



HEALTH RESEARCH IN AFRICA

High Quality Research with Impact on Clinical Care



Cas Clinique

La Tuberculose Primaire du Pénis chez un Immunocompétent : Une Présentation Clinique Rare

Primary Penile Tuberculosis in an Immunocompetent: A Rare Clinical Presentation

Ulrich Davy Kombila^{1,5}, Dimitri Mbethe², Stéphane Bigoundou Nzamba³, Nicole Bivigou¹, Séphora Tsioukaka¹, Jéconias Verlain Mouity Mavoungou¹, Ghislaine Moussirou Soumbou⁴, Adrien MOUNGOUNGOU^{2,5}, Jean Bruno Boguikouma^{1,5}

Affiliations

1. Service de médecine interne, CHU de Libreville, Gabon
2. Service d'urologie, CHU de Libreville, Gabon
3. Service d'anatomie et de cytologie pathologiques, HIA OBO, Libreville, Gabon
4. Service de dermatologie – vénérologie, CHU de Libreville
5. Faculté de Médecine, Université des Sciences de la Santé (USS), Libreville

Auteur correspondant

Docteur Ulrich Davy Kombila
Service de Médecine Interne, CHU de Libreville
Faculté de Médecine, Université des Sciences de la Santé (USS)
BP : 9264 Libreville ; Tel : +241 65 18 06 68
E-mail : ulrichdavyk@gmail.com

Mots – clés : traitement antituberculeux, tuberculose pénienne, tuberculose primaire, Libreville

Keywords: anti-tuberculous therapy, Penile tuberculosis, primary tuberculosis, Libreville

RÉSUMÉ

La tuberculose pénienne est une variété très rare de la tuberculose génito-urinaire, même dans les pays en voie de développement. Elle est soit primaire, soit secondaire à une tuberculose pulmonaire. Nous rapportons le cas d'un patient de sexe masculin 23 ans, immunocompétent, sans antécédents médicaux qui a présenté une lésion ulcéreuse indolore du gland. La biopsie avec examen histopathologique a mise en évidence un follicule épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse confirmant le diagnostic de tuberculose pénienne. L'évolution était favorable sous traitement antituberculeux. Devant une ulcération chronique du pénis envisager comme diagnostic différentielle en zone d'endémie une tuberculose pénienne.

ABSTRACT

Penile tuberculosis (PTB) is a very rare variety of genitourinary tuberculosis, even in developing countries. It is either primary or secondary to pulmonary tuberculosis. We report the case of a 23-year-old male patient, immunocompetent, with no medical history who presented with a painless ulcerative lesion of the glans. The biopsy with histopathological examination of the lesion showed evidence of tuberculosis with a favourable evolution under anti-tuberculosis treatment. Faced with chronic ulceration of the penis, consider penile tuberculosis as a differential diagnosis in endemic areas.

INTRODUCTION

La tuberculose (TB) pose un réel problème de santé publique au Gabon et dans les pays en développement. Il s'agit d'une maladie infectieuse due au *Mycobacterium tuberculosis*, à localisation pulmonaire prédominante. La TB urogénitale représente environ 5,3% des TB extrapulmonaires, chez l'homme, elle peut atteindre, l'épididyme et les testicules [1], dans sa forme génitale. Cependant les localisations au niveau du pénis sont des présentations peu courantes de la TB, même dans les pays où l'incidence de la TB pulmonaire et extrapulmonaire est élevée [2]. Nous rapportons un cas de tuberculose pénienne chez un patient de 23 ans immunocompétent, qui consulte pour de multiples lésions ulcéreuses du pénis. La biopsie chirurgicale des lésions avec examen histologique a confirmé le diagnostic de tuberculose pénienne en présence d'un granulome épithélio-giganto-cellulaire. La rareté de ce cas nous a paru mérité d'être porté à l'ensemble des praticiens.

OBSERVATION

Patient de 23 ans, gabonais, a été reçu en hospitalisation en décembre 2022 pour prise en charge d'une ulcération génitale chronique débuté trois mois auparavant. L'histoire clinique retrouve une circoncision à l'âge de 3 ans, des rapports sexuels non protégés avec une partenaire. Il est sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, en dehors d'une intoxication tabagique à 9 paquets / année débutée à l'âge de 17 ans. L'examen ne révèle pas de notion de fièvre, d'anorexie, d'asthénie, ni d'amaigrissement. L'examen clinique d'entrée notait des lésions ulcéro-bourgeonnantes multiples, de toute la circonférence du gland très infiltrées et indolore (Fig. 1). Le méat urétral était rétréci. On palpe une induration de tout le gland et la moitié distal de la verge. On ne note pas d'adénopathies inguinales. On note une cicatrice de BCG à la face antérieure de l'avant-bras gauche. L'examen testiculaire, le toucher rectale et le reste de l'examen somatique étaient sans anomalies. La biopsie du gland avec examen anatomopathologique montrait un épiderme

acanthosique ulcéré (Fig. 2.) sans atypie architecturale ni cytologique d'origine virale. Au fond de l'ulcère, on observe un important infiltrat inflammatoire chronique contenant des lymphocytes et des granulomes épithélioïdes et géantocellulaires nécrotiques (Fig.3). Les différentes colorations spéciales (Ziehl-Neelsen, PAS, May-Grünwald Giemsa, Gomori-Grocott) étaient négatives. L'intradermoréaction à la tuberculine n'a pas été réalisée. Les sérologies de la syphilis, des hépatites B et C, et du VIH étaient négatives. Le scanner thoracoabdominal était normale. L'échographie de la verge mettait en évidence une importante inflammation des tuniques musculaires de la verge. A l'examen cyto bactériologique des urines il n'existait pas de leucocyturie sans germe. La recherche de *Mycobacterium tuberculosis* restait négative à l'Xpert MTB/Rif sur les expectorations. Le diagnostic de tuberculose pénienne était retenu. Un traitement antituberculeux fut initié associant sous forme combinée la rifampicine (R), l'isoniazide (H), le pyrazinamide (Z) et l'ethambutol (E), et pendant deux mois, relayée pendant quatre mois par une bithérapie associant la rifampicine, et l'isoniazide (2[RHZE]/4[RH]). L'évolution est marquée par une guérison complète du gland (Fig. 4) après six mois de traitement antituberculeux.

DISCUSSION

La TB pénienne est une présentation peu courante de la TB, même dans les pays où l'incidence de la TB pulmonaire et extrapulmonaire est élevée. Il s'agit d'une forme difficile à diagnostiquer même dans les pays où la TB est endémique [3]. Cette difficulté est liée en partie à la consultation tardive. La plupart des patients se présentent tardivement en consultation en raison de la stigmatisation associée compte tenu du site d'implication et des hésitations de la part des patients [4]. Comme ce fut le cas de notre patient qui a consulté plus de trois mois après le début de la symptomatologie. Le spectre clinique pouvant aller d'une lésion strictement cutanée à une atteinte plus profonde du gland et/ou du corps caverneux. Il s'agit essentiellement d'ulcères chroniques dont la base indurée peut en imposer pour une tumeur maligne [5]. C'est devant l'absence des facteurs de risque du cancer de la verge retrouvé dans la littérature [6] à savoir ; incidence faible, l'âge moyen de survenu qui est 50 ans, l'absence d'hygiène déficiente, le phimosis et la présence d'une facteur protecteur la circoncision qui n'ont pas permis de retenir ce diagnostic chez notre patient. La TB pénienne chez l'adulte peut être soit primaire ou secondaire ; primaire généralement contractée soit lors des rapports sexuels violents avec des partenaires féminines atteintes de TB génitale active, soit lors d'une circoncision rituelle [5, 7], ou secondaire due à la complication ultérieure d'une TB pulmonaire ou d'une autre partie du tractus urogénital étendue à l'urètre ou par voie hématogène [7]. La notion de rapport sexuel violents avec des partenaires féminines atteintes de tuberculose génitale active, ou de tuberculose pulmonaire active n'a pas été retrouvé à l'anamnèse du patient. Il pourrait d'agit d'une dissémination par vois hématogène dû à *Mycobacterium tuberculosis* resté quiescent dans les macrophages au décours de la

vaccination par le BCG dans l'enfance. D'autre part le tabac augmente le risque de tuberculose extrapulmonaire chez les fumeurs et les ex-fumeurs [8]. La fumée de tabac favorise l'infection à *Mycobacterium tuberculosis* par plusieurs mécanismes : diminution des performances des macrophages alvéolaires, immunodépression des lymphocytes pulmonaires, diminution de l'activité cytotoxique des cellules *natural killer*, altération de l'activité des cellules dendritiques pulmonaires [8, 9]. Le gold standard diagnostique reste une biopsie cunéiforme de la lésion avec cultures mycobactériennes. La polychimiothérapie antituberculeuse permet d'obtenir une bonne réponse clinique et génère rarement une pharmacorésistance [10]. Il est important de dépister et d'examiner également le partenaire pour des lésions vulvaires similaires, qui doivent être traitées simultanément pour éviter une réinfection.

CONCLUSION

La faible incidence de la tuberculose pénienne représente un obstacle à la publication des séries consécutives des patients permettant de bien codifier la démarche diagnostique. L'approche diagnostique est basée sur un faisceau d'arguments cliniques, mais la biopsie cutanée doit être systématique pour confirmer la tuberculose pénienne et éliminer une tumeur maligne du pénis dont la sanction chirurgicale se passe de tout commentaire.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

- 1) Mazza-Stalder J, Nicoda L, Janssens JP. Rev Mal Respir 2012 ; 29 : 566 – 78.
- 2) Tapsoba AK, Bibi M, Traoré TM, Ayari A, Rhouma SB, Noura Y. Primary tuberculosis of the glans penis: A rare presentation and review of literature. Urology Case Report. 2021; 38: 101858. doi.org/10.1016/j.eucr.2021.101858.
- 3) Venyo AKG. *Tuberculosis of the Penis: A Review of the Literature*. Scientifica, 2015, 1–11. Doi :10.1155/2015/601624
- 4) Chhonkar A, Tambe S, Aswani Y, Nayak C. Case series of genital tuberculosis. Indian J Sex Transm Dis AIDS. 2017 ; 38(2): 183 – 6.
- 5) Raffas W, El Amrani F, Tbatoua F, Khalil F, Benzekric A, Hassama B, et al. Tuberculose primaire du pénis. Ann Dermatol Venereol 2013; 140: 666 – 8.
- 6) Mansouri H, Safta IB, Ayadi MA, Gatria S, Dhiab TB, Rahal K. Cancers primitifs de la verge : à propos de 11 cas et revue de la littérature. Pan Afr Med J. 2018 ; 31 :14. doi :10.11604/pamj.2018.31.14.13077
- 7) Gangalakshmi C, Sankaramahalingam. Tuberculosis of Glans Penis- A Rare Presentation. J Clin Diagn Res 2016; 10(12): PD05–PD06. doi: 10.7860/JCDR/2016/19163.9057.
- 8) Underner M, Perriot J, Peiffer G, Ouédraogo G, Gerbaud L, Meurice JC. Tabac et Tuberculose maladie. Rev Mal Respir 2012; 29: 978 – 93.
- 9) Arnson Y, Shoenfeld Y, Amital H. Effets of tobacco smoke on immunity, inflammation and autoimmunity. J Autoimmun 2010; 34(3): J258 – 65. doi: 10.1016/j.jaut.2009.12.003.
- 10) Banerji JS. Primary tuberculosis of the glans penis in an immunocompetent male. Lancet Infect Dis 2020; 20: 509.



Fig. 1 – Lésions ulcérées du pénis

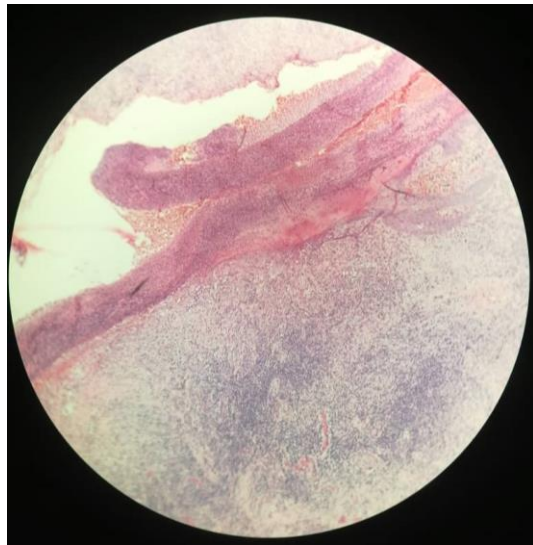


Fig. 2 – Epiderme ulcéré

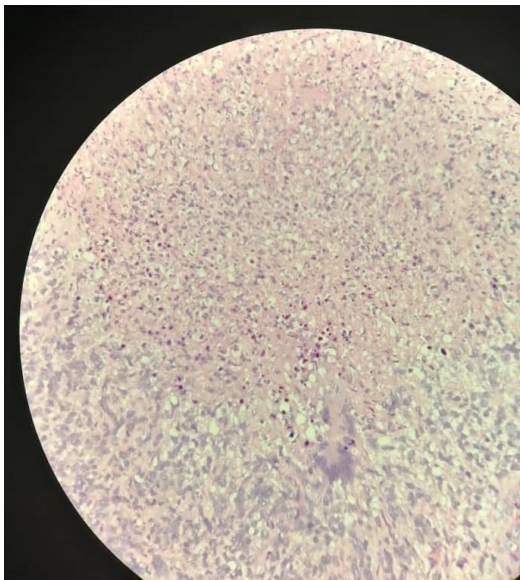


Fig. 3. – Granulome nécrotique avec cellule géante multinucléée X200



Fig. 4. – Lésions du gland complètement guéries après six de traitement antituberculeux