

CAS CLINIQUE/CASE REPORT

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET METASTASES CEREBRALES. PULMONARY TUBERCULOSIS AND BRAIN METASTASIS.

**TANOAH AC, BÉNÉ YRL-E, YAPO-EHOUNOUD C, AMON-TANOAH M, AKA-ANGHUI-DIARRA E,
ASSI B.**

Correspondance : Dr Tanoh Abel Christian
Service de neurologie du CHU de Cocody- Abidjan
Adresse : 01 BP 2430 Abidjan 01
Email : ctanoh_med@yahoo.fr

RESUME

Observation. Nous rapportons l'observation d'un sujet masculin de 46 ans, droitier, non-fumeur, hospitalisé pour un déficit moteur de l'hémicorps droit.

Ce patient était au 6^{ème} mois d'un traitement antituberculeux pour une pleurésie à liquide clair avec à l'imagerie encéphalique de multiples lésions hétérogènes nodulaires rehaussées par le produit de contraste. Le traitement antituberculeux fut maintenu, malgré une recherche active non contributive. Il fut dès lors évoqué la possibilité de métastases cérébrales dont la tumeur primitive serait pulmonaire. L'évolution resta longtemps stable jusqu'à une aggravation brusque conduisant au décès du patient.

Nous relevons l'errance diagnostique et les difficultés d'exploration dans notre contexte africain.

Mots-clés : Antituberculeux, pleurésie, Tuberculose, métastases cérébrales, Cancer broncho-pulmonaire.

ABSTRACT

Case report

We report the case of a 46 years old man, non-smoking, right-handed, hospitalized for a right-sided limb weakness.

At 6th month of tuberculosis treatment for pleural effusions, the cerebral imagery of this patient showed multiple heterogeneous nodular lesions enhanced by the contrast. Tuberculosis treatment was maintained, despite a non-contributory active research. It was therefore reconsidered the possibility of lung cancer with brain metastasis. The evolution remained stable until a sudden deterioration leading to patient death.

The purpose of this observation is to highlight diagnostic pitfalls and errors, investigations deficiency in African countries context.

Keywords: tuberculosis, Tuberculous pleurisy, Brain metastasis, Lung cancer.

INTRODUCTION

Le diagnostic médical regroupe l'ensemble des examens pratiqués par un professionnel de santé pour comprendre la pathologie dont souffre un patient. Ce diagnostic est basé sur un examen clinique, un questionnaire précis qui permet au patient d'évoquer ses symptômes, des examens radiologiques ou de laboratoire. Toutefois ce raisonnement diagnostique, processus dynamique, reste soumis à l'incertitude du diagnostic même¹. Par conséquent, au fil des années avec le développement de la médecine, le nombre d'errance ou erreurs diagnostiques et/ou thérapeutiques reste d'actualité. En Côte d'Ivoire, pays à ressources limitées, et en Afrique en général, dans le processus d'identification de la maladie l'on doit insister sur une démarche diagnostique rigoureuse et prudente pour limiter les conséquences de ce type de piège.

C'est pourquoi nous avons entrepris d'exposer cette observation pour attirer l'attention des étudiants, jeunes neurologues et autres spécialistes sur ces pièges inhérents à cette démarche diagnostique. Nous soulignons notamment l'errance diagnostique, les difficultés d'explorations et le déficit de référence au sein de la pyramide sanitaire.

CAS CLINIQUE

Monsieur A.F., 46 ans, droitier, est hospitalisé dans le service de Neurologie du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Cocody pour un déficit moteur de l'hémicorps droit d'installation rapidement progressive alors qu'il était au sixième mois d'un traitement antituberculeux pour une pleurésie à liquide citrin (Fig. 1).



Fig. 1 : Radiographie du thorax (M0). Opacité dense homogène dans le champ pulmonaire gauche masquant les culs-de-sac.

Le traitement et le diagnostic initial, sur la base de la macroscopie du liquide pleural, furent indiqués dans une structure sanitaire de premier niveau. Devant l'absence d'amélioration et l'aggravation brusque le patient consulte les urgences du CHU avant son admission en neurologie.

L'examen physique, chez un patient apyrétique et conscient, a révélé un syndrome pyramidal droit flasco-spastique associé à un syndrome d'épanchement pleural liquidien gauche.

Les lésions radiologiques pulmonaires étaient évolutives (Fig. 2) et la neuro-imagerie révélait de multiples lésions nodulaires bi-hémisphériques nécrotico-hémorragiques (Fig. 3, 4). Il a été évoqué soit une tuberculose multifocale soit une tumeur cérébrale primitive ou métastatique. La bacilloscopie, par examen direct, culture et technique PCR GeneXpert®, des liquides gastrique, pleural et des sécrétions bronchiques était négative. La sérologie rétrovirale du VIH était négative. Il n'y avait pas de cellules suspectes dans le liquide d'aspiration bronchique. L'examen anatomopathologique du liquide pleural était en faveur d'une métastase d'un processus carcinomateux de type glandulaire probable mais la biopsie pleurale fut non contributive. Dès lors l'hypothèse tuberculeuse devenue peu probable il a été mis en avant l'hypothèse tumorale métastatique. Les contraintes socioéconomiques ont constitué un facteur limitant pour la poursuite des investigations. Aussi ni le diagnostic de certitude, par la biopsie cérébrale, ou un bilan lésionnel plus exhaustif n'ont pu être menés. Le décès survint quelques semaines après son admission.



Fig. 2 : Radiographie du thorax (M6). Epanchement liquidien de grande abondance avec refoulement médiastinal



Fig. 3 : Scanner cérébral après injection de produit de contraste montrant une lésion nodulaire temporale gauche avec prise de contraste annulaire

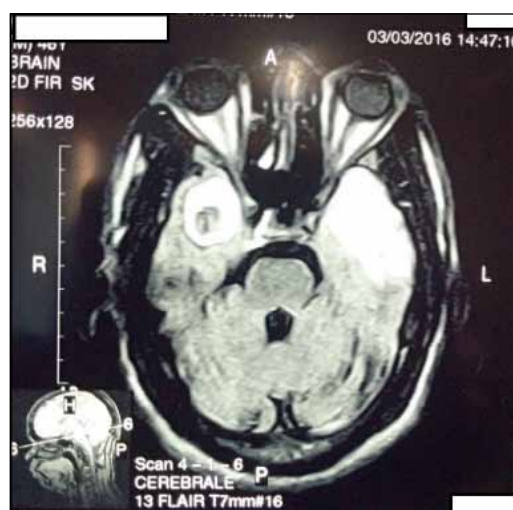


Fig. 4 : IRM encéphalique. Séquence Flair montrant des lésions bihémisphériques bi-temporales avec œdème périlésionnel plus marqué à gauche.

DISCUSSION

Instaurer un traitement antituberculeux répond à un algorithme précis qui est enseigné et vulgarisé tout le long de la pratique médicale dans les pays tropicaux². Chez notre patient l'indication initiale de ce traitement ne reposait que sur les lésions radiologiques sans preuve bactériologique. En dépit de l'absence d'éléments microbiologiques, on pourrait expliquer ce diagnostic présomptif par le fait que la Côte d'Ivoire soit située en région endémique tuberculeuse³ ; donc l'hypothèse paraissait plausible devant tout liquide pleural à liquide clair en zone d'endémie tuberculeuse comme le soutiennent Mueller et al⁴. Pour Ressler devant une lésion intracérébrale il faut

un bilan infectieux exhaustif couplé à la biopsie cérébrale pour écarter toute cause infectieuse dans nos pays⁵. Gong suggère plutôt d'évoquer un tuberculome intracrânien devant toute lésion intracérébrale en région endémique³.

Dans notre cas le patient était immunocompétent pour le VIH et la recherche active du bacille de Koch s'est avérée négative ; le diagnostic d'une tuberculose évolutive semblait peu évident. L'hypothèse tumorale était envisageable étant donné qu'une tumeur cérébrale peut mimer d'autres étiologies⁶. De même la co-existence d'un cancer pulmonaire et de métastases cérébrales n'est pas inhabituelle comme révélé par Ju^{3,7}. C'est pourquoi pour Khanna⁶ il faut penser à une cause tumorale si l'étiologie reste incertaine ou la recherche étiologique initiale peu concluante. L'adénocarcinome pulmonaire est le plus fréquent pourvoyeur de métastases cérébrales. La meilleure alternative thérapeutique est la chimiothérapie couplée à la radiothérapie avec une médiane de survie de 6-12 mois voire 11-23 mois ; la chimiothérapie seule a une efficacité relative car la majorité des molécules ne traversent pas ou peu la barrière hémato-encéphalique³. Notre diagnostic, étant celui de métastases pleurales et cérébrales d'un probable processus glandulaire, serait corrélé à un mauvais pronostic d'autant plus que le patient n'a bénéficié ni de chimiothérapie ou de radiothérapie. Ce qui est en adéquation avec les constats de Gong³.

Tout diagnostic est de principe incertain du fait de nombreux biais et surtout s'il existe un déficit d'investigations^{8,9}. Minimiser leur impact va constituer le challenge de tout professionnel de la santé pour réduire le coût global de la prise en charge⁴ surtout dans nos pays à ressources limitées où l'accès aux soins doit demeurer une priorité.

REFERENCES

- 1- **Skrabanek P. et Mc Cormick J.** «Idées folles, idées fausses en médecine» Odile Jacob éd., coll. Opus, Paris 1997, 196 pages.
- 2- **Coalition antituberculeuse pour l'assistance technique.** Standards internationaux pour le traitement de la tuberculose (SITT). La Haye : coalition antituberculeuse pour l'assistance technique, 2006.
- 3- **Xiaomei Gong, Daoan Zhou, Shixiong Liang, Caicun Zhou.** Analyses of prognostic factors in cases of non-small cell lung cancer with multiple brain metastases. *OncoTargets and Therapy* 2016;9:977-983.

- 4- **Tobias Mueller, Andreas Jerrentrup, Max Jakob Bauer, Hans Walter Fritsch and Juergen Rolf Schaefer.** Characteristics of patients contacting a center for undiagnosed and rare diseases. *Orphanet Journal of Rare Diseases* (2016) 11:81.
- 5- **Ressl N, Oberndorfer S.** Multiple calcified brain metastases in a man with invasive ductal breast cancer. *BMJ Case Rep* 2015. doi:10.1136/bcr-2015-211777.
- 6- **Khanna A, Venteicher AS, Walcott BP, Kahle KT, Mordes DA, Christopher M. William CM, Ghogawala Z and Ogilvy CS.** Glioblastoma mimicking an arteriovenous malformation. *Front Neurol.* 2013 ;4 :144.
- 7- **Ju L, and Han M.** Isolated brain metastasis as a late recurrence of completely resected non-small cell lung cancer. *ONCOLOGY LETTERS* 2016 ;12: 731-733.
- 8- **Jacobson RD, Goutman SA, Gallagher SA. Pearls & Oy-sters.** The importance of atypical features and tracking progression in patients misdiagnosed with ALS. *Neurology* 2016 Mar 29 ; 86 (13) : 136-9.
- 9- **Nam CH, Jeon B.** Lesson From a Case of Cervical Meningioma Misdiagnosed as Parkinsonism. *Neurologist* 2015 ; 20(4) : 67-9.