

# Des chalazions récidivants révélant une tuberculose palpébrale : A propos d’un cas

M. Nassid<sup>1</sup>, C. Moboula<sup>1</sup>, N. Amenzoui<sup>1</sup>, F. Ailal<sup>1</sup>, A. A. Bousfiha<sup>1</sup>,  
I. Er-rachiq<sup>2</sup>, A. Mchachi<sup>2</sup>, L. Benhmidoune<sup>2</sup>, A. Chakib<sup>2</sup>, R. Rachid<sup>2</sup>, M. Elbelhadji<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Service des maladies infectieuses pédiatriques et d’immunologie clinique, Hôpital d’enfant A. Harouchi,  
CHU Ibn Rochd, Casablanca.  
<sup>2</sup>Service d’ophtalmologie, Hôpital 20 août 1953,CHU Ibn Rochd, Casablanca.

## INTRODUCTION

- La tuberculose oculaire est une affection rare qui peut se voir dans le cadre d’une primo-infection tuberculose ou de lésions secondaires à une tuberculose générale.
  - Elle est due à un processus infectieux local secondaire au pouvoir pathogène des bactéries qui atteignent l’œil par dissémination hématogène ou un processus immunitaire par hypersensibilité retardée contre les antigènes mycobactériens.
  - La localisation palpébrale est exceptionnelle posant un problème diagnostique dû à son polymorphisme clinique et qui implique un traitement lourd et de longue durée.
- **Objectifs du travail :** Discuter la difficulté diagnostique et thérapeutique de l’atteinte palpébrale de la tuberculose.

## OBSERVATION

- Fille de 6 ans
  - Suivie à la consultation d’ophtalmologie pour des chalazions bilatéraux évoluant par poussées.
- **Histoire de la maladie :** remonte à 2 ans par l’installation d’un chalazion à droite traité par des antibiothérapie et des corticoïdes par voie locale avec régression partielle de ce dernier, suivie d’une réapparition d’un autre chalazion un mois après au même œil. Devant la récurrence des chalazions qui ne répondaient pas au traitement médical, une exérèse chirurgicale avec une étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic de la tuberculose palpébrale. L’enfant a été adressé au service de maladies infectieuses pour complément de prise en charge.
- **Examen clinique :**
- Enfant eutrophique, apyrétique, eupnéique
  - le reste de l’examen somatique est sans particularité.
- **Examen ophtalmologique :**
- Des chalazions bilatéraux avec un aspect de nodules à la face interne des deux paupières supérieures et inférieures sans tubercule de Bouchut (**Figure 1**).
- **Examen paraclinique :**
- **IDR à la tuberculine :** (-)                      • **Quantiféron :** (+)
  - **3 BK crachats :** stériles.
  - **TDM thoracique :** pneumopathie interstitielle avec des micronodules centro-lobulaires aux deux champs pulmonaires avec des micronodules sous pleuraux lobaire moyen.
  - **Examen anathomo-pathologique :** inflammation granulomateuse tuberculoïde avec nécrose suppurée.
- **Traitement :**
- Traitement anti-bacillaire (ERIPK4) pendant 9 mois.
  - Exérèse chirurgicale (**Figure 2**).
- **Evolution :** régression progressive puis Disparition des foyers palpébrales (**Figure 3**).



Figure(1) : Nodule palpébral au niveau de l’œil droit



Figure (2) : A près ablation d’un chalazion à droite



Figure (3) : Régression du volume du chalazion à gauche

## DISCUSSION

- La tuberculose oculaire peut intéresser les différentes structures anatomiques de l’œil ou de ses annexes.
- Deux mécanismes ont été invoqués d’être à l’origine de la survenue d’une tuberculose oculaire. Le premier mécanisme est lié à la présence de l’agent pathogène en intra-oculaire. Celui-ci atteint l’œil exceptionnellement par inoculation directe (tuberculose oculaire primaire). Dans la majorité des cas, l’atteinte oculaire se fait par dissémination hématogène (tuberculose oculaire secondaire). Cette invasion bactérienne est à l’origine d’une réaction granulomateuse avec formation des granulomes caséeux. Le deuxième mécanisme fait intervenir une réaction d’hypersensibilité secondaire à la libération antigénique [1].
- Le diagnostic de l’atteinte oculaire est difficile en l’absence de manifestations générales.
- Plus de 60% des patients ayant une localisation extra-pulmonaire de tuberculose ne sont pas atteints par une tuberculose pulmonaire [1].
- L’absence d’une association à une atteinte pulmonaire n’exclut pas le diagnostic de la tuberculose oculaire .
- La tuberculose oculaire peut revêtir différents aspects posant le problème du diagnostic différentiel et rendant son diagnostic un véritable défi, notamment en l’absence d’un test diagnostique non invasif permettant d’apporter la preuve bactériologique de l’atteinte oculaire.
- Les manifestations oculaires de la tuberculose sont très polymorphes .Elles sont prédominées par les uvéites postérieures, notamment les choroïdites [2].
- D’autres manifestations oculaires plus rares peuvent révéler une tuberculose. Les atteintes orbito-palpébrales, sont principalement liée à une dissémination par voie hématogène à partir d’un foyer primaire [3]. Au niveau de la paupière, la tuberculose peut se manifester par des nodules simulant un chalazion [4].
- Devant ce grand polymorphisme cliniques, l’absence de spécificité et la difficulté d’obtenir la preuve bactériologique, le diagnostic de tuberculose oculaire demeure un véritable défi [5, 6]. Son diagnostic est, dans la plupart du temps, présumé en se basant sur un faisceau d’argument clinique et biologique. Les tests thérapeutiques ont un intérêt considérable.
- L’efficacité du traitement antituberculeux en cas de tuberculose oculaire présumée constitue un argument supplémentaire à posteriori en faveur de ce diagnostic.
- Le pronostic visuel dépend de l’instauration d’un traitement adapté permettant une stabilisation ou une amélioration visuelle.

## CONCLUSION

- L’atteinte palpébrale de la tuberculose est rare et inhabituelle.
- Sa présentation clinique est polymorphe, expliquant souvent le retard diagnostique.
- Elle doit être évoquée devant toute lésion inflammatoire palpébrale traînante et ne répondant pas au traitement classique.

## REFERENCES

1- Shakarchi F. Ocular tuberculosis: current perspectives. Clin Ophthalmol. 2015;9:2223-7  
2- Goyal J, Jain P, Arora R, Dokania P. Ocular manifestations of tuberculosis. Indian J Tuberc. 2015;62:66-73  
3- Madge S, Prabhakaran V, Shome D, Kim U, Honavar S, Selva D. Orbital tuberculosis: a review of the literature. Orbit. 2008;27:267-77  
4- Mittal R, Tripathy D, Sharma S, Balne P. Tuberculosis of eyelid presenting as a chalazion. Ophthalmology. 2013;120:1103.e1- 4  
5- Zagora S, Symes R, Yeung A, Yates W, Wakefield D, McCluskey P. Etiology and Clinical Features of Ocular Inflammatory Diseases in a Tertiary Referral Centre in Sydney, Australia. Ocul Immunol Inflamm. 2016;1-8  
6- Benech N, Jouanneau E, Chidiac C, Ferry T. Orbital granuloma: a rare manifestation of extrapulmonary tuberculosis. BMJ Case Rep. 2016