

La tuberculose génitale

Dr NAIT ABDERRAHMANE

22/10/2018

PLAN :

INTRODUCTION –DEFINITION

EPIDEMIOLOGIE

ETIOPATHOGENIE

ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIAQUES

DIAGNOSTIC

TRAITEMENT

EVOLUTION

CONCLUSION

INTRODUCTION –DEFNITION

- La tuberculose est un problème de santé publique dans les régions endémiques
- Elle a subi un recul spectaculaire grâce à l'amélioration des conditions de vie , la généralisation de la vaccination par le BCG et surtout l'apparition de l'efficacité croissante du traitement antituberculeux
- Une recrudescence durant ces 20 dernières années surtout avec la pandémie du SIDA qui diminue la résistance de l'hôte

-la tuberculose génitale est l'une des formes de la tuberculose extra-pulmonaire

- Elle se définit par la présence de bacille de Koch (BK) au sein du tractus génital : trompe de Fallope , l'endomètre , les ovaires , le col , vulve et vagin

-Entité rare dans les pays développés mais encore présente dans les pays en voie de développement où elle représente une cause importante d'infertilité

- Le diagnostic précoce permet de limiter les lésions et d'améliorer le pronostic , surtout de la fertilité

EPIDEMIOLOGIE

1-La fréquence :

- la tuberculose génitale ne représente que 6 à 10% des tuberculoses
 - En France elle est de 0,05 à 0,1% , au Maghreb 2,5% , elle ne dépasse pas 0,05 % dans les pays industrialisés
- Les trompes (100%) des cas ,l'endomètre (50%) des cas , les ovaires (20%) des cas , le col (5 %) puis la vulve et le vagin (<1%)

2-Terrain:

La notion de terrain est une étape essentielle qui oriente le clinicien vers le diagnostic , à savoir l'âge , le niveau socio-économique , la notion de contag tuberculeux et les antécédents tuberculeux

L' âge :

-l'âge de survenue est souvent méconnu , les formes asymptomatiques étant actuellement de loin les plus fréquentes , c'est lorsque la femme s'inquiète de sa stérilité ou de son aménorrhée que l'on découvre la tuberculose

La quasi-totalité des cas sont découvertes dans la période d'activité génitale (entre 20 et 40ans)

- Les formes post ménopausiques représentent 0,6 à 11% de l'ensemble des tuberculoses génitales
- Les formes pré pubertaires sont très rares

Le niveau socio-économique :

- Il est établi qu'il existe une corrélation significative entre les conditions socio économiques et la prévalence de la tuberculose ,les mauvaises conditions d'hygiènes et la promiscuité sont reconnus comme étant des facteurs favorisant l'émergence de la tuberculose
- Par ailleurs il existe des facteurs qui favorisent la greffe tuberculeuse au niveau pelvien tel que : la malnutrition liée à la pauvreté , toute affection entraînant une immunodéficience comme l'infection à VIH , le diabète , le traitement au long cours par les corticoïdes ou les immunosuppresseurs

La notion de contag tuberculeux :

- l'existence d'un tuberculeux dans l'entourage
- Le virage de l'intra dermoréaction à la tuberculine (IDR)
- L'érythème noueux
- Les adénopathies médiastinales à la radiographie pulmonaire

➡ ces éléments doivent faire penser à un contag tuberculeux et faire rechercher le foyer tuberculeux extra-génital

La vaccination :

Le BCG protège 80 % des sujets vaccinés , mais une ré-infestation massive peut dépasser la barrière protectrice conférée par le BCG

ETIOPATHOGENIE

1-Agents pathogènes :

- Le bacille de COCH ou Mycobactérium tuberculosis de type humain est responsable comme dans les autres localisations
- Des tuberculoses génitales féminines d'origine bovine ont été décrites mais restent une exception

M. tuberculosis est une bactérie aérobie stricte, immobile, à croissance très lente (2 à 6 semaines), exigeant des milieux spéciaux, comme le ***milieu de Löwenstein-Jensen*** (colonies blanchâtres , rugueuses).

M. tuberculosis est visible à l'examen direct après coloration au ***Ziehl-Neelsen*** sous forme de ***BAAR*** (bacilles roses sur fond bleu

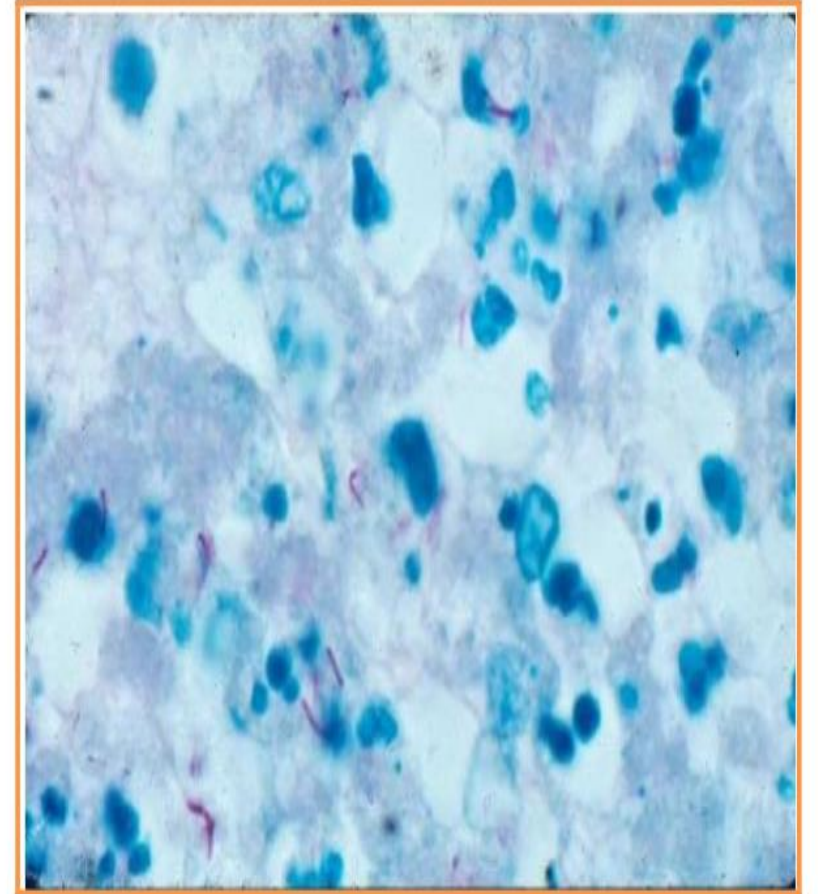


Figure 2 : Microscopie : coloration des BK par le Ziehl-Neelsen longs batonnets

Colorés en rouge

2- voies de contamination:

- la contamination des voies génitales se fait essentiellement par voie hématogène , les trompes sont les premières atteintes et d'ailleurs constamment atteintes
- La contamination par voie lymphatique est très rare ainsi que la contamination par contiguïté à partir de foyers urinaires ou digestifs
- La tuberculose génitale primitive est très rare et fait rechercher une transmission par voie sexuelle
- Quelle que soit la voie de contamination , le foyer primitif n'est pas toujours retrouvé

ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES

1-Lésions macroscopiques :

- macroscopiquement, les trompes peuvent avoir un aspect normal ou paraître oedematiées et augmentées de taille : hydrosalpinx , pyosalpinx
- l'endomètre est atteint dans 50à60% des cas, la tuberculose est à l'origine de plusieurs types de lésions : ulcéreuses ou caséeuses entraînant parfois une pyométrie , les adhérences intra-utérines : synéchies sont les conséquences à moyen terme de cette atteinte , souvent sont extensives et responsables d'une réduction de la cavité

les lésions du péritoine sont diverses : on distingue

- Les formes granulaires (caractérisées par un semi de granulations jaunâtres ou blanchâtres de 0,5 à 2mm de diamètre)
- Les formes ascitiques
- Les formes ulcéro-caséuses (caractérisées par la présence de tubercules de taille variable pouvant confluer et former des masses caséuses
- Les formes fibro adhésives (la fibrose envahit les granulations)

2- Lésions microscopiques :

L'aspect typique est celui d'un granulome
fait de cellules épithéloïdes gigantomaculaires
Entourées en périphérie d'une couronne
Lymphocytaire et centré par une nécrose
Anhiste , éosinophile : la nécrose caséuse

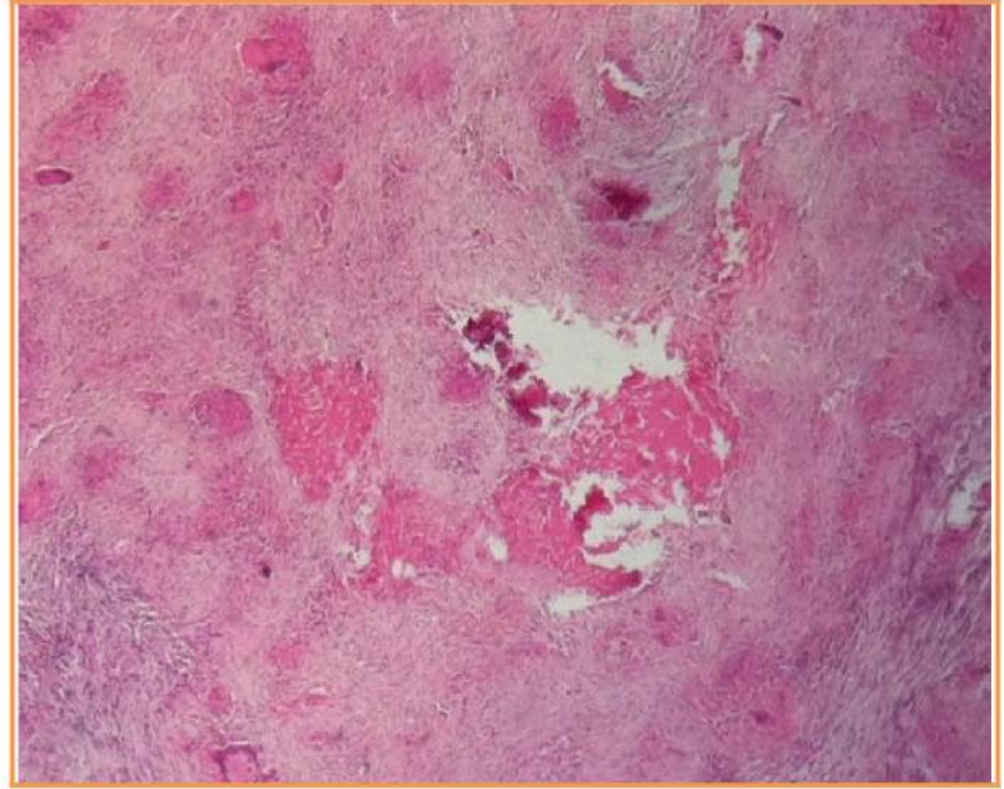


Figure 7 : Aspect histologique montrant des granulomes épithélioïdes et gigantomaculaires de taille variable centrés d'une nécrose caséiforme (HEx40)

DIAGNOSTIC

A-CIRCONSTANCES DIAGNOSTIQUES

- l'infertilité : c'est la 1ere circonstance de découverte chez la femme en âge de procréer
- Les algies pelviennes : il s'agit de douleurs pelviennes chroniques, peu intenses pouvant s'accentuer , elles sont dues à la formation d'adhérences ou encore induite par la compression d'un organe de voisinage par les masses tuberosiques
- Troubles du cycle : il s'agit le plus fréquemment d'aménorrhée , d'hypoménorrhée en rapport avec de possible synéchies
- Autres : d'autres manifestations sont possibles : fièvre nocturne, un ballonnement abdominal , pertes vaginales

B-FORMES CLINIQUES

1- FORMES LATENTES : les plus fréquentes

Ce sont généralement des patientes qui consultent pour infertilité et chez qui on découvre une TGF devant une HSG évocatrice ou lors d'une coéloscopie ou d'une hystéroscopie systématiques

2- FORMES EVOLUTIVES OU AIGUES : la TGF se présente par une fièvre , des sueurs nocturnes et une perte de poids , elle peut aussi simuler une infection génitale haute avec douleurs pelviennes , leucorrhées et fièvre

3-FORME PSEUDO TUMORALE

Cette forme peut mimer une pathologie ovarienne maligne où l'examen retrouve une masse à contours irréguliers avec ascite

4- LOCALISATIONS RARES :

Cervicale , de la glande de Bartholin , vaginale , vulvaire

5- forme post ménopausique

C-EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

-théoriquement , seule la mise en évidence du BK peut affirmer une tuberculose , cependant comme il s'agit d'une localisation pauci bacillaire , la plupart du temps c'est la confrontation des explorations qui fait porter le diagnostic

Certains examens ne sont spécifiques de la localisation génitale

- La numération globulaire avec classiquement une lymphocytose
- La vitesse de sédimentation VS
- Les tests immunologiques : l'IDR

Sont souvent normaux dans les formes séquellaires

L'HYSTEROSALPINGOGRAPHIE :

Elle est contre indiquée en cas de suspicion de tuberculose évolutive ,
c'est le premier examen à demander dans l'exploration d'une stérilité

Images utérines :

Images diverticulaires des micro-abcès

Injections vasculaires (images finement réticulées) : témoignent d'une
TBC évolutive

Images de synéchies :

- cavité utérine très irrégulière

- image en doigt de gant : quand la synéchies est totale et donc
l'utérus n'est pas du tout opacifié

- image en trèfle

ces 2 images sont pathognomoniques des synéchies tuberculeuses

Images tubaires :

- absence d' injection tubaire (oblitération)
- oblitération de la portion externe
- dilatation de la portion ampullaire avec aspect marécageux : hydrosalpinx
- aspect moniliforme des trompes : succession de dilatations et de rétrécissements
- trompes rigides en tuyau de pipe , si en plus de cet aspect rigide , la trompe présente une petite dilatation de la portion externe : on parle d'image en canne de Golf
- images diverticulaires : (micro-abcès tuberculeux tubaires) : image en boule de gui ou en mie de pain



Figure 1. Hystérosalpingographie: tuberculose génitale. Images de soustraction latérales et bilatérales de la cavité utérine donnant un aspect en «T» (flèches). Images de constrictions tubaires des deux côtés. Obstruction tubaire distale bilatérale: phimosis à droite et hydrosalpinx gauche (tête de flèche).

LA COELIOSCOPIE

Indiquée souvent dans le cadre de l'exploration de l'infertilité

- des adhérences pelviennes**

- des granulations péritonéales multiples , blanchâtres**

- Forme nodulaire : la trompe présente sur son trajet des bosselures jaunâtres**

- La coelioscopie permet des prélèvements histo bactériologiques**



Figure 3. Tuberculose génitale de la femme (TGF) au stade subaigu vue en coelioscopie.

A. Aspect inflammatoire du péritoine avec hypervascularisation et œdème, nombreux tubercules recouvrant le péritoine, épanchement minime jaunâtre dans le cul-de-sac de Douglas.

B. Vue rapprochée sur l'annexe gauche : nombreux tubercules blanchâtres.

C, D. Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis en rapport avec une TGF.

LA RECHERCHE DE BK DANS LE SANG MENSTRUEL OU LA CULTURE D'UN LAMBEAU D'ENDOMETRE

Elles sont souvent négatives , la tuberculose génitale étant paucibacillaire

L'HYSTEROSCOPIE :elle peut montrer

- des synéchies
- Des granulations miliaires

TRAITEMENT

- Les objectifs du traitement :

- traiter la maladie tuberculeuse
- Restaurer les fonctions de reproduction et la fonction menstruelle

- Le traitement médical spécifique :

Rifampicine 10mg/kg/J pendant 6 mois

Isoniazide 5mg/Kg/J pendant 6 mois

Pyrazinamide 30mg/Kg/j pendant 2 mois

Ethambutol 20mg/kg/j pendant 2 mois

Streptomycine 1g/j pendant 6 mois

- Le schéma thérapeutique est 2 RHZ/ 4RH
- la phase initiale comporte l'association de 3 anti tuberculeux : Isoniazide , Rifampicine et Pyrazinamide pendant 2 mois , la suite du traitement associe l'Isoniazide et la Rifampicine pendant 4 mois
- Le schéma thérapeutique est composé d'une phase initiale intensive qui permet de diminuer rapidement la population bacillaire dans son ensemble , y compris les bacilles persistants , et d'une seconde phase de continuation destinée à détruire les bacilles restants

Le traitement doit être instauré dans toutes les formes de la tuberculose génitale chaque fois que le diagnostic de la tuberculose est prouvé bactériologiquement mais aussi histologiquement

- Le traitement chirurgical : s'adresse aux lésions annexielles anatomiquement importantes , et il doit être précédé d'une longue période de chimiothérapie anti tuberculeuse : masses annexielles persistantes malgré le traitement médical
- La cure de synéchies : le contrôle hystéroscopique des synéchies post traitement médical ne retrouve d'éventuelles améliorations qu'en cas de synéchies lâches
 - La cure de synéchies peut s'avérer à risque
 - Etudes : le contrôle par HSG a montré 100 % de récives de synéchies
- pour les oblitérations tubaires d'origine tuberculeuse , la seule solution actuellement est la FIV , encore faut il que l'endomètre ne soit pas atteint
- Le pronostic de fertilité est réservé

EVOLUTION

1-Avec le traitement : la tuberculose guérit au prix des séquelles : stérilité définitive , aménorrhée , douleurs chroniques

2- sans traitement :

Elle peut évoluer à bas bruit et rester latente

Elle peut aussi donner des complications : les fistules , la pelvi-péritonite , l'ascite

CONCLUSION :

Malgré les progrès du traitement médical qui vient à bout de la maladie tuberculeuse , l'infertilité reste la séquelle pratiquement inéluctable

L'association de la vaccination BCG avec surveillance ultérieure et éventuelle revaccination des filles avant la puberté , le dépistage et la chimiothérapie anti tuberculeuse peuvent faire espérer le recul de cette maladie qui reste un problème de santé publique