

TUBERCULOSE ENDOMÉTRIALE POST MÉNOPAUSIQUE SIMULANT UN CANCER DE L'ENDOMÈTRE

I. YAO, A.S. DIALLO, Z. COULIBALY, L. DIA, C. SAKI, M. MENIN, G. OKON, M. OYELADE, S. KUME, F. TIJANI, G. PODIOGO, E. BOHOUSOU

RESUME

La tuberculose est une affection chronique fréquente dans les pays en développement notamment en Afrique subsaharienne. La tuberculose pulmonaire bacillaire est la forme la plus courante, tandis que la tuberculose génitale féminine demeure rare et le plus souvent caractérisée par des formes pauci symptomatiques ou latentes. Elle doit cependant être évoquée devant des leucorrhées chroniques récidivantes associées à des métrorragies en période de ménopause. Nous rapportons un cas rare d'endométrite tuberculeuse chez une patiente de 54 ans admise pour des métrorragies post-ménopausiques. L'examen gynécologique a mis en évidence un utérus augmenté de taille, siège de saignements d'origine endo-utérine, avec un col utérin et des parois vaginales d'aspect macroscopiquement sain. L'IRM pelvienne a objectivé une lésion tumorale endométriale d'allure maligne, classée IA selon la FIGO, évoquant fortement un cancer de l'endomètre. L'examen anatomopathologique des prélèvements issus du curetage endométrial a permis de redresser le diagnostic en mettant en évidence une endométrite tuberculeuse, sans signe histologique de malignité. L'évolution a été favorable sous traitement anti tuberculeux.

Mots-clés : Tuberculose ; Endomètre ; Métrorragies ; Ménopause.

SUMMARY

Postmenopausal endometrial tuberculosis mimicking endometrial cancer

Tuberculosis is a common chronic disease in developing countries, particularly in sub-Saharan Africa. Pulmonary tuberculosis is the most common form, while genital tuberculosis in women is rare and is characterized by latent forms. It should be considered in the presence of recurrent chronic leucorrhoea associated with menorrhagia during menopause. We report a rare case of tuberculous endometritis. This is a 54-year-old patient who consulted for postmenopausal menorrhagia. Gynecological examination revealed an enlarged uterus with intra-uterine bleeding and a healthy appearance of the uterine cervix and vaginal walls.

Pelvic MRI showed a malignant-looking endometrial tumor classified as FIGO IA, strongly suggestive of endometrial cancer. The histopathological examination of endometrial curettage specimens had corrected the diagnosis by revealing tuberculous endometritis. There were no histological signs of malignancy. The evolution was favorable under anti-tuberculosis treatment.

Keywords: Tuberculosis; Endometrium; Metrorrhagia; Menopause.

INTRODUCTION

La tuberculose constitue encore un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Rare dans les pays industrialisés, elle demeure endémique dans les pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne. La localisation pulmonaire est la plus fréquente. Les formes extra-pulmonaires représentent une proportion non négligeable des cas, parmi lesquelles La tuberculose génitale féminine, estimée à 6-10% des localisations extra-pulmonaires [1]. La tuberculose endométriale est une entité encore plus rare et probablement sous diagnostiquée, du fait de son caractère souvent paucisymptomatique et de la difficulté diagnostique [2].

Nous rapportons ICI un cas rare d'endométrite tuberculeuse survenant chez une femme ménopausée de 54 ans, chez laquelle les données cliniques et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne orientaient fortement vers un cancer de l'endomètre.

I. OBSERVATION

Madame B.B., âgée de 54 ans, G5P5, ménopausée depuis 05 ans, sans antécédents médicaux particuliers et de niveau socio-économique moyen, a consulté pour des métrorragies post-ménopausiques. Six mois avant le diagnostic, la patiente rapportait la survenue de leucorrhées purulentes abondantes et persistantes, pour lesquelles elle avait bénéficié

Tirés à part : DIALLO Abdoulaye Sadio, Maître-Assistant - Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Treichville. Email : dialloabsad01@gmail.com – 01BP V 03 Abidjan 01 (Cote d'Ivoire) - Tel : 002250708587155.

YAO I., DIALLO A.S., COULIBALY Z., DIA L., SAKI C., MENIN M., OKON G., OYELADE M., KUME S., TIJANI F., PODIOGO G., BOHOUSOU E. Tuberculose endométriale post ménopausique simulant un cancer de l'endomètre. Journal de la SAGO, vol.27, n°1, P 63-65.

de plusieurs consultations et de traitements non spécifiques, sans amélioration notable. Elle ne rapportait ni fièvre ni amaigrissement.

Dans ce contexte, sont apparues des métrorragies spontanées, volontiers récidivantes, associées à des hydorrhées. L'examen général retrouvait une patiente en bon état général, apyrétique, avec des constantes hémodynamiques normales. L'examen abdominal et pelvien montrait un abdomen souple et indolore, sans masse pelvienne palpable. À l'examen au speculum, le col utérin et les parois vaginales étaient macroscopiquement sains. On observait toutefois des saignements d'aspect menstruel associés à un écoulement purulent non fétide d'origine endométrine.

Le toucher vaginal révélait un utérus augmenté de volume, correspondant à une taille d'environ dix semaines d'aménorrhée, avec des culs-de-sac latéraux et de Douglas libre.

Une IRM pelvienne a mis en évidence une lésion endométriale d'allure maligne, classée IA selon la FIGO, faisant fortement suspecter un cancer de l'endomètre. Un curetage biopsique endométrial a été réalisé, ramenant un écoulement purulent abondant contenant des substances granuleuses blanchâtres et friables. Le geste était peu hémorragique, renforçant l'hypothèse initiale d'un cancer de l'endomètre surinfecté.

L'examen histologique a mis en évidence des granulomes constitués de follicules épithélio-giganto-cellulaires associés à une nécrose caséuse, en faveur d'une tuberculose caséo-folliculaire évolutive, sans aucun signe histologique de malignité.

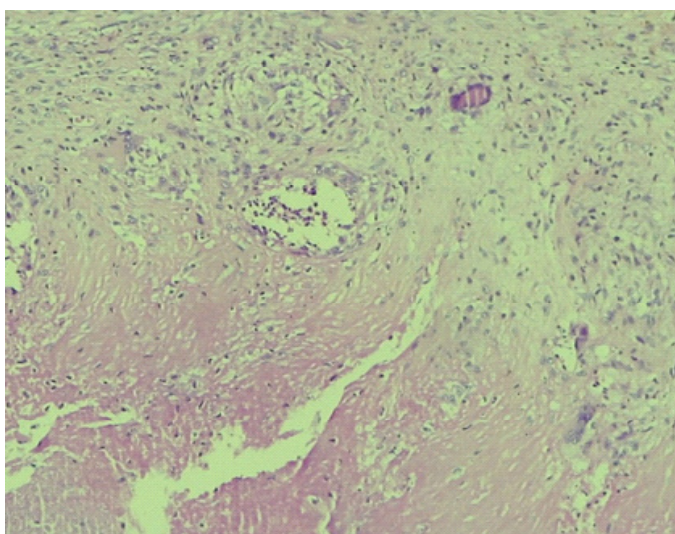


Figure 1 : Image histologique de follicules épithélio-giganto-cellulaires associés à une nécrose caséuse

L'examen direct après coloration de Ziehl-Neelsen du tissu endométrial a mis en évidence des bacilles acido-alcool-résistant (BAAR). La culture en milieu spécifique de Lowenstein-Jensen a confirmé l'infection à *Mycobacterium tuberculosis*. Une radiographie thoracique réalisée secondairement était sans particularité.

La patiente a été mise sous traitement antituberculeux associant rifampicine, Isoniazide, pyrazinamide et éthambutol pendant deux mois, relayé par une bithérapie Isoniazide et Rifampicine pendant quatre mois. L'évolution clinique a été favorable, avec disparition complète des signes fonctionnels. L'IRM pelvienne de contrôle réalisée après un mois de traitement était normale.

II. DISCUSSION

La prévalence de la tuberculose génitale n'est pas connue dans notre pays ni dans de nombreux pays africains, en raison de son caractère souvent latent et asymptomatique. La forme génitale de cette affection demeure sous-estimée et peu citée, cette situation expliquant le caractère généralement difficile et tardif du diagnostic [3]. Cette forme représente 7 à 15% de toutes les autres localisations en Inde. Il s'agit d'une localisation secondaire faisant généralement suite à la tuberculose primitive pulmonaire ou extra pulmonaire [4,5]. Malgré la rareté de cette forme clinique, on retrouve quelques cas décrits majoritairement dans les pays non-industrialisés. Le diagnostic de la tuberculose génitale est difficile. Il doit faire appel à un interrogatoire bien conduit à la recherche de notions de contagio tuberculeux et aussi à des techniques d'imagerie, des examens biologiques et histologiques.

La tuberculose endométriale est retrouvée plus fréquemment chez la femme jeune, en période d'activité génitale [6, 7] et elle est souvent associée à une salpingite tuberculeuse caractérisée par des douleurs pelviennes chroniques [8,9].

Les formes déclarées en péri ou post ménopause sont rares. Elles représentent 1% des formes génitales [8]. Les métrorragies post ménopausiques font habituellement penser à un cancer de l'endomètre. C'est le cas chez notre patiente qui était ménopausée au moment du diagnostic et qui présentait des saignements associés à des leucorrhées purulentes. Chau [7] et Houda [10] ont publié également des cas similaires.

Le diagnostic d'endométrite tuberculeuse chez la femme ménopausée est souvent difficile car dès le début des symptômes, on pense déjà au cancer de l'endomètre et à juste titre d'ailleurs.

Le diagnostic de certitude est apporté par la mise en évidence du *Mycobacterium tuberculosis* à l'examen direct au microscope ou après la mise en culture du matériel de prélèvement. Le diagnostic peut être obtenu par analyse anatomopathologique du matériel de curetage biopsique endométrial [8,11]. Dans notre cas le diagnostic était histologique.

Le traitement de la tuberculose génitale féminine est avant tout médical, associant un traitement antituberculeux à base de quatre molécules (isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol) pendant deux mois, poursuivi par l'association Isoniazide et Rifampicine pour une durée de quatre mois. La durée totale du traitement étant de six mois pour les formes sans résistance. La surveillance clinique et paraclinique s'effectue régulièrement tout au long du traitement [12,13].

Le traitement chirurgical de la forme génitale est possible en cas de persistance de la symptomatologie après un traitement médical bien conduit [10].

Notre patiente a été déclarée guérie après six mois de traitement. Après trois mois de traitement, on avait déjà noté une bonne évolution clinique avec un tarissement des leucorrhées et des saignements. Nous n'avons pas eu besoin d'un traitement chirurgical.

CONCLUSION

La tuberculose endométriale est rare dans notre contexte, surtout en période de ménopause. En zone d'endémie tuberculose, il faut savoir y penser chez une patiente qui présente des leucorrhées purulentes trainantes et ne cédant pas à un traitement bien conduit.

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

REFERENCES

1. **Taleb AL, Bouchetara K, Boutteville C.** La tuberculose génitale de la femme. Encycl Méd Chir. Gynécologie. Paris : Elsevier ; 1989 :490-A-10 .
2. **Ravelosoa E, Randrianantoanina F, Rakotosalama D, Andrianampanalinarivo R, Rakotomalala C, Rasolofondraibe A et al.** La tuberculose génitale chez la femme: à propos de 11 cas suivis à Antananarivo, Madagascar. Bull Soc Pathol Exot. 2007;100(1):30-1.
3. **Blanc, Louis bertrand :** A propos de la tuberculose génitale féminine d'aujourd'hui. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Journal de Médecine de Lyon. 1967; 48: 915-27
4. **Meenu S, Ramalingam S, Sairam T, Appinabhavi A, Panicker S, Oommen S et al.** Comparison of Polymerase Chain Reaction (PCR), Microbiological and Histopathological Observations in the Diagnosis of Endometrial Tuberculosis. J Obstet Gynaecol India. 2020 Dec;70(6):510-15.
5. **Grace GA, Devaleenal DB, Natrajan M.** Genital tuberculosis in females. Indian J Med Res. 2017;145(4):425–36.
6. **Hammami B, Kammoun MF, Ghorbal H, Trabelsi H.** Tuberculose génitale de la femme dans le sud tunisien (à propos de 22 cas). La lettre du gynécologue. 2005;13.
7. **Chau Nguyen.** Tuberculose endométriale. J Obstet Gynaecol Can. 2006;28(9):762.
8. **Mettahri Anass, Amina Ousti, Taheri Hafsa, Saadi Hanane, Mimouni Ahmed.** Endometrial tuberculosis revealed by post-menopausal metrorrhagia reportcase Int. J. Adv. Res. 10(04), 585-88.
9. **Kemel Gungorduk, Volkan Ulker, Ahmet Sahbaz, Cemal Ark, Ali Ismet Terkirdag.** Postmenopausal Tuberculosis Endometritis. Infect Dis Obstet Gynecol. 2007;27028:3.
10. **Houda E, Abderrahman E, Hanane B, Adil E, Amina L, Driss F.** Endomérite tuberculeuse post-ménopausique simulant un cancer de l'endomètre: à propos d'un cas. Pan African Medical Journal. 2012;11:7.
11. **Kamilia L, Fatima Z, Sofia J, Hakima B, Moulay A.** Endomérite tuberculeuse: à propos d'un cas et revue de la littérature. Pan African Médical Journal. 2013;16:94.
12. **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.
13. **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.