

# Tuberculose du col utérin simulant un cancer du col utérin : à propos d'un cas, au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

A. Dembélé<sup>1\*</sup>, V. Konségré<sup>2</sup>, E. Birba<sup>3</sup>, D.A. Somé<sup>4</sup>, H. Zamané<sup>5</sup>, A.S. Ouédraogo<sup>6</sup>, S. Kiemtoré<sup>5</sup>, S. Ouattara<sup>7</sup>, A. Lamien-Sanou<sup>8</sup>, M. Bambara<sup>9</sup>, B. Bonané/Thiéba<sup>10</sup>

## Résumé

Il s'est agi d'un cas de tuberculose du col utérin dont le diagnostic au premier abord n'a pas été évident. En effet une patiente a été adressée à notre département pour suspicion de cancer du col utérin. C'était une deuxième geste, avec un enfant vivant de 9 ans et une fausse couche, présentant une aménorrhée secondaire de 9 ans. Le diagnostic retenu, après un premier examen du col a été celui d'une exocervicite. Un traitement institué par voie locale et générale pendant 3 mois, n'a pas donné de résultats satisfaisants. Le diagnostic de suspicion de cancer a été alors retenu devant un col qui saignait au contact cette fois ci et une biopsie de confirmation histologique a été indiquée. On a retrouvé à l'examen anatomopathologique, un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse, compatible avec une tuberculose cervicale. Un bilan de terrain a montré une petite lame pleurale à la radiographie des poumons. Un traitement antituberculeux institué à partir de ses résultats a conduit à la guérison. La place de l'examen anatomopathologique dans la décision diagnostique et thérapeutique a été déterminante ici. C'est pourquoi il ne faut pas hésiter à faire une biopsie devant une lésion du col qui se rebelle à un traitement approprié. En association avec une aménorrhée secondaire, un tel tableau doit faire évoquer une possible tuberculose du col.

**Mots-clés :** cancer du col utérin, aménorrhée secondaire, histologie, tuberculose cervicale.

<sup>1</sup> Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou (CHUSS) Bobo-Dioulasso - Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction. Assistant, Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA)/ Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso (UPB).

<sup>2</sup> CHUSS Bobo-Dioulasso - Département des Laboratoires. Assistant, INSSA/UPB

<sup>3</sup> CHUSS Bobo-Dioulasso - Département de Médecine. Maître-Assistant, INSSA/UPB

<sup>4</sup> CHUSS Bobo-Dioulasso - Département de Gynécologie d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction. Maître-assistant, INSSA/UPB.

<sup>5</sup> Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO) Ouagadougou. Assistant, UFR/SDS Université Joseph Ki Zerbo Ouaga I - Ouagadougou, Burkina Faso.

<sup>6</sup> CHUYO Ouagadougou. Assistant, UFR/SDS, Université Joseph Ki Zerbo Ouaga I - Ouagadougou, Burkina Faso.

<sup>7</sup> CHUSS Bobo-Dioulasso - Département de Gynécologie d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction Maître de conférences Agrégé - INSSA/UPB.

<sup>8</sup> CHUYO Ouagadougou. Maître de Conférences Agrégée, UFR/SDS Université Joseph Ki Zerbo Ouaga I- Ouagadougou, Burkina Faso.

<sup>9</sup> CHUSS Bobo-Dioulasso - Département de Gynécologie d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction Maître de conférences Agrégé - UFR/SDS Université Joseph Ki Zerbo Ouaga I - Ouagadougou, Burkina Faso.

<sup>10</sup> Gynécologue Obstétricien, CHUYO Ouagadougou. Professeur Titulaire, UFR/SDS Université Joseph Ki Zerbo Ouaga I - Ouagadougou, Burkina Faso.

\* Auteur correspondant : Assistant Chef de Clinique, Gynécologue Obstétricien, INSSA/UPB. CHUSS Bobo-Dioulasso - BP 676. Tél : 00 226 70 13 68 88 Burkina Faso E-mail : dembadama@hotmail.fr et adamade3@yahoo.fr

# Cervical Tuberculosis simulating cervical cancer: report of a case, in the Souro Sanou University Teaching Hospital, Bobo Dioulasso, Burkina Faso

## Abstract

This is a case of tuberculosis cervical whose diagnosis at first was not easy. Indeed a patient was referred to our department for suspected cervical cancer. She has had two pregnancies, a living child of 9 years and one abortion, and nine years secondary amenorrhea. The diagnosis, after a first examination of the cervix was a exocervicite. Local and general treatment established for 3 months, did not give satisfactories results. Cervical cancer was suspected in front of bleeding cervical and histological confirmation of biopsy was indicated. An epithelioid granuloma giant cell with caseous necrosis was found histologically, consistent with cervical tuberculosis. A field assessment shows a small pleural blade to the chest X-ray. Tuberculosis treatment established from these results lead to healing. Instead of Histology in the diagnosis and therapeutic decision was important here. That is why we must not hesitate to do a biopsy of a cervical uterus that rebels to appropriate treatment. In association with secondary amenorrhea, such a table should suggest a possible tuberculosis neck

**Keywords:** uterus cervical cancer, secondary amenorrhea, histology, cervical tuberculosis

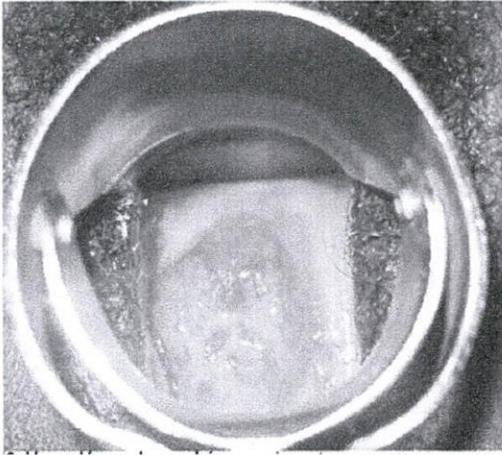
## Introduction

La suspicion clinique de la tuberculose du col utérin ne se fait pas généralement en première intention, du fait de sa rareté et de sa similitude avec le cancer du col, maladie fréquente et souvent dépistée dans notre contexte (Ravelosoa *et al.*, 2007). A cause de sa localisation cervicale, la découverte de cette pathologie est souvent différée par un diagnostic différentiel large (Mazza-Stalder *et al.*, 2012). Dans le cas que nous rapportons nous insistons sur l'importance de l'examen histologique dans la démarche diagnostique en attirant l'attention du praticien sur le fait que tout col rouge qui saigne n'est pas nécessairement un cancer du col.

## Observations

Madame R.A., 32 ans, femme au ménage est adressée par une formation sanitaire de la ville au département de Gynécologie d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction du Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou (CHUSS) de Bobo Dioulasso pour suspicion de cancer du col diagnostiqué au décours d'un dépistage de routine. Elle est seule épouse d'un commerçant. C'est une 2<sup>e</sup> geste, avec un enfant vivant de 9 ans et une fausse couche dans ses antécédents. Elle n'a pas vu ses règles depuis 9 ans ; on ne retrouve pas de notion de contagé tuberculeux. Madame R. A. présente un bon état général avec une tension artérielle à 110/80, un pouls à 70 pulsations par minute et une température corporelle à 37° Celsius. L'examen au spéculum montre un col rouge, d'une rougeur large qui ne permet pas de voir la ligne de jonction squamo cylindrique. Le col est recouvert de leucorrhées blanchâtres, spumeuses par endroit (figure 1). Il n'y a pas d'odeur nauséabonde. Le toucher vaginal retrouve un col plutôt ferme, comme bosselé par endroit, sans saignement au contact. A première intention on suspecte beaucoup plus une cervicite chronique ou un ectropion infecté. Un traitement antibiotique et antifongique par voies locale et générale est institué et conduit pendant 3 mois. Un traitement hormonal par rapport à l'aménorrhée secondaire de 9 ans est aussi institué. A la fin du traitement il n'y a aucune amélioration clinique localement et les menstrues ne sont pas de retour. A l'examen au spéculum, le col est maintenant tuméfié,

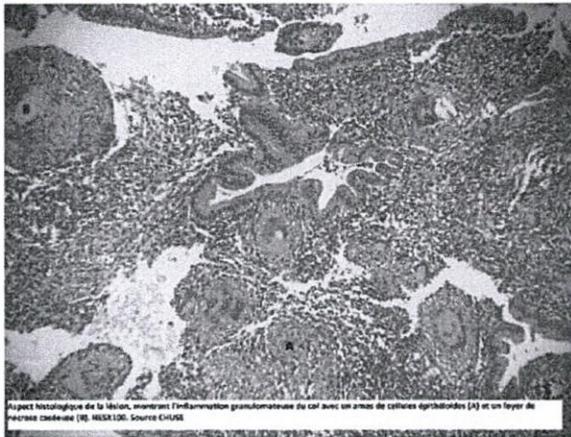
ulcéré avec un saignement au contact (figure 2). On est alors orienté vers un col suspect cliniquement de cancer. Une biopsie du col pour confirmation histologique est faite de suite. L'examen anatomopathologique retrouve un granulome épithélio-giganto-cellulaire et lymphocytaire avec nécrose caséuse (figure 3, figure 4), compatible avec une tuberculose cervicale. Il n'a pas été mis en évidence de corps étranger réfringent à la lumière polarisée, ni de bacilles de Koch à la coloration de Ziehl-Neelsen ou d'éléments parasitaires à la coloration à l'Acide Périodique de Schiff (PAS). Le diagnostic de tuberculose du col utérin est retenu.



**Figure 1.** Col utérin bosselé avec leucorrhée, ne saignant pas. 1<sup>er</sup> examen.  
Source : CHU Sourô Sanou



**Figure 2.** Col bosselé avec leucorrhée, saignant. 2<sup>e</sup> examen.  
Source : CHU Sourô Sanou



**Figure 3.** Aspect histologique de la lésion, montrant l'inflammation granulomateuse du col. Observer un amas de cellules épithélioïdes (A) et un foyer de nécrose caséuse (B). HES X 100.  
Source : CHU Sourô Sanou



**Figure 4.** Autre champ microscopique de la même lésion, montrant les cellules géantes de Langhans. HES X 200.  
Source : CHU Sourô Sanou

Un bilan de terrain est alors demandé : La radiographie des poumons retrouve une petite lame pleurale droite et la radiographie du rachis dorsolombaire est normale, l'utérus et ses annexes sont normaux à l'échographie pelvienne, la sérologie rétrovirale de l'immunodéficience humaine est négative. Sur la base des résultats de l'examen anatomopathologique et la radiographie des poumons, un traitement antituberculeux, est entrepris pour 6 mois, selon le protocole national. Au bout de quatre mois de traitement, à l'examen du col les leucorrhées et le saignement ont disparu, la radiographie de contrôle des poumons est normale. La biopsie de contrôle retrouve un col normal avec fibrose à l'examen anatomopathologique 9 mois après le début de traitement. Les menstrues surviennent après la mise en route d'un cycle artificiel.

## Discussion

Nous avons rapporté un cas de tuberculose du col utérin chez une femme jeune, immunocompétente, présentant une aménorrhée secondaire depuis 9 ans. Les diagnostics évoqués avaient été successivement une exocervicite puis un cancer du col. Les résultats anatomopathologiques de la pièce de biopsie ont été un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse ce qui a permis de retenir le diagnostic d'une tuberculose du col. Le succès du traitement antituberculeux nous a conforté dans ce diagnostic.

Dans la tuberculose génitale chez la femme, les organes les plus fréquemment affectés sont les trompes, l'endomètre et les ovaires (Swati *et al.*, 2009). La localisation au niveau du col utérin est plutôt rare et représente 5% des localisations génitales (Debabrata *et al.*, 2013). Déjà Misch *et al.*, en 1976 avaient trouvé qu'elle est souvent la manifestation la plus tardive dans l'atteinte tuberculeuse du tractus génital féminin. Le mode de contamination varie selon les auteurs. Certains ont insisté sur la contamination sexuelle à partir d'une origine urogénitale masculine (Ammani *et al.*, ; Khalid El Khader *et al.*, 2001). Pour d'autres, l'atteinte du col pourrait être indirecte, par voie lymphatique, la première lésion causale étant en général guérie (Lamba *et al.*, 2002). Chowdhury NNR en 1996 avait déjà eu à suggérer que la salive utilisée comme lubrifiant sexuel pourrait être une cause de contamination directe du col. Notre étude a retrouvé une tuberculose du col avec une lame pleurale et une aménorrhée. Dans ce cas, sur le plan physiopathologique et en considérant le contexte épidémiologique, on pourrait suggérer une atteinte pulmonaire primitive, suivie d'une atteinte génitale secondaire. L'aménorrhée suggérerait une atteinte endométriale suivie ensuite d'une atteinte du col. Rien ne permet d'exclure alors une atteinte tubaire éventuelle en plus comme l'a si bien suggéré Gungor *et al.*, en 2003.

L'expression clinique du col, dans notre étude, est celui d'un col tuméfié, bosselé par endroit, saignant au contact, avec des leucorrhées blanchâtres, spumeuses. C'est ce qui a expliqué la confusion avec le cancer du col, d'autant plus qu'il n'y avait ni fièvre, ni perte de poids. Plusieurs auteurs ont rencontré la même difficulté diagnostic (Chakraborty *et al.*, 1995 ; Ravelosoa *et al.*, 2007 ; Swati Agrawal *et al.*, 2009). Certains auteurs sont plus explicites quand ils déclarent que cliniquement la tuberculose du col ressemble au carcinome du col. Ils ajoutent que les mêmes symptômes comme un saignement vaginal anormal, un col pathologique avec des lésions bourgeonnantes peuvent être retrouvés dans la tuberculose du col (Saptarshi *et al.*, 2013). Mais s'il ne faut pas confondre tuberculose et cancer du col dans un souci de prise en charge, il faut savoir que les deux exceptionnellement peuvent être associés selon une étude menée par Raje et Bhandari l en 2015.

Notre patiente a présenté une aménorrhée secondaire de 9 ans ce qui implique une infertilité secondaire. Cette aménorrhée traduit une atteinte de l'endomètre ce qui pourrait supposer comme l'a suggéré certains auteurs, une dépendance hormonale de l'infection (Chowdhury, 1996). La tuberculose génitale et infertilité se côtoient souvent. Ravelosoa et all trouvent que 50 % des diagnostics de tuberculose génitale sont établis dans les bilans d'infertilité (Ravelosoa *et al.*, 2007). Il se peut en outre que l'atteinte tubaire soit primaire, la diffusion s'effectuant ensuite vers le reste de l'appareil génital (Rakoto-Ratsimba *et al.*, 2003). La fertilité reste généralement pauvre même après un traitement et cela d'autant que plus que les séquelles de guérison sont à type de fibrose (Lamba *et al.*, 2002).

La place de l'examen anatomopathologique dans la décision diagnostique et thérapeutique, dans notre étude a été déterminante. En effet l'examen histologique de notre prélèvement a retrouvé un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse ce qui nous a suffi pour retenir le diagnostic de tuberculose cervicale. La mise en évidence de bacilles acido-alcool-résistants à la coloration de Ziehl-Neelsen à l'examen histologique aurait davantage confirmé ce diagnostic. Mais selon certains auteurs, l'aspect histologique de granulome avec nécrose caséuse typique seul suffit pour poser le diagnostic de tuberculose cervicale en l'absence de tout autre argument. (Shobin *et al.*, 1976 ; Kalyani *et al.*, 2012). De plus, il ressort que dans un tiers des cas de tuberculose cervicale la culture est négative (Debabrata *et al.*, 2013). La cytologie cervicale aussi peut contribuer dans une certaine mesure à poser le diagnostic de tuberculose cervicale (Kalyani *et al.*, 2012). Le diagnostic de tuberculose cervicale sans autre pathologie associé dans notre cas a été conforté par le fait que la recherche d'autres causes de lésion granulomateuse du type sarcoïdose ou parasitose s'est révélée négative, avec l'absence de corps étranger réfringent à la lumière polarisée et la négativité de la coloration au PAS.

Dans notre observation, le traitement antituberculeux prévu pour 6 mois, en donnant une régression spectaculaire au bout de 4 mois a confirmé davantage le diagnostic. Ces résultats vont dans le même sens que ceux trouvés par d'autres travaux (Singh *et al.*, 2012 ; Houda Elbakraoui *et al.*, 2010)

## Conclusion

Cette observation nous permet de rappeler la place importante de l'histologie dans le diagnostic de la tuberculose du col utérin. Bien que cette pathologie reste rare, il faut souvent y penser devant des lésions cliniques suspectes de cancer du col, et cela d'autant plus que la patiente présente une aménorrhée secondaire.

## Références bibliographiques

- Ammani A., Janane A., Sossa J., Ghadouane M., Ameer A., Abbar M., 2007. La tuberculose urogénitale : expérience de l'hôpital militaire de Rabat. *J Maroc Urol.*, 6 : 13-18
- Chakraborty P., Roy A., Bhattacharya S., Addhya S., Mukherjee S., 1995. Tuberculous cervicitis: a clinicopathological and bacteriological study *J Indian Med Assoc.* May; 93(5):167-8.
- Chowdhury NNR., 1996. Overview of tuberculosis of the female genital tract. *J Indian Med Assoc.* 94:345-61
- Debabrata Barmon, Amal Chandra Katak, Sharma J.D., and Dibyajyoti Gharpholia, 2013. A Case of Cervical Tuberculosis Mimicking Cervical Carcinoma. *J Obstet Gynaecol India.* Aug; 63(4): 285-287.
- Gungor T, Keskin HI, Zengeroglu S, Keskin EA, Yalcin H., 2003. Tuberculosis salpingitis in two of five primary fallopian tube carcinomas. *J Obstet Gynaecol.* 23, 193-195

- Houda Elbahraoui, Abderrahman Elmazghi, Hanane Bouziane, Adil Elghanmi, Amina Lakhdar, Driss Ferhati., 2012.** Endométrite tuberculeuse post-ménopausique simulant un cancer de l'endomètre: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*, 11:7
- Kalyani R., Sheela SR., and Rajini M., 2012.** Cytological diagnosis of tuberculous cervicitis: A case report with review of literature. *J Cytol.*, Jan-Mar, 29(1): 86-88.
- Khalid El Khader, My hfid Lrhorfi, Jamal El Fassi, Karim Tazi, Mohamed Hachimi, Ahmed Lakrissa., 2001.** Tuberculose uro-génitale. Expérience de 10 ans. *Progrès en Urologie*, 11, 62-67
- Koller AB. 1975.** Granulomatous lesions of the uterus cervix in black patients. *South Afr Med J*, 49:1228-32.
- Lamba H, Byrne M, Goldin R, Jenkins C., 2002.** Tuberculosis of the cervix: case presentation and a review of the literature. *Sex Transm Inf*, 78:62-63
- Mazza-Stalder J., Nicod L., Janssens J.-P., 2012.** La tuberculose extra pulmonaire. *Revue des Maladies Respiratoires* ; 29 : 566-578
- Misch K. A., Alison Smithies, Deirdre Twomey, O'Sullivan J. C., And Onuigbo W., 1976.** Tuberculosis of the cervix: cytology as an aid to diagnosis *J. clin. Path.*, 29, 313-316
- Raje P., Bhandari S., 2015.** Coexistent squamous cell carcinoma and tuberculosis in cervix - A rare occurrence. *Journal of Pathology of Nepal*, Vol 5, 781-783
- Rakoto-Ratsimba Hn, Samison lh, Razafimahandry Hj, Rakotomalala Vn., Ranaivozanany A., 2003.** Bartholinite tuberculeuse : une observation à Madagascar. *Méd. Trop.*, 63, 608-610
- Ravelosoa E., Randrianantoanina F., Rakotosalama D., Andrianampanalarivo R., Rakotomalala C., Rasolofondraibe A. et al, 2007.** La tuberculose génitale chez la femme : à propos de 11 cas suivis à Antananarivo, Madagascar. *Bull Soc Pathol Exot*, 100, 1, 30-31
- Saptarshi Mukerji, Lyle Moncur, Brendon Sanders, Alex Curie, Alistair Watson and Karen Leeman., 2013.** Difficulties in diagnosing tuberculosis of the cervix in a post-menopausal woman: case report and literature review. *Australasian Medical Journal*, 6 (7): 367-70
- Shobin D, Sall S, Pellman C., 1976.** Genitourinary tuberculosis simulating cervical carcinoma. *J Reprod Med*, 17: 305-8.
- Singh S., Gupta V., Modi S., Rana P., Duhan A., Sen R., 2010 Apr.** Tuberculosis of uterine cervix: a report of two cases with variable clinical presentation. *Trop Doct.* ; 40 (2):125-6
- Swati Agrawal, Monika Madan, Nitin Leekha and Chitra Raghunandan, 2009.** A rare case of cervical tuberculosis simulating carcinoma cervix: a case report. *Cases Journal*; 2: 161