



La tuberculose intestinale

Dr. Faradji

I. GENERALITES

a. Introduction :

- C'est une infection bactérienne spécifique due à une bactérie dite : **Mycobacterium tuberculosis**.
- L'atteinte digestive est au quatrième rang après l'atteinte pulmonaire, ganglionnaire et ostéoarticulaire.
- Elle peut toucher le péritoine, le tube digestif, les ganglions, le foie, la rate et le pancréas.
- Elle atteint surtout le sujet jeune mais elle peut se voir à tout âge.

b. Etiopathogénie :

- **Source de contamination** : l'atteinte tuberculeuse de l'intestin pouvant se faire par :
 - Voie hématogène : lors d'une miliaire tuberculeuse.
 - Voie lymphatique : en cas de tuberculose ganglionnaire.
 - Par extension de voisinage : quand il existe une TBC péritonéale ou génitale.
 - Voie digestive.
- **Deux formes de TBC intestinale** :
 - Forme primitive : sans lésion pulmonaire évolutive ou cicatricielle (la plus fréquente).
 - Forme secondaire : à une autre localisation en particulier pulmonaire.
- **La localisation iléo-caecale** est la plus fréquente.

c. Anatomie pathologique :

- **Macroscopie** : il existe deux formes :
 - Forme ulcérée : ces ulcérations peuvent évoluer vers une fistule dans la cavité péritonéale et donner une péritonite.
 - Forme hypertrophique : sclérose pariétale qui réalise une masse abdominale.
- **Microscopie** : la lésion élémentaire est le granulome tuberculoïde avec la nécrose caséeuse.

II. ETUDE CLINIQUE

- La localisation iléo-caecale comme type descriptif.
- Les circonstances de découverte sont diverses.

a. Signes digestifs :

- **La clinique** :
 - Douleur abdominale siégeant au niveau de la fosse iliaque droite parfois des douleurs coliques post prandiales calmées par l'émission de selles diarrhéiques réalisant un syndrome sub-occlusif (syndrome de Koenig).
 - Constipation ou alternance diarrhée et constipation avec parfois un ballonnement abdominal.
 - Parfois nausées voire vomissements.
 - Des signes de malabsorption intestinale (si TBC du grêle).
- **Signes généraux** :
 - Amaigrissement, asthénie, anorexie, fièvre, sueurs nocturnes, altération de l'état général.
- **Complications** :
 - Occlusion intestinal, perforation, syndrome appendiculaire, fistules cutanées ou abdominales, hémorragie intestinale ...etc.

b. Examen physique :

- Signes généraux.
- Météorisme abdominale.
- Parfois un empatement ou une masse ferme sensible mal limitée de la fosse iliaque droite.

c. Étude paraclinique :

Biologie :

- Examens non spécifiques :
 - ✓ Anémie, hyperleucocytose.
 - ✓ Un syndrome inflammatoire : VS accélérée, CRP augmentée.
 - ✓ Hypoalbuminémie.
 - ✓ Sérologie HIV est systématique.
- Examens spécifiques :
 - ✓ **IDR à la TUBERCULINE.**
 - ✓ Recherche BK dans les crachats et dans le liquide gastrique recueilli par tubage.
 - ✓ Recherche de BK à partir d'un fragment tissulaire (biopsie ou pièce opératoire) et culture en milieu spécifique.
 - ✓ Technique de PCR (polymérase chaîne réaction)

Radiologie :

- Téléthorax : lésions pulmonaires actives.
- Échographie et TDM abdominale : ascite, adénopathies profondes ou il peut montrer un épaississement de la paroi digestive.
- ENTERO-IRM : même résultats que le scanner avec une bonne spécificité.
- Opacifications digestives (transit du grêle et lavement baryté) : peut montrer une rétraction caecale ou un rétrécissement iléal ou colique.

Endoscopie :

- Coloscopie :
 - ✓ Rétraction caecale + sténose de la valvule de Bauhin.
 - ✓ Ulcérations.
 - ✓ Pseudo-polypes.
 - ✓ Micro-abcès.
 - ✓ Épaississement pariétal.
 - ✓ Permet de faire des biopsies.
- La coelioscopie ou laparotomie : en cas de difficulté de diagnostic.

Biopsies : permet de faire :

- Étude histologique : recherche le granulome caséifié.
- Coloration de Ziehl-Nelson.
- Mise en culture.
- Recherche de BK par PCR.

III. AUTRES LOCALISATIONS

- TBC du grêle.
- TBC duodénale.
- TBC appendiculaire.
- TBC recto colique.
- TBC anale.

IV. DIAGNOSTIC POSITIF

- **Éléments de présomption :**
 - Sujet jeune vivant dans une zone d'endémie.
 - Autre localisation tuberculeuse (pulmonaire, péritonéale...).
 - Signes digestifs et généraux.
 - Éléments endoscopiques, radiologiques et biologiques.
- **Éléments de confirmations :**
 - Présence de BK.
 - Présence de follicule tuberculoïde avec nécrose caséeuse des biopsies intestinales.

V. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Maladie de CRHON.
- Cancer colique.
- Yersiniose.
- Amœbome (tumeur parasitaire).

VI. TRAITEMENT

- **Traitement médical :** regroupe l'association de quatre médicaments :
 - Isoniazide (H) + Rifampicine (Z) + Pyrazinamide (P) + Ethambutol (E).
 - RHZE pendant 2 mois ; RH 4 mois.

Tableau 1 : Les médicaments antituberculeux essentiels, posologie quotidienne, forme et dosages, voie d'administration

Médicaments essentiels	Abréviation	Posologie quotidienne (mg/kg)	Forme et dosage	Voie d'administration
Isoniazide	H	5 (4 – 6)	Cp 100mg, 300mg	Orale
Rifampicine	R	10 (8 – 12)	Cp/gél 150mg, 300mg	Orale
Pyrazinamide	P	25 (20 – 30)	Cp 400mg	Orale
Ethambutol	E	15 (12 – 18)	Cp 400mg	Orale

- **Traitement chirurgical :** en cas de complications le plus souvent révélant la TBC intestinale : occlusion, perforation, sténose intestinale, fistules, hémorragie.

VII. PROPHYLAXIE

- Vaccination par BCG.
- Pasteurisation du lait et hygiène alimentaire.



La tuberculose péritonéale

Dr. Faradji

I. GENERALITES

- La plus fréquente (75%) des localisations intestinale.
- Touche souvent la femme jeune.
- La première étiologie des ascites dans les pays en voie de développement.
- L'atteinte se fait par rupture d'un ganglion lymphatique, rarement par voie hématogène ou génitale.

II. CLINIQUE

- **Mode de début:** souvent progressif, insidieux quelques semaines à quelques mois, marqué par:
 - Augmentation progressive du volume de l'abdomen.
 - Troubles de transit.
 - Signes généraux (fièvre, sueurs nocturnes, asthénie, anorexie, amaigrissement).
- **Phase d'état :**
 - Ascite libre.
 - Parfois : sensibilité abdominale, hépatomégalie, splénomégalie.

III. EXAMENS PARACLINIQUES

- **Biologie :**
 - Syndrome inflammatoire.
 - IDRT.
 - Étude biologique du liquide :
 - ✓ Exsudatif (tx de protide sup à 25g/l) riche en lymphocyte.
 - ✓ La recherche du BK est rarement +.
 - ✓ Culture sur milieux spécifique a une bonne sensibilité.
 - ✓ ADA (Adénosine désaminase) bonne spécificité et sensibilité.
 - ✓ Interféron gamma si supérieure à 112g/ml sensibilité sup 97%.
 - ✓ PCR.
- **Radiologie :**
 - Téléthorax : recherche une tuberculose pulmonaire évolutive.
 - Échographie et/ou TDM abdominale : ascite, granulations, adénopathies, cloisons péritonéales.
 - Coelioscopie : l'examen essentielle pour le diagnostic de la TBC il montre :
 - ✓ Aspects macroscopiques :
 - Des granulations en têtes d'épingles de taille uniformes.
 - Des adhérences nombreuses et épaisses.
 - Étude l'état du foie et les organes génitaux.
 - Réalisation des biopsies.
 - ✓ Aspects microscopiques :
 - Follicule épithélio-gigantocellulaire avec nécrose caséeuse.

IV. LES FORMES CLINIQUES

- **Formes pauci-symptomatique** : fièvre au long cours.
- **Formes pseudo chirurgicales** : abdomen aigue (péritonite, occlusion).
- **Forme pseudo tumorale** : masse abdominale.
- **Forme fibro-adhésive** : pas d'ascite, fibrose isolée responsable d'un syndrome occlusif, diagnostic par laparotomie.
- **Formes asymptomatiques** : découverte fortuite généralement associé à une autre localisation de la maladie.

V. TRAITEMENT

- Le traitement des formes extra pulmonaire selon le schéma national.