

La tuberculose digestive au CHU Mohammed VI de Marrakech à propos de 85 cas

R. QLILAT, N. GUENNOUN, k. KRATI*

*Service de gastro-entérologie. hôpital Ibn Tofail, CHU Mohammed VI. Marrakech

ملخص

مثل داء السل الهضمي إلى حد الساعة مشكلا من مشاكل الصحة العمومية بالمغرب نظرا لتواتره وللأشكال التي يتخذها المرض من حيث الأعراض السريرية والبيولوجية والمرفولوجية. الهدف من دراستنا هو تحليل الاختلافات الوبائية، السريرية، البيولوجية، الإشعاعية، التنظير الجوفي، علاج المرض وتطوره على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش. يتعلق الأمر بدراسة حول 85 حالة من داء السل الهضمي منتقاة على مدة ست سنوات و ذلك بمصلحة أمراض المعدة والأمعاء والكبد بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش. بني تشخيص المرض على تحليل عينات نسيجية، في غياب هذا التحليل تم اعتماد تشخيص المرض على معايير سريرية، إشعاعية، تنظير داخلي و معايير تطورية. خلال مرحلة الدراسة، أخذ بعين الاعتبار 85 مريض حيث مثلت هذه النسبة 2.1 بالمائة من مجموع الحالات الواردة على المصلحة. معدل أعمار مرضانا كان 38.3 (12-90 سنة) مع هيمنة نسوية بنسبة 61 بالمائة. عدة أشكال من السل الهضمي تم إيرادها: السل الصفاقي (54 حالة)، سل الأمعاء (15 حالة)، السل الصفاقي والأمعاء معا (4 حالات)، سل العقد اللمفاوية (6 حالات)، سل الأمعاء والعقد اللمفاوية معا (حالتان)، سل الكبد (حالتان). التشخيص المؤكد ركز على تحليل الأنسجة عن طريق تنظير جوف البطن، فتح البطن عن طريق التنظير الباطني. التشخيص كان مؤكدا في 42.3 بالمائة، و افتراضيا في 57.7 بالمائة. العلاج يرتكز أساسا على مجموعة من المضادات الحيوية وقد تم استعمالها عند كل مرضانا. التطور كان إيجابيا في 94.1 بالمائة. الأشكال المرضية لهذا الداء متنوعة ومثلة خاصة في الشكل الصفاقي. هناك بعض الفحوصات التي تلقى اهتماما و تجارب لكي توصل إلى تشخيص المرض بشكل سريع و غير مؤذ، لكنها غير متوفرة حاليا بالمغرب. علاج داء السل يرتكز بالأساس على المضادات الحيوية و يكون التطور إيجابيا تحت العلاج الميكرو والمقنن.

كلمات مهمة داء السل الهضمي - تنظير جوف البطن - التنظير الباطني - التصوير بالأشعة - التشخيص - العلاج.

Résumé La tuberculose digestive constitue toujours un problème de santé publique au Maroc. L'objectif de notre étude est d'analyser les particularités épidémiologiques, cliniques, para cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de la tuberculose digestive au centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI de Marrakech. C'est une étude rétrospective étalée sur 7 ans incluant toutes les tuberculoses digestives admises au service d'hépatogastro-entérologie du CHU Mohammed VI de Marrakech. Le diagnostic a été posé sur des épreuves histologiques. En leur absence, il a été porté sur un faisceau d'arguments. Durant la période d'étude, 85 patients ont été inclus soit 2.1% de l'ensemble des hospitalisations au service. L'âge moyen a été de 38.3 ans (12-90 ans). Le sexe féminin représentait 61% des cas. Différentes formes de tuberculose abdominale sont relevées (forme péritonéale : 54 cas ; forme intestinale : 15 cas ; forme péritonéo-intestinale : 4 cas ; forme péritonéo-ganglionnaire : 2 cas ; forme intestino-ganglionnaire : 2 cas ; forme ganglionnaire profonde isolée : 6 cas ; forme hépatique : 2 cas). Le diagnostic de certitude s'est basé sur l'étude histologique des biopsies réalisées au cours de la laparoscopie ou de la laparotomie exploratrice, et per endoscopique. Le diagnostic de tuberculose digestive a été formel dans 42.3% (n=36), et de présomption dans 57.7% des cas (n=49). Un traitement antituberculeux a été instauré chez tous les patients. L'évolution a été favorable dans 94.1% des cas. Le tableau clinique de la tuberculose digestive est polymorphe, dominé par la forme péritonéale. La PCR, le dosage de l'activité de l'adénosine désaminase et le dosage de l'interféron gamma constituent d'autres moyens diagnostics et font l'objet de nombreux essais pour rendre le diagnostic de la tuberculose digestive facile et moins invasif. Le traitement repose sur les anti-bacillaires. L'évolution est généralement bonne sous traitement précoce et bien conduit.

Mots clés Tuberculose digestive – Laparoscopie – endoscopie – imagerie – diagnostic – traitement.

Abstract The digestive tuberculosis stills a public problem of health in Morocco. The aim of our study is to analyze the epidemiological, clinical, Para clinical, diagnostic, therapeutic and evolving specific of digestive tuberculosis in the hospital complex university Mohammed VI of Marrakech. It is a retrospective study over 7 years including all digestive tuberculosis admitted to the service of hepato-gastro-enterology of HCU Mohammed VI of Marrakech. The diagnosis was based on histology tests. In their absence, it was focused on a range of arguments. During the period of study, 85 patients were included what's mean 2.1% of the whole of the hospitalizations to the service. The average age was 38.3 years (12-90 years). The females accounted for 61% of cases. Different forms of abdominal tuberculosis are reported (peritoneal form: 54 cases; intestinal form: 15 cases; péritonéo-intestinal form: 4 cases; péritonéo-node form: 2 cases; intestino -node form: 2 cases; lymph node deep isolation form: 6 cases; liver form: 2 cases). The diagnosis of certainty was based on histological study of biopsies during the laparoscopy or laparotomy explorer, and per endoscopic. The diagnosis of digestive tuberculosis was formal in 42.3% (n = 36), and presumptive in 57.7% of cases (n = 49). The Antituberculosis treatment has been introduced for all patients. The clinical picture of digestive tuberculosis is polymorphic; it's dominated by the peritoneal form. The PCR, the determination of adenosine desaminase activity (ADA) and determination of interferon gamma are other ways to make the diagnosis of digestive tuberculosis easy and less invasive. The treatment is based on antituberculosis drugs. The evolution is generally good under early and subtle treatment.

Key words Digestive tuberculosis – Laparoscopy – endoscopy – imagery – diagnosis - treatment

Introduction

La tuberculose reste à nos jours un problème de santé publique dans les pays en voie de développement et notamment dans le Maroc. Les mouvements migratoires, l'utilisation de plus en plus fréquente de thérapeutiques immunosuppressives et l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) sont responsables de la recrudescence de la

tuberculose dans les pays industrialisés. La tuberculose digestive constitue l'une des localisations les plus communes de la tuberculose extra pulmonaire. L'objectif de notre étude est d'analyser les particularités épidémiologiques, cliniques, para cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de

la tuberculose digestive au centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI de Marrakech.

Patients et méthode

Durant une période s'étalant de janvier 2001 à décembre 2007, 85 observations de cas de tuberculose abdominale ont été colligées dans le Service de gastroentérologie de CHU Mohammed VI de Marrakech. Ces patients ont bénéficié d'un bilan biologique, d'un bilan radiologique et dans certains cas, une laparotomie exploratrice ou une laparoscopie ont été réalisées en vue d'une étude histologique. D'autres explorations ont été indiquées en fonction du contexte (biopsie ganglionnaire, ponction biopsie hépatique).

Résultats

85 observations ont été analysées : 52 femmes (61%) et 33 hommes (39%) (Sexe ratio : 1.6). La moyenne d'âge au moment du diagnostic était de 38.3 ans (extrême 12-90 ans). La tranche d'âge des 21-40 ans était la plus représentée (45.8%). 56% des patients étaient d'origine urbaine. Le niveau socio-économique de nos malades est souvent bas (75%). Cinq patients (5.9%) avaient des antécédents personnels tuberculeux, et un contage tuberculeux existait chez 15 autres patients (17.6%). Les données concernant le statut vaccinal des patients n'étaient pas précises dans 77.6%, Huit patients (9.4%) présentaient au moins un facteur d'immunodépression. Les localisations digestives de la tuberculose se répartissent comme suit : péritonéale : 54 cas (63.5%), intestinale : 15 cas (17.6%), péritonéo-intestinale : 4 cas (4.7%), péritonéo-ganglionnaire : 2 cas (2.3%), intestino-ganglionnaire : 2 cas (2.3%), ganglionnaire : 6 cas (7%), et hépatique : 2 cas (2.3%). Les circonstances de diagnostic étaient variables : classiques (ascite) ou trompeuses (tableau pseudochirurgical) ou encore inhabituelles (suppurations ano-périnéales). Le diagnostic a été retenu sur des arguments bactériologiques (isolement du BK) ou histologiques dans 42,3% des cas (n = 36), et des critères de présomption dans 57.7% des cas (n = 49).

Discussion

La localisation abdominale de la tuberculose constitue une manifestation insidieuse soulevant un certain nombre de problèmes diagnostiques difficiles à résoudre en raison de son expression clinique polymorphe et peu évocatrice, des aspects endoscopiques et radiologiques ne possédant nullement un caractère pathognomonique. Comme vu dans la présente série, la symptomatologie clinique ne revêt aucun caractère évocateur mais communément inclut une fièvre, une distension abdominale, des douleurs abdominales et parfois une masse abdominale. D'autres signes tels que les vomissements, les diarrhées et la

perte de poids sont souvent relevés. Cette atteinte abdominale est dominée par la forme péritonéale. En effet, celle-ci reste rare dans les pays industrialisés. Elle représente actuellement aux USA, 0,5% de nouveaux cas de tuberculose et 3,8% de tuberculose extra-pulmonaires [1]. Elle se voit dans 3,5% des tuberculoses pulmonaires. La situation est différente dans les pays en voie de développement. Elle représente 34% de l'ensemble des tuberculoses et 75% des tuberculoses abdominales au Maroc [2], 3% des tuberculoses hospitalisées en Arabie Saoudite [3] et 0,5 à 1% en Amérique Latine et en Asie [4]. Dans la présente série 54 cas /85, soit 63.5% sont des tuberculoses péritonéales. Le tableau clinique, habituellement rencontré dans notre série est celui d'une ascite fébrile (48 cas/85 soit 56.4%). Cette forme ascitique est retrouvée dans 80% des cas selon Bennani [2] et 52% des cas selon Etienne [4]. Le diagnostic de ces formes est relativement aisé grâce à la laparoscopie avec biopsie des granulations péritonéales. L'atteinte intestinale représente 17.6% dans cette série (15 cas/85), 13% selon Bennani [2]; Haj Khalifa [5] a recruté 22 cas sur 10 ans. Cette localisation occupe la deuxième place après l'atteinte péritonéale dans les localisations abdominales de la tuberculose [6]. Elle siège préférentiellement au niveau de l'angle iléo-caecal qui est touché dans 60 à 80% des cas [7]. Dans la localisation intestinale, ce sont les troubles du transit et la douleur abdominale qui dominent la série des signes fonctionnels, viennent ensuite la sub-occlusion, la découverte d'une masse abdominale. Les opacifications digestives (transit du grêle, lavement baryté) sont d'un grand apport diagnostique. Elles peuvent mettre en évidence des lésions souvent multiples, étagées, de sièges variables, plus fréquentes au niveau de la région iléo-caecale. Ces aspects consistent en une dilatation des anses intestinales, un épaississement des plis muqueux, des rétrécissements associés parfois à des trajets fistuleux, des ulcérations ou des aspects nodulaires. La rétraction du cæcum et le rétrécissement inférieur à 3 cm sont très évocateurs mais le risque de faux diagnostics positifs radiologiques est de l'ordre de 23% [6]. La coloscopie est plus sensible que la radiologie, cependant, elle reste limitée par les rétrécissements rendant difficile l'accès à l'iléon et par la rentabilité faible des biopsies en raison du siège sous muqueux du granulome caséifié [6]. Etablir le diagnostic de tuberculose intestinale est parfois ardu en l'absence de contexte évocateur de tuberculose, se discute une localisation lymphomateuse digestive, la maladie de Crohn [8]. Quant à la tuberculose hépatique (2 cas dans cette série, 26 cas/375 cas selon Bennani [2]), sa fréquence est probablement sous estimée du fait d'une biopsie hépatique non systématique dans cette

série. 3 formes anatomo-pathologiques sont habituellement décrites: la forme canaliculaire ou angiocholite tuberculeuse, le tuberculome hépatique ou tuberculose hépatique macronodulaire et enfin la forme micronodulaire. Quelle que soit la forme anatomo-pathologique, la tuberculose hépatique peut se traduire cliniquement par des douleurs de l'hypochondre droit et/ou une hépatomégalie lisse ou pseudo-tumorale et/ou une altération de l'état général et plus rarement un ictère. Les formes pseudo-tumorales de la tuberculose abdominale ont une fréquence difficile à évaluer. Elle serait de 5% selon certaines études [9], 7 cas/85 (8.2%) dans la présente série. Poser le diagnostic de tuberculose digestive est souvent difficile et c'est souvent sur la réunion de plusieurs arguments anamnétiques, cliniques, biologiques et souvent anatomo-pathologiques que ce diagnostic est retenu. Les réactions cutanées à la tuberculine ne sont pas d'un grand apport pour le diagnostic de tuberculose; elles n'ont été réalisées dans la présente série que chez 32 cas. Positives, elles ne sont pas forcément la preuve de la nature tuberculeuse de l'affection, négatives, elles ne permettent pas d'éliminer le diagnostic [5]. L'identification du BK dans le liquide d'ascite est souvent peu contributive car souvent négative. La recherche de BK à l'examen direct du liquide d'ascite est positive dans moins de 5% des cas [1]. La positivité de la culture du liquide en cas de tuberculose péritonéale est variable allant de 0 à 69% des cas avec un délai de culture de 4 à 6 semaines. Par ailleurs, la PCR constitue la technique de pointe pour le diagnostic de tuberculose surtout à culture négative avec une sensibilité de 40% et une spécificité de 80% [10]. La laparoscopie avec biopsie péritonéale dirigée constitue la méthode idéale en permettant de sélectionner le site de biopsie. Celle-ci reste indispensable malgré un aspect macroscopique évocateur (petites granulations de taille identique, de coloration blanche ou jaune pâle). Cette laparoscopie reste supérieure à la laparotomie et elle est recommandée comme investigation de première intention [8]. Vu la morbidité et la mortalité qu'elle engendre, la laparotomie exploratrice doit être évitée le plus que possible. La forte prévalence de la tuberculose chez les patients VIH positif est actuellement admise. Nous déplorons dans la présente série l'absence d'une pratique systématique de cette sérologie afin d'évaluer l'importance de cette association, ce qui invite à une étude prospective plus complète. Plusieurs schémas thérapeutiques ont été utilisés. Actuellement les régimes de courte durée sont les plus couramment appliqués car les régimes classiques longs et lourds s'accompagnaient d'un taux élevé d'échec, de rechute, d'abandon et d'effets secondaires. Le schéma thérapeutique préconisé actuellement au Maroc

est de 6 mois : 2RHZ/4RH. En cas de microscopie positive, ou de formes graves ou aiguës mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel (miliaire, tuberculose multifocale, terrain de déficience immunitaire) on associe 4 anti bacillaires SRHZ 6 jours sur 7, pendant 8 semaines, puis on associe 2 anti bacillaires RH pendant 7 mois pour les formes graves et 4 mois pour les formes à *Mycobacterium tuberculosis* positif. Quant à la corticothérapie utilisée de façon empirique, dans le but théorique d'une prévention des séquelles fibro-adhésives péritonéales, il n'existe aucune preuve objective confirmant son efficacité. Au contraire, selon une étude en double aveugle [11], il a été démontré que cette corticothérapie, non seulement s'avère inefficace mais qu'elle tendrait à retarder la disparition des granulations, voir à favoriser la constitution d'adhérences.

Conclusion

L'atteinte tuberculeuse abdominale constitue dans notre pays l'une des localisations les plus fréquemment observées après la tuberculose pulmonaire vue l'endémie de la tuberculose au Maroc. La nature tuberculeuse des lésions constatées ne peut être prouvée qu'histologiquement sur des prélèvements biopsiques effectués essentiellement lors des examens endoscopiques. Le traitement spécifique bien conduit amène la guérison dans la majorité des cas. Enfin, soulignons l'intérêt de la prévention, la lutte contre la tuberculose bovine, l'amélioration du niveau de vie des citoyens des pays en voie de développement, et le dépistage systématique autour des cas de tuberculose diagnostiqués.

Référence

- 1-Bhargava DK et al. Peritoneal tuberculosis : Laparoscopic patterns and its diagnosis accuracy. *Am J gastro-enterology* 1992;87:109-12.
- 2-Bennani H, Chahed Ouazzani H, Fadli F, Dafiri N, Benaissa A. La tuberculose abdominale à propos de 345 cas. *Sem Hop Paris* 1986;62,2251-7.
- 3-Al quorain AA, Facharzi, Satti MB, Al Freihi HM, Al Gindari YM, Al Awad N. Abdominal tuberculosis in Saudi Arabia : A clinicopathological study of 65 cases. *Am J Gastroenterology* 1993;89(1):75-9.
- 4-Etienne JP, Chaput JC, Jost B, Gueroult N. Les aspects actuels des péritonites tuberculeuses de l'adulte. *Nouv Press Med* 1974;2(6):371-4.
- 5-Hadj Khalifa H, Abkari A, Hachim J. La tuberculose intestinale chez l'enfant. Etude de 22 cas. *Ann Pediat* 1992;39(2):106-10.
- 6-Sebti MF, Balafrej A, Belkhatay S, Fethi KH, Essaid A. La tuberculose intestinale. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. 46e Congrès Français de Médecine, Marrakech 1987, Paris Masson.
- 7-Archane MI, Hamari A, Bouzaine M, HDA Ohayon V, Touloune F, Hach M. La tuberculose iléo-coecale. *Ann.Gastroenterol. hepatol* 1983;19:103-9.
- 8-Orlando R, Chiarion C, Figlioli GF. La laparoscopie est-elle encore utile dans l'évaluation des ascites. *Acta endoscopica* 1996;26(3):159-62.

9-Hamza M, Zakraoui L , Amara N, Jendi T , Tarzi H, Haddad S. Formes pseudo tumorales de la tuberculose péritonéale. Tunis Med 1985;63:349-52.

10-Smith KC , Starke JR. Detection of mycobacterium tuberculosis in clinical specimens from children using a polymerase chain reaction. Pediatrics 1996;97:155-60.

11-Bennani A, Chahed Ouazzani H, Fadli F, Benaissa A, Dafiri N. La corticothérapie a-t-elle sa place dans la prévention des séquelles fibroadhésives de la tuberculose péritonéale? Sem Hop Paris 1985;61:3029-32.