

## CASE REPORT



### Multifocal tuberculosis with breast location: a rare location.

Ndèye Marième DIAGNE<sup>1</sup>, Marie Monique TINE<sup>1</sup>, Lindile Amanda CHABI<sup>1</sup>,  
Mame Diarra NDAW<sup>3</sup>, Ramatoulaye DIOP<sup>4</sup>, Abdou Rajack NDIAYE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service d'oncologie médicale et d'hématologie clinique, Hôpital Principal de Dakar BP 3006 Dakar Sénégal

<sup>2</sup>Service de médecine interne, Hôpital Principal de Dakar BP 3006 Dakar Sénégal

<sup>3</sup>Service de radiologie, Hôpital Principal de Dakar BP 3006 Dakar Sénégal

<sup>4</sup>Service d'anatomie pathologique, Hôpital Principal de Dakar BP 3006 Dakar Sénégal

#### ABSTRACT

The authors report the case of a 28-year-old patient, mother of two living and healthy children with a history of pregnancy toxemia, admitted for the management of pain in the left breast. Pain was twisting, permanent, radiating to the left armpit and associated with a sensation of a mass in the left breast that is painful when pressed. These symptoms have been evolving for a year, accompanied by evening-night fever without chills or sweating. Two months later she noticed a fistulized abscess in the upper outer quadrant of the left breast with yellowish pus coming out. The CA.15.3 marker was normal. HIV and Hbs antigen serologies were negative. The mammogram showed two nodules in the upper-inner quadrant of the left breast, graded ACR IV; two adenofibromas in the lower-inner and upper-outer quadrants of the left breast, ACR II, as well as a A retro-nipple abscess of the left breast. Abdominal ultrasound finds a normal-sized liver with a hyperechoic nodule with an angiomatous appearance in segment VIII of approximately 1 cm, the presence of 2 poorly defined heterogeneous hyperechoic areas in segment VII, punctuated by micro calcifications in favor of calcified granulomas. Chest x-ray showed a miliary tuberculous appearance. Biopsy of suspicious liver and breast lesions was carried out and the pathological examination revealed a tuberculous inflammatory granuloma with caseous necrosis.

#### ARTICLE HISTORY

Received 08 Dec 2023

Accepted 10 Feb 2024

#### KEYWORDS

Severe Tuberculosis, breast,  
Dakar

#### CORRESPONDING AUTHOR

Ndèye Marième Diagne  
yamaismael@yahoo.fr

## 1. INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie endémique dans les pays en voie de développement. La tuberculose mammaire est la localisation mammaire de mycobactérium tuberculosis. C'est une forme rare de tuberculose extra pulmonaire souvent prise pour une lésion cancéreuse. Elle est au dernier rang des localisations extra pulmonaires de la tuberculose et représente 0,06 % de toutes les localisations.

## 2. OBSERVATIONS

Les auteurs rapportent l'observation d'une jeune patiente de 28 ans mère de deux enfants vivants et bien portants aux antécédents de toxémie gravidique, hospitalisée pour la prise en charge de douleurs au sein gauche. Ces douleurs sont à type de torsion, permanentes, irradiant à l'aisselle gauche et associées à une sensation de masse du sein gauche douloureuse à la pression. Ces symptômes évoluent depuis un an accompagnés

d'une fièvre vespéro- nocturne sans frissons ni sueur. Deux mois plus tard elle constate un abcès fistulisé au quadrant supéro-externe du sein gauche avec issue d'un pus jaunâtre ; une cicatrisation spontanée est notée au bout de quinze jours. L'examen clinique trouve une patiente en bon état général, OMS 0, le poids : 50 Kg, la taille : 1,65 m IMC : 18, la tension artérielle : 120 /70 mm Hg, le pouls : 80 battements par minute, la fréquence respiratoire : 16 cycles par minute. On note une cicatrice en regard du quadrant supéro-externe du sein gauche (figure 1). L'examen de l'appareil uro- génital ainsi que le reste de l'examen clinique. Le bilan biologique était sans particularités ainsi que les explorations fonctionnelles hépatiques ; on ne notait pas de syndrome inflammatoire. Le marqueur CA.15.3 était normal. Les sérologies virales VIH et antigène Hbs étaient négatives.

La mammographie a objectivé : deux nodules de 17x 9 mm et de 23 x7 mm du quadrant supéro-interne du sein gauche, ACR IV ; deux adénofibromes de 20x8 et 14x6 des quadrants inféro-interne et supéro-externe du sein gauche, ACR II. Un abcès de 30x12 rétro-mamelonnaire du sein gauche. L'échographie abdominale trouve un foie de taille normale avec un nodule hyperéchogène d'allure angiomaticuse du segment VIII d'environ 1cm, la présence de 2 plages hyperéchogènes hétérogènes mal limitées du segment VII, ponctuées de micro calcifications en faveur de granulomes calcifiés.

La radiographie pulmonaire trouvait un aspect de miliaire tuberculeuse. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a mis en évidence un aspect de miliaire pulmonaire, une collection rétro mamelonnaire gauche ; ainsi que deux abcès du segment VII du foie et des micro calcifications diffuses. La biopsie des lésions suspectes hépatique et mammaire a été réalisée et l'examen anatomo-pathologique a mis en évidence un granulome inflammatoire tuberculeux avec nécrose caséuse. La recherche de BAAR par tubage gastrique était négative.

Le traitement anti tuberculeux a été instaurée pendant 6 mois avec une évolution favorable (figure 2). Un gain de 6 kg a été noté. La mammographie de contrôle était normale ainsi que la tomodensitométrie thoraco-abdominale.

### 3.DISCUSSION

La tuberculose pulmonaire à localisation mammaire est une forme très rare de tuberculose extra pulmonaire. Elle est décrite pour la première fois par Sir Asley Cooper en 1829 comme une tumeur froide. L'incidence varie de 0,025 % à 4,5 % de toutes les affections tumorales du sein (1-3). Sa fréquence varie en fonction de zones géographiques, elle représente 45 % en Asie, en Afrique noire 27 % ; 4 %, en Afrique du nord :17,5 %, en Europe : 16,2 % et en Amérique : 4 %. Il a été rapporté 83 à 95 % des cas, chez la

femme jeune de 20 à 40 ans. 21 cas ont été décrits chez l'homme (3,10,15).Les facteurs de risque décrits sont : la multiparité, l'allaitement, les traumatismes mammaires et les mastites chroniques.



Figure 1. Tuméfaction inflammatoire du sein gauche.

Les trois principales voies de contamination tuberculeuse du sein sont l'hématogène, la voie lymphatique, et la contamination par contiguïté. Il est classiquement décrit deux types. Une forme primaire qui représente 60 % des cas où le sein est le seul organe atteint. Une forme secondaire où il existe d'autres localisations tuberculeuses.

Le diagnostic de tuberculose mammaire primaire est à retenir pour les patientes contaminées directement soit par des crachats infectés franchissant une peau lésée, soit en allaitant un enfant porteur d'une angine d'origine tuberculeuse. Dans les formes secondaires, il existe une atteinte d'autres organes qui constitue le cas de notre patiente (3,6).



Figure 2 . Evolution de la tuméfaction du sein gauche après 6 mois de traitement antituberculeux

Au plan clinique, la tuberculose mammaire se caractérise par l'absence de signes cliniques spécifiques avec un début insidieux. Les lésions sont souvent unilatérales et siègent principalement au niveau du quadrant supéro externe. Cependant, quelques critères cliniques semblent utiles pour attirer l'attention vers une étiologie tuberculeuse, à savoir : l'existence d'un abcès du sein récidivant et d'évolution torpide après une antibiothérapie banale et un drainage chirurgical correct ; La présence d'une adénopathie axillaire fistulisée associée à un nodule du sein ; Il peut s'agir plus rarement, une fistule mammaire avec un écoulement intermittent rythmé par le cycle menstruel. La tuberculose mammaire mime, chez la femme jeune, un abcès pyogène et, chez la femme âgée, un carcinome mammaire.

Trois formes radio-cliniques sont habituellement décrites, la forme nodulaire : décrite comme étant la plus fréquente (75% des cas) et se présente comme une masse non douloureuse du sein, de croissance lente et parfois associée à des adénopathies axillaires, la forme diffuse : se présente comme une masse tumorale inflammatoire douloureuse, fréquemment fistulisée à la peau avec un revêtement cutané épaissi et des adénopathies axillaires, la forme scléreuse : plus fréquente chez la femme âgée. Cette forme se présente comme une masse indurée douloureuse (3,4,12).

Au plan biologique, on peut noter un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP élevée . L'examen bactériologique du produit de cytoponction de la lésion mammaire met en évidence le BAAR (Bacille acido alcool- résistant) à l'examen direct ou à la culture. L'échographie mammaire est peu spécifique. Elle peut mettre en évidence une image hypo échogène hétérogène, mal limitée avec renforcement postérieur minime avec quelques calcifications.

L'échographie mammaire est peu spécifique. On note le plus souvent une image hypo échogène

Hétérogène, mal limitée avec renforcement postérieur minime avec parfois quelques calcifications. A la mammographie, les images sont fonction du type anatomique. Dans la forme nodulaire : on peut noter une opacité unique circonscrite, simulant un adénofibrome ou un kyste ; ou une opacité aux contours irréguliers avec un halo péri tumoral et un épaississement cutané associé ou non à des micro calcifications, simulant le caractère malin de la lésion. Dans la forme scléreuse : l'aspect de la glande mammaire est dense. Dans la forme œdémateuse : elle simule une mastite carcinomateuse (4,6,8,9,11).

L'Examen anatomo-pathologique : Aspects macroscopiques : La tuberculose mammaire se présente sous la forme d'une lésion rougeâtre ou gris-jaunâtre, avec parfois des zones ulcéreuses évoquant un cancer. La taille du nodule est variable (2 à 10 cm). Sa consistance est au début ferme puis devient molle en cas de présence du caséum. À la coupe, le nodule apparaît parsemé de

granulations blanchâtres ou nécrosé au centre laissant sourdre un pus granuleux jaunâtre. Aspects histologiques : on note la présence de follicules épithélioïdes et de cellules géantes, type Langhans, associés ou non à une nécrose caséuse (16-18)

Le diagnostic différentiel a pour objectif d'éliminer une tumeur du sein (un adénocarcinome mammaire avec à la mammographie, une lésion est dense, avec des limites floues ; un carcinome inflammatoire ou un carcinome squirrheux), ainsi que les autres pathologies à éliminer sont la plasmocytose mammaire, l'abcès pyogène modifié par les antibiotiques, l'actinomycose, la granulomatose mammaire, le sarcome, la mastite avec réaction à cellules géantes sur corps étranger et l'ectasie canalaire (13-15,17,18).

Le traitement de la tuberculose mammaire est surtout médical, faisant appel à une polychimiothérapie antibacillaire à doses correctes et selon un schéma précis. La place de la chirurgie est limitée. Elle reste nécessaire au diagnostic (biopsie) mais comme moyen thérapeutique.

Les règles générales du traitement sont : un bilan pré-thérapeutique, une association de 2 à 4 médicaments, une prise unique quotidienne et à jeun, il faut expliquer au patient l'importance de l'observance et l'éduquer, une adaptation des posologies aux fonctions métaboliques, et une surveillance régulière. Les buts du traitement sont de guérir la maladie, de stériliser les foyers infectieux, de supprimer le comptage, d'éviter les complications et l'émergence des bacilles mutants résistants aux antituberculeux, de dépister et de traiter les contacts.

Les médicaments antituberculeux comprennent : l'isoniazide : (H) 5 mg/kg/jour, avec une toxicité : hépatique, une polynévrite sensitivomotrice et des accidents immuno-allergiques. La rifampicine : (R), 10 mg/kg/jour, elle colore les selles et les urines en rouge avec une toxicité : hépatique et une tératogénicité, l'éthambutol (E), 20 mg/kg/jour avec pour toxicité une névrite optique rétrobulbaire et une polynévrite, le pyrazinamide (Z) 30 mg/kg/jour sans dépasser 2000mg/jour avec une toxicité hépatique une goutte, la streptomycine : (S ou N) 15 mg/kg/jour avec une toxicité : à type de néphropathie tubulo-interstielle, vertiges, ataxie, nystagmus, surdité, neutropénie. Le schéma thérapeutique comprend l'association de deux drogues actives. Le traitement doit toujours être prolongé (6 à 18 mois selon le contexte clinique et le schéma suivi), à dose efficace et adéquate. La prise de médicament se fait uniquement le matin, et à jeun, de façon quotidienne.

Le contrôle de la compliance de la patiente et la surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement s'imposent dans tous les cas. Un geste chirurgical peut être associé à ce traitement médical : drainage des collections suppurées associé à une excision des tissus nécrosés. Elle est aussi préconisée surtout en seconde intention en cas de mauvaise réponse au traitement médical. Il s'agira : de la résection d'un nodule, du drainage d'un

abcès, en réséquant autant que possible les tissus nécrotiques et infectés, ou d'une mastectomie segmentaire (quadrantectomie) ou totale (mastectomie), si le sein est complètement détruit et criblé de fistules (15,16).

#### 4. CONCLUSION

La tuberculose à localisation mammaire est une entité rare même en zone d'endémie tuberculeuse. Les tableaux cliniques et radiologiques sont souvent trompeurs et posent un réel problème de diagnostic. Le diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique et l'examen bactériologique. Devant un tableau évocateur de tuberculose, des biopsies devront être réalisées La confirmation histologique de toutes lésions quel que soit sa localisation est nécessaire afin d'éviter des erreurs diagnostics pour des maladies curables.

#### DECLARATION D'INTERETS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

#### 5. REFERENCES

1. Apps MCP, Harrison NK, Blauth CIA., Tuberculosis of the breast. British Medical journal, volume 288, 1984, 1874-1875.
2. Dubey MN., AGARWAI. Tuberculosis of the breast. J. Indian Med Association, 1968, 51, 538-559.
3. Ducroz B, Nael CM, Gautier G. Tuberculose mammaire bilatérale : un cas. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1992, 25, 484-488.
4. Zouhal A, Outifa M, Filali A, El Amrani N, Bensaid F, El Fehri SH, Alaoui MT. Les tumeurs pseudo néoplasiques du sein: la tuberculose mammaire à propos de 2 cas. Médecine du Maghreb 2000 n°82 11-14.
5. Gamoudi A., Farhat K, Khattech R, Hechiche M, Ammarben Romdhane K Tuberculose mammaire bilatérale un cas J Gynéco obstel Biol Reprod 1992, 25, 484-488 :4
6. Khaiz D., Lakhroufi A., Chebab F, Abi E., Bouzidi A. Tuberculose mammaire. A propos de deux cas. Sem. Hop. Paris, 1993,69, 15, 454-458.
7. Khaled A, Saadu Ben Romdhane K et al. La tuberculose mammaire : aspects radio cliniques. A propos de 70 cas. Rev. In. Med., 1992, 4, 755-758.
8. Roy PM, Cornu P, Lebas FX, Bertrand G. Bergère A. Une cause rare de tuméfaction pseudo-néoplasique du sein : la tuberculose mammaire. Rev. Med. Interne, 1996, 17, 173-175.
9. Seffert P. La tuberculose mammaire. J. Gyn. Obstet. Biol. Reprod., 1978, 8, 54-55.
10. Sellami D, Baati S, Bouzid F, Chaabouni M, Reki S. La tuberculose mammaire. A propos de 2 cas rares. Rev. Fr. Gynecol. Obstét., 1996, 91, 12, 619-621.
11. Chung Soo Y, Yang IK, Bae Sang H, Yul Lee, Haij. Park, Haky. Kim and. Jung IM Tuberculosis abscess in retro mammary region; CT Findings. Journal of computer Assisted Tomography, 20 (5), 1996, 766-769.
12. Tewari M, Shukla HS, Breast tuberculosis: diagnosis, clinical features and management: review article. Indian j medres 2005 ; 122 : 103-10
13. Zhiri MA, Hamdouch A, Benyahia SE Formes cliniques de la tuberculose mammaire. Gynécologie, 1987, 38, 356-359
14. Benhassouna J, GamoudiA, Bouzaiene H, DhiabT, Khomsi F, Chargui R, Sifi H, Mtaallah M, Makhlof R, Chebbi A, Boussen H, Hechiche M, Rahal K Tuberculose mammaire : étude rétrospective de 65 cas Gynéco obstétrique et fertilité vol 33 issue 11 Nov. 2005 870-876
15. Méherfi AK, Berrabah Y. La tuberculose mammaire à propos de 8 cas. Revue des maladies respiratoires vol 36 N°S P. A162-A163-Janvier 2019
16. Azery S, Benkhaira S, Sabiri R, Lamssiri A, Bouya S Tuberculose à propos d'un cas et revue de la littérature Int J.adv.Res.9(04),671-674.
17. Baharoon S Tuberculosis of the breast. Annal of thoracic medicine 2008 Aug 3 (3): 110-4.
18. Jain S, Shrivastava A, Chandra D. Breast lump, a rare presentation of costochondral junction tuberculosis: a case report. Cases journal 2009; 2: 7039