



## Cas clinique

### Tuberculose mammaire primitive : à propos d'un cas

Primary breast tuberculosis: a case report

Z Saye\*<sup>1</sup>, AA Doumbia<sup>1</sup>, B Coulibaly<sup>2</sup>, BY Sidibé<sup>1</sup>, S Konaté<sup>1</sup>, A Traoré<sup>1</sup>, T Koné<sup>1</sup>, A Bah<sup>1</sup>, M Konaté<sup>1</sup>,  
A Maïga<sup>1</sup>, I Diakité<sup>1</sup>, K Konaté<sup>3</sup>, M Coulibaly<sup>4</sup>, A Traoré<sup>1</sup>, BT Dembelé<sup>1</sup>, L Kanté<sup>1</sup>, A Togo<sup>1</sup>

#### Résumé

La tuberculose mammaire est une affection rare dans sa localisation extra pulmonaire et touche essentiellement la femme jeune. Elle est souvent prise pour une néoplasie mammaire cliniquement et radiologiquement. La confirmation diagnostique ne peut être portée que par les examens anatomopathologiques et bactériologiques. Le traitement repose essentiellement sur les antituberculeux mais parfois un traitement chirurgical s'avère nécessaire. Nous rapportons un cas de tuberculose mammaire chez une jeune femme allaitante de 19 ans.

Mots-clés : Tuberculose, sein, diagnostic, Mali.

#### Abstract

Breast tuberculosis is a rare condition in its extra pulmonary location and mainly affects young women. It is often mistaken for breast neoplasia clinically and radiologically. The diagnostic confirmation can only be carried by anatomic-pathological and bacteriological examinations. Treatment is mainly based on anti-tuberculosis drugs, but sometimes surgical treatment is necessary. We report a case of breast tuberculosis in a young breastfeeding woman of 19 years.

Keywords: Tuberculosis, breast, diagnosis, Mali.

#### Introduction

La tuberculose mammaire a été décrite pour la première fois par Cooper en 1829, comme étant une « tumeur mammaire froide ». Elle est une entité rare ne constituant que 0,1% de la tuberculose extrapulmonaire [1]. Son incidence est de 1/1600 des lésions mammaires chez la femme [2]. Les caractéristiques cliniques de la tuberculose mammaire varient et les lésions peuvent être confondues avec un carcinome mammaire ou un abcès pyogénique [3]. Seuls des examens anatomopathologique et bactériologique peuvent confirmer le diagnostic [4]. Nous rapportons un cas de tuberculose mammaire pour mettre en exergue le problème de diagnostic différentiel de la tuberculose mammaire avec le cancer du sein.

#### Cas clinique

Madame F. S., âgée de 19 ans, 2 gestes, 2 pares, allaitante d'un bébé de 2 mois, sans antécédents pathologiques particuliers. Une notion de contagé tuberculeux demeure méconnue. Elle consultait

pour une tuméfaction mammaire gauche évoluant depuis 3 mois et découverte à l'autopalpation. Cette tuméfaction était accompagnée de fièvre vespérale et d'amaigrissement. La palpation mammaire gauche retrouvait une masse de 10/7 cm du quadrant supéro-externe, mal limitée, sensible, sans rétraction cutano-mamelonnaire (figure 1). Cette masse était accompagnée d'un écoulement mamelonnaire d'aspect laiteux et d'une adénopathie axillaire homolatérale de 2 cm, mobile. L'échographie mammaire avait objectivé une masse tissulaire mesurant 8,15x7,36x3,62 cm, hypoéchogène, hétérogène, aux contours irréguliers, de limites moyennement nettes avec une suspicion de malignité (figure 2). Une microbiopsie au tru-cut a été réalisée et l'histologie est revenue en faveur d'un infiltrant inflammatoire folliculaire fait de lymphocytes, de cellules épithélioïdes et de cellules géantes de type Langhans, de nécrose caséuse sans signe de malignité (figure 3 et 4). L'IDR à la tuberculine était positive. Le CA 15-3 était normal. La sérologie VIH était négative. La radiographie pulmonaire était normale. Un traitement antibacillaire a été instauré à base de quatre antibacillaires (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol pendant 2 mois et de 2 antibacillaires (Rifampicine, Isoniazide) pendant 4 mois. L'évolution a été marquée par une guérison déclarée au bout de 6 mois.

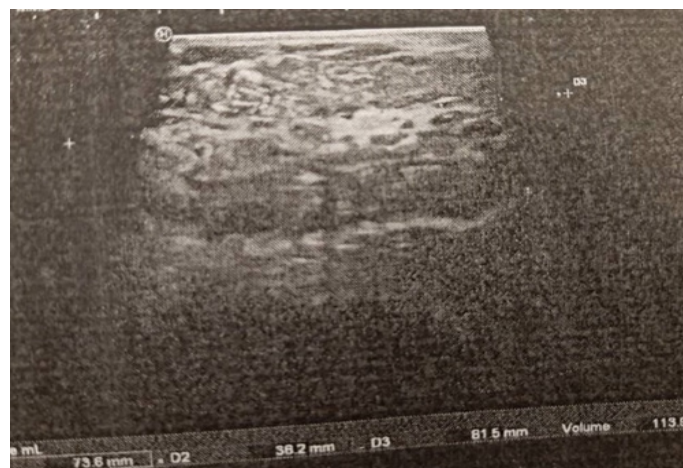


Figure 2 : Echographie mammaire objectivant masse tissulaire hypoéchogène, hétérogène, aux contours irréguliers.

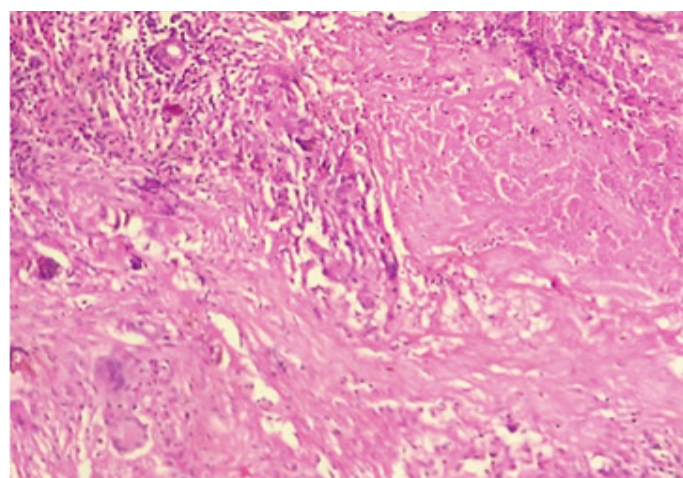


Figure 3 : (HE x 100) Tuberculose mammaire montrant un infiltrat inflammatoire folliculaire fait de lymphocytes, de cellules épithélioïdes, de cellules géantes de Langhans et des foyers de nécrose caséuse.

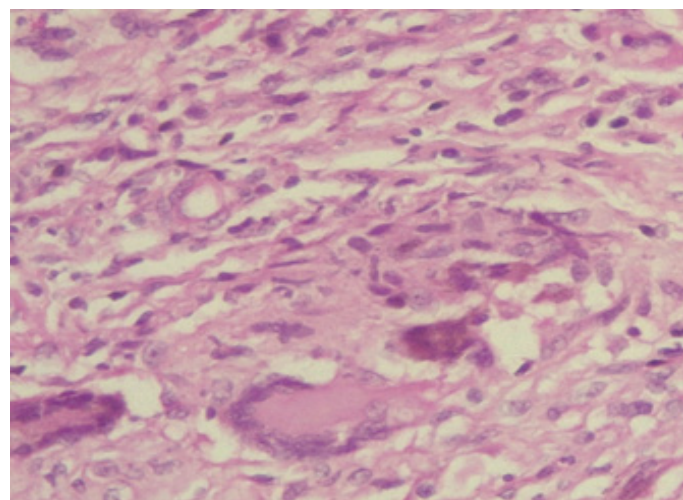


Figure 4 : (HE x 400) Tuberculose mammaire montrant un infiltrat inflammatoire folliculaire fait de lymphocytes, de cellules épithélioïdes et des cellules géantes de Langhans.

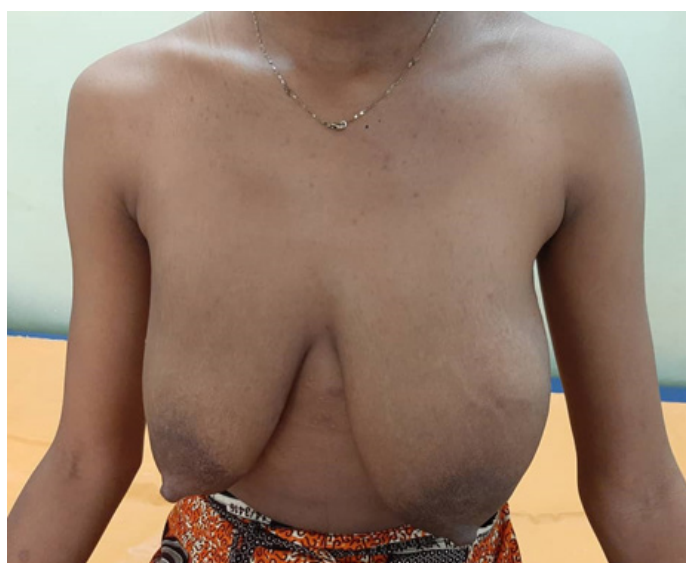


Figure 1 : Masse mammaire gauche

## Discussion

La tuberculose mammaire est une forme extrêmement rare de la tuberculose extra pulmonaire [1-4]. Elle est causée par le bacille résistant à l'acide, *Mycobacterium tuberculosis* [5]. Elle représente environ 0,25 à 0,1% de toutes les maladies mammaires traitées chirurgicalement et 0,1-0,5% de tous les cas de tuberculose [6,7]. Il est rare dans les pays occidentaux ; mais a une incidence plus élevée dans les pays en développement [4, 6,8].

La manifestation primaire de la tuberculose mammaire est principalement observée chez les jeunes femmes entre 20 et 40 ans [2,9], ce qui était similaire à notre observation. Elle est rare avant la puberté et après la ménopause. Cela s'explique par l'activité physiologique du sein [9]. Les facteurs de risque sont la multiparité, l'allaitement, les traumatismes mammaires, la mastite chronique, un antécédent de maladie suppurative du sein et le VIH [10].

Du point de vue étiopathogénique, l'atteinte mammaire peut être soit primitive sans foyer extra-mammaire, soit secondaire à une tuberculose pulmonaire [1-11]. La forme primitive de la maladie est rare et survient probablement par infection, par des écorchures cutanées ou par les ouvertures des canaux lactifères au niveau du mamelon [5]. La variété secondaire est plus courante et se développe soit par extension directe, dissémination lymphatique rétrograde à partir des ganglions lymphatiques axillaires ou cervicaux, soit rarement par maladie pulmonaire [5,11]. Chez notre patiente, il s'agissait d'un foyer primitif de tuberculose car aucune localisation secondaire n'a été retrouvée.

Sur le plan clinique, la tuberculose mammaire est caractérisée par l'absence de signes cliniques spécifiques. Des symptômes tels que la fièvre, le malaise, les sueurs nocturnes et la perte de poids sont présents dans moins de 20% des cas [8]. Il existe trois variétés cliniques de tuberculose mammaire, à savoir nodulaire, disséminée et sclérosante. La variété nodulaire est la plus courante et imite le fibroadénome ou le carcinome, la variété diffuse présente une

caséation et une formation de sinus, tandis que la variété sclérosante présente une fibrose étendue avec des morceaux durs ressemblant à un carcinome [12]. En raison de la proximité des nœuds axillaires, le quadrant supéro-externe (QSE) du sein est le site le plus fréquemment impliqué (68%), bien que n'importe quelle zone du sein puisse être concernée [2, 12,13]. Dans notre cas, la forme était nodulaire siégeant au niveau du QSE.

La mammographie a une faible sensibilité [11,14]. Elle montre des opacités hétérogènes, irrégulières, mal limitées, avec parfois des calcifications orientant plutôt vers une étiologie maligne [7]. A l'échographie, la tuberculose mammaire apparaît souvent sous forme d'une image hypoéchogène, hétérogène, bien ou mal limitée avec renforcement postérieur minime [15]. Pour notre observation, l'échographie a été préconisée car la patiente était allaitante.

Le gold standard pour le diagnostic est la détection de *Mycobacterium tuberculosis* par coloration de Ziehl-Neelsen ou par culture [14]. Cependant, le bacille tuberculeux n'est retrouvé que dans 25 % des cas. De plus, la culture nécessite des délais allant de quatre à six semaines [11]. C'est pourquoi l'histopathologie a une place indispensable. Elle montre, dans 95 % des cas, des granulomes épithélioïdes et géantocellulaires avec nécrose caséuse centrale, très évocateurs d'une lésion tuberculeuse [2, 4,16]. Une microbiopsie au Tur-cut a été faite chez notre patiente et le diagnostic a été histologique.

Devant la tuberculose mammaire, le principal diagnostic différentiel à redouter est le cancer du sein [5,8,15]. D'autres pathologies sont à discuter, comme l'abcès du sein, le fibroadénome, la sarcoïdose et les mastites granulomateuses [12,15,17].

La prise en charge thérapeutique de la tuberculose mammaire repose habituellement sur une quadrithérapie antituberculeuse classique associant isoniazide, rifampicine, éthambutol et pyrazinamide pendant deux mois, suivie par isoniazide et rifampicine pour une durée totale de neuf à douze mois [11]. L'indication chirurgicale est limitée. Elle est surtout préconisée dans les biopsies à visée diagnostique,

l'évacuation d'un abcès ou la résection des lésions résiduelles après un traitement médical [17].

Sous traitement, l'évolution de la tuberculose mammaire sous anti tuberculeux se fait vers la guérison totale et sans séquelle dans environ 90% des cas, selon Khaïz [18]. Dans la revue de la littérature, des récives ont été décrites dans 3% des cas [19].

## Conclusion

La tuberculose mammaire primitive est rare même dans les pays endémiques. Elle pose un problème de diagnostics clinique et radiologique en particulier avec le cancer du sein. L'examen anatomopathologique reste un élément clé du diagnostic différentiel en l'absence d'une certitude bactériologique. La tuberculose mammaire est une affection de très bon pronostic.

## \*Correspondance

SAYE Zakari

[amonon06@gmail.com](mailto:amonon06@gmail.com)

**Disponible en ligne** : 14 Septembre 2020

1 : Service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE de Bamako, Mali.

2 : Service d'anatomo-pathologie du CHU du Point G de Bamako, Mali.

3 : Hôpital de dermatologie de Bamako, Mali

4 : Service de chirurgie générale du CHU du Point G de Bamako, Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

[1] Asjad B, Ali M, Naeem B Kiran, et al. (October 15, 2019). Breast Abscess and Tuberculosis and its Diagnostic Challenges:

A Two-Year Prospective Study in Karachi, Pakistan. *Cureus* 11(10): e5909. DOI 10.7759/cureus.5909.

[2] M Chellaoui, A Taleb, L Chat, F Achaabane, D Alami, A Najid, H Benamour-Ammar. Tuberculose mammaire : à propos d'un cas. *J Radiol* 2002; 83 :742-4.

[3] Brown S, Thekkinkattil DK: Tuberculous cold abscess of breast: An unusual presentation in a male patient. *Gland Surg*. 2016; 5:361-365.

[4] T. Darré, M. Tchaou, B. N'Timon, A.A. Patassi, A. Aboubakari, L. Sonhaye, A. Bassowa, K. Amegbor G Napo-Koura. Tuberculose mammaire au Togo : à propos de 28 cas présumés. *Bull. Soc. Pathol. Exot* 2017; 110 :238-241.

[5] Madhusudhan K S, Gamanagatti S. Primary breast tuberculosis masquerading as carcinoma. *Singapore Med J* 2008; 49 (1) :3-5.

[6] Zohreh Azarkar, Mahmood Zardast, Nahid Ghanbarzadeh. Tuberculosis of the Breast: A Case Report. *Acta Medica Iranica* 2011; 49(2) : 124-126.

[7] Kalarç N, Ozkan B, Bayiz H, Dursun AB, Demirağ F. Breast tuberculosis. *Breast* 2002;11(4):346-9.

[8] Spyridon Marinopoulos, Dionysia Lourantou, Thomas Gatzionis, Constantine Dimitrakakis, Irimi Pappaspyrou, Aris Antsaklis. Breast tuberculosis: Diagnosis, management and treatment. *International Journal of Surgery Case Reports* 2012; 3: 548-550.

[9] Mirsaedi SM, Masjedi MR, Mansouri SD, Velayati AA.: Tuberculosis of the breast: Report of 4 clinical cases and literature review. *EMHJ* 2007; 13:670-676.

[10] J.J.C. Rajaonarison, J.M. Rakotondraisoa, B.S. Rasoanandrianina, E. Ravelosoa, D.M.A. Randriambololona. Un nouveau cas de tuberculose primitive mammaire. *Rev. méd. Madag.* 2015 ; 5(1) : 534-537.

[11] Hawilo A., Abdelmalek R., Mebazaa A., Addouni O., Kanoun F., El Euch D., Haouet S., Zitouna M., Mokni M., Ben Osman A., Ben Chaabane T. La tuberculose mammaire : un diagnostic rare, souvent méconnu. *Médecine et Santé Tropicales* 2012 ; 22 : 292-296.

[12] Gon S, Bhattacharyya A, Majumdar B, Kundu S. Tubercular mastitis - a great masquerader. *Turk Patoloji Derg.* 2013;29(1):61-3.

[13] Gupta PP, Gupta KB, Yadav RK, Agarwal D: Tuberculous mastitis. A review of seven consecutive cases. *Ind J Tub* 2003, 50:47-50.

- [14] Tazzioli G, Macolino A, Combi F, et al. Breast tuberculosis: A case report of primary type mammary tuberculosis. *Clin Case Rep.* 2019;7:2346–2348.
- [15] Tariq Bouhout, Badr Serji, Ebo Usman Egyir, Benyounes El amri, Imad Bouhout, Mehdi Soufi, Mohammed Bouziane, Tijani El harroudi. Tuberculose mammaire : à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 2017; 28:183.
- [16] Khaled A, Saadi A, Jaziri M, et al. La tuberculose mammaire : aspects radiocliniques. A propos de 70 cas. *Rev Imag Med* 1992 ; 4 : 755.
- [17] Morsad F, Ghazli M, Boumzgou K, Abbassi H, El Kerroumi M, Matar N, Belabidia B, Aderdour M, El Mansouri A. Tuberculose mammaire : à propos de 14 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2000; 30(4): 331-33.
- [18] Khaiz D., Lakhroufi A., Chehab F. et al. Tuberculose mammaire. À propos de deux cas, *Sem. Hop.* 1993 ; 69 :454–458.
- [19] M ZIDA, S OUEDRAOGO, E OUANGRE, S TRAORE. La tuberculose mammaire au CHU Yalgado Ouedraogo : A propos de 2 cas. *Rev Int Sc Méd.* 2012;14,2:169-173.

**Pour citer cet article :**

Z Saye, AA Doumbia, B Coulibaly, BY Sidibé, S Konaté, A Traoré et al. Couverture des besoins transfusionnels à l'hôpital régional de Koudougou au Burkina Faso. *Jaccr Africa* 2020; 4(3): 571-575