

# DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE EN DIALYSE PERITONEALE

L.DRIOUCH, O.ASSAL, N.OUZEDDOUN, R.BAYAHIA, L.BENAMAR

Service de Néphrologie- Dialyse – Transplantation Rénale. CHU Ibn Sina. Université Med V Rabat . Maroc

## **Introduction :**

Les complications infectieuses représentent la deuxième cause de mortalité chez l'insuffisant rénal chronique notamment la tuberculose (Tb) qui reste plus fréquente chez les dialysés.

Le but de notre travail est de déterminer la prévalence de la Tb chez nos patients en dialyse péritonéale (DP) et d'analyser le profil clinique, paraclinique et évolutif de cette infection.

## **Matériel et méthodes :**

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective, incluant les patients en DP avec diagnostic de la Tb.

Nous avons analysé leur profil clinique et paraclinique, le diagnostic et la localisation de Tb, ainsi que l'évolution sous traitement.

## **Résultats :**

Nous avons retenu 12 cas de Tb parmi les 184 patients suivis en DP (6.5%), avec un sex-ratio H/F à 0.7 et un âge moyen de  $52.7 \pm 10$  ans.

Un antécédent de tuberculose pulmonaire à rechute est retrouvé chez un patient, et chez un autre, on rapporte la notion de contagement tuberculeux dans l'entourage.

L'intervalle entre l'initiation de la DP et l'apparition des signes cliniques de la Tb est de 1 mois à 5 ans, soit une médiane de 21 mois [5 - 37], dont 4 cas de Tb sont diagnostiqués à leur première année de DP.

Sur le plan clinique, l'altération de l'état général avec fièvre et signes d'imprégnation de Tb sont quasiment présents chez tous les patients.

A leur admission, les patients rapportent une toux dans 3 cas, des douleurs thoraciques dans 2 cas et une hémoptysie dans 1 cas. Sur le plan de la DP, le liquide du dialysat péritonéal était trouble dans 3 cas.

La recherche du Mycobacterium tuberculosis dans les crachats est positive dans 2 cas, et dans le liquide de dialysat dans 3 cas et dans le liquide pleural chez un patient.

L'étude anatomopathologique des 8 biopsies réalisées au niveau pleural, péritonéal, péricardique et ganglionnaire n'est concluante de Tb que dans 2 cas de ganglion et de péritoine.

Le diagnostic de Tb était retenu avec certitude dans 7 cas, en se basant sur des preuves bactériologiques et/ou histologiques. Le diagnostic était présomptif dans 5 cas sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques. La localisation de Tb est pulmonaire dans 5 cas et extra-pulmonaire dans 7 cas dont 3 cas de péritonite tuberculeuse. (Tableaux I et II)

La péritonite tuberculeuse avait une présentation clinique typique à type de liquide de dialysat trouble associé à une altération marquée de l'état général. La culture de dialysat est négative. La recherche de Mycobacterium tuberculosis est positive dans les 3 cas.

Le traitement anti-bacillaire est démarré après un délai médian de 20 jours [9-37] après le début des symptômes. Ce traitement est compliqué de 2 cas d'hépatite médicamenteuse et 1 cas de polyneuropathie.

L'évolution est marquée par la guérison chez 10 patients, un décès et un patient en cours de traitement. Concernant la péritonite tuberculeuse, nous avons retiré le cathéter chez un patient et on l'a maintenu dans les deux autres cas avec évolution favorable.

**Tableau I : Présentation des patient au diagnostic confirmé de tuberculose**

Cas	Durée de DP (mois)	Signes cliniques	Paraclinique	Délai symptômes/traitement	Localisation
1	20	AEG Toux	Nodules pulmonaires Crachat (+)	20 jours	Pulmonaire
2	36	AEG Dyspnée ADP axillaire	-Infiltrat pulmonaire interstitiel + ADP médiastinales et axillaire -Crachat (+) -biopsie : adénite non spécifique	9 jours	Pulmonaire
3	1	AEG Epanchement pleural fébrile	-Pleurésie unilatérale -Liquide pleural : BK + - biopsie : remaniement inflammatoire	8 jours	Pleurale
4	4	AEG/fièvre Liquide dialysat trouble	-ADP médiastinales + abdominales nécrosées -Liquide dialysat : BK +	8 jours	Péritonéale
5	16	AEG ADP périphérique	Biopsie : granulome tuberculoïde -	4 mois	Ganglionnaire
6	42	AEG Liquide dialysat trouble	-ADP médiastinales + épaissement péritonéal -Liquide dialysat : BK + -Biopsie : granulome tuberculoïde	20 jours	Péritonéale
7	22	AEG Liquide dialysat trouble	-nodules pulmonaires +ADP médiastinales + épaissement péritonéal -Liquide dialysat : BK +	5 jours	Péritonéale et pulmonaire

**Tableau II : Présentation des patient au diagnostic de présomption de tuberculose**

Cas	Durée de DP (mois)	Signes cliniques	Paraclinique	Délai symptômes/traitement	Localisation
8	48	AEG Toux fébrile	- Pleurésie unilatérale - Liquide pleural : BK- - Biopsie pleurale : remaniement inflammatoire	1 mois	Pleurale
9	5	AEG Dyspnée	- Pleurésie unilatérale - Liquide pleural : BK- - Biopsie pleurale : remaniement inflammatoire	20 jours	Pleurale
10	24	AEG Douleur thoracique	- Péricardite - Liquide péricardique : BK- - Biopsie péricardique : remaniement inflammatoire	21 jours	Péricardique
11	60	AEG/fièvre Toux/Dyspnée	-Micronodules pulmonaires + ADP médiastinales +Pleurésie unilatérale - Crachat, liquide pleural / BK- - Biopsie pleurale : remaniement inflammatoire	2 mois	Pleuro-pulmonaire
12	1	AEG Dyspnée	-Micronodules pulmonaires + ADP médiastinales - Crachat, liquide broncho-alvéolaire : BK -	2 mois	Pulmonaire

**Discussion:**

Dans le monde, la Tb est la première cause de décès due à un agent infectieux avec environ 10,0 millions de personnes ont développé une maladie tuberculeuse en 2019, avec 1,2 million de décès dus à la tuberculose (1). La présentation clinico-biologique de la tuberculose chez les patients dialysés reste non évocatrice dont la localisation extra-pulmonaire est plus fréquente, entraînant un retard de diagnostic et ainsi de prise en charge (2).

**Conclusion :** Le diagnostic de la tuberculose en DP ne doit pas être limité à la présence de preuves bactériologiques mais plutôt à une approche globale du patient permettant un diagnostic de présomption afin d'assurer une prise en charge rapide et précoce du patient.

**Références** 1: World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2020

2: Vikrant S. Tuberculosis in dialysis: Clinical spectrum and outcome from an endemic region. Hemodial Int. 2019 Jan;23(1):88-92