



Cas Clinique

Co-Infection Tuberculose Urinaire, Bilharziose Urinaire et Paludisme sur Rein Unique Fonctionnel

Association of urinary tract tuberculosis, urinary bilharziasis and malaria and a single functional kidney

Coulibaly Nouhoum¹, Yattara Hamadoun¹, Toloba Yacouba², Fongoro Saharé³.

RÉSUMÉ

Nous rapportons l'association de paludisme, tuberculose et bilharziose urinaire sur un terrain particulier (rein unique) dans le service de néphrologie du CHU du Point G. Il s'agit d'un patient admis pour douleur lombaire et du flanc droit irradiant vers les organes génitaux externes. L'examen a retrouvé des signes d'imprégnation bacillaire et une cicatrice de lombotomie pariétale sur l'abdomen. L'examen parasitologique et bactériologique des sédiments urinaires a mis en évidence *Schistosoma haematobium* et des bacille acido-alcool-résistants. La goutte épaisse est revenue positive. La TDM a montré un rein droit normal, sans rein gauche et des calcifications bilharziennes de la vessie. Le sujet a été traité avec succès pour les trois pathologies.

ABSTRACT

We report the association of malaria, urinary tract tuberculosis and urinary bilharziasis in a patient with single kidney at the nephrology department of the Point G University Hospital. This patient was admitted for lumbar and right flank pain radiating to the external genitals. Physical examination found signs of bacillary impregnation and a parietal lumbotomy scar on the abdomen. Parasitological and bacteriological examination of the urinary sediment revealed *Schistosoma haematobium* and acid-fast bacillus. The thick blood film test was positive for malaria. CT scan showed a normal right kidney, no left kidney and schostosomal calcifications of the bladder. The patient was successfully treated the three diseases.

¹Service de Néphrologie et d'Hémodialyse CHU du Point G Bamako (Mali).

²Service de Pneumologie et Phtisiologie CHU du Point G Bamako (Mali)

³Faculté de médecine et Odonto-Stomatologie de Bamako

Auteur correspondant : Nouhoum COULIBALY, néphrologue praticien hospitalier, CHU du Point G. Tel : (223) 76 81 33 41. E-mail : nouhcoulibaly@gmail.com

Mots clés : tuberculose, bilharziose, leucocyturie aseptique.

Key words: tuberculosis, bilharziasis, aseptic leukocyturia.

INTRODUCTION

La tuberculose pose un problème majeur de santé publique dans le monde (OMS). Ses présentations cliniques peuvent être polymorphes [1]. Bien que la tuberculose urinaire soit moins fréquente à présent [2], elle est loin d'avoir totalement disparu. En général, l'atteinte rénale reste dominée par les lésions parenchymateuses, mais aussi par la dissémination le long de la voie excrétrice, pouvant être une amylose secondaire [2]. Le Mali est un pays d'endémie de tuberculose, de paludisme et de bilharziose. Dans le contexte des pays tropicaux comme le Mali, les associations de certaines maladies infectieuses sont possibles. Cependant l'association tuberculose et une bilharziose urogénitale, avec des séquelles est un cas rare

sur un rein unique dans une zone endémique de paludisme. Nous rapportons ici un cas d'association de tuberculose, paludisme et bilharziose sur terrain particulier à savoir un rein unique fonctionnel. Le but de ce travail était aussi de faire ressortir l'importance du sédiment urinaire dans le diagnostic des infections urinaires bactériennes et parasitaires.

OBSERVATION CLINIQUE

Nous avons reçu en consultation un homme de 38 ans pour écoulement urétral non purulent. Un patient aux antécédents de bilharziose urogénitale à l'enfance et néphrectomie gauche pour hématurie macroscopique abondante et douloureuse en 2011. L'interrogatoire a permis de noter un traitement en cours par ketoprofène 100 mg et praziquantel 600 mg. La symptomatologie

était marquée par une douleur lombaire et du flanc droit irradiant vers les organes génitaux externes. L'examen physique a objectivé une pression artérielle à 132/83 mmHg, une fréquence cardiaque à 91 battements/mn, une cicatrice de lombotomie pariétale sur l'abdomen, une absence de contact lombaire ou de masses palpables et de signes de rétention hydro-sodée. Les examens para cliniques ont objectivé une fonction rénale normale avec une créatininémie à 118 $\mu\text{mol/l}$, l'azotémie à 4,91 $\mu\text{mol/l}$, l'uricémie à 226 $\mu\text{mol/l}$ et un débit de filtration glomérulaire (DFG) à 85,01 ml/mn/1,73 m² selon la formule de Cockcroft – Gault, et une protéinurie de 24 heures néant, une CRP à 48 mg/l. Un premier sédiment urinaire a mis en évidence la présence de *Schistosoma Hæmatobium*, sans leucocyte, pas d'hématie avec une culture stérile. Le contrôle du sédiment urinaire a montré une leucocyturie à 944 000/ml sans hématurie et une culture stérile (leucocyturie aseptique) (Tableau I). La recherche de Bacille acido-alcool-résistant (BAAR) dans les urines est revenue positive sur deux prélèvements effectués. La tomodensitométrie (TDM) a montré un rein droit de densité normale, alithiasique et non dilaté avec la présence de calcifications bilharziennes de la vessie. Le rein gauche n'a pu être visualisé. Une goutte épaisse est revenue positive avec présence de trophozoïtes de *Plasmodium falciparum*. Il a été traité pour la bilharziose urinaire par praziquantel (40 mg/kg/jr) en prise unique, par l'artesunate – lumefantrine (pendant 72 H) pour son paludisme. La chimiothérapie anti-tuberculose a été instituée en combinant : rifampicine (10 mg/kg/j), isoniazide (5 mg/kg/j), éthambutol (20 mg/kg/j), pyrazinamide (30 mg/kg/j) pendant deux mois, suivie d'une bithérapie à base de rifampicine et isoniazide aux mêmes doses pendant quatre mois. L'évolution sous traitement a été favorable et le malade est guéri. Les examens de contrôle (goutte épaisse après traitement, la recherche de *Schistosoma* dans les urines et la recherche de BAAR dans les urines et crachats) sont revenus négatifs.

DISCUSSION

Les néphropathies parasitaires restent fréquentes en Afrique Sub-Saharienne dominées par le paludisme, la bilharziose et la filariose [2]. Bien vrai que le paludisme soit un problème de santé publique, l'incidence de l'atteinte rénale au cours du paludisme reste inconnue dans notre contexte. L'absence d'investigation systématique de la fonction rénale par insuffisance des moyens diagnostiques au cours du paludisme explique cela. Certes, l'atteinte rénale au cours du paludisme à *Plasmodium falciparum* (Pf) est bien codifiée dans la littérature [3], fréquente lors des accès graves. Les lésions tubulaires et glomérulaires aiguës sont prédominantes (20 – 70% lors des accès palustres) [4]. La précocité diagnostique et la parasitémie faible ont fait que la fonction rénale était encore conservée. La bilharziose à *Schistosoma Hæmatobium* est présente en Afrique et en Asie méditerranéenne [2], son tropisme urogénital rend compte de la fréquence des néphropathies interstitielles ; les atteintes glomérulaires sont rares. La protéinurie de 24 heures est revenue néant

avec une diurèse 1500 ml chez notre patient. Nous avons isolé des œufs de *Schistosoma* au sédiment urinaire.

Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence des œufs de *Schistosoma Hæmatobium* dans les urines (de préférence après l'effort physique) mais sur les premières urines du matin après un long clinostatisme. Devant une leucocyturie aseptique au sédiment urinaire et une protéine C réactive, nous avons suspecté une tuberculose urinaire, qui a été confirmée par la mise en évidence de BAAR sur deux échantillons prélevés sur les urines de 24 heures. Cela corrobore avec les données de la littérature [2, 5], où le prélèvement est souhaité jusqu'à six devant une bacillurie aseptique. A l'instar de certains auteurs [3], nous confirmons aussi que la tuberculose urogénitale est une localisation assez rare mais aussi que la symptomatologie urinaire est peu spécifique conduisant le plus souvent à une errance diagnostique et une prise en charge tardive. La présence de signes d'imprégnation bacillaire tels que la fièvre, l'altération de l'état général, est cependant un bon élément d'orientation ce qui était le cas chez notre patient. La chimiothérapie anti tuberculose a été instituée conformément au protocole national (deux mois d'association Rifampicine-Isoniazide-Pyrazinamide-Ethambutol (RHZE) et quatre mois d'Ethambutol-Isoniazide (RH). Ce régime a été adapté à la capacité rénale sur un rein unique fonctionnel ; la fonction rénale est restée normale tout au long du traitement pendant six mois. Certains auteurs préconisent un traitement antituberculeux urogénital de neuf mois à douze mois [5], ce qui n'était pas le cas de notre patient.

CONCLUSION

Ce travail confirme la possible association morbide des pathologies infectieuses en milieu tropical. Le sédiment urinaire aide au diagnostic de la tuberculose et bilharziose urinaires.

RÉFÉRENCES

- [1] = Ba B, Minta DK, Traoré AM, Toloba Y, Coulibaly I, Kaya AS, Dollo-Maïga I, Cissé T, Diallo K ; Sidibé AT, Sacko M, Dembélé M, Traoré AK, Traoré HA. La problématique diagnostique de la tuberculose en milieu hospitalier à Bamako, Mali. West African Journal of Research for Health 2013 (000): 21-26.
- [2] = Yvon BERLAND et Bertrand DUSSOL. Néphrologie pour l'interne. TOM 3. Edition 2000, Paris Cedex 15. Page :
- [3] = Thomas Sengua Kunuanunua, Célestin Ndosimao Nsibu, Jean-Lambert Gini-Ehungu, Joseph Mabilia Bodi, Pépé Mfutu Ekulu, Hypolite Situakanza, Nazaire Mangani Nseka, Kumbundu Magoag, Michel Ntetani Alomi. Insuffisance rénale aigue dans les formes graves du paludisme chez les enfants vivants à Kinshasa. Néphrologie et thérapeutique 9 (2013) 160 – 165.
- [4] = K. Mabrouk, A. Izem, H. Eloury, S. Elkhayatt, M. Zamd, G. Medkouri, M. Benghanem, B. Ramdani. Insuffisance rénale aigue compliquant un paludisme grave : à propos de 3 cas. <http://dx.doi.org/10.1016/J.nephro.2014.07.193>
- [5] = S. Morad, H. Benjelloun, H. Moubachir, N. Zaghba, A. Bakhatar, N. Yassine, A. Bahlaoui. La tuberculose urogénitale (à propos de 10 cas). <http://dx.doi.org/10.1016/J.rmr.2014.10.375>