

FAIT CLINIQUE

TUBERCULOSE INTESTINALE PSEUDO TUMORALE À PROPOS D'UN CAS.

PSEUDO TUMOR INTESTINAL TUBERCULOSIS: A CASE REPORT

S KOUMARÉ¹, L SOUMARÉ¹, M CAMARA¹, S KEÏTA¹, O SACKO¹, A CAMARA¹, A KOÏTA¹, B COULIBALY², ZZ SANOGO¹

1- Service de Chirurgie A CHU du Point G
2- Service d'Anatomie Pathologie CHU du Point G

RÉSUMÉ

Nous rapportons un cas clinique de tuberculose intestinale pseudo tumorale, évoluant depuis 12 mois, chez une jeune femme de 22 ans, immunocompétente avec VIH négatif. L'examen anatomo pathologique de la pièce opératoire a permis de poser le diagnostic de tuberculose caséo folliculaire d'origine iléale associée à une tuberculose ganglionnaire caséo folliculaire. L'évolution a été favorable après 1 mois de traitement antituberculeux.

La tuberculose intestinale pseudo-tumorale constitue un diagnostic différentiel avec les pathologies inflammatoires du colon, et les pathologies néoplasiques. Le traitement repose sur les molécules antituberculeux et la chirurgie.

Mots clés: *tuberculose intestinale pseudo tumorale, chirurgie.*

SUMMARY

We report a pseudo tumor intestinal tuberculosis case lasting for 12 months in a young woman of 22 years, with HIV negative, immune-competent. The anatomo-pathological examination of the surgical specimen allowed the diagnosis of caseo follicular tuberculosis with ileal origin, associated with caseo follicular lymph node tuberculosis. The outcome was favorable after 1 month of TB treatment.

The pseudo tumor intestinal tuberculosis is a differential diagnosis with the inflammatory colon diseases, and neoplastic diseases. The treatment is based on the TB medical treatment and surgery.

Keywords: *Pseudo tumor intestinal tuberculosis, surgery.*

Tirés à part

Sékou Bréhima Koumaré
Tel : (+223) 66780597

service de chirurgie A du CHU du Point G, Bamako/Mali
Email : sekou_koumare@yahoo.fr

INTRODUCTION

La tuberculose est un problème majeur de santé publique dans les pays en développement. Au Mali l'incidence est estimée à 62 cas pour 100000. Au niveau mondial on assiste à une recrudescence du taux d'incidence de la tuberculose depuis une dizaine d'années [1]. Les localisations extra-pulmonaires sont peu documentées. Le diagnostic de présomption est fait en peropératoire. Nous rapportons un cas clinique de localisation iléo-cæcale simulant une tumeur cæcale.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agissait d'une patiente âgée de 22 ans, étudiante sans antécédents médico-chirurgicaux connus, ni contagio tuberculeux avec un niveau de vie socio-économique moyen adressée par le service d'oncologie médicale du CHU du Point G pour biopsie d'adénopathies abdominales douloureuses. L'interrogatoire et l'examen clinique permettaient de trouver une douleur abdominale évoluant depuis 6 ans. C'était une douleur hypogastrique à type de torsion, d'intensité progressive, d'irradiation diffuse, intermittente, sans facteur déclenchant, calmée par les antalgiques paliers 2. Cette douleur était associée à des vomissements post prandiaux tardifs, des ballonnements abdominaux, et une fièvre non quantifiée. Le dernier épisode douloureux remontait à 12 mois, marqué par une douleur dans la fosse iliaque droite à type de crampe, d'intensité forte avec des crises rapprochées. A noter une perturbation du cycle menstruel à type d'irrégularité (aménorrhée secondaire). L'examen clinique retrouvait une masse dans la FID dure, douloureuse à la palpation mal limitée, mesurant 7,5 cm de diamètre, mobile par rapport au plan profond.

L'état général était marqué par une asthénie, une anorexie, et un amaigrissement important (poids = 45 kg, taille = 1,55 m, IMC = 16,56 kg/m²).

Une échographie abdominale permettait d'objectiver de multiples adénopathies profondes et un aspect d'infiltration digestive faisant évoquer un lymphome.

À l'examen tomodensitométrique (TDM) de l'abdomen, on notait une image de masse kystique ovarienne gauche, associée à de multiples adénopathies hilaires hépatiques, para aortiques, et un épaississement irrégulier des parois coliques pouvant être en relation avec un lymphome. Les anses grêles, le foie, et la rate étaient sans particularités.

La radiographie du thorax de face était sans particularité.

Sur le plan biologique, il y avait une anémie microcytaire hypochrome. La sérologie rétrovirale était négative.

À la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), une exploration diagnostique sous cœlioscopie pour

une biopsie des lésions ganglionnaires était décidée.

A L'intervention chirurgicale : Nous avons découvert une masse cæcale dure irrégulière avec des granulations péritonéales. Il existait de multiples adénopathies le long des vaisseaux mésentériques, et péritonéales. La tumeur fixée au plan profond prenait l'appendice dans sa totalité, sténosant presque la lumière digestive. Une conversion en chirurgie classique a été réalisée par une incision médiane sous ombilicale. En plus de la tumeur cæcale et des adénopathies, l'iléon était le siège de lésions sténosantes étagées sur 2 mètres. Le foie était d'aspect macroscopique normal. Nous avons réalisé une hémicolectomie droite avec une résection iléale sur 2 mètres emportant la totalité des lésions. La continuité digestive a été rétablie par anastomose iléo-transverse latéro-latérale. (fig1)



Figure 1: aspect pseudo tumoral cæcum, hémicolectomie droite.

Les suites opératoires immédiates ont été simples. Le transit intestinal a repris à J3. La patiente est sortie de l'hôpital au 7^{ème} jour post opératoire.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a conclu à une tuberculose caséo-folliculaire d'origine iléale associée à une tuberculose ganglionnaire caséo folliculaire (fig2, 3)

La patiente a été mise sous traitement anti tuberculeux à base : 2RHZE/4RH à raison de 3 cp par prise unique le matin à jeun avec 2 mois de Rifampicine(R), Isoniazide(H), Pyrazinamide(Z), Ethambutol(E) et 4 mois de Rifampicine(R), Isoniazide(H).

L'évolution clinique après 2 semaines de traitement a été marquée par une amélioration de son état général, et une reprise pondérale de 3 Kg. La malade a été revue après un mois avec un état général nettement amélioré (gain pondéral de 7 kg).

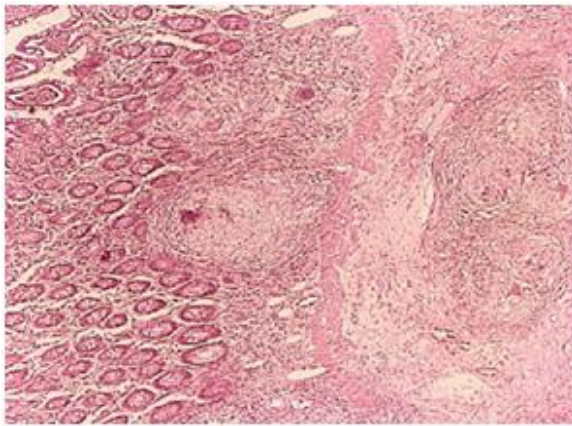


Figure 2: HE x 100 : Coupe de paroi iléo-caecale avec infiltrat inflammatoire folliculaire fait de lymphocytes, de cellules épithélioïdes et de cellules géantes.

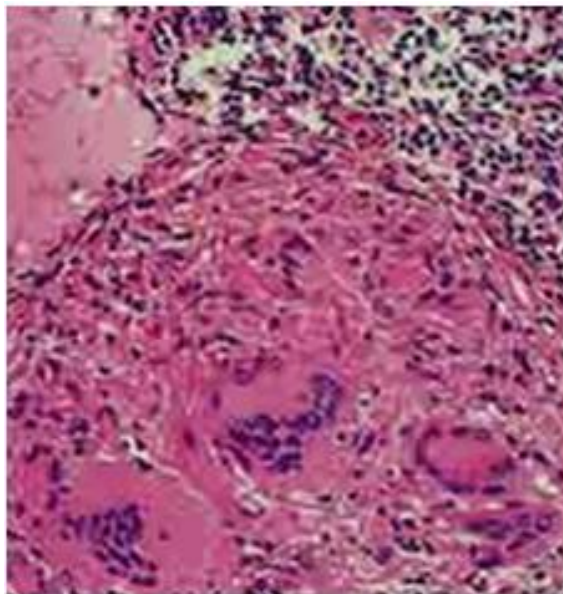


Figure 3: HE x 400 : Granulome inflammatoire fait de lymphocytes, de cellules épithélioïdes, de cellules géantes et de nécrose caséuse.

COMMENTAIRES

La tuberculose extra-pulmonaire représente 15 à 30% des cas de tuberculose. Elle siège par ordre de fréquence au niveau ganglionnaire, génito-urinaire, ostéo-articulaire, et neuro-méningé [2]. Son incidence reste élevée dans les pays en développement. Dans les pays développés elle touche les milieux défavorisés [1]. Une recrudescence a été observée dans les pays développés à cause de l'infection à VIH. La localisation abdominale constitue 5 à 10% de l'ensemble des localisations [2].

La tuberculose intestinale occupe le 6ème rang des localisations tuberculeuses [3], et l'atteinte péritonéale

est la plus fréquente des formes abdominales [4]. La nécessité d'obtenir une certitude anatomo-pathologique et bactériologique renforce l'intérêt de la coelioscopie à titre diagnostique dans cette pathologie. L'atteinte tuberculeuse péritonéale peut être secondaire à une rupture d'un ganglion mésentérique infecté par voie hématogène, ou à une infection par contiguïté à partir d'une tuberculose génitale ou intestinale [3]. Elle affecte le plus souvent les sujets fragilisés. La tuberculose peut revêtir différents aspects cliniques et radiologiques. Le diagnostic n'est pas facile à cause du polymorphisme clinique. La symptomatologie clinique est déroutante. En pays d'endémie tuberculeuse il faut y penser devant certains signes persistants: douleur abdominale, météorisme abdominal, fébricule, asthénie, amaigrissement, altération de l'état général, et une masse abdominale palpable. Un aspect-radio clinique particulier est l'aspect pseudo-tumoral avec une fréquence estimée à 5% [2]. Cet aspect évoque d'autant plus une affection maligne qu'il s'inscrit dans un contexte d'altération de l'état général [2].

Une intra dermo réaction à la tuberculine est nécessaire pour une orientation diagnostique.

Le diagnostic de tuberculose intestinale passe par des examens biologiques et morphologiques non spécifiques. L'imagerie constitue, grâce à l'échographie et la tomodensitométrie (TDM) une étape décisive quant au diagnostic de suspicion de la forme pseudo tumorale. L'atteinte pseudo-tumorale prédomine au niveau du carrefour iléo-cæcal à l'imagerie. Cet aspect se présente comme des anses agglomérées à parois épaissies habituellement concentriques [2]. Cette atteinte peut intéresser uniquement le cæcum ou la dernière anse iléale. L'association épaississement du grêle, atteinte du carrefour iléo-cæcal, dilatation ou non en amont, est très suggestive d'une atteinte d'origine tuberculeuse [2]. L'atteinte du carrefour iléo-cæcal peut simuler d'autres pathologies : une maladie de Crohn, une pathologie néoplasique, ou une tumeur appendiculaire. Le diagnostic de certitude repose sur l'histologie du fragment tissulaire obtenu par une exploration chirurgicale. Cette approche chirurgicale peut être effectuée par abord coelioscopique (prélèvement des adénopathies intra-péritonéales) [5]. Dans le cas présent en plus de la biopsie des adénopathies, une résection intestinale avec anastomose iléo-iléale a été faite. La tumeur iléo-cæcale avait un aspect macroscopique sténosant, dur, irrégulier simulant une tumeur maligne. Un traitement chirurgical radical a été effectué en plus la biopsie des adénopathies devant ce cas suspect. Le recours à un traitement chirurgical est estimé à un taux entre 25-75% dans la littérature [6]. La chirurgie est réservée aux cas de doute diagnostique et dans les formes compliquées (perforations, fistules). Le

traitement repose essentiellement sur les antituberculeux. Le schéma thérapeutique recommandé dans notre pays est basé sur une chimiothérapie de 1ère atteinte comprenant 2RHZE/4RH. Dans la littérature un régime de six mois est recommandé [7,8]. L'évolution est généralement favorable sous traitement bien conduit. Le diagnostic des douleurs abdominales chroniques en pays d'endémie tuberculeuse devrait inclure la cœlioscopie lorsque le bilan endoscopique et biologique est insuffisant.

CONCLUSION

La tuberculose intestinale constitue une forme fréquente des localisations extra- pulmonaires. La forme pseudo-tumorale prête à confusion avec les pathologies inflammatoires du colon, et les pathologies néoplasiques. Le diagnostic est tardif, la cœlioscopie devrait raccourcir le délai diagnostique. L'histologie reste l'examen de confirmation diagnostique. Le traitement repose sur les molécules anti tuberculeux et la chirurgie.

RÉFÉRENCE

- 1- C NOZIERES, C PARISSET, S ASSAAD, P BACHET. La tuberculose intestinale une forme méconnue d'une infection trop connue. *Med Mal Infect* 2008; (38) : 400-402.
- 2- N HABLANI, M SOUEI MHIRI, K T GRAIES, H JEMNI GHARBI, S ABDALLAH, R BEL HADJ HAMIDA. La tuberculose abdominale pseudo- tumorale. *J Radiol* 2005; (86) : 1021-25.
- 3- T La FOLIE, E BELLIOU, P RICHEL, R LANUIT, JF BRIANT. Tuberculose multi viscérale avec complication chez un immunocompétent. *J Radiol* 2005; 86 (4) : 411-413.
- 4- C TISON, B DE KERVILER, X KAHN, M JOUBERT J LE BORGNE. Diagnostic et suivi vidéo-laparoscopique d'une tuberculose péritonéale. *Ann Chir* 2000; (125) : 776-78.
- 5- Z SAMLANI S, A DIFAA, K KRATI, K RABBANI, Y NARJIS, A FINECH et al. La tuberculose digestive de la région de Marrakech. Aspects épidémiologiques, diagnostiques, et thérapeutiques. *J Afr Hépatol. Gastroenterol* 2011; 5 :188-192.
- 6- N BEL KAHLA, N NAIJA, H OUERGHI, S SOUAHIB, F BEN HARIZ, H CHAABONI, et al. La tuberculose intestinale à propos de 11 observations. *J Afr Hépatol. Gastroenterol* 2010; 4:236-240.
- 7- P ONYEBUJOH, A ZUMLA, I RIBEIRO, R RUSTOMJEE, P MWABA, M GOMES, et al. Treatment of tuberculosis: present status and future prospects. *Bull World Health Organ* 2005;83(11):857-65.
- 8- Y AKGUN. Intestinal and peritoneal tuberculosis: changing trends over 10 years and a review of 80 patients. *Can J Surg* 2005;48(2):131- 6.