

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

**ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE**

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2024, DECEMBRE - VOLUME 11 (2-2)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org

Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

Ex 10^{ème} RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETARE D'EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)
Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter : 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) : 1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français. Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996 ; 89 : 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (revueafricainemi@gmail.com) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (rafmi.org).

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

- 1. Atteintes rénales du lupus érythémateux systémique dans le service de rhumatologie du CHU de Cocody (Abidjan)** 7-15
Bamba A, Coulibaly Y, Coulibaly AK, Kpami YNC, Goua JJ, Kollo NB, Possi SU, Aboubacar R, Ouattara B, Gbané M, Diomande M, Djaha KJM, Eti E
- 2. Le syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire aux urgences médicales du CHU de Bouaké ; à propos de 56 cas** 16-22
Kouassi L, Toure KH, Kone S, Yapo IN'gS-B, Kone F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B
- 3. Les dyslipidémies chez les patients hospitalisés pour Accident Vasculaire Cérébral Ischémique dans le Service de Neurologie du CHU de Bogodogo à Ouagadougou** 23-28
Ido BJF, Dabilgou AA, Carama EA, Guebre SM, Porgo AN, Napon C
- 4. Les comorbidités chez les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (PVVIH) suivies en zone décentralisée au Sénégal** 29-38
Lawson ATD-d, Faye FA, Deh A, Dione H, Thioub D, Bammo M, Diop SA, Diousse P
- 5. Troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs observés chez les sujets diabétiques vus en consultation à Abidjan** 39-43
Condé AS, Kollo NB, Bamba A, Diallo S, Possi S, Coulibaly Y, Djomou NA, Ngon NH, Ada KH, Djaha KJM, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
- 6. Prévalence de l'Hypertension Artérielle intra dialytique chez les hémodialysés chroniques à Bouaké** 44-48
Manzan EAW, Cyr G, Konan N'GM, Kéhi JK, Christ RMK, Gonan AY, Sébastienne N'SAY, Tia Weu M, Yao KH, Ouattara
- 7. Les AVC du sujet âgé : particularités épidémio-cliniques et pronostiques** 49-55
Tanoh MA, Traoré AB, Kadjo CV, Agbo C, Aka AD, Offoumou D, Tanoh C, Ehounoud CY, Diarra EA, Berthe A
- 8. Retinopathy, nephropathy and associated factors on type 2 diabetics followed at CHU Souro Sanou, Burkina Faso** 56-60
Bognounou R, Coulibaly B, Kantagba YM, Bagbila WPAH, Sagna S, Nikiema S, Somé N, Traoré D, Cissé B, Kyelem CG, Guira O, Sombié I, Ouédraogo MS, Yaméogo TM
- 9. Drépanocytose et grossesse : facteurs associés au pronostic obstétrical en cas d'échange transfusionnel dans deux hôpitaux de Brazzaville** 61-66
Buambo GRJ, Potokoue-Mpia NSB, Mabikina NP, Galiba A-TOF, Eouani MLE, Itoua C

CAS CLINIQUES

- 10. Tuberculose multifocale : une localisation laryngée et pulmonaire à propos d'un cas** 67-71
Diallo OA, Ndour N, Dieye A, Tall H, Loum B, Tine FB, Diallo AO, Ndiaye M, Diallo BK
- 11. Parcours diagnostique d'une thrombophilie constitutionnelle dans un service de Médecine interne** 72-75
Sow K, Ngwa Elame H, Diallo BM, Baba NM, Faye FA, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1. *Renal involvement in systemic lupus erythematosus at the Rheumatology Department of Cocody UTH (Abidjan)* 7-15
Bamba A, Coulibaly Y, Coulibaly AK, Kpami YNC, Goua JJ, Kollo NB, Possi SU, Aboubacar R, Ouattara B, Gbané M, Diomande M, Djaha KJM, Eti E
2. *Hyperosmolar hyperglycemic syndrome in the medical emergency room of the hospital of Bouake; about 56 cases* 16-22
Kouassi L, Toure KH, Kone S, Yapo IN'gS-B, Kone F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B
3. *Dyslipidemia among patients hospitalized for Ischemic Stroke in the Neurology Unit of Bogodogo University Hospital, Ouagadougou* 23-28
Ido BJF, Dabilgou AA, Carama EA, Guebre SM, Porgo AN, Napon C
4. *The comorbidities found in a cohort of patients living with HIV in a decentralized center in Senegal* 29-38
Lawson ATD-d, Faye FA, Deh A, Dione H, Thioub D, Bammo M, Diop SA, Diousse P
5. *Musculoskeletal disorders of the upper limbs observed in diabetic subjects seen in consultation in Abidjan* 39-43
Condé AS, Kollo NB, Bamba A, Diallo S, Possi S, Coulibaly Y, Djomou NA, Ngon NH, Ada KH, Djaha KJM, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
6. *Prevalence of hypertension in patients with renal insufficiency in Bouake hemodialysis center* 44-48
Manzan EAW, Cyr G, Konan N'GM, Kéhi JK, Christ RMK, Gonan AY, Sébastienne N'SAY, Tia Weu M, Yao KH, Ouattara
7. *Strokes in elderly: epidemiological and prognostic features* 49-55
Tanoh MA, Traoré AB, Kadjo CV, Agbo C, Aka AD, Offoumou D, Tanoh C, Ehounoud CY, Diarra EA, Berthe A
8. *Retinopathy, nephropathy and associated factors on type 2 diabetics followed at CHU Souro Sanou, Burkina Faso* 56-60
Bognounou R, Coulibaly B, Kantagba YM, Bagbila WPAH, Sagna S, Nikiema S, Somé N, Traoré D, Cissé B, Kyelem CG, Guira O, Sombié I, Ouédraogo MS, Yaméogo TM
9. *Sickle cell disease and pregnancy: factors associated with obstetric prognosis in the event of exchange transfusion in two hospitals in Brazzaville* 61-66
Buambo GRJ, Potokoue-Mpia NSB, Mabikina NP, Galiba A-TOF, Eouani MLE, Itoua C

CAS CLINIQUES

10. **Multifocal tuberculosis: laryngeal and pulmonary localization in a case** 67-71
Diallo OA, Ndour N, Dieye A, Tall H, Loum B, Tine FB, Diallo AO, Ndiaye M, Diallo BK
11. *Diagnostic pathway for Rosai Dorfman Destombes disease in a tropical environment: experience in an internal medicine department* 72-75
Sow K, Ngwa Elame H, Diallo BM, Baba NM, Faye FA, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM



Tuberculose multifocale : une localisation laryngée et pulmonaire à propos d'un cas
Multifocal tuberculosis: laryngeal and pulmonary localization in a case

Diallo OA¹, Ndour N¹, Dieye A², Tall H¹, Loum B³, Tine FB¹, Diallo AO⁴, Ndiaye M⁵, Diallo BK³

1. Service ORL du CHR de Saint Louis (Sénégal)
2. Service Maladies infectieuses du CHR de Saint Louis (Sénégal)
3. Service ORL Hôpital des Enfants Albert Royer (Sénégal)
4. Service ORL Hôpital National Ignace Deen (Guinée Conakry)
5. Service ORL Hôpital des Enfants de Diamniadio (Sénégal)

Auteur correspondant : Dr Oumou Amadou DIALLO

Résumé

Introduction : la laryngite tuberculeuse reste une localisation rare de la tuberculose extra pulmonaire, parfois de diagnostic difficile. Elle peut être primaire ou secondaire à une atteinte pulmonaire.

Observation : nous rapportons le cas d'un patient de 42 ans, ancien tabagique à raison de 4 PA, avec une notion de contagio tuberculeux, admis au service d'ORL de l'hôpital Régional de Saint Louis du Sénégal pour une dysphonie chronique, une odyndophagie et une toux productive. Le tableau évoluait dans un contexte de fièvre à 38,5°C et un amaigrissement non chiffré. Examen du larynx retrouvait une lésion inflammatoire diffuse glottique, des sécrétions purulentes pharyngolaryngées avec une mobilité laryngée bilatérale. Le Genexpert des crachats était positif. La radiographie des poumons montrait des lésions cavernueuses apicales droite et basales gauches. L'endoscopie laryngée montrait une lésion ulcérée, inflammatoire diffuse glotto sus glottique. L'histologie de la biopsie mettait en évidence un granulome tuberculeux en phase d'exsudation folliculaire. Le traitement antituberculeux avait permis une résolution des symptômes à 2 mois de traitement.

Conclusion : Bien que la morbidité de la tuberculose ait diminuée au Sénégal, il existe encore de patients atteints de tuberculose laryngée associée à une tuberculose pulmonaire avancée.

Mots clés : Larynx - Tuberculose - Granulome - Traitement antituberculeux.

Summary

Introduction: Tuberculous laryngitis remains a rare localization of extrapulmonary tuberculosis, sometimes difficult to diagnose. It can be primary or secondary to pulmonary involvement.

Observation: We report the case of a 42-year-old patient, a former smoker at 4 PA, with a notion of tuberculous contagion, admitted to the ENT department of the Regional Hospital of Saint Louis in Senegal for chronic dysphonia, odynophagia and a productive cough. The picture evolved in a context of fever at 38.5 ° C and unquantified weight loss. Examination of the larynx found a diffuse inflammatory glottic lesion, purulent pharyngolaryngeal secretions with bilateral laryngeal mobility. The Genexpert of the sputum was positive with three crosses. The chest X-ray showed right apical and left basal cavernous lesions. Laryngeal endoscopy showed an ulcerated, diffuse inflammatory glotto-supra-glottic lesion. Biopsy histology revealed a tuberculous granuloma in the follicular exudation phase. Antituberculosis treatment had allowed resolution of symptoms after 2 months of treatment.

Conclusion: Although tuberculosis morbidity has decreased in Senegal, there are still patients with laryngeal tuberculosis associated with advanced pulmonary tuberculosis.

Key words: Larynx - Tuberculosis - Granuloma - Antituberculosis treatment.



Introduction

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par le *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch (BK). Elle touche principalement les poumons, mais peut également affecter d'autres organes [1]. La localisation laryngée isolée est exceptionnelle et représente 1% de toutes les localisations extra pulmonaires et 46% au sein des voies aériennes supérieures [2]. La tuberculose laryngée primaire peut souvent induire un retard de diagnostic car la symptomatologie clinique est non spécifique. Cependant, les manifestations pulmonaires associées aux signes laryngés rendent le diagnostic facile [3]. En raison de la recrudescence mondiale de la tuberculose due à la propagation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), cette localisation laryngée doit être connue par les praticiens ORL. Nous rapportons l'observation d'un patient de 42 ans, présentant une tuberculose multifocale à location laryngée et pulmonaire, au service d'ORL et CCF du centre hospitalier régional de Saint Louis (Sénégal).

Observation

Patient de 42ans, pêcheur de profession, ancien tabagique à raison de 4 PA, sevré depuis 1 an, était admis le 27 avril 2023 au service d'ORL du centre hospitalier régional de Saint Louis. Une notion de contagé tuberculeux était notée dans ces antécédents pathologiques. L'interrogatoire retrouvait une dysphonie chronique, permanente, évoluant depuis 7 mois avant son admission. Cette dysphonie était associée à une odynophagie sans dysphagie et ni de dyspnée laryngée. Par ailleurs le patient présentait une toux productive chronique, une fièvre d'allégation vespéro nocturne avec un amaigrissement non chiffré.

L'examen physique retrouvait une altération de l'état général OMS II, les muqueuses conjonctivales pales et une fièvre à 38,5°C. La nasofibroskopie objectivait une lésion inflammatoire diffuse du plan glottique et des bandes ventriculaires avec des sécrétions purulentes pharyngo-laryngées dites « aspect sal du larynx ». La mobilité laryngée était conservée de façon bilatérale (figure 1). Les aires ganglionnaires étaient libres. L'auscultation pulmonaire retrouvait des râles crépitant en basale gauche. Le reste de l'examen était sans anomalie

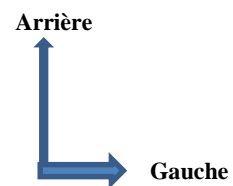


Figure 1 : Vue nasofibrosopique montrant un œdème inflammation diffuse

Le Genexpert des crachats était positif (à trois croix). La biologie révélait un syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose à $14000^3/uL$, une CRP positive à 48 mg/L et une anémie à 9g/dl. La sérologie

rétrovirale était négative, la glycémie à jeun et la créatininémie étaient normales.

La radiographie du thorax montrait des lésions réticulo-nodulaires excavées apicales droites et basales gauches (figure 2).



Figure 2 : Radiographie poumon montrant images cavitaires apical gauche et syndrome alvéolo-interstitiel basal droit.



Une endoscopie laryngée réalisée le 17 mai 2023 objectivait une lésion ulcérée, inflammatoire diffuse des cordes vocales et des bandes ventriculaires, épargnant les aryténoïdes et l'épiglotte.

L'examen anatomopathologique de la pièce biopsique mettait en évidence un granulome tuberculeux en phase d'exsudation folliculaire (figure 3).

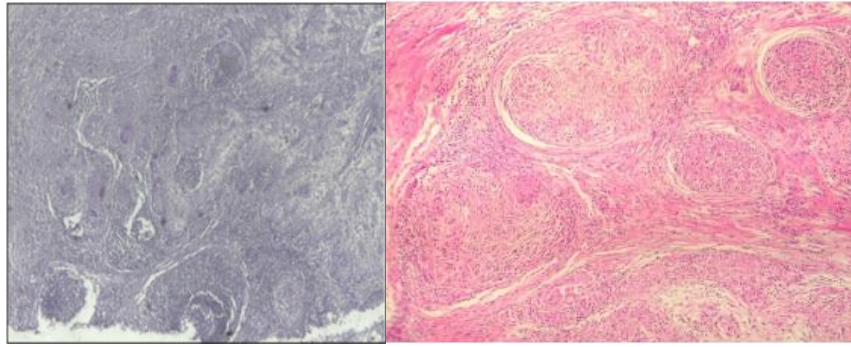


Figure 3 : Coupe histologique montrant des granulomes épithélio-giganto-cellulaire du larynx

Le bilan pré thérapeutique (bilan rénal et hépatique) était normal. Le patient était mis sous une polychimiothérapie antituberculeuse à base de RHZE 3 comprimés par jour pendant 2 mois puis RH pendant 4 mois. Un traitement adjuvant était instauré, fait d'une corticothérapie d'une semaine, d'une supplémentation en fer et vitamine B.

L'évolution à 2 mois de traitement était favorable avec une prise de l'alimentation normale, une résolution des signes laryngés.

Un contrôle nasofibroscopique réalisée en fin de traitement, retrouvait un larynx propre, libre sans lésion (figure 4)

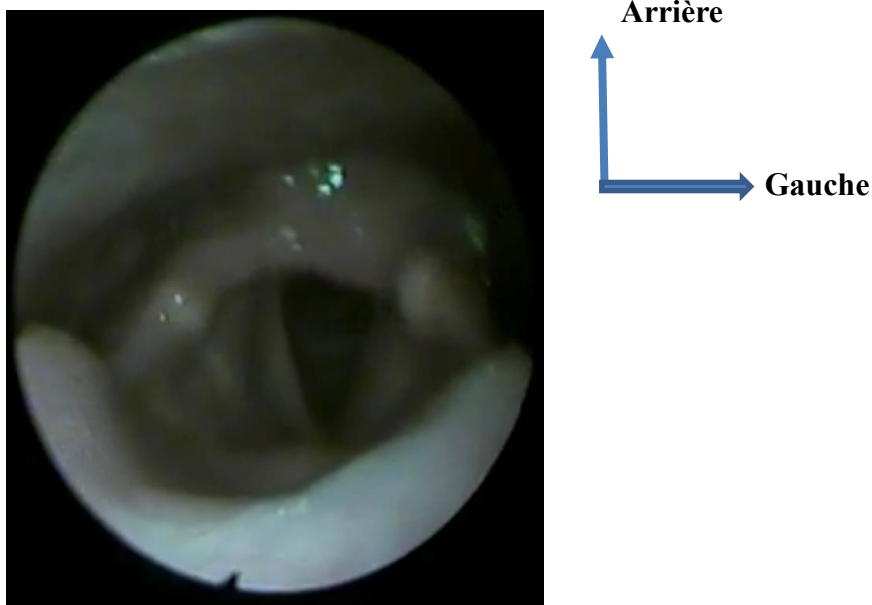


Figure 4 : Vue nasofibroscopique en fin de traitement montrant un larynx propre, libre sans lésion.

Discussion :

Laryngite tuberculeuse est une localisation rare de la tuberculose extra-pulmonaires et représente moins de 1% de l'ensemble des cas de tuberculose [4, 5]. La plupart des patients avec une tuberculose laryngée ont une tuberculose pulmonaire active concomitante avec un taux d'expectorations positives de 90 à 95%. Elle survient principalement chez les adultes âgés de 40 à 60 ans [2]. Comme dans notre cas clinique. Elle prédomine chez les hommes, et semble être favorisée par une intoxication alcool- tabagique excessive. La dissémination peut se faire par voie lymphatique, sanguine et aérienne rétrograde [5]. Le contagé est presque toujours

interhumain [6, 7]. Ce qui est identique à notre cas il y avait une notion de contagé tuberculeuse. La recrudescence mondiale de la tuberculose est due à la propagation de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [8]. Le diabète a été considéré comme un facteur de risque important. Ces statistiques sur la tuberculose au Japon montrent qu'en 2012, 14,3 % de tous les patients atteints de tuberculose étaient diabétiques et que ce chiffre est en augmentation [9]. Dans le monde, 13% des patients atteints de tuberculose présentaient des complications liées à l'infection par le VIH. Par contre, en Afrique environ 43% des patients atteints de tuberculose présentaient des



complications liées à l'infection par le VIH en 2013 [10]. En particulier, pas d'atteinte du VIH dans notre cas. Près de la moitié des patients atteints de tuberculose laryngée sont des fumeurs [4]. Nous avons d'autres facteurs qui existent aussi dans certaines études comme l'absence de vaccination par le BCG, la présence de malnutrition et de promiscuité [11]. Comme dans notre étude, chez un homme adulte, pêcheur de profession avec un mode de vie précaire, résidant dans un endroit populaire de la région de saint louis du Sénégal. Cette localisation peu fréquente de la tuberculose soulève des difficultés diagnostiques et peut être facilement confondue cliniquement avec un cancer du larynx [12]. En ce qui concerne les signes fonctionnels, ils sont non spécifiques. Leur début est progressif et insidieux pouvant faire évoquer une laryngite banale. La dysphonie ou enrouement de la voix est rapidement progressive, parfois intense jusqu'à la voix éteinte. Elle est présente depuis 1 à 6 mois dans 85 à 100% des cas [13, 2]. Dans notre cas, la dysphonie était intense évoluant depuis 7 mois environ. L'odynophagie est retrouvée dans 25 et 50% des cas dans la littérature, avec une toux sèche d'origine laryngée par sensation de corps étranger associée à une hémoptysie. La dyspnée laryngée est rare et témoigne d'une forme évoluée et négligée [13]. Les aspects endoscopiques peuvent prendre plusieurs formes, de l'aspect érythémateux ou congestif aux formes ulcéro-bourgeonnantes et ulcéro-infiltrantes qui prêtent à confusion avec la pathologie maligne [14, 15]. D'autres aspects sont très évocateurs: présence de plusieurs lésions en îlots, amputation du bord libre de l'épiglotte [6]. Dans les formes plus évoluées, on retrouvait autrefois un aspect de larynx sale, recouvert d'un enduit purulent, grisâtre avec des zones infiltrées et des zones ulcérées occupant une grande partie du larynx [13]. Classiquement, la mobilité laryngée reste conservée [16]. Les publications récentes montrent que la localisation de la lésion tuberculeuse est extrêmement variable. Les cordes vocales représentent le site le plus fréquent, suivi de la bande ventriculaire et de l'épiglotte [13]. C'est l'examen anatomopathologique et la recherche de BAAR dans les expectorations qui permettent le diagnostic de tuberculose laryngée et d'éliminer la pathologie néoplasique, tout en sachant que leur association est possible [17]. D'où l'intérêt de notre cas clinique, qui parle de tuberculose multifocale. Cependant, l'histologie peut apporter une preuve formelle dans un délai raisonnable, contrairement à la bactériologie dont le résultat (culture) peut nécessiter plusieurs semaines [5]. Le diagnostic de certitude repose sur l'endoscopie avec biopsies multiples, à différents sites, afin de ne pas méconnaître une lésion maligne [1]. Tel que

présenté dans notre cas. Lorsque le diagnostic positif de tuberculose laryngée est confirmé, le traitement doit être démarré au plus vite. Il s'agit d'un traitement curatif qui repose sur une chimiothérapie anti-tuberculeuse s'étalant sur six mois associant typiquement les deux premiers mois : isoniazide (5 mg/kg), rifampicine (10 mg/kg) et pyrazinamide (20 à 30mg/kg) et l'éthambutol (20mg/kg) et les quatre mois suivants, une bithérapie associant isoniazide et rifampicine aux mêmes doses [13]. Dans notre cas, avec les résultats histologiques, il a bénéficié d'un traitement antituberculeux avec un régime thérapeutique de 2RHZE/4RH par trois comprimés jour pendant 6 mois et l'évolution a été favorable avec une rémission complète. Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé OMS), la durée totale du traitement est de 6 mois soit 2RHZE/4RH [18]. Toutefois, la durée du traitement est encore discutée avec une absence de consensus sur une durée optimale du traitement. Celle-ci est variable selon la localisation et diffère selon les pratiques. Des études supplémentaires sont nécessaires pour établir un consensus et standardiser la durée du traitement des localisations extra-pulmonaires comme c'est le cas de la tuberculose pulmonaire [19]. Au Sénégal, un Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT) est mis en place depuis 1985, pour la prise en charge gratuite et décentralisée dans les districts de sante.

Conclusion

La Tuberculose laryngée reste rare, néanmoins il faut suspecter chez les sujets à risque une association avec le cancer du larynx. Le diagnostic de la Tuberculose multifocale nécessite une collaboration parfaite et étroite entre l'otorhino laryngologue, l'infectiologue, le bactériologiste et le pathologiste. Le traitement est médical. L'évolution est le plus souvent favorable sous un bon traitement selon un protocole bien établi.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Othmane B, Rochd S, Yafi M, Rochdi Y, Raji A. Extraganglionic Localization of Tuberculosis in Otorhinolaryngology: Rare Presentations About 29 Cases. *Medical Research Archives*. 2022; 10(8): 1-13
2. Abbassi IM, El Euch M, Jaziri F, Kefi A, Ben Hamida F, Turki S, Ben Abdelghani K, Ben Abdallah T. Tuberculose laryngée isolée de l'adulte : localisation extra pulmonaire exceptionnelle (à propos d'un cas). *Pan African Medical Journal*. 2022 ; 43(9) : 1-5



3. Mahfoudhi M, Khamassi K, Turki S, Kheder A. Difficulté diagnostique d'une tuberculose laryngée isolée chez une femme diabétique. *Pan African Medical Journal*. 2015 ; 106(21) : 1-4
4. Lettre à la rédaction / Médecine et maladies infectieuses. 2017 ; 47 : 174-178
5. Sidibé Y, Samaké D, Haidara AW, Sanogo B, Diarra K, Konaté N, Guindo B, Soumaoro S, Kanouté T, Ouattara K, Simaga AK, Timbo SK, Keita MA. Tuberculose laryngée : À propos d'une observation. *J.TUN ORL*. 2022 ; 47 : 66-69
6. Abou-elfadl M, Benzaouia A, Abada R, Rouadi S, Roubal M, Mahtar M. Laryngeal Tuberculosis: About 3 Cases from Morocco. *J Otolaryngol Rhinol* 2016; 2(4): 1-3
7. Kamalika PR, Dhruba JD, Srikanth M, Praneeth KK. Tuberculosis of the Larynx: A Review of Two Cases. *International Journal of Phonosurgery and Laryngology*, January-June 2017; 7(1): 27-30
8. Swain SK, Behera IC, Sahu MC. Primary Laryngeal Tuberculosis: Our Experiences at a Tertiary Care Teaching Hospital in Eastern India. *Journal of Voice*. 2019; 33(5): 812.e9-812.e14
9. Kurokawa M, Nibu K-i, Ichimura K-i, Nishino H. Laryngeal tuberculosis: A report of 17 cases. *Auris Nasus Larynx*. 2015; 42: 305-310
10. World Health Organization (WHO). *Global tuberculosis report*; 2013
11. El Kettani N E-C, Hassani MR El, Chakir N, Jiddane M. Primary laryngeal tuberculosis mimicking laryngeal carcinoma: CT scan features. *Indian J Radiol Imaging*. 2010; 20(1): 11-12
12. Agarwal R, Gupta L, Singh M, Yashaswini N, Saxena A, Khurana N, Dimple Chaudhary. Primary Laryngeal Tuberculosis: A Series of 15 Cases. *Head and Neck Pathology*. 2018. <https://doi.org/10.1007/s12105-018-0970-y>
13. El Ayoubi F, Chariba I, El Ayoubi A, Chariba S, Essakalli L. La tuberculose primitive du larynx. *Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale*. 2014 ; 131 : 347-350
14. Morvan JB, Poisnel E, Vatin L, Rivière D, Cathelinaud O, Bousquet F, Verdalle. Manifestations ORL de la tuberculose. *EMC - Oto-rhino-laryngologie* 2015 ; 10(2) : 1-11 [Article 20-925-B-10]
15. Kamalika PR, Dhruba JD, Srikanth M, Praneeth KK. Tuberculosis of the Larynx: A Review of Two Cases. *International Journal of Phonosurgery and Laryngology*, January-June 2017; 7(1): 27-30
16. Saroul N, Vellin J-F, Baud O, Nohra O, Kemeny J-L, Gilain L. Tuberculose épilaryngée : considérations épidémiologiques, cliniques et sanitaires. *Annales d'otolaryngologie et chirurgie cervico-faciale*. 2008 ; 125 : 155-159
17. Touati MM, Darouassi Y, Chihani M, Lakouichmi M, Tourabi K, Ammar H, Bouaity B. La tuberculose extra-ganglionnaire primitive de la sphère ORL : à propos de 15 cas. *Pan African Medical Journal*. 2014 ; 19 : 179
18. Dumbia-singare K, Timbo SK, Kamate B, Guindo-B, Soumaoro-S, Traore L, Soumare D, Toloba Y, Keita M, AG Mohamed A. Tuberculose ganglionnaire cervicale : à propos d'une présentation atypique. *Rev. CAMES SANTE*, 2015, 59-62
19. Faye A, Djiba B, Kane BS, Diagne N, Ndao AC, Dieng M, Sow M, Pouye A. La tuberculose extra pulmonaire dans un service de Médecine Interne en milieu tropical. *RAFMI* 2020 ; 7(1-1) : 20-25