



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

La tuberculose pseudotumorale, un diagnostic difficile



Tuberculous pseudotumour, a challenging diagnosis

H. Snene^{a,*}, A. Ben Mansour^b, S. Toujani^b,
N. Ben Salah^a, M. Mjid^b, Y. Ouahchi^b, N. Mehiri^a,
M. Beji^b, J. Cherif^b, B. Louzir^a

^a Université de Tunis El Manar, faculté de Médecine de Tunis, CHU Mongi Slim, service de pneumologie allergologie (unité de recherche 12SP06), La Marsa, Tunisie

^b Université de Tunis El Manar, faculté de médecine de Tunis, CHU La Rabta, service de pneumologie allergologie (unité de recherche 12SP06), Tunis, Tunisie

Reçu le 29 octobre 2016 ; accepté le 13 mars 2017

Disponible sur Internet le 5 avril 2018

MOTS CLÉS

Endoscopie ;
Histologie ;
Radiologie ;
Tumeur ;
Tuberculose

Résumé

Introduction. – La tuberculose dans sa forme pseudotumorale est une entité rare. Quelle que soit sa localisation, elle peut simuler une néoplasie par sa présentation radiologique et/ou endoscopique. À travers ce travail, nous cherchons à mettre en exergue les difficultés diagnostiques de cette pathologie.

Méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur les dossiers de patients hospitalisés de 2003 à 2016, au service de pneumologie de l'hôpital La Rabta, pour tuberculose pseudotumorale thoracique.

Résultats. – Dix-sept patients ont été colligés. L'âge médian était de 41 ans. La symptomatologie était dominée par la toux et le fléchissement de l'état général. Toutes les explorations radiologiques étaient pathologiques dont 10 cas de lésions suspectes. La fibroscopie bronchique avait montré des anomalies endobronchiques dans 11 cas. Le délai diagnostique global médian était de 97 jours. Le diagnostic a été confirmé bactériologiquement dans cinq cas, histologiquement dans 14 cas et a été retenu sur des éléments de présomption dans un cas. L'évolution était favorable : 13 patients déclarés guéris et quatre patients sont en cours de traitement.

* Auteur correspondant. Ain Zaghouan, résidence Ahlem, Bloc B appartement 32, 2036 Ariana, Tunis, Tunisie.
Adresse e-mail : houda.snen@gmail.com (H. Snene).

Conclusion Le diagnostic positif de tuberculose pseudotumorale thoracique est difficile. Les prélèvements bactériologiques sont souvent négatifs. Ces difficultés sont à l'origine d'un important retard diagnostique et thérapeutique.

© 2017 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Endoscopy;
Histology;
Radiology;
Tumour;
Tuberculosis

Summary

Introduction. — The pseudotumorous form of tuberculosis is a rare entity. Whatever its location, it can simulate neoplasia by its radiological and/or endoscopic appearances. We highlight the diagnostic difficulties associated with this type of presentation.

Methods. — We performed a retrospective study of inpatient records from 2003 to 2016 in the pneumology department of La Rabta Hospital to identify cases of thoracic tuberculous pseudotumor.

Results. — Seventeen patients were identified. The median age was 41 years and their symptomatology was dominated by cough and general debility. All had abnormal radiology with 10 cases of suspect lesions. Fibre-optic bronchoscopy revealed endobronchial abnormalities in 11 cases. The median overall diagnostic delay was 97 days. The diagnosis was confirmed bacteriologically in five cases, histologically in 14 cases and based on clinical presumption in one case. The progression was favourable: 13 patients have been declared cured and four patients are still undergoing treatment.

Conclusion. — Making a positive diagnosis of thoracic tuberculous pseudotumour can be difficult, as bacteriological samples are often negative. This can lead to a significant delay in diagnosis and treatment.

© 2017 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La tuberculose (TB) constitue un problème majeur de santé publique en particulier dans les pays à forte endémicité. En 2014, à l'échelle mondiale, 9,6 millions de personnes auraient contracté la TB qui a entraîné 1,5 millions de cas de décès. Plusieurs progrès ont été réalisés depuis 1990 avec diminution de la mortalité par TB de 47 %. Ainsi, on estime que 43 millions de vies ont été sauvées entre 2000 et 2014 grâce à un diagnostic et à un traitement efficaces [1,2]. Cependant, la TB n'a pas de présentation clinique spécifique et cela quelle que soit sa localisation. Son expression radiologique peut parfois faire évoquer d'autres diagnostics. La tuberculose pseudotumorale thoracique (TPT), bien que rare, constitue l'une des formes les plus pourvoyeuses d'erreurs diagnostiques. Son diagnostic positif est difficile, du fait de la négativité assez fréquente des prélèvements bactériologiques. Ainsi, pour avoir une preuve histologique, une ponction biopsie transpariétale scannoguidée de la lésion ou même une thoracoscopie ou une thoracotomie peuvent être indiquées [3].

Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective au service de pneumologie et d'allergologie du centre hospitalo-universitaire de La Rabta à Tunis. Nous avons colligé tous

les dossiers des patients hospitalisés pour TB, quelle que soit sa localisation, sur une durée de 13 ans (de 2003 à 2016). Le diagnostic de TPT a été évoqué devant des éléments cliniques et la présence de lésions radiologiques (nodule, masse ou condensation parenchymateuse) et/ou endoscopiques (bourgeon endobronchique ou infiltration de la muqueuse bronchique) évocatrices de néoplasie bronchopulmonaire primitive ou secondaire. Le diagnostic a été confirmé soit bactériologiquement par l'isolement des bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) à l'examen direct des cultures à *Mycobacterium tuberculosis* (MT), soit histologiquement en mettant en évidence un granulome géantocellulaire associé à une nécrose caséuse [4]. Dans certains cas, après différentes investigations, le diagnostic n'est pas confirmé et le patient est traité pour TPT devant des arguments de forte présomption clinique et radiologique et/ou endoscopique. Ont été exclus de notre travail les patients ayant une TB associée à un cancer bronchopulmonaire confirmé.

Les données démographiques, cliniques et celles des examens complémentaires ont été recueillies. Parmi les données cliniques, il y a eu une évaluation du délai diagnostique global. Ce délai représente la somme de deux composantes : « le délai patient » (séparant le début des signes fonctionnels de la date de consultation) et « le délai institution » (séparant cette première consultation de la date du démarrage du traitement) [5].

Résultats

Durant 13 ans et demi, 1737 cas de TB ont été traités dans notre service dont 17 cas de TPT (0,97 % des cas).

Caractéristiques générales

Il s'agissait de sept hommes et de 10 femmes (sex-ratio H/F=0,7). L'âge médian était de 41 ans (extrêmes : 19 et 64 ans). Le tabagisme a été noté chez six malades avec une consommation médiane de 26 paquets-année (extrêmes : 1 et 50 paquets-année). Un contage tuberculeux a été retrouvé dans deux cas et aucun patient n'avait d'antécédent de TB. Un patient était suivi pour diabète non insulinodépendant (Tableau 1).

Caractéristiques cliniques

Le délai de consultation médian était de 82,5 jours (extrêmes : 15 et 180 jours) (Tableau 1). Les signes fonctionnels étaient dominés par la toux (13 cas) et les signes généraux à type de fièvre et de fléchissement de l'état général (11 cas). L'hémoptysie et les douleurs thoraciques ont été rapportées dans cinq cas chacune et la dyspnée dans quatre cas. Un patient présentait des vomissements et une diarrhée. La TPT a été découverte fortuitement chez un patient à l'occasion d'une tomodensitométrie thoracique faite au décours d'un accident de la voie publique.

Examens complémentaires

Les différentes explorations radiologiques et endoscopiques ont permis de diagnostiquer une TPT par sa présentation radiologique dans sept cas, par sa présentation endoscopique dans sept cas et par sa présentation à la fois radiologique et endoscopique dans trois cas (Tableau 2). Tous les patients présentaient des anomalies à la radiographie du

thorax dont 10 lésions suspectes : une opacité hétérogène à contours irréguliers dans sept cas, un nodule suspect dans deux cas et un élargissement médiastinal dans un cas. La tomodensitométrie thoracique a objectivé, à l'étage thoracique, une condensation parenchymateuse dans cinq cas (dont une était le siège d'une cavité à contours internes anfractueux [Fig. 1]), une masse tissulaire dans deux cas (Fig. 2), un nodule suspect dans deux cas (Fig. 3) et un conglomérat d'adénopathies médiastinales en sous-carinaire dans un cas. Des lésions associées ont été décrites : des micronodules dans quatre cas, des nodules calcifiés dans un cas, une atteinte pleurale bilatérale dans un cas et des adénopathies médiastinales dans trois cas. L'exploration de l'étage abdominopelvien a mis en évidence une ascite dans un cas, des lésions d'allure tissulaire au niveau de la rate, du foie et des reins dans un cas et des adénopathies pérectales dans un cas.

La fibroscopie bronchique a été réalisée chez tous les patients et était pathologique dans 11 cas. Elle a permis de mettre en évidence un bourgeon endobronchique blanchâtre dans quatre cas, une coulée blanchâtre réduisant le calibre d'une bronche dans quatre cas, des nodosités sous muqueuses diffuses en tâche de bougie au niveau de tout l'arbre bronchique dans un cas, un aspect de compression extrinsèque au niveau d'une bronche dans un cas et une réduction du calibre d'une bronche par une muqueuse infiltrée dans un cas.

Les BAAR ont été isolés à l'examen direct des crachats dans deux cas et de celui du liquide bronchique dans quatre cas (deux cas de positivité à la fois à l'examen direct des crachats et du liquide bronchique). Les cultures de MT ont permis d'avoir une confirmation bactériologique dans un autre cas. Cependant, aucune étude bactériologique n'a été réalisée sur les fragments de biopsie bronchique ou pulmonaire.

L'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine était positive chez 71 % des patients testés.

Tableau 1 Caractéristiques générales et cliniques des patients.

Patient n°	Sexe	Âge (années)	Contexte d'immunodépression	Tabagisme (Paquet-année)	Contage tuberculeux	Délai de consultation (jours)
1	Homme	50	Non	20	Non	90
2	Homme	39	Non	0	Non	Découverte fortuite
3	Homme	32	Non	10	Non	30
4	Homme	41	Non	40	Non	15
5	Femme	54	Non	0	Oui	21
6	Femme	27	Non	0	Non	75
7	Homme	20	Non	1	Non	150
8	Femme	55	Non	0	Non	15
9	Homme	33	Non	32	Non	60
10	Femme	64	Diabète	0	Non	90
11	Femme	43	Non	0	Non	60
12	Homme	57	Non	50	Non	90
13	Femme	22	Non	0	Oui	90
14	Femme	58	Non	0	Non	120
15	Femme	21	Non	0	Non	150
16	Femme	19	Non	0	Non	180
17	Femme	54	Non	0	Non	60

Tableau 2 Examens complémentaires, moyens diagnostiques et évolution des patients.

Patient n °	Radiographie du thorax	Tomodensitométrie	Fibroscopie bronchique	Délai institution traitement (jours)	Moyen diagnostique	Évolution
1	Infiltrat du lobe supérieur droit Opacité parenchymateuse	Condensation parenchymateuse du lobe supérieur droit Cavité de contours internes anfractueux Micronodules	Normale	7	Éléments de présomption	Guérison
2	Nodule du lobe supérieur gauche	Formation tissulaire de 45 × 33 × 22 mm au niveau du lobe supérieur gauche Micronodules du lobe moyen Lésions tissulaires du foie, de la rate et des deux reins	—	15	Diagnostic histologique par biopsie transpariétale	En cours de traitement
3	Nodule du 1/3 supérieur du champ pulmonaire gauche	Nodule de 2 cm du segment apico-dorsal du culmen	Normale	30	Diagnostic histologique par biopsie chirurgicale	Guérison
4	Opacité apicale du champ pulmonaire droit	Condensation du segment apical du lobe supérieur droit Adénopathie hilare droite	Normale	120	Diagnostic histologique par biopsie transpariétale	En cours de traitement
5	Élargissement médiastinal Opacité du lobe supérieur droit	Processus tissulaire du segment apical du lobe supérieur droit Adénopathies latéro-trachéales Pleurésie bilatérale Ascite de grande abondance	Normale	15	Diagnostic histologique par biopsie pleurale	Guérison
6	Opacité du 1/3 inférieur du champ pulmonaire gauche	—	Coulée blanchâtre au niveau du tronc intermédiaire s'étendant à la bronche lobaire moyenne	7	Diagnostic histologique par biopsie bronchique	Guérison

Tableau 2 (Suite)						
Patient n °	Radiographie du thorax	Tomodensitométrie	Fibroskopie bronchique	Délai institution traitement (jours)	Moyen diagnostique	Évolution
7	Opacité du 1/3 moyen du champ pulmonaire droit	—	Formation blanchâtre obstruant la segmentaire antérieure de la bronche lobaire supérieure droit	135	Diagnostic bactériologique sur culture du liquide bronchique	Guérison
8	Nodules calcifiés diffus bilatéraux	Foyer de condensation parenchymateuse linguale Ganglions médiastinaux Nodules calcifiés bilatéraux	Formation bourgeonnante au niveau de la bronche souche gauche	5	Diagnostic histologique par biopsie bronchique	Guérison
9	Opacité pleurale gauche	—	Nodosités sous muqueuses blanchâtres diffuses dans tout l'arbre bronchique gauche	15	Diagnostic bactériologique sur examen direct des crachats	Guérison
10	Opacité du lobe supérieur droit	Condensations parenchymateuses du segment dorsal du lobe supérieur droit et du segment apical du lobe inférieur gauche Adénopathies périrectales	Sténose infiltrative de la bronche lobaire supérieure droite par un matériel blanchâtre	105	Diagnostic histologique par biopsie bronchique	En cours de traitement
11	Opacités bilatérales au niveau des sommets	—	Bourgeon blanchâtre au niveau de la bronche lobaire supérieure droite et de la bronche culminale	15	Diagnostic histologique par biopsie bronchique	Guérison
12	Nodule apical gauche	Nodule suspect du Culmen Adénopathies médiastinales	Normale	75	Diagnostic histologique par biopsie chirurgicale	En cours de traitement

Tableau 2 (Suite)

Patient n °	Radiographie du thorax	Tomodensitométrie	Fibroscope bronchique	Délai institution traitement (jours)	Moyen diagnostique	Évolution
13	Infiltrat de la 1/2 supérieure du champ pulmonaire gauche Opacité pleurale droite	—	Formation bourgeonnante au niveau du 1/3 inférieur de la trachée	15	Diagnostic histologique par biopsie trachéale	Guérison
14	Opacité paracardiaque droite	—	Les bronches lobaires moyenne et pyramide basale droite sont réduites de calibre par une muqueuse infiltrée	4	Diagnostic bactériologique et histologique par biopsie bronchique	Guérison
15	Élargissement médiastinal prédominant sur l'étage moyen et inférieur	Conglomérat d'adénopathies médiastinales en sous carénaire et en arrière de la bronche souche gauche	Aspect de compression extrinsèque au niveau de la bronche Nelson gauche avec une muqueuse infiltrée par endroit	1	Diagnostic histologique par biopsie bronchique	Guérison
16	Opacités hétérogènes au niveau de la 1/2 supérieure des champs pulmonaires gauche et droit	Condensations parenchymateuses rétractiles dorsale du lobe supérieur droit, apico-dorsale du culmen et des segments apicaux des lobes inférieurs Micronodules	Bourgeon blanchâtre au niveau de la bronche ventrale de la lobaire supérieure droite ainsi qu'au niveau de la bronche Nelson droite et de la bronche apico-dorsale de la culminale	6	Diagnostic bactériologique et histologique par biopsie bronchique	Guérison
17	Opacité pleurale droite	—	Coulée blanchâtre au niveau de la bronche lobaire supérieure droite la réduisant de calibre	6	Diagnostic histologique par biopsie bronchique	Guérison

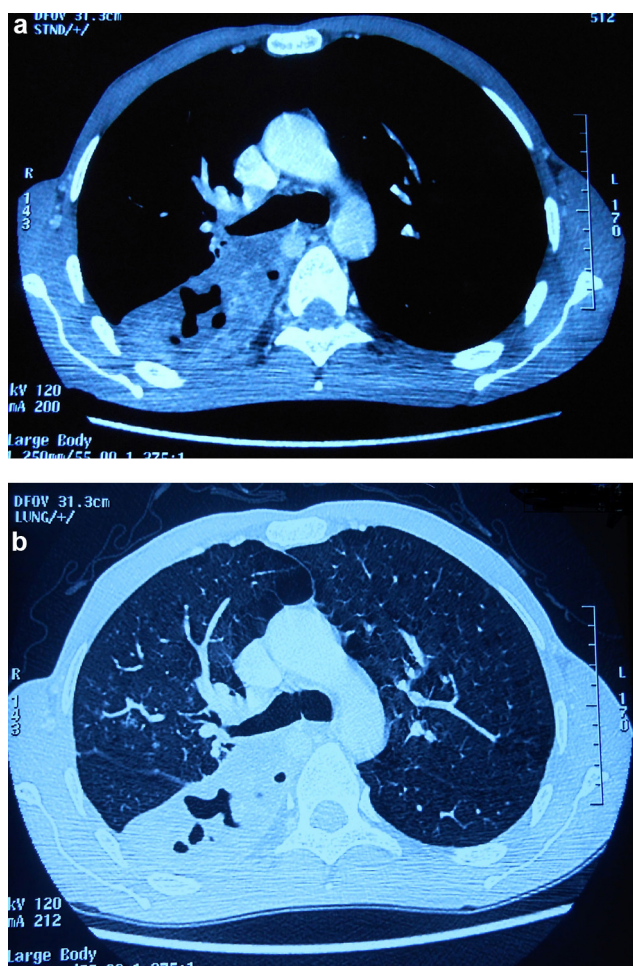


Figure 1. Coupe axiale d'une tomodensitométrie thoracique après injection de produit de contraste montrant une condensation parenchymateuse du lobe inférieur droit contenant une cavité de contours internes anfractueux (a : fenêtre médiastinale ; b : fenêtre parenchymateuse).

Diagnostic positif

Le délai médian d'institution du traitement était de 15 jours (extrêmes : 1 et 135 jours) et le délai diagnostique global médian était de 97 jours (extrêmes : 15 et 285 jours) (Tableau 2). Le diagnostic de TB a été confirmé dans 16 cas. Il s'agissait d'une confirmation bactériologique dans cinq cas et anatomopathologique dans 14 cas (deux cas confirmés à la fois bactériologiquement et histologiquement). La preuve histologique a été obtenue par biopsie bronchique dans neuf cas, par biopsie transpariétale scannoguidée de la lésion thoracique dans deux cas, par biopsie pleurale dans un cas et par une exérèse chirurgicale dans deux cas. Pour le cas restant (patient n° 1), le diagnostic a été retenu sur des éléments de présomption à savoir l'endémicité de la TB dans notre pays, les signes généraux, la présentation radiologique et la forte positivité de l'IDR à la tuberculine.

Traitement et évolution

Tous nos patients ont été mis sous traitement anti-tuberculeux, selon les recommandations de l'OMS et

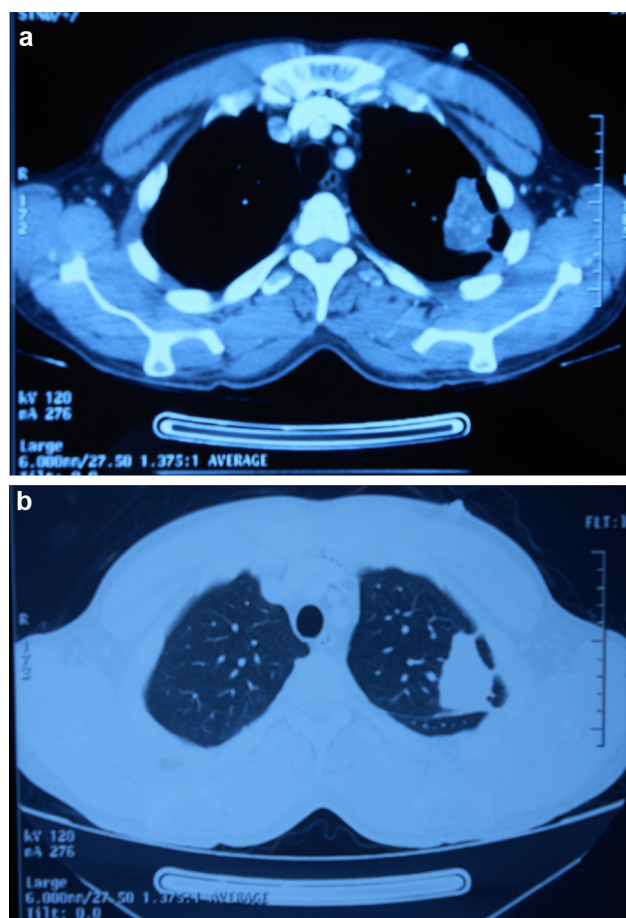


Figure 2. Coupe axiale d'une tomographie assistée par ordinateur thoracique après injection de produit de contraste montrant une masse du segment apico-dorsal du lobe supérieur gauche (a : fenêtre médiastinale ; b : fenêtre parenchymateuse).

selon le protocole national Tunisien de prise en charge de la TB, à base d'isoniazide, rifampicine, éthambutol et pyrazinamide (Tableau 2). À partir de 2008, il y a eu l'introduction de l'association fixe d'antituberculeux (composition du comprimé : isoniazide 75 mg, rifampicine 150 mg, éthambutol 275 mg et pyrazinamide 400 mg). Le schéma thérapeutique était basé sur un traitement quadruple pendant deux mois relayé par une bithérapie à base d'isoniazide et de rifampicine pendant quatre mois. Une corticothérapie a été associée dans cinq cas de TB endobronchique. La guérison a été obtenue dans 13 cas et quatre patients sont en cours de traitement. Après un recul médian de 18 mois chez les patients ayant achevé leur traitement (extrêmes : 0 et 132 mois), aucun malade n'a présenté de récurrence tuberculeuse. La Fig. 4 illustre l'évolution radiologique de l'atteinte pulmonaire du patient numéro un.

Discussion

La TB constitue encore un problème de santé publique dans les pays à forte endémicité. La Tunisie est parmi les pays à moyenne endémicité avec un taux d'incidence à la baisse

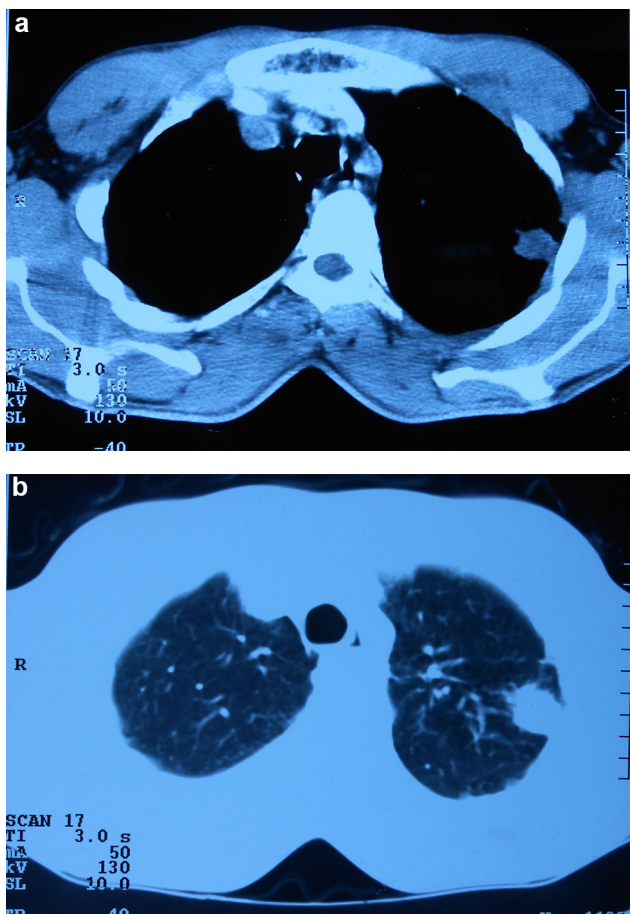


Figure 3. Coupe axiale d'une tomодensitométrie thoracique après injection de produit de contraste montrant un nodule de deux centimètres du segment apico-dorsal du culmen (a : fenêtre médiastinale ; b : fenêtre parenchymateuse).

depuis les années 1970 (incidence de 48,6/100 000 habitants en 1975) jusqu'aux années 2000 (incidence de 22,4/100 000 habitants en 2010) [6]. C'est à partir de 2011 qu'il y a eu une augmentation progressive de l'incidence pour atteindre 30/100000 habitants en 2015 [7]. Par ailleurs, d'après les données de la Direction des soins de santé de base en Tunisie, il y a eu une augmentation du nombre total de cas de TB déclarés passant de 2368 cas en 2010 (dont 46 % d'atteinte pulmonaire) à 3357 cas en 2015 (dont 40,5 % de localisation pulmonaire).

Le diagnostic de TB pulmonaire commune est dans la majorité des cas faciles, reposant sur une imagerie évocatrice et sur l'isolement de BAAR à l'examen direct des crachats ou du liquide bronchique ou sur l'isolement du MT à la culture. Dans sa forme pseudotumorale, avec un tableau radioclinique atypique et trompeur, cette pathologie pose un réel problème de diagnostic différentiel avec une néoplasie particulièrement le cancer bronchopulmonaire.

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 contagement tuberculeux [8,9]. Cependant, l'absence de tabagisme chez 2/3 de nos patients et la prédominance du sexe féminin (sex-ratio H/F=0,7) étaient des arguments orientant vers d'autres hypothèses diagnostiques.

Sur le plan anatomopathologique, les lésions de la TB pseudotumorale sont composées de cellules inflammatoires avec une maturité complète des composants fibroblastiques et absence totale de mitoses [10]. Ces lésions correspondent à un agglomérat de ganglions en cas de primo-infection tuberculeuse ou à une masse granulomateuse parenchymateuse en cas de TB maladie. En effet, la présentation radiologique de l'atteinte tuberculeuse dépend à la fois de l'immunité de l'hôte et de la virulence du MT. En cas de TB pulmonaire commune, les lésions ayant atteint le stade de

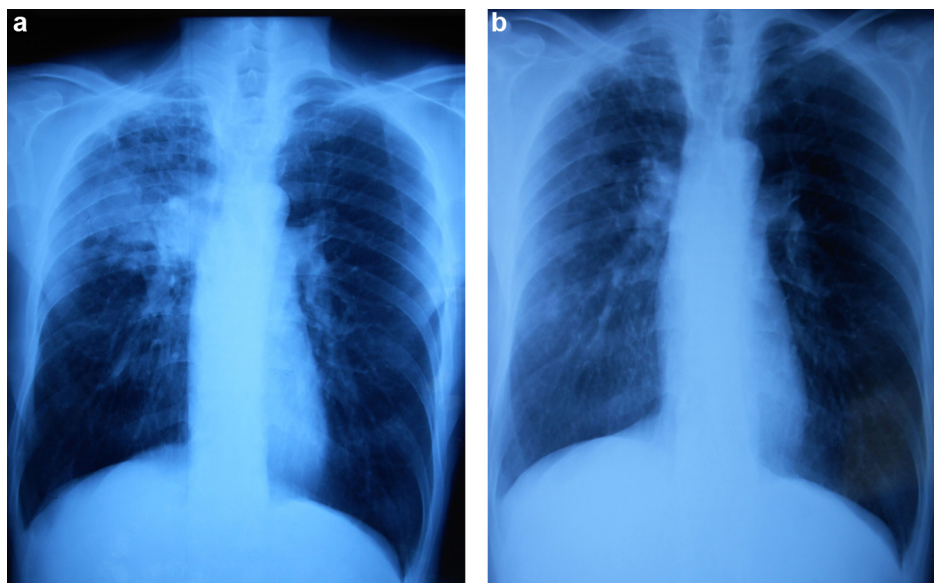


Figure 4. Évolution endoscopique d'une tuberculose endotrachéale (a : au moment du diagnostic ; b : à la fin du traitement anti-tuberculeux).

caséification se drainent dans les bronches, laissant place à une caverne [10,11]. Cependant, en l'absence d'évacuation et de décompression vers les bronches, l'augmentation du volume des zones nécrotiques peut aboutir à de grandes masses parenchymateuses [12,13]. Cet emprisonnement des lésions caséuses a pour corollaire la négativité fréquente de la recherche de BAAR à l'examen direct des crachats et du liquide bronchique et l'absence de MT à la culture.

La localisation des lésions pulmonaires de la TPT est comparable à celle de la TB 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. La présentation radiologique est très différente d'un sujet à un autre. Il peut s'agir de nodules (patient n° 3 et 12 ; Fig. 3), de condensations parenchymateuses systématisées (patient n° 1, 4, 8, 10 et 16 ; Fig. 1) ou de masses de taille et de contours variables (patient n° 2 et 5 ; Fig. 2). Des calcifications peuvent être observées et leur aspect lamellaire concentrique peut orienter le diagnostic puisqu'il est typiquement observé dans les tuberculomes. Des excavations peuvent être, par ailleurs, décrites avec une paroi fine et régulière ou épaisse évoquant un carcinome bronchopulmonaire. L'exploration scanographique après injection de produit de contraste peut apporter des arguments en faveur de l'origine tuberculeuse. En effet, la prise de contraste annulaire périphérique est fortement évocatrice de TB puisqu'elle correspond à la capsule fibreuse et épithélioïde du granulome entourant une partie centrale hypodense correspondant à la nécrose caséuse [14]. Par ailleurs, la TDM permet de retrouver des lésions radiologiques associées et évocatrices de TB telles que les nodules acinaires et les micronodules centrolobulaires de topographie péri-lésionnelle mais aussi controlatérale [15]. Certains auteurs considèrent l'aspect « d'arbre en bourgeons » comme typique de TB évolutive [16,17]. Ainsi la TDM prend une place importante dans la démarche diagnostique particulièrement en permettant d'orienter les prélèvements transpariétaux. La biopsie pulmonaire trans-pariétale a une sensibilité de l'ordre de 74 à 97 % pour établir le diagnostic de malignité des nodules pulmonaires isolés et suspects [18–21]. Cependant, le diagnostic de bénignité est fait avec moins de sensibilité qui est de l'ordre de 18 à 67 % [18,21,22].

Dans certains cas, où les lésions sont intraparenchymateuses non accessibles à une biopsie transpariétale scannoguidée, la chirurgie devient une nécessité pour apporter une preuve histologique et surtout écarter définitivement la malignité [23]. Les tuberculomes représentent une des étiologies bénignes les plus fréquentes des nodules pulmonaires réséqués allant jusqu'à 25 % des nodules pulmonaires solitaires opérés [24]. Il peut s'agir d'une exérèse complète d'un nodule ou de biopsie d'une lésion plus volumineuse. L'examen anatomopathologique extemporané est systématique pour décider du geste opératoire définitif. Actuellement, avec la généralisation de l'utilisation de la vidéoscopie en chirurgie thoracique, la thoracoscopie vidéo-assistée (VATS) devient la voie d'abord la plus utilisée lors de cette chirurgie diagnostique. En effet, la VATS représente la technique de choix pour le diagnostic de tous les nodules pulmonaires solitaires ainsi que pour le traitement de certains nodules bénins, y compris les tuberculomes [25].

Quant à la TPT endobronchique, son aspect endoscopique est très variable allant de l'infiltration de la muqueuse avec réduction du calibre des bronches au bourgeon endobronchique associant ou pas des lésions nécrotiques caséuses. En effet, l'aspect endoscopique de la TB endobronchique a été subdivisé par Chung et Lee en sept sous-types [26] : caséux actif, œdémateux hyperémique, fibro-sténosant, tumoral (bourgeon), granuleux (nodosités sous muqueuses), ulcéreux et inflammatoire non spécifique. Parmi ces sous-types, ce sont les lésions caséuses actives et fibro-sténosantes, les bourgeons et l'aspect granuleux (mimant une lymphangite carcinomateuse) qui évoquent le plus le diagnostic de TPT endobronchique. Dans notre travail, nous avons colligé 10 cas de TPT endobronchique dont la présentation endoscopique était comme suit : quatre aspects tumoraux, quatre aspects caséux actifs, un aspect fibro-sténosant et un aspect granuleux. La biopsie bronchique représente la méthode la plus fiable pour la confirmation diagnostique étant donné qu'elle a un rendement de plus de 90 % [27]. Le traitement doit être instauré le plus précocement possible, au cours de la phase active de la maladie, là où l'efficacité maximale des antituberculeux a été démontrée [28]. Outre les antituberculeux, une corticothérapie peut être proposée aux premiers stades de la maladie pour prévenir la progression des lésions vers la fibro-sténose. La dose de corticoïdes recommandée est de 40 à 60 mg par jour durant 4 à 6 semaines, suivie d'une dégression progressive sur quelques semaines [5,29–31].

Après les différentes investigations, le délai diagnostique global de la TPT se trouve plus long que celui d'une TB pulmonaire commune, ce qui est à l'origine d'un retard diagnostique considérable variant de 30 à 70 jours selon les auteurs [32]. Dans une étude antérieure menée par notre équipe [33], le délai diagnostique global en cas de TB pulmonaire commune était de l'ordre de 60 à 90 jours. Ce délai était en accord avec les résultats des différentes études, et cela quel que soit le pays sélectionné [34]. Ceci met l'accent sur l'intérêt d'évoquer la TB dès qu'il existe un retard d'amélioration d'une atteinte infectieuse sous antibiothérapie non spécifique et particulièrement dans les pays à forte et même à moyenne endémicité de TB. Dans notre travail, le délai diagnostique global était long comparativement aux différentes études et cela était dû, entre autre, à un délai de consultation médian de l'ordre de 82,5 jours. Ce retard dans le recours aux soins représente un réel problème dans certains pays. Ainsi pour raccourcir le délai diagnostique global, il faut agir à la fois sur le délai de consultation et sur le délai d'institution du traitement. Pour raccourcir ce dernier délai, une collaboration étroite entre clinicien, radiologue, bactériologiste et anatomopathologiste est nécessaire pour sélectionner les différents examens complémentaires dans un ordre optimal afin d'obtenir un diagnostic dans les délais les plus courts.

Une des critiques qu'on peut faire vis-à-vis de notre travail, c'est l'absence d'étude bactériologique faite sur les fragments de biopsies bronchiques ou pulmonaires (recherche de BAAR à l'examen direct et mise en culture par isolement du MT). Pour pallier à cette lacune, de nouveaux efforts ont été fournis afin d'améliorer la collaboration entre pneumologue, chirurgien et bactériologiste.

Conclusions

La tuberculose pseudotumorale thoracique est une forme rare de tuberculose avec des caractéristiques radiocliniques trompeuses. 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. Un choix judicieux et hiérarchisé des différents moyens diagnostiques, allant de l'exploration radiologique à la chirurgie, permettrait de raccourcir le délai diagnostique et de diminuer le coût de santé associé à cette pathologie. Son traitement est bien codifié reposant sur le traitement antituberculeux et son évolution reste comparable à celle des formes communes.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] WHO. Global tuberculosis report 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 [Accédé le 03/05/2015 ; disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1].
- [2] Mjid M, Cherif J, Ben Salah N, et al. Épidémiologie de la tuberculose. *Rev Pneumol Clin* 2015;71:67–72.
- [3] Ishida T, Yokoyama H, Kaneko S, et al. Pulmonary tuberculoma and indications for surgery: radiographic and clinic-pathological analysis. *Respir Med* 1992;86:431–6.
- [4] Chaouch N, Saad S, Zarrouk M, et al. Difficulté diagnostique de la tuberculose broncho-pulmonaire pseudotumorale. *Rev Mal Respir* 2011;28:9–13.
- [5] Patel M, Iyer SA, Nair TKJG. Endobronchial tuberculosis mimicking malignancy. *Lung India* 2015;32:508–10.
- [6] Ben Jemaâ M. La tuberculose en Tunisie. 2013. [Accédé le 15/08/2016 ; disponible sur : <http://www.infectiologie.org.tn/pdf/cmi/10042013/tbc.tunisie.benjemma.m.pdf>].
- [7] Anonyme. Guide de prise en charge de la tuberculose en Tunisie. In: Direction des Soins de Santé de Base. Ministère de la Santé; 2014 [Accédé le 11/09/2014 ; disponible sur : <http://www.santetunisie.rns.tn/fr/images/tb-guide-tuberculose2014.pdf>].
- [8] Ouarsani A, Atoini F, Reda R, et al. Forme pseudotumorale de la tuberculose pulmonaire et les difficultés diagnostic : à propos d'un cas. *Pan Afr Med J* 2013;14:81.
- [9] Pitlik D, Fainstein SV, Bodey PG. Tuberculosis mimicking cancer – A reminder. *Am J Med* 1984;76:822–5.
- [10] Agarwal R, Srinivas R, Aggarwal NA. Parenchymal pseudotumoral tuberculosis: case series and systematic review of literature. *Respir Med* 2008;102:382–9.
- [11] Fraser RG, Colman N, Muller NL, et al. Infectious diseases of the lungs. In: *Synopsis of diseases of the chest*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. p. 249–63 [3rd ed].
- [12] Cherian MJ, Dahniya MH, Al-Marzouk NF, et al. Pulmonary tuberculosis presenting as mass lesions and simulating neoplasms in adults. *Australas Radiol* 1998;42:303–8.
- [13] Woodring JH, Vandiviere HM, Fried AM, et al. Update: the radiographic features of pulmonary tuberculosis. *Am J Roentgenol* 1986;146:497–506.
- [14] Zidi A, Hantous S, Mestiri I, et al. Aspects tomodensitométriques de la tuberculose broncho-pulmonaire pseudotumorale. *J Radiol* 2006;87:363–6.
- [15] Bouchentouf R. La tuberculose pulmonaire pseudotumorale. *J Fran Viet Pneu* 2013;04:1–45.
- [16] Sans N, Giron J, Galy-Fourcade D, et al. Sémiologie radiologique de la tuberculose thoracique. *Feuillets Radiol* 1999;39:201–15.
- [17] Essadki O, Grenier P. Les bronchiolites : signes tomodensitométriques. *J Radiol* 1999;80:17–24.
- [18] TaeBong C. Fine needle aspiration of the solitary pulmonary nodule. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2002;14:275–80.
- [19] Laurent F, Latrabe V, Vergier B, et al. CT-guided transthoracic needle biopsy of pulmonary nodules smaller than 20 mm: results with an automated 20-gauge coaxial cutting needle. *Clin Radiol* 2000;55:281–7.
- [20] Li H, Boiselle PM, Shepard JO, et al. Diagnostic accuracy and safety of CT-guided percutaneous needle aspiration biopsy of the lung: comparison of small and large pulmonary nodules. *Am J Roentgenol* 1996;167:105–9.
- [21] Khouri NF, Stitik FP, Erozan YS, et al. Transthoracic needle aspiration biopsy of benign and malignant lung lesions. *Am J Roentgenol* 1985;144:281–8.
- [22] Mitruka S, Landreneau RJ, Mack MJ, et al. Diagnosing the indeterminate pulmonary nodule: percutaneous biopsy versus thoracoscopy. *Surgery* 1995;118:676–84.
- [23] Hsu KY, Lee HC, Ou CC, et al. Value of video-assisted thoracoscopic surgery in the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculoma: 53 cases analysis and review of literature. *J Zhejiang Univ Sci B* 2009;10:375–9.
- [24] Andreu J, Caceres J, Pallisa E, et al. Radiological manifestations of pulmonary tuberculosis. *Eur J Radiol* 2004;51:139–49.
- [25] CongregadoLoscertales M, GironArjona JC, JimenezMerchan R, et al. Usefulness of video assisted thoracoscopy for the diagnosis of solitary pulmonary nodules. *Arch Bronconeumol* 2002;38:415–20.
- [26] Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis. *Chest* 2000;117:385–92.
- [27] Kashyap S, Mohapatra PR, Saini V. Endobronchial tuberculosis. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 2003;45:247–56.
- [28] Kreisel D, Arora N, Weisenberg A, et al. Tuberculosis presenting as an endobronchial mass. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007;133:582–4.
- [29] Park IW, Choi BW, Hue SH. Prospective study of corticosteroids as an adjunct in the treatment of endobronchial tuberculosis in adults. *Respirology* 1997;2:275–81.
- [30] Rikimaru T, Koga T, Sueyasu Y, et al. Treatment of ulcerative endobronchial tuberculosis and bronchial stenosis with aerosolized streptomycin and steroids. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001;5:769–74.
- [31] Rikimaru T. Therapeutic management of endobronchial tuberculosis. *Expert Opin Pharmacother* 2004;5:1463–70.
- [32] Gadiolet Y, Bayle JY, Perol M, et al. La tuberculose bronchique à propos de 4 cas. *Rev Pneumol clin* 1990:46.
- [33] Cherif J, Mjid M, Ladhar A, et al. Délai diagnostique de la tuberculose pulmonaire et pleurale. *Rev Pneumol clin* 2014;70:189–94.
- [34] Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health* 2008;8:15.