

LA TUBERCULOSE GASTRO-DUODENALE : ASPECTS CHIRURGICAUX

A.H. EL ALJ, M. HALHAL, Y. NOUINI, A. AMEUR, R. CHKOFF*.

RÉSUMÉ

La tuberculose gastro-duodénale est une affection rare et constitue donc un diagnostic difficile auquel il faut savoir penser.

Notre série reprend 10 cas de cette pathologie en insistant sur la place tenue par la chirurgie tant d'un point de vue diagnostic que thérapeutique.

Mots clés : Tuberculose gastro-duodénale, chirurgie, biopsie, anatomo-pathologie.

SUMMARY

Gastro-duodenal tuberculosis is a rare disease and constitutes a difficult diagnosis on which we must think. Our series is about 10 cases of this pathology in insisting on the place held by surgery in the diagnosis and therapeutic point of view.

INTRODUCTION

Rare mais non exceptionnelle, la tuberculose gastro-duodénale est une affection au diagnostic délicat. Celui-ci est en effet, dans notre série, le plus souvent établi avec certitude après anatomo-pathologie du matériel histologique prélevé par voie chirurgicale.

Notre travail porte sur dix cas d'une pathologie dont la fréquence est peu élevée même considérée dans le cadre des tuberculoses digestives (5). Pour expliquer la rareté de cette atteinte digestive haute, alors même que l'estomac sert d'émonctoire aux sécrétions bronchiques où sévit souvent la bacille tuberculeux, un certain nombre de théories ont été formulées :

- Immunité naturelle peut-être en rapport avec l'existence d'une protéine spécifique.
- Effet protecteur d'une muqueuse gastrique saine.
- Le B.K. est un germe sensible donc facilement détruit dans ce milieu.

* Professeur CHKOFF, Service des urgences, Hôpital Ibn Sina, Rabat, Maroc.

Par contre semblent exclus :

- Un rôle protecteur du suc gastrique (6).
- Une protection due à la vitesse de passage du bol alimentaire au niveau gastro-duodénal.

PHYSIOPATHOLOGIE

De nombreuses théories ont été envisagées pour tenter de définir le mode de contamination :

1. Voie muqueuse

a. endogène : souvent rejetée car malgré les nombreuses conditions pouvant être considérées comme favorisant, déglutition massive de B.K. chez le tuberculeux pulmonaire, fréquence importante des lésions muqueuses gastriques associées à la tuberculose, l'atteinte gastro-duodénale reste rare, en fait cette atteinte pourrait être infra-clinique et une recherche systématique de cette localisation pourrait renforcer cette théorie (9).

b. exogène : faisant intervenir le bacille bovin. Théorie jamais étayée tant cliniquement que de manière expérimentale mais il existe une forte suspicion clinique, épidémiologique et bactériologique (10).

2. Voie hématogène : secondaire à une bactériémie voire une toxémie. La greffe se ferait d'abord au niveau de la sous-muqueuse qui serait donc atteinte avant la muqueuse, l'atteinte lymphatique suivant les précédentes.

3. Voie lymphatique : Cette hypothèse voudrait que l'atteinte gastro-duodénale se fasse à partir de foyers d'adénites qui essaieraient par voie lymphatique rétrograde pour atteindre la paroi gastrique ou duodénale. Cette théorie est séduisante car bien corroborée par l'envahissement lymphatique souvent majeur et disproportionné par rapport à l'atteinte digestive ; cette contamination pourrait même être secondaire par réactivation d'un foyer d'adénite ancien.

Tirés à part : Dr EL ALJ : 27 rue Patrice Lumumba, appt 65, Rabat, MAROC.

MATÉRIEL D'ÉTUDE

Notre série porte sur 10 cas de tuberculose gastro-duodénale colligés parmi quelques 400 interventions sur l'estomac réalisées durant une période de 10 ans.

Le sex-ratio est de 1 (5 hommes, 5 femmes). L'âge des patients est réparti de 18 à 65 ans avec un pic de fréquence dans la 3ème décennie.

Les patients ont tous été admis en service de chirurgie dans un tableau d'atteinte digestive haute évoquant une gêne au passage du bol alimentaire au niveau gastro-duodénal.

4 malades présentaient une affection ou un antécédent pulmonaire. Un patient souffrait en effet d'une tuberculose pulmonaire évolutive, 2 autres présentaient des images radiologiques pathologiques (une scissurite, une infiltration diffuse d'un champ pulmonaire). Le 4ème avait dans ses antécédents une notion d'image pulmonaire mal étiquetée.

2 patients avaient à leur admission une IDR positive.

Une fibroscopie oeso-gastro-duodénale a été réalisée chez 6 patients mais seul 3 d'entre eux ont bénéficié d'une biopsie.

Les 10 patients ont été opérés, dans 2 cas l'intervention a été une simple laparotomie exploratrice avec biopsie, les 8 autres cas ont nécessité un geste thérapeutique : 5 gastrectomies : dans 2 cas le rétablissement a constitué en une gastro-entéro-anastomose type Péan, les autres malades ayant bénéficié d'un Finsterer, 3 dérivations simples.

Tous les patients ont par la suite subi un traitement médical antibacillaire.

COMMENTAIRE

La tuberculose gastro-duodénale est une affection rare, sa fréquence est un peu plus élevée dans notre pays d'endémie tuberculeuse (3, 11).

Notre série regroupe 10 cas répertoriés en 10 ans. Tous les patients avaient été adressés en chirurgie pour des troubles du transit d'origine haute. Le diagnostic d'atteinte bacillaire était à leur admission peu évident bien que certains malades aient présenté dès lors des signes pulmonaires allant de la tuberculose patente à la simple notion d'antécédent de modifications radiologiques pulmonaires sur le téléthorax. Il est toutefois important de noter que la moitié des patients semblaient indemnes de toute pathologie tuberculeuse évolutive ou passée.

Tous ces patients ont été hospitalisés en chirurgie pour sténose gastro-duodénale plus ou moins avancée avec altéra-

tion plus ou moins nette de l'état général. Ils présentaient principalement des vomissements post prandiaux, un clapotage gastrique à jeun et dans certains cas des douleurs épigastriques parfois typiquement ulcéreuses, cette symptomatologie évoquant plus une atteinte ulcéreuse ou néoplasique qu'une tuberculose.

De même la radiologie retenait ces mêmes diagnostics n'évoquant jamais une atteinte bacillaire.

D'un point de vue biologique l'intradermo-réaction à la tuberculine (IDR) n'a été retrouvé que dans deux dossiers, à peine positive dans un cas, supérieure à 6 mm dans l'autre.

La positivité de l'IDR serait de l'ordre de 35% dans la littérature (4, 7).

Une fibroscopie oeso-gastro-duodénale a été réalisée chez 6 malades. L'aspect visuel n'a jamais permis d'évoquer l'origine tuberculeuse mais, comme en radiologie plutôt des aspects malins (en particulier lymphome) ou ulcéreux simples.

La biopsie n'a été réalisée que chez trois patients. Deux fois le diagnostic de tuberculose a été posé, une fois seul un aspect d'inflammation non spécifique a été rapporté, mais, dans ce cas, le diagnostic de lymphome évoqué par le fibroscopiste a été formellement écarté.

Au cours de la laparotomie le diagnostic de tuberculose a été posé sur l'aspect macroscopique des lésions, aspect inflammatoire avec de nombreuses adénopathies (2), tissu fibreux et ferme à tendance élastique contrastant avec le caractère friable du tissu néoplasique, on est de plus frappé par l'absence de métastases locales ou viscérales à distance alors que les lésions apparaissent évoluées. 5 fois sur 8, nous excluons en effet les deux cas où le diagnostic avait été posé en préopératoire.

Il résulte donc de notre série que seul l'étude histologique et la chirurgie ont été des techniques probantes pour le diagnostic des tuberculoses gastro-duodénales.

Formes histologiques

L'examen anatomo-pathologique permet de mettre en évidence 3 formes distinctes :

- Une forme ulcéreuse prédominante dans la sous muqueuse (infiltration lymphocytaire associée à une hypertrophie des amas lymphatiques et présence de lésions folliculaires).

- Une forme hypertrophique avec épaissement pseudo-tumoral siégeant surtout au niveau de la région antro-pylorique. La sous-muqueuse réagit à la présence de follicules tuberculeux par un processus inflammatoire granuleux histio-lympho-plasmocytaire tendant vers une fibroblastose. La muqueuse est souvent exulcérée, quant à la musculature elle est le siège d'une discrète fibrose interstitielle hypertrophique.
- Sept sur dix de nos cas présentaient une forme sténosante mais sans hypertrophie tumorale. Histologiquement il s'agit d'une réaction fibreuse de la sous-muqueuse qui peut envahir la musculature muqueuse et la tunique musculaire. Le pylore est alors rétréci à quelques millimètres. Cette évolution se constitue lentement après une longue période ulcéreuse.

Diagnostic différentiel

Un certain nombre de diagnostic doivent être envisagés. Deux doivent être évoqués de prime abord : le cancer et l'ulcère. Dans ces deux cas le diagnostic de certitude repose sur l'histologie.

D'autres diagnostics sont plus rares, l'iléite de Crohn si elle progresse en amont jusqu'au duodénum, la sarcoïdose avec son contexte clinique et histologique, le phyto ou le tricho Bézoard enfin la rarissime Syphilis gastrique.

Traitement

L'apport de la chimiothérapie antibacillaire a considérablement modifié l'attitude thérapeutique.

Le traitement doit toujours, en effet, comprendre une antibiothérapie spécifique d'autant plus active qu'elle porte sur des formes jeunes encore indemnes de lésions de fibrose.

Le traitement chirurgical résulte de nos jours d'un échec de la prévention et du dépistage précoce de la maladie tuberculeuse. Il est réservé aux formes très évoluées, résistantes au traitement médical ou encore aux complications des formes évoluées telles les sténoses importantes.

Le traitement médical repose sur les drogues antibacillaires de manière générale 3 médicaments dits de première ligne sont associés : streptomycine, izoniazide et pyrazinamide.

Ce traitement s'il est plus efficace dans les formes jeunes est néanmoins nécessaires dans toutes les tuberculoses gastro-duodénales quelque soit leurs formes anatomiques ou cliniques et ce dès que le diagnostic de certitude est porté.

Cette chimiothérapie permet d'ailleurs à elle seule, dans les cas favorables, d'entraîner une guérison de manière parfois si spectaculaire qu'une intervention chirurgicale initialement prévue devient superflue (2). Quand celle-ci est tout de même réalisée l'antibiothérapie pré-opératoire facilite l'acte chirurgical.

Le traitement chirurgical est indiqué dans les conditions précédemment décrite, c'est à dire en cas de lésions très évoluées ou compliquées ou encore en cas d'échec du traitement médical. Il est réalisé en général 2 types d'interventions, les dérivations simples pratiquées en cas d'atteinte duodénale, de lésions inextirpables ou d'altération de l'état général et les gastrectomies. En fait l'attitude chirurgicale dans les atteintes gastro-duodénales des tuberculoses ne diffère en rien de l'attitude locale adoptée dans les autres étiologies de sténoses gastro-duodénales. La chirurgie permet aussi parfois de poser le diagnostic, dont nous avons vu les difficultés, tant par l'aspect macroscopique des lésions que par la possibilité de biopsie qu'elle permet.

Evolution

Dans notre série l'évolution a toujours été favorable mais il n'en demeure pas moins qu'il s'agit là d'une pathologie grave tant par les complications immédiates qu'elle peut entraîner (hémorragie digestive, digestive, (3, 10), fistule (1), compression (8), que par ses séquelles à long terme.

CONCLUSION

La tuberculose gastro-duodénale est une affection peu fréquente dont la physiopathologie est encore mal élucidée. Notre travail porte sur 10 cas de patients ayant tous subi une intervention chirurgicale à but diagnostique ou thérapeutique. Les aspects cliniques et paracliniques trompeurs que revêt la maladie font insister sur la nécessité de preuves bactériologiques ou anatomo-pathologiques.

Un diagnostic médical rapide entraînant par là un traitement anti-bacillaire précoce ou mieux un traitement préventif par la vaccination devrait permettre une baisse du nombre des lésions chirurgicales dans cette pathologie dont l'incidence mondiale actuelle semble en augmentation.

Cette augmentation tient d'une part à un relâchement dans la prévention et dans la lutte contre la tuberculose d'autre part à une recrudescence de cette maladie en tant qu'infection opportuniste dans le cadre des syndromes d'immunodéficience acquise (S.I.D.A.).

BIBLIOGRAPHIE

1. B. ALNAKIB, G.S. JACOB, H. ALLIDAWI, J. COMMEN
Choledocoduodenal fistula due tuberculosis.
Endoscopy, 1982, 14, 64-65.
2. PH. BARBIER.
Tuberculose intestinale.
Encycl. Méd. Chir.
Paris Estomac intestin, 9060 A10, 4.7.12., 1-10.
3. S.K. BHANSALI.
Abdominal tuberculosis : experiences with 300 case.
Am. J. Gastroenterol. 1977, 67, n°4, 324-337.
4. J.M. FINDLAY, V. ADDISONN, D.K. STEVENSON ET A.A. MIRZA.
Tuberculosis of the gastrointestinal tract in Bradford.
1967-1997. J. Royal Soc. Med. 1979, 72, 8, 587-590.
5. T. GLEASON, R.A. PRINZ, E.P. KIRSCH, V. JABLOKOW, H.B. GREENLEE.
Tuberculosis of the duodenum.
Am. J. Gastroenterol. 1979, 72, 1, 36-40.
6. R.J. KASULKE, W.J. ANDERSON, S.K. GUPTA, M.L. GLIEDMAN.
Primaru tuberculous enterocolitis. Report of three cases and review of the
literature.
Arch. Surg. 1981, 116, 1, 110-113.
7. A.L. LAMBBRIANIDES, N. ACKRODYD, B.A. SHOREY.
Abdominal tuberculosis.
Brit. J. Surg. 1980, 67, 12, 887-889.
8. F. MARTINON, R. AUROUSSEAU.
Compression du cholédoque rétro-pancréatique, par masse ganglionnaire
tuberculeuse, responsable d'ictère obstructif.
J. Chir. Paris. 1976, 112, 3, 145-152.
9. J.L. MAUPAS, Y. GEFFROY.
La tuberculose intestinale in. Précis des maladies de l'appareil digestif.
CH. DEBRAY et Y. GEFFROY.
Masson Edit. Paris. 1977, 456-463.
10. J.D. MOSSE et C.M. KNAUER.
Tuberculous enteritis : A report of three patients.
Gastroenterology. 1973, 65, 5, 959-966.
11. M.G. VAIDYA, J.S. SODHI.
Gastrointestinal tract tuberculosis a study of 102 cases including, 55 hemi-
colectomies.
Clin. Radiol. 1978, 29, 2, 189-195.