



Clinical case

Tuberculose Mammaire Multiviscérale Simulant un Cancer du Sein Métastatique

Multivisceral tuberculosis mimicking a metastatic breast cancer

Mamour GUEYE, Ababacar BADIANE, Moussa DIALLO, Ndeye Aissatou LAKH, Aïssatou MBODJI, Serigne Modou KANE-GUEYE, Mame Diarra NDIAYE, Jean Charles MOREAU

(1 Clinique Gynécologique et Obstétricale, Hôpital Aristide Le Dantec, BP 3001, Dakar - Université Cheikh Anta DIOP de Dakar.

Auteur correspondant :

Mamour GUEYE

E-mail : mamourmb@yahoo.fr

Mots clés : Tuberculose mammaire, Cancer du sein, Métastase

Keywords: Breast Tuberculosis, Breast Cancer, Metastasis

RÉSUMÉ

Objectifs. Rappporter un cas de tuberculose multiviscérale simulant un cancer du sein métastatique. **Observation.** Mme HD, 68 ans, est admise pour une masse mammaire droite de 12 cm d'allure péjorative évoluant depuis 6 mois dans un contexte de traitement pour arthrose. L'imagerie mammaire était suspecte de malignité (ACR 5). Une étude cytologique de la masse était en faveur d'un carcinome. Un bilan d'extension prescrit, dans l'attente des résultats de la biopsie, mettait en évidence une néoplasie mammaire droite avec localisations secondaires ganglionnaires, pulmonaires et osseuses. La microbiopsie concluait à une mastite granulomateuse devant faire rechercher une tuberculose. Nous avons alors procédé à une biopsie osseuse stéréotaxique sous scanner de la lésion osseuse vertébrale qui se révéla positive à *Mycobacterium tuberculosis*. Le diagnostic de tuberculose multiviscérale était alors établi. Après 12 mois de traitement médical anti-tuberculeux, nous avons obtenu une rémission complète. Avec un recul de 2 ans, Mme HD ne présente aucun signe de récurrence. **Conclusion.** Malgré sa rareté, dans les pays où la tuberculose est endémique, la tuberculose mammaire doit être systématiquement évoquée devant une lésion mammaire. Le diagnostic de la tuberculose mammaire repose sur une confrontation des données cliniques, radiologiques et histologiques afin d'écarter une étiologie néoplasique. Le traitement est essentiellement médical.

ABSTRACT

Objectives. To report a case of multifocal tuberculosis simulating a metastatic breast cancer. **Summary of the case.** Ms. HD, 68. years old, was admitted for a right breast lump of 12 cm evolving for 6 months. She was followed up and treated for osteoarthritis. Breast imaging was consistent with breast neoplasm (ACR 5). Fine-needle aspiration cytology (FNAC) favored carcinoma. CT scan showed mammary neoplasia of the right breast with lymphnode, pulmonary and bone localizations. Core needle biopsy concluded to granulomatous mastitis and suggested search for tuberculosis. We then performed a stereotaxic bone biopsy under CT scan of the vertebral bone lesion that was positive for *Mycobacterium tuberculosis*. The diagnosis of multifocal tuberculosis was then established. After 12 months of anti-tuberculosis medical treatment, we achieved complete remission. With a 2 years follow-up, Ms. HD shows no signs of recurrence. **Conclusion.** Despite its scarcity, in countries where tuberculosis is endemic, mammary tuberculosis must be systematically evoked in breast lumps. The diagnosis of mammary tuberculosis is based on a comparison of clinical, radiological and histological data to rule out a neoplastic etiology. The treatment is mainly medical.

INTRODUCTION

La tuberculose mammaire est une localisation extra-pulmonaire rare de la tuberculose. Elle est rarement rapportée et probablement sous-estimée. Les poumons et l'os sont deux organes de prédilection du cancer du sein et de la tuberculose. Une atteinte mammaire, pulmonaire et osseuse oriente facilement vers un cancer du sein.

Dans un pays où l'accès aux examens anatomopathologiques est limité ou les délais de rendu de résultats longs, le diagnostic de cancer du sein est couramment porté sur la base de la cytologie seule.

Aussi rare soit-elle, la tuberculose mammaire doit être un diagnostic à évoquer et le diagnostic de cancer du sein

ainsi que son traitement doivent être établis sur la base d'une biopsie.

Nous rapportons une tuberculose multiviscérale initialement prise en charge pour un cancer du sein métastatique.

OBSERVATION

Mme HD, 68 ans, est admise pour une masse mammaire droite dans un contexte de traitement pour arthrose depuis plus de 6 mois (kinésithérapie incluse). L'examen mettait en évidence une masse 12 cm occupant les quadrants inférieurs du sein droit d'allure péjorative sans adénopathie cliniquement palpée. L'examen du sein gauche et des autres aires ganglionnaires était normal. Une mammographie couplée à une échographie mammaire classait la masse cliniquement palpée ACR 5 selon la classification *BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System de l'ACR (American College of Radiology))*.

Une étude cytologique de la masse concluait à une masse suspecte de malignité.

Un bilan d'extension prescrit dans l'attente des résultats de la biopsie, mettait en évidence une néoplasie mammaire droite avec localisations secondaires ganglionnaires, pulmonaires (infiltrat micronodulaire diffus des 2 champs pulmonaires avec quelques images macronodulaires par endroits en faveur d'une lymphangite carcinomateuse) et osseuses (lésion d'allure secondaire de L2-L3 avec cyphose focale et épiderite antérieure responsable d'une sténose canalaire [Figure 1]).

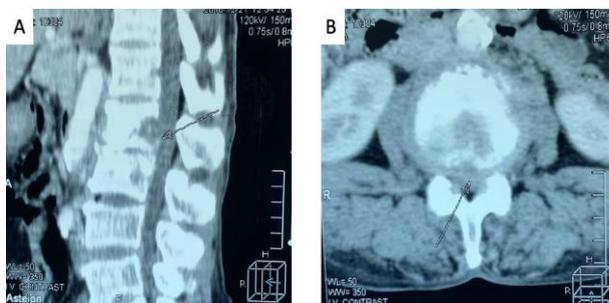


Fig. 1A et B : Scanner rachidien montrant une lésion d'allure secondaire de L2-L3 avec cyphose focale et épiderite antérieure responsable d'une sténose canalaire (flèche)

Devant ces résultats et la douleur qui était de plus en plus insupportable, une radiothérapie antalgique était prescrite et réalisée.

Trois semaines plus tard, la microbiopsie était en faveur d'une mastite granulomateuse devant faire rechercher en premier une tuberculose.

Nous avons alors procédé à une biopsie osseuse stéréotaxique sous scanner de la lésion osseuse vertébrale qui se révéla positive à *Mycobacterium tuberculosis*.

Le diagnostic de tuberculose multiviscérale était alors établi.

Mme HD a bénéficié d'un traitement médical anti-tuberculeux pendant 12 mois.

A 6 mois de traitement, la masse mammaire avait totalement fondu, Mme HD ne ressentait plus de douleurs au dos et avait une autonomie à la marche. A l'imagerie, les lésions vertébrales étaient qualifiées de mixtes pseudo-dégénératives et lytiques de L2 et L3 évocatrices d'une spondylodiscite en phase de reconstruction. La mammographie était normale. Avec un recul de 2 ans, Mme HD ne présente aucun signe de récurrence.

DISCUSSION

L'atteinte mammaire tuberculeuse peut être isolée ou associée à d'autres atteintes viscérales.

On distingue 2 types de tuberculose mammaire.

La tuberculose mammaire primitive est initialement localisée au sein. Elle est manifestement la plus fréquente et représente 60 % des cas. Elle est cependant contestée par certains auteurs qui rapportent que d'autres foyers tuberculeux, principalement pulmonaire cicatriciel et ganglionnaire intercostal, n'ont pas été détectés avant [1].

La tuberculose mammaire secondaire, forme la moins fréquente que la primitive, fait suite à l'atteinte préalable d'un organe autre que le sein : pulmonaire (37%) ou extra-pulmonaire (7,6%) [2].

L'extension bacillaire peut se faire par quatre voies : lymphatique, la plus fréquente ; hémotogène, rarement décrite, la pénétration à partir du mamelon à travers les canaux et l'extension directe à partir des organes voisins [1].

La symptomatologie peut simuler un grand nombre d'affections, bénignes ou malignes du sein.

La palpation du sein retrouve une masse unique ou entourée de petites irrégularités de consistance inégale, indolore et mal limitée adhérent parfois à la peau ou au muscle pectoral, pouvant suggérer fortement un cancer. Moins fréquemment, il s'agit d'une masse fluctuante dont l'incision entraînerait un écoulement purulent, signant un abcès localisé ou un œdème du sein avec atteinte axillaire extensive [1]. Les adénopathies axillaires sont retrouvées dans 75 % des cas ; elles peuvent être mono ou bilatérales, comme elles peuvent siéger au niveau cervical ou sus-claviculaire. Toutes ces similarités avec le cancer du sein font que les deux pathologies peuvent facilement être confondues surtout dans un pays endémique où l'accès à l'anatomopathologie n'est pas aisé.

Au total, quatre entités anatomo-cliniques sont décrites : la forme nodulaire, la plus fréquente ; la forme diffuse, correspondant à une mastite tuberculeuse et faisant suite à la forme nodulaire non traitée ; la forme scléreuse qui touche principalement la femme âgée et la forme oblitérante, réalisant une galactophorite tuberculeuse [3-5].

Le traitement de la tuberculose multiviscérale est essentiellement médical associant rifampicine, isoniazide et pyrazinamide à la phase d'attaque, et aux phases d'entretien, associant rifampicine et isoniazide [6, 7].

La chirurgie est réservée à la biopsie diagnostique, l'évacuation d'un abcès, d'une tumorectomie ou mastectomie totale en cas de sein totalement envahi [8].

Le pronostic est excellent si la prise en charge est adéquate. Le taux de récurrence est de 3 %. Notre patiente ne présente aucun signe de récurrence à 24 mois de suivi.

CONCLUSION

La tuberculose mammaire est une localisation extrapulmonaire rare de la tuberculose. Malgré sa rareté, dans les pays où la tuberculose est endémique, elle doit être systématiquement évoquée devant une lésion mammaire.

Le diagnostic de la tuberculose mammaire repose sur une confrontation des données cliniques, radiologiques et histologiques afin d'écartier une étiologie néoplasique. Le traitement est essentiellement médical et le pronostic reste bon si le diagnostic est précoce et le traitement adapté et prolongé.

RÉFÉRENCES

1. Boiufettal H, Noun M, Hermas S, Samouth N. Tuberculose mammaire : à propos de huit cas. *Imagerie de la femme* 2009;19:188-97.
2. El Hammouni M, Ktaibi A, El Oueriachi F, Aarsalane A, Kabiri EH. Tuberculose mammaire pseudo-tumorale avec pachypleurite chez l'homme. *Revue de Pneumologie clinique* 2015;71:249-52.
3. Ben Hassouna J, Gamoudi A, Bouzaiene H, Dhiab T, Khomsi F, Chargui R. La tuberculose mammaire : étude rétrospective de 65 cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33:870-6.
4. Daali M, Hssaida R, Had A. La tuberculose primitive du sein. *Presse Med* 2001;30:431-3.
5. Chellaoui M, Taleb A, Achaabane C, Alami D, Najid A, Benamour H. Tuberculose mammaire : à propos d'un cas. *J Radiol* 2002;83:742-4.
6. Kumar M, Chand G, Nag VL, Maurya AK, Rao RN, Agarwal S. Breast tuberculosis in immunocompetent patients at tertiary care center: a case series. *J Res Med Sci* 2012;17:199-202.
7. Kachewar S, Sankaye S. Primary tubercular mastopathy. *Australas Med J* 2012;5:436-9.
8. Ozol D, Bozer M, Bayrak R. Breast tuberculosis. *Saudi Med J* 2006;27:1066-70.