

## Tuberculose péritonéale pseudo tumorale mimant un cancer ovarien

### [ Pseudo tumoral peritoneal tuberculosis mimicking advanced ovarian carcinoma ]

*Majdouline Boujoual<sup>1</sup>, Abdelghani Zazi<sup>2</sup>, Moulay Elmehdi Elhassani<sup>2</sup>, Jaouad Kouach<sup>2</sup>, Mohamed Allaoui<sup>3</sup>,  
Mohamed Oukabl<sup>3</sup>, Driss Moussaoui<sup>2</sup>, and Mohammed Dehayni<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Gynécologie - Obstétrique,  
Faculté de Médecine Tanger, Hôpital Militaire Instructif Mohamed V,  
Rabat, Maroc

<sup>2</sup>Gynécologie - Obstétrique,  
Hôpital Militaire Instructif Mohamed V,  
Rabat, Maroc

<sup>3</sup>Anatomie Pathologique,  
Hôpital Militaire Instructif Mohamed V,  
Rabat, Maroc

---

Copyright © 2014 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:** Pseudo tumoral peritoneal tuberculosis is a rare clinical form with clinical and para clinical aspects can mimic advanced ovarian cancer leading to unjustified radical surgery, with high risk of morbidities, often in a young woman. We report a new case of pseudo tumoral peritoneal tuberculosis in a girl of 21 years old in which diagnosis of ovarian cancer with ascitis and peritoneal carcinomatosis was suspected clinically, radiologically and biologically by rising CA125. Exploratory laparotomy with extemporaneous histological examination has confirmed tuberculosis diagnosis.

**KEYWORDS:** Peritoneal Tuberculosis, Pseudo Tumoral Form, Diagnosis, Treatment, Prognosis.

**RÉSUMÉ:** La tuberculose péritonéale pseudo tumorale est une forme clinique rare dont les aspects cliniques et paracliniques peuvent mimer un cancer ovarien avancé conduisant ainsi à une chirurgie radicale non justifiée, hautement à risque de morbidité, souvent chez une femme jeune. Nous rapportons un nouveau cas de tuberculose péritonéale pseudo tumorale chez une jeune fille de 21 ans chez qui le diagnostic de cancer ovarien avec ascite et carcinose péritonéale avait été suspecté cliniquement, radiologiquement et biologiquement par l'élévation du CA125. La laparotomie exploratrice avec examen histologique extemporané ont permis de confirmer le diagnostic de tuberculose.

**MOTS-CLEFS:** Tuberculose Péritonéale, Forme Pseudo Tumorale, Diagnostic, Traitement, Pronostic.

## 1 INTRODUCTION

La tuberculose constitue encore un problème de santé publique aussi bien dans les pays en voie de développement que dans les pays développés du fait de l'éclosion mondiale de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [1], la précarité, l'immigration et la résistance aux anti-bacillaires [2]. Dans les formes pseudo-tumorales, la symptomatologie non spécifique, l'existence d'une masse abdominale et l'altération de l'état général peuvent orienter à tort vers une pathologie

tumorale maligne [3], ce qui peut conduire à une chirurgie radicale non justifiée le plus souvent chez une femme en activité génitale [2]. Nous rapportons un nouveau cas de tuberculose péritonéale colligé au Service de Gynécologie Obstétrique à l'Hôpital Instructif Mohamed V Rabat simulant un cancer ovarien évolué. Nous discutons, à travers une revue de littérature, les différents aspects cliniques, biologiques, radiologiques, thérapeutiques et évolutifs de cette pathologie

## 2 OBSERVATION

Jeune fille de 21 ans, sans antécédents pathologiques notables présentant depuis 3 mois une augmentation progressive du volume abdominal avec douleurs abdomino-pelviennes chroniques associées à des signes de compression urinaire et digestive, évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'amaigrissement chiffré à 8 kg en 2 mois ce qui a motivé sa consultation. L'examen a retrouvé un abdomen distendu avec matité diffuse et masse abdominale arrivant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. L'échographie pelvienne a confirmé la présence d'une énorme masse étendue du pelvis au flanc gauche, d'aspect hétérogène, à contenu mixte avec des zones échogènes et hypo échogènes multiloculaires, arrivant au contact intime de l'utérus et des vaisseaux iliaques avec épaissement péritonéal en regard (figure1). L'utérus était de taille normale d'écho structure homogène avec un endomètre fin, tandis que le cul de sac de douglas était occupé par une ascite multi cloisonnée (figure2). Par ailleurs, les ovaires étaient difficiles à explorer. Le complément tomодensitométrique a objectivé la présence d'une masse kystique péritonéale développée en sus utérin et s'étendant dans le flanc gauche mesurant 20 x 14 x 8 cm, à paroi épaissie régulière, rehaussée après injection et contenant un bourgeon charnu mesurant 36 x 26 mm. L'utérus était de morphologie normale, alors que les ovaires étaient augmentés de volume siégeaient de multiples images kystiques (Figures 3 et 4). Par ailleurs, l'épanchement péritonéal était cloisonné par endroit avec infiltration des feuillets péritonéaux, du grand épiploon et du mésentère, associé à une uétérohydronéphrose gauche modérée secondaire à l'infiltration de l'uretère gauche au niveau du croisement avec les vaisseaux iliaques (Figure 5). La radio thorax n'a pas montré d'anomalie pleuro-pulmonaire en faveur d'une tuberculose évolutive ou séquellaire. Le CA125 était augmenté à 468 UI/ml, alors que les autres marqueurs tumoraux (ACE,  $\alpha$ FP,  $\beta$ HCG) et la sérologie hydatique étaient normaux, le reste du bilan était sans particularité notamment la fonction rénale. Ce tableau faisait évoquer en premier une tuberculose péritonéale sans exclure un cancer ovarien. Une laparotomie médiane exploratrice a été alors réalisée a mis en évidence la présence d'une énorme masse kystique blindée au pelvis et adhérente à la paroi abdominale antérieure avec inflammation péritonéale diffuse et présence de multiples formations blanchâtres au niveau du péritoine, épiploon et intestin grêle (Figures 6 et 7). Un prélèvement du liquide d'ascite a été réalisé de même qu'une biopsie péritonéale. L'examen extemporané a mis en évidence un granulome épithélioïde et giganto cellulaire avec nécrose caséuse sans signe de malignité, en faveur d'une tuberculose péritonéale (Figure 8). Les suites post opératoires ont été simples, la patiente a été mise alors sous traitement anti-bacillaire.

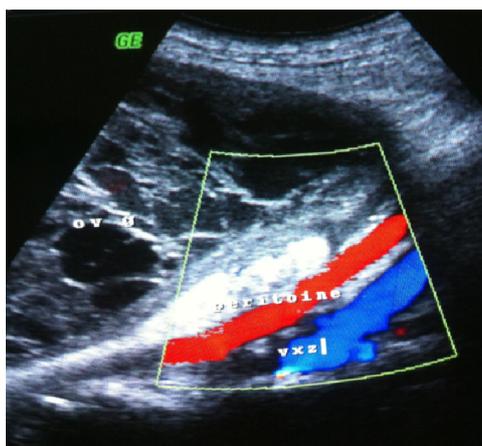
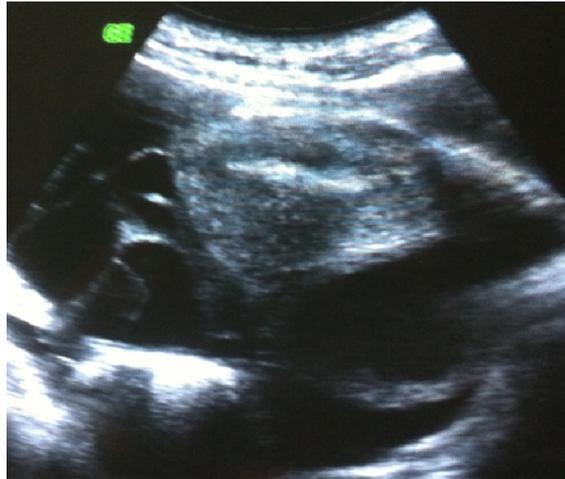
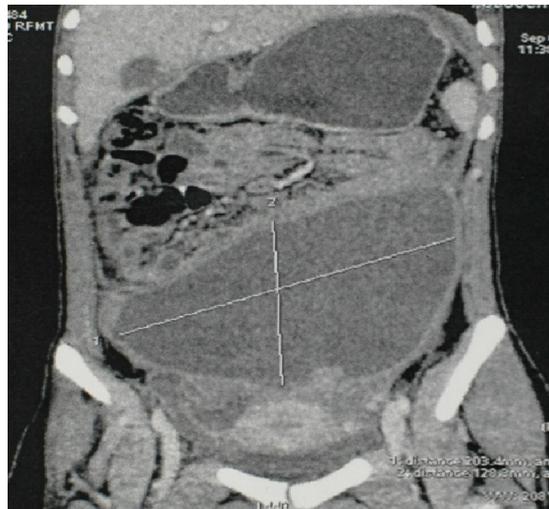


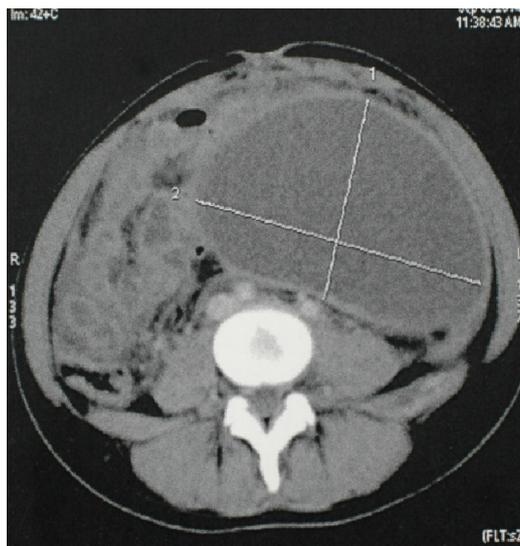
Figure 1 : Echographie pelvienne montrant une énorme masse d'aspect hétérogène à contenu mixte arrivant au contact intime de l'utérus et des vaisseaux iliaques avec épaissement péritonéal en regard.



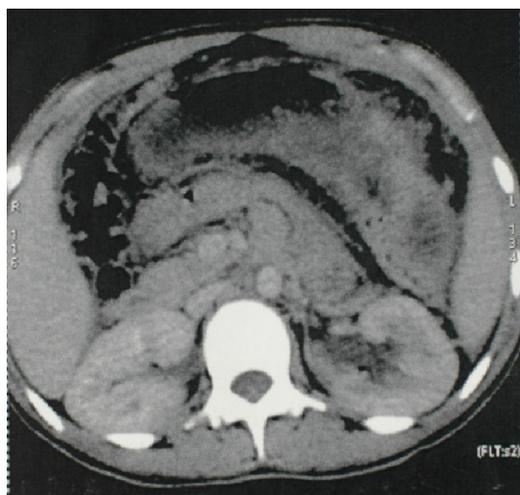
*Figure 2 : Echographie pelvienne montrant un utérus de taille normale d'écho structure homogène avec un endomètre fin et ascite multi cloisonnée*



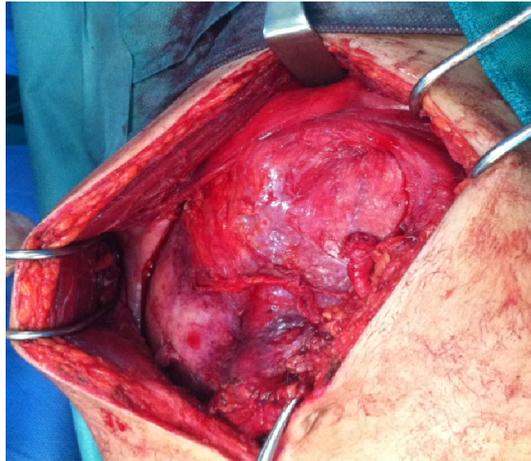
*Figure 3 : TDM abdominopelvienne en coupe frontale objectivant une masse kystique péritonéale sus utérine étendue dans le flanc gauche mesurant 20 x 14 x 8 cm, à paroi épaissie régulière, rehaussée après injection et contenant un bourgeon charnu mesurant 36 x 26 mm avec des ovaires augmentés de volume multikystiques*



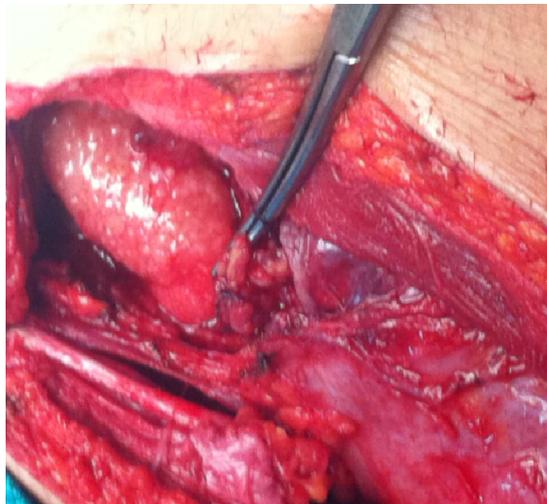
*Figure 4 : TDM abdominale en coupe transversale montrant une masse kystique péritonéale étendue au flanc gauche à paroi épaisse régulière avec ascite cloisonnée et aspect infiltré du péritoine, du grand épiploon et du mésentère.*



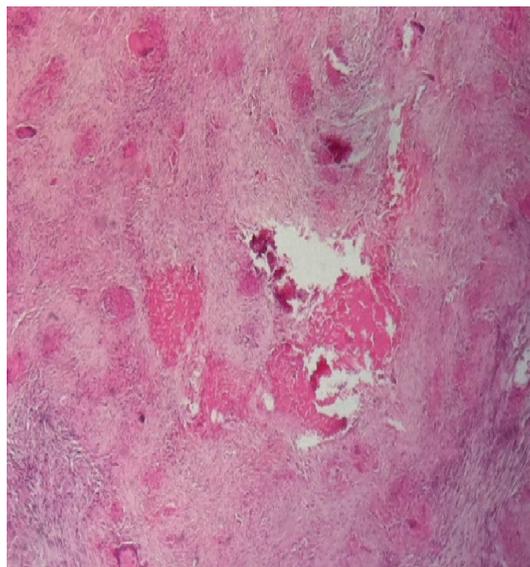
*Figure 5 : TDM abdominale en coupe transversale montrant une uétérohydronephrose gauche modérée secondaire à l'infiltration de l'uretère gauche au niveau du croisement avec les vaisseaux iliaques*



*Figure 6 : Aspect peropératoire montrant une masse kystique adhérente à la paroi abdominale antérieure avec inflammation péritonéale diffuse*



*Figure 7 : Exploration per opératoire objectivant la présence de multiples formations blanchâtres au niveau du péritoine, épiploon et intestin grêle*



**Figure 8 : Aspect Histologique montrant des granulomes épithélioïdes et géantocellulaires de taille variable parfois centrés d'une nécrose caséiforme (HEx40).**

### 3 DISCUSSION

La tuberculose péritonéale pseudo tumorale, est une forme clinique rare (1 à 3%), mais qui reste fréquente dans les pays d'endémie [4]. Elle peut toucher toutes les femmes avec prédilection chez les jeunes femmes entre 20 et 30 ans [5]. C'est une affection grave, caractérisée par sa difficulté diagnostique souvent réalisée rétrospectivement à un stade tardif [6], son polymorphisme clinico-radiologique et par la sévérité des lésions engendrées par l'infection au Bacille de Koch (BK) persistantes même après le traitement anti bacillaire [7].

#### 3.1 DIAGNOSTIC

##### 3.1.1 CLINIQUE

Si autrefois les formes classiques étaient représentées par les formes ascitiques et les pelvipéritonites, les formes actuelles sont plutôt pauci symptomatiques [1], caractérisées la faible spécificité des manifestations cliniques et la rareté des signes d'imprégnation tuberculeuse ce qui explique le retard diagnostique [8]. Ainsi, la recherche de localisations extra-génitales est primordiale au diagnostic dans certains cas [1].

D'autre part, La forme pseudo tumorale peut orienter à tort à une tumeur maligne de l'ovaire devant les douleurs pelviennes, les masses pelviennes, l'ascite, l'amaigrissement, les troubles menstruels, troubles digestifs, et les signes urinaires [2], [5].

##### 3.1.2 BIOLOGIE

L'élévation du CA 125 fait conforter à tort le diagnostic de cancer ovarien, c'est le cas de notre patiente. En effet, son taux augmenté dans 80% des cancers ovariens, peut se rencontrer dans des conditions normales (menstruation, grossesse) ou au cours des affections inflammatoires chroniques (tuberculose, endométriose, pancréatite, hépatite..) et en période post opératoire [2]. Par conséquent, sa valeur réside surtout pour la surveillance des patientes sous traitement anti bacillaire [5].

Les autres perturbations biologiques ne sont pas spécifiques notamment : l'anémie, le syndrome inflammatoire, de même que l'intradermo-réaction à la tuberculine [3]. L'analyse du liquide d'ascite tuberculeuse montre un liquide exsudatif, de couleur jaune paille avec lymphocytose [9]. Le diagnostic de certitude ne se fait qu'après la mise en évidence de Mycobacterium Tuberculosis soit à l'examen direct ou après culture [6]. Plus récemment décrite, la recherche du BK par « polymerase chain reaction » (PCR) sur biopsies augmente la sensibilité diagnostique (75 à 80 %) et la spécificité (85 à 95 %) [3].

### 3.1.3 IMAGERIE

Les techniques d'imagerie ne sont pas spécifiques [6], mais constituent toutefois une étape décisive quant au diagnostic des formes pseudo-tumorales [3]. En effet, l'échographie montre la présence d'une masse pelvienne hétérogène à double composante, associée à une ascite, avec épaissement et rehaussement péritonéal. La lésion peut infiltrer la graisse de voisinage voire même l'envahir et se fistuliser aux organes avoisinants.

D'autre part, les anomalies scanographiques du péritoine pariétal peuvent aider au diagnostic [2]. En effet, l'épaississement péritonéal, son rehaussement hétérogène et l'existence de foyers hypodenses en rapport avec la nécrose caséuse suggèrent l'origine tuberculeuse [3].

La radiographie pulmonaire peut montrer des séquelles pleuro-parenchymateuses, moins souvent des lésions évolutives. Quant à l'urographie intraveineuse, elle peut être utile à la recherche d'une atteinte urinaire associée [10].

### 3.1.4 ANATOMOPATHOLOGIE

L'étude histologique de la pièce opératoire et des biopsies écho ou scano guidées transvaginales ou transabdominales voire même laparoscopiques représente l'examen clé pour confirmer le diagnostic.

Il s'agit d'une lésion granulomateuse gigantocellulaire avec une nécrose caséuse spécifique du BK (aspect macroscopique de lait caillé et microscopique de nécrose acidophile) [1], [2], [5]. Cependant, ces aspects peuvent varier avec l'évolution de la maladie et l'état immunitaire de l'hôte : la fibrose et calcification peuvent survenir sur des lésions anciennes, alors que la liquéfaction puriforme et l'aspect purement folliculaire sans nécrose de même que les réactions inflammatoires mineures se voient chez le sujet immunodéprimé [11].

## 3.2 TRAITEMENT

### 3.2.1 TRAITEMENT MÉDICAL

La prise en charge thérapeutique standard est actuellement bien codifiée [6], repose sur l'administration quotidienne pendant 6 mois d'isoniazide, de Rifampicine, associée pendant les 2 premiers mois au Pyrazinamide et Éthambutol. Toutefois, elle devrait être précédée d'un bilan biologique pré thérapeutique incluant une créatininémie, un dosage des transaminases et un examen ophtalmologique. D'autre part, le diagnostic de tuberculose doit toujours faire dépister une co-infection par le VIH de même que les hépatites B et C. L'efficacité du traitement s'appréciera devant l'amélioration clinique et paraclinique [11].

### 3.2.2 TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical n'est pas standardisé, dépend d'abord du motif de l'indication opératoire et des lésions constatées à l'exploration chirurgicale. Ainsi, une levée d'obstacle en cas d'occlusion ou un procédé d'hémostase en cas d'hémorragie massive vont rendre habituellement nécessaire une résection. De plus, 20 à 40% des malades subiront une laparotomie, soit en urgence devant une complication (sténose, occlusion, masse compressive, mise à plat de certaines cavités caséifiées, perforation et fistule), soit dans un but diagnostique notamment en cas de négativité de la ponction écho ou scano-guidée. D'où l'intérêt de l'examen histologique extemporané qui permet d'établir le diagnostic en per opératoire évitant ainsi une chirurgie large inutile et à risque [2], [3]. Dans tous les cas, le traitement chirurgical devrait être réalisé au moins 6 semaines après le début du traitement anti bacillaire pour réduire le risque de complications et faciliter le geste opératoire [10].

### 3.2.3 TRAITEMENT PRÉVENTIF

La vaccination au BCG, le dépistage des formes asymptomatique, la chimioprophylaxie des sujets contacts et l'amélioration de l'hygiène de vie des populations à risque représentent les meilleurs moyens pour prévenir la tuberculose [7], [11].

### 3.3 PRONOSTIC

Le pronostic de la tuberculose péritonéale est favorable sous poly chimiothérapie anti tuberculeuse [4]. Toutefois, il reste réservé notamment dans les formes de découverte tardive au stade de séquelles urologiques et/ou génitales menaçant la patiente d'insuffisance rénale et d'infertilité tubo-ovarienne estimée à 39 % des cas chez les femmes jeunes [2], [8].

### 4 CONCLUSION

La tuberculose péritonéale pseudo tumorale pose au clinicien un problème diagnostique en l'absence de tests diagnostiques spécifiques permettant de la différencier d'une carcinose. Un problème thérapeutique, car elle simule le tableau de cancer ovarien avancé pouvant indiquer à tort une chirurgie radicale non justifiée et un problème évolutif, par le risque d'infertilité tubo-ovarienne chez la femme jeune.

### RÉFÉRENCES

- [1] B.Hammami, M.F. Kammoun, H.Ghorbel, H.Trabelsi, N.Ben Arab, I.Maâloul, M.Guermazi, S.Rekik and M.Ben Jemâa, « tuberculose génitale de la femme dans le sud tunisien (à propos de 22 cas) », *La Lettre du Gynécologue* , N° 306 Novembre 2005.
- [2] M. Boujoual, H. Hachi, B. Elkhannoussi, A. Bougtab, « tuberculose pelvi-péritonéale : à propos d'un cas simulant un cancer ovarien avancé », *Revue Médicale Internationale Maghrébine*, mars 2014.
- [3] R. El Barni, M. Lahkim and A. Achour, « La tuberculose abdominale pseudo-tumorale », *Pan Afr Med J*, 13: 32 2012.
- [4] W. Daaloul, H. Gharbi, N. Ouerdiane, A. Masmoudi, S. Ben Hamouda, I. Ennine, B. Bouguerra and R.Sfar "Tuberculose péritonéale disséminée simulant un cancer ovarien", *La tunisie Medicale*, Vol 90 (04):333-335, 2012.
- [5] H. Saadi, N. Mamouni, S. Errarhay, C. Bouchikhi, A. Banani, H. Ammor, N. Sqalli, S. Tizniti, K. Benmajdoubé, K. Maazaze, H. Fatmi and A. Amarti, « Tuberculose pelvi-péritoneale pseudotumorale: à propos de quatre cas », *Pan Afr Med J*, 13 : 52, 2012.
- [6] C.Genet, S. Ducroix-Roubertou, G.Gondran, H.Bezanahary,P.Weinbreck and E.Denes, "Tuberculose utérine post-ménopausique", *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 35(1):71-73, 2006.
- [7] A.Ammami, A. Janane, J. Sossa, M. Ghadouane, A. Ameer and M. Abbar, « La tuberculose urogénitale : expérience de l'hôpital militaire de rabat », *J Maroc Urol* , 6 : 13-18, 2007.
- [8] El Khader K, Lrhorfi MH, El fassi J, K. Tazi, M. Hachimi, and A. Lakrissa, «Tuberculose uro-génitale. Expérience de 10 ans », *Prog Urol*, 11, 62-67, 2001.
- [9] Kaya M, Kaplan MA, Isikdogan A, A. Isikdogan and Y. Celik "Differentiation of Tuberculous Peritonitis from Peritonitis Carcinomatosa without Surgical Intervention", *Saudi J Gastroenterol*. Sep-Oct; 17(5): 312–317, 2011.
- [10] H. Elbakraoui, A. Elmazghi, H. Bouziane, A. Elghanmi, A. Lakhdar and D. Ferhati « Endométrite tuberculeuse post-ménopausique simulant un cancer de l'endomètre: à propos d'un cas » *Pan Afr Med J*, 11:7, 2012.
- [11] C. Billy, C. Perronne. "Aspects cliniques et thérapeutiques de la tuberculose chez l'enfant et l'adulte". *EMC-Maladies Infectieuses* : 81–98, 2004.