

Granulome choroïdien pseudotumoral révélant une tuberculose

À propos d'une observation

A. Karim (1), M. Laghmari (1), N. Boutimzine (1), A. Lamarti (2), W. Ibrahimy (1), N. Essakali (1), R. Daoudi (1), Z. Mohcine (1)

(1) Service d'Ophtalmologie A,

(2) Service d'Anatomie Pathologique, Hôpital des Spécialités, Rabat, Maroc.

Communication orale présentée au 108^e congrès de la Société Française d'Ophtalmologie en mai 2002.

Correspondance : A. Karim, 475, rue Al Masjid, secteur 2, Hay Salam, Salé, Maroc. E-mail : wkarim1@caramail.com

Reçu le 16 septembre 2002. Accepté le 26 février 2003.

Choroidal granuloma revealing tuberculosis. A case report

A. Karim, N. Boutimzine, M. Laghmari, A. Lamarti, W. Ibrahimy, N. Essakali, R. Daoudi, Z. Mohcine

J Fr. Ophtalmol., 2003; 26, 6: 614-617

Background: The incidence of tuberculosis is still high in developing countries and a steady increase in new cases has been observed in industrial countries within the past decade. Among other reasons, the growing number of immunodeficient patients and migration from developing to industrial countries are both contributing factors.

Observation: A 70-year-old female patient presented with a marked decrease in visual acuity of the left eye. There was no history of tuberculosis. Funduscopy of the left eye revealed a choroidal tumor with multiple choroidal lesions, mostly located at the posterior pole, and adjacent serous retinal detachment. Ultrasonography showed a solid elevated mass; magnetic resonance imaging showed the tumor with posterior extension. Because of blindness in this eye and the presence of posterior extension, the eye was subsequently enucleated. Intraoperative observation found caseum necrosis through scleral breaking. The histological study confirmed choroidal tuberculoma. The patient developed pulmonary tuberculosis 15 days after surgery. The outcome was favorable after antibiotic treatment.

Discussion: Confirming the diagnosis of tuberculous uveitis is often difficult. The differential diagnosis includes other granulomatous ocular inflammations. The detection of *Mycobacterium tuberculosis* and the clinical course make this diagnosis the most likely one.

Conclusion: Choroidal granuloma is a rare and atypical location of tuberculosis. This case showed the diagnostic difficulties when there is no history of tuberculosis.

Key-words: Choroidal granuloma, choroidal tuberculoma.

Granulome choroïdien pseudotumoral révélant une tuberculose. À propos d'une observation

Introduction : La tuberculose reste une cause majeure de mortalité de morbidité dans les pays en voie du développement où elle sévit à l'état endémique. Cette affection a connu une recrudescence dans les pays développés attribuée à la fréquence de la tuberculose chez les immunodéprimés. L'atteinte oculaire de la tuberculose reste par contre rare. Nous rapportons un cas de tuberculome choroïdien révélateur de la maladie.

Observation : Femme de 70 ans, sans antécédents généraux, admise pour une tumeur intra-oculaire gauche. L'examen note une masse choroïdienne blanchâtre avec décollement séreux et exsudats rétinien. L'échographie oculaire note la présence d'une masse choroïdienne hyperecho-gène. L'IRM montre un processus isointense en T1 et hypointense en T2 avec effraction sclérale postérieure. Le bilan général est sans anomalie hormis un syndrome inflammatoire. Une métastase ou un mélanome choroïdien ont été évoqué malgré l'aspect clinique, échographique et une imagerie peu évocatrice. Une énucléation a été réalisée chez la patiente. En peropératoire, on constate

Le granulome choroïdien pseudo-tumoral est une localisation rare et atypique de la tuberculose. Nous rapportons un cas révélateur de la maladie.

OBSERVATION

Une femme de 70 ans, sans antécédents pathologiques notables, consulte pour une baisse de l'acuité visuelle de l'œil gauche (OG).

L'examen ophtalmologique initial au niveau de l'OG note une AV réduite à une perception lumineuse douteuse, une hypotonie oculaire majeure. L'examen du segment antérieur est sans anomalie hormis une cataracte sénile débutante. L'examen du segment postérieur révèle une masse choroïdienne blanchâtre inférieure avec de multiples petits foyers blancs disséminés sur toute la rétine. S'y associent un décollement séreux rétinien et une discrète inflammation vitrénienne (*fig. 1 et 2*). L'examen de l'œil droit est sans anomalie. L'angiographie rétinienne montre une hypofluorescence précoce de la lésion avec diffusion tardive (*fig. 3 et 4*). L'échographie montre un processus tumoral hyperéchogène de 13 mm de diamètre et de 7 mm d'épaisseur (*fig. 5*). L'IRM confirme la présence d'une masse tumorale iso-intense en

une effraction sclérale avec issue d'une substance crayeuse blanchâtre. L'examen histologique révèle un granulome choroïdien de nature tuberculeuse. Quinze jours après l'énucléation, la patiente présente une symptomatologie respiratoire secondaire à une pleurésie tuberculeuse. L'évolution générale est bonne sous traitement anti-bacillaire adapté.

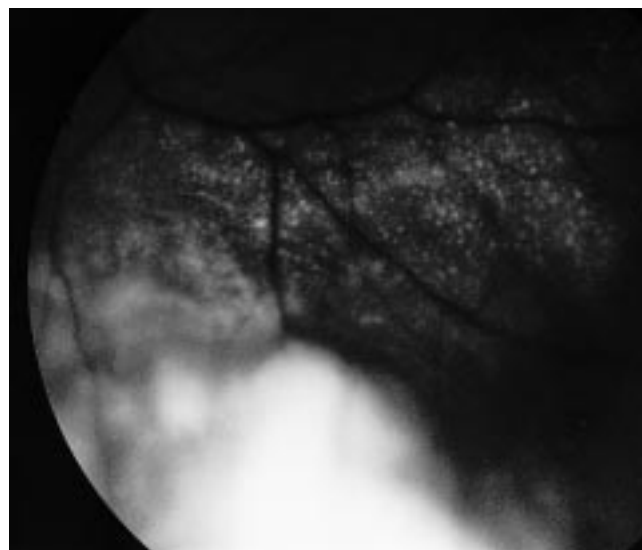
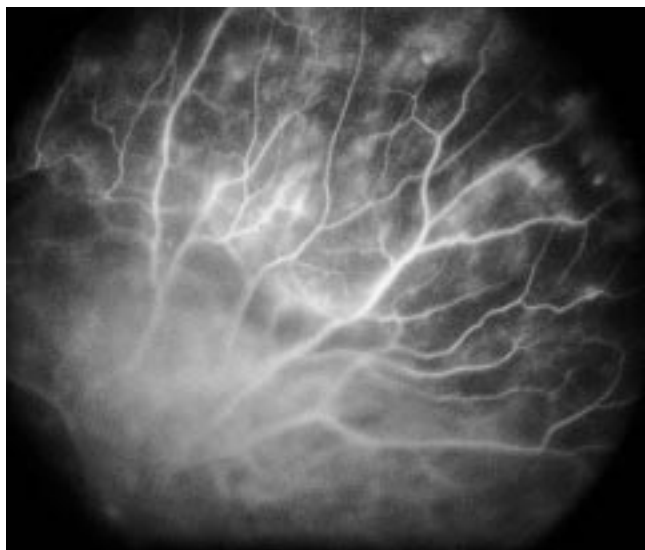
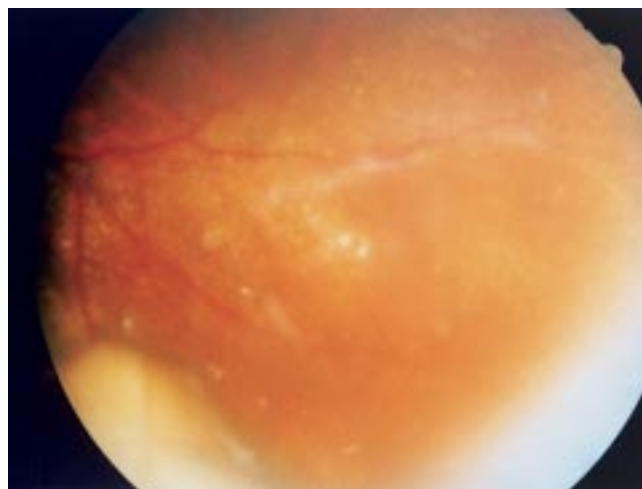
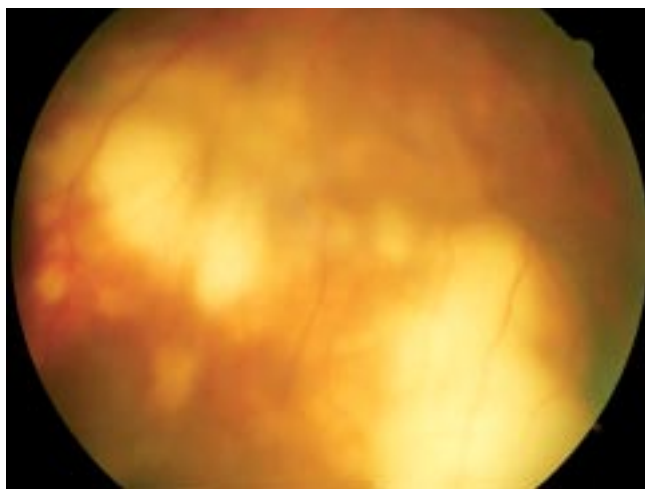
Conclusion : Le granulome choroïdien tumoral est une localisation rare et atypique de la tuberculose. Cette observation témoigne des difficultés diagnostiques en absence d'antécédents de la maladie et présente la particularité d'être révélatrice de la tuberculose systémique.

Mots-clés : Granulome choroïdien, tuberculome choroïdien.

pondération T1 et hypo-intense en pondération T2 avec effraction et extension extrasclérale (fig. 6 et 7). Le bilan d'extension est sans anomalie notamment la radiographie pulmonaire et l'échographie hépatique normales, la sérologie HIV négative et une intradermoréaction à la tuberculine à 10 mm.

Un mélanome choroïdien achrome ou une métastase choroïdienne ont été évoqués en premier lieu malgré

l'aspect clinique, échographique et une imagerie peu évocatrice. Le diagnostic de granulome choroïdien tuberculeux a été évoqué de principe compte tenu de la fréquence de la tuberculose sous nos climats. L'énucléation a été décidée pour la patiente vu la perte fonctionnelle du globe, l'existence d'une extension extrasclérale et devant la hantise d'un mélanome choroïdien extériorisé. Lors du geste opératoire, nous avons



1 | 2
3 | 4

Figure 1 : Photographie montrant la masse tumorale blanchâtre.

Figure 2 : Petits foyers blancs avec décollement séreux rétinien.

Figure 3 : Angiographie rétinienne à la fluorescéine : hypofluorescence précoce.

Figure 4 : Angiographie rétinienne à la fluorescéine : diffusion tardive.

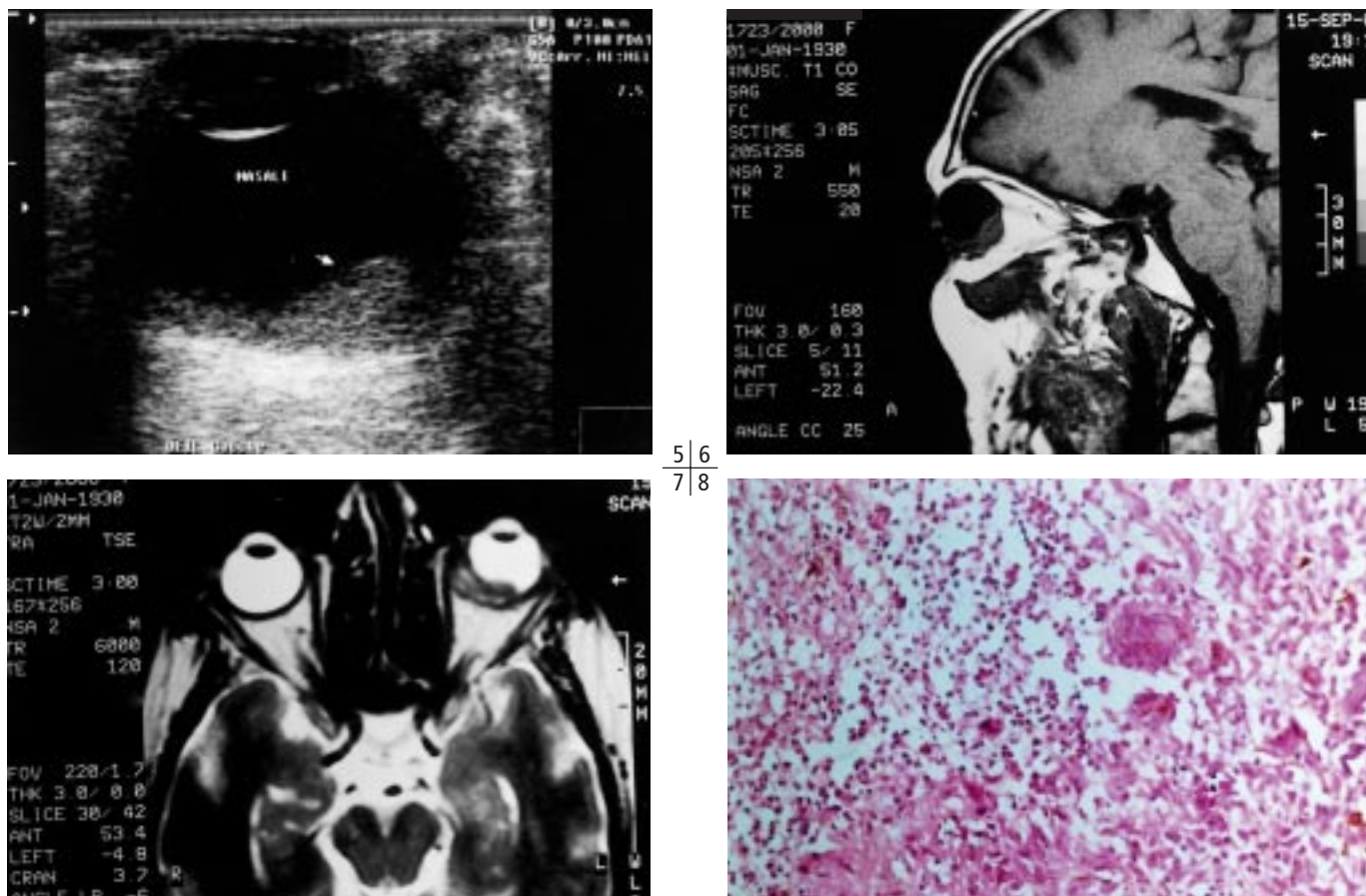


Figure 5 : Échographie oculaire : masse choroïdienne échogène.

Figure 6 : IRM orbitaire : masse tumorale avec extension extra sclérale.

Figure 7 : IRM orbitaire : masse tumorale avec extension extra sclérale.

Figure 8 : Coupe histologique montrant les cellules géantes avec plage de nécrose caséuse.

constaté l'issue à travers l'effraction sclérale d'une substance blanchâtre crayeuse qui a fait suspecter l'existence d'une nécrose caséuse. Elle a été confirmée par l'examen histologique posant le diagnostic d'un granulome choroïdien tuberculeux fistulisé (*fig. 8*).

Juste avant d'entreprendre le traitement, la patiente a présenté une symptomatologie respiratoire bruyante en rapport avec une pleurésie tuberculeuse.

Le traitement antibacillaire a associé une triple association de rifampicine, isoniazide et pyrazinamide pendant 2 mois relayée par une bithérapie à base de rifampicine et isoniazide pendant 7 mois.

L'évolution est favorable sur le plan local et général.

DISCUSSION

La tuberculose sévit toujours à l'état d'endémie dans les pays en voie de développement. Au Maroc, on recense 29 000 à 30 000 nouveaux cas par an et 105 à 110 cas

par 100 000 habitants. Elle connaît aussi une recrudescence dans les pays industrialisés par rapport à la pandémie du SIDA [1-3].

L'atteinte choroïdienne survient surtout dans les formes miliaires et graves de la maladie, et se rencontre surtout chez les sujets immunodéprimés, l'atteinte se faisant par voie hématogène. Notre observation représente une atteinte rare et atypique survenant sur un terrain immunocompétent et de façon inaugurale en absence de toute atteinte systémique. Dans la littérature, les tuberculomes choroïdiens sont rares. La plupart des publications rapportent des observations survenant chez des patients atteints de SIDA [1-8]. Ils sont d'autant plus exceptionnels s'ils sont isolés et précèdent l'atteinte systémique. Par opposition, les tubercules de Bouchut sont une manifestation habituelle de la tuberculose intraoculaire (environ 30 %) [10]. Sur le plan clinique, tuberculomes et tubercules de Bouchut se présentent sous forme de nodules blanc-jaunâtres allant de 1/4 à plusieurs diamètres papillaires à limites floues siégeant le plus souvent au pôle postérieur. S'y associent un décollement séreux du neuroépithélium

et parfois une inflammation vitréenne modérée. Le nombre des tubercules de Bouchut varie de 1 à 60 et se pigmentent avec l'âge [2, 9]. Ces tuberculomes peuvent fistuliser entraînant une effraction sclérale et la perte du globe oculaire comme témoigne notre observation ce qui signe la gravité de l'affection.

L'angiographie à la fluorescéine montre une hypo-fluorescence précoce de la lésion avec diffusion tardive [2, 9]. Mais du fait du masquage de la fluorescence par l'épithélium pigmentaire, l'atteinte choroïdienne peut être inexplorée. L'angiographie au vert d'indocyanine a, dans ce cas, une meilleure sensibilité pour la détection des lésions choroïdiennes [10, 11]. Elle montre 4 signes distincts :

- plage d'hypo-fluorescence irrégulière dans les phases précoce et intermédiaire ;
- spots hyperfluorescents focaux dans les temps intermédiaire et tardif ;
- flou des vaisseaux choroïdiens aux phases intermédiaires dû aux fuites vasculaires ;
- zones d'hyperfluorescence diffuses aux temps tardifs avec rétention choroïdienne.

L'aspect échographique des tuberculomes choroïdiens est variable. Ils se présentent sous forme d'une masse solide avec absence d'écho scléral due probablement à une absorption par les cellules inflammatoires. L'échographie montre une faible réflectivité et une forte vascularisation de la tumeur simulant parfois un mélanome [2].

L'IRM est parfois utile en cas d'atteinte proche de la papille (pour explorer le nerf optique) ou de suspicion d'extension extrasclérale.

Le diagnostic positif se fait sur un faisceau d'arguments de présomption :

- contagé tuberculeux récent et massif ;
- immunodépression ;
- autres localisations patentes de la tuberculose ;
- intradermoréaction à la tuberculine positive.

La mise en évidence du bacille dans les liquides oculaires est difficile et souvent peu fructueuse du fait de la faible concentration du germe dans l'humeur aqueuse et le vitré [2]. L'amplification génique ou PCR présente par contre une grande sensibilité sur un prélèvement d'humeur aqueuse [5, 12, 13].

L'endobiopsie chorioretinienne est pratiquée par certains auteurs [5, 14]. C'est une méthode intéressante mais elle nécessite d'être étayée par d'autres études. Dans notre observation, le diagnostic a été posé à l'examen histologique sur la pièce d'énucléation du fait de la perte fonctionnelle du globe et de l'effraction postérieure.

L'existence d'un granulome choroïdien isolé rend difficile le diagnostic positif et fait discuter d'autres diagnostics différentiels principalement le mélanome malin achrome et les métastases choroïdiennes ainsi que les différentes infections choroïdiennes survenant au cours du SIDA telles que la pneumocystose carinii, la toxoplasmose, la sarcoïdose [15], la cryptococcose, la candidose...

Le traitement antibacillaire repose sur l'utilisation d'une trithérapie : rifampicine, isoniazide, pyrazinamide ou éthambutol pendant 2 mois relayée par une bithérapie à base de rifampicine et isoniazide pendant 4 à 7 mois. Ce qui a été préconisé pour notre patiente.

L'évolution est généralement favorable avec régression des lésions et amélioration fonctionnelle [2].

CONCLUSION

La tuberculose reste une affection encore fréquente sous nos climats. Les granulomes choroïdiens tuberculeux sont rares et sont d'autant plus exceptionnels s'ils surviennent sur un terrain immunocompétent et inaugurent la maladie. Cette observation témoigne des difficultés diagnostiques en absence d'antécédents de la maladie ; elle présente la particularité d'être révélatrice de la tuberculose systémique.

RÉFÉRENCES

1. Muccioli C, Belfort R. Presumed ocular and central nervous system tuberculosis in a patient with the acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Ophthalmol*, 1996;121:217-9.
2. Helm CJ, Holland GN. Ocular tuberculosis. *Surv Ophthalmol*, 1993;38:229-51.
3. Centers for disease control. Update: tuberculosis elimination— United States. *MMWR*, 1990;39:153-6.
4. David A, Dillooreto DA Jr, Rao NA. Solitary non reactive choroidal tuberculoma in patient with acquired immune deficiency syndrome. *Am J Ophthalmol*, 2001;131:138-40.
5. Mason JO. Treatment of large macular choroidal tubercle improves vision. *Arch Ophthalmol*, 2000;118:1136-7.
6. Fernandez CC, Garcia JJ, Moro BD, Blanco JA, Suarez ML. Choroidal tubercles in miliary tuberculosis. *Arch Soc Esp Oftalmol*, 2000;75:355-8.
7. Shimakawa M. Choroidal tuberculoma in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Jpn J Ophthalmol*, 2000;44:697.
8. Shimakawa M. Choroidal tuberculoma in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi*, 2000;104:437-41.
9. Benckekroun S, El Mansouri Y, Rachid R, El Belhadji M, Laouissi N, Zaghoul K, Amraoui A. Granulome choroïdien pseudotumoral au cours de la tuberculose miliaire. *J Fr Ophtalmol*, 1999;22:771-5.
10. Wolfensberger TJ, Piguat B, Herbot CP. Indocyanine green angiographic features in tuberculous chorioretinitis. *Am J Ophthalmol*, 1999;127:350-3.
11. Milea D, Fardeau C, Lumbroso L, Similowski T, Lehoang P. Indocyanine green angiography in choroidal tuberculomas. *Br J Ophthalmol*, 1999;83:753.
12. Bowyer JD, Gormley PD, Rashmi S, Downs RN, Lowe J. Choroidal tuberculosis diagnosed by polymerase chain reaction. *Ophthalmology*, 1999;106:290-4.
13. Kotake S, Kimura K, Mastuda H. Polymerase chain reaction for the detection of mycobacterium tuberculosis in ocular tuberculosis. *Am J Ophthalmol*, 1994;117:805-6.
14. Barondes MJ, Sponsel W, Stevens TS, Plotnik RD. Tuberculous chorioiditis diagnosed by chorioretinal endobiopsy. *Am J Ophthalmol*, 1991;112:460-1.
15. Ryckewaert M, Zanlonghi X, Castier P, Francois P. Choroidal granuloma in sarcoidosis. *J Fr Ophtalmol*, 1988;11:773-8.