



Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/14389
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/14389>



RESEARCH ARTICLE

TUBERCULOSE PROSTATIQUE ISOLEE SIMULANT UNE HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE : A PROPOS D'UN CAS

Abdennasser Lakrabi¹, Btissame Es-Sabbahi², Jihad Anzaoui¹ and Abdelghani Ammani¹

1. Service D'urologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès, Maroc.
2. Service De Pneumologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 10 January 2022

Final Accepted: 15 February 2022

Published: March 2022

Key words:-

Tuberculosis, Prostatic Tuberculosis,
Benign Prostatic Hyperplasia

Abstract

Genitourinary tuberculosis accounts for approximately 5.3% of extrapulmonary tuberculosis [1]. It may involve the kidneys, ureters, bladder, prostate, vas deferens, epididymis, and testes. However, prostatic tuberculosis can exceptionally be found as an isolated lesion. We report a case of a 60-year-old patient who was admitted to the emergency room with Acute urinary retention, and was treated as benign prostatic hyperplasia, with failure of medical treatment, and indication for transurethral resection of the prostate, whose histology came back in favor of prostatic tuberculosis.

Copy Right, IJAR, 2022.. All rights reserved.

Introduction:-

Selon l'OMS 9,9 million de personnes ont développés la tuberculose dans le monde en 2020, et 1,5 millions sont mortes, ce qui fait de la tuberculose, l'une des maladies infectieuses les plus répandues dans le monde. Elle est due à une bactérie (*mycobacterium tuberculosis*), qui touche le plus souvent les poumons, mais peut essaimer dans l'organisme et toucher n'importe quel autre organe, avec prépondérance de tuberculose ganglionnaire, elles viennent ensuite les atteintes pleurales, ostéoarticulaires, péritonéales, urogénitales et méningées [1]. L'atteinte prostatique isolée est très rare même dans les pays à forte endémie tuberculeuse [2-4]. Dans cette article nous rapportons un cas de tuberculose prostatique isolée et qui s'est présenté sous une forme pseudo tumorale, ayant prêté à confusion avec un adénocarcinome de la prostate.

Observation:-

Patient de 60 ans, jamais traité pour tuberculose, pas de notion de contagé tuberculeux récent, diabétique type 2 sous ADO, qui s'est présenté aux urgences pour une rétention aiguë d'urine. L'interrogatoire a trouvé un syndrome du bas appareil urinaire associant une dysurie une pollakiurie et une nocturie, évoluant depuis 05 mois, dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général, il n'y avait pas de notion d'amaigrissement. Le toucher rectale a trouvé une prostate augmenté de volume, de consistance ferme, à surface régulière. L'examen clinique n'a pas trouvé d'autres anomalies, notamment il n'y avait de fistule scrotale, ni de nodule épiddymaire. L'antigène spécifique de la prostate (PSA) était élevé à 7,170 ng/ml. L'examen cyto-bactériologique des urines était stérile. A l'échographie, la prostate était d'aspect hétérogène, augmenté de volume, avec un poids estimé à 40 g. Il n'y avait pas de calcification prostatique, les cavités pyélo-calicielles n'étaient pas dilatées. Le patient a bénéficié d'un sondage vésical, et a été mis sous alpha-bloquant (alfusozine 10 mg) pendant 15 jours avec échec d'épreuve d'ablation de la sonde vésicale. Le diagnostic d'une HBP avec échec du traitement médical a été posé, avec indication d'une RTUP. L'analyse histologique des copeaux de résection a révélé une inflammation

Corresponding Author:- Abdennasser Lakrabi

Address:- Service d'urologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès, Maroc.

granulomateuse, faite de follicules épithélioïdes et géantocellulaire avec présence d'une nécrose caséuse, sans signes de malignité. Un bilan général à la recherche d'une autre localisation tuberculeuse s'est revénu négatif, notamment l'uroscanner était sans particularité.

Le patient a été mis sous traitement anti bacillaire pendant 6 mois, associant une phase intensive de 2 mois (rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et ethambutol), suivie d'une phase d'entretien (rifampicine et isoniazide pendant 4 mois). Après un recul de 2 ans, l'évolution était favorable, avec disparition des troubles mictionnels.

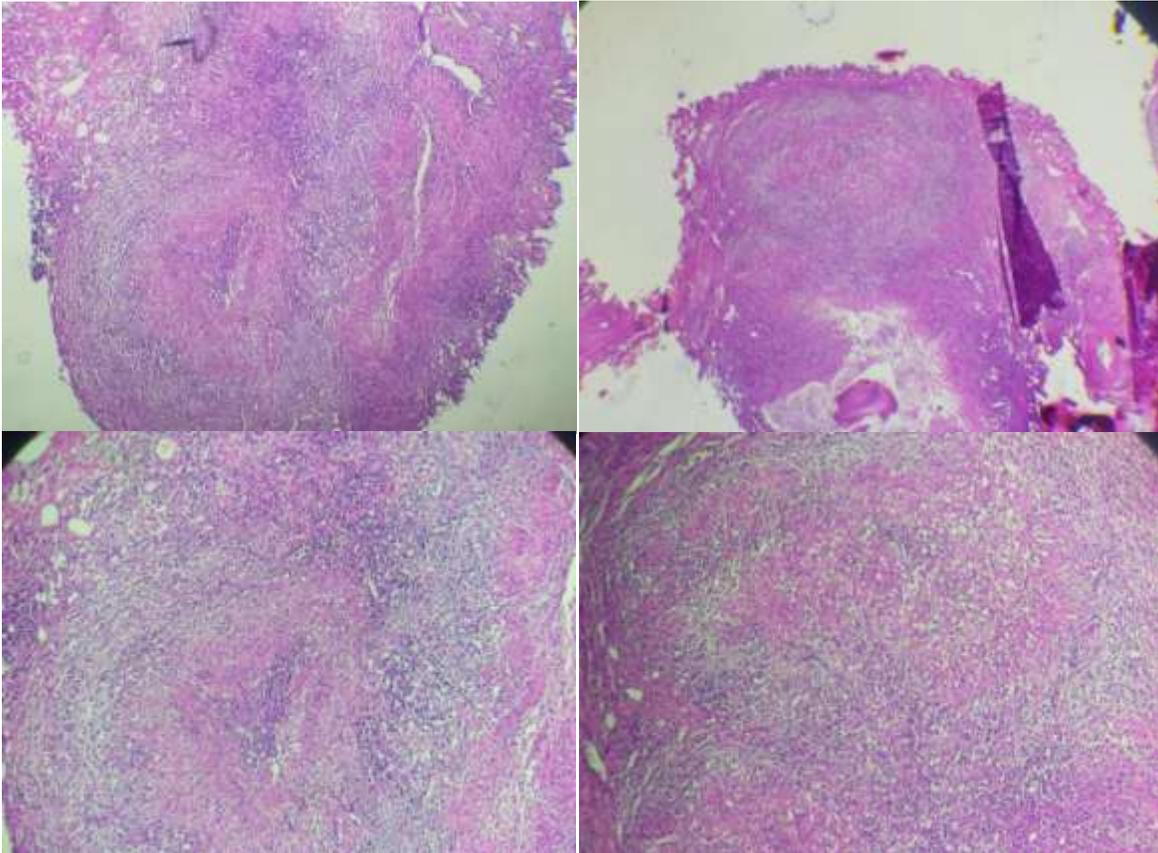


Figure 1:- l'histologie : inflammation granulomateuse faite de follicules épithélioïdes et géantocellulaires avec présence de nécrose caséuse.

Discussion:-

L'atteinte urogénitale peut être contemporaine de l'infection tuberculeuse primaire ou liée à la réactivation secondaire des lésions, principalement pulmonaires. Le plus souvent l'atteinte est initialement rénale, par voie hématogène, secondairement l'infection se propage par voie urinaire descendante, avec extension aux organes génitaux par voie canalaire et lymphatique (prostate, vésicules séminales, canaux déférents, épидидymes, testicules)[1, 5-6]. Une dissémination directe par voie hématogène est possible, devant l'existence de rares localisations génitales isolées [7]. La localisation la plus fréquente est l'épididyme et tout particulièrement le segment caudal. L'atteinte testiculaire isolée est exceptionnelle. Elle est souvent le résultat d'une atteinte contiguë à une épидидymite tuberculeuse. La localisation prostatique, en particulier si elle est isolée, est rare. Sa première description date de 1882 par Jasmin [4]. Elle est souvent secondaire à une tuberculose du haut appareil urinaire. Mais elle peut également être primitive ou secondaire à une tuberculose épидidymaire ou vésicale. Le risque de contamination prostatique, au cours de la BCG-thérapie, a également été évoqué par certains auteurs. L'instillation endovésicale de BCG est utilisée en cas de tumeur vésicale non infiltrant le muscle classée à haut risque ou intermédiaire. La forme atténuée *M. bovis* utilisée stimule les effets de la réponse immunitaire à l'encontre des tumeurs urothéliales vésicales (immunothérapie). La dissémination, rare, de *M. bovis* peut alors se faire par voie hématogène, provoquant une BCGite, ou localement par voie canalaire, et conduire à des orchépидидymites ou à des prostatites tuberculeuses [5-6, 8].

La fibrose induit des signes obstructifs du bas appareil urinaire. Les données du toucher rectal sont variables sans aucun caractère spécifique, et peuvent même prêter à confusion avec un adénome de la prostate ou un adénocarcinome [9-10]. Une ascension du taux de PSA peut être observé, se normalise après traitement antibacillaire; peut aussi être normal.

Le diagnostic de certitude de la tuberculose se fait par la mise en évidence de BAAR par un examen microscopique, ou culture sur milieu spécifique, sur un prélèvement de pus ou bien un fragment biopsique de la lésion, mais la rentabilité de cet examen reste faible dans les lésions extra pulmonaires qui restent généralement pauci bacillaire. Ou bien par détection d'antigènes spécifiques de mycobacterium tuberculosis, ou par des tests d'amplification génique qui offrent une meilleure sensibilité, et permettent de diminuer le délai diagnostique. Dans notre cas on n'a pas fait des examens bactériologiques, par ce que nous n'avons pas pensé à la tuberculose, le patient n'avait pas d'autres signes d'appel, ainsi à l'examen clinique, nous n'avons pas trouvé des signes qui peuvent orienter vers une origine tuberculeuse, notamment il n'y avait pas de nodule épiddidimo-scrotale, ni de fistule scrotale, ces signes sont généralement les plus évocateurs d'une tuberculose urogénitale. Chez notre patient, et comme l'atteinte prostatique était isolée, avec une conservation de l'état général, nous avons pensé en premier lieu à une hypertrophie bénigne de la prostate.

Conclusion:-

La localisation prostatique de la tuberculose est rare, mais aussi a une présentation clinique et radiologique atypique, ce qui en fait un diagnostic différentiel avec une HBP, ou encore dans certain cas, une atteinte tumorale. Il faut donc toujours l'évoquer surtout dans les pays à forte endémie tuberculeuse.

Références:-

- [1] Mazza-Stalder J, Nicod L, Janssens J. -P. La tuberculose extra pulmonaire. Rev Mal Respir 2012; 29: 566-578.
- [2] Rabesalama. S.S.E.N et al. Tuberculose prostatique isolée. À propos d'un cas à Madagascar. Progrès en urologie 2010 ; 20 : 314—316
- [3] Hellig JC, Reddy Y, Keyter M, Du Toit M, Adam A. Tuberculous prostatitis: a condition not confined to the immunocompromised. S Afr J Surg. 2019 Dec; 57(4): 43.
- [4] Benchekroun A, Iken A, Qarro A, Aelalj H, Nouini Y, Benslimane L et al. La tuberculose prostatique: à propos de 2 cas. Ann Urol. 2003;37(3): 120-122.
- [5] Goldfarb DS, Saiman L. Tuberculosis of the genitourinary tract. In: Rom WN, Stuart MG, editors. Tuberculosis. New York: Little Brown and Co; 1996. p. 609-22.
- [6] Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis in Adults and Children. This official statement of the American Thoracic Society and the Centers for Disease Control and Prevention was adopted by theATS Board of Directors, July 1999. This statement was endorsed by the Council of the Infectious Disease Society of America, September 1999. Am J Respir Crit Care Med 2000; 161(4Pt1):1376-95.
- [7] El Khader K, Lrhorfi MH, el Fassi J, Tazi K, Hachimi M, Lakrissa A. Urogenital tuberculosis. Experience in 10 years. Prog Urol 2001; 11: 62-7.
- [8] Lamm DL. Complications of Bacille-Guerin immunotherapy. Urol Clin North Am 1992; 19:565-72.
- [9]Tazi K, Nouri M, Elkhadir K, Elghorfi A, Ibnattya A, Hachimi M, et al. La tuberculose prostatique. À propos de 2 cas. Ann Urol 1999; 33:274—6.
- [10] Alioune Sarr et al. Prostatite tuberculeuse simulant une tumeur de la prostate chez un sujet immunocompétent : à propos de deux cas. PAMJ Clinical Medicine. 2020; 4(113). 10.11604/pamj-cm.2020.4.113.26324.