



## Cas clinique

### Tuberculose hépatique et péritonéale: cas clinique

Hepatic and peritoneal tuberculosis: clinical case

FZ El Rhaoussi<sup>1</sup>, S Bouamama\*<sup>1</sup>, K Belhaj<sup>1</sup>, M Tahiri<sup>1</sup>, F Haddad<sup>1</sup>, W Hliwa<sup>1</sup>, A Bellabah<sup>1</sup>, W Badre<sup>1</sup>

#### Résumé

Introduction : La tuberculose hépatique et péritonéale demeure un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement. Le polymorphisme clinique, la faible sensibilité des tests biologiques, et la non spécificité des présentations radiologiques et histologiques sont à l'origine d'une errance diagnostique et par conséquent un retard de prise en charge thérapeutique assombrissant le pronostic des malades.

Objectif du travail : Déterminer les défis diagnostiques d'une tuberculose extra-pulmonaire à évolution insidieuse.

Cas clinique : Il s'agissait d'une tuberculose péritonéale et hépatique confirmée par identification d'un granulome épithélio-giganto-cellulaire sur des prélèvements biopsiques de péritoine pariétal obtenus lors d'une laparoscopie exploratrice de collections hépatiques et sous-phréniques droites ; chez un malade âgé de 26ans, immunocompétent, se présentant pour des douleurs abdominales chroniques.

Conclusion : Dans un pays endémique à la tuberculose, le praticien devrait être vigilant aux présentations insidieuses de sa localisation digestive. En dépit de la morbidité élevée des laparotomies dans ce contexte

infectieux, elles demeurent le gold standard permettant d'obtenir la confirmation histologique. L'évolution est favorable sous chimiothérapie anti-bacillaire si une errance diagnostique et des préjudices iatrogènes sont évités.

Mots-clés: Tuberculose péritonéale, abcès hépatique, mycobacterium tuberculosis, anti-bacillaires.

#### Abstract

Introduction: Hepatic and peritoneal tuberculosis remains a major public health problem in developing countries. The clinical polymorphism, the low sensitivity of biological tests, and the non-specificity of radiological and histological presentations are at the origin of a diagnostic wandering and consequently a delay of therapeutic management darkening the prognosis of the patients.

Aim of the work: To highlight the diagnostic challenges of an extra-pulmonary tuberculosis with insidious evolution.

Clinical case: This is a case of peritoneal and hepatic tuberculosis confirmed by identification of an epithelial-giganto-cellular granuloma on biopsy samples of parietal peritoneum obtained during exploratory laparoscopy of hepatic and

right subphrenic collections; in a 26-year-old male patient, immunocompetent, presenting with chronic abdominal pain.

Conclusion: In a country endemic to tuberculosis, the practitioner should be vigilant to insidious presentations of its digestive localization. Despite the high morbidity of laparotomies in this infectious context, they remain the gold standard for obtaining histological confirmation. The evolution is favorable under anti-bacillary chemotherapy if diagnostic errancy and iatrogenic prejudices are avoided.

Keywords: Peritoneal tuberculosis, hepatic abscess, mycobacterium tuberculosis, anti-bacillary, Casablanca.

---

## Introduction

La tuberculose constitue un véritable problème de santé publique. La tuberculose abdominale peut être associée à une tuberculose pulmonaire ou évoluée indépendamment à une atteinte de l'appareil respiratoire. Elle peut revêtir différentes présentations cliniques expliquant l'aspect erratique de la quête diagnostique malgré qu'elle soit une maladie endémique dans notre pays. De nouvelles techniques diagnostiques permettent la mise en évidence du germe dans les prélèvements biologiques avec une meilleure sensibilité et spécificité [1]. Notre observation illustre un cas clinique d'une tuberculose péritonéale et hépatique révélée par des collections hépatiques diagnostiquée suite à une laparotomie en l'absence d'orientation anamnesticque et clinique.

## Cas clinique

Il s'agissait d'un homme de 26 ans, sans histoire médicale particulière, ne se plaignant d'aucune comorbidité, ne présentant aucune notion de contage tuberculeux dans l'entourage ou de tuberculose maladie, aucun cas similaire familial n'a été noté. Le patient a été hospitalisé dans notre structure pour des douleurs abdominales diffuses évoluant

depuis 2 mois sans autres signes digestifs associés, sans signes de sepsis et sans signes respiratoires. L'examen clinique a retrouvé un patient en bon état général, apyrétique stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, avec une voussure et une douleur de l'hypochondre droit. Le bilan biologique n'a pas relevé d'anomalie, la tomodensitométrie abdominale a montré une lésion kystique sous capsulaire, étendue au parenchyme hépatique (figure 1 et 2) mesurant 17x122 millimètre persistante malgré une antibiothérapie empirique à large spectre à base de fluoroquinolones et métronidazole sans amélioration. Le bilan endoscopique était sans particularité. Dans le cadre du bilan de tuberculose, le test quantiféron était positif (>10UI/ml) et la radiographie pulmonaire n'a pas montré de cavernes, ni d'épanchement pleural ni d'infiltrat réticulaire. Etant inaccessible au drainage radiologique, l'exploration chirurgicale a objectivé des granulations disséminées à toute la cavité péritonéale et 2 collections l'une pariétale et l'autre du dôme hépatique évacués mesurant respectivement 30 et 50 millilitres (figure 3 et 4). L'examen bactériologique, direct à la coloration de zeihl neelson et après 8 semaines de culture du pus s'est avéré négatif. L'étude histologique des biopsies péritonéales a révélé une inflammation granulomateuse tuberculoïde avec une nécrose caséeuse. Ainsi le diagnostic de tuberculose hépatique et péritonéale a été retenu et un traitement anti-bacillaire selon le régime ministériel dicté (2 mois de rifampicine, isoniazide, pyrazinamide, ethambutol et 4 mois de rifampicine, isoniazide) a été démarré pendant 6 mois. Le patient a évolué favorablement avec une reprise du poids, disparition des douleurs abdominales et assèchement des collections au contrôle radiologique en fin de la chimiothérapie (figure 5).

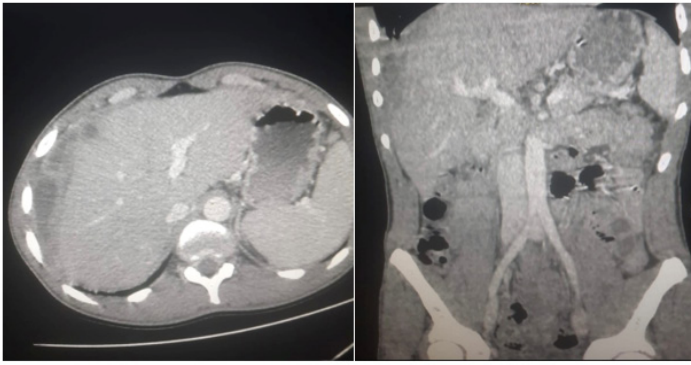


Figure 1 et 2 : TDM abdomino-pelvienne montrant les collections péri-hépatique et intra-hépatique de siège sous capsulaire

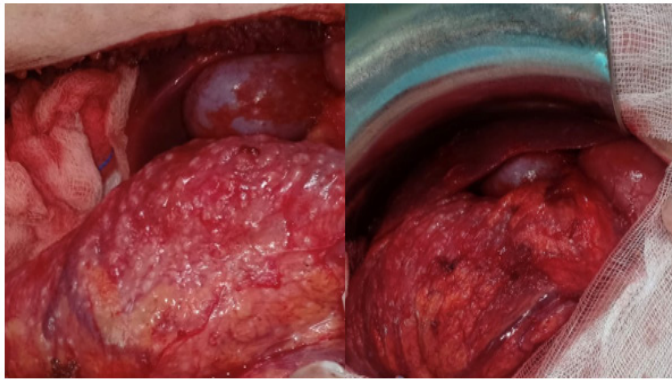


Figure 3 et 4 : granulations péritonéales diffuses



Figure 5 : échographie hépatique de control d'aspect normal sans collections visualisées

## Discussion

La tuberculose péritonéale est la forme abdominale la plus fréquente. Dans sa forme fibro-adhésive ou sèche, les signes cliniques sont souvent insidieux et trompeurs. Ainsi elle peut se compliquer d'abcès froids sans expression clinique aussi bruyante que

les abcès à pyogène [2]. À l'imagerie, les lésions ne sont pas spécifiques. Les abcès tuberculeux intra-péritonéaux se présentent sous la forme d'une masse hypodense multicloisonnée, régulière ou irrégulière, rehaussée en périphérie, avec des modifications du péritoine, du mésentère et de l'omentum, oedématisé et hyperhémiques [2]. De plus, ces abcès sont généralement localisés dans les espaces péri-hépatiques et sous-phréniques droits, le cas de notre malade, pouvant les confondre avec des collections intra-parenchymateuse ou masses tumorales à l'origine d'un retard délétaire de prise en charge [3]. Une extension par contiguïté aux organes de voisinage ou via les drainages lymphatiques dans l'espace péritonéal explique l'évolution rapide vers des formes multifocales aggravant le pronostic ainsi que les rechutes fréquentes via les colonies quiescentes dans les ganglions. Devant ces présentations trompeuses, la cœlioscopie détient une place incontournable pour un diagnostic positif de la maladie et de son extension en objectivant des épaissements inflammatoires du péritoine, du mésentère et des adhérences. Les prélèvements histologiques mettent en évidence des granulomes multiples, grands, confluent associés à une nécrose caséeuse dans 50% des cas [4,5]. Cette sensibilité diagnostique a été considérablement améliorée grâce à l'identification de la séquence génétique de la bactérie par méthode PCR [6]. Cette dernière est désormais particulièrement intéressante dans l'évaluation des résistances thérapeutiques dans un temps record par rapport à la culture bactérienne. La chirurgie pourrait être néfaste vue l'environnement très inflammatoire dans lequel opère le chirurgien exposant le malade à un très grand risque hémorragique et perforation d'organe. Cependant, elle pourrait être incontournable en cas d'indication thérapeutique de drainage des collections profondes, des perforations ou des occlusions [7,8], le cas de notre patient.

## Conclusion

La tuberculose péritonéale et hépatique survient dans la plupart des cas sur un terrain d'immunodépression

notamment une infection rétrovirale. Cette localisation pose un réel problème diagnostique vu son polymorphisme clinique, biologique, radiologique, histologique et thérapeutique nécessitant parfois le recours à une chirurgie abdominale de haute morbidité d'où l'importance de sensibiliser les cliniciens à cette entité clinique afin d'épargner aux patients des préjudices iatrogènes multiples relevant particulièrement des errances diagnostiques et de souligner l'importance de la prévention et de la vaccination anti tuberculeuse.

---

### \*Correspondance

Sophia Bouamama

[bouamamasophia@gmail.com](mailto:bouamamasophia@gmail.com)

**Disponible en ligne :** 15 Juillet 2022

1 : Service d'Hépatogastro-Entérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2022

**Conflit d'intérêt :** Aucun

### Références

- [1] El Mouhafid, F., Elhjouji, A., Fahssi, M., Yaka, M., Njoumi, N., Tarchouli, M., ... & Zentar, A. (2021). A Rare Localization of Tuberculosis: A Case Report and a Review of the Literature. *Surgical Science*, 12(03), 95.
- [2] Chung, J. J., Choi, J. M., Cho, E. S., Kim, J. H., & Yu, J. S. (2017). Multidetector CT findings of histopathologically proven peritoneal tuberculous cold abscesses. *La radiologiamedica*, 122(4), 248-256.
- [3] Hassani, K. I. M., Ousadden, A., Ankouz, A., Mazaz, K., & Taleb, K. A. (2010). Isolated liver tuberculosis abscess in a patient without immunodeficiency: A case report. *World journal of hepatology*, 2(9), 354.
- [4] Vaid, U., & C. Kane, G. (2017). Tuberculous

peritonitis. *Tuberculosis and Nontuberculous Mycobacterial Infections*, 433-438.

- [5] Singh, H., Krishnamurthy, G., Rajendran, J., Sharma, V., Mandavdhare, H., Kumar, H., ... & Singh, R. (2018). Surgery for abdominal tuberculosis in the present era: experience from a tertiary-care center. *Surgical Infections*, 19(6), 640-645.
- [6] Hallur, V., Sharma, M., Sethi, S., Sharma, K., Mewara, A., Dhatwalia, S., ... & Joshi, K. (2013). Development and evaluation of multiplex PCR in rapid diagnosis of abdominal tuberculosis. *Diagnostic microbiology and infectious disease*, 76(1), 51-55.
- [7] Chen, H. C., Chao, Y. C., Shyu, R. Y., & Hsieh, T. Y. (2003). Isolated tuberculous liver abscesses with multiple hyperechoic masses on ultrasound: a case report and review of the literature. *Liver International*, 23(5), 346-350.
- [8] Kumar, P., Kakar, A., & Gogia, A. (2015). Tubercular liver abscess: A rare presentation of a common disease. *Current medicine research and practice*, 5(5), 232-234.

### Pour citer cet article :

FZ El Rhaoussi, S Bouamama, K Belhaj, M Tahiri, F Haddad, W Hliwa et al. Tuberculose hépatique et péritonéale: cas clinique. *Jaccr Africa* 2022; 6(3): 62-65