

PNEUMONIE
TUBERCULEUSE

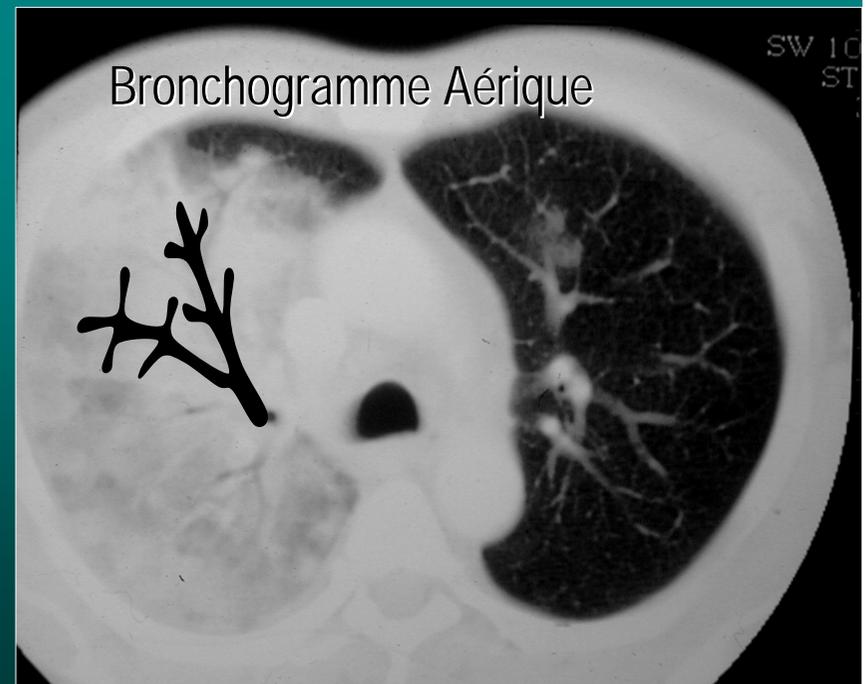
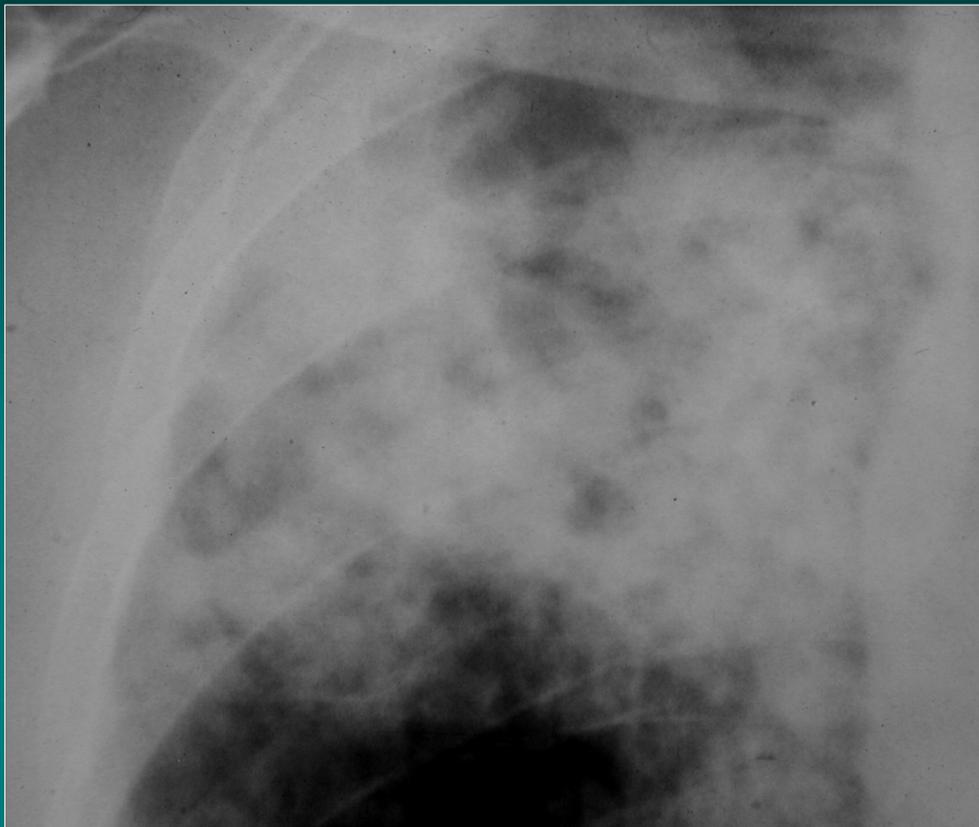
A frontal chest X-ray showing bilateral lung opacities, characteristic of tuberculosis. The opacities are most prominent in the upper lung zones. The text 'PNEUMONIE TUBERCULEUSE' is overlaid in yellow on the right side of the image.

Pneumonie tuberculeuse (1)

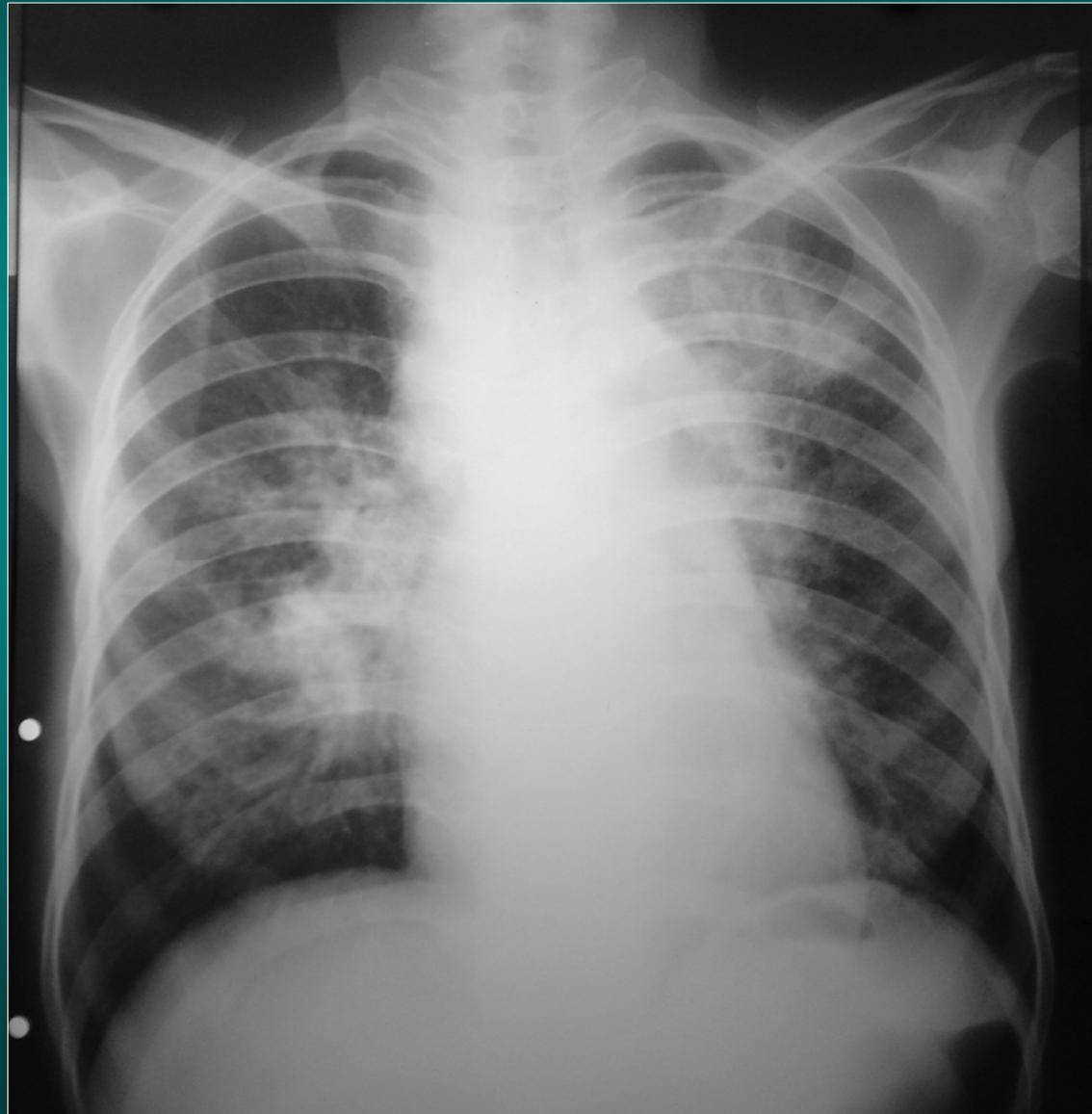
- C'est une image alvéolaire :
 - Floue, non homogène
 - mal limitée sauf au contact d'une scissure
 - avec un bronchogramme aérique
- L'association avec d'autres lésions tuberculeuses est très fréquente : nodules & infiltrats, cavernes, adénopathies, spécialement chez les patients HIV
- Les lésions peuvent être bilatérales

Pneumonie tuberculeuse (2)

- La recherche de BAAR dans les crachats est souvent positive car ces lésions sont riches en bacilles tuberculeux
- L'évolution spontanée se fait vers l'excavation, la destruction pulmonaire, la rétraction et la fibrose, d'où séquelles importantes si le traitement est trop tardif
- La pneumonie TB est fréquente chez les patients VIH
Dans ces cas la pneumonie siège aussi souvent dans les lobes inférieurs que supérieurs, et est souvent associée à des adénopathies
- L'excavation est + rare en cas d'immunodépression sévère



Pneumonie TB bilatérale, adénopathies hilaires,
adénopathies du médiastin supérieur
BAAR +



VIH +



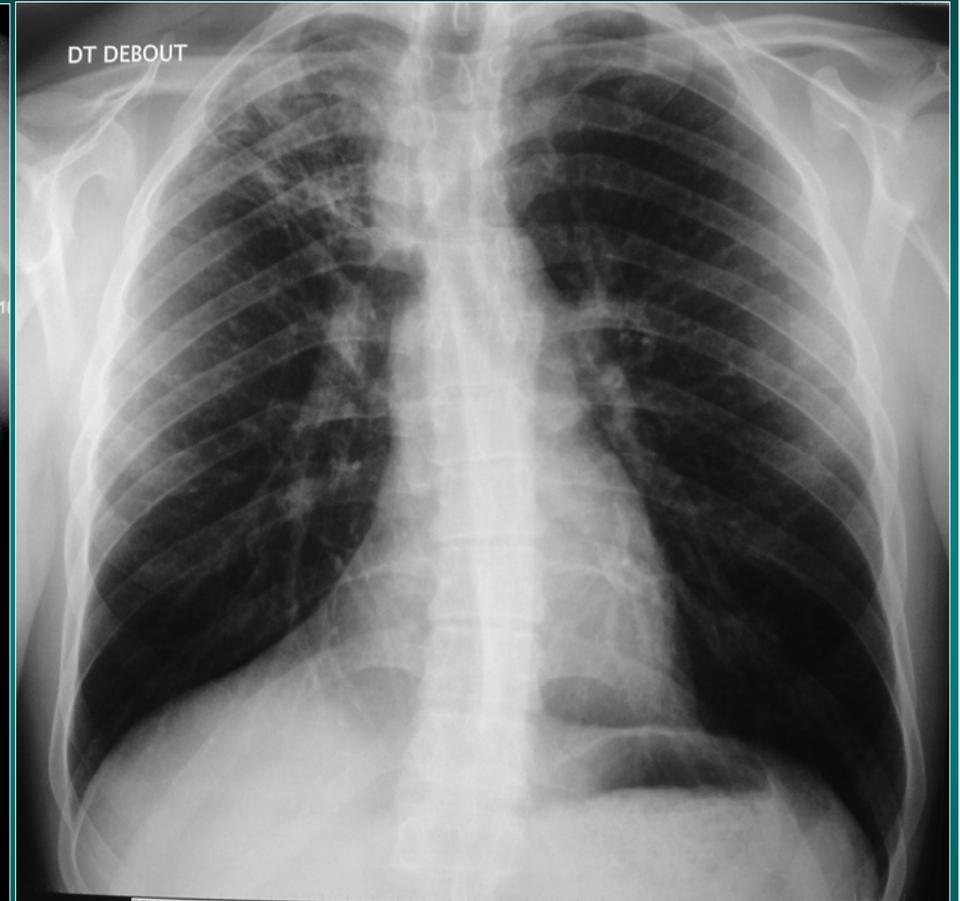
Homme 30 ans Dyspnée, fièvre, toux et amaigrissement depuis 2 mois

Pneumonie du LSD BAAR ++ dans les crachats

Notez le début de rétraction du lobe et les nodules controlatéraux

Cette association est très suggestive de TB

Cliché de fin de traitement.
Évolution rétractile avec ascension du hile droit

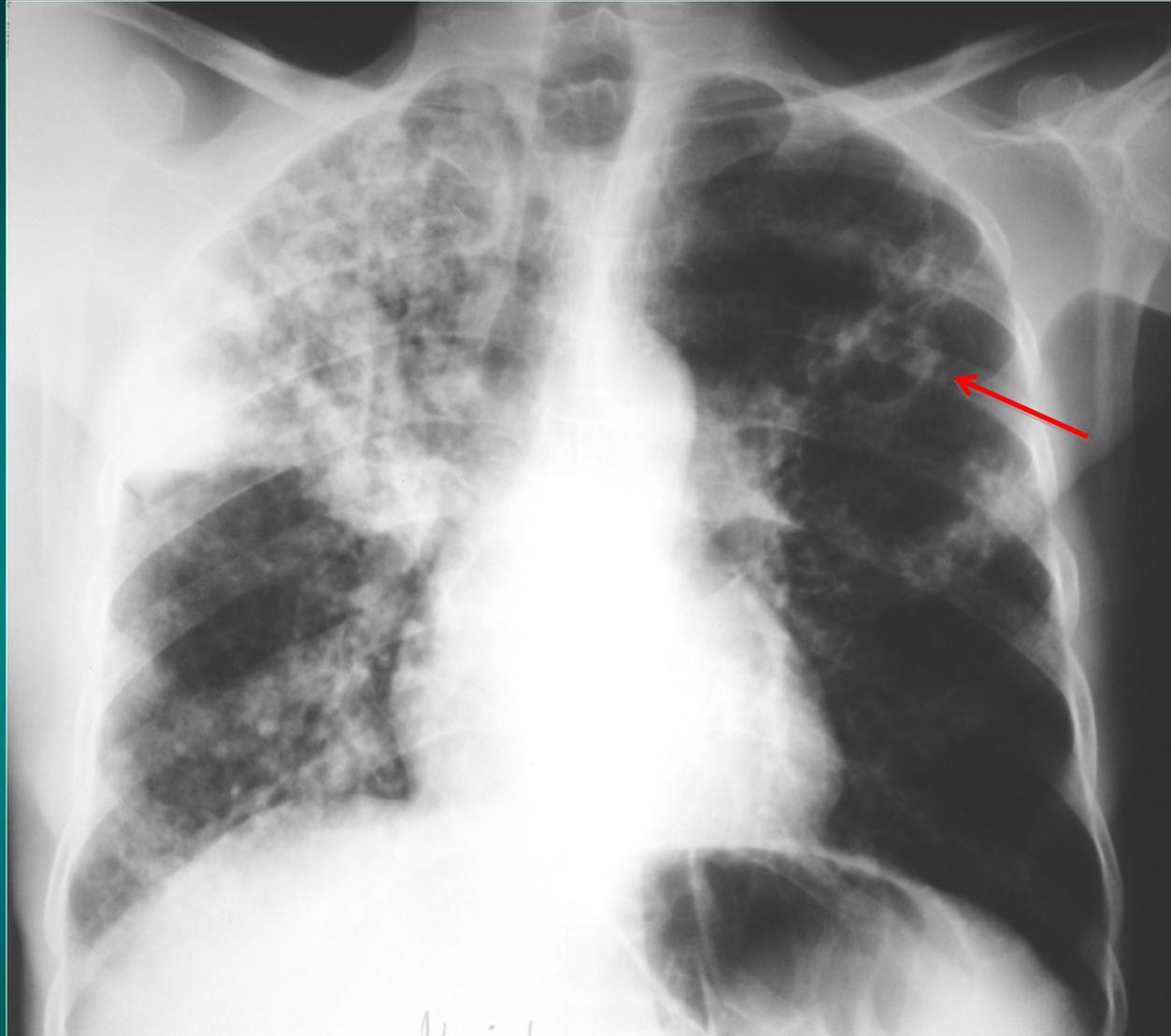


Homme 30 ans Dyspnée, fièvre, toux et amaigrissement depuis 2 mois

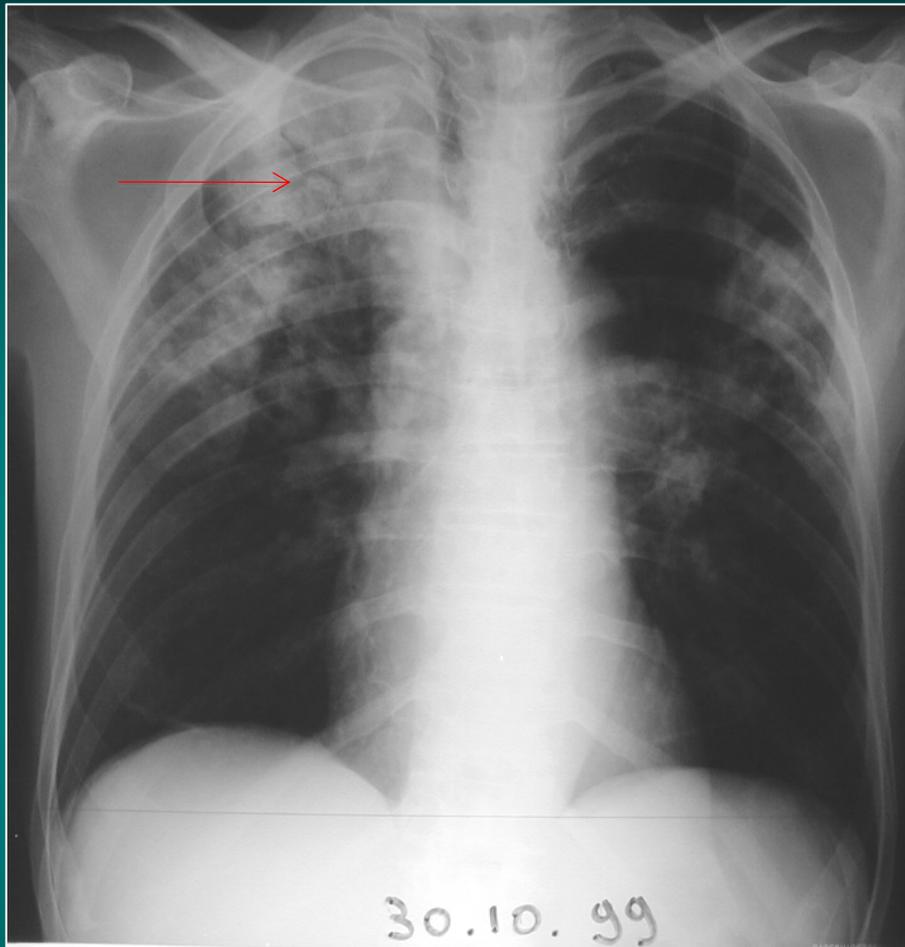
Pneumonie du LSD BAAR ++ dans les crachats

Notez le début de rétraction du lobe et les nodules controlatéraux

Cette association est très suggestive de TB



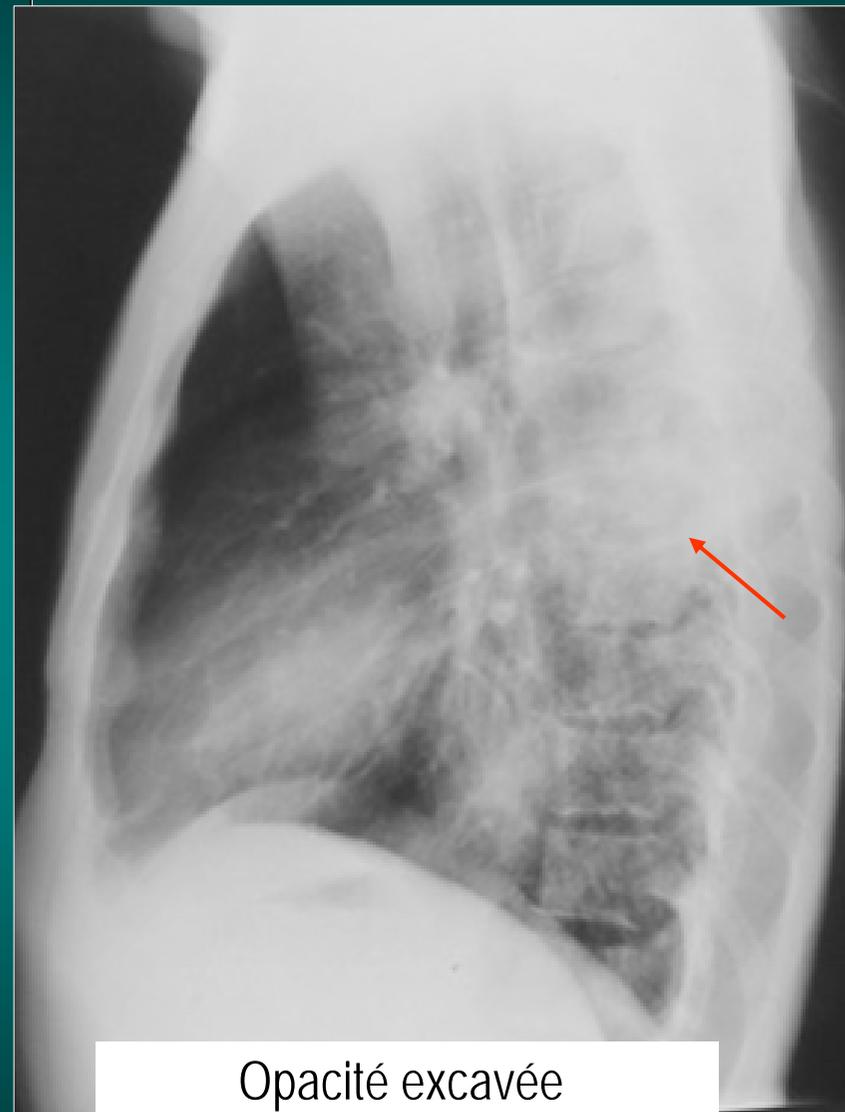
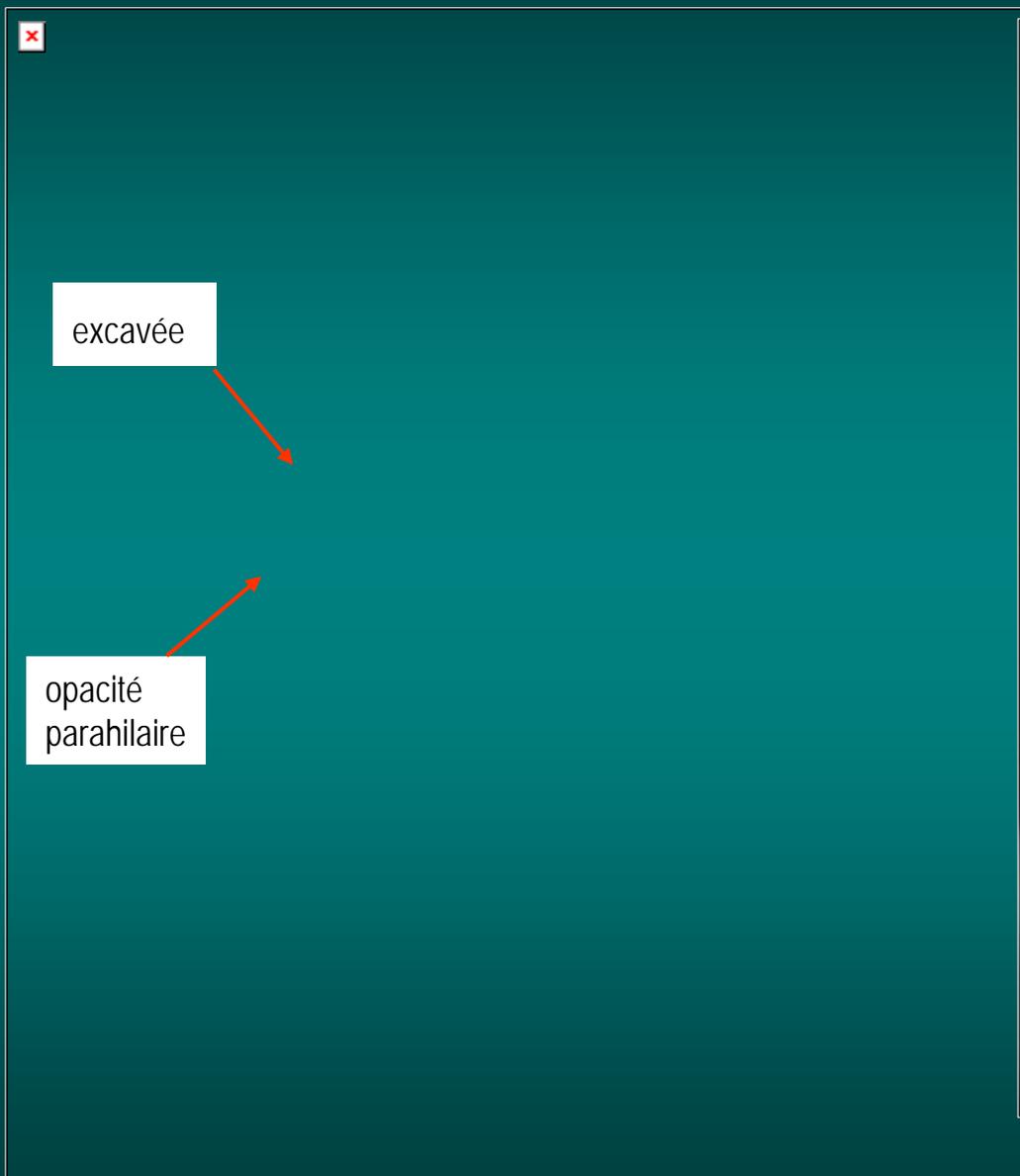
TB typique : Pneumonie TB du LSD et caverne TB G



Pneumonie TB LSD avec bronchogramme aérique
Opacités alvéolaires G : TB biapicale
Évolution rétractile avec importantes séquelles

Officier Africain en stage en France, t° 38° C, BEG,
Pas de signes respiratoires

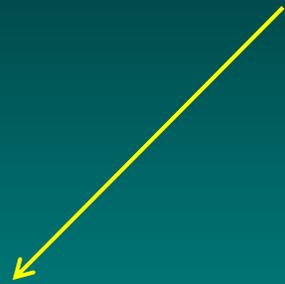
BAAR +



Opacité excavée
segment apical, du LID,



Bronchogramme aérique

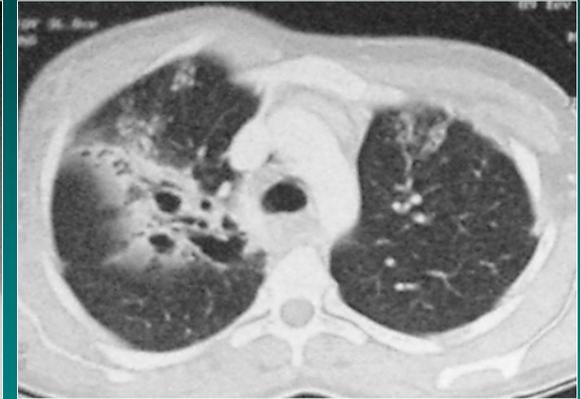
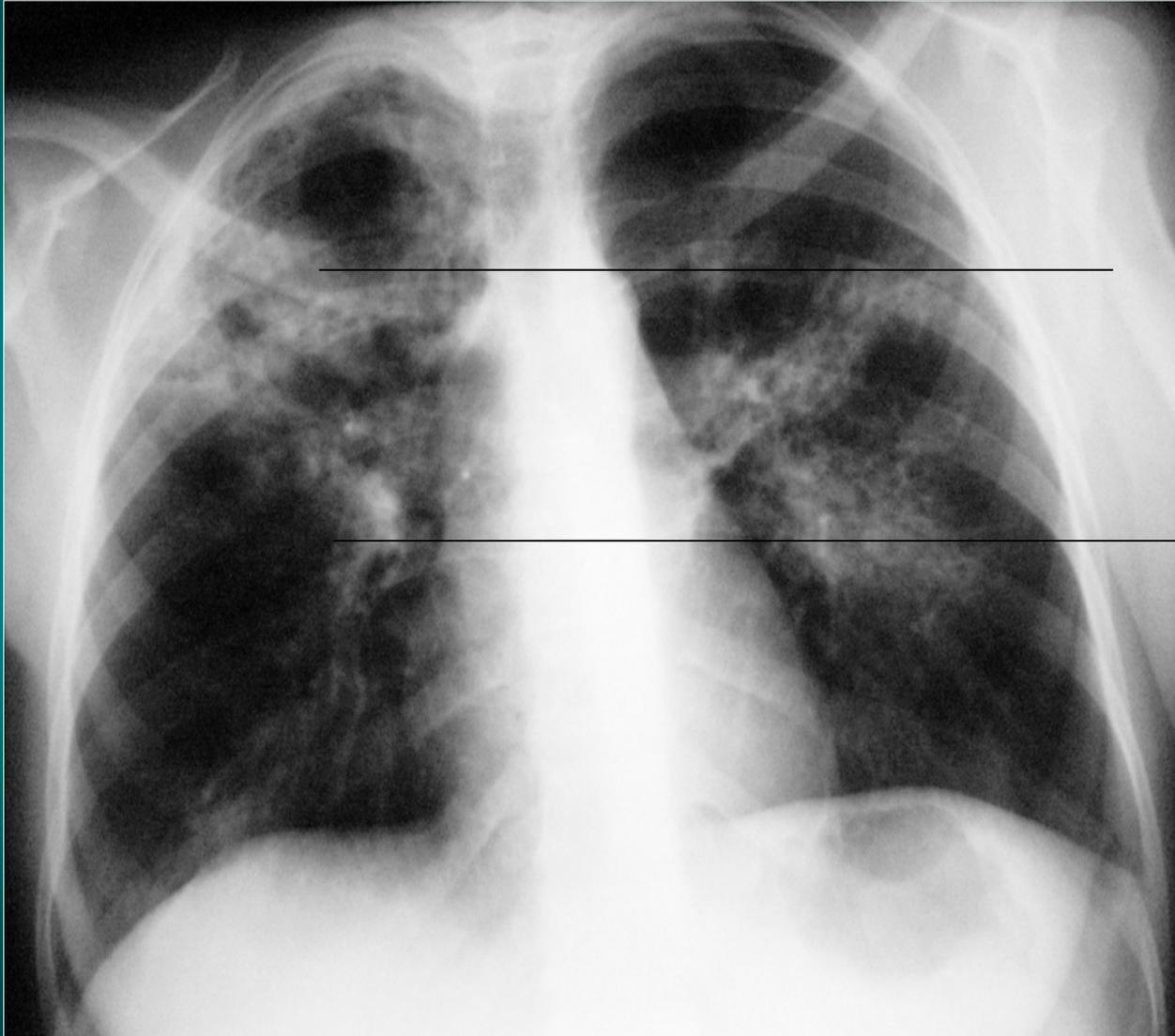


caverne

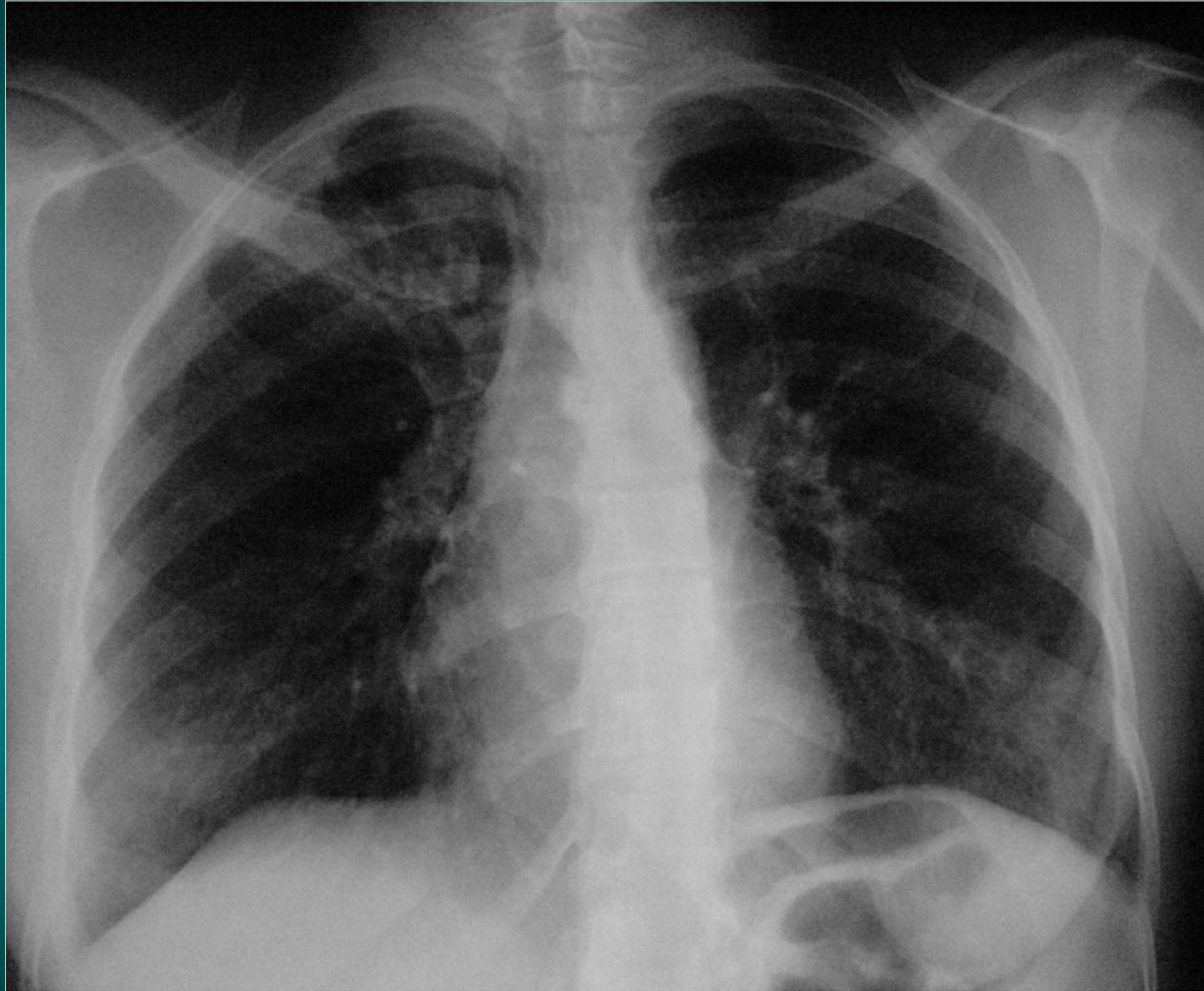


nodules

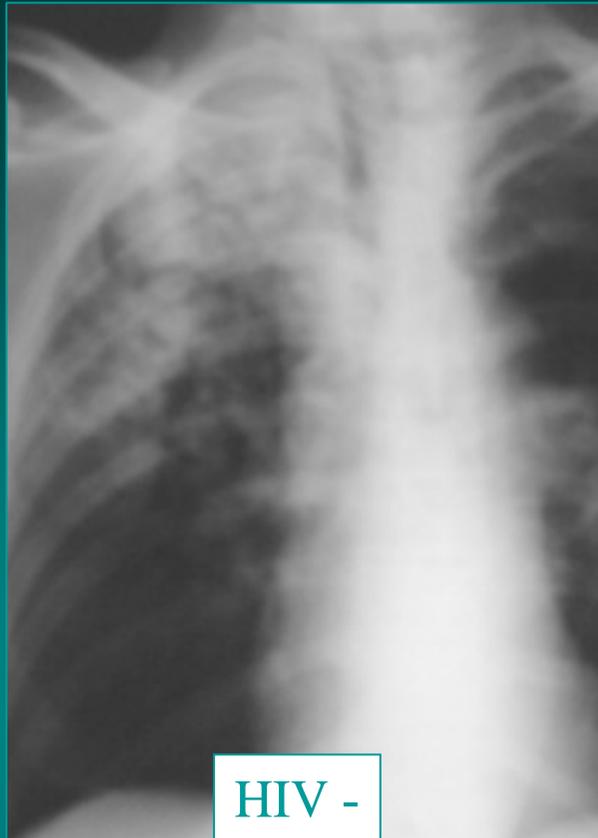




Pneumonie tuberculeuse BAAR +



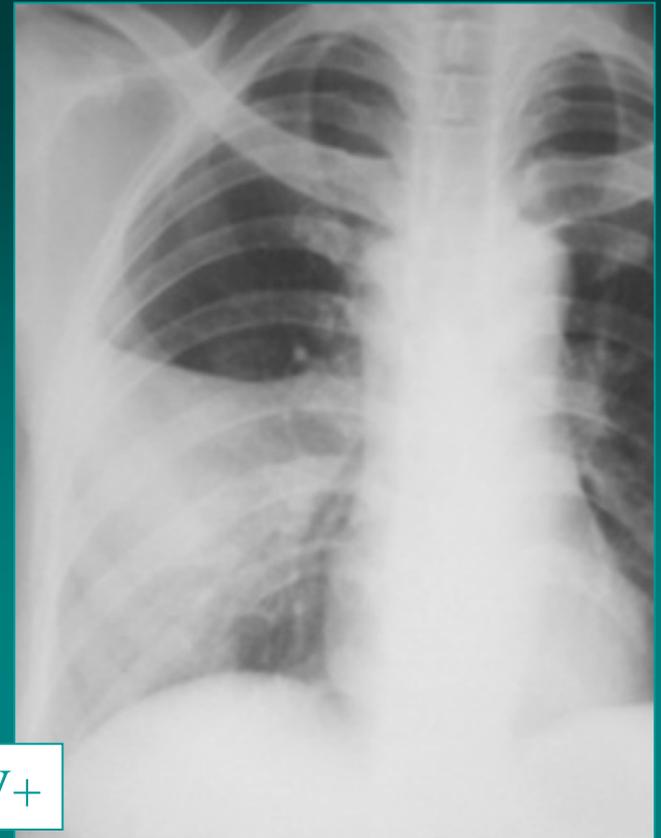
Cliché thoracique à la fin du traitement anti TB



HIV -



HIV+



La pneumonie TB est fréquente dans les pays à forte incidence TB, chez les patients VIH - et aussi en cas de SIDA. Chez les patients VIH +, il y a souvent des adénopathies médiastinales associées, et la localisation dans les lobes inférieurs n'est pas rare. Si l'immunodépression est sévère, les cavités sont rares

Pneumonie TB

VIH +, CD4 <100

Lésions bilatérales :

- dans le LM
- dans le LIG
- dans le LSD

Adénopathie latéro-trachéale droite

Pas d'excavation



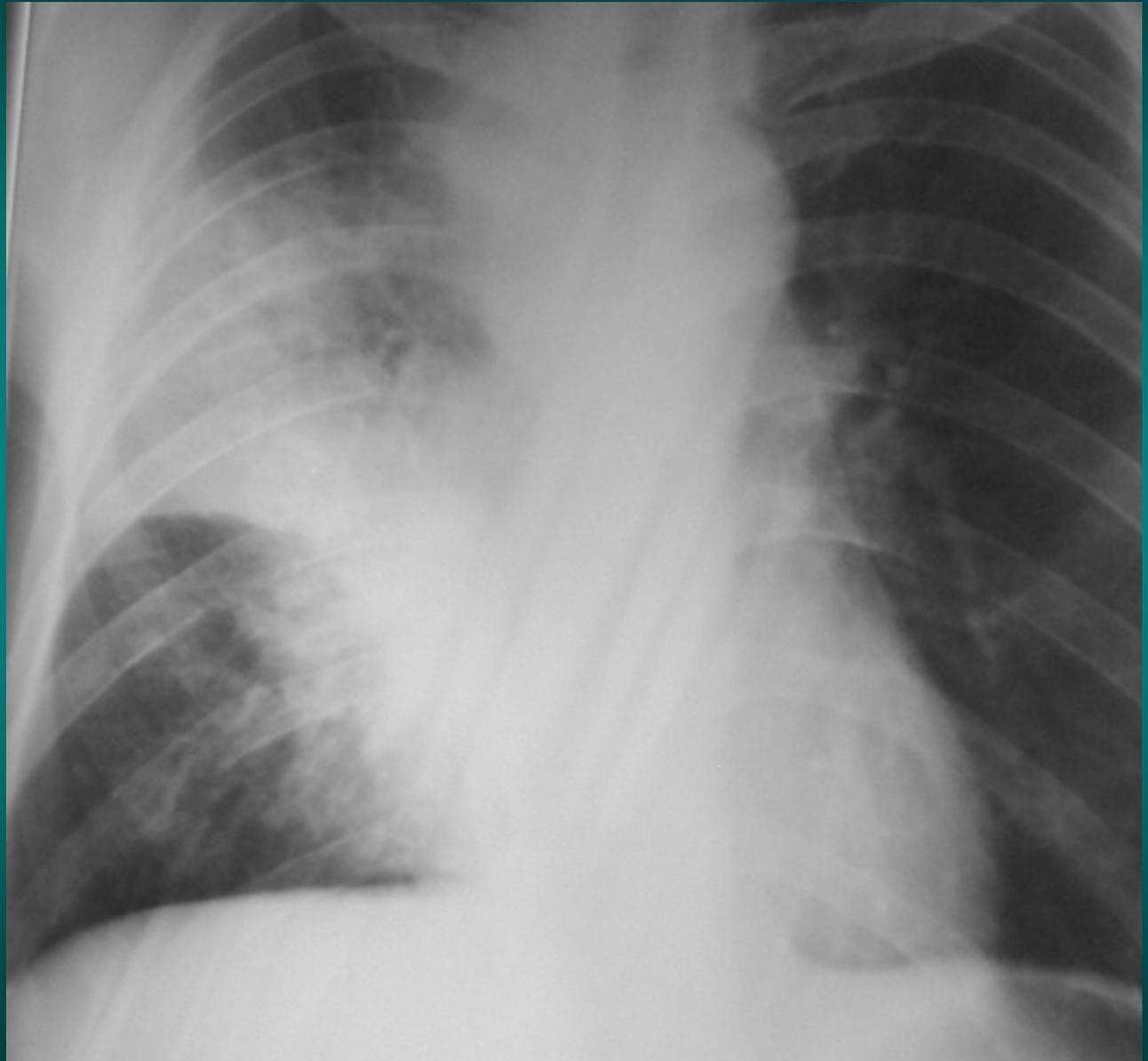
H 30 a Cambodgien
HIV+

Pneumonie du LSD
Adénopathies hilaires
et latéro trachéales Dte

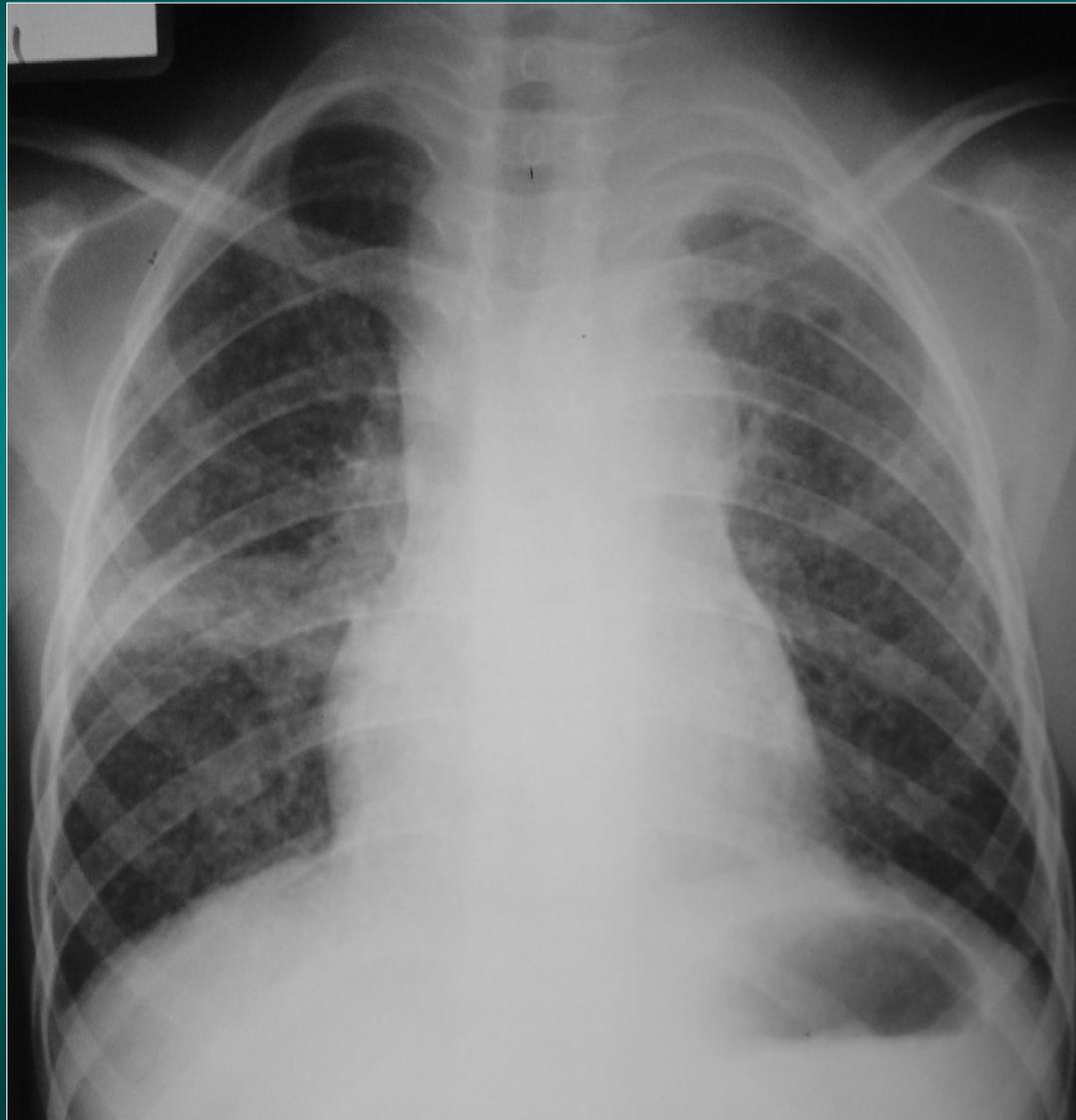
BAAR négatif x 3
dans l'expectoration

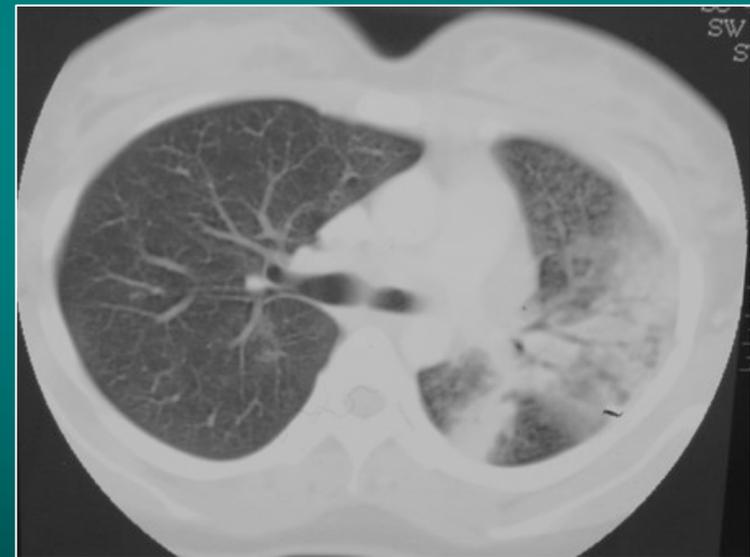
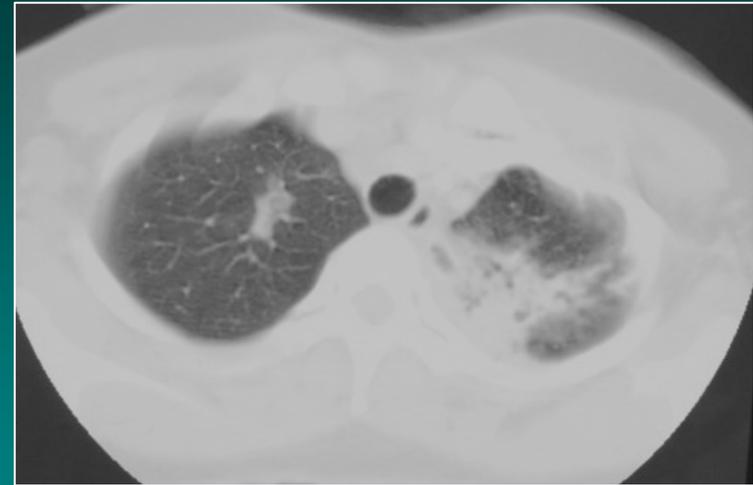
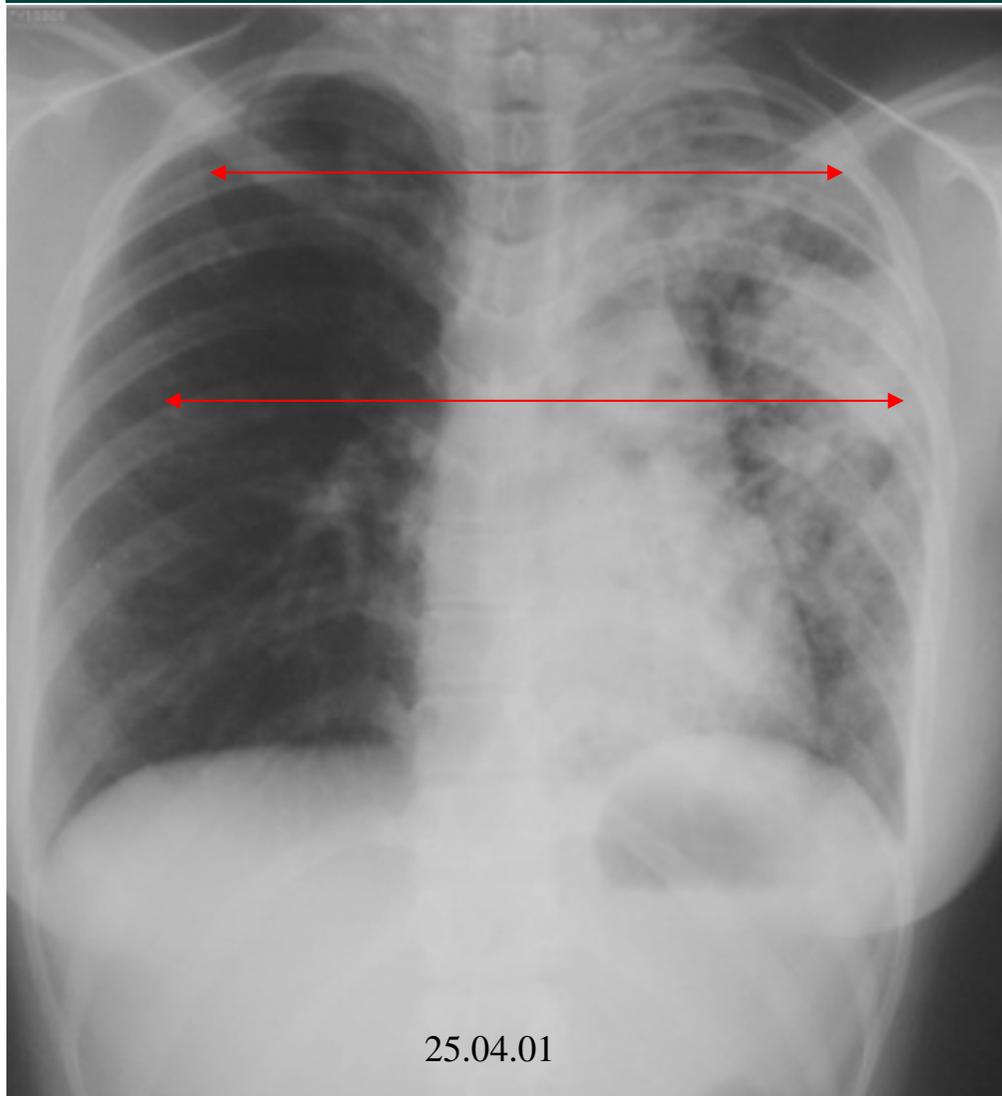
Aspiration bronchique
& LBA : BAAR +

Aspect de ganglion
fistulisé en
endoscopie



Homme VIH +, miliaire, adénopathies médiastinales,
Pneumonie droite BAAR +





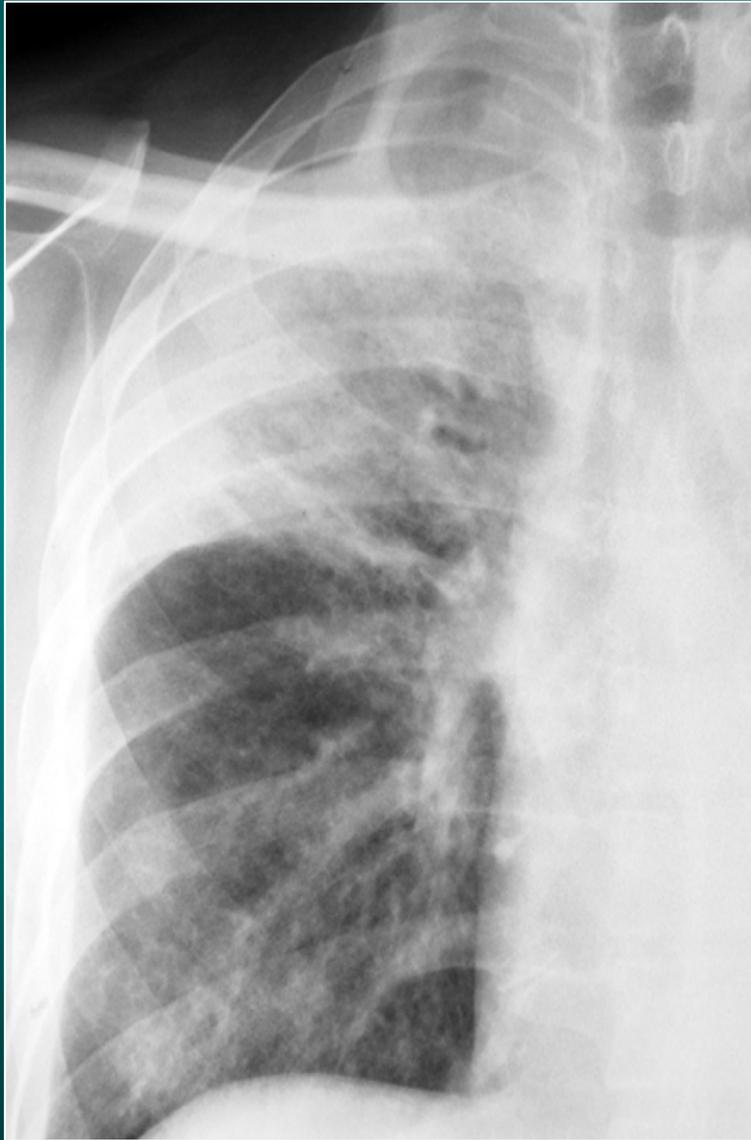
Homme, 25 ans, AEG, T° 39° C, toux, BAAR +, traitement 2RHZE
Opacités alvéolaires, avec bronchogramme, prédominant au lobe supérieur gauche



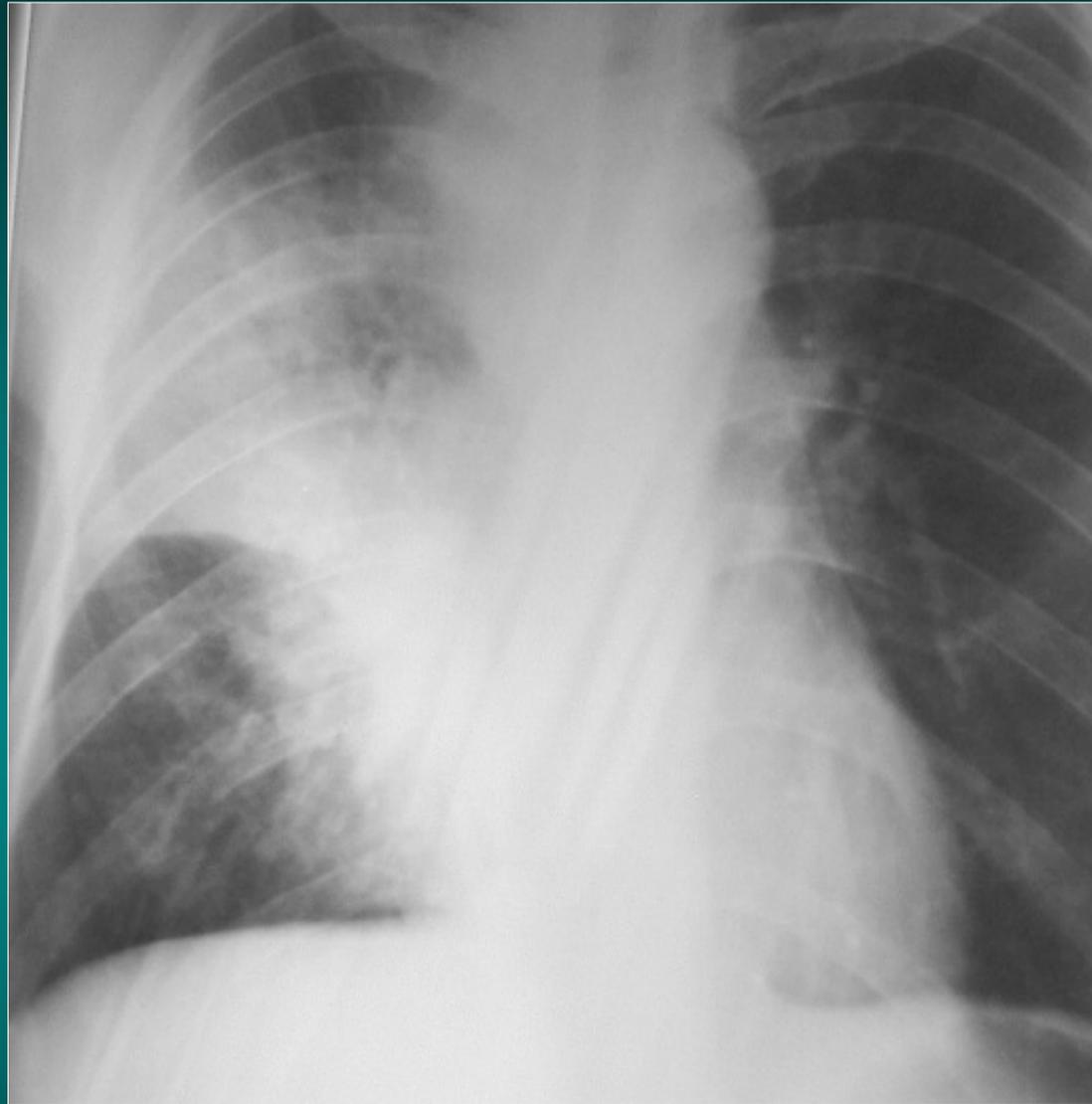
Aggravation après 2 mois traitement - Persistance de BAAR dans les crachats
Antibiogramme : BK résistant à R & H ("MDR TB").
Modification du traitement avec adaptation à l'antibiogramme
Evolution favorable rétractile

Mais toutes les pneumonies ne sont pas tuberculeuses
Le contexte clinique est essentiel pour le diagnostic...

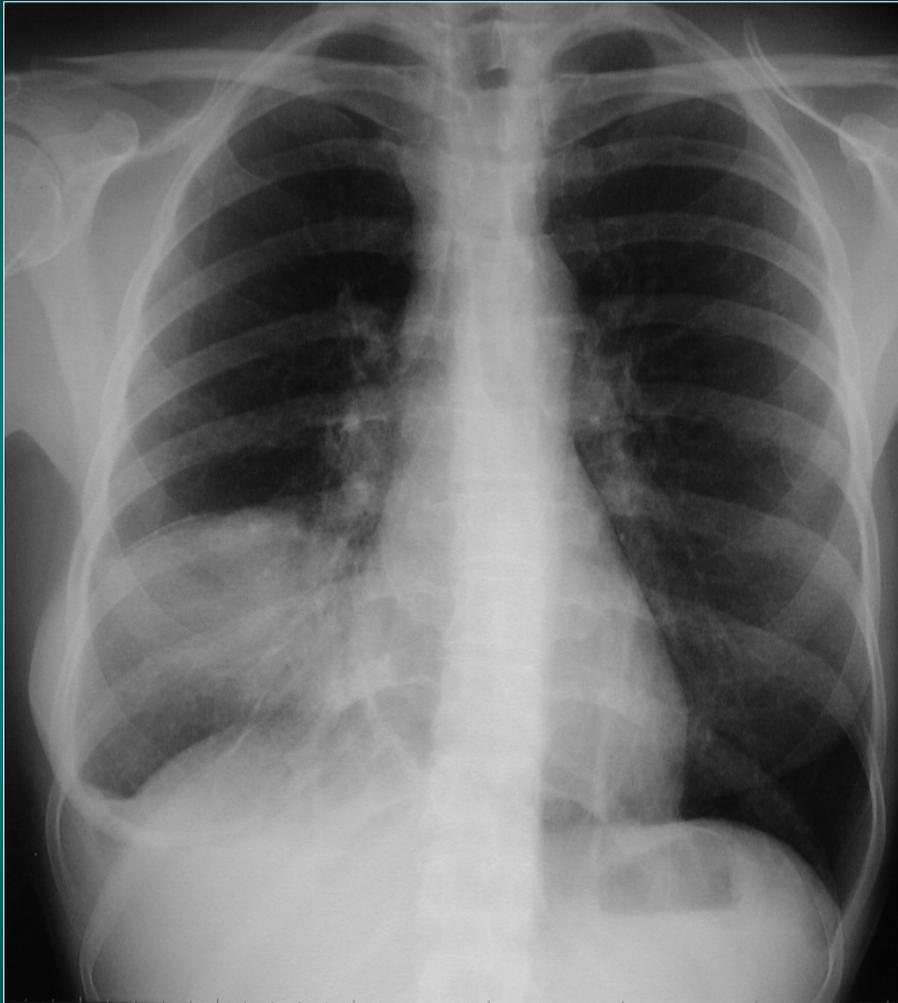
Jeune homme, sans antécédents pathologiques, apparition soudaine de symptômes avec fièvre, frissons, douleur thoracique



Pneumonie aiguë lobaire
(*Streptococcus pneumoniae*)



Contexte VIH +, évolution subaiguë, adénopathies :
Ce n'est pas une pneumonie lobaire aiguë bactérienne
C'est une pneumonie tuberculeuse.



Jeune femme, en bonne santé, fièvre à 39-40° C depuis 48h,
toux non productive et douleur thoracique droite :
Pneumonie aiguë (infection probable avec *S. pneumoniae*)

Femme de 40 a, sans antécédents médicaux, fièvre et frissons d'apparition brutale :
Pneumonie bilatérale avec insuffisance respiratoire aiguë.
Hémoculture positive à *S. pneumoniae*

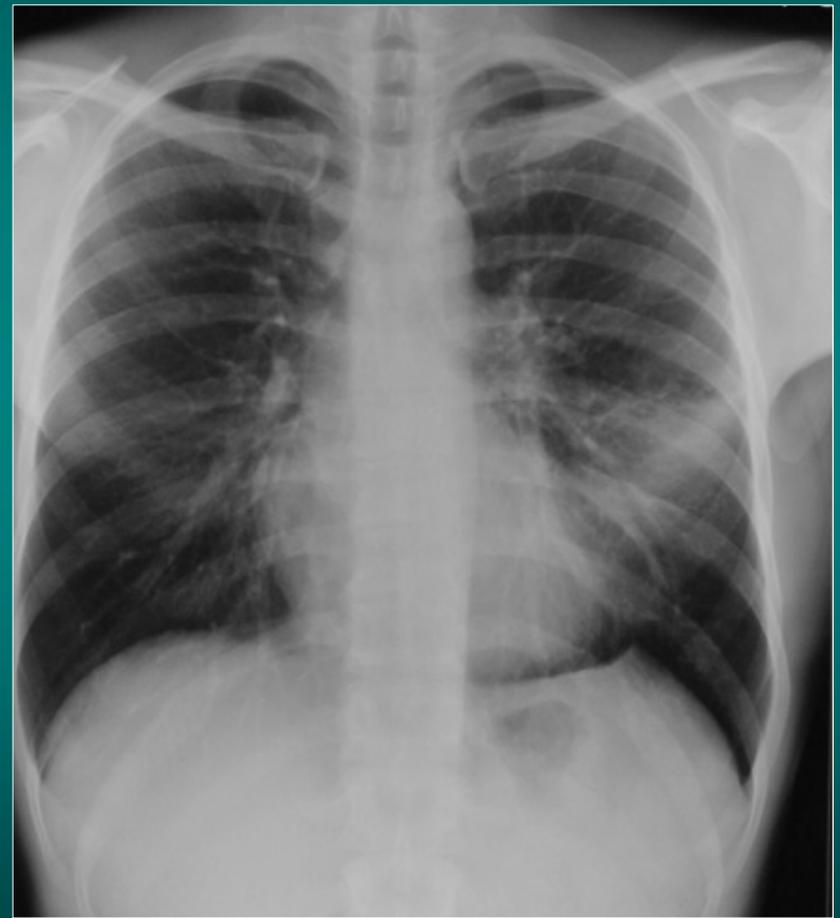


En cas de SIDA, devant une dyspnée sévère (saO_2 basse), auscultation normale ou sub-normale, et pneumonie diffuse non excavée
Pensez à la pneumocystose

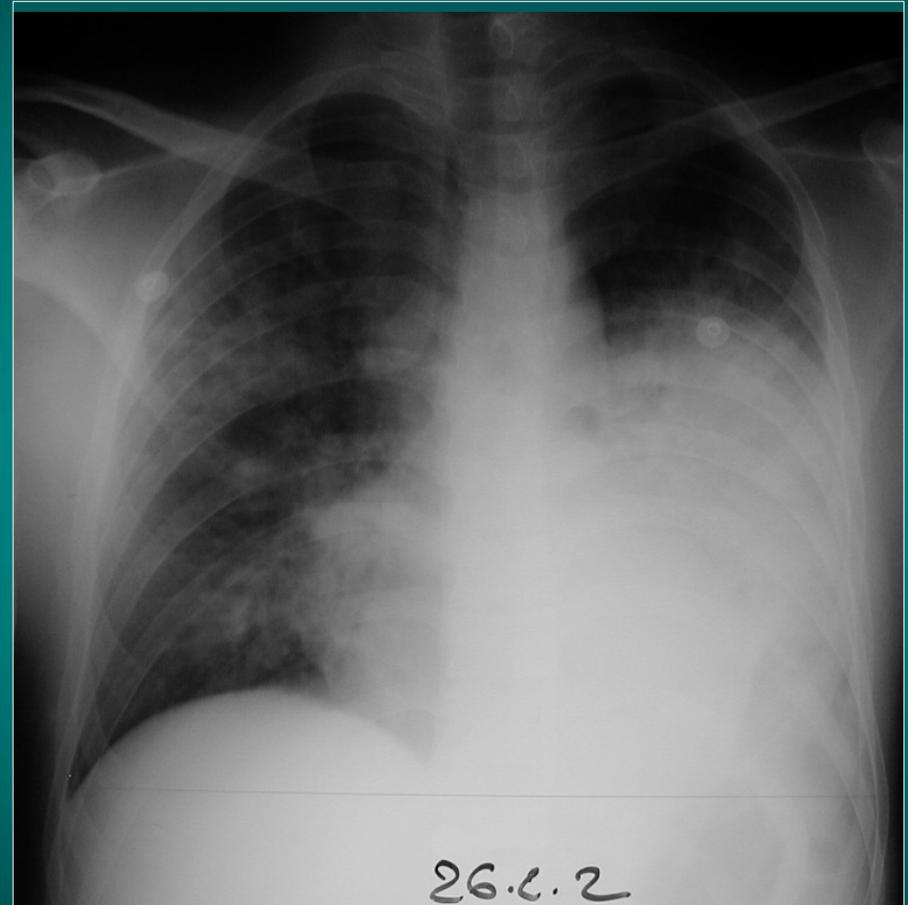


P. jirovecii + *S. aureus*

Mycoplasma pneumoniae: résistant à l'amoxicilline,
Amélioration avec les macrolides



Homme 50 a, fièvre, toux, dyspnée, céphalées, douleur abdominale
Aggravation malgré un traitement par Amoxicilline



Maladie des légionnaires

Conclusion (1)

- La pneumonie est une manifestation clinique fréquente de tuberculose dans les pays à forte incidence TB
- Les lésions sont souvent bilatérales et associées à d'autres lésions : nodules, adénopathies, cavités
- Les BAAR sont souvent positifs dans les crachats, mais ne négligez pas les causes de faux négatifs :
 - crachat salivaire
 - patient trop faible pour des crachats fiables
 - erreurs techniques
 - traitement commencé avant le prélèvement

Conclusions (2)

- Les pneumonies tuberculeuses sont fréquentes dans les cas de **SIDA** : elles touchent tous les lobes (en particulier les lobes inférieurs) et sont souvent associées à des adénopathies volumineuses.

En cas d'immunodépression sévère, l'excavation est rare

- Le diagnostic différentiel avec les autres pneumonies infectieuses est seulement possible par l'anamnèse et l'examen clinique, qui doivent toujours être associés à l'analyse de la Rx thoracique