



Cas Clinique

La Tuberculose Urogénitale à Kidal (Mali) : À Propos d'un Cas

Urogenital Tuberculosis: A Case Report from Kidal (Mali)

Samaké D¹, Sogoré S², Coulibaly M¹, Bakayoko A², Coulibaly AM³, Kéïta MS⁴, Traoré M⁵, Dembélé M⁵, Kondé A¹, Fofana Y¹, Guindo O¹, Traoré B¹, Dao S⁶

Affiliations

- Hôpital Sominé DOLO de Mopti, Mali
- Centre de santé de référence de Kidal, Mali
- hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao, Mali
- M&inistère de la santé et du développement social, Bamako, Mali
- Hôpital régional de Sikasso, Mali
- Centre hospitalier universitaire de Gao

Auteur correspondant

Sogoré S, Médecin généraliste au centre de santé de référence de Kidal, Mali
Email : sogore@gmail.com

Mots clés : tuberculose urogénitale, Kidal, Mali

Keywords : urogenital tuberculosis, Kidal, Mali

RÉSUMÉ

La tuberculose urogénitale est l'une des localisations fréquentes des formes de tuberculose extra pulmonaire. Nous rapportons un cas de tuberculose urogénitale chez un nomade au nord du Mali dans un contexte d'insécurité. Il s'agit d'un sujet sans notion de contagion familiale qui est resté symptomatique pendant 23 ans avec brûlure mictionnelle, pollakiurie, baisse de la libido, dysfonction érectile et éjaculation précoce. Le diagnostic microscopique a été fait après la coloration au Ziehl Nielsen d'échantillons de sperme obtenus en période post coïtale. L'évolution a été favorable sous une quadrithérapie (RHZE) conduite pendant 2 mois laquelle a été substituée une bithérapie par le RH pendant quatre mois. Le caractère sournois de son évolution et sa présentation clinique le plus souvent pauci symptomatique et non spécifique sont à l'origine d'un délai de diagnostic particulièrement long. Devant le moindre signe d'appel urinaire et compte tenu des conséquences potentielles, elle devrait être recherchée systématiquement.

ABSTRACT

Urogenital tuberculosis is a frequent localization of extra pulmonary tuberculosis. We report a case of urogenital tuberculosis in a nomad in northern Mali in a context of insecurity. The subject had no family history of contagion and remained symptomatic for 23 years, with mictional burning, pollakiuria, decreased libido, erectile dysfunction and premature ejaculation. Microscopic diagnosis was made after Ziehl Nielsen staining of post-coital semen samples. Progression was favourable on 2 months of quadrithrapy (RHZE), followed by 4 months of dual therapy with RH. The insidious nature of its evolution and its clinical presentation, which is usually pauci-symptomatic and non-specific, have led to a particularly long delay in diagnosis. At the slightest sign of urinary tuberculosis, and given the potential consequences, it should be systematically investigated.

INTRODUCTION

la tuberculose urogénitale (TUG) est l'une des localisations fréquentes des formes de tuberculose extra pulmonaire. Elle reste sous diagnostiquée et peu évoquée par les cliniciens du fait de son évolution sournoise et de sa présentation clinique le plus souvent pauci symptomatique et non spécifique. Ce qui est à l'origine d'un délai de diagnostic particulièrement long. Elle peut faire partie d'une infection disséminée ou être localisée uniquement au tractus urogénital. Elle est considérée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme une atteinte sévère [1]. Il s'agit de la quatrième localisation extra-pulmonaire de l'infection tuberculeuse en termes de fréquence, elle est pourtant souvent sous-estimée par les cliniciens. La TUG est la résultante d'une dissémination hémotogène du bacille de Koch à partir d'un foyer primitif habituellement pulmonaire ou le reflet d'une immunodépression surtout au VIH [2].

OBSERVATION

Un Patient de 42 ans éleveur nomade résidant à Kidal, marié depuis 10 ans dans un régime monogamique et père de trois enfants âgés respectivement de neuf, quatre, et deux ans, a consulté pour brûlure mictionnelle, pollakiurie, baisse de la libido, douleur testiculaire, dysfonction érectile et éjaculation précoce. Ces symptômes se sont installés progressivement depuis 23 ans. Par ailleurs il ressent une pesanteur au bas ventre et du périnée irradiant dans le pénis avec une gêne à l'écoulement du liquide spermatique lors de l'éjaculation. Cette dernière survient d'autant plus que la période d'abstinence sexuelle est longue. A l'examen physique, la bourse et le testicule gauche sont rétractés, plus petit que le droit, non douloureux, l'épididyme dure en cimier de casque d'installation progressive depuis des années, il n'y a pas de douleur à la palpation du testicule. Cependant on note la présence un nodule d'allure

granuleuse apparu en 2008 au dépend de la face latéro-externe et non solidaire au scrotum. Il n'y a pas d'ulcération et les aires ganglionnaires sont libres. Son état général est conservé. Ses antécédents sont marqués par une notion de brûlure mictionnelle, une pollakiurie depuis près de 23 ans. Il n'y a pas de comorbidité associée. Il n'y a pas de notion de contagio tuberculeux dans la famille. Son itinéraire thérapeutique est marqué par de nombreux soins à l'indigénat et des traitements conventionnels depuis le début des symptômes il y a 23 ans et tous les antibiotiques usuels disponibles sur place ont été employés sans examen bactériologique préalable. Ces traitements n'ont pas apporté d'amélioration. L'évolution a été marquée par des épisodes de rémission alternant avec des périodes d'exacerbation qui surviennent en dehors de toute activité sexuelle et sans autres facteurs déclenchants. Devant ces symptômes, des explorations ont été initiées notamment l'examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) dont les résultats sont les suivants : la leucocyturie était de $1000/\text{mm}^3$, l'hématurie de $1000/\text{mm}^3$, la coloration de GRAM était revenue négative. Deux échantillons de spermes ont été prélevés successivement et étalés sur deux lames puis colorés par la technique de Ziehl Nielsen. Le premier prélèvement a été obtenu par massage vésiculo-prostatique et le second en période post-coïtale. Voir les images respectivement sur la figure 1 et la figure 2 qui ont mis en évidence des bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR). Le premier échantillon issu du massage vésico-prostatique s'est révélé faiblement positif (1 BAAR/champs) tandis que sur le second on notait une quantité plus importante de BAAR (28 BAAR/100champs) (**Figure 1**).

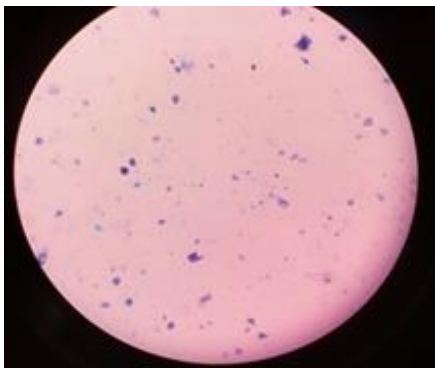


Figure 1. Coloration au Ziehl Nielsen d'un échantillon de sperme obtenu par massage vésiculo-prostatique.

Un deuxième échantillon post coïtal du lendemain est revenu fortement positif (28 BAAR/100champs) (**Figure2**). Devant ce résultat de l'examen microscopique du prélèvement de sperme qui a mis en évidence des BAAR, nous avons retenu l'hypothèse d'une TUG. Le malade a été mis sous traitement antituberculeux par une combinaison de quatre molécules : Rifampicine + isoniazide + Pyrazinamide + Ethambutol (RHZE) pendant 2 mois suivi de quatre mois de traitement avec la rifampicine et l'isoniazide (RH). L'évolution clinique a été marquée au terme de la phase intensive du traitement par une nette amélioration des symptômes. La brûlure mictionnelle, l'envie fréquent d'uriner et la douleur testiculaire ont baissé d'intensité. L'épididyme testiculaire gauche, qui avait une

consistance ferme s'est ramollie. La tomographie (TDM) abdominale n'a pas été réalisée pour cause de non disponibilité.

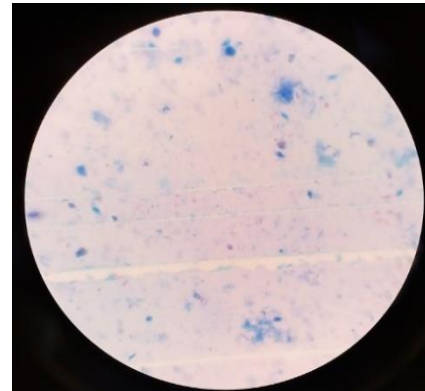


Figure 2. Coloration au Ziehl Nielsen d'un échantillon de sperme obtenu en période post-coïtale.

La dysfonction érectile, l'éjaculation précoce et la libido ont également connu une amélioration. Les examens microscopiques de contrôle sur les échantillons de spermes effectués respectivement au 2^{ème}, 4^{ème} et 6^{ème} mois sont tous revenus négatifs. Le patient a été déclaré guéri après 6 mois de traitement bien conduit le 04 mars 2023.

DISCUSSION

La tuberculose constitue un problème mondial majeur de santé publique et particulièrement au Mali. Malgré son caractère curable, elle est en recrudescence dans le monde sous l'action conjuguée de différents facteurs ; dont particulièrement les mouvements migratoires, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la progression de la pauvreté, les conflits armés occasionnant les mouvements de population et la précarité sociale [2,3]. La TUG constitue la troisième localisation extra-pulmonaire après les formes ganglionnaires et ostéoarticulaires [4,7]. Les vingt-trois années d'évolution d'infection urogénitale chez notre patient suggère que le premier foyer, en général pulmonaire a été asymptomatique et de ce fait est passée inaperçue. La localisation urogénitale survient en général après un décalage évalué à 10 ans en moyenne par rapport à l'atteinte pulmonaire initiale [8]. Son immunocompétence au VIH pourrait avoir contribué à cette situation. L'état de sécurité compromise que connaît le Mali depuis une décennie a eu un impact sur le système de santé et a mis à mal le système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire comme la tuberculose. Le diagnostic, le traitement et le suivi des activités de lutte contre cette maladie restent difficiles à cause de l'absence ou l'insuffisance de ressources humaines dans les zones à sécurité compromise. Il en résulte un sous diagnostic des cas, l'abandon du traitement pour d'autres par manque de médicaments mais également la mauvaise application de la stratégie DOT (Directly Observed Treatment). Les habitudes alimentaires de notre patient caractérisées essentiellement par la consommation régulière de produits laitiers non pasteurisés et de viandes de ruminant mal cuites, la vie en communauté, les conditions d'hygiène précaire pourraient avoir contribué à la contamination du patient. Pour le diagnostic, nous avons

disposé uniquement de l'ECBU et de celui du sperme. La coloration de ziehl Nielsen a permis de mettre en évidence des BAAR. Si cet examen permet de faire un diagnostic de certitude, la détermination de l'étendue du processus inflammatoire aux autres organes notamment sur les reins et les autres voies urinaires relèvent des examens radiologiques notamment l'urographie intraveineuse dont les images caractéristiques au niveau du rein et des voies excrétrices sont fortement évocatrices d'autant plus qu'elles sont multifocales et associées [9,12]. Nous n'avons pas disposé de plateau technique pour la réalisation de ces examens d'imagerie indispensable au bilan d'extension aux autres organes de la sphère urogénitale. Les marqueurs de l'inflammation n'ont pas non plus été dosés pour cause de non disponibilité. Le dosage de la créatininémie n'a pas montré une altération de la fonction rénale. Sur le plan thérapeutique, la TUG est une maladie médicale à priori. Plusieurs schémas thérapeutiques ont été essayés. Il est actuellement admis que les régimes courts, utilisant une association quadruple quotidienne à base d'isoniazide, rifampicine, pyrazinamide, et éthambutol (ou streptomycine) pendant deux mois. Cette quadruple thérapie sera relayée par une bithérapie quotidienne associant l'isoniazide et la rifampicine pendant 4 à 7 mois. Ce schéma constitue le meilleur protocole à suivre [13,15]. Notre patient a suivi le protocole de 6 mois de traitement et l'évolution a été marquée avec une amélioration nette des symptômes. Cependant, il est important de rappeler que le traitement médical n'a permis d'obtenir une guérison sans séquelles chez tous les patients soit 22,9% des patients dans une série de 118 cas de TUG en Tunisie [16]. Sur le plan évolutif, si les symptômes se sont améliorés sous traitement médical, il était cependant difficile d'évaluer les séquelles de la maladie notamment sur la fécondité. C'est pourquoi un suivi au long cours serait indispensable afin d'en évaluer l'impact sur la capacité de procréation. Le traitement médical pourrait être associé au traitement chirurgical si des lésions suspectes sont mises en évidence telles une sténose urétérale ou urétrale en complément au traitement médical. La tendance actuelle étant la chirurgie plastique reconstructrice au dépens de la chirurgie classique.

CONCLUSION

La recrudescence actuelle des différentes formes de tuberculose, le contexte d'insécurité mettant en branle le système de surveillance de la tuberculose doivent alerter tous les cliniciens à rechercher systématiquement les cas de tuberculose urogénitale devant la moindre symptomatologie évocatrice par la recherche des BAAR dans le liquide vésiculo-prostatique et le sperme surtout en cas de leucocyturie aseptique. Du diagnostic précoce ainsi que d'un traitement adéquat dépend en partie la capacité de procréation du sujet atteint.

CONFLIT D'INTERET

Aucun

REFERENCES

1. M.J. Reffad, A. Bensouda, T. Karmouni, K. Tazi, K. El Khader, A. Koutani, A. Ibn Attya Andaloussi et M. Hachim, *African Journal of Urology*, Vol. 15, No. 3, 2009 192-199
2. Bouvet E. Epidémiologie de la tuberculose dans le monde. *Revue française des laboratoires*, février 1995, 273 : 53-6 ;
3. Groupe de travail du conseil supérieur d'hygiène publique de France. Epidémiologie de la tuberculose. *Méd Mal Infect* 2004, 34 : 344-9
4. Mtiraoui A, Soltani MS, Ghannem H, et al. Epidémiologie de la tuberculose dans le Sahel tunisien. *Méd Mal infect*. 1998, 28 2 : 199-202
5. Bennani S, Fekak H, Hafiani M, et al. La tuberculose urogénitale. A propos de 109 cas. *Méd Mal Infect* 1999, 29 : 19-25.
6. Ben Chekroun A, Lachkar A, Amadou S, et al. La tuberculose urogénitale à propos de 80 cas. *Ann Urol (Paris)*, 1998, 32 : 89-94.
7. 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
8. Nerli RB, Kamat GV, Alur SB, Ashish K, Prabha V, Amarkhed SS. Genitourinary tuberculosis in pediatric urological practice. *Journal of Pediatric Urology* (2008) xx, 1-5. Article in press.
9. 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
10. Debré B, Chiche R. Evolution de tuberculose urogénitale de 1950 à 1980. *Ann Urol (Paris)*, 1982, 16 : 4, 223-5.
11. Di Stefano, Louineau D. Tuberculose rénale et urétérale. EMC, radiodiagnostic - Urologie-Gynécologie, 34 -230-A-10, 1994, 14p.
12. Yoon Young Jung, Jeong Kon Kim, Kyoung-Sik Cho. Genitourinary Tuberculosis: Comprehensive crosssectional imaging. *AJR* 2005 ; 184 : 143-150
13. Le Guillou M. Tuberculose urogénitale. EMC, Néphrologie-Urologie, 18-078-A-10, 1993, 11p. ;
14. Bennani S, Aboutaib R, El Mrini M. Aspects thérapeutiques actuels de la tuberculose urogénitale. A propos de 86 cas. *Prog Urol* 1995 ; 5 : 556-67.
15. Dautzenberg B. Traitement de la tuberculose en France. *Rev Pneumol clin* 1994, 50 : 256-9.
16. M. Hadj Slimen, S. Kechaou, H. Jallouli1, W. Charfi, 118 cas de tuberculose urogénitale dans le sud tunisien, *Revue Tunisienne d'Infectiologie - Oct. 2009 ; Vol.2 : 19-23*