



La tuberculose péritonéale dans les pays industrialisés: présentation clinique, diagnostic et devenir dans deux hôpitaux universitaires

Z. Cavalli^{1,2}, F. Ader¹, C. Chidiac¹, T. May², C. Rabaud², C. Pulcini², T. Ferry¹

¹ Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital de la Croix-Rousse, Hospices Civils de Lyon

² Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital de Brabois, CHU de Nancy

Introduction

La tuberculose péritonéale (TBp) est une forme extra-pulmonaire peu fréquente mais en augmentation comme toutes les formes extra-pulmonaires. Elle est peu étudiée dans les pays industrialisés. Le but est de décrire la présentation clinique, les moyens diagnostiques et le devenir des TBp dans deux hôpitaux universitaires.

Matériel et méthode

Nous avons mené une étude rétrospective dans 2 CHU, incluant toutes les TBp entre janvier 2004 et décembre 2014. Les données cliniques, biologiques, radiologiques, bactériologiques et thérapeutiques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.

Résultats

Nous avons inclus 34 patients, 29 à Lyon et 5 à Nancy (âge moyen de 44.1 ans avec un sex-ratio de 1 femme/1.8 homme). Les migrants représentaient 26 patients (76.5%). Une pathologie sous-jacente était retrouvée chez 13 patients (38.2%), principalement une cirrhose, un diabète, une hépatite chronique ou un cancer. Seulement 2 patients avaient un antécédent de tuberculose.

Les symptômes prédominants étaient la fièvre/les sueurs et les douleurs abdominales (24 patients, 70.6%) et une ascite/un ballonnement abdominal (19 patients, 55.9%). La durée d'évolution des symptômes avant hospitalisation était de 3,4 mois. Quatre patients ont présenté un abdomen chirurgical nécessitant une laparotomie en urgence.

Le liquide d'ascite est exsudatif dans 80,1% des cas (17/21) et à prédominance lymphocytaire dans 90,5% des cas (19/21). 72,7% des tests IGRA (16/22) étaient positifs et 62,5% avaient un IDR positif (15/24). La TDM a retrouvé une ascite dans 90,6% des cas (29/32) et un épaissement péritonéal, mésentérique ou épiploïque dans 75% des cas (25/32), difficile à différencier d'une origine néoplasique (figure 1).

Une exploration chirurgicale a été réalisée chez 58,6% des patients : 14 coelioscopies et 6 laparotomies. Des biopsies péritonéales ont été réalisées chez 22 patients: 17 par chirurgie et 5 par voie percutanée sous imagerie. Du granulome a été retrouvé chez 95,5% des patients (21/22). Les biopsies péritonéales n'ont pas été envoyées en bactériologie dans 36,6% des cas (8/22). Les résultats bactériologiques sont présentés tableau 1. Nous avons identifié 20 Mycobacterium tuberculosis et 6 M. Bovis. Le spoligotype le plus fréquent est M. tuberculosis, famille T.

La majorité des traitements était une quadrithérapie classique (24/34) avec une durée moyenne de 8,3 mois. 76.5% des patients (26/34) ont été suivis jusqu'au terme de l'antibiothérapie et ont guéri, un seul patient est décédé d'une tuberculose disséminée. Parmi les complications sévères, on retrouve 3 chirurgies extensives (2 résections intestinales avec stomies et 1 hystérectomie) et 2 syndrome sub-occlusifs ayant nécessité une corticothérapie. Une atteinte extrapéritonéale a été confirmée chez 16 patients (47.1%), en majorité pulmonaire, intestinale ou gynécologique.



Figure 1. Epaissement nodulaire du péritoine et ascite d'une tuberculose péritonéale

Total	Ascite (32)	Péritoine (22)
Total culture	31	14
Culture positive	18 (58,1%)	10 (71,4%)
Culture négative	13 (41,9%)	4 (28,6%)
Total PCR	13	8
PCR positive	0 (0%)	2 (25%)
PCR négative	12 (92,3%)	6 (75%)
Ininterprétable	1 (7,7%)	0 (0%)

Tableau 1. Bactériologie des prélèvements d'ascite et de péritoine

Conclusion

Le diagnostic de la TBp doit être gardé à l'esprit même dans les pays développés. Il demeure difficile devant une clinique aspécifique et une imagerie pouvant évoquer une carcinose péritonéale. Il faut y penser devant une ascite lymphocytaire fébrile chez un patient originaire de zone d'endémie ou immunodéprimé. Le rendement de la culture d'ascite est insuffisant et les biopsies péritonéales semblent indispensables. Les biopsies écho-guidées de granulome sont une alternative prometteuse à la coelioscopie. Devant une suspicion de TBp et après réalisation des biopsies, il convient de ne pas retarder le traitement car ce délai est le principale facteur pronostic et l'issue de la TBp est favorable sous traitement approprié. La famille T de Mycobacterium tuberculosis est le spoligotype le plus fréquemment retrouvé. L'enjeu de la TBp est donc le diagnostic positif qui repose sur des arguments cliniques, histologiques et autant que possible bactériologiques.

Groupe d'étude de la TB

L. Adelaïde, F. Ader, F. Biron, A. Boibieux, A. Bouaziz, K. Bouledrak, E. Braun, C. Broussolle, G. Carret, G. Catho, Z. Cavalli, N. Charhon, C. Chidiac, W. Chumbi-Flores, B. Coppere, S. Couraud, G. Devouassoux, O. Dumitrescu, S. Ernesto, T. Ferry, D. Floret, N. Freymond, S. Gardes, S. Gerbier-Colomban, Y. Gillet, M.H. Girard-Madoux, S. Goutelle, J. Grando, R. Grima, L. Hees, S. Henard, A. Hot, J. Karsenty, L. Kiakouama-Maleka, C. Laurain, G. Lina, A. Lozniewski, J. M. Maury, T. May, M. H. Metzger, P. Miaillhes, L. Moreau, P. Nesme, J. Ninet, L. Perard, T. Perpoint, E. Perrot, D. Peyramond, C. Pulcini, C. Rabaud, A. G. Ranc, R. Reix, A. S. Renaud-Baron, J. Saison, A. Senechal, P. Sève, P. J. Souquet, H. van Thai, F. Tronc, F. Valour, P. Vanhems