

HÉMORRAGIE DIGESTIVE CATACLYSMIQUE RÉVÉLANT UNE TUBERCULOSE INTESTINALE

Le tractus gastro-intestinal est une localisation possible de la tuberculose, dont la présentation hémorragique peut être impressionnante, égarant le diagnostic.

Un patient marocain de 49 ans était hospitalisé en urgence dans son pays pour un état de choc hémodynamique non fébrile, survenant au décours d'hémorragies digestives, associant rectorragies et melaena, de douleurs abdominales diffuses et de diarrhées. L'examen clinique objectivait une tachycardie, une pâleur cutanéomuqueuse, des sueurs abondantes, et un abdomen météorisé douloureux sans défense, ni tumeur, hépatomégalie ou splénomégalie. Le toucher rectal ne percevait aucune masse, mais revenait souillé de sang noirâtre. Le reste de l'examen était normal. Le bilan biologique retrouvait une anémie (hémoglobine à 6,5 g/dL) isolée. La coloscopie réalisée en urgence retrouvait un aspect bombé, surélevé, bleuté et des ulcérations longitudinales de la muqueuse caecale. La fibroscopie digestive haute ne révélait aucune anomalie. Le scanner abdominal montrait une discrète ascite et un épaississement de la paroi iléale. Histologiquement, la muqueuse colique était ulcérée et présentait des granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires parfois centrés par une nécrose éosinophile et acellulaire, correspondant à l'aspect caséux macroscopique. La coloration de Ziehl révélait de rares bacilles alcool-acido-résistants (BAAR) intracytoplasmiques. L'IDR à la tuberculine était mesurée à 10 mm. La recherche de bacille de Koch à l'examen direct et par culture dans les crachats était négative. Il n'existait pas de signe pulmonaire radio-clinique. La sérologie HIV était négative. Un traitement antituberculeux d'épreuve, associant Streptomycine, Rifampicine, Isoniazide et Pyrazinamide était entrepris. Le patient s'améliorait rapidement avec prise de poids de 10 kg, et amendement des différents symptômes. Le diagnostic de tuberculose digestive était posé, devant la réponse clinique favorable au traitement d'épreuve, dans un pays d'endémie.

La tuberculose est une affection à tropisme pulmonaire. Elle connaît une recrudescence dans les pays en voie de développement et industrialisés, liée à l'épidémie par le VIH, à une diminution des moyens de prévention, de dépistage et de traitement du fait de la paupérisation (1). La place des formes extra-pulmonaires augmente, représentant 10 à 15 % des cas, jusqu'à 40 à 60 % chez les patients immunodéprimés, et il existe une fois sur deux une localisation pulmonaire. La tuberculose gastro-intestinale (TGI) isolée, surtout iléo-caecale, est relativement rare, observée surtout en zone d'endémie (2). Elle se manifeste cliniquement de trois façons : occlusion, saignements et syndrome tumoral, prédictif de malignité. En dehors de toute urgence chirurgicale, l'iléocoloscopie est l'examen à réaliser en première intention (3). Le diagnostic endoscopique nécessite au moins un des critères suivants : plusieurs ulcères circonferentiels ; un ulcère unique dans l'axe transversal, à base irrégulière,

à bords surélevés ou nodulaires, entouré d'une muqueuse nodulaire et hyperhémée ; des pseudopolypes (4). Les données histopathologiques et/ou bactériologiques, ou l'efficacité clinique du traitement antituberculeux, doivent le confirmer. Deux formes macroscopiques sont classiquement décrites : une forme avec un aspect atrophique avec de larges ulcérations superficielles et confluentes ; une forme hypertrophique, pseudotumorale, avec des ulcérations fissuraires, anfractueuses (classique dans les formes iléo-caecales). Les lésions sont panpariétales dans les formes hypertrophiques, et plutôt superficielles dans les formes atrophiques. Elles peuvent prendre tous les aspects histopathologiques selon le spectre de Ridley (5). La présence de BAAR à la coloration de Ziehl-Nielsen est un argument capital. Un test direct d'amplification par PCR du *Mycobacterium tuberculosis* peut être réalisé, sur du matériel frais, congelé ou formolé et inclus en paraffine (6). Il a d'autant plus de valeur dans les formes peu spécifiques. Par ailleurs, les cultures et les PCR appropriées, permettent d'éliminer une mycobactérie atypique. Toutefois, ces techniques de biologie moléculaire sont difficiles à réaliser dans les pays émergents comme le Maroc. Après avoir exclu une pathologie tumorale, il convient d'éliminer devant des granulomes, une cause parasitaire, et une maladie de Crohn. Cette dernière, dans un contexte radio-clinique évocateur, est marquée histologiquement par une atteinte segmentaire et plurifocale, une absence de nécrose, un épaississement sous-muqueux, une hyperplasie folliculaire lymphoïde, et des fissures fréquentes et profondes. Une cause infectieuse, mycologique ou parasitaire, peut être éliminée devant l'absence d'élément d'orientation, aidée des colorations spéciales au PAS et de Gomori-Grocott négatives dans ce contexte.

La TGI isolée est une forme rare de tuberculose. Un syndrome de lutte doit orienter le diagnostic dont la précocité est un élément pronostique. L'iléocoloscopie avec des prélèvements à visée anatomopathologique et bactériologique est à cet effet un outil appréciable. La TGI non compliquée répond bien au traitement antibiotique adapté, permettant de surseoir à la chirurgie.

A. HARKET, M. EL YAKOUBI, S. HACHCHADI-AGHZADI, P. SAINT-BLANCARD.

• *Travail du Service d'anatomie pathologique de l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart, France (A.H., médecin Commandant, Praticien confirmé ; P.S.B., médecin en Chef, Praticien certifié), du Cabinet Médical, 11 rue d'Agadir, Casablanca, Maroc (M.E.Y., Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif) et du Laboratoire Scheherazade, 4 boulevard Zerktouni, Casablanca, Maroc (S.H.-A., Anatomopathologiste).*

• *Correspondance : HARKET A., Service d'Anatomie Pathologique, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, 101, avenue Henri Barbusse, 92141, Clamart, Cedex • Fax : 01 41 46 64 33*

• *Courriel : a_harket@hotmail.com*

1 - MARSHALL JB -Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993 ; **88** : 989-99.

- 2 - WALIA HS, KHAFAGY AR, AL-SAYER HM *et Coll* - Unusual presentations of abdominal tuberculosis. *Can J Surg* 1994 ; **37** : 300-6.
- 3 - MISRA SP, DWIVEDI M, MISRA V - Ileoscopy in 39 hematochezia patients with normal colonoscopy. *World J Gastroenterol* 2006 ; **12** : 3101-4.
- 4 - HSIAO TJ, WONG JM, SHIEH MJ *et Coll* - Colonosfiberscopic diagnosis of intestinal tuberculosis. *J Formos Med Assoc* 1998 ; **97** : 21-5.
- 5 - RIDLEY DS, RIDLEY MJ - Rationale for the histological spectrum of tuberculosis. A basis for classification. *Pathology* 1987 ; **19** : 186-92.
- 6 - HOFMAN V, SELVA E, LANDRAUD L *et Coll* - Apport des techniques d'amplification par PCR réalisées à partir de coupes tissulaires déparaffinées pour le diagnostic d'infection à *Mycobacterium tuberculosis*. *Ann Pathol* 2003 ; **23** : 206-15.
-



Communiqué de presse Colloque Ethique et santé humanitaire 8 juin 2007, CESH à Lyon

Lyon, le 5 avril 2007. - Le Centre européen de santé humanitaire (CESH) est heureux de vous inviter au Colloque Ethique et santé humanitaire qui se déroulera le 8 juin 2007 de 9 h à 17 h dans ses locaux de Lyon (50 avenue Tony-Garnier, UCBL 1, site de Gerland).

La place de l'éthique dans l'action de solidarité en santé y sera débattue par 18 experts (médecins, pharmaciens, philosophes, spécialistes de l'éthique et de l'aide à la décision) sous différents aspects : soins aux populations, accès aux médicaments, relations interculturelles, prise de décisions, médecine du travail...

Une explosion d'initiatives privées oppose de plus en plus la raison du coeur à la raison d'État, le droit à l'assistance à la souveraineté. Etre acteur de la santé humanitaire n'est pas, en soi, un gage ou un label de qualité de l'action et c'est la raison pour laquelle il est utile de créer un espace de réflexion sur ce sujet.

Comme le soulignait Diderot, «Il ne suffit pas de faire le bien, encore faut-il le faire bien». Il s'agit de s'interroger sur des problématiques transversales telles que la souveraineté nationale, le droit universel, le droit à la santé, le principe de neutralité, le devoir de réserve, la notion de responsabilité, l'instrumentalisation, le droit ou devoir d'ingérence, le financement, les freins au développement mais aussi les conditions de travail de la population dans les pays en développement... Dans le cadre d'une démarche éthique, que peut-on faire ? Il semble utile d'anticiper les problèmes éthiques, de réfléchir aux décisions à prendre et certainement de définir des protocoles de réflexion et d'action face à des situations données.

Quelque 200 personnes sont attendues à cet événement pluridisciplinaire ouvert aux professionnels de la santé, aux acteurs de terrain de l'humanitaire, aux chercheurs, aux scientifiques, et au grand public. Inscriptions et informations : www.cesh.org

Contacts :

Presse : Julie Bégin
Responsable de la communication et des relations extérieures, CESH
06 89 39 19 74 - 04 37 28 74 57 - julie.begin@cesh.org

Organisation de l'événement : Claude Petit et Claude Dussart, CESH/UCBL 1
04.37.28.74.54 claudette.petit@cesh.org