

UN CAS RARE DE TUBERCULOSE OVARIENNE ISOLEE

O. SOW, F. SENGHOR, A. NDONG, A. TRAORE, V. WILLIAM, M.M. SABOUNJI,
B. NDIAYE, S.M.K. GUEYE

RESUME

La tuberculose ovarienne isolée, est une forme rare de tuberculose génitale féminine, la symptomatologie est souvent trompeuse pouvant simuler une tumeur ovarienne. Nous rapportons un cas rare de tuberculose ovarienne isolée, dont le diagnostic a été fait à l'histologie au décours d'une laparotomie exploratrice avec kystectomie ovarienne.

Mots-clés : Tuberculose, Ovaire, Isolée, Tumeur

INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie infectieuse chronique causée par le mycobactérium tuberculosis [1]. Sa prévalence a connu une recrudescence liée à l'immunodépression occasionnée par l'infection à VIH [2, 3]. Elle touche généralement les poumons mais peut également intéresser d'autres sites comme le tractus gastro-intestinal, les reins, le squelette, les méninges et les organes génitaux [4]. La localisation pelvienne représente actuellement 6 à 10%. L'atteinte tubaire est la plus fréquente, suivie de la localisation cervicale et endométriale [2]. La tuberculose ovarienne est une forme rare de tuberculose génitale. Nous profitons du cas clinique de cette jeune femme, pour rappeler que le diagnostic d'une telle forme doit être évoqué devant toute tumeur organique de l'ovaire jusqu'à la preuve histologique.

I. OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 24ans, nulligeste, sans antécédents pathologiques particuliers, vaccinée au BCG pendant l'enfance, sans notion de contagé tuberculeux. Elle a été reçue en consultation externe pour des douleurs pelviennes chroniques évoluant depuis 6 mois dans un contexte d'infertilité primaire. La douleur était rebelle aux antalgiques habituels. Les cycles menstruels étaient réguliers avec une notion d'oligoménorrhée, également dans un contexte d'asthénie, d'anorexie et d'amaigrissement non chiffré. L'examen physique a objectivé une sensibilité de la fosse iliaque gauche avec défense à la palpation profonde. L'examen au spéculum était sans particularité. Le toucher vaginal a mis en évidence une masse latéro-utérine gauche, arrondie,

SUMMARY

A rare case of isolated ovarian tuberculosis

Isolated ovarian tuberculosis, is a rare form of female genital tuberculosis. The symptomatology is often misleading and can simulate an ovarian tumor. We report a rare case of isolated ovarian tuberculosis, the diagnosis of which was made by histology after an exploratory laparotomy with ovarian cystectomy.

Keywords: Tuberculosis, Ovary, Isolated, Tumor

sensible, mobile, séparée de l'utérus par un sillon et dont les mouvements imprimés n'étaient pas transmis au col et vice versa. Le toucher rectal a retrouvé un comblement du cul de sac de Douglas. A l'hémogramme, une anémie à 9,5 g /dl, hypochrome, microcytaire a été relevée. L'échographie abdomino-pelvienne a montré une masse annexielle gauche multi cloisonnée, à paroi fine, homogène, sans végétations, de 53×31 mm de dimensions, associée à une ascite cloisonnée de moyenne abondance. La tomодensitométrie abdomino-pelvienne a objectivé un ovaire gauche d'aspect mucineux mesurant 55×41×58 mm, associé à des adénopathies mésentériques et iliaques internes (figure 1). Par ailleurs le dosage du CA 125 était normal à 8.3 UI/ml (Normal<35 UI/ml). Une laparotomie médiane sous ombilicale a montré une tumeur kystique multi cloisonnée de l'ovaire gauche (figure 2), avec des adhérences lâches aux anses et au côlon, de même qu'une ascite de moyenne abondance. L'épiploon adhérait à la masse avec présence de granulations épiploïques. L'utérus et l'ovaire droit étaient sans particularités. Une kystectomie emportant l'épiploon a été réalisée. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a mis en évidence un parenchyme ovarien totalement remanié par des granulomes épithélio-gigantocellulaires avec nécrose caséuse évoquant un aspect de tuberculose caséo-folliculaire de l'ovaire gauche, sans de signe histologique de malignité (figure 3). Le diagnostic retenu a été celui d'une tuberculose ovarienne. La recherche d'autres localisations a été négatif. Un traitement antituberculeux à base de rifampicine, isoniazide, éthambutol et pyrazinamide (RHZE) à raison de 4 comprimés/jour a été institué pour 2 mois puis relais avec Rifampicine et isoniazide pendant 4 mois.

Tirés à part : Omar SOW, université Assane Seck de Ziguinchor, Service de Chirurgie Générale, hôpital la paix de Ziguinchor, Sénégal. E-mail : o.sow@univ-zig.sn.

SOW O., SENGHOR F., NDONG A., TRAORÉ A., WILLIAM V., SABOUNJI M.M., NDIAYE B., GUEYE S.M.K. Un cas rare de tuberculose ovarienne isolée. Journal de la SAGO, 2020, vol.21, n°1, p.55-57.

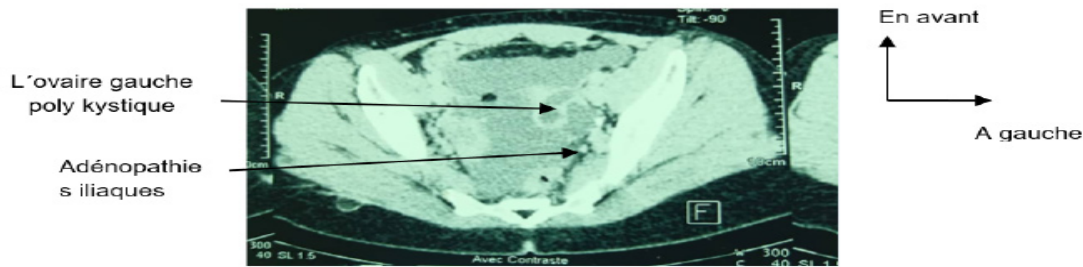


Figure 1 : Tomodensitométrie en coupe axiale avec injection de produit de contraste montrant une masse ovarienne kystique cloisonnée avec des adénopathies iliaques

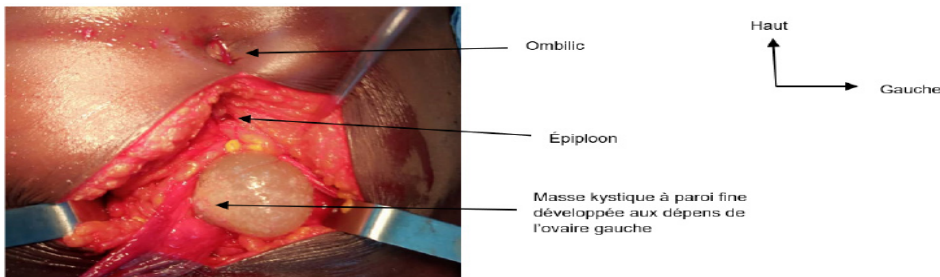


Figure 2 : Vue per opératoire d'une tumeur kystique de l'ovaire gauche avec des granulations épiploïques

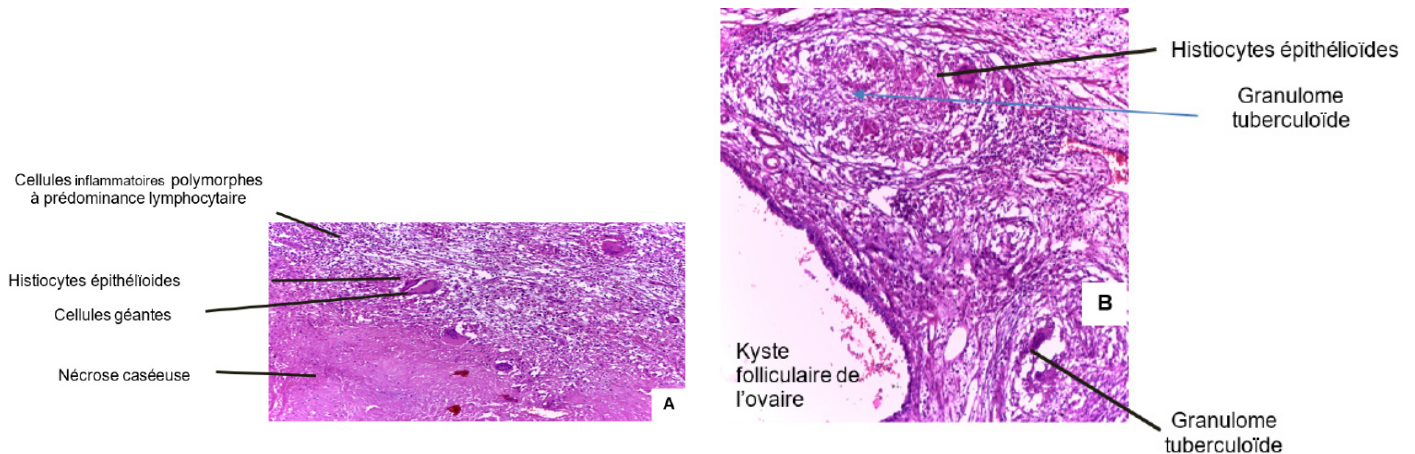


Figure 3 (A-B) : Image histologique d'une tuberculose ovarienne (photo Dr F. Senghor)

II. DISCUSSION

La tuberculose constitue un problème majeur de santé publique dans les pays en développement, avec une recrudescence liée essentiellement à l'immunodéficience acquise (VIH/sida) [2]. La tuberculose génitale féminine est une cause importante de morbidité, en particulier l'infertilité et les douleurs pelviennes chroniques. L'incidence réelle de la tuberculose génitale ne peut être déterminée avec précision car au moins 11% des patientes sont asymptomatiques [5]. 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 [6]. Elle affecte classiquement les femmes jeunes âgées de 20 à 30 ans qui vivent dans des zones d'endémie [7]. La localisation pelvienne représente actuellement 6 à 10% [8]. Les sièges les plus fréquents sont les trompes

de Fallope dans 90 à 100%, l'endomètre dans 50 à 80% des cas, les ovaires que dans 20 à 30% des cas [9]. La présentation clinique et paraclinique de la tuberculose génitale féminine est très variée et peu spécifique pouvant orienter de prime abord vers une tumeur de l'ovaire [3,7]. Les principaux signes d'appels cliniques sont : l'infertilité, les troubles menstruels et les douleurs pelviennes chroniques. L'échographie et la tomodensitométrie ne semblent pas être d'un apport spécifique pour différencier une tumeur bénigne ou maligne d'une tuberculose de l'ovaire [10]. Les biopsies trans-vaginales ou trans-abdominales écho-guidées peuvent être proposées en cas de suspicion de tuberculose péritonéale ou génitale [11]. Le recours à l'exploration chirurgicale est souvent nécessaire soit par laparoscopie qui est l'abord le plus fiable pour diagnostiquer la tuberculose génitale, en particulier pour les atteintes tubaires, ovariennes et péritonéales soit par laparotomie. Cette dernière permet de poser le diagnostic dans

plus de 97 % des cas [4, 9,12]. Chez notre patiente la présentation clinique et paraclinique était évocatrice d'un kyste mucineux de l'ovaire. La laparotomie avec l'analyse histologique de la pièce opératoire a permis de redresser le diagnostic. Le traitement de la tuberculose génitale est médicamenteux [1,2]. Un traitement de courte durée (6-9 mois) s'est avéré efficace dans la tuberculose génitale féminine [13]. Le schéma thérapeutique est composé de 2 phases : une phase intensive de 2 mois associant rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et éthambutol, suivie d'une phase de continuation de 4 mois associant la rifampicine et l'isoniazide [9,14]. Le pronostic de la tuberculose pelvienne est lié à l'infertilité des jeunes femmes avec un risque estimé à 39% [6].

CONCLUSION

La tuberculose ovarienne isolée est une forme rare de la tuberculose génitale, mimant souvent une tumeur ovarienne. C'est un diagnostic qu'il faut toujours évoquer devant une masse ovarienne surtout dans notre contexte où la tuberculose sévit encore de façon endémique.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la version finale de ce manuscrit.

REFERENCES

- Taleb A.L, Bouchetara K, Boutteville C.** Tuberculose génitale de la femme. *Encycl Med Chir (Paris-France). Gynécologie.* 1989;490:7-13.
- Nebhani M, K Boumzgou, Brams S, Laghzaoui M, EL Attar H, Bouhya S, Aderdour M-A, Iraqi M.** Tuberculose pelvienne stimulant une tumeur ovarienne bilatérale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2004 ;33(2) :145-7.
- Saadi H, Mamouni N, Errarhay S, Bouchikhi C, Banani A, Ammor H et al.** Tuberculose pelvi-péritonéale pseudo-tumorale : à propos de quatre cas. *PAMJ* 2012 ;13(1) :52-65.
- Sharma JB.** Current diagnosis and management of female genital tuberculosis. *J Obs Gynecol India* 2015;65(6):362-371.
- Gudu W.** Isolated ovarian tuberculosis in an immuno- competent woman in the post-partum period: case report. *J Ovarian Res* 2018;11(1):97.
- Adsuar N, Blanchette H, Kilchevsky E.** Tuberculosis peritonitis mimicking ovarian cancer in a 20-year-old woman. A case report. *J Reprod Med* 2004; 49:52-4.
- Raesalama S, Mandeville K, Raheison R, Rakoto-Ratsimba H.** Isolated ovarian tuberculosis mimicking ovarian carcinoma: case report and literature review. *Afr J Infect Dis.* 2011;5(1):7-10.
- Akka L, Khalil H, CherifdrissiGannouni N, Jalal H, Samlani Z, Fadil K, Krati K, Essadki O, Oushel A.** Tuberculose ovarienne pseudotumorale à propos de quatre cas. *L'imagerie de la femme.* 2009; 19: 251-254.
- harma JB, Kallol K.R, Pushparaj M, Kumar S, Malhotra N, Mittal S.** Laparoscopic finding in female genital tuberculosis. *Arch GynecolObstet.* 2008;278(4):359-64.
- EIMansouri A, Moumen M.** Les formes tumorales de la tuberculose génitale de la femme. *L'objectif médical Magazine*1993; 69: 899-903.
- Sheth SS.** Elevated CA 125 in advanced abdominal or pelvic tuberculosis. *Int J Gynaecol Obstet.* 1996; 52:167-71.
- Volpi E, Calgaro M, Ferrero A, Vigano L.** Genital and peritoneal tuberculosis: potential role of laparoscopy in diagnosis and management. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004; 11: 269-72.
- Arora R, Rajaram P, Oumachigui A, Arora VK.** Prospective analysis of short course chemotherapy in female genital tuberculosis. *Int J Gynecol Obstet.* 1992;38(4):311-314.
- Blumerg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Frideman LN et al.** American Thoracic Society / Center for Diseases Control and Prevention / Infections Diseases Society of American: treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003; 167: 603- 62.