

Tuberculose Intestinale et péritonéale

Dr Djezar Siham
Médecine Interne

PLAN :

- I- Introduction
- II -L'agent causal
- II-Groupe à risque
- III- Epidémiologie
- IV- Tuberculose intestinale
- IIV-Tuberculose péritonéale
- IX-Conclusion

I-Introduction – intérêt

- La tuberculose (TB) : maladie infectieuse contagieuse
transmission interhumaine (voie aérienne)
- Pathologie fréquente (1/3 de la population mondiale)
- Plus de deux millions de décès par an (dans le monde)
- Forme pulmonaire est prédominante
- La tuberculose abdominale = 10 % des TEP
- concerne surtout le péritoine et l'intestin
- l'adulte : 35 et 45 ans, sans prédominance de sexe
- En Algérie : recrudescence de la forme extra-pulmonaire

TB pulmonaire (75%)

TB extra-pulmonaire (25%)

TB ganglionnaire	30 – 60 %
TB pleurale	
TB ostéo-articulaire	10 – 15 %
TB uro-génitale	4.5 – 27.5
TB SNC	
TB abdominale	10 %

Péritonéale +++

Intestinale

foie , rate , pancréas...
miliaire +

II -L'agent causal

- Mycobacterium : tuberculosis +++
 - : bovis
 - : avium
- 1882 : Heinrich Hermann Robert Koch a mis en évidence le lien existant entre la TB humaine et l'agent pathogène *M. tuberculosis* (Bacille de Koch) .
- bactérie aérobie stricte, à multiplication lente
- paroi très riche en lipides : Bacilles Acido-Alcool-Résistants ou **BAAR**

L'agent causal - Test diagnostic

l'intradermo - réaction a la tuberculine (IDR) : test de Mantoux

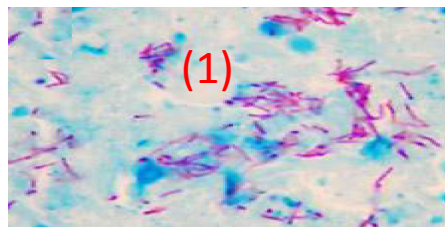
- réaction cutanée d'hypersensibilité retardée après injection intradermique de la tuberculine (antigènes mycobactériens).
- réaction = immunité à médiation cellulaire vis-à-vis des mycobactéries
(vaccination BCG, contact BK)
- diagnostique : la TB active , la TB latente.
- positif >10 mm



L'agent causal - Test diagnostic

l'examen direct (microscopie) :

- Sur : Expectations , tubages gastriques (sécrétions bronchiques dégluties), aspirations bronchiques.
- localisation extra-pulmonaire : les prélèvements (biopsie) en fonction de la localisation
- Deux méthodes de coloration des frottis : la coloration de Ziehl-Neelsen **(1)** , ou la coloration à l'auramine (fluorochrome) **(2)**.
- détecter la présence des bacilles acido-alcool^o résistants (BAAR)



L'agent causal - Test diagnostic

LA CULTURE :

- plus sensible que la microscopie.
- Sa sensibilité varie de 80% à 85%
- milieu de culture enrichi solide (milieu de Löwenstein-Jensen ou milieu de Colectos)
- résultats dans 4 à 8 semaines
- milieu liquide : résultat plus rapidement (15 jours).

L'agent causal - Test diagnostic

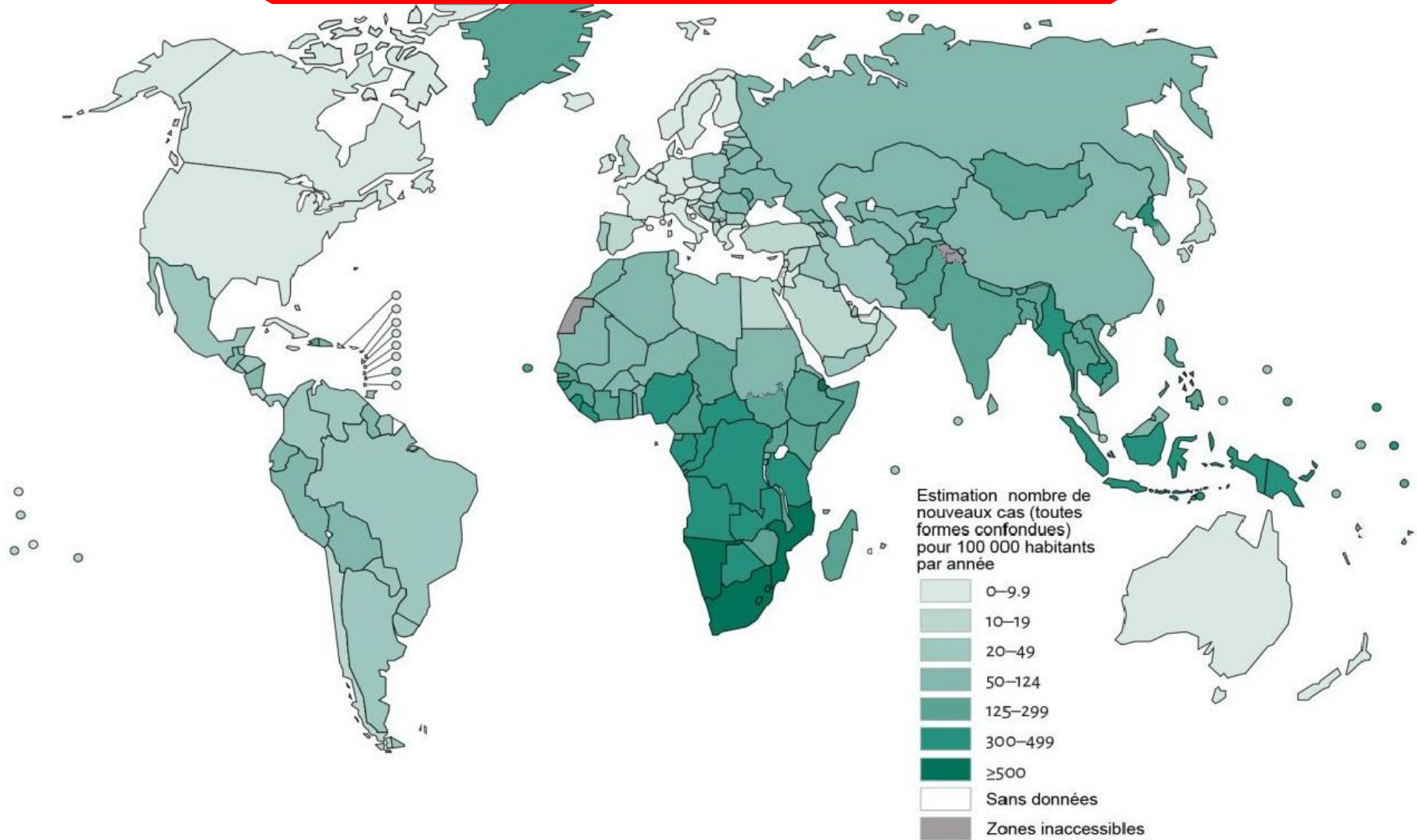
AUTRES TESTS :

- **QuantiFERON-TB** : consiste à évaluer la réponse immunitaire de l'organisme contre la TB en mesurant dans le sang la production d'une molécule de défense (interferon gamma) par les leucocytes exposés à des antigènes de la tuberculose.
- **PCR (Polymerase Chain Reaction)** : l'ADN des mycobactéries

Groupe à risque

- Migrants (venant d'un pays à forte endémie)
- Personnes SDF
- Patients infectés HIV
- Patients alcooliques
- Patients carcérales

Épidémiologie

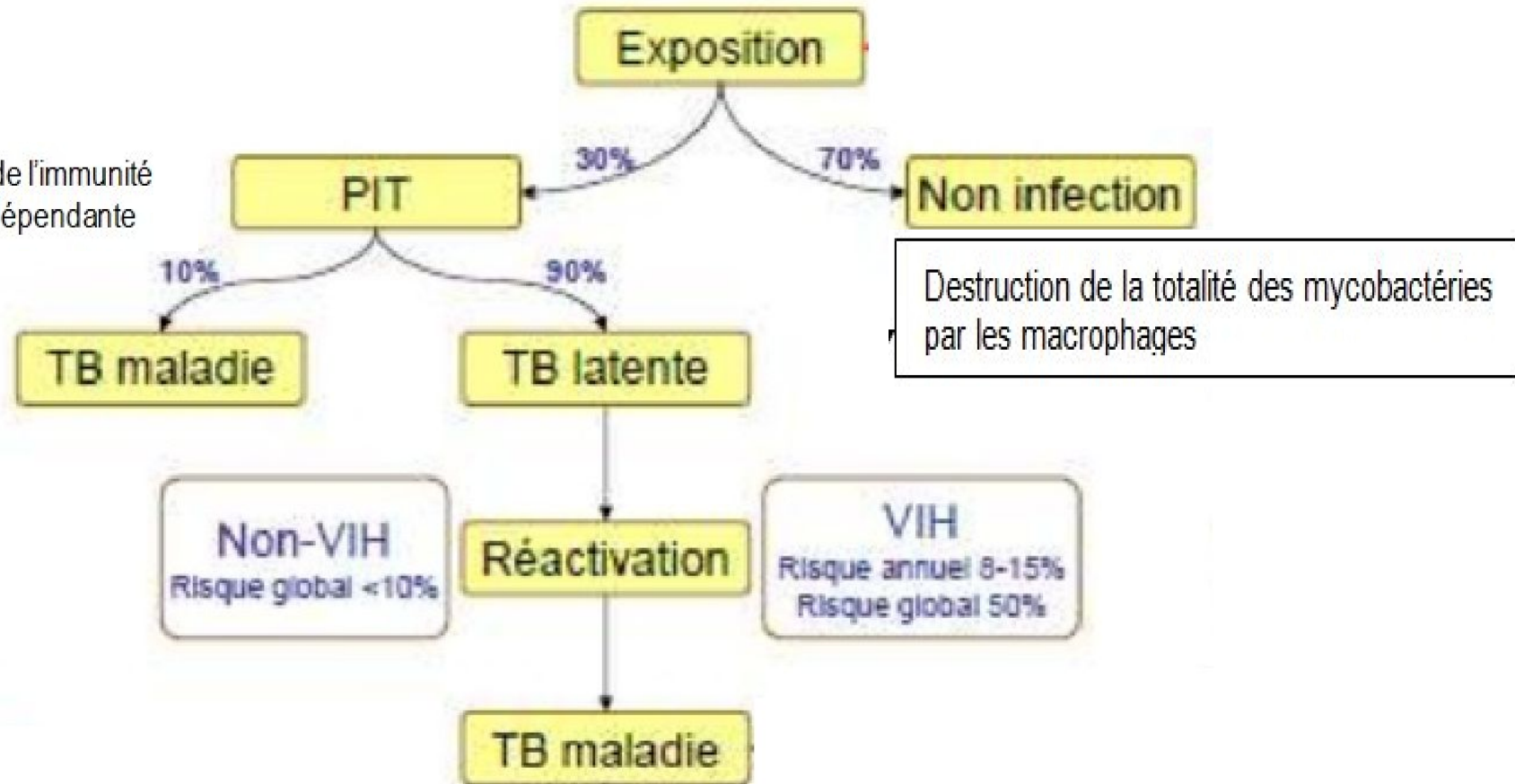


Incidence de la TB dans le monde en 2014

Incidence estimée en nombre de nouveaux cas par 100000 habitants par année

Physiopathologie

Expression de l'immunité
cellulaire T dépendante



IV -Tuberculose intestinale

- localisation du bacille de Kock (BK) au niveau de l'intestin responsable de processus inflammatoire.
- peut intéresser toutes les portions du tube digestif
- la région iléo-cæcale : siège préférentiel

richesse en tissu lymphatique (plaque de peyer) , la stase physiologique , la réduction de l'activité digestive

Tuberculose intestinale

Etio-pathogénie

mode de contamination

- **Primitive : 60-70%**: sujet indemne de TBC
 - M.Tuberculosis (BK): aliments souillés
 - M.Bovis : lait non pasteurisé
- **secondaire:**
 - Voie digestive : BK ingérés ;
 - Voie hématogène : miliaire tuberculeuse;
 - Voie lymphatique : tuberculose ganglionnaire;
 - Voie biliaire : bile riche en BK.

Tuberculose intestinale

Anatomopathologie

Macroscopie

Siège: la région **iléo-cæcale** +++

Aspects: 3 formes :

- forme hypertrophique
- forme ulcéreuse
- forme ulcéro-hypertrophique



MICROSCOPIE

Lésion spécifique caractéristique : le granulome tuberculoïde qui semble prendre naissance dans la muqueuse ou dans les plaques de Peyer;

- **couronne lymphocytaire en périphérie**: cellules épithélioïdes , parsemé de cellules géantes de Langhans.

- **La nécrose caséuse** au centre du granulome : valeur Dc +++ , mais elle n'est **ni constante ni spécifique**;

Au fil du temps, **la fibrose** apparaît, puis s'étendant de la sous-muqueuse à la musculieuse.



Tuberculose intestinale

Manifestations cliniques

TDD : Tuberculose iléo-cæcale non compliquée

Clinique :

- **Interrogatoire** : vaccination BCG, le contage tuberculeux, déficit immunitaire
- **Signes généraux** : anorexie, amaigrissement, asthénie, fièvre, sueurs nocturnes
- **Signes fonctionnels** : douleurs abdominales (FID) , nausées, vomissements;

Troubles de transit , Syndrome de Koenig (sténose).

- **Signes physiques** : Examen normal dans 2/3 des cas
Masse ferme, sensible, mal limitée (FID)
ascite associée
Examen lympho-ganglionnaire systématique

Tuberculose intestinale

Bilan Biologique

bilan standard (retentissement) : anémie NN , VS accéléré , hypoalbuminémie

IDR : positive dans 30 % (négative n'exclut pas le diagnostic)

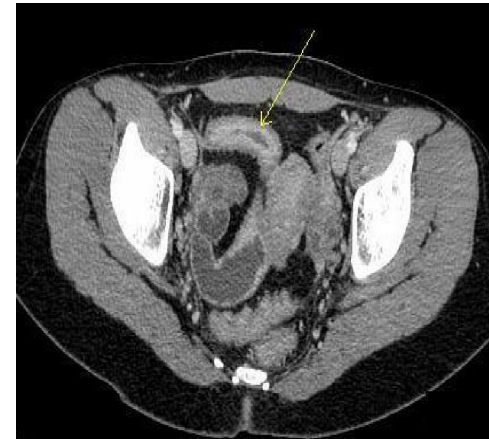
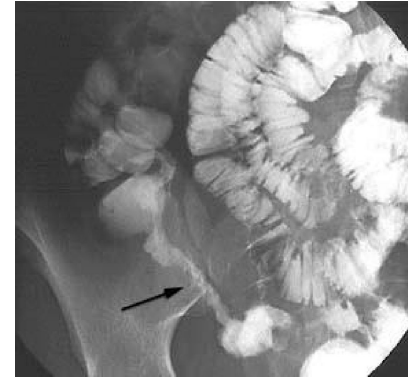
Recherche de BK : aspiration gastrique , biopsie (ex direct , culture, PCR)

inutile dans les selles

Tuberculose intestinale

Bilan radiologique

- **Téléthorax** : atteinte pleuro-pulmonaire ancienne ou évolutive.
- **ASP** : des calcifications ganglionnaires mésentériques,
- **Transit du grêle**: nodule de Marina Fiol , Epaississement du plissement caecal et iléal , Rétraction caecale.
- **Échographie TDM AP** : épaississement iléo-caecal , sténose , ADP
- **Iléocoloscopie** : Ulcérations , rétraction caecale , aspect polypoïde , sténose , réalisation des biopsie (histologique + bactériologique)



Tuberculose intestinale

Formes cliniques

- Les formes topographiques :

- TBC duodénale
- TBC appendiculaire :
- TBC rectale
- TBC anale : ex histologique de (fissure, fistule) réséqués chirurgicalement

- Les formes compliquées :

- Occlusion intestinale : +fréquente
- Hémorragie
- Perforation
- Malabsorption

Tuberculose intestinale

Diagnostic différentiel

- Maladie de Crohn (iléo-caecale) : deux pathologie du sujet jeune , diagnostic différentiel le plus difficile (même histologique)
- Cancer colique : biopsie percoloscopie permet un diagnostic histologique

Autre :

- Lymphome iléo-caecale
- Amoebome
- Colite ischémique
- Appendicite pseudo-tumorale
- Sarcoïdose colique

Tuberculose intestinale

Diagnostic positif

- **Anamnèse** : contage tuberculeux , terrain immunodéprimé.
- **Clinique** : signes digestifs , signes généraux.
- **Biologique** : IDR à la tuberculine (+).
- **Radiologique** : aspect des lésions.
- **Endoscopie (+ biopsies)** : étude histo et bactério et la PCR.
- **Laparotomie exploratrice.**
- pays de forte prévalence: **test thérapeutique**

Tuberculose intestinale

Traitement

Buts :

Sur le plan individuel :

- stérilisation des lésions tuberculeuses.
- prévenir et traiter des sténoses fibreuses cicatricielles.

Sur le plan collectif : stérilisation des sources d'infection.

Moyens :

1^{ère} ligne: **2RHZE/ 4RH** pendant 6 mois.

Traitement adjuvant: **corticoïde** 0,5mg /kg/j (controversé)

Découverte

SM + PAS

1944

INH

1952

24 mois

PAS \leftrightarrow EMB

ETH

1957

1960

18 mois

RIF

1967

9 mois

PZA

1980

6 mois

Temps de traitement

Tuberculose intestinale

Traitement

- Le traitement chirurgical est indiquée en cas de :
 - Complications révélatrices : perforation, occlusion
 - Diagnostic incertain après des explorations approfondies
 - Sténose symptomatique après stérilisation de l'infection
- Résection segmentaire
- En cas de doute diagnostic (ADK) : hémicoloectomie droite

V-Tuberculose Péritonéale

- Infection de la séreuse péritonéale par le bacille tuberculeux.
- Représente 3,7 % des formes extra-pulmonaires
- Elle reste la forme abdominale la plus fréquente.
- âge moyen : 35 –45 ans.
- Sex-ratio = 1.

Tuberculose Péritonéale

Étio-pathogénie

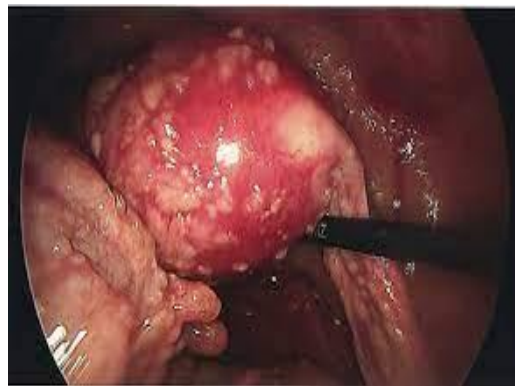
- rupture d'un ganglion mésentérique infecté
- à partir des lésions des organes avoisinants (génitale, intestinale)
- Concomitante avec une miliaire TB.

Tuberculose Péritonéale

Anapathologie

Macroscopie :

- **formes granuliques**: granulations jaunâtres ou blanchâtres de 0,5 à 2 mm de diamètre de taille, uniformément réparties sur le péritoine ; sur le foie, la rate, l'intestin grêle, le diaphragme et les annexes ; elles peuvent se calcifier ; ou devenir volumineuses.
- **formes ascitiques** : l'épanchement liquidien s'associe à une granulation miliaire.



- **formes ulcéro-caséuses** : présence de tubercules de taille variable.
- **formes fibro-adhésives** : la fibrose envahit les granulations avec formation de brides et de lames de fibrose qui étranglent l'intestin.



Tuberculose Péritonéale

Clinique

TDD : ascite essentielle

Début progressif et insidieux :

-Interrogatoire : vaccination BCG, le contage tuberculeux, déficit immunitaire

- Signes généraux : anorexie , amaigrissement, asthénie, fièvre, sueurs nocturnes.

-Signes fonctionnels : augmentation du volume abdominal ,douleurs abdominales , nausées, vomissements; troubles de transit ,
aménorrhée

-Signes physiques : ascite (moyenne , grande abondance)
examen lymphoggaire

Tuberculose Péritonéale

Biologie

Ponction d'ascite exploratrice:

- **Aspect macroscopique** : souvent citrin.
- **étude biochimique** : Protéines >25 g/l (ascite exsudative)
- **étude cytologique**: Prédominance lymphocytaire.
- **CA125** : élevés , chute rapide avec le traitement anti-TB en parallèle à la réponse clinique.

Recherche de BK (ascite)

- coloration de Ziehl–Neelsen: positif dans 3%.
- Culture (milieu de Löwenstein–Jensen) : positive dans 35%
- Culture de grand volume (1 litre de LA) : Améliore la sensibilité : 63-83%.

Nouveaux outils Diagnostic : Adénosine désaminase (ADA) :

- Enzyme impliquée dans la prolifération et la différenciation des lymphocytes T.
- Concentration augmentée lors de l'activation des lymphocytes T en réponse aux antigènes mycobactéries.
- Dosage en spectrophotométrie , faible cout.
- Dosage > 35 UI/L; sensibilité 100%, spécificité 96%,**

Tuberculose Péritonéale

Radiologie

Échographie abdominale:

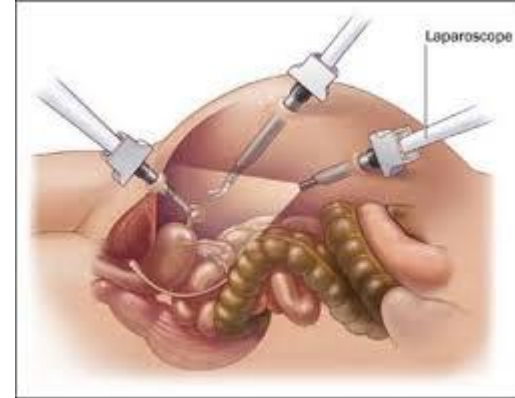
- Ascite: cloisonnée ou libre.
- Epaissement des feuillets péritonéaux et de l'épiploon et infiltration nodulaire du mésentère.
- Les ganglions hypo-échogènes de formes variables, multiples parfois confluentes.
- L'épiploon: en général hyperéchogène et hétérogène,
- Permet également d'aider au diagnostic différentiel.
- Guider la ponction et aspiration des ADP.

TDM AP : visualise mieux les modifications du mésentère de l'épiploon et du péritoine.

Examens ayant une valeur de présomption

laparoscopie :

- L'outil diagnostique de choix pour diagnostic de la tuberculose péritonéale : Sensibilité: 93%
- Réalisation de biopsies.
- Étude de état du foie et des organes génitaux.



laparotomie exploratrice :

- En cas de CI à la laparoscopie (les formes fibro-adhésives et ulcéro-nécrotiques).
- Mêmes avantages que laparoscopie,

Tuberculose Péritonéale

Diagnostic positif

Éléments d'orientation :

- Ascite exsudative et/ou lymphocytaire.
- Pas d'autres causes d'ascite.
- IDR à la tuberculine positive.
- Aspect radiologique évocateur.

Dc fortement positif:

- ADA > 30 U/l.
- IFN Gamma > 3.2 U/ml.
- Aspect laparoscopique.
- Histologie évocatrice.

-Dc de certitude:

- Bactériologie.
- Histologie (follicule de Koester).
- Réponse favorable au TRT d'épreuve.

Les cas difficiles: Formes anascitiques, pseudo-tumorales et pseudo-chirurgicales.

ASCITE EXSUDATIVE

PONCTION + ÉTUDE CYTO-CHIMIQUE

Aspect jaune citrin
Lymphocytaire
Hypercellulaire
sans cellules atypiques

Dosage de l'activité adénosine désaminase

Positive

Traitement anti-
tuberculeux

Surveillance :
Clinique +
Echographie + CA-125

Négative ou non
disponible

Positive

Biopsie percutanée

Négative

Laparoscopie

Tuberculose Péritonéale

Diagnostic différentiel

devant une ascite exsudative et/ou lymphocytaire , éliminer :

- carcinose péritonéale.
- ascite pancréatique.
- ascite biliaire.
- syndrome néphrotique.
- ascite due à une obstruction intestinale ou un infarctus mésentérique.
- connectivites.

Tuberculose Péritonéale

Traitement

BUT:

- Éradication de BK: guérison de l'infection.
- Traiter et prévenir des complications.

MOYENS

traitement médical:- spécifique: chimiothérapie antituberculeuse 1^{ère} ligne (2RHZE /4RH).

- Durée recommandée 6 mois +++ (jusqu'à 12 mois).
- En cas d'échec, de reprise évolutive ou de rechute du régime de 1^{ère} ligne ,le patient rentre dans la catégorie II et donc : 2 SRHZE / 1 RHZE / 5 RHE (8mois)

-adjuvant: corticoïdes 0.5 mg/k/j pendant une durée de : 3 à 6 semaines. , Les ponctions.

traitement chirurgical:

Réservé au traitement des complications.

Posologie

Poids des malades (kg)	Phase initiale (2 mois)		Phase d'entretien (4 mois)
	RHZE 150/75/400/275mg	RHZ 150/75/400 mg	RH 150/75 mg
30 – 39	2	2	2
40 – 54	3	3	3
55 – 70	4	4	4
71 et plus	5	5	5

VII-Conclusion

La TB demeure un problème de santé publique en Algérie.

- La région iléocæcal : localisation la plus importante de la tuberculose intestinale.
- Le principal diagnostic différentiel de la TBI est la maladie de Crohn.
- dosage de l'ADA test rapide , excellente sensibilité et spécificité pour le diagnostic de la TBP. Il devrait être utilisé de façon courante dans les pays endémiques.
- Les biopsies péritonéales (laparoscopique) : confirme le diagnostic
- Le traitement de la tuberculose intestinale et péritonéale est essentiellement médical
- Le traitement chirurgical est réservé aux complications.