

## Cas clinique / Case Report

# TUBERCULOSE ENDOMETRIALE : A PROPOS D'UN CAS A L'HOPITAL GENERAL DE DOUALA

Belley Priso E<sup>1,3</sup>, Nana Njamen T<sup>1,3</sup>, Imandy G<sup>2</sup>, Doh AS<sup>3</sup>

- 1) Service de Gynéco-Obstétrique (Hôpital Général de Douala)
- 2) Service de Biologie Clinique (Hôpital Général de Douala)
- 3) Département de Gynéco-Obstétrique (Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales UY1)

Correspondance et tirés à part  
Dr BELLEY PRISO Eugène  
Service de Gynécologie-Obstétrique  
Hôpital Général de Douala  
BP 4856 Douala-Cameroun  
Tél : (237)33370249/33370248  
Fax : (237) 33370146  
E-mail : [mzambou@yahoo.fr](mailto:mzambou@yahoo.fr)

### ABSTRACT:

We report a case of endometrial tuberculosis on a 32 years old patient. The diagnosis was done on an intra uterine collection in a context of primary infertility. No risk factor of tuberculosis was identified. The collection has dried up to the anti tuberculosis treatment, but the fertility prognosis was poor because of uterine synechia.

**Keywords:** Tuberculosis, endometrium, infertility.

### RESUME

Nous rapportons un cas de tuberculose de l'endomètre chez une patiente âgée de 32 ans, diagnostiquée au décours du bilan d'investigation d'une collection intra-utérine, dans un contexte d'infertilité primaire sans facteurs de risque de tuberculose associé. La collection a tari à la suite du traitement antituberculeux ; en revanche le pronostic de fertilité était mauvais en raison d'une synéchie utérine.

**Mots clés :** Tuberculose, endomètre, infertilité.

### INTRODUCTION

La tuberculose est redevenue un sujet de santé publique dans les pays en voie de développement, singulièrement en Afrique au sud du Sahara du fait de la pandémie du SIDA, la pauvreté et l'émergence des souches résistantes de *Mycobacterium tuberculosis* [1, 2]. Le cas que nous présentons témoigne non seulement du caractère très souvent sournois des formes génitales et leurs conséquences graves sur la fertilité, mais surtout interpelle le clinicien à plus de vigilance chez les patientes qui consultent pour infertilité même en l'absence de facteurs de risque.

### OBSERVATION :

Patiente âgée de 32 ans, cadre de santé, souffrant d'une infertilité primaire datant de 04 ans, qui consulte le service de gynécologie de l'Hôpital Général de Douala en 2008 pour aménorrhée de 09 semaines. L'examen clinique identifie un bon état général et un utérus en rapport avec l'aménorrhée, sans signe sympathique de grossesse associé. Le bilan d'investigation révèle une collection intra utérine à l'échographie pelvienne (figure 1) et un  $\beta$ HCG plasmatique négatif ; nous suspectons soit une pyométrie, soit une hématométrie. L'aspiration après dilatation du col ramène un liquide épais et brunâtre dont la bactériologie identifie un Streptocoque non groupable sensible à la Lincomycine que nous lui prescrivons. Malgré ce traitement la collection intra utérine récidive ; nous demandons alors une culture sur milieu de Lowenstein qui révèle le *Mycobacterium tuberculosis*. L'intradermoréaction à la tuberculine provoque une induration non significative de 4mm; la radiographie pulmonaire est normale. La coelioscopie identifie un magma adhérenciel utéro-annexiel bilatéral avec des hydrosalpinx à paroi mince ; le prélèvement par aspiration de l'hydrosalpinx et son analyse bactériologique et mycobactériologique ne décèle pas de germe pathogène ; il n'existe pas de granulomes viscéraux ni de lésions tissulaires friables suspectes de tuberculose abdominale. Le traitement antituberculeux administré pendant 06 mois tarit définitivement la collection. En revanche l'aménorrhée persiste du fait d'une synéchie utérine observée à l'hystérogaphie (figure 2) et à l'hystérocopie.

### DISCUSSION

La tuberculose pulmonaire, forme la plus fréquente d'atteinte bacillaire, représente un souci actuel de santé publique au Cameroun ; en revanche les formes génitales de cette affection demeurent sous-estimées et

peu citées, ce qui explique le caractère généralement tardif du diagnostic [3]. Les formes génitales exposent à des séquelles physiques et psychologiques graves en raison du risque élevé d'infertilité voire de stérilité. S'il est vrai que le traitement anti-tuberculeux est efficace en terme de leur guérison, il reste par contre inefficace devant les séquelles gynécologiques importantes qui altèrent le potentiel de fertilité [4,5]. C'est le cas de notre patiente qui de surcroît est jeune et nullipare. Sur une série de 11 patientes suivies pour tuberculose de l'endomètre (8 cas), du col utérin (2cas) et de l'ovaire (1cas), Ravelosoa et col observent 10 cas de stérilité secondaire et 1 cas de grossesse intra-utérine qui n'a pu malheureusement être menée à terme [6]. Le diagnostic de la tuberculose endométriale n'est pas toujours facile en raison de la clinique qui peut être frustrante voire muette en dépit du fait qu'elle survient au décours des lésions tuberculeuses [7,8]. La pyométrie récidivante au traitement antibiotique est le constat qui a suscité la culture sur milieu de Löwenstein-Jensen. La bactériologie peut être infructueuse, le diagnostic se faisant alors sur l'histologie d'une biopsie de l'endomètre : sur 8 cas de tuberculose endométriale décrit par Ravelosoa et col, le diagnostic s'est fait par l'identification de *Mycobacterium tuberculosis* à la culture des menstruations chez 02 cas, et chez 06 cas à l'histologie de la biopsie de l'endomètre [6]. La tuberculose génitale se conçoit classiquement comme une localisation secondaire faisant suite à un foyer pulmonaire : sur 106 patientes hospitalisées pour tuberculose pulmonaire associée à des problèmes gynécologiques, Mukerji et col observent 18 cas (11,5%) de tuberculose endométriale, dont la moitié souffre d'aménorrhée et d'infertilité [9]. Dans la série de Ravelosoa et col [6], les facteurs de risque décelés sont : le contact tuberculeux, le tabagisme et l'alcoolisme. Nous n'avons décelé aucun facteur de risque chez notre patiente dans notre contexte où d'autres facteurs tels que les maladies immunodépressives, l'infection à VIH, la promiscuité, la pauvreté, l'absence de vaccination et la malnutrition sont d'actualité [10].

#### CONCLUSION :

Dans notre environnement le bilan d'investigation de l'infertilité doit inclure la recherche de la tuberculose génitale indépendamment de l'existence ou non des facteurs de risque. Compte tenu des limites de la bactériologie et du caractère invasif du curetage voire de la biopsie de l'endomètre, nous suggérons la vulgarisation de la technique de réaction en chaîne de la polymérase (PCR) qui facilitera le dépistage voire le diagnostic, et permettra de mieux apprécier la prévalence de la tuberculose endométriale [4].



Figure 1 : pyométrie



Figure 2: Synéchie utérine

#### REFERENCES

- 1- Kuaban C, Bercion R, Noeske J, Cunin P, Nkamsse P and Ngo Niobe S. 2000. Anti-tuberculosis drug resistance in the west province of Cameroon. *Int J Tuberc Lung Dis* 4, 4 :356-360. 2000;
- 2- Filliol I, Driscoll J, Van Scolingen D, Ngo Niobe-Eyango S, Vincent V, De Waard J et col. Global distribution of *Mycobacterium tuberculosis* spoligotypes. *Emerg Infect Dis*.8, 11: 1347-1349. 2000
- 3- Blanc. A propos de la tuberculose génitale féminine d'aujourd'hui. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. *Journal de Médecine de Lyon*; 48 :915-927. 1967
- 4- Bhanu NV, Singh UB, Chakraborty M, Suresh N, Arora J et al. Improved diagnostic value of PCR in the diagnostic of female genital tuberculosis leading to infertility. *J Med Microbiol* 54:927-931. 2005;
- 5- Charhan GB, Hira P, Rathod K, Zacharia TT, Chawala AA, Badhe P et al. Female genital tuberculosis: hysterosalpingographic appearances. *Br J Radiol*;77: 164-169. 2004
- 6- Ravelosoa E, Randrianantoanina F, Rakotosalama D, Andrianampanalinarivo R, Rakotomalala C, Rasolofondraibe A et col. La tuberculose génitale chez la femme : à propos de 11 cas suivis à Antananarivo, Madagascar. *Bull Soc Pathol Exot* 100,1:30-31. 2007;
- 7- Gungor T, Keskin HL, Zergeroglu SKeskin EA Yalcin H et al. Tuberculosis salpingitis in two of five primary fallopian tube carcinomas. *J Obstet Gynaecol* 23:193-195. 2003;
- 8- Wise GJ and Marella VK. Genito-urinary manifestations of tuberculosis. *Urol Clin North Am* 30:111-121. 2003;
- 9- Mukerji PK, Misra VK, Nath J, Prasad Rand Das K. A study of endometrial tuberculosis in hospitalized patients of pulmonary tuberculosis. *Ind J Tub* 38,197. 1991;
- 10- Gustafson P, Gomes VF, Vieira CS, Rabna P, Seng R. Tuberculosis in Bissau: incidence and risk factors in an urban community in sub-saharan Africa. *Int J Epidemiol*;33,1:163-172. 2004