



Hernie inguinale bilatérale révélatrice d'une tuberculose péritonéale

Bilateral inguinal hernia revelatory of peritoneal tuberculosis

A R RAHERISON ⁽¹⁾, L R C ANDRIAMANARIVO ^{(1)*}, F F RANDRIANARISOA ⁽¹⁾, F A HUNALD ⁽²⁾, M L ANDRIAMANARIVO ⁽²⁾

⁽¹⁾ Service de Chirurgie Pédiatrique, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

⁽²⁾ Faculté de Médecine d'Antananarivo, BP 375, Antananarivo Madagascar

Soumis le 12 septembre 2019

Accepté le 21 octobre 2019

Disponible en ligne le 31 octobre 2019

RESUME

Introduction : La tuberculose péritonéale est de diagnostic difficile. Les signes cliniques, biologiques et radiologiques sont peu spécifiques et l'évolution souvent insidieuse. La coelioscopie est la technique de référence pour voir d'abord les lésions évocatrices faites de granulations blanchâtres diffuses. Elle permet en même temps de faire une biopsie en vue d'un examen anatomopathologique pour confirmer le diagnostic. **Observations :** Nous rapportons une situation exceptionnelle de tuberculose péritonéale découverte lors d'un traitement chirurgical d'une hernie inguinale bilatérale. Il s'agissait d'un cas de hernie inguinale bilatérale de deux ans d'évolution, sans complications particulière. Une inflammation locale contrastant avec l'absence d'étranglement est apparue quelques jours avant la chirurgie. En peropératoire, le crémaster était œdématié et le sac herniaire anormalement épais. L'ouverture du sac a montré l'existence des granulations diffuses. L'examen anatomopathologique de la biopsie du sac était en faveur d'une tuberculose péritonéale. L'évolution était favorable après chimiothérapie antituberculeuse. **Conclusion :** Toute anomalie retrouvée au niveau du sac herniaire doit être l'objet d'une exploration anatomopathologique à visée étiologique.

Mots clés : Ascites - Biopsie péritonéale - Hernie inguinale - Tuberculose péritonéale.

ABSTRACT

Background: Peritoneal tuberculosis is difficult to diagnose. The clinical, biological and radiological signs are not very specific and the evolution is often insidious. Laparoscopy is the gold standard to see the evocative lesions made of diffuse whitish granulations. At the same time, it allows a biopsy for anatomopathological examination to confirm the diagnosis. **Observations:** The case reported concerns an exceptional situation of peritoneal tuberculosis discovered during a bilateral inguinal hernia's a surgical treatment. It was a case of bilateral inguinal hernia of two years old evolution, without particular complications. A local inflammation without strangulation appeared few days before the surgery. Inoperative, the cremaster was oedematous and the hernia sac abnormally thick. Diffuse granulation are noticed, when the bag are opened. The histopathological examination of the bag's biopsy was in favor of peritoneal tuberculosis. The evolution was favorable after antituberculous chemotherapy. **Conclusion:** Any anomaly found at the level of the hernia sac must be explored anatomopathologically for etiological purpose.

Keywords: Ascites - Inguinal hernia - Peritoneal biopsy - Peritoneal tuberculosis.

INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie infectieuse bactérienne, contagieuse, dont l'agent pathogène est le *Mycobacterium tuberculosis*. L'atteinte la plus fréquente est pulmonaire. La localisation abdominale vient au quatrième rang et peut concerner le péritoine, le tube digestif, les ganglions, le foie, la rate et le pancréas [1]. Pour la tuberculose péritonéale, le diagnostic est rendu difficile du fait des signes clinique, radiologique et biologique peu spécifiques [2]. Les signes cliniques les plus rapportés sont la douleur abdominale, l'ascite, la fièvre et l'altération de l'état général de degré variable [3, 4]. L'examen anatomopathologique d'une pièce biopsique péritonéale est l'examen de référence pour poser le diagnostic. Nous rapportons un cas exceptionnel de tuberculose péritonéale révélée par un traitement chirurgical de hernie inguinale bilatérale chez un garçon de 11 ans. Les signes cliniques étaient très pauvres, et le diagnostic a été affirmé par l'examen anatomopathologique du sac herniaire.

OBSERVATION

Un garçon de 11 ans a présenté une hernie inguinale bilatérale depuis environ deux ans, jusque-là sans complication. L'apparition récente d'inflammation et

d'empiement de la région inguinale a motivé les parents à l'amener en consultation chirurgicale. L'interrogatoire a révélé l'existence d'une asthénie inexplicquée depuis trois semaines, des douleurs abdominales diffuses à répétition, peu intenses et une perte de poids d'environ de deux kilos. L'examen clinique de l'abdomen était sans particularité. Le diagnostic de hernie inguinale bilatérale a été confirmé, avec présence d'inflammation inguinale bilatérale contrastant en l'absence de signes cliniques d'étranglement herniaire. Lors de la chirurgie, le crémaster était œdématié et le sac herniaire anormalement épais. L'ouverture du sac a montré des granulations diffuses de la face interne. L'examen anatomopathologique du sac a retrouvé des nécroses caséuses, des cellules géantes de type

Du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant :

Dr. ANDRIAMANARIVO Lala Rita Clarence

Adresse : Service de Chirurgie Pédiatrique
Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy
Andrianavalona, BP 4150 Ampefiloha
101 Antananarivo Madagascar

Téléphone : +261 34 29 086 14

E-mail : ravoavahyr@gmail.com

Langhans et des granulomes épithélioïdes (cf. Figure 1). Le diagnostic de tuberculose péritonéale a été retenu. La sérologie VIH était négative. La suite opératoire était marquée par l'apparition d'une importante hydrocèle bilatérale. L'évolution était favorable après la chimiothérapie antituberculeuse, avec disparition de tous les signes, reprise de poids et résorption spontanée de l'hydrocèle.

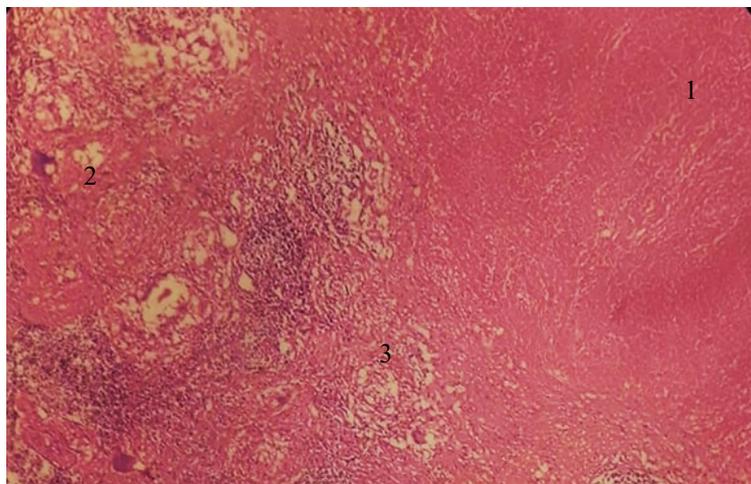


Figure 1 : Coupe histologique du sac herniaire montrant la nécrose caséuse (1), les cellules géantes de type Langhans (2) et le granulome épithélioïde (3).

DISCUSSION

L'incidence de la tuberculose a baissé avec l'émergence des traitements antibiotiques dans les décennies 1960 et 1970. Depuis ces deux dernières décennies, on a assisté à une recrudescence de cette maladie qui serait liée à la pandémie du SIDA, à l'augmentation du taux d'immigration et à l'utilisation de plus en plus fréquente des immunosuppresseurs [5, 6]. La présentation est extra pulmonaire pour 10 à 15% des patients séronégatifs pour la VIH et pour 40% des patients séropositifs pour le VIH [7]. L'atteinte abdominale est au quatrième rang après la localisation pulmonaire, ganglionnaire et ostéoarticulaire [1]. Dans ce cadre, l'atteinte péritonéale concerne 25 à 60% des cas et est associée dans 60% des cas à une atteinte pulmonaire [8]. La tranche d'âge entre 15 et 40 ans est la plus concernée, avec une nette prédominance féminine [1]. Pour notre patient, aucune autre localisation de tuberculose n'a été retrouvée et la sérologie VIH était négative. L'atteinte péritonéale est souvent secondaire à une rupture d'un ganglion lymphatique infecté, à une contamination par voie hématogène à partir d'un foyer pulmonaire, à une réactivation d'un foyer péritonéal latent et plus rarement à partir d'un foyer intestinal ou génital [9, 10]. La manifestation clinique est souvent peu spécifique : douleurs abdominales diffuses, ascite, asthénie, fièvre, perte de poids. L'interrogatoire recherche les antécédents familiaux ou personnels de tuberculose. La découverte concomitante d'une autre localisation évolutive est d'une grande valeur diagnostique. L'évolution insidieuse est souvent responsable du retard diagnostique [11, 12]. Pour notre cas, l'inflammation et l'empattement de la région inguinale seraient secondaire à la généralisation de l'atteinte péritonéale jusqu'au prolongement péritonéo-vaginal préalablement ouvert. Ces signes n'ont jamais été dé-

crits dans la littérature. L'ascite n'est présente que dans 90% des tuberculoses péritonéales. Il existe probablement une phase sèche au début de la maladie [13, 14]. Le cas que nous rapportons était probablement à cette phase sèche. Pour la confirmation diagnostique, la possibilité d'isolement de *Mycobacterium tuberculosis* par l'examen directe de l'ascite est exceptionnelle. La culture est positive dans 8 à 33% des cas et nécessite une centrifugation d'une quantité importante de liquide [15]. L'inconvénient de cette méthode est le temps nécessaire pour en obtenir le résultat. Une nouvelle méthode : le BACTEC radiometric system permet une détection plus rapide du germe dans un délai moyen de 14 à 27 jours [4]. La coelioscopie est d'un grand recours. Elle permet d'observer l'aspect macroscopique évocateur de l'atteinte péritonéale : multiples nodules blanchâtres de taille inférieure à 5 mm dispersés sur l'ensemble du péritoine. Il peut s'y associer des adhérences péritonéales et des adénopathies. Cet examen permet de faire une biopsie en vue d'un examen anatomopathologique afin de confirmer le diagnostic et d'éliminer les diagnostics différentiels (carcinose péritonéale, lymphome, mésothéliome) [11, 16]. Une autre méthode moins invasive est possible : la biopsie percutanée radioguidée du péritoine avec une aiguille de Cope ou d'Abrams, mais nécessite un opérateur entraîné [17]. Pour notre cas, l'ouverture du prolongement péritonéal : le canal péritonéo-vaginal, nous a permis de retrouver les lésions macroscopiques péritonéales et de faire un prélèvement direct. Le traitement fait appel à une tr-i ou une quadrithérapie durant deux mois, suivie d'une bithérapie pour une durée totale de 6 à 12 mois [13, 18].

CONCLUSION

Le diagnostic d'une tuberculose péritonéale est souvent difficile. Souvent, le recours aux examens invasifs comme la coelioscopie s'avère nécessaire en vue d'une biopsie suivie d'un examen anatomopathologique. L'association tuberculose péritonéale et hernie inguinale offre une possibilité exceptionnelle de voir les lésions évocatrices et de faire un examen anatomopathologique à partir du prolongement péritonéal du canal péritonéo-vaginal pour établir le diagnostic. Toute anomalie retrouvée au niveau du sac herniaire mérite une exploration anatomopathologique à visée diagnostique.

REFERENCES

1. Ndiaye AR, Klotz F. Tuberculose abdominale. *Encycl Med Chir Gastro-entérologie* 2012;7(1):1-9 [9-060-A-10]. DOI: 10.1016/S1155-1968(12)09022-0.
2. Sazcek KB, Schaaf HS, Voss M, Cotton MF, Moore SW. Diagnostic dilemmas in abdominal tuberculosis in children. *Pediatr Surg Int* 2001;17(2-3):111-5.
3. Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review: tuberculous peritonitis - presenting features, diagnostic strategies and treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22(8):685-700. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2005.02645.x.
4. Amouri A, Boudabbous M, Mnif L, Tahri N. Profil actuel de la tuberculose péritonéale : étude d'une série tunisienne de 42 cas et revue de la littérature. *Rev Med Int* 2009;30(3):215-20. DOI: 10.1016/j.revmed.2008.09.005.
5. Tanrikulu AC, Aldemir M, Gurkan F, Suner A, Dagli CE, Ece A. Clinical review of tuberculous peritonitis in 39 patients in Diyarbakir, Turkey. *J Gastroenterol Hepatol* 2005;20(6):906-9. DOI: 10.1111/j.1440.1746.2005.03778.x.

6. Alvarez S, McCabe WR. Extrapulmonary tuberculosis revisited: a review of experience at Boston City and other hospitals. *Medicine* 1984;63(1):25-55.
7. Shafer RW, Kim DS, Weiss JP, Quale JM. Extrapulmonary tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. *Medicine* 1991;70(6):384-97. DOI: 10.1097/00005792-199111000-00004.
8. Carrier P, Jacques J, Debette-Gratien M, et al. L'ascite non liée à la cirrhose : physiopathologie, diagnostic et étiologies. *Rev Med Int* 2014;35(6):365-71. DOI: 10.1016/j.revmed.2013.12.001.
9. Thoreau N, Fain O, Babinet P, et al. Tuberculose péritonéale : 27 cas dans la banlieue nord-est de Paris. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002;6(3):253-8.
10. Chavalittamrongs B, Talalak P. Tuberculous peritonitis in children. *Prog Pediatr Surg* 1982;15:161-7.
11. Sandikci MU, Colakoglu S, Ergun Y, et al. Presentation and role of peritoneoscopy in the diagnosis of tuberculous peritonitis. *J Gastroenterol Hepatol* 1992;7(3):298-301. DOI: 10.1111/j.1440-1746.1992.tb00984.x.
12. Robaday S, Belizna C, Kerleau JM, et al. La tuberculose péritonéale : une entité toujours présente. A propos de quatre observations. *Rev Med Int* 2005;26(9):738-43. DOI: 10.1016/j.revmed.2005.05.002.
13. Demir K, Okten A, Kaymakoglu S, et al. Tuberculous peritonitis - reports of 26 cases, detailing diagnostic and therapeutic problems. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13(5):581-5. DOI: 10.1097/00042737-200105000-00019.
14. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993;88(7):989-99.
15. Blanc P, Perrin I, Barlet L, et al. Tuberculose péritonéale de l'enfant : à propos de deux cas. *Arch Ped* 2004;11(7):822-5. DOI: 10.1016/j.arcped.2004.03.124.
16. Gürkan F, Özates M, Bosnak M, et al. Tuberculous peritonitis in 11 children: clinical features and diagnostic approach. *Pediatr Int* 1999;41(5):510-3.
17. Capron J, Lafont C, Grateau G, Steichen O. Diagnostic non invasif d'une tuberculose péritonéale. *Rev Med Int* 2010;31(12):e10-e11. DOI: 10.1016/j.revmed.2009.10.441.
18. al-Fadel Saleh M, al-Quorain A, Larbi E, al-Fawaz I, Taha O, Satti MB. Tuberculous peritonitis in children: report of two cases and literature review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997;24(2):222-5. DOI: 10.1097/00005176-199702000-00019.