

Tuberculose de la paroi abdominale : une localisation exceptionnelle

Rebai W, Chebbi F, Bouassida M, Azouz H, Ksantini R, Makni A, Daghfous A, Fteriche F, Ayadi S, Bedioui H, Ammous A, Jouini M, Kacem JM, Bensafta Z

Service chirurgie « A », Laboratoire anatomopathologie la Rabta, Tunis, Tunisie

Med Trop 2010; **70** : 6

Une femme âgée de 51 ans, ayant accouché par césarienne à 3 reprises, opérée pour éventration sur cicatrice de Pfannenstiel il y a 4 ans, était admise pour prise en charge d'une masse de l'hypochondre droit apparue 5 mois auparavant et augmentant progressivement de volume. L'examen trouvait une masse de l'hypochondre droit de 8x4 cm non inflammatoire, sensible, fixée aux plans profonds. Le scanner abdominal montrait une formation kystique cloisonnée de la paroi antérolatérale droite de l'abdomen (figure 1).

La patiente bénéficiait d'une résection monobloc emportant la tumeur et la paroi abdominale contiguë ainsi que la pointe de la dernière côte qui semblait être envahie par la tumeur (figure 2). Les suites opératoires étaient simples. L'examen histologique de la pièce montrait un tissu musculaire strié siège de nombreux granulomes inflammatoires épithélioïdes et géantocellulaires souvent centrés par de la nécrose caséuse et entourés d'une couronne lymphocytaire (figures 3 et 4). Il n'y avait pas eu de mise en culture pour identification du bacille de Koch mais l'aspect histologique était typique de tuberculose. La patiente était mise sous traitement antituberculeux avec une bonne tolérance et une évolution favorable.

L'atteinte musculaire lors de tuberculose est rare, le muscle est contaminé le plus souvent par extension directe à partir d'un os de voisinage : c'est



Figure 1. Formation kystique antérolatérale droite.

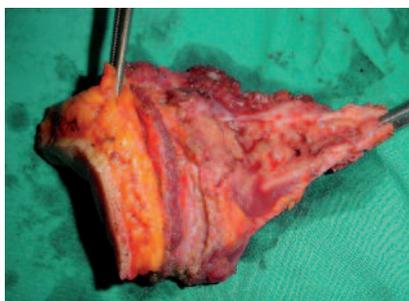


Figure 2. Pièce opératoire

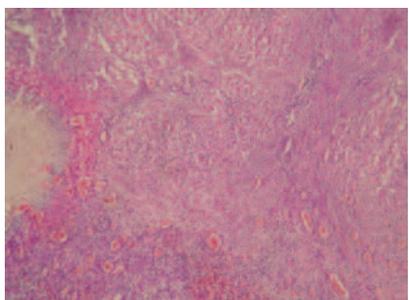


Figure 3. HE 250 : Granulome épithélioïde géantocellulaire (avec une couronne lymphocytaire périphérique) centrée par un matériel nécrotique (éosinophile acellulaire).

le cas lors de spondylodiscite tuberculeuse. La tuberculose isolée du muscle n'a été rapportée que de façon sporadique et serait due à des injections intra musculaires par des seringues infectées. Cette localisation de l'infection pourrait aussi s'observer par dissémination hématogène à partir d'un foyer pulmonaire radiologiquement indécélable (1).

Le diagnostic différentiel est surtout constitué par la myosite ossifiante : parfois secondaire à un traumatisme, son caractère bien limité et l'image radiologique évocatrice (calcification centrale) ne sont pas toujours observés. Il faut aussi éliminer une tumeur musculaire bénigne (léiomyome ou rhabdomyome) mais aussi une tumeur musculaire maligne (léiomyosarcome ou rhabdomyosarcome) (2, 3). Lorsque le diagnostic de tuberculose musculaire est hautement probable et que le tableau clinique ne fait pas craindre un processus tumoral, il est licite d'entreprendre un traitement antituberculeux d'épreuve. Le résultat est spectaculaire avec quasi disparition des signes locaux, en moins d'un mois. A l'opposé, toute suspicion de tumeur musculaire nécessite une exploration chirurgicale avec examen anatomopathologique. ■

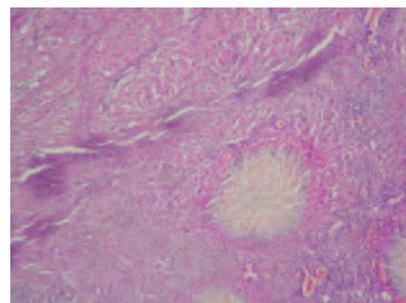


Figure 4. HE 250 : Granulome épithélioïde géantocellulaire centré par de la nécrose caséuse.

RÉFÉRENCES

1. Abdelwahab IF, Kenan S. Tuberculous abscess of the brachialis and biceps brachii muscles without osseous involvement: A case report. *J Bone Joint Surg Am* 1998; 80 : 1521-4.
2. Dendane A, Amrani A, Gourinda H, Alami Z, El Madhi T, Miri A. La tuberculose musculaire isolée: localisation inhabituelle du bacille de Koch. *Rev Chir Orthop Rep Appar Moteur* 2004; 90 : 75-8.
3. Bentata M, Pasticier A, Saimont G, Coulaud JP. La tuberculose musculaire : à propos de deux observations. *Med Mal Infect* 1975; 5 : 540-4.

• Correspondance : waelrebai@yahoo.fr