

Introduction

Avec 280500 femmes diagnostiquées en 2008 selon l'InVs en France, le cancer du sein est une maladie à forte prévalence. En parallèle, en 2015 en France métropolitaine, selon une étude de santé publique France, 4741 tuberculose ont été diagnostiquées. Un séjour dans un pays de forte endémie de tuberculose (Afrique, Europe de l'est...) est un des facteurs de risque principal de développer une tuberculose maladie.

Nous rapportons le cas d'une patiente née en France ayant séjourné 2 ans en Côte d'Ivoire présentant de découverte concomitante une tuberculose ganglionnaire et un cancer du sein localisé.

Description du cas

Une patiente de 82 ans, est adressée dans notre centre anti-cancéreux pour bilan et prise en charge d'une masse mammaire gauche, sous kardegic du fait d'une cardiopathie hypertensive et coronarienne et ayant vécu 2 ans en Côte d'Ivoire.

La patiente a bénéficié d'une échographie mammaire avec biopsie d'une adénopathie sus-claviculaire gauche de 14mm et une biopsie mammaire. La biopsie mammaire confirme le diagnostic de carcinome canalaire infiltrant du sein gauche HER2 +++, mais la biopsie de l'adénopathie sus-claviculaire met en évidence une lymphadénite granulomateuse épithélioïde et giganto-cellulaire.

Un PET-scan est réalisé mettant en évidence une hyperfixation de l'adénopathie sus-claviculaire gauche (SUV=4,4). La patiente est strictement asymptomatique par ailleurs, notamment sur le plan pulmonaire. Le TEP-scan est relu avec les radiologues et ne montre aucune lésion en faveur d'une tuberculose latente ou évolutive au niveau pulmonaire.

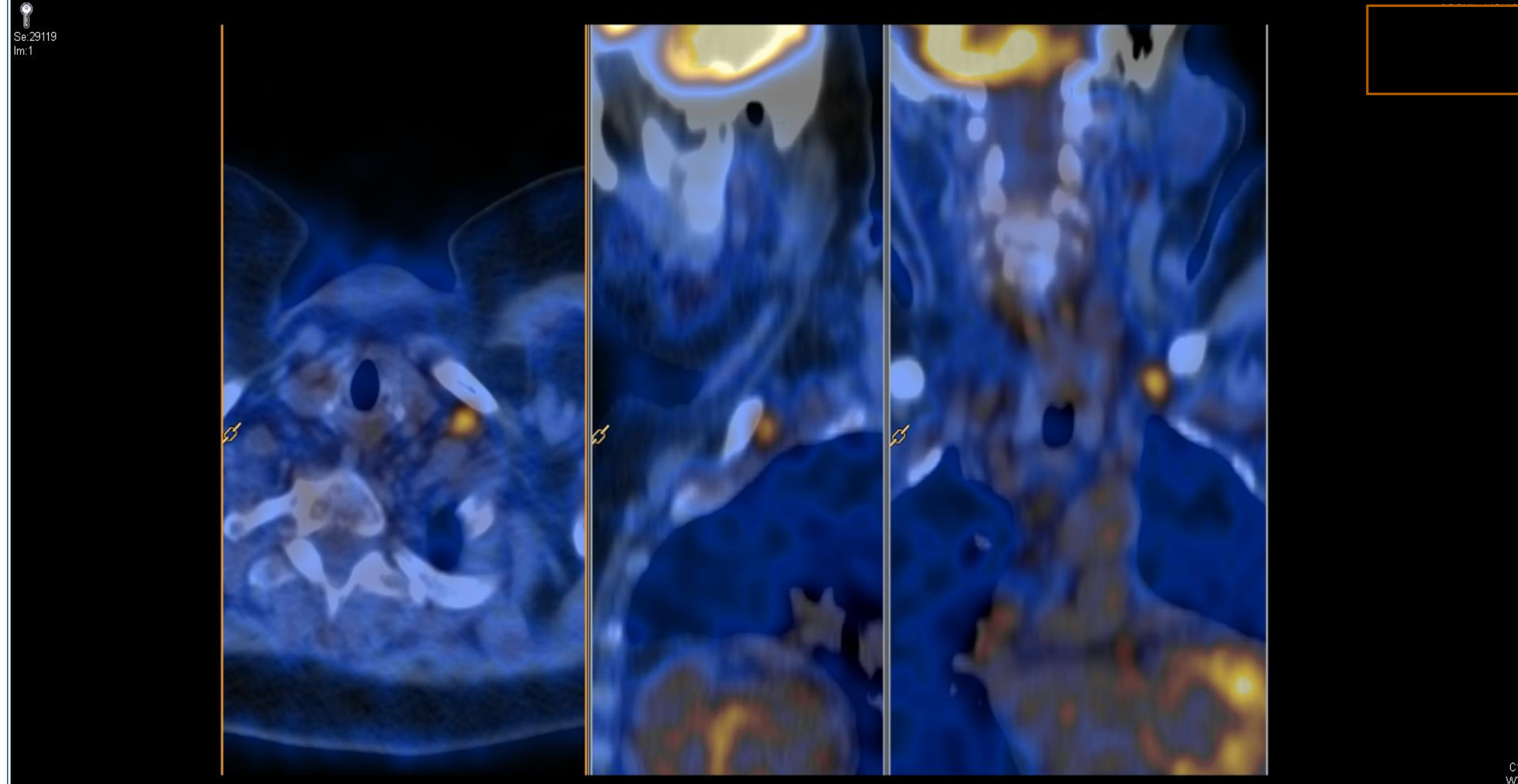
Des BK crachats sont réalisés négatifs, le quantiféron revient positif faible. Une nouvelle biopsie est organisée, avec PCR BK et toxoplasmose négatives sur le ganglion, sérologie toxoplasmose positive ancienne, sérologies tularémie et bartonella négatives. Une quadrithérapie anti-tuberculeuse est alors débutée en attendant les résultats de la culture du ganglion, la patiente est opérée pour son cancer du sein (segmentectomie + curage ganglionnaire axillaire), et débute son traitement par chimiothérapie (taxol®-herceptine®) 3 semaines après le début de la quadrithérapie anti-tuberculeuse après avoir vérifié l'absence d'interactions médicamenteuses. La culture de la biopsie ganglionnaire revient positive à mycobactérium tuberculosis sensible.

Au cours de la surveillance disparition rapide de l'adénopathie sus-claviculaire au bout d'un mois de traitement.

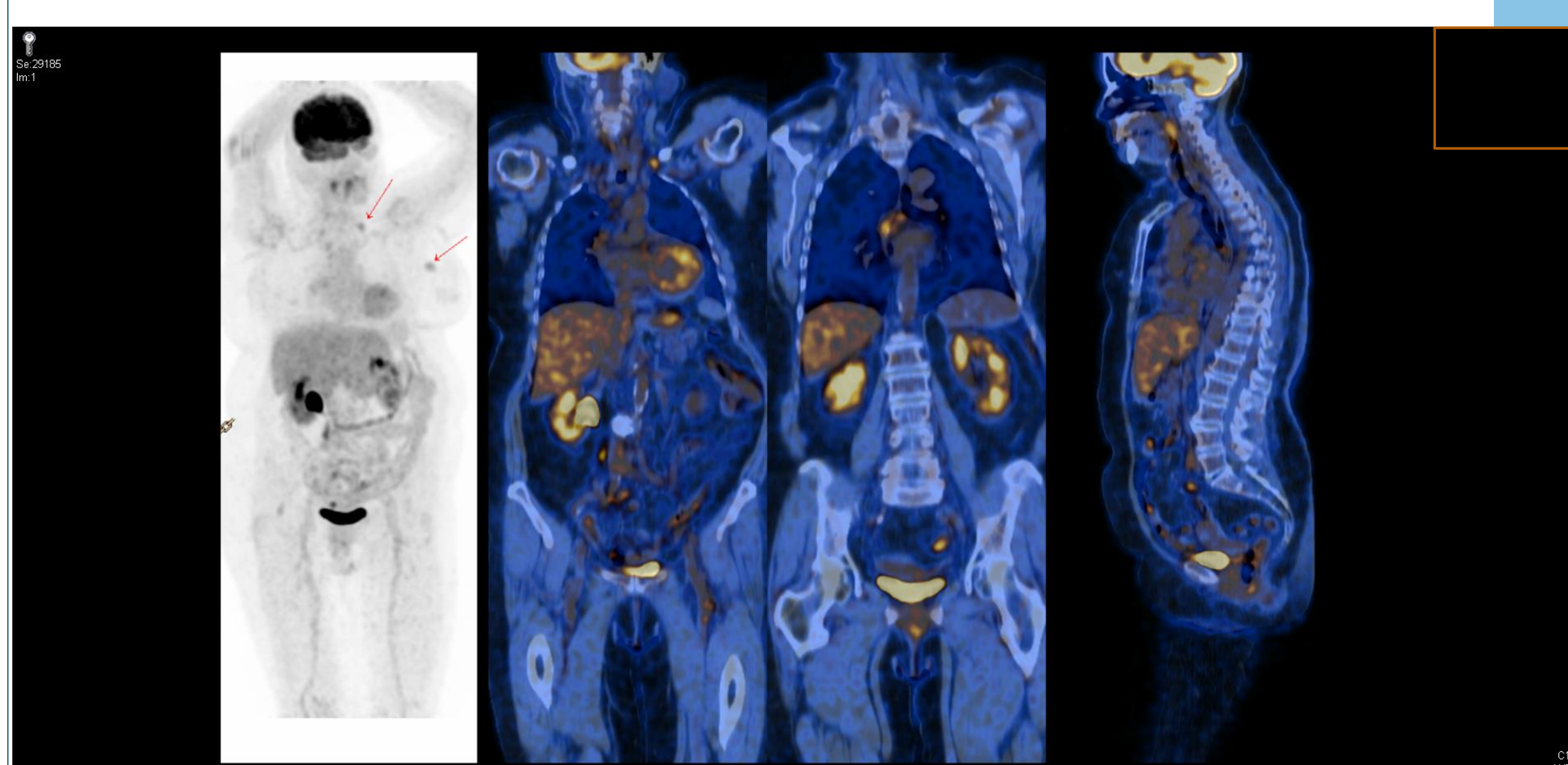
Au cours des 6 mois de traitement réalisés pour la tuberculose ganglionnaire, suivi mensuel clinique et biologique (tous les 15 jours le premier mois), aucune complication, interaction médicamenteuse n'a été mise en évidence tant sur le plan clinique que biologique (hépatique, rénal).

La patiente a bénéficié de 3 cycles de taxol® hebdomadaire + herceptin® mensuel avec ensuite poursuite de l'herceptin® pour au total 18 cycles. La quadrithérapie anti-tuberculeuse a pu être poursuivie sans complications (biologique, clinique, ophtalmologique) pour une durée de 2 mois puis le traitement a été poursuivi par rifinah pendant 4 mois soit une durée total de 6 mois.

Adénopathie sus-claviculaire au TEP scanner



Adénopathie sus-claviculaire et lésion mammaire au TEP scanner



Conclusion

Un **interrogatoire à la recherche de facteur de risque de tuberculose** est indispensable avant le début d'une chimiothérapie pour tumeur solide, et en cas de facteur de risque décelé (ATCD personnel ou familial de tuberculose, séjour prolongé en zone de forte endémie,...) il convient de réaliser au minimum un **quantiféron et une imagerie pulmonaire** afin de ne pas méconnaître une tuberculose latente qui pourrait se réactiver sous chimiothérapie, ou une tuberculose maladie qu'il conviendra de traiter.

Le traitement classique par quadrithérapie 2 mois puis bithérapie anti-tuberculeuse d'une tuberculose maladie est possible sous taxol® + herceptin® et **bien toléré**.