

## Tuberculose hépatique et éosinophilie massive : cas plus rare et défis diagnostiques

1<sup>er</sup> Auteur : Mohammed, GHAZALI, Médecin Résident, Service de Médecine Interne, Hôpital BACHIR MENTOURI Kouba, Alger, Algérie

Autres auteurs, équipe:

- Mohamed Lyes, DJAMA, Maître Assistant Chef d'Unité, Service de Médecine Interne, Hôpital BACHIR MENTOURI Kouba, Alger, Algérie
- Hayat, BACHA, Maître Assistante Chef d'Unité, Service de Médecine Interne, Hôpital BACHIR MENTOURI Kouba, Alger, Algérie
- Malika, BOUCELMA, Professeur Chef de Service, Service de Médecine Interne, Hôpital BACHIR MENTOURI Kouba, Alger, Algérie

### Introduction

L'Algérie restera toujours un pays d'endémie de tuberculose, de 1982 à 2019, sur les 654 658 cas de tuberculose (TB) signalés, 301 567 (46,1 %) étaient des tuberculoses extra-pulmonaires (TEP) [1]. La tuberculose hépatique (TBH) sans atteinte d'autres organes n'est pas courante [2]. L'éosinophilie périphérique peut être causée par de nombreux troubles allergiques, infectieux et néoplasiques, qui nécessitent une série d'investigations différentes et un traitement ultérieur pour ces affections.

L'association entre l'éosinophilie et la tuberculose n'est pas bien connue. Nous décrivons ici un cas très rare de TBH avec éosinophilie massive exprimant le problème de l'existence ou non d'une association.

Paramètres	Résultats	Normes
Leucocytes	12.51 G/l	4.00-10.00
Neutrophiles	3.87 G/l	1.90-8.00
Lymphocytes	3.00 G/l	0.90-5.20
Eosinophiles	4.75 G/l	0.00-0.80
Hémoglobine	10.9 g/dl	12.0-18.0
Plaquettes	339 G/l	130-400
CRP	48 mg/l	< 6
ASAT	112 UI/l	10.0-35.0
ALAT	126 UI/l	10.0-35.0
γGT	210 UI/l	5.0-55.0
PAL	173 UI/l	2.0-125.0

**Tableau 1.** Bilan biologique à l'admission (J15 après l'apparition des symptômes) montrant la persistance d'une hyperéosinophilie massive (début 8 G/l), d'un syndrome inflammatoire biologique, d'une cytolyse (AST 3,2 xN, ALT 3,6 xN), d'une cholestase (PAL 1,4xN, γGT 3,8 xN)

Etiologies	Investigation
Médicaments	Interrogatoire
Helminthes	Coproparasitologie, sérologie, test thérapeutique avec Albendazole
Cancer	TDM thoraco-abdomino-pelvienne, endoscopie digestive haute et basse avec biopsies étagées
Hémopathies malignes	Pas de syndrome tumoral, ponction biopsie osseuse, électrophorèse sanguine.
Maladies auto-immunes	AAN, Anticorps anti-tissus
Vascularite	Examen ORL, ANCA, anti-MBG, cryoglobulinémie
Pathologies digestives	Pas des signes d'appels, endoscopie avec biopsies

Syndrome hyperéosinophilie Pas d'atteinte d'organe, évolution

**Tableau 2.** Liste des investigations réalisées pour éliminer les principales étiologies de l'hyperéosinophilie massive, tous les résultats étaient négatifs

### Discussion

La TBH représente moins de 1 % des infections tuberculeuses, ce qui en fait une pathologie rare, sur une série de 3 419 cas de tuberculose, seulement 0,26 % étaient des TBH primaires[3]. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, radiologiques et surtout histologiques, chez notre patiente, l'apparition d'un granulome folliculaire-caséux est très évocateur. Selon la littérature, la tuberculose hépatique pourrait se présenter comme une « pseudocirrhose » du fait de cicatrisation de nombreux tubercules ou petits foyers diffus pendant la phase de cicatrisation, mais le processus de cicatrisation n'entraîne pas d'insuffisance hépatique grave [4].

La particularité chez notre patiente était la survenue d'une éosinophilie périphérique et au niveau hépatique, qui est très rare dans la tuberculose.

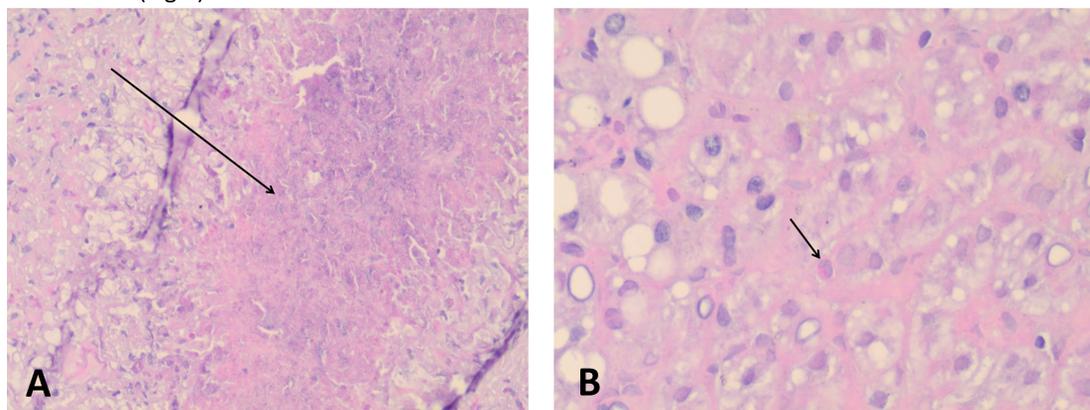
Une hyperéosinophilie dans la TBH a été rapportée en cas de co-infection parasitaire ou en réaction au cours d'un traitement antituberculeux. Dans une série de 172 patients ayant eu un taux d'éosinophiles avant de commencer le traitement antituberculeux, 3 patients présentaient une éosinophilie, qui ont toutes diminué après le début du traitement. Aucun de ces patients n'avait de notion d'infection parasitaire dans le dossier médical[5]. Nous avons identifié un autre cas similaire dans la littérature [6], notre observation est la cinquième observation rapportée.

En raison de l'absence d'investigation positive et du retour à des taux d'éosinophiles normaux après le traitement, l'HTB reste toujours la seule cause possible de cet éosinophilie.

Il existe peu de preuves dans la littérature pour soutenir le rôle des éosinophiles dans la protection de l'hôte lors de l'infection tuberculeuse et dans la physiopathologie inflammatoire de la maladie au site d'infection [7].

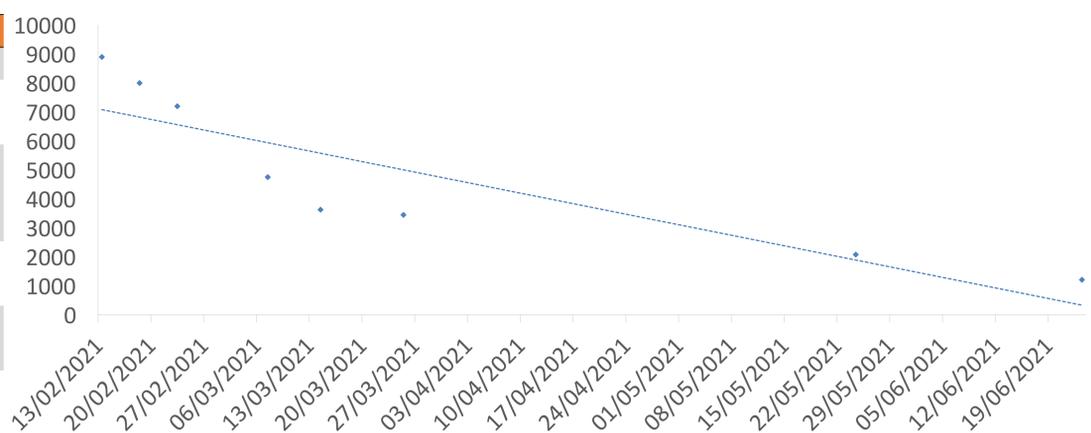
### Observation

Patiente de 63 ans avec antécédents d'hypertension bien équilibrée sous irbésartan et indapamide, cholécystectomisée depuis 25 ans, se présente 15 jours avant l'admission avec des signes d'imprégnation tuberculinique (fièvre avec sueurs nocturnes) et hépatalgie ; l'évaluation biologique (Tableau 1) montre une protéine c-réactive élevée, un syndrome de cytolyse hépatique 3,5 xN et une hyperleucocytose avec éosinophilie massive jusqu'à 7 G/l. Le bilan radiologique (échographie + TDM) met en évidence une hépatomégalie micronodulaire hétérogène avec de multiples adénopathies satellites homogènes à prédominance hilare. La biopsie hépatique montre un aspect histopathologique de tuberculose casofolliculaire avec infiltrat éosinophile (Fig.1). Un traitement antituberculeux de régime 1 a été débuté, et en parallèle une investigation étiologique de l'éosinophilie a été lancée pour rechercher (Tableau 2) : les parasitoses, les néoplasies solides ou liquides, les maladies auto-immunes, les déficits immunitaires. Le taux d'éosinophilie diminue progressivement jusqu'à normalisation en fin de traitement (Fig.2).



**Fig 1.** Coupe histologique de la biopsie hépatique. A : HE x20 : Granulome épithélial géant-cellulaire centré par une nécrose caséuse. B : HE x 40 : présence de nombreux polynucléaires éosinophiles.

### EVOLUTION DE TAUX DES EOSINOPHILE



**Fig 2.** Le diagramme en aires représente l'évolution des taux d'éosinophiles depuis le début de la symptomatologie jusqu'au 4ème mois de traitement antituberculeux

### Conclusion

La TBH est une entité très rare, et l'association avec une éosinophilie massive la rend exceptionnelle et complique la tâche du clinicien, mais une investigation étiologique à la recherche d'une co-infection ou d'autres maladies associées est indispensable.

**Reconnaissance:** un grand merci aux Pr. S. AIT YOUNES et Pr. W. TOUISI, Service d'anatomopathologie et cytologie, CHU NAFISSA HAMOUD, Alger, Algérie pour le diagnostic histologique et les iconographies.

### Références

- 1.Selmane, S. & L'hadj, M. Spatiotemporal Analysis and Seasonality of Tuberculosis in Algeria. *Int. J. Mycobacteriology* 10, 234 (2021).
- 2.Garg, G., Gogia, A., Kakar, A. & Miglani, P. Persistent Marked Peripheral Eosinophilia due to Tuberculosis: A Case Report. *Iran. J. Med. Sci.* 42, 102–105 (2017).
- 3.Williams, E. et al. Hepatic tuberculosis – a case series. *Eur. Respir. J.* 52, (2018).
- 4.Freitas, M., Magalhães, J., Marinho, C. & Cotter, J. Looking beyond appearances: when liver biopsy is the key for hepatic tuberculosis diagnosis. *BMJ Case Rep.* CP 13, e234491 (2020).
- 5.Naidu, V. & Belton, M. Prevalence of Eosinophilia in Patients with Tuberculosis. *Eur. Respir. J.* 58, (2021).
- 6.Haftu, H., Tadese, K., Gebrehiwot, T. & Gebregziabher, H. How Common is Eosinophilia in Tuberculosis? Case Report. *Pediatr. Health Med. Ther.* 11, 59–63 (2020).
- 7.Frontiers | Eosinophil Polymorphonuclear Leukocytes in TB: What We Know so Far. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2019.02639/full>.