



CAS CLINIQUE

La tuberculose pulmonaire pseudo-tumorale

Pseudo-tumoral pulmonary tuberculosis

R. Bouchentouf

Service de pneumologie, Hôpital Militaire Avicenne
Laboratoire PCIM. FMPM, Université Cadi Ayyad
Marrakech - Maroc

SUMMARY

The pulmonary tuberculosis is a problem of public health, a third of world's population is infected with mycobacterium tuberculosis, mostly in east Asia and Africa where affects mainly young subjects.

The clinical signs are not specific, but imaging screen can be evocative, diagnosis is mostly bacteriological.

The pseudotumoral form of pulmonary tuberculosis is a rare entiting posing problem diagnosis with lung carcinoma. Diagnosis can be delayed and lead to surgical resection.

The author presents new two cases of pseudotumoral pulmonary tuberculosis.

KEYWORDS: Lung, tuberculosis, tuberculoma, carcinoma

RESUME

La tuberculose pulmonaire représente un véritable problème de la santé publique. Un tiers de la population mondiale est infecté par le mycobactérium tuberculosis surtout dans le Sud-Est Asiatique et l'Afrique, où elle touche essentiellement les sujets jeunes en activité.

Les signes cliniques ne sont pas spécifiques mais habituellement des images radiologiques sont évocatrices, le diagnostic est bactériologique.

La forme pseudotumorale de la tuberculose pulmonaire est une entité rare de diagnostic difficile posant le problème diagnostique différentiel avec les néoplasies bronchiques. Le diagnostic peut se faire parfois au cours d'une exploration chirurgicale.

L'auteur rapporte deux nouvelles observations de la tuberculose pulmonaire dans sa forme pseudo tumorale.

MOTS CLES: Poumon, tuberculose, tuberculome, cancer

Auteur correspondant: Pr. Rachid BBOUCHENTOUF. Service de Pneumologie. Hôpital Militaire Avicenne. Marrakech. Laboratoire PCIM. FMPM, Université Cadi Ayyad - Maroc.
Tél : 212661295534 . E-mail: bouchentouf_rachid@yahoo.fr

INTRODUCTION

La tuberculose pulmonaire est caractérisée par une grande diversité de son expression clinique et radiologique. La forme pseudotumorale constitue l'un des aspects possible mais rare, elle peut simuler un cancer broncho-pulmonaire.

Le diagnostic positif de cette forme de tuberculose est difficile du fait d'un tableau radio clinique atypique, et la négativité habituelle des prélèvements bactériologiques.

Le diagnostic peut être affirmé soit par la ponction trans-pariétale scannoguidée ou lors d'une thoracotomie où cette étiologie constitue une heureuse surprise.

OBSERVATION 1

Mr L.B âgé de 45 ans tabagique chronique à raison de 15 Paquets/année, présentait une toux chronique avec un épisode de crachat hémoptoïque évoluant dans un contexte d'amaigrissement et d'altération de l'état général. L'examen pleuro-pulmonaire est sans particularités. La radiographie thoracique montrait un nodule pulmonaire axillaire gauche (Figure 1).

Le bilan biologique trouvait une CRP à 16 mg/l, L'hémogramme notait des GB à 5300 éléments/mm³ dont 47% de PNN et 40% de lymphocytes, l'hémoglobine à 15 g/dl, les plaquettes à 270000 éléments/mm³.

Les recherches de BAAR dans les expectorations sont revenues négatives à l'examen direct, IDR à la tuberculine à 10 mm.

Le scanner thoracique montrait une opacité lobaire inférieure gauche, arrondie de 2,5 centimètres de diamètre, de contours nets avec contact et attraction de la plèvre en regard (Figure 2).

La bronchoscopie ne retrouvait pas de bourgeon tumoral, mais montrait uniquement une muqueuse inflammatoire au niveau de la pyramide basale gauche.

Devant la présence de nodule de plus d'un centimètre de diamètre et devant le terrain tabagique, le malade a bénéficié d'une thoracotomie qui a montré une tumeur au niveau du segment apico-dorsal mesurant 3,5x3x3 cm, d'aspect blanchâtre (Figure 3) et l'étude microscopique trouvait une nécrose caséuse cernée par des cellules épithéloïde évoquant un tuberculome. Le malade a été mis sous traitement antituberculeux 2RHZE/4RH avec bonne tolérance et une évolution favorable sous traitement.

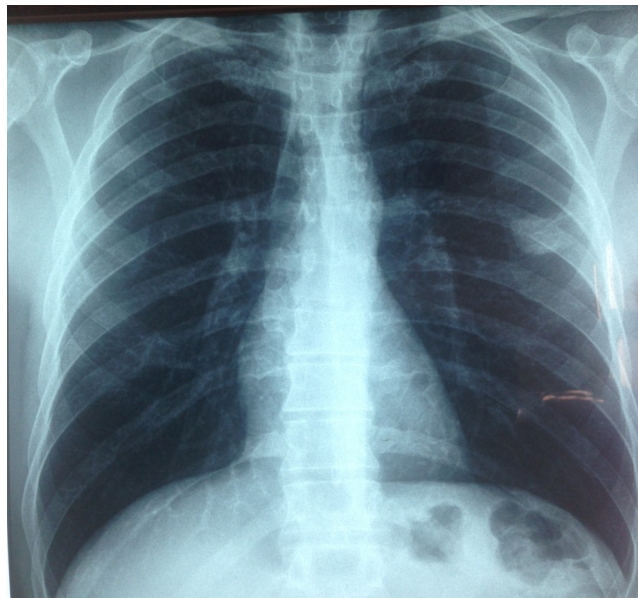


FIGURE 1. Radiographie thoracique de face montrant un nodule pulmonaire axillaire gauche.



FIGURE 2. TDM thoracique montrant un nodule pulmonaire gauche de 2,5 cm de diamètre.

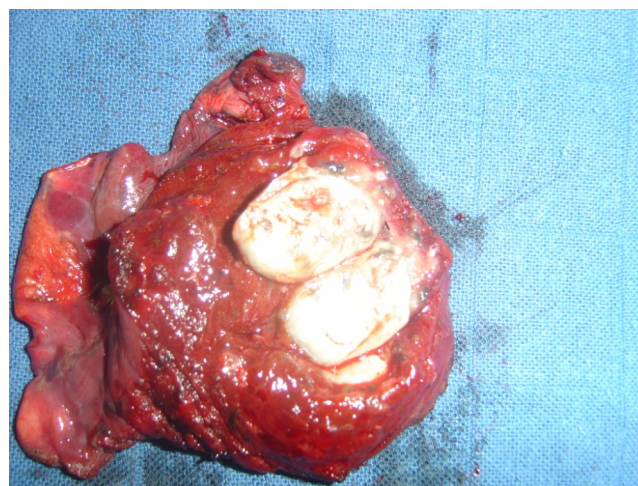


FIGURE 3. Pièce opératoire de tuberculome pulmonaire.

OBSERVATION 2

Mr E.K âgé de 61 ans tabagique chronique à raison de 30 Paquets/année, présentant une pneumopathie trainante non améliorée par une antibiothérapie non spécifiques.

L'examen clinique trouve un patient en mauvais état général, subfébrile à 38°, avec un hippocratisme digital. L'examen pleuro-pulmonaire retrouve un syndrome de condensation pulmonaire gauche.

La radiographie thoracique montrait une opacité hilo-axillaire gauche de type alvéolaire (Figure 4).

Le bilan biologique trouvait un syndrome inflammatoire avec une CRP à 75 mg/dl.

L'hémogramme notait des GB à 9500 éléments/mm³ dont 72% de PNN et 16% de lymphocytes ; l'hémoglobine à 12,4 g/dl ; les plaquettes à 358 000 éléments/mm³.

Les recherches de BAAR dans les expectorations sont revenues négatives à l'examen direct ; IDR à la tuberculine était à 8 mm.

La bronchoscopie retrouvait des taches d'anthracose à l'entrée de la bronche culminale dont la muqueuse était inflammatoire et les éperons étaient épaissis.

Des biopsies bronchiques au niveau des éperons épaissis ainsi que des aspirations bronchiques à la recherche de cellules malignes et recherches de BK à l'examen direct et culture sur milieu de Lowenstein Jensen étaient non concluantes.

La TDM thoracique montrait un foyer de condensation parenchymateux au niveau de la culmen avec des adénopathies médiastinales antérieures et hilaires gauches homolatérales (Figure 5).

Une ponction transpariétale scannoguidée a été faite et l'étude anatomopathologique confirme le diagnostic de tuberculose caseofolliculaire.

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire pseudotumorale chez un patient immunocompétent a été retenu et le patient a été mis sous traitement antibacillaire (régime standard national Marocain) par rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et éthambutol pendant 6 mois. L'évolution est favorable marquée par une amélioration clinique et radiologique.

DISCUSSION

La tuberculose reste un problème majeur de santé publique dans le monde. Selon les estimations de

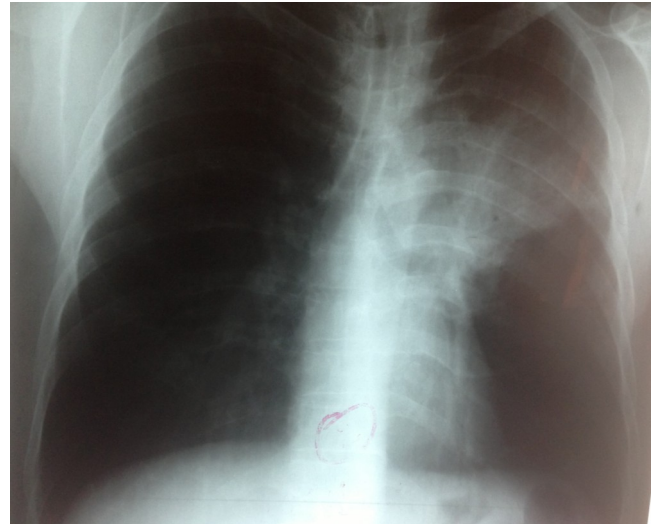


FIGURE 4. Radiographie thoracique de face montrant un foyer de condensation pulmonaire gauche.

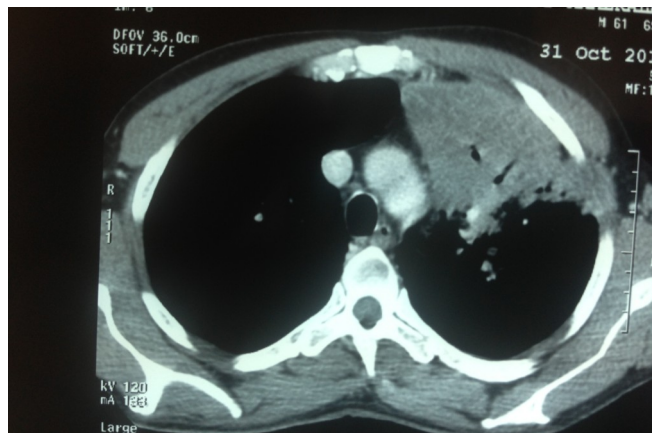


FIGURE 5. TDM thoracique retrouvant un processus lésionnel tissulaire culmineal avec des adénopathies médiastinales antérieures et hilaires gauches.

l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2009, près de 9,4 millions de nouveaux cas de la maladie de tuberculose ont été déclarés et près de 1,7 millions de patients en sont décédés [1]. Au Maroc l'incidence de la tuberculose est de 83,5 pour 100 000 habitants.

La tuberculose pulmonaire (TP) est caractérisée par une grande diversité de son expression clinique et radiologique. Le diagnostic habituellement facile évoqué devant le contexte clinique et l'aspect sur la radiographie thoracique et confirmé par la bactériologie [2, 3].

Rarement elle peut donner le change avec un processus néoplasique réalisant une forme pseudotumorale. Le diagnostic de la tuberculose pseudo tumorale est souvent tardif témoignant des difficultés diagnostiques. Il varie entre 4 à 10 semaines en fonction des auteurs [4, 5]. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques et peuvent retarder

le diagnostic.

L'examen microscopique des crachats est souvent négatif ceci est lié au caractère solide et mal oxygéné des lésions caséeuse la multiplication des bacilles y est lente au point de donner un caractère quiescent justifiant la pratique systématique des cultures sur milieu de Lowenstein-Jensen afin d'augmenter le rendement de l'analyse bactériologique [6].

La tomodensitométrie thoracique peut aider au diagnostic en orientant les prélèvements transbronchiques et ou transpariétaux. Elle permet de mettre en évidence des nodules, des masses ou des condensations parenchymateuses systématisées.

La taille des nodules est variable contours souvent nets et réguliers, avec des calcifications centrale ou lamellaires concentriques observées dans les tuberculomes, avec une prise de contraste annulaire et périphérique est également évocatrice de la tuberculose. Elle peut montrer aussi des adénopathies médiastinales dont l'aspect hypodense au centre après injection de produit de contraste est très évocateur de tuberculose [7].

La fibroscopie bronchique peut montrer un aspect de muqueuse inflammatoire parfois infiltrée, ulcérée ou

bourgeonnante simulant un carcinome bronchique [8].

Le diagnostic histologique est confirmé par les biopsies transbronchiques ou transpariétales scannoguidées parfois par thoracotomie.

Contrairement aux difficultés diagnostiques, le traitement de la tuberculose pseudo tumorale est souvent facile et est basé sur les antituberculeux aux posologies et durées usuelles [9].

L'évolution est souvent favorable cependant, certaines complications peuvent survenir (sténose bronchique, bronchectasies, broncholithiase).

CONCLUSION

La tuberculose pulmonaire se traduit habituellement par des images radiologiques évocatrices mais aussi peut revêtir des aspects atypiques, dans sa forme pseudo tumorale, elle reste une entité rare. La TDM thoracique constitue un apport important au diagnostic en montrant des signes de bénignité et d'autres signes évocateurs de la tuberculose et guidant des prélèvements transpariétaux. Parfois le diagnostic ne peut être obtenue que par thoracoscopie vidéo-assistée, voire une exérèse chirurgicale d'emblée.

CONFLIT D'INTERETS

Aucun.

REFERENCES

1. World Health Organization. Global tuberculosis control 2010. Report. Geneva: WHO; 2009: 218.
2. Sans N, Giron J, Galy-Fourcade D, Fajadet P, Railhac JJ. Sémiologie radiologique de la tuberculose thoracique. *Feuillets de Radiologie* 1999; 39: 201-15.
3. Annleung N. Pulmonary tuberculosis: The essentials. *Radiology* 1999; 210: 307-22.
4. Ben Miled MT, Zakhama B, Cheniti F, Tenbane A, Elgharbi T. Tuberculoses thoraciques pseudo-néoplasiques. *Sem Hôp Paris* 1989; 65: 2735-7.
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.
5. Ishida T, Yokoyama H, Kaneko S, et al. Pulmonary tuberculoma and indication for surgery: radiographic and clinic pathological analysis. *Resp Med* 1992; 86: 431-6.
6. Im JG, Song KS, Kang HS et al. Mediastinal tuberculous lymphadenitis: CT manifestations. *Radiology* 1987; 164: 115-9.
7. Aakka M, Amara B, Rahimi H, Benjelloune F.Z, Benjelloune M. C. Tuberculose bronchique pseudotumorale à propos d'un cas. *Médecine du Maghreb* 2007- n°151.
8. Agarwal R, Rajagopala Srinivas, Ashutosh N, Aggarwal. Parenchymal pseudotumoral tuberculosis: case series and systematic review of literature. *Respir Med* 2008; 102: 382-9.