

Abcès isolé de la paroi abdominale révélateur d'une tuberculose extra-pulmonaire : à propos d'une observation

Isolated abscess of the abdominal wall revealing extra-pulmonary tuberculosis: a case report

Sylla A, Baldé TM2, Sylla H, Touré I, Diallo AA, Bah TMF, Koundouno AM, Bah IB, Camara FL

Service de chirurgie viscérale, hôpital national Donka, CHU de Conakry

Faculté des sciences et techniques de la santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Auteur correspondant: Alhassane SYLLA; Téléphone: (+224) 626694229

E-mail: alhassanesylla626694229@gmail.com

Reçu le 05 octobre 2025 - Accepté le 23 décembre 2025 - Publié le 30 décembre 2025

RESUME

Introduction : le but de cette étude était de rapporter une localisation rare de la tuberculose extra-pulmonaire

Observation : nous rapportons une observation concernant un patient de 28 ans, sans notion de contage tuberculeux, présentant depuis une année une tuméfaction abdominale, avec une notion d'amaigrissement 7kg en deux semaines. L'examen physique a mis en évidence une voussure abdominale au-dessous du rebord costal gauche sur la ligne médio-claviculaire, mesurant 7 cm de grand axe, luisante avec une rougeur diffuse, sans chaleur locale, indolore, fluctuante en son centre, les globules blancs (7600/mm³), les lymphocytes (25%), hémoglobine (13,9g/dl), VIH négatif, l'IDR à la tuberculine était négative, absence de BK dans les crachats. La radiographie pulmonaire était normale. L'échographie de la paroi a mis en évidence une formation hyperéchogène de 40 x 20 mm de diamètre, dans le muscle grand droit. Nous avons procédé à une mise à plat de la collection qui a ramené un liquide blanchâtre ressemblant à du caséum. Une biopsie de la coque de l'abcès réalisée adressée pour la culture sur milieu de Lowenstein-Jensen et à l'histologie a confirmé le diagnostic de tuberculose. Le patient a été soumis à l'isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et streptomycine pendant deux mois, puis sous isoniazide et rifampicine pendant 7 mois. Les suites ont été favorables.

Conclusion : la localisation pariétale abdominale isolée est rare, seul, l'histologie et/ou la bactériologie redresse le diagnostic.

Mots clés : Abcès, tuberculose, traitement

SUMMARY

Introduction: the aim of this study was to report a rare localization of extrapulmonary tuberculosis.

Case report: we report a case of a 28-year-old patient, with no known history of tuberculosis, presenting with abdominal swelling for one year, with a reported weight loss of 7 kg in two weeks. Physical examination revealed an abdominal bulge below the left costal margin on the midclavicular line, measuring 7 cm in long axis, shiny with diffuse redness, without local heat, painless, fluctuating in its center, white blood cells (7600/mm³), lymphocytes (25%), hemoglobin (13.9 g/dL), HIV negative, tuberculin IDR was negative, and no BK in the sputum. Chest X-ray was normal. Ultrasound of the abscess wall revealed a hyperechoic formation measuring 40 x 20 mm in diameter in the rectus abdominis muscle. We performed a flattening of the collection, which revealed a whitish fluid resembling a caseum. A biopsy of the abscess shell, referred for culture on Lowenstein-Jensen medium, and histology confirmed the diagnosis of tuberculosis. The patient was treated with isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, and streptomycin for two months, followed by isoniazid and rifampicin for seven months. The outcome was favorable.

Conclusion: isolated abdominal wall localization is rare; only histology and/or bacteriology can correct the diagnosis.

Keywords: abscess, tuberculosis, treatment

INTRODUCTION

La tuberculose de la paroi abdominale est une localisation rare. Elle se confond souvent avec les tumeurs de la paroi abdominale et les autres infections pariétales [2].

Le but de cette étude était de rapporter une localisation rare isolée de la tuberculose extra pulmonaire. Nous avons étudié les différents aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 28 ans, cultivateur, sans notion de contag tuberculeux, qui depuis une année se plaint d'une voussure abdominale gauche, indolore, avec une notion d'amaigrissement de 7 kg en 2 mois, sans fièvre. L'examen physique a mis en évidence une voussure abdominale au-dessous du rebord costal gauche sur la ligne médio-claviculaire, mesurant 7 cm de grand axe, luisante avec une rougeur diffuse, sans chaleur locale, indolore, fluctuante en son centre (figure 1).

Les examens biologiques ont mis en évidence un taux de globules blancs à 7600/ mm³, les lymphocytes à 25%, le taux hémoglobine à 13,9 g/dl, la sérologie du VIH était négative, l'intradermoréaction à la tuberculine était négative, avec absence du BK dans les crachats et dans les urines.

Le malade a été opéré sous anesthésie générale en procédant à la mise à plat de la collection qui a ramené un liquide blanchâtre ressemblant à du caséum. Et nous avons effectué l'abrasion de la paroi, un prélèvement du pus pour la culture, l'exérèse tissulaire pour examen anatomopathologique, une toilette de la cavité résiduelle au sérum salé suivie du pansement sur une mèche.

Les résultats de l'examen anatomopathologique de la pièce a mis en évidence un granulome caséo-folliculaire, un foyer de nécrose caséuse. La culture du pus sur milieu de Lowenstein-Jensen a mis en évidence le Bacille de Koch. Devant ces éléments, le diagnostic d'un abcès froid tuberculeux pariétal à localisation abdominale a été établi. Le patient a été soumis pendant deux mois à l'isoniazide, rifampicine, pyrazinamide, streptomycine, puis pendant 7 mois à l'isoniazide rifampicine. L'évolution a été favorable.



Figure 1 : abcès du muscle grand droit centré par une zone fluctuante

DISCUSSION

La tuberculose de la paroi abdominale est une localisation rare. C'est une tuberculose extra pulmonaire grave, surtout au cours de l'infection par le VIH [1]. 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 empyème 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 [1,11]. Ce dernier mécanisme est prédominant pour les abcès froids sous cutanés thoraciques [10]. 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 [10,11,] ou rarement donner une deuxième localisation, comme c'est le cas de notre patient où la collection était fluctuante prête à se rompre. 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]. Notre patient présentait une localisation antérolatérale gauche de l'abdomen. La masse est rarement fluctuante, ce qui ne fait évoquer que rarement une origine infectieuse [1,4,5,6,7]. Notre patient présentait une masse fluctuante. 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 patient, n'avait pas d'antécédents de tuberculose. Elle avait présenté une masse para-médiane gauche 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]. Notre malade présentait une douleur locale, une fièvre modérée, des sueurs nocturnes. Le diagnostic de la tuberculose pariétale reste difficile malgré les progrès de l'imagerie moderne (échographie, tomodensitométrie 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 [4-7]. Notre patient présentait à l'échographie une image hypoéchogène, hétérogène, bien limitée. La tomodensitométrie 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 tomodensitométrie 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 transpariétale 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. 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 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 et bactériologique du prélèvement du drainage de la masse abdominale ont permis de retenir le diagnostic d'une tuberculose 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 récives [3,4,8]. Le traitement médicamenteux classique de la tuberculose repose sur une quadrithérapie antituberculeuse de deux 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 patient a eu un drainage de la collection abdominale et une biopsie 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 abdominale isolée est une forme rare. Les difficultés diagnostiques se situent entre les abcès froids tuberculeux de la paroi abdominale, les tumeurs de la paroi abdominale et les autres affections de la paroi abdominale. Seul l'histologie et/ou la bactériologie des prélèvements redresse le diagnostic. Son pronostic dépend du traitement antituberculeux, et le traitement chirurgical.

REFERENCES

- 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. Abid M, Ben Amar M, Damak Z et al.** Abcès isolés de la paroi thoracique et abdominale : une forme exceptionnelle de tuberculose. *Revue Tunisienne d'Infectiologie.* 2011 ; 5 (1): 46–48
- 3. Faure E, Souilamas R, Riquet M, Chehab A.** Cold Abscess of the Chest Wall: a surgical entity ? *Ann Thorac Surg* 1998; 66: 1174-8
- 4. Motoki S, Yuzo S, Hikotaro K.** Surgical treatment of tuberculous abscess in the chest wall. *Ann Thorac Surg* 2005 ; 79 : 964-7
- 5. Chen CH, Shih JF, Wang LS, Perng RP.** Tuberculous subcutaneous abscess :an analysis of seven cases. *Tuber Lung Dis* 1996; 77 : 184-7
- 6. 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
- 7. 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
- 8. Saad SB, Kallel N, Gharsalli H et al.** Les abcès froids tuberculeux chez le sujet immunocompétent. *Tunisie Medical* 2018 ;96 (5):302-306
- 9. Mahouachi R, Zendah I, Taktak S, Chtourou A, Ben Chaabane R, Gharbi R.** Tuberculose de la paroi thoracique. *Rev Pneumol Clin* 2006 ; 62 : 56-8
- 10. Bouslama K, Bakir L, Ben M'rad 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
- 11. Bargo CR, Sare WH, Kaba MK, Nana MA.** Multiples abcès froids tuberculeux associés à un mal de Pott chez un patient immunocompétent avec une localisation cervicale au Burkina Faso. *Med Trop Sante Int.* 2025;5(1):mtsi.v5i1.2025.629