

Nodules spléniques sous anti-TNF alpha

M. Ardizzone, J. Cohen-Solal, C. Sordet, R.-M. Javier, J. Sibilia, J.-L. Kuntz
(CHU Strasbourg)

Monsieur K. H., 65 ans, est hospitalisé pour bilan d'altération de l'état général fébrile, associée à des adénopathies cervicales gauches.

Ce patient a pour antécédent une maladie de Hodgkin stade IIB, diagnostiquée en 2001 et traitée par chimiothérapie (ABVD), radiothérapie (36 Grays au total) et facteurs de croissance.

Au cours de ce traitement, qui a permis une rémission du Hodgkin, le patient a présenté des polyarthralgies inflammatoires. Le bilan met en évidence des facteurs rhumatoïdes et anticorps anti-CCP. Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive non-érosive est donc retenu. Compte tenu de la persistance des arthrites sous traitement de fond classique, et malgré l'antécédent récent de lymphome, un traitement par anti-TNF alpha (infiximab) est réalisé de juin à septembre 2002.

L'évolution est marquée par la disparition des symptômes articulaires. Cependant, le patient développe une altération de l'état général fébrile, associée à des adénopathies cervicales jugulo-carotidiennes gauches. Les explorations alors réalisées conduisent, sur preuves bactériennes, au diagnostic de tuberculose pulmonaire (miliaire) et ganglionnaire. Un traitement tuberculo-statique est alors instauré pour six mois.

M. K. nous est alors adressé pour persistance des signes généraux associés à un important syndrome inflammatoire biologique, conduisant à la réalisation d'un examen scannographique thoraco-abdominal. Celui-ci révèle une splénomégalie avec un aspect de nodules épars.

Différentes hypothèses diagnostiques peuvent être discutées, chacune pouvant être favorisée par le traitement anti-TNF alpha :

??une récurrence de maladie de Hodgkin est compatible avec l'ictonographie, mais il n'existe pas d'adénopathie profonde ni infiltration lymphomateuse à la biopsie ostéo-médullaire ;

??une localisation splénique de tuberculose est par contre inhabituelle, essentiellement décrite en association avec une infection VIH. Par ailleurs, celle-ci aurait progressé alors même que le patient était sous antituberculeux.

Deux options permettent d'apporter le diagnostic. Une biopsie à l'aiguille de la rate est délicate. Nous avons donc opté pour une splénectomie qui confirmera le diagnostic de tuberculose splénique sous anti-TNF alpha.

Au total, la tuberculose sous anti-TNF est souvent atypique. Elle peut paradoxalement «s'aggraver» à l'arrêt de l'anti-TNF malgré le traitement tuberculo-statique. Ceci peut s'expliquer par la formation de granulomes, rendue possible par la levée de l'inhibition du TNF alpha.