



Journal Homepage: -[www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/17817  
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/17817>



### RESEARCH ARTICLE

#### UNE TUBERCULOSE GASTRIQUE REVELEE PAR PERITONITE PAR PERFORATION D'ULCERE GASTRIQUE : UN CAS ET REVUE DE LITTERATURE

**R. Amiali, S. Smaini, A. Bouhamdi, N. Reguig, S. Mourabit, Pr. M. Aharmim and Pr. J.E. Bourkadi**  
Département De Pneumo-Phtisiologie, Hopital Moulay Youssef, CHU Ibn Sina, Université Mohamed V, Rabat, Maroc.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 05 September 2023  
Final Accepted: 09 October 2023  
Published: November 2023

##### Key words:-

Tuberculosis, Perforation of Gastric Ulcer, Diagnosis, Treatment

#### Abstract

Tuberculosis (TB) is a major global public health concern. The extrapulmonary manifestations of TB can be misleading and challenging to diagnose. Gastrointestinal tract is not uncommon. Abdominal tuberculosis affects approximately 1 to 3% of all cases of tuberculosis and approximately 12% of extrapulmonary tuberculosis. It involves the ileo-colic region, but the involvement stomach and duodenum are rare sites. We present here an unusual case of gastric tuberculosis revealed by ulcer perforation peritonitis.

Copy Right, IJAR, 2023.. All rights reserved.

#### Introduction:-

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par le bacille *Mycobacterium tuberculosis*, elle est la principale cause de décès due à un seul agent infectieux [1]. Environ 25 % de la population mondiale est infectée par *M. tuberculosis*.

La tuberculose (TB) gastro-intestinale (GI) représente 1 à 3 % de tous les cas de tuberculose dans le monde [2].

La tuberculose gastrique est rare, et représente 0,5 à 3 % des cas de tuberculose gastro-intestinale. [3] [4].

Le diagnostic est difficile et souvent retardé en raison de sa présentation non spécifique. Elle se présente généralement comme une obstruction de la sortie gastrique, mais peut également donner des symptômes qui imitent l'ulcère gastro-duodéal ou la malignité. Le diagnostic nécessite une biopsie montrant des granulomes caséux ou la présence de bacilles acido-résistants. Elle répond bien aux médicaments antituberculeux standards. La chirurgie n'est nécessaire que dans les cas qui développent des complications telles que des rétrécissements ou une obstruction, ou une perforation. Une initiation précoce du traitement antituberculeux et l'implication d'une équipe interprofessionnelle sont nécessaires pour réduire la morbidité et la mortalité.

Nous rapportons un cas de tuberculose gastrique révélé par péritonite par perforation d'ulcère chez un jeune de 25 ans.

#### Observation:-

Il s'agit d'un patient de 25 ans, sans antécédents de tuberculose, ni de contagement tuberculeux récent, sans habitude toxique, sans tares connues Il a présenté 2 mois avant son admission des épigastralgies compliquées par des douleurs

**Corresponding Author:- R. Amiali**

Address:- Département De Pneumo-Phtisiologie, HopitalMoulay Youssef, CHU IbnSina, Université Mohamed V, Rabat, Maroc.

abdominales en coup de poignard trois jour avant sa consultation avec des vomissements post prandiaux, sans troubles de transit associé a une fièvre amaigrissement important chiffré à 10 kg sur 2 mois.

L'examen physique montre un patient en bon état général, fébrile à 38,8, avec contracture abdominale généralisée. Le reste de l'examen est sans particularité.

La radiographie de l'abdomen sans préparation objective un croissant gazeux sous diaphragmatique gauche (**Figure1**). L'échographie abdominale montre une importante interposition gazeuse prédominante en sus mésocolique, une distension digestive grêlique prédominante en proximal associée à un épanchement liquidien de moyenne abondance au niveau des gouttières et pelvis.

Ailleurs la radiographie thoracique est sans particularité.

La laparotomie exploratrice a confirmé la présence d'un épanchement jaunâtre purulent avec présence d'une perforation sur la face antéro-supérieur du pylore de 4cm. Un lavage est fait avec biopsie et ligature de la perforation et biopsie gastrique a révélé une réaction granulomateuse au niveau de la sous séreuse d'origine infectieuse.

L'évolution au bout d'un mois est marqué par la non amélioration clinique le malade a gardé une douleur abdominale à type de crampes péri ombilicale avec installation d'une voussure abdominale au niveau de la ligne blanche sans trouble du transit

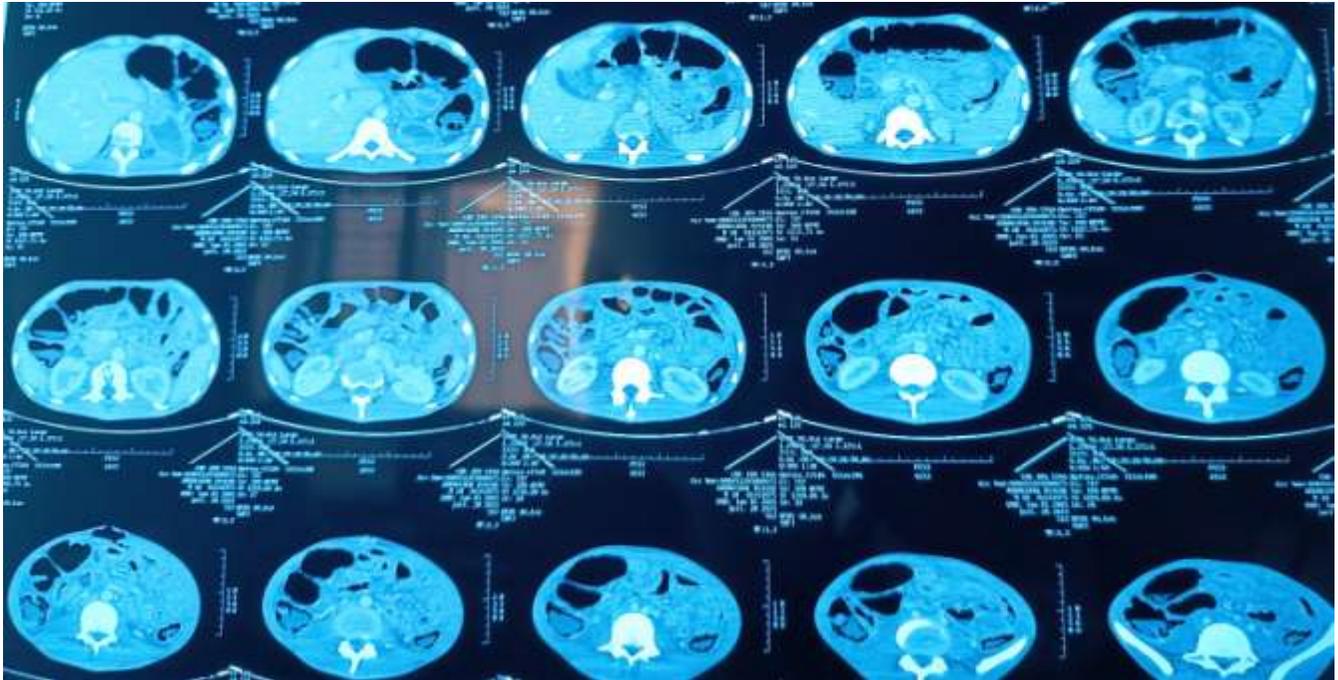
La TDM abdomino-pelvienne: a montré une éventration de la ligne blanche a contenu grêlique sans signes de complication, un épaissement grêlique diffus associé à des adénopathies Coelio-mésentériques nécrosées (**Figure 2**).

Le diagnostique d'une tuberculose ganglionnaire, gastrique et intestinaleest retenue. Une quadrithérapie antibacillaire est démarrée et le malade est adressé en chirurgie viscérale et au Centre de Diagnostic de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires (CDTMR) pour complément de suivi.

Evolution est marquée par une amélioration clinique le malade est actuellement asymptotique avec une prise de poids de 9 kg après 3 mois du traitement antibacillaire.



**Figure 1:-** Abdomen sans préparation montrant un aspect de pneumopéritoine.



**Figure 2:-**La TDM abdomino-pelviene: a montré une éventration de la ligne blanche sans signes de complication, un épaissement grélique diffus associé à des adénopathies Coelio-mésentériques nécrosées.

### Discussion:-

La tuberculose pose un problème majeur de santé publique dans le monde.

La tuberculose gastrique est une entité rare, représentant 0,5 à 3 % des cas de tuberculose gastro-intestinale. Le diagnostic est difficile et souvent retardé en raison de sa présentation non spécifique. Elle peut survenir dans le cadre d'une tuberculose pulmonaire ou sous forme de primo-infection tuberculeuse sans atteinte pulmonaire. Bien que la tuberculose abdominale puisse se développer à tout âge, elle est plus fréquente chez les patients âgés de 25 à 45 ans, Ceci concorde avec la notre. Il existe une légère prédominance féminine [5].

La pathogenèse de la tuberculose gastrique n'est pas très claire. Plusieurs hypothèses ont été proposées :

1. Se développent à partir d'un foyer tuberculeux, comme les poumons et les reins à partir desquels les mycobactéries atteignent et colonisent l'estomac par le sang et/ou la circulation lymphatique.
2. Les mycobactéries colonisent l'estomac par voie oropharyngée chez un patient présentant une lésion de la barrière muqueuse après une lésion de la muqueuse gastrique et une sécrétion gastrique réduite. Ceci pourrait être dû à l'affaiblissement ou à des troubles de la motilité gastrique et une évacuation ralentie, conduisant à un temps prolongé de mycobactéries restant dans l'estomac et formant un locus d'infection.
3. Un locus de tuberculose propage et s'infiltré à travers la paroi gastrique, formant ainsi un locus de tuberculose gastrique. [6,7].

Les symptômes cliniques de la tuberculose gastrique ne sont pas spécifiques. Les petites lésions tuberculeuses dans l'estomac sont souvent asymptomatiques. Les lésions importantes peuvent présenter des symptômes précoces similaires à ceux de la gastrite chronique, de l'ulcère gastrique et du cancer gastrique, tels que des douleurs abdominales et une distension abdominale. Le patient peut vomir s'il existe une obstruction pylorique, tandis que quelques patients peuvent avoir des saignements gastro-intestinaux supérieurs. Il y a d'autres formes non spécifiques telles des érosions irrégulières, des ulcères ou des lésions de renflement sous-muqueux. [8 -9] Dans de nombreux cas, il est souvent diagnostiqué à tort comme des tumeurs malignes gastriques. [4, 8] La tuberculose gastrique peut entraîner une déformation du sinus gastrique et une obstruction du pylore. [9] L'antre et les régions prépyloriques (en particulier la paroi postérieure) sont les sites les plus courants de la tuberculose gastrique, qui est vraisemblablement liée au fait que la région du sinus gastrique possède des glandes pyloriques muqueuses dans lesquelles les mycobactéries ont tendance à coloniser. [10 – 11].

Gleason et al. Ont examiné 49 patients atteints de tuberculose duodénale ; ils ont constaté que les symptômes les plus courants étaient la douleur (73 %) et les vomissements (55 %), alors que les hémorragies gastro-intestinales étaient rares (16 %) [18]. Chetri et al. Ont décrit un cas de tuberculose gastrique se présentant comme un ulcère gastrique ne guérissant pas et sur cinq cas, trois présentaient une obstruction de l'orifice gastrique, ce qui est la présentation la plus courante de la tuberculose gastrique [12].

**L'isolement de M. tuberculosis** s'est avéré être l'étape la plus difficile dans ce cas. Les données publiées concernant la sensibilité diagnostique des différentes méthodes dans la tuberculose gastro-intestinale reposent principalement sur des cas de tuberculose intestinale. Le test de libération d'interféron gamma a une sensibilité diagnostique de 77 à 84 %, ne permettant pas de faire la distinction entre une infection latente et active. La coloration telle que Ziehl-Neelsen, a une faible sensibilité diagnostique (17 à 31 %). **La culture de M. tuberculosis** a une spécificité élevée, mais une sensibilité très variable (généralement inférieure à 50 %), étant considérée comme la référence en matière de diagnostic de tuberculose intestinale. Les inconvénients de la culture sont le temps d'incubation prolongé (6 semaines) et ne permettant qu'une analyse qualitative [13, 14]. Sur le plan histologique, les signes les plus typiques sont les granulomes et les nécroses caséuses. L'examen histopathologique a une sensibilité d'environ 68 %, et ces résultats sont fortement influencés par des facteurs tels que le nombre et la qualité des biopsies [13]. L'examen PCR a une très grande spécificité et une sensibilité allant de 22 à 65 %. Actuellement, il existe des méthodes de PCR en temps réel entièrement automatisées (par exemple, GeneXpert) qui ont une sensibilité plus élevée (81 à 95,7 %) et permettent la détection simultanée de mutations liées à la résistance de M. tuberculosis à la rifampicine [13]. En résumé, si la suspicion diagnostique est élevée, plusieurs méthodes de diagnostic doivent être explorées. Le test PCR est l'un des tests les plus sensibles et doit être utilisé précocement.

Les médicaments antituberculeux sont la pierre angulaire du traitement de la tuberculose gastrique d'une durée de 6 mois. L'approche endoscopique et chirurgicale doit être réservée aux situations plus complexes, telles que les cas d'obstruction de la sortie du tractus gastrique, d'hémorragie gastro-intestinale ou de perforation [15].

En conclusion, la tuberculose gastrique primitive est une entité rare, dont la présentation clinique et endoscopique non spécifiques, des biopsies gastriques doivent être réalisées de façon systématique devant toute anomalie endoscopique avec des examens à visé histologique et bactériologique.

### **Bibliographie:-**

- [1] Rapport mondial sur la tuberculose 2021. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- [2] Chaudhary P, Khan AQ, Lal R, Bhadana U. Tuberculosegastrique. Indien J Tuberc 2019; 66: 411–7. [PubMed ] [Google Scholar ]
- [3] Chaudhary P, Khan A, Lal R, Bhadana U. Tuberculosegastrique. Indien J Tuberc. 2019;66(3):417. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2018.10.004>
- [4] Lv M, Tang K, Meng Y, Tian C, Wang M. Tuberculose gastrique asymptomatique isolée primaire du cardia imitant une tumeur stromale gastrique : un rapport de cas rare et une revue de la littérature. BMC gastroentérol 2020; 20: 108. [Article PMC gratuit ] [ PubMed ] [ Google Scholar ]
- [5] Akgun Y. Intestinal and peritoneal tuberculosis: changing trends over 10years and a review of 80 patients. Can J Surg. 2005; 48(2):131–6. : a case report and review of the literature. J Med Case Rep 2015;9:265. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- [6] Mukhopadhyay M, Rahaman QM, Mallick NR, Khan D, Roy S, Biswas N. Isolated gastric tuberculosis: a case report and review of literature. Indian J Surg 2010;72:412–3. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- [7] Amarapurkar DN, Patel ND, Amarapurkar AD. Primary gastric tuberculosis--report of 5 cases. BMC Gastroenterol 2003;3:06. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- [8] Eray IC, Rencuzogullari A, Yalav O, et al.. Primary gastric tuberculosis mimicking gastric cancer. UlusalCerrahiDerg 2015;31:177–9. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- [9] Bandyopadhyay SK, Bandyopadhyay R, Chatterjee U. Isolated gastric tuberculosis presenting as haematemesis. J Postgrad Med 2002;48:72–3. [PubMed] [Google Scholar]
- [10]. Lin OS, Wu SS, Yeh KT, Bientôt MS. Tuberculosegastriqueisolée du cardia . J GastroenterolHepatol 1999; 14 : 258–61. [ PubMed ] [ Google Scholar ]
- [11]. Geo SK, Harikumar R, Varghese T, Rajan P, Aravindan KP. Tuberculose isolée du cardia gastrique se présentant comme une péritonite de perforation . Indien J Gastroenterol 2005 ; 24 : 227–8. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

- [12] Chetri K, Prasad KK, Jain M, Choudhuri G. Gastric tuberculosis presenting as non-healing ulcer: case report. *Trop Gastroenterol.* 2000;21:180–1.)
- [13] Maulahela H, Simadibrata M, Nelwan E, Rahadiani N, Renesteen E, Suwanti SWT et al. Avancées récentes dans le diagnostic de la tuberculose intestinale. *BMC Gastroentérol.* 2022;22(1):89. <https://doi.org/10.1186/s12876-022-02171-7>
- [14] Jha K, Pathiyil M, Sharma V. Approche fondée sur des données probantes pour le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose abdominale. *Indien J Gastroenterol.* 2023;42(1):17-31 <https://doi.org/10.1007/s12664-023-01343-x>
- [15] Chaudhary P, Khan A, Lal R, Bhadana U. Tuberculose gastrique. *Indien J Tuberc.* 2019;66(3):411-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2018.10.004>