

## La tuberculose pulmonaire dans sa forme pseudotumorale : un piège pour le clinicien

Angèle Azon-Kouanou<sup>1</sup>, Djimon Marcel Zannou<sup>1</sup>, Kuessi Anthelme Agbodande<sup>1</sup>, Serge Adè<sup>2</sup>, Roberto Prudencio<sup>1</sup>, Fabien Houngbé<sup>1</sup>

1 : Service de Médecine Interne et Oncologie Médicale du Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM)-Cotonou (Bénin). 2 : Centre National Hospitalier de Pneumophysiologie de Cotonou (Bénin). Correspondance : Dr Angèle AZON épouse KOUANOU, Médecin interniste 06 BP 1782. Tél: (00) 229 97 99 78 50. Email : angele.azonkouanou@gmail.com / angele\_kouanou@hotmail.com

### Résumé :

Les auteurs rapportent le cas d'un patient de 42 ans, non-fumeur, immunocompétent pour le virus de l'immunocompétence humaine, hospitalisé pour fièvre au long cours et toux chronique et qui présentait des masses paracardiales sur le CT scanner. La recherche de *Mycobacterium tuberculosis* dans les crachats à l'examen direct puis à la PCR était négative. Toutefois, l'intradermoréaction à la tuberculine positive à 23 mm, l'âge de 42 ans et l'absence de tabagisme ont motivé un traitement antituberculeux avec des suites favorables. Le diagnostic de tuberculose pseudotumorale a donc été définitivement retenu au lieu de tumeur bronchopulmonaire initialement évoquée.

**Mots clés :** Tuberculose pseudotumorale.

### Abstract:

The authors report a case of a 42 years old non-smoking patient, negative for the human immunodeficiency virus, hospitalized for fever in the long term and who presented paracardiac masses on the CT scanner. The search for *Mycobacterium tuberculosis* in sputum on direct examination and then on PCR was negative. However, the positive intradermal tuberculin, the age of 42 and no smoking status motivated TB treatment with favorable outcomes. The diagnosis of pseudotumoral tuberculosis has been finally adopted instead of a lung tumor initially mentioned.

**Keywords:** Pseudotumoral tuberculosis.

## 1. Introduction

La tuberculose pulmonaire est caractérisée par la grande diversité de son expression clinique et radiologique. La forme pseudotumorale, plus rare, peut simuler un cancer bronchopulmonaire par sa présentation clinique, radiologique et/ou endoscopique et faire errer le diagnostic, retardant ainsi le traitement [1]. Nous rapportons ici un cas clinique de tuberculose pulmonaire pseudotumorale observé dans le service de Médecine Interne du Centre National Hospitalier et Universitaire – HKM de Cotonou, Bénin.

## 2. Observation

Patient de 42 ans, Juriste de formation, hospitalisé dans le service pour le bilan étiologique d'une fièvre au long cours et d'une toux chronique évoluant depuis 4 mois. Dans ses antécédents, on a noté une hépatite virale B connue depuis cinq ans et régulièrement suivie. Il n'y avait pas d'intoxication alcoolotabagique, pas de notion de contagie tuberculeux.

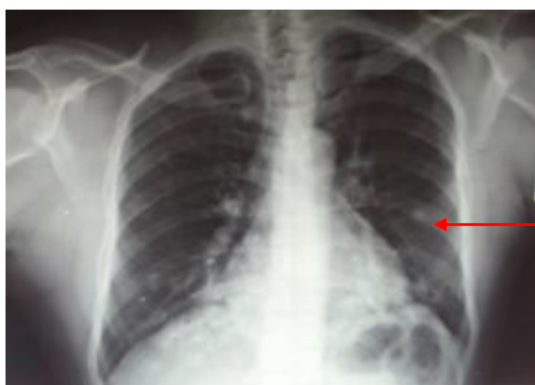
L'examen clinique à son admission a retrouvé une fièvre à 38,8°C, une polypnée à 28 cycles/min. L'indice de masse corporelle était à 25,28 kg/m<sup>2</sup>. Le reste de l'examen était pauvre, notamment pleuropulmonaire.

Le bilan paraclinique a révélé un syndrome inflammatoire biologique avec vitesse de sédimentation élevée à 64 mm à la première heure, C-reactive protein augmentée à 96 mg/l, hémoglobine abaissée à 10,9 g/dl et hyperleucocytose à 14 800 éléments/mm<sup>3</sup> avec polynucléose neutrophile (75%).

L'intradermoréaction à la tuberculine était positive à 23 mm. La recherche des bacilles acido-alcoolo-résistants à l'examen direct des crachats était négative. La recherche de l'ADN de *Mycobacterium tuberculosis* au Gene Xpert MTB/RIF était aussi négative.

Le bilan de terrain n'avait pas retrouvé d'immunodépression par le VIH, ni de diabète.

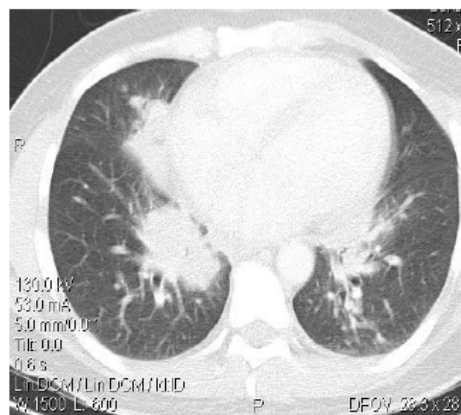
La radiographie pulmonaire montrait des plages d'allure infiltrative para et retro cardiaques basales bilatérales prédominantes à droite (Figure 1).



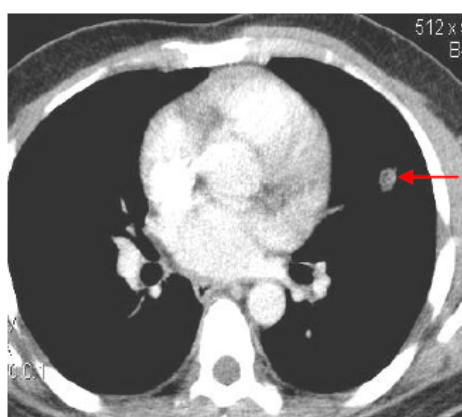
**Figure 1 :** Infiltrat des deux bases pulmonaires et infiltrat à l'union des régions hilaires et axillaires (Flèche rouge)

Une antibiothérapie par amoxicilline acide clavulanique puis par ceftriaxone avaient été mis en route sans succès.

Devant la persistance des symptômes, un CT scanner thoracique a été réalisé et a permis d'objectiver dans chaque segment paracardiac des deux lobes inférieurs, une masse d'allure tumorale plus volumineuse à droite et un nodule dans la lingula. Il n'y avait pas d'adénopathie médiastinale (Figure 2).



**A**



**B**

**Figure 2 :** Tomodensitométrie thoracique avant le traitement antituberculeux. **A :** Masses pulmonaires d'allure tumorale dans les segments paracardiacaux des lobes inférieurs. **B :** Image nodulaire de la lingula (Flèche rouge)

Le diagnostic d'une tumeur bronchopulmonaire révélée par une pneumopathie infectieuse récidivante était fortement suspecté. Mais le patient a refusé l'endoscopie bronchique proposée.

Toutefois, la notion de vie en zone d'endémie tuberculeuse, le jeune âge du patient, l'absence de tabagisme, la forte positivité de l'intradermoréaction à la tuberculine et l'absence d'amélioration sous traitement antibiotique non spécifique ont fait évoquer secondairement une tuberculose pulmonaire.

Le traitement antituberculeux selon le protocole standard de six mois recommandé par l'OMS et adopté par le Programme National

contre la Tuberculose au Bénin a été mis en route.

L'évolution clinique était favorable, marquée par une défervescence thermique au cinquième jour de traitement et une nette régression de la toux.

Un CT scanner thoracique après deux mois de traitement a montré une disparition des lésions sus mentionnées (Figure 3)

Actuellement à son cinquième mois de traitement, le patient se porte bien.



Figure 3 : Tomodensitométrie thoracique deux mois après le traitement antituberculeux. Disparition des masses pulmonaires.

### 3. Discussion

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire commune est habituellement facile. Ce diagnostic est d'autant plus aisé que les lésions sont excavées et donc très riches en bacilles. Il est orienté par la clinique, la radiologie et confirmé par la positivité des prélèvements bactériologiques.

La tuberculose pulmonaire dans sa forme pseudotumorale est une entité plutôt rare qui peut simuler un cancer bronchique par la présentation clinique, radiologique et/ou endoscopique surtout chez le tabagique [2, 3]. Le tableau radioclinique est atypique et trompeur [3, 4].

La malignité évoquée soit sur l'aspect radiologique devant une lésion focale parenchymateuse d'allure tumorale soit sur l'aspect endoscopique d'un bourgeon ou d'une infiltration bronchique, peut parfois pousser l'escalade des explorations jusqu'à la thoracotomie.

Le recours au scanner thoracique permet de mieux caractériser les lésions parenchymateuses et de préciser les signes associés [5]. Mais chez notre patient, les lésions radiologiques d'allure tumorale et leur prédominance basale chez ce patient immunocompétent ont fait davantage errer le diagnostic de tuberculose, étant donné que les zones de prédilections du bacille de Koch sont les sommets des lobes supérieurs et inférieurs. Cette observation souligne une fois encore qu'aucune image n'est pathognomonique de la tuberculose et que cette affection doit être systématiquement recherchée en cas de symptomatologie fonctionnelle respiratoire persistante, en particulier la toux dans une zone où cette affection sévit de manière endémique. La fibroscopie bronchique, si elle avait pu être réalisée, aurait permis d'optimiser les prélèvements pour aboutir à une certitude diagnostique avant la mise en route du traitement. Elle aurait pu aussi permettre d'objectiver un bourgeon endoluminal de tuberculose pseudotumorale [6].

Notre patient a été classé « tuberculose pulmonaire cliniquement diagnostiquée bactériologiquement non confirmée » [7], nous basant sur le jeune âge du patient, le contexte épidémiologique, la forte positivité de l'intradermoréaction à la tuberculine et l'absence de réponse au traitement antibiotique non spécifique.

La négativité des recherches bactériologiques observée est probablement en rapport avec l'absence d'excavation à l'imagerie thoracique. Et l'on sait que ces prélèvements bactériologiques négatifs à l'examen direct sont

rarement positifs aux cultures à cause du caractère solide et mal oxygéné des lésions caséuses dans la tuberculose pseudotumorale [8, 9]. La recherche de l'ADN de *M. tuberculosis*, plus sensible que l'examen direct, est aussi négatif [10]. Chez notre patient, l'intradermoréaction à la tuberculine était franchement positive à 23 mm et a été d'une aide précieuse malgré toutes les limites qu'on connaît à cette technique [11]. Elle doit rester un élément d'orientation dans notre zone d'endémie tuberculeuse, et ce d'autant plus qu'elle est fortement positive [11].

La tuberculose pseudotumorale survient souvent chez les patients infectés par le VIH. Elle est rare chez les immunocompétents, ne représentant que 4,3% [12]. Et ceci souligne une fois encore l'intérêt suscité par ce cas. Le diagnostic de cette forme de tuberculose est souvent tardif témoignant des difficultés diagnostiques, il varie de 4 à 10 semaines selon les auteurs [1]. Chez notre patient, le diagnostic a été posé après 8 semaines.

#### 4. Conclusion

La tuberculose pulmonaire pseudotumorale est source d'errance diagnostique. Elle doit rester un diagnostic à évoquer devant toute masse tumorale chez un patient vivant en zone d'endémie tuberculeuse, d'autant plus que celui-ci est jeune.

**Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt en relation avec cet article.**

#### Références

1. Ouarssani A, Atoini F, Reda R, Lhou AF, Idrissi Rguibi M. *Forme pseudotumorale de la tuberculose pulmonaire et les difficultés diagnostiques: à propos d'un cas*. Pan African Medical Journal 2013;14:81.
2. Lahroussi M, El Khattabi W, Souki N, Aichane A, Afif H. Tuberculose pulmonaire pseudo-tumorale. *Revue des Maladies Respiratoires* 2015;32:A218. 19<sup>ème</sup> Congrès de Pneumologie de Langue Française, Lille 30 janv. – 1<sup>er</sup> fév. 2015
3. 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.
4. Sqalli Houssaini N, Amara B, Maaroufi M *et al*. *THO-WS-31 Tuberculose pulmonaire pseudotumorale : à propos de 6 cas*. *Journal de radiologie* 2007;12:132-6.
5. Zidi A, Hantous S, Mestiri I, Ben, Miled-Mrad K. *Aspects tomodensitométriques de la tuberculose bronchopulmonaire pseudotumorale*. *Journal de Radiologie* 2006;87: 367–73.
6. Agodokpessi G, Adé S, Wachinou P, Adé G, Gnaïfon M. *Tuberculose endobronchique simulant un cancer bronchique*. *J Afr Thor Vaiss*. 2013;3:238-42.
7. World Health Organization. *Definitions and reporting framework for tuberculosis – 2013 revision*. WHO/HTM/TB/2013.2
8. Astoul PH, Streitz B, Ficoj L, Boutin C. *Tuberculose bronchique simulant un cancer*. *Rev Mal Res* 1990;163-5.
9. Ben Miled MT, Zakhama B, Cheniti F, Tenabane A, El Gharbi T. *Tuberculoses thoraciques pseudonéoplasiques*. *Sem Hop Paris* 1989;65:2735-7.
10. Guillet-Caruba C, Martinez V, Doucet-Populaire F. *Les nouveaux outils de diagnostic microbiologique de la tuberculose maladie*. *La Revue de Médecine Interne*. 2014;35:794–800.
11. Kayantao D, Maïga I, Bougoudogo F *et al*. *Apport de la radiographie et de la bacilloscopie répétée dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire en milieu hospitalier à Bamako*. *Bull Soc Pathol Exot* 2001;94:243-5.
12. 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.