

Tuberculose du pancréas compliquée de thromboses multiples : un cas pédiatrique

Tuberculosis of the pancreas complicated by multiple thromboses: a pediatric case

S. Nabil · A. Bentalha · K. Azizi · A. Mossadak · A. El Koraichi · S. E. El Kettani

Reçu le 30 mars 2014 ; accepté le 30 avril 2014
© SRLF et Springer-Verlag France 2014

À l'éditeur,

La tuberculose, endémique dans certains pays, reste un problème majeur de santé publique dans le monde. Au niveau de l'abdomen, le bacille tuberculeux infecte préférentiellement le mésentère, le péritoine et l'intestin grêle, le pancréas étant une localisation rare [1-3]. Nous rapportons un cas de tuberculose pancréatique se révélant par un tableau de pancréatite aiguë compliquée de thromboses systémiques et d'une polysérite.

Un enfant de 11 ans a été admis à l'hôpital pour douleurs abdominales épigastriques traînantes depuis un mois. Il se plaignait de nausées et de vomissements associés à une asthénie, une anorexie et une perte de poids estimée de 8 kg (18 % du poids initial). Des accès de fièvre nocturne avec sueurs profuses étaient rapportés. L'interrogatoire ne retrouvait pas de notion de contagé tuberculeux, de traumatisme abdominal ou de prise médicamenteuse. À l'admission, le patient était polypnéique (50 cycles/min) et présentait un syndrome d'épanchement liquidien de l'hémithorax gauche. La pression artérielle était à 100/60 mmHg et la fréquence cardiaque à 140/min. Il existait une ascite abondante et un œdème des membres supérieurs et inférieurs. Le bilan biologique de routine était normal, en dehors d'une lipasémie et d'une amylasémie élevées respectivement à 1250 UI/l et à 760 UI/l et d'une anémie profonde (hémoglobine : 6,7 g/dl). L'imagerie (échographie et tomodensitométrie) révélait deux collections pré- et rétropancréatiques respectivement de 26 mm et de 21 mm avec une ascite de grande abondance sans adénopathie mésentérique. Il existait

une thrombose extensive du tronc porte, de la veine splénique et mésentérique supérieure. La veine cave inférieure était thrombosée depuis les veines iliaques jusqu'à sa portion rétrohépatique (Fig. 1). Une thrombose de la jugulaire interne gauche jusqu'à la jonction sous-clavière était également retrouvée, mais l'angioscanner confirmait l'absence d'embolie pulmonaire. L'analyse du liquide pleural et péritonéal retrouvait un exsudat (protéine = 36 gr/l). Les fortes concentrations en amylase (2424 UI/l) et lipase (>120 000 UI/l) suggéraient leur origine pancréatique. L'examen cytologique trouvait 300 éléments blancs/ml formés de polynucléaires et les cultures en milieu standard restaient stériles. Par contre, une des trois recherches du bacille de Koch (BK) dans l'ascite était fortement positive (5 BAAR /champs). À noter que l'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) était, de même que les résultats du QuantiFERON®-TB Gold en tube. La sérologie rétrovirale était également négative. Par ailleurs, une biopsie chirurgicale avait été tentée mais se révélait infructueuse vu l'absence d'adénopathie et les remaniements inflammatoires.

Un drainage thoracique et une évacuation du liquide d'ascite permettaient alors la stabilisation respiratoire du patient quelques heures après son admission en réanimation. Un traitement antituberculeux (rifampicine, isoniazide, pyrazinamide, éthambutol) était débuté ainsi qu'un traitement anticoagulant par énoxaparine sodique avec relais oral par acénocoumarol. Le patient avait aussi eu une jéjunostomie d'alimentation tandis que l'analgésie était assurée par morphine et paracétamol. L'évolution se faisait vers l'amélioration clinique et la disparition progressive des douleurs abdominales et de la fièvre. Les échographies de contrôle révélaient un tarissement des épanchements et une reperméabilisation des thromboses à partir de la troisième semaine. La sortie de l'hôpital était possible au 45^e jour.

La tuberculose pancréatique est rare même si son incidence réelle n'est pas connue. En 1944, O. Aurbach a rapporté dans une série de 297 cas de miliaire tuberculeuse, un développement pancréatique dans seulement 4,7 % des cas [4]. De plus, la tuberculose pancréatique isolée est encore

S. Nabil · A. Bentalha · K. Azizi · A. Mossadak ·
A. El Koraichi (✉) · S. E. El Kettani
Faculté de médecine et de pharmacie,
Université Mohammed V Souissi, Rabat
e-mail : dr_alae@hotmail.com

A. Bentalha · A. Mossadak · A. El Koraichi · S. E. El Kettani
Service d'anesthésie réanimation pédiatrique polyvalente,
hôpital d'enfant, CH Ibn Sina, Rabat

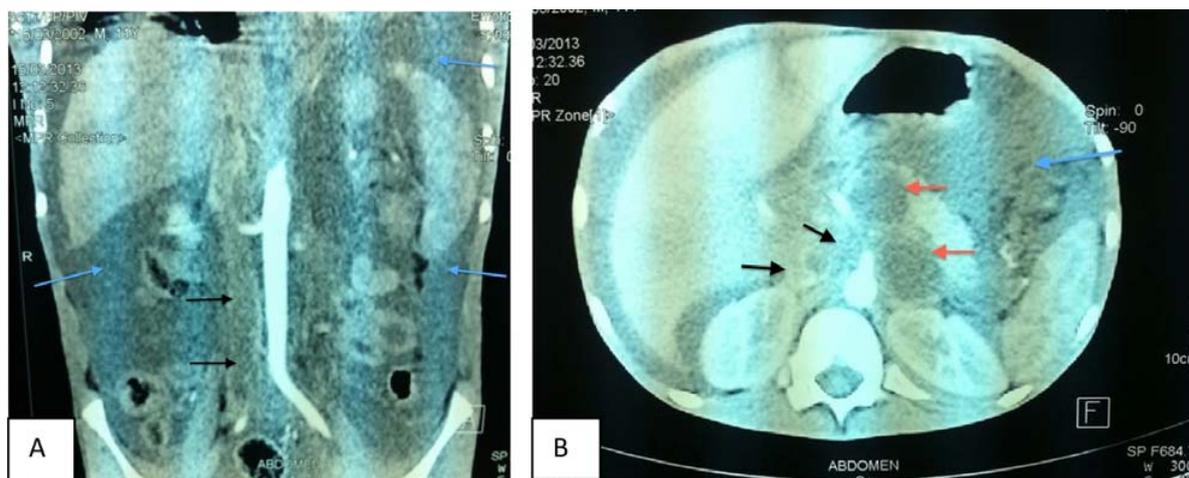


Fig. 1 Scanner abdominal à l'admission : la coupe frontale (1A) visualise l'ascite de grande abondance (flèches bleues) et la thrombose extensive de veine cave inférieure (flèches noires), la coupe axiale (1B) montre les deux kystes pancréatiques (flèches rouges), la thrombose de la veine cave inférieure et mésentérique supérieure (flèches noires) et l'ascite (flèche bleue)

plus rare et moins de 100 cas figurent actuellement dans la littérature. Chez l'enfant, cette entité semble exceptionnelle. À notre connaissance, le seul cas pédiatrique publié est celui colligé par Xia et al. dans la revue de littérature chinoise [5].

Les manifestations cliniques de la tuberculose pancréatique sont multiples et bruyantes. Elle associe des signes digestifs, notamment des douleurs abdominales, des nausées, des vomissements à des signes généraux comme la fièvre, l'asthénie et la perte de poids [1-3]. Comme pour notre patient, la présence d'antécédents de tuberculose n'est pas systématique. Ainsi dans la revue de Xia et al, seuls 13 des 58 patients avaient une histoire ou un contage tuberculeux [5]. Une anémie est présente dans la moitié des cas. Par contre, l'élévation des enzymes pancréatiques est plus rare (16 %) et exceptionnellement aussi marquée que chez notre patient. La sensibilité de l'IDR reste modeste, positive dans environ 60 % des cas [5]. La radiographie thoracique est souvent anormale : elle révèle fréquemment une localisation pulmonaire ou pleurale [5]. L'échographie abdominale révèle souvent des collections hypo-échogènes (91 %) solitaires (63 %) ou multiples (38 %) alors que les lésions iso-échogènes sont plus rares (9 %). Des adénopathies entéromésentériques sont souvent associées (75 %) [3]. Ces données clinico-radiologiques font souvent orienter le diagnostic vers la pathologie tumorale qui est le principal diagnostic différentiel. L'imagerie détecte une ascite dans un cas sur deux [3]. Celle-ci accompagnerait fréquemment les pancréatites chroniques (4 %) volontiers en présence de faux kystes pancréatiques (4-16 %). Elle se caractérise comme pour notre patient par une forte concentration en protéines et en neutrophiles [6]. Les thromboses veineuses mésentériques et portes sont des complications connues des pancréatites aiguës chez l'adulte. La thrombose veineuse splénique est

par contre plus spécifique des pancréatites chroniques alors que les thromboses d'autres sites sont plus rares [7]. Parikh et al. ont rapporté un cas similaire de thromboses veineuses multiples jugulaire internes, sous-clavières bilatérales et axillaires, associées à une pancréatite chez un adulte de 30 ans [8]. Les thromboses disséminées sont généralement secondaires aux états d'hypercoagulabilité inflammatoire ou héréditaire ainsi qu'aux vascularites systémiques. En outre, la thrombose veineuse peut être secondaire à une compression extrinsèque notamment par une adénopathie. Chez notre patiente, aucune cause locale n'était identifiée et un état prothrombotique héréditaire était écarté.

Contrairement à notre cas, le diagnostic est généralement porté par biopsie chirurgicale ou échoguidée. L'examen microbiologique est rarement contributif. Ainsi dans la série de Xia et al., sur neuf examens bactériologiques réalisés, un seul confirmait le diagnostic [5]. Dans un cas similaire d'ascite pancréatique d'origine tuberculeuse, les prélèvements répétitifs de l'ascite sont restés stériles et c'est la biopsie ganglionnaire qui avait permis de faire le diagnostic [6]. Dans un cas d'une pancréatite chronique avec polysérite, la *Polymerase Chain Reaction* du BK au niveau de l'ascite permettait de confirmer le diagnostic de tuberculose [9].

Le traitement est classique par quadrithérapie antituberculeuse. Vu la difficulté du diagnostic, le traitement chirurgical associé n'est pas rare. Ainsi, dans la revue de Xia et al, deux patients ont eu une duodéno pancréatectomie et cinq un drainage d'abcès [5]. L'évolution sous traitement est généralement favorable avec amélioration clinique et radiologique durant les premiers six mois. La durée du traitement varie de six à 12 mois [3]. Il y a eu deux décès sur 32 cas dans la série de Najjar et al. [3] et un seul sur 58 cas dans la revue de Xia et al. [5].

En conclusion, la tuberculose pancréatique est une entité rare dont le diagnostic est un vrai défi. Seule une confrontation des éléments cliniques, radiologiques et biologiques peut faire évoquer le diagnostic. Notre cas décrit une tuberculose pancréatique qui s'est manifestée par une pancréatite compliquée de thromboses multiples avec ascite et pleurésie.

Conflit d'intérêt : S. Nabil, A. Bentalha, K. Azizi, A. Mos-sadak, A. El Koraichi et S. E. El Kettani déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Babu RD, John V (2001) Pancreatic tuberculosis: case report and review of the literature. *Trop Gastroenterol* 22:213-4
2. Turan M, Sen M, Koyuncu A, et al (2002) Pancreatic pseudotumor due to peripancreatic tuberculous lymphadenitis. *Pancreatol* 2:561
3. Nagar AM, Raut AA, Morani AC, et al (2009) Pancreatic tuberculosis: a clinical and imaging review of 32 cases. *J Comput Assist Tomogr* 33:136-41
4. Aeurbach O (1944) Acute Generalized Miliary Tuberculosis. *Am J Pathol* 20:121-36
5. Xia F, Poon RT, Wang SG, et al (2003) Tuberculosis of pancreas and peripancreatic lymph nodes in immunocompetent patients: experience from China. *World J Gastroenterol* 9:1361-4
6. Chaudhary SC, Avasthi R, Mohanty D, et al (2009) Pancreatic ascites: rare complication of a common disease. *J Assoc Physicians India* 57:182-3
7. Nadkarni NA, Khanna S, Vege SS (2013) Splanchnic venous thrombosis and pancreatitis. *Pancreas* 42:924-31
8. Parikh H, Shukla A, Aswani Y, et al (2012) Multiple extrasplanchnic venous thromboses: a rare complication of pancreatitis. A case report. *JOP* 13 317-9
9. Avasthi R, Chaudhary SC, Jain P (2008) Disseminated tuberculosis manifesting as chronic pancreatitis. *Indian J Tuberc* 55:214-6