A frontal chest X-ray showing the thoracic cavity. The lungs are visible, with some areas of increased opacity, particularly in the upper lobes, which are characteristic of tuberculosis. The heart and mediastinum are also visible. The text "Aspects radiologiques de la TB thoracique" is overlaid in yellow on the image.

**Aspects radiologiques
de la TB thoracique**

TB pulmonaire, principaux aspects radiologiques et diagnostics différentiels

TB commune de l'adulte

Miliaire

TB ganglionnaire

TB pleurale et péricardique

Séquelles

Tuberculose/SIDA : le SIDA modifie la présentation clinique et radiologique de la TB et l'évolution.

Les diagnostics différentiels sont nombreux. Il est important de les connaître afin de choisir le traitement adapté

TB commune de l'adulte

Images radiologiques de base :

- Nodules
- Infiltrats
- Cavernes
- Pneumonie tuberculeuse

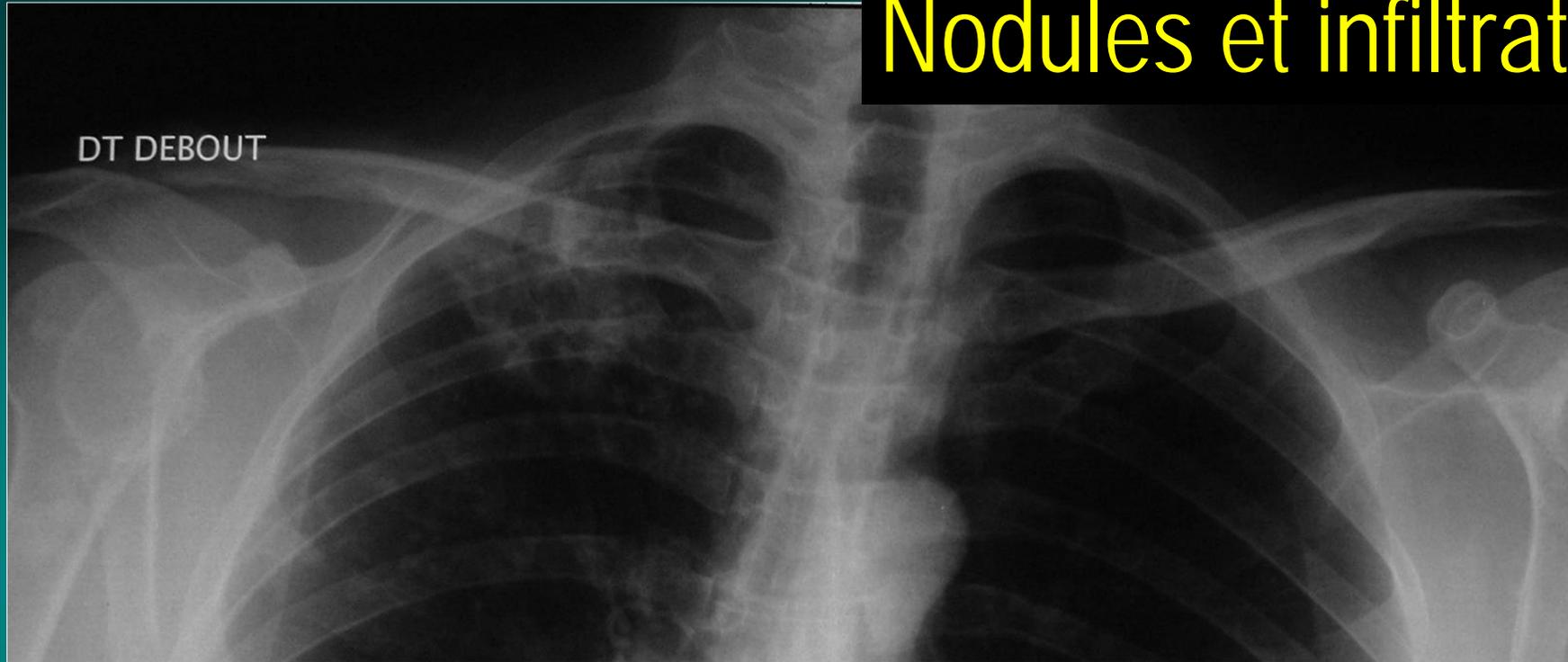
Ces images peuvent se succéder dans le temps :

nodule → macro nodule → nodule excavé → caverne



- Ces éléments sont très souvent associés chez le même patient
- L'association d'images d'âge différent et d'aspect différent est très évocatrice de TB
- Une image ronde de diamètre > 3 cm, non excavée, est très rarement TB

Nodules et infiltrats



Nodule : isolés ou groupés dans les lobes supérieurs ou le segment apical des lobes inférieurs

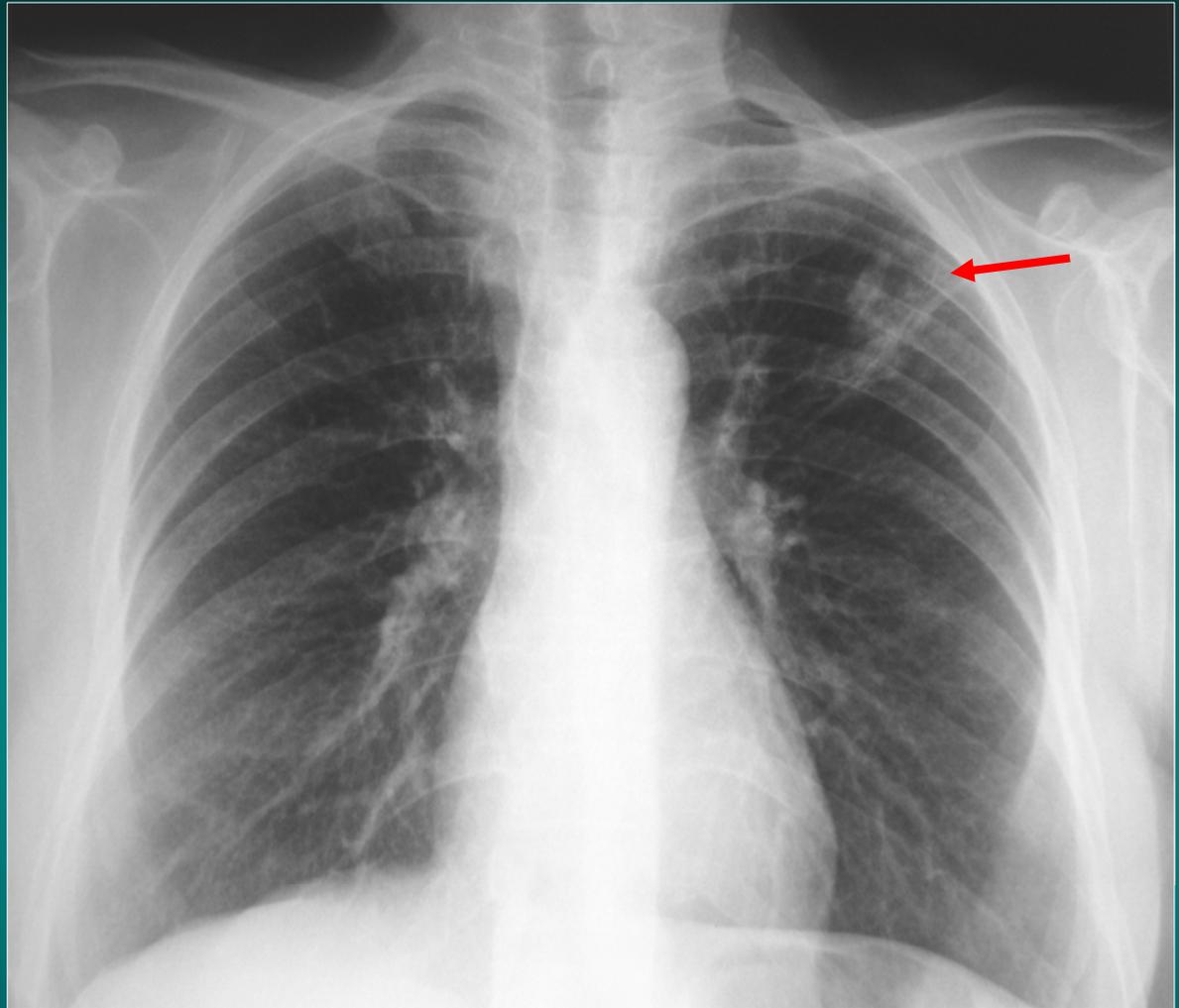
Infiltrat : groupe de nodules confluents de dimension inégale

L'excavation n'est pas toujours visible sur le cliché de thorax

S'il y a excavation, la recherche de BAAR dans les crachats est généralement positive : TPM+.

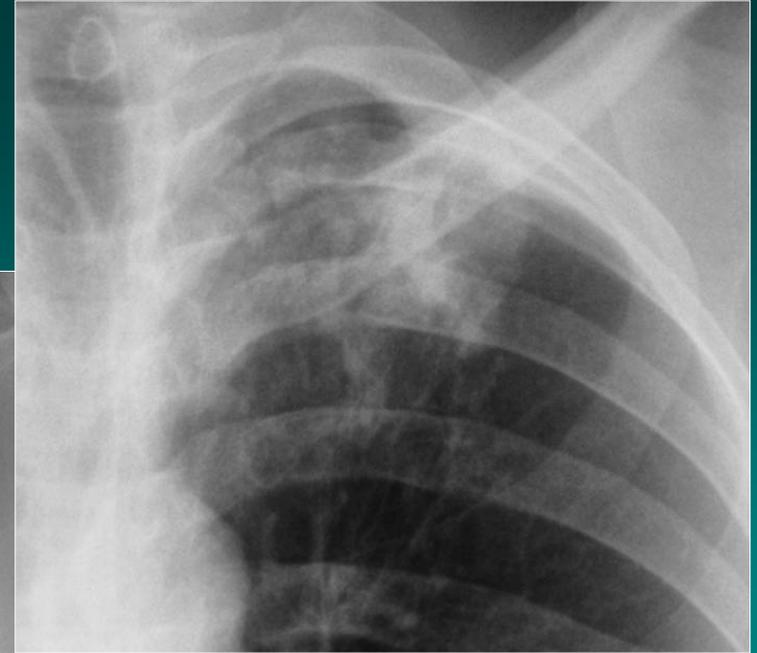
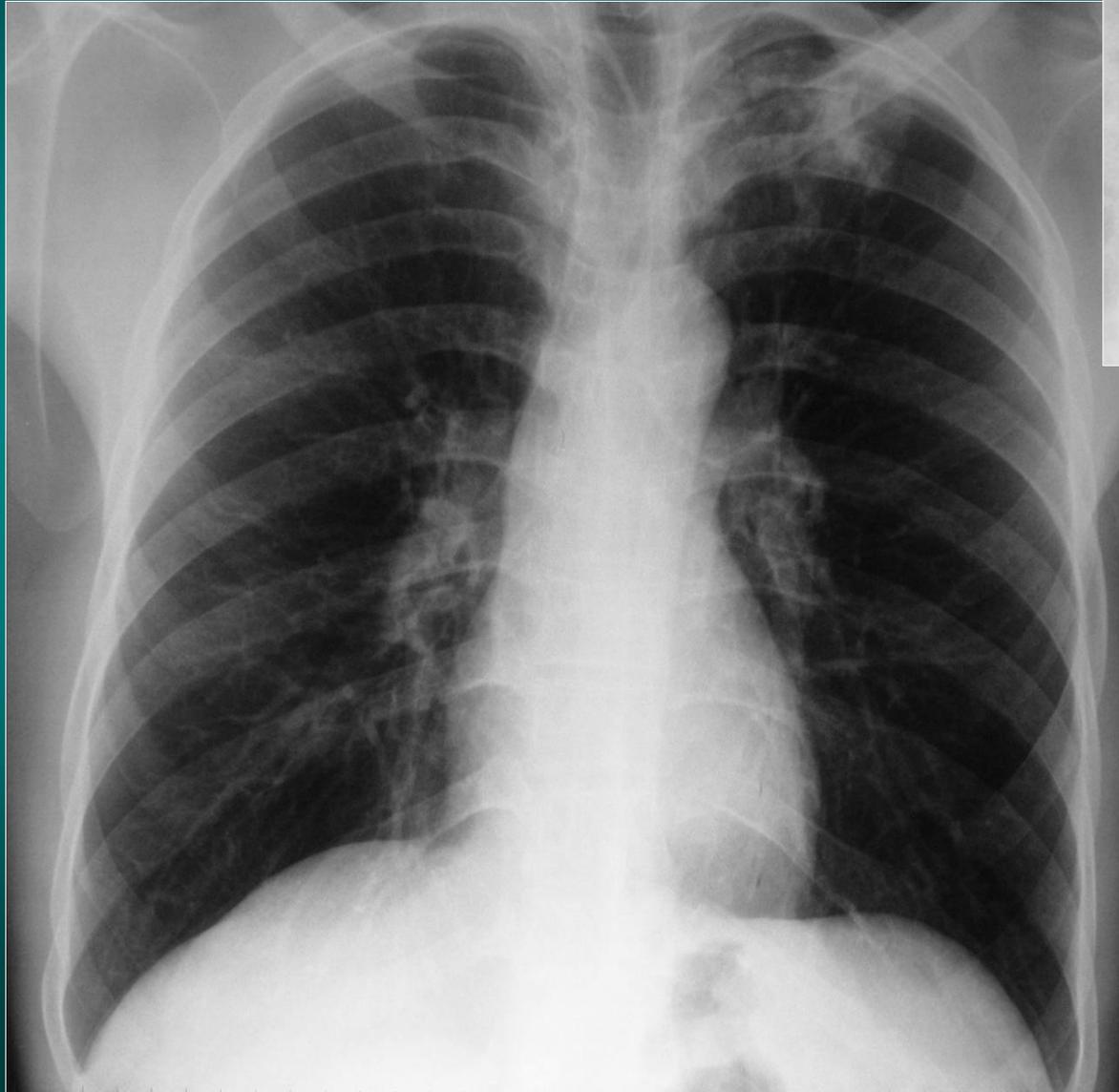
La TDM peut montrer une excavation non visible sur le cliché

Tuber-test 5U = 15mm
BEG,
Symptômes fonctionnels = 0,
Signes physiques = 0
Syndrome inflammatoire = 0
Expectoration :
BAAR - Cultures -

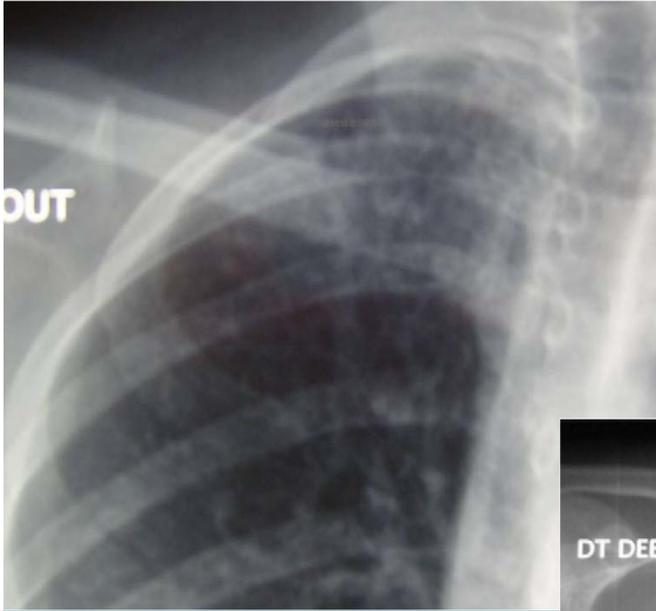


Probable infiltrat TB axillaire G

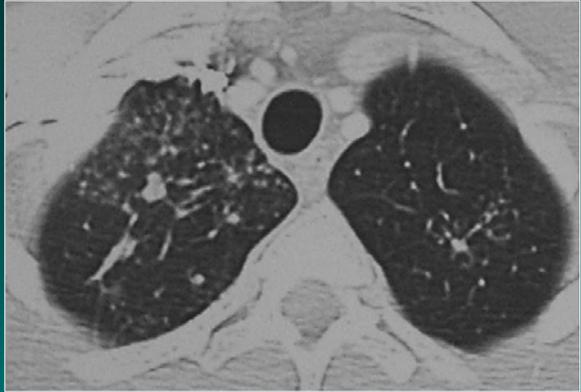
Homme 47 a, toux, petite hémoptysie BAAR -
Antécédent de TB dans la famille



Infiltrat TB apical G
à microscopie négative
très probable



Nodules TB
TPM -

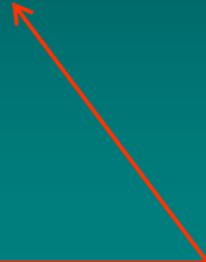


H 55 a
Fièvre, toux,
Amaigrissement
Crachat hémoptoïque
Antécédent
d'épanchement pleural



Cliché thoracique : séquelle pleurale G rétractile
Infiltrat et nodules axillaires droit .

BAAR + dans les crachats



Nodules excavés → BAAR +

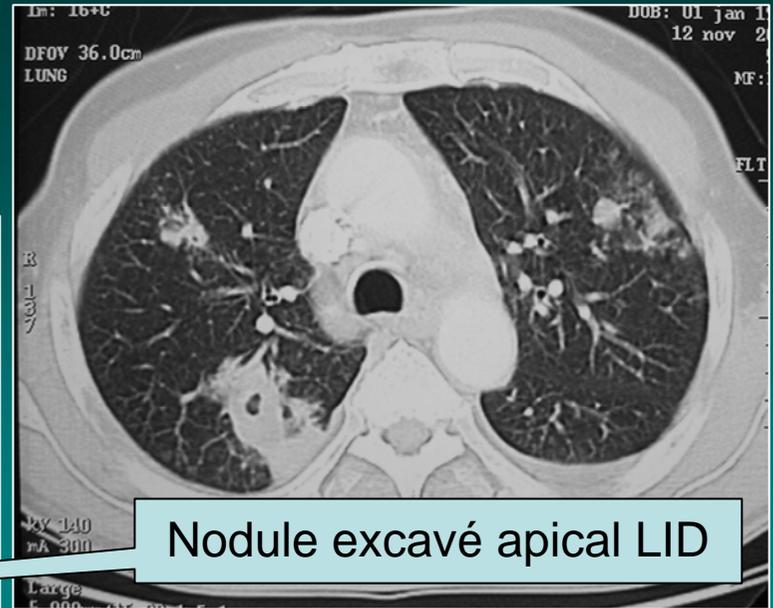
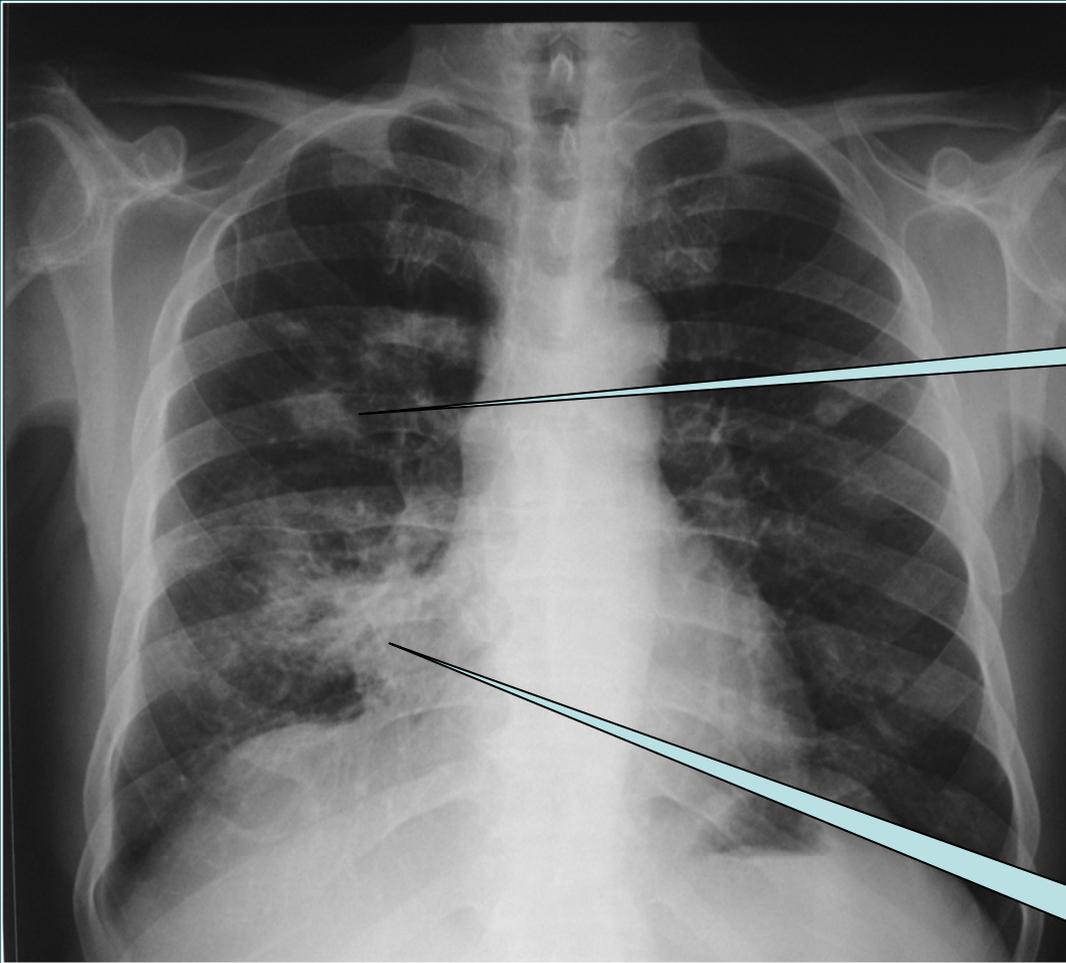


Homme, gros fumeur, toux, dyspnée, altération de l'état général

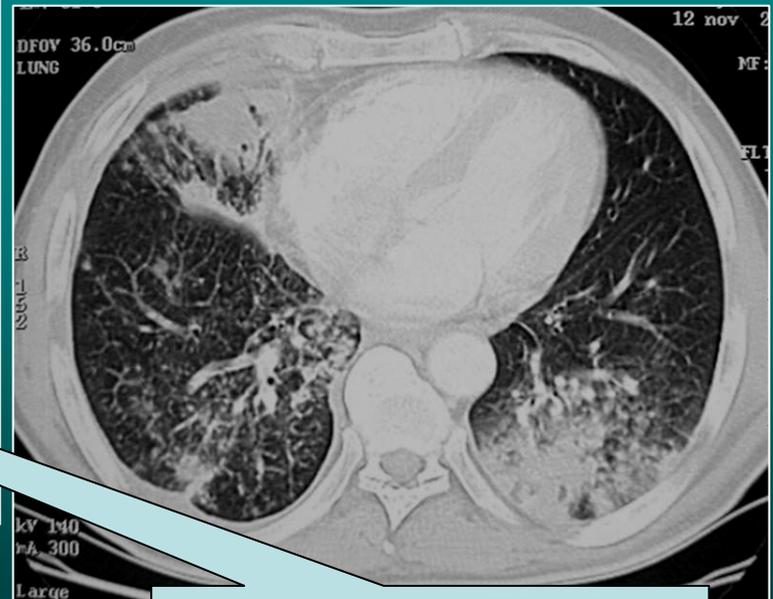


BAAR + dans les crachats

TB pulmonaire bilatérale, avec infiltrats et nodules excavés

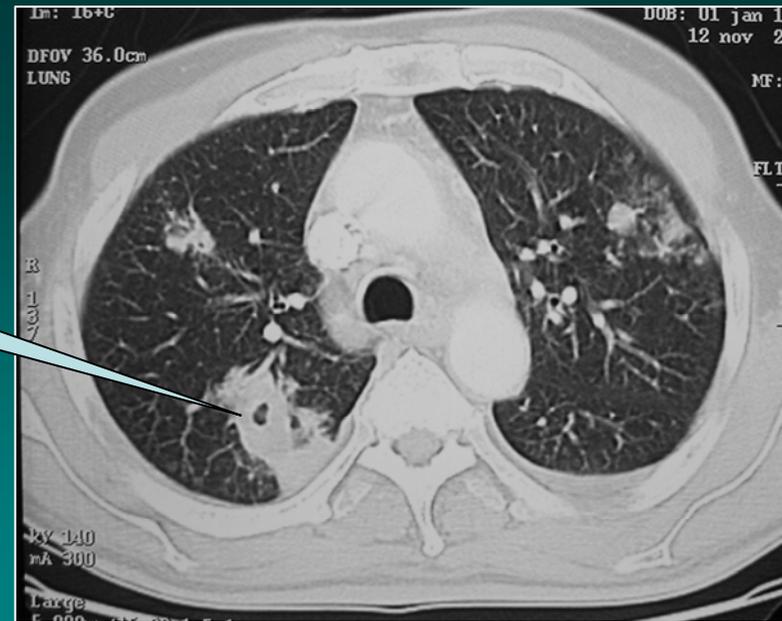


Nodule excavé apical LID

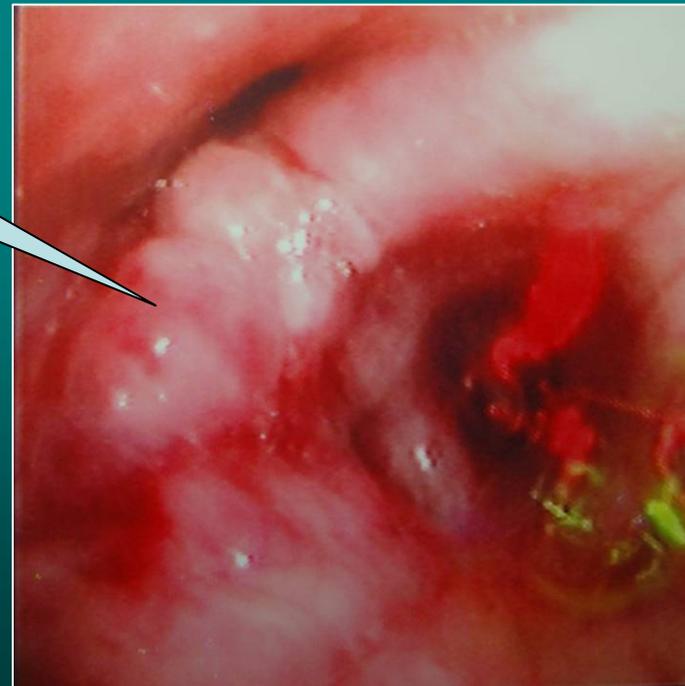


Pneumonie TB LM + LIG

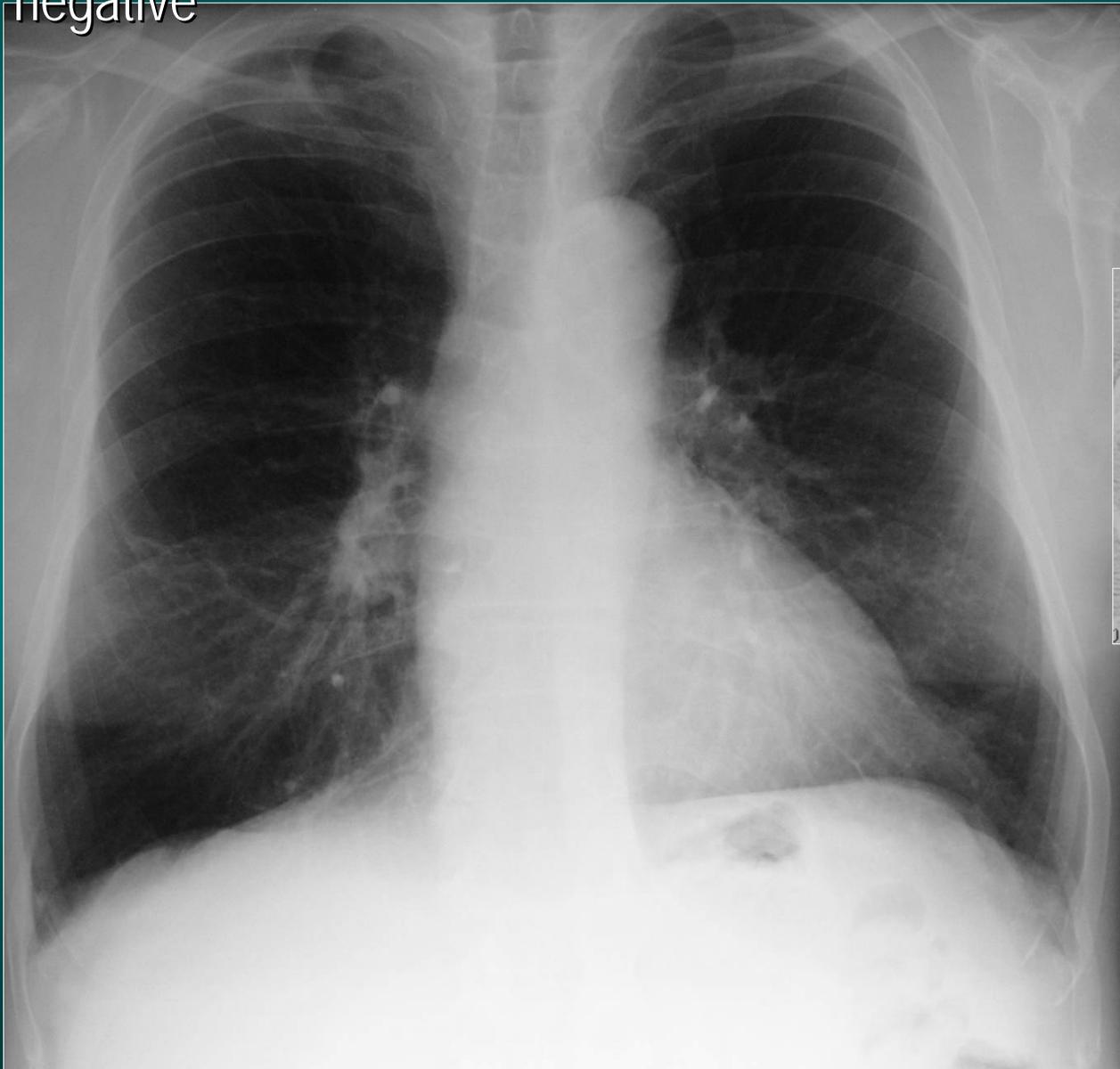
Excavation.
BAAR positifs dans les
crachats



Vue bronchoscopique : lésion
tuberculeuse endobronchique
avec granulomes tuberculeux
dans les biopsies



H 48 a, t° modérée, 1 crachat hémoptoïque. Atcd d'histoire TB familiale quand il était adolescent. Bon EG Recherche de BAAR négative

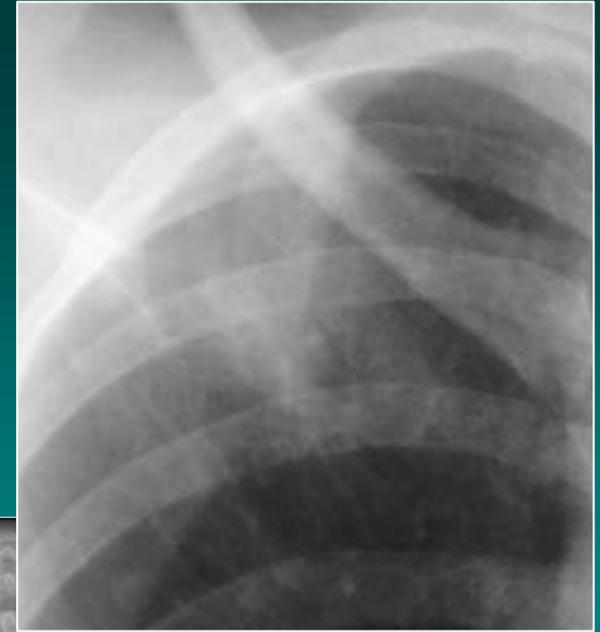


C'est un infiltrat TB rétro claviculaire
Vraie TPM-



Vous n'avez pas de TDM
Regardez bien
Comparez Dte et G !
Si vous hésitez, demandez
un cliché dos-plaque

Pour les aires supra claviculaires,
le cliché thoracique avec incidence
antéro postérieure est intéressant

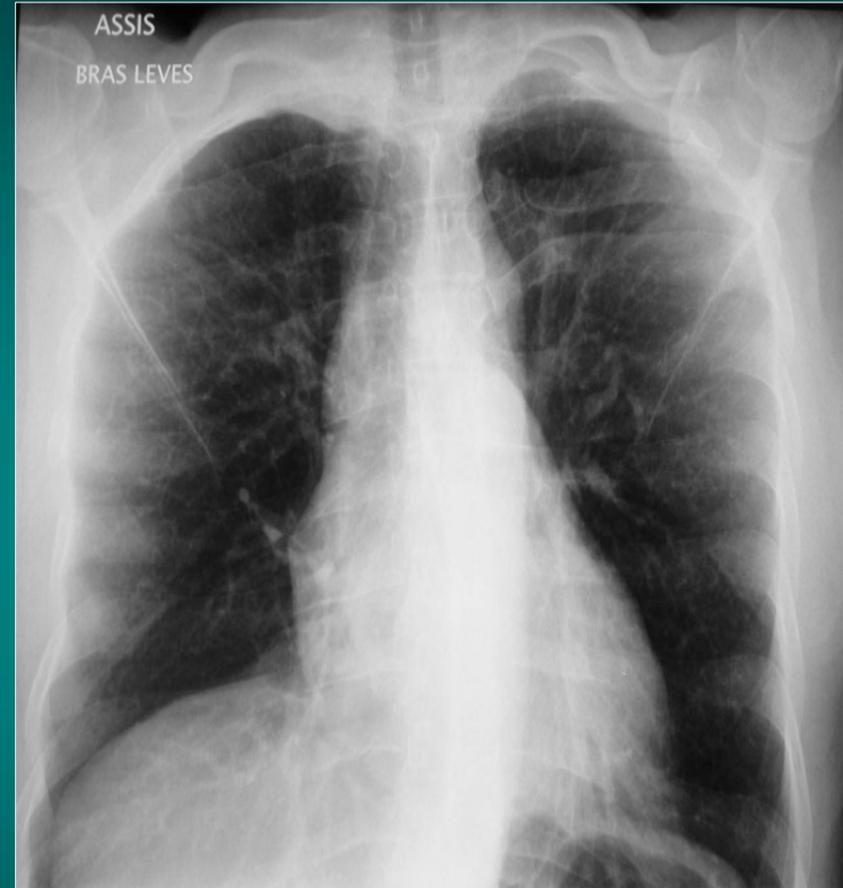
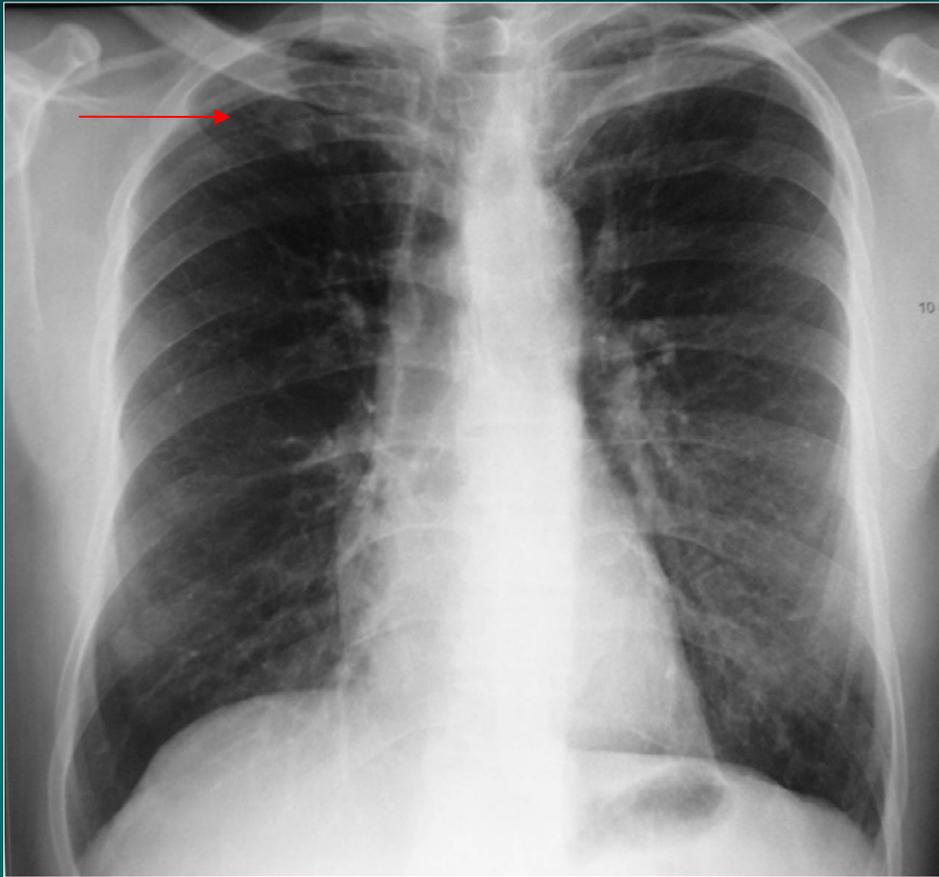


Pour les aires supra claviculaires, le cliché thoracique avec incidence antéro postérieure est intéressant



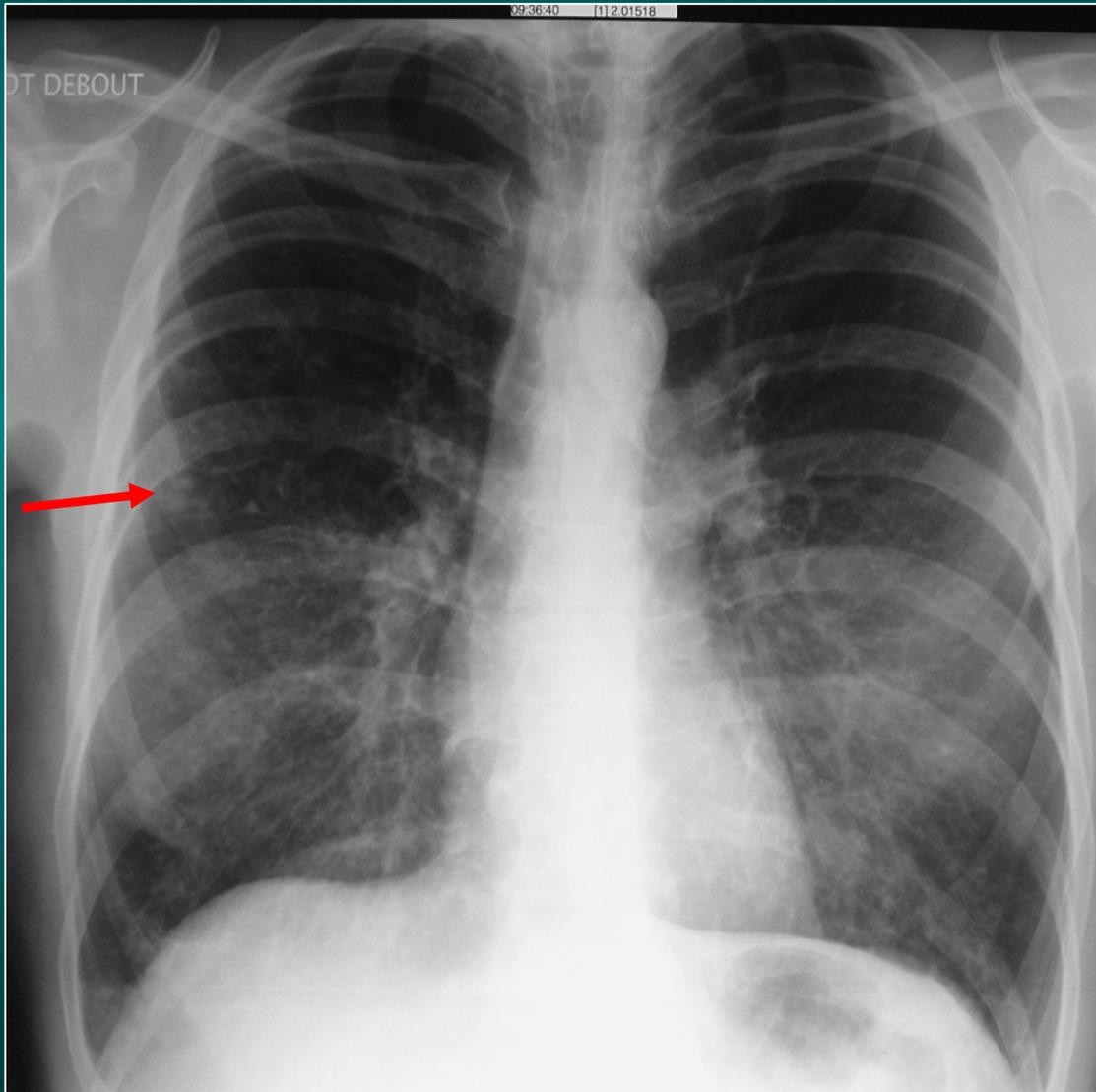
Cliché systématique après contage TB (TPM +) - Patient asymptomatique
Infiltrat rétro claviculaire droit ??



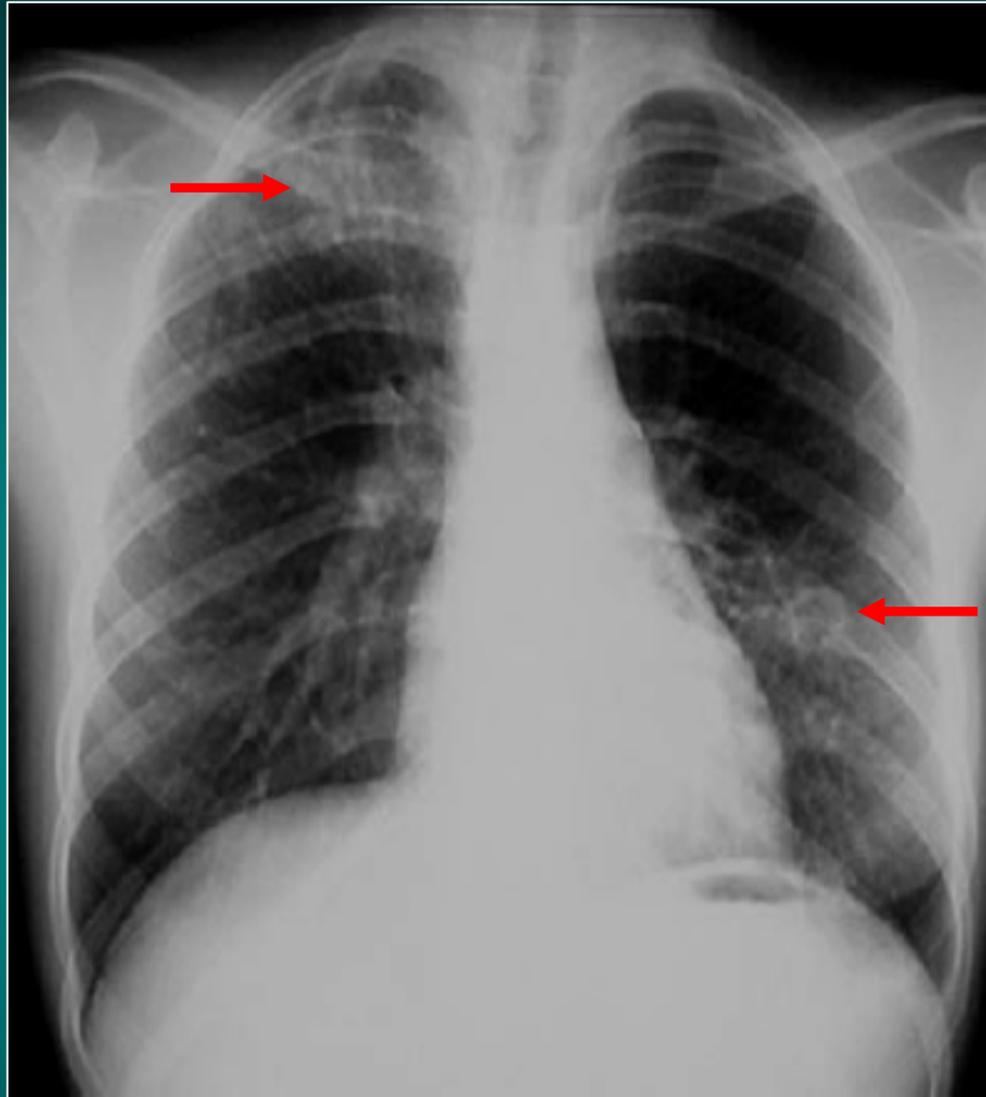


Même patient incidences Postéro-Ant (à G) et Ao-Post (à Dte) :
Disparition du Pseudo infiltrat TB
= Piège sur le cliché Post-Ant du aux superpositions osseuses et cartilagineuses

Femme, vivant avec un patient TB depuis plusieurs mois,
Bon EG pas de symptômes respiratoires, BAAR négatifs

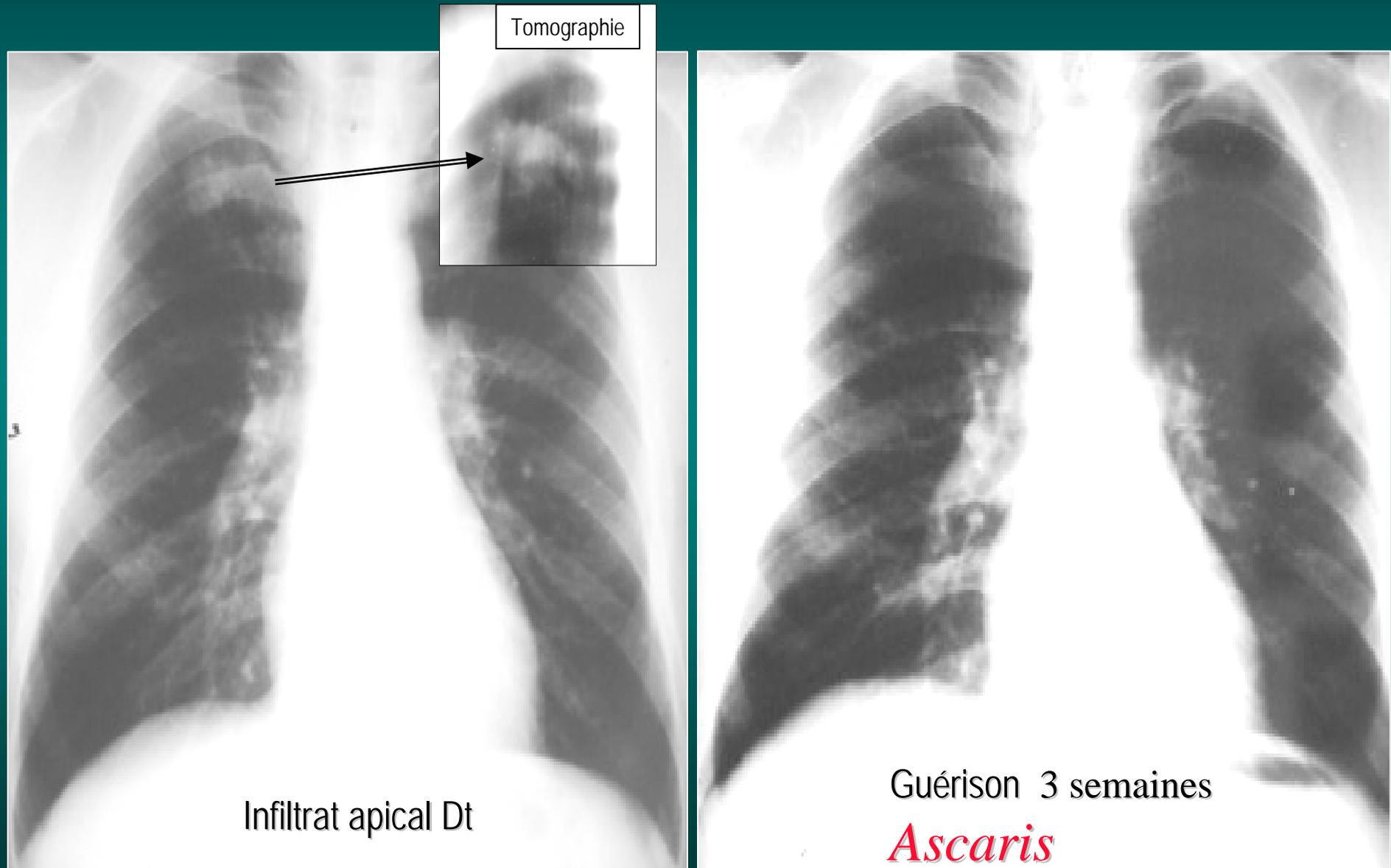


- Fièvre
- toux
- AEG



nodule → macronodule → nodule excavé → caverne
Chez ce patient, l'association infiltrat du sommet droit et caverne G
est très évocatrice de TB

H 30 a retour du Népal
Éosinophilie sanguine à 15%





"Infiltrat labile"
Anguillule

Les nodules tuberculeux et les infiltrats

- sont isolés ou groupés dans les lobes supérieurs ou dans le segment apical des lobes inférieurs.
- Ils sont difficiles à voir en région rétro-claviculaire
- Ces lésions sont souvent BAAR -
 - parce que non excavées,
 - sans communication avec les bronches et paucibacillaires
- L'association de lésions d'ancienneté différente (nodules, cavité, séquelles) ou de localisations extra pulmonaire est très évocatrice de tuberculose

➤ Les nodules et infiltrats sont souvent BAAR - dans l'expectoration. donc, le risque de contamination est faible (mais non nul)

➤ Les BAAR sont négatifs dans les crachats, mais parfois les cultures sont positives.

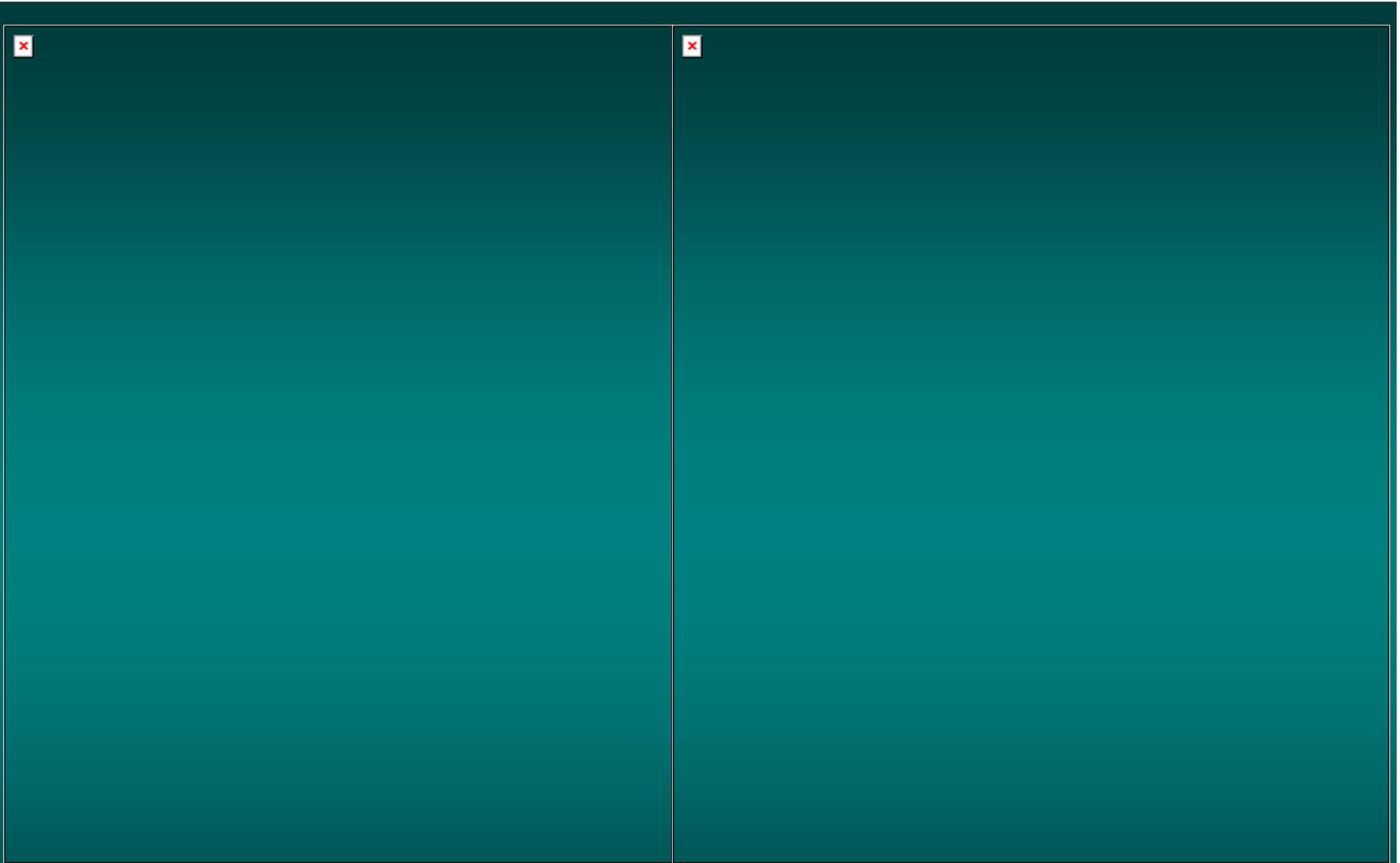
➤ Même si le risque de contamination est faible, il est important de dépister ces patients et de les traiter ... Avant qu'ils deviennent contagieux



Homme, 30 ans, toux, fièvre,
amaigrissement, asthénie

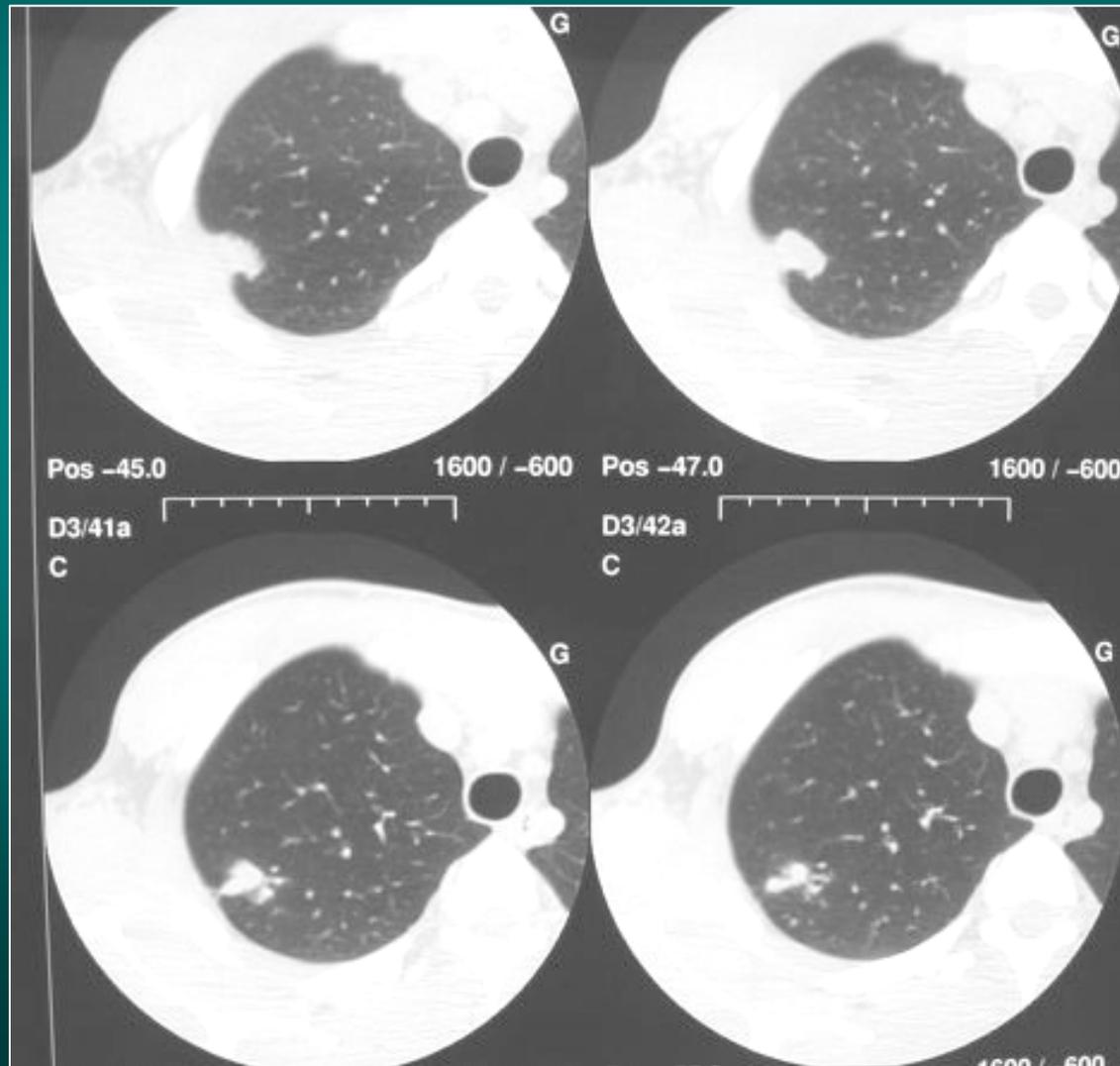
Infiltrat rétro claviculaire gauche

BAAR -
Traitement par Amoxicilline...

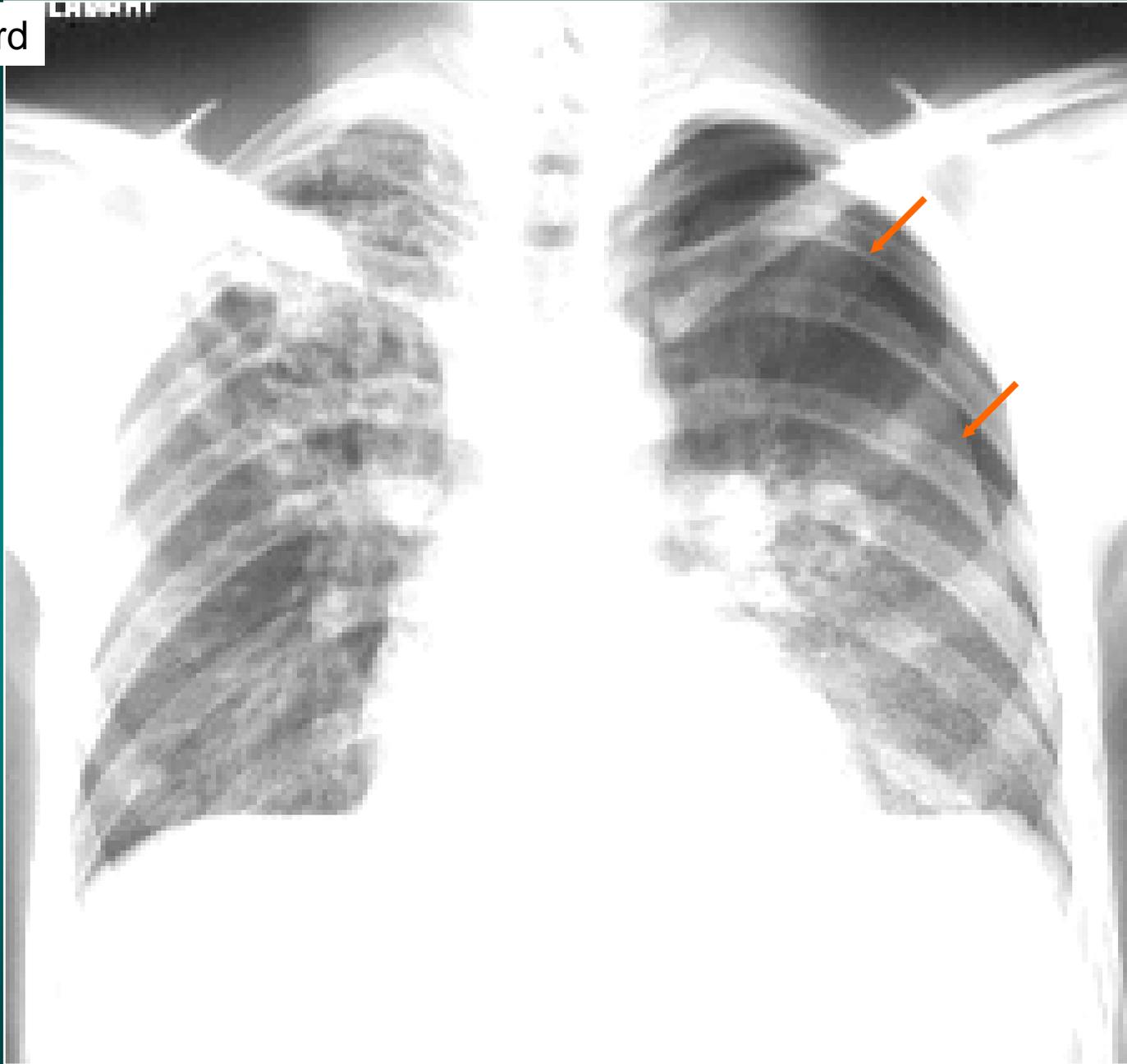


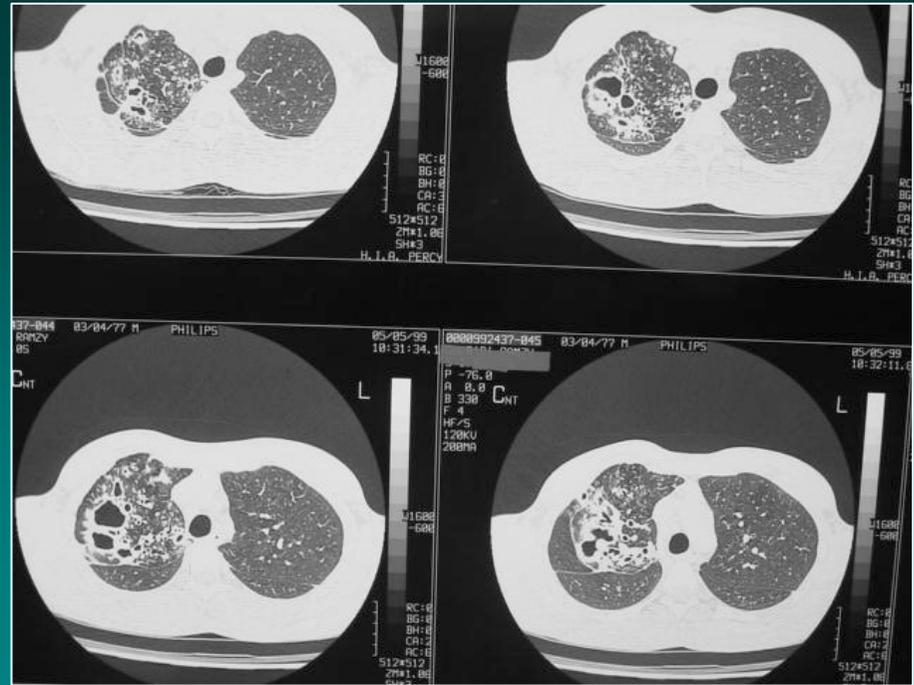
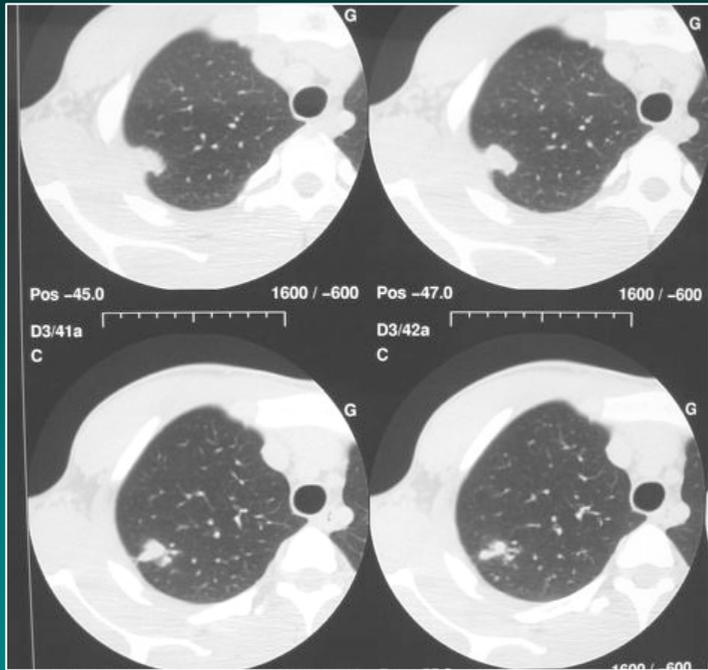
4 mois plus tard : excavation supérieure gauche avec infiltrat important,
BAAR + + +

Jeune incorporé, 20 ans origine maghrébine
Découverte Rx systématique nodule LSD
Asymptomatique BEG - IDR tuberculine 10 mm
BAAR - crachats, tubages



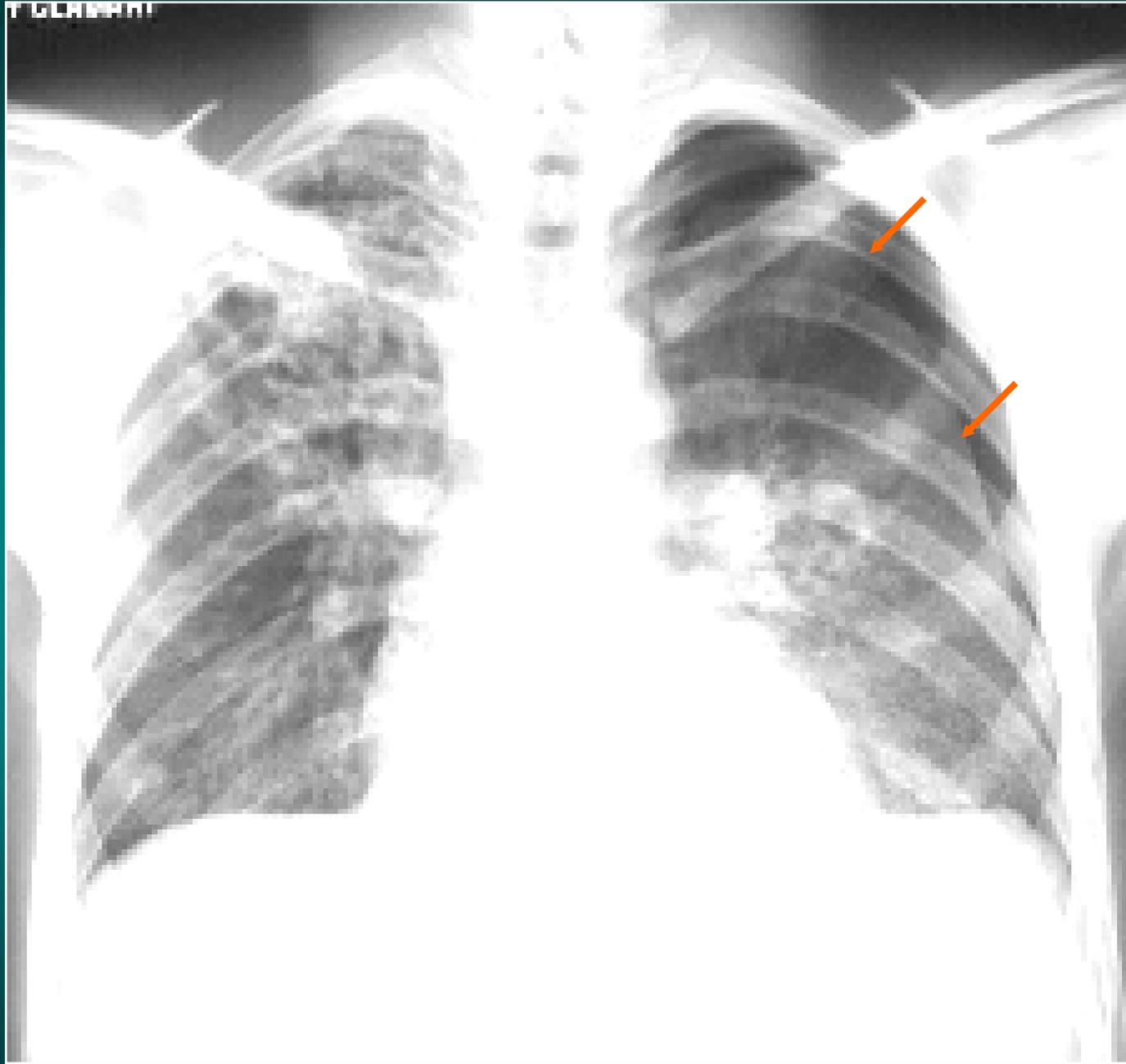
1 an plus tard





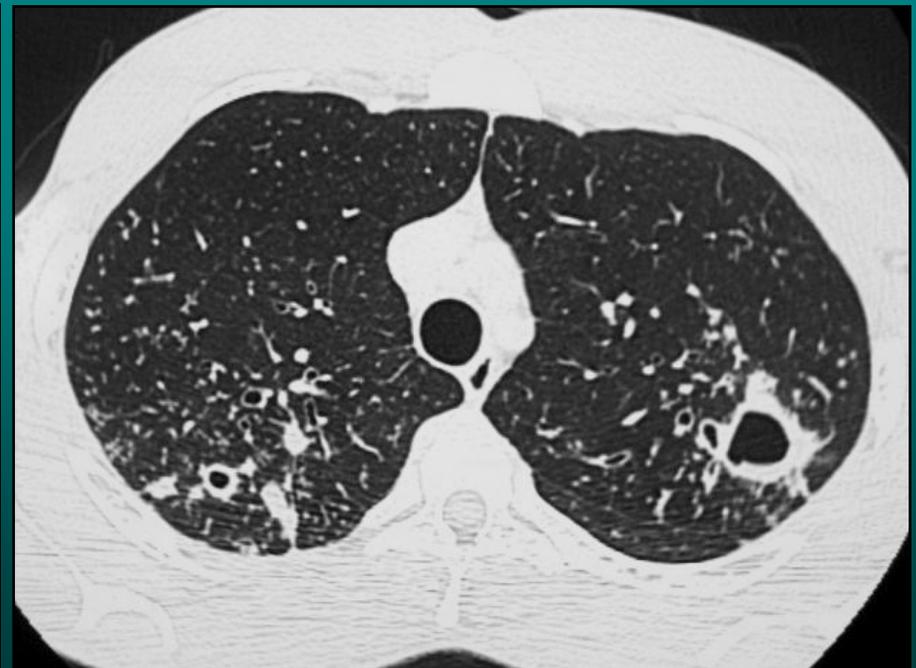
1 an plus tard





Antillais, aΣo, TBEG 1,90 m, 90 Kg
Engagement dans les commandos
IDR phlycténulaire
↑ Rx Thorax
TDM au vu de la Rx

Nodules et nodule excavés
BAAR – pour le moment

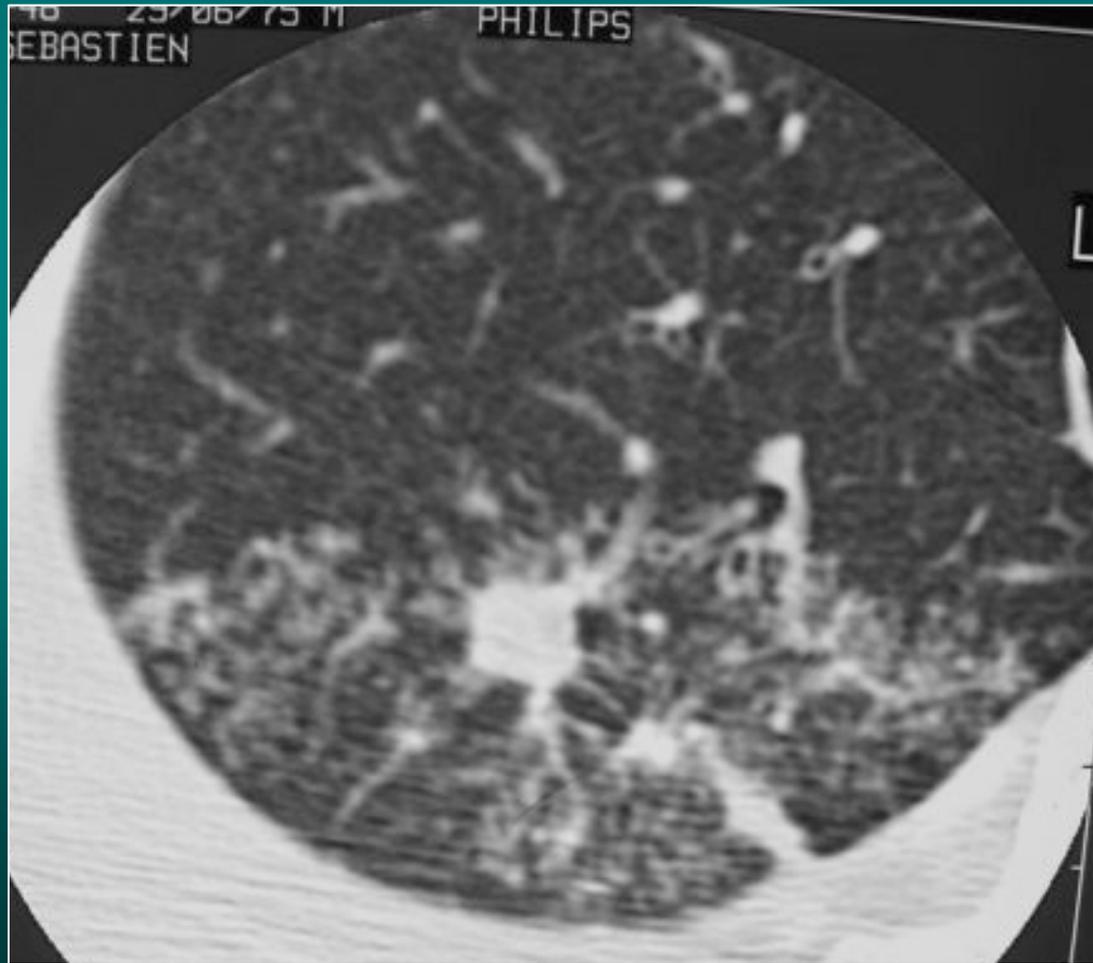


Appelé 20 a

Trauma thoracique dans le garage où il travaille

Rx thorax absence de lésions traumatiques

Mais découverte d'une TB a Σ o



Nodules Infiltrats - En résumé

- Parfois difficiles à voir (petits, région rétro claviculaire)
- Parfois BAAR + si excavation (pfs non visible sur cliché standard)
- Le plus souvent non excavés et BAAR -
- Ce sont des TB débutantes à traiter pour qu'elles ne deviennent pas contagieuses
- Ce sont les VRAIS TPM -
que les médecins des PNT hésitent à traiter alors qu'ils mettent au traitement pour "TPM -" des patients non TB (opacités volumineuses de cancer ou séquelles inactives impressionnantes)