

Tuberculose mammaire: à propos de 3 cas

[Mammary tuberculosis: about three cases]

I. Rachidi, A. Mohattane, N. Abounouh, A. Ansari, S. Amrani, and S. Bargach

Service de gynécologie obstétrique cancérologie et grossesse à haut risque,
Maternité Souissi, Université Mohamed V, Rabat, Maroc

Copyright © 2017 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Mammary tuberculosis is a rare disease even in endemic countries, accounts for 0.07% of all tuberculous sites and 0.025% to 4.5% of all breast tumor diseases. There is renewed interest in the spread of AIDS in developed countries. We report three cases of mammary tuberculosis, the diagnosis of which could only be based on the histology seen in the multiplicity and non-specificity of its clinical and radiological aspects.

KEYWORDS: extra pulmonary tuberculosis, breast, abscess, nodule, breast cancer, histology.

RESUME: La tuberculose mammaire est une affection réputée rare même en pays d'endémie, représente 0,07% de toutes les localisations tuberculeuses et 0,025% à 4,5% de toutes les affections tumorales du sein. Elle suscite un regain d'intérêt à la suite de la recrudescence du sida dans les pays développés.

Nous rapportons trois cas de tuberculose mammaire dont le diagnostic n'a pu être posé que sur l'histologie vue la multiplicité et la non spécificité de ses aspects cliniques et radiologiques.

MOTS-CLEFS: tuberculose extra pulmonaire, sein, abcès, nodule, cancer du sein, histologie.

1 INTRODUCTION

La tuberculose mammaire est une localisation extra pulmonaire de la tuberculose. Elle est due à des bactéries appartenant à la famille des mycobactérium. Astely Cooper en a fait la première description en 1829 comme étant une tumeur mammaire froide [1]. La tuberculose mammaire vient au dernier rang des localisations viscérales de la tuberculose. Webster trouve que sur 34 femmes décédées de miliaire, le seul organe non atteint été le sein [2]. En effet la tuberculose mammaire est souvent prise pour une lésion cancéreuse vue les ressemblances cliniques et radiologiques, et le diagnostic ne peut être porté que par l'examen anatomopathologique et la mise en évidence du mycobactérium à l'étude bactériologique. Nous rapportons trois cas de tuberculose mammaire et à travers les données de la littérature nous mettrons le point sur les différents aspects de cette pathologie.

2 OBSERVATIONS

2.1 OBSERVATION 1

Madame H. M âgée de 20 ans primipare vaccinée, sans notion de contagé tuberculeux, qui consulte pour abcès récidivant du sein droit depuis 1 an, ne répondant pas à un traitement anti staphylococcique bien conduit. L'examen clinique retrouve un abcès occupant le quadrant infero interne du sein droit et une cicatrice d'une ancienne fistulisation au niveau du quadrant

supero interne avec adénopathie homolatérale axillaire d'allure inflammatoire [fig1]. La mammographie n'a pas été réalisée vue l'âge de la patiente. L'échographie mammaire a objectivé une collection à cheval entre les quadrants internes du sein droit hétérogène a contenu impur mesurant 39×33mm avec tendance à la fistulisation et épaissement cutané en regard avec discrète ectasie canalaire a contenu impur en rapport avec une galactophorite et adénopathie axillaire homolatérale d'allure inflammatoire [fig2]. Un drainage de l'abcès a été décidé avec la réalisation de multiples biopsies chirurgicales. L'examen anatomopathologique a objectivé un granulome épithelio-giganto-cellulaire centré par une nécrose caséuse. La radiographie du thorax été normale, et aucune autre localisations tuberculeuse n'a été trouvée . la patiente a été mise sous poly chimiothérapie antituberculeuse Rifampicine(R), Isoniazide(H), Pyrazinamide(Z) et Ethambutol(E) pendant 2 mois puis Rifampicine et Isoniazide pendant 4 mois avec bonne évolution sur le recul de 2 ans.



Figure 1 : Abscès au niveau du quadrant infero-interne du sein droit avec cicatrice d'une ancienne fistulisation au niveau du QSI



Figure 2 : Echographie du sein droit qui montre une collection à cheval entre les quadrants internes du sein droit hétérogène mesurant 39×33mm

2.2 OBSERVATION 2

Madame E. R âgée de 64ans G6P6, ménopausée depuis 8 ans, non vaccinée avec notion de spondylodiscite tuberculeuse il y a 4 ans traitée. Elle s'est présentée au sein de notre formation pour nodule du sein gauche apparu depuis six mois n'ayant pas augmenté de volume. L'examen a trouvé un nodule du quadrant inféro interne gauche en para aréolaire mesurant 2cm mobile par rapport aux 2 plans sans signes inflammatoires en regard, et sans adénopathies satellites. Le sein droit est sans anomalies. La mammographie a objectivé une opacité du quadrant inféro interne du sein gauche juxta aréolaire ovalaire bien limitée de contours réguliers et de tonalité hydrique [fig3]. L'échographie mammaire a montré une image nodulaire au niveau du quadrant inféro interne à 1cm du mamelon réniforme bien limitée enchâssée dans la graisse sous cutané avec centre hyperechogène vascularisé au doppler couleur mesurant 17×18mm faisant évoquer une adénopathie en premier [fig4]. Une micro biopsie a été réalisée et a objectivé un granulome epithelio giganto cellulaire avec nécrose caséuse. Le diagnostic de tuberculose mammaire a été retenu, la radiographie du thorax été normale. La patienta a été considérée comme rechute et a été mise sous traitement anti bacillaire sous le schéma suivant 3RHZE/5RHE . avec bonne évolution sur le recul de 1 an.



Figure 3 : Mammographie objectivant une opacité du quadrant inféro-interne du sein gauche juxta aréolaire ovalaire bien limitée de tonalité hydrique



Figure 4 : échographie du QII qui montre à 1 cm du mamelon une image nodulaire avec centre hyperéchogène enchâssée dans la graisse sous cutané

2.3 OBSERVATION 3

Mme Z. F âgée de 46ans toujours réglée G3P3 non vaccinée et sans antécédents médico- chirurgicaux particuliers, notamment pas de notion de contagé tuberculeux, qui présente deux nodules au niveau du sein droit apparus six mois avant sa consultation. L'examen clinique trouve deux nodules, les premiers au niveau du quadrant supéro-interne de 3 cm de grand axe régulier adhérent au plan superficiel sensible à la palpation. Le deuxième se situe au niveau du quadrant inféro interne en retro aréolaire de 4cm x3cm de grand axe. La mammographie a objectivé une masse de tonalité hydrique de contours flous irréguliers en retro aréolaire droit qui s'associe à trois autres opacités de même caractéristiques au niveau du quadrant supéro interne droit [fig5] L'échographie mammaire a montré en retro aréolaire droit une formation grossièrement ovalaire de contours irréguliers hypo échogène hétérogène mesurant 33x15mm associée à une coulée tumorale au niveau du quadrant supéro interne droit. La patiente a bénéficié d'une micro biopsie ayant objectivé des remaniements inflammatoires subaiguës non spécifiques. Devant la discordance anatomo-radiologique et histologique, la patiente a bénéficié d'une tumorectomie large avec examen extemporané qui a objectivé un infiltrat inflammatoire polymorphe avec granulome epithelio- giganto- cellulaire et nécrose caséuse. La radiographie du thorax été normale et aucune autre localisation tuberculeuse n'a été retrouvée. La patiente a été mise sous poly chimiothérapie anti tuberculeuse 2RHZE/4RH.

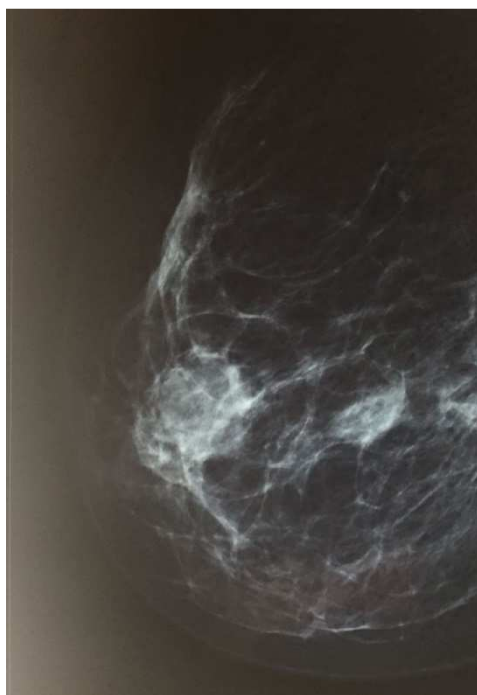


Figure 5 : mammographie du sein droit qui montre une masse de tonalité hydrique de contours flous irréguliers en retro aréolaire droit qui s'associe à trois autres opacités de même caractéristiques au niveau du quadrant supéro interne droit

3 DISCUSSION

La tuberculose mammaire est une pathologie extrêmement rare, sa fréquence varie de 0,06% à 0,1% de l'ensemble des localisations tuberculeuses [1]. Et ne représente que 0,5 à 4,5% de toutes les pathologies mammaires [2]. La rareté de cette forme clinique pourrait être expliquée par le fait que le tissu mammaire semble peu propice à la survie et la multiplication du bacille tuberculeux [1]. Depuis première description de la tuberculose mammaire par Astely Cooper en 1829 comme étant une tumeur froide du sein ,près de 900 autres cas ont été rapportés [3]. L'Asie compte le plus grand nombre de cas publiés avec 45,2% des cas, suivie de l'Afrique noire(27,4%),de l'Afrique du nord(17,2%),de l'Europe(16,2%) et enfin l'Amérique (4%) [1]. elle touche dans 95% la femme en période d'activité génitale entre 20et 50ans, et ses facteurs de risque sont la multiparité ,l'allaitement, les traumatismes mammaires, la mastite chronique et le sida [4]. Il est à noter que 21 cas ont été décrits chez l'homme [4]. La tuberculose mammaire est dite primitive en l'absence de toutes autres localisations tuberculeuses, c'est la situation la plus fréquente. la voie de contamination dans ce cas est directe à la suite d'une abrasion cutanée ou galactophorique. Elle est dite secondaire quand elle est suite à d'autres localisations c'est le cas pour notre patiente (cas2), le sein est contaminé le plus souvent par voie lymphatique à partir d'adénopathies intra thoraciques, cervicales,susclaviculaires ou axillaires, par contiguïté ou plus rarement par voie hématogène [1-4]. 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 [2]. Les manifestations cliniques sont insidieuses et non spécifiques [5], elles sont très polymorphes réalisant un tableau de néoplasie mammaire ou d'abcès froid d'évolution torpide malgré une antibiothérapie classique et un drainage chirurgical [1-5]. L'atteinte du tissu glandulaire appelée aussi lobulite tuberculeuse ou tuberculose mammaire profonde réalise une formation nodulaire de taille variable, de consistance ferme ou dure a contours flous, siégeant principalement au niveau quadrant supéro-externe. On peut également observer soit un abcès froid qui évolue vers la fistulisation à la peau et laissant sourdre un liquide caséux, soit une miliaire très rare qui se voit en cas de granulie généralisée [4]. L'atteinte du galactophore ou galactophorite tuberculeuse appelée aussi tuberculose mammaire superficielle est moins fréquente et se manifeste par un nodule péri mamelonnaire mal limité rétractant le mamelon, un écoulement mamelonnaire sanglant ou Liquide d'aspect séreux ou brunâtre rythmé par les règles. Des adénopathies axillaires, sus claviculaires ou cervicales sont présentes dans 75% des cas, mobiles parfois volumineuses et bilatérales, elles peuvent constituer le motif de consultation [4]. L'atteinte est souvent unilatérale, la bilatéralité ne serait observée que dans 3% des cas [1-6]. Les signes généraux sont représentés par l'asthénie, l'anorexie, l'amaigrissement et le fébricule vespérale mais n'ont aucune valeur diagnostique.

Sur le plan radiologique il n'existe pas de signes mammographies spécifiques de la tuberculose mammaire. La mammographie montre plutôt des images suspectes, étant donné ce manque de spécificité, la mammographie ne présente qu'un élément d'orientation diagnostique. L'échographie est aussi peu spécifique en cas de tuberculose mammaire, elle montre souvent une image hypoechogène, hétérogène mal limitée avec renforcement postérieur minime ou bien une image hypoechogène hétérogène bien limitée avec renforcement postérieur et quelques calcifications. Ces 2 aspects posent un problème de diagnostic différentiel respectivement avec les cancers du sein et avec les adénofibromes anciens remaniés [7-8]. L'hémogramme est souvent normal [9]. L'intradermoréaction à la tuberculine est habituellement positive en zone d'endémie, ce test est sensible mais peu spécifique car sa négativité n'exclue pas le diagnostic [9]. Le diagnostic de certitude est bactériologique et se base sur la découverte de *Mycobacterium tuberculosis* dans le liquide de cytoponction ou dans un prélèvement de pus. Mais cette éventualité est rare car le bacille tuberculeux n'est retrouvé que dans 25% des cas [9-10]. De ce fait un prélèvement biopsique mammaire en vue d'un examen anatomopathologique est capital. Il peut s'agir d'une biopsie par excision chirurgicale complète ou partielle ou par carottage de la lésion ou encore par punch ou curetage trajet fistuleux. L'histologie montre dans 95% des cas un granulome épithélioïde et géant-cellulaire avec nécrose caséuse centrale pathognomonique d'une lésion tuberculeuse [7]. Dans notre étude, la nécrose caséuse a constitué un critère fondamental pour poser le diagnostic de tuberculose mammaire. L'histologie permet également d'éliminer une lésion cancéreuse. L'association tuberculose et cancer du sein a été rapportée mais demeure extrêmement rare de l'ordre de 1‰ [8-11]. En effet la présence de BK à l'examen bactériologique risque d'instaurer un traitement antituberculeux sans preuve histologique. Après avoir eu la preuve histologique et/ou bactériologique de tuberculose mammaire l'attitude thérapeutique est identique à celle adoptée pour les autres localisations tuberculeuses [14], après un geste à minima comportant un drainage des collections purulentes associé à une excision du tissu nécrosé, une poly chimiothérapie anti bacillaire est instaurée. Par ailleurs dans certaines conditions de résistance aux traitements antituberculeux ou de maladies localement avancées une mastectomie peut être proposée dans un but thérapeutique [12-13]. Le contrôle de la compliance de la patiente et la surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement s'impose, dans tous les cas l'évolution sous traitement bien conduit est habituellement favorable [11-14]. Au Maroc, la tuberculose est un fléau non seulement médical mais aussi social et économique faisant de cette lutte contre la tuberculose un des objectifs prioritaires de la santé publique [4-7].

4 CONCLUSION

La tuberculose mammaire est une affection rare même dans les pays endémiques, pose des problèmes de difficulté diagnostique aussi bien clinique que paraclinique. L'association avec un cancer du sein est possible. Devant un tableau évocateur de tuberculose, des biopsies avec examen anatomopathologique s'avèrent essentiels.

Le traitement anti bacillaire reste l'élément fondamental dans l'arsenal thérapeutique de la tuberculose mammaire alors qu'une chirurgie conservatrice n'occupe qu'une place secondaire.

REFERENCES

- [1] A. HAWILO, R. ABDELMALEK, A. MEBAZAA *et al.* La tuberculose mammaire: un diagnostic rare, souvent méconnu. *Médecine et Santé Tropicales*, vol. 22, no. 3, pp. 292-296, 2012.
- [2] RAJAONARISON, J. J. C., RAKOTONDRAISOA, J. M., RASOANANDRIANINA, B. S., *et al.* Un nouveau cas de tuberculose primitive mammaire.
- [3] HAFIDI, M. R., KOUACH, J., HAMIDI, L. A., *et al.* TUBERCULOSE MAMMAIRE A PROPOS DE DEUX CAS Mammary tuberculosis about two cases. *Mali Médical*, vol. 26, no 2, 2011.
- [4] LAZRAC, Ikram, FAGOURI, Houda, BABAHABIB, M. A., *et al.* Mammary Tuberculosis: About one case. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, vol. 8, no 2, p. 586-590, 2014.
- [5] 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.
- [6] BEN BRAHIM, H., LOUSSAIEF, C., HADDED, A., *et al.* La mastite tuberculeuse: étude de 15 cas. *Rev Tun Infectiol*, vol. 2, no 3, p. 31-34, 2008.
- [7] ZEKRI, H., BOUFETTAL, H., BENNANI, O., *et al.* La tuberculose mammaire à propos de 10 cas. *Journal Marocain des Sciences Médicales*, vol. 17, no 2, 2013.
- [8] LEE, Chang Haur et SHARIF, Siti Zubaidah. Primary breast tuberculosis (TB) in a patient with known invasive breast carcinoma: A case report. *The Medical journal of Malaysia*, vol. 71, no 3, p. 149, 2016.

- [9] ZOUHAL, A., OUTIFA, M., FILALI, A., *et al.* Les tumeurs pseudo néoplasiques du sein: La tuberculose mammaire à propos de 2 cas. *Médecine du Maghreb*, vol. 82, p. 11-14,2000.
- [10] AGODA-KOUSSEMA, L. K., DJIBRIL, A. M., ADJENOU, K. V., *et al.* Tuberculose mammaire: à propos d'un cas (Breast tuberculosis: a case report). *Journal Africain d'Imagerie Médicale*, vol. 6, no 3,2014.
- [11] MARINOPOULOS, Spyridon, LOURANTOU, Dionysia, GATZIONIS, Thomas, *et al.* Breast tuberculosis: Diagnosis, management and treatment. *International journal of surgery case reports*, vol. 3, no 11, p. 548-550,2012.
- [12] Fatnassi, R., Mkinini, I., Kaabia, O., Ragmoun, H., Hamdi, A., Essaidi, H., & Khairi, H. (2014). Breast Tuberculosis Report of Two Cases. *Gynecology & Obstetrics*, 2014.
- [13] AFRIDI, Shahida Parveen, MEMON, Aisha, REHMAN, S. U., *et al.* Spectrum of breast tuberculosis. *J Coll Physicians Surg Pak*, vol. 19, no 3, p. 158-61, 2009.