



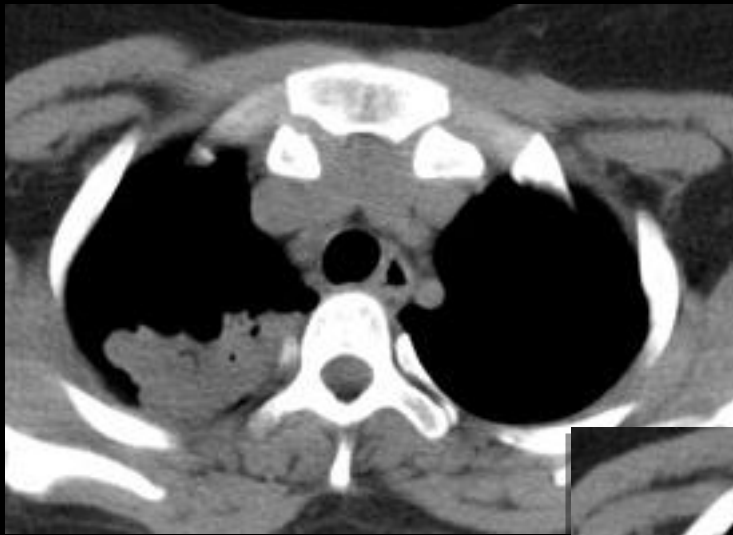
H.Jalal, Y.Zaki, N.Cherif Idrissi El Ganouni
Service Radiologie
L.Amro, S.Aitbatahar, A.Alaoui Yazidi
Service de Pneumologie

CHU Mohammed VI
Faculté de médecine et de pharmacie
Université Cadi Ayyad
Marrakech

- ⦿ Patiente de 32 ans
- ⦿ suivie pour érythème noueux
- ⦿ Asymptomatique
- ⦿ Radiographie thoracique
- ⦿ TDM thoracique



TDM thoracique –c
fenêtre parenchymateuse



TDM thoracique –c
fenêtre médiastinale



TDM thoracique +c

Quel est votre diagnostic ?

⊙ **Bronchoscopie:**

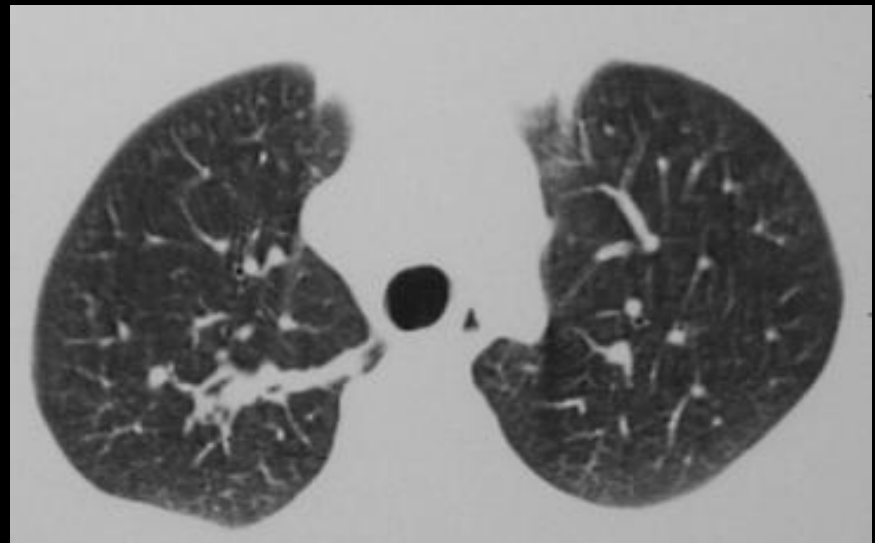
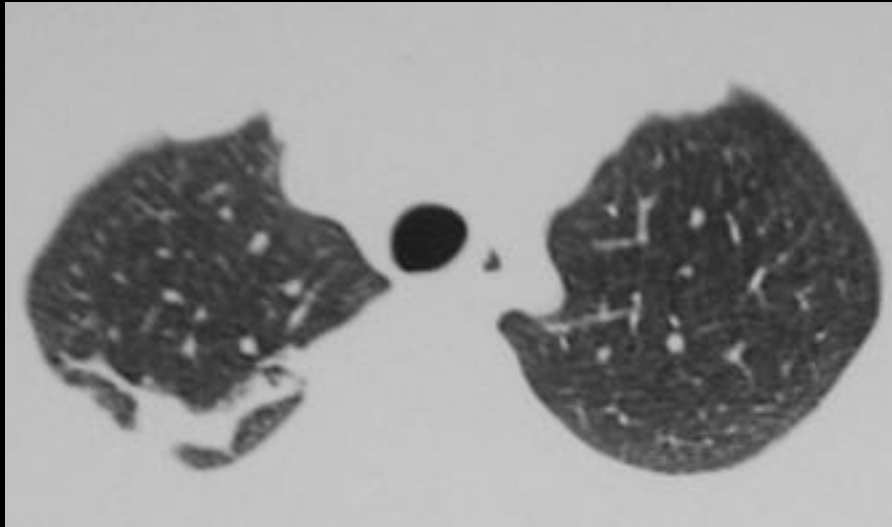
- Aspect inflammatoire de la lobaire supérieure droite sans bourgeon ou granulome endobronchique
- **Biopsie:** remaniements inflammatoires chroniques non spécifiques
- **Aspiration bronchique** Absence de cellules suspectes ni de BK

⊙ **BK crachats** négatifs

⊙ **Thoracotomie** + lobectomie supérieure droite

Diagnostic

- Tuberculose pulmonaire pseudotumorale



TDM thoracique de contrôle

- La tuberculose pulmonaire:
- Maladie infectieuse à contamination
- interhumaine dont le germe en cause est le **Mycobacterium tuberculosis**
- Diagnostic, habituellement facile évoqué devant le contexte clinique et l'aspect radiologique
- Confirmé par la bactériologie

Tuberculose pulmonaire pseudotumorale

- Rare
- Age moyen supérieur à celui des formes communes: 39 - 57 ans.
- Prédominance masculine rapportée dans la littérature
- **Diagnostic souvent tardif**
- Signes cliniques absents ou non spécifiques
- Examen microscopique des crachats souvent négatif (caractère solide et mal oxygéné)

◎ Malignité évoquée :

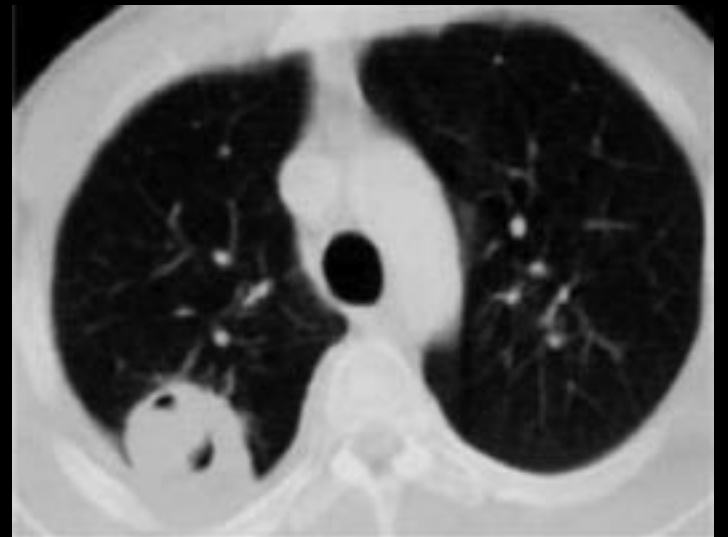
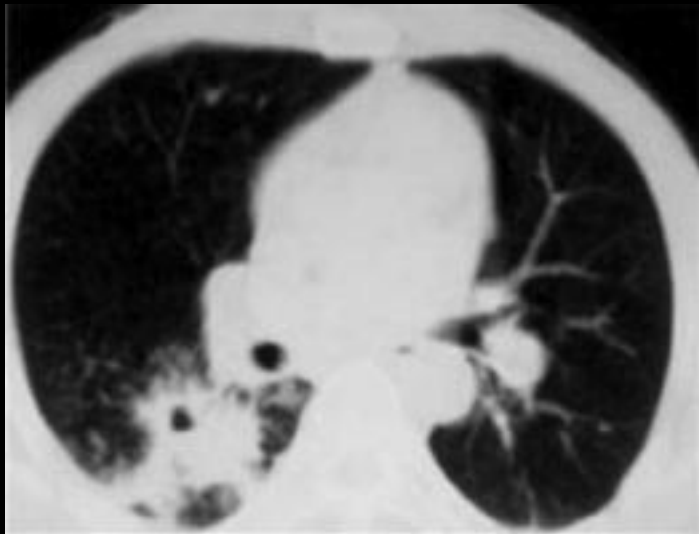
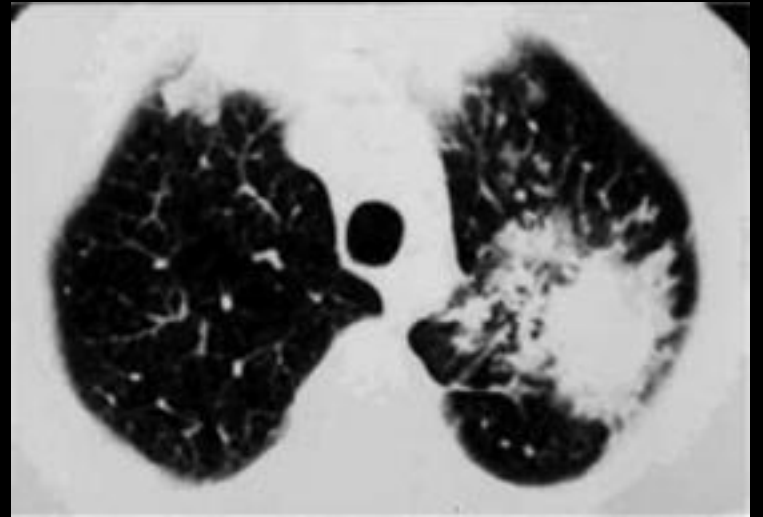
- > **Imagerie:** devant une lésion parenchymateuse d'allure tumorale (**TDM+++**)
- > **Endoscopie:** forme endobronchique (rare)
 - Bourgeon
 - Ulcération
 - Infiltration bronchique

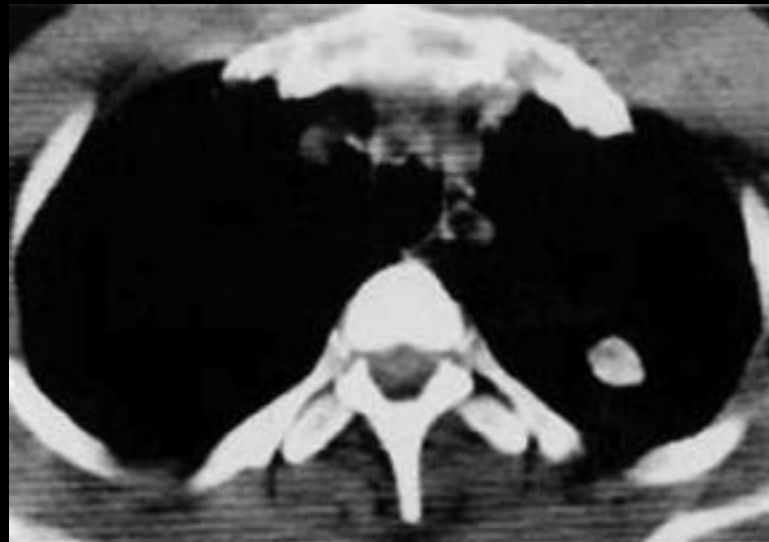
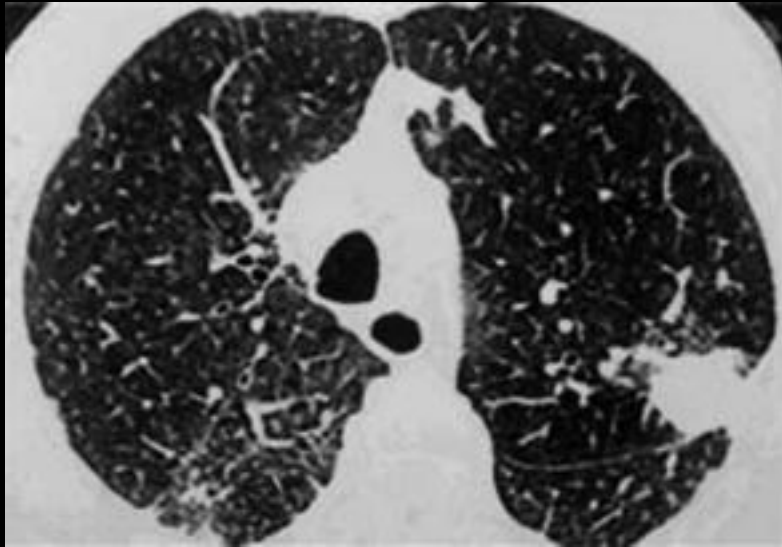
Aspects à la TDM

- Trois aspects tomодensitométriques :
 - > **Nodule**
 - > **Masse**
 - > **Condensation parenchymateuse**
- La taille des masses est variable
 - Le siège des masses et des nodules peut être périphérique ou proximale

- Les contours peuvent être:
 - > Nets et réguliers
 - > Lobulés et irréguliers
 - > Spiculés
- Les **calcifications** intra-lésionnelles peuvent être:
 - > Diffuses
 - > Centrales
 - > Lamellaires concentriques (tuberculomes)
 - > Excentriques

- ◉ Quand les lésions sont **excavées**, la paroi de l'excavation peut être:
 - > Épaisse
 - > Fine, régulière





En faveur de la tuberculose

- ⊙ **Rehaussement annulaire** (lésions + ADP médiastinale)
- ⊙ **Calcifications**
- ⊙ **Atteinte plurilobaire**
- ⊙ **Siège:** lésions prédominant au niveau:
 - > Segments dorsaux et apicaux des lobes supérieurs
 - > Segments apicaux des lobes inférieurs
 - > A droite + +

◎ **Signes associés :**

- > **Micronodules** centro-lobulaires
- > **Nodules acinaires** : péri-lésionnelles ou controlatérales
- > L'aspect d'**arbre en bourgeons**

- ◎ La TDM permet de faire le diagnostic étiologique en orientant les **prélèvements transbronchiques et/ou transpariétaux**

Diagnostic différentiel

- Se pose essentiellement avec le Cancer broncho-pulmonaire

Conclusion

- La tuberculose thoracique pseudo tumorale est une entité rare, qui peut avoir des manifestations tomодensitométriques simulant un cancer
- Elle doit être évoquée devant toute atteinte pulmonaire d'allure tumorale, surtout devant un contexte épidémiologique et clinique évocateur
- Le scanner permet la réalisation de biopsies percutanées en cas de négativité du bilan biologique (Recherche de BK, Sérologie, PCR etc...). Ces biopsies permettent le diagnostic grâce à l'étude histologique et bactériologique des prélèvements (examen direct et culture). Ne pas oublier d'envoyer les prélèvements à la fois en anapath (Formol) et en bactério (frais)

Bibliographie

- ◉ 1. A Zidi, S Hantous, I Mestiri et K Ben Miled-Mrad. Aspects tomodensitométriques de la tuberculose broncho-pulmonaire pseudotumorale. J Radiol 2006;87:363-6.
- ◉ 2. Sans N, Giron J, Galy-Fourcade D, Fajadet P, Railhac JJ. Sémiologie radiologique de la tuberculose thoracique. Feuilles de Radiologie 1999;39:201-15.
- ◉ 3. Annleung N. Pulmonary Tuberculosis: The Essentials. Radiology 1999;210:307-22.
- ◉ 4. Ishida T, Yokoyama H, Kaneko, S et al. Pulmonary tuberculoma and indications for surgery: radiographic and clinicopathological analysis. Respir Med 1992;86: 431-6.
- ◉ 5. Ben Miled MT, Zakhama B, Cheniti F, Tenabane A, El Gharbi T. Tuberculoses thoraciques pseudonéoplasiques. Sem Hôp Paris 1989;65:2735-7.
- ◉ 6. Pitlik SD, Fainstein V, Bodey GP. Tuberculosis Mimicking Cancer. Am J Med 1984;76:822-5.
- ◉ 7. Cherian MJ, Dahniya MH, Al-Marzouk NF, Abel A, Bader S. Pulmonary tuberculosis presenting as mass lesions and simulating neoplasms in adults. Australian Radiology 1998;42:303-8.
- ◉ 8. Declaux B, Rabut H, Janvoie B, Nikoyagize E, Varaigne F. La tuberculose bronchique. Aspects radiocliniques, endoscopiques et évolutifs. Rev Pneumol Clin 1990;46:103-8.
- ◉ 9. Gadiolet Y, Bayle JY, Perol M, Guérin JC. La tuberculose bronchique. À propos de 4 cas. Rev Pneumol Clin 1990;46:109-13.
- ◉ 10. Ben Miled-Mrad K, Kara M, Hantous-Zannad S, Zidi A. Tuberculose des bases pulmonaires. Rev Mal Resp 2002;1:1-6.