

Tuberculose utérine pseudo tumorale

Z.Tazi¹, M. Ferhiz, S. Jayi¹, M. Boubbou², F-Z. Fdili¹, H. Chaara¹, M.A. Melhouf¹

¹Service de gynécologie-obstétrique II

²Service de radiologie Mère –Enfant

CHU Hassan II- Fès – Maroc

Abstract : *La localisation utérine de la tuberculose est rare et peut prendre l'apparence d'une pathologie maligne utérine notamment le sarcome. La présentation clinique ainsi que l'évolution insidieuse sont à l'origine d'un retard diagnostique et de prise en charge. Les symptômes fréquemment rencontrés sont non spécifiques, ce qui contribue au retard thérapeutique et majore le risque d'infertilité qui reste la séquelle quasi inéluctable. Nous rapportant le cas d'une patiente de 39 ans, célibataire, avec notion de myomectomie non documentée, qui a consulté pour augmentation du volume abdominal associé à des algies pelviennes et une altération de l'état général avec à l'examen clinique une masse dure arrivant jusqu'à l'ombilic l'investigation radiologique (échographie, TDM et IRM pelvienne) évoquait une masse au dépend de l'utérus dont l'étude hémodynamique et morphologique oriente vers un sarcome utérin. La prise en charge a été l'exploration chirurgicale par laparotomie. L'étude histologique a confirmé des lésions granulomateuses avec nécrose caséuse. Un traitement médicale antituberculeux a été instauré selon le protocole national. Puis mise sous surveillance.*

I- Introduction :

La tuberculose est une maladie infectieuse curable. La tuberculose génitale est la 4^{ème} localisation extra pulmonaire, sa prévalence a connu une augmentation dans le monde entier [1] ceci s'explique par l'immunodépression liée à l'infection par le VIH. Sa localisation pelvienne représente 6 à 10% [2], dominée par l'atteinte tubaire, puis cervicale et endométriale. La forme tumorale de la tuberculose génitale représente 15% de l'ensemble des localisations pelviennes de la tuberculose. Elle peut toucher toutes les femmes avec une prédominance chez les jeunes femmes. Sur le plan clinique, la symptomatologie est très variée et peu spécifique pouvant orienter à tort à une tumeur maligne. La radiologie n'est pas spécifique et le traitement repose sur les anti bacillaires selon le protocole 2ERHZ/ 4RH.

II- Présentation de cas:

Nous vous présentons une patiente de 39 ans, célibataire, ayant comme antécédent une myomectomie non documentée; qui a consulté fin de l'année de 2021 dans un centre hospitalier périphérique pour une augmentation du volume abdominale associée à des algies pelviennes et une altération de l'état générale évoluant depuis 6 mois, puis fut référée dans notre formation pour prise en charge d'une masse pelvienne avec nodule de carcinose, L'examen clinique initiale trouve une patiente consciente stable sur le plan hémodynamique, eupnéique, conjonctive légèrement décolorés, pas de sueurs, une perte de poids non chiffrée, apyrétique, avec à l'examen abdominal: un abdomen souple distendu, une sensibilité diffuse, par ailleurs pas de défense ni contracture, percussion: matité déclive et à la palpation présence d'une masse de consistance dure arrivant jusqu'à l'ombilic, mobile. Examen gynécologique non fait (patiente se dit vierge), l'examen sénologique: pas de nodule palpable, pas de signes inflammatoires, aires ganglionnaires libres.

Bilan biologique était sans particularités notamment les marqueurs tumoraux négatifs (CA 125, CA 19-9 et ACE).

Sur le plan imagerie, une échographie pelvienne ayant objectivée la présence d'une masse abdomino pelvienne prenant tout l'écran faisant 14x10 cm dont l'origine utérine ou ovarienne est difficile à caractériser, endomètre fin, ascite de moyenne abondance cloisonnée, une TDM TAP a été réalisée: volumineuse masse abdomino pelvienne probablement d'origine utérine, pas de nodule de carcinose, pas de localisation secondaire (image 1). IRM pelvienne: utérus antéversé de 8 cm siège de plusieurs formations myomateuse dont le plus grand mesure 15mm, présence de 2 masses contiguës semblant être au dépend de l'utérus à travers un defect central mesurant au total 155x115x130 mm au contact de la vessie sans signes d'envahissement dont l'étude hémodynamique et morphologique oriente vers un sarcome utérin.

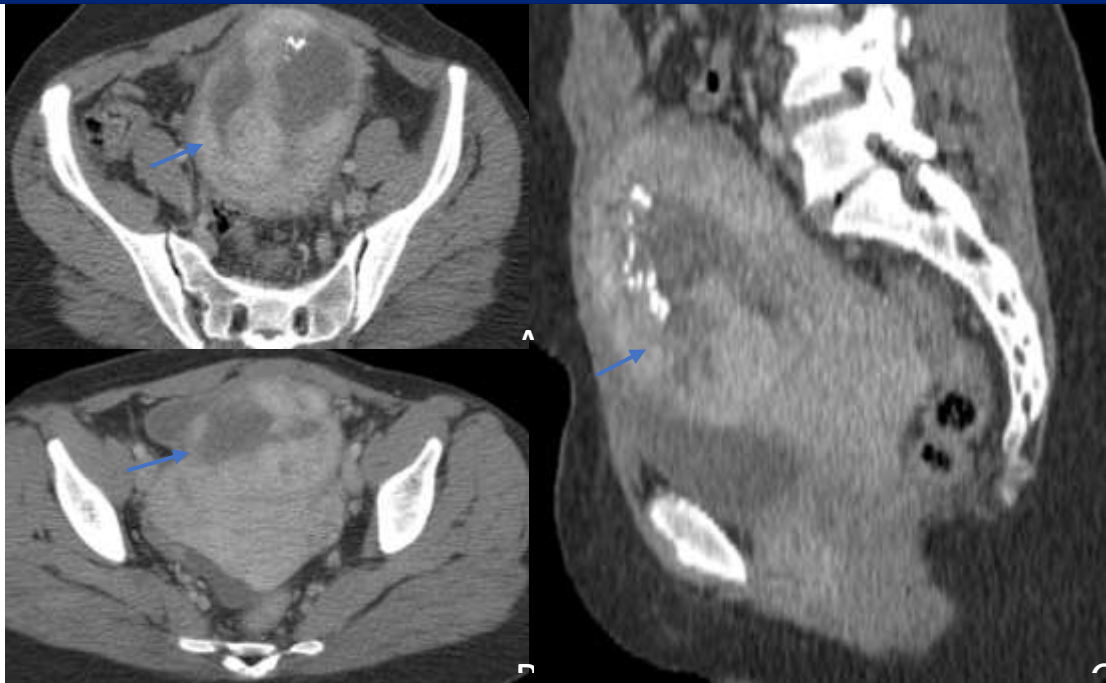


Image 1 :TDM en coupes axiales (A,B), et sagittale (C) objectivant la présence d'une volumineuse formation lésionnelle intra-myométriale utérine (flèche), solido-kystique, corporéo-fundique antérieure, renfermant des calcifications et de larges zones liquidiennes.

La patiente ayant bénéficié d'une ponction de liquide d'ascite revenu en faveur d'un liquide inflammatoire avec des remaniements fibreux sans caractères spécifique ou tumoral.

Une laparotomie exploratrice a été indiquée avec à l'exploration : adhérences pariéto utérines et péritonéaux libérés soigneusement, présence d'ascite de faible abondance prélevé, présence de nodules péritonéaux diffus et intestinaux, utérus augmenté de taille (20SA) arrivant à l'ombilic, adhérent et vessie ascensionnée et adhérentiel, une libération du sigmoïde a pu être faite mais dissection vésicale a été jugée non faisable par les urologues. Des biopsies multiples ont été réalisées :gouttières pariéto- coliques , de la masse, avec cytologies péritonéale.

L'étude anatomo-pathologique : Tuberculose caséo-folliculaire , absence de lésion tumorale dans la limite du prélèvement communiqué.

La patiente a été mise sous traitement anti bacillaire à base de ERIP 4 (4cp/j) pendant 2 mois

Puis RH 300 (2cp/j) pendant 10 mois

Une imagerie de contrôle a été réalisée après 6 mois puis après 12 mois de traitement ayant objectivée une régression en taille de la volumineuse formation myométriale mesurant actuellement 99x80mm vs 122x96 avec stabilité du reste de l'imagerie, soit une régression au total de 40% de la masse.

III-Discussion :

La forme de la tuberculose génitale mimant une cause tumorale représente 15-20 % de l'ensemble des localisations pelviennes de la tuberculose. Elle touche toutes les femmes avec une prédominance des jeunes femmes entre 20 et 30 ans [3] [4].

L'incidence des localisations extra-pulmonaires de la tuberculose est en augmentation qui représentent près de 1/3 des cas de tuberculose déclarés au Maroc [1].

Mycobacterium tuberculosis ou le bacille de Koch est l'agent principal, secondairement le *Mycobacterium bovis*. Il s'agit d'un bacille acido-alcoolo-résistant à croissance lente avec un temps de dédoublement est de 15 à 20 heures, ce qui explique l'évolution lente de

la maladie [5]. La localisation pelvienne se fait essentiellement par voie hémotogène, l'atteinte génitale peut être simultanée ou à distance de la primo infection [6].

Cliniquement, la symptomatologie est très variée et non spécifique pouvant orienter à tort à une tumeur maligne de l'utérus ou de l'ovaire. En effet, les douleurs pelviennes, les masses abdomino-pelviennes, l'ascite et l'altération de l'état général peuvent être présents dans les deux pathologies. La recherche d'autres signes notamment les troubles menstruels (dysménorrhées, aménorrhée), troubles digestifs, ou les signes urinaires qui sont inconstants. Par ailleurs, une infertilité peut être révélatrice dans 5 à 10% d'une cause infectieuse [7]. Une association avec d'autres localisations principalement pulmonaire ou digestive est à rechercher, mais leur absence est constatée dans 30 à 50% des cas [8].

Sur le plan radiologique, Les méthodes d'imagerie telles que l'échographie, le doppler couleur, la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie magnétique (IRM), peuvent apporter quelques éléments orientant vers la nature sarcomateuse d'une lésion. Cependant, aucune méthode ne peut conduire à un diagnostic préopératoire précis. La présence d'une masse pelvienne hétérogène à double composante solidokystique, associée à une ascite, à un épaississement et rehaussement péritonéal est en faveur de tumeur ovarienne avec carcinose péritonéale. Parfois on peut avoir un aspect d'un hydrosalpinx bilatéral avec un ovaire augmenté de taille associé à une ascite. La lésion peut infiltrer la graisse de voisinage voire même l'envahir avec fistulisation aux organes de voisinage notamment le rectum. Sur l'utérus une volumineuse masse utérine qui présente un signal intense ou modéré en séquence pondérée T2, et un hyposignal en T1. L'existence d'une prise de contraste supérieure à celle du myomètre à 60 secondes, hétérogène, avec des plages nécrotiques est un argument en faveur d'une origine sarcomateuse mais une cause infectieuse reste possible [2].

La biologie est non spécifique, par ailleurs on peut noter une augmentation du taux du marqueur CA 125 dans 80% des cancers ovariens. Néanmoins son taux peut être élevé dans des conditions normales comme les menstruations et la grossesse, ou au cours des affections inflammatoires chroniques en particulier la tuberculose. Par conséquent, son dosage n'est pas un élément déterminant pour différencier une tuberculose pelvienne d'une pathologie tumorale notamment ovarienne. En revanche, sa valeur demeure surtout pour la surveillance des patientes sous anti bacillaire.

Devant la forte suspicion d'une cause maligne, une intervention chirurgicale s'impose. La voie d'abord peut être soit une laparotomie ou une laparoscopie selon les conditions. Cette dernière pose le diagnostic dans 97% des cas [9]. Ça été le cas de notre patiente où on a eu recours à la laparotomie qui a orienté le diagnostic.

Devant une suspicion de tuberculose, on peut proposer des biopsies radioguidées, par ailleurs, elle est formellement contre indiquée de morceler un sarcome utérin.

L'étude anatomopathologique de la biopsie ou de la pièce opératoire en montrant une lésion granulomateuse géantocellulaire avec une nécrose caséuse spécifique du bacille de Koch permettant de poser le diagnostic de la tuberculose. L'étude bactériologique du liquide d'ascite est rarement positive [10].

Le traitement de la tuberculose pelvienne est essentiellement médical. Selon le protocole de l'Organisation Mondiale de la Santé et l'American Thoracic Society recommandent un traitement pendant 6 mois reparté en une quadrithérapie intensive (isoniazide, rifampicine, Ethambutol, pyrazinamide) pendant deux mois, puis un traitement d'entretien pendant 4 mois par une bithérapie quotidienne (isoniazide, rifampicine) [11]. Les effets secondaires sont très variés en particulier : encéphalopathie, neuropathie distale, hépatotoxicité, ictère isolé, syndrome de Stevens Johnson, fièvre, anémie hémolytique, neutropénie, lupus induit.

La chirurgie est indiquée en cas de masse compressive ou fistulisée pour mettre à plat les cavités caséifiées, mais en général il n'y a pas lieu d'une intervention chirurgicale curative. Le pronostic de la tuberculose pelvienne est lié essentiellement à l'infertilité des femmes jeunes en âge de procréer avec un risque de l'infertilité tuboovarienne estimé à 39% [7]. On peut également penser à une intervention chirurgicale en cas de résistance ou de chute sous traitement médical bien conduit mais reste à discuter vu les risques chirurgicaux.

IV -Conclusion :

La tuberculose génitale pseudo tumorale est une pathologie infectieuse rare et curable. Sa symptomatologie clinique, radiologique et aussi biologique peut simuler soit une pathologie maligne génitale en particulier ovarienne soit un hydrosalpinx bilatéral associé à une ascite vu son incidence dans les pays en voie de développement. Le pronostic est lié à l'infertilité tubo-ovarienne.

Références:

- [1] R. El Barni, M. Lahkim, et A. Achour, « La tuberculose abdominale pseudo-tumorale », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 13, p. 32, oct. 2012.

- [2] H. Saadi *et al.*, « Tuberculose pelvi-péritoneale pseudotumorale: à propos de quatre cas », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 13, p. 52, nov. 2012.
- [3] T. A. Panoskaltzis, D. A. Moore, D. A. Haidopoulos, et A. G. McIndoe, « Tuberculous peritonitis: part of the differential diagnosis in ovarian cancer », *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 182, n° 3, p. 740-742, mars 2000, doi: 10.1067/mob.2000.103767.
- [4] S. H. Kim, S. H. Kim, D. M. Yang, et K. A. Kim, « Unusual causes of tubo-ovarian abscess: CT and MR imaging findings », *Radiogr. Rev. Publ. Radiol. Soc. N. Am. Inc.*, vol. 24, n° 6, p. 1575-1589, 2004, doi: 10.1148/rg.246045016.
- [5] M. D. Yates et J. M. Grange, « Incidence and nature of human tuberculosis due to bovine tubercle bacilli in South-East England: 1977-1987 », *Epidemiol. Infect.*, vol. 101, n° 2, p. 225-229, oct. 1988, doi: 10.1017/s0950268800054133.
- [6] E. Masson, « Tuberculose urogénitale », EM-Consulte. Consulté le: 21 mars 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/209893/tuberculose-urogenitale>
- [7] B. Namavar Jahromi, M. E. Parsanezhad, et R. Ghane-Shirazi, « Female genital tuberculosis and infertility », *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. Organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.*, vol. 75, n° 3, p. 269-272, déc. 2001, doi: 10.1016/s0020-7292(01)00494-5.
- [8] N. Adsuar, H. Blanchette, et E. Kilchevsky, « Tuberculosis peritonitis mimicking ovarian cancer in a 20-year-old woman. A case report », *J. Reprod. Med.*, vol. 49, n° 1, p. 52-54, janv. 2004.
- [9] E. Volpi, M. Calgaro, A. Ferrero, et L. Viganò, « Genital and peritoneal tuberculosis: potential role of laparoscopy in diagnosis and management », *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.*, vol. 11, n° 2, p. 269-272, mai 2004, doi: 10.1016/s1074-3804(05)60213-7.
- [10] S. Rabesalama, K. Mandeville, R. Raheison, et H. Rakoto-Ratsimba, « Isolated ovarian tuberculosis mimicking ovarian carcinoma: case report and literature review », *Afr. J. Infect. Dis.*, vol. 5, n° 1, p. 7-10, 2011, doi: 10.4314/ajid.v5i1.66508.
- [11] H. M. Blumberg *et al.*, « American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: treatment of tuberculosis », *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, vol. 167, n° 4, p. 603-662, févr. 2003, doi: 10.1164/rccm.167.4.603.