



## *Cas clinique*

### **Association tuberculose urogenitale et mal de Pott : à propos de 2 cas**

Urogenital tuberculosis and Pott's disease association: about 2 cases

NB Kollo\*<sup>1</sup>, A Bamba<sup>1</sup>, NH Ngon<sup>2</sup>, A Condé<sup>1</sup>, KM Ada<sup>2</sup>, I Mendo<sup>1</sup>, JE Koffi<sup>3</sup>, N Kpami<sup>1</sup>, Y Coulibaly<sup>1</sup>, AK Coulibaly<sup>1</sup>, KJM Djaha<sup>1</sup>, M Diomandé<sup>1</sup>, M Gbané<sup>1</sup>, B Ouattara<sup>1</sup>, E Eti<sup>1</sup>

---

#### **Résumé**

La tuberculose est une maladie infectieuse qui reste fréquente dans les pays en développement. Elle est en recrudescence dans le monde due aux facteurs tels que les mouvements migratoires, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la pauvreté et la précarité sociale. Les sujets immunodéprimés au VIH sont plus exposés aux formes extra-pulmonaires !!! Nous rapportons deux cas d'association d'une tuberculose urogénital et vertébral chez des porteurs du VIH.

Mots-clés : Tuberculose urogenitale ; Mal de Pott ; VIH.

#### **Abstract**

Tuberculosis is an infectious disease that is still common in developing countries. It is on the increase worldwide, due to factors such as migratory movements, infection with the human immunodeficiency virus (HIV), poverty and social precariousness. Subjects immunocompromised with

HIV are more exposed to extra-pulmonary forms of the disease. We report two cases of associated urogenital and vertebral tuberculosis in HIV carriers.

Keywords: Urogenital tuberculosis; Pott's disease; HIV.

---

#### **Introduction**

La tuberculose est une maladie infectieuse qui constitue un véritable problème de santé publique dans les pays en voie de développement où elle sévit de manière endémique [1,2]. C'est une affection pouvant se manifester par une atteinte pulmonaire ou extra pulmonaire. Sa localisation ostéoarticulaire et urogénitale constitue respectivement la deuxième et troisième localisation en cas d'atteinte extra pulmonaire [3,4]. Nous vous rapportons deux cas avec atteinte simultanée vertébrale et urogénitale.

## Cas cliniques

### Cas n°1

Il s'agissait d'un patient âgé de 56 ans, immunodéprimé au VIH, aux antécédents de tuberculose pulmonaire 3 ans auparavant traité insuffisamment, d'une chirurgie de la bourse pour hydrocèle de la vaginale avec retard de cicatrisation 3 mois plutôt.

Il a été admis pour une lomboradiculalgie chronique inflammatoire dans un contexte de fièvre. A L'examen clinique on avait un syndrome rachidien lombaire, un déficit sensitivo-moteur des membres inférieurs à 3/5, une tuméfaction peu douloureuse de la bourse avec présence d'un orifice d'où s'écoulait un liquide purulent inodore. Il n'y avait pas de toux, d'hémoptysie, de douleur thoracique ni de dyspnée.

Au niveau paraclinique, une spondylodiscite T12-L1 était retrouvé à la radiographie standard, une hydrocèle bilatérale à l'échographie et un syndrome inflammatoire biologique. L'analyse du pus issu de la bourse montrait une absence de germe à la bactériologie et la présence du brin d'ADN de mycobacterium tuberculosis au geneXpert. Un traitement antituberculeux avait été institué avec une évolution clinique favorable.

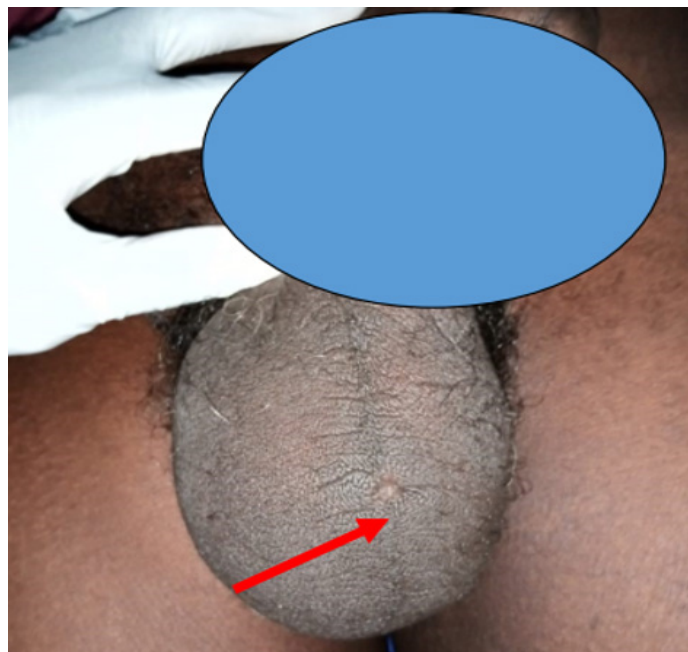


Figure 2 : cicatrisation de la zone de fistulisation en cours de traitement

### Cas n°2

Il s'agissait d'un patient âgé de 43 ans, immunodéprimé au VIH et suivi depuis 6 mois pour myélome multiple. Il a été admis pour une dorsolombalgie subaiguë inflammatoire en contexte de fièvre vesperale avec des troubles génito-sphinctériens associée à une tuméfaction de la bourse évoluant depuis 6 mois. A L'examen clinique, on avait un syndrome d'interruption médullaire à niveau T7-T8, une tuméfaction de la bourse sans signes locaux d'inflammation avec fistulisation laissant sourdre du pus inodore. Il n'y avait pas de toux, d'hémoptysie, de douleur thoracique ni de dyspnée.

L'IRM médullaire thoracique avait mis en évidence une spondylodiscite T8-T9 avec épидурite compressive. On retrouvait un syndrome inflammatoire biologique, l'analyse du pus issu du scrotum montrait une absence de germe à la bactériologie et la présence du brin d'ADN de mycobacterium tuberculosis au geneXpert. Un traitement antituberculeux avait été institué avec une évolution clinique favorable.



Figure 1 : Zone de fistulisation avant traitement



Figure 3 : Grosse bourse avec zone de fistulisation

## Discussion

La tuberculose demeure une affection endémique en Afrique sub-saharienne de façon générale et en Côte d'Ivoire en particulier. Malgré son caractère curable, elle est en recrudescence dans le monde sous l'action conjuguée de différents facteurs notamment les conditions socioéconomiques défavorables (précarité, promiscuité, mauvaise hygiène de vie) et l'infection à VIH [5,6]. La tuberculose est la cause la plus fréquente de décès par le syndrome d'immunodéficience acquise dans le monde [7]. Les sujets séropositifs font plus de formes disséminées ou extra-pulmonaires de la tuberculose et ont près de 20 fois plus de risques de contracter une tuberculose maladie par rapport aux sujets non infectés par le VIH [7,8]. Nos deux patients étaient immunodéprimés au VIH. L'existence d'une lésion tuberculeuse cicatricielle ou évolutive surtout pulmonaire concomitante à une spondylodiscite constitue un argument présomptif en faveur de la nature tuberculeuse des lésions disco-vertébrales [9]. Un de nos patients présentait un antécédent de tuberculose pulmonaire, ce qui nous confortait dans l'hypothèse de l'étiologie tuberculeuse des lésions disco-vertébrales. Tous les viscères peuvent être touchés [10]. La localisation rachidienne est la plus fréquente des localisations ostéoarticulaires [11]. Dans notre contexte, le diagnostic est le plus

souvent présomptif car le diagnostic de certitude n'est pas toujours accessible [9,12]. Nos patients n'ont pas pu honorer faute de moyens financiers. L'atteinte urogénitale survient en général après un décalage évalué à 10 ans en moyenne par rapport à l'atteinte pulmonaire initiale [13]. Du point de vue étiopathogénique, l'inoculation par voie sanguine se fait sous forme de miliaire dans la corticale rénale. A partir de cette lésion initiale, la propagation se fait vers la médullaire, les voies excrétrices et les organes génitaux [14 ,15]. Toutefois, dans les atteintes épидидymaires isolées, si la voie canalaire remontant le cours du sperme à partir de la prostate et des vésicules séminales a été incriminée, des cas d'épididymites tuberculeuses sans atteinte rénale ni de BK dans les urines sont possibles [16]. L'atteinte par voie hématogène, lymphatique ou sexuelle a également été rapportée [15 ,16]. Nos deux patients présentaient une tuméfaction de la bourse avec présence d'un orifice d'où s'écoulait un liquide purulent inodore sur lequel a été mis en évidence le Bacille de Koch. Ces foyers associés à la spondylodiscite permettent de faciliter le diagnostic et dans un bon nombre de cas de témoigner de la nature bacillaire de la spondylodiscite. [10,17]. Ce qui a été le cas chez nos deux patients avec notamment une évolution favorable sous traitement.

## Conclusion

Le mal de pott et la tuberculose urogénitale sont deux formes extra pulmonaires de la tuberculose qui peuvent s'associer chez un même patient notamment l'immunodéprimé au VIH. Il faut savoir y penser devant des rachialgies inflammatoires et un écoulement purulent inodore au niveau du scrotum chez un sujet séropositif.

## \*Correspondance

KOLLO Nzima Brice Kevin

[kollokevin2017@gmail.com](mailto:kollokevin2017@gmail.com)

**Disponible en ligne** : 31 Mai 2024

- 1 : Service de rhumatologie, CHU de Cocody, Abidjan-Côte d'Ivoire.
- 2 : Service de Médecine Interne, Hôpital Général de Yaoundé- Cameroun
- 3 : Service de rhumatologie, CHU de Bouaké-Côte d'Ivoire

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

**Conflits d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] Aghoutane EM, Fezzazi R. Tuberculose sternale isolée chez l'enfant : à propos d'un cas. *Rev Pneumol Clin* 2011;67:322-42.
- [2] Hadadi A, Rasoulinejad M, Khashayar P, Mosavi M, Morad M. Osteoarticular tuberculosis in Tehran: a 2-year study. *Clin Microbiol Infect* 2010;16 (8).
- [3] Mtiraoui A, Soltani MS, Ghannem H, et al. Epidémiologie de la tuberculose dans le Sahel tunisien. *Méd Mal infect.* 1998, 28 2 : 199-202.
- [4] El Khader K, Lrohorfi MH, El Fassi J, Tazi K, Hachimi M, Lakrissa A. La tuberculose urogénitale. Expérience de 10 ans. *Prog Urol* 2001, 11 : 62-7
- [5] Pertuiset E. Tuberculose vertébrale de l'adulte. *Encycl Méd Chir.* 1998; 15-852-A-10, 1-8. et
- [6] Annabi H, Abdelkafi M, Trabelsi M. La tuberculose ostéoarticulaire. *Tun Orthop.* 2008 ; 1(1):7-17
- [7] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Guide pratique de l'OMS sur la tuberculose. Module 1 : prévention - traitement préventif de la tuberculose. Genève : OMS ; 2021 : 160p.
- [8] Gaudelus J. Dans quel cas penser à la tuberculose chez l'enfant ? *Médecine et maladie infectieuse.* 2003 ; 33(S3) :135-140.
- [9] Gbané M, Ouattara B, Diomandé M, Sessou V,

Kaboré F, Kouadio FD, Traoré M, Eti E, Kouakou NM. Apport de la tomodensitométrie dans le diagnostic de la tuberculose vertébrale à propos de 496 cas à Abidjan.

- [10] Loembe PM, Choteau Y. Reste-t-il une place pour la chirurgie dans le mal de Pott de l'adulte ? *Neurochirurgie*, 1994 ; 14 : 247-255.
- [11] Pertuiset E. Tuberculose osseuse et articulaire des membres. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Appareil locomoteur.* 2004; 14(185A10):16p
- [12] Sakho Y, Badiane SB, Ndiaye A. Pott's disease in Senegal. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2003 ; 13 : 13-20
- [13] Nerli RB, Kamat GV, Alur SB, Ashish K, Prabha V, Amarked SS. Genitourinary tuberculosis in pediatric urological practice. *Journal of Pediatric Urology.* 2008 ; xx, 1-5
- [14] Padovani J, Faure F. Tuberculose rénale et urétérale. *Encycl.Méd.Chir.* 1977;34230:A10-3
- [15] Koutlidis N, Fillion A, Michel F. Tuberculose urogénitale. *Urol.* 2009; 18-078-A-10
- [16] Benchekroun A, Iken A, Qarro A, Aelalj H, Nouini Y, Benslimane L, et al. La tuberculose prostatique. A propos de 2 cas. [Prostatic tuberculosis. Two case reports]. *Ann. Urol.(Paris).* 2003; Jun;37(3):120-2
- [17] Mabiala M, Makosso E, Nzingoula S, Senga P. Aspects radiologiques du mal de Pott chez l'enfant. A propos de 72 cas. *Bull Soc Pathol Exot.* 2005 ; 98(1) : 14-17.

## Pour citer cet article :

NB Kollo, A Bamba, NH Ngon, A Condé, KM Ada, I Mendo et al. Association tuberculose urogénitale et mal de Pott : à propos de 2 cas. *Jaccr Africa* 2024; 8(2): 360-363