

Un nouveau cas de tuberculose primitive mammaire

A new case of breast primitive tuberculosis

J.J.C. Rajaonarison*, JM Rakotondraisoa, B.S. Rasoanandrianina,
E. Ravelosoa, D.M.A. Randriambololona

Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

Résumé

La tuberculose mammaire est une localisation rare de tuberculose extra pulmonaire.

Nous rapportons un nouveau cas de tuberculose primitive du sein survenant chez une primipare de 20 ans qui avait présenté un mois après son accouchement deux nodules du sein gauche augmentant progressivement de volume après une notion de contagé tuberculeux. Ces nodules étaient indolores et mobiles à l'examen, ne s'accompagnant pas d'adénopathie. La mammographie et l'échographie mammaire retrouvaient deux nodules mammaires non spécifiques qui n'étaient pas très rassurants indiquant ainsi une biopsie. L'examen anatomopathologique de la pièce biopsique avait posé le diagnostic de tuberculose évolutive du sein devant la visualisation de granulomes épithélioïdes et géo-cellulaires centrés d'une nécrose caséuse. La patiente était mise sous anti tuberculeux puis déclarée guérie au terme de ce traitement spécifique qui avait été bien toléré et bien suivi. Aucune récurrence n'était notée après un recul de trois ans. Le nouveau-né n'était pas atteint de tuberculose.

Le diagnostic de tuberculose du sein est difficile en absence de signes d'imprégnation tuberculeuse. Il doit être cependant évoqué devant toute lésion mammaire chronique suspecte dans les pays à forte endémicité tuberculeuse. Le diagnostic est essentiellement anatomopathologique et le seul traitement efficace est le traitement antituberculeux.

Mots-clés: *nodule, mammaire, diagnostic, tuberculose, Madagascar*

Abstract

Breast tuberculosis is a rare localization of extrapulmonary tuberculosis.

We report a new case of breast primitive tuberculosis seen in a 20 year-old primipare who has presented one month after delivery two nodules of the left breast increasing volume gradually, appearing after a notion of tuberculosis contagé. The nodules were painless, mobiles, without adenopathy. Mammography and breast echography find two nonspecific nodules of the left breast which were not very reassuring, suggesting biopsy. The anatomopathologic examination of the biopsy pieces posed the diagnosis of evolutive tuberculosis of the breast by visualizing epithelioid granuloma with giant cells centered by caseous necrosis. The patient was treated by anti tuberculosis and has recovered after this specific and well-followed treatment. No recurrence was noted after three years. The newborn baby has not been contracted.

The diagnosis of breast tuberculosis is difficult when there is no sign of tuberculosis impregnation. Diagnosis should be evoked in front of chronically breast suspect lesion in countries with high endemicity of tuberculosis. The diagnosis is essentially anatomopathologic and the antituberculosis treatment is the only effective treatment.

Keywords: *nodule, breast, diagnosis, tuberculosis, Madagascar*

Introduction

La tuberculose est une pathologie infectieuse hautement contagieuse due au *Mycobacterium tuberculosis*. Dans le monde, elle est la cause de un millions et quatre cent mille décès chaque année [1]. A Madagas-

car, la lutte contre la tuberculose constitue la deuxième priorité de santé publique après le paludisme. Les formes pleuro-pulmonaires, les plus fréquentes et les plus répandues, arrivent très vite au niveau d'un service spécialisé. Par contre, les formes extra-pulmonaires ne

sont le plus souvent diagnostiquées qu'à un stade tardif de leur évolution. La tuberculose mammaire, aux multiples aspects cliniques parfois déroutants, représente un problème diagnostique pour les praticiens et constitue une originalité de la tuberculose dans les pays en développement. Nous rapportons un nouveau cas de tuberculose primitive mammaire.

Observation

Il s'agit d'une femme de 20 ans, primipare, venant consulter à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana Antananarivo pour des nodules au niveau du sein gauche qu'elle avait découvert à l'autopalpation un mois après son accouchement. Les nodules étaient indolores mais après six mois d'évolution, la patiente avait remarqué une augmentation de volume de la tuméfaction motivant sa consultation. La patiente n'avait pas d'antécédents pathologiques hormis une notion de contagement tuberculeux un an auparavant. A l'inspection, les deux seins étaient symétriques, de volume normal et sans modification cutanée visible. La palpation du sein gauche avait retrouvé deux nodules indolores dans le quadrant supéro-interne et le quadrant inféro-interne, mesurant respectivement 2 cm et 2,5 cm de grand axe. Le sein droit ne présentait pas d'anomalie. Les aires ganglionnaires étaient libres. Tous les examens biologiques réalisés en préopératoire étaient normaux hormis une leucopénie modérée $3,7 \times 10^9/L$. L'échographie mammaire mettait en évidence deux formations ovalaires de 22 et 27 mm de diamètre, plus ou moins bien limitées, hypoéchogènes, dans les quadrants supéro-interne et inféro-interne du sein gauche. Aucune adénopathie n'était retrouvée.

La mammographie retrouvait ces lésions sous-forme de deux opacités à contours plus ou moins réguliers de 20 et 25 mm au niveau des quadrants internes du sein gauche (Fig. 1) sans aucune anomalie du revêtement cutané et sous-cutané.

Une nodulectomie était programmée. En peropératoire, les nodules étaient de nature kystique à contenu caséux. L'examen histologique des pièces opératoires retrouvait des granulomes épithélioïdes et gigantho-cellulaires dont certains centrés d'une nécrose caséuse (Fig. 2). Une fois le diagnostic posé, une radiographie pulmonaire était demandée mais elle revenait normale. La sérologie HIV était négative. La patiente était mise sous traitement antituberculeux pour une durée totale de huit mois suivant le protocole du

Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) comprenant Rifampicine (10mg/kg/j), Isoniazide (5mg/kg/j), Pyrazinamide (30mg/kg/j) et Ethambutol (20mg/kg/j) pendant deux mois et Isoniazide, Ethambutol pendant six mois. Au terme de ce traitement spécifique qui était bien toléré, la patiente était déclarée guérie avec absence de récurrence locale après trois ans de recul.

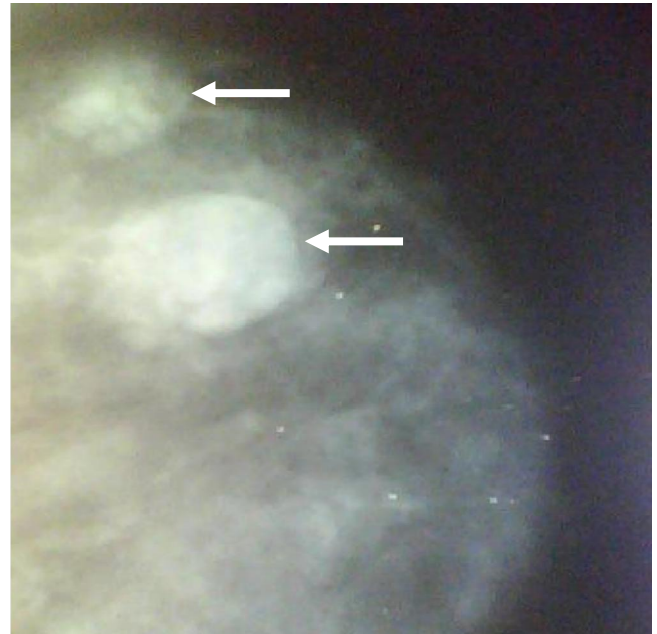


Figure 1. Mammographie du sein gauche (Quadrants internes). Deux opacités à contours plus ou moins réguliers (flèches).

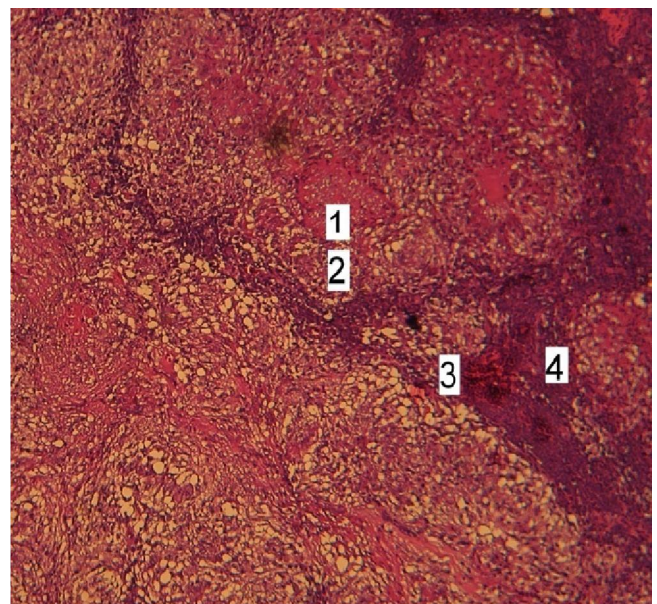


Figure 2. Microscope optique. Follicules épithélio-giganto-cellulaires centrés d'une nécrose caséuse. 1 : nécrose caséuse; 2 : granulome épithélioïde; 3 : cellule géante; 4 : couronne lymphocytaire.

Discussion

La tuberculose du sein est une pathologie extrêmement rare car ne représente que 0,1% de toutes les pathologies du sein [2]. Après la première description faite en 1829, près de 700 cas ont été rapportés dans la littérature mondiale [3]. A Madagascar, parmi les 4521 patients tuberculeux traités à l'Etablissement universitaire de Soins et de Santé Publique d'Analakely notre cas est le seul cas de tuberculose mammaire diagnostiqué et traité en cinq ans depuis 2005. La possibilité d'autres cas non diagnostiqués n'est cependant pas exclue à cause du retard de consultation et de la difficulté diagnostique. La tuberculose mammaire atteint surtout les femmes en âge de procréer, elle est observée dans 83 à 95% des cas chez celles âgées entre 20 et 40 ans [4]. Elle se voit surtout chez la femme et n'affecte l'homme que dans 4 à 4,5% des cas [5,6]. Ses facteurs de risque sont la multiparité, l'allaitement, les traumatismes mammaires, la mastite chronique, un antécédent de maladie suppurative du sein et le Sida [4]. Elle est plus souvent primaire - c'est-à-dire que l'infection se situe directement au niveau du sein après le contagement à la suite d'une abrasion cutanée ou galactophorique [7] et ce dernier est le seul organe atteint - que secondaire. Notre cas était probablement une forme primaire car aucune autre localisation n'était retrouvée. Pour la forme secondaire, le sein est contaminé le plus souvent par voie lymphatique à partir d'adénopathies intrathoraciques, cervicales, sus-claviculaires ou axillaires [4], par contiguïté ou plus rarement par voie hématogène [7]. Les symptômes de la tuberculose mammaire évoluent sur une assez longue période mais le délai entre les premiers signes et le moment du diagnostic est souvent inférieur à un an [6]. Cette durée était de six mois dans notre cas. Cliniquement, la tuberculose mammaire peut se présenter essentiellement sous trois formes : la forme nodulaire, la forme diffuse et la forme sclérotique [8]. La forme nodulaire, la plus fréquente, évolue lentement pour s'étendre au niveau de la peau et peut s'ulcérer. La forme diffuse intéresse le sein entier menant à l'ulcération et à la fistulisation tandis que la forme sclérotique s'accompagne d'une fibrose étendue ; le sein entier est dur et le mamelon est rétracté. Au stade de début, le diagnostic différentiel avec un fibroadénome et un carcinome du sein est difficile à la clinique. Par ailleurs, carcinome et tuberculose peuvent coexister au niveau du sein et des ganglions axillaires d'une même patiente [6]. Les signes paracliniques ne sont pas spécifiques

au cours d'une tuberculose mammaire. L'hémogramme est souvent normal [5] ; les marqueurs tumoraux sont normaux [5]. L'intradermoréaction à la tuberculine est habituellement positive en zone d'endémie, ce test est sensible mais peu spécifique car sa négativité n'exclut pas le diagnostic. Le diagnostic de certitude est bactériologique, basé sur la découverte de *Mycobacterium tuberculosis* dans le liquide de ponction nodulaire ou dans un prélèvement de pus. Cette éventualité est cependant rare car le bacille tuberculeux n'est retrouvé que dans 25% des cas [8]. L'examen histologique d'un prélèvement biopsique constitue un outil diagnostique très important. Il peut trouver un élément pathognomonique de la tuberculose qui est le granulome épithélioïde géantocellulaire centré par une nécrose caséeuse et surtout il permet d'écarter une lésion cancéreuse. La pièce biopsique obtenue après aspiration à l'aiguille fine donnerait un diagnostic exact entre 12 et 73% selon la compétence de l'aspirateur et du cytologiste. L'aspiration à l'aiguille fine guidée par échographie diminue les taux d'échec et les piqûres multiples [6]. Il faut signaler que le même aspect histologique peut être rencontré dans d'autres affections granulomateuses du sein telles que les mycobactérioses atypiques, la cryptococcose, la blastomycose, l'histoplasmose, le sarcoïdisme ou encore la lèpre [9]. Concernant les examens d'imagerie, les images retrouvées à l'échographie mammaire ne sont pas spécifiques, de même celles retrouvées à la mammographie. La mammographie sert à définir l'ampleur de la lésion plutôt que le diagnostic. Elle ne permet pas de faire le diagnostic différentiel avec le cancer du sein [6]. La radiographie pulmonaire met en évidence en cas de forme secondaire des lésions pulmonaires et peut montrer des calcifications ganglionnaires éventuelles [6]. Sur le plan thérapeutique, le traitement de la tuberculose du sein est médico-chirurgical. Le traitement médical classique par association d'antituberculeux représente la part essentielle de la prise en charge. L'Organisation Mondiale de la Santé préconise pour les nouveaux cas un traitement de huit mois avec une phase intensive de deux mois associant quatre antituberculeux (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et Ethambutol) suivie d'une phase de continuation de six mois associant deux antituberculeux (Isoniazide et Ethambutol). D'autres protocoles sont décrits dans la littérature, ils diffèrent surtout de celui de l'OMS par la durée [6,8]. Le traitement chirurgical est indiqué en tant qu'exploration diagnostique ou de complément au traitement médicamenteux et consiste en une ponction simple, une incision, un drai-

nage ou un curetage des fistules. Une tumorectomie ou même une mastectomie peut être indiquée devant une tuméfaction douloureuse étendue ou ulcérée intéressant la totalité du sein [10] réagissant peu ou pas au traitement médical par les antituberculeux. L'observance du traitement doit être rigoureuse afin de prévenir les récurrences et l'apparition de résistance aux antituberculeux.

Conclusion

La tuberculose mammaire est une affection rare qui pose des problèmes de difficulté diagnostique aussi bien clinique que paraclinique. Elle doit être évoquée devant toute lésion mammaire chronique suspecte dans les pays à forte endémicité tuberculeuse même chez les personnes vaccinées. La biopsie suivie d'un examen anatomopathologique du prélèvement s'avèrent essentiels. Le principal diagnostic différentiel à éliminer est le cancer du sein. Le traitement est médico-chirurgical laissant une large place au traitement médical.

Références

1. OMS. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Juin 2012. (www.who.int/tb/publication/global-report.fr).
2. Akçay MN, Sağlam L, Polat P, *et al.* Mammary tuberculosis, importance of recognition and differentiation from that of a breast malignancy: report of three cases and review of the literature. *W J Surg Oncol* 2007; 5:67.
3. Jain S, Shrivastava A, Chandra D. Breast lump, a rare presentation of costochondral junction tuberculosis: a case report. *Cases Journal* 2009; 2: 7039.
4. Hale JA, Peters GN, Cheek JH. Tuberculosis of the breast: rare but still existent. Review of the literature and report of an additional case. *Am J Surg* 1985; 150: 620- 24.
5. Maroulis I, Spyropoulos C, Zolota V, *et al.* Mammary tuberculosis mimicking breast cancer: a case report. *J Med Case Reports* 2008; 2: 34.
6. Tewari M, Shukla HS. Breast tuberculosis: diagnosis, clinical features and management: Review Article. *Indian J Med Res* 2005; 122: 103-10.
7. Ben Hassouna J. Tuberculose mammaire: étude rétrospective de 65 cas. *Gynécol Obstét Fertil* 33(2005): 870-6.
8. Baharoon S. Tuberculosis of the breast. *Ann Thor Med* 2008; 13: 3.
9. Roy PM, Cornu P, Lebas FX, *et al.* Une cause rare de tuméfaction pseudo-néoplasique du sein : la tuberculose mammaire. *Rev Med Interne* 1996; 17: 173-75.
10. Elsiddig KE, Khalil EA, Elhag IA, *et al.* Granulomatous mammary disease: Ten years experience with fine needle aspiration cytology. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: 365-69.