

Tuberculose digestive

4^{ème} année médecine module de
gastroenterologie

Faculté de médecine de Sétif

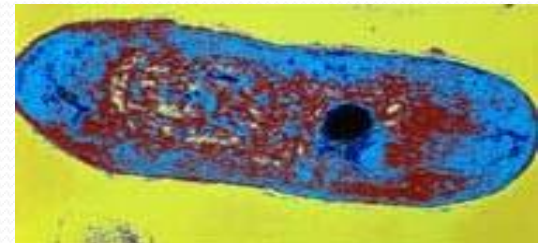
Service de médecine interne

introduction

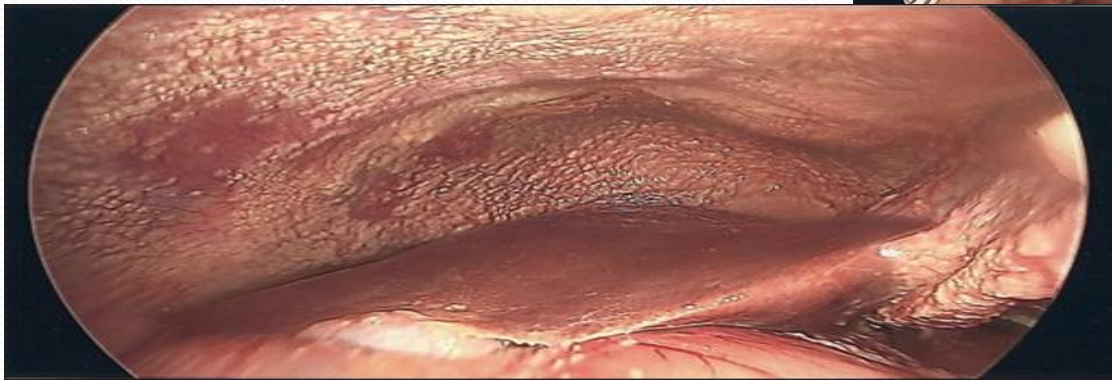
- ❑ Une maladie infectieuse et contagieuse
- ❑ Due à une bactérie appelée le bacille de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*)
- ❑ Qui touche particulièrement les poumons
- ❑ La tuberculose digestive reste la principale cause de morbidité et mortalité
- ❑ La localisation digestive est la plus fréquente
- ❑ Problème de santé publique (déclaration obligatoire)

Maladie infectieuse due à ***Mycobacterium tuberculosis***
= BK (bacille de Koch)

C'est un B.A.A.R.
(bacilles acido-alcooloresistants)



Tuberculose péritonéale



Introduction

- ❑ Infection de la séreuse péritonéale par le bacille tuberculeux.
- ❑ La TP représente 25 à 70 % des localisations digestives
- ❑ 3,7% des formes extra-pulmonaires (EP) et constituant la 6ème forme.
- ❑ Elle reste la forme abdominale la plus fréquente.

Introduction

❑ Facteurs favorisants

- ✓ La précarité.
- ✓ Le diabète.
- ✓ Le sujet âgé.
- ✓ La dénutrition
- ✓ Infection par le VIH.
- ✓ Cirrhose, IRC.
- ✓ Corticothérapie prolongée et/ou immuno-suppresseurs ; la biothérapie .

Etiopathogénie

Tuberculose
péritonéale

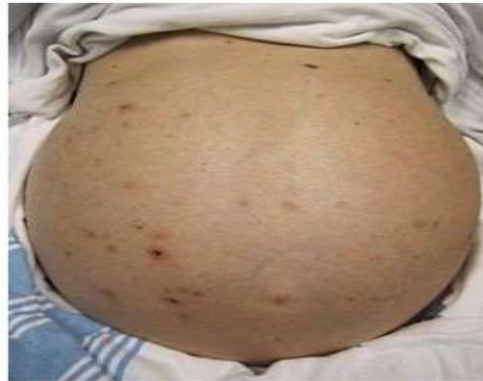
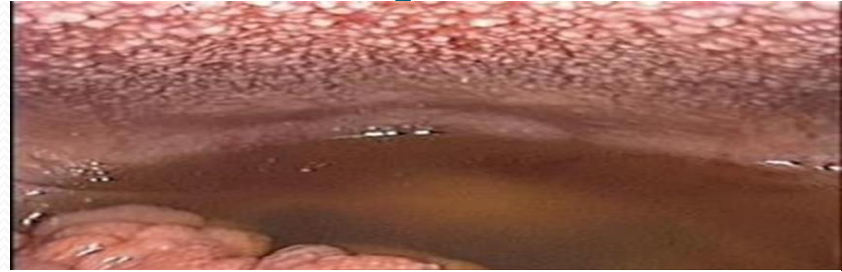
Réactivation de foyer de
tuberculose latent

Après une dissémination
par voie hématogène miliaire
tuberculose

Dissémination à partir des
lésions des organes avoisinants
(génitale, intestinale ;
adenopathie)

Manifestations cliniques

- ❑ ascite ; le signe d'appel le plus fréquent
- ❑ les formes sèches et adhésives sont plus rare



Manifestations cliniques

- ❑ La douleur abdominale
- ❑ les sueurs nocturnes ; asthénie
- ❑ La fièvre
- ❑ La distension abdominale
- ❑ AEG . Amaigrissement

Examens complémentaires

☐ FNS

- ✓ Anémie normocytaire normochrome minime à modérée.
 - ✓ Thrombocytose
 - ☐ syndrome inflammatoire
 - ☐ IDR Sensibilité et spécificité faible
- Faux négatifs: 15 à 60%

- ☐ les taux du CA-125 est élevé en cas d'ascite exsudative quelque soit l'étiologie.



Examens complémentaires

□ ponction d'ascite

❖ Aspect macroscopique: souvent jaune citrin.

Le liquide d'ascite est **exsudatif** riche en
Protéines: >25 g/l dans

❖ Étude cytologique: souvent riche en cellules
(> 400 E/ml) avec une prédominance
lymphocytaire(>60%)

○ LDH dans LA: élevés

○ Absence de cellules malignes.

○ Culture de Bk milieu de Löwenstein-Jensen ,
positive dans 20 %

Examens complémentaires

- ❑ Radiologie:
 - Rx thorax :
 - Échographie abdominale :
 - ✓ Ascite: cloisonnée ou libre.
 - ✓ Epaissement des feuillets péritonéaux et de l'épiploon
 - ✓ les nodules péritonéaux
 - ✓ ADP
 - ✓ Guider la ponction
- ❑ TDM : visualise mieux les modifications du mésentère de l'épiploon et du péritoine

Examens complémentaires

- ❑ Le dosage de l'activité de l'adénosine désaminase dans le liquide d'ascite (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 > 35 UI/L; sensibilité 100%, spécificité 96%,
 - ✓ Le dosage de l'ADA est un test rapide et précis pour le diagnostic d'une TBP;
 - ✓ En cas de taux élevé, l'instauration d'un traitement anti tuberculeux empirique est justifiée en attendant les résultats des cultures

Examens complémentaires

□ La génétique moléculaire :

- Test de la Polymérase Chain Réaction(PCR): Test rapide permettant d'isoler le BK entre 24 et 48h
Coût élevé et une faible sensibilité(60-80%)
- Dosage d IFN gamma dans LA : >3.2 U/ml,
sensibilité: 93% ; Spécificité: 98%.

Examens complémentaires

□ LAPAROSCOPIE

■ Avantages :

- + L'outil diagnostique de choix pour DcTBP: Sensibilité: 93% .

- + Réalisation de biopsies.

- + Étude de l'état du foie et des organes génitaux

Trois Aspects macroscopiques
granulation péritonéales
Adhéhérences.

Inflammation péritonéale



Examens complémentaires

- ❑ Etude histologique : dgc de certitude
- ❑ **granulome** épithélioïde caséifiant renfermant des cellules géantes multinucléées type Langhans, des histiocytes épithélioïdes et des lymphocytes constituant une couronne entourant une zone centrale de **nécrose caséuse**.

Examens complémentaires

□ Laparotomie exploratrice

En cas de CI à la laparoscopie (les formes fibro-adhésives et ulcéro-nécrotiques). •

Mêmes avantages que laparoscopie, mais mortalité rapportée à 3-12%

Diagnostic positif

❑ Interrogatoire :

Contexte permettant de suspecter TBP : ascite

- ✓ mauvaises conditions socio-économiques
- ✓ terrain immuno-déprimé,
- ✓ Notion de contagé ou antécédent de TB.
- ✓ Atteinte pulmonaire ou téléthorax évocateur.
- ✓ Autres localisation

Diagnostic positif

❑ Éléments d'orientations :

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

Diagnostic positif

☐ Dgc fortement positif:

- ✓ ADA > 30 U/l. -
- ✓ IFN Gamma > 3.2 U/ml.

diagnostic de certitude

- ✓ Histologie évocatrice.
- ✓ Bactériologie.
- ✓ Réponse favorable au TRT d'épreuve.
- ☐

Diagnostic différentiel

- ☐ Carcinose péritonéale.
- ☐ Ascite pancréatique.
- ☐ Ascite biliaire.
- ☐ Syndrome néphrotique.
- ☐ Ascite due à une obstruction intestinale ou un infarctus mésentérique.
- ☐ Connectivites LES
- ☐

TRAITEMENT

❑ Objectif :

- ✓ Éradication de BK: guérison de l'infection.
- ✓ Traitement et prévention des complications.

❑ Moyens

Traitement médicale :

- ✓ symptomatique.
- ✓ spécifique: chimiothérapie anti-tuberculeuse RHZ 2mois ; RH 4 mois
- ✓ TBP associée à une TB pulmonaire ou à une forme grave de TBEP (méningo-miliaire, ostéo-articulaire, rénale, péricardite TB ou génito-urinaire): 2 RHZE / 4 RH
- ✓ adjuvant: corticoïdes ; ponctions.

Traitement chirurgicale

- ✓ Réservé au traitement des complications

Poids des malades (kg)	Phase initiale (2 mois)		Phase d'entretien (4 mois)
	TP et TB sévères	TEP	TP ET TEP
	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

Catégorie de traitement	Groupes de malades	Régimes de chimiothérapie	
		Phase initiale	Phase d'entretien
TP TB sévères	<ul style="list-style-type: none"> . Nouveaux cas de TP à frottis positif . Nouveaux cas de TP à culture positive seulement . Nouveaux cas de TP à frottis négatif mais à lésions parenchymateuses évolutives (non cavitaires) . Primo infection avec opacité pulmonaire . Formes sévères de TP et de TEP 	2 HRZE	4 HR
TP, DT	Cas de TP déjà traités par un primo traitement <ul style="list-style-type: none"> . Rechute . Reprise évolutive après interruption prématurée . Echec 	2 SHRZE/ 1 HRZE	5 HRE
TEP	<ul style="list-style-type: none"> . Primo infection symptomatique sans opacité pulmonaire . Formes communes de TEP (Adénopathies périphériques, Pleurésies, ascite, tuberculose osseuse) 	2HRZ	4 HR
TPC TP MDR	<ul style="list-style-type: none"> . Cas chroniques (après échec ou rechute du traitement de 2^{ème} ligne). . Cas de TP à bacilles multirésistants 	Régimes standardisés ou individualisés de 3 ^{ème} ligne	



Tuberculose intestinale

Introduction

- ❑ Sièges: tous les segments du grêle ou du côlon peuvent être touchés
- ❑ Mais c'est la région iléo - cæcale qui est la plus fréquemment atteinte.
- ❑ Aspects: 3 formes : -
 - ✓ forme hypertrophique
 - ✓ forme ulcéreuse
 - ✓ forme intermédiaire
- ❑ Elle constitue 11% de toutes les tuberculoses extra-pulmonaires

Etiopathogenie

Mode de transmission

Etiopathogénie

Tuberculose
intestinale

Ingestion de lait de vache
contaminé (bonne pasteurisation
stérilisation)

Après une dissémination
par voie hématogène miliaire
tuberculose

Déglutition de crachats au
cours d'une TBC pulmonaire

Manifestations cliniques

❑ Signes généraux:

- ✓ Anorexie, amaigrissement
- ✓ Asthénie Fièvre, sueurs nocturnes

❑ Signes fonctionnels:

- ✓ Douleur localisée au niveau de la FID
- ✓ Nausées et vomissements
- ✓ Alternance de constipation et diarrhée

❑ Signes physiques

Examen négatif dans 2/3 cas:

- ✓ Masse ferme, sensible, mal limitée siégeant au niveau de la FID
- ✓ Parfois ascite libre ou cloisonnée;

Manifestations cliniques

- ❑ Signes d'atteinte hépatique : ictère, HPM ,SPM;
- ❑ Atteinte anale et périnéale : fistule, fissure, ulcération
- ❑ Signes extra-digestifs: toux persistantes, hémoptysies, oligo-ménorrhée, leucorrhée, aménorrhée, hématurie, douleurs osseuses
- ❑ L'examen clinique des autres appareils à la recherche d'autres localisations

Examens complémentaires

- ❑ FNS : normale ou anémie inflammatoire, lymphocytose ;
- ❑ VS accélérée;
- ❑ Syndrome carentiel : hypoTG, hypocholestérol et hypoalbuminémie
- ❑ IDR à la tuberculine (+) dans 30%
- ❑ La recherche du B.K dans les selles est inutile
- ❑ Recherche de BK dans le liquide d'aspiration endoscopique sur milieu de Loewenstein-Jensen, les colonies de *M. tuberculosis* apparaissent entre le 15-30 jours

Examens complémentaires

- Biologie moléculaire (PCR)
 - Dc rapide en 48 heures sensibilité : 75-80% ,
spécificité : 85-95%

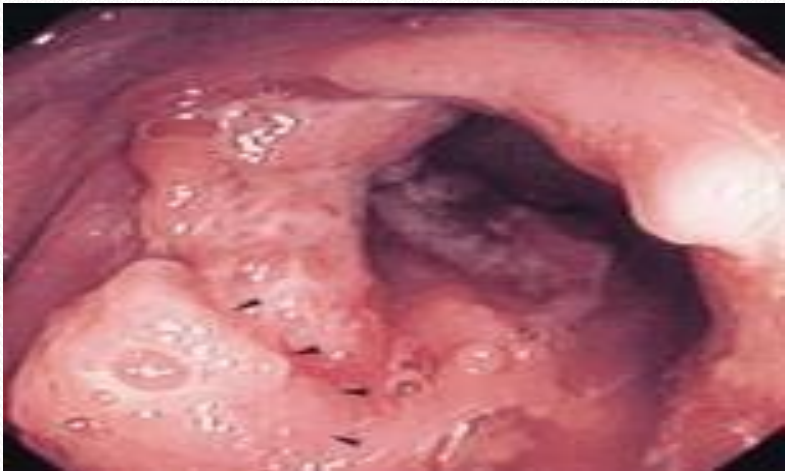
Examens complémentaires

- ❑ La radio du thorax: peut mettre en évidence des lésions pulmonaires d'infection tuberculeuse
- ❑ L'échographie et le scanner:
 - ✓ permettent de mettre en évidence la masse caecale
- ❑ Entéro-scanner et entéro-IRM

Examens complementaire

□ L'endoscopie ++++++

- ✓ Ulcérations de la muqueuse iléo-caecale
- ✓ Érosions muqueuses
- ✓ Disparition de la valvule iléo-caecale
- ✓ Rétraction du caecum avec muqueuse épaissie pseudo-polypoïde



Examens complémentaires

☐ Vidéo - entéroscopie poussée

- ✓ Indiquée pour les lésions qui échappent aux méthodes d'endoscopies conventionnelles.
- ✓ Permet d'éviter une laparotomie exploratrice.
- ✓ Elle permet de faire des biopsies.
- ✓ Ne permet d'étudier que le jéjunum supérieur

☐ laparoscopie

N'est plus utile au diagnostic doit être réalisée si une localisation péritonéale est associée.

Formes cliniques

les formes topographiques

- ✓ La TBC péritonéale: ascite, nodules péritonéaux
- ✓ La TBC du grêle isolée
- ✓ La TBC colique extra-caecale
- ✓ La TBC duodénale
- ✓ La TBC appendiculaire
- ✓ La TBC recto-anale : de dgc difficile, se pose avec la RCH et la maladie de Crohn .
- ✓ Tuberculose anale : Toute fissure, tout trajet fistuleux réséqués chirurgicalement doivent être examinés histologiquement.
- ✓

Formes cliniques

les formes compliquées

- ✓ La perforation
- ✓ Forme occlusive (sténosante) : c'est la plus fréquente
- ✓ Les formes hémorragiques
- ✓ Formes avec malabsorption du grêle

diagnostic positif

- ❑ Anamnèse : TBC évolutive ou ancienne, contagé tuberculeux, terrain immuno-déprimé.
- ❑ Clinique : signes digestifs et/ou extra-digestifs, signes généraux.
- ❑ Biologique : IDR à la tuberculine, FNS.
- ❑ Radiologique : aspect des lésions.
- ❑ **Confirmés par l'endoscopie digestive avec biopsies pour étude histologique et bactériologique.**
- ❑ Si tous ces examens sont négatives => laparotomie exploratrice..

Diagnostic différentiel

- Maladie de Crohn
- Cancer colique
- Lymphome iléo - caecal occidental.
- Colite ischémique
- Appendicite pseudo - tumorale .

Traitement

- **Traitement médicale :**
- symptomatique
- spécifique: chimiothérapie anti-tuberculeuse RHZ
2mois ; RH 4 mois
- **La chirurgie** est indiquée en cas de
 - ✓ Diagnostic douteux malgré une exploration approfondie
 - ✓ Complications: perforation, occlusion
 - ✓ Sténose serrée