

*FAIT CLINIQUE*

## **LOCALISATION ANOPARIETALE DE LA TUBERCULOSE. À PROPOS D'UN CAS**

### **ANOPARIETAL LOCALIZATION OF TUBERCULOSIS ABOUT ONE CASE**

**Ka TN, Nkulu P, Thiam K, Soumaré PM, Mbaye FBR, Ndiaye EO, Sagna AL, Dia Y, Touré NO**

*Service de pneumologie du CHNU de Fann, Dakar*

#### **Résumé**

*Introduction : La localisation anopérinéale de la tuberculose est une forme clinique rare avec souvent un retard diagnostique. Nous rapportons un cas de tuberculose anale à mycobactérium tuberculosis compliquée d'une miliaire tuberculeuse.*

*Observation : Un patient âgé de 25 ans était admis au service de pneumologie pour la prise en charge d'une toux chronique productive et une dyspnée stade 2 de Sadoul dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état général. L'interrogatoire notait une notion de rapport sexuel à risque, une douleur au niveau de la région anale et une diarrhée glaireuse mise dans le compte d'une maladie hémorroïdaire non documentée pour laquelle il est suivi depuis plusieurs mois. L'examen clinique retrouvait un PS à 3, une fièvre à 38°C et une SpO<sub>2</sub> à 99% en air ambiant. L'examen pleuropulmonaire mettait en évidence des râles crépitants basaux bilatéraux aux deux champs pulmonaires, L'examen proctologique retrouvait une ulcération péri-anale douloureuse, à bords irréguliers, à fond sale, reposant sur une base érythémateuse. La recherche de BAAR était négative et l'IDRT était positive. La radiographie du thorax retrouvait des opacités micronodulaires disséminées dans les deux champs pulmonaires donnant un aspect de pneumopathie diffuse micronodulaire. Le GeneXpert MTB/RIF sur la lésion anale était positif et sensible à la rifampicine. Devant ce tableau clinique, les anomalies radiographiques et la biologiques, le diagnostic d'une tuberculose anale compliquée de miliaire était retenu. Le traitement antituberculeux a été instauré, associé à un traitement local. Après 1 mois de traitement, on notait une amélioration significative des symptômes et le décès était survenu 4 mois après.*

*Conclusion : Le diagnostic de tuberculose extra pulmonaire n'est pas toujours facile et la localisation anale pose un problème diagnostique avec un pronostic souvent sombre comme retrouvé chez notre patient.*

*Mots clés: tuberculose anale, retard diagnostique, pronostic*

#### **Summary**

*Introduction: Anoperineal localization of tuberculosis is a rare clinical form with often delayed diagnosis. We report a case of anal mycobacterium tuberculosis complicated by tuberculous miliaria.*

*Case report: A 25-year-old patient was admitted to the Department of Pneumology for treatment of a chronic productive cough and Sadoul stage 2 dyspnea in a context of fever and general deterioration. Questioning revealed that the patient had had risky sex, had anal pain and h, which he attributed to an undocumented haemorrhoidal disease for which he had been receiving treatment for several months. Clinical examination revealed a PS of 3, fever of 38°C and SpO<sub>2</sub> of 99% on room air. Pleuropulmonary examination revealed bilateral basal crackles in both lung fields. Proctological examination revealed a painful perianal ulceration with irregular margins and a dirty background, resting on an erythematous base. The patient tested negative for BAAR and positive for IDRT. The chest X-ray showed micronodular opacities scattered over both lung fields. GeneXpert testing of the anal lesion was positive and sensitive. Given this clinical picture, the radiographic abnormalities and the biological data, the diagnosis of anal tuberculosis complicated by miliaria was accepted. Anti-tuberculosis treatment was started, together with local treatment. After 1 month, there was a significant improvement in symptoms. Unfortunately, the patient died 4 months later.*

*Conclusion: The diagnosis of extrapulmonary tuberculosis is not always easy and anal tuberculosis poses a diagnostic problem with an often dismal prognosis, as was the case in our patient.*

*Key words: tuberculosis, delayed diagnosis, prognosis*

---

***Correspondance :*** Tafsir Ngary Ka

Service de pneumologie du CHNU de Fann

Email : tafsirka80@gmail.com

Tel : +221776866374

Dakar Med. 2023;67(1)

## INTRODUCTION

La tuberculose (TB) est une maladie infectieuse chronique, causée par une bactérie du complexe *Mycobacterium tuberculosis*. Elle touche préférentiellement les poumons comprenant une phase de latence (asymptomatique), et éventuellement une phase active (infection clinique). Les localisations extrapulmonaires (TEP) les plus fréquentes sont de loin, les ganglions et la plèvre [1]. Les fréquences relatives des différentes atteintes viscérales de la tuberculose varient en fonction du terrain et de la géographie. Ainsi, aux États-Unis elle représentait 20,4% en 2008, avec une prépondérance de TB ganglionnaire (41%). En Centrafrique, 74,09% des cas de tuberculose sont extra pulmonaires avec une prédominance de la forme ganglionnaire dans 34,55% des cas [2] ; Tandis qu'à Dakar, elle représente 35,8% des cas et la localisation la plus fréquente est pleurale (14,3 %) [3]. La localisation anale, très rare, pose souvent un problème diagnostique avec une découverte tardive. En effet, une prévalence de 1,17% de fistules anales tuberculeuses a été retrouvée dans une étude française [4].

Le diagnostic des formes extrapulmonaire est souvent difficile et repose dans notre contrée sur le GeneXpert MTB/RIF qui est un test de choix pour le diagnostic de la tuberculose extrapulmonaire en raison de ses performances de sensibilité et de spécificité élevées[5]. Toutefois, l'histologique des pièces de biopsie occupe une

place importante dans le diagnostic des localisations digestives.

Nous rapportons un cas de *mycobacterium tuberculosis* (MT) compliquée d'une miliaire tuberculeuse.

## OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agissait d'un patient âgé de 25 ans, non alcoolique tabagique sans antécédent de tuberculose pulmonaire ni contagio tuberculeux, admis au service de pneumologie du CHNU Fann pour la prise en charge d'une toux chronique productive et une dyspnée stade 2 de Sadoul sans orthopnée, évoluant dans un contexte de fièvre associée à une AEG.

L'interrogatoire retrouvait une notion de rapport sexuel à risque, une douleur au niveau de la région anale et une diarrhée glaireuse mis dans le compte d'une maladie hémorroïdaire non documentée pour laquelle il est suivi depuis plusieurs mois.

À l'admission l'examen clinique notait un mauvais état général avec PS à 3, la température était à 38°C ; la pression artérielle à 101/74 mmHg ; le pouls à 112 battements/minute ; la fréquence respiratoire à 22 cycles/minutes ; la SpO2 à 99% en air ambiant, la glycémie capillaire à 0,97g/l ; IMC à 18Kg/m2. L'examen pleuropulmonaire avait mis en évidence des râles crépitants basaux bilatéraux aux deux champs pulmonaires, L'examen proctologique avait montré une ulcération péri-anale douloureuse, à bords irréguliers, à fond sale, reposant sur une base

érythémateuse (figure1). Le reste de l'examen physique était sans particularité. A la biologie l'hémogramme montrait une anémie hypochrome microcytaire (hémoglobine : 8.8 g/dl, volume globulaire moyen : 67,4 fl, concentration corpusculaire moyenne : 21,4 pg), une hyperleucocytose à prédominance neutrophile avec lymphopénie (globules blancs : 13.81 G/L, neutrophiles : 12.83 G/L, lymphocytes : 0.68 G/L) et un taux de plaquettes normal à 253 G/L. La CRP était positive à 48mg/L. La bascilloscopie des expectorations n'avait pas retrouvé de BAAR, l'IDRT était positive à 12mm. La radiographie du thorax mettait en évidence des opacités micronodulaires disséminées dans les deux champs pulmonaires donnant un aspect de pneumopathie interstitielle diffuse micronodulaire. La recherche de BAAR sur l'écouvillonnage de la lésion anale était négative mais le GeneXpert était positif et sensible à la rifampicine. Devant ce tableau clinique et les anomalies radiographiques, le diagnostic d'une tuberculose anale compliquée de miliaire a été retenu. A la recherche de retentissement et de terrain, on notait une hyponatrémie légère à 129meq/L, une hypoalbuminémie (albuminémie corrigée à 18g/L) et la sérologie rétrovirale était négative. Sur le plan thérapeutique, un traitement antituberculeux selon protocole 2RHZE/4RH (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et Ethambutol) a été instauré associé à un traitement local (bain de siège et nettoyage de la plaie), une anticoagulation préventive à base d'énoxaparine

0,4ml par jour, de la vitamine C 1000mg par jour et une alimentation hyperprotidique et hypercalorique. Après 1 mois de traitement, on notait une amélioration significative de l'état général et un début de cicatrisation de la lésion anale. Le décès était survenu 4 mois après le début du traitement à domicile dans contexte inconnu (figure 1).

## **DISCUSSION**

*La tuberculose constitue un véritable problème de santé publique mondiale. Elle est l'une des maladies infectieuses les plus répandues dans le monde et surtout dans les pays en voie de développement. En effet, selon l'OMS, 1,6 million de personnes sont décédées de tuberculose en 2021. Elle représente la 13e cause de décès et la deuxième cause de mortalité infectieuse après le COVID-19. Sa localisation extrapulmonaire représente une proportion croissante de tous les cas de tuberculose atteignant 20 à 40% selon les rapports publiés [6]. L'atteinte intestinale occupe la sixième place parmi les localisations extrapulmonaires [7] dont la localisation la plus fréquente est iléo-cæcale. La localisation anopérinéale reste rare, dans la littérature, quelques études de cas ont été rapportées et elle représenterait 0,3 à 16 % des cas de fistule anale selon les séries [8, 9]. Le diagnostic de la TB extrapulmonaire n'est pas aisé et cause souvent un retard diagnostique. Le délai diagnostique de la TB anale peut être très*



**Figure 1:** images (A et B) montrant la lésion anale (flèche rouge) avec une ulcération péri-anale douloureuse, à bords irréguliers, à fond sale, reposant sur une base érythémateuse.

souvent long, allant de plusieurs mois à plusieurs années, entre les premières manifestations cliniques et la confirmation diagnostique [8], comme dans notre cas où l'atteinte anale a été rattachée à une maladie hémorroïdaire pendant plusieurs mois. Les voies de transmission peuvent être directes par voie sexuelle lors des relations anales qui reste l'hypothèse la plus logique dans notre observation, car notre patient a eu, pendant longtemps des rapports sexuels à risque par voie anale. La tuberculose anopérinéale peut aussi survenir dans un contexte secondaire à une autre localisation, le plus souvent pulmonaire, qu'il convient de rechercher systématiquement devant toute TB extrapulmonaire [10].

Il est important d'adopter une bonne démarche diagnostique qui reste difficile malgré les rouge avec ulcération centrale. Un examen clinique méticuleux joue un rôle majeur dans le diagnostic de la fistule tuberculeuse, mais son diagnostic positif dépend surtout des explorations microbiologique et histologique. En effet, les ulcérations anales posent souvent un problème de diagnostic différentiel, surtout dans les pays tropicaux car pouvant être en rapport avec de multiples étiologies. Le diagnostic différentiel de la tuberculose anopérinéale se pose avec la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse infectieuse telle que le virus de l'herpès simplex, la syphilis, l'amibiase, les mycoses profondes, le lymphogranulome vénérien, le pyoderma

gangrenosum et le néoplasme ulcéreux [14]. Le diagnostic différentiel entre la TB anale avec la maladie de Crohn est souvent très difficile surtout s'il n'y a pas de caséation ou de preuve bactériologique. Le bénéfice de nouvelles techniques diagnostiques comme la biologie moléculaire est indiscutable mais les performances restent encore discutées. La GeneXpert a montré dans notre cas, une sensibilité bien supérieure à l'examen microscopique à visée bactériologique pour la confirmation du diagnostic. Ce test de biologie moléculaire est particulièrement intéressant pour le diagnostic des formes extrapulmonaires de TB avec une sensibilité équivalente à celle de la culture [15]. En effet, il peut être appliqué à des échantillons extrapulmonaires avec une grande sensibilité et spécificité, qui, couplée à sa vitesse et sa simplicité, font de cette technique un outil très utile pour le diagnostic de la TEP [16]. La culture sur milieux spécifiques de type milieu liquide MGIT et milieu de Lowenstein-Jensen permet le diagnostic certain mais avec un délai très long de 35 à 40 jours, pas toujours compatible avec la nécessité d'un traitement rapide mais aussi, du fait que la documentation bactériologique est difficile (inoculum bactérien moindre). La qualité et le volume des échantillons sont des critères de qualité indispensables à évaluer pour rendre le diagnostic bactériologique plus performant [17]. Dans certains cas, L'histologie peut être très importante pour la confirmation diagnostique, dans la mesure où elle

permet de retrouver des granulomes épithélioïdes gigantocellulaires et la nécrose caséuse pathognomonique de la tuberculose. Dans la majorité des cas, dans notre contrée, le diagnostic est souvent basé sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques, histologiques, biologiques, mais également sur une évolution favorable sous traitement antituberculeux. Ce dernier associe une thérapie antituberculeuse, variable dans sa composition et sa durée pouvant aller jusqu'à un an selon certaines études [18, 19]. La lésion anale évolue favorablement le plus souvent avec un traitement antituberculeux approprié [20]. Le traitement chirurgical a pour objectif d'effectuer un bon drainage des lésions infectées et à l'obtention d'échantillons pour des examens histopathologiques en cas de doute diagnostique persistant. Il est recommandé en cas de lésions ulcéreuses ano-périnéales et se discute après plusieurs mois de traitement antituberculeux préopératoire qui reste controversé [11]. Les rechutes dans les cas de fistule anale tuberculeuse sont élevées en raison du diagnostic tardif et de la réponse lente au traitement [21].

## **CONCLUSION**

Le diagnostic des TEP n'est pas toujours facile et la localisation anale pose souvent un problème diagnostique, lié d'une part à un problème de diagnostic différentiel car l'atteinte n'est pas toujours évocatrice et d'autre part à la confirmation bactériologique très difficile, pouvant

retarder le diagnostic. Ce dernier doit nécessiter un recours facile à la biologie moléculaire mais aussi à une analyse histologique au moindre doute.

## RÉFÉRENCE

- 1. Hamzaoui G, Amro L, Sajjai H, et al.** Tuberculose ganglionnaire: aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques, à propos de 357 cas. *Pan Afr Med J.* 2014;19:157.
- 2. Tékpá G, Fikouma V, Téngothi RMM, Longo J de D, Woyengba APA, Koffi B.** Aspects épidémiologiques et cliniques de la tuberculose en milieu hospitalier à Bangui. *Pan Afr Med J.* 2019;33.31.13442.
- 3. Niang A, Mbaye Sagna M, Diatta MBN, Ba PS, Diop Mbaye MB, Fall B.** Particularités épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutives de la tuberculose en milieu hospitalier à Dakar. *Rev Mal Resp.* 2018;35:A176 7.
- 4. JFHOD | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive.** Cité le 19 mars 2022. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/les-fistules-anales-tuberculeuses-propos-de-32cas>
- 5. Thiam K, Mbaye FBR, Touré Badiane NO, Dia Kane Y, Diatta A, Ndiaye EHM, et al.** Performance du GenXpert selon le type de prélèvements pulmonaires. *Rev Mal Respir.* 1 janv 2017;34:A299.
- 6. Mazza-Stalder J, Nicod L, Janssens J-P.** La tuberculose extrapulmonaire. *Rev Mal Resp.* 2012;29:566 78.
- 7. Hasnaoui B, Hammami A, Ksiaa M, et al.** La tuberculose intestinale : aspects épidémiologiques, cliniques et endoscopiques. *Rev Méd Interne.* 2018;39:A175 6.
- 8. Kraemer M, Gill SS, Seow-Choen F.** Tuberculous anal sepsis: report of clinical features in 20 cases. *Dis Colon Rectum.* 2000;43:1589 91.
- 9. Chung CC, Choi CL, Kwok SP, Leung KL, Lau WY, Li AK.** Anal and perianal tuberculosis: a report of three cases in 10 years. *J R Coll Surg Edinb.* 1997;42:189 90.
- 10. Gupta PJ.** A case of multiple (eight external openings) tubercular anal fistulae. Case report. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2007;11:359 61.
- 11. Harland RW, Varkey B.** Anal tuberculosis: report of two cases and literature review. *Am J Gastroenterol.* 1992;87:1488 91.
- 12. Nepomuceno OR, O'Grady JF, Eisenberg SW, Bacon HE.** Tuberculosis of the anal canal: report of a case. *Dis Colon Rectum.* 1971;14:313 6.
- 13. Le Bourgeois PC, Poynard T, Modai J, Marche C, Avril MF, Chaput JC.** Peri-anal ulceration. Tuberculosis should not be overlooked. *Presse Med.* 1984;13:2507 9.
- 14. Sultan S, Azria F, Bauer P, Abdelnour M, Atienza P.** Anoperineal tuberculosis: diagnostic and management considerations in seven cases. *Dis Colon Rectum.* 2002;45:407 10.

- 15. Méchaï F, Billard-Pomares T, Cruaud P, Zahar JR, Bouchaud O, Carbonnelle E.** Diagnostic de la tuberculose extrapulmonaire/ : quelle place pour le GeneXpert/ ? Méd Mal Infect. 2017;47:S102.
- 16. Toure NO, Thiam K, Wayzani M, et al.** Utilisation du genexpert dans le diagnostic de la tuberculose extrapulmonaire (TEP) au CHNU de Fann de Dakar. Rev Mal Resp. 2017;34:A214.
- 17. Billard-pomares T, Cruaud P, Lo S, Méchaï F, et al.** Performance de la PCR GeneXpert MTB/ RIF dans le diagnostic des tuberculoses extrapulmonaires/ ? Méd Mal Infect. 2018;48:S116 7.
- 19. Romelaer C, Abramowitz L.** Abscès tuberculeux de la marge anale: À propos de deux cas et revue de la littérature. Gastroentérol Clin Biol. 2007;31:94 6.
- 20. Candela F, Serrano P, Arriero JM, Teruel A, Reyes D, Calpena R.** Perianal disease of tuberculous origin: report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum. 1999;42:110 2.
- 21. Sahu M, Mishra JK, Sharma A, Fatmi U.** A prospective study on tubercular fistula in ano and its management. J Coloproctol. 2017;37:211 5.