



Cas clinique

La Tuberculose urogénitale pseudotumorale: Description de deux cas au service d'urologie du CHU de Kati (Mali)

Pseudotumoral Urogenital Tuberculosis: Description of Two Cases at the urology department of Kati University Hospital (Mali)

MS Diallo*, MT Coulibaly, D Cissé, HJG Berthé, A Kassogué, A Diarra, D Konaté, ML Diakité

Résumé

La tuberculose urogénitale de forme pseudotumorale est une surprise histologique. Elle pose un problème de diagnostic différentiel avec les cancers des organes atteints. Les auteurs rapportent deux cas de tuberculoses uro-génitales pseudotumorales. Dans ces observations, les examens physiques et l'imagerie ont été insuffisants pour porter le diagnostic. La première est un cas tuberculose rénale pour laquelle l'échographie abdominale et l'Uro-TDM rénale étaient en faveur d'une tumeur solide du rein. La deuxième est un cas de tuberculose testiculaire dont le diagnostic premier était un cancer testiculaire sur la base de l'échographie Doppler des testicules. Les diagnostics de certitude ont été posés par l'histologie après des chirurgies ablatives sur les organes atteints.

Mots clés: tuberculose, urogénitale, pseudotumorale

Abstract

Urogenital tuberculosis of pseudotumoral form is a histological surprise. It poses a problem of differential diagnosis with cancers of affected organs. The authors report two cases of pseudotumoral urogenital tuberculosis. In these observations, physical examinations and imaging were insufficient to carry the diagnosis. The first is a case of renal tuberculosis for which abdominal ultrasonography and renal Uro-CT were in favor of a solid kidney tumor. The second is a case of testicular tuberculosis whose first diagnosis was testicular cancer based on the Doppler ultrasound of the testes. Certainty diagnoses were posed by histology after ablative surgeries on affected organs.

Keywords: Tuberculosis, genitourinary, pseudotumoral

Introduction

La tuberculose uro-génitale (TUG) est le deuxième site de localisation du BK après la tuberculose pulmonaire [1]. L'évolution insidieuse et le polymorphisme clinique qui la caractérisent, rendent son diagnostic difficile et tardif souvent au stade de séquelles. Les formes pseudotumorales de localisation urogénitale sont rares et posent un problème de diagnostic différentiel avec le cancer des organes atteints. Elle pose un problème de diagnostic différentiel avec le cancer des organes atteints. L'examen anatomo-pathologique constitue un moyen incontournable et précieux dans le diagnostic de cette forme de tuberculose urogénitale.

Nous rapportons deux observations, de découverte fortuite de tuberculose urogénitale pseudotumorale sur des pièces opératoires.

Cas clinique 1

Patient de 14 ans qui a consulté pour une lombalgie gauche évoluant depuis 8 mois. La douleur était accompagnée d'épisodes de nausée, d'hématurie macroscopique de moyenne abondance. Aucune notion de contact tuberculeux n'a été retrouvée dans les antécédents. Par ailleurs le patient a été vacciné au BCG à la naissance. L'examen physique a noté une altération de l'état général avec des conjonctives moyennement colorées. Une sensibilité et un contact lombaire gauche ont été retrouvés à la palpation ; le reste de l'examen physique était sans particularité.

L'échographie abdominale et pelvienne a conclu à une masse tissulaire polaire supérieure du rein gauche. La tomodensitométrie abdominale (Figure 1 et 2) a objectivé une volumineuse tumeur rénale gauche en faveur d'un néphroblastome sans localisation secondaire. La radiographie du thorax est normale.

La biologie a montré une anémie avec un taux d'hémoglobine à 9 g/dl. Une leucocyturie aseptique. Le diagnostic de tumeur rénale sans métastase a été porté sur la base de la triade clinique (Douleur lombaire, hématurie, et contact lombaire) associée aux signes radiologiques de la tomodensitométrie et de l'échographie abdominale et pelvienne.

Nous avons réalisé une néphrectomie élargie sous-costale gauche après la transfusion de trois poches de sang total.

En per-opératoire, nous avons découvert une importante péri-urétérite et péri-néphrite associées à une tumeur solide au pôle supérieur du rein gauche. Les suites opératoires ont été simples. Le résultat de l'examen anatomopathologie de la pièce nous a fait revoir le diagnostic en concluant à une tuberculose rénale gauche. Au vu de ce résultat histologiques le patient a été adressé au service de phthisiologie qui a recommandé une surveillance sans traitement antituberculeux d'emblée.

Cas clinique 2

Patient de 35 ans, marié sans antécédent particulier qui nous a consulté pour tuméfaction et douleur scrotale gauche évoluant depuis 1 an environ associées à des épisodes de fièvres par intermittence sans signes urinaires associés. L'examen physique a retrouvé au niveau des organes génitaux externes une bourse gauche augmentée de volume avec un nodule dur palpable au niveau du pôle inférieur du testicule. Le reste de l'examen physique était normal.

Le bilan biologique standard est normal (NFS, Glycémie, Créatininémie) excepté une vitesse de sédimentation accélérée à 26 minutes à la première heure. Les marqueurs tumoraux (béta HCG, alfafoetoprotéïnes, LDH) étaient normaux.

L'examen cytobactériologique des urines, a révélé une leucocyturie sans germes. Le spermogramme était normal.

L'échographie des testicules a montré une masse tissulaire hypo-échogène au pôle inférieur du testicule gauche associée. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne est normale.

Le diagnostic de tumeur testiculaire gauche a été retenu et une orchidectomie par voie inguinale haute est pratiquée. La pièce opératoire présente macroscopiquement une tumeur granulomateuse d'aspect jaunâtre (Figure 4) avec rupture de la capsule (Figure 3) qui laisse sourdre une collection purulente et adhérence de la vaginale. L'histologie de la pièce a révélé une orchite caséo-folliculaire d'origine tuberculeuse.

Les suites opératoires ont été marquées par une infection du site opératoire malgré une antibioprophylaxie bien conduite. Nous avons référé le patient dans un service de pneumologie où un traitement anti-bacillaire a été instauré selon le programme national de lutte anti-tuberculose 2RHZ/6EH.

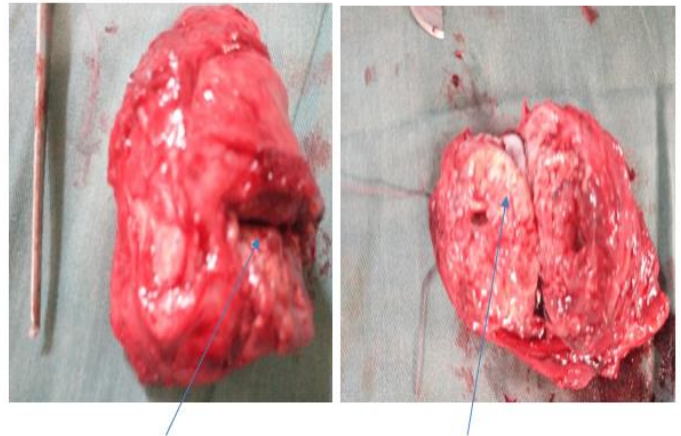


Figure 3 : Image de la pièce opératoire

Figure 4 : Coupe transverse de la pièce

d'orchidectomie avec rupture de la capsule

d'orchidectomie avec caséum tuberculeux

Discussion

La tuberculose est une maladie fréquente, toujours d'actualité et en augmentation croissante dans le monde entier, en particulier du fait de l'infection au VIH [2]. On estime de 8 à 10 millions par an les nouveaux cas de tuberculose dans le monde [3]. La forme extra-pulmonaire représente 10 à 20 % de l'ensemble des cas de tuberculose [4]. Tous les organes peuvent être touchés par dissémination hématogène, lymphatique ou par contiguïté. La tuberculose isolée de localisation rénale est rare et exceptionnelle chez l'enfant immunocompétent [5]. Guillion M a trouvé 1 cas sur 14 cas de tuberculose urogénitale soit 7% [6]. D'autres auteurs ont à faire des observations sur des cas clinique uniques

[1, 7, 8,]. L'absence de spécificités cliniques et radiologiques retarde le diagnostic qui se fait souvent à des stades de séquelle. Dans notre observation 1 nous avons eu un délai diagnostique de 8 mois. O R Bah [9] et I Sarf [7] ont retrouvé respectivement un délai diagnostique de 9 et 12 mois chacun pendant que Redouane R [8] a eu un délai de 3 mois. La tuberculose uro-génitale atteint par prédilection l'adulte jeune, cependant cette

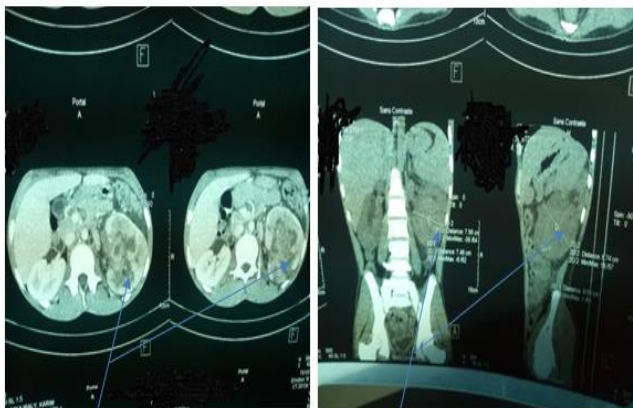


Figure 1 : Uro-TDM (coupe abdominale)

Figure 2 : UroTDM (cliché de reconstruction)

tumeur solide du rein gauche selon TDM

affection peut s'observer à tout âge [10]. Dans nos deux observations l'âge était de 14 ans pour le premier et 34 ans pour le deuxième.

La tuberculose urogénitale à formes pseudotumorale est rare. La localisation rénale est exceptionnelle et pose aussi un problème de diagnostic différentiel avec le cancer du rein et la pyélonéphrite xantho-granulomateuse (PNXG) pseudotumorale [11]. Dans notre observation 1 les examens d'imagerie comme l'échographie rénale et la tomodensitométrie se sont avérées insuffisants pour porter le diagnostic avec certitude. Nous avons retenu le diagnostic d'une tumeur solide du rein (néphroblastome) en premier surtout avec un tableau clinique composé de la triade (hématurie, douleur lombaire et contact lombaire) classique des tumeurs du rein et chez un enfant de 14 ans. La confirmation diagnostic a été faite avec le résultat histologique de la pièce de néphrectomie.

Dans les formes classiques de tuberculose urogénitale le diagnostic est basé sur l'identification du BAAR dans les urines et la culture sur un milieu spécifique. Des prélèvements adaptés doivent être réalisés avec un recueil des premières urines matinales (une petite restriction hydrique peut être nécessaire) avec respect strict du prélèvement (3 jours de suite) pour examen direct et mise en culture sur milieu de Löwenstein. Des techniques d'amplification nucléaire par PCR peuvent être utilisées pour mettre en évidence l'ADN mycobactérien [12]. Elles sont moins sensibles que la culture mais très spécifiques.

Le traitement de la TUG est bien codifié et dépend du schéma thérapeutique du programme national de lutte contre la tuberculose des pays. Dans les formes pseudotumorales la chirurgie d'exérèse est de mise dont l'idée première est d'enlever une tumeur maligne qui risque de métastaser. Dans notre observation 1 nous avons opté pour une néphrectomie élargie sur un rein qu'on pensait

tumoral avec l'absence de localisations secondaires sur les différentes imageries et avec la correction diagnostic sur la pièce opératoire le patient a été mis sous un traitement antibacillaire selon le protocole du programme national de lutte contre la tuberculose au Mali qui est de 2RHZ/6EH pour les formes extrapulmonaires.

La localisation isolée de la tuberculose testiculaire est exceptionnelle. L'orchite pseudotumorale est une présentation clinique rare. Au Madagascar Pecarrere J et col ont retrouvé un seul cas de tuberculose d'orchite-épididymaire sur 16 cas de tuberculose urogénitale dans leur série [13] et A F Rakototiana et col ont retrouvé 2 cas [5].

Le diagnostic différentiel avec une tumeur testiculaire est souvent difficile et justifie le dosage des marqueurs tumoraux du cancer du testicule [14]. Dans notre observation 2 la présence d'une masse intrascrotale dure et douloureuse, l'absence de signes spécifiques de tuberculose et l'échographie des testicules qui montre une masse tissulaire et hypo-échogène du pôle inférieur du testicule nous ont orientés vers une tumeur solide testiculaire. Certains auteurs [10, 15] ont également trouvé des masses tissulaires hypo-échogènes à l'échographie Doppler.

Le traitement de la tuberculose urinaire est médical pour les formes non compliquées. Les formes pseudotumorales indiquent souvent une prise en charge chirurgicale associée ou non à la prise des antituberculeux selon le protocole des différents programmes nationaux de lutte contre la tuberculose.

Dans nos deux observations nous avons réalisé une néphrectomie totale pour la localisation rénale et une orchidectomie par voie inguinale haute associée à une prise d'antituberculeux. Dans les deux cas, l'évolution a été favorable avec suivi de 18 mois.

Conclusion

Les formes pseudotumorales de la tuberculose urogénitale sont exceptionnelles et de diagnostic fortuit sur les pièces opératoires. Les examens d'imagerie sont souvent insuffisants pour porter un diagnostic de certitude. Néanmoins la recherche acharnée de BAAR dans les urines nous permet d'éviter leur découverte à une phase de séquelle et d'instaurer un traitement conservateur efficace.

*Correspondance

Moussa Salifou Diallo

(mousalifon@gmail.com)

Reçu: 08 Jan 2019; Accepté: 13 Mars 2019; Publié: 27 Mai 2019

Service d'urologie du centre hospitalo-universitaire du Pr BSS de Kati, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2019

Conflits d'intérêts : Aucun

Références

- [1] Goita D, Konate I, Sogoba D, Baya B, Diarra B, Sanogo M, Dicko K, Diallo S, Dao S. genitourinary tuberculosis: About two cases in infectious diseases department of Point G university hospital, Bamako, Mali. *J Urol Res* 2018; 5(2): 1100
- [2] A. Ammani, A. Janane, J. Sossa, M. Ghadouane, A. Ameer, M. Abbar. La tuberculose urogénitale : Experience de l'hôpital Militaire de Rabat. *J Maroc Urol* 2007; 6: 13-18
- [3] Jad Watfa, Frédéric Michel. Tuberculose uro-génitale. *Progrès en Urologie* (2005), 15, 602-603.
- [4] S Rolandison, R Rokotoarivelo, M Rakotovao, R Raobison, S Andrianteloasy, S Rakotoarimanana, F Rapelanoro Rabenja. Localisations inhabituelles de la tuberculose: A Propos de trois observations. *La Revue de Médecine Interne* 30 (2009), 917_919
- [5] A F Rakototiana, F A Hunald, N Razafinanjato, H F Ralahy, H N Rakoto-Rasimba, H Y H Rantomalala. Tuberculose testiculaire tsolée Chez L'enfant. A propos de 2 cas Malgaches. *Archives de Pédiatrie*. 2009 ;(16) 2 : 112-114.
- [6] Guillon M, Ferriere Jm, Pourquoi J, Gaston R, Zaranis C. Les formes pseudotumorales de la tuberculose Urogénitale. *Ann Urol* 1982 ; 16 : 294-351.
- [7] I Sarf, Z Dahami, M Dakir, R Aboutaieb, A El Moussaoui, A Joual, M El Mrini, F Meziane, S Benjelloun. Un nouveau cas de Tuberculose rénale à forme pseudotumorale. *Ann Urol* 2001; 35: 34-6
- [8] Redouane Rabii, Kamal Moufid, Abdenbi Joual, Ahmed Maani, Saad Bennani, Mohamed El Mrini. Forme Pseudotumorale d'une tuberculose urinaire. *Progrès en Urologie* (2002), 12, 1284-1287,
- [9] O R Bah, L M Camara, S Guirassy, A Touré, M Bobo Diallo, M Coulibaly. La Pyonéphrose Tuberculeuse. A Propos d'une observation. *African Journal Of Urology* ; Vol 10 No 1, 2004 ; 82-84.
- [10] A Benchekroun, Y Nouini, M Zannoud, A Moustapha Cissé, M Marzouk, M Faik. Tuberculose épидидymaire à propos d'un cas avec aspect particulier en Écho-Doppler couleur. *Annales D'urologie* 36 (2002) 384-387
- [11] Saad H, Hamd A, Korbi S, Nouira M, Bannour H, Bouhawala H. Pyelonephrite Xanthogranulomateuse Pseudotumorale : A Propos d'un cas. *Ann Urol* 1991 ; 25 : 142-5.
- [12] Richard Mallet, Marc Mouzin, Xavier Gamé, Frédéric Braud, Pascal Rischmann, Jean-Pierre Sarramon. Epididymite aiguë révélatrice d'une tuberculose tertiaire. *Progrès En Urologie* (2001), 11, 542-54513
- [13] Pecarrere J, Raharisolo C, Dromigny JA. A Propos De 660 cas de Tuberculoses Histologiques Extra-Pulmonaires étudiés à l'institut Pasteur de Madagascar. *Arch Inst Pasteur Madagascar* 1995, 62: 83-9.
- [14] Barry M, Tounkara T M, Kourouma K, Kante D, Diallo T M O, Bah M D, Diallo A B, Bah I, Camara L M, Bah O R, Koulibaly M, Diallo M B. Orchite pseudotumorale révélatrice d'une Co-Infection Tuberculose /VIH Au Service d'urologie CHU de Conakry. *Uro'andro - Volume 1 N° 7 Janvier 2017*
- [15] IG D Solofomalala, A J C Rakotoarisoa, J Rakotosamimanana, L Rabarioelina. Un cas de tuberculose testiculaire vu À Antananarivo. *Médecine Tropicale*; 2006, 66, 1; 97

Pour citer cet article:

MS Diallo, Coulibaly MT, Cissé D, Berthé HJG, A Kassogué, Diarra A, Konaté D et al. La Tuberculose urogénitale pseudotumorale: Description de deux cas au service d'urologie du CHU de Kati (Mali). *Jaccr Africa* 2019; 3(2): 140-145.