

## LA TUBERCULOSE PERITONEALE A MADAGASCAR A propos de 55 observations recueillies au Centre Hospitalier de Soavinandriana à Antananarivo

PEGHINI M<sup>1</sup>, RAJAONARISON P<sup>1</sup>, PECARRERE JL<sup>2</sup>, RAZAFINDRAMBOA H<sup>1</sup>

**RESUME :** Cette étude rétrospective qui s'est déroulée à Antananarivo sur une période de 42 mois, de Septembre 1991 à Mars 1994, a permis de recenser 55 tuberculoses péritonéales, toutes chez des sujets malgaches. Le sex-ratio a été de 0,83 et l'âge moyen de 36 ans. La ponction d'ascite a été réalisée à chaque fois qu'il existait un épanchement (44 cas). Le diagnostic a reposé dans tous les cas sur la laparoscopie qui a permis l'étude du foie et du péritoine à partir duquel 10 biopsies ont été pratiquées. Le bacille tuberculeux a été isolé dans 2 liquides d'ascite sur 8 mis en culture, et dans 5 biopsies de granulations péritonéales sur 8. Dans 8 cas, il a été trouvé une autre localisation tuberculeuse : 5 pleurésies, 2 tuberculoses pulmonaires évolutives et 1 épanchement péricardique. Tous les malades ont été mis sous traitement antituberculeux et ont recouvré la santé.

La tuberculose péritonéale, devenue rare en Occident, reste encore une pathologie fréquemment rencontrée surtout chez la femme jeune, en Afrique et à Madagascar.

**Mots-clés :** Tuberculose péritonéale - Ascite - Fièvre - (Laparoscopie) - Histologie - Histochimie - (Traitement par antibiotique antituberculeux) - MADAGASCAR.

**ABSTRACT:** "55 peritoneal tuberculosis observations at the Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo" : This retrospective study conducted in Antananarivo for a 42 months period, from September 1991 to March 1994, allowed to record 55 peritoneal tuberculosis, all of them in malagasy patients. The sex ratio was 0,83 and the mean age 36 years old. Ascites puncture was done each time there was an effusion (44 cases). For all cases, the diagnosis based on laparoscopy allowed an investigation of the liver and the peritoneum, and 10 peritoneum biopsies could be done.

The tubercular bacillus has been isolated in 2 ascites fluids out of 8 incubations, and in 5 biopsies of peritoneal granulation out of 8. For 8 cases, another tubercular localization has been discovered: 5 pleuritis, 2 evolutive tuberculosis and 1 pericardial effusion. All the patients have been put under antitubercular treatment and have regained health. Peritoneal tuberculosis has become rare in the West but is still a frequent pathology mostly in young women, in Africa and up in Madagascar.

**Key-words :** Tuberculosis, Peritoneal - Ascitis - Fever - (Laparoscopy) - Histology - Histochemochemistry - (Antitubercular antibiotics therapy) - MADAGASCAR.

### INTRODUCTION

L'inflammation de la séreuse péritonéale d'origine tuberculeuse, devenue rare en Europe, reste encore très fréquente en Afrique et à Madagascar. Son diagnostic est facile grâce à la laparoscopie et le traitement y est rapidement efficace.

Nous rapportons une série de 55 tuberculoses péritonéales chez des malgaches. Le diagnostic a reposé dans tous les cas sur la laparoscopie.

### MALADES ET METHODES

Cette étude rétrospective s'est déroulée sur une période de 42 mois de Septembre 91 à Mars 94.

Les 55 malades ont été hospitalisés dans les

services de médecine interne et de pédiatrie du Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA) ainsi que dans les services médicaux du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Antananarivo.

### RESULTATS

**Sexe :** le sex-ratio a été de 0,83  
(25 hommes, 30 femmes)

**Age :** l'âge moyen a été de 36 ans  
(extrêmes : 6-71 ans)

	Age moyen	<20	20-40	41-60	>60
Femme	34	3	15	9	3
Homme	39	4	10	9	2

**Ethnie :** les 55 malades étaient tous des malgaches  
**Aspects cliniques :** les conditions du diagnostic

<sup>1</sup> Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA), BP 6bis, 101 Antananarivo Madagascar. <sup>2</sup> Institut Pasteur de Madagascar, BP 1274, 101 Antananarivo, Madagascar

ont été les suivantes :

- . ascite : 44 fois
- . altération de l'état général : 5 fois
- . douleurs abdominales : 2 fois
- . fièvre au long cours : 2 fois
- . recherche systématique chez un tuberculeux : 2 fois

Une fièvre était présente chez 40 malades.

Etaient associés :

- . un épanchement pleural : 5 fois
- . une tuberculose pulmonaire évolutive : 2 fois
- . un épanchement péricardique : 1 fois

Liquide d'ascite : la ponction d'ascite a été réalisée chaque fois que l'épanchement était présent soit 44 fois.

Le liquide a été toujours inflammatoire renfermant plus de 40 g d'albumine/litre avec un taux moyen de 58 g/litre.

La cellularité a été exclusivement ou essentiellement lymphocytaire avec un taux de lymphocytes toujours supérieur à 70%.

L'examen direct du liquide n'a jamais permis de mettre en évidence le BK.

La culture sur milieu de Loewenstein-Jensen du liquide d'ascite effectuée 8 fois a permis d'isoler par 2 fois le bacille de KOCH.

L'échographie abdominale : en dehors de la mise en évidence d'un épanchement liquidien péritonéal souvent cloisonné, elle a permis de montrer 6 adénopathies abdominales : hilo-hépatique 3 fois; latéro-aortique et rétro-cave 3 fois.

Aspects laparoscopiques : la laparoscopie a permis l'étude du foie et du péritoine.

Les 55 malades ont subi cet examen avec un laparoscope WOLF.

Après prémédication et anesthésie locale à la xylocaïne, l'aiguille à pneumopéritoine et le trocart ont été introduits par une seule porte d'entrée sous-ombilicale. Le pneumopéritoine a été effectué par insufflation d'air à la poire.

Un seul incident grave fut à déplorer : perforation colique ayant nécessité un recours chirurgical.

Le péritoine : la cavité péritonéale, parfois masquée par des adhérences, a toujours pu être visualisée en partie ou en totalité.

On a constaté :

- un semis de granulations blanchâtres de petite taille, homogènes, disséminées sur les 2 feuillets du péritoine : 37 fois
- des granulations moins nombreuses et localisées au niveau d'une région du péritoine : 10 fois
- l'absence de granulations mais des adhérences et une congestion du péritoine : 8 fois.

Des adhérences en voiles ou épaisses ont le plus souvent accompagné les granulations péritonéales et ont été présentes 30 fois.

Le foie : dans 20 observations, le foie n'a pu être visualisé, même partiellement par suite d'un important barrage adhérentiel.

Parmi les 35 foies qui ont pu être observés, 20 avaient un aspect normal.

Il a été recouvert par de simples adhérences à 7 reprises et dans 8 cas la présence de granulations blanchâtres a été notée (3 fois nombreuses en semis et 5 fois peu nombreuses).

Des granulations *spléniques* ont été retrouvées 2 fois.

Aspects anatomo-pathologiques :

Le péritoine : nous n'avons pas réalisé de biopsie lorsque le diagnostic était macroscopiquement évident : efflorescence homogène de petites granulations blanchâtres ou translucides, en grains de mil, recouvrant les 2 feuillets du péritoine.

10 biopsies ont été réalisées sur des granulations focalisées confirmant 10 fois le diagnostic (granulome tuberculoïde associé 6 fois à une nécrose caséuse).

8 fois la biopsie du péritoine a été mise en culture et dans 5 cas, l'isolement du BK a été obtenu.

Le foie : aucune biopsie hépatique n'a été effectuée, l'examen du péritoine permettant toujours le diagnostic.

Traitement : tous les malades ont été mis en traitement : triple (rifampicine + isoniazide + pyrazinamide) pendant 2 mois, puis double (isoniazide + thiacétazone) les 6 mois suivants.

Sous traitement, l'apyrexie a été toujours rapidement obtenue entre 3 à 12 jours avec une moyenne de 6 jours.

Evolution : aucun décès n'a été à déplorer.

Tous les malades ont quitté l'hôpital apyrétiques, avec un état général rapidement amélioré.

38 malades ont eu un suivi : au terme de 1 mois de traitement, la disparition de l'ascite chez 22 d'entre eux et chez la totalité des malades revus après 2 mois de traitement a été constatée.

Aucune laparoscopie de contrôle n'a été effectuée.

## COMMENTAIRES

### 1- Fréquence

Plusieurs études ont été publiées au Maghreb et en Afrique Noire sur la tuberculose péritonéale avec un nombre élevé de malades dans chaque série:

- SANKALE à Dakar, en 1987 : 50 cas [1]

- BOUCEKHINE à Alger, en 1968 : 100 cas [2]
- THOMAS et AUBRY à Alger, en 1975 : 60 cas [3]
- GENDRON à Djibouti, en 1978 : 53 cas [4].

Nous avons effectué 2 études similaires : l'une à Dakar sur une durée de 36 mois de 84 à 87, et l'étude actuelle à Antananarivo sur une durée de 42 mois de 91 à 95 : une laparoscopie était pratiquée chez tous les malades dont le tableau évoquait une tuberculose péritonéale : 50 tuberculoses péritonéales ont été retrouvées à Dakar [5] et 55 à Antananarivo.

La tuberculose péritonéale est une pathologie fréquemment retrouvée au Maghreb, en Afrique Noire et à Madagascar.

## 2- Age et sexe

La classique prédominance féminine est retrouvée dans toutes les séries, avec même pour SANKALE [1] 2 femmes pour 1 homme (sex-ratio: 0,5).

Dans notre série, le sex-ratio a été de 0,83.

Si la tuberculose péritonéale est restée surtout fréquente chez la femme jeune (18 cas/55 chez des femmes de 20 à 40 ans), elle a touché toutes les classes d'âge des deux sexes. Les sujets âgés n'ont pas été épargnés (5 cas chez des malades de plus de 60 ans). L'ascite exsudative du vieillard n'est donc pas toujours cancéreuse : une origine tuberculeuse doit toujours être recherchée.

## 3- Aspects cliniques

L'ascite fébrile isolée est restée le mode de présentation le plus fréquent : 40 cas/55 soit près des 3/4 des cas. Si l'ascite a été le signe majeur, rencontré dans 80% des cas, la symptomatologie a été parfois moins évocatrice pouvant se résumer à une fièvre au long cours ou à un tableau douloureux abdominal pseudo-péritonéal.

Aucune forme aiguë pseudo-chirurgicale n'a été relevée dans nos observations alors qu'elle représentait 20% des observations de SANKALE [1].

## 4- Eléments du diagnostic

Ni la vitesse de sédimentation, ni l'hémogramme, ni l'existence d'un syndrome biologique inflammatoire, ni l'IDR à la tuberculine n'avaient grande valeur pour le diagnostic. En présence d'une ascite, un liquide inflammatoire lymphocytaire avait une grande valeur d'orientation.

L'échographie ne semblait pas d'un grand apport diagnostique : son principal mérite était d'inocenter le foie, d'affirmer une ascite peu abondante, de suspecter son caractère cloisonné et de rechercher des adénopathies abdominales présentes dans 10% des cas.

L'apport de l'échographie dans la mise en évidence de signes plus spécifiques de la tuberculose

péritonéale (adhérence, épaissement du péritoine) reste à déterminer.

## 5- Autres localisations tuberculeuses

Les localisations tuberculeuses associées étaient classiquement fréquentes. Dans l'étude de SANKALE [1] la tuberculose péritonéale s'accompagnait 1 fois sur 2 d'une pleurésie, 1 fois sur 3 d'une atteinte hépatique, 1 fois sur 5 d'une tuberculose pulmonaire.

THOMAS et AUBRY [3] ont rapporté 11 pleurésies associées dans 60 cas.

Notre étude à Dakar [5] a retrouvé une pleurésie associée dans 8% des cas, une tuberculose pulmonaire dans 6% des cas.

Dans notre étude à Antananarivo, une pleurésie a été associée dans 9% des cas, une tuberculose pulmonaire dans 4% des cas. Enfin, 1 péricardite tuberculeuse a été retrouvée 1 fois. Les polysérites sont donc rares au cours de la tuberculose péritonéale.

Une tuberculose hépatique a été systématiquement recherchée au cours de la laparoscopie. Le foie n'a été visible en laparoscopie que dans 60% des cas. Des granulations hépatiques macroscopiques ont été observées dans 15% des cas. Ces chiffres sont superposables à ceux des autres séries africaines : AUBRY [3] et notre étude de Dakar [5] ont trouvé l'association d'une tuberculose hépatique à une tuberculose péritonéale respectivement dans 19% et 16% des cas. GENDRON [4] à Djibouti l'avait observée dans 14% des cas.

En dehors d'une atteinte hépatique fréquemment retrouvée, il ne fallait donc pas compter sur une autre localisation tuberculeuse associée pour évoquer le diagnostic de tuberculose péritonéale.

## 6- La laparoscopie

C'est l'examen de choix à mettre en oeuvre dans tous les cas, la seule contre-indication étant représentée par un tableau péritonéal, un cloisonnement important de l'ascite augmentant le risque perforatif. Pratiquée après évacuation de l'ascite et après obtention d'un pneumopéritoine satisfaisant, la laparoscopie a montré deux ordres de signes :

- d'une part, des signes inflammatoires non spécifiques : congestion vasculaire du péritoine, épaissement du péritoine, adhérences "arachnéennes"

- d'autre part, des granulations de petite taille (1 à 3 mm) en grain de mil, régulières, blanchâtres ou translucides, régulièrement disséminées sur les 2 feuillets du péritoine; très évocatrices de tuberculose, elles ont été retrouvées dans 67% de nos cas. Parfois, ces granulations ont été moins nombreuses et localisées à une région du péritoine dans 18% de nos observations.

Nous n'avons jamais rencontré de forme macronodulaire pseudo-carcinomeuse.

Enfin, l'absence de granulation a été constatée dans 15% des cas avec présence de signes inflammatoires moins spécifiques.

La présence de granulations péritonéales dans 85% de nos cas est conforme aux données de la littérature :

- 96% des cas de MINICONI [6]
- 90% des cas de notre étude à Dakar [5]
- 86% des cas de GENDRON [4]
- 73% des cas d'AUBRY et THOMAS [3].

#### 7- Histologie

Au niveau du péritoine : en présence d'un semis de granulations péritonéales très spécifiques nous n'avons pas effectué de biopsie du péritoine.

La preuve histologique (lésions folliculaires du péritoine avec ou sans nécrose) a été apportée par la biopsie du péritoine dans 18% des cas, sur les 10 observations de granulations focalisées moins spécifiques.

La biopsie des adhérences n'a jamais apporté dans notre étude la preuve histologique.

L'existence d'une efflorescence de granulations péritonéales homogènes de petite taille, dans un contexte clinique évocateur, a permis pratiquement d'affirmer le diagnostic de tuberculose.

En présence de granulations focalisées, il faut apporter une preuve histologique, une carcinomatose ovarienne pouvant parfois donner le change.

En l'absence de granulation, des adhérences et des signes inflammatoires du péritoine ont permis d'évoquer le diagnostic et il ne faudrait pas dans ce cas attendre une aide des prélèvements biopsiques au niveau des adhérences qui ont montré le plus souvent une inflammation non spécifique.

Au niveau du foie : nous n'avons pas effectué de biopsie hépatique, même en présence de granulations, l'examen du péritoine permettant plus facilement le diagnostic.

#### 8- Bactériologie

Si le BK était exceptionnellement retrouvé lors de l'examen direct du liquide d'ascite, la culture du liquide et surtout du matériel biopsique de granulations péritonéales a permis d'apporter, tardivement certes, la preuve de la tuberculose.

Dans le cadre d'une étude qui vient de débiter à l'Institut Pasteur de Madagascar sur les tuberculoses extra-pulmonaires, le liquide d'ascite et les biopsies péritonéales de 8 malades ont étéensemencés permettant l'isolement en culture du BK sur 2 liquides d'ascite et 5 biopsies de granulations péritonéales.

#### 9- Traitement et pronostic

Chez tous nos malades fébriles, le traitement antituberculeux a rapidement entraîné l'apyrexie parfois dès le troisième jour, toujours en moins de 12 jours, 6 jours en moyenne après le début du traitement.

En l'absence de la laparoscopie, c'était donc un véritable traitement d'épreuve : une cassure de la courbe thermique survenait rapidement en 2 à 5 jours et l'apyrexie obtenue dans les 8 jours de traitement affirmait le diagnostic.

Le traitement antituberculeux était rapidement efficace :

- sur la fièvre
- sur l'état général avec sensation rapide de mieux-être, véritable "résurrection" chez un malade ascitique, amaigri se croyant porteur d'un cancer

- sur l'ascite : assèchement de l'épanchement en moins d'un mois dans 50% des cas.

La corticothérapie n'a pas d'intérêt.

La guérison était toujours obtenue sans séquelle.

#### CONCLUSION

Affection très fréquemment rencontrée en Afrique et à Madagascar, la tuberculose péritonéale est une affection pouvant s'observer à tous les âges, mais atteignant le plus souvent la femme jeune.

Elle se présente le plus souvent sous le masque d'une ascite inflammatoire isolée fébrile.

Le diagnostic est facilement fait par la laparoscopie voire par l'histologie péritonéale.

La thérapeutique spécifique bien suivie est le gage d'un excellent pronostic.

La tuberculose péritonéale est certainement l'un des diagnostics les plus "agréables" à porter en médecine interne.

#### REFERENCES

- 1- Sankale M, Diop B, Frament V, Gassibet L. La tuberculose péritonéale chez l'Africain de l'Ouest (à propos de 50 cas). *Méd Afr Noire* 1967; 12 : 609-612.
- 2- Boueckhine T. L'ascite tuberculeuse de l'adulte en Algérie. [Thèse Médecine], Alger: 1968.
- 3- Aubry P, Thomas J, Yousin, Dahmne, Dendale A. Indications et intérêt de la laparoscopie dans un service de médecine interne en Algérie. Oran : Soc Scie Méd Ouest Algérie, 1975.
- 4- Gendron Y. La tuberculose péritonéale à Djibouti. [Mémoire pour les CES des maladies de l'appareil digestif]. Marseille: 1978.
- 5- Peghini M, Barabe P, Jean P, Griffet P, Morcillo R, Eynard JP, Mbaye PS, Wade B. La tuberculose péritonéale au Sénégal. *Méd Afr Noire* 1989; 36 : 194-199.
- 6- Miniconi P. Résultats de 113 laparoscopies dans 94 cas de tuberculoses péritonéales. *Rev Fr Gastroenterol* 1967; 31 : 164.