

Article original

Tuberculose de Découverte Autopsique : Profils Épidémiologiques, Topographiques et Morphologiques des Lésions : À Propos de 158 Cas Recensés sur 10 Ans (Janvier 2004 A Décembre 2013) à Dakar (Sénégal)

Tuberculosis found at autopsy: Epidemiological, topographical and morphological patterns of lesions. A report of 158 cases over 10 years (from January 2004 to December. 2013) in Dakar (Senegal)

Thiam Ibou (1), Dial Cherif (1,2,3), Doh Kwame (1), Gaye Abdou Magib (1), Woto-Gaye Gisèle (1,2)

(1) Hôpital Aristide Le Dantec, Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques. Pavillon Bichat, Avenue Pasteur, Bp : 3001
Dakar

(2) Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie de l'université Cheikh Anta Diop De Dakar

(3) Hôpital Général De Grand Yoff, Dakar Bp : 3270 Dakar

Correspondance : email : Dribouthiam@Yahoo.Fr

RÉSUMÉ**BUTS**

La tuberculose est endémique et constitue un problème de santé publique majeur au Sénégal de façon de par sa recrudescence et son taux de mortalité élevé. Nous reportons ici les profils épidémiologiques, topographiques et morphologiques des lésions tuberculeuses de découverte autopsique à Dakar.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective de 158 compte-rendus d'autopsie des décès dus à la tuberculose colligés sur une période de 10 ans (Janvier 2004 à Décembre 2013) à l'hôpital Aristide le Dantec et l'hôpital Général de Grand Yoff. Le diagnostic de tuberculose était macroscopique, seuls les cas douteux (42) étaient analysés au microscope.

RÉSULTATS

Il y avait 153 hommes pour 5 femmes soit un sex-ratio de 30,6. L'âge moyen était de 47 ans avec des extrêmes de 16 et 85 ans. La tranche d'âge de 56 à 60 ans était la plus représentée (21,58% n=34). La cachexie (70,28%), la pâleur (44,30%) et l'hémoptysie (20,88%) étaient retrouvés à l'examen externe des corps. A l'autopsie des viscères, l'atteinte pulmonaire était retrouvée dans 98,73% des cas (n=156). Il s'agissait d'une atteinte bilatérale et extensive. Les atteintes rénales et péricardiques étaient rares, respectivement 3,79% et 2,53% des cas. Les aspects macroscopiques de la tuberculose étaient divers, variés et souvent intriqués. Ainsi, la miliaire tuberculeuse, les tubercules crus et les tuberculomes étaient rencontrés dans respectivement 81,01%, 76,58% et 62,02% des cas. Histologiquement, le follicule de KOSTER était constant, la présence de la nécrose caséuse étant un signe pathognomonique.

CONCLUSION

La tuberculose demeure une maladie mortelle à Dakar, elle touche essentiellement les hommes et les sujets d'âge mûr. La localisation pulmonaire est quasi constante, les lésions y sont souvent dévastatrices. La nécrose caséuse est un signe histologique spécifique.

MOTS CLÉS

Tuberculose, Décès, Autopsie, Dakar.

ABSTRACT**AIM**

Tuberculosis is endemic in SENEGAL. By its frequency and high mortality rate, it is a major public health problem. In this study, we report the epidemiological, topographical and morphological patterns of tuberculous lesions found at autopsy in Dakar.

METHODS

This was a cross sectional retrospective study of 158 reports collected over a period of 10 years (January 2004 to December 2013) at Aristide Le Dantec Hospital and Grand Yoff General Hospital of tuberculosis-related deaths. The diagnosis of tuberculosis was macroscopic and only doubtful cases (42) were analyzed by microscopy.

RESULTS

There were 153 men against 5 women (sex ratio of 30.6). The average age was 47 years old (range: 16 – 85). 34 (21.58%) were aged 56 to 60. Cachexia (70.28%), pallor (44.30%) and hemoptysis (20.88%) were found during the external body examination. At the autopsy, lung lesions was found in 98.73% of cases (n=156). It consisted of bilateral and extensive lesions. The renal and pericardial attacks were rare, found respectively in 3.79% and 2.53% of cases. Macroscopic aspects of tuberculosis were diverse and often mixed. Miliary tuberculosis, crude tubercles and tuberculoma were found respectively in 81.01%, 76.58% and 62.02 of cases. Histologically, KOSTER follicle was constant; the presence of caseous necrosis was a specific sign.

CONCLUSION

Tuberculosis is a deadly disease in Dakar; it affects mainly men and elderly persons. The lungs are nearly always affected. And lesions are often severe. Caseous necrosis is a specific histological sign.

KEY WORDS

Tuberculosis, death, autopsy, Dakar



INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie ancienne qui aurait fait son apparition il y a 70 000 ans chez l'Homme ; mais elle demeure à nos jours, l'une des plus meurtrières au monde juste après le VIH/SIDA [1]. Selon le Programme National de Lutte contre la Tuberculose du SÉNÉGAL, Dakar représente l'épicentre de l'infection avec un peu moins de la moitié des personnes infectées en 2012 [2]. Devant ces chiffres alarmants, nous nous sommes fixés comme objectif le recensement des profils épidémiologiques, topographiques et morphologiques des lésions de tuberculose de découverte autopsique à Dakar sur une période de 10 ans.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur 10 ans (Janvier 2004 à Décembre 2013) réalisée à l'hôpital Aristide le Dantec et l'hôpital Général de Grand Yoff, les seuls centres hospitaliers accrédités à faire des autopsies au SÉNÉGAL. Elle était basée sur l'analyse des comptes-rendus d'autopsies des personnes décédées de tuberculose.

Le diagnostic de tuberculose était essentiellement macroscopique, et seuls les cas douteux ont bénéficié d'analyse histologique.

Les renseignements cliniques comme une notion de tuberculose connue ou non, traitée ou non, résistante ou non, de même qu'une co-infection au VIH ne nous étaient pas parvenus.

RÉSULTATS

Au cours de la période d'étude, 158 cas de décès par tuberculose ont été recensés sur 1159 cas de morts naturelles soit une prévalence de 13,63%. Le maximum de cas au nombre de 26 était répertorié en 2013 soit 16,45% (Figure 1).

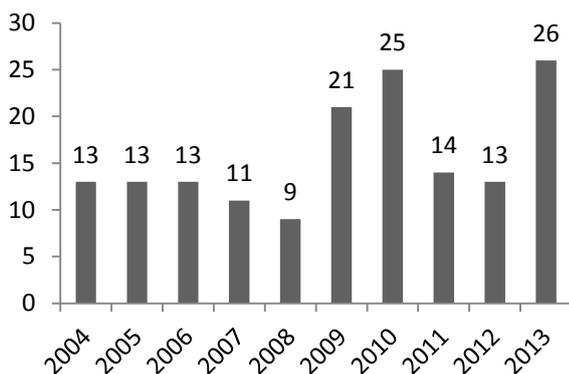


Figure 1 : Répartition des cas en fonction de l'année
Figure 1: Distribution of case by year

Notre population était essentiellement masculine (sex ratio H/Fde 30,6. Cette prédominance masculine était constatée sur toutes les années de notre étude.

L'âge moyen de notre échantillon était de 47,25 ans avec des extrêmes de 16 et 85 ans. La tranche d'âge de 56 à 60 ans était la plus représentée avec 21,51% des cas (Figure 2).

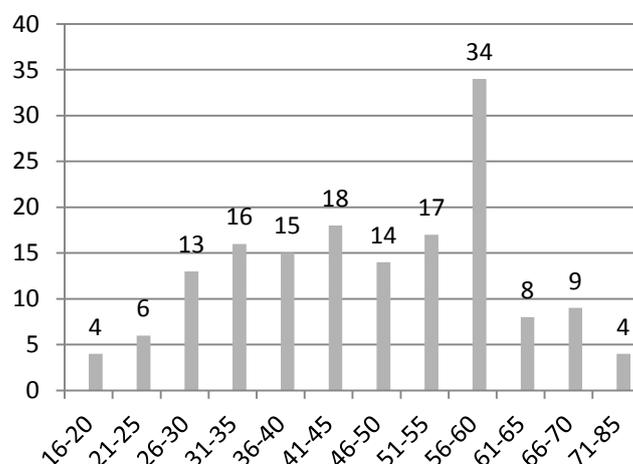


Figure 2 : Répartition des cas en fonction des tranches d'âges
Figure 2: Distribution of cases according to age group

L'examen extérieur montrait essentiellement une cachexie (70,28%), une pâleur (44,30%) et une hémoptysie dans 20,88% des cas. Dix-neuf corps (12,02%) présentaient une dénutrition sévère, deux corps une poly adénopathie cervico-axillaire ; et deux autres un hippocratisme digital. A l'autopsie des viscères, l'atteinte pulmonaire était retrouvée dans 98,73% des cas (n=156). Il s'agissait d'une atteinte bilatérale dans 81,64 % (n=129). Le poumon droit était exclusivement touché dans 11,39% des cas (n=18) et neuf corps n'avaient de lésions qu'au poumon gauche (Figure 3).

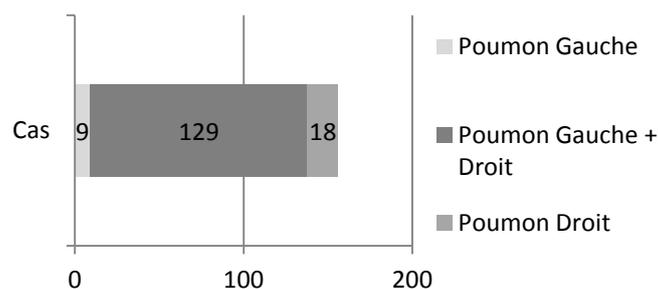


Figure 3 : Répartition de l'atteinte pulmonaire en fonction de la topographie

Figure 3: Distribution of lung disease as a function of the topography

Le poumon gauche était atteint de façon diffuse dans 106 cas (67,08%) et son lobe supérieur touché électivement dans 32 cas (20,25%). Le poumon droit présentait des lésions au trois lobes chez 101 corps (63,92%), les lobes moyens et inférieurs étaient indemnes dans 29,11% des cas (n=46 cas).

Cette atteinte pulmonaire était accompagnée d'une pleurésie (n=13 soit 8,22%) et d'un emphysème pulmonaire (n= 9 soit 5,69%) et de lésions plus rares (Tableau I).

Tableau I : Répartition des lésions associées à l'atteinte pulmonaire

Tableau I: Distribution of the lesions associated to lung disease

Lésion associée à l'atteinte pulmonaire	N
Épanchement pleural	13
Emphysème pulmonaire	9
Pachypleurite	3
Atélectasie	2
Dilatation des bronches	1
Hémithorax	1

Bien que les poumons soient majoritairement atteints, d'autres localisations tuberculeuses étaient observées. Il s'agissait d'adénopathies médiastinales (n=26 soit 16,45%) et mésentériques (n=12 soit 7,59%); d'une ascite (n=12 soit 7,59%) et d'un épanchement péricardique (n=24 soit 15,18%).

Six atteintes rénales (3,79%) ont été rencontrées. Le foie présentait des lésions sur six corps et une adiasolie par péricardite constrictive représentait la cause de la mort dans quatre cas (2,53%) (Tableau II).

Tableau II : Répartition topographique de l'atteinte tuberculeuse

Tableau II: Topographic distribution of tuberculosis reached

Viscère	Nombre de cas
Poumons	156
Adénopathies médiastinales	26
Épanchement péricardique	24
ADP mésentériques	12
Ascite	12
Rein	6
Foie	6
Péricardite constrictive	4
Rate	2
Hydrocèle	1

Les aspects macroscopiques de la tuberculose sont diverses, variés et souvent intriqués. La miliaire tuberculeuse, les tubercules crus et les tuberculomes étaient les plus couramment rencontrés dans respectivement 81,01%, 76,58% et 62,02% des cas. La moitié de notre série avait des granulations tuberculeuses et les cavernes étaient observées dans 43,67% des cas (Tableau III).

Tableau III : Répartition des aspects macroscopiques
Tableau III: Distribution of macroscopic aspects

Aspect macroscopique	N
Tubercules miliars	128
Tubercules crus	121
Tuberculome	98
Granulations	89
Adhérences pulmonaires	85
Caverne	69
Hépatisation pulmonaire	52
Tubercules crétaqués	21
Tubercules enkystés	7
Adhérences des anses	2

Sur le plan histologique, 42 examens étaient réalisées. Plusieurs stades évolutifs étaient associés au sein de la même lésion mais l'inflammation tuberculeuse au stade caséo-folliculaire était constant suivi du follicule simple (50% n=21) et du stade caverno-folliculaire (47,61% n= 20) (Tableau IV).

DISCUSSION

Dans les pays développés, les décès directement liés à une tuberculose sont devenus exceptionnels [1]. Selon l'OMS, plus de 95% des décès surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [1]. Nous avons rapporté une prévalence de 13,63% de cas de décès imputable à la tuberculose. Zannou au BENIN signale une prévalence de 21,16% des cas de tuberculose pulmonaire dans le service de médecine interne du CHD-B à Parakou [3].

L'âge moyen était de 47 ans, Tchaou au TOGO rapporte un âge moyen plus bas de 29 ans chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA, présentant des séquelles radiographiques de tuberculose [4]. La tranche d'âge la plus représentée de notre série était celle de 56 à 60 ans. Diagnostiquée majoritairement chez l'adulte jeune [3, 4, 5], beaucoup d'auteurs affirment que la tuberculose est une maladie dévastatrice chez les personnes âgées avec une mortalité beaucoup plus grande, favorisée par la fréquence élevée des maladies débilitantes concomitantes [1,3, 6].

La tuberculose entraîne un état de dénutrition sévère et une altération de l'état général [3,6]. Nous avons rapporté 20,88% de cas d'hémoptysie, témoignée par la présence de sang dans les voies aéro-digestives supérieures et parfois, dans le tractus digestif après sa déglutition. Zannou rapporte 20,68% de cas d'hémoptysie et la considère comme un signe inquiétant obligeant le malade à consulter. Pour Sanai en TUNISIE l'hémoptysie est un signe de gravité présent chez 14,1% des tuberculeux actifs et 20,5% des patients présentant des séquelles tuberculeuses [7].

De toutes les localisations, la tuberculose pulmonaire est de loin la plus fréquente et la plus répandue [1,8, 9]. Dans notre série, l'atteinte pulmonaire était bilatérale dans 81,64%. Kamamfu en BURUNDI rapporte une bilatéralité dans 67,90% des cas [10], et Zannou dans 52%

des cas. Le lobe supérieur droit et le lobe supérieur gauche étaient touchés respectivement dans 29,11% et 20,25% des cas de notre série. Ceci est corroboré par des auteurs Togolais, Béninois et Burundais qui déclarent que les régions apicales sont de moins en moins touchées avec l'avènement du VIH/SIDA laissant plutôt la place à une atteinte bilatérale et extensive [3, 4, 10]. Rappelons néanmoins que la prévalence du VIH de notre série n'est pas connue mais ils nous semblent qu'elle ne serait pas négligeable du fait de la forte association Tuberculose/VIH-SIDA au SÉNÉGAL [2].

Le rein représentait l'un des organes les plus touchés de notre série après le poumon. Pour d'autres auteurs, il constitue la plus fréquente localisation extra pulmonaire et ils expliquent sa contamination par une dissémination hémotogène au décours d'une primo infection pulmonaire [8].

Que se soit une adiaastolie par tamponnade ou par péricardite constrictive, la péricardite tuberculeuse est une affection rare mais grave potentiellement mortelle [9].

Les lésions macroscopiques de notre série sont représentées par la miliaire tuberculeuse (81,01%), suivi des tubercules crus (76,58%) et des tuberculomes (62,02%) ; les cavernes ne viennent qu'en sixième position avec un taux de 43,67% des cas. Plusieurs travaux s'étant intéressés à la présentation

macroscopique des lésions tuberculeuses rapportent des résultats similaires [4, 6, 10]. Ils affirment que contrairement aux lésions macroscopiques classiques retrouvées chez l'adulte jeune et le sujet immunocompétent avec une prédominance des formes cavitaires ; les lésions tuberculeuses s'expriment de façons plus atypiques avec la co-infection au VIH et chez les personnes d'âge avancé, se manifestant volontiers par des lésions miliaries classiques ou à gros grains (tubercules crus).

Sur le plan histologique, le problème posé est celui du diagnostic différentiel avec d'autres inflammations granulomateuses non tuberculeuses, mais la présence d'une nécrose caséuse permet aisément de lever l'équivoque.

CONCLUSION

Cette étude rétrospective sur les cas de tuberculose de découverte autopsique à Dakar montre que malgré les efforts consentis par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose, la tuberculose demeure une maladie mortelle. Les hommes sont de loin les plus touchés, et les personnes âgées paient le lourd tribut. La localisation pulmonaire est quasi constante, les lésions y sont extensives, bilatérales et la nécrose caséuse est un signe histologique pathognomonique.

REFERENCES

- 1- WHO. The World Health Report 2013. Geneva: WHO; March 2013.
- 2- PNT. Rapport Annuel 2012. SNGE/DHSH/MSPM, Sénégal ; 2013.
- 3- ZANNOU M., KPOVENON J. Place de la tuberculose parmi les affections pulmonaires dans le service de médecine interne du CHD-B à Parakou (A propos de 29 cas). Le Bénin Médical N°6, 1997 ; 51(4) : 42-45.
- 4- TCHAOU M., SONHAYE L., KOTOSO A., ADJENOU K., AGODA-KOUSSEMA L., N'TIMON B. Aspects radiographiques des séquelles de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA à Lomé-Togo. Journal Franco-vietnamien de Pneumologie 2012 ; 03(06) : 28-31.
- 5- WATEBA MI., DIOP SA., SALOU M., WOMITSO K., NICHOLS S., TIDJANI O. Négativation des frottis respiratoires selon le statut VIH à la phase intensive du traitement antituberculeux chez les patients hospitalisés au Togo. Médecine et Maladies infectieuses 2011 ; 41(5) : 140-144.
- 6- TOURE N.O., DIA KANE Y., DIATTA A., BA DIOP S., NIANG A., NDIAYE E.M. Tuberculose du sujet âgé. Revue des Maladies Respiratoires 2010 ; 27 : 1062-1068
- 7- SANAI RAGGAD S., ABID H., GHEDIRA H., TRITAR F., HAMZAOUI A. Etiologies Actuelles des Hémoptysies chez le Sujet Agé : Etude Comparative à propos de 360 cas. La Tunisie Médicale 2010 ; Vol 88 (n°11) : 809 – 813.
- 8- WATFA J., MICHEL F. Tuberculose Uro-génitale. Progrès en Urologie 2005 ; 15: 602-603.
- 9- BOUAKEZ-AJABI A., BOUAKEZ H., ZAOUALI RM. Les péricardites aspects cliniques et étiologiques. Médecine du Maghreb 1999 n°78.
- 10- KAMAMFU G., NIKOYAGIZE E., NDAYIRGIJE A., MUCIKIRE E., NZEYIMANA H., AUBRY P. Aspects radiologiques de la tuberculose pulmonaire associée à l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Médecine d'Afrique Noire : 1990, 37 (10).