

Cancer ou infection?

Rachel Rosenthal^a, Thanh Dang^b, Snezana Andrejevic-Blant^c, Maurice Matter^a, Nicolas Demartines^a

^a Service de Chirurgie Viscérale, ^b Services des Maladies Infectieuses,

^c Institut de Pathologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV, Lausanne

Description du cas

Un patient somalien de 27 ans (en Suisse depuis deux ans) est admis pour douleurs abdominales, perte pondérale et fièvre sans troubles du transit.



Figure 1
CT-scan abdominal. Multiples adénopathies dont la plus grande dans le hile splénique (flèche).

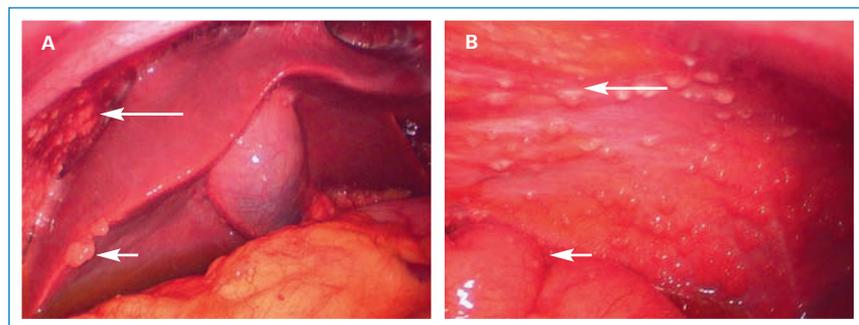


Figure 2
Laparoscopie. Multiples nodules péritonéaux infra-centimétriques
A Sur le péritoine pariétal (flèche longue) et le foie (flèche courte).
B Sur le péritoine pariétal (flèche longue) et viscéral au niveau des anses grêles (flèche courte).

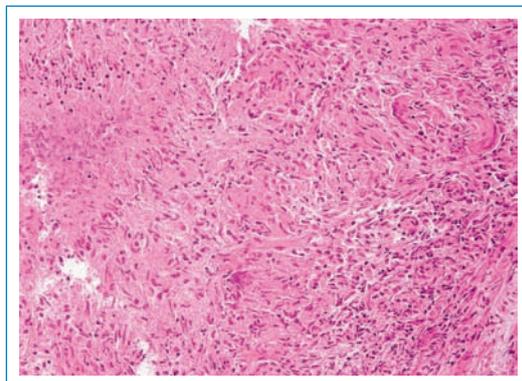


Figure 3
Image histologique. Réaction granulomateuse, focalement nécrosante, en présence de cellules géantes multinucléées. Coloration hématoxyline et éosine (×20).

Au status, l'abdomen est souple, diffusément sensible. Au laboratoire, les leucocytes sont dans la norme, CRP à 178mg/l et le test VIH négatif. La radiographie du thorax est sans particularité. Un CT-scan thoraco-abdominal montre du liquide libre intra-abdominal et de multiples adénopathies intra-/rétropéritonéales (fig. 1 [6]). La laparoscopie exploratrice montre du liquide libre légèrement trouble et de multiples nodules péritonéaux infra-centimétriques (fig. 2A et 2B [6]). L'examen anatomo-pathologique montre une réaction granulomateuse, focalement nécrosante, en présence de cellules géantes multinucléées (fig. 3 [6]). La coloration spéciale, à la recherche de bacilles acido-alcool-résistants (Ziehl), et la PCR-TB complexe sont négatives. Après 17 jours, la culture est positive pour *Mycobacterium tuberculosis*. Une quadrithérapie (isoniazide, rifampicine, pyrazinamide, ethambutol) est instaurée avec évolution simple.

Discussion

La tuberculose est l'infection la plus ancienne connue chez l'homme. Elle ne doit jamais être oubliée dans les diagnostics différentiels en raison du nombre croissant de patients VIH ou immunosupprimés, des migrations de populations exposées, et du vieillissement de la population [1]. La péritonite tuberculeuse est une des manifestations extra-pulmonaires les plus fréquentes et doit être incluse dans le diagnostic différentiel de l'ascite lymphocytaire [2]. La laparoscopie est le moyen de diagnostic de premier choix pour la tuberculose péritonéale [3], vu l'aspect typique des lésions (forme miliaire, [4]; fig. 2A et 2B).

Références

- Helbling P, Gabathuler U, Rothe Th, Zellweger JP. La tuberculose en Suisse: épidémiologie, surveillance, transmission. Forum Med Suisse. 2003;21:487-91.
- Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review: tuberculous peritonitis – presenting features, diagnostic strategies and treatment. Aliment Pharmacol Ther. 2005;22:685-700.
- Akgun Y. Intestinal and peritoneal tuberculosis: changing trends over 10 years and a review of 80 patients. Can J Surg. 2005;48:131-6.
- Bhargava DK, Shrinivas. Chopra P, Nijhawan S, Dasarathy S, Kushwaha AK. Peritoneal tuberculosis: laparoscopic patterns and its diagnostic accuracy. Am J Gastroenterol. 1992;87:109-12.

Correspondance:
Dr Rachel Rosenthal
Service de chirurgie viscérale
CHUV
Rue du Bugnon 46
CH-1011 Lausanne
rachel.rosenthal@chuv.ch