



## Cas clinique

### Une gomme tuberculeuse sur insuffisance cardiaque globale. A propos d'un cas

A tuberculous gum in context of global heart failure. A case report

E Ndirahisha\*<sup>1</sup>, J Nyandwi<sup>2</sup>, E Baransaka<sup>1</sup>, S Manirakiza<sup>3</sup>, JC Mbonicura<sup>4</sup>, G Kamamfu<sup>5</sup>

#### Résumé

La gomme tuberculeuse est l'une des manifestations rares de la tuberculose cutanée survenant en cas de défaillance immunitaire. Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, aux antécédents de rhumatisme articulaire aigu, hospitalisé dans le service de médecine interne de l'hôpital régional de Ngozi, Burundi, pour dyspnée d'effort stade II de la New York Heart Association (NYHA) évoluant depuis environ deux semaines associée aux signes d'impregnation bacillaire avec une tuméfaction dure au niveau du sein gauche. L'examen clinique a retrouvé un tableau de maladie mitrale décompensée en insuffisance cardiaque globale avec une tumeur dure au niveau du sein gauche et deux orteils amputés de la jambe gauche. La radiographie thoracique de face a objectivé une cardiomégalie avec un double contour à droite et apparition d'un 4ème arc à gauche avec stase veineuse, un épanchement liquidien comblant le cul de sac costodiaphragmatique droit, un épanchement gazeux dans le pied de la grande scissure et une opacité ronde de tonalité calcique du tiers moyen gauche avec un angle de raccordement pariétal obtus.

Le diagnostic retenu était une gomme tuberculeuse liée à une défaillance du système immunitaire secondaire à l'insuffisance cardiaque globale. Son traitement spécifique associé au traitement classique

d'insuffisance cardiaque était marqué par la guérison de la tuberculose et une stabilisation hémodynamique. Mots-clés : gomme tuberculeuse, insuffisance cardiaque, défaillance immunitaire.

#### Abstract

The tuberculous gum is one of the rare manifestations of cutaneous tuberculosis which occurs in case of immune failure. It was about a young man, 19 years old, with a history of rheumatic fever, hospitalized in the internal medicine department of the Ngozi regional hospital, Burundi, for effort' dyspnea stage II of the New York Heart Association (NYHA) evolving for about two weeks with signs of bacillary impregnation and a hard swelling in the left breast.

The clinical examination found a table of decompensated mitral incontinence in global heart failure with a hard swelling in the left breast and two amputated toes on the left leg. The frontal chest X-ray showed a cardiomegaly with a double right and the appearance of a fourth left arc with venous stasis, a fluid effusion filling the costodiaphragmatic angle, gaseous effusion in the large fissure and an opacity of high density in the left middle third with an obtuse parietal connection angle.

The diagnosis of tuberculous gum was linked to the immune system failure secondary to global heart

failure. A specific treatment associated with the classic treatment of heart failure was marked by the cure of tuberculosis and the hemodynamic stabilization.

Keywords: tuberculous gum, heart failure, immune failure.

---

## **Introduction**

La tuberculose est une maladie bactérienne à transmission interhumaine pouvant se localiser à tous les organes [1, 2]. Selon l’OMS, la tuberculose reste un problème majeur de la santé publique. En effet, elle était responsable de 10,4 millions de nouvelles contaminations en 2016 avec 1,7 millions de morts [1]. Au Burundi, la tuberculose sévit sous un mode endémique, touchant essentiellement la tranche d’âge de la population productive de 15 - 44 ans et le nombre de nouveaux cas dépistés a augmenté au cours de ces dernières années passant respectivement de 6009 (2005) à 7547 (2013) [3]. Les gommes tuberculeuses surviennent à l’occasion de l’affaiblissement secondaire du système immunitaire de la personne atteinte [2]. Les maladies chroniques dont l’insuffisance cardiaque, en entraînant la dénutrition et la défaillance immunitaire, constituent classiquement la cause de la localisation cutanée de la tuberculose et la situation de découverte de l’infection tuberculeuse.

Nous rapportons un cas de gomme tuberculeuse sur une insuffisance cardiaque globale d’origine rhumatismale et de souligner la problématique diagnostique de la maladie.

## **Cas clinique**

Un jeune homme de 19 ans a été admis dans le service de médecine interne de l’hôpital régional de Ngozi, au nord du Burundi, pour une dyspnée d’effort stade II de la New York Heart Association (NYHA) évoluant depuis environ deux semaines. Elle était accompagnée d’une altération de l’état général à type d’anorexie et d’amaigrissement avec une perte de

poids de 4 kg en un mois. Il se plaignait aussi d’une tuméfaction thoracique au niveau du sein gauche, de fièvre vespéro-nocturne avec une transpiration abondante et un point de coté droit.

Dans ses antécédents, il était transporteur à vélo, signalant des épisodes d’angine et des douleurs articulaires à répétition dans son enfance et une pneumonie aiguë du lobe supérieur droit au décours d’une insuffisance mitrale rhumatismale décompensée en insuffisance cardiaque globale traitée avec succès par une antibiothérapie et un traitement standard d’insuffisance cardiaque. Une nouvelle décompensation suite aux écarts de régime et de traitement s’est compliquée d’une artériopathie oblitérante aiguë au membre inférieur gauche soldée par l’amputation des deux derniers orteils de la même jambe. Il n’a pas signalé d’antécédent cardiovasculaire dans la famille.

A l’examen clinique, l’état hémodynamique était stable avec tension artérielle à 115/80 mm Hg, fréquence cardiaque à 104 battements par minute, fréquence respiratoire à 30 cycles par minute, SaO<sub>2</sub> à 91% à l’air libre et une température à 38°C. L’examen de l’appareil cardiorespiratoire a trouvé un B3, des bruits du cœur réguliers, un souffle systolique au foyer mitral irradiant à l’aisselle, des râles crépitants aux deux bases pulmonaires. L’examen thoracique retrouvait une tuméfaction dure et homogène de 12 cm de diamètre au niveau sein gauche (Figure 1). Ailleurs, l’examen a retrouvé une hépatomégalie douloureuse, des œdèmes des membres inférieurs prenant le godet et une cicatrice d’amputation des deux derniers orteils du membre inférieur gauche.

L’échocardiographie objectivait une dilatation des cavités cardiaque (ventricule gauche incidence grand axe : diamètre télé diastolique : 65 mm (N < 56 mm) ; diamètre télé systolique : 51 mm (N < 45 mm) ; ventricule droit incidence grand axe : 32 mm) avec altération de la fraction d’éjection du ventricule gauche à 21,53%, un remaniement avec fuite de la valve mitrale et une dilatation de la veine cave inférieure : 24 mm (N < 20 mm). L’électrocardiogramme a montré un axe QRS dévié à gauche avec un indice de

Sokolov à 48 mm et un trouble de repolarisation dans les dérivations gauches.

Sur le plan biologique, l'hémogramme a montré une hyperleucocytose à prédominance lymphocytaire. La glycémie à jeun était normale, ainsi que le cholestérol sanguin et l'ionogramme. La créatininémie était légèrement élevée. Le bilan inflammatoire a montré une CRP élevée à 22 mg/L et une vitesse de sédimentation accélérée.

Le traitement initialement adopté associant un antibiotique non spécifique, un diurétique de l'anse, un inhibiteur de l'enzyme de conversion et un antiagrégant plaquettaire a été un échec. La fièvre, la dyspnée et la tuméfaction ont persisté. L'introduction des antituberculeux une semaine plus tard était un succès. La fièvre et la dyspnée ont disparu au bout de quelques jours. La tuméfaction a fondu dans deux semaines sous antituberculeux.

Nous avons retenu le diagnostic d'une gomme tuberculeuse liée à une réactivation des bacilles de Koch suite à la défaillance du système immunitaire secondaire à l'insuffisance cardiaque globale rhumatismale. Son traitement spécifique associé au traitement classique d'insuffisance cardiaque était marqué par la guérison de la tuberculose et une stabilisation hémodynamique.



Figure 1 : Cardiomégalie avec un double contour à droite et un 4ème arc à gauche avec stase veineuse, un épanchement liquidien comblant le cul de sac

costodiaphragmatique droit, un épanchement gazeux dans le pied de la grande scissure et une opacité ronde de tonalité calcique du tiers moyen gauche avec un angle de raccordement pariétal obtus (donc opacité extra pulmonaire en accord avec la masse retrouvée à l'examen physique).

## Discussion

Les gomes tuberculeuses sont des lésions rares, peu décrites et parfois même négligées [2]. Si la cause reste le plus souvent obscure, il s'agit en tout cas d'une période de moindre résistance, où l'immunité à médiation cellulaire serait diminuée. D'ailleurs, classiquement, les gomes surviennent sur un terrain débilite, chez des patients dénutris ou des patients immunodéprimés [2]. Tel était le cas de notre malade. La tuberculose atteint préférentiellement la tranche d'âge la plus productive entre 15 et 44 ans [3]. Notre patient était de cette tranche d'âge.

Selon la littérature, l'abcès tuberculeux métastatique touche plus l'homme que la femme [4]. Notre cas bien que seul correspond à la littérature. Le tableau clinique classique de la tuberculose associe le syndrome d'imprégnation bacillaire (amaigrissement, anorexie, asthénie, fièvre) et les signes en rapport avec la localisation (abcès, pleurésie, toux, etc.). Dans notre cas, la tuméfaction était le signe lié à la location de l'infection.

Le diagnostic de la tuberculose, suspecté cliniquement, est confirmé par l'isolement des mycobactéries tuberculeuses et/ou par la PCR [5]. Habituellement utilisée, la radiographie thoracique peut montrer les éléments de la tuberculose commune [5] qui ne font que suspecter la tuberculose mais pas la diagnostiquer. Dans notre contexte, la maladie était cliniquement masquée par l'insuffisance cardiaque chronique et pour comble de malheur, l'analyse histologique et le PCR n'étaient pas possibles. Ainsi, le diagnostic a été posé sur base des résultats du traitement spécifique de la tuberculose.

## Conclusion

La gomme tuberculeuse est l'une des formes de la tuberculose survenant dans un contexte de défaillance immunitaire quel que soit la cause. Le diagnostic est difficile à poser par manque du plateau technique. Il est souvent confirmé par un traitement spécifique qu'il faut instaurer systématiquement devant les signes d'imprégnation bacillaire surtout en cas d'insuffisance cardiaque chronique.

## Déclarations :

### *Approbation éthique et consentement de participation*

Le comité d'éthique du CHU kamenge et de la faculté de médecine a approuvé l'étude (certificat N° FM/CE/07/06/2017).

### *Consentement pour publication*

Tous les auteurs ont lu la version finale et sont consentant pour publier le manuscrit.

---

## \*Correspondance

Eugène Ndirahisha

[eugene.ndirahisha@ub.edu.bi](mailto:eugene.ndirahisha@ub.edu.bi)  
[kabandaeugene@yahoo.fr](mailto:kabandaeugene@yahoo.fr)

**Disponible en ligne :** 11 Septembre 2020

1 : Centre hospitalo-universitaire de Kamenge, département de Cardiologie

2 : Centre hospitalo-universitaire de Kamenge, département de Néphrologie

3 : Centre hospitalo-universitaire de Kamenge, département de Radiologie

4 : Centre hospitalo-universitaire de Kamenge, département de Chirurgie

5 : Centre hospitalo-universitaire de Kamenge, département de Pneumologie

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

**Conflit d'intérêt :** Aucun

## Références

[1] OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Journal de lutte contre la tuberculose. Rapport 2016.

[2] Tigoulet F, Fournier V et Caumes E. Formes cliniques de la tuberculose cutanée. Bull Soc Pathol Exot. 2003 ; 96 (5) : 362 – 367.

[3] République du Burundi. Politique Nationale de Santé 2016-2025. Janvier 2016.

[4] Klauss Wolff et al. Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. 5th Edition; New York; USA. 2005 : 662-667.

[5] République du Burundi. La tuberculose au Burundi: Guide Technique à l'Usage des Pres-tataires de Soins. Bujumbura, novembre 2005

## Pour citer cet article :

E Ndirahisha, J Nyandwi, E Baransaka, S Manirakiza, JC Mbonicura, G Kamamfu. Une gomme tuberculeuse sur insuffisance cardiaque globale. A propos d'un cas. Jaccr Africa 2020; 4(3): 522-525