

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET PRISE EN CHARGE DE LA FORME AIGUE DE LA TUBERCULOSE PÉRITONÉALE AU BURKINA FASO

TRAORE S.S.¹, ZIDA M.¹, GOUMBRI O.M.²

1- Service de Chirurgie Générale Viscérale, CHU YO
2- Service d'Anatomo-Pathologie, CHU YO

Correspondance : Pr. Ag. TRAORÉ Si Simon, 10 BP 13360 Ouagadougou 10
E-mail : Sidolo_touba@yahoo.fr
Tél (00226) 70251303

RESUME

Contexte : La tuberculose est fréquente en Afrique et la forme aigue péritonéale n'est pas exceptionnelle.

Objectif : Analyser les aspects épidémiologiques et cliniques de la péritonite aigue tuberculose et proposer des meilleures prises en charge de cette affection dans le milieu burkinabé

Matériel et méthodes : Il s'est agi d'une étude rétrospective portant sur toutes les péritonites aiguës tuberculeuses opérées au CHU Yalgado Ouédraogo et le CHU Sanou Sourou entre le 1^{er} janvier 1998 et le 31 décembre 2003.

Pour chaque dossier les éléments suivants ont été pris en compte : l'état civil, les signes cliniques, protocole opératoire, résultats de l'examen anatomopathologique d'un nodule mésentérique, les suites post-opératoire immédiates. Au total, 21 dossiers ont été retenus

Résultats : Les auteurs rapportent 21 cas de péritonites aiguës tuberculose : 38% des 55 cas de péritonite primitive et 619 cas de péritonite aiguë généralisée.

Il notent que c'est une affection de l'adulte jeune (âge moyen 28 ans) et surtout de sexe féminin (100% des cas). Ils soulignent l'importance de certains facteurs favorisants tels que les conditions socio-économiques défavorables (21 cas), l'alcoolisme (11 cas), la corticothérapie au long cours (7 cas) et surtout la co-infection par le virus Hiv (21 cas). Le tableau clinique simule une péritonite d'origine typhique dans sa forme asthénique. La laparotomie exploratrice, associée à la biopsie d'un module mésentérique avec l'examen anatomopathologique ont permis de confirmer le diagnostic étiologique. Ils soulignent les inconvénients de cette laparotomie diagnostique sur un terrain particulier.

Conclusion : L'utilisation de la vidéo laparoscopie, d'instruction récente dans nos conditions de travail est importante pour éviter cette laparotomie non raisonnable et améliorer surtout les moyens de protection individuelle et collective en milieu chirurgical (la sérologie rétrovirale du patient n'étant pas toujours connue avant l'intervention).

La recherche de la séropositivité HIV doit être systématique dans toute péritonite tuberculose.

MOTS-CLÉS : ABDOMEN AIGU CHIRURGICAL, TUBERCULOSE PÉRITONÉALE, LAPAROSCOPIE

SUMMARY

Background : The tuberculosis is common in Africa and the acute peritonitis form is not exceptional.

Aims : To analyse the epidemiological and clinical aspects of acute peritonitis tuberculosis and suggest the best way of treatment of this ailment in Burkina.

Methodology : It is a retrospective study concerning all the acute peritonitis tuberculosis operated at the teaching hospital Yalgado Ouédraogo and the teaching hospital Sanou Sourou from January 1998 to December 2003. For every patient we have considered: the identity, the clinical symptom, the operating protocol, the histopathology, the period after operation. At least 21 cases were chosen.

Results : The authors report 21 cases of acute peritonitis tuberculosis: either 38 % of the primitive peritonitis and 3 % of the generalized acute peritonitis.

They note that it is an affection of the young adult (average age 28 years) and especially of female sex (100 % of the cases). They stress the importance of certain factors supporting such as the unfavourable socio-economic condition (21 cases), alcoholism (11 cases), the corticotherapy with the long course (7 cases) and especially the Co-infection by the virus HIV (21 cases). The clinical picture simulates an appendicular peritonitis or a peritonitis by typhic perforation in their asthenic form.

The exploring laparotomy, associated the biopsy of a mesenteric nodule and the examination histopathology made it possible to confirm the etiologic diagnostic. They underline the disadvantages of this diagnostic by laparotomy on a particular ground.

Conclusion : They insist on the use of the video-laparoscopy, of recent introduction under our working conditions to avoid this nonreasonable laparotomy and to especially improve the means of individual and collective protection in surgical medium (the HIV serology of the patient being always unknown before the intervention).

The research of seropositivity HIV must be systematic in any peritonitis tubercular patient.

KEY WORDS : ACUTE ABDOMEN SURGICAL, TUBERCULOSIS PERITONITIS, LAPAROSCOPY.

INTRODUCTION

La vaccination par le BCG, le traitement actif des tuberculoses de primo-infection ou viscéral aurait rendu rare la péritonite tuberculeuse surtout chez l'adolescent^{1,2,3}. Aujourd'hui, la maladie semble frapper l'adulte jeune entre 20 et 40 ans^{2,4}.

Il est classique de décrire des formes aiguës, subaiguës, et chroniques de la tuberculose péritonéale^{2,3}. Parmi les formes classiques de la péritonite tuberculeuse, la plus fréquemment rencontrée est la forme atypique, subaiguë ou chronique, dominée par l'ascite essentielle des jeunes filles. La forme fibroadhésive se traduisant par une réaction inflammatoire granulomateuse est rare. La forme caséuse avec développement de masse d'aspect tumoral infiltrant les mésos et l'épiploon est exceptionnelle.

La péritonite tuberculose, dans sa forme évolutive sur un mode aigu, rencontrée dans les circonstances d'urgence, peut prêter à confusion avec une urgence chirurgicale abdominale et indiquer une laparotomie non raisonnable^{2,3,5}. Nous proposons dans cette étude, d'analyser les aspects épidémiologiques et clinique de cette affection et de proposer une meilleure prise en charge dans le milieu burkinabé.

I- MATERIEL ET METHODES

Cette étude rétrospective a porté sur la forme aiguë de la tuberculose péritonéale au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo (CHUYO) et au Centre Hospitalier Universitaire Sanou sourou (CHUSS) de Bobo Dioulasso entre le 1^{er} janvier 1998 et le 31 décembre.

Pour chaque dossier nous avons noté : l'état civil les signes cliniques le protocole opératoire, les résultats de l'examen anatomopathologique d'un nodule mésentérique sans examen histologique ont été exclues de cette étude. Nous avons retenu 21 dossiers.

II- RESULTATS

En 6 ans, 619 péritonites aiguës généralisées dont 55 péritonites primitives ont été recensées au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo (CHYO) et au centre hospitalier universitaire Sanou Sourou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso. Parmi ces péritonites primitives, 21 étaient d'origine tuberculeuse. Ces tuberculoses péritonéales ont donc représenté et 38% des péritonites primitives et 3% des péritonites aiguës généralisées. L'âge moyen des patients était de 28 ans avec des extrêmes de 24 et 35

ans tous les patients étaient de sexe féminin. Elles étaient de condition socio-économique défavorable (commerçantes ambulantes vivant dans des conditions précaire). L'alcoolisme, une corticothérapie au long cours pour dermatose prurigineuse, et une infection génitale en cours de traitement ont été notées chez respectivement 11,7 et 8 patients.

Aucune notion de contag tuberculeux n'a été notée.

Des épisodes de douleurs abdominales, de fièvre et de sueurs surtout nocturnes ont été signalés dans les antécédents.

La durée moyenne d'évolution des troubles avant l'apparition de l'épisode aigu a été de 6 mois avec des extrêmes de 3 mois et 12 mois toutes ses patientes ont été reçues en urgence dans un tableau de péritonite aiguë généralisée fait de douleurs abdominales à début vives atroces, de vomissement abondants, alimentaires puis bilieux et d'un arrêt des matières et des gaz. La durée de cette symptomatologie aiguë a varié selon les patientes entre 6 heures et 12 heures.

L'examen clinique a mis en évidence une fièvre variant entre 38° 5 et 39°c accompagnée de sueurs profuses (21 cas), un amaigrissement non chiffre (21cas).

Une dermatose prurigineuse avec des lésions de grattage (7 cas), une langue propre (16 cas) ou saburrale (5 cas), des signes de déshydratation cutanée (21 cas), une défense de la paroi abdominale (21 cas). Les touchers pelviens ont été sans particularité. Sur le plan, para clinique, la radiographie de l'abdomen sans préparation prenant les coupes diaphragmatique et face a mise en évidence une aéro-ileïte diffuse, de petits niveaux hydro-aériques et une grisaille de l'abdomen. L'examen cyto bactériologique du liquide péritonéal réalisé dans 3 cas a révélé une lymphocytose comprise entre 80 et 90%. L'examen anatomopathologique d'un nodule mésentérique prélevé systématiquement en per opératoire a mis en évidence chez toutes les patientes des granulomes tuberculeux, des follicules tuberculeux des cellules géantes et, dans 8 cas le bacille de Koch.

L'hémogramme a révélé chez toutes les patientes une anémie avec un taux d'hémoglobine inférieure à 10g/dl et une leucocytose inférieure à 5000 globules blancs par mm³ avec une lymphocytose variant entre 75 et 85%. La sérologie HIV 1 et 2 pratiquée dans tous les cas a été positive. Toutes les patientes ont été opérées en urgence pour péritonite aiguë

généralisée après une réanimation qui a consisté en la mise en place d'une sonde nasogastrique d'aspiration, d'une sonde vésicale demeure, d'une voie veineuse périphérique, la correction des désordres hydro-électrolytiques (par perfusion de ringer lactate, sérum glucosé isotonique et du sérum salé isotonique) et de l'anémie (par transfusion sanguine iso groupe rhésus). Le délai de prise en charge, entre la consultation et l'intervention a varié de 6 heures à 12 heures. La laparotomie exploratrice a permis de noter un liquide péritonéal citrin (16 cas) et clair (5 cas) dont la quantité était comprise entre 250cc et 500cc. Le mésentère était le siège de multiples nodules, d'aspect blanchâtre et ferme friable à la pince. L'épiploon était hyperémie, parfois congestif, avec l'absence d'adhérence. Le nettoyage et le drainage de cavité péritonéale ont été systématiques. Huit cas de suppuration de paroi et 1 décès au 14^{ème} jour post-opératoire dans un tableau d'hyperthermie avec dyspnée ont été notés. Le séjour moyen dans le service de chirurgie viscérale a été de 19 jours avec des extrêmes de 14 et 23 jours. Après la cicatrisation complète de la plaie opératoire, les patientes ont été transférées dans un service spécialisé où une poly chimiothérapie anti-tuberculeuse a été instituée avec l'association RHZE (Rifampicine 150 mg, Isoniazide 75 mg, Pyrazinamide 400 mg, éthambutol 275 mg) à raison de 4 cp en prise unique par jour les 2 premiers mois puis une association EH (Ethambutol 400 mg et Isoniazide 150 mg) en raison de 2 cp par jour pendant 6 mois, soit au total 8 mois de traitement anti tuberculeux selon le protocole en vigueur au Burkina Faso. Les 20 patientes restantes ont été perdues de vue après le traitement antituberculeux.

Aucun traitement anti-rétroviral n'a été institué à cause de l'indigence des patients et du prix élevé des produits.

III- DISCUSSION

La forme aiguë de la tuberculose péritonéale n'est pas exceptionnelle dans nos urgences chirurgicales viscérales. Elle a représenté 38% des péritonites et primitives et 3 % des péritonites aiguës généralisées soit 21 cas en 6 ans. L'importance des péritonites tuberculeuses a déjà été soulignée par Thoreau et al⁶ à Paris, Sawadogo et al⁴ à Bobo-Dioulasso qui ont respectivement 27 cas en 9 ans et particulier. Toutes nos patientes étaient de conditions socio-économiques défavorables. Nos résultats sont identiques à ceux d'Etienne et al¹ et de Thoreau et al⁶ qui ont noté respectivement que 54 et 88,9% des patients de leur série étaient de

conditions socio-économiques défavorables. L'alcoolisme (11 cas), la corticothérapie au long cours (7 cas) notés dans notre série, sont des facteurs favorisants classiques de la péritonite tuberculeuse^{2,3,7}. Etienne et al¹ et Paolaggi et al⁷ ont observé respectivement un taux d'alcoolisme de 50% et 21%. La prédominance féminine est une donnée classique^{2,3,8} et notre série était constituée exclusivement de femmes. Les infections génitales basses chez les femmes jeunes, expliqueraient en partie la prédominance féminine. Toutes nos patientes étaient de sérologie HIV positive.

Le rôle de l'infection HIV, comme facteur favorisant ou aggravant la péritonite d'origine tuberculeuse a été soulignée par Thoreau et al⁶ et Sawadogo et al⁴ qui ont observé respectivement un taux de séropositivité de 14,8% et 79%. La recherche d'une séropositivité HIV devrait être systématique dans toute péritonite tuberculeuse⁵.

La forme aiguë de la tuberculose péritonéale simule dans nos conditions de travail, une péritonite aiguë généralisée d'origine appendiculaire ou perforation aléale d'origine typhique, dans leur forme asthénique. Cependant les caractères de la douleur (vive et intense), la fièvre et les sueurs nocturnes, une longue préparation, auraient dû inciter à multiplier les investigations sous couvert d'une réanimation.

L'échographie en urgence, la laparoscopie ou la vidéo-laparoscopie absente dans nos conditions de travail, auraient permis d'éviter la laparotomie exploratrice ou diagnostique pratiquée dans notre série.

L'échographie a permis à certains auteurs de suspecter la diagnostic par la présence de nodules mésentériques en plus de la lame d'ascite et d'instituer un traitement anti tuberculose d'épreuve⁹. La laparoscopie ou la vidéo-laparoscopie, que nous n'avons pu réaliser dans cette série aurait permis de confirmer le diagnostic par mise en évidence de lésions caractéristiques (nodules ou granulations de taille variable, blanchâtres, et uniformément repartis sur le péritoine pariétal et viscéral) de pratiquer la biopsie d'un nodule et le prélèvement du liquide d'ascite^{3,4,8}. La recherche de pathologies associées^{4,6,7} n'a pas été faite dans notre série à cause des moyens précaires de travail. Les conditions d'urgence n'ont pas permis la recherche d'une tuberculose pulmonaire associée dans cette série, mais elle aurait dû être systématique^{3,5}. Les conditions urgence et le tableau de péritonite aiguë généralisée, expliqueraient en partie l'absence de données

bactériologiques et immunologiques dans notre série. Ces examens représentés par le prélèvement du liquide péritonéal avec recherche de B.K, l'inoculation au cobaye, l'intradermoréaction à la tuberculine ont été réalisés par d'autres auteurs^{4,7,9}. L'amaigrissement, des lésions de grattage, la corticothérapie au long cours et l'infection à VIH, expliqueraient en partie les parties les suppurations de paroi et ce séjour moyen long de 19 jours en milieu chirurgical d'une part et d'autre part le report de la prise en charge du traitement anti-tuberculeux. Le traitement médical anti-tuberculeux serait suffisant pour guérir la péritonite tuberculeuse (éradiquer les foyers infectieux et tarir l'ascite)^{2,4}. La laparoscopie ou la vidéo-laparoscopie permettrait un diagnostic et un traitement médical précoce^{2,4}. La vidéo laparoscopie, d'introduction récente dans nos conditions de travail, devrait être systématique dans la prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux associées à des signes d'imprégnation tuberculeuse (amaigrissement, fièvre, sueurs nocturnes et longue propre). Une telle attitude éviterait la laparotomie et surtout permettrait d'améliorer les moyens de protection individuelle et collective en milieu chirurgical ; la sérologie rétrovirale du patient n'étant connue qu'après l'intervention.

CONCLUSION

La forme aiguë de la tuberculose péritonéale simule un abdomen chirurgical et occasionne une laparotomie non raisonnable. Elle frappe des adultes jeunes, de sexe féminin de préférence et de condition socio économique défavorable la laparoscopie ou la vidéo laparoscopie permet un diagnostic précoce et une prise en charge immédiate.

La recherche d'une séropositivité HIV doit être systématique devant toute péritonite tuberculeuse afin d'envisager les mesures de protection individuelle et collective.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Boukhier S, Ben Becher S, Bennour F. Tuberculose abdominale chez l'enfant: à propos de 10 cas. *Annales de Gastro-Entérologie et d'Hépatologie* 1998, 34, 5-6, 216-220.
2. Debray C H, Geffroy Y. Tuberculose péritoneale. In *Précis des maladies du tube digestif*. Masson 1977, 784-790.
3. Etienne J P, Chaput J C, Jost B, Gueroult N. *Les aspects actuels des péritonites tuberculeuses de l'adulte*. Nouvelles presses Médicales 1973, 2, 371.
4. Sawadogo A, Ilboudo P, Peghini M, Zoubga A. Tuberculose péritonéale et infection par le VIH. Réflexion à propos de 22 cas à l'hôpital national de Bobo-Dioulasso. *Bulletin de la Société de Patho Exo* 2001, 94, 4 296-299.
5. Hamid M, Willemin B. Forme aiguë de la Tuberculose péritonéale. Diagnostic différentiel avec un abdomen aigu. *Annales de Gastro Entérologie* 1996, 32, 4, 163-166.
6. Pailloggi S A. Tuberculose péritonéale : aspect actuels Intérêt de la laparoscopie et de la biopsie péritonéale. *Gazette Méd Fr* 1996, 74, 43-95.
7. Sawadogo A, Ilboudo P, Peghini M, Zoubga A. Tuberculose péritonéale et infection par le VIH. Réflexion à propos de 22 cas à l'hôpital national de Bobo-Dioulasso. *Bulletin de la Société de Patho Exo* 2001, 94, 4, 296-299.
8. Tagni Zukam D, Neossi Guena M, Mankam G. Apport de l'imagerie disponible au diagnostic de la tuberculose : à propos de 4 cas à Yaoundé. *Med Afr Noire* 2002, 49, 5, 225-229.
9. Thoreau N, Fain O, Babinet P, Lortholary O. Tuberculose péritonéale : 27 cas dans la banlieue Nord-Est. *International journal of tuberculosis and lung diseases* 2002, 6,3, 253-258.