

Localisation inhabituelle de la tuberculose: Atteinte mammaire avec récurrence au sein controlatéral.

M.Ouassari¹, A.Zegmout², H.Souhi², H.El ouazzani², I.A.Rhorfi² and A.Abid²

1. Service de Pneumologie, Chu Ibn Sina, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Med V, Rabat, Maroc

2. Service de Pneumologie, Hôpital Militaire Mohamed V, Rabat, Maroc

Résumé :

La tuberculose mammaire est une affection rare, elle pose un problème de diagnostic différentiel avec le cancer du sein, du fait que la clinique et l'imagerie ne sont pas spécifiques, l'atteinte est le plus souvent primaire et elle survient principalement chez les femmes en âge de procréer. Nous rapportons le cas d'une tuberculose mammaire avec une récurrence controlatérale afin de soulever le problème de diagnostic qu'elle suscite.

Mots clés :

Tuberculose extrapulmonaire, Sein, Diagnostic

Abstract:

Breast tuberculosis is rare, it poses a problem of differential diagnosis because it may be mistaken for breast cancer as clinical examination and diagnostic imaging are not specific. It occurs chiefly in women of childbearing potential usually as an apparently primary infection.

We report a case of breast tuberculosis with contralateral recurrence in order to raise concern for diagnosis.

Keys words:

Extrapulmonary tuberculosis, Breast, Diagnostic

Date of Submission: 01-08-2022

Date of Acceptance: 13-08-2022

I. Introduction :

La tuberculose mammaire est la contamination de la glande mammaire par le mycobacterium tuberculosis atteignant essentiellement les femmes en période d'activité génitale. C'est une forme rare de la tuberculose extrapulmonaire même dans les pays endémiques. Elle représente 0,06 à 0,1% de l'ensemble des localisations tuberculeuses (1) (2).

Elle pose un problème de diagnostic différentiel avec les autres pathologies du sein surtout avec le carcinome mammaire, vu les ressemblances cliniques et mammographiques.

II. Observation médicale:

Patiente âgée de 40 ans mère de trois enfants sans antécédents particuliers qui a consulté pour une tuméfaction mammaire droite découverte à l'autopalpation il y a 2 mois, la patiente est en bonne état général et l'examen physique a trouvé un sein droit augmenté de volume et siège d'un abcès froid fistulisé sans présence de signes inflammatoires (figure1). L'examen du sein gauche était normal, les aires ganglionnaires étaient libres et le reste de l'examen somatique était normal.

L'échographie mammaire a mis en évidence de multiples collections liquidiennes impures du sein droit dont certaines sont en voie de fistulisation (figure2). La radiographie pulmonaire était normale, le Quantiféron était positif et la microbiopsie du sein droit a conclu à la présence d'un granulome tuberculeux sans nécrose caséuse.

La patiente était mise sous traitement anti bacillaire selon le régime associant : l'Isoniazide 5mg/kg/jr, la Rifampicine 10mg /kg/jr, la Pyrazinamide 25mg/kg/jr, l'Etambutol (15mg/kg/jr), 6 jours par semaine pendant 2 mois puis Isoniazide et la Rifampicine pendant 4 mois, l'évolution était favorable avec assèchement de la suppuration, la cicatrisation complète est obtenue au 5^{ème} mois de traitement.

Quatre ans plus tard la patiente reconseille pour une tuméfaction mammaire gauche évoluant depuis un mois, l'examen physique trouve une tuméfaction prenant tout le sein gauche légèrement sensible mal limitée associée à des signes inflammatoires avec induration de la peau en regard et fistulisation à la peau donnant issue à du pus (figure3). L'examen du sein droit est normal, les aires ganglionnaires sont libres, le reste de l'examen est normal.

L'échographie mammaire a objectivé une plage hypoéchogène mal limitée du sein gauche : évoquant plus une collection à contenu épais (figure4), le sein droit était sans anomalie en dehors de l'existence d'un kyste simple en sous cutané en sus mammonaire de petite taille. La radio thorax est normale (figure5).

Une cytoponction a ramené un liquide d'aspect purulent dont l'étude bactériologique était négative. La réalisation d'une microbiopsie avec étude anatomopathologique a conclu à une mastite d'origine tuberculeuse (figure6).

La patiente était mise sous traitement antibacillaire selon le même protocole lors de l'atteinte du sein droit et l'évolution était favorable.

III. Discussion :

La tuberculose mammaire est une localisation très rare, son incidence varie entre 0,025% et 4,5% de toutes les affections tumorales du sein(1). Les femmes enceintes et allaitantes sont les plus prédisposées à l'infection par l'effet de l'ectasie galactophorique pendant la lactation (2) (3). L'atteinte est le plus souvent primaire après contagion par abrasion cutanée ou galactophorique (4) (5).

Elle est dite secondaire si présence d'autres localisations où le sein est contaminé par voie lymphatique, le plus souvent par des adénopathies intra thoraciques, cervicales, sus claviculaires, axillaires ou par contiguïté ou plus rarement par voie hématogène (6). L'infection au VIH présente un risque élevé de tuberculose primaire ou secondaire (7) mais la tuberculose mammaire en tant que manifestation initiale au VIH est extrêmement rare (8) (9). La sérologie VIH était négative chez notre patiente.

La tuberculose mammaire est caractérisée par l'absence de signes cliniques spécifiques réalisant un tableau de néoplasie mammaire ou d'abcès froid rebelle au traitement antibiotique non spécifique et au drainage chirurgical (6)(10).

La tuberculose mammaire peut se manifester sous trois formes : la forme nodulaire, la forme diffuse et la forme sclérotique (11). La forme nodulaire, la plus fréquente, évolue lentement pour s'étendre au niveau de la peau et elle peut s'ulcérer. La forme diffuse atteint le sein entier menant à l'ulcération et la fistulisation. Tandis que la forme sclérotique s'accompagne d'une fibrose étendue, le sein entier est dur et le mamelon est rétracté. Pour notre patiente il s'agit d'une forme diffuse pour les deux atteintes droite et gauche.

Les signes para cliniques sont également non spécifiques, L'aspect mammographique est souvent trompeur, elle peut montrer des opacités hétérogènes, irrégulières mal limitées, à l'échographie mammaire, elle apparaît souvent sous forme d'une image hypoéchogène hétérogène bien ou mal limitée (12).

L'examen histologique établit le diagnostic de certitude devant la présence de granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse ou la mise en évidence de bacille acido-résistant soit à l'examen direct soit par la mise en culture du prélèvement. Dans le cas de notre patiente les examens directs des prélèvements lors de l'atteinte du sein droit et du sein gauche étaient négatifs, l'étude histologique dans les deux atteintes était en faveur d'un granulome épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséuse, cet aspect anatomopathologique peut se voir dans d'autres affections granulomateuses du sein telles les mycobactérioses atypiques, la cryptococcose, la blastomycose, l'histoplasmosse ou la sarcoïdose (13), et en tenant compte de notre contexte épidémiologique le diagnostic d'une tuberculose mammaire a été retenu.

La prise en charge thérapeutique de la tuberculose mammaire repose sur le traitement anti bacillaire, avec un éventuel drainage percutané d'un abcès du sein, le traitement chirurgical peut être proposé également en cas d'échec du traitement médical.

IV. Conclusion :

La tuberculose mammaire est une localisation très rare, elle pose un problème de diagnostic en particulier avec le cancer du sein. La confrontation clinique, radiologique, biologique et histologique est indispensable pour le diagnostic permettant une prise en charge adéquate et précoce.

Références

- [1]. MCP.APPS, NK HARRISON, CIA. BLAETH, Tuberculosis of the breast British Medical journal, volume 288, 1984, 1874-1875.
- [2]. Walker M, 2008. Conquering commonbreast-feeding problems. J Perinat Neonatal Nurs 22: 267-274.
- [3]. Mathad JS, Gupta A, 2012. Tuberculosis in pregnant and postpartum women: epidemiology, management, and research gaps. Clin Infect Dis 55: 1532-1549.
- [4]. -Korenromp EL, Scano F, Williams BG, Dye C, Nunn P, 2003.Effects of human immunodeficiency virus infection on recurrence of tuberculosis after rifampin-based treatment: an analytical review. Clin Infect Dis 37: 101-112.
- [5]. Ben Hassouna J. Tuberculose mammaire: étude rétrospective de 65 cas. Gynécol Obstét Fertil 33(2005): 870-6.
- [6]. Hawilo A, Abdelmalek R, Mebazaa A et al. La tuberculose mammaire: un diagnostic rare, souvent méconnu. Médecine et Santé Tropicales. 2012; 22(3): 292-296.
- [7]. Sharma SK, Kadiravan T, Banga A, Goyal T, Bhatia I, Saha PK, 2004. Spectrum of clinical disease in a series of 135 hospitalised HIV-infected patients from north India. BMC Infect Dis 4: 52.
- [8]. Fred HL, 1995. An enlarging breast mass in an HIV-seropositive woman. Hosp Pract 30: 31-32.
- [9]. Hartstein M, Leaf HL, 1992. Tuberculosis of the breast as a presenting manifestation of AIDS. Clin Infect Dis 15:692-693.

Localisation inhabituelle de la tuberculose: Atteinte mammaire avec récurrence au sein controlatéral.

- [10]. KUMAR, Manoj, CHAND, Gyan, NAG, Vijaya Lakshmi, et al. Breast tuberculosis in immunocompetent patients at tertiary care center: A case series. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences, vol. 17, no 2, p. 199, 2012.
- [11]. Baharoon S. Tuberculosis of the breast. Ann Thor Med 2008; 13: 3.
- [12]. Filippou Dimitrios C, Rizos Spiros et Nissiotis, Athanasios. Primary breast tuberculosis: a case report. Radiology and Oncology. 2003; 37(1).
- [13]. Roy PM, Cornu P, Lebas FX, et al. Une cause rare de tuméfaction pseudonéoplasique du sein: la tuberculose mammaire. Rev Med Interne 1996; 17: 173-75.

Légende :



Figure 1: sein droit siège d'abcès fistulisé

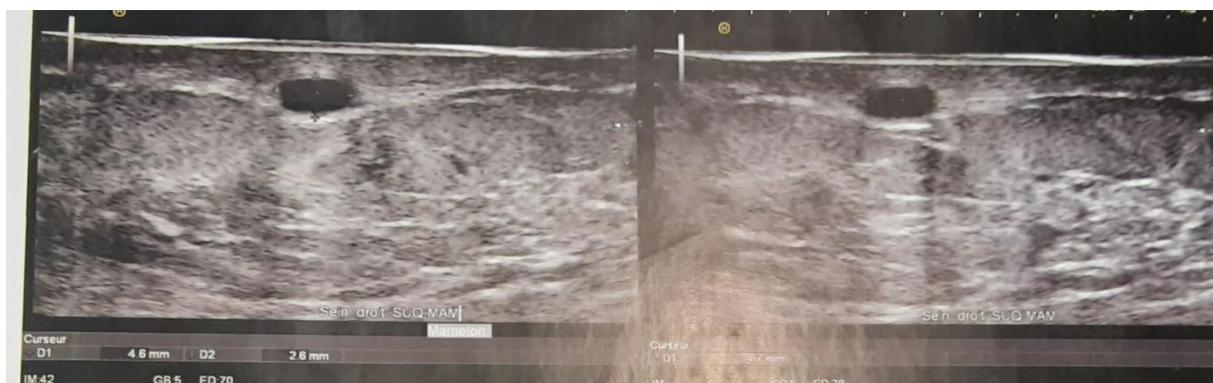


Figure 2: échographie du sein droit



Figure 3: sein gauche siège d'abcès avec issue de pus



Figure4: Echographie du sein gauche

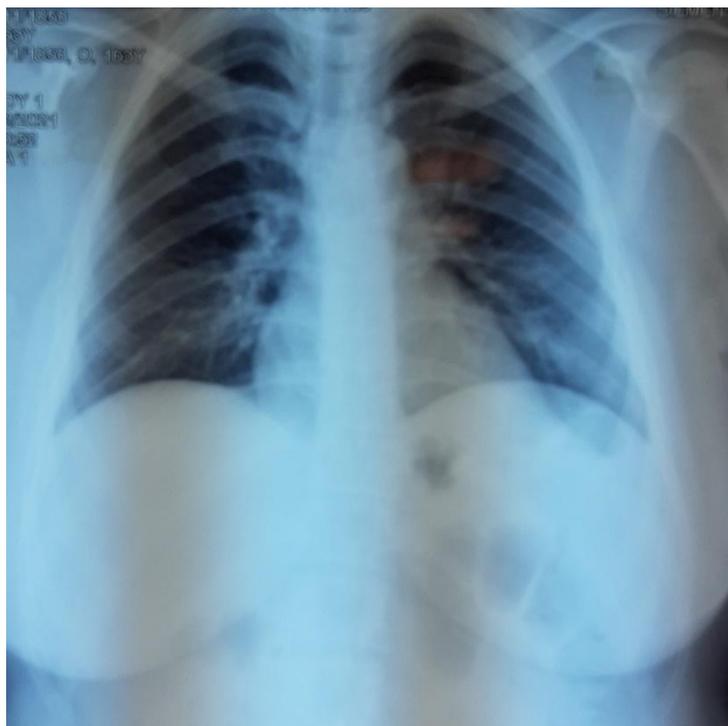


Figure5: Radiographie de thorax face

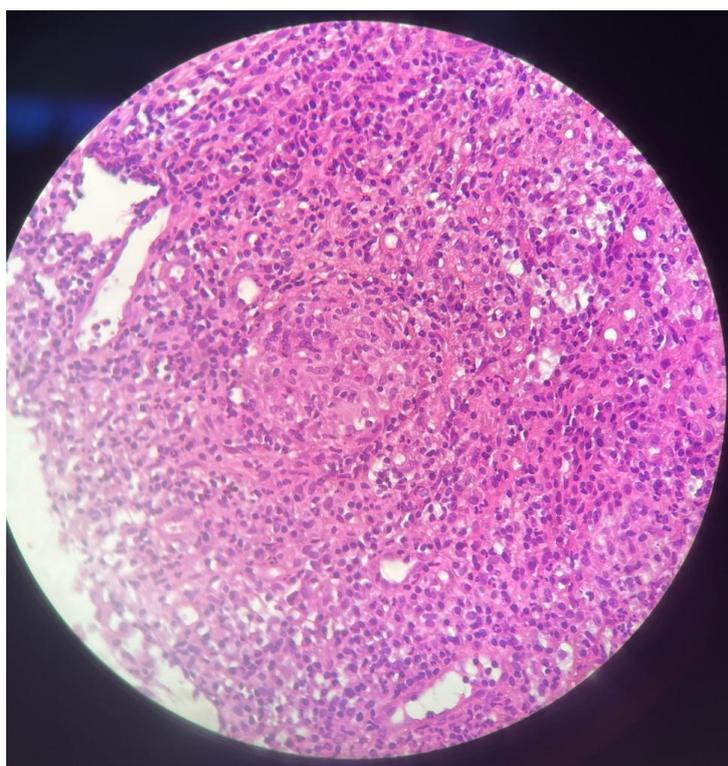


Figure 6: image microscopique objectivant un granulome sans nécrose caséuse.

M.Ouassari, et. al. " Localisation inhabituelle de la tuberculose: Atteinte mammaire avec récurrence au sein controlatéral." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 21(08), 2022, pp. 01-05.