



Tuberculose anale : Défis diagnostiques et ambiguïtés avec la maladie de Crohn

Amina Chraïbi^{1,2}, Sofia Fellah^{1,2}, Elmostafa Benaïssa^{1,2}, Yassine Ben lahlou^{1,2}, Mariama Chadli^{1,2}

¹Département de bactériologie, Hôpital Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat, Maroc

²Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat – Université Mohammed V de Rabat, Maroc



Introduction

La tuberculose est une maladie infectieuse contagieuse due à une mycobactérie du complexe tuberculosis [1]. La tuberculose anale est rare et souvent méconnue. Sa prévalence pourrait être sous-estimée, car elle peut être identifiée à tort comme la maladie de Crohn ou d'autres maladies granulomateuses [2].

Nous rapportons un cas de tuberculose anale chez un homme âgé de 40 ans suivi pour une maladie de Crohn avec des lésions anopérinéales et traité par une association combinée d'un immunosuppresseur, et un anti-TNF.

Observation

Il s'agissait d'un patient de 40 ans ayant comme antécédant un diabète de type 2, sans notion de contact tuberculeux. Il a été diagnostiqué avec une maladie de Crohn avec un périnée polyfistuleux, et qui a été opéré pour un abcès anale en février 2024. Ce diagnostic a été établi sur un faisceau d'arguments. Sur le plan clinique, les manifestations anopérinéales (MAP) représentent le symptôme majeur, avec des fistules anales à répétition, des écoulements purulents à travers les orifices fistuleux externes, associés à des proctalgies, des troubles du transit, ainsi que des douleurs abdominales. Il n'y a pas de toux ni d'expectorations. Le tout évolue dans un contexte fébrile avec une altération de l'état général, incluant asthénie, anorexie et amaigrissement important.

L'examen clinique révèle un orifice fistuleux externe d'environ 2 cm de diamètre, sécrétant un liquide purulent, ainsi qu'une adénopathie inguinale gauche d'environ 3 cm, douloureuse et immobile par rapport aux plans profonds, sans signes inflammatoires en regard.

Sur le plan biologique, un syndrome inflammatoire a été noté (CRP à 172 mg/L), avec une calprotectine fécale supérieure à 1000, et les tests de sérologie pour le VIH, le VHB et le VHC sont négatifs.

L'IRM pelvienne a mis en évidence une fistule ano-périnéale complexe de grade 5, avec plusieurs trajets secondaires trans-sphinctériens supralévateurs, associés à une collection abcédée en fer à cheval de topographie postérieure. Un drainage de cet abcès a été effectué. Le diagnostic de maladie de Crohn a été retenu.

Le patient a été mis sous une combothérapie, comprenant un immunosuppresseur, et un anti-TNF. La première cure a été administrée en avril 2024. L'évolution a été marquée par l'absence d'amélioration des symptômes, une aggravation de l'état général, des pics fébriles récurrents, une persistance du syndrome inflammatoire, une intensification des proctalgies lors des défécations, ainsi qu'une constipation terminale réflexe. Ces complications ont conduit à son hospitalisation au service de gastro-entérologie de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V de Rabat.

Une recherche de bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) dans les trois échantillons de crachats successifs s'est révélée négative. De plus, la radiographie thoracique a été normale, sans signes d'infection tuberculeuse. Le patient a subi une biopsie de la fistule anale en mai 2024. L'examen microscopique après coloration de Ziehl-Neelsen n'a pas révélé de présence de BAAR. Cependant, le test GeneXpert MTB/RIF a été positif, montrant une sensibilité à la rifampicine et détectant de très faibles niveaux d'ADN de *Mycobacterium tuberculosis*. Le résultat de l'anatomopathologie a révélé une réaction granulomateuse avec des cellules épithélioïdes et géantes, sans présence de nécrose. Compte tenu du tableau clinique et du résultat positif au test GeneXpert, le diagnostic de tuberculose anale a été confirmé. Sur le plan thérapeutique, le traitement par anti-TNF (infliximab) a été interrompu et remplacé par un traitement antituberculeux combinant la rifampicine, l'isoniazide, le pyrazinamide et l'éthambutol.

Discussion

La présence de granulomes épithélioïdes géantocellulaires avec nécrose caséuse constitue une preuve histologique positive de la tuberculose. Cependant, dans notre cas, l'histologie a révélé une réaction granulomateuse avec des cellules épithélioïdes et géantes, sans nécrose. Néanmoins, l'étude de Sahu et al. a montré que ces caractéristiques peuvent ne pas être toujours présentes, car une faible immunité de l'hôte peut entraîner une réponse histologique plus inflammatoire, perturbant ainsi la formation de granulomes caractéristiques ou entraînant une réaction suppurative qui masque les signes distincts de la maladie [3].

L'examen direct avec recherche de BAAR après coloration de Ziehl-Neelsen n'est pas toujours positif. Bien que la culture sur des milieux spécifiques, tels que le milieu liquide MGIT et le milieu de Lowenstein-Jensen, permette un diagnostic certain, elle peut prendre de 2 à 3 mois, ce qui est incompatible avec la nécessité d'un traitement rapide. Pour pallier ce délai, on a recours aux techniques de PCR. Ce test de biologie moléculaire permet de distinguer la tuberculose anale de la maladie de Crohn, une distinction cruciale pour orienter le diagnostic et éviter l'administration d'infliximab. En effet, les immunosuppresseurs, notamment l'infliximab, peuvent aggraver considérablement les symptômes de la tuberculose, comme cela a été observé chez notre patient [4].

La tuberculose se manifeste rarement, voire jamais, sous forme de primo-infection dans la région périanale [2]. Deux hypothèses peuvent être envisagées : premièrement, la propagation hématogène après la réactivation d'une tuberculose pulmonaire latente, deuxièmement, la présence d'autres foyers potentiels, notamment intestinaux, qui n'ont pas été suffisamment explorés chez notre patient. Chez notre patient, la radiographie pulmonaire est normale et la recherche de BAAR dans les crachats était négative, ce qui écarte la première hypothèse et privilégie la deuxième.

Le traitement repose sur une quadrithérapie antituberculeuse dont la durée peut aller jusqu'à un an, voir plus [3].

Conclusion

Le diagnostic positif de la tuberculose n'est pas toujours évident et nécessite une combinaison d'arguments cliniques, radiologiques, histologiques et biologiques, ainsi qu'une réponse favorable au traitement antituberculeux.

Biobibliographie

- [1] M. Chahboune *et al.*, « Profil épidémiologique, aspects diagnostiques et évolutifs des patients tuberculeux au centre de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires de Settat, Maroc ».
- [2] S. Tago, Y. Hirai, Y. Ainoda, T. Fujita, M. Takamori, et K. Kikuchi, « Perianal tuberculosis: A case report and review of the literature ».
- [3] M. Sahu, J. K. Mishra, A. Sharma, et U. Fatmi, *J.* « A prospective study on tubercular fistula in ano and its management ».
- [4] D. Demory *et al.*, « Maladie de Crohn ou tuberculose digestive: complications liées à une erreur diagnostique »