

TUBERCULOSE ISOLÉE DU PANCRÉAS ET DES GANGLIONS PÉRIPANCRÉATIQUES : CHALLENGE DIAGNOSTIQUE

Amine Benkabbou, Hadj Omar El Malki, Raouf Mohsine, Lahcen Ifrine, Abdelkader Belkouchi

Clinique chirurgicale « A », Hôpital Ibn Sina, Rabat (Maroc)

A. Benkabbou, H. O. El Malki, R. Mohsine, L. Ifrine, A. Belkouchi
TUBERCULOSE ISOLÉE DU PANCRÉAS ET DES GANGLIONS PÉRIPANCRÉATIQUES : CHALLENGE DIAGNOSTIQUE

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°01) : 89 - 92

A. Benkabbou, H. O. El Malki, R. Mohsine, L. Ifrine, A. Belkouchi
ISOLATED TUBERCULOSIS OF PANCREAS AND PERIPANCREATIC LYMPH NODES: DIAGNOSIS CHALLENGE

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°01) : 89 - 92

RÉSUMÉ

Prérequis : La tuberculose isolée du pancréas et des ganglions péripancréatiques est une entité rarissime de diagnostic difficile. Elle peut simuler un pseudokyste, une tumeur solide ou kystique du pancréas et conduire alors à un geste chirurgical inutile et potentiellement morbide.

But : Nous rapportons 3 cas de tuberculose du pancréas de diagnostic per et postopératoire.

Cas : Une femme de 34ans et une femme de 50 ans se sont présentées dans un tableau d'ictère obstructif. Le caractère tumoral pancréatique a priori résecable de l'obstacle au scanner a indiqué une exploration chirurgicale. L'examen extemporané a permis de redresser le diagnostic et d'éviter la résection dans le premier cas, une duodéno pancréatectomie céphalique a été réalisée dans le deuxième. Dans le troisième cas, un homme de 48ans, éthylique chronique s'est présenté pour un tableau subaigu de masse douloureuse isolée de l'hypochondre gauche. Au scanner, les diagnostics de pseudokyste et de néoplasie kystique de la queue du pancréas ont été soulevés. L'exérèse en bloc du kyste avec la rate et la queue du pancréas a permis d'évacuer l'inoculum bacillaire et d'interrompre la fistulisation du processus. Les trois patients ont eu un traitement antibacillaire après confirmation histologique de la tuberculose. Le recul évolutif est de respectivement 3ans, 5mois et 2ans, sans récurrence.

Conclusion : Si la ponction diagnostique à l'aiguille fine radioguidée percutanée ou sous échodopie peut contribuer au diagnostic, la chirurgie reste indiquée dans le traitement des complications évolutives (compressions, fistules, hémorragies) et comme ultime recours diagnostique. L'étiologie tuberculeuse devrait être suspectée devant une masse du pancréas chez le sujet jeune et chez l'immunodéprimé, a fortiori en zone d'endémie,

SUMMARY

Background : Isolated tuberculosis of pancreas and peripancreatic lymphnodes is very rare and difficult to recognise. It may mimic pseudocyst, cystic tumor or carcinoma of pancreas and lead to unusefull and potentially morbid surgery.

Aim : We report 3 cases diagnosed in peroperative and postoperative situations.

Cases : Thirty four- year-old and 50-year-old women presented with obstructive jaundice. Abdominal CT scan showed resecable head of pancreas tumour. In first patient, peroperative biopsies suggested tuberculosis and resection was avoided. The second patient underwent Whipple procedure. Third case was a 48-year-old alcoholic man who presented with recent history of painful mass of left hypochondre. Cystic tumor of pancreas tail and pseudocyst were suggested in CT scan. En bloc resection of tumor, pancreas tail and spleen was performed. The three patients had antitubercular therapy after histological confirmation of pancreatic tuberculosis. Follow-up is respectively 3 years, 5 months and 2 years free of recurrence.

Conclusion : Radio or echoendoscopical fine needle ponction can contribute to the diagnosis. Surgery remains the main treatment of complications (fistulas, bleedings, obstructions) and the last diagnosis option. Tuberculous origin of an isolated pancreatic mass may be suspected in young people and immunocompromised especially in endemic areas.

MOTS - CLÉS

Tuberculose, pancréas, chirurgie

KEY - WORDS

Tuberculosis, pancreas, surgery

مرض السل المنعزل على مستوى المعنكلة والغدد حول المعنكلة : إمكانية تشخيصية

الباحثون : بن كبو أ - المالكى ح.ع - محسن ر - إفرين ل - بالكوشي ع

تشتمل دراستنا على 3 حالات لمرض السل في المعنكلة وقع تشخيصه أثناء أو بعد الجراحة . خضع المرضى الثلاثة إلى علاج مضاد للعصيات بعد التأكيد النسيجي لمرض السل . لم تسجل أي حالة إنتكاس بعد مرور 3 سنوات وستين و 5 أشهر على إكتشاف المرض .

نلاحظ من خلال هذه الدراسة أن مساهمة البزل التشخيصي بواسطة الإبرة الدقيقة لا شك فيها لكن الجراحة تبقى أحسن حل في معالجة المضاعفات التطورية يقع اللجوء إليها كآخر محاولة تشخيصية . نستنتج أنه يجب طرح إمكانية السل في المعنكلة أمام أي تورم في المعنكلة عند الكهول والشبان والمصابين بضعف المناعة .

الكلمات الأساسية : سل - معنكلة - جراحة .

L'infection tuberculeuse connaît une recrudescence universelle, favorisée principalement par la diffusion du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [1]. La tuberculose isolée du pancréas et des ganglions péripancréatiques est une entité rarissime de diagnostic difficile. Par sa présentation clinique et radiologique, elle peut être confondue avec un pseudokyste, une tumeur solide ou kystique du pancréas et conduire alors à un geste chirurgical inutile et potentiellement morbide. Nous rapportons 3 cas de tuberculose du pancréas diagnostiqués après laparotomie.

OBSERVATIONS

Cas 1

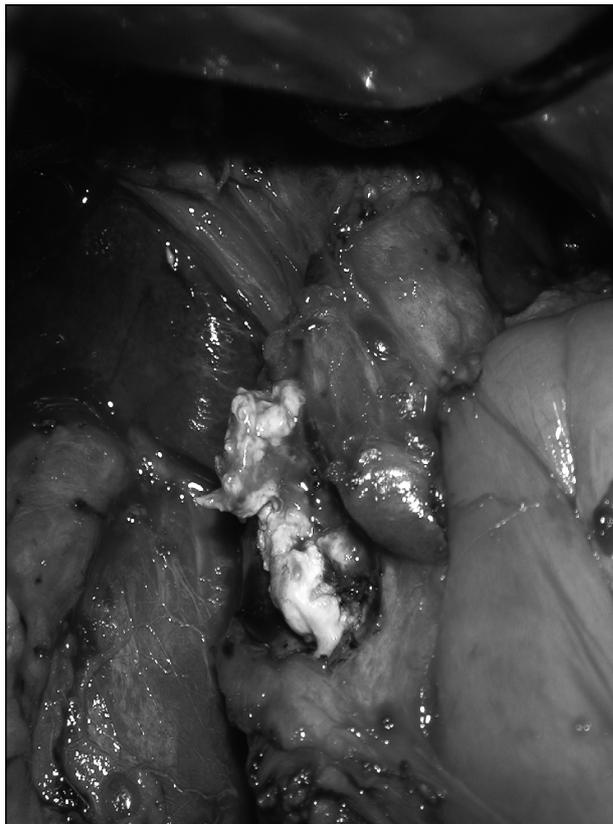
Une femme de 34 ans, sans passé pathologique notable, a été admise pour un ictère choléstatique progressant depuis 2 mois avec un amaigrissement de 5Kg sans fièvre. L'échographie et le scanner (figure 1) abdominaux ont mis en évidence un processus tissulaire hétérogène de 5x3 cm de la tête du pancréas avec dilatation des voies biliaires d'amont. Il n'y avait pas de signe de diffusion métastatique au scanner abdominale et à la radiographie pulmonaire. L'exploration chirurgicale par laparotomie a révélé un magma tissulaire péri pancréatique (figure 2) comprimant la voie biliaire principale sans autre lésion intra péritonéale. L'examen extemporané a conclu à une tuberculose caséo-folliculaire au niveau du tissu fibro-graisseux péripancréatique. La patiente a eu une anastomose cholédoco-duodénale dont les suites opératoires ont été simples.

Elle a reçu : streptomycine, rifampicine, isoniazide et pyrazinamide pendant 2 mois puis rifampicine et isoniazide pendant 4 mois. L'évolution a été marquée par un regain pondéral et une résolution progressive du magma ganglionnaire à l'échographie. La patiente est suivie sans récurrence depuis 3 ans.

Figure 1 : Pseudotumeur tuberculeuse péripancréatique



Figure 2 : Magma péripancréatique donnant issue à du caséum



Cas 2

Une femme de 50 ans, cholécystectomisée 23 ans auparavant a été admise pour un accès angiocholitique évoluant depuis 4 jours sans signes de gravité.

Elle rapportait des douleurs épigastriques et un amaigrissement isolés depuis 3 semaines. L'amylasémie était normale. L'échographie et le scanner abdominaux ont montré une dilatation des voies biliaires intrahépatiques et de la voie biliaire principale en amont d'une tuméfaction de densité tissulaire de la tête du pancréas de 6cm de grand axe.

La radiographie pulmonaire était sans particularité. A l'endoscopie haute, la papille était d'aspect normal et la cholangiopancreatographie rétrograde a objectivé une sténose d'allure maligne du tiers inférieur de la voie biliaire principale (figure 3) sans image de calcul. Après résolution médicale de l'angiocholite, la patiente a eu une duodéno pancréatectomie céphalique (figure 4) avec reconstruction selon Child. Les suites opératoires immédiates ont été simples. L'analyse anatomopathologique de la pièce a conclu à une pancréatite granulomateuse évoquant une tuberculose. La patiente est sous traitement antibacillaire depuis 5 mois.

Figure 3 : Sténose tuberculeuse la voie biliaire principale



Figure 4 : Pseudotumeur tuberculeuse de la tête du pancréas (ouverte)



vomissements post prandiaux avec altération de l'état général depuis 3 semaines sans signes infectieux. L'examen somatique a mis en évidence une masse ferme, sensible, non expansive occupant l'épigastre et l'hypochondre gauche. Un scanner abdominal sans contraste vasculaire a montré une collection kystique de 20cm de grand axe, à paroi fine et régulière, de contenu hétérogène englobant la rate et la queue du pancréas (figure 5), communicant avec une seconde collection de 5cm de diamètre au contact de la paroi abdominale antérieure. La radiographie pulmonaire et l'amylasémie étaient normales. L'exploration chirurgicale a révélé une volumineuse masse kystique et hémorragique de l'hypochondre gauche d'origine indéterminée en voie de fistulisation pariétale antérieure. Une résection monobloc emportant la masse, la rate et la queue du pancréas a été réalisée. Les suites ont été simples. L'analyse de la pièce opératoire a conclu à un tuberculome actif avec des lésions de pancréatite aigüe sur fond chronique, la rate était normale. La sérologie VIH était négative. Le patient a reçu : streptomycine, rifampicine, isoniazide et pyrazinamide pendant 2 mois puis rifampicine et isoniazide pendant 4 mois. L'évolution de l'état général a été favorable et le diabète contrôlé après majoration des doses insuliniques. Le patient est suivi sans récurrence depuis 2 ans.

Figure 5 : Tuberculome de la queue du pancréas et de la paroi abdominal antérieure



COMMENTAIRES

Près de 12% des patients tuberculeux auraient une atteinte abdominale, le plus souvent iléo-caecale, péritonéale, ganglionnaire mésentérique mais aussi splénique, vésiculaire et hépatique [2, 3,4]. La fréquence de l'infection du pancréas par *Mycobacterium tuberculosis* a été évaluée par deux séries autopsiques à 2,1% et 4,7% des cas de décès par miliaire tuberculeuse [5, 6]. La pathogénie de l'atteinte tuberculeuse isolée du pancréas est mal élucidée.

Cette atteinte résulterait de la diffusion de bacilles par voie

hématogène ou lymphatique à partir d'un foyer occulte (le plus souvent pulmonaire) ou à partir d'un foyer latent réactivé à la faveur d'une immunodépression (VIH, chimiothérapie, immunosuppression après transplantation) [4, 7]. Nous n'avons pas relevé d'antécédent personnel ou de notion de contagement tuberculeux chez nos patients. L'état général du troisième patient était compromis par une pancréatite chronique alcoolique non diagnostiquée et un diabète insulinonécessitant. Le tableau clinique inaugural n'est pas spécifique : anorexie, amaigrissement, douleurs abdominales, fièvre et plus rarement masse abdominale et ictère obstructif [4, 8]. Nos patients se sont présentés avec un syndrome tumoral complet au premier plan simulant un cancer de la tête du pancréas chez les deux premiers, et une tumeur kystique pancréatique caudale chez le troisième. L'échographie et le scanner abdominaux sont peu discriminants vis-à-vis des tumeurs et pseudokystes pancréatiques [9]. Ils mettent en évidence un processus kystique hétérogène siégeant le plus souvent au niveau de la tête du pancréas avec polyadénopathies péripancréatiques et périportales. Le diagnostic de tuberculose est habituellement établi sur des prélèvements histologiques. Sur les biopsies percutanées ou par laparotomie, un granulome épithélio-giganto-cellulaire est mis en évidence dans plus de 60% des cas avec présence parfois de nécrose caséuse [9]. La ponction à l'aiguille fine radioguidée percutanée ou sous échoguidage peut être contributive au diagnostic, faisant éviter parfois une laparotomie inutile pour une affection dont le traitement est avant tout antibiotique [10, 11, 12]. C'est une modalité diagnostique pertinente devant une masse du pancréas chez le sujet jeune en zone d'endémie ou chez le sujet immunodéprimé chez qui l'étiologie tuberculeuse devrait être envisagée de principe [7]. Dans les deux premiers cas, le tableau d'ictère obstructif secondaire à un cancer de la tête du pancréas a priori

résécable a indiqué l'exploration chirurgicale pour une éventuelle résection curative. Dans le deuxième cas le caractère tissulaire de la pseudotumeur tuberculeuse a renforcé la confusion avec un cancer et conduit à une duodéno pancréatectomie céphalique. Le caractère atypique du magma tissulaire péripancréatique constaté en peropératoire dans le premier cas a permis par l'examen extemporané de corriger le diagnostic et d'adapter le geste chirurgical (simple dérivation bilio-digestive).

Dans le troisième cas, les diagnostics de pseudokystes secondaires à une pancréatite chronique ou à un accès pancréatiques. Dans un contexte d'éthylisme ainsi que le diagnostic de néoplasie kystique du pancréas ont été soulevés. L'étude cytologique et microbiologique du liquide de ponction des collections aurait pu conduire au diagnostic de tuberculose. La chirurgie a permis toutefois d'évacuer la quasi intégralité de l'inoculum bacillaire, d'interrompre la fistulisation en cours du processus et de prévenir l'érosion vasculaire splénique.

Le traitement antibacillaire standard est le plus souvent efficace. Il repose sur les combinaisons de streptomycine, rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et éthambutol pendant 6 à 12 mois [7, 9, 10, 11]. Les récurrences sont rares [7].

CONCLUSION

La tuberculose du pancréas et des ganglions péripancréatiques est un important diagnostic différentiel du cancer et des tumeurs kystiques mais aussi des pseudokystes du pancréas. Elle devrait être suspectée devant une masse du pancréas chez le sujet jeune et chez l'immunodéprimé, a fortiori en zone d'endémie. Si la tuberculose pancréatique est idéalement confirmée par ponction aspiration à l'aiguille fine, la chirurgie reste indiquée en appoint pour le diagnostic et surtout le traitement des complications évolutives (compressions, fistules, hémorragies).

RÉFÉRENCES

1. Reeders JW, Yee J, Gore RM, Miller FH, Megibow AJ. Gastrointestinal infection in the immunocompromised (AIDS) patient. *Eur Radiol.* 2004; 14 Suppl 3: 84-102
2. El Malki HO, Benkabbou A, Mohsine R, Ifrine L, Belkouchi A, Balafrej S. L'atteinte tuberculeuse de la vésicule biliaire. *Can J Surg.* 2006; 49(2):135-6
3. Farer LS, Lowell AM, Meador MP. Extrapulmonary tuberculosis in United States. *Am J Epidemiol* 1979; 109:205-17.
4. Demir K, Kaymakkoglu S, Besisik F et al. Solitary pancreatic tuberculosis in immunocompetent patients mimicking pancreatic carcinoma *J Gastroenterol.Hepatol.* (2001) 16, 1071-1074
5. Auerbach O. Acute generalized miliary tuberculosis. *Am.J. Pathol.* 1994; 20: 121-36.
6. Paraf A, Menager C, Texler J. La tuberculose du pancréas et la tuberculose des ganglions de l'étage supérieur de l'abdomen. *Rev. Med. Chir Mal Foie* 1969; 41: 101-26
7. Baraboutis I, Skoutelis A Isolated Tuberculosis of the Pancreas *JOP. J Pancreas (Online)* 2004; 5(3):155-158
8. Rezejg MA, Fashir B, Al-Suhaibani H, Al-Fadda M, Amin T, Eisa H. Pancreatic tuberculosis mimicking pancreatic carcinoma: four case reports and review of literature. *Dig Dis Sci* 1998; 42:329-31
9. Xia F, Poon RTP, Wang SG, Bie P, Huang XQ, Dong JH. Tuberculosis of pancreas and peripancreatic lymph nodes in immunocompetent patients: experience from China. *World J Gastroenterol* 2003; 9(6): 1361-1364
10. Pramesh CS, Heroor AA, Shukla PJ, Jagannath PM, De Souza LJ. Pancreatic tuberculosis. *Trop Gastroenterol* 2002; 23:142-3
11. Franco-Paredes C, Leonard M, Jurado R, Blumberg HM, Smith RM. Tuberculosis of the pancreas: report of two cases and review of the literature. *Am J Med Sci* 2002; 323:54-8
12. Riaz AA, Singh A, Robshaw P, Isla AM. Tuberculosis of the pancreas diagnosed with needle aspiration. *Scand J Infect Dis* 2002; 34:303-4
13. Ozden I, Emre A, Demir K, Balci C, Poyanli A, Ilhan R. Solitary pancreatic tuberculosis mimicking advanced pancreatic carcinoma. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2001; 8:279-83