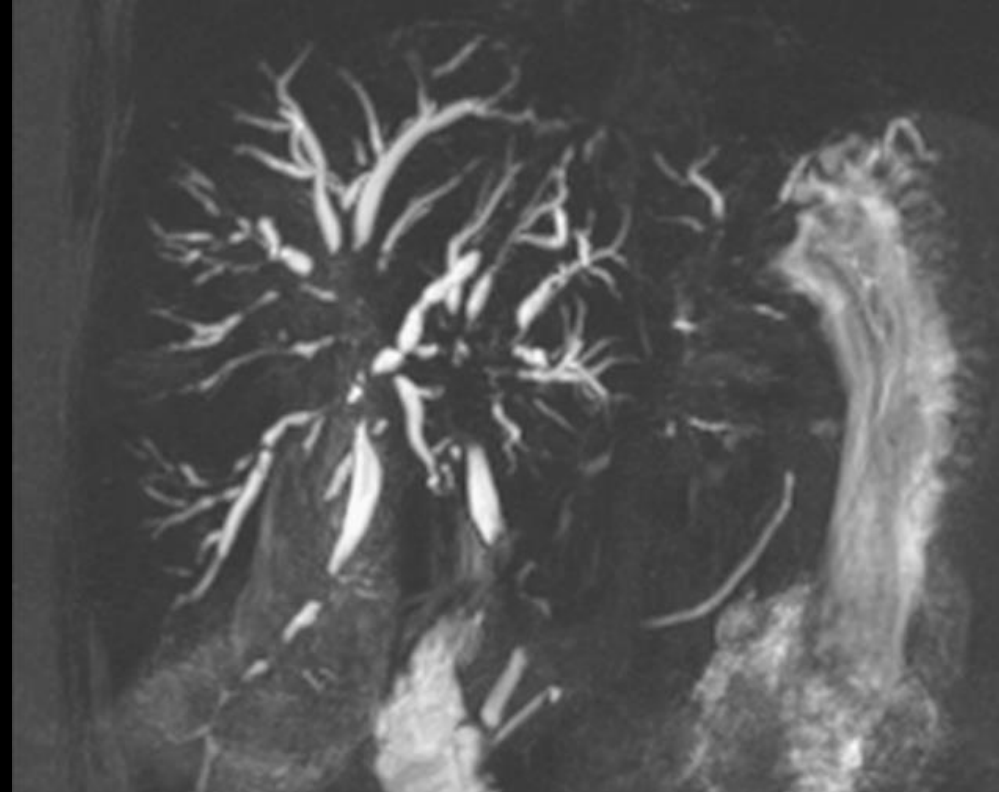
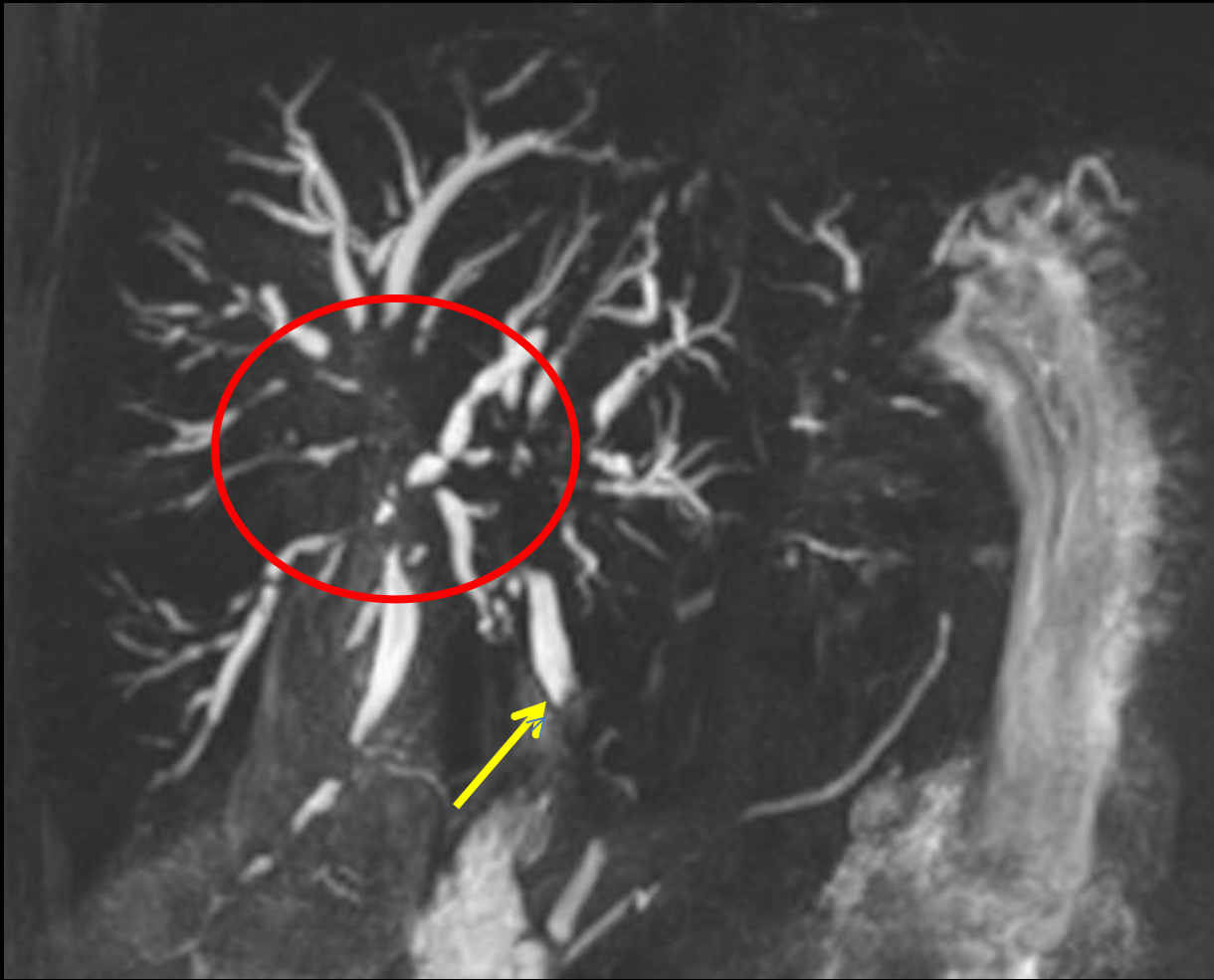


homme 47 ans, apparition d'un ictère cholestatique, dans un contexte de dégradation de l'état général, sans fièvre ni douleurs. HIV négatif.



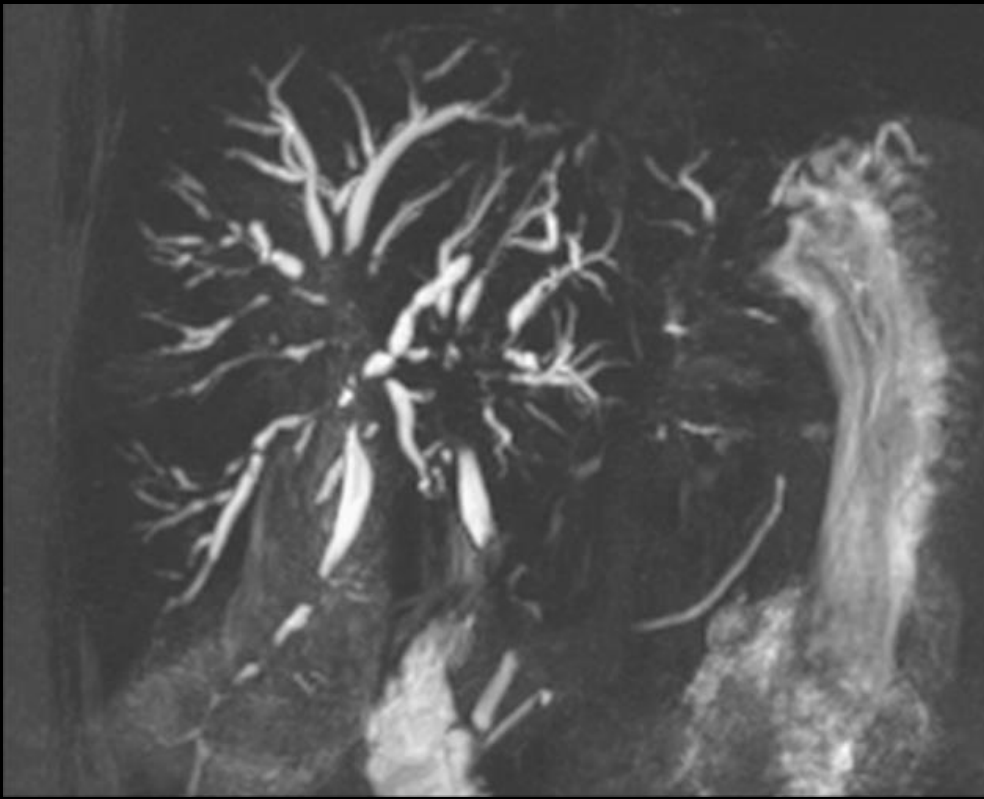
la cholangio-IRM à TE eff. maximal (2000 ms) montre les images ci-dessus
.Quels sont les éléments sémiologiques à retenir et les principales orientations diagnostiques à évoquer

obs. : Ababacar M' Bengue Dakar (Sénégal)



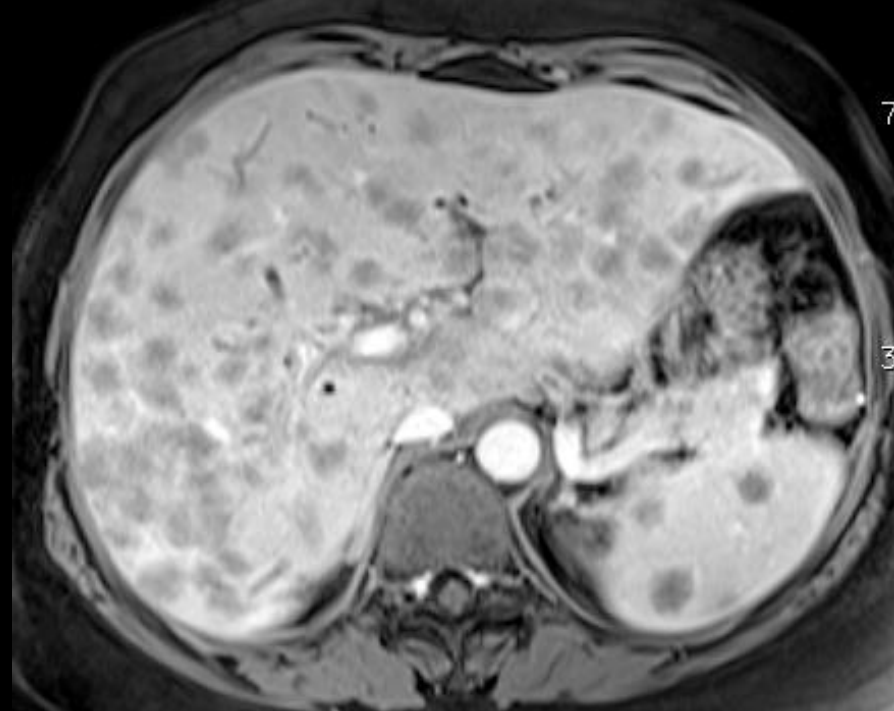
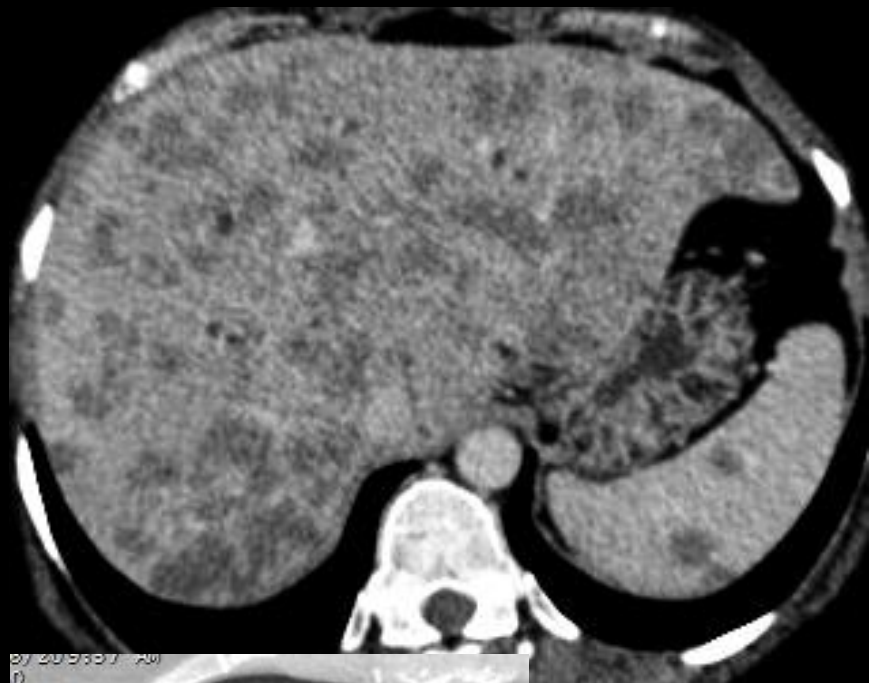
toutes les structures canales biliaires de la région hilare et périhilare ont pratiquement disparu et en amont de ces sténoses longues, toutes les branches canales segmentaires sont modérément dilatées .

on observe également une sténose de la VBP, au bord supérieur du pancréas céphalique

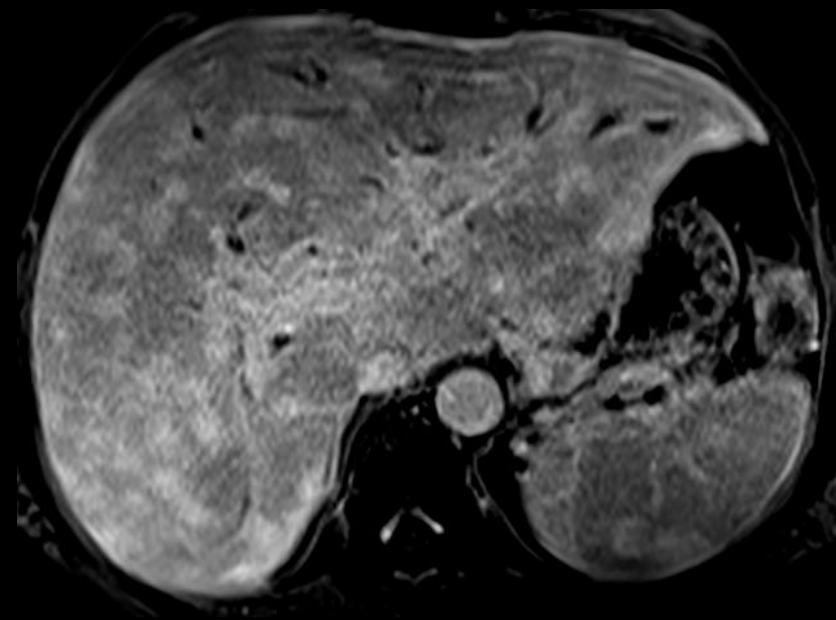
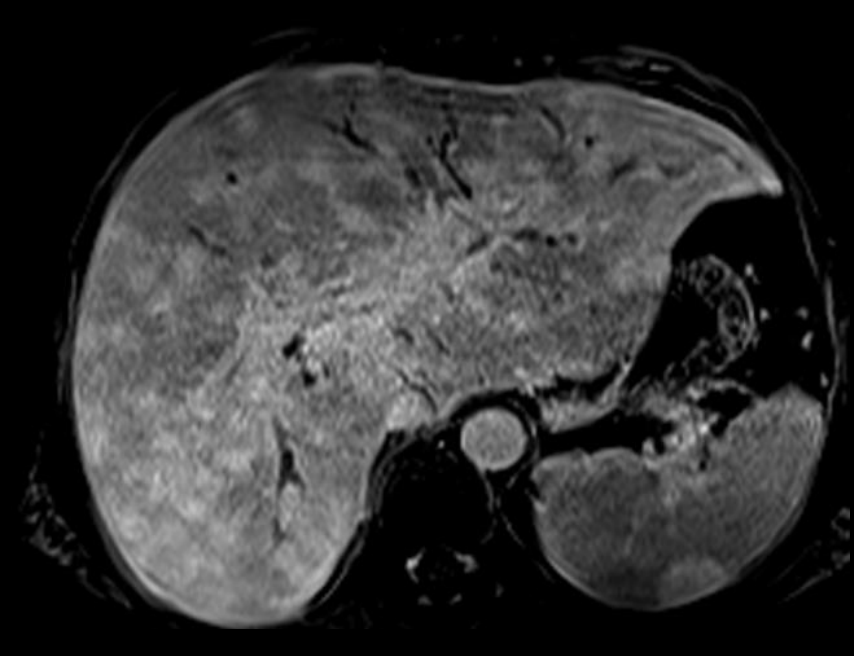
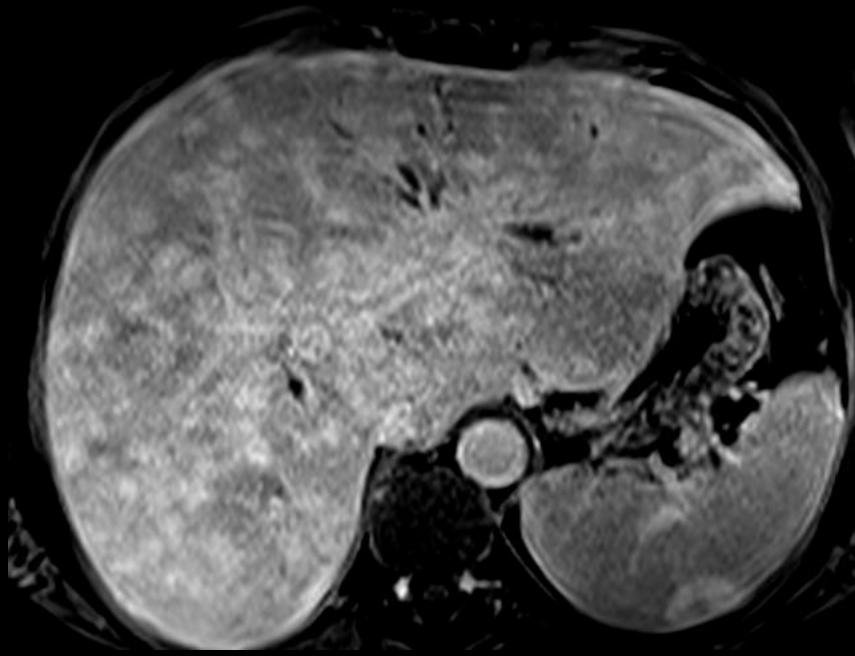


le siège périhilaire des sténoses, leur longueur et surtout l'homogénéité du retentissement d'amont avec un degré de dilatation identique des branches canalaire segmentaires; l'association s'une sténose segmentaire courte vont contre l'hypothèse d'une tumeur infiltrante hilaire de type Klatskin IV

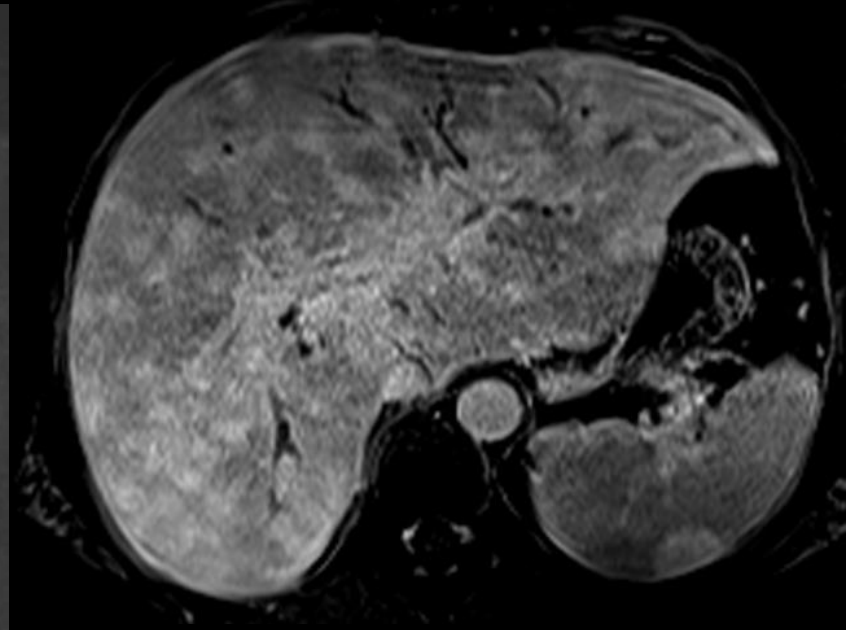
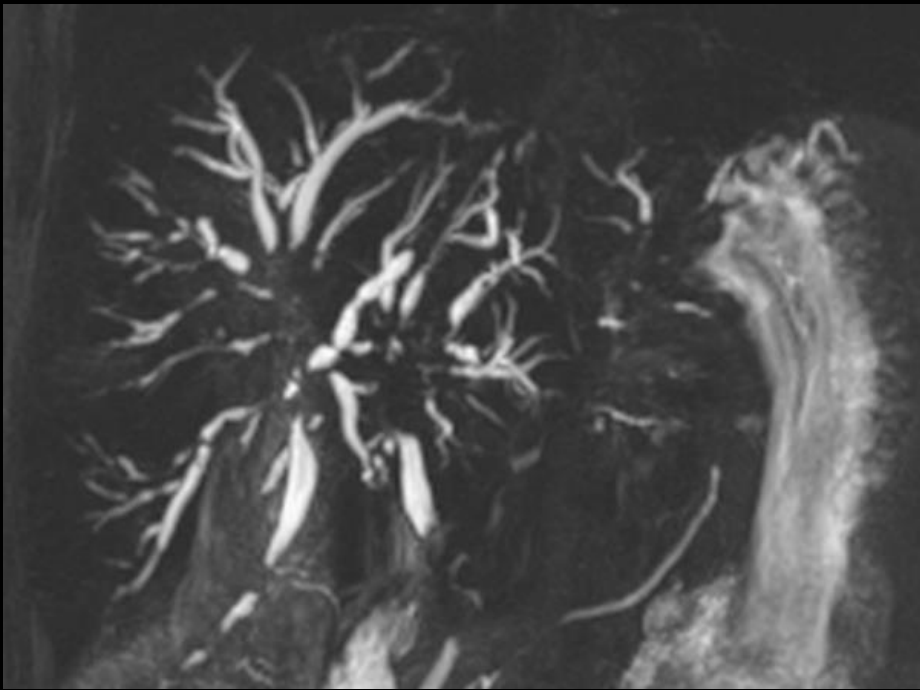
C'est donc vers une cholangite inflammatoire que les recherches doivent se tourner , et en particulier vers une **cholangite auto-immune** plutôt que vers une cholangite sclérosante . Il n'y a **pas d'argument en faveur d'une colite ulcéreuse**; le canal pancréatique principal est normal **sans signe en faveur d'une pancréatite auto-immune**; il n'y a **pas de fibrose rétro-péritonéale ni d'autre lésion en faveur d'une fibrose à IgG4**



C'est en fait l'échographie complétée par le scanner TAP qui en montrant des lésions nodulaires disséminées dans le foie et la rate, se rehaussant sur les phases tardives ainsi que des images nodulaires pulmonaires ont mis sur la voie d'une **tuberculose** confirmée par la biopsie hépatique



les phases tardives de l'IRM montrent le rehaussement progressif du tissu fibreux collagène qui infiltre le hile et s'étend aux pédicules glissonniens droits et gauches , entraînant l'épaississement des parois , la sténose des canaux biliaires segmentaires et leur dilatation modérée en amont

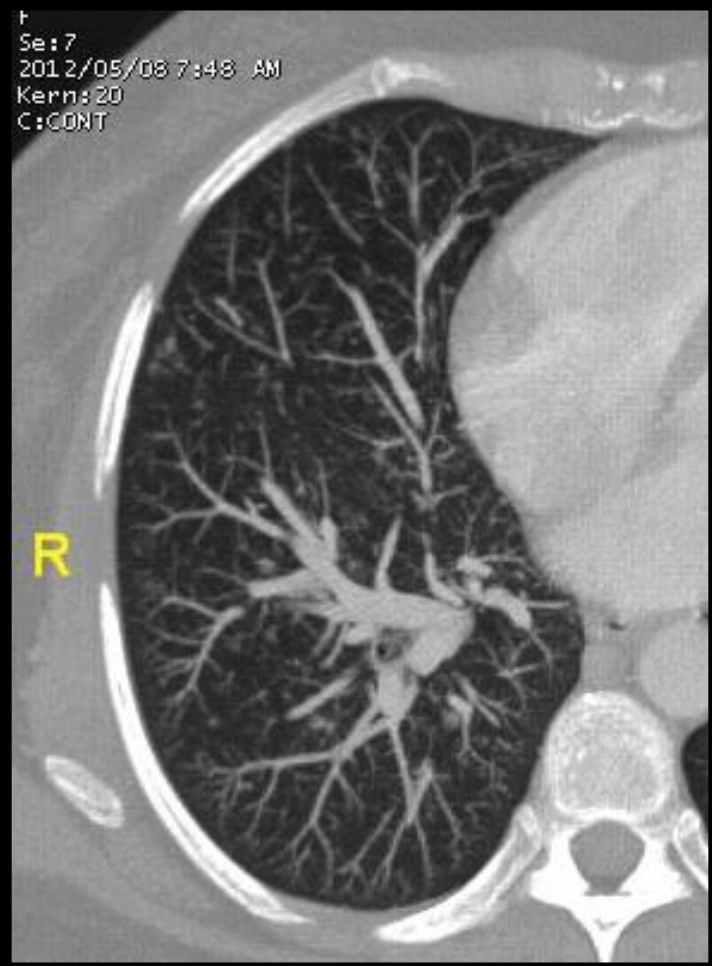


l'évolution favorable sous traitement antituberculeux, tant sur le plan biliaire que sur le plan pulmonaire des éléments clinico-biologiques et de l'imagerie confirme, s'il en était besoin, le diagnostic

:/05/08 7:49 AM
i: 30
INT



F
Se: 7
2012/05/08 7:48 AM
Kerns: 20
C: CONT



contrôle après 9 mois de traitement antituberculeux

les cholangites tuberculeuses

étiologie des cholangites

les cholangites sclérosantes secondaires ressemblent à la cholangite sclérosante primitive (CSP) mais ont une étiopathogénie connue et de ce fait des perspectives thérapeutiques adaptées

les principales variétés sont :

- les cholangites ischémiques Rendu-Osler, techniques interventionnelles
- les cholangites caustiques
- les cholangites auto-immunes
- les cholangites dans les maladies hématologiques
(histiocytose, mastocytose, sd hyperéosinophile)

étiologie des cholangites (suite)

-les cholangites **médicamenteuses**

-les cholangites infectieuses non lithiasiques sont surtout décrites chez les patients immunodéprimés; les principaux agents infectieux responsables étant :
CMV, cryptosporidium, VIH

-les **cholangites de la lithiase primitive des VBIH** LPAC low phospholipid associated cholelithiasis . Déficience du gène MDR3

place des cholangites dans les tuberculoses hépatiques


-les cholangites sont parmi les plus rares des atteintes tuberculeuses hépatobiliaires; loin derrière les 3 formes d'atteinte du parenchyme : macronodulaire (>2 cm) micronodulaire (dont miliaire +++) et séro-hépatique (cette dernière forme caractérisée par une atteinte sous-capsulaire et du péritoine viscéral hépatique à l'origine d'un épaissement capsulaire et de lésions hypodenses sous capsulaires simulant un "glaçage au sucre" en pâtisserie

Insights Imaging (2015) 6:647–658

DOI 10.1007/s13244-015-0440-y

PICTORIAL REVIEW

Hepatic tuberculosis: a multimodality imaging review

Chandan Kakkar¹  • Ashwin M. Polnaya² • Prakashini Koteswara³ • S. Smiti³ • K. V. Rajagopal³ • Ankur Arora⁴

Dans la cholangite tuberculeuse, la fibrose péricanalaire est à l'origine d'irrégularités de calibre des structures canalaire intra et extra-hépatiques qui peuvent simuler une cholangite sclérosante

l'atteinte des voies biliaires peut être primitive ou secondaire à une compression par des adénopathies péri-portales ou à une atteinte granulomateuse du parenchyme.

imagerie des cholangites tuberculeuses

les lésions canalaire biliaires peuvent toucher les VBIH distales, de petit calibre, ou les VBIH proximales juxta-hilaires ou la VBP. Elles se traduisent par des épaisissements pariétaux, des sténoses de degré variable pouvant entraîner une bilopathie obstructive (cirrhose biliaire secondaire)

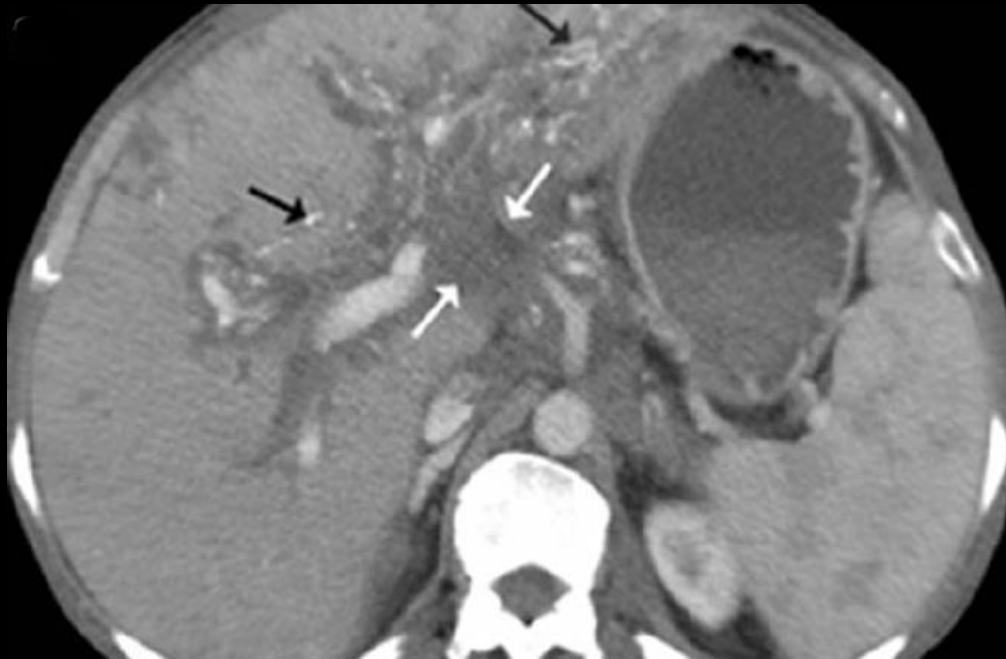
des lésions parenchymateuses peuvent être associées (calcifications, tuberculomes).

Des granulations miliaries le long des canaux biliaires peuvent être objectivées en échographie haute-résolution



Insights Imaging (2015) 6:647-658

le scanner et l'IRM permettent une **analyse précise des remaniements des parois des canaux biliaires en particulier pour la mise en évidence de petites calcifications**, très précieuses pour le diagnostic différentiel entre cholangite tuberculeuse, cholangite auto-immune, CSP et cholangiocarcinome



calcifications micronodulaires des
parois épaissies des canaux biliaires
dans une cholangite tuberculeuse

Insights Imaging (2015) 6:647-658

la présence de lésions parenchymateuses associées aux atteintes des voies biliaires (granulomes, abcès, tuberculomes) ou de lésions à distance (adénopathies à centre hypodense, lésions pulmonaires) constitue un apport précieux pour l'argumentation diagnostique

au total

-la tuberculose hépato-biliaire peut se traduire par des aspects très variés en imagerie, dont bon nombre simulent des lésions néoplasiques.

-les principales formes sont les miliaires, les formes macronodulaires, les formes séro-hépatiques (qu'il vaudrait mieux appeler péritonéo-capsulaires) et les **cholangites tuberculeuses**

-les atteintes concomitantes spléniques, pulmonaires sont des aides précieuses pour le diagnostic

-les **calcifications miliaires** le long des canaux biliaires sont caractéristiques de la cholangite tuberculeuse

-les confirmations histologiques et microbiologiques sont souvent nécessaires pour asseoir le diagnostic

