



**2011**

**Cas clinique : une masse abdominale inhabituelle.**

Mehdi Kaassis, Marie Charles, Lucie Pattarin, Julien Baudon, You-Heng Lam, Philippe Masson, Mustapha El Nasser, Jean-Jaques Auger, Cécile Lebrun. Hépatogastroentérologie, Pneumologie, Chirurgie viscérale, Anatomopathologie, Bactériologie, Centre Hospitalier, Cholet.

Une patiente âgée de 66 ans était hospitalisée en décembre 2009 pour douleurs abdominales. Les antécédents étaient marqués par une obésité morbide (IMC 50), une hypertension artérielle, une cholécystectomie, un syndrome anxieux. La patiente était hospitalisée pour douleurs épigastriques et diarrhées fluctuantes, sans autre point d'appel. L'examen clinique était sans particularité, la patiente aapyrétique. Biologiquement, la NFS retrouvait une thrombopénie à 120 000, corrigée ultérieurement, avec une lymphopénie à 600. La CRP était à 30 mg/l. Le bilan hépatique montrait une cholestase anictérique avec cytolysse modérée (ALAT 1.6 N, gamma GT 4N, Ph alcalines 1.5 N). Le TP était à 100%. Les sérologies VIH, virales B et C étaient négatives, tout comme le bilan auto-immun hépatique. La TSH, le ionogramme, le bilan lipidique, l'électrophorèse des protéines étaient normaux. La coproculture et la parasitologie des selles ne montraient pas de germes entéropathogènes. La fibroscopie était normale, les biopsies gastriques et duodénales étant sans particularités. L'iléo-coloscopie avec biopsies étagées était normale. Le myélogramme était sans particularité. Le scanner montrait un foie stéatosique et une masse rétrogastrique de 9 cm environ, au contact du pancréas en regard du tronc cœliaque avec quelques micro calcifications, et associée à des adénopathies cœliques et du hile hépatique de 14 mm. Le scanner thoracique était normal. La ponction sous échographie retrouvait un tissu lymphoïde sans signes de lymphome. Les marqueurs ACE, CA 19.9 étaient normaux. Une laparotomie était décidée, retrouvant une masse de l'arrière-cavité des épiploons adhérente à la face antérieure au pancréas et au tronc cœliaque, non réséquable. L'étude anatomopathologique ne montrait pas de cellules malignes. Une biopsie hépatique était réalisée. Quelles sont vos hypothèses ? Les biopsies de la masse montraient un tissu remanié par de nombreux granulomes épithélioïdes géants cellulaires, sans nécrose caséuse. La PBH montrait des lésions de stéatohépatite sans fibrose avec granulomes épithélioïdes géants cellulaires. Quelles ont vos hypothèses ? L'IDR était positive, tout comme le Quantiferon. La fibroscopie bronchique était normale, la recherche de BK par broncho-aspiration négative. Les cultures au niveau des biopsies de la masse montraient la présence de mycobactérium tuberculosis, sensible aux antibiotiques. L'interrogatoire retrouvait la notion d'une tuberculose chez sa sœur à l'âge de 17 ans pour laquelle celle-ci avait été en sanatorium. Un traitement par MYAMBUTOL et RIFATER était institué. Le scanner de réévaluation à 3 mois montrait une diminution de la masse à 6 cm, on notait une diminution des douleurs abdominales. Après avis au centre de référence des Mycobactéries, il était proposé de prolonger le traitement à 12 mois par RIFINAH et de surveiller, une chirurgie était préconisée en cas de complication. Après 1 an de traitement, la masse était mesurée en TDM à 6 cm, sans modification. Il persistait des douleurs abdominales mal systématisées. La CRP était normale, les transaminases normalisées. Le traitement anti-tuberculeux était arrêté. Une surveillance était préconisée. Une chirurgie était refusée compte tenu des comorbidités. Notre observation est celle d'une tuberculose abdominale rétrogastrique pseudo-tumorale, sans atteinte pulmonaire associée. Cette présentation est l'occasion de refaire le point sur les manifestations digestives extra-pulmonaires de la tuberculose, affection restant d'actualité et pouvant être trompeuse dans sa présentation.

[Fermer la fenêtre](#)