De la vessie à la rate : miliaire splénique après instillations de BCG

Z. Elbougrini (1) ; B. Talamoussa (1) ; N. Sahel (1) ; N. Bahadi (1) ; O. Jamal (1) ; I. Kassimi ; M. Zaizaa (1) ; A. Rkiouak (1) ; Y. Sekkach (1)

(1) Médecine interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

INTRODUCTION:

Outre son utilisation en tant que vaccin contre la tuberculose, le Bacille de Calmette et Guérin (BCG) est également utilisé en immunothérapie comme traitement de choix pour quelques tumeurs de vessie par voie intravésicale. Les complications les plus courantes suite à l'instillation de BCG sont souvent localisées incluant la cystite et l'hématurie, mais peuvent, dans de rares cas, être disséminées et dévastatrices.

OBSERVATION:

Il s'agit d'un patient de 70 ans, hospitalisé pour l'exploration d'une sensation de pesanteur de l'hypochondre gauche évoluant depuis 4 mois dans un contexte d'AEG et de fièvre non chiffrée.
Il a pour antécédents une maladie de Parkinson sous L-Dopa et Un carcinome urothélial de haut grade stade pT1 diagnostiquait il y a 2 ans, traité par une résection trans-urétrale de la vessie suivie d'une BCG-thérapie (Mycobacterium Bovis, souche Danoise 1331, atténuée).
L'examen clinique trouvait un patient conscient, stable sur tous les plans, fébricule à 38.1°C.
Il Présente une splénomégalie douloureuse et énorme arrivant jusqu'au flanc G sans hépatomégalie ni ADPs superficielles.
Par ailleurs le reste de l'examen était sans particularité.
Sur le plan biologique : à la NFS présence d'une anémie hypochrome microcytaire d'allure inflammatoire (Hb=10g/dl) avec une lymphopénie à 500/mm3.On notait également un syndrome inflammatoire avec une CRP à 80mg/l, fibrinogène à 5g/l et une augmentation polyclonale des gammaglobulines avec hypoalbuminémie à l'EPP.
Le bilan rénale, hépatique, phospho-calcique et thyroïdien étaient normaux. La ferritine était à 350ng/l.
Les sérologies virales étaient négatives.
Un immunophénotypage lymphocytaire a été également demandé revenue normal.
Un scanner thoraco-abdomino-pélvien a été réalisé révélant une rate augmentée de taille siège de multiples lésions rondes, hypodenses. Avec des ADPs latéro-aortiques et du hile splénique, englobant le pédicule splénique et un épanchement péritonéal de faible abondance en péri splénique.(Fig 1).
Aucune anomalie n'a été noté à l'étage thoracique.
L'examen anatomopathologique d'une biopsie des nodules spléniques avait mis en évidence la présence d'un granulome épithélioïde et gigantocellulaire sans nécrose caséeuse.
Complément IHC sans particularité.
Le GeneXpert réalisait sur biopsies était négatif.
La recherche de BK dans les crachats est revenue négative et les cultures ont demeurés stériles.
Ainsi sur l'ensemble d'arguments cliniques, biologiques, radiologiques, et anatomopathologiques le diagnostic d'une BCGiste avec miliaire splénique a été retenue.
Un traitement à base d'anti-bacillaires pour une durée de 6 mois a été instauré, avec interruption de la BCG thérapie.

DISCUSSION:

Le BCG, largement utilisé comme vaccin pour prévenir la tuberculose est aussi utilisé comme immunothérapie, par instillation intravésicale, pour traiter les cancers superficiels de vessie et prévenir les récidives. Actuellement il s'agit du traitement de référence pour le traitement des tumeurs de vessie sans envahissement de la musculeuse classées à risque intermédiaire de progression ou de récurrence après réalisation d'une résection transurétrale de vessie.

Le BCG, interagit localement avec le système immunitaire après instillation, aboutissant à une cascade de réactions immunitaires de type cellulaire qui ont pour cible la cellule tumorale vésicale.(1)

Le diagnostic des complications de la BCG thérapie est parfois difficile, ceci d'autant qu'elles peuvent survenir longtemps après, jusqu'à plusieurs années après la dernière instillation.(2) Il repose sur un ensemble d'arguments cliniques, biologiques, radiologiques, microbiologiques et anatomopathologiques et sera le plus souvent un diagnostic d'élimination.

Ces complications peuvent être évités en suivant certaines règles notamment le respect d'un délai de 2 semaines entre la RTUV et l'instillation(3) et le reportement de l'injection intra-vésicale en cas de sondage traumatique ou d'infection uro-génitale.
Ils existent également des facteurs de risque à prendre en considération tel : l'âge avancé, la souche d'instillation, la dose et la fréquence des injections ainsi que la présence d'un terrain d'ID.
Le traitement de ces complications reste mal codifié, il est généralement calqué sur celui de la tuberculose classique auquel en associe une corticothérapie.

Figure 1 : Scanner abdominal en reconstruction axiale (A), coronale (B) et sagittale (C) montrant une splénomégalie avec de multiples masses spléniques arrondie et hypodenses

CONCLUSION:

Les complications des instillations ont des présentations cliniques multiples, parfois sévères pouvant aboutir au décès. Elles sont classées en locales, régionals et systémiques. Elles ont été décrites à maintes reprises. Mais notre cas clinique illustre une forme rare de ces complications

REFERENCES

1. J.-D. Pommier, V. Joly,Complications dans les suites d'une BCG thérapie intravésicale : épidémiologie, description clinique et prise en charge,Journal des Anti-infectieux,Volume 18, Issue 3,2016,Pages 106-116,ISSN 2210-6545,https://doi.org/10.1016/j.antinf.2016.07.001.
2. Rozenblit A, Wasserman E, Marin ML, Veith FJ, Cynamon J, Rozenblit G. Infected aortic aneurysm and vertebral osteomyelitis after intravesical bacillus Calmette-Guérin therapy. AJR Am J Roentgenol 1996;167(3):711—3.
3. Neuzillet Y, Lebret T. Bladder tumour treatment: the real BCG definitive contra-indications. Prog Urol 2010;20(Suppl. 1): S41—5.