

## TUBERCULOSE MAMMAIRE

F. ELMRABET, D. FERHATI, L. AMENSSAG, A. KHARBACH, A. CHAOUI

*Med Trop* 2002; **62** : 77-80

**RESUME** • La tuberculose mammaire est une localisation rare de la tuberculose extra-pulmonaire. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 50 ans avec tuberculose mammaire et nous pensons que notre observation est utile pour rappeler aux cliniciens que la tuberculose peut se présenter sous des formes tellement inhabituelles qu'elles en sont facilement oubliées. La découverte du bacille de Koch par culture ou, le plus souvent, de lésions spécifiques de tuberculose à l'histologie représente la certitude diagnostique. Le traitement repose essentiellement sur les anti-bacillaires. La place de la chirurgie est limitée et reste réservée aux échecs du traitement médical ou aux formes totalement destructrices du sein. Malgré sa rareté, la tuberculose du sein ne doit pas être oubliée, surtout dans un pays à forte endémicité tuberculeuse.

**MOTS-CLES** • Tuberculose - Sein - Diagnostic - Traitement.

### TUBERCULOSIS OF THE BREAST

**ABSTRACT** • Tuberculosis rarely affects the breast. The authors report the case of a 50 years-old woman with breast tuberculosis. The main purpose of this case report is to remind clinicians of the unusual presentations of extrapulmonary tuberculosis that can easily be forgotten. Mammary tuberculosis presents a number of diagnostic pitfalls. Diagnosis is based on identification of the tubercle bacillus in cultures or demonstration of typical histological lesions. Antibacillary drugs are the mainstay of therapy. Surgery is used only in cases that fail to respond to medical treatment and/or involve extensive tissue damage. Although rare, tuberculosis of the breast should be considered as a possible diagnosis, particularly in countries where tuberculosis is endemic.

**KEY WORDS** • Tuberculosis - Breast - Diagnosis - Treatment.

La tuberculose mammaire est une forme rare de tuberculose extra-pulmonaire. La tuberculose n'est plus l'apanage des pays en développement. Des cas de plus en plus fréquents sont rapportés dans les pays industrialisés (1) notamment avec l'émergence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Cette localisation au niveau du sein peut être primaire ou secondaire et elle pose souvent des difficultés de diagnostic tant cliniques que para cliniques. Les auteurs rapportent l'observation d'une patiente ayant présenté une tuberculose mammaire primaire.

### OBSERVATION

Madame C.E., 50 ans, mariée et mère de 7 enfants, originaire et habitant en milieu rural, en péri-ménopause et sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers s'est présentée à la consul-

tation pour une tumeur du sein gauche apparue 4 mois auparavant et augmentant progressivement de volume sans écoulement mamelonnaire ni mastodynies associés.

L'examen clinique a retrouvé un sein gauche tumoral avec une masse prenant pratiquement toute la glande mammaire, tendant à la fistulisation et des adénopathies axillaires satellites faisant évoquer en premier un cancer du sein évolué; le sein droit était sans anomalie de même que le reste de l'examen clinique (Fig. 1 et 2). La mammographie et l'échographie (Fig. 3 et 4) ont conclu à un processus tumoral fortement suspect du sein gauche à confronter aux données histologiques. C'est ainsi qu'a été effectuée une cytoponction mammaire qui n'a pas montré de cellules suspectes. On a complété par une biopsie du sein qui a objectivé des lésions spécifiques de tuberculose folliculo-caséuse. La radiographie du thorax était normale et aucune autre localisation tuberculeuse ne pouvait être suspectée cliniquement. La patiente a été mise sous traitement anti-bacillaire : Rifampicine, Isoniazide et Pyrazinamide six jours sur sept pendant deux mois puis Rifampicine et Isoniazide six jours sur sept pendant quatre mois avec une bonne évolution clinique.

### DISCUSSION

La tuberculose mammaire est réputée être une forme particulièrement rare de tuberculose extra-pulmonaire. Depuis la première description faite en 1829 par Sir Asley Cooper, de nombreux cas ont été rapportés dans la littérature.

• Travail de la Clinique universitaire de gynécologie-obstétrique 1, (F.E., Résidente en gynécologie-obstétrique; D.F., professeur de gynécologie-obstétrique; L.A., Résidant en gynécologie-obstétrique; A.K., Professeur de gynécologie-obstétrique et chef de département; A.C., Professeur de gynécologie-obstétrique et chef de service), Service du professeur CHAOUI, Maternité Souissi, CHU Avicenne, RABAT.

• Correspondance : F. ELMRABET, Apt 5, Imm I, Cité El manar, Avenue Hassan II, Rabat, Maroc • e-mail : efouzia\_29@altavista.com •

• Article reçu le 29/08/2001, définitivement accepté le 7/02/2002.



Figure 1 - Photo montrant les deux seins de face ; on voit l'aspect pathologique du sein gauche qui est nettement augmenté de volume alors que le sein droit est strictement normal.



Figure 2 - Photo du sein gauche qui est le siège d'une tumeur prenant pratiquement toute la glande mammaire avec tendance à la fistulisation.



Figure 3 - Cliché de mammographie, le sein gauche est le siège d'une opacité circonscrite avec épaissement cutané en regard et absence de micro calcifications.

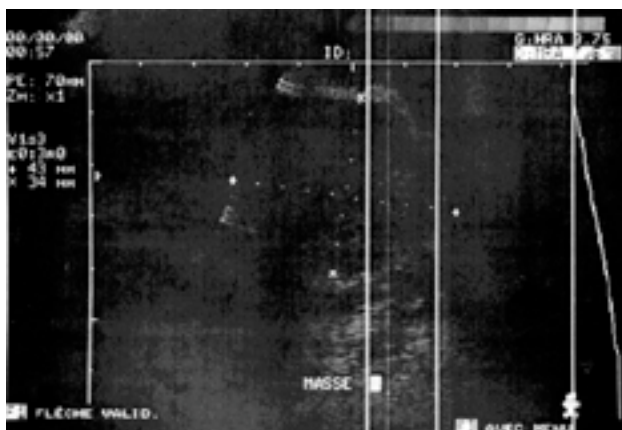


Figure 4 - Echographie mammaire ; le sein gauche est le siège de multiples formations mal limitées et hétérogènes.

### EPIDEMIOLOGIE

Cette affection représente 0,5 à 4,5 % de l'ensemble de la pathologie mammaire (2, 3) et sa fréquence varie en fonction des régions géographiques. Pour Khaiz (3), sur une étude de 215 cas, l'Asie vient en tête avec 45,2 %, suivie de l'Afrique noire : 27,4 %, de l'Afrique du nord : 17,2 %, de l'Europe : 16,2 % et enfin de l'Amérique : 4 %. Elle touche, dans 83 à 95 % des cas, la femme jeune entre 20 et 40 ans et ses facteurs de risque sont la multiparité, l'allaitement, les traumatismes mammaires et la mastite chronique. Il est à noter que 21 cas ont été décrits chez l'homme (2, 4).

### ETIOPATHOGENIE

Il est classiquement décrit une forme primaire où le sein est le seul organe atteint et une forme secondaire où il existe d'autres localisations tuberculeuses. Même si la forme

primaire est la plus fréquente (60 % des cas), son entité est controversée. Il est probable que les autres foyers tuberculeux passent inaperçus (2, 4, 5).

Le diagnostic de tuberculose mammaire primaire est à retenir pour les patientes contaminées directement soit par des crachats infectés franchissant une peau lésée soit en allaitant un enfant porteur d'une angine tuberculeuse (6). Dans les formes secondaires, le sein est contaminé par voie lymphatique, par contiguïté ou plus rarement par voie hématogène. La voie lymphatique est le mode de contamination le plus fréquent. Dans 50 à 75 % des tuberculoses mammaires, les ganglions axillaires homolatéraux sont concernés mais il peut s'agir d'adénopathies cervicales voir médiastinales. L'extension se fera par voie antérograde ou rétrograde à travers les vaisseaux lymphatiques à partir de localisations tuberculeuses intra-thoraciques ou intra-abdominales. L'atteinte par contiguïté se fait à partir de lésions pleurales, costales, sternales. L'atteinte hématogène est rare, décrite dans les miliaires tuberculeuses (4, 7, 8).

## TABLEAU CLINIQUE

La tuberculose mammaire revêt des aspects cliniques fort divers avec un début presque toujours insidieux rarement aigu. Les lésions sont souvent unilatérales et siègent principalement au niveau du quadrant supéro-externe. Selon Wilson et MacGregor, la bilatéralité n'est observée que dans 3 % des cas (9). La tuberculose mammaire mime, chez la femme jeune, un abcès pyogène et, chez la femme âgée, un carcinome mammaire (10). Trois formes cliniques sont habituellement décrites.

- *Une forme nodulaire* : la plus fréquente (75 % des patientes), elle se présente comme une masse non douloureuse du sein, de croissance lente, associée ou non à des adénopathies ; la mammographie retrouve une lésion dense aux contours flous évoquant en premier lieu un adénocarcinome mammaire (11).

- *Une forme diffuse* avec une masse tumorale inflammatoire, douloureuse, fréquemment fistulisée à la peau. Le revêtement cutané est alors épaissi en regard de la lésion et les ganglions axillaires fréquemment concernés. La mammographie évoque, de prime abord, un carcinome inflammatoire. Ce fut le cas de notre patiente (2, 11).

- *Une forme caséuse*, plus fréquente chez la femme âgée. Il s'agit d'une masse douloureuse indurée, rarement supprimée (2, 8).

Un écoulement chronique peut être observé mais sa fréquence est diversement appréciée selon les auteurs. Il peut être séreux, purulent ou hémorragique.

L'examen des aires ganglionnaires retrouve des adénopathies axillaires dans 75 % des cas, mobiles pouvant évoluer vers la fistulisation (12, 13). Des adénopathies cervicales, sus-claviculaires homolatérales ou axillaires contralatérales peuvent s'observer également. Une adénopathie peut précéder l'atteinte de la glande mammaire et constituer le seul motif de consultation (7).

## DIAGNOSTIC PARACLINIQUE

Il repose sur la mammographie, l'échographie mammaire et l'anatomopathologie. La mammographie (14) permet d'objectiver trois types d'images (11, 15) correspondant aux trois formes anatomiques principales :

- *le type nodulaire* : opacité de contours réguliers ou non avec épaississement cutané et présence ou non de microcalcifications ;

- *le type scléreux* avec un sein globalement dense ;

- *le type oedémateux* : aspect voisin de celui de la mastite carcinomateuse.

Les calcifications sont surtout à type de microcalcifications rétro-aréolaires posant un grand problème diagnostique par rapport au cancer du sein.

L'échographie mammaire n'apporte pas plus de renseignements et sa contribution au diagnostic se résume dans le fait de guider éventuellement les ponctions et biopsies. La cytologie d'une ponction à l'aiguille fine peut alerter par la présence de cellules histiocytaires d'aspect épithélioïde ou

en ramenant du caséum en cas d'abcès collecté. Le plus souvent, c'est l'examen histologique des prélèvements biopsiques qui pose le diagnostic en révélant la lésion spécifique : granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse (16).

## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Un certain nombre de diagnostics sont à éliminer avant de retenir le diagnostic de tuberculose mammaire notamment le cancer du sein qui devient la hantise de tous les praticiens à cause de sa fréquence élevée ; il est à noter la description, dans la littérature, de formes associant cancer et tuberculose mammaire d'où la nécessité de l'étude histologique du tissu mammaire afin d'éliminer un carcinome associé (17, 18).

Les autres pathologies à éliminer sont la plasmocytose mammaire, l'abcès pyogène modifié par les antibiotiques, l'actinomycose, la granulomatosse mammaire, le sarcome, la mastite avec réaction à cellules géantes sur corps étranger et l'ectasie canalaire (4, 6).

## TRAITEMENT

Le traitement de la tuberculose mammaire est surtout médical, faisant appel aux antibacillaires à doses correctes et selon un schéma précis. Le traitement utilisé dans nos services est le suivant :

- pour les nouveaux cas : une phase initiale de deux mois associant Rifampicine-Isoniaside et Pyrazinamide six jours sur sept suivie d'une phase d'entretien associant Rifampicine et Isoniazide pendant quatre mois ;

- en cas de récurrence, une phase initiale associant Rifampicine-Isoniaside et Pyrazinamide pendant deux mois six jours sur sept suivie d'une phase d'entretien associant Rifampicine et Isoniazide pendant sept mois. Rifampicine : 8 à 12 mg/kg/j ; Isoniazide : 4 à 8 mg/kg/j ; Pyrazinamide : 30 à 40 mg/kg/j.

La place de la chirurgie est limitée. Elle reste nécessaire au diagnostic (biopsie) mais comme moyen thérapeutique, elle est préconisée surtout en seconde intention en cas de mauvaise réponse au traitement médical. Il s'agira soit de la résection d'un nodule, soit du drainage d'un abcès, en réséquant autant que possible les tissus nécrotiques et infectés, soit d'une mastectomie segmentaire (quadrantectomie) ou totale (mastectomie), si le sein est complètement détruit et criblé de fistules.

## PRONOSTIC

Une fois le diagnostic fait et le traitement entrepris, il est excellent sous réserve d'une prise en charge adéquate des autres localisations tuberculeuses.

### CONCLUSION

La tuberculose mammaire est une localisation extra-pulmonaire rare de la tuberculose dont le diagnostic peut poser quelques difficultés tant cliniques que paracliniques. Il ne sera confirmé que par l'étude histologique des biopsies qui montrera les lésions spécifiques, le diagnostic différentiel essentiel étant le cancer du sein qu'il ne faudra pas méconnaître. Malgré sa rareté, ce diagnostic doit être évoqué dans les pays à forte endémicité tuberculeuse.

### REFERENCES

- 1 - MARTET G - La tuberculose: tiersmonde ou quart monde ? *Med Trop* 2000; **60** : 109.
- 2 - HALE JA, PETERS GN, CHEEK JH - Tuberculosis of the breast : rare but still existant. Review of the literature and report of an additional case. *Am J Surg* 1985; **150** : 620-624.
- 3 - KHAIZ D, LAKHLOUFI F, CHEHAB F et Coll. - Tuberculose mammaire. A propos de 2 cas. *Sem Hop Paris* 1993; **69** : 454-458.
- 4 - WILSON JP, CHAPMAN SW - *Tuberculous mastitis*. *Chest* 1990; **98** : 1505-1509.
- 5 - DALLI M, HSSAIDA R, HAD A - Tuberculose mammaire primaire. *Presse Med* 2001; **30** : 431-433.
- 6 - ESTRIN J, BERNSTEIN M - *Tuberculosis mastitis*. *Southern Med J* 1994; **87** : 1151-1152.
- 7 - TUBERCULOSE - Bulletin Epidemiologique du ministère de la Santé Publique du Maroc. Mars 1994, n°12, 5-6.
- 8 - BONNET P, FASTREZ J - La tuberculose mammaire à propos d'un cas. *Acta Chirurgica Belgica* 1987; **87** : 304-306.
- 9 - ZHIRI MA, HAMDOUCH A, BENYAHYA SE - Formes cliniques de la tuberculose mammaire. *Gynecologie* 1987; **38** : 356-359.
- 10 - O'REILLY M, PATEL KR, CUMMINS R - Tuberculosis of the breast presenting as carcinoma. *Mil Med* 2000; **165** : 800-802.
- 11 - MUKERJEE P, COHEN RV, NIDEN AH - Tuberculosis of the breast. *Am Rev Respir Dis* 1971; **104** : 6661-6667.
- 12 - ALAGARATNAM TT, ONG GB - Tuberculosis of the breast. *Br J Surg* 1980; **67** : 125-126.
- 13 - MILLER RE, SALOMON PF, WEST JP - The coexistence of carcinoma and tuberculosis of the breast and axillary lymph nodes. *Am J Surg* 1971; **121** : 338-340.
- 14 - ZANDRINO F, MONETTI F, GANDOLFO N - Primary tuberculosis of the breast. A case report. *Acta Radiol* 2000; **41** : 61-63.
- 15 - WEBSTER CS - Tuberculosis of the breast. *Am J Surg* 1939; **45** : 557-562.
- 16 - KAKKAR S, KAPILA K, SINGH MK, VERMA K - Tuberculosis of the breast, a cytomorphologic study. *Acta Cytol* 2000; **44** : 292-296.
- 17 - SYMMERS W - Tuberculosis of the breast (letter). *Br Med J Clin Res* 1984; **289** : 48-49.
- 18 - WAPNIR IL, PALLANT TM, GAUDINO J, STAHL WM - Latent mammary tuberculosis : a case report. *Surgery* 1985; **98** : 976-978.

## XIX<sup>e</sup> Cours d'Epidémiologie Appliquée 9-27 septembre 2002 Veyrier-du-Lac

Le cours présente l'adaptation en France du Cours de l'*Epidemic Intelligence Service* (EIS) organisé chaque année aux Etats-Unis par le *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) d'Atlanta. Il s'adresse en priorité aux Médecins, Vétérinaires, Ingénieurs Sanitaires et autres Professionnels de Santé Publique. L'enseignement est consacré à la Pratique de l'Epidémiologie au travers de conférences, d'exercices, d'étude de cas. Une enquête «de terrain» est réalisée depuis la phase de préparation jusqu'à la communication des résultats au commanditaire.

Pour tous renseignements sur les conditions d'inscription, contacter le :

Secrétariat du Cours de l'IDEA  
Fondation Mérieux - «Les Pensières»  
55 route d'Annecy - 74290 VEYRIER-DU-LAC - France  
Tel. +33 (0)4 50 60 27 69 • Fax : +33 (0) 4 50 60 24 68