

## Tuberculose Hépatique Isolée : A Propos D'un Cas.

Kamilia Ouastarif, Safae Diani, Majda Moutahir, Nezha Reguig,  
Mohamed Aharmim, Jamal Eddine Bourkadi

Service De Pneumophtisiologie, Hôpital Moulay Youssef, Chu Ibn Sina Faculté De Médecine Et De Pharmacie,  
Université Med V, Rabat, Maroc.

---

### En Résumé :

La tuberculose est un problème de santé publique avec une morbi-mortalité élevée. Les localisations extrapulmonaires sont fréquentes chez les sujets immunodéprimés. La localisation hépatique s'intègre généralement dans le cadre de la tuberculose disséminée. L'atteinte hépatique isolée est une entité rare surtout chez l'immunocompétent. Son incidence est moins de 1% des cas de tuberculose et représente 9% des tuberculoses abdominales. Elle se manifeste généralement par des douleurs de l'hypochondre droit et une altération de l'état général. Le bilan biologique peut révéler une cholestase anictérique. Les signes radiologiques sont peu spécifiques et variables selon le stade d'évolution de la maladie, ce qui pose un problème de diagnostic différentiel avec plusieurs pathologies notamment néoplasiques. La biopsie hépatique décrivant un granulome épithélio-gigantocellulaire avec ou sans nécrose caséuse couplée à la technique PCR à la recherche de BK sur les biopsies permet de confirmer le diagnostic. L'évolution est favorable sous traitement antituberculeux.

**Mots clés :** Tuberculose hépatique - granulome hépatique- biopsie hépatique – immunocompétent.

---

Date of Submission: 01-08-2025

Date of Acceptance: 11-08-2025

---

### I. Introduction

La tuberculose est un problème de santé publique, dont l'incidence diminue d'environ 2 % par an [1]. La tuberculose hépatique est une localisation rare de tuberculose extrapulmonaire, en particulier chez le sujet immunocompétent. Son incidence est estimée à 3% des tuberculoses extrapulmonaires et 9% des tuberculoses abdominales [2]. Elle pose un problème de diagnostic différentiel vu ses signes cliniques et radiologiques non spécifiques. Le diagnostic positif est essentiellement histologique. Nous rapportons un cas rare de tuberculose hépatique isolée découverte à l'occasion d'une colique hépatique.

### II. Rapport De Cas :

Il s'agit d'une patiente de 34 ans, sans antécédents de tuberculose, qui accusait deux mois avant sa consultation une colique hépatique paroxystique irradiant vers l'épaule droite sans fièvre ni altération de l'état général. L'examen clinique était normal. La CRP est à 48 mg/l ; les sérologies, de l'hépatite B, C et VIH sont normales ; Le bilan hépatique a objectivé des transaminases normales, une cholestase hépatique avec des gamma-glutamyl transférase à 96 UI/L et une phosphatase alcaline à 289 UI/L, la bilirubine est normale. L'échographie abdominale (**Figure 1**) a décrit un foie de taille normale, mais hétérogène à droite avec quelques images hypoéchogènes dont la plus grande mesurait 0.95 cm. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne (**Figure 2**) faite à cette occasion a objectivé des adénopathies cœliaques et hilaires hépatiques sans signe de nécrose centrale ni de compression ; des multiples lésions bilobaires hypodenses présentant un rehaussement périphérique de taille variable, les plus volumineuses mesurent 18 mm au niveau du segment VIII et au niveau du segment IV. La ponction biopsie hépatique échoguidée a objectivé une hépatite granulomateuse épithélioïde et gigantocellulaire non nécrosante. L'examen direct à la recherche de bacilles de Koch et la **culture** sur le fragment de biopsie hépatique sont revenus **négatifs**. L'Interféron Gamma Release Assay et le test cutané à la tuberculine sont revenus positifs. Un bilan de sarcoïdose a été réalisé revenant négatif. La patiente a été mise sous traitement antituberculeux fait d'Isoniazide, Rifampicine, Pyrazinamide et Ethambutol en une seule prise orale pendant 2 mois ; puis sous Isoniazide et Rifampicine en une seule prise orale pendant 4 mois. Le bilan hépatique est resté stationnaire à J3 des antibacillaires. L'évolution a été marquée par la disparition de la douleur abdominale, la prise de poids, la normalisation du bilan hépatique et la disparition des lésions hépatiques et des adénopathies sur la TDM et l'échographie abdominales de contrôle (**Figure 3**) faites en fin de traitement, ce qui est en faveur du diagnostic de tuberculose hépatique.

### **III. Discussion :**

Les localisations extra-pulmonaires de tuberculose sont fréquentes chez les sujets immunodéprimés notamment VIH positifs. Au Maroc, leur incidence est en augmentation, représentant actuellement près de 47 % des cas. [3, 4]

L'atteinte hépatique au cours de la tuberculose, s'intègre habituellement dans un tableau de tuberculose disséminée. Par contre, la tuberculose hépatique isolée représente une entité rare de la tuberculose extrapulmonaire surtout chez le sujet immunocompétent et même dans les pays à forte endémicité tuberculeuse, en raison de la teneur faible en oxygène dans le foie, ce qui est défavorable à la croissance des mycobactéries ; elle survient dans moins de 1% de cas [2, 3, 5, 6]. Au Maroc, selon une série récemment publiée, l'atteinte hépatique représente 2.3% des atteintes digestives [6]. L'atteinte digestive peut être primitive par ingestion directe de *Mycobacterium* ou secondaire à des lésions pulmonaires très bacillifères par voie hématogène ou lymphatique [7].

Reed et al. en 1990, ont décrit trois types morphologiques de tuberculose hépatique : tuberculose hépatique diffuse associée à une tuberculose pulmonaire ; tuberculose hépatique diffuse sans atteinte pulmonaire et enfin la tuberculose hépatique nodulaire ou tuberculome hépatique focale ou locale. La forme pseudo-tumorale du foie serait le plus souvent primitive et retrouvée plus chez l'adulte jeune entre 20 et 40 ans. [7]

La tuberculose hépatique se manifeste par des douleurs de l'hypochondre droit, une altération de l'état général et plus rarement un ictère. Les signes généraux peuvent manquer. Une hépatomégalie lisse ou pseudo-tumorale peut être retrouvée à l'examen clinique [2, 3]. Ce qui concorde partiellement avec notre cas.

Sur le plan biologique, elle se présente avec une atteinte biliaire entraînant un ictère de type obstructive ou une cholestase anictérique ; le syndrome inflammatoire est présent chez 50 % des malades [2, 8]. C'est le cas de notre observation.

A l'imagerie, elle peut mimer une pathologie néoplasique, d'où le recours fréquent à des biopsies avec étude anatomopathologique [8].

Les signes d'atteinte hépatique tuberculeuse sont variables à l'échographie. Il peut s'agir d'une simple stéatose, d'une fibrose ou d'une masse ou de plusieurs masses tumorales de taille variable, hypoéchogènes avec ou sans renforcement postérieur renfermant parfois des calcifications. Elle fait discuter à l'échographie un abcès amibien ou à pyogène [2, 9].

Sur la TDM abdominale, l'aspect dépend du stade évolutif de la maladie. Les lésions au début sont isodenses. À ce stade, la présence de lésion unique ou multiple peut imposer pour une lésion tumorale maligne primitive ou secondaire. Ensuite, les lésions deviennent hypodenses par nécrose caséuse puis finissent par se calcifier sous forme de calcifications « punctiformes » ou « poudreuses », suggérant le diagnostic. [10] L'apport de l'IRM abdominale dans la localisation abdominale est minime [11].

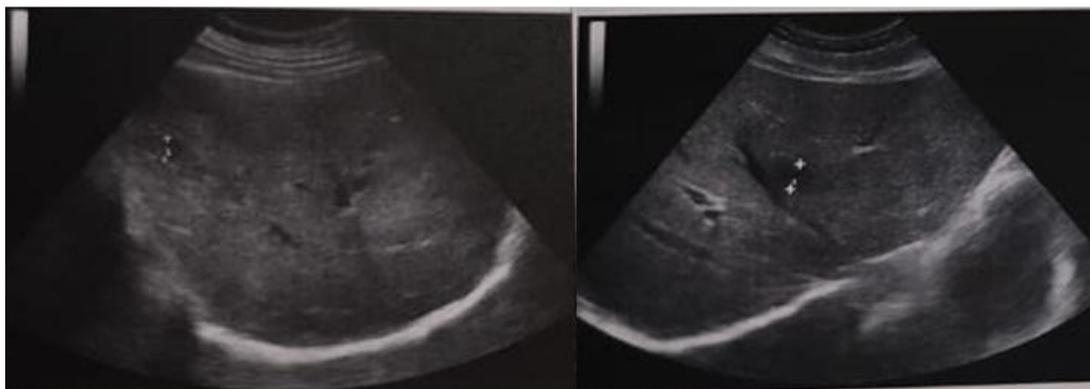
L'étude anatomopathologique après une ponction biopsie hépatique permet de poser le diagnostic en mettant en évidence la nécrose caséuse, associé dans 25% des cas à un granulome épithélio-gigantocellulaire. La recherche de bacille de Koch à l'examen direct et à la culture est inconstamment positive. Plus récemment, la technique de PCR permet la recherche de BK sur les biopsies avec une sensibilité de (75 à 80%) et une spécificité de (85 à 95%). [3]

En cas de négativité de la ponction écho-guidée ou scanno-guidée, la laparoscopie et la laparotomie restent parfois les seuls recours diagnostiques [7].

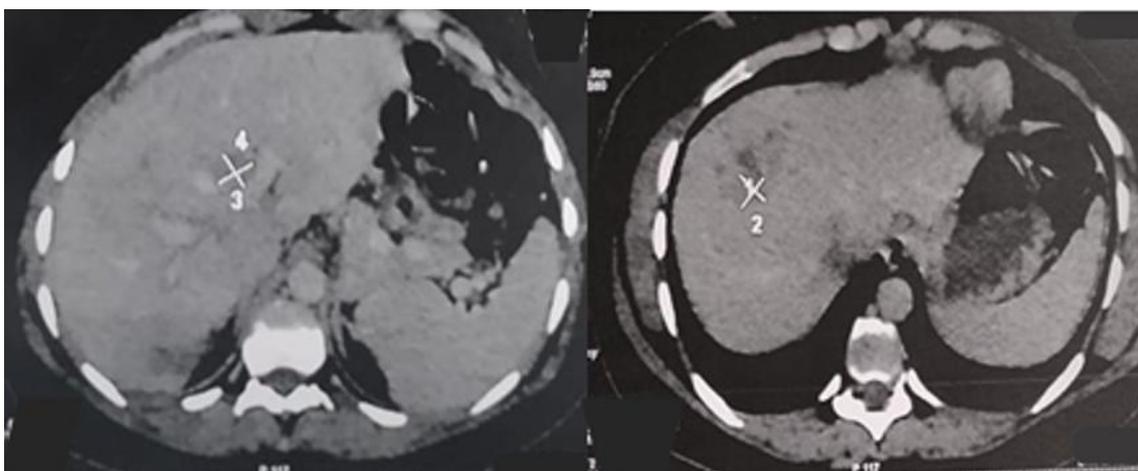
L'évolution de la tuberculose hépatique sous traitement antituberculeux reste favorable avec une régression en quelques mois des signes cliniques, biologique et radiologiques. Le pronostic est favorable dans la majorité des cas. [2, 3]

### **IV. Conclusion :**

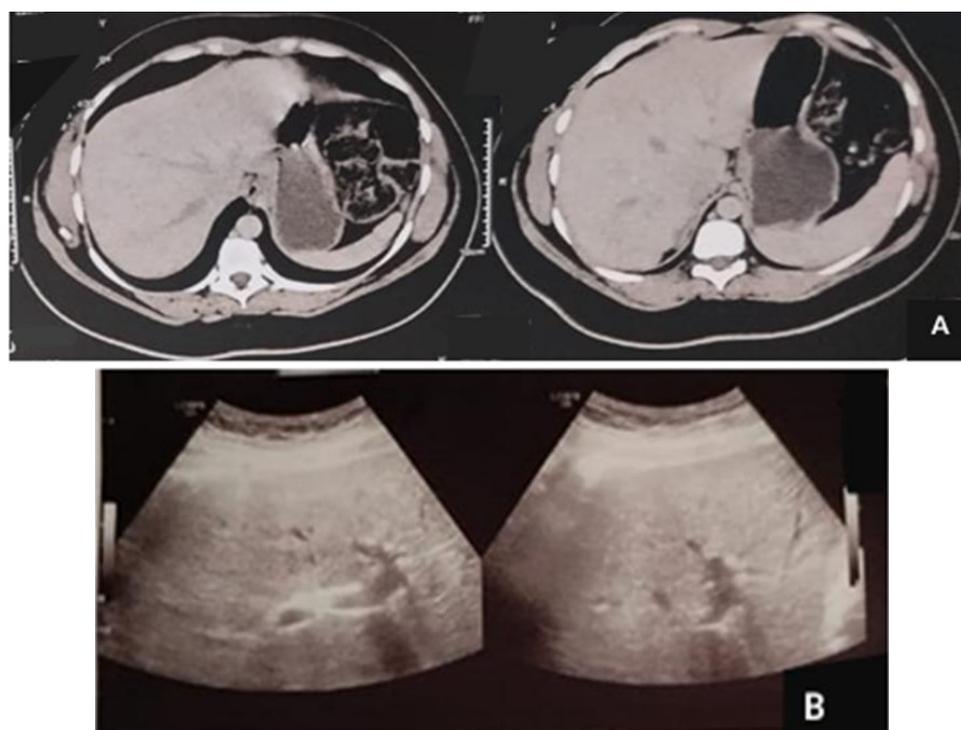
La tuberculose hépatique isolée est une affection rare et parfois insidieuse. Elle doit être évoquée dans les pays endémiques. Le diagnostic est difficile vu sa présentation clinique polymorphe et radiologique non spécifique, ce qui pose un problème de diagnostic différentiel en particulier avec les pathologies néoplasiques. Le diagnostic positif est histopathologique couplé à la recherche de Bacille de Koch à l'examen direct sur le fragment de biopsie hépatique ou la technique de PCR. Le test cutané à la tuberculine et l'Interféron Gamma Release Assay permettent l'orientation étiologique. L'évolution est favorable sous traitement antituberculeux classique.



**Figure 1 :** Echographie abdominale montrant des images hypoéchogènes dont la plus grande mesurait 0.95 cm.



**Figure 2 :** TDM abdominale montrant des multiples lésions bilobaires hypodenses présentant un rehaussement périphérique de taille variable, les plus volumineuses mesurent 18\*18 mm au niveau du segment VIII et 17\*18 mm au niveau du segment IV



**Figure 3 :** TDM abdominale 'A' et échographie abdominale 'B' de contrôle montrant la disparition des lésions hépatiques après 6 mois de traitement antibacillaire.

### Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

### Références :

- [1] F. Tétart. Centre Erik Satie - Allergologie, Hôpital Charles-Nicolle, CHU De Rouen, 37, Boulevard Gambetta, 76000 Rouen, France. Hypersensibilités Retardées Aux Antituberculeux. *Revue Française D'allergologie* 60 (2020) 248–249. Sciencedirect. <https://doi.org/10.1016/j.reval.2020.02.035> 1877-0320/© 2020 Publié Par Elsevier Masson SAS.
- [2] Kouamé N'goran, Akaffou Evelyne, Konan Anhum Nicaise, N'goan-Domoua Anne-Marie. Service De Radiologie, CHU De Yopougon, BP 632 Abidjan, Côte d'Ivoire, 2Service De Pédiatrie-Néonatalogie, CHU De Yopougon, BP 632 Abidjan, Côte d'Ivoire. La Milière Hépatique : Une Présentation Echographique Rare De La Tuberculose Hépatique Découverte Chez Un Adolescent Immuno-Compétent. *Pan African Medical Journal* – ISSN: 1937- 8688
- [3] C. Hindi, Z. Hamidi, M. Lahlali, A. Lamine, H. Abid, N. Lahmidani, M. Elyousfi, M. Abkari, D. Benajah, A. Ibrahim, N. Aqodad. Tuberculose Hépatique Isolée: Forme Pseudo Tumoral A Propos D'un Cas. Service De H'épato-Gastro-Entérologie, CHU Hassan II, Fès Faculté De Médecine Et De Pharmacie, Université Sidi Mohamed Ben Abdallah. *IOSR Journal Of Dental And Medical Sciences (IOSR-JDMS)* E-ISSN: 2279-0853, P-ISSN: 2279-0861. Volume 19, Issue 2 Ser.6 (February. 2020), PP 54-57. DOI: 10.9790/0853-1902065457
- [4] Mohamed Dellal, Sanaa Batoui, Ahmed Chetoui, Mohamed Kanouf, Touria Fatihi, Khalid Habbari. Extrapulmonary Tuberculosis In Morocco: A Systematic Review Of Observational Studies. DOI: 10.1590/0037-8682-0066-2024.
- [5] Zinebia, Rkiouak A, Akhouad Y Et All. Tuberculose Hépatique Nodulaire: Complication Inhabituelle Au Cours De La Maladie De Wilson. *Pan Africanmedical Journal*. 2014; 17:22 Doi:10.11604/Pamj.2014.17.22.2380
- [6] R. QLILAT, N.GUENNOUN, K. KRATI. La Tuberculose Digestive Au CHU Mohammed VI De Marrakech A Propos De 85 Cas. Thèse N 93/ 2008.
- [7] Yannick Bangda Ekanga, Salma Ouahid, Rachid Laroussi, Chaimae Jioua, Rachida Saouab, Chaymae Faraj, Stephane Ayee, Ibtissam El Ouali, Mohamed Allaoui, Tarik Adiou, Mouna Tamzaourte. Service De Gastroentérologie I, Hôpital Militaire, Université Mohammed V De Rabat, Rabat, Maroc. Tuberculose Hépatique Primaire Chez Un Immunocompétent : A Propos D'un Cas. *PAMJ* - 48(32). 30 May 2024
- [8] Biplab Kr Biswas, Subrata Pal, Et Al. Isolated Hepatic tuberculoma – A Case Report, *Iran J Pathol*. 2016; 11(5): 427 – 430.
- [9] Kouamé N, Akaffou E, Konan A N Et Al. La Milière Hépatique : Une Présentation Echographique Rare De La Tuberculose Hépatique Découverte Chez Un Adolescent Immuno-Compétent. *Pan Africanmedical Journal*. 2011; 9: 1. Pubmed | Google Scholar
- [10] I. Nassar, I. Errabih, S. Bouklata, L. Hammani, H.E. Krami, N. Lola, A. Ajana, F. Imani. Service De Radiologie, Service De Médecine B, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc. Tuberculose Hépatique Primitive : A Propos De Dix Cas. *Feuillets De Radiologie* 2008, 48, N° 4, 203-207 © 2008. Elsevier Masson SAS.
- [11] Kaplanski G, Granel B, Payan MJ, Sielezneff I, Folchetti G, Durand JM, Et Al. Pseudodiverticulite Sigmôidienne Fistulisée D'Origine Tuberculeuse. *Rev Med Interne*. 1998 Jun;19(6): 447-8. Pubmed| Google Scholar