

MASTITE TUBERCULEUSE A PROPOS DE 2 CAS

Tuberculous mastitis about 2 cases

O. Boukaidi, A. Naitlho

Service de gynécologie obstétrique Hôpital militaire Moulaye Ismail Mekhnès

ABSTRACT

Tuberculosis mastitis is a rare disease whose clinical and radiological translation is not specific. It is a pathology that may mimic much benign disease than mastitis no specific or mastitis carcinomateus. This demonstrates the difficulty of diagnosis with certainty is based on histopathological examination. The effectiveness of the management of the disease depends on early and observance of the anti bacillary. Prevention is based through screening and treatment of carriers of active tuberculosis, especially in endemic regions. The authors report two cases of tuberculosis mastitis diagnosed and treated in the service of gynecology and obstetrics hospital Moulaye Ismail from January 2009 to July 2013. **Keywords:** Mastitis-tuberculous- anatomopathology.

RESUME

La mastite tuberculeuse est une affection rare dont traduction clinique et radiologique est non spécifique pouvant simuler plusieurs pathologies bénignes telles que les mastites à germes non spécifiques ou mastite carcinomateuse pathologie maligne redoutable. Ceci témoigne de la difficulté diagnostique dont la certitude est basée sur l'examen histopathologique. L'efficacité de la prise en charge de la maladie dépend de la précocité et l'observance du traitement anti bacillaire. La prévention passe par le dépistage et le traitement des porteurs de tuberculose active surtout dans les régions endémiques. Les auteurs rapportent deux cas de mastite tuberculeuse diagnostiqués et traités au service de gynécologie obstétrique hôpital Moulaye Ismail depuis janvier 2009 à juillet 2013. **Mots clés :** Mastite- tuberculose- anatomopathologie.

INTRODUCTION

Les lésions inflammatoires mammaires ont des étiologies multiples, cancéreuse, bactérienne virale, physique, ou chimique. L'inflammation d'origine tuberculeuse est une localisation extra pulmonaire qui représente 0,6 à 4,5 % de l'ensemble des affections mammaires et 0,2 % de l'ensemble des localisations tuberculeuses (2). De pathogénie mal connue la mastite tuberculeuse semble être l'apanage de la femme en activité génitale, avec une fréquence élevée pendant l'allaitement à cause de la richesse vasculaire de la glande mammaire qui augmente sa réceptivité à l'atteinte tuberculeuse. (2)

PRESENTATION DE CAS CLINIQUE

- Premier cas : Une multipare de 38 ans admise dans le service de gynécologie obstétrique hôpital Moulaye Ismail pour un sein droit douloureux et fébrile d'installation progressive avec augmentation du volume du sein. Les antécédents ne trouvent pas de cancer du sein dans la famille ni de signes d'imprégnation tuberculeuse à savoir asthénie, anorexie, amaigrissement, fébricule et sueurs vespérales. L'examen clinique note une glande mammaire augmentée de volume en comparaison au sein controlatéral. Aspect cutané de peau d'orange, rougeur, chaleur et induration du sein. L'aire axillaire droite est le siège de multiples adénopathies inflammatoires. Le bilan biologique inflammatoire est sans traduction spécifique. L'ionogramme à la recherche de diabète est normal la sérologie rétrovirale est négative. La mammographie et l'échographie mammaire plaident en faveur d'une mastite carcinomateuse. La biopsie au
- **Deuxième cas :** Une primipare de 28 ans à six mois du post-partum traitée à titre externe pour abcès récidivant du sein gauche l'évolution faite vers la fistulisation motivant la consultation au service de gynécologie obstétrique hôpital Moulaye Ismail. La patiente est fébrile à 38,5°C avec altération de l'état général. L'interrogatoire trouve une notion de contage tuberculeux (époux traité pour tuberculose pulmonaire il y a deux ans). L'examen clinique objective un sein gauche légèrement inflammatoire avec quatre fistules cutanées une péri aréolaire et trois au niveau des quadrants internes, ceci correspond aux sites de ponctions réalisées pour étude cytologique non concluante ramenant des éléments inflammatoire sans spécificité. Le bilan biologique note un hyper leucocytose à poly nucléaires neutrophile, fibrinogène élevé, une VS accélérée, une glycémie normale, une sérologie rétrovirale négative. Le prélèvement

des sérosités au niveau des fistules découvre un staphylocoque aureus sensible à l'association amoxicilline acide clavulanique. La mammographie n'a pu être faite devant la douleur exacerbée par le mammographe la tomodensitométrie conclue en une mastite carcinomateuse La biopsie chirurgicale des berges et du tissu mammaire profond apporte le diagnostic de mastite tuberculeuse fistulisée à la peau et élimine la pathologie cancéreuse. La patiente est mise aussi sous trithérapie antituberculeuse prescrite selon le régime court de 6 mois : isoniazide (6 mg/kg/jour), rifampicine (10 mg/kg/jour) associés pendant les deux premiers mois au pyrazinamide (30 mg/kg/jour) et un anti staphylococcique par voie parentérale. L'évolution est non encor apprécié, patiente à la deuxième semaine de traitement.

DISCUSSION

La mastite tuberculeuse est une maladie infectieuse due au bacille de Koch, bactérie qui sévit principalement dans les pays en voie de développement, mais on note une recrudescence de la tuberculose dans les pays développés à cause du VIH. Les groupes à risque sont représentés par les personnes dont l'hygiène est précaire et qui sont en contact avec les tuberculeux actifs surtout par atteinte pulmonaire. La maladie est non décrite chez la jeune fille et la femme ménopausée, c'est plutôt l'apanage de la femme en période d'activité génitale. (1)

1. Diagnostic : La symptomatologie clinique n'est pas spécifique à la tuberculose, on lui décrit trois formes selon l'évolution. L'inflammation aiguë, où prédominent les phénomènes vasculo-exsudatifs avec la douleur, d'intensité variable, rougeur intéressant la zone douloureuse ou la totalité du sein, accompagnée d'une dilatation des trajets veineux superficiels et la chaleur qui est perceptible à la palpation. L'inflammation subaiguë, où prédominent les phénomènes cellulaires avec augmentation significative du volume de la glande mammaire et l'inflammation chronique avec apparition de fistules et sclérose. L'examen des aires ganglionnaires trouve souvent des adénopathies. Les tableaux cliniques sont souvent trompeurs 60 % des cas l'aspect est celui d'une tumeur maligne, dans 24,6 % des cas celui d'un nodule bénin et dans 16,4 % des cas celui d'un abcès fluctuant.

La mammographie sera difficile à réaliser en raison des douleurs limitant la compression et de l'oedème entraînant une hyperdensité dans laquelle il est souvent difficile d'analyser les lésions sous-jacentes. La mammographie conclue rapporte des lésions malignes dans 49 % des cas. Elle objective un épaississement cutané, infiltration sous-cutanée, surcroit de densité parenchymateuse, mais il n'a rien de

spécifique et ce d'autant que l'infiltration est diffuse à l'ensemble du sein. L'ectasie canalaire donne un aspect d'opacités allongées, tubuliformes, convergeant vers le mamelon (2). La ponction cytologique ramène des éléments inflammatoires non spécifiques et rarement des cellules histiocytaires d'aspect épithélioïde ou du caséum mais permet d'éliminer les mastites à germes non spécifiques et carcinologiques.

La biopsie chirurgicale ou au tru-cut permet de faire un diagnostic histologique précis, par la mise en évidence du granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse et permet d'écartier les autres étiologies de la mastite mammaire (3), (8).

2. Le traitement : Le traitement de la mastite tuberculeuse repose sur la prise régulière d'anti bacillaires. L'hospitalisation et l'arrêt des activités professionnelles sont décidés en fonction de l'état clinique ou en cas de tuberculose bacillifère, lorsqu'elle est nécessaire doit être de courte durée. En suite le traitement peut être continué à titre externe. Deux schémas sont possibles :

- Nouveau schéma: 2 mois Rifampicine - INH - pyrazinamide puis 4 mois Rifampicine - INH
- Ancien schéma: 3 mois Rifampicine - INH - éthambutol puis 9 mois Rifampicine - INH (7).

Tableau de la posologie et des effets secondaires des anti bacillaires

Produits	posologies	effets secondaires
Rifampicine	10 mg/kg	troubles digestifs, réactions d'hypersensibilité et induc-teur nzymatique, coloration orange des urines, larmes, sueurs.
Isoniazide	4 à 5 mg/kg	toxicité hépatique et neuropathie périphérique nécessite association de la vitamine B6
Pyrazinamide	20 à 30 mg/kg	hyper uricémie
Ethambutol	10-15) mg/kg	névrite optique rétro orbitaire: surveillance oculaire

En cas de difficultés thérapeutiques par intolérance à un ou plusieurs antituberculeux majeurs, résistance, malabsorption des antituberculeux, la durée du traitement peut être prolongé jusqu'à 12 ou 18 mois. La surveillance hépatique par bilan biologique sera mensuelle voire plus rapprochée en présence d'autres facteurs de risque hépatique. (3), (4), (5).

La place de la chirurgie reste limitée, en dehors des biopsies à visée diagnostique, elle peut être nécessaire pour évacuer un abcès ou enlever des lésions résiduelles après un traitement médical.

3. L'évolution : L'évolution de la tuberculose mammaire sous traitement est en général favorable dans 89,7 %. D'après la revue de la littérature, le taux de récurrence était de 3,2 % (5), (6).

4. La prévention : La prévention de la mastite tuberculeuse passe par la lutte contre toutes les formes tuberculeuses et principalement pulmonaire, d'une manière plus ciblée chez les patientes à risque grâce au dépistage et au traitement des nouveaux cas et le suivi des cas connus. La vaccination par le BCG qui était obligatoire et faisait partie des éléments principaux de la prévention anti-tuberculeuse ne figure plus depuis 2007 dans le calendrier de vaccination en France. Cette décision de ne plus rendre le BCG obligatoire a été motivée par l'arrêt de la commercialisation du vaccin se présentant sous la forme d'une bague, ce qui facilitait la vaccination et depuis janvier 2006, les médecins sont obligés de pratiquer la vaccination à l'ancienne, par voie intradermique classique. Or cette technique vaccinale est non seulement plus délicate à réaliser, mais aussi à l'origine de nombreux effets secondaires. Les risques encourus pour les nourrissons devenaient supérieurs aux bénéfices de la vaccination. Un système de surveillance actif de la tuberculose élaboré à la Gironde par analyse génomique de toutes les souches isolées (sonde spécifique IS6110) a permis d'identifier des groupes à risque de transmission récente de tuberculose au sein desquels les actions de lutte ont été renforcées (9).

CONCLUSION

Les tableaux cliniques et radiologiques de la mastite tuberculeuse sont souvent trompeurs et posent un réel problème de diagnostic avec les cancers du sein. La bonne coordination entre cliniciens, radiologues et pathologistes aboutit au diagnostic qui est essentiellement anatomopathologique. L'évolution est favorable sous traitement anti-bacillaires. La prévention passe par le dépistage, le traitement et la surveillance des sujets à risque. L'approche épidémiologique basée sur l'analyse génomique des souches isolées semble être prometteuse.

REFERENCE

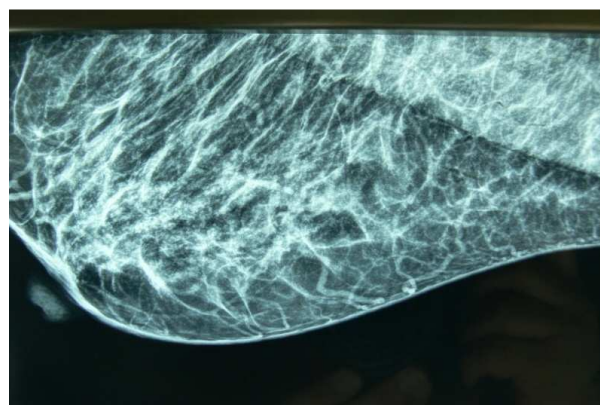
1. Geffray L, Moreau X, Chagnon A. La mastite tuberculeuse pseudoneoplasique. *Concours Méd* 1985; 107 : 4377-80.
2. Khalid A., Saadi A., Jaziri M., Ben rhomdane K., Boussen H., Khattech R., Ben Youssef R., Ben othmane M., Gamoudi La tuberculose mammaire : aspects radiocliniques à propos de 70 cas. *Rev. Im. Méd.*, 1992, 4 : 755-758.
3. Kaiz D, Lakhroufi A, Chehab F, Abi F, Bouzidi A. Tuberculose mammaire. À propos de deux cas. *Sem Hôp Paris* 1993; 69 : 454-8.
4. Gamoudi A, Farha K, Khattech R, Hechiche M. La tuberculose mammaire: à propos de 58 cas. *Gynécologie* 1995; 8 : 413-8.

5. Pricop F, Pricop M, Dumitrache F, Pavaleanu M La tuberculose mammaire : à propos de 2 cas. *Rev Fr Gynécol Obstét* 1996 ; 91 : 381-2.
6. El Hanchi Z, Kharbach A, Berrada R, Bisbis W, Chaoui A. Tuberculose mammaire : à propos de huit cas. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1998; 93 : 331-4.
7. Ministère de la santé publique - Tuberculose : Mise au point par le Ministère de la santé. *Les Cahiers du Médecin*, Fév 2000; 28 : 4-5.
8. J. Ben Hassouna, A. Gamoudi, H. Bouzine, T. Dhiab, F. Khomsi, R. Chargui, H. Sifi, Tuberculose mammaire : étude rétrospective de 65 cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2005 ; Volume 33, numéro 11 : 870-6
9. Elia-Pasquet.; Dabis F.; Texier-Maugien ; Dessus-Babus.; Meynard Bouigs M. ; Portell.; Salamon M.; Tessier J. F; Courty G; Dupon M.; Bebear C. Transmission de la tuberculose en Gironde: approche épidémiologique par l'analyse génomique du *Mycobacterium tuberculosis*

1) Premier cas



Iconographie du sein droit inflammatoire
Iconography of the right inflammatory breast



Mammographie
mammography

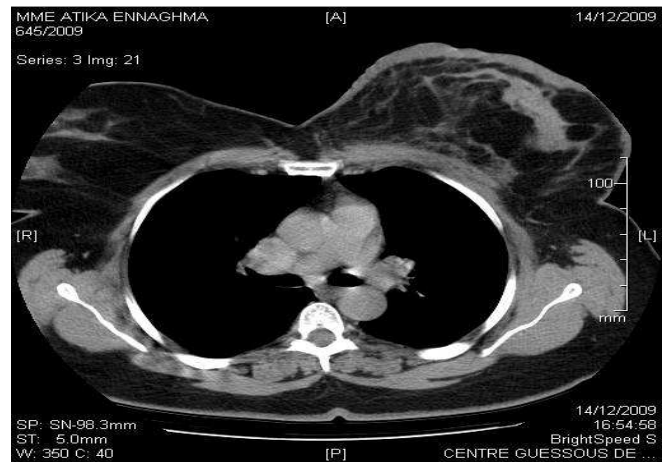


Echographie mammaire
breast ultrasound

2) Deuxième cas



Iconographie du sein gauche avec des fistules
Iconography of the left breast with fistula



Scanner mammaire
Breast Scanner