

Une Crise Convulsive Révélant Une Tuberculose Pulmonaire : À Propos D'un Cas

Ichraq Achour, Mohamed Beaouiss, Raihanna Laamim, Hanane Asri,
Adil Zegmout, Hicham Souhi, Ismail Rhorfi, Hanane Elouazzani

Service De Pneumologie Et De Phtisiologie De l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V De Rabat

Résumé

La tuberculose demeure une pathologie endémique dans de nombreux pays et peut se révéler par des manifestations cliniques atypiques, notamment neurologiques. La tuberculose du système nerveux central peut prendre la forme de tuberculomes cérébraux, responsables de crises convulsives et pouvant mimer des lésions tumorales. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 76 ans admis pour une crise convulsive, chez qui le bilan étiologique a permis de diagnostiquer une tuberculose pulmonaire associée à une atteinte cérébrale de type tuberculome. L'évolution favorable sous traitement antibacillaire et corticothérapie confirme l'origine tuberculeuse de l'atteinte. Cette observation souligne l'importance d'évoquer la tuberculose devant toute lésion cérébrale d'allure secondaire, en particulier dans un contexte de signes généraux.

Mots-clés: *Tuberculose pulmonaire, crise convulsive, tuberculome cérébral, IRM cérébrale, cas clinique.*

Date of Submission: 26-01-2026

Date of Acceptance: 06-02-2026

I. Introduction

La tuberculose, causée par *Mycobacterium tuberculosis*, reste un problème majeur de santé publique, en particulier dans les pays en développement. Bien que la localisation pulmonaire soit la plus fréquente, les formes extrapulmonaires représentent environ 15 à 20 % des cas, dont 5 à 10 % concernent le système nerveux central (SNC) [1].

La tuberculose du SNC se manifeste principalement par une méningite tuberculeuse ou par des lésions focales appelées tuberculomes. Ces derniers peuvent se présenter comme des masses intracrâniennes isolées ou multiples, mimant des processus tumoraux ou métastatiques, rendant le diagnostic difficile [2,3].

Les crises convulsives constituent un mode de révélation fréquent des tuberculomes cérébraux, parfois en l'absence de signes respiratoires évocateurs [4]. Nous rapportons un cas de tuberculose pulmonaire révélée par une crise convulsive, avec atteinte cérébrale initialement suspecte de néoplasie.

II. Observation

Nous rapportons le cas d'un patient hospitalisé en service de pneumologie et de phtisiologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat. Il s'agit d'un patient de 76 ans, jamais traité pour tuberculose, pas de notion de contagion tuberculeux récent et sans antécédent pathologique notable, admis aux urgences pour crise d'épilepsie type absence, à l'examen clinique le patient était confus et après un interrogatoire avec la famille le patient présentait un mois avant son hospitalisation des signes généraux fait de sueurs nocturnes et une altération de l'état général avec un amaigrissement de 5kg en un mois. Une IRM cérébrale a été réalisée objectivant un processus lésionnel pariéto-occipital gauche d'allure secondaire avec un œdème péri-lésionnel. (Figure 1). Dans le cadre du bilan étiologique, une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a été réalisée objectivant un processus médiastino-hilaire gauche. (Figure 2).

Une fibroscopie bronchique n'a pas pu être faite car le risque de convulsion lors de l'acte est important. Une biopsie transpariéale pulmonaire a été réalisée dont l'étude anatomopathologique est en faveur de granulomes épithélioïdes et gigantocellulaire avec nécrose caseuse (Figure 3), et un test GeneXpert MTB/Rif a détecté le *Mycobacterium tuberculosis* et n'objectivant pas de résistance à la rifampicine.

Un avis de neurochirurgie a été demandé pour une éventuelle biopsie stéréotaxique du processus pariéto-occipital mais celle-ci a été récusée du fait de l'importance de l'œdème cérébral.

Le dossier a été présenté au staff hebdomadaire du service et le diagnostic de tuberculose pulmonaire a été retenu et confirmé bactériologiquement et le patient a été mis sous antibacillaire de première ligne (RHZE) associé à une corticothérapie et un anticonvulsivant. L'atteinte cérébrale est, à ce stade, considérée comme un tuberculome en attendant l'IRM cérébrale de contrôle, une néoplasie associée ne pouvant toutefois pas être formellement exclue.

L'évolution a été marquée sur le plan clinique par la régression des signes généraux et disparition des crises convulsives et sur le plan radiologique, une IRM cérébrale de contrôle a montré une nette diminution de l'œdème et de la lésion cérébrale témoignant l'origine tuberculeuse de l'atteinte.

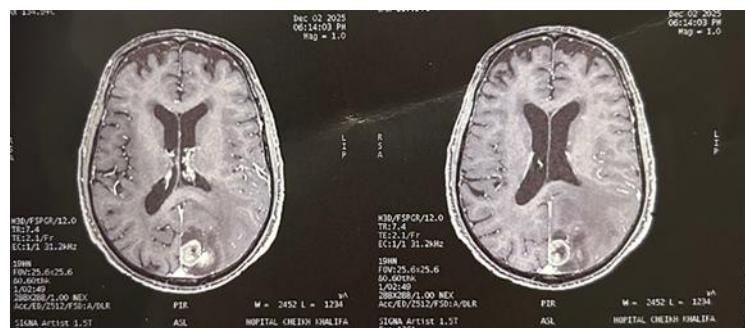


Figure 1 : IRM cérébrale montrant un processus lésionnel pariéto- occipital gauche d'allure secondaire avec un œdème péri-lésionnel.



Figure 2 : Coupes scannographiques thoraciques objectivant un processus médiastino- hilaire gauche.

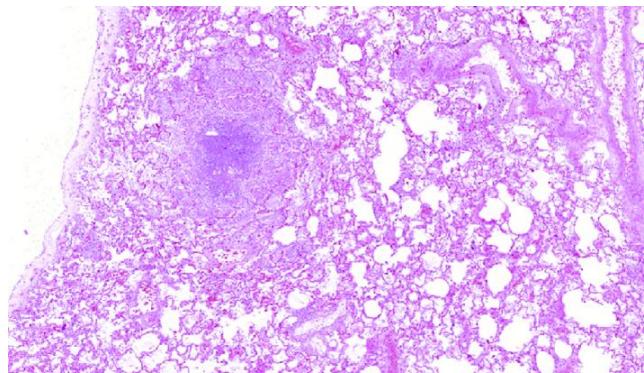


Figure 3 : image microscopique du granulome épithélioïde et gigantocellulaire avec nécrose caséeuse

III. Discussion :

La tuberculose du système nerveux central (SNC) constitue une forme rare mais grave de la tuberculose extrapulmonaire. Parmi ses manifestations, le tuberculome cérébral représente une lésion focale résultant le plus souvent d'une dissémination hématogène à partir d'un foyer tuberculeux primaire, habituellement pulmonaire [2,3]. L'association d'une tuberculose pulmonaire active et d'un tuberculome cérébral, bien que peu fréquente, est bien décrite dans la littérature et doit être systématiquement recherchée devant toute atteinte neurologique chez un patient tuberculeux.

Les tuberculomes cérébraux surviennent fréquemment dans un contexte de tuberculose pulmonaire active ou ancienne, même lorsque les signes respiratoires sont discrets ou absents [3]. Cette dissémination hématogène précoce explique que les manifestations neurologiques puissent parfois précéder ou révéler l'atteinte pulmonaire, comme observé chez notre patient.

Dans notre observation, le diagnostic de tuberculose pulmonaire a été confirmé bactériologiquement par la mise en évidence de granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires avec nécrose caséeuse à la biopsie pulmonaire, ainsi que par la positivité du test GeneXpert MTB/Rif. L'existence concomitante d'une lésion cérébrale d'allure secondaire, associée à des signes généraux évocateurs, a fortement orienté vers une atteinte tuberculeuse disséminée, avec localisation pulmonaire et cérébrale.

Les crises convulsives constituent un mode de révélation fréquent des tuberculomes cérébraux, notamment lorsqu'ils sont localisés en région supratentorielle. Un cas similaire de tuberculome cérébral révélé par une épilepsie a été rapporté dans la littérature, soulignant que l'association tuberculose et épilepsie peut représenter un piège diagnostique, la lésion cérébrale mimant souvent une tumeur primitive ou secondaire [4]. Cette similitude clinique et radiologique explique le recours fréquent à la neurochirurgie, parfois à tort, en l'absence d'arguments en faveur d'une étiologie infectieuse.

L'imagerie cérébrale, notamment l'IRM, constitue l'examen de référence pour l'évaluation des tuberculomes, mais elle ne permet pas toujours de distinguer avec certitude une lésion tuberculeuse d'une lésion néoplasique. Dans ce contexte, la mise en évidence d'une tuberculose pulmonaire active revêt une importance capitale, car elle permet de renforcer l'hypothèse d'un tuberculome cérébral sans recourir systématiquement à une biopsie cérébrale, surtout lorsque celle-ci est à haut risque, comme dans notre cas en raison de l'œdème cérébral important [3,5].

La prise en charge repose sur une chimiothérapie antituberculeuse prolongée associée à une corticothérapie en cas d'œdème cérébral, permettant généralement une amélioration clinique et radiologique. L'évolution favorable observée chez notre patient, marquée par la disparition des crises convulsives et la régression nette de la lésion cérébrale sous traitement antibacillaire, constitue un argument diagnostique fort en faveur d'un tuberculome cérébral secondaire à une tuberculose pulmonaire active [6,7].

Ainsi, cette observation illustre parfaitement l'importance de reconnaître l'association tuberculose pulmonaire-tuberculome cérébral, notamment dans les pays d'endémie, afin d'instaurer un traitement précoce et d'éviter des procédures invasives inutiles.

IV. Conclusion

La tuberculose pulmonaire peut se révéler par des manifestations neurologiques inhabituelles telles que les crises convulsives. Devant toute lésion cérébrale d'allure tumorale associée à des signes généraux, la tuberculose doit être systématiquement évoquée, en particulier en zone d'endémie. Une approche diagnostique multidisciplinaire et une prise en charge précoce permettent une évolution favorable et évitent des gestes invasifs inutiles.

Références

- [1]. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2023. WHO; 2023.
- [2]. Rock RB, Et Al. Central Nervous System Tuberculosis: Pathogenesis And Clinical Aspects. Clin Microbiol Rev. 2008;21(2):243–261.
- [3]. Monteiro R, Carneiro JC, Costa C, Duarte R. Cerebral Tuberculoma: A Diagnostic Challenge. Rev Neurol. 2019;68(6):247–254. Available From: PMC6607260.
- [4]. El Hassani S, Et Al. Tuberculome Cérébral Révélé Par Une Épilepsie : À Propos D'un Cas. African & Middle East Epilepsy Journal. 2016;5(1).
- [5]. Garg RK. Tuberculomas Of The Central Nervous System. Postgrad Med J. 1999;75:133–140.
- [6]. Wasay M, Et Al. Neuroimaging Of Tuberculous Meningitis And Tuberculomas. J Neurol Sci. 2004;216:17–23.
- [7]. Thwaites GE, Et Al. Tuberculous Meningitis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2013;84:1002–1008.