

LES LARYNGITES TUBERCULEUSES A ANTANANARIVO

AUREGAN G¹, RAZAFINDRAZAKA N², RAKOTOMANANA F¹, RABARIJAONA L², RAKOTONIAINA N³

RESUME : L'étude porte sur 80 cas de tuberculose laryngée observés dans deux centres antituberculeux de la capitale. 49 malades ont été vus au Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA) du mois de Septembre 1989 au mois de Décembre 1992 et 31 cas observés à l'infirmerie de la prison d'Antananarivo du mois d'Avril 1990 au mois de Décembre 1992.

Les 31 laryngites tuberculeuses observées dans le milieu carcéral existaient chez 9,1% des tuberculeux, étaient associées à 10,9 % des tuberculoses pulmonaires et représentaient 24,2% des localisations extra-pulmonaires de la tuberculose. Les 49 tuberculoses laryngées du CENHOSOA étaient présentes chez 4,6 % des tuberculeux, étaient associées à 7,9% des tuberculoses pulmonaires et représentaient 8,4% de toutes les localisations tuberculeuses extra-pulmonaires.

La dysphonie, bien que toujours présente, avait représenté rarement (<30%) le motif de découverte de la tuberculose. La comparaison à l'ensemble des tuberculoses a montré que la laryngite n'était pas plus fréquente dans les retraitements et qu'il n'existait pas de différence statistiquement significative dans le risque de décès.

La laryngite tuberculeuse, étant presque toujours à l'ombre de la tuberculose pulmonaire, a évolué parallèlement sous le même traitement, sauf lorsque l'installation très ancienne de la laryngite avait entraîné des lésions fibreuses irréversibles.

Le rappel de cette localisation très anciennement connue est fait dans un but didactique: dans un pays en développement (PED), toute dysphonie chronique doit faire rechercher une tuberculose.

Mots-clés : Tuberculose laryngée - (Tuberculose extra-pulmonaire) - Tuberculose pulmonaire - Hôpital Général - Prison - Dysphonie - (Traitement par antibiotiques antituberculeux) - MADAGASCAR.

ABSTRACT : "Laryngeal tuberculosis in Antananarivo" : this study concerns 80 cases of laryngeal tuberculosis observed in two anti-tuberculosis centres of the capital.

From September 1989 to December 1992, 49 patients had been observed at the Centre Hospitalier de Soavinandriana and 31 cases at the prison infirmary of Antananarivo from April 1990 to December 1992. The 31 laryngeal tuberculosis observed in prison existed among 9,1% of tubercular patients, were associated to 10,9% of pulmonary tuberculosis and represented 24,2% of extrapulmonary tuberculosis. The 49 laryngeal tuberculosis of the CENHOSOA were present among 4,6% of tubercular patients, were associated to 7,9% of pulmonary tuberculosis and represented 8,4% of all the extrapulmonary tubercular localizations.

Voice disorders, even if always present, rarely represented (<30%) a reason for tuberculosis discovery.

Comparison with the whole of tuberculosis cases showed that laryngitis was not most frequent in retreatments and that there was no statistically significant difference in death risk. Laryngeal tuberculosis being mostly in the shadow of pulmonary tuberculosis, it develops in the same way under the same treatment, except when a very ancient laryngitis has given rise to irreversible fiber lesions. Recall of this very early known localization is made in a didactic perspective : in a developing country, all chronic voice disorders must induce to research of tuberculosis.

Key-words : Tuberculosis, Laryngeal - (Tuberculosis, extrapulmonary) - Tuberculosis, Pulmonary - Hospitals, General - Prisons - Voice disorders - (Antitubercular antibiotics therapy) - MADAGASCAR.

INTRODUCTION

La haute prévalence de la tuberculose à Madagascar impose que chaque médecin connaisse par-

faitement tous les aspects de cette affection. Elle peut en effet se localiser dans n'importe quel organe du corps humain, prenant parfois une allure déroutante, revêtant assez souvent des présentations qui, pour n'être pas quotidiennes, sont tout de même fort classiques.

¹ Service Tuberculose Lèpre, Institut d'Hygiène Sociale, BP 460, 101 Antananarivo Madagascar. ² Centre Hospitalier de Soavinandriana, Service de Pneumo-physiologie, BP 6615, 101 Antananarivo Madagascar ³ Hôpital Infirmerie de la prison d'Antanimora "Tonga Soa", BP 7081, 101 Antananarivo Madagascar.

Parmi ces dernières, les localisations laryngées de la tuberculose méritent d'être rappelées pour trois raisons :

- elles sont de diagnostic relativement aisé
- correctement traitées elles guérissent généralement sans séquelles
- surtout, toute dysphonie persistante doit faire rechercher une tuberculose pulmonaire.

MATERIELS ET METHODES

1- Cadre de l'étude

Mené par la même équipe médicale, le travail s'est déroulé dans 2 formations sanitaires différentes :

- le pavillon Roques du CENHOSOA (ex-Hôpital Militaire), service de pneumo-physiologie de 41 lits, inclus dans un hôpital général de 543 lits
- l'infirmerie hôpital de la prison d'Antanimora, disposant de 24 lits dont 16, localisés dans une grande salle commune, sont réservés aux tuberculeux.

2- Période de l'étude

L'étude a porté sur les cas observés du mois de Septembre 1989 au mois de Décembre 1992 pour les patients vus au CENHOSOA et du mois d'Avril 1990 au mois de Décembre 1992 pour les patients incarcérés.

3- Méthode de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée à partir des différents documents tenus et archivés dans les deux centres: dossiers des malades hospitalisés, registre des hospitalisations, registres des tuberculeux et fiches de traitement.

RESULTATS

1- Place des laryngites tuberculeuses au sein des tuberculoses

Pendant les périodes étudiées 341 tuberculoses ont été déclarées à l'infirmerie de la prison et 1061 au CENHOSOA. (Tableau I)

Tableau I : Nombre de tuberculoses enregistrées pendant les périodes d'étude

	1989	1990	1991	1992	Total
Prison		72	117	152	341
Cenhosoa	90	259	316	396	1061

Les TEP enregistrées comme forme principale ont représenté 41,2% des cas (437 / 1061) pour le CENHOSOA; à la prison d'Antananarivo, elles ont représenté 17,3% des cas (59 / 341).

31 cas de laryngites tuberculeuses ont été observés en milieu carcéral et 52 cas au CENHOSOA. 3

dossiers de ce dernier centre ayant été égarés, seuls 49 cas ont pu être inclus dans l'étude. (Tableau II)

Tableau II: Nombre des malades tuberculeux ayant une laryngite

	Laryngites tuberculeuses	Malades tuberculeux	Pourcentage (%)
Prison	31	341	9,1
Cenhosoa	49	1061	4,6

Afin d'apprécier la fréquence des localisations laryngées au sein des atteintes tuberculeuses extrapulmonaires, ces dernières ont été compilées, certains patients présentant plusieurs localisations. Ainsi parmi les 1061 malades du CENHOSOA, il y a eu 585 localisations extra-pulmonaires et chez les 341 de la Prison, 128 localisations extra-pulmonaires ont été recensées. (Tableau III)

Tableau III : Place des laryngites au sein des localisations tuberculeuses extra-pulmonaires

	Laryngites tuberculeuses	Localisations extrapulmonaires	Pourcentage (%)
Prison	31	128	24,2
Cenhosoa	49	585	8,4

Dans leur très grande majorité, les laryngites tuberculeuses étaient associées à une localisation pulmonaire bacillifère (79 cas), pour 6 malades la lésion pulmonaire ne délivrait qu'un faible nombre de bacilles, mis en évidence par la culture; parmi ces 6 cas, 4 étaient des miliaires. Seul un malade avait une tuberculose laryngée (confirmée par l'histologie) sans atteinte pulmonaire.

En milieu carcéral, les examens directs des crachats à la recherche des BAAR de ces patients atteints de laryngite, étaient tous positifs.

Sur les 49 laryngites observées au CENHOSOA, 48 étaient associées à une tuberculose pulmonaire : 42 parmi les 549 TPM+ et 6 parmi les 61 localisations pulmonaires confirmées par la culture. (Tableau IV)

Tableau IV : Association des laryngites et des tuberculoses pulmonaires bacillifères

	Laryngites tuberculeuses	Tuberculoses pulmonaires	Pourcentage (%)
Prison	31	283	10,9
Cenhosoa	48	610	7,9

2- Présentations cliniques

2.1 Terrain de survenue

Les patients âgés de 30 à 40 ans ont été les plus touchés (38%) suivis par les patients de 20 à 30 ans

(35%). A la prison, sur les 31 laryngites rapportées, 30 ont concerné des hommes; mais la population carcérale était masculine à plus de 90%.

Au CENHOSOA, la répartition par tranche d'âge a été la même, les plus touchés ayant été les sujets de 30 à 40 ans (28%), puis ceux de 20 à 30 ans (19%). La répartition par sexe a été ici de 55,5 % en faveur des hommes; les femmes atteintes avaient le plus souvent entre 20 et 30 ans. L'éthylisme a été noté chez 24% des patients et le tabagisme chez 22% d'entre eux. 50% des patients n'étaient ni tabagiques ni éthyliques. 2 patients (soit 4%) avaient un diabète, 3 patients (soit 6%) présentaient un autre antécédent pulmonaire (2 asthmatiques, 1 emphysémateux).

Parmi les laryngites observées au CENHOSOA, 9 malades avaient déjà été traités antérieurement pour tuberculose pulmonaire (18,4%) : 6 pour une reprise évolutive et 3 pour une rechute. Bien que le taux global de malades rechutes et reprises ait été de 9%, la différence n'a pas été statistiquement significative.

A la prison, sur les 31 laryngites, 2 ont concerné des malades en rechute et 4 des malades en reprise évolutive, soit 19,3%.

2.2 Signes

La presque totalité des patients ont présenté une toux productive (94%). La dysphonie a été présente chez tous les malades. Pourtant, à la prison tous les patients avaient consulté initialement en raison d'une toux productive avec altération marquée de l'état général, la dysphonie n'ayant été relevée que par les soignants. Au CENHOSOA, 15 patients seulement avaient signalé une dysphonie dès la première consultation.

Au point de vue radiologique, parmi les malades du CENHOSOA, on a constaté une nette prédominance de l'image infiltrative excavée (33 cas sur 49, soit 67,3%) suivie de l'image d'infiltrat hétérogène (12 cas, soit 24,5%). 4 patients ont présenté une image de miliaire. Les malades de la prison n'ayant bénéficié que de scopie, leur interprétation était peu comparable.

2.3 Conduite du diagnostic

Pour la majorité des patients, le diagnostic de laryngite fut simplement retenu sur la constatation d'une importante dysphonie récente chez un tuberculeux pulmonaire bacillifère, puis la disparition de cette dysphonie au cours du traitement. Quelques patients (19 malades) ont bénéficié d'examens laryngés, soit en laryngoscopie indirecte (5, en ORL), soit par fibroscopie (14, en Pneumologie).

La constatation d'une monocordite a été significative. L'endoscopie a montré une corde vocale

épaissie, blanche le plus souvent, rouge parfois. On a observé assez souvent un enduit blanchâtre au niveau de l'épiglotte ou sur la loge amygdalienne œdématisée, parfois de multiples granulations existaient sur le carrefour pharyngo-laryngé. Quelques patients ont présenté une ulcération de l'une ou des deux cordes vocales.

Une biopsie a été rarement réalisée, l'anatomopathologie a été alors typique avec présence de follicules épithélio-giganto-cellulaires.

3- Evolution

3.1 Traitements appliqués

Un traitement standard court n'a été mis en place qu'en début d'année 1991. Avant, les schémas étaient toujours fonction de l'approvisionnement.

62 patients ont bénéficié d'un schéma moderne incluant au cours de la première phase les trois antituberculeux majeurs que sont rifampicine (R), isoniazide (H) et pyrazinamide (Z). 18 malades n'ont pas bénéficié de ce type de traitement standard moderne.

3.2 Evolution sous traitement

Pour 7 patients (10% des survivants) la dysphonie a persisté malgré le traitement. Pour les autres, elle a régressé le plus souvent durant la première phase de traitement.

Au CENHOSOA, la dysphonie a disparu souvent très tôt après le début du traitement : 20 patients sur 49 (soit 40,8%) ont vu leur dysphonie disparaître après 1 mois de traitement. 37 patients sur 43, dont on connaît le devenir ont vu leur dysphonie s'améliorer ou disparaître, tandis que 6 patients (12,2%) ont présenté une dysphonie persistante (pour 2 avec un échec du traitement de la TPM+). Curieusement, chez un prisonnier la dysphonie est apparue au cours du deuxième mois de traitement. 5 détenus n'ont vu leur dysphonie disparaître qu'après le quatrième mois.

Au total, le nombre de décès parmi les malades ayant eu une laryngite tuberculeuse a été de 8, soit 10%.

3.3 Compliance et tolérance au traitement

Pour les détenus, le taux de PDV a été de 15% (2 évadés et 3 libérés). Au CENHOSOA, 12 (24,5%) malades ont été perdus de vue.

Parmi les malades incarcérés, 5 ont présenté des intolérances (16,1%) dont 3 vertiges et 1 dermatose. Au CENHOSOA, 21 patients se sont plaints d'effets secondaires (42,8%) : pour 11 il s'agissait de vertiges et/ou d'acouphènes, 9 se sont plaints de troubles cutanés, 1 a présenté un ictère. Quelques-uns de ces malades ont signalé plusieurs types d'effets secondaires associés (digestifs, articulaires, flou visuel).

COMMENTAIRES

La répartition selon l'âge des patients de notre série correspond bien à ce qui est rapporté dans la littérature [1, 2, 3]. Comme ARNAUD [1], nous avons retrouvé une atteinte plus précoce chez la femme.

Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative pour les différents types de tuberculoses, même si une laryngite a été observée chez 18% des retraitements contre 9% de retraitements pour l'ensemble des malades de la période.

De même, il n'a pas été constaté de facteurs favorisant particuliers liés au terrain contrairement à ce qu'il est classique de rapporter.

Avant la découverte des antibiotiques, la fréquence de la tuberculose du larynx chez les tuberculeux pulmonaires à l'autopsie [1,4] était constatée dans 50% des cas. Pour les cliniciens, la fréquence des laryngites chez les tuberculeux pulmonaires était de l'ordre de 30 à 40%. Depuis l'ère des chimiothérapies, le pourcentage de ces localisations a fortement régressé, pour quasiment disparaître dans les pays industrialisés. Dans notre étude, 9,1% des tuberculeux incarcérés, et 4,6% des tuberculeux du CENHOSOA ont présenté une telle atteinte. Parmi les tuberculeux pulmonaires, le pourcentage a été de 10,9% à la prison et de 7,9% au CENHOSOA.

De rares cas de localisation laryngée primitive ont été rapportés dans la littérature [1,4,5] et nous même avons rapporté ici une observation. Cette observation nous incite à rappeler les mécanismes physiopathologiques des atteintes laryngées de la tuberculose.

La voie canaliculaire a été depuis très longtemps retenue comme prépondérante; l'hypothèse fut initialement soulevée par LOUIS [In 1] et plus tard cela fit dire à DELARUE [In 2] que la laryngite tuberculeuse "évolue dans l'ombre de la tuberculose pulmonaire et n'est en général qu'une brillante seconde".

La voie lymphatique expliquerait l'homolatéralité fréquemment constatée (signalée chez 2 de nos patients au CENHOSOA) et l'existence de localisations laryngées en l'absence de lésions pulmonaires bacillifères.

La voie hématogène enfin expliquerait les atteintes laryngées lors des miliaires (4 cas parmi nos observations).

La dysphonie, principal signe évocateur de l'atteinte laryngée de la tuberculose, a été rarement alarmante pour les malades, puisqu'elle n'a été à

l'origine de la consultation que dans environ 30% des cas.

La tuberculose laryngée a été presque toujours associée à une tuberculose pulmonaire richement bacillifère (73 cas sur les 80 observations). Les signes généraux et respiratoires ont occupé le devant de la scène, ce qui peut expliquer que les patients ont négligé la dysphonie. Pour les médecins, pourtant, la reconnaissance de ce symptôme peut être intéressante; en effet, la constatation d'une dysphonie traînante chez un toussueur cracheur depuis plus de trois semaines devrait immédiatement conduire à la recherche de BAAR dans les crachats.

Selon COUSSIEU [In 6], la dysphagie qui est souvent associée, est rencontrée à un stade précoce; elle a été observée chez 3 de nos patients du CENHOSOA.

Dans notre étude, les lésions laryngoscopiques allaient d'une simple monocordite à l'aspect pseudo-tumoral intéressant les 3 étages glottiques. Tous les auteurs anciens ont décrit une grande variété de lésions que nous synthétiserons en 4 types [1,6,7].

- Les formes débutantes, avec oedème et hyperhémie sans originalité, volontiers unilatérales.

- Les formes accentuées, avec association d'infiltration et d'ulcérations, parfois avec des végétations; plus souvent les lésions sont bilatérales sans être symétriques.

- Les formes pseudo-tumorales, qui étaient autrefois les plus fréquentes, se rencontrent encore volontiers, soit aspect de polype, soit de véritable tuberculome, débordant largement l'épiglotte.

- Les formes évoluées actives donnant des lésions purulentes : le "clavier purulent" de COUSSIEU [In 6] ou plus souvent de nos jours des lésions cicatricielles, plus ou moins sténosantes.

Tous les auteurs se sont accordés pour reconnaître la rapidité de la réponse favorable au traitement médical, l'évolution étant parallèle à celle des lésions pulmonaires. Nous l'avons également constatée, 2 de nos patients déclarés en échec de traitement pour leurs lésions pulmonaires toujours bacillifères ayant vu persister leur dysphonie. Les autres patients ne montrant pas de régression de la dysphonie étaient déjà au stade de lésions cicatricielles.

CONCLUSION

La laryngite tuberculeuse est souvent méconnue. Méconnue en Occident parce que de plus en plus rarement rencontrée, méconnue dans les PED parce que considérée comme un banal épiphénomène dans le contexte d'une tuberculose pulmonaire dia-

gnostiquée par l'analyse des crachats. La rareté de la dysphonie comme motif de consultation est un excellent témoignage de la négligence des patients qui, dans les PED, arrivent dans les services médicaux après une longue période d'évolution.

La localisation laryngée peut être le fait d'une dissémination par voie hématogène ou lymphatique. Mais le plus souvent, il s'agit d'une diffusion "de surface" liée à une colonisation par les très nombreux bacilles excrétés par le malade, traduisant une complication de la tuberculose pulmonaire déjà connue et/ou négligée par les patients. A ce titre, il convient d'insister auprès des agents de santé sur l'intérêt clinique que peut revêtir la dysphonie : dans un PED, tout malade toussur et cracheur ayant une dysphonie doit être suspecté d'avoir une atteinte tuberculeuse. Il conviendrait d'accorder à la dysphonie la même valeur d'alerte qu'une hémoptysie.

REMERCIEMENTS

Au Dr Odon RABEMANANJARA pour son extrême patience.

REFERENCES

- 1-Arnaud G. Tuberculose laryngée, *EMC ORL* 1963; 20665 A10 : 1-12.
- 2-Dexpert M, Fley S J, Auregan G, Rio G. A propos d'un cas de tuberculose laryngée. *Méd Armées* 1984; 12 : 343-346.
- 3-Grosse A. Traitement des laryngites tuberculeuses par la Streptomycine. [Thèse de médecine], Toulouse: 1948.
- 4-Kouassi B, Ette A, Bamba M, Haffner G, Fakhry K, Ehouo F. A propos de 2 cas de tuberculose laryngée primitive. *Cahier d'ORL* 1984; XIX : 841-845.
- 5-Rebattu JP, Perrin LF, Boulud B, Lille R, Colin B. Tuberculose laryngée à formes tumorales. *Journal français d'ORL* 1978; 27 : 652-656.
- 6-Zanaret M, Gidovanni A, Bouquet O. Tuberculose laryngée, *EMC ORL* 1992; 20-646-B10.
- 7-Portmann G, Despons S, Beerger M, Portmann M. La tuberculose du larynx. Cavités buccale et pharyngée - Larynx - Trachée et bronches - Oesophage - Cou et corps - Thyroïde. Paris: *EMC ORL* 1970; III : 1529-1543.