

Les séquelles de la TB pulmonaire

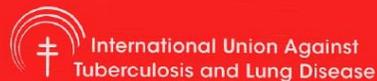
Actives ou inactives ?
Traitement anti TB ou non ?



Management of Tuberculosis

A Guide to the Essentials
of Good Practice

Sixth Edition
2010



Le pb des
Séquelles

Ouvrage de 2010, de l'Union, sur la prise en charge de la TB, Paragraphe sur le cliché de thorax centré sur les séquelles, avec des aspects radiologiques chez des patients guéris qui peuvent ressembler à des TB actives...

Les séquelles sont au cœur du problème des TPM -
Nécessité de former les médecins à la lecture de la radio

Is X-ray useful?

Diagnosis by means of radiographic examination in patients suspected of tuberculosis presents a challenge. Abnormalities identified on a chest radiograph may be due to tuberculosis or to a variety of other conditions and the pattern on the radiograph is not specific for tuberculosis. Some individuals who have previously had tuberculosis that is now healed (and therefore does not require treatment) may have a chest radiograph that resembles tuberculosis requiring treatment. Chest radiographs may be helpful in those patients who are not sputum smear-positive, but they can only be read reliably by an experienced Medical Officer.

Séquelles (1)

- Image radiologique caractéristique, avec :
 - Rétraction
 - Calcifications
 - Bronchectasies
- On peut observer des séquelles en cas de "guérison spontanée" d'une TB non traitée.
- Des BK restent vivants dans les cicatrices calcifiées.
- Une TB active peut survenir dans l'évolution, spécialement en cas d'immunodépression.

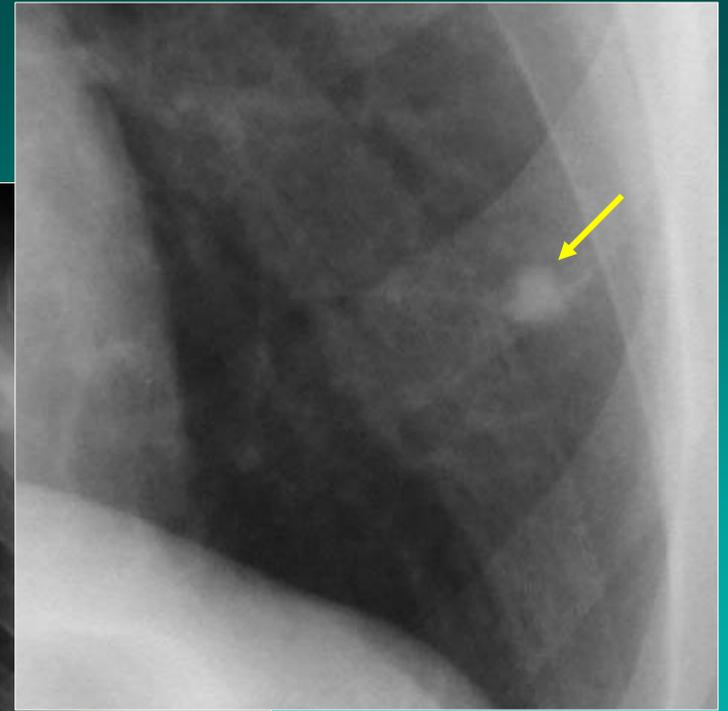
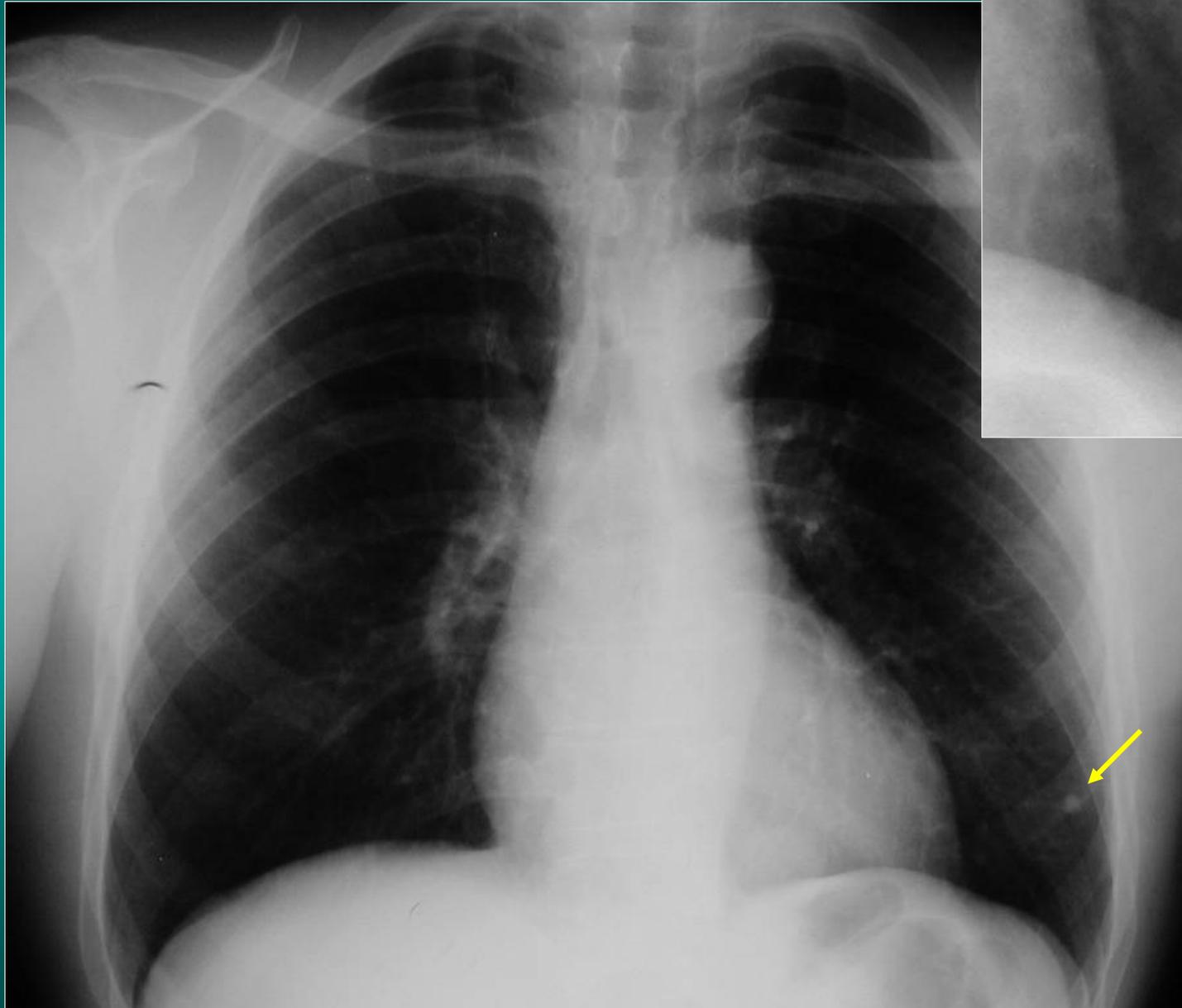
Séquelles (2)

- On peut aussi observer des séquelles après un traitement adapté, surtout en cas de lésions pulmonaires sévères et de traitement initié avec retard.
- La rétraction et les calcifications sont un processus naturel de guérison de la TB.
- Il faut toujours rechercher des BAAR dans les crachats avant de porter le diagnostic de séquelles TB inactive

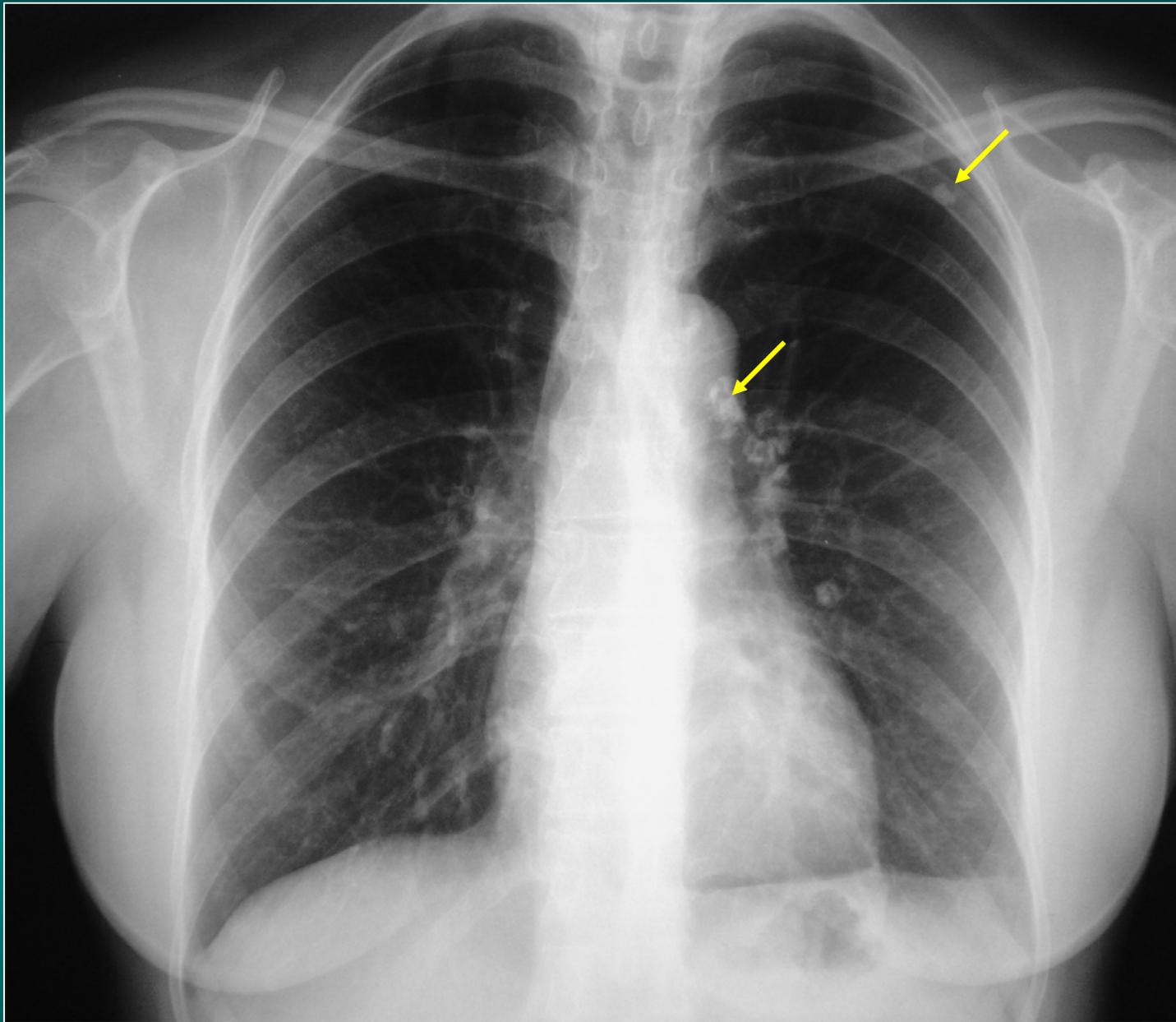
Séquelles (3)

Même en l'absence de TB active, les séquelles peuvent être symptomatiques :

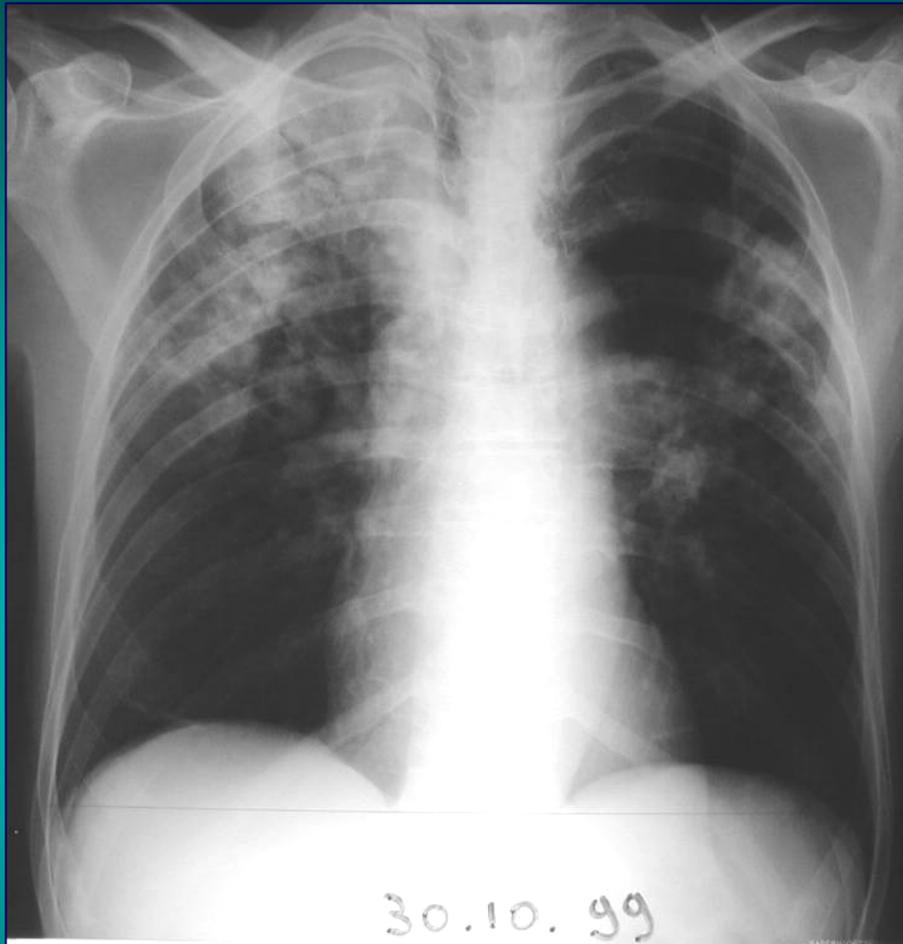
- Hémoptysies
 - Infections par des bactéries non TB
 - Infections par *Aspergillus*
 - Dyspnée et insuffisance respiratoire chronique
- +++ Ne pas traiter à nouveau de façon inappropriée par anti-TB en cas de BAAR négatifs dans les crachats
 - +++ Il très important de garder les anciens clichés thoraciques pour comparer avec les nouveaux clichés.
 - Intérêt du CLICHE DE FIN DE TRAITEMENT rarement pratiqué



Séquelle de
Primo-infection
"chancro
d'inoculation "

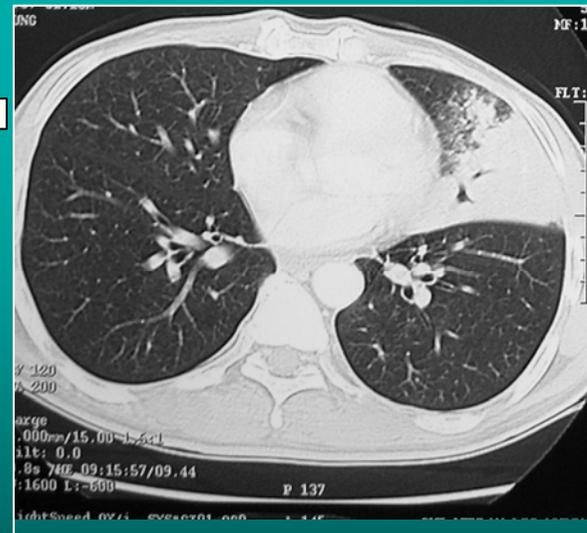


Chancre de primo infection TB calcifié avec adénopathies calcifiées

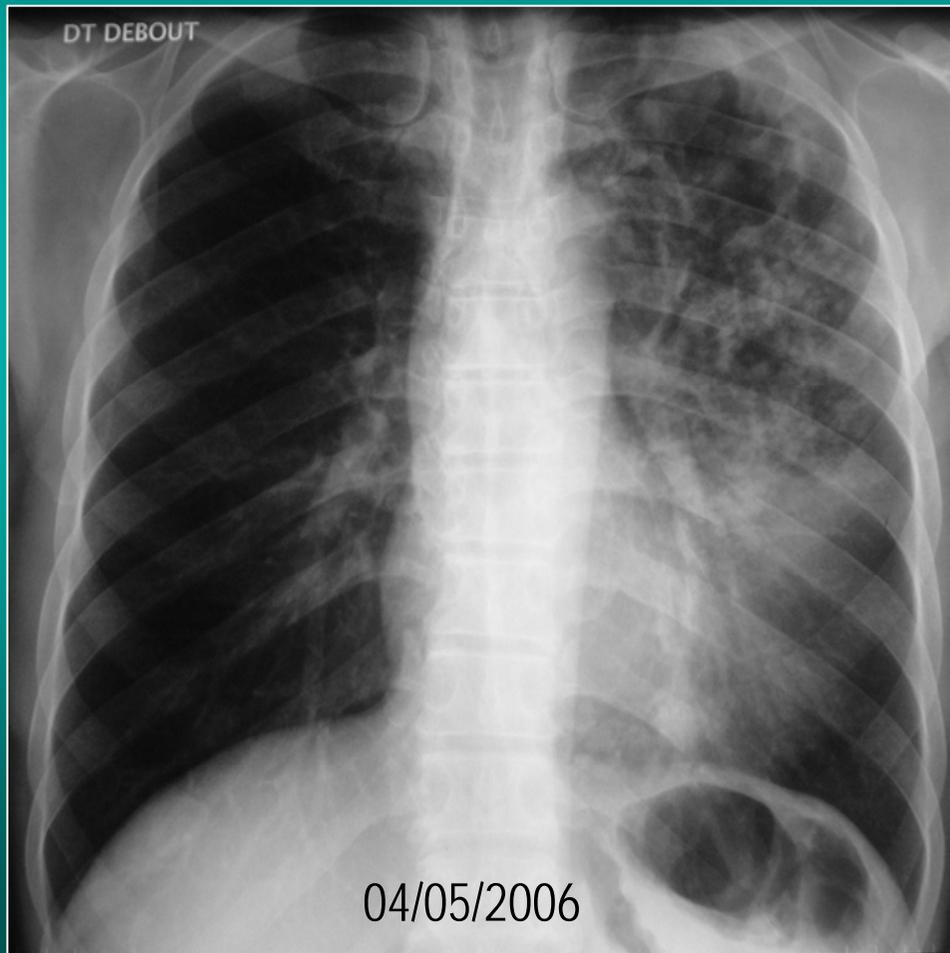


Pneumonie tuberculeuse bilatérale. Évolution rétractile avec importantes séquelles malgré le traitement

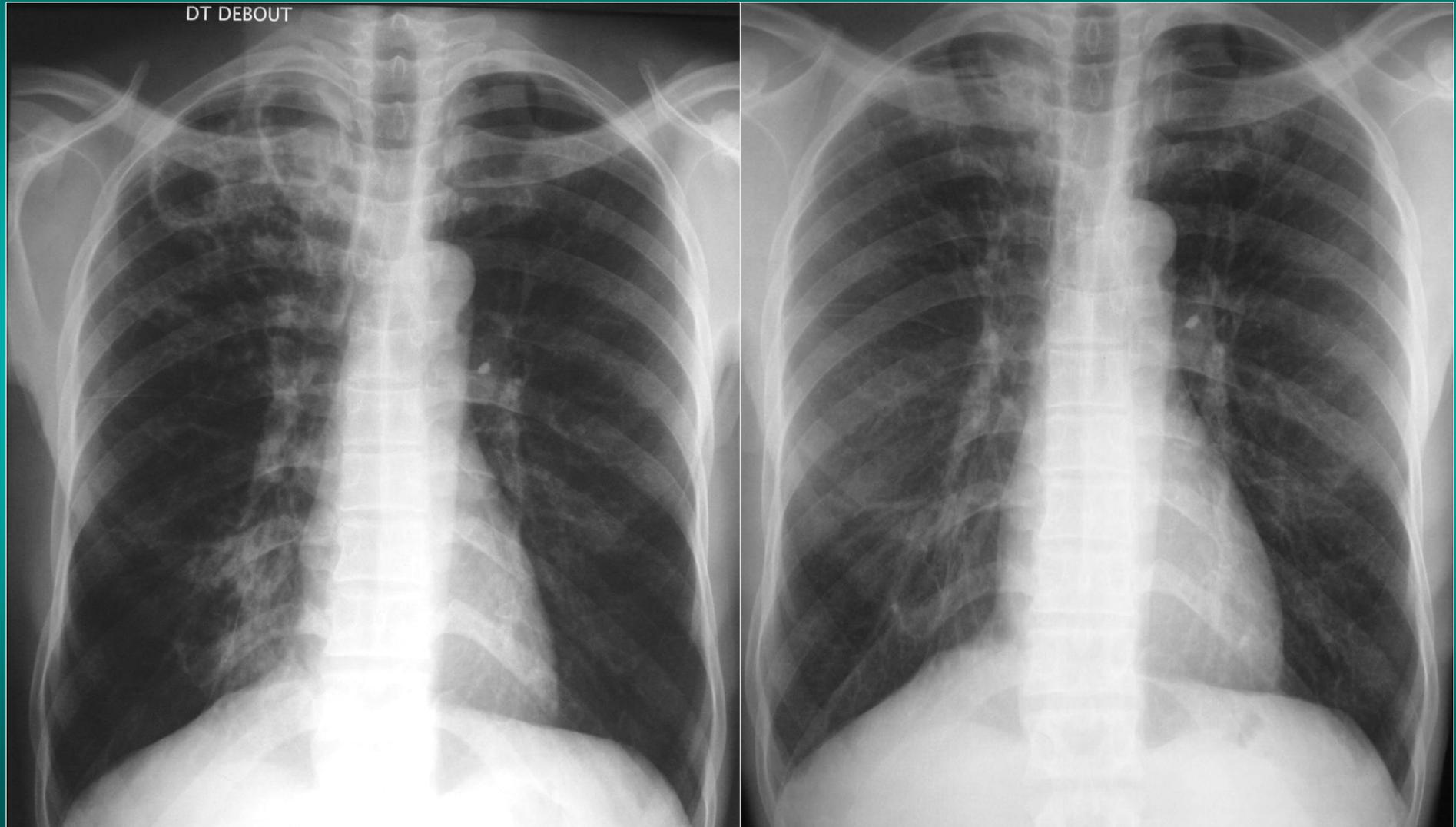
TB pulmonaire G : caverne apex + pneumonie lingula



TB pulmonaire G : caverne apex + pneumonie Guérison avec peu de séquelles radiologiques



Caverne LSD BAAR + Guérison presque sans séquelles



TB pulmonaire : pneumonie Dte et G, adénopathies
Volumineuse clarté LSD, (caverne ou bulle ?)
Guérison avec augmentation de taille de la bulle





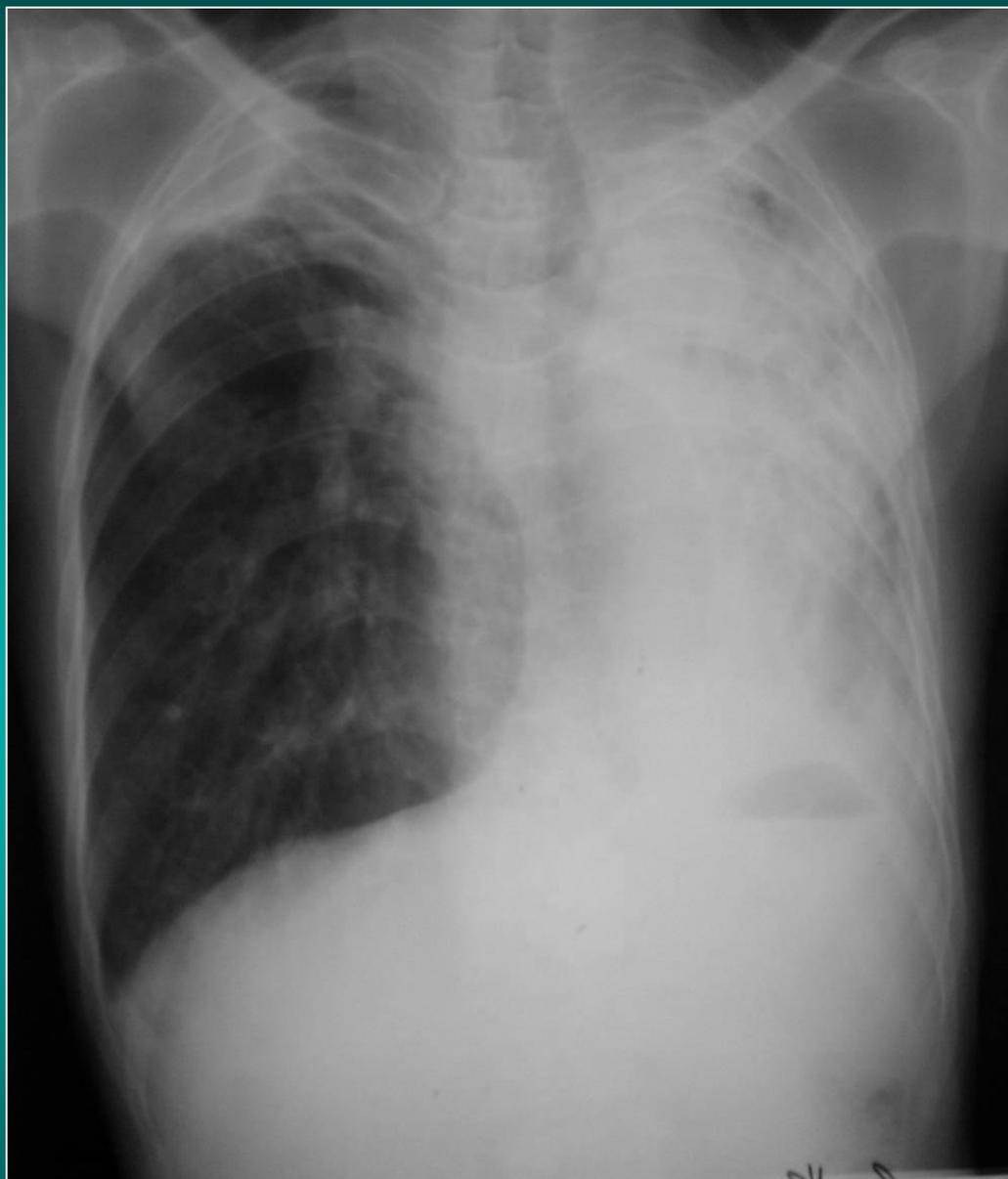
Séquelles rétractiles d'une TB bilatérale des apex



Aspect
impressionnant
de séquelles TB
inactives pour la TB,
mais dont le devenir
naturel est d'être
régulièrement
symptomatiques :
Infection bactériennes,

Recherche soigneuse
des BAAR à chaque
épisode

Cliché du Dr F Dah Bobo Dioulasso



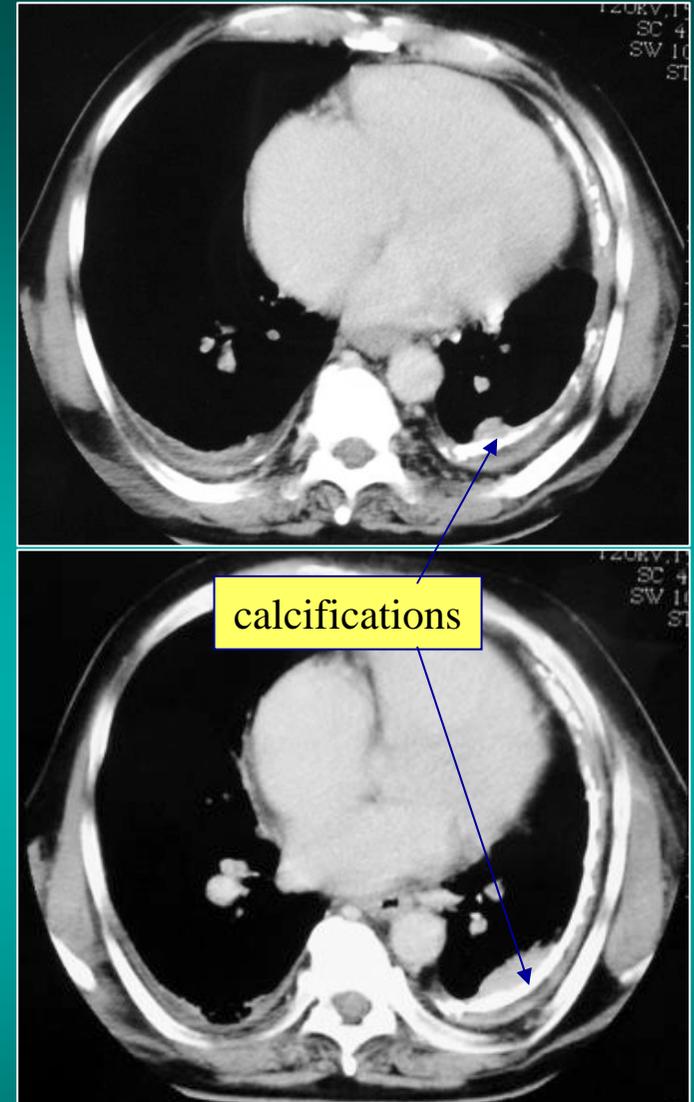
Séquelles rétractiles d'une TB pulmonaire gauche sévère



Calcifications pleurales
Comblement du cul-de -sac G



Calcifications pleurales
Comblement du cul-de -sac G



Pas d'atteinte parenchymateuse
Opacité uniquement pleurale



Calcifications pleurales
Comblement du cul-de -sac G

Les séquelles

- Images radiologiques rétractiles et calcifiées
- Dans les cas de "guérison spontanée" d'une TB non traitée, il reste des BK vivants dans ces cicatrices calcifiées
- Une "réactivation" avec TB active peut survenir ultérieurement, surtout en cas d'immuno-dépression
- On les observe aussi après un traitement anti TB bien conduit, surtout si le traitement est tardif et les lésions évoluées.

Toujours rechercher soigneusement des BAAR
avant d'affirmer le caractère séquellaire



Adénopathies calcifiées

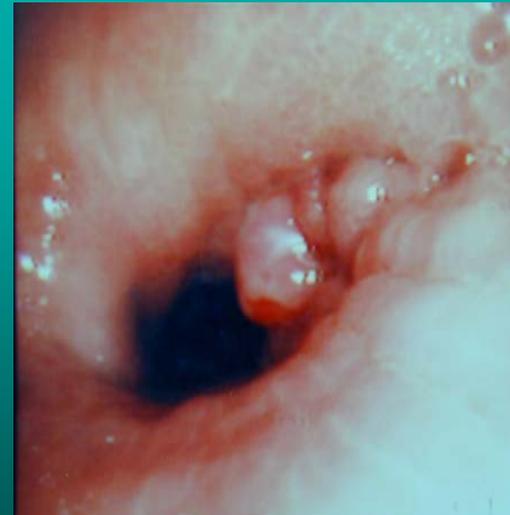
Lésions inactives ?



BAAR + dans l'expectoration !

Lésions tuberculeuses actives coexistant avec des lésions calcifiées.

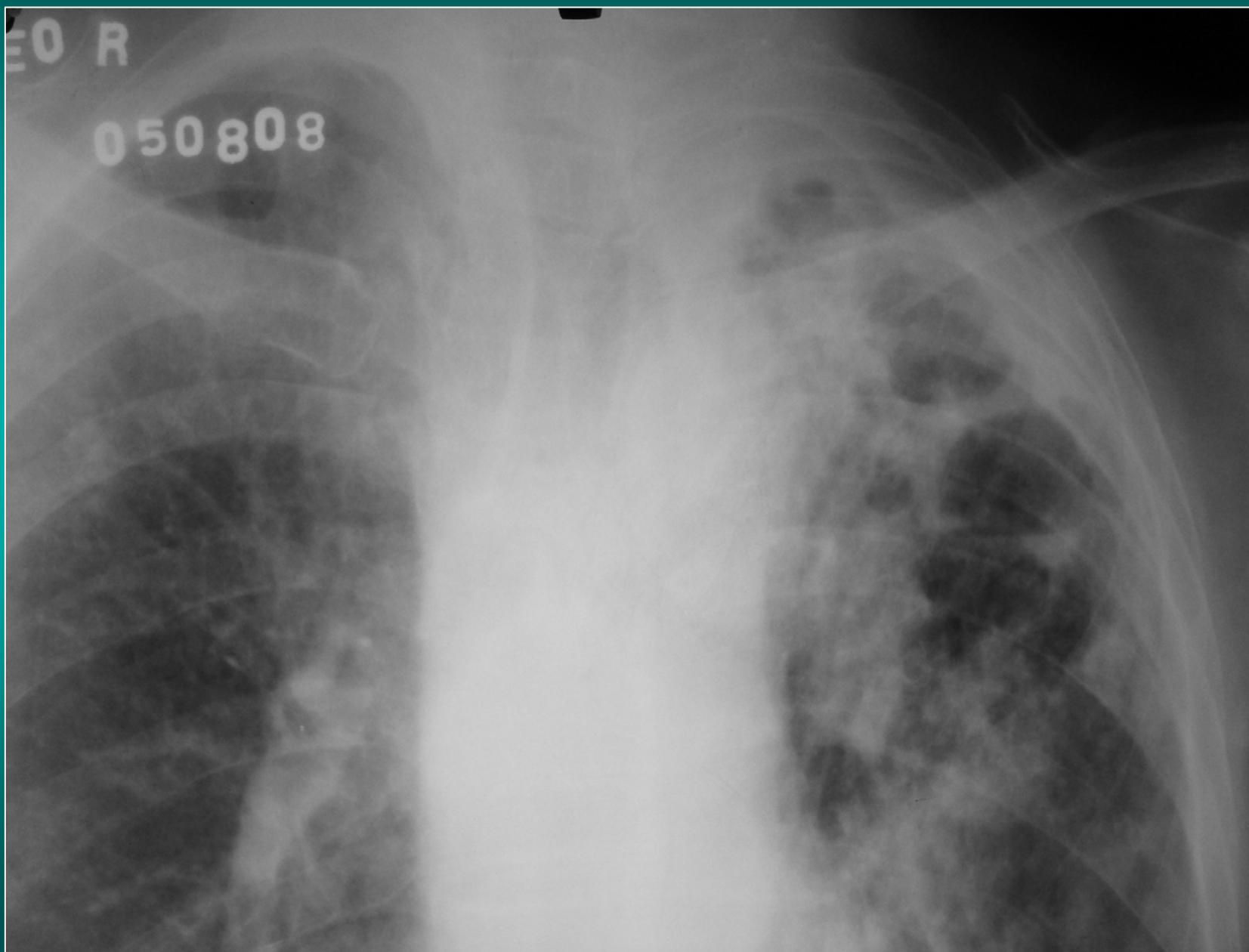
Recherche impérative de BAAR dans les crachats ou l'aspiration bronchique avant de retenir le diagnostic de séquelles inactives



Vue endoscopique : granulome et fistule

F 75 a séquelles rétractiles petit P G

BAAR +



H 70 a Hosp 04 07 08
Toux Expectoration
BAAR x3 = négatifs
(7, 8, 8 / 07 / 2008)
Amoxicilline X 15 j

BAAR + (23/07/08)

Interprétation
des médecins :
"Sd alvéolaire bilatéral"
 Δg : "TPM +"

Diagnostic :
Séquelles rétractiles
Bilatérales surtout G
Probable réactivation
TB sur séquelles TB



Séquelles

- Dans ces 3 cas : **réactivation TB** sur des séquelles rétractiles et calcifiées. La **recherche de BAAR est positive**. Il faut faire un **traitement anti TB**.
- Mais **symptômes cliniques** (toux, expectoration, fièvre, hémoptysie) et **anomalies radiologiques ne signifient pas activité de la TB**
- Surinfections bactériennes et hémoptysies sont habituelles dans les séquelles TB
- Toujours rechercher les BAAR et **traiter les surinfections**
- Mais **ne pas mettre un traitement anti TB à chaque épisode infectieux à BAAR -**

H 32 ans

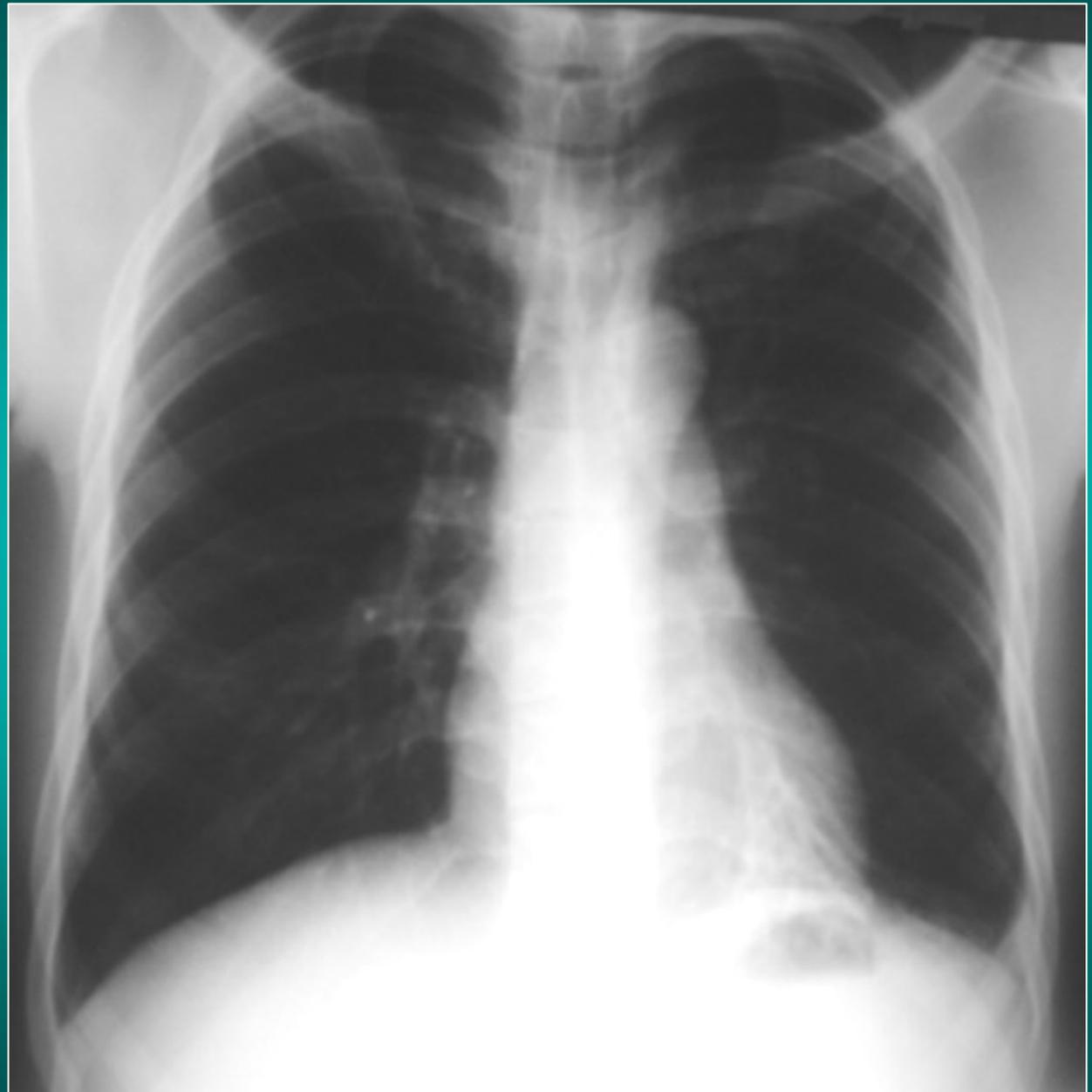
Cuisinier

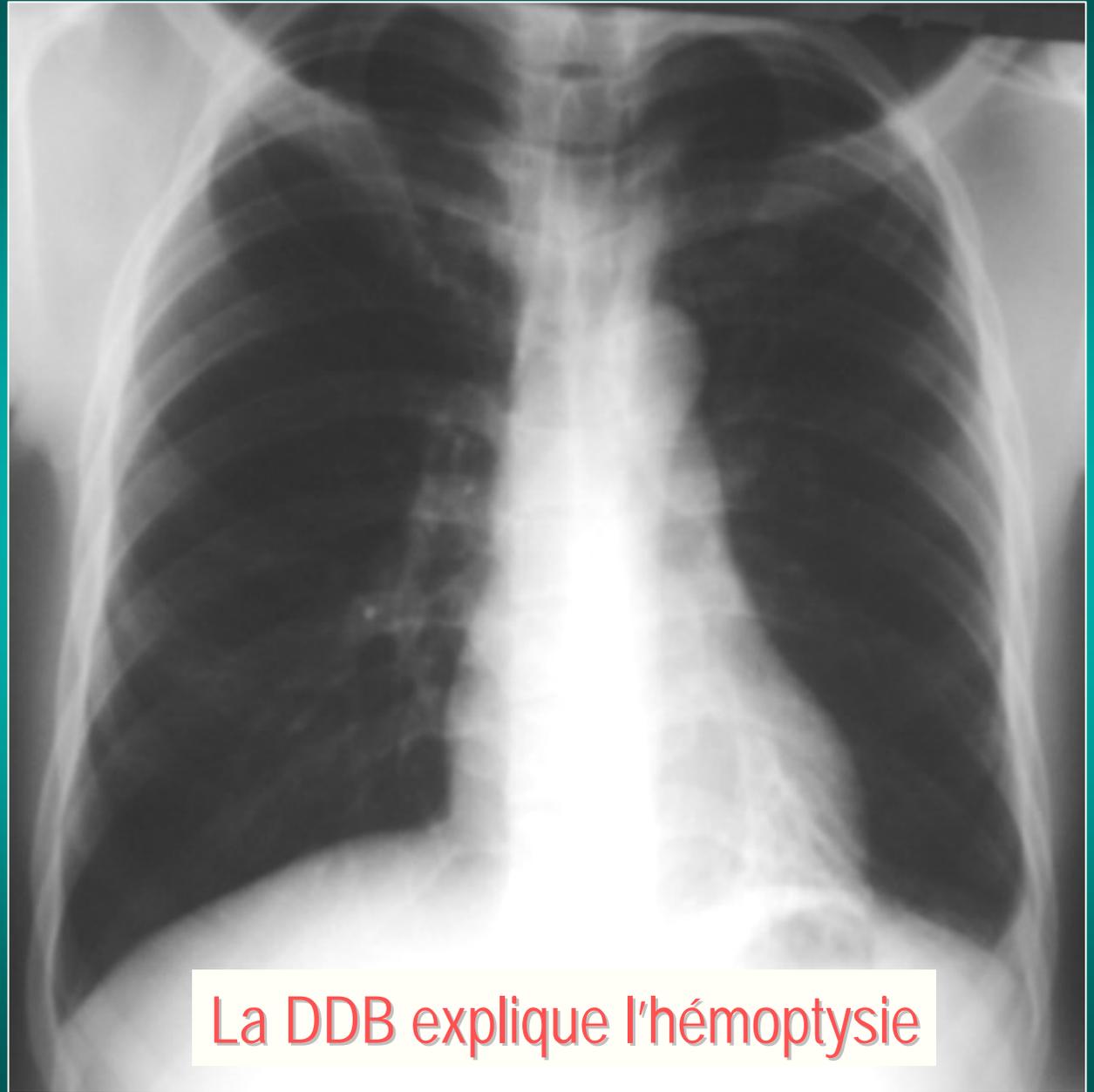
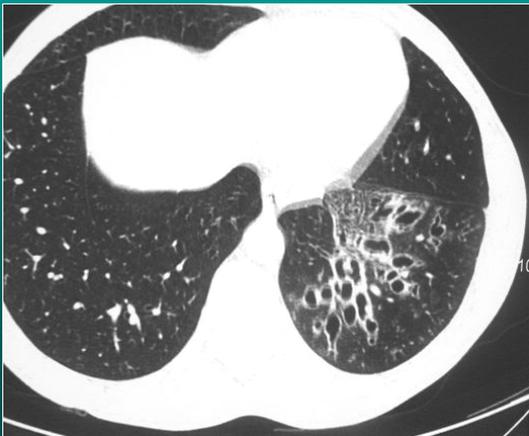
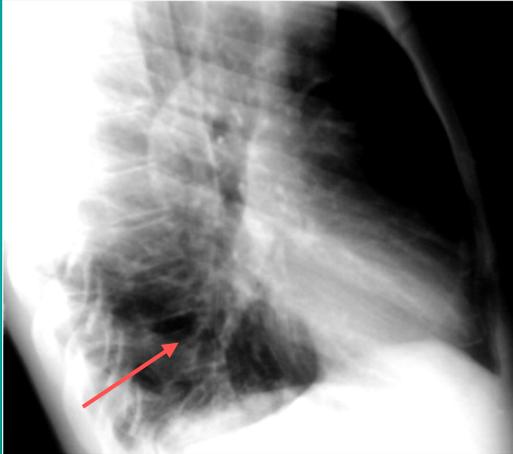
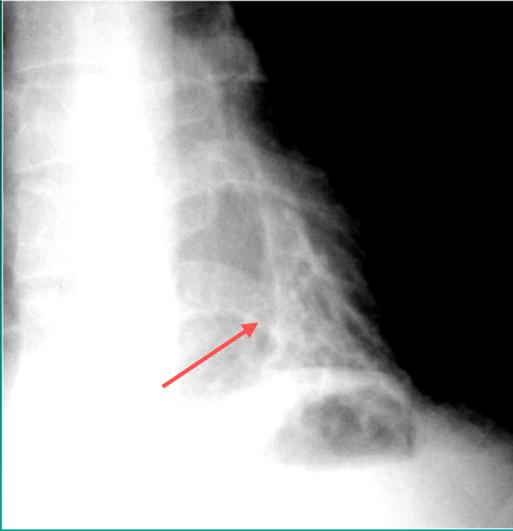
**Toux Expectoration
hémoptoïque**

Recherche
de BAAR négative

Mis au traitement antiTB
devant les "signes Rx
patents de TB"

C'est une DDB du LIG,
rétro cardiaque
BAAR -
Donc à ne pas traiter !!





La DDB explique l'hémoptysie



...Bronchectasies post-TB



Séquelles TB G +++ : Rétraction, bronchectasies

M 26 Hosp 01 07 08
Toux Expectoration
BAAR -

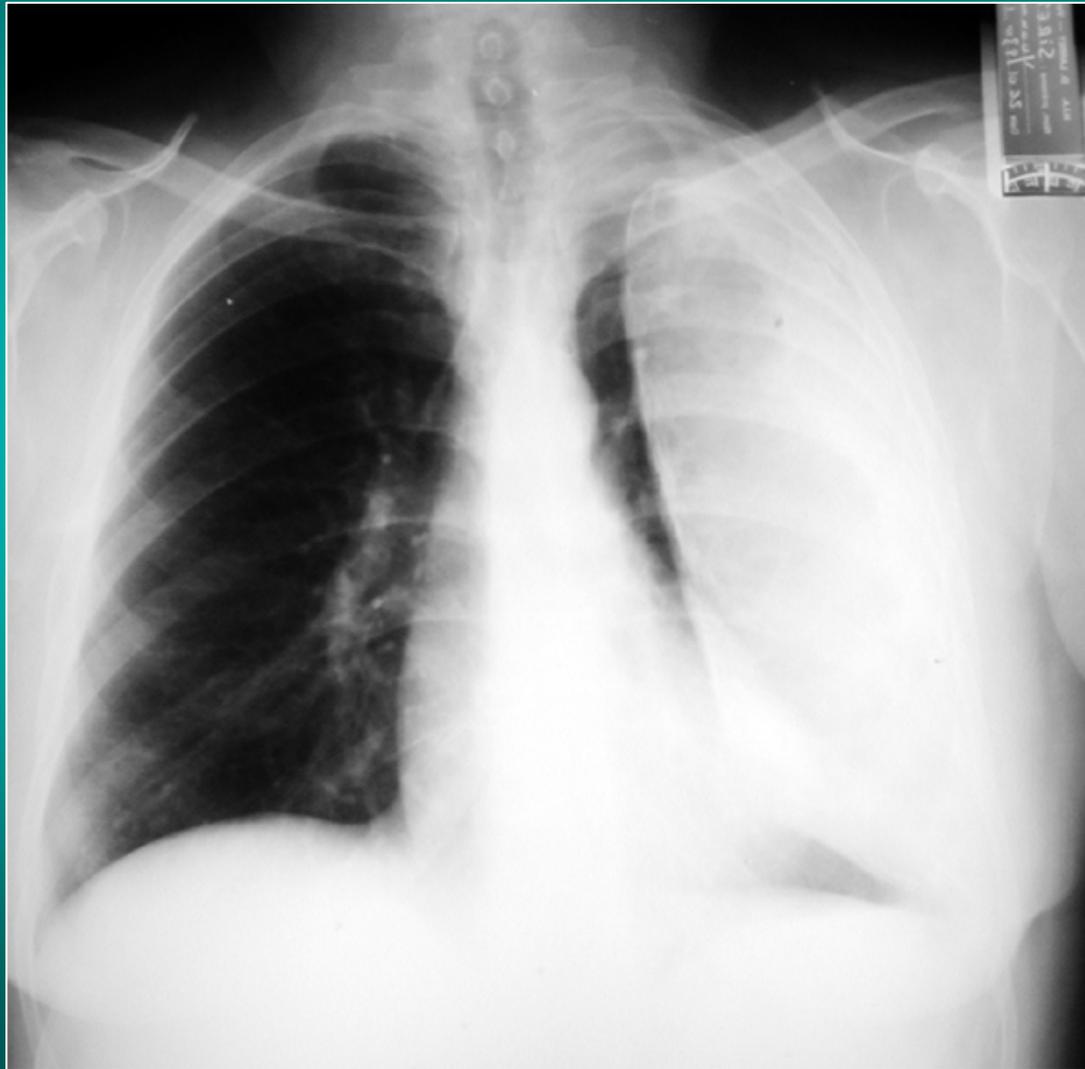
Interprétation Rx
"Sd alvéolaire bilat"
Amox X 10 j
△ g : "TPM-"
traitement anti TB

Diagnostic :
Séquelles rétractiles G
Pas d'opacités
Surinfection sur
séquelles TB
Pas de BAAR
pas de traitement



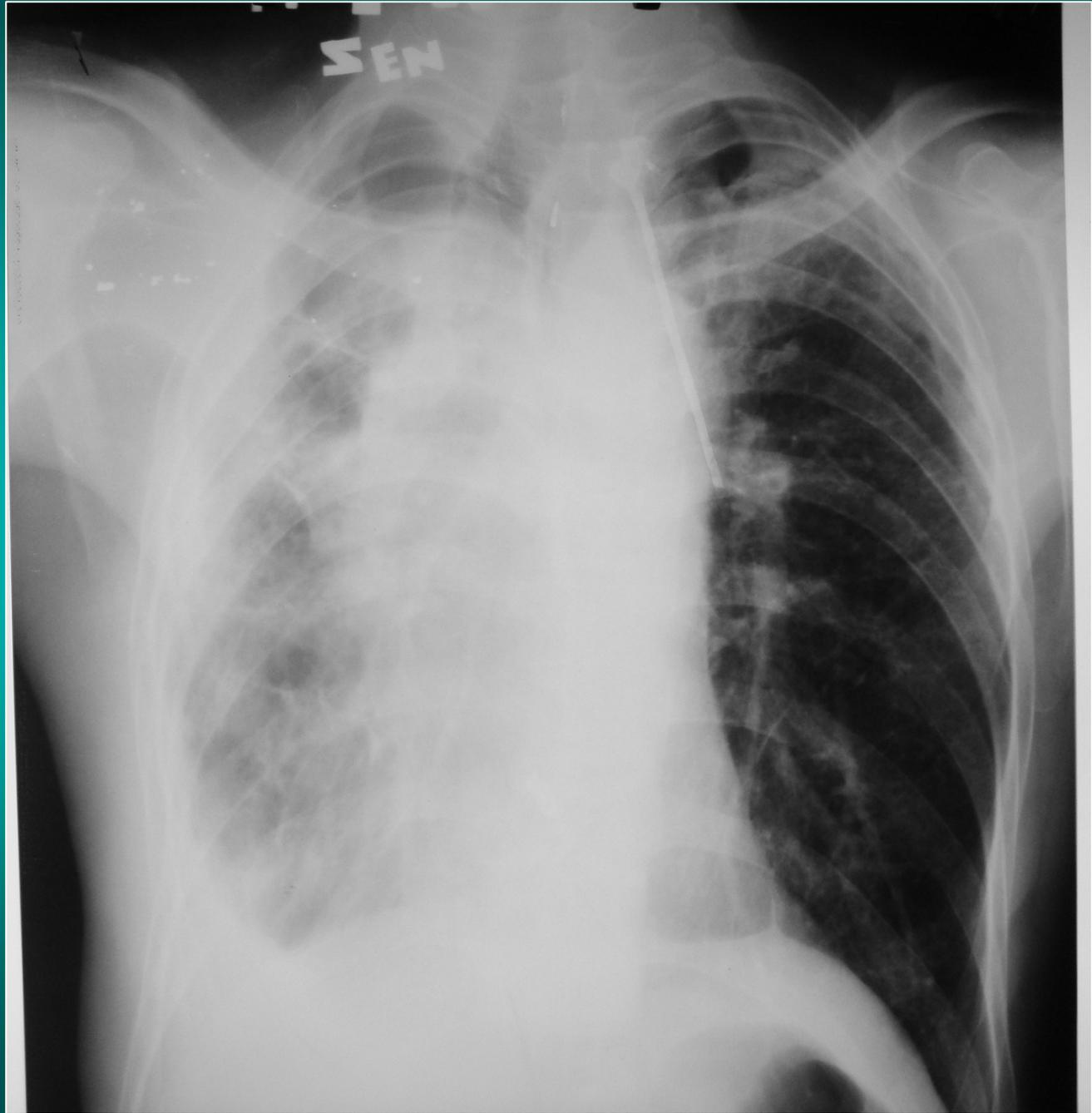
Lésion pleurale calcifiée "os de seiche"

(cliché Pr Anthoine)



Fièvre toux expectoration
Ce n'est pas une
"pleurésie Dte"

= séquelles TB
Surinfection sur séquelles
Être sûr qu'il n'y a pas
de reprise évolutive



H 58 Hosp 17 07 08
Toux Expectoration
Hémoptysie

BAAR x3 négatif

Rx interprétée comme
"Sd alvéolaire bilat "
Guérison sous
Ceftriaxone X 12 j

Δ g :

"Pneumonie bilatérale"

Séquelles TB bilatérales
rétractiles +++
surinfectées



17.07.08



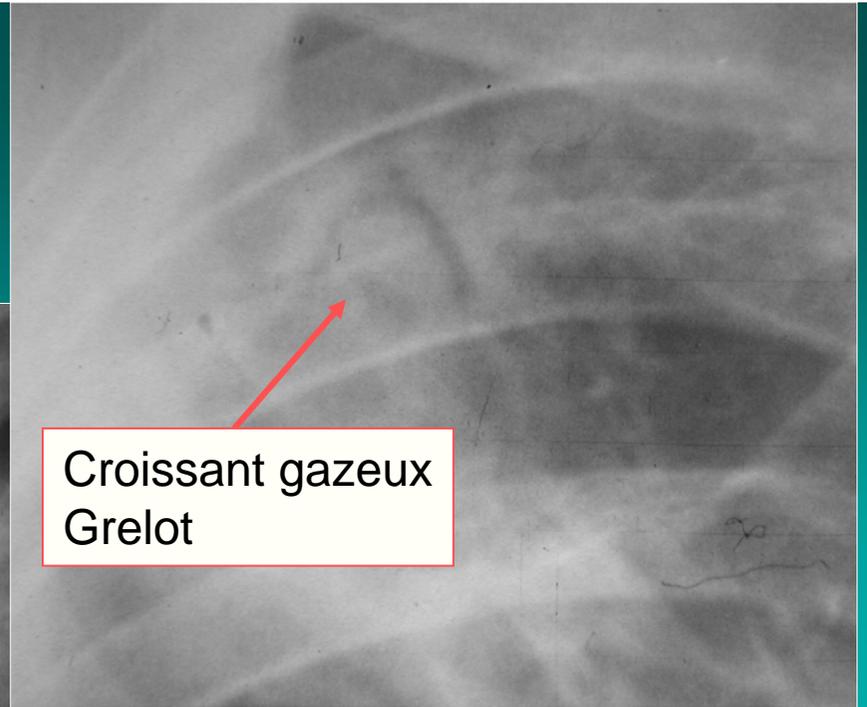
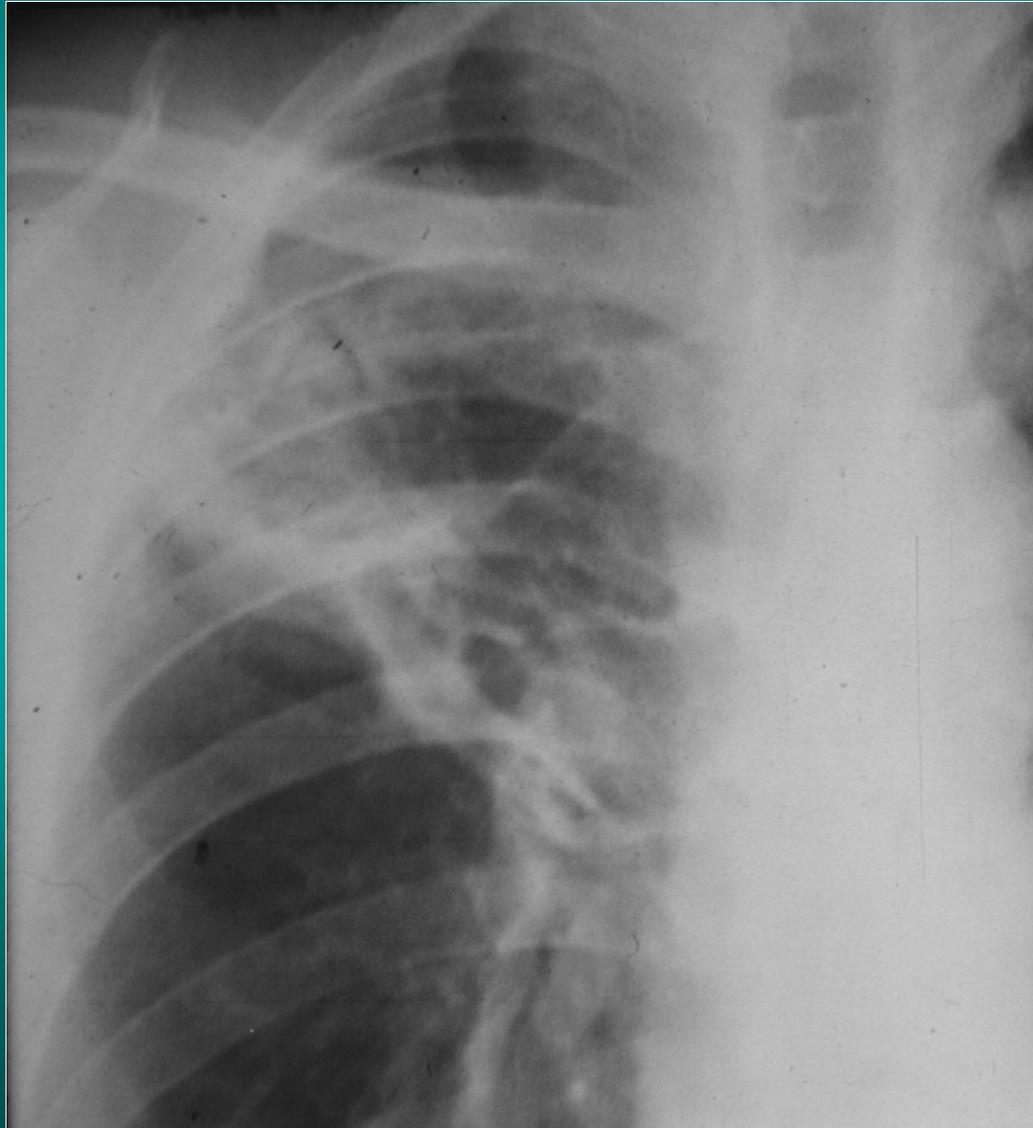
17.07.08

Δ g surinfection
Sur séquelles TB
Amélioration clinique
et Rx sous C3G



04.08.08

Ancien tuberculeux
Hémoptysie
Diagnostic ?



Aspergillome

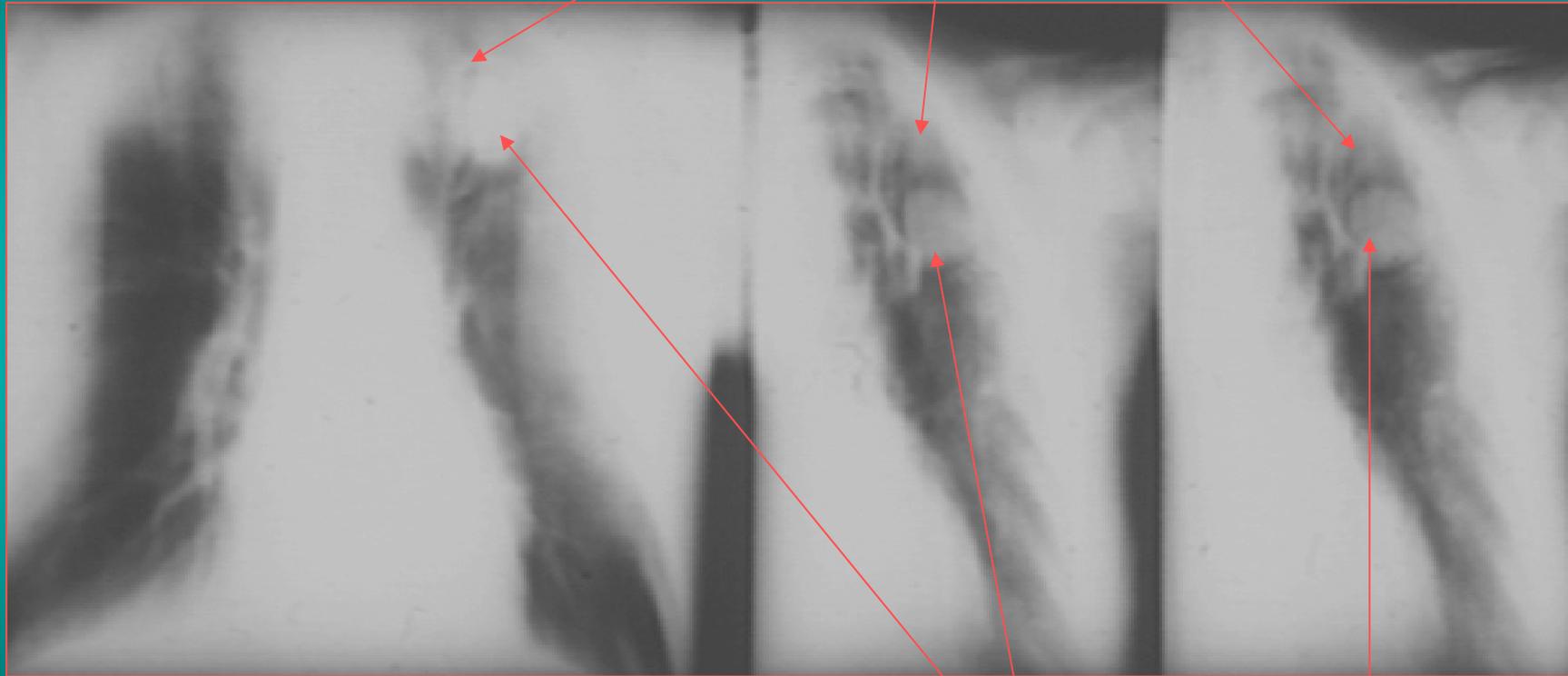
Les séquelles sont fréquentes

- Dans beaucoup de PNT on traite comme TPM (-)
les patients à chaque surinfection ou hémoptysie
- Des aspects radiologiques impressionnants peuvent être inactifs
- Il faut apprendre
 - à reconnaître ces séquelles,
 - à traiter les complications
 - à ne mettre au traitement TB qu'à bon escient
- Il faut aussi bien reconnaître les aspergillomes

Sous traitement anti TB les cavernes diminuent de taille, leur paroi devient plus fine, elles peuvent disparaître en laissant une cicatrice stellaire, mais...

Aspergillome

“Croissant gazeux“



Parfois il persiste une cavité résiduelle, dans laquelle peut se greffer un champignon, *Aspergillus*, pour donner un aspergillome, responsable d'hémoptysies

“Truffe aspergillaire“
Image en “grelot“,
déclive dans la cavité



Gabonaise 32 ans
TB du LSD
à l'âge de 14 ans

Aspergillome
Lobectomie supérieure Dte

Volumineux
Aspergillome



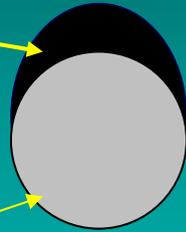
Aspergillome calcifié

(cliché Pr Anthoine)

Toux

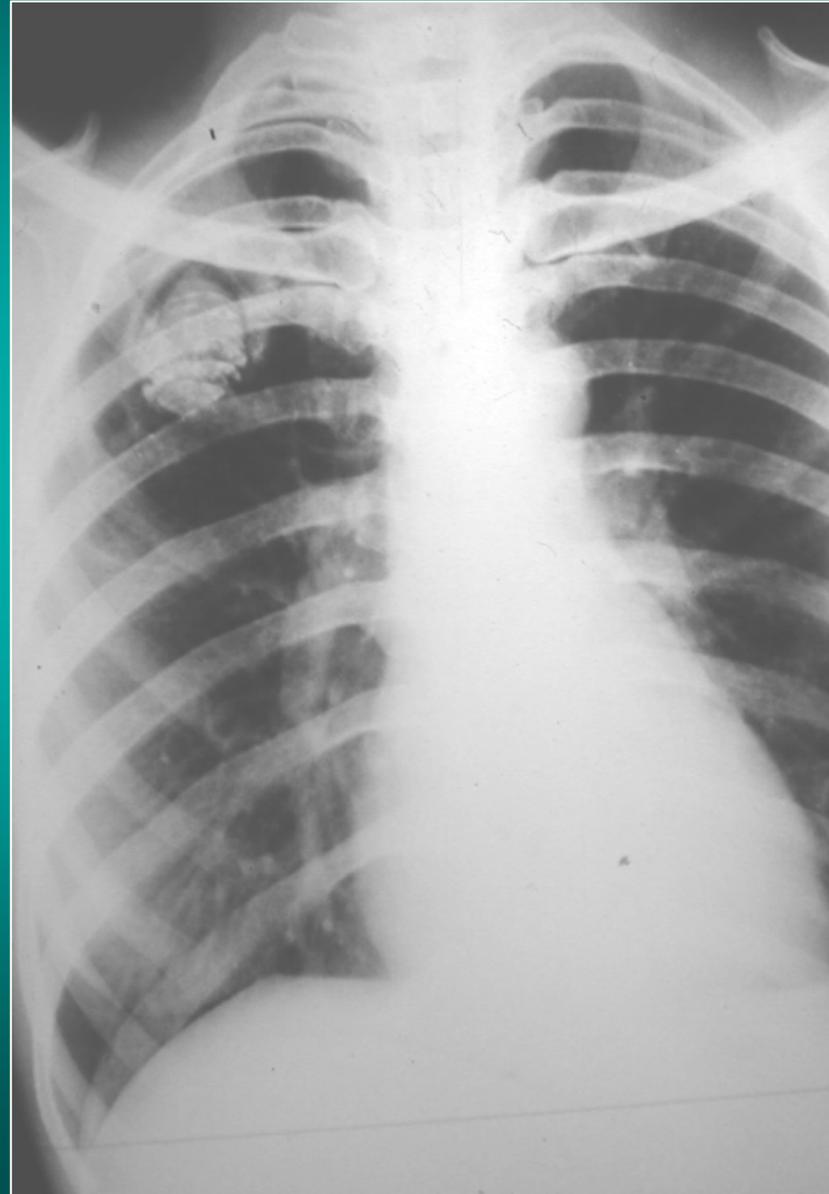
Hémoptysie

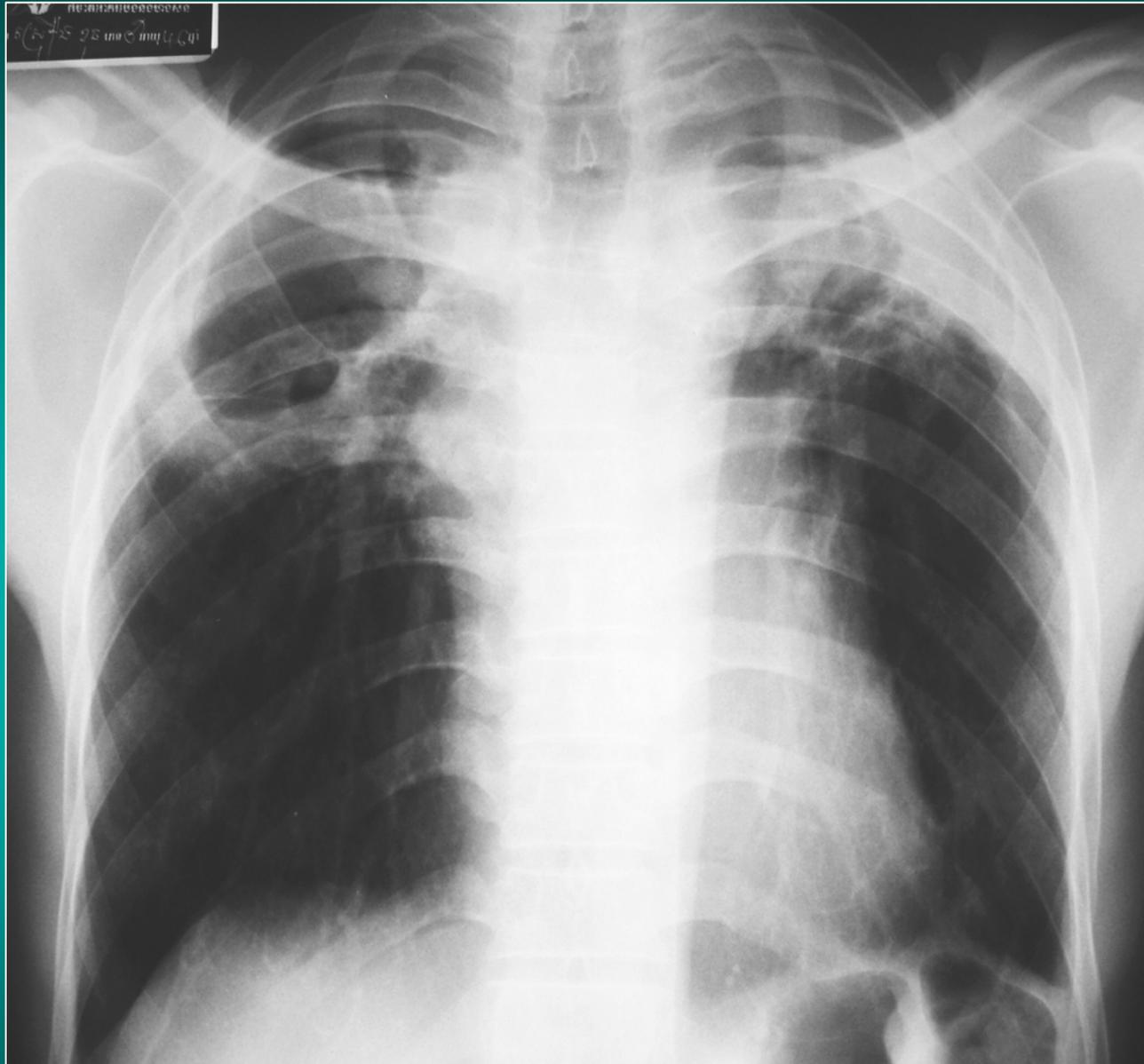
Clarté supérieure
"en croissant"



Opacité déclinive
Image "en grelot"

Aspergillome dans une
caverne TB détergée par le
traitement





Séquelles rétractiles d'une TB bilatérale, épaissement pleural G
Cavité détergée droite, risque de colonisation par *Aspergillus*

En résumé, les séquelles TB

- Sont très fréquentes et symptomatiques. Leur Ttt par anti TB à chaque épisode d'infection ou d'hémoptysie est 1 des cause d'inflation des TPM -
- Leur aspect est typique et leur reconnaissance facile avec un peu d'habitude
- Un patient BAAR -, qui a été correctement traité pour une TB antérieure, ne doit pas être mis au Ttt antiTB (traiter la surinfection, parfois à G -)
- On peut envisager 1 Ttt anti TB chez le patient jamais traité, vu pour la 1ère fois, car il y a des BK vivants dans les séquelles

Les séquelles TB - Algorithme thérapeutique

- Sont fréquentes, faciles à reconnaître, avec des surinfections fréquentes (+/- hémoptysie),
- Contiennent des BK vivants, avec parfois réactivation TB.
- Que pensez vous de l'algorithme suivant ?

Recherche de BAAR à chaque épisode (+ culture si possible)

(+ broncho aspiration ?)

- BAAR + = traitement anti TB
- BAAR négatif : traitement de la surinfection, pas de traitement antiTB à chaque épisode
- Mais, lors du 1^{er} épisode, chez un patient jamais traité pour une TB ("guérison" spontanée) discuter 1 traitement antiTB