

**PARTICULARITÉS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET GANGLIONNAIRE
MÉDIASTINALE CHEZ L'ADULTE: A PROPOS D'UN CAS**

Belhaj C.*, Arfaoui H., Benouar A., Msika S., Bamha H., Bougteb N., El Khattabi W., Afif Mly H.

Service de Pneumologie, Hôpital « 20 Août 1953 », CHU Ibn Rochd, Casablanca.

***Corresponding Author: Belhaj C.**

Service de Pneumologie, Hôpital " 20 Août 1953 ", CHU Ibn Rochd, Casablanca.

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.20713035>**How to cite this Article:** Belhaj C.*, Arfaoui H., Benouar A., Msika S., Bamha H., Bougteb N., El Khattabi W., Afif Mly H.. (2026). Particularités De La Tuberculose Pulmonaire Et Ganglionnaire Médiastinale Chez L'adulte: A Propos D'un Cas. World Journal of Pharmaceutical and Medical Research, 12(6), 484–488.

This work is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International license.



Article Received on 05/05/2026

Article Revised on 25/05/2026

Article Published on 01/06/2026

RÉSUMÉ

Nous avons rapporté le cas d'une patiente âgée de 60 ans, sans antécédents pathologiques particuliers et sans contagement tuberculeux récent dans l'entourage. L'histoire de sa maladie a débuté il y a à 5 mois par l'installation progressive d'une dyspnée stade IImMRC, une toux sèche et des palpitations le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de fléchissement de l'état général. Le scanner thoracique a objectivé la présence de polyadénopathies médiastinales et hilaires compressive nécrosante, un foyer de condensation lobaire supérieur droit, des infiltrats nodulaires et micronodulaires diffus siègent d'excavations avec aspect en crazy paving sans embolie pulmonaire. La bronchoscopie souple a objectivé une inflammation de 1e degré diffuse avec présence de trois granulations. Les aspirations bronchiques ont mis en évidence la présence de Mycobacterium Tuberculosis et la biopsie de la granulation a objectivé une inflammation granulomateuse sans nécrose caséuse. La patiente a été mise sous traitement antibactérien selon le programme national marocain avec une bonne évolution clinique et radiologique.

INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie infectieuse transmissible liée à la présence d'une mycobactérie du complexe tuberculosis (*M. tuberculosis hominis* principalement) dans l'organisme. La principale localisation de l'infection est pulmonaire mais peut être aussi extrapulmonaire (pleurale, ganglionnaire, osseuse,...). Elle représente la 2ème cause de décès par maladie infectieuse chez l'adulte.

Mots clés

Tuberculose pulmonaire, tuberculose ganglionnaire médiastinale, GeneXpert, Bronchoscopie souple

OBSERVATION MÉDICALE

Une Patiente âgée de 60ans, mariée, mère de 4 enfants, sans habitudes toxiques, jamais traitée pour tuberculose pulmonaire, sans contagement tuberculeux récent dans l'entourage et sans comorbidité.

L'histoire de sa maladie a remonté à 5 mois par l'installation progressive d'une dyspnée stade IImMRC, une toux sèche et des palpitations le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de fléchissement de l'état

général fait d'asthénie, anorexie et amaigrissement non chiffré.

L'examen clinique a trouvé une patiente en assez bon état général (PS à 1), apyretique, eupnéique à 18 cycles par minute, désaturait à l'air ambiant à 93%, sans signes de luttés respiratoires ni de cyanose, tachycarde à 130 battements par minute et normotendue. Elle était en état de maigreur avec un indice de masse corporelle à 18 kg/m², la bandelette urinaire était négative. L'ECG a objectivé une tachycardie sinusale avec onde T négative.

L'examen pleuropulmonaire a objectivé des râles crépitants du tiers inférieur de l'hémithorax droit. Le reste de l'examen somatique était sans particularité.

La radiographie thoracique a montré un élargissement médiastinal avec des infiltrats nodulaires et micronodulaires diffus confluentes prédominants au niveau du tiers inférieur de l'hémithorax droit (Figure 1).

Le scanner thoracique a objectivé la présence de polyadénopathies médiastinales et hilaires compressive nécrosante (Figure 2), un foyer de condensation lobaire

supérieur droit, des infiltrats nodulaires et micronodulaires diffus siègent d'excavations avec aspect en crazy paving sans embolie pulmonaire (Figure 3).

La numération de la formule sanguine a objectivé une lymphopénie à 390 éléments/mm³ et la CRP augmenté à 52mg/l. la recherche de BK par Genexpert et germes banaux dans les expectorations étaient négatives.

La bronchoscopie souple a objectivé une inflammation de 1e degré diffuse avec présence de trois granulations au niveau de l'orifice d'entrée du segment ventral de la lobaire supérieure droite. Le lavage bronchiolo-alvéolaire était lymphocytaire (40%). Les biopsies étagées ont montré un remaniement fibroinflammatoire non spécifique par ailleurs la biopsie de la granulation a objectivé une inflammation granulomateuse sans nécrose caséuse. Le Genexpert dans les aspirations bronchiques a montré la présence de *Mycobacterium Tuberculosis* sans résistance à la Rifampicine. Les recherches de germes banaux et d'actinomyète étaient négatives.

L'échographie abdominopelvienne n'a pas objectivé d'hépatomégalie ni d'adénopathie péritonéale.

Devant la possibilité d'une association tuberculose-sarcoïdose, le bilan de sarcoïdose réalisé était négatif. Les bilans phosphocalciques sanguin et urinaire, le bilan hépatique et rénal, le dosage l'enzyme de conversion de l'angiotensine et la protéinurie des 24h ont tous étaient normaux. L'électrophorèse des protéines a été en faveur d'un syndrome inflammatoire. La biopsie labiale et nasale n'a pas objectivé de granulome et l'examen ophtalmologique n'a pas objectivé d'uvéïte. Au bilan de terrain, la sérologie HIV était négatif, la glycémie à jeun ainsi que l'hémoglobine glyquée étaient normaux.

Au terme de ce bilan, le diagnostic était une tuberculose pulmonaire et ganglionnaires médiastinales et hilaires.

La patiente est mise sous traitement antibacillaire selon le programme national marocain à base d'association fixe de Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et Ethambutol pendant 2 mois puis association de Rifampicine/Isoniazide pendant 4 mois avec une alimentation hyperprotidique et hypercalorique.

L'évolution clinique à 6mois était favorable avec une amélioration de l'état général (PS à 0), absence de la dyspnée et la toux, une prise de poids de 10kg et une saturation correcte à 97% à l'air libre (VS 93%) avec un examen pulmonaire sensiblement normal.

La radiographie thoracique de face a montré un nettoyage radiologique (Figure 4). La TDM thoracique en fin de traitement a objectivé le nettoyage du foyer de condensation ainsi la disparition des adénopathies médiastinales et hilaires (Figure 5 et 6). La numération de la formule sanguine de contrôle a montré un taux normal de lymphocytes.

Figures



Figure 1: Radiographie thoracique de Face montrant un élargissement médiastinal avec des infiltrats nodulaires et micronodulaires diffuse.

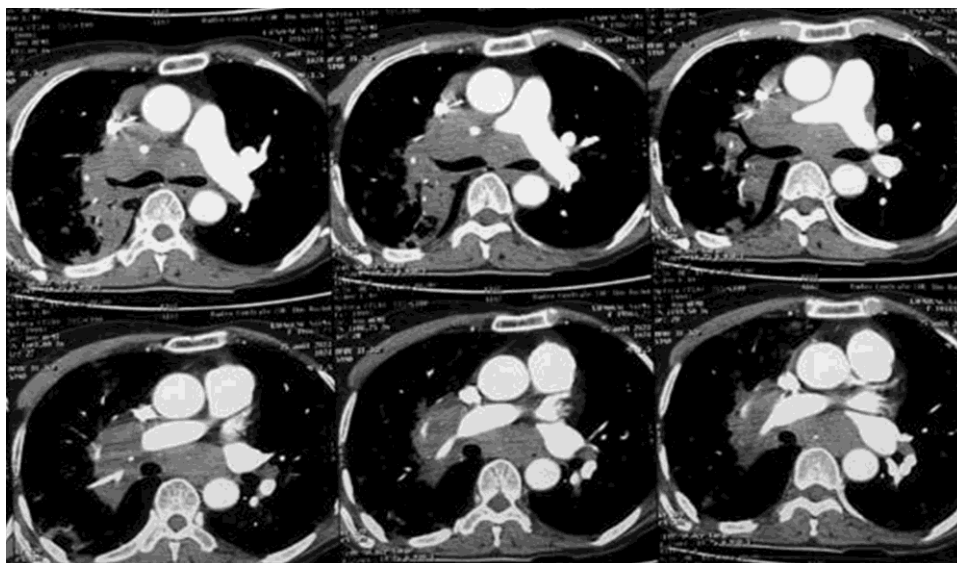


Figure 2: Angioscanner thoracique objectivant des polyadénopathies médiastinales et hilaires compressive nécrosante sans embolie pulmonaire.

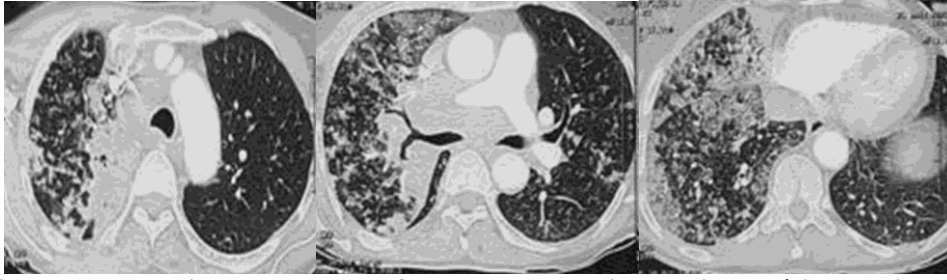


Figure 3: Angioscanner thoracique montrant un foyer de condensation lobaire supérieur droit avec des infiltrats nodulaires et micronodulaires diffus siègent d'excavations et aspect en crazy paving.

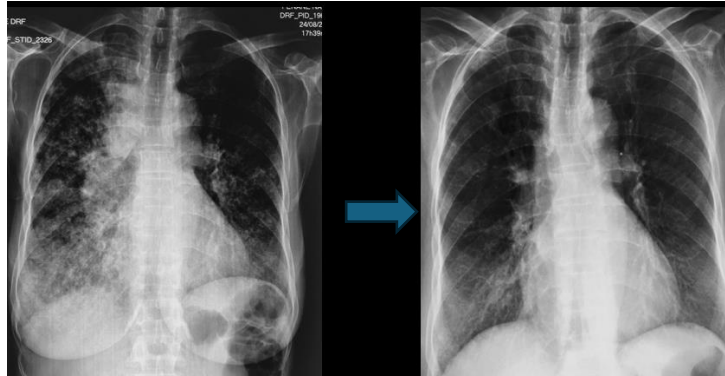


Figure 4: Radiographie thoracique de face de contrôle en fin de traitement montrant le nettoyage d'anomalie radiologique.

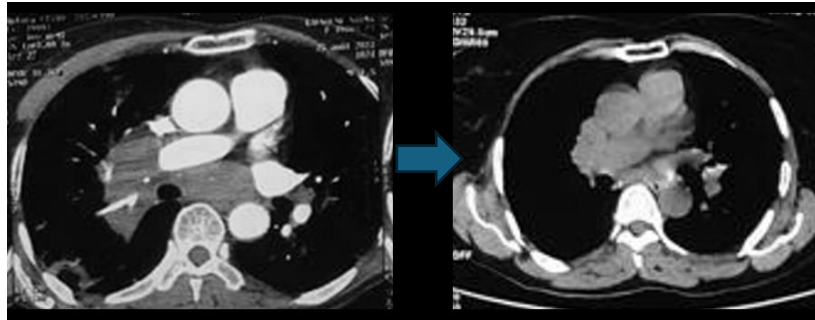


Figure 5: TDM thoracique de contrôle objectivant la disparition des adénopathies médiastinales et hilaires.

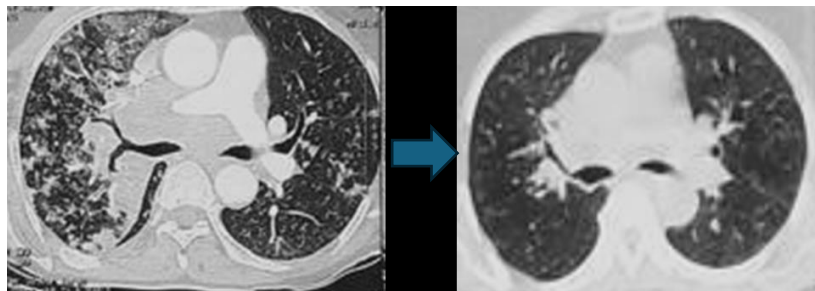


Figure 6: TDM thoracique de contrôle objectivant le nettoyage des nodules et micronodules parenchymateux.

DISCUSSION

La tuberculose ganglionnaire médiastinale est une forme de tuberculose extrapulmonaire caractérisée par l'atteinte des ganglions lymphatiques du médiastin par *Mycobacterium tuberculosis*. Elle est fréquemment observée chez l'enfant dans le cadre de la primo-infection tuberculeuse, mais demeure relativement rare chez l'adulte, où elle peut se présenter sous une forme isolée ou associée à une atteinte pulmonaire comme dans notre

cas. Son diagnostic est souvent difficile en raison de son polymorphisme clinique et radiologique ainsi que de la nécessité d'un prélèvement histologique ou bactériologique pour confirmation.^[1,2]

Sur le plan épidémiologique, la tuberculose ganglionnaire constitue la forme la plus fréquente des localisations extrapulmonaires de la tuberculose. Cependant, l'atteinte médiastinale représente une faible

proportion des tuberculoses ganglionnaires, estimée à environ 5 % dans les séries maghrébines. Elle touche préférentiellement les sujets jeunes vivant dans des régions à forte endémie tuberculeuse. L'infection par le VIH, les états d'immunodépression, le diabète, la dénutrition et les conditions socio-économiques défavorables sont les principaux facteurs de risque identifiés.^[3,4]

La présentation clinique est souvent peu spécifique. Les signes généraux tels que la fièvre prolongée, l'amaigrissement, l'asthénie et les sueurs nocturnes sont fréquemment retrouvés. Les manifestations respiratoires sont variables et peuvent associer toux sèche, dyspnée ou douleurs thoraciques. Certains patients restent asymptomatiques, la découverte étant alors fortuite lors d'un examen radiologique réalisé pour une autre indication. Cette pauvreté symptomatique explique parfois le retard diagnostique observé dans plusieurs séries.^[2,5]

L'imagerie thoracique joue un rôle essentiel dans l'orientation diagnostique. La radiographie thoracique peut montrer un élargissement médiastinal ou des adénopathies hilaires, mais sa sensibilité demeure limitée. La tomодensitométrie thoracique constitue l'examen de référence pour l'évaluation des adénopathies médiastinales. Les aspects les plus évocateurs sont des adénopathies multiples, souvent confluentes, présentant une hypodensité centrale traduisant la nécrose caséuse et un rehaussement périphérique après injection de produit de contraste.

Des aspects atypiques peuvent être existés, les ganglions peuvent devenir volumineux, confluentes et nécrotiques, formant de véritables masses médiastinales simulant une tumeur primitive.^[8] Parfois compressives entraînent une compression des structures médiastinales (bronches, trachée, œsophage, veine cave supérieure), avec symptomatologie atypique (dyspnée, dysphagie, syndrome cave supérieur).^[9] Une évolution vers la fistulisation broncho-ganglionnaire peut survenir, favorisant la dissémination endobronchique et compliquant le tableau clinique.^[10] Toutefois, ces anomalies ne sont pas spécifiques et peuvent être observées dans d'autres affections granulomateuses ou tumorales, notamment la sarcoïdose, les lymphomes et les métastases ganglionnaires.^[6,7]

La confirmation diagnostique repose sur la mise en évidence du bacille tuberculeux ou sur l'identification histologique d'un granulome épithélioïde et géantocellulaire avec nécrose caséuse. Les examens microbiologiques, incluant l'examen direct, la culture et les techniques moléculaires telles que GeneXpert MTB/RIF, permettent en outre de confirmer le diagnostic et de rechercher une éventuelle résistance aux antituberculeux.^[11-13]

L'obtention d'un prélèvement ganglionnaire est donc une étape fondamentale. Historiquement, la médiastinoscopie constituait la technique de référence. Cependant, le développement de l'échographie endobronchique avec ponction transbronchique guidée (EBUS-TBNA) a considérablement amélioré la prise en charge diagnostique en offrant une méthode mini-invasive, sûre et reproductible.

La prise en charge repose sur le traitement antibacillaire recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé, comprenant une phase intensive de deux mois associant rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et éthambutol, suivie d'une phase de continuation de quatre mois associant rifampicine et isoniazide. La durée totale de six mois est généralement suffisante dans les formes ganglionnaires non compliquées. L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement bien conduit. Une augmentation paradoxale de la taille des adénopathies ou l'apparition de nouvelles localisations peuvent être observées au cours du traitement sans pour autant traduire un échec thérapeutique. Une surveillance clinique et radiologique régulière demeure nécessaire afin d'évaluer la réponse au traitement et d'exclure une résistance médicamenteuse.^[14,15] Dans notre cas, l'évolution était favorable avec l'amélioration de l'état général et le nettoyage des lésions radiologiques.

CONCLUSION

La tuberculose ganglionnaire médiastinale constitue une affection rare mais non exceptionnelle dans les pays d'endémie tuberculeuse. Son diagnostic repose sur une combinaison d'arguments cliniques, radiologiques, histologiques et microbiologiques. Un traitement antituberculeux précoce permet généralement une évolution favorable et limite le risque de complications.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report. Geneva: WHO, 2024.
2. Médecins Sans Frontières. Extrapulmonary Tuberculosis Guidelines, 2023.
3. Bouchentouf R, et al. Tuberculose ganglionnaire: aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques à propos de 357 cas. *Pan Afr Med J.*, 2014; 18: 157.
4. Bensalem N, et al. Particularités de la tuberculose ganglionnaire médiastinale : à propos de 42 cas. *Rev Mal Respir.*, 2020; 37: A176-A177.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Extrapulmonary Tuberculosis, 2024.
6. Françoise Laurent, et al. Thoracic Tuberculosis Imaging Features. *Diagn Interv Imaging*, 2015.
7. Sandeep Sharma. Mediastinal Tuberculous Lymphadenitis in Adults. *J Thorac Imaging*, 2018.
8. ATS Journals case series. Mediastinal TB., 2025.
9. BJR Open review, 2024.
10. BMC Pulmonary Medicine, 2024.
11. European Respiratory Society. EBUS-TBNA in mediastinal lymphadenopathy. *Eur Respir J.*, 2021.

12. American Thoracic Society. Diagnosis of Tuberculosis in Adults and Children. Clin Infect Dis., 2017.
13. Cepheid. Molecular diagnosis of tuberculosis.
14. World Health Organization. WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis Treatment, 2023.
15. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Management of Tuberculous Lymphadenitis, 2022.