



Cholécystite tuberculeuse primitive sur lithiase vésiculaire

Primary tuberculosis of the gallbladder

الالتهاب المراري السلي الاولي بالتحصي الحويصلي

A. Elktaibi, F. Zouaidia, R. Elktaibi, A. Jahid, N. Harchichi, A. Haddan, A. Nasri, Z. Bernoussi, F. Mansouri, N. Mahassini.

الملخص : المقدمة: يعتبر الالتهاب المراري السلي من الإصابات النادرة الحدوث حتى في البلدان التي يعتبر داء السل فيها من الأمراض المتوطنة كما أن الخصائص الفيسيولوجية المرضية له مثيرة للجدل حيث ترجح دور التحصي كمسبب للموضع بالحوصلة المرارية.

الملاحظة : نسجل هنا حالة التهاب مراري سلى لدى مريض أجري له تدخل جراحي لعلاج التهاب تحصي مراري مزمن والذي وجد أن له علاقة وثيقة بالتحصي الحويصلي وتم التشخيص اعتمادا على الفحوصات التشريحية المرضية لعينة من المرارة المستئصلة.

المناقشة : يمثل هذا المرض 1 بالمائة من الإصابات السلية للجهاز الهضمي والظواهر الطبية تظهر تواجد كثرة المفاويات بالدم والتي قد توحى بالإصابة بالسل وهذا نادرا ما يظهر والتشخيص الوحيد الاكيد هو الفحص التشريحي المرضي للعينة المستئصلة من المرارة عن طريق وجود دلائل تدل على تواجد التهاب ظهاري حبيومي وخلايا ضخمة ونخر جبني والفيسيولوجيا المرضية مازالت مثار للجدل و يرجح أن وجود الحصيات ينتج عنه اختفاء للأحماض المرارية والذي يؤدي إلى تفاعلات التهابية غير مصنفة للاغشية المخاطية الحويصلية والتي تقلل من المقاومة الحويصلية ضد عصيات كوخ هذه الحالة معتادة مع ظهور مرض فقدان المناعة المكتسب حيث معدل انتشار سل الجهاز الهضمي بالدول المتقدمة في زيادة مستمرة.

الخاتمة : تأثير حويصلة على ظهور الالتهاب المراري للسل أمر ممكن ولكنه لا يزال غير مؤكد.

الكلمات الأساسية : علم التسحيات - أمراض - لسلا مرض - المرارة - حويصلة : الأساسية.

Résumé: Introduction : C'est une affection très rare même dans les pays d'endémie tuberculeuse. Le mécanisme physiopathologique est encore discuté, mettant en jeu le rôle favorisant de la lithiase dans la localisation tuberculeuse de la vésicule biliaire.

Observation : Il s'agit d'un cas de tuberculose vésiculaire chez un patient opéré pour cholécystite chronique lithiasique qui semble directement en rapport avec la lithiase vésiculaire. Son diagnostic s'est basé sur l'examen anatomopathologique de la pièce de cholécystectomie.

Discussion : Cette pathologie représente 1 % des localisations digestives de la tuberculose. Ses signes cliniques d'appel ne sont pas spécifiques. Le bilan biologique montre la présence d'une lymphocytose sanguine qui est en faveur d'une éventuelle tuberculose, mais rarement retrouvée. Le diagnostic de certitude est fourni uniquement par l'examen anatomopathologique de la pièce de cholécystectomie par la mise en évidence d'une inflammation granulomateuse épithélioïde et gigantomaculaire avec nécrose caséuse. Le mécanisme physiopathologique est encore discuté. La présence des calculs induit une disparition des acides biliaires et provoque une réaction inflammatoire non spécifique de la muqueuse vésiculaire entraînant ainsi une baisse de la résistance vésiculaire vis-à-vis du bacille de Koch. Cette éventualité est classique dans le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) où l'on note un regain de fréquence dans les pays développés.

Conclusion : L'impact du calcul de la vésicule sur l'apparition de cette inflammation spécifique est possible mais reste discuté. Son traitement est médico-chirurgical.

Mots clés : Lithiase; vésicule biliaire; tuberculose; histologie; pathogénie.

Abstract : Introduction : It is a very rare affection even in our country which is a tuberculous endemic country. The physiopathological mechanism is still controversial, lithiasis plays a role in supporting the tuberculous localization in the gallbladder which decreases the vesicular resistance against bacillus of Koch.

Observation : It is about a case of tuberculosis of the gallbladder of an operated patient for chronic lithiasis cholecystitis which appears to have a direct relation with the vesicular lithiasis. Its diagnosis depends on the histological examination of the piece of cholecystectomy.

Discussion : This pathology represents 1% of the digestive tuberculosis localization. Its clinical signs are not specific. The biological assessment shows the presence of blood lymphocytosis which is in favor of a possible tuberculosis, but rarely found. The only certitude diagnosis is the anatomopathological examination of the excised piece of cholecystectomy by finding the evidence of the epithelioid and granulomatous inflammation and cellular overgrowth with caseous necrosis. The physiopathological mechanism is still discussed. The presence of calculus resulting in disappearance of biliary acids and provokes a non specific inflammatory reaction to the vesicular mucosa which decreases the vesicular resistance against bacillus of Koch. This possibility shows an increase in frequency in the developed countries due to the emerging of AIDS.

Conclusion : The impact of the lithiasis on the appearance of this specific inflammation is possible but remains discussed. Its treatment is medico-surgical.

Key words : Lithiasis - gallbladder- tuberculosis - histology - pathogen.

Tiré à part : A. Elktaibi : Service d'anatomie pathologique hôpital Ibn Sina , CHU de Rabat - Salé , Maroc.

Introduction

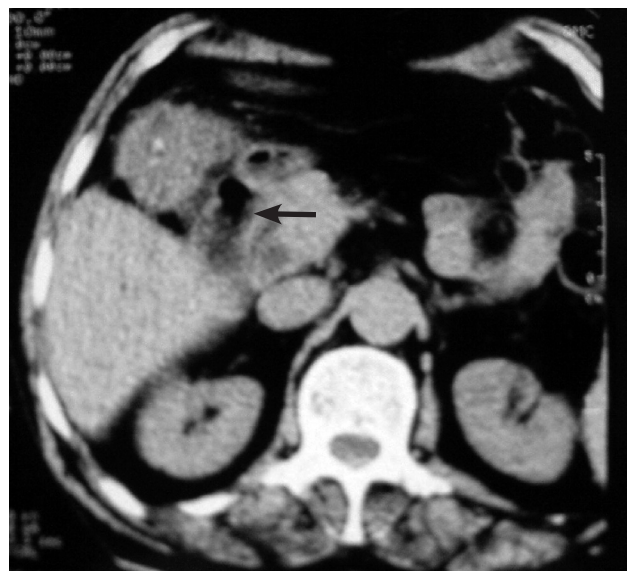
La cholécystite tuberculeuse est une affection exceptionnelle même dans les pays d'endémie tuberculeuse [1]. Son atteinte représente 1 % des localisations digestives de la tuberculose [2]. Le diagnostic positif est basé sur l'examen anatomopathologique de la pièce de cholécystectomie. Le mécanisme physiopathologique est encore discuté, mettant en jeu le rôle favorisant de la lithiase dans la localisation tuberculeuse de la vésicule biliaire [1]. Nous rapportons un cas de cholécystite tuberculeuse primitive associée à une lithiase vésiculaire et à travers lequel nous préciserons les différents aspects morphologiques de la cholécystite tuberculeuse et nous soulignerons le rôle important de la lithiase dans la survenue de cette affection rare.

Observation

Mr LM ; âgé de 75 ans, sans antécédent pathologique, se plaignait de coliques hépatiques depuis 7 mois, d'intensité progressive, accompagnée de vomissements alimentaires et bilieux sans notion de fièvre ou ictère. L'examen somatique trouvait un patient en assez bon état général, apyrétique, une sensibilité de l'hypochondre droit avec signe de Murphy positif sans masse palpable. Le bilan biologique révélait une légère cytolyse et cholestase. La numération formule sanguine était normale.

La radiographie pulmonaire était sans anomalies. L'échographie et la tomodensitométrie abdominales montraient une lithiase de la vésicule biliaire associée à une lésion tissulaire mal limitée de la paroi vésiculaire. Il n'y avait pas d'adénopathies profondes ou d'ascite (figure 1). Une cholécystectomie était réalisée par laparotomie sous costale droite. L'intervention retrouvait une vésicule biliaire scléro-atrophique avec présence d'adhérences péritonéales sans granulations blanchâtres. L'examen macroscopique de la pièce opératoire a mis en évidence une vésicule biliaire multilithiasique à paroi irrégulièrement épaissie. L'analyse histopathologique objectivait une inflammation granulomateuse faite de granulomes épithélioïdes et

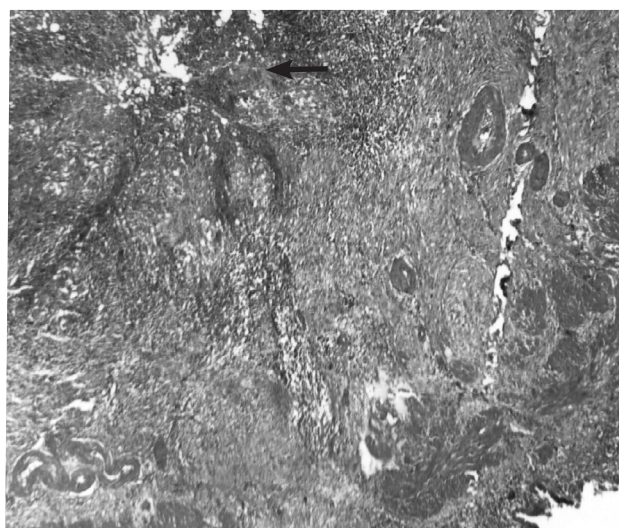
Figure 1 : Tomodensitométrie abdominale



Montrant un processus tissulaire mal limité de la vésicule biliaire avec présence de lithiase vésiculaire (flèche).

gigantocellulaires avec un infiltrat lympho-plasmocytaire en couronne périphérique. Ces granulomes sont centrés focalement de nécrose caséuse et localisés au niveau de la paroi vésiculaire (figure 2). Le patient a été mis sous

Figure 2 : Photomicrographie de la pièce opératoire



Montrant la paroi de la vésicule biliaire (muqueuse en bas et à droite) siège d'une réaction inflammatoire faite de granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires centrés de nécrose caséuse et entourée d'une couronne lymphocytaire (flèche; encadré).

traitement antibacillaire avec bonne évolution après un recul de 5 mois. Ensuite le patient a développé un accident vasculaire cérébral avec hémiparésie droite entravant son autonomie et son évolution clinique.

Discussion

La tuberculose de la vésicule biliaire est une affection rare [3]. Le diagnostic pré-opératoire est difficile vu la non spécificité des signes cliniques et radiologiques [4]. Il se fait généralement en post-opératoire après analyse anatomopathologique de la pièce de cholécystectomie [5]. Des antécédents d'infection tuberculeuse ou de contact tuberculeux sont parfois retrouvés, ils ne sont pas rapportés par notre malade. Les signes cliniques d'appel ne sont pas spécifiques, une douleur de l'hypochondre droit, associée à un fébricule sont le plus souvent retrouvées. Il peut y avoir un ictère qui serait dû à la présence d'un calcul au niveau de la voie biliaire principale ou bien des adénopathies du pédicule hépatique accompagnant l'atteinte vésiculaire [1]. Le bilan biologique montre sur l'hémogramme la présence d'une lymphocytose qui est en faveur d'une éventuelle tuberculose. Ce contexte n'a pas été observé chez notre malade. Une intradermoréaction positive à la tuberculine peut orienter le diagnostic positif, elle n'a pas été réalisée dans notre cas. Le diagnostic de certitude est fourni uniquement par l'examen anatomopathologique. L'aspect macroscopique est non spécifique. La vésicule biliaire peut présenter une paroi anormalement épaisse faisant suspecter une pathologie tumorale. Une forme scléro-atrophique est possible, comme il est le cas chez notre patient. Des granulations péritonéales sont parfois retrouvées [6]. A l'examen microscopique, l'atteinte muqueuse par la lésion granulomateuse faisant évoquer une contamination de la vésicule biliaire par voie canaliculaire. Ce mode de contamination est le plus probable. L'absence d'atteinte muqueuse indiquerait plutôt une propagation par voie hématogène ou lymphogène à partir d'un foyer primitif à distance [1]. Nous distinguons 4 aspects anatomo-cliniques à la cholécystite tuberculeuse :

1-Folliculaire et nécrosante limitée à la vésicule et de découverte fortuite, c'est le cas de notre patient.

2- Macro-folliculaire au cours des tuberculoses miliaires de l'enfant avec ulcération muqueuse à fond caséeux.

3- Péri-vésiculaire et/ou associée à une tuberculose péritonéale.

4- Nécrosante chez des adultes atteints de cholécystite chronique lithiasique et d'une tuberculose générale sévère [7]. La faible fréquence de l'atteinte tuberculeuse de la vésicule biliaire serait attribuable à la présence de facteurs bactériostatiques dans la bile tels les acides biliaires [5]. La plupart des cas rapportés de cholécystite tuberculeuse étaient associés à des lithiases. En effet, d'après Leif et Lennart, sur 44 cholécystites tuberculeuses rapportées dans la littérature associées à leurs 3 observations, seulement 2 étaient développées sur vésicule alithiasique alors que les autres étaient développées sur des vésicules lithiasiques [8]. Tel a été le cas dans notre observation. Pour expliquer le rôle de lithiase, l'obstruction du canal cystique par celle-ci induirait une disparition des acides biliaires et de leur effet protecteur entraînant ainsi une baisse de la résistance de la muqueuse vésiculaire vis-à-vis du bacille de Koch. La présence des calculs provoquent en outre une réaction inflammatoire non spécifique capable de fragiliser la muqueuse et de faciliter le développement des lésions tuberculeuses au niveau de la vésicule biliaire. Le mécanisme d'une atteinte tuberculeuse survenue sur une vésicule biliaire intacte, n'est pas encore clair [6]. Nous pensons que l'état immunitaire de la personne joue un rôle primordial. Avec l'avènement du sida, la tuberculose est réapparue comme un véritable problème de santé publique à l'échelle planétaire. En effet, chez les personnes atteintes par le virus d'immunodéficience humaine VIH, les localisations extra-pulmonaires de la tuberculose et notamment digestives sont plus fréquentes. Ceci témoigne du rôle de l'immunité dans l'apparition de la tuberculose [2]. Le diagnostic différentiel se pose radiologiquement devant l'épaississement pariétal avec une tumeur de la vésicule biliaire et histologiquement avec les autres inflammations granulomateuses représentées essentiellement par la cholécystite xantogranuloma-

teuse, la localisation vésiculaire de la maladie de Crohn et la sarcoïdose, mais le contexte clinique et la présence de la nécrose caséuse permet de confirmer le diagnostic de la cholécystite tuberculeuse. Le traitement est médico-chirurgical associant une cholécystectomie et un traitement médicamenteux à base d'antituberculeux pour éviter le problème de résistance surtout si un foyer pulmonaire est associé à l'atteinte vésiculaire. La prise en charge des formes digestives de la tuberculose est basée sur un traitement d'attaque de 2 mois associant Isoniazide (4–5 mg/kg), rifampicine (10 mg/kg) et Pyrazinamide (25–30 mg/kg), suivi d'un traitement d'entretien de 4 mois associant Isoniazide et Rifampicine. Bien traitée, l'évolution de la cholécystite tuberculeuse est favorable. Cependant des complications à

type de perforation, fistulisation et extension péritonéale sont possibles [1].

Conclusion

La tuberculose de la vésicule biliaire reste rare. Elle connaît un regain de fréquence dans les pays développés du fait de l'émergence du SIDA. Son diagnostic est anatomopathologique sur pièce de cholécystectomie. Sa physiopathologie est particulière. Son traitement est médico-chirurgical. Sa prévention est essentielle, basée sur le traitement adéquat et l'éradication de tout foyer tuberculeux pulmonaire, ganglionnaire ou autre.

Références

1. Rouas L, Mansouri F, Jahid A, et al. La tuberculose de la vésicule biliaire : quel rôle de la lithiase? *Rev Med Liepge* 2003; 58:757-760.
2. El Malki HO, Benkabbou A, Mohsine R, et al. L'atteinte tuberculeuse de la vésicule biliaire. *Can J Surg* 2006; 49: 135-136.
3. Piper C, Gamstatter G, Bettendorf U, Von Egidy H. Gallblader tuberculosis. Review and case report of a patient with advanced renal failure. *Leber Magen Darm*, 1987, 17, 381-386.
4. Abu-Zidan FM, Zayat I. Gallbladder tuberculosis (case report and review of the literature). *Hepatogastroenterology*, 1999, 46, 2804-2806.
5. De Melo VA, de Melo GB, Silva RL, et al. Tuberculosis of the cystic duct lymph node. *Braz J Infect Dis* 2004; 8:112-114.
6. Ziarek S, Deddouche M, Zoubir Y, Taleb M. tuberculose de la vésicule biliaire. A propos de trois cas. *Méd Chir*, 1975, 4, 219-222.
7. Martin E, Feldmann G. Histopathologie du foie et des voies biliaires de l'adulte et de l'enfant. *Les cholécystites*. Masson, Paris, 1982, 327.
8. Leif B, Lennart B. Tuberculosis of the gall-bladder. *Brit J Surg*, 1972, 59.