

Tuberculose pseudo tumorale du col de l'uterus : à propos d'un cas et revue de la littérature.

Pseudotumor tuberculosis of the uterine cervix: a case report and literature review.

Leno DWA^{1,2}, M Magassouba^{1,2}, Bah I^{1,2}, M Keita³, M Cissoko^{1,2}, Bangoura M², Koulibaly M³, T Sy⁴, Keita N^{1,2}.

¹ Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital National Donka, CHU de Conakry.

² Centre Régional Francophone de Formation à la Prévention des Cancers Gynécologiques.

³ Service d'anatomie pathologique, Hôpital amitié Sino-Guinéen, CHU de Conakry.

⁴ Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry.

Correspondances: Dr DWA Leno, MCA FSTS UGANC, Tel.: +224622566550 Email : danielleno2000@yahoo.fr

RESUME

La tuberculose du col de l'utérus est une forme rare de la tuberculose génitale qui peut simuler un cancer du col de l'utérus. Nous rapportons un cas de tuberculose pseudo-tumorale du col de l'utérus chez une jeune femme âgée de 20 ans, nullipare, sans antécédent particulier, qui consulte pour saignement vaginal post-coïtal avec douleurs pelviennes dans un contexte d'aménorrhée secondaire de trois ans. L'examen clinique met en évidence un col augmenté de volume, irrégulier, d'aspect inflammatoire, saignant au contact. Les tests visuels (Inspection à l'acide acétique à 5% et au Lugol) étaient positifs. La biopsie réalisée avec examen anatomopathologique a mis en évidence un granulome épithélioïde gigantocellulaire à centre caséux nécrosé confirmant ainsi le diagnostic de tuberculose. Le traitement antituberculeux instauré a permis une régression rapide des signes avec guérison complète après 3 mois. L'intérêt de cette observation réside dans l'importance de la biopsie avec examen anatomopathologique de lésion suspecte du col de l'utérus afin de redresser le diagnostic et éviter tout geste chirurgical invasif inadapté.

Mots clés : tuberculose - col utérin - Conakry - Guinée

SUMMARY

Cervical tuberculosis is a rare form of genital tuberculosis that can mimic cervical cancer. We report a case of pseudo-tumoral tuberculosis of the cervix in a young woman aged 20, nulliparous, with no particular history, who consulted for post-coital vaginal bleeding with pelvic pain in a context of secondary amenorrhea of three years. Clinical examination reveals an enlarged cervix, irregular, inflammatory in appearance, bleeding on contact. Visual tests (5% acetic acid and Lugol inspection) were positive. The biopsy carried out with histopathological examination revealed a gigantocellular epithelioid granuloma with a necrotic caseous center, thus confirming the diagnosis of tuberculosis. The anti-tuberculosis treatment initiated allowed rapid regression of the signs with complete recovery after 3 months. The interest of this observation lies in the importance of the biopsy with anatomopathological examination of suspicious lesions of the cervix in order to correct the diagnosis and avoid any inappropriate invasive surgical procedure.

Keywords: tuberculosis - cervix - Conakry – Guinea.

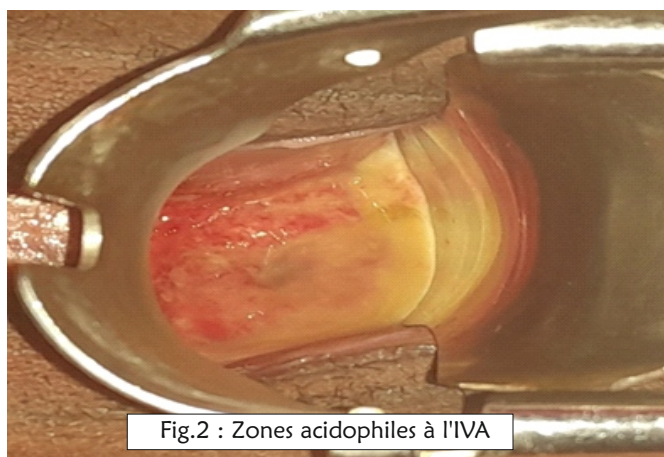
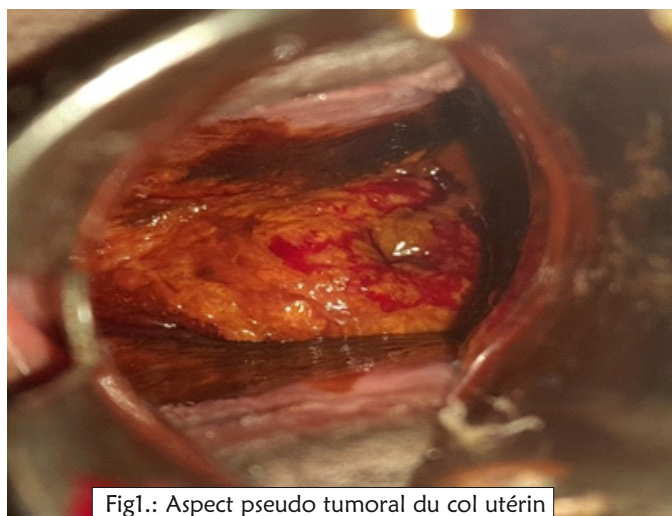
INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie infectieuse chronique due principalement à *Mycobacterium tuberculosis* (1). La tuberculose génitale de la femme fait partie des formes rares et peu connues des tuberculoses extra pulmonaires. Sa prévalence a connu une recrudescence ces dernières années liée à l'immunodépression provoquée par l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (2, 3). En Guinée, la TBC demeure un problème de santé publique majeur avec un taux d'incidence estimée à 176 nouveaux cas et rechutes pour 100 000 habitants (4). En dehors de la localisation pulmonaire la fréquente, la localisation génitale féminine est sous-estimée et représente à 6 à 10% de l'ensemble des localisations tuberculeuses (5, 6). La localisation cervicale de cette maladie pose des problèmes de diagnostic différentiel et de prise en charge avec le cancer du col de l'utérus. Dans le cas que nous rapportons, nous rappelons l'intérêt de réaliser une biopsie avec examen anatomopathologique devant toute lésion suspecte du col de l'utérus afin de redresser le diagnostic et conduire un traitement adéquat.

OBSERVATION

Il s'agissait de Mademoiselle FB Agée de 20 ans, élève, nulligeste, sans antécédent particulier, qui a consulté dans notre service pour un saignement vaginal post-coïtal répétitif et des leucorrhées associées à des douleurs pelviennes dans un contexte d'aménorrhée secondaire de 3 ans. L'interrogatoire retrouve une notion d'amaigrissement avec une perte de poids de 3 kg. A l'examen gynécologique, on notait une légère sensibilité au niveau de la région pelvienne. L'examen au spéculum objectivait un col augmenté de volume avec des érosions, d'aspect inflammatoire, saignant au contact, irrégulier (Figure 1). Après application de la solution d'acétique à 5% on notait des zones blanchâtres acidophiles parsemée (Figure 2). Puis, après application d'une solution de lugol, on notait la présence de zones iodo négatives de couleur jaune « moutarde » ou « paille » (Figure 3). La présence de zones suspectes, nous a conduit à réaliser une biopsie pour un examen histologique de la pièce. Au toucher vaginal, le col était dur avec un utérus de taille normale sensible à la mobilisation. Le reste de l'examen physique était sans particularité. Devant ce tableau clinique, le diagnostic de cancer du col de l'utérus est évoqué. La sérologie rétrovirale et l'examen cyto bactériologique des urines et l'échographie pelvienne étaient sans

particularité. L'examen bactériologique des sécrétions vaginales objectivant une infection à *candida albicans*. Un traitement symptomatique à base d'antalgique et antifongique a été institué dans l'attente des résultats de l'examen histologique. Le résultat de l'histologie retrouvait un granulome épithélioïde géantocellulaire à centre caséux nécrosé (Figure 4) confirmant ainsi le diagnostic de tuberculose. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive avec une induration à 20 mm, et une CRP positive à 19 mg. Les radiographies pulmonaires et du rachis dorsolombaire étaient normales. La recherche d'autres localisations était négative. Sur la base des arguments cliniques et para cliniques, un traitement antituberculeux de 6 mois selon le protocole national (association Ethambutol + Rifampicine + Isoniazide et Pyrazinamide à raison de 4 comprimés par jour pendant 2 mois puis un relais de l'association Rifampicine + Isoniazide pendant 4 mois) a été instauré. L'évolution sous traitement antituberculeux a permis une régression rapide des signes. La guérison était confirmée trois mois après l'instauration du traitement, par la disparition des lésions cervicales et la normalisation des tests visuels (IVA et IVL).



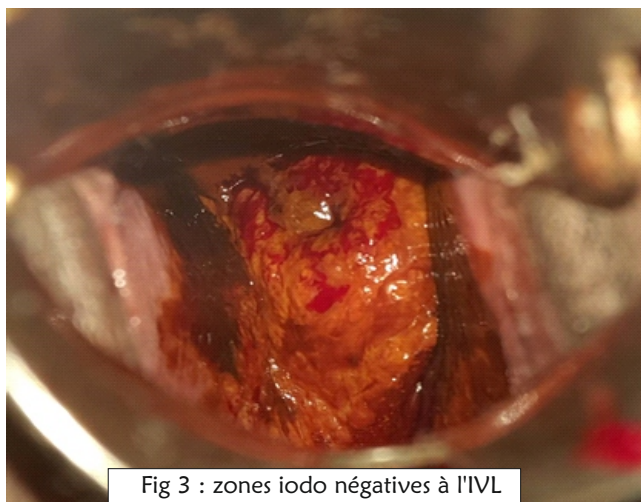


Fig 3 : zones iodo négatives à l'IVL

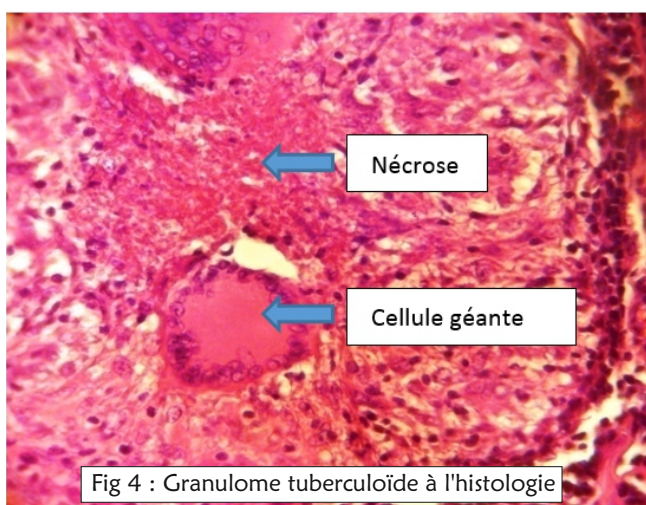


Fig 4 : Granulome tuberculoïde à l'histologie

DISCUSSION

La tuberculose génitale est une affection rare dans les pays développés mais reste fréquente dans les pays en développement malgré les programmes de vaccination. Les organes plus souvent atteints sont les trompes, l'endomètre et les ovaires (7). La localisation au niveau du col utérin est rare et représente 5% des localisations génitales (5, 8, 9). Le mode de contamination varie selon la littérature. Pour certains auteurs (5,7), la contamination est toujours secondaire et succède soit à une dissémination par voie hématogène à partir d'un foyer tuberculeux initial, soit à une contamination par voie lymphatique à partir des ganglions pelviens. De rares cas secondaires à une inoculation directe par contact vénérien ont été rapportés par Weinstein (10). Elle touche de façon prédominante la femme jeune entre 20 et 30 ans pleine activité génitale (11, 12) avec un bas niveau socio-économique, comme c'est le cas de notre observation. Les signes cliniques de la tuberculose génitale sont très variés et peu spécifiques, ce qui explique souvent le retard diagnostique. Les signes

cliniques les plus rapportés dans la littérature sont (5, 8, 14) : l'infertilité (44%), la douleur pelvienne (25%), le saignement vaginal (18%), l'aménorrhée (5%), la leucorrhée (4%). Le mode de révélation dans notre cas était le saignement vaginal provoqué, la douleur pelvienne, l'aménorrhée et la leucorrhée. Dans notre cas, l'aménorrhée secondaire pourrait probablement s'expliquer par une atteinte endométriale préalable suivie par une atteinte du col de l'utérus. La présence d'un saignement provoqué, d'une douleur pelvienne d'une leucorrhée associée à une tumeur du col de l'utérus, doit fait évoquer un cancer du col de l'utérus comme c'était le cas de notre patiente. C'est dire la place importante de la biopsie et de l'examen anatomopathologique dans le diagnostic positif et la prise en charge de toute lésion suspecte du col de l'utérus. Dans notre cas, la biopsie a été réalisée et l'examen anatomopathologique avait confirmé le diagnostic de tuberculose cervicale. La confirmation histologique de la tuberculose autorise la mise en route du traitement antituberculeux (1, 2). Dans notre cas, le résultat anatomopathologique nous a permis d'instaurer un traitement antituberculeux. Ce traitement a permis une régression rapide des signes avec guérison complète au bout de 3 mois.

CONCLUSION

La tuberculose cervicale, bien que rare, peut simuler en tout point un cancer du col de l'utérus. Notre observation nous rappelle l'importance de réaliser une biopsie avec examen anatomopathologique devant lésion suspecte du col de l'utérus, afin de redresser le diagnostic et éviter tout geste chirurgical invasif inadapté.

Conflits d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs : tous les auteurs ont contribué à la finalisation de ce manuscrit.

REFERENCES

1. **Taleb AL, Bouchetara K, Boutteville C.** La tuberculose génitale de la femme. *Encycl Méd Chir (Paris-France). Gynécologie.* 1989;490:7-13.
2. **Nebhani M, K Boumzgou, Brams S, Laghzaoui M, EL Attar H, Bouhya S, Aderdour M-A, Iraqi M.** Tuberculose pelvienne stimulant une tumeur ovarienne bilatérale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2004 ; 33(2) :145-47.
3. **Saadi H, Mamouni N, Errarhay S, Bouchikhi C, Banani A, Ammor H** et al. Tuberculose pelvi-péritonéale pseudo-tumorale : à propos de quatre cas. *PAMJ* 2012 ; 13(1) :52-65.
4. « Tuberculose [archive] », sur *who.int*,

Organisation mondiale de la santé, 7 novembre 2019 (consulté le 24 mars 2024).

5. Hammami B, Kammoun MF, Ghorbal H, et al. Tuberculose génitale de la femme dans le sud tunisien (à propos de 22 cas). La lettre du gynécologie. 2005; 306:

6. Akka L, Khalil H, CherifIdrissiGannouni N, Jalal H, Samlani Z, Fadil K, Krati K, Essadki O, Oushel A. Tuberculose ovarienne pseudotumorale à propos de quatre cas. L'imagerie de la femme. 2009; 19: 251-54.

7. Sharma JB. Current diagnosis and management of female genital tuberculosis. J Obs Gynecol India 2015;65(6):362-71.

8. Elbahraoui H, Elmazghi A, Bouziane H, et al. Postmenopausal tuberculous endometritis simulating endometrial cancer: report of a case. Pan Afr Med J. 2012;11:7.

9. Genet C, Ducroix-Roubertou S, Gondran G, et al. Post-menopausal endometrial tuberculosis. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2006 Feb;35(1):71-3.

10. Simon HB, Weinstein AJ, Pasternak MS,

Swartz MN, Kunz LJ. Genitourinary tuberculosis: clinical features in a general hospital population. Am J Med. 1977; 63(3):410-20.

11. Raesalama S, Mandeville K, Raherison R, Rakoto-Ratsimba H. Isolated ovarian tuberculosis mimicking ovarian carcinoma: case report and literature review. Afr J Infect Dis. 2011;5(1):7-10.

12. Sow O, Senghor F, Ndong A, Traoré A, William V, Sabounji MM, Ndiaye B, Gueye SMK. Un cas rare de tuberculose ovarienne isolée. Journal de la SAGO, 2020, Vol 21, n° 1, p55-7.

13. N'Dour MA, Sow M, Thiam I, Djiba B, Senghor F, Diagne N, Ndao AC, Pouye A. Case report : Tuberculose pseudo-tumorale du col de l'utérus. Pan African Medical Journal, 2019 ; 32 : 163-66.

14. Saygili U, Guclu S, Altunyurt S, Koyuncuoglu M, Onvural A. Primary endometrioid adenocarcinoma with coexisting endometrial tuberculosis: a case report. Journal of Reproductive Medicine. 2002;47(4):322-24.