



Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/11196
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/11196>



RESEARCH ARTICLE

TUBERCULOSE PELVI-PERITONEALE IMITANT UNE TUMEUR MALIGNNE DE L'OVAIRE: A PROPOS D'UN CAS

K. Benbrikia, C. Boukhriss, J. Drissi and Dr. Moussaoui

Service De Gynéco-Obstétrique, Hôpital militaire D'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 15 April 2020
Final Accepted: 18 May 2020
Published: June 2020

Key words:-

Tuberculose Pelvico-Péritonéale,
CA125, Ascite, Cancer Des Ovaires

Abstract

La tuberculose pelvi-péritonéale est une forme extra-pulmonaire rare dans laquelle les aspects cliniques et para cliniques peuvent imiter le cancer de l'ovaire avancé menant à une chirurgie abdominale et pelvienne extensive et injustifiée. Nous rapportons le cas d'une jeune fille marocaine âgée de 12 ans présentant une distension abdominale et une douleur vague. Des études d'imagerie ont révélé des masses ovariennes bilatérales et une ascite. Son niveau de CA125 était de 452 U / ml. la malignité ovarienne a été fortement suspectée. L'histologie de laparotomie diagnostique a révélé de nombreux granulomes avec des cellules épithélioïdes et géantes de Langhans. La fille a bien répondu au traitement antituberculeux avec une normalisation des niveaux de CA125[1,2].

Copy Right, IJAR, 2020.. All rights reserved.

Introduction:-

La tuberculose pelvi-péritonéale (PPT) est considérée comme une forme extrapulmonaire rare, mais en même temps, cette localisation est cinq ou six fois plus fréquente que dans n'importe quel autre organe. En raison de symptômes inhabituels, la PPT est souvent méconnue avant la chirurgie et diagnostiquée dans la population féminine comme étant un cancer de l'ovaire. Nous présentons une fillette atteinte de tuberculose pelvi-péritonéale qui a subi une laparotomie pour suspicion clinique, radiologique et biologique de malignité ovarienne avancée.

Observation:-

Unejeune fille marocaine de 12ans, sans antécédents pathologiques,qui se présente dans notre service poursurdistention abdominale et des douleurs pelvienne vagues apparues il y'a 2 mois.Al'examen, lapatienteest apyrétique, pas d'oedème ni d'ictère,l'examen physiquetrouve une masse abdomino-Pelviennavec une matité à la percussion,la rate et le foie n'étaient pas palpables.Al'echographie :2 masseskystiques hétérogènes, a paroi épaisseoccupaient les2 ovaires faisant85/71 et 75/61 mm, l'utérus était normal avec présence d'uneAscitepéritonéale de moyenne abondance, il n'y avaitpas d'adénopathiesAbdominalesou pelviennes; le scanner thoracique ne montrait pas delésions du parenchyme pulmonaire et le testcutané à la tuberculineétaitnégatif. Les examens biologiques ont objectifé unehyperleucocytose a 15000/ml, uneCRP a 45mg/l et un taux sérique de CA125 a 452UI/ml.Uncancer de l'ovaireAvancéa été suspectésans exclure une tuberculoseabdomino-pelvienne.

Une laparotomie exploratrice a visée diagnostique et thérapeutique aété réaliséeObjectivantune masse pelvienne hémorragique sansplan de clivage adhérente àl'omentum, l'intestin et l'utérus nageantdans une ascite de couleur jaunatre.

Corresponding Author:- K. Benbrikia

Address:- Service de gynéco-obstétrique, Hôpitalmilitaired'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

Des biopsies ont été réalisées, l'histologie est revenue en faveur de granulome à cellules épithélioïdes et géantes de Langhans, l'examen cytologique du liquide d'ascite n'a pas révélé la présence de cellule tumorale.

Le diagnostic de tuberculose pelvopéritonéale a été retenu et la patiente a été mise sous traitement anti-tuberculeux pendant 6 mois avec une bonne réponse.

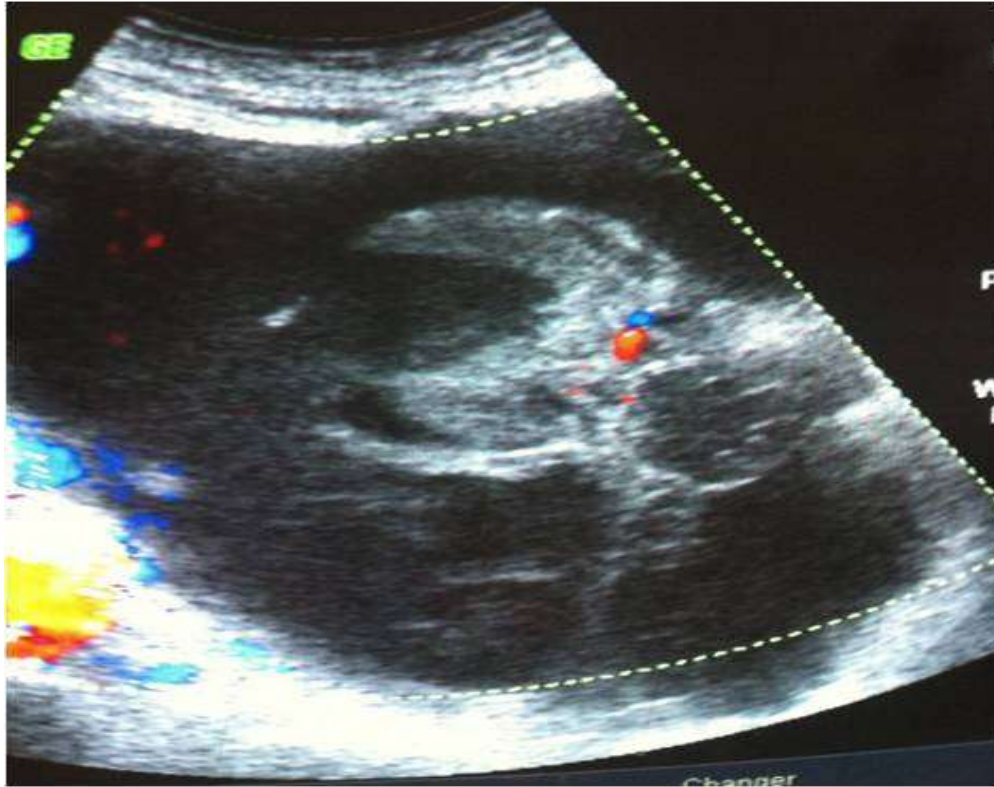


Figure 1:- Échographie transabdominale objectivant une lésion kystique ovarienne droite multiloculaire sans composante vasculaire démontrable nageant dans un épanchement péritonéal moyen.

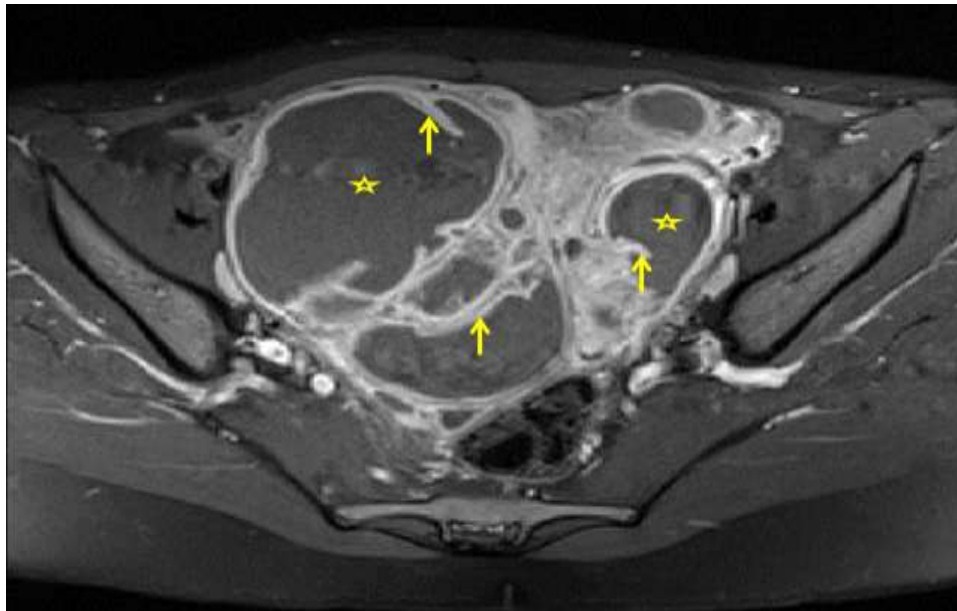


Figure 2:- Scanner du bassin révélant deux masses kystiques multiloculaires avec paroi épaisse et des cloisons.

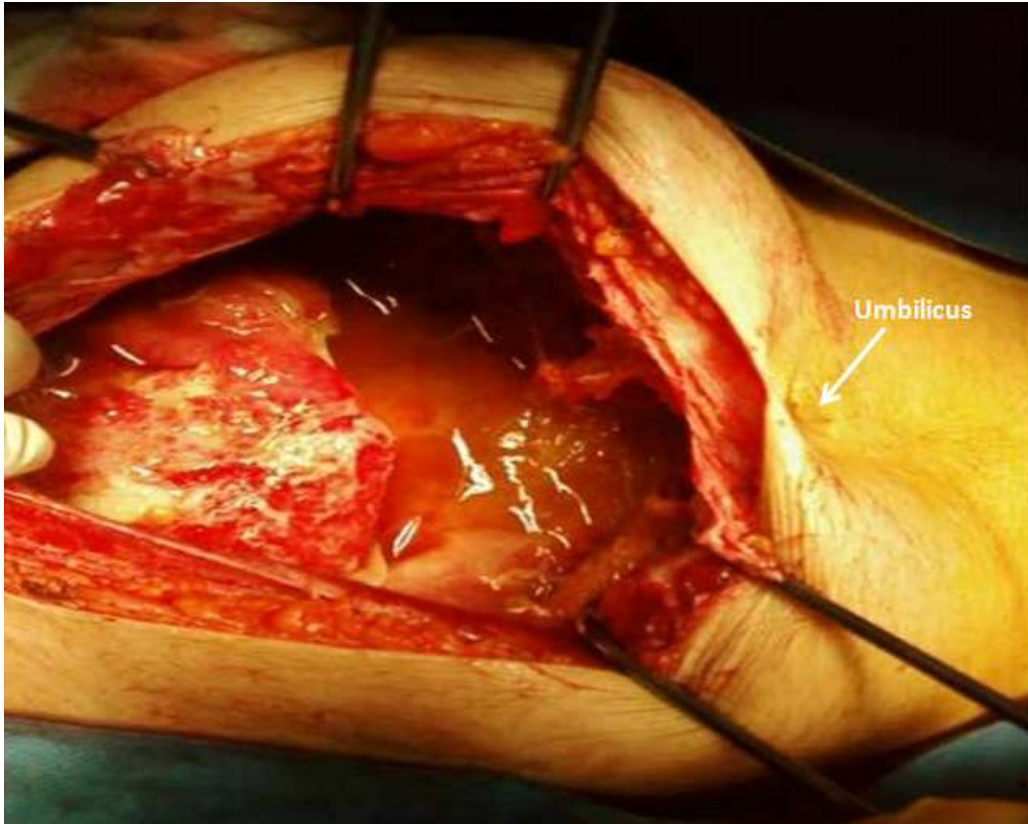


Figure 3:- Vue peropératoire montrant une masse hémorragique pelvienne et un épanchement péritonéal jaunâtre.

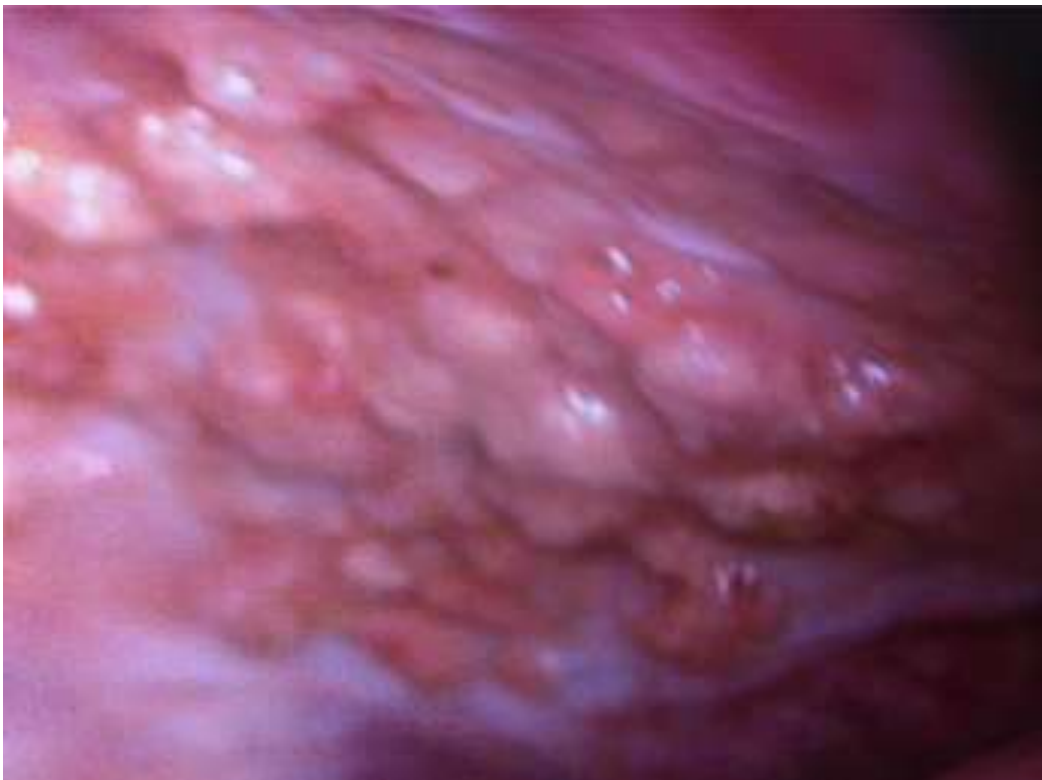


Figure 4:- Plusieurs petits nodules disséminés sur la surface péritonéale.

Discussion:-

La forme tumorale de la tuberculose génitale représente 15% de l'ensemble des localisations pelviennes de la tuberculose. Elle peut toucher toutes les femmes avec une prédominance chez les jeunes femmes entre 20 et 30 ans [3, 4].

L'agent pathogène est principalement le *Mycobacterium tuberculosis* ou le bacille de Koch secondairement le *Mycobacterium bovis*. Il s'agit d'un bacille acido-alcool-résistant à croissance lente (temps de dédoublement est de 15 à 20 heures), ce qui explique l'évolution lente de la maladie [5]. L'atteinte urogénitale peut être contemporaine ou à distance de la primo-infection tuberculeuse. Sa localisation pelvienne se fait essentiellement par voie hématogène [6].

Sur le plan clinique, la symptomatologie est très variée et peu spécifique pouvant orienter à tort vers une tumeur maligne de l'ovaire. En effet, les douleurs pelviennes, les masses pelviennes, l'ascite et l'amaigrissement peuvent être présents dans les deux pathologies. La recherche d'autres signes à type de: troubles menstruels (dysménorrhées, aménorrhée), troubles digestifs, des signes urinaires qui sont inconstants.

Par ailleurs, une infertilité peut être révélatrice dans 5 à 10% [7]. Une association avec d'autres localisations notamment pulmonaire ou digestive est à rechercher, mais leur absence est constatée dans 30 à 50% des cas [8].

Sur le plan radiologique, les données de l'échographie, du scanner et de l'imagerie par résonance magnétique ne sont pas spécifiques. La présence d'une masse pelvienne hétérogène à double composante, associé à une ascite, à un épaissement et rehaussement péritonéal est en faveur d'une tumeur ovarienne avec carcinose péritonéale. Parfois on peut avoir un aspect d'hydrosalpinx bilatéral avec un ovaire augmenté de taille associé à une ascite. La lésion peut infiltrer la graisse de voisinage voire même l'envahir avec fistulisation aux organes voisins notamment le rectum [9].

L'augmentation du taux du marqueur CA 125 est retrouvée dans 80% des cancers ovariens. Néanmoins son taux peut être élevé dans des conditions normales (menstruation, grossesse) ou au cours des affections inflammatoires chroniques (tuberculose). Par conséquent, son dosage n'est pas un élément déterminant pour différencier une tuberculose pelvienne des cancers ovariens. Par contre, sa valeur réside surtout pour la surveillance des patientes sous antibacillaire [8].

L'exploration chirurgicale s'impose devant la forte suspicion d'une tumeur maligne. La voie d'abord peut être soit une laparotomie ou une laparoscopie. Cette dernière pose le diagnostic dans 97% des cas [10].

Les biopsies transvaginales ou transabdominales échoguidées peuvent être proposées devant la forte suspicion de tuberculose [9, 11].

L'étude histologique de la biopsie ou de la pièce opératoire montrant une lésion granulomateuse géantocellulaire avec une nécrose caséuse spécifique du bacille de Koch pose le diagnostic de la tuberculose. L'étude bactériologique du liquide d'ascite est rarement positive [12].

Outre le cancer ovarien, il existe d'autres agents infectieux qui peuvent induire le même tableau clinique que la tuberculose ovarienne comme le *Streptococcus milleri*, les actinomycines ou les autres mycobactéries [4].

Le traitement de la tuberculose pelvienne est essentiellement médical. L'Organisation Mondiale de la Santé et l'American Thoracic Society recommandent un traitement pendant 6 mois reparté en une quadrithérapie intensif (isoniazide, rifampicine, Ethambutol, pyrazinamide) pendant deux mois, puis un traitement d'entretien pendant 4 mois par une bithérapie quotidienne (isoniazide, rifampicine) [13].

La chirurgie est indiquée en cas de masse compressive ou fistulisée pour mettre à plat les cavités caséifiées [9]. Le pronostic de la tuberculose pelvienne est lié à l'infertilité des femmes jeunes. Le risque de l'infertilité tubo-ovarienne est estimé à 39% [8].

Conclusion:-

La tuberculose pelvipéritonéale pseudo-tumorale est une pathologie infectieuse rare et curable. Sa symptomatologie clinique, radiologique et biologique simule une tumeur ovarienne maligne. Le pronostic est lié à l'infertilité tubo-ovarienne. Lorsqu'une fille présente une masse abdomino-pelvienne, une ascite et des taux élevés de CA-125, on soupçonne généralement une tumeur maligne de l'ovaire. Cependant, la tuberculose pelvienne doit toujours être prise en compte dans le diagnostic différentiel, en particulier dans les zones d'endémie.

Références:-

1. Hablani N, SoueiMhiri M, TliliGraies K, JemmGharbi H, Abdellah S, Bel Hadj Hamida RC. La tuberculose abdominale pseudo-tumorale A propos de quatre observations. *J Radiol.* 2005;86:1021–5. [PubMed] [Google Scholar]
2. Nistal de Paz F, Herrero Fernandez B, Perez Simon R, Fernandez Perez E, Nistal de Paz C, OrtolIbattel P, et al. Pelvic-peritoneal tuberculosis simulating ovarian carcinoma. *Am j Gastroenterol.* 1996;91:1660–1. [PubMed] [Google Scholar]
3. Panoskaltis TA, Moore DA, Haidopoulos DA, Mcindoe AG. Tuberculosis peritonitis: part of the differential diagnosis in ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:740–2. [PubMed] [Google Scholar]
4. Kim SH, Yang DM, Kim KA. Unusual cancer of tubo-ovarian abscess: CT and MR imaging findings. *Radiographics.* 2004;24:1575–89. [PubMed] [Google Scholar]
5. Yates MD, Grange JM. Incidence and nature of human tuberculosis due to bovine tubercle bacilli in South East England 1977-1987. *Epidemiol Infect.* 1988;101:225–9. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]
6. Koutlidis N, Fillion A, Michel F. Tuberculose urogénitale. *EMC urologie.* 2009 18-078-A-10. [Google Scholar]
7. Namavarjahromi B, Parsanezhad ME, Ghane-Shirazi R. Female genital tuberculosis and infertility. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 Dec;75(3):269–72. [PubMed] [Google Scholar]
8. Adsuar N, Blanchette H, Hilchesky E. Tuberculosis peritonitis mimicking ovarian cancer in a 20-year-old woman a case report. *J Reprod Med.* 2004;49:52–4. [PubMed] [Google Scholar]
9. Akka L, Khalil H, CherifIdrissiGannouni N, Jalal H, Samlani Z, Fadil K, Krati K, Essadki O, Oushel A. Tuberculose ovarienne pseudo-tumorale à propos de quatre cas. *L'imagerie de la femme.* 2009;19:251–254. [Google Scholar]
10. Volpi E, Calgari M, Ferrero A, Vigano L. Genital and peritoneal tuberculosis: potential role of laparoscopy in diagnosis and management. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004;11:269–72. [PubMed] [Google Scholar]
11. Sheth SS. Elevated CA 125 in advanced abdominal or pelvic tuberculosis. *Int J Gynaecol Obstet.* 1996;52:167–71. [PubMed] [Google Scholar]
12. Nebhani M, Boumzgou K, 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 Apr;33(2):145–7. [PubMed] [Google Scholar]
13. Blumerg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Frideman LN, et al. American Thoracic Society / Center for Diseases Control and Prevention / Infections Diseases Society of American: traitement of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003;167:603–62. [PubMed] [Google Scholar].