

Cas clinique

Masse Rétro-péritonéale Suggestive d'une Tuberculose chez une Adolescente à Lubumbashi

Retroperitoneal mass suggestive of tuberculosis in an adolescent at Lubumbashi

Léon Ngombe Kabamba^{1,2}, Gray A Wakamb Kanteng³, Augustin Mulangu Mutombo³,
Michel Kabamba Nzaji², Oscar Numbi Luboya^{2,3}

1 Université de Lubumbashi, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Unité de toxicologie

2 Université de Kamina, Département de Médecine Interne

3 Université de Lubumbashi, Département de Pédiatrie

Auteur correspondant : Léon Ngombe Kabamba : leonkab@hotmail.com; +243997114531

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent le cas d'une adolescente séronégative porteuse d'une tuberculose avec atteinte thoracique et extrathoracique retro péritonéale avec compression médullaire. La patiente est décédée juste après l'admission. Dans un contexte endémique et avec des moyens d'investigations limitées, les auteurs passent en revue les difficultés de la prise en charge de ce type de patients.

MOTS-CLÉS : Masse abdominale, tuberculose, adolescente

ABSTRACT

The authors report a fatal case of an adolescent who had tuberculosis with thoracic and extrathoracic involvement mainly retroperitoneal complicated with spina cord compression. In their discussion, they emphasize the management difficulties of this type of patients in an endemic context and with limited resources.

KEYWORDS: Abdominal mass, tuberculosis, adolescent

INTRODUCTION

Bien que curable, la tuberculose reste un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement [1]. Devant une masse abdominale, notamment dans un milieu à forte endémicité, le diagnostic d'une tuberculose doit être évoqué. En effet, la localisation abdominale de la tuberculose est relativement fréquente et représente 5 à 10 % de l'ensemble des localisations [2]. Il n'est pas rare cependant qu'un cancer ou une paraplégie des membres inférieurs survienne au cours de la tuberculose pulmonaire et vice versa. D'autre part, la tuberculose pulmonaire peut apparaître chez tout patient immunodéprimé quelle que soit la cause (cancer, VIH/SIDA, malnutrition,...), mais aussi chez un sujet immunocompétent. Le but de ce travail est d'illustrer au travers d'une présentation clinique la difficulté de l'orientation diagnostique des formes abdominales de la tuberculose, notamment dans un contexte de sous équipement, et de procéder à une revue de la littérature.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de sexe féminin, âgée de 18 ans avec un poids de 50 Kg (IMC 18 kg/m²). À l'admission le

motif de consultation était des douleurs abdominales atroces, de la fièvre, de la toux et des difficultés de locomotion depuis 3 semaines. Dans les antécédents, l'adolescente a été transfusée deux fois. Un diagnostic de tuberculose avait été posé et confirmé par un frottis positif de crachat à trois reprises et elle suivait un traitement antituberculeux depuis 4 mois (Isoniazide, Rifampicine, Ethambutol, Pyrazinamide). Cependant, la notion d'une mauvaise compliance au traitement avait été relevée. A l'examen physique, la patiente était fébrile et l'état général était altéré. Il y avait des râles crépitants dans les deux champs pulmonaires. L'abdomen était ballonné, sensible, avec une hépatosplénomégalie modérée. Une masse hypogastrique sensible était soupçonnée mais elle était difficile à délimiter. A l'examen neurologique, il a été noté une hypotrophie et hypotonie des membres inférieurs, avec une sensibilité conservée. Des signes pyramidaux ont été notés (Signes de Mingazini et de Barré positifs, signe de Babinski positif des deux côtés). Un diagnostic présomptif de tuberculose multifocale a été posé, associant une atteinte thoracique et extra thoracique notamment rétro péritonéale avec compression médullaire.



Figure 1: Infiltrats des champs pulmonaires à prédominance basale droite et épanchement pleural droit.

Sur le plan radiologique, la radiographie pulmonaire a montré des opacités dans les deux champs pulmonaires et un épanchement pleural droit peu abondant (**Figure 1**).



La radiographie de profil de la colonne lombaire a révélé une opacité se projetant le rachis suggérant une masse (**Figure 2**).

L'échographie abdominale a confirmé une masse retro péritonéale de 16X70 mm dans la région lombaire droite refoulant le rein droit et le foie, avec une hépatomégalie associée (**Figure 3**).

Figure 2: masse lobaire se projetant sur le rachis

Les examens biologiques ont montré une goutte épaisse positive, un taux d'hémoglobine à 8g/dl, un taux de globules blancs à 10.000 mm³, et une vitesse de sédimentation à 100 mm/h. La créatinine était à 0,7mg/dl et le frottis de crachat au BK était positif. La sérologie VIH était négative.



Figure 3: Masse rétro-péritonéale de 16X70 mm dans la région lombaire droite refoulant le rein droit et le foie

Un traitement associant antalgiques et antipaludéens a été instauré et deux unités de sang ont été transfusées. Le traitement antituberculeux a été poursuivi, tandis qu'une culture du Bacille de Koch a été demandée afin d'exclure une résistance à la première ligne du traitement. Par ailleurs, une biopsie de la masse abdominale a été préconisée, afin de confirmer la tuberculose viscérale. Cependant, avant la réalisation de tout bilan complémentaire, la malade est décédée.

DISCUSSION

La tuberculose est un problème majeur de santé publique. L'incidence de l'infection tuberculeuse a connu une ré-ascension non seulement dans les pays en voie de développement mais aussi dans les pays développés. Ceci est expliqué en partie par la co-infection avec l'infection au virus de l'immunodéficience acquise (VIH) en nette augmentation, la précarité et l'immigration [3].

La localisation abdominale constitue une forme extra-pulmonaire relativement fréquente, elle représente 5 à 10% de l'ensemble des localisations [2], elle est associée à une atteinte pulmonaire dans 15% de cas. Notre observation confirme cela. Dans le diagnostic d'une masse abdominale avec compression médullaire, l'association de la tuberculose pulmonaire et du cancer n'est pas rare et la tuberculose peut survenir au cours du traitement du cancer [4]. Dans notre observation, l'hypothèse d'un mal de Pott aurait également été plausible, quand on sait qu'il s'agit d'une des formes les plus fréquentes de tuberculose extra-pulmonaire, et qui peut entraîner une compression médullaire à partir des abcès du psoas, des masses inflammatoires retro-péritonéales et parfois par une fibrose

retro péritonéale [5]. Une biopsie de la masse aurait permis une confirmation histologique de la masse, en faveur d'une tuberculose extra-pulmonaire.

Il est important de savoir qu'au cours de la tuberculose abdominale tous les organes peuvent être atteints, et en dehors de la tuberculose péritonéale, les localisations les plus habituelles de la tuberculose digestive sont l'intestin grêle (44%), le caecum (35%) et l'iléo-caecum (16%) [6]. Par ailleurs, La localisation rénale de la tuberculose est la conséquence d'une dissémination hématogène de la mycobactérie à partir d'un foyer pulmonaire [7]. Ainsi, l'hématurie et la lombalgie que présentaient notre patiente, nous a fait penser à une atteinte rénale de la tuberculose, car elle survenait le plus souvent dans 8 à 10% des cas de primo infection tuberculeuse [7]. La tuberculose rénale est une à affection volontiers bilatérale qui touche surtout l'homme jeune [8].

Certains auteurs affirment que la symptomatologie des tuberculoses du tube digestif diffère, dans la mesure où les tuberculoses péritonéales et retro péritonéales se manifestent le plus souvent par des douleurs abdominales [9,10]. Cependant, dans tous les cas, il est difficile de d'évoquer avec la clinique seulement le diagnostic d'une tuberculose retro-péritonéale. Pour Hablani N, Le diagnostic de tuberculose reste difficile, et l'atteinte du carrefour iléocœcal peut simuler d'autres affections telles la maladie de Crohn, une néoplasie, ou une tumeur appendiculaire [11] malgré l'apport de l'échographie et du scanner. Nous avons eu également cette même difficulté chez notre patiente.

Dans l'espace rétro péritonéal, la tuberculose peut induire des adénopathies retro péritonéales, affecter les organes retro péritonéaux (reins, glandes surrénales...) ou être à l'origine d'une fibrose retro péritonéale. Toutefois, chez le

sujet immunocompétent, les masses tuberculeuses retro péritonéales sont une présentation rare de la maladie et sont peu décrites par comparaison aux formes abdominales [12, 13, 14]. Pour Greco P, une atteinte péritonéale de la tuberculose peut être la cause d'une atteinte retro péritonéale, ce qui est très difficile à prouver dans notre observation [15].

Le manque d'amélioration de l'état général de la patiente malgré la prise des antituberculeux, associé à la présence de plusieurs masses retro péritonéales et la paralysie des membres inférieurs 4 mois après, attire notre attention sur une maladie qui peut être d'un diagnostic difficile et dont l'issue a été fatale. Dans notre cas, il est difficile de dire si distinguer dans cette issue fatale la part de la mauvaise compliance au traitement initial et celle d'une forme multirésistante du bacille de Koch.

CONCLUSION

Les localisations extra pulmonaires de la tuberculose deviennent plus fréquentes. En zone de forte endémicité notamment en Afrique, il faut de ce fait systématiquement évoquer une tuberculose en face d'une masse retro-péritonéale fébrile, et utiliser au mieux nos ressources limitées pour arriver rapidement à un diagnostic et instituer un traitement agressif afin d'éviter une issue fatale.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

- Léon Ngombe Kabamba : Conception et rédaction
- Gray A Wakamb Kanteng: Conception et rédaction
- Augustin Mulangu Mutombo: Correction
- Michel Kabamba Nzaji: Correction
- Oscar Numbi Luboya: Correction

RÉFÉRENCES

- [1]. Aouam, K., et al. "Les effets indésirables des antituberculeux: épidémiologie, mécanismes et conduite à tenir." *Médecine et maladies infectieuses* 37.5 (2007): 253-261.
- [2]. Romand F, Gaudin JL, Bobinchon R, Souquet JC. Tuberculose abdominale d'allure pseudo tumorale. *Presse Med.* 1997 Nov 22;26(36):1717-21.
- [3]. Denis-Delperre N, Merrien D, Billaud E, et al. Tuberculose extra-pulmonaire dans la région du centre-ouest: Étude rétrospective de 217 cas (GERICCO 1991-1993) *Presse Med.* 1998 Feb 28;27(8):341-6.
- [4]. Abul Y, Eryuksel E, Balci M, et al. Cancer and tuberculosis: case series. *J BUON* 2010;15:392-5.
- [5]. Seth A, Ansari MS, Trikha V, Mittal R. Retroperitoneal fibrosis: a rare complication of Pott's disease. *J Urol* 2001;166:622-3.
- [6]. Barbier JP. Tuberculose intestinale. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris) Estomac-intestin.* 1975;9060:A10.
- [7]. GOW J.G.: Genitourinary tuberculosis. In: Campbell's Urology, 7ème édition. Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED. Jr. Eds. Philadelphia, Saunders WB. Co, 1998: 807-836.
- [8]. Neibling H.A, Walters W. Adenocarcinoma and tuberculosis of the same kidney: review of the literature and report of seven cases. *J. Urol* 1948; 59: 1022-1026.

- [9]. Tanrikulu AC, Aldemir M, Gurkan F, Suner A, Dagli CE, Ece A. Clinical review of tuberculous peritonitis in 39 patients in Diyarbakir, Turkey. *J Gastroenterol Hepatol.* 2005 Jun;20(6):906-9.
- [10]. Thoreau N, Fain O, Babinet P, Lortholary O, Valeyre D, Boudon P, et al. Tuberculose péritonéale: 23 cas dans la banlieue nord-est de Paris. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2002;6:253-8.
- [11]. Hablani N, Souei Mhiri M, Tlili Graies K, Jemni Gharbi H, Abdallah S et Bel Hadj Hamida R. La tuberculose abdominale pseudo-tumorale A propos de 4 observations. *J Radiol.* 2005; 86: 1021-5.
- [12]. BOURAOUI S et al. La tuberculose extra pulmonaire en tunisie. A propos de 830 cas. Expérience du laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Hôpital la Rabta Tunisie médicale 2003 ;81(8) :529-534.
- [13]. Dafiri R, Imani F, Tuberculose abdominale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Radiodiagnostic-Appareil digestif, 33-010-A-30,2001.*
- [14]. Jarboui L. Imagerie du péritoine normal et pathologique Thèse pour le diplôme de doctorat en médecine Sfax 2006
- [15]. Greco P, Vaglio A, Cobelli R, Zompatori M, Buzio C. O. Tuberculosis as a trigger of retroperitoneal fibrosis. *Clin Infectious Dis* 2005;41:72-5