

# La tuberculose mammaire à propos de deux cas

J.EL HAUDANI, Y JANATI IDRISSE, Y BELHAJ, S JAYI, FZ FDILI, H HIKMAT, MA MELHOUF

Service de gynécologie-obstétrique II CHU Hassan II Fès, Maroc

**Abstract :** *Breast tuberculosis, a rare condition, typically affects young women during their reproductive years and most commonly presents in a primary manner. It poses a challenge in terms of diagnosis and treatment. Current treatment principles rely on a combination of anti-tubercular chemotherapy, sometimes coupled with surgery. Here, we present two cases of breast tuberculosis diagnosed solely through histology. The patients showed significant improvement under antibiotic treatment. By analyzing literature data, we shed light on the epidemiological, clinical, diagnostic, and therapeutic characteristics of this disease.*

**Keywords:** Breast; Koch's bacillus; Granulomatosis; Caseous necrosis; Anti-bacillary.

## Résumé :

La tuberculose mammaire, une affection rare, affecte généralement les femmes jeunes en période d'activité génitale et se présente le plus souvent de manière primitive. Elle représente un défi en termes de diagnostic et de traitement. Les principes de traitement actuels reposent sur une combinaison de chimiothérapie antituberculeuse, parfois associée à la chirurgie. Nous présentons ici deux cas de tuberculose mammaire, diagnostiqués uniquement par histologie. Les patientes ont montré une amélioration significative sous traitement antibiotique. En analysant les données de la littérature, nous mettons en lumière les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de cette maladie.

Mot clés : Seins ; Bacille de Koch ; Granulomatose ; Nécrose caséuse ; Anti-bacillaire.

## Introduction :

La tuberculose est une maladie infectieuse due à des bactéries appartenant à la famille des mycobactériums, C'est une affection sociale qui touchait les populations d'un niveau socio-économique bas et les sujets âgés [1]. Certaines localisations de la maladie tuberculeuse sont rares voire exceptionnelles. La tuberculose mammaire vient au dernier rang des localisations viscérales ; elle représente 0,06%. Elle touche essentiellement les femmes dans la période de procréation [2]. Cependant, elle doit être distinguée des autres pathologies mammaires et surtout des cancers étant donné les ressemblances cliniques et radiologiques. En effet, la tuberculose mammaire est souvent prise pour une lésion cancéreuse dont la confirmation diagnostique ne peut être faite que par les examens anatomopathologiques et bactériologiques [3]. Le traitement repose essentiellement sur les antituberculeux mais parfois un traitement chirurgical s'avère nécessaire. Nous rapportons deux cas de tuberculose mammaire et à travers les données de la littérature nous mettons le point sur les différents aspects de cette pathologie.

## Observation N1 :

Patiente, âgée de 33 ans, mariée, primipare, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, notamment pas de notion de contag tuberculeux, qui s'est présentée dans notre formation pour abcès récidivant du sein droit apparu depuis 2 mois. L'examen clinique a trouvé la patiente en bon état général apyrétique. L'examen sénologique a trouvé le sein droit augmenté de taille, siège d'une tuméfaction de 7 cm occupant le quadrant supéro-externe (QSE) du sein droit, la peau en regard était rouge, luisante et une cicatrice d'une ancienne fistulisation dans la région péri aréolaire, sensible à la palpation (Figure N°1), ainsi qu'une adénopathie axillaire homolatérale 1,5 cm mobile par rapport aux deux plans. Le sein gauche était sans anomalie de même que le reste de l'examen général. L'échographie mammaire a montré une image hétérogène hypoéchogène avec des zones anéchogènes en plage, très mal limitée, siégeait au niveau des quadrants externes et avec des prolongements dans les plans adjacents et mesurait 10/8 cm avec épaissement de la peau par endroit (Figure N°2). La mammographie n'a pas été réalisée vu l'aspect inflammatoire et douloureux du sein droit. Le drainage chirurgical de l'abcès a été alors réalisé sous couverture antibiotiques non spécifiques, avec prélèvement du pus et réalisation de multiples biopsies. L'examen anatomopathologique a objectivé un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse. L'étude bactériologique du pus est revenue négative. La radiographie du thorax était normale et aucune autre localisation tuberculeuse n'a été retrouvée. La

patiente était mise sous traitement anti bacillaires pendant 6 mois. Le traitement était bien toléré avec bonne évolution sur le plan clinique et radiologique avec un recul de 24 mois.



Figure N°1 : Abscès du quadrant supéro-externe du sein hétérogène  
Droit avec cicatrice de fistule para-aréolaire.  
plage, mal

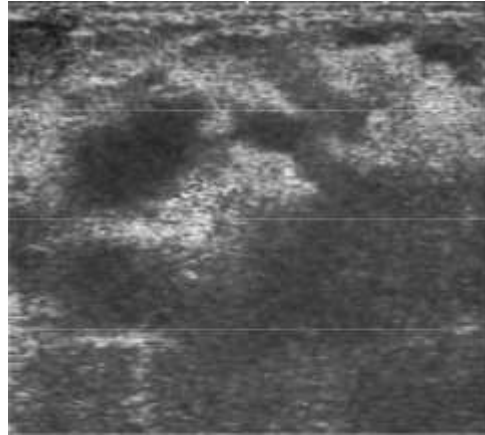


Figure N°2 : Échographie mammaire : Image  
hypoéchogène avec des zones anéchogènes en  
Limitée du QSE du sein droit

#### Observation N2 :

Patiente âgée de 36 ans, multipare, sans antécédents particuliers, notamment pas de notion de néoplasie familiale ou de contagement tuberculeux, statut vaccinal inconnu, qui s'est présentée dans notre formation pour mastodynies droites apparues deux mois auparavant. L'examen clinique a retrouvé un aspect de peau d'orange du sein droit associé à une ulcération aréolaire inférieure indolore (Figure 3) avec présence d'adénopathies axillaires homolatérales évoquant un cancer du sein localement avancé, le sein gauche était sans anomalie de même que le reste de l'examen clinique. Le couple échographie- mammographie a objectivé un épaississement cutané diffus du sein droit sans lésions nodulaires ni microcalcifications, associé à de multiples adénopathies axillaires hypoéchogènes dont la plus grande mesure 20 mm. Une biopsie cutanée de l'ulcération aréolaire et une cytoponction de l'adénopathie axillaire ont été réalisées, l'examen anatomopathologique a objectivé des remaniements fibro-inflammatoires chroniques non spécifiques de l'ulcération et la présence de granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse pour la biopsie de l'adénopathie axillaire. Le diagnostic d'une mastite tuberculeuse avec atteinte de la chaîne ganglionnaire axillaire a été retenu. La patiente a été adressée au service de pneumologie où un schéma thérapeutique à base de (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol pendant 02 mois et Rifampicine, Isoniazide pendant 4 mois) a été instauré totalisant une durée de 06 mois. L'évolution a été marquée par la disparition de l'aspect inflammatoire ainsi que des adénopathies axillaires homolatérales.



Figure 3 : aspect de peau d'orange du sein droit associé à une ulcération aréolaire inférieure.

#### Discussion :

La tuberculose mammaire est une pathologie réputée particulièrement rare, sa fréquence est estimée entre 0,025% à 4,5% de toutes les affections tumorales du sein [2, 29]. Elle vient au dernier rang des localisations tuberculeuses extra pulmonaires, elle représente 0,06% de ces dernières [2].

Depuis le premier cas décrit par Sir Cooper en 1829, environ 900 cas de tuberculose mammaire sont rapportés dans la littérature [30]. La tuberculose mammaire est rencontrée dans les pays à forte endémicité tuberculeuse. Pour KHAIZ, sur une étude de 215 cas, l'Asie vient en tête avec 45,2%

suivie de l'Afrique noire 27,4%, de l'Afrique du Nord 17,2%, de l'Europe 16,2% et enfin l'Amérique 4%[5, 31]. Au Maroc, sur une période de 8 ans allant de 2001 à 2008, ZEKRI et al. ont trouvé une incidence de la tuberculose mammaire de 0,4 % parmi les affections mammaires colligées au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca ce qui représente une incidence proche de celles notées dans les études faites en Afrique du Nord [3]. La tuberculose mammaire survient chez la femme jeune en âge de procréation, entre 20 et 40 ans [7]. Elle est rare avant la puberté et après la ménopause. Cela s'explique par l'activité physiologique du sein [8]. Ses facteurs de risque sont la multiparité, l'allaitement, les traumatismes mammaires et la mastite chronique [4, 6]. Parmi les 215 cas étudiés par Khaiz [5], 80 % des femmes étaient des multipares. Ceci serait expliqué par une contamination canaliculaire plus fréquente au cours de la lactation, du fait de l'ectasie galactophorique [7]. Selon le mode de contamination, il existe deux formes de tuberculose mammaire: la tuberculose mammaire primitive : Cette forme se produit lorsque le bacille de Koch (BK) est directement inoculé à travers les canaux galactophoriques ou à travers une lésion cutanée. Elle pourrait être favorisée par l'allaitement et la grossesse. La tuberculose mammaire secondaire : Dans ce cas, le sein est contaminé par voie hématogène ou lymphatique [8, 9, 10, 11]. Dans les deux cas que nous avons rencontrés, la tuberculose était de forme primitive. Sur le plan clinique, la tuberculose mammaire se distingue par l'absence de signes cliniques spécifiques. [12, 13, 14,]. Elle peut se manifester soit par une masse nodulaire, imitant un adénocarcinome mammaire, soit par une masse tumorale inflammatoire douloureuse accompagnée d'une peau épaissie, ressemblant à un carcinome inflammatoire [21]. Néanmoins, certains critères cliniques peuvent orienter vers une étiologie tuberculeuse. L'existence d'un abcès récidivant du sein, d'évolution torpide malgré une antibiothérapie classique et un drainage chirurgical [14, 17, 18], la présence d'une adénopathie axillaire fistulisée associée à un nodule du sein [15, 19], l'existence d'une fistule mammaire avec écoulement intermittent rythmé par le cycle menstruel [16, 20]. Les signes généraux d'imprégnation tuberculeuse, tels que l'asthénie, l'anorexie, l'amaigrissement et une fébricule, sont généralement présents, mais ils peuvent également être absents ou incomplets. Sur le plan paraclinique, il n'existe pas de signes mammographiques spécifiques de la tuberculose mammaire. En raison de ce manque de spécificité, la mammographie ne constitue qu'un élément d'orientation diagnostique. En effet, elle peut révéler des opacités hétérogènes, irrégulières, mal délimitées, parfois accompagnées de calcifications qui pourraient orienter

vers une étiologie maligne. [22-23]. À l'échographie, la tuberculose mammaire se présente souvent sous forme d'une image hypoéchogène, hétérogène, bien ou mal délimitée, avec un renforcement postérieur minimal. Ces caractéristiques posent un défi dans le diagnostic différentiel avec les cancers du sein et les adénofibromes anciens et remodelés. L'utilisation combinée de la mammographie et de l'échographie mammaire améliore la sensibilité et la spécificité du diagnostic. En ce qui concerne l'IRM, les aspects ne sont pas spécifiques car ils sont retrouvés dans les carcinomes et les abcès. Cependant, l'IRM permet notamment d'évaluer l'extension locorégionale de la maladie.

Le diagnostic de certitude de la tuberculose mammaire repose sur l'identification de *Mycobacterium tuberculosis* dans le produit de cytoponction, dans la biopsie, ou dans les sécrétions des fistules mammaires. Cependant, le bacille tuberculeux n'est retrouvé que dans environ 25 % des cas [17, 22]. Dans nos cas, l'examen bactériologique était positif pour les deux cas.

Le prélèvement biopsique en vue d'un examen anatomopathologique est donc une étape cruciale pour le diagnostic. Il peut être réalisé par exérèse chirurgicale complète ou partielle, par carottage de la lésion, ou encore par punch ou curetage du trajet fistuleux. L'histologie révèle, dans environ 95 % des cas, des granulomes épithélioïdes et géantocellulaires avec nécrose caséuse centrale, des éléments très évocateurs d'une lésion tuberculeuse [17, 22]. Dans notre étude, l'histologie a été contributive dans tous les cas.

La prise en charge thérapeutique de la tuberculose mammaire est basée sur les antibacillaires qui ont transformés radicalement le pronostic de la TM. Ce traitement est uniquement instauré après preuve bactériologique et/ou histologique [24]. Le traitement doit toujours être prolongé (06 à 18 mois selon le contexte clinique et le schéma suivi), à dose efficace et adéquate. Dans la plupart des études, une thérapie de 06 mois avec la même association s'est avérée suffisante pour la guérison de toutes les patientes [32,33]. Dans notre série, c'est le schéma Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et éthambutol pendant 2 mois puis relais par Rifampicine et Isoniazide pendant 4 mois qui a été adopté en concertation avec les pneumologues.

Le geste chirurgical est principalement utilisé comme moyen de diagnostic, permettant la réalisation de biopsies, d'excisions ou de tumorectomies pour obtenir une confirmation histologique. De plus, dans les cas de résistance aux traitements antituberculeux ou de maladies localement avancées, une mammectomie peut être proposée à des fins thérapeutiques [24, 25, 26].

Une fois le traitement entamé, le pronostic de la tuberculose mammaire est généralement excellent, à condition d'une prise en charge adéquate des autres localisations tuberculeuses [27, 28]. Cependant, une surveillance rigoureuse de l'observance du traitement est nécessaire pour prévenir les récurrences et le développement de résistances aux médicaments antituberculeux. De plus, le risque de contamination de l'enfant allaité mérite une attention particulière et peut nécessiter la discussion d'un sevrage.

### Conclusion :

La tuberculose mammaire est rare même en pays d'endémie. Cependant, elle mérite d'être connue en raison de ses extrêmes ressemblances avec le cancer du sein. Elle survient essentiellement chez la femme jeune en période d'activité génitale. La clinique et l'imagerie ne sont pas spécifiques d'où la nécessité d'une étude bactériologique et anatomopathologique afin de garantir un diagnostic certain. Le traitement est surtout médical. Par ailleurs, le recours au traitement chirurgical tient sa place en cas de doute diagnostique ou après échec du traitement médical. L'évolution sous traitement est généralement favorable. L'amélioration du pronostic de la tuberculose mammaire repose sur le diagnostic précoce et la perspicacité du médecin. Il faut insister sur l'importance et la nécessité de renforcer les moyens de Prévention afin d'éradiquer cette pathologie.

### Bibliographie :

- 1) Ben Hassouna . J et Al ; Gynécologie obstétrique et fertilité 33, (2005) ,870-876.
- 2) Agoda-Koussela. L.K, Djibril. A .M, Adjessou. K.V ; Tuberculose mammaire : A propos d'un cas. J Afr Imag Méd 2014 ; 6 (3) ,73-77.
- 3 ) Zekri.H, Boufettal.H,Bennairi .Oen collaboration ; La tuberculose mammaire à propos de dix cas .Journal Marocain des Sciences Médicales 2010, Tome XVII ; N°2, 19-22.
4. Ducroz B, Nael LM, Gautier G, Monreal JM, Marquet M, Cloup N. Tuberculose mammaire bilatérale: un cas; Revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1992 ; 21 : 484-8.
5. Khaiz D, Lakhroufi A, Cheheb F, Abi F, Bouzidi A. Tuberculose mammaire. A` propos de deux cas. Sem Hop Paris 1993 ; 69 : 454-8.

6. Hamit HF, Ragsdale TH. Mammary tuberculosis. *J R Soc Med* 1982 ; 75 : 764-5.
7. Pricop F, Pricop M, Dumitrache F, et al. La tuberculose mammaire: A propos de deux cas. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1996 ; 91 : 381.
- 8- Kalac N, Ozkan B, Bayiz H et coll. Breast tuberculosis. *Breast* 2002 ; 11 346-349.
- 9- Ducroz B, Nael LM, Gautier G et coll. Tuberculose mammaire bilatérale : un cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992 ; 21 : 484-488.
- 10- Wilson JP, Chapman SW. Tuberculous mastitis. *Chest* 1990 ; 98 : 1505 1509.
- 11- Daali M, Hssaida R, Hda A. La tuberculose primitive du sein. *Presse Med* 2001 ; 30 : 431- 433.
12. Khanna R, Prasanna GV, Gupta P, Kumar M, Khanna S, Khanna AK. Mammary tuberculosis: report on 52 cases. *Postgrad Med J* 2002 ; 78 : 4224.
13. Morsad F, Ghazli M, Boumzgou K, et al. Tuberculose mammaire: à Propos de 14 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2001 ; 30 : 331-7.
14. Shinde SR, Chandawarkar RY, Deshmukh SP. Tuberculosis of the breast masquerading as carcinoma: a study of 100 patients. *World J Surg* 1995 ; 19 : 379-81
15. El Mansouri A, Moumen M, Louahlia S. Tuberculose mammaire: à propos de trois cas. *Sem Hop Paris* 1993 ; 69 : 1277-9.
16. Gamoudi A, Farhat K, Khattech R, et al. La tuberculose mammaire. A propos de 58 cas. *Gyne´cologie, revue du gyne´cologue* 1995 ; 3 : 413.
17. Roy PM, Cornu P, Lebas FX, Bertrand G, Bergere A. Une cause rare de tuméfaction pseudonéoplasique du sein: la tuberculose mammaire. *Rev Med Interne* 1996 ; 17 : 173-5.
18. Bishara J, Calderon S, Okon E, Shevach I, Maimon S, Pitlik S. Coexisting extrapulmonary tuberculosis and malignancy. *Am J Med* 1998 ; 105 : 443-6.
19. Dent DM, Webber BL. Tuberculosis of the breast. *S Afr Med J* 1977 ; 51 : 611-4.
20. El Hanchi Z, Kharbach A, Berrada R, et al. Tuberculose mammaire: A propos de huit cas. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1998 ; 93 : 331.
21. Ben Brahim H, Loussaief C, Hadded A, et al. La mastite tuberculeuse: étude de 15 cas. *Rev Tun Infectiol* 2008 ; 2 : 31-4.
22. Khaled A, Saadi A, Jaziri M, et al. La tuberculose mammaire: aspects radiocliniques. A propos de 70 cas. *Rev Imag Med* 1992 ; 4 : 755.
23. Kalac N, Ozkan B, Bayiz H, Dursun AB, Demirag F. Breast tuberculosis. *Breast* 2002 ; 11 : 346-9.
24. Ben Hassouna J, Gamoudi A, Bouzaiene H, et al. Tuberculose mammaire: étude rétrospective de 65 cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2005 ; 33 : 870-6.
25. Elmrbet F, Ferhati D, Amenssag L, Kharbach A, Chaoui A. Tuberculose mammaire. *Med Trop (Mars)* 2002 ; 62 : 77-80
26. Luh SP, Hsu JD, Lai YS, Chen SW. Primary tuberculous infection of breast: experiences of surgical resection for aged patients and review of literature. *J Zhejiang Univ Sci B* 2007 ; 8 : 580-3.

27. Shinde SR, Chandawarkar RY, Deshmukh SP. Tuberculosis of the breast masquerading as carcinoma: a study of 100 patients. *World J Surg* 1995 ; 19 : 379-81

28. Jalali U, Rasul S, Khan A, Baig N, Khan A, Akhter R. Tuberculous mastitis. *J Coll Physicians Surg Pak* 2005 ; 15 : 234-7.

29) Zouhal . A., Outifa. A., Filali. A, El Amrani .N, Bensaid. F., El Fehri .S.H, Alaoui . MT; Les tumeurs pseudonéoplasiques du sein : Tuberculose Mammaire à propos de 2 cas. *Médecine du Maghreb* 2000 N°82, 11.

30) MORSARD.F, GHAZALI.M, BOUMZGOU.K, et AL. Tuberculose mammaire à propos de 14 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000 ; 30 : 331-337.

31 ) ZANDRINO F, MONETTI F, GANDOLFO N. Primary tuberculosis of the breast. A cas report. *Acta Radiol* 2000;41:61-3.

[32] da Silva BB, Lopes-Costa PV, Pires CG, Pereira-Filho JD, dos Santos AR.

Tuberculosis of the breast: analysis of 20 cases and a literature review. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2009;103:559–63.

[33] Mecherfi, A. K., & Berrabah, Y. La tuberculose mammaire à propos de 8 cas. *Revue Des Maladies Respiratoires*, 2019;36, A162–A163.