

## TUBERCULOSE MAMMAIRE A PROPOS DE DEUX CAS

### Mammary tuberculosis about two cases

Hafidi MR (1), Kouach J (1), Hamidi LA (2), Achenani M (1), Benchakroun K(1), Salek G (1), Zoubir Y (3), Moussaoui RD (1), Dehayni M (1).

1. Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V Rabat, Maroc ; 2. Service de Bactériologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V Rabat, Maroc ; 3. Laboratoire d'Anatomie Pathologique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V Rabat, Maroc.

Correspondance : Hafidi MR, 6 Novembre N 69 Skikina Temera Maroc E-mail : [hafidimyrchid@yahoo.fr](mailto:hafidimyrchid@yahoo.fr)

### RESUME

La tuberculose mammaire est une affection rare qui touche la femme jeune en période d'activité génitale. Elle paraît le plus souvent primitive. Elle pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Les bases du traitement actuel reposent sur la chimiothérapie antituberculeuse associée parfois à la chirurgie.

Nous rapportons deux cas de tuberculose mammaire. Le diagnostic n'a pu être posé que sur l'histologie. L'évolution était favorable essentiellement sous traitement anti bacillaire.

A travers les données de la littérature nous rappelons les particularités épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de cette affection.

**Mots clés :** Tuberculose extra pulmonaire ; Sein ; Abscès.

### SUMMARY

Tuberculosis of the breast is a very rare infection, it occurs chiefly in women of childbearing potential, usually as an apparently primary infection and constitute a diagnosis and therapeutic challenge. Administration of antituberculous agents is the mainstay of therapy. Surgery is required in some cases.

We report two cases of breast tuberculosis. The diagnosis was put on histology with good outcome under anti bacillary treatment.

Through the literature data we recall the epidemiological, clinical, diagnostic and treatment of this pathology.

**Key word:** Extra pulmonary tuberculosis; Breast; Abscess.

### INTRODUCTION

La tuberculose mammaire est une forme rare de la tuberculose extra-pulmonaire même dans les pays endémiques. Cette affection connaît un regain d'intérêt depuis l'émergence du SIDA. Elle a été décrite pour la première fois par Cooper en 1829, comme étant une tumeur froide. En effet, la tuberculose mammaire est souvent prise pour une lésion cancéreuse dont la confirmation diagnostique ne peut être faite que par les examens bactériologiques et anatomo-pathologiques. Nous rapportons deux nouveaux cas de tuberculose mammaire et à travers les données de la littérature nous mettons le point sur les différents aspects de cette pathologie.

**Observation 1 :** Patiente âgée de 42 ans, 2<sup>ème</sup> geste 2<sup>ème</sup> pare, sans antécédents pathologiques notables ni notion de contagement tuberculeux admise dans notre service pour prise en charge d'un abcès du sein droit récidivant depuis 8 mois. L'examen à l'admission a objectivé un abcès occupant presque tout le sein avec rétraction du mamelon et un aspect de peau d'oranges et multiples points de fistulisation (Figure N°1). La patiente a bénéficié d'un drainage de la collection avec multiples biopsies dont l'étude histologique a objectivé une mastite granulomateuse épithélio giganto cellulaire avec nécrose caséuse confirmant le diagnostic de tuberculose mammaire (Figure N° 2); la recherche d'une autre localisation s'est révélée

négative. La patiente a été mise sous une poly chimiothérapie antituberculeuse :

- Phase initiale : Rifampicine(R) + Isoniazide (I) + Pyrazinamide (P) pendant 2 mois.

- Puis phase d'entretien : Rifampicine(R) + Isoniazide (I) pendant 4mois.

Le suivi de la patiente a objectivé une bonne évolution clinique sur un recul de deux ans.

**Observation 2 :** Patiente âgée de 60 ans, 10<sup>ème</sup> geste 9<sup>ème</sup> pare, ménopausée depuis 10 ans sans antécédents pathologiques notables ni notion de contagement tuberculeux qui a consulté dans notre formation pour nodule du sein droit apparu depuis 4mois augmentant progressivement de volume, l'examen a trouvé un nodule du quadrant inféro-externe(QIE), mesurant 4 cm fixé au plan superficiel mobile par rapport au plan profond avec rougeur de la peau en regard et sans adénopathie satellite, le sein gauche est sans anomalie. L'échographie mammaire montre la présence d'une lésion hypoéchogène en plage très mal limitée émettant des prolongements dans les plans adjacents et mesurant environ 13/8 mm avec épaissement cutané estimé à 4 mm, le sein gauche est sans anomalie, avec des adénopathies axillaires bilatérales d'allure inflammatoire. La mammographie a objectivé la présence au niveau du QIE droit d'un surcroît d'opacité mal limité avec discret épaissement cutané en regard et sans foyer de microcalcifications (Figure N° 3); l'analyse histologique du matériel de la microbiopsie a

montré la présence de granulome épithéliogiganto-cellulaire avec nécrose caséuse (Figure N°4). La patiente a été mise sous poly chimiothérapie anti tuberculeuse (Rifampicine(R) + Isoniazide (I) + Pyrazinamide (P) pendant 2 mois puis : Rifampicine(R) + Isoniazide (I) pendant 4 mois) avec bonne évolution sur un recul de 3 ans.

### COMMENTAIRE

La tuberculose mammaire a toujours été rare, même dans les pays où la tuberculose sévit à l'état endémique. Depuis sa première description, en 1829, environ 900 cas de tuberculoses mammaires ont été rapportés dans la littérature (1). Elle représente 0,5 à 4,5% de l'ensemble de la pathologie mammaire et sa fréquence varie en fonction des régions géographiques (1,2,3). Elle touche dans 83 à 95 % des cas, la femme en période d'activité génitale entre 20 et 50 ans (2) et ses facteurs de risque sont la multiparité, l'allaitement, les traumatismes mammaires et la mastite chronique (3). Il est à noter que 21 cas ont été décrits chez l'homme (4).

Selon le mode de contamination on distingue 2 formes de tuberculoses mammaires (2, 3, 4, 5):

- La tuberculose mammaire primitive : La contamination est faite par inoculation directe du bacille de Koch (BK) à travers les canaux galactophoriques ou à travers une lésion cutanée. Elle serait probablement favorisée par l'allaitement et la grossesse.

- La tuberculose mammaire secondaire : Le sein est contaminé soit par voie hématogène ou lymphatique.

Dans nos deux cas la tuberculose était primitive.

La symptomatologie peut simuler un grand nombre d'affections du sein bénignes ou malignes

Cependant trois formes sont généralement rencontrées :

- La forme nodulaire : elle se manifeste par un nodule dur, mal limité et assez peu mobile, indolore, accompagné ou non d'adénopathies axillaires, évoquant une tumeur maligne. Le cas de notre deuxième patiente.
- La forme diffuse : moins fréquente, elle intéresse la totalité du sein qui est douloureux et inflammatoire avec des adénopathies axillaires inflammatoires et présente fréquemment une fistulisation cutanée. Le cas de notre première patiente.
- La forme scléreuse : elle est plutôt l'apanage des personnes âgées avec présence d'une masse indurée et douloureuse évoluant rarement vers la suppuration (1).

La vitesse de sédimentation est souvent accélérée. L'IDR est habituellement positive en zone d'endémie ; ce test est sensible mais peu spécifique car sa négativité n'exclut pas le diagnostic (5). La certitude est portée par la

mise en évidence du bacille acido-alcool résistant soit à l'examen direct, soit par la mise en culture du prélèvement. L'isolement du bacille tuberculeux sur le milieu de culture Lowenstein est difficile. Une amélioration du diagnostic peut être apportée par les techniques de culture sur milieu liquide (Bactec) ou par une amplification génique (P.C.R) (6).

Il n'existe pas de signes mammographiques spécifiques de la tuberculose mammaire. Elle montre des images suspectes. Ainsi, cet examen manque de spécificité et ne présente qu'un élément d'orientation diagnostique.

L'aspect nodulaire se traduit soit par une opacité unique circonscrite, simulant un adénofibrome ou un kyste, soit par une opacité aux contours irréguliers avec un halo péri-tumorale et un épaissement cutané associé ou non à des microcalcifications, simulant le caractère malin de la lésion (3,4,7). Le cas de notre deuxième patiente

A l'échographie la tuberculose mammaire apparaît souvent sous forme d'une image hypoéchogène hétérogène, mal limitée avec renforcement postérieur minime. Elle peut également prendre l'aspect d'une image hypoéchogène, homogène ou hétérogène, bien limitée avec renforcement postérieur et quelques calcifications (5,7,8,9).

Sur le plan anatomopathologique, la tuberculose mammaire se présente sous la forme d'une lésion rougeâtre ou grise jaunâtre, avec parfois des zones ulcéreuses évoquant un cancer. La taille du nodule est variable (2-10 cm). La consistance est au début ferme puis devient molle en cas de présence de caséum. A la coupe, le nodule apparaît parsemé de granulations blanchâtre ou nécrosé au centre laissant sourdre un pus granuleux jaunâtre. Les critères histologiques évoquant une tuberculose mammaire sont la présence de follicules épithélioïdes et de cellules géantes type Langhans, associés ou non à une nécrose caséuse (8,9,10).

Un certain nombre de diagnostic sont à éliminer avant de retenir le diagnostic de tuberculose mammaire notamment le cancer du sein; il est à noter la description, dans la littérature, de formes associant cancer et tuberculose mammaire d'où la nécessité de l'étude histologique du tissu mammaire afin d'éliminer un carcinome associé (7,8,10, 11).

Les autres pathologies à éliminer sont la plasmocytose mammaire, l'abcès pyogène modifié par les antibiotiques, l'actinomycose, la granulomatose mammaire, le sarcome, la mastite avec réaction à cellules géantes sur corps étranger et l'ectasie canalaire (4, 5, 7, 11, 12).

Le traitement chirurgical représente essentiellement un moyen de diagnostic en réalisant des biopsies, drainage des collections

suppurées associé à une excision des tissus nécrosés ou tumoréctomie permettant d'avoir une preuve histologique.

Le traitement est surtout médical se basant sur une poly chimiothérapie anti bacillaire ce traitement est instauré après preuve bactériologique ou histologique, les médicaments antituberculeux comprennent l'isoniazide 5 mg/kg, la rifampicine 10 mg/kg, la pyrazinamide 30 mg/kg, l'éthambutol 20 mg/kg et la streptomycine, le schéma thérapeutique comprend l'association de deux drogues actives, le traitement doit être prolongé (6 à 18 mois) selon le contexte clinique et le schéma suivi, la prise de médicament se fait uniquement le matin à jeun de façon quotidienne 6J/7 (5,14).

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 (5 ; 13 ; 14). L'évolution sous traitement bien conduit est habituellement favorable comme pour nos deux patientes. Le risque de contamination de l'enfant allaité et l'éventuelle toxicité peut discuter un sevrage.

### CONCLUSION

La tuberculose mammaire reste souvent une surprise diagnostique. Les tableaux cliniques et radiologiques sont souvent trompeurs et posent un réel problème de diagnostic, en particulier dans le cadre des cancers du sein. Le diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique et bactériologique, le traitement est basé sur la polychimiothérapie anti bacillaire.

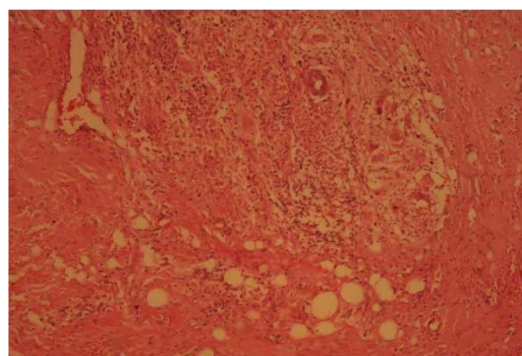
### RÉFÉRENCES

- 1- Khanna R, Prasanna GV, Gupta P et coll. Mammary tuberculosis : report on 52 cases. Postgrad Med J 2002; 78 : 422-424.
- 2- Kalac N, Ozkan B, Bayiz H et coll. Breast tuberculosis. Breast 2002 ; 11 : 346-349.
- 3- Ducroz B, Nael LM, Gautier G et coll. Tuberculose mammaire bilatérale : un cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1992 ; 21 : 484-488.
- 4- Wilson JP, Chapman SW. Tuberculous mastitis. Chest 1990 ; 98 : 1505-1509.
- 5- Daali M, Hssaida R, Hda A. La tuberculose primitive du sein. Presse Med 2001 ; 30 : 431-433.
- 6- Seffert P. La tuberculose mammaire. J. Gyn. Obstet. Biol. Reprod., 1978,8, 54-55.
- 7- Bishara J, Caderon S, Okon E, et coll. Coexisting extrapulmonary tuberculosis and malignancy. Am J Med 1998 ; 105 : 443-446.
- 8- Daoud E, Fourati H, Gbariani R et coll. Sein WP-8 Approche diagnostique de la tuberculose mammaire, J Radiol 2008 ; 89 : 1632.
- 9- Ayman S, Rawya K, Gylan H, Mmmographie and sonographic features of tuberculosis mastitis. Eur J Radiol 2004; 51, 54-60.

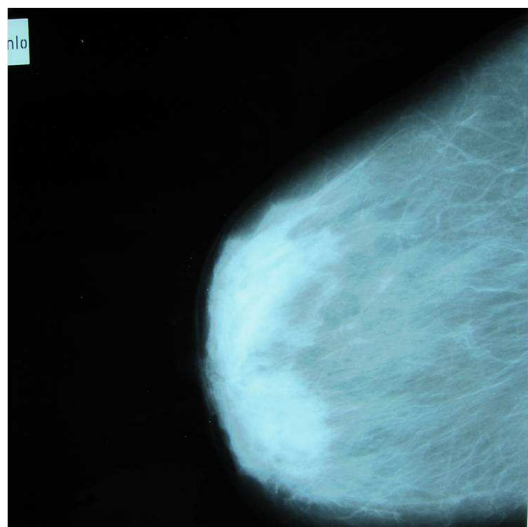
- 10- Symmers W. Tuberculosis of the breast. Br Med J Clin Res 1984 ; 289 : 48-49.
- 11- Wapnir Il, Pallantm, Gaudino J et coll. Latent Mammary tuberculosis : a case report. Surgery 1985; 98: 976-978.
- 12- Estrin J, Bernstein M. Tuberculosis mastitis. Southern Med J 1994; 87: 1151-1152.
- 13- Abbond P, Banchéri F, Bajolet-laudinat O et coll. Tuberculose mammaire à propos d'un cas à forme inflammatoire diffuse. J Gynecol obstet reprod 1997;26.822-824.
- 14- Benhassouna J, Gammoudi A, Bouzaiene H. et al la tuberculose mammaire: étude rétrospective de 65 cas. Gynécol Obstet Fertil 2005; 33:870-876.



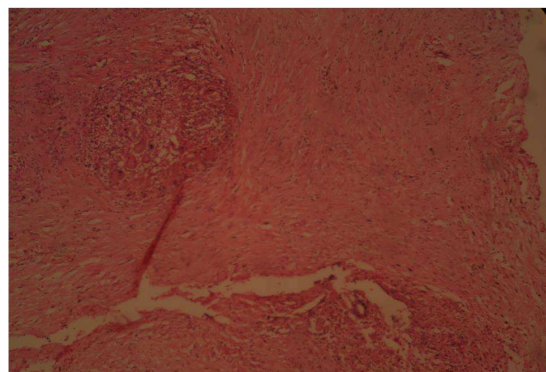
**Figure N°1 :** Abscess du sein droit avec multiples fistules.



**Figure N°2 :** Inflammation granulomateuse du parenchyme mammaire, faite de cellules épithélioïdes et géantes entourées par une couronne de lymphocytes et plasmocytes. (Grossissement 100, coloration hématoxyline et éosine).



**Figure N°3 :** Mammographie médiolatérale de profil du sein droit montrant un nodule suspect de quadrant inférieur. b- Mammographie de face montrant un nodule suspect de quadrant inféro-externe.



**Figure N° 4 :** Aspect au faible grossissement montrant un parenchyme mammaire siège d'un granulome épithéloïde et géantocellulaire. Absence de nécrose caséuse. (Grossissement 40, coloration hématoxyne éosine).

## Recommandations aux auteurs

### Guidelines for contributors

#### 1. Conditions de publication

- **Le Mali Médical publie :**

- des articles originaux ;
- des cas cliniques ;
- des éditoriaux ;
- des lettres à la rédaction (faits originaux ou notes techniques) ;
- des revues générales ;
- des mises au point ;
- des analyses d'articles, de thèse, ou de livre ;
- des "Quid" (Quel est votre diagnostic) ;
- les compte-rendus des sessions de réunions scientifiques.

- **Les manuscrits** sont adressés en triple exemplaires (y compris les figures et les tableaux) rédigés en français avec une lettre d'accompagnement précisant le choix de la rubrique à laquelle l'article est destiné à l'intention du Rédacteur en chef, à l'adresse suivante :

*Mali Médical - Secrétariat de rédaction*

*Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali - Bamako*

*BP 1805, Tel : (223) 22 52 77 Fax : (223) 22 96 58 Email : [sidibes@hotmail.com](mailto:sidibes@hotmail.com)*

Ils doivent être accompagnés des frais de correspondance qui s'élèvent par manuscrit à 5.000 F CFA pour les auteurs résidant au Mali, 10.000 F CFA pour ceux résidant à l'étranger.

Quel qu'en soit leur forme, les manuscrits ne seront acceptés qu'après avoir été soumis à l'appréciation de deux (2) lecteurs anonymes pour les auteurs et désignés par le comité de rédaction.

**Les manuscrits une fois acceptés doivent être envoyés à la rédaction en 2 exemplaires du tirage papier accompagné si possible d'une disquette 3,5", PC ou Mac compatible de la version définitive.**

Ils doivent être saisis dans Word en indiquant sur la disquette, le nom du fichier, la version du logiciel et le système d'exploitation.

- **Copyright Les articles originaux** ne doivent pas avoir fait l'objet de publication antérieure à l'exception d'un résumé de moins de 200 mots. Ils ne doivent pas être soumis simultanément à une autre revue. La soumission d'un article à la revue lui confère automatiquement le copyright.
- **Les différentes rubriques – conseils de rédaction**
  - **Articles originaux**

les articles originaux rapportent une étude scientifique. La composition du manuscrit est la suivante :

+ **Résumé :** Le résumé doit être suffisamment informatif pour permettre la compréhension du travail sans lecture complète de l'article. Il ne doit pas dépasser 200 mots. Il doit être structuré et divisé en 4 parties : 1) Buts. 2) Matériels (patients) et méthodes. 3) Résultats. 4) Conclusion. En anglais : 1) Aims. 2) Materials (patients) and methods. 3) Results. 4) Conclusion.

Trois à six mots clés en français et traduits en anglais.

+ **Introduction :** elle comporte trois parties : la première partie définit le problème, la deuxième partie rappelle brièvement ce qui était connu concernant ce problème (avec des références), le dernier paragraphe expose clairement les objectifs du travail, et succinctement, les moyens mis en œuvre pour les atteindre.

+ **Matériels (ou patients) et Méthodes) :** Les critères de sélection des malades et des sujets témoins s'il y en a) sont clairement indiqués ; le protocole doit être précisément exposé en ne