

# TUBERCULOSE INTESTINALE

SIGNES DIAGNOSTIC TRAITEMENT

Pr M N Gueye

09/02/2023

# OBJECTIFS

1. Définir la tuberculose intestinale
2. Décrire les signes cliniques de la tuberculose intestinale non compliquée à localisation iléo caecale
3. Opposer en 5 points la maladie de Crohn et la tuberculose intestinale
4. Citer 4 anti tuberculeux de première ligne
5. Décrire 2 mesures préventives au cours de la tuberculose intestinale

# PLAN

## **I-GENERALITES**

1. Définition
2. Intérêt
3. Rappel

## **II-SIGNES**

1. Type de description
2. Formes cliniques

## **III- DIAGNOSTIC**

1. Positif
2. Différentiel
3. Étiologique
4. Extension

## **IV- TRAITEMENT**

1. Curatif
2. Préventif

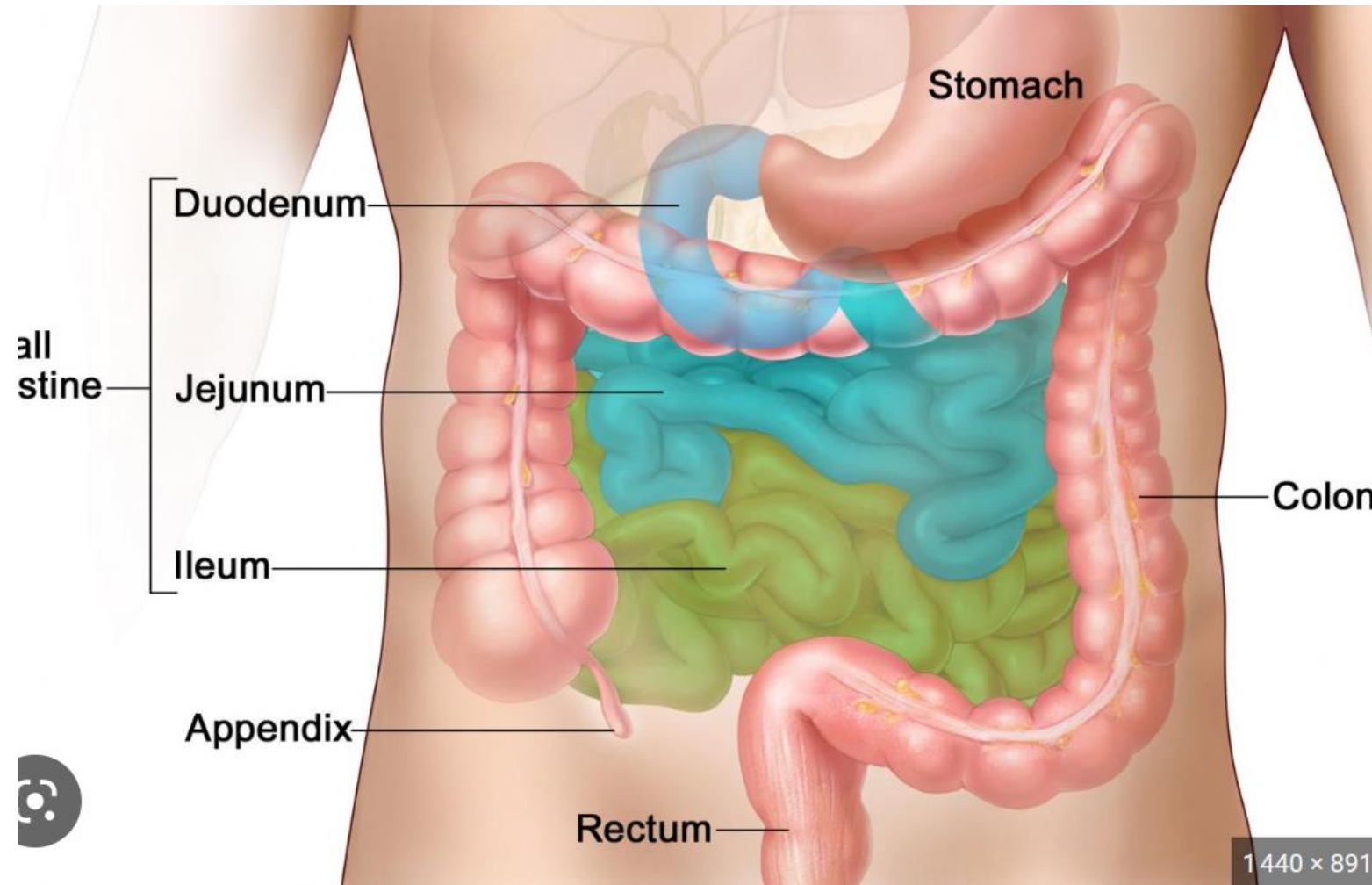
## **CONCLUSION**

# DEFINITION

La tuberculose intestinale est une maladie infectieuse secondaire à la localisation intestinale des mycobactéries du complexe *tuberculosis* regroupant les espèces *Mycobacterium tuberculosis* ou *Bacille de Koch* , *Mycobacterium Bovis* et *Mycobacterium Africanum* qui sont des bacilles acido-alcool résistants .

L'intestin est la partie distale du tube digestif comprenant l'intestin grêle , le colon et le rectum .

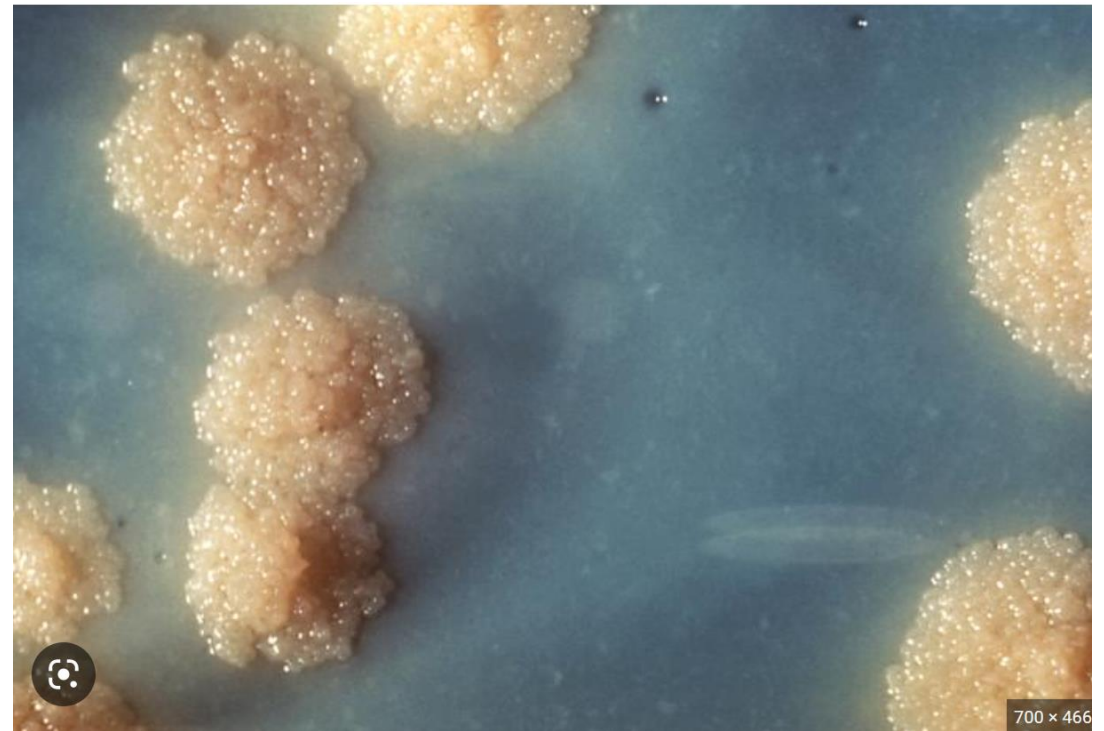
# RAPPEL



# ETIOPATHOGENIE




BK: Coloration de Ziehl-Neelsen



BK: Milieu de Löweinstein-Jensen

# ETIOPATHOGENIE



## TI primitive

**60-70% : survient chez le sujet indemne de lésions TBC**

- Contamination : BK humaine : aliments souillés , lait maternel chez le NRS
- BK bovine : lait non pasteurisé

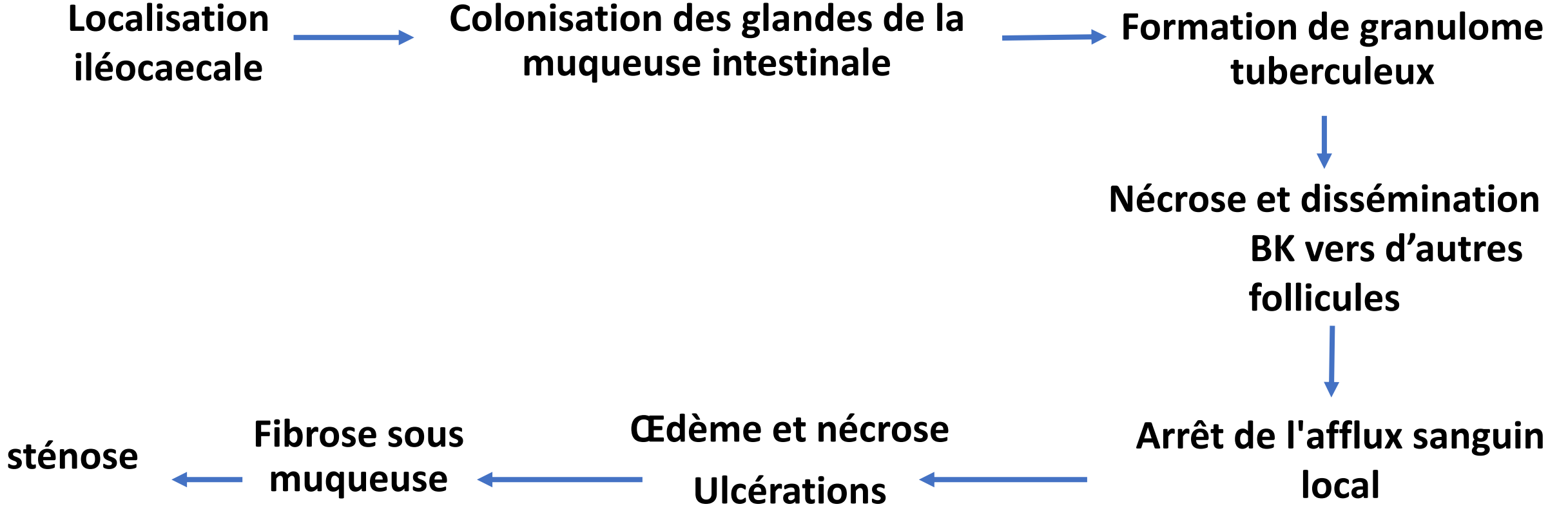


## TI secondaire

**Le germe : BK humain dans la majorité des cas**

- Voie digestive : à partir d'une TP cavitaire avec atteinte laryngée, elle dépend du nombre de BK ingérés;
- Voie hématogène : en cas de miliaire TBC;
- Voie lymphatique : en cas de tuberculose ganglionnaire;
- Voie biliaire : bile riche en BK, TBC péritonéal, génital.

# ETIOPATHOGENIE



**Formes: hypertrophiques, ulcérées, ulcéro-hypertrophique**

# TYPE DE DESCRIPTION

**TUBERCULOSE ILEO-CAECALE NON COMPLIQUEE**

# SIGNES FONCTIONNELS

- Douleurs abdominales
- Syndrome de Köenig
- Diarrhée liquidienne fécale parfois glairo sanglante
- Constipation : fréquente entrecoupée de débâcle diarrhéique
- Nausées , vomissements

# SIGNES GENERAUX

- Fièvre souvent vespero nocturne modérée
- Sueurs nocturnes
- Asthénie
- Anorexie
- Amaigrissement

# SIGNES PHYSIQUES

- Masse fosse iliaque droite : ferme , sensible , mal limitée
- Empatement de la FID
- Sensibilité abdominale diffuse prédominant au niveau de la fosse iliaque droite
- Examen parfois normal

# EXAMENS PARACLINIQUES

- Anémie multifactorielle (inflammatoire, carence en vitamine B12)
- Augmentation CRP
- VS accélérée

# EXAMENS PARACLINIQUES

- IDRt : réaction d'hypersensibilité retardée
  - Détecte un contact antérieur avec une mycobactérie
  - 5UI ( 0,1 ml) injectés par voie intradermique stricte
  - Lecture 72 h plus tard mesure induration en mm
    - Positive sujet non vacciné > 10 mm
    - Positive sujet vacciné > 10 mm infection probable si vaccination < 10 ans
    - Positive sujet immunodéprimé (VIH CD4 < 500 /mm<sup>3</sup>) > 5 mm

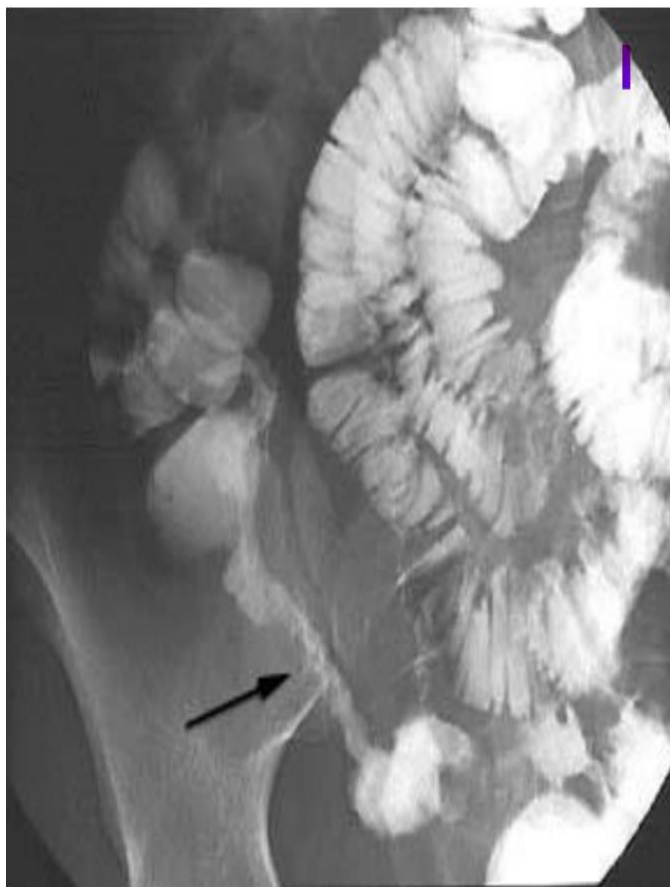
# EXAMENS PARACLINIQUES

- Tests interféron ( ELISpot , Quantiféron )
  - Mesure de la réponse cellulaire T via la production d'IFN gamma spécifiques d'antigènes de *M Tuberculosis*
  - Réalisé sur prélèvement sanguin
  - Non modifié par la vaccination
  - Ne permet pas de différencier TB latente et TB maladie

# TRANSIT DU GRELE



Epaississement du plissement caecal et iléal.  
Hypertrophie des lèvres de la valvule



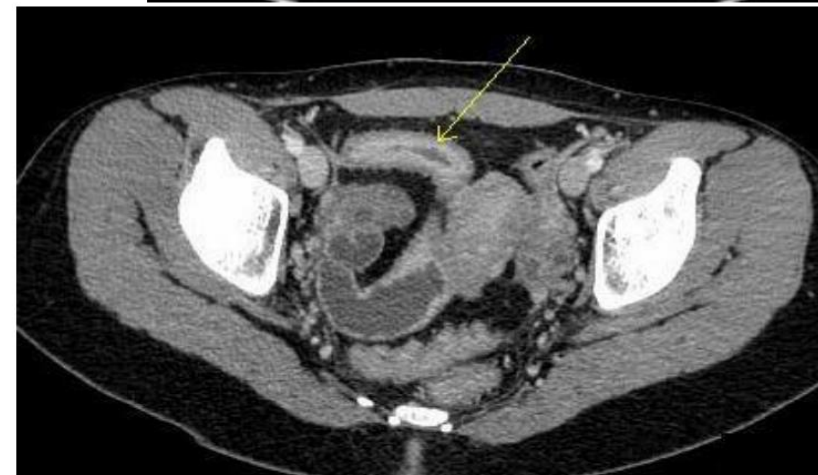
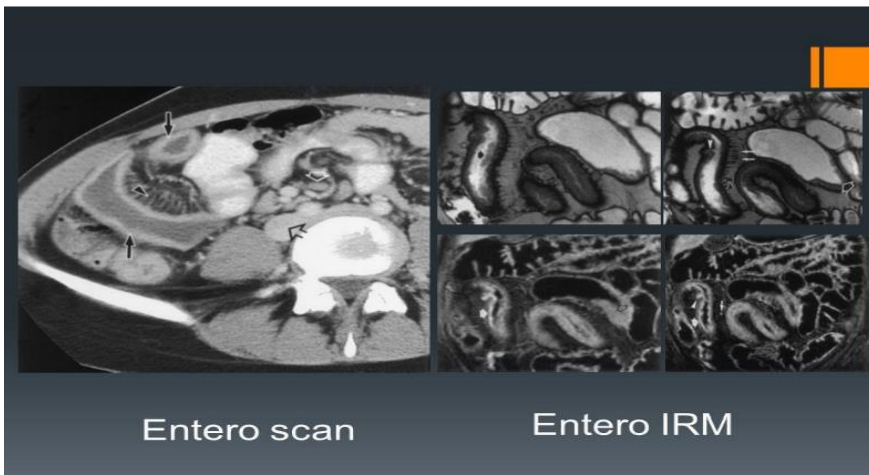
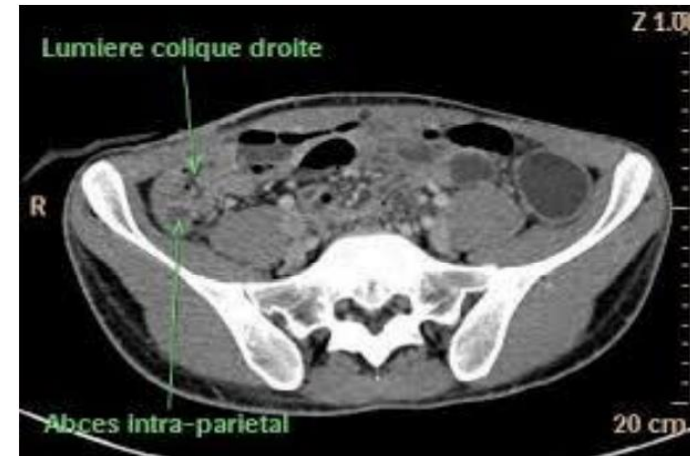
- Rétraction caecale débutante avec incisure en regard de la valvule.



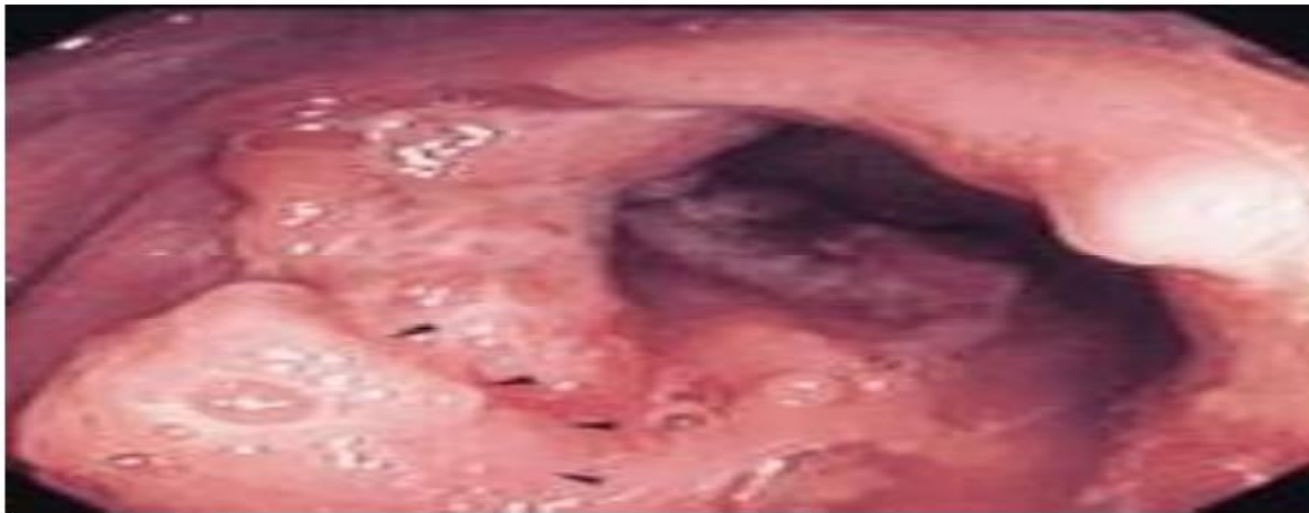
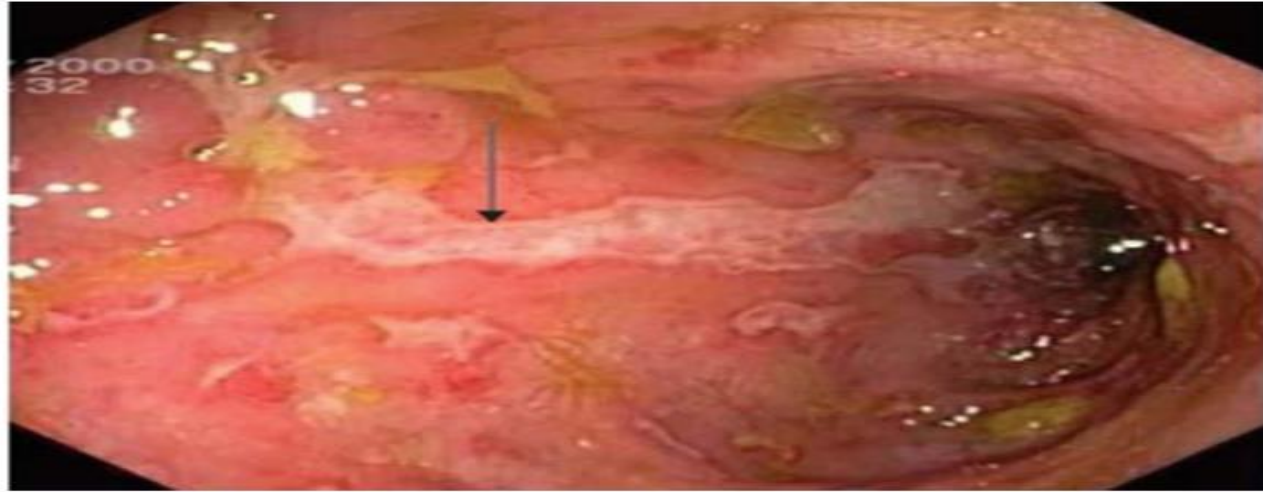
# TDM/IRM

## ***-f- Entéro-scanner et entéro-IRM***

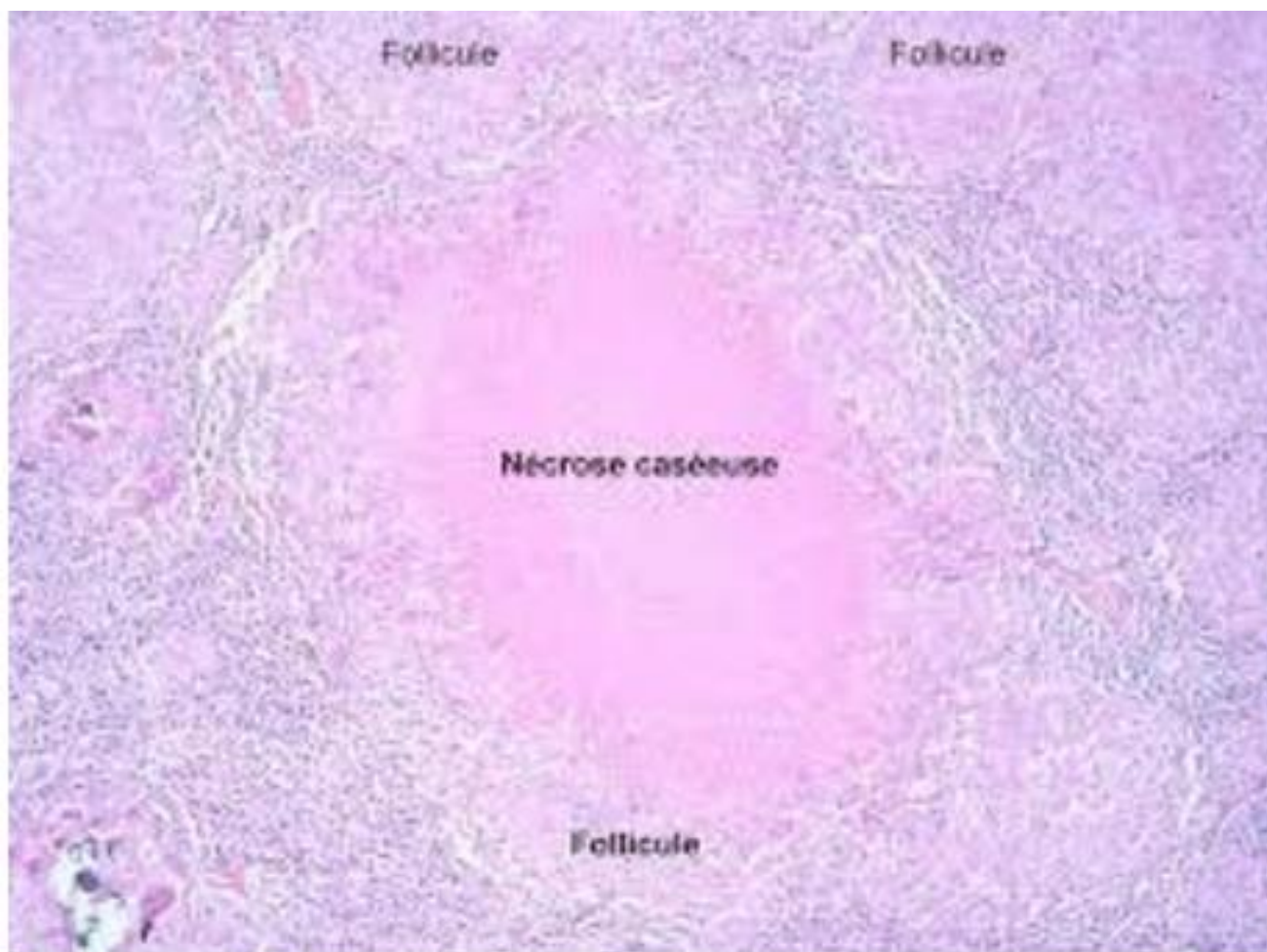
- Combinaison de deux techniques :  
**entéroclyse et scanner hélicoïdal;**
- Patient à jeun depuis 12 h;
- Aucune préparation digestive.



# ILEOCOLOSCOPIE



# HISTOLOGIE



# CULTURE

- Milieux solides Loewenstein Jensen :
  - colonies 3-4 semaines
  - Rugueuses et de couleur jaune crème
- Milieux liquides : 7-10 jours

# PCR

- Diagnostic rapide en 48 heures
- Différencier *M tuberculosis* des autres mycobactéries
- Antibiogramme systématique
- Recherche de résistance aux antituberculeux 1ere et 2<sup>e</sup> ligne

# EVOLUTION

- Éléments de surveillance
  - Cliniques : signes digestifs , signes d'irritation péritonéale , constantes , examen physique complet
  - Paracliniques : NFS , CRP , VS , coloscopie , imagerie
- Modalités évolutives :
  - Favorable sous traitement
  - Défavorable en l'absence de traitement : complications , décès

# FORMES TOPOGRAPHIQUES

# COLON

- deuxième site d'atteinte de tuberculose intestinale
- Clinique: douleurs abdominales, ballonnement , diarrhée
- Coloscopie :
  - ulcères superficielles reposant sur une muqueuse érythémateuse fragile avec une atteinte segmentaire et des intervalles de muqueuse saine
  - pseudopolypes, sténoses annulaires ou lésion bourgeonnante pseudotumorale

# JÉJUNUM

- 3<sup>e</sup> site de tuberculose intestinale
- Douleurs abdominales chroniques siégeant au niveau péri ombilical
- Syndrome de malabsorption
- Syndrome de Koenig
- Entéroscopie à double ballon , vidéocapsule endoscopique
- Enteroscanner , enteroIRM

# DUODÉNUM

- Atteinte rare
- 4e site d'atteinte, rarement isolée
- Clinique : douleurs épigastriques , nausées, vomissements ,dyspepsie
- FOGD : ulcérations , sténose , lésions bourgeonnantes

# RECTUM

- rare
- Clinique : rectorragie
- Endoscopie basse : sténose de longueur variable , ulcérations , formation ulérobourgeonnante
- Complications : fistule recto-vésicale ou recto-urétrale

FORMES COMPLIQUEES

# OCCLUSION

- complication la plus fréquente
- Parfois précédée par une phase de sub occlusion avec syndrome de Koenig
- Douleurs abdominales d'installation brutale , intenses , localisées puis généralisées à tout l'abdomen
- Vomissements alimentaires puis bilieux
- Arrêt des gaz et des matières
- Examen physique : météorisme abdominal
- Imagerie : poser le diagnostic niveaux hydro-aériques

# PERFORATION

- rare
- douleur abdominale en coup de poignard localisée puis diffuse
- Vomissements fréquents alimentaires puis bilieux
- Contracture abdominale : tonique , rigide ,douloureuse ,permanente ,  
invincible
- Imagerie : pneumopéritoine

# AUTRES COMPLICATIONS

- Hémorragie :
  - Souvent minime
  - Rarement hémorragie importante nécessitant transfusion
  
- Fistule

# DIAGNOSTIC POSITIF

**Épidémiologie:** notion de contagé tuberculeux , absence de vaccination ,  
infection VIH/ SIDA , immunodépression

**Clinique :** troubles du transit , douleurs abdominales , signes d'imprégnation  
tuberculeuse , sensibilité abdominale , masse abdominale , empattement FID

**Paraclinique :** orientation : IDRt , Quantiféron , imagerie , endoscopie basse  
certitude : histologie , culture , PCR

**Arguments thérapeutiques**

# MALADIE DE CROHN

Clinique : douleurs abdominales , diarrhée liquidienne , manifestations extra digestives , manifestations ano périnéales

Biologie : augmentation CRP , VS , calprotectine fécale

Imagerie : épaissement pariétal

Iléocoloscopie : atteinte segmentaire avec des intervalles de muqueuse saine , lésions élémentaires ( ulcérations superficielles , en puit , aspect pavimenteux ,pseudo polype , aphtoïdes )

Histologie : atteinte transmurale , granulome sans nécrose caséuse

# CANCER COLORECTAL

Terrain : sujet agé , antécédents personnels et/ou familiaux de CCR

Clinique : Troubles du transit, diarrhée/constipation,

Signes généraux : AEG

Coloscopie : formation tumorale

Histologie : adénocarcinome

# AUTRES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

- Amoebose
- Bilharziose
- Yersiniose
- Lymphome

# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Germe:
  - complexe *Tuberculosis M Tuberculosis , M Africanum , M Bovis*
  - BAAR
  - Aérobie stricte à croissance lente
- Réservoir : Homme
- Contamination : directe (ingestion de lait contaminé ) , indirecte (voie lymphatique , hématogène )
- Terrain: immunodépression , promiscuité , pauvreté , malnutrition , vieillesse

# DIAGNOSTIC DE DISSEMINATION

- Tuberculose pulmonaire :

toux chronique ,hémoptysie , douleurs thoraciques , dyspnée

Rx thorax : opacités réticulo nodulaires siège apical , caverne

Isolement BAAR + culture

- Pleurésie tuberculeuse :

toux , douleur thoracique

Épanchement pleural liquidien riche en protides à prédominance

lymphocytaire

Biopsies pleurale ( histologie + culture )

# DIAGNOSTIC DE DISSEMINATION

- Tuberculose rénale: asymptomatique ,dysurie , leucocyturie aseptique
- Méningite tuberculeuse : syndrome méningé , PL :liquide clair lymphocytaire avec hyperproteïnorrhée et hypoglucorrhée
- Tuberculose péritonéale :
  - Ascite riche en protéines à prédominance lymphocytaire
  - ADA , laparoscopie + biopsies péritonéale ( histologie + culture )
- Localisation ganglionnaire , péricardique , osseuse génitale , oculaire

# BUTS

- Guérir la maladie tuberculeuse
- Eviter la survenue et/ou traiter les complications
- Dépister et traiter les sujets contacts documentés
- Prévenir les rechutes et la sélection de bacilles résistants

# ANTITUBERCULEUX DE PREMIERE LIGNE

	Posologie	Effets secondaires	Contre indications
Isoniazide H	5-10 mg/kg/j	Neuropathies périphériques ,convulsions , hépatites , pellagre , allergie , lupus induit	Insuffisance hépatique sévère , début de grossesse , allergie
Rifampicine R	10-20 mg/kg/j	hépatites , allergie , coloration urines /selles orange ,purpura, troubles digestifs ,inducteur enzymatique	Insuffisance hépatique ,rétention biliaire , porphyries
Pyrazinamide Z	25-35 mg/kg (adulte 2g/j)	Hépatite , arthralgies , hyperuricémie ,troubles digestifs , allergie	hépatopathie
Ethambutol E	20-30 mg /kg /j	NORB, neuropathies périphériques sensibles , allergies	allergies
Streptomycine S	1g/j	Ototoxicité , néphrotoxicité , allergie	Allergie , myasthénie

# ANTITUBERCULEUX DE DEXIEME LIGNE

	Posologie
Amykacine	15 mg/kg/j
Fluoroquinolone Moxifloxacine Levofloxacine	10-20 mg/kg/j
Rifabutine	25-35 mg/kg (adulte 2g/j)
Linézolide	20-30 mg /kg /j

# MOYENS

**Médicamenteux** : vitamine B6 25 mg/j

**Instrumental:**

Endoscopique: dilatation au ballonnet

**Chirurgicaux:**

Résections

Dérivations

Lavage péritonéal

# INDICATIONS

## Bilan pré thérapeutique

- NFS
- Bilan hépatique: ASAT/ALAT, PAL, GGT
- Bilan rénal: créatinémie et uricémie
- Examen ophtalmologique : fond d'œil , champ visuel , vision des couleurs
- Recherche d'une grossesse chez la femme en âge de procréer

# INDICATIONS

TB intestinale maladie :

2RHZE/4RH association fixe 6mois

À jeun

Traitement directement observé

MDR

XDR

Formes compliquées : traitement chirurgical

# SURVEILLANCE

Clinique : ictère , vomissements

Biologique :

NFS

uricémie

Transaminases : J7, J14 ,J30 puis tous les 1 à 2 mois

Examen ophtalmologique

# VACCINATION

- CALMETTE ET GUERIN en 1913 , PEV Sénégal (PNLT 1985)
- Vaccin microbien à bacilles vivants atténués
- Protection contre les formes graves
- Baisse du risque de TB : 80% dans les 10 ans qui suivent la vaccination
- Effets indésirables : micro ulcération au site d'inoculation , adénite suppurée ou bécégites
- Précautions d'emploi : déconseillée pendant la grossesse

# PREVENTION

Isolement

Dépistage entourage

Amélioration conditions sanitaires

# CONCLUSION

- La tuberculose intestinale est pathologie rare parfois insidieuse
- Son expression clinique est polymorphe
- Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments notamment les examens endoscopique du tube digestif avec biopsie et analyse histologique
- Le traitement est médical mais la chirurgie est parfois nécessaire dans les formes compliquées
- L'évolution est généralement favorable sous traitement bien conduit