

TUBERCULOSE GÉNITALE

DÉFINITION-GÉNÉRALITÉS

- „ Localisation du BK au niveau de l'appareil génital
- „ Elle représente 6 à 10% des TBC
- „ Sa fréquence a diminué au cours de ces 30 dernières années (en rapport le développement de la vaccination de masse , TRT anti TBC et l'amélioration des conditions de vie .)

INTÉRÊT DE LA QUESTION

„La tuberculose s'individualise par:

-Sa relative fréquence quand on s'attache à diagnostiquer les lésions latentes lors d'explorations pour stérilité ou aménorrhée

-les lésions classiques tuberculeuses à symptomatologie bruyante étant devenues rares

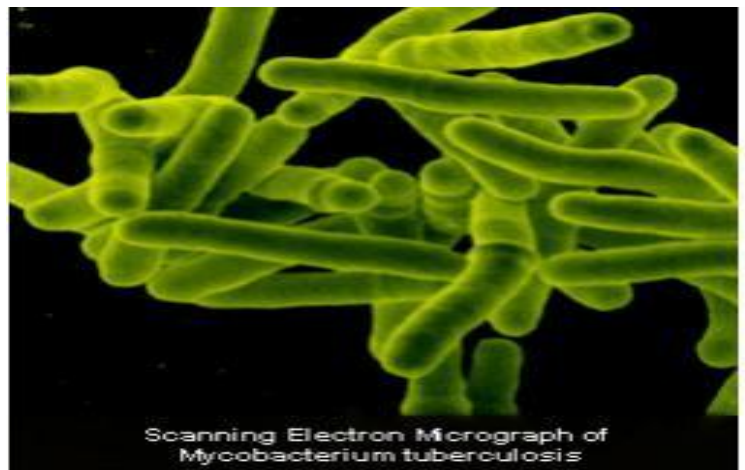
- „Son diagnostic est difficile, les examens complémentaires doivent palier aux insuffisances de la clinique
- „Son pronostic fonctionnel est défavorable, la tuberculose utéro-annexielle constitue une cause non rare de stérilité voire d'aménorrhée.

• L'agent pathogène :

- **Mycobacterium Tuberculosis** de type humain

- Des TBC génitales d'origine bovine ont été décrites mais restent une

exception .



„Age de survenue

-forme pré pubertaire : entre 10-15 ans , forme exceptionnelle.

-forme de la période d'activité génitale: représente la quasi-totalité des cas et s'observe entre 20-35 ans.

-forme ménopausique et post ménopausique: en nette \nearrow et est en cause dans 1% des cas de métrorragies post ménopausique.

• Voies de contamination :

➤ Se fait essentiellement par voie hématogène , les trompes sont les premières atteintes puis le BK contamine le reste de l'appareil génital .

- La contamination par voie lymphatique est très rare ainsi que la contamination par contiguïté à partir de foyers digestifs ou urinaires.
- TBC génitale primitive est très rare et doit faire rechercher une transmission par *voie sexuelle* ou des objets de toilettes souillées .

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

A/LÉSIONS PRIMORDIALES

- 1-aspects typiques :

- ✓ **lésions exsudatives** : toutes les transitions peuvent se voir , de l'exsudat oedemato-inflammatoire jusqu'au follicule centré par une cellule géante entourées de cellules épithéloïdes et des lymphocytes.

- ✓ **les lésions caséuses**

- ✓ **les lésions fibro-caséuses**

- 2-aspects atypiques:

sont fréquents en raison des remaniements spontanés ou thérapeutiques:

- follicules lymphoïdes
- follicules très remaniés: formations feuilletées constituées par l'imbrication de 02 ou 03 cellules multi nucléés à limites nettes .

Photo n°2 : Follicule épithéloïde et géantocellulaire (H.E. 400)

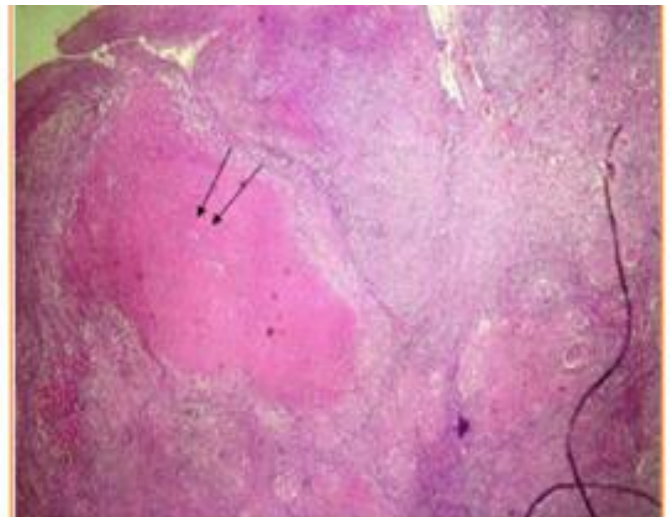
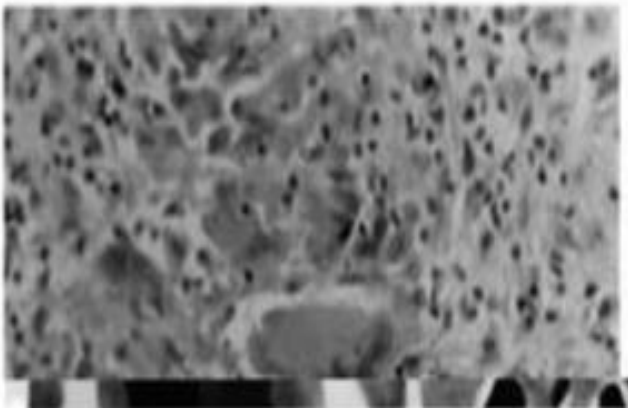
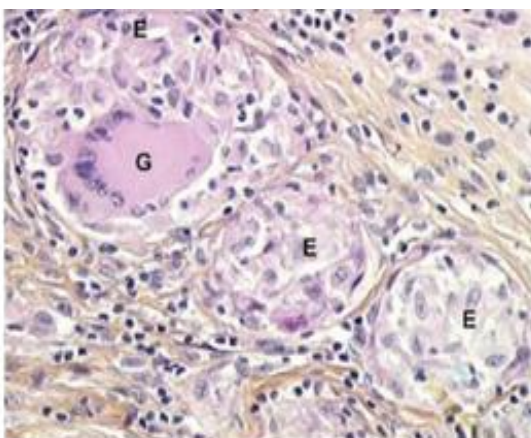


Figure : granulomes épithélo-giganto-cellulaires de taille variable parfois centrés de larges plages de nécrose caséuse (HEX00)



Cellules épithéloïdes (E) et géante (G)

Microscopie : follicule (granulome épithéloïde et géantocellulaire)

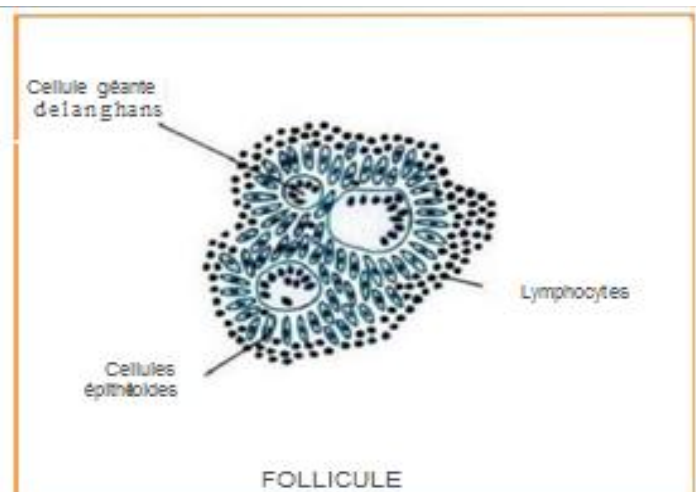


Figure : Follicule (granulome épithéloïde et géantocellulaire)

- **Histologie**

c'est le *follicule giganto-épithéloïde* qui est l'élément capital diagnostique de la tuberculose.

Le follicule de **Koester** pose un problème de diagnostic différentiel avec:

- Les réaction local au Lipiodol
- La sarcoïdose

B/LÉSIONS MACROSCOPIQUES

Les lésions sont classées en fonction de leur taille

1- **granulations miliaires** :blanche d'environ 1mm de diamètre disséminées de façon régulière.

2 **tubercules miliaires** : plus volumineux blanc avec un centre jaunâtre.

3 **tubercules enkystés** :1-3 cm de diamètre

La détersion du caséum aboutit à l'apparition d'ulcérations

C/LOCALISATION

1 **TBC utéro-annexielle :**

les trompes sont pratiquement atteints dans **100%** des cas.

- les pelvipéritonites

-La forme miliaire sèche ou ascitique avec de nombreuses granulations sur tout

le péritoine , les trompes sont rouges congestives

-La forme ulcéro-caséuse et fibro-caséuse avec atteinte des trois tuniques tubaires .les trompes agglutinées et fixées par des adhérences englobant les viscères pelviens

- Forme localisée à la trompe avec épanchement intra-tubaire: l'épanchement peut être purulent réalisant un véritable pyosalpinx , ou séreux => hydosalpinx.
- Forme tubaire discrète.
- Lésions du corps utérin : endométrite tuberculeuse est présente dans 80 à 90

% des cas , l'aspect est celui une TBC micronodulaire.

- Les lésions de l'ovaire : les ovaires sont exceptionnellement atteints , la forme le plus classique est l'abcès froid tuberculeux

- **2-TBC du col utérin :**

se présente sous 04 formes:

-forme miliaire

-forme ulcéreuse

-forme végétante qui simule un cancer du col

-forme interstitielle: le col est augmenté de volume et infiltré de nodules tuberculeux

- **3- TBC du vagin :** on décrit 02 formes

-forme miliaire

-forme ulcéreuse

- **4- TBC de la vulve :** exceptionnelle <1% des cas ,elle est décrite sous 03 formes :

-la forme miliaire

-la forme ulcéreuse

-la forme hyper trophique : c'est un épaissement diffus des grandes lèvres

ASPECTS CLINIQUES

A-FORMES CLASSIQUES

1/FORME ASCITIQUE

- appelée encore TBC salpingo-péritonéale ascitique
- survient à l'âge de la puberté
- le début est insidieux , puis apparait:

-des signes généraux : asthénie, altération de l'état général, amaigrissement, sueur nocturne

-des troubles digestifs à type de douleurs abdominales, diarrhées

-troubles des règles constants à type d'aménorrhée

➤ L'examen clinique objective un abdomen ballonné. L'ascite est libre.

➤ L'examen gynécologique est souvent négatif , parfois on peut noter un empatement douloureux des annexes.

➤ L'évolution est régressive spontanément ou sous traitement avec des séquelles tubaires :

-oblitération tubaire

-hydrosalpinx

2/LA PELVI-PÉRITONITE TUBERCULEUSE

➤ le tableau clinique est assez proche d'une salpingite à germe banal

➤ survient chez la patiente en période d'activité génital.

➤ Le début peut être brutal ou progressif marqué par l'apparition de douleur permanente à type de pesanteur pelvienne.

➤ Les leucorrhées ainsi que les troubles du cycle sont inconstants

➤ L'examen gynécologique retrouve un empatement indolore étendu bloquant le pelvis ou la perception de masses annexielles mal limités

Le diagnostic étiologique est orienté par :

-l'existence d'éventuels ATCD tuberculeux

-l'élévation modérée de la température

-col propre =pas de leucorrhées

-pas de réponse thérapeutique aux ATB banaux

➤ Dans les formes cliniques patentes évolutives ,l'HSG et la biopsie de l'endomètre sont **contre-indiquées**

➤ l'évolution est améliorée par le traitement anti-TBC

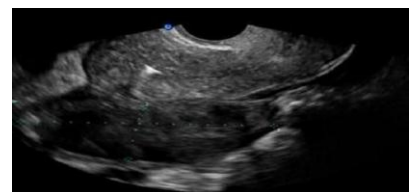
3/TBC TUBAIRE SANS PARTICIPATION PÉRITONÉALE

Il peut s'agir d'

➤ un abcès froid révélé par des douleurs pelviennes et une vomique tubaire, au touchers pelviens: la masse est bien limitée , molle ; cette masse peut se rompre , se tordre ou se fistuliser.

➤ un hydrosalpinx

➤ un hématosalpinx



A/FORMES CLASSIQUES

- 4/formes pseudo-appendiculaires
- 5/ TBC génitale basse

-TBC cervicale
- TBC vaginal et des glandes de Bartholin
-TBC de la vulve

TBC GÉNITALE BASSE



Figure : Image montrant une hypertrophie vulvaire touchant les grandes lèvres



Figure : Examen au spéculum qui montre un col d'aspect friable et saignant

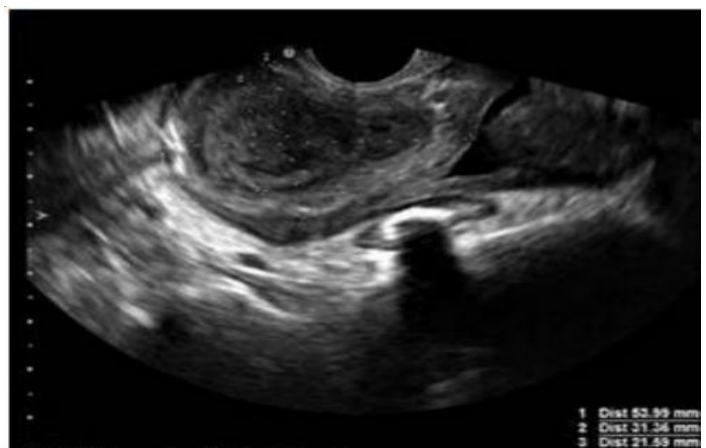
B/FORMES ACTUELLES

- 1/infertilité d'origine tuberculeuses : 5 à 10 % des cas c'est au moment où la patiente s'inquiète de sa fertilité que la TBC est découverte , chez 1/3 des patientes l'épisode de primo-infection est passé inaperçu
- 2/formes douloureuses : simulant une annexite banale , l'absence d'amélioration sous traitement constitue un signe d'alarme
- 3/formes de découvertes fortuites
- 4/formes chez la femme enceinte :

la TBC peut entraîner :

- une fièvre inexplicée
- GEU
- ABRT spontané isolé ou à répétition
- un réveil foudroyant du post partum

„ 5/formes ménopausique et post ménopausique



DIAGNOSTIC

A/ÉTUDE DU CONTEXTE TUBERCULEUX

- **L'interrogatoire** : recherchera
 - des ATCD de primo-infection sévère
 - pleurésie
 - TBC rénale
 - érythème noueux
 - notion de contagé ou virage du cuti-réaction
 - absence de vaccination au BCG
 - stérilité involontaire
 - IDR T +

B/EXAMEN CLINIQUE

- „ L'examen clinique est le plus souvent normal
- „ L'examen au spéculum confirme la présence d'un col sain et une glaire propre

C/EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Théoriquement seule la mise en évidence du BK peut affirmer une TBC
- Ce pendant , il s'agit une localisation pauci bacillaire, la plus part du temps c'est la confrontation des explorations qui fait porter le DC
- Certains examens ne sont pas spécifiques à la localisation génitale: NFS , VS

C/EXAMENS COMPLÉMENTAIRES SPÉCIFIQUES

- **L'hystérosalpingographie** : elle est contre indiquée en cas de TBC évolutive et les images ne sont pas pathognomoniques :
 - images cervicales : rares et irrégulières
 - images de la cavité utérine: images diverticulaires des micro-abcès , image de synéchie (cavité utérine irrégulière , en doigt de gant ou un utérus en trèfle)

-images tubaires:

- ✓ Oblitération tubaire : elle n'est pas spécifique à le TBC
- ✓ Dilatation de la portion ampullaire avec aspect marécageux

=>hydrosalpinx

- ✓ Trompes rigides en fil de fer
- ✓ Diverticules



Figure 2. Image tubaire en "chapelet".

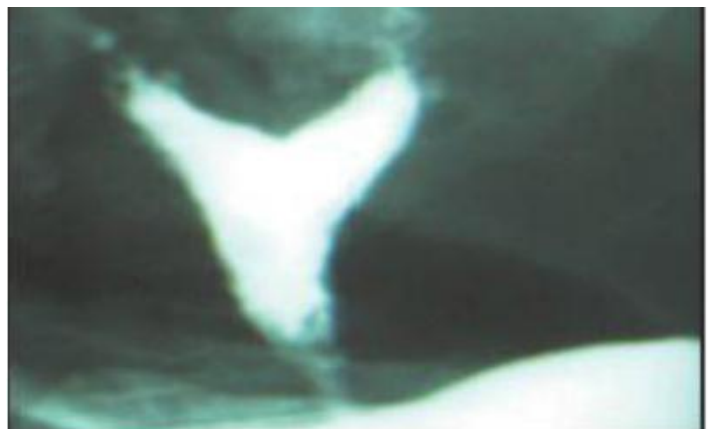
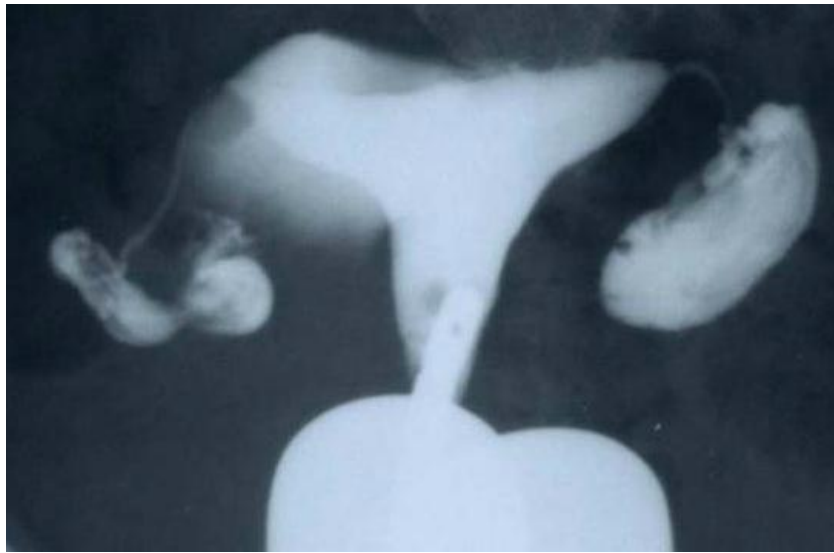


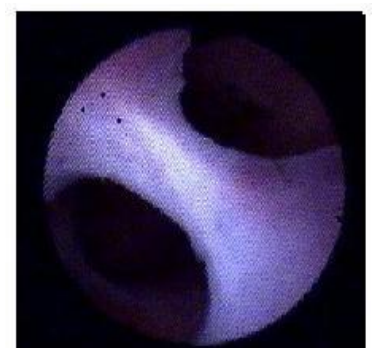
Figure 2. Hystérosalpingographie. Utérus bicorne hypoplasique. Obstruction tubaire bilatérale isthmique.



- **2/Cœli oscopie** : « Palmer » a décrit 04 aspects
1-forme miliaire 2-forme nodulaire 3-forme adhésive
4-forme salpingitique



- „ **3/L'hystérocopie** :
- „ elle doit respecter les mêmes contre indications que l'HSG ,
elle permet de visualiser des synéchies utérines



- 4/Biopsie de l'endomètre : examen primordial pour le DC ; permet une étude histologique et des cultures milieux spécifiques de « lowenstein »
- 5/Examen du sang des règles
- 6/Bilan de la TBC : télé thorax , recherche de BK dans les crachats , liquide gastrique et les urines

TRAITEMENT

„ Les objectifs du traitements sont:

- Traiter la maladie tuberculeuse
- Restaurer les fonctions de reproduction et la fonction menstruelle
- „ Traitement médical "étiologique" : Schéma national de lutte antituberculeuse
- Chimiothérapie antituberculeuse pendant 6 à 9 mois, avec association quadruple "RHZE", triple "RHZ" ou double "RH
- La Streptomycine étant ajoutée en cas de résistance.
- „ Traitement chirurgical
- „ Indiqué en cas de persistance d'une lésion évolutive ou d'une masse résiduelle et pratiqué 6 mois après le début du traitement médical du fait du risque de réveil et de réascension.
- Le traitement chirurgical s'adresse au lésions annexielles anatomiquement importantes et il doit être précédé d'une longue période de chimiothérapie antituberculeuse.
- Pour les oblitérations tubaires d'origine tuberculeuse, la seule solution actuellement est la fécondation in vitro avec transfert d'embryons.
- „ il ressort que le seul traitement valable de la tuberculose génitale reste la prévention, c'est-à-dire la vaccination BCG

CONCLUSION

- „ Grâce au progrès du traitement, la TBC n'est plus une maladie redoutable mais l'infertilité continue à rester la séquelle inéluctable.
- „ La vaccination , le dépistage et le traitement sont la plus puissante arme contre la tuberculose