

DEUX OBSERVATIONS DE TUBERCULOSE MAMMAIRE À MADAGASCAR

H.N. RAKOTO-RATSIMBA, L.H. SAMISON, H.J.C. RAZAFIMAHANDRY, A.F. RAKOTOTIANA,
Z. IMBIKI, A. RANAIVOZANANY

Med Trop 2005 ; 65 : 355-358

RÉSUMÉ • La tuberculose mammaire est rare, atteignant essentiellement les femmes jeunes en période d'activité génitale. Dans cette étude, les auteurs en rapportent deux cas observés à Madagascar et en montrent les particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. 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, la plus rencontrée. À défaut d'une certitude bactériologique, l'histologie présente un intérêt diagnostique essentiel. L'évolution est généralement favorable sous traitement antibacillaire associé ou non à la chirurgie.

MOTS-CLÉS • Tuberculose mammaire - Épidémiologie - Madagascar.

TWO CASES OF BREAST TUBERCULOSIS IN MADAGASCAR

ABSTRACT • Breast tuberculosis is rare. It usually involves young women of childbearing age. The purpose of this report is to describe two cases of breast tuberculosis observed in Madagascar with focus on epidemiological, clinical, and therapeutic features. Infection of the breast is usually secondary by lymphatic, contiguous, or, more rarely haematogenous spreading. Primary infection is uncommon. The most frequent clinical form is the fistulised nodular form observed in both patients described in this report. The diffuse form is the least common form and the sclerous form occurs in the elderly. Histology is a valuable diagnostic tool if bacteriological findings are inconclusive. Patients respond favourably to antimycobacterium treatment with or without surgery.

KEY WORDS • Breast tuberculosis - Epidemiology - Madagascar.

La tuberculose mammaire est une affection rare même dans les pays à forte endémie tuberculeuse, mais qui suscite un regain d'intérêt à la suite de la recrudescence de l'infection à Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (1). Astley Cooper en a fait la première description en 1829 (2) et 900 cas furent rapportés dans la littérature mondiale [3]. Nous rapportons deux cas de tuberculose mammaire chez deux femmes âgées respectivement de 18 et 45 ans, diagnostiqués et traités au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU-JRA) d'Antananarivo (Madagascar) de 2000 à 2003. Ces obser-

vations nous permettent d'insister sur les particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette localisation tuberculeuse particulière.

CAS CLINIQUES

Cas n° 1

Madame R...P., 18 ans, 43 kg pour 1,51 m, allaitante d'un nourrisson de neuf mois, de niveau socio-économique modeste, consulte au mois de juillet 2000 pour un abcès peu inflammatoire du sein gauche. Une incision drainage sous anesthésie locale est pratiquée et une cicatrisation satisfaisante obtenue en trois semaines. Deux mois plus tard apparaît une tuméfaction indolore du quadrant inféro-interne, périmamelonnaire gauche, sur l'ancienne cicatrice, de 5cm de grand axe, mal limitée et fixée au plan profond, qui se fistulise spontanément (Fig. 1). Le sein droit est normal et les aires ganglionnaires apparaissent libres. La patiente se plaint d'asthénie, d'anorexie et d'amaigrissement (4 kg en deux mois) avec un fébricule vespéral. Elle a été vaccinée par le BCG

• Travail du Service des Urgences Chirurgicales (H.N.R.-R., L.H.S., H.J.C.R., Chirurgiens et Chefs de clinique, A.F.R., Interne de chirurgie générale, Z.I., Docteur en médecine générale, A.R., Professeur titulaire, Chef du département de chirurgie) Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU-JRA) Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo 101 Madagascar).

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

• Courriel : rrhery@yahoo.fr •

• Article reçu le 14/04/2004, définitivement accepté le 30/08/2005.



Figure 1 - Fistule pérимamelonnaire du sein gauche.

et il n'existe aucune notion d'antécédent ni de contagé tuberculeux évidents.

L'échographie mammaire gauche visualise un nodule inféro-interne hétérogène, mal limité, d'environ 45 mm de grand axe, accolé au plan pectoral. La mammographie n'a pu être réalisée. L'examen bactériologique du pus mammaire ne retrouve pas de bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR), mais l'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine est positive avec une induration de 20 mm. Les autres examens biologiques montrent une hyperleucocytose modérée à $11\,000/\text{mm}^3$ et une vitesse de sédimentation (VS) à 50 mm à la première heure. La sérologie VIH est négative.

La recherche d'autres localisations tuberculeuses, en particulier pulmonaire, osseuse et urinaire, se révèle négative.

Un prélèvement biopsique sous anesthésie locale est pratiqué à l'aide d'une curette à travers le trajet fistuleux et des fragments tissulaires nécrotiques prélevés. L'examen anatomopathologique révèle l'existence de granulomes épithélioïdes et géiganto-cellulaires centrés par de petits foyers de nécrose caséuse évocateurs d'une lésion tuberculeuse.

Un traitement antituberculeux de huit mois est alors entrepris et permet une cicatrisation satisfaisante en trois semaines. Au terme de ce traitement spécifique bien toléré et bien suivi, la patiente est déclarée guérie avec absence de récurrence locale et d'autres localisations trois ans après le début de son affection.

Cas n° 2

Madame R...A., 45 ans, 49 kg pour 1,55 m, mère de trois enfants, non ménopausée, de niveau socio-économique modeste, consulte au mois de juin 2001 pour une fistule purulente au niveau d'une cicatrice du sein gauche évoluant depuis trois mois. Dans ses antécédents, on note une ablation d'un nodule du sein gauche de nature inconnue un an auparavant, la pièce n'ayant pas bénéficié d'un examen anatomopathologique. Elle a été vaccinée par le BCG et il n'y a aucune notion d'antécédent ni de contagé tuberculeux évidents.

Cliniquement, on retrouve cette fistule purulente au niveau du quadrant inféro-externe du sein gauche centrée sur l'ancienne cicatrice (Figure 2). La palpation ne retrouve qu'un



Figure 2 - Fistule purulente au niveau du quadrant inféro-externe du sein gauche.

discrètement totalement indolore du quadrant inféro-externe mais des adénopathies axillaires gauches mobiles et non inflammatoires sont retrouvées. L'examen du sein droit est normal. La patiente se plaint d'asthénie, d'anorexie et d'amaigrissement (5 kg en trois mois) avec un fébricule vésiculaire et présente une légère pâleur cutanéomuqueuse.

L'échographie mammaire gauche visualise un petit nodule inféro-externe hétérogène et mal limité, de 30 mm de diamètre. La mammographie n'a pu être réalisée. Un prélèvement bactériologique du pus issu de la fistule ne retrouve pas de BAAR mais l'IDR à la tuberculine est positive avec une induration de 18 mm. On note par ailleurs une anémie hypochrome normocytaire à 10 g/100 ml d'hémoglobine, une hyperleucocytose à $14\,000/\text{mm}^3$ et une VS à 80 mm à la première heure. La sérologie VIH est négative.

La recherche d'autres localisations tuberculeuses associées se révèle négative.

Un curetage biopsique sous anesthésie locale du trajet fistuleux est entrepris avec issue de fragments tissulaires nécrotiques. L'histologie écarte toute suspicion de malignité mais retrouve des granulomes épithélioïdes et géiganto-cellulaires dont certains sont centrés d'une nécrose caséuse (Figure 3).

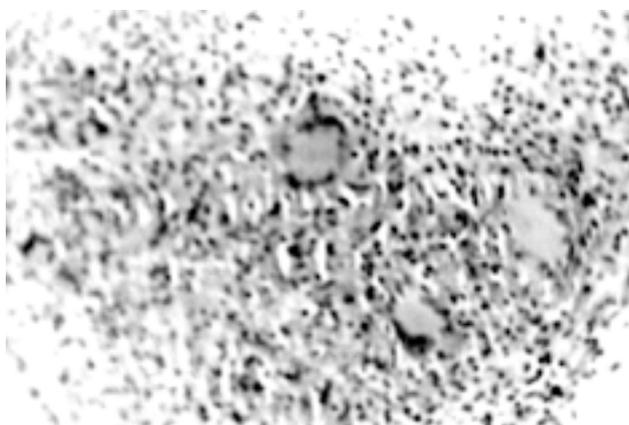


Figure 3 - Follicules épithélio-géiganto-cellulaires centrés d'une nécrose caséuse (Hématoxiline-éosine X 40).

Un traitement antituberculeux est entrepris avec le même schéma que pour la première patiente et une cicatrisation satisfaisante obtenue en cinq semaines. Ce traitement spécifique bien toléré et bien suivi amène une guérison sans récurrence locale et autres localisations tuberculeuses après un recul de deux ans.

DISCUSSION

La tuberculose mammaire est rare car le tissu mammaire semble peu propice à la survie et à la multiplication du bacille tuberculeux (4). Son incidence est estimée à 0,1 % de toutes les lésions mammaires confondues et à 4,5 % de toutes les maladies du sein traitées chirurgicalement (2, 4).

Elle intéresse la femme en période d'activité génitale, entre 20 et 50 ans (1). Les femmes multipares et allaitantes sont plus vulnérables, les traumatismes et autres infections inhérentes à l'allaitement fragilisant la glande mammaire (1). La grossesse et la mastite chronique constituent également des facteurs de risque (2, 5). De ce fait, l'homme en est exceptionnellement atteint (4, 5). La maladie est également plus fréquemment rencontrée chez les personnes issues des couches socio-économiques modestes, en particulier dans les pays en développement où la tuberculose demeure endémique. Mais l'apparition et le développement de l'infection à VIH dans la population occidentale a entraîné un net accroissement des cas de tuberculose extra-pulmonaire dans les pays riches (5).

On distingue classiquement deux formes dites primaire et secondaire selon le mode de contamination.

La forme primaire est l'atteinte isolée de la glande mammaire contaminée directement par des crachats infectés ou lors de l'allaitement d'un enfant porteur d'une angine tuberculeuse, à travers une lésion cutanée (5). Elle est probablement surestimée car il est probable que d'autres foyers tuberculeux, en particulier pulmonaires, passent inaperçus (5). Cette forme pourrait correspondre à celle de notre première patiente du fait de l'absence d'autres lésions patentes.

Pour la forme secondaire, les voies de contamination sont multiples mais dans 80 à 90 % des cas, elle se fait par voie lymphatique rétrograde à partir des ganglions axillaires (6). Il semble que notre deuxième patiente entre dans ce cadre. L'atteinte par contiguïté est moins fréquente et est souvent secondaire à un foyer osseux, articulaire ou cutané ou encore à une fistulisation à la peau d'une adénite intercostale (1). Quant à la voie hématogène, elle est exceptionnelle et survient au décours d'une miliaire tuberculeuse (7).

Cliniquement, trois formes sont généralement rencontrés :

- nodulaire (75 % des cas) : elle se manifeste par un nodule dur, mal limité et assez peu mobile, indolore, accompagné ou non d'adénopathies axillaires, évoquant une tumeur maligne. Cet aspect est retrouvé chez nos deux patientes ;

- diffuse : moins fréquente, elle intéresse la totalité du sein qui est douloureux et inflammatoire avec des adénopathies axillaires inflammatoires et présente fréquemment une fistulisation cutanée.

Ces deux premières formes évoluent avec le temps vers la suppuration caséuse et la fistulisation spontanée (2), ce qui fut le cas pour nos deux patientes du fait de la latence clinique et du retard diagnostique ;

- scléreuse : elle est plutôt l'apanage des personnes âgées avec présence d'une masse indurée et douloureuse évoluant rarement vers la suppuration (3, 4, 6).

L'atteinte mammaire bilatérale est exceptionnelle (2, 3, 7).

La tuberculose mammaire peut simuler un cancer du sein, un adénofibrome ou des tumeurs phylloides (3, 8). Elle peut simuler également une banale mammite à pyogènes (staphylocoques habituellement) en particulier dans les premières semaines de l'allaitement durant lesquelles son incidence peut atteindre 10 % (9).

Les signes généraux d'imprégnation tuberculeuse (asthénie, anorexie, amaigrissement et fébricule vespérale) sont classiquement présents mais peuvent être absents ou incomplets.

Du point de vue paraclinique, l>IDR est habituellement positive en zone d'endémie ; ce test est sensible mais peu spécifique car sa négativité n'exclut pas le diagnostic (8). La mammographie, souvent difficilement accessible dans les pays en développement du fait de son coût, s'avère d'un intérêt limité car peu spécifique. En effet, elle montre des opacités hétérogènes, irrégulières, mal limitées avec parfois des calcifications orientant plutôt vers une étiologie maligne (1). De même, l'échographie est de peu d'intérêt (8). Le diagnostic de certitude est bactériologique et se base sur la découverte de *Mycobacterium tuberculosis* dans le liquide de cytoponction ou dans un prélèvement de pus. Mais cette éventualité est rare car le bacille tuberculeux n'est retrouvé que dans 25 % des cas (7). De plus, la culture nécessite des délais allant de trois à quatre semaines. Les techniques de diagnostic biologique par amplification génique utilisées dans les pays occidentaux (10) ne sont pas disponibles à Madagascar et l'utilisation des tests (11) est en cours d'évaluation. Ces nouveaux tests devraient permettre à l'avenir des diagnostics plus rapides et plus sensibles.

De ce fait, un prélèvement biopsique mammaire en vue d'un examen anatomopathologique est capital. Il peut s'agir d'une biopsie par excision chirurgicale complète ou partielle ou par carottage de la lésion ou encore par punch ou curettage du trajet fistuleux comme chez nos deux patientes. L'histologie montre, dans 95 % des cas, des granulomes épithélioïdes et géo-cellulaires avec nécrose caséuse centrale, très évocateurs d'une lésion tuberculeuse (8). Néanmoins, un aspect histologique similaire peut être rencontré dans d'autres affections granulomateuses du sein telles que mycobactérioses atypiques, cryptococcose, blastomycose, histoplasmoses, sarcoïdose ou encore lèpre (3, 6, 12). Parallèlement, un envoi d'une partie des prélèvements biopsiques en culture bactériologique standard et en mycobactériologie peut se révéler utile en cas de résultat douteux (7). L'histologie permet surtout d'éliminer une lésion cancéreuse. L'association tuberculose et cancer du sein a été rapportée mais demeure extrêmement rare (5). Dans nos deux observations, en absence de certitude bactériologique, la confro-

tation des données cliniques, paracliniques et anatomopathologiques a conduit à la décision thérapeutique. Les éventuelles localisations associées, notamment pleuro pulmonaire, osseuse et urinaire, doivent être recherchées systématiquement (8).

Le traitement est médico-chirurgical. Le traitement médical classique par association d'antituberculeux représente la part essentielle de la prise en charge des tuberculoses mammaires. Nous avons appliqué les protocoles du programme national de lutte contre la tuberculose à Madagascar qui préconise pour les nouveaux cas un traitement court de huit mois avec une phase intensive de deux mois associant quatre antituberculeux (rifampicine, isoniazide, ethambutol et pyrazinamide) suivie d'une phase de continuation de six mois associant deux antituberculeux (isoniazide et thiacétozone). Le traitement chirurgical est indiqué, soit en tant qu'exploration diagnostique, soit en tant que complément au traitement médicamenteux et consiste en une ponction simple, une incision, un drainage ou un curetage des fistules, comme ce fut le cas dans nos deux observations. Une tumorectomie ou même une mammectomie peuvent se justifier en cas de lésions volumineuses réagissant peu ou pas au traitement médical (8). L'efficacité de la prophylaxie par le BCG n'est pas absolue et la tuberculose doit toujours être évoquée devant toute lésion mammaire chronique suspecte même chez les personnes vaccinées.

L'évolution sous traitement bien conduit est habituellement favorable comme pour nos deux patientes. Cependant, une surveillance rigoureuse portant sur l'observance du traitement est nécessaire pour prévenir des récurrences et de l'apparition des résistances aux antituberculeux.

Enfin, le risque de contamination de l'enfant allaité mérite une surveillance particulière et l'éventuelle toxicité des traitements antituberculeux peut faire discuter un sevrage.

CONCLUSION

Cette description malgache de deux cas de tuberculose mammaire, affection rare, nous a permis de confirmer les difficultés diagnostiques tant cliniques que paracliniques.

L'examen anatomopathologique s'est avéré essentiel en l'absence d'une certitude bactériologique. La prise en charge médico-chirurgicale bien conduite a permis une évolution favorable.

Bien que l'efficacité du BCG ne soit pas absolue, les campagnes de vaccination devraient être continuées et renforcées. Avec l'accroissement de l'infection à VIH, la politique de lutte contre la tuberculose doit être amplifiée en particulier dans les pays en développement comme Madagascar.

RÉFÉRENCES

- 1 - KALAC N, OZKAN B, BAYIZ H *et Coll* - Breast tuberculosis. *Breast* 2002; **11** : 346-349.
- 2 - DUCROZ B, NAEL LM, GAUTIER *et Coll* - Tuberculose mammaire bilatérale : un cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992; **21** : 484-488.
- 3 - MORSAD F, GHAZLI M, BOUMZGOU K *et Coll* - Tuberculose mammaire. A propos de 14 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; **30** : 331-337.
- 4 - KHANNA R, PRASANNA GV, GUPTA P *et Coll* - Mammary tuberculosis: report on 52 cases. *Postgrad Med J* 2002; **78** : 422-424.
- 5 - LELEU O, AUBRY P, VERHOEST V, JOUNIEAUX V - Tuberculose mammaire. *Rev Mal Respir* 1997; **14** : 401-403.
- 6 - ROY PM, CORNU P, LEBAS FX *et Coll* - Une cause rare de tuméfaction pseudonéoplasique du sein : la tuberculose mammaire. *Rev Med Interne* 1996; **17** : 173-175.
- 7 - WILSON JP, CHAPMAN SW - Tuberculosis mastitis. *Chest* 1990; **98** : 1505-1509.
- 8 - DAALI M, HSSAIDA R, HDA A - La tuberculose primitive du sein. *Presse Med* 2001; **30** : 431-433.
- 9 - GIVENS ML, LUSZCZAK M - Breast disorders: a review for emergency physicians. *J Emerg Med* 2002; **22** : 59-65.
- 10 - P OVEDA JD - Apport de la PCR au diagnostic de la tuberculose. *Lettre Infectiol* 1993; **8** : 1.
- 11 - RATTAN A, GUPTA SK - Detection of antigens of *Mycobacterium tuberculosis* in patient of infectivity by monoclonal antibody based sandwiched enzyme linked immunosorbent assay (ELISA). *Tuberc Lung disease* 1993; **74** : 200-203.
- 12 - ZOUHAL A, OUTIFA M, FILALI A *et Coll* - Les tumeurs pseudonéoplasiques du sein : la tuberculose mammaire. A propos de 2 cas. *Médecine du Maghreb* 2000; **82** : 11-14.