

CASE REPORT

LA PYONEPHROSE TUBERCULEUSE A PROPOS D'UNE OBSERVATION A CONAKRY

O.R. BAH¹, L.M. CAMARA², S. GUIRASSY¹, A. TOURE³, M. BOBO DIALLO¹ ET
M. COULIBALY⁴

*Services d'Urologie, de Pneumo-Phtisiologie et de Chirurgie Général, CHU Ignace Deen
et Service d'Anatomie Pathologique, CHU Donka, Conakry, Guinée*

MOTS CLES: diagnostic, néphrectomie, pyonéphrose, tuberculose

INTRODUCTION

Une augmentation du nombre de cas de tuberculose a été enregistrée dans pratiquement tous les pays au cours de la dernière décennie¹. L'accroissement de la proportion des formes extrapulmonaires est favorisé par l'infection par le VIH. La tuberculose rénale ne semble pas être une forme courante de tuberculose, même dans les pays ayant une forte prévalence de tuberculose². La faible spécificité des manifestations cliniques, la rareté des signes d'imprégnation tuberculeuse et l'évolution insidieuse rendent compte du retard apporté au diagnostic et par conséquent de la persistance des formes graves de cette maladie.

A travers une observation clinique, nous évoquons les difficultés diagnostiques et les aspects thérapeutiques de la pyonéphrose tuberculeuse.

OBSERVATION

Monsieur C.F., 44 ans, avec des antécédents de bilharziose urinaire, a consulté au service d'urologie le 24/06/99 pour une lombalgie fébrile avec anorexie, amaigrissement et vertiges, évoluant depuis neuf mois sans hématurie ni pyurie macroscopique.

Le patient était conscient, coopérant avec un état général altéré et une pâleur des téguments. La fosse lombaire gauche était le siège d'une masse douloureuse, peu mobile, régulière, de consistance ferme et donnant le

contact lombaire. La température était à 38°C et la tension artérielle à 60/30 mm Hg. L'intradermo-réaction à la tuberculine était négative.

Le bilan biologique a montré une pyurie sans bactériurie, une leucocytose à 25 000/mm³, une vitesse de sédimentation à 120 mm à la première heure, un taux d'hémoglobine à 9 g/100ml et une créatininémie à 209 micro-moles par litre. La recherche de bacilles tuberculeux dans les urines était négative.

L'échographie a mis en évidence un gros rein gauche (170 x 135 mm) à contours irréguliers avec une urétérohydronéphrose (uretère = 14 mm, bassinets = 22 mm) et un épaississement de la paroi urétérale jusqu'à 4 mm; le contenu des calices était très épais, avec une échogénicité voisine de celle du parenchyme rénal, très remanié, rendant impossible toute mensuration précise des calices et de l'épaisseur du parenchyme. La radiographie pulmonaire était sans particularité.

L'antibiothérapie (ceftriaxone et quinolones fluorées) a permis une amélioration clinique: disparition des douleurs lombaires spontanées et de la fièvre, une récupération de l'appétit et une reprise partielle du poids corporel, la recoloration des téguments et muqueuses, la tension artérielle s'est rehaussée jusqu'à 90/60 mm Hg. Le bilan biologique de contrôle a révélé une normalisation de l'hémoграмme et de la créatininémie.

L'urographie intraveineuse (UIV) a mis en évidence un rein gauche muet et un rein droit



Fig. 1: Pièce de néphrectomie

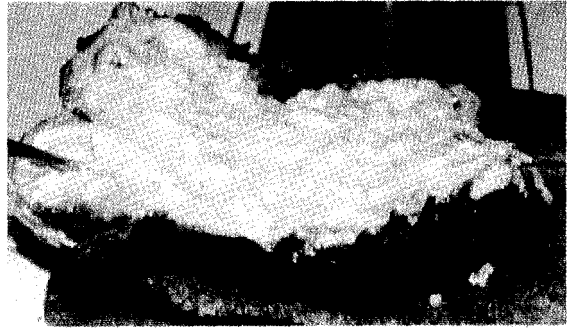


Fig. 2: Coupe de la pièce de néphrectomie montrant un remaniement du parenchyme par des cavernes géantes contenant une masse caséeuse épaisse

d'aspect normal, avec une bonne sécrétion et excrétion et des voies excrétrices fines.

Devant la persistance d'un gros rein muet sensible à gauche avec absence de régression des lésions échographiques, l'indication de néphrectomie fut posée.

L'exploration chirurgicale a révélé un gros rein (180 x 150 mm) (Fig. 1) avec une périnéphrite importante et un volumineux uretère (15 mm de diamètre). Une néphrectomie fut réalisée le 09/8/99 par une lombotomie gauche.

Macroscopiquement, la coupe de la pièce de néphrectomie a montré un remaniement du parenchyme par des cavernes géantes contenant une masse caséeuse épaisse entourée par une gangue scléro-lipomateuse (Fig. 2). L'étude histopathologique de la pièce a noté des lésions de nécrose caséeuse au voisinage de granulomes tuberculoïdes.

Compte tenu du risque de dissémination, le patient a été admis au traitement antituberculeux (régime de 8 mois comportant la rifampicine, l'isoniazide et le pyrazinamide pendant 2 mois puis l'isoniazide et l'éthambutol pendant 6 mois).

COMMENTAIRES

Une lombalgie fébrile associée à une pyurie et à une leucocytose évoque toujours une pyélonéphrite. Cependant, la présence d'une masse lombo-abdominale de consistance ferme et l'absence de bactériurie ne sont pas classiques. La persistance de cette masse après la disparition des signes fonctionnels et

l'amélioration des paramètres biologiques sous l'effet de l'antibiothérapie consolident le caractère particulier du tableau. Dès lors la discussion de quelques diagnostics s'impose:

1. Le cancer du rein

L'absence d'hématurie ne permettait nullement d'écarter ce diagnostic. L'UIV n'a pas apporté d'arguments en faveur d'une tumeur rénale, mais laissait ce diagnostic plausible. En effet, un bon nombre d'adénocarcinomes entraînent une non sécrétion rénale pour des raisons variées: destruction complète du parenchyme, thrombose de la veine rénale, compression de la voie excrétrice³. Dès lors l'apport de l'échographie devient décisif en l'absence de tomodynamométrie. Elle a permis d'affirmer le caractère diffus de la destruction du parenchyme, mais l'aspect des lésions n'était pas spécifique. Il est d'ailleurs connu que même le scanner ne peut pas faire la différence entre une nécrose tumorale et une nécrose infectieuse⁴. L'échographie a également révélé une urétérohydronéphrose avec un épaississement de la paroi urétérale, ce qui plaide en faveur du caractère inflammatoire des lésions. La veine rénale était normale.

2. Une pyélonéphrite xanthogranulomateuse

Le diagnostic mériterait discussion puisque ce processus suppuratif donne cliniquement un gros rein qui en impose soit pour une tumeur⁵, soit pour une pyonéphrose⁶. Ce rein est le plus souvent non sécrétant³. Le fait que le patient soit reçu dans un tableau fébrile ne pouvait que rendre plus plausible cette hypothèse. Les lésions parenchymateuses au cours de la pyélonéphrite xanthogranulomateuse n'ont pas de caractéristiques ultrasonores spécifiques⁷.

3. Une pyonéphrose

Un gros rein sensible associé à une fièvre, une pyurie et à une leucocytose sont fortement évocateurs de ce diagnostic. L'histoire de la maladie, l'altération progressive de l'état général du patient et la mutité rénale à l'UIV rendent ce diagnostic plus plausible. L'échographie, en révélant un remaniement global et anarchique du parenchyme rénal plaiderait dans le même sens. A ce stade, le diagnostic de pyonéphrose était quasi certain, mais la question sur son caractère banal ou spécifique restait entière. En effet, une pyurie sans bactériurie est toujours suspecte de tuberculose urinaire. L'épaississement de la paroi urétérale, ainsi que l'échogénicité du contenu des voies urinaires hautes, très proche de celle du parenchyme renforcent cette suspicion. L'absence de bacilles de Koch dans les urines et une intradermo-réaction à la tuberculine négative ne pouvaient pas exclure ce diagnostic⁸.

Les signes fonctionnels et la leucocytose étaient dus à la surinfection à germes banals, ce qui explique la rapide amélioration clinique et biologique sous l'effet de l'antibiothérapie non-spécifique.

Sur le plan thérapeutique, si l'indication de la chirurgie ne se discute pas devant une pyonéphrose^{9,10}, l'attitude chirurgicale mérite discussion. En effet, si la néphrectomie première était la seule intervention pratiquée jusqu'aux dernières décennies, certains auteurs¹¹ pensent qu'actuellement la néphrostomie percutanée est une alternative. Cette intervention permet aussi bien le drainage du pus et la détermination d'une éventuelle fonction rénale résiduelle. Nous avons estimé qu'une néphrostomie percutanée n'était pas indiquée dans notre cas car cette masse caséo-purulente épaisse et cloisonnée n'avait aucune chance d'être drainée par cette technique.

En conclusion, la rareté de la pyonéphrose tuberculeuse ne doit pas la faire écarter

d'emblée dans le diagnostic étiologique d'un gros rein muet. La preuve diagnostique de l'affection est difficile en dehors de la chirurgie. Il faut toujours y penser dans ce contexte de regain d'intérêt des tuberculoses extrapulmonaires lié à l'épidémie dû à l'infection au VIH qui touche particulièrement l'Afrique au sud du Sahara.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ait-Khaled N, Enarson D. Tuberculose: Manuel pour les étudiants en médecine. WHO/CDS/TB/99.272, 1999, pp 9 – 10.
2. Crofton J, Horne N, Miller F. Tuberculose extrapulmonaire de l'adulte. Dans: Diaz R (UICR MR) (Ed): *Tuberculose Clinique*, 2ème ed., Saint-Just-La-Pendue (France):Chirat, 1993, pp. 138-141
3. Aubert J, Vechambre D, Dore B. Cancer du rein et tuberculose, à propos d'un cas. *Ouest Méd* 1980, 17:905.
4. Njeh M, Jemni M, Abid R et al. La tuberculose rénale à forme pseudo-tumorale: à propos d'un cas. *J Urol* 1993, 99:150.
5. Saad H, Hamdi A, Korbi S et al. Pyélonéphrite xanthogranulomateuse pseudo-tumorale, à propos d'un cas. *Ann Urol* 1991, 25:142.
6. Mhriri MN, Njah M, Sellami F et al. La pyélonéphrite xanthogranulomateuse de l'enfant. A propos de huit cas. *Ann de Pédiatrie* 1990, 37:657.
7. Kron P, M'Kaouar R, Abeille JF, Michel JR. Pyélonéphrite xanthogranulomateuse focale pseudo-tumorale de l'adulte. Place de l'imagerie dans le diagnostic. *J Radiol* 1988, 69:423.
8. Horchani A, Atallah K, Chtourou M et al. De la tuberculose uro-génitale. Etude rétrospective multicentrique de 222 cas. XXIIIème Congrès Médical Maghrebien, Tunis, les 9 – 10 – 11 Mai, 1994.
9. Ballanger R, Ballanger P, Courtiol D, Joncourt Y. Place de la chirurgie d'exérèse dans la tuberculose rénale. *Ann Urol* 1982, 16:299.
10. Benani S, Aboutaieb R, El Mrini M et al. Aspects thérapeutiques de la tuberculose uro-génitale. A propos de 86 cas. *Progrès en Urologie* 1995, 5:556.
11. Rabii R, Joual A, Rais H et al. Pyonéphrose: diagnostic et traitement: à propos de 14 cas. *Ann Urol* 2000, 34:161.

Tirés à part:

Dr. Oumar Raphiou Bah, Service d'Urologie, CHU Ignace Deen, BP 5086, Conakry, Guinée

raphiou60@yahoo.fr