
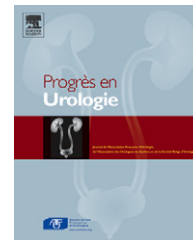




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



## CAS CLINIQUE

# Tuberculose prostatique isolée. À propos d'un cas à Madagascar

Isolated prostate tuberculosis. Report of a case in Madagascar

S.S.E.N. Rabesalama<sup>a</sup>, H.N. Rakoto-Ratsimba<sup>a,\*</sup>,  
A.F. Rakototiana<sup>b</sup>, R. Razafimahatratra<sup>a</sup>,  
R.A. Raherison<sup>a</sup>, H.Y.H. Rantomalala<sup>b</sup>,  
N.S. Randrianjafisamindrakotroka<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie viscérale, CHU JRA-Ampefiloha, Lot III R 48 A Tsimbazaza, BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar

<sup>b</sup> Service d'urologie, CHU JRA-Ampefiloha, BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar

<sup>c</sup> Service d'anatomie pathologique, CHU JRA-Ampefiloha, BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar

Reçu le 28 octobre 2008 ; accepté le 8 juin 2009

Disponible sur Internet le 8 juillet 2009

### MOTS CLÉS

Anatomie pathologique ;  
Pays en développement ;  
Prostate ;  
Tuberculose urogénitale

### KEYWORDS

Developing countries;  
Genitourinary

**Résumé** La tuberculose prostatique isolée est rare. Les auteurs rapportent le cas d'un patient âgé de 64 ans qui consultait pour un syndrome obstructif du bas appareil urinaire. Les différentes explorations cliniques, biologiques et morphologiques avaient fait suspecter un cancer de la prostate. La biopsie prostatique par voie transrectale était réalisée et l'histologie avait plutôt mis en évidence des lésions tuberculeuses. Nous suggérons que la tuberculose prostatique devrait être évoquée devant de tel tableau chez une personne âgée vivant en zone d'endémie tuberculeuse.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** Isolated prostate tuberculosis is uncommon. Authors report herein the case of 64-year-old man who presented obstructive syndrome of low urinary tract. After clinical and biological examination, and imagery, prostate cancer was highly suspected. Transrectal biopsy was performed and histological examination showed tuberculosis lesions. We suggest that prostate

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rrhery@yahoo.fr (H.N. Rakoto-Ratsimba).

tuberculosis;  
Pathology;  
Prostate

tuberculosis should be evoked in old patient presenting similar signs and living in tuberculosis endemic zone.

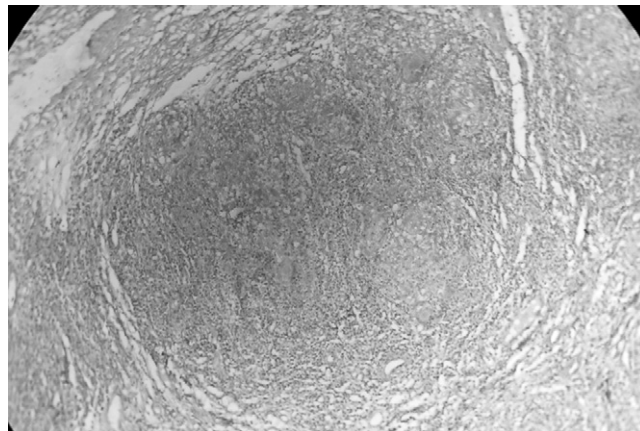
© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

L'incidence de la tuberculose est actuellement en augmentation croissante, du fait de l'endémie mondiale de l'infection à VIH [1]. Si la tuberculose urogénitale (TUG) est fréquente [1], l'atteinte prostatique isolée est rare, même dans les pays à forte endémie tuberculeuse [2]. Dans cette étude, nous en rapportons un cas afin d'en discuter les aspects épidémiologique et diagnostique.

## Observation

Monsieur R.G., 64 ans, pesant 55 kg pour une taille de 1,65 m, de niveau socioéconomique modeste, consultait pour un syndrome obstructif du bas appareil urinaire associant une dysurie et une pollakiurie évoluant depuis environ six mois. Ces symptômes s'accompagnaient d'un état subfébrile vespéral, d'une anorexie, d'une asthénie et d'un amaigrissement (5 kg en six mois). Le patient était vacciné par le BCG dans l'enfance et il n'avait pas d'antécédents personnels ou familiaux de tuberculose. Le toucher rectal appréciait une prostate augmentée de volume, de consistance dure, à surface nodulaire. La biologie retrouvait une hyperleucocytose à 11 000 par microlitre et un taux de *prostatic specific antigen* (PSA) élevé, à 25,12 ng/ml (valeur normale < 2,5 ng/ml). L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) revenait stérile. La sérologie VIH était négative. La radiographie pulmonaire était normale. L'échographie prostatique mettait en évidence une prostate hétérogène, augmentée de volume, et dont le poids était estimé à 35 g. Un cancer de la prostate était suspecté, compte tenu des caractéristiques clinique et échographique de la glande prostatique et l'augmentation du PSA. Une biopsie prostatique par voie transrectale était réalisée. L'histologie infirmait l'existence de toute formation néoplasique et il existait plutôt des follicules gigantocellulaires avec des cellules géantes types Langhans et des plages de nécrose caséuse caractéristiques d'une tuberculose prostatique caséofolliculaire (Fig. 1). Un bilan général à la recherche d'une autre localisation tuberculeuse associée s'était révélé négatif. Le patient avait bénéficié d'un traitement antibacillaire de huit mois avec une phase intensive de deux mois associant quatre antituberculeux (rifampicine, isoniazide, éthambutol et pyrazinamide) suivie d'une phase de continuation de six mois associant deux antituberculeux (isoniazide et thiacétazone). Une sédation rapide des symptômes, dès la troisième semaine après le début du traitement spécifique, était observée. Au terme du traitement et au recul d'un an, l'évolution était favorable avec disparition des troubles mictionnels et un volume prostatique à l'échographie et un taux de PSA normaux.



**Figure 1.** Histologie : follicules gigantocellulaires et plages de nécrose caséuse caractéristiques d'une tuberculose prostatique caséofolliculaire (hématoxyline éosine  $\times 100$ ).

## Discussion

La TUG représente 20 à 73 % de toutes les localisations extrapulmonaires de la tuberculose [3]. La localisation prostatique, en particulier si elle est isolée, est rare [2,4]. Sa première description date de 1882 par Jasmin [2]. Son incidence est estimée à 6,6 % des TUG selon Scoth du *Brady Urological Institute* de Baltimore [2]. Quant à Kulchavenya et Khomyakov, ils n'en rapportent que 58 cas sur 414 cas de TUG [5]. L'atteinte prostatique est souvent secondaire à une tuberculose du haut appareil urinaire [2,4]. Mais elle peut également être primitive ou secondaire à une tuberculose épididymaire ou vésicale [4]. Le risque de contamination prostatique, au cours de la BCG-thérapie, a également été évoqué par certains auteurs [2]. Cliniquement, des signes d'obstruction du bas appareil tels que dysurie, pollakiurie ou pesanteur périnéale peuvent être observés [2]. Le toucher rectal peut apprécier une prostate augmentée de volume, de consistance élastique, ferme voire pierreuse ou nodulaire comme dans notre cas [6]. Néanmoins, les données du toucher rectal n'ont aucune spécificité et peuvent prêter à confusion avec un adénome ou un cancer prostatique [6]. La sérologie tuberculeuse par un test immuno-enzymatique (Elisa) ou par réaction de polymérisation en chaîne (PCR) permettent actuellement un diagnostic biologique rapide de la tuberculose avec une sensibilité respectivement de 80 et 95 % [2]. Ces nouveaux tests sont malheureusement encore difficilement accessibles dans les pays en développement comme le notre. Sur le plan morphologique, l'échographie trouve généralement une prostate augmentée de volume, d'échostructure hétérogène avec parfois des zones de calcification et de nécrose [2]. L'échographie endorectale donne des images plus fines et guide la biopsie [2]. L'urographie intraveineuse (UIV) était auparavant l'examen de choix

[4]; cet examen, bien que non spécifique, peut apporter des arguments de forte présomption de TUG en découvrant un rein mastique, une caverne ou une petite vessie [2]. Quant au scanner, il peut révéler de multiples lésions de basse densité atteignant les différents lobes de la prostate [5]. Toutefois, d'autres abcès prostatiques non tuberculeux peuvent donner des aspects similaires [5]. Le diagnostic de certitude repose sur la recherche du bacille de Koch (BK) dans les urines ou dans le liquide séminal (examen direct et culture sur milieu spécifique) et/ou sur l'examen anatomopathologique des pièces biopsiques [2,4]. La bactériologie revient souvent négative [2] comme dans notre étude. Sur le plan anatomopathologique, l'aspect macroscopique dépend de deux processus opposés: l'un de destruction et de caséification créant des cavernes, l'autre de défense par fibrose limitant l'extension des lésions [2]. C'est ce dernier processus qui conduit aux phénomènes obstructifs [2]. Les lésions prostatiques prennent d'abord l'aspect de traînées jaunâtres disposées en « rayons de roue » [2]. Par la suite, il se forme des plaques caséuses dont le ramollissement secondaire aboutit à un véritable abcès prostatique [2]. L'évolution naturelle peut aboutir vers l'apparition de fistules périnéales [2,7]. L'atteinte des vésicules séminales est souvent associée à l'atteinte prostatique [2]. L'aspect histologique est celui d'un granulome épithéliogigantocellulaire typique avec nécrose caséuse caractéristique [2,7]. Le traitement est essentiellement médical utilisant les antibacillaires. Le protocole, actuellement bien codifié, peut cependant varier selon les pays. Le traitement chirurgical n'est indiqué que pour les cas qui répondent peu ou pas au traitement médical [2]. Il consiste à une excision des lésions associée ou non à un drainage, par voie endoscopique ou à ciel ouvert. Un traitement médical bien conduit amène habituellement une évolution favorable.

## Conclusion

La tuberculose prostatique isolée est rare. Elle peut simuler un cancer de la prostate car une élévation du PSA plasmatique est souvent constatée. Elle doit être évoquée chez un patient âgé en particulier dans les pays d'endémie tuberculeuse. La biopsie est essentielle car elle rectifie le diagnostic.

## Conflits d'intérêts

Aucun.

## Références

- [1] Watfa J, Michel F. Tuberculose uro-génitale. *Prog Urol* 2005;15: 602–3.
- [2] 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;37:120–2.
- [3] Chattaopadhya A, Bhatnagar V, Argarwala S, Mitra DK. Genitourinary tuberculosis in pediatric surgical practice. *J Pediatr Surg* 1997;32:1283–6.
- [4] Wang JH, Sheu MH, Lee RC. Tuberculosis of the prostate: MR appearance. *J Comput Assist Tomogr* 1997;21: 639–40.
- [5] Kulchavenya E, Khomyakov V. Male genital tuberculosis in Siberians. *World J Urol* 2006;24:74–8.
- [6] Tazi K, Nouri M, Elkhadir K, Elghorfi A, Ibnatty A, Hachimi M, et al. La tuberculose prostatique. À propos de 2 cas. *Ann Urol* 1999;33:274–6.
- [7] Rabii R, Fekak H, El Manni A, Joual A, Benjelloun S, El Mrini M. Fistule prostatorectale tuberculeuse. *Prog Urol* 2002;12: 684–6.