



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE POPULAIRE

FACULTE DE MEDECINE BENZERDJEB BENAOUA

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE MERE-ENFANT

SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

**THEME DE FIN D'ETUDE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE
DOCTORAT EN MEDECINE**

**LA TUBERCULOSE GENITALE CHEZ LA FEMME DANS
LA WILAYA DE TLEMSEN**

2006-2012

Présenté par : BENABADJI Esmâ

BENYAHYA Abdrahmane

DIB Farah Sarah

DJELTI Abdelwahab

SEDJELMACI Nadjib

TACHEMA Amine

Encadrés par : Pr. BENHABIB

المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في أمراض النساء
مصلحة طب النساء و الولادة
الأستاذة: ب. بنحبيب
تونس

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Remerciements

Nos remerciements s'adressent en premier à notre maître de stage, le Professeur Benhabib, pour son humble accueil dans son service, sa prise en charge, de nous avoir accordé sa confiance, confié des tâches, conseillé et encouragé.

Nous exprimons également notre reconnaissance aux personnes qui ont apporté leur concours à la réalisation de ce mémoire, en particulier au Professeur Hadjadj du service de pneumologie, CHU Tlemcen, au Docteur Selka de l'EPSP de Tlemcen et au Dr Sari du DAT de Tlemcen.

Nous tenons à témoigner tout particulièrement du travail laborieux, de l'encadrement, du suivi, de l'expérience enrichissante pleine d'intérêt que le Professeur Benhabib et le professeur Ouali le Responsable des internes nous ont apporté durant ces trois mois de stage.

Notre gratitude s'adresse également à tout le personnel du service de gynécologie de nous avoir facilité l'intégration, le travail, l'apprentissage au sein de l'équipe médicale du service.

Enfin nous dédions ce modeste travail aux êtres les plus chers à nos coeurs qui sont nos parents ainsi que les membres de nos familles respectives.

Table des matieres

Partie theorique	Partie pratique
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Introduction ❖ Etiopathogénie <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>L'agent pathogene</i> ▪ <i>L'age de survenue</i> ▪ <i>Les voies de contamination</i> ❖ Etude anapathologique ❖ Etude clinique <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Les formes cliniques</i> ▪ <i>Les formes trompeuses</i> ▪ <i>Les formes actuelles</i> ❖ Le diagnostic : <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Le contexte tuberculeux</i> ▪ <i>Les examens complementaires</i> <p>La coelioscopie L hysterosalpingographie L'examen bacteriologique et histol</p> ❖ Le traitement <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Traitement medical</i> ▪ <i>Traitement chirurgical</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Introduction ▪ But ▪ Moyens et méthodes ▪ Résultats ▪ Discussion ▪ Etude comparative entre Tlemcen et Sphax ▪ Conclusion

INTRODUCTION :

La tuberculose génitale a été mentionnée pour la première fois en 1779 ; mais ce n'est que bien après, au 19ème siècle, que 02 auteurs américains WILLIAM et BERKLEY ont proposé la laparotomie comme traitement de la tuberculose péritonéale et cette maladie fut mieux connue. Et ce n'est que 50ans après, que l'intérêt se porta une fois encore sur la tuberculose génitale de la femme, grâce à la biopsie de l'endomètre introduite comme examen de routine dans le bilan étiologique de stérilité de la femme.

De la maladie rare et inconnue, elle devient plus fréquente ou plutôt mieux connue.

ETHIOPATHOGENIE :

-L'agent pathogène :

C'est en règle générale le *Mycobacterium tuberculosis* de type humain qui est en cause. Le bacille de Koch de type bovin a été retrouvé dans 33 % des cas dans. Il s'agit de femmes de la campagne se nourrissant de lait cru en Hongrie et qui s'infectent par voie digestive par le lait infecté.

Le BK se développe en aérobie strict et en se divise in vitro que dans un milieu special : LOWENSTEIN JENSEN à l'oeuf coagulé.

C'est un bacille acido alcool résistants du a sa paroi riche en lipides : apres coloration par la fuchsine (coloration de Ziehl -Nelsen)
Il n'est pas décoloré par une solution acido alcoolique et apparait donc en rouge au microscope a fond clair, alors que les autres bactéries apparaissent en bleu.

Ce sont donc des bacilles acido alcool résistants(BAAR).

Le meme principe est applicable avec la coloration avec un fluorochrome, l'auramine, qui nécessite donc l'utilisation d'un microscope à fluorescence.

Le BK se divise tres lentement ; son temps de doublement est de 15 à 20heures, ce qui explique l'évolution lente de la maladie, le délai de culture et la durée du traitement. La multiplication est a la fois intra cellulaire (dans les macrophages) et extra cellulaire.

C'est un germe résistant aux agents physiques, tels que : la chaleur, les rayons X ou UV. Il résiste bien au froid et peut rester vivant plusieurs jours dans les produits d'expectoration. Seules les tuberculoses respiratoires sont contagieuses (Transmission par voie aérienne : dose infectante faible).

-L'âge de survenue :

1. Les formes prépubertaires : sont exceptionnelles. et leur rareté actuelle fait que la tuberculose génitale risque d'être longtemps méconnue.

Elle coexiste souvent avec une autre localisation tuberculeuse en particulier rénale ou ostéo-articulaire

Elle se révèle en moyenne 4 à 5ans après le contage, généralement entre les âges de 10 et de 15 ans.

Cependant plusieurs cas de chancres vulvaires tuberculeux ont été décrits chez des enfants en milieu infecté.

2. Les formes de la période d'activité génitale :

Regroupent la quasi-totalité des cas et s'observent entre 20 et 35 ans. Mais nombre de ces cas sont la traduction plus ou moins lointaine d'une infection qui remonte à la période post pubertaire.

Comme les formes asymptomatiques sont les plus nombreuses, c'est au moment où la femme se préoccupe de son infertilité que sont découvertes les lésions. La tuberculose est plus souvent diagnostiquée chez les femmes transplantées de leur pays d'origine qui n'ont pas été vaccinées.

3. Les formes ménopausiques et post-ménopausiques :

en nette augmentation dû, d'une part, à l'amélioration des moyens diagnostiques ces vingt dernières années et, d'autre part, à un glissement de la maladie vers des âges plus avancés par l'absence de vaccination par le BCG et le traitement non systématique des primo infections à leur jeune âge.

Les formes post ménopausiques représentent 0,6 à 11 % de l'ensemble des tuberculoses génitales et la tuberculose est en cause dans 1 % des cas de métrorragies post-ménopausiques dans les différentes statistiques.

L'âge des malades varie entre 46 ans et 90 ans avec un âge moyen de 59 ans. Le délai entre la ménopause et la découverte de la maladie varie entre 1 an et 41 ans avec une moyenne de 10 ans. L'hyperplasie muqueuse fréquemment observée serait le témoin d'une desquamation périodique de l'endomètre favorise la formation de formes ulcérocaséuses.

-Voies de contamination :

La contamination de l'appareil génital survient au cours de la période métastatique postprimaire selon le cycle de Ranke.

1. Elle se fait essentiellement par voie hématogène :

Ce sont d'abord les trompes qui sont contaminées, puis à partir de cette première localisation, le bacille de Koch contamine le reste de l'appareil génital.

Nogales-Ortiz souligne la fréquence décroissante de l'atteinte tissulaire en allant des trompes constamment atteintes au col.

Il souligne l'intérêt des menstruations qui éliminent régulièrement les couches superficielles de l'endomètre particulièrement infectées.

2. La contamination lymphatique : est très rare à partir de ganglions tuberculeux pelviens ou, en cas de tuberculose génitale d'origine bovine, à partir des ganglions mésentériques.

3. La contamination par contiguïté : à partir d'un foyer tuberculeux digestif ou urinaire est rare ; de même la contamination de la trompe par le péritoine.

4. *La tuberculose génitale primitive* : est rare et doit faire rechercher un contage vénérien. La contamination génitale basse se fait à partir des rapports sexuels ou d'objets de toilette souillés. La recherche d'une localisation génitale chez le conjoint est souvent positive. Certains chancres vulvaires de l'enfant relèvent de ce mode de contamination.

-Une période de latence plus ou moins longue existe entre la contamination génitale et les premières manifestations cliniques de la maladie. Celles-ci coïncident souvent avec des épisodes déclenchants qui peuvent être les premières règles, le mariage, un avortement, une grossesse ou une infection génitale non spécifique.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

L'image histologique est généralement spécifique pour confirmer ce diagnostic.

+ Lésions macroscopiques élémentaires :

1. Les lésions nodulaires : classées en fonction de leur taille :

- les granulations miliaires : blanches, d'environ 1 mm de diamètre et disséminées de façon régulière, elles sont à la limite de la visibilité.
- les tubercules miliaires : plus volumineux, blancs avec un centre jaune (Nécrose caséuse).
- les tubercules enkystés : de 1 à 3 cm de diamètre, blancs, homogènes sur les tranches de section, régulièrement répartis et délimités par une coque fibreuse grisâtre qui tranche avec la couleur blanche du centre. Il existe parfois une surcharge calcaire (tubercules crétaqués).

2. Les infiltrations : sont des lésions mal limitées, un peu grisâtres, correspondant à des plages de nécrose caséuse confluentes, observées surtout dans la tuberculose du myomètre.

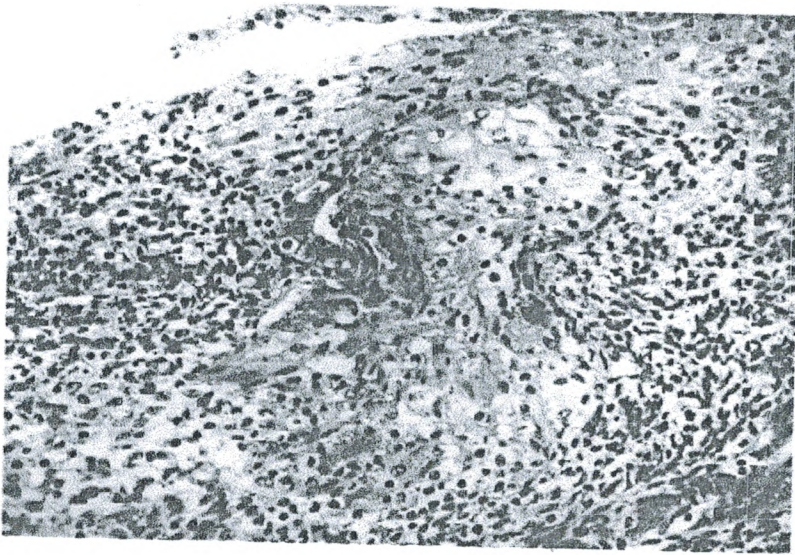
3. Les lésions secondaires : à la détersion du caséum aboutissent à l'apparition d'ulcérations. Les abcès froids sont constitués de caséum liquéfié entouré de cellules épithélioïdes et géantes puis progressivement de sclérose. Le mode de guérison peut consister en une transformation en blocs caséo-fibreux souvent calcifiés en l'absence de fistulisation.

+ Lésions primordiales :

A. -Aspects typiques

1. Les lésions exsudatives :

Toutes les transitions peuvent se voir depuis l'exsudat oedémato-inflammatoire commun jusqu'au follicule centré par une cellule géante avec ses couches successives de cellules épithélioïdes et de lymphocytes

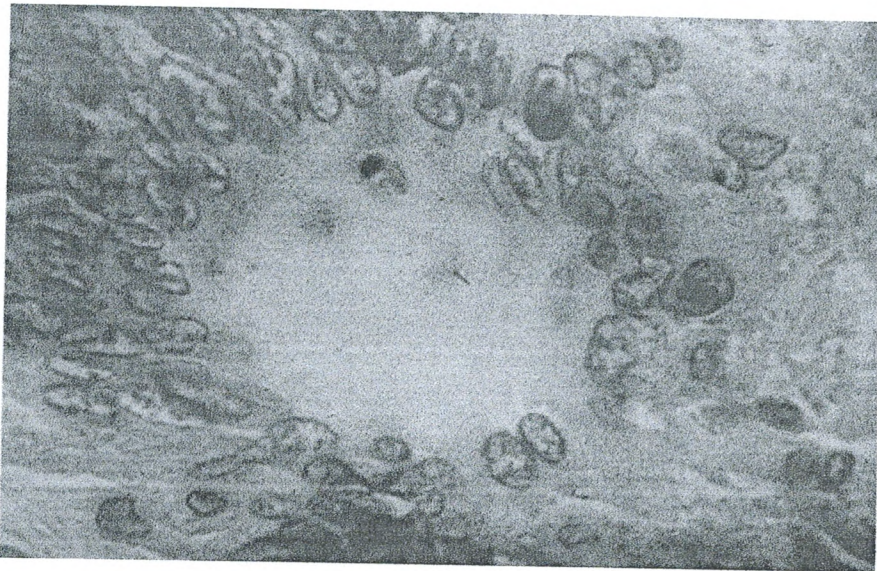


Exsudat oedémato-inflammatoire. Tuberculose débutante

2. Les lésions caséuses :

Caractérisées par l'apparition d'une nécrose de coagulation d'aspect blanc jaunâtre et de consistance mastic ; elle est à peu près spécifique de la bacillose, rares actuellement, elles témoignent de tuberculose au long cours, évolutive et longtemps méconnue.

Histologiquement, des nappes caséuses coalescentes s'enfoncent dans le myomètre avec un remaniement discret de cellules épithélioïdes et géantocellulaires, tandis qu'à l'extérieur apparaissent des plages de follicules tuberculeux typiques.

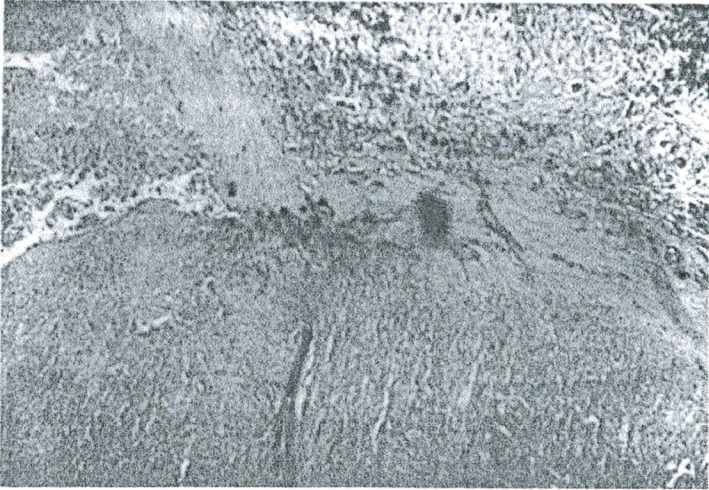


Forme caséuse : granulome à cellules géantes avec nécrose caséuse.

3. Les lésions fibro-caséuses :

Associées prédominant dans les trompes, le ligament large et sur le péritoine pelvien. De tailles diverses, polycycliques, elles sont entourées d'une coque scléreuse d'autant plus épaisse que la lésion est ancienne, mais les zones hyalines de cette sclérose, le remaniement folliculaire en périphérie sont le témoin du potentiel évolutif de la lésion

Inversement, on peut affirmer une stabilisation lorsque le caséum tout entier est ou sclérosé ou imprégné de calcaire et ponctué de cristaux d'acides gras ; mais ceci ne signifie pas pour autant une guérison. Ces formes de tuberculose ont souvent une symptomatologie très discrète et leur découverte fortuite évoque le plus souvent une tumeur annexielle bilatérale.



Forme fibro-caséuse

3. Modifications des lésions liées au traitement :

Les antibiotiques antituberculeux sont susceptibles de nettoyer les lésions exsudatives au prix de cicatrices minimes.

Ils favorisent l'élimination du bacille de Koch par les macrophages et accélèrent l'organisation folliculaire puis scléreuse des foyers exsudatifs caséux.

Les follicules simples voient leur nombre de cellules épithélioïdes diminuer et la transformation en follicules fibreux est accélérée. Le pronostic dépend de la persistance des caractères évolutifs de la lésion-mère, tubaire ou péritonéale qui réensemence les territoires voisins.

Le traitement stérilise bien les lésions endométriales, mais les lésions tubaires et péritonéales persistent avec la possibilité de réveil, réensemencement tubo-endométrial

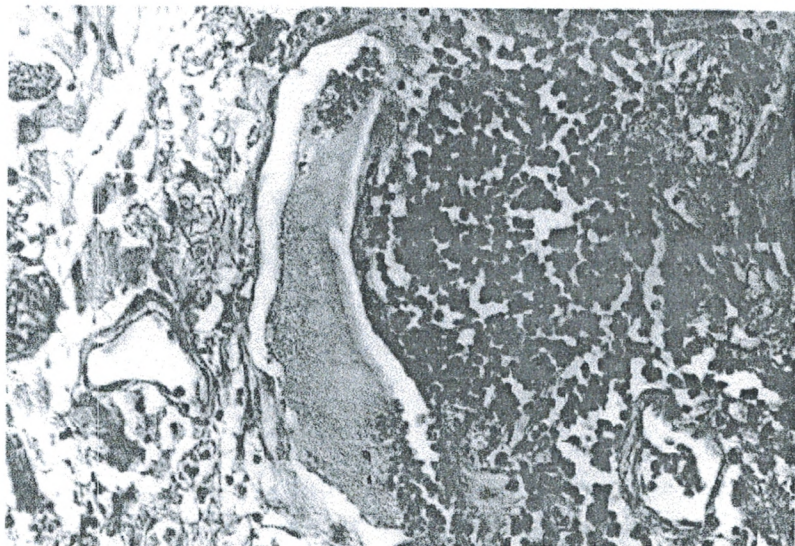
Persistance de processus inflammatoires non spécifiques mais actifs sténosant les trompes, Source également de grossesses extra-utérines.

-Aspects atypiques

Ils sont fréquents en raison de remaniements spontanés ou thérapeutiques.

1. Les follicules lymphoïdes :

Se présentent comme des îlots de lymphocytes sans caractère spécifique avec au centre des débris nucléaires ou des cellules réticulaires



Follicule lymphoïde.

Plus probante est leur localisation sur la paroi d'un tube glandulaire. Les coupes sériées en montrent l'effondrement et le déversement du caséum et de débris nucléaires dans la lumière. Une telle image peut faire hésiter entre l'endomérite subaiguë banale et la tuberculose atypique paucibacillaire.

2. Les follicules très remaniés par une évolution scléreuse : (corps de Schaumann)

Se présentent comme de petites formations feuilletées constituées par l'imbrication de 2 ou 3 cellules multinucléées à limites nettes ; le cytoplasme à peine rosé peut contenir un cristal d'acide gras ou une inclusion calcaire. En Périphérie existent des macrophages.

⊥ Localisations :

-Tuberculose tubaire: elle est constante, peut être isolée ou associée à une atteinte péritonéale.

On trouve : *la salpingite isthmique

*A la partie ampulaire : - Salpingite folliculaire et caséuse

- Salpingites fibro-caséuses

- Hydrosalpinx

- Salpingite pseudo-adénomateuse de Novak (les trompes se présentent en cœlioscopie en chapelet)

-Tuberculose du corps utérin: l'endomètre est bien plus souvent atteint que le myomètre.

*l'atteinte de l'endomètre : souvent aspect normal en macroscopie ; il faut pratiquer des biopsies en phase lutéale et l'anapath pose le diagnostic. Les synéchies utérines sont l'expression d'une tuberculose ancienne et cicatricielle.

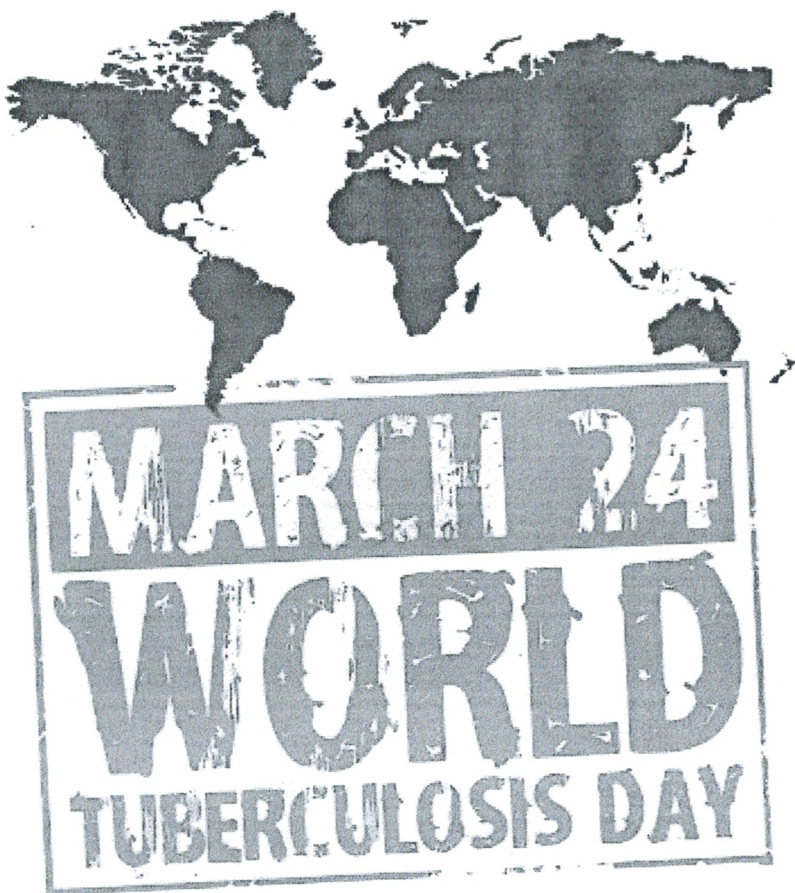
*l'atteinte du myomètre : rare

-Tuberculose du col utérin : col d'un aspect normal en macroscopie ou d'un carcinome invasif.

-Tuberculose ovarienne : vaginale et vulvaire.

ETUDE CLINIQUE

Avec le développement thérapeutiquespectaculaire qu'a connu la tuberculose les tableaux cliniques susceptibles d'être rencontrés ont été modifiés.meme si ells sont rares, en dehors de certains terrains prédisposés, les formes classiques méritent d'être connues pour éviter les erreurs diagnostiques.



Les formes classiques

Les formes ascitiques

Elles correspondent aux tuberculoses annexielles s'accompagnant d'une miliaire de la séreuse péritonéale. Elles surviennent à l'âge de la puberté ou un peu plus tard (15-25 ans).

Le mode de début: souvent insidieux, marqué par:

Quelques troubles abdominaux: douleurs abdominales vagues, crises de Diarrhée, ballonnement;

- une altération progressive de l'état général qui traduit l'imprégnation tuberculeuse avec asthénie, hyperthermie modérée, sueurs nocturnes, et amaigrissements ;
 - Des troubles des règles constants: dysménorrhée, aménorrhée, plus rarement métrorragies.

La période d'état: accentuation des signes généraux avec à l'examen:

- Une augmentation du volume de l'abdomen avec une ascite peu abondante, libre ou cloisonnée, isolée sans hépatomégalie;
- L'examen gynécologique est souvent négatif, parfois on note un empatement plus ou moins douloureux des annexes;

✓ *le diagnostic*

Suspecté devant une ascite isolée chez une jeune fille repose sur

L'interrogatoire et les examens complémentaires permettant d'éliminer une péritonite d'autre origine ou une torsion de kyste de l'ovaire. La ponction d'ascite ramène un liquide citrin, Rivalta positif, riche en albumine dans lequel on découvre du bacille de Koch rarement à l'examen direct, mais à la culture ou après inoculation au cobaye;

L'évolution et séquelles

Peut être favorable sans traitement au prix de diverses séquelles

- oblitération tubaire,
- salpingite rétractile,
- Hydrosalpinx avec risque de grossesse extra-utérine et stérilité.
- un réveil infectieux à l'occasion des différents épisodes de la vie génitale est fréquent

Les Pelvipéritonites tuberculeuses

Sur le plan anatomique, les lésions vont de la salpingite catarrhale au pyosalpinx avec une participation péritonéale plus ou moins importante, caséuse puis fibreuse.

Le mode de debut

Brutal ou progressif survient volontiers au décours d'épisodes de la vie génitale (menstruation, grossesse) chez une femme de 20 à 30 ans. Il est marquée par des douleurs pelviennes avec une atteinte générale et quelques signes digestifs (nausées, vomissements).

A la phase d'état : le tableau fonctionnel est fait de :

- Douleurs pelviennes bilatérales irradiant dans les lombes;
- Leucorrhées peu importantes et inconstantes;
- Troubles menstruels: hyperménorrhée; métrorragies dans 40 % des cas
- Signes urinaires inconstants.

- L'examen gynécologique permet de retrouver: un empâtement indolore étendu bloquant le pelvis ou des masses annexielles mal limitées, diffuses et pâteuses à prédominance unilatérale; un utérus normal.

Le diagnostic: Il repose sur des données cliniques et les examens complémentaires:

- étude des antécédents
- discordance entre l'importance des signes physiques et leur caractère indolore
- constatation au spéculum d'un col sain avec glaire propre
- absence de réponse aux antibiotiques habituels

les examen cliniques:

Lymphocytose, accélération de la vitesse de sédimentation
Positivité de l'intradermoréaction à la tuberculine mise en évidence du bacille de Koch à la culture du sang des règles;

On évitera l'hystérosalpingographie et la biopsie d'endomètre non exemptes de danger;

L'échotomographie pelvienne et la coelioscopie présentent le plus grand intérêt; les erreurs diagnostiques à éviter sont nombreuses : pelvipéritonite non spécifique appendicite, grossesse extra-utérine ; assez souvent, c'est la laparotomie exploratrice qui posera le diagnostic .

L'évolution

En l'absence de traitement se fait vers:

La suppuration, la surinfection et la fistulisation dans les organes de voisinage avec possibilité de généralisation tuberculeuse

Sous traitement, la régression des lésions est rapide mais la stérilité est cependant très fréquente.

Tuberculose annexielle sans participation péritonéale

Elle peut revêtir deux aspects:

L'abcès froid

C'est une lésion souvent bilatérale à contenu purulent.

Parfois asymptomatique elle se traduit souvent par des douleurs bilatérales et une sensation de pesanteur pelvienne **entrecoupées de vomiques tubaires**(ce qui soulage la douleur)

Les touchers pelviens: découvrent une masse uni- ou bilatérale, latéro-utérine molle et relativement mobile, bien limitée.

L'échotomographie pelvienne:

Précisera les caractères de cette masse et éliminera un kyste de l'ovaire.

Si la clinique et la biologie ne montrent pas d'évolutivité on peut effectuer une biopsie d'endomètre et une hystérosalpingographie qui permettront ainsi que la coelioscopie de faire le diagnostic

L'évolution

Est particulièrement lente, parfois interrompue par la torsion ou la rupture de l'abcès dont le diagnostic sera alors opératoire.

L'hydro- et l'hématosalpinx

Viennent après une longue évolution soit d'une salpingite tuberculeuse, soit d'un abcès froid. Ces lésions sont généralement asymptomatiques

Les Formes trompeuses:

La forme pseudo-appendiculaire

Où le diagnostic est redressé après ablation de l'appendice par la présence de granulations péritonéales, l'examen anatomo- pathologique ou la survenue d'une fistule postopératoire.

La typhobacillose

Elle est exceptionnelle et se traduit par des douleurs abdominales et une diarrhée survenant dans un climat subfébrile en l'absence de tout antécédent digestif. L'étiologie tuberculeuse ne sera retenue que par **élimination**.

la Tuberculose génitale basse

La localisation de la tuberculose au col de l'utérus, au vagin et à la vulve est d'observation très rare. C'est dans ces formes que l'on discute la possibilité

D'inoculation directe par contagion sexuelle, mais le plus souvent il s'agit de lésions secondaires à une atteinte tubulaire.

✓ Tuberculose cervicale

Elle simule soit une cervicite banale, soit un cancer du col même après ménopause

La leucorrhée est quasi constante, rebelle à tous les traitements locaux;

Les métrorragies sont plus rares: minimales ou abondantes, provoquées ou sans caractère particulier, s'accompagnant parfois d'une sensation de pesanteur pelvienne;

L'examen au speculum:

Montre l'existence de granulations miliaires ou une ulcération superficielle et parsemée à son pourtour de petits grains jaunâtres caséifiés ou encore, autour de l'orifice externe du col, de végétations papillomateuses violacées sessiles plus ou moins nombreuses et saignantes

NB: la forme endocervicale ne se révèle que par un examen attentif de l'endocol et une étude de la glaire cervical l'examen colposcopique n'est pas significatif

Au toucher vaginal

Le col apparaît augmenté de volume, irrégulier, déchiqueté ou déformé par une masse bourgeonnante. On ne retrouve pas de base indurée au niveau de ces lésions;

Le diagnostic:

Repose sur la biopsie et l'examen histologique ou la bactériologie des sécrétions cervical on peu aussi s'aider de la cytologie comme le préconise Coleman

Evolution

Sans traitement, les lésions tuberculeuses aboutissent lentement à une véritable fonte caséuse du col et finissent par gagner le corps utérin, les annexes et les organes voisins. Précocement traitée, le pronostic est favorable tout ou moins si la localisation cervicale est isolée.

✓ Tuberculose du vagin et des glandes de Bartholin:

Elle est secondaire le plus souvent à une tuberculose vulvaire ou cervicale. Le tableau clinique est celui d'une vaginite banale et l'examen au spéculum retrouve soit des Granulations miliaires, soit des ulcérations dont la biopsie permettra d'éliminer une Syphilis, un chancre mou ou un épithélioma ulcéré. Le pronostic est toujours grave car la localisation vaginale témoigne d'une atteinte profonde de l'organisme et l'existence fréquente de fistules complique le traitement.

Tuberculose de la vulve

Les formes vulvaires primitives: existent par inoculation directe par le linge ou le sperme , mais il semble qu'une lésion préexistante vulvaire soit indispensable pour l'inoculation: eczéma, érosion ou traumatisme.

Il s'agit le plus souvent de tuberculoses secondaires survenant chez des tuberculeuses avérées

La symptomatologie fonctionnelle est banale :

- prurit vulvaire
- petits écoulements leucorrhéiques
- . Certaines formes sont très douloureuses

Le diagnostic:

Se fait par élimination car même la biopsie peut prêter à discussion avec la syphilis, le cancer vulvaire et surtout la maladie de Nicolas Favre.

L'inoculation au cobaye des sécrétions de l'ulcération ou du produit de broyage de ses parois demeure le critère le plus sûr

L'évolution et le pronostic: sont dominés par les autres localisations associées.

Les Formes actuelles

De très nombreux vocables ont été utilisés pour désigner les formes actuelles de la tuberculose génitale qui représentent la majorité des cas : tuberculoses inapparentes et méconnues, tuberculoses microlésionnelles, infracliniques, latentes, silencieuses ou trompeuses. Les circonstances de découverte sont variées :

➤ Infertilité primaire d'origine tuberculeuse

La tuberculose est actuellement responsable de 5 à 10 % des infertilités. Les chiffres rapportés passent par des extrêmes allant de 0,7 % en Australie et aux États-Unis à 19 % aux Indes. Cette infertilité est le **seul symptôme retrouvé** le plus souvent ; Parfois l'interrogatoire retrouve l'existence d'un syndrome abdominal qui a pu conduire à une appendicectomie abusive ou inutile.

➤ Infertilité secondaire d'origine tuberculeuse

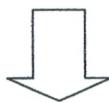
Cette forme inhabituelle (5 à 16 % des CAS) est rarement due à une contamination tardive mais à la poussée évolutive de lésions latentes cliniquement et anatomiquement. Cette poussée évolutive est favorisée par la dépression immunitaire de la grossesse ou par le traumatisme de l'accouchement.

➤ Formes avec troubles des règles:

L'aménorrhée ou l'oligoménorrhée peu fréquentes (5 à 20 % des cas) sont secondaires, rarement primaires.

- Elles sont dues soit à une synéchie totale ou cervico-isthmique
- soit à des troubles de la réceptivité de l'endomètre atteint
- Soit à l'anovulation due aux adhérences périovariennes.

Les formes hémorragiques: sont une manifestation plus fréquente et peuvent revêtir tous les types



Ménorragies / métrorragies / hémorragies intermenstruelles

Leur origine est généralement endométriale, plus rarement tubaire par salpingite hémorragique.

Formes douloureuses

Formes simulant une annexite banale, elles sont fréquentes, en moyenne 10 à 15% Elles se manifestent par des douleurs pelviennes sans atteinte de l'état Général ni leucorrhées mais associées à des troubles des règles ou une Dyspareunie. L'examen clinique ne retrouve qu'une douleur provoquée des culs-de-sac.

L'absence d'amélioration par le traitement antibiotique doit être un Signe d'alarme. C'est le plus souvent à la coelioscopie ou à la laparotomie exploratrice que le diagnostic est redressé.

Formes découvertes de façon fortuite

Elles le sont lors de l'examen histologique de pièces anatomiques.

Il peut s'agir de trompes extirpées à l'occasion d'une grossesse extra-utérine: près de 10 %

La découverte de la tuberculose peut se faire à l'issue d'une intervention pour infertilité tubaire ou pour masses annexiellesou même pour fièvre au long cours.

Formes de la femme enceinte

Chez la femme enceinte, bien qu'habituellement les malades soient stériles, la tuberculose peut entraîner au cours de la grossesse:

- ❖ une température inexplicquée ;
- ❖ une grossesse extra-utérine : il existe une certaine fréquence des grossesses ectopiques chez les tuberculeuses ; un avortement spontané isolé ou à répétition par défaut de nidation, endomètre de mauvaise qualité, synéchies. Une tuberculose génitale peut être découverte au décours d'un avortement à la suite d'une fièvre persistante malgré le traitement antibiotique et une cavité utérine vide

L'inoculation des sécrétions au cobaye terminera l'enquête habituelle;

- ❖ un accouchement prématuré en rapport avec des troubles hormonaux ainsi qu'une diminution de la réceptivité de l'endomètre. Parfois il peut y avoir un accouchement à terme ;
- ❖ un réveil foudroyant du post-partum : on s'aidera de la radiographie pulmonaire, de la culture du sang du post-partum et de l'examen des urines.

✓ Formes ménopausiques et post-ménopausiques

On retrouve autant de femmes stériles que de multipares ceci prouve l'atteinte tardive. Les formes paucisymptomatiques d'évolution lente sont fréquentes:

Les métrorragies sont le signe d'appel le plus fréquent :(90 % des cas pour Houlne et 60 % des cas pour Schaefer.)

Elles sont peu abondantes, spontanées et récidivantes. Dans quelques cas, elles peuvent être très abondantes et conduire à une hystérectomie d'hémostase

Ces métrorragies sont probablement dues à une atteinte vasculaire inflammatoire au contact des foyers tuberculeux; l'atrophie ou à l'hyperplasie de l'endomètre associées jouent également un rôle dans leur survenue.

✓ Le pyomètre tuberculeux atteint les femmes âgées.

Le délai séparant la découverte du pyomètre de la ménopause est supérieur à 8ans; Cela s'explique car le pyomètre est le fait de lésions ulcéro-caséuses évoluées, témoins d'une longue évolution de la maladie et que les phénomènes d'atrophie et de sténose cervicale augmentent avec l'âge

L'examen Clinique:

montre un utérus globuleux, mou augmenté de volume. Dans les formes limitées à l'utérus, les culs-de-sac sont souples.

Lorsqu'il existe une atteinte annexielle les culs-de-sac sont empâtés et douloureux.

On peut également découvrir une vulvo- vaginite et une cervicite oestroprives avec une sténose cervicale.

Les leucorrhées fétides et abondantes: 10 % des cas pour Houlne; Elles sont généralement striées de sang.

NB: Les formes pseudo-néoplasiques du col sont possibles.

- Les douleurs pelvi-abdominales plus ou moins intenses ou parfois simple pesanteur pelvienne.
- Une altération de l'état général avec asthénie, amaigrissement et fièvre peu élevée. Ces signes témoignent comme les signes biologiques de l'imprégnation tuberculeuse.
- Des signes digestifs à type de constipation.

La maladie peut être découverte à l'occasion d'une pathologie génitale associée: fibromyome, cancer du col ou du corps utérin, prolapsus utérin.

Ainsi, on constate qu'il n'existe pas de tableau Clinique caractéristique et ce sont les Examens complémentaires qui vont conduire au diagnostic.

L'évolution:

Elle est souvent lente et insidieuse pendant plusieurs années.

La maladie peut même passer inaperçue. Le pronostic est lié aux autres localisations tuberculeuses éventuelles à l'âge et à l'état général des malades.

Grâce au traitement médical ou médico-chirurgical, l'évolution est favorable. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de cas où la tuberculose utérine ait entraîné le décès.

Un cas très particulier la tuberculose ovarienne

La tuberculose ovarienne est moins fréquente; elle se présente dans un tableau clinique, radiologique et biologique de tumeur de l'ovaire.

En effet la présentation Clinique avec;

- douleurs pelvienne
- les masses abdomino-pelviennes
- l'ascite et l'amaigrissement

peut inaugurer le tableau clinique dans les deux pathologies

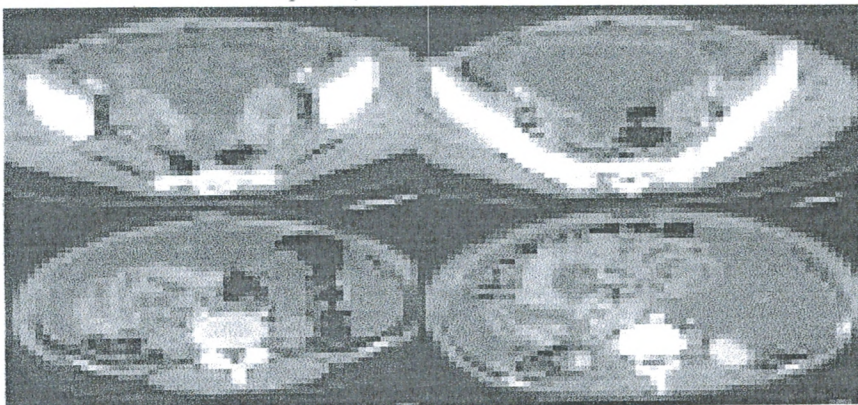
L'infertilité peut être un mode de révélation dans 5 à 10%, une association avec une autre localisation est à rechercher mais peuvent être absentes dans 30 à 50% des cas

L'imagerie : reconnaît beaucoup de difficultés car il n'existe pas de signe spécifique pour différencier une tuberculose ovarienne d'une tumeur maligne avec carcinose péritonéale

Au scanner comme à l'échographie et l'IRM un abcès ovarien d'origine tuberculeux est fréquemment confondu avec une tumeur maligne de l'ovaire. Il apparaît sous forme d'une masse hétérogène contenant une portion tissulaire se rehaussant par le contraste et infiltrant la graisse et même les organes de voisinage.

La présence très fréquente d'ascite et d'adénopathie sont également des éléments qui font égarer le diagnostic

Le **CA125** est un marqueur qui est élevé dans plus de 80% des cancers ovariens. mais son taux peut être élevé dans des conditions normales (grossesse, menstruation) ou au cours des affections inflammatoires chroniques (tuberculose)



TDM abdomino-pelvienne, après injection du produit de contraste, coupes axiales objective deux masses solidokystiques latéro-utérines (flèches), associées à une ascite encapsulante (tuberculose ovarienne)

Le dosage du CA125 servirait dans la surveillance de l'efficacité du traitement antibacillaire. La laparoscopie avec biopsie est d'un grand apport puisqu'elle permet de poser le diagnostic de tuberculose pelvienne dans plus de 97% des cas permettant ainsi d'éviter la laparotomie. L'étude histologique des biopsies ou de la pièce opératoire permet de redresser le diagnostic. D'autres agents infectieux peuvent reproduire le même tableau de la tuberculose ovarienne, notamment le *Streptococcus milleri*, les actinomycines ou les autres mycobactéries. La fertilité ultérieure reste compromise.

La tuberculose mammaire

C'est une localisation rare, ne représentant que 0,5 à 4,5 % des cas par rapport à la pathologie mammaire.

Son incidence est variable selon les régions géographiques.

Elle peut se présenter sous deux formes:

Forme primitive :

L'atteinte du sein est la seule manifestation de la maladie tuberculeuse. Tous nos cas sont des formes primitives (tel est le cas de toutes nos patientes).

Forme secondaire:

Apparaît après d'autres localisations tuberculeuses.

Voies de contamination diverses:

- **Voie lymphatique** (mode d'infestation le plus retenu): on retrouve une adénopathie axillaire dans près de 75% des cas.
- **Voie hématogène** dans le cadre d'une tuberculose miliaire tuberculeuse: les bacilles de Koch passent dans la circulation à partir d'un foyer primitif.
- **Propagation par contiguïté** à partir d'un foyer de voisinage cutané ou osseux.
- **Voie canalaire** : rare dilatation canalaire très rare, la des canaux galactophoriques chez la femme en période de grossesse ou d'allaitement augmente la sensibilité de ces canaux à l'infection par les BK.
- **Voie directe** : exceptionnelle, c'est la pénétration transcutanée des BK dans le sein à la suite d'une abrasion cutanée ou galactophorique.

Formes anatomo-cliniques : multiplicité des formes anatomo-cliniques diversité des aspects radiologiques

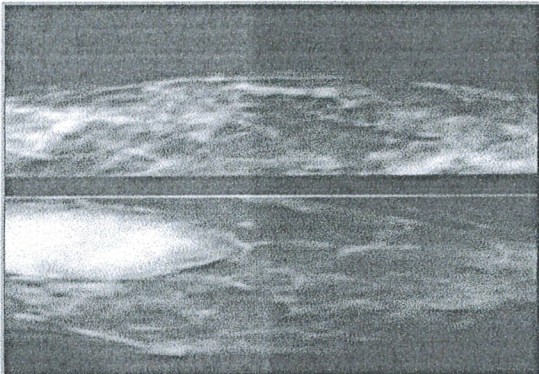
- **Forme nodulaire :**
- **Forme sclérosante**
- **Forme diffus**
- **Miliaire aigue du sein ; Tuberculose mammaire oblitérante**

Diagnostic clinique

- Polymorphisme le plus fréquemment: nodule ferme ou dur au niveau du quadrant supéroexterne droit
- Autres aspects : formes diffuses ; formes pseudo-néoplasiques
- L'atteinte bilatérale est très rare
- Adénopathies axillaires / sus-claviculaires
- Signes généraux : rares
- Evolution chronique

Les aspects radiologiques sont non spécifiques.

- Le principal diagnostic différentiel est le cancer.
- L'étude anatomopathologique permet le diagnostic de certitude.
- L'examen bactériologique s'il est positif confirme le diagnostic.
- L'évolution sous traitement antibacillaire parfois complété par la chirurgie est favorable.



Opacité circonscrite, régulière, homogène et bien limitée du QSE droit



Aspect mammographique d'une tuberculose mammaire : opacité dense, spiculée, à limites irrégulières, simulant un cancer mammaire



Aspect mammographique d'une tuberculose mammaire : opacité dense et bien limitée simulant le diagnostic d'une tumeur bénigne du sein de type adénofibrome.



Le DIAGNOSTIC

Il repose sur une enquête minutieuse passant par plusieurs étapes obligatoires, il s'agit le plus souvent d'une démarche longue et coûteuse elle fait appel à l'examen Clinique ainsi qu'un nombre d'examen complémentaire dont ces derniers ont une place prépondérante dans la confirmation du diagnostic et donc dans la décision thérapeutique

➤ Etude du contexte tuberculeux

Les lésions tuberculeuses antérieures ou contemporaines doivent être recherchées car elles auront valeur d'orientation.

Cependant leur absence constatée dans 30 à 50 % des cas ne permet en aucun cas d'éliminer la tuberculose génitale. On recherchera dans les antécédents:

- une primo-infection sévère ;
- une pleurésie ;
- une péritonite souvent discrète soit résolutive, soit ayant conduit à une appendicectomie ;
- une tuberculose rénale ;
- un érythème noueux.

L'interrogatoire peut encore retrouver:

- une notion de contagion ou d'un virage de cuti-réaction ;
- l'absence de vaccination par le BCG ou l'absence de vérification de cette vascularisation
- la notion de population transplantée ;
- une stérilité involontaire ;
- une atteinte de l'état général ;
- l'absence de tout signe d'infection génitale ;
- l'absence d'avortement ou de curetage antérieur.

La recherche de l'allergie tuberculeuse est faite par l'intradermoréaction avec:

10 unités de tuberculine purifiée: une réponse érythémateuse intense est en faveur du diagnostic, mais une réaction peu intense ou négative ne permet pas de l'éliminer.

La courbe thermique revêt souvent un caractère monophasique avec une température de base supérieure à 37° et persistance ou apparition de fièvre pendant les règles.

Le bilan biologique est d'un intérêt médiocre

La vitesse de sédimentation accélérée, lymphocytose, modifications des gammaglobulines.

La radiographie pulmonaire peut montrer des séquelles parenchymateuses ou pleurales, moins souvent des lésions évolutives

L'urographie intraveineuse est utile en raison de la fréquence de la tuberculose urinaire associée.

➤ Examen clinique

Il est particulièrement pauvre, le plus souvent normal. L'examen au spéculum confirme un col sain et une glaire propre. L'appréciation du volume utérin est intéressante et Aburel insiste sur la fréquence de l'hypoplasie utérine. Retrouve dans les formes macrolésionnelles un raccourcissement du paramètre gauche et du cul-de-sac vaginal correspondant.

NB:

Les résultats de l'examen Clinique ont été abordés précédemment pour chaque forme Clinique ; notons cependant qu'il n'existe pas de signe Clinique pathognomonique ; parfois des signes indirects, que la Clinique ne peut être qu'évocatrice de l'infection et que la nécessité des examens complémentaires est indiscutable

➤ Examens complémentaires spécifiques

L'hystérosalpingographie et la coelioscopie ont un rôle d'orientation et seuls la

biopsie et l'examen bactériologique peuvent affirmer la tuberculose génitale.

Hystérosalpingographie

Cette exploration est d'un intérêt primordial et souvent la première investigation chez une patiente suspecte de tuberculose.

On la réalise en l'absence de signe infectieux avec une aseptie rigoureuse et sous couverture antibiotique.

Les produits de contraste hydrosolubles sont actuellement les seuls utilisés et les accidents sont exceptionnels si l'on respecte la contre-indication formelle que représente la tuberculose en poussée évolutive.

La contamination péritonéale par les bacilles de Koch présents dans les trompes est très théorique.

Les aspects radiographiques de la tuberculose génitale ont largement été décrits dans les formes macrolésionnelles, les images rencontrées permettent à elles seules d'affirmer la tuberculose tandis que dans les formes microlésionnelles elles ne permettent que de suspecter le diagnostic.

> Cliché sans préparation

Il est d'intérêt non négligeable: il peut montrer des images calcifiées correspondant à des ganglions tuberculeux pelviens à des granulations péritonéales ou au rare « calcul tubaire »

Quant aux **abcès froids très denses dessinant les ombres latéro-utérines** avec parfois des calcifications sur leurs pourtours, on ne les retrouve que très exceptionnellement.

> Cavité utérine

Elle peut être strictement normale ou **dans 20 %** des cas elle montre des images pathologiques, **mais non évocatrices**, à type d'irrégularité muqueuse, de petites lacunes d'aspect polypoïde, de diverticules, de fistules ou de pyomètre.

Cependant deux aspects sont caractéristiques:

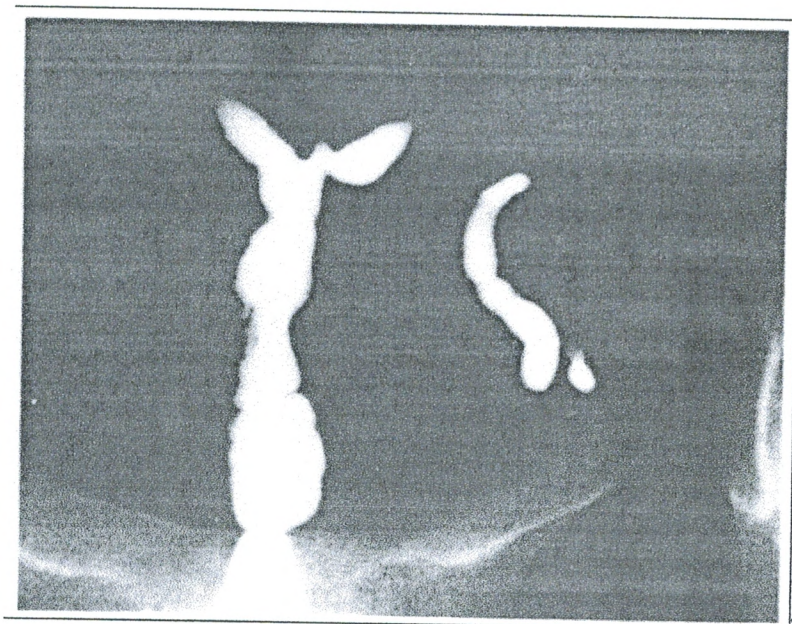
❖ *les synéchies:*

Dans 30 % des cas sont des images d'amputation, conséquences de lésions étendues en profondeur ayant évolué vers la symphyse non seulement cicatricielle, mais évolutive.

Hystérosalpingographie : tuberculose tubo-utérine. Aspect pseudomalformatif de l'utérus, sténose proximale de la trompe droite, hydrosalpinx gauche. Elles ont des aspects variables tant dans leur siège que dans leur étendue et réalisent deux types d'images.

Le produit injecte seulement le canal cervical (image en doigt de gant) et la partie basse de l'isthme (image en bonnet). Cet aspect est rencontré le plus souvent dans les tuberculoses prépubertaires avec aménorrhée primaire.

Les synéchies corporéales fundiques donnent une image utérine pseudo-malformatrice en feuille de trèfle ou d'utérus unicolore.

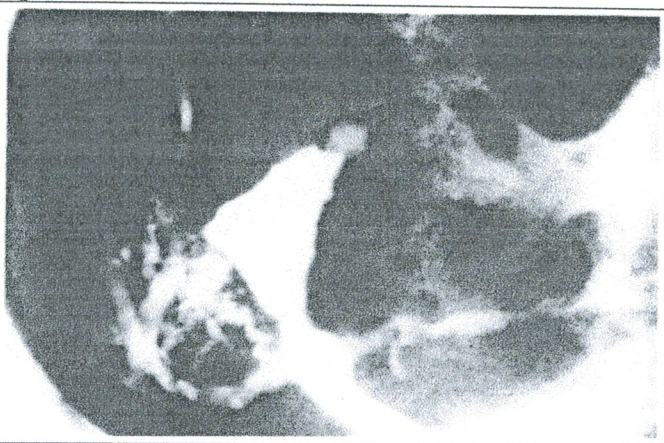


tuberculose tubo_utérine. Aspect pseudomalformatif de l'utérus, sténose proximale de la trompe droite, hydrosalpinx gauche.

Ces lésions peuvent siéger au niveau du col et donner des synéchies endocervicales ou des images irrégulières en mie de pain ou en crinière.

❖ *Les passages vasculaires*

dans 5 à 15 % des cas (angiogramme de Kika) sont des images réticulées partant des cornes utérines. Elles dessinent dès l'injection du produit opaque des aspects e flammèche, quelquefois de manière plus diffuse intéressant alors les bords et le fond utérin C'est un signe de grande valeur si la femme est en période d'activité génitale, ces passages vasculaires sont en faveur d'une *endométrite tuberculeuse évolutive qu'il faut rapidement traiter.*



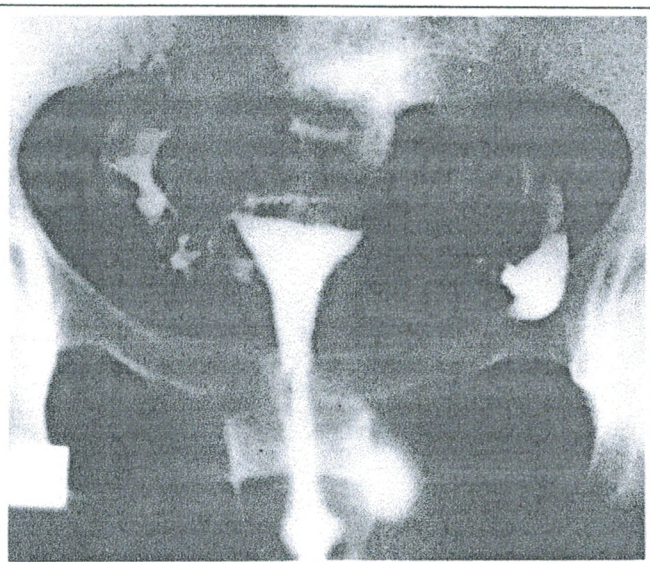
Hystérosalpingographie : passages vasculaires caractéristiques de la tuberculose genitale

Images tubaires

Elles présentent des aspects évocateurs dans 40 % des cas:

- *les anomalies de calibre*: sont caractéristiques au niveau du tiers interne, modifications irrégulières donnant l'aspect de trompes rigides en fil de fer ou un aspect nodulaire
- *Au niveau du tiers externe*: l'amputation par oblitération à la jonction isthmo-ampullaire donne l'image en canne de golf (trompe raccourcie terminée par un renflement ectasique)

On peut rencontrer des images irrégulières de l'ampoule présentant des plis longitudinaux hypertrophiques (surtout sur les clichés tardifs) ou l'image possible en croix de Malte, en rosette ou en trèfle qui est due à la symphyse des franges du pavillon.



Hystérosalpingographie : tuberculose tubo-utérine.

Synéchie corporéoisthmique partielle et passage vasculaire, trompe gauche normale, la portion isthmique de la trompe droite présente des images diverticulaires typique

Quand l'atteinte est totale la trompe rigide prend un aspect moniliforme en chapelet avec des micro-abcès intra-muraux qui donnent des images pseudo-diverticulaires en nid d'abeilles ou en boules de gui siégeant surtout sur la portion isthmique.

- ✓ La trompe peut être totalement rigide et ne présente pas de modifications de forme sur les différents clichés.

Enfin, l'aspect de *caséosalpinx* donne une image de trompe boursouflée, ballonnée en saucisse, le liquide de contraste se mélangeant mal et irrégulièrement au caséum.

Cependant très souvent l'hystérosalpingographie donne *des images non spécifiques*:

- ❖ obturation bilatérale ou hydrosalpinx banal.
- ❖ Quelle que soit la forme, la tuberculose tubaire est toujours bilatérale et fournit des images très peu différentes, qu'elle soit évolutive ou cicatrisée.

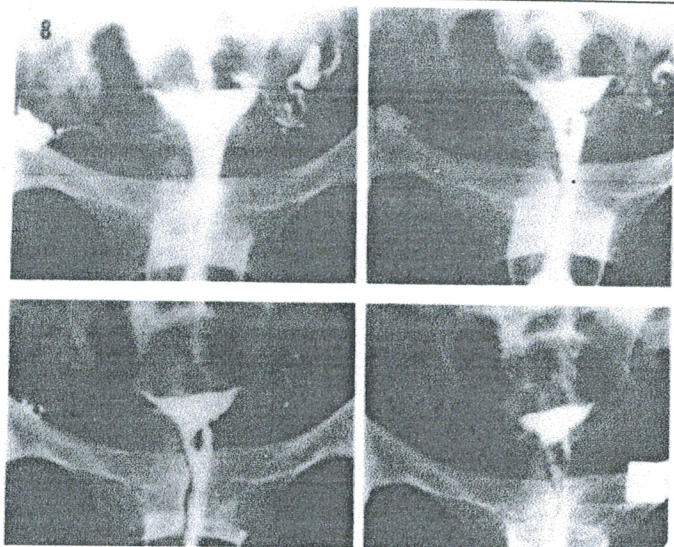
Nous retiendrons comme signes radiologiques évocateurs d'évolutivité: plis hypertrophiques, aspect marécageux des trompes, halo d'œdème disparaissant après traitement médical

Certains aspects très suggestif peuvent faire discuter l'opportunité d'un traitement antituberculeux si la preuve bactériologique de la tuberculose ne peut être apportée.

Par contre, il serait illogique d'entreprendre un tel traitement sur une seule suspicion radiologique sans autre preuve .

Certains aspects très suggestif peuvent faire discuter l'opportunité d'un traitement antituberculeux si la preuve bactériologique de la tuberculose ne peut être apportée.

Par contre, il serait illogique d'entreprendre un tel traitement sur une seule suspicion radiologique sans autre preuve .



Tuberculose tubo-utérine. Synéchies au niveau du fond utérin et de l'isthme, trompe droite rigide et moniliforme avec bords irréguliers et se terminant par un hydrosalpinx, trompe gauche rigide d'où s'échappe le liquide en péritoine cloisonné

LaCoelioscopie

La coelioscopie présente un intérêt majeur pour:

Le diagnostic, le bilan d'extension et l'appréciation de l'évolutivité.

Quatre aspects différents ont été décrits par Palmer, mais ils ne sont pas les plus fréquents :

la forme miliaire : avec de multiples granulations blanchâtres recouvrant les trompes et le péritoine pelvien

la forme nodulaire avec des nodules au niveau de chaque corne et des trompes rétrécies en chapelet

la forme adhésive, très fréquente, où l'utérus et les annexes sont rétroversés et plaqués dans le Douglas par des adhérences multiples ;

la forme salpingitique avec un aspect de salpingite banale où l'oedème du pavillon, dont les franges sont conservées, est assez évocateur la coelioscopie permet d'apprécier l'évolutivité d'après le degré congestif et l'existence de sérosité péritonéale.

En l'absence de ces signes, on pratique une épreuve de perméabilité tubaire au bleu de méthylène. A la suite de l'injection, l'utérus peut prendre une teinte bleue, signe équivalent au passage vasculaire hystérographique et évocateur de tuberculose.

On réalisera divers gestes complémentaires pour compléter le diagnostic:

Biopsies tubaires et des granulations rarement positives : il faut signaler que **la biopsie tubaire est abandonnée** par la plupart des auteurs en regard des risques et de la nécessité d'une biopsie importante au bénéfice de la ponction ou de la biopsie de petits nodule

Étude cyto bactériologique du liquide péritonéal, d'un nodule caséux, du liquide d'un hydrosalpinx.

Malheureusement très souvent, l'examen ne montre que des lésions sans caractère spécifique. L'examen systématique de la région hépatique a permis à certains auteurs d'évoquer la tuberculose génitale comme étiologie possible du syndrome de Fitz Hugh Curtis.

Ainsi La place de la coelioscopie dans la tuberculose génitale doit être discutée. Les tuberculoses macrolésionnelles en phase évolutive où l'hystérosalpingographie est contre-indiquée, bénéficient avantagement de la coelioscopie

Dans les formes cliniques patentes avec images hystérographiques évocatrices la coelioscopie ne s'impose pas dans un premier temps.

Dans les tuberculoses microlésionnelles la coelioscopie doit être réalisée malgré son appoint médiocre, car elle permet de faire un bilan des lésions tubaires et d'apporter des arguments supplémentaires au diagnostic

Les examens anatomo-pathologiques et bactériologiques sont les seuls à apporter la preuve intangible de la tuberculose.

Examen anatomo-pathologique

La preuve sera parfois apportée par l'étude d'une pièce d'exérèse, mais le plus souvent c'est l'étude de la biopsie d'endomètre qui devra la fournir.

Cette biopsie d'endomètre doit être faite tard, dans les trois jours précédant les règles, éventuellement après une imprégnation progestative, car c'est à ce moment que les follicules tuberculeux sont les plus typiques. On rejette la biopsie fragmentaire à la Canule de Novak et il faut préférer la biopsie sous anesthésie générale en l'absence de signe infectieux qui réalise un véritable curetage de l'ensemble de l'endomètre, en particulier celui qui tapisse les cornes utérines où la contamination tubaire est la plus fréquente. Les fragments d'endomètre seront soumis pour une part égale à l'examen anatomo-pathologique et à l'examen bactériologique.

L'anatomo-pathologiste peut rarement observer des bacilles de Koch à l'examen direct Mais la positivité de la biopsie est plus fréquente ;(entre 50 et 75 pour cent)

La négativité de cet examen ne permet pas d'éliminer une tuberculose et doit au contraire inciter à le répéter le cycle suivant. L'hystérocopie pourra renseigner sur l'existence éventuelle de synéchies et permettre de diriger la biopsie.

L'étude cytologique permet d'identifier des cellules géantes caractéristiques. C'est une méthode aisée mais peu fidèle qui doit toujours être utilisée en complément et qui permet de diminuer le nombre de faux négatifs des formes tubaires pures.

❖ Examen bactériologique

Le seul examen de certitude est l'isolement du bacille de Koch.

Cette preuve bactériologique peut être faite par l'examen direct, par la culture sur milieu de Löwenstein ou par l'inoculation au cobaye.

Cette preuve bactériologique peut être recherchée au niveau du sang menstruel prélevé sur un écouvillon, ou sur un tampon placé au contact du col pendant les 24 ou 48 premières heures des règles.

La recherche peut être effectuée aussi à partir des sécrétions cervico-isthmiques/ des broyats d'endomètre / du liquide péritonéal / du liquide d'hydrosalpinx ou/ de ponction d'un nodule.

On peut aussi utiliser également la culture du produit de lavage utérin.

La culture de ces échantillons lorsqu'elle est positive permet d'affirmer le diagnostic et de faire l'antibiogramme du bacille tuberculeux en cause.

Le rendement de l'inoculation au cobaye est décevant et les délais de réponse qui sont longs font progressivement abandonner cette méthode au profit de la culture exclusive.

Le pourcentage de cultures positives sur l'endomètre est variable. Ces cultures doivent être répétées plus de huit fois pour admettre que l'examen est négatif.

La culture du sang menstruel est un excellent examen si l'on répète le prélèvement autant de fois que nécessaire.

Ainsi Le diagnostic de tuberculose génitale, étant lourd de conséquences, ne devra être retenu que si tous les arguments anamnestiques, cliniques, Évolutifs, biologiques, hystérographiques et coelioscopiques convergent. Dans le même sens. Mais si l'un d'eux est discordant, l'enquête bactériologique doit être reprise.

TRAITEMENT

L'efficacité du traitement médical laisse peu d'indications au traitement chirurgical en cas de lésions évolutives.

Le traitement médical

➤ Indications

- Toutes les tuberculoses prouvées doivent être traitées même quand les lésions sont minimales et silencieuses car les études ont montré que leur guérison spontanée est exceptionnelle.

Lorsque la certitude anatomique ou bactérienne n'a pu être faite, alors qu'il existe des arguments convergents (antécédents indiscutables, hystérosalpingographie spécifique, coelioscopie évocatrice) il faut accepter le diagnostic et instituer le traitement ; Les patientes ne présentant qu'une suspicion de tuberculose sans répondre aux critères précédents ne doivent pas être traitées.

➤ Schémas thérapeutiques

Le but du traitement est d'agir sur les bacilles aussi bien intra- qu'extra-cellulaires et les médicaments utilisés doivent présenter ces deux propriétés.

La mise en route du traitement doit être précédée d'un antibiogramme destiné à déceler les résistances primaires.

L'association de plusieurs antituberculeux est indispensable pour empêcher l'apparition d'une population bacillaire résistante à partir des bacilles mutants résistants.

Les résistances primaires à la rifampicine et à l'éthambutol sont très rares. Le choix des associations médicamenteuses est dicté par l'activité antibactérienne intra- et extra-cellulaire, par l'activité inhibitrice du médicament par rapport à sa concentration sérique et par son absence de toxicité. Les schémas thérapeutiques extrêmement variés peuvent être tous utilisés.

Les médicaments sont absorbés en une seule prise matinale de façon à assurer un pic sérique efficace et en aucun cas l'interruption du traitement, même brève, n'est autorisée. Le traitement comporte deux phases:

□ une phase initiale intensive de 1 à 2 mois associant 3 à 4 médicaments donnés tous les jours ;

une phase d'entretien: jusqu'à la fin du traitement où les médicaments sont donnés tous les jours ou de façon intermittente deux fois par semaine.

Notons qu'il existe plusieurs schémas thérapeutiques, et que nous nous limiterons au schéma proposé par le programme national de lutte contre la tuberculose il faut avant tout savoir que le traitement de la tuberculose est présenté sous formes de "régimes" thérapeutiques de 1ère, 2ème et 3ème ligne le plus souvent la tuberculose génitale est classée dans les formes tuberculeuses extra-pulmonaires communes et donc bénéficie du schéma suivant:

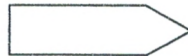
Le régime 2 HZ / 4 HR

Il comporte une phase initiale intensive de deux mois avec administration quotidienne d'isoniazide (H), et pyrazinamide (Z), suivie d'une phase de continuation de quatre mois avec administration quotidienne d'isoniazide et de rifampicine (HR).

Il s'applique aux malades tuberculeuses porteuses de lésions pauci-bacillaires, non contagieuses, ne risquant pas de développer de résistance bactérienne, qui sont :

- Les cas de primo-infection avec adénopathie hilare ou médiastinale, sans lésion pulmonaire visible.

Si tuberculose pulmonaire concomitante



Le régime 2 EHRZ /4HR

Surveillance du traitement

Les risques toxiques du traitement imposent avant sa mise en route un examen ophtalmologique en prévention d'une névrite optique rétrobulbaire. La streptomycine nécessite la surveillance régulière de l'appareil cochléo-vestibulaire. La toxicité de l'association isoniazide et rifampicine est liée à l'isoniazide se traduisant par un ictère qui est souvent dû à un surdosage.

Une surveillance des transaminases et de la bilirubine totale est obligatoire aux 15^e, 30^e, 45^e, 60^e, 90^e jours du traitement puis tous les deux mois jusqu'à la fin du traitement.

La dose d'isoniazide peut être déterminée par le laboratoire qui calcule la dose ajustée en fonction de la vitesse d'inactivation du médicament.

L'adjonction de vitamine B6 au traitement par isoniazide est recommandée ainsi que de vitamine PP chez les femmes carencées en protides.

Traitements adjuvants

De nombreux traitements ont été proposés dans le but de favoriser la cicatrisation des lésions tubaires en vue d'améliorer le pronostic fonctionnel.

□ **L'indication de la corticothérapie** est discutée, ainsi certains estiment que les corticoïdes augmenteraient la fertilité des femmes traitées tandis que d'autres auteurs nient cet effet.

□ **Les hydrotubations** ont été également préconisées pour favoriser la reperméabilisation tubaire

On utilise les antituberculeux, les corticoïdes, l'alphachymotrypsine, l'hyaluronidase ou l'association corticoïdes-antituberculeux.

Giarola rapporte un succès de 8,5 % par ce traitement en ce qui concerne les grossesses obtenues (cependant c'est une méthode actuellement abandonnée)

➤ Critères de guérison

La surveillance du traitement est également bactériologique et la négativation des cultures sera recherchée après 3, 6, et 12 mois de traitement. Les examens cliniques trimestriels apprécieront la régression des lésions dans les formes macrolésionnelles. La guérison sera confirmée par

- un examen clinique normal
- le retour des menstruations
- la stabilisation radiologique
- une vitesse de sédimentation normale et des examens histologiques et bactériologiques négatifs que l'on vérifiera six mois plus tard.
- La coelioscopie de contrôle peut être pratiquée 6 mois à 1 an après la mise en route du traitement.

En cas de perméabilité tubaire, on avertira du risque majeur de grossesse ectopique.

Le traitement chirurgical

La diminution des indications chirurgicales a été sensible ces trente dernières années, car l'efficacité des traitements anti-tuberculeux s'est améliorée et les formes macrolésionnelles sont devenues rares

Indications restantes du traitement chirurgical se résument à : persistance d'un abcès froid, rechute de la tuberculose de l'endomètre après une année de traitement, persistance des douleurs pelviennes après 3 mois de traitement ou lorsqu'elles n'ont pas totalement disparu au terme d'un an de traitement, métrorragies persistant après guérison anatomique et clinique ; fistules qui ne se tarissent

❖ Quel geste chirurgical ?

Les avis divergent sur le geste chirurgical à pratiquer.

Les partisans d'une attitude conservatrice ne proposent qu'une salpingectomie bilatérale ou unilatérale en préservant la trompe la moins atteinte. Les partisans d'une chirurgie radicale sont les plus nombreux et proposent une hystérectomie totale avec salpingectomie bilatérale évitant les récurrences ultérieures.

Les ovaires rarement atteints doivent être préservés s'ils ne présentent pas de masses annexielles malgré le traitement médical

❖ *Autres indications chirurgicales*

□ La cure chirurgicale des synéchies tuberculeuses est contre-indiquée dans le cadre d'une infertilité, mais reste discutée dans le traitement des troubles menstruels. Le geste chirurgical sera toujours encadré par le traitement médical.

Dans le cas de synéchie avec aménorrhée secondaire le rétablissement de la menstruation est toujours facile à obtenir.

Par contre, dans le cas de synéchie avec aménorrhée primaire, l'apparition des premières règles est lente. L'intervention n'est pas à l'abri d'échecs malgré la pratique de dilatations périodiques en particulier dans les lésions prépubertaires.

Le traitement médico-chirurgical des stérilités tubaires:

Reste condamné par la plupart des auteurs.

Le taux de grossesses obtenues après chirurgie tubaire est inférieur à 5 % dont 30 % d'avortements spontanés et 30 % de grossesses extra-utérines. Outre les résultats décevants cette chirurgie peut réactiver des lésions tuberculeuses .

Le traitement chirurgical des tuberculoses basses

Elle n'est envisagée qu'en l'absence de réponse au traitement médical qui est très efficace dans ces formes. Suivant le cas, on recourra à l'hystérectomie totale ou l'amputation du col.

Résultats thérapeutiques

- *La guérison de la maladie tuberculeuse* est difficile à affirmer: le taux de guérison varie entre 90 et 95 % actuellement grâce à la moindre gravité des tuberculoses génitales et à l'efficacité remarquable des traitements.
- ✓ *Le traitement de l'infertilité* reste toujours décevant: les grossesses évoluant à terme chez des femmes traitées pour tuberculose existent, mais sont exceptionnelles.

Il n'y a pas de place pour la chirurgie plastique et la microchirurgie ne change pas cette attitude préconisée depuis longtemps.

Mais les incertitudes diagnostiques, l'insistance de la femme stérile font dans certains cas accepter l'intervention dans la mesure où les explorations ont été négatives et l'aspect des trompes de bon pronostic.

La biopsie tubaire viendra dans ces cas révéler le diagnostic ou l'infirmier. Il faut compléter par un traitement médical pour éviter une poussée évolutive.

Il semble donc logique d'accepter certaines indications de chirurgie plastique en cas de simple probabilité de tuberculose, ceci pour deux raisons : si le diagnostic est inexact, la patiente garde toutes ses chances ; la biopsie tubaire peropératoire permettra dans certains cas d'affirmer une tuberculose qui serait restée méconnue et de la traiter.

- ✓ Les indications de fécondation *in vitro* sont possibles chez les tuberculeuses traitées et guéries à la condition que l'utérus non hypoplasique ne présente plus de lésions à l'hystérographie.
- ✓ *Les grossesses observées* sont des grossesses à risque élevé les avortements spontanés favorisés par l'endométrite tuberculeuse ou les synéchies sont fréquents (30 %) ainsi que les grossesses extra-utérines; de l'ordre de 15 à 30 %.

Dans les rares cas où la grossesse évolue correctement, les risques encourus par le nouveau-né sont nuls si la tuberculose est guérie au moment de la grossesse par contre l'existence d'une tuberculose évolutive fait courir le risque d'une contamination foetale ou néonatale.

Ce risque impose l'examen très attentif de l'enfant à la naissance à la recherche d'atteintes hépatiques, spléniques, pulmonaires ou ganglionnaires.

L'examen du placenta permet parfois de retrouver des lésions tuberculeuses ce n'est pas toujours interpretable la recherche peut être négative alors même que l'enfant a été infecté, tandis qu'à l'opposé l'existence de lésions ne signifie pas obligatoirement la contamination de l'enfant.

Si la grossesse débute pendant le traitement antituberculeux, il n'y a pas lieu d'interrompre le traitement mais de renforcer la surveillance hépatique; maternelle. de retrouver des lésions tuberculeuses ce n'est pas toujours interpretable la recherche peut être négative alors même que l'enfant a été infecté, tandis qu'à l'opposé l'existence de lésions ne signifie pas obligatoirement la contamination de l'enfant.

Si la grossesse débute pendant le traitement antituberculeux, il n'y a pas lieu d'interrompre le traitement mais de renforcer la surveillance hépatique; maternelle



PARTIE
PRATIQUE

INTRODUCTION :

Selon le rapport de l'OMS 2006

- Il ya une nouvelle infection tuberculeuse par seconde dans le monde
- 1/3 de la population mondiale est actuellement infecté
- 5 à 10 % des sujets infectés développent la maladie et deviennent contagieux
- La localisation uro-génitale occupe le 5 ème rang après le poumon ,les ganglions, le squelette, et le tube digestif.
- 1,7 million de personnes meurent souvent parce que l'infection n'a pas été diagnostiquée ou alors trop tard pour être traitée.
- L'OMS déclare que les test traditionnels par frottis, radiographie et culture ne permettent pas d'identifier avec précision une tuberculose active.

BUT :

Établir un profil épidémiologique de la tuberculose génitale dans la wilaya de Tlemcen

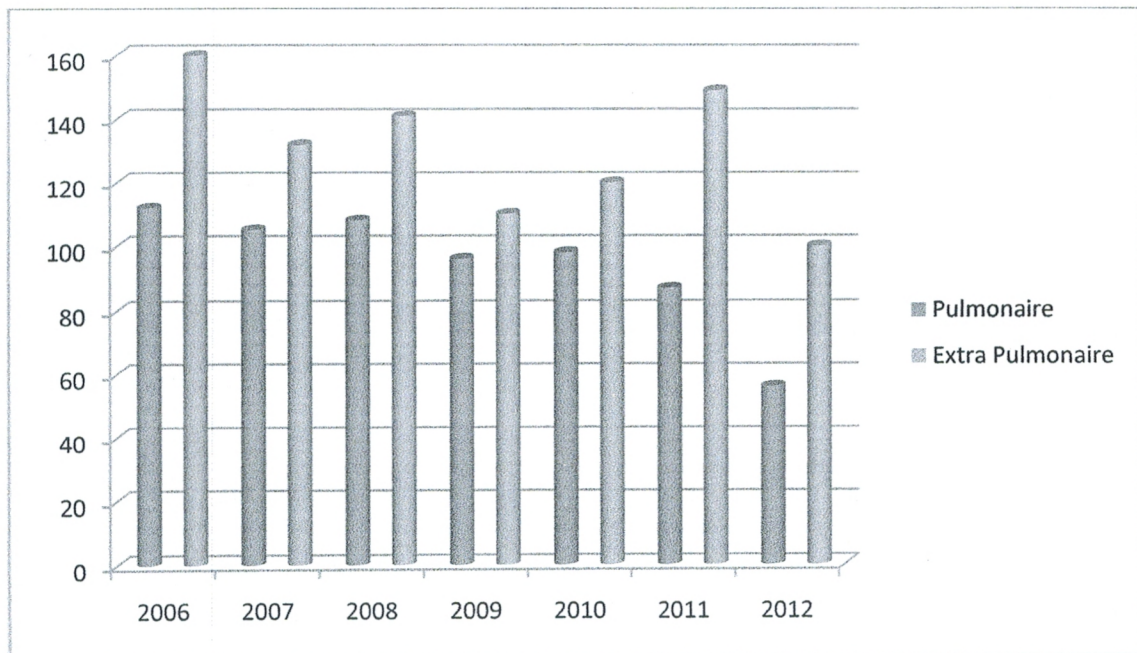
MOYENS ET METHODES :

- **Type de l'étude :**
Rétrospective descriptive étendue sur une durée de six ans (2006-2012)
- **Population cible :**
 - L'étude porte sur 12 femmes âgées de 20 à 62 ans.
 - L'âge moyen : 34 ans.
- **Les critères diagnostic :**
 - Présence de granulome tuberculoïde avec nécrose caséuse.
 - Présence de granulome tuberculoïde sans nécrose caséuse.
 - Présence de signes cliniques évocateurs avec une TBC évolutive prouvée dans une autre localisation.
- **Références :**
 - Archives du DAT Tlemcen et du service de gynécologie – obstétrique EHS mère-enfant Tlemcen.
 - Archives de la direction de santé publique de Tlemcen.

RESULTATS :

FREQUENCE DE LA TBC PULMONAIRE ET EXTRA PULMONAIRE PAR ANNEE 2006-2012

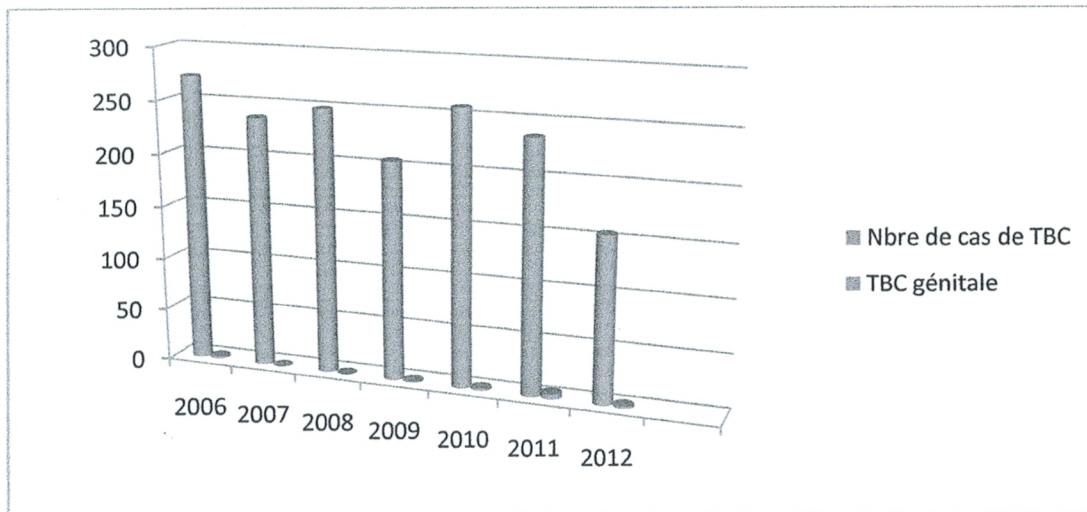
Anné	Pulmonair	Fréquence	Extra Pulmonair	Fréquence	Total
2006	112	41	160	59	272
2007	105	44	132	56	237
2008	108	43	141	57	249
2009	96	46	110	54	206
2010	98	45	120	55	218
2011	87	36	149	63	236
2012	56	35	100	65	156



La tuberculose extra pulmonaire toute localisations confondues est plus fréquente que la tuberculose pulmonaire

INCIDENCE DE LA TBC GENITALE par rapport aux cas de TBC
toutes localisations confondue 2006-2012

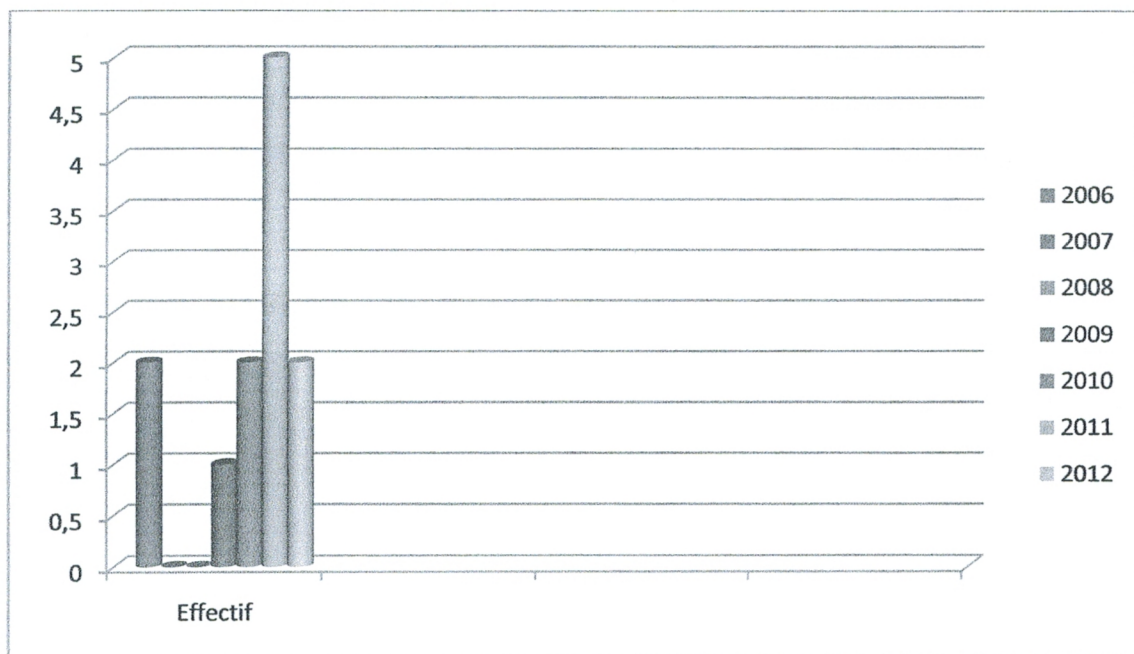
Année	Nbre de cas de TBC	TBC génitale	(%) de TBC génitale
2006	272	02	0.70%
2007	237	/	/
2008	249	/	/
2009	206	01	0.40%
2010	258	02	0.91%
2011	236	05	2.11%
2012	156	02	1.28%
Total	1614	12	5.40%



L'incidence de la **TBC génitale** est de **5.4 %** sur la période allant de 2006 au 2012

L'incidence de la TBC génitale par année(Tlemcen)
2006-2012

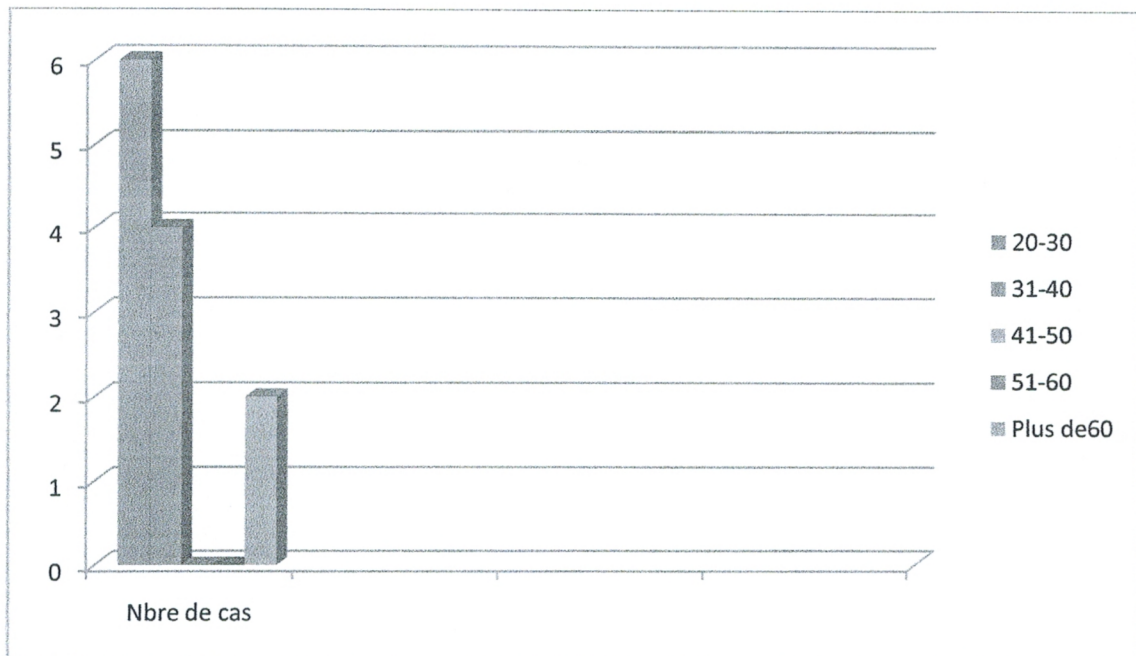
Années	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Effectif	02	/	/	01	02	05	02
total	12						



Un pic d'incidence a été constaté dans l'année 2011
Aucun cas n'a été recensé dans les années 2007-2008

Répartition des malades par tranche d'âge 2006-2012

Age	20-30	31-40	41-50	51-60	Plus de60
Nbre de cas	06	04	00	00	02

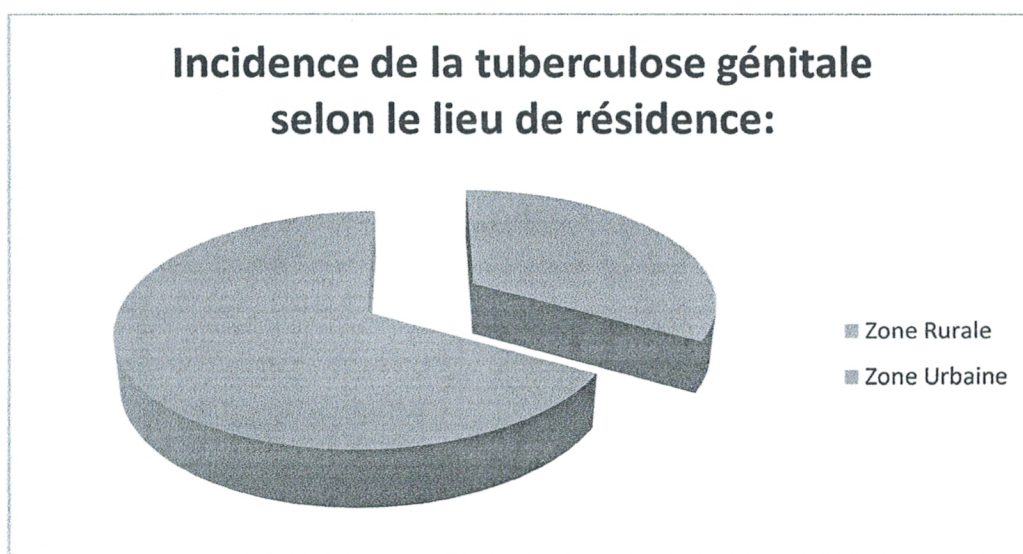


Nous constatons la présence d'un pic d'âge de la tuberculose génitale
- le premier entre 20 -40 ans

L'âge moyen de nos patientes est de 34 ans.

Incidence de la tuberculose génitale selon le lieu de résidence :

Le lieu de résidence	Effectif	Fréquence
Zone rurale	4	34%
Zone urbaine	8	66%
TOTAL	12	100%

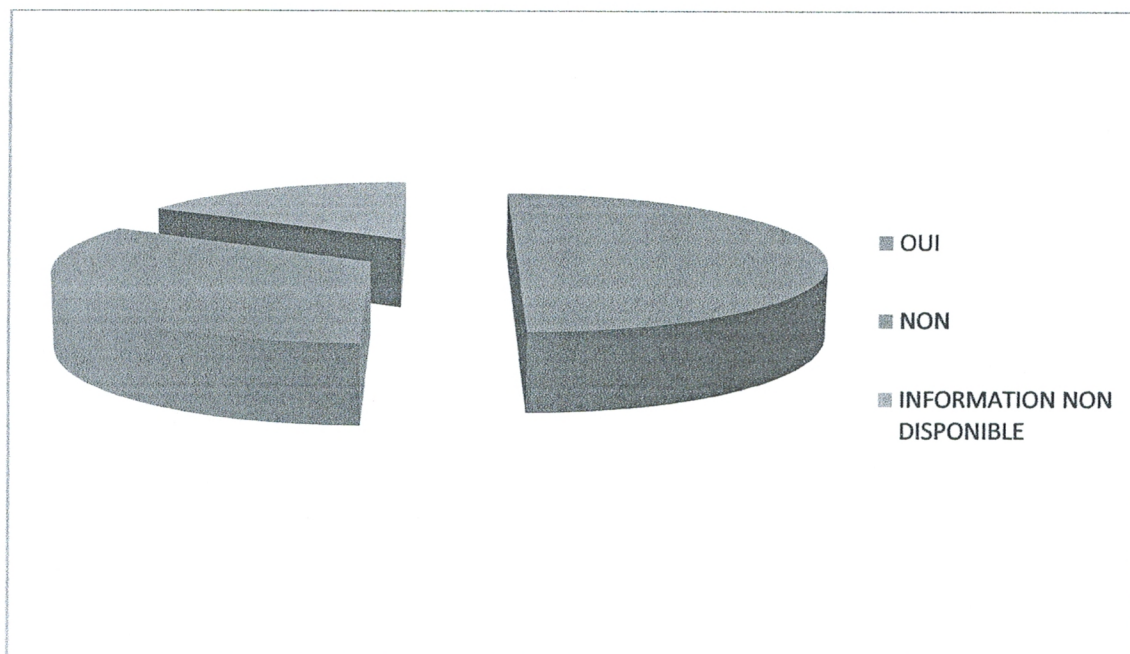


Nous constatons une nette prédominance de la tuberculose genitale dans la zone urbaine par rapport a la zone rurale, ceci pourrait etre expliqué par :

- Un grand nombre de cas sous diagnostiqués dans la zone rurale
- La facilité d'accès au soins dans la zone urbaine (niveau socio-économique +/- élevé)
- Un recensement insuffisant dans la zone rurale.

**REPARTITION DES CAS SELON LES ANTECEDANTS PERSONNELS DE
TBC PULMONAIRE
2006 -2012**

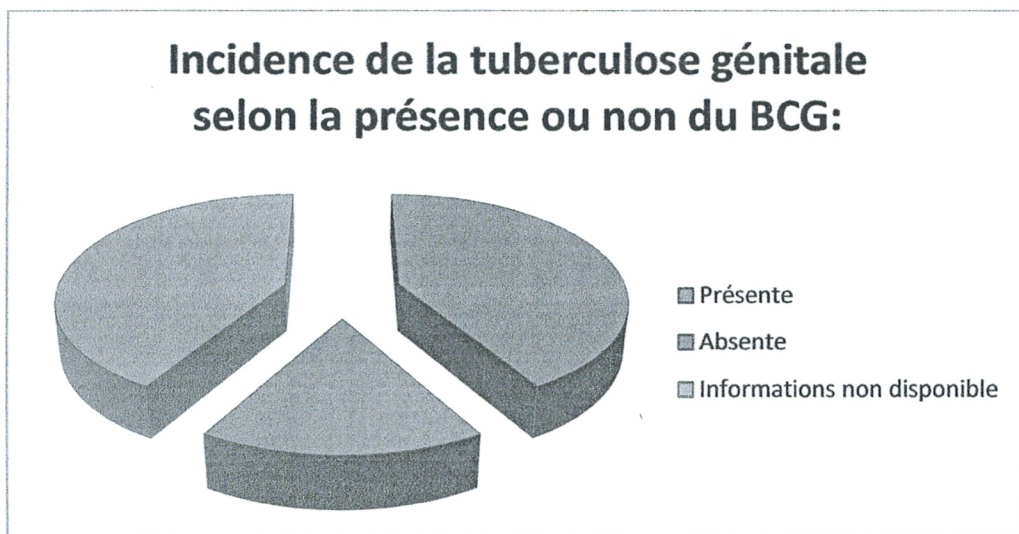
ATCD personnels de TBC	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE (%)
OUI	06	50 %
NON	04	33.33 %
INFORMATION NON DISPONIBLE	02	16.66 %
TOTAL	12	100 %



Notre étude suggère que la tuberculose génitale dans la moitié des cas est secondaire a un foyer primitif (pulmonaire).

Incidence de la tuberculose génitale selon la présence ou non du BCG :

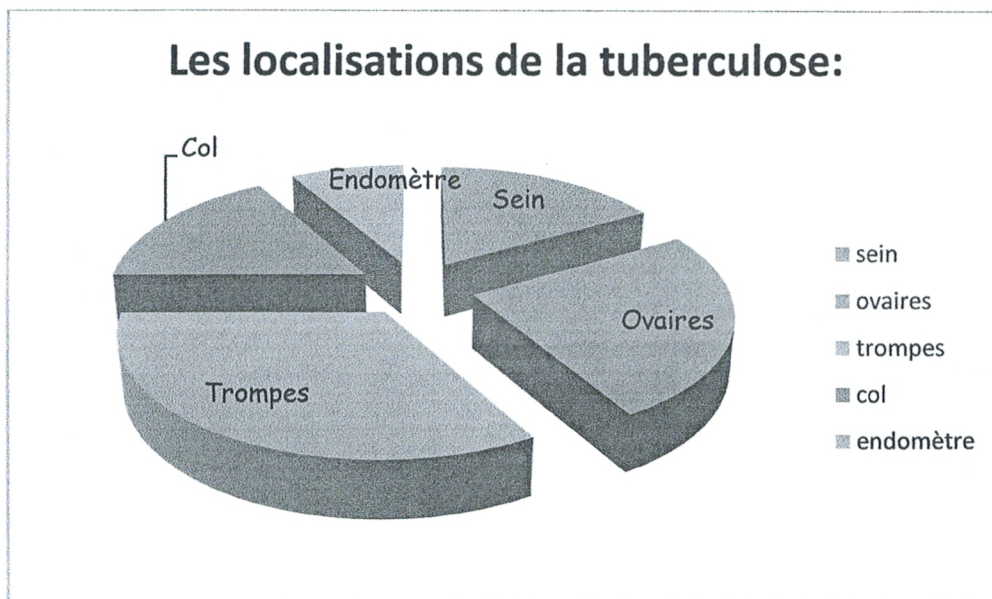
Cicatrice de BCG	Présente	Absente	Informations non disponibles
Effectif	5	2	5



Vue l'indisponibilité des informations nous ne pouvons se prononcer sur cette question.

Les localisations de la tuberculose génitale :

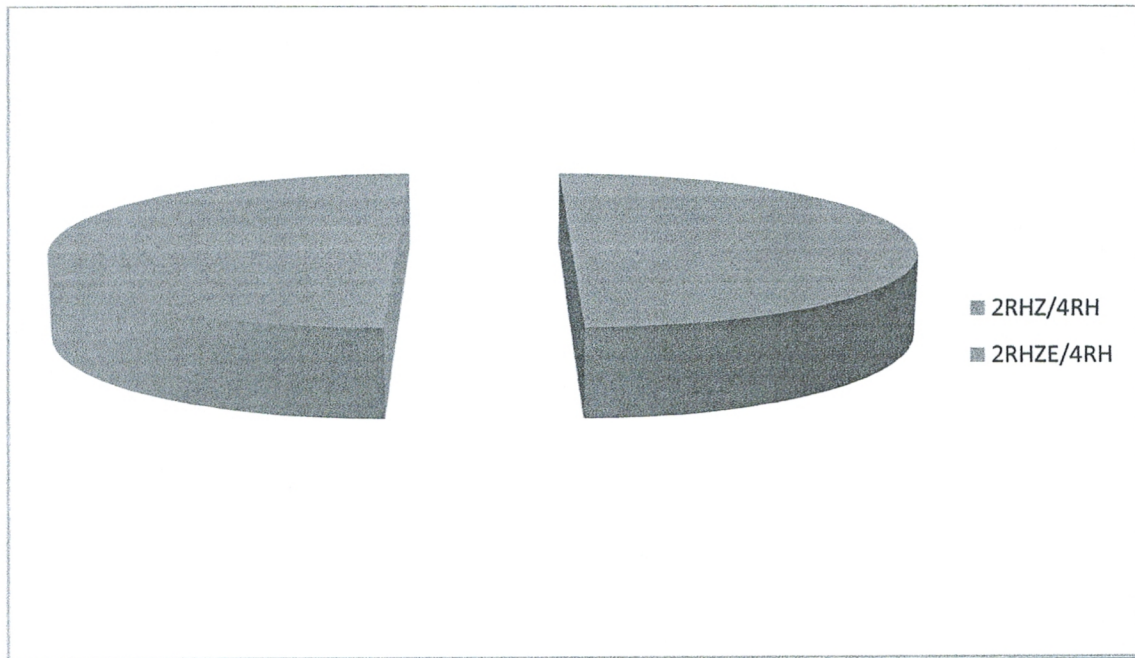
Localisations	sein	ovaires	trompes	col	Endomètre
Effectif	2	3	4	2	1
Fréquence	17%	25%	33%	16%	8%



La localisation de loin la plus fréquente de la tuberculose génitale reste tubaire et ovarienne
Notons aussi la possibilité d'avoir une double localisation (02 cas de TBC cervical et endométriale)

REPARTITION DES MALADES SELON LE SCHEMA DES ANTI-TUBERCULEUX
2006-2012

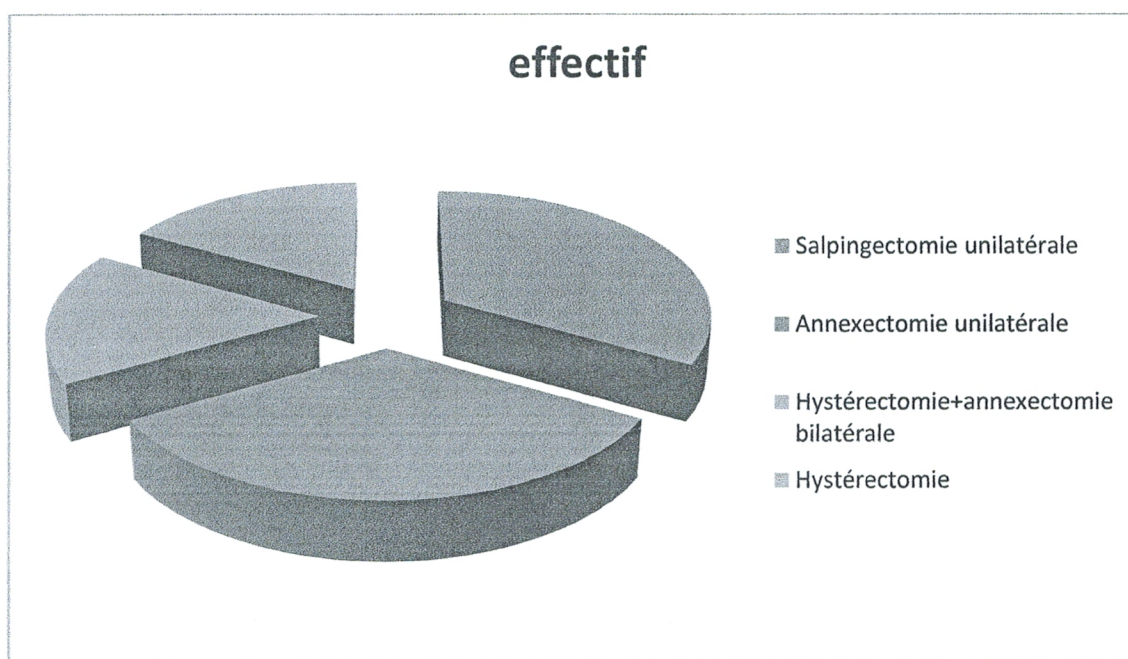
SCHEMA	NOMBRE DE MALADES	POURCENTAGE(%)
2RHZ/4RH	06	50 %
2RHZE/4RH	06	50 %
TOTAL	12	100%



L'ensemble des cas ont bénéficié d'un traitement médical.

REPARTITION DES MALADES SELON LE GESTE CHIRURGICAL REALISE
2006-2012

Geste opératoire	effectif
Salpingectomie unilatérale	03
Annexectomie unilatérale	02
Hystérectomie+annexectomie bilatérale	01
Hystérectomie	01
Total	07



Sur les 12 cas étudiés 07 patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical qui varie selon la localisation de la TBC génital.

Etude comparative de la tuberculose génitale entre la wilaya de Tlemcen et le sud tunisien

	TLEMCEN	SFAX (TUNISIE)
Période	2006-2012	1984-2003
Nombre de cas	12	22
Incidence	5.4%	8.3 %
Age moyen	34	34
Cicatrice BCG présente	05	05
Atcd de TBC pulmonaire	06	01
Notion de contagé	02	08
Nécrose caséuse présente	06	13
Nécrose caséuse absente	04	05
Traitement médical (2 RHZE/4RH)	12	22
Indications chirurgicales	07	05

DISCUSSION :

Alors que la tuberculose pulmonaire, forme la plus fréquente d'atteinte bacillaire, représente un souci permanent de santé publique en Algérie, la forme génitale de cette affection demeure sous-estimée et peu citée, cette situation explique probablement le caractère tardif du diagnostic.

L'âge moyen cité dans la littérature est proche de notre série, avec un maximum de fréquence entre 20 et 40 ans.

Cette affection touche classiquement les femmes de milieu rural ce qui n'est pas le cas dans notre étude ceci pourrait être expliqué par :

- Un grand nombre de cas sous diagnostiqués dans la zone rurale
- La facilité d'accès aux soins dans la zone urbaine (niveau socio-économique +/- élevé)
- Un recensement insuffisant dans la zone rurale.

Pour la localisation, il est généralement admis que la première atteinte est tubaire et que la diffusion s'effectue ensuite vers le reste de l'appareil génital ce qui été le cas dans notre série.

Dans notre étude aucune notion d'infertilité n'a été mentionné alors que dans les principales publications, 50 % des diagnostics sont établis à l'occasion de bilans de stérilité. Il est de ce fait probable qu'une recherche systématique chez ces patientes en cours de bilan de stérilité permettrait d'obtenir une fréquence plus objective de l'atteinte tuberculeuse génitale.

Le recours à la réaction en chaîne de la polymérase (PCR), permettrait une mesure plus pertinente de la prévalence de l'infection.

Et comme la prévention est meilleure que toute arme thérapeutique; il nous semble primordiale de renforcer la vaccination systématique à la naissance, de rechercher systématiquement de la tuberculose génitale dans le cadre d'un bilan d'infertilité.

CONCLUSION :

- ✓ Le diagnostic de la Tuberculose génitale reste difficile du fait du polymorphisme clinique de cette dernière.
- ✓ Il importe donc d'évoquer le diagnostic, d'insister sur les recherches de BK à partir des sécrétions génitales et des autres sites et sur la réalisation d'une hystérosalpingographie et de biopsies génitales multiples, non seulement en cas de stérilité, mais devant toute symptomatologie fonctionnelle gynécologique atypique ou traînante, particulièrement dans les pays à haute endémicité tuberculeuse.

REFERENCES :

1. BACILLE DE KOCH(LA TUBERCULOSE)
https://www.cdc.retraites.fr/portail/IMG/pdf/Tuberculose_CNRACL_V2.pdf
2. P.Blasco, Dr.A.Martin, Dr P.Humblet,Dr V.Sivaire TUBERCULOSE –guide pratique a l’usage des médecins des infirmiers, techniciens de laboratoire et auxiliaires de santé.
http://www.refbooks.msf.org/MSF_Docs/Fr/Tuberculosis/Tuberculosis_fr.pdf
3. L Taleb Ahmed : Chef de service de gynécologie chirurgicale Pr.
CHU d'Oran Algérie
4. K Bouchetara : Gynécologue-obstétricienne des hôpitaux Dr.
Secteur sanitaire d'Oran Algérie
5. C Boutteville : Assistant-Chef de clinique Dr.
Pavillon Paul-Gellé, 59100, Roubaix France
6. <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2008/pharma/pdf/08P24.pdf>

H Jalal 1, K Dami 1, L Lammat 2, A Elidrissi Dafali 2, O Essadki 1, A Ousehal 1
CHU Mohammed VI ; Marrakech ; Maroc Hôpital Ibn Tofaïl

EMC gynecologie (1222 / 1238)

Pan Afr Med J. 2012; 13: 52.

Publication en ligne 2012 novembre 15. French. Tuberculose pelvi-péritoneale pseudotumorale: