

Présentation du Volume 12 de la Revue Africaine de Médecine Interne
Overview of Volume 12 of the RAFMI (Revue Africaine de Médecine Interne)

Pr Madoky Magatte DIOP
Rédacteur en Chef

Ce volume couvre une variété de sujets essentiels dans le vaste domaine de la Médecine Interne, y compris, donc, les maladies auto-immunes, les maladies métaboliques, les maladies cardiovasculaires et d'autres conditions médicales spécifiques à divers contextes africains. Il est structuré en deux numéros, contenant des articles originaux et également des parcours diagnostiques trompeurs, d'une riche diversité géographique. Ces cas cliniques se concentrent sur des étiologies complexes et des défis médicaux. Ainsi, les pays concernés par ces productions scientifiques sont le Cameroun, le Sénégal, le Bénin, le Burkina Faso, la Guinée (Conakry), le Mali, la Côte d'Ivoire, le Niger et le Togo.

Les thèmes concernent principalement des anomalies du métabolisme glucidique et leur impact sur le risque cardiovasculaire, sur la sphère ORL (avec le pernicious SAOS ou syndrome d'apnée obstructive du sommeil), la survenue de l'insuffisance rénale, et par conséquent l'opportunité de l'éducation thérapeutique et de la contraception dans leur cadre. Les hémorragies périnatales et l'anémie ont été traitées, ainsi que la problématique des néoplasies et infections. Les articles ont également impliqué le contexte de travail libéral, ainsi que la qualité de vie des patients ayant d'autres problèmes endocriniens.

En résumé, le volume 12 de la *Revue Africaine de Médecine Interne* illustre l'engagement croissant des chercheurs et praticiens africains pour relever les défis sanitaires au niveau continental. Les travaux présentés offrent une plateforme cruciale pour le partage des connaissances et l'amélioration des pratiques cliniques en Afrique.

BONNE LECTURE

This volume covers a variety of essential topics in the broad field of internal medicine, including autoimmune diseases, metabolic disorders, cardiovascular diseases, and other medical conditions specific to various African contexts. It is structured in two issues, featuring original articles and diagnostic case studies with a rich geographical diversity. These clinical cases focus on complex aetiologies and medical challenges. The countries covered by these scientific publications are Cameroon, Senegal, Benin, Burkina Faso, Guinea (Conakry), Mali, Ivory Coast, Niger, and Togo.

The topics mainly concern carbohydrate metabolism abnormalities and their impact on cardiovascular risk, ENT issues (including the harmful OSAS or obstructive sleep apnea syndrome), the onset of kidney failure, and therefore the opportunity for therapeutic education and contraception within their framework. Perinatal haemorrhages and anaemia were addressed, as well as the issue of neoplastic and infectious conditions. The publications also covered the context of private practice, as well as the quality of life of patients with other endocrine problems.

In summary, volume 12 of the RAFMI illustrates the growing commitment of African researchers and practitioners to addressing continental health challenges. The presented studies offer a crucial platform for knowledge sharing and improvement of clinical practices in Africa.

HAPPY READING

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1. **Anomalies du métabolisme glucidique et risque cardiovasculaire chez les patients atteints de lupus érythémateux systémique suivis à l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun** 5-13
Nkeck JR, Dehayem M, Kouayep LJY, Pelda A, Wambo SVK, Guédi CD, Fojo B, Singwé MN
2. **Evaluation du risque cardiovasculaire et de l'athérosclérose infraclinique au cours de la polyarthrite rhumatoïde à Saint-Louis** 14-20
Dia DG, Nguer CB, Dia AD, Niang FG, Ngouamba BM, Sène M
3. **Effets d'un programme d'éducation thérapeutique sur l'évolution du diabète de type 2 chez les patients suivis à Parakou en 2023** 21-26
Alassani A, Dohou H, Djibril A, Djalogue L, Koné S, Wanvoegbe A
4. **Anémie sévère en Médecine Interne au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya** 27-34
Sawadogo N, Hien S, Traoré D, Sawadogo A, Rouamba WSB
5. **Prise en charge des syndromes coronariens aigus en milieu libéral au Sénégal** 35-41
Mingou JS, Boukhoulkhal Y, Ngaidé AA, Diouf MT, Gaye ND, Aw F, Sarr SA, Babaka K, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M, Kane A
6. **Evaluation du profil tensionnel par mesure ambulatoire de la pression artérielle chez une population apnéique** 42-49
Mboup WN, Dièye O, Diack EM, Aw F, Sow AK, Ba A
7. **Dyslipidémie chez les patients diabétiques de type 2 à Conakry** 50-57
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MA, Diallo MM, Kourouma L, Diango A, Diallo MC, Dieng K, Wann TA, Camara R, Diallo OK
8. **Covid Long : Aspects cliniques et paracliniques** 58-62
Traoré D, Saliou M, Sy D, Sangaré, Timbiné A, Koné N, Keïta K, Goïta IS, Landouré S, Sinayoko A, Nyanké R, Dembélé IA, Diarra A, Koné Y, Cissoko M, Doumbia N, Tolo N, Sangaré D, Traoré Abdramane, Dao K, Togo M, Soukho AK
9. **Association entre maladies rénales et parodontites : revue systématique de la littérature de 2010 à 2022** 63-76
Diallo AM, Guirassy ML, Thiam D, Alassane Fousséni R, Mbow NL, Diouf A, Adam Seck-Diallo, Benoist HM
10. **L'hirsutisme à Dakar : aspects cliniques, étiologiques et impact sur la qualité de vie** 77-84
Seck B, Ndiaye MT, Diop A, Ndiaye M, Ndour MA, Ly F, Niang SO, Diallo M
11. **Facteurs de décompensations aiguës du diabète à l'Hôpital Régional de Conakry** 85-92
Sylla D, Kaké A, Bah MM, Bah MLY, Wann TA, Diallo A, Diakhaby M, Bah MM
12. **Early experience of penile prosthesis for erectile dysfunction in Senegal** 93-99
Jalloh M, Ndoye M, Kyungu Y, Fontaine CL, Vogt M, Gaballa N, Gassama B, Mbodji MM, Diallo A, Labou I, Guèye S, MacDonald JA, Ralph DJ, Stephenson BM, Niang L, Kalejaiye OM

CAS CLINIQUES

13. **Une péricardite avec embolie pulmonaire révélant un syndrome des antiphospholipides : à propos d'un cas et revue de la littérature** 100-104
Diallo BM, Ndour JND, Sow K, Faye FA, Dièye I, Mamoudou BN, Nandong N, Sow A, Guèye AD, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
14. **Tuberculose péritonéale simulant une néoplasie avancée ovarienne chez la femme : difficulté diagnostique et apport de la coelioscopie : à propos de 5 observations** 105-111
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Tiendrébégo E, Faye A, Diop B, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
15. **Quand l'histologie fait défaut : deux cas de cancer papillaire de la thyroïde révélés huit ans après thyroïdectomie** 112-117
Sall SAB, Ndiaye N, Diack ND, Lèye MY, Ba M, Samb K, Guissé PM, Lèye A
16. **Cancer thyroïdien sur un goitre plongeant chez un sujet âgé : à propos d'un cas** 118-125
Kouassi L, Toure KH, Koné S, Acko UV, Tanoh KE, Koné F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

1. *Glucose metabolism abnormalities and cardiovascular risk in patients with systemic lupus erythematosus followed at the Yaoundé Central, Cameroon* 5-13
Nkeck JR, Dehayem M, Kouayep LJY, Pelda A, Wambo SVK, Guédi CD, Fojo B, Singwé MN
2. *Evaluation of cardiovasculaire risk and subclinical athrosclerosis during rheumatoid arthritis in Saint-Louis* 14-20
Dia DG, Nguer CB, Dia AD, Niang FG, Ngouamba BM, Sène M
3. *Effects of a therapeutic education program on the outcome of type 2 diabetes in patients monitored in Parakou in 2023* 21-26
Alassani A, Dohou H, Djibril A, Djalogue L, Koné S, Wanvoegbe A
4. *Severe anemia in Internal Medicine at the Ouahigouya Regional University Hospital Center* 27-34
Sawadogo N, Hien S, Traoré D, Sawadogo A, Rouamba WSB
5. *Management of acute coronary syndromes in private practice settings in Senegal* 35-41
Mingou JS, Boukhoulkhal Y, Ngaidé AA, Diouf MT, Gaye ND, Aw F, Sarr SA, Babaka K, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M, Kane A
6. *Evaluation of blood pressure profile by ambulatory blood pressure measurement in a population with sleep apnea* 42-49
Mboup WN, Dièye O, Diack EM, Aw F, Sow AK, Ba A
7. *Dyslipidemia in type 2 diabetic patients in Conakry* 50-57
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MA, Diallo MM, Kourouma L, Diango A, Diallo MC, Dieng K, Wann TA, Camara R, Diallo OK
8. *Long Covid: clinical and paraclinical aspects* 58-62
Traoré D, Saliou M, Sy D, Sangaré, Timbiné A, Koné N, Keïta K, Goita IS, Landouré S, Sinayoko A, Nyanké R, Dembélé IA, Diarra A, Koné Y, Cissoko M, Doumbia N, Tolo N, Sangaré D, Traoré Abdramane, Dao K, Togo M, Soukho AK
9. *Association between kidney disease and periodontitis: systematic review from 2010 to 2022* 63-76
Diallo AM, Guirassy ML, Thiam D, Alassane Fousséni R, Mbow NL, Diouf A, Adam Seck-Diallo, Benoist HM
10. *Hirsutism in Dakar: clinical and aetiological aspects and impact on quality of life* 77-84
Seck B, Ndiaye MT, Diop A, Ndiaye M, Ndour MA, Ly F, Niang SO, Diallo M
11. *Factors of acute decompensation of diabetes at the Conakry Regional Hospital* 85-92
Sylla D, Kaké A, Bah MM, Bah MLY, Wann TA, Diallo A, Diakhaby M, Bah MM
12. *Expérience initiale de la prothèse pénienne pour dysfonctionnement érectile au Sénégal* 93-99
Jalloh M, Ndoye M, Kyungu Y, Fontaine CL, Vogt M, Gaballa N, Gassama B, Mbodji MM, Diallo A, Labou I, Guèye S, MacDonald JA, Ralph DJ, Stephenson BM, Niang L, Kalejaiye OM

CLINICAL CASES

13. *Pericarditis with pulmonary embolism revealing antiphospholipid syndrome: a case report and review of the literature* 100-104
Diallo BM, Ndour JND, Sow K, Faye FA, Dièye I, Mamoudou BN, Nandong N, Sow A, Guèye AD, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
14. *The role of exploratory laparoscopy in the diagnosis of peritoneal tuberculosis simulating advanced ovarian neoplasia* 105-111
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Tiendrébéogo E, Faye A, Diop B, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
15. *When histology is lacking: two cases of papillary thyroid cancer revealed eight years after thyroidectomy* 112-117
Sall SAB, Ndiaye N, Diack ND, Lèye MY, Ba M, Samb K, Guissé PM, Lèye A
16. *Thyroid cancer on a dipping goiter in an age subject: about a case* 118-125
Kouassi L, Touré KH, Koné S, Acko UV, Tanoh KE, Koné F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B



Le rôle de la cœlioscopie dans le diagnostic de la tuberculose péritonéale mimant un cancer avancé de l'ovaire

The role of exploratory laparoscopy in the diagnosis of peritoneal tuberculosis simulating advanced ovarian neoplasia

Ndour JND¹, Diallo BM², Faye FA³, Tiendrébéogo E¹, Faye A¹, Diop B⁵, Berthé A⁴, Touré PS², Diop MM⁴, Ka MM⁶

1. Service de médecine interne, centre de santé Mamadou Diop, Dakar, Sénégal

2. Service de médecine interne, Hôpital Abdoul Aziz Sy, Tivaouane, Sénégal

3. Département de médecine interne, UFR sciences de la santé, Université Alioune Diop, Bambey, Sénégal

4. Service de médecine interne, Hôpital Akhmadou Sakhir Ndieguene, Thiès, Sénégal

5. Département de chirurgie générale, UFR sciences de la santé, Thiès, Sénégal

6. Département de médecine interne, UFR sciences de la santé, Université Iba Der Thiam, Thiès, Sénégal

Auteur correspondant : Dr Jean Noël Diokel NDOUR / E-mail : jeannoel.diokel@gmail.com

Résumé

Introduction : La tuberculose est une maladie infectieuse due à *Mycobacterium tuberculosis* pouvant toucher tous les organes humains. L'atteinte péritonéale est de diagnostic difficile quand elle mime une néoplasie ovarienne. Nous rapportons une série de cinq cas de tuberculose péritonéale (TBP) simulant un néoplasie ovarien afin de montrer la difficulté diagnostique et l'apport de la cœlioscopie.

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée entre le 01^{er} juin 2023 et le 30 juin 2024 sur 05 dossiers de patientes hospitalisées au service de médecine interne du centre de santé Mamadou Diop de Dakar pour une tuberculose péritonéale mimant un cancer de l'ovaire.

Résultats : La fréquence annuelle était de 4,6 malades avec une prévalence hospitalière de 0,66%. La moyenne d'âge de la série était de 41,2 ans avec des extrêmes de 29 ans et 63 ans.

La symptomatologie clinique était dominée par la douleur abdominale (3 patients), la distension abdominale (2 patients), les vomissements (1 patient) et la dyspnée (1 patient). Les signes généraux étaient constitués par l'amaigrissement (4 patients), l'asthénie physique (3 patients), l'anorexie (2 patients) et la fièvre (1 patient). Une ascite était présente chez toutes nos patientes, associée à un épanchement pleural dans 2 cas. La biologie retrouvait un syndrome inflammatoire biologique non spécifique chez toutes les patientes.

L'analyse cytochimique révélait un exsudat lymphocytaire. La recherche d'ADN du mycobactérium par PCR était revenue négative. L'adénosine désaminase était augmentée chez toutes les patientes de même que le CA125. L'imagerie (échographie et/ou TDM abdominopelvienne), mettait en évidence une masse pelvienne (4 patientes), un épanchement péritonéal (4 patientes), un épaississement des feuillets (3 patientes), des adénopathies (2 patientes) et un épanchement pleural liquidien (2 patientes). La cœlioscopie couplée à des biopsies dirigées objectivait des nodules péritonéaux, des granulations de taille parfois inégales et des adhérences. L'histologie avait permis de confirmer le diagnostic en montrant un granulome tuberculoïde chez toutes les patientes. Le traitement avait consisté à l'administration d'une quadrithérapie antituberculeuse associant : rifampicine, isoniazide, pyrizinamide et ethambutol (RHZE) pendant 02 mois puis rifampicine et isoniazide (RH) pendant 04 mois. L'évolution clinique était favorable avec une normalisation des paramètres cliniques et biologiques, notamment le taux de CA125 dans 100% des cas. Aucun décès n'a été enregistré.

Conclusion : La tuberculose péritonéale peut simuler un cancer avancé de l'ovaire, posant un véritable problème diagnostique et thérapeutique. La cœlioscopie est un moyen diagnostique non négligeable dans ces formes de tuberculose péritonéale.

Mots clés : Tuberculose péritonéale - cancer ovaire - cœlioscopie.

Summary

Introduction: Tuberculosis is an infectious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis* that can affect all human organs. Peritoneal involvement is difficult to diagnose when it mimics ovarian neoplasia. We report a series of five cases of peritoneal tuberculosis (PTB) mimicking ovarian neoplasia in order to demonstrate the diagnostic difficulty and the contribution of laparoscopy.

Materials and method: This was a retrospective descriptive study conducted between June 1st 2023 and June 30th 2024 on 05 records of patients hospitalized in the internal medicine department of the Mamadou Diop health center in Dakar for peritoneal tuberculosis mimicking ovarian cancer.

Results: The annual incidence was 4.6 patients with a hospital prevalence of 0.66%. The mean age of the series was 41.2 years, with extremes of 29 and 63 years.

Clinical symptoms were dominated by abdominal pain (3 patients), abdominal distension (2 patients), vomiting (1 patient) and dyspnea (1 patient). General signs included weight loss (4 patients), physical asthenia (3 patients), anorexia (2 patients) and fever (1 patient). Ascites was present in all our patients, associated with pleural effusion in 2 cases. Biology revealed a non-specific biological inflammatory syndrome in all patients.

Cytochemical analysis revealed a lymphocytic exudate. PCR testing for mycobacterial DNA was negative. Adenosine deaminase was increased in all patients, as was CA125. Imaging (ultrasound and/or abdominopelvic CT) revealed a pelvic mass (4 patients), peritoneal effusion (4 patients), thickening of the laminae (3 patients), adenopathy (2 patients) and liquid pleural effusion (2 patients). Laparoscopy combined with directed biopsies revealed peritoneal nodules, granulations of sometimes unequal size and adhesions. Histology confirmed the diagnosis, showing a tuberculoid granuloma in all patients. Treatment consisted of four courses of anti-tuberculosis therapy combining rifampicin, isoniazide, pyrizinamide and ethambutol (RHZE) for 02 months, followed by rifampicin and isoniazide (RH) for 04 months. The clinical course was favourable, with normalisation of clinical and biological parameters, in particular CA125 levels in 100% of cases. No deaths occurred.

Conclusion: Peritoneal tuberculosis can mimic advanced ovarian cancer, posing a real diagnostic and therapeutic problem. Laparoscopy is an important diagnostic tool in these forms of peritoneal tuberculosis.

Key words: Peritoneal tuberculosis - ovarian cancer - laparoscopy.



Introduction

La tuberculose est une maladie infectieuse contagieuse, endémo-épidémique due à l'un des mycobactérie du complexe *Mycobacterium tuberculosis* [1]. Elle représente encore un problème de santé publique au Sénégal malgré une nette régression de son incidence du fait des efforts importants déployés par les pouvoirs publics. Elle peut toucher la plupart des organes de humains et peut revêtir une localisation extra-pulmonaire (TEP) [2]. La tuberculose péritonéale (TBP) est la forme abdominale la plus fréquente, représentant 1 à 6,1% des tuberculoses extra-pulmonaires et environ 50% des localisations abdominales [1]. Celle-ci est souvent confondue avec d'autres maladies telles que le cancer de l'ovaire avec carcinose péritonéale. Le diagnostic est souvent difficile car ces affections présentent des symptômes et des signes non spécifiques, ainsi que des caractéristiques qui se chevauchent lors des examens de laboratoire et d'imagerie. Ceci implique un problème diagnostique et un retard de prise en charge. L'objectif de ce travail est d'établir le profil clinique de ces cas de TBP, montrer ses similitudes avec le cancer de l'ovaire et de mettre en exergue l'apport diagnostique de la coelioscopie.

Matériels et méthode

C'était une étude rétrospective, descriptive sur une période de 13 mois. Elle a porté sur les dossiers des malades hospitalisées au service de médecine interne du Centre de santé Mamadou Diop de Dakar pour une tuberculose péritonéale simulant un cancer de l'ovaire. Les paramètres étudiés étaient :

- les données sociodémographiques ;
- les signes fonctionnels (douleur abdominale, la distension abdominale, vomissements, dyspnée) ;
- les signes généraux (fièvre, asthénie, amaigrissement, anorexie) ;

- les données d'examen physique complet ;
- les données biologiques : la numération formule sanguine, la C-reactive protéine, la vitesse de sédimentation la ferritinémie, la créatinémie, les transaminases, l'ionogramme sanguin, la glycémie à jeun, les sérologies rétrovirales et de l'hépatite B, le taux sérique de CA125 ;
- les résultats d'examen cyto-chimique du liquide d'ascite, le taux d'ADA, la PCR sur liquide ;
- les données radiologiques : l'échographie abdominale, la tomодensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique ;
- les résultats de l'exploration par la coelioscopie : les nodules péritonéaux, les adhérences, l'inflammation, l'épanchement intrapéritonéal et les kystes ovariens ;
- les résultats de l'examen anatomopathologique ;
- les modalités évolutives.

Le diagnostic de tuberculose était retenu devant un faisceau d'arguments épidémiologiques, cliniques et la présence de granulome épithélio-gigantocellulaire avec nécrose caséuse à l'examen anatomopathologique des biopsies péritonéales.

Résultat

Nous avons colligé 5 cas. L'âge moyen était de 41,2 et des extrêmes de 29 et 63. Les différentes données cliniques, radiologiques et biologiques ainsi que les résultats de l'exploration par coelioscopie (voir images 1 et 2) sont résumés dans le tableau I.

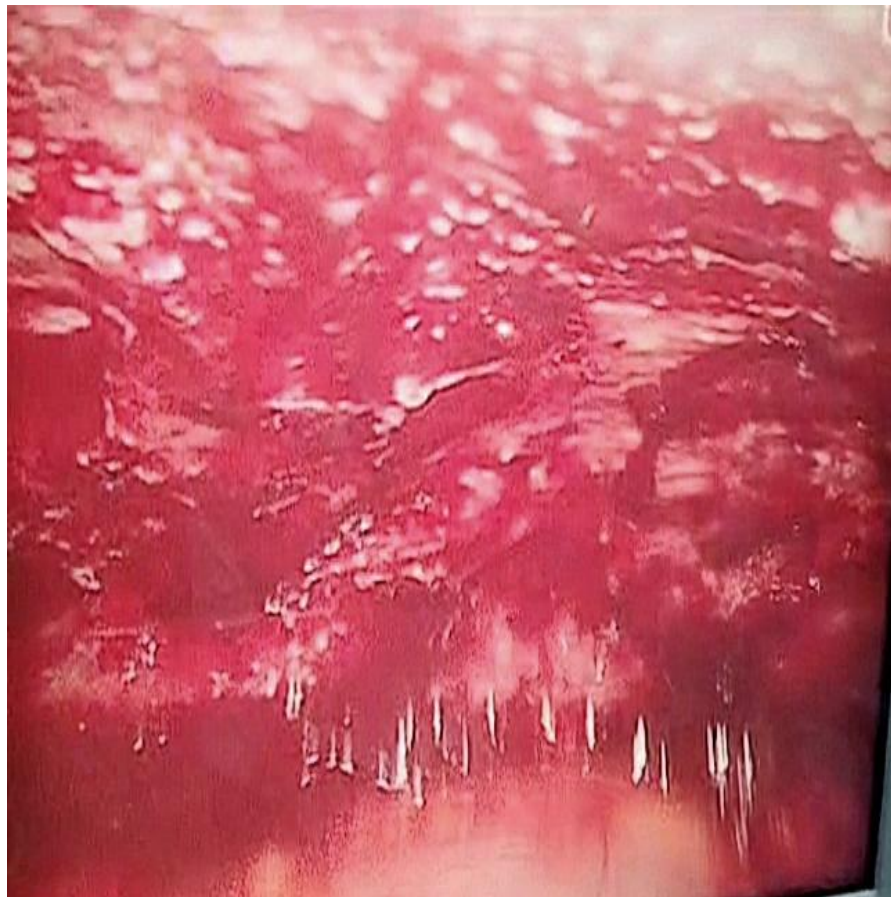


Image 1 : vue cœlioscopique montrant de multiples nodules péritonéaux blanchâtres au niveau du péritoine chez une patiente suivie au service de médecine interne du Centre de santé de Mamadou Diop.



Image 2 : vue cœlioscopique montrant des nodules péritonéaux disséminés chez une patiente suivie au service de médecine interne du Centre de santé de Mamadou Diop.



**Tableau I : récapitulatif des différentes manifestations chez nos patientes
(numérotées de 1 à 5)**

N°	Age (ans)	Motif de consultation + Examen clinique	Biologie	Imagerie	Cœlioscopie	Histologie	Traitement	Evolution
1	63	- Douleur abdominale - Ascite - Epanchement pleural liquidien bilatéral - Fièvre - AEG (amaigrissement, anorexie)	- Syndrome inflammatoire - Liquide d'ascite exsudatif lymphocytaire - ADA : élevée à ? - PCR négative - CA125 élevé à ?	- Masse pelvienne kystique - Epanchement liquidien péritonéal Epaississement des feuillets péritonéaux - Ovaires augmentés de taille, hétérogène - Epanchement pleural liquidien bilatéral	- Ascite séreuse. - Nodules péritonéaux Inflammation - Adhérences	Nécrose éosinophile entourée d'histiocytes épithélioïdes et de cellules géantes type Langhans. Nécrose acidophile, anhiste caséuse abondante et confluent entourée d'un granulome tuberculoïde avec des histiocytes épithélioïdes et multinucléés typique de Langhans	2 mois de RHZE puis 4 mois de RH	Favorable avec régression de signes cliniques
2	47	- Douleur abdominale - Vomissements - Ascite - AEG (amaigrissement)	- Syndrome inflammatoire - Liquide d'ascite exsudatif mononucléaire - ADA : élevée - PCR : négative - CA125 élevé à ?	- Adénopathies coelio-mésentériques	- Ascite - Nodules péritonéaux suspects - Inflammation - Adhérences	Nécrose acidophile, anhiste caséuse abondante et confluent entourée d'un granulome tuberculoïde avec des histiocytes épithélioïdes et multinucléés typique de Langhans	2 mois de RHZE puis 4 mois de RH	Favorable avec régression de signes cliniques
3	29	- Distension abdominale - Dyspnée - Ascite - Pleurésie droite - AEG (asthénie physique)	- Syndrome inflammatoire - Liquide d'ascite exsudatif lymphocytaire - PCR : négative - CA125 : élevé	- Kyste ovarien gauche - Epanchement péritonéal - Epaississement régulier des feuillets péritonéaux - Infiltration massive du grand épiploon - Epanchement pleural	- Ascite séreuse - Myome utérin - Kyste de l'ovaire gauche, ovaire droit dystrophique - Pelvis inflammatoire - Adhérences hépato-pariétales	Granulome tuberculoïde	2 mois de RHZE puis 4 mois de RH	Favorable avec régression de signes cliniques
4	36	- Douleur abdominale - Sueurs nocturnes - Ascite - AEG (amaigrissement, asthénie physique, anorexie)	- Syndrome inflammatoire - CA125 : élevé	- Kyste ovarien gauche - Epanchement péritonéal - Adénopathies coelio-mésentériques nécrotiques.	- Nodules péritonéaux - Adhérences pariétales	- Granulome épithélioïde gigantocellulaire	2 mois de RHZE puis 4 mois de RH	Favorable avec régression de signes cliniques
5	31	- Distension abdominale - Ascite - AEG (amaigrissement, asthénie physique)	- Syndrome inflammatoire - Liquide d'ascite exsudatif lymphocytaire - ADA : élevé - Recherche de Mycobacterium tuberculosis négative - PCR négative - CA125 : élevé	- Epanchement péritonéal - Epaississement du péritoine - Kyste ovarien gauche	- Ascite - Nodules péritonéaux - Inflammation - Adhérences	- Granulome tuberculoïde avec des histiocytes et des cellules géantes de Langhans	2 mois de RHZE puis 4 mois de RH	Favorable avec régression de signes cliniques



Discussion

La localisation péritonéale de la tuberculose est une forme clinique rare, avec une fréquence estimée de 1 à 3% selon les séries [1, 3]. Dans notre étude, elle est de 4,6 cas/ année. Piura et al révélaient des résultats semblables avec une fréquence de 04 cas dans l'année [4].

L'âge moyen était de 41,2 ans en accord avec Maheshwari et al. qui retrouvaient un âge moyen de 41 ans [5]. La tuberculose péritonéale est une maladie de l'adulte jeune survenant généralement entre la troisième et la quatrième décennie de vie. En effet, la TBP peut toucher toutes les tranches d'âge avec une prédilection chez les femmes entre 20 et 50 ans [1].

C'est une forme clinique rare de la maladie tuberculeuse, mais qui reste toutefois assez fréquente dans les pays d'endémie. Le diagnostic est souvent difficile car les caractéristiques cliniques manquent de spécificité [6]. Ainsi Le tableau clinique initial peut prendre l'aspect d'un cancer ovarien avec une carcinose péritonéale pouvant conduire à une stratégie thérapeutique erronée [7]. Le tableau clinique habituel est celui d'une ascite avec douleurs abdominales et les signes généraux. Tous nos malades avaient une ascite associée à une douleur abdominale dans 60% des cas, un amaigrissement (80%) et une fièvre (20%).

Le syndrome inflammatoire biologique non spécifique était constant chez nos malades. Ceci corrobore les études de Dahmeni et al. et Darré et al., qui le retrouvaient respectivement chez 82,3% et 95% des patients [8, 9].

Le dosage sérique du CA125 était élevé chez la totalité de nos patientes pouvant orienter à tort à une origine néoplasique. En effet le CA125 est le marqueur des cancers ovariens d'origine épithéliale. Néanmoins, son taux peut être élevé dans plusieurs pathologies bénignes gynécologiques et extra-gynécologiques. En cas de tuberculose péritonéale, des valeurs très élevées peuvent se voir. Ceci est en phase avec l'étude de Maheshwari et al. [10] où 120 patientes avaient un tableau clinique avec un taux de CA125 élevé simulant une néoplasie de l'ovaire et chez qui le diagnostic de tuberculose péritonéale était finalement posé. En revanche, Simsek et al. rapportent que la diminution du taux de CA125 est corrélée à la réponse au traitement antituberculeux et l'indiquent comme marqueur de surveillance sous traitement antibacillaire [11]. Dans notre série une diminution considérable était notée après quelque mois de traitement.

Le liquide d'ascite est habituellement jaune citrin, exsudative à prédominance lymphocytaire [12]. Dans notre étude, l'étude du liquide s'est effectuée chez quatre malades. Nous avons observé un liquide jaune citrin chez 3 patientes (75%) et un liquide trouble chez une seule. Le caractère exsudatif, lymphocytaire est effective chez 100% des patientes qui ont bénéficié d'une étude du liquide, conformément aux études de Darré et Amouri [8, 14].

La recherche de BK à l'examen direct et par culture s'est révélée négative. Les résultats de Sawadogo [15] sont en adéquation. En effet, la recherche du BK dans le liquide d'ascite avec la coloration de Ziehl est très souvent décevante, sa sensibilité étant évaluée entre 0 et 6%. La culture a une meilleure sensibilité avec un taux de positivité pouvant atteindre 20 à 80% des cas, mais le plus souvent tardivement (3 à 4 semaines) et une rentabilité pouvant être augmentée par prélèvements importants de liquide péritonéal [16].

Les performances de la PCR conventionnelle ont été décevantes. Récemment, des techniques PCR modifiées, notamment le test GeneXpert MTB/RIF ont été utilisées par de nombreux auteurs pour la détection précoce de Mycobacterium dans le liquide d'ascite ; cependant, leur rôle n'est pas fermement établi car les résultats obtenus ne sont pas concluants [17].

Réalisée chez quatre de nos patientes, elle était négative.

L'élévation de l'ADA dans le liquide péritonéal a une sensibilité et une spécificité de 100% et 97% respectivement pour le diagnostic de tuberculose péritonéale en l'absence de cirrhose. Toutefois, cela ne pourrait faire retenir le diagnostic et indiquer le traitement d'une tuberculose péritonéale [18]. Ce marqueur était augmenté chez trois de nos patientes.

Les examens radiologiques peuvent être contributifs dans le diagnostic de la tuberculose péritonéale, même si leurs résultats ne sont pas spécifiques de la maladie [19].

Dans notre série, la radiologie retrouvait principalement une ascite, un épaississement des feuilletts, une masse pelvienne et des adénopathies.

La Cœlioscopie est l'examen fondamental pour le diagnostic de la tuberculose péritonéale.

Dans notre étude, elle a été réalisée chez l'ensemble des patientes et a permis de mettre en évidence des lésions suggestives en per



opératoire classiquement rencontrées dans la tuberculose péritonéale : les nodules péritonéaux, les adhérences et l'inflammation du péritoine.

Les nodules péritonéaux ont été retrouvés chez quatre patientes (80%). Ils sont présents dans plus de 60% des cas de Amouri [10].

Des adhérences et une inflammation du péritoine sont signalées dans toute notre série. Les résultats de Tinelli sont similaires, révélant ces lésions dans plus de 85% des cas où la laparoscopie a été réalisée [20].

L'examen histologique des prélèvements péritonéaux au cours de la coelioscopie a eu des résultats positifs en faveur d'une tuberculose chez 100% de nos patientes. Certaines séries ont des similitudes. C'est le cas de Bedioui (98%) [21].

Toutes nos patientes ont reçu un protocole de chimiothérapie antituberculeuse pendant une durée de six mois selon le schéma : RHZE pendant deux mois suivi de RH pendant 4 mois. Dans l'étude de Sharma la même durée de traitement a été observée [22].

L'évolution était favorable chez toutes nos patientes et aucun cas de décès n'a été enregistré. La majorité des séries ont à peu près les mêmes conclusions [23].

Conclusion :

La localisation péritonéale de la TB peut revêtir un caractère ambigu quant à la similitude avec le cancer avancé de l'ovaire, posant un véritable problème diagnostique et thérapeutique. C'est en cela que la laparoscopie apparaît comme le gold standard pour effectuer un diagnostic et ainsi assurer la survie.

Abréviations :

TBP : tuberculose péritonéale

ADA : Adénosine désaminase

PCR : polymérase chaine réactionnelle

TDM : tomodensitométrie

RHZE : rifampicine, isoniazide, pyrazinamide, éthambutol

TEP : tuberculose extra pulmonaire

PNLT : programme national de lutte contre la tuberculose

CA125 : Antigène carbohydate 125

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Diallo I, Soko TO, Ndiaye AR et al. Tuberculose abdominale. *EMC - Gastro-entérologie* 2020 ; 37(1) : 1-13
2. Sharma V, *Tuberculosis of the Gastrointestinal system*. Springer Nature Singapore, 2022, 420
3. Rapport mondial sur la tuberculose 2024. Disponible sur <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>. Consulté le 10 Avril 2024.
4. Piura B, Rabinovich A, Leron E et al. Peritoneal tuberculosis - an uncommon disease that may deceive the gynecologist. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 110(2): 230-234
5. Maheshwari A, Gupta S, Rai S et al. Clinical and Laboratory Characteristics of Patients with Peritoneal Tuberculosis Mimicking Advanced Ovarian Cancer. *South Asian J Cancer* 2021; 10(2): 102-106
6. Abdallah M, Larbi T, Hamzaoui S et al. Tuberculose abdominale : étude rétrospective de 90 cas. *Rev Médecine Interne* 2011; 32(4) : 212-217
7. Lantheaume S, Soler S, Issartel B et al. Tuberculose péritonéale disséminée simulant un cancer ovarien : à propos d'un cas. *Gynécologie Obstétrique Fertil* 2003 ; 31(7-8) : 624-626
8. Darré T, Tchaou M, Sonhaye L et al. Analyse d'une série de 44 cas de Tuberculose péritonéale diagnostiqués au laboratoire d'anatomie pathologique du CHU Tokoin de Lomé (1993-2014). *Bull Société Pathol Exot* 2015 ; 108(5) : 324-327
9. Dahmeni W, Elleuch N, Ksiaa M et al. Profil de la Tuberculose péritonéale dans une région endémique. *Rev Médecine Interne* 2016 ; 37 : A165
10. Maheshwari A, Gupta S, Rai S et al. Clinical and Laboratory Characteristics of Patients with Peritoneal Tuberculosis Mimicking Advanced Ovarian Cancer. *South Asian J Cancer* 2021; 10(2): 102-106.



11. Moukit M, Fadel FAE, Kouach J et al. Tuberculose péritonéale pseudo tumorale mimant un cancer ovarien: un diagnostic différentiel important à considérer. *Pan Afr Med J* 2016; 25(193)
12. Guirat A, Koubaa M, Mzali R, et al. Peritoneal tuberculosis. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2011; 35(1): 60-69
13. Amouri A, Boudabbous M, Mnif L et al. Profil actuel de la Tuberculose péritonéale : étude d'une série tunisienne de 42 cas et revue de la littérature. *Rev Médecine Interne* 2009 ; 30(3) : 215-220
14. Sawadogo A, Ilboudo P, Ki-Zerbo G et al. Tuberculose péritonéale et infection par le VIH. Réflexion à propos de 22 cas à l'Hôpital national de Bobo Dioulasso. *Bull Société Pathol Exot* 2001 ; 94(4) : 296-299
15. Dembele M, Maiga MY, Minta DK et al. Tuberculose péritonéale dans un service de médecine interne en milieu tropical : aspects clinique, biologique et laparoscopique Bamako - Mali. *Acta Endosc* 2003 ; 33(4) : 561-567
16. Khan A, Yousef F. Peritoneal Tuberculosis: Advances and Controversies. *Libyan J Med Sci* 2018; 2(1): 3-7
17. Dabo C, Coulibaly J, Kpossou A et al. Tuberculose péritonéale : quel outil diagnostique ? *Rev Malienne Infect Microbiol* 2014 ; 34-37
18. Hammami A, Hasnaoui B, Ksiasa M et al. Apport de l'imagerie dans le diagnostic de la tuberculose péritonéale. *Rev Médecine Interne* 2017 ; 38 : A237-A238
19. Akkari I, Jemni I, Mrabet S et al. Tuberculose péritonéale : à propos de 18 cas. *Rev Médecine Interne* 2017 ; 38 : A237
20. Tinelli A, Malvasi A, Vergara D et al. Abdominopelvic tuberculosis in gynaecology: Laparoscopic and new laboratory findings. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008; 48(1): 90-95
21. Bedioui H, Ksantini R, Nourira K et al. Role of laparoscopic surgery in the etiologic diagnosis of exsudative ascites: a prospective study of 90 cases. *Gastroentérologie Clin Biol* 2007; 31(12): 1146-1149
22. El Abkari M, Benajah D-A, Aqodad N et al. Peritoneal tuberculosis in the Fes University Hospital (Morocco). *Gastroentérologie Clin Biol* 2006; 30(3): 377-381