

A PROPOS D'UN CAS DE TUBERCULOSE PERITONEALE CHEZ UNE PATIENTE EN D.P.C.A.

Z. TAKLA, Caroline PREISSIG, S. LADJEVARDI,
Claudine HAULER-SCHRECK, Marie Odile SPACH
Service de Médecine Interne-Néphrologie
Centre Hospitalier Emile Muller 68070 Mulhouse

Nous rapportons un cas de tuberculose péritonéale chez une patiente en DPCA. Affection rare présentant des symptômes aspécifiques, le diagnostic est souvent tardif ce qui explique en partie le pronostic vital sévère de cette pathologie. Le traitement comporte le plus souvent une tri voire quadrithérapie pendant 9 à 12 mois. La tuberculose péritonéale, par le biais de l'inflammation chronique qu'elle engendre, constitue une des causes de perte d'ultrafiltration en DPCA mais pas toujours incompatible avec la poursuite de la méthode.

I - CAS CLINIQUE

Madame A. Fatma, née le 10.04.1939, d'origine turque, était en DPCA depuis mars 2000, après 13 ans d'hémodialyse sur une néphropathie glomérulaire chronique qui l'avait conduite au stade terminal de l'insuffisance rénale en 1987.

Le changement de méthode d'épuration extra-rénale était motivé par des problèmes d'abord vasculaire.

Elle a été hospitalisée mi-octobre 2000 dans un contexte d'altération de l'état général pour des douleurs abdominales diffuses accompagnées d'un liquide trouble, sans température. L'émergence était belle.

Au bilan sanguin d'admission :
CRP 55 mg/l - Hémocultures stériles - NFS : GB 7 400 sans lymphocytose.

Les résultats du prélèvement effectué sur le liquide de dialyse sont présentés dans le tableau N°1. Ils montrent une hyperleucocytose avec prédominance de polynucléaires neutrophiles, hormis le jour de l'admission, où le liquide présentait une hyperleucocytose avec hyperlymphocytose.

Une antibiothérapie empirique a été démarrée dans les suites du premier prélèvement le 17.10.2000, par Ofloxacine per os et Nétilmicine intra-péritonéale pour une durée prévue de 10 jours

Devant la présence d'un liquide stérile sur les différents prélèvements et la persistance de l'hyperleucocytose dans le liquide de DP, une recherche de BK dans le liquide péritonéal a été faite le 20.10.2000, le 21.10.2000 et le 22.10.2000.

Tableau I - Surveillance et suivi biologique du dialysat

	17.10.2000	18.10	19.10	20.10	21.10	22.10	23.10	24.10
GB	160/mm ³	60	460	620	410	650	310	440
PNN	40%		41%	50%			72%	70%
Lympho	54%		12%	19%			10%	12%
autres	6%		47%	31%			17%	15%
GR	130/mm ³	70	150	210	190	200	150	470
flore bactériol.	absence	culture stérile	stérile	stérile	stérile	stérile	stérile	stérile

L'évolution clinique était dans un premier temps favorable avec sédation des douleurs abdominales. Liquide clair. Cependant, la patiente a été réhospitalisée le 19/11 pour récurrence de douleurs abdominales et liquide péritonéal trouble.

Le 20.11.2000, nous avons le résultat de la culture du liquide de dialyse prélevé le 20.10.2000 : mycobactérium tuberculosis.

Un traitement par Rifampicine (300 mg/j) , Isoniazide (INH) (150 mg/j) , Pyrazinamide (750 mg/j) a été entrepris le 20.11.2000 (posologie adaptée pour un poids de 32 kg). Au contrôle, le taux sérique d'INH était à 2,4 mg/l.

A noter qu'aucune autre localisation bacillaire notamment pulmonaire n'a été mise en évidence. L'évolution a été marquée par la survenue d'un AVC ischémique 7 jours après l'instauration du traitement tuberculostatique.

Décès un mois plus tard dans un contexte de cachexie et de syndrome de glissement.

II - DISCUSSION

La tuberculose péritonéale est rare chez l'insuffisant rénal chronique en hémodialyse ou en dialyse péritonéale, environ 1% des cas de péritonite en DP (1).

Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont aspécifiques et regroupent fièvre (78%), douleurs abdominales (92 %) et liquide trouble (90 %) (2).

Dans notre observation, la prédominance de polynucléaires neutrophiles dans le liquide de DP a quelque peu retardé la recherche de BK dans le dialysat. Or, la prédominance de lymphocytes dans le liquide de DP au décours d'une tuberculose péritonéale n'est pas une règle. Souvent le pourcentage de PNN est plus important initialement, puis apparaît dans un second temps une prédominance de lymphocytes (3).

Les diagnostics différentiels sont les autres causes de péritonites lymphocytaires : candidoses, aspergilloses, péritonites bactériennes décapitées, péritonites virales, tumeur de voisinage.

Le diagnostic est souvent tardif par culture du dialysat. Le résultat de ces cultures nécessite un délai de 4 à 8 semaines.

Afin de faciliter l'isolement du BK, il est souhaitable de cultiver le culot de centrifugation obtenu à partir de grands volumes de dialysat (250 ml ou même 2 litres) (4).

Cependant le délai long nécessaire à la culture conduit à envisager une autre méthode diagnostique plus rapide : la biopsie péritonéale. L'aspect macroscopique des lésions peut apporter des éléments en faveur du diagnostic de tuberculose péritonéale.

Cas de tuberculose péritonéale en DPCA

En effet, l'aspect le plus typique mais tardif est le semis de granulations disséminées ou confluentes sur une séreuse péritonéale hyperhémisée ou recouverte d'un exsudat fibrineux. Des brides et des anses agglutinées peuvent être associées.

L'aspect microscopique confirme le diagnostic : les granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires centrés par un foyer de nécrose caséuse.

L'inconvénient majeur de la biopsie péritonéale est le risque de fuite après un tel geste avec une reprise de DP différée et passage en hémodialyse (4).

Par ailleurs, on voit apparaître actuellement des méthodes par PCR (diagnostic moléculaire) mais leur sensibilité reste pour l'instant discutée (5).

Sur le plan thérapeutique, différentes associations sont retrouvées dans la littérature :
- Rifampicine (600 mg/j) + INH (Isoniazide) (4 mg/kg/j) + Ethambutol (1200 mg/48h) (6)

Associé à l'Isoniazide, un traitement par Pyridoxine (250mg/j) (4) est indispensable afin d'éviter toute neurotoxicité.

- Autre association thérapeutique

Rifampicine + INH + Pyrazinamide (7) à la posologie de 12 à 20 mg/kg/j (9).

A noter qu'il n'y a pas d'ajustement de dose pour le traitement par Pyrazinamide et Rifampicine (8).

- Et enfin, dernière association thérapeutique retrouvée dans la littérature :

Rifampicine + INH + Pyrazinamide + Quinolone (8)

L'utilisation de l'Ethambutol nécessite des précautions. En effet, la diminution de la clairance de l'Ethambutol secondaire à l'effondrement de l'excrétion rénale non compensée par le dialysat péritonéal, favorise l'apparition de névrite optique rétro tubulaire (4,8). Le mécanisme physiopathologique est toxique, dose dépendante.

Autre effet secondaire du traitement tuberculostatique : la cholestase, elle illustre l'effet habituel d'induction enzymatique de la Rifampicine sur le métabolisme hépatique de l'INH (4).

Cette complication est indépendante de l'insuffisance rénale chronique à la différence de la névrite optique.

Il convient de veiller à une surveillance étroite des taux sériques des antituberculeux afin d'adapter les posologies. Ils permettent en outre de vérifier l'observance du traitement. Les taux sériques d'INH sont surveillés 1x/mois, 3 heures après la prise. Ce dernier doit être en moyenne à 2,6 mg/l. Le taux sérique du Pyrazinamide quant à lui, est en moyenne à 25 mg/l (9).

La durée du traitement varie en fonction des publications. Elle va de 9 mois à 12 mois (7,8).

L'association Rifampicine - INH- Pyrazinamide est l'association qui pourrait être retenue en première intention (4,9) car considérée comme la moins toxique.

Le pronostic vital reste sévère pour plusieurs raisons. La première est que le diagnostic est souvent tardif. Le délai entre le début des symptômes et le diagnostic est souvent long et d'autant plus long que le traitement empirique de l'infection péritonéale fait appel à des fluoroquinolones (10). La seconde raison est le terrain qu'est l'insuffisance rénale chronique (l'immunodépression spontanée de l'insuffisance rénale terminale multiplie par 10 le risque de tuberculose).

Une des complications de la tuberculose péritonéale est la perte d'UF par le biais de

l'inflammation chronique avec nécessité quelquefois de recourir à l'hémodialyse mais même si les lésions sont irréversibles, elles n'obligent pas toujours à l'arrêt de la technique (4). En effet chez notre patiente l'UF a chuté d'environ 30 % ce qui a nécessité la mise en place d'une poche Extraneal la nuit.

Malheureusement son décès rapide n'a pas permis un suivi de l'évolution de la pathologie et de ses conséquences à long terme.

En conclusion, il convient donc de suspecter la tuberculose péritonéale devant toute péritonite à formule lymphocytaire et devant toute péritonite à prédominance de PNN stérile qui ne répond pas au traitement standard.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BOULANGER E., FERRIER M.L., ROUEFF S., FILEBEEN M., SAUVAGER C., DEQUIEDT P., PAGNIEZ D.
Five cases of tuberculous Peritonitis.
Abstracts of the 20th Annual Conference -February 2000 ; Vol 20
- 2 - TALWANI R., HORVATH J.A.
Tuberculous peritonitis in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis : case report and review.
Clinical Infectious Diseases 2000, 31, 70-75
- 3 - PRAKASH K.C.
Tuberculous peritonitis
Perit. Dial. Int. 1999, 19 (suppl 2), 283 - 285
- 4 - MOUSSON C., BONNIN A., DUMAS M., CHEVET D., RIFLE G.
Tuberculose péritonéale et dialyse péritonéale continue ambulatoire.
Néphrologie 1993, 14, 139 -142
- 5 - MOUSSON C., RIFLE G.
Tuberculous peritonitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis.
Nephron 1997, 76, 118
- 6 - MARTIN HERRERA C., MONTES DELGADO R., GUERRERO RISCOS A. et al.
Mycobacterium tuberculosis as a cause of peritonitis in a patient undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis.
Nephron 1996, 73, 318 -319
- 7 - LUI S.L., LO C.Y., CHOY B.Y. et al.
Optimal treatment and long term outcome of tuberculous peritonitis complicating continuous ambulatory peritoneal dialysis.
Am. J. Kidney Dis. 1996, 28, 747 -751
- 8 - LAM M.F., TANG S.C.W., LAI K.N.
Tuberculous peritonitis in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis.
Int. J. Artif organs, 2000, 23 (3), 154 -156
- 9 - ELLARD G.A.
Chemotherapy of tuberculosis for patients with Renal Impairment.
Nephron 1993, 64, 169-181
- 10- PAGNIEZ D.C., URTOVSNIK F., DE LUALLEZ L. et al.
Ofloxacin treatment may mask tuberculous peritonitis in CAPD patients.
Perit. Dial. Int. 1991, 11, 92-93