

Néoplasies prises à tort et traitée comme tuberculose: à propos de quatre cas

L Gaachi N Merzoug A Chougui C Bouabdallah F Barr S Aissani A Zitouni
Service de pneumologie, Hopital Mohammed Sghir Nekkache (HCA)



Introduction: Les néoplasies et la tuberculose peuvent présenter des symptômes cliniques et des manifestations radiologiques similaires, rendant leur diagnostic parfois difficile. Dans les zones où la tuberculose est endémique, les cliniciens peuvent être enclins à privilégier ce diagnostic, ce qui peut conduire à des erreurs diagnostiques cruciales. Notre étude présente quatre cas cliniques où des néoplasies ont initialement été diagnostiquées comme des infections tuberculeuses, retardant ainsi la prise en charge appropriée des patients. Ces cas mettent en lumière l'importance d'une évaluation diagnostique exhaustive et d'une vigilance accrue face à des pathologies présentant des similitudes cliniques avec la tuberculose.

Cas clinique 1 :

Monsieur KA âgé de 49 ans admis à notre niveau pour exploration d'un épanchement pleural liquidien (figure1) associé à une spondylodiscite (figure 2). L'exploration de l'épanchement a retrouvé un liquide 100% lymphocytaire. Devant la symptomatologie évocatrice et l'élimination d'autres diagnostics, la tuberculose pleurale a été retenue. Un traitement antituberculeux a été initié chez le patient. Devant l'amaigrissement, la majoration de l'épanchement, l'extension des lésions osseuses, et l'apparition d'adénopathies médiastinales, hilaires (figure3) et superficielles dont une axillaire, le diagnostic de tuberculose a été reconsidéré. L'étude histopathologique de l'adénopathie a conduit à un Lymphome à grandes cellules B

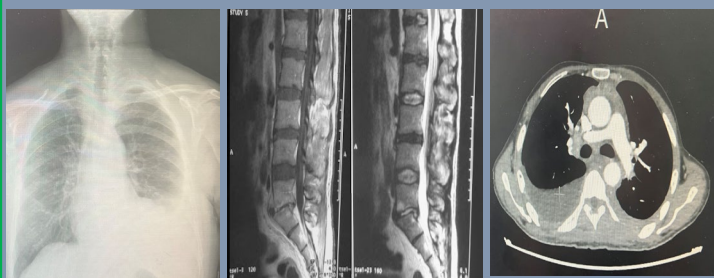


Figure1: EPL gauche

Figure2: IRM du rachis objectivant une spondylodiscite

Figure3: ADP hilaires sur TDM thoracique

Cas clinique 2:

Patiente RS âgée de 33 ans transférée vers notre service pour exploration d'une miliaire hémotogène associée à une biscérite pleuropéricardique. L'étude cytologique de l'épanchement pleural retrouve un liquide majoritairement lymphocytaire, sans pouvoir toutefois isoler le Mycobacterium tuberculosis. La patiente a été mise sous traitement antituberculeux par le DAT le plus proche de son domicile, mais devant l'amaigrissement important qu'a présenté la patiente, l'altération de son état général, ainsi que l'extension rapide des images radiologiques elle nous a été réorienter. La biopsie scannoguidée d'un nodule pulmonaire (figure4) a permis de redresser le diagnostic de d'adénocarcinome lépidique

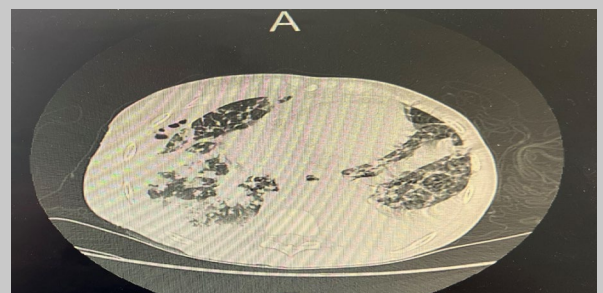


Figure4: aspect de miliaires + masses pulmonaires droites sur TDM thoracique

Cas clinique 3 :

Monsieur TA âgé de 24 ans ayant présenté un épanchement pleural liquidien de moyenne abondance, lymphocytaire à 80%. L'étude microbiologique du liquide pleural n'a pas permis de retrouver les mycobactéries : ni à l'examen direct ni aux cultures. Toutefois devant l'âge jeune du patient, son bon état général et l'absence d'autres diagnostics plus probables, la tuberculose pleurale a été retenue et le patient a bénéficié d'un traitement antituberculeux pendant 6 mois. Le contrôle radiologique de la fin du traitement a objectivé la persistance de l'épanchement, ainsi qu'une rétraction de l'hémithorax homolatéral ainsi que l'apparition d'une adénopathie axillaire, d'où décision de reconsidérer le diagnostic. Une biopsie pleurale ne pouvant être réalisée chez lui, une cytoponction de l'adénopathie axillaire a posé le diagnostic de tumeur neuroendocrine

Cas clinique 4 :

Madame BK âgée de 75 ans, hospitalisée pour exploration d'un épanchement pleural liquidien lymphocytaire, avec aspect mamelonné de la plèvre (figure5). La patiente a bénéficié d'une biopsie pleurale retrouvant un granulome tuberculoïde sans nécrose caséuse en son sein. La patiente a reçu 4 mois de traitement antituberculeux sans amélioration clinique avec persistance de l'amaigrissement, ni radiologique avec apparitions de nouvelles images pleuroparenchymateuses (figure6). Une biopsie transthoracique de la plèvre a été faite, et l'étude histopathologique est revenue en faveur d'un mésothéliome.



Figure5: EPL droit

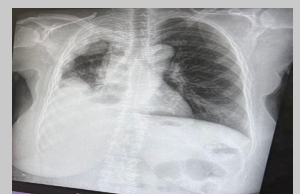


Figure 6: Aspect mamelonné de la plèvre sur téléthorax

Conclusion: Ces quatre cas illustrent les défis diagnostiques posés par les similitudes entre les néoplasies et la tuberculose. Ils soulignent la nécessité d'une approche multidisciplinaire, incluant des examens complémentaires approfondis, pour éviter des diagnostics erronés. Une prise en charge correcte et rapide des néoplasies peut considérablement améliorer le pronostic des patients. En améliorant la reconnaissance de ces situations cliniques complexes, nous pouvons espérer réduire les erreurs diagnostiques et optimiser les résultats thérapeutiques.

Bibliographie: 1-Pulmonary Tuberculosis Mimicking Lung Cancer Progression after 10 Years of Cancer Remission by Justyna Fijolek Elzbieta Wiatr Malgorzata Polubiec-Kownacka, Katarzyna Blasińska-Przerwa, Malgorzata Szolkowska, Ewa Szczepuńska-Wojcik, Kazimierz Roszkowski-Sliz

2-Koutsopoulos AV, Mitrouska I, Dambaki KI, Voloudaki A, Vardaki E, Haniotis V, et al. Is a milinary chest pattern always indicative of tuberculose or malignancy? Respiration. 2006; 73(3): 379-81.

3- Pillai S, Khan A, Khan S. Adenocarcinoma of the lung presenting with intrapulmonary miliary metastasis. Cureus. 2019;11(8):e5430.