

UNE MALADIE PEUT EN CACHER UNE AUTRE : TUBERCULOSE PULMONAIRE EVOLUTIVE ET LYMPHOME HODGKINIEN

L.C. SORGHO/LOUGUE*, R. CISSE*, M. OUEDRAOGO**, Y.A. BAMOUNI***

RESUME

Nous rapportons le cas d'un adulte de 44 ans, hospitalisé pour amaigrissement non chiffré, fièvre, chez qui l'examen physique met en évidence des adénopathies superficielles, un syndrome cave supérieur, un syndrome d'épanchement pleural et une hépatomégalie. La radiographie pulmonaire de face et l'échographie abdominale ont permis de suspecter une tuberculose pleuro-ganglionnaire confirmée par la présence de bacilles de Koch dans les crachats et dans le liquide de ponction pleural. Mais l'analyse histologique ultérieure de tissu ganglionnaire superficiel met en évidence des cellules de Reed Steinberg. Ce cas interpelle les praticiens sur le fait qu'une association d'affections est possible surtout lorsque le système immunitaire est déficient.

Mots-clés : tuberculose, pulmonaire, lymphome, Hodgkin.

ABSTRACT

The case under study is that of a 44 year-old adult, hospitalised following a loss of weight and fever. The test he went through pointed up the following syndromes : superficial adenopathy, upper caveous syndrome, pleurisy and hepatomegalia. Further, frontal lungs x-ray radiography and abdominal ultrasound scan revealed pleuro-ganglionic tuberculosis, as evidence by Koch bacillus in the spit as well as in the pleuritic liquid. However, the post histological analysis of superficial tissues showed up some Reed Steinberg cells. This case draws specialists' attention on a possible combination of infections, especially in case of deficiency of the immune system.

Key words : Tuberculosis, lungs, lymphoma, Hodgkin.

INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par *Mycobacterium tuberculosis*. Elle sévit à l'état endémique dans les pays en développement. Sa recrudescence est observée avec la pandémie sida. Son diagnostic repose sur la mise en évidence du bacille de Koch dans les produits de sécrétion.

La maladie de Hodgkin (MDH), affection tumorale maligne est due à la prolifération monoclonale dans les organes lymphoïdes secondaires, d'une cellule particulière, la cellule de Reed Sternberg, associée à un granulome inflammatoire. Alors qu'elle représente 0,5 à 1% des cancers de l'adulte en Europe [1], elle est relative-

ment rare dans les pays en développement où on note néanmoins l'émergence des lymphomes non-hodgkiniens avec la pandémie sida.

Nous rapportons un cas de maladie de Hodgkin associée à une tuberculose pulmonaire commune qui revêt non seulement un intérêt scientifique évident mais nous interpelle aussi sur le fait qu'une maladie peut en cacher une autre.

OBSERVATION

Monsieur D.I, 44 ans est admis le 15 avril 1998 au service de Pneumologie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo pour douleur basi-thoracique bilatérale évoluant dans un contexte fébrile avec asthénie. Il a présenté dans les antécédents une tuberculose pleurale en 1978. L'examen retrouve un état général altéré avec un amaigrissement non chiffré ; des adénopathies cervicales, axillaires, et inguinales non inflammatoires, un syndrome cave supérieur, un syndrome

* Service d'Imagerie Médicale. Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo. Ouagadougou Burkina Faso.

** Service de Pneumo-Phtisiologie. Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo. Ouagadougou Burkina Faso.

***Service d'Imagerie Médicale. Office de Santé des Travailleurs. Ouagadougou Burkina Faso.

d'épanchement pleural et une hépatomégalie. La radiographie pulmonaire réalisée de face en incidence postéro-antérieure (fig. 1) et de profil objective des adénopathies médiastinales antéro-supérieures et hilaires bilatérales donnant au médiastin un aspect en cheminée, associées à un syndrome réticulo-nodulaire avec nodules pariétal droit et basal gauche, à un épanchement pleural droit avec émoussement du cul de sac pleural gauche et à une cardiomégalie.

Figure 1 : Radiographie thoracique de face mettant en évidence :

- . Aspect en cheminée du médiastin dû aux adénopathies médiastinales et hilaires,
- . Nodules parenchymateux avec infiltrats bronchiques,
- . Epanchement pleural droit avec émoussement du cul de sac pleural gauche,
- . Cardiomégalie



L'échographie abdominale montre une hépatomégalie homogène modérée avec des veines sus hépatiques fines et des adénopathies lombo-aortiques (fig. 2), la rate est normale. La sérologie V.I.H. est négative. Des bacilles acido-alcoolo résistants sont isolés dans les crachats et dans le liquide de ponction pleural qui a une formule lymphocytaire. L'analyse cytologique du liquide pleural fait suspecter une prolifération lymphomateuse et l'histologie du tissu ganglionnaire après biopsie d'un ganglion cervical indique un lymphome hodgkinien de forme mixte par la mise en évidence de cellules de Steinberg.

Figure 2 : Image échographique d'adénopathies lombo-aortiques partiellement nécrosées



COMMENTAIRES

1. La tuberculose

- * La traduction la plus fréquente de la tuberculose pulmonaire commune post-primaire de l'africain noir selon CARETTE et al. [3] est la présence d'adénopathies médiastinales et hilaires pouvant être isolée ou associée à une miliaire ou à des épanchements pleuraux.
- * Les images nodulaires de la tuberculose sont habituellement multiples et groupées dans un territoire ou diffus dans le cas d'une miliaire [6].
- * L'épanchement pleural est une manifestation de la tuberculose post-primaire. Il concerne 6 à 18 % des patients atteints de tuberculose selon PAGE Mc ADAMS et al. [10] et précisément 18 % selon CARETTE et al [3] ainsi que WOODRING et al. [11]. Pour MASCAREL et al. [9], la contamination tuberculeuse de la cavité pleurale se ferait par rupture d'une petite cavité parenchymateuse dans la plèvre ou par contamination hématogène. Mais selon CARETTE et al. [3], elle serait due à une réaction inflammatoire aux lésions tuberculeuses sous pleurales.

2. La maladie de Hodgkin

L'atteinte thoracique de la MDH est évaluée à 67% selon AU et al. [1].

- * L'atteinte médiastinale représente la déterminante

thoracique la plus fréquente. Elle est notée dans 99,5 % selon ESSADKI et al [5] et 99% selon AU et al [1]. Les adénopathies médiastinales supérieures sont les plus fréquentes : 84 % selon CASTELLINO et al. [4] et décelables sur la radiographie pulmonaire. Les adénopathies hilaires qui représente 28 % selon toujours le même auteur [4] sont toujours associées aux précédentes. Les adénopathies de la MDH sont rarement compressives [3]. Les phénomènes compressifs avec syndrome cave supérieur surviennent en cas de grosse masse médiastinale antérieure et para trachéale [3].

- * L'atteinte parenchymateuse de la MDH accompagne toujours les adénopathies et est en règle homolatérale dans la majorité des cas.

Elle est décelable chez 8 à 10 % des patients selon CASTELLINO et al. KATZ et al. [7] décrivent des opacités nodulaires ou alvéolaires par confluence, reliées aux adénopathies par un infiltrat péri bronchique.

- * L'épanchement pleural est présent dans 13% des cas et est toujours associé aux adénopathies [4, 6] L'épanchement serait la conséquence d'une obstruction lymphatique ou veineuse plutôt que d'une invasion lymphomateuse de la plèvre. Mais BURGNER et al. [2] trouvent 18 % de localisation pleurale de la MDH au cours de l'évolution. Pour lui le lymphome pleural primitif est rare. Cependant il reconnaît l'impossibilité de faire la part des choses entre épanchement tumoral et épanchement d'origine mécanique.
- * Les atteintes cardiaques sont rares au cours de la MDH, il s'agit le plus souvent d'un épanchement péricardique associé à une volumineuse masse médiastinale selon FRIJA [6].

3. MDH et tuberculose

- * Ainsi aucun signe radiologique ne permet de distinguer une tuberculose multifocale post primaire d'une hémopathie lymphoïde. La non-spécificité des adénopathies hilaires et médiastinales qui peuvent aussi bien traduire une tuberculose qu'un lymphome, un carcinome bronchogénique, une sarcoidose ou une métastase selon WOODRING et al. [11] ou un ACUP (adenocarcinoma of unknown primary site) est une

cause possible de retard diagnostique de tuberculose.

- * Les lésions nodulaires bien que peu nombreuses de notre patient, associées aux infiltrats bronchiques et aux adénopathies évoquent la MDH.
- * L'épanchement pleural constitue aussi bien une manifestation de la tuberculose post primaire qu'une manifestation thoracique de la maladie de Hodgkin.
- * La suspicion de MHD chez notre patient n'était pas évidente d'autant plus que la mise en évidence du bacille de Koch dans les crachats et dans le liquide pleural nous a confortés dans notre diagnostic de tuberculose multifocale. Seule la mise en évidence ultérieure de la cellule de Reed Steinberg a permis un diagnostic post mortem de MDH.
- * L'association tuberculose et cancer est rare : KUABAN et al. au Cameroun [8], en étudiant les caractéristiques de patients adultes morts de tuberculose pulmonaire active trouve 2,2 % de cas de tuberculose commune associée à un cancer sans pour autant préciser le type. De même la tuberculose est décrite chez des sujets atteints d'affections induisant une débilité du terrain ou de maladies immunosuppressives comme les hémopathies malignes [3].
- * WOODRING et al. [11] trouvent, en étudiant les caractéristiques radiographiques de la tuberculose que 0,56 % de sujets développant une tuberculose post primaire présente une hémopathie maligne.
- * L'hépatomégalie, l'ascite et les adénopathies lombo-aortiques devraient être rattachées à une prolifération sous diaphragmatique de la maladie de Hodgkin plaçant le patient à un stade IV anatomique. La tuberculose hépatique est très souvent associée à une miliaire avec adénopathies diffuses.

CONCLUSION

La tuberculose et la MDH peuvent être associées, il faut savoir y penser car ni la clinique ni la radiologie ne revêtent aucune spécificité. Le retard au diagnostic de la MDH a entraîné la mort d'un patient atteint d'une affection relativement curable.

┆

Une maladie peut en cacher une autre...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (12)

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AU V, LEUNG A N.
Radiologic manifestations of lymphoma in the thorax.
AJR, 1997, 168 , 93-98.
- 2 - BURGNER F A, HAMLIN D J.
Intrathoracic histiocytic lymphoma.
AJR, 1981, 136, 499-504.
- 3 - CARETTE M F, BAZOT M, KHALIL A, TASSART M, CHOPIER J, LE BRETON C, BIGOT J M.
Imagerie thoracique des lymphomes.
EPU, Journées françaises et Francophones de Radiologie, 3, 4, 5, 6, et 7 novembre 1997.
- 4 - CASTELLINO R A, BLANK N, HOPPE RT, CHO C.
Hodgkin disease :contributions of chest CT in initial staging evaluation.
Radiology, 1986 ; 160 , 603-605.
- 5 - ESSADKI O., EL WADY N., EL ABASSI, SKALLI A., HARIF M., BENCHEKROUN S, BENCHEMSI N., KADIRI R.
Aspects radiologiques des localisations thoraciques des lymphomes.
Bull Cancer, 1996, 83, 926-936.
- 6 - FRIJA J.
Imagerie thoracique de l'adulte.
Paris Flammarion, 1988, 15,269-276.
- 7 - KATZ M, LAVAL-JEANTET M.
Manifestations intra thoraciques des hémopathies.
Traité de radiodiagnostic, Paris Masson, 1979, 4-2, 291-303.
- 8 - KUABAN C, KOULLA-SHIRO S, HAGBE P.
Caractéristiques des patients adultes morts de tuberculose pulmonaire active à Yaoundé-Cameroun.
Méd. Af. Noire, 1997, 44, 345-349.
- 9 - MASCAREL P, REMY-JARDIN M, REMY J.
Aspects tomодensitométriques de la tuberculose thoracique.
Feuillets de Radiologie, 1994, 34, 30-45.
- 10 - PAGE MCADAMS H, ERASMUS J, WINTER J A
Radiologic manifestations of pulmonary tuberculosis.
The Radiologic Clinics of North America, 1995, 33, 655-676.
- 11 - WOODRING J H, MAC VANDIVER H, FRIED A M, DILLON L M, WILLIAMS T.D, MELVIN I G
The Radiographic Features of Pulmonary Tuberculosis.
AJR, 1986, 146, 497-506.

Médecine d'Afrique Noire

Le Pharmacien d'Afrique

Odonto-Stomatologie Tropicale

Médecine du Maghreb

sont sur

www.santetropicale.com