

Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

The place of surgery in the pseudo-tumoral form of pulmonary tuberculosis: About 9 cases

La place de la chirurgie dans la forme pseudo-tumorale de la tuberculose pulmonaire : À propos de 9 cas

FZ. Ammor, I. Issouffou, L. Belliraj, H. Harmouchi, M. Lakranbi, Y. Ouadnoui, M. Smahi

Service de Chirurgie Thoracique - CHU Hassan II, Fes, Maroc

ABSTRACT

Introduction. Pseudotumoral tuberculosis is rare (4.3%) with the picture is misleading and can simulate bronchopulmonary cancer by its clinical, radiological or endoscopic presentation. This is a retrospective study of 9 cases for over a period of 8 years followed in pneumology for suspected pulmonary tuberculosis in its pseudotumoral form, operated on in our training, for diagnostic purposes before therapeutic.

Results. Five men and 4 women, whose average age was 44.66 years. Among the pathological antecedents, there is a notion of chronic smoking in 5 cases, a notion of pulmonary tuberculosis or tuberculous contagion in 2 cases. Cough and chest pain were the main symptoms in 5 cases and hemoptysis in 2 cases. On the radiological features, the standard radiography objectified suspicious opacities of different areas. The thoracic CT objectified suspicious nodules of 2 to 2.5 cm (3 cases), tissue masses of an average size of 3.5cm (6cases) and which was excavated and necrotic in 2 cases. All biological samples were negative. Surgery has been indicated for diagnostic rather than therapeutic purposes. The types of resection were: lobectomy (3 cases), under left apical segmentectomy (one case), and atypical resection (4 cases). The diagnosis of tuberculosis was confirmed on the operating room with the need for an extemporaneous examination in 3 cases. All patients were put on antibacillary treatment for a period of 6 months, with good clinical radiological progress, without any recurrence during an average follow-up of 11 months.

Conclusion. Tuberculosis should be discussed when facing any lung damage, even of a tumor appearance, especially in an epidemiological context.

KEYWORDS: Pseudotumoral tuberculosis; Antibacillary treatment; Lobectomy.

RÉSUMÉ

Introduction. La tuberculose pseudotumorale est rare (4,3%), le tableau est trompeur, peut simuler un cancer broncho-pulmonaire par sa présentation clinique, radiologique ou endoscopique. Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 9 cas, pendant une durée de 8 ans suivis en pneumologie pour suspicion de tuberculose pulmonaire dans sa forme pseudotumorale, opérés dans notre formation, dans un but diagnostique avant que thérapeutique

Résultats. 5 hommes et 4 femmes, dont l'âge moyen était de 44,66 ans. Parmi les antécédents pathologiques, on trouve une notion de tabagisme chronique dans 5 cas, une notion de tuberculose pulmonaire ou contagion tuberculeux dans 2 cas. La toux et la douleur thoracique étaient les principaux symptômes dans 5cas, une hémoptysie dans 2 cas.

Sur le plan radiologique, la radiographie standard objectivait des opacités suspectes de siège différent. La TDM thoracique objectivait des nodules suspects de 2 à 2.5 cm (3cas), des masses tissulaire d'une taille moyenne de 3.5cm (6cas) et qui était excavée et nécrosée dans 2 cas. Tous les prélèvements biologiques étaient négatifs. La chirurgie a été indiquée à visée diagnostique plus que thérapeutique. Les types de résection était: une lobectomie (3cas), sous segmentectomie apicale gauche (un cas), une résection atypique (4 cas). Le diagnostic de tuberculose a été confirmé sur la pièce opératoire avec une nécessité d'un examen extemporané dans 3 cas. Tous les patients étaient mis sous traitement antibacillaire pendant une durée de 6 mois, avec bonne évolution radio clinique, sans aucune récurrence pendant un recul moyen de 11 mois

Conclusion. La tuberculose doit être évoquée devant toute atteinte pulmonaire même d'allure tumorale surtout dans un contexte épidémiologique

MOTS CLÉS: Tuberculose pseudotumorale; Traitement antibacillaire; Lobectomie.

Corresponding author: Dr. F.Z. Ammor. Service de Chirurgie Thoracique - CHU Hassan II, Fes, Maroc

E-mail: dr.a.ammor@gmail.com

INTRODUCTION

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire commune est habituellement facile, orienté par les données cliniques et radiologiques et confirmé par la positivité des prélèvements bactériologiques.

Dans sa forme pseudotumorale qui reste rare (4,3%) [1]; le tableau est atypique et trompeur et peut simuler un cancer broncho-pulmonaire par sa présentation clinique, radiologique ou endoscopique, où la chirurgie avec étude anatomopathologique reste l'examen clé pour éviter tout retard diagnostique.

But de travail. Mettre en valeur la place de la chirurgie dans la prise en charge diagnostique des formes pseudotumorales de la tuberculose bronchopulmonaire.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 9 cas, pendant une durée de 8 ans suivis en pneumologie pour suspicion de tuberculose pulmonaire dans sa forme pseudotumorale, opérés dans notre formation, dans un but diagnostique avant que thérapeutique.

Il s'agissait de 5 hommes et 4 femmes, dont l'âge moyen était de 44,66ans (26 ans - 61 ans). Parmi les antécédents pathologiques, on trouve une notion de tabagisme chronique dans 5 cas, une notion de tuberculose pulmonaire ou contact tuberculeux dans 2 cas, ainsi qu'une notion de diabète dans 2 cas.

Le délai de consultation était souvent tardif avec un délai moyen de 11.8 mois (2mois - 5ans).

En dehors d'une découverte fortuite dans un cas, tous les patients étaient symptomatique au moment du diagnostic où la toux et la douleur thoracique étaient les principaux symptômes dans 5cas, une hémoptysie dans 2 cas. Cette symptomatologie évoluait dans un contexte de sensation fébrile dans 2 cas et une altération de l'état générale avec un amaigrissement dans tous les cas.

Sur le plan radiologique, la radiographie standard objectivait des opacités suspectes (limite spéculée (1cas), avec des lésions excavées (2cas)) de siège différent.

La TDM thoracique objectivait des nodules suspects de 2 à 2.5 cm (3cas) (Figure 1), des masses tissulaires d'une taille moyenne de 3.5cm (6cas) et qui étaient excavées et nécrosées dans 2 cas (Figure 2); ces lésions étaient associées à des adénopathies médiastinales dans un cas, à des nodules pleuraux dans un cas et à une pleurésie dans un cas.

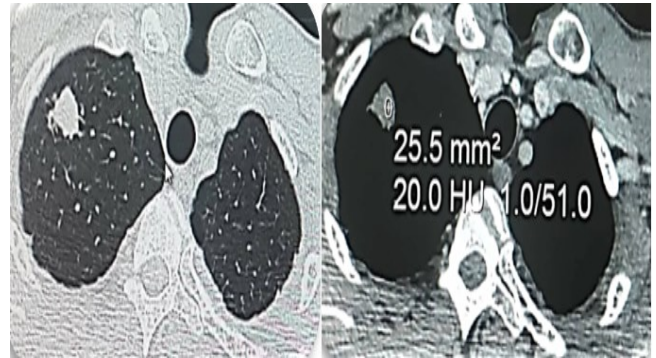


FIGURE 1. TDM thoracique: objectivant un nodule de 2cm de grand axe siégeant sur le LSD à limite spéculée sur la fenêtre parenchymateuse, et à densité tissulaire sur la fenêtre médiastinales, dont la résection réglée par lobectomie vu le siège central de la lésion avait rapporté le diagnostic histologique de tuberculose.

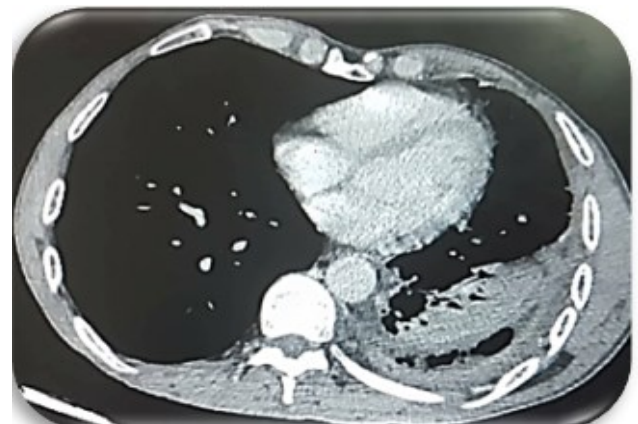


FIGURE 2. Fenêtre médiastinale d'une TDM thoracique objectivant une masse du LIG nécrosée avec réaction pleurale en regard

Tous les patients avaient bénéficié des 3 BK crachats qui étaient négatifs et une fibroscopie bronchique qui avait trouvé que des lésions non spécifique d'inflammation dont la fibro-aspiration n'a pas trouvé de bacille de koch.

5 patients avaient bénéficié d'un bilan d'extension faite d'une TDM CTAP qui était sans particularités. Dans le cadre du bilan de pré-opérabilité, le VEMS moyen était de 2L20.

La chirurgie a été indiquée à visée diagnostique plus que thérapeutique. A travers une TPL conservatrice, les types de résection étaient: une lobectomie (3 cas: LID, LSG, LSD), sous segmentectomie apicale gauche (un cas), une résection atypique (4 cas).

Le diagnostic de tuberculose a été confirmé sur la pièce opératoire avec une nécessité d'un examen extemporané dans 3 cas.

Tous les patients étaient mis sous traitement antibactérien pendant une durée de 6 mois, avec bonne

évolution radio clinique, sans aucune récurrence pendant un recul moyen de 11 mois .

DISCUSSION

La tuberculose dans sa forme pseudo tumorale constitue un diagnostic différentiel des cancers bronco pulmonaires, surtout en présence des facteurs de risques carcinologiques tels que : le tabagisme, l'âge et le sexe masculin. Cependant, ces deux derniers facteurs sont aussi évocateur de tuberculose pseudo tumoral où la moyenne d'âge est plus élevée, variant entre 39 ans et 56.8 ans, avec une nette prédominance masculine [2].

La symptomatologie respiratoire fonctionnelle est presque commune entre les 2 étiologies où on trouve : la toux, les douleurs thoraciques, l'hémoptysie et l'altération de l'état générale sont les plus fréquents évoquées. Par contre les signes d'imprégnation tuberculeuse qui restent spécifiques sont rarement rapportés [3].

La présentation radiologique de cette forme de tuberculose est évocateur de malignité, par la présence des lésions de densité tissulaire à contours spéculés, associant des épaissements ou épanchements pleuraux et des adénopathies médiastinales

L'aspect endoscopique est non spécifiques où les prélèvements bactériologiques sont souvent négatifs,

lié au caractère solide et mal oxygéné des lésions caséuses ainsi que la culture très lente du bacilles de Koch [4] et la difficulté des prélèvements biopsiques dans les formes sans lésions endobronchique. Tout cela est à l'origine du retard diagnostique qui varie entre 30 et 70 jours [5], poussant les investigations vers des explorations plus invasives ; comme la biopsie transpariétale et la biopsie chirurgicale par thoracotomie qui a une place aussi thérapeutiques lors certaine complications telles que les sténoses, les bronchectasies et les broncholithiases. Où le diagnostic histologique de tuberculose constitue une heureuse surprise

Contrairement aux difficultés diagnostique, le traitement de la tuberculose pseudo-tumorale est souvent facile et basé sur les antituberculeux aux posologies et durée usuelles, avec de bon résultats à court et long terme.

CONCLUSION

La prise en charge diagnostique de la tuberculose pulmonaire pseudo tumorale est difficile à cause de sa présentation atypique et trompeuse. Le diagnostic de la tuberculose doit être évoqué devant toute atteinte pulmonaire même d'allure tumorale surtout dans un contexte épidémiologique et clinique évocateur, où la chirurgie occupe une place diagnostique plus que thérapeutique permettant une prise en charge précoce et adaptée.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.

RÉFÉRENCES

1. 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.
2. Pitlik SD, Fainstein V, Bodey GP. Tuberculosis mimicking cancer. *Am J Med* 1984;76:822 – 5.
3. Ishida T, Yokoyama H, Kaneko S, Sugio K, Sugimachi K, Hara N. Pulmonary tuberculoma and indications for surgery: radiographic and clinicopathological analysis. *Respir Med* 1992;86:431 – 6.
4. Astoul PH, Streitz B, Ficoj L, Boutin C. Tuberculose bronchique simulant un cancer. *Rev Mal Resp.* 1990 ; 163-5. PubMed | Google Scholar.
5. Ben Miled MT, Zakhama B, Cheniti F, Tenabane A, El Gharbi T. Tuberculoses thoraciques pseudo-néoplasiques. *Sem Hop Paris* 1989;65:2735 – 7.