



**De l'otite moyenne chronique au diagnostic de tuberculose multifocale**  
*From chronic otitis media to the diagnosis of multifocal tuberculosis*

SY A<sup>1</sup>, NDIAYE-DIAWARA N<sup>2</sup>, DIENG M<sup>3</sup>, BASSE I<sup>2</sup>, FALL N<sup>2</sup>, MBENGUE M<sup>4</sup>, WANE AS<sup>3</sup>, DIAGNE-GUEYE NR<sup>2</sup>,  
NDIAYE M<sup>1</sup>

1. Service d'oto-rhino-laryngologie, Hôpital pour Enfants de Diamniadio
2. Service de pédiatrie, Hôpital pour Enfants de Diamniadio
3. Service d'ophtalmologie, Hôpital pour Enfants de Diamniadio
4. Service d'imagerie médicale, Hôpital pour Enfants de Diamniadio

Auteur correspondant : Dr Abdou SY

**Résumé**

La tuberculose de l'oreille est une pathologie rare. Le tableau clinique est souvent comparable à celui d'une banale otite chronique, et les examens bactériologiques sont rarement positifs, ce qui rend difficile le diagnostic et le retarde. La présence d'une localisation auriculaire dans un tableau de tuberculose multifocale est exceptionnelle. Nous rapportons le cas d'un enfant de 6 ans, suivi pour une otite moyenne chronique gauche, chez qui le diagnostic d'otite tuberculeuse dans le cadre d'une tuberculose multifocale a été posé suite à la découverte d'autres localisations tuberculeuses (ganglionnaires, vertébrales, pulmonaire, ophtalmologique). L'évolution clinique sous traitement a été favorable.

**Mots clés :** tuberculose ; multifocale ; diffuse ; oreille ; auriculaire.

**Summary**

Tuberculosis of the ear is a rare condition. The clinical picture is often comparable to that of a chronic otitis media, and bacteriological examinations are rarely positive, which makes diagnosis difficult and delaying. The presence of an auricular location in a multifocal tuberculosis chart is exceptional. We report the case of a 6-year-old child with chronic left otitis media. The diagnosis of tuberculous otitis was made after the discovery of other tuberculous localizations (lymph nodes, lungs, bone, eyes). The clinical course under treatment was uneventful.

**Key words:** Tuberculosis; multifocal; diffuse; ear; auricular.



(RAFMI)

**Introduction**

La tuberculose est une maladie ancienne autrefois synonyme de mort certaine. Les premiers traitements médicamenteux efficaces sont apparus dans les années 1940. Selon le rapport de l’OMS de 2018, 10 millions de personnes ont contracté la tuberculose en 2017, dont 1,3 million de décès [1]. La forme la plus fréquente est la tuberculose pulmonaire, représentant 55 à 60% des cas [2]. La tuberculose multifocale représente 9 à 10% des cas de tuberculose extra-pulmonaire [3, 4]. La forme auriculaire est très rare, moins de 0,1% des otites moyennes chroniques [5].

Nous rapportons le cas d’un patient de 6 ans présentant une tuberculose multifocale de découverte auriculaire, avec localisations vertébrales, pulmonaire et ophtalmologique. Notre objectif est, à travers ce cas, de décrire le processus qui a abouti au diagnostic et de décliner les modalités de notre prise en charge.

**Observation**

MF, garçon de 6 ans à la vaccination complète selon le Programme Elargi de Vaccination

(PEV) sénégalais et sans notion de contact tuberculeux retrouvé, est venu consulter au service d’ORL de l’Hôpital pour Enfants de Diamniadio (HED) pour une otorrhée purulente gauche évoluant depuis 6 mois, associée à une rhinorrhée purulente bilatérale et des caries dentaires multiples. Le tout évoluait dans un contexte de dénutrition sévère (P/T= - 4DS) avec fièvre, asthénie physique et amaigrissement. Ce tableau clinique a nécessité une hospitalisation en pédiatrie. L’écouvillonnage de l’otorrhée a retrouvé *Proteus mirabilis* (sensible à l’association amoxicilline + acide clavulanique) et un scanner des sinus de la face a objectivé une sinusite ethmoïdo-maxillaire gauche (figure 1). Une prise en charge de la dénutrition et un traitement à base d’aspirations du pus auriculaire, de gouttes auriculaires (association néomycine + polymyxine B + dexaméthasone), amoxicilline + acide clavulanique, métronidazole et lavages rhinopharyngés ont entraîné une amélioration clinique, permettant ainsi l’exéat du patient après deux semaines d’hospitalisation.



**Figure 1 : opacité ethmoïdale et maxillaire gauche en faveur d’une sinusite ethmoïdo-maxillaire gauche**

Deux mois plus tard, MF est revenu en consultation pour une altération de son état général avec fièvre vespéro-nocturne, amaigrissement, exacerbation de l’otorrhée gauche et apparition récente d’un torticolis. L’examen ORL retrouvait une attitude guindée,

une otorrhée profuse, un polype comblant entièrement le CAE gauche, une lordose cervicale (figure 2) et des polyadénopathies jugulo-carotidiennes. Devant ce tableau, nous avons pensé à une otite cholestéatomateuse compliquée d’un abcès de Bezold.



**Figures 2 : attitude guindée, lordose cervicale**

Le scanner des rochers objectivait une masse extensive de l'oreille moyenne gauche avec importantes lyses de l'os pétreux, de la chaîne ossiculaire et des parois de l'attique (figure 3). Le scanner du rachis retrouvait des collections hétérogènes pré et latéro-vertébrales droites entre les vertèbres cervicales C4 et C7, une ostéolyse importante au niveau des vertèbres C5. L'audiogramme tonal montrait une hypoacousie mixte à prédominance transmissionnelle avec un Rinne audiométrique moyen de 45 décibels.

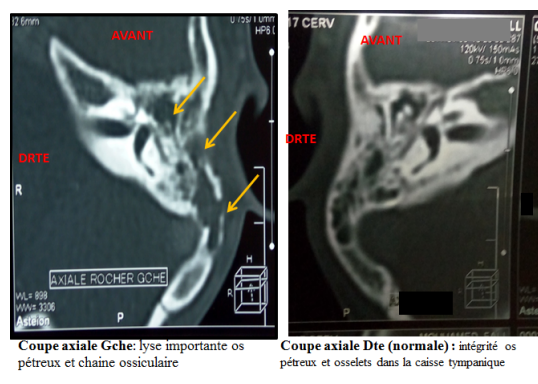


Figure 3 : TDM des rochers droit et gauche

(RAFMI)

et C7, un recul du mur postérieur au niveau de C6 avec un aspect tassé associé (figures 4 et 5). Ces aspects radiologiques du rachis cervical faisaient évoquer un mal de Pott cervical. La radiographie thoracique retrouvait un infiltrat réticulo-nodulaire occupant la quasi-totalité du champ pulmonaire droit et un discret infiltrat hilair gauche (figure 6).

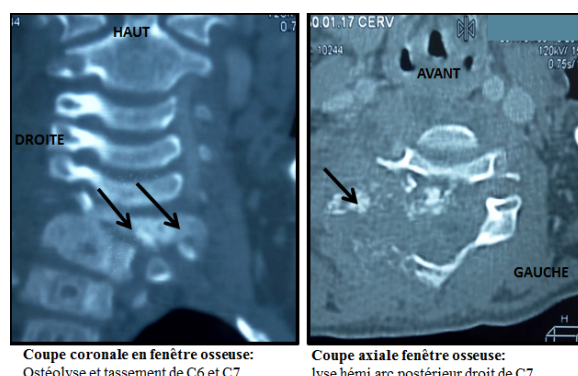


Figure 4

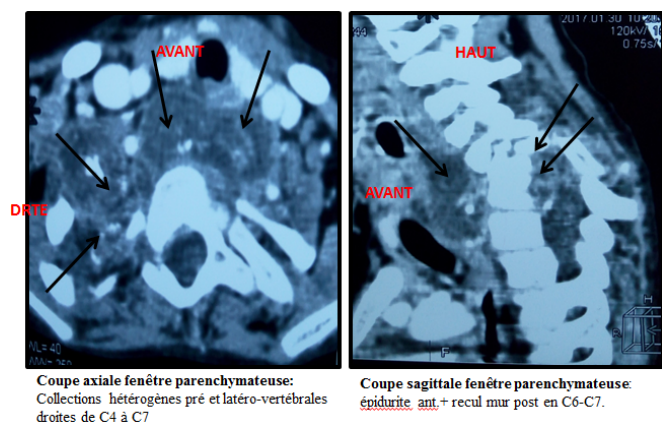


Figure 5



Figure 6 : infiltrat réticulo-nodulaire occupant la quasi-totalité du champ pulmonaire droit et discret infiltrat hilair gauche

Le patient a été référé et hospitalisé en pédiatrie pour une suspicion de tuberculose multifocale: auriculaire, ganglionnaire cervicale, pulmonaire et vertébrale. En cours d'hospitalisation, il a présenté une tuméfaction orbito-palpébrale gauche qui a motivé une consultation en ophtalmologie où fut posé le diagnostic de dacryoadénite unilatérale gauche probablement d'origine tuberculeuse (vu le contexte clinique et radiologique).

La sérologie rétrovirale était négative. L'IDR à la tuberculine était phlycténulaire, le GeneXpert (Xpert MTB-RIF Assay G4 V.5) était positif sur les tubages gastriques, mais négatif sur les

prélèvements d'otorrhée. Les crachats BAAR étaient négatifs. L'étude anatomo-pathologique de la biopsie ganglionnaire mettait en évidence des lésions épithélio-giganto-cellulaires avec nécrose caséuse.

Un traitement à base de Rifampicine, Isoniazide, Ethambutol et Pyrazinamide a conduit à une amélioration du tableau clinique avec une régression nette des symptômes et une prise pondérale de près de 3kg en moins de trois semaines. Ainsi, le diagnostic de tuberculose multifocale avec localisations ORL (auriculaire, ganglionnaire cervicale), osseuses (vertèbres cervicales), pulmonaire et ophtalmologique a



donc été retenu, le traitement anti-tuberculeux poursuivi pendant 6 mois, avec mise en place d'un corset cervical.

### Discussion

La tuberculose diffuse ou multifocale représente dans la littérature 9 à 10% des cas de tuberculose extra-pulmonaire [3, 4]. Cependant ce chiffre peut augmenter et dépasser les 40% dans les zones d'endémie tuberculeuse. Ce fut le cas dans la série de Ba à l'hôpital pédiatrique Albert Royer qui a retrouvé 46,8% de formes diffuses [6]. Elle atteint rarement les sujets immunocompétents ; elle est plus fréquente en cas d'immunodéficience (VIH, dénutrition, diabète) [3, 4]. La sérologie rétrovirale était négative chez notre patient, mais il présentait un état de dénutrition sévère.

La tuberculose de l'oreille moyenne (TOM) est encore plus rare, moins de 0,1% de toutes les otites moyennes chroniques, et son diagnostic est difficile [5]. Classiquement, la muqueuse de la caisse est le siège de lésions granulomateuses blanchâtres ou gris-jaunâtres, mais elle peut prendre un aspect polyploïde, mimant une banale otite chronique. Ce fut le cas chez notre patient dont l'otorrhée, lors de la première hospitalisation, a été mise sur le compte d'une banale otite moyenne chronique d'étiologie bactérienne, et traitée comme telle.

L'aspect otoscopique classique caractéristique de tympan multi-perforé en « pomme d'arrosoir », n'est que très rarement observé [7]. Chez notre patient, les aspects otoscopiques (polype comblant le CAE) et les images du scanner des rochers (lyses osseuses et ossiculaires) ont fait évoquer les diagnostics différentiels suivants : un cholestéatome, une granulomatose, une tumeur maligne de l'oreille, et même une otite syphilitique. Cependant, les images scannographiques d'atteintes cervicales avec lyses osseuses vertébrales évoquant fortement une spondylodiscite tuberculeuse ou mal de Pott ont beaucoup influé dans l'orientation du diagnostic positif de tuberculose de l'oreille moyenne (TOM). Le plus souvent, le diagnostic de TOM est évoqué devant la non-réponse aux traitements antibactériens non spécifiques et habituels d'une otite moyenne chronique, avec persistance d'une otorrhée d'importance variable. La suspicion de TOM ne peut être écartée sur la base d'un examen bactériologique et/ou d'un GeneXpert négatif(s). En effet, les lésions extra-pulmonaires ne contiennent que peu de bactéries

et les cultures sont positives dans moins de 50% des cas [8]. Dans 80% des cas, est notée une contamination par d'autres germes tels que de *Proteus mirabilis*, des streptocoques, des *Staphylococcus aureus* et de *Pseudomonas sp* [9, 10].

L'importance d'une prise en charge multidisciplinaire, dans notre cas, est capitale pour retenir le bon diagnostic et assurer une meilleure prise en charge de cette pathologie rare.

Le traitement est essentiellement médicamenteux, consistant en une association d'isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol, pour une durée de six à neuf mois. La chirurgie est indiquée à visée diagnostique, prélèvement de tissu pour des examens histologiques et microbiologiques [11].

### Conclusion

Le diagnostic de TOM est en général tardif en raison de l'absence d'un tableau clinique spécifique par rapport aux autres formes d'otite moyenne. Devant une otorrhée chronique résistant aux traitements habituels, il faut savoir penser au diagnostic de tuberculose de l'oreille, surtout lorsqu'il existe un contexte d'immunodépression (malnutrition, VIH), en zone d'endémie tuberculeuse. La présence d'autres foyers tuberculeux chez le même patient viendra renforcer la suspicion diagnostique.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

### REFERENCES

1. **Rapport de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2017.** [https://www.who.int/tb/publications/global\\_report/fr/](https://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/)
2. **Aubry P. La tuberculose à l'heure du sida : actualités 2004.** *Médecine Tropicale*; [medecinotropicale.free.fr/cours/tuberculose\\_et\\_sida.htm](http://medecinotropicale.free.fr/cours/tuberculose_et_sida.htm)
3. **Denis-Delpierre N, Merrien D, Billaud E, Besnier JM, Duhamel E, Hutin P, Andrieux F, Delaunay C, Rogez JP, Arzac P, Chennebault JM, Raffi F. Multifocal tuberculosis. About 49 cases in the midwest region. GERICCO (Group for Epidemiology and Research in Clinical Infections of**



- the Central West of France), 1991-1993. *Pathol Biol* 1998 ; 46(6) : 375-9
4. El Ouazzani H, Bouchentouf R, Rguiibi M, Rhorfi I, Yassir Z, Abid A, Alaoui Tahiri K. La tuberculose multifocale. *Rev Pneumol Clin* 2002 ; 58 : 39-42
  5. Maitre C, Conraux B, Reichling P, Bailly P, Boidevezi D. La tuberculose de l'oreille moyenne; état actuel. *J Fr Oto-rhino-laryngol* 1984 ; 33 : 75-80
  6. Ba A. La tuberculose de l'enfant : expérience du Centre Hospitalier National d'enfants Albert Royer : à propos de 398 cas colligés de janvier 1991 à décembre 2000. Thèse médecine, Dakar, n°60, 2003
  7. Farrugia EJ, Ali Raza S, Phillips JJ. Tuberculous otitis media : A case report. *J Laryngol Otol* 1997 ; 111 : 58-9
  8. Lee PY, Drysdale AJ. Tuberculous otitis media : A difficult diagnosis. *J Laryngol Otol* 1993; 107: 339-41
  9. Yaniv E. Tuberculous otitis : An under diagnosed disease. *Am J Otolaryngol* 1987; 8: 356-60
  10. Toman J, Moll A, Barnes M, Sheno S, Porterfield JZ. The role of routine culture in the treatment of chronic suppurative otitis media: implications for the standard of care in rural areas of South Africa. *Trop Med Infect Dis.* 2019; 4(1): 1-10
  11. Bouayed S, Kos MI, Guyot JP. La tuberculose de l'oreille : à propos de deux cas. *Rev Med Suisse* 2005 ; 1:1-4