

## Cas clinique

### Tuberculose tubaire et péritonéale simulant une tumeur ovarienne chez une jeune gabonaise

Tubal and peritoneal tuberculosis simulating ovarian tumor in a young Gabonese woman

CLO Nguia Nkilikissa<sup>1</sup>, UD Kombila\*<sup>1,4</sup>, J Minto'o Ntougou<sup>2</sup>, NR Bivigou Idyatta<sup>1</sup>, R Eya'ama Mve<sup>2</sup>, M Dibo<sup>1</sup>, S Tsioukaka<sup>1</sup>, JS Bouanga Makaya<sup>1</sup>, F Ntoutoume<sup>3</sup>, JB Boguikouma<sup>1,4</sup>

#### Résumé

**Introduction :** La localisation tubaire d'une tuberculose est une situation exceptionnelle. La présentation clinique est celle d'une tumeur tuboovarienne souvent à l'origine d'erreur diagnostique conduisant dans la majorité des cas à un traitement chirurgical radical par excès. Nous rapportons à travers à ce cas les difficultés diagnostiques et les contraintes imposées par cette entité.

**Cas clinique :** Patiente de 20 ans nulligeste hospitalisée pour exploration des douleurs pelviennes associées à une augmentation récente du volume de l'abdomen évoluant dans un contexte d'altération de l'état général depuis 4 mois. L'examen retrouve une ascite de moyenne abondance, à la biologie un syndrome inflammatoire, une anémie microcytaire hypochrome à 9,6 g/dL et le CA 125 à 199,34 UI/ml. L'échographie abdominopelvienne objective un épanchement péritonéal, un kyste ovarien droit (22X22 mm). La coelioscopie pratiquée, met en évidence des trompes boudinées et entachées par de fines granulations blanchâtres, tapissant aussi le péritoine. L'analyse histologique post opératoire a mis

en évidence la présence de granulomes épithélioïdes et géantocellulaires avec nécrose caséuse centrale au niveau tubaire et péritonéale. Le diagnostic de tuberculose tubaire et péritonéale a été retenu. Une recherche exhaustive d'autres localisations de la tuberculose a été négative. Le traitement antituberculeux a été institué.

**Conclusion :** La tuberculose ovarienne est une localisation rare pouvant simuler en tout point un cancer de l'ovaire. Bien que la présentation clinique, les données échographiques et le taux élevé du CA125 égarent le diagnostic vers le cancer de l'ovaire, il faut évoquer la tuberculose ovarienne notamment dans un pays d'endémie. Le diagnostic de cette entité est l'histologie.

**Mots-clés :** Tuberculose tubaire, Cancer ovarien, Coelioscopie.

#### Abstract

**Introduction:** The tubal location of tuberculosis is an exceptional situation. The clinical presentation is that of a tuboovarian tumor often the cause of diagnostic error leading in the majority of cases to excessive

radical surgical treatment. We report through this case the diagnostic difficulties and the constraints imposed by this entity.

Clinical case: 20-year-old nulligest patient hospitalized for exploration of pelvic pain associated with a recent increase in the volume of the abdomen evolving in a context of deterioration in general condition for 4 months. The examination reveals ascites of average abundance, on the biology an inflammatory syndrome, a hypochromic microcytic anemia at 9.6 g/dL and the CA 125 at 199.34 IU/ml. Abdominopelvic ultrasound reveals a peritoneal effusion, a right ovarian cyst (22X22 mm). The laparoscopy carried out reveals tubes that are curled and marred by fine whitish granulations, also lining the peritoneum. Postoperative histological analysis revealed the presence of epithelioid and gigantocellular granulomas with central caseous necrosis at the tubal and peritoneal level. The diagnosis of tubal and peritoneal tuberculosis was made. An exhaustive search for other sites of tuberculosis was negative. Anti-tuberculosis treatment was instituted.

Conclusion: Ovarian tuberculosis is a rare location that can mimic ovarian cancer in every way. Although the clinical presentation, the ultrasound data and the high CA125 level point the diagnosis towards ovarian cancer, ovarian tuberculosis must be considered, particularly in an endemic country. The diagnosis of this entity is histology.

Keywords: Tubal tuberculosis, Ovarian, Cancer, Laparoscopy.

---

## **Introduction**

Avec 10,6 millions de nouveaux cas et 1,3 million de décès chaque année, la tuberculose (TB) est une des maladies infectieuses les plus répandues dans le monde et constitue un problème majeur de santé publique, surtout dans les pays en voie de développement où la région africaine représente 23% de l'ensemble des cas [1]. Plusieurs facteurs ont contribué à la recrudescence de cette affection incluant

essentiellement l'immunodépression occasionnée par le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). La localisation pelvienne représente 6 à 10%, l'atteinte tubaire étant la plus fréquente, suivie par la localisation cervicale et endométriale [2]. Elle a une présentation clinique multiple et variée pouvant simuler un cancer ovarien lorsqu'elle est associée à une augmentation des CA125 [3]. Dans une étude menée par Oge et al., sur 612 patientes opérées pour un cancer de l'ovaire, les résultats anatomo-pathologiques ont mis en évidence une TB péritonéale chez 20 patientes [4]. Au Gabon, à la lumière des connaissances actuelles, aucun cas n'a encore été décrit dans la littérature. Nous rapportons un cas de TB tubaire et péritonéale chez une fille de 20 ans immunocompétente au VIH découvert devant la suspicion d'une tumeur ovarienne. La réalité de ce cas clinique nous a paru mérité d'être porté à l'attention des praticiens.

## **Cas clinique**

Patiente (ME) âgée de 20 ans, gabonaise sans profession nulligeste, avec contage tuberculeux il y'a 2 ans, était hospitalisée pour une douleur pelvienne à type de pesanteur associée à un ballonnement progressif de l'abdomen, des troubles du cycle menstruel notamment une oligoménorrhée, et une constipation, sans trouble urinaire, évoluant dans un contexte d'altération de l'état général dominé par un amaigrissement dont la perte de poids n'a pas pu être chiffrée. Cette symptomatologie clinique évolue depuis 4 mois. L'examen clinique retrouve une ascite de moyenne abondance, une douleur à la palpation de la fosse iliaque droite, sans masse pelvienne palpable. L'examen de l'appareil respiratoire était par ailleurs normal. Sur le plan radiologique une échographie abdomino-pelvienne a objectivé un kyste ovarien droit de 22x22mm, la présence d'un épanchement péritonéal de moyenne abondance. La tomographie abdomino-pelvienne n'a pas été réalisée. Le dosage sérique du CA125 était de 199,34 UI/ml (valeur normale < 35). L'hémogramme avait révélé une anémie à 9,6 g/dL, hypochrome,

microcytaire. La sérologie rétrovirale était négative. Une coelioscopie diagnostique a été réalisée, et l'exploration retrouvait des trompes boudinées et entachées par des granulation blanchâtres (figure 1) et une efflorescence des granulation blanchâtres tapissant tout le péritoine en tâches de bougie. L'utérus était de taille normale. L'ensemble de l'exploration faisant évoquer une TB tubaire et péritonéale, des biopsies ont été faites. L'étude histologique post opératoire a mis en évidence un granulome épithélioïde et

gigantocellulaire avec nécrose caséuse centrale (figure 2). Pas de signe de malignité. Le traitement antituberculeux combiné à base d'isoniazide (H), Rifampicine (R), éthambutole (E), pyrazinamide (Z) a été institué selon le protocole (2[RHZE] / 4[RH]). Sur le plan évolutif, nous avons noté une disparition des algies pelviennes, normalisation du cycle menstruel, une reprise pondérale et une normalisation des CA 125 à 18,11 UI/ml.

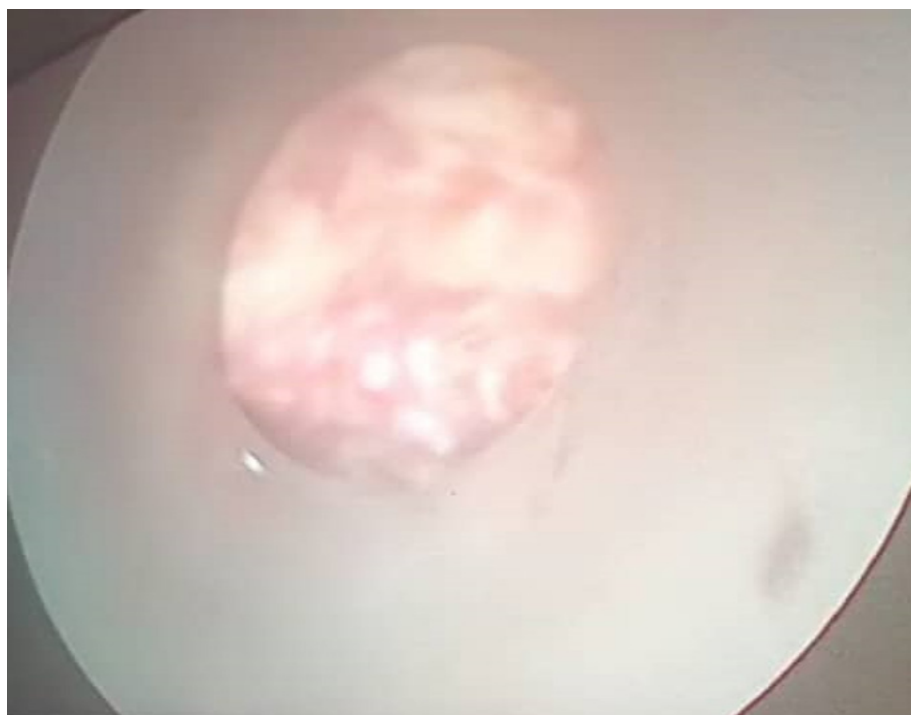


Figure 1 : Coelioscopie montrant la trompe droite boudinée et entachée des granulations blanchâtres

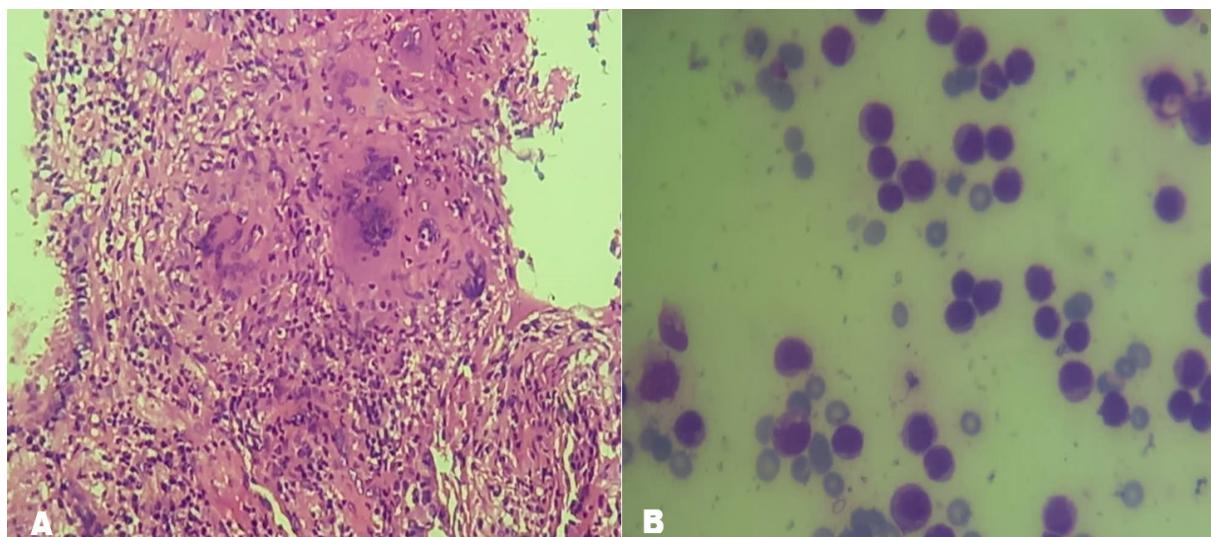


Figure 2 : Image histologique de granulome tubaire avec nécrose caséuse centrale (A) et de lymphocytes péritonéales (B)

## **Discussion**

Alors que la TB pulmonaire, forme la plus fréquente d'atteinte bacillaire, constitue une préoccupation majeure des services de prise en charge, les formes extra-pulmonaires, particulièrement la forme génitale de cette affection demeure sous-estimée, elle est estimée à 0,2% de l'ensemble des localisations tuberculeuses. Ces formes génitales sont considérées comme des formes graves parce qu'elles peuvent se compliquer d'infertilité. La plus connue de ces formes génitales est la TB tubaire [5, 6]. Le tableau clinique de la patiente ressemble à si méprendre à une tumeur pelvienne. Les tumeurs de l'ovaire sont découvertes à un stade avancé chez environ 70% des femmes au moment du diagnostic en raison des symptômes non spécifiques et l'apparition insidieuse de la maladie. L'ascite est préoccupante en cas de malignité, bien qu'elle puisse être présente dans d'autres affections bénignes tel le syndrome de Meig [7]. La localisation pelvi-péritonéale de la TB peut parfois simuler une carcinose péritonéale d'origine ovarienne du fait de la symptomatologie polymorphe et peu spécifique [8, 9]. En effet, le tableau clinique habituel est celui d'une ascite et des signes d'imprégnation tuberculeuses. D'autres signes devront être recherchés à type de troubles menstruels, troubles digestifs ou urinaires. Une association à d'autres localisations notamment pulmonaire ou digestif doit être recherchée [10]. Chez notre patiente en dehors de l'amaigrissement qui était manifeste, les autres signes d'imprégnation tuberculeuse étaient absents (fièvre vespérale, sueurs nocturnes, aménorrhée). Les examens d'imagerie (échographie et tomodensitométrie) ne semblent pas être d'un apport spécifique pour différencier entre cancer et TB tubaire [2]. Le CA125 est un déterminant antigénique qui est élevé en cas de cancer de l'ovaire et de TB péritonéale. Il n'est pas toujours facile de distinguer la TB péritonéale du cancer de l'ovaire au stade de carcinose péritonéale même sur la base du taux de CA 125 qui peut conduire à une laparotomie abusive chez les patientes jeunes [9]. Le CA 125 est une glycoprotéine qui est exprimée par les cellules

tapissant l'endomètre utérin, les cellules tapissant la plèvre, le péricarde, le péritoine et par conséquent peuvent être élevés dans les cas de péritonite tuberculeuse, de cancer de l'ovaire, des tumeurs intestinales [2, 9]. Les résultats du CA125 étaient de 199 U/ml pour une valeur normale < 35 U/ml. La diminution et la normalisation des taux sériques du CA125 sont corrélés à la bonne évolution de la maladie sous traitement anti-bacillaire, d'où leur intérêt dans la surveillance de l'efficacité du traitement [2, 10]. La coelioscopie avec biopsie a révolutionné le diagnostic, elle permet d'observer macroscopiquement les ovaires les trompes de Fallope et la cavité péritonéale et de réaliser des biopsies sous contrôle de la vue [8, 11]. Elle est d'un apport considérable puisqu'elle permet de poser le diagnostic de TB pelvienne dans plus de 97% des cas permettant ainsi d'éviter la laparotomie [2]. Le *Mycobacterium tuberculosis* atteint le tractus génital principalement par propagation hématogène et dissémination à partir de foyers extérieurs aux organes génitaux, les poumons étant le foyer principal commun [6, 8]. Chez notre patiente on retrouve aucun point d'appel respiratoire. Par contre on note un contage tuberculeux il y a deux ans qui aurait pu être à l'origine d'une infection tuberculeuse latente. La plupart des sujets infectés hébergent durablement des bacilles tuberculeux à l'état quiescent, au sein des macrophages incapables de les éliminer ou dans les granulomes. Les bacilles ainsi confinés en condition anaérobie à faible pH dans le caséum sont capables de survie prolongée (plusieurs années, voire dizaines d'années) en phase « dormante ». Les granulomes sont le siège d'un équilibre entre le bacille et l'hôte. Lorsque le système immunitaire ne parvient pas à maîtriser l'infection, les bacilles se multiplient activement dans les cellules immunitaires et dans le milieu extracellulaire. La libération dans les voies aériennes ou par voie hématogène des bacilles issus de lésions focales (liquéfaction du caséum) ou par les cellules infectées détermine l'extension de l'infection qui devient symptomatique. Le délai entre l'infection et la survenue de la TB peut atteindre plusieurs dizaines d'années, néanmoins 80 % des TB ou davantage



surviennent dans les deux années suivant le contact [12]. Le traitement de la TB pelvienne est médical à base d'anti-bacillaires selon les recommandations du programme national de lutte contre la tuberculose avec une évolution favorable. Après un mois de traitement, nous avons noté un amendement des algies pelviennes, une reprise pondérale de 2 kg, et une diminution des CA125 de 199 à 18,11 UI/ml au deuxième mois de traitement.

## Conclusion

La tuberculose tubaire est une localisation rare pouvant simuler en tout point un cancer de l'ovaire. Bien que la présentation clinique, les données échographiques et le taux élevé du CA125 égarent le diagnostic vers le cancer de l'ovaire, il faut savoir évoquer la tuberculose ovarienne notamment dans un pays d'endémie tuberculeuse chez une jeune fille en pleine activité génitale. Le diagnostic de cette entité est l'histologie. Le traitement anti bacillaire doit être précoce, car son retard pourrait compromettre la fertilité ultérieure de la patiente.

---

## \*Correspondance :

Ulrich Davy KOMBILA

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

**Disponible en ligne :** 29 Juin 2024

- 1 : Service de Médecine Interne, CHU de Libreville, Libreville, Gabon
- 2 : Service de Gynécologie Obstétrique, CHUME – FJE, Libreville, Gabon
- 3 : Service de Cytopathologie et d'Anatomopathologie CHUME-FJE, Libreville, Gabon
- 4 : Faculté de Médecine, Université des Sciences de la Santé, Owendo, Libreville, Gabon

© Journal of african clinical cases and reviews 2024

**Conflit d'intérêt :** Aucun

## Références

- [1] OMS. Tuberculose (2023). Principaux faits. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> [Consulté le 05/05/2024].
- [2] Nebhani M, Boumzgou K, Brams S, Laghzaoui M, El Attar H, Bouhya S, Aderdour M.-A., Iraqi M. Tuberculose pelvienne simulant une tumeur ovarienne bilatérale à propos d'un cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004 ; 33 : 145-147.
- [3] Huan YL, Wei LH, Hsieh CY. Clinical presentation of pelvic tuberculosis imitating ovarian malignancy. *Taiwanese J Obstet Gynecol* 2004;43(1):29–34.
- [4] Oge T, Ozalp SS, Yalcin OT, Kabukcuoglu S, Kebapci M, Arik D et al. Peritoneal tuberculosis mimicking ovarian cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012; 162(1):105-108.
- [5] Agbodande AK, Leoubou Dodo R, Aoulath I, Adjadohoun S, Azon-Kouanou A, Finangnon Wanvoegbe A, et al. Une localisation rare de la tuberculose: la tuberculose endométriale. *Pan Afr Med J*. 2019;33:45. doi:10.11604/pamj.2019.33.45.17520.
- [6] Mazza-Stalder J, Nicoda L, Janssens J.-P. La tuberculose extra-pulmonaire. *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 : 566 – 578.
- [7] Straughn JM, Robertson MW, Partridge EE. A Patient Presenting with a Pelvic Mass, Elevated CA-125, and Fever. *Gynecol Oncol* 2000; 77: 471–472.
- [8] Grace GA, Devaleenal DB, Natrajan M. Genital tuberculosis in females. *Ind J Med Res*. 2018 ;517–20.
- [9] Ahallat A, Al Amine El Mouden M, Aggouri Y, Ait Laalim S. Peritoneal tuberculosis: a benign differential diagnosis of ovarian cancer

with peritoneal carcinomatosis (a case report).

Pan Afr Med J. 2023;45(151). 10.11604/pamj.2023.45.151.40327.

[10] Bouchaib AE, Drissi J, Babahabib A, Elhassani MEM, Kouach J. Tuberculose péritonéale pseudo tumorale : à propos d'une série de 14 cas. Pan Afr Med J. 2022; 43(130).

[11] Sharma JB, Sharma E, Sharma S, Dharmendra S. Female genital tuberculosis: Revisited. Indian J Med Res 2019; 148(suppl): S71–S83.

[12] Fraise P. Diagnostic des infections tuberculeuses latentes (sujets sains, sujets immunodéprimés ou amenés à l'être). Rev Mal Respir 2012 ; 29 : 277 – 318.

#### **Pour citer cet article**

CLO Nguia Nkilikissa, UD Kombila, J Minto'o Ntougou, NR Bivigou Idyatta, R Eya'ama Mve, M Dibo et al. Tuberculose tubaire et péritonéale simulant une tumeur ovarienne chez une jeune gabonaise. *Jaccr Infectiology 2024; 6(2): 12-17*