



Open Access Full Text Article

CASE REPORT

Atypical miliary revealing adenocarcinoma in a young adult: About a case and review of the literature

Miliaire atypique révélant un adénocarcinome chez un jeune adulte: à Propos d'un cas et revue de littérature

FZ. Yousfi, S. Guerrouj, A. Thouil, H. Kouismi

Service de Pneumologie, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI
Faculté de Médecine et de Pharmacie Oujda

ABSTRACT

Atypical miliaria is defined radiologically by the presence of diffuse micronodules, of different sizes and irregular outlines distributed throughout the lung parenchyma and in an inhomogeneous manner.

This radiological image should evoke in particular causes of infectious origin but also a neoplastic origin.

We report the case of a 24-year-old young adult who presented with metastatic adenocarcinoma revealed by respiratory symptoms and a balloon release image on chest CT.

KEYWORDS: Atypical miliaria; Micronodule; Lung parenchyma; Neoplasia.

RÉSUMÉ

La miliaire atypique est définie radiologiquement par la présence de micronodules diffus, de taille différente et de contours irréguliers répartis dans l'ensemble du parenchyme pulmonaire et d'une façon inhomogène.

Cette image radiologique doit faire évoquer notamment des causes d'origines infectieuses mais également une origine néoplasique.

Nous rapportons le cas d'un jeune adulte de 24 ans, qui présente un adénocarcinome métastatique révélée par une symptomatologie respiratoire, et une image en lâcher de ballon au scanner thoracique.

MOTS CLÉS: Miliaire atypique; Micronodule; Parenchyme pulmonaire; Néoplasie.

Corresponding author:

Yousfi Fatima Zahra

Service de Pneumologie, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI
Faculté de Médecine et de Pharmacie Oujda

E-mail: yousfifatimazahra112@gmail.com

INTRODUCTION

Les étiologies des images en lâcher de ballons sont nombreuses. Elles font craindre en premier l'origine maligne dont les métastases pulmonaires. Leur découverte est parfois fortuite.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient de 23 ans, ayant comme antécédents notion de tabagisme occasionnel, sans autres antécédents pathologiques notables, mis sous traitement antibacillaire depuis un mois avant son admission pour tuberculose pulmonaire retenu sur des critères cliniques et radiologiques non confirmée bactériologiquement, admis en service de Pneumologie de CHU Mohammed VI Oujda pour une symptomatologie respiratoire faite de douleurs thoracique, d'une dyspnée chronique d'aggravation aiguë Stade 3 de la MMRC associée à un tableau digestif fait de douleurs abdominales diffuse, cette symptomatologie évoluait dans un contexte d'altération de l'état général d'amaigrissement non chiffré et dans un contexte fébrile. Examen clinique à l'admission trouvait un patient conscient, altéré, cachectique, stable sur le plan hémodynamique, désaturation à l'air ambiant à 87% corrigé sous 2L à 92%, conjonctives légèrement décolorée. Examen pleuro pulmonaire était sans particularités, et l'examen des aires ganglionnaire trouvait une adénopathie cervicale mobile droite de 2 cm mobile, sans signes inflammatoires. Examen abdominal était en faveur d'une sensibilité abdominale sans autres anomalies. Bilan biologique était marqué par une anémie normochrome normocytaire, une hyperleucocytose, à 14700 et une thrombocytose à 479000. Les recherches de BK étaient négatives, la recherche de pneumocystose Jiroveci était négative, la PCR Covid 19 était négative. La Radio thoracique montrait de multiples nodules confluents par endroit diffus au niveau des deux hémichamps thoraciques, associé à un épanchement pleural de faible abondance à droite (Figure 1).



FIGURE 1. Syndrome interstitiel fait d'opacités nodulaires et micronodulaires diffuses bilatérales dans les deux hémichamps pulmonaires associée à un épanchement liquidien droit.

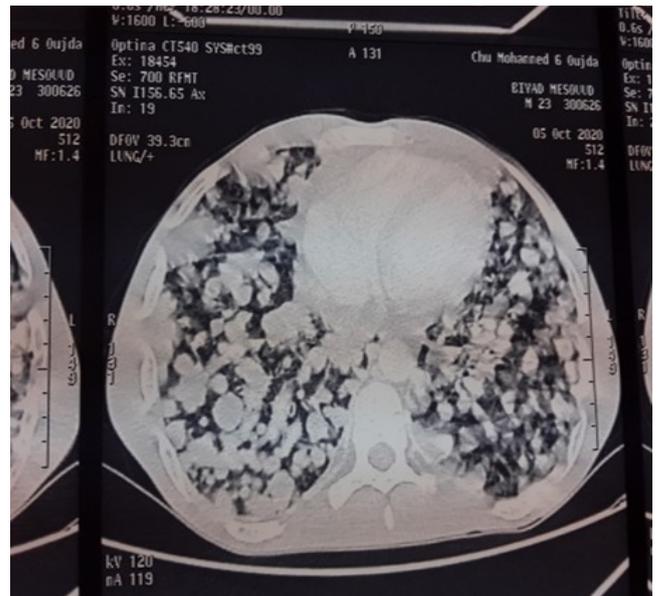


FIGURE 2. TDM thoracique montrant une image en lâcher de ballon.

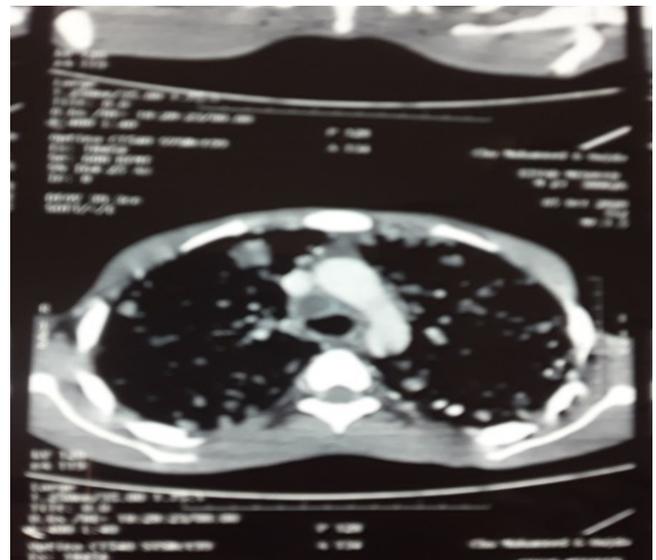


FIGURE 3. TDM thoracique objectivant des adénopathies médiastino-hilaires.

La TDM thoraciques objectivait des nodules pulmonaires bilatéraux réalisant un aspect en lâcher de ballon, des adénopathies nécrotiques médiastino-hilaires, axillaires, et sus claviculaires bilatérales (Figure 2 et Figure 3) lésions mixte du corps vertébral D12, avec un aspect hétérogène du corps vertébral D1. Echo abdominopelvienne: Discrète hépatomégalie associée à une plage au niveau du segment IV d'allure angiomasose.

L'étude anatomopathologique d'une biopsie ganglionnaire d'une adénopathie cervicale droite (Figure 4) était en faveur d'un aspect métastatique d'un adénocarcinome bien différencié dont l'origine immunohistochimique n'était pas identifiée car le patient est décédé suite à une détresse respiratoire et des troubles de conscience.



FIGURE 4. Cicatrice de la biopsie de l' adénopathie cervicale.

DISCUSSION

Devant l'aspect radiologique de lâcher de ballons, le premier diagnostic à évoquer est une lésion maligne notamment des métastases pulmonaires. Les étiologies bénignes représentent seulement 5 à 10% des lâchers de ballons pulmonaires et peuvent être d'origine infectieuse [1,2].

Les pathologies tumorales au premier rang desquelles les métastases de cancers testiculaires chez les hommes, de cancers du sein chez les femmes et plus rarement de cancers ORL, cancers bronchiques, cancers digestifs et sarcomes [3].

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun.

REFERENCES

1. Ariyurek MO, Karcaaltincaba M, Demirkazik FB, Akay H, Gedikoglu G, Emri S. Bilateral multiple pulmonary tuberculous nodules mimicking metastatic disease. *Eur J Radiol* 2002;44:33-6.
2. Félizot L, Lortholary A, Troussier J, De Rauglaude G, Mege M. Lâcher de ballon chez un homme jeune révélateur d'une sarcoïdose pulmonaire. *Press Med* 2000;29(17):977.
3. Canellos GP, Niedzwiecki D. Long-term follow-up of Hodgkin's disease trial. *N Engl J Med*. 2002; 336: 1417-18.
4. Cracco C, Divine M, Maitre B. Atteintes thoraciques au cours des lymphomes hodgkiniens. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2007; 24: 999-1012.
5. Ben Naoum, Chapuis E, Coste E et al. Localisation bronchique révélatrice d'une maladie de Hodgkin. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2004; 21: 599-601.
6. Chagnon K, Bergeron A. Pneumopathies des hémopathies malignes hors pneumopathies infectieuses et médicamenteuses. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pneumologie* 2011; 6-062-C-10.
7. Agarwal R, Srinivas R, Aggarwal AN. Parenchymal pseudotumoral tuberculosis: case series and systematic review of literature. *Res Med* 2008;102:382-9.

La littérature rapporte particulièrement chez le jeune adulte un lymphome hodgkinien révélée par un lâcher de ballon. Les caractéristiques radiographiques et tomодensitométriques du lymphome hodgkinien sont non spécifiques.

Dans sa forme primitive, l'atteinte parenchymateuse est exclusive sans adénopathie médiastinale [4,5]. L'atteinte est multi nodulaire, bilatérale, rarement isolée [6]. Parmi les causes bénignes, les granulomatoses, l'amylose, les nodules rhumatoïdes, les hamartomes, les pseudotumeurs inflammatoires sont parfois rapportés. Les pathologies infectieuses (tuberculose, kystes hydatiques) sont plus rarement décrites [3].

La présentation atypique de la tuberculose pulmonaire à type de nodules pulmonaires multiples bilatéraux de siège périphérique de plus de 1 cm simulant des métastases pulmonaires a été exceptionnellement rapportée dans la littérature [1]. Ces lésions peuvent s'excaver et /ou avoir des contours irréguliers avec des micronodules associés. La confirmation diagnostique histologique de ces lésions pulmonaires s'impose [7].

CONCLUSION

Seule la biopsie et éventuellement un examen histologique permet de confirmer le diagnostic d'une tuberculose. L'infection tuberculeuse ne doit pas être évoquée systématiquement sans preuve biologique ou histologique même en zone d'endémie.