

Tuberculose Pulmonaire Pseudo-Tumoral A Propos D'un Cas

S.Elfathi, S.Timoumi, M.Beaouiss, H.Souhi, H.Ouazzani, A.I.Rhorfi

Service De Pneumo-Phthisiologie De l'Hôpital Militaire D'instruction Mohamed V De Rabat

Résumé :

La tuberculose pulmonaire est un problème de santé publique. Dans sa forme commune, le diagnostic est habituellement aisé, mais elle peut se présenter sous une forme trompeuse et entraîner un retard diagnostique et thérapeutique. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 80 ans, militaire retraité, sans antécédents médicaux connus, tabagique chronique actif de 60 paquets/année, admis à notre service pour une toux productive évoluant depuis 2 mois, ramenant des expectorations purulentes parfois hémoptoïques, sans fièvre, ni de sueurs nocturnes, anorexie, le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement chiffré à 10 kg en 2 mois et d'altération de l'état général. L'examen à l'admission trouve un patient en assez bon état général, un syndrome de condensation pulmonaire du un tiers moyen de l'hémi-champ thoracique droit, l'examen des aires ganglionnaires ainsi le reste de l'examen clinique sont sans particularité, la radiographie du thorax objective une opacité basale droite hétérogène de contours irréguliers, la TDM thoracique retrouve un processus pulmonaire de lobe moyen renfermant quelques zones de nécrose en contact avec l'artère pulmonaire droite mais qui restent séparés avec un liseré en dedans, Une ponction Trans-pariétale scanno- guidée a été réalisée à deux reprises, l'étude anatomopathologique de la première est revenue en faveur d'un remaniement inflammatoire non spécifique, alors que la deuxième biopsie a objectivé la présence d'un granulome épithélioïde géantocellulaire avec nécrose casseuse, la fibroscopie bronchique a montré des taches anthracosiques du tronc intermédiaire, la recherche de BK au GenXpert dans le liquide d'aspiration bronchique est revenue positive. Le bilan biologique trouve une CRP à 53.9 mg/l, des globules blancs à 7800 /ul avec une sérologie HIV négative, Devant l'étude anatomopathologique en faveur d'un granulome épithélioïde géantocellulaire avec nécrose casseuse et un GenXpert pour BK positif Le diagnostic d'une tuberculose pulmonaire pseudo-tumoral chez un patient immunocompétent a été retenu, patient mis sous Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol en association (régime standard marocain).

Mots-clés : Tuberculose, Poumon, Pseudo-tumorale, Cancer

Date of Submission: 26-07-2024

Date of Acceptance: 06-08-2024

I. Introduction :

La tuberculose pulmonaire se manifeste par plusieurs aspects clinique et radiologique, la forme pseudo-tumorale est rare, mais peut simuler par son aspect clinique, radiologique ou endoscopique un carcinome broncho-pulmonaire chez les patients à haut risque de cancer.

II. Patient Et Observation :

Nous rapportant le cas d'une tuberculose pseudo-tumoral d'un patient hospitalisé au service de pneumophthisiologie de l'Hôpital Militaire Mohammed V de Rabat.

Mr F.A patient de 80 ans, militaire retraité, sans antécédents médicaux connus, tabagique chronique actif de 60 paquets/année, admis à notre service pour une toux productive évoluant depuis 2 mois, ramenant des expectorations purulentes parfois hémoptoïques, sans fièvre, ni de sueurs nocturnes, anorexie, le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement chiffré à 10 kg en 2 mois et d'altération de l'état général. L'examen à l'admission trouve un patient en assez bon état général, un syndrome de condensation pulmonaire du un tiers moyen de l'hémi-champ thoracique droit, l'examen des aires ganglionnaires ainsi le reste de l'examen clinique sont sans particularité, la radiographie du thorax objective une opacité basale droite hétérogène de contours irréguliers, la TDM thoracique retrouve un processus pulmonaire de lobe moyen renfermant quelques zones de nécrose en contact avec l'artère pulmonaire droite mais qui restent séparés avec un liseré en dedans.

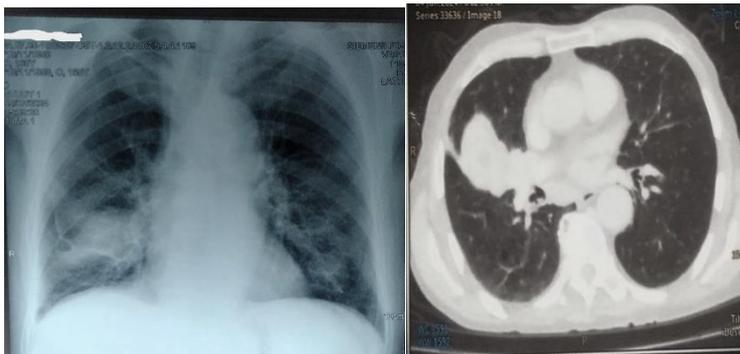


Image 1 : Rx thorax de face montrant une opacité basale droite
Image 2 : TDM thoracique montrant un processus du lobe moyen

Une ponction Trans-pariétale scanno- guidée a été réalisée à deux reprises, l'étude anatomopathologique de la première est revenue en faveur d'un remaniement inflammatoire non spécifique, alors que la deuxième biopsie a objectivé la présence d'une granulome epitheloïde géantocellulaire avec nécrose casseuse.

Devant la forte suspicion d'une pathologie tumorale, le bilan a été complété par une fibroscopie bronchique qui a montré des taches anthracosiques du tronc intermédiaire, la recherche de BK au GenXpert dans le liquide d'aspiration bronchique est revenue positive. Le bilan biologique trouve une CRP à 53.9 mg/l, des globules blancs à 7800 /ul avec une sérologie HIV négative.

Devant l'étude anatomopathologique en faveur d'un granulome epitheloïde géantocellulaire avec nécrose casseuse et un GenXpert pour BK positif Le diagnostic d'une tuberculose pulmonaire pseudo-tumoral chez un patient immunocompétent a été retenu, patient mis sous Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol en association (régime standard marocain).

III. Discussion :

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire commune est basé sur la présentation radio-clinique et la positivité des prélèvements bactériologiques, c'est la forme dont le diagnostic est simple et facile, la forme pseudo-tumoral est atypique et trompeuse [1], cela en rapport avec la moyenne d'âge relativement élevée (entre 39 et 58.9 ans) et la prédominance masculine ce qui fait évoquer en premier un cancer broncho-pulmonaire. La toux, l'hémoptysie et l'altération de l'état général orientent plutôt chez le sujet âgé tabagique vers une pathologie néoplasique, a tout cela s'ajoute la négativité des prélèvements bactériologiques qui est en rapport avec le caractère solide mal oxygène de la nécrose caséuse dans la tuberculose pseudo-tumoral [2,3].

La tuberculose pseudo-tumorale est rare chez les sujets immunocompétents [4], le délai moyen nécessaire pour le diagnostic varie entre 4 et 10 semaines, témoignant ainsi les difficultés rencontrées.

Les lésions de densité tissulaire ou les condensation pulmonaire a limites polylobées et irrégulières avec prise de contraste et ganglions médiastinaux sont souvent évocatrices de malignité a la TDM, l'aspect d'arbre en bourgeon et les calcifications n'est pas spécifique ainsi rarement trouvé. Les lésions prédominent au niveau des segments apicaux et dorsaux des lobes supérieurs, et au niveau des segments apicaux des lobes inférieurs avec une prédominance à droite [5].

La fibroscopie bronchique peut montrer un aspect bourgeonnant suspect d'un carcinome bronchique, dans ce cas, seul la biopsie bronchique tranche entre une tuberculose pseudo-tumoral et carcinome bronchique, dans les formes sans lésions endo-bronchique, les sécrétions blanchâtres sous muqueuses adhérentes (caséum), ou de taches d'anthologies comme dans notre cas, doivent inciter à rechercher une tuberculose.

D'autres moyens diagnostic invasifs peuvent être indispensables, telles que la biopsie Trans-pariétal ou la biopsie chirurgicale avec étude bactériologique et anatomopathologique de la pièce opératoire [6].

Les difficultés diagnostiques de la tuberculose pulmonaire pseudo-tumoral sont à l'origine d'un retard diagnostic, selon les auteurs, ce retard varie entre 30 et 70 jours, pour notre patient le délai du diagnostic était de 25 jours, cela est expliqué par la négativité des prélèvements bactériologiques habituels, ainsi la difficulté de la réalisation de biopsie du site atteint en l'absence de lésion endo-bronchique [7].

Le traitement de la tuberculose pulmonaire pseudo-tumoral est similaire à celui de la tuberculose pulmonaire commune, en utilisant l'association des anti- bacillaires selon le schéma et la durée usuels. Des complications peuvent survenir telles qu'une sténose endo-bronchique, dilatation des bronches ou des broncho-lithiasis nécessitant un traitement instrumental par laser, cryothérapie, dilatation par ballonnet ou un traitement chirurgical [8].

IV. Conclusion :

Le diagnostic positif d'une tuberculose pulmonaire pseudo-tumoral est difficile vue la présentation radio-clinique atypique faisant évoquer dans la majorité des cas un cancer broncho-pulmonaire, ce qui prouve la diversité de la présentation surtout radiologique de la tuberculose pulmonaire.

Références :

- [1] Chaouch N, Saad S, Zarrouk M, Racil H, Cheikh Rouhou S, Nefzi K, Et Al. Difficulté Diagnostique De La Tuberculose Bronchopulmonaire Pseudotumorale. *Rev Mal Resp.* 2011;28:9–13.
- [2] Astoul Ph, Streitz B, Ficoj L, Boutin C. Tuberculose Bronchique Simulant Un Cancer. *Rev Mal Resp.* 1990;163–5.
- [3] Ben Miled Mt, Zakhama B, Cheniti F, Tenabane A, El Gharbi T. Tuberculoses Thoraciques Pseudoneoplasiques. *Sem Hop Paris.* 1989;65:2735–7.
- [4] Cherian Mj, Dahniya Mh, Al-Marzouk Nf, Abel A, Baber S. Pulmonary Tuberculosis Presenting As Mass Lesions And Simulating Neoplasms In Adults. *Australas Radiol.* 1998;42:303–8.
- [5] Zidi A, Hantous S, Mestiri I, Ben Miled-Mrad K. Aspects Tomodensitométriques De La Tuberculose Broncho-Pulmonaire Pseudotumorale. *J Radiol.* 2006;87:363–6.
- [6] Declaux B, Rabut H, Janvoie B, Nikoyakize E, Varaigne F. La Tuberculose Bronchique. Aspects Radio-Cliniques, Endoscopique Et Evolutifs. *Rev Pneumol Clin.* 1990;46:103–8.
- [7] Gadiolet Y, Bayle Jy, Perol M, Guerin Jc. La Tuberculose Bronchique A Propos De 4 Cas. *Rev Pneumol Clin.* 1990;46:109–13.
- [8] Agrawal R, Rajagopala S, Ashutosh N. Parenchymal Pseudotumoral Tuberculosis: Case Series And Systematic Review Of Literature. *Rev Med.* 2008;102:382–9.