

Fait clinique

Nodule du sein chez l'homme: possibilité d'une tuberculose mammaire

Rabesalama SSEN^{*1}, Randriamandrato TAV², Randrianirina A¹, Emile³, Rakotoarijaona AH¹, Rakoto Ratsimba HN⁴



¹ Service de Chirurgie, CHU de Toamasina, Madagascar

² Service de Réanimation Chirurgicale, HJJRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

³ Université de Toamasina, Madagascar

⁴ Service de Chirurgie Viscérale A, HJJRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

Résumé

La tuberculose mammaire est une localisation rare de la tuberculose extra-pulmonaire. Les auteurs rapportent l'observation d'un patient de 23 ans venu en consultation pour un nodule banal du sein évoluant depuis cinq mois. Les différentes explorations cliniques et morphologiques avaient fait suspecter un cancer du sein. Après une exérèse chirurgicale de la lésion, l'histologie avait plutôt mis en évidence des lésions tuberculeuses. Nous suggérons que la tuberculose mammaire devrait être évoquée devant un tel tableau chez un patient vivant en zone d'endémie tuberculeuse.

Mots-clés: Diagnostic; Sein; Traitement; Tuberculose

Abstract

Titre en anglais: Breast lump in male: possibility of breast tuberculosis

Breast tuberculosis is a rare location of extra-pulmonary tuberculosis. Authors report the case of a 23 year-old patient came in for a routine consultation for breast lump lasting for five months. Clinical and morphological explorations had suspected breast cancer. After surgical excision of the lesion, histology was rather revealed tuberculosis lesions. We suggest that breast tuberculosis should be referred in patient with breast lump living in TB endemic area.

Keywords: Breast; Diagnosis; Treatment; Tuberculosis

Introduction

La tuberculose demeure un problème de santé publique dans le monde notamment avec l'émergence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine [1]. La tuberculose mammaire est une forme extrêmement rare de tuberculose extrapulmonaire car les cellules mammaires ont une grande résistance à la survie et multiplication des mycobactéries [2]. Cette localisation peut être primaire ou secondaire et elle pose souvent des difficultés diagnostiques résolus par l'étude histologique et bactériologique [1]. Les auteurs rapportent l'observation d'un patient ayant présenté une tuberculose mammaire primaire et les aspects de la prise en charge sont discutés.

Observation

Un jeune homme de 23 ans, étudiant, provenant d'un milieu rural, sans antécédent particulier, était vu en consultation pour un nodule du sein droit. La lésion était apparue 5 mois auparavant et augmentait progressivement de volume sans écoulement mamelonnaire ni mastodynie. Il était vacciné au BCG et il n'existait aucune notion d'antécédent ni de contag tuberculeux évidents. L'examen clinique avait retrouvé un nodule du quadrant inféro-interne du sein droit, mobile dans tous les sens, avec un aspect légèrement inflammatoire de la peau adjacente (Figure 1). Il s'accompagnait d'adénopathies axillaires satellites homolatérales faisant suspecter un cancer du sein évolué. Le sein gauche était sans anomalie de même que le reste de l'examen clinique. La mammographie et l'échographie avaient conclu à un processus tumoral suspect du sein



Fig. 1: Nodule du quadrant inféro-interne du sein droit avec inflammation de la peau adjacente



Fig. 2: Pièce opératoire: masse ronde, bien encapsulée

droit. Une exérèse chirurgicale de la lésion était décidée avec ablation d'une masse ronde, bien encapsulée, mesurant 2cm de grand axe, à contenu rosâtre nécrotique (Figures 2,3). L'examen anatomopathologique ne montrait pas de signes de malignité mais des follicules épithélio-giganto-cellulaire centrés par une nécrose caséeuse typiques d'une tuberculose folliculo-caséeuse (Figure 4). La sérologie VIH était négative. Un bilan général à la recherche d'autre localisation tuberculeuse éventuelle associée

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: soloherinirina@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie, CHU de Toamasina, Madagascar

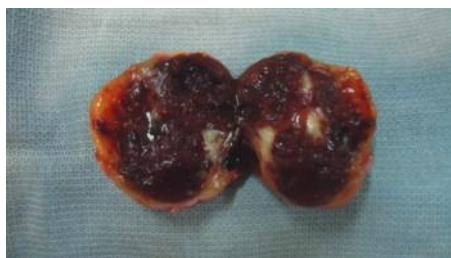


Fig. 3: Aspect à la coupe: masse bien encapsulée, contenant des tissus nécrotiques rosâtres

était négatif. Un traitement oral antituberculeux spécifique de huit mois était par la suite prescrit selon le schéma en vigueur à Madagascar avec une phase intensive de deux mois associant quatre antituberculeux (rifampicine, isoniazide, éthambutol et pyrazinamide) suivie d'une phase d'entretien de six mois associant deux antituberculeux (isoniazide et thiacétazone). Au terme du traitement et au recul d'un an, l'évolution était favorable avec absence de récurrence.

Discussion

La tuberculose mammaire a été décrite pour la première fois en 1829 par Sir Asley [3]. Le sein fait partie des localisations les plus inhabituelles de la tuberculose, représentant 0,1% de toutes les lésions mammaires rapportées, et 4,5% de l'ensemble des affections tumorales du sein [2]. Elle touche, dans 83 à 95% des cas, la femme jeune entre 20 et 40 ans [2]. Chez l'homme, elle est exceptionnelle et une vingtaine d'observations seulement a été décrite dans la littérature [3]. Trois formes cliniques sont connues [2]. La forme nodulaire, de loin la plus fréquente (75% des cas), 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. Cet aspect était retrouvé chez notre patient. Quant à la forme diffuse, il s'agit souvent d'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. Enfin, la forme caséuse, plus fréquente chez la femme âgée, se présente sous forme d'une masse douloureuse indurée, rarement suppurée. Dans tous les cas, un écoulement chronique (séreux, purulent ou hémorragique) peut être observé [4]. Des adénopathies axillaires sont présentes dans 75% des cas [3]. L'échographie retrouve une masse hypoéchogène dans 60% des cas [1]. La tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique sont utilisés pour évaluer l'extension de la lésion au-delà du sein, principalement vers la paroi thoracique [3]. Le diagnostic peut être difficile car les signes cliniques et radiologiques ne sont pas spécifi-

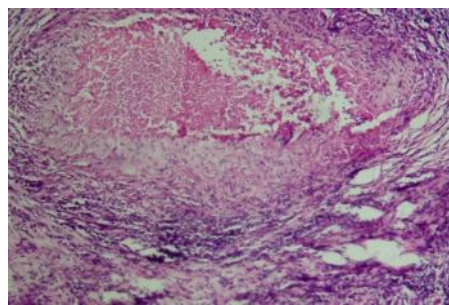


Fig. 4: Histologie: follicules épithélio-giganto-cellulaires centrés par une nécrose caséuse (Hématoxyline éosine x40)

ques [2]. Le diagnostic de certitude repose sur l'examen histologique des prélèvements biopsiques en montrant un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse [1,3]. Un certain nombre de diagnostics sont à éliminer avant de retenir le diagnostic de tuberculose mammaire, notamment le cancer du sein [5]; d'ailleurs la coexistence de cancer et de tuberculose mammaire est possible selon la littérature [3]. Les autres pathologies à éliminer sont la plasmocytose mammaire, l'abcès pyogène, l'actinomycose, la granulomatose mammaire, la mastite avec réaction à cellules géantes sur corps étranger et l'ectasie canalaire [3,5]. Le traitement est avant tout médical, basé sur une polychimiothérapie antituberculeuse dont le schéma thérapeutique est variable selon les pays [1,2]. La place de la chirurgie est limitée à la biopsie, à la résection d'un nodule, au drainage d'abcès, à la résection de tissus nécrotiques infectés, voire à une mastectomie segmentaire ou totale si le sein est complètement détruit [3]. Le pronostic est excellent si la prise en charge est adéquate [1,3].

Conclusion

La tuberculose mammaire est une localisation extra pulmonaire rare de la tuberculose dont le diagnostic peut être difficile. L'examen histologique donne le diagnostic de certitude en montrant les lésions spécifiques de la tuberculose et élimine une lésion cancéreuse, principale diagnostic différentiel. Malgré sa rareté, elle doit être évoquée dans les pays à forte endémicité tuberculeuse.

Références

- 1- Kachewar S, Sankaye S. Primary tubercular mastopathy. *Australas Med J*. 2012; 5: 436-9.
- 2- Kumar M, Chand G, Nag VL, Maurya AK, Rao RN, Agarwal S, et al. Breast tuberculosis in immunocompetent patients at tertiary care center: A case series. *J Res Med Sci* 2012; 17: 199-202.
- 3- Elmrabet F, Ferhati D, Amenssag L, Kharbach A, Chaoui A. Tuberculose mammaire. *Med Trop* 2002; 62: 77-80.
- 4- Marinopoulos S, Laurantou D, Gatzionis T, Dimitrakakis C, Papaspyrou I, Antsaklis A. Breast tuberculosis: Diagnosis, management and treatment. *Int J Surg Case Rep* 2012; 3: 548-50.
- 5- Singal R, Bala J, Gupta S, Goyal S, Mahajan N, Chawla A. Primary Breast Tuberculosis Presenting as a Lump: A Rare Modern Disease. *Ann Med Health Sci Res* 2013; 3: 110-2.