



**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

**Décembre 2024, Volume 8
N°2, Pages 104 - 183**

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique
Mamadou Diawo Bah - Anesthésie-Réanimation
Mamadou Cissé- Chirurgie Générale
Ndèye Fatou Coulibaly -Orthopédie-Traumatologie
Richard Deguenonvo -ORL-Chir. Cervico-Faciale
Ahmadou Dem -Cancérologie Chirurgicale
Madieng Dieng- Chirurgie Générale
Abdoul Aziz Diouf- Gynécologie-Obstétrique
Mamour Gueye - Gynécologie-Obstétrique
Sidy Ka -Cancérologie Chirurgicale
Ainina Ndiaye - Anatomie-Chirurgie Plastique
Oumar Ndour- Chirurgie Pédiatrique
André Daniel Sané - Orthopédie-Traumatologie
Paule Aida Ndoye- Ophtalmologie
Mamadou Seck- Chirurgie Générale
Yaya Sow- Urologie-Andrologie
Alioune BadaraThiam- Neurochirurgie
Alpha Oumar Touré - Chirurgie Générale
Silly Touré - Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (Tunisie)
Momar Codé Ba (Sénégal)
Cécile Brigand (France)
Amadou Gabriel Ciss (Sénégal)
Mamadou Lamine Cissé (Sénégal)
Antoine Doui (Centrafrique)
Aissatou Taran Diallo (Guinée Conakry)
Biro Diallo (Guinée Conakry)
Folly Kadidiatou Diallo (Gabon)
Bamourou Diané (Côte d'Ivoire)
Babacar Diao (Sénégal)
Charles Bertin Diémé (Sénégal)
Papa Saloum Diop (Sénégal)
David Dosseh (Togo)
Arthur Essomba (Cameroun)
Mamadou Birame Faye (Sénégal)
Alexandre Hallode (Bénin)
Yacoubou Harouna (Niger)
Ousmane Ka (Sénégal)
Omar Kane (Sénégal)
Ibrahima Konaté (Sénégal)
Roger Lebeau (Côte d'Ivoire)
Fabrice Muscari (France)
Assane Ndiaye (Sénégal)
Papa Amadou Ndiaye (Sénégal)
Gabriel Ngom (Sénégal)
Jean Léon Olory-Togbe (Bénin)
Choua Ouchemi (Tchad)
Fabien Reche (France)
Rachid Sani (Niger)
Anne Aurore Sankalé (Sénégal)
Zimogo Sanogo (Mali)
Adama Sanou (Burkina Faso)
Mouhmadou Habib Sy (Sénégal)
Adegne Pierre Togo (Mali)
Aboubacar Touré (Guinée Conakry)
Maurice Zida (Burkina Faso)
Frank Zinzindouhoue (France)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Décembre 2024, Volume 8,
N°2, Pages 104 - 183

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adeh-dem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

SOMMAIRE

EDITORIAL

ARTICLES ORIGINAUX NUMEROS DE PAGES

CONTENTS

EDITORIAL

ORIGINALS ARTICLES NUMBERS PAGES

- 1) Prise en charge de la péritonite urineuse au Service de Chirurgie Générale du CHU Ignace Deen de Conakry.
Camara M et al.....104
- 2) Diverticulose colique : circonstances de découverte et prise en charge dans notre contexte au service de Chirurgie Générale du CHU Ignace Deen de Conakry.
Camara M et al109
- 3) Pathologie du canal péritonéo-vaginal au Centre Hospitalier Régional de Ndioum : à propos de 44 observations.
Bangoura MS et al.....113
- 4) Prise en charge des péritonites aiguës généralisées à l'Hôpital Général de Référence de Niamey, place de la perforation iléale d'origine infectieuse.
Saïdou A et al.....118
- 5) Le nœud iléo-sigmoïdien : étude de 10 cas au CHU de Treichville.
Anoh A et al.....130
- 6) Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des urgences digestives à l'Hôpital Général Idrissa Pouye.
Faye AC et al..... 137
- 7) Tuberculose péritonéale pseudo-tumorale.
Camara MH et al.....148
- 8) La chirurgie de la glande thyroïde : indications et facteurs pronostiques au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Ignace Deen CHU de Conakry.
Diallo A et al.....154

CAS CLINIQUES

- 9) Cancer du sein bilatéral découvert devant des localisations secondaires cérébrales : à propos d'un cas.
Touré AI et al.....162
- 10) Tumeur de la Granulosa de l'ovaire avec localisation jéjunale : à propos d'un cas.
Tandian F et al.....166
- 11) Décollement épiphysaire septique de hanche chez l'enfant : à propos de 2 observations.
Sarr L et al.....171
- 12) Le syndrome de la pince aorto-mésentérique : à propos d'une observation et revue de la littérature.
Chetibi A et al.....178

- 1) *Management of urinous peritonitis in the general surgery department Ignace Deen Hospital in Conakry.*
Camara M et al.....104
- 2) *Colic diverticulosis: discovery circumstances and management in our context at the General Surgery Department of the Ignace Deen Hospital in Conakry.*
Camara M et al.....109
- 3) *Pathology of the peritoneo-vaginal canal at the Regional Hospital of Ndioum: about 44 cases.*
Bangoura MS et al.....113
- 4) *Treatment of acute peritonitis at the Niamey General Reference Hospital, place of ileal perforation of infectious origin.* **Saidou A et al.....118**
- 5) *Ileo-sigmoid knot. Study of 10 cases at Treichville University Hospital.*
Anoh A et al.....130
- 6) *Epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of digestive surgical emergencies at The Idrissa Pouye General Hospital.*
Faye AC et al.....137
- 7) *Pseudo-tumoral peritoneal tuberculosis.*
Camara MH et al.....148
- 8) *Thyroid gland surgery: indications and prognostic factors at the department of general surgery of the Ignace Deen national hospital in Conakry.*
Diallo A et al.....154

CASES REPORTS

- 9) *Bilateral breast cancer discovered in the presence of secondary cerebral localizations: a case report.*
Toure A et al.....162
- 10) *Ovarian granulosa tumor with jejunal location: about a case.*
Tandian F et al.....166
- 11) *Septic epiphyseal detachment of the hip in children: a case report of 2 patients.*
Sarr L et al.....171
- 12) *The aorto-mesenteric compression syndrome: a case report and literature review.* **Chetibi A et al.....178**

TUBERCULOSE PÉRITONÉALE PSEUDO-TUMORALE

PSEUDO-TUMORAL PERITONEAL TUBERCULOSIS

Camara² L, Camara^{1,2} MH, Diallo² TH, Malamou² M, Camara² A, Keita¹S, Diakité^S,
Fofana¹ H, Toure A¹.

- 1- Université Gamal Abdel Nasser Conakry, Faculté des sciences et techniques de la santé.
2- Hôpital national Ignace Deen Conakry.

* **Auteur correspondant** : Mamadou Hawa Camara. Email : camakams@gmail.com
Tel +224-626-658-341.

Résumé

Introduction : La tuberculose péritonéale peut simuler une urgence chirurgicale alors que son traitement est essentiellement médical. L'objectif était de décrire les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de la tuberculose péritonéale pseudo-tumorale dans notre service de chirurgie générale. **Méthodologie** : Nous rapportons une étude rétrospective étalée sur 3 ans (01/01/2015 au 31 /12/ 2017) portant sur les cas de tuberculose péritonéale pseudo-tumorale pris en charge au service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen, Conakry. **Résultats** : Sept (07) cas de tuberculoses péritonéales de l'adulte étaient diagnostiqués (04 femmes et 03 hommes). L'âge moyen était $33,6 \pm 8,33$ ans. L'état général était altéré chez tous les patients. La fièvre concernait 6 cas, les douleurs abdominales et troubles du transit respectivement dans 5 et 4 cas. La masse abdominale était retrouvée à l'examen pour 5 patients. L'échographie abdominale avait montré 5 cas de masse d'origine incertaine, une ascite d'abondance variable ($n=5$) et l'épaississement péritonéal ($n=3$). L'IDR à la tuberculine était positive chez tous les patients. Macroscopiquement les grains de sable, 4 cas et 3 cas d'agglutination d'anses étaient notés. Le diagnostic était confirmé par des granulomes tuberculoïdes ($n=7$) à l'histologie. L'évolution était bonne avec guérison sous traitement antituberculeux. **Conclusion** : La tuberculose péritonéale est rare. Elle devrait être évoquée devant toute masse abdominale dans les zones d'endémie, afin d'éviter toute chirurgie

d'exérèse inutile. Dans les formes pseudo tumorales, le diagnostic est confirmé par biopsies péritonéales (granulomes tuberculoïdes). Le traitement de choix reste les antituberculeux avec une bonne évolution.

Mots clés : Tuberculose péritonéale, Pseudo-tumorale, Chirurgie générale, Conakry.

Abstract

Introduction: Peritoneal tuberculosis can simulate a surgical emergency while its treatment is essentially medical. The objective was to describe the clinical and therapeutic characteristics of pseudo-tumoral peritoneal tuberculosis in the general surgery department. **Methodology:** We report a 3 years retrospective study spread (01/01/2015 to 31/12/2017) about cases of pseudo-tumoral peritoneal tuberculosis treated in the general surgery department of the Ignace Deen National Hospital, Conakry. **Results:** Seven (07) cases of adult peritoneal tuberculosis were diagnosed (04 women and 03 men). The mean age was 33.6 ± 8.33 years. The general condition was impaired in all patients. Fever for (06 cases), abdominal pain and transit disorders respectively in 5 and 4 cases. Abdominal mass was found on examination in 5 patients. Abdominal ultrasound showed 5 cases of mass of uncertain origin, ascites of variable abundance ($n = 5$) and peritoneal thickening ($n = 3$). Tuberculin IDR was positive in all patients. Macroscopically,

sand grains (4 cases) and 3 cases of loop agglutination were noted. The diagnosis was confirmed by tuberculoid granulomas ($n = 7$) on histology. The evolution was good with cure under antituberculous treatment. **Conclusion:** Peritoneal tuberculosis is rare. It should be considered in the presence of any abdominal mass in endemic areas, in order to avoid

unnecessary surgical excision. In pseudotumor forms, the diagnosis is confirmed by peritoneal biopsies (tuberculoid granulomas). The treatment of choice remains antituberculosis drugs with good progress.

Keywords: Peritoneal tuberculosis, Pseudotumor, General surgery, Conakry.

INTRODUCTION

La tuberculose péritonéale est une pathologie qui reste fréquente dans les pays en voie de développement et survient surtout sur des terrains d'immunodépression [1]. Sa présentation clinique et biologique étant polymorphe et non spécifique [2]. La symptomatologie est non spécifique et la palpation d'une masse abdominale peut orienter à tort vers une pathologie tumorale maligne, d'autant plus que la symptomatologie évolue dans un contexte d'altération de l'état général. Ce diagnostic, difficile et fréquemment méconnu, doit être évoqué surtout si le contexte épidémiologique s'y prête, en présence d'une atteinte pulmonaire concomitante, ou devant des antécédents de tuberculose [3]. Son diagnostic positif requiert une preuve microbiologique ou anatomopathologique en faisant appel aux explorations invasives à savoir la coelioscopie voire la laparotomie avec biopsies. Malheureusement, l'étude microbiologique du liquide d'ascite est rarement contributive ; la présence de bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) à l'examen direct dans moins de 5 % des cas (coloration de Ziehl ou à l'auramine) ; la culture positive dans un peu plus de 30 % des cas, avec un délai de plusieurs semaines en général [4]. La tuberculose péritonéale peut simuler plusieurs tableaux d'urgence chirurgicale alors que son traitement est essentiellement médical [5].

L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques cliniques et thérapeutiques

de la tuberculose péritonéale pseudo-tumorale au service de chirurgie générale, vu que la Guinée est une zone à forte endémicité de la maladie.

METHODOLOGIE

Dans cette étude rétrospective étalée sur 3 ans de 01 janvier 2015 au 31 Décembre 2017, nous avons examiné les dossiers médicaux de 07 patients atteints de tuberculose péritonéale pseudo-tumorale confirmée à l'histologie au service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry.

Population étudiée : Sept (07) cas de tuberculose péritonéale pseudo-tumorale ont été colligés. Pour tous nos patients, le diagnostic de tuberculose a été confirmé par la présence de granulomes épithélio-giganto-cellulaire avec ou sans nécrose caséeuse à l'examen anatomopathologique des biopsies péritonéales. Ont été exclues toutes les autres localisations non pseudo-tumorales notamment les hydrosalpinx isolés, d'autres causes d'ascite et de maladies hépatiques chroniques. Aucun des patients n'avait d'autre maladie chronique.

Collecte de données : une fiche d'enquête pré-établie a été utilisée pour collecter les données auprès des dossiers archivés. Nous avons enregistré pour chaque cas les caractéristiques épidémiologiques (âge, sexe, antécédents personnels et familiaux de

TB), cliniques (signes fonctionnels, signes généraux, données de l'examen physique), IDR (intra-dermoréaction) à la tuberculine, biologiques (données cytochimiques et bactériologiques du liquide d'ascite, vitesse de sédimentation (VS)) et radiologiques (anomalies de la radiographie thoracique, les résultats de l'échographie abdomino-pelvienne). Nous avons également colligé le résultat et la méthode d'exploration de la cavité péritonéale (laparotomie) ainsi que les aspects du traitement.

Résultats

Sept (07) dossiers de patients diagnostiqués de tuberculose péritonéale étaient analysés : il s'agissait de 4 femmes et 3 hommes (sex-ratio : 0,75). L'âge moyen au moment du diagnostic était de $33,6 \pm 8,33$ ans (extrêmes 20–50 ans) (**Tableau I**). La majorité de nos patients étaient âgés de 30 à 40 ans. A l'admission, l'altération de l'état général était présente chez tous les patients. Cinq patients avaient une douleur abdominale. La fièvre (6 cas) et les troubles du transit (4 cas) étaient notifiés. L'examen physique avait mis en évidence une masse abdominale dans 5 cas, une matité dans 6 cas, une hépatomégalie dans 3 cas et une splénomégalie dans 2 cas. Le **Tableau II** illustre les manifestations cliniques chez nos patients.

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe et les tranches d'âge au cours de la tuberculose péritonéale diagnostiquée

Sexe	Effectif
Masculin	03
Féminin	04
Tranche d'âge	Effectif
20 – 30	3
31 – 40	2
41 -50	2
Total	7

Tableau II : Les manifestations cliniques de la tuberculose péritonéale

Manifestations cliniques	Effectif
Altération de l'état général	7
Fièvre	6
Douleur abdominale	5
Distension abdominale	5
Trouble du transit	4
Sensibilité	6
Masse	5
Matité	6
Hépatomégalie	3
Splénomégalie	2

La radiographie pulmonaire était réalisée systématiquement chez tous les patients, montrant dans 4 cas, une pleurésie. L'échographie abdomino-pelvienne avait mis en évidence une masse abdominale d'origine incertaine dans 5 cas, une ascite d'abondance variable dans 05 cas, des macro-nodules hépatiques (2 cas) et un épaissement péritonéal (3 cas) comme détaillé dans le **tableau III**.

Tableau III : Les anomalies radiographiques et échographiques retrouvées au cours de la tuberculose péritonéale

Radiographie thoracique	Effectif
Normale	3
Pleurésie	4
Echographie abdominopelvienne	Effectif
Ascite	5
Masse abdominale	5
Epaississement péritonéal	3
Macro-nodule hépatique	2
Agglutination d'anses intestinales	3

Tous les patients avaient une IDR (intra-dermo-réaction) à la tuberculine positive supérieure à 10 millimètres de diamètre. Les aspects macroscopiques après laparotomie étaient dominés par des granulations sous forme de grains de sable de même taille d'aspect brillant. L'aspect histologique

après biopsie péritonéale plaiderait en faveur de granulome tuberculoïdes dans tous les cas (Tableau IV).

Tableau IV : Aspect macroscopique et histologique du péritoine.

Aspect macroscopique	Effectif
Grains de sable	4
Agglutination d'anses	3
Aspect histologique	Effectif
Granulomes tuberculoïdes	7

L'ensemble de ces éléments nous ont permis de retenir le diagnostic de tuberculose péritonéale pseudo-tumorale. Le traitement (2RHZE/4RH) consistait, chez tous les patients, à administrer une quadrithérapie anti-bacillaire : rifampicine, isoniazide, pyrazinamide, Ethambutol pendant 2 mois puis une bithérapie : rifampicine et isoniazide pendant 4 mois. Le drainage thoracique était effectué pour 2 cas, la ponction pleurale évacuatrice itérative également dans 2 cas.

L'évolution sous traitement était favorable avec guérison complète de tous les patients (100%).

Les figures 1 et 2 illustrent les différentes présentations de la tuberculose péritonéale en per-opératoire.

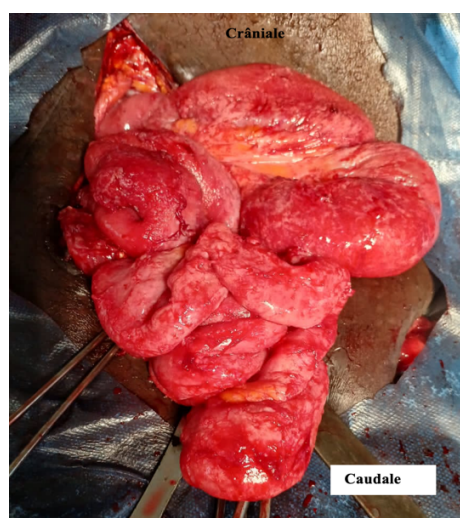


Figure 1 : Vue per-opératoire d'une agglutination d'anses, avec granulations disséminées



Figure 2 : Vue per-opératoire de granulations sur l'épiploon

DISCUSSION

L'objectif de ce travail était de décrire les différents aspects cliniques et thérapeutiques des formes pseudo-tumorales de la tuberculose péritonéale en rapportant l'expérience du service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen. Une atteinte intra-abdominale au cours de la tuberculose n'est pas exceptionnelle. Douze pour cent des malades ayant une tuberculose ont une atteinte des organes digestifs. Celle-ci intéresse le plus souvent les ganglions mésentériques, le péritoine, le foie et la rate [6]. La majorité des patients étaient âgés de 30 à 40 ans. L'âge moyen au moment du diagnostic était de $33,6 \pm 8,33$ ans (extrêmes 20–50 ans). Ce résultat était proche de ceux de Amouri et al [7], Ben Hriz et al [8] et de Dahmeni et al [9] soit respectivement 38,2 ; 38,6 et 41 ans d'âge moyen. Nous avons retrouvé un sex-ratio (F/H) de 1,33 soit 4 femmes et 3 hommes. Ceci était similaire au travail de Dahmeni et al [9] qui avaient trouvé une prédominance féminine de 33 femmes pour 29 hommes soit un sex-ratio de 0,75. La présentation de la tuberculose intra-abdominale n'est pas spécifique et peut inclure une combinaison de

symptômes systémiques, tels que des sueurs nocturnes, une légère fièvre et une léthargie, ainsi que des symptômes gastro-intestinaux tels que des nausées, des vomissements et des modifications des habitudes intestinales. Des douleurs abdominales peuvent survenir par suite d'une irritation péritonéale, une adénite mésentérique ou une obstruction due à des sténoses [10]. Dans notre étude l'altération de l'état général était présente chez tous les patients (100 %), de plus 5 patients. L'atteinte pulmonaire ou digestive concomitante peut orienter vers ce diagnostic, mais n'est pas constante et peut manquer dans 30 à 50 % des cas [11]. La radiographie pulmonaire était réalisée de façon systématique chez tous nos patients, montrant 4 cas de pleurésie. Cette localisation associée à la tuberculose péritonéale était également notée dans l'étude de Ben Hriz et al [8] dans huit cas. Sur le plan radiologique, les données de l'échographie, du scanner et de l'imagerie par résonance magnétique ne sont pas spécifiques [12]. L'échographie abdomino-pelvienne dans notre cas avait mis en évidence une masse abdominale d'origine incertaine dans 5 cas, une ascite d'abondance variable (5 cas), des macronodules hépatiques (02 cas) et un épaissement péritonéal (03 cas).

Tous les 7 cas avaient une IDR (intradermo-réaction) à la tuberculine positive supérieure à 10 millimètre de diamètre contrairement à l'étude d'Amouri et al [7] avec une IDR à la tuberculine qui était supérieure à 10 mm seulement dans 39,1 % des cas. Dans notre série, l'aspect macroscopique après laparotomie était dominé par des grains de sable et une agglutination d'anses intestinales. Ces aspects étaient similaires à ceux de Bouchaib et al [13] où l'exploration de la

cavité péritonéale avait trouvé des granulations blanchâtres, une agglutination des anses intestinales. L'étude histologique des prélèvements biopsiques objective des granulomes épithélio-giganto-cellulaires avec habituellement une nécrose caséeuse comme dans notre étude [13,12]. C'est d'ailleurs ce qui confirme le diagnostic de tuberculose péritonéale et permet d'entreprendre le traitement spécifique. Celui-ci repose sur une quadrithérapie anti-bacillaire : rifampicine, isoniazide, pyrazinamide, ethambutol pendant 2 mois puis une bithérapie : rifampicine et isoniazide pendant 4 mois. La chirurgie s'avère nécessaire en cas de signe de compression digestive ou urinaire ou dans les formes fistulisées [13,6]. Ce fut le cas dans notre série avec un traitement local pour des pleurésies associées, qui consistait au drainage thoracique pour (02) cas et la ponction pleurale évacuatrice itérative également (02) cas. L'évolution sous traitement était favorable avec guérison complète de tous les patients (100%) dans notre cas, comme constaté dans la série de Ben Hriz et al [8].

CONCLUSION

La tuberculose péritonéale est rare. Elle devrait être évoquée devant toute masse abdominale en particulier dans les zones d'endémie, afin d'éviter toute chirurgie d'exérèse inutile. Le recours aux explorations invasives est souvent inéluctable. Dans les formes pseudo tumorales, le diagnostic est confirmé par les résultats des biopsies péritonéales réalisées lors de la laparotomie. Le traitement de choix reste les antituberculeux avec une bonne évolution clinique.

REFERENCES

1. **Hachimi K El, Zaghba N, Benjelloun H, Yassine N.** La tuberculose péritonéale. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2018;35: A259-60.
2. **Akkari I, Jemni I, Mrabet S, Jazia EB.** Tuberculose péritonéale: à propos de 18 cas. *La Revue de Médecine Interne*. 2017;38: A237.
3. **Barni R El, Lahkim M, Achour A.** La tuberculose abdominale pseudo-tumorale. *Pan African Medical Journal*. 2012;13(1).
4. **Capron J, Lafont C, Grateau G, Steichen O.** Diagnostic non invasif d'une tuberculose péritonéale. *La Revue de médecine interne*. 2010;31(12):10-1.
5. **Cissé M, Tandian F, Konaté I, Ka O, Dieng M, Dia A, et al.** Prise en charge de la tuberculose peritoneale (tp) en milieu chirurgical. à propos de 23 cas. *Dakar Médical*. 2009 ;54(3) : 2929-34.
6. **Rouibaa F, Amrani L, Mahi M, Amrani N, Aourarh A.** Tuberculose pancréatique pseudo-tumorale: une cause rare d'ictère cholestatique. *Hegel*. 2012;2(4):55-60.
7. **Amouri A, Boudabbous M, Mnif L, Tahri N.** Profil actuel de la tuberculose péritonéale: étude d'une série tunisienne de 42 cas et revue de la littérature. *La Revue de médecine interne*. 2009;30(3):215-20.
8. **Ben Hriz F, Maamouri N, Belkahla N, Ouerghi H, Chouaib S, Chaabouni H, et al.** La tuberculose peritoneale: a propos d'une serie de 47 cas. *La Revue de médecine interne*. 2009;30:S401-S401.
9. **Dahmeni W, Elleuch N, Ksiaa M, Jaziri H, Mansour IB, Brahem A, et al.** Profil de la tuberculose péritonéale dans une région endémique. *La Revue de Médecine Interne*. 2016;37:A165.
10. **Awad A, Pampiglione T, Ullah Z .** Abdominal tuberculosis with a Pseudo-Sister Mary Joseph nodule mimicking peritoneal carcinomatosis. *BMJ Case Reports CP*. 1 juin 2019;12(6):e229624.
11. **Akka L, Khalil H, Gannouni NCI, Jalal H, Samlani Z, Fadil K, et al.** La tuberculose ovarienne pseudotumorale: à propos de quatre cas. *Imagerie de la Femme*. 2009;19(4):251-4.
12. **Saadi H, Mamouni N, Errarhay S, Bouchikhi C, Banani A, Ammor H, et al.** Tuberculose pelvi-péritoneale pseudotumorale: à propos de quatre cas. *Pan African Medical Journal*. 2012;13:52.
13. **Bouchaib AE , Drissi J, Babahabib A, Elhassani MEM, Kouach J.** Tuberculose péritonéale pseudo tumorale: à propos d'une série de 14 cas. *The Pan African Medical Journal*. 2022;43:130, <https://doi.org/10.11604%2Fpamj.2022.43.130.35899>