

TUBERCULOSE URO-GENITALE A BAMAKO. ASPECTS CLINIQUES, PARACLIQUES ET THERAPEUTIQUES.

CLINICAL ASPECTS, PARACLIQUES AND THERAPEUTIQUES OF. Uro-genital TUBERCULOSIS.

Tembély A, Fongoro S, Diallo D, Timbiné E, Arama C, Ouattara K.

Service d'urologie ; service de néphrologie Centre hospitalier universitaire du Point G, Bamako Mali.

RESUME :

Objectif : Préciser les aspects cliniques, paracliques et thérapeutiques de la tuberculose uro-génitale dans les services d'Urologie et de Néphrologie du CHU du Point G.

Patients et méthodes : De Janvier 2005 à Novembre 2006, six patients atteints de tuberculose urogénitale ont été vus. Il s'agissait de trois hommes et de trois femmes âgés de 40 à 62 ans (âge moyen : 50 ans). L'évaluation initiale comportait un interrogatoire à la recherche d'antécédents de tuberculose extra urinaire, une créatininémie, une échographie urogénitale et une urographie intraveineuse. La recherche du bacille de Koch dans les urines a consisté à l'examen direct après coloration des lames par la méthode de Ziehl Nielsen et la culture sur milieu de Lowenstein Jensen. Une étude cytologique et bactériologique des urines (ECBU) a été réalisée ainsi que l'analyse histologique des fragments biologiques et/ou de la pièce d'exérèse.

Résultats : L'incidence de la tuberculose urogénitale a été de 0.3%. Les principales manifestations cliniques étaient la douleur lombaire (83.33%), l'hématurie (33.33%), la pollakiurie (33.33%) et les brûlures mictionnelles (16.67%). Cinquante pour cent des patients présentaient une fièvre et 33.33% une asthénie. Trois (50%) se sont présentés avec une insuffisance rénale (créatininémie moyenne : 866.7 μ mol/l). La bacillurie était présente dans 50% des cas. L'échographie avait montré des anomalies dans 100% des cas et l'anomalie la plus fréquente était l'urétéro hydronéphrose (2 cas, soit 33.33%). Le diagnostic positif a été porté sur les données bactériologiques (3 fois) et histologiques (3 fois). Le traitement a consisté en une chimiothérapie anti bacillaire chez tous les patients en association avec la chirurgie (4 cas) et /ou des manœuvres endo-urologiques (1 cas).

Conclusion : Le diagnostic de tuberculose urogénitale reste difficile et souvent tardif dans notre contexte. Un geste chirurgical ou endo-urologique est souvent nécessaire pour préserver la fonction rénale et améliorer la qualité de vie.

Mots-clés : Tuberculose urogénitale, diagnostic, traitement.

Summary:

Objective: To specify the clinical, paraclinc and therapeutic aspects of urogenital tuberculosis in the services of Urology and Nephrology of the CHU of the Point G. **Patients and methods**: From January 2005 to November 2006, six patients reached of urogenital tuberculosis were seen. The initial evaluation comprised a interrogation in the search of antecedents of urinary extra tuberculosis, a creatinemy, a urogenital echography and an intravenous urography. The research of the bacillus of Koch in the urines was made. A bacteriological examination cyto- of urines (ECBU) was carried out as well as the histological analysis of the fragment S biological and/or the part of exérèse. **Results**: The incidence of urogenital tuberculosis was 0.3%. compared to the consulted patients. The principal clinical demonstrations were the lumbar pain (83.33%), the hématurie (33.33%), the pollakiurie (33.33%) and the burns mictionnell be (16.67%). 50% of the patients presented a fever and 33.33% an asthenia. Three (50%) were presented with a renal insufficiency (average creatinemy: 866.7 μ mol/l). The bacilluria was present in 50% of the cases. Echography had shown anomalies in 100% of the cases of which most frequent was the urétéro hydronéphrose (2 cases, are 33.33%). The positive diagnosis was related to the bacteriological data (3 times) and histological (3 times). The treatment consisted of a bacillar anti chemotherapy among all patients in association with the surgery (4 cases) and/or of the endo-urologic operations (1 case). **Conclusion**: The diagnosis of urogenital tuberculosis remains difficult and often late in our context. A surgical or endo-urologic gesture is often necessary to preserve the renal function and to improve the quality of life.

Key words: Urogenital tuberculosis, diagnosis, treatment.

INTRODUCTION

La tuberculose reste fréquente sous nos climats et son incidence est en pleine ascension dans notre pays à cause du VIH/SIDA.

La tuberculose uro-génitale occupe le 5^{ème} rang après les localisations pulmonaires, ganglionnaires, ostéo-articulaires et digestives. (1)

Cette affection de diagnostic difficile et dont le pronostic reste réservé, notamment dans les

formes de découverte tardive au stade de séquelles urologiques et/ou génitale, menaçant le patient d'insuffisance rénale et de stérilité. Notre étude se propose de revoir les aspects cliniques et thérapeutiques de la tuberculose uro-génitale.

MATERIEL ET METHODES

De Janvier 2005 à Novembre 2006, 6 patients (3hommes et 3 femmes) atteints de tuberculose uro-génitale ont été vus. Les patients étaient âgés de 40 à 62 ans avec un âge moyen de 50 ans.

L'évaluation initiale comportait un interrogatoire, un examen clinique, la recherche des antécédents de tuberculose extra urinaire, une créatininémie, une urographie intraveineuse, une échographie et/ou une tomodensitométrie, la recherche du bacille de Koch dans les urines, une étude cytologique et bactériologique des urines (ECBU), un examen endoscopique et l'analyse histologique des fragments biopsiques et/ou de la pièce d'exérèse.

Notre schéma thérapeutique s'étendait sur 8 mois et comportait 4 anti tuberculeux pendant les 2 premiers mois, puis Isoniazide et Ethambutol pendant 6 mois. .

Le traitement chirurgical était encadré par la chimiothérapie antituberculeuse si le diagnostic avait été confirmé avant l'intervention.

RESULTATS

Incidence : Pendant cette période d'étude de 23 mois, 1949 patients ont été vus en consultation ou hospitalisés. L'incidence de la tuberculose uro-génitale a été de 0.30%

Age et sexe : Il s'agissait de 3 hommes et de 3 femmes âgés de 40 à 62 ans, avec un âge moyen de 50 ans. Dans cette tranche d'âge, 5 patients sur 6 soit 83.33% avait un âge compris entre 40 et 59 ans.

Ethnie, profession et milieu de vie : Les ethnies prédominantes étaient les peulhs et les sonrhaï ; les femmes au foyer représentaient 50% des cas. Quatre patients sur 6 étaient des ruraux soit 66.67%.

Antécédents personnels :

Notion de tuberculose extra pulmonaire 1 cas
Notion de tuberculose dans la famille 1cas
Notion de tuberculose ancienne ou récente évolutive.

Mode de présentation clinique

Un malade présentait 2 ou 3 signes associés. Les motifs de consultation et/ou d'hospitalisation figurent au tableau I

Tableau I : répartition des patients en fonction du motif de consultation

| Motifs de consultation | Effectif | % |
|--|----------|-------|
| Douleurs lombaires + hématurie | 2 | 33.32 |
| Douleurs lombaires + pollakiurie + pyurie | 1 | 16.67 |
| Douleurs lombaires+brûlures mictionnelles | 1 | 16.67 |
| Grosse bourse + picotement urétral | 1 | 16.67 |
| Douleurs lombaires + pollakiurie + dysurie | 1 | 16.67 |
| Total | 6 | 100 |

Tableau II : répartition des patients en fonction de la fréquence des différents symptômes

| Symptômes | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|----------|-------------|
| Douleur lombaire | 5 | 83.33 |
| Amaigrissement | 4 | 66.67 |
| Hématurie | 3 | 50 |
| Troubles mictionnels | 3 | 50 |
| Asthénie | 3 | 50 |
| Anorexie | 2 | 33.32 |
| Pyurie | 2 | 33.32 |
| Grosse bourse | 1 | 16.67 |
| Nodule épидидymite | 1 | 16.67 |

Données radiologiques

L'urographie intraveineuse montrait une sténose (1 cas), une dilatation uretéro-pyélo-calicielle (1 cas), un rétrécissement de la jonction pyélo-urétérale (1cas), rein muet (1 cas)

L'échographie réalisée chez tous les patients n'a pas apporté des résultats meilleurs que l'urographie intraveineuse. Une uretéro hydronéphrose (2 cas), une image d'épididymite avec abcès (1 cas), une uretéro hydronéphrose sur rein unique (1 cas), une uretéro hydronéphrose lithiasique (1 cas), une tumeur rénale (1 cas)

Données para cliniques : La numération formule sanguine a montré une anémie (Hb < 12g/dl) microcytaire dans 3cas, une accélération de la vitesse de sédimentation chez 5 patients. Trois patients se sont présentés dans un tableau d'insuffisance rénale avec une Créatininémie moyenne de 866,7 µmol/l. L'intradermoréaction à la

tuberculine a été positive dans 5 cas (83.33 pour cent). L'étude cytologique et bactériologique des urines réalisée chez 5 patients a révélé une infection urinaire dans 3 cas.

La recherche du bacille tuberculeux dans les urines, 3 jours de suite a été positive 3 fois sur 6cas (50 pour cent)

La preuve de la nature tuberculeuse de lésions urogénitales a été obtenue :

- 3 fois (50 pour cent) sur les arguments bactériologiques : isolement du bacille de Koch dans les urines.

- 3 fois (50 pour cent) sur l'analyse anatomopathologiques de la pièce d'exérèse opératoire : une néphrite caséo- inflammatoire (1 cas), une néphrite chronique non spécifique (1 cas) et enfin une orchite tuberculeuse

Tous les patients ont reçu un traitement médical associant Rifampicine+ Isoniazide+ Pyrazinamide+ E thambutol pendant deux mois puis Isoniazide + Ethambutol durant 6mois. Ces patients avaient tous une tuberculose urogénitale documentée soit bactériologique (BK positif dans les urines) ou histologique .Dans notre pratique,une chimiothérapie anti-tuberculeuse ne saurait être instaurée sans la preuve diagnostique de tuberculose.

Un geste chirurgical et/ou urologique

Tableau III : traitement chirurgical, endo-urologique et médical

| Type de traitement | Traite-ment médical exclusif | Néphre ctomie totale | Cystoli thomie | Orchiépididy mectomie |
|--------------------|------------------------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| Nb de cas | 2 | 2 | 1 | 1 |

DISCUSSION : L'incidence de la tuberculose uro-génitale bien faible (2,3) semble en augmentation dans notre service depuis le diagnostic des premiers cas, nous la recherchons systématiquement devant certains signes cliniques (4,5). La douleur lombaire associant l'un des symptômes suivants (hématurie, pollakiurie, pyurie, brûlures mictionnelles, picotement urétral, dysurie) et positivité des tests tuberculiques doit inciter à faire un bilan poussé. Comme facteurs favorisant dans notre série, on retrouve des conditions socio-économiques défavorables,

l'hygiène défectueuses, la promiscuité et l'origine souvent rurale de la population atteinte. Ces facteurs sont importants dans l'éclosion et la dissémination de la maladie. La tuberculose uro-génitale touche avec prédilection l'adulte jeune (1). Dans notre étude l'âge moyen des patients est de 50 ans. Même dans les pays industrialisés, la tranche la plus touchée est celle de plus de 50 ans. La légère prédominance masculine enregistrée au Maroc et au Cameroun (1,3), n'a pas été confirmée dans notre étude, où il y a eu égalité entre les deux sexes. Sur le plan diagnostique, le grand polymorphisme de la maladie, la faible spécificité des manifestations cliniques et la rareté d'imprégnation tuberculeuse rendent compte du retard apporté au diagnostic (6, 7, 8). Dans notre étude, les formes avancées avec destruction du rein, vessie hypertonique, scléreuse et rétractée responsable de la dégradation de la qualité de vie du fait de la pollakiurie invalidante et l'insuffisance rénale reste encore fréquente sous nos climats et ce, contrairement aux autres séries de la littérature notamment occidentale (9, 10). La plupart des séries (6, 11, 12,13) retrouvent 29 à 87.5% de bacille de Koch à l'examen direct et/ou à la culture d'urine, dans notre étude, l'isolement du bacille était de 50%.

L'apport des examens radiologiques dans le diagnostic de la tuberculose urogénitale est grand. Au cours de notre étude, l'urographie intraveineuse est l'examen de choix ; ainsi les images de calcifications, de sténoses des tiges calicelle, de rétrécissements urétéraux étagés étaient très évocatrices. L'UIV a largement contribué au diagnostic positif ainsi qu'à la détermination de la topographie et du nombre de lésions utiles pour la discussion des indications thérapeutiques.

Au point de vue thérapeutique, si le traitement anti bacillaire est toujours de mise, la néphrectomie pour rein tuberculeux non fonctionnel et asymptomatique garde des adeptes et des adversaires (14,15,16)

Pour notre part, nous sommes partisans de la néphrectomie, qui supprime tout foyer tuberculeux quiescent mettant le patient à l'abri d'HTA, d'abcès et des fistules, celles-ci pouvant survenir plusieurs années après le traitement. Un traitement de 8 mois est efficace et suffisant (4, 5) mais la surveillance doit être poursuivie pendant deux ans.

CONCLUSION : Le diagnostic de tuberculose urogénitale reste difficile et souvent tardif dans notre contexte. Un geste chirurgical ou endo-urologique est souvent nécessaire pour préserver la fonction rénale et améliorer la qualité de vie.

RÉFÉRENCES :

1-Khalid El Khader, My Hfid Lrhorel, Jamal El Fassi, Karim Tazi, Mohamed Hachimi, Ahmed Lakrissa. Tuberculose uro-génitale. Expérience de 10 ans. Progrès en urologie 2001.11.62-67
2-MG Ninafon, S Anagonou, D Kinde-Gazard, L Tawo, R Josse. La tuberculose extra pulmonaire en milieu hospitalier au Bénin.
3-M Sow. La tuberculose uro-génitale à Yaoundé. Aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques : A propos de 23 cas. Med d'Afrique Noire 1996, 43(10)
4-M Le Guillou, JL Parient2, SM Gueye : Tuberculose uro-génitale. EMC (Paris). Néphrologie- Urologie 1993, 18-078-A-10
5- M Sow, J Zoung-Kanyt, A Mbakop, G Michel : Le point sur la localisation génito-urinaire de la tuberculose à Yaoundé.
6- Garcia Rodriguez JA, Garcia Sanchez JF. Genito urinary tuberculosis in Spain. Review of 8 cases clem. Inf Dis.1994, 18,557-561:5
7- Kao. SC, Fang JT, Urinary tract tuberculosis: a 10 year experience. Chang-Kong, I Hsuch, 1996, 19, 1-9
8- Schafer RW, Kinds Weiss JP, Quale JM. Extra pulmonary tuberculosis in patient with HIV infection Medecine. 1991, 70. 384-397

9- Cabezudo Hernodoi A, Virto Bajo FJ, Soria Ruiz: Is urogenital tuberculosis a current disease still? Arch. Ecp Urol, 1994, 47, 445-8
10- Chattopadh Yaya, Bhatnaga R, Agarwal AS, Mitra DR: Genito-urinary tuberculosis inpediatric surgical practice. J. Pediat Surg, 1997, 32,1283-6
11-Allan FJ, De Kock UC. Genito-urinary tuberculosis: Experience with 52 urology in patients. S.Afr Med J.1993.83, 903-7
12- Debre B, Steg A. La tuberculose urogénitale de l'homme: à propos de 11 cas. Ann Urolo-, 1981, 14, 14-6
13- Sachot JL, Rajaczak A, Redoux G, Lobel B. La tuberculose uro-génitale : à propos de cinquante cas. Ann Urol; 1982, 16, 227-9
14- Carl P, Stark L. Indication for surgical management of genito-urinary tuberculosis. World J. Surg, 1997, 21, 505-10
15- Flechner SM. Gow JG: Role of nephrectomy in the treatment of non functioning or very poorly functioning unilateral tuberculosis kidney. J Urol, 1980, 123, 822-5
16- Gow JG. Genito-urinary tuberculosis. Br. J Hosp. Med 1979, 22, 556-8