

RÉPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

Ecole Nationale de Medecine et de Pharmacie du Mali

ANNEE 1987

No

LES GRANULOMATOSSES PÉRITONEALES
TUBERCULEUSES A L'HOPITAL DU POINT "G"
DE BAMAKO
(A PROPOS DE 30 CAS)

THESE

Présentée et soutenue publiquement devant
l'Ecole Nationale de Medecine et de Pharmacie du Mali
le 1988

PAR

SITA SIDIBÉ

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

EXAMINATEURS

PRESIDENT

Professeur Souleymane Sangaré

Professeur Aly Quindo

MEMBRES

Professeur Sambou Soumaré

Docteur Eric Picharol

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1987-1988

Professeur Aliou BA	Directeur Général
Professeur Bocar SALL	Directeur Général Adjoint
Professeur Philippe RANQUE	Conseiller Technique
Demba DOUCOURE	Secrétaire Général

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chef de D.E.R. Chirurgie Générale - Médecine Légale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie
Professeur Mamadou DEMBELE	Sécurisme
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bénitiéni POFANA	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme SY Aïda SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
	Soins Infirmiers
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme TRAORE Jeannette THOMAS	Ophtalmologie
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Docteur Madani TOURE	Chirurgie Infantile
Docteur Tahirou BA	Chirurgie Générale
Docteur Mamadou DOLO	Chirurgie Générale
Docteur Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Mme Fanta KONIPO	O.R.L.
Docteur Nouhoum BA	Chirurgie Générale
Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE	Urologie
Docteur Gérard TROSCHER	Chirurgie

ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur Lassana KOITA	Chirurgie Générale
Docteur Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Souleymane SIDIBE	Ophtalmologie
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme COUMARE Fanta COULIBALY	T.P. Soins Infirmiers

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Souleymane SANGARE-Chef de DER	Pneumo-Phtisiologie
Professeur Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoun DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Issa TRAORE	Radiologie
Docteur Sidi Yéhia TOURE	Réanimation
Docteur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Jean Pierre COUDRAY	Psychiatrie
Docteur Moussa TRAORE	Neurologie
Docteur Eric PICHARD	Médecine Interne
Docteur Gérard GROSSETETE	Dermatologie-Léprologie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hématologie-Médecine Interne
Docteur Sidi Mohamed SALL	Cardiologie
Docteur Pierre LE ROY	Anesthésie

3. ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Moussa MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Sominta A. KEITA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Mme KONARE Habibatu DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Kader TRAORE	Médecine Interne
Monsieur Fernand KANOUTE	Psychiatrie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE-Chef de D.E.R.	Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie Pathologie
	Histologie-Embryologie
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Anatomie
Professeur Philippe RANQUE	Parasitologie

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Zoologie-Génétique

3. DOCTEURS 3è CYCLE

Professeur Bouba DIARRA	Microbiologie
Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique Minérale
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Niamanto DIARRA	Mathématiques
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Professeur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Minérale
Professeur Abdoulaye KOUMARE	Chimie Générale
Professeur Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Godefroy COULIBALY	T.P. Parasitologie
Professeur Mamadou KONE	Anatomie-Physiologie Humaine
Professeur Jacqueline CISSE	Biologie Animale
Professeur Bakary SACKO	Biochimie

4. ASSISTANTS-CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Yéya MAIGA	Immunologie
Docteur Abderhamane Sidéye MAIGA	Parasitologie

5. MAITRES-ASSISTANTS

Docteur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Docteur Hama CISSE	Chimie Générale

6. ASSISTANTS

Docteur Flabou BOUGOUDOGO	TP Microbiologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie
Docteur Abdoul K. TRAORE dit DIOP	TP Anatomie

7. CHARGE DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA	Diététique-Nutrition
------------------------	----------------------

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE-Chef de D.E.R.	Toxicologie
Professeur Mamadou KOUMARE	Matière Médicale
	Pharmacologie

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boulkassoum HAIDARA	Législation et Gestion Pharmaceutiques
Docteur Boubacar KANTE	Pharmacie Galénique
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Souleymane DIA	Pharmacie Chimique
Docteur Alou KEITA	Pharmacie Galénique

3. DOCTEUR 3è CYCLE

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU Pharmacie Galénique

4. ASSISTANT

Docteur Drissa DIALLO Matière Médicale

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

Professeur Sidi Yaya SIMAGA-Chef de D.E.R.Santé Publique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Sory Ibrahim KABA	Epidémiologie
Docteur Sanoussi KONATE	Santé Publique
Docteur Moussa MAIGA	Santé Publique
Docteur Georges SOULA	Santé Publique
Docteur Pascal FABRE	Santé Publique

3. CHARGES DE COURS

Monsieur Cheick Tidiani TANDIA (Ingénieur Sanitaire)	Hygiène du Milieu
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA (Ingénieur Sanitaire)	Hygiène du Milieu
Monsieur Ibrahim CAMARA (Ingénieur Sanitaire)	Hygiène du Milieu

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Oumar SYLLA	Pharmacie Chimique
Professeur Humbert GIONO-BARBER	Pharmacodynamie
Docteur Guy BECHIS	Biochimie
Professeur François MIRANDA	Biochimie
Docteur Marie Hélène ROCHAT	Pharmacie Galénique
Professeur Alain GERAULT	Biochimie
Docteur François ROUX	Biophysique
Docteur Alain LAURENS	Pharmacie Chimique
Monsieur El Hadj Makhtar MADE	Bibliographie
Professeur Pierre Jean REYNIER	Pharmacie Galénique
Professeur GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur LAGOUTTE	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Jean Pierre BISSET	Biophysique
Professeur Mme Paulette GIONO-BARBER	Anatomie-Physique Humaines.

DEDICACE

JE DEDIE CE TRAVAIL

- A tous ceux qui luttent contre la famine et l'injustice sociale.
- A tous les malades du monde en particulier ceux qui souffrent de cette affection longtemps considérée comme fatale, je l'ai nommée la tuberculose. Ce travail est notre contribution à l'apaisement de votre mal qui est le nôtre.
- A la mémoire de mon père qui est le grand absent ce jour. Celui-là qui était toujours pressé de me voir terminer les études. Il a consenti d'énormes sacrifices pour ma réussite. Une fois de plus que ton âme repose en paix.
- A ma mère qui a consenti d'énormes sacrifices au prix de sa vie pour l'entretien de son fils que je suis, qu'elle trouve ici l'aboutissement de ses inombrables sacrifices.
- A Néné SOW
Ton courage et ta patience m'ont beaucoup séduit. Toute mon affection.
- A mes frères, soeurs et cousins
Vous avez tous de loin ou de près contribué à la réalisation de ce travail.
Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.
- A mes oncles et tantes
Ce travail est le vôtre, toute ma reconnaissance.
- A mon premier Maître Daba TRAORE
Vous êtes le premier à me guider sur le chemin du savoir. Ce travail est le vôtre.

- Aux familles

- . SANGO et TRAORE à Tongué
- . DEMBELE et COULIBALY à Sarro
- . SOW et TRAORE à Ségou
- . DANSOGO et CISSE à Hamdallaye
- . TRAORE à Sogoniko
- TOURE à l'Hypodrome

Toute ma reconnaissance.

- A la famille El Hadj Yoro Ousmane DIALLO à Hamdallaye

Dans la confection de la dite thèse une motion particulière vous revient. Vous avez été d'un grand apport à tous les niveaux me permettant de mener à terme ce travail.

Vous m'avez accueilli au sein de votre famille, et vous n'avez rien ménagé pour la réussite de mes études supérieures. Les mots ne sauront pas vous traduire mon attachement et ma gratitude. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de ma sympathie.

- A la famille Bakary TRAORE à Djélibougou

Votre conseil a été pour moi une bonne leçon.

Tout mon sincère attachement.

- A tous mes camarades et amis

Toute ma reconnaissance

- A toute la promotion et aux internes de Médecine. La réussite est au bout de l'effort et de la discipline.

En souvenir des moments difficiles.

- A tout le personnel de la Médecine interne de l'Hôpital du Point "G". Vous avez tous participé à la réussite de ce travail.

Toute ma reconnaissance.

- A tout le personnel du laboratoire de l'ENMP pour votre participation à l'aboutissement de ce travail. Toute ma sympathie.

- A notre Maître le Professeur Aly Nouhoum DIALLO
Chef de Service de la Médecine Interne, Professeur à l'ENMP
Votre sympathie, votre contact facile, votre sincérité et votre
honnêteté professionnelle font de vous un Maître admirable. Vous
resterez toujours pour nous un guide.
Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et sincère
reconnaissance.

- Aux Docteurs Hamar A. TRAORE, Mamadou DEMBELE, Abdel Kader TRAORE,
Bah KEITA.

Vous écouter a toujours été pour nous une leçon. Une année durant,
votre assistance et votre sympathie à tous les moments ne nous
ont jamais fait défaut. Nous garderons en vous un souvenir sym-
bolique. Toute notre reconnaissance.

- A Amadou COULIBALY Major de la Médecine "C" et Madame
Votre disponibilité et votre dévouement pour la cause des autres
nous ont permis de mener à bout ce travail.
Toute notre reconnaissance.

AUX MEMBRES DU JURY

- A notre Maître, Président du jury

Professeur Agrégé Souleymane SANGARE

Professeur de Pathologie pulmonaire à l'ENMP , Chef de Service de Pneumophtisiologie de l'Hôpital du Point-"G"

C'est pour nous un grand honneur et un reconfort inestimable qu'une grande personnalité, comme la vôtre ait accepté de présider cette thèse malgré vos multiples préoccupations. Vos connaissances et vos qualités scientifiques jointes à votre simplicité, votre sens aigu de responsabilité et votre contact facile font de vous un Maître admirable et inoubliable.

Veuillez, trouver ici l'assurance de notre reconnaissance et l'expression de notre profonde gratitude.

- A notre Maître et Juge

Professeur Aly GUINDO

Chef de Service de Gastroentérologie à l'Hôpital Gabriel TOURE

C'est avec un grand plaisir que nous nous réjouissons de votre présence parmi ce jury. Votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre disponibilité nous comblent et nous honorent.

Permettez-nous de vous exprimer toute notre gratitude et notre profond attachement.

- A notre Maître et juge

Professeur Sambou SOUMARE

Chef de Service de Chirurgie à l'Hôpital du Point-"G"

Votre contact facile, votre sociabilité et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être parmi nos juges nous ont été un reconfort.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

- A notre Maître Directeur de thèse

Docteur Eric PICHARD

Vous êtes l'initiateur et le superviseur de cette thèse. Vous nous avez témoigné une confiance en nous proposant ce sujet. Nous avons toujours trouvé auprès de vous l'aide nécessaire pour mener à bien ce travail. Nous avons été impressionnés par la clarté de vos idées, votre rigueur scientifique, votre amabilité, vos sens aigus du travail et de la discipline.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et notre sincère reconnaissance.

SOMMAIRE

	Pages
CHAPITRE I	
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE II	
RAPPEL SUR LES GRANULOMATOSSES TUBERCULEUSES.....	5
1. Physiopathologie.....	5
2. Localisations.....	5
2.1. Atteintes ganglionnaires.....	5
2.2. Tuberculose intestinale.....	6
2.3. Péritonites tuberculeuses.....	6
2.4. Atteinte tuberculeuse du foie.....	7
2.5. Atteinte de la rate.....	7
3. La fréquence et le terrain.....	8
4. Age.....	10
5. Sexe et milieu socio-économique.....	11
6. Répartition géographique.....	12
CHAPITRE III	
NOTRE ETUDE	
I. MATERIELS ET METHODES.....	13
II. RESULTATS.....	15
1. 30 malades répondent aux critères d'inclusion retenue.....	15
2. Données socio-démographiques concernant les malades.....	15
A. Répartition des granulomatoses selon l'âge.....	15
B. Répartition selon le sexe.....	17
C. Répartition selon les ethnies.....	19
D. Répartition en fonction des catégories socio- professionnelles.....	21
3. Données cliniques.....	24
A. Signes cliniques.....	24
B. Signes physiques.....	27
4. Données laparoscopiques.....	29
A. Répartition selon les localisations.....	29
B. Répartition selon l'aspect des lésions.....	30
5. Données histologiques.....	32
6. Données biologiques.....	34
7. Données radiologiques.....	42
8. Associations morbides.....	43
9. Traitement et évolution.....	44
CHAPITRE IV	
DISCUSSION - CONCLUSION.....	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	50
ANNEXE	

CHAPITRE I

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La tuberculose reste un problème majeur au Mali tant dans la pratique médicale quotidienne que dans la lutte nationale contre cette grande endémie. De nombreux travaux ont permis de la cerner quantitativement et qualitativement.

L'incidence et la prévalence de la tuberculose ont surtout été étudiées par les services nationaux ou internationaux de santé publique (Ministère de la Santé, Dispensaire Anti-Tuberculeux (D.A.T.), Organisation Mondiale de la Santé (OMS)). La fréquence, l'aspect et l'évolution des différentes localisations ont été étudiés en milieu Hospitalier (Hôpital du Point-"G") et lors des thèses et travaux émanant de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie (ENMP). Parmi ces localisations les atteintes abdominales ont été mentionnées de nombreuses fois mais jusqu'à présent les cas cliniques ont été peu regroupés. Ceci tient à la nécessité pour étudier les localisations péritonéales, hépatiques, spléniques et intestinales d'avoir recours à des examens spécialisés en milieu hospitalier comme la laparoscopie, l'anatomopathologie et la bactériologie.

Dans ce modeste travail nous avons repris retrospectivement et étudié prospectivement en 1987 les cas de tuberculose abdominale observés à l'Hôpital du Point-"G" dans les services de médecine interne et de pneumophtisiologie. L'étude de ces 30 cas permet de préciser les aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques et évolutifs de tuberculoses, en particulier péritonéales, à l'Hôpital du Point-"G". De nombreuses imperfections, surtout liées à la limitation en examens complémentaires disponibles entravent la rigueur scientifique de ce travail. Mais ces résultats bruts nous permettent d'essayer d'attirer l'attention sur des localisations encore fréquentes et surtout méconnues de la tuberculose. Dans un premier temps il est dispensable de replacer cette étude dans le contexte de celles déjà menées au Mali depuis 1963 concernant la tuberculose.

En 1963 une enquête immunologique portant sur le taux de prévalence des intradermoréactions (IDR) positives à la tuberculine a

été réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Bamako et à Kolokani. En milieu rural cette prévalence a été estimée à 5,7% (6).

En 1964 RAGUET a mené une enquête radiophotographique dans plusieurs localités du Mali. Il a estimé l'incidence de la tuberculose pulmonaire certaine ou suspecte à : 2150 à 5710 pour 100.000 habitants selon les localités. Il a été noté par CHEVASSUS que cette incidence est 100 fois plus importantes que celle calculée par le service de la santé à la même époque à partir des chiffres déclarés par les différentes formations (6).

En 1968 une enquête rurale et urbaine a montré une augmentation de l'index tuberculinique en fonction de l'âge tel qu'à 16 ans 50% des sujets avaient une IDR positive en milieu rural et que 50% des sujets avaient une IDR positive après 20 ans en milieu rural comme en milieu urbain.

A partir de ce chiffre et par extrapolation, l'incidence annuelle de tuberculose au Mali était estimée à 3% avec 9000 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire par an (6).

En 1969 l'incidence officielle de la tuberculose pulmonaire était de 49 pour 100.000 habitants (6).

En 1972 elle était de 52 pour 100.000 habitants (6).

En 1974, dans sa thèse, SY a estimé l'incidence annuelle de la tuberculose à 3% au Mali (29).

En 1977 selon les statistiques sanitaires mondiales publiées par l'OMS, l'incidence de la tuberculose, toutes formes confondues, était au Mali de 53,2 pour 100.000 habitants en 1963 et de 47,7% pour 100.000 habitants pour le seul appareil respiratoire. Cette dernière incidence était passée à 26,3% pour 100.000 habitants en 1967 et 22,6 pour 100.000 habitants en 1971. Elle restait donc bien inférieure aux moyennes calculées pour l'ensemble de l'Afrique et qui étaient en 1972 de 133,3 pour 100.000 habitants toutes

formes confondues (125,7 pour 100.000 habitants pour les formes pulmonaires et 16,5 pour 100.000 habitants pour les formes extrapulmonaires (6)).

En 1979, COULIBALY dans sa thèse a estimé qu'au Mali plus de 500 tuberculoses pulmonaires étaient dépistées chaque année et qu'une centaine de tuberculoses extrapulmonaires étaient traitées chaque année à l'Hôpital du Point-"G". Dans ce même hôpital, à propos de 69 observations d'ascites recueillies en 9 mois en 1979, il a signalé que la tuberculose péritonéale représentait 8,5% de ces ascites (10).

Toujours en 1979, COULIBALY-DIABATE dans sa thèse a insisté sur la fréquence des tuberculoses extrapulmonaires en milieu hospitalier en particulier des localisations péritonéales, à propos d'une étude de 149 cas (11).

Toujours en 1979 CHEVASSUS, dans sa thèse, a rappelé les données épidémiologiques disponibles concernant la tuberculose au Mali que nous avons cité et a effectué une étude à propos de 89 malades ayant une tuberculose extrapulmonaire à l'Hôpital du Point-"G". Ces tuberculoses extrapulmonaires représentaient 5,4% des motifs d'hospitalisation, soit un des tous premiers motifs d'hospitalisation en médecine interne.

Les tuberculoses péritonéales représentaient 24% des observations et les tuberculoses hépatospléniques 11,2%. Dans cette même thèse il a été aussi signalé qu'en 1978, 337 tuberculoses pulmonaires ont été hospitalisées dans le service de pneumophtisiologie à l'Hôpital du Point-"G" et 419 dépistées au dispensaire antituberculeux de Bamako. A partir de ce chiffre les tuberculoses extrapulmonaires représentaient au moins 11,8% des tuberculoses (6).

En 1981, au cours de l'enquête "Kéniéba, Bafoulabé, Kita" menée par l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie (ENMP) avec l'aide de la Banque Mondiale, la prévalence de la tuberculose a été jugée sur la positivité de l'IDR. Elle était de $25 \pm 7\%$ à

15 ans et $45 \pm 9\%$ à 30 ans avec un total pour la population étudiée de 3003 personnes de tous âges de $23,7 \pm 2,3\%$

A partir de ce chiffre le taux annuel d'infection a été estimé à $2 \pm 07\%$. Lors de la même enquête la prévalence de la tuberculose bacillifère était estimée à 61 ± 86 pour 100.000 habitants et l'incidence annuelle à 30 ± 60 pour 100.000 habitants (12).

En 1983 dans le service de médecine interne de l'Hôpital du Point-"G" sur un total de 820 malade $3,7\%$ avaient une tuberculose pulmonaire et $1,2\%$ une tuberculose extrapulmonaire (2).

En 1985 toujours dans le même service, à propos de 160 cas de tuberculoses, $9,8\%$ étaient péritonéales, 5% étaient hépatiques, $1,9\%$ spléniques et $2,5\%$ intestinales (7).

En 1987 dans sa thèse étudiant l'étiologie des adénopathies par l'examen anatomopathologique, THERA a estimé que $78,35\%$ des adénopathies (76 ganglions examinés au total) étaient tuberculeuses (30).

Au total bien que les chiffres avancés soient assez différents selon les études, il ressort que la tuberculose est fréquente à l'échelon du pays, qu'elle représente une des principales causes d'hospitalisation et que les formes extrapulmonaires ne sont pas négligeables. Parmi ces dernières localisations nous nous intéressons aux formes abdominales, en particulier péritonéales à l'Hôpital du Point-"G".

CHAPITRE II

RAPPEL SUR LES GRANULOMATOSES
TUBERCULEUSES

RAPPEL SUR LES GRANULOMATOSSES TUBERCULEUSES

1. PHYSIOPATHOLOGIE

Les atteintes péritonéales par le Bacille de Koch (BK) obéissent à deux mécanismes.

- D'une part il peut s'agir d'une atteinte péritonéale concomitante d'une tuberculose aiguë, le plus souvent pulmonaire. La tuberculose miliaire du poumon est la cause la plus fréquente. Le péritoine est contaminé par dissémination hématogène; le diagnostic de la péritonite est alors facile puisqu'il existe un contexte tuberculeux manifeste. Cette éventualité est la moins fréquente.

- D'autre part, éventualité la plus fréquente, il s'agit du réveil d'un foyer de BK latent au niveau du péritoine à distance de la tuberculose primo-secondaire, le plus souvent pulmonaire. Là aussi le péritoine estensemencé par voie hématogène.

Le diagnostic est plus difficile puisqu'il n'y a pas de contexte tuberculeux patent en particulier radiologique.

L'atteinte péritonéale peut être isolée ou associée à une tuberculose hépatique, splénique ou intestinale (tuberculose iléocœcale). Ces associations expliquent la grande diversité clinique de la tuberculose abdominale.

2. LOCALISATIONS

La tuberculose abdominale peut toucher :

- les ganglions lymphatiques
- le péritoine
- le foie et la rate.

2.1. L'atteinte ganglionnaire est considérée comme la plus fréquente des localisations tuberculeuses abdominales; habituellement le diagnostic est porté devant les adénopathies superficielles,

plus rarement des ganglions abdominaux sont révélateurs soit par rupture ganglionnaire dans le péritoine, soit par calcification d'adénopathies caséuses volumineuses, visibles sur la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP).

Le diagnostic de certitude repose sur la laparotomie exploratrice mais le plus souvent d'autres localisations tuberculeuses permettent un diagnostic plus facile (8).

2.2. La tuberculose intestinale est une cause fréquente de maladie intestinale sous les tropiques et de malabsorption. Elle se développe au niveau des plaques de PEYER de l'iléon terminal et aboutit à des ulcérations, à une fibrose et à des sténoses mutilantes. La perforation est rare de même que l'atteinte de l'appendice. La fièvre, les douleurs abdominales, l'anorexie, la perte de poids, la diarrhée en sont les principaux signes révélateurs.

Une masse de la fosse iliaque droite peut être perçue cliniquement et une ascite lymphocytaire est plus souvent associée. Le diagnostic repose sur le transit baryté du grêle et du colon. Quelques formes cliniques sont particulières : association à une péritonite tuberculeuse, malabsorption sévère (Vitamine B12) entéropathie avec perte de protéines, cachexie isolée.

2.3. Les péritonites tuberculeuses sont soit primitives, soit secondaire à une dissémination tuberculeuse venant des ganglions abdominaux, de l'intestin ou des trompes. La fièvre et les autres signes d'imprégnation bacillaire, les douleurs abdominales, une ascite lymphocytaire sont les principaux signes. Le diagnostic repose sur la parascopie et la laparotomie.

La laparoscopie peut objectiver plusieurs aspects.

- une péritonite fibroadhésive massive avec des nombreuses adhérences
- des granulations péritonéales miliaires très caractéristiques
- Des exsudats fibrineux en trainées blanchâtres.
- une ascite isolée ou associée à aux éléments précédents.

La biopsie dirigée sur des lésions du péritoine permet dans 80 à 90% des cas de faire le diagnostic histologique et bactériologique de la tuberculose. La biopsie du foie améliore encore le pourcentage de diagnostic de certitude de tuberculose (1-9-13-14-15-16-17-21-23-25-28). Le principal diagnostic différentiel est celui des autres granulomatoses péritonéales en particulier de la bilharziose, de l'histoplasmosse et surtout des carcinoses miliaires péritonéales. Le contexte clinique et les biopsies permettent d'éliminer ces diagnostics.

2.4. L'atteinte tuberculeuse du foie est fréquente au cours des tuberculoses, comme le montrent les autopsies, allant de 30% (16) à 80% (31). Cette fréquence varie avec la sévérité du stade de la tuberculose, elle est maximale au cours de la miliaire du poumon.

La biopsie hépatique est d'ailleurs un excellent examen pour le diagnostic des miliaires froides.

Les atteintes tuberculeuses hépatiques ne se limitent pas à la granulomatose tuberculeuse qui est cependant la lésion la plus fréquente. Plus rarement on peut observer une tuberculose miliaire du foie (associée à la miliaire pulmonaire), des tuberculomes uniques ou multiples. Les voies biliaires peuvent être atteintes: tuberculose de la vésicule biliaire et cholangites tuberculeuses. Des manifestations histologiques du foie, à type de nécroses focales et d'infiltration graisseuse, ont été rattachées à la tuberculose. Il faut différencier ces lésions proprement tuberculeuses de celles induites exceptionnellement par le vaccin BCG (granulomatose) et par l'isoniazide et la rifampicine (hépatite) (31). Les mycobactéries atypiques peuvent elles aussi entraîner des tuberculoses hépatiques identiques à celles dues au BK (31).

2.5. L'atteinte de la rate est peu fréquente de façon isolée, en particulier les tuberculomes sont exceptionnels (8). Le plus souvent la rate est atteinte au cours des granulomatoses péritonéales tuberculeuses (granulations capsulaires). Le diagnostic est laparoscopique.

3. FREQUENCE ET TERRAIN

La fréquence des tuberculoses abdominales varie considérablement dans le temps et selon les régions du globe.

Globalement elles sont peu fréquentes dans l'hémisphère Nord. Leur fréquence diminue depuis 20 ans et elle touche surtout les sujets transplantés originaires des pays en voie de développement ou de faibles conditions socio-économiques.

Aux Etats Unis 79% des cas de péritonite tuberculeuse surviennent chez des Noirs (28). Par contre dans les pays tropicaux elles restent fréquentes, d'autant plus que l'endémie tuberculeuse est importante.

EN EUROPE ET AUX ETATS UNIS

- En 1966 : aux Etats Unis pour SOCHOCKY à propos de 2737 tuberculeux suivis dans les Sanatorium il n'y a que 0,40% de tuberculose péritonéale (79 noirs, 11 blancs) (28).

En France à la même date (1966), pour ETIENNE, à propos de 35 péritonites tuberculeuses, 18 surviennent chez des immigrés (12 algériens ; 5 noirs africains et antillais, 1 chinois) (14). En 1966 pour Justin BESANCON à Paris un seul cas de péritonite tuberculeuse est observé chez 466 tuberculeux (15-16).

- En 1968 aux Etats Unis pour LEVINE les 20 patients atteints d'ascite tuberculeuse sont des Noirs (19).

- En 1973 en France pour ETIENNE une péritonite tuberculeuse est notée pour 20 pleurésies tuberculeuses et 200 tuberculoses pulmonaires. Sur 57 malades atteints de péritonite tuberculeuse il y a 14 noirs africains et antillais (13).

- En 1976 en Angleterre sur 15 cas de tuberculoses abdominales diagnostiquées en 5 ans tous sauf un sont des immigrés (11 afri-

cains (8).

- En 1977 en France, pour NENNA, en milieu hospitalier, la fréquence des péritonites tuberculeuses est de 0,9 pour mille hospitalisés. Il note que 13 malades sur 20 sont des immigrants dont 5 noirs africains (21).

- En 1980, en France, pour PIERON, à propos de 24 cas de péritonites tuberculeuses, 17 sont des noirs africains, 2 sont des antillais et les 3 français sont cirrhotiques ou éthyliques (23).

EN AFRIQUE

Selon des études africaines la fréquence de la tuberculose péritonéale est rarement estimée, mais on note l'importance du nombre de cas publiés dans chaque série.

- Pour LALOUEL à Libreville, en 1956, la fréquence de tuberculoses péritonéales est de 1% des cas de tuberculose (24).

- MINICONI, à Alger, en 1960, publie 44 cas de tuberculoses péritonéales (20).

- Pour LEPROUX à Dakar (1965) la tuberculose péritonéale a une fréquence de 4 pour mille (25).

- SANKALE à Dakar (1967) observe 50 cas (25).

- Pour NOWOKOLO au Nigéria (1967) la tuberculose péritonéale représente 24% des ascites (8).

- BOUCEKHINE à Alger observe 100 cas en 1968 (1).

- FRANCIS au Nigéria (1972) fait une revue de 106 cas de tuberculoses péritonéales à propos de 1153 autopsies chez des sujets âgés de plus de 10 ans (8).

4. AGE

- Pour ETIENNE les cas de tuberculoses péritonéales chez les transplantés africains en France se voient entre 20 et 29 ans ; âge plus jeune que chez les métropolitains français (13).
- Pour ETIENNE en France la majorité des cas s'observent entre 30 et 50 ans (14).
- Pour GONNELLA, aux Etats Unis, l'âge varie de 12 à 76 ans (17).
- Pour SOCHOCKY, aux Etats Unis, la majorité des cas se voient entre 20 et 40 ans (28).
- Pour NENNA, en France, le maximum se voit entre 20 et 40 ans avec une moyenne d'âge à 31 ans (21).
- Pour GENDRON, en France, toutes les tranches d'âge sont touchées mais 57% des cas ont moins de 30 ans (15).
- Pour ILLOUL, en Tunisie, la péritonite tuberculeuse n'épargne pas les sujets âgés (15).
- Pour BANSHALI en Inde, 2/3 des patients ayant une tuberculose abdominale sont dans la tranche d'âge entre 30-50 ans (4).
- Pour BORAMANESH, en Iran, l'âge moyen de la tuberculose péritonéale est de 21 ans (5).
- Pour SINGH, en Inde, l'âge moyen est de 33 ans (26).
- Pour SANKALE au Sénégal, la tuberculose péritonéale survient dans 70% des cas avant 60 ans. Avant 20 ans elle est 2 fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme (25).
- Pour ONUIGBO, au Nigéria, l'incidence maximale de la tuberculose péritonéale est entre 20 et 39 ans (22).

- Pour LESOBRE l'âge moyen de la tuberculose péritonéale du Noir transplanté est de 30 ans (25).
- Pour LESTER en Ethiopie l'âge moyen est de 27 ans.
- Pour REYNAUD au Maroc, la tuberculose péritonéale se voit chez l'homme entre 12 et 60 ans, chez la femme surtout entre 12 et 20 ans et après 40 ans (24).

5. SEXE ET MILIEU SOCIO-ECONOMIQUE

Classiquement dans les pays européens et aux Etats Unis il est noté une prédominance féminine de la tuberculose péritonéale. Cette prédominance correspond à la classique "ascite libre" de la jeune fille. En fait, de nos jours, on ne note plus de prédominance selon le sexe aux Etats Unis, mais plutôt une prédominance chez les Noirs (90%), liée à leurs plus faibles moyens économiques (27).

En Europe et en particulier en Grande Bretagne et en France il est observé une prédominance masculine de la tuberculose abdominale due aux biais de recrutement que représentent les travailleurs immigrés. C'est en effet chez ces travailleurs immigrés d'Asie ou d'Afrique que sont observés la majorité des cas en Europe. Comme aux Etats Unis, on observe une plus grande fréquence des tuberculoses péritonéales dans les milieux économiquement défavorisés (9-13-23).

Par contre, en Afrique du Nord, la prédominance féminine est beaucoup plus nette : 4 hommes pour 40 femmes pour MINICONI à Alger (20) ; 36 femmes pour 14 hommes pour BENKALFAT à Oran (3) ; 20 femmes pour 10 hommes pour REYNAUD à Rabat (24).

En Afrique Noire la repartition selon le sexe des tuberculoses péritonéales est variable selon les pays et les auteurs.

Au Sénégal SANKALE observe en milieu hospitalier, compte tenu du sexe ratio des hospitalisés, un nombre égal de tuberculose péritonéale chez l'homme et chez la femme. Mais si l'on se rapporte au nombre total de tuberculeux hospitalisés il existe une discrète prédominance féminine (25).

Pour GENDRON et AUBRY à Djibouti et au Burkina Faso il y a une proportion de 50,6% de cas chez la femme et de 49,4% chez l'homme (15). Par contre au Nigéria à propos de 30 tuberculoses péritonéales il est noté deux fois plus de femmes que d'hommes (22). A l'opposé en Ethiopie LESTER observe 31 cas de tuberculoses péritonéales chez des hommes contre 17 cas chez des femmes (18).

En comparaison avec l'Afrique il faut souligner qu'en Inde BHANSALI, observe autant de cas chez l'homme que chez la femme (4) et qu'en Iran BORHAMANESH observe 28 cas de tuberculose péritonéale chez des femmes contre 11 chez des hommes (5).

En conclusion la tuberculose péritonéale est soit de fréquence égale dans les 2 sexes, soit nettement prédominante chez la femme (Afrique du Nord, Iran, Nigéria). Il n'est pas noté de prédominance chez l'homme en dehors de services spécialisés européens accueillant préférentiellement des hommes, travailleurs immigrés. Par contre la prédominance dans les milieux économiquement les moins favorisés est signalée par tous les auteurs.

6. REPARTITION GEOGRAPHIQUE

Elle correspond en fait à la zone d'endémie de la tuberculose, c'est à dire aux pays tropicaux les moins développés et à l'Afrique du Nord. Les cas observés dans l'hémisphère Nord sont surtout ceux de travailleurs immigrés en Europe et des Noirs Américains aux Etats Unis (8-27).

CHAPITRE III

NOTRE ETUDE

I. MATERIELS ET METHODES

Notre étude a porté sur 30 malades hospitalisés dans les services de médecine et de pneumophtisiologie de l'Hôpital du Point-"G" de Bamako.

Nous avons fait une étude retrospective des dossiers de 1979 à 1986 et prospective à partir de Septembre 1986 jusqu'en Septembre 1987.

Le recueil des données n'a pas été aisé pour deux raisons :

- difficulté de récupération des anciens dossiers
- dossiers non exploitables car incomplets.

Néanmoins nous pensons que le nombre de dossiers recueilli est suffisamment représentatif et exploitable bien que de nombreux cas n'aient pas été incorporés dans notre étude pour les deux raisons sus-citées.

Nous avons inclu dans notre étude tous les malades sans distinction de race, de sexe ou d'âge présentant au minimum des signes cliniques d'imprégnation bacillaire et chez lesquels des granulations abdominales (péritonéales et/ou hépatospléniques) ont été observées en laparoscopie. L'existence d'une intradermoréaction positive à la tuberculine, d'un autre foyer tuberculeux prouvé, d'une notion de contagé et surtout de granulomes tuberculeux à la biopsie ont été des critères supplémentaires pour la sélection de ces cas de tuberculose hépatique, splénique ou péritonéale.

Les recherches de BK au niveau des prélèvements abdominaux et les cultures sur milieu de Loewenstein n'ont pas été possibles pour des raisons techniques. Cette carence limite donc le diagnostic à des critères cliniques, biologiques et anatomopathologiques.

Ont été exclus les malades présentant des granulations abdominales et des granulomes histologiques correspondant à une autre étiologie que la tuberculose (cancer, bilharziose). Chaque malade a bénéficié d'une observation dès son admission à l'hôpital.

Une fiche d'enquête a été utilisée pour chaque malade (redigée d'après des dossiers d'hospitalisé pour les malades pris retrospectivement).

Les examens biologiques ont été pratiqués au laboratoire de biologie de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie de Bamako (ENMP) et au laboratoire de biologie de l'Hôpital du Point-"G".

Les laparoscopies ont été effectuées dans le service de médecine interne de l'Hôpital du Point-"G", sous anesthésie locale; des biopsies sont pratiquées à la pince sous contrôle de la vue préférentiellement au niveau des lésions suspectes du foie et du péritoine. Les examens anatomopathologiques ont été pratiqués à l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées à Marseille (Professeur J.J. FLOCH).

Les fiches d'enquête, outre ces examens, comportent un relevé du statut social et administratif des malades, des résultats de l'examen clinique, la nature du traitement et l'évolution de la maladie (voir le modèle de fiche d'enquête en annexe).

II. RESULTATS

1. 30 malades répondent aux critères d'inclusion retenus.

2. Données socio-démographiques concernant les malades

A. Répartition des granulomatoses abdominales selon l'âge

(Tableau I)

Les enfants sont exceptionnellement hospitalisés dans les services qui ont servi de lieu à notre enquête. Ceci explique probablement que notre échantillon ne comporte aucun enfant de la tranche d'âge de 0 à 10 ans. Ce qui est surtout caractéristique de cette répartition selon l'âge, c'est la nette prédominance des granulomatoses abdominales chez les sujets jeunes.

En effet plus de la moitié des malades se situe dans la tranche d'âge de 11 à 40 ans soit 63,34% du total; 30% ont un âge compris entre 11 et 20 ans.

D'une manière générale on peut dire que la fréquence des granulomatoses abdominales diminue au fur et à mesure que l'âge avance. Cependant deux pics de fréquence selon l'âge dominant ce tableau. Le pic le plus élevé se situe entre 11 et 20 ans (30%) puis un pic se situe entre 41 et 50 ans (26,67%)

- Répartition des localisations selon l'âge

Selon le tableau I la localisation hépatique est la plus fréquente chez les sujets jeunes, elle représente 55,55% de toutes les localisations de la tranche d'âge de 11 à 20 ans ; ensuite vient la localisation péritonéale avec une fréquence de 44,44% dans la même tranche d'âge 11-20 ans ; mais aucune autre localisation ne se voit dans cette tranche d'âge.

Dans la tranche d'âge 21-30 ans la localisation péritonéale est la plus fréquente soit 40% de toutes les localisations dans cette tranche d'âge. Les localisations hépatiques ou spléniques et hépatospléniques ont la même répartition.

**TABIEAU I : Répartition des granulomatoses abdominales
selon l'âge et les localisations.**

Localisations	0-10 ans		11-20ans		21-30 ans		31-40 ans		41-50 ans		51-60 ans		au-delà de 60 ans		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Hépatiques			5	16,67	1	3,33	-	-	1	3,33	1	3,33	1	3,33	9	30
Spléniques					1	3,33	-	-	1	3,33	-	-	-	-	2	6,67
Péritonéales			4	13,33	2	6,67	3	10	2	6,67	-	-	-	-	11	36,67
Hépatospléniques					1	3,33	-	-	1	3,33	-	-	-	-	2	6,67
Hépatopéritonéales					-	-	2	6,67	2	6,67	1	3,33	-	-	5	16,67
Péritonéospléniques					-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Association hépatique, splénique, péritonéale					-	-	-	-	1	3,33	-	-	-	-	1	3,33
Total			9	30	5	16,67	5	16,67	8	26,67	2	6,67	1	3,33	30	100

Dans la tranche d'âge 31-40 ans la localisation péritonéale est la plus fréquente soit 60% des localisations, puis viennent les localisations hépatopéritonéales (40% des cas).

Dans la tranche d'âge 41-50 ans on observe une même répartition des localisations péritonéales et hépatopéritonéales soit 25%, les autres localisations ont la même fréquence de répartition (12,5%).

Dans la tranche d'âge 51-60 ans seules sont rencontrées les localisations hépatiques et hépatopéritonéales avec la même fréquence de répartition (50% chacune).

Au delà de 60 ans un seul cas de localisation a été rencontré, il s'agit d'une localisation hépatique.

B. Répartition selon le sexe (Tableau II)

A la lecture de ce tableau nous avons globalement enregistré 56% d'hommes contre 44% de femmes. La fréquence paraît donc plus importante chez l'homme, mais la petitesse de notre échantillon ne permet pas de mesurer significativement cette différence.

- Répartition des localisations selon le sexe

Dans le sexe féminin on observe une prédominance de la localisation péritonéale: 38,46% de toutes les localisations, puis viennent les localisations hépatiques (30,76%), les localisations hépatospléniques (15,40%) puis une répartition égale des localisations spléniques et hépatopéritonéales (7,69%).

Dans le sexe masculin on observe à peu près la même répartition. Par ordre décroissant on remarque : les localisations péritonéales (35,30%), les localisations hépatiques (29,41%), les localisations hépatopéritonéales (23,52%) et une répartition égale des autres localisations (5,90% chacune).

TABLEAU II : Répartition des granulomatoses abdominales selon le sexe et les localisations

Localisations	Sexe		Rémunin		Masculin		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Hépatique	4	13,33%	5	16,67%	9	30%		
Splénique	1	3,33%	1	3,33%	2	6,67%		
Péritonéale	5	16,67%	6	20%	11	36,67%		
Hépatosplénique	2	6,67%	0		2	6,67%		
Hépatopéritonéale	1	3,33%	4	13,33%	5	16,67%		
Péritonéosplénique	-		-		-			
Association hépatique péritonéale splénique	-		1	3,33%	1	3,33%		
Total	13	43,33%	17	56%	30	100%		

C. Répartition selon les ethnies (Tableau III)

Dans cette étude nous observons un grand nombre de bambaras (33,33%), puis des sarakolés (20%), viennent ensuite les autres groupes ethniques (13,33%), les peulhs, les miniankas et les malinkés (10%) et enfin les sénoufos (3,33%).

Cette répartition correspond en fait à celle des différentes ethnies dans la population générale d'hospitalisés.

- Répartition des localisations au sein des ethnies

Chez les bambaras la localisation péritonéale est la plus fréquente soit 4/10 du nombre total des cas chez les bambaras, puis vient la localisation hépatopéritonéale (3/10), ensuite la localisation hépatique (2/10) et enfin la localisation splénique.

Chez les peulhs on observe une répartition égale de toutes les localisations rencontrées soit 1/3 pour chaque localisation.

Chez les malinkés on observe aussi une répartition égale des localisations rencontrées soit 1/3 pour chacune.

Chez les sarakolés on observe la prédominance de la localisation péritonéale (3/6), puis la localisation hépatique (2/6), ensuite la localisation splénique (1/6).

Chez les miniankas on n'observe que la localisation péritonéale (3 cas).

Chez les sénoufos seule a été rencontrée une localisation hépatosplénique.

Chez les autres groupes ethniques, on observe dans l'ordre décroissant la localisation hépatique (3/4), puis la localisation hépatopéritonéale (1/4).

**TABLEAU III : Répartition des granulomatoses abdominales
selon les ethnies**

Ethnies Localisations	Bambara	Peulh	Malinké	Sarakolé	Minianka	Sénoufo	Autres	Total
Hépatiques	2 6,67%	1 3,33%	1 3,33%	2 6,67%	-	-	3 10%	9 30%
Spléniques	1 3,33%	-	-	1 3,33%	-	-	-	2 6,67%
Péritonéales	4 13,33%	1 3,33%	-	3 10%	3 10%	-	-	11 43,33%
Hépatospléniques	-	1 3,33%	-	-	-	1 3,33%	-	2 6,67%
Hépatopéritonéales	3 10%	-	1 3,33%	-	-	-	1 3,33%	5 16,67%
Péritonéospléniques	-	-	-	-	-	-	-	-
Association hépatique, splénique, péritonéale	-	-	1 3,33%	-	-	-	-	1 3,33%
Total	10 33,33%	3 10%	3 10%	6 20%	3 10%	1 3,33%	4 13,33%	30 100%

D. Répartition en fonction des catégories socio-professionnelles
(Tableau IV)

Dans ce tableau l'affection prédomine surtout chez les ménagères (33,33%), ensuite viennent les employés de bureau, les étudiants et les écoliers (30%), les cultivateurs et les bergers (20%), les ouvriers (6,67%) puis les autres catégories socio-professionnelles.

D'une manière générale, les cultivateurs, les bergers et les ménagères qui semblent être la couche la plus démunie selon leur catégorie socio-professionnelle occupent le pic dominant dans ce tableau (53,33%).

La prédominance chez les ménagères s'explique aussi fort bien par le fait que la tuberculose péritonéale est classiquement plus fréquente chez les femmes pour des raisons non expliquées.

- Localisation selon les catégories professionnelles

Sur le tableau IV on remarque :

. Chez les ménagères la prédominance nette des localisations hépatiques (4/10 de l'ensemble des localisations) puis viennent les localisations péritonéales et hépatospléniques avec 2/10 pour chaque localisation, une répartition égale des localisations spléniques et hépatopéritonéales (1/10 pour chaque localisation).

. Chez les cultivateurs et bergers une répartition égale des localisations hépatiques et péritonéales soit 2/6 pour chaque localisation, puis viennent les localisations hépatopéritonéales et spléniques avec la même répartition de fréquence (1/6 pour chaque localisation).

. Chez les ouvriers la même répartition des localisations hépatiques et l'association des 3 localisations a été observée (1/2 pour chaque localisation).

TABLEAU IV : Répartition des granulomatoses abdominales en fonction des catégories socio-professionnelles et des localisations

Localisation \ Profession	Cultivateurs Bergers	Ménagères	Ouvriers	Employés de Bureau Etudiant Scolaire	Cadres Supérieurs	Commerçants	Professions non spécialisées	Total
Hépatique	2 6,67%	4 13,33%	1 3,33%	2 6,67%	-	-	-	9 30%
Splénique	1 3,33%	1 3,33%	-	-	-	-	-	2 6,67%
Péritonéale	2 6,67%	2 6,67%	-	6 33,33%	-	-	1 3,33%	11 43,33%
Hépatosplénique	-	2 6,67%	-	-	-	-	-	2 6,67%
Hépatopéritonéale	1 3,33%	1 3,33%	-	1 3,33%	1 3,33%	1 3,33%	-	5 16,67%
Péritonéosplénique	-	-	-	-	-	-	-	-
Association hépatique, splénique, péritonéale	-	-	1 3,33%	-	-	-	-	1 3,33%
Total	6 20%	10 33,33%	2 6,67%	9 30%	1 3,33%	1 3,33%	1 3,33%	30 100%

. Chez les employés de bureau, les étudiants et écoliers, la localisation péritonéale est la plus fréquente soit 6/9 des localisations, puis vient la localisation hépatique (2/6) et enfin la localisation hépatopéritonéale (1/9).

. Chez les cadres supérieurs la seule localisation est hépatopéritonéale.

. Chez les commerçants on observe la même localisation hépatopéritonéale.

. Chez les autres catégories socio-professionnelles un cas de localisation péritonéale est signalé.

3. Les données cliniques

Nos malades présentent les symptômes suivants au cours de leur hospitalisation.

A. Signes cliniques (Tableau V)

a. Amaigrissement : c'est le signe le plus constant. Sur les 30 malades, 26 présentaient ce signe soit 86,67% de nos patients. Il constitue un bon critère d'évolution mais difficile à manier car la presque totalité des malades méconnaissaient leur poids antérieur, ce qui rend difficile son utilisation. La méconnaissance de la taille chez la plupart de nos malades nous limite dans le calcul du poids idéal.

b. La fièvre : ce signe a été observé chez la plupart des malades au cours de l'interrogatoire, il a été retrouvé chez 23 malades sur 30. C'est un signe difficile à vérifier car on se rend compte que ces malades ne prennent pas leur température avant leur hospitalisation. Il a été retrouvé une fièvre dans 76,67% des cas. Parmi les 23 malades, 8 présentaient une fébricule avec une température comprise entre 37°8C et 37°9C et 5 malades présentaient une fièvre avec une température de 38°5C à 39°C.

c. Douleurs abdominales : elles ont été retrouvées chez 19 de nos malades soit 63,33%. Cette douleur est une douleur à type de crampe abdominale de pesanteur ou de crampe épigastrique. Souvent il s'agit d'une douleur de l'hypochondre droit.

d. Troubles du transit : ils ont été retrouvés chez 21 malades sur 30, soit 70% des cas. Il s'agit :

- de diarrhées (10 cas). C'est une diarrhée le plus souvent liquidienne ou dysentérieforme, rarement sanguinolente sauf dans un seul cas. Ce signe est présent chez 33,33% des malades et représente 47,61% des troubles du transit.

- Vomissements : ils ont été retrouvés chez 6 malades soit 20% des malades, ce signe représente 28,57% des troubles

du transit. Il s'agit d'un vomissement alimentaire le plus souvent post prandial.

- Constipation : 5 cas de constipation ont été notés soit chez 16,67% des malades. Elle représente 30,28% des troubles du transit.

e. Météorisme abdominal : cette notion a été retrouvée chez 10 malades soit 33,33% des cas. Il s'agit d'une augmentation du volume de l'abdomen : le plus souvent à la percussion on trouve une matité hydrique, ou un tympanisme faisant évoquer un syndrome subocclusif.

f. Autres signes : en dehors des signes sus cités, nos malades présentaient d'autres signes d'inégales valeurs. Il s'agissait des signes fonctionnels à type de céphalées, d'épistaxis, de nausées ou de vertiges, ou de signes généraux à type d'anorexie, mais aussi des gargouillements abdominaux.

TABLEAU V : Répartition selon les signes fonctionnels

Signes	Nombre	Fréquence
Amalgissement	26	86,67%
Autres signes	25	83,33%
Fièvre au long cours	23	76,67%
Douleurs abdominales	19	63,33%
Météorisme	15	50%
Diarrhée	10	33,33%
Vomissements	6	20%
Constipation	5	16,67%

B. Signes physiques (Tableau VI)

a. Ascite : elle est de loin le signe physique le plus fréquent. Sur les 30 malades, 21 présentent une ascite soit 70% des cas. Parmi ces ascites, 19 sont de découvertes cliniques et 2 cas ont été retrouvés par la laparoscopie. Il s'agit le plus souvent d'ascite de couleur jaune citrin. Au cours de cette étude un cas d'ascite hémorragique et un cas d'ascite purulente ont été notés.

b. Hépatomégalie : elle a été retrouvée chez 16 malades sur 30 soit 53,33% des cas. Il s'agit le plus souvent d'hépatomégalie à surface lisse, indolore à bord inférieur mousse, de consistance ferme, mais aussi une hépatomégalie douloureuse à surface lisse et bord inférieur tranchant (2 cas), d'hépatomégalie douloureuse dure (2 cas), mais aussi un cas d'hépatomégalie à surface nodulaire a été retrouvé.

Ces hépatomégalies ont fait discuter soit des cirrhoses, soit des mitoses ou des atteintes cardiaques.

c. Splénomégalie : elle a été retrouvée chez 8 malades sur 30, soit 26,66% des cas. Il s'agit le plus souvent de splénomégalies indolores à surface lisse et de consistance ferme. Mais un cas de splénomégalie douloureuse, dure, a été observé. Ces splénomégalies ont une taille variant entre le stade II et le stade V

stade II un cas

stade III 2 cas

stade IV un cas

stade V un cas.

Dans les 3 autres cas la taille n'a pas été précisée.

d. Adénopathies : au cours de l'examen physique de nos malades, elles ont été retrouvées dans 15 cas sur 30, soit 50% de nos malades. La recherche de BK dans ces adénopathies n'a pas été faite. Il s'agit le plus souvent d'adénopathies de petite taille sans caractère particulier en général, mais parfois il s'agit d'adénopathies douloureuses adhérant au plan profond, mais jamais d'adéno-

TABLEAU VI : Signes cliniques

Signes	Nombre	Fréquence
Ascite	21	70%
Hépatomégalie	16	53,33%
Splénomégalie	8	26,67%
Adénopathies	15	50%
Autres	5	16,67%
- OMI	2	6,67%
- RHJ		

pathies suppurées ou nécrotiques.

e. Autres signes physiques

. Oedème des membres inférieurs: Ils ont été observés chez 5 malades soit 16,67%. Ce sont des oedèmes indolores gardant le godet. Ces oedèmes ont fait discuter soit des maladies cardiaques, soit des états de malnutrition.

. Reflux hépatojugulaire, il a été observé chez 2 malades.

. Circulation veineuse collatérale. Elle a été retrouvée chez 2 malades associée à une ascite.

. Le toucher rectal (TR) et le toucher vaginal (TV) ont été normaux dans la plupart des cas.

4. Données laparoscopiques

A. Répartition selon les localisations (Tableau VII)

A la lecture de ce tableau on observe par ordre décroissant la nette prédominance des localisations péritonéales: 11 cas soit 36,67% puis des localisations hépatiques: 9 cas soit 30%, des localisations hépatopéritonéales: 5 cas soit 16,67%, des localisations spléniques et hépatospléniques: 2 cas pour chaque localisation soit 6,67% et enfin un cas où on trouve une atteinte associée hépatique, péritonéale et splénique, soit 3,33%.

B. Répartition selon l'aspect des lésions (Tableau VIII)

Au cours de la laparoscopie différentes lésions ont été observées. Par ordre décroissant on observe :

. des granulations qui ont été observées chez 21 malades soit 70% des cas

. des adhérences et d'autres anomalies:15 cas soit 50% ont été observées.

Parmi les autres anomalies constatées il s'agit soit des nodules, soit d'hypervascularisation du ligament rond, soit des zones déprimées sur la surface du foie, soit de foie de cholestase ou même de taches blanchâtres sur le péritoine.

Il faut souligner la fréquence des adhérences soit sous forme de "corde de violon" entre le péritoine viscéral et le péritoine pariétal, soit sous forme de dépôt fibrineux sur le péritoine ou les capsules hépatiques et spléniques.

Un aspect de périhépatite voisin du syndrome de Fitz Hugh (chlamydiae) est très souvent observé.

. ascite 46,67% des malades présentaient une ascite dont 2 cas sont de découverte laparoscopique.

. des anomalies de la capsule de Glisson. Elles ont été retrouvées chez 9 malades soit 30% des cas. Il s'agit le plus souvent d'une périhépatite ou d'une capsulite (épaississement).

TABLEAU VII : Répartition selon les localisations observées en laparoscopie

Localisations	Total	Fréquence
Péritonéales	11	36,67%
Hépatiques	9	30%
Hépatopéritonéales	5	16,67%
Spléniques	2	6,67%
Hépatospléniques	2	6,67%
Association hépatique péritonéale et splénique	1	3,33%
Péritonéosplénique	-	-
Total	30	100%

TABLEAU VIII : Aspect des lésions laparoscopiques

Aspect des lésions	Nombre	Fréquence
Granulations	21	70%
Adhérences	15	50%
Autres anomalies	15	50%
Ascite	14	46,67%
Anomalie de la capsule (périhépatite)	9	30%

5. Données histologiques (Tableau IX)

Elles concernent les biopsies du foie (BF) et du péritoine (BP). Ces biopsies ont été faites lors des laparoscopies sous contrôle de la vue à l'aide d'une pince. Elles ont porté sur les lésions suspectes du foie ou du péritoine.

A la lecture du tableau on observe un grand nombre d'aspect de cirrhose (20%) puis des aspects normaux (16,67% des cas), de tuberculose et des aspects d'inflammations non spécifiques (16,67% pour chaque cas) puis on observe une répartition égale de fréquence des granulations hépatiques bilharziennes, des fibroses hépatiques, des granulations péritonéales d'origine bilharzienne, de fibrose portale et d'aspect carcinomateux avec 1,33% pour chaque aspect.

Notons par ailleurs que 20% des patients n'ont pas eu de contrôles histologiques.

On constate donc que si l'aspect clinique, biologique et laparoscopique nous a permis de porter le diagnostic de tuberculose abdominale, l'anatomopathologie est sensiblement différente. Dans la plupart des cas où l'examen anatomopathologique objective des lésions de cirrhose, une évolution favorable sous traitement nous a permis de conclure à l'association de la tuberculose à ces cirrhoses.

TABIEAU IX : Répartition des granulomatoses abdominales
en fonction de l'histologie et des localisations

Histologie / Localisations	Tuberculose	Cirrhose	Inflammation non spécifique	Fibrose hépatique + Bilharziose	Fibrose hépatique	Granulation + Bilharziose	Carcinomes	Normale	Non faite	Total
Hépatiques		4 BP	13,33%	1 BP	3,33%	1 BP	0	3,33%	2	6,67%
Spléniques								3,33%	1	
Péritonéales	4 3BP+1BP	-	6,67%	-	-	1 BP		10%	1	3,33%
Hépatosplénique		1 BP	3,33%							
Hépatopéritonéale	1 BP	1 BP	3,33%				1 BP		1	6,67%
Péritonéosplénique										
Association hépatique, splénique, péritonéale									1	3,33%
Total	5	6	20%	4	13,33%	1	3,33%	1	3,33%	5
	16,67%									6
										20%

BP = Biopsie du foie
BP = Biopsie du péritoine

6 . Données biologiques

a. Recherche de Bacille de Koch (B.K.)

3 seulement de nos malades ont bénéficié de la recherche de BK dans les crachats et elle a été négative dans tous les cas. La recherche de BK dans les liquides d'épanchement n'a été faite que dans un seul cas de liquide d'ascite et s'est avérée négative.

b. Répartition en fonction de l'intradermoréaction (IDR)

(Tableau X)

L'intradermoréaction n'a pas été faite chez 6 de nos malades soit 20% du nombre total des cas.

Par contre 24 malades ont bénéficié de cet examen ; parmi ceux-ci elle est négative dans 14 cas soit 58,33% et positive dans les 10 autres cas soit 41,67%.

Sur les 10 malades à IDR positive : 2 malades ont une IDR positive entre 6 et 10 mm soit 20% des cas d'IDR positive, 1 cas entre 10 et 14 mm soit 10% et 7 malades ont une IDR comprise entre 15 et 20 mm soit 70% des cas.

Selon les localisations le plus grand nombre d'IDR positive se voit surtout dans les localisations péritonéales et hépatopéritonéales, cela dans l'intervalle 15 à 20 mm. Dans l'intervalle 6 à 10 mm seule la localisation péritonéale est concernée (2 cas). Aucune IDR positive n'a été vue dans les localisations hépatiques. Un seul cas d'IDR, positive à 15 mm, a été phlyctenulaire.

TABLEAU X : Répartition en fonction de l'I'DR

IDR	Négative	Positive				Non faite	Total
		6-10 mm	10-14 mm	15-20 mm	20 mm		
Hépatique	7 29,16%				-	2	9
Péritonéale	4 16,67%	2 8,33%		3 12,5%	-	2	11
Splénique	1 4,16%			1 4,16%	-	-	2
Hépatosplénique	2 8,33%			-	-	-	2
Hépatopéritonéale	-			3 12,5%	-	2	5
Péritonéosplénique	-			-	-		-
Association hépatique, splénique, péritonéale	-		1 4,16%	-	-	-	1
Total	14 58,33%	2 8,33%	1 4,16%	7 29,16%	-	6 20%	30

c. La vitesse de sédimentation (VS) (Tableau XI)

Nous avons considéré comme critère biologique d'imprégnation bacillaire une accélération de la VS supérieure ou égale à 70 mm à la première heure.

Cet examen biologique a été effectué chez tous nos malades sauf un.

Il ressort à la lecture de ce tableau que la VS est normale dans 8 cas soit 27,58% et accélérée dans 21 cas soit 72,41% des cas. On constate sur ce tableau également que la VS est supérieure à 100 mm à la première heure dans 10 cas soit 34,48% des cas et supérieure à 120 mm dans 5 cas soit 17,24%.

Selon les localisations on remarque que la VS est plus accélérée dans les localisations hépatiques : 4 cas entre 100-120 mm et 3 cas supérieure à 120 mm. Dans les localisations péritonéales elle est moins accélérée : 3 cas entre 70-100 mm, 2 cas entre 100-120 mm puis une seule fois supérieure à 120 mm.

d. Cytochimie du liquide d'ascite (Tableau XII)

Sur 21 malades ayant une ascite 14 ont eu un examen du liquide.

- Protides: Ils ont été étudiés chez les 14 malades, soit 46,67% du nombre total des cas. Cette étude nous a montré que le taux des protides est inférieur à 50g/l dans 7 cas soit 50% des cas, entre 60 et 70g/l dans 3 cas soit 21,46% et supérieur à 70g/l dans 4 cas soit 28,57%.

Selon les localisations, on constate le plus grand nombre de cas dans la localisation péritonéale où le taux des protides est inférieur à 50g/l (5 cas).

- L'étude de la lymphocytose: Elle a été effectuée chez 8 malades soit 26,67% des cas. Cette étude a permis de constater la proportion des lymphocytes. C'est ainsi qu'on remarque que la lymphocytose varie entre 90% et 100% dans 5 cas, soit 62,5%

TABLEAU XI : Répartition de la vitesse de sédimentation en fonction des localisations

Localisation	VS	0-30 mm	30-60 mm	70-100 mm	100-120 mm	> 120	Total
Hépatique			1	1	4	3	9
Splénique					2		2
Péritonéale		1	3	3	2	1	10+1 non fait
Hépatosplénique				2			2
Hépatopéritonéale		1	1		2	1	5
Péritonéosplénique							-
Association hépatique, péritonéale, splénique		1					1
Total		3 10,34%	5 17,24%	6 20,68%	10 34,48%	5 17,24%	29+1 non fait

TABLEAU XII : Répartition selon la cytochimie du liquide d'ascite

Cytochimie	Protides			Lymphocytes						P N		
	<50g/l	60-70g/l	>70g/l	0-50%	50-60%	60-70%	70-80%	80-90%	90-100%	0-0,01	0,01-005	Au-delà
hépatique	1	2							2		1	
splénique												
péritonéale	5	1	2	2					2		3	
hépatosplénique												
hépatopéritonéale			2					1				
péritonéosplénique												
association hépatique, splénique, péritonéale	1								1		1	1
Total	7	50% 21,42%	3 28,57%	4 25%				2 12,5%	5 62,5%		5 83,33%	1 16,67%

des cas de lymphocytose, dans 2 cas entre 0-50% et dans un seul cas de 80 à 90%.

Cette lymphocytose est surtout élevée dans les localisations péritonéales et hépatiques avec la même fréquence de repartition (25% chacune) et le taux le plus bas se voit dans la localisation péritonéale.

- Les polynucléaires neutrophiles: Ils ont été recherchés dans 6 ponctions et sont normaux avec un taux variant entre 1% et 5% sauf dans un cas où il atteint 10%

e. Répartition en fonction de l'électrophorèse des protides

(Tableau XIII)

Sur les 30 malades, 10 malades ont eu cet examen soit 33,33% des cas. Cette étude nous a montré que :

- dans 2 cas, le taux des protides totaux est inférieur à 60g/l soit 20% des cas ; dans 4 cas il varie entre 60g/l et 75g/l soit 40% des cas et dans les 4 autres cas il est supérieur à 75g/l.

- Dans 5 cas le taux d'albumine est inférieur à 30g/l soit 50% des cas ; il varie entre 30g/l et 45g/l dans 3 cas soit 30% des cas et dans 2 cas supérieur à 45g/l. On constate selon les localisations le plus bas taux dans les localisations hépatiques et hépatopéritonéales (2 cas pour chaque localisation) et le taux le plus élevé dans les localisations hépatospléniques et hépatopéritonéales.

- Dans 5 cas, le taux de Gammaglobuline varie entre 7g/l et 20g/l soit 50% des cas et dans 5 cas il est supérieur à 20g/l. Le taux le plus élevé se voit dans la localisation hépatopéritonéale.

f. Fibroscope oesogastro-duodénale

Sur les 30 malades seuls 6 malades n'ont pas bénéficié de cet examen. Il a été fait soit à la recherche de varices oesophagiennes (VO) soit à la recherche d'autres anomalies oesogastro-duodénales.

TABLEAU XIII : Répartition en fonction de l'électrophorèse des protides

Electrophorèse Localisations	Protides totaux			Albumine			Gammaglobuline		
	< 60g/l	60-75g/l	> 75g/l	< 30g/l	30-45g/l	> 45g/l	< 7g/l	7-20g/l	> 20g/l
Hépatique	1	1		2				2	
Splénique	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Péritonéale	1	1	1	1	2			2	1
Hépatosplénique		1	1		1	1		1	1
Hépatopéritonéale		1	2	2		1			3
Péritonéosplénique									
Association spléni- que, hépatique, péritonéale									
Total	2	4	4	5	3	2		5	5
	20%	40%	40%	50%	30%	20%		50%	50%

Chez les 24 malades ayant subi cet examen soit 80% des cas, il n'a été retrouvé aucun cas de varices oesophagiennes. Par contre dans 4 cas, la fibroscopie a révélé des anomalies de différentes sortes. Il s'agit soit d'une discrète inflammation de la muqueuse gastrique à type d'antrite banale, soit de hernie hiatale associée à une antrite inflammatoire, soit des formations polypôïdes avec ulcère pylorique sans caractère de malignité.

g. Bilan hépatique. Il s'agit du dosage du taux de prothrombine (TP) des transaminases (GOT, GPT), des phosphatases alcalines et de la bilirubine soit conjuguée soit totale.

- Le TP a été fait chez tous les malades, dans 27 cas il a été supérieur ou égal à 60% ; cependant dans 3 cas il a été inférieur à 50%.

- Les phosphatases alcalines : elles ont été faites chez 13 malades soit 43,33% des cas. Dans 3 cas elles ont été supérieures à 92 UI/l et dans 9 cas variables entre 21 et 92 UI/l et une seule fois inférieures à 21 UI/l.

- Bilirubine : elle a été faite chez 25 malades, mais elle n'a pas toujours été précisée s'il s'agit de la bilirubine conjuguée ou totale. Cette précision a tout de même été apportée chez 14 des 25 malades ayant bénéficié de cet examen. Dans les 14 cas le taux de bilirubine total a toujours été normal (inférieur à 17 $\mu\text{mol/l}$) par contre la bilirubine conjuguée était presque dans tous les cas supérieure à 1,7 $\mu\text{mol/l}$ sauf dans 3 cas où elle fut normale.

Dans le cas où la précision n'a pas été faite, elle a toujours été élevée, supérieure à 17 $\mu\text{mol/l}$, parfois même les taux ont excédé 30 $\mu\text{mol/l}$.

- Les transaminases :

. Les GPT: Elles ont été étudiées chez 15 malades et ont été normales dans tous les cas sauf un où le taux a atteint 83 UI/l.

. Les GOT, étudiées dans 10 cas; elles ont été dans la plupart

des cas normales. Mais signalons que dans 3 cas ce taux a été supérieur à la normale, dont dans 2 cas supérieure à 100 UI/l.

- L'alphafoetoprotéine: Elle a été négative dans tous les cas.
- Les AgHbs: Recherchés, ont toujours été négatifs.

h. Bilan hématologique

Il fait parti des examens systématiques du service de médecine interne au cours de l'hospitalisation des malades. Il a été effectuée chez tous les malades sauf un.

Dans la plupart des cas cette étude du bilan hématologique a montré une anémie de type inflammatoire (dans 10 cas) et dans 11 cas le bilan a été normal. Signalons tout de même certaines anomalies qui ont pu être observées :

- 3 cas d'hyperéosinophilie
- 1 cas de polynucléose neutrophile sans hyperleucocytose
- 1 cas de lymphocytose isolée à 71%
- 1 macrocytose isolée
- 1 anémie macrocytaire
- 1 anémie hypochrome macrocytaire.

7. Données radiologiques

a. Graphie pulmonaire. Sur les 30 malades, 11 ont bénéficié d'une graphie pulmonaire soit 36,67% des cas. Chez ces 11 malades il a été observé :

- 2 cas de bacillose pulmonaire radiologique
- 1 cas d'adénopathie hilare gauche mais sans lésion parenchymateuse associée
- 1 cas d'infiltrat hilare gauche ayant fait discuter une bronchopneumopathie
- 1 cas de pneumopathie basale bilatérale
- 1 cas de pleurésie droite avec comblement du cul de sac costo-diaphragmatique
- 1 cas de cardiomégalie importante avec images miliaries aux bases

b. La scopie pulmonaire. Effectuée chez 19 malades, cette scopie ne révèle pas d'anomalies de grande importance. Quelques anomalies ont tout de même été constatées. Dans 7 cas on a retrouvé une anomalie à type d'épaississement hilair, d'accentuation de la trame pulmonaire et de cardiomégalie battante. Dans un seul cas une pleurésie droite a été retrouvée.

c. Autres radiographies. Un malade seulement en plus de la radiographie pulmonaire et de la scopie a eu :

- une radiographie de l'épaule qui a montré une ostéolyse du bord externe et de l'arc postérieur de la côte droite ayant fait discuter soit une métastase, soit une maladie de Kallher ou une tuberculose.
- une radiographie du crâne qui a montré des lacunes multiples de tailles inégales disséminées à l'ensemble de la voûte crânienne.

8. Associations morbides : au cours de notre enquête nous avons observé l'association de certaines maladies aux tuberculoses abdominales.

Ainsi on trouve 5 cas d'atteintes pulmonaires parmi lesquelles

- . 2 cas de tuberculose pulmonaire radiologique
- . 3 cas de pneumopathie dont 2 sont de localisation droite
- . Les images cardiaques anormales sont au nombre de 4. Dans 2 cas, des images de cardiomégalies ayant fait discuter une insuffisance cardiaque globale associée à une maladie mitrale. Une hypertrophie ventriculaire gauche électrique a été trouvée avec un Sokolov à 68 mm, cette cardiomégalie est de cause inconnue.
- . 4 atteintes rénales ont été trouvées dont un cas de néphropathie glomérulaire, une insuffisance rénale, une bilharziose urinaire à S. haematobium. Une infection urinaire a été observée également dont le germe d'origine n'a pas été identifié.
- . 1 cas de syphilis a été révélé par un BW positif
- . 3 cas de typhoïdes ont été observés; confirmés tous par la positivité du sérodiagnostic de Widal.

Les cirrhoses ont surtout été des découvertes histologiques ainsi que les granulations abdominales bilharziennes.

. 1 lyse osseuse de la ceinture scapulaire et de lacunes crâniennes ont été observées chez le même malade ayant fait discuter soit une métastase, soit une maladie de Kahler ou une tuberculose osseuse.

Au total on ne note pas d'associations morbides particulières entre la tuberculose abdominale et une autre pathologie en dehors de l'association tuberculose cirrrose.

9. Traitement - Evolution

Il a été entrepris chez 24 malades sur 30. Le suivi thérapeutique a été possible chez 7 malades qui se sont tous améliorés cliniquement et biologiquement sauf chez un malade qui est décédé. Devant ce cas le traitement antituberculeux a servi de test confirmant le diagnostic. Il faut noter la difficulté que nous avons eu pour suivre des tuberculeux dont le traitement est délivré par un organisme spécialisé et non par les médecins ayant fait le diagnostic.

CHAPITRE IV

DISCUSSION - CONCLUSION

DISCUSSION ET CONCLUSION

A partir de 30 cas repertoriés dans notre étude, il est possible d'identifier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et biologiques des tuberculoses abdominales à Bamako et de les comparer aux données de la littérature.

1. La fréquence est difficile à apprécier étant donné le biais important que représente la sélection hospitalière. Celle-ci est cependant obligatoire puisque la laparoscopie est nécessairement pratiquée à l'hôpital et qu'il est impossible de faire des enquêtes de masse comprenant cet examen.

De 1979 à 1987 30 cas ont été diagnostiqués grâce à la laparoscopie. Il existe probablement un nombre plus important de cas soit méconnus, soit traités avec succès lors de la prescription d'antituberculeux pour une autre localisation. Ainsi en se limitant à des données plus cliniques et biologiques que laparoscopiques CISSE évalue à 19% les tuberculoses abdominales parmi les tuberculoses hospitalisées (7).

Pour CHEVASSUS, au Mali, la tuberculose péritonéale représente 24% des localisations extrapulmonaires, la tuberculose hépatosplénique 11,2% (6).

La fréquence des tuberculoses abdominales est certainement beaucoup plus grande qu'en Europe où elle ne représente que 0,9 pour mille des hospitalisés. Il est vraisemblable que la fréquence au Mali avoisine celle observée à Libreville : 1% des tuberculoses (25) et au Zaïre: 0,8% des tuberculoses (25).

2. Dans notre étude la majorité des cas sont observés avant 50 ans avec un pic de fréquence entre 11 et 20 ans. Cette prédominance chez les sujets jeunes correspond aux données de la littérature en particulier pour l'atteinte péritonéale. En Europe la fréquence maximale est observée entre 20 et 40 ans (21) de même qu'aux Etats Unis (28). En Inde elle est observée entre 30 et 50 ans (4), en Iran la moyenne d'âge est de 21 ans (5). Chez les

transplantés originaires d'Afrique en France la moyenne d'âge est de 30 ans (23). En Afrique Noire elle est de 27 ans (18), au Maroc la fréquence maximale se situe entre 12 et 20 ans chez la femme mais plus tard chez l'homme (24).

3. La fréquence de la tuberculose abdominale est dans notre étude à peu près équivalente chez l'homme et chez la femme compte tenu de la petitesse de l'échantillon. Ceci n'est pas conforme aux données classiques où la fréquence est supérieure chez les femmes. En fait cette prédominance féminine n'est surtout observée qu'en Afrique du Nord (3-20-24) et dans l'étude Nigériane (22). A Djibouti, au Burkina Faso, au Sénégal comme au Mali une proportion égale est observée dans les 2 sexes (15-25). Ce n'est qu'en Ethiopie qu'il a été observée une prédominance de tuberculose abdominale chez l'homme (18).

4. Le biais de sélection que représente l'hospitalisation à l'Hôpital du Point-"G" ne permet pas de déterminer une fréquence plus grande selon les ethnies ou les catégories socio-professionnelles. Rappelons simplement que classiquement les tuberculoses péritonéales sont plus fréquentes en milieu défavorisés, comme la tuberculose en général.

5. Dans le cadre des tuberculoses abdominales, il est surtout observé à Bamako des péritonites tuberculeuses (43,33%) puis des atteintes hépatiques, hépatopéritonéales et hépatospléniques. L'atteinte du péritoine isolée ou associée à une tuberculose viscérale est donc à rechercher systématiquement du fait de sa fréquence. Il faut souligner le faible nombre d'aspects typiques de tuberculose à la biopsie du foie contrairement aux données de la littérature. La prédominance de l'atteinte péritonéale permet de souligner l'intérêt de la laparoscopie au cours des tuberculoses abdominales ; l'aspect endoscopique étant très caractéristique au niveau du péritoine.

6. Cliniquement les principaux signes d'appel sont : l'ascite, les douleurs abdominales, l'altération de l'état général, l'hépatomégalie et la splénomégalie.

Les associations avec des adénopathies périphériques sont les plus fréquentes. Par contre l'association tuberculose abdominale pleurésie n'a été rencontrée qu'une fois. Ce n'est que dans 2 cas que l'atteinte abdominale est associée à une bacillose pulmonaire typique. Il faut donc souligner que les signes d'imprégnation (fièvre, AEG) ont plus de valeur que la découverte d'une tuberculose pulmonaire pour suspecter une atteinte abdominale tuberculeuse.

7. Aucun examen biologique n'est caractéristique de la tuberculose abdominale en dehors de l'analyse du liquide d'ascite. Le syndrome inflammatoire, l'IDR, la NFS et le bilan hépatique ne sont que des examens d'orientation.

La recherche de BK n'a jamais pratiquement été possible dans notre étude pour des raisons techniques. La recherche de BK au direct et la culture sur milieu de Lowenstein mériteraient cependant d'être développées. Elles se sont montrées positives dans 2 cas à propos de 20 tuberculoses péritonéales pour Pieron (23), dans 2 cas sur 16 pour Etienne (14), dans 1 cas sur 8 pour Coulaud (9), dans 2 cas sur 20 pour Nenna (21), dans 13 cas sur 100 pour Sochocky (28) et dans 5 cas sur 77 pour Gendron (15). Il faut signaler que dans la majorité des cas le BK n'est pas observé à l'examen direct du liquide d'ascite, mais après culture et inoculation au cobaye.

L'intradermoréaction à la tuberculine n'a été positive que dans moins de la moitié des cas.

Pour Etienne l'IDR est positive dans ses 50 cas de tuberculoses péritonéales, mais dans 7 cas elle ne l'a été qu'avec 50 Unités de tuberculine (13).

Une positivité de l'IDR dans tous les cas est aussi signalé par Borhanmanesh en Iran (5) ou Coulaud à Paris (9), mais Reynaud au Maroc observe des réactions négatives dans 2 cas sur 30 (24), Lester en Ethiopie dans 11 cas sur 48 (18) et Nenna chez les immigrés en France dans 4 cas sur 20 (21).

La négativité de l'IDR n'élimine donc pas le diagnostic de tuberculose abdominale en particulier en Afrique où l'état de malnutrition est important chez ces malades.

8. La laparoscopie est l'examen capital, elle permet "de visu" le diagnostic de péritonite tuberculeuse et la pratique d'une biopsie du foie pour le diagnostic de tuberculose hépatique. Au niveau du péritoine deux aspects principaux ont été observés : des granulations et des adhérences. Les granulations péritonéales miliaires sont signalées par tous les auteurs comme étant le principal symptôme (1-13-14-15-16-21-23-24). Nous les avons observées dans 70% des cas de tuberculoses abdominales. Nous n'avons pas, en revanche, observé de macronodules pseudocarcinomateux comme le signale Nenna (21) ou Aubry (1). Il faut souligner la grande fréquence des adhérences péritonéales ou péritonéoviscérales (dans 50% des cas). Cette prolifération fibrineuse est pour nous presque aussi caractéristique que les granulations miliaires. Elle a été observée par de nombreux auteurs comme Miniconi (70% des cas) (20) ou par Gendron dans 45,2% des cas de péritonites tuberculeuses (15-16). Par contre nous n'avons pas observé de congestion vasculaire comme le signale Gendron (15-16), mais une fréquence élevée de capsulite avec épaissement de la capsule de Glisson du foie a été observée (30% des cas).

Histologiquement il faut souligner la fréquence association tuberculose abdominale cirrhose (6 cas sur 30). Cette observation est à rapprocher de celle de Gendron (7 cas sur 51) (15-16). Cette association fréquente permet de postuler que la cirrhose du foie est un facteur favorisant de la tuberculose péritonéale. Par contre l'histologie hépatique n'a montré de lésions tuberculeuses que dans 5 cas. (La PBH a été pratiquée dans 21 cas). Alors que pour Gendron et Peguini des lésions histologiques sont observées dans

30% des cas de tuberculose péritonéale (16).

9. Les difficultés pour suivre l'évolution des malades traités déjà évoquées précédemment, ne permettent pas de juger de l'efficacité du traitement et du pronostic vital de ces 30 cas de tuberculoses abdominales.

En conclusion. L'étude de ces cas à Bamako nous permet de souligner la nécessité d'évoquer une tuberculose abdominale devant :

des douleurs abdominales ou une cirrhose chez l'homme ou la femme jeune. Ces signes doivent mener à une laparoscopie, examen le plus performant pour le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

Des travaux complémentaires restent cependant nécessaires pour juger de la fréquence d'autres localisations tuberculeuses abdominales probablement fréquentes et jusqu'ici peu reconnues en particulier les localisations ganglionnaires abdominales et les localisations intestinales.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AUBRY P., CAPDEVIELLE P., GENDRON Y.
La tuberculose péritonéale en Afrique
Méd. Trop. 1979, 39, 166-171.
2. BAGAYOGO D.
Etude critique de l'activité d'un service de Médecine Interne
à Bamako
Thèse de Doctorat en Médecine Bamako 1983.
3. BEN KALFAT F., ZIAREK S., CHLAP Z., DEDOUCHE M., ZOUBIR Y.
Péritonites tuberculeuses. A propos de 50 biopsies préopératoires
Tunis. Méd., 1973, 51, 213-216.
4. BHANSALI S.K.
Abdominal Tuberculosis
Am. J. Gastroenterol. 1977, 67, 324-337.
5. BORHANMANESH F., HEKMAT K., VAEZZADEH K., REZAL H.R.
Tuberculous peritonitis : prospective study of 32 cases in
Iran.
Ann. Intern. Med., 1972, 76, 567-571.
6. CHEVASSUS-GRANIER C.
Les tuberculoses extrapulmonaires à Bamako (République du Mali)
A propos de 89 malades dépistés en un an.
Thèse de Doctorat en Médecine Lyon 1979.
7. CISSE A.
Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la tuberculose en
médecine interne à l'Hôpital du Point-"G".
A propos de 160 cas
Thèse de Doctorat en Médecine Bamako 1985.
8. COOK G.C.
Tropical gastroenterology
Oxford University press ed.
Oxford 1980.

9. COULAUD J.P., LAROUZE B., PASTICIER A., SAIMOT G., PAYET M.
La tuberculose péritonéale de l'Africain transplanté
Bull. Soc. Path. Exot., 1974, 67, 247-252.
10. COULIBALY C.O.
Contribution à l'étude des ascites à Bamako
Thèse de Doctorat en Médecine Bamako 1979.
11. COULIBALY-DIABATE K.
Les tuberculoses extrapulmonaires à Bamako
A propos de 148 cas dépistés en deux ans
Thèse de Doctorat en Médecine bamako 1979.
12. ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
Evaluation sanitaire des cercles Kéniéba, Bafoulabé et Kita
(Mali 1981)
Projet de développement sanitaire Banque Mondiale (IDA P108
Mali).
13. ETIENNE J.P., CHAPUT J.C., TOST B., GUEROULT N.
Les aspects actuels des péritonites tuberculeuses de l'adulte.
Nouv. Presse. Med. 1973, 2, 371-374.
14. ETIENNE J.P., CHRETIEN J., CHRISTOFOROV B.
Les péritonites tuberculeuses de l'adulte
A propos de 35 observations
Sem. Hop. Paris. 1966, 42, 814-820.
15. GENDRON Y., AUBRY P., PEGHINI M.
Les aspects actuels de la tuberculose péritonéale en Afrique.
Med. Trop., 1982, 42, 307-314.
16. GENDRON Y PEGHINI M.
Ponction biopsie hépatique au cours des tuberuloses évolutive
de l'adulte africain à propos de 142 cas.
Med. Trop., 1982, 42, 43-46.

17. GONNELLA J., HUDSON E.K.
Clinical patterns of tuberculosis peritonitis
Arch. Intern. Med., 1966, 117, 164-169.
18. LESTER F.J., TSEGA E.
Tuberculous peritonitis in Ethiopian patients
Trop. Geogr. Med., 1976, 28, 169-174.
19. LEVINE H.
Needle biopsy diagnosis of tuberculous peritonitis
Amer. Rev. Resp. Dis., 1968, 97, 889-893.
20. MINICONI P., SALASC J., BOUREILLE J., SUDUCA P., LANFRANCHI J.
Valeur de la laparoscopie pour le diagnostic et le traitement
de la tuberculose péritonéale de l'adulte
Algérie. Med. 1960, 64, 799-807.
21. NENNA A.D., QUEVAUVILLIERS J., BEMY J.M., REYNAUD DE LAGE C.,
TOUBOU J.
Tuberculose péritonéale de l'adulte. Etude de 20 cas
Ann. Med. Int., 1977, 128, 179-182.
22. ONUIGBO W.I.B.
Tuberculous peritonitis in Nigerian Igbos
Tubercle, 1977, 58, 113-115.
23. PIERON R., LESOBRE B., MAFART Y., BOCCARA H.
Aspects actuels de la tuberculose péritonéale. A propos de
22 cas chez l'adulte
Sem. Hop., Paris, 1980, 56, 107-113.
24. REYNAUD R., MOURID A., BENJAMAA N.
La tuberculose péritonéale en milieu marocain
Med. Trop., 1972, 32, 725-734.

25. SANKALE M., DIOP B., FRAMENT V., ANCELLE J.P.
La tuberculose dans un service de Médecine générale en Afrique Noire.
Sem. Hop. Paris, 1969, 45, 2155-2168.
26. SINGH M.M., BHARGAVA A.N., JAIN K.P.
Tuberculous peritonitis an evaluation of pathogenic mechanism diagnostic procedurs and therapeutic mesures
N. Engl. J. Med. 1969, 281, 1091-1094.
27. SLEISENGER M., FORDTRAN J.
Gastrointestinal Disease (Vol I et II)
W.B. SAUDERS ED.
Philadelphia. London.Toronto. 1973.
28. SOCHOCKY S.
Tuberculous peritonitis. A review of 100 cases
Amer. Rev. Resp. Dis.
1967, 95, 398-401.
29. SY B.
Considérations épidémiologiques et aspects radiocliniques de la tuberculose pulmonaire au Mali
Thèse de Médecine Bamako 1974.
30. THERA M.
Contribution à l'étude des adénopathies au Mali. A propos de 355 cas.
Thèse de Doctorat en Médecine Bamako 1987.
31. WRIGHT R., ALBERTI K., KARAAAN S., MILLWARD-SADLER G.H.
Liver and biliary disease
Saunders ed. London.Philadelphia.Toronto 1979.

A N N E X E

ABREVIATIONS

- OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
- ENMP :	ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie
- K.B.K. :	Kéiniéba, Bafoulabé, Kita
- B.C.G. :	Bacille de Calmette et Guérin
- GOT :	Transaminase glutamo-oxalo-acétique
- GPT :	Transaminase glutamo-pyruvique
- AgHbS :	Antigène Hépatite B de Surface
- I.D.R. :	Intradermo réaction
- V.S. :	Vitesse de sédimentation
- V.O.	Varices oesophagiennes
- N.F.S.	Numération formule sanguine
- T.P. :	Taux de prothrombine
- Alphafoeto :	Alphafoetoprotéine
- Alb. :	Albumine
- γ_1	Alpha 1 Globuline
- γ_2	Alpha 2 Globuline
- O.M.I.	Oedème des membres inférieurs
- β	Beta Globuline
- γ	Gamma Globuline
- T.R. :	Toucher rectal
- T.V. :	Toucher vaginal
- ASP :	Abdomen sans préparation
- BK.	Bacille de Kock
- Anapath :	Anatomopathologie
- Rx. :	Radiographie
- R.H.J.	Réflux hépato-jugulaire

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être 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 se 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.