

ORIGINAL ARTICLE

The pleural tuberculosis Les pleurésies tuberculeuses

O. Ouardi, H. Sajiai, H. Serhane, S. Ait batahar, L. Amro

Service de Pneumologie. Hôpital ARRAZI, Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marakech, Maroc

SUMMARY

Introduction. Pleural tuberculosis is the most common site of tuberculosis after lung location.

Method. We report a retrospective study of cases of pleural tuberculosis collected at the Department of Respiratory Diseases in CHU Mohammed VI in Marrakech over 10 years between January 2006 and June 2015.

Results. 228 files were reviewed. We had of 133 men and 95 women. The average age was 44 years. Clinically, symptomatology was dominated by chest pain in 88.3% of cases, dyspnea in 77.3% of cases and cough in 82.2% of cases.

In chest X-ray, pleurisy was average abundance in 55.5% of cases, of great abundance in 40% of cases and minimal in 5% of cases. Pleural biopsy confirmed the diagnosis in 93.1% of cases. All cases received anti bacillary treatment, in combination with respiratory physiotherapy and evacuations punctures.

Conclusion. Through our study we emphasize the frequency of pleural tuberculosis and the value of pleural biopsy in the diagnostic approach.

KEYWORDS: Tuberculosis, pleuritis, diagnosis

RÉSUMÉ

Introduction. La tuberculose pleurale représente la localisation la plus fréquente de la tuberculose après la localisation pulmonaire.

Matériel et méthode. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur les cas de pleurésies tuberculeuses colligées au service des maladies respiratoires du CHU Mohammed VI de Marrakech sur 10 ans entre Janvier 2006 et juin 2015.

Résultats. 228 dossiers ont été étudiés. il s'agit de 133 hommes et 95 femmes. L'âge moyen était de 44 ans. Sur le plan clinique, la symptomatologie a été dominée par la douleur thoracique dans 88,3% des cas, la dyspnée dans 77,3% des cas et la toux dans 82,2% des cas.

Sur le plan radiologique, la pleurésie était de moyenne abondance dans 55,5% des cas, de grande abondance dans 40% des cas et minime dans 5% des cas. La ponction biopsie pleurale a confirmé le diagnostic dans 93,1% des cas. Tous les cas ont été mis sous traitement anti bacillaire, en association avec une kinésithérapie respiratoire et des ponctions évacuatrices.

Conclusion. A travers notre étude nous insistons sur la fréquence des pleurésies tuberculeuses et sur l'intérêt de la ponction biopsie pleurale dans l'approche diagnostique.

MOTS CLÉS: Tuberculose, pleurésie, diagnostic

*Corresponding author: Dr Othmane Ouardi. Service de Pneumologie. Hôpital ARRAZI, Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marakech, Maroc
E-mail: ouardiothmane@hotmail.fr*

INTRODUCTION

La plèvre est le lieu d'expression de très nombreux états pathologiques respiratoires ou systémiques.

La constitution d'un épanchement liquidien intra pleural est la traduction la plus fréquente d'une maladie qui peut être pulmonaire, pleural ou extra pulmonaire. La découverte d'une pleurésie est relativement facile par l'examen physique et la radiographie thoracique, mais le diagnostic de certitude reste la découverte d'un liquide par la ponction pleural, la tuberculose est actuellement la première cause de maladies qui ont une expression pleural dans les pays en voie de développement.

Au Maroc, la tuberculose pleurale représente la localisation la plus fréquente de la tuberculose après la localisation pulmonaire.

Mais, il n'existe pas de données récentes sur le profil épidémiologique des pleurésies tuberculeuses d'où l'importance de cette étude que nous avons menée afin de mettre le point sur cette pathologie.

BUT DU TRAVAIL

Evaluer les caractères épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des pleurésies tuberculeuses.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous rapportons une étude rétrospective portant sur les cas de pleurésies tuberculeuses colligées au Service des Maladies Respiratoires du CHU Mohammed VI de Marrakech entre Janvier 2006 et Juin 2015.

RESULTATS

228 dossiers ont été étudiés.

Il s'agit de 133 hommes et 95 femmes.

La moyenne d'âge était de 44 ans.

Un antécédent de tabagisme actif a été retrouvé chez 26,6% des cas avec une moyenne de 23 PA (paquet - année), un contage tuberculeux dans 21,6% des cas et des antécédents de tuberculose pulmonaire dans 5,9% des cas.

Les signes cliniques ont été dominés par la douleur thoracique dans 88,3% des cas, la dyspnée dans 77,3% et la toux dans 82,2% des cas (Figure 1).

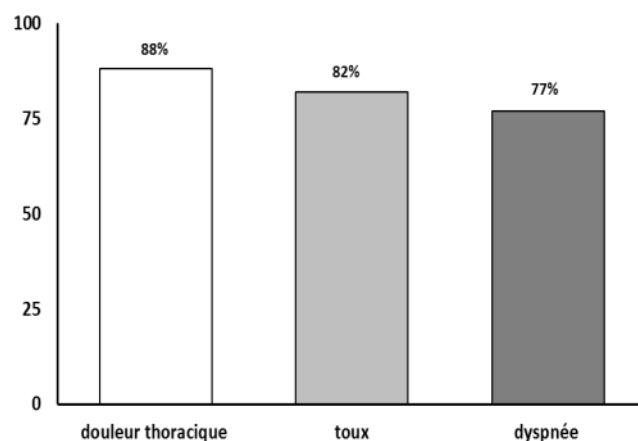


FIGURE 1. Répartition selon les signes cliniques



FIGURE 2. Pleurésie de moyenne abondance

■ grande abondance ■ moyenne abondance ■ minime

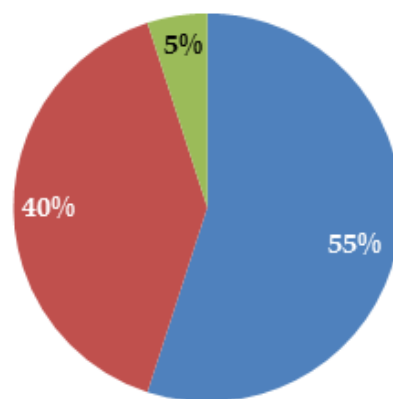


FIGURE 3. Répartition selon l'abondance de la pleurésie

La radiographie thoracique (Figure 2) a retrouvé une pleurésie à droite dans 54% des cas, à gauche dans 46% des cas, une pleurésie de moyenne abondance dans 55% des cas, de grande abondance dans 40% des cas, minime dans 5% des cas (Figure 3) et associé à une péricardite dans 7 cas.

L'intradermoréaction à la tuberculine réalisée chez 143 patients, a été positive chez 64% des cas.

La pleurésie a été sérofibrineuse dans 92,3% des cas, sérohématique dans 7,7% des cas.

Le taux de protide a été supérieur à 50 g/L dans 60,1% des cas. La réaction de rivalta était positive dans 100% des cas, 66% des cas ont eu une lymphocytose supérieure ou égale à 90% dans le liquide pleural.

La ponction biopsie pleurale a confirmé le diagnostic de tuberculose dans 93,1% des cas, le diagnostic a été retenu devant un faisceau d'arguments dans 6,9% des cas (intradermoréaction à la tuberculine positive, un contage tuberculeux, une lymphopénie et une hyponatrémie).

Tous les cas ont été mis sous traitement anti bacillaire selon le régime 2RHZ/4RH chez 35 patients, 2SHRZE/1RHZE/5RHE chez 5 patients, et de 2RHZE/4RH chez 188 patients, en association avec une kinésithérapie respiratoire et des ponctions évacuatrices.

L'évolution était favorable chez 91% des cas.

DISCUSSION

Les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses se définissent par la présence dans la cavité pleurale d'un liquide non purulent, lié à un processus inflammatoire de la plèvre d'origine tuberculeuse. Ce liquide est riche en albumine, en fibrine et tend à coaguler spontanément (exsudat) avec une formule cytologique variable [1].

La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique au Maroc avec la pleurésie tuberculeuse qui est la première localisation extra pulmonaire [2].

On note une prévalence masculine dans notre étude, ce constat est retrouvé dans toutes les séries africaines [3] et européennes [4].

La moyenne d'âge est de 44 ans dans notre série, ce qui est comparable avec l'étude de Gomez et al. [5] (l'âge moyen est de 39 ans).

La notion de contage tuberculeux a été retrouvé chez 22,5% des cas dans l'étude d'Ayoub et al. [6], 15 % des cas dans l'étude de Bahlaoui et al. [7] et 7,2 % des cas dans notre série. Sur le plan clinique, la douleur à type de point de côté et l'altération de l'état général étaient quasi constante chez l'ensemble des patients.

La douleur thoracique constitue souvent un des motifs de consultation qui permet de découvrir l'épanchement liquidien à la radio thorax.

La dyspnée est souvent présente et son degré d'expression est en rapport avec la quantité de l'épanchement liquidien. Ndongo et al. 2009 [8] a observé la dyspnée chez 52,8% des cas. Le même constat ressort d'une étude menée au Burkina Faso [9] où la dyspnée était présente dans plus de 65% des cas, dans notre série la dyspnée a été retrouvée chez 77,3% des cas.

La toux était présente chez 52% de nos patients. Cette toux est habituellement une toux d'irritation et bénéficie d'une exploration par la recherche de BAAR dans les expectorations ou dans le liquide de tubage gastrique.

La pleurésie tuberculeuse est habituellement unilatérale, occupant moins des deux tiers d'un hémithorax dans presque toutes les séries.

Le liquide pleural est jaune citrin dans la majorité des cas, mais il peut être dans certaines situations trouble ou sérohématique. C'est un liquide constamment exsudatif [10].

La biopsie pleurale est l'examen le plus sensible, elle permet de confirmer le diagnostic chez 96% des cas (Bahlaoui et al), 90% des cas [11], et 94 % des cas dans notre série.

La tuberculose pleurale est traitée selon le programme national marocain de lutte contre la tuberculose par un régime de 6 mois: 2RHZE/4RH, le même recommandé par l'OMS [12], avec une kinésithérapie respiratoire et des ponctions évacuatrices.

CONCLUSION

A travers notre étude nous insistons sur la fréquence des pleurésies tuberculeuses qui reste l'apanage du sujet jeune avec prédominance masculine et sur l'intérêt de la ponction biopsie pleurale dans l'approche diagnostique.

La prévention de la tuberculose repose sur le traitement précoce dès le diagnostic afin de limiter les possibilités de contagion, et le dépistage des sujets contacts.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.

RÉFÉRENCES

1. Chretien J, Marsac J. Abrégé de pneumologie. 3ème édition. Ed Masson Paris 1990:553p.
2. Ferrer J. Pleural tuberculosis. *Eur Respir J* 1997;10:942-7.
3. Kofi N, Blehoud J. Les étiologies des pleurésies en milieu africain: l'expérience du service de pneumologie de Cocody (Abidjan Côte d'Ivoire). *Rev Pneumol Clin* 1997;53:196-6.
4. Ramus PH, Freour P. l'étiologie des pleurésies. *Bordeaux Méd.* 1997;1301-1.
5. Diallo S, Sissoko F, Hassan M, Gomez P. Etiologies des pleurésies dans le service de pneumologie de point G Bamako. *Mali médicale* 2006;41-37.
6. Ben amira, Mssad S, Ayoub A. les pleurésies tuberculeuses. *Rev Mal Respir* 2006;23 :48.
7. Zaghba N, Benjelleoun H, Bakhatar A, Yassine A, Bahalaoui A. les pleurésies tuberculeuses. *Rev Mal Respir* 2009;26:129.
8. Ndongo S, Pouye A, Charey S, Diop TM. Profil actuel des pleurésies sérofibrineuses au Sénégal. *Med Afr Noire* 2009;56 (11):585-591.
9. Ouedrago M, Bambara M, Kabore J. Pleurésies sérofibrineuses au centre hospitalier national yalgado ouedrago. *Med Afr Noire* 2000;47:386-389.
10. Andujar J, Hernandez I, Martin C, Barroso E. Functional sequel of tuberculosis pleurisy in patients correctly treated. *Chest* 2003; 123: 1996-200.
11. Kmis T, Ben amar J, Baccar M, Aouina H. caractéristiques cliniques, diagnostiques et évolutives des pleurésies tuberculeuses isolées. *Rev Mal Respir* 2015; 200:201.
12. Infuso A, Antoin D, Barbosa P. Surveillance européenne de la tuberculose en 1999 et tendances récentes BEH 2002;17: 66-7.