

L'atteinte tuberculeuse de la vésicule biliaire

Hadj Omar El Malki, MD; Amine Benkabbou, MD; Raouf Mohsine, MD; Lahcen Ifrine, MD; Abdelkader Belkouchi, MD; Saïd Balafrej, MD

Les cholécystites sont des affections fréquentes. L'atteinte de la vésicule biliaire représente 1 % des localisations digestives de la tuberculose¹. La localisation vésiculaire peut se voir dans le cadre d'une atteinte pluri-viscérale ou être isolée, associée ou non à une cholécystite lithiasique, chez des patients anergiques². Le but de cet article est de déterminer les circonstances du diagnostic de la tuberculose de la vésicule biliaire et d'en rechercher les causes.

À partir des résultats des examens anatomopathologiques des pièces de cholécystectomie effectuée dans un service de chirurgie viscérale dans un pays d'endémie tuberculeuse, nous avons recherché les cas de tuberculose de la vésicule biliaire confirmée. Nous avons ensuite étudié leurs caractéristiques cliniques.

Sur une période de 15 ans, nous avons retrouvé deux cas de malades qui avaient une tuberculose de la vésicule biliaire pour 2196 cholécystectomies programmées, soit 0,91 %.

Études de cas

Observation 1

Le premier patient, âgé de 62 ans, se plaignait de coliques hépatiques depuis 4 mois. À l'examen somatique, le patient est anictérique et présente une circulation veineuse collatérale sur la paroi abdominale et une hépatomégalie. Une échographie et une tomодensitométrie abdominales ont montré la présence d'un processus tissulaire du hile hépatique avec une dilatation des voies biliaires

intra-hépatiques, la présence d'un calcul vésiculaire et l'absence d'ascite. Une laparotomie sous-costale droite est réalisée. À l'exploration, on a trouvé des signes d'hypertension portale et une vésicule lithiasique scléro-atrophique comprimant le canal hépatique propre sans tumeur. Une cholécystectomie, une cholédocolithotomie avec mise en place d'un drain de Kehr dans la voie biliaire principale et une biopsie du foie sont effectuées. Les suites immédiates sont marquées par l'apparition d'un épisode d'encéphalopathie et d'une poussée d'ascite, régressant en quelques jours. L'examen anatomopathologique de la biopsie du foie a objectivé la présence d'une cirrhose. L'étude de la pièce de cholécystectomie a montré la présence de signes de tuberculose de la vésicule biliaire. Le drain de Kehr est enlevé 3 semaines après l'intervention et après la réalisation d'une cholangiographie qui n'a pas révélé de sténose sur les voies biliaires ni de calcul résiduel. Le patient est traité par des antibacillaires dont les doses ont été adaptées en fonction de son insuffisance hépatique avec une surveillance en milieu spécialisé. Les suites sont simples.

Observation 2

Il s'agit d'une patiente de 30 ans atteinte d'insuffisance rénale terminale et qui bénéficie de séances d'hémodialyse. Depuis 6 mois, la patiente présente une fièvre à 38 °C. Une échographie et une tomодensitométrie sont réalisées. Ces examens mettent en évidence une vésicule biliaire alithiasique à paroi épaisse

à 7 mm et de multiples abcès hépatiques. Une cholécystectomie ouverte, une biopsie hépatique et un drainage des collections hépatiques sont effectués. Les résultats anatomopathologiques des divers prélèvements ont objectivé une tuberculose hépato-vésiculaire. La patiente est traitée par des antibacillaires dont les doses ont été adaptées en fonction de son insuffisance rénale et de ses séances d'hémodialyse avec une surveillance en milieu spécialisé. Les suites sont simples.

Discussion

Les deux observations que nous rapportons confirment bien que le diagnostic de la tuberculose de la vésicule biliaire se fait généralement en post-opératoire après analyse de la pièce de cholécystectomie par un examen anatomopathologique^{1,2}. Elle représente 0,91 % des cholécystectomies réalisées dans notre service. Ce diagnostic étiologique de la cholécystite, qui est fait sur pièce d'exérèse, résulte non seulement de la fréquence de la pathologie lithiasique biliaire dans la population générale, qui impose souvent une intervention chirurgicale sans recours à de nombreux examens complémentaires², mais surtout de l'extrême rareté de la localisation hépato-biliaire de la tuberculose (1 % des localisations digestives de la tuberculose)¹ et l'absence de symptomatologie clinique évocatrice. Cette 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^{1,2}.

Clinique chirurgicale « A » du Centre hospitalier universitaire Ibn Sina, Rabat, Maroc

Accepté le 7 avril 2005

Pour correspondance s'adresser au Dr Hadj Omar El Malki, 10 Rue Rif, Avenue Imam Malik Souissi, Rabat Maroc; télécopieur : 00 212 37 882459; oelmalki@hotmail.com

L'origine canaliculaire de l'infection est ainsi avancée. D'autres auteurs pensent que l'infection surviendrait après une contamination par voie hématogène ou lymphatique³. Nous pensons que l'état immunitaire de la personne joue un rôle primordial. En effet, l'apparition d'une atteinte tuberculeuse de la vésicule biliaire chez nos deux patients s'inscrit dans un contexte d'immunodépression. Le premier patient avait une cirrhose et le second une insuffisance rénale. Chez le premier patient, la présence d'un calcul ne serait qu'un facteur supplémentaire responsable d'une altération de l'immunité pariétale avec diminution de la résistance muqueuse de la vésicule biliaire^{1,2}. 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 VIH, les localisations extra-pulmonaires de la tuberculose et notamment digestives sont plus fréquentes⁴. Ceci témoigne du rôle de l'immunité dans l'apparition de la tuberculose.

Chez nos deux patients, le diagnostic de la tuberculose n'a jamais été soupçonné. Le diagnostic de tumeur du hile hépatique a été évoqué chez le premier patient et a imposé l'intervention chirurgicale. La fréquence des cholécystites alithiasiques au cours de l'insuffisance rénale nous a poussé à opérer la deuxième patiente. Certains éléments auraient pu orienter le diagnostic dans

d'autres circonstances. L'amaigrissement, l'anorexie, la fièvre, l'anémie, la vitesse de sédimentation accélérée, l'épaississement de la paroi de la vésicule, la présence d'adénopathies du pédicule hépatique et les antécédents personnels de tuberculose peuvent guider le diagnostic chez des personnes qui présentent des coliques hépatiques^{2,3}. L'existence d'une sténose sur les voies biliaires associée à l'atteinte vésiculaire (première observation) ou même isolée⁵ ne fait que justifier une exploration chirurgicale ou endoscopique. Le plus souvent, une indication opératoire est évidente et le recours à d'autres explorations spécifiques n'est pas justifié. Ces circonstances de diagnostic de la vésicule biliaire soulignent l'importance des examens anatomopathologiques des pièces de cholécystectomie (ou autres). Ils permettent non seulement d'apporter un diagnostic mais aussi d'imposer un complément thérapeutique.

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. Pour nos deux patients, des modifications de ce protocole ont été apportées du fait de l'insuffisance hépatique chez le premier et de l'insuffisance rénale chez le deuxième. Il n'y a pas de consensus sur l'intérêt de poursuivre le traite-

ment d'entretien 3 mois de plus chez les malades immunodéprimés ou chez les sujets âgés. Ces malades sont souvent multimédicamentés, ce qui doit faire craindre des interactions médicamenteuses et renforcer la surveillance⁴.

Le diagnostic de tuberculose vésiculaire est fait presque toujours sur pièce de cholécystectomie. Il impose l'instauration d'un traitement adapté pour éviter l'extension de la maladie et révèle un état d'immunodépression latent.

Intérêts concurrents : aucuns déclarés.

Références

1. De Melo VA, de Melo GB, Silva RL, et al. Tuberculosis of the cystic duct lymph node. *Braz J Infect Dis* 2004;8:112-4.
2. Rouas L, Mansouri F, Jahid A, et al. La tuberculose de la vésicule biliaire : quel rôle de la lithiase? *Rev Med Liege* 2003; 58:757-60.
3. Vojtisek V, Zrustova M. La tuberculose de la vésicule biliaire et de ses ganglions lymphatiques. *Lyon Chir* 1965;61:828-37.
4. Pelletier G. La tuberculose hépatique. *Hépatogastro*. 1998;5:409-14.
5. Prasad A, Pandey KK. Tuberculous biliary strictures: uncommon cause of obstructive jaundice. *Australas Radiol* 2001;45:365-8.