

UNE OBSERVATION DE TUBERCULOSE ISOLÉE DE L'APPENDICE AU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE

Peko JF¹, Ibara JR², Okiemy G³, Ele N⁴, Ekoutou A⁵, Massengo R⁴

1 - Laboratoire d'anatomie cytologie pathologique

2 - Service de gastro entérologie et de médecine interne

3 - Service de chirurgie polyvalente

4 - Service de chirurgie digestive

5 - Service de pneumologie et phthisiologie

Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Brazzaville BP 32 Brazzaville

Med Trop 2008 ; **68** : 290-292

RÉSUMÉ • La tuberculose extrapulmonaire est, dans les pays en voie de développement, de plus en plus fréquente avec l'avènement de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 53 ans immunocompétent ayant présenté une tuberculose isolée de l'appendice révélée par une péritonite généralisée. Cette atteinte isolée de l'appendice est la moins fréquente parmi les localisations viscérales digestives. Le diagnostic anatomo-pathologique était fait sur la pièce d'appendicectomie immergée dans du formol à 10 %. Les coupes histologiques en paraffine colorées à l'Hématéine Eosine (HE) montraient des lésions caséo-folliculaires très caractéristiques de l'infection au bacille de Koch. L'évolution était très favorable après un traitement antituberculeux de 9 mois selon le protocole de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

MOTS-CLÉS • Tuberculose extrapulmonaire - Appendice - Congo - Immunocompétent.

.....
A CASE OF ISOLATED TUBERCULOSIS OF THE APPENDIX AT THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER IN BRAZZAVILLE, CONGO

ABSTRACT • Since the outbreak of human immunodeficiency virus (HIV) infection, extrapulmonary tuberculosis has become increasingly frequent in developing countries. The purpose of this report is to describe a case of isolated tuberculosis of the appendix diagnosed following generalized peritonitis in a 53-year-old man. The appendix is the least frequent gastrointestinal location of isolated tuberculosis. Diagnosis was achieved by histopathological examination of the appendix immersed in formalin 10% after appendectomy. Paraffin-embedded histological sections stained with hematoxylin-eosin (HE) displayed caseofollicular lesions characteristic of infection by Koch bacillus. Outcome was favourable with a 9-month regimen of antituberculosis treatment according to the protocol of the World Health Organization (WHO).

KEY WORDS • Extrapulmonary tuberculosis - Appendix - Congo - Immunocompetent.

La tuberculose isolée de l'appendice est rare. Elle serait retrouvée dans 0,26 % (1) à 2,3 % (2) des séries d'appendicectomies des patients porteurs d'une tuberculeuse maladie (3). Elle pose plus un problème diagnostique que thérapeutique au regard de la fréquence élevée des formes histologiques non typiques dans le contexte de l'infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).

Notre observation se singularise par le caractère primitif et isolé de l'atteinte appendiculaire.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient de 53 ans, en bon état général, sans antécédents particuliers, admis dans le service de chirurgie polyvalente pour une syndrome douloureux abdominal, d'évolution progressive sur 72 heures, accompagné de nausées, vomissements, selles diarrhéiques, dans un contexte sub-fébrile (température 37°8 C).

Le diagnostic de péritonite appendiculaire était évoqué devant une défense abdominale généralisée prédominant dans la fosse iliaque droite, et des signes d'irritation péritonéale retrouvés au toucher rectal. L'intervention chirurgicale, réalisée en urgence par voie médiane sus et sous ombilicale, permettait de retrouver un appendice pseudo tumoral: gros, long, d'aspect granuleux perforé à la base. L'exploration de

• Correspondance : jfpeko@yahoo.fr

• Article reçu le 24/03/2007, définitivement accepté le 5/03/2008.

la cavité abdominale était normale (le mésentère, la région iléo-caecale, l'iléon, et le reste du tube digestif ne présentaient aucune lésion macroscopiquement décelable). Une appendicectomie associée à une toilette péritonéale au sérum physiologique tiède était réalisée. Les suites opératoires étaient simples. Aucun prélèvement bactériologique n'a été effectué.

Au Laboratoire d'anatomie cytopathologie, l'examen macroscopique réalisé sur une pièce opératoire fixée au formol à 10 %, montrait un appendice volumineux, dilaté à 3 cm, fistulisé à la base, nécrosé par place avec une substance grumeleuse et de petits nodules blanc jaunâtres sur les tranches de section. Il n'y avait pas d'adénopathies ni de sclérolipomatose mésentérique. L'examen en microscopie optique aux grossissements appropriés (Gx100, Gx200) objectivait une paroi appendiculaire remaniée par des foyers de nécrose caséuse de taille variable, bordés par une population cellulaire faite de cellules géantes de type Langhans, de cellules épithélioïdes ainsi qu'une couronne lymphocytaire. L'aspect histopathologique était en faveur d'une appendicite tuberculeuse. En effet, à défaut de la coloration de Ziehl, la négativité de la coloration à l'acide périodique Schiff (PAS), avait permis d'éliminer une lésion mycosique.

La sérologie VIH était négative et le bilan post opératoire à la recherche d'une autre localisation (pulmonaire et/ou extrapulmonaire) était négatif.

Une guérison était obtenue sous traitement antituberculeux pendant 9 mois selon le protocole OMS.

DISCUSSION

La tuberculose connaît une recrudescence avec l'infection aux VIH/SIDA (4). L'augmentation de la fréquence de cette infection est proportionnelle à la population de bacille de Koch circulant, augmentant ainsi le risque de contamination dans la population générale. Selon une étude précédente (5) les formes extra pulmonaires de la tuberculose sont de plus en plus fréquentes en particulier dans le cadre de l'infection à VIH/SIDA et le ganglion lymphatique en constitue l'organe de prédilection. Notre patient était immunocompétent et ne présentait aucun signe de tuberculose pulmonaire ni de tuberculose intestinale pouvant se localiser secondairement à l'appendice dans 46 % à 70 % des cas (1, 2)

La pathogenèse de la tuberculose appendiculaire n'est pas très bien comprise mais trois voies de contamination possibles sont retenues : digestive (la plus fréquente), hémato-gène et par contiguïté (6). Trois formes anatomocliniques sont décrites (7). La forme chronique faite de vagues douleurs abdominales, évoluant par crises successives, associées à des vomissements, inconstants, et à de la diarrhée. Cette forme est le plus souvent confondue à la tuberculose iléo-cæcale. La forme aiguë présente une symptomatologie caractéristique de l'appendicite aiguë phlegmoneuse. Dans la forme dite latente, l'appendice paraît normal à la macroscopie, le diagnostic de tuberculose appendiculaire étant de découverte fortuite à l'examen histologique.

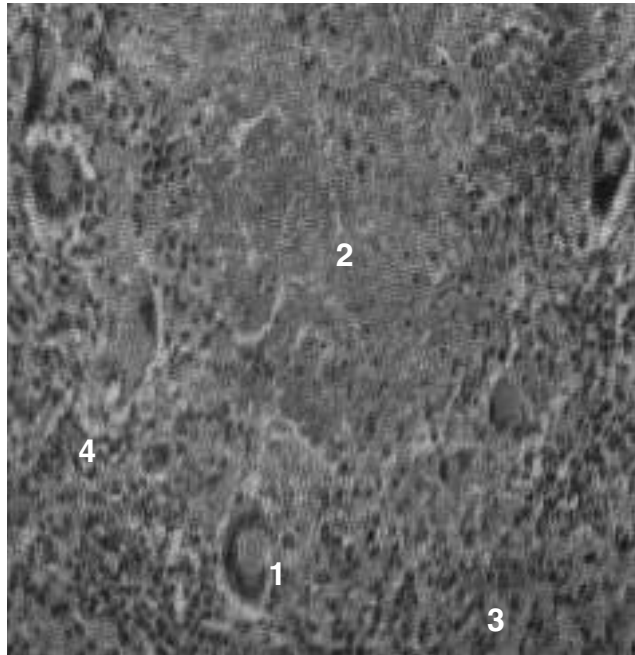


Figure 1. HE(Gx200)Granulome épithélioïde et gigantocellulaire centré d'une nécrose caséuse. 1. Cellule géante de Langhans; 2. Nécrose caséuse; 3. Couronne lymphocytaire; 4. Cellules épithélioïdes.

Le diagnostic per-opératoire de la tuberculose isolée de l'appendice est difficile, voir quasi-impossible (8) du fait de la rareté de cette localisation et de la diversité des formes anatomo cliniques. L'aspect macroscopique (9) distingue des formes hypertrophiques d'aspect pseudo tumoral et des formes ulcéreuses responsables d'abcès et de perforations mais l'appendice peut être normal. Au plan microscopique et malgré la fréquence élevée des formes atypiques non caractéristiques, l'examen histologique sur coupes en paraffine apporte la certitude du diagnostic devant la présence du follicule de Koester qui correspond à un granulome épithélioïde et gigantocellulaire centré par une nécrose caséuse et délimité par une couronne lymphocytaire (Fig. 1). Chez les personnes vivant avec le VIH les formes exsudatives et nécrosantes sont plus fréquentes que les formes granulomateuses, nécessitant ainsi une coloration de Ziehl pour la mise en évidence du bacille de Koch et afin d'en faire le diagnostic différentiel avec une actinomycose, une histoplasmosse, une yersiniose ou une maladie de Crohn (10, 11).

CONCLUSION

La tuberculose extrapulmonaire est de plus en plus fréquente mais la localisation isolée à l'appendice est rare. Les formes anatomocliniques de cette localisation sont multifformes et l'examen anatomo pathologique systématique de toutes pièces d'appendicectomie permet le diagnostic de certitude en vue d'un traitement adéquat.

RÉFÉRENCES

1. Tang T, Luo B. Diagnosis and treatment of tuberculous appendicitis. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi* 1998; 21 : 651-3.
2. Gupta SC, Gupta AK, Keswani NK, Singh PA, Tripathi AK, Krishna V. Pathology of tropical appendicitis. *J Clin Pathol* 1989; 42 : 1169-72.
3. Bobrow ML, Friedman S. Tuberculous appendicitis. *Am J Surg* 1956; 91 : 389-93.
4. Bouraoui S, Haouet S, Mekni A, el Ouertani L, Bellil K, Daghfous A *et al.* La tuberculose extrapulmonaire en Tunisie. A propos de 830 cas, Expérience du laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Hôpital la Raba. *Tunis Med* 2003 ; 81 : 529-34.
5. Peko JF, Ibara JR, Ntsiba H, Massamba D, Moyen G. Tuberculose extrapulmonaire: Etude rétrospective anatomopathologique au CHU de Brazzaville. *Med Trop* 2005; 65 : 398-9.
6. Paustian FF, Marshall JB - Intestinal tuberculosis in Berck JE (ed) *Bockus Gastro enterology*. 4th Philadelphia W B Saunders 1985; 2018-36.
7. Singh MK, Arunabh V, Kapoor VK. Tuberculosis of the appendix.- a report of 17 cases and a suggested aethiopathological classification. *Postgrad Med J* 1987; 63 : 855-7.
8. Mittal VK, Khanna SK, Gupta A NM, Aikat M - Isolated tuberculosis of appendix. *Am Surg* 1975; 41: 172-4.
9. Sergent F, Marpeau L. Actinomycose abdomino-pelvienne : un syndrome tumoral lié à une bactérie. *J Chir* 2004 ; 141 : 150-6.
10. N'Golet A, N'Gouoni BG, Moukassa D, Nkoua-Mbon JB. Maxillary African histoplasmosis : unusual diagnostic problems of unusual presentation. *Pathol-Res Pract* 2005; 200 : 841-4.



XIV^e Actualités du Pharo

Programme

Intoxications et envenimements tropicaux

Lundi 8 septembre 2008

09 h 00 : Accueil

10 h 00 : Symposium

« Actualités en vaccinologie tropicale »
Présidé par le MC Jean Louis Koeck et le Pr Pierre Saliou

- Le programme élargi de vaccination : défis actuels et réponses pour le XXI^e siècle. A. Da Silva, Agence de médecine préventive, France.
- Faut-il introduire la vaccination pneumococcique en Afrique ? L'exemple du Burkina Faso. L. Sangaré, CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso.
- Nouveaux vaccins en développement contre la dengue et la fièvre de West Nile. J. Lang, Sanofi-Pasteur, France.
- Nouveaux vaccins contre l'encéphalite japonaise. E. Schuller, Intercell, Autriche.

12 h 00 : Cocktail

13 h 00 : Accueil

14 h 00 : Conférences

« Intoxications et envenimements tropicaux »
Présidées par le MC Eric Peytel

- Actualités sur les envenimements. M. Goyffon.
- Les envenimements dans les pays tropicaux. J.P. Chippaux.
- Les venins des arachnides. F. Ducancel.
- Syndrome cobraïque. G. Mion.
- Le scorpionisme. F. Abroug.
- Actualités sur les intoxications marine. L. De Haro.



16 h 00 : Pause

16 h 30 : Conférences (suite)

- Toxiques industriels dans les pays à infrastructures délabrées. F. Dorandeu
- Problème des intoxications par pesticides organophosphorés dans les pays en développement. M. Eddleston.



18 h 00 : Prix des thèses

Mardi 9 septembre 2008

09 h 00 : Sessions parallèles

- Session « Intoxications et envenimements tropicaux »
 - Session « Paludisme et maladies vectorielles »
 - Session « Actualités en médecine tropicale »
- Interventions orales de 10 minutes suivies de 5 minutes de questions.

11 h 30 : Flashs d'actualités

12 h 00 : Prix des posters

12 h 30 : Cocktail déjeunatoire

14 h 00 : Forum

- « Recherche au Sud, éthique et bonnes pratiques : deux poids, deux mesures ? »
Présidé par le MC Christophe Rogier
- Invités :
- O. Doumbo. Centre de recherche et de formation sur le paludisme, Mali.
 - J-M. Talom. REDS Cameroun.
 - R. Sebbag et F. Bompard. Sanofi Aventis.