

ABCÈS ISOLÉS DE LA PAROI THORACIQUE ET ABDOMINALE : UNE FORME EXCEPTIONNELLE DE TUBERCULOSE.

ISOLATED ABSCESS OF THE THORACIC AND ABDOMINAL WALL : AN EXCEPTIONAL SHAPE OF TUBERCULOSIS.

M. Abid¹, M. Ben Amar¹, Z. Damak¹,
M. Abdenadher¹, L. Ayadi¹,
H. Cheikhrouhou¹, A. Haj Kacem¹,
R. Mzali¹, M.F. Frikha¹, M.J. Beyrouti¹.

1-Service de chirurgie générale.
2-Service de chirurgie cardio-vasculaire.
3- Laboratoire d'anatomopathologie.
4-Service de réanimation et d'anesthésie.
EPS Habib Bourguiba, Sfax. Tunisie

Correspondance :

Dr. Mohamed Abid
Service de chirurgie générale.
EPS Habib Bourguiba. 3029 Sfax - Tunisie.
E-mail : abid_med_chu@yahoo.fr

Article reçu le 16/05/2009, accepté le 06/08/2010

Résumé :

La localisation pariétale thoracique isolée est une forme très rare de tuberculose. Elle pose souvent un problème diagnostique avec les tumeurs pariétales nécessitant le recours à la biopsie chirurgicale. Nous rapportons un cas d'abcès tuberculeux localisé au niveau la paroi thoracique antérieur avec une deuxième localisation abdominale sans aucune atteinte pulmonaire. Il s'agissait d'une femme de 56 ans présentant depuis une année une tuméfaction para-sternale droite accompagnée après quelques mois d'une deuxième tuméfaction du flanc droit de l'abdomen. Les explorations radiologiques et biologiques étaient en faveur d'une tumeur pariétale à double localisation. Le diagnostic de certitude était retenu sur l'étude histologique de la biopsie chirurgicale et l'examen bactériologique du prélèvement trans-pariétal de la collection. Le traitement antituberculeux classique était maintenu durant 9 mois avec une bonne évolution clinico-radiologique. A travers cette observation, nous essayons d'étudier les particularités anatomo-cliniques et de dégager les difficultés diagnostiques de cette affection.

Mots clés : Abcès, tuberculose, paroi thoracique, traitement.

Abstract:

The isolated thoracic parietal localization is a very rare shape of tuberculosis. It often leads to a diagnosis problem with the parietal tumours requiring surgical biopsy. We report a case of tubercular abscess localized in the antero-superior part of the thoracic wall with a second abdominal localization without any pulmonary localization. It was a 56-year-old woman presenting a swelling in the right side of the sternum accompanied after some months by a second swelling of the right flank of the abdomen, for one year. The radiological and biological explorations were in favour of a double localization parietal tumour. The diagnosis of certainty has been made by the histological exam of the surgical biopsy and the bacteriological exam of the trans-parietal withdrawal of the collection. The classic tuberculosis treatment has been maintained during 9 months with a good clinico-radiological evolution. Through this observation, we try to study the anatomo-clinical particularities and to clear the diagnostic difficulties of this affection.

Key words : Abscess, tuberculosis, chest wall , treatment.

INTRODUCTION

La tuberculose de la paroi thoracique est une localisation rare. Elle représente moins de 5% des atteintes tuberculeuses ostéo-articulaires, évaluées elles mêmes à 15% des tuberculeuses extra-pulmonaires [1]. C'est une présentation inhabituelle de la tuberculose extrapulmonaire, plutôt décrite chez des patients présentant des tuberculoses graves et disséminées au cours notamment de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH). Elle pose un problème de diagnostic avec les tumeurs pariétales et avec les autres infections pariétales à pyogène ou à actinomycètes [1, 2]. L'abcès froid tuberculeux de la paroi thoracique est actuellement de plus en plus décrit dans les formes graves et disséminées [3, 4, 5]. Cette forme de la tuberculose ostéo-articulaire peut être isolée ou secondaire à une atteinte pleuro-pulmonaire [3, 4]. L'atteinte multiple ou multifocale est extrêmement rare et exceptionnellement rapporté dans la littérature [5]. Nous rapportons un cas d'abcès tuberculeux pariétal isolé à double localisation thoracique et abdominale survenant chez une femme non infectés par le VIH et discutons ses différents aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs.

OBSERVATION

Une femme de 56 ans, sans antécédents notables ni de notion de contagement tuberculeux, avait présenté depuis une année une tuméfaction para-sternale droite indolore, augmentant progressivement de taille, sans fièvre. Quatre mois plus tard, elle avait signalé l'apparition d'une deuxième tuméfaction au niveau du flanc droit avec la notion d'amaigrissement de 7 kg en 2 mois. L'examen physique avait noté une patiente aapyrétiq ue avec la présence d'une masse para-sternale en regard du deuxième espace intercostal droit, mesurant 7 cm de grand axe, de consistance ferme sans signes inflammatoires locaux et d'une deuxième masse au niveau du flanc droit de 15 cm de grand axe, indolore, molle, fluctuante en son centre. Le reste de l'examen somatique était sans particularité avec notamment l'absence d'adénopathies palpables. La biologie avait révélé des globules blancs à 7600/mm³ avec des lymphocytes à 25%, une hémoglobine à 13,9 g/dl, une vitesse de sédimentation à 35 mm à la première heure. Les sérologies du kyste hydatique et du VIH étaient négatives. L'intradermoréaction à la tuberculine était négative. La recherche de BK dans les crachats et les urines était négative. Les radiographies du thorax et du sternum étaient normales. L'échographie thoracique et abdominale avaient montré l'existence d'une formation hypoéchogène mal limitée de 40 x 20 mm de diamètre, a contenu hyperechogène, siégeant sur la face antérieure droite du thorax et s'étendant sur le bord latérale droit du sternum simulant une tumeur pariétale. Une deuxième formation kystique était notée au niveau de la paroi latérale droite de l'abdomen de 25 cm de grand axe renfermant une calcification évoquant une collection. La tomodesitométrie thoraco-abdominale avait montré la présence d'une masse de densité hétérogène en regard du sternum et du deuxième espace intercostal droit avec atteinte osseuse (Figure 1) et L'absence d'atteintes pleurale ou pulmonaire, et la présence d'une volumineuse formation liquidienne hypodense mesurant environ 30 cm, contenant une calcification en périphérie et qui se développait au niveau des muscles de la paroi latérale droite de l'abdomen (Figure 2). Après échec d'une ponction percutanée écho-guidée de la masse thoracique, une exérèse chirurgicale avec un drainage de la collection a été réalisée.

Cette masse, contenant du caséum, prenait naissance au niveau du deuxième espace intercostale avec une atteinte osseuse. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait montré un aspect de granulome caséo-folliculaire avec des foyers de nécrose caséuse évoquant une tuberculose pariétale. Pour l'autre masse, la ponction avait ramené du pus sans caséum dont la culture sur milieu de Lowenstein-Jensen avait mis en évidence la présence de Bacille de Koch. Le diagnostic d'un abcès froid tuberculeux pariétal à double localisation thoracique et abdominale a été retenu et la patiente a été mise sous traitement antituberculeux quadruple à base d'isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et streptomycine pendant deux mois, puis sous isoniazide et rifampicine pendant 7 mois. L'évolution après 9 mois de traitement était marquée par une amélioration clinique et radiologique, sans récurrence ni complications de la tuberculose, 4 mois après la fin du traitement.

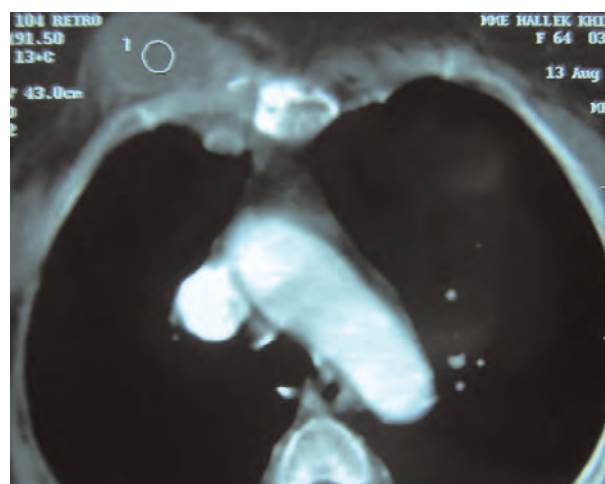


Figure 1 : Tomodesitométrie thoracique : formation arrondie para-sternale droite, mesurant 40x55 mm, de densité liquidienne au centre et qui se rehausse en périphérie.

Figure 1 : Thoracic CT scan : rounded training para-sternal right measuring 40x55 mm, fluid density at the center and the periphery is enhanced.



Figure 2 : Tomodesitométrie abdominale : volumineuse formation liquidienne de la paroi latérale droite de l'abdomen, mesurant 30x15 cm de diamètre, renfermant une calcification

Figure 2 : Abdominal CT : bulky liquid formation of the right side wall of the abdomen, measuring 30x15 cm in diameter, containing a calcification.

DISCUSSION

La tuberculose de la paroi thoracique est rare, sa fréquence est estimée entre 1 et 5% des localisations ostéo-articulaires et à 0,1% toutes formes confondues [1]. Cette localisation inhabituelle de la tuberculose extra-pulmonaire intéresse plus fréquemment les côtes et les espaces intercostaux [1, 5]. L'atteinte du sternum, de la clavicule et des vertèbres sont plus rarement rencontrées [1, 2, 5]. L'atteinte pariétale est souvent secondaire à un drainage lymphatique à travers une plèvre infectée ou à une contamination par contiguïté à la suite de la rupture d'un abcès tuberculeux dans les parties molles [6]. Cette localisation peut être secondaire à une dissémination hémotogène à partir d'un foyer pulmonaire ou par une inoculation directe transcutanée ou une extension à partir d'une adénite de la paroi thoracique [5, 6]. Ce dernier mécanisme est prédominant pour les abcès froids sous cutanés thoraciques [4]. Les ganglions intercostaux antérieurs sont plus souvent concernés, d'où la localisation para-sternale préférentielle des abcès froids. L'abcès tuberculeux peut souvent se fistuliser à la peau [4, 5, 6] ou rarement donner une deuxième localisation, comme c'est le cas de notre patiente.

La tuberculose pariétale est caractérisée par l'absence de signes cliniques spécifiques [4, 6, 7, 8]. L'abcès froid se localise assez souvent au niveau de la paroi antérolatérale du thorax [4, 8]. La masse est rarement fluctuante, ce qui ne fait évoquer que rarement une origine infectieuse [1, 4, 5, 6, 7]. En cas d'abcès froid de la paroi thoracique, des antécédents de tuberculose sont notés dans 83% des cas [2, 4, 5] et une tuberculose active concomitante dans 17,4% [3]. Notre patiente, n'avait pas d'antécédents de tuberculose. Elle avait présenté une masse para-sternale droite indolore avec un amaigrissement. D'autres signes peuvent être inconstamment notés tels qu'une douleur de type pleurale, une toux sèche, une fièvre modérée, des sueurs nocturnes [4, 5]. Le diagnostic de la tuberculose pariétale reste difficile malgré les progrès de l'imagerie moderne (échographie, tomographie par densitométrie ou imagerie par résonance magnétique) en raison de l'absence de spécificité des signes radiologiques [1, 4, 5, 8]. L'échographie permet de mettre en évidence une image hypoéchogène, hétérogène, mal ou bien limitée avec un renforcement postérieur et parfois quelques calcifications [4, 5, 6, 7]. La tomographie par densitométrie thoracique permet de montrer une masse de densité hétérogène avec des zones hypodenses centrales de nécrose, parfois des calcifications et une destruction osseuse et cartilagineuse [1, 4, 5]. Elle peut montrer le caractère ramolli de la masse et en guider la biopsie ou le drainage [1]. Elle permet de rechercher des lésions pulmonaires ou pleurales sous-jacentes et/ou d'autres localisations tuberculeuses [5]. Si l'échographie et la tomographie par densitométrie permettent de confirmer l'abcès pariétal, elles apportent peu d'éléments en faveur de son origine tuberculeuse [5]. Ces examens permettent de détecter d'éventuelles autres localisations tissulaires et osseuses infra-cliniques et non évidentes à la radiologie conventionnelle [5]. Enfin, elles permettent la réalisation d'une ponction biopsie trans-pariétale pour des études bactériologiques et/ou histologiques [5]. Le diagnostic reste difficile car l'abcès froid tuberculeux peut simuler une pathologie tumorale, essentiellement néoplasique surtout chez les sujets âgés, comme c'était le cas pour notre patiente. En effet, les aspects pseudo-néoplasiques révélés dans la littérature [5, 8] illustrent bien cette difficulté. Dans les formes fluctuantes, l'abcès tuberculeux pariétal peut faire évoquer une infection à pyogènes ou une actinomycose [5, 8].

Le diagnostic de certitude de l'origine tuberculeuse repose sur l'isolement de *Mycobacterium tuberculosis* dans le liquide de ponction et/ou dans les fragments de biopsie ou sur l'étude histologique d'un fragment de biopsie ou d'une pièce d'exérèse chirurgicale [5, 6, 8]. L'examen anatomopathologique permet d'identifier des follicules épithélioïdes et des cellules géantes type Langhans, associés ou non à une nécrose caséuse [5, 6]. L'examen bactériologique permet d'affirmer le diagnostic en mettant en évidence de bacilles acido-alcool-résistant à l'examen direct après coloration de Ziehl-Nielsen et de *Mycobacterium tuberculosis* sur la culture après deux mois [6]. La polymérase chain reaction (PCR) permet un diagnostic rapide et de débiter un traitement antituberculeux. Pour notre observation, l'examen histologique de la pièce opératoire a permis de retenir le diagnostic d'une tuberculose pariétale thoracique et l'examen bactériologique du prélèvement du drainage de la masse abdominale a permis de confirmer la deuxième localisation pariétale.

Le traitement de l'abcès froid est controversé [4, 5, 6, 8]. L'association de la chirurgie au traitement antituberculeux est préconisée dans le but de réduire les récurrences [3, 4, 8].

Le traitement médicamenteux classique de la tuberculose repose sur une quadrithérapie antituberculeuse de 2 mois (isoniazide, rifampicine, éthambutol, pyrazinamide) suivie, d'une bithérapie (isoniazide et rifampicine) pour une durée totale de 9 à 12 mois [1, 4, 6, 8]. Le geste chirurgical représente essentiellement un moyen de diagnostic en réalisant des biopsies, des excisions ou des tumorectomies permettant d'avoir une preuve histologique [4]. Notre patiente a eu une exérèse chirurgicale de la masse thoracique et un drainage trans-pariétal de la collection abdominale suivie, d'un traitement antituberculeux pendant 9 mois. Le pronostic est le plus souvent bon, bien qu'il dépende du délai diagnostique et de la mise en route du traitement [1, 5, 6, 8].

CONCLUSION

La localisation pariétale thoracique isolée est une forme rare et méconnue de la tuberculose. En l'absence d'autres lésions pulmonaires ou extra-pulmonaires évocatrices de tuberculose, il est difficile de distinguer un abcès froid tuberculeux d'une tumeur de la paroi thoracique surtout chez les sujets âgés immunocompétents. Seul l'examen histologique et/ou bactériologique des biopsies de la masse permet de redresser le diagnostic. Son pronostic est habituellement bon sous traitement antituberculeux associé au traitement chirurgical.

Références

1. Mathlouthi A, Ben Mrad S, Meral S, Friaa T, Mestiri I, Ben Miled K. La tuberculose de la paroi thoracique : mise au point à partir de 4 observations personnelles et revue de la littérature. *Rev Pneumol Clin* 1998 ; 54 : 183-6.
2. Faure E, Souilamas R, Riquet M, Chehab A. Cold Abscess of the Chest Wall: a Surgical Entity ? *Ann Thorac Surg* 1998 ; 66 : 1174-8.
3. Motoki S, Yuzo S, Hikotaro K. Surgical treatment of tuberculous abscess in the chest wall. *Ann Thorac Surg* 2005 ; 79 : 964-7.
4. Fenniche S, Fekih L, Hassene H, Hantous S, Belhabib D, Megdiche ML. Tuberculous thoracic parietal abscess. Report of 4 cases. *Tunis Med* 2003 ; 81 : 738-42.
5. Trombati N, Afif H, Farouki Z, Bahlaoui A, Aichane A, Bouayad Z. La tuberculose pariétale thoracique en dehors de l'immunodépression par le virus de l'immunodéficience humaine. *Rev Mal Respir* 2001 ; 18 : 301-4.
6. Mahouachi R, Zendaï I, Taktak S, Chtourou A, Ben Chaabane R, Gharbi R. Tuberculose de la paroi thoracique. *Rev Pneumol Clin* 2006 ; 62 : 56-8.
7. Bouslama K, Bakir L, Ben Mrad S, Aloulou R, Hendaoui L, Ben Salah N. Tuberculose de la paroi thoracique. A propos d'un cas et revue de la littérature. *Med Mal Infect* 1998 ; 28 : 666-7.
8. Chen CH, Shih JF, Wang LS, Perng RP. Tuberculous subcutaneous abscess : an analysis of seven cases. *Tuber Lung Dis* 1996 ; 77 : 184-7.