



Article original

e-ISSN : 2617-5746

p-ISSN: 2617-5738

Prise en charge chirurgicale d'une greffe aspergillaire sur séquelles de tuberculose à Lubumbashi : à propos d'un cas.

Kabulo Kolela Y., Musangu Kapinga S., Nduwa D., Tshisuz Nawej C., Kutshid Nguz N. A

Résumé

L'aspergillome pulmonaire est une complication fréquente de la tuberculose pulmonaire. Elle peut survenir sur les lésions évolutives mais le plus souvent sur séquelles de tuberculose. Son diagnostic relativement simple demeure un défi dans notre milieu où l'accès aux soins spécialisés est difficile.

L'errance diagnostique est favorisée par le manque d'information, le retard de transfert des malades vers les structures sanitaires bien équipées et disposant d'un personnel qualifié.

Le traitement médical seul est souvent insuffisant dans ce cas. La chirurgie est incontournable ; elle permet un traitement curatif, une confirmation diagnostique en éliminant les causes néoplasiques et une amélioration du pronostic à long terme.

Nous présentons dans ce case report, un patient âgé de 35 ans qui a bénéficié d'une résection atypique indiquée devant une greffe aspergillaire pulmonaire apicale droite sur séquelles de tuberculose pulmonaire dans un contexte où la chirurgie thoracique n'est pas encore développée.

Mots clés : Aspergillome, Poumon, Chirurgie, Résection atypique, Lubumbashi

Correspondance

Kabulo Kolela Y.

Téléphone : +243990260447

Email : yannkabulo@gmail.com

Article reçu : 01-11-2024

Accepté : 01-01-2025 Publié : 27-01-2025



Copyright © 2025. Kabulo Kolela Y. et al This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : Kabulo Kolela Y. et al. Prise en charge chirurgicale d'une greffe aspergillaire sur séquelles de tuberculose à Lubumbashi : à propos d'un cas. 2025 ; 8(1) : 82 - 89

Introduction

L'aspergillome pulmonaire est une des formes des infections saprophytes la plus fréquente due à *aspergillus fumigatus*, se développant dans une cavité préexistante causée par une pathologie sous-jacente dont la tuberculose qui reste la plus fréquente dans les pays à faible revenu (1).

Cette lésion chronique se complique essentiellement d'hémorragie sous forme d'hémoptysie favorisée par une hypervascularisation. Dans ce cas la prise en charge efficace demeure chirurgicale (2).

En République Démocratique du Congo de manière générale et particulièrement à Lubumbashi, la chirurgie des séquelles de tuberculose est largement insuffisante voire inexistante; ce case report est à notre connaissance la première publication d'une résection pulmonaire atypique pour une greffe aspergillaire sur séquelles de tuberculose réalisée à Lubumbashi. L'objectif de ce cas clinique est de rapporter une observation relativement complexe et démontrer l'importance et les défis de la chirurgie dans la prise en charge des aspergillomes pulmonaires sur séquelles de tuberculose dans un contexte de ressources limitées.

Case report

Patient K.M âgé de 35 ans; vendeur de farine de maïs, prise en charge pour tuberculose pulmonaire en 2016 avec rechute en 2018. Depuis janvier 2023, le patient consulte pour toux hémoptoïque. Il présente donc une symptomatologie faite d'hémoptysie récidivante de moyenne à grande abondance évoluant depuis environ 10 mois accompagnée d'une dyspnée d'effort stade III de Sadoul sans fièvre ni amaigrissement. L'examen clinique mettait en évidence un syndrome de condensation pulmonaire apical droit chez un patient avec un état général conservé. La radiographie du thorax montrait une opacité homogène apicale droite sans autres signes associés (figure n°1). Le scanner thoracique mettait en évidence une image faisant évoquer une greffe aspergillaire au niveau du lobe pulmonaire supérieur droit caractérisée par une image pseudo tumorale aérée (figure n°2). Le taux d'hémoglobine était de 11g/dl. On notait à la spirométrie un trouble ventilatoire obstructif sévère (VEMS/CVF=56%). Le patient avait bénéficié d'un traitement médical hémostatique et antifongique sans amendement des signes. Nous avons donc indiqué et réalisé par une thoracotomie postérolatérale droite, une résection atypique au lobe supérieur du poumon droit emportant l'aspergillome. L'exploration chirurgicale avait mis en évidence des nombreuses adhérences apicales, médiastinales et postérieures intéressant essentiellement le lobe supérieur, une masse pseudotumorale du lobe supérieur droit (forte suspicion d'aspergillome) contenant des calcifications et une masse faisant penser à une truffe aspergillaire. Des petites bulles d'emphysème et des lésions parenchymateuses blanchâtres faisant évoquer une nécrose caséuse sur le lobe moyen et sur le lobe inférieur (figure n°3). La pièce opératoire a été envoyée au laboratoire pour examen anatomopathologique et confirmation diagnostique. L'analyse anatomopathologique n'était pas contributive. Les suites opératoires immédiates étaient simples et le patient a été mis en exéat à J5 postopératoire. La radiographie de contrôle réalisée à M6

postopératoire montrait une bonne ré-expansion pulmonaire avec une fibrose apicale droite (figure n°4).

Discussion

Aspergillus englobe un groupe de champignons ubiquitaires auxquels l'être humain est quotidiennement exposé. Il est rarement pathogène chez le patient immunocompétent, cependant il peut être responsable de différentes formes de maladies dans certaines conditions (3).

L'évolution de la tuberculose pulmonaire est habituellement favorable sous traitement spécifique. A un stade précoce, après le contrôle de l'infection bacillaire, les lésions peuvent évoluer vers la cicatrisation en laissant parfois de discrètes séquelles parenchymateuses. Parfois la stérilisation du foyer tuberculeux reste impossible. Le Bacille de Koch devient résistant aux antituberculeux qui deviennent inefficaces. Ce qui est à l'origine de rechute de la maladie. A un stade évolué, la fibrose rétractile aboutira à une mutilation pleuro-parenchymateuse et bronchique pouvant revêtir plusieurs aspects représentant les lésions séquellaires de la tuberculose pulmonaire : fibrose rétractile, bronchectasies, fistules broncho-pleurales et cavernes résiduelles où peuvent se faire des greffes aspergillaires (2).

L'aspergillome pulmonaire est une infection chronique. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques, l'hémoptysie est le principal signe révélateur, allant de minimes crachats sanglants à une hémoptysie cataclysmique. Ce symptôme peut être interprété à tort comme la récurrence d'une tuberculose pulmonaire, car l'association aspergillome-tuberculose évolutive est très rare (2). La lobectomie est la modalité chirurgicale recommandée. Toutefois, les études actuelles montrent que la Wedge résection serait meilleure que la lobectomie (3).

Dans les résections atypiques, il existe toute de même un risque de dissémination des germes dans l'espace pleural. Il n'existe pas un algorithme dans la prise en charge de l'aspergillome pulmonaire (4,5).

La Wedge résection peut être réalisée chez les patients qui ne peuvent pas bénéficier d'une lobectomie. Elle peut être réalisée sans crainte en cas d'aspergillome car les complications et la mortalité sont faibles. C'est donc une alternative à la lobectomie dans l'aspergillome dans le cas où le patient a une faible réserve pulmonaire et des adhérences (3).

La prévention de la récurrence des hémoptysies est l'une des indications de la prise en charge chirurgicale de l'aspergillome (6).

Notre observation souligne l'importance d'une collaboration étroite entre pneumologues, chirurgiens thoraciques et anesthésistes pour améliorer la qualité des soins et les résultats à long terme. Elle constitue aussi un plaidoyer aux décideurs pour mettre à disposition des acteurs de la santé les moyens nécessaires pour la meilleure prise en charge des patients.

Conclusion

La tuberculose pulmonaire est un réel problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Sa prise en charge est bien codifiée et est avant tout médicale ; cependant cette pathologie peut entraîner des séquelles irréversibles sur lesquelles peuvent se développer d'autres infections notamment une aspergillose responsable d'une altération de la fonction respiratoire et d'hémoptysie pouvant être fatale. La chirurgie d'exérèse pulmonaire est incontournable étant donné que le traitement médical à lui seul est inefficace. Ceci montre la nécessité d'une parfaite collaboration entre pneumologue, chirurgien thoracique et anesthésiste ; l'importance d'une sensibilisation de tous les acteurs de la santé sur les séquelles de tuberculose et leur prise en charge chirurgicale afin d'améliorer la qualité des soins.

Références

1. Harmouchi H. et al, chirurgie de l'aspergillome pulmonaire à propos de 57 cas, Journal Marocain des Sciences Médicales, Tome 21, n°3, 2017.
2. Yane, chirurgie des complications de la tuberculose pulmonaire, Développement et Santé, n°190, 2008.
3. Keskin H, Dirol H, Bozkurt N, Pulmonary aspergilloma management: 5 years of experience from a tertiary hospital. *Kardiochir Torakochirurgia Pol.* 2022 Dec; 19(4):194-198.
4. Yuan P, Cao JL, Huang S, Zhang C, Bao FC, Hu YJ, Lv W, Hu J. Sublobar resection for pulmonary aspergilloma: a safe alternative to lobectomy. *Ann Thorac Surg* 2017; 103: 1788-1794.
5. Denning DW, Pleuvry A, Cole DC. Global burden of chronic pulmonary aspergillosis as a sequel to pulmonary tuberculosis. *Bull World Health Organ* 2011; 89: 864-872.
6. Regnard JF, Icard P, Nicolosi M, Spaggiarri L, Magdeleinat P, Jauffret B, Levasseur P. Aspergilloma: a series of surgical cases. *Ann Thorac Surg.* 2000 Mar ;69(3) :898-903).



Figure 1 : Radiographie du thorax face préopératoire montrant une opacité circonscrite apicale droite

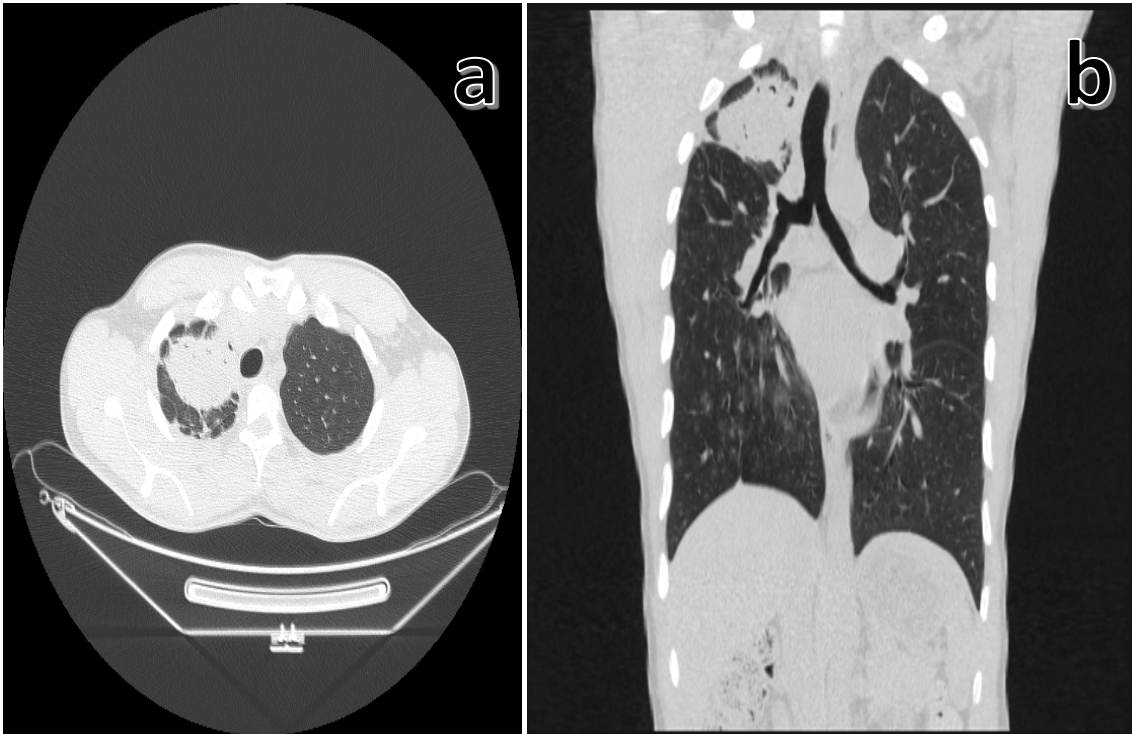


Figure 2 : Scanner thoracique montrant une image faisant évoquer une greffe aspergillaire en apicale droite (a,b) et des lésions emphysémateuses modérées (a).

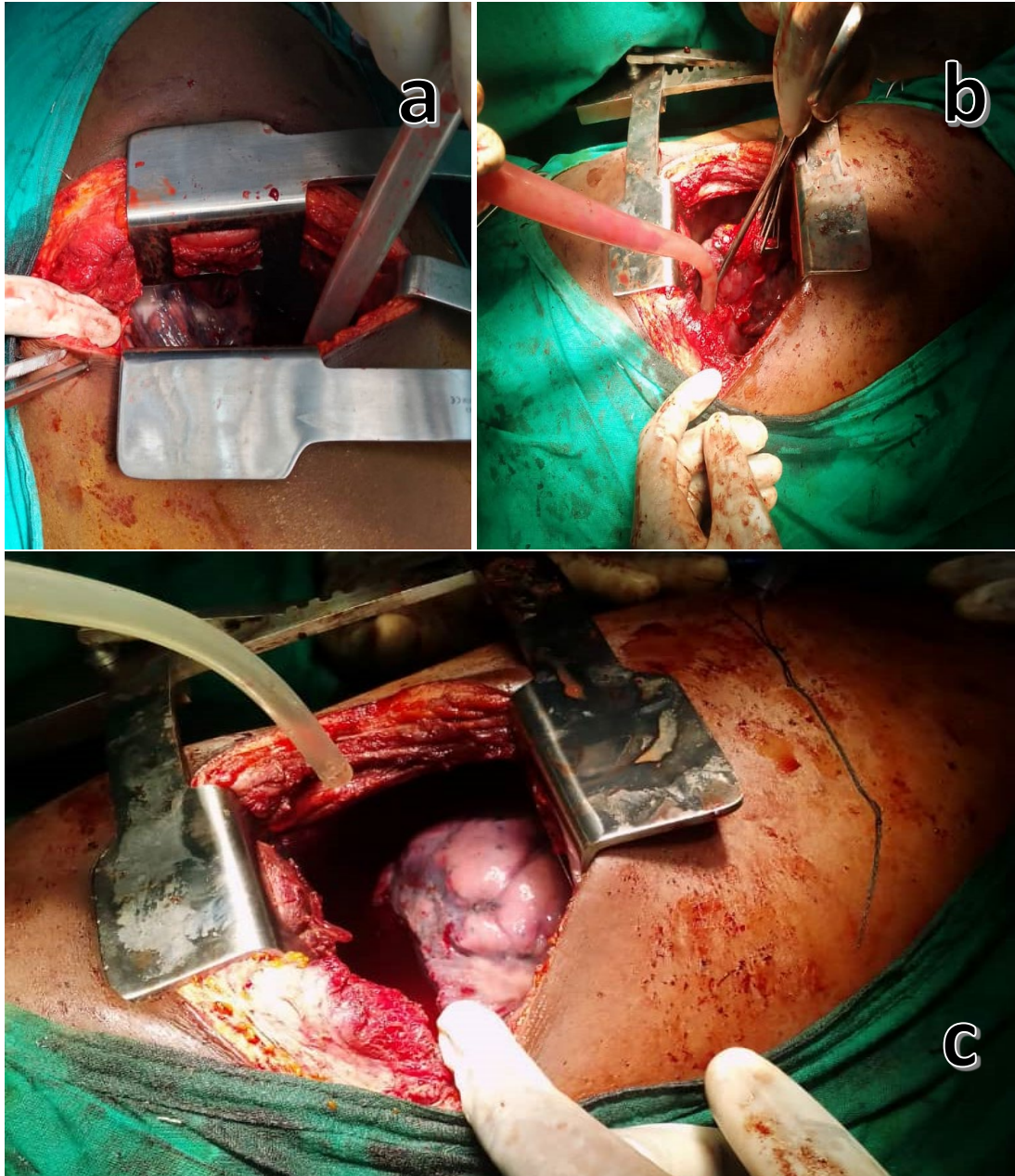


Figure 3 : Vue peropératoire. Abord chirurgical par thoracotomie postérolatérale droite mettant en évidence des zones de nécroses caséuses (a), des adhérences pleuropulmonaire et une greffe aspergillaire apicale après adhésiolyse laborieuse (b). Aspect final après résection atypique et test d'étanchéité (c).



Figure 4 : Radiographie de contrôle à 6 mois après l'intervention (excellent résultat marqué par une ré-expansion pulmonaire avec une fibrose comblant le sommet de l'hémichamp pulmonaire droit).