IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)
e-ISSN: 2279-0853, p-ISSN: 2279-0861.Volume 25, Issue 11 Ser. 2 (November. 2026), PP 34-37
www.iosrjournals.org

Association carcinome bronchogénique et tuberculose pulmonaire

Mouhssine Nassima, Bamha Hajar, EL Khattabi Wiam, Bentaleb Sara, Msika Salma, Bougteb Nabil, Arfaoui Hajar, Afif Hicham.
Service de maladies respiratoires ,Hôpital 20 Août, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Resumé :
Les relations entre cancer bronchique et tuberculose pulmonaire sont complexes, leur association est rare et complique la prise en charge et le pronostic.
Il s'agit d'un patient de 53 ans, tabagique chronique à 36 PA, alcoolique occasionnel sevré, qui consulte pour des douleurs sous scapulaires gauches évoluant depuis 6 mois, une toux sèche avec dyspnée stade 2 mMRC, associés à des céphalées, une lenteur de la parole, et un trouble de la marche, évoluant dans un contexte de fléchissement de l'état général, avec à l'examen clinique des douleurs à la palpation des arcs postérieurs des 4, 5, 6 èmes côtes gauches avec un syndrome cérébelleux. La TDM thoracique a montré un processus médiastino-pulmonaire gauche avec une image excavée droite associés à des lésions cérébélleuses.
L'étude histologique de la ponction biopsie transpariétale a confirmé le carcinome peu différencié et invasif non à petites cellules (TTF1- , P40 -) avec un GeneXpert positif au niveau des aspirations bronchiques.

Mots clés : *Carcinome bronchogénique, tuberculose pulmonaire, syndrome cérébelleux, GeneXpert*

Date of Submission: 02-11-2026 Date of Acceptance: 12-11-2026

I. Introduction :

Le lien entre le cancer pulmonaire et la tuberculose est complexe. La tuberculose a longtemps été suspectée d'augmenter le risque de cancer pulmonaire tandis que le cancer et ses traitements sont des facteurs susceptibles de favoriser la réactivation d'une tuberculose. La coexistence de ces deux pathologies chez un même patient est rare, compliquant ainsi leur prise en charge et le pronostic.

II. Observation :

Patient âgé de 53 ans, tabagique chronique à 36 PA non sevré et alcoolique occasionnel sevré, qui consulte pour des douleurs sous scapulaires gauches évoluant depuis 6 mois, associées à une toux sèche et à une dyspnée stade 2 mMRC, évoluant dans un contexte de sensations fébriles et de fléchissement de l'état général, l'évolution a été marquée par l'installation brutale depuis 25 jours avant son admission d'une symptomatologie neurologique faite de céphalées, lenteur de la parole et trouble de la marche.

L'examen clinique trouve un patient en assez bon état général, PS à 1 avec à l'examen pleuropulmonaire des douleurs à la palpation des arcs postérieurs des 4, 5, 6 èmes côtes gauches avec à l'examen neurologique un syndrome cérébelleux fait d'une marche pseudo-ébrieuse, un Romberg positif, un trouble de coordination à type d'hypermétrie (manœuvre doigt-nez), une dysarthrie avec une déviation de la commissure labiale vers la droite, le reste de l'examen somatique était sans particularité.

La radiographie thoracique a objectivé la présence d'une image excavée à droite avec une opacité hilaire gauche (figure 1).

La TDM thoracique a montré des Lésions excavées associées à un processus médiastino-pulmonaire gauche au contact de la gouttière costo-vertébrale à projection de D3-D4 et D7 avec érosion du bord latéral gauche de L3 (figure 2).
L'IRM cérébrale a objectivé la présence de formations nodulaire au nombre de 3 en hyposignal T1 Hypersignal T2 FLAIR et diffusion hétérogène avec chute de signal sur la cartographie ADC se réhaussent de façon annulaire par PDC : une lésion cérébello-vermienne droite 38mm , une lésion cérébelleuse droite de 9mm et une lésion cérébelleuse gauche de 16 mm (figure 1).

L'aspect endoscopique lors de la bronchoscopie souple était sensiblement normal, les biospies bronchiques ont montré des remaniement inflammatoire chronique non spécifique, et le Genexpert était positif au niveau des aspirations bronchiques

La ponction biospie trans pariétale a confirmé que c'est un carcinome peu différencié et invasif non à petites cellules (TTF1- , P40 -).
La décision de la réunion de concertation pluridisciplinaire d'oncologie thoracique était de démarrer une chimiothérapie palliative après 1 mois de traitement antibacillaire , associée à un antiépileptique avec corticothérapie per os et des mesures adjuvants. Le patient est décédé 2 semaine après démarrage du traitement antibacillaire.

III. Discussion :

Les relations entre cancer bronchique et tuberculose pulmonaire sont complexes. D'une part, la tuberculose est suspectée d'agmenter le risque de cancer bronchique, d'autre part, le cancer et ses traitements sont des facteurs susceptibles de favoriser la réactivation d'une tuberculose. L'association est rare et complique la prise en charge et le pronostic.
La tuberculose demeure une cause importante de morbidité et de mortalité, malgré une prévention adéquate, des méthodes diagnostiques fiables et des traitements efficaces, en particulier dans les pays pauvres et en développement (1, 2). La survenue simultanée ou séquentielle de la TB et d'un CBP chez un même patient a été rapportée dans diverses séries de cas (1).
Ces patients peuvent être des sujets atteints de cancer du poumon développant une tuberculose pulmonaire active, ou des patients auparavant traités pour une tuberculose chez lesquels un carcinome se développe. L'inflammation chronique induite par la tuberculose est considérée comme un facteur contribuant à la genèse du cancer (3).

Et les patients atteints de cancer sont vulnérables au développement d'une tuberculose active en raison de l'immunosuppression induite par des modalités thérapeutiques intensives, telles qu'une chimiothérapie agressive, une radiothérapie, ou encore par la malnutrition (4).

Dans une étude post mortem, le néoplasme pouvait envahir par contiguïté, lors de son évolution, les granulomes tuberculeux préexistants entraînant ainsi la réactivation de la tuberculose.

La tuberculose pulmonaire peut simuler un processus pulmonaire cliniquement aussi bien qu'en imagerie d'ou la difficulté diagnostique.

Des études antérieures ont suggéré que le signe le plus précoce de la coexistence d'un carcinome bronchogénique et d'une tuberculose est l'évolution atypique de cette dernière, telle qu'elle apparaît sur les radiographies thoraciques (5). Ces études soulignaient que l'apparition soudaine de nouvelles lésions, une atélectasie segmentaire ou lobaire, un gros hile, des cavités à parois épaisses, ainsi qu'un processus pneumonique localisé sont autant d'éléments évocateurs d'un carcinome.

Ting et al. (6) ont proposé plusieurs signes radiographiques qui permettent de suspecter l'association des deux pathologies. Parmis eux : une progression d'un infiltrat pulmonaire même sous traitement antituberculeux ; l'apparition d'un infiltrat ou d'une atélectasie au niveau des segments basaux des lobes inférieurs ou des segments antérieurs des lobes supérieurs ; un aspect de gros hile, un épaississement pleural progressif sous traitement antibacillaire,l'apparition d'un nodule pulmonaire unique de plus de 3 cm de diamètre, avec une paroi et un contour irréguliers .

Sur le plan histologique , l'adénocarcinome survient surtout sur des lésions cicatricielles de tubercuose pulmonaire, et dans les autre cas , le carcinome épidermoide domine.
Les effets indésirables des antituberculeux sont identiques chez le sujet immunodeprimé et immunocompetent, et l'association des deux traitements entraine une majoration du risque d'effets scondaires soit par toxicité additive, soit par modification de l'efficacité du traitement anticancéreux. L'association tuberculose pulmonaire et processus pulmonaire est certe rare mais grave, posant un problème diagnostic responsable d'un retard diagnostic et prise en charge inappropriée.

IV. Conclusion

La tuberculose active associée au cancer du poumon représente un problème clinique majeur dans notre pays. Bien que relativement rare, cette combinaison est grave et engendre des défis importants, notamment en termes de diagnostic, de tolérance aux traitements antituberculeux et antimitotiques, ainsi qu'en matière de pronostic, en raison du taux de mortalité élevé.

Conflits d'intêret : Pas de conflits d'interets

Réferences :

[1]. Silva DR, Valentini DF, Jr, Müller AM, de Almeida CP, Dalcin Pde T. Pulmonary tuberculosis and lung cancer: simultaneous and sequential occurrence. J Bras Pneumol.

[2]. Liang HY, Li XL, Yu XS, Guan P, Yin ZH, He QC, et al. Facts and fiction of the relationship between preexisting tuberculosis and lung cancer risk: a systematic review. Int J Cancer.

[3]. Lubarsch O. Ueber den primaren Krebs des ileum, nebst bemerhunge uber das gleichzeitge vorkommen von krebs und tuberculose.

[4]. Harikrishna J, Sukaveni V, Kumar DP, Mohan A. Cancer and tuberculosis. JIACM.

[5]. Berroya Renato B., Polk John W., Raju Radma, Bailey Alan H. Concurrent pulmonary TB and primary carcinoma. Thorax. 1971;26:384–387.

[6]. Ting YM, Chirch WM, Ravikrishnan KP. Lung carcinoma superimposed on pulmonary TB. Radiology.

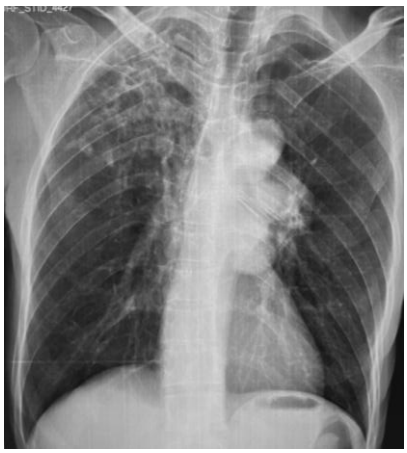
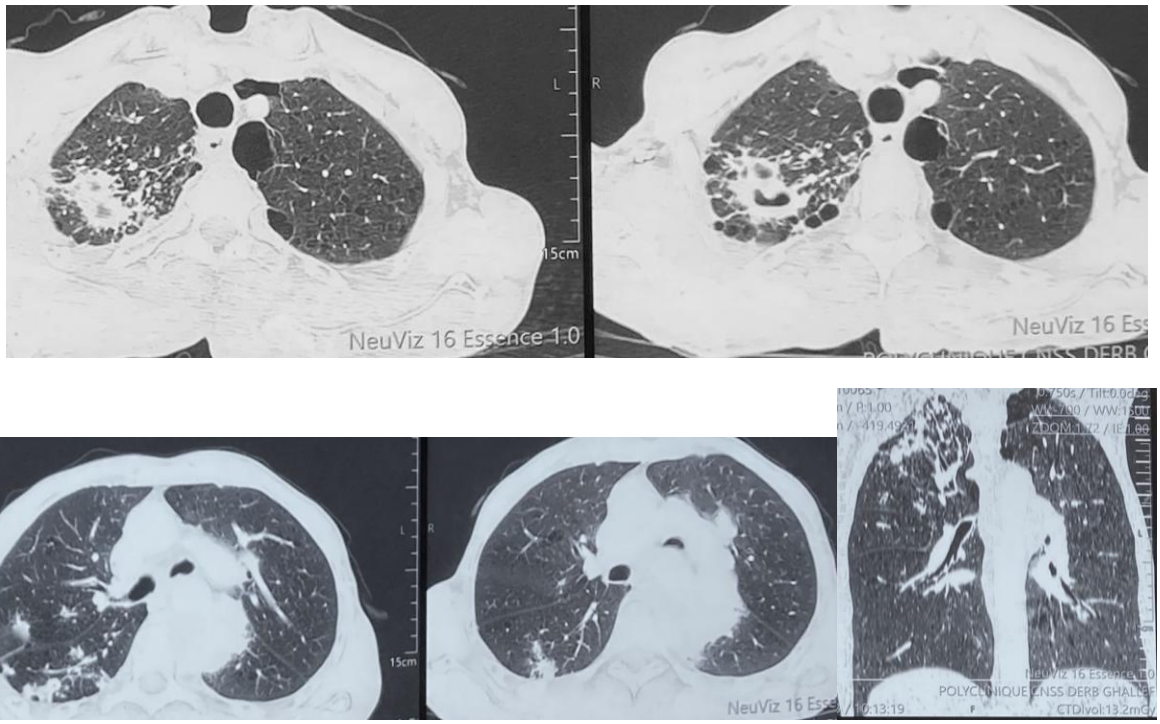


Figure 1 : Radiographie thoracique de face : Opacité excavée à droite avec syndrome intertitiel et une opacité hilaire gauche



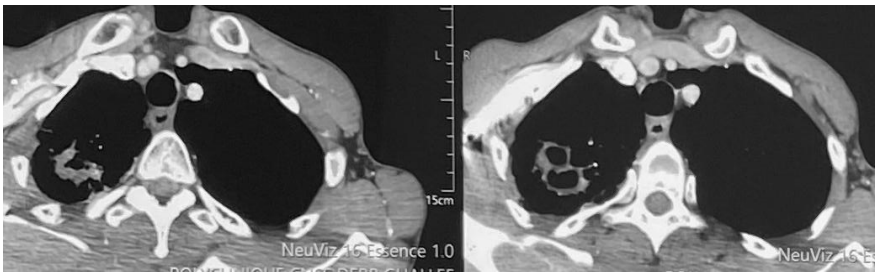


Figure 2: TDM thoracique : Lésions excavées LSD + Processus médiastino-pulmonaire gauche au contact de la gouttière costo-vertebrale à projection de D3-D4et D7avec érosion du bord latéral gauche de L3

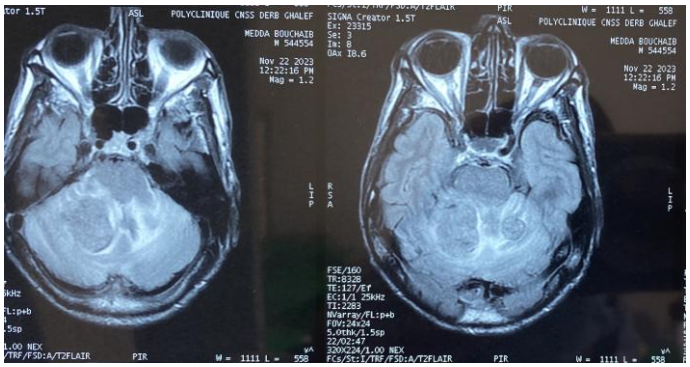


Figure 3 : IRM cérébrale : Formations nodulaire au nombre de 3 en hyposignal T1 Hypersignal T2 FLAIR et diffusion héterogène avec chute de signal sur la cartographie ADC se réhaussent de façon annulaire par PDC une cérébello- vermienne droite 38mm + une lésion cérébelleuse droite 9mm une lésion cérébelleuse gauche de 16 mm