

# LA TUBERCULOSE UROGENITALE ( à propos d'un cas )

Dr Z. BACHA <sup>1</sup> , Dr Y. MESSAOUR <sup>2</sup>

(1) Assistante en maladies infectieuses et tropicales , EPH de Djanet, Algérie.

(2) Assistant en urologie, EPH de Djanet, Algérie.

## Introduction- Objectifs

La tuberculose urogénitale est une localisation assez rare de l'infection par le bacille tuberculeux. Elle est considérée comme une forme sévère de tuberculose par l'OMS. Son diagnostic est difficile et souvent retardé. Elle reste de nos jours une infection grave, mettant en jeu le pronostic fonctionnel du patient.

L'objectif de cette étude est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques , thérapeutiques et évolutives de la tuberculose urogénitale.

## Description du cas

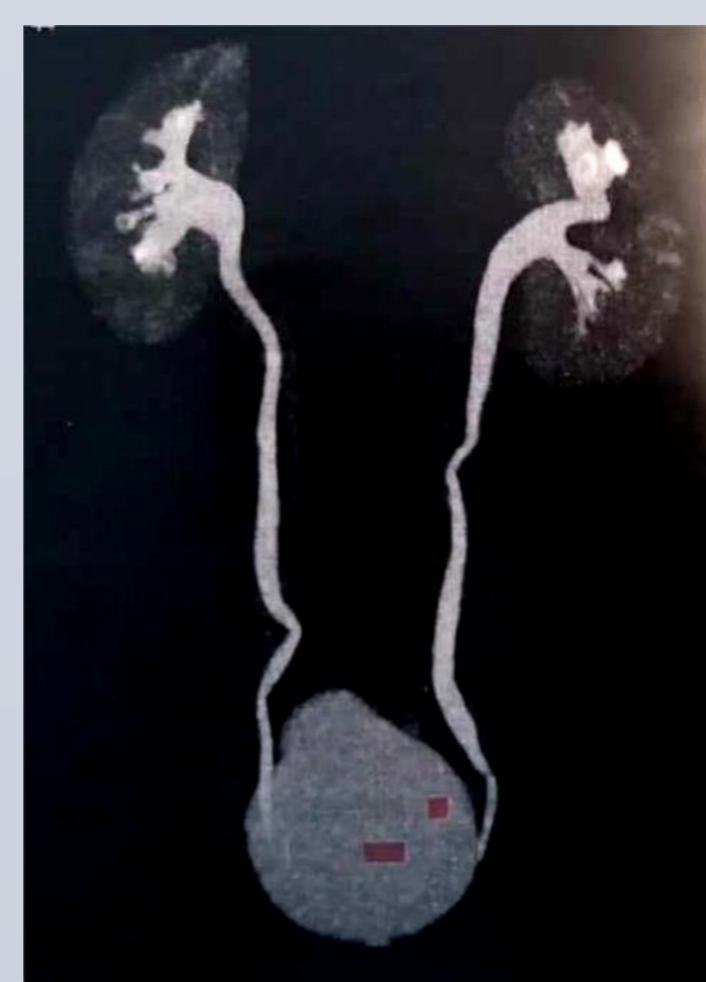
Nous rapportons un cas de tuberculose urogénitale survenant chez un patient immunocompétent âgé de 78 ans, observé dans le service de médecine interne à l'EPH de Djanet.

## Observation

- Un patient de 78 ans, sans antécédents particuliers, consultait pour un syndrome obstructif du bas appareil urinaire associant une dysurie et une pollakiurie évoluant depuis environ 6 mois. Ces symptômes s'accompagnaient d'un état subfébrile vespéral, anorexie, asthénie et un amaigrissement. Le patient était vacciné par le BCG et n'avait pas d'antécédents personnels ou familiaux de tuberculose. La biologie retrouvait une NFS normale, une fonction rénale conservée. Les sérologies virales (hépatite B et C, VIH, syphilitique) étaient négatives. L'ECBU revenait en faveur de leucocyturie aseptique. Le dosage du Quantiféron et l'uroculture sur milieu de Löwenstein-Jensen étaient positives. L'IDR à la tuberculine était négative. L'échographie urinaire complétée par l'uroscanner a objectivé 2 lésions kystiques rénales gauches évoquant des cavités parenchymateuses séquellaires (post-infectieuses probables) et un épaississement urétéral pelvien bilatéral de type inflammatoire avec une vessie de lutte. Un bilan général à la recherche d'une autre localisation tuberculeuse associée s'était révélé négatif (La radiographie pulmonaire était normale). Le patient avait bénéficié d'un traitement antituberculeux (2RHZE/4RH):une quadrithérapie RHZE (2 mois) suivie d'une bithérapie RH pour une durée moyenne de 6 mois. Une sédation rapide des symptômes, dès le premier mois après le début du traitement spécifique, était observée. A M5 du traitement, l'évolution est favorable avec disparition des troubles mictionnels.



**Uroscanner :**  
épaississement urétéral bilatéral



## Discussion

- La tuberculose est une cause majeure de morbidité et de mortalité dans le monde. Elle touche un tiers de la population mondiale, avec 10.6 millions de nouveaux cas par an et de 1.6 millions de décès en 2022 [1]. L'atteinte extra-pulmonaire est de plus en plus fréquente, touchant de 10 à 30 % des patients, parmi lesquels de 15 à 20 % ont une localisation urogénitale [2].
- L'atteinte urogénitale est une forme sévère de tuberculose [1]. Elle peut être contemporaine ou à distance parfois plus de 30 ans après la primo-infection tuberculeuse. De diagnostic difficile souvent retardé vu le polymorphisme clinique.
- La recherche des localisations secondaires tuberculeuses est systématique dans un intérêt pronostique.
- L'identification du germe se fait par l'ECBU à la recherche du BK urinaire pendant (3 à 5 jours) de suite : leucocyturie supérieure à 10<sup>4</sup>/ml associée ou non à une bactériurie à BAAR. La culture sur milieu de Löwenstein-Jensen avec antibiogramme sont indispensables.
- L'IDR à la tuberculine reste utile dans une population à forte prévalence de tuberculose mais une IDR négative n'élimine pas une tuberculose active.
- Le test immunologique QuantiFERON-TB Gold® a une sensibilité et une spécificité meilleure que celles de l'IDR à la tuberculine dans la tuberculose-maladie [3].
- UIV ou uroscanner est l'examen de première intention objectivant des calcifications ;un rein muet, des cavernes parenchymateuses ou une sténoses multiples avec dilatation d'amont.
- Dans notre cas, le diagnostic de la tuberculose urogénitale a été évoqué sur un faisceau d'arguments dont le contexte épidémiologique, la clinique, l'aspect à l'uroscanner, le QuantiFERON positif, la mise en évidence du Bacille de Koch à l'uroculture qui est la preuve formelle de l'infection tuberculeuse ainsi que l'évolution favorable sous traitement antituberculeux.
- Le traitement reste en première intention médicamenteux et comprend une chimiothérapie antituberculeuse pendant 6 mois (2RHZE/ 4RH). La chirurgie est parfois nécessaire en cas de complications sévères.
- L'évolution dans notre cas était favorable sous traitement antituberculeux mais un suivi au long cours s'impose afin de dépister les complications[4].

## Conclusion

La tuberculose urogénitale doit être toujours évoquée devant une cystite non étiquetée ou trainante évoluant dans un contexte fébrile, particulièrement chez les patients immunodéprimés. Un diagnostic précoce et un traitement antituberculeux bien conduit constituent les clefs de la guérison.

## Références

- [1] WHO Treatment of Tuberculosis. *Guidelines for National Programmes* 2022, Geneva : World Health Organization;2022.  
[2] Watfa J, Michel F. Tuberculose urogénitale. *Prog Urol* 2005;**15**:602-3.  
[3] Lagrange PH, Simonney N, Herrmann JL. New immunological tests in the diagnosis of tuberculosis. *Rev Mal Respir* 2007;**24**(4Pt1):453-72.  
[4] Lenk S, Schroeder J. Genitourinary tuberculosis. *Curr Opin Urol* 2001;**11**:93-8.