

## Case report

### **Tuberculose péritonéale pseudo tumorale mimant un cancer ovarien: un diagnostic différentiel important à considérer**



*Pseudo-tumoral peritoneal tuberculosis mimicking ovarian cancer: an important differential diagnosis to consider*

**Mounir Moukit<sup>1,&</sup>, Fatimazahra Ait El Fadel<sup>1</sup>, Jaouad Kouach<sup>1,2</sup>, Abdellah Babahabib<sup>1</sup>, Mohammed Dehayni<sup>1,2,3</sup>, Driss Moussaoui Rahali<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc, <sup>2</sup>Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Maroc, <sup>3</sup>Pôle de Chirurgie Viscérale et de Gynécologie-Obstétrique

<sup>&</sup>Corresponding author: Mounir Moukit, Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Mots clés: Tuberculose péritonéale, cancer ovarien, laparotomie

Received: 11/10/2016 - Accepted: 02/11/2016 - Published: 25/11/2016

#### **Résumé**

La tuberculose est une maladie infectieuse curable qui peut simuler dans sa localisation péritonéale un cancer ovarien avancé conduisant ainsi à une chirurgie étendue et inutile souvent chez des femmes en âge de reproduction. Nous rapportons un nouveau cas de tuberculose péritonéale pseudo tumorale chez une patiente âgée de 43 ans chez qui le diagnostic d'un cancer ovarien avec carcinose péritonéale avait été suspecté. La laparotomie exploratrice avec examen histologique extemporané ont permis de confirmer le diagnostic de tuberculose péritonéale. La patiente a bien répondu au traitement antituberculeux selon le protocole 2ERHZ/4RH.

**Pan African Medical Journal. 2016; 25:193 doi:10.11604/pamj.2016.25.193.10929**

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/25/193/full/>

© Mounir Moukit et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## Abstract

*Peritoneal tuberculosis is a curable infectious disease that can simulate advanced ovarian cancer, leading to extensive and unnecessary surgical procedures commonly performed on women of reproductive age. We report a new case of pseudo-tumoral peritoneal tuberculosis in a 43-year old female patient with suspected ovarian cancer associated with peritoneal carcinomatosis. The diagnosis of peritoneal tuberculosis was based on exploratory laparotomy with extemporaneous histological examination. The patient responded well to anti-tuberculosis treatment according to 2ERHZ/4RH protocol.*

**Key words:** Peritoneal tuberculosis, ovarian cancer, laparotomy

## Introduction

---

Le cancer de l'ovaire est le plus difficile des cancers gynécologiques à diagnostiquer à cause de ses symptômes peu spécifiques. La tuberculose péritonéale représente l'un des diagnostics différentiels, car elle peut mimer un tableau de cancer ovarien évolué tout en augmentant les marqueurs sériques classiquement associés à ce cancer. Dans une étude menée par Oge et al, parmi les 612 patientes opérées pour suspicion de cancer ovarien, 20 cas (soit 3.2%) étaient une tuberculose péritonéale confirmée en postopératoire [1]. Nous rapportons un nouveau cas de tuberculose péritonéale simulant un cancer ovarien évolué et nous discutons, à travers une revue de littérature, les difficultés diagnostiques et thérapeutiques imposées par cette entité.

## Patient et observation

---

Une patiente âgée de 43 ans, d'origine rural, multipare, sans antécédents pathologiques notables, admise dans notre formation pour des douleurs abdomino-pelviennes chroniques, évoluant dans un contexte d'anorexie et d'amaigrissement non chiffré. L'examen clinique à l'admission objectivait un abdomen légèrement distendu avec matité des flancs. L'échographie abdomino-pelvienne montrait un aspect hétérogène de l'ovaire gauche, mesurant 5cm de grand axe, baignant dans un épanchement péritonéal de moyenne abondance. L'utérus était de taille normale, d'échostructure homogène avec un endomètre fin. L'ovaire controlatéral était d'aspect normal. Le complément tomodensitométrique confirmait l'aspect hétérogène de l'ovaire gauche et l'épanchement péritonéal, associé à un épaississement mésentérique (Figure 1). A l'étage thoracique, on notait la présence des lésions nodulaires sous pleurales intéressant le lobe moyen et inférieur droit (Figure 2). Le CA125 était augmenté à 445,2 UI/ml alors que les autres marqueurs

tumoraux (antigène carcino-embryonnaire, alfa fœtoprotéine et l'HCG) étaient normaux. Le reste du bilan biologique était normal. Devant ce tableau, le diagnostic d'un cancer ovarien gauche avec ascite et carcinose péritonéale était évoqué sans exclure une tuberculose péritonéale secondaire à une localisation pulmonaire séquellaire. Une laparotomie médiane exploratrice a été réalisée mettant en évidence la présence d'une inflammation péritonéale diffuse associée et de multiples formations blanchâtres au niveau du péritoine et l'épiploon (Figure 3). Le pelvis était blindé et adhérentiel gênant l'exploration de l'utérus et des annexes. Une biopsie des granulations blanchâtres était réalisée. L'examen anatomopathologique extemporané objectivait la présence d'un granulome épithéloïde et géantocellulaire avec nécrose caséuse en faveur d'une tuberculose péritonéale (Figure 4). L'évolution était bonne sous traitement antibacillaire selon le protocole 2ERHZ/4RH, avec un recul de 18 mois.

## Discussion

---

La localisation péritonéale pseudo tumorale de la tuberculose est une forme clinique rare, avec une fréquence estimée de 1 à 3% selon les séries [1,2]. Cette fréquence est plus importante et pourrait doubler, voire tripler chez les sujets séropositifs. Elle peut toucher toutes les tranches d'âge avec une prédilection chez les femmes entre 20 et 50 ans [1]. La greffe péritonéale du Mycobacterium Tuberculosis se fait par voie hématogène; principalement à partir d'une primo infection pulmonaire passer souvent inaperçue, comme dans le cas de notre patiente, plus rarement après une primo infection gastro-intestinale [3]. L'absence de vaccination est le principal élément incriminé dans l'atteinte péritonéale à côté des autres facteurs tels que le manque d'hygiène et la précarité des conditions socio-économiques. Notre patiente avait tous ces facteurs de risque. Cliniquement, la

tuberculose péritonéale peut mimer un tableau de cancer ovarien avancé. En effet, les douleurs pelviennes, la distension abdominale, l'amaigrissement et la palpation d'une masse abdominopelvienne peuvent être présent dans les deux pathologies. Cependant, la recherche d'autres signes à savoir les troubles menstruels (55% des cas dans la série d'Oge et al), digestifs et urinaire peut orienter le diagnostic [1]. L'infertilité est révélatrice dans 5 à 10% des cas [4]. Une association avec d'autres localisations notamment pulmonaire est à rechercher, mais leur absence n'élimine pas le diagnostic [1]. Les techniques d'imagerie comme l'échographie et la tomодensitométrie peuvent parfois orienter le diagnostic. En effet, l'existence d'une ascite avec des septas, l'épaississement péritonéal, son rehaussement hétérogène, l'existence de foyers hypodenses en rapport avec la nécrose caséuse et les adénopathies suggèrent l'origine tuberculeuse, de même que l'existence des séquelles pleuro-parenchymateuses de tuberculose pulmonaire (cas de notre patiente), moins souvent des lésions évolutives [5]. Le CA125 est le marqueur des cancers ovariens d'origine épithéliale [6]. Néanmoins, son taux peut être élevé dans plusieurs pathologies bénignes gynécologiques (endométriозe, fibromes utérins, processus inflammatoires pelviennes), extra-gynécologiques (péritonite, pancréatite, hépatites, syndrome néphrotique, tuberculose péritonéale) ainsi que dans les cancers non gynécologiques avec métastases péritonéales. En cas de tuberculose péritonéale, des valeurs très élevées (>1000U/ml) peuvent se voir [7]. Dans l'étude de Koc et al, 90.1% des patientes atteintes de tuberculose péritonéale avaient un taux plasmatique du CA-125 élevé, et la valeur moyenne était 565 U/ml [8]. Par conséquent, le CA125 n'a pas de place dans le diagnostic différentiel entre cancer ovarien et tuberculose péritonéale. En revanche, Simsek et al. rapportent que la diminution du taux de CA125 est corrélée à la réponse au traitement antituberculeux et l'indiquent comme marqueur de surveillance sous traitement antibacillaire [9]. Les autres perturbations biologiques ne sont pas spécifiques notamment: l'anémie, le syndrome inflammatoire, de même que l'intradermo-réaction à la tuberculine. Le diagnostic de certitude par l'analyse du liquide d'ascite ne se fait qu'après la mise en évidence du Mycobacterium Tuberculosis soit à l'examen direct soit après culture sur milieu de Lowenstein-Jensen [10].

Dans notre cas, l'examen anatomo-pathologique extemporané après biopsie des granulations blanchâtres était suffisant pour confirmer le diagnostic. La recherche de la mycobactérie par polymérase chain reaction (PCR) peut être utile pour le diagnostic avec une sensibilité de 75 à 80% et une spécificité de 85 à 95%, mais cette technique

est souvent indisponible [11]. Comme dans le cas de notre patiente, l'exploration chirurgicale s'impose devant la suspicion d'une tumeur maligne de l'ovaire. La voie d'abord peut être soit une laparotomie ou une laparoscopie. Des biopsies transvaginales ou transabdominales échoguidées peuvent être proposées en cas d'une forte suspicion de tuberculose, limitant ainsi les complications postopératoires [12]. L'étude histologique des biopsies permet de redresser le diagnostic en montrant des granulomes gigancocellulaires avec nécrose caséuse spécifique du bacille de Koch. Le traitement de la tuberculose pelvienne est essentiellement médical. Il repose sur l'administration quotidienne d'une quadrithérapie associant: Isoniazide, Rifampicine, Ethambutol et la Pyrazinamide pendant deux mois, puis un traitement d'entretien pendant quatre mois par une bithérapie quotidienne associant l'Isoniazide la Rifampicine [13]. Un geste chirurgical est surtout indiqué en cas de masse compressive ou fistulisée pour mettre à plat les cavités caséifiées. La prévention de la tuberculose péritonéale repose sur la vaccination au bacille de Calmette et Guérin (BCG), le dépistage des formes asymptomatique, la chimioprophylaxie des sujets contacts et l'amélioration de l'hygiène de vie des populations à risque.

## Conclusion

---

La tuberculose péritonéale doit être évoquée devant toute masse ovarienne associée à un épanchement péritonéal. La cytologie et la culture du liquide de ponction d'ascite peuvent résoudre le problème. Dans le cas contraire, une coelioscopie voir une laparotomie du fait des adhérences avec biopsie est indiquée permettant de redresser le diagnostic et d'éviter une chirurgie d'exérèse non justifiée le plus souvent chez une femme en activité génitale.

## Conflits d'intérêts

---

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

## Contributions des auteurs

---

Mounir Moukit et Fatimazahra Ait El Fadel sont les principaux auteurs qui ont contribué à la rédaction de cet article. Jaouad Kouach et Abdellah Babahabib ont analysé et interprété les données de la patiente et la revue de la littérature. Mohammed Dehayni et Driss Moussaoui Rahali ont lu et corrigé l'article.

## Figures

---

**Figure 1:** Coupes tomodensitométriques de l'étage abdominopelvien. A: aspect hétérogène de l'ovaire gauche (tête de la flèche) mesurant 45x40 mm, associé à un épanchement péritonéal (flèche blanche). B: épaissement mésentérique (flèche blanche)

**Figure 2:** Lésions nodulaires sous pleurales intéressant le lobe moyen et inférieur droit sur une coupe tomodensitométrique

**Figure 3:** Vue per opératoire objectivant une inflammation péritonéale diffuse associée à des multiples formations blanchâtres au niveau du péritoine et l'épiploon (flèche bleue)

**Figure 4:** Aspect microscopique du granulome épithélioïde et gigantocellulaire avec nécrose caséuse (flèches noires)

## Références

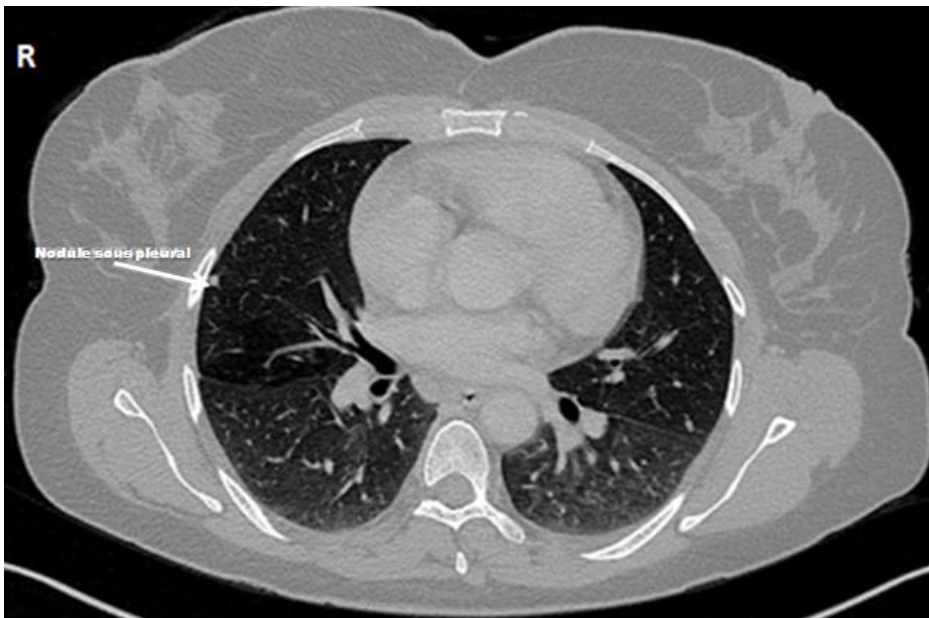
---

1. Oge T, Ozalp S, Yalcin OT, Kabukcuoglu S, Kebapci M, Arik D et al. Peritoneal tuberculosis mimicking ovarian cancer. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive bio.* 2012; 162(1):105-108. **PubMed | Google Scholar**
2. Daaloul W, Gharbi H, Ouerdiane N, Masmoudi A, Ben Hamouda S, Ennine I et al. Tuberculose péritonéale disséminée simulant un cancer ovarien. *La tunisie méd.* 2012; 90(04):333-335. **PubMed | Google Scholar**
3. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol.* 1993; 88(7):989-999. **PubMed | Google Scholar**
4. Namavar jahromi B, Parsanezhad ME, Ghane-Shirazi R. Tuberculose génitale chez la femme et infertilité. *J Int Gyn Obst.* 2001; 75(3):269-72. **PubMed | Google Scholar**
5. Vardareli E, Kebapci M, Saricam T et al. Tuberculous peritonitis of the wet ascitic type: clinical features and diagnostic value of image-guided peritoneal biopsy. *Dig Liver Dis.* 2004; 36(3):199-204. **PubMed | Google Scholar**
6. Tan O, Luchansky E, Rosenman S, Pua T, Azodi M. Peritoneal tuberculosis with elevated serum CA 125 level mimicking advanced stage ovarian cancer: a case report. *Arch Gynecol Obstet.* 2009; 280(2):333-5. **PubMed | Google Scholar**
7. Panoskaltis TA, Moore DA, Haidopoulos DA, McIndoe AG. Tuberculous peritonitis: part of the differential diagnosis in ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 182(3):740-2. **PubMed | Google Scholar**
8. Koc S, Beydilli G, Tulunay G et al. Peritoneal tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer: a retrospective review of 22 cases. *Gynecol Oncol.* 2006; 103(2):565-9. **PubMed | Google Scholar**
9. 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(7):1174-6. **PubMed | Google Scholar**
10. Genet C, Ducroix-Roubertou S, Gondran G, Bezanahary H, Weinbreck P and Denes E. Tuberculose utérine post-ménopausique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2006; 35(1):71-73. **PubMed | Google Scholar**
11. Bilgin T, Karabay A, Dolar E, Develioglu OH. Peritoneal tuberculosis with pelvic abdominal mass, ascites and elevated CA 125 mimicking advanced ovarian carcinoma: a series of 10 cases. *Int J Gynecol Cancer.* 2001; 11(4):290-4. **PubMed | Google Scholar**
12. Volpi E, Calgaro M, Ferrero A, Vigano L. la tuberculose génitale et péritonéale: rôle potentiel de la laparoscopie dans le diagnostic et la prise en charge. *J Am Assoc Gyneco Laparosc.* 2004; 11:269-72. **PubMed | Google Scholar**

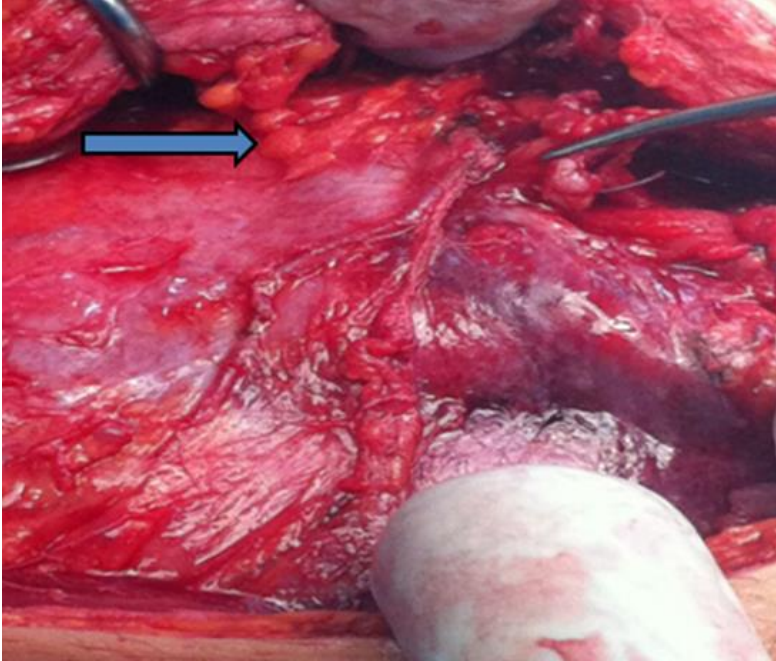
13. Blumerg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Frideman LN et al. Traitement de la tuberculose. J Am Respir Crit Care Med. 2003; 167(4): 603-62. **PubMed | Google Scholar**



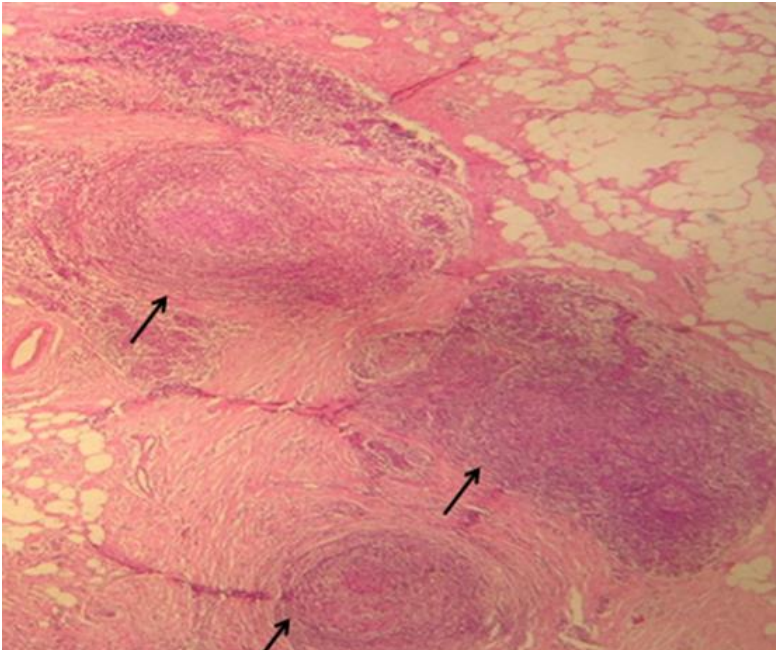
**Figure 1:** Coupes tomodensitométriques de l'étage abdominopelvien. A: aspect hétérogène de l'ovaire gauche (tête de la flèche) mesurant 45x40 mm, associé à un épanchement péritonéal (flèche blanche). B: épaissement mésentérique (flèche blanche)



**Figure 2:** Lésions nodulaires sous pleurales intéressant le lobe moyen et inférieur droit sur une coupe tomodensitométrique



**Figure 3:** Vue per opératoire objectivant une inflammation péritonéale diffuse associée à des multiples formations blanchâtres au niveau du péritoine et l'épiploon (flèche bleue)



**Figure 4:** Aspect microscopique du granulome épithéloïde et géantocellulaire avec nécrose caséuse (flèches noires)