

## LA MASTITE TUBERCULEUSE : ETUDE DE 15 CAS.

### BREAST TUBERCULOSIS: STUDY OF 15 CASES.

H. BEN BRAHIM<sup>1</sup>, C. LOUSSAIEF<sup>1</sup>, A. HADDED<sup>2</sup>, A. TOUMI<sup>1</sup>, F. BEN ROMDHANE<sup>1</sup>, M. SAKOUHI<sup>2</sup>,  
A. ZAKHAMA<sup>3</sup>, N. BOUZOUAÏA<sup>1</sup>, M. CHAKROUN<sup>1</sup>.

1- Service des Maladies Infectieuses, EPS Fattouma Bourguiba – Monastir.

2- Service de Gynécologie, EPS Fattouma Bourguiba – Monastir.

3- Laboratoire d'anatomie pathologique, EPS Fattouma Bourguiba – Monastir.

#### Correspondance :

Dr Hajer Ben Brahim, Service des Maladies Infectieuses,  
EPS Fattouma Bourguiba  
5019 Monastir – Tunisie.

#### Résumé

**Introduction :** L'atteinte mammaire est parmi les rares localisations extrapulmonaires de la tuberculose. Il s'agit d'une forme pauci-bacillaire, caractérisée par un polymorphisme clinique et radiologique.

**Objectifs :** Décrire les caractéristiques épidémiocliniques de la mastite tuberculeuse et déterminer l'apport diagnostique de la bactériologie et de l'histologie.

**Résultats :** Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur 15 femmes atteintes de tuberculose mammaire colligées dans les services des Maladies Infectieuses et de Gynécologie de l'EPS F. Bourguiba de Monastir durant la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 1988 au 31 mars 2006. L'âge moyen des malades était de 29,2 ans (21-56 ans). Des antécédents de tuberculose étaient notés dans 5 cas (33,3%) et des signes d'imprégnation tuberculeuse dans 8 cas (53,3%). Une fièvre supérieure ou égale à 37,8°C et un abcès fistulisé à la peau étaient notés dans respectivement 10 cas (66,7%) et 11 cas (73,4%). Une autre localisation tuberculeuse était notée dans 5 cas (33,3%). Le syndrome inflammatoire biologique était constant. La cytoponction avait permis d'évoquer le diagnostic dans 1 cas/15 en montrant un aspect de granulome épithéloïde avec du caséum. L'examen bactériologique du liquide de ponction était négatif dans tous les cas. L'examen anatomopathologique d'un fragment de biopsie mammaire avait confirmé le diagnostic dans tous les cas. Toutes les malades étaient traitées par une quadrithérapie antituberculeuse pendant 2 mois relayée par une bithérapie. La durée moyenne du traitement était de 10 mois (9-18 mois).

**Conclusion :** La tuberculose mammaire est rare. Devant une bactériologie peu contributive, le diagnostic est évoqué sur des signes cliniques de présomption et confirmé par l'anatomopathologie. L'évolution est favorable sous traitement antituberculeux.

**Mots clés :** Abcès mammaire – Tuberculose – Mammographie – Diagnostic – Traitement.

#### Summary

**Introduction :** Mammary tuberculosis is a rare disease especially seen in underdeveloped countries.

**Objective :** Describe the epidemiological, clinical parameters of mastitis tuberculosis and determinate the interest of imagery and histology in diagnosis.

**Results :** Fifteen cases of tuberculous mastitis diagnosed at the Infectious Diseases and Gynaecology departments of F. Bourguiba hospital during the period from January 1988 to March 2006. The mean age of our patients was 29.2 years (21 - 56 years). History of tuberculosis was found in 33.3% of the cases. Sixty percent presented with fever and 73.4% complained of skin abscess. We noted symptoms of tuberculosis impregnation in 53.3 % of cases. The fine needle aspiration achieved for all patients was negative in 14 cases and brought back the caesium in the other. The diagnosis has been made, for all our patients, after histological study when we found typical tuberculosis lesions on pieces of tumorectomy or biopsy. All patients had an anti-tuberculosis medical treatment. The median duration of treatment was 10 months (9 – 18 months).

**Conclusion:** Although tuberculosis of breast is extremely rare, it should be kept in mind particularly in undeveloped countries. In front of symptoms evoking tuberculosis, biopsies must be done to eliminate an eventual cancer.

**Keywords :** Tuberculosis – Breast – Mammography – Pathological anatomy – Treatment.

## INTRODUCTION

La mastite tuberculeuse a été décrite pour la première fois en 1829 par Ashley Cooper comme « une tumeur mammaire froide ». Il s'agit d'une affection rare, seulement 700 cas ont été rapportés dans la littérature. Elle est caractérisée par un polymorphisme clinique. Son diagnostic de certitude est facile, basé le plus souvent sur l'étude histologique, rarement sur l'étude bactériologique [1].

L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques épidémiocliniques de la tuberculose mammaire et de déterminer l'apport diagnostique de la bactériologie et de l'histologie.

## MALADES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur 15 femmes atteintes de mastite tuberculeuse hospitalisées dans les services des Maladies Infectieuses et de Gynécologie de l'EPS Fattouma Bourguiba de Monastir durant la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 1988 au 31 mars 2006. Le diagnostic était retenu en présence de critères bactériologiques (présence de bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) à l'examen direct et/ou du BK à la culture) ou histologiques (présence de granulome épithéloïde avec une nécrose caséuse).

## RESULTATS

Durant la période de l'étude, 15 femmes étaient hospitalisées pour une tuberculose mammaire soit une incidence inférieure à 1 cas par an. L'âge moyen était de 29,2 ans (21-56 ans). Dix femmes (66,6%) étaient en période d'activité génitale. Cinq malades (33,4%) avaient des antécédents de tuberculose et une malade était infectée par le VIH (6,6%). La vaccination par le BCG était notée dans 2 cas (13,4%), non précisée dans 4 cas (26,6%) et non faite dans 9 cas (60%). Un niveau socioéconomique bas était noté dans 10 cas (66,6%). Des signes d'imprégnation tuberculeuse étaient notés dans 8 cas (53,3%). Le délai moyen du diagnostic était de 3 mois (1-7 mois). Une antibiothérapie non spécifique antérieure au diagnostic était prescrite dans tous les cas. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient une mastodynie dans 7 cas (46,6%), des adénopathies axillaires homolatérales dans 5 cas (33,4%) et un écoulement mammaire dans 3 cas (20%).

Le début était progressif dans tous les cas. Une fièvre supérieure ou égale à 37,8°C était notée dans 10 cas (66,6%). Un abcès froid unique fistulisé à la peau laissant sourdre du pus était noté

dans 11 cas (73,4%), une forme tumorale dans 3 cas (20%) et une forme miliaire (abcès multiples) dans un cas (6,6%). Le siège de la lésion était le quadrant supéro-externe du sein droit dans 10 cas (66,6%) et celui du sein gauche dans 5 cas (33,4%). Une adénopathie axillaire homolatérale était notée dans 5 cas (33,4%). Une tuberculose pulmonaire était associée dans 3 cas et une autre forme extrapulmonaire dans 2 cas. Il s'agissait d'une localisation urinaire chez une malade et ganglionnaire chez une autre. L'intradermo-réaction à la tuberculine était supérieure à 10 mm dans 9 cas (60%). Une leucopénie avec une lymphopénie était notée dans 7 cas (46,6%). La vitesse de sédimentation était supérieure à 20 mm à la première heure dans tous les cas. Une mammographie était pratiquée dans tous les cas. Les données de la mammographie sont résumées dans le tableau I.

**Tableau I : Aspects mammographiques de la mastite tuberculeuse**

Aspects mammographiques	Nombre	Fréquence (%)
Opacités denses à contours flous	11	73,3
Désorganisation de l'architecture mammaire avec épaissement cutané	4	26,6
Microcalcifications	3	20
Normale	1	6,6

L'examen cytologique du produit de la cytoponction mammaire pratiqué dans tous les cas, avait noté un aspect inflammatoire non spécifique dans 14 cas (93,3%) et un granulome épithéloïde avec du caséum dans un cas. L'examen direct après coloration de Ziehl-Neelson ainsi que la culture du produit de ponction étaient négatifs dans tous les cas. L'examen anatomo-pathologique d'un prélèvement de biopsie mammaire avait confirmé le diagnostic dans tous les cas. La culture des crachats était positive dans 2 cas, il s'agissait de *Mycobacterium tuberculosis* sensible à tous les antituberculeux.

Toutes les malades étaient traitées par une quadrithérapie antituberculeuse à base de rifampicine, d'isoniazide, de pyrazinamide et d'éthambutol pendant une durée moyenne de 2,5 mois (2-3 mois), relayée par une bithérapie associant la rifampicine à l'isoniazide. La durée moyenne du traitement était de 10 mois (9-18 mois).

## DISCUSSION

La tuberculose mammaire est rare occupant le dernier rang des localisations viscérales [1, 2]. Son incidence est variable allant de 0,1% de toutes les

affections chirurgicales du sein dans les pays développés à 3% dans les pays en voie de développement [3]. En Tunisie, la localisation mammaire reste parmi les localisations exceptionnelles de la tuberculose extrapulmonaire, avec une fréquence de l'ordre de 0,2% [1, 4]. Nagashima [in5], à l'autopsie de 34 patientes décédées d'une miliaire tuberculeuse, a constaté que les glandes mammaires étaient les seules parties du corps non infectées. Ceci a laissé supposer une particulière résistance du tissu de la glande mammaire à la survie et à la multiplication des mycobactéries, à l'instar de la rate et du muscle squelettique [6].

Il s'agit d'une granulomatose chronique secondaire à l'infection par *Mycobacterium tuberculosis*. Elle survient essentiellement chez la femme en période d'activité génitale. Les principaux facteurs favorisants sont la multiparité, l'allaitement et accessoirement la grossesse [3, 7]. L'atteinte masculine est exceptionnelle représentant 4% des mastites tuberculeuses [8]. La tuberculose mammaire est dite primitive en l'absence de toutes autres localisations tuberculeuses. Il s'agit de la situation la plus fréquente. Elle est dite secondaire quand elle fait suite à d'autres localisations. Les voies de contamination du sein sont en premier lieu la voie lymphatique rétrograde, le plus souvent à partir d'adénopathies axillaires [1, 9]. L'atteinte par voie hématogène est rare. L'atteinte par contiguïté à partir d'un foyer thoracique pariétal définit la para-mastite tuberculeuse. Les voies cutanées ou galactophoriques bien que possibles sont très rares [2, 10]. Dans notre série, la tuberculose mammaire était primitive dans 10 cas (66,6%) et secondaire dans 5 cas (33,4%) essentiellement associée à une localisation pulmonaire.

Les manifestations cliniques de la tuberculose mammaire sont insidieuses et non spécifiques [3, 11]. Elles sont très polymorphes réalisant un tableau de néoplasie mammaire ou d'un abcès froid rebelle aux antibiotiques [12, 13]. L'atteinte du tissu glandulaire, appelée aussi lobulite tuberculeuse ou tuberculose mammaire profonde, réalise une formation nodulaire de taille variable, de consistance ferme ou dure à contours flous, siégeant principalement au niveau du quadrant supéro-externe. On peut également observer soit un abcès froid qui évolue vers la fistulisation à la peau et laissant sourdre un liquide caséux soit une miliaire très rare qui se voit en cas de granulie généralisée [14]. Des mastodynies prémenstruelles peuvent être notées. L'atteinte du galactophore ou galactophorite tuberculeuse, appelée aussi la tuberculose mammaire superficielle, est moins fréquente que la précédente et se manifeste par un nodule péri-mamelonnaire, mal limité rétractant le mamelon. Un écoulement mammaire sanglant ou

purulent peut être présent. L'évolution se fait vers l'ulcération avec un écoulement d'un liquide d'aspect séreux ou brunâtre, rythmé par les règles. Des adénopathies axillaires, sus-claviculaires ou cervicales sont présentes dans 75% des cas, mobiles, parfois volumineuses et bilatérales [9]. Elles peuvent constituer le motif de consultation. L'évolution clinique est très variable de quelques semaines à plusieurs années [10]. Le diagnostic positif de la tuberculose mammaire fait appel à des signes cliniques de présomption, mammographiques et cytologiques. Seules la bactériologie et/ou l'étude anatomopathologique d'un fragment de tissu mammaire permettent sa confirmation.

La mammographie peut montrer des signes non spécifiques à type d'opacités denses à contours flous avec un épaississement cutané, parfois des micro-calcifications (figure 1) [15, 16].

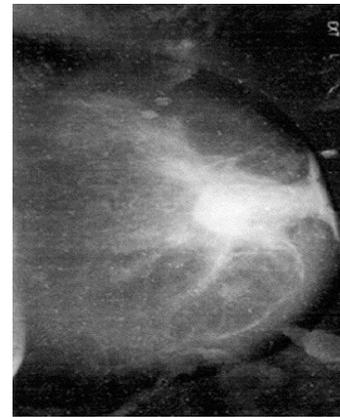


Figure 1 : opacités à contours flous avec un épaississement cutané.

L'examen cytologique peut orienter le diagnostic quand il montre des cellules histiocytaires d'aspect épithéloïde ou rarement du caséum. Plus fréquemment, on trouve un aspect inflammatoire banal non spécifique ce qui était le cas de 14 de nos 15 patientes [11, 16]. L'étude anatomopathologique d'un fragment prélevé par biopsie mammaire permet de confirmer le diagnostic en montrant des plages de nécrose caséuse bordée de follicules épithélio-giganto-cellulaires au sein d'un infiltrat inflammatoire [12, 15]. Dans notre série, l'examen anatomopathologique avait permis de confirmer le diagnostic dans tous les cas. L'examen bactériologique permet de montrer des BAAR à l'examen direct ou d'isoler le BK en culture et constitue un argument formel du diagnostic. Dans la littérature, le BK est isolé dans seulement 25 à 30% des formes primitives confirmant le caractère paucibacillaire de cette affection [12, 15]. Dans notre série, la culture du liquide de cytoponction était négative dans tous les cas. Par contre, le BK avait pu être isolé à partir de

crachats chez 2 patientes parmi les 5 ayant une tuberculose pulmonaire associée soit 13,3% de l'ensemble des malades.

Le traitement de la tuberculose mammaire repose sur les antituberculeux. Une quadrithérapie à base de rifampicine, isoniazide, éthambutol et pyrazinamide pendant deux mois puis une bithérapie associant la rifampicine à l'isoniazide pour une durée totale de 9 à 12 mois. Le traitement chirurgical est requis en complément du traitement médical dans les formes réfractaires ainsi que pour le drainage des formes abcédées. Une mastectomie peut être proposée devant l'échec du traitement antituberculeux [1, 2, 11]. L'évolution sous traitement est souvent favorable [13, 17].

## CONCLUSION

La mastite tuberculeuse est rare. Elle survient essentiellement chez la femme en période d'activité génitale favorisée par la multiparité et l'allaitement. Elle se caractérise par son polymorphisme clinique. Elle doit être évoquée devant un abcès mammaire récidivant malgré une antibiothérapie non spécifique bien conduite ou une fistule chronique avec un écoulement intermittent rythmé par le cycle menstruel. Le diagnostic de certitude repose sur les données de la cytoponction couplée à l'histologie. Les prélèvements bactériologiques, pratiqués systématiquement, sont souvent non concluants. Le traitement est essentiellement médical. L'évolution est généralement favorable.

## REFERENCES

- 1- Ben Hassouna J, Gamoudi A, Bouzaïene H, et al. Tuberculose mammaire : étude rétrospective de 65 cas. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2005 ; 33 : 870-6.
- 2- Elmrbet F, Ferhati D, Amenssag L et al. Tuberculose mammaire. *Med Trop* 2002 ; 62 : 77-80.
- 3- Hamit HF, Ragsdale TH. Mammary tuberculosis. *J R Soc Med* 1982 ; 75 : 764.
- 4- Mahjoub H. La tuberculose mammaire. *Med Trop* 2002 ; 62 : 97-9.
- 5- Hale JA, Peters GN, Cheek JH. Tuberculosis of the breast: rare but still extant. *Am J Surg* 1985 ; 150 : 620-24.
- 6- Banerjee SN, Ananthakrishnan N, Mehta RB, et al. Tuberculous mastitis : a continuing problem. *World J Surg* 1987 ; 11 : 105-9.
- 7- Ducroz B, Nael LM, Gautier G et al. Tuberculose mammaire bilatérale : un cas. *Revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992 ; 21 : 484-8.
- 8- Chandra J, Kumar M, Khanna AK. Male breast tuberculosis. *Postgrad Med J* 1997 ; 73 : 428-9.
- 9- Wilson JP, Chapman SW. Tuberculous mastitis. *Chest* 1990 ; 98 : 1505-9.
- 10- Gamoudi A, Farhat K, Khatteeh R et al. La tuberculose mammaire. À propos de 58 cas. *Gynécologie* 1995 ; 8 : 413-8.
- 11- Khanna R, Prasanna GV, Gupta P, et al. Mammary tuberculosis : report on 52 cases. *Postgrad Med J* 2002 ; 78 : 422-24.
- 12- Roy PM, Cornu P and Lebas F et al. Une cause rare de tuméfaction pseudonéoplasique du sein : la tuberculose mammaire. *Rev Med Interne* 1996 ; 17 : 173-5.
- 13- Shinde SR, Chandawarkar RY, Deshmukh SP. Tuberculosis of the breast masquerading as carcinoma: a study of 100 patients. *World J Surg* 1995 ; 19 : 379-81.
- 14- Abboud P, Bancheri F, Bajolet-Laudinat O, et al. La tuberculose mammaire : à propos d'un cas à forme inflammatoire diffuse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997 ; 26 : 822-4.
- 15- Khaled A, Sâadi A, Jaziri M, et al. La tuberculose mammaire : aspects radiocliniques. À propos de 70 cas. *Rev d'imagerie Med* 1992 ; 4 : 755-8.
- 16- Mankanjuola D, Murshid K, Sulaimani S, et al. Mammographie features of breast tuberculosis: the skin bulge and sinus tract sign. *Clin Radio* 1996 ; 51 : 354-8.
- 17- Jallali U, Rasul S, Khan A, et al. Tuberculous mastitis. *J Coll Physicians Surg Pak* 2005 ; 15 : 234-37.