

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

***ECOLE NATIONALE de MEDECINE  
et de PHARMACIE du MALI***

**Année 1978 - 1979**

---

**THESE**

**Pour le Doctorat d'Etat en Médecine**

**Présentée et Soutenue publiquement**

**le Novembre 1979**

**par**

**Madame COULIBALY née Kani DIABATE**

**née le 1<sup>er</sup> Août 1952 à Kayes**

**LES TUBERCULOSES EXTRA - PULMO-  
NAIRES A BAMAKO ( République du Mali )  
à propos de 148 cas dépistés  
en deux ans**

**JURY**

**Pr. M. GENTILINI**

**Pr. B. DUFLO**

**Pr. S. SANGARE**

**Dr. A. Ag RHALY**

ANNEE ACADEMIQUE 1978-1979

-----

Directeur Général : Professeur Aliou BA  
 Directeur Général Adjoint : Professeur Bocar SALL  
 Secrétaire Général : Monsieur Godefroy COULIBALY  
 Econome : Monsieur Dionkounda SISSOKO  
 Conseiller Technique : Professeur Philippe RANQUE.

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Bernard BLANC : Gynécologie-Obstétrique  
 - Sadio SYLLA : Anatomie - Dissection  
 - André MAZER : Physiologie  
 - Jean-Pierre BISSET Biophysique  
 - Pierre MIRANDA : Biochimie  
 - Michel QUILICI : Immunologie  
 - Humbert GIONO-BARBER Pharmacodynamie  
 - Jacques JOSSELIN Biochimie  
 - Oumar SYLLA : Pharmacie chimique - Chimie organique  
 - Georges GRAS : Toxicologie-Hydrologie  
 Docteur Alain DURAND : Toxicologie  
 - Bernard LANDRIEU: Biochimie  
 - J.P. REYNIER : Pharmacie galénique  
 - Mme P.GIONO-BARBER Anatomie-Physiologies Humaines  
 - Mme Thérèse FARES Anatomie-Physiologie Humaines  
 - Emile LOREAL : O.R.L.  
 - Jean DELMONT : Santé Publique  
 - Boubacar CISSE : Toxicologie-Hydrologie.

PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

Professeur Aliou BA : Ophtalmologie  
 - Bocar SALL : Orthopédie-Traumatologie-Anatomie-Secourisme  
 - Mamadou DEMBELE : Chirurgie générale  
 - Mohamed TOURE : Pédiatrie  
 - Souleymane SANGARE Pneumo-Phtisiologie  
 - Mamadou KOUMARE : Pharmacologie-Matières médicales-Phyto & Zoopharmaceutique  
 - Pierre SAINT ANDRE Dermatologie-Vénérologie-Lèprologie  
 - Philippe RANQUE : Parasitologie  
 - Bernard DUFLO : Pathologie médicale-Thérapeutique  
 - Oumar COULIBALY : Chimie organique  
 - Adama SISSOKO : Zoologie

## ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Aly GUIINDO	: Sémiologie digestive
-	Abdoulaye AG-RHALY	: Sémiologie Rénale
-	Sory KEITA	: Microbiologie
-	Yaya FOFANA	: Microbiologie
-	Moctar DIOP	: Sémiologie chirurgicale
-	Balla COULIBALY	: Pédiatrie - Médecine du Travail
-	Bénitiéni FOFANA	: Obstétrique
-	Mamadou-Lamine TRAORE	: Gynécologie-Obstétrique-Médecine Légale
-	Boubacar CISSE	: Dermatologie
-	Yacouba COULIBALY	: Stomatologie
-	Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique
-	Sanoussi KONATE	: Santé Publique
-	Issa TRAORE	: Radiologie
-	Mamadou Kouréissi TOURE	: Sémiologie Cardio-Vasculaire
-	Siné BAYO	: Histologie-Embryologie - Anapath.
Mme	KEITA (Oulématou) BA	: Biologie animale
Mr.	Cheick Tidiani TANDIA	: Hygiène du Milieu.

## CHARGES DE COURS

Docteurs	L. AVRAMOV	: Psychiatrie
-	Christian DUNAT	: Microbiologie
-	Mme SY (Assitan) SY	: Gynécologie
-	Isack Mamby TOURE	: Microbiologie
-	Gérard TRUSCHEL	: Anatomie-Traumatologie-Sémi.chirurgicale
-	Henri DUCAM	: Pathologie Cardio-Vasculaire
-	Boukassoum HAIDARA	: Galénique - Chimie organique - Diététique et Nutrition
-	Philippe JONCHERES	: Urologie
-	Hamadi Modi DIALL	: Chimie ANalytique
-	Mme Brigitte DUFLO	: Sémiologie digestive
Mr.	MARTIN	: Chimie Analytique
Professeur	Tiénoko MALLET	: Mathématiques
-	Amadou Baba DIALLO	: Physique
-	N'Golo DIARRA	: Botanique-Cryptogamie-Biologie Végétale
-	Lassana KEITA	: Physique
-	Souleymane TRAORE	: Physiologie générale
-	Daouda DIALLO	: Chimie générale - Inorganique.

J E D E D I E C E T R A V A I L

A MON PERE :

En ce jour solennel, j'ai conscience que de ta tombe  
tu assistes ta "Natogoma".

A MA MERE :

Tu n'as rien ménagé pour la bonne  
réussite de mes études. Trouve dans ce travail  
le fruit de ta bonne éducation.

A MES FRERES ET SOEURS :

Qui ont su me comprendre avec mon caractère révoltant  
qu'ils trouvent ici l'expression de mon profond attachement  
au sentiment fraternel.

A MON CHER EPOUX ;

En temps difficile comme en temps normal, j'ai trouve auprès de toi compréhension, aide et amour. C'est forte de tes encouragements que j'ai mené ce travail à terme.

A TOUS QUI ME SONT CHERS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ALIOU BA.

Profonde gratitude pour votre bonté, votre  
compréhension durant nos années d'études à  
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.

AU PERSONNEL DE L'ECOLE ~~NATIONALE~~ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

En particulier à Mlle Dany D I A R R A  
Pour les remercier de la gentillesse que  
j'ai retrouvé en eux.

A TOUS MES COLLEGUES DE PROMOTION

Mes vifs remerciements pour votre colla-  
boration notre cycle d'études.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARC GENTILINI  
PROFESSEUR A LA FACULTE DE MEDECINE PITIE - SALPETRIERE  
MEDECINE BIOLOGISTE DES HOSPITAUX

Nous ne ~~serons~~ jamais suffisamment vous exprimer notre reconnaissance pour l'apport ind~~é~~bitable que vos recherches constituent pour nous.

Nous vous adressons nos remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.



Mes très sincères remerciements vont  
au Professeur Bernard DUFLO et Madame  
dont le soutien ne m'a jamais fait  
défaut pour la réalisation de ce travail.

Vous nous avez donné le goût du travail.

Ma profonde gratitude au Professeur Souleymane  
SANGARE qui n'a jamais ménagé son temps pour  
m'aider.

Nous sommes heureux de vous compter  
parmi les membres de notre jury.

AU DOCTEUR SINE BAYO :

J'adresse toute ma reconnaissance pour  
les conseils qu'il ne s'est jamais lassé  
de me donner.

Je prie enfin le Docteur Abdoulaye Ag RHALY  
d'accepter mes vifs remerciements pour la  
patience, le courage et l'aide remarquables  
dont il a fait preuve après avoir accepté.  
de diriger ma Thèse.

# S O M M A I R E

---

	<u>Pages</u>
I. - INTRODUCTION.....	1
II.- HISTORIQUE.....	2
III. - DONNEES DISPONIBLES SUR LA TUBERCULOSE EXTRAPULMONAIRE EN AFRIQUE.....	6
IV. - GENERALITES.....	7
V. - LES OBSERVATIONS.....	10
VI. - ANALYSE ET COMMENTAIRES.....	43
1. Epidémiologie des tuberculoses extrapulmonaires.....	49
a) Incidence des tuberculoses extrapulmonaires par rapport aux hospitalisés dans les services de médecine	49
b) Comparaison de la fréquence des tuberculoses extrapulmonaires et des tuberculoses pulmonaires traités à Bamako	49
c) Incidence des formes extrapulmonaires par rapport aux formes pulmonaires...	49
d) Incidence de la tuberculose extrapulmonaire selon le sexe.....	51
e) Fréquence relative des différentes localisations.....	51
f) Incidence de la tuberculose extrapulmonaire en fonction de l'âge.....	51
g) Fréquence relative des différentes localisations.....	56
2. Particularités symptomatiques et commentaires des différentes localisations.....	56
- localisations osseuses.....	56
- localisations péritonéales.....	62
- localisations péricardiques.....	63
- localisations ganglionnaires.....	65
- localisations pleurales.....	70
- localisations hépatospléniques.....	75
- localisations neurologiques.....	76
- localisations intestinales.....	77
VII. TRAITEMENT.....	78
VIII. CONCLUSION.....	83
IX. BIBLIOGRAPHIE.....	

I. I N T R O D U C T I O N

Si dans les pays développés la tuberculose est en régression, il n'en est pas de même des pays en voie de développement et particulièrement en Afrique, où elle pose un très important problème de santé publique.

La mortalité par la tuberculose atteindrait 30 à 50 pour 100.000 en Afrique Noire, alors qu'elle est pratiquement nulle en Europe. Ces statistiques concernent la tuberculose pulmonaire.

Jusque là, la plupart des travaux effectués concernent la tuberculose pulmonaire contrairement aux formes extrapulmonaires qui, certes sont très peu ou pas contagieuses mais sont pour la plupart invalidantes (pott), une cause de mortalité non négligeable chez les enfants avec la localisation préférentielle aux méninges. Elles sont par ailleurs relativement fréquentes : PAYET (réf. 50) à Dakar fait le compte de toutes les tuberculoses admises à la clinique médicale de 1962 à 1966. Sur 400 cas recensés, 170 sont porteurs de lésions pulmonaires isolées. Donc 230 malades sont porteurs de lésions extrapulmonaires, soit 57,5 % des tuberculés. Notre étude porte sur 149 cas de tuberculoses extrapulmonaires colligés en 2 ans (1977 - 1979) à l'Hôpital du Point-G. Les premières observations ont été rapportées par Mme GRANIER G..

En entreprenant ce travail, notre but est d'attirer l'attention des médecins maliens sur la fréquence de ces localisations extrapulmonaires de la tuberculose, leurs complications, leurs diagnostics, leurs possibilités thérapeutiques actuelles.

## II. H I S T O R I Q U E

La connaissance des tuberculoses extrapulmonaires remonte au moyen âge : en effet Hypocrate déjà signalait la dyspnée des gâtés.

Les premières descriptions des atteintes intestinales et péritonéales de la tuberculose remontent au XVI<sup>e</sup> siècle.

Pott au XVIII<sup>e</sup> siècle sans soupçonner l'origine tuberculeuse des atteintes osseuses en a fait une description magistrale, qui fut complétée vers 1820 par M. Mathieu qui lui reconnaît l'origine tuberculeuse. La confirmation histologique et bactériologique est intervenue vers la fin du siècle.

En Afrique les premiers travaux sur l'affection tuberculose remontent à l'époque coloniale. En 1840, Thevenot au Sénégal pense que les Africains possèdent une certaine immunité naturelle contre la tuberculose alors que Boujean observe le contraire dans les centres de la côte. Nolle Houpeau (1950) quant à elle trouve <sup>que</sup> l'infection tuberculeuse est plus tardive en milieu rural en comparant l'index tuberculinique entre Douala et Fouban (petite ville) au Cameroun (tableau 1.).

Age	0 à 4	5 à 8	9 à 12	13 à 16	17 à 20	25
Index DOUALA	12 %	44 %	60 %	69 %	70 %	72 %
Index FOUBAN	1 %	4 %	7 %	12 %	20 %	25 %

Tableau 1 : Index tuberculinique à Douala et à Fouban (Cameroun)  
Enquête de Mademoiselle HOUPEAU 1950 - (Thèse GRANIER).

Les enquêtes tuberculiques récentes montrent que l'âge de la primo-infection s'abaisse même en milieu rural : ainsi à la 9ème conférence technique de l'OCCGE à Bobo Dioulasso (1963) sont rapportés des index tuberculiques impressionnants dans un village de la brousse voltaïque (tableau 2.)

Tableau n°2 : Index tuberculique dans un village rural voltaïque (Sererougou) en 1963  
Enquête de CAUSSE - (Thèse GRANIER)

Age	2 à 3	4 à 6	7 à 10
Index	23,6 %	49 %	51 %

Par ailleurs la radioscopie a permis de faire une enquête radioclinique à Dakar en 1962 par PELLEGRINO et CAYRET : sur 11 800 élèves classés en 4 groupes : Africains, Eurafriains, Libanosyriens, Européens, avec un index respectif de primo-infection ou tuberculose pulmonaire évolutive de 7,2 pour 100, 6,5 - 1,8 - 0,3.

Au Mali la tuberculose avait la place dans l'élémentaire nosographie malienne (référence 9)

- Ainsi dans la région de Ségou la tuberculose était connue depuis plus de 400 ans sur le titre de "Socosoconidjè". Les guérisseurs traditionnels reconnaissaient bien sa clinique : toux, expectorations salivaires puis purulentes et la mort dans un tableau cachectique.

- Le mal de Pott était également connu sous le nom de "Dan", le gibbeux pottique : "Danto" était entouré d'une certaine terreur superstitieuse. Sa mise en terre, affirmait la tradition locale, gênait la bonne marche des saisons et perturbait l'hivernage. Le pottique mort était déposé dans le tronc creux d'un gros arbre.

- La tuberculose osseuse articulaire était connue sous le nom de "Fumumba" et la primauté de l'atteinte osseuse dans la lésion avait parfaitement été déterminée. Les guérisseurs locaux dont essentiellement le forgeron chargé de percer l'abcès froid, savaient qu'il était nécessaire de pousser le fer rouge jusqu'à l'os pour détruire l'origine du mal (Dr Barba KETTA Mali).

40. ROUGEMENT A., BOISSON - PONTAL H.E., PONTAL P.G., GRIDEL F., SANGARE S.  
 "Tuberculin skin test and BCG vaccination in hyperendemic areas of an onchocerciasis.  
 The Lancet, 1977.
41. ROUILLON A., PERDRIZET S., PARROT R.  
 "La transmission du bacille tuberculeux, l'effet des antibiotiques"  
 Rev. Fr. Mal - Resp. 1976, 4, 241 - 272.
42. ROUMETZ F. - La tuberculose ganglionnaire de l'adulte à Dakar.  
 Bull. La Med. Afr. Noire, Lgue Franç. 1963, 2, (6), 751 - 755.
43. SANGARE S.  
 Bull. Un Intern. Contre la tuberculose.  
 1975, 50, (2), 18 - 21.  
 "Problèmes posés par la mise en évidence des sources d'infection".  
 S. SANGARE - MALI.
44. SANGARE S., ROUILLON A., PERDRIZET S.  
 "Etude sur la tolérance et la toxicité de la thiacétazone chez les malades tuberculeux au Mali".  
 Bull. de l'U.I.C.T., 1974, 49, 190 - 199.
45. SANGARE S.  
 Difficultés d'un traitement ambulatoire de la tuberculose.  
 Afr. Med. 1974, 13, 737 - 739 Dakar.
46. SANGARE S.  
 Priorité dans un programme moderne de lutte contre la tuberculose dans les pays africains.  
 Bull. de l'U.I.C.T., 1970, 43, 45 - 49.
47. SANKALE H., DIOP B., FRAHENT V. et GASSIBET L.  
 "La tuberculose dans un service de médecine générale en Afrique Noire"  
 Sem. Hôp. Paris, 1969, 45, 2155 - 2168.
48. SANKALE H., DIOP B., FRAHENT V., ANCELLE J.B., CHAMPENOIS V.  
 "La tuberculose hépatique de l'adulte africain à Dakar".  
 Bull. Soc. Med. Afr. Noire, Lgue Franç. 1967, 12, 535 - 545.
49. SANKALE H., PLESSIS Y., DUCLOUX M., GENTILINI H.  
 "L'endémie tuberculeuse dans la région de Gao".  
 (République Soudanaise).  
 Bull. Soc. Pathol. Exot. 1959, 52, 587 - 591.
50. SEGUIN Gérard Robert, - Tuberculose dans un service de médecine interne.  
 A propos de 120 observations, 30 cm, 55, (11) FF - multigr  
 (Pr. Péquignot - 21 - 5 - 73).  
 Thèse Med. Paris, Cochin - Post Royal 1973 n° 94).
51. SELEGA G.  
 "Problème de la lutte anti-tuberculeuse dans les zones rurales du Mali"  
 Thèse, 1976 - 77 - Bko - E.N.M.P.
52. SERGENT E.  
 Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie  
 1951, 29, (2), 105 - 109.



53. SIMON L., BLOTIAN F.  
 "Le mal de Pott"  
 Encyclopédie Médico-Chirurgicale 15032 A<sup>10</sup> 10 1978.
54. SODHY J.S.  
 "Une souillure sur la conscience de l'humanité"  
 Bull. de l'U.I.C.T. Vol. 53, 4, Décembre 1970, 239 - 242.
55. THERY A.  
 Contribution à l'étude des délais de négativation des tuberculeux traités  
 par rifampycine - Incidences socio-économiques.  
 S.L.M., 29 cm, 27 - XIX FF multigr - fig. tab. (Thèse Med. Amiens 1973,  
 n° 48).
56. TOMASI U.B., BRUNNEL M. et LEPROUX P.A.  
 Le point de vue de l'O.M.S. sur la lutte antituberculeuse en pays africain  
 Bull. Soc. Med. Afr. Noire, Ligue Franç. 1967, t 12, (39), 454 - 457.
57. Tuberculose - Tuberculosis - pp. 543 - 691 (GIS) Bull. 1971, Vol. 45, n°5.
58. TUBIANA B.  
 Les aspects actuels de certaines manifestations extra thoraciques de la  
 tuberculose, A propos de formes abdominales hématologique, ostéoarti-  
 culaires et ganglionnaires. 30 cm, 76 FF, multigr. (Pr. J. NICK 14 - 6-73  
 (Thèse Med. Paris - St Antoine 1973 n° 58).
59. VOVOR V.M., CARDOTE E., ODOULAIET et ANGATE,  
 "A propos de la tuberculose ganglionnaire abdominale"  
 Med. Afr. Noire, 1969, 16, 507 - 511.

27. GROSSET Y., SANGARE S., RIST H., MEYER L.  
 "Caractères cultureux et biochimiques des bacilles tuberculeux osifiés  
 chez 230 tuberculeux pulmonaires au Mali.  
 Bull. **WICT**, 1974, 49, 2, 190 - 200.
28. HART D'ARAY P.  
 Efficacy and applicability of mass BCG Vaccination in tuberculosis  
 Control. *Control.*  
 Br. Med. J., 1967, i, 587.
29. HOLM J. : Notre ennemi, le bacille tuberculeux - Cahier internationaux de  
 la tuberculose.  
 Rev. "T", 1970, 23, (Union Internationale Contre la Tuberculose).
30. KANE P.A., Mr. AYOD, KUAKUJI N. et SANKALE L.  
 "Les miliaires pulmonaires tuberculoses à DAKAR".
31. KUAKUJI N.K., IDIHOU H., KESSIE F., SANOKHO A et SANGHOR G.  
 "La tuberculose abdominale de l'enfant à DAKAR : problèmes diagnostiques  
 Med. d'Afr. Noire : 1979, 26, (5).
32. LESOBRE B., ORTEGA J., et CARBON C.  
 La pathologie tuberculeuse du travailleur noir africain à paris.  
 Bull. **Men. Soc. Méd. Hôp. Paris**, 1965, 116, 305 - 319.
33. LOUIS R., DIOUT B., TOSSON H., CONTY C.R., POUYE J. et HENSAK A.  
 "La tuberculose extra pulmonaire chirurgicale de l'Afrique de l'Ouest".  
 Med. Afr. Noire, 1968, 16, n° Spécial 65 - 67.
34. Tuberculose avec localisation abdominale chez l'enfant africain à DAKAR - par  
 HOUCHARAFOU IDOHOU - DAKAR, 1978, 133 p. fig., 29 cm.  
 Thèse : Med. Dakar : 1978, n° 15.
35. PAYET M., SANKALE L., DIOP B., FRAMENT V., ANCELLE J.P.  
 "La tuberculose de l'adulte africain dans un service de médecine générale  
 à Dakar".  
 Med. Afr. Noire, 1967, 14, 613 - 623.
36. PIERON R., HOOCK J., MAFART Y., LOSOBRE B.  
 "A propos de 357 cas de tuberculose du noir africain transplanté".  
 Med. Afr. Noire, 1978, 25, (11), 633 - 647.
37. PRINGETT S.  
 Current efficacy of BCG Progress report of BCG - Progress report of a  
 BTTA investigation.  
 Tubercle BTTA Review, 1974, 4, 45.
38. RAGUET D.F.  
 Lutte antituberculeuse au Mali  
 Bull. **O.C.C.G.E.**, 1966, 2, 599 Bobo.
39. REY J.L., VILLON A. et MOREAU J.P.  
 "La tuberculose en Afrique aujourd'hui"  
 Etudes Médicales - Juin 1978 - n° 2.

Les statistiques officielles de la Direction Nationale de La Santé font état d'une incidence de 50 pour 100 000 de tuberculoses pulmonaires. Deux enquêtes ont été réalisées avec la radiophotographie :

- La première a été effectuée par le Dr RAGUET et a donné des chiffres importants de 2 150 à 5 710 pour 100 000 habitants cette même incidence. (tableau n° 3.)

**Tableau n° 3 :** Résultats de lecture des films radiophotographiques : nombre de suspects de tuberculose, et nombre de malades porteurs de tuberculose évidente. Enquête Dr. RAGUET 1964.

LOCALITES	FILMS IUS	RADIO CODEE CODEE 4	RADIO CODEE 5	TOTAL 4 + 5	%
BAMAKO	10 137	390	84	474	4,2
SEGOU	2 823	100	15	115	4,07
KOPTI	2 509	74	26	100	3,98
SIKASSO	3 934	95	25	120	3,05
GAO	3 010	135	37	172	5,71
KAYES	3 389	66	22	88	2,59
KOULIKORO	2 775	44	16	60	2,15
	28 577	904	225	1 129	3,9

Le code de lecture adopté est :

- 1..... image thoracique normale
- 2..... toutes anomalies sans rapport avec la tuberculose
- 3..... séquelles de toutes étiologies
- 4..... suspects de tuberculose
- 5..... tuberculoses évidentes

- L'enquête radiophotographique récente montre pour Bamako sur 14 427 sujets recensés 0,6 % d'images de tuberculoses évidentes (86 cas), 2,71 % de cas suspects. Parmi les suspects le contrôle bactériologique a montré 2,51 % de bacillaires. Sur les 140 000 habitants de Bamako, le nombre de tuberculeux est de 3 500, or 1 500 tuberculeux seulement étaient traités au dispensaire.

Si l'on considère que 500 sont originaires de Basoko, il ressort que  $\frac{1}{7}$  seulement des malades est suivi donc le nombre de virus circulants est très important.

Des enquêtes tuberculométriques ont été effectuées sous l'égide de l'OMS (1963 et 1968) et ont évalué à 5,7 % le taux de prévalence de l'infection tuberculeuse dans la tranche d'âge comprise entre 0 et 9 ans.

Il ressort de ces données que de l'indépendance à nos jours de gros efforts sont fournis en matières de tuberculose au Mali.

x

x

x

DONNEES DISPONIBLES SUR LES TUBERCULOSES EXTRAPULMONAIRES EN AFRIQUE

Ces données sont rares. Cependant, les tuberculoses extrapulmonaires sont connues de longue date. (référence 3).

Les enquêtes ont été menées sur les différentes localisations :

- localisations ostéoarticulaires (référence 187.52).
- localisations abdominales (réf. 31 - 34)
- localisations ganglionnaires (réf. 42 - 39).
- les localisations extrapulmonaires (réf. 8 - 26 - 33 - 49 - 50).
- localisations génitales (réf. 15).

L'étude faite au Mali sur les localisations extrapulmonaires remonte en 1957 dans la région de Gao à l'occasion de la première installation radiologique. Pour une population autochtone de 6 200 habitants à Gao et 250 000 pour l'ensemble du cercle, seuls 25 tuberculeux étaient connus avant cette enquête ! En fait, 137 malades pulmonaires et 57 localisations extra respiratoires ont été dépistées. (tableau n° 4).

Tableau N° 4 : Répartition des 57 localisations extra respiratoires dépistées à Gao en 1957 (réf. 47).

LOCALISATION	NOMBRE DE CAS
Osséuses	27
- Ostéoarthrites non vertébrales	14
- Mal de Pott	13
Péritonéales	4
Pleurales	11
Ganglionnaires	13
Génitales, orchidididymite	1
Cutanée : scrotale histologiquement confirmée	1

~~134~~ G E N E R A L I T E S

### 1°) Le Bacille de Koch :

L'agent responsable de la tuberculose humaine est un bacille appartenant à la famille des mycobactéries (classe des actinomycétales), dont la caractéristique principale est l'aptitude à conserver la coloration malgré l'action combinée de l'alcool et des acides c'est-à-dire **alcalo acido résistant**) : coloration de ZIEHL-NEELSON à chaud ou de TAN - THIAN - HONK, à froid, modifié par Lapeyssonnie et cause.

Les bacilles de Koch se reproduisent lentement, (une division toutes les 20 heures) et sont peu toxiques pour **les tissus humains**, vivent 14 jours dans les tissus sans provoquer de défense, le nodule apparaît quand il y a au moins 4 000 B.K. (réf. 39).

Les bacilles sont résistants dans le milieu extérieur mais sont sensibles aux rayons ultra violets et aux antiseptiques usuels : formol à 0,1 % (en 24 heures), acide phénique à 5 % (en 6 heures), bleu de méthylène au 1/100.

Il existe d'autres mycobactériums qui sont : - *M. bovis* qui donne fréquemment la tuberculose **surtout** les formes extrapulmonaires ; (il existe toujours la notion de sujet en contact avec le bétail infecté : SCHIEDEL 1960).  
- *M. africanum* a des caractères intermédiaires entre *M. tuberculosis* (agent de la tuberculose humaine) et *M. bovis*. Sa croissance est lente et difficile, résistant à la TB1 (c'isoclozone). Il n'a été isolé qu'en Afrique.

### 2°) Source de contamination :

Le disseminateur de bacille de Koch est essentiellement le malade positif à l'examen direct. On a montré (Toman 1974) qu'un <sup>contaminé</sup> sujet par un malade avec frottis positif à 19 % de chance de devenir tuberculeux alors qu'un sujet infecté par un malade avec frottis négatif, culture négative à 0,3 % de chance de l'être. Les sujets infectés par les cracheurs de B.K. deviennent également plus souvent des malades. Bien que le malade qui reçoit une association correcte perde sa contagiosité en quelque semaines (probablement très souvent en moins de deux), le traitement doit être prolongé et régulier pour assurer la solidité de la négativation et l'absence de rechute (réf. 41).



14. CARAYON A., COLLIAR R. et SIGARD D.  
"Tuberculose solique en zone d'endémie arabienne."  
Bull. Soc. med. Afr. Noire Lgue Franç. 1966, 7, 406 - 409.
15. CARAYON A., COLLIAR R., PIQUARD B.  
"Tuberculose génitale de l'africaine"  
Bull. Soc. med. Afr. Noire Lgue Franç. 1968, 13, 51 - 60.
16. CATHERINE G.  
"Les tuberculoses extrapulmonaires à Bamako, à propos de 89 malades dépistés en un an".  
Thèse, 1979.
17. DACUT (Jenn Marc Georges).  
Problèmes posés par la tuberculose dans une population socialement défavorisée. Etude sociale et médicale sur la tuberculose à la maison de Nanterre, centre d'hébergement de la préfecture de Police, Année 1969 - 30 cm, 56 (I), FF - multigr (Pr.G.BROUET 13.373).
18. DEBEYRE J., DERRION M.  
"Tuberculose ostéoarticulaire"  
Encyclopédie Médico-Chirurgicale (app. locomoteur) 2, 14105 A<sup>10</sup>, 1969.
19. DELORMAS, COULIBALY et AYE.  
Place de l'hospitalisation dans la lutte anti-tuberculeuse.  
Rev. Tubercul. et Pneumol, 1965, 29, 467 - 470.
20. DIOP B., PRIVAT Y., COLLIER H., FAYE Y. et JULIAS M.  
"Formes extrapulmonaires médicales de l'adulte VI<sup>e</sup> Journée Médicales de Dakar".  
Med Afr. Noire 1969, n° Spécial 43, 63.
21. DUCAM H., BA N., DUFLO B., AR RHALY A. et TOURE M.K.  
"A propos de 36 cas de péricardites observées chez l'adulte à Bamako"
22. DUFLO B.  
Cardiologie Tropicale - Med. int. 1975, 10, 447 - 453.
23. DUFLO B., COCHETON J.J., CHRISTOFORON B., GUERRE J., COUVEL A., PEQUIGNOT H.  
"Intérêt de la ponction hépatique dans les tuberculoses de diagnostic difficile - Entretiens de Bichat".  
Med. Paris, Expansion Scientifique Française, 1973, 225 - 228.
24. EL FASSI EL FAHRI H.  
Etude comparative sur l'administration de rifampycine au cours de la phase initiale du traitement.  
Recommandation finale de la 3<sup>ème</sup> Conférence Régionale de la tuberculose du groupe Afrique et Madagascar de l'UITC.
25. GENDRON Y.  
"La tuberculose rurale en Haute-Volta à propos de 253 cas"  
Med. Tropicale 1975, 35, 252 - 254.
26. GENTILINI M., DUFLO B.  
Médecine Tropicale 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Flammarion.  
Médecine - Sciences, 1977, 25, 25 cm, 651 p.

"Transmettre c'est donner tout en gardant" (B.Krafs).

La transmission est réussie si les bacilles se sont fixés chez le nouvel hôte et commencent à s'y multiplier (réf. 30).

Le malade cracheur de B.K. est dangereux pour l'entourage et présente des symptômes dans une forte proportion de cas. Dans l'histoire naturelle de la maladie, le risque d'évolution fatale est de 50 % environ en quelques années pour le malade cracheur tout âge (le risque est de 60 à 80 % pour un sujet ayant plus de 60 ans).

Le sujet réceptif est le sujet ayant I.D.R. négative c'est-à-dire ayant jamais été en contact avec le bacille virulent ou le vaccin B.C.G. ou d'autres mycobactéries.

Au Mali, la mise en évidence des sources d'infections pose d'énormes problèmes (réf. 43). à savoir dans les zones rurales:

- problèmes posés par le recueil et la conservation des crachats
- problèmes posés par le transport des crachats
- problèmes posés par la préparation et l'examen des frottis au laboratoire.

Dans les centres urbains peu de problèmes se posent dans la mesure où la médecine privée n'existe pas et les malades sont systématiquement envoyés vers le service spécialisé.

Certains facteurs peuvent lutter contre la transmission (réf. 39) à savoir :

- le progrès de l'hygiène
- amélioration de l'habitat
- ensoleillement, faible densité des populations
- vaccination B.C.G.

Des études menées au Canada ont montré qu'avec une personne contagieuse au foyer on avait :

- 3 % de chance de devenir tuberculeux après 30 ans
- 11 % de chance de devenir tuberculeux entre 15 et 29 ans
- 30 % de chance de devenir tuberculeux entre 0 et 14 ans

(Rouillon et Waaler 1975).

Les causes aggravant l'infection sont : la malnutrition, l'existence de pathologie associée, l'importance des dépenses physiques et du surmenage.

### 3°) Le B.C.G. :

Le bacille Calmette et Guérin est un mutant de mycobactérium bovis, non pathogène pour l'animal qui ne l'est pour l'homme que rarement. Le B.C.G. empêche chez les vaccinés l'infection postérieure à la vaccination d'évoluer vers la maladie : un bon vaccin bien utilisé confère une protection de 80 % c'est-à-dire que le vacciné a 5 fois moins de risque de devenir tuberculeux que le témoin non vacciné soumis à la même infection. L'impact du B.C.G. provient de la qualité du vaccin, de la technique vaccinale, de l'âge à vacciner, de la proportion de sujets dans la population susceptible de bénéficier de la mesure (les tuberculino-négatifs) et parmi eux, de la proportion de ceux qui seront effectivement "couverts" par la méthode et du risque d'infection auquel sont soumis les vaccinés (réf. 28, 37).

Le B.C.G. est le seul moyen prophylactique qu'on puisse opposer à la contamination tuberculeuse dans les pays peu avancés à bas niveau de vie.

Il y a deux méthodes de vaccination B.C.G. (réf. 52) :

- la méthode Folley-Parrot (vaccin par scarification sur la peau du bras)
- méthode du Fonds International de Secours à l'enfance (F.I.S.E.S.) consiste à innoculer à la seringue avec une aiguille fine dans l'épaisseur de la peau 0 mg 025 de bacille par cm<sup>2</sup>.

Les deux méthodes ont une efficacité équivalente.

x

x

x

IV.

O B S E R V A T I O N S

Ces observations sont celles de 140 malades dépistés au cours de deux années scolaires 1977-1979 dans les services de médecines internes de l'hôpital du Point-"G" (service du Professeur Bernard DUFLO, du Docteur Brigitte DUFLO, du Docteur Abdoulaye Ag RHALY et du Docteur Henri DUCAL).

## I. - LES ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES

### OBSERVATION N° 1 :

Safietou S., femme de 29 ans ménagère, Sarakollé, est hospitalisée pour des ganglions sus claviculaires.

- L'intradermoréaction à la tuberculine est positive à 13 mm.
  - La bactériologie montre la présence de bacilles tuberculeux dans le pus ganglionnaire.
  - L'histologie confirme la tuberculose folliculo caséuse du ganglion.
- L'état général est altéré : amaigrissement, asthénie, anorexie, anxiété, état subfébrile. L'examen clinique est normal.
- En résumé, tuberculose ganglionnaire certaine.

### OBSERVATION N° 2 :

Djibril T., jeune lycéen de 18 ans, Barbera, est hospitalisé pour adénopathie axillaire fistulisée. Il avait été traité à Mauritanie par la streptomycine et l'isoniazide pendant plus d'un an. Malgré cela, apparition d'adénopathies axillaires droites qui fistulisaient à la peau. Le malade est cachectique, subfébrile à l'examen.

Le pus du ganglion axillaire contient des polynucléaires altérés mais pas de bacilles acido-alcalo résistants.

L'intradermoréaction à la tuberculine est très positive supérieure à 20 mm.

La biopsie de l'adénopathie axillaire montre la présence de follicul tuberculeux.

La guérison est contrôlée 9 mois plus tard.

En résumé, adénopathies axillaires fistulisées surinfectées, d'origine tuberculeuse.

### OBSERVATION N° 3 :

Behary G., Marabout de 67 ans, Barbera, est hospitalisé pour l'apparition "d'une boule migratrice du cou au dos, et du dos au cou" !

A l'examen bon état général, présence d'une chaîne de 3 petits ganglions spinaux gauche.

L'intradermoréaction est phlycténulaire.

La biopsie opérée du ganglion montre une tuberculose folliculocaseuse.

Le malade est sorti très amélioré.

OBSERVATION N° 4 :

Aminata T., fillette de 2 ans, Malinké, hospitalisée pour adénopathie cervicales gauches.

Bon état général plus toux persistante depuis 1 an.

A l'examen, on note une volumineuse adénopathie jugulocarotidienne haute et trois petits ganglions spinaux gauches.

L'intradermoréaction est phlycténulaire.

La radiographie pulmonaire montre une adénopathie médiastinale droite.

La biopsie exérèse du ganglion montre une tuberculose folliculo-caséuse.

La recherche de B.K. dans les crachats est négative à l'examen direct.

Sous traitement l'état général reste bon donc tuberculose ganglionnaire.

OBSERVATION N° 5 :

Djénéba G., ménagère de 22 ans, Sarakollé, hospitalisée pour des adénopathies multiples.

L'amaigrissement est important.

A l'examen, existence d'adénopathies multiples bilatérales, symétriques jugulocarotidiennes, sous angulomaxillaires, sus claviculaires, axillaires. On note une petite hépatosplénomégalie.

La radiographie pulmonaire montre de volumineuses adénopathies médiastinales sans image parenchymateuse.

L'intradermoréaction est très positive à 20 mm.

La biopsie exérèse d'un ganglion montre une tuberculose folliculo-caséuse.

Amélioration très nette sous traitement.

Donc, tuberculose ganglionnaire à localisation multiples.

OBSERVATION N° 6 :

Kamadou G., commerçant de 36 ans, Barbara, hospitalisé pour adénopathies cervicales isolées. L'examen clinique montre deux adénopathies jugulocarotidiennes.

L'intradermoréaction est phlycténulaire.

La biopsie exérèse du ganglion montre des lésions folliculo-caséuses.

Bonne amélioration sous traitement.

OBSERVATION N° 7 :

Aïssata T., femme de 30 ans, Barbara, ménagère, hospitalisée pour adénopathie cervicale gauche jugulocarotidienne.

L'examen clinique est normal.

L'intradermoréaction est positive à 20 mm.

La biopsie exérèse du ganglion montre qu'il est rémanié par de vastes plages de nécrose caséuse que bordent de nombreux follicules de Koester.

Il n'y a pas de B.K. dans les crachats ni dans le ganglion.

Donc tuberculose folliculo-caséuse du ganglion guérie sous traitement.

OBSERVATION N° 8 :

Ousse T., ménagère 41 ans, Bambara, hospitalisée pour masse cervicale gauche, dure, un petit ganglion jugulocarotidienne gauche sous jacent et une baisse de l'état général.

L'intradermoréaction à la tuberculine est phlycténulaire.

La biopsie exérèse du ganglion montre une tuberculose folliculo-caséuse.

La radiographie pulmonaire montre un gros hile droit et un aspect de miliaire.

La recherche de B.K. dans les crachats et dans le pus ganglionnaire est négative.

Le malade est guérie sous traitement anti-tuberculeux.

Donc tuberculose folliculo-caséuse du ganglion probablement associée à une miliaire.

OBSERVATION N° 9 :

Fatimata K., ménagère 45 ans, Bambara, hospitalisée pour adénopathie cervicale droite. Elle a des antécédents de tuberculose traitée pendant 1 an et demi par la streptomycine, l'isoniazide.

A l'examen on note en plus de l'adénopathie cervicale droite une adénopathie axillaire droite et une lèpre tuberculoïde typique.

L'intradermoréaction est positive à 22 mm.

La biopsie du ganglion montre des follicules tuberculeux.

Le malade est guérie sous traitement anti-tuberculeux.

Donc tuberculose ganglionnaire folliculaire chez une hansenienne.

OBSERVATION N° 10 :

Yaya K., homme de 30 ans, Malinké, hospitalisé pour baisse de l'état général. A l'examen, on découvre des adénopathies cervicales droites jugulocarotidienne et un ganglion axillaire droit.

L'intradermoréaction à la tuberculine est phlycténulaire.

La recherche de B.K. dans les crachats et le pus ganglionnaire négative.

La biopsie exérèse d'un ganglion montre une tuberculose folliculo-caséuse.

Guérison sous traitement anti-tuberculeux.

Donc tuberculose folliculo-caséuse ganglionnaire.

OBSERVATION N° 11 :

Diavoye D., blanchisseur 35 ans, Bambara, hospitalisé pour altération de l'état général, frissons et sueurs, splénomégalie, diarrhée liquide aigüe, toux quinteuse ramenant des expectorations blanchâtres. A l'examen, on note : grande cachexie, splénomégalie douloureuse (stade III), œdèmes des membres inférieurs gardant de godet, une petite adénopathie sus-claviculaire droite.

La scopie et le graphie pulmonaire montrent une adénopathie médiastinale droite.

L'intradermoréaction à la tuberculine est positive à 6 mm.

La biopsie exérèse du ganglion montre une tuberculose folliculo-caséuse du ganglion et la biopsie du foie montre un aspect évoquant une hépatite chronique non spécifique (infiltrats lymphoplasmoctaires disposés en petits amas).

Malgré le traitement anti-tuberculeux plus corticothérapie, le malade décède un mois plus tard.

Donc tuberculose ganglionnaire cervicale chez un malade présentant une hépatite chronique semblant responsable du décès.

OBSERVATION N° 12 :

Makar C., cultivateur de 29 ans, Sarakolé, hospitalisé pour adénopathie cervicale gauche. A l'examen on note par ailleurs, une adénopathie axillaire gauche.

L'intradermoréaction à la tuberculine est phlycténulaire.

La ponction d'une adénopathie ramène du pus renfermant des lymphocytes aucun germe (ni au gram, ni au ziele).

Guérison sous traitement anti-tuberculeux.

Donc adénopathie tuberculeuse.

OBSERVATION N° 13 :

Ysoufeu D., 25 ans homme peul, cultivateur, hospitalisé pour fièvre adénopathies cervicales unilatérales, vomissements.

L'intradermoréaction à la tuberculine est phlycténulaire.

Mis sous traitement : amélioration spectaculaire.

Donc tuberculose ganglionnaire.

OBSERVATION N° 14 :

Kadia D., femme de 50 ans, Sarogo, ménagère, hospitalisée pour ganglions cervicaux bilatéraux plus fièvre plus amaigrissement plus prurit.

A l'examen : ganglions cervicaux douloureux, gros fofes douloureux.

L'intradermoréaction à la tuberculine phlycténulaire.

Recherche de B.K. dans les crachats et le pus ganglionnaire négative.

La biopsie d'un ganglion montre une nécrose folliculo caséuse.

Bonne récupération sous traitement anti-tuberculeux.

Donc tuberculose folliculocaséuse.

OBSERVATION N° 15 :

Mahawa S., femme 30 ans, hospitalisée pour fièvre, ganglions axillaires durs et des ganglions cervicaux inflammatoires.

L'intradermoréaction à la tuberculine positive à 20 mm.

La radiographie pulmonaire montre une hypertrophie bilatérale.

La biopsie du ganglion montre une nécrose caséuse plus granulomes.

Bonne récupération sous traitement anti-tuberculeux.

Donc tuberculose ganglionnaire et médiastinale.

OBSERVATION N° 16 :

Fanta S., femme peul, 26 ans, hospitalisée pour fièvre et adénopathies jugulocarotidiennes plus toux nocturne plus amaigrissement.

L'intradermoréaction à la tuberculine est négative.

La biopsie du ganglion montre une nécrose folliculocaséuse.

Bonne amélioration sous traitement anti-tuberculeux.

Donc tuberculose folliculocaséuse du ganglion.

OBSERVATION N° 17 :

Bakaye T., 18 ans, élève hospitalisé pour fièvre, ganglion sous maxillaire douloureux droit puis extension aux chaînes cervicales droites plus céphalée très intense et amaigrissement.

A l'examen, existence de hernie ombilicale.

L'intradermoréaction à la tuberculine est phlycténulaire.

La radioscopie montre un distret élargissement du médiastin.

Guérison complète sous traitement spécifique.

Conclusion tuberculose des ganglions cervicaux sous maxillaires et médiastinaux.



OBSERVATION N° 18 :

Arfan B., fille de 5 ans, Bolo, hospitalisée pour éruption cutanée, dénutrition, fièvre, ganglions cervicaux,

A l'examen : masse abdominale dans la fosse iliaque droite.

La biopsie du ganglion montre une nécrose caséuse qu'entoure un granulome polymorphe dont quelques cellules géantes de Langhans.

Malade décédée quelques jours après son arrivée.

Donc tuberculose caséuse du ganglion.

OBSERVATION N° 19 :

Assitan T., femme de 31 ans, Bambaro, ménagère, hospitalisée pour fièvre adénopathies cervicales, unguales droites et axillaires droites plus toux nocturne

L'intradernoréaction à la tuberculine négative.

La biopsie du ganglion a montré une nécrose folliculocaséuse.

Evolution bonne sous traitement spécifique.

Donc tuberculose ganglionnaire folliculocaséuse.

II. - PLEURESIES TUBERCULEUSESOBSERVATION N° 20 :

Fanta T., ménagère de 50 ans, Bambaro, hospitalisée pour : fièvre, asthénie, douleurs de la base droite irradiant dans l'hypochondre droit et dans l'épaule droite depuis 7 mois.

L'examen pulmonaire révèle une matité droite remontant dans l'aisselle, une diminution du murmure vésiculaire.

La scopie montre un épanchement pleural droit de moyenne abondance.

La ponction pleurale ramène un liquide sérofibrineux, lymphocytaire à 90 % et sans germes à l'examen direct (gram et ziehl). L'électrocardiogramme montre un microvoltage des complexes QRS, et un aplatissement des ondes T.

L'intradernoréaction à la tuberculine est positive à 20 mm.

La biopsie pleurale affirme le diagnostic de pleurésie tuberculeuse folliculocaséuse.

L'évolution sous traitement spécifique est très favorable.

OBSERVATION N° 21 :

Faty F., femme de 40 ans, est hospitalisée pour pleuro-pneumopathie de la base droite. Elle se plaint depuis un mois de douleurs de la base droite, de dyspnée, de toux et expectorations.

A l'examen, on note une matité de la base droite, des râles des deux champs pulmonaires à l'auscultation.

La scopie montre un volumineux épanchement pleural droit, un infiltrat des deux champs évoquant une tuberculose pulmonaire.

L'intradernoréaction est positive à 25 mm.

La recherche de B.K. est négative.

La ponction pleurale ramène un liquide sérofibrineux lymphocytaire, réaction positif.

La biopsie pleurale montre une tuberculose folliculocaséuse de la plèvre.

L'évolution est favorable sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 22 :

Ibrahim D., cultivateur, peulh de 30 ans, hospitalisé pour pleurésie. La scopie montre un comblement du cul de sac gauche. Début : 15 jours. La ponction ramène un liquide sérofibrineux riche en lymphocytes. L'intradermoréaction est positive à 20 mm. La biopsie pleurale montre une tuberculose folliculocaséuse de la plèvre.  
( Bonne amélioration sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 23 :

Mamadou T., 50 ans, Malinké, aveugle depuis 12 ans par suite d'onchocercose. La maladie actuelle remonte en novembre 1977 marquée par : douleurs thoraciques droites intenses irradiant dans le dos, dyspnée, altération de l'état général.

A l'examen : un syndrome pleurétique droit.  
La scopie montre une ascension de la coupole droite et une opacité basale droite.  
La ponction pleurale ramène un liquide sérofibrineux, lymphocytaire à 90 % avec absence de germes à l'examen direct.  
L'intradermoréaction est négative.  
La biopsie pleurale montre une tuberculose folliculocaséuse.  
L'amélioration est spectaculaire sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 24 :

Sitan T., femme de 30 ans, ménagère, Bambaro, hospitalisée pour douleurs de la base droite avec toux et expectoration.  
L'examen clinique note un syndrome pleurétique droit.  
La radiographie confirme l'épanchement pleural droit épousant la courbe de Demoiseau.  
La ponction pleurale ramène un liquide sérofibrineux, riche en lymphocytes.  
L'intradermoréaction est positive à 20 mm.  
La biopsie de la plèvre montre une tuberculose folliculaire.  
Bonne amélioration sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 25 :

Draouane S., commerçant de 37 ans, Kassonké, hospitalisé pour douleur thoracique en coup de poignard plus dyspnée très importante plus fièvre plus amaigrissement.  
Malgré l'évacuation de 750 cc d'air par l'appareil de Kuss, le pneumothorax persiste et se transforme en hydro-pneumothorax.  
L'intradermoréaction est positive à 20 mm.  
Bonne amélioration sous traitement spécifique.  
Donc hydro-pneumothorax vraisemblablement tuberculeux en raison de l'intradermoréaction très positive et l'efficacité du traitement spécifique.

OBSERVATION N° 26 :

Fanta K., Bambara, ménagère de 26 ans, hospitalisée pour épanchement pleural droit. Elle présente depuis un mois une fièvre vespérale, des douleurs vives de la base thoracique droite sans irradiation, de la dyspnée, une toux quinteuse ramenant des expectorations blanchâtres.

À l'examen : on note un syndrome pleurétique franc.

La radiographie pulmonaire confirme l'épanchement pleural droit.

L'intradermoréaction est très positive à 20 mm.

La ponction pleurale ramène un liquide sérofibrineux avec 90 % de lymphocytes, pas de germes.

La biopsie de plèvre montre un infiltrat inflammatoire non spécifique et une fibrose importante.

Guérison rapide sous traitement anti-tuberculeux associé à la corticothérapie (20 mg de prednisone par jour).

Donc pleurésie sérofibrineuse probablement tuberculeuse.

OBSERVATION N° 27 :

Evélyne T., femme Kassonké de 22 ans, hospitalisée pour douleurs la base évoluent depuis plusieurs mois.

L'examen clinique, radiographique, confirment l'épanchement pleural chez cette femme enceinte de 6 mois.

La ponction pleurale ramène un liquide de sérofibrineux, contenant 30 g/l d'albumine, riche en lymphocytes.

L'intradermoréaction est positive à 25 mm.

La biopsie de plèvre revient négative.

Sous traitement anti-tuberculeux spécifique on a amélioration nette avec accouchement normal.

OBSERVATION N° 28 :

Yaya T., commerçant de 64 ans, Bambara, hospitalisé pour douleurs de la base droite, toux quinteuse nocturne ramenant une expectoration muqueuse blanchâtre, dyspnée d'effort dont le début remonte à 15 jours, fièvre.

L'examen montre un syndrome pleurétique franc.

La ponction pleurale ramène un liquide sérofibrineux avec 90 % de lymphocytes et aucun germe.

La radio pulmonaire montre un volumineux épanchement pleural droit épousant la courbe de Damoiseau.

L'intradermoréaction est positive à 15 mm.

L'évolution est favorable sous traitement anti-tuberculeux.

OBSERVATION N° 29 :

Aissata S., ménagère de 45 ans, hospitalisée pour altération de l'état général, amaigrissement, douleurs thoracique gauche, toux quinteuse nocturne ramenant une expectoration blanchâtre depuis un an.

À l'examen, on note la cachexie, fièvre à 38°, tableau d'insuffisance cardiaque droite, syndrome pleurétique franc à gauche.

La ponction pleurale ramène un liquide sérofibrineux, lymphocytaire à 90 % sans germe, contenant 40 g/l de protéines.

La radio pulmonaire confirme l'épanchement pleural gauche.

L'intradermoréaction est positive à 20 mm.

La biopsie pleurale montre une fibrose sans lésions tuberculeuses.

Amélioration spectaculaire sous traitement spécifique.

Donc pleurésie tuberculeuse plus insuffisance cardiaque.

OBSERVATION N° 30 :

Mamadou T., 28 ans, hospitalisé pour point de de côté gauche, fièvre, toux, dyspnée d'effort, asthénie depuis quelques jours.

A l'examen syndrome pleurétique franc.

L'intradermoréaction est positive à 10 mm.

La radiographie pulmonaire confirme l'épanchement pleural gauche.

La ponction pleurale ramène un liquide sérofibrineux avec 39 g/l d'albunine, 80 % de lymphocytes.

Le biopsie pleurale montre une tuberculose exsudative de la plèvre.

Bonne évolution sous traitement spécifique.

Recherche de B.K. dans les crachats négative.

OBSERVATION N° 31 :

Kadir D., femme de 31 ans, ancienne malade de pleurésie sérofibrineuse diagnostiquée en avril 1970 à Kati. Réhospitalisée pour syndrome pleurétique droit.

L'intradermoréaction positive à 15 mm.

La scopie montre une opacité pleurale droite, une coupole droite surélevée.

III. - PERICARDITES TUBERCULEUSESOBSERVATION N° 32 :

Assitan F., négère de 45 ans, Serikolé, hospitalisée pour douleurs du rachis cervical, dyspnée, douleurs précordiales mal systématisées, intenses, altération de l'état général, une tamponnade manifeste.

L'électrocardiogramme montre un microvoltage des complexes QRS et des troubles diffus de la repolarisation.

La scopie montre un énorme cœur immobile.

La ponction péricardique ramène un liquide séro-émétique ayant 75 % de lymphocytes sans germes.

L'intradermoréaction est positive à 25 mm.

Recherche de B.K. dans la ponction et les crachats négative.

Evolution favorable sous traitement anti-tuberculeux et corticothérapie.

OBSERVATION N° 33 :

Fatoumatr B., femme peulh de 24 ans, hospitalisée pour fièvre, douleur thoracique, toux, dyspnée.

A l'examen : nombreux râles crépitants diffus dans les deux champs pulmonaires.

La scopie montre un cœur augmenté de volume et une opacité de la base droite.

L'intradermoréaction positive à 10 mm.

L'E.C.G. révèle des troubles diffus de la repolarisation dans les dérivations précordiales.

La ponction péricardique ramène un liquide sérofibrineux, lymphocytes à 95 %, sans germes.

Recherche de B.K. dans les crachats négative.

Guérison sous traitement anti-tuberculeux et corticothérapie modérée.

OBSERVATION N° 34 :

Bebe C., garçon de 5 ans, hospitalisé pour fièvre, oedème des membres inférieurs.

A l'examen : hépatomégalie avec reflux hépatojugulaire, râles crépités des deux bases, frottement péricardique intense.

Le radio montre un coeur complètement immobile, augmenté de volume et image de stase pulmonaire.

L'E.C.G. montre un microvoltage des complexes QRS, un sus-décalage du segment ST, des troubles diffus de la repolarisation.

La ponction péricardique ramène 150 cc de liquide sérohématique.

Une intradermoréaction positive à 7 cm.

Amélioration sous traitement anti-tuberculeux corticothérapie et digitalo-diurétique.

OBSERVATION N° 35 :

Tiéblé S., militaire de 25 ans, hospitalisé pour douleurs précordiales et dyspnée d'effort.

A l'examen, bruits cardiaques assourdis.

Le scopic révèle une cardiomégalie peu battante.

L'E.C.G. montre un microvoltage des complexes QRS en D<sub>1</sub>, D<sub>3</sub>, AVR, AVF, et des troubles diffus de la repolarisation dans toutes les dérivations précordiales.

L'intradermoréaction positive à 18 cm.

La ponction péricardique ramène un liquide sérofibrineux lymphocytaire à 95 % sans germes.

Amélioration spectaculaire sous traitement anti-tuberculeux.

OBSERVATION N° 36 :

Bréhima T., femme 46 ans, Barbara, hospitalisé pour insuffisance cardiaque, dyspnée d'effort, fièvre nocturne, toux pénible avec expectorations verdâtres.

A l'examen : oedèmes des membres inférieurs et de la face, turgescence des jugulaires, hépatomégalie douloureuse avec reflux hépatojugulaire, râles diffus des deux bases pulmonaires à l'auscultation.

Le scopic montre un gros coeur peu battant, une importante stase pulmonaire bilatérale, plus marquée à gauche.

L'E.C.G. montre un microvoltage des complexes QRS, un aplatissement des ondes T sur les tracés sauf en V<sub>1</sub> et V<sub>6</sub> où ils sont inversés.

L'intradermoréaction positive à 15 cm.

La ponction péricardique ramène un liquide sérofibrineux, lymphocytaire sans germes.

Le malade est mis sous traitement anti-tuberculeux et digitalo-diurétique mais décède au 40ème jour d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 37 :

Haby D., aide soignante, veuve de 35 ans, connue pour grande neurorénique. Hospitalisée pour douleurs précordiales et dyspnée.

L'E.C.G. montre un microvoltage et des troubles diffus de la repolarisation.

Le scopic montre un coeur augmenté de volume peu battant.

L'intradermoréaction positive à 20 cm.

Son mari est un tuberculeux bacillifère.

Le malade est guérie sous traitement spécifique et digitalo-diurétique.

OBSERVATION N° 38 :

Djénoba G., jeune fille de 16 ans, hospitalisée pour douleurs précordiales, toux, oedèmes des membres inférieurs.

A l'examen : assourdissement des bruits du coeur, frottement péricardique, existence des signes d'insuffisance cardiaque droite. La scopie montre une cardiomegalie peu battante, ancienne oncocerquienne.

L'E.C.G. révèle un microvoltage dans toutes les dérivations, troubles diffus de la repolarisation, espace QT élargi.

L'intradermoréaction est négative.

La malade est mise sous traitement digitalo-diurétique, mais décède 1 mois après sa sortie. L'évolution dramatique de la maladie chez cette enfant cachectique, oncocerquienne, fait poser le problème de la négativation de l'intradermoréaction.

OBSERVATION N° 39 :

Anne Marie D., hôtesse de l'air, 20 ans, Massonké, hospitalisée pour palpitation, dyspnée d'effort, fièvre.

L'examen note des signes d'insuffisance cardiaque droite, des troubles du rythme, une tachycardie supérieure à 150 battements par minute.

L'E.C.G. montre un bloc de branche droit complet, tachycardie, des phénomènes de conduction rétrograde avec ondes P postérieures aux complexes QRS.

Une réduction par choc électrique ramène le rythme à 75/mn.

L'E.C.G. montre l'apparition de troubles diffus de la repolarisation.

La scopie montre une cinétique cardiaque très réduite.

L'intradermoréaction positive à 18 mn.

Amélioration spectaculaire sous traitement spécifique et corticothér

OBSERVATION N° 40 :

Mah T., ménagère de 36 ans, Bambara, hospitalisée pour poussées d'oedème aigu du poumon à répétition. L'E.C.G. montre un tracé typique de péricardite. La scopie et la radiographie montrent des calcifications péricardiques. A l'auscultation, on entend des extra systoles, un frottement pleuro-péricardique.

La scopie montre par ailleurs un coeur augmenté de volume, peu battu avec un débord droit accentué.

L'E.C.G. montre un microvoltage, des troubles de la repolarisation et des ondes T négatives dans toutes les dérivations précordiales.

L'IDR positive à 20 mn.

On fait une péricardectomie et on instaure un traitement anti-tuberculeux plus corticothérapie. Le malade décède rapidement dans un tableau de grande insuffisance cardiaque.

Donc il s'agit d'une péricardite constrictive évoluant depuis 7 ans, d'étiologie tuberculeuse probable. La péricardectomie est suivie du décès de la malade.

OBSERVATION N° 41 :

Adama D., cultivateur de 30 ans, hospitalisé pour hépatomegalie.

L'E.C.G. montre des signes de péricardite. La radiographie pulmonaire révèle une énorme cardiomegalie avec calcifications péricardiques typiques.

L'IDR positive à 13 mn.

Le malade est mis sous traitement anti-tuberculeux, digitalo-diurétique, régime désodé, corticoïde. On fait en plus une péricardectomie. Le traitement a été peu efficace.

OBSERVATION N° 42 :

Isac S., homme peul, 18 ans, élève, hospitalisé pour douleurs à la poitrine plus toux sèche lors des changements de position surtout sur le côté gauche plus dyspnée permanente aggravée par la position couchée plus fièvre.

La scopie montre un énorme cœur peu battant.

L'E.C.G. montre un microvoltage plus disparition des ondes T.

L'IDR positive à 10 mm.

La ponction péricardique ramène un liquide sérofibrineux avec 80 % de lymphocytes, 52 g/l d'albumine.

Amélioration spectaculaire sous traitement spécifique plus corticoïde (30 mg/jour).

OBSERVATION N° 43 :

Badara S., homme Sarakolé de 32 ans, détenu, hospitalisé pour syndrome œdémato-ascitique, fièvre, altération de l'état général.

L'examen montre des bruits du cœur assourdis, une tachycardie, signe d'insuffisance cardiaque droite.

La scopie montre une augmentation du volume du cœur, peu battant.

L'E.C.G. montre un bas voltage plus tachycardie.

La ponction péricardique ramène 20 cc de liquide sérofibrineux avec 80 % de lymphocytes. L'IDR positive 15 mm.

Amélioration spectaculaire sous traitement spécifique plus corticothérapie (1mg/kg/jour pendant un mois).

OBSERVATION N° 44 :

Aly D., 14 ans, garçon barbara, élève, hospitalisé pour fièvre, dyspnée.

A l'examen, râles crépitants dans les deux champs, hépatomégalie, bruits du cœur assourdis. L'IDR positive 10 mm.

La scopie montre un énorme cœur peu battant.

La ponction péricardique ramène un liquide sérofibrineux avec 90 % de lymphocytes.

Amélioration spectaculaire sous traitement spécifique plus corticoïde.

OBSERVATION N° 45 :

Nouhoum S., homme de 37 ans peul, hospitalisé pour toux et douleurs thoraciques.

L'IDR est négative.

La scopie montre un gros cœur immobile.

La ponction péricardique montre l'existence de nombreux bacilles acido-alcalo résistant après coloration au gramme. Le liquide sérofibrineux contient 62 g/l d'albumine.

Bonne amélioration sous traitement spécifique plus corticoïde.

OBSERVATION N° 46 :

Hady D., 18 ans, garçon élève, hospitalisé pour douleurs thoraciques aggravées à l'inspiration plus fièvre plus dyspnée à la position couchée.

Les bruits du cœur sont assourdis à l'auscultation.

L'E.C.G. montre des troubles diffus de la repolarisation.

L'IDR négative. La scopie montre une cardiomégalie peu battante.

Guérison sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 47 :

Sina T., garçon de 10 ans, hospitalisé pour ascite.

A l'examen, on trouve des bruits cardiaques assourdis, une tachycardie à 140/mn, une turgescence jugulaire, une énorme hépatomégalie douloureuse, un reflux hépatojugulaire, une matité des deux bases pulmonaires avec de nombreux râles diffus.

La scopie montre un coeur augmenté de volume **immobile**, la radiographie un épanchement pleural bilatéral, une infiltration parenchymateuse des deux bases. L'IDR est négative.

L'E.C.G. montre un microvoltage dans toutes les dérivation, des troubles diffus de la repolarisation. La ponction péricardique est négative. La ponction pleurale ramène un liquide sérohématique, contenant 30 g/l d'albumine sans germes. Le tableau évocateur de péricardite constrictive justifie une péricardecctomie a y lieu deux mois plus tard.

Le malade est cliniquement guéri.

Il s'agit donc d'une péricardite constrictive ayant été bien améliorée par la péricardecctomie, traitement spécifique, corticothérapie.

On note d'autre part la localisation pleurale.

OBSERVATION N° 48 :

Amady D., homme de 36 ans, peulh, détenu, hospitalisé pour altération de l'état général, douleurs thoraciques droites irradiant dans le flanc droit, toux ramenant une expectoration épaisse, fièvre nocturne.

A l'examen : des bruits cardiaques assourdis, nombreux ronchus et des sibilants disséminés dans les deux champs pulmonaires, importante matité de la base pulmonaire droite. La radiographie pulmonaire montre une pleurésie importante de la base droite et une cardiomégalie peu battante.

La ponction pleurale ramène un liquide un liquide sérofibrineux, rivalta positif, lymphocytaire.

L'E.C.G. montre un microvoltage et des troubles diffus de la repolarisation.

L'intradermoréaction positive à 10 mm.

La biopsie de plèvre montre la présence d'une tuberculose folliculo-casécuse. L'évolution sous traitement spécifique est très vite favorable.

OBSERVATION N° 49 :

Yamadou C., commerçant de 30 ans, hospitalisé pour des douleurs précordiales, dyspnée de décubitus et douleurs thoraciques de la base droite.

L'examen clinique montre la présence de bruits du couer assourdis, la présence d'une matité de la base pulmonaire droite à l'auscultation.

La radiographie pulmonaire montre une pleurésie de la base droite et une volumineuse cardiomégalie très peu battante en scopie. La ponction pleur ramène un liquide sérofibrineux, lymphocytaire, rivalta positif.

L'E.C.G. montre un microvoltage et des troubles diffus de la repolarisation. L'IDR est phlyctémulaire.

La biopsie de plèvre : négative.

L'évolution est favorable sous traitement spécifique.



OBSERVATION N° 50 :

Ballia G., ménagère de 52 ans, hospitalisée pour pleurésie de la base droite. La maladie a débuté deux ans auparavant par une dyspnée d'effort, une toux permanent ramenant des expectorations striées de sang, des douleurs thoraciques et une fièvre.

A l'examen : altération profonde de l'état général, cachexie, tachycardie à l'auscultation cardiaque, une diminution des vibrations vocales et une matité de la base droite sur le plan pulmonaire. La radiologie montre un important épanchement pleural droit, une augmentation du volume cardiaque.

L'IDR est négative.

L'E.C.G. révèle un microvoltage dans toutes les dérivations, des ondes T négatives en V<sub>5</sub> et V<sub>6</sub> et plates dans les autres dérivations.

La ponction pleurale ramène un liquide citrin stérile lymphocytaire rivalta positif.

La biopsie pleurale montre une fibrose inflammatoire.

La malade sous traitement spécifique s'améliore lentement.

OBSERVATION N° 51 :

Saran B., ménagère de 34 ans, Barbara, hospitalisée pour pleurésie droite débutée il y a un mois.

A l'examen : assourdissement des bruits du coeur, hépatomégalie douloureuse avec reflux hépatojugulaire, un syndrome pleurétique **droit**.

La scopie montre une cardiomégalie immobile. La radiographie pulmonaire montre une pleurésie de la base droite et confirme la cardiomégalie de stade V<sub>3</sub>.

L'E.C.G. montre un microvoltage des complexes QRS, des troubles diffus de la repolarisation.

La ponction péricardique ramène un liquide sérofibrineux, lymphocytaire stérile à l'examen direct. La ponction pleurale ramène un liquide puriforme aseptique.

L'IDR faiblement positive.

La malade présente donc une adiaastolie majeure d'origine pleuropéricardique.

L'amélioration est spectaculaire sous traitement spécifique et corticothérapie.

OBSERVATION N° 52 :

Nènè C., femme peulh, ménagère, hospitalisée pour fièvre, amaigrissement, douleurs thoraciques sous l'aisselle, toux plus expectoration micopurulentes plus dyspnée plus asthénie.

A l'examen : frottement péricardique, reflux hépatojugulaire plus hépatomégalie.

L'IDR est négative.

La scopie montre une cardiomégalie peu battante plus persistance du foyer à droite.

L'E.C.G. montre un bloc incomplet de branche gauche, des troubles diffus de la repolarisation.

La ponction péricardique montre un liquide sérofibrineux, lymphocytaire.

Bonne amélioration sous traitement spécifique plus corticoïde.

OBSERVATION N° 53 :

Fériban D., homme, hospitalisé pour fièvre, altération de l'état général, toux, douleurs cervicales à irradiation descendante dans les épaules, le thorax, les membres supérieurs.

A l'examen : abdomen peu tendu, circulation veineuse collatérale, atrophie du testicule gauche.

L'IDR est positive à 10 mm.

La scopie montre une pleurésie droite, un coeur normal, un hydropneumothorax.

L'E.C.G. montre un microvoltage dans toutes les dérivations et des troubles diffus de la repolarisation.

La ponction pleurale ramène un liquide sérofibrineux, lymphocytaire, contenant 41 g/l d'albumine.

La biopsi pleurale montre une inflammation non spécifique.

Le liquide céphalorachidien est acellulaire.

Bonne amélioration sous traitement spécifique plus corticothérapie.

OBSERVATION N° 54 :

Nafo D., homme de 23 ans, Mianka, détenu, hospitalisé pour anasarque, altération de l'état général, fièvre, toux, douleurs thoraciques depuis un mois.

A l'examen : matité dans le champs pulmonaire droit et à la base gauche, existence du signe du flot, diminution du murmure vésiculaire à droite.

L'IDR est positive à 5 mm.

La radiologie montre un épanchement pleural occupant l'hémithorax droit, un coeur peu battant, une pleurésie droite.

La ponction pleurale ramène un liquide sérofibrineux lymphocytaire.

Le malade est guéri sous traitement spécifique.

V. - PERITONITES TUBERCULEUSESOBSERVATION N° 55 :

Fatoumata G., femme de 23 ans, ménagère, bambara, hospitalisée pour des douleurs abdominales.

L'examen montre une ascite isolée plus altération de l'état général

La ponction d'ascite ramène un liquide sérofibrineux lymphocytaire sans germes à l'examen direct.

L'IDR est positive à 20 mm.

La laparoscopie montre la dissémination de granulations blancâtres sur les péritoines pariétal et viscéral. La biopsi montre qu'il s'agit d'une tuberculose folliculocaséuse du péritoine.

L'évolution est favorable sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 56 :

Gougnono T., garagiste bambara de 29 ans, hospitalisé pour douleurs de l'hypochondre droit, ascite, fièvre, altération de l'état général.

La ponction d'ascite ramène un liquide sérofibrineux riche en album lymphocytaire (70 %) sans germes.

L'IDR est positive à 15 mm.

La laparoscopie montre sur le péritoine de nombreuses granulations blanchâtres dont la biopsie révèle une tuberculose folliculocaséuse.

Bonne amélioration sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 57 :

Namory K., cultivateur sarakolé de 30 ans, hospitalisé pour ascite, altération de l'état général, amaigrissement important.

L'examen note une masse sus ombilicale aux contours imprécis à la palpation.

L'IDR est positive à 20 mm.

La ponction ramène un liquide sérofibrineux, rivalta positif sans germe, lymphocytaire à 95 %. La laparoscopie révèle la présence de granulations blanchâtres évocatrices de tuberculose sur le péritoine, et la présence de quelques adhérences fibrineuses. La biopsie confirme la tuberculose folliculocaséuse du péritoine.

Amélioration spectaculaire sous traitement spécifique et corticothérapie (0,5mg/kg/jour).

OBSERVATION N° 58 :

Houssa D., homme de 80 ans, cultivateur bambara, hospitalisé pour ulcère phagédénique du pied creusant, évoluant depuis 5 mois.

L'examen note une fièvre, une cachexie, une ascite modérée sans hépatite ni splénomégalie palpable. Le malade signale des douleurs abdominales diffus et des vomissements très fréquents après les repas.

La ponction d'ascite ramène un liquide sérofibrineux lymphocytaire à 95 % sans germes.

L'IDR est négative.

La laparoscopie montre une ascite importante et des granulations blanchâtres sur les péritoines viscéral et pariétal. Le foie recouvert d'adhérences et pseudo-membranes apparaît subnormal. Les biopsies confirment la présence de nombreux follicules de Koester et la présence de nécrose caséuse.

Bonne amélioration sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 59 :

Sékou T., homme de 23 ans, bambara, hospitalisé pour des douleurs abdominales et profonde altération de l'état général.

A l'examen on note une déshydratation, une masse tumorale douloureuse fixe à la palpation abdominale, sonore à la percussion.

L'IDR est négative. La ponction d'ascite est négative.

Une laparotomie exploratrice découvre un blindage de toute la cavité péritonéale, l'histologie montre qu'il s'agit d'une tuberculose péritonéale folliculocaséuse.

Amélioration spectaculaire sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 60 :

Mandé S., cultivateur Kassonké de 56 ans, hospitalisé pour ascite et altération de l'état général.

A l'examen, on note une grande cachexie, un foie dur et petit, une splénomégalie (stade III).

La scopie montre un épanchement pleural gauche.

La ponction d'ascite ramène un liquide sérofibrineux lymphocytaire à 90 %.

L'IDR est positive à 20 mm.

La laparoscopie révèle un petit foie scléreux, une rate hypertrophiée, une petite lame d'ascite, les péritoines viscéral et pariétal caractéristiques d'une tuberculose péritonéale. Les biopsies en révèlent la nature folliculocaséuse.

En conclusion, on peut dire qu'il s'agit d'une tuberculose péritonéale pour laquelle on peut évoquer une localisation pleurale et hépatique.

Amélioration spectaculaire sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 61 :

Séba T., cultivateur peulh de 40 ans, hospitalisé pour ascite, altération de l'état général avec amaigrissement important.

L'examen montre ascite isolée.

La ponction d'ascite ramène un liquide sérofibrineux lymphocytaire sans germes.

L'IDR est positive à 20 mm.

La laparoscopie découvre la présence de nombreuses granulations péritonéales blanchâtres dont la biopsie montre qu'il s'agit d'une tuberculose folliculaire du péritoine.

Bonne amélioration sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 62 :

Fatou D., femme peulh de 40 ans, hospitalisée pour altération de l'état général et ascite.

La ponction d'ascite ramène un liquide sérofibrineux, rivalta positif contenant 40 g/l d'albumine, riche en lymphocytes.

L'IDR positive à 15 mm.

La laparoscopie révèle des granulations péritonéales blanchâtres, dont la biopsie montre qu'il s'agit d'une tuberculose folliculaire.

Amélioration spectaculaire sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 63 :

Sakinatou K., ménagère peulh de 24 ans, hospitalisée pour volumineuse ascite, altération de l'état général, douleurs hypogastriques vives.

L'IRD positive à 10 mm.

La ponction d'ascite ramène un liquide sérofibrineux lymphocytaire.

La laparotomie exploratrice révèle une véritable coque péritonéale très épaisse et très dure qui encapsule toute la masse colique et grêle. Cette coque est recouverte de granulations blanchâtres. On évoque une péritonite encapsulante d'origine tuberculeuse.

Amélioration spectaculaire sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 64 :

Kandé T., homme de 50 ans, bambara, hospitalisé pour ascite, diarrhée chronique, altération de l'état général, fièvre.

La ponction d'ascite ramène un liquide sérofibrineux rivalta positif lymphocytaire sans germes.

L'IDR est positive à 15 mm. Biopsi impossible (TP : 62 %).

La laparoscopie révèle des granulations blanchâtres péritonéales et sur la capsule hépatique typiques de tuberculose.

Bonne amélioration sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 65 :

Assitan D., ménagère de 35 ans, hospitalisée pour cirrhose du foie d'étiologie indéterminée, ascite.

TP : 20 %. La ponction d'ascite ramène un liquide sérofibrineux rivalta positif lymphocytaire à 95 % sans germes.

L'IDR est phlycténulaire. La laparoscopie est impossible.

Le diagnostic porté est celui d'une surinfection tuberculeuse péritonéale sur cirrhose du foie. La malade est mise sous traitement spécifique et a eut l'assèchement de l'ascite au bout de deux semaines.

L'évolution reste favorable pendant l'année mais la malade décède brutalement 8 mois après dans un tableau d'hémorragie digestive.

Il s'agit donc d'une tuberculose péritonéale probable sur cirrhose.

OBSERVATION N° 66 :

Kadiatou D., ménagère peulh de 40 ans, hospitalisée pour ascite et altération de l'état général.

A l'examen, on note une ascite avec volumineuse hépatomégalie et splénomégalie.

On note sur le plan rapaclinique une anémie normochrome, une onchocercose.

L'IDR est négative. Le liquide d'ascite est sérofibrineux lymphocyt

La laparoscopie montre des adhérences allant du foie au péritoine pariétal. A droite le foie est hypertrophié recouvert sur sa capsule de granulations blanchâtres non biopsiables. Possibilité de tuberculose hépatosplénique et péritonéale. A l'histologie, le parenchyme hépatique prélevé est lobulé par des bandes de sclérose riches en éléments inflammatoires. Lésion précirrhotique assévolutive. Absence de lésions tuberculeuses.

Mise sous traitement spécifique, l'évolution est très favorable.

Il s'agit donc d'une tuberculose péritonéale sur cirrhose du foie.

OBSERVATION N° 67 :

Sandiou T., commerçant de tabac, 50 ans, malinké, hospitalisé pour ascite, douleurs abdominales et vomissements.

A l'examen on note, une masse épigastrique, une hépatomégalie.

La fibroscopie révèle de volumineuses varices oesophagiennes.

La ponction d'ascite ramène un liquide sérofibrineux, lymphocytaire à 95 % sans germes. La laparoscopie montre un gros foie nodulaire typiquement cirrhotique recouvert de granulations tout à fait compatibles avec une tuberculose. Biopsie non faite (TP : 62 %).

L'IDR est positive à 10mm.

Amélioration nette sous traitement spécifique. Il s'agit donc d'une tuberculose péritonéale sur cirrhose du foie.

OBSERVATION N° 68 :

Karim T., bambara, homme de 38 ans, détenu, hospitalisé pour syndrome dysentérique, amaigrissement, douleurs abdominales diffuses, altération de l'état général et fièvre vespérale.

A l'examen on note une hépatomégalie douloureuse.

L'IDR est positive à 10 mm. Le liquide d'ascite est sérofibrineux lymphocytaire à 95 % et contenant 70 g/l de protéines.

La laparoscopie révèle la présence de granulations très évocatrices de granulations tuberculeuses sur les péritoines pariétal et viscéral. Les biopsies reviennent cependant négatives montrant du tissu fibreux.

Evolution favorable sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 69 :

Nanoumia K., jeune femme de 17 ans, sarakolé, hospitalisée pour ascite, anorexie, amaigrissement important et une grossesse prolongée de 10 mois.

L'IDR est positive à 15 mm.

Le liquide d'ascite est sérofibrineux.

La laparoscopie révèle de volumineuses varices de la paroi interne du péritoine et des formations manifestement tumorales du péritoine pariétal.

La biopsie n'est pas pratiquée du fait de l'hypervascularisation.

Amélioration nette sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 70 :

Adama D., artisan bambara de 35 ans, hospitalisé pour ascite, altération de l'état général.

La ponction du liquide d'ascite ramène un liquide sérofibrineux lymphocytaire, riche en protéines (50 g/l). La laparoscopie révèle des adhérences nombreuses, des granulations très nombreuses sur les péritoines pariétal et viscéral, une hypertension portale très importante.

L'IDR est négative.

L'amélioration spectaculaire sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 71 :

Sitan S., ménagère bambara de 27 ans, hospitalisée pour douleurs soudeuses et permanentes de hypocondre gauche, altération de l'état général, ascite, fièvre vespérale.

A l'examen on note une ascite et une splénomégalie douloureuse (stad II). Le liquide d'ascite est sérofibrineux lymphocytaire à 95 % sans germe. La laparoscopie est impossible à pratiquer à cause des cicatrices de césarienne (1972 -1976).

L'IDR positive à 15 mm.

Amélioration spectaculaire sous traitement spécifique.

On évoque donc le diagnostic de tuberculose péritonéale avec participation splénique probable, par le test thérapeutique.

OBSERVATION N° 72 :

Paul S., homme Bobo de 30 ans, hospitalisé pour douleurs abdominales, ballonnement, ascite, et selles diarrhéiques.

L'IDR positive à 20 mm.

Le liquide d'ascite est sérofibrineux lymphocytaire avec 62 g/l d'albumine.

La laparoscopie révèle un processus inflammatoire dont l'origine tuberculeuse peut-être affirmée.

Evolution favorable sous traitement spécifique.

Conclusion péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION N° 73 :

Mamadou K., homme malinké de 40 ans, commerçant, hospitalisé pour douleurs dans l'hypogastre irradiant à l'épigastre, ballonnement et dysenterie.

A l'examen on note une ascite sans circulation collatérale.

Le liquide d'ascite est sérofibrineux lymphocytaire avec 33 g/l d'albumine.

La laparoscopie montre une tuberculose péritonéale typique avec de nombreuses granulations disséminées sur les péritoines pariétal et viscéral.

Evolution favorable sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 74 :

Nouhoum B., homme bambara de 26 ans, hospitalisé pour douleurs épigastriques plus douleurs thoraciques et ballonnement.

A l'examen on note une ascite moyenne.

L'IDR est négative.

La laparoscopie révèle une tuberculose péritonéale typique.

Le liquide d'ascite est sérofibrineux lymphocytaire et contenant 40 g/l d'albumine.

Bonne amélioration sous traitement spécifique.

## VI. - TUBERCULOSES HEPATOSPLENIQUES

### OBSERVATION N° 75 :

Bakary K., commerçant de riz, 26 ans, bambara, hospitalisé pour une fièvre au long cours, des douleurs de l'hypochondre droit, un amaigrissement important et une diarrhée sanguinolente.

A l'examen, le malade est cachectique, fébrile.

L'IDR est négative.

Le malade est mis sous traitement anti-tuberculeux après une ponction biopsie du foie dont le résultat révèle une tuberculose folliculaire du foie. Le lavement baryté est normal, et le transit du grêle montre des images de malabsorption.

L'évolution est très favorable pendant 4 mois mais, progressivement l'état commence à s'altérer et le malade meurt 8 jours après dans un état de cachexie effroyable.

Il s'agit donc d'une tuberculose hépatique doublée d'une pathologie intercurrente non identifiée (syndrome de malabsorption ?) responsable du décès du malade.

### OBSERVATION N° 76 :

Moussa T., infirmier bambara de 51 ans, hospitalisé pour altération très importante de l'état général et une masse du flanc gauche.

A l'examen, on note une fièvre, une masse douloureuse de l'hypocondre gauche à la palpation et donnant le contact lombaire.

L'examen urologique est normal.

La laparoscopie révèle une lame d'ascite, un foie de consistance normale recouvert sur le lobe gauche de granulations, une splénomégalie.

Le liquide d'ascite est sérofibrineux, lymphocytaire à 95 %, riche en protéines (50 g/l) sans germes (gram et ziele).

L'IDR est positive à 15 mm.

La biopsie des granulations revient négative.

L'amélioration est considérable sous traitement spécifique.

Il s'agit donc d'une tuberculose hépatosplénique probable.

### OBSERVATION N° 77 :

Drissa T., écolier bambara de 13 ans, hospitalisé pour altération de l'état général, des douleurs abdominales vagues, un état subfébrile et un amaigrissement important.

A l'examen, on note une cachexie, des conjonctives très pâles, une splénomégalie stade II, une hépatomégalie à trois travers de doigt.

L'IDR est positive à 15 mm.

La laparotomie montre un gros foie recouvert de granulations blanchâtres. Le diagnostic de tuberculose hépatosplénique est porté et l'enfant, mis au traitement spécifique, s'améliore très vite.

## VII. - TUBERCULOSES OSTEOARTICULAIRES

### A/ Mal de Pott sans paraplégie

#### OBSERVATION N° 78 :

Namory K., homme de 25 ans, peulh, hospitalisé pour des douleurs lombaires et une altération de l'état général.

A l'examen, on note la présence d'un point douloureux à la pression de L<sub>2</sub> L<sub>3</sub>.

La radiographie du rachis lombaire montre une destruction complète du disque L<sub>2</sub> L<sub>3</sub> avec tassement de ces deux vertèbres.

L'intradermoréaction est positive à 25 mm.

L'évolution est très favorable sous traitement spécifique et immobilisation dans une coquille plâtrée.

Donc Pott L<sub>2</sub> L<sub>3</sub> sans abcès du psoas.

#### OBSERVATION N° 79 :

Bakary D., médecin bambara de 63 ans, hospitalisé pour mal de Pott avec limitation des mouvements, une fatigue à la marche, des douleurs de type sciatalgique dans les membres inférieurs et une gibbosité.

L'examen neurologique montre une force segmentaire conservée, des réflexes ostéotendineux vifs, des réflexes cutanés plantaires indifférents.

L'examen du rachis montre un signe de Lasègue à 15° bilatéral, une gibbosité en L<sub>3</sub> L<sub>4</sub>.

La radiographie montre une spondylodiscite L<sub>3</sub> L<sub>4</sub>, une ostéophytose L<sub>2</sub> L<sub>3</sub>, un pincement du disque L<sub>5</sub> S<sub>1</sub>.

L'IDR est positive à 25 mm.

Amélioration spectaculaire sous traitement spécifique et immobilisation dans une coquille plâtrée.

En conclusion il s'agit d'un Pott L<sub>3</sub> L<sub>4</sub>.

#### OBSERVATION N° 80 :

Sinbo K., cultivateur malinké de 25 ans, hospitalisé pour douleurs lombaires et altération de l'état général.

L'examen clinique montre une gibbosité.

La radiographie du rachis révèle une spondylodiscite D<sub>12</sub> L<sub>1</sub> avec véritable bloc vertébral et écrasement du disque avec image d'abcès paravertébrale.

L'IDR est positive à 20 mm presque phlycténulaire.

Il s'agit donc d'un mal de Pott dorsolombaire ayant bien réagi au traitement spécifique, la coquille plâtrée et au traitement chirurgical de l'abcès.

#### OBSERVATION N° 81 :

Fati D., ménagère peulh de 40 ans, hospitalisée pour une cachexie très importante, une impotence fonctionnelle totale des membres inférieurs et supérieurs remontant à plusieurs mois.

A l'examen on note un état subfébrile, une amyotrophie considérable des réflexes ostéotendineux vifs.

Le liquide céphalorachidien est normal.

La radiographie du rachis cervical montre une spondylodiscite C<sub>4</sub> C<sub>5</sub> avec bloc C<sub>4</sub> C<sub>5</sub> et destruction totale du disque.

Amélioration rapide sous traitement spécifique.



OBSERVATION N° 82 :

Kadidia S., femme de 40 ans, hospitalisée pour altération de l'état général, amaigrissement important et douleurs lombaires.

La radio du rachis montre une image de mal de Pott L<sub>2</sub> L<sub>3</sub> avec un abcès paravertébral.

L'I DR est positive à 15 mm.

La malade est mise dans une coquille plâtrée et au traitement spécifique, l'abcès est nettoyé en chirurgie et l'évolution est favorable.

Donc mal de Pott L<sub>2</sub> L<sub>3</sub> avec abcès paravertébral.

OBSERVATION N° 83 :

Mariam S., jeune fille de 17 ans, hospitalisée pour une sciatique L<sub>5</sub>

La radiographie centrée sur le disque L<sub>5</sub> S<sub>1</sub> montre une spondylodiscite L<sub>5</sub> S<sub>1</sub> avec destruction du disque et des lésions de destruction osseuse surtout marquées sur le corps de L<sub>5</sub>.

L'I DR est négative. Mais la malade est très vite améliorée sous traitement spécifique.

Donc Pott L<sub>5</sub> S<sub>1</sub>.

OBSERVATION N° 84 :

Kadia S., jeune fille de 17 ans, hospitalisée pour douleurs lombaire en ceinture évoluant depuis plus d'un an.

A l'examen, on note une raideur de rachis et une douleur à la pression de L<sub>2</sub>.

La radiographie du rachis montre une destruction complète du disque L<sub>2</sub> L<sub>3</sub> avec des images de tassement cunéiforme de L<sub>3</sub>. Il existe part ailleurs un abcès du psoas gauche.

L'I DR est positive à 20 mm.

L'évolution est très favorable sous traitement spécifique et après immobilisation dans une coquille plâtrée.

Il s'agit donc d'un mal de Pott L<sub>2</sub> L<sub>3</sub> avec abcès du psoas.

OBSERVATION N° 85 :

Wagué K., élève de 12 ans, Songhaï, hospitalisé pour des douleurs lombaires irradiant en ceinture, évoluant depuis un an.

La radiographie du rachis lombaire face et profil montre une géode de L<sub>5</sub> bien circonscrite.

L'intradermoréaction est ptycténulaire.

Bonne amélioration sous traitement spécifique.

Donc Pott lombaire L<sub>5</sub>.

OBSERVATION N° 86 :

Mamadou D., élève de 15 ans, peulh, hospitalisé pour des douleurs de type sciatique.

L'intradermoréaction est positive à 15 mm.

La radiographie du rachis montre une géode au niveau de L<sub>5</sub> avec un discret pincement L<sub>4</sub> L<sub>5</sub>. On porte alors le diagnostic le mal de Pott centro-somatique et on fait pratiquer un curetage de la géode dont le résultat histologique envoyé en France s'est perdu. Le traitement anti-tuberculeux a été favorable. Il s'agit donc d'un Pott centro-somatique de L<sub>5</sub> pour lequel, un traitement chirurgical a été associé au traitement médical.

OBSERVATION N° 87 :

Tieman C., chauffeur de 51 ans, bambara, hospitalisé pour des douleurs lombaires à type de lombosciatique L<sub>5</sub>.

A l'examen, on note une hépatomégalie, un adénome de la prostate, une altération importante de l'état général et une fièvre.

Le rachis lombaire montre de face une scoliose lombaire à convexité gauche, un pincement majeur latéral droit du disque L<sub>4</sub> L<sub>5</sub>, une ostéophytose exubérante latérale droite de L<sub>4</sub> L<sub>5</sub> ; de profil, elle montre la raideur de la colonne, le pincement global du disque L<sub>4</sub> L<sub>5</sub> sur toute sa surface. On conclut donc à une spondylodiscite L<sub>4</sub> L<sub>5</sub>.

L'IDR positive à 10<sup>7</sup> mm.

L'amélioration est nette sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 88 :

Ballā D., homme kassonké de 72 ans, hospitalisé pour douleurs lombaires et difficulté de la marche.

L'examen clinique montre une gibbosité.

La radiographie montre une scoliose lombaire et un pincement discal L<sub>2</sub> L<sub>3</sub>, L<sub>5</sub> S<sub>1</sub>.

Bonne récupération fonctionnelle sous traitement spécifique. Donc spondylodiscite tuberculeuse L<sub>2</sub> L<sub>3</sub>, L<sub>5</sub> S<sub>1</sub>.

OBSERVATION N° 89 :

Binaf C., homme bambara de 27 ans, hospitalisé pour raideur du dos.

L'examen clinique une gibbosité lombaire sans troubles neurologiques.

L'IDR est phlyténulaire.

La radiographie du rachis lombaire montre une spondylodiscite L<sub>2</sub> L<sub>3</sub> avec image géodique et irrégularité du plateau.

Le malade est mis sous traitement spécifique et dans une coquille plâtrée, il a eu une bonne récupération fonctionnelle. Donc spondylodiscite L<sub>2</sub> L<sub>3</sub> avec atteinte vertébrale probable ayant bien réagi au traitement spécifique.

OBSERVATION N° 90 :

Koniba C., homme bambara, élève de 64 ans, hospitalisé pour une douleur cervicale remontant à deux ans et irradiant à la base du cou et aux épaules.

L'examen clinique montre une névralgie cervicale avec impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche.

La radiographie des vertèbres cervicales montre une scoliose cervicale un tassement cunéiforme de C<sub>6</sub> et un pincement discal C<sub>5</sub> C<sub>6</sub> et C<sub>6</sub> C<sub>7</sub>.

On note chez ce malade une sérologie brucellienne positive (Rose Bengale +++). Ce qui peut faire discuter un pseudo Pott Brucelien.

Le malade guéri complètement sous traitement spécifique.

Donc mal de Pott cervical.

OBSERVATION N° 91 :

Lassana F., homme bambara de 20 ans, hospitalisé pour des douleurs lombaires à la marche.

L'examen clinique montre une gibbosité typique L<sub>1</sub> L<sub>2</sub>.

La radiographie du rachis lombaire montre une spondylodiscite L<sub>1</sub> L<sub>2</sub> avec un abcès paravertébral en fuseau.

L'intradermoréaction est positive à 15 mm.

Le malade mis sous traitement spécifique et dans une coquille plâtrée a une bonne récupération fonctionnelle.

Conclusion : spondylodiscite L<sub>1</sub> L<sub>2</sub>.

OBSERVATION N° 92 :

Dadouda S., homme peulh de 40 ans, hospitalisé pour des douleurs lombaires remontant à plus de 10 ans après un traumatisme.

Depuis un an, il présente une altération progressive de l'état général des douleurs aux membres inférieurs avec oedème, fièvre et asthénie.

A l'examen clinique on note une douleur lombaire exquise L<sub>3</sub> L<sub>4</sub>, une ascite sans circulation collatérale visible, oedème des membres inférieurs.

L'examen cytologique et clinique du liquide céphalorachidien montre un transcudat. L'IDR est positive à 9 mm.

L'examen neurologique montre des réflexes ostéo tendineux faibles, un babinsky positif bilatéral.

Le rachis dorsal montre une spondylodiscite L<sub>3</sub> L<sub>4</sub>.

Le malade a une bonne récupération fonctionnelle sous traitement spécifique. Conclusion : spondylodiscite L<sub>3</sub> L<sub>4</sub>.

OBSERVATION N° 93 :

Souleymane S., homme de 63 ans, cultivateur, hospitalisé pour douleur au niveau du bras droit irradiant au cou et aux épaules, avec douleurs thoraciques avec dyspnée et douleurs vertébrales (cervicale et dorsale).

A l'examen on note une raideur et impossibilité du mouvement du cou avec douleur esquise au niveau de C<sub>5</sub> C<sub>6</sub>. L'IDR est positive. Le rachis cervical montre une lacune avec atteinte du disque C<sub>5</sub> C<sub>6</sub>. Bonne amélioration sous traitement spécifique. Il s'agit donc de lésions ostéolytiques avec atteinte discale C<sub>5</sub>C<sub>6</sub>.

D/ Mal de Pott avec paraplégieOBSERVATION N° 93 :

Abou T., cultivateur barbara de 20 ans, hospitalisé pour des douleurs lombaires intenses et nocturnes, puis des douleurs dorsales avec installation progressive d'une paraplégie spasmodique.

L'examen clinique montre outre la paraplégie spasmodique, des troubles sphinctériens et une voussure du rachis lombaire.

L'IDR est positive à 20 mm.

La radiographie du rachis montre une spondylodiscite D<sub>6</sub> D<sub>7</sub>, un bloc vertébral L<sub>3</sub> L<sub>4</sub> avec tassement des vertèbres L<sub>3</sub> L<sub>4</sub>. De profil, on note un tassement côneiforme de L<sub>3</sub>.

L'évolution de la paraplégie est très rapide avec répression complète sous traitement médical spécifique seul.

Il s'agit donc d'un mal de Pott dorsal (D<sub>6</sub> D<sub>7</sub>) et lombaire (L<sub>3</sub> L<sub>4</sub>) avec paraplégie.

OBSERVATION N° 94 :

Bakary S., commerçant de 25 ans, lépreux à l'âge de 10 ans, traité et blanchi à l'Institut Marchoux, hospitalisé pour douleurs vertébrales et lombaires à irradiation abdominale et sciatique, amaigrissement important et apparition progressive d'une paraplégie.

A l'examen on note, la paraplégie avec déficit moteur portant sur le tonus, la force, les mouvements actifs et passifs. Le niveau sensitif est en ceinture en dessous de l'ombilic avec abolition de la sensibilité thermo-algésique. Les troubles sphinctériens apparaissent au bout de quelques jours. L'examen du rachis montre la présence d'un abcès paravertébral, une marche d'escalier en D<sub>11</sub> une gibbosité médiane postérieure.

La radiographie du rachis montre une lyse complète du corps de D<sub>11</sub> et destruction plus ou moins partielle de D<sub>10</sub> et D<sub>12</sub>. L'IDR est phlycténulaire.

Le malade est mis sous traitement spécifique et dans une coquille plâtrée. Il a retrouvé ses activités normales.

OBSERVATION N° 96 :

Siga C., ménagère bambara de 70 ans, hospitalisée pour des douleurs du rachis dorsolombaire devenues progressivement intenses avec altération importante de l'état général, cachexie, deshydratation et état d'anémie.

L'examen neurologie montre des réflexes ostéotendineux vifs, cutanés plantaires en extension. L'examen du rachis révèle une très importante gibbosité médiane postérieure portant sur D<sub>8</sub> D<sub>9</sub> D<sub>10</sub> D<sub>11</sub> D<sub>12</sub> L<sub>1</sub>, qui entraîne une déformation du thorax et un raccourcissement de la taille.

La radiographie du rachis dorsolombaire montre la destruction complète des vertèbres et des disques de D<sub>8</sub> D<sub>9</sub> D<sub>10</sub> D<sub>11</sub> D<sub>12</sub> L<sub>1</sub> formant un véritable bloc dorsolombaire. Pas d'image d'abcès paravertébral.

L'IDR est phlycténulaire.

La malade est mise sous traitement spécifique et dans une coquille et on note une régression nette des symptômes. Donc il s'agit d'un mal de Pott dorsolombaire portant sur 6 vertèbres avec paraplégie.

OBSERVATION N° 97 :

Houpyé S., commerçant malinké de 25 ans, hospitalisé pour l'installation progressive d'une paraplégie spasmodique.

A l'examen on note, outre la paraplégie, des troubles sphinctériens, une gibbosité en D<sub>8</sub> D<sub>9</sub>, une douleur à la percussion de D<sub>8</sub> D<sub>9</sub>.

La radiographie révèle un bloc vertébral D<sub>8</sub> D<sub>9</sub> avec destruction du disque et un abcès paravertébral.

L'IDR est positive à 20 mm.

Mis dans une coquille plâtrée et sous traitement anti-tuberculeux, le malade s'améliore très vite. L'abcès est nettoyé en chirurgie. Donc mal de Pott D<sub>8</sub> D<sub>9</sub>.

OBSERVATION N° 98 :

Thérèse C., jeune femme de 26 ans bambara, hospitalisée pour des douleurs dorsales en ceinture très intenses évoluant depuis 6 mois avec altération de l'état général.

L'examen du rachis montre la raideur vertébrale, la douleur à la percussion de D<sub>8</sub> D<sub>9</sub>.

L'IDR positive à 25 mm.

La radiographie du rachis dorsal montre une spondylodiscite en D<sub>8</sub> D<sub>9</sub> avec tassement vertébral cunéiforme de D<sub>8</sub> D<sub>9</sub>, pincement du disque, et une image d'abcès paravertébral.

La malade est mise dans une coquille plâtrée et sous traitement spécifique. Amélioration notable.

Donc mal de Pott D<sub>8</sub> D<sub>9</sub> avec paraplégie ayant incomplètement regressé sous traitement médical.

OBSERVATION N° 99 :

Tata C., ménagère bambara de 50 ans, hospitalisée pour des douleurs lombaires évoluant depuis plusieurs années et l'installation progressive d'une paraplégie flasque avec troubles sphinctériens.

A l'examen, outre la paraplégie, on note une gibbosité L<sub>4</sub> L<sub>5</sub>.

La radiographie montre un bloc vertébral L<sub>4</sub> L<sub>5</sub>.

L'IDR est phlycténulaire.

La malade mise dans une coquille plâtrée est sous traitement spécifique a une amélioration notable, mais meurt brutalement 6 mois après d'une septicémie.

Il s'agit donc d'un mal de Pott L<sub>4</sub> L<sub>5</sub> avec paraplégie dont l'évolution est marquée par un décès brutal.

OBSERVATION N° 100 :

Fatounata K., ménagère sarakolé de 27 ans, hospitalisée pour des douleurs dorsolombaires en ceinture d'apparition brutale.

A l'examen on note une paraplégie spasmodique, une anesthésie de niveau sensitif D<sub>9</sub> D<sub>10</sub>.

La radiographie affirme l'origine pottique de la paraplégie en montrant des lésions typiques D<sub>6</sub> D<sub>7</sub> D<sub>8</sub>.

L'intradermoréaction est positive à 25 mm.

La ponction lombaire ramène un liquide citrin avec 1 g d'albumine par litre. L'épreuve de Queckensted - Stookey est négative.

La malade est mise sous traitement spécifique et dans une coquille plâtrée. Après une phase de régression, la paraplégie spasmodique devient flasque avec rétention rigide d'urine. La situation s'aggrave rapidement et la malade meurt 10 jours plus tard de complications de décubitus : escarres, infection urinaire, encombrement bronchopulmonaire. Il s'agit donc d'un mal de Pott avec paraplégie pour lequel le traitement n'a pu prévenir les complications.

OBSERVATION N° 101 :

Hamadou S., cultivateur sarakolé de 62 ans, hospitalisé pour une paraplégie spasmodique avec un niveau sensitif en D<sub>9</sub> D<sub>10</sub>, associée à des douleurs thoraciques en ceinture très intenses, et un état subfébrile.

A l'examen on note une cachexie extrême.

La radiographie du rachis montre une destruction complète du disque D<sub>7</sub> D<sub>8</sub> avec des images d'érosion sur le plateau inférieur de D<sub>7</sub>.

L'intradermoréaction est négative.

La ponction lombaire ramène un liquide citrin ramenant 1,50 g/l de protéines.

L'épreuve de Queckensted - Stookey est négative.

Mis sous traitement spécifique, l'amélioration est nette, mais le malade sort contre avis médical.

OBSERVATION N° 102 :

Kaba K., homme malinké de 46 ans, hospitalisé pour paraplégie spasmodique, avec raideur des membres inférieurs et douleurs lombaires.

A l'examen, on note une gibbosité importante à localisation L<sub>1</sub> S<sub>2</sub>, anesthésie à la chaleur et à la douleur au niveau des membres inférieurs.

Les réflexes ostéo tendineux sont vifs, le Babinsky positif bilatéral.

La radiographie du rachis lombaire montre une atteinte segmentaire étendue L<sub>1</sub> S<sub>2</sub>.

Il existe un blocage partiel à la manoeuvre de Queckensted - Stookey.

Le liquide céphalorachidien est lymphocytaire et contient 7 g/l d'albumine.

Bonne récupération fonctionnelle sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 103 :

Koumba B., femme peulh de 63 ans, hospitalisée pour paraplégie spasmodique.

La radiographie du rachis dorsal montre un tassement cunéiforme de D<sub>5</sub> plus un pincement discal D<sub>5</sub> D<sub>6</sub>.

L'intradermoréaction est phlycténulaire.

Bonne récupération sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 104 :

Mamadou D., homme bambara de 40 ans, hospitalisé pour une gibbosité lombaire et une douleur supposée post traumatique.

L'examen clinique montre une paraplégie flasque, un syndrome de la queue de cheval, une hyperesthésie de la plante des pieds. Un babinsky positif bilatéral. Les reflexes ostéo tendoneux sont abolis.

La radiographie du rachis lombaire montre une lyse du corps vertébral L<sub>3</sub> plus un pincement discal L<sub>3</sub> L<sub>4</sub>.

La radiographie du thorax montre une pleurésie inter lombaire.

L'intradermoréaction est positive à 20 mm.

Bonne récupération fonctionnelle sous traitement spécifique plus coquille plâtrée de ce de Pott non typique survenu après traumatisme lombaire remontant de 10 ans.

OBSERVATION N° 105 :

Baroroba D., homme de 42 ans, déjà suivi pour mal de Pott depuis un an et traité chirurgicalement par la mise en place d'un greffon osseux (Pr. Bocar SALL).

A l'entrée le malade présente une gibbosité dorsale très importante, avec abolition du reflexe cutané abdominal, anesthésie à la chaleur de la ceinture aux membres inférieurs, avec paraplégie flasque.

La radiographie du rachis dorsal montre une condensation osseuse avec fusion des vertèbres D<sub>10</sub> D<sub>11</sub> D<sub>12</sub>, tassement de la vertèbre D<sub>12</sub>.

L'intradermoréaction est phlycténulaire.

On note une médiocre amélioration fonctionnelle sous traitement spécifique et dans coquille plâtrée.

OBSERVATION N° 106 :

Mamadou D., homme sarakolé de 40 ans, hospitalisé pour paraplégie.

Le malade a subi un traumatisme datant d'un an. L'examen clinique montre une altération de l'état général, une paraplégie spasmodique, une gibbosité lombaire, et des troubles de sensibilité. Les reflexes ostéo tendineux sont abolis.

L'intradermoréaction est positive à 15 mm.

La radiographie du rachis lombaire montre une image ostéolithique de L<sub>3</sub> évoquant une métastase.

Les investigations cliniques et paracliniques (U.I.V., lavement bar) ne montrent de cancer. Le malade est mis sous traitement spécifique et dans une coquille et a eu une bonne récupération fonctionnelle.

Donc mal de Pott lombaire avec image radiologique non typique.

OBSERVATION N° 107 :

Boubacar K., garçon sarakolé de 2 ans, hospitalisé pour paraplégie spasmodique datant de près de un an.

L'examen clinique montre vive douleur dorsolombaire avec gibbosité D<sub>12</sub> L<sub>1</sub>, une paraplégie spasmodique avec babinsky positif bilatéral.

L'IDR est phlycténulaire.

La radiographie du rachis dorsal montre une spondylodiscite D<sub>12</sub> L<sub>1</sub>.

Après un mois de traitement, bonne récupération fonctionnelle, mais les parents du petit l'amène contre l'avis médical.

OBSERVATION N° 108 :

Maf D., femme hospitalisée pour douleurs thoraciques puis rachidien avec irradiation vers les membres inférieurs plus paraplégie plus fièvre.

A l'examen, on note un trouble de la sensibilité au chaud, un Babirky positif bilatéral, les réflexes ostéo tendineux abolis, une gibbosité du rachis D<sub>10</sub> L<sub>1</sub>.

L'intradermoréaction est positive à 15 mm.

Le liquide céphalorachidien est lymphocytaire avec blocage partiel au Q.S..

La malade s'est évadée avec une amélioration notable sous traitement spécifique.

C/ Les autres atteintes osseusesOBSERVATION N° 109 :

Mafmouna S., ménagère, peulh de 40 ans, hospitalisée pour des douleurs de la hanche droite. Celles-ci évoluent depuis plusieurs mois, survenant d'abord à l'appui, et ensuite au repos, pour devenir très vives et permanentes.

L'examen clinique montre la limitation importante de tous les mouvements de la hanche droite y compris la flexion. La température est à 38°5.

Les clichés radiographiques montrent un pincement diffus de l'interligne et des érosions.

Sur le plan biologique, l'électrophorèse de l'hémoglobine est normale.

L'intradermoréaction est positive à 20 mm.

Devant l'impossibilité de poursuivre plus loin, on a traité la malade au traitement anti-tuberculeux. L'apyrexie est obtenue très rapidement et les douleurs de la hanche droite s'atténuent en deux semaines. Les mouvements s'améliorent en deux mois. La malade est complètement guérie après 10 mois de traitement.

Donc coxalgie pour laquelle le seul vrai critère diagnostique a été le test thérapeutique.

OBSERVATION N° 110 :

Yaya G., garçon de 15 ans, bambara, hospitalisé pour douleurs au niveau des deux genoux plus une tuméfaction des genoux avec sensation de chaleur locale.

A l'examen, on note une tuméfaction douloureuse du genou droit plus météorisme et un épanchement articulaire avec dilatation veineuse.

L'intradermoréaction est négative.

Le liquide articulaire est sérofibrineux lymphocytaire.

Bonne récupération sous traitement spécifique.

Il s'agit donc d'une tuberculose du genou droit.

## VIII. - TUBERCULOSES NEUROLOGIQUES

OBSERVATION N° 111 :

Ladji B., élève de 22 ans, bambara, hospitalisé pour un syndrome fébrile, altération de l'état général, céphalées très violentes avec photophobie.

L'intradermoréaction est faiblement positive.

Les radiographies pulmonaire, de l'abdomen sans préparation, et du crâne sont normales.

Cependant la fièvre remonte et l'examen clinique se modifie : nuque raide, apparition de signes de localisation avec hémiplégié droite, paralysie du VI gauche, crises convulsives brèves jacksonniennes droites, troubles de conscience.

Le fond d'oeil est normal aux deux yeux et la ponction lombaire montre un liquide trouble avec 150 éléments par mm<sup>3</sup>. Le liquide est stérile à l'examen direct.

L'amélioration est spectaculaire sous antibiothérapie générale, anti-tuberculeux, corticothérapie, anti-convulsivants ; régression complète de l'hémiplégié droite et des troubles de la conscience.

Une nouvelle radiographie du crâne montre une ostéite ou périostéite du frontal avec une véritable lacune du frontal.

La ponction de la collection ramène un pus franc dont le prélèvement montre l'existence de bacilles acido-alcool-résistants. Un deuxième prélèvement est confirmatif.

Il s'agit donc d'une méningo-encéphalite d'origine tuberculeuse avec ostéite du frontal secondaire ayant bien réagi au traitement.

OBSERVATION N° 112 :

Lah C., ménagère de 20 ans, sarakolé, hospitalisée pour syndrome méningé durant depuis un mois avec paralysie faciale. Le début est brutal avec des céphalées frontales très violentes, des vomissements, de la fièvre, une paralysie faciale gauche, un amaigrissement important.

A l'examen on note un syndrome méningé, une température à 38°5, une paralysie faciale gauche complète, une surdité gauche, une parésie du III droit avec diplopie, une déviation de la langue vers la droite (fausses routes à la déglutition). Le F.O. est normal au deux yeux.

La ponction lombaire ramène un liquide clair contenant 1,20 g/l de protéines et est lymphocytaire.

La radiographie du crâne montre des empreintes digitiformes évoquant une hypertension intracrânienne.

L'électroencéphalogramme est normal.

L'IDR est phlycténulaire.

Amélioration nette sous traitement spécifique.

Il s'agit donc d'une méningite tuberculeuse avec paralysie du VII, VIII et XII gauches.



OBSERVATION N° 113 :

Baradio A., sergent-chef de 42 ans, dogon, hospitalisé pour ptosis droit, céphalées et diplopie. On note dans ses antécédents un déficit en G<sub>6</sub>PD.

La ponction lombaire faite après fond d'oeil aux deux yeux, ramène un liquide eau de roche, épreuve de Queckensted - Stookey normale et contenant 0,20 g/l d'albumine et est lymphocytaire. La radiographie du crâne est normale.

L'intradermoréaction est positive à 25 mm.

Le malade mis sous traitement spécifique et corticothérapie s'améliore vite.

Il s'agit donc d'une arachnoïdite tuberculeuse de la base pour laquelle le traitement à été positif.

OBSERVATION N° 114 :

Tachia G., ménagère songhaï de 30 ans, hospitalisée pour une paraplégie flasque installation progressive avec asthénie et amaigrissement.

A l'examen, on confirme la paraplégie flasque avec une amyotrophie tr importante des deux membres inférieurs et des troubles sphinctériens.

La P.L. après fond d'oeil normal aux deux yeux ramène un liquide clair lymphocytaire contenant 1 g/l d'albumine.

Les radiographies du rachis cervical dorsal lombaire sont normales.

L'intradermoréaction est positive à 20 mm.

L'amélioration est spectaculaire sous traitement spécifique.

Il s'agit donc d'une arachnoïdite tuberculeuse.

OBSERVATION N° 115 :

Mao D., cultivateur malinké de 37 ans, hospitalisé pour une tétraplégie ayant débuté par des paresthésies des mains et des pieds, dans un contexte d'asthénie, anorexie, amaigrissement. Les paresthésies s'accompagnent vite de douleurs en éclair dans les deux membres inférieurs.

L'examen neurologique révèle sur le plan moteur une impotence fonctionnelle totale des deux membres inférieurs, une diminution importante de la force segmentaire des deux membres supérieurs, des réflexes vifs et diffus aux membres inférieurs, normaux aux membres supérieurs. Les réflexes cutanés plantaires sont en extension. On note une hypoesthésie portant sur toutes les sensibilités remontant jusqu'en C<sub>7</sub> C<sub>8</sub>.

La ponction lombaire ramène un liquide clair acellulaire, contenant 3,20 g/l d'albumine.

L'intradermoréaction est positive à 15 mm.

La régression de la tétraplégie est complète sous traitement spécifique.

Donc arachnoïdite d'origine tuberculeuse.

OBSERVATION N° 116 :

Sira S., femme de 23 ans, dogon, hospitalisée pour hypertension intracrânienne. Elle souffre de céphalées temporales violentes avec des vertiges et une diplopie.

A l'Institut d'Ophtalmologie Tropical est porté le diagnostic de paralysie des deux droits externes avec diplopie, un oedème papillaire bilatéral. Devant la suspicion d'une tumeur de la base, la malade est envoyée au Point-OGI.

La radiographie du crâne montre une hyperplasie des sinus frontaux, une structure osseuse normale, un aspect flou mal limité du trou ovale à gauche.

Il s'agit donc d'un tableau d'hypertension intracrânienne sans signes de localisations. L'IDR est positive à 8 mm.

Amélioration nette sous traitement spécifique et corticothérapie.

OBSERVATION N° 117 :

Amadou T., 23 ans, élève bambara, hospitalisé pour fièvre, vomissements délire, un microcaillots de sang sortant du nez.

À l'examen, on note des adénopathies inguinales bilatérales, une raideur de la nuque, des réflexes ostéo-tendineux vifs des deux côtés et une altération importante de l'état général.

L'IDR est plectémulaire.

Le malade est décédé quelques jours après son entrée dans un état cachectique.

Il s'agit donc d'une méningite tuberculeuse probable.

OBSERVATION N° 118 :

Joseph K., garçon de 14 ans, élève hospitalisé pour céphalées au front puis à la nuque irradiant au cou, diarrhée, vomissements, état sabbural de la langue.

À l'examen on note une raideur de la nuque, un signe de Koernig positif.

Le liquide céphalorachidien est hypertendu, lymphocytaire.

L'IDR est plectémulaire.

On note par ailleurs une aphasie, une hypoaccousie, et un grincement des dents (impossibilité de prendre des comprimés).

Le fond d'oeil montre une papille très nette, un peu pâle.

Le malade est bien amélioré sous traitement spécifique.

Il s'agit donc d'une méningite tuberculeuse ayant bien réagi au traitement.

OBSERVATION N° 119 :

Koké D., 27 ans, chauffeur, hospitalisé pour des fourmillements aux pi avec dysurie, rétention d'urines, douleurs au niveau du pubis et paraplégie.

Les réflexes ostéo tendineux sont vifs, hypersensibilité au niveau des membres inférieurs avec un globe vésical à l'examen clinique.

L'intradermoréaction est positive à 8 mm.

La radiographie du rachis lombaire et dorsale est normale.

La ponction lombaire ramène un liquide clair et note un blocage partiel à l'épreuve de Queckensted - Stookey.

L'amélioration est spectaculaire sous traitement spécifique.

Il s'agit donc d'une arachnoïdite tuberculeuse probable.

OBSERVATION N° 120 :

Hawa S., jeune fille de 17 ans, hospitalisée pour une ascite et une aménorrhée. Depuis deux ans elle se plaint de douleurs abdominales vagues, de vomissements, d'une aménorrhée secondaire après 3 ans de cycles menstruels normaux et d'un amaigrissement important.

L'examen note une hépatomégalie et une lame d'ascite.

La laparoscopie révèle un foie hypertrophié mais lisse de couleur normale, une ascite modérée, un ovaire gauche tumoral papillaire blanchâtre, une grosse masse pelvienne médiane (probablement vessie pleine), absence de granulations péritonéales. L'U.I.V. est normale.

L'intradermoréaction est négative. L'histologie révèle une tuberculose folliculocasséeuse de la trompe dont on pratique l'exérèse.

Il s'agit donc d'une salpyngite tuberculeuse pour laquelle le diagnostic laparoscopique a été rendu difficile par la présence d'un globe vésical.

Bonne amélioration sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 121 :

Bama K., homme sarakolé de 70 ans, hospitalisé pour dysurie atroce avec oedème persistant.

A l'examen, on note une orchite épidydimite gauche associée à la dysurie avec polyurie.

L'intradermoréaction est positive à 15 mm.

L'U.I.V. confirme la tuberculose urogénitale avec atteinte du rein gauche. La recherche du bacille de Koch dans les urines est négative.

Le malade est mis sous traitement spécifique sans aucune amélioration. L'état général ne cesse de se détériorer. Donc tuberculose urogénitale résistante au traitement spécifique.

## X. - TUBERCULOSES INTESTINALES

OBSERVATION N° 122 :

Aninata N., femme de 40 ans, hospitalisée pour anémie, pâleur, dysenterie, aménorrhée secondaire et diarrhées profuses.

La scopie montre une opacité de l'apex droit plus ascension de la coupole droite.

L'IDR est phlycténulaire.

La biopsie du grêle montre une inflammation non spécifique.

Amélioration nette sous traitement spécifique.

Donc tuberculose intestinale probable.

OBSERVATION N° 123 :

Botogoma T., ménagère de 30 ans, hospitalisée pour des douleurs abdominales diffuses, diarrhées chroniques profuses, aménorrhée secondaire et stérilité.

À l'examen on note une masse abdominale sous ombilicale, un prolapsus au toucher vaginal. Le transit du grêle est ininterprétable.

L'intradermoréaction est négative.

La malade est complètement retablie sous traitement spécifique.

Donc tuberculose intestinale probable.

## XI. - TUBERCULOSES MULTIFOCALES

-----

OBSERVATION N° 124 :

Assitan D., ménagère de 40 ans, hospitalisée pour un état de cachexie pour une tumeur du sein gauche.

L'examen clinique note cette volumineuse tumeur avec rétraction de la peau en regard, et la présence de deux adénopathies axillaire et sus-claviculaire gauches, dures, fixées, non douloureuses. Par ailleurs, il existe une hépatomégalie, une ascite, un épanchement péricardique (électrocardiogramme typique).

On conclut au diagnostic de cancer du sein avec métastases péritonéales péricardiques.

La ponction péricardique est blanche. La ponction d'ascite montre un liquide sérofibrineux, sans germes à l'examen direct (cytologie ininterprétable).

Le bilan biologique usuel est normal. L'intradermoréaction est positive à 20 mm.

La malade s'aggrave vite et on pratique une biopsie excrése du ganglion sus-claviculaire gauche qui montre une tuberculose folliculocaséuse très évolutive. Amélioration spectaculaire sous traitement spécifique.

Il s'agit donc histologiquement, d'une tuberculose multifocale confirmée avec abcès du sein gauche et localisation ganglionnaire, péritonéale, péricardique et pleurale.

OBSERVATION N° 125 :

Mohamed Lamine S., cultivateur de 45 ans, malinké, hospitalisé pour une pleurésie considérée comme tuberculeuse. On l'hospitalise en juillet 77 pour une pneumopathie chronique évoluant depuis 6 mois.

L'examen clinique note un souffle tubaire au lobe pulmonaire supérieur droit, sur le plan cardiaque, un assourdissement des bruits du cœur, une insuffisance cardiaque droite, sur le plan abdominal, une ascite et une petite splénomégalie.

La radiologie montre en scopie un cœur augmenté de volume avec une cinétique subnormale, à la radiographie une cardiomégalie de volume  $V_2$   $V_3$  avec image de stase pulmonaire. L'électrocardiogramme montre un tracé typique de péricardite. La ponction péricardique ramène 20 cc d'un liquide serohématique stérile à l'examen direct (coloration de Gram et de Ziehl).

Le bilan biologique usuel est normal. La laparoscopie montre de nombreuses granulations blanchâtres sur le péritoine pariétal, les viscères creux et le foie. L'hypertrophie du lobe gauche du foie présente quelques nodules blanchâtres. Il existe une petite lame d'ascite. La biopsie des granulations montre une tuberculose folliculocaséuse.

L'intradermoréaction est négative, mais mis sous traitement spécifique, la malade s'améliore très vite. Il s'agit donc d'une tuberculose multifocale chez ce malade aux antécédents vraisemblables de pleurésie tuberculeuse qui s'e

présenté avec une atteinte péricardique prédominante, mais pour lequel furent révélées les localisations pleurale, péritonéale, hépatosplénique.

OBSERVATION N° 126 :

Cusmane B., détenu de 30 ans, barbara, hospitalisé pour un anasarque installé depuis plusieurs mois avec une grande cachexie.

L'examen clinique révèle, outre l'anasarque, une péricardite, une pleurésie droite, un tableau de paraplégie débutante avec douleur exquise à la pression de D<sub>4</sub>, des adénopathies multiples disséminées dans tous les territoires avec des fistules multiples au cou, sternum, et dans les creux axillaire. D'autre part, on note une orchite bilatérale, une parotidite, une uvéite, une pyurie avec hématurie et une mastite.

La pleurésie et la péricardite sont confirmées à la radiographie et à l'E.C.G.. La ponction du liquide d'ascite ramène un liquide sérofibrineux, rivolta positif, riche en lymphocytes. La biopsie du ganglion montre une tuberculose folliculocaseuse.

L'IDR est phlycténulaire.

La radiographie du rachis dorsal montre une scoliose sans lésion potique évidente.

L'amélioration spectaculaire est sous traitement spécifique.

Il s'agit donc d'une tuberculose multifocale histologiquement confirmée avec spectaculaire diffusion des localisations puisque péritonéale, pleurale, péricardique, ganglionnaire, et probablement génitale, rénale, pottique, parotidienne et oculaire.

OBSERVATION N° 127 :

Badoulaye T., commerçant de 27 ans, barbara, hospitalisé pour lombociaque avec réflexes ostéotendineux vifs. Le malade est très cachectique et présente une toux chronique avec expectoration mucopurulente et une épéididymite.

La radiographie pulmonaire révèle des images micronodulaires des deux champs évoquant une tuberculose pulmonaire. Celle du rachis montre une spondylodiscite L<sub>1</sub> L<sub>2</sub> avec un abcès latéro vertébral.

L'IDR est phlycténulaire et la recherche de BK dans les crachats est négative à l'examen direct.

L'amélioration est spectaculaire sous traitement spécifique et épéididymectomie.

Il s'agit donc d'une tuberculose multifocale avec localisation vertébrale sans paraplégie, épéididymaire et pulmonaire.

OBSERVATION N° 128 :

Korotounou S., ménagère peulk de 42 ans, hospitalisée pour ascite.

Le bilan parasitaire découvre une onchocercose.

La radiographie pulmonaire révèle une pleurésie droite confirmée à la ponction. L'examen du liquide d'ascite montre un liquide sérofibrineux lymphocytaire à 90 % sans germes à l'examen direct.

La laparoscopie montre des granulations péritonéales et des adhérences cachant le foie. La biopsie des granulations révèle une tuberculose folliculaire péritonéale.

L'intraderrmoréaction est positive à 25 mm.

Il s'agit donc d'une tuberculose folliculaire péritonéale et pleural bien améliorée sous traitement spécifique.

OBSERVATION N° 129 :

Sory D., cultivateur âgé de 56 ans, hospitalisé pour douleurs rachidiennes mal localisées, une hématurie et une altération de l'état général. On retient dans ses antécédents, la notion d'un traumatisme lombaire survenu il y a 5 ans.

La radiographie du rachis montre un tassement de L<sub>2</sub>. L'urographie intraveineuse montre une image suspecte d'aspect cavitaire sur le groupe caliciel moyen droit. Par ailleurs la vessie est diverticulaire et petite. Il existe une stase urétérale bilatérale. La cystoscopie montre une petite capacité vésicale. La vision est rendue difficile par la présence de flocons de pus. La muqueuse est normale. L'aspect est évocateur d'une cystite infectieuse. L'intradermoréaction est positive à 22 mm.

Le malade présente une très nette amélioration sous traitement spécifique.

Il s'agit donc d'une tuberculose rachidienne et rénale chez ce malade.

OBSERVATION N° 130 :

Bakary D., garçon malinké de 2 ans, hospitalisé pour fièvre, douleurs dorsales, paraplégie et tuméfactions sous maxillaires.

Le petit n'a pas reçu de vaccination BCG.

A l'examen on note, une gibbosité dorsale D<sub>6</sub> D<sub>7</sub> D<sub>8</sub>, une paraplégie spasmodique avec contracture des muscles paravertébraux, l'existence d'un ganglion sous maxillaire inflammatoire. L'examen neurologique montre des réflexes ostéotendineux vifs avec un babinsky positif bilatéral.

La radiographie du rachis dorsal montre un tassement important de D<sub>6</sub> D<sub>7</sub> D<sub>8</sub> plus un pincement discal D<sub>7</sub> D<sub>8</sub> et D<sub>6</sub> D<sub>7</sub>.

L'intradermoréaction est phlycténulaire.

Le malade est mis sous : treventrix  $\frac{1}{2}$  comprimé (125 mg) avec rimifon 50 mg et dans une coquille plâtrée.

Bonne récupération fonctionnelle sous ce traitement avec disparition des ganglions.

Il s'agit donc d'un mal de Pott dorsal d'une tuberculose ganglionnaire chez ce garçon.

OBSERVATION N° 131 :

Sétigui K., homme bambara de 55 ans, hospitalisé pour paraplégie flasque et douleurs au niveau du genou gauche avec anesthésie thermique et gibbosité dorsale.

La radiographie du rachis dorsal confirme un mal de Pott, montre une compression discale avec fusion des vertèbres D<sub>4</sub> D<sub>5</sub> et abcès paravertébral en fuseau.

Le malade est mis sous traitement spécifique mais s'évade au bout d'une semaine.

Donc il s'agit d'une tuberculose multifocale dorsale et atteinte de l'articulation du genou.

OBSERVATION N° 132 :

Karim S., peulh cultivateur de 25 ans, ancien malade de l'Hôpital Gabriel TOURE venu à l'Hôpital du Point-"G" avec comme diagnostic radiologique : arthrose dorsale D<sub>9</sub>, D<sub>12</sub> et lombaire L<sub>4</sub>, L<sub>5</sub>. Il a été hospitalisé pour fièvre, amaigrissement, douleurs rachidiennes et paraplégie flasque.

A l'examen on note, une masse abdominale vésicale et dans la fosse lombaire gauche, un échauffement de la région vésicale pré-mictionnelle, des saillies vertébrales (dorsale, lombaire), hyperesthésie à la douleur, l'existence des ganglions inguinaux avec abcès dans fosse lombaire gauche fistulisé et volumineux abcès froid du psoas à droite, le babinsky positif bilatéral.

La radiographie du rachis montre une destruction vertébrale et discal importante au niveau de L<sub>3</sub>.

Le malade est mis sous traitement spécifique mais s'évade avec une bonne récupération fonctionnelle, avec disparition des ganglions.

Donc il s'agit d'une tuberculose gangliovertébrale.

OBSERVATION N° 133 :

Djénéba D., femme peulh de 26 ans, hospitalisée pour des douleurs localisées aux membres inférieurs aggravées par la marche, avec une grande gibbosité.

L'examen clinique montre une douleur lombaire esquive, une tuméfaction fluctuante du poignet gauche post traumatique, un babinsky positif à gauche, les réflexes ostéotendineux faibles.

L'intradermoréaction positive à 20 mm.

La radiographie du rachis dorsal montre un tassement de L<sub>1</sub>.

La malade mise sous traitement spécifique et coquille plâtrée a une bonne récupération fonctionnelle.

Donc mal de Pott lombaire plus tuberculose du poignet.

OBSERVATION N° 134 :

Baladji T., homme mature de 67 ans, hospitalisé pour abcès froid du coude droit et fistule de la fesse.

L'examen clinique montre des adénopathies cervicales droites inflammatoires.

L'intradermoréaction est positive à 10 mm.

La ponction de l'abcès du coude montre une culture stérile avec absence de bacilles acido-alcoolo-résistants.

La radiographie du coude et du bassin ne montre pas d'anomalies.

Sous traitement spécifique on a nette régression de abcès du coude et de la fistule.

Donc il s'agit d'une tuberculose multifocale à localisation ganglionnaire et du coude droit probable.

OBSERVATION N° 135 :

Samou S., garçon barbara de 13 ans, hospitalisé pour ganglion cervical et tuberculose du calcaneum fistulisé confirmée par l'histologie.

L'intradermoréaction est négative.

Le malade est complètement guéri sous traitement spécifique.

Il s'agit donc, d'une tuberculose ganglionnaire avec atteinte du calcaneum.

OBSERVATION N° 136 :

Gouro B., homme de 25 ans, détenu, veuf, hospitalisé pour douleurs abdominales, fièvre nocturne avec toux accompagnée d'une expectoration perlée de sang.

A l'examen on note l'existence de ganglion cervical gauche, une masse douloureuse à la région vesicale.

L'intradermoréaction est phlycténulaire.

La radiographie pulmonaire montre un infiltrat du sommet droit avec caverne, un emphysème pulmonaire : tuberculose pulmonaire du sommet droit.

L'évolution spectaculaire sous traitement spécifique.

Il s'agit donc d'une tuberculose gangliopulmonaire.

OBSERVATION N° 137 :

Assitan K., femme kado de 20 ans, ménagère, hospitalisée pour toux avec expectoration muqueuse et douleurs abdominales, ascite. Le toucher vaginal est douloureux et montre une leucorrhée très abondante. La malade signale par ailleurs une dyspareunie.

L'intradermoréaction des positive à 10 mm.

La laparoscopie montre des granulations du péritoine pariétal et visceral typiquement tuberculeuse, le foie est petit, totalement adhérent par la face antérieure seule la face inférieure a été vue.

Disparition de tous les signes sous traitement spécifique.

Donc il s'agit d'une tuberculose péritonéogynécologique.

OBSERVATION N° 138 :

Idrissa dit Jean T., homme bambara de 36 ans, détenu, hospitalisé pour asthénie, fièvre, douleurs lombaires, dyspnée d'effort.

A l'examen on note une altération de l'état général, une gibbosité dorsale au niveau de D<sub>9</sub>, un visage bouffi, une ascite sans circulation collatérale visible, une hépatomégalie douloureuse avec reflux hépatojugulaire, un goître nodulaire chaud et douloureux. On note aussi des réflexes ostéotendineux vifs et un babinsky positif bilatéral. Le malade note dans ses antécédents de nombreux coups reçus à la gendarmerie.

La radiographie du rachis dorsal montre un tassement cunéiforme de L<sub>1</sub> et un abcès fusiforme qui a été évacué chirurgicalement.

La Ponction d'ascite ramène un liquide jaune citrin, rivalta positif et pauvre en cellules.

L'électrocardiogramme montre des ondes T plates et de faibles amplitude sur toutes les dérivations.

Le réflexogramme achilléen est allongé : 400 milli secondes. Les dosages immunologiques des T<sub>3</sub> T<sub>4</sub>, T.S.H., confirme l'hypothyroïdie.

La laparoscopie faite après plusieurs mois de traitement anti-tuberculeux montre un péritoine inflammatoire avec de nombreuses adhérences, pas de granulations, aspect compatible avec une tuberculose péritonéale. Foie et rate non vus.

Le malade est mis sous traitement anti-tuberculeux spécifique avec une bonne amélioration de l'état général, disparition de l'ascite, des douleurs abdominales, diminution du volume du foie, disparition des troubles de la réopolarisation, diminution du volume du goître qui perd son caractère inflammatoire mais persistance d'une hypothyroïdie modérée avec bradycardie (60/mm) et un réflexogramme achilléen limite (360 milli secondes). Le malade a reçu la tyroxin gouttes : 6 gouttes par jour pendant un mois.

Il s'agit chez ce malade d'un mal de Pott avec polyserite tuberculeuse (péricarde et péritoine) plus tuberculose du corps thyroïde probable.



OBSERVATION N° 139 :

Maïnouna C., femme malinké de 18 ans, ménagère, hospitalisée pour fièvre, douleurs abdominales;

A l'examen on note, une douleur dans le bas ventre, une douleur dans le flanc gauche, un toucher vaginal ramenant du sang avec une leucorrhée abondante fétide, l'existence d'une aménorrhée secondaire.

L'intradermoréaction est phlycténulaire. La biopsie confirme la tuberculose péritonéale en montrant de multiples grains de sable sur tout le péritoine mesentérique, impossibilité d'aller à l'étage sus mesocolique, trompes très inflammatoires surtout à gauche avec pus franc.

Sous traitement spécifique, la malade alla très bien.

Donc il s'agit d'une tuberculose péritonéogénitale.

OBSERVATION N° 140 :

Astan S., femme de 24 ans, hospitalisée pour des douleurs abdominales dans la fosse iliaque gauche, une alternance des diarrhées et constipations, une aménorrhée secondaire, une fièvre avec cachexie.

A l'examen on note une splénomégalie (1). Un toucher vaginal révèle une tumeur pelvienne semblant en rapport avec l'utérus.

On note par ailleurs l'oedème des membres inférieurs, et des adénopathies inguinales gauches.

L'intradermoréaction est négative.

La ponction d'ascite ramène un liquide sérofibrineux avec 22 g/l d'albumine.

Un Mac Burney montre de multiples granulations péritonéales dans la fosse iliaque gauche, dans le petit bassin une image inflammatoire. Il semble s'agir d'une agglutination tuberculeuse des trompes.

La malade décède malheureusement au 4ème jour post-opératoire dans un tableau de cachexie.

Il s'agit donc d'une tuberculose péritonéogénitale histologiquement confirmée.

OBSERVATION N° 141 :

Karim T., homme bambara de 39 ans, détenu, hospitalisé pour une tuméfaction douloureuse au niveau de l'hypogastre avec fièvre et amaigrissement.

A l'examen, on note l'existence de ganglions inguinaux bilatéraux avec un Babinsky positif bilatéral. Le reste de l'examen neurologique est négatif.

L'intradermoréaction est positive à 10 mm. La laparoscopie révèle de nombreuses granulations tapissant les péritoines pariétal et viscéral recouvrant le foie évocatrices de granulation tuberculeuse.

La malade est guérie sous traitement spécifique avec disparition des ganglions.

Il s'agit donc, d'une tuberculose péritonéale histologiquement confirmée et ganglionnaire probable.

OBSERVATION N° 142 :

Aliou B., sonrai de 35 ans, hospitalisé pour une masse dans l'hypocondre droit, toux avec expectorations purulantes, dyspnée d'effort à type de polypnée et douleurs lombaires accompagnées de fièvre.

L'examen clinique révèle une hépatosplénomégalie, une masse dans l'hypocondre droit, un frottement pleural, de nombreux râles disséminés dans les deux champs pulmonaires et une ascite moyenne. Le malade présente par ailleurs une impuissance sexuelle.

L'intradermoréaction est négative.

La radiographie pulmonaire confirme la bacillose, (la scopie montre des images macromodulaires disséminées dans les deux champs pulmonaires avec confluence en plaques, niveau lobe supérieur droit).

Amélioration spectaculaire sous traitement spécifique.

Il s'agit donc d'une tuberculose multifocale à localisation pulmonaire péricardiale, hépatosplénique probable.

OBSERVATION 143 :

Modian D., dentiste malinké de 46 ans, hospitalisé pour des douleurs lombaires avec toux surtout la nuit avec hoquet et fièvre.

A l'examen on note des douleurs rachidiennes, douleurs radiculaires, un trouble de la marche, une plaie de la cornée et une tuméfaction latéo vertébrale droite molle sensible à la palpation profonde avec abcès para vertébral. On note par ailleurs une paraplégie flasque modérée (abcès ossifluent, avec mauvais état général, plus hépatomégalie plus Babinsky positif bilatéral plus frottement péricardique. Les bruits du coeur sont assourdis à l'auscultation et on entend de nombreux râles aux deux bases pulmonaires.

La scopie montre un petit coeur pratiquement immobile.

L'E.C.G. montre des ondes T inversées dans toutes les dérivations.

La radiographie du rachis lombaire montre un léger pincement discaux

L<sub>4</sub> L<sub>5</sub>. L'examen du pus prélevé au dos montre la présence de B.K. à l'examen direct

L'intradermoréaction est négative.

Il s'agit donc d'une tuberculose multifocale à localisation péricardique et lombaire.

OBSERVATION N° 144 :

Filifing T., femme sénoufou de 52 ans, hospitalisée pour une tumeur médiastinale inopérable (Dr. M. DELEBELE) plus insuffisance rénale une hyperleucosytose à polynucléose neutrophile accompagnée de toux avec douleurs thoraciques

A l'examen on note des plaies au niveau du bras droit et des deux seins surtout sein droit où elles sont multiples et fétides avec hépatomégalie (4 travers de doigt). La femme est ménoposée.

La scopie révèle une opacité antérieure. La fibroscopie bronchique ne montre pas de tumeur.

La biopsie cutanée confirme la tuberculose.

La malade est guérie sous traitement spécifique.

Il s'agit donc d'une tuberculose cutanée et pulmonaire.

OBSERVATION N° 145

Gemar K., 25 ans, bambara, hospitalisé pour polysérite confirmée par laparoscopie faite au C.H.U. d'Abidjan (dossier n° 12 484) plus IDR positive à 10 mm.

A l'examen on note un meteorisme abdominale plus dyspnée avec œdème des membres inférieurs.

Amélioration sous le traitement suivant : 30 gr de streptomycine pendant un mois puis 4 390 (2 comprimés par jour) puis isoventix (association rimifon plus tréacator). Il s'agit donc d'une polysérite tuberculeuse ayant bien réagi au traitement.

OBSERVATION N° 146

Sanou T., guersé de 67 ans, hospitalisé pour paraplégie spasmodique datant de plusieurs mois et altération de l'état général. Dans les antécédents on note une chute de cheval datant de 1952.

L'examen clinique montre des réflexes ostéotendineux vifs avec babinski positif bilatéral.

L'intradermoréaction est positive à 10 mm.

Amélioration sous traitement spécifique.

Il s'agit donc d'une tuberculose vertébrale et péricardique.

OBSERVATION N° 147

Diakaridi D., garçon de 13 ans, hospitalisé pour des vomissements épisodiques, fièvre prolongée (3 mois) avec échecs thérapeutiques successifs par la pénicilline, la rifampicine, le potapen.

La biologie ne montre rien d'anormal.

La ponction biopsie hépatique est ininterprétable.

Un traitement anti-tuberculeux d'épreuve instauré fut efficace, au bout de 8 jours, le petit a eu une amélioration spectaculaire.

Donc on a retenu le diagnostic de tuberculose viscérale sur la base du test thérapeutique.

OBSERVATION N° 148

Daouda C., homme malinké de 30 ans, tuberculeux pulmonaire connu. Hospitalisé pour fièvre, douleurs abdominales, paraplégie, troubles sphinctériens

L'examen médical montre une altération de l'état général, une paraplégie flasque avec atrophie musculaires au niveau des membres inférieurs, un globe vésical, une masse douloureuse de la fosse iliaque droite faisant penser à un gros rein.

Le rachis dorsolombaire ne montre aucune anomalie ainsi que l'U.I.V. et le lavement baryté.

La radiographie pulmonaire montre une bonne amélioration de la tuberculose pulmonaire.

L'IDR est négative.

La ponction lombaire montre un blocage partiel à l'épreuve du Queckens tad-Stookey, le liquide de ponction présente une dissociation albumino-cytologique (albumine 2,70 g/l, sucre 0,30 g/l, liquide clair).

Amélioration lente de l'état général sous traitement spécifique et début de récupération fonctionnelle.

Il s'agit donc d'une épидurite tuberculeuse probable chez un tuberculeux pulmonaire connu.

V. ANALYSE ET COMMENTAIRES

## I. EPIDEMIOLOGIE DES TUBERCULOSES EXTRAPULMONAIRES

### 1) Incidence des tuberculoses extrapulmonaire, par rapport aux hospitalisés dans les services de médecine

Il y a eu à la même période 668 malades hospitalisés dans les services de médecine de l'Hôpital du Point-"G". Ce qui revient à dire 17,05 % des malades hospitalisés ont une localisation extrapulmonaire de la tuberculose. Ce chiffre à notre avis est très important et mérite une attention particulière des médecins pour rechercher systématiquement ces localisations.

La tuberculose extrapulmonaire se situe donc parmi les premiers motifs d'hospitalisation en médecine à Bamako, toutefois après les affections hépatique (cirrhose, cancer primitif du foie), cardiaques et rénales.

### 2) Comparaison de la fréquence des tuberculoses extrapulmonaires et des tuberculoses pulmonaires traités à Bamako.

Les tuberculoses pulmonaires sont essentiellement traitées au dispensaire anti-tuberculeux et dans le service de pneumophtisiologie du Point-"G".

Au dispensaire anti-tuberculeux, 434 malades nouveaux tuberculeux ont été dépistés (l'année 1970) se répartissant en 419 tuberculoses pulmonaires et 15 tuberculoses extrapulmonaires. (tableau 5). Ce petit chiffre de tuberculoses extrapulmonaires est dû au fait que les malades ne viennent consulter dans ces centres que quand ils souffrent d'une affection pulmonaire.

### 3) Incidence des formes extrapulmonaires par rapport aux formes pulmonaires.

Nous avons avec nos 140 observations, un pourcentage de 21,29 % par rapport aux 695 tuberculeux du service de pneumophtisiologie du Point-"G" hospitalisés pendant la même période. Ce chiffre est supérieur à celui déjà annoncé par R. Pieron (réf. 36) qui a trouvé avec ses collaborateurs 18,8 %.

Tableau 5 : Dépistages du D.A.T. de Bamako en 1970

(chiffres communiqués par le Docteur H. TRAGRE),

- Nombre total de malades vus en 1970.....	3 685
- Nombre de tuberculeux dépistés en 1970.....	434
- Nombre de tuberculeux traités en 1970.....	1 047
(anciens malades en cours de traitement.....)	613
(nouveaux malades dépistés.....)	434
- Nombre de contrôles radiologiques :	
• effectués chez les malades guéris.....	457
• effectués chez l'ensemble des tuberculeux : nouveaux, anciens, en cours de traitement, guéris.....	1 240
- Répartition des localisations tuberculeuses chez les 434 malades dépistés en 1970 :	
• pulmonaires.....	419
• péritonéales et ganglionnaires.....	4
• osseuses et articulaires.....	11
- Bactériologie positive chez ces 434 malades.....	260
- Résultats du traitement anti-tuberculeux :	
• bons résultats.....	141
• résultats stationnaires.....	24
• aggravés.....	9
• décès appris.....	4
- Nombre de malades revus dans l'année sur les 434 dépistés.....	270

4) Incidence de la tuberculose extrapulmonaire selon le sexe.  
(tableau 6)

Nous notons dans notre série une prédominance des hommes (60,1 %) par rapport aux femmes (39,8 %).

Cette prédominance des hommes se retrouve au niveau des hospitalisés et des consultants de l'hôpital.

Nous voyons d'après le tableau que les formes ganglionnaires et pleurales se retrouvent plus fréquemment chez les femmes. Respectivement 7,8 % et 5,6 % chez les hommes, contre 18,6 % et 11,8 % chez les femmes.

Par contre, les formes osseuses et multifocales sont plus fréquentes chez les hommes soit respectivement 25,0 % et 23,5 % chez les hommes contre 16,9 % et 15,2 % chez les femmes.

Nos formes péricardiques, péritonéales sont sensiblement égales dans les deux sexes.

Les autres localisations sont trop peu nombreuses pour faire l'objet d'une comparaison.

5) Incidence de la tuberculose extrapulmonaire en fonction de l'âge  
(tableau 7)

Le recrutement dans les services de l'hôpital du Point-"G" comporte surtout des adultes. Les enfants étant surtout à la Pédiatrie (Hôpital Gabriel Touré). Ceci explique que dans notre série nous ne retrouvons que 5 enfants de 0 à 10 ans soit 3,3 % de l'échantillon total.

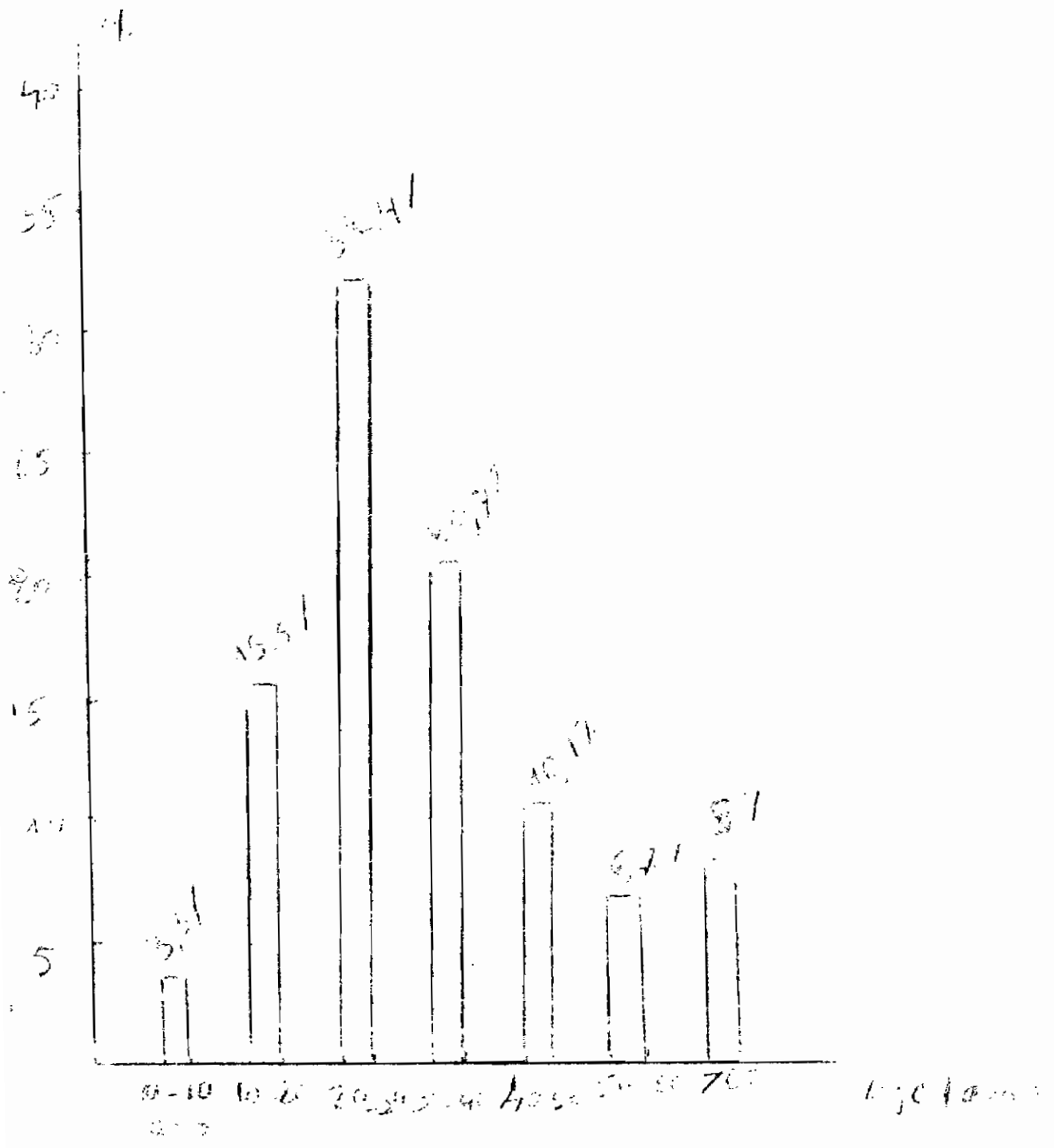
Nous retrouvons 15,5 % de jeunes de 10 à 20 ans, 32,4 % d'adultes jeunes de 20 à 30 ans, 20,9 % d'adultes de 30 à 40 ans, 10,1 % de 40 à 50 ans, 6,7 % de 50 à 60 ans, 8 % de plus de 60 ans. (cf. histogramme n° 1).

Tranche d'âge de 0 à 10 ans : est trop peu représentée pour qu'on tire des conclusions. Il s'agit d'enfants non vaccinés, de parents tuberculeux probables. Sur les 5 enfants, nous retrouvons deux tuberculoses ganglionnaires, une péricardite, un mal de Pott, et une forme multifocale (mal de Pott plus localisation ganglionnaire). On est frappé par la précocité du mal de Pott chez deux enfants de deux ans (obs. n°s 107 et 130).

TABLEAU 6 : Incidence de la tuberculose extrapulmonaire selon le sexe

Localisations	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
Ganglionnaire	8	8,9	11	18,6
Pleurale	5	5,6	7	11,8
Péricardique	9	10,1	6	10,1
Péritonéale	13	14,6	7	11,8
Méningée	5	5,6	2	3,3
Osseuse	23	25,8	10,	16,9
Génitale	1	1,1	3	5
Multifocale	20	22,4	9	15,2
Outanée			1	1,6
Intestinale			2	3,3
Hépatosplénique	3	3,3		
Viscérale	1	1,1		
Épidurite	1	1,1		
Diverse			2	3,3
TOTAL	89	60,1	59	39,8





Histogramme n° 1 : Fréquence des tuberculoses extrapulmonaires en fonction de l'âge.

Tranche d'âge de 10 à 20 ans : est représentée par 23 malades. Les formes osseuses surtout mal de Pott représent<sup>nt</sup> 26 %, ensuite par ordre de fréquence on a les adéno~~pathies~~ 17,3 %, les péricardites 17,3 %, multifocales 13 %.

Tranche d'âge de 20 à 30 ans : représentée par 40 malades. On retrouve à égalité les formes ganglionnaires 16,6 %, les formes osseuses et les formes multifocales. Les formes péritonéales représentent 14,5 des cas. Les péricardites et les formes méningées sont retrouvées à égalité : 8,3 % des cas. Les autres localisations sont plus rares.

Tranche d'âge de 30 à 40 ans : représentée par 31 malades. Les formes péritonéales avec 25,8 % des cas prédominent. Les formes osseuses et multifocales sont à égalité 19,3 % des cas. Ensuite viennent par ordre décroissant les péricardites 12,9 %, les formes ganglionnaires 9,6 %. Les autres formes sont plus rares.

Tranche d'âge de 40 à 50 ans : représentée par 15 malades. Les pleurésies et les formes multifocales sont prédominantes (26,6 % et 20 %). Ensuite viennent à égalité les formes ganglionnaires, les péricardites et les formes osseuses (13,3 %).

Tranche d'âge de 50 à 60 ans : représentée par 10 malades. Les formes péritonéales et multifocales sont plus fréquemment rencontrées (30 %). Les autres localisations sont plus rares.

Tranche d'âge supérieure à 60 ans : représentée par 13 malades. On note une prédominance des maux de Pott 73,5 % des cas.

En conclusion les maux de Pott prédominent aux deux extrêmes : chez les jeunes de moins de 20 ans et chez les vieux de plus de 60 ans.



6) Fréquence relative des différentes localisations.

:tableau 8 . . . . . 5.)

On constate sur ce tableau que la localisation osseuse (mal de Pott surtout) prédomine 29 % des cas. Par ordre décroissant viennent les tuberculoses péritonéales, 20,9 % des cas, les péricardites 19,5 % des cas, les formes ganglionnaires 18,9 % des cas, les formes pleurales 16,2 %, les formes hépatospléniques 6,7 % des cas. Les formes méningées et génitales sont à égalité 4,7 %. les autres localisations sont plus rares : intestinales 1,3 %, une forme cutanée, une épidurite, une polyserite, une coxalgie, un tuberculome et une forme viscérale.

II. PARTICULARITES SYMPTOMATIQUES ET COMMENTAIRES DES DIFFERENTES LOCALISATIONSA/. Les formes osseuses (tableau n° 9)

On note 43 localisations osseuses représentant 29 % de nos malades. (Il y a 41 maux de Pott soit 27,8 % de nos malades). Elle vient en tête de toutes les localisations.

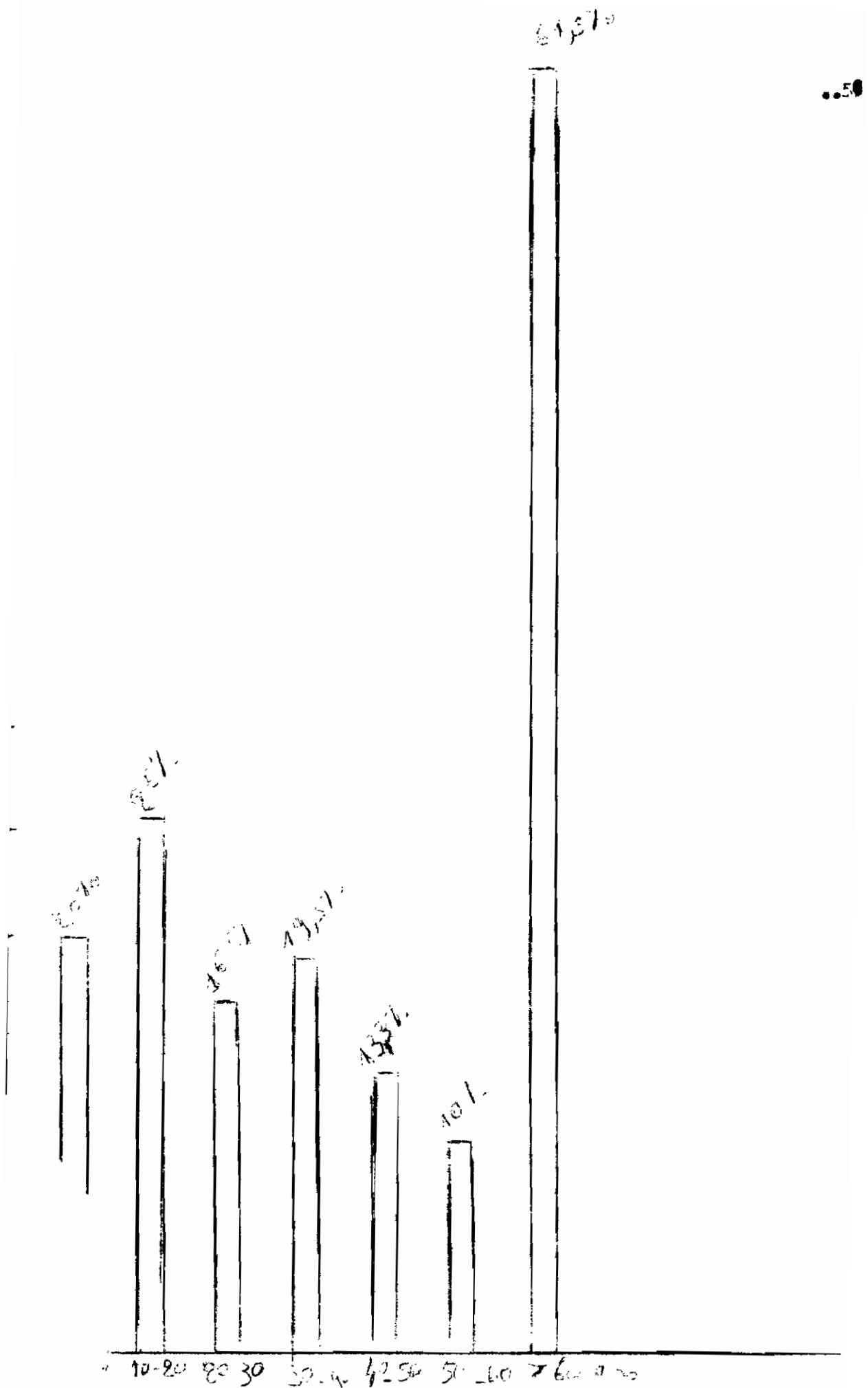
Le mal de Pott est l'atteinte tuberculeuse du corps vertébral et du disque intervertébral à l'exception des ostéites vertébrales postérieures (des lames, des pédicules et des apophyses articulaires). Autrefois maladie de l'enfant, le mal de Pott est une maladie de l'adulte aujourd'hui comme le prouve le symposium sur le mal de Pott qui s'est tenu en 1961 et où on a relevé 2 036 adultes pour 1 316 enfants ;

Nous avons 41 malades ayant une localisation vertébrale et deux autres atteintes osseuses (tuberculose du genou, coxalgie). Sur nos 41 malades, 30 sont des hommes et 11 femmes, il y a donc prédominance masculine. Il ressort de cette étude que le mal de Pott est relativement fréquent comme le montre par ailleurs Gayon (réf. 13).

La forte disproportion entre l'atteinte de la colonne vertébrale et l'atteinte des membres et des ceintures (41 sur 43, a été également signalée par Gayon qui a trouvé aussi que 73,8 % des lésions osseuses se situent sur le rachis. Dans notre série la fréquence se situe en moins de 20 ans (20 % de 0 à 10 ans, 6 % de 10 à 20 ans), chez les sujets âgés de plus de 60 ans : 61,1 % (tableau n° 2 page 5).

Tableau 8 : Fréquence relative des différentes localisations

Localisations	Unifocales	Multifocales	TOTAL	
			Nombre	%
Ganglionnaires	19	8	27	18,1
Pleurales	12	12	24	16,2
Péricardiques	15	14	29	19,5
Péritonéales	20	11	31	20,9
Méningées	7	0	7	4,7
Osseuses	33	10	43	29
Génitales	2	5	7	4,7
Cutanées	1	0	1	0,6
Intestinales	2	0	2	1,3
Épidurites	1	0	1	0,6
Hépatospléniques	3	8	11	7,4
Polysérites	0	1	1	0,6
Diverses	3 coxalgie tuberculome viscérale	1 rénale, paro- tidienne, oculaire,	3	6



### 1. Symptomatologie :

- La gibbosité existe dans 22 cas surtout dans les atteintes dorsales.
- La fièvre est constante.
- Les douleurs rachidiennes sont constantes.
- La paraplégie existe dans 19 cas dont 11 paraplégies spasmodiques à localisation surtout dorsale et 8 paraplégies flasques.
- Les troubles sphinctériens sont notés 5 fois.
- Les réflexes ostéo tendineux sont vifs chez 13 malades abolis ou affaiblis chez 11.
- Le Babinsky est positif dans 11 cas, bilatéral 10 et unilatéral une fois. Le syndrome de la queue de cheval existe chez un seul malade.
- Les troubles de la sensibilité existent chez 9 malades (surtout troubles de la sensibilité et à la chaleur).

Les localisations des 41 maux de Pott se répartissent comme suit :

- 3 localisations cervicales
- 18 localisations dorsales (dont 14 avec paraplégie)
- 20 localisations lombaires (dont 15 sans paraplégie)
- Il y a l'existence d'abcès paravertébral chez 11 malades et 8 atteintes pluri-vertébrales. Le nombre d'abcès est supérieur à celui trouvé par GENTILLINI à propos de 50 observations sur les ostéites et ostéomyélites tuberculeuses chez le Noir Africain (cité par Pieron réf. n° 36).

### 2. Le diagnostic des atteintes vertébrales :

Il a été basé sur la clinique, la radiographie, l'intradermoréaction

On a eu :

- 34 radiographies typiques.
- 4 radiographies atypiques.
- L'intradermoréaction à la tuberculine a été positive 26 fois.
- Le liquide céphalorachidien prélevé 4 fois a été négatif.
- La clinique a été 32 fois typique.
- L'épreuve de Queckenstedt-Stookey faite 4 fois a été normale et a montré 2 fois un blocage partiel.

TABLEAU 9 : Etude symptomatique des 41 cas de mal de Pott

	Hommes	Femmes	Servical	Dorsal	Lombaire	Abcès	Atteinte pluriver tébrale
Pott sans paraplégie 22	17	5	3	4	15	7	1
Pott avec paraplégie 19	13	6	0	14	5	4	7
TOTAL 41	30	11	3	18	20	11	8
Pourcentage	73,1 %	26,8 %	7,3 %	41,4 %	48,7 %	26,8 %	19,5 %



Les associations trouvées sont :

- Association avec une tuberculose péritonéo péricardo thydique. (obs. 130).
- Association avec une tuberculose du genou gauche (obs. 11).
- Association avec une forme multifocale avec localisation ganglionnaire; génitale, rénale, pleurale, péricardique, oculaire, parotidien (obs. 126).
- Association avec une tuberculose pulmonaire et épидидyme (obs. 127).

### 3. Le traitement de nos atteintes vertébrales :

Il a reposé sur le schéma standard et la coquille c'est-à-dire la mobilisation plâtrée chez 15 malades.

Le traitement ne comportait pas de chirurgie, en effet à Bamako, vu les moyens à la disposition des médecins on a recours uniquement au traitement médical, ce qui se justifie bien car de l'avis quasi unanime (réf. 44), le traitement médical suffit à guérir la majeure partie des maux de Pott, permettant d'obtenir très rapidement la disparition des B.K. dans les lésions et donnant une guérison stable en 18 mois. Ce traitement médical comporte des mesures d'orthopédiques d'immobilisation et surtout une antibiochimiothérapie (réf. 53). La chirurgie (réf. 16) pourrait être utile pour : affirmer le diagnostic en permettant la biopsie, aider à la guérison car le traitement médical a peu d'action sur les tissus mal vascularisés et sur les produits de désintégration tissulaire (pus et caséum), afin d'éviter que le B.K. ne se réfugie à nouveau dans ces foyers.

### 4. Le pronostic :

Il a été généralement bon. On déplore cependant un échec même avec la chirurgie, un décès (obs. 99) des suites des complications de décubitus : escarres, infections urinaires, un décès des suites de septicémie (obs. 98).

En conclusion il faut noter que la gibbosité existe surtout pour l'atteinte du rachis dorsal, que nos malades représentent des formes tardives et graves de la tuberculose vertébrale, et que 19 sont porteurs de paraplégie soit 3 % des malades ce qui est important car par exemple Garayon trouve une fréquence de 25 % et Debeyse à Berl: 10 % (réf. 10). Les localisations préféren-

ielles sont : lombaires pour les Pott sans paraplégie et dorsales pour les Pott avec paraplégie.

### B/ Les péritonites tuberculeuses

Nous avons recensé 31 cas. Ce qui fait 20,9 % des observations des localisations. C'est la deuxième localisation par ordre d'importance.

La répartition selon le sexe donne une égalité presque : 14,6 % pour les hommes et 11,2 % chez les femmes. Ce taux est comparable aux chiffres trouvés en Afrique par d'autres auteurs : Sankalé en 1967 à Dakar (réf. 4B) trouve une fréquence de 20 % sur les tuberculoses extrapulmonaires ; il est supérieur aux taux européens : Etienne en 1966 en décrit 35 cas soit une tuberculose péritonéale pour 200 tuberculoses pulmonaires communes. Chez les travailleurs africains transplantés à Paris, la fréquence des tuberculoses péritonéales est de 6,2 % dans le service du Pr. Gentilini de 1967 à 1975.

Dans notre étude de 30 à 40 ans on a 25,8 % de nos malades et 30 % ont de 50 à 60 ans.

1. La symptomatologie : elle comporte la fièvre, les douleurs abdominales, l'ascite, le gros foie et l'amaigrissement.

L'ascite est retrouvée dans 26 cas ; il s'agit d'un liquide séro-fibrineux à prédominance lymphocytaire, riche en albumine (30 g/l) sauf dans un cas où le liquide était hémorragique. Souvent l'ascite est associée à d'autres polysérites : une pleuropéritonéo péricardite (obs. 124, 125, 126) une pleuropéritonite tuberculeuse (obs. 120), une ganglionopéritonéo potéique, une localisation multifocale (obs. 130), une localisation péritonéogynécologique (obs. 137) une tuberculose péritonéogénitale (obs. 140) décédée dans un état cachectique, une localisation péritonéoganglionnaire et on a une association avec une forme hépatosplénique. Les douleurs abdominales et la fièvre sont constantes. L'hépatosplénomégalie existe chez 12 malades.

2. Le diagnostic : il est facile sur la base de la ponction ascitique qui ramène un liquide à prédominance lymphocytaire ; il est certain avec l'aroscopie qui montre l'aspect des granulations typiques et permet une biopsie qui a été faite 20 fois.

La granulation péritonéale est une petite élevation riziforme ovulaire, ronde de deux à 4 millimètres de long, blanche, brillante, parfois gris clair, le plus souvent entourée d'un halo rouge congestif. Elle est de taille et de couleur identique chez un même individu. Les granulations sont localisées aux régions pariétal et viscéral, soit réparties uniformément soit localement. On en trouve souvent sur le foie et les autres viscères.

3. Pronostic : il est bon en général ; on note 1 cas de décès chez une malade cachectique et un 2ème décès survenu le 4ème jour post opératoire et le 3ème chez un cirrhotique par hématomèse.

En conclusion les péritonites tuberculeuses sont de diagnostic facile, réagissant bien au traitement standard avec 96 % de succès. Dans les cas où il y a pas d'ascite, le diagnostic est difficile et est posé après des explorations complètes. On a eu une péritonite capsulente (obs. 63) réalisant un syndrome pseudotumoral avec état subocclusif et altération de l'état général dont le diagnostic a été posé par la laparotomie.

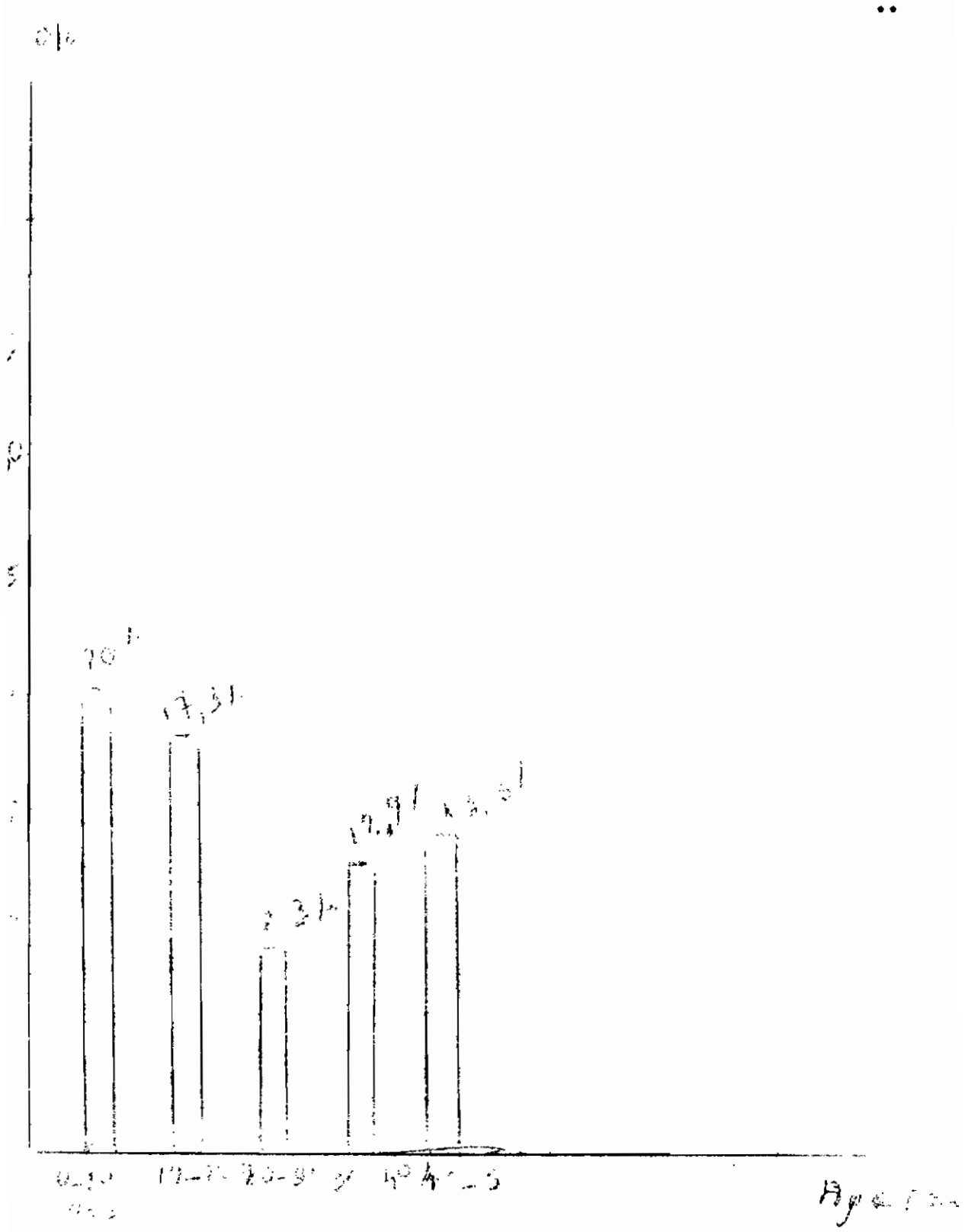
#### G/. Les formes péricardiques

Elles représentent la 3ème localisation importante. Nous avons recensé 29 malades dont 15 localisations unifocales et 14 multifocales. Il y a égalité d'atteinte entre l'homme et la femme. L'histogramme n° 3 page 62 montre que la fréquence diminue avec l'âge.

Ces données sont conformes aux résultats trouvés dans la thèse à BA (réf. 21) selon laquelle l'âge extrême des malades atteints de péricardite va de 5 à 60 ans et où on trouve également 55,5 % d'hommes atteints contre 44,5 % de femmes. Les tuberculoses péricardiques représentent selon cette même source 32 % des causes de péricardites; ce chiffre est voisin de celui de Brureau 34 % en 1965 à Abidjan (in thèse Ba) et de Sankalé qui trouve au Sénégal en 1967 33 % à Dakar (réf. 43) et Diop B. trouve 30 % (réf 20).

#### 1. Symptomatologie :

- La douleur présente chez 22 malades se traduit par une gêne respiratoire ou par des douleurs thoraciques ou des douleurs de l'hypochondre droit.



Histogramme n° 3 : Fréquence des péricardites tuberculeuses en fonction de l'âge :

- La dyspnée est constante ainsi que la fièvre.

L'examen clinique révèle :

- Le frottement péricardique dans 6 cas sur 29.
- Un assourdissement des bruits du coeur dans 18 cas
- Des signes d'adiastolie (réflux hépatojugulaire,

hépatomégalie) dans 14 cas sur 29.

La radiologie :

- Le radioscopie a montré chez 17 malades un gros coeur peu battant.

- L'électrocardiogramme typique dans 21 cas est confirmatif. L'E.C.G. typique montre un microvoltage QRS dans <sup>toutes</sup> les dérivations et des troubles diffus de la repolarisation.

La tachycardie et un bloc de branche droit ont été notés dans l'observation n° 39.

2. Le diagnostic : il est basé sur la scopie, l'électrocardiogramme, l'intradermoréaction, l'analyse du liquide de ponction péricardique. Le liquide de ponction est séro-fibrineux à prédominance lymphocytaire. La ponction a été faite dans 12 cas.

S'il y a **association** d'une autre localisation : pleurale ou pulmonaire on fait la biopsie pleurale ou la radiographie pulmonaire.

En fait, ce sont surtout la clinique, la scopie, l'E.C.G., la ponction péricardique qui permettent le diagnostic certain.

La recherche de B.K. dans le liquide du péricarde n'a pas été faite systématiquement.

3. Le traitement : il associe généralement le schéma standard à la corticothérapie à la dose de :

- 20 mg. à 30 mg/jour pendant 2 mois chez 20 malades.
- 1 mg./kg/jour pendant un mois chez 4 malades.

Le résultat était bon à égalité pour les deux posologies.

Le pronostic a été bon en général avec amélioration spectaculaire des signes généraux, disparition de la dyspnée, normalisation de l'électrocardiogramme. Il y a eu seulement 3 évolutions défavorables dont un décès lié sûrement à l'arrêt prématuré du traitement.

### D/ Tuberculoses ganglionnaires

Notre étude porte sur 19 localisations unifocales et 8 multifocales soit ~~à~~ peu près 10,2 % de nos observations extrapulmonaires. Ce chiffres rejoint un peu le taux de 15 % trouvé par Blasl (réf. 16).

Le siège de prédilection est cervical (22) avec surtout des ganglion jugulocarotidiens. Les autres localisations sont : sous maxillaires 3 cas, médiastinaux 2 cas, inguinaux 2 cas, sus claviculaires 6 cas, axillaires 6 cas, associées à une localisation cervicale généralement sauf dans l'observation n° 2 où on a localisation axillaire droite, n° 11 sus claviculaire, n° 124 axillaire et sus claviculaire, n° 141 inguinal, n° 130 sous maxillaire.

On note 5 formes monoganglionnaires et 22 polyganglionnaires (cf. tabl (cf. tableau n°10 et 11) ; , ' ,

Les femmes sont plus atteintes que les hommes 10,6 % contre 0,9 %. On voit selon l'histogramme n° 4 page 67) une diminution de la fréquence avec l'âge ce qui rejoint les chiffres de Justin (réf. 6) qui trouve que l'âge extrême des malades atteints de tuberculose ganglionnaire est de 30 ans.

Les signes cliniques notés sont :

- les signes généraux (d'atteinte bacillaire) sont constants 9 présentent une altération de l'état général.
- on a enregistré un cas de décès dans un état de dénutrition complète quelques jours après son hospitalisation (obs. 10).

Dans 9 cas, l'adenopathie était associée à d'autres localisations.

Le diagnostic est affirmé dans la majorité des cas sur la base de l'examen anatomo-pathologique qui a été confirmatif 17 fois. Ce diagnostic histologique est facile au stade folliculo-caséux qui peut évoluer vers la caséification.

Le pronostic est bon en général sous le traitement standard. On not seulement un cas de décès (obs. 10).

En conclusion, les adénopathies tuberculeuses sont relativement fréquentes au Mali et de pronostic favorable sous traitement spécifique. Le diagnostic est fait si on les recherche systématiquement.

Tableau 10 : Aspects topographiques, cliniques et évolutifs des tuberculoses ganglionnaires.

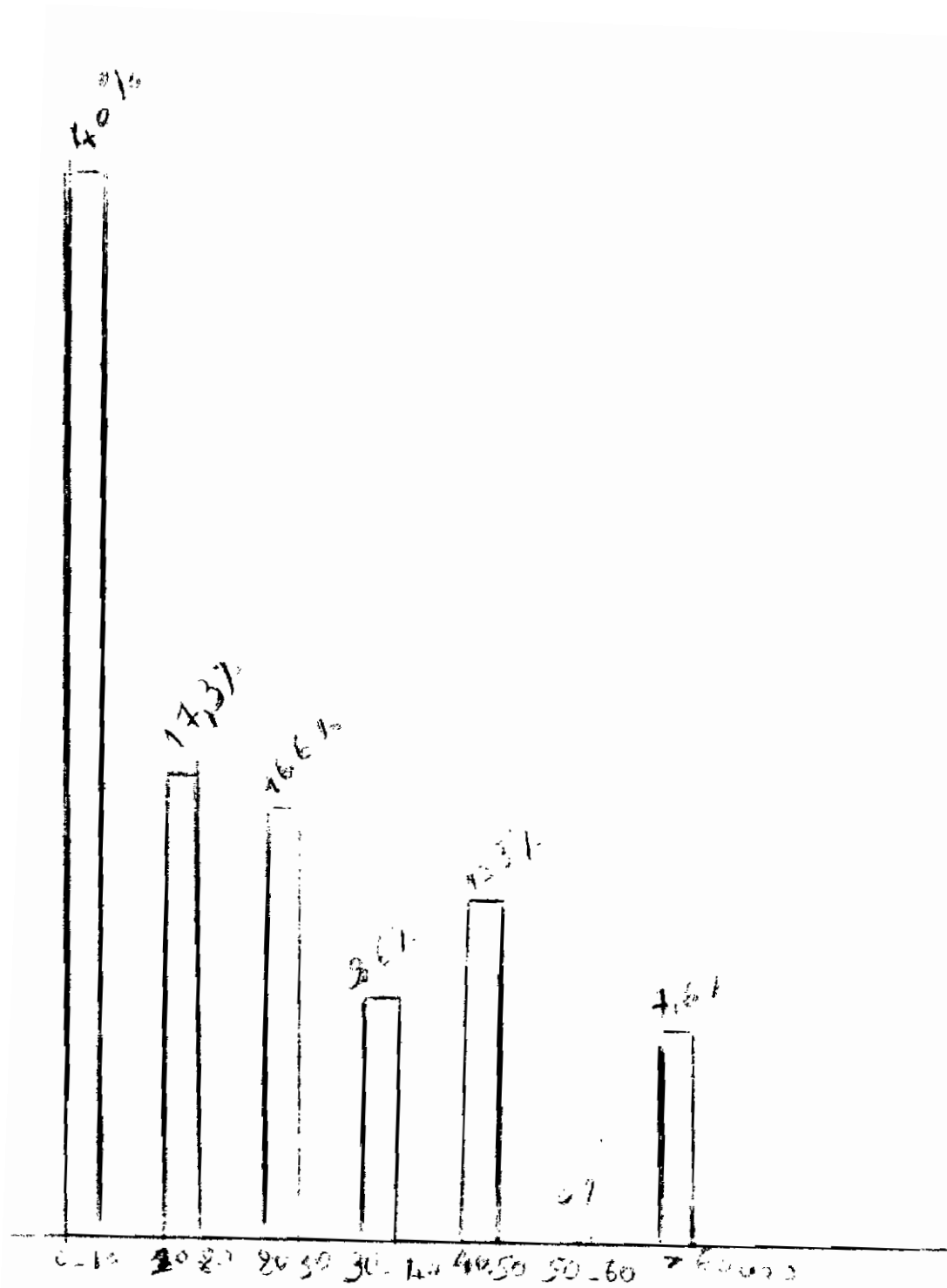
Obs. n°	Age	Siège	Mono Gangl.	Poly Gangl.	Autres Localisations	Signes Fonct.	Signes Génér.	Stade Evolutif
2	18	Axillaire		+	pulmonaire	-	+	fistulisation
3	67	cervical(spinal)		+			+	caséification
4	2	cervical(jugulo-carotidien-spinal).		+	-	-	-	caséification
5	22	cervical(jugulo-G-rétromaxil.) Sus claviculaire Sous claviculaire axillaire.		+	-	-	+	caséification
6	36	cervical (JC)		+	-	-	-	caséification
7	30	cervical	+		-	-	-	caséification
1	29	cervical (JC) axillaire, sus claviculaire		+	-	-	+	caséification
8	41	cervical (JC)		+	-	-	+	caséification
9	45	cervical sus claviculaire axillaire		+	-	-	-	caséification
10	30	cervical (JC) axillaire		+	-	-	+	caséification
11	35	sus claviculaire	+	-	-	-	++	caséification
12	29	cervical		+	-	-	-	-
124	40	axillaire sus claviculaire		+	péritonéale péricardique pleurale	-	+	caséification
126	30	cervical (JC) rétromax sus claviculaire axillaire		+	péritonéale péricardique pleurale génitale Pott - oculaire	-	+	fistulisation

JC = jugulo-carotidien.

Tableau 11 : Aspects topographiques, cliniques et évolutifs des tuberculoses ganglionnaires.

Obs. No	Age	Siège	sans gang.	Poly gang.	Autres localisations	Signes fonct.	Signes gén.	Stade évolutif
132	39	cervical unguinal		+	péritonéale Pott	+	+	
134	67	Cervical (J.C.)		+	signe du coude droit	-	+	fistulisation
14	50	cervical bilatéral		+		-	+	caséification
15	30	cervical médian		+		-	+	caséification
16	26	base du cou (cervical)		+		-	+	caséification
17	18	cervical (J.C.) sous maxillaire médiastinaux		+			+	
135	13	cervical (J.C.)	+		calcaneum fistulisé	-	+	
18	5	cervical (JC)		+			+	caséification
136	25	cervical	+		pulmonaire	-	+	
19	31	cervical (JC) unguinal droite axillaire droite		+		-	+	folliculo-caséuse caséification
141	39	inguinaux bilatéraux		+	péritonéale	+	+	
130	2	sous maxillaires	+		mal de Pott		+	
13	25	cervicales		+			+	





Histogramme n° 4

Notre pourcentage sur les atteintes ganglionnaires de la tuberculose (18,2 %) est relativement bas par rapport à ce que B. Diop (réf. 20) rapporte : 64 observations sur 434 cas de tuberculosesmaladies soit plus de 20 % ; il a aussi trouvé que 50 % des adénopathies sont d'origine tuberculeuse avec la prédominance du siège cervical.

#### E/. Les formes pleurales

Elles représentent la 5ème localisation importante de notre étude. Nous avons trouvé 12 localisations unifocales et 12 multifocales ce qui fait 24 localisations pleurales correspondant à 16,2 % de nos tuberculoses extrapulmonaires.

Les femmes sont plus atteintes que les hommes : 11,8 % contre 5,6 % (tableau 6).

La tranche d'âge la plus atteinte est de 40 à 50 ans ce qui fait 26,6 % des atteintes tuberculeuses de cette tranche. B. Diop quand à lui signale la prédominance masculine à Dakar : 92 hommes pour 31 femmes. (réf. 20).

1. Symptomatologie : Les signes généraux sont présents dans tous les cas sauf 3. (obs. 29, 24, 40)

Les signes fonctionnels existent chez tous les malades sauf les anciens (tableau 12 page 69) à savoir : douleurs thoraciques, dyspnée, toux.

L'examen clinique montre toujours un syndrome pleurétique franc à savoir : abolition ou diminution du murmure vésiculaire, matité à la percussion.

La radiographie faite chez tous les malades a été confirmative avec le plus souvent existence d'un épanchement pleural : unilatéral dans tous les cas sauf dans l'observation n° 47 où il est bilatéral.

2. Le diagnostic : Il est fait sur la base de la clinique, de la ponction pleurale et de la biopsie.

La ponction ramène un liquide sérofibrineux (chez 22 malades), à prédominance lymphocytaire (retrouvé 15 fois). Ce liquide contient généralement plus de 30 g/l de protéides. On note chez un malade un épanchement sérohématique et chez un autre un hydropneumothorax.

Tableau 1. Particularités symptomatiques des pleurésies tuberculeuses.

Obs n°	Age	Début	S F	S G	S P	S Rx	Epanchement				Autres localisations
							Unil.	Bil.	S Fi	Autres	
20	50	ancien	+	++	+	+	+		+		
21	40	récent	+	+	+	+	+		+		pulmonaire
22	30	récent	+	-	+	+	+		+		
23	50	récent	+	+	+	+	+		+		
24	30	récent	+	-	+	+	+		+		
25	37	récent	+	++	+	+	+			Hydrothorax	
27	22	ancien	+	+	+	+	+		+		
26	26	récent	+	+	+	+	+		+		
28	64	récent	+	+	+	+	+		+		
29	45	récent	+	+	+	+	+		+		
124	40	ancien	-	+++	+	+	+		+		Ganglion Péritoine Péricarde
125	45	ancien	+	++	+	+	+		+		Péricarde Péritoine Foie Rate
126	30	ancien	-	+++	+	+	+		+		Péritoine Péricarde Ganglion Génital, Pott
120	42	ancien	-	+	-	+	+		+		Péritoine
47	10	ancien	-	+	+	+		+		Sérohé- matische	Pulmonaire Péricarde
40	36	ancien	+	-	+	+	+		+		Péricarde
50	52	ancien	+	+	+	+	+		+		Péricarde
51	34	récent	+	+	+	+	+		+		Péricarde
49	30	ancien	+	+	+	+	+		+		Péricarde

Tableau : Particularités symptomatiques des pleurésies tuberculeuses.

Obs. n°	Age	Début	S F	S G	SP	S.Rx	Epanchement			Autre localisation
							Unil.	Bil.	SFi	
30	28	récent	+	+	+	+	+		+	péricardite
54	23	récent	+	+	+	+	+		+	péricardite
52		récent	+	+++	+	+	+		+	
53		récent	+	+	+	+	+		+	hydro- pneu- motho- rax
31	30	ancien		+++	+	+	+		-	

S.F = signes fonctionnels - S.G. = signes généraux - S.Rx = signes radios

Unil = unilatéral - Bil = bilatéral - SFi = sérofibrineux.

Tableau 12 : Répartition des résultats histologiques en fonction des localisations

Localisation	Ganglionnaire	Pleurale	Péritonéale	Hépatique	Génitale
Histologie					
Nombre total de prélèvement	17	14	17	3	1
Histologie négative	0	2	0	2	
Histologie folliculaire	5	1	4	1	
Présence de caséum	16	5	8	0	1
Fibrose inflammatoire	0	5	5	0	
Histologie exsudative		1			

La biopsie de plèvre a été pratiquée 14 fois et on note comme résultat (tableau 14) : une inflammation non spécifique, une tuberculose exsudative, elle a été deux fois négatives, une fois folliculaire, 5 fois folliculocaséuse et 4 fois on a noté une fibrose inflammatoire.

La biopsie montre macroscopiquement une congestion intense avec rougeur et oedème diffus de toute la plèvre ; l'aspect habituel est l'épaississement blanchâtre assez irrégulier. Histologiquement les lésions inflammatoires tuberculeuses sont mises en évidence .

3. Traitement : Il repose sur le traitement standard avec la corticothérapie. Cette dernière est utilisée à des posologies différentes : soit 0,5 mg/kg de poids /jour pendant 2 mois soit 1 mg/kg/jour pendant 1 mois. Le pronostic a été favorable dans tous les cas.

### F/. Localisations hépatospléniques

Nous avons recensé 11 malades dont 3 isolés, 7 associés à une tuberculose péritonéale et une à une polysérite. Elles représentent 7,4 % de nos tuberculoses extrapulmonaires. Ce chiffre est proche de la statistique de Payet - Sankalé à Dakar (réf. 35) qui rapporte un taux de 5,5 % de tuberculose hépatospléniques sur l'ensemble des tuberculoses, et 9 % sur les tuberculoses extrapulmonaires.

Le nombre peu élevé de nos observations ne permet pas la comparaison par tranche d'âge.

La symptomatologie peut être trompeuse dans la forme autonome, caractérisée par une fièvre prolongée avec mauvais état général (obs. 75).

La biopsie est le seul élément diagnostic. Associée à d'autres localisations, c'est une découverte lors du bilan de ces localisations. Ainsi dans notre série on a association avec : 7 tuberculoses péritonéales et une polysérite. La ponction biopsie hépatique à aiguille sera typique s'il existe au sein du parenchyme hépatique les follicules de Koester, centrées par une zone de nécrose caséuse. Le diagnostic sera posé s'il y a confirmation histologique des localisations associées par exemple obs. n° 21. Le pronostic est favorable dans la plus part des cas ; on note un décès (obs. n° 75) dont la mort ne semble pas due à la tuberculose hépatosplénique.

Les tuberculoses hépatospléniques doivent être recherchées systématiquement car les hépatosplénomégalies d'autres étiologies sont très fréquentes en Afrique.

Contrairement à ces formes (cirrhose du foie, hémopathie : leucémies chroniques), les tuberculoses hépatospléniques guérissent généralement sous traitement.

### G/. Tuberculoses génitales

1. Chez le femme : Nous notons 4 localisations dont 3 associées à une atteinte péritonéale et une salpingite miliaire tuberculeuse donnant un tableau "d'ascite essentielle".

La clinique révèle : aménorrhée 4 fois, ascite une seule fois. Altération de l'état général présente chez 3 malades, au toucher vaginal on note 1 fois la leucorrhée, il y a dyspareunie chez deux femmes. La laparoscopie a été faite 3 fois.

Il n'y a pas de lésion rénale associée comme le veut la conception classique ; "tout porteur de tuberculose génitale a fait, fait, ou fera une tuberculose rénale". Carayon place la tuberculose dans le cadre de l'infection génitale de la femme (réf. 15) ; dans leur série 36 observations de tuberculose génitale ont été rassemblées sur 200 malades gynécologiques, ce qui représente pour l'incidence de la tuberculose 1,6 % des affections utéro-annexielles inflammatoires. Ce chiffre reflète en partie la fréquence des infections génitales non spécifiques de l'africain.

Dans notre série, le diagnostic a été posé sur la base de biopsie de la trompe dans le seul cas isolé (obs. 120) et dans les 3 cas on a eu recours à la biopsie péritonéale.

Le pronostic a été favorable sous traitement standard sauf dans l'obs. 140 où la malade est décédée dans un état cachectique.

2. Chez l'homme : Les 3 localisations observées sont :
- 1 cas isolé ayant résisté au traitement spécifique. (obs. 121).
  - Une localisation épидидymaire ayant nécessité un traitement chirurgical.
  - Une orchépididymite ayant réagi au traitement spécifique. La fréquence des tuberculoses génitales chez l'homme semble donc peu importante comme le montre par ailleurs Carayon qui trouve 10 cas sur 177.

#### H/. Les tuberculoses neurologiques

Notre étude porte sur 10 malades soit 6,7 % de nos tuberculoses extrapulmonaires se répartissant comme suit : 4 méningites (2,7 % des tuberculoses extrapulmonaires), 4 arachnoïdites, une épидurite et un tuberculome. Notre pourcentage (6,7 %) rejoint un peu celui de Payet à Dakar qui est de 4,60 %, par contre il est relativement bas à celui trouvé par Kané à Dakar qui est de 12,5 % (réf. 30).

Il y a prédominance de la fréquence chez les hommes : 5,6 % contre 3 % chez les femmes. L'âge de prédilection se situe entre 20 et 30 ans. Dans la symptomatologie on note :

- le syndrome méningé dans 9 cas et les signes généraux dans les 10 cas.



- dans les arachnoïdites, on a eu ptosis dans un le fond d'oeil 3 fois normal, le liquide céphalorachidien prélevé 4 fois a été lymphocytaire avec présence de protides une fois, l'épreuve de Queckensted-S faite 2 fois a été 1 fois normale et a montré 1 fois un blocage partiel, on a noté par ailleurs une paraplégie et une tétraplégie. Le diagnostic a été posé sur la base du liquide céphalorachidien et du test thérapeutique positif.

- une épидурite dont la clinique a été caractérisée par une paraplégie, un blocage partiel au QS, un liquide céphalorachidien confirmatif.

En conclusion, le diagnostic de ces localisations neurologiques repose sur l'aspect cytochimique du liquide céphalorachidien, la clinique.

Le pronostic est généralement bon ; on a noté un seul cas où le malade est décédé avant l'effet du traitement entrepris.

#### I/. Les localisations intestinales

On a eu 2 cas sur 148 soit 1,3 % de localisations extrapulmonaires. Ce chiffre est bas par rapport au taux de l'Afrique de l'Ouest qui se situe entre 4 et 12 % des tuberculoses extrapulmonaires (réf. 36). La symptomatologie n'a rien de particulier à part une diarrhée chronique avec des douleurs abdominales et des signes généraux. Le diagnostic a été posé dans notre série sur la base de l'évolution spectaculaire sous traitement anti-tuberculeux spécifique.

J/. Une localisation cutanée a été retrouvée. Sa clinique a été surtout marquée par des signes généraux et l'existence de nombreuses vésicules sur la peau. La biopsie et l'intradermoréaction à la tuberculine ont été confirmatrices. Le pronostic a été favorable sous traitement spécifique.

x

x

x



VIA T R A I T E M E N T S

"La tuberculose est une maladie guérissable. C'est aussi une endémie que l'on peut maîtriser".

Ces propos tenus par Sodhy (J.S.) lors de la 24ème conférence mondiale de l'Union Internationale de Lutte contre la Tuberculose tenue à Bruxelles au 5-9 septembre 1978, montre que toutes les difficultés et contraintes peuvent être surmontées si l'on donnait à cette endémie une place dans la hiérarchie des urgences dans les pays en voie de développement. "On parviendra à de meilleurs résultats si il y a une solide volonté nationale de s'attaquer au problème." (Aluoch J.A.)

Certains facteurs expliquent le faible taux de guérison à savoir entre autre la longueur du traitement et l'impossibilité la plupart du temps d'assurer une bonne supervision.

Pour l'Union Internationale de Lutte Contre la Tuberculose, les armes à utiliser pour la lutte anti-tuberculeuse sont : le dépistage, la vaccination et le traitement des cas découverts.

- le dépistage doit être selon l'O.M.S. passif c'est-à-dire limité aux sujets qui viennent de leur propre initiative à la visite, présentant des symptômes cliniques.

- le B.C.G. est le seul moyen efficace de prévention. Il peut se faire dans les heures qui suivent la naissance (réf. 2), protège contre toutes les formes de la tuberculose. Taux de protection est de : 80 % pour les formes primaires, 71 % pour les pleurésies, 70 % pour l'ensemble des formes extrapulmonaires (réf. 51). La durée de cette protection est de l'ordre de 15 ans selon British Medical Research Council.

- le traitement : "diagnostiquer des tuberculeux ne sert à rien si on est pas en mesure de les traiter et de les guérir" (in thèse Séméga). Le traitement selon l'Organisation Mondiale de la Santé doit être standardisé, ambulatoire, complet, régulier, continu et exige de se faire une surveillance stricte. Ce traitement ambulatoire pose des difficultés au Mali du fait que les malades une fois un peu améliorés et sortis de l'hôpital ne voient pas la plupart du temps, la nécessité absolue de se faire suivre régulièrement. (réf. 45).

Les médicaments utilisés sont : l'isoniazide, la streptomycine, l'acide para-amino salicylique et la thiacetazone. On commencera par 3 des drogues dont l'isoniazide, puis 2 dont l'isoniazide après négativation et pour le reste du

traitement (réf. 56). En cas d'impossibilité d'appliquer ce schéma, on prend au départ 2 ou 3 **drogues** pour terminer avec l'I.N.H. seule. On peut utiliser un comprimé tous les jours ; ce comprimé sera une association de 300 mg d'I.N.H. de 150 mg de thiacétazone ; il s'est avéré que cette association coûte 10 fois moins chère que l'I.N.H. plus le P.A.S.. Il pourrait donc être le comprimé recommandable pour le Mali, vu la tolérance de nos tuberculeux à la thiacétazone avec son prix de revient moins cher (réf. 44).

Mais au Mali le schéma proposé par le Pr. SANGARE S. est simple et jusqu'ici bien toléré par nos malades. Il comporte :

- un régime de première ligne comportant :

- pendant les deux premiers mois : un traitement quotidien triple : streptomycine 1 g, isoniazide 10 mg/kg/jour, thiacétazone (150 mg) ; Le comprimé associant I.N.H. et thiacétazone est le diateben.
- pendant les 10 mois suivants on fait : soit administration bihebdomadaire sous contrôle de streptomycine 1 g avec I.N.H. 650 mg et piridoxine (6 mg pour éviter les névrites périphériques), soit administration quotidienne d'I.N.H. 300 mg et thiacétazone 150 mg sous contrôle.

- une variante de ce régime adopté à nos réalités, communiquée par le service de Pneumophtisiologie est celle que nous avons employé comme traitement spécifique. Elle comporte :

- pendant 3 semaines administration quotidienne de 1 g de streptomycine, 300 mg d'I.N.H., 500 mg d'éthionamide.
- pendant les 3 mois suivants administration quotidienne de 300 mg d'I.N.H. avec 500 mg d'éthionamide associée si possible à l'association bihebdomadaire de streptomycine.

La durée d'hospitalisation était de deux mois pour nos malades. Le traitement après ces deux mois est ambulatoire. Il est dans tous les cas gratuit mais il y a malheureusement souvent ruptures de stock.

Les résultats selon ce schéma sont les suivants : 89,1 % de résultats positifs, 6,7 % de résultats négatifs dont 2 décès chez des malades arrivés dans un état cachectique. (tableau n° 13 p. 81).

Aucun de nos malades n'a eut d'accidents graves avec ce régime. Sur les 148 malades, 6 ont présenté une hypoacousie et des vertiges à la dose de 60 g de streptomycine, et un malade a eu une surdité importante.

Les traitements associés :

- la corticothérapie a été associée dans l'atteinte pleur et péricardique à la dose de 0,5mg/kg/jour pendant deux mois ou de 1 mg/kg/jour pendant un mois.

- la chirurgie très limitée, a été effectuée pour des excrèses des ganglions à biopsier, pour la péricardectomie chez les malades porteurs de péricardite constructive (3 cas).

- la coquille plâtrée pour immobilisation dans les maux Pott.

En conclusion : à notre avis, le schéma malien estimé à 100 000 00 de franc malien pour l'ensemble des tuberculeux est beaucoup plus avantageux (surtout qu'il est efficace) que le schéma thérapeutique des pays développés qui s'éleverait à un milliard et demi de franc malien pour les tuberculeux maliens et doit être un exemple à suivre pour tous les pays en voie de développement.

x

x

x

Tableau 13 : Valeur du test thérapeutique en fonction de la localisation.

Test thérapeutique Localisation	Positif		Négatif		Indéterminé ou non fait	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Ganglionnaire 13	11	83,8	0		2	11,1
Osseuse 34	28	82,3	5	14,7	1	2,9
Pleurale 12	12	100	0			
Péricardique 15	11	73,3	3	20	1	6,6
Abdominales 25	24	96	1	4	0	
Neuroméningée 9	8	88,8	0	1	1	11,1
Génitale 2	1	50	1	50		
Multifocale 30	29	96,6			1	3,3
Viscérale 1	1	100				
Gutanée 1	1	100				
Epidurite 1	1	100				
T O T A L 148	132	89,1	10	6,7	6	4

Tableau 14 : Confrontation des éléments du diagnostic en fonction des localisations.

Moyen dia- gnostic	TOTAL	B.K. +	Histolo- gie +	I.D.R.+	Test thé- rapeuti- que +
Localisation					
Ganglionnaires	10	1	16	17	16
Pleurales	12	0	5	11	13
Péricardiques	15	0	0	12	11
Abdominale	25	0	17	15	24
Ostéoarticulaire	34	0	0	26	28
Neuroméningée	9	1	0	9	8
Génitale	2	0	1	1	1
Cutanée 1	1				1
Epidurite 1	1				1
Multifocale	30	1	11	23	29
Viscérale 1	1				1
T O T A L	148	3	50	114	133
%		2	33,7	77	89,1

VII. C C N C L U S I O N



Nous avons colligé en deux ans (janvier 1978 à septembre 1979) 148 observations des formes extrapulmonaires de la tuberculose dans les services médicaux de l'Hôpital du Point-"G", soit une incidence de 17,05 % par rapport au nombre total des hospitalisés et une incidence de 21,29 % par rapport aux tuberculeux pulmonaires pendant la même période.

Les formes osseuses (43) sont les plus fréquemment rencontrées 29 % de l'ensemble de nos localisations extrapulmonaires. Le mal de Pott est la localisation de loin la plus fréquente avec 41 cas. Les autres atteintes osseuses étant une atteinte du calcaneum et une atteinte du coude. Les maux de Pott sont plus fréquents chez les hommes (30 cas) que chez les femmes (11 cas). On les trouve aux âges extrêmes de la vie : 0 à 10 ans et supérieur à 60 ans.

La localisation lombaire la plus fréquente est retrouvée 20 fois, on a 18 localisations dorsales, 3 localisations cervicales, 8 formes plurivertébrales.

Le diagnostic clinique ne pose généralement pas de problèmes : la gibbosité est retrouvée 22 fois, les douleurs rachidiennes et radiculaires sont constantes, la paraplégie est retrouvée 19 fois dont 11 spasmodiques et 8 flasques les troubles sphinctériens sont notés 5 fois, le babinsky positif 11 fois, les troubles de la sensibilité 9 fois retrouvés, l'intradermoréaction à la tuberculine positive dans 26 cas. La radiographie est typique dans 34 cas et atypique dans 4 cas.

Le traitement spécifique est bon dans 35 cas.

Les formes péritonéales : retrouvées dans 31 cas soit 20,9 % de nos tuberculoses extrapulmonaires. C'est la deuxième localisation importante retrouvée dans notre série. On la retrouve à égalité dans les deux sexes ; les tranches d'âge les plus atteintes sont de 30 à 40 ans (25,8 % de nos cas), de 50 à 60 ans (30 % des cas).

Le diagnostic de certitude est fait surtout par la laparoscopie (20 fois) qui montre des granulations péritonéales typiques. L'examen histologique fait 17 fois a été confirmatif : 4 fois histologie folliculaire, 8 fois présence de caseum et 5 fibroses inflammatoires.

Le résultat du traitement est spectaculaire dans 28 cas.

Les formes péricardiques : retrouvées 15 fois avec égalité entre atteinte de l'homme et de la femme. La fréquence diminue avec l'âge.

Le diagnostic est fait par la clinique, la scopie pulmonaire, l'électrocardiogramme, la ponction du péricarde (qui, faite 12 fois à toujours montré liquide sérofibrineux, lymphocytaire et riche en albumine). Les bacilles de Koch ont <sup>rarement</sup> été retrouvés dans le liquide péricardique par l'examen bactériologique direct.

Le traitement associant les tuberculostatiques majeures aux corticoïdes a donné de bons résultats chez 12 malades.

Les formes ganglionnaires : retrouvées 27 fois soit 18,2 % de nos cas. Le diagnostic de certitude est donné par l'histologie qui, faite 17 fois a été positive folliculaires, 16 fois présence de caseum.

Le traitement spécifique a été favorable 26 fois.

Les formes pleurales : retrouvées 24 fois soit 16,2 % de nos localisations. Les femmes sont plus atteintes que les hommes : 11,8 % contre 5,6 %.

La tranche d'âge la plus atteinte est de 40 à 50 ans.

Le diagnostic de certitude est fait par la clinique, l'examen du liquide pleural qui, prélevé 22 fois a été sérofibrineux sauf chez un malade où il a été sérohématique, et un autre où il y a eu un hydro<sup>noy</sup>thorax. Ce liquide est riche en lymphocytes et en albumines.

La biopsie de plèvre faite 14 fois a été 12 fois confirmatives avec : 10 fois folliculaire, 5 fois présence de caseum, 5 fois présence de fibrose ammatatoire, et une histologie exsudative.

Le traitement spécifique associé ou non au corticoïde donne de bons résultats dans tous les cas.

Les formes hépatospléniques : retrouvées 11 fois ont bien réagi au traitement spécifique 10 fois.

Les formes génitales : retrouvées 4 fois chez la femme et 3 fois chez l'homme ont bien réagi au traitement spécifique 6 fois. Le diagnostic de certitude est fait par la laparoscopie et l'histologie. Ces localisations représentent 7 de nos malades extrapulmonaires.

Les formes neurologiques : retrouvées 10 fois soit 2,7 % de nos localisations ~~extra~~-pulmonaires. Le résultat a été favorable chez 9 malades sous traitement spécifique.

Les formes intestinales : retrouvées 2 fois soit 1,3 % de notre série, et bien réagi au traitement spécifique.

On a retrouvé une localisation cutanée, une localisation thyroïdienne, une mastite, un syndrome de Mikulicz.

Ce travail confirme la grande variété des atteintes de la tuberculose qui ne ménagent pratiquement aucun organe. Ces localisations extrapulmonaires sont diagnostiquées que si elles sont recherchées systématiquement.

Les circonstances du diagnostic sont différentes selon les localisations :

- chez un malade fébrile, fatigué, amaigri un syndrome d'épanchement liquidien pleural, ascitique ou un syndrome méningé implique des explorations.
- la présence d'une tuméfaction isolée du cou mérite une biopsie.
- une paraplégie fait rechercher un mal de Pott.
- une amenorrhée secondaire dès fois primaire, des métrorrhagies, une stérilité primaire font penser à la tuberculose.

Les moyens de diagnostic sont la mise en évidence du B.K., la biopsie, la cutadermoréaction, l'épreuve thérapeutique; la ponction biopsie hépatique sera utile en cas de besoin. (tableau 14 p. 82)

Le traitement selon le schéma spécifique donne dans la majorité des cas des résultats spectaculaires.

x

x

x



1. ANGATE Y., COULIBALY A.O., BENOIT G. et LESQUIERRE G.  
"Considérations anatomocliniques et thérapeutiques du mal de Pott en milieu africain. A propos de 73 cas observés ç l'hôpital de Treich-vill"  
Med. Afr. Noire, 1972, 19, n° Spécial.
2. ALLOUTA R., et LARBAOUI, CLINIQUE PNEUMO-PHTISIOLOGIQUE B., CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE, ISSAD HASSANI, BENI MESSOUS; ALGER; ALGERIE.  
"Le B.C.G. dans les heures qui suivent la naissance (essai d'évaluation de la protection obtenue 5 ans après la vaccination)".  
Bull. of the I.U. against tuberculosis, suppl 1, 1970, 56,
1. ALUOCH Y., SODHY J.S., PARGA V.  
La tuberculose : toujours un fléau des temps modernes en Afrique.  
Actes de la XXIV<sup>e</sup> Conférence Mondiale de l'U.I.C.T. 1,  
Bruxelles 5 - 9 septembre 1970.
- AUBRY P., CAPDEVIELLE P. et DURAND G.  
"Les tuberculoses extrapulmonaires de l'Africain"  
Med. Trop. Vol. 39, 2, Mars - Avril 1979.
- BA H., COMBES L., et KANE A.  
La tuberculose du noir africain - Aspect social de la maladie.  
VI<sup>e</sup> Journées Médicales de DAKAR 13 - 18 Janvier 1969.
- BAHARJOE N.N., BAHARJOE N., BOEDIMAN I., SAID N., CAZUARDI S.  
"The treatment of tuberculosis meningitis in Children with a combination of Isomiazid and Streptomycin - XXIV<sup>eme</sup> Conference de l'U.I.C.T.,  
Bruxelles, Sept. 1970.
- BESANCON J.L., CHRETIEN J., GRIVAUX M., BAGNET J.C., DELAVIELLE Ph.  
Tuberculoses mortelles et tuberculoses méconnue - Conclusions générales  
Sem. Hôp. Paris, 1966, 42, 1125, n° 31.
- BESANCON J.L., GRIVAUX M., CHRETIEN J. et BAGNET J.C.  
"Tuberculoses extrapulmonaire".  
Sem. Hôp. Paris, 14 Avril 1966, 1014, 1110 - 1122.
- BLANC F.  
"Histoire de la tuberculose en Afrique Noire Francophone"  
Med. Afr. Noire, 1969, 16, 527 - 539.
- BLASI A., GIARDANO C.G., BARRIFFI F. et QUARANTA A.  
"Les adénopathies tuberculeuses et leur position clinique dans l'épidémiologie actuelle de la tuberculose extrapulmonaire".  
Bull. fo. I.U. Against tuberculosis - suppl. 1, 1970, 40 - 41.
- BROCARD H., VANHIER R., CALLOUEDER C. et DURIEU A.  
"La tuberculose des Noirs originaires de l'Afrique francophone travaillant dans la région parisienne".  
Rev. Tub. Pneumol. 1962, 26, 921 - 943.
- BRUNET G.  
Surveillance moderne des traitements anti-tuberculeux.  
Rev. du Pratic. 1964, 33, 4185 - 94.
- CALMETTE A.  
L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, processus d'infection et de défense, étude biologique et expérimentale, vaccination préventive, 3<sup>e</sup> éd, avec la coll. de A - BOQUET et L. NEGRE. Paris, masson, 1928, in 8<sup>e</sup> XXIV 803 p, fig. L; ten coul.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

-----