

Tuberculose ovarienne mimant un cancer ovarien : à propos d'un cas

[Ovarian tuberculosis simulating carcinoma : About a case]

Abdelkader Akharraz, Moulay El Mehdi ElHassani, Farid Kassidi, Jaouad Kouach, Driss Moussaoui, and Mohammed Dehayni

Service de Gynécologie Obstétrique,
Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V,
Rabat, Maroc

Copyright © 2016 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: Pelvic tuberculosis accounts for 6% to 10% of tuberculosis cases. Tubal damage is the most frequent, followed by cervical and endometrial location. Ovarian tuberculosis is less common; presented as a clinical, biological and radiological form highly suggestive of ovarian tumor. Several factors contributed to the increase, mainly including related immunosuppression syndrome of acquired immunodeficiency. We report one case in a 24-year-old woman, single, followed for systemic lupus the initial interpretation of which, based on pleural and peritoneal exudate, showed suspected lateral uterine mass and significant elevated serum CA 125 level, mimicking disseminated ovarian carcinoma. Only after exploring laparotomy with biopsy was ovarian abscess tuberculosis identified, thus correcting the diagnosis. Its symptomatology was left after 2.5 months of antituberculosis multidrug. This is a rare disease whose diagnosis is histological and prognosis is dominated by the sequelae infertility.

KEYWORDS: pelvic tuberculosis, Ovarian mass, Mycobacterium tuberculosis, histology, infertility.

RESUME: La localisation pelvienne de la tuberculose représente 6 à 10 % . L'atteinte tubaire est la plus fréquente, suivie par la localisation cervicale et endométriale. La tuberculose ovarienne est moins fréquente ; elle se présente dans un tableau clinique, radiologique et biologique très évocateur de tumeur ovarienne. Plusieurs facteurs ont contribué à sa recrudescence, incluant essentiellement l'immunodépression liée au syndrome de l'immunodéficience acquise. Nous rapportons le cas d'une patiente, âgée de 24 ans, célibataire, suivie pour lupus systémique présentant initialement un tableau de carcinose péritonéale simulant un cancer ovarien avec masse suspecte latérotérine droite, épanchement pleuro-péritonéal et élévation marquée du CA 125. Le diagnostic d'abcès tuberculeux ovarien n'a été porté rétrospectivement qu'après laparoscopie et examen anatomopathologique. Sa symptomatologie est régressée après 2 mois et demi de quadrithérapie antituberculeuse. Il s'agit d'une pathologie rare dont le diagnostic est histologique et le pronostic est dominé par l'infertilité séquellaire.

MOTS-CLEFS: tuberculose pelvienne, masse ovarienne, Mycobacterium tuberculosis, histologie, infertilité.

1 INTRODUCTION

La tuberculose pelvienne est une forme clinique rare de la maladie tuberculeuse (entre 6 et 10 %), mais qui reste toutefois assez fréquente dans les pays d'endémie [1]. Sa prévalence a connu une recrudescence dans le monde entier ceci s'explique par l'immunodépression liée à l'infection par le VIH [2]. Le tableau clinique ainsi que radiologique et biologique dans sa forme pseudotumorale simulant en général une tumeur ovarienne maligne pouvant conduire à une stratégie

thérapeutique erronée [3]. Nous rapportons le cas d'une patiente de 24 ans dont le diagnostic de tuberculose ovarienne n'a été réalisé qu'après examen anatomopathologique à l'occasion d'une laparoscopie exploratrice. Nous discutons l'intérêt épidémiologique et diagnostique pour cette pathologie en recrudescence dans les pays occidentaux.

2 OBSERVATION

Il s'agissait de Mlle O G, âgée de 24 ans, célibataire, suivie pour lupus systémique depuis 2002 mise sous corticothérapie et immunosuppresseurs avec antécédents de tuberculose pulmonaire en 2009 compliquée d'une bulle d'emphysème traitée avec bonne évolution. Elle a consulté au sein de notre formation pour apparition de douleurs abdominopelviennes maximum au niveau de la fosse iliaque droite sans métrorragies associées ni trouble de transit ou signes urinaires associés le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'amaigrissement non chiffré. L'examen clinique a objectivé un abdomen souple avec une légère sensibilité pelvienne maximum au niveau de la fosse iliaque droite et une masse latérotérine droite rénitente, mobile et douloureuse faisant environ 4 centimètres. L'échographie pelvienne a objectivé une formation intervésicoutérine hétérogène à double composante tissulaire et kystique faisant 4 sur 3 centimètre. A la biologie, Le taux plasmatique de CA 125 était élevé à 1753UI/L. Une tomodensitométrie pelvienne a été réalisée montrant une collection liquidienne latérotérine droite à paroi épaisse tubulaire rehaussant après injection de produit de contraste avec épanchement tout autour faisant évoquer un pyosalpinx ou abcès tuboovarien d'où l'indication d'une coelioscopie mettant en évidence d'un abcès tuboovarien droit associé à de multiples fausses membranes et des adhérences épiploopariétales, iléo pariétales et des granulations péritonéales blanchâtres diffuses. Un drainage chirurgical de l'abcès tuboovarien a été réalisé avec issue de pus blanchâtre. La paroi de l'abcès ainsi que des biopsies des granulations ont été adressées pour examen anatomopathologique dont le résultat est revenu en faveur de tuberculose pelvienne. L'évolution a été marquée par une amélioration de sa symptomatologie après 2 mois et demi de la quadrithérapie antituberculeuse selon le protocole 2ERHZ/4RH.



Fig. 1. EXAMEN TOMODENSITOMETRIQUE DU PELVIS APRES INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE

La Figure 1 montre une coupe axiale du pelvis avec visualisation (flèche verte) d'une formation pelvienne à parois épaissies, rehaussées intensément par le contraste avec une zone centrale hypodense.

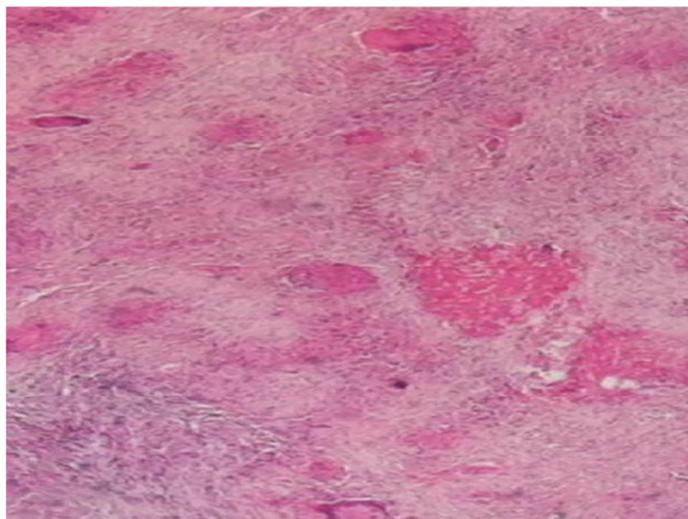


Fig. 2. *Granulomes épithélioïdes et gigan-to-cellulaires avec une nécrose caséuse (HEx40)*

3 DISCUSSION

La tuberculose ovarienne a fait l'objet de quelques publications, ce qui atteste de la rareté de cette pathologie. Sa transmission se fait exclusivement par voie hématogène. Une transmission sexuelle serait possible, comme l'évoquent des cas rapportés dans la littérature [1]. Son incidence, en général et partout dans le monde, a connu une recrudescence ces dernières années. Cela est expliqué par l'immunodépression liée en grande partie à l'infection par le VIH [2]. Elle peut se rencontrer à tout âge, avec une prédominance chez les jeunes femmes âgées de 20 à 30 ans [4]. Les signes cliniques d'appel sont très variés et non spécifiques, pouvant orienter à tort vers un cancer de l'ovaire. Il peut s'agir d'algies pelviennes, de masse pelvienne ou d'ascite. Ailleurs, une infertilité peut être révélatrice de la maladie dans 5 à 10 % ou encore une aménorrhée [5], [6]. L'atteinte pulmonaire ou digestive concomitante peut orienter vers ce diagnostic, mais n'est pas constante et peut manquer dans 30 à 50 % des cas [7]. Sur le plan biologique, l'étude bactériologique du liquide d'ascite est peu contributive car rarement positive. Sur le plan radiologique, l'imagerie n'est pas spécifique : à l'échographique comme au scanner et à l'IRM, la lésion se présente sous forme d'une masse hétérogène, à double composante solide et kystique et qui se rehausse de façon intense par le produit de contraste au niveau de sa portion charnue et de sa paroi comme l'illustre notre observation [8]. Dans la plupart des cas, le diagnostic différentiel entre tuberculose et tumeur reste donc un problème majeur, d'autant plus que la bilatéralité, le caractère hétérogène de la masse, l'association à des nodules péritonéaux, d'adénopathies profondes et d'ascite plaident en faveur d'une tumeur ovarienne maligne avec carcinose péritonéale. Le CA125 est un marqueur qui est élevé dans plus de 80 % des cancers ovariens. Néanmoins, son taux peut être élevé dans des conditions normales (grossesse, menstruation) ou au cours d'affections inflammatoires chroniques (tuberculose) et n'est donc pas un critère déterminant pour différencier une tumeur maligne d'une tuberculose. Les biopsies échoguidées peuvent être proposées en cas de suspicion d'origine tuberculeuse [9]. Le recours à l'exploration chirurgicale est souvent nécessaire soit par laparoscopie soit par laparotomie. Cette dernière permet de poser le diagnostic dans plus de 97 % des cas [10]. Elle permet de confirmer le diagnostic en montrant le granulome gigantocellulaire avec nécrose caséuse, spécifique du bacille de Koch. Le traitement repose sur les antibacillaires. La chirurgie restera la solution de recours devant une masse compressive ou fistulisée, pour mettre à plat certaines cavités caséifiées. La tuberculose pelvienne met en jeu la fertilité des jeunes patientes ; le risque d'infertilité tuboovarienne est estimé à plus de 39 % des cas [8], [10].

4 CONCLUSION

La tuberculose est une pathologie à déclaration obligatoire. Cette observation montre à quel point il est parfois difficile de trancher entre une localisation ovarienne de la tuberculose et un cancer de l'ovaire tant sur le plan clinique que de l'imagerie. Il faut toujours penser à cette pathologie devant une jeune patiente venant de zone endémique ou ayant un terrain d'immunodépression. Aucun examen complémentaire ne permet d'affiner le diagnostic. L'étude anatomopathologique des prélèvements per-laparoscopie peut confirmer le diagnostic. Le pronostic est favorable sous poly chimiothérapie antituberculeuse et en l'absence de conséquence néfaste sur la fertilité.

REFERENCES

- [1] Nistal de Paz F, Herrero Fernandez B, Perez Simon R, Fernandez Perez E, Nistal de Paz C, Ortol Battel P et al. Pelvic-peritoneal tuberculosis simulating ovarian carcinoma. *Am j Gastroenterol.* 91:1660-1661, 1996.
- [2] Hablani N, Souei Mhiri M, Tlili Graies K, Jemm Gharbi H, Abdellah S, Bel Hadj Hamida RC. La tuberculose abdominale pseudo-tumorale A propos de quatre observations. *J Radiol.* 86 : 1021-1025, 2005.
- [3] Layla Akka, H. Khalil, N. Cherif, Idrissi Gannouni, H. Jalal. La tuberculose ovarienne pseudotumorale : à propos de quatre cas. *Imagerie de la Femme* 19:251—254, 2009.
- [4] Simsek H, Savas MC, Kadayifci A, Tatar G. Elevated serum CA 125 concentration in patients with tuberculous peritonitis: a case-control study. *Am J Gastroenterol* 92:1174-1176, 1997.
- [5] Parikh FR, Nadkarni SG, Kamat SA, Naik N, Soonawala SB, Parikh RM. Genital tuberculosis: a major pelvic factor causing infertility in Indian women. *Fertil Steril* 67:497-500, 1997.
- [6] Namavar Jahromi B, Parsanezhad ME, Ghane-Shirazi R. Female genital tuberculosis and infertility. *Int J Gynaecol Obstet* 75:269-272, 2001.
- [7] Adsuar N, Blanchette H, Kilchevsky E. Tuberculosis peritonitis mimicking ovarian cancer in a 20-year-old woman. A case report. *J Reprod Med*; 49:52-54, 2004.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] Protopapas A, Milingos S, Diakomanolis E, Elsheikh A, Protogerou A, Mavrommatis K, et al. Miliary tuberculosis peritonitis mimicking advanced ovarian cancer. *Gynecol Obstet Invest* 56:89–92, 2003.