

Une rectorragie sévère sous les tropiques

Abid M¹, Ben Amar M¹, Dammak Y¹, Amouri A², Cheikhrouhou H³, Khalif M³, Ayadi L⁴, Mzali R¹, Frikha MF¹, Beyrouti MI¹

1. Service de chirurgie générale,

2. Service de gastro-entérologie. EPS Hédi Chaker,

3 Service de Réanimation Anesthésie,

4 Service de laboratoire d'anatomo-pathologie EPS Habib Bourguiba

Sfax, Tunisie

Med Trop 2009 ; **69** : 87-89

Observation

Une femme de 69 ans, sans antécédent personnel ou familial, était hospitalisée pour une rectorragie de grande abondance, évoluant depuis une semaine, associée à une douleur abdominale et une diarrhée non fébrile. Elle signalait un amaigrissement de 10 kg en 3 mois. L'examen clinique objectivait chez une malade apyrétique, une pâleur cutanéomuqueuse et une tension artérielle à 100/50 mm Hg, une tachycardie à 96 battements/mm. La palpation abdominale déclenchait une douleur du flanc droit sans masse palpable ; il n'y avait ni hépato-splénomégalie, ni ascite. Les aires ganglionnaires périphériques étaient libres. L'auscultation pulmonaire était normale. Les examens biologiques révélèrent une anémie hypochrome microcytaire à 5,8 g/dL d'hémoglobine, un taux de leucocyte à 8900 éléments blancs/mm³ avec 35 % de lymphocytes et 55 % de polynucléaires neutrophiles. Le bilan hépatique et la fonction rénale étaient normaux. La CRP

s'élevait à 56 mg/L. L'intradermo-réaction à la tuberculine à 10 UI était phlycténulaire avec un diamètre de 15 mm. La sérologie VIH était négative. La radiographie du thorax était normale. La coloscopie montrait deux lésions ulcéro-bourgeonnantes du colon droit dont l'une au niveau du colon ascendant, hémorragique et l'autre au niveau du caecum. (Fig. 1) ; l'histologie montrait une inflammation aiguë sans granulome tuberculoïde ni signes de malignité. L'indication opératoire était posée devant l'abondance et la persistance de l'hémorragie. L'exploration chirurgicale confirmait la présence de deux formations tumorales au niveau du colon droit dont l'une était sténosante (Fig. 2, 3). Le foie et la cavité péritonéale étaient d'aspect normal. L'exploration du grêle et du reste du colon était sans anomalie. Une hémicolectomie droite avec une anastomose iléo-colique termino-latérale était réalisée.



Figure 2. Première tumeur au niveau du colon ascendant.

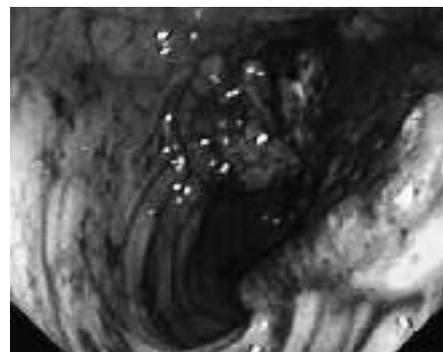


Figure 1. Coloscopie : présence d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante au niveau du colon ascendant

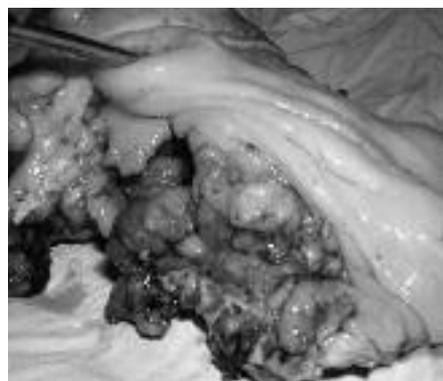


Figure 3. Deuxième tumeur au niveau du caecum.

Quel est votre diagnostic ?

• Courriel : abid_med_chu@yahoo.fr

• Article reçu le 13/01/2009, définitivement accepté le 29/01/2009.

Réponse

Tuberculose colique à forme pseudo-tumorale

L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire montrait une muqueuse colique recouverte par un exsudat fibrino-leucocytaire ; la sous muqueuse était le siège d'un infiltrat inflammatoire abondant riche en lympho-plasmocytes, polynucléaires neutrophiles, et surtout en cellules épithélioïdes disposées en palissades associées à de nombreuses cellules géantes de type Langherans ; ces granulomes tuberculoïdes étaient centrés par une nécrose caséuse. On retrouvait le même aspect histologique dans deux ganglions mésentériques. Les biopsies hépatique et péritonéale étaient normales. La recherche de Bacilles de Koch (BK) dans les crachats, le liquide de tubage gastrique et dans les urines, était négative. Les cultures sur la pièce opératoire, à la recherche de mycobactéries, restaient négatives. Les marqueurs tumoraux (ACE, CA19.9) étaient normaux. Le diagnostic de tuberculose colique était fortement suspecté malgré l'absence de preuve bactériologique. La malade bénéficiait d'une trithérapie antituberculeuse (isoniazide, rifampicine, éthambutol) pendant 3 mois suivie d'une bithérapie (isoniazide, rifampicine) pendant 6 mois. L'évolution était favorable avec une prise de poids de 7 kg en 4 mois. Après un recul de deux ans, la patiente est en bon état général, asymptomatique avec un contrôle endoscopique normal.

Discussion

En l'absence de preuve microbiologique, l'absence d'autres étiologies notamment tumorales, l'histologie et la réponse au traitement spécifique constituent, pour notre observation, des arguments forts en faveur du diagnostic de tuberculose colique. L'incidence de la tuberculose en Tunisie a été évaluée à 20,7/100 000 habitants en 2005. La localisation colique est rare, représentant 6 à 9% des atteintes digestives (1). Contrairement à notre observation, elle est exceptionnellement primitive, le plus souvent secondaire à une miliaire tuberculeuse ou associée à d'autres atteintes digestives, iléale, péritonéale ou hépatosplénique (2). L'atteinte colique est liée soit à une ingestion directe de BK ou secondaire à des lésions pulmonaires très bacillifères par voie hématogène ou lymphatique (1). Elle touche dans 32% des cas le côlon ascendant. Les facteurs favorisants retrouvés sont la précarité, la toxicomanie, l'infection par le VIH, le diabète, la corticothérapie prolongée, le grand âge, la présence d'une cirrhose, la dénutrition et surtout le fait d'être originaire d'un pays de forte endémie (1,3).

La forme pseudo-tumorale à localisation multiple compliquée d'hémorragie massive est exceptionnelle (4, 5). La tuberculose intestinale représente moins de 4% des étiologies d'hémorragie digestive basse (4). Les manifestations cliniques de la tuberculose colique sont en général non spécifiques et souvent trompeuses. La symptomatologie est très variable se traduisant par une douleur abdominale (8), des troubles du transit, une masse abdominale (2) associée parfois à un amaigrissement (4-6), la présence de fièvre et de sueurs nocturnes (7). Elle peut se manifester d'emblée par une complication telles qu'une occlusion, une fistulisation ou une hémorragie digestive basse minime ou massive (3-8). Le diagnostic de cette affection est souvent difficile à établir, du fait de son polymorphisme clinique, de l'absence de symptomatologie spécifique que ce soit sur les données de l'imagerie ou de l'endoscopie (3, 9). La coloscopie avec biopsies constitue l'examen de choix pour le diagnostic d'une tuberculose colique (9, 10). Elle peut révéler une infiltration circonférentielle, parfois ulcérée, mais peut trouver une muqueuse normale. Les lésions coliques sont variables de type ulcéreux, sténosant, hypertrophique ou diffus (1). Certains aspects endoscopiques peuvent orienter vers l'origine tuberculeuse des lésions : ulcérations transversales (3-20 mm) ayant des contours réguliers avec un érythème tout autour et des nodules roses friables (2-6 mm) ; des sténoses courtes ne dépassant pas 30 mm (1). L'étude histologique des biopsies peut être négative en raison du siège sous muqueux du granulome caséifié (10). Elles n'ont pas été contributives dans notre observation.

Le diagnostic différentiel de la tuberculose colique dans sa forme pseudo-tumorale se pose essentiellement avec le cancer colique (2, 3, 8) mais aussi avec l'amœbome et plus rarement la maladie de Crohn dans sa localisation iléo-caecale. Seule l'étude histologique des biopsies endoscopiques ou parfois des pièces opératoires, permet de redresser le diagnostic. La présence de granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires avec nécrose caséuse est évocatrice (1). Cette nécrose caséuse permet d'écarter l'hypothèse d'une maladie de Crohn. L'examen bactériologique des prélèvements permet d'affirmer le diagnostic lorsqu'il met en évidence à l'examen direct des bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) sur la coloration de Ziehl (cette situation n'est rencontrée que dans 25 % des cas) puis après culture qu'il révèle la présence de *Mycobacterium tuberculosis* (1, 10). La biologie moléculaire (PCR) permet une identification bien plus rapide du BK et ainsi de débiter un traitement antituberculeux qui pourra être modifié ultérieurement au vu des résultats de la culture et de l'antibiogramme (5). En l'absence de ces données et dans l'attente des résultats des cultures, il est légitime de débiter un traitement anti-tuberculeux présumptif.

Le traitement chirurgical n'est pas standardisé. Il est surtout indiqué dans un but diagnostique ou bien dans les formes compliquées (hémorragie massive, perforation, occlusion, fistule, abcès) (7, 9). En cas d'hémorragie massive, l'exérèse chirurgicale constitue la seule procédure d'hémostase (4-6). Le traitement de la tuberculose colique est surtout médical (4, 5). Il repose en général sur l'association d'une quadri thérapie associant isoniazide, rifampicine, pyrazinamide, éthambutol pendant deux mois ou une trithérapie associant isoniazide, rifampicine et éthambutol durant 3 mois (6) puis une bithérapie par isoniazide et rifampicine pendant au moins 6 mois. La durée de traitement peut être prolongée à 12 mois en cas de souches résistantes, notamment à l'isoniazide ou à la rifampicine ou pour les diagnostics tardifs et les réponses incomplètes (9, 10).

Conclusion

Cette observation de tuberculose colique compliquée d'hémorragie dont l'aspect clinique et endoscopique simulait un cancer du colon, illustre l'intérêt de réaliser de multiples prélèvements endoscopiques pour l'examen bactériologique et anatomopathologique devant toute lésion tumorale colique chez un sujet à risque et en particulier vivant en zone d'endémie tuberculeuse.

Références

1. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993; 88 : 989-99.
2. Deodhar SD, Patel VC, Bharucha MA, Vora IM. Primary tuberculosis of the large bowel (a case report). *J Postgrad Med* 1986; 32 : 161-2.
3. De Jesus LE, Marques AM, Rocha MS, Brom BR, Siqueira RR. Left colon stenosis caused by tuberculosis. *J Pediatr Surg* 2004; 39 : e5-7.
4. Kacem C, Kamoun A, Bahout M, Zermani R, Najjar T, Zaouche A. La tuberculose colique : une cause exceptionnelle d'hémorragie massive chirurgicale à propos d'un cas et revue de la littérature. *Tunisie Medicale* 1999; 77 : 530-3.
5. Namisaki T, Yoshiji H, Fujimoto M, Kojima H, Yanase K, Kitade M *et al.* Two cases of colonic tuberculosis presenting with massive melena. *Int J Clin Pract* 2004; 20 : 1162-4.
6. Pozniak AL, Dalton-Clark HJ, Ralphs DN. Colonic tuberculosis presenting with massive rectal bleeding. *Tubercle* 1985; 66 : 295-9.
7. Nguyen Duc C, Pha Hai B, Pham Van T, Ton That B, Huguier M. Tuberculoses compliquées du tube digestif. *Ann Chir* 2006; 131 : 306-10.
8. Cömert FB, Cömert M, Kùlah C, Tascilar O, Numanoglu G, Aydemir S. Colonic tuberculosis mimicking tumor perforation : a case report and review of the literature. *Dig Dis Sci* 2006; 51 : 1039-42.
9. Misra SP, Misra V, Dwivedi M, Gupta SC. Colonic tuberculosis: clinical features, endoscopic appearance and management. *J Gastroenterol Hepatol* 1999; 14 : 723-9.
10. Collado C, Stirnemann J, Ganne N, Trinchet JC, Cruaud P, Barrat C *et al.* Gastrointestinal tuberculosis : 17 cases collected in 4 hospitals in the northeastern suburb of Paris. *Gastroenterol Clin Biol* 2005; 29 : 419-24.

«UNE RECTORRAGIE SÉVÈRE SOUS LES TROPIQUES : LA TUBERCULOSE COLIQUE PSEUDO-TUMORALE

RÉSUMÉ • La tuberculose colique est une affection rare. La forme pseudo-tumorale bifocale est exceptionnelle et pose un problème de diagnostic différentiel avec le cancer colique. Nous rapportons le cas d'une tuberculose primitive à double localisation colique révélée par une hémorragie digestive basse massive et persistante. Une femme de 69 ans présentait une rectorragie avec des douleurs abdominales et un amaigrissement récent. La coloscopie montrait la présence de deux lésions ulcéro-bourgeonnantes du colon droit dont l'une était sténosante. L'étude anatomopathologique des biopsies coliques était non concluante. Une tumeur colique compliquée d'hémorragie était évoquée. L'exploration chirurgicale retrouvait deux formations tumorales l'une au niveau du caecum et l'autre au niveau du colon ascendant. Une hémicolectomie droite était réalisée. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire révélait une réaction granulomateuse géiganto-cellulaire avec nécrose caséuse. L'instauration d'un traitement antituberculeux classique aboutissait à la guérison.

MOTS-CLÉS • Tuberculose. Colon. Hémorragie digestive basse. Traitement.

SEVERE RECTORRHAGIA IN THE TROPICS : COLONIC TUBERCULOSIS MIMICKING TUMOR

ABSTRACT • Since colonic tuberculosis is uncommon and its bifocal pseudo-tumor form is exceptional, differential diagnosis with the colonic cancer is exceedingly difficult. The purpose of this report is to describe a case of primary colonic tuberculosis in two separate locations discovered in a patient presenting with persistent massive hematochezia. A 69-year-old woman was examined for hematochezia, abdominal pain and recent weight loss. Colonoscopy revealed the presence of two ulcerated tumor-like lesions in right colon. One of these lesions caused significant stenosis. Histological examination of biopsy specimens was inconclusive. Colonic tumor with bleeding was considered as the most likely diagnosis. Surgical exploration demonstrated one tumor in the cecum and another in the ascending colon. Right hemicolectomy was performed. Histological examination of the surgical specimen demonstrated a granulomatous reaction pattern with caseous necrosis. Conventional antituberculosis treatment led to clinical improvement.

KEY WORDS • Tuberculosis. Colon. Hematochezia. Treatment.