

Tuberculose Ovarienne Simulant Une Tumeur De L'ovaire

Afalah H. ⁽¹⁾; Kriouile K ⁽¹⁾; Jayi S ⁽¹⁾; FdiliAlaoui F.Z. ⁽¹⁾; Chaaara H ⁽¹⁾;
El fatemi ⁽²⁾; Melhouf My A ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Service gynécologie-obstétrique II Fès

⁽²⁾ Service anatomopathologique Fès

Resume :

Généralités : La localisation pelvienne de la tuberculose représente actuellement 6 à 10%. L'atteinte tubaire est la plus fréquente, suivie par la localisation cervicale et endométriale. la tuberculose ovarienne est moins fréquente(1) ; elle se présente dans un tableau clinique, radiologique et biologique de tumeur de l'ovaire (2).

Observation : nous rapportons ici un cas d'une tuberculose ovarienne chez une jeune patiente de 22 ans, avec infertilité de 2 ans, qui a consulté pour une pesanteur pelvienne, et chez qui l'IRM pelvienne parle d'un cystadénome mucineux borderline ovarien droit, pour lequel elle a bénéficié d'une laparotomie qui a objectivé un aspect d'une tuberculose pelvienne, puis une kystectomie a été réalisé.

Conclusion: La tuberculose génitale est une affection rare même en pays d'endémie, Le diagnostic de certitude est basé essentiellement sur l'étude histologique des prélèvements effectués au cours de la laparotomie ou la laparoscopie (1).

Date of Submission: 31-12-2019

Date of Acceptance: 15-01-2020

I. Introduction :

La tuberculose pelvienne se définit par la présence de bacilles de KOCH (BK) au sein du tractus génital chez la femme. Elle se situe au Maroc à la cinquième place après la tuberculose pulmonaire, ganglionnaire, ostéo-articulaire et digestive.

La forme pseudo tumorale est une forme particulière rare qui peut orienter à tort vers une pathologie tumorale maligne. L'imagerie est d'un grand apport pour le diagnostic positif grâce essentiellement aux prélèvements radioguidés.(3)

Une fois la preuve histologique obtenue, le traitement antibacillaire est souvent efficace avec une bonne évolution clinique et radiologique

Nous rapportons à travers cette observation les difficultés diagnostiques et les contraintes imposées par certaines formes particulières.

II. Observation :

Patiente âgée de 22 ans, ayant comme antécédent une infertilité de 2 ans, sans de notion de tuberculose ni de contact tuberculeux, consulte pour une douleur pelvienne à type de pesanteur qui remonte à 6 mois sans autres signes associés notamment pas de trouble de cycle, évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. L'examen clinique trouve une masse abdomino-pelvienne arrivant jusqu'à l'ombilic faisant 10cm. sur le plan radiologique une échographie pelvienne a été réalisée complétée d'une IRM qui a objectivé la présence de 02 formations kystiques ovariennes droites contenant des cloisons et des végétations mesurant respectivement 5*4cm et 7.5*6.5 cm, d'où un cystadénome mucineux borderline ovarien droit a été évoqué. Une laparotomie a été réalisée, avec à l'exploration présence d'une formation à paroi épaisse au dépens de l'ovaire droit surmontée par des végétations et des granulations de taille différente empêchant la visualisation de l'utérus, des trompes ainsi que des ovaires, cette formation s'est rompue accidentellement (figure1) ramenant un liquide purulent verdâtre prélevé et aspiré, après la rupture visualisation des 2 trompes qui sont accolées (figure2) boudinées et nodulaires, l'ensemble de l'exploration faisant évoquer une tuberculose ovarienne, une kystectomie a été faite. Les résultats anatomo-pathologiques sont revenus en faveur d'une tuberculose ovarienne (figure3), et la patiente a été adressée au centre de tuberculose et des maladies respiratoires pour commencer le traitement anti bacillaire.



Figure 1 : rupture du kyste

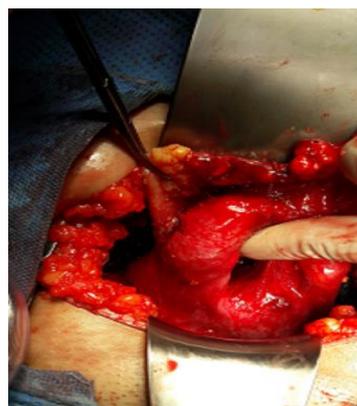


Figure 2 : les 2 trompes sont accolées

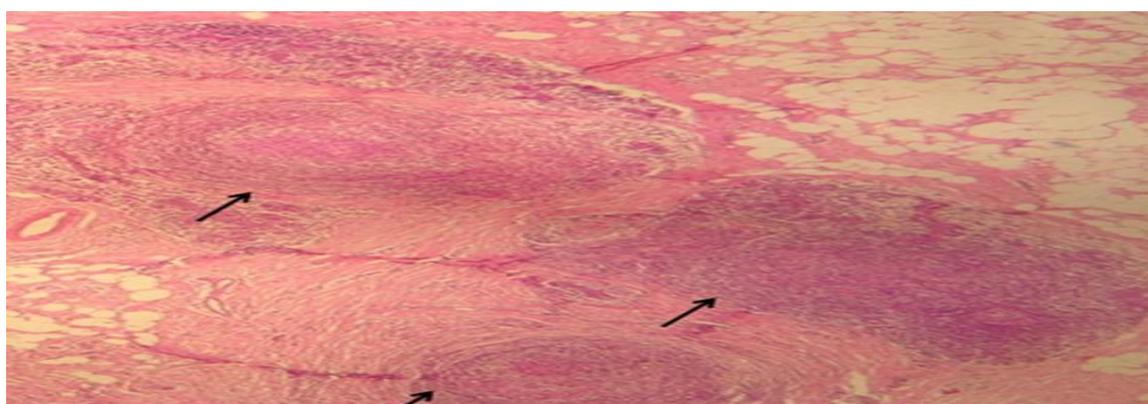


Figure 3 : Aspect microscopique du granulome épithéloïde gigantocellulaire avec nécrose caséuse (flèches noires)

III. Discussion :

La tuberculose pelvi-péritonéale est une forme clinique rare de la tuberculose, mais qui reste toutefois assez fréquente dans les pays d'endémie. La manifestation pseudotumorale de la tuberculose génitale représente 15% de l'ensemble des localisations pelviennes chez la femme (4). Elle peut se rencontrer à tout âge avec une prédominance chez les jeunes femmes de 20 à 30 ans

L'agent pathogène est principalement le *Mycobacterium tuberculosis* ou le bacille de Koch secondairement le *Mycobacterium bovis*. Il s'agit d'un bacille acido-alcool-résistant à croissance lente (7).

L'atteinte ovarienne isolée est rare, elle peut parfois simuler une tumeur de l'ovaire ou revêtir l'aspect d'un abcès froid, l'atteinte est surtout bilatérale et à contenu purulent. Sur le plan clinique, la symptomatologie est très variée et peu spécifique. Il se traduit souvent par des douleurs abdominales à type de pesanteur pelvienne, l'ascite et l'altération de l'état général. Mais d'autres signes cliniques peuvent manquer à savoir les signes digestifs, les troubles menstruels à types de dysménorrhée et d'aménorrhée et les signes urinaires qui sont inconstants. L'infertilité peut être un mode de révélation dans 5 à 10%, on retrouve souvent une association avec une autre localisation notamment pulmonaire ou digestive qui doit être recherchée (6).

Sur le plan radiologique, les données de l'échographie, du scanner et de l'imagerie par résonance magnétique ne sont pas spécifiques. 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

L'imagerie connaît beaucoup de difficultés car il n'existe pas de signe spécifique pour différencier une tuberculose ovarienne d'une tumeur maligne avec carcinose péritonéale (4,5). Au scanner comme à l'échographie et l'IRM La présence d'une masse pelvienne hétérogène à double composante, associé à une ascite, à un épaississement et rehaussement péritonéal est en faveur de tumeur ovarienne avec carcinose péritonéale (7). La présence très fréquente d'adénopathie sont également des éléments qui font égarer le diagnostic (4). Le CA125 est un marqueur qui est élevé dans plus de 80% des cancers ovariens. Mais son taux peut être élevé au cours des affections inflammatoires chroniques comme la tuberculose (6), la grossesse, l'endométriose, la pancréatite, l'hépatite, l'ascite et en postopératoire (8). La laparoscopie avec biopsie est d'un grand apport puisqu'elle permet de poser le diagnostic de tuberculose pelvienne dans plus de 97% des cas permettant ainsi d'éviter la laparotomie (5). L'étude histologique des biopsies ou de la pièce opératoire permet

de redresser le diagnostic en montrant des granulomes gigantomaculaires avec nécrose caséuse spécifique du bacille de Koch (9).

Le traitement de la tuberculose pelvienne est médical à base d'anti bacillaires, il repose sur l'administration quotidienne d'une quadrithérapie associant: Isoniazide, Rifampicine, Ethambutol et la Pyrazinamide pendant deux mois, puis un traitement d'entretien pendant quatre mois par une bithérapie quotidienne associant l'Isoniazide la Rifampicine

La fertilité ultérieure de ces jeunes patientes est compromise, la tuberculose pelvienne étant responsable de l'infertilité tuboovarienne dans plus de 39% des cas (5,6).

IV. Conclusion :

La tuberculose pelvienne dans sa forme ovarienne est une localisation qui peut simuler un cancer de l'ovaire. Bien que la présentation clinique, les données échographiques, tomographiques et de l'IRM simulent le cancer de l'ovaire, il faut toujours penser à la tuberculose pelvienne chaque fois qu'il s'agit d'une jeune patiente venant d'un pays d'endémie tuberculeuse ou ayant un terrain d'immunodépression.

Références:

- [1]. Tuberculose genitale chez la femme these soutenue à la FMPF par dr.elmouhnaia
- [2]. Tuberculose ovarienne fistulisée dans le rectum H Jalal , K Dami , L Lammat, A ElidrissiDafali, OEssadki, A Ousehal Hôpital Ibn Tofaïl CHU Mohammed VI ; Marrakech ; Maroc
- [3]. La tuberculose abdominopelvienne pseudotumoraleL. Akka , N. Cherif Idrissi , H. Khalil , D. Basraoui , Z. Samlani?, K. El Fadi?, A. El Bahlouli?, K. Krati?, R. Jgounni , H. IdrissiDafali , O. Essadki , A.Ousehal 1CHU MED VI, Marrakech, Maroc
- [4]. Unusual causes of tubo-ovarian abscess: CT and MR imaging findings. Radiographics Kim SH, Kim SH, Yang DM, Kim KA. 2004 Nov-Dec;24(6):1575-89.
- [5]. Genital and peritoneal tuberculosis: potential role of laparoscopy in diagnosis and management. Volpi E, Calgaro M, Ferrero A, Viganò L. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2004 May;11(2):269-72.
- [6]. Tuberculosis peritonitis mimicking ovarian cancer in a 20-year-old woman Adsuar N, Blanchette H, Kilchevsky E.. A case report. J Reprod Med . 2004 Jan;49(1):52-4.
- [10]. tuberculose pelvi-péritonéale pseudotumorale : à propos de quatre cas Hanane Saadi, Nissrine Mamouni, Sanaa Errahay, Chahrazed Bouchikhi, Abdelaziz Banani, Hicham Ammor, Nadia Sqalli, Siham Tizniti, Karim Benmajdoub, Khalid Maazaze, Hind Fatmi, afafamarti Pan Afr Med J
- [11]. Granulomatose ovarienne tuberculeuse simulant un cancer de l'ovaire, Author links open overlay panel A. Kefi F. Daoud Z. Aydi L. Baili B. Ben Dhaou F. Boussema revue de Med Int 2015
- [12]. tuberculose péritonéale pseudo tumorale mimant un cancer ovarien
- [13]. Mounir Moukit,^{1,2} Fatimazahra Ait El Fadel,¹ Jaouad Kouach,^{1,2} Abdellah Babahabib,¹ Mohammed Dehayni,^{1,2,3} et Driss Moussaoui Rahali^{1,2}
- [14]. Traitement de la tuberculose Blumerg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Frideman LN, et al. J Am Respir Crit Care Med. 2003;167(4):603-62

Afalah H, et al. " Tuberculose Ovarienne Simulant Une Tumeur De L'ovaire." *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 9(1), 2020, pp. 04-06.