

La Tuberculose Péritonéale - A propos de 43 observations

N.Bel Kahla, Nadia Naija, N.Maamouri, HajerOuerghi, S.Chouaib, F.B.Hariz, H.Chaabouni, Nabil Ben Mami

Service de Gastroentérologie B- Hôpital la Rabta – Tunis - Tunisie

N.Bel Kahla, N.Naija, N.Maamouri, H.Ouerghi, S.Chouaib, F.B.Hariz, H.Chaabouni, B.Mami

N.Bel Kahla, N.Naija, N.Maamouri, H.Ouerghi, S.Chouaib, F.B.Hariz, H.Chaabouni, B.Mami

la tuberculose péritonéale - a propos de 43 observations

Peritoneal tuberculosis – report of 43 cases

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°04) : 257 - 260

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°04) : 257 - 260

R É S U M É

Prérequis : La tuberculose péritonéale représente 0,1 à 4% de toutes les localisations de la maladie tuberculeuse.

But : Le but de notre étude est de décrire les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de la tuberculose péritonéale.

Méthodes : Etude rétrospective des patients ayant une tuberculose péritonéale colligés au service de gastroentérologie B – Hôpital la Rabta sur une période de 12ans (1996 à 2007).

Résultats : Quarante trois cas de tuberculose péritonéale ont été inclus: 15hommes et 28femmes, d'âge moyen de 38ans (extrêmes : 16 à 85ans). Cinq patients étaient cirrhotiques. Le tableau clinique était dominé par l'ascite (83%). Le liquide d'ascite était de type exsudatif dans 97% des cas et toujours lymphocytaire. Le diagnostic de certitude a reposé sur la cœlioscopie avec biopsies péritonéales dans 26 cas. Les lésions caséo-folliculaires étaient présentes dans 64% des cas. Les localisations extra péritonéales étaient notées dans 60,4% des cas dominées par les atteintes pleuro-pulmonaires. Les patients ont reçu un traitement antituberculeux pour une durée moyenne de 9,8mois avec évolution favorable dans 93% des cas.

Conclusion : La tuberculose péritonéale est un problème de santé publique en Tunisie malgré le programme de lutte anti tuberculeuse. Elle prédomine chez la femme jeune. Son diagnostic repose sur les résultats des biopsies péritonéales réalisées lors de la cœlioscopie. Son évolution est le plus souvent favorable sous traitement antituberculeux.

S U M M A R Y

Background: Peritoneal tuberculosis represents 0, 1 to 4% of all forms of tuberculosis.

Aim : The aim of our study is to describe clinical, therapeutic characteristics and the outcome of peritoneal tuberculosis.

Methods: Retrospective study of all cases of peritoneal tuberculosis diagnosed in gastroenterology B department – Rabta Hospital during a 12 years period (1996 to 2007).

Results: Forty three cases of peritoneal tuberculosis were included: 15 male and 28 female with mean age of 38years (extremes: 16 to 85years). Five patients were cirrhotic. Clinical manifestations were dominated by ascitis (83%). Ascitic fluid were exsudative in 97% of cases and lymphocytic in all cases. The diagnostic was based on cœlioscopy with peritoneal biopsy in 26cases demonstrating caseating granulomatous lesions in 64% of cases. Extra peritoneal tuberculosis was noted in 60, 4% dominated by pleuro-pulmonary localisations. Patients were given antituberculous therapy for a mean duration of 9, 8 months and the outcome was favourable in 93%.

Conclusion: Peritoneal tuberculosis is still a medical problem in Tunisia. It is more common in young female. Diagnosis is based on the results of peritoneal biopsies during cœlioscopy. The outcome is good in most cases after antituberculous treatment.

Mots - clés

tuberculose péritonéale – cœlioscopie- biopsie du péritoine

Key - words

peritoneal tuberculosis – coelioscopy – peritoneal biopsy

بدء السل الصفاقي دراسة حول 43 حالة

الباحثون : بالكحلة. ن - نيجا. ن - معموري. ن - ورغي. ه - شويب - بن حريز. ف - شعبوني. ه - مامي. ه.

الهدف من هذه الدراسة هو استعراض الخصائص السريرية و العلاجية و التطورية لداء السل الصفاقي. اشتملت دراستنا على 43 حالة خلال 12 سنة كان 60,4 % منهم حاملين لتوضعات أخرى خاصة رئوية لهذا المرض. خضع المرضى إلى علاج مضاد للسل لمدة 9,8 أشهر و التطور كان إيجابيا في 93 % من الحالات. نلاحظ أنه ورغم برامج مقاومة السل فإن التوضع الصفاقي لهذا المرض يمثل مشكل صحة عمومية في تونس و تشخيصه يعتمد على الخزعات الصفاقية التي نجريها بانتظار أما تطوره فكمثيرا ما يكون إيجابيا بواسطة

العلاج المضاد لداء السل

الكلمات الأساسية : داء السل الصفاقي - منظار - خزعة صفاقية

Une recrudescence de la tuberculose est observée au cours de cette dernière décennie, liée essentiellement à l'épidémie de l'infection à HIV. Actuellement, un tiers de la population mondiale est infectée avec 8 à 10 millions de nouveaux cas/an. L'infection par le HIV a modifié la morbidité et l'histoire naturelle de la tuberculose, marquée par une augmentation de l'incidence des formes extra pulmonaires dont la fréquence atteint 15%. La tuberculose péritonéale représente 0,1 à 4% de l'ensemble des localisations de la maladie tuberculeuse (1). Le but de notre étude est de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs d'une série de tuberculose péritonéale de l'adulte.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude rétrospective des cas de tuberculose péritonéale colligés sur une période de 12 ans (Janvier 1996 - Décembre 2007) dans le service de gastroentérologie B de l'hôpital la Rabta. Le diagnostic de certitude a été retenu sur la mise en évidence du granulome épithélio-giganto-cellulaire associé à une nécrose caséuse sur l'examen histologique des biopsies péritonéales et/ou la présence du bacille acido-alcool-résistant (BAAR). Ailleurs, le diagnostic de tuberculose était retenu sur des éléments de forte présomption basés sur un faisceau d'arguments clinico-biologiques, morphologiques et évolutifs. Pour chaque patient, nous avons précisé l'âge, le sexe, la présence d'un antécédent personnel ou familial de tuberculose, les circonstances de découverte de la maladie. Nous avons revu les résultats du bilan biologique, de la sérologie HIV, de l'intradermoréaction à la tuberculine et des examens bactériologiques à la recherche d'un BAAR ainsi que les résultats de la ponction d'ascite et les aspects macroscopiques et histologiques des lésions péritonéales. Les localisations tuberculeuses extra-péritonéales ont été recherchées; enfin les données concernant le traitement antituberculeux et l'évolution ont été précisées.

RÉSULTATS

Au cours de cette période, 43 cas de tuberculose péritonéale ont été retenus. Il s'agissait de 15 hommes et 28 femmes, d'âge moyen de 38 ans avec des extrêmes de 16 à 85 ans. Trois patients avaient des antécédents de tuberculose traitée: ganglionnaire (N=2) et pleurale (N=1). Cinq patients étaient cirrhotiques. Le début des symptômes était insidieux dans tous les cas avec une durée moyenne de 2,8 mois (extrêmes de 15 jours à 1 an). Les circonstances de découverte étaient dominées par l'ascite (83%), la fièvre (65%), l'amaigrissement (62%) et les douleurs abdominales (58%) (Tableau 1).

Les anomalies biologiques étaient dominées par le syndrome inflammatoire (95%), l'hypo albuminémie (72%) et l'anémie (67%). Des perturbations du bilan hépatique étaient observées dans 8 cas, à type de cholestase (N=5) ou de cytolysse (N=3). L'intradermo réaction à la tuberculine, réalisée chez tous les

patients, était positive dans 15 cas (34,8%). La sérologie HIV était pratiquée de façon systématique et était négative dans tous les cas

Tableau 1 : circonstances de découverte

Circonstances de découverte	Nombre	%
Ascite	36	83
Fièvre	28	65
Amaigrissement	27	62
Douleur abdominale	25	58
Stérilité primaire	4	9
Diarrhée	2	4,6
Grossesse extra utérine	1	2,3
Masse abdominale	1	2,3

La ponction exploratrice du liquide d'ascite a été pratiquée chez tous les patients ayant une ascite et a ramené un liquide jaune citrin, exsudatif dans 97% des cas avec un taux moyen d'albumine de 39,3g/l (extrêmes: 8 - 72 g/l). Une augmentation du taux de lymphocytes a été notée dans 95% des cas avec un taux moyen de 887/mm² (extrêmes de 5 à 7380/mm²). Le BAAR a été mis en évidence dans le liquide d'ascite dans 2 cas, dans les crachats dans 2 cas et dans les urines dans un cas. Parmi les cirrhotiques, le liquide d'ascite était exsudatif dans 4 cas, transudatif dans 1 cas, riche en lymphocytes dans 3 cas.

La radiographie du thorax a été pratiquée chez tous les patients; elle était normale dans 30 cas (69%). Ailleurs, elle a montré un épanchement pleural dans 8 cas et des images excavées et nodulaires apicales droites dans un cas.

L'échographie abdominale a montré une ascite dans 38 cas (88%); l'ascite était libre chez 32 patients et cloisonnée chez 6 patients. L'échographie a objectivé des adénopathies abdominales (N=2), un kyste ovarien droit (N=2), une masse ovarienne bilatérale (N=1) et une masse intra péritonéale (N=1). L'examen tomодensitométrique abdominal a été réalisé chez 2 patientes; il a montré des adénopathies mésentériques et rétro péritonéales dans un cas et un kyste ovarien dans un cas.

Une coelioscopie a été réalisée chez 28 patients (65%) montrant une ascite dans 23 cas, cloisonnée dans 5 cas et libre chez 18 patients. Une « open coelioscopie » a été pratiquée chez une patiente ayant une ascite cloisonnée et une laparotomie exploratrice dans le cadre de l'exploration d'une stérilité primaire chez une autre patiente. Macroscopiquement, des granulations blanchâtres parsemant le péritoine pariétal et/ou viscéral ont été notées dans 24 cas (80%). Ces granulations étaient millimétriques de même taille dans 22 cas compatibles avec le diagnostic de tuberculose péritonéale et de tailles différentes dans 2 cas évocatrices de carcinose péritonéale. Elles siégeaient sur le foie dans 2 cas. Des adhérences étaient présentes chez 14 patients (46,5%), associées aux granulations dans 12 cas et isolées dans 2 cas. Un aspect de grêle agglutiné était observé dans 2 cas. Des prélèvements biopsiques ont été réalisés au niveau du péritoine dans tous les cas. L'examen histologique a mis en évidence des granulomes épithélio giganto cellulaires associés à une nécrose caséuse dans 18 cas

(60%) et isolés chez 5 patients. Une inflammation non spécifique a été retrouvée chez 5 patients. Une biopsie hépatique per opératoire a été pratiquée chez 3 patients montrant la présence de granulations tuberculoïdes au sein du parenchyme hépatique.

Des localisations tuberculeuses extra péritonéales associées étaient retrouvées chez 26 patients (60,4%) dominées par la localisation pleuro-pulmonaire (N=10), génitale (N=5) et hépatique (N=5) (tableau 2).

Tableau 2 : Localisations extra péritonéales associées

Localisation extra-péritonéale	Nombre	%
pleurale	7	16
Génitale	5	11
Hépatique	5	11
Pulmonaire	3	7
Ganglionnaire	3	7
Péricardique	2	4,6
urinaire	1	2,3
Total	26	60,4

Un traitement antituberculeux a été instauré chez 40 patients (93%); trois patients ont été perdus de vue; 5 schémas thérapeutiques ont été suivis: Isoniazide, Rifampicine, Pyrazinamide et Streptomycine (N=24), Isoniazide, Rifampicine, Pyrazinamide et Ethambutol (N=10), Isoniazide, Rifampicine, Ethambutol et Streptomycine (N= 4), Isoniazide, Rifampicine, Ethambutol (N=1) ou Isoniazide, Rifampicine, Ethambutol et Ofloxacin (N=1), à raison d'une quadrithérapie quotidienne de 2 mois suivie d'une bithérapie quotidienne (Isoniazide + Rifampicine) d'une durée moyenne de 9,8 mois (extrêmes de 6 à 15mois). Le traitement a été accompli chez 36 patients (90%). Chez les 4 autres patients le traitement a été arrêté après une durée moyenne de 5mois. Des effets indésirables liés au traitement étaient notés chez 24 patients; il s'agissait d'une hyper uricémie asymptomatique dans 15cas (37,5%) et d'une cytolyse dans 9cas (22,5%) ayant nécessité une réduction de la dose d'isoniazide dans 2cas et l'arrêt suivi d'une réintroduction progressive du traitement dans 2cas; la

cytolyse était modérée ne nécessitant pas de modification de traitement dans 5cas. L'évolution était favorable dans 38cas (95%). La persistance d'une ascite cloisonnée a été notée dans un cas et une décompensation ascitique associée à une majoration du syndrome pleural a été notée chez un patient cirrhotique.

DISCUSSION

La tuberculose péritonéale connaît actuellement un regain d'intérêt avec la recrudescence de l'infection à HIV. Son incidence annuelle est estimée entre 1000 et 3000 cas pour 100 000 habitants pour l'Afrique contre 19 à 20 cas pour 100 000 habitants en France (2). Elle atteint surtout la femme jeune avec un âge moyen entre 28 et 37 ans. L'atteinte du péritoine peut être secondaire à la rupture de ganglions mésentériques atteints ou par contiguité à partir de lésions intestinales, digestives ou pulmonaire. Il existe deux formes de tuberculose péritonéale: une forme ascitique qui est la plus fréquente (95%) et une forme sèche « fibro-adhésive » (5%) (3,4). Le tableau clinique est dominé par une ascite fébrile (67 à 80,5%) (1, 5, 6). Dans notre série, l'ascite était présente dans 83% des cas. (Tableau 3).

Les examens biologiques sont peu contributifs au diagnostic. Un syndrome inflammatoire est observé dans 40 à 97,5% (95% dans notre série). Une anémie inflammatoire modérée est présente dans 37 à 80% des cas. L'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) est positive de façon variable selon les séries (48,6 à 56,5%). Elle était positive chez le 1/3 de nos patients. Dans les formes ascitiques, la ponction exploratrice du liquide d'ascite ramène un liquide généralement jaune citrin, exsudatif, riche en albumine et en éléments blancs à prédominance lymphocytaire dans 69 à 89% des cas (3); chez nos patients, le liquide d'ascite était lymphocytaire dans 95% des cas. Une particularité chez le cirrhotique est que le liquide d'ascite peut être transudatif et pauci cellulaire rendant le diagnostic de tuberculose péritonéale difficile (7,8). Le BAAR est rarement isolé à l'examen direct et en culture du liquide d'ascite (1,1 à 2,5%). Il a été retrouvé chez un de nos patients (2,3%). En effet, la tuberculose extra pulmonaire est pauci bacillaire et le BAAR

Tableau 3 : manifestations cliniques en pourcentage

Signes cliniques	Ascite	Fièvre	Douleur	AEG	Diarrhée	Masse abdominale
S.Ajmi (1) N= 39	67	33	12,8	64	-	20,5
Hamdani (5)N=207	74	76	72	76	40,5	8,7
El Abkari(6)N=123	80,5	50	77,2	72,4	22	4,1
Notre série N=43	83	65	58	62	4,6	2,3

Tableau 4 : Localisations tuberculeuses extra péritonéales en pourcentage

Localisation extra-péritonéale	Plèvre+Poumon	Appareil génital	Ganglions	Foie	Appareil urinaire	Péricarde
A.Hamdani(5) N= 207	42	3	3	12	0,5	1
Hammoudi(14) N = 60	24,6	-	1,6	8	-	1,6
Notre série N=43	23,2	11	7	11	2,3	4,6

est rarement isolé. L'amplification génique (PCR) peut détecter en 24-48 heures la présence de BAAR avec une sensibilité de 60 à 80% (9).

Le taux sérique du CA125, marqueur non spécifique d'inflammation péritonéale, peut être augmenté et atteindre des chiffres de 1400 UI/ml (normale < 35 UI/ml) (10). Il n'a pas été dosé chez nos patients.

La radiographie pulmonaire peut objectiver des lésions parenchymateuses orientant vers une étiologie tuberculeuse.

L'échographie et la tomodensitométrie abdomino-pelviennes sont non spécifiques et peu contributives au diagnostic, mettant en évidence des épanchements péritonéaux, libres (95%) ou cloisonnés (5%) (11). Elles peuvent objectiver des adénopathies à centres nécrosés très suggestives de tuberculose, des nodules péritonéaux et une infiltration des anses intestinales. L'échographie permet la pratique de ponctions écho guidées en cas d'épanchements minimes et limités.

La cœlioscopie complétée de biopsies dirigées représente actuellement la méthode de choix permettant un diagnostic rapide notamment dans les ascites libres (12,13). Elle est réalisée dans 64 à 86,7% des cas; elle a été pratiquée chez 65% de nos patients. La pratique d'une « open cœlioscopie » ou d'une laparotomie exploratrice est conseillée lorsque l'ascite est cloisonnée ou en cas de forme sèche, permettant d'éviter les perforations. Elles sont pratiquées dans 4,3 à 31,7% des cas. Elles ont été réalisées chez deux de nos patients. La tuberculose péritonéale se manifeste macroscopiquement par des granulations millimétriques et blanchâtres et de tailles généralement égales parsemant le péritoine pariétal et viscéral; Dans certains cas, ces granulations sont de tailles inégales posant le problème diagnostique avec la carcinose péritonéale. Tel a été le cas chez deux de nos patients. Ces granulations sont observées dans 87 à 100% des cas (80% dans notre série); Elles sont plus rarement associées à des adhérences: 15,3 à 80%

(46,5% dans notre série). Seule la biopsie dirigée permettra de confirmer le diagnostic (86 à 100% des cas). Dans notre série, le diagnostic a été confirmé histologiquement dans 60% des cas.

Des localisations extra péritonéales peuvent être associées. Les plus fréquentes sont représentées par la tuberculose pleuro-pulmonaire: 24,6 à 42% des cas (5,14); ces localisations sont retrouvées dans 23,2% des cas de nos patients (tableau 4).

Le traitement de la tuberculose péritonéale repose sur les antituberculeux selon le schéma « court » reposant sur la quadrithérapie: Isoniazide, Rifampicine, Pyrazinamide et Ethambutol (ou streptomycine) pendant 2 mois suivie par une bithérapie associant Isoniazide et Rifampicine pendant 4 mois (15). Dans notre série, la durée moyenne du traitement a été de 9,8 mois. Le traitement antituberculeux est généralement bien toléré. Cependant, on a noté ces dernières années une émergence de tuberculose multi résistante (à l'isoniazide et à la rifampicine) avec une fréquence de 3 à 10%. En cas de résistance, les quinolones et les macrolides ont montré leur efficacité. Dans notre série, un seul cas de résistance a été noté (2,5%). Selon les recommandations de l'OMS, on exige un taux de guérison entre 85 et 95%. Dans notre série, ce taux est de 95%.

CONCLUSION

La tuberculose péritonéale reste un problème de santé publique en Tunisie. Elle est plus fréquente chez la femme jeune; elle est dominée par les formes ascitiques. Elle a largement bénéficié de l'apport de la cœlioscopie avec la pratique de biopsies péritonéales. Les localisations tuberculeuses extra péritonéales associées sont fréquentes. Le meilleur traitement reste préventif grâce à la vaccination et l'amélioration des conditions socio-économiques.

Références

1. E.Verspyck, C.Struder, D.Wendum et al; Tuberculose péritonéale. *Annales de chirurgie* 1997;51 : 375-8
2. S.El Ajmi, N.Chatti, K.Limam. La tuberculose péritonéale. Aspects actuels. A Propos de 39 cas observés au centre tunisien. *Med Chir Dig* 1992;21:87-8
3. E.Vardareli, M.Kebapci, T.Saricam and al. Tuberculous peritonitis of the wet ascitic type: clinical features and diagnostic value of image-guided peritoneal biopsy. *Digestive and Liver Disease* 2004; 36: 199-204
4. M.I.Beyrouti, R.Beyrouti, M.B.Amer, N.Dhieb, W.Zouari, N.Affes, I.Fki, A.Ghorbel, M.S.Krichen, A.Sellami. La tuberculose encapsulante d'origine tuberculeuse. A Propos de 18 cas. *La Tunisie Médicale* 2005 ; 83: 694-9
5. A.Hamdani, N.Sekkat, A.Alyoune, M.Merzouk, S.Moufid, A.El Meknassi, A.Mourad. La tuberculose péritonéale chez l'adulte. Etude de 207 cas. *Ann de Gastroentérologie et d'Hépatologie* 1987; 23: 115-22
6. M.El. Abkari, D.Benajah, N.Aqodad, B.Oudghiri, A.Ibrahimi. Peritoneal tuberculosis in the Fes University Hospital (Morocco). Report of 123 cases. *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30 : 377-81
7. Aguado JM, Pons F, Casafont F, San Miguel, Valle R. Tuberculous peritonitis: a study comparing cirrhotic and noncirrhotic patients. *J Clin Gastroenterol* 1990; 12:550-4
8. Andrea Salmi. Tuberculous peritonitis and liver cirrhosis. *The Western J of Med* 1986; 144: 476-7
9. Tzoanopoulous D, Mimidis K, Giaglis S et al. The usefulness of PCR amplification of the IS6110 insertion element of *M. tuberculosis* complex in ascetic fluid of patients with peritoneal tuberculosis. *Eur J Intern Med* 2003; 14:367-71
10. F.M.Sanai, K.I.Bzeizi. Systematic review: tuberculosis peritonitis-presenting features, diagnosis and treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22:685-700.
11. M.P.Sharma and V.Bhatia. Abdominal tuberculosis. *Indian J Med Res* 2004; 120: 305-15
12. J.Kharat, D.Gargouri, A.Ouakaa, N.Belhadj, A.Kilani, A.Kochlef et al. Aspects laparoscopiques de la tuberculose péritonéale; à propos de 163 cas. *La Tunisie médicale* 2003; 81 : 558-562
13. J.M.Kasia, E.Verspyck, G. Le Bouëdec et al. Tuberculose péritonéale- Apport de la coelioscopie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; 26:367-73
14. D.Hammoudi, I. Bonatiro, Dahmane Younsi M, Djoudi H, et al. Diagnostic des péritonites tuberculeuses par la laparoscopie. *Rev. Service Santé ANP* 1975; 8: 93- 7
15. G.Nicolet, T.Rochat, J.P.Zellweger. Traitement de la tuberculose. *Forum Med Suisse* 2003; 22: 506-16