

# Tuberculose mammaire primitive chez un sujet de sexe masculin : à propos d'un cas

## Primary breast tuberculosis in a man: a case report

Bruce Wembulua Shinga<sup>1</sup>  
Maodo Ndiaye<sup>2</sup>  
Aboubakar Sidikh Badiane<sup>1</sup>  
Arielle Rita Belem<sup>1</sup>  
Solohery Andriateloasy<sup>2</sup>  
Ndeye Aïssatou Lakhe<sup>1</sup>  
Alassane Dièye<sup>1</sup>  
Viviane Marie Pierre Cisse Diallo<sup>1</sup>  
Khardiata Diallo Mbaye<sup>1</sup>  
Daye Ka<sup>1</sup>  
Louise Fortes Déguénonvo<sup>1</sup>  
Moussa Seydi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service des maladies infectieuses et tropicales, Centre hospitalier national universitaire de Fann, Dakar, Sénégal

<sup>2</sup> Service de dermatologie et vénéréologie, Centre hospitalier national universitaire Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

**Résumé.** La tuberculose mammaire représente 0,06 à 0,1 % des localisations extra-pulmonaires. Elle touche essentiellement la femme et reste exceptionnelle chez l'homme. Nous rapportons un cas rare de tuberculose mammaire primitive survenu chez un sujet de sexe masculin. Il s'agissait d'un patient de 33 ans qui avait présenté une tuméfaction mammaire droite, non inflammatoire, chronique et fistulisée, avec une ulcération cutanée atrophique en regard. La tomodensitométrie (TDM) thoracique était en faveur d'un abcès mammaire droit à paroi épaisse. Le patient avait bénéficié d'un drainage chirurgical et d'une antibiothérapie faite d'amoxicilline – acide clavulanique et métronidazole pendant 10 jours avant de nous consulter pour persistance des symptômes. La culture du pus était stérile, le GeneXpert et la recherche des bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) effectués sur l'écouvillon de l'ulcération étaient négatifs. La biopsie de la lésion était en faveur d'une mastite granulomateuse. Devant le caractère chronique et atrophique de l'ulcération, l'aspect histologique en faveur d'une mastite granulomateuse et la non-régression du tableau sous antibiothérapie non spécifique, le diagnostic d'une tuberculose mammaire nous avait semblé le plus probable. Le patient avait donc bien évolué sous antituberculeux.

**Mots clés :** tuberculose mammaire, primitive, homme

**Abstract.** The breast tuberculosis accounts for 0.06 to 0.1% of extra-pulmonary localizations. Frequent in women, it remains exceptional in men. We report a rare case of primary breast tuberculosis occurring in a male patient. A 33-years-old patient presented with a chronic and fistulized non-inflammatory-right breast swelling with an atrophic cutaneous ulceration. The thoracic CT was in favor of a right breast abscess with a thick wall. The patient had received non-specific antibiotics (amoxicillin-clavulanate and metronidazole) for 10 days coupled with a surgical drainage before consulting us for persisting symptoms. The culture of the pus was sterile, the GeneXpert and the search for acid-fast bacilli (AFB) both performed on the swab of the ulceration were negative. Histopathological analysis of the lesion was in favor of a granulomatous mastitis. Given the chronic and atrophic nature of the ulceration, the histological aspect of granulomatous mastitis and the persisting symptoms despite the non-specific antibiotic therapy, we made a presumptive diagnostic of breast tuberculosis. The evolution was favorable with oral anti-tuberculosis treatment.

**Key words:** breast tuberculosis, primary, man

Article reçu le 17 mai 2019,  
accepté le 28 février 2020

**Correspondance :** B. Wembulua Shinga  
<brulawems@gmail.com>

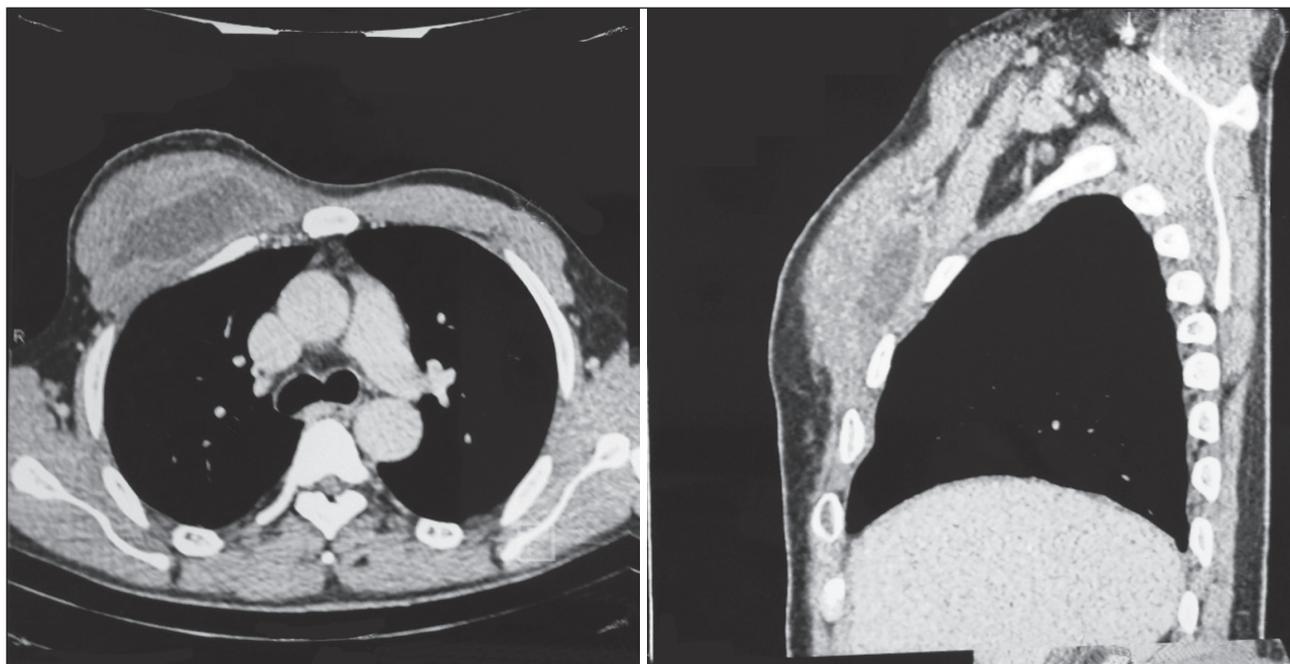
La tuberculose pose un problème majeur de santé publique dans le monde [1]. Les atteintes extra-pulmonaires représentent 20-25 % de cas [2]. La localisation mammaire reste cependant rare avec une prévalence variant entre 0,06 et 0,1 %, même dans les pays endémiques [3]. Elle touche essentiellement la femme et reste exceptionnelle chez l'homme [4]. Nous rapportons un cas rare de tuberculose mammaire primitive survenu chez un sujet de sexe masculin.

### L'observation

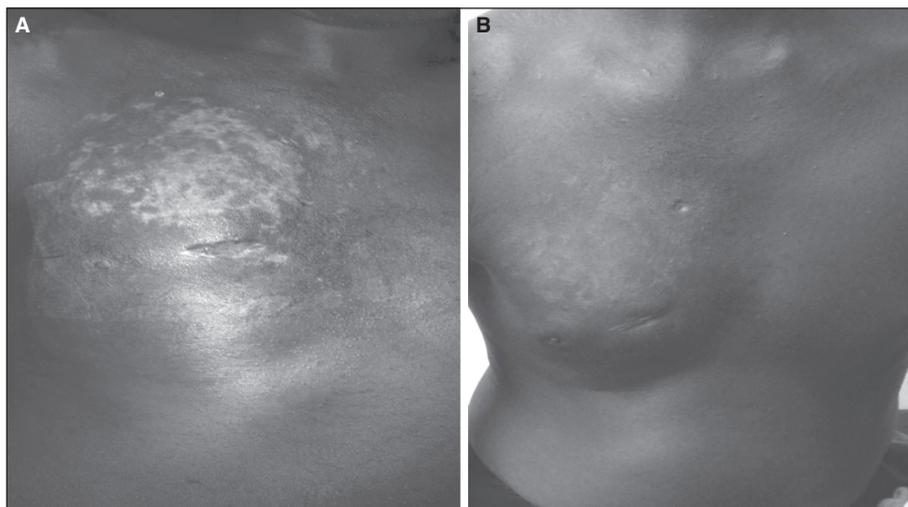
Il s'agissait d'un patient de 33 ans, sénégalais, sans notion de contact tuberculeux retrouvé, qui avait consulté le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du centre hospitalier universitaire de Fann pour une ulcération mammaire droite d'évolution chronique.

Le début des symptômes remontait à 4 mois, marqué par une tuméfaction mammaire droite non douloureuse sans notion de fièvre, de toux, d'anorexie ni d'amaigrissement. Un mois plus tard, le patient nota en regard de la tuméfaction, une ulcération non douloureuse et non inflammatoire faisant sourdre du pus d'aspect jaunâtre. Il consulta au service de chirurgie générale où la réalisation d'une TDM thoracique avait permis d'objectiver une collection fusiforme intra-mammaire droite de 67 sur 26 mm, spontanément hypodense, à paroi épaisse et occupant la totalité des quadrants sans foyer parenchymateux (*figure 1*). Le diagnostic

d'abcès mammaire étant posé, le traitement avait consisté en un drainage chirurgical couplé à une antibiothérapie faite d'amoxicilline - acide clavulanique et de métronidazole pendant 10 jours, mais sans succès. La culture du pus était stérile mais la recherche des BAAR n'avait pas été réalisée. Ce tableau motiva 4 semaines plus tard, une nouvelle consultation au SMIT pour une meilleure prise en charge. L'examen clinique notait un état général conservé et une ulcération ovalaire à grand axe horizontal d'environ 3 cm et de petits axes verticaux de 1 cm, à hauteur du 5<sup>e</sup> espace intercostal droit et à 5 cm environ en dedans de la ligne médioclaviculaire. Les bords étaient réguliers, rétractiles et atrophiques avec un fond rosé et une base indurée laissant sourdre des minimes sécrétions séro-purulentes (*figure 2A*). L'examen pleuropulmonaire était normal et les aires ganglionnaires libres. L'hémogramme était normal et la CRP à 26 mg/L. La ponction exploratrice de la tuméfaction était blanche, la recherche moléculaire par le GeneXpert réalisée sur l'écouvillonnage de l'ulcération était négative, de même que la recherche des BAAR à l'examen direct. L'histologie des pièces biopsiques cutanées avait objectivé un derme fibreux avec un infiltrat inflammatoire granulomateux fait des lymphocytes, des cellules épithélioïdes mêlées à des nombreuses cellules géantes de type Langerhans. En l'absence de preuve bactériologique, le diagnostic de tuberculose mammaire a été retenu devant le faisceau d'arguments suivants : nature chronique de l'ulcération ainsi que ses caractères atrophiques et rétractiles, stérilité du pus à l'examen cyto bactériologique, aspect



**Figure 1.** TDM thoracique en coupe axiale et sagittale montrant un abcès mammaire.



**Figure 2.** A. Ulcération mammaire droite avec des macules hypochromiques en mouchetures. B. Cicatrisation de l'ulcération et régression de l'hypochromie après traitement.

histologique en faveur d'une mastite granulomateuse et non régression du tableau sous antibiothérapie non spécifique (amoxicilline – acide clavulanique et métronidazole). Le patient a été mis sous antituberculeux selon le schéma 2RHZE+4RH (2 mois de rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et éthambutol suivi de 6 mois de rifampicine et isoniazide). L'évolution était favorable avec une cicatrisation complète de l'ulcération et une restauration de la symétrie thoracique (*figure 2B*).

## Discussion

La tuberculose mammaire représente 0,06 à 0,1 % des localisations extra-pulmonaires [3]. C'est une pathologie rare qui touche préférentiellement la femme et reste exceptionnelle chez les sujets de sexe masculin [4]. Chez l'homme, le premier cas fut décrit en 1927 et jusqu'en 2017, soit 90 ans plus tard, seuls 26 cas ont été rapportés dans la littérature dont 4 cas en Afrique [5]. En raison de cette rareté, la tuberculose mammaire de l'homme est peu connue et de ce fait, facilement confondue avec d'autres maladies mammaires telles que le carcinome du sein, la gynécomastie ou l'abcès à pyogène [5, 6]. Ceci était le cas chez notre patient qui, pour une hypothèse d'abcès à pyogène, avait bénéficié d'un drainage chirurgical couplé à une antibiothérapie, sans amélioration.

Une récente revue systématique portant sur 26 patients avait souligné le caractère polymorphe de la tuberculose mammaire chez l'homme : 89 % des patients retenus dans cette étude présentaient une masse mammaire dont 1 cas d'abcès mammaire. Une ulcération cutanée avec ou sans écoulement était présente chez 16,7 % des patients [5].

Par ailleurs, en cas d'atteinte mammaire, les signes généraux classiques de la tuberculose (fièvre, altération de l'état général) sont souvent absents (21,4 %) [4]. Notre patient présentait une tuméfaction pectorale droite correspondant à un abcès mammaire et une ulcération cutanée peu suintante sans signes généraux. Aucun signe d'appel d'un autre foyer tuberculeux n'a été objectivé.

La confirmation d'une tuberculose mammaire reste un grand défi. L'imagerie a une grande valeur d'orientation mais manque de spécificité. La culture fastidieuse et longue expose, en outre, au risque des faux négatifs particulièrement pour des lésions pauci-bacillaires [5, 7, 8]. Le rendement de la recherche des BAAR dans les produits pathologiques est très hétérogène. Il varie entre 8,7 et 68,7 % selon les études [4, 5, 8]. Dans la série de Kilic *et al.*, la positivité de la PCR seule était de 50 % [8]. Chez notre patient, la recherche des BAAR et le GeneXpert réalisés sur un écouvillon, étaient négatifs. L'écouvillon n'étant pas un prélèvement idéal pour la recherche des mycobactéries [9], la négativité de ces tests n'excluait donc pas une tuberculose.

L'analyse histologique des pièces biopsiques est, quant à elle, très suggestive de la tuberculose lorsqu'elle objective un granulome géantocellulaire à centre nécrotique. Toutefois, plusieurs auteurs sont d'accord sur le fait que l'absence d'une nécrose centrale n'exclut pas le diagnostic d'une tuberculose [8, 10]. Fort de ce qui précède, Rajagopala *et al.* ont noté dans leur revue systématique que le diagnostic de la tuberculose mammaire était très souvent posé devant l'association mastite granulomateuse, nécrose et réponse aux antituberculeux [4, 8]. Chez notre patient, l'histologie avait objectivé un granulome géantocellulaire sans nécrose centrale. La culture de la pièce biopsique sur

milieu spécifique, non réalisée, nous aurait donc permis d'isoler *Mycobacterium tuberculosis*.

Le traitement antituberculeux standard de 6 mois et un éventuel drainage percutané d'un abcès du sein sont également valables et efficaces pour la tuberculose mammaire. Quelques cas de prolongement du traitement jusqu'à 12 mois ont été néanmoins signalés dans la littérature faute de disparition complète des symptômes au 6<sup>e</sup> mois [4, 5, 8]. Dans notre observation, le patient avait bien évolué sous le traitement antituberculeux standard de 6 mois couplé à un drainage chirurgical de l'abcès du sein.

### Conclusion

La tuberculose mammaire est une forme rare de tuberculose extra-pulmonaire, surtout chez l'homme, même dans les régions endémiques. Quoique dépourvue d'une présentation clinique spécifique, elle devrait néanmoins être évoquée devant toute tuméfaction et/ou ulcération mammaire d'allure chronique et non résolutive par une antibiothérapie non spécifique bien conduite.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

### Références

1. WHO. Global tuberculosis report 2018 <https://www.who.int/tb/publications/global-report/en/>. Consulté le 11 avril 2019.
2. Mjid M, Cherif J, Salah NB, Toujani S, Ouahchi Y, Zakhama H, *et al.* Épidémiologie de la tuberculose. *Rev Pneumol Clin* 2014 ; 71(2-3) : 67-72.
3. Bouhout T, Serji B, Egyir B, El Amri B, Bouhout I, Soufi M, *et al.* Tuberculose mammaire : à propos d'un cas. *Pan Afr Med J* 2017 ; 28 : 183.
4. Rajagopala S, Agarwal R. Tubercular mastitis in men: case report and systematic review. *Am J Med* 2008 ; 121 : 539-44.
5. Quaglio G, Pizzol D, Bortolani A, Manenti F, Isaakidis P, Putoto G, *et al.* Breast tuberculosis in men: a systematic review. *PLoS One* 2018 ; 13(4) : e0194766.
6. Bani-Hani KE, Yaghan RJ, Matalka II, Mazahreh TS. Tuberculosis mastitis: a disease not to be forgotten. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005 ; 9 : 920-5.
7. Brown S, Thekkinkattil DK. Tuberculous cold abscess of breast: an unusual presentation in a male patient. *Gland Surg* 2016 ; 5 : 361-5.
8. Kilic MO, Sağlam C, Ağca FD, Terzioğlu SG. Clinical, diagnostic and therapeutic management of patients with breast tuberculosis: analysis of 46 Cases. *Kaohsiung J Med Sci* 2016 ; 32(1) : 27-31.
9. Société française de microbiologie (SFM). *Référenciel en microbiologie médicale (Rémic)*. 4<sup>e</sup> édition. SFM, 2010.
10. Zumla A, Geraint J. Granulomatous infections: etiology and classification. *Clin Infect Dis* 1996 ; 23 : 146-58.