

# CLINIQUE

## Tuberculose œsophagienne : une localisation inhabituelle chez une patiente immunocompétente.

D. Moukassa (1), J.-R. Ibara (2), X. Leroy (1), B. Mounkassa (3), A. Itoua-Ngaporo (2) & M. Lecomte-Houcke (1)

(1) Service d'anatomie et cytologie pathologiques, CHRU Calmette, Bd Pr J. Leclercq 59037 Lille cedex. Tél.:00.33.(0)3.20.44.49.85. Fax : (0)3.20.44.47.27.E-mail : d-moukassa@chru-lille.fr.

(2) Service de gastroentérologie et médecine interne, CHU de Brazzaville, Congo.

(3) Fondation E.Brumpt, laboratoire de parasitologie, CHde Gonesse, France.

Courte note n° 2093. "Clinique". Reçue le 27 juillet 1999. Acceptée le 25 juillet 2000.

**Summary:** Oesophageal tuberculosis: an unusual localisation in an immunocompetent patient.

Oesophageal tuberculosis is a rare localisation for extrapulmonary tuberculosis. This report describes the case of a 30-year-old immunocompetent woman with dysphagia, fever and weight loss. Endoscopic examination revealed an ulcerated lesion in the third part of the oesophagus strongly suggesting oesophageal carcinoma. Histologic samples showed epithelioid cells granuloma in the submucosa. Diagnosis was later confirmed by acid-fast bacilli positive gastric aspirates and a positive MANTOUX test using the tuberculin reaction. Barium swallow revealed a narrowing in the third oesophagus. A chest x-ray revealed an infiltrated lesion and a mediastinal lymph node. The patient was put on antitubercular treatment. On follow-up after 3 months, dysphagia, fever, weight loss had disappeared and the ulcerated lesion of oesophagus had improved. The subsequent course of the patient is not known, since she was lost to follow-up.

**Résumé :**

La tuberculose œsophagienne est une localisation rare de la forme extra-pulmonaire de la maladie tuberculeuse. Nous rapportons un cas de tuberculose œsophagienne découverte chez une femme de 30 ans, immunocompétente, présentant une dysphagie avec altération de l'état général. L'examen endoscopique montrait une lésion ulcéro-bourgeonnante simulant un cancer de l'œsophage, dont l'étude microscopique mettait en évidence des lésions granulomateuses et nécrosantes. Le diagnostic a été confirmé par la présence de bacilles de KOCH dans le liquide d'aspiration gastrique et la positivité des tests tuberculiniques. L'évolution sous traitement antituberculeux classique initial a été rapidement favorable. Les suites évolutives après 8 mois ne sont pas connues, car la patiente a été perdue de vue.

tuberculosis  
oesophagus  
endoscopy  
morphology  
course  
Congo  
Subsaharan Africa

tuberculose  
œsophage  
endoscopie  
morphologie  
évolution  
Congo  
Afrique subsaharienne

### Introduction

La tuberculose primitive de l'œsophage est rare (4). Sa fréquence réelle pourrait croître en raison de l'augmentation et de la diversification de ses localisations extra pulmonaires au cours de l'infection par le VIH, estimées à 30-40% des cas, surtout dans les pays en voie de développement (3, 5).

### Observation clinique

Nous rapportons l'observation d'une femme congolaise de 30 ans, immunocompétente, qui consultait en mai 1998 dans le service de gastro-entérologie du CHU de Brazzaville, pour une dysphagie douloureuse et un amaigrissement de 5 kg en 1 mois. Par ailleurs, elle présentait périodiquement des accès fébriles et des sueurs nocturnes abondantes. Aucune notion de contagé bacillaire ni de primo-infection tuberculeuse n'a été retrouvée à l'interrogatoire. L'examen clinique était normal. Les résultats du bilan biologique notaient une hyperleucocytose à 29000 cellules/mm<sup>3</sup> avec une augmentation de la vitesse de sédimentation à 38 mm à la première heure. Le sérodiagnostic des virus VIH1 et VIH2, des virus des hépatites A, B et C étaient négatifs. Les clichés radiographiques du thorax montraient des images d'adénopathies médiastinales et des infiltrats prédominant au niveau du hile des deux poumons. Le transit cœso-gastro-duodénal (TOGD) montrait une sténose incomplète

située au 1/3 inférieur de l'œsophage sur environ 4 cm. L'endoscopie cœso-gastrique mettait en évidence une néoformation ulcéro-végétante située à 30cm des arcades dentaires, faisant suspecter un cancer de l'œsophage. Des biopsies à visée diagnostique ont été réalisées. L'examen microscopique montrait, au niveau de la sous-muqueuse, une lésion folliculaire et granulomateuse d'aspect tuberculoïde (figure 1). Elle était cernée par une couronne de cellules épithélioïdes, de lymphocytes et de quelques cellules géantes. La lésion était également centrée par une plage de nécrose caséiforme (figure 2). L'épithélium malpighien de surface présentait des foyers d'hyperplasie des couches basales (figure 1). La coloration de ZIEHL NEELSEN ne montrait pas de micro-organismes type *Mycobacterium tuberculosis* ou atypique. L'examen direct et la culture des biopsies œsophagiennes, à la recherche du bacille tuberculeux, n'ont pas pu être réalisés. En revanche, la recherche des bacilles de KOCH (BK) dans le liquide de tubage gastrique et l'intradermo-réaction à la tuberculine étaient positives. Par contre, la recherche de BK dans les crachats et le produit d'aspiration endobronchique était négative. Un traitement antituberculeux a été instauré, selon le protocole suivant: une quadrithérapie associant isoniazide (5 mg/kg/j), rifampicine (10 mg/kg/j), myambutol (20 mg/kg/j), et pyrazinamide (30 mg/kg/j) pendant 2 mois, suivie d'une bithérapie associant isoniazide et rifampicine à la même dose pendant 10 mois. L'évolution sous traitement antituberculeux, après 3 mois, était marquée par une amélioration de l'état général, une disparition de la dysphagie, de la fièvre et des sueurs nocturnes, une diminution de la taille de l'ulcération œsophagienne à l'endoscopie de contrôle. Au 8ème mois du traitement, la patiente a été perdue de vue et la suite de l'évolution n'est pas connue.

Figure 1.

Lésion granulomateuse située dans la sous-muqueuse. L'épithélium de surface est hyperplasique, HES X 250.

*Granulomatous lesion in the submucosa with hyperplastic epithelium of the oesophagus, HES x 250.*

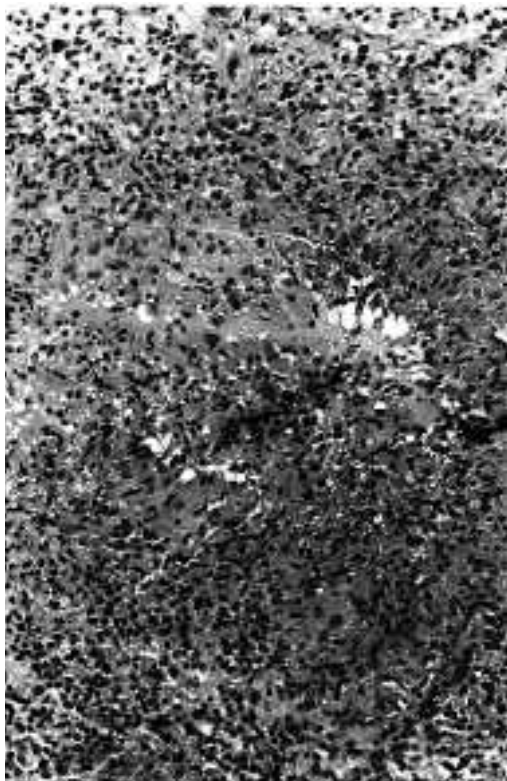
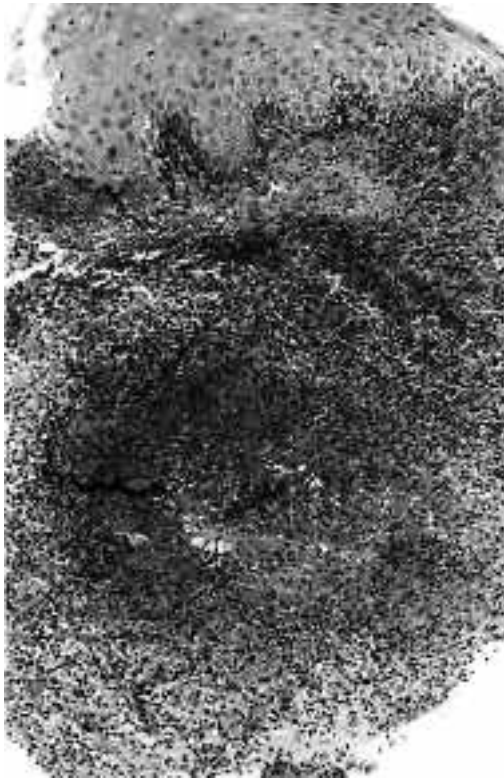


Figure 2.

Granulome épithélio-gigantocellulaire centré par une plage de nécrose caséiforme, HES X 400.

*Follicular lesion composed of giant and epitheloid cells with a caseiform central necrosis, HES X 400.*



scopie permettent de poser avec certitude le diagnostic positif (5, 6). L'aspect morphologique est caractérisé par une lésion folliculaire et granulomateuse faite de cellules épithéloïdes et géantes, avec ou sans nécrose acidophile. La mise en évidence des mycobactéries par les colorations spéciales (ZIELH NEELSEN) est un argument diagnostique important. La culture des fragments biopsiques sur milieu de LÖWENSTEIN-JENSEN confirme le diagnostic, isole l'espèce *Mycobacterium tuberculosis* et détermine l'antibiorésistance vis-à-vis des drogues antituberculeuses. Le traitement de la tuberculose œsophagienne repose sur une stratégie thérapeutique non codifiée. Nous avons choisi le protocole classique de la maladie tuber-

## Discussion

La tuberculose primitive de l'œsophage est exceptionnelle du fait de la résistance de la muqueuse œsophagienne aux agents pathogènes, de la rapidité du transit œsophagien et de la conformation anatomique de la vascularisation artérielle et lymphatique de l'œsophage (1, 2, 5, 6). Les localisations tuberculeuses œsophagiennes sont le plus souvent en rapport avec une extension par fistulisation d'une adénopathie médiastinale ou hilare, par contiguïté à partir d'un abcès pottique ou d'une tuberculose oropharyngée, ou encore par déglutition d'un crachat bacillifère sur une muqueuse préalablement lésée. La contamination par voie hématogène est peu probable (1, 2, 5). Dans notre cas, sur la base des données épidémiologiques, cliniques et histologiques, le diagnostic de tuberculose a été retenu. En effet, la fréquence de la maladie tuberculeuse est actuellement en nette progression au Congo Brazzaville: environ 5 à 10 % de nouveaux cas sont détectés par an, avec des formes cliniques extrapulmonaires atypiques. Cette localisation œsophagienne pourrait être liée à une fistulisation d'une adénopathie hilare ou médiastinale, car il existait des adénopathies médiastinales sur le cliché radiographique du thorax. La fréquence réelle de cette localisation chez des sujets immunodéprimés ou immunocompétents est difficile à préciser en raison du petit nombre de cas isolés rapportés dans la littérature. La traduction clinique n'est pas spécifique, la dysphagie douloureuse est le symptôme le plus fréquemment rencontré (3, 5, 6). Elle est accompagnée de quelques signes indirects d'impregnation tuberculeuse: altération de l'état général, fièvre à prédominance vespérale et sueurs nocturnes. Ces symptômes ne sont pas spécifiques et ne permettent pas d'éliminer un cancer de l'œsophage. Seuls, l'examen anatomopathologique et le résultat de la culture des lésions biopsiées sous endo-

scopie pulmonaire ou extra-pulmonaire défini par l'OMS: une quadrithérapie pendant 2 à 4 mois, réajustée en fonction de l'évolution clinique, suivie d'une bithérapie antituberculeuse pendant 10 à 18 mois (2, 3, 5). L'efficacité du traitement est fonction du respect de la durée minimale du traitement, de la régularité des prises quotidiennes et de la dose administrée; en général, lorsque le traitement est bien suivi, la disparition des signes cliniques est rapide.

Dans les pays à infrastructures sanitaires modestes, le suivi des malades et surtout la disponibilité des drogues antituberculeuses sont un véritable problème crucial entraînant des échecs thérapeutiques et, par conséquent, la survenue des formes compliquées, graves et mortelles, sous forme de sténose complète de l'œsophage.

## Références bibliographiques

- GORDON AH & MARSHALL JB - Esophageal tuberculosis: definitive diagnosis by endoscopy. *Am J Gastroenterol*, 1990, **85**, 174-177.
- LEOTTA SM & ELSBORG L - Localized tuberculosis of the oesophagus: a rare condition. *J Intern Med*, 1995, **238**, 77-79.
- MOKOENA T, SHAMA DM, NGAKANE H & BRYER JV - Esophageal tuberculosis: a review of eleven cases. *Postgrad Med J*, 1992, **68**, 110-115.
- SINGH V, SINGH K, VAIPHEI K & SURI S - Esophageal septum: a rare finding in esophageal tuberculosis. *Am J Gastroenterol*, 1994, **89**, 2084-2085.
- TURNER L, DUPONT C, LESUR G, JUDET O, CHAGNON S *et al.* - Dysphagie avec fièvre révélant une tuberculose ganglionnaire médiastinale. A propos de 2 cas. *Gastroenterol Clin Biol*, 1995, **19**, 841-843.
- WORT SJ, PILESTON JM, HILL PD & HOLDSTOCK GE - Primary tuberculosis of the oesophagus. *Lancet*, 1997, **349**, 1072.