



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



LA TUBERCULOSE GENITALE A PROPOS DE 10 OBSERVATIONS

MEMOIRE PRESENTE PAR :
Docteur DOUZI NAJOUA
Née le 18 Juillet 1983 à Taza

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE
OPTION : GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Sous la direction de :
Professeur SANAË ERRARHAY
Co-Rapporteur : MAMOUNI NISRINE

Session Juin 2017

PLAN

INTRODUCTION.....	5
OBSERVATIONS.....	7
Discussion	28
I. EPIDEMIOLOGIE :	29
1. Fréquence :	29
2. Terrain :	29
II. ETIOPATHOGENIE :	31
1. VOIE INDIRECTE :	31
2. Voie directe :	31
III. ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES :	32
IV. LES ASPECTS ANATOMO-CLINIQUES :	34
V. DIAGNOSIC	38
1. Motif de consultation :	38
2. EXAMEN CLINIQUE :	38
3. FORMES CLINIQUES :	39
V. ETUDE PARACLINIQUE :	41
A. Examens biologiques :	41
B. EXAMENS RADIOLOGIQUES :	41
1. Radiographie pulmonaire :	41
2. Echographie abdominale	41
3. La tomodensitométrie abdominale (TDM)	43
4. Imagerie par résonance magnétique :	44
5. L'hystérosalpingographie	45
C. Les explorations endoscopiques :	47
1. La cœlioscopie :	47
2. L'hystéroscopie :	49
D. EXAMEN HISTOLOGIQUE :	50
TRAITEMENT	51

LA TUBERCULOSE GENITALE

I. MOYENS THERAPEUTIQUES :	52
A. Traitement médical :	52
B. Traitement chirurgical :	55
II. INDICATIONS THERAPEUTIQUES :	57
EVOLUTION ET PRONOSTIC	58
I. EVOLUTION :	59
II. PRONOSTIC :	59
PREVENTION DE LA TUBERCULOSE	60
CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	70

LISTE DES ABREVIATIONS

ADA	: Adénosine désaminase
BAAR	: Bacille acido-alcool résistant
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
BK	: Bacille de KOCH
CA 125	: Antigène carcinologique 125
CBE	: Curetage biopsique de l'endomètre
DPP	: Dérivé protéique purifié
IDR	: Intradermoréaction à la tuberculine
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
ITL	: Infection tuberculeuse latente
LDH	: Lactate déshydrogénase
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PCR	: Polymerase chain reaction
PDC	: Produit de contraste
PEV	: Programme élargi de vaccination
PIT	: Primo-infection tuberculeuse
RD	: Région de différence
TDM	: Tomodensitométrie
VS	: Vitesse de sédimentation

INTRODUCTION

La tuberculose est un problème de santé publique dans les régions endémiques, elle a subi un recul spectaculaire grâce à l'amélioration des conditions de vie, la généralisation de la vaccination par le BCG et surtout l'apparition de l'efficacité croissante du traitement antituberculeux. (1,2)

Depuis quelques années, on assiste à une recrudescence de cette maladie aussi bien dans les pays développés que dans ceux en cours de développement. La pandémie du sida, l'augmentation du taux d'immigration et l'utilisation de plus en plus fréquente des immunosuppresseurs sont les principaux facteurs incriminés.

La tuberculose génitale se situe au Maroc à la cinquième place après la tuberculose pulmonaire, ganglionnaire, ostéo-articulaire et digestive ; Sa localisation pelvienne représente 6 à 10% dominée par l'atteinte tubaire, puis cervicale et endométriale. (11, 12,13)

La tuberculose génitale est une affection rare même en pays d'endémie, elle se définit par la présence de bacilles de KOCH (BK) au sein du tractus génital chez la femme. La forme tumorale de cette dernière représente 15% de l'ensemble des localisations pelviennes de la tuberculose elle se présente par un tableau clinique, radiologique et biologique qui fait fortement suspecter une tumeur de l'ovaire ou utérine. Cependant le diagnostic de certitude est basé essentiellement sur l'étude histologique des prélèvements effectués au cours de la laparotomie ou la laparoscopie. (7,14)

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence à partir de l'étude de dix observations de tuberculose génitale colligées au Service de Gynécologie Obstétrique 1 du centre hospitalier Hassan 2, durant la période de 2009 à 2015 :

- Les différents aspects épidémiologiques, étiopathogéniques, anatomocliniques, radiologiques et évolutifs.
- Les difficultés diagnostiques, la prise en charge thérapeutique, le pronostic, ainsi que les moyens de prévention.

OBSERVATIONS

1. OBSERVATION N° 1 :

Mlle FI âgée de 22 ans, célibataire, sans antécédent pathologique notable, hospitalisée pour prise en charge de douleurs pelviennes chroniques centrales atypiques sur un terrain d'apyrexie et d'amaigrissement non chiffré.

L'examen gynécologique n'a pas pu être fait vu que la patiente a été vierge. la taille de l'utérus a été difficile à apprécier à travers le toucher rectal. L'examen abdominal objective la présence d'une matité des flancs.

L'échographie pelvienne a montré un utérus de taille normale, l'ovaire droit est le siège d'une image hypoéchogène faisant 4,8cm de grand axe, l'ovaire gauche non vu, avec un épanchement intra péritonéal de moyenne abondance. Le bilan biologique était sans particularité.

Une imagerie par résonance magnétique pelvienne a révélé un hydrosalpinx bilatéral à contenu en hypo signal T2, non rehaussé après injection du produit de contraste, les ovaires sont normaux. (Figure 1)

La patiente a bénéficié d'une coéloscopie diagnostique objectivant la présence de multiples adhérences lâches, un pelvis adhérentiel, présence d'une lame d'ascite faite de liquide jaune citrin prélevée pour étude cytologique. L'utérus a été de taille normale, présence d'un hydrosalpinx bilatéral, l'ovaire droit augmenté de taille faisant 6cm. la patiente a bénéficié de biopsies multiples, dont les résultats anatomopathologiques sont en faveur d'une lésion granulomateuse avec nécrose caséuse au niveau des ovaires et du péritoine

LA TUBERCULOSE GENITALE

La patiente a été mise sous chimiothérapie anti-bacillaire :

Rifampicine 10mg/kg/jr, Isoniazide 5mg/kg/jr, Ethambutol 20mg/kg/jr

et Pyrazinamide 25mg/kg/jr pendant 2 mois puis relais par la Rifampicine 10mg/kg/jr et l'Isoniazide 5mg/kg/jr pendant 4 mois.

L'évolution à court terme est bonne.

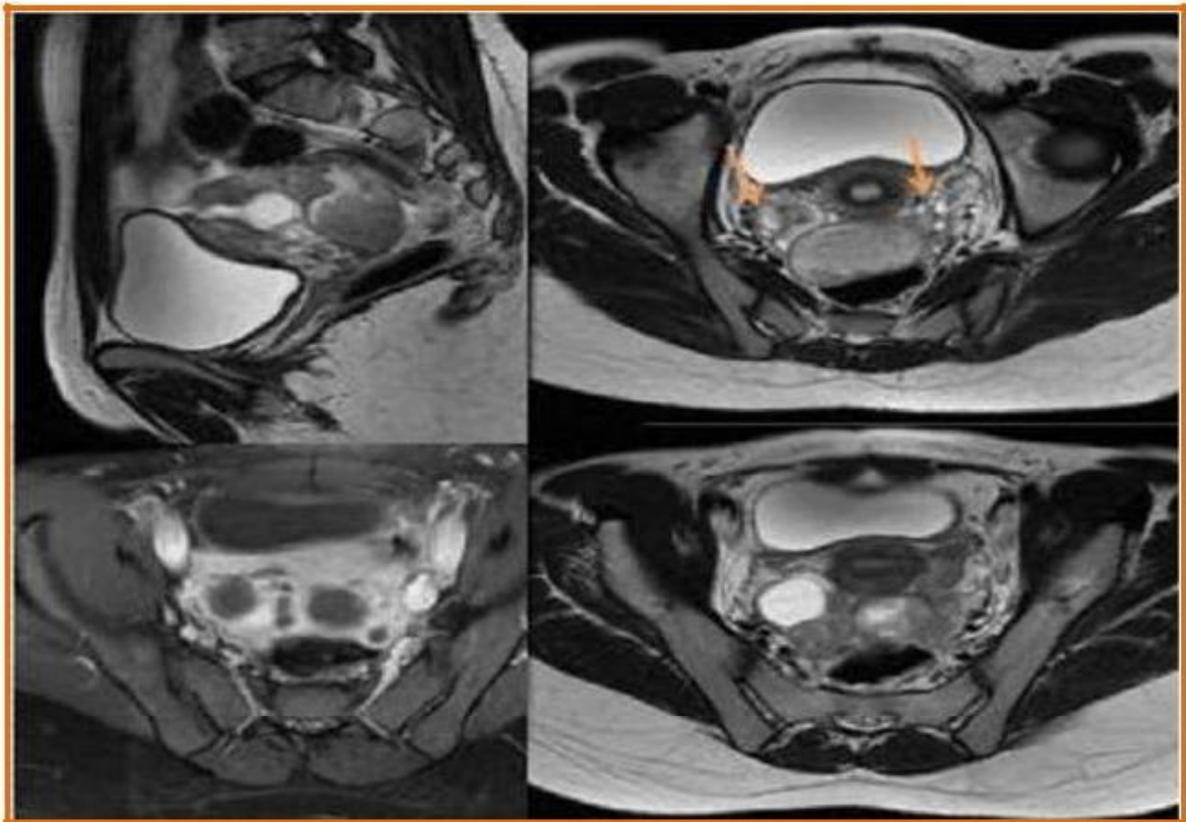


Figure 1 : IRM pelvienne : Hydrosalpinx bilatéral à contenu en hyposignal T2, non rehaussé après contraste. Noter la visualisation d'ovaires normaux (flèches oranges)

(Service de radiologie CHU Hassan II de Fès)

2. OBSERVATION N°2 :

Mlle KJ âgée de 16 ans, célibataire sans antécédents pathologiques notables, admise pour prise en charge de douleurs pelviennes, sans autres signes accompagnateurs, le tout évoluant dans un contexte d'asthénie et d'amaigrissement non chiffré.

L'examen clinique trouve une légère sensibilité de la fosse iliaque droite chez une patiente apyrétique, l'examen gynécologique n'a pas été fait.

Le bilan biologique était sans particularité.

Une échographie pelvienne a objectivé un utérus de taille normale avec deux images anéchogènes oblongues latéro-utérines faisant 7cm à droite et 6cm à gauche.

Une IRM pelvienne a révélé la présence de 2 formations liquidiennes latéro-utérines bilatérales de forme tubulé à paroi épaissie rehaussée après injection et contenant des cloisons incomplètes faisant évoquer un hydrosalpinx bilatéral, l'utérus et les ovaires sont d'aspect normal avec épanchement intra péritonéal de faible abondance. (Figure 2)

La patiente a bénéficié d'une exploration coelioscopique; au cours de laquelle les deux trompes étaient boudinées tortueuses et la présence de granulations péritonéales diffuses. la décision de réaliser une laparotomie au cours de laquelle nous avons réalisé une salpingectomie droite et annexectomie gauche (l'ovaire étant adhérent à la trompe).

Le résultat anatomopathologique était en faveur d'une tuberculose caséofolliculaire au niveau des trompes, de l'ovaire gauche et du péritoine.

La patiente a été mise sous traitement anti bacillaire 2ERHZ (Rifampicine 10m/kg/jr, Isoniazide 5mg/kg/jr, Ethambutol 20mg/kg/jr et Pyrazinamide

LA TUBERCULOSE GENITALE

10mg/kg/jr pendant 2 mois) / 4RH (Rifampicine 10mg/kg/je et Isoniazide

5mg/kg/jr pendant 4 mois). L'évolution clinique a été favorable

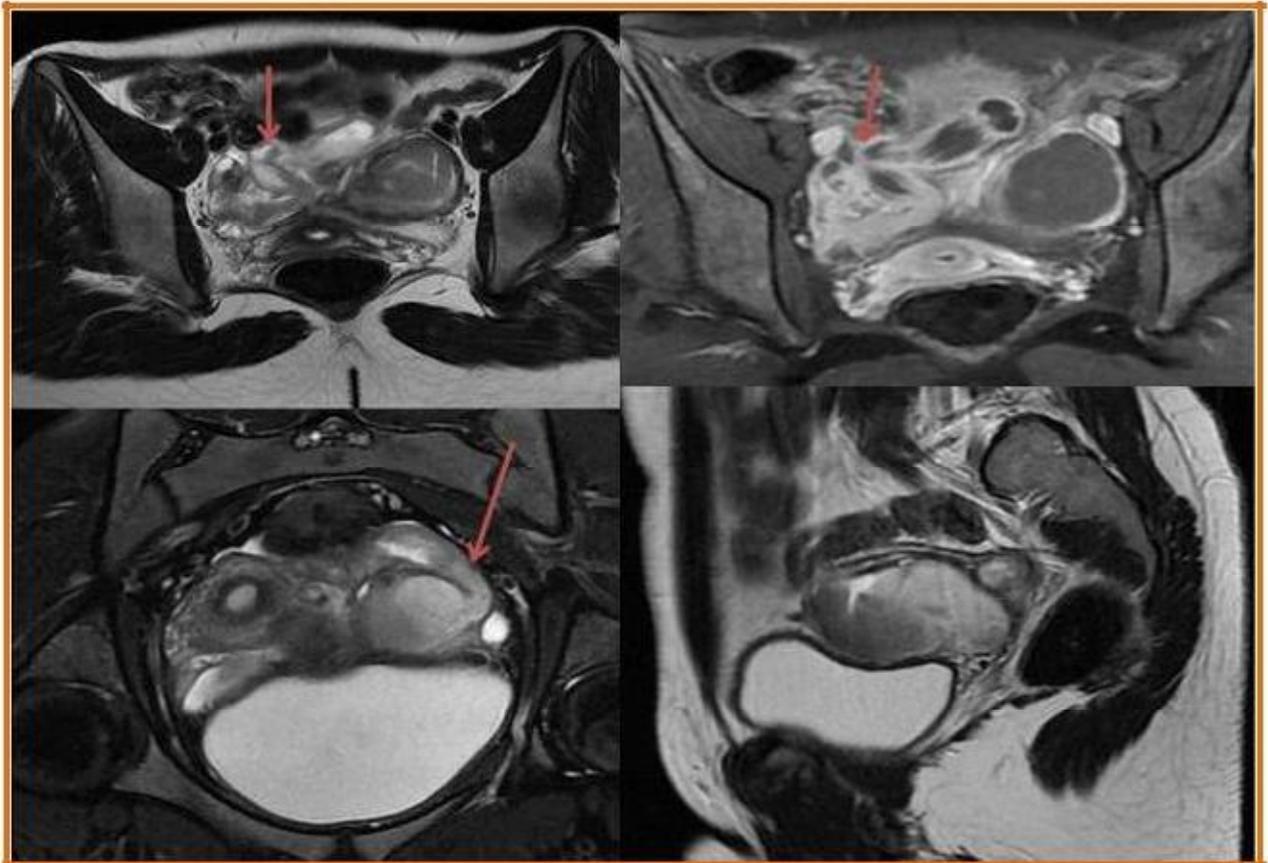


Figure 2 : IRM pelvienne : hydrosalpinx bilatéral à contenu en hyposignal T2 et à paroi rehaussée après contraste

(Service de radiologie CHU Hassan II)

3. OBSERVATION N°3 :

Mlle SC âgée de 18 ans, célibataire et sans antécédents pathologiques notables. Admise pour prise en charge de douleurs abdomino-pelviennes.

L'examen a noté une patiente en assez bon état général, apyrétique avec à l'examen abdominal la présence d'une matité abdominale diffuse. L'examen gynécologique n'a pas été fait.

L'échographie abdomino-pelvienne a révélé une ascite de grande abondance cloisonnée, l'utérus de taille normale et l'ovaire droit est le siège d'un kyste anéchogène d'allure fonctionnelle de 24/15mm de grand axe et vascularisé. (Figure3)

La radiographie thoracique est normale, et la recherche de BK dans les crachats est négative.

La tomодensitométrie a montré deux masses solido-kystiques latéro-utérines associées à une ascite encapsulante avec épaissement et réhaussement péritonéal, en faveur de tumeurs ovariennes avec carcinose péritonéale. (Figure 4)

Le taux de CA125 a été élevé (1766ui/l) et la recherche des BK dans les crachats est négative

La laparotomie découvre une ascite cloisonnée avec gâteau péritonéal dont l'examen extemporané revenant en faveur d'un remaniement inflammatoire.

La patiente a bénéficié d'une salpingectomie bilatérale devant l'aspect suspect des trompes : trompes très boudinées, tortueuses et dures. L'examen anatomopathologique révélant une tuberculose tubaire et péritonéale. la patiente a reçu une chimiothérapie anti bacillaire selon le protocole 2ERHZ/4RH avec une bonne évolution.



Figure 8 : Echographie pelvienne qui montre un kyste anéchogène ovarien droit.

Le bilan biologique standard était normal (Service de radiologie CHU Hassan II – Fès)

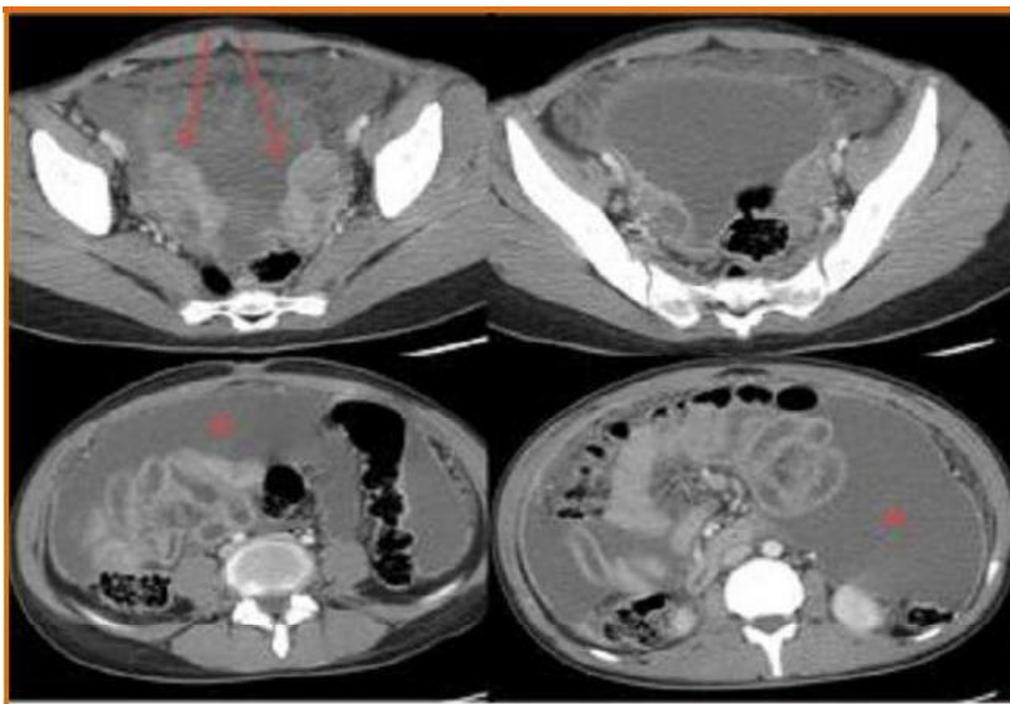


Figure 9 : TDM abdomino-pelvienne, après injection du produit de contraste, coupes axiales objective deux masses solido-kystiques latéro-utérines (flèches), associées à une ascite encapsulante (étoile) avec épaississement et rehaussement péritonéal, en faveur de tumeurs ovariennes avec carcinose péritonéale (Service de radiologie CHU Hassan II – Fès)

4. OBSERVATION N°4 :

Mme BY âgée de 40 ans, pauci pare, sans antécédents pathologiques notables, admise pour prise en charge d'une ascite de moyenne abondance.

L'examen clinique a révélé une matité diffuse et la taille utérine a été difficilement appréciable.

Le bilan biologique a révélé un taux de CA 125 élevé avec un test à la tuberculine négative et la recherche de BK dans les crachats a été négative. La radiographie thoracique a été normale.

Une échographie abdomino-pelvienne a objectivé la présence d'une ascite de moyenne abondance, un utérus de taille normale une image en rétro-utérine hétérogène, échogène, mal limitée par endroit, ne prenant pas le doppler couleur, les ovaires non vus. (Figure 5)

La tomodensitométrie abdominale a montré la présence de deux lésions tissulaires ovariennes bilatérales avec des adénopathies intra et rétro péritonéales ainsi qu'un épanchement intra péritonéal enkysté.

La décision de laparotomie a été prise au cours de laquelle l'exploration a permis d'objectiver la présence d'une ascite cloisonnée faite de liquide séro hémattique, un pelvis adhérentiel, avec présence d'une masse à surface irrégulière latéro et rétro utérine droite faisant 5cm. L'ovaire gauche a été vu mais l'ovaire controlatéral n'a pas été visualisé. L'examen extemporané de la coque de la collection est revenu en faveur de granulome inflammatoire avec nécrose caséuse, ce qui a été confirmé à l'examen anatomopathologique définitif avec un résultat en faveur d'une paroi tubaire dont l'épithélium est hyperplasique et le chorion est siège d'une lésion granulomateuse de tuberculose ovarienne avec nécrose caséuse. La biopsie des

LA TUBERCULOSE GENITALE

granulations a été en faveur de lésions granulomateuses et la cytologie du liquide péritonéal est en faveur d'un liquide inflammatoire.

La patiente a été déclarée sortante trois jours après avec des suites opératoires simples, mise sous chimiothérapie anti bacillaire à base de 2ERHZ/4RH.

L'évolution a été bonne.

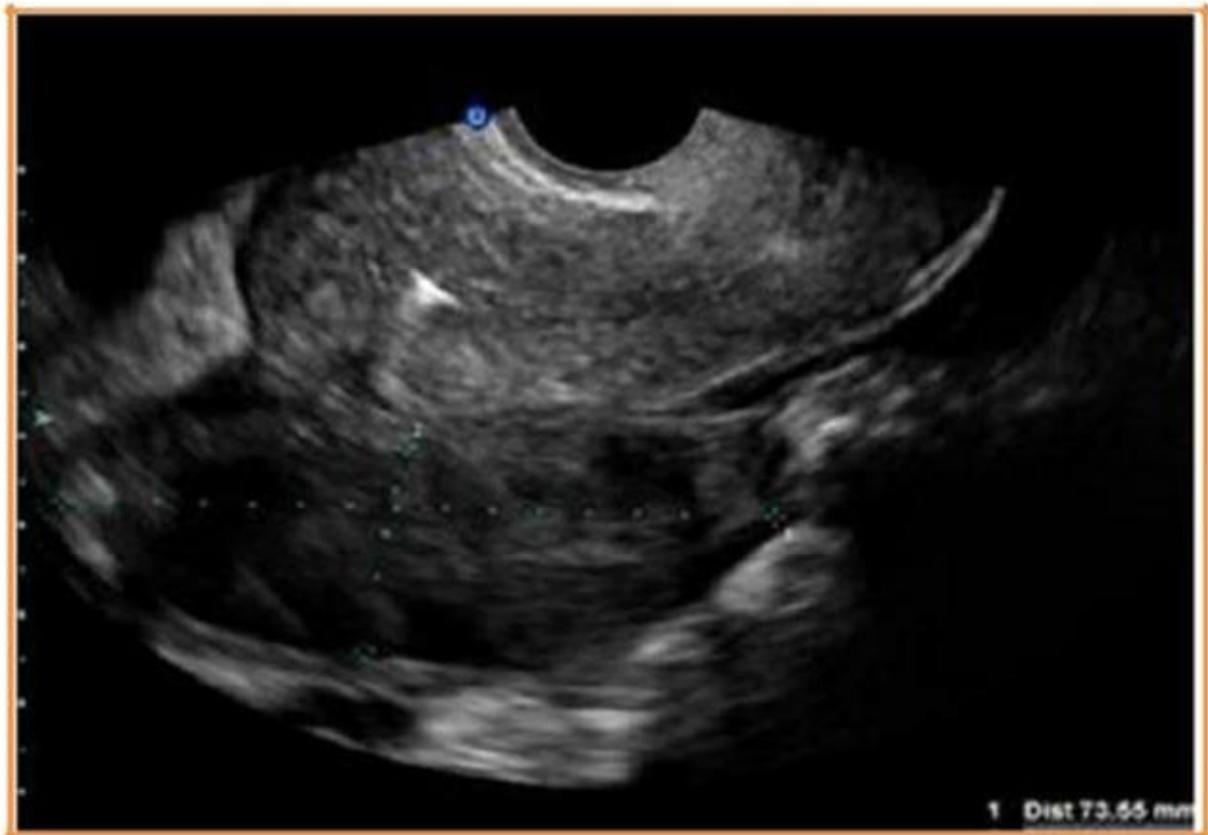


Figure 5 : Echographie endovaginale montre une image rétro-utérine hétérogène, échogène tissulaire ne prenant pas le doppler couleur
(Service de gynécologie obstétrique CHU Hassan II de Fès)

5. OBSERVATION N°5 :

Patiente S N de 20 ans , mariée , nulligeste sans antécédents pathologiques notables qui présente des douleurs pelviennes avec une augmentation progressive du volume abdominal le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général.

L'examen trouvait une matité abdominale diffuse à la percussion, l'examen gynécologique a objectivé la présence d'une masse latéro-utérine droite faisant 3 cm mobile par rapport aux plans superficiel et profond et d'une masse latéro-utérine gauche de 4 cm ayant les mêmes caractéristiques que l'autre.

L'échographie pelvienne a montré deux images hétérogènes latéro-utérines droite et gauche mesurant respectivement 47/35mm et 50mm de diamètre avec la présence d'un épanchement intra-péritonéal de moyenne abondance. (Figure 6)

La vitesse de sédimentation était accélérée à 50 mm à la 1^{ère} heure et à 90mm à la 2^{ème} heure.

La radiographie thoracique était normale et les 3BK crachat négatifs.

La patiente a bénéficié d'une laparotomie exploratrice dont l'exploration était difficile vu les multiples adhérences pariéto-digestives et épiplo-pariéto-digestives, la décision était de réaliser des biopsies péritonéales, épiploïques et adhérentielles.

Le résultat anatomopathologique était en faveur d'une tuberculose caséo-folliculaire péritonéale. La patiente a été mise sous traitement anti bacillaire sous Rifampicine 10mg/kg/jr, Isoniazide 5mg/kg/jr, Ethambutol 20mg/kg/j et Pyrazinamide 25mg/kg/je pendant 2 mois et Rifampicine 10mg/kg/j et Isoniazide 5mg/kg/jr pendant 4 mois.

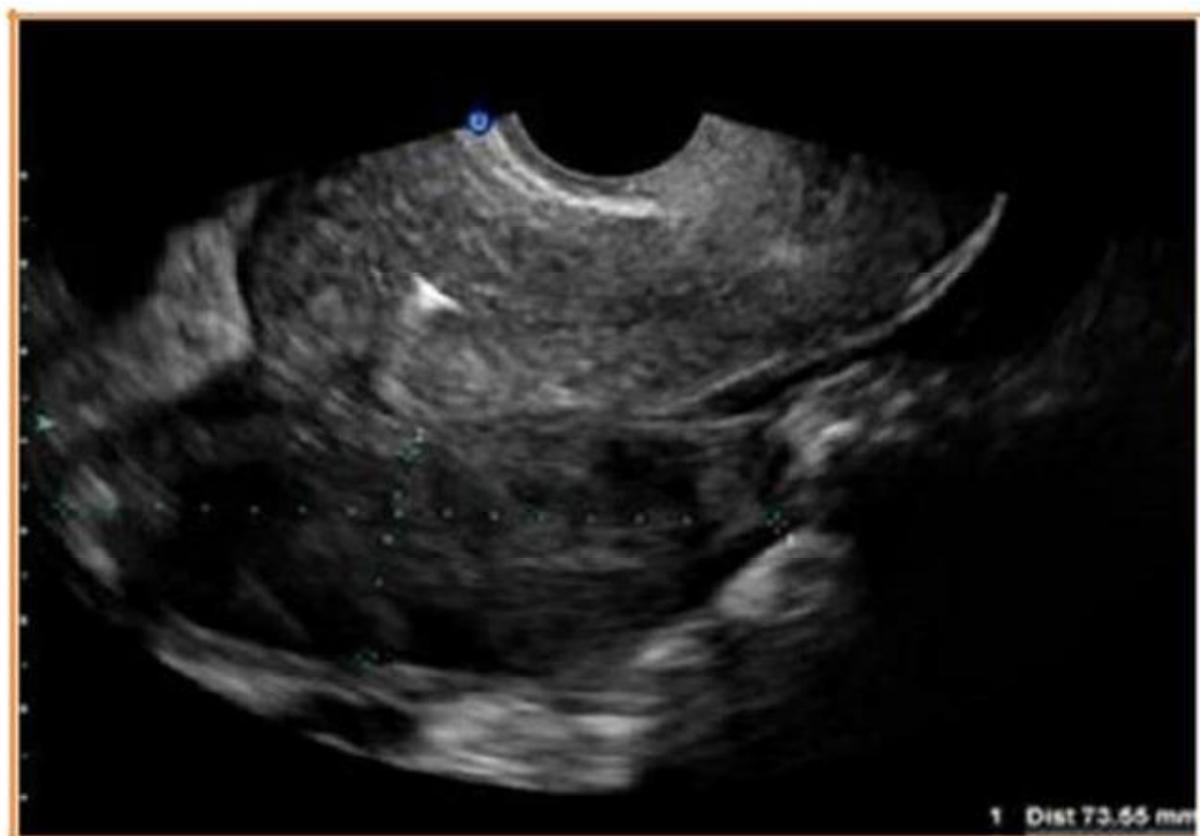


Figure 5 : Echographie endovaginale montre une image rétroutérine hétérogène, échogène tissulaire ne prenant pas le doppler couleur
(Service de gynécologie obstétrique CHU Hassan II de Fès)



Figure 6 : Echographie pelvienne montrant deux images latéro-utérines droites et gauches (Service de gynécologie obstétrique CHU Hassan II de Fès)

6. OBSERVATION N°6 :

Patiente âgée de 60 ans, admise au service pour des métrorragies post ménopausiques associées à des douleurs pelviennes chroniques.

L'examen a noté une patiente en bon état général.

L'examen gynécologique trouve un col aspiré avec des stigmates de sang et un utérus de taille normale sans masse ou sensibilité latéro-utérine au toucher vaginal.

L'échographie pelvienne a objectivé une image anéchogène occupant presque toute la cavité faisant évoquer une hématométrie ou hydrométrie (figure 7). Le bilan biologique était sans particularité.

Une hystéroscopie diagnostique a été proposée pour la malade mais le col était infranchissable malgré la mise de la patiente sous prostaglandines de synthèse.

Une IRM pelvienne faite a confirmé l'absence de lésion suspecte endométriale. Le frottis cervico vaginal était atrophique avec un fond inflammatoire.

L'exploration cœlioscopique a mis en évidence des adhérences épiplo-pariétale lâche, vésico-utérine et épiploo-utérine avec un allongement hypertrophique du col d'où la conversion en laparotomie pour éventuelle hystérectomie et annexectomie bilatérale.

Le résultat anatomopathologique de la pièce opératoire était en faveur d'une tuberculose caséo-folliculaire tubaire gauche, une endocervicite chronique avec un endomètre atrophique.

Les suites post opératoires étaient simples, la patiente a été mise sous traitement anti-bacillaire avec une bonne réponse.



Figure 7 : Echographie pelvienne qui montre une image anéchogène occupant presque la totalité de la cavité utérine (Service de gynécologie obstétrique CHU Hassan II de Fès)

7. OBSERVATION N° 7 :

Patiente de 26 ans, G1P1, sans antécédents pathologiques notables qui accuse des douleurs pelviennes latéralisées à droite avec asthénie et amaigrissement non chiffré.

L'examen à l'admission note la présence d'une masse latéro-utérine droite de 6 cm, rénitente mobile par rapport aux deux plans avec un sillon de séparation avec l'utérus qui est de taille normale.

La BHCG était négative, le bilan biologique était normal.

L'échographie pelvienne a objectivé une image hétérogène avec une composante hyperéchogène latéro-utérine droite sans épanchement intra-péritonéal. (Figure 8)

Une TDM pelvienne réalisée a montré la présence d'une grosse masse polylobée finement calcifiée pelvienne médiane de 60/40mm probablement ovarienne.(Figure9)

La décision était de réaliser une laparotomie exploratrice dont l'exploration a mis en évidence une masse au dépend de l'ovaire droit faisant 6cm sans végétations avec une fine lame d'épanchement prélevé pour cytologie, une annexectomie droite a été réalisée avec des multiples biopsies.

L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé une tuberculose ovarienne.la patiente a été mise sous traitement anti bacillaire.L'évolution était bonne.



Figure 8 : Echographie pelvienne: image hétérogène latéro-utérine droite
(Service de gynécologie obstétrique I CHU Hassan II de Fès)

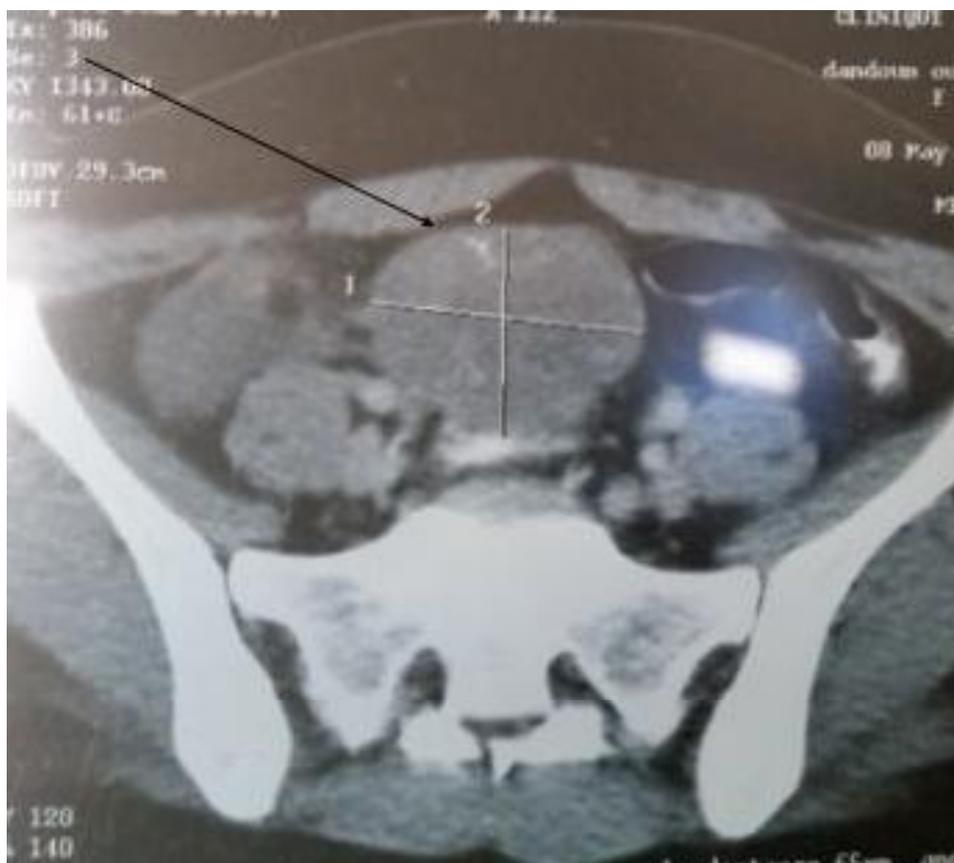


Figure 17 : TDM pelvienne montrant une image médiane tissulaire

8. OBSERVATION N°8 :

Mme âgée de 74 ans, ménopausée, admise dans notre formation pour prise en charge d'une ascite de grande abondance avec épanchement pleural associé évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général.

A l'admission la patiente était stable sur le plan hémodynamique avec à l'examen clinique une matité abdominale diffuse, la taille de l'utérus était difficile à apprécier.

L'échographie pelvienne a montré une image intra cavitaire hétérogène faisant évoquer une pyrométrie avec une image latéro-utérine de 34 mm échogène hétérogène avec une ascite de grande abondance. (Figure 10)

Le bilan biologique était sans anomalie

La radiographie pulmonaire a objectivé une pleurésie droite de moyenne abondance, la recherche de BK dans les crachats était négative.

Une ponction-biopsie pleurale réalisée revenant en faveur de remaniements inflammatoires sans signes de malignité.

La patiente a bénéficié d'une hystéroscopie diagnostique avec curetage biopsique de l'endomètre (figure 17) et d'une minilaparatomie avec réalisation de biopsies multiples.

Le résultat anatomo-pathologique est revenu en faveur d'une tuberculose caséo-folliculaire.

La patiente a reçu un traitement anti bacillaire pendant six mois avec bonne évolution clinique



Figure 10 : Echographie pelvienne : image échogène de tonalité liquidienne intracavitaire. (Service de gynécologie obstétrique CHU Hassan II de Fès)



Figure 11 : aspect macroscopique du produit de curetage de l'endomètre

9. OBSERVATION N°9 :

Patiente âgée de 26 ans mariée et mère d'un enfant sans antécédents pathologiques qui présente depuis 4 mois des métrorragies avec des douleurs pelviennes atypiques évoluant dans un contexte d'amaigrissement et d'anorexie.

A l'admission, les constantes étaient normales avec à l'examen gynécologique : la présence d'une masse rénitente latéro-utérine droite faisant

80mm de grand axe avec sillon de séparation avec l'utérus qui est de taille normale.

La BHCG était négative.

Une échographie pelvienne réalisée a montré une image latéro-utérine droite de 8 cm multi cloisonnée avec un contenu finement échogène, utérus de taille normale avec absence d'épanchement intra péritonéal. (Figure 12)

La vitesse de sédimentation était accélérée à 83mm à la 1ère heure et à 113mm à la 2ème heure, le reste du bilan biologique standard était normal.

Le taux sérique de l'antigène carcinoembryonnaire (CA125) était à 593U/ml .Le bilan physiologique était normal

La patiente a bénéficié d'une laparotomie exploratrice dont l'exploration a objectivé des adhérences multiples intestino-épiploïques avec des végétations en tête d'épingle, utérus palpé non vue et annexes non vues, de multiples biopsies.

L'étude anatomopathologique a révélé des lésions granulomateuses épithélioïdes et giganto-cellulaires sans nécrose caséuse évoquant en premier une origine tuberculose.

La patiente était mise sous chimiothérapie anti bacillaire : Rifampicine 10mg/kg/jr, Isoniazide 5mg/kg/jr, Ethambutol 20mg/kg/jr et Pyrazinamide 25

LA TUBERCULOSE GENITALE

mg/kg/jr pendant 2 mois puis Rifampicine 10mg/kg/jr et Isoniazide 5 mg/kg/jr avec une nette amélioration clinique, l'échographie de contrôle était sans particularité.



Figure 12: Echographie pelvienne: masse latéro-utérine droite de 8cm
(Service de gynécologie obstétrique CHU HASSAN II de Fès)

10. Observation n°10 :

Patiente de 32 ans, mère d'un enfant, sans antécédents pathologiques notables qui a présenté une augmentation progressive du volume abdominal avec des douleurs pelviennes chroniques, le tout évoluant dans un contexte d'asthénie et d'anorexie.

L'examen abdominal a objectivé une matité abdominale diffuse avec un examen gynécologique sans anomalie, BHCG demandé était normale.

Une échographie abdomino-pelvienne réalisée ayant objectivé la présence de deux images latéro-utérines droite et gauche hétérogènes mesurant respectivement 44/25mm et 35/20mm avec une ascite cloisonnée. (Figure 13)

La numération de la formule sanguine a montré une anémie hypochrome microcytaire avec une lymphopénie à 800. la radiographie thoracique était normale.

La TDM abdominale a mis en évidence deux masses latéro-utérines solido-kystiques sans localisation secondaire abdominale avec une ascite de grande abondance encapsulante.

L'exploration par laparotomie exploratrice a objectivé la présence d'une ascite de moyenne abondance d'aspect jaune citrin aspiré avec la présence de multiples logettes détruites avec des fausses membranes blanchâtres prélevé pour étude anatomopathologique, de multiples granulations infra-centimétriques blanchâtres diffuses sur tout le pelvis et les anses digestives agglutinés, l'exploration des annexes était difficile vu les adhérences.

On a procédé à des biopsies multiples dont l'étude anatomopathologique a confirmé une tuberculose caséofolliculaire péritonéale.

La patiente a été mise sous traitement anti bacillaire selon le protocole 2ERHZ/4RH. L'évolution était favorable avec une échographie pelvienne normale après un an du traitement.



Figure 13 : Echographie pelvienne objectivant une masse latéro-utérine droite hétérogène

(Service de gynécologie obstétrique CHU Hassan II de Fès)

DISCUSSION

I. EPIDEMIOLOGIE :

1. Fréquence :

La maladie tuberculeuse représente un problème de santé mondiale majeur.

Au Maroc, la prévalence actuelle de la tuberculose est de 82/100000 habitants (25 562 nouveaux cas en 2008), et le taux de létalité est de 4%(31)

La tuberculose génitale ne représente que 6 à 10% des tuberculoses ; dans la plupart des études les trompes de Fallope ont été touchées (100% des cas), suivies par l'endomètre (50% des cas), les ovaires (20% des cas), le col (5%) puis la vulve et le vagin (<1%) (7, 32,33)

2. Terrain :

La notion de terrain est une étape essentielle qui oriente le clinicien vers le diagnostic, à savoir l'âge, le niveau socio-économique, la notion de contagement tuberculeux, la vaccination et les antécédents tuberculeux (124)

2.1. AGE :

Le diagnostic de la tuberculose pelvi-péritonéale est classiquement porté chez une femme en période d'activité génitale avec une prédominance pour la tranche d'âge située entre 20 et 40 ans(13,36).

A propos de notre série, l'âge moyen était de 43ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 70 ans

2.2. Niveau socio-économique :

Les mauvaises conditions d'hygiène et la promiscuité sont reconnues comme étant les facteurs favorisant l'émergence de la tuberculose. (42,43)

Dans l'étude d'AMOURI (3), l'origine rurale a été notée dans 71,4% des cas, elle représenté 70% dans la série de THOREAU. (38)

A propos de notre série, on constate que toutes nos patientes étaient de bas niveau socio-économique, l'origine rurale a été retrouvée chez 80% des patientes.

2.3. Notion de contag tuberculeux :

Dans l'étude de BELMAHI (41), la notion de contag tuberculeux a été retrouvée dans 8,7% des cas.

Dans notre série, la notion de contag tuberculeux n'a pas été retrouvée.

2.4. Vaccination :

La vaccination par le BCG est devenue obligatoire au Maroc dès la naissance.

La notion de vaccination dans les antécédents ne doit en aucun cas écarter le diagnostic de tuberculose.

Dans notre série, la cicatrice de vaccination n'a pas été recherchée.

II. ETIOPATHOGENIE :

Deux modes de contamination de l'appareil génital peuvent être distingués :

1. Voie indirecte :

a. Voie hématogène :

Décrite par MARFAN en 1894, une bacillémie occasionnée par une décharge hématogène en provenance d'une tuberculose parenchymateuse pulmonaire ayant disparue sans laisser de signes radiologiques, expliquerait l'atteinte pelvienne.

C'est la voie d'infection la plus fréquente (4, 5, 7, 32,36), classiquement secondaire à un foyer tuberculeux primaire, le plus souvent pulmonaire (36,46).

b. lymphatique :

L'atteinte se fait par voie rétrograde, beaucoup plus rare, elle se fait à partir de ganglions tuberculeux pelviens (48,50)

c. Par contiguïté :

La contamination par contiguïté à partir d'un foyer tuberculeux intra abdominal est possible mais rare. (48,50)

2. Voie directe :

Cette voie est rare et doit faire rechercher un contage vénérien .Elle se fait à partir des rapports sexuels ou d'objets de toilette souillés.(49,50)

III. ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES :

1.1. Lésions macroscopiques élémentaires :

Les lésions macroscopiques élémentaires se répartissent en lésions nodulaires qui sont classées en fonction de leur taille en granulations miliaires , tubercules miliaires et tubercules enkystés, et les infiltrations qui sont des lésions mal limitées, un peu grisâtres, et enfin Les lésions secondaires.

1.2. Lésions histopathologiques élémentaires :

Elles regroupent le granulome inflammatoire spécifique, constitué de cellules épithéloïdes (histiocytes) et de cellules géantes multi-nuclées, justifiant leur appellation de « granulome épithélio-giganto-cellulaire » (Figure 14). Et la nécrose caséuse qui représente un foyer de destruction tissulaire qui, associé aux lésions précédentes constitue un argument majeur, quasi-spécifique, en faveur de la tuberculose (Figure 15). (32,51)

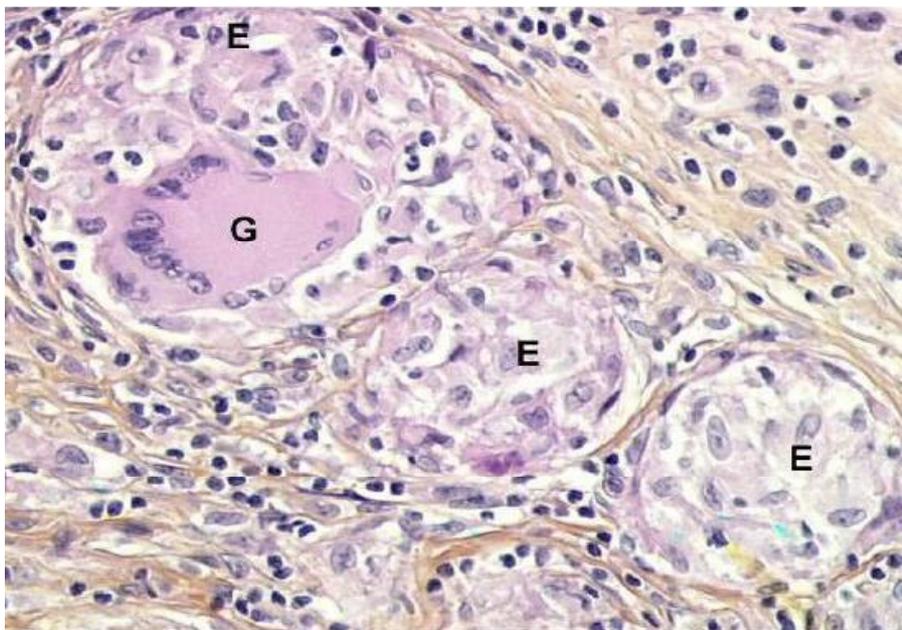


Figure 14 : Cellules épithéloïdes (E) et géante (G)

Microscopie : follicule (granulome épithélioïde et giganto-cellulaire)

(<http://anapath-paris7.aphp.fr/chap05/chapit05.htm>)

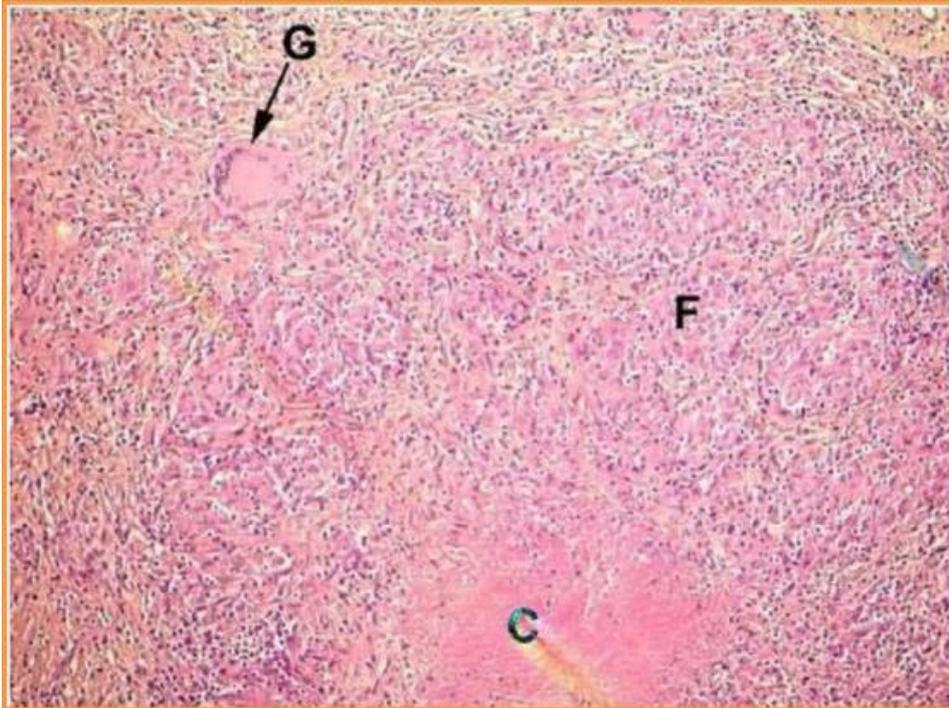


Figure 15 : Lésion caséo-folliculaire

(<http://anapath-paris7.aphp.fr/chap05/chapit05.htm>)

Petit foyer de nécrose caséuse (C) entouré d'une importante réaction folliculaire (F), avec une cellule géante (G). Microscopie : lésion caséo-folliculaire

IV. LES ASPECTS ANATOMO-CLINIQUES

1. La tuberculose ovarienne :

Ø Forme isolée :(48,55)

L'atteinte ovarienne isolée est rare, Elle peut revêtir l'aspect d'un abcès froid, il est souvent bilatéral à contenu purulent. Il se traduit souvent par des douleurs abdominales et une sensation de pesanteur pelvienne.

Les touchers pelviens découvrent une masse uni ou bilatérale, latéro-utérine, molle et relativement mobile, bien limitée.

L'échographie pelvienne précisera les caractères de cette masse et éliminera un kyste de l'ovaire.

Ø Forme associée :

+A la tuberculose péritonéale :

Elle associe plusieurs formes :

a. Forme ascitique :

L'épanchement liquidien s'associe à une réaction péritonéale faite de granulations miliaires. L'ascite est généralement libre, d'installation progressive et d'abondance variable. (8, 56,57)

b. Forme ulcéro-caséuse :

Elle est caractérisée par des tubercules de taille variable pouvant confluer et former des amas caséux. Elle se traduit cliniquement par un empâtement diffus ou de véritables gâteaux péritonéaux correspondant au grand épiploon rétracté. (32, 61,57)

c. Forme fibro-adhésive :

Dans cette forme, la tendance sclérogène du processus tuberculeux domine. se manifeste cliniquement par des douleurs abdominales diffuses, un syndrome

subocclusif qui amène souvent à faire une intervention chirurgicale en urgence. (32, 56, 58, 59)

d. Forme encapsulante :

Elle est caractérisée par une membrane blanche nacrée, dure qui emprisonne une partie plus ou moins importante de l'intestin, ou du grand épiploon à l'intérieur d'une sorte de sac.

Elle se manifeste cliniquement par une masse abdominale, avec un signe principal qui est la sonorité paradoxale. (60)

2. La tuberculose des trompes : (32,62)

La tuberculose tubaire est constante au cours de la tuberculose génitale, elle présente le premier temps de l'infestation bacillaire de l'appareil génital. Elle peut être isolée ou associée à une atteinte péritonéale.

Ø Macroscopie :

Les différentes formes anatomo-cliniques rencontrées sont :

+ **Formes miliaires** : elles peuvent être aiguës subaigües ou chroniques, sèches ou ascitiques avec de nombreuses granulations péritonéales et des trompes rouges congestives.

+ **Formes ulcéreuses et fibro-caséuses** : elles s'accompagnent de pelvipéritonite, les trompes sont bouchées dures ou ramollies et agglutinées avec les ovaires dans un magma qui comble le douglas.

+ **Formes avec un épanchement** : elles sont intra-tubaires à type d'hydrosalpinx, de pyosalpinx ou d'abcès froid tubaire.

Ø Microscopie :

Dans les cas typiques, la paroi est parsemée de follicules giganto-épithéloïdes de Koester

3. La tuberculose du corps utérin : (32, 48, 63,64)

L'atteinte de l'endomètre représente 60 à 79 % des cas de tuberculose génitale dans les différentes statistiques, alors que celle du myomètre est plus rare : 20% des cas.

ØAtteinte de l'endomètre :

+**Macroscopie** : dans 96% des cas la muqueuse utérine peut avoir un aspect normal, dans 4% des cas on retrouve des ulcérations ou des granulations ou des proliférations hypertrophiques fongueuses.

+**Microscopie** : La lésion la plus typique est constituée par des lésions caséo-folliculaires ou des follicules giganto-cellulaires et épithéloïdes.

ØAtteinte du myomètre:

Se présente sous deux formes :

+ ***Tuberculose caséuse***

+ ***Tuberculose interstitielle sclérosante***

4. La tuberculose du col utérin :

La fréquence est en moyenne de 5% à 10%.(50, 64,65)

ØMacroscopie :

Le col peut apparaitre normal ou être augmenté de volume sous forme d'une tumeur bourgeonnante simulant un cancer. (50, 66, 67)

- ***Forme miliaire*** : représente 7 % des cas observés, réalisant des granulations jaunâtres ou transparentes sur la muqueuse cervicale.

- ***Forme végétante*** : la plus fréquente, se confond à première vue avec le cancer ; elle réalise une excroissance papillaire jaunâtre, friable et saignante.

- ***Forme ulcéreuse*** : retrouvée dans 25% des cas, est caractérisée par une ou plusieurs ulcérations.

- **Forme interstitielle** : réalise un gros col infiltré dans toute son épaisseur par des nodules tuberculeux qui confluent pour former des abcès froids.

La localisation endocervicale risque de passer inaperçue et de ne se révéler que lorsque les lésions s'extériorisent à l'orifice cervical.

Ø **Microscopie :**

Il existe de multiples granulomes ou tubercules caractérisés par une nécrose caséuse centrale entourée de cellules épithéloïdes, d'histiocytes et de cellules multinuclées.

5. La tuberculose du vagin :(48)

L'atteinte vaginale est rare, elle se fait par contiguïté à cause de la résistance particulière de la muqueuse à l'infection.

Classiquement on retrouve deux formes : forme miliaire et forme ulcéreuse :

6. La tuberculose vulvaire : (48, 68,69)

La localisation vulvaire est exceptionnelle et représente moins de 1% des cas.

On distingue trois formes : forme miliaire, ulcéreuse et hypertrophique

V. DIAGNOSIC

A. CLINIQUE :

1. Motif de consultation :

Les signes cliniques qui amènent les malades à consulter sont multiples et variables, ces signes n'ont aucun caractère spécifique. (4, 7, 12,29)

Ils sont résumés dans le tableau suivant :

Algies pelviennes	Métrorragies
Distension abdominale	Infertilité
Troubles menstruels	Signes généraux

2. Examen clinique :

Il s'avère très riche par rapport aux formes latentes, mais il reste le plus souvent trompeur n'évoquant que très rarement le diagnostic de la tuberculose. L'examen clinique peut objectiver :

2.1. Masse abdominale : (4, 5,7, 9,74, 86,)

Elle peut être révélée à l'examen abdominale sous forme de masse abdomino-pelvienne et /ou au toucher vaginal (toucher rectal chez la vierge) sous forme de masse latéro-utérine uni ou bilatérale.

Dans notre série, une masse latéro-utérine a été notée chez trois patientes

2.2. Ascite :(4, 8,13, 38, 87,88)

Elle est d'abondance variable, généralement de moyenne abondance.

Dans notre série, l'ascite a été décelée cliniquement chez six patientes.

2.3. Le reste de l'examen somatique :

Il doit être réalisé de façon systématique à la recherche d'une autre localisation tuberculeuse.

3. Formes cliniques :

3.1. Les formes ascitiques :

Elles correspondent aux tuberculoses annexielles s'accompagnant d'une miliaire de la séreuse péritonéale. (6,57,58)

Le début est souvent insidieux, mais La période d'état est marquée par une accentuation des signes généraux. (6, 57,58) Son évolution peut être favorable sans traitement au prix de diverses séquelles

3.2. Les Pelvipéritonites tuberculeuses : (89)

Sur le plan anatomique, les lésions vont de la salpingite catarrhale au pyosalpinx avec une participation péritonéale plus ou moins importante, caséuse puis fibreuse. son diagnostic repose sur des données cliniques et les examens complémentaires:

3.3. Tuberculose annexielle sans participation péritonéale

Elle peut revêtir deux aspects:

3.3.1. L'abcès froid :

C'est une lésion souvent bilatérale à contenu purulent, qui se traduit souvent par des douleurs bilatérales et une sensation de pesanteur pelvienne

3.3.2. L'hydro- et l'hématosalpinx :

Viennent après une longue évolution soit d'une salpingite tuberculeuse, soit d'un abcès froid. (5,7)

3.4. La tuberculose ovarienne :

3.4.1. Forme tumorale :

Elle représente 15% de l'ensemble des localisations pelviennes de la tuberculose, elle peut se rencontrer à tout âge avec une prédilection chez les jeunes femmes âgées de 20 à 30 ans. (4,7) elle peut parfois simuler le cancer de l'ovaire.

3.4.2. Forme latente ou inapparente :

Le mode de contamination est dominé par la voie hématogène provenant d'un autre foyer, avec une atteinte initiale des trompes réalisant un tableau de salpingite. (62,72, 92)

3.4.3. Forme pseudo-chirurgicale :

Elle est rare, réalisant le tableau d'un abdomen aigu et c'est la laparotomie qui redresse le diagnostic de tuberculose. (15, 78)

3.5. Formes associées :

3.5.1. Formes associées à un cancer ovarien :

Il n'existe dans la littérature que peu de cas où un cancer a pu être associé avec une tuberculose (4, 95,96)

3.5.2. Formes associées à un autre foyer tuberculeux :

La tuberculose ovarienne peut être associée à une autre localisation tuberculeuse notamment pulmonaire et digestive. Dans notre série, il n'y avait pas de signes d'appel pleuro-pulmonaire.

3.6. La Tuberculose génitale basse :

La localisation de la tuberculose au col de l'utérus, au vagin et à la vulve est d'observation très rare. C'est dans ces formes que l'on discute la possibilité d'inoculation directe par contagion sexuelle, mais le plus souvent il s'agit de lésions secondaires à une atteinte tubulaire.

VI. ETUDE PARACLINIQUE :

A. Examens biologiques :

Sont résumés dans le tableau suivant :

Examens biologiques	Caractéristiques
Hémogramme	Peu spécifique
Vitesse de sédimentation	<ul style="list-style-type: none"> • accélérée • si elle es normale, elle n'élimine pas la tuberculose
Intradermoréaction à la tuberculine	<ul style="list-style-type: none"> • est controversé • L'interprétation est en fonction de la réaction locale et du contexte
Etude du liquide d'ascite	Permet une orientation diagnostique
Sérologie tuberculeuse ELISA	<ul style="list-style-type: none"> • Sérodiagnostic de tuberculose extra pulmonaire • Très utilisé actuellement
Dosage sérique de CA125	Marqueur indirecte du diagnostic et de l'évolution de la tuberculose péritonéale

B. Examens radiologiques :

1. Radiographie pulmonaire :

Dans les cas rapportés dans la littérature, le cliché pulmonaire est souvent normal (4,7,38) il permet de rechercher une atteinte parenchymateuse ou ganglionnaire ou pleurale.

2. Echographie abdominale :

L'échographie abdomino-pelvienne a l'avantage d'être un examen peu invasif et peu couteux ; elle est pratiquée actuellement comme une exploration de première intention.

Elle permet de mettre en évidence les signes qui aident à évoquer le diagnostic et la plupart des cas elle oriente vers la pathologie tumorale dans le cadre de la tuberculose pseudo-tumorale (4, 7,13).

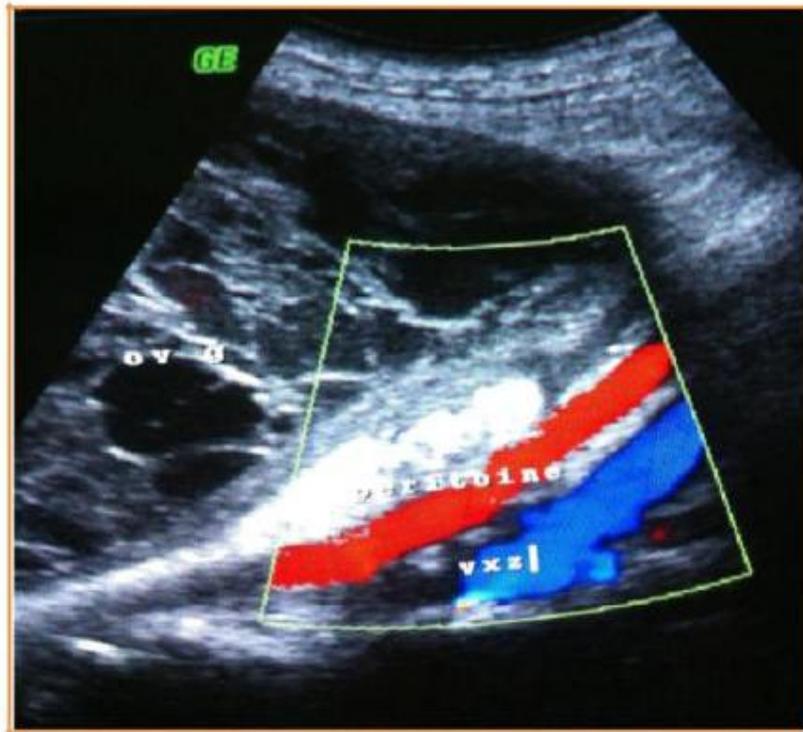


Figure 16 : Echographie pelvienne: énorme masse hétérogène à contenu mixte arrivant au contact intime de l'utérus et des vaisseaux iliaques avec épaissement péritonéal en regard (4)



Figure 17 : aspect échographique montrant la ligne d'interface suivie jusqu'au fond ou on note la présence d'une image hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur

3. La tomодensitométrie abdominale (TDM)

Elle permet de mieux analyser les lésions échographiques et de faire le bilan d'extension. Elle est cependant peu spécifique, sa sensibilité dans le diagnostic de présomption de la tuberculose est voisine de 70%. (99,38)



Figure 18: Examen tomодensitométrique du pelvis après injection du PDC montre deux formations pelviennes à parois épaissies, réhaussées intensément par le contraste avec une zone centrale hypodense. (71)

4. Imagerie par résonance magnétique :

Elle permet une meilleure caractérisation par rapport au scanner, elle localise les lésions pelviennes et identifie leurs origines ; L'IRM aide à éviter une laparotomie chez certaines patientes. (135)

Les anomalies péritonéales observées en IRM sont également mises en évidence en TDM : masse solido-kystique, ascite, épaissement péritonéal, nodules péritonéaux et adénopathies abdominales. (71)

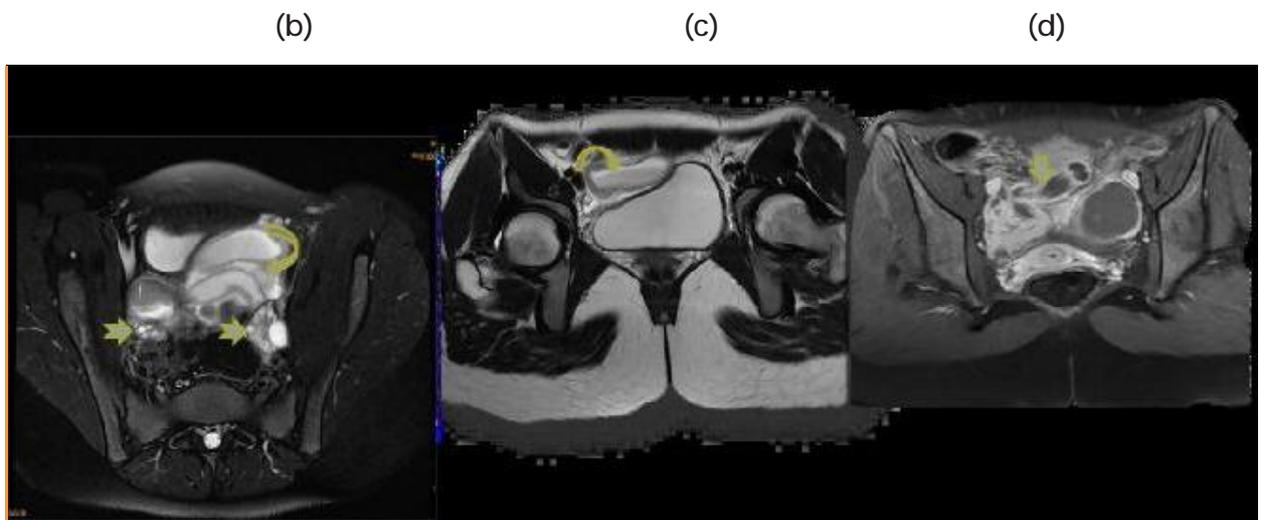


Figure 19 : IRM pelvienne coupes axiales a,b,c :séquences T2 ; d : T1 gado+ :
Présence de deux formations liquidiennes latéro-utérines bilatérales de forme tubulée (a), à parois épaissi rehaussée après injection du PC (d). Le contenu de ces lésions est en hétéro signal avec un niveau liquide par endroit (c). (135)

5. L'hystérosalpingographie : (12, 29, 81, 141, 142 ,143)

C'est un examen non invasif qui permet d'évaluer la perméabilité des trompes et d'avoir une vue de la cavité utérine.

Les aspects radiographiques de la tuberculose génitale ont largement été décrits dans les formes macro lésionnelles, les images rencontrées permettent à elles seules d'affirmer la tuberculose tandis que dans les formes micro lésionnelles elles ne permettent que de suspecter le diagnostic.



Figure 20 : HSG qui montre une cavité utérine irrégulière avec un aspect en feuille de trèfle (143)



Figure 21 : HSG objectivant un aspect rigide des trompes
(Aspect en tuyau de pipe) (141)

C. Les explorations endoscopiques :

1. La cœlioscopie :

La laparoscopie représente actuellement le moyen indispensable pour le diagnostic de certitude de la tuberculose ovarienne et le diagnostic différentiel avec le cancer de l'ovaire. (4, 7,13, 38, 79, 148,149)

La cœlioscopie présente un intérêt majeur pour: le diagnostic, le bilan d'extension et l'appréciation de l'évolutivité.

Certaines anomalies visualisées par cœlioscopie et par laparotomie sont évocatrices d'une origine tuberculeuse, notamment : (38,161)

- **de multiples granulations blanchâtres péritonéales et tubaires,**
- **un liquide d'aspect caséux,**
- **des sténoses étagées des trompes.**
- **Des dépôts miliaires et des granulations,**
- **La présence d'adhérences**

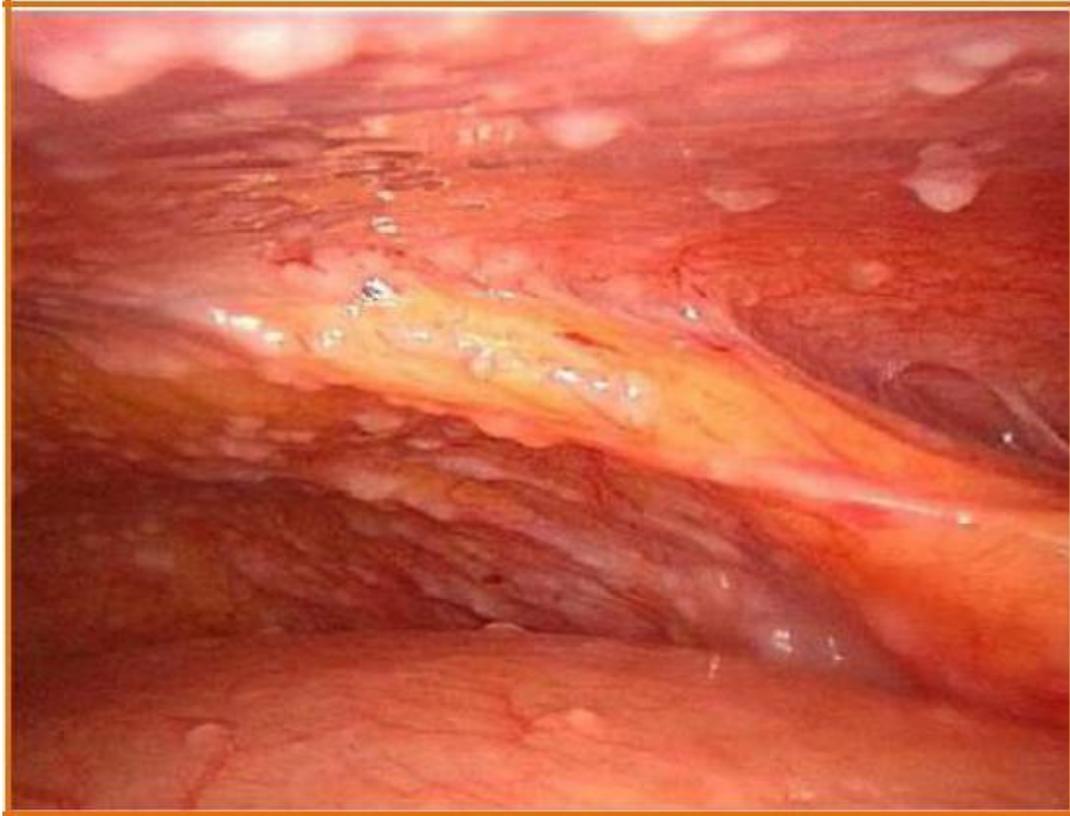


Figure 22: Des lésions nodulaires diffuses sur la surface péritonéale. (156)

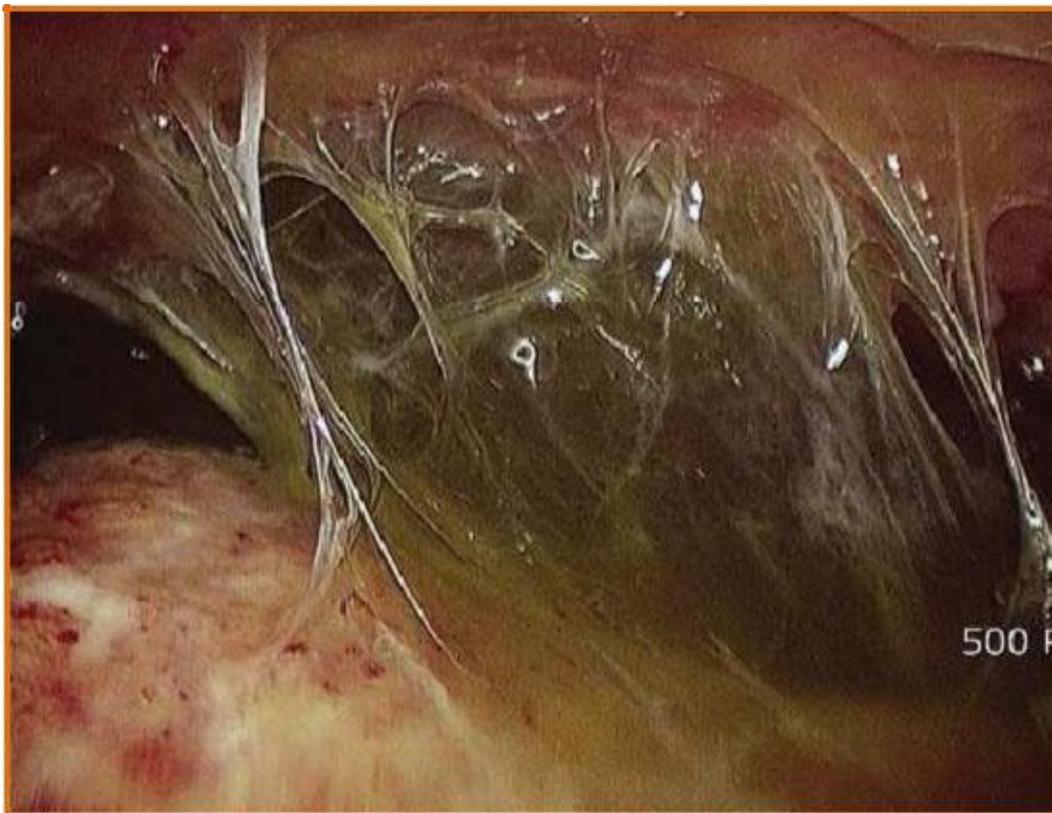


Figure 23: Des adhérences péritonéales sévères. (158)

2. L'hystéroscopie :

L'hystéroscopie a l'avantage de pouvoir poser le diagnostic de la tuberculose utérine par la réalisation de curetage biopsique de l'endomètre et de réaliser des gestes chirurgicaux thérapeutiques. (12, 38, 81,161)

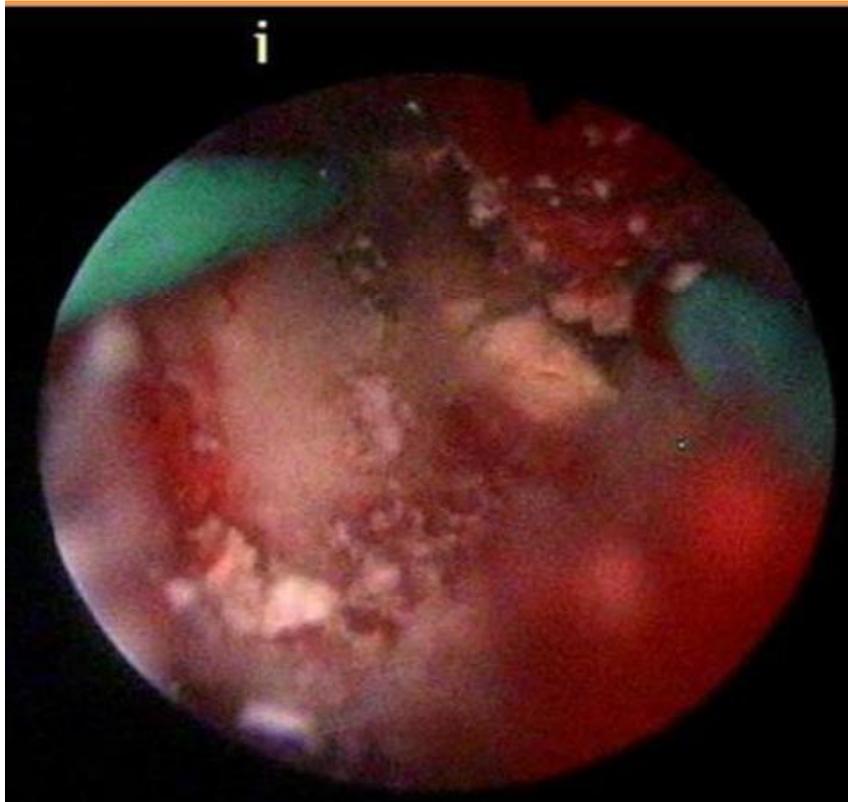


Figure 24 : à la résection endoscopique de la synéchie ; issue d'un enduit blanchâtre faisant évoquer un caséum (29)

D. Examen histologique :

L'examen des biopsies ou de la pièce opératoire permet de confirmer le diagnostic en montrant un granulome tuberculoïde ou gigantocellulaire associé à une nécrose caséuse ou lorsque le BK est retrouvé sur les coupes histologiques faisant appel au test de Ziehl-Neelsen à la fuchsine phéniquée. (61, 64)

Le granulome giganto-cellulaire isolée (figure 65) est non spécifique, Seule la mise en évidence par la coloration de Ziehl-Neelsen du bacille acido-alcool résistant affirme le diagnostic (50,67).

Dans notre série, l'étude histologique a été faite après la laparotomie et l'hystérocopie ; elle a confirmé le diagnostic de tuberculose dans tous les cas, elle a été pratiquée sur pièce d'exérèse, sur biopsie péritonéale, épiploïque et ovarienne et sur le produit du curetage biopsique de l'endomètre

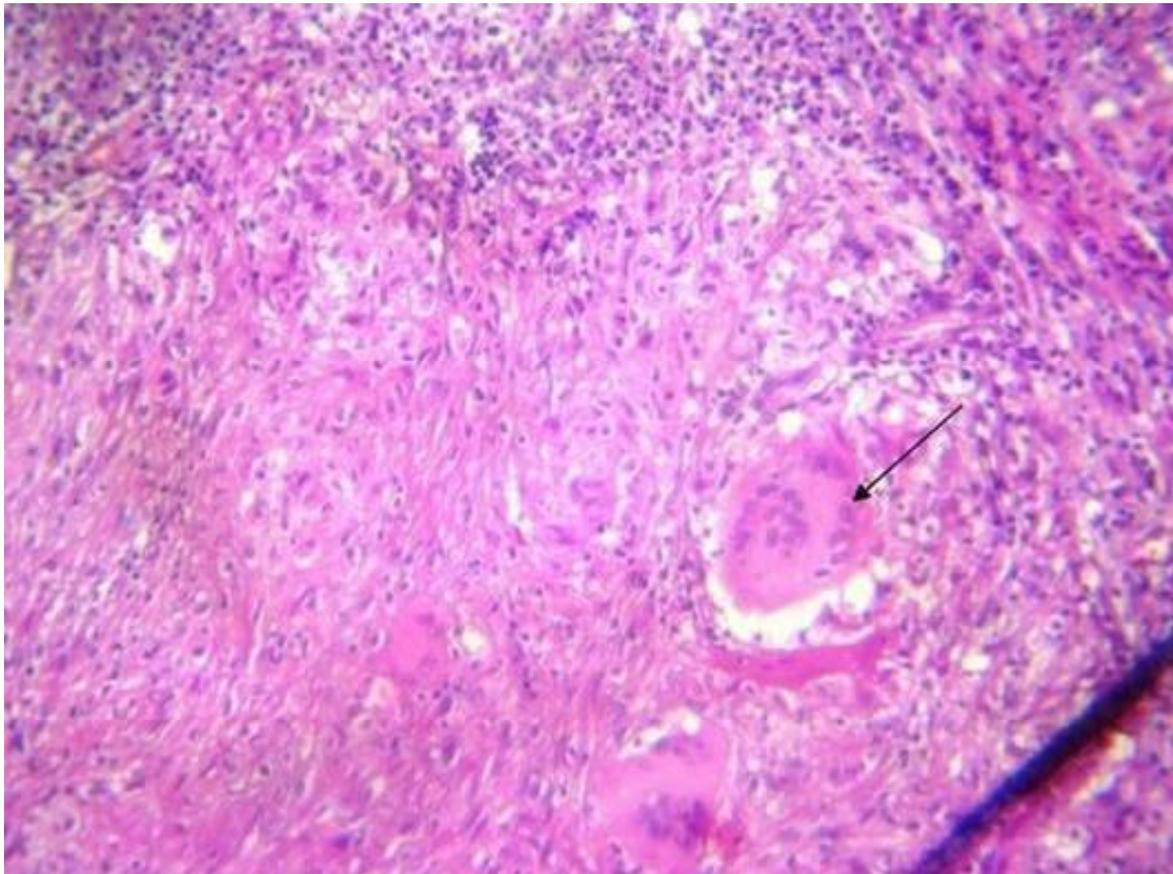


Figure 25 : granulome épthélio-giganto-cellulaire. (H.EX200)

TRAITEMENT

I. MOYENS THERAPEUTIQUES :

A.Traitement médical :

1. Principales drogues antibacillaires :

Le panel des antituberculeux est spécifique et très limité.

Actuellement, on distingue les antibiotiques dits de première ligne comme l'isoniazide, la rifampicine, l'éthambutol et le pyrazinamide et les antibiotiques de deuxième ligne comme les aminoglycosides, polypeptides, fluoroquinolones (ofloxacin, lévofloxacin, moxifloxacin), thioamides, cyclosérine et acide para-amino salicylique que l'OMS propose de les classer en cinq groupes. (167) (tableau1)

Tableau 1 : classification des antituberculeux par l'OMS (167)

<i>Groupes</i>	<i>Molécules</i>
Groupe 1 : 1 ^{ère} ligne orale	Isoniaside, rifampicine, éthambutol, pyrazinamide
Groupe 2 : injectable	Kanamycine, amikacine, capréomycine, viomycine, streptomycine
Groupe 3 : fluoroquinolones	Moxifloxacin, lévofloxacin, ofloxacin
Groupes 4 : 2 ^{ème} ligne orale bactériostatique	Ethionamide, prothionamide, cyclosérine, terizidone, acide p-aminosalicylique
Groupe 5 : activité douteuse (non recommandés par l'OMS)	Thiocétazone, clofazimine, linezolid, clarithromycine

2. Les médicaments antituberculeux : présentation, posologie et association :

(tableau 2,3)

Tableau 2 : Les principaux anti-bacillaires utilisés dans le traitement de la tuberculose au Maroc (166, 168))

<i>Médicament</i>	<i>Posologie</i>	<i>Dose max/j</i>	<i>Présentation</i>
Isoniaside	5 mg/kg/j	300 mg/j	- Comprimé dosé à 50mg - Comprimé dosé à 150mg
Rifampicine	10 mg/kg/j	600 mg/j	- Comprimé ou gélule dosé à 150mg - Comprimé ou gélule dosé à 300mg - Solution à 100mg - Ampoule injectable à 600mg
Pyrazinamide	30 mg/kg/j	2 g/j	- Comprimé dosé à 500mg
Ethambutol	20-25 mg/kg/j	1,5 g/j	- Comprimé dosé à 500mg
Streptomycine	15-20 mg/kg/j	1 g/j	- Flacon d'injection intra musculaire dosé à 1g
Ethionamide	10-15 mg/kg/j	750 mg/j	- Comprimé dosé à 250mg

3. Les effets secondaires majeurs et mineurs des antituberculeux (tableau 3)

Tableau 3 : Effets secondaires des antituberculeux (170)

Médicament	Effets secondaires courants	Effets secondaires rares
Isoniazide	-neuropathie périphérique -hépatite (plus de 40 ans) -sommolence/léthargie	convulsions, pellagre, arthralgies, agranulocytose, réactions lupéïdes, éruptions cutanées, psychose aiguë
Rifampicine	-digestifs: anorexie, nausées, vomissements, douleurs abdominales -hépatite -diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux	insuffisance rénale aiguë, choc, thrombopénie, éruption cutanée, "syndrome grippal" (traitement intermittent), colite pseudo-membraneuse, pseudo insuffisance surrénalienne, ostéomalacie, anémie hémolytique
Pyrazinamide	-arthralgies -hépatite	Troubles digestifs, éruptions cutanées, anémie sidéroblastique
Ethambutol	-névrite optique	éruptions cutanées, douleurs articulaires, neuropathie périphérique
Streptomycine	-lésions nerveuses des fonctions auditives et vestibulaires (y compris pour le fœtus) -lésions rénales	-éruptions cutanées
Thiacétazone	éruptions cutanées, impliquant souvent les muqueuses, avec parfois la formation de cloques	Hépatite, agranulocytose

4.2. Régimes thérapeutiques :(173)

- **Le régime indiqué en cas de la tuberculose génitale:** 2RHZ/ 4RH.

Le traitement doit être instauré dans toutes les formes de la tuberculose génitale chaque fois que le diagnostic de la tuberculose est établi par l'examen histologique, il en est de même cas ou le diagnostic est posé après chirurgie ovarienne pour stabiliser la guérison et éviter les complications.

4.3. Surveillance du traitement :(174)

Elle vise à s'assurer de la régularité des prises (bonne supervision, éducation sanitaire), à adapter la posologie en fonction du nouveau poids, à détecter précocement d'éventuels effets secondaires et à apprécier l'efficacité du traitement.

B. Traitement chirurgical :

Le traitement est essentiellement médical.

Le traitement chirurgical ne doit pas être de première intention vue les risques de fistules digestives et des complications postopératoires.

Mais malheureusement, le diagnostic préopératoire est difficile et on est amené parfois à faire une chirurgie d'emblée pour autre diagnostic. (13,94)

1. Laparatomie :

Le recours à la laparotomie diffère d'une série à une autre selon les auteurs, elle est inévitable devant un tableau pseudo-chirurgical, devant l'impossibilité de créer un pneumopéritoine par la laparoscopie, ou devant un empâtement abdominal diffus ou de masse abdominale rendant dangereux la pratique de la coelioscopie.

La laparotomie est réalisée dans la plupart des cas rapportés dans la littérature devant la forte suspicion du cancer de l'ovaire. (13, 55, 151). Elle permet de redresser le diagnostic de la tuberculose génitale grâce à l'examen extemporané et donc d'éviter une chirurgie radicale qui peut favoriser la stérilité.

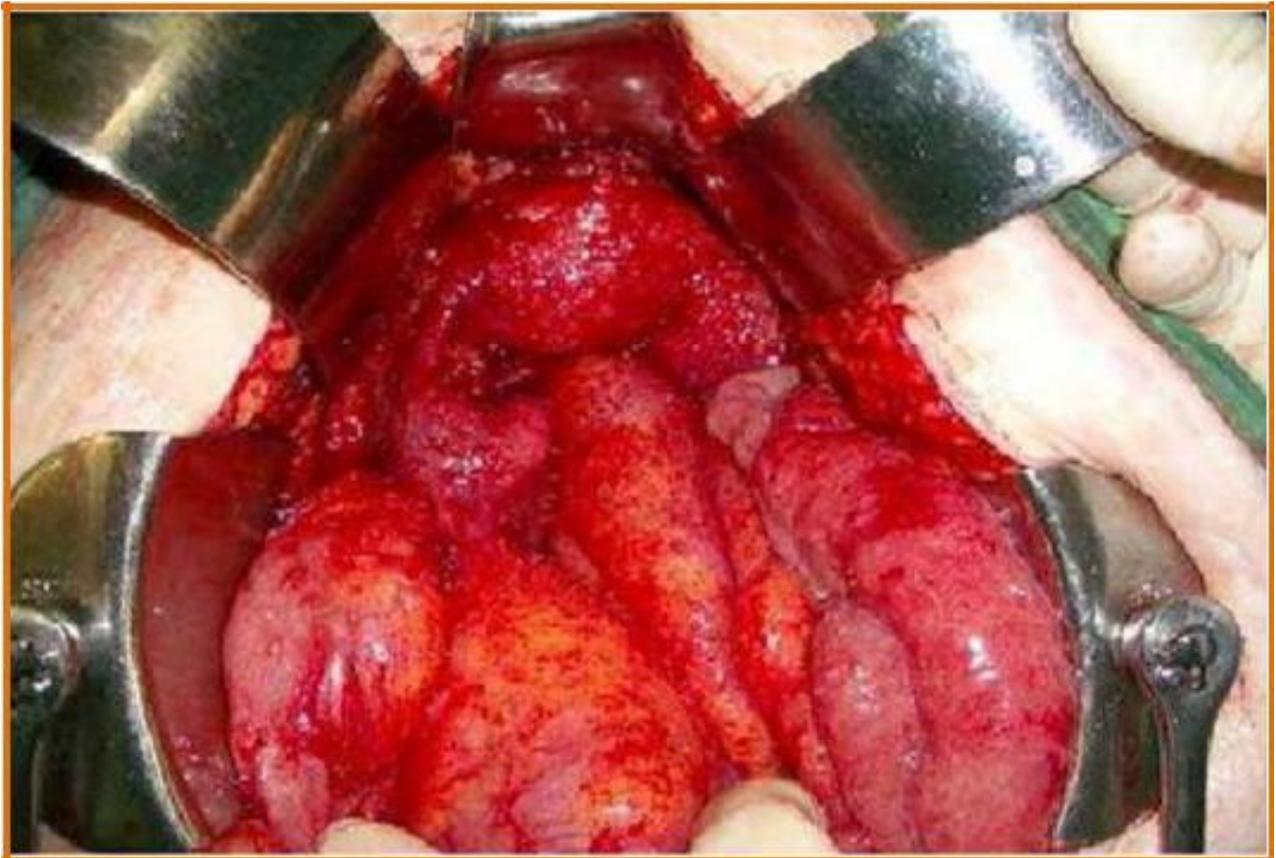


Figure 26: Multiples dépôts miliaires sur l'épiploon péritonéal, la paroi abdominale et les organes comprenant l'intestin, l'utérus, les trompes, et les ovaires (156)

2. La coelioscopie opératoire :

Examen endoscopique permettant d'évoquer le diagnostic de la tuberculose, de réaliser des biopsies multiples et des prélèvements pour étude histologique et bactériologique, elle permet également de réaliser des gestes chirurgicales à visée curative avec un risque de complication minime par rapport à la laparotomie. (38,161)

II. INDICATIONS THERAPEUTIQUES : (4)

Le traitement chirurgical n'est pas standardisé, dépend d'abord du motif de l'indication opératoire et des lésions constatées à l'exploration chirurgicale.

Toute tuberculose diagnostiquée doit être traitée quel que soit son siège, le traitement médical de la tuberculose génitale est assez univoque. En effet, l'efficacité du traitement médical laisse peu d'indications au traitement chirurgical. Les rares indications de ce dernier sont : (7, 36, 38, 79, 161)

- La persistance de masse annexielle malgré le traitement médical en particulier l'abcès froid.
- La rechute de la tuberculose après une année de traitement.
- La persistance des douleurs pelviennes après trois mois de traitement ou lorsqu'elles n'ont pas totalement disparu après un an de traitement.
- Les métrorragies persistantes après une guérison anatomique et clinique.
- Les fistules qui ne se tarissent pas.
- La cure chirurgicale des synéchies tuberculeuses
- Masse compressive ou fistulisée pour mettre à plat les cavités caséifiées

EVOLUTION
ET PRONOSTIC

I. EVOLUTION :(4, 7, 43, 81, 94, 97)

Non traitée, la tuberculose ovarienne évolue vers les complications à type de dissémination à d'autres organes ou de fistulisation à des organes creux.

Sous traitement médical bien conduit, efficace, et pour une durée suffisante, l'évolution est généralement favorable

Des rechutes sont possibles notamment en cas d'arrêt précoce du traitement, de prise irrégulière des médicaments, de prescription erronée des anti bacillaires et en cas de résistance initiale.

II. PRONOSTIC :

Le traitement antituberculeux est efficace, guérissant l'affection.

Cependant, des complications tardives peuvent être observées surtout lors d'un retard du diagnostic et du traitement. Elles sont dominées par la fibrose et les adhérences péritonéales responsables de sténoses urétérales, d'occlusions intestinales, de grossesse extra utérine et de stérilité chez la femme. La tuberculose pelvienne étant responsable de l'infertilité tubo-ovarienne dans plus de 39 % des cas. (4, 7, 12, 13, 29, 38, 79, 94, 161)

D'autre part plusieurs auteurs rapportent comme facteur pronostique le retard diagnostique et thérapeutique et l'atteinte multi viscérale associée. Bien entendu, une fois le diagnostic est retenu, la thérapeutique bien suivie est le gage d'un bon pronostic.

Donc les décès imputables à la tuberculose pelvi-péritonéale seraient liés aux **retards diagnostiques et thérapeutiques** et à **l'association à l'infection au VIH**. Les taux de létalité se situent entre 0 et 1,4 % chez les sujets immunocompétents et entre 18 et 22 % dans les cas associés à l'infection au VIH. (43, 97)

PREVENTION
DE LA TUBERCULOSE

La transmission du bacille tuberculeux s'effectuant exclusivement par voie aérienne, par l'intermédiaire d'aérosols de mucus contenant des bacilles, qui, en se desséchant, restent en suspension dans l'air, seuls les cas de tuberculose pulmonaire sont contagieux, l'intensité de la transmission dépend beaucoup de la richesse en bacille de l'expectoration. La contagiosité est plus importante parmi les sujets pour lesquels l'examen microscopique des produits d'expectoration est positif, que pour ceux pour laquelle seule la culture est positive (65 % contre 26,8 %).

La contagiosité devient nulle généralement moins de deux semaines après le début d'un traitement efficace et bien conduit. (173, 180)

La prévention est basée sur l'éviction des malades contagieux (180, 181), la vaccination par le BCG dont l'efficacité a été toujours controversée, elle est de 50-60% toute forme confondue et de 70-80% pour les formes graves, (180,181, 182), sur également la chimio prophylaxie qui peut être prescrite pour prévenir une infection tuberculeuse ou pour prévenir la progression d'une infection vers une maladie tuberculeuse. (180, 181) et enfin une bonne hygiène de vie.

CONCLUSION

Si la tuberculose ovarienne n'est pas un diagnostic fréquent, elle ne doit pas pour autant être négligée. Un retard du diagnostic peut menacer le pronostic de la fertilité chez la femme.

Le praticien est confronté à un polymorphisme clinique, les examens paracliniques et biologiques n'offrent rien de spécifique. Le diagnostic de certitude est apporté par la laparoscopie associée à des biopsies des lésions observées. Les biopsies transvaginales ou transabdominales écho ou scanno-guidées peuvent être une alternative.

Depuis l'avènement de l'infection par le VIH/SIDA, la fréquence de la tuberculose a augmenté avec des modifications des aspects classiques connus, tant sur le plan épidémiologique que clinique et évolutif.

Le pronostic est bon, sous chimiothérapie anti bacillaire bien conduite ; l'évolution se fait vers la guérison.

Devant la recrudescence des cas de la tuberculose toute forme confondue, il ne faut pas sous-estimer l'importance de la prévention et du dépistage surtout dans les zones d'endémies.

En effet, seul le BCG à la naissance et le traitement correct de toute PIT quelle que soit sa localisation, permettront de réduire les conséquences de cette affection et d'éviter le drame du foyer sans enfants.

RESUMES

RESUME

La tuberculose est une maladie infectieuse curable. Sa prévalence a connu une recrudescence dans le monde entier ceci s'explique par l'immunodépression liée à l'infection par le VIH. Sa localisation pelvienne représente 6 à 10% dominée par l'atteinte tubaire, puis cervicale et endométriale.

La forme tumorale de la tuberculose génitale représente 15% de l'ensemble des localisations pelviennes de la tuberculose. Elle peut toucher toutes les femmes avec une prédominance les jeunes femmes entre 20 et 30 ans [3,4].

L'agent pathogène est principalement le *Mycobacterium tuberculosis* ou le bacille de Koch secondairement le *Mycobacterium bovis*. Il s'agit d'un bacille acido-alcool-résistant à croissance lente (temps de dédoublement est de 15 à 20 heures), ce qui explique l'évolution lente de la maladie

L'atteinte urogénitale peut être contemporaine ou à distance à la primo-infection tuberculeuse. Sa localisation pelvienne se fait essentiellement par voie hématogène.

Le but de notre travail est de préciser les caractéristiques cliniques, biologiques et les aspects radiologiques de cette pathologie et sa prise en charge thérapeutique.

Nous rapportons une étude rétrospective à propos de dix observations. L'âge moyen de nos patientes est de 50 ans (20 ans, 70 ans), deux parmi elles étaient célibataires, cinq étaient pauci pares et trois nullipares.

Le motif de consultation est dominé par les douleurs abdominopelviennes chroniques atypiques isolées ou associées à une ascite de moyenne à grande abondance et peut être aussi révéler par des métrorragies (2 patientes)

. Les résultats des explorations radiologiques (échographie pelvienne associé à la TDM ou IRM pelvienne) ont été en faveur d'une tumeur ovarienne dans six cas et d'un hydrosalpinx bilatéral pour deux cas et d'une image anéchogène intra-utérine pour un cas et d'une pyométrie avec un discret épaissement de la muqueuse du col utérin pour un cas. L'ascite a été présente dans six cas. Le dosage de la Ca 125 a été élevé.

La prise en charge a été l'exploration chirurgicale soit par coelioscopie et ou laparotomie ou par endoscopie. Six cas ont bénéficié seulement des biopsies et trois patientes ont eu une annexectomie (2) et d'une hystérectomie totale(1) devant l'aspect pseudo tumoral très suspect et une seule patiente a bénéficié d'un curetage biopsie de l'endomètre .

L'étude histologique a confirmé des lésions graulomateuses avec nécrose caséuse. Le traitement par les antibacillaires a été instauré selon le protocole 2ERHZ/4RH.

La tuberculose pelvienne pseudo tumorale est l'apanage de la femme jeune mais il faut toujours l'évoquer chez la femme âgée. Son pronostic est lié à l'infertilité séquellaire

ABSTRACT :

Tuberculosis is a curable infectious disease. Its prevalence has seen a resurgence over the world this is explained by the immunosuppression associated with HIV infection. His pelvic location represents 6 to 10% dominated by the tubal reached, then cervical and endometrial

Tumor form of genital tuberculosis is 15% of the entire pelvic localizations of tuberculosis. It can affect all women with a predominance young women between 20 and 30 years

The pathogen is mainly *Mycobacterium tuberculosis* or *Mycobacterium tuberculosis Mycobacterium bovis* secondarily. This is an acid-fast bacillus slow growth (doubling time is 15to 20 hours), which explains the slow progress of the disease

The urogenital disease may be contemporary or remotely to the primary tuberculosis. His pelvic localization is mainly through blood

The aim of our study is to determine the clinical, biological and radiological aspects of this disease and therapeutic management. We report a retrospective study about ten observations. The average age of our patients was 50 years (20 years, 70 years), two of them were single, five were pauci parks and three nulliparous

The chief complaint is dominated by isolated atypical chronic abdominopelvic pain or associated with an abundance of medium and ascites may also be by bleeding (2 patients)

The results of imaging studies (pelvic ultrasound associated with pelvic CT or MRI) were in favor of an ovarian tumor in six cases and a bilateral hydrosalpinx two cases and an intrauterine anechoic picture for a case and a pyometra with a discrete

thickening of the lining of the cervix for a case. Ascites was present in six cases. The dosage of the Ca 125 was high

The management was surgical exploration either by laparotomy or laparoscopy and endoscopy or. Six cases received only biopsies and three patients underwent oophorectomy (2) and a total hysterectomy (1) to the pseudo-tumoral aspect very suspect and one patient underwent a biopsy endometrial curettage

Histological examination confirmed the granulomatous lesions with caseous necrosis. Treatment with antituberculous was established according to the 2ERHZ HRZ / 4 protocol.

The pseudo tumor pelvic tuberculosis is the prerogative of the young woman but always evoke in elderly women. Its prognosis is related to sequelae infertility

ملخص

اسم ٍ ض يعذ لبم نهشفه شد لخشبر ارد فبب ف آ جه انعبنى ُذا يب ٍ فوظف ان رعبت انرحب طب فُرض ٍ ص
ان رعبت انبشوت لبع ٍ ض اسم ف انحص ٍ 6 ان

10% ٍ س طوعه فيب ثى عك انحي بببب انحي شكم ٍ ض اسم اوى فا العبه انخبهت ٍ ضها انض ، كب ٍ و ٍ و ٍ
انض عم ٍ اعهبهت انسه ٍ خبت انفذب انخدا ج عَزِب ٍ 20 ٍ 30 ست ، ان ٍ ض ٍ لسبب لذفوة انسهت ا
لذفوة انسهت انبشوت ٍ اذا الخز ٍ خ ٍ ععبف ٍ انبضى 15 (ان 20 سبت) ٍ ذاب ٍ فوانخمذوانبضى نهض ، لذ ٍ ٍ ذاب
انض انبن انخبه يعبو ا ععبذى اسم البخداى خمبين ٍ ف ٍ ذ انبنت ٍ ٍ ع ٍ طوك اندو.

ٍ انف ي درلسخب ٍ حدذ انجاب انوزتا ٍ لشعبعت اذا انض الخ ٍ ، مذو حوز درلست جل 10 يالعبه فكب يخط
عز انز عب ٍ 50 ست 20.70 (ست) ، ثب ي ٍ بب ط فم ٍ لذ ٍ 3 عبيث ٍ 5 ندى 2 ا 3 ا ط فلى ٍ ٍ ٍ انببط
انظ كسك زحبط ا ل ببشمه ، لذ ٍ ا ٍ انشف.

فكبح ٍ خبئج درلبث انخبز (اب جب فق طبخت ،) طببح ٍ رو انبب ف سج جبلك ٍ صو فكبيبهت لظن نبت ٍ دمح انحي.

المذ كشف انوا ب ٍ بب ع ٍ طوك فخببب ا انخظز فخمج 6 ٍ سمه نخشعب فمط ٍ جمع 3 نالخطلى انبب 2)) ٍ
انحي 1))

ا كذ انص انشح ٍ ض اسم ، اخذ انز عب ذاء يعبد نهמידة 6 اشز انظر اوى ن ٍ ض اسم ٍ صب راداة انشبت ٍ كذلك
انست ٍ زحبط انخك ٍ كهت انعمى .

BIBLIOGRAPHIE

1. O.BARUTCU, H.EREL, E.SAYGILI

Abdominopelvic tuberculosis simulating disseminated ovarian carcinoma with elevated CA 125 level : report of two cases

Abdominal imaging 27 : 465-470 (2002)

2. EL AJMI S., CHATTI N., LIMAM K.

La tuberculose péritonéale: Aspects actuels à propos de 39 cas observés au Centre Tunisien.

Med Maghreb 1991; 27 : 11-121

3. AMOURI A., BOUDABBOUS M., MNIF L., TAHRI N. (11)

Profil actuel de la tuberculose péritonéale: étude d'une série tunisienne de 42 cas et revue de littérature.

Rev. Med. Interne ; 2009, 30 : 215-20.

4. Majdouline Boujoual, Abdelghani Zazi, Moulay Elmehdi Elhassani

Tuberculose péritonéale pseudo tumorale mimant un cancer ovarien International journal of innovation and Applied studies ; 3 Nov.2014

5. JACQUELINE GASCON AND PEDRO ACIEN

Large bilateral tubercular pyosalpinx in a young women with genitourinary malformation : a case report

Gascón and Acien Journal of Medical Case Reports 2014,

6. NAROTAM SHARMA , VEENA SHARMA , PREM RAJ SINGH

Diagnocitic value of PCR in Genitourinary Tuberculosis Ind J Clin Biochem (Sept 2013)

7. HANANE SAADI , NISSRINE MAMOUNI, SANA E ERRARHAY

Tuberculose pelvi-péritonéale pseudo-tumorale : à propos de quatre cas Pan African Medical Journal ; novembre/2012

8. M.ABDALLAH, T.LARBI , S.HAMZA OUI

Tuberculose abdominale : étude rétrospective de 90 cas La revue de médecine interne ; octobre 2010

9. JERBI M., HIDAR S., EL MOUEDDEB S., JEMAA A., KORBI S., CHEIB A. ET AL.

Tuberculose péritonéale simulant un cancer ovarien = Peritoneal tuberculose mimicking advanced ovarian carcinoma

Rev Med Liège. 2007; 62 (2): 77-80

10. TANRIKULU AC., ALDEMIR M., GURKAN F., SUNER A., DAGLI CE., ECE A.

Clinical review of tuberculous peritonitis in 39 patients in Diyarbakir, Turkey.

J.Gastroenterol. Hepatol. 2005; 20: 906-9.

11. V.BHANOTHU, J.P.THEOPHILUS , P.K.REDDY

Occurrence of female genital tuberculosis among infertile women : a study from a tertiary maternal health care research centre in South India

Eur J Clin Microbiol Infect Dis ; 14 May 2014

12. S.ERRARHAY, N.HMIDANI, H.FATMI

Post-menopausal endometrial tuberculosis mimicking carcinoma : An important differential diagnosis to consider

International journal of Mycobacteriology ; 10 May 2013

13. MALIHE HASANZADEH , HAMID REZA NADERI, AZAMOSSADATHOSEINE HOSHYAR

Female genital tract tuberculosis presenting as ovarian cancer Journal of Research in Medical Sciences ; 2014

14. NEBHANI M., BOUMEZGOU K., BRAMS S., LAGHZAoui M., EL ATTAR H., BOUHya S. ET AL.

Tuberculose pelvienne simulant une tumeur ovarienne bilatérale : A propos d'un cas.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2004; 33: 145-7

15. GOUGEON A.

Anatomie, embryologie et physiologie de l'ovaire. EMC, Endocrinol Nutri, 2008, A-10, 10-26.

16. BOUCHET A., CUILLERET J.

Anatomie de l'appareil génital femelle. Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle. 2ème édition 2292-229

17. JULIEN DEVAUD

Anatomie de l'appareil génital de la femme

Le collège d'étude ostéopathique CEO ; Mai 2008 à Montréal

18. HERMANN J., LAGRANGE P.

Bactériologie de la tuberculose et des infections à mycobactéries atypiques. Encycl Med Chir, Pneumologie. 1999 ; 6-019-A-34, 14 p.

19. BRENNAN PJ., NIKAIDO H.

The envelope of mycobacteria.

Ann. Rev. Biochem. 1995; 64: 29-63

20. C.GUILLET-CARUBA , V.MARTINEZ, F.DOUCET

Les nouveaux outils de diagnostic microbiologique de la tuberculose maladie La revue de médecine interne ; 8 Aout 2014

21. COLE ST., BROSCHE R., PARKHILL J., GARNIER T., CHURCHER C., HARRIS D. ET AL.

Deciphering the biology of Mycobacterium tuberculosis from the complete genome sequence.

Nature 1998; 393: 537-44

22. ERNST JD., TREVEJO-NUNEZ G., BANAIIEE N.

Genomics and the evolution, pathogenesis, and diagnosis of tuberculosis.

J. Clin. Invest. 2007; 117(7): 1738-45.

23. DEMANGEL C., BROSCHE R., MARMIESSE M., COLE ST.

Utilisation de la génomique des mycobactéries pour la définition de nouveaux vaccins et de cibles thérapeutiques.

Med. Trop. 2004; 64: 221-3.

**24. LEWIS KN., LIAO R., GUINN KM., HICKEY MJ., SMITH S.,
BEHR MA. ET AL.**

Deletion of RD1 from Mycobacterium tuberculosis mimics bacille Calmette-Guerin attenuation.

J. Infect. Dis. 2003 ; 187(1): 117-23.

25. PYM AS., BRODIN P., BROSCH R., HUERRE M., COLE ST.

Loss of RD1 contributed to the attenuation of the live tuberculosis vaccines Mycobacterium bovis BCG and Mycobacterium microti Mol. Microbiol. 2002; 46(3): 709-17.

26. DENIS F., PERRONNE C.

Mycobacterium tuberculosis et mycobactéries atypiques. Paris: Elsevier 2004.

27. NABIL TACHFOUTI, KATIA SLAMA, MOHAMED BERRAHO

Determinants of tuberculosis treatment default in Morocco : results from a national cohort study

Pan African Medical Journal ; 03/2013

28. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing.
WHO/HTM/TB/2009.411

29. KAMILIA LAABADI, FATIMA ZOHRA FDILI ALAOUI , HAKIMA BOUGUERN

Endométrite tuberculeuse : à propos d'un cas et revue de la littérature

Pan African Medical Journal ; 11/2013

30. Genet C, Ducroix-Roubertou S, Gondran G, et al.

Post-menopausal endometrial tuberculosis.

J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2006 Feb.

31. ADNAOUI M., BENFENATKI N., HAMZAOUI A.

Epidémiologie de la tuberculose dans les pays du Maghreb. Rev. Med. Interne ,2009; 30: 265-7.

32. SANTOSH KUMAR MONDAL

Histopathologic Analysis of Female Genital Tuberculosis : A Fifteen-Year Retrospective Study of 110 Cases in Eastern India

Özgün Araştırma ; 2013

33. RIADH CHARGUI, MOLKA CHEMLALI, AMINA TRIKI

Genital tuberculosis simulating gynecologic cancer : about three cases La Tunisie médicale ; 2013

34. NASIR S., ZAIDI H., CONNER M.

Disseminated peritoneal tuberculosis mimicking metastatic ovarian cancer.

South. Med. J. 2001; 94(12)

35. MAGNIN G., BREMOND A., ROCHETY DEVIS B.

La tuberculose génitale de la femme. Engl. Med . Chiru . 1981; 490, A 10 , 3

36. A.FILLION, N.KOUTLIDIS, A.FROISSART

Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la tuberculose urogénitale La revue de médecine interne ; 2014

37. DUBERNARD G., ANSQUER Y., MARCOLLET A., WALKERF., JURAS J., MADELENAT P.

Tuberculose pseudo-tumorale du col de l'utérus : Pseudo tumoral tuberculosis of the cervix.

Gynécol. Obstet. Fertil . 2003; 31(5): 446-8

38. THOREAU N., FAIN O., BABINET P., LORTHOLARY,ROBINEAU M., VALEYRE D. ET AL.

Tuberculose péritonéale: 27 cas dans la banlieue nord-est de paris. Int. J. Tuberc. Lung. Dis. 2002; 6(3): 253-8.

39. V.BHANOTHU, J.P.THEOPHILUS, P.K.REDDY

Occurrence of female genital tuberculosis among infertile women : a study from a tertiary maternal health care research centre in South India

Eur J Clin Microbiol Infect Dis ; May 2014

40. **NEBHANI M., BOUMEZGOU K., BRAMS S., LAGHZAOU M.,
EL ATTAR H., BOUHYA S. ET AL.**

Tuberculose pelvienne simulant une tumeur ovarienne bilatérale : A propos d'un cas.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2004; 33: 145-7.

41. **BELMAHI R.**

La tuberculose péritonéale (à propos de 300 cas). Thèse Med. Fès.2008, n°53.

42. **COLLADO C., STIRNEMANN J., GANNE N., TRINCHET JC.,CRUAUD P., BARRAT C.
ET AL.**

Gastrointestinal tuberculosis: 17 cases collected in 4 hospitals in the northeastern
suburb of Paris.

Gastroenterol. Clin. Biol. 2005; 29: 419-24.

43. **EL ABKARI M., BENAJEH DA., AQODAD N., BENNOUNA S., OUDGHIRI B., IBRAHIMI
A.**

Peritoneal tuberculosis in the Fes university hospital (Morocco): Report of 123 cases.

Gastroenterol. Clin. Biol. 2006; 30: 377-81

44. **BAHLAOUANE F.**

Tuberculose du col utérin. Thèse Med. Casa.2003, n°301.

45. **BOURAOU L., BEN YOUSSEF, CHELLI H., BELHAJ A.**

Aspects anatomo-clinique actuels de la tuberculose génitale de la femme.

J. Gynéc. Obstet. Biol. Reprod. 1983 ; 14(1): 59-65.

46. **HUANG YJ., WEI LH., HSIEH CY.**

Clinical presentation of pelvic tuberculosis imitating ovarian malignancy

Tai. J. Obstet. Gynecol. 2004; 43(1): 29-34

47. **BALCI O., KARATAYLI R., CAPAR M.**

Pelvic tuberculosis mimicking peritonitis carcinomatosis and diagnosed by
laparoscopy.

Taiwan. J. Obstet. Gynecol. 2009; 48(3): 311-3

48. TALEB A., BOUCHTARA K., BOUTTEVILLE C.

La tuberculose génitale de la femme. *Encycl. Méd. Chir.* 1989; 490 A10-7.

49. WANDA CRUZ-KNIGHT, LYLA BLAKE-GUMBS

Tuberculosis : An overview ELSIEVER 2013

50. SAICHANDRAN SABITA, VIJAYAN SHARMILA, THIRUNAVUKKARASU ARUN BABU

A rare case of cervical tuberculosis wich simulated carcinoma of the cervix *Journal of Clinical and Diagnostic Research* ; June 2013

51. AUDOUIN J., CAPRON F.

Notion d'inflammation spécifique : la tuberculose ganglionnaire.

Rev. Prat. 1993; 43(14): 1851-5

52. SANDIKCI MU., COLAKOGLU S., ERGUN Y., UNAL S., AKKIZ H., SANDIKCI S., ET AL.

Presentation and role of peritoneoscopy in the diagnosis of tuberculous peritonitis.

J. Gastroenterol. Hepatol. 1992; 7: 298-301.

53. DIEBOLD J., CAMILLERI JP., REYNES M.

Anatomie pathologique générale : les formes étiologiques de l'inflammation.

Ed Med Internat, 1986 ; 87-97.

54. SEFIANI S., REGRAGUI A., ZOUAIDIA F., LARAKI L.,BERNOUSSI Z., MAHASSINI N. ET AL.

Place de l'anatomie pathologique dans le diagnostic de la tuberculose.

Med Maghreb, 2001 ; 87 :29-32

55. M.NEBHANI, K.BOUMZGOU, S.BRAMS

Tuberculose pelvienne simulant une tumeur ovarienne bilatérale *J Gynecol Obstet Biol Reprod* ; 2004

56. EL AJMI S., CHATTI N., LIMAM K.

La tuberculose péritonéale: Aspects actuels à propos de 39 cas observés au Centre Tunisien.

Med Maghreb 1991; 27 : 11-12

57. NAWAL AISAOUI

Tuberculose péritonéale à propos de 80 cas

Thèse de la faculté de médecine de Rabat 2005/143

58. DE BACKER AI., MORTELE KJ., BOMANS P., DE KEULENAER BL., BOURGOIS SA., KOCK MM.

Female genital tract tuberculosis with peritoneal involvement: CT and MR imaging features.

Eur J Radiol Extra, 2005; 53: 71-5.

59. LEDER RA., LOW VH.

Tuberculosis of the abdomen.

Am Radiol. Clin. North. 1995; 33(4): 691-705

60. BENNANI A., OUAZZANI H., FADILI F., DAFIRI N., OUAZZANI L.

Diagnostic et aspects thérapeutiques de la tuberculose péritonéale au Maroc. A propos de 300 cas.

Ann. Gastroenterol. Hepatol. 1988; 24 : 347-54.

61. BINEETA KASHYAP, NAMITA SRIVASTAVA, IQBAL R KAUR

Diagnostic dilemma in female genital tuberculosis-staining techniques revisited

Iran J Reprod Med ; July 2013

62. ANNIE RAJARATNAM, PREMA D'CUNHA, ZEVITA FURTADO

Tuberculous Salpingitis : A case Report

Journal of Clinical and Diagnostic Research ; June 2013

63. JULIEN SEROR, ERIKA FAIVRE, SOPHIE PREVOT

Tuberculosis Endometrial Polyp

Case Reports in Obstetrics and Gynecology ; March 2013

64. VENKANNA BHANOTHU, JANE P.THEOPHILUS, ROYA ROZATI

Use of Endo-Ovarian Tissue Biopsy and Pelvic Aspirated Fluid for the Diagnosis of Female Genital Tuberculosis by Conventional versus Molecular Methods. India

PLOS ONE 9(5): e98005. doi:10.1371/journal.pone.0098005 ; May 2014

64. SPTARSHI MUKERJI, LYLE MONCUR, BRENDON SANDERS

Difficulties in diagnosing tuberculosis of the cervix in a post menopausal woman : Casz report and literature review

Australasian Medical Journal (AM) ; 2013

65. CHENG-TA YANG, YI-HSUAN LEE, GWO-JONG HSU

Tuberculosis of the uterine cervix

Thaiwanese Journal Of Obstetrics and Gynecology ; May 2012

66. G.DUBERNARD, Y.ANSQUER, A.MARCOLLET

Tuberculose pseudo-tumorale du col de l'utérus

Gynécologie Obstétrique et Fertilité .ELSEVIER ; Mars 2003

67. H.BOUFETTAL, S. HERMAS, M. NOUN

Tuberculose pseudo-tumorale du col utérin chez une femme ménopausée CHU casablanca

Imagerie de la femme 19 ; 2009

68. SUREKHA U. ARAKERI and PRACHL SINKAR

An Unusual Gross Appearance of Vulval Tuberculosis Masquerading as Tumor Case Reports in Obstetrics and Gynecology ; September 2014

69. N. AMHAGER, H. BOUGUERN, S.JAYI

Tuberculose vulvaire : à propos d'un cas rare

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ; 2007

70. SUGHRA SHAHZAD M.B.B.S , F.C.P.S

Investigation of the prevalence of female genital tract tuberculosis and its relation to female infertility : An observational analytical study

Iran J Reprod Med Vol. 10. No. 6. pp: 581-588, November 2012

71. AKKA L., KHALIL H., CHERIF IDRISSE GANNOUNI N.,JALAL H., SAMLANI Z., FADIL K. ET AL.

La tuberculose ovarienne pseudotumorale : à propos de quatre cas=Ovarian tuberculosis simulating carcinoma: About four cases Imagerie de la femme, 2009 ; 19(4) : 251-4

72. GENET C., DUCROIX-ROUBERTOU S., GONDRAN G.,BEZANAHARY H., WEINBRECK P., DENES E.

Tuberculose utérine post-ménopausique

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2006; 35: 71-3.

73. ZAMTYNSKI J., OLEJEK A., OLES E., STEPLEWSKA K.,KRZYWIECKI A., MYRCIK G. ET AL.

Peritoneal tuberculosis mimicking ovarian cancer: diagnostic difficulties. A report of two cases.

Pneumonol. A+Iergol. Pol. 2009; 77: 422-8

74. R.BAGGA, V.SURI, S.MALHOTRA, Y.PATEL

Peritoneal tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer International journal of gynaecology and obstetrics 2005. 90 :242-244

75. WANG YC., LU JJ., CHEN CH., PENG YJ., YU MH.

Peritoneal tuberculosis mimicking ovarian cancer can be diagnosed by polymerase chain reaction: A case report

Gynecol. Oncol.2005; 97(3): 961-3

76. SAKORAFAS GH., NTAVATZIKOS A., KONSTANTIADOU I., KARAMITOPOULOU E., KAVATHA D., PEROS G.

Peritoneal tuberculosis in pregnancy mimicking advanced ovarian cancer: a plea to avoid hasty, radical and irreversible surgical decisions.

Int J Infect Dis. 2009; 13(5): 270-2.

77. CHEN HL., WU MS., CHANG WH., SHIH SC., CHI H., BAIR MJ.

Abdominal Tuberculosis in Southeastern Taiwan: 20 Years of Experience

J. Forms. Med. Assoc. 2009; 108(3): 195-201

78. BARUTKU O., EREL HE., SAYGILI E., YILDIRIM T., TORUN D.

Abdominopelvic tuberculosis simulating disseminated ovarian carcinoma with elevated CA-125 level: report of two cases Abdom Imag 2002; 27(4): 465-70

79. TATSUO NAKAHARA , AKIRA IWASE, MASAHIKO MORI

Pelvic tuberculous granuloma successfully treated with laparoscopy to preserve fertility : A case report and review of the published work

The Journal Of Obstetrics and Gynaecology Research ; June 2014

80. BOURAOUI L., BEN YOUSSEF, CHELLI H., BELHAJ A.

Aspects anatomo-clinique actuels de la tuberculose génitale de la femme.

J.Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 1983 ; 14(1): 59-65.

81. HOUDA ELBAHRAOUI , ABDERRAHMAN ELMAZGHI , HANANE BOUZIANE

Endométrite tuberculeuse post-ménopausique simulant un cancer de l'endomètre : à propos d'un cas

Pan African Medical Journal ; 01/2012

82. Hammami B, Kammoun MF, Ghorbal H, et al.

Tuberculose génitale de la femme dans le sud tunisien (à propos de 22 cas).

La lettre du gynécologie. 2005; 13.

83. RAVELOSOAE.,RANDRIANANTOANINAF.,RAKOTOSALAMAD.,

ANDRIANAMPANALINARIVO R.,RAKOTOMALALA C., RASOLOFONDRAIBE A. ET AL.

La tuberculose génitale chez la femme : à propos de 11 cas suivis àAntananarivo,
Madagascar = Female genital tuberculosis : about 11cases treated in Antananarivo
(Madagascar)

Bull. Soc. Pathol. Exot., 2007; 100(1): 30-1

84. HSU CW., HU SC., HSU YH., LIU SW.

Genital Tuberculosis With Presentation of Spontaneous:Abortion in a Patient With
Miliary Tuberculosis

Tzu. Chi. Med. J., 2009; 21(4): 331-3

85. NAMAVAR JB., PARSANEZHADA ME., GHANE-SHIRAZIBR.

Female genital tuberculosis and infertility Inter. J. Gynecol. Obstet.2001; 75: 269-72

**86. ZERGEROGLU S., AYDOGDU T., MOLLAMAHMUTOGLUL., DEMIRTURK F.,
MOCANKUZEY G.**

An uncommon adnexal mass: Ovarian tuberculosis J.Obstet. Gynecol., 2008; 28(7):
755-6

87. YASSAEE.F, FARZANEH.F

Familial tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer. Inf. Dis. Obstet. Gynecol.,
2009; ID 736018, 5 pages

88. BOUFETTAL H., NOUN M., HERMAS S., SAMOUTH N.

Tuberculose mammaire : à propos de huit cas. Imagerie de la Femme 2009 ; 19 : 188-
97

89. BASTANI B., SHARIT ZAHED MR., DEHTASHTI F.

Tuberculous peritonitis: report of 30 cases and review of literature. Q.J. Med. 1985;
56: 549-57.

90. MARIA A GOSEIN , DYLAN NARINESINGH , GORDON V NARAYANSINGH

Peritoneal tuberculosis mimicking advanced ovarian carcinoma : an important differential diagnosis to consider

Gosein et al. BMC Research Notes ; 2013

91. K. G. AYEONON, K. G. KOUADIO, L.N. KOUADIO

Péritonite aigue tuberculeuse au cours de l'infection due au VIH : étude de 4 cas à Abijan, Côte- d'ivoire

Bull Soc Pathol Exot, 11 janvier 2006

92. SINHA P., JOHNSON AN., CHIDAMBERAN-PILLA S.

Pelvic tuberculosis: an uncommon gynaecological problem presenting as ovarian mass

BJOG 2000; 107(1): 139-40

93. XI X., SHUANG L., DAN W., TING H., HAN MY., YING C. ETAL.

Diagnostic dilemma of abdominopelvic tuberculosis: a series of 20 cases

J. Cancer Res. Clin. Oncol. 2010; 136: 1839-44

94. M. Boujoual, H. Hachi, B. Elkhannoussi, A. Bougtab,

« Tuberculose pelvi-péritonéale : à propos d'un cas simulant un cancer ovarien avancé »,

Revue Médicale Internationale Maghrébine, mars 2014.

95. FLORA DOROTHY LOBO, MENG YEE WONG

Coexistence of benign ovarian serous cystadenoma and tuberculosis in a young woman

Singapore Med Journal ; 2013

96. Central TB division, Ministry of Health and Family Welfare.

TB India 2010: RNTCP status report.

In: TBC India Journal ; March 21, 2011.

97. FALL F., NDIAYE AR., NDIAYE B., GNING SB., DIOP Y., FALL B. ET AL.

La tuberculose péritonéale : étude rétrospective de 61 cas à l'hôpital

Principal de Dakar

J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. 2010 ; 4: 38-43

98. KHARRAT J., GARGOURI D., OUAKAA A., BELHADJ N., KILANI A., KOCHLEF A. ET AL.

Aspects laparoscopiques de la tuberculose péritonéale. À propos de 163 cas.

Tun. Med. 2003; 81(8): 558-62

99. SANAI FM., BZEIZI KI.

Systematic review: tuberculous peritonitis presenting features, diagnostic strategies and treatment.

Aliment. Pharmacol. Ther. 2005; 22: 685-700.

100. V MALLYA, YK YADAV, K GUPTA

Vulval tuberculosis masquerading as vulval carcinoma Journal Postgrad Med ; 2012

101. Renaud-Vilmer C. Dehen L, De Belilovsky C, Cavelier-Balloy B.

Pathologie vulvaire.

Encycl Méd Chi., Dermatologie, 98- 836-A-10, Gynécologie, 510-A-20, 2002, 14 p

102. C. GUILLET-CARUBA, V. MARTINEZ, F. DOUCET

Les nouveaux outils de diagnostic microbiologique de la tuberculose maladie La revue de médecine interne ; 2014

103. ANANYA BANERJEE, SHASHI PRATEEK

Genital tuberculosis in adolescent girls from low socioeconomic status with acute ectopic pregnancy presenting at a tertiary care hospital in urban Northern India : are we missing an opportunity to treat ?

Arch Gynecol Obstet ; 2012

104. Gungorduk K, Ulker V, Sahbaz A, et al.

Postmenopausal Tuberculosis Endometritis. Infect Dis Obstet Gynecol. 2007;2007:27028

105. BEL KAHLAN, NAJJAM N, MAAMOURI N

La tuberculose péritonéale : à propos de 43 observations Tun Med. 2010 ; 88(4) :
257-60

106. PINA C., TEIXEIRA M., CRUZ D., FERREIRA E., MESQUITAM., TORGAL A.

Pelvic Tuberculosis: The Great Simulator of Gynaecologic Malignancies.

Arquivos Med, 2008; 22(2/3):45-8

107. TAPISIZ OL., REYHAN H., CAVKAYTAR S., AYDOGDU T.

Pelvic tuberculosis mimicking ovarian carcinoma Intern. J. Gynecol. Obstet. 2005; 90:
76-7

108. VARDARELI E., KEBAPCI M., SARICAM T., PASAOGLU O.,AÇIKALIN M.

Tuberculous peritonitis of the wet ascitic type: clinical features and diagnostic value
of image-guided peritoneal biopsy.

Digest Liver Dis, 2004; 36: 199-204

109. KOUTLIDIS N., FILLION A., MICHEL F.

Tuberculose urogénitale. Urologie, 2009 ; 18-078-A-10

110. OLIVIER. C

L'intradermoréaction à la tuberculine.

Arch. Pediatr.2000 ; 7(3) : 559-64

111. ROY KK., BANERJEE N., SINHA A.

Diffuse peritoneal calcification: a rare manifestation of abdominal tuberculosis.

Sis. Int. J. Gynecol. Obstet., 2001 ; 73 : 269-70.

112. SOTOUDEHMANESH R, SHIRAZIAN N, ASGARI AA,MALEKZADE R.

Tuberculous peritonitis in an endemic area. Dig. Liver. Dis. 2003; 35: 37-40.

113. CHOW KM., CHOW VCY., SZETO CC.

Indication for peritoneal biopsy in tuberculous peritonitis. Am. J. Surg. 2003; 185(6):
567-73

114. Narotam Sharma , VEENA SHARMA, PREM RAJ SINGH

Diagnostic Value of PCR in Genitourinary Tuberculosis Ind J Clin Biochem ; Septembre 2013

115. RIQUELME A., CALVO M., SALECH F., VALDERRAMA S.,PATILLO A., ARELLANO M. ET AL.

Value of adenosine desaminase (ADA) in ascetic fluid for diagnosis of tuberculous peritonitis: a Meta analysis.

J Clin Gastroenterol 2006; 40: 705-10.

116. TZOANOPOULOS D., MIMIDIS K., GIAGLIS S., RITIS K.,KARTALIS G.

The usefulness of PCR amplification of the IS6110 insertion element of *M. tuberculosis* complex in ascitic fluid of patients with peritoneal tuberculosis.

Eur. J. Intern. Med. 2003; 14: 367-71

117. SATHAR MA., SIMJEE AE., COOVADIA YM., SONI PN.,MOOLA SA., INSAM B. ET AL.

Ascitic fluid gamma interferon concentrations and adenosine deaminase activity in tuberculous peritonitis.

Gut 1995; 36: 419-21.

118. NAWAL AISAQUI

Tuberculose péritonéale à propos de 80 cas

Thèse de la faculté de médecine de Rabat 2005/143

119. SHARMA SK., TAHIR M., MOHAN A., SMITHROHRBERGD., MISHRA HK., PANDEY RM.

Diagnostic accuracy of ascitic fluid IFN- γ and adenosine-deaminase assays in the diagnosis of tuberculous ascites.

I. Interferon. Cytokine. Res. 2006; 26: 484-8

120. UZUNKOY A, HARMA M, HARMA M.

Diagnosis of abdominal tuberculosis: experience from 11 cases and review of the literature.

World. J. Gastroenterol. 2004; 10: 3647-9.

121. BENOUDA.

Sérologie et bactériologie de la tuberculose. Bulletin SMSM, 1994, 5(3).

122. RATTAN A., GUPTA SK., SINGH S., TAKKER D., KUMAR S.,BAI P. ET AL.

Detection of antigens of Mycobacterium tuberculosis in patients of infertility by monoclonal antibody based sandwich enzyme linked immunosorbent assay (ELISA).

Tuberk .Lung Dis, 1993; 74: 200-3

123. CALLET N.

Les marqueurs tumoraux sériques dans les cancers de l'ovaire et du col utérin

Imm Anal Biol Spécial , 2004; 19 : 366-9

124. COLAKONIC S., LUKIC V., MITROVIC L., JELIC S.,SUSNJAR S., MARINKOVIC J.

Prognostic value of CA 125 kinetics and half-life in advanced ovarian cancer.

Int. J. Biol. Markers. 2000; 15: 147-52.

125. SIMSEK H., SAVAS C., KADAYIFCI A., TATAR G.

Elevated serum CA125 concentration in patients with tuberculous peritonitis.A case contro study.

Am. J. Gastro. Enter. 1997; 92: 1174-6.

126. O'BRIEN T., BEARD JB., UNDERWOOD LJ., DENNIS RA.,SANTIN AD.,YORK L.

The CA 125 gene: an extracellular superstructure dominated by repeat sequences.

Tumor. Biol. 2001; 22: 348-66.

127. KOC S., BEYDILLI G., TULUNAY G., OCALAN R., BORAN N.,OZGUL N. ET AL.

Peritoneal tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer: a retrospective review of 22 cases.

Gynecol. Oncol. 2006; 103(2): 565-9.

128. PUNNONEN R., KIILHOLMA P., MEURMAN L.

Female genital tuberculosis and consequent infertility. Int. J. Fert., 1983 ; 28 : 235-8

129. KIM SH., KIM SH., YANG DM., KIM KA.

Unusual causes of tubo-ovarian abscess: CT and MR imaging findings,

Radiographics, 2004; 24: 1575-89.

130. DE ESCALANTE YB., AIBAR AM., SAENZ AD., BLANCATORRUBIA PC.

Loculated ascitis by peritoneal tuberculosis. *Ann. Med. Interna.* 2007; 24(4): 205-6.

131. TONGSONG T., SUKPAN K., WANAPIRAK C., SIRICHOTIYAKUL S., TONGPRASERT F.

Sonographic features of female pelvic tuberculous peritonitis.

J. Ultrasound. Med. 2007; 26: 77-82.

132. N'DRI-YOMAN TH., ABDEL-REDA A., MAHASSADI KA., ATTIA KA., BATHAIX YF. ET AL.

La tuberculose péritonéale à l'heure du VIH/SIDA.

Rev. Int. Sci. Méd. 2000, 2, 30.

133. MALIK A., SAXENA NC.

Ultrasound in abdominal tuberculosis *Abdom. Imag.* 2003; 28(4): 574-9

134. A. CHARBA, Y. ELKAROUT, H. FARAJ

A propos d'une masse pelvienne chez une fille

Feuillets de Radiologie ; 2009

135. H BOUJARNIJA, H AMMOR, M BOUBBOU

Quand la tuberculose passe pour une tumeur : à propos de 11 cas Service de radiologie ; CHU hassan II ; Fes

136. H JALAL, K DAMI, L LAMMAT

Tuberculose ovarienne fistulisée dans le rectum

Hopital Ibn Tofail ,CHU Mohammed VI ; Marrakech ; Maroc

137. Sharma JB, Karmakar D, Kumar R, Shamim SA, Kumar S, Singh N, et al.

Com-parison of PET/CT with other imaging modalities in women with genitaltuberculosis.

Int J Gynaecol Obstet 2012;118:123-8.

138. LANTHEAUME S., SOLER S., ISSARTEL B., ISCH. JF., LACASSIN F., ROUGIER Y. ET AL.

Tuberculose péritonéale disséminée stimulant un cancer ovarien: A propos d'un cas.
Gynecol. Obstet. Fertil. 2003; 31: 624-6.

139. HA HK., JUNG JI., LEE MS., CHOI BG., LEE MG., KIM HG.ET AL.

CT differentiation of tuberculous peritonitis and peritoneal carcinomatosis.
Am. J. Roentgenol. 1996; 167: 743-8.

140. SAN MIGUEL FP., VASSALLO VFJ., RODRIGUEZ I.,MARTINEZ C.

Peritoneal tuberculosis mimicking peritonitis carcinomatosis: a case report.
Ann Med Interna. 2007; 24(3):148-9.

141. Ahmadi F, Zafarani F, Shahrzad Gh.

Hysterosalpingographic appearances of female genital tract tuberculosis: part
I. fallopian tube.
Int J Fertil Steril. 2014; 7(4): 245-252.

142. Ahmadi F, Zafarani F, Shahrzad Gh.

Hysterosalpingographic appearances of female genital tract tuberculosis:Part
II: uterus .
Int J Fertil Steril. 2014; 8(1): 13-20.

143. NARGESS AFZALI MD, FIROOZEH AHMADI M D, FARNAZ AKHBARI

Various hysterosalpingography findings of female genital tuberculosis :a case series
Iran J Reprod Med Vol 11 ; June 2013

144. NAYAMA M., GALLAIS A., OUSMANE N., IDI N., TAHIROUA., GARBA M. ET AL.

Prise en charge de la grossesse extra-utérine dans les pays en voie dedéveloppement
: exemple d'une maternité de référence au Niger
Gynécol. Obstet. Fert. 2006; 34: 14-8

145. GRANGE JD.

Conduite à tenir devant une ascite : Management of patients with ascites.
EMC-Hépto-Gastroentérol, 2005 ; 2 : 297-306

146. www.med.univ-rennes.fr

Ascite diagnostic positif, diagnostic différentiel

147. JMAA A., BEN SLAMA A., GOLLI L., TURKI H., AJMI S.

Ascite exsudative : il faut penser à l'hypothyroïdie Rev. Méd. Int.; 2009; 30; s77-s151

148. UDWADIA TE.

Diagnostic Laparoscopy. Surg. Endosc. 2004; 18: 6-10.

149. MARTINET O., CORPATAUX JM.

Utilité de la laparoscopie dans le diagnostic de péritonite tuberculeuse. J.Coelio.Chir
1999, 32, 74-7

150. LOFFER FD., PENT D.

Indications, contraindications and complications of laparoscopy. Obstet. Gynecol. Sur.
1975; 30: 407-27.

151. MIMICA M.

The usefulness and limitations of laparoscopy in the diagnosis of tuberculous
peritonitis.

Endoscopy, 1992; 24: 588-91

152. SANDIKCI MU., COLAKOGLU S., ERGUN Y., UNAL S., AKKIZ H., SANDIKCI S., ET
AL.

Presentation and role of peritoneoscopy in the diagnosis of tuberculous peritonitis.
J. Gastroenterol. Hepatol. 1992; 7: 298-301.

153. BHARGAVA DK., SHRINIWAS, CHOPRA P., NIJHAWAN S., DASARATHY S.,
KUSHWAHA AK.

Peritoneal tuberculosis: laparoscopic patterns and its diagnostic accuracy.

Am. J. Gastroenterol. 1992; 87: 109-12.

154. REDAH D., AMEDEGNATO D., NAPO-KOURA G. DOEH E.,SANNI S., CARSUZAA M.ET AL.

La tuberculose péritonéale au CHU de Lombé-Tokion à propos de 108 cas.

Med Chir Dig 1993; 22 : 105-6.

155. ROBADAY S., BELIZNA C., KERLEAU JM., HERON F.,CAILLEUX N., LECOMTE F. ET AL

La tuberculose péritonéale: une entité toujours présente. A propos de 4 observations. Rev. Méd. Interne. 2005; 26 : 738-43.

156. VANDENBROUCKE V., MOERMAN P., AMANT F.

Laparoscopy and peritoneal tuberculosis. Intern. J. Gynecol. Obstet. 2006; 95: 58-9

157. BHARGAVA DK., SHRINIWAS, CHOPRA P., NIJHAWAN S.,DASARATHY S., KUSHWAHA AK.

Peritoneal tuberculosis: laparoscopic patterns and its diagnostic accuracy.

Am. J. Gastroenterol. 1992; 87: 109-12.

158. SHIN HP., LEE JI., SEO HM., LIM SJ., JUNG SW., CHA JM.ET AL.

Laparoscopic appearance in a case of peritoneal tuberculosis with elevated cancer antigen 125 levels.

Gastrointest Endoscopy, 2009; 69(1): 180-1

159. SHIN HP., LEE JI., SEO HM., LIM SJ., JUNG SW., CHA JM.ET AL.

Laparoscopic appearance in a case of peritoneal tuberculosis with elevated cancer antigen 125 levels.

Gastrointest Endoscopy, 2009; 69(1): 180-1

160. Jindal UN, Bala Y, Sodhi S, Verma S, Jindal S.

Female genital tuberculosis: early diagnosis by laparoscopy and endometrial polymerase chain reaction.

Int JTuberc Lung Dis 2010;14:1629-34.

161. ERAY CALISKAN, YIGIT CAKIROGLU, KENAN SOFUOGLU

Effets of salpingectomy and antituberculosis treatments on fertility results in patients with genital tuberculosis

The Journal Of Obstetrics and Gynaecology Research ; Novembre 2014

162. Infections génitales de la femme : Salpingites

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) 2012

163. Martin Koskas, Olivier Chanelles*, Jean-Louis Benifla, Jean-Luc Mergui

Place de l'hystérocopie dans la prise en charge de l'infertilité

Service de Gynécologie-Obstétrique Hopital Bichat J Fertil Steril ; 2012 ?

164. Singh, N., et al.,

Vaginal misoprostol for cervical priming prior to diagnostic hysteroscopy efficacy, safety and patient satisfaction: a randomized controlled trial.

Arch Gynecol Obstet, 2008.

165. Bakour, S.H., S.E. Jones, and P. O'Donovan,

Ambulatory hysteroscopy: evidence-based guide to diagnosis and therapy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2006. 20(6): p. 953-75.

166. GUIDE DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE.

Ministère de la santé publique. Maroc 2001.

167. MAUGEIN J., CHEMOULB A.

La résistance aux antituberculeux Rev. Fran. Labo. 2010 ; 422 : 43-50

168. EL FTOUH M., MOULINE S., BADSI A., EL FASSY Fihry. MT.

Médicaments antituberculeux : effets secondaires et conduites à tenir. Med Maghreb, 1998 ; 67 : 35-8

169. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Le traitement de la tuberculose : principes à l'intention des programmes nationaux.

WHO/CDS/TB 2003.313

170. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

TB/VIH manuel clinique. WHO/HTM/TB2004.329

171. GIROUD GP., MATH G., MEYNIEL G.

Pharmacologie clinique.

Exp Scientif Française 1979, Tome II, 1329-55.

172. MAHER D., CHOLET P., SPINCI S., HARRIES A.

Traitement de la tuberculose : principes à l'intention des programmes nationaux.

WHO/TB/97.220

173. Pr BENJELLOUN CHAKIB, Pr BIAZ

Traitement de la tuberculose.

Cours de pathologie respiratoire 3 ème année ; 2013-2014

174. SHIN HP., LEE JI., SEO HM., LIM SJ., JUNG SW., CHA JM. ET AL.

Laparoscopic appearance in a case of peritoneal tuberculosis with elevated cancer antigen 125 levels.

Gastrointest Endoscopy, 2009; 69(1): 180-1

175. ALRAJHI AA., HALIM MA., AL-HOKAIL A., ALRABIAH F.,AL-OMRAN K.

Corticosteroid treatment of peritoneal tuberculosis. Clin. Infect. Dis. 1998; 27: 57-8.

176. DEMIR K., OKTEN A., KAYMAKOGLU S., DINCER D.,BESISIK F., CEVIKBAS U. ET AL

Tuberculous peritonitis. Report of 26 cases, detailing diagnostic and therapeutic problems.

Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2001; 13(5): 581-5.

177. SUTHERLAND AM., GARREY MM.

Female genital tuberculosis. A. twenty years clinical survey . Glasgow, Med, 1951; 32: 231-8.

178. HAMDANI A., SEKKAT N., ALYOUNE A., MERZOUK M.,MOUFID S., EL MEKNASSI A. ET AL.

La tuberculose péritonéale chez l'adulte—Etude de 207 cas

Ann. Gastroenterol. Hepatol. 1987; 23: 115-22.

179. PIERON R., LESOBRE B., MAFART Y., BOCCARA H.

Aspects actuels de la tuberculose péritonéale à propos de 22 cas chez l'adulte.

Sem. Hop. Paris, 1980; 56(3-4): 107-113.

180. SCHWOEBEL V.

Quel dépistage conduire auprès des personnes en contact avec un cas de tuberculose?

Méd. Mal. Inf. 1995; 25: 377-83.

181. NADIA AIT-KHALID, DONALD ENARSON

Tuberculose : manuels pour les étudiants en médecine WHO/CDS/TB/99.272 ; 2009

182. ROLAND BROSCH, DIDIER CHE, PIERRE DURIEUX

Tuberculose, place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie ; 2009