

PROFIL CLINIQUE, DIAGNOSTIQUE ET EVOLUTIF DE LA TUBERCULOSE PERITONEALE A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE NATIONALE DE NDJAMENA A PROPOS DE 69 CAS.

Clinical, diagnostic and evolutionary profile of peritoneal tuberculosis at the national reference general hospital of Ndjamen

NGakoutou R^{a,b}, Nemian M^a, Allawaye L^a, Joseph M^a, Ahmat A^a, Ali Boltia^a, Adjougoula K^a, Mihimit A^a, Ali M^a.

(a) : Faculté des sciences de la santé humaine (N'Djamena) et Hôpital Général de Référence Nationale (N'Djamena) ; **Auteur** correspondant (ngakoutou_rangar@yahoo.fr)

RESUME

Introduction : La tuberculose péritonéale n'est pas rare au Tchad. Son diagnostic de certitude est difficile et repose sur l'analyse liquide d'ascite et l'échographie abdominale. Notre but était de contribuer à l'étude des différents aspects cliniques, diagnostics et évolutifs de la tuberculose péritonéale dans le service d'hépto-gastro-entérologie de l'HGRN. **Méthode :** C'était une étude rétrospective et prospective étalée sur 39 mois couvrant la période de Janvier 2014 au Mars 2017 incluant tous les patients hospitalisés pour tuberculose péritonéale au service de médecine interne de l' HGRN. Le diagnostic était posé sur un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques, échographique, cytologiques et évolutifs. **Résultats :** Durant la période d'étude, 69 patients étaient inclus soit 9,77% de l'ensemble des hospitalisations du service. L'âge moyen était de 42 ans (extrêmes d'âge allant de 18 à 83 ans). Le sexe féminin représentait 52,2% des cas. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient l'ascite (87% des cas), associée à la fièvre (92,5% des cas). Les signes cliniques, étaient dominés par les douleurs abdominales, l'altération de l'état général et les troubles de transit. Le liquide d'ascite était jaune citrin riche en lymphocyte (81,6% des cas) et en protide (94,2% des cas). L'échographie abdominale, pratiquée chez tous les malades objectivait une ascite avec des adénopathies profondes, mésentériques, portales dans 62,3% des cas et cloisonnée dans 37,7% des cas. Un traitement antituberculeux était instauré chez tous les patients et l'évolution était favorable dans 65,2% des cas. Nous avions enregistré 20,3% de mortalité, tous étaient des patients immunodéprimés sévères au VIH. **Conclusion :** L'atteinte péritonéale au cours de la tuberculose est courante au Tchad. Le diagnostic n'est pas toujours aisé mais le caractère exsudatif et lymphocytaire du liquide d'ascite ainsi que l'échographie abdominale sont des éléments qui peuvent orienter vers une localisation péritonéale de la tuberculose. L'évolution est généralement favorable sous traitement précoce et bien conduit. **Mots-clés :** tuberculose péritonéale, échographie, antituberculeux, N'Djamena.

ABSTRACT

Introduction: Peritoneal tuberculosis is not uncommon in Chad. Its diagnosis of certainty is difficult and is based on the analysis of ascites fluid and abdominal ultrasound. Our aim was to contribute to the study of the various clinical, diagnostic and progressive aspects of peritoneal tuberculosis in the internal medicine department of the HGRN. **Methodology:** This is a retrospective and prospective study spread over 39 months covering the period from January 2014 to March 2017 including all patients hospitalized for peritoneal tuberculosis in the internal medicine department of the HGRN. The diagnosis was made, on a bundle of anamnestic, clinical, ultrasound, cytological and evolutionary arguments. **Results:** During the study period, 69 patients were included, or 9.77% of all hospital admissions. The average age was 42 years (range 18 to 83 years). The female sex represented 52.2% of the cases. The main reasons for hospitalization were ascites (87% of cases), associated with fever (92.5% of cases). The clinical signs were dominated by abdominal pain, deterioration of general condition and transit disorders. The ascites fluid was citrus yellow, rich in lymphocytes (81.6% of cases) and protein (94.2% of cases). Abdominal ultrasound, performed in all patients, demonstrated ascites with deep, mesenteric lymphadenopathy, portal in 62.3% of cases and compartmentalized in 37.7% of cases. Tuberculosis treatment was started in all patients and the outcome was favorable in 65.2% of cases. We deplored 20.3% mortality; all were patients who were severely immunosuppressed with HIV. **Conclusion:** Peritoneal involvement in tuberculosis is common in Chad. The diagnosis is not always easy, but the clinic associated with the exudative and lymphocytic characters of the ascites fluid as well as the abdominal ultrasound are elements which can direct towards a peritoneal localization of tuberculosis. The course is generally favorable under early treatment and well conducted. **Keywords:** peritoneal tuberculosis, ultrasound, Ndjamen

INTRODUCTION

La Tuberculose est une maladie contagieuse, endémo-épidémique, à transmission essentiellement interhumaine due au complexe *Mycobacterium tuberculosis* [1] pouvant toucher de nombreux organes. Elle reste l'une des maladies causant le plus de décès dans le

monde. En 2015, on estimait à 10,4 millions le nombre de nouveaux cas de tuberculose dans le monde, dont 5,9 millions (56 %) chez les hommes, 3,5 millions (34 %) chez les femmes et 1 million (10 %) chez les enfants [1]. Les personnes vivant avec le VIH représentaient 1,2 million (11 %) sur l'ensemble des nouveaux

cas de tuberculose. Six pays représentaient 60 % des nouveaux cas : l'Inde, la Chine, l'Indonésie, le Nigéria, le Pakistan et l'Afrique du Sud [2]. Bien que le nombre de décès par la tuberculose ait baissé de 22% entre 2000 et 2015, la tuberculose demeure l'une des 10 principales causes de décès dans le monde en 2015.

Le Tchad est classé par l'OMS parmi les pays à haute prévalence. En 2016, 11077 cas de tuberculose toutes formes confondues étaient déclarés dont 4247 sont des nouveaux de tuberculose confirmée bactériologiquement [3]. La tuberculose péritonéale se définit par l'ensemble des manifestations induites par l'infection par le bacille de Koch (BK) dans la cavité péritonéale. Elle représente 1 à 4% des infections tuberculeuses et induit fréquemment un épanchement ascitique fébrile (31 à 82% des cas) riche en lymphocyte et protide. L'infection à VIH a favorisé l'éclosion de la tuberculose en général et peut théoriquement favoriser l'éclosion de la localisation péritonéale avec des modifications des aspects classiques. Cela pose souvent en milieu hospitalier un problème de diagnostic et retarde la prise en charge thérapeutique. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments paracliniques massifs et couteux parfois non disponibles dans le Pays; ce qui explique la difficulté diagnostique et le recours fréquent au traitement d'épreuve. Ainsi, la grande variabilité des situations cliniques, l'absence des données épidémiologiques et cliniques relatives à la tuberculose péritonéale au Tchad justifie l'initiative de la présente étude dont les objectifs étaient de décrire le profil clinique, diagnostique et évolutif de la tuberculose péritonéale en vue d'améliorer la prise en charge la tuberculose péritonéale au Tchad.

METHODOLOGIE

Cadre d'étude : Notre étude s'est déroulée à l'Hôpital Général de la Référence Nationale (HGRN) de N'Djamena, dans le service d'hépatogastro-entérologie de janvier 2014 au Mars 2017.

Nature et période d'étude : C'est une étude rétrospective et prospective sur une période de 39 mois allant de Janvier 2014 au Mars 2017.

Population d'étude : L'étude concernait les patients ayant l'âge supérieur ou égal à 15 ans présentant une ascite fébrile.

Critères d'inclusion : Étaient inclus dans notre étude, les patients présentant des signes d'imprégnation tuberculeuse et/ou un liquide d'ascite riche en lymphocytes et en protéides (taux supérieur à 25g/l) et l'évolution favorable sous traitement antituberculeux.

Critères d'exclusion

Les patients présentant une ascite non fébrile pauvre en lymphocyte et en protéide et l'évolution non favorable sous traitement d'épreuve.

- Les autres patients avec autres causes d'ascite (cirrhose du foie, carcinose péritonéale, etc...).

Le recueil et analyse de données : Les données ont été saisies et interprétées par le logiciel SPSS 18-0. Les variables étaient comparées par les tests statistiques de la probabilité p , χ^2 . Une différence statistique est dite significative pour une valeur de $p < 5\%$.

Les variables d'étude : Les variables étudiées étaient : sociodémographiques, cliniques, paracliniques, étiologiques, et évolutives.

RESULTATS

Durant la période de janvier 2014 à mars 2017, 69 cas de Tuberculose Péritonéale ont été hospitalisés dans le service de médecine interne de l'HGRH ; ce qui représente 9,77% du motif d'hospitalisation durant la période de notre étude.

Données sociodémographiques :

Tableau I : Répartition selon la tranche d'âge
Dans notre série, l'âge moyen de nos patients était de 42 ± 15 ans avec des extrêmes de 18 à 83 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 29-59 ans.

Le sexe :

Figure 1: distribution selon le sexe

Nous retrouvons une large prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,9.

Tableau II : Répartition selon la profession

Près de la moitié de nos patients était sans emplois, suivis des commerçants.

Tableau III : Signes cliniques retrouvés à l'admission

Les signes généraux étaient dominés par l'amaigrissement chez 98,6% des patients.

Tableau IV: Signes biologiques retrouvés chez nos patients

La numération formule sanguine révélait une anémie normochrome microcytaire dans 62,3% des cas. Tous les 69 patients avaient bénéficié d'une ponction exploratrice avec étude du liquide d'ascite et l'aspect jaune citrin était noté dans 87% de cas et la cytologie notait une prédominance lymphocytaire dans 81,6% des cas.

Selon la sérologie VIH et le statut immunologique :

Figure 2 : distribution selon la sérologie VIH et le statut immunologique : 39 des patients avaient une sérologie positive soit une séroprévalence de 56,5%, 23 étaient séronégatifs soit 33,3% et 7 ne disposaient pas de données sur leur statut VIH.

Sur le plan immunologique, tous les patients avaient un taux de CD4 inférieur à 500/mm³.

Echographie abdominale : Dans notre série, tous les patients avaient bénéficiés d'une échographie abdominale qui retrouvait une ascite libre avec des adénopathies profondes mésentériques chez la majorité des patients soit 62,3% des cas.

Les données thérapeutiques et évolutives : Un traitement antibacillaire a été instauré chez tous les patients suivant le protocole national

(2RHEZ/4RH) et l'évolution à 1 mois et à 6 mois de traitement est favorable respectivement 76,8% et 65,2%. **Tableau V: Evolution générale**

DISCUSSION

Durant la période d'étude, 710 patients étaient hospitalisés au service de médecine interne de l'Hôpital Général de Référence Nationale parmi lesquels 69 cas de tuberculose péritonéale enregistrée soit un taux de 9,77%. Cette fréquence était sous-estimée car beaucoup de patients sont limités par la précarité mais surtout l'indisponibilité de certains examens dans notre pays; mais cette proportion restait élevée par rapport aux travaux de Thoreau dans la banlieue nord-est de Paris en 2001 [5] et Sawadogo au Burkina Faso en 2001 [6]. Cette fréquence relativement élevée dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que l'HGRN est le seul hôpital de référence du pays où tous les cas de pathologies digestives étaient orientés dans le service de médecine interne pour une meilleure prise en charge.

Notre série comptait 36 femmes et 33 hommes avec un sexe ratio de 0,9 en faveur des femmes. Cette prédominance féminine était rapportée par certains auteurs Africains. Par contre Robaday et al à Rouen en France en 2005 [8] qui rapportaient une prédominance masculine dans des populations des travailleurs immigrés. Dans notre série, cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par le fait que l'homme, dans notre contexte ne vient consulter le médecin que lorsqu'il est gêné ou lorsque la maladie devient grave. Dans ce cas, il préfère consulter d'abord le marabout ou le guérisseur traditionnel avant de se rendre à l'hôpital.

Classiquement la tuberculose péritonéale est une maladie de l'adulte jeune entre la 3^{ème} et 4^{ème} décade. Les tranches d'âge les plus représentatives étaient de 29 à 50 ans avec une fréquence de 62,8% de cas. Cependant, Ouatou (Bamako, 2008) [9] notait 60% de cas dans la même tranche d'âge.

L'âge moyen de nos patients était de 42 ans ± 15ans avec des extrêmes de 18 à 83 ans ; ce résultat est superposable à celui rapporté par Mahassadi et al [7] à Yopougon en côte d'Ivoire en 2008 qui était de 41 ans.

Par ailleurs, la présentation clinique est très polymorphe et non spécifique. Cependant, dans notre série, l'expression clinique était dominée par l'amaigrissement, 98,7% des cas, par contre Dembélé et al en 2003 [10] et Doumbia [11] au Mali en 2016 rapportaient des fréquences inférieures respectivement de 53,8% et de 30% des cas. La douleur abdominale et l'anorexie étaient retrouvées dans 95,7 % des cas. Ce résultat était superposable à celui rapporté par El Abakari et al au Maroc en 2006 qui était de 95% des cas [12]. La fièvre, bien qu'elle soit non spécifique, elle gardait

une valeur d'orientation diagnostique surtout quand elle était associée à d'autres signes tels que l'asthénie, anorexie, amaigrissement et sueurs nocturnes. Elle était habituellement modérée et prolongée, tandis que dans notre série elle était présente dans 92,5% des cas. Ce résultat était superposable à ceux obtenus par Piéron en France (91%) [13] et Sawadogo et al au Burkina Faso (100%) [6].

L'ascite était présente chez 81,2% de nos patients, ce qui était compatible avec les données de la littérature [4]. L'hépatomégalie et la splénomégalie constituaient des signes inhabituels de la tuberculose péritonéale, elles étaient retrouvées dans notre étude dans 49,3% des cas pour l'hépatomégalie et 23,2% pour la splénomégalie. Dans la revue systématique de Sanai, ces symptômes étaient retrouvés respectivement dans 28,2% et 14,3% des cas. La fréquence de l'aménorrhée varie entre 15 à 50% selon la littérature [1]. Dans notre étude, elle était de 22%. Elle était non spécifique et de ce fait, elle n'était qu'un élément d'orientation.

L'association de la lymphocytose du liquide d'ascite à la fièvre et aux adénopathies profonde dans les régions à forte endémicité de la tuberculose et à ressource limitée comme la nôtre pouvait suffire à évoquer le diagnostic de la Tuberculose péritonéale.

Par ailleurs, une anémie normochrome microcytaire était retrouvée chez 62,3% des patients, une leucopénie 26,1% et une lymphocytose chez 23,2%. Par contre Sawadogo et al [6] avaient retrouvé une anémie normochrome microcytaire dans 14% des cas et une anémie hypochrome microcytaire dans 77% et enfin Robaday et al [8] avaient retrouvé une anémie hypochrome microcytaire.

Cependant, l'échographie abdominale était non spécifique mais joue un rôle important dans l'exploration de la tuberculose péritonéale. Elle permettait la mise en évidence de signes dont l'association suffisait d'évoquer le diagnostic à savoir une ascite libre ou cloisonnée, des adhérences péritonéales, des adénopathies profondes et un épaissement péritonéal.

En revanche, tous nos patients avaient bénéficiés d'une échographie abdominale, l'ascite était présente dans tous les cas. Une ascite cloisonnée était retrouvée chez 37,7% nos patients, une ascite libre avec des adénopathies profondes mésentériques chez 62,3% des patients.

Lezar et al [17] au Maroc en 2006, avaient retrouvé 33,3% d'ascite libre, et 45% d'ascite associée aux adénopathies profondes. Concernant les autres localisations extra péritonéales, nous avions rencontré 36,8% de localisation pulmonaire, cette type d'association était également rapportée par Sawadogo et al [6], et Dembélé et al [10], qui avaient trouvé respectivement 15,4% et à 14% des cas.

En fin l'évolution sous traitement était favorable dans 65,2% des cas avec une disparition de la fièvre en quelques jours, et l'assèchement de l'ascite en 2 mois environ. Nous avons déploré 20,3 % de décès au cours des deux premiers mois de traitement dans notre étude, ce résultat était superposable à celui de rapporté par Tiembre et al en 1997 et N'Dri-Yoman en 2000 en Côte d'Ivoire qui avaient trouvé respectivement 22,2% et 20,8% des cas [18]. Le taux de létalité élevé de notre série pourrait s'expliquer par un diagnostic tardif, de la co-infection tuberculose péritonéale et VIH mais surtout la précarité nos patients incapable d'honorer leurs soins. Les décès étaient dus généralement à une tuberculose disséminée avec un taux de CD4 trop bas. Dans notre cas, la co-infection avec VIH avaient certainement influencé le pronostic (**p=0,05**).

CONCLUSION

La tuberculose péritonéale demeure une réalité au Tchad, elle est l'apanage des sujets jeunes et plus fréquente chez la femme. Elle s'explique par le faible plateau technique et la précarité des conditions socio-économiques. Le diagnostic est généralement évoqué devant la présence d'une ascite de type exsudatif, riche en lymphocytes. Les formes compliquées ne sont pas exceptionnelles, elles sont dues essentiellement au retard diagnostique. L'évolution est généralement bénigne après une chimiothérapie antituberculeuse précoce et bien conduite pendant une période de six mois.

REFERENCES

- Dautzenberg B. Décision en Pneumologie 2e édition, Paris : Vigot, 1997, 200p.
- OMS. Rapport 2016 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. 13 octobre 2016.
- Guide Technique du PNT1, Tchad, Juin 2010, Page 5.
- Burguess LJ, Swanepoel CG, Taljaard JJF. The use of adenosine deaminase as a diagnostic tool for peritoneal tuberculosis. Tuberculosis 2001; 81: 243-248.
- Thoreau N, Fain O, Babinet P, Lortholary O, Robineau M, Valeyre D, et al. Tuberculose péritonéale: 27 cas dans la banlieue Nord - est de Paris. Int J Tuberc Lung Dis 2002 ; 6 :253-258.
- Sawadogo A, Ilboudo P, Zerbo G.A.KI. Tuberculose péritonéale et infection par le VIH. Réflexion à propos de 22 cas à l'hôpital de Bolo Dioulasso : Burkina Faso. Bactériologie : 2001, 94(4) :296-300.
- Mahassadi K, Ndri-Yoman T, Attia A, Doffou S, Bathaix MF, Kissi YH, Toure F, Agbe N, Sy E. Valeur diagnostique de la lymphocytose du liquide d'ascite et du gradient albumine sérum ascite dans la tuberculose péritonéale en milieu africain. J Afr Hepato Gastroenterol. 2008 ; 2: 152-157.

- Robaday S, Belizna C, Kerleau JM, Héron F, Cailleux N, Lecomte et al. La tuberculose péritonéale: une entité toujours présente A propos de 4 observations. Rev med interne 2005; 26: 738-743.
- Ouatou MA. Tuberculose abdominale dans les services de médecine des CHU de Gabriel Touré et du point « G » Bamako-Mali. Thèse Med Bamako, 2008 ; 17.
- Dembélé M, Maïga MY, Minta DK, Sidibé Traoré A, Sacko M, Traoré AK, Cissé AH, Diop CT, Baby M, Bocoum AI, Fongoro S, Diallo D, Traoré HA. Tuberculose péritonéale dans un service de médecine interne en milieu tropical : aspects clinique, biologique et laparoscopique Acta Endoscopica 2002 ; 33 :561-567.
- Doumbia AK. Pathologies du péritoine au cours du sida dans les services de médecine Interne de l'hôpital du point G et d'Hépatogastro-Entérologie de l'hôpital Gabriel Touré Thèse, Med, Bamako, 2004; 48.
- El Abakari M, Benajah D, Aqodad N, Bennouna S, Oudghiri B, Ibrahim A. Peritoneal tuberculosis in the Fes University Hospital (Morocco). Gastroenterol Clin Biol 2006 ; 30 : 377-381.
- Piéron R, Lesobre B, Mafart Y, Boccara H. Aspects actuels de la tuberculose péritonéale à propos de 22 cas chez l'adulte. Sem. Hop. Paris, 1980 ; 56(3-4) : 107-113.
- Peghini M, Rajaonarison P, Pecarrere et Coll. La tuberculose péritonéale à Madagascar à propos de 55 observations. Recueillies au centre hospitalier de Soavindriana à Antananarivo. Arch. Inst. Pasteur Madagascar. 1995, 62: 99-102.
- Jorge A. peritoneal tuberculosis. Endoscopy, 1984, 16, 10-15.
- Gastli M. S, Hassine. W, Abdesslem. K, Gharbi. H. A. Aspects échographiques de la tuberculose péritonéale à propos de 14 cas. J Radiol. 1983; 64 (6): 325-329.
- Lezar S ; Mestour M ; Kadiri R. Imagerie de la tuberculose abdominale. Journal de Radiologie, Octobre 2006 ; 87(10):1470-1471
- N'Dri-Yoman TH, Adel-Reda A, Mahassadi KA , Attia KA, Bathaix YF et al. La tuberculose péritonéale à l'heure du VIH/SIDA. Rev Int Sci Méd, 2000; 2: 30.

Tableau I: Répartition selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	n	%
18-28	8	11,6
29-39	22	31,9
40-50	22	31,9
51-61	11	15,9
62-72	5	7,2
73-83	1	1,4
Total	69	100

Le sexe :

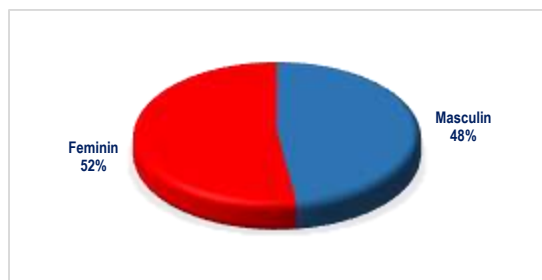


Figure 1: distribution selon le sexe

Tableau II : Répartition selon la profession

Profession	n	%
Fonctionnaire	8	11,6
Sans emploi	27	39,1
Commerçants	20	29,0
Etudiant ou élève cultivateur	8	11,6
	6	8,7
Total	69	100,0

Tableau III : Signes cliniques retrouvés à l'admission

Année	n	%
Ascite	56	81,2
Anorexie	66	95,7
Fièvre	66	92,5
Amaigrissement	68	98,7
Douleur abdominale	66	95,7
Trouble du transit	51	73,0
Hépatomégalie	34	49,3
Splénomégalie	16	23,2
Aménorrhée	8	22,0

Tableau IV: Signes biologiques retrouvés chez nos patients

Examens biologiques	n	%
Anémie	61	88,4
CRP élevée	64	92,8
Aspect du liquide d'ascite :		
• Jaune citrin	1	1,7
• séro-hématique		
• hématique		
Liquide exsudatif	65	84,2
Liquide lymphocytaire	56	81,6
La recherche du BK dans le liquide d'ascite	60	0

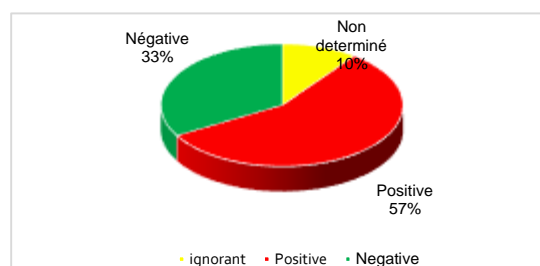


Figure 2: distribution selon la sérologique VIH et le statut immunologique :

Tableau V: Evolution générale

Evolution	n	%
Favorable		
• A un mois	53	76,8
• A six mois	45	53,2
Décès	14	20,3
Complication (cytolyse)	10	14,4
Perdus de vue	7	10,1