

# LE CAS CLINIQUE DU MOIS

## Tuberculose péritonéale simulant un cancer ovarien

M. JERBI (1), S. HIDAR (1), S. EL MOUEDDEB (2), A. JEMAA (1), S. KORBI (3), A. CHEIB (4), H. KHAIRI (4)

**RÉSUMÉ :** La tuberculose péritonéale chez la femme peut mimer en tout point un cancer ovarien et peut aboutir à des traitements chirurgicaux d'exérèse élargie chez des patientes parfois jeunes. Le diagnostic différentiel entre ces deux entités peut être difficile. Nous rapportons 2 cas de tuberculose péritonéale simulant un cancer ovarien où le diagnostic a été fait sur des biopsies péritonéales.

**MOTS-CLÉS :** Tuberculose - Cancer de l'ovaire - CA125 - Coelioscopie - Laparotomie

### PERITONEAL TUBERCULOSIS MIMICKING ADVANCED OVARIAN CARCINOMA

**SUMMARY :** Peritoneal tuberculosis can mimic advanced stage ovarian cancer and can lead to the performance of an unnecessary extended surgery. Clinical discrimination between peritoneal tuberculosis and ovarian carcinoma may sometimes be extremely difficult. We report 2 cases of peritoneal tuberculosis mimicking ovarian carcinoma. Diagnosis was made on peritoneal biopsy.

**KEYWORDS :** Tuberculosis - Ovarian carcinoma - CA125 - Laparoscopy - Laparotomy

### INTRODUCTION

Le cancer de l'ovaire est le plus difficile des cancers gynécologiques à diagnostiquer et à traiter à cause de sa découverte tardive et de ses symptômes peu spécifiques. La tuberculose péritonéale est l'un des diagnostics différentiels, surtout dans les pays endémiques, car elle peut mimer cliniquement et radiologiquement un tableau de cancer ovarien évolué tout en augmentant les marqueurs sériques classiquement associés à ce cancer. Les auteurs rapportent 2 cas de tuberculose péritonéale et discutent les manifestations cliniques et les difficultés diagnostiques de cette entité pathologique.

### 1<sup>ER</sup> CAS

Mme GA, âgée de 66 ans, 5<sup>ème</sup> par 5<sup>ème</sup> geste, ménopausée depuis 15 ans, consulte pour augmentation progressive du volume abdominal, altération de l'état général depuis 1 mois avant son admission avec notion d'amaigrissement non chiffré.

L'examen général révèle un poids à 51Kg pour une taille de 1m51, une apyrexie, un silence auscultatoire au niveau de la base thoracique droite, une ascite de faible abondance. A l'examen gynécologique, on note un empâtement latéral droit sans masse évidente, la lumière rectale était libre. La radiographie du thorax et la TDM thoracique objectivent un épanchement pleural de moyenne abondance sans adénopathies intra-thoraciques. L'échotomographie et la TDM abdomino-pel-

viennes ont mis en évidence une lésion de 5cm, hypodense, hétérogène mal limitée et prenant le contraste de façon homogène d'origine probablement ovarienne droite avec envahissement des anses iléales, une ascite de faible abondance, et sans adénopathies intra-abdominales. L'IDR à la tuberculine était négative. Une fibroscopie digestive haute et une colonoscopie ont été réalisées et sont redevenues normales. Le bilan biologique a trouvé en particulier une anémie hypochrome microcytaire à 8,7 g/dl sans leucopenie, un CA 125 à 341U/ml. La ponction d'ascite a ramené un liquide exsudatif (protéide : 54g/l) richement lymphocytaire et sans cellules néoplasiques. A la ponction pleurale, il n'y avait pas de cellules néoplasiques.

Le diagnostic de cancer de l'ovaire avec carcinose péritonéale était fortement suspecté et une open-coelioscopie a été décidée. Dès l'introduction du trocart ombilical nous retrouvons des adhérences grêlo-pariétales multiples empêchant l'accès à la cavité pelvienne, avec un foie parsemé de granulations blanchâtres. Une laparoconversion par incision médiane est alors réalisée et l'exploration, après adhésiolyse, a mis en évidence des ovaires normaux, une cavité péritonéale parsemée de nodosités blanchâtres, des anses agglutinées et un épiploon cartonné. Nous réalisons alors des biopsies multiples sans autres gestes. Les suites opératoires ont été simples.

Le diagnostic anatomopathologique définitif a conclu en une infiltration péritonéale par des granulomes épithélioïdes entourés par une couronne lymphocytaire et associés à des cellules géantes de type Langerhans sans véritable nécrose caséuse. Le diagnostic de tuberculose péritonéale a été retenu et la patiente a été mise

(1) Assistant, (2) Résidente, (3) Professeur, Ministre de l'enseignement supérieur, Tunisie, (4) Professeur, Service de Gynécologie-Obstétrique, d'Anatomie et de cytologie pathologiques et de Gastroentérologie, CHU Farhat Hached et CHU Sahloul, Sousse, Tunisie.

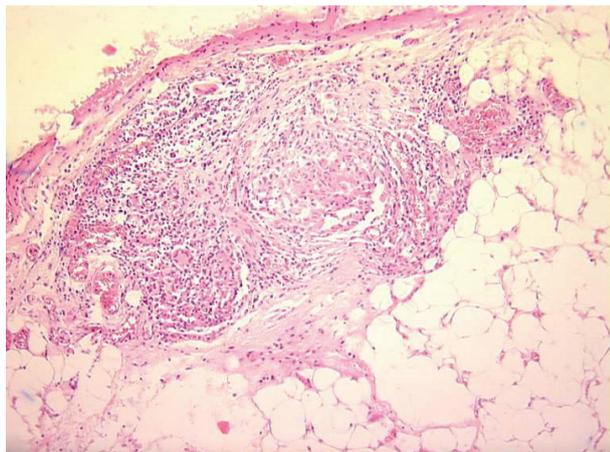


Figure 1 : Granulome épithélioïde géantocellulaire (HE x 100).

sous traitement antituberculeux avec évolution favorable.

## 2<sup>ÈME</sup> CAS

Mademoiselle M. M, âgée de 19 ans, consulte pour distension abdominale, douleurs pelviennes, sueurs nocturnes évoluant dans un contexte d'altération de l'état général avec un amaigrissement chiffré à 17 Kg en 3 mois. De plus elle se plaignait d'un trouble de la marche à type de fauchage et de steppage d'installation récente (3 semaines).

A l'examen, la température était de 37,1°C, le poids de 48Kg et la taille de 161 cm, avec une masse abdomino-pelvienne ferme arrivant à l'ombilic. L'examen gynécologique n'a pas été fait car la patiente était vierge. L'examen neurologique a mis en évidence un syndrome pyramidal avec un déficit de la dorsiflexion du membre inférieur gauche en rapport avec une atteinte du sciatique poplité externe. La radiographie du thorax était normale. L'échographie et la TDM abdomino-pelvienne concluent en une masse hétérogène de 15cm mal limitée et semblant dépendre de l'ovaire droit avec une ascite cloisonnée et de multiples adénopathies sus et sous mésocoliques. L'IDR à la tuberculine était phlycténulaire. La numération formule sanguine était sans particularité et le dosage de CA125 à 225 U/ml.

Le diagnostic de tumeur ovarienne avec métastases à distance ou d'une tuberculose péritonéale a été retenu et une open-cœlioscopie diagnostique a été réalisée. L'exploration laparoscopique a mis en évidence de multiples adhérences grêlo-pariétales avec des nodosités blanchâtres éparpillées sur l'ensemble des organes abdominaux et sur le péritoine. L'accès à la cavité pelvienne était difficile et nous nous

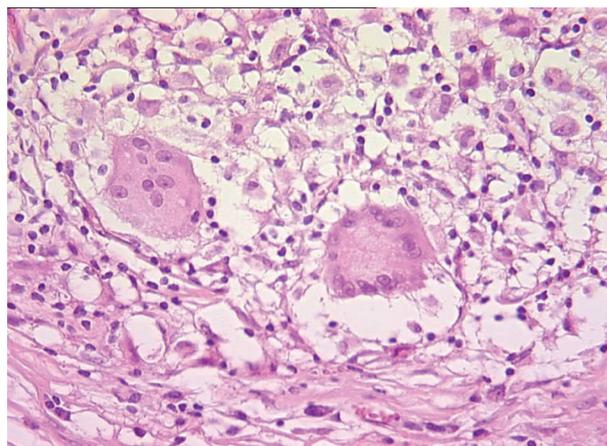


Figure 2 : Cellules géantes multinuclées de type Langerhans (HE x 400)

sommes contentés de vérifier le pôle supérieur des 2 ovaires. Nous avons réalisé des biopsies multiples sans autres gestes. L'examen anatomopathologique définitif a conclu en la présence de granulomes inflammatoires épithélioïdes renfermant des cellules géantes multinuclées de type Langerhans associés à des lymphocytes et des plasmocytes (Fig. 1, 2).

Le scanner cérébral et L'IRM médullaire pratiquée après l'intervention étaient en faveur d'une localisation tuberculeuse cérébrale et vertébrale. La patiente a été mise sous traitement anti-tuberculeux avec évolution favorable.

## DISCUSSION

La tuberculose est, contrairement aux pays en voie de développement, rare dans les pays industrialisés (1, 2), avec une recrudescence rapide durant la dernière décade (3) en rapport surtout avec l'immigration en provenance de pays d'endémie et le syndrome de l'immunodéficience acquise (1).

La tuberculose péritonéale est plus fréquente chez la femme (3). Ses manifestations cliniques incluant des douleurs pelviennes, une distension abdominale dans un tableau d'altération de l'état général fait penser à un cancer ovarien avancé surtout lorsque ces patientes consultent leur gynécologue en premier (1-5). L'examen clinique mettant en évidence une masse abdomino-pelvienne et une ascite, avec sur l'échotomographie et sur le scanner, une image pelvienne hétérogène mal limitée et une élévation du CA125 ne fait que conforter, à tort, le diagnostic de cancer ovarien (2, 6, 7) et peut aboutir à des traitements chirurgicaux étendus et surtout inutiles (1, 2, 4). Le diagnostic différentiel peut donc être extrêmement difficile en préopératoire; toutefois, il a été rapporté que la tuberculose péritonéale tou-

che des patientes plus jeunes (4). Chez nos deux patientes le diagnostic de tuberculose péritonéale a été évoqué en per-opératoire ce qui leur a épargné une chirurgie d'exérèse radicale.

Concernant les techniques d'imagerie la spécificité du scanner n'est pas intéressante (4). Des calcifications abdominales diffuses peuvent se voir (8) et la radiographie du thorax est souvent normale (3).

L'ascite chez la femme est souvent associée à des cancers ovariens avancés (1), elle peut avoir d'autres origines : affections gynécologiques bénignes, affections hépatiques, insuffisances cardiaques, et certaines pathologies infectieuses y compris la tuberculose péritonéale (1, 3, 4). L'ascite dans la tuberculose péritonéale est classiquement exsudative, lymphocytaire, riche en protéines (>25g/l) et avec un taux élevé de LDH (>90U/l) (8).

Le CA125 est le marqueur des tumeurs ovariennes non mucineuses (1). Sa valeur normale est inférieure à 35U/ml (9). Un taux élevé peut également se voir dans certaines pathologies bénignes (endométriose, adénomyose, états inflammatoires, affections hépatiques, pancréatiques, tuberculose péritonéale,...). En cas de tuberculose péritonéale, et bien que certains auteurs aient avancé que son taux est classiquement inférieur à 500U/ml (3), des valeurs très élevées (>1000U/ml) peuvent se voir (1, 4). Le CA125 n'a pas de place dans le diagnostic différentiel entre cancer ovarien et tuberculose péritonéale (1). Simsek et al. rapportent que la normalisation du taux de CA125 est corrélée à la réponse au traitement antituberculeux et l'indiquent comme marqueur de surveillance de la tuberculose péritonéale sous traitement (10).

Les traitements de la tuberculose péritonéale et du cancer de l'ovaire diffèrent considérablement. La tuberculose péritonéale est traitée médicalement par une quadrithérapie comprenant la rifampicine, l'isoniazide, l'ethambutol et la pyrazinamide (1). La cœlioscopie paraît suffisante pour réaliser en sécurité des biopsies (10). Lorsque la cœlioscopie n'est pas réalisable et surtout si le diagnostic de tuberculose péritonéale n'a pas été évoqué en préopératoire c'est la laparotomie par incision médiane qui est habituellement réalisée (2-4, 6, 7). Le diagnostic différentiel peropératoire entre carcinome ovarien et tuberculose péritonéale peut s'avérer là aussi difficile (2, 6, 7). Seul l'examen anatomopathologique des biopsies et du liquide d'ascite, en extemporané ou non (3) et avec ou sans preuve bactériologique, permet de trancher (2). Le diagnostic peut être également posé lors de l'étude anatomopathologique de pièces opératoires faite dans le cadre d'un traitement radical de carcinome ovarien (2, 3). Enfin Sheth (5) rapporte un cas de tuberculose péritonéale diagnostiquée

lors d'une biopsie transvaginale par tru-cut, il estime que cette technique peut épargner aux patientes une anesthésie générale et une intervention chirurgicale.

Nos deux observations sont caractéristiques des problèmes diagnostiques posés par la tuberculose péritonéale avec un tableau clinico-radiologique et sérologique simulant un cancer ovarien. Il est intéressant de noter que dans le deuxième cas même l'atteinte osseuse rachidienne et cérébrale pouvaient cadrer avec un cancer ovarien avec métastases osseuses et cérébrales. Nous n'avons pas retrouvé de cas similaire dans la littérature. L'évolution des 2 patientes a été favorable et en particulier celle de la 2<sup>ème</sup> ou nous avons observé une amélioration des plaintes neurologiques dès le 2<sup>ème</sup> mois de traitement.

## CONCLUSION

Le diagnostic de tuberculose péritonéale doit être évoqué devant un cancer de l'ovaire notamment dans les pays endémiques. Une fièvre préopératoire avec ascite doit faire penser au diagnostic. La cytologie et la culture du liquide de ponction d'ascite peuvent résoudre le problème. Si la ponction d'ascite ne peut être réalisée ou que la cytologie et la culture ne sont pas concluantes, une cœlioscopie est indiquée et une open-cœlioscopie est préférable du fait des adhérences possibles.

## REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Monsieur le Professeur Amor JERBI pour avoir supervisé la réalisation de ce manuscrit.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Piura B, Rabinovich A, Leron E, et al.— Peritoneal tuberculosis, an uncommon disease that may deceive the gynecologist. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2003, **10**, 230-234.
2. Straughn JM, Robertson MW, Partridge EE.— A patient presenting with pelvic mass, elevated CA-125, and fever. *Gynecol Oncol*, 2000, **77**, 471-472.
3. Groutz A, Carmon E, Gat A.— Peritoneal tuberculosis versus advanced ovarian cancer : a diagnostic dilemma. *Obstet Gynecol*, 1998, **91**, 868.
4. Panoskaltis TA, Moore DA, Haidopoulos DA, McIndoe AG.— Tuberculous peritonitis : part of the differential diagnosis in ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol*, 2000, **182**, 740-742.
5. Sheth SS, Angirish J.— Transvaginal trucut biopsy in patients with abdominopelvic mass. *Int J Gynaecol Obstet*, 1995, **50**, 27-31.
6. Lantheaume S, Soler S, Issartel B, et al.— Peritoneal tuberculosis simulating advanced ovarian carcinoma : a case report. *Gynecol Obstet Fertil*, 2003, **31**, 624-626.

7. Nebhani M, Boumzgou K, Brams S, et al.— Pelvic tuberculosis mimicking bilateral ovarian tumor : a case report. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2004, **33**, 145-147.
8. Roy KK, Banerjee N, Sinha A.— Diffuse peritoneal calcification—a rare manifestation of abdominal tuberculosis. *Int J Gynecol Obstet*, 2001, **73**, 269–270.
9. Sheth SS.— Elevated CA 125 in advanced abdominal or pelvic tuberculosis. *Int J Gynaecol Obstet*, 1996, **52**, 167-171.
10. 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**, 1174-1176.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Docteur M. JERBI, Service de Gynécologie-obstétrique, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie.