

Sommaire

EDITORIAL

Professeur EHUA Somian Francis

CARDIOLOGIE

Les maladies thrombo-emboliques veineuses observées dans un centre hospitalier privé de Cotonou : prévalence, facteurs de risque, aspects cliniques et évolutifs 231

Kouessi Anthelme Agbodande*, Yessoufou Tchabi**, Angèle Azon Kouanou*, Djimon Marcel Zannou*, Armand Finangnon Wanvoegbe*, Yasmine Eyisse***, Dédé Priscillia Tatiana Baglo****, Archange Nzali Feuzeu*, Joskyle Gnimassou***, Cyriaque Agavoédo***, Latif Moussé***

*Service de Médecine Interne CNHU de Cotonou, **Service de Cardiologie CNHU de Cotonou, ***Polyclinique Atinkanmey de Cotonou, ****Service d'hématologie CNHU de Cotonou (Bénin).

PNEUMO-PHTISIOLOGIE

Tuberculose endobronchique simulant un cancer bronchique à Cotonou, Bénin 238

Gildas Agodokpessi*, Serge Adé**, Prudence Wachinou*, Gabriel Adé*, Martin Gninafon*

*Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie de Cotonou et Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou (Bénin). **Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou (Bénin).

CHIRURGIE VASCULAIRE

Les traumatismes artériels des membres inférieurs au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo 243

Toky Mamin'ny Aina Rajaonahary, Hoby Rambel Andrianisa, Fanomezantsoa Raherinantenaina, Hery Francis Randrianjaka, Malinirina Fanjalalaina Ralahy, Tianarivelo Rajaonarivony, Hery Nirina Rakoto Ratsimba
Service de Chirurgie Générale et Vasculaire, Centre Hospitalier Universitaire- Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU- HJRA) Antananarivo (Madagascar).

CHIRURGIE THORACIQUE

Une tumeur de la gouttière costo-vertébrale gauche: tuberculome ou neurinome? 249

Sadio Yéna*, Seydou Togo*, Moussa A Ouattara*, Sylvestre Mbamendame**, Ibrahima Sankaré***

*Service de Chirurgie Thoracique, Hôpital du Mali, Bamako et Département de Chirurgie et Spécialités, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako (Mali). ** Service de Chirurgie Thoracique et Vasculaire, Fondation Jeanne EBORI, Libreville (Gabon). *** Service de Chirurgie Thoracique, Hôpital du Mali, Bamako (Mali).

Les exérèses pulmonaires : indications et résultats de 42 cas au Burkina Faso 253

Bonkougou Patindé Gilbert *, Badoum Ouédraogo Gisèle *, Ouédraogo Georges *, Zigani Adama **, Boncougou Kadi *, Ouédraogo Martial *, Traoré Si Simon *

*CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou (Burkina Faso). **Centre de traitement anti tuberculeux, Ouagadougou (Burkina Faso).

Comblement des pertes de substance de la paroi thoracique par le grand dorsal: résultats chirurgicaux 258

Aimé Kirioua-Kamenan*, Hyacinthe Ehounoud*, Lanciné Kaba**, Blaise Demine*, Raphaël Ouédé*, Henry Asse***, Flavien Kendja*, Michel Kangah*

*Institut de Cardiologie d'Abidjan, Côte d'Ivoire. **Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire, Centre d'Adzopé (Côte d'Ivoire). ***Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli. Abidjan (Côte d'Ivoire).

Difficultés anesthésiques au cours de la bronchotomie d'extraction des corps étrangers intrabronchiques chez l'enfant 263

Hyacinthe Ehounoud*, Paul Yapou Yapou*, Joseph Kouamé*, Landry Kohou-Koné*, Flavien Kendja**, Yves Yapobi*, Yves Tanauh**

*Service d'Anesthésie-Réanimation, Institut de cardiologie d'Abidjan (Côte d'Ivoire). **Service de Chirurgie Thoracique, Institut de cardiologie d'Abidjan (Côte d'Ivoire).

DIVERS

Hommage au Professeur émérite ABOUO-N'DORI Raymond, Cardiologue 267

Tribune 268

Annonces 271

Tuberculose endobronchique simulant un cancer bronchique

Gildas Agodokpessi*, Serge Adé**, Prudence Wachinou*, Gabriel Adé*, Martin Gninafon*

*Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie de Cotonou et Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Bénin. **Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Bénin. Correspondant : Gildas Agodokpessi; BP 321 Cotonou, Bénin. E-mail : aggildas@yahoo.fr

Résumé

Les auteurs rapportent le cas d'un homme de 29 ans qui a été adressé pour une atélectasie du segment ventral du lobe supérieur droit visible sur la radiographie standard du thorax. La tomодensitométrie thoracique a montré en plus une masse hilare droite. L'endoscopie bronchique a mis en évidence un bourgeon tumoral nécrosé. L'examen anatomopathologique du produit de biopsie a révélé la présence de granulome épithélioïde sans nécrose, sans signe de malignité. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive. Un traitement antituberculeux a été institué. Le diagnostic de certitude a été finalement obtenu sur la positivité de la culture du liquide de lavage broncho-alvéolaire qui a isolé *Mycobacterium tuberculosis* sensible. La sérologie pour le virus de l'immunodéficience humaine était négative. La tuberculose devrait être évoquée, en milieu pneumologique africain, devant toute tumeur endobronchique, même en l'absence d'une immunodépression évidente, ce d'autant plus qu'elle se présente chez le patient jeune.

Mots clés : Tumeur endobronchique. Tuberculose.

Abstract

*The authors report the case of a 29 year old man who presented an atelectasis of the ventral segment of the right upper lobe on PA chest x-ray. The thoracic CT scan showed in addition right hilar mass. The bronchial endoscopy revealed a necrotic tumor bud. The anatomopathological examination of biopsy specimen revealed epithelioid granuloma without necrosis, without evidence of malignancy. The tuberculin skin test was positive. Tuberculosis treatment was instituted. The diagnosis was finally obtained on culture of the bronchoalveolar lavage fluid which isolated sensitive-*Mycobacterium tuberculosis*. Serology for the human immunodeficiency virus was negative. Tuberculosis—should be discussed in African pneumologic environment before any endobronchial tumor,—even in the absence of an obvious immunosuppression, especially since it comes in the young.*

Keywords : Endobronchial tumor. Tuberculosis.

1. Introduction

Malgré sa grande prédilection pulmonaire, l'atteinte exclusivement bronchique du germe de la tuberculose reste exceptionnelle [1-3]. En l'absence de signes spécifiques, d'un contexte d'immunodépression évidente et de localisations évocatrices notamment parenchymateuses, ce diagnostic est souvent retardé. Nous rapportons un cas de tumeur nécrosée et saignant au contact, suspect de néoplasie. Le bilan complémentaire et l'amélioration sous traitement antitubercu-

leux ont permis de poser le diagnostic de tuberculose. Les aspects épidémiologiques, diagnostiques et les modalités thérapeutiques sont discutés avec les données de la littérature.

2. Observation

Patient de 29 ans a été reçu en consultation en Janvier 2012 au Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie de Cotonou (CNHPP) pour bilan d'une opacité du segment ventral du lobe supérieur droit

découverte au décours d'un syndrome infectieux. Le début de la symptomatologie remonterait à deux semaines avant l'admission. Le patient avait consulté pour fièvre persistante. La radiographie thoracique réalisée à cet effet, avait montré une opacité systématisée du lobe moyen droit. C'est la persistance de la symptomatologie malgré une antibiothérapie par amoxicilline et acide clavulanique 3 g/d pendant 10 jours, associés à l'azithromycine 500 mg/d pendant 3 jours, qui a motivé la consultation au CNHPP. Le patient se plaignait d'une douleur thoracique droite d'intensité modérée à sévère dans un contexte d'amaigrissement progressif de 6 kg en 3 mois. Il n'existait pas de notion de toux, ni de dyspnée, ni d'hémoptysie. Il ne rapportait pas d'antécédent particulier. Il n'y avait pas de notion d'intoxication alcoolo-tabagique, de diabète, d'hypertension artérielle, d'asthme connu. L'état général était altéré. Le poids était à 53 kg pour 1,63 m soit un indice de masse corporelle (IMC) à 20. La saturation transcutanée au repos était à 97% en air ambiant. Le pouls était à 94 pulsations/min. L'intradermoréaction à la tuberculine (IDR-T) était positive à 15 mm. L'auscultation pulmonaire notait une diminution du murmure vésiculaire en base droite, sans bruits surajoutés. Les bruits du cœur étaient bien perçus. Le reste de l'examen clinique hépato-digestif, ostéoarticulaire, spléno-ganglionnaire, neurologique et uro-génital, était sans particularité.

La radiographie standard du thorax montrait une opacité systématisée du segment ventral du lobe supérieur droit accompagnée d'un abaissement de la partie haute de la grande scissure, faisant suspecter un syndrome nodulaire sous-jacent (figure 1).

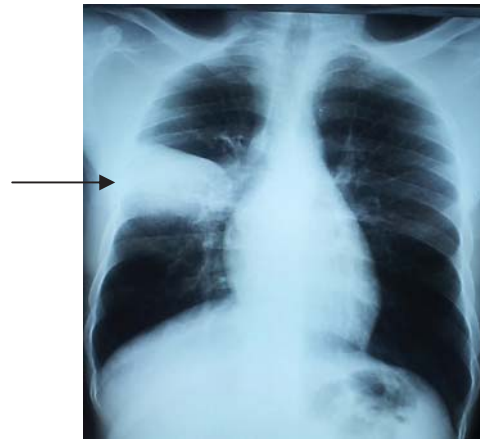


Figure 1 : opacité systématisée du segment ventral du lobe supérieur droit (flèche).

L'électrocardiogramme inscrivait un tracé sinusal régulier à 80 battements/min.

La tomодensitométrie thoracique confirmait l'atélectasie du segment ventral du lobe supérieur droit accompagnée d'adénopathies hilaires droite et sous-carinaire (figure 2).

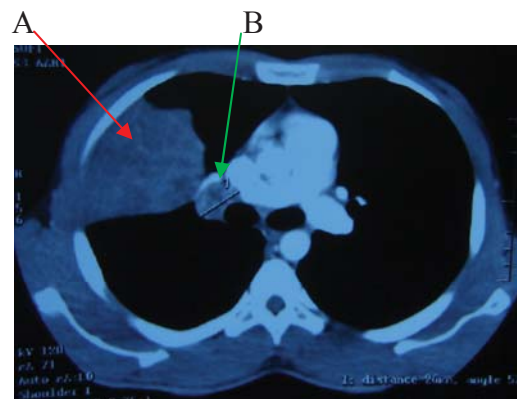


Figure 2 : Atélectasie du segment ventral du lobe supérieur droit (flèche A) et adénopathie hilaires droite (flèche B).

Il n'existait pas d'anomalie pleurale. On ne notait pas d'anomalie visible à l'exploration tomодensitométrique de l'abdomen.

L'examen des crachats à la recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) était négatif. L'hémogramme révélait un taux d'hémoglobine à 13,2 g/dL, de globules blancs à $10\,200/\text{mm}^3$ dont 60% de neutrophiles, 36% de lymphocytes, 0% d'éosinophile. Le reste du bilan infectieux, comportant la vitesse de sédimentation et la C-Reactive Protein, était négatif. La sérologie pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) était négative. Le

dosage de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (HBS), ainsi que celui des anticorps anti-virus de l'hépatite C (HCV) était négatif. Le test d'hémagglutination d'hématies sensibilisées par des antigènes de *Treponema pallidum* (TPHA) était négatif. Le groupe sanguin était O rhésus + ; la glycémie à jeun était à 0,81 g/L (normale : 0,70-1,10 g/L), l'urémie était à 0,28 g/L (normale : 0,1-0,45 g/L), la créatinémie à 9 mg/L (normale : 7-14 mg/L). La calcémie était normale à 97 mg/L.

L'exploration fonctionnelle respiratoire indiquait une capacité vitale forcée à 3,26 L (91%). Le rapport de Tiffeneau était à 90%. L'endoscopie bronchique avait mis en évidence dans l'arbre bronchique droit, un bourgeon tumoral nécrosé et saignant au contact à la racine de la bronche lobaire moyenne sur le versant médial avec évaselement des éperons (Figure 3).



Figure 3 : Bourgeon tumoral à la racine de la bronche lobaire moyenne sur le versant médial avec évaselement des éperons.

L'arbre bronchique gauche était sans particularité.

L'examen cytologique du liquide de lavage broncho-alvéolaire (LBA) avait montré essentiellement des hématies, quelques macrophages alvéolaires et quelques cellules inflammatoires de type neutrophile. La recherche directe des BAAR sur le frottis du culot de centrifugation du LBA était négative.

L'examen anatomopathologique de la pièce de biopsie bronchique a révélé un épithélium cylindrique pseudo-stratifié cilié reposant sur une membrane basale légèrement épaissie. Il n'y avait aucun foyer de métaplasie ni de dysplasie à l'immunohistologie. La sous-muqueuse était infiltrée de manière diffuse par d'abondantes cellules inflammatoires mixtes lymphoïdes et secondairement de polynucléaires neutrophiles. On notait la présence de deux structures granulomateuses à cellules épithélioïdes sans nécrose.

Devant l'altération de l'état général, le syndrome d'imprégnation tuberculeuse, la positivité de l'IDR-T et les résultats anatomopathologiques, un traitement antituberculeux a été institué. Il comportait deux mois d'éthambutol, de rifampicine, d'isoniazide et de pyrazinamide (2ERHZ) et quatre mois de l'association rifampicine et isoniazide (4RH). Une corticothérapie de 6 semaines avec arrêt dégressif y était associée. Les résultats de la culture du LBA obtenus six semaines après le début du traitement antituberculeux étaient en faveur de *Mycobacterium tuberculosis* sensible.

La radiographie standard du thorax à la fin du traitement antituberculeux a montré une disparition complète de l'atélectasie du segment dorsal du lobe supérieur droit (figure 4). Le recul à 6 mois de la fin du traitement antituberculeux était satisfaisant.

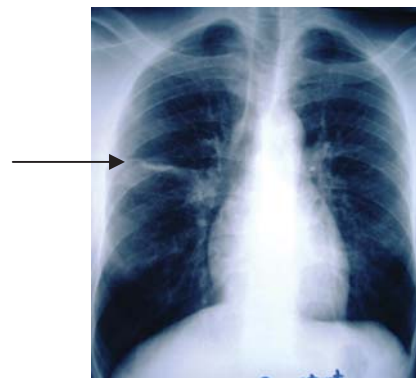


Figure 4 : Radiographie du thorax à la fin du traitement. Epaissement scissural droit type séquelle (flèche).

4. Discussion

Il s'agit ici du premier cas documenté d'une tuberculose à localisation endobronchique sans atteinte parenchymateuse évidente à Cotonou. Il s'agit d'une localisation peu décrite dans la littérature. Si généralement l'hypothèse de la dissémination hématogène du bacille de Koch justifie les localisations extra-pulmonaires, celle-ci ne semble pas à elle seule, expliquer la localisation bronchique. Certains auteurs [4, 5] évoquent une implantation directe endobronchique à partir d'un foyer parenchymateux et/ou une dissémination directe par voie lymphatique. Les caractéristiques épidémiologiques des cas rapportés présentent une grande variabilité. Les hommes et les femmes semblent atteints dans des proportions égales, l'âge varie de 11 à 65 ans selon les auteurs [1-7, 9, 10].

Concernant la symptomatologie, aucune manifestation n'est spécifique. La toux, la dyspnée, la fièvre, l'hémoptysie, souvent rapportées [1-7, 9, 10] sont retrouvées dans les autres diagnostics différentiels que sont les pneumopathies bactériennes et surtout le cancer. Des formes simulant l'asthme ont aussi été rapportées [7].

La place de l'endoscopie bronchique dans le diagnostic est indiscutable; elle permet d'établir une classification distinguant sept formes macroscopiques [4]. Dans notre cas, la lésion était tumorale et unique. Ailleurs, des localisations bilatérales sont rapportées [6]. L'absence de certitude bactériologique et/ou histologique au décours de l'endoscopie, peut parfois justifier une thoracotomie [2]. Dans notre cas, l'examen anatomopathologique a mis en évidence un granulome épithélioïde, qui pourrait donner le change avec la sarcoïdose, lorsqu'il ne présente pas des zones de nécrose. La présentation radio-clinique et la positivité de l'IDR-T ont fait récuser très rapidement le diagnostic de

sarcoïdose. La certitude de la tuberculose a été obtenue par l'isolement du bacille de Koch à la culture du LBA. Une corticothérapie courte a été associée au traitement antituberculeux administré suivant les recommandations nationales [8] pour prévenir les complications. Sous ce traitement, l'évolution a été favorable comme dans les cas rapportés [1, 2, 6-7].

Les complications les plus redoutables restent la sténose bronchique [3, 6, 9] et la fistule bronchopleurale [10] qui sont l'apanage de la forme tumorale [4]. Le recours à la pose de prothèse intra bronchique pouvant être nécessaire [6, 9]. Il n'y a pas à ce jour de consensus sur l'opportunité de contrôles endoscopiques systématiques. Ces derniers sont, en fait, décidés au cas par cas au vu des constatations macroscopiques et des habitudes institutionnelles.

5. Conclusion

La tuberculose endobronchique isolée sans atteinte parenchymateuse est rare. En milieu pneumologique africain, elle devrait être évoquée devant toute tumeur endobronchique, même en l'absence d'une immunodépression immunitaire évidente, ce d'autant plus qu'elle se présente chez le patient jeune.

6. Déclaration d'intérêts

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

7. Références

1. Kreisel D, Arora N, Weisenberg S, Saqi A, Krupnick A, Demetriades A. *Tuberculosis presenting as an endobronchial mass*. J Thorac Cardiovasc Surg 2007;133:582-4.
2. Kouassi B, Horo K, Aké C *et al*. *Tuberculose pulmonaire pseudo tumorale à propos de 3 cas*. Rev.Pneumol Trop 2010 (13):40-47.

3. Xue Q, Wang N, Xue X, Wang J. *Endobronchial tuberculosis: an overview*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2011; 30:1039-44.
4. Chung H, Lee J. *Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis*. Chest 2000;117:385-92.
5. Lee J, Park S, Lee D, Shin D, Yang S, Yoo B. *Endobronchial tuberculosis. Clinical and bronchoscopic features in 121 cases*. Chest 1992;102:990-4.
6. Saygideğer Y, Oktay B, Sevgi E, Sever Ö, Firat H, Ardiç S. *Bilateral multiple tumor-like endobronchial tuberculosis, diagnosed with bronchoscopic examination*. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2011;59:266-70.
7. Lee T, Sin F, Lam K. *Endobronchial tuberculosis simulating bronchial asthma*. Singapore Med J 2004;45:390-2.
8. Ministère de la Santé Publique, Direction Nationale de la Protection Sanitaire, Programme National Contre la Tuberculose. : *Guide du Programme National Contre la Tuberculose*. 3ème Ed, Cotonou, 2006, 56p.
9. Tchkonina D, Vacharadze K, Shaishmelashvili G, Rtskhiladze S, Khelia Y, Pkhakadze Y. *Stenting of the left main bronchus in cicatricial post-TB bronchial stenosis (case report)*. Georgian Med News 2011;201:32-6.
10. Nemati A, Safavi E, Ghasemiesfe M *et al*. *Fistula formation between the right and left main bronchus caused by endobronchial tuberculosis*. Am J Med Sci 2012;343:330-1.