

Tuberculose mammaire: Difficultés diagnostic, A propos d'une observation

K. Belkharoubi, O.Boualga, B.Khelil, R.Graichi, Y. Ikkache, F. Mohamed Brahim
Service de Chirurgie Générale et Cancérologie « Ait-Idir-Ali » Centre Hospitalier et Universitaire ORAN ALGERIE

INTRODUCTION :

la tuberculose mammaire est une localisation très rare, son incidence varie entre 0,025 % à 4,5 % de toutes les affections tumorales du sein (3). sa fréquence est certes plus grande dans les pays d'endémie tuberculeuse, ce qui explique le nombre de cas rapportés en Afrique (1, 11), à Hong Kong ou en Inde (2). elle est plus rare dans les pays à haut développement économique. Les examens para cliniques reposent sur la mammographie, l'échographie mammaire, l'examen anatomopathologique et l'IRM. Sur le plan biologique la vitesse de sédimentation est souvent accélérée, le test cutané à la tuberculine n'a pas de valeur directe et c'est la preuve bactériologique ++++ par la mise en évidence du BK (à l'examen direct ou à la culture) sur le produit de cytoponction qui permet de poser le diagnostic de certitude. la coexistence de cancer du sein et de tuberculose mammaire est très rare. nous présentons le cas d'une femme de 44 ans opérée pour un cancer du sein chez qui la tuberculose mammaire coexistait avec le cancer, de découverte sur pièce de mastectomie adressée à l'anatomopathologiste

OBSERVATION :

Madame B.F., âgée de 44 ans, sans profession, mariée et mère de 5 enfants sans antécédents particuliers, a été admise pour tumeur du sein droit, siégeant au niveau du quadrant inféro-externe associé à un écoulement mamelonnaire séreux. Une mammographie et une échographie objectivent une tumeur suspecte de malignité, la cytologie de l'écoulement mamelonnaire était inflammatoire, la cytoponction de la tumeur retrouve des cellules carcinomateuses. La tumeur a été classée cliniquement T2 N1 M0. Le bilan d'extension : téléthorax et échographie abdomino-pelvienne étaient sans particularité. La patiente a été opérée, il a été réalisé une mastectomie avec un curage axillaire (Patey). Les suites opératoires sont simples et la sortie se fait au deuxième jour postopératoire. Les résultats anatomopathologiques étaient en faveur d'un carcinome canalaire infiltrant de grade II de Scarff et Bloom associé à une tuberculose mammaire (présences de cellules géantes de Langhans). Les récepteurs hormonaux (œstrogène et progestérone) étaient positifs à 60%, HER2 : score 0. Une enquête approfondie n'a révélé aucun signe de tuberculose primaire ailleurs. La patiente est confiée au service d'oncologie pour traitements adjuvants.



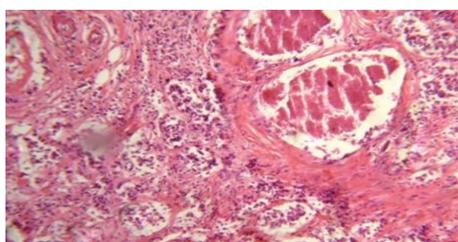
Sein nodulaire avec ulcération



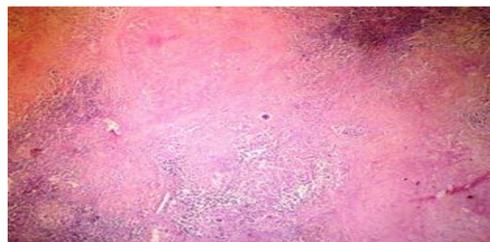
Mastite inflammatoire du sein gauche simulant une maladie de Paget



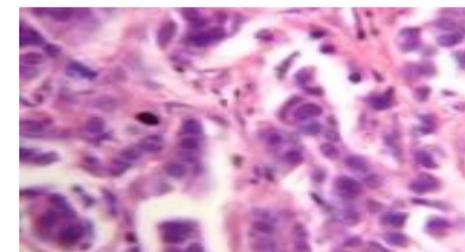
Lésions eczématiforme du sein gauche



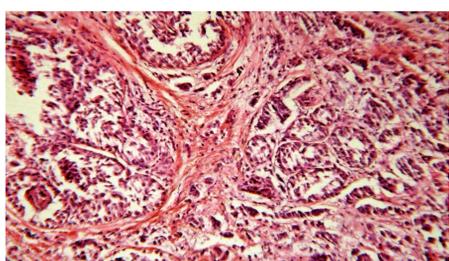
Tumeur +TBC



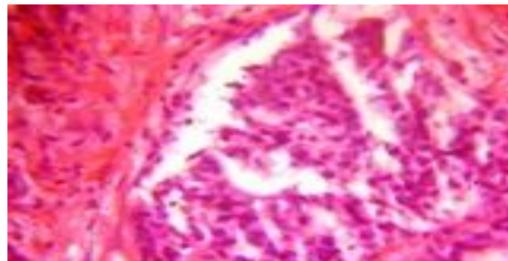
Nécrose caséuse fort grossissement



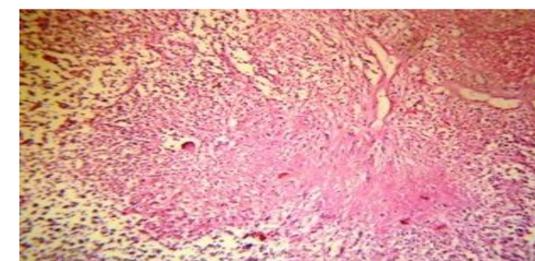
Carcinome fort grossissement



Zone tumorale



carcinome



Nécrose caséuse + cellules géantes

CONCLUSION :

La tuberculose mammaire est rare, atteignant essentiellement les femmes jeunes en période d'activité génitale. La contamination mammaire est souvent secondaire, par voie lymphatique et plus rarement par contiguïté ou par voie hématogène, l'atteinte primaire étant exceptionnelle. Sur le plan clinique, la forme diffuse est la moins fréquente, la forme scléreuse est l'apanage des personnes âgées et la forme nodulaire présentée par nos deux patientes, est la plus rencontrée. Son diagnostic est rendu difficile par la multiplicité et la non spécificité de ses aspects cliniques et radiologiques .

La confirmation de l'origine tuberculeuse se base sur l'isolement du BK ou sur l'histologie. L'absence de nécrose caséuse à la biopsie doit faire discuter les autres granulomatoses du sein. Elle doit être distinguée des autres pathologies mammaires et surtout des cancers étant donné les ressemblances cliniques et radiologiques. A défaut d'une certitude bactériologique, l'histologie présente un intérêt diagnostique essentiel. L'évolution est généralement favorable sous traitement anti bacillaire associé ou non à la chirurgie, et il n'existe aucune notion d'antécédent ni de contagio tuberculeux évidents.

BIBLIOGRAPHIE :

- Miller .RE;Salomon .PF;West.JP,The coexistence of carcinoma and tuberculosis of the breast and axillary lymph nodes,surg 1971
O'Reillym;Patel.KR;Cummins.R,Tuberculosis of the breast presenting as carcinoma mil Med 2000
Kakkar.berculoS;Kapila.K;Singh.MK;Verma.K,Tuberculosis of the breast a cytomorphologic study.Acta cytol 2000.