



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



LETTRE À LA RÉDACTION

Deux cas de tuberculose endobronchique

Two cases of endobronchial tuberculosis

Mots clés Tuberculose endobronchique ; Granulome épithélio-gigantocellulaire ; Adénopathies médiastinales ; Traitement chirurgical

Keywords Endobronchial tuberculosis; Mediastinal adenopathy; Epitheliogigantocellular; Granuloma; Surgical treatment

Introduction

La tuberculose endobronchique (TEB) se définit comme l'infection des bronches par le bacille tuberculeux (BK). Elle est souvent accompagnée d'une atteinte parenchymateuse ou ganglionnaire mais elle reste parfois autonome [1]. Le tableau clinique et radiologique n'est pas toujours évocateur. La recherche de BK dans les expectorations est rarement positive à l'examen direct. Le diagnostic est orienté par l'endoscopie qui révèle un aspect œdémateux, tumoral, granulomateux ou nécrosant, confirmé par l'examen histopathologique des biopsies qui montrent un granulome épithélio-gigantocellulaire, avec parfois une nécrose caséuse [2,3].

En l'absence de traitement antituberculeux, ces lésions évoluent vers une sténose fibreuse cicatricielle [2]. Il faut y penser, et faire l'endoscopie précocement devant une symptomatologie compatible. Le but est d'instaurer un traitement antituberculeux précoce, pour prévenir le développement vers la sténose cicatricielle, ce qui n'est pas toujours réalisable [2–4]. Nous rapportons deux cas de TEB.

Observations

Cas n° 1

Un adolescent de 14 ans arrive essoufflé, fébrile à 40 °C depuis deux semaines, prostré. L'oxymétrie montre une SpO₂ à 90 %. Le rythme respiratoire est à 40 par minute. À l'interrogatoire, on retrouve la notion d'absence de vaccination par le BCG avec un contexte de contact tuberculeux, et un traitement par ampicilline et chloramphénicol depuis deux semaines sans aucun succès. L'examen clinique montre une polypnée, une matité basithoracique bilatérale à la percussion, avec une absence des vibrations vocales à gauche, et un *wheezing* basithoracique droit à l'auscultation. La

radiographie montre un épanchement pleural gauche et une opacité systématisée basale droite.

Devant la gravité de l'état du patient, un traitement antituberculeux immédiat est commencé associant rifampicine, isoniazide, éthambutol et pyrazinamide (RHEZ). L'intradermo-réaction à la tuberculine (IDR) est fortement positive à 15 mm. La biopsie pleurale est négative. L'évolution clinique est rapidement favorable, la pleurésie ne se renouvelle pas. Mais le *wheezing* basithoracique droit persiste. Une endoscopie bronchique révèle alors deux bourgeons d'aspect granulomateux de forme arrondie, lisses et rosés, dans la lobaire inférieure l'un latéro-basal planté à l'entrée du lobe inférieur droit, et l'autre bouchant le segment antéro-basal (Fig. 1–2), dont l'étude histopathologique de la biopsie révèle un granulome épithélio-gigantocellulaire. Les recherches de BAAR au lavage au cours de l'endoscopie se révèlent négatives à l'examen direct et aux cultures. Après six mois de traitement antituberculeux bien conduit, et malgré un état clinique normalisé, le même aspect radio-endoscopique persiste. La décision est alors prise d'un abord chirurgical consistant en une thoracotomie par voie latéro-antérieure passant par le 5^e espace intercostal, avec lobectomie inférieure. L'histopathologie de la pièce opératoire confirme la persistance de granulomes épithélio-gigantocellulaires. Les recherches de BAAR

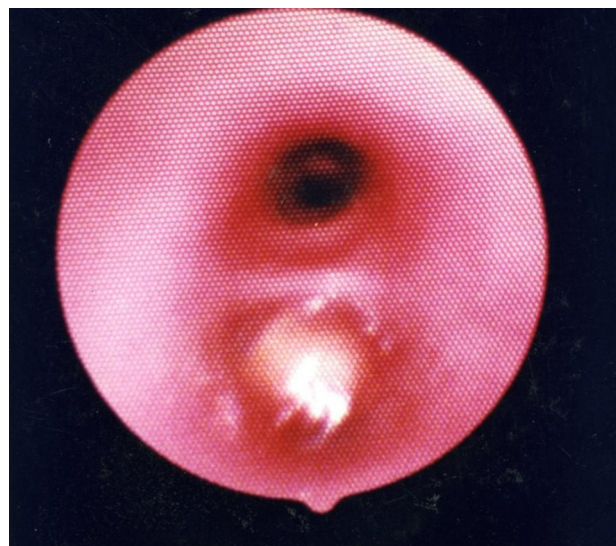


Figure 1. Cas n° 1 : aspect tumoral latéro-basal à l'entrée du lobe inférieur droit.

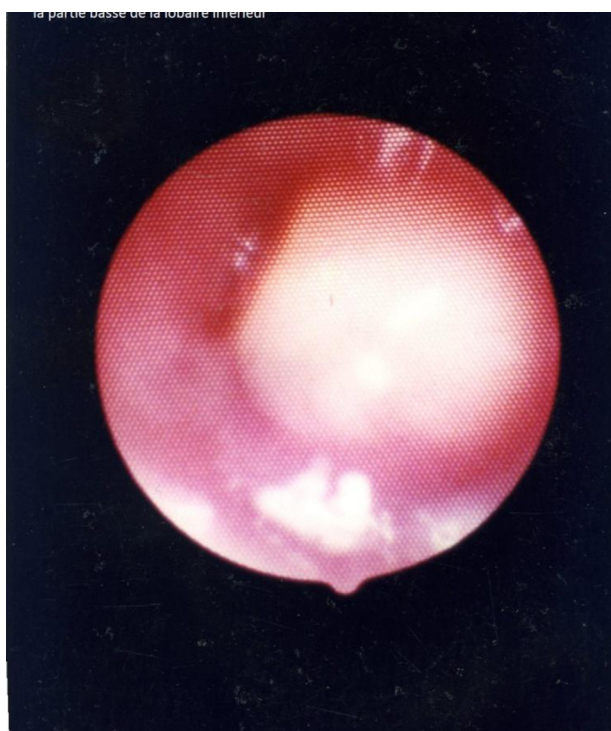


Figure 2. Cas n° 1 : aspect tumoral bouchant le segment antéro-basal droit.

sur la pièce opératoire se révèlent négatives à l'examen direct et aux cultures. Les suites opératoires immédiates sont simples. Deux ans plus tard le patient va bien.

Cas n° 2

Un patient de 73 ans, ayant été déplacé par le conflit syrien, actuellement vivant dans une maison de refuge avec 20 personnes dans la pièce, fumeur actif à 60 paquets/années, sans exposition professionnelle, sans antécédents particuliers sauf une toux avec expectoration chronique nous est adressé. Il se plaint depuis un an de dyspnée stade 2, puis 3 selon l'échelle Modified Medical Research Council (mMRC). Une asthénie avec anorexie et perte de poids chiffrée à 30 kg sont alors notées. L'examen clinique est sans particularités. La SpO2 est normale.

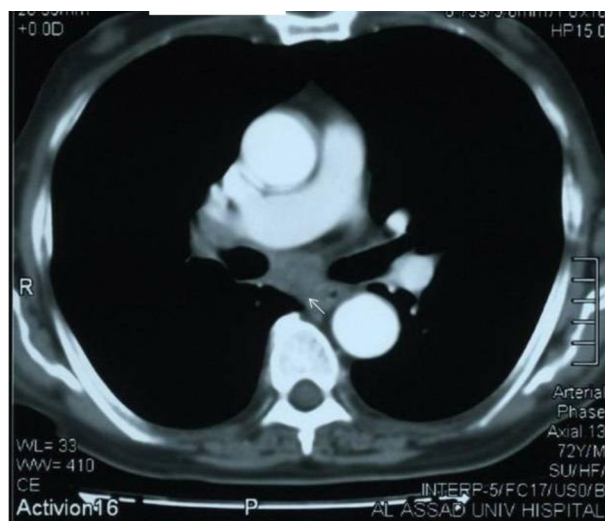


Figure 3. Cas n° 2: adénopathie intercarinaire 2,5 cm de diamètre avant traitement.

La numération formule sanguine montre 12,000 globules blancs, 23% lymphocytes (Hb = 10 g/dL). L'ionogramme sanguin et les enzymes hépatiques sont normaux. La vitesse de sédimentation est à 82, la CRP à 9.

La radiographie du thorax montre un infiltrat isolé du lobe moyen. Le scanner multibarrettes montre une opacité parenchymateuse triangulaire suspecte au niveau du lobe moyen et de multiples adénopathies médiastinales dont une sous la bifurcation trachéale mesurant 2,5 cm de diamètre (Fig. 3). Les tomodensitométries abdominale et cérébrale sont normales.

L'examen cardiaque est normal.

Une forte suspicion de malignité nous amène à pratiquer l'endoscopie qui montre à l'entrée de la bronche souche droite une lésion circonscrite végétante blanchâtre, bouchant la bronche, sans nécrose apparente, avec un rétrécissement inflammatoire de la lobaire moyenne. La biopsie de la lésion révèle un granulome épithélio-gigantocellulaire avec des foyers de nécrose, le diagnostic de TB est ainsi porté (Fig. 4). Les recherches de BAAR sur le lavage et la biopsie sont négatives, la PCR est négative et la culture revient négative après deux mois. Le traitement

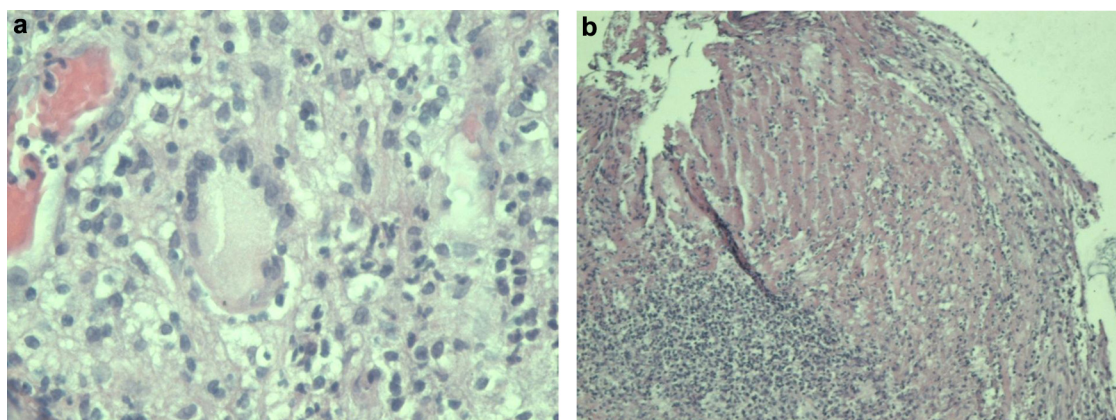


Figure 4. (a) Nécrose fibrineuse superficielle; (b) granulome gigantocellulaire composé de cellules épithélioïdes avec cellules géantes de Langhans entourées par des cellules polynucléées.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419317>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419317>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)