



RESEARCH ARTICLE

TUBERCULOSE MAMMAIRE BILATÉRALE CHEZ UNE FEMME DE 19 ANS AU CENTRE
HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE

^{1,*}Mbongo, J. A., ³Ekoutou, A., ²Péko, F. and ¹Iloki, L. H.

¹Service Gynécologie Obstétrique; CHU de Brazzaville, Congo

²Laboratoire D'anatomie Cytologie Pathologique; CHU de Brazzaville, Congo

³Service Pneumo-Phtisiologie; CHU de Brazzaville, Congo

ARTICLE INFO

Article History:

Received 25th August, 2016

Received in revised form

10th September, 2016

Accepted 13th October, 2016

Published online 30th November, 2016

Key words:

Tuberculosis-Beast-Brazzaville-Congo.

ABSTRACT

The authors return a case of observed bilateral mammary tuberculosis to him fallen from Brazzaville in Congo, at a teenager of 19 years old possessing identified other bacillary localization. Clinical picture makes swelling of the two breasts, having evolved toward an abscess fistulised. The diagnosis has been assured by an anatomo-pathological exam. The recovery has been gotten after medico-surgical treatment.

Copyright©2016, Mbongo et al. 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.

Citation: Mbongo, J. A., Ekoutou, A., Péko, F. and Iloki, L. H. 2016. "Tuberculose mammaire bilatérale chez une femme de 19 ans au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville", *International Journal of Current Research*, 8, (11), 42359-42361.

INTRODUCTION

La localisation mammaire de la tuberculose est exceptionnelle. La tuberculose connaît depuis quelques années un regain d'intérêt, notamment en raison de la recrudescence des formes extra-pulmonaires dans les pays occidentaux, tropicaux et au Maghreb (Hawilo *et al.*, 2012). Nous ont été amenés à constater un cas de tuberculose mammaire bilatérale chez une adolescente de 19 ans. Le caractère rare de cette localisation nous a incité à rapporter le premier cas décrit au Congo.

Observation

Mademoiselle O K. Raïssa, 19 ans ; a été référée le 20 Novembre 2015, au Service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Brazzaville, pour prise en charge d'une tumeur des deux seins. Elle est quatrième d'une fratrie de sept, il n'a aucun antécédent particulier dans la famille. Sur le plan gynécologique, elle a eu sa ménarche à 15ans, elle est 2^o geste primipare, elle a fait une interruption volontaire de grossesse par curetage et elle a un enfant vivant de deux ans. On ne retrouvait pas de notion de contagion tuberculeuse, ni de vaccination anti-tuberculeuse. L'histoire remontait à 6 mois, par l'apparition d'un nodule sur le sein gauche précédant un

état fébrile, avec des signes inflammatoires locaux. Plusieurs cures d'antibiotiques lui avaient été administrées sans succès. Trois mois plus tard une atteinte contralatérale, suivie d'une abcédation bilatérale. A l'arrivée, l'état général est conservé, on notait la persistance des douleurs mammaires, un amaigrissement de 5 % et une apyrexie. Les deux seins étaient tuméfiés avec un aspect cicatriciel et une rétraction mamelonnaire faisant évoquer une mastite carcinomateuse. Il n'y avait pas de nodule palpable, ni d'écoulement mamelonnaire, ni d'adénopathie locorégionale. Le reste de l'examen est sans particularité. L'échographie mammaire était normale, la mammographie des deux seins notait une dilatation bilatérale de deux canaux galactophoriques. La radiographie pulmonaire était normale. La numération formule sanguine montrait une normocytose (5400 leucocytes par millimètre cube). La sérologie HIV était négative. La vitesse de sédimentation globulaire était accélérée (97 millimètre dès la première heure). En l'absence de diagnostic étiologique, les antalgiques lui ont été administrées pour améliorer le confort. Un mois plus tard, elle a présenté, un nodule dans chaque sein, mal circonscrit, peu mobile de quatre centimètres de grand axe à droite et six centimètre de grand axe gauche. Il n'y avait pas d'adénopathies satellites. Une biopsie en vue d'un examen anatomopathologique lui a été proposée mais n'ayant pu être réalisée, la patiente perdue de vue est revenue un mois plus tard au stade de fistulisation bilatérale. L'intervention sur les deux seins réalisée janvier 2014, a consisté à mettre à plat la

*Corresponding author: Mbongo, J. A.

Service gynécologie obstétrique; CHU de Brazzaville, Congo

suppuration avec des poches à contenu grumeleux faisant évoquer du caséum crétaqué. L'examen anatomo pathologique des prélèvements a montré présence de quelques granulomes tuberculoïdes gyganto cellulaires (Figure 1), avec parfois des zones de nécrose caséuse (Figure 2). La culture sur milieu de Lowenstein Jensen et l'examen direct sur coloration de Ziehl-nelson n'ont pu être réalisées. L'intra-dermo-réaction à la tuberculine était phlycténulaire. La sérologie rétrovirale de contrôle était toujours négative. Le diagnostic de tuberculose mammaire bilatérale a été retenu. La patiente a été mise sous Ethambutol (E) 20mg/kg/j Isoniazide (H) 5mg/kg/j, rifampicine (R) 10mg/kg/j, Pyrazinamide (Z) 25mg/kg/j, soit une association EHRZ dans un même comprimé à raison de 4 comprimés par jour pendant 2 mois puis -E. H. 2 comprimés par jour les 6 mois suivants. Un mois après le début du traitement, on a enregistré la normalisation de la vitesse de sédimentation globulaire et une extinction des douleurs. La guérison avait été constatée après 8 mois de traitement.

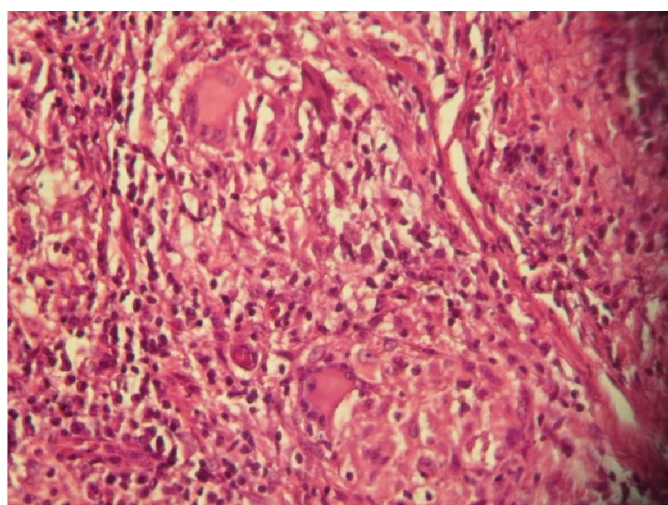


Fig. 1. Granulome épithélioïde et gyganto cellulaire (G x 200 HE)

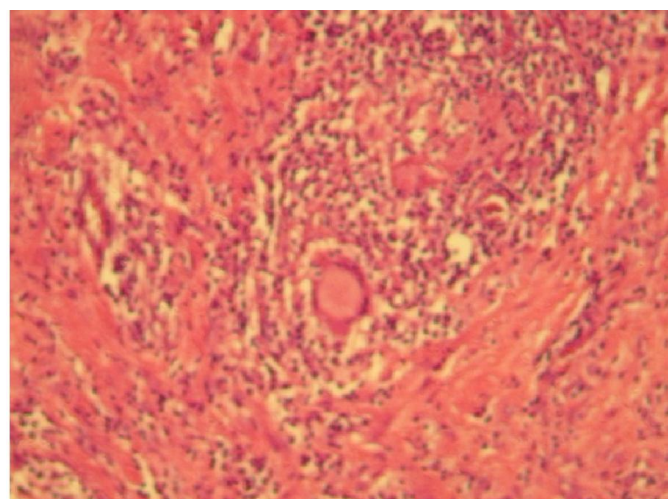


Fig. 2. Granulome épithélioïde et gyganto cellulaire centré d'une nécrose caséuse (G x 250 HE)

Commentaires

Epidémiologie : La tuberculose est une maladie infectieuse cosmopolite, bien que 98% de décès se produisent dans les pays en voie de développement (Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000) Au Congo Brazzaville, le nombre de

tuberculeux est passé de 51250 en 1999 à 93360 en 2000, dont 30% étaient des formes extra pulmonaire (M'Boussa *et al.*, 2002). la tuberculose est une affection qui peut toucher n'importe quel organe (Moujahid Mountassir *et al.*, 2011). L'atteinte mammaire est rare (5,6). La forme bilatérale est exceptionnelle (Khaiz *et al.*, 1993). Elle atteint le plus souvent la femme en activité génitale, bien que de rares cas aient été décrits chez la femme âgée chez l'enfant, et même chez l'homme (Leleu *et al.*, 1997). Khaiz (1993) retrouve une répartition géographique de cette affection: l'Asie vient en tête avec 45,2%, et de l'Amérique 4%.

Pathogénie : La gestation et l'allaitement seraient les facteurs favorisants. Le diagnostic de tuberculose mammaire primitive est à retenir chez les patientes contaminées soit par des salives infectés franchissant une peau lésée, soit en allaitant un enfant porteur d'angine tuberculeuse (Wapnir *et al.*, 1985), et même un tuberculeux pulmonaire qui dans ses habitudes sexuelles suce les seins de sa femme. Cette forme de contamination et souvent difficile à affirmer, par ailleurs un second foyer tuberculeux peut toujours rester méconnu (Einstrin and Berstein, 1994). La voie lymphatique est le mode de dissémination le plus fréquent. L'extension se fera par voie antérograde ou rétrograde à travers les vaisseaux lymphatiques à partir des localisations tuberculeuses intra thoraciques ou intra abdominales.

Diagnostic : La tuberculose mammaire pose surtout un problème diagnostique et non thérapeutique. C'est une entité qui doit rester présente à l'esprit du clinicien du fait de sa similitude clinique avec le cancer du sein (Zekri *et al.*, 2010). Le diagnostic clinique de la tuberculose mammaire reste difficile. La tuberculose mammaire doit être distinguée des autres pathologies mammaires et surtout des cancers étant donné les ressemblances cliniques et radiologiques (Zekri *et al.*, 2010). A l'histologie, un aspect de granulome tuberculoïde avec nécrose caséuse est observé dans tous les cas (Hawilo *et al.*, 2012). La tuberculose est une infection opportuniste du SIDA, mais dans notre cas la sérologie rétrovirale était négative a deux reprises. Dans la littérature on retrouve l'association cancer et tuberculose mammaire, mais cette coexistence est extrêmement rare (Leleu *et al.*, 1997). Trois formes cliniques sont habituellement décrites (Chenguiti-Ansari *et al.*, 1999). La forme nodulaire: plus fréquente (75% des cas) se présente comme une masse non douloureuse du sein, de croissance lente associée ou non à des adénopathies. La forme diffuse: il s'agit d'une masse tumorale inflammatoire, douloureuse, pouvant fréquemment fistuliser à la peau. Cette image évoque de prime abord un carcinome inflammatoire, ce fut le cas de notre patiente. La forme scléreuse: atteignant souvent le sujet âgé. Il s'agit d'une masse douloureuse indurée, rarement suppurée. Le traitement de la tuberculose mammaire est médical, faisant appel aux anti-bacillaires à des doses correctes et selon un schéma. La chirurgie trouve sa place pour le diagnostic (biopsie) mais elle peut être préconisée en seconde intention en cas de mauvaise réponse au traitement médical, il s'agit soit d'une résection d'un nodule, soit de drainage d'un abcès comme dans notre cas, soit une mastectomie segmentaire (quadrantectomie) ou totale si le sein est complètement détruit et criblé de fistules (Einstrin and Berstein, 1994).

Conclusion

La tuberculose mammaire est une affection rare, atteignant le plus souvent le sujet jeune; les aspects anatomo-cliniques sont

trompeurs. Le diagnostic de certitude est porté par l'anatomopathologie et la bactériologie. Le pronostic sous traitement anti-bacillaire est souvent bon. En milieu de forte prévalence tuberculeuse, il apparaît nécessaire de discriminer une étiologie bacillaire devant une situation clinique évocatrice d'une mastopathie fistulisante.

RÉFÉRENCES

- Chenguiti-Ansari A, Bargagh S, Elamrani S, Ouazzani M C. 1999. La tuberculose mammaire à propos de trois cas. *Sem Hop Paris*, 75(15-16), 304-6.
- Einstrin J. and Berstein M, 1994. Tuberculosis mastitis. *Southern Med J.*, 87,115-52.
- Hawilo A, Abdelmek R, Mebazaa A, Adouni O *et al.* 2012. La tuberculose mammaire: un diagnostic rare, souvent méconnu. *Médecine et Santé Tropicales*, 22,292-6.
- Khaiz D, Lakh Loufi F, Chhab *et al.* 1993. Tuberculose mammaire à propos de deux cas. *Sem Hop Paris*, 69, 454-8.
- Leleu O, Aubry P, Verhoest P, Jounieux V. 1997. Tuberculose mammaire. *Rev Mal Respir.*, 14, 401-3.
- M'Boussa J, yokolo D, Pereira B, Ebata-Mongo S. 2002. A Flare-up of tuberculose due to war in Congo Brazzaville. *Int J Tuberc Lung Dis.*, 6(6) : 475-8.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, Institut de veille sanitaire, République Française. Epidémiologie moléculaire de la tuberculose au sein de la communauté urbaine de Brest. BEH n° 31 2000.
- Moujahid Mountassir, Issam Ennafae, Hicham KechnaBerade Samir *et al.* 2011. Un cas isolé de tuberculose appendiculaire. *Pan African Medical Journal*, 9,16.
- Wapnir Il, Pallan T.M, Gaudini J, Stam WH. 1985. Latent mammary Tuberculosis. *A Case Report Surgery*, 98: 976-8.
- Zekri H, Bouffetal H, Bennani O, Layhzaoui M. *et al.* 2010. La tuberculose mammaire à propos de 10 cas. *Journal Marocain des Sciences Médicales*, 17(2).
