

Tuberculose pseudo tumorale : forme rare de tuberculose chez l'immunocompétent (à propos d'un cas)

S.Msika ; S.Adrar ; H.Arfaoui ; C.Chahboune ; H.Bamha ; N.Bougteb ;
H.Jabri ; W.El Khattabi ; MH Afif

Service de maladies respiratoires , Hôpital 20 Aout 1953 , Casablanca , Maroc

Résumé :

La tuberculose pseudo tumorale est une forme rare de la tuberculose, il s'agit d'une pathologie qui simule le cancer bronchopulmonaire par sa présentation clinique et radiologique. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 49 ans, tabagique chronique sévère il y a 1 an consultant pour une dyspnée dans un cadre de fléchissement de l'état général et chez qui la TDM thoracique a montré un processus de densité tissulaire médiastino pulmonaire du lobe supérieur droit. La bronchoscopie souple a montré une Inflammation du 2^{ème} degré localisée au niveau du lobe supérieur droit faisant réduire le calibre de son orifice qui reste toutefois perméable. La ponction biopsie transpariétale a montré la présence d'une inflammation granulomateuse tuberculoïde avec nécrose caséeuse sans signe de malignité. Le patient a été mis sous traitement antituberculeux avec une bonne évolution clinique et radiologique.

Mots clés : tuberculose pseudo-tumorale, granulome tuberculoïde avec nécrose caséeuse, ponction biopsie transpariétale, traitement antituberculeux.

Date of Submission: 28-09-2026

Date of Acceptance: 06-10-2026

I. Introduction :

La tuberculose est une maladie qui sévit encore dans les pays en voie de développement, la forme pulmonaire est la plus fréquente des présentations. La forme pseudo tumorale est une forme rare de la tuberculose qui peut prêter à confusion avec la pathologie néoplasique. Le but de ce travail est de montrer les manifestations cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette pathologie à travers une observation et revue de la littérature

Patient et observation :

Patient âgé de 49 ans vendeur de vêtements usés, ancien tabagique a raison du 13 paquets – années sévère il y a un an sans aucun antécédent médical ou chirurgical, jamais traité pour une tuberculose pulmonaire et sans contagement tuberculeux récent. La symptomatologie a remonté à 2 mois par l'installation d'une douleur latéro-thoracique droite à type de point de côté sans autre signe thoracique ou extra thoracique le tout évoluant dans un cadre de fléchissement de l'état général fait d'une asthénie et d'amaigrissement non chiffrée.

L'examen clinique à l'admission a retrouvé un patient en bon état général, apyrétique, l'IMC était normal à 19 Kg/m² . L'examen pleuro pulmonaire était sensiblement normal et le reste de l'examen clinique était sans particularités.

Une radiographie thoracique de face a montré la présence d'une opacité para trachéale droite à limite interne noyée dans le médiastin et à limite externe parenchymateuse relativement convexe, on a noté aussi la présence d'une 2^{ème} opacité retro claviculaire droite grossièrement ovalaire et la présence d'une clarté arrondie à projection hilairale gauche (Figure 1). Une TDM thoracique a été réalisée qui a montré la présence d'une masse de densité tissulaire médiastino pulmonaire du lobe supérieur droit avec présence de nodules et micronodules sur poumon emphysémateux (Figure 2). La fibroscopie bronchique a montré une Inflammation du 2^{ème} degré localisée au niveau de la lobaire supérieure droite faisant réduire le calibre de son orifice qui reste toutefois perméable. Les biopsies bronchiques ont montré des remaniements inflammatoires chroniques non spécifiques. La recherche du BK par Genexpert , par examen direct et par culture dans les aspirations bronchiques a été revenue négative. Devant la négativité du bilan réalisé, une biopsie transpariétale scanno-guidée a été faite montrant la présence d'une inflammation granulomateuse tuberculoïde avec nécrose caséeuse sans signe de malignité. La culture de BK sur fragment du biopsie n'a pas été réalisée. Le diagnostic de tuberculose pseudo-tumorale a été retenue. Un bilan du terrain à la recherche d'une immunodépression (sérologie VIH, VHB, VHC, glycémie à jeun, HbA1c et l'électrophorèse des protéines sériques) a été revenu négatif. Le patient a été mis sous traitement antituberculeux selon le PNLAT (2 RHZE/4 RH). L'évolution clinique après 1 mois a été marquée par la disparition de la douleur thoracique avec une reprise pondérale de 4 Kg. Le scanner thoracique du contrôle après 7 mois du début du

traitement a montré une régression de la taille du processus et la disparition de certains nodules avec persistance d'une excavation sans signe de malignité.

II. Discussion :

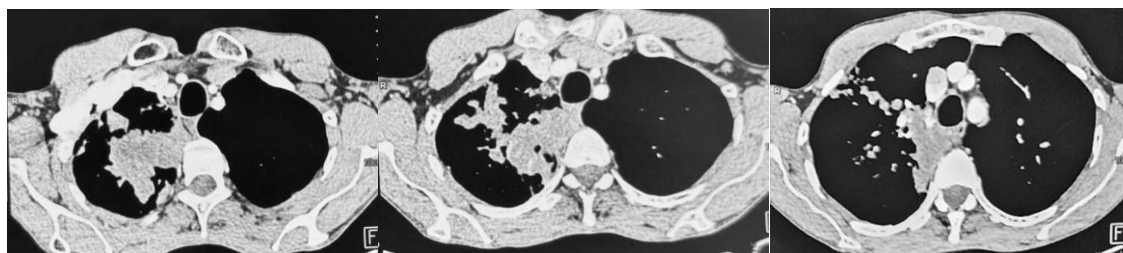
La tuberculose pseudo tumorale est une forme rare de la tuberculose. Elle est fréquente chez les patients infectés par le VIH est rare chez les immunocompétents avec une moyenne d'âge entre 40 et 45 ans (1) . Le diagnostic de tuberculose pseudotumorale est souvent tardif témoignant des difficultés diagnostiques, Il varie de 4 à 10 semaines selon les auteurs (2). Les manifestations cliniques sont non spécifiques, une toux sèche ou productive, des douleurs thoraciques, des hémoptysies et des signes généraux (fièvre, anorexie, amaigrissement) sont diversement rapportés par les patients (2) . La radiographie thoracique montre le plus souvent une opacité hilaire ou parenchymateuse à limites spiculées (3). La radiographie peut montrer d'autres aspects notamment la présence d'élargissement médiastinale en rapport avec la présence des adénopathies parfois des opacités rétractiles (3). La TDM thoracique peut montrer plusieurs aspects : une masse de densité tissulaire , des nodules suspects ou des adénopathies médiastinales, ces lésions siègent le plus souvent au niveau des apex et les segments apicaux des lobes inférieurs (4). La prise de contraste annulaire périphérique est également évocatrice de la tuberculose (5). Les calcifications et l'aspect d'arbre en bourgeon fortement évocateur de la tuberculose sont rarement retrouvés (6). La bronchoscopie souple peut montrer différents aspects : un bourgeon endo bronchique, une infiltration tumorale , un aspect de compression extrinsèque ou un aspect d'épaississement des éperons (1). La confirmation bactériologique est rarement obtenue au cours de la forme pseudo-tumorale de la tuberculose broncho-pulmonaire, ceci est dû au caractère solide et mal oxygéné des lésions caséeuses(3) . Le traitement de la tuberculose pseudo tumorale repose sur traitement antibacillaire selon le PNLAT: 2 RHZE/4 RH (7) . L'évolution est favorable, cependant certaines complications peuvent survenir à type de sténose, de bronchectasie et de broncholithiase et nécessiter des traitements instrumentaux par le laser, la cryothérapie, et la dilatation par ballonnet ou un traitement chirurgical (8)

III. Conclusion :

La tuberculose pseudo tumorale est une pathologie dont le diagnostic positif est difficile car sa présentation clinique et radiologique similaire au carcinome bronchogénique. Une surveillance stricte et rapprochée est nécessaire pour ne pas passer devant une pathologie maligne



Figure 1 : Radiographie thoracique de face objectivant une opacité para trachéale droite, une opacité retro claviculaire droite et une clarté à projection hilaire gauche



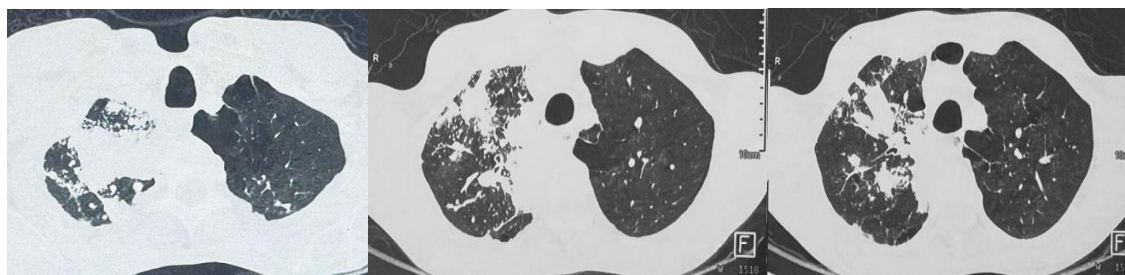


Figure 2 : TDM thoracique objectivant un processus mediastino pulmonaire droit de densité tissulaire associé à des nodules et micronodules de siège lobaire supérieur droit

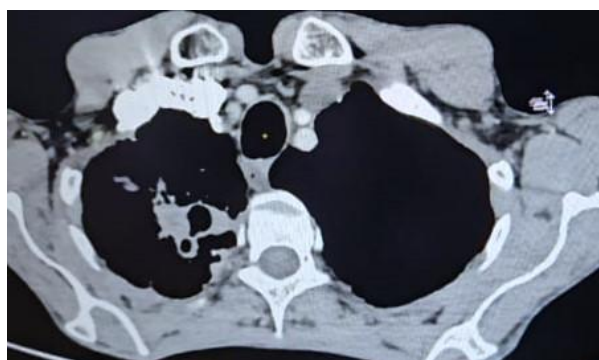


Figure 3 : TDM thoracique du contrôle après 7 mois du traitement montrant une régression du processus LSD sans signe de malignité

- [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 Respir.* janv 2011;28(1):9-13.
- [2]. Zidi A, Hantous S, Mestiri I, Ben Miled-Mrad K. Aspects tomodensitométriques de la tuberculose broncho-pulmonaire pseudotumorale. *Journal de radiologie.* 2006;87(4-1)
- [3]. Daoudi M, Herrak L, El Ftouh M, Achachi L. Forme pseudo-tumorale d'une tuberculose broncho-pulmonaire chez un immunocompétent mimant un cancer. *Pan Afr Med J.* 2019;32.
- [4]. Ouassani A, Atoini F, Reda R, Lhou FA, Rguibi MI. Forme pseudotumorale de la tuberculose pulmonaire et les difficultés diagnostic: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 2013;14.
- [5]. Cherian MJ, Dahniya MH, Al-Marzouk NF, Abel A, Bader S. Pulmonary tuberculosis presenting as mass lesions and simulating neoplasms in adults. *Australian Radiology* 1998;42:303-8
- [6]. Agarwal R, Srinivas R, Aggarwal AN. Parenchymal pseudotumoral tuberculosis: Case series and systematic review of literature. *Respir Med.* mars 2008;102(3):382-9.
- [7]. Amraoui A, Nacef L, Saighi O. Les difficultés diagnostiques de la tuberculose pseudo-tumorale. *Revue des maladies respiratoires.* 2015;32
- [8]. Ben Miled MT, Zakham B, Cheniti F, Tenabane A, El Gharbi T. Tuberculoses thoraciques pseudoneoplasiques. *Sem Hop Paris.* 1989;65:2735-7