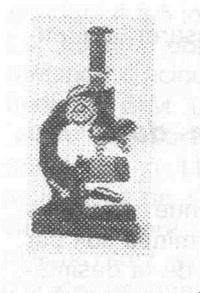


ORCHIEPIDIDYMITE BACILLAIRE : UN BACILLE PEUT EN CACHER UN AUTRE



AGODOKPESSI G^{1,4}, AVAKOUDJO J^{2,4}, AHOUDA C^{3,4}, KPANGON C⁵, GNINAFON M^{1,4}

1. Centre National Hospitalier de Pneumo-Physiologie de Cotonou,
2. Service d'Urologie du Centre National Hospitalier et Universitaire HKM de Cotonou.
3. Service de Médecine Interne du Centre National Hospitalier et Universitaire HKM de Cotonou
4. Faculté des Sciences de la santé, Cotonou, Bénin.

5. Service de Chirurgie, Hôpital de zone de Calavi

Correspondant : Gildas AGODOKPESSI; BP 321, +229 21 33 15 33, Cotonou. aggildas@yahoo.fr;

RESUME : Nous rapportons le cas d'un homme de 45 ans immunocompétent qui présentait initialement une grosse bourse, le bilan avait révélé la présence d'une infection urinaire à *Escherichia coli*. L'absence d'amélioration clinique sous antibiotique motive la réalisation d'un complément de bilan qui confirme la présence d'une localisation orchi-épididymaire du bacille de Koch. L'évolution sous traitement spécifique a été favorable. Le recul à 6 mois ne montrait pas de récurrence. Dans un contexte endémique de tuberculose, devant une grosse bourse, le diagnostic de la tuberculose devrait être évoqué et confirmé par l'examen anatomo-pathologique du produit de biopsie.

Mots clés : Tuberculose, système urogénital, orchi-épididymite, sujet immunocompétent, Cotonou.

SUMMARY : We report the case of an immunocompetent 45 year old man who initially had a large purse, the results revealed the presence of a urinary tract infection *Escherichia coli*. The absence of improvement in antibiotic motivates the achievement of an additional balance sheet which confirms the presence of an epididymal-orchitis location of *Mycobacterium tuberculosis*. Changes in specific treatment was favorable. The decline at 6 months showed no recurrence. In a context of endemic tuberculosis, before a large purse, the diagnosis of tuberculosis should be suspected and confirmed by pathological examination of biopsy of the product.

Keywords: Tuberculosis, Urogenital system, epididymo-orchitis, immunocompetent, Cotonou.

INTRODUCTION

Au Bénin, en 2010 la tuberculose extra pulmonaire représentait 9,5% des cas de tuberculose notifiés [1]. Les données spécifiques sur sa localisation urogénitale ne sont pas disponibles. La localisation génitale isolée est rare. En l'absence de signes spécifiques, d'un contexte d'immunodépression évidente et d'autres localisations évocatrices notamment pulmonaires, ce diagnostic est retardé. Nous rapportons un cas observé à Cotonou. Les aspects épidémiologiques, cliniques, échographiques et les modalités thérapeutiques sont discutés à l'aide de la littérature.

PRESENTATION DU CAS

Monsieur D.G, 45ans était adressé pour une masse scrotale d'évolution insidieuse. La symptomatologie évoluait dans un contexte subfébrile, la température ne dépassant jamais les 37,5°C sans notion d'altération de l'état général. Ses antécédents médicaux sont sans particularité, pas de notion d'intoxication alcool-tabagique, pas de comportement sexuel à risque avoué. Il a été vacciné au BCG dans l'enfance et on a retrouvé la cicatrice sur la face externe du bras gauche. Il ne rapporte

pas de notion de contag tuberculeux. L'examen clinique a retrouvé un état général relativement conservé.

L'examen génito-urinaire avait noté une grosse bourse gauche douloureuse sans associations de troubles urinaires du bas appareil. La palpation des bourses avait noté une augmentation du volume du testicule et de l'épididyme gauche. La manœuvre de Prehn avait été réalisée mais était non contributive. Il n'y avait pas d'hydrocèle associée. Le testicule et l'épididyme droit ne présentaient aucune anomalie.

Au toucher rectal, la prostate était indolore et avait un volume normal. Le bilan biologique a montré une anémie modérée normochrome normocytaire à 8,9 g/dL, 7500 globules blancs/mm³ avec 75% de neutrophile et 25% de lymphocyte, la vitesse de sédimentation légèrement accélérée et la protéine C réactive négative. La sérologie chlamydiae est négative.

Le bilan rénal était sans particularité, et les sérologies du VIH et l'antigénémie HBs étaient négatives.

L'échographie testiculaire avait noté un testicule droit d'échostructure homogène, de contours réguliers et mesurant 39,1 mm x 23,0 mm x 20,6 mm soit 9,7 mL. L'épididyme droit était sans particularité. Le testicule gauche était de contour régulier d'échostructure homogène, de contours réguliers et mesurait 36,6 mm x 18,1 mm x 29,5 mm soit 10,2 mL, avec augmentation du volume de l'épididyme gauche sans masse visible.

L'examen cytot bactériologique des urines (ECBU) notait des urines troubles, un culot abondant contenant de rares cellules épithéliales et un tapis de leucocytes. La leucocyturie était à 10^5 leucocytes/mL. La bactériurie était supérieur à 10^6 germes/mL. La culture avait permis l'isolement et l'identification d'un *Escherichia coli* sensible entre autres à la nétilmicine et au chloramphénicol. Il était résistant à l'association amoxicilline acide clavulanique, ainsi qu'à la ciprofloxacine. L'antibiothérapie par nétilmicine et au chloramphénicol était conduit pendant 15 jours avec une amélioration transitoire.

L'ECBU de contrôle avait noté une absence de germes avec culture stérile. Devant la persistance de la tuméfaction scrotale, le diagnostic avait été reconsidéré.

Un bilan complémentaire avait été fait. L'intradermoréaction à la tuberculine était phlycténulaire à 18 mm.

L'examen anatomopathologique de la pièce de biopsie du testicule et de l'épididyme gauche avait révélé une inflammation granulomateuse à cellules épithélioïde gigantomégaclaire évocatrice d'une tuberculose. Le spermogramme n'avait pu être réalisé à ce moment. Mais la radiographie thoracique était normale.

Le patient a été mis sous traitement antituberculeux (2ERHZ/4RH) pendant 6 mois. A la fin du traitement spécifique, le testicule et l'épididyme gauches ont réduit considérablement de volume mais demeurent plus volumineux que le testicule et l'épididyme droit.

L'évolution à 6 mois après la fin du traitement antituberculeux, note la régression complète de la tuméfaction scrotale. Le spermogramme réalisé au contrôle du 6^e mois a révélé 67.500.000 spermatozoïdes/mL avec 32% de morphologie normale.

COMMENTAIRES

Au Bénin, comme dans tous les pays endémiques, la localisation la plus fréquente de la

tuberculose est pulmonaire [2] C'est elle qui en raison de sa contagiosité est responsable de la transmission de la maladie. La dissémination hématogène du bacille de Koch justifie les localisations extra-pulmonaires telles que la forme uro-génitale.

L'originalité de notre observation est de rapporter une orchio-épididymite à bacille spécifique (bacille de Koch : BK) révélée par une autre infection bacillaire (*Escherichia coli*).

Du point de vue épidémiologique, la tuberculose uro-génitale est plus fréquente chez l'homme : 62,5% des patients dans la série de 80 cas de BENCHEKROUN [3]. Sa prise en charge n'est pas aisée. Il se pose souvent des problèmes diagnostiques liés à leur faible fréquence et la difficulté d'identifier le BK [3].

Le principal motif de consultation est la tuméfaction scrotale. Elle peut être associée ou non à une fièvre, à une altération de l'état général. Ces signes appellent à priori plusieurs diagnostics, mais pas en première intention une infection tuberculeuse.

Le diagnostic est malaisé et tardif en l'absence d'autres localisations évocatrices, d'une notion de contagion ou d'un antécédent de tuberculose [4,5]. Ce qui a été observé chez le patient que nous avons décrit. Le bilan infectieux réalisé était en faveur d'une infection bactérienne avec identification d'un bacille à l'examen cytot bactériologique des urines. Il était difficile dans ce contexte de penser à autre diagnostic qu'à une infection bactérienne à *Escherichia coli*.

L'antibiothérapie bien conduite n'a pas eu d'effet sur la tuméfaction scrotale. Ce qui a annoncé d'autres bilans qui ont permis de retenir le diagnostic de la tuberculose orchio-épididymaire unilatérale gauche chez notre patient. Le caractère unilatéral de la lésion correspond aux données de la littérature. Seuls 10% des patients présentent une orchio-épididymite bilatérale dans la série de Gueye [6]. Il faut reconnaître la place de l'intradermoréaction fortement positive chez notre patient qui a été un argument d'orientation déterminant. Bien que l'intérêt de l'échographie scrotale soit remis en cause par certains auteurs [6], il peut orienter le diagnostic étiologique de l'atteinte testiculaire [4,7].

L'examen anatomo-pathologique de fragments biopsiques de testicule et d'épididyme reste la clé de voute du diagnostic [8]. La biopsie pour analyse histologique de la pièce devra être

systématique devant une masse scrotale unilatérale isolée rebelle à un traitement antibiotique après avoir écarté une tumeur testiculaire par les dosages des marqueurs.

La durée du traitement antituberculeux varie suivant les auteurs et les régimes thérapeu-

tiques dans les pays : de 6 mois au Burkina Faso [9] et en France [4], 8 mois à Madagascar [5]. Dans notre cas, elle a duré 6 mois selon les recommandations nationales [10].

Sous traitement antituberculeux, tous les auteurs ont rapporté la guérison, comme c'est le cas chez notre patient.

CONCLUSION

L'orchi-épididymite tuberculeuse unilatérale isolée est rare. Il est exceptionnel lorsqu'il est concomitant à une infection urinaire bactérienne avérée, source d'errance du diagnostic. Sous nos cieux, même devant l'isolement d'un germe à l'ECBU, le diagnostic de la tuberculose uro-génitale ne doit pas être formellement écarté. Le recours à la biopsie avec l'examen anatomopathologique devrait être systématique si la symptomatologie reste traînante.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION SANITAIRE, PROGRAMME NATIONAL CONTRE LA TUBERCULOSE :Rapport annuel 2010. Cotonou, Avril 2011, 44p.
- 2- GNINAFON M, TRÉBUCQ A, RIEDER H L.: Epidemiology of tuberculosis in Benin. Int J Tuberc Lung Dis 2011; 15:61–6
- 3-BENCHEKROUN A, LACHKAR AZZOU Z, SOUMANA A, FARIH M.H, BELAHNECH Z, MARZOUK M, FAIK M. : La tuberculose uro-génitale. A propos de 80 cas. Ann. Urol., 1998, 32, 89-94.
- 4- MALLETT R, MOUZIN M, GAMÉ X, BRAUD F, RISCHMANN P, SARRAMON J-P : Epididymite aiguë révélatrice d'une tuberculose tertiaire. Progrès en Urologie (2001), 11, 542-545
- 5-G. D. SOLOFOMALALA, A. J.C. RAKOTOARISOA, J. RAKOTOSAMIMANANA, L. RABARIOELINA
Un cas de tuberculose testiculaire vu à antananarivo Médecine Tropicale 2006 ; 66 : 1 97[lettre]
- 6- GUEYE S.M, BA M, SYLLA C, NDOYE A.K, FALL P.A, DIAW J.J, MENSAH A : Les manifestations épididymaires de la tuberculose uro-génitale. Prog.Urol., 1998, 8, 240-243
- 7- BENCHEKROUN A, NOUINI Y, ZANNOUD M, MOUSTAPHA Cisse A, MARZOUK M, Faik M. Tuberculose épididymaire à propos d'un cas avec aspect particulier en échodoppler couleur. Ann urol., 36: 384-387.
- 8-DOUKOURE B, AMEGBOR K, N'DAH KJ, DARRE T, LASSO ZJ, DIOMANDE MI. : Orchi-épididymite tuberculeuse isolée : a propos d'un cas observe au chu de Cocody, Abidjan (RCI). J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo), 2009, Série D, 11(2) : 159-162.
- 9- OUEDRAOGO M, BONCOUNGOU K, OUEDRAOGO SM, HIEN S, DRABO YJ : La tuberculose épididymo-testiculaire. A propos d'un cas. Med Afr Noire 2001 ; 48: 217-218.
- 10- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION SANITAIRE, PROGRAMME NATIONAL CONTRE LA TUBERCULOSE. : Guide du programme national contre la tuberculose. 3ème Edition, Cotonou, 2006, 56p.