



Constipation? Non, tuberculose rénale

Luca Regusci^a, Nicola Ossola^b, Mauro Castelnuovo^a, Fabrizio Fasolini^a

^a Service de Chirurgie, Ospedale Regionale Mendrisio

^b Service de Médecine Interne, Ospedale Regionale Mendrisio

Description du cas

Il s'agit d'une patiente de 67 ans, originaire du sud de l'Italie, connue pour un diabète de type II et une hypertension artérielle, qui se présente aux urgences pour des douleurs abdominales, de la constipation et de la fièvre. Le bilan sanguin ne montre pas de syndrome inflammatoire. Le sédiment urinaire révèle une leucocyturie significative ($10^6/\text{ml}$). On débute une antibiothérapie à base de ceftriaxone pour la suspicion d'infection urinaire. Les résultats des cultures urinaires montrent des bacilles Gram positifs. Comme bilan complémentaire pour les douleurs abdominales, la patiente se soumet à une colonoscopie, dont le résultat est normal. Par la suite, un CT-Scan abdominal met en évidence une pyélonéphrite gauche, ainsi qu'une dilatation de l'uretère gauche dont les parois sont épaissies (fig. 1 ). Compte tenu de la persistance de la fièvre et du résultat radiologique, on décide de procéder à une urétrographie rétrograde (UPR) et de poser une sonde urétérale (pigtail urétéral). La bactériologie urinaire est stérile après cette intervention. L'évolution clinique est favorable, malgré un état fébrile intermittent. Pour cette raison, nous procédons au changement du pigtail et des biopsies urétérales sont effectuées. Les résultats histologiques (fig. 2 ) mettent en évidence la présence d'une importante inflammation active et chronique de type granulomateux. La PCR (*polymerase chain reaction*) dans l'urine et les cultures d'urine confirment, finalement, la présence de *Mycobacterium tuberculosis*. En accord avec le consultant en infectiologie, une quadri-thérapie est initiée. La patiente n'a plus présenté de symptomatologie urinaire ou de fièvre. Un suivi régulier est prévu chez le médecin traitant. Un retrait de la sonde urétérale est prévu dans 3 mois.

Discussion

Un tiers de la population mondiale est infecté par le bacille de la tuberculose. La tuberculose urogénitale représente de 4 à 8% des tuberculoses de manière générale [1]. Elle est principalement présente chez des patients de plus de 25 ans. Le nombre de cas de tuberculose est actuellement stable à l'échelle mondiale. Cependant, en relation étroite avec la pandémie de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), elle augmente dans les pays à forte prévalence de cette infection. Elle se retrouve essentiellement dans le Sud-Est asiatique, dans le Pacifique ouest et en Afrique [2]. Dans les pays industrialisés, ce sont les personnes en

situation de précarité qui sont les plus touchées. Les facteurs de risques sont essentiellement l'immunosuppression (en particulier le VIH), la malnutrition, le tabac et l'alcool. Le germe de la tuberculose urogénitale est dans la très grande majorité des cas le *Mycobacterium tuberculosis* [2]. Les lésions peuvent se développer le long de l'ensemble de l'appareil urogénital. Le niveau de suspicion diagnostique devrait être avancé sur la base de l'association de signes cliniques, biologiques et radiologiques, dont aucun n'est spécifique. Le diagnostic de la forme urogénitale nécessite l'identification du germe par la culture des urines, la mise en évidence de granulomes spécifiques sur les biopsies ou les pièces d'exérèse, ainsi qu'un bilan lésionnel basé sur l'imagerie (UIV, uro-CT et IRM). L'examen direct des urines montre la présence d'une leucocyturie (supérieure ou égale à $10^4/\text{ml}$) dans 39 à 50% des cas [3]. Le diagnostic par *polymerase chain reaction* (PCR) dans les urines permet une identification rapide (entre 24 et 48 heures) de l'espèce de mycobactérie en cause. Les études révèlent une sensibilité entre 87 et 96% et une spécificité de 98% [4]. La polyantibiothérapie permet d'obtenir rapidement une élimination des bactéries, de manière à prévenir l'ap-

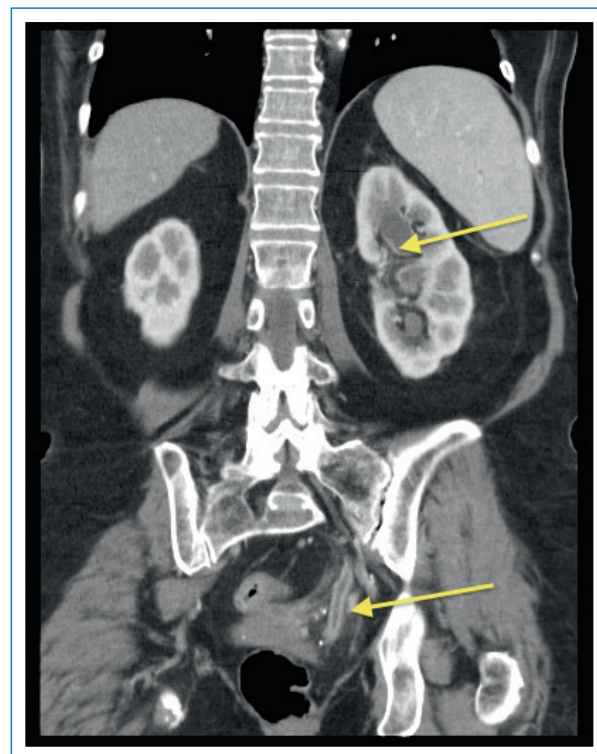


Figure 1
Épaississement de l'uretère et des calices rénaux (flèches).

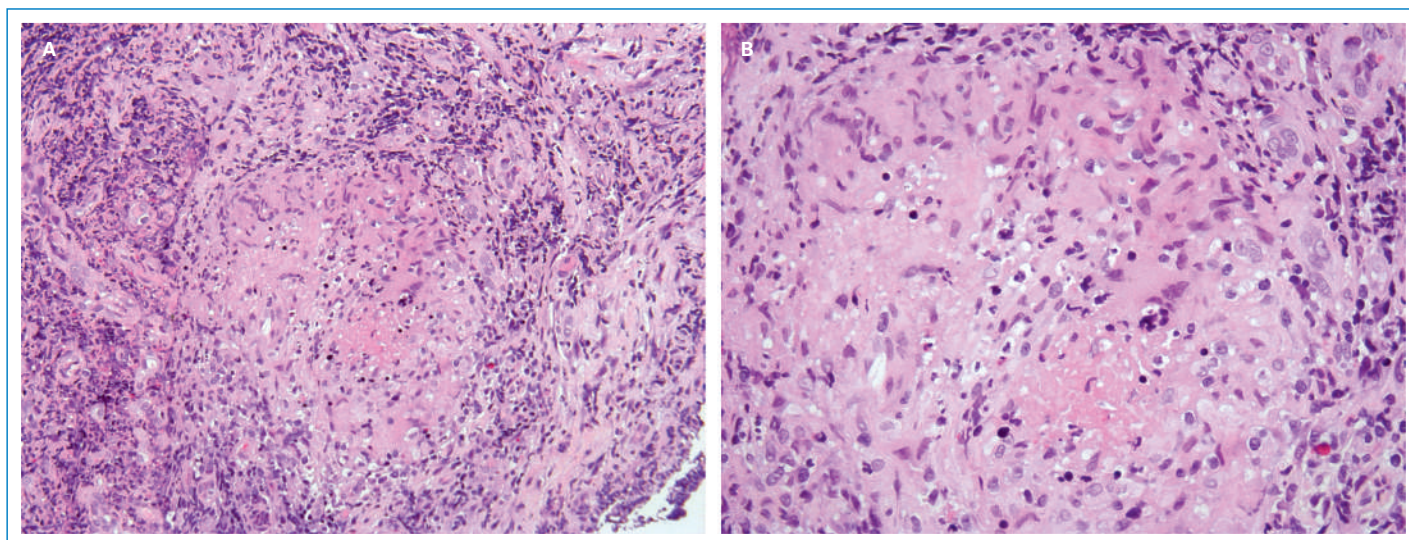


Figure 2
Microscopie: Granulomes avec agrandissement de $\times 200$ (A) et $\times 400$ (B, original magnification).

parition et surtout la sélection de souches résistantes. Une durée prolongée du traitement est nécessaire en prévention des rechutes [5]. Le traitement chirurgical invasif est de moins en moins indiqué. La chirurgie reconstructrice devient plus rare depuis l'avènement des traitements médicaux antituberculeux et l'amélioration des techniques endoscopiques [6]. La mise en place de la sonde urétérale par voie endoscopique en première intention, associée au traitement médical, est discutée. Cette association retarderait ou éviterait une reconstruction chirurgicale de l'uretère ou de la néphrectomie (passant de 73 à 34%) [7]. Ce geste n'est pas dépourvu de complications. En effet, la sonde, qui est une source d'infection, peut éventuellement se calcifier et le retrait du pigtail doit être anticipé au terme du traitement médical.

Correspondance:

Dr Luca Regusci
Ospedale Regionale di Mendrisio (OBV)
Via Turconi 23
CH-6850 Mendrisio
[luca.regusci\[at\]jeoc.ch](mailto:luca.regusci[at]jeoc.ch)

Références

- 1 Lal P, Cooke RP. A 5-year review of diagnosing genitourinary tuberculosis. *J Infect.* 2007;55:55–6.
- 2 Yates MD, Grange JM. Incidence and nature of human tuberculosis due to bovine tubercle bacilli in South-East England: 1977–1987. *Epidemiol Infect.* 1988;101:225–9.
- 3 Allen FJ, de Kock ML. Genito-urinary tuberculosis – experience with 52 urology inpatients. *S Afr Med J.* 1993;83:903–7.
- 4 Moussa OM, Eraky I, El-Far MA, Osman HG, Ghoneim MA. Rapid diagnosis of genitourinary tuberculosis by polymerase chain reaction and non-radioactive DNA hybridization. *J Urol.* 2000;164:584–8.
- 5 Treatment of Tuberculosis Guidelines for National Programmes. Geneva: WHO; 2003.
- 6 Cek M, Lenk S, Naber KG, Bishop MC, Johansen TE, Botto H, et al. EAU guidelines for the management of genitourinary tuberculosis. *Eur Urol.* 2005;48:353–62.
- 7 Shin KY, Park HJ, Lee JJ, Park HY, Woo YN, Lee TY. Role of early endourologic management of tuberculous ureteral strictures. *J Endourol.* 2002;16:755–8.