



QUAND LA TUBERCULOSE BROUILLE LES PISTES : HÉMOTHORAX ENDOMÉTRIOSIQUE RÉVÉLÉ

RACHID BENCHANNA, SOUFIANE SASSI, AMINE BENJELLOUNE

Service de pneumologie hôpital militaire Avicenne, Marrakech

INTRODUCTION

L'endométriose thoracique est l'ectopie de l'endomètre au niveau du thorax. La forme la plus fréquente est le pneumothorax cataménial qui représente environ 75%. L'hémothorax endométriosique est une forme peu fréquente exceptionnellement compliquée d'un hémopneumothorax. Les auteurs rapportent une nouvelle observation d'un hémothorax endométriosique compliquée d'un hémopneumothorax de diagnostic difficile, chez une ancienne tuberculeuse.

OBSERVATION

Patiente de 30 ans, célibataire, cuisinière, ayant comme antécédent une tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement en 2007, traitée 6 mois (2RHZE/4RH) et déclarée guérie. Elle consulte pour une dyspnée chronique évoluant depuis environ 2 ans dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen initial retrouve une patiente en mauvais état général (55 kg pour 1,72 m ; IMC 18 kg/m²), SpO₂ 94% à l'air ambiant, paramètres hémodynamiques stables (pouls 95 bpm). L'examen pleuro-pulmonaire met en évidence une matité de l'hémithorax droit avec abolition des murmures vésiculaires et des vibrations vocales homolatérales. On note également une matité déclive des deux flancs et une adénopathie sus-claviculaire droite. L'anamnèse précise l'installation progressive (depuis mars 2019) d'une dyspnée d'effort associée à des douleurs basithoraciques droites et pelviennes intermittentes, toux sèche nocturne, sueurs nocturnes, fièvre vespérale et amaigrissement chiffré à 17 kg en 2 ans. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne objective un épanchement pleural droit de grande abondance avec atélectasie passive, déviation médiastinale, ainsi qu'un épanchement péritonéal de moyenne abondance (**Figure 1**).

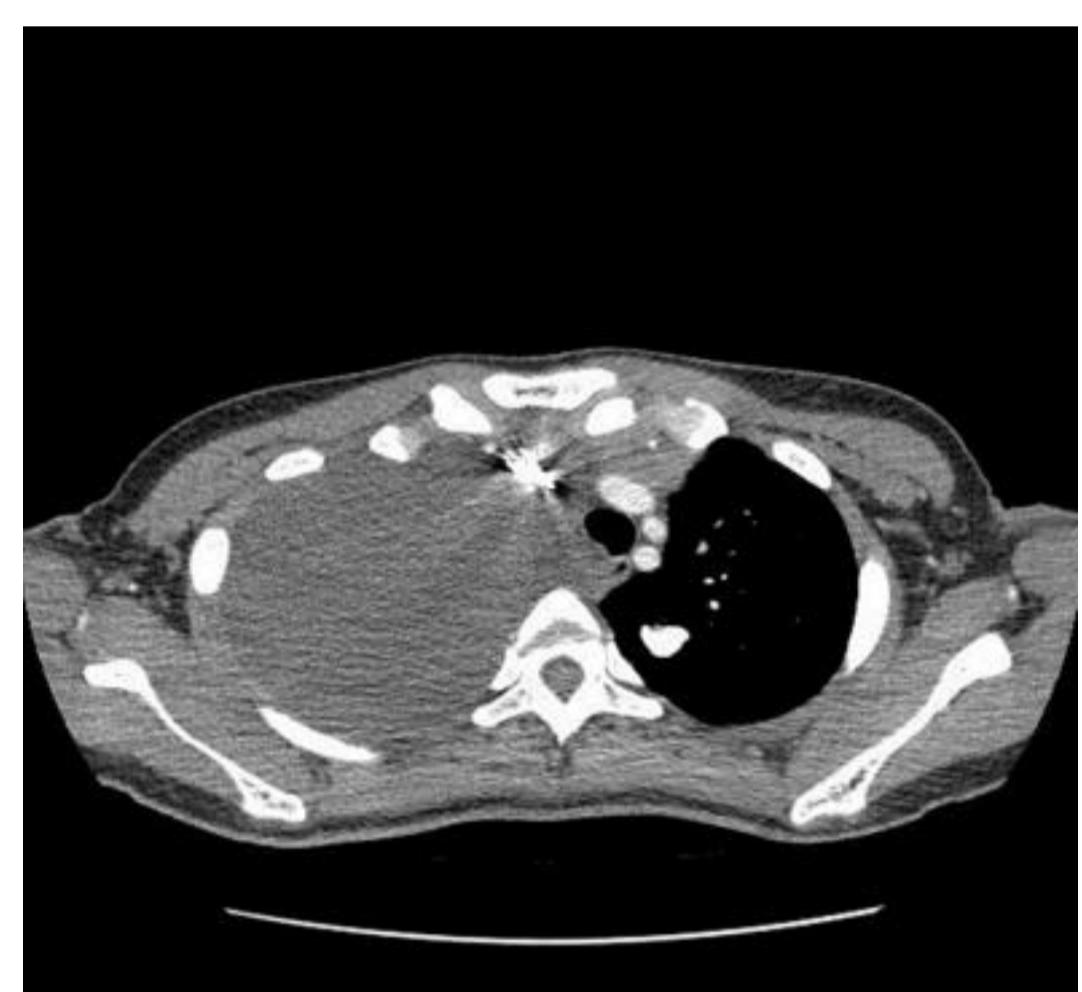


FIGURE 1. Coupe transversale montrant une pleurésie de grande abondance droite.

La ponction pleurale montre un liquide d'aspect hématif avec sang coagulable, sans notion de traumatisme récent, motivant l'hospitalisation et la mise en place d'un drain thoracique axillaire (siphonage) ramenant 3 L de liquide brun hématif en 4 heures avec bullage. L'analyse du liquide pleural conclut à un exsudat (protides 60 g/L), leucocytes « incompatibles », nombreuses sidérophages, cultures aérobie/anaérobie négatives et PCR mycobacterium tuberculosis négative. Le bilan biologique retrouve hb 10,1 g/dL, GB 8,8 G/L, plaquettes 364 G/L, TP 97% et CRP négative. La biopsie ganglionnaire sus-claviculaire droite est non contributive, et la recherche de BK à l'expectoration et au lavage broncho-alvéolaire (PCR xpert MTB/RIF) est négative. Au 4^e jour, le contrôle radiologique retrouve un pneumothorax droit de moyenne abondance (**Figure 2**), puis un hydropneumothorax. Une thoracoscopie diagnostique met en évidence un aspect macroscopique blanchâtre disséminé de siège pleural, pariétal et diaphragmatique (**Figure 3**). L'anatomopathologie des biopsies montre une formation glandulaire de type endométrial avec chorion et suffusions hémorragiques ; l'immunohistochimie retrouve CK AE1/AE3+ et récepteurs œstrogéniques+, calrétinine-, avec CD10+ stromal. Le diagnostic d'endométriose thoracique est retenu, complété par une IRM pelvienne objectivant des implants endométriosiques sur la séreuse utérine, épanchement péritonéal, adénomyose intense et myomes utérins (**Figure 4**). Après une période de rémission et recollement pulmonaire, l'évolution est marquée par une récidive d'hémopneumothorax, imposant une prise en charge médico-chirurgicale : talcage sous thoracotomie avec résection atypique de l'apex et pleurectomie apicale, puis triptoréline 3 mg/mois pendant 3 mois et œstroprogesteratif en continu (diénogest 0,2 mg + éthinylestradiol 0,03). Le contrôle clinico-radiologique à 6 mois est favorable avec prise pondérale et absence de récidive.



FIGURE 2. Pneumothorax droit après le drainage thoracique.



FIGURE 3. Aspect per opératoire de l'endométriose pleurale.

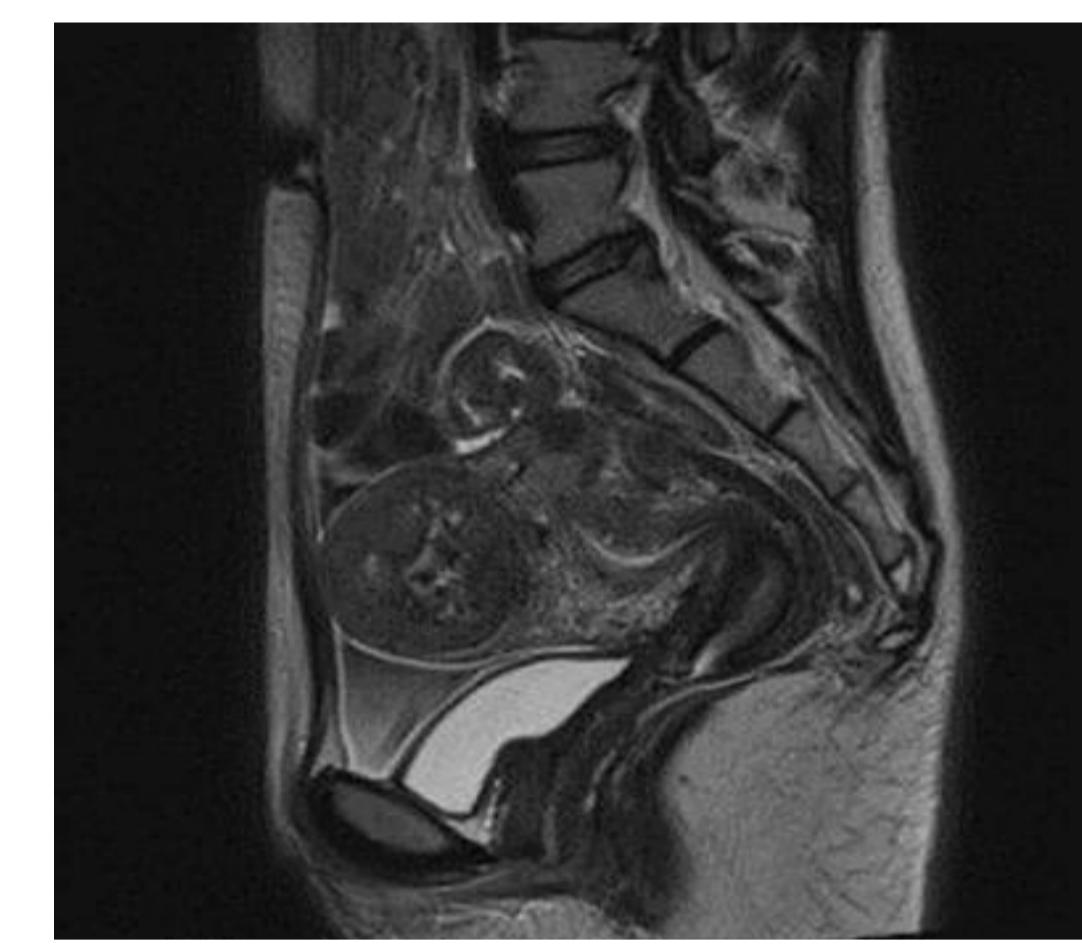


FIGURE 4. IRM en coupe sagittale montrant un volumineux myome avec une intense adénomyose.

DISCUSSION

Le syndrome d'endométriose thoracique regroupe les manifestations dues à l'implantation ectopique de tissu endométrial dans le thorax. La présentation la plus fréquente est le pneumothorax cataménial (≈73%), puis l'hémothorax (≈14%), l'hémoptysie (≈7%) et le nodule pulmonaire (≈6%), avec d'autres formes plus rares. Les tableaux peuvent être isolés ou associés, survenir pendant ou en dehors des règles, et parfois évoluer d'une forme à l'autre, ce qui peut expliquer ici le passage d'un hémothorax à un hémopneumothorax. L'endométriose pelvienne est fréquente (≈15% des femmes en âge de procréer), tandis que l'atteinte thoracique est rare et probablement sous-diagnostiquée. Sa physiopathologie reste discutée (métaplasie cœlomique, dissémination lymphatique-hématoïde, ou menstruations rétrogrades avec migration transdiaphragmatique, expliquant la prédominance droite). L'hémothorax serait surtout lié au saignement d'implants pleuraux hypervascularisés. Devant un hémothorax spontané (urgence), la vidéotoracoscopie avec biopsies est centrale pour confirmer le diagnostic (histologie ± immunohistochimie). La prise en charge associe souvent traitement hormonal, mais les récidives sous traitement médical seul sont fréquentes, d'où l'intérêt d'une stratégie médico-chirurgicale combinant résection des lésions visibles et symphyse pleurale par talcage.

CONCLUSION

L'endométriose thoracique est une forme rare qui peut être associée ou non à une localisation pelvienne. L'hémothorax endométriosique compliquée d'un hémopneumothorax est peu décrit, de diagnostic difficile, nécessitant souvent le recours à la thoracoscopie. Le traitement médical hormonal de cette entité clinique est similaire à la forme pelvienne malgré l'absence des recommandations précises. En raison de la fréquence des récidives et des implantations microscopiques du tissu endométrial, la chirurgie avec une résection des structures macroscopiquement atteintes associée à une symphyse pleurale sont indiquées.