



## TUMÉFACTION DU MUSCLE PECTORAL RELEVANT UNE TUBERCULOSE MUSCULAIRE ISOLÉE : A PROPOS D'UN CAS

### TUMÉFACTION OF THE PECTORALIS MUSCLE UNDER ISOLATED MUSCULAR TUBERCULOSIS: A CASE REPORT

I Kalumba Kambote Athy <sup>1\*</sup> | Lungu Anzwal Philomene <sup>1,2</sup> | Kasamba Ilunga Eric <sup>2</sup> | Mulumba Kadiebwe David <sup>3</sup> | Mazono Mbang Pierre <sup>4</sup> | Manda Mukendi Dodo <sup>1</sup> | Mbuyi Ngandu Fabien <sup>2</sup> | Nyembo Lukamba Jerome <sup>1</sup> | Tshibanda Tshibangu Victor <sup>4</sup> | Kasongo MBowa Marc <sup>1</sup> | Mudingwe Kasongo Pathy <sup>1</sup> | Kamangu Erick <sup>1</sup> | Kalenga Muenze Kayamba Prosper<sup>2</sup> | and | Balaka Ekwilanga Michel <sup>2</sup> |

<sup>1</sup> Centre d'Excellence HIV | UNULU | Lubumbashi |

<sup>2</sup> Département des Sciences Biomédicales, Faculté de Médecine | UNILU |

<sup>3</sup> Département de Médecine Interne | Faculté de Médecine | UNILU |

<sup>4</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi |

| Received 27 September 2019 |

| Accepted October 2019 |

| Published 18 September 2019 |

| ID Article | Kalumba-Ref.1-ajira2-270919 |

## RESUME

La tuberculose des parties molles à localisation musculaire isolée est l'une des formes rares de la tuberculose extra pulmonaire. Nous rapportons dans cet article une observation d'un cas de tuberculose du muscle grand pectoral chez une patiente immunodéprimée. Le diagnostic était essentiellement clinique, un hémogramme, une vitesse de sédimentation et une échographie ont été effectués pour le suivi du traitement, qui du reste été favorable sous traitement anti bacillaire seulement.

**Mots clés :** *tuméfaction, muscle, tuberculose.*

## ABSTRACT

Tuberculosis of the soft tissues with isolated muscular localization is one of the rare forms of extra-pulmonary tuberculosis. We report in this article an observation of a case of tuberculosis of the pectoralis major muscle in an immunocompromised patient. The diagnosis was essentially clinical, a hemogram, a sedimentation rate and an ultrasound were done for the follow-up of the treatment, which was moreover favorable under anti bacillary treatment only.

**Key words:** *swelling, muscle, tuberculosis.*

## 1. INTRODUCTION

Plus de 95% de décès dus à la tuberculose sont observés dans les pays à revenu faible. La tuberculose représente la deuxième cause de décès dans le monde [1]. La RD Congo se trouve parmi les trente pays à lourde charge de cette maladie au niveau mondial. Elle est deuxième pays en Afrique avec une charge élevée .avec une population estimée en 2014 à 72.505.278 habitants et une incidence de cas de tuberculose de 327 cas pour 1000 habitants est comptée parmi 22 pays qui supporte plus de 80 % de la charge de la tuberculose dans le monde entier, occupe le 5eme rang en Afrique et est parmi les pays qui regorgent le plus grand nombre de malades doublement infectés par cette affection et le VIH/SIDA.

La République Démocratique du Congo un des pays à forte endémie de tuberculose, la localisation extra pulmonaire a connu une nette augmentation cette dernière décennie [2].

On peut distinguer la tuberculose pulmonaire qui est la présentation la plus fréquente [70 à 75% des cas] de la tuberculose extra pulmonaire. Chez les patients immunodéprimés, plus l'immunodépression est profonde, plus on va voir apparaître des formes non cavitaires, des formes extra pulmonaires et surtout des formes disséminées [3]. L'atteinte musculaire sélective reste une forme très rare de la tuberculose extra pulmonaire même dans les pays à forte endémie de la maladie. L'atteinte du muscle grand pectoral fait partie des atteintes de la paroi thoracique qui représente 1 à 5 % des atteintes musculo squelettiques [4]. Le tableau clinique est souvent trompeur devant l'absence des signes d'appel généraux ou pleuropulmonaires.

Le diagnostic est basé surtout sur la bactériologie et l'histologie. Le traitement fait appel aux tuberculostatiques seuls ou le plus souvent associés à une chirurgie d'exérèses ou drainage.

### Patient et observation

Une patiente de 47 ans, une fois traitée pour une tuberculose pulmonaire et péritonéale en 2014, sans notion de comptage tuberculeux récent et sans aucun antécédent de traumatisme thoracique, avec dysimmunitaire lié au VIH, présente depuis 14 semaines une tuméfaction de la partie antéro supérieure gauche de la paroi thoracique, augmentant progressivement de volume, évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

L'examen clinique met évidence une augmentation homogène du volume du muscle grand pectoral gauche de consistance dure, indolore et sans signes inflammatoire en regard.



**Figure 1 :** cette figure montre l'aspect de la tuméfaction avant le traitement.

La radiographie est sans particularité. L'échographie thoracique centrée sur le muscle grand pectoral gauche, montre une masse hétérogène avec collection liquidienne de plus ou moins 50x30x71mm siégeant sous le muscle grand pectoral gauche, sans épanchement pleural liquidien associé. Le bilan biologique révèle ce qui suit : VS 144mm à la première heure, des globules blancs à 76000/UI avec des lymphocytes à 32%, neutrophile 62%, Monocytes 4%, Eosinophile 2 %, Basophile 0% ; une CRP (C reactive Protein) à 86 mg/L, une charge virale VIH : 550copies (log : 2,74). Des traitements antérieurs faits d'anti-inflammatoires et d'associations d'antibiotiques n'ont pas réussi à freiner l'évolution de la masse.

La patiente a enfin été mise sous traitement anti bacillaire selon le schéma 2RHZE /7RH telle que recommandé par le Guide de Prise charge de la Tuberculose en R D Congo [5], traitement s'est accompagné une bonne évolution radio clinique marquée par la régression de la masse pectorale après 2 mois de traitement. La recherche d'autres localisations de la maladie était négative.



**Figure 2 :** la figure montre la disparition de la tuméfaction quatre mois après le traitement anti bacillaire.

## 2. DISCUSSION

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par la bactérie *Mycobacterium tuberculosis*, contagieuse, avec des signes cliniques variables. Elle arrive en tête des causes de mortalité d'origine infectieuse à l'échelle mondiale, devant le sida [6].

Elle est aussi une maladie granulomateuse qui peut toucher tous les organes. L'atteinte musculaire isolée est une forme très rares de la tuberculose extra pulmonaire. Son incidence exacte est mal connue. Peu d'études ont abordées cette localisation exceptionnelle du *Mycobacterium tuberculosis*, les connaissances actuelles sont essentiellement fondées sur l'analyse des cas sporadiques. Une étude menée en Taiwan a mis en évidence 21 cas de tuberculose musculaire sur un total de 1153 patients tuberculeux avec une culture positive, soit un taux de 2% [7]. Dans une étude réalisée par Culotta, A, seulement 4 cas de tuberculose musculaire ont été révélés sur 2224 autopsies réalisées chez des patients tuberculeux [8]. L'atteinte musculaire intéresse surtout les muscles de la cuisse, les bras et avant-bras et les mollets [9].

A notre connaissance, l'atteinte du muscle grand pectoral comme le cas de notre patiente a été rapporté une fois par Sohaib Hayoun et al., en 2017 [10]. L'atteinte musculaire peut se présenter sous forme de masse kystique rénitente, indolore sans signes inflammatoires en regard réalisant un tableau d'abcès froid ou de masse tissulaire ferme parfois mobile [11].

La physiopathologie de cette localisation n'est pas bien connue hyper vascularisation du muscle, la concentration élevée de l'acide lactique et l'absence du tissu reticulo endothélial et lymphatique du muscle, font de ce dernier un milieu défavorable à la croissance du Mycobacterium tuberculosis [12], ce qui explique l'atteinte musculaire dans la tuberculose provient habituellement de l'extension d'un foyer osseux, articulaire ou tendineux, d'une inoculation directe ou d'une dissémination hématogène ou lymphatique [13].

La localisation musculaire isolée comme dans cas ou aucune localisation primitive n'a été détectée et aucune notion d'inoculation iatrogène n'a été rapporté est extrêmement rare et elle serait secondaire à une fragilisation des muscles par un traumatisme ou une affection préexistante méconnue [14].

Cependant, la contamination aurait pu se faire à partir d'un foyer pulmonaire radiologiquement indétectable. La Tomodensitométrie thoracique est l'examen de choix dans l'évaluation des lésions de la tuberculose de la paroi thoracique en montrant la nature de l'étendue de ces lésions, l'existence d'une lyse osseuse adénopathie intra thoracique ou de lésions pleuropulmonaires associées. L'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) avec sa capacité multi planaire et son excellent contraste pour les tissus mous reste le meilleur examen radiologique pour évaluer les masses des tissus, y compris les processus infectieux et inflammatoires [15].

Le diagnostic de certitude reste bactériologique en montrant la présence de bacille de Koch à l'examen direct et à la culture ou bien histologique en montrant un granulome spécifique avec nécrose caséuse. Dans notre cas le diagnostic était posé sur base des éléments cliniques, para cliniques, échographique et un traitement d'épreuve anti bacillaire après avoir soumis la patiente plusieurs fois à des antibiotiques agissant à large spectre.

Le schéma fait de 2 mois de rifampicine, isoniazide, pyrazinamide, Ethambutol suivi de 7 mois de rifampicine, isoniazide reste le standard pour les atteintes extra pulmonaires selon le programme national de lutte contre la tuberculose en RD Congo. Certains auteurs suggèrent qu'un traitement médical seul bien conduit peut mener à la guérison, ce pendant, il s'agit de rares séries avec un nombre limité de patients. La plupart des auteurs recommandent la combinaison d'un traitement médical et d'une cure chirurgicale. Notre cas a bien répondu au traitement médical exclusif. L'évolution était spectaculaire avec régression presque complète de la masse et absence de récurrence.

### 3. CONCLUSION

La tuberculose de la paroi thoracique est rare, il est parfois difficile de la distinguer d'une tumeur de la paroi en l'absence d'autres lésions pulmonaires ou extra pulmonaires évocatrices de tuberculose. Le diagnostic et le traitement doivent être précoces avant la survenue de complications

### 4. REFERENCES

1. Nadia AIT Khaled, Donald Enaison, tuberculose, Manuel pour les étudiants en médecine
2. OMS, Module de prise en charge de la tuberculose, Kinshasa .2014
3. Yombi, Jean Cyr, Linga medio, Ubald. La tuberculose : épidémiologie, aspect clinique et traitement. In : Louvain médical, vol.134, no 10, P.549-559(2015)
4. Gayler BW, Donner MW. Radiographic changes of the ribs. Am J Med 1967 May; 253(5): 586-619 (pub med) (Google scholar)
5. Programme National de lutte contre la Tuberculose ; Guide de Prise en charge de la Tuberculose PATI 5, édition 2015
6. WHO, GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT 2017, [www.who.int/tb/data](http://www.who.int/tb/data)
7. Wang JY, Lée LN, HSueh PR, Shih JY, Chang YL, Yang PC, Luh KT. Tuberculous myositis: a rare but existing clinical entity. Rheumatology (Oxford) 2003 Jul; 42(7): 836-40. (pub med) (Google scholar)
8. Culotta A. La tuberculosis musculare. Rev pathol tuberc .1929; 31-36 (Google scholar)
9. Puttik MP, Stein HB, Chan RM, Elwood RK, How AR, Reid GD. Soft tissue Tuberculosis: a series of 11 cases. J Rheumatol. 1995 Jul; 22(7): 1321-5 (pub med) (Google scholar)
10. Sohaib Hayoun, & Hanane El Ouazzani, Bouchra Habibi, Salwa Belhabib, Hicham Souhi, Ismail Abderahmane Rhorfi, Ahmed Abid; Tumeur du muscle pectoral révélant une tuberculose musculaire isolée; Pan African Medical Journal. 2017; 27:44. doi:10.11604/pamj.2017.27.44.12419
11. Zidane A et al. tuberculose de la paroi thoracique: à propos de trois cas. Rev pneumol clin. 2015 oct; 71(5) : 290-3 (pub med) (Google scholar)
12. Plummer WW, Sanes S, Smith WS. Hematogenous tuberculosis of skeletal muscle: Report of a case with involvement of the gastrocnemius muscle. J Bone Joint Surg. 1934; 16(3): 631-9 (Google scholar)
13. Abdelwa Hab IF, Bianchi, Martinoli C, Klein M, Hermmann G. Atypical extraspinal musculoskeletal tuberculosis in immunocompetent patients: part II. Tuberculous myositis, tuberculous bursitis and tuberculous tenosynovitis. Can Assoc Radiol J. 2006; 57(5): 278-86 (pub med) (Google scholar)
14. Shepherd JJ. Tropical myositis, is it an entity and what are its causes? Lancet. 1983 NOV; 2(8361): 1240-2 (pub med) (Google scholar)
15. Paajanen H, Groddw, Revel D, Engelstad B, Brash RC. Gadolinium-DTPA enhanced MR imaging 1989; 5(2): 109-15 (pub med) (Google scholar)



Cite this article : Kalumba Kambote Athy, Lungu Anzwa, Philomene, Kasamba Ilunga Eric, Mulumba Kadiebwe, Mazono Mbang Pierre, Manda Mukendi Dodo, Nyembo Lukamba Jerome, Tshibanda Tshibangu Victor, Kasongo Bowa, Mudimbe Kasongo Pathy, Kamangu Erick, Kalebnga Muenze Kayamba Prosper, and Balaka Ekwilanga Michel. TUMEFACTION DU MUSCLE PECTORAL RELEVANT UNE TUBERCULOSE MUSCULAIRE ISOLEE : A PROPOS D'UN CAS. *Am. J. innov. res. appl. sci.* 2019; 9(4): 335-337.

This is an Open Access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>