

Analyse d'une série de 44 cas de tuberculose péritonéale diagnostiqués au laboratoire d'anatomie pathologique du CHU Tokoin de Lomé (1993-2014)

Analysis of a series of 44 cases of peritoneal tuberculosis diagnosed in the pathology laboratory of the Tokoin teaching hospital of Lomé (1993-2014)

T. Darré · M. Tchaou · L. Sonhaye · A.A. Patassi · K. Kanassoua · B. Tchangai · K. Amegbor · G. Napo-Koura

Reçu le 6 mai 2015 ; accepté le 1 septembre 2015
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2015

Résumé Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et transversale de tous les cas portant sur la tuberculose péritonéale histologiquement diagnostiquée dans le laboratoire d'anatomie pathologique (LAP) du CHU-Tokoin de Lomé de janvier 1993 à décembre 2014 (20 ans). Un total de 44 cas de tuberculose péritonéale a été recensé : 18 femmes et 26 hommes, de $37,6 \pm 0,2$ ans en moyenne. Les circonstances de découverte ont été dominées par l'ascite (84,1 %), la fièvre (75 %), l'amaigrissement (63,6 %) et les douleurs abdominales (59,1 %). L'atteinte péritonéale a été isolée dans 31,8 % des cas et associée à une tuberculose pleuropulmonaire dans 54,5 % des cas. Une co-infection par le VIH était présente dans 63,9 % des cas. Vingt-cinq patients (69,4 %) pour lesquels nous disposons d'informations sur leur condition sociale avaient un niveau socio-économique faible : chômeurs (10 cas ; 40 %), ouvriers (10 cas ; 40 %) et retraités (5 cas ; 20 %). Une augmentation du taux de lymphocytes dans le liquide d'ascite a été notée dans 94,6 % des cas. L'histologie a mis en évidence une nécrose caséuse isolée chez 6 patients (13,6 %) et associée à des granulomes épithélioïdes giganto-cellulaires chez 38 patients (86,4 %). La tuberculose péritonéale n'est pas exceptionnelle dans

notre pays. Le diagnostic doit être évoqué devant une ascite fébrile, et confirmé par la laparoscopie avec prélèvements pour un diagnostic histologique.

Mots clés Tuberculose péritonéale · Ascite · Granulome inflammatoire · Nécrose caséuse · Hôpital · Lomé · Togo · Afrique intertropicale

Abstract It is a descriptive and cross-sectional study on all issues relating to peritoneal tuberculosis histological diagnosed in the pathology department (LAP) of the Lomé Tokoin CHU from January 1993 to December 2014 (20 years). A total of 44 cases of peritoneal tuberculosis were included. They were 18 women and 26 men, with a mean age of 37.6 ± 0.2 years. The circumstances of discovery were dominated by ascites (84.1%), fever (75%), weight loss (63.6%) and abdominal pain (59.1%). The peritoneal involvement was isolated in 31.8% of cases, and associated with pleuropulmonary tuberculosis in 54.5% of cases. Co-infection with HIV was present in 63.9% of cases. Twenty-five patients (69.4%) with information about their social conditions had low socio-economic level: unemployed (10 cases; 40%), workers (10 cases; 40%) and retired (5 cases; 20%). An increase in cell count was observed in 94.6% of cases. Histology revealed the epithelial giant cell granuloma associated with caseous necrosis in 38 cases (86.4%) and cheesy isolated in 6 patients. Peritoneal tuberculosis is not exceptional in our country. The diagnosis should be considered in febrile ascites, and will be confirmed by laparoscopy with histological samples for a histological diagnosis.

T. Darré (✉) · K. Amegbor · G. Napo-Koura
Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques,
CHU Tokoin, Lomé, Togo
e-mail : paolodarre@yahoo.fr

M. Tchaou · L. Sonhaye
Service d'imagerie,
CHU Campus et Tokoin, Lomé, Togo

A.A. Patassi
Service des maladies infectieuses, Tokoin, Lomé, Togo

K. Kanassoua · B. Tchangai
Services de chirurgie viscérale,
CHU Tokoin, Lomé, Togo

Keywords Peritoneal tuberculosis · Ascites · Inflammatory granuloma · Caseating · Hospital · Lomé · Togo · Sub-Saharan Africa

Introduction

La tuberculose constitue un véritable problème de santé publique en Afrique et notamment au Togo, malgré les progrès diagnostiques et thérapeutiques [1]. Si la tuberculose péritonéale reste le premier diagnostic à évoquer devant une ascite exsudative dans les zones d'endémie, ce diagnostic est assez rare dans les pays développés et ce d'autant plus en l'absence d'immunodéficience [2]. L'infection par le VIH 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 % [6]. La tuberculose péritonéale représente 0,1 à 4 % de l'ensemble des localisations de la maladie tuberculeuse [1,10]. L'objectif de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques et diagnostiques de la tuberculose péritonéale diagnostiquée au laboratoire d'anatomie pathologique du CHU Tokoin de Lomé.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive sur tous les dossiers (registres et comptes rendus d'examen) portant sur la tuberculose péritonéale histologiquement diagnostiquée au LAP du CHU-Tokoin de Lomé de janvier 1993 à décembre 2014 soit une période de 20 ans. Au cours de cette période, les prélèvements péritonéaux ont été répertoriés dans le registre du laboratoire d'anatomopathologie, préparés en coupes fines incluses en paraffine (56-60°C) puis colorés à l'hématéine éosine. Les résultats et comptes rendus d'examen de tous les cas colligés à partir des registres avaient fait l'objet d'une collecte à l'aide d'une fiche préétablie.

Résultats

Quarante-quatre cas ont été diagnostiqués dans le laboratoire d'anatomie pathologique : 18 femmes (40,9 %) et 26 hommes (59,1 %), soit un sex-ratio (M/F) de 1,4. Pendant cette même période d'étude, 607 tuberculoses extrapulmonaires ont été diagnostiquées dans le dit laboratoire, soit une proportion de 7,2 %. Ces six cent sept cas étaient observés chez 372 femmes et 235 hommes, à un âge moyen de $41,7 \pm 0,4$.

L'âge moyen des patients de tuberculose péritonéale était de $37,6 \pm 0,2$ ans (extrêmes 1-82 ans). La classe d'âge de 30-34 ans était la plus représentée (28 cas ; 63,6 %). Dix patients avaient des antécédents de tuberculose traitée : ganglionnaire (n=5) et pleurale (n=5) ; et un contage tuberculeux était retrouvé chez 6 autres patients.

L'intradermoréaction à la tuberculine, effectuée chez 18 patients était positive (≥ 10 mm) dans 12 cas, et phlycténulaire dans 3 cas. Chez tous les patients, soit 100% des cas,

un facteur d'immunodépression a été recherché. Trente-six patients (81,8 %) présentaient au moins un facteur d'immunodépression : une infection par le VIH était connue chez 23 patients (63,9 %) ; 7 patients (19,4 %) étaient éthyliques chroniques dont trois cirrhotiques et six étaient diabétiques (16,7 %). Les sept patients éthyliques et deux patients diabétiques étaient aussi infectés par le VIH. Vingt-cinq patients (69,4 %) pour lesquels nous disposons d'informations concernant leur condition sociale font partie des catégories sociales ayant un niveau socio-économique faible : chômeurs (10 cas ; 40 %), ouvriers (10 cas ; 40 %) et retraités (5 cas ; 20 %). Les circonstances de découverte étaient dominées par l'ascite (84,1 %), la fièvre (75 %), l'amaigrissement (63,6 %) et les douleurs abdominales (59,1 %) (Tableau 1). Des localisations tuberculeuses extrapéritonéales associées étaient retrouvées chez 30 patients (68,2 %) dominées par la localisation pleuro-pulmonaire (n=24) (Tableau 2). 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 94,6 % des cas avec un taux moyen d'albumine de 64,9 g/l (extrêmes : 9-69 g/l). Une augmentation du taux de lymphocytes a été notée dans 94,6 % des cas avec un taux moyen de 902/mm². L'aspect macroscopique des prélèvements était évocateur du diagnostic de tuberculose péritonéale dans 14 cas (31,8 %).

Tableau 1 Circonstances de découverte / *Circumstances and discovery.*

Symptomatologie	Nombre de cas (n)	Pourcentage (%)
Ascite	37	84,1
Fièvre	33	75,0
Amaigrissement	28	63,3
Douleur abdominale	26	59,1
Diarrhée	12	27,3
Masse abdominale	7	15,9

Tableau 2 Autres localisations associées / *Other associated locations.*

Autres localisations	Nombre de cas (n)	Pourcentage (%)
Pleurale	16	53,3
Pulmonaire	8	26,7
Hépatique	3	10,0
Génitale	2	6,7
Urinaire	1	3,3
Total	30	100

Des prélèvements ont été réalisés au niveau du péritoine chez tous les patients. L'histologie a mis en évidence une nécrose caséuse isolée chez 6 patients (13,6 %) et associée à des granulomes épithélioïdes giganto-cellulaires chez 38 patients (86,4 %). La radiographie thoracique pratiquée chez tous les patients était anormale chez 23 patients (52,3 %) avec chez 21 patients une pleurésie. L'échographie abdominale réalisée chez 29 patients (65,9 %) a mis en évidence un épanchement péritonéal dans 22 cas (75,7 %), avec ascite cloisonnée dans 5 cas et des adénopathies abdominales dans 2 cas.

Discussion

Notre travail est une étude rétrospective portant sur les cas de tuberculose péritonéale histologiquement confirmés par le laboratoire d'anatomie pathologique du CHU de Lomé, sur une période de 20 ans. Notre étude a rassemblé tous les cas histologiquement diagnostiqués dans l'unique laboratoire d'anatomie pathologique du Togo. Beaucoup de cas nous ont échappé; s'agissant des patients qui préfèrent s'adresser aux guérisseurs traditionnels, ou qui consultent tardivement les centres de santé dans lesquels les prélèvements pour examen histologique ne sont pas effectués.

En plus, d'autres limites sont avérées dans cette étude rétrospective : l'absence de certaines données démographiques, les données microbiologiques, les taux d'adénosine désaminase dans le liquide pleural étaient entre autres des données que nous avons renoncé à exploiter du fait d'une trop faible exhaustivité.

L'incidence annuelle de la tuberculose péritonéale est estimée entre 1 000 et 3 000 cas pour 100 000 habitants en Afrique contre 19 à 20 cas pour 100 000 habitants en France [9,4]. La tuberculose péritonéale représente 7,2 % des tuberculoses extrapulmonaires ; elle est la forme la plus fréquente des tuberculoses abdominales selon la littérature [5]. Dans les pays en voie de développement, l'étiologie tuberculeuse reste la première cause des ascites [5]. La triade ascite, douleurs abdominales et fièvre est une présentation classique des tuberculoses péritonéales, présente dans 70 % des cas [9]. Nos patients sont jeunes et de condition socio-économique précaire, ce qui est en accord avec les données de la littérature [2,10]. Contrairement aux données classiques, notre étude a noté une prédominance du sexe masculin [16]. En effet, classiquement, la tuberculose péritonéale était l'apanage de la femme jeune. Mais l'infection par le VIH vient modifier cette tendance, car les deux sexes, sans distinction, sont concernés par ce fléau et sont exposés aux mêmes risques [16]. L'essentiel de l'expression clinique est constitué par un tableau d'ascite isolée et fébrile. Ces deux signes sont également constants dans la série de Bel Kahla à des taux respectifs de 83 et de 65 %

[3]. En raison de l'infection par le VIH, la fièvre, quoiqu'elle puisse prendre tous les aspects, a tendance à être prolongée, supérieure à 38,5 °C. Le retentissement sur l'état général est également fréquent en rapport surtout avec la diarrhée qui est associée dans 27,3 % cas [8]. Les polyadénopathies ont été notées dans 30 à 70 % des cas par d'autres auteurs [3,8]. 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. La positivité de l'intradermoréaction à la tuberculine n'est aucunement spécifique d'une tuberculose active, mais témoigne simplement d'une sensibilisation par contact préalable avec le bacille de Koch. De surcroît, le test à 10 unités n'est pas très sensible, 15 à 60 % dans l'alittérature [14]. 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 ; chez nos patients, le liquide d'ascite était lymphocytaire dans 95 % des cas [15]. Une particularité chez le cirrhotique est que le liquide d'ascite peut être transudatif et paucicellulaire rendant le diagnostic de tuberculose péritonéale difficile [15]. L'échographie et la tomodensitométrie pourraient donner des images relativement en faveur de l'étiologie tuberculeuse plutôt que carcinomateuse : faible densité de l'épanchement liquidien, absence de macro nodule péritonéal hétérogène, respect des coupes diaphragmatiques, adénomégalie mésentérique à centre hypodense. Ces éléments distinctifs d'imagerie n'ont qu'une faible valeur d'orientation [11,12]. 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 [9]. Ces granulations sont observées dans 87 à 100 % des cas (80 % dans notre série). Seule la biopsie dirigée permettra de confirmer le diagnostic (86 à 100 % des cas) [13]. L'examen anatomopathologique confirme le diagnostic lorsqu'il existe un granulome tuberculoïde ou giganto-cellulaire associé à une nécrose caséuse ou lorsque le bacille de Koch est retrouvé sur les coupes histologiques [13]. Le granulome giganto-cellulaire isolé est non spécifique puisqu'il peut être observé dans des syndromes aussi divers que le corps étranger, la sarcoïdose et les connectivites [7]. Dans notre série, le diagnostic a été confirmé histologiquement dans 100 % des cas. Des localisations extrapéritonéales peuvent être associées. Les plus fréquentes sont représentées par la tuberculose pleuropulmonaire : 24,6 à 42 % des cas ; ces localisations sont retrouvées dans 23,2 % des cas de nos patients [5].

Conclusion

La tuberculose péritonéale est encore relativement fréquente dans notre pays malgré l'efficacité du traitement et la vaccination. Elle atteint l'adulte jeune avec une discrète prédominance masculine dans notre série. Elle doit être évoquée devant toute ascite fébrile, lymphocytaire et exsudative surtout chez les personnes infectées par le VIH ; le diagnostic est basé surtout sur des biopsies péritonéales obtenues pendant la laparoscopie.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

Références

1. Amouri A, Boudabbous M, Mnif L, Tahri N. (2009) Profil actuel de la tuberculose péritonéale: étude d'une série tunisienne de 42 cas et revue de la littérature. *Rev Méd Interne* 30(3):215–20
2. Ayegnon KG, Kouadio KG, Kouadio LN, et al (2006) Péritonite aiguë tuberculeuse au cours de l'infection par le VIH. Étude de 4 cas à Abidjan, Côte-d'Ivoire. *Bull Soc Pathol Exot.* 99(3):177–9 [<http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/T99-3-2797-3p.pdf>]
3. Bel Kahla N, Najja N, Maamouri N, et al (2010). La tuberculose péritonéale à propos de 43 observations. *La Tunisie Médicale* 88 (04): 257–60.
4. Beyrouiti MI, Beyrouiti R, Amer MB, et al (2005) La tuberculose encapsulante d'origine tuberculeuse. A Propos de 18 cas. *La Tunisie Médicale* 83: 694–9
5. Blanie M, Pellegrin JL, Maugein J (2005) Apport de la PCR dans le diagnostic des tuberculoses extrapulmonaires. *Méd Mal Infect* 35(1) :17–22
6. Bouglouga O, Bagny A, Djibril MA, et al (2011) La tuberculose péritonéale et infection par le VIH chez les adultes: 32 cas à Lomé (Togo). *Méd Trop* 71(6):625–6
7. Chow KM, Chow VC, Szeto CC (2003) Indication for peritoneal biopsy in tuberculous peritonitis. *Am J Surg* 185(6):567–73
8. Dembélé M, Maïga MY, Minta DK. (2003) Tuberculose péritonéale dans un service de médecine interne en milieu tropical, Bamako, Mali: aspects clinique, biologique et laparoscopique Bamako - Mali. *Acta Endoscopica* 33(4):561–4
9. El Abkari M, Benajah DA, Aqodad N, et al (2006). Peritoneal tuberculosis in the Fes University Hospital (Morocco). Report of 123 cases. *Gastroenterol Clin Biol* 30(3):377–81
10. Kharrat J, Gargouri D, Ouakaa A (2003) Aspects laparoscopiques de la tuberculose péritonéale. À propos de 163 cas. *La Tunisie Médicale* 81: 558–62.
11. Malick A, Saxena NC (2003) Ultrasound in abdominal tuberculosis *Abdom Imaging* 28(4):574–9
12. Pereira JM, Madureira AJ, Vieira A, Ramos I (2005) Abdominal tuberculosis: imaging features. *Eur J Radiol* 55(2):173–80
13. Sawadogo A, Ilboudo P, Ki-Zerbo GA, et al (2001) Tuberculose péritonéale et infection par le VIH. Réflexion à propos de 22 cas à l'hôpital national de Bobo-Dioulasso. *Bull Soc Pathol Exot* 94 (4):296–9 [<http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/T94-4-2230.pdf>]
14. Singhal A, Gulati A, Frizell R, Manning AP (2005) Abdominal tuberculosis in Bradford, UK: 1992–2002. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 17(9): 967–71
15. Sotoudehmanesh R, Shirazian N, Asgari AA, Malekzadeh R (2003) Tuberculous peritonitis in an endemic area. *Dig Liver Dis* 35(1):37–40
16. Thoreau N, Fain O, Babinet P, et al (2002) Tuberculose péritonéale: 27 cas dans la banlieue nord-est de Paris. *Int J Tuberc Lung Dis* 6(3):253–8