

ASPECTS DIAGNOSTIQUES DE LA TUBERCULOSE BRONCHIQUE A LIBREVILLE A PROPOS DE 12 CAS

J.R. NZENZE, E. BELEMBAOGO, E. MBOUNA, J.B. MOUSSAVOU-KOMBILA, S. CONIQUET, J. BOGUIKOUMA

RESUME

De 1987 à 1994 douze cas de tuberculose bronchique ont été recensés dans le service de Médecine Interne A du Centre Hospitalier de Libreville.

La répartition selon le sexe était de 11 hommes et 1 femme.

L'âge moyen était de 37 ans.

Le diagnostic était endoscopique et histologique. Nous observons que 1/3 de nos patients étaient VIH positifs. Le traitement fait appel à la quadri-thérapie classique antituberculeuse.

La rareté relative de cette affection mérite de mieux la documenter notamment en Afrique où l'explosion de la tuberculose du fait du VIH-Sida n'est plus à démontrer.

Mots clés : Tuberculose bronchique, fibroscopie bronchique, anatomo-pathologie, VIH, Gabon

INTRODUCTION

Fréquente au début du 20ème siècle et longtemps considérée comme apanage de la primo-infection tuberculeuse, la tuberculose bronchique touche volontiers les sujets immunodéprimés et les personnes âgées. Elle peut être source de piège diagnostique. L'analyse rétrospective de douze observations nous a permis, à la lumière des données de la littérature, de préciser les aspects physiopathologiques, diagnostiques, et thérapeutiques de cette affection aujourd'hui rare. Ce travail avait également pour but de souligner l'intérêt de l'endoscopie bronchique dans cette maladie.

PATIENTS ET METHODE

A partir d'une étude rétrospective allant de juillet 1987 à décembre 1994, nous avons colligé douze dossiers de patients hospitalisés dans le service de Médecine Interne A du Centre Hospitalier de LIBREVILLE pour tuberculose bronchique.

Les caractéristiques cliniques (âge, sexe, symptomatologie respiratoire), radiologiques et endoscopiques étaient

répertoriées pour chaque patient ainsi que l'existence ou non d'une co-morbidité (VIH, diabète, néoplasie).

Les explorations comprenaient une radiographie thoracique face et profil avant traitement puis tous les trois mois étaient interprétées en aveugle par trois radiologues. La fibroscopie bronchique réalisée pour chacun des patients faisait appel à un matériel flexible de marque OLYMPUS BF P10. Toute lésion était biopsiée et analysée au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Libreville. La recherche du bacille de Koch était réalisée à partir des tubages gastriques et des produits de l'aspiration bronchique avec des cultures sur milieu spécifique. La sérologie VIH était réalisée au laboratoire national en ELISA 1&2, la confirmation étant toujours apportée par le Western Blot.

Le traitement de tous les patients avait consisté en une antibiothérapie quadruple classique de 6 mois.

RESULTATS

Aspects épidémiocliniques

Entre janvier 1987 et décembre 1994, 300 patients ont été admis dans le service de Médecine A pour tuberculose toutes localisations confondues. Durant cette période 750 bronchoscopies ont été réalisées et le diagnostic de tuberculose bronchique a été retenu chez 12 patients soit 4 % de l'ensemble des tuberculeux recrutés.

Travail du service de Médecine Interne A (Pr J.B. Boguikouma) du Centre Hospitalier de Libreville - B.P. 2228 - Gabon

Aspects diagnostiques...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (7)

11 hommes et 1 femme étaient concernés. L'âge moyen était de 37 ans pour des extrêmes de 25 à 64 ans.

Les symptômes les plus fréquents étaient une toux chronique (100 %), un amaigrissement (92 %), des sueurs nocturnes (83 %), une fièvre (75 %).

Pour 83 % des patients, le délai diagnostique était de 1 à 3 mois ; 17 % de 4 à 12 mois.

92 % des patients présentaient une intoxication éthylo-tabagique, 4 patients (33 %) étaient séropositifs pour le VIH.

Données radiologiques

Les principales anomalies radiologiques observées étaient

des opacités parenchymateuses (58 %) et des adénopathies hilaires (50 %).

Données endoscopiques

Le tableau n°1 indique les principales lésions visualisées en bronchoscopie.

Dans 67 % des cas était retrouvée une fistule ganglionnaire associée à une inflammation de l'arbre bronchique dans 42 % des cas.

Une sténose bronchique était retrouvée chez 2 patients (16 %).

La moitié des lésions siégeait au niveau de la carène. L'arbre bronchique droit et l'arbre bronchique gauche étaient touchés de manière égale.

Tableau I : Les principales lésions endoscopiques

Obs. n°	Inflammation	Fistule	Sténose	Compression extrinsèque	Œdème	Granulations blanchâtres	Granulome
1		X					
2		X	X				
3	X				X		X
4	X	X					
5	X		X				
6	X	X					
7						X	
8	X	X					
9	X	X		X			
10				X			
11		X					
12	X	X			X		

Histologie

Un granulome épithélio-gigantocellulaire avec nécrose caséuse était retrouvé chez 11 malades sur 12.

Dans 1 cas, l'analyse n'était pas contributive mais ce patient était porteur d'une fistule bronchique.

Microbiologie

Toutes les recherches de BK à l'examen direct étaient négatives.

Evolution

10 patients étaient guéris à 6 mois de traitement (83 %). Une rechute à un an a été observée, et un patient VIH est décédé d'une évolution extensive de la tuberculose.

COMMENTAIRES

Jadis fréquente de l'ordre de 40 % des tuberculoses pulmonaires (1), la tuberculose trachéo-bronchique est aujourd'hui rare, autour de 5 % pour certains auteurs (2).

Les principaux mécanismes invoqués pour expliquer les lésions sont :

- l'atteinte bronchique au voisinage d'une tuberculose pulmonaire par voie bronchogène ou par contiguïté à partir d'un foyer excavé parenchymateux : plus de la moitié de nos patients était concernée par ce mode de diffusion.
- le plus fréquent est une fistulisation ganglionnaire.

Aspects diagnostiques...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (7)

Notre série vient corroborer cette notion déjà retrouvée en Afrique Noire (2).

- l'atteinte bronchique primitive sans foyer parenchymateux ou ganglionnaire est rare (3) pouvant réaliser des aspects trompeurs de type cancer bronchique (4, 5, 6).

En réalité, ces différents mécanismes sont intriqués.

Notre série se caractérise par une prédominance masculine contrairement aux données de la littérature (2, 7, 8). Le jeune âge de nos patients tient de la démographie générale et surtout de notre recrutement qui excluait d'emblée les formes pédiatriques. Le long délai diagnostique (1 à 3 mois) également retrouvé par DELCAUX (7) s'explique par le caractère aspécifique des symptômes qui peuvent ainsi être banalisés, voire négligés.

La toux persistante et les signes généraux comme dans notre série constituent le tableau le plus fréquent (7, 9, 10), alors que le «wheezing», traduction d'une obstruction bronchique proximale, est rare (8).

Les opacités parenchymateuses et les adénopathies hilaires étaient les anomalies radiologiques prédominantes dans notre série tout comme pour KLOTZ (4). Cependant d'autres aspects tels des atélectasies, infiltrats, images cavitaires ont été décrites de même qu'un aspect radiologique normal (2, 7, 11) ou un emphysème obstructif (12). Sur l'ensemble des quatre patients séropositifs pour le VIH, la moitié présentait des adénopathies hilaires, aucun d'eux n'avait un cliché thoracique normal.

La recherche de bacille de Koch par tubage gastrique ou aspiration bronchique est restée négative dans notre série. La faible sensibilité de cet examen dans ce contexte est également rapportée par DELCAUX (7). L'intérêt du lavage alvéolaire dans cette indication a été démontré (13). Aucun de nos patients n'avait bénéficié de

cette technique. La fibroscopie bronchique ne présente pas de spécificité et permet surtout de réaliser le diagnostic différentiel avec les tumeurs bronchiques ou d'autres mycobactéries (14, 15). La fistule ganglionnaire (67 % dans notre série) est également retrouvée dans d'autres études (4, 16). La présence de granulations blanchâtres sous-muqueuses adhérentes sont évocatrices de tuberculose. Mais l'existence de lésions polypoïdes grisâtres ou d'ulcérations muqueuses constitue un aspect caractéristique (7). L'histologie reste la clef du diagnostic comme l'indique notre série avec une positivité de 92 %. Lorsque celle-ci est infructueuse, le contexte clinoradiologique, la culture sur milieu spécifique et parfois le recours au traitement probabiliste redresse le diagnostic.

Le traitement repose sur le régime antituberculeux quadruple classique. Les principales séquelles type sténose bronchique, bronchectasie n'ont été observées chez aucun de nos patients. Le caractère imprévisible des dites séquelles dépend de la destruction en profondeur de la paroi bronchique en dépit d'un traitement bien conduit (3, 17, 18).

Les deux décès observés dans notre série étaient des patients VIH positifs avec des lésions pulmonaires extensives.

CONCLUSION

La localisation bronchique de la tuberculose n'est qu'une des expressions polymorphes de la maladie. L'association d'un tableau de bronchite trainante avec altération de l'état général et anomalies radiologiques doit attirer l'attention chez un patient à risque et faire réaliser une endoscopie bronchique avec biopsies obligatoires. Le traitement antituberculeux quadruple est presque toujours efficace en dépit de rares séquelles parfois graves.

BIBLIOGRAPHIE

1 - SALKIN D., CADDEN A.V, EDSON R.C.

The natural history of tuberculous tracheo-bronchitis.
Am Rev Tubercul, 1943, 47 : 351-359.

2 - GUILLO F., POSTAL M., DAUTZENBERG B., MOREAU A., SORS Ch.

Les aspects actuels de la tuberculose bronchique.
Ann Med Int, 1987, 138 : 558-591.

3 - TANNEAU R., QUOIX E., PAOLI G., ROEGEL E.

Tuberculose endobronchique primitive.
Rev Pneumol Clin, 1988, 44 : 215-218.

4 - KLOTZ F., L'HER P., DELMARRE B., NGENBI-MBINA C.

La tuberculose bronchique «aspect de pseudo-cancer».
Med Afr Noire 1987, 34-11, 945-949.

5 - KLOTZ F., DEBRIE J.C., NGENBI-MBINA C.

Quel est votre diagnostic ?
Conc Med 1988, 447-448.

6 - LYNCH J.P., RAVIKRISHAN K.P.

Endobronchial mass caused by tuberculosis.
Arch Intern Med. 1980, 140 : 1090-1091.

Aspects diagnostiques...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (7)

7 - DELCAUX B., RABUT H., JANVOIE B., NIKOYAGIZE E. VARAIGNE F., LAVANDIER M.

La tuberculose bronchique : Aspects radio-cliniques, endoscopiques et évolutifs.

Rev Pneumol Clin 1990, 46 : 103-108.

8 - IP M.S.M., SO S.Y., LAM W.K., MOCK C.K.

Endobronchial tuberculosis revisited.

Chest, 1986, 89 : 727-730.

9 - MASOTTI A., RODELLA L., INASPETTATO G., FOCCOLIO P., MORANDINI G.C.

Clinical and bronchoscopic features of endobronchial tuberculosis.

Monaldi Arch Chest Dis, 1995, 50 (2) : 89-92.

10 - HOHEISEL G., CHAN B.K.M., TESHLEH H., COSTABEL V.

Endobronchial tuberculosis : Diagnostic features and therapeutic outcome.

Respiratory Medicine 1994, 88 : 593-597.

11 - GADIOLET Y., BAYLE J.Y., PEROL M., GUERIN J.C.

La tuberculose bronchique, à propos de 4 cas.

Rev Pneumol Clin 1990, 46 : 109-113.

12 - OSHAKI Y., ABES S., YOSHIKAWA T., MURAO M.

Unilateral air trapping.

Chest, 1980, 78 : 763-764.

13 - DANEK S.J., BOWER J.S.

Diagnosis of pulmonary tuberculosis by flexible fiber optic bronchoscopy.

Am Rev Respir Dis, 1979, 119 : 677-679.

14 - GUIGUAY J., VAYLET F., DE REVEL T., SAINT-BLANCARD P., HERVE V. NATALI F., LEVAGUERESSE, NEDELLEC G., L'HER P.

Endobronchial lesion in non tuberculosis mycobacteriosis.

Report two unusual cases 29th Annual Congress of European society of mycobacteriology, SPAIN, May/June 1998, «Abstracts».

15 - CONOLY M.G., BAUGHMAN R.P., DOHN M.N.

Mycobacterium kansasii presenting as an endobronchial lesion.

Am Rev Resp Dis 1993, 148 : 1405-1407.

16 - ALAME T., DIERCKX P., CARLIER S., SERGYSLS R.

Lymph node perforation into the airway in aids-associated tuberculosis.

Aids 1995, 9 : 1159-1164.

17 - SMART J.

Endobronchial tuberculosis.

J Tubercul Dis Chest. 1951, 45 : 61-68.

18 - CALIGIURI PA., BANNER A.S., JENSIK R.J.

Tuberculosis mainstem bronchial stenosis treated with sleeve resection.

Arch Intern Med, 1984, 144 : 1302-1303.

Retrouvez
« Médecine du Maghreb »
sur Internet
WWW.santetropicale.com

ainsi que
Médecine d'Afrique Noire, Le Pharmacien d'Afrique et
Odonto-Stomatologie Tropicale