Apport de moyens non invasifs dans le diagnostic positif de la tuberculose digestive

1er Auteur : Hela Gdoura, Professeure agrégée, Gastrologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
Autres auteurs, équipe:
- Aichetou El Khattat, Résidente, Gastrologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Salma Maalej , AHU , Laboratoire régional d'hygiène, CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Manel Moalla,AHU, Gastrologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Hend Smaoui, AHU,Gastrologie, CHU Hedi Chaker,Sfax, TUNISIE
- Salma Semaoui , AHU, Laboratoire régional d'hygiène, CHU Hedi Chaker,Sfax,TUNISIE
- Lassaad Chtourou, Professeur, Gastrologie, CHU Hedi Chaker,Sfax,TUNISIE
- Mona Boudabbous, Professeure, Gastrologie, CHU Hedi Chaker,Sfax,TUNISIE
- Leila Mnif, Professeure, Gastrologie, CHU Hedi Chaker, Sfax,TUNISIE
- Feriel Messadi ,Professeure, Laboratoire régional d'hygiène,CHU Hedi Chaker,Sfax,Tunisie
- Ali Amouri, Professeur , Gastrologie, CHU Hedi Chaker,Sfax,TUNISIE.

Introduction

La tuberculose digestive est souvent de présentation clinique polymorphe, parfois paucisymptomatique pouvant mimer d'autres pathologies digestives. Son diagnostic représente alors un véritable défi. Nous proposons à travers cette étude d'étudier l'intérêt des moyens non invasifs dans le diagnostic positif de la tuberculose digestive.

Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, menée au service d'hépato-gastroentérologie de Sfax incluant les patients hospitalisés dans notre service entre 2013 et 2025 et chez qui on a retenu le diagnostic de tuberculose digestive via des méthodes diagnostics non invasives.

Résultats

Douze patients étaient inclus : 11 cas de tuberculose péritonéale et 1 cas de tuberculose intestinale. Les signes cliniques sont résumés dans le tableau numéro1;les différents moyens diagnostiques sont synthétisés dans le tableau numéro 2.
Le liquide d'ascite était un exsudat lymphocytaire chez tous les patients , avec une cellularité entre 800 et 1400/mm³. La TDM abdominale montrait une ascite dans 91,7 %, un épaississement péritonéal chez 58,3 %, une hépatomégalie chez 25 % et une splénomégalie chez 16,7 %. Une atteinte extra-digestive était présente dans 33 % des cas, principalement pleurale (16,7 %), puis pulmonaire (8,3 %) et ganglionnaire (8,3 %).
Sous traitement RHZE, la douleur abdominale disparaissait en 2 mois et l'ascite en 4 mois. Les complications incluaient une cytolyse (25 %), une hépatite aiguë (8,3 %), une bi cytopénie (8,3 %), tandis que 50 % des patients restaient sans effet indésirable. À l'issue du suivi, la guérison était obtenue dans 58 % des cas, avec 2 échecs thérapeutiques et 25 % de perdus de vue.

Signes cliniques	Pourcentage
Ascite	91,7%
Fièvre nocturne	66,7%
Amaigrissement	58,3%
Anorexie	50%
Douleur abdominale	41,7%

Tableau 1: Signes cliniques

Moyens diagnostiques	Nombre de patients
PCR BK liquide d'ascite	4
RBK liquide d 'ascite	2
Biopsie péritonéale	5
Biopsie Iléale	1

Tableau 2: les moyens diagnostiques

Conclusion

La tuberculose digestive reste un diagnostic difficile. Notre série souligne la valeur des moyens non invasifs dans le diagnostic positif de la tuberculose digestive permettant ainsi d'éviter la cœlioscopie diagnostique pour preuve anatomopathologique.