

Tuberculose génitale simulant un cancer gynécologique : à propos de trois cas

La tuberculose est un véritable problème de santé publique aussi bien dans les pays en voie de développement comme la Tunisie que dans les pays industrialisés. La tuberculose pelvienne représente 6 à 10% (1) de l'ensemble des localisations. Il est admis que la première atteinte est tubaire et que la diffusion s'effectue ensuite vers le reste de l'appareil génital (1,2, 3).

Observations

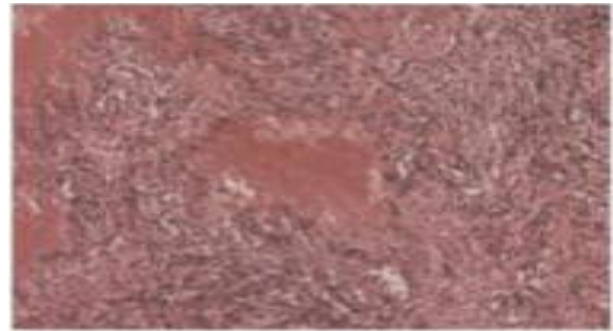
Observation 1

Mme N.B.A âgée de 43 ans nous a été adressée pour une tumeur ovarienne probable découverte fortuitement à l'échographie abdomino-pelvienne faite dans le cadre du bilan de surveillance de son insuffisance rénale chronique. L'examen abdominal était strictement normal. Le toucher vaginal a objectivé une masse mobile dans le douglas. Les marqueurs tumoraux étaient normaux. Le scanner abdominal a montré un gros ovaire droit hétérogène siège d'une calcification de 3cm, une masse kystique cloisonnée latéro-utérine gauche, des adénopathies infra-centimétriques lombo-aortiques et une lame d'ascite (Fig 1). Elle a eu une annexectomie bilatérale. A l'examen extemporané : inflammatoire ARAP. L'examen anatomopathologique final a conclu à une tuberculose caséo-folliculaire tubo-ovarienne associée à des foyers d'endométriase ovarienne à droite et une tuberculose caséo-folliculaire à gauche (Fig2). L'évolution était favorable sous traitement antituberculeux avec un scanner abdomino-pelvien de control normal.

Figure 1 : Tomodensitométrie abdomino-pelvienne montrant une masse ovarienne.



Figure 2: Plages de nécrose caséuse.



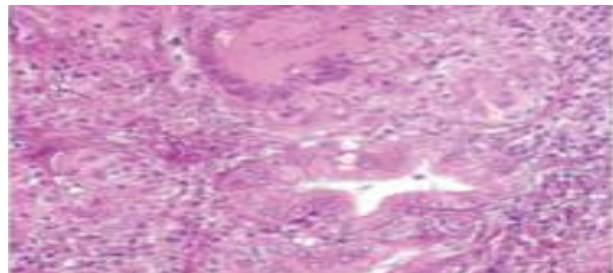
Observation 2

Mme K.D âgée de 63ans, était régulièrement suivie pour une tumeur du sein gauche traitée par tumorectomie avec curage axillaire, suivi de radiothérapie, chimiothérapie et hormonothérapie à base de tamoxifène. Elle a présenté, en cours d'évolution, deux épisodes de rétention liquidienne utérine découverte à l'échographie abdomino-pelvienne faite dans le cadre du bilan de surveillance montrant un utérus augmenté de taille avec une formation hypoéchogène intra-utérine mesurant 40*50mm. Un curetage biopsique de l'endomètre a été fait à deux reprises et a ramené du pus. Devant la résistance au traitement antibiotique, une laparotomie exploratrice a été pratiquée mettant en évidence un utérus augmenté de taille avec des ovaires sans anomalies, sans carcinose ni adénopathies. Elle a eu une hystérectomie avec annexectomie bilatérale. L'examen anatomopathologique a révélé une tuberculose caséo-folliculaire de l'endomètre avec atteinte partielle du myomètre et de l'ovaire gauche, et des foyers d'adénomyose au sein du myomètre. L'évolution clinique, bactériologique et radiologique a été favorable sous traitement antituberculeux.

Observation 3

Mme J.B.M âgée de 74 ans, sans antécédents pathologiques notables, a présenté des métrorragies post-ménopausiques évoluant depuis 6 mois. L'examen gynécologique sous anesthésie générale a montré au spéculum un col détruit par un processus ulcéro-bourgeonnant descendant au tiers moyen du vagin, et aux touchers pelviens une infiltration paramétriale bilatérale distale à droite et proximale à gauche. L'examen anatomopathologique des biopsies du col a conclu à une tuberculose cervicale(Fig3). Elle a été mise sous traitement antituberculeux avec une bonne évolution clinique.

Figure 3 : Biopsie cervicale, cellule géante de Langhans, glande endocervicale, infiltration histiocyttaire.



Conclusion

La tuberculose pelvienne a une symptomatologie polymorphe et peu spécifique. Dans 15% des cas, comme c'est le cas de nos patientes, elle se manifeste par les mêmes signes d'appel qu'un cancer gynécologique à type de : douleurs pelviennes, masse abdomino-pelvienne, ascite et amaigrissement.

Le traitement de la tuberculose pelvienne est médical basé sur les antituberculeux (4).

Les séquelles gynécologiques sont graves à type d'infertilité et de grossesse extra utérine. La tuberculose pelvienne se complique dans 39% d'infertilité tubo-ovarienne (5).

Face à ces séquelles majorées, dans nos pays, par le retard du diagnostic et une sous-évaluation des lésions, il est essentiel de renforcer la prévention par la vaccination systématique et de rechercher systématiquement une localisation génitale en cas de tuberculose pulmonaire.

Références

- 1- Dubernard G, Ansquer Y, Marcollet A et al. Pseudotumoral tuberculosis of the cervix. Gynecol Obstet Fert, 2003, 31, 446-448.
- 2- Gungor T, Keskin HL, Zengeroglu S et al. Tuberculosis salpingitis in two of five primary fallopian tube carcinomas. J Obstet Gynaecol, 2003, 23, 193-195.
- 3- Rakoto-ratsimba HN, Samison LH, Razafimahandry HJ et al. Bartholinite tuberculeuse : une observation à Madagascar. Méd Trop, 2003, 63, 608-610.
- 4- Tripathi R, Prakash A, Rathore A. Vulval tuberculosis: an unusual case. Acta Obstet Gynecol Scand, 2003, 82, 769.
- 5- Wise GJ, Marella VK. Genito urinary manifestations of tuberculosis: Urol Clin North Am, 2003, 30, 111-121.

Riadh Chargui¹, Molka Chemlali¹, Amira Triki¹, Leila Achouri, Bouthayna Laamouri¹, Olfa Jaidane, Hatem Bouzaïene¹, Jamel Ben Hassouna¹, Fethi Khomsi¹, Tarak Dhiab¹, Monia Hechichi¹, Khaled Rahal¹.

¹ Service de chirurgie carcinologique Institut Salah Azaiez, Tunis, Tunisie.

Tamponnade cardiaque révélatrice d'un lupus érythémateux systémique

La survenue d'une péricardite au cours du lupus érythémateux systémique (LES) est fréquente et peut être révélatrice de la maladie dans 10 à 40 % des cas (1,2). En revanche, la survenue d'une tamponnade révélant un LES est une situation exceptionnelle. Nous rapportons une nouvelle observation.

Observation

Patiente âgée de 27 ans, suivie depuis cinq ans pour syndrome de Raynaud et syndrome de Sjögren, a été admise pour fièvre, douleur thoracique et dyspnée d'aggravation progressive. Par ailleurs, elle rapporte la notion de photosensibilité et d'arthrites. L'examen physique révèle une patiente pale, fébrile à 39°C, la tension artérielle était à 90/65 mm Hg, assourdissement des bruits du cœur, une tachycardie à 120 bat/mn, une polypnée à 32 c/mn, une hépatomégalie avec turgescence des veines jugulaires. Le bilan biologique a montré une anémie à 6g/dl d'hémoglobine, une lymphopénie à 600/mm³, des plaquettes à

312000/mm³, une protéinurie à 1,9 g/j, une C réactive protéine à 27mg/l, des anticorps antinucléaires positifs à 1/2520, des antiDNA positifs, une hypo- complémentémie, des anticorps antiRo positifs, des anticorps anticardiolipines positifs et un facteur rhumatoïde positif à 326 UI. La radiographie du thorax a révélé une cardiomégalie et une pleurésie (figure 1).

Figure 1 : Radiographie du thorax : cardiomégalie et pleurésie gauche



L'électrocardiogramme a montré un microvoltage et une tachycardie sinusale (figure 2).

Figure 2 : ECG : Microvoltage et tachycardie sinusale



L'échocardiographie a révélé un épanchement péricardique de grande abondance avec collapsus diastolique du ventricule droit, une insuffisance mitrale et tricuspide modérée, une hypokinésie du ventricule gauche avec une fraction d'éjection à 29,8%, un thrombus du ventricule gauche et une hypertension artérielle pulmonaire. La biopsie labiale a montré une sialadénite grade IV de Chisholm. La biopsie rénale a révélé une glomérulonéphrite lupique type IV. Le diagnostic de lupus érythémateux systémique (LES) a été retenu devant l'association pleurésie, péricardite, photosensibilité,