

## Solitary tuberculous choroidal granuloma imitating a Malignant Melanoma: about a case

B. Tamym\*, I. Chabbar, T. Bouzouba, S.Karmoun, A. Berraho

OPHTALMOLOGIE B, hôpital des spécialités de Rabat, Morocco.

\*Corresponding Author: TAMYM BOUCHRA

**Résumé:** La tuberculose oculaire est rare et les granulomes choroïdiens sont exceptionnels sur un terrain immunocompétent, peut être isolé ou associé à une atteinte pulmonaire, nous rapportons le cas d'un granulome choroïdien imitant un mélanome malin.

**Mots Clés:** tuberculose, granulome, choroïde, mélanome

Date of Submission: 04-06-2020

Date of Acceptance: 20-06-2020

### I. Introduction:

La tuberculose oculaire reste une entité rare, celle-ci peut constituer une circonstance de découverte de la maladie et peut rester isolée sans aucune association avec une atteinte pulmonaire. La tuberculose oculaire est responsable de 5 à 10 % des cas d'inflammation oculaire (IO) [1]. Nous rapportons ici un cas de granulome choroïdien pseudo tumoral révélateur de la maladie.

### RAPPORT DE CAS :

Une femme de 32 ans, sans antécédents pathologiques notables, consulte pour une baisse de l'acuité visuelle de l'œil gauche (OG).

L'examen ophtalmologique initial au niveau de l'OG note une AV réduite à la perception lumineuse, L'examen du segment antérieur est normal. L'examen du segment postérieur révèle une masse choroïdienne blanchâtre para papillaire, associé un décollement séreux rétinien et une discrète inflammation vitrénne (fig. 1). L'examen de l'œil droit est sans anomalie. L'angiographie rétinienne montre une hypo fluorescence précoce de la lésion avec diffusion tardive (fig. 2et 3). L'échographie montre un processus tissulaire tumoral choroïdien temporal, de siège para papillaire, soulevant la rétine ; hyperéchogène homogène vascularisée au doppler et mesurant 7.8 mm de diamètre et 3.3 mm d'épaisseur (fig. 4). L'IRM confirme la présence d'une masse tumorale siégeant au niveau de la papille, en hypersignal T1 et hyposignal T2, intensément rehaussé par le contraste avec prise de contraste de la partie distale de la gaine de la portion intracrânienne du nerf optique (fig.5et 6). Le bilan d'extension est sans anomalie notamment la radiographie pulmonaire et l'échographie hépatique normales, la sérologie HIV négative et une intradermoréaction à la tuberculine à 10 mm.



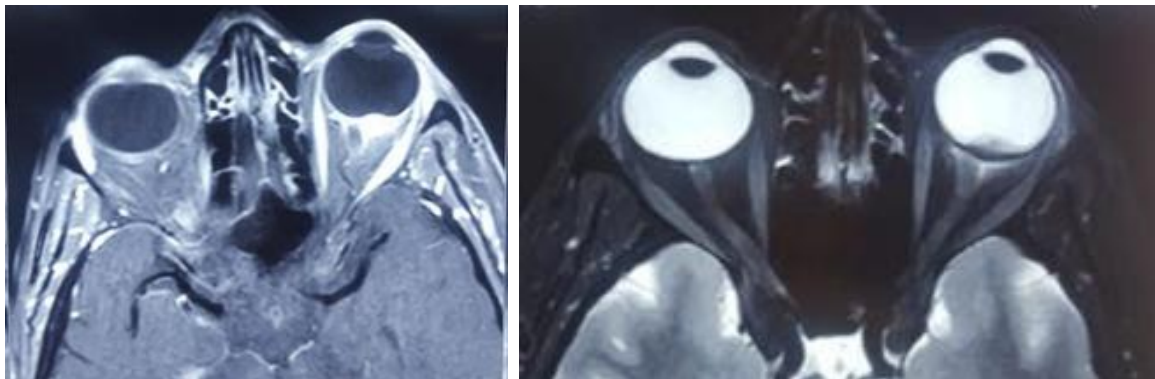
**Figure 1:** image du fond d'œil gauche montrant une masse choroïdienne blanchâtre au niveau de pole postérieur avec un décollement séreux rétinien



**Figure 2et3:** angiographie rétinienne montre une hypo fluorescence précoce de la lésion (image gauche) avec diffusion tardive (droite)

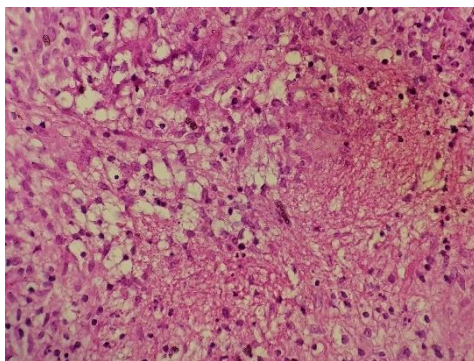


**Figure 4 :** échodoppler oculaire montrant un processus tissulaire tumoral choroïdien para papillaire, soulevant la rétine ; hyperéchogène homogène vascularisée au doppler



**Figure 5et6:** IRM orbitaire confirme la présence d'une masse tumorale siégeant au niveau de la papille, en hypersignal T1 (image gauche) et hyposignal T2 (droite)

Un mélanome choroïdien achrome ou une métastase choroïdienne ont été évoqués en premier lieu devant l'aspect clinique et une imagerie évocatrice. Le diagnostic de granulome choroïdien tuberculeux a été évoqué de principe compte tenu de la fréquence de la tuberculose sous nos climats. L'énucléation a été décidée pour la patiente devant la hantise d'un mélanome choroïdien et vu la perte fonctionnelle du globe. L'examen histologique de la pièce d'énucléation a confirmé le diagnostic d'un granulome tuberculeux choroïdien (fig. 7).



**Figure 7 :** Image histologique, grossissementx100, montrant des remaniements inflammatoires granulomateux avec présence de plages de cellules épithélioïdes aux noyaux allongés finement nucléolés au sein d'un cytoplasme éosinophile de moyenne abondance, avec présence d'ébauche de nécrose caséiforme.

Le traitement antibacillaire a associé une triple association de rifampicine, isoniazide et pyrazinamide pendant 2 mois relayée par une bithérapie à base de rifampicine et isoniazide pendant 7 mois. L'évolution est favorable sur le plan local et général.

## II. Discussion

La tuberculose reste l'une des maladies infectieuses les plus répandues dans le monde. Elle sévit à l'état endémique dans les pays en voie de développement. Sa recrudescence avec l'avènement du SIDA et l'apparition de souches multi résistantes font actuellement de cette maladie un problème de santé publique dans les pays développés [2].

L'atteinte oculaire représente 1 à 2% des atteintes extrapulmonaire. Toutes les structures de l'œil, à l'exception du cristallin, peuvent être concernées. Certaines de ces manifestations, comme les tuberculomes ou les tubercules de Bouchut, sont liées à la présence du bacille dans l'œil, D'autres, tel que les uvéites, sont le reflet d'une hypersensibilité retardée au bacille de Koch [3, 4, 5].

Les tuberculomes choroïdiens sont exceptionnels ; survient surtout dans les formes miliaires et graves de la maladie, et se rencontre surtout chez les sujets immunodéprimés [6]. En effet, le tuberculome choroïdien fut reconnu pour la première fois par Gueneau de Mussy en 1830 [7] et prouvé par Cohnheim en 1867, en provoquant une tuberculose intra-oculaire (TIOC) expérimentale par injection d'un inoculum de BK chez des cochons.

Notre patiente présente une forme rare et atypique survenant sur un terrain immunocompétent et de façon inaugurale en absence de toute atteinte systémique.

Cliniquement les tuberculomes et tubercules de Bouchut se présentent sous forme de nodules blanc-jaunâtres à limites floues siégeant le plus souvent au pôle postérieur. Le nombre des tubercules de Bouchut varie de 1 à 60 et se pigmentent avec l'âge [3, 8]. Ces tuberculomes peuvent fistuliser entraînant une effraction sclérale et la perte du globe oculaire. L'angiographie rétinienne à la fluorescéine montre aux temps précoces, une hypofluorescence de la lésion avec diffusion tardive. L'angiographie au vert d'indocyanine a récemment montré son intérêt dans la choroïdite tuberculeuse, même dans les atteintes infracliniques [9,10].

Les tuberculomes choroïdiens se présentent à l'échographie sous forme d'une masse solide avec absence d'écho scléral, une faible réflectivité, et une forte vascularisation de la tumeur simulant parfois un mélanome [8].

L'IRM est surtout utile en cas d'atteinte proche de la papille afin d'explorer le nerf optique ou en cas de suspicion d'extension extrasclérale.

Le diagnostic de la tuberculose oculaire reste un défi en raison de la difficulté et la morbidité oculaire potentiel. Il est essentiellement basé sur des critères anamnestiques, la présence des lésions extra-oculaires, la positivité IDR, L'amplification génique ou PCR présente par contre une grande sensibilité sur un prélèvement d'humeur aqueuse [11,12,13].

Certains auteurs préconisent la réalisation de l'endobiopsie choroïdienne [14].

L'absence de mise en évidence de *Mycobacterium tuberculosis* au sein des prélèvements oculaires ou pulmonaires, a conduit de nombreux auteurs à considérer qu'une réponse positive au test de Mantoux d'épreuve est un critère à part entière pour le diagnostic de l'inflammation oculaire présumée tuberculeuse (diagnostic de *facto a posteriori*) [1, 15-21,]. La réponse est définie par une baisse d'au moins 2+, quantifiée par le Tyndall cellulaire et le Flare protéique, selon la classification de SUN à deux mois de traitement [16]

Chez notre patiente, le diagnostic a été posé à l'examen histologique de la pièce d'énucléation.

Le diagnostic positif est difficile à établir en cas de granulome choroïdien solitaire et fait discuter la possibilité de d'autres diagnostics principalement le mélanome malin, les métastases, ainsi que les différentes infections survenant au cours du SIDA [22].

Le traitement consiste classiquement en une quadrithérapie initiale pendant les 2 premiers mois, incluant isoniazide (5 mg/kg/J), rifampicine (10 mg/kg/J), éthambutol (15 mg/kg/J) et pyrazinamide (25–30 mg/kg/J) [17-19,23]. En cas de contre-indication à l'éthambutol, une trithérapie sera adoptée. Par la suite, la rifampicine et l'isoniazide sont poursuivies pendant 4 mois en bithérapie [15,19, 24,25,26]. Il n'y a pas à ce jour de consensus sur la durée du traitement [27] et les pratiques diffèrent d'un pays à l'autre. Pour certains, un suivi plus long est recommandé jusqu'à 9 mois [23,20] voire 18 mois [28].

### III. Conclusion

Les granulomes tuberculeux choroïdiens sont rares et voir exceptionnels sur un terrain immunocompétent. Cette observation souligne les difficultés diagnostiques ainsi que les disparités observées dans les résultats des explorations radiologiques, bactériologiques et immunologiques.

### References

- [1]. Gupta V, Gupta A, Rao NA. Intraoculartuberculosis-an update. *Surv Ophthalmol*2007;52:561–87.
- [2]. S. Nassik, A. Masmoudi, S. Nafizy, S. Mouine, A. Kouisbahi, A. Berraho. Aspect Clinique Atypique De La Tuberculose Oculaire A Propos D'un Cas European Scientific Journal March 2018 edition Vol.14, No.9 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431.
- [3]. Benchekroun S, El Mansouri Y, Rachid R, El Belhadji M, Laouissi N, Zaghoul K, et al. Granulome choroïdien pseudotumoral au cours de la tuberculose miliaire. *J Fr Ophtalmol*. 1999 Aug-Sep;22(7):771-5. PubMed | Google Scholar
- [4]. El Bakkali M, Halhal M, Chefchaoui M, Belmekki M, Abdellah H, Berraho A. Uvéite tuberculeuse. *J Fr Ophtalmol*. 2001 Apr;24(4):396-9. PubMed | Google Scholar
- [5]. Semlali S, El-Quassar A, Atmane M, Benkirane N, Chakir N, El-Hassani M, et al. Forme pseudotumorale de la tuberculose choroïdo-sclérale: à propos d'uncas. *J Radiol*. 2004 Feb;85(2 Pt 1):131-4. PubMed | Google Scholar
- [6]. Biswas J, Madhavan HN, Gopal L, Sengamedu S. Intraoculartuberculosis. *Clinicopathologicstudy of five cases. Retina*1995;15:461-8.
- [7]. Cangemi FE, Frudman AH, Josephberg R. Tuberculoma of choroid. *Ophthalmology*1980;87:252-6.
- [8]. Helm CJ, Holland GN. Oculartuberculosis. *SurvOphthalmol*, 1993;38:229-51.
- [9]. HERBORT C.P., BODAGHI B., LEHOANG P. –Indocyanine green angiography in ocularinflammatory diseases:principles, schematicinterpretation,semiology and clinical value. *J FrOphthalmol*2001; 24:423-47.
- [10]. KARIM A., LAGHMARI M., BOUTIMZINE N.,LAMARTI A., IBRAHIMY W., ESSAKALI N.,DAOUDIR., MOHCINE Z. – Choroidalgranulomarevealingtuberculosis. A case report. *JFr Ophthalmol*2003; 26:614-7.
- [11]. Mason JO. Treatment of large macularchoroidaltubercleimproves vision. *Arch Ophthalmol*, 2000;118:1136-7.
- [12]. Bowyer JD, Gormley PD, Rashmi S, Downs RN, Lowe J. Choroidaltuberculosisdiagnosed by polymerasechainreaction. *Ophthalmology*, 1999;106:290-4.
- [13]. Kotake S, Kimura K, Mastuda H. Polymerasechainreaction for the detection of mycobacteriumtuberculosis in oculartuberculosis. *Am J Ophthalmol*, 1994;117:805-6.
- [14]. Barondes MJ, Sponsel W, Stevens TS, Plotnik RD. Tuberculouschoroiditisdiagnosed by chorioretinalendobiopsy. *Am J Ophthalmol*, 1991;112:460-1.
- [15]. Bansal R, Gupta A, Gupta V, Dogra MR, Sharma A, Bambery P. Tubercularserpiginous-Like choroiditispresenting as multifocal serpiginoidchoroiditis.*Ophthalmology* 2012;119:2334–42.
- [16]. Gupta A, Sharma A, Bansal R, Sharma K. Classification of intraoculartuberculo-sis. *OculImmunolInflamm*2015;23:7–13.
- [17]. Gineys R, Bodaghi B, Carcelain G, Cassoux N, Boutin LTH, Amoura Z, et al. QuantiFERON-TB gold cut-off value: implications for the managementoftuberculosis-relatedocular inflammation. *Am J Ophthalmol*2011;152:433–40.
- [18]. Babu K, Bhat SS, Philips M, Subbakrishna DK. Review of results of QuantiFERON TB Gold Test in presumedoculartuberculosis in a South Indianpatientpopulation. *OculImmunolInflamm*2016;24:498–502.
- [19]. Agrawal R, Gupta B, Gonzalez-Lopez JJ, Rahman F, Phatak S, Triantafyllopoulou I, et al. The role of anti-tuberculartherapy in patients withpresumedoculartuberculosis. *OculImmunolInflamm*2015;23:40–6.
- [20]. Babu K, Satish V, Satish S, Subbakrishna DK, Abraham MP, Murthy KR. UtilityofQuantiFERON TB gold test in a southIndian patient population of ocularinflammation. *Indian J Ophthalmol*2009;57:427–30.
- [21]. Bansal R, Gupta A, Gupta V, Dogra MR, Bambery P, Arora SK. Role of anti-tuberculartherapy in uveitiswith latent/manifesttuberculosis. *Am J Oph-thalmol*2008;146:772–9.
- [22]. Ryckewaert M, Zanlonghi X, Castier P, Francois P. Choroidalgranuloma in sarcoidosis. *J Fr Ophtalmol*, 1988;11:773-8.
- [23]. Cordero-Coma M, Calleja S, Torres HE, del Barrio I, Franco M, Yilmaz T, et al. The value of an immune response to Mycobacterium tuberculosis in patientswithchronicposterioruveitisrevisited: utility of the new IGRAs. *Eye (Lond)*2010;24:36–43.
- [24]. Sanghvi C, Bell C, Woodhead M, Hardy C, Jones N. Presumedtuberculousuveitis:Diagnosis, management, and outcome. *Eye (Lond)* 2011;25:475–80.
- [25]. Basu S, Nayak S, Padhi TR, Das T. Progressive ocular inflammation followinganti-tuberculartherapy for presumedoculartuberculosis in a high-endemicsetting. *Eye (Lond)* 2013;27:657–62.
- [26]. Koubaa M, Smaoui F, Gargouri S, Ben Ayed H, Rekik K, Abid I, et al. La tuberculoseocculaire: une série de 14 cas. *Rev Med Interne* 2018;39:326–31.
- [27]. Lou SM, Larkin KL, Winthrop K, Rosenbaum JT. UveitisSpecialistsLackofconsensus in the diagnosis and treatment for oculartuberculosisamonguveitisspecialistsStudyGroupf. *OculImmunolInflamm*2015;23:25–31.
- [28]. Gupta V, Bansal R, Gupta A. Continuous progression of tubercularserpiginous-like choroiditisafterinitiatingantituberculosistreatment. *Am J Ophthalmol*2011;152:857–63.