

**TUBERCULOSE UTÉRINE RÉVÉLÉE PAR UNE PELVIPÉRITONITE SUR PERFORATION:
A PROPOS D'UN CAS.***(UTERINE TUBERCULOSIS REVEALED BY A PELVIPERITONITIS WITH PERFORATION:
A CASE REPORT)*RAZAFIMAHEFA VJ¹, FENOMANANA J², RAFARALAHIVOAVY TR³, FENOMANANA MS⁴,
ANDRIAMAMPIONONA TF¹¹ : UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU Andrainjato Fianarantsoa² : Service de Biologie, CHU Andrainjato Fianarantsoa³ : Service d'imagerie, CHU Andrainjato Fianarantsoa⁴ : Service Maternité, CHU Tanambao, Toliary**RESUME**

La tuberculose utérine est une forme rare de tuberculose génitale, responsable d'infertilité secondaire. Elle atteint généralement les femmes jeunes, de couche socio-économique défavorisée. Il faut savoir l'évoquer devant une symptomatologie pelvienne traînante. L'analyse histologique constitue un élément important pour la confirmation du diagnostic. D'autres moyens peuvent également être utiles pour la certitude diagnostique, notamment un examen direct ou une culture de prélèvement sur milieu spécifique ou encore une recherche de l'ADN bactérien par amplification génique. Le pronostic est essentiellement lié à la fertilité ultérieure, pouvant être compromise par un retard diagnostique ou thérapeutique.

Mots-clés: infertilité, perforation, tuberculose, utérus**SUMMARY:**

Uterine tuberculosis constitutes a rare form of genital tuberculosis which may frequently cause secondary infertility. This entity is generally encountered in young women of low socioeconomic status and should be suspected in patients with chronic and prolonged pelvic symptoms. Diagnosis is usually confirmed by histological analysis. Direct examination, culture of biopsy specimens and DNA microbial amplification are also helpful to the diagnostic certainty. Prognosis essentially depends on ulterior fertility that could be compromised at a later – stage of disease.

Key-words: infertility, perforation, tuberculosis, uterus

Introduction: La tuberculose constitue une cause majeure de morbidité et de mortalité dans le monde[1]. A Madagascar, cette maladie infectieuse continue à sévir à l'état endémique avec plus de 27000 nouveaux cas par an et une incidence de 238 cas pour 100000 habitants [2]. Tous les organes peuvent être atteints avec une prévalence plus élevée des localisations pulmonaires et ganglionnaires. La forme génitale n'est pas exceptionnelle. Elle est souvent latente ou inapparente avec une incidence généralement sous-estimée dans les pays en développement [3]. Depuis 1996, seulement 14 cas de tuberculose génitale ont été rapportés dans la littérature malgache dont 2 cas diagnostiqués à Fianarantsoa [2,4-8]. Nous rapportons ici un cas de tuberculose utérine, révélée par une pelvipéritonite sur perforation, assez inhabituel dans la littérature. Notre objectif est de mettre en évidence les caractéristiques épidémiocliniques, diagnostiques et thérapeutiques de cette rare entité.

Observation: Une femme de 28 ans, G1 P1 A0 était admise dans notre centre un an après un antécédent de césarienne pour une douleur pelvienne chronique, évoluant depuis 6 mois et devenant brutale, dans un contexte de fièvre intermittente avec une notion d'amaigrissement non chiffré. L'abdomen était diffusément sensible à la palpation avec une discrète matité des flancs. Le toucher vaginal avait objectivé un utérus de petite taille, douloureux à la mobilisation et un empâtement des culs de sac de Douglas. L'échographie pelvienne montrait un utérus diminué de volume, une ascite de moyenne abondance, un épaississement hétérogène du péritoine et 2 images oblongues,

latéro-utérines. Une laparotomie était réalisée par la suite, permettant d'objectiver une ascite cloisonnée, de multiples granulations péritonéales blanchâtres, parfois associées à une substance d'allure gélatineuse recouvrant un utérus fragile, saignant au contact. Les annexes n'étaient pas individualisables. Elles étaient boudinées et adhérentes à la paroi utérine. Une hystérectomie subtotale a été décidée avec un prélèvement biopsique des granulations péritonéales et du matériel gélatineux. L'ensemble des spécimens ont été envoyés pour analyse anatomo-pathologique. A l'examen macroscopique, la paroi utérine était parsemée de plages nécrotiques, semblant perforer la séreuse en regard d'une cicatrice d'hystérotomie. Les annexes présentaient des plages hétérogènes munies de foyers de nécrose. L'aspect histologique était similaire pour l'ensemble des prélèvements et correspondait à une inflammation granulomateuse, nécrosante caséuse, comportant des cellules géantes de type Langhans. Le processus nécrotique était souvent marqué, remaniant toute la paroi utérine, intéressant également les 2 annexes et s'étendant jusqu'à la séreuse qui était parfois rompue et recouverte d'enduits fibrino-leucocytaires. Le diagnostic d'une péritonite par perforation utérine sur tuberculose pelvipéritonéale a été établi. Il n'a pas été effectué d'examen direct ni de culture de prélèvement sur milieu spécial. D'autres investigations complémentaires (examen des crachats et des urines, radiographie pulmonaire, échographie abdominale) consistant en la recherche d'autres localisations tuberculeuses ont été réalisées et revenaient négatives. La patiente a été mise par la suite sous un protocole thérapeutique spécifique antituberculeux. L'évolution clinique à court terme a été favorable.

Discussion: La tuberculose utérine est une forme de tuberculose génitale assez rare. Elle est surtout l'apanage des femmes jeunes, appartenant à une couche socio-économique

Correspondance:

Professeur Fenomanana Maminirina Sonia

Service Maternité - CHU Toliary

Tel : +261346546527

E-mail: maminirinasonia@yahoo.fr

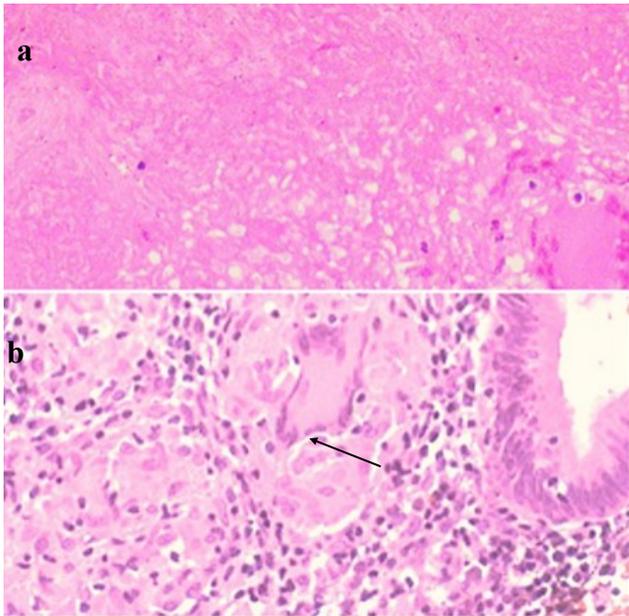


Figure 1. Tuberculose utérine: - **a:** vaste plage de nécrose caséuse, -**b:** inflammation granulomateuse et giganto-cellulaire remaniant la muqueuse endométriale avec présence de cellule géante multinucléée de Langhans (flèche) et d'une glande endométriale à droite (Hématoxyline et Eosine x 400).

Figure 1. Uterine tuberculosis: - a: Large area of caseation necrosis, -b: Endometrial mucosa with granulomatous inflammation and multinucleated giant cells (arrow). Note the presence of an endometrial gland at the right (Hematoxylin and Eosin Stain x 400)

défavorisée. Les symptômes sont peu spécifiques. Il faut cependant savoir l'évoquer devant toute symptomatologie pelvienne traînante [9]. La dissémination se fait en général par voie hématogène avec une atteinte initiale des trompes et une progression vers les autres organes génitaux [10-11]. Pour notre jeune patiente, la symptomatologie initiale, dominée par l'algie pelvienne chronique, la fièvre persistante et la notion d'amaigrissement pourrait faire évoquer cette localisation dans un pays où la tuberculose est encore endémique. Les techniques d'imagerie à savoir l'échographie et la tomodensitométrie peuvent parfois orienter le diagnostic, notamment devant une ascite cloisonnée, un épaississement avec rehaussement hétérogène du péritoine ou des foyers hypodenses en rapport avec la nécrose caséuse [12]. Le différentiel se pose avec une grossesse extra-utérine, une torsion ovarienne, une endométriose ou un processus néoplasique, imposant parfois une exploration chirurgicale. L'analyse anatomopathologique réalisée sur des prélèvements biopsiques permet de poser le diagnostic, par la mise en évidence de granulomes épithélioïdes, d'une nécrose caséuse et de cellules de Langhans [12-13]. Par ailleurs, le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence de *Mycobacterium Tuberculosis* à l'examen direct ou après culture sur milieu de Lowenstein - Jensen. La recherche de l'ADN bactérien par technique de PCR (Polymerase Chain Reaction) est également utile pour le diagnostic mais s'avère souvent indisponible [7,9]. Dans notre cas, l'examen anatomopathologique de l'ensemble des spécimens prélevés était suffisant pour le diagnostic. Le traitement de la forme génitale est essentiellement médical, antibacillaire. Son pronostic est lié à l'infertilité séquellaire [1,7]. Dans notre cas, une hystérectomie s'est imposée, rendant illusoire toute possibilité de procréation ultérieure.

Conclusion: La tuberculose utérine est une forme grave de tuberculose génitale, souvent responsable d'infertilité séquel-

laire. La symptomatologie est peu spécifique, rendant difficile le diagnostic. Un retard thérapeutique peut compromettre la fertilité ultérieure.

Références:

- 1] Neonakis IK, Demetrios AS, Efthimia P. Female genital tuberculosis: a review. *Scandinavian journal of infectious diseases* 2011; 43(8) : 564-572.
- 2] Rakotomizao J, Ravahatra K, Rakotondrabe IT, Nandimbiniaina A, Raharimanana R, Andrianarisoa A. Profils épidémiocliniques de la tuberculose au CHU d'Antananarivo. *Revue des Maladies Respiratoires* 2018; 35, A173.
- 3] Namavar Jahromi B, Parsanezhad ME, Ghane-Shirazi R. Female genital tuberculosis and infertility. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 75(3): 269-272.
- 4] Rakoto-Ratsimba HN, Samison LH, Razafimahandry HJC, Rakotomalala VNI, Ranaivozanany A. Bartholinitis tuberculeuse: une observation à Madagascar. *Med Trop* 2003; 63: 608-10.
- 5] Ravelosoa E, Randrianantoanina F, Rakotosalama D et al. La tuberculose génitale chez la femme: à propos de 11 cas suivis à Antananarivo, Madagascar. *Bull Soc Pathol Exot* 2007; 100(1) : 30-31.
- 6] Rakotoson JL, Rajaoarifetra J, Raherimandimby H et al. (2013). Issues du traitement de la tuberculose dans le service de Pneumo-phtisiologie du Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa, Madagascar. *Rev Med Madag* 2013, 3 : 230-4.
- 7] Rakotomahenina H, Andrianampy HA, Rakotoson JL, Rabarijaona M, Solofomalala GD, Brun JL. La tuberculose génitale découverte devant une stérilité: deux premiers cas observés au CHU Fianarantsoa Madagascar. *Médecine et Santé Tropicales* 2015; 25(3) : 331-333.
- 8] Rakotomahenina H, Randriamahavonjy R, Rajaonarison JJC, Randaoharison PG. La tuberculose génitale : une réalité à Madagascar. *Rev. méd. Madag* 2015; 5(3) : 605-606
- 9] Genet C, Ducroix-Roubertou S, Gondran G, Bezanahary H, Weinbreck P, Denes E. Tuberculose utérine post-ménopausique. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 2006 ; 35(1) : 71-73.
- 10] Saadi H, Mamouni N, Erraray S et al. Tuberculose pelvopéritoneale pseudotumorale: à propos de quatre cas. *Pan African Medical Journal* 2012; 13(1).
- 11] Dubernard G, Ansquer Y, Marcollet A, Walker F, Juras J, Madelenat P. Tuberculose pseudo-tumorale du col de l'utérus. *Gynécologie obstétrique & fertilité* 2003 ; 31(5) : 446-448.
- 12] Moukit M, El Fadel FA, Kouach J, Babahabib A, Dehayni M, Rahali DM. Tuberculose péritonéale pseudo tumorale mimant un cancer ovarien: un diagnostic différentiel important à considérer. *The Pan African Medical Journal* 2016; 25.
- 13] Prado DS, Cardoso LF, de Maria Júnior RD et al. Endometrial Tuberculosis: Hysteroscopic Findings of a Clinical Case. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia/RBGO Gynecology and Obstetrics* 2019; 41(06): 409-411.