THÈME GÉNÉRAL

CA 161

Une complication redoutable de la maladie cœliaque: la tuberculose multifocale

Yosra BOUATTOUR, AHU, Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE
Amal Haddad, résidente, Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE
Raida Ben Salah, MCA, Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE
Sahar Ben Amar, résidente, Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE
Faten Frikha, Professeur, Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE
Zouhir Bahloul, Professeur, Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE
Mouna Snoussi MCA, Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE
Sameh Marzouk, Professeur, Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

INTRODUCTION:

- La maladie cœliaque (MC) est une entéropathie chronique auto-immune, survenant chez des sujets génétiquement prédisposés.
- Désormais, le diagnostic de cette maladie se fait fréquemment à l'âge adulte et les présentations cliniques sont polymorphes.
- En dehors des complications liées à la malabsorption et aux carences vitaminiques, la MC peut se révéler ou se compliquer de lymphome intestinal.
- La tuberculose multifocale, rare chez les sujets immunocompétents est une complication exceptionnellement décrites dans la littérature.
- L'objectif de notre étude est préciser les particularités cliniques, évolutives d'une tuberculose multifocale (TM) au cours de la MC de l'adulte.

OBSERVATIONS:

CAS 1 :

- Patiente âgée de 37 ans, qui consultait pour une asthénie évoluant depuis 7 mois.
- Elle avait une splénomégalie à 2 travers de doigts avec un syndrome inflammatoire

biologique, une leuco-lymphopénie et une thrombopénie.

- L'échographie abdominale révélait une splénomégalie à 21 cm avec un tronc porte dilaté à 17 mm.
- La fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD) demandée pour rechercher des varices œsophagiennes, objectivait une muqueuse duodénale atrophique.
- Le dosage des IgA anti-transglutaminases était supérieur à 200 UI/mL.
- Ainsi, la MC était retenue et un régime sans gluten était indiqué.
- Par ailleurs, la radiographie thoracique objectivait une opacité pulmonaire basale gauche, une pleurésie de moyenne abondance et un élargissement médiastinal.
- Un scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP) montrait des adénopathies profondes multiples sus et sous-diaphragmatiques à centre nécrotique.
- Les sérologies de l'hépatite B et C et du VIH, de la brucellose, du syphilis, la recherche Bacille de Koch (BK) dans les crachats, les urines, par tubage gastrique et dans le liquide pleural étaient négatives.
- La biopsie pleurale objectivait une pleurite fibreuse.
- La biopsie ostéomédullaire infirmait la présence d'une infiltration lymphomateuse.
- Une bronchoscopie et un lavage bronchoalvéolaire étaient réalisés.
- Il n'y avait pas de cellules néoplasiques et l'examen bactériologique était négatif.
- Un test (PCR) du liquide pleural confirmait la présence de mycobactéries du complexe tuberculosis.
- Ainsi, une TM était retenue. Un traitement antituberculeux pendant 10 mois était reçu avec une évolution favorable. Le recul actuel est de 2 mois.

CAS 2 :

- Homme âgé de 30 ans, admis pour enquête étiologique d'une ascite et pleurésie droite de moyenne abondance dans un contexte d'une altération de l'état général et d'une fièvre prolongée.
- À la biologie, il avait une lymphopénie à 960 élé/mm3, une anémie ferriprive à 8,4 g/dl, une hypocholestérolémie à 1,5 g/L et une hypotriglycéridémie à 0,7 g/L.
- Le bilan rénal, le dosage du facteur V ainsi que la clairance de l'alpha 1 antitrypsine étaient sans anomalies. Le dosage des IgA anti-transglutaminases était positif supérieur à 200 UI/mL.
- L'étude histologique des biopsies duodénales objectivait une duodénite et une atrophie villositaire totale.
- Une MC était retenue.
- Le scanner TAP révélait une condensation parenchymateuse basale droite associée à une pleurésie enkystée de moyenne abondance en regard, une infiltration micronodulaire du grand et petit épiploons avec une atteinte des feuillets péritonéaux.
- Il s'y associe des adénopathies médiastinales et abdominales.

Scanner abdominal montrant une adénopathie du hile hépatique (cercle)

- La ponction pleurale montrait un liquide exsudatif riche en lymphocytes.
- L'étude histologique de la biopsie pleurale objectivait une inflammation granulomateuse associée à une nécrose caséeuse.
- Ainsi, le diagnostic d'une TM avec une atteinte pleuro-pulmonaire, digestive et ganglionnaire était retenu.
- Une antibiothérapie conventionnelle était instaurée pendant 12 mois avec une évolution favorable.
- Chez ce patient, le décès était survenu après 25 mois suite à une mauvaise observance du régime sans gluten et installation de complications sévères liées au syndrome de malabsorption.

DISCUSSION:

- Longtemps considérée comme une maladie infantile, la MC est actuellement découverte à toutes les tranches d'âge.
- L'expression clinique de la MC de l'adulte est variable, avec des formes systémiques ou extradigestives fréquentes.
- Les formes compliquées de néoplasies digestives ou de tuberculose sont loin d'être rares, comme l'illustre nos observations.
- Le risque de la tuberculose est 4 fois plus élevé au cours d'une MC par rapport à la population générale .
- Particulièrement, la forme multifocale ou diffuse est favorisée par la malabsorption, l'état inflammatoire chronique avec la diminution de la réponse immunitaire.

CONCULISON:

- La TM est plus fréquente au cours de la MC avec un diagnostic positif souvent difficile et retardé.
- Cette forme sévère de tuberculose doit être gardée à l'esprit du clinicien, en présence de signes cliniques évocateurs chez les patients atteints de MC.