

## Tuberculose Mammaire: A propos d'un cas

### [ Mammary Tuberculosis: About one case ]

*I. Lazrak, H. Fagouri, MA. Babahabib, J. Kouach, D. Moussaoui, and M. Dehayni*

Service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Militaire Med V de 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:** 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 antituberculosis agents is the mainstay of therapy. Surgery is required in some cases.

We report one case 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.

**KEYWORDS:** Extra pulmonary tuberculosis; Breast; Abscess.

**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 un 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-CLEFS:** Tuberculose extra pulmonaire ; Sein ; Abscess.

## 1 INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie infectieuse due à des bactéries appartenant à la famille des mycobactérium. Elle connaît un regain d'intérêt depuis l'émergence du VIH. Certaines localisations de la maladie tuberculeuse sont rares voire exceptionnelles et la tuberculose mammaire vient au dernier rang des localisations viscérales. Cependant, elle doit être distinguée des autres pathologies mammaires et surtout des cancers étant donné les ressemblances cliniques et radiologiques. En effet, la tuberculose mammaire est souvent prise pour une lésion cancéreuse et le diagnostic ne peut être porté que si l'examen anatomopathologique retrouve l'aspect classique de granulome épithélioïde avec nécrose caséuse ou par la mise en évidence du mycobactérium à l'étude bactériologique.

Nous rapportons un nouveau cas de tuberculose mammaire et à travers les données de la littérature nous mettons le point sur les différents aspects de cette pathologie.

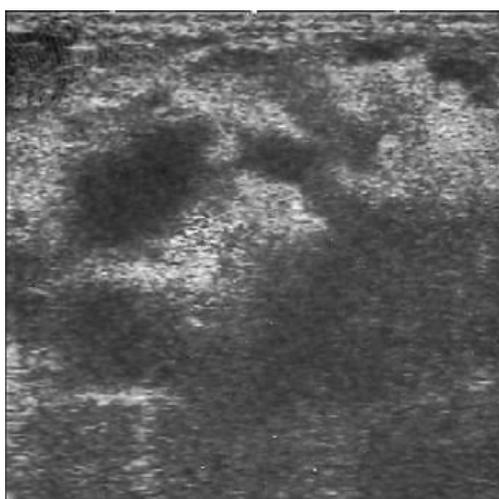
## 2 OBSERVATION

Madame G. H., âgée de 33 ans, mariée, primigeste, primipare, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, notamment pas de notion de contagé tuberculeux, qui s'est présentée aux urgences de notre formation pour abcès récidivant du sein droit apparu depuis 2 mois. L'examen clinique a retrouvé un abcès occupant le quadrant supéro-externe(QSE) du sein droit faisant environ 7 cm avec une peau rouge et luisante et une cicatrice d'une ancienne fistulisation dans la région periaréolaire (Figure 1), ainsi qu'une adénopathie axillaire homolatérale, le sein gauche était sans anomalie de même que le reste de l'examen clinique. La mammographie n'a pas été réalisée vu que le sein concerné était hyperalgique et l'échographie mammaire a montré une image hétérogène hypoéchogène avec des zones anéchogènes en plage très mal limitée émettant des prolongements dans les plans adjacents et mesurant environ 10/8 cm avec épaissement de la peau par endroit (Figure 2), le sein gauche est sans anomalie, avec des adénopathies axillaires bilatérales d'allure inflammatoire. Un drainage de l'abcès a été alors décidé avec réalisation de multiples biopsies chirurgicales.

L'examen anatomo-pathologique a objectivé un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse. La radiographie du thorax était normale et aucune autre localisation tuberculeuse n'a été retrouvée. 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 2 ans.



**Fig. 1.** abcès du quadrant supéro- externe du sein droit



**Fig. 2.** échographie du QSE du sein droit qui montre une image hétérogène hypoéchogène avec des zones anéchogènes en plage très mal limitée

### 3 DISCUSSION

Il s'agit d'une granulomatose chronique secondaire à l'infection par *Mycobacterium tuberculosis*. Depuis sa description pour la première fois en 1829 par Sir Astley Cooper comme étant une tumeur froide du sein, moins de 1000 cas de tuberculose mammaire qui 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 soit 4% des mastites tuberculeuses [4]. La tuberculose mammaire est dite primitive en l'absence de toutes autres localisations tuberculeuses. Il s'agit de la situation la plus fréquente. Elle est dite secondaire quand elle fait suite à d'autres localisations [1, 2,3, 4, 5]. Les voies de contamination du sein sont en premier lieu la voie lymphatique rétrograde, le plus souvent à partir d'adénopathies axillaires [4, 6]. L'atteinte par voie hématogène est rare. L'atteinte par contiguïté à partir d'un foyer thoracique pariétal définit la para-mastite tuberculeuse. Les voies cutanées ou galactophoriques bien que possibles sont très rares [7, 8]. Dans notre cas, l'atteinte mammaire était primitive.

Les manifestations cliniques de la tuberculose mammaire sont insidieuses et non spécifiques [1,9]. Elles sont très polymorphes réalisant un tableau de néoplasie mammaire ou d'un abcès froid rebelle aux antibiotiques [10, 11]. L'atteinte du tissu glandulaire, appelée aussi lobulite tuberculeuse ou tuberculose mammaire profonde, réalise une formation nodulaire de taille variable, de consistance ferme ou dure à contours flous, siégeant principalement au niveau du quadrant supéro-externe. On peut également observer soit un abcès froid qui évolue vers la fistulisation à la peau et laissant sourdre un liquide caséux, comme le cas de notre patiente, soit une miliaire très rare qui se voit en cas de granulie généralisée [12]. Des mastodynies prémenstruelles peuvent être notées. L'atteinte du galactophore ou galactophorite tuberculeuse, appelée aussi la tuberculose mammaire superficielle, est moins fréquente que la précédente et se manifeste par un nodule péri-mamelonnaire, mal limité rétractant le mamelon. Un écoulement mammaire sanglant ou purulent peut être présent. L'évolution se fait vers l'ulcération avec un écoulement d'un liquide d'aspect séreux ou brunâtre, rythmé par les règles. Des adénopathies axillaires, sus-claviculaires ou cervicales sont présentes dans 75% des cas, mobiles, parfois volumineuses et bilatérales [4]. Elles peuvent constituer le motif de consultation.

L'évolution clinique est très variable de quelques semaines à plusieurs années [8]. Le diagnostic positif de la tuberculose mammaire fait appel à des signes cliniques de présomption, mammographiques et cytologiques. Seules la bactériologie et/ou l'étude anatomopathologique d'un fragment de tissu mammaire permettent sa confirmation.

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) [13].

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 épaississement cutané associé ou non à des microcalcifications, simulant le caractère malin de la lésion [3, 4,14].

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, 14, 15,16].

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 [15, 16,17]. 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 [14, 15, 17, 18]. 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, 14, 18,19].

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 : une quadrithérapie à base de rifampicine, isoniazide, éthambutol et pyrazinamide pendant deux mois puis une bithérapie associant la rifampicine à l'isoniazide , 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 [5,20].

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 ; 20 ; 21]. L'évolution sous traitement bien conduit est habituellement favorable comme pour notre patiente. Le risque de contamination de l'enfant allaité et l'éventuelle toxicité peut discuter un sevrage.

La prévention de la tuberculose passe par plusieurs étapes: l'éviction du contagion ; la chimioprophylaxie : il s'agit de la protection par chimiothérapie spécifique des sujets récemment exposés à une contamination tuberculeuse ; la vaccination par le BCG (bacille de Calmet et Guérin), obligatoire dans notre pays. C'est ainsi qu'une nette régression de ce fléau a été observée au cours des dernières décennies et enfin le dépistage.

#### 4 CONCLUSION

La mastite tuberculeuse est une affection rare y compris dans les pays endémiques. Les tableaux cliniques et radiologiques sont souvent trompeurs et posent un réel problème de diagnostic, en particulier dans le cadre des cancers du sein. L'association avec un cancer est possible et le traitement de ces formes rejoint celui du cancer. Devant un tableau évocateur de tuberculose, des biopsies devront être réalisées afin d'éliminer un éventuel cancer.

Le diagnostic de certitude repose sur les données de la cytoponction couplée à l'histologie. Les prélèvements bactériologiques, pratiqués systématiquement, sont souvent non concluants. Le traitement est essentiellement médical. L'évolution est généralement favorable sous traitement.

#### REFERENCES

- [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] Ben Hassouna J, Gamoudi A, Bouzaïene H, et al. Tuberculose mammaire : étude rétrospective de 65 cas. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2005 ; 33 : 870-6 ;
- [7] Elmrabet F, Ferhati D, Amenssag L et al. Tuberculose mammaire. Med Trop 2002 ; 62 : 77-80.
- [8] Gamoudi A, Farhat K, Khatteeh R et al. La tuberculose mammaire. À propos de 58 cas. Gynécologie 1995 ; 8 : 413-8.
- [9] Hamit HF, Ragsdale TH. Mammary tuberculosis. J R Soc Med 1982 ; 75 : 764.
- [10] Roy PM, Cornu P and Lebas F et al. Une cause rare de tuméfaction pseudonéoplasique du sein : la tuberculose mammaire. Rev Med Interne 1996 ; 17 : 173-5.
- [11] Shinde SR, Chandawarkar RY, Deshmukh SP. Tuberculosis of the breast masquerading as carcinoma: a study of 100 patients. World J Surg 1995 ; 19 : 379-81.
- [12] Abboud P, Bancheri F, Bajolet-Laudinat O, et al. La tuberculose mammaire : à propos d'un cas à forme inflammatoire diffuse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997 ; 26 : 822-4.
- [13] Seffert P. La tuberculose mammaire. J. Gyn. Obstet. Biol. Reprod., 1978,8, 54-55.
- [14] Bishara J, Caderon S, Okon E, et coll. Coexisting extrapulmonary tuberculosis and malignancy . Am J Med 1998 ; 105 : 443-446.
- [15] Daoud E, Fourati H, Gbariani R et coll. Sein WP-8 Approche diagnostique de la tuberculose mammaire, J Radiol 2008 ; 89 : 1632.

- [16] Ayman S, Rawya K, Gylan H, Mmmographie and sonographic features of tuberculosis mastitis. Eur J Radiol 2004; 51, 54-60.
- [17] Symmers W. Tuberculosis of the breast. Br Med J Clin Res 1984 ; 289 : 48-49.
- [18] Wapnir II , Pallantm , Gaudino J et coll. Latent Mammary tuberculosis : a case report . Surgery 1985; 98: 976-978.
- [19] Estrin J, Bernstein M. Tuberculosis mastitis .Southern Med J 1994; 87: 1151-1152.
- [20] Benhassouna J, Gammoudi A, Bouzaïene H. et al la tuberculose mammaire: étude rétrospective de 65 cas. Gynécol Obstet Fétil 2005; 33:870-876.
- [21] 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.