

BARTHOLINITE TUBERCULEUSE : UNE OBSERVATION A MADAGASCAR

H.N. RAKOTO-RATSIMBA, L.H. SAMISON, H.J.C. RAZAFIMAHANDRY, V.N.I. RAKOTOMALALA, A. RANAIVOZANANY

Med Trop 2003; **63** : 608-610

RESUME • La tuberculose génitale féminine est relativement fréquente dans les pays en développement. Elle touche habituellement les femmes jeunes en période d'activité génitale. Les localisations tubaires, endométriales et ovariennes sont les plus fréquentes. L'atteinte isolée de la glande de Bartholin est rarissime et les auteurs en rapportent une observation chez une femme de 50 ans dans le but de montrer les particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette localisation inhabituelle. La bartholinite, évoluant sous forme subaiguë, se fistulise spontanément puis prend progressivement un aspect végétant malgré un traitement antibiotique bien conduit. Seule la biopsie permet de poser le diagnostic en montrant la présence d'un tissu granulomateux avec nécrose caséuse. L'évolution est favorable sous traitement médical spécifique. Avec l'avancée de l'infection à Virus de l'Immunodéficience Humaine ces dernières années, la politique de lutte contre la tuberculose doit être continuée et améliorée en particulier dans les zones d'endémie.

MOTS-CLES • Bartholinite - Glande de Bartholin - Tuberculose génitale.

BARTHOLIN GLAND TUBERCULOSIS: CASE REPORT IN MADAGASCAR

ABSTRACT • Female genital tuberculosis is relatively frequent in developing countries. Most cases occur in young women of childbearing age. The most common locations are the tubes, endometrium, and ovaries. Bartholin gland involvement is rare. The purpose of this report is to present a case of Bartholin gland tuberculosis in a 50 year-old woman and to describe the special epidemiological, clinical and therapeutic features associated with this location. Bartholinitis develops insidiously until spontaneous fistula formation. The lesion then gradually assumes a vegetative appearance that persists despite antibiotic treatment. Diagnosis requires biopsy findings demonstrating the presence of granulomatous tissue with caseous necrosis. Patients respond favorably to specific medical treatment. The recent spread of human immunodeficiency virus has increased the need to continue and improve efforts to control tuberculosis particularly in endemic zones.

KEY WORDS • Bartholin glands - Bartholinitis - Genital tuberculosis.

Dans les pays en développement, la tuberculose génitale est relativement fréquente du fait de la forte endémie tuberculeuse et de l'incidence actuelle sans cesse croissante de l'infection à Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Elle est souvent à l'origine d'une stérilité secondaire chez la femme (1). Parmi les multiples localisations au niveau du tractus génital féminin, l'atteinte isolée de la glande de Bartholin est décrite comme exceptionnelle (1). Nous rapportons dans cette étude un cas de bartholinite tuberculeuse chez une femme de 50 ans, diagnostiquée et traitée au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU-JRA) d'Antananarivo (Madagascar). Notre objectif est de montrer les particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette localisation rarissime.

OBSERVATION

Madame Ras... G., âgée de 50 ans, multipare, non ménopausée, consulte le 05 octobre 2001 au service des urgences du CHU-JRA d'Antananarivo pour une tuméfaction abcédée vulvaire gauche d'apparition subaiguë et évoluant depuis deux mois. Cette tuméfaction se fistulise spontanément en laissant sourdre une sécrétion purulente abondante motivant la consultation. Dans ses antécédents familiaux, il y a une notion de tuberculose pulmonaire paternelle datant de trois ans, traitée et guérie. La vaccination BCG a été faite dans l'enfance. A la consultation, la patiente estapyrétique, asthénique et anorexique, mesurant 1,70 m pour 63 kg avec notion d'amaigrissement d'environ 2 kg en un mois. Elle se plaint de fébricule et de sueurs vespérales. A l'examen gynécologique, la glande de Bartholin gauche est le siège d'un abcès fistulisé légèrement inflammatoire donnant issue à une sécrétion purulente brunâtre, épaisse et fétide. L'examen au spéculum ne montre qu'une cervicite d'allure banale et le toucher vaginal un utérus légèrement augmenté de volume et à peine sensible évoquant une infection génitale. L'examen général ne retrouve aucune anomalie. Les aires ganglionnaires sont libres. Sur le plan biologique, une

• Travail du Service des Urgences Chirurgicales (H.N.R.-R., L.H.S., H.J.C.R., Chirurgiens et Chefs de clinique; V.N.I.R., Docteur en Médecine Générale; A.R., Professeur Titulaire, Chef du Département de Chirurgie), Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU-JRA) Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar.

• Correspondance : H.N. RAKOTO-RATSIMBA, Lot III R 48 A Tsimbazaza, Antananarivo 101 Madagascar.

• E-mail: rrhery@yahoo.fr •

• Article reçu le 15/04/2003, définitivement accepté le 15/12/2003.



Figure 1 - Aspect végétant des berges de la glande de Bartholin fistulisée.

hyperleucocytose à $11\,000/\text{mm}^3$ est notée avec accélération modérée de la Vitesse de Sédimentation (VS). L'examen cyto-bactériologique cervico-vaginal révèle la présence de *Trichomonas vaginalis* et de nombreux polynucléaires altérés. La culture est négative. L'intra-dermo-réaction (IDR) est positive donnant une induration de 20 mm de diamètre. La sérologie VIH est négative. L'échographie pelvienne confirme l'existence d'une endométrite en montrant un gros utérus à ligne de vacuité hétérogène et épaissie. La radiographie pulmonaire est normale. Une antibiothérapie par voie générale (amoxicilline, doxycycline et métronidazole) et locale (métronidazole ovule) est prescrite pendant 15 jours. Le mari est en bonne santé apparente et a également reçu une antibiothérapie adéquate. Ce traitement n'est suivi d'aucune amélioration. Au contraire, un mois plus tard apparaît une tuméfaction végétante, brunâtre, d'environ 1 cm d'épaisseur, intéressant les berges de la fistule, saignant au contact et sans aucune tendance à la cicatrisation (Fig. 1). Cette tuméfaction ainsi que la totalité de la glande ont fait l'objet d'une exérèse biopsique sous anesthésie locale. L'histologie révèle l'existence d'un tissu conjonctif siège d'un infiltrat inflammatoire granulomateux se disposant en follicules constitués de cellules épithélioïdes et de cellules géantes type Langhans avec de petits lymphocytes. Certains de ces follicules sont centrés par de petits foyers de nécrose caséuse concluant en une tuberculose évolutive folliculo-caséuse de la glande de Bartholin. Un prélèvement de pus est également fait mais l'examen direct selon la coloration de Ziehl Nielsen et la culture sur milieu de Löwenstein ne retrouvent pas de bacilles acido-alcalo-résistants (BAAR). La recherche d'éventuelles localisations tuberculeuses associées, en particulier pulmonaire et urinaire, se révèle négative. En effet, l'examen des crachats et des urines (examen direct et culture) ainsi que la radiographie pulmonaire et l'échographie rénale ne retrouvent aucune anomalie. Un traitement spécifique antituberculeux est alors entrepris associant quotidiennement rifampicine (600 mg), isoniazide (400 mg), éthambutol (1 200 mg) et pyrazinamide (1 200 mg) pendant deux mois suivi d'isoniazide (300 mg) et thiacétazone (150 mg) pendant six mois. Le traitement est bien toléré et une cicatrisation satisfaisante est obtenue trois semaines après le début du traitement spé-

cifique. Au terme du traitement antituberculeux, la patiente est déclarée guérie avec absence de récurrence locale et d'autres localisations après un recul de 16 mois.

DISCUSSION

La sphère génitale est, après la localisation ganglionnaire, la deuxième localisation extra-pulmonaire de la tuberculose par sa fréquence (2). Elle représente 6,6 à 19 % des admissions en gynécologie en Tunisie (3) et 19 % en Inde (4). En Europe et aux Etats-Unis, sa fréquence, quoique encore faible et difficilement appréciable, connaît une nette progression ces dernières années en rapport avec l'endémie de l'infection à VIH (2). La tuberculose génitale touche classiquement les couches socio-économiques défavorisées (5). Toutefois, une étude sud-africaine chiffre à 21 % son incidence chez des patientes stériles appartenant à une classe sociale aisée (6). L'âge moyen des patientes se situe entre 20 et 30 ans (7). Une notion de tuberculose pulmonaire ou de contagion massive est souvent décrite dans les antécédents (3) mais cette notion n'est pas obligatoire (5). La contamination génitale se fait habituellement par voie hématogène, plus rarement par voie lymphatique, par contiguïté ou exceptionnellement par inoculation directe par voie sexuelle (2, 7). Sur le plan anatomo-clinique, les localisations au niveau des trompes, de l'endomètre et des ovaires sont les plus fréquentes et celles au niveau du col utérin et du vagin sont rares (2). L'atteinte isolée de la glande de Bartholin est exceptionnelle (1) et à notre connaissance, seules 2 observations ont été décrites dans la littérature. Les formes végétantes sont les plus fréquentes puis viennent les formes ulcéreuses, miliaires et interstitielles (2). Le retard diagnostique est habituel devant une symptomatologie souvent bâtarde (1). Pour le cas précis de la bartholinite tuberculeuse, en plus des signes d'imprégnation tuberculeuse habituels, une absence de cicatrisation après un traitement non spécifique bien conduit devrait attirer l'attention et faire pratiquer une biopsie. La découverte de follicules géants cellulaires centrés par une nécrose caséuse signe l'origine tuberculeuse de l'affection et permet d'éliminer les autres causes d'ulcération ou de tuméfaction vulvaire chronique notamment les étiologies malignes (carcinome vulvaire, maladie de Paget), parasitaires (bilharziose), endocriniennes (diabète mal équilibré) ou systémiques (5). Les autres investigations telles que la recherche de BK dans les crachats, la radiographie pulmonaire, l'examen direct et la culture des sécrétions purulentes sur milieu de Löwenstein, reviennent souvent négatives (2, 5). L'hyperleucocytose, l'accélération de la VS et une IDR positive n'ont que valeur d'orientation (2). Des méthodes de diagnostic biologique, utilisant soit des techniques sérologiques Enzyme Linked Immunosorbant Assay (ELISA) (8) soit l'amplification génique (*Polymerase Chain Reaction* ou PCR) permettant la détection des fragments d'acide désoxyribonucléique (ADN) du bacille (9), sont en cours de mise au point. Ces nouveaux tests permettront à l'avenir des diagnostics plus sensibles et plus rapides. Le diagnostic posé, la recherche d'autres localisations associées doit être faite

devant toute tuberculose. L'association avec une atteinte pulmonaire est la plus fréquente, estimée à 58 % (5). De même, une atteinte concomitante du tractus urinaire est souvent rapportée dans une proportion de 10 à 15 % (5). Après l'exérèse biopsique de la glande, le traitement médical bien conduit suffit habituellement. Le programme national de lutte contre la tuberculose à Madagascar préconise pour les nouveaux cas un régime court de huit mois avec une phase intensive de deux mois associant quatre antituberculeux (rifampicine, isoniazide, éthambutol et pyrazinamide) suivie d'une phase de continuation de six mois associant deux antituberculeux (isoniazide et thiacétazone). Un traitement chirurgical complémentaire ne se justifie qu'en cas de lésions volumineuses réagissant peu ou pas au traitement médical (2). L'efficacité de la prophylaxie par le BCG n'est pas absolue (2) et la persistance des signes malgré un traitement symptomatique bien conduit doit amener à des investigations plus poussées pour dépister la tuberculose, même si le sujet est vacciné.

CONCLUSION

Cette observation a permis d'illustrer la réalité de l'atteinte tuberculeuse isolée de la glande de Bartholin avec les difficultés diagnostiques tant sur le plan clinique que bactériologique. La certitude reste anatomo-pathologique et le traitement médical suffisant en l'absence de lésions volumineuses. Sur le plan prophylactique, bien que l'efficacité du BCG ne soit pas absolue, les campagnes de vaccination

devraient être continuées et renforcées. De même, les conditions socio-économiques de la femme devraient être améliorées en particulier dans nos contrées où la condition féminine reste encore précaire.

REFERENCES

- 1 - DHALL K, DAS SS, DEY P - Tuberculosis of Bartholin's gland (letter). *Int J Gynecol Obstet* 1995; **48** : 223-224.
- 2 - KEITA N, KOULIBALY M, HIJAZY Y *et Coll* - Aspects de la tuberculose génitale de la femme. *Contracept Fertil Sex* 1999; **2** : 155-161.
- 3 - SFAR E, OUARDA G, KHAROUF M - La tuberculose génitale féminine en Tunisie. A propos de 118 cas au centre de la Rabta de Tunis (janvier 1984-décembre 1988). *Rev Fr Gynecol Obstet* 1990; **6** : 359-363.
- 4 - SHAEFER G - Female genital tuberculosis. *Clin Obstet Gynecol* 1976; **19** : 223-239.
- 5 - DIADHIOU F, MOREAU JC, DIOUF A *et Coll* - A propos de deux cas de tuberculose génitale féminine de découverte opératoire. *Dakar Médical* 1990; **2** : 216-219.
- 6 - OOSTHUIZEN AP, WESSELS PH, HEFER JN - Tuberculosis of the female genital tract in patients attending an infertility clinic. *SAMJ* 1990; **77** : 562-564.
- 7 - EL MANSOURI A - La tuberculose hypertrophique du col utérin. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995; **2** : 91-93.
- 8 - RAYYAN A, CRUPTA SK - Detection of antigens of Mycobacterium Tuberculosis in patient of infertility by monoclonal antibody sandwiched enzyme linked immunosorbant assay (ELISA). *Tubercle Lung Dis* 1993; **74** : 200-203.
- 9 - POVEDA JD - Apport de la PCR au diagnostic de la tuberculose. *Lettre Infect* 1993; **8** : 1.

La Rédaction de Médecine Tropicale vous présente une communication affichée qui devait paraître dans le numéro 3/63 - 2003 de Médecine Tropicale lors du congrès des X^e Actualités du Pharo

SCHISTOSOMOSE MEDULLAIRE

L. DE GENTILE¹, L. FEUILLET², D. MAUGIN³, M-C. DECHTRE⁴, J. PELLETIER², D. CHABASSE¹

1 - Laboratoire de Parasitologie-Mycologie consultations de médecine tropicale CHU 49033 ANGERS

2 - Service de Neurologie CHU la TIMONE, 13005 MARSEILLE

3 - Service de Neurologie • 4 - Service d'Urologie - CHU 49033 ANGERS

M. W, 27 ans, présente fin 1998 une dysurie avec constipation d'installation insidieuse. En 2001, alors qu'il présente une incontinence urinaire, il signale une lourdeur des membres inférieurs avec trouble de l'équilibre. Spontanément amélioré en une semaine, il fut hospitalisé 3 mois plus tard pour récurrence. L'examen neurologique objectiva une paraparésie spastique sur syndrome tétrapyrâmidal, une ataxie proprioceptive avec hypoesthésie des membres inférieurs sans niveau sensitif. L'IRM médullaire retrouva 3 hypersignaux de niveau T11 à L1, dont un rehaussé par le gadolinium. L'IRM cérébrale ne remplissait pas les critères de Barkhof. Les potentiels évoqués visuels étaient altérés, sans plainte visuelle. L'analyse cytochimique du LCR était normale mais une synthèse intrathécale d'immunoglobulines de répartition oligo clonale fut découverte. Le tableau évoquait une affection inflammatoire démyélinisante de type sclérose en plaques rémittente (SEP). En avril 2002, l'interrogatoire fini par apprendre que le patient avait été au Mali pour son service national et avait eu quelques contacts avec l'eau du Niger. La numération formule sanguine montrait une hyperéosinophilie (sup. 1,5 giga/L). Le diagnostic fut alors orienté vers une schistosome médullaire. La sérologie spécifique était positive, la filtration des urines montra de très nombreux œufs de *Schistosoma haematobium*. Le traitement par praziquantel (40 mg/kg x 2) fut rapidement efficace. Actuellement M. W. a récupéré le déficit moteur et ne présente plus d'évolution de la maladie neurologique, par contre, il présente une dysurie prise en charge par auto sondage et une persistance de douleurs de désafférentation. La localisation médullaire basse est la plus fréquente des localisations neurologiques des schistosomes. Les œufs migrent par le plexus de Batson et le tableau est celui d'une myélite transverse aiguë ou sub aiguë ou d'une myéloradiculonévrite. Le contexte épidémiologique prend toute sa valeur pour orienter le diagnostic. Le diagnostic de SEP doit rester un diagnostic d'élimination. ■