

Tuberculose génitale et infertilité chez une réfugiée syrienne

Genital tuberculosis and infertility in a Syrian refugee

Abboud N¹, Chaaban M², Osmani L² et Simon P¹

¹Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Erasme, Université libre de Bruxelles (ULB),

²Service de Gynécologie-Obstétrique, Albert Haykel Hospital, Rasmaska-Haykalieh, Liban

RESUME

Introduction : De nos jours, la tuberculose reste une cause majeure de problèmes de santé, s'expliquant particulièrement par son aspect fort contagieux. En 2015, 3,5 millions de nouveaux cas chez la femme ont été décrits, surtout au sein de pays en voie de développement. En conséquence de sa présentation silencieuse, la tuberculose génitale est une cause majeure de morbidités et de séquelles à court et long terme comme l'infertilité (5-10 % des cas).

Cas clinique : Une réfugiée syrienne nulligeste de 22 ans s'était présentée à l'hôpital Albert Haykel au Liban pour une infertilité primaire datant de 2 ans et de dysménorrhée chronique. Une échographie transvaginale avait montré une masse hétérogène non douloureuse. L'intradermo-réaction à la tuberculine était revenue positive et la radiographie de thorax était normale. Une laparoscopie diagnostique révélait un pyo ou hydrosalpinx ainsi que des granulomes péritonéaux qui ont été biopsiés. À la culture bactérienne ainsi que sur polymérase chain reaction (PCR) des granulomes, aucun germe n'avait été identifié. La patiente est revenue après un mois de traitement empirique pour une salpingite sans amélioration. Une seconde laparoscopie a eu lieu afin de réaliser une salpingectomie bilatérale sur laquelle les cultures étaient revenues positives pour le M. tuberculosis.

Discussion : Au vu de sa présentation silencieuse, le diagnostic précoce de la tuberculose génitale est essentiel afin de traiter à temps la patiente et d'éviter des séquelles irréversibles des organes génitaux amenant à une infertilité.

Ce travail souligne l'importance du dépistage de la tuberculose chez les immigrants provenant de pays en voie de développement souffrant d'une hausse de l'incidence de cette pathologie, afin de limiter sa transmission.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 39-41

Doi : 10.30637/2019.18-006

ABSTRACT

Introduction : Tuberculosis (Tb), one of the most globally transmissible disease, remains a major universal health problem. In 2015, 3.5 millions new cases of tuberculosis were identified among women predominantly from developing countries. Given its silent nature, female genital tuberculosis (GTb) is an important cause of significant morbidity and short and long-term consequences such as infertility. Overall among infertile women, GTb accounts for 5-10 % of the cases.

Case description : A 22-year-old nulligravid Syrian refugee presented to the hospital Albert Haykel of Lebanon with a 2-year history of primary infertility and chronic dysmenorrhea. While the patient's chest x-ray was normal, a transvaginal ultrasound showed a retro uterine heterogeneous painless mass and intradermal testing for Tb was positive. Diagnostic laparoscopy revealed a bilateral pyo- or hydro-salpinx as well as peritoneal granulomas that were biopsied. No germ was identified at bacterial cultures or polymerase chain reaction (PCR). The patient was examined after 1 month of empiric treatment for pelvic inflammatory disease but there was no noticeable improvement. A secondary laparoscopy was performed with bilateral salpingectomy and the cultures returned positive for M. tuberculosis.

Discussion : Given the silent nature of GTb, a high index of suspicion is required as early as possible to ensure the disease can be treated without causing significant damage to genital organs and permanent sterility.

We emphasize the importance of tuberculosis screening for high-risk foreign immigrants coming from developing countries where the incidence of Tb is rising, to control its transmission.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 39-41

Doi : 10.30637/2019.18-006

Key words : tuberculosis, genital tuberculosis, immigrants, infertility

INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie connue mondialement, notamment réputée pour son caractère hautement transmissible. Bien que son incidence ait diminué dans les pays en voie de développement depuis le 20^e siècle, la tuberculose continue de représenter un problème de santé majeur dans certains de ces pays où l'atteinte génitale peut être responsable d'infertilité chez la femme.

En 2015, 10,4 millions de nouveaux cas de tuberculose ont été notifiés dont 3,5 millions chez la femme (34 %)¹. On estime que la tuberculose génitale est à l'origine d'une infertilité dans 5-10 % des cas². En 2015, 666 cas de tuberculose furent signalés au Liban avec une incidence de 13/100.000 (bien que l'on suppose que ce chiffre soit sous-estimé en raison de l'absence de contrôle efficace de la population croissante de réfugiés syriens au sein du pays)³. La plupart des victimes de cette maladie se trouvent dans leur âge reproductif et on estime qu'un cinquième de ces personnes en mourront, avec 90 % des décès ayant lieu dans les pays sous-développés⁴,⁵. Bien qu'on note une diminution de la mortalité liée à la tuberculose de 22 % entre 2000 et 2015, cette pathologie fait toujours partie des 10 causes les plus fréquentes de décès dans le monde en 2015 avec une prédominance dans les pays en voie de développement¹.

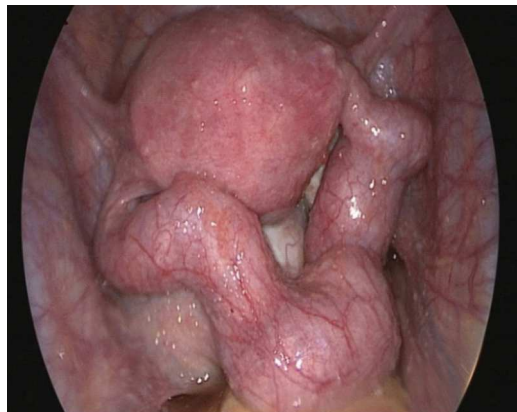
CAS CLINIQUE

Une patiente de 22 ans nulligeste s'est présentée à l'Hôpital Albert Haykel au Liban, se plaignant d'une infertilité primaire ayant débuté 2 ans auparavant ainsi que de dysménorrhées chroniques. Sa ménarche avait eu lieu à ses 13 ans avec des menstruations régulières et sans saignements utérins anormaux. La patiente ne s'est pas plainte de dyspareunie.

Dans ses antécédents médicaux on a pu relever un épisode de forte fièvre avec hypersudations nocturnes à l'âge de 15 ans. Il s'agit d'une fumeuse (1 paquet/jour), avec un statut socio-économique bas (la patiente est une réfugiée syrienne).

À l'examen physique l'abdomen est souple, non ballonné, sans masse palpée. À l'examen vaginal une masse rétro-utérine au niveau du cul-de-sac de Douglas est découverte. Une échographie transvaginale a montré une masse rétro-utérine hypo-échogène et hétérogène laissant suspecter un hydro ou pyosalpinx, deux masses d'allure kystique (de type dermoïde) ont été observées au niveau de l'ovaire gauche. L'intra-dermo réaction (IDR) à la tuberculine est revenue positive. Une radiographie de thorax est normale. Une laparoscopie diagnostique a montré un pyosalpinx bilatéral (figure) ainsi que des granulomes péritonéaux diffus qui ont été biopsiés. Des adhésions péri-hépatiques ont aussi été décelées. Les cultures et PCR bactériennes des granulomes péritonéaux sont toutes revenues négatives. Les sérologies pour HBV, HIV, Syphilis et Chlamydia sont aussi revenues négatives.

Figure : Pyosalpinx bilatéral identifié par laparoscopie.



Après discussion multidisciplinaire (avec un pneumologue et un infectiologue), un traitement à l'amoxicilline-acide clavulanique 625 mg 3x/jour et doxycycline 2x100 mg a été prescrit pour un mois afin de traiter une suspicion de salpingite. Après un mois de traitement, la patiente n'a présenté aucune amélioration. Des échographies répétées n'ont montré aucune régression de la masse rétro-utérine.

Une salpingectomie bilatérale a donc été décidée après avoir reçu le consentement éclairé de la patiente. Les deux prélèvements ont été envoyés pour analyse sur culture bactérienne et sur un milieu Löwenstein-Jensen. Le *M. tuberculosis* a été identifié en culture après 22 jours et l'analyse histologique a montré la présence de multiples granulomes épithélioïdes gigantocellulaires sans nécrose caséuse, ce qui a confirmé le diagnostic de tuberculose génitale. Une quadrithérapie par rifampicine-isoniazide-pyrazinamide-éthambutol 1x/jour a été entamée pour une durée de 6 mois. L'infertilité sera traitée par fertilisation *in vitro*.

DISCUSSION

Les outils actuels de dépistage sont défaillants dans l'obtention d'un diagnostic précoce de tuberculose génitale isolée. De plus, le diagnostic de certitude bactériologique de ce pathogène sur culture est souvent tardif voire absent, en particulier dans les formes de tuberculose extrapulmonaire⁶. Il en découle ainsi des séquelles au niveau de la fertilité de la patiente, d'importance proportionnelle au retard de début de traitement notamment chez les immigrants originaires de régions souffrant d'une émergence de la tuberculose. Dans notre cas, le traitement a été débuté tardivement malgré une IDR positive et des premiers résultats anatomopathologiques revenus négatifs. La prise en charge réalisée est discutable car il aurait fallu supputer plus tôt d'une tuberculose génitale au vu du contexte clinique et d'un dépistage positif.

La localisation de l'atteinte par le *M. tuberculosis* n'influence pas le traitement, celui-ci est le même que ce soit pour une atteinte pulmonaire ou extrapulmonaire et consiste en une thérapie combinée. Il est cependant difficile d'évaluer l'efficacité de ce traitement à cause d'un manque de critères de jugement⁷.

Le taux de conception chez les patientes atteintes de tuberculose génitale est très faible, les rares grossesses étant ectopiques ou résultant en un avortement spontané. Ceci s'explique notamment par des lésions extensives localisées aux trompes ainsi que par des adhésions pelviennes. Si malgré cela ces patientes souhaitent avoir une descendance, la fertilisation *in vitro* est la meilleure option avec un taux de fertilisation estimé à 10-20 % mondialement⁸.

Selon le rapport de l'OMS de 2015, l'incidence de la tuberculose a chuté mondialement et reste la plus basse dans les pays européens (3 % de l'affection globale)⁹, ceci s'expliquant notamment grâce à un dépistage et des plans de soins devenus de plus en plus efficaces. Ces mesures ont été prises suite à la prise de conscience de l'impact de l'immigration sur l'épidémiologie de la tuberculose dans les pays développés. C'est notamment le cas pour la forme multirésistante peu ou non traitée au sein de la population immigrante. De ce fait, on note par exemple la mise en place de plateformes internationales ayant pour but de promouvoir le partage d'expérience de différents pays dans la prise en charge médicale d'immigrants sans papiers¹⁰. Hélas, malgré le travail de plusieurs organisations dont l'OMS, aucune d'entre elles n'a permis de garantir une prévention et un dépistage infaillible dans le combat contre la tuberculose¹¹. Il est ainsi essentiel de mieux cibler les patients à risque sans pour autant exclure cette pathologie dans les pays à faible incidence.

CONCLUSION

Ce cas clinique souligne l'importance cruciale de la détection et du traitement précoce de la tuberculose par un traitement antituberculeux empirique chez des immigrants originaires de pays souffrant de plus en plus de ce pathogène, et dont la présentation clinique ou anatomopathologie est suggestive de ce diagnostic. La tuberculose génitale fait ainsi partie des diagnostics à ne pas omettre chez toute femme présentant une infertilité non expliquée, surtout si celle-ci possède des facteurs de risques pour cette maladie.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. (Consulté le 01/11/2017). Global tuberculosis report 2016. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js23098en/>
2. Shende P, Valecha SM, Gandhewar M, Dhingra D. Genital tuberculosis and infertility. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017 Jul 26;6(8):3514-7.
3. World Health Organization. (Consulté le 01/11/2017). Tuberculosis data. <http://www.who.int/tb/data/en/>
4. Pešut D, Stojšić J. Female genital tuberculosis: A disease seen again in Europe. *Vojnosanit Pregl.* 2007;64(12):855-8.
5. Farrokh D, Layegh P, Afzalaghaee M, Mohammadi M, Fallah Rastegar Y. Hysterosalpingographic findings in women with genital tuberculosis. *Iran J Reprod Med.* 2015;13(5):297-304.
6. Babafemi EO, Cherian BP, Banting L, Mills GA, Ngianga K. Effectiveness of real-time polymerase chain reaction assay for the detection of Mycobacterium tuberculosis in pathological samples: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2017;6(1):215.
7. Caliskan E, Cakiroglu Y, Sofuoglu K, Doger E, Akar ME, Ozkan SO. Effects of salpingectomy and antituberculosis treatments on fertility results in patients with genital tuberculosis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40(10):2104-9.
8. Kulshrestha V, Kriplani A, Agarwal N, Singh UB, Rana T. Genital tuberculosis among infertile women and fertility outcome after antitubercular therapy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(3):229-34.
9. World Health Organization, European Center for Disease Prevention and Control. (Consulté le 01/11/18). Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2017. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/ecdc-tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2017.pdf>
10. D'Ambrosio L, Tadolini M, Centis R, Duarte R, Sotgiu G, Aliberti S *et al.* Supporting clinical management of the difficult-to-treat TB cases: the ERS-WHO TB Consilium. *Int J Infect Dis.* 2015;32:156-60.
11. Matteelli A, Centis R, Sulis G, Tadolini M. Crossborder travel and multidrug-resistant tuberculosis (MDRTB) in Europe. *Travel Med Infect Dis.* 2016;14(6):588-90.

Correspondance :

P. SIMON
Hôpital Erasme
Service de Gynécologie-Obstétrique
Route de Lennik, 808
1070 Bruxelles
E-mail : Philippe.Simon@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 3 janvier 2018 ; accepté dans sa version définitive le 8 mars 2018.