

LA TUBERCULOSE ISOLÉE DE L'APPENDICE

(A propos d'un cas)

Dr. D. Buğra(*) • Dr. K. Çilingiroğlu(*) • Dr. M. Demiryont(**) • Dr. Y. Bozfakioğlu(**)

ÖZET: Çalışmamızda 16 yaşında bir erkek çocukta yapılan apendektomi sonrasında tanı konan izole bir tüberküloz apandisit vakasını bildirmekteyiz. Bu vesile ile konu ile ilgili literatürün gözden geçirilmesi sonucunda bu lokalizasyonda tüberküloz enfeksiyonun nadir olması altı çizilecek bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalığın tam tedavisi için apendektomi ve sonrasında antitüberküloz tedavi yeterli görülmektedir.

INTRODUCTION

La tuberculose intestinale est une affection connue depuis l'ère d'Hippocrate. L'incidence et la gravité de la maladie démontre un déclin pour les pays développés, depuis la découverte du traitement antituberculeux vers les années 1940, mais le problème médical et social domine encore dans les pays sous développés et en progression (6).

La tuberculose peut atteindre toutes les régions anatomiques du tube digestif. D'après les connaissances basées sur les travaux de nécropsie, les régions souvent atteintes sont l'iléon, la région iléo-caecal, le colon et le duodénum, par l'ordre de fréquence décroissante. Entre autres, l'atteinte isolée de l'appendice est très rarement rapportée (5).

Chez un de nos malades opéré avec le diagnostic de l'appendicite aiguë, nous avons révélé à la suite de l'examen anatomopathologique la tuberculose appendiculaire. Dans cet article nous avons révisé cette localisation très rare d'une affection systémique, qu'est la tuberculose.

OBSERVATION

O. A., garçon âgé de 16 ans, s'est adressé le 15 juin 1988 pour des douleurs abdominales, nausée et manque d'appétit. Ses plaintes avaient commencé deux jours auparavant. Les signes d'irritation péritonéale a été décelée lors du toucher rectal.

Le bilan sanguin et le sédiment urinaire étaient normaux.

Le malade a été opéré d'urgence avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Sous l'anesthésie générale, l'incision de Mc Burney a été pratiquée. Lors de l'exploration régionale nous avons remarquée aux alentours de l'appendice, une conglomération formée par le caecum, l'iléon terminal et le grand épiploon. Après la dissection des adhésions, nous avons constaté que la base de l'appendice était de calibre normal, tandis que la portion distale, 10 cm de longueur, avait atteint un calibre d'environ 4 cm et la séreuse avait gagné un aspect granuleux et même tuberculeux au toucher (Figure 1). Une appendicectomie classique suivie d'une exploration de la cavité abdominale, surtout du caecum et de l'iléon terminal, a été effectuée. N'ayant pas trouvé une autre pathologie évidente on a achevé l'intervention chirurgicale.

Les suites opératoires furent simples et l'étude histopathologique de la pièce

(*) Clinique de Chirurgie Générale, Faculté de Médecine d' Istanbul.

(**) Institut de Pathologie, Faculté de Médecine d' Istanbul.

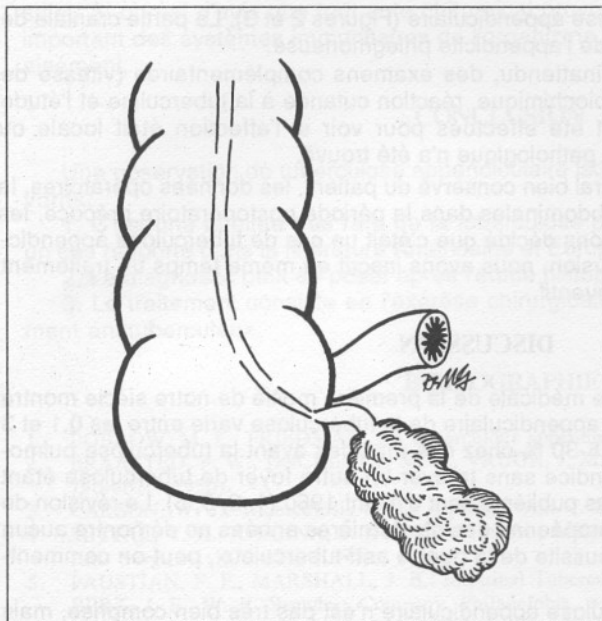


Figure 1. Une illustration schématique de l'observation opératoire.

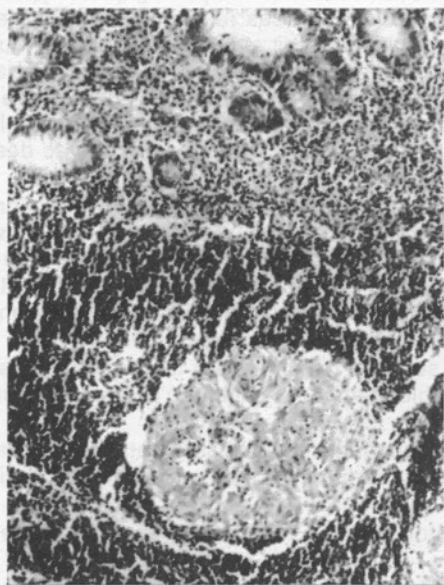


Figure 2. La coupe de la pièce opératoire montre les glandes muqueuses et les tubercules dans la submuqueuse formés par les histiocytes épithélioïdes (HE, x 130).

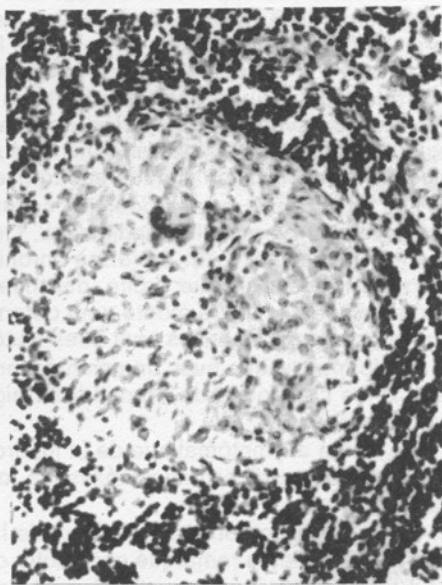


Figure 3. Coupe montrant le tubercule formé par les histiocytes épithélioïdes et les cellules de Langhans. Autour du tubercule on observe le tissu lymphoïde (HE, x 310).

opératoire a révélé une tuberculose appendiculaire (Figures 2 et 3). La partie craniale de l'appendice montrait des signes de l'appendicite phlegmoneuse.

A la suite de ce diagnostic inattendu, des examens complémentaires (vitesse de sédimentation, bilan sanguin et biochimique, réaction cutanée à la tuberculine et l'étude radiologique des poumons) ont été effectués pour voir si l'affection était locale ou systémique, mais aucun résultat pathologique n'a été trouvé.

Tenant compte de l'état général bien conservé du patient, les données opératoires, la disparition totale des douleurs abdominales dans la période postopératoire précoce, les examens paracliniques, nous avons décidé que c'était un cas de tuberculose appendiculaire isolée. Malgré cette conclusion, nous avons inscrit en même temps un traitement médical antituberculeux à titre préventif.

DISCUSSION

La révision de la bibliographie médicale de la première moitié de notre siècle montre que l'incidence de la localisation appendiculaire de la tuberculose varie entre les 0.1 et 3 %; ce taux étant de l'ordre de 1.5-30 % chez des malades ayant la tuberculose pulmonaire. L'atteinte isolée de l'appendice sans trouver un autre foyer de tuberculose étant très rare, on remarque que les cas publiés datent d'avant 1960 (1, 2, 3, 5). La révision de la bibliographie Américaine et Européenne des dix dernières années ne démontre aucun fait clinique à ce sujet. D'où la réussite de la guerre anti-tuberculeux, peut-on comment-

er. La pathogénèse de la tuberculose appendiculaire n'est pas très bien comprise, mais on insiste sur trois voies possibles de contamination: hématogène, intralumière et contiguë (5).

la tuberculose appendiculaire est étudiée en deux sous-titres morphologiques: hypertrophique et ulcéreuse (2, 4). La pièce d'exérèse pour notre cas ressemblait plutôt à la forme hypertrophique. Dans cette forme, l'appendice s'épaissit et le calibre s'élargit, tout l'organe prend l'aspect tumoral. L'étude microscopique montre surtout une atteinte de la submuqueuse, augmentation du tissu connectif, infiltration polymorphonucléaire, caséification avec des tubercules. Pour le type ulcéreuse, les changements histopathologiques sont essentiellement dans la muqueuse, suivie de la submuqueuse avec des ulcères et caséification comme apparences quasi spécifique.

La tuberculose appendiculaire se manifeste cliniquement comme une affection d'urgence ou bien d'allure incidieuse. On peut rencontrer aussi des formes cliniques asymptomatiques (1, 2). La forme chronique paraît être plus fréquente avec des douleurs de la fosse iliaque droite, diarrhées, nausées et vomissement. Pendant les attaques aiguës, la fièvre monte, une défense musculaire et une masse palpable peuvent être présentes. Ces crises sont dues plutôt à une infection concomittante bactérielle.

La forme clinique avec un commencement subit, se manifeste par les symptômes et les signes classiques de l'appendicite aiguë, phlegmoneuse, comme c'est le cas pour notre malade.

La forme asymptomatique de la tuberculose, appendiculaire n'est remarquée qu'à la suite des appendicectomies réalisées lors des laparotomies faites pour d'autres raisons.

Il n'y a pas de donnée spécifique de laboratoire pour la tuberculose appendiculaire, ce qui est d'ailleurs remarqué chez notre cas.

Le traitement de cette affection très rare consiste simplement d'une appendicectomie suivie du traitement médical antituberculeux (5). Néanmoins, il y a des articles où les auteurs trouvent suffisante et conseillent l'appendicectomie classique pour les formes isolées de la maladie (1, 2). Le traitement antituberculeux à titre préventif qui dure au moins six mois, même pour les formes isolées, c'est la méthode que nous avons préféré d'après nos recherches bibliographiques et nos discussions avec les spécialistes de ce

sujet. Si on est d'avis que tout acte chirurgical provoque le déséquilibre plus ou moins important des systèmes immunitaires de l'organisme, ce comportement peut se justifier aisément.

CONCLUSION

Une observation de tuberculose appendiculaire isolée suggère les commentaires suivants:

1. C'est une atteinte très rare de la tuberculose puisque nous n'avons pas retrouvé un cas rapporté dans la littérature Américaine et Européenne des dix dernières années.
2. Le diagnostic peut se poser après l'étude histopathologique.
3. Le traitement consiste en l'exérèse chirurgicale de l'appendice suivie d'un traitement antituberculeux.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOBROW, M. L., FRIEDMAN, S.: Tuberculous appendicitis. Am. J. Surg., 91: 389-393, (1956).
2. BRAASTED, F. W., DOCKERTY, M. B., VAUGH, J. M.: Tuberculous appendicitis. Surgery, 27: 790-802, (1950).
3. CARSON, W. J.: Tuberculosis of the appendix. Am. J. Surg., 34: 379-382, (1936).
4. MITTAL, V. K., KHANNA, S. K., GUPTA, N. M., AIKAT, M.: Isolated tuberculosis of appendix. Am. Surg., 41: 172-174, (1975).
5. PAUSTIAN, F. F., MARSHALL, J. B.: Intestinal Tuberculosis in Bockus Gastroenterology, ed by BERK, J. E., W. B. Saunders Company, Philadelphia, p 2018-2036, (1985).
6. VANDERPOOL, D. M., O'LEARY, J. P.: Primary tuberculous enteritis. Surg. Gynecol. Obstet., 167: 167-173, (1988).