

Abstract

Le diagnostic de la tuberculose ganglionnaire cervicale reste un sujet controversé entre les partisans de la cytoponction et ceux de la chirurgie.

Notre travail sur 244 patients traités et suivis durant 5 ans (2014-2019) comporte deux types d'étude: une étude descriptive prospective avec inclusion d'une cohorte d'anciens cas (données rétrospectives) et une étude analytique diagnostique montrant l'apport de la chirurgie dans le diagnostic de la TBC ganglionnaire.

54,5% de la population d'étude sont de sexe féminin. L'âge de nos patients varie entre 1 et 78 ans avec une moyenne d'âge de $31,51 \pm 0,97$. La notion de contagement tuberculeux est retrouvée dans 27,9% des cas. Un délai de consultation inférieur à 3 mois chez 60,7% des patients. Le motif de consultation est dominé par une tuméfaction latéro-cervicale qui est unique dans 58,2% des cas et unilatérale dans 93%. Dans notre population, le siège jugulo-carotidien supérieur est prédominant chez 76,2% des patients. L'intradermoréaction à la tuberculine réalisée chez 88,1% des patients est revenue positive dans 73,5% des cas. L'échographie cervicale montre un aspect hypoéchogène dans 62,3% des cas. La cytoponction est pratiquée chez 97,1% et a permis de faire le diagnostic chez 53,6% des patients. La chirurgie initiale dans un but diagnostique est pratiquée chez 31,1% des cas et a permis de confirmer le diagnostic dans 92,1% après un examen histologique en objectivant un granulome épithélioïde géant cellulaire avec nécrose.

Malgré que la cytoponction soit un moyen diagnostique simple moins invasif et moins coûteux, la chirurgie avec l'examen histologique gardent toujours leur intérêt dans le diagnostic de la tuberculose ganglionnaire cervicale.

Objectifs

- Décrire les aspects épidémiologiques et cliniques de la tuberculose ganglionnaire cervicale.
- Discuter la valeur diagnostique de la chirurgie par rapport à la cytoponction.

Méthodes et Matériels

Notre travail sur 244 patients traités et suivis durant 5 ans (2014-2019) comporte deux types d'étude: une étude descriptive prospective avec inclusion d'une cohorte d'anciens cas (données rétrospectives) et une étude analytique diagnostique montrant l'apport de la chirurgie dans le diagnostic de la TBC ganglionnaire. Nous avons inclus les cas suivants :

- Tuberculose ganglionnaire isolée ou associée à d'autres formes.
- Diagnostic de la maladie sur des arguments de présomption ou de certitude.

Résultats

54,5% de la population d'étude sont de sexe féminin. L'âge des patients varie entre 1 et 78 ans avec moyenne d'âge de $31,51 \pm 0,97$. La notion de contagement tuberculeux est retrouvée dans 27,9% des cas. Un délai de consultation <3 mois chez 60,7% des sujets. Le motif de consultation est dominé par une tuméfaction latéro-cervicale qui est unique dans 58,2% des cas et unilatérale dans 93%. Dans notre population le siège jugulo-carotidien supérieur est prédominant chez 76,2% des patients. L'intradermoréaction à la tuberculine réalisée chez 88,1% des patients est revenue positive dans 73,5% des cas. L'échographie cervicale montre un aspect hypoéchogène dans 62,3% des cas. La cytoponction est pratiquée chez 97,1% et a permis de faire le diagnostic chez 53,6% des patients [Fig 1]. La chirurgie initiale dans un but diagnostique est pratiquée chez 31,1% des cas et a permis de confirmer le diagnostic dans 92,1% après un examen histologique en objectivant un granulome épithélioïde géant cellulaire avec nécrose [Fig 2]. Dans notre étude, pour le diagnostic de la tuberculose ganglionnaire, les résultats varient selon la méthode utilisée. La sensibilité de la chirurgie est meilleure que celle de la cytoponction (100% Vs 75,1%) et plus précisément dans la confirmation du diagnostic [Fig 3].

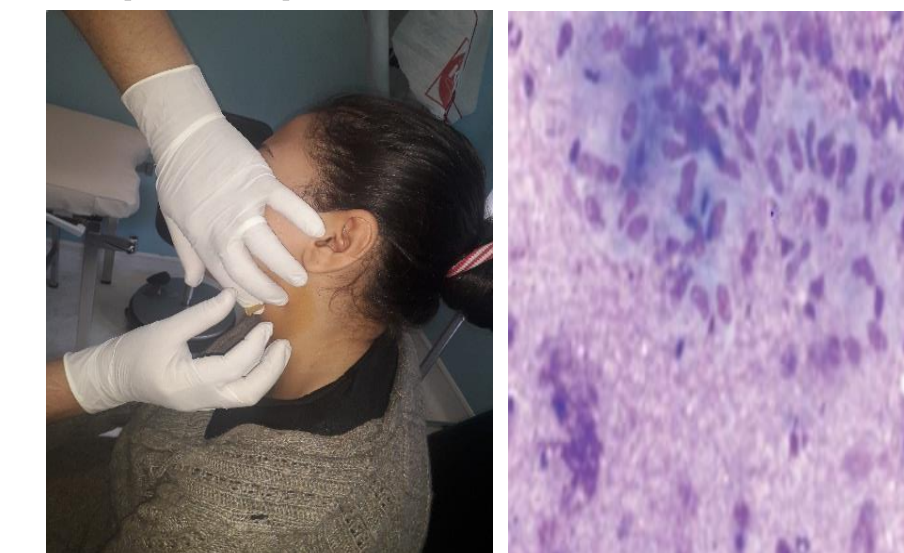


Figure 1. Cytoponction ADP

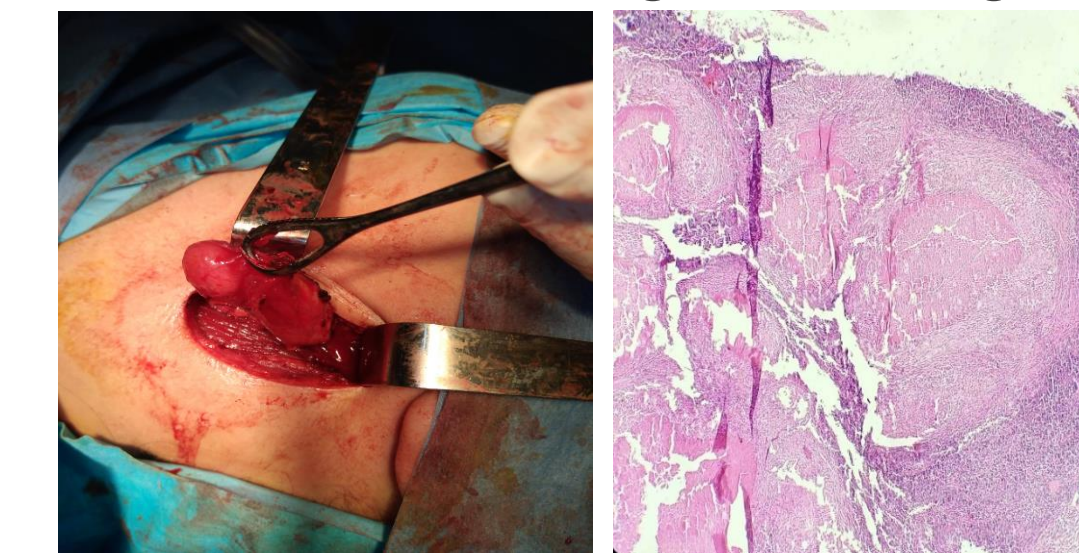


Figure 2. Chirurgie ganglionnaire

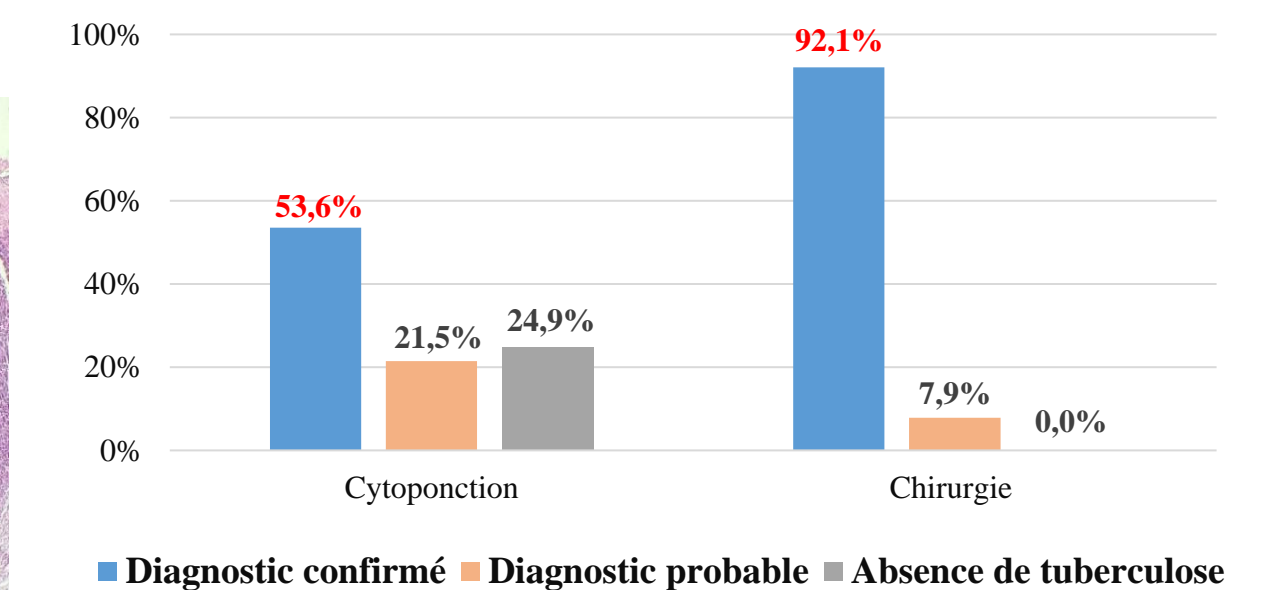


Figure 3. Sensibilité selon la méthode de diagnostic.

Conclusion

La tuberculose ganglionnaire pose un véritable challenge diagnostique pour le pathologiste. En effet, malgré la rentabilité diagnostique de la cytologie, cette méthode reste opérateur dépendant, en plus des erreurs diagnostiques (cancers). L'examen anatomopathologique est très contributif au diagnostic vu sa fiabilité, notamment dans les formes paucicellulaires. Dans les perspectives, il faut insister sur le bénéfice de la chirurgie initiale à visée diagnostique et thérapeutique et penser à l'exploitation de la rentabilité de la chirurgie dans l'amélioration des résultats diagnostiques de l'étude bactériologique surtout avec l'avènement de la biologie moléculaire.

Références

- [1] N. Beltaief, H. Chahed, A. Guebsi, I. ElBeji. Cervicotomie diagnostique. Rapport de la fédération maghrébine d'orl et de chirurgie cervico-faciale MAFOS (2015).
- [2] Kenza Bennani et al., Evaluation of the yield of histopathology in the diagnosis of lymph node tuberculosis in Morocco. JMIR Publ. Health Surveill 5 (4) (2019 Oct 9).
- [3] K. Patel, A clinical study of tuberculous cervical lymphadenopathy: surgeon's perspectives, Int. Surg. J 6 (2) (2019 Feb) 581-585.
- [4] A. Lekhbal et al. Treatment of cervical lymph node tuberculosis: When surgery should be performed? Annals of Medicine and Surgery 55 p159-163 (2020).