

TUBERCULOSE OVARIENNE SIMULANT UN CANCER OVARIEN A L'INSTITUT JOLIOT CURIE DE DAKAR : A PROPOS D'UN CAS

OVARIAN TUBERCULOSIS SIMULATING OVARIAN CANCER AT THE INSTITUT JOLIOT CURIE IN DAKAR: ABOUT A CASE

**SAMBIANI D.M^{1,2}, MOUELLE M^{1,2}, GUIRA M^{1,2} DIENG M.M^{1,2}, APITHY A^{1,2},
KA S^{1,2}, DEM A^{1,2}**

1. Service de Cancérologie, Institut Joliot Curie, Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar Sénégal
2. Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar Sénégal.

**Auteur correspondant : Dr SAMBIANI Damigou Mawuli. Chirurgie Générale –
Chirurgie Oncologique. Institut Joliot Curie de Dakar.**

Tel : 00228 90285958 Email : juliano006@yahoo.fr

Résumé

La tuberculose constitue un problème de santé publique mondial et en particulier dans les pays en voie de développement. Sa localisation péritonéale est rare mais non exceptionnelle. La tuberculose péritonéale disséminée représente 1 à 3% des manifestations tuberculeuses. Les auteurs rapportent le cas d'une femme de 25 ans, nulligeste suivie à l'Institut Joliot curie de Dakar présentant initialement un tableau de carcinose péritonéale simulant un cancer ovarien avec masses ovariennes bilatérales suspectes, épanchement pleuropéritonéal et élévation marquée des CA 125. Le diagnostic de la tuberculose péritonéale disséminée n'a été posé prospectivement que sur un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques évocatrices de tuberculose péritonéale et la recherche d'adénosine désaminase (ADA) dans le liquide d'ascite. La thérapie anti- bacillaire a été le traitement de choix et instauré chez cette patiente et l'évolution est favorable.

**Mots clés : Tuberculose péritonéale ;
Carcinose péritonéale ; Masse ovarienne**

Abstract

Tuberculosis is a global public health problem, particularly in developing countries. Its peritoneal location is rare but not exceptional. Disseminated peritoneal tuberculosis accounts for 1 to 3% of tuberculosis manifestations, which are dominated by pulmonary involvement. We report the case of a 25-year-old woman, a nulliparous, who was followed at institute Joliot Curie of Dakar. Her initial presumptive diagnosis was peritoneal carcinomatosis simulating ovarian cancer with suspicious bilateral ovarian masses, pleuroperitoneal effusion and marked rise in CA 125. The Diagnosis of disseminated peritoneal tuberculosis was prospectively made based on the history of presenting complaints, past medical history, physical examination findings suggestive of peritoneal tuberculosis and the positive search of adenosine desaminase (ADA) in the ascitic fluid. As soon as an anti-tuberculosis therapy was initiated, the patient had a favourable evolution.

**Keywords: Peritoneal tuberculosis;
peritoneal carcinomatosis; ovarian mass**

INTRODUCTION

Le cancer de l'ovaire est le plus difficile des cancers gynécologiques à diagnostiquer à cause des symptômes peu spécifiques [1]. Dans une étude menée par Oge T et al parmi les 612 patientes opérées pour suspicion de cancer ovarien, 20 cas (soit 3,2%) étaient une tuberculose péritonéale confirmée en post opératoire [1]. Nous rapportons un nouveau cas de tuberculose péritonéale simulant un cancer ovarien évolué et nous discutons à travers une revue de la littérature, les difficultés diagnostiques et thérapeutiques imposées par cette entité.

OBSERVATION

Une patiente âgée de 25 ans congolaise résidente en zone urbaine, nulligeste, sans antécédents pathologiques particuliers, adressé pour la prise en charge d'une tumeur ovarienne évoluant depuis 3 mois marquée par les douleurs abdomino-pelviennes, ascite, dans un contexte d'anorexie et amaigrissement non chiffré. L'examen clinique à l'admission objectivait un abdomen distendu avec matité des flancs. L'échographie abdomino-pelvienne montrait une masse latéro-utérine droite de 7 cm de grand axe, arrondie à paroi épaisse à contenu anéchogène à double tonalité baignant dans un épanchement péritonéal de grande abondance. L'utérus était de taille normale, d'échostructure homogène avec un endomètre normal. L'ovaire controlatéral n'était pas visualisé. Le scanner Abdominopelvien objectivait des masses pelviennes) paroi épaisse et rehaussée après injection de produit de contraste, développées aux dépens des ovaires, infiltration du grand épiploon avec de petits nodules péritonéaux et un nodule de Sœur MARIE JOSEPH, ascite libre de grandes abondances et adénopathies lombos-aortiques droites (Figures 1 et 2).

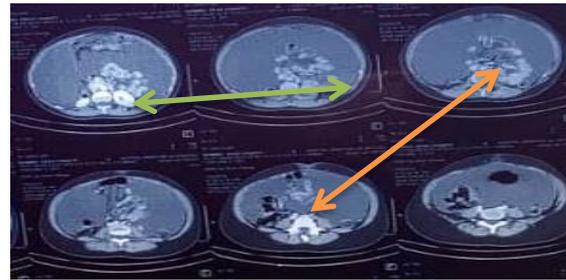


Figure 1 : coupes tomodensitométriques de l'étage abdominal : épanchement péritonéal (flèche orange), infiltration du grand épiploon avec des petits nodules péritonéaux (flèche verte)

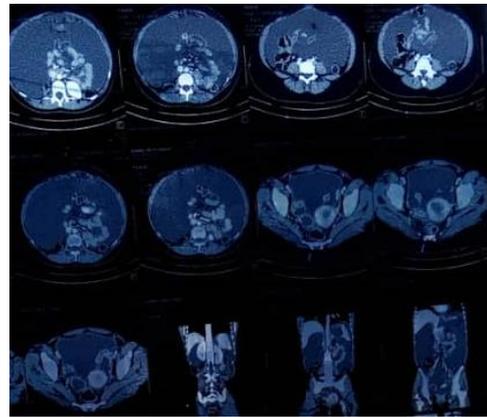


Figure 2 : coupes tomodensitométriques de l'étage abdomino-pelvien : Épanchement péritonéal avec masses ovariennes bilatérales.

À l'étage thoracique, on notait un épanchement pleural liquidien gauche de moyenne abondance avec une bande d'atélectasie basale droite. Le CA 125 était augmenté à 82,1 U/ml. La numération formule sanguine était normale. La vitesse de sédimentation élevée. Le Diagnostic d'un cancer ovarien avec ascite et carcinose péritonéale a été évoqué. La cytologie du liquide d'ascite révélait une absence de cellules malignes dans le liquide d'ascite. Une biopsie écho guidée a été réalisée et à l'examen anatomopathologique a retrouvé un tissu ovarien normal sans foyer tumoral. La recherche de BAAR dans le liquide

d'ascite était de culture négative. Le dosage de l'ADA (Adénosine Désaminase) dans le liquide d'ascite s'est révélé positif à 70,5 U/L. Après une anamnèse rétrospective à la recherche de signe d'imprégnation tuberculeuse et de notion de contagé, le diagnostic de localisation secondaire ovarienne d'une tuberculose a été retenu. L'évolution est bonne sous traitement anti bacillaire selon le protocole 2 mois de Rifampicine, Ethambutol, Isoniazide et Pyrazinamide puis 4 mois de Rifampicine et isoniazide. Une échographie faite à 06 mois a noté une régression des masses ovariennes, de l'ascite et de la pleurésie.

DISCUSSION

La localisation péritonéale pseudo-tumorale de la tuberculose est une forme clinique rare, avec une fréquence estimée de 1 à 3 % selon les séries [1, 2]. Cette fréquence est plus importante et pourrait doubler voire tripler chez les sujets séropositifs. Elle peut toucher toutes les tranches d'âge avec une prédilection chez les femmes entre 20 et 50 ans [1]. La greffe péritonéale du Mycobactérium Tuberculosis se fait par voie hématogène, à partir d'un foyer initial pulmonaire pouvant passer souvent inaperçu comme dans le cas de notre patiente. L'absence de vaccination est le principal élément incriminé dans l'atteinte péritonéale à côté des autres facteurs tels le manque d'hygiène et la précarité des conditions socio-économiques avec une notion de contagé tuberculeux familial [3]. Cliniquement, la tuberculose péritonéale peut mimer un tableau de cancer ovarien avancé [3]. En effet, les douleurs abdominopelviennes et la distension abdominale, une altération de l'État général marqué par l'amaigrissement, la palpation d'une masse abdominopelvienne peuvent être présent dans les deux pathologies. L'infertilité est révélatrice dans 5 à 10% des cas [4]. Les techniques comme l'échographie et la tomodynamométrie peuvent parfois orienter le diagnostic. Par ailleurs l'existence d'une ascite avec des septaux, épaissement péritonéal, son

rehaussement hétérogène, l'existence de foyers hypodenses en rapport avec la nécrose caséuse et les adénopathies suggèrent l'origine tuberculeuse, de même que des séquelles pleuropulmonaires (cas de notre patiente) moins souvent évolutives [5]. Le CA 125 est le marqueur des cancers ovariens d'origine épithéliale [6]. Néanmoins son taux peut être élevé dans plusieurs pathologies gynécologiques et extra gynécologiques ainsi que dans les cancers non gynécologiques avec métastases péritonéales. En cas de tuberculose péritonéale, des valeurs très élevées peuvent se voir [7]. Dans l'étude de Koc S et al, 90,1% des patientes atteintes de tuberculose péritonéale avaient un taux plasmatique du CA 125 élevé [8]. Par conséquent le marqueur CA 125 n'a pas de place dans le diagnostic différentiel entre cancer ovarien et tuberculose péritonéale. En revanche, Simsek et al rapportent que la diminution du taux de CA 125 est corrélée à la réponse au traitement antituberculeux et l'indiquent comme marqueur de surveillance sous traitement anti bacillaire [8]. Dans notre cas la cytologie du liquide d'ascite et la biopsie écho guidée n'ont pas pu poser le diagnostic. L'analyse de l'Adénosine Désaminase (ADA) qui a permis de poser le diagnostic de la tuberculose péritonéale chez cette patiente. Le dosage de l'activité de l'adénosine désaminase dans le liquide d'ascite, au seuil de 30 U/L et en l'absence d'immunodépression ou de cirrhose, ce test a une sensibilité de 96% et une spécificité de 98% [9]. C'est un test rapide et précis pour le diagnostic de la tuberculose péritonéale. Mais l'étude histologique des biopsies demeure et permet de redresser le diagnostic quand il met en évidence des granulomes gigancocellulaires avec nécrose caséuse spécifique du bacille de KOCH [3]. Le traitement de la tuberculose péritonéale est essentiellement médical. Il repose sur l'administration quotidienne d'une quadrithérapie associant Isoniazide, rifampicine, Ethambutol et la pyrazinamide pendant deux mois, puis un traitement

d'entretien de quatre mois par une bithérapie quotidienne associant isoniazide et rifampicine [10]. La prévention de la tuberculose péritonéale repose sur la vaccination au bacille de Calmette et Guérin (BCG), la chimio prophylaxie des sujets en contacts et l'amélioration de l'hygiène de vie des populations à risque.

CONCLUSION

La tuberculose péritonéale doit être évoquée devant toute masse ovarienne associée à un épanchement péritonéal. La cytologie et la culture du liquide d'ascite et le dosage de l'adénosine désaminase peuvent résoudre le problème. Dans le cas contraire une cœlioscopie à visée diagnostic avec biopsie est indiquée et permet de redresser le diagnostic et d'éviter une chirurgie d'exérèse non justifiée le plus souvent chez femme en activité génitale.

REFERENCES

1. **Oge T, Ozalp S, Yalcin OT, Kabukcuoglu S, Kebapci M, Arik D, et al.** Peritoneal tuberculosis mimicking ovarian cancer. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive bio.* 2012;162(1):105–108.
2. **Daaloul W, Gharbi H, Ouerdiane N, Masmoudi A, Ben Hamouda S, Ennine I, et al.** Tuberculose péritonéale disséminée simulant un cancer ovarien. *La Tunisie méd.* 2012;90(04):333–335.
3. **Moukit M, Ait El Fadel F, Kouach J et al.** Tuberculose péritonéale pseudo-tumorale pouvant mimer un cancer ovarien : un diagnostic différentiel important à considérer. *Pan Afr Med J* 2016; 25: 193.
4. **Namavar Jahromi B, Parsanezhad ME, Ghane-Shirazi R.** Tuberculose génitale chez la femme et infertilité. *J Int Gyn Obst.* 2001;75(3):269–72.
5. **Vardareli E, Kebapci M, Saricam T, et al.** Tuberculous peritonitis of the wet ascitic type: clinical features and diagnostic value of image-guided peritoneal biopsy. *Dig Liver Dis.* 2004;36(3):199–204.
6. **Tan O, Luchansky E, Rosenman S, Pua T, Azodi M.** Peritoneal tuberculosis with elevated serum CA 125 level mimicking advanced stage ovarian cancer: a case report. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;280(2):333–5.
7. **Panoskaltis TA, Moore DA, Haidopoulos DA, McIndoe AG.** Tuberculous peritonitis: part of the differential diagnosis in ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(3):740–2.
8. **Koc S, Beydilli G, Tulunay G, et al.** Peritoneal tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer: a retrospective review of 22 cases. *Gynecol Oncol.* 2006;103(2):565–9.
9. **Simsek H, Savas MC, Kadayifci A, Tatar G.** Elevated serum CA125 concentration in patients with tuberculous peritonitis: a case-control study. *Am J Gastroenterol.* 1997;92(7):1174–6.
10. **Ben Amar M.** Tuberculose péritonéale. <https://www.infectiologie.org>. 2011
11. **Blumerg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Frideman LN, et al.** Traitement de la tuberculose. *J Am Respir Crit Care Med.* 2003;167(4):603–62.