



Tuberculose pancréatique révélée par une masse d'allure néoplasique
Pancreatic tuberculosis mimicking a malignant tumor

Auteur :

Ramzi Graichi

Service de Chirurgie Digestive et Cancérologie
Centre Hospitalier et Universitaire, ORAN
E-mail : rgraichi@hotmail.com

Co Auteurs :

Khedidja Belkharroubi

Service de Chirurgie Digestive et Cancérologie
Centre Hospitalier et Universitaire, ORAN
E-mail : bourabainekhadidj@yahoo.fr

Yasser Ikkache

Service de Chirurgie Digestive et Cancérologie
Centre Hospitalier et Universitaire, ORAN
E-mail : yasser.ikkache@gmail.com

Bouabdellah Krelil

Service de Chirurgie Digestive et Cancérologie
Centre Hospitalier et Universitaire, ORAN
Email ; khelilbouabdellah@yahoo.fr

Résumé :

La tuberculose pancréatique est une entité clinique rare même dans les pays à forte prévalence de tuberculose, les causes exactes sont encore inconnues.

Nous rapportons un cas de tuberculose pancréatique, chez un homme de 22 ans se présentant pour des douleurs épigastriques.

L'échographie abdominale et la tomodensitométrie étaient en faveur d'une tumeur pancréatique. Le diagnostic de tuberculose pancréatique a été porté grâce à des biopsies pancréatiques et prélèvement d'adénopathies. L'évolution était favorable sous traitement spécifique (antituberculeux). La tuberculose pancréatique devrait être évoquée devant une masse pancréatique en pays d'endémie, la biopsie écho ou scanno-guidée devrait éviter des laparotomies inutiles.

Summary:

We report a case of pancreatic tuberculosis in a 22-year-old man presenting for epigastric pain.

Abdominal ultrasound and CT scans favored a pancreatic tumor. The diagnosis of pancreatic tuberculosis was made through pancreatic biopsies and lymphadenectomy. The evolution was favorable under specific treatment (antituberculosis treatment). Pancreatic tuberculosis should

be referred to pancreatic mass in endemic countries, echo or scanned-guided biopsy should avoid unnecessary laparotomy.

Key words: tuberculosis, pancreas, cancer, treatment

Introduction

La tuberculose pancréatique est une entité clinique rare malgré la forte prévalence de la tuberculose dans le monde et en Algérie en particulier. Le pancréas, organe normalement protégé contre cette infection n'est atteint que par diffusion hématogène ou par contiguïté par atteinte des ganglions peri-pancréatiques.

Son expression clinique peut se faire soit sous forme d'une masse pancréatique simulant un cancer, soit un ictère obstructif. Le diagnostic, difficile à poser ne se fait souvent qu'après exploration chirurgicale.

Observation

Nous rapportons un cas de tuberculose pancréatique chez un homme de 22 ans, étudiant, sans antécédents particuliers et sans notion de contagé. Initialement hospitalisé pour une douleur épigastriquetransfixiante avec altération de l'étatgénéral, fièvre et amaigrissement. L'examen physique retrouve une masse épigastrique isolée. Le reste de l'examen est sans particularité.

Les examens biologiques retrouvent : une anémie(Hb 10,5 g/dl)une hyperleucocytose à 12000/mm³ et des phosphatases alcalines élevées à 220 UI/L

Les explorations radiologiques (échographie et tomodensitométrie abdominales) mettent en évidence une masse tissulaire de la tête du pancréas, sans envahissement locorégional, multiples adénopathies (Fig.1)

Une cyto-ponction scano-guidée a étéréalisée mais non confluyente, on décide de pratiquer une laparotomie exploratrice

L'exploration chirurgicale retrouve une masse pancréatique céphalique avec adénopathies du pédicule hépatique et retroduodenopancreatiques

On décide de pratiquer une biopsie de la masse pancréatique ainsi qu'un prélèvement d'adénopathies.

Le diagnostic histologique: confirme la nature tuberculeuse de la masse (follicule gigantocellulaire [Fig. 2], avec nécrose caséuse [Fig.3]

Lessuites opératoires sont simples et un traitement antituberculeux à base de Rifampicine – Ethambutol et Isoniazide est mis en route pour une période de 6 mois.Le suivi post thérapeutique à 2 mois note une amélioration clinique et biologique.Revu 6 mois plus tard, la tomodensitométrie révèle une résolution complète de la lésion pancréatiqueet des adénopathiessatellites à 6 mois [Fig.4]. Le contrôle radio-clinique à 1 an est sans particularités.

Discussion

Contrairement à la tuberculose abdominale qui n'est pas rare (12% des patients ayant une tuberculose ont une atteinte abdominale isolée ou associée à une autre localisation), la tuberculose du pancréas est une entité rarissime[1- 2] de diagnostic difficile. De par ses présentations cliniques et radiologiques non spécifiques, elle pose le problème du diagnostic différentiel avec l'adénocarcinome, beaucoup plus fréquent [3].

Le tableau clinique inaugural est souvent polymorphe : anorexie, amaigrissement, douleurs abdominales, fièvre, plus rarement masse abdominale et ictère obstructif. [4-5]

L'imagerie [6-7] retrouve une masse pancréatique solide d'allure tissulaire, hétérogène, hypodense au scanner, pouvant contenir des zones de nécrose et/ou des calcifications intralésionnelles. Les formes kystiques sont possibles. Les localisations céphaliques sont les plus fréquentes. Les adénomégalies péripancréatiques, parfois volumineuses et nécrotiques, constituent un élément d'orientation important pour le diagnostic.

Echographie et tomодensitométrie sont peu utiles au diagnostic, le diagnostic différentiel se pose avec une tumeur du pancréas, un lymphome, des métastases ganglionnaires rétropéritonéales ou un abcès compliquant une pancréatite [4], par contre si l'aspect est celui d'une masse hypodense et entouré d'une capsule, le diagnostic est fortement suspecté surtout en zone d'endémie [8.9]

Le diagnostic de certitude ne peut être obtenu que par un examen anatomopathologique mettant en évidence le granulome tuberculoïde (cellules épithélioïdes et géiganto-cellulaires avec nécrose caséuse), au mieux par une ponction-biopsie sous échoendoscopie [7-10]. Celle-ci permet en effet d'éviter une chirurgie mutilante et inutile.

L'étude histologique des biopsies permet de redresser le diagnostic en montrant des granulomes géigantocellulaires avec nécrose caséuse spécifique du bacille de Koch. Le traitement de la tuberculose pelvienne est essentiellement médical. Il repose sur l'administration quotidienne d'une quadrithérapie associant : Isoniazide, Rifampicine, Ethambutol et la Pyrazinamide pendant deux mois, puis un traitement d'entretien pendant quatre mois par une bithérapie quotidienne associant l'Isoniazide la Rifampicine [11]. Un geste chirurgical est surtout indiqué en cas de masse compressive ou fistulisée pour mettre à plat les cavités caséifiées.

La régression des symptômes et de l'atteinte radiologique est la règle après quadrithérapie antituberculeuse.

Conclusion

La tuberculose pancréatique est une affection rare, elle prend souvent le caractère d'une tumeur et doit être incluse dans les étiologies des masses pancréatiques chez les jeunes vivants en zones endémiques ou chez le sujet immunodéprimé. Le diagnostic est histopathologique et peut être fait par cyto-ponction écho-guidée permettant d'éviter une intervention complexe et inutile.

Bibliographie

1. Crowson MC, Perry M, Burden E. Tuberculosis of the pancreas: a rare cause of obstructive jaundice. Br J Surg 1984; 71: 239.
2. Beaulieu S, Chouillard E, Petit-Jean B, et al. Tuberculose pancréatique: une cause rare d'ictère pseudo-néoplasique par compression de la voie biliaire principale. Gastroenterol Clin Biol 2004; 28:295—8.
3. Rezeig MA, Fashir BM, Al Suhaibani H, Al Fadda M, Amin T. Pancreatic tuberculosis mimicking pancreatic carcinoma: four case reports and review of the literature. Dig Dis Sci 1998; 43: 329-31.

4. Natalia Mora Cuadrado, Edel Berroa de la Rosa, Benito Velayos Jiménez, José Herreros Rodríguez, Luis FernándezSalaza : Tuberculosis, one more consideration in the differential diagnosis of a pancreatic mass . *Gastroenterología y Hepatología (English Edition)*, Volume 40, Issue 9, November 2017, 619-621
5. Shan YS, Sy ED, Lin PW. Surgical resection of isolated pancreatic tuberculosis presenting as obstructive jaundice. *Pancreas* 2000; 21: 100-1.
6. Naouri A, Tissot E, Pseudotumeur pancréatique par adénopathie tuberculeuse retro-duodeno-pancréatique isolée, à propos d'un cas. *Ann Chir* 1990; 44: 480-3.
7. Pombo F, Diaz Candamio MJ, Rodriguez E, Pombo S. Pancreatic tuberculosis: CT scan findings. *Abdomen Imaging* 1998; 23: 394-7.
8. Koduri VG, Janardhanan R, Hagan P, Brodmerkel GJ. Pancreatic TB: diagnosis by needle aspiration. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 1206-8.
9. Chen CH, Yang CC, Yeh YH, Yang JC, Chou DA. Pancreatic tuberculosis with obstructive jaundice – a case report. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2534-6.
10. O.Hellara, F.Nooméne, O.Toumi : A pseudotumoral presentation of pancreatic tuberculosis
Journal of Visceral Surgery. Volume 149, Issue 4, August 2012, Pages e282-e283
11. Blumerg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Frideman LN et al. Traitement de la tuberculose. *J Am Respir Crit Care Med*. 2003; 167(4): 603-62.

Fig.1 Masse pancréatique

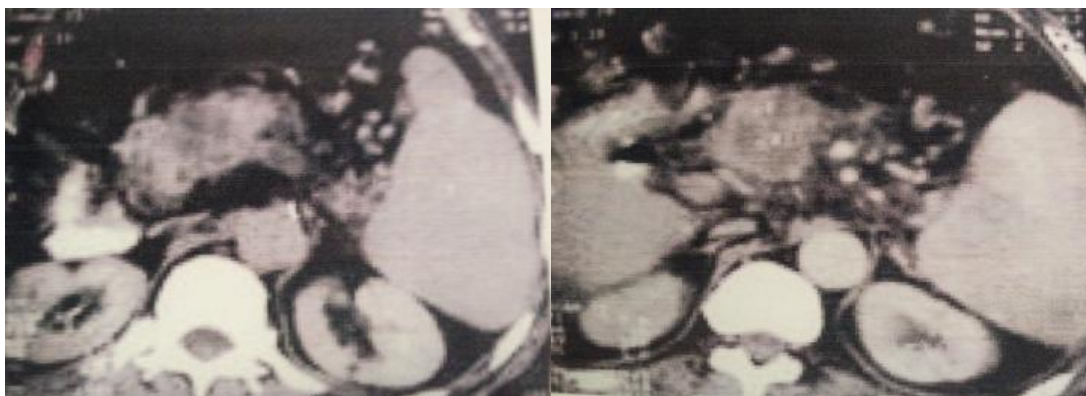


Fig.2 Follicule épithelio-giganto-cellulaire

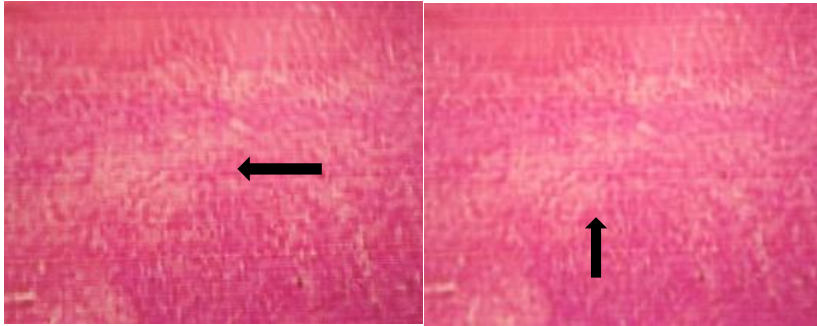


Fig.3 Nécrosecaséuse

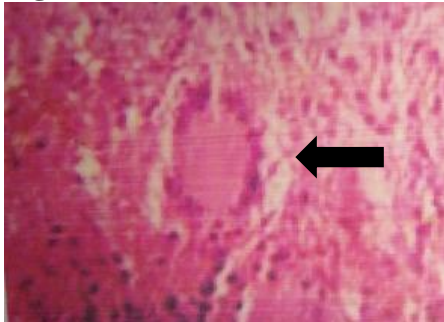


Fig.4 contrôle à 6 mois

