

# *Tuberculose génitale*

## Introduction

- Problème de santé publique dans les régions endémiques.
- Recul spectaculaire grâce à l'amélioration des conditions de vie, la généralisation de la vaccination par le BCG, l'efficacité croissante du traitement antituberculeux.
- Recrudescence de cette maladie aussi bien dans les pays développés que dans ceux en cours de développement : SIDA, immigration et l'utilisation de plus en plus fréquente des immunosuppresseurs

## Définition

- La tuberculose génitale est une affection rare même en pays d'endémie, se définit par la présence de bacilles de Koch (BK) au sein du tractus génital chez la femme.
- Jamais primitive.
- Contamination hématogène +++
- Prédominance des formes latentes
- Confirmation bactériologique difficile
- Le diagnostic de certitude est basé essentiellement sur l'étude histologique des prélèvements effectués au cours de la laparotomie ou la laparoscopie

## Localisation

- **Essentiellement** : trompes, endomètre, péritoine
- **Exceptionnellement** : col, vagin, vulve

## Epidémiologie

- Dans le monde, un tiers de la population est infectée par le BK, soit environ 2 milliards d'individus.
- L'incidence de la maladie est estimée aux environs de 9 millions.
- Plus de 90% des cas de tuberculose surviennent dans les pays en voie de développement. En cause, la précarité, la promiscuité, la dénutrition, l'analphabétisme, l'insuffisance des infrastructures médicales et l'épidémie d'infection par le VIH
- La tuberculose est un problème de santé publique en Algérie, la tuberculose génitale représente 6-10% des formes de tuberculose
- Nette recrudescence de toutes les formes de tuberculose
- Les formes génitales sont sous-diagnostiquées
- Première cause de stérilité

## Bactériologie

- La tuberculose est due à une mycobactérie du complexe tuberculosis dans l'immense majorité des cas, et en particulier à *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch (BK)
- M. tuberculosis est une bactérie aérobie stricte, immobile, à croissance très lente (2 à 6 semaines), exigeant des milieux spéciaux, comme le milieu de Löwenstein-Jensen (colonies blanchâtres, rugueuses)
- M. tuberculosis est visible à l'examen direct après coloration au Ziehl-Neelsen sous forme de Bacilles Acido-Alcool-Résistants (bacilles roses sur fond bleu)

## Etiopathogénie

- **Voie indirecte :**
  - **Voie hématogène :** une bactériémie occasionnée par une décharge hématogène en provenance d'une tuberculose parenchymateuse pulmonaire
  - **Voie lymphatique :** l'atteinte se fait par voie rétrograde, beaucoup plus rare, elle se fait à partir de ganglions tuberculeux pelviens
  - **Par contiguïté :** à partir d'un foyer tuberculeux intra-abdominal (péritoine, intestin...) est possible mais rare
- **Voie directe :** cette voie est rare et doit faire rechercher un comptage vénérien à partir des rapports sexuels ou d'objets de toilette souillés, responsable de localisations basses (cervicale, vaginale, vulvaire)

## Clinique

Le diagnostic est évoqué devant :

- Altération de l'état général
- Fièvre chronique surtout le soir
- Douleurs abdominales profondes
- Aménorrhée primaire mais surtout secondaire
- Métrorragies minimes
- Bilan d'une infertilité

## Formes cliniques

- **Formes classiques macro-lésionnelles :**
  - **Tuberculose salpingo-péritonéale ascitique :** altération de l'état général, troubles digestifs, aménorrhée secondaire, ascite type exsudat, annexe hypertrophiée douloureuse
  - **Salpingites fibro-caséuses :** atteinte bilatérale, pelvipéritonite fibro caséuse, endométrite tuberculeuse (BK ou follicule de Koester)
  - **Forme habituelle subaigüe ou chronique :** pesanteur hypogastrique, ménométrorragie ou aménorrhée, asthénie, fatigabilité, fébricule, fistulisation, suppuration ou généralisation des lésions
  - **Forme aigüe :** exceptionnelle en post-partum

## Examens paracliniques

- **Hystero-salpingographie**
- **Cœlioscopie :** visualise les abcès froids, guide des prélèvements, permet un diagnostic différentiel



## Thérapeutique

- **Traitement médical :** plusieurs protocoles, localisation majeure de tuberculose, chimiothérapie anti-tuberculeuse :
  - **Rifampicine :** 10 mg/kg/J pendant 6 mois
  - **Isoniazide :** 5 mg/kg/J pendant 6 mois
  - **Pyrazinamide :** 30 mg/kg/j pendant 2 mois
  - **Ethambutol :** 20 mg/kg/j pendant 2 mois
  - **Streptomycine :** 1 g/j pendant 6 mois
- **Traitement chirurgical :** salpingectomie uni/bilatérale, hystérectomie (exceptionnelle)

## Conclusion

Pronostic génital réservé : infertilité, Grossesse Extra-Utérine, avortements précoces