



M. Bouaamri¹, S. Oujdad¹, M. El Bouhairi¹, S. Naceur², L. Kissi¹

¹ Service d'Odontologie Chirurgicale, Centre de Consultations et de Traitements Dentaires – CHU Ibn Rochd, Faculté de Médecine Dentaire, Université Hassan II, Casablanca, Maroc
² Service de Chirurgie ORL, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Casablanca, Maroc

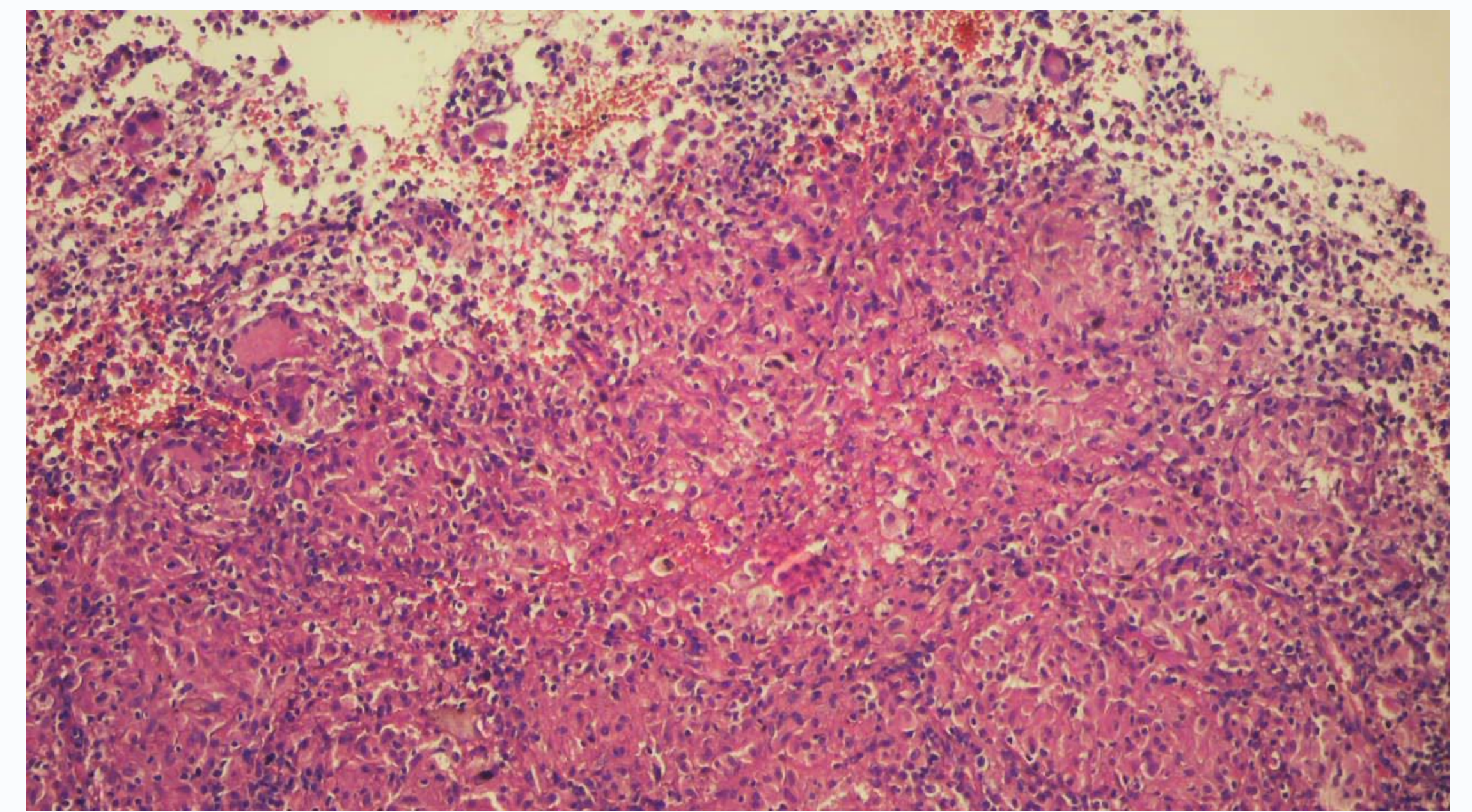
Introduction

La tuberculose ganglionnaire constitue la forme la plus fréquente de tuberculose extra-pulmonaire et représente une cause importante d'adénopathie cervicale chronique dans les zones d'endémie tuberculeuse¹. Cependant, la présentation clinique peut être peu spécifique et retarder le diagnostic. Ce cas souligne l'importance d'évoquer une étiologie tuberculeuse devant une adénopathie cervicale persistante.

Cas clinique

- **Patient:** Homme, 22 ans, en bon état général apparent, sans ATCD médico-chirurgicaux.
- **Motif de consultation:** Nodule cervical gauche indolore évoluant depuis un mois.
- **Examen clinique:** Masse sous-angulaire gauche mesurant \approx 3 cm, consistance ferme, mobile et sensible à la palpation. Absence de foyer infectieux bucco-dentaire à l'examen clinique et radiologique (Figure 1).

- **Examen anatomopathologique:** Présence de granulomes épithélioïdes et géantocellulaires avec nécrose caséuse, compatibles avec une **tuberculose ganglionnaire**. La culture bactériologique a confirmé la présence de **Mycobacterium tuberculosis (50 colonies)** (Figure 4).



- **Évolution:**
 - Deux mois après la chirurgie, le traitement a été modifié vers du Isoniazide, Rifampicine, et l'apparition d'une **récidive ganglionnaire avec collection purulente**, nécessitant un drainage chirurgical (Figure 5).



- **Traitement:** Évolution favorable sous traitement anti-tuberculeux (Figure 6).



Discussion

La tuberculose ganglionnaire est une forme extra-pulmonaire touchant préférentiellement les ganglions cervicaux^{1,2}. Elle se manifeste le plus souvent par une adénopathie chronique d'évolution progressive, dont les signes cliniques sont peu spécifiques, ce qui peut retarder le diagnostic et la faire confondre avec des étiologies infectieuses bucco-dentaires³. Dans les zones d'endémie tuberculeuse, toute adénopathie cervicale persistante doit faire évoquer une origine tuberculeuse après exclusion des causes odontogènes, inflammatoires ou tumorales^{2,4}. Le diagnostic repose sur un ensemble d'arguments cliniques, radiologiques et histopathologiques, notamment la cytoponction ou l'examen anatomopathologique mettant en évidence des granulomes épithélioïdes et une nécrose caséuse³, comme observé dans notre cas. Le traitement repose principalement sur une quadrithérapie initiale. Un geste chirurgical peut être indiqué dans certaines situations, notamment pour le diagnostic, l'exérèse ganglionnaire ou la prise en charge des complications⁵. La récurrence observée dans notre cas souligne l'importance d'un suivi clinique prolongé, afin de détecter précocement les complications⁶.

Conclusion

La persistance d'une adénopathie cervicale malgré un traitement antibiotique doit conduire à un bilan étiologique approfondi. Ce cas illustre le rôle du chirurgien-dentiste dans le diagnostic précoce des adénopathies cervicales d'origine tuberculeuse, particulièrement dans les zones d'endémie.

