

Tuberculose Pulmonaire Pseudo-Tumorale : A Propos D'un Cas

Hajar Arfaoui, Hajar Bamha, Salma Msika, Hasna Jabri, Wiam Elkhattabi,
Moulay Hicham Afif

Service de pneumologie, Hôpital 20 Août 1953, CHU Ibn Rochd. Université Hassan II Casablanca, Maroc

Resume :

Tuberculosis in its pseudo-tumor form is a rare entity. It can mimic at any point a bronchopulmonary neoplasia, both primary and secondary. The authors report the case of a patient admitted for a productive cough bringing back whitish sputum, with several episodes of low-abundance hemoptysis and dyspnea on exertion, in a context of declining general condition. Imaging supported a bronchogenic carcinoma while the trans-parietal biopsy confirmed tumor-like pulmonary tuberculosis.

Keywords : Tuberculosis; lung ; pseudo-tumor.

Date of Submission: 18-08-2023

Date of Acceptance: 28-08-2023

I. Introduction :

La tuberculose dans sa forme pseudo-tumorale est une entité rare. Elle peut simuler une néoplasie par sa présentation radiologique et/ou endoscopique. Son diagnostic est difficile. Nous rapportons l'observation d'une patiente qui présente une tuberculose pseudo-tumorale.

II. Observation :

Il s'agit de Madame G.F, âgée de 71ans, sans habitudes toxiques et non exposé au tabagisme passif, hypertendue sous régime hyposodé et amlodipine et sans contagé tuberculeux dans l'entourage.

Son histoire de la maladie remontait à 2 mois par l'installation progressive d'une toux productive ramenant des expectorations blanchâtres, avec plusieurs épisodes d'hémoptysie de faible abondance et une dyspnée à l'effort, dans un contexte de fléchissement de l'état général.

L'examen clinique retrouvait un état général conservé sans fièvre, l'examen pleuro-pulmonaire ainsi que le reste de l'examen étaient sans particularité.

La radiographie thoracique a objectivé une opacité à projection para-cardiaque droite hétérogène effaçant en partie le bord du cœur (figure1).

La TDM thoracique a montré un processus tissulaire du lobe inférieur droit englobant la bronche lobaire inférieure et l'artère pulmonaire droite faisant évoquer un processus d'allure tumoral, avec présence d'adénopathies hilaires et sous carinaire calcifiées (figure2).

La bronchoscopie souple a retrouvé une sténose violacée de la lobaire moyenne incathétérisable sans tumeur ni bourgeon visibles. Les biopsies bronchiques non faites devant le risque hémorragique alors que les recherches de BK et de germes banaux et le GeneXpert MTB/ RIF dans le liquide d'aspiration bronchique étaient négatives.

L'IDR à la tuberculine était à 6 mm, La sérologie VIH était négative.

Devant la suspicion d'un carcinome bronchogénique, on a complété par une TEP-TDM qui a montré un processus pulmonaire droit hypermétabolique avec des adénopathies médiastinales hypermétaboliques, paratrachéales inférieures, sous carinaire et hilaires.

La ponction biopsie transpariétale scannoguidée réalisée a objectivé une inflammation granulomateuse épithélio-giganto-cellulaire avec de la nécrose caséuse.

Ainsi le diagnostic retenu était une tuberculose pulmonaire pseudo-tumorale chez une patiente immunocompétente.

La patiente a été mise sous traitement antibactérien régime 2RHZE/4RH (rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et éthambutol pendant 6 mois) avec une surveillance rapprochée et un gain de poids après la fin de 2^{ème} mois.

La particularité de notre observation était la présentation de la tuberculose pulmonaire sous forme pseudo-tumorale, prêtant à confusion avec un carcinome bronchogénique.

III. Discussion :

La tuberculose broncho-pulmonaire pseudo-tumorale est une forme rare de la tuberculose qui peut simuler un cancer broncho-pulmonaire par la présentation clinique, radiologique et/ou endoscopique [1].

La moyenne d'âge est plus élevée que celle de la tuberculose pulmonaire commune, elle varie selon les séries publiées entre 39 et 56,8 ans avec une prédominance masculine nette [2,3].

Le terrain sur lequel survient cette atteinte bronchopulmonaire oriente plutôt vers l'origine tumorale, étant donné que peu de ces patients ont des antécédents de TB ou la notion de contagio tuberculeux [3,4].

Elle survient souvent chez les patients infectés par le VIH, elle est rare chez les immunocompétents et ne représente que 4,3% dans l'étude de Cherlan et al [2].

Les signes fonctionnels sont non spécifiques, la toux, la douleur thoracique, l'hémoptysie et l'altération de l'état général, signes les plus fréquents, orientent plutôt chez le sujet âgé vers une pathologie néoplasique [4].

Les prélèvements bactériologiques, négatifs à l'examen direct, sont rarement positifs aux cultures, cela est lié au caractère solide et mal oxygéné des lésions caséuses dans la tuberculose pseudo-tumorale [5,6].

Le scanner thoracique objective des lésions évocatrices de malignité vu leur densité tissulaire, leurs contours spiculés et la prise de contraste après injection, pourtant l'aspect d'arbre en bourgeon, ainsi que les calcifications qui représentent des signes évocateurs de la tuberculose, sont rarement retrouvés [7]. La localisation des lésions est comparable à celle de la tuberculose pulmonaire commune avec une prédominance du côté droit et au niveau des segments apicaux et dorsaux des lobes supérieurs et des segments apicaux des lobes inférieurs [7].

Les biopsies bronchiques confirment le diagnostic en cas de tuberculose bronchique associée mais dans les formes sans lésion endobronchique, une ponction biopsie transpariétale scannoguidée de la lésion ou même une thoracoscopie ou une thorotomie peuvent être indiquées [8].

Le diagnostic positif de la forme pseudo-tumorale est difficile, du fait de la non spécificité des signes cliniques et la négativité assez fréquente des prélèvements bactériologiques et aboutissant au retard diagnostique. Contrairement aux difficultés diagnostiques, le traitement est souvent facile basé sur les antibiogrammes aux posologies et aux durées usuelles, avec généralement une guérison complète de la maladie et une évolution clinique favorable [9].

IV. Conclusion :

La tuberculose pulmonaire pseudo-tumorale est source d'erreur diagnostique. Elle peut mimer en tout point une néoplasie bronchopulmonaire aussi bien primitive que secondaire d'où le besoin de multiplier les investigations pour obtenir une confirmation bactériologique et/ou histologique. Son traitement est bien codifié reposant sur le traitement antituberculeux et son évolution reste comparable à celle des formes communes.

Conflits d'intérêt :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

Contributions des auteurs :

Tous les auteurs ont participé à ce travail. Ils ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures :

Figure 1 : Radiographie thoracique montrant une opacité à projection para-cardiaque droite hétérogène effaçant en partie le bord du cœur.



Figure 2 : TDM thoracique montrant un processus tissulaire du lobe inférieur droit englobant la bronche lobaire inférieure et l'artère pulmonaire droite avec adénopathies hilaires et sous carinae calcifiées



Références :

- [1]. Onuigbo WI. Some Nineteenth Century Ideas On Links Between Tuberculous And Cancerous Diseases Of The Lung. *Br J Dis Chest.* 1975;69:207–210.
- [2]. Cherian MJ, Dahniya MH, Al-Marzouk NF, Abel A, Bader S, Buerki K, Et Al. Pulmonary Tuberculosis Presenting As Mass Lesions And Simulating Neoplasms In Adults. *Australas Radiol.* 1998;42(4):303–308.
- [3]. Pitlik SD, Fainstein V, Bodey GP. Tuberculosis Mimicking Cancer--A Reminder. *Am J Med.* 1984;76(5):822–825.
- [4]. Ouassani A, Atoini F, Reda R, Lhou FA, Rguibi MI. Forme Pseudotumorale De La Tuberculose Pulmonaire Et Les Difficultés Diagnostic: A Propos D'un Cas. *Pan Afr Med J.* 2013;14. Doi:10.11604/Pamj.2013.14.81.1629.
- [5]. ASTOUL P, SEITZ B, FICO JL, BOUTIN C. Tuberculose Endobronchique Simulant Un Cancer. *Rev Mal Respir.* 1990;7(2):163–165.
- [6]. BEN MILED MT, ZAKHAMA B, CHENITI F, TENABENE A, EL GHARBI T. Tuberculoses Thoraciques Pseudo-Néoplasiques. *Sem Hôp Paris.* 1989;65(45):2735–2737.
- [7]. Snene H, Ben Mansour A, Toujani S, Ben Salah N, Mjid M, Ouahchi Y, Et Al. La Tuberculose Pseudotumorale, Un Diagnostic Difficile. *Revue Des Maladies Respiratoires.* 2018;35(3):295–304.
- [8]. 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(5):431–436.