

## Tuberculose vulvaire chez une fille âgée de 7 ans *Vulvar tuberculosis in a 7-year-old girl*

Lawson ATD<sup>2,3</sup>, Dioussé P<sup>1,3</sup>, Bammo M<sup>1,3</sup>, Guèye N<sup>1</sup>, Dione H<sup>3</sup>, Seck F<sup>3</sup>, Diop SA<sup>2,3</sup>

1. Dermatologie, Hôpital Régional de Thiès, Sénégal.
2. Maladies Infectieuses, Hôpital Mame Abdoul Aziz SY de Tivaouane, Sénégal.
3. UFR des Sciences de la santé de l'Université Iba Der Thiam de Thiès, Sénégal.

Auteur correspondant : Dr Lawson Agbogbenkou Tevi Dela-dem

### Résumé

La tuberculose urogénitale est une localisation extrapulmonaire assez rare de l'infection par le bacille tuberculeux. Nous rapportons une forme vulvaire exceptionnelle chez l'enfant. Il s'agissait d'une fille âgée de 7 ans, reçue pour des ulcérations vulvaires évoluant depuis 1 an et apparition d'un nodule de l'aîne gauche indolore qui s'était fistulisé au bout de 2 mois. Dans les antécédents, on notait une vaccination au BCG dès la naissance. Il n'y avait pas de cas de tuberculose dans l'entourage. La patiente avait bénéficié d'un traitement antibiotique sans amélioration. La symptomatologie clinique était marquée par un état général altéré, une fièvre. L'examen dermatologique notait une ulcération sur la grande lèvre droite, à fond sale purulent avec une tuméfaction de la grande lèvre gauche et une cicatrice en écrouelles à l'aîne gauche. La confirmation du diagnostic de tuberculose reposait sur une intradermo réaction à la tuberculine positive à 12mm, l'histologie cutanée qui mettait en évidence un dense infiltrat granulomateux épithélioïde giganto-cellulaire avec des cellules géantes multi nucléées de type Langerhans et une nécrose caséuse. Sous traitement anti tuberculeux, l'évolution était favorable avec une cicatrisation à 6 semaines et une mutilation de la grande lèvre droite.

La tuberculose vulvaire reste exceptionnelle chez l'enfant, le diagnostic doit être évoqué devant toute ulcération vulvaire chronique ne répondant pas au traitement médical habituel.

**Mots clés** : tuberculose vulvaire - enfant - Thiès - Sénégal.

### Summary

Urogenital tuberculosis is a rare extra-pulmonary localization of infection with the tuberculosis bacillus. We report an exceptional vulvar form in children. It was a 7-year-old girl received for symptoms that have progressed for 1 year, marked by the appearance of a painless left groin nodule which fistulized after 2 months. In the antecedents, we noted a vaccination with BCG from birth. There were no cases of tuberculosis in the surrounding area. The patient received antibiotic treatment without improvement. The clinical symptoms were marked by an altered general condition, fever. Dermatologic examination noted an ulceration on the right labia majora, with a purulent dirty bottom with swelling on the left labia majora and a scarred scar in the left groin. Confirmation of the diagnosis of tuberculosis was based on an intradermal reaction to tuberculin positive at 12mm, skin histology which revealed a dense granulomatous infiltrate of gigantocellular epithelioid with giant multi-nucleated Langerhans-type cells and caseous necrosis. Under anti-tuberculosis treatment, the outcome was favorable with healing at 6 weeks and mutilation of the right labia majora. Vulvar tuberculosis remains exceptional in children; the diagnosis must be made in the event of any chronic vulvar ulceration that does not respond to the usual medical treatment.

**Keywords**: vulvar tuberculosis - child - Thiès - Senegal.

### Introduction

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par *Mycobacterium tuberculosis*. Parmi les formes extra pulmonaires, la forme génito-urinaire demeure la plus fréquente [1, 2, 3] mais l'atteinte vulvaire reste rare. Cependant, des cas ont été décrits chez l'adulte [2, 3]. La tuberculose vulvaire de l'enfant quant à elle reste exceptionnelle. Nous rapportons un cas de tuberculose vulvaire chez une fillette de 7 ans.

### Observation

Une fille âgée de 7 ans reçue pour une symptomatologie évoluant depuis 1 an, marquée par l'apparition d'un nodule de l'aîne gauche indolore qui s'était fistulisé au bout de 2 mois. Parallèlement, une ulcération était apparue sur la grande lèvre droite avec une tuméfaction de la grande lèvre gauche. Elle aurait consulté dans plusieurs postes de santé de sa région où des traitements à base d'antibiotiques et de soins locaux avaient été prescrits sans amélioration

clinique. Il n'y avait pas de notion de toux, ni de dyspnée.

Elle était vaccinée dès la naissance au BCG objectivé par une cicatrice visible au deltoïde gauche. Il n'y avait pas d'antécédents de tuberculose dans l'entourage. Elle n'était pas diabétique. Sa jumelle était indemne.

L'examen général retrouvait un état général altéré avec un poids de 18kg pour une taille de 106,5 cm [50-75 percentiles] et une fièvre à recrudescence vespéro-nocturne

L'examen physique retrouvait une ulcération de 3 cm de diamètre, à bordures déchiquetés sur la grande lèvre droite, à fond sale purulent avec une tuméfaction de la grande lèvre gauche et une cicatrice en écrouelles à l'aîne gauche (**figure 1**). Elle présentait de multiples adénopathies inflammatoires aux plis inguinaux. Le reste de l'examen était normal. A la biologie, hémoglobine : 8,5 g/dl, VGM : 66,9fl, TCMH : 21,3pg, CCMH : 31,8g/dl, CRP : 56,22 mg/l, neutrophiles : 57%, lymphocytes : 24, 8%.



**Figure 1 : ulcération de la grande lèvre droite et du clitoris avec une tuméfaction de la grande lèvre gauche et une cicatrice en écrouelles à l'aîne gauche.**

Les sérologies syphilitique et rétrovirale étaient négatives. Le bilan rénal et hépatique était normal. Le dosage des lymphocytes TCD4, des compléments C3, C4 et l'électrophorèse des protéines plasmatiques dans le cadre d'une recherche d'une immunodépression primitive n'avaient pas été réalisés faute de moyens. L'uroculture montrait une pyurie aseptique. L'intradermo réaction à la tuberculine était positive à 12mm. L'histologie cutanée mettait en évidence un dense infiltrat granulomateux

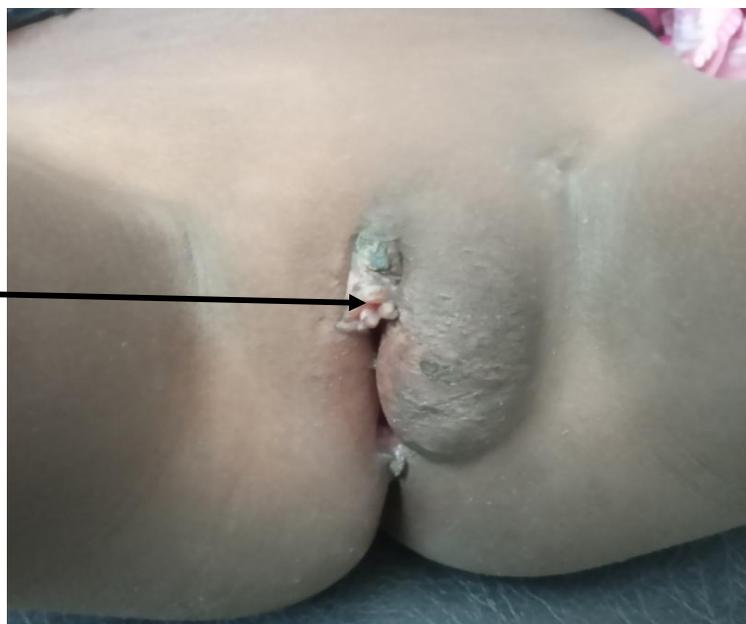
épithélioïde giganto-cellulaire avec des cellules géantes multi nucléées de type Langerhans et une nécrose caséuse. La radiographie pulmonaire et du rachis dorso lombaire basse étaient normales. La tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne montrait des adénopathies meso-rectum, pelviennes, inguinales bilatérales, mésentériques, lombo aortique, latéro-cave dont certains étaient nécrotiques ou calcifiées (**figure 2**).



**Figure 2 : tomodensitométrie pelvienne avec des adénopathies pelviennes dont certains sont nécrotiques ou calcifiées.**

Le diagnostic de tuberculose multifocale ganglionnaire et uro-génitale était retenu. Un traitement anti tuberculeux était prescrit,

l'évolution était favorable avec une cicatrisation à 6 semaines et une mutilation de la grande lèvre droite (**figure 3**).



Cicatrisation  
+Mutilation (grande lèvre droite + Clitoris)

**Figure 3 : une cicatrisation à 6 semaines avec mutilation de la grande lèvre droite.**

**Discussion**

L'incidence de la tuberculose vulvaire rapportée est différente selon les pays : 1 % dans les cliniques d'infertilité des États-Unis [4], 15-21,1% en Afrique du Sud [5]. La tuberculose génito-urinaire représente 27,1 % des tuberculoses extrapulmonaires et celle génitale est observée dans 9% des cas [6]. La tuberculose résulte généralement d'une dissémination à partir des poumons [7]. La transmission se faisant généralement par voie hématogène ou lymphatique ou parfois directement à partir des organes adjacents (intestin ou ganglion lymphatique) [1]. Chez cette fille, la présence d'adénopathies profondes militerait en faveur

d'une infection secondaire, provenant des organes affectés probablement le rein via le système lymphatique expliquant la dissémination endogène par contiguïté et les localisations telles les écrouelles et l'ulcération vulvaire. Cette dernière évolue depuis 1 an. Il existe habituellement une période de latence de plusieurs années entre l'infection initiale symptomatique ou asymptomatique et la tuberculose des voies génitales et urinaires [1, 8]. La lutte contre cette maladie reste une priorité de santé dans nos pays en développement d'où l'importance du programme élargi de vaccination qui inclut la vaccination BCG des enfants dès leur naissance. Bien que vaccinés, certains facteurs de

risque peuvent être incriminés tels la pauvreté, la promiscuité, le diabète, la malnutrition, l'inaccessibilité des structures de santé, l'insuffisance du personnel qualifié [9, 6, 10, 11, 12, 13]. Chez notre patiente, la sérologie rétrovirale est revenue négative, cependant l'immunodépression primitive reste une cause probable.

La tuberculose cutanée reste rare, celle vulvaire de l'enfant exceptionnelle. L'hypothèse diagnostic ne peut être évoquée que par les dermatologues, ce qui explique l'errance diagnostic et le retard de prise en charge chez notre patiente. L'aspect typique des écrouelles, l'histologie et la cicatrisation spectaculaire des lésions à 6 semaines sous antituberculeux sont autant d'arguments qui confirment le diagnostic de tuberculose. Le pronostic esthétique et fonctionnel à long terme mérite d'être souligné chez cette fille du fait de l'impact de la fibrose pelvienne sur la fertilité [10, 12]. Certains auteurs préconisent une laparoscopie après le traitement antituberculeux afin d'agir sur les adhérences majeures des viscères du pelvis qui sont de mauvais pronostic pour la fertilité [14] avec des risques de grossesse extra-utérine dans l'avenir [15].

### Conclusion

La tuberculose vulvaire reste exceptionnelle chez l'enfant, le diagnostic doit être évoqué devant toute ulcération vulvaire chronique ne répondant pas au traitement médical habituel.

### REFERENCES

1. Zajackowski T. Genitourinary tuberculosis: historical and basic science review: past and present. *Cent European J Urol* 2012; 65 (04): 182-187
2. Maiti K, Mishra S, Bera M, Pal D, Maiti M, Mondal PP. Primary vulvar tuberculosis presenting as multiple vulvar ulcers: a rare case report. *UroToday Int J*.2013; 6(03): 39
3. Mallya V, Yadav YK, Gupta K. Vulval tuberculosis masquerading as vulval carcinoma. *J Postgrad Med* 2012; 58(04): 307-308
4. Schaefer G. Female genital tuberculosis. *Clin Obstet Gynecol* 1976; 19: 223-39
5. Margolis K, Wranz PA, Kruger TF, Joubert JJ, Odendaal HJ. Genital tuberculosis at Tygerberg hospital - prevalence, clinical presentation and diagnosis. *S Afr Med J* 1992; 81: 12-5
6. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: An overview. *Am Fam Physician* 2005; 72: 1761-8
7. Lyon S, Rossman M. Tuberculose pulmonaire. *Microbiol Spectr* 2017 ; 5(01)
8. Tiwari P, Pal DK, Moulik D, Choudhury MK. Hypertrophic tuberculosis of vulva-a rare presentation of tuberculosis. *Indian J Tuberc* 2010; 57(02): 95-97
9. Grace GA, Devaleenal DB, Natrajan M. Genital tuberculosis in females. *Indian J Med Res* 2017; 145: 425-36
10. Kumar S, Sharma JB. Female genital tuberculosis. In: Sharma SK, Mohan A, editors. *Tuberculosis*, 3rd ed. Delhi: Jaypee 2015: 362-71
11. Sharma JB. Tuberculosis and obstetric and gynecological practice. In: Studd J, Tan SL, Chervenak FA, editors. *Progress in obstetrics and gynaecology*, Philadelphia: Elsevier; 2008; 18: 395-427
12. Sharma JB. Current diagnosis and management of female genital tuberculosis. *J Obstet Gynaecol India* 2015; 65: 362-71
13. Duggal S, Duggal N, Hans C, Mahajan RK. Female genital TB and HIV co-infection. *Indian J Med Microbiol* 2009; 27: 361-3
14. Sharma JB, Sneha J, Singh UB, Kumar S, Roy KK, Singh N et al. Comparative study of laparoscopic abdominopelvic and fallopian tube findings before and after antitubercular therapy in female genital tuberculosis with infertility. *J Minim Invasive Gynecol* 2016; 23: 215-22
15. Sharma JB, Naha M, Kumar S, Roy KK, Singh N, Arora R et al. Genital tuberculosis: An important cause of ectopic pregnancy in India. *Indian J Tuberc* 2014; 61: 312-7