

I-INTRODUCTION : La localisation du BK dans l'appareil génital féminin n'est jamais primitive, le germe y arrive par voie sanguine à partir d'une localisation pleurale ou pulmonaire latente. La forme habituelle est latente et évoquée dans un bilan de stérilité. Les formes classiques avec lésions majeures sont rares avec exceptionnellement des localisations basses cervico-vaginales et vulvaires se traduisant par des ulcérations évocatrices d'un cancer.

II-FORMES CLASSIQUES MACRO-LÉSIONNELLES :

A. LA TUBERCULOSE SALPINGO-PÉRITONÉALE ASCITIQUE "TSPA": C'est une atteinte miliaire avec des granulations tuberculeuses régionales de la taille d'un grain de mil, disséminées sur les trompes, les pavillons et le péritoine. La guérison est possible mais au prix d'une sclérose et d'une rigidité des trompes avec stérilité tubaire définitive.

Le début est progressif avec

1-Aménorrhées ± précoces.

2-Diarrhées.

3-Fièvre.

La phase d'état se traduit par

4-Abdomen distendu.

5-Liquide de ponction jaune-citrin (ascite.)

6-TV révèle des annexes hypertrophiées et douloureuses.

La cœlioscopie permet une évaluation exacte de l'atteinte génitale après évacuation de l'ascite.

Le pronostic de fertilité est ± bon car les ovaires et l'endomètre sont intacts (PMA)

B. LA SALPINGITE FIBRO-CASÉUSE "SFC": C'est une tuberculose salpingienne bilatérale avec pelvi-péritonite caséuse et endométrite tuberculeuse quasi-constante. Le diagnostic étiologique se fait par la mise en évidence au niveau de l'endomètre du BK ou de follicules giganto-épithélioïdes de Kœster.

Le pronostic de fertilité est engagé car il y a formation de synéchies utérines (accolement des parois.)

Au niveau de l'endomètre, la cicatrisation aboutit à des synéchies endométriales.

Et au niveau des trompes, l'évolution aboutit à un pyosalpinx adhérent aux organes du voisinage et pouvant fistuliser.

La forme habituelle se traduit par

- 1-Douleurs à type de pesanteur.
- 2-Asthénie.
- 3-Fébricule.
- 4-Aménorrhées.
- 5-TV révèle des masses annexielles mal-limitées et de volume variable (pyosalpinx)

Les formes aiguës sont exceptionnelles, observées souvent dans le post-partum.

Les formes torpides se traduisent par d'énormes masses annexielles sans signes fonctionnelles.

L'abcès froid uni ou bilatéral nécessite une IDR, VS, culture du sang des règles et une coélio-scopie.

III-FORMES CAMOUFLÉES :

A.LA FORME HÉMORRAGIQUE: Due à l'hyperplasie de l'endomètre, à la salpingite tuberculeuse hémorragique et à l'insuffisance du corps jaune avec troubles de l'ovulation.

Elle se traduit par

- 1-Ménorragies.
- 2-Métrorragies.

B.L'AMÉNORRHÉE: L'hystérocopie révèle la disparition de la cavité utérine.

La biopsie sous hystérocopie ou coélio-scopie peut être indiquée.

L'aménorrhée primaire survient chez les filles impubères, c'est le syndrome de Musset.

L'aménorrhée secondaire survient après la puberté et est due à des synéchies.

IV-DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE :

1-Radiographie pulmonaire.

2-Hystérocopie: Réalisée au 8^e jour du cycle (avant l'ovulation) Contre-indiquée en cas de VS > 20 mm et/ou d'hyperleucocytose à la FNS. Elle révèle A l'ASP,

1) Des calcifications au niveau du pelvis (traduisant la guérison des granulations tuberculeuses péritonéales.) Après injection du PC,

2) Une image en "doigt de gant" (synéchie totale) très caractéristique.

3) Un aspect pseudo-malformatif ou "en trèfle" (synéchie partielle avec image d'amputation de fond.) Avec

4) Des images "en tuyau de pipe" ou "en canne de golf" au niveau des trompes, très typiques.

5) Des images filiformes, rigides.

6) Des images de "trompes en chapelet" (succession de dilatation et de rétrécissement avec disparition des plis tubaires.)

3-Hystérocopie: Egalement contre-indiquée en cas de VS élevée et d'hyperleucocytose.

4-Cœlioscopie: Permet la biopsie per-cœlioscopique et révèle 4 aspects selon Palmer

1) La forme miliaire, avec des granulations séreuses (trompes et corps utérin) et péritonéales.

2) La forme nodulaire, avec des nodosités traduisant des abcès caséux en voie de calcification.

3) La forme adhésive, avec des adhérences bloquant le petit bassin et des voiles adhérencielles recouvrant un uterus rétroversé.

4) La forme salpingitique, avec un aspect inflammatoire des trompes et conservation du pavillon, c'est une tuberculose latente.

5-Biopsie de l'endomètre: Examen primordial réalisé au 24^e jour du cycle.

6-Culture du sang des règles: Noter que le diagnostic est rarement affirmé bactériologiquement mais il reste très probable devant le bilan anamnésiques, clinique, radiologique et endoscopique.

V-TRAITEMENT :

Traitement médical "étiologique" : Schéma national de lutte antituberculeuse n Chimiothérapie antituberculeuse pendant 6 à 9 mois, avec association quadruple "RHZE", triple "RHZ" ou double "RH" La Streptomycine étant ajoutée en cas de résistance.

Traitement chirurgical

Indiqué en cas de persistance d'une lésion évolutive ou d'une masse résiduelle et pratiqué 6 mois après le début du traitement médical du fait du risque de réveil et de réascension.