

## Tuberculose ganglionnaire abdominale révélée par une sténose duodénale.

J. Sakhri\*, S. Youssef, D. Beltaifa, N. Dallel, A. Choukou, B. Azza & K. Ben Jazia

Service de chirurgie générale et digestive. Unité de recherche en chirurgie : UR/17/02, CHU Farhat Hached, 4000, Sousse. Tunisie.

\*Correspondance : Dr Sakhri Jaballah. Service de chirurgie générale et digestive CHU Farhat Hached, 4000, Sousse. Tunisie. Tél : 21673222600, Fax : 21673224899.

E-mail : jaballah.sakhri@rns.tn

Manuscrit n° 2577. "Clinique". Reçu le 22 mai 2002. Accepté le 2 juillet 2004.

**Summary:** Tuberculosis abdominal lymphadenitis revealed by a duodenal stenosis.

*Tuberculosis abdominal lymphadenitis is rare and exceptionally revealed by digestive complications. We report one case of digestive stenosis due to duodenal external compression by tuberculosis lymph nodes. Surgical resection of periduodenal lymph nodes was performed without gastric resection or gastrointestinal anastomosis. Medical treatment of tuberculosis was successful and the patient remains asymptomatic.*

**Résumé :**

*La tuberculose ganglionnaire abdominale est rare et se manifeste exceptionnellement par une complication digestive. Nous rapportons une observation de sténose duodénale secondaire à une compression extrinsèque par des adénopathies tuberculeuses, ayant nécessité le recours à la chirurgie. La laparotomie exploratrice a permis de confirmer le diagnostic de tuberculose ganglionnaire abdominale et de lever la compression duodénale sans recourir à l'exérèse gastrique ou à une dérivation digestive. Le traitement anti-tuberculeux a permis la guérison.*

**duodenal stenosis  
lymph node tuberculosis  
abdominal tuberculosis  
hospital  
Sousse  
Tunisia  
Maghreb  
Northern Africa**

**sténose duodénale  
tuberculose ganglionnaire  
tuberculose abdominale  
hôpital  
Sousse  
Tunisie  
Maghreb  
Afrique du Nord**

### Introduction

La tuberculose abdominale occupe la troisième place des tuberculoses extra-pulmonaires. La forme ganglionnaire présente souvent une symptomatologie atypique et, malgré les progrès de l'imagerie médicale, son diagnostic reste difficile, imposant parfois le recours à la chirurgie exploratrice (1, 6). L'atteinte ganglionnaire tuberculeuse concerne habituellement les ganglions mésentériques et n'entraîne que très rarement une compression extrinsèque du duodénum (5). Nous rapportons une observation de tuberculose hépatique et ganglionnaire abdominale révélée par un tableau de sténose digestive haute secondaire à une compression duodénale, ayant nécessité le recours à la chirurgie. La découverte opératoire d'adénopathies de la chaîne hépatique et d'un nodule du foie à contenu caséux a permis d'évoquer le diagnostic de la tuberculose qui a été confirmé ultérieurement par l'étude anatomo-pathologique. L'exérèse des adénopathies péri-duodénales associée au traitement anti-tuberculeux a permis de lever la compression duodénale et d'obtenir la guérison de la maladie causale.

### Observation

Monsieur S.L, âgé de 29 ans, a consulté pour des douleurs épigastriques continues associées à des vomissements post-prandiaux évoluant depuis 5 mois. L'interrogatoire a trouvé la notion d'asthénie, d'anorexie avec amaigrissement non chiffré. Il n'y avait pas d'antécédents d'ulcère duodénal. L'examen physique : altération de l'état général, température : 37,4 °C, plis cutanés persistants, clapotage à jeun, absence d'hépatomégalie ou de splénomégalie. Les aires ganglionnaires périphériques étaient libres. Les radiographies du thorax et de l'abdomen sans préparation étaient normales. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale a montré une oesophagite stade II, avec un estomac de stase et une sténose bulbaire infranchissable présumée d'origine ulcéreuse. Le transit oeso-gastro-duodénal a montré un estomac de stase en amont d'une sténose filiforme et étendue du sommet du bulbe. L'échographie abdominale était normale. Le bilan biologique a révélé une anémie microcytaire (hémoglobine à 9 grammes / 100 ml), une vitesse de sédimentation accélérée (82 pour la première heure) et une alcalose métabolique hypokaliémique et hypochlorémique. Après réhydratation et correction des désordres métaboliques, le malade était opéré avec le diagnostic de sténose duodénale présumée d'origine ulcéreuse. L'exploration chirurgicale a découvert de multiples adénopathies, du pédicule hépatique, et le long de la chaîne gastro-épiploïque droite. Le décollement duodéno-pancréatique a mis en

évidence de multiples adénopathies péri-duodénales qui engainaient et comprimait le premier duodénum. Ce dernier était par ailleurs souple, sans stigmates externes d'ulcère. Le foie était le siège d'un nodule blanchâtre de 2 cm au niveau du segment VI. Il a été réalisé une biopsie hépatique emportant le nodule et une exérèse des adénopathies péri-duodénales, ce qui a permis de lever la compression duodénale. Les ganglions résequés ainsi que le nodule du foie avaient un contenu caséux, évoquant une atteinte tuberculeuse. Les suites opératoires immédiates étaient favorables avec régression des vomissements.

L'intradermo-réaction était négative et le tubage gastrique, à trois reprises et après culture, n'a pas permis d'isoler de bacille de Koch. La sérologie VIH était négative. L'étude anatomo-pathologique des ganglions résequés et du nodule hépatique a confirmé le diagnostic de tuberculose ganglionnaire et hépatique. Le traitement antituberculeux, durant huit mois (rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et éthambutol pendant deux mois, puis rifampicine et isoniazide seuls pendant six mois) a permis une évolution favorable avec régression des douleurs et une amélioration de l'état général. Deux ans après, le patient demeure asymptomatique.

## Discussion

Cette observation illustre les difficultés diagnostiques de la tuberculose ganglionnaire abdominale et le résultat d'une stratégie thérapeutique dont le but est de lever la compression duodénale sans recourir à l'exérèse gastrique ou au court-circuit digestif. Cette stratégie a l'intérêt d'éviter une morbidité supplémentaire en rapport avec le risque de lâchage de sutures digestives chez un patient en mauvais état général. La tuberculose demeure fréquente et endémique en Tunisie avec une incidence de 22,6/100 000 habitants en 1999. Ce constat doit faire penser à la tuberculose ganglionnaire devant des symptômes digestifs vagues et insidieux (15). En dehors des pays du Maghreb, la réapparition de la tuberculose est liée à la forte prévalence du VIH. La tuberculose abdominale représente seulement 8 % de l'ensemble des localisations. L'atteinte ganglionnaire est une forme fréquente de la tuberculose abdominale, mais souvent cliniquement latente (3) ; d'ailleurs les explorations pratiquées chez notre malade, intradermo-réaction à la tuberculine et tubage gastrique (réalisés *a posteriori*) et échographie abdominale, n'ont pas permis d'apporter d'indices en faveur de la tuberculose. La négativité de l'intradermo-réaction peut s'expliquer par la profonde altération de l'état général. Les localisations ganglionnaires peuvent intéresser un ou plusieurs territoires lymphatiques et sont à l'origine de manifestations cliniques variées. L'atteinte tuberculeuse concerne habituellement les ganglions mésentériques, plus rarement ceux de la chaîne hépatique (5, 10, 11, 13). Les complications révélatrices de la tuberculose ganglionnaire abdominale sont l'abcédation, la compression extrinsèque des anses digestives à l'origine d'occlusions intestinales ou des éléments du pédicule hépatique responsables d'un ictère choléstatique ou plus rarement d'une pyléphlébite (9, 10, 11, 12, 13). L'atteinte des ganglions rétro-duodéno-pancréatiques peut parfois simuler une tumeur pancréatique maligne (16). Contrairement à la tuberculose duodénale, la tuberculose ganglionnaire abdominale ne se manifeste qu'exceptionnellement par un tableau de sténose digestive haute en rapport avec une compression extrinsèque du duodénum. En effet, seuls quelques cas sporadiques de compression extrinsèque du duodénum par des adénopathies tuberculeuses ont été rapportés (5, 15). Devant une sténose digestive haute, l'endoscopie digestive permet habituellement de préciser le diagnostic étiolo-

gique. Cependant, elle peut induire en erreur en montrant une sténose bulbairre infranchissable sans lésions endo-luminales visibles comme c'était le cas dans notre observation. Le diagnostic présumé était celui d'un ulcère duodéal sténosant, en raison du jeune âge du malade et de la fréquence de cette complication dans notre pays. L'amaigrissement et l'altération de l'état général étaient considérés comme secondaires à la sténose digestive qui évoluait depuis plusieurs mois. L'échographie permet d'évoquer le diagnostic de la tuberculose ganglionnaire abdominale devant la constatation d'adénopathies intra et/ou rétro-péritonéales (14, 16). Certains auteurs ont rapporté le recours au scanner abdominal et l'imagerie par résonance magnétique (IRM), surtout dans les pays où ces examens sont disponibles. La recherche de BK, après ponction cutanée des adénopathies, est rarement positive à l'examen direct, seule la culture de broyats de ganglions est rentable dans 75 % des cas (8, 16). La ponction n'est possible qu'en cas de volumineuses adénopathies accessibles. La coelioscopie qui tend à remplacer la laparotomie exploratrice nous semble indiquée en cas de difficultés diagnostiques devant la négativité du bilan étiologique d'adénopathies intra-abdominales. Elle permet de réaliser des biopsies multiples (péritoine, ganglions et foie) pour étude anatomo-pathologique. Notre expérience en matière de coelioscopie diagnostique dans la tuberculose abdominale est débutante mais, dans les quatre cas où nous l'avons pratiquée, la coelioscopie nous a permis de faire des macro-biopsies permettant ainsi le diagnostic de la tuberculose sans recours à la laparotomie exploratrice. Le traitement de la tuberculose ganglionnaire est médical mais, devant une sténose digestive haute (situation exceptionnelle), la laparotomie exploratrice peut s'imposer comme c'était le cas chez notre malade. La chirurgie permet de redresser le diagnostic en montrant des adénopathies abdominales, à contenu caséux, et de lever la compression duodénale grâce à l'exérèse des ganglions péri-duodénaux. Si l'exérèse des ganglions péri-duodénaux s'avère insuffisante ou difficile, situation non rencontrée dans notre cas, nous pensons qu'une dilatation endoscopique du duodénum par ballonnet, en post-opératoire immédiat, peut être suffisante car ces adénopathies peuvent régresser ultérieurement sous traitement antituberculeux (7, 12). La dilatation endoscopique a été d'ailleurs rapportée comme procédé thérapeutique dans les obstructions gastriques bénignes (2). La dérivation gastro-jéjunale nous semble inutile car elle expose au risque de lâchage anastomotique, compte tenu du mauvais état général du patient. De plus, elle devrait être associée à une vagotomie pour éviter les ulcères anastomotiques. L'exérèse gastrique présente, chez ces malades souvent cachectiques et en mauvais état général, un risque élevé de fistule du moignon duodéal. Le pronostic de la tuberculose ganglionnaire est bon grâce au traitement anti-tuberculeux, qui rejoint le protocole thérapeutique de la tuberculose pulmonaire commune.

## Conclusion

Une sténose digestive haute est exceptionnellement en rapport avec une compression extrinsèque du duodénum par des adénopathies tuberculeuses. Le diagnostic est rarement évoqué en pré-opératoire. La chirurgie exploratrice apporte la preuve anatomo-pathologique de la tuberculose ganglionnaire et permet de lever la compression digestive par exérèse des ganglions péri-duodénaux. Le pronostic est bon,

grâce au traitement antituberculeux quadruple qui permet de stériliser les gîtes ganglionnaires infestés.

### Remerciements

Ce travail a été réalisé grâce à l'apport financier du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de la technologie dans le cadre de l'unité de recherche en chirurgie : UR/17/02.

## Références bibliographiques

1. ACHOUR A, GARNIER JM, SAISSY JM, DRISSI N, AHCHOUC H & MOULAY I - Duodenal tuberculosis associated with lymph nodes tuberculosis. *Méd Trop*, 1984, **44**, 285-289.
2. CRAIG PI & GILLESPIE PE - Through the endoscope balloon dilatation of benign gastric outlet obstruction. *BMJ*, 1989, **297**, 396.
3. DAUTZENBERG B - Les aspects hépato-gastro-entérologiques de la tuberculose en 1993. *Gastroentérol Clin Biol*, 1993, **17**, 623-625.
4. DELANO CJ, PERARNAU JM, RAABE JJ & ARBOGAST J - Ictère par adénopathies tuberculeuses. *Gastroentérol Clin Biol*, 1993, **17**, 765-766.
5. FERNANDEZ OU & CANIZARES LL - Tuberculous mesenteric lymphadenitis presenting as pyloric stenosis. *Dig Dis Sci*, 1995, **40**, 1909-1912.
6. GEORGE E, LISEHOR A, MARGARET PJ & BARCIA J - Exploratory laparotomy for diagnostic of tuberculous peritonitis. *Surg Gynecol Obstet*, 1989, **169**, 299-302.
7. GHADOUANE M, ALAMI FZ, HRORA A, RAISS M & BAROUDIS TOUNSI A - Sténose post-bulbaire révélant une tuberculose duodénale. *Ann Chir*, 1997, **51**, 655-656.
8. JEMNI H, BELLARA I, TLILI K, MRAD DALI K, BEN ALI AM *et al.* - Tuberculous mesenteric lymphadenitis. *J Radiol*, 2000, **81**, 1715-1717.
9. KIM SY, KIM MJ, CHUNG JJ & YOO HS - Abdominal tuberculous lymphadenopathy. *Abdominal Imaging*, 2000, **25**, 627-632.
10. NAIR KV, GANESH PC, RAJAGOPAL KP, BHAT VN & THOMAS M - Unusual presentations of duodenal tuberculosis. *Am J Gastroenterol*, 1991, **86**, 756-760.
11. NAOURI C, MENECEIER P, NAOURI A & LEVENQ P - Tuberculose duodénale : un diagnostic difficile. *Presse Méd*, 1997, **26**, 805-806.
12. SAKHRI J, DERBEL F, LETAIEF R, DAHMEN Y, BEN ALI A & BEN HADJ HAMIDA R - Les aspects chirurgicaux de la tuberculose abdominale. *Lyon Chir*, 1997, **93**, 213-216.
13. SAVIOZ D, NICOD L, MENTHA G, MIRESCU D, MOREL P & ROHNER A - Résurgence d'une pathologie oubliée : la pyléphlébite par adénopathies tuberculeuses. *Gastroentérol Clin Biol*, 1993, **17**, 747-749.
14. SHEIKH M, ABUZIDEN F, AL HILALY M & BEHBEHANI A - Abdominal tuberculosis : comparison of sonography and computed tomography. *J Clin Ultrasound*, 1995, **23**, 413-420.
15. SIDHOM M, KHEMAKHEM A, HILI K, ALOUI H & SLITI H - *Bulletin épidémiologique ; Ministère de la santé publique (Tunisie)*, 1999, **4**, 15-16.
16. YANG Z, SONE S, MIN P, LI F, MARUYAMA Y *et al.* - Distribution and contrast enhanced CT appearance of abdominal tuberculous lymphadenopathy. *Nippon Acta Radiologica*, 1997, **57**, 576-571.