

Tuberculose vaginale révélée par une fièvre prolongée chez une femme immunodéprimée par le VIH à Cotonou, Bénin**Vaginal tuberculosis revealed by prolonged fever in a woman immunocompromised by HIV at Cotonou, Benin**

Djimon Marcel Zannou¹, Angèle Azon-Kouanou¹, Kuessi Anthelme Agbodande¹, Serge Adè^{1,2}, Cossi Angelo Attinsounon³, Jean Sèhonou¹, Roberto DTK Prudencio¹, Gabriel Adè¹, Fabien Houngré F¹

¹Service de Médecine Interne et Oncologie Médicale du Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM)- Cotonou (Bénin)

²Centre National Hospitalier de Pneumophysiologie de Cotonou (Bénin)

³Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier départemental du Borgou, Parakou, Bénin

Correspondance : Prof Djimon Marcel Zannou' Maître de Conférences Agrégé de Médecine Interne 01 BP 2763 Cotonou, Téléphone : (00229) 97 17 74 43Email : djmzannou@yahoo.fr

Résumé

La tuberculose vaginale est exceptionnelle et sous diagnostiquée sous nos cieux. Nous rapportons le cas d'une patiente de 53 ans, immunodéprimée par le VIH hospitalisée dans le service pour altération de l'état général dans un contexte de fièvre au long cours. L'interrogatoire, et l'examen physique avaient retrouvé les éléments suivants : tousseur chronique dans l'entourage, partenaire sexuel multiple, leucorrhées persistantes. Le *Mycobacterium tuberculosis* était retrouvé dans les leucorrhées à l'examen direct. La sérologie VIH était positive au VIH1, le taux des lymphocytes TCD4 était à 22 cells/ μ L. Le diagnostic de tuberculose vaginal sur terrain immunodéprimé sévère au VIH a été retenu. Un traitement antituberculeux fut institué. Le traitement Antirétroviral a démarré deux semaines plus tard. L'évolution a été rapidement favorable et après 6 mois de traitement la patiente était déclarée guérie de la tuberculose. Chez un patient immunodéprimé au VIH, tout écoulement purulent persistant même vaginal doit faire rechercher une tuberculose.

Mots clés : Tuberculose vaginale, leucorrhée persistante, VIH, Bénin

Summary

Vaginal tuberculosis is exceptional and under-diagnosed in our region. We report the case of a patient of 53 years old, immunocompromised by HIV, hospitalized in the service for poor general condition in a context of prolonged fever. The interview and physical examination had found the following: chronic cough in the entourage, multiple sexual partners and persistent leucorrhea. *Mycobacterium tuberculosis* was found in leucorrhea at direct microscopic examination. HIV serology was positive for HIV-1; the rate of CD4 cell count was 22 cells/ μ L. The diagnosis of vaginal tuberculosis in severe immunocompromised HIV was selected. TB treatment was established and antiretroviral therapy started two weeks later. The outcome was quickly favorable after 6 months of treatment. The patient was declared cured of TB. So, in a patient immunosuppressed HIV, any persistent purulent discharge even vaginal, must do search TB

Keywords: Vaginal tuberculosis, persistent leucorrhea, HIV, Benin

Introduction

La tuberculose est un problème majeur de santé publique dans les pays en développement, notamment dans sa forme pulmonaire [1]. Les formes extra pulmonaires sont moins fréquentes et s'observent surtout sur les terrains immunodéprimés. Parmi ces formes extrapulmonaires, la localisation vaginale est exceptionnelle [2], peut être qu'on y pense pas assez [3-5]. Nous rapportons ici le cas d'une femme de 53 ans immunodéprimée au VIH, hospitalisée dans le service de Médecine Interne au CNHU de

Cotonou pour le bilan étiologique d'une fièvre prolongée.

Observation clinique

Madame V. est âgée de 53 ans. Elle est ménagère, hospitalisée dans le service pour le bilan étiologique d'une fièvre prolongée dans un contexte d'altération de l'état général. Les antécédents médicaux et chirurgicaux ne révèlent rien de particulier. Elle est mère de 4 enfants, veuve depuis 12 ans environ, et ménopausée depuis 2 ans. Durant les trois premières années qui ont suivi le décès de son mari, elle a connu plusieurs partenaires sexuels, parmi

lesquels un toussueur chronique. Le statut de ce partenaire par rapport à la tuberculose et l'infection à VIH n'était pas connu. Cinq mois avant l'admission, elle avait présenté une leucorrhée purulente, persistante et malodorante, associée à une brûlure mictionnelle dans un contexte de fièvre, d'asthénie et d'amaigrissement non chiffré. Elle a fait plusieurs consultations et traitements dans des centres de santé périphériques sans satisfaction. La persistance des symptômes sus décrits a motivé une hospitalisation en Médecine Interne.

L'examen clinique à son admission avait retrouvé un syndrome d'altération de l'état général avec indice de performance de l'OMS à 3. L'indice de masse corporelle était à 16,54 kg/mm². Il y avait une hyperthermie à 39°C et une polypnée superficielle à 23 cycles/min. On notait un syndrome douloureux abdomino-pelvien diffus, et une brûlure mictionnelle. Le toucher vaginal était douloureux, le doigtier ramenant des leucorrhées purulentes, abondantes, de couleur jaune sale et très fétide.

L'exploration para clinique a révélé un syndrome inflammatoire biologique (vitesse de sédimentation accélérée à 130 mm à la 1^{ère} heure, protéine C réactive positive à 96 mg/l), une anémie (Hb = 7,6 g/dl) de type normochrome, normocytaire aréogénérative, et une hyperleucocytose à 18 G/l avec polynucléaires neutrophiles (89%). La bactériologie des leucorrhées a identifié des entérocoques sensibles à l'association Amoxicilline plus Acide Clavulanique. L'examen cytobactériologique des urines a isolé un *Acinetobacter SPP* également sensible à l'association Amoxicilline-Acide Clavulanique. Ce traitement a été prescrit à raison de trois grammes par jour pendant 10 jours.

L'évolution clinique a été marquée par la régression totale des brûlures mictionnelles, mais les leucorrhées ont persisté et ont été prélevées pour la recherche du *Mycobacterium tuberculosis*. Le résultat était revenu positif à l'examen direct. Une colposcopie réalisée à la recherche de lésions génitales à type d'inflammation, d'ulcérations ou de tumeurs n'avait révélée qu'une atrophie du col utérin sans autre particularité. La recherche d'autres localisations de la tuberculose, a été négative en particulier urinaire, pulmonaire, ganglionnaire, ou hépatosplénique. La sérologie VIH était positive au VIH1. Le taux de lymphocytes T CD4 était effondré à 22 cellules/μL. Le diagnostic d'infections opportunistes, type tuberculose vaginale associée à une infection urinaire à *Acinetobacter SPP* sur

terrain immunodéprimé sévère au VIH1 était retenu. La patiente fut classée au stade IV de l'OMS.

Le traitement antituberculeux selon le protocole standard de 6 mois comprenant 2 mois de : ERHZ [Ethambutol (E), Rifampicine (R), Isoniazide (H), Pyrazinamide (Z)], et 4 mois de RH a été démarré. Une prophylaxie des affections opportunistes à base de Cotrimoxazole 480 mg 2 comprimés par jour était débutée. L'évolution sous ce traitement était marquée par la défervescence thermique, et un assèchement des leucorrhées au bout de 7 jours. Le traitement antirétroviral (ARV) fut associé au quatorzième jour du début des antituberculeux. Le prélèvement vaginal à la recherche du *Mycobacterium tuberculosis* au deuxième et sixième mois était négatif. La bactériologie de contrôle des urines était également négative. Son état général s'était beaucoup amélioré. L'indice de masse corporelle était passé de 16,54 kg/m² à 17,99 kg/m². La patiente était déclarée guérie de la tuberculose. Sur le plan immunologique, le taux des lymphocytes TCD4 était passé à 110 cell/μl, la charge virale n'a pu être réalisée.

Discussions

La localisation de la tuberculose au niveau du vagin est un événement exceptionnel [2]. Il s'agit d'une forme rare, et peu connue dans le grand cadre des tuberculoses extrapulmonaires uro-génitales [6]. La localisation urogénitale de la tuberculose est autant rare chez la femme que chez l'homme. Quel que soit le sexe du sujet atteint, si celui-ci est en âge de procréation, la hantise est l'infertilité qui constitue le plus souvent le principal motif de consultation [6]. Les femmes ménopausées ne sont guère épargnées [7-10]. Selon certains auteurs, la tuberculose vaginale survient de 22 à 44 ans [1] ; pour d'autres, c'est plutôt de 40 à 76 ans [3,11]. Notre patiente était âgée de 53 ans, et ménopausée, ce qui correspondait parfaitement à la dernière fourchette d'âge.

Dans son étude menée en 2006, sur une population de 5417 tuberculeux traités au dispensaire anti tuberculeux de l'Institut d'hygiène à Antananarivo, 11 cas de tuberculose génitale ont été recensés, soit une prévalence de 0,2% [1]. Parmi ces 11 cas, aucun n'a concerné la localisation vaginale. Ceci confirme encore une fois sa rareté. La tuberculose vaginale est certainement sous diagnostiquée par les praticiens. Ils n'y pensent suffisamment pas devant les symptômes génitaux, surtout lorsque ceux-ci deviennent persistants. D'une façon générale, les circonstances de découverte sont diverses. Elles peuvent être fortuites devant la sensation de boule

intra vaginale avec gêne per coitale, sans saignement vaginal selon Boufettal H et al [2]. La boule était localisée au tiers moyen de la paroi latérale gauche du vagin. Elle mesurait environ 48 x 30 mm de diamètre à l'échographie pelvienne. Elle était rénitente, sa ponction avait ramené un liquide purulent. L'examen anatomopathologique du pus avait confirmé le diagnostic. Ceci peut poser le problème du diagnostic différentiel avec les cancers gynécologiques. Outre la présence de boule intra vaginale, les leucorrhées persistantes doivent faire l'objet d'une recherche active du *Mycobacterium tuberculosis*. En effet notre cas clinique en témoigne. Les caractéristiques des leucorrhées peuvent faire penser aux infections sexuellement transmissibles (IST) surtout dans ce contexte d'infection à VIH et traitées comme telle. Ce qui peut expliquer le délai relativement long entre les premiers signes et le diagnostic final. L'immunodépression au VIH, lorsqu'elle est sévère avec un effondrement des lymphocytes TCD4, les formes extrapulmonaires de la tuberculose sont fréquentes. Ceci pose encore une fois le problème récurrent du dépistage précoce du VIH pour une prise en charge adéquate.

Chez notre patiente, la confirmation du diagnostic a été faite à l'examen direct des leucorrhées. Ravelosoa et al [1] sur une série de 11 cas de tuberculose génitale, l'avaient obtenue dans 8 cas à l'examen anatomopathologique des pièces biopsiques, et dans 3 cas à la culture des sécrétions génitales. De nos jours, la recherche de l'ADN du *Mycobacterium tuberculosis*, plus sensible que l'examen direct, et plus rapide que la culture doit être de plus en plus recommandée pour la confirmation du diagnostic [12]. Cette recherche n'a pas été faite à partir du moment où l'examen direct avait confirmé le diagnostic. Dans la tuberculose vaginale, la voie de dissémination du *Mycobacterium tuberculosis* est la voie hématogène. Ce germe provient d'un foyer à distance, avec atteinte initiale des trompes réalisant un tableau de salpingite. L'infection progresse par la suite vers les autres organes génitaux [10]. Dans notre cas, ce foyer n'a pas été retrouvé car la radiographie pulmonaire, l'échographie abdomino-pelvienne, la colposcopie réalisées étaient normales. Une hystérosalpingographie n'a pu être faite pour confirmer l'atteinte des trompes.

Conclusion

La tuberculose vaginale quoique rarement rapportée est une réalité. Les circonstances de découverte sont variées, et s'expriment par des signes génitaux. Il

faudrait y penser devant une symptomatologie génitale persistante malgré une bonne prise en charge, surtout dans une zone d'endémie tuberculeuse. Le traitement existe, il est accessible et efficace.

Références

1. Ravelosoa E, Randrianantoanina F, Rakotosalama D et al. La tuberculose génitale chez la femme: à propos de 11 cas suivis à Antananarivo, Madagascar. *Bull Soc Pathol Exot.* 2007;100(1):30-31
2. Boufettal H, Noun M, Hermas S, Samouh N. Une cause rare à une tumeur vaginale: la tuberculose. *Imagerie de la Femme.* 2011;21(3):115-17
3. Buppasiri P, Temtanakitpaisan T, Somboonporn W. Tuberculosis at vulva and vagina. *J Med Assoc Thai.* 2010;93: 613-5
4. Arora VK, Johri A, Arora R, Rajaram P. Tuberculosis of the vagina in an HIV seropositive case. *Tuber Lung Dis.* 1994 ; 75: 239-40.
5. Kutteh WH, Hatch KD. Primary vaginal tuberculosis after vaginal carcinoma. *Gynecol Oncol.* 1992 ; 44 : 113-5.
6. Kouassi B, Horo K, Gbazi C, et al. Orchi-épididymite tuberculeuse à propos de 2 cas enregistrés en pneumologie au CHU de COCODY. *Mali Méd* 2009;24:68-70.
7. Aliyu MH, Aliyu SH, Salihu HM. Female genital tuberculosis : a global review. *Int J Fertil Women Med.* 2004;49:123-36.
8. Gatongi DK, Kay V. Endometrial tuberculosis presenting with post menopausal pyometra. *J Obstet Gynaecol.* 2005 ; 25 : 518-20
9. Hassoun A, Jacqueline G, Huang A, Anderson A, Smith MA. Female genital Tuberculosis : uncommon presentation of tuberculosis in the United States. *Am J Med.* 2005 ; 118 : 1295-296
10. Maestre MA, Manzano CD, Lopez RM. Postmenopausal endometrial tuberculosis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004 ; 86 : 405-06
11. Furtado SP, Junior JE, Rodrigues DC, Brito Tde A, Medeiros FC. Cervicovaginal tuberculosis in a postmenopausal woman. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010 ; 110 : 70-1
12. Guillet-Caruba C, Martinez V, Doucet-Populaire F. Les nouveaux outils de diagnostic microbiologique de la tuberculose maladie. *Rev Méd Interne* 2014 ; 35 (12) : 794-800.