

CASE REPORT



Peritoneal tuberculosis simulating a bilateral ovarian tumor

Ndèye Marième DIAGNE¹, Marie Monique TINE¹, Lindile Amanda CHABI¹,
Mame Diarra NDAW³, Ramatoulaye DIOP⁴, Abdou Rajack NDIAYE²

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

² Service de médecine interne, Hôpital Principal de Dakar BP 3006 Dakar Sénégal

³ Service de radiologie, Hôpital Principal de Dakar BP 3006 Dakar Sénégal

⁴ Service d'anatomie pathologique, Hôpital Principal de Dakar BP 3006 Dakar Sénégal

ABSTRACT

Tuberculosis is a curable infectious disease which can simulate in its peritoneal location a malignant tumor of the ovary, especially in tuberculosis endemic countries. The authors report a case of pseudo-tumoral peritoneal tuberculosis in a 42-year-old patient in whom the diagnosis of ovarian cancer with peritoneal carcinomatosis had been suspected. Exploratory laparotomy and histological examination confirmed the diagnosis of peritoneal tuberculosis. Evolution was favorable under anti-tuberculosis treatment.

ARTICLE HISTORY

Received 08 Dec 2023

Accepted 10 Feb 2024

KEYWORDS

Peritoneal tuberculosis, ovarian cancer, laparotomy

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 patiente âgée de 42 ans, mère de 5 enfants bien portants, admise à l'Hôpital Principal de Dakar pour une ascite de grande abondance et une altération de l'état général. Elle est hypertendue traitée depuis 2 ans par Amlodipine 5 mg par jour. Sa symptomatologie est évolutive depuis 10 mois, marquée par une asthénie physique, un

amaigrissement de 15 kg, une fièvre vespéro-nocturne, des sueurs, sans frisson ni toux. La symptomatologie était persistante avec l'apparition d'un ballonnement abdominal progressif.

A l'admission, elle présentait une altération de l'état général classée OMS 2 avec un poids à 54 kg, une taille de 167 cm, un BMI à 19,3, une température à 36,7°C, une pression artérielle à 120/70 mm Hg et une fréquence respiratoire de 20 cycles/mn. Les muqueuses étaient pâles. L'abdomen était indolore, ballonné, sans circulation veineuse collatérale, ni masse palpée. Il n'y avait pas de signe du glaçon mais le signe du flot était positif avec une matité diffuse.

La NFS montrait les résultats suivants : Hb :10,7 g/dl ; VGM : 80,7 μ 3 ; GB :6650/mm³ ; PNN : 4450/MM³ ; Plaquettes : 412000/mm³. Les ASAT étaient de 18 UI/l et les ALAT à 14 UI/l. La créatininémie était dosée à 6,1 mg/l ; la glycémie à 1,09 g/l ; la CRP à 64 mg/l ; la calcémie à 93 mg/l et la protidémie à 92 g/l. La recherche d'antigène Hbs et la sérologie HIV étaient négatives,

l'EBCBU stérile. Le marqueur CA 125 était dosé à 310,4 U/ml. La recherche de BAAR par tubage gastrique était négative.

L'échographie montrait une ascite de grande abondance avec implants nodulaires aux ovaires et au grand omentum avec des adénopathies coelio-mésentériques. La ponction d'ascite a évacué 2 litres de liquide jaune citrin avec : protides : 66,9g/l ; GB : C 1000/mm³ ; GR : 700/mm³ ; PNN : 10 % , lymphocytes : 88 % ; éosinophiles : 0,06 % ; basophiles : 0 ; absence de germe après coloration GRAM. La TDM objectivait une tumeur des ovaires associée à une carcinose péritonéale et des adénopathies coelio-mésentériques supérieurs, latéro-cave et médiastinales (figures 1, 2 et 3). Après laparotomie puis biopsies, l'histologie concluait à une tuberculose caséo-folliculaire à localisation péritonéale et ovarienne. L'évolution a été favorable après 6 mois de traitement spécifique avec disparition de l'ascite, de l'anémie, le taux d'hémoglobine à 12,5 g/dl et du syndrome inflammatoire avec une CRP à 0,9mg/l ainsi que la normalisation du CA125 à 6,5 U/ml. La TDM de contrôle était strictement normale au sixième mois.

3. DISCUSSION

La forme pseudo-tumorale de la tuberculose des ovaires est une forme clinique rare ; elle représente 3 à 15 % de l'ensemble des localisations pelviennes de la tuberculose selon les séries. Cette fréquence est plus importante chez les sujets séropositifs [1,2,7]. Elle peut toucher toutes les tranches d'âge avec une prédilection chez les femmes entre 20 et 50 ans. La greffe péritonéale du Mycobacterium Tuberculosis se fait par voie hématogène ; principalement à partir d'une primo infection pulmonaire passer souvent inaperçue, plus rarement après une primo infection gastro-intestinale. L'absence de vaccination est le plus souvent incriminée dans l'atteinte péritonéale à côté des autres facteurs tels que le manque d'hygiène et la précarité des conditions socio-économiques [2]. Notre patiente n'avait cependant aucun de ces facteurs de risque. A la Clinique, la tuberculose péritonéale peut mimer un tableau de cancer ovarien avancé. En effet, les douleurs pelviennes, la distension abdominale, l'amaigrissement et la palpation d'une masse abdominopelvienne peuvent être présent dans les deux pathologies. Cependant, d'autres signes sont à rechercher : les troubles menstruels sont très fréquents, les troubles digestifs et urinaires peuvent orienter le diagnostic. L'infertilité peut être révélatrice dans 5 à 10% des cas [4,7]. Une association avec d'autres localisations notamment pulmonaire est à rechercher, mais leur absence n'élimine pas le diagnostic [2,9]. Ceci illustre le cas de notre patiente chez qui les tubages gastriques n'objectivaient pas de BAAR. A la biologie, la ponction du liquide d'ascite retrouve un exsudat à prédominance lymphocytaire pouvant faire évoquer une tumeur maligne de l'ovaire. La recherche du gene expert dans le liquide d'ascite est positive . Le Ca 125 est un marqueur de suivi des cancers ovariens. Il est

élevé dans plus de 80 % des cas mais il n'est pas spécifique. Il peut être élevé en cas de grossesse, d'endométriose, de pancréatite, d'hépatite, d'une ascite et en postopératoire. Il se normalise en cas de bonne évolution du traitement anti tuberculeux [9,11,13].

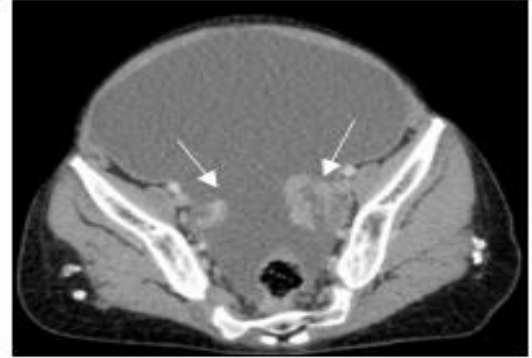


Figure 1. TDM avec injection de produit de contraste, coupe axiale abdominale. Masse tissulaire ovarienne bilatérales prédominant à gauche (flèche) avec ascite de grande abondance.

A l'imagerie : l'échographie et la tomodensitométrie peuvent mettre en évidence : une ascite avec des septas, l'épaississement péritonéal, le rehaussement hétérogène, l'existence de foyers hypodenses en rapport avec la nécrose caséuse pouvant orienter le diagnostic . Ces techniques d'imageries permettent la réalisation de biopsies guidées par l'échographie ou la tomodensitométrie[2,5,6].

Le traitement de la tuberculose ovarienne est médical ; il appelle à une poly-chimiothérapie anti bacillaire à doses correctes et selon un schéma précis [8,12]. La laparotomie exploratrice est réalisée en cas de doute diagnostique. Elle reste nécessaire au diagnostic car elle permet la réalisation de biopsies. [12].

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, stériliser les foyers infectieux et supprimer le contact, éviter les complications et émergence des bacilles mutants résistants aux antituberculeux, dépister et traiter les contacts.

Les médicaments antituberculeux comprennent : l'isoniazide : (H)5 mg/kg/jour, avec une toxicité : hépatique, une polynévrite sensitivo-motrice 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 rétro-bulbaire et une polynévrite, le pyrazinamide (Z) 30 mg/kg/jour sans dépasser 2000mg/jour avec une toxicité hépatique une goutte, et la streptomycine : (S ou N) 15 mg/kg/jour avec une toxicité : à type de néphropathie tubulo-interstielle, vertiges, ataxie, nystagmus, surdité, neutropénie.

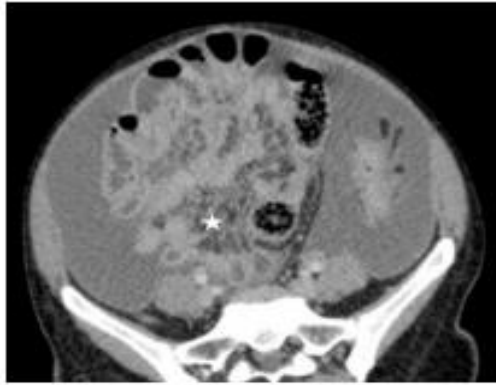


Figure 2. TDM avec injection de produit de contraste , coupe axiale abdominale. Epaissement et infiltration du mésentère (étoile).

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, à jeûn, 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.



Figure 3. TDM avec injection de produit de contraste , coupe axiale thoracique. Foyers de micro nodules bronchiolaires (flèche).

4. CONCLUSION

La tuberculose pelvi-péritonéale pseudo tumorale est une pathologie infectieuse rare et curable. Sa symptomatologie clinique, radiologique et biologique simule souvent une tumeur

maligne de l'ovaire. La cytologie du liquide d'ascite peut orienter le diagnostic qui sera confirmé par l'examen anatomopathologique des biopsies péritonéale et ovariennes. La cœlioscopie avec biopsie peut être réalisée en cas de doute diagnostic.

DECLARATION D'INTERETS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

5. REFERENCES

1. F Nistal de Paz , B Herrero Fernández, R Pérez Simón, E Fernández Pérez, C Nistal de Paz, P Ortoll Battle, M Muñoz Rodríguez Pelvic-peritoneal tuberculosis simulating ovarian carcinoma: report of three cases with elevation of the CA 125 Am j Gastroenterol. 1996 ;91 :1660–1.
2. Mounir Moukit, Fatimazahra Ait El Fadel, Jaouad Kouach, Abdellah Babahabib, Mohammed Dehayni, et Driss Moussaoui Rahali Tuberculose péritonéale pseudo tumorale mimant un cancer ovarien: un diagnostic différentiel important à considérer Pan Afr Med J. 2016; 25: 193. 10929
3. M. Nebhani, K. Boumzgou, S. Brams, M. Laghzaoui, H. El Attar, S. Bouhya, M.-A. Aderdour, M. Iraqi Tuberculose pelvienne simulant une tumeur ovarienne bilatérale – journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction vol 33 N°2 P145-147 Avril 2004
4. A Kefi , F Daoud , Z Aydi, L Baili, B Ben Dhaou, F Boussema Granulomatose ovarienne tuberculeuse simulant un cancer de l'ovaire Revue de médecine interne vol36 suppl 1, Juin 2015 PA181
5. Layla Akka, H. Khalil, N. Cherif, Idrissi Gannouni, H. Jalal, Z. Samlani, K. Fadil, K. Krati, O. Essadki, A. Ousehal La tuberculose ovarienne pseudotumorale : à propos de quatre cas, imagerie 19 Dec 2009, P 251-254
6. Afalah H, Kriouile K, Jayi S, Fdili Alaoui F.Z, Chaara H, El fatemi, Melhouf My A Tuberculose Ovarienne Simulant Une Tumeur De L'ovaire IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS) e-ISSN: 2320–1959, p-ISSN: 2320–1940 Volume 9, Issue 1 Ser. III. (Jan - Feb 2020), PP 04-06
7. Oge T, Ozalp S, Yalcin OT, Kabukcuoglu S, Kebapci M, Arık D, et al. Peritoneal tuberculosis mimicking ovarian cancer. European journal of obstetrics & gynecology and reproductive bio. 2012;162(1):105–108
8. Sambiani DM, Mouelle M, Guira M, Dieng MM, Apithy A, Ka S, Dem A Tuberculose ovarienne simulant un cancer ovarien à l'institut Joliot Curie de Dakar à propos d'un cas Journal Africain de Chirurgie

– Décembre 2019; volume 5, N°4, Pages 274 – 277

9. Tan O, Luchansky E, Rosenman S, Pua T, Azodi M. Peritoneal tuberculosis with elevated serum CA 125 level mimicking advanced stage ovarian cancer: a case report. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;280(2):333–5. 7.
10. Panoskaltzis TA, Moore DA, Haidopoulos DA, McIndoe AG. Tuberculous peritonitis: part of the differential diagnosis in ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(3):740–2.
11. Simsek H, Savas MC, Kadayifci A, Tatar G. Elevated serum CA125 concentration in patients with tuberculous peritonitis: a case-control study. *Am J Gastroenterol.* 1997 ;92(7):1174–6.
12. . Blumerg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Frideman LN, et al. Traitement de la tuberculose. *J Am Respir Crit Care Med.* 2003 ;167(4):603–62.
13. Simsek H, Savas MC, Kadayifci A, Tatar G. Elevated serum CA125 concentration in patients with tuberculous peritonitis: a case-control study. *Am J Gastroenterol.* 1997; 92(7):1174-