

INTRODUCTION :

La tuberculose broncho-pulmonaire pseudo tumorale constitue une entité rare et déroutante. Contrairement à la tuberculose pulmonaire commune, dont le diagnostic est généralement aisé, orienté par les données cliniques et radiologiques et confirmé par la positivité des examens bactériologiques, la forme pseudo tumorale se caractérise par un tableau radio clinique atypique, souvent trompeur. Cette présentation particulière est responsable d'un retard diagnostique fréquent, pouvant conduire à une confusion avec une pathologie tumorale. Nous rapportons deux cas pris en charge au sein du service de pneumologie de l'Hôpital Moulay Youssef de Salé.

OBSERVATION MEDICALE :

Cas 1

Un patient âgé de 76 ans, ancien maçon, aux antécédents de tuberculose pulmonaire diagnostiquée en 2019, traitée et déclarée guérie, ainsi que d'une hypertrophie bénigne de la prostate, a été admis pour exploration d'une symptomatologie respiratoire évoluant depuis trois mois. Il présentait une dyspnée d'effort progressive associée à une toux productive avec expectorations muqueuses, compliquée de deux épisodes de crachats hémoptoïques, le tout dans un contexte d'altération de l'état général.

À l'examen clinique, le patient était eupnéique, avec une saturation artérielle en oxygène normale à l'air ambiant. L'auscultation pulmonaire était sans particularité, et le reste de l'examen somatique sans particularités.

Le bilan biologique montrait une numération formule sanguine normale, une protéine C-réactive à 4,8 mg/L, avec des fonctions hépatique et rénale conservées. La radiographie thoracique de face (figure1) mettait en évidence un syndrome alvéolaire intéressant le tiers moyen de l'hémichamp thoracique droit, limité par la petite scissure. La tomodensitométrie thoracique (figure2) révélait un foyer de condensation étendu au segment antérieur du lobe supérieur droit, associé à des micronodules à disposition branchée.

La fibroscopie bronchique objectivait une sténose infiltrative non cathétérisable des bronches lobaires supérieures droite et gauche, une compression extrinsèque de la bronche lobaire moyenne, un épaississement diffus des éperons bronchiques ainsi que des taches anthracosiques diffuses. Les examens bactériologiques du liquide d'aspiration bronchique, incluant la recherche de bacilles de Koch et les cultures, étaient négatifs. La réalisation de biopsies bronchiques n'a pas été retenue en raison d'un risque hémorragique élevé.

Une biopsie transpariétale scannoguidée a alors été réalisée. L'examen anatomopathologique retrouvait une inflammation granulomateuse épithélioïde et géantocellulaire avec nécrose caséuse, confirmant le diagnostic de tuberculose broncho-pulmonaire pseudo tumorale.

Un traitement anti bacillaire standard de type ERIP K4, adapté au poids du patient, a été instauré, avec une évolution favorable marquée par une amélioration clinique et un début de régression des lésions radiologiques.

Cas 2

Il s'agit d'un patient âgé de 59 ans, présentant comme antécédents un tabagisme chronique (40 paquets-années), un usage de cannabis et d'alcool, ainsi qu'un diabète insulino-dépendant. Il était également suivi pour un processus pulmonaire droit, perdu de vue depuis sept ans. Le patient a reconsulté pour une hémoptysie de moyenne abondance associée à une dyspnée apparue depuis dix jours.

À l'examen clinique, le patient était eupnéique, avec une saturation artérielle en oxygène correcte à l'air ambiant. L'auscultation pulmonaire ne révélait pas de râles, et le reste de l'examen somatique était sans particularité. Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à prédominance neutrophile, une protéine C-réactive élevée à 250 mg/L, et des sérologies VIH, VHB et VHC négatives.

La radiographie thoracique de face (figure3) objectivait une opacité hiloaxillaire droite et apicale gauche, mal limitée et hétérogène. Le scanner thoracique (figure4) récent a mis en évidence des nodules et micronodules branchés réalisant l'aspect en arbre à bourgeon au niveau apical bilatéral et un syndrome cavitair compliqué de pneumopathie nécrosante par endroit alors que le scanner antérieur a montré un processus tumoral proximal du lobe inférieur droit, associé à des nodules du même lobe et des lésions suspectes du côté controlatéral.

La fibroscopie bronchique montrait un épaississement des éperons bronchiques, des orifices lobaires moyens rétrécis et incathétérisables au niveau de l'arbre bronchique droit, ainsi que des orifices de la lingula rétrécis. La recherche de *Mycobacterium tuberculosis* par Genexpert sur le liquide d'aspiration bronchique et les crachats était positive et l'étude anatomopathologique des fragments obtenus au cours de la biopsie au niveau des épaississements a objectivé une réaction inflammatoire non spécifique avec absence de signe de malignité.

Le diagnostic d'une tuberculose pulmonaire active a été retenu. Le patient a été mis sous traitement standard de type ERIP K4, adapté à son poids. L'évolution clinique était favorable, avec reprise pondérale et début de régression radiologique des lésions (figure5).

CONCLUSION :

La tuberculose broncho-pulmonaire pseudo-tumorale (TBPT) demeure une entité rare.

Le diagnostic est souvent tardif expliqué par la négativité habituelle des prélèvements bactériologiques et le doute avec une pathologie tumorale. Le diagnostic est souvent confirmé par l'histologie, la prise en charge et l'évolution sont similaires à ceux de la forme non tumorale.

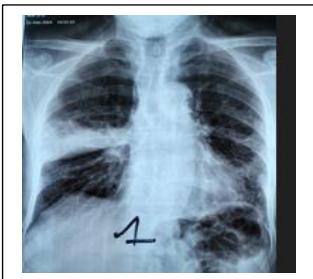


Figure1

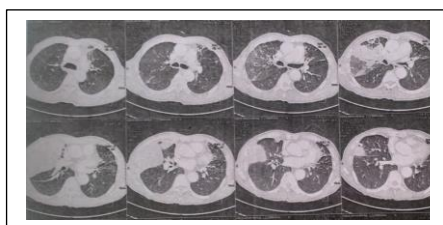


figure2



figure3

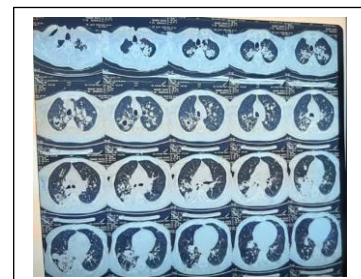


figure4



figure5