

LE TRAITEMENT DE LA STENOSE URETERALE D'ORIGINE TUBERCULEUSE PAR SONDE EN "DOUBLE J"

H. KARRA, S. KETATA, Y. MHADHEB, M. HAJSLIMEN ET M.N. MHIRI
Service d'Urologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Objectif Préciser les aspects cliniques et évaluer l'intérêt du traitement par endoprothèse JJ associant des antituberculeux plus ou moins un traitement corticoïde.

Patients et méthodes De janvier 1992 à décembre 2001, 12 patients atteints de sténoses urétérales d'origine tuberculeuse ont bénéficié d'une montage de sonde JJ pendant 12 semaines en moyenne, associant un traitement antituberculeux pendant 8 mois, et un traitement corticoïde dans deux cas. Il s'agissait de 6 femmes et de 6 hommes, âgés de 20 à 73 ans (âge moyenne: 40 ans).

Résultats Les manifestations cliniques les plus fréquentes étaient représentées par la douleur (66.66%) et l'hématurie (41.6%). La sténose était unilatérale et unifocale dans 4 cas, unilatérale et bifocale dans 3 cas, sous forme d'uretère moniliforme dans 3 cas. Le rein contre-latéral était normal dans 9 cas et mastic dans 3 cas. La sténose était bila-

térale dans 2 cas, à droite dans 6 cas et à gauche dans 4 cas. L'évolution a été favorable dans 9 cas avec la disparition complète de la sténose dans 4 cas, une régression partielle de la sténose et de la dilatation urétéro-pyélocaliciale dans 5 cas, alors qu'une aggravation a été remarquée dans 3 cas, 6 mois après l'ablation de la JJ ce qui a nécessité le recours à la chirurgie réparatrice avec confection d'un lambeau de Boari (1 cas), d'une vessie psorique (1 cas) et d'une plastie de la jonction pyélo-urétérale (1 cas).

Conclusion L'endoprothèse JJ associant un traitement antituberculeux est proposée comme une alternative à la chirurgie classique. Un traitement corticoïde s'il est accordé précocement peut aider sans doute à une réduction de la sténose.

Mots Clés tuberculose, sténose, drainage

INTRODUCTION

Les sténoses urétérales constituent une pathologie rare en pratique urologique, les causes les plus communes sont les fibroses postopératoires, les sténoses inflammatoires, post radique et néoplasiques ou autres. L'endoprothèse JJ, associant un traitement antituberculeux, a été proposée dans le traitement des sténoses urétérales d'origine tuberculeuse en association à d'autres médicaments.

Nous nous proposons d'évaluer l'intérêt de l'utilisation d'une telle endoprothèse dans ce type de pathologie.

Pour ce faire nous avons mené une étude rétrospective à propos de 12 cas de tuberculose urogénitale (TUG), porteurs de sténose urétérale parmi 121 cas de TUG, colligés au service d'urologie de CHU Habib Bourguiba à

Sfax et traités par une mise en place d'une endoprothèse urétérale en double J en plus d'un traitement médical associant une chimiothérapie antituberculeuse dans tous les cas et un traitement corticoïde chez deux patients.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective comportant 12 cas de tuberculose uro-génitale (TUG) avec lésions sténosantes de l'uretère. Ils ont été colligés parmi 121 cas, soit 9% des cas de tuberculose traités entre 1992 et 2001. L'âge moyen des patients est de 57 ans avec des extrêmes allant de 20 à 73 ans. Ils se répartissent en 6 hommes et 6 femmes (sex. ratio =1).

Sur le plan clinique la douleur a constitué le signe clinique le plus fréquent (8 patients) suivie de l'hématurie (5 patients), les autres si

Tableau 1: Les Signes Cliniques de Révélations

Symptômes	Nombre de Cas	%
Douleur de la fosse lombaire ou colique néphrétique	8	66.66%
Hématurie	5	41.60%
Brûlures mictionnelles, pollakiurie	3	25.00%
Fièvre	1	8.33%



Fig. 1: Une UIV montrant une hydronéphrose urétéro-pyélo-calicielle sur une sténose urétérale pelvienne gauche

gnes sont dominés par les brûlures mictionnelles (BM) et la pollakiurie (PK) (3 patients), la fièvre a été trouvée dans un cas (Tableau N°1).

Sur le plan exploration, une échographie a été pratiquée dans 10 cas. Elle a montré une dilatation rénale modérée dans 7 cas, et bilatérale dans un cas. Une dédifférenciation parenchymateuse a été retrouvée dans 4 cas. Le diagnostic d'une sténose urétérale a été posé sur les données de l'urographie intraveineuse dans 12 cas et a été confirmé après opacification antégrade dans 4 cas et après une urétéro-pyélographie rétrograde (UPR) dans 8 cas.

La sténose était unilatérale et unifocale dans 4 cas, unilatérale et bifocale dans 3 cas et sous forme d'urétérite moniliforme dans 3 cas. Le rein controlatéral était normal dans 9 cas et de type mastic dans 3 cas. La sténose était bilatérale dans deux cas, elle siégeait à droite dans 6 cas et à gauche dans 4 cas (Fig n°1).

L'endoprothèse JJ a été réalisée chez les malades au cours des deux premières semaines du début du traitement antituberculeux, par voie rétrograde dans 8 cas et par voie antégrade (percutanée), dans 4 cas, ceci après échec de la voie rétrograde qui a été tentée en premier dans tous les cas (Fig n°2). Ce drainage a duré 12 semaines en moyenne chez tous les malades, sauf pour 3 patients où la durée a été prolongée; à 5 mois et demi chez le premier à cause d'une hépatite médicamenteuse nécessitant une fenêtre thérapeutique du traitement antituberculeux de 35 jours, à 5 mois chez le deuxième patient à cause d'une phlébite du membre inférieure gauche et à 7 mois chez le dernier à cause d'une poussée évolutive de la maladie de crohn, nécessitant dans les trois cas un remodelage de l'antibacillaire.



Fig. 2: Un AUSP montrant une sonde JJ gauche en place

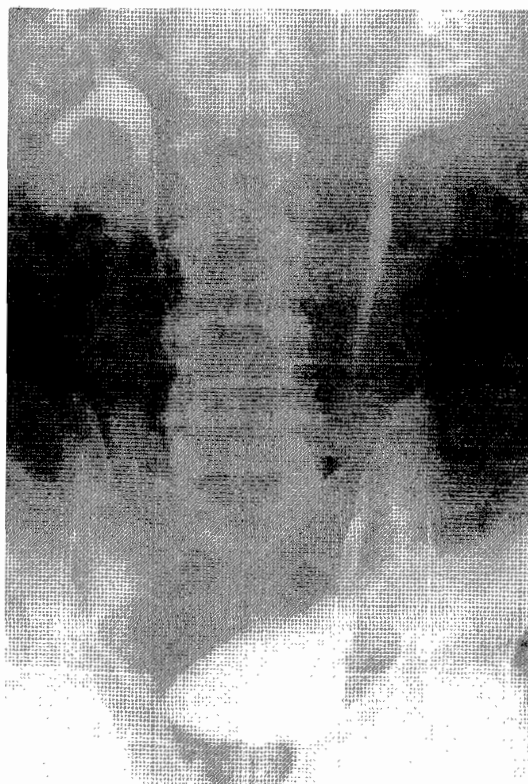


Fig. 3: Une UIV montrant un passage de produit de contraste dans une vessie psycho

Le traitement antituberculeux a été instauré dans tous les cas après un diagnostic de certitude de la tuberculose. Celle-ci a été faite après preuve bactériologique avec la recherche positive du Bacille de Kock dans 10 cas, à l'examen direct et/ou après culture des urines, ou bien anatomopathologique sur une pièce d'épididymectomie dans un cas; enfin sur des arguments purement radiologiques avec l'existence d'un rein mastic d'un côté et des lésions fortement suspectes de TUG de l'autre à l'urographie intraveineuse dans un cas.

Le traitement corticoïde a été instauré dans deux cas, pendant trois semaines après le début du traitement antituberculeux.

RESULTATS

L'évolution a été jugée sur les paramètres cliniques, radiologiques et bactériologiques, avec un recul moyen de 5 ans. Celle-ci a été favorable dans 9 cas avec disparition complète de la sténose dans 4 cas, une régression par-

tielle de la sténose et de la dilatation urétéro-pyélo calicielle dans 5 cas. En revanche une aggravation a été remarquée dans 3 cas, 6 mois après l'ablation de la sonde JJ, ce qui a nécessité le recours à la chirurgie réparatrice avec confection d'un lambeau vésical de Boari-Kuss (1cas), d'une vessie psycho (1cas) (Fig n°3) et d'une plastie de la jonction pyélo-urétérale à partir du pyélon (1cas).

DISCUSSION

Il existe deux méthodes de mise en place de sonde par voie rétrograde; l'une consiste à monter la sonde sur un guide métallique déjà lassé dans les cavités rénales, l'autre est la montée directe de la sonde à bout borgne, armée par un mandrin qui sert de poussoir¹.

Le changement de la sonde se fait par remplacement de celle-ci sur un guide métallique souple. Il se fait en règle tous les 3 à 4 mois; le patient doit être informé des signes évocateurs d'une obstruction de la sonde :

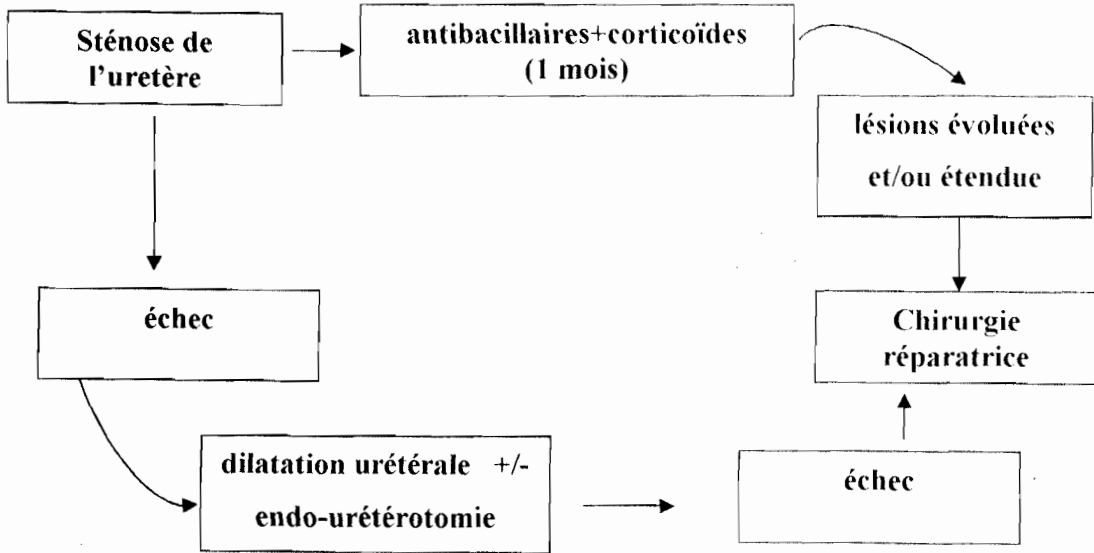


Fig. 4: Schéma thérapeutique devant une sténose urétérale d'origine tuberculeuse selon Bennani⁵

douleurs lombaires, fièvre, et diminution de la diurèse¹.

Dans l'étude de El Khader, on a utilisé un drainage urétéral par double J chez 91 patients essentiellement atteints de sténose urétérale d'origine tuberculeuse. Les résultats ont été alors satisfaisants².

Dans une deuxième étude de El Khader deux patients ont bénéficié d'un drainage définitif par sondes JJ siliconées, changées semestriellement pour une sténose tuberculeuse complexe sur rein unique³.

Notons que si l'incrustation des sondes peut empêcher la mise en place du guide lors du changement, voire empêcher l'ablation de la sonde en cas de formation de calcul sur l'extrémité intra-rénale, les petits moyens peuvent souvent être suffisants pour déboucher la lumière de la sonde et permettre le passage du guide. Si la difficulté provient d'un calcul formé sur la partie supérieure de la sonde, cette complication peut éventuellement être traitée par lithotritie extracorporelle ou bien par lithotripsie in situ par lithoclast; certains auteurs ont pu dégager la lumière de la sonde grâce au laser pulsé¹.

Concernant la conduite du traitement anti-tuberculeux, chez tous nos patients, nous avons essayé de respecter le schéma prévu par le ministère de la santé publique Tunisienne, relatif aux cas de tuberculose extrapulmonaire, en respectant les contre-indications de chacune des drogues préconisées. Il s'agit du protocole (2SHRZ 6HR) suivant: soit 2 mois de streptomycine (S), isoniazide (H), rifampicine (R) et de la pyrazinamide (Z) en quotidien suivi de 6 mois d'isoniazide (H) et de rifampicine (R) en quotidien. Donc une durée totale de 8 mois. Les doses étaient, pour le traitement d'attaque : (H) 5 mg/kg, (R) 10 mg/kg, (S) 1 g/jour/IM, et (Z) 500mg/10kg de poids. En cas de recours à l'ethambutol (E) la dose est de 15 mg/kg. Pour le traitement d'entretien la dose de (H) est de 5 mg/kg et de (R) est de 10 mg/kg en une prise unique et quotidienne.

Avec un tel traitement on a obtenu des bons résultats avec stérilisation totale et complète des urines dans tous les cas.

Par ailleurs dans notre série deux patients ont bénéficié de traitement corticoïdes en association avec le traitement antituberculeux et une montée de sonde JJ. Les résultats ont

été satisfaisants avec stabilisation des lésions. Mais il faut noter que dans ces deux cas le diagnostic a été porté précocement et les lésions étaient alors au stade de début.

Par ailleurs la corticothérapie, à doses efficaces, en association avec les antibacillaires a permis de guérir plus de la moitié des cas de sténoses urétérales selon l'étude de Wemeau (c'est à dire 8 patients par rapport 16 cas traités par les anti bacillaires avec du traitement corticoïde)⁴. Selon l'étude de Bennani 16 patients ont bénéficié de ce type de traitement avec 8 succès et 8 échecs⁵.

Bennani nous a proposé un schéma thérapeutique devant une sténose urétérale d'origine tuberculeux⁵ (Fig. 4).

Selon Auvert⁶, l'association des corticoïdes au traitement médical serait utilisée en présence des cystalgies rebelles au traitement, des lésions sténosantes évolutives de la voie excrétrice et lorsqu'une sonde urétérale de modelage est mise en place

Ainsi, partant du fait que les lésions peu ou non sténosantes, avant le traitement antituberculeux ont de fortes chances de devenir par la sclérose rétractile, provoquée par la cicatrisation des lésions sous l'effet du traitement, l'indication d'une corticothérapie serait pour certains auteurs bénéfique. Elle peut être administré de façon immédiate, lorsque existent d'emblée, des lésions sténosantes de la voie excrétrice, ou secondaire, lorsque celles-ci n'apparaissent qu'au cours de la cicatrisation des lésions tuberculeuses⁷. Trois mois de traitement corticoïde seraient généralement suffisants. En effet, au bout de ce laps de temps, tantôt les lésions sténosantes, seraient soit stabilisées, soit guéries, sinon elles feraient preuve de leur résistance au traitement médical, et nécessiteraient soit un traitement urologique endoscopique, soit une intervention chirurgicale.

Dans notre série, nous avons été le plus conservateur possible face à ce type de sténose. Le traitement par endoprothèse en association avec un traitement médical bien conduit, c'est à dire un traitement antituberculeux associant ou non un traitement corticoïde, était notre première décision thérapeutique pour tous nos cas. Par ailleurs un traitement chirurgicale a été pratiqué, dans 4 situations: (1) Soit une chirurgie de

diagnostic; elle a été réalisée dans un cas où une épидидymectomie a été pratiquée et c'est elle qui a confirmé le diagnostic de tuberculose urogénitale. (2) Soit une chirurgie d'une pathologie associée à la TUG: telle qu'une lithiase associée, vu que la sténose a favorisé le stase et la formation de calcul. Ceci était le cas d'un patient; une pyélonéphrolithotomie avec extraction d'un calcul complexe a été alors pratiquée. (3) Soit une chirurgie de la complication; celle-ci a été pratiquée dans un cas. Il s'agissait d'un urinome apparu au niveau du pôle inférieur du rein gauche. Nous avons alors pratiqué une lombotomie, avec mise à plat de cette collection, le drainage percutané n'étant pas à bout de cette collection. (4) Soit, en fin une chirurgie en cas d'échec: du traitement par montée de sonde JJ. Ceci a été le cas de trois patients: Une résection d'une sténose urétérale pelvienne avec pratique d'une vessie prothétique a été réalisé dans un cas, une résection de la sténose urétérale pelvienne avec la confection d'un lambeau vésical de Boari-Küss faite dans un deuxième cas et une plastie de la jonction pour un rétrécissement de la jonction persistante pour un patient.

Le contrôle urographique de ces patients était satisfaisant avec correction des dégâts urétéraux et régression de la distension rénale d'amont.

Il s'agit là d'une chirurgie de substitution et de reconstruction pour faire face à la sténose causée par la fibrose constituée. La chirurgie à ce moment serait plus facile que celui entrepris précocement et le tissu urétéral est plus solide en dehors de la sténose. Le drainage associé à un traitement antituberculeux va permettre aux lésions sténosantes d'être bien focalisées.

En conclusion, les sténoses urétérales d'origine tuberculeuse constituent une pathologie rare en pratique urologique. L'endoprothèse double J a été proposée comme une alternative à la chirurgie classique. Cette technique a pour avantage de réduire le coût, la morbidité et la durée de l'hospitalisation (moyenne de 5 jours). Un traitement corticoïde adjuvant s'il est administré précocement peut aider sans doute à une réduction de la sténose.

BIBLIOGRAPHIE

1. Debre B (Ed.). *Chirurgie endoscopique et coelioscopique en urologie*. Chapt. 4, pp. 144--191, Paris:Maloine, 1994.

2. El Khader K, Koutani A, Tazi K, Ibenattaya A, Hachimi M, Lakrissa A. Drainage interne par sondes urétérales double J. A propos de 91 cas. *Ann Urol* 1996, 30:235-239.
3. El Khader K, Elfassi M, Karmouni M, Koutani A, Hachimi M, Lakrissa A. Sténoses urétérales complexes tuberculeuses à propos de deux cas. *Progress en Urologie* 2001, 11:681-684.
4. Wemeau L, Mazeman E, Biserte J, Schaulviège T, Bailleul JP. Aspects actuels de la tuberculose urinaire à propos de deux cent dix huit nouveaux cas en dix ans. *Ann Urol* 1982, 16:235-238.
5. Bennani S, Aboutaieb M, Elmrini M, Benjelloun S. Place de la cortico-thérapie et de l'endoscopie dans le traitement de la tuberculose urogénitale. *Ann Urol* 1994, 28:243-249.
6. Auvert J, Yerri A. Urérite tuberculeux et corticoïdes. *J Urol Néphrol* 1966, 72:195-203.
7. Viville CH, Ludig JJ. La tuberculose uro-génitale en 1974, à propos de 52 observations. *J Urol* 10:883-900.

ABSTRACT

Treatment of Ureteral Stricture due to Tuberculosis by a "Double J" Catheter Retrospective Study of 12 Observations

Objective: To precise the clinical features and evaluate the accuracy of treatment by JJ endoprosthesis associated with antituberculous medications and more or less corticoid treatment. **Patients and Methods:** From January 1992 to December 2001, 12 patients presenting with ureteral strictures due to tuberculosis were treated by JJ catheter for a mean of 12 months in association with antituberculous medication for 8 months and corticoid treatment in 2 cases. The population included 6 males and 6 females aged 20 – 73 years (mean age: 40 years). **Results:** The most frequent clinical expressions were pain (66.66%) and haematuria (41.6%). The stricture was unilateral and unifocal in 4 cases, unilateral and bifocal in 3 cases, multifocal in 3 cases. The contralateral kidney was normal in 9 cases and mastic in 3 cases. The stricture was bilateral in 2 cases, located on the right ureter in 6 cases and on the left side in 4 cases. The outcome was favourable in 9 cases with complete disappearance of the stricture in 4 cases, a partial regression of the stricture and the pyelo-calyceal dilatation in 5 cases, while the condition of the remaining 3 cases deteriorated 6 months after removal of the JJ catheter leading to reconstructive surgery using a Boari flap (1 case), a psoas hitch (1 case) and uretero-pelvic junction plastic surgery (1 case). **Conclusion:** JJ endoprosthesis associated with antituberculous medication is proposed as an alternative treatment to classic surgery. A corticoid treatment used early can be helpful to reduce the stricture.

Tirés à part:

Professor M.N. Mhiri
CHU Habib Bourguiba
Sfax 3029
Tunisia