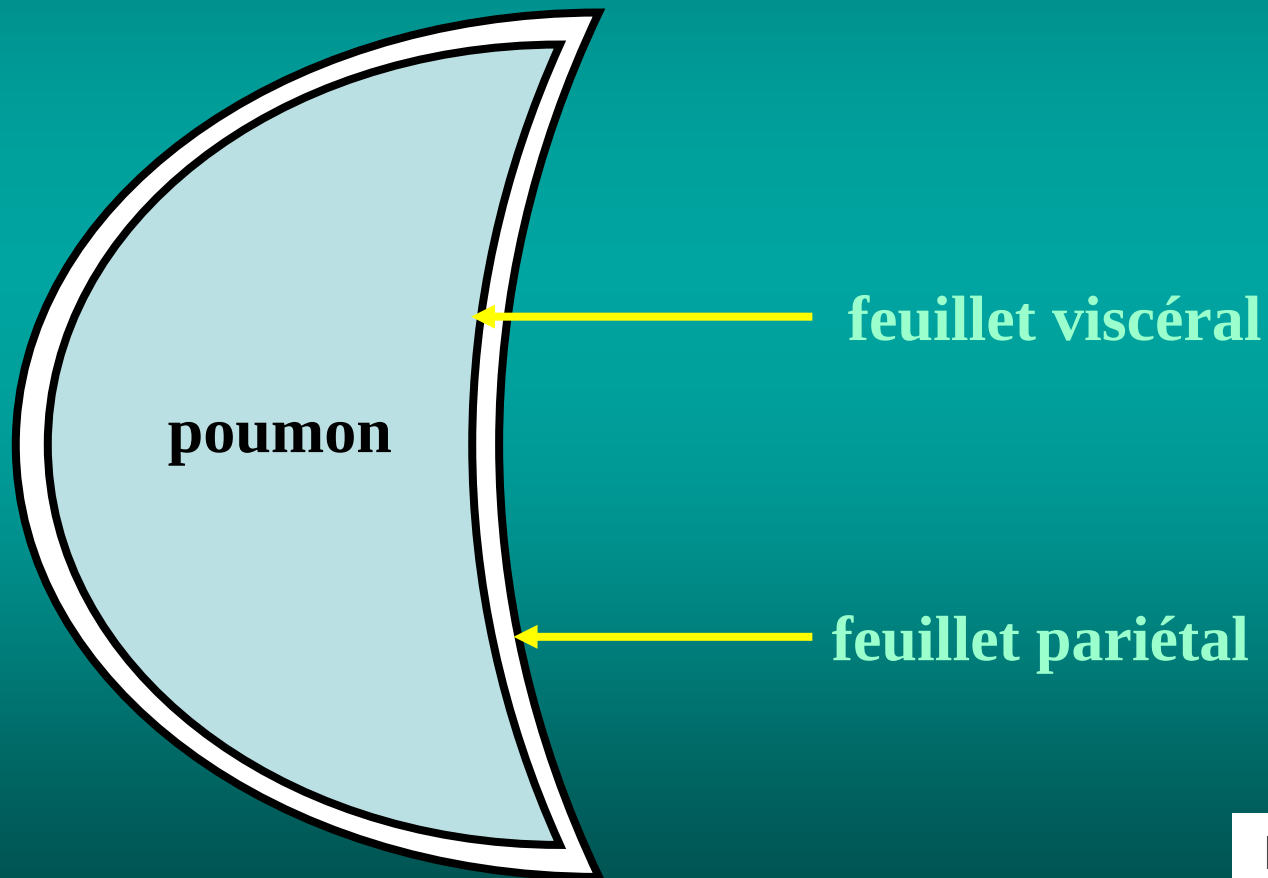


Tuberculose des séreuses

Plèvre, péricarde

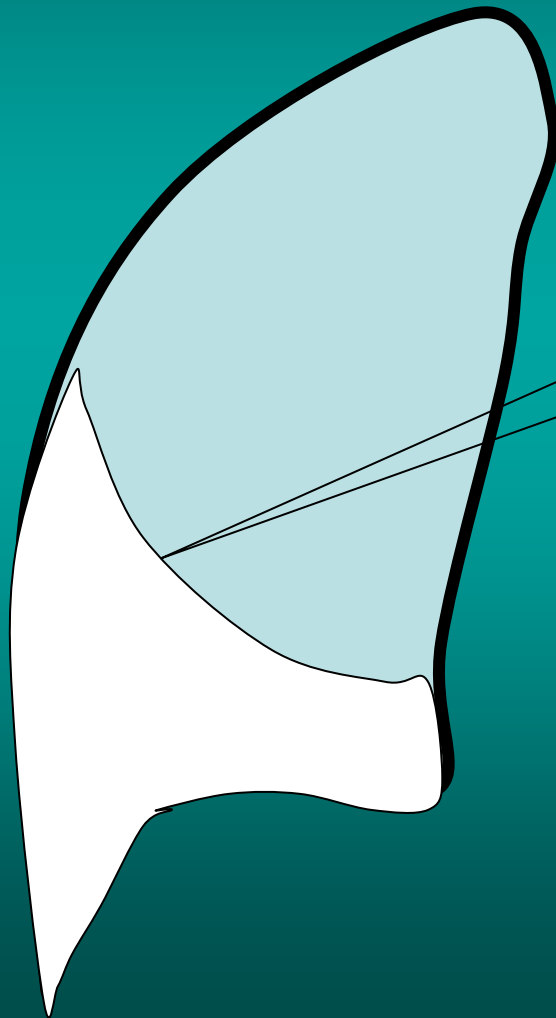
Pleurésie :

Inflammation de la plèvre, avec
apparition de liquide entre la
membrane viscérale et pariétale



Dessins et illustrations
Pr Daniel Jeanbourquin

Epanchement dans la cavité pleurale

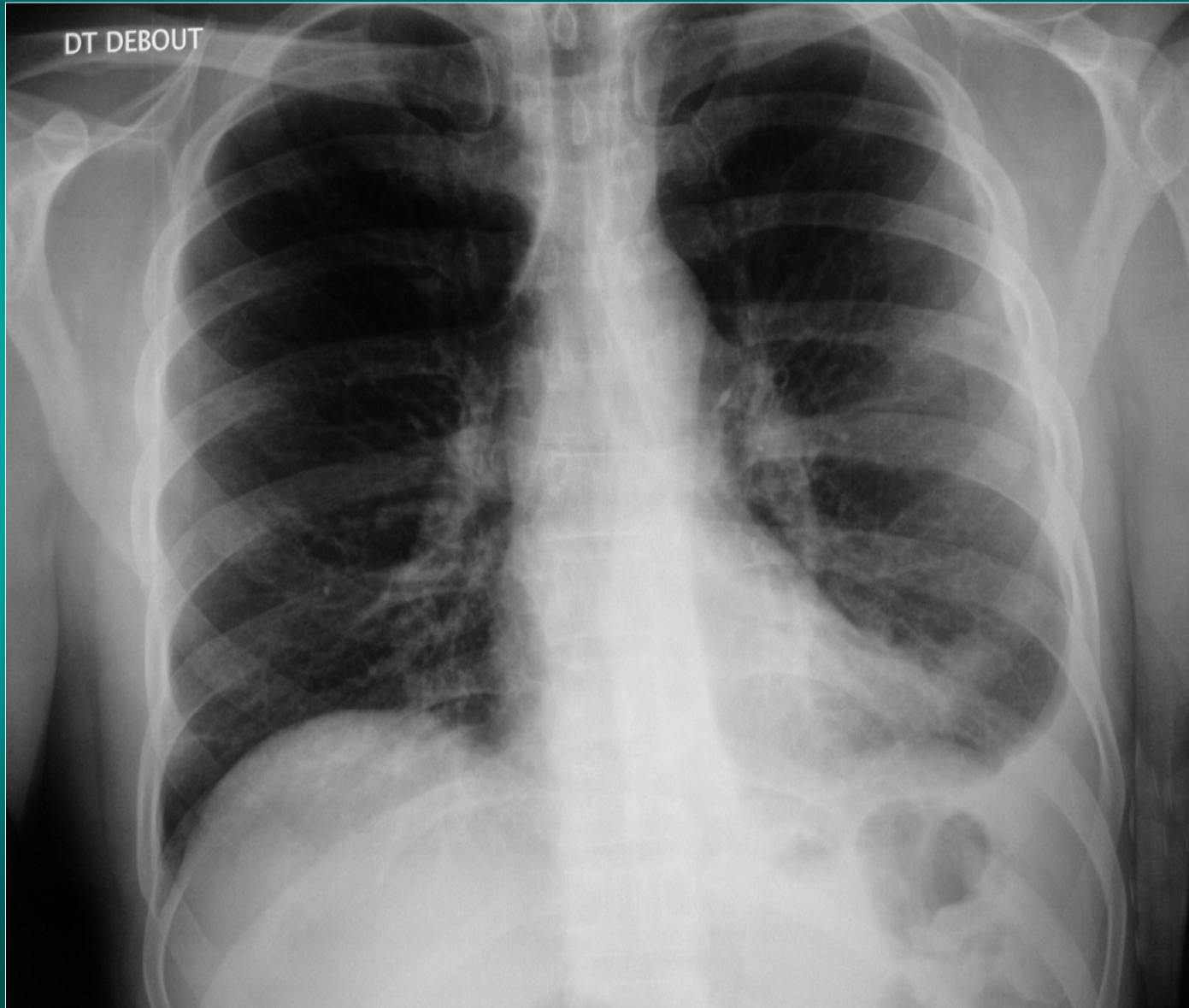


Limite supérieure de l'opacité
concave en haut et en dedans

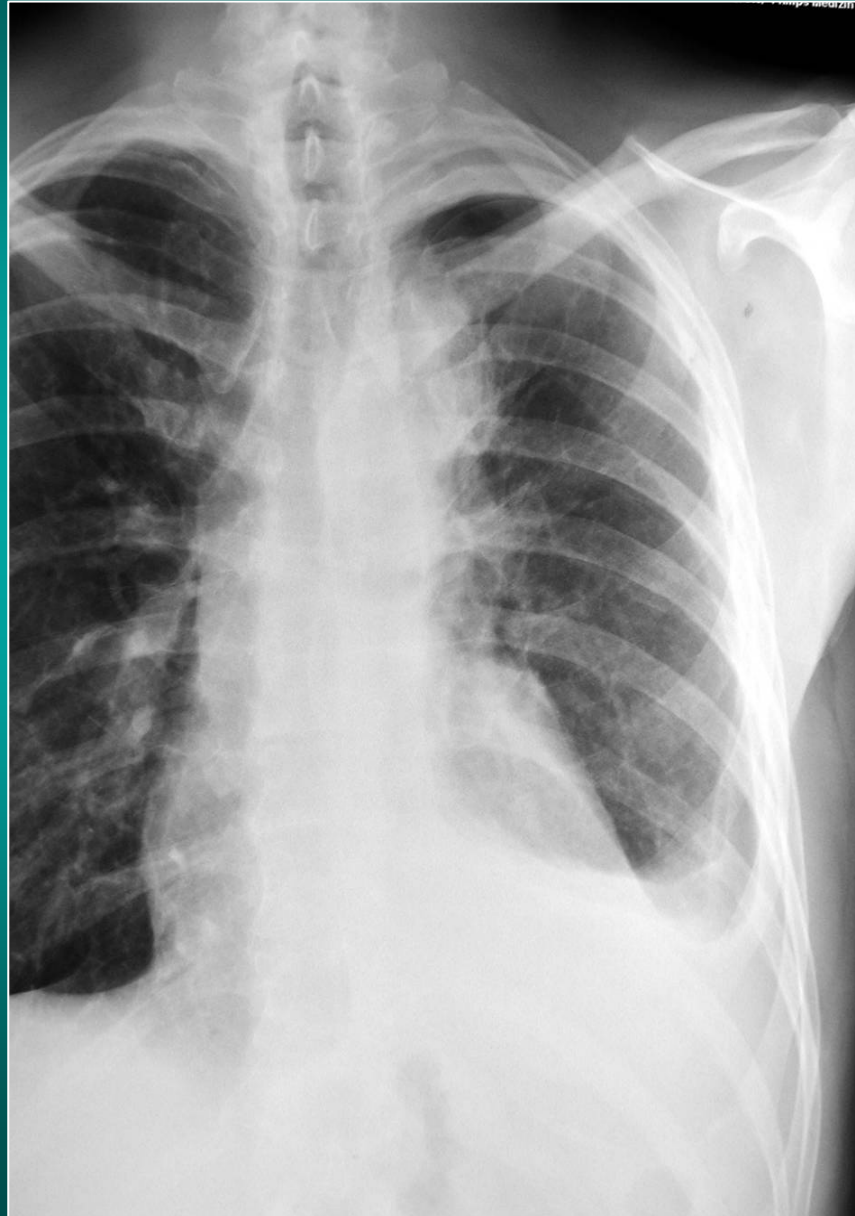
"courbe de Damoiseau"

- Opacité dense, homogène, décline (Mobile aux changement de position)
- Non systématisée (non limitée par une scissure)
- Sans bronchogramme aérique

Épanchement de petite abondance (500 à 700 cc)

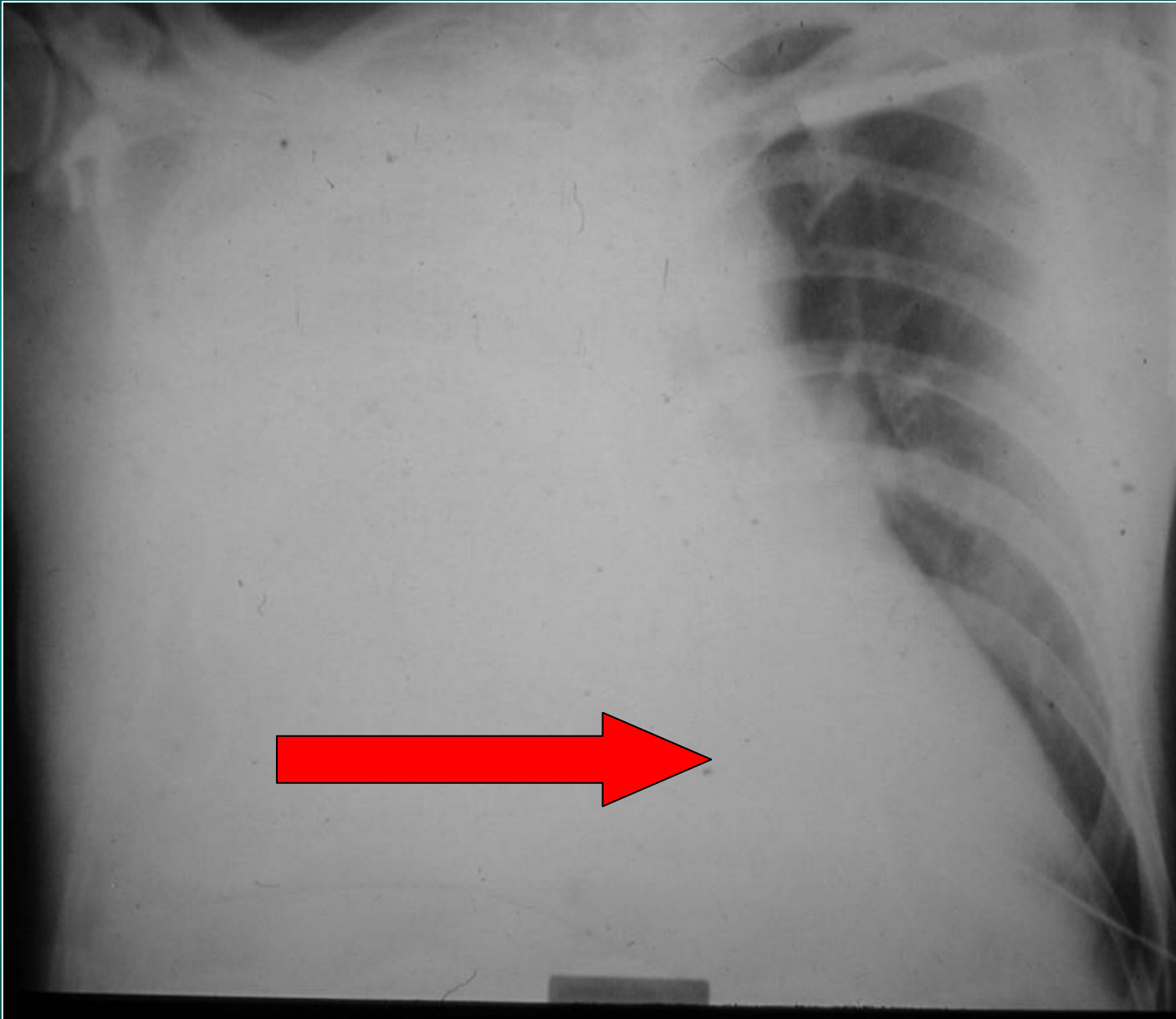


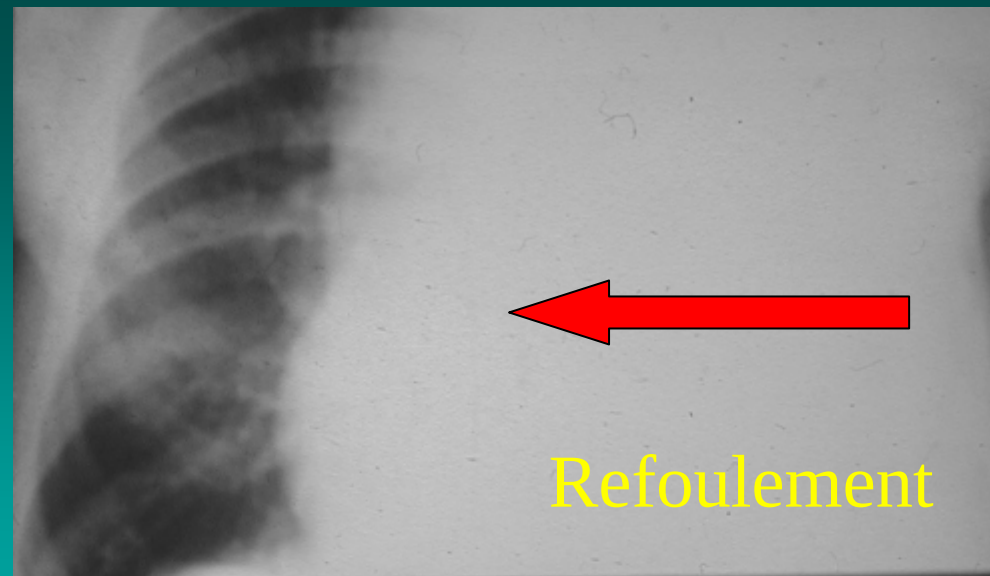
Épanchement de moyenne abondance



Épanchement de grande abondance

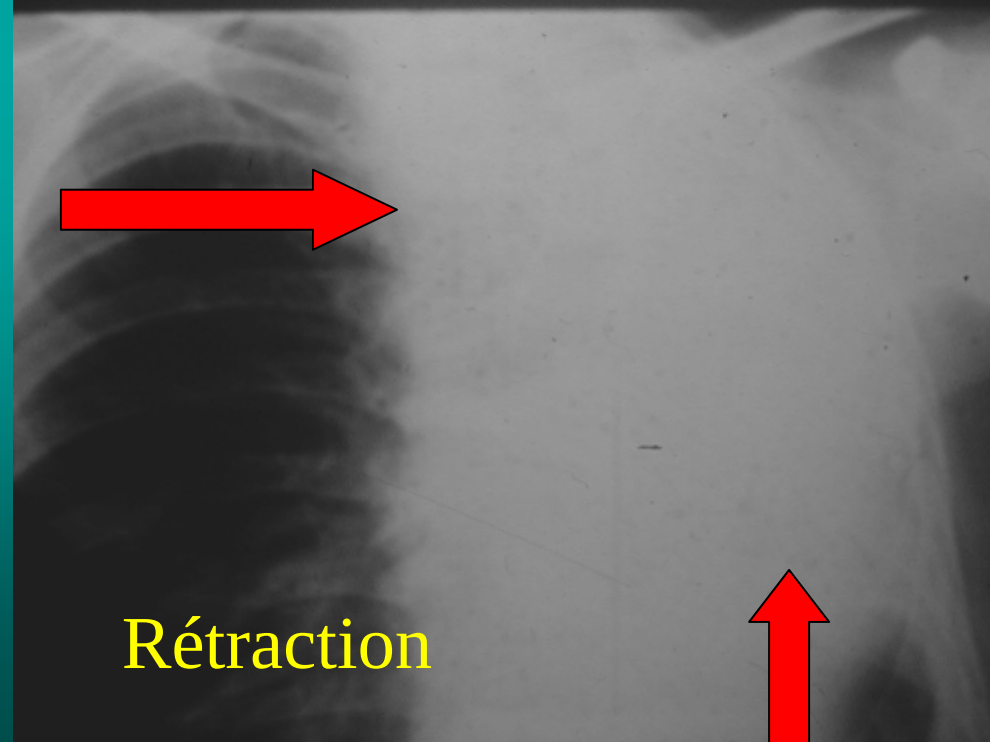






Pleurésie

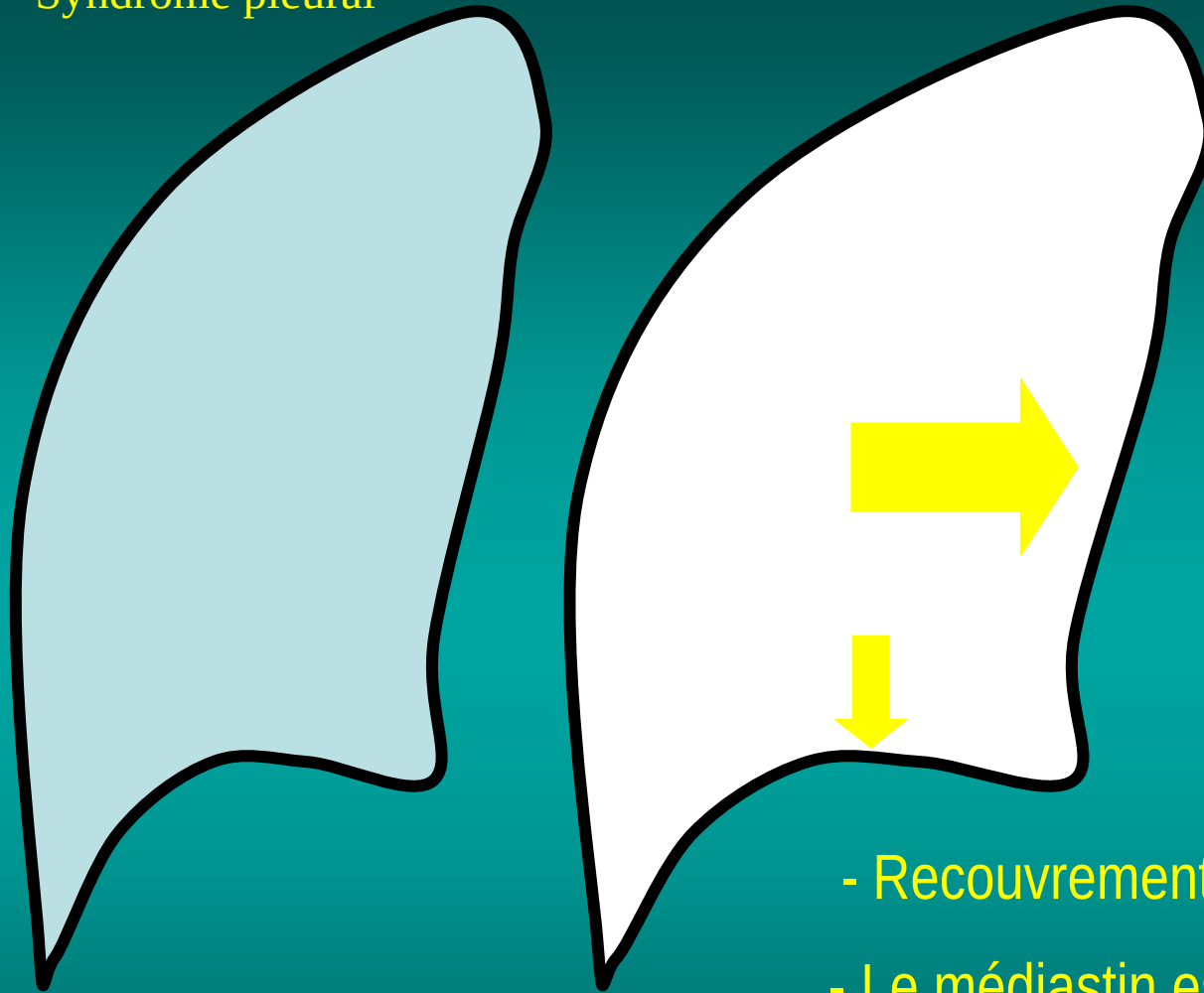
Refoulement



Atélectasie G

Rétraction

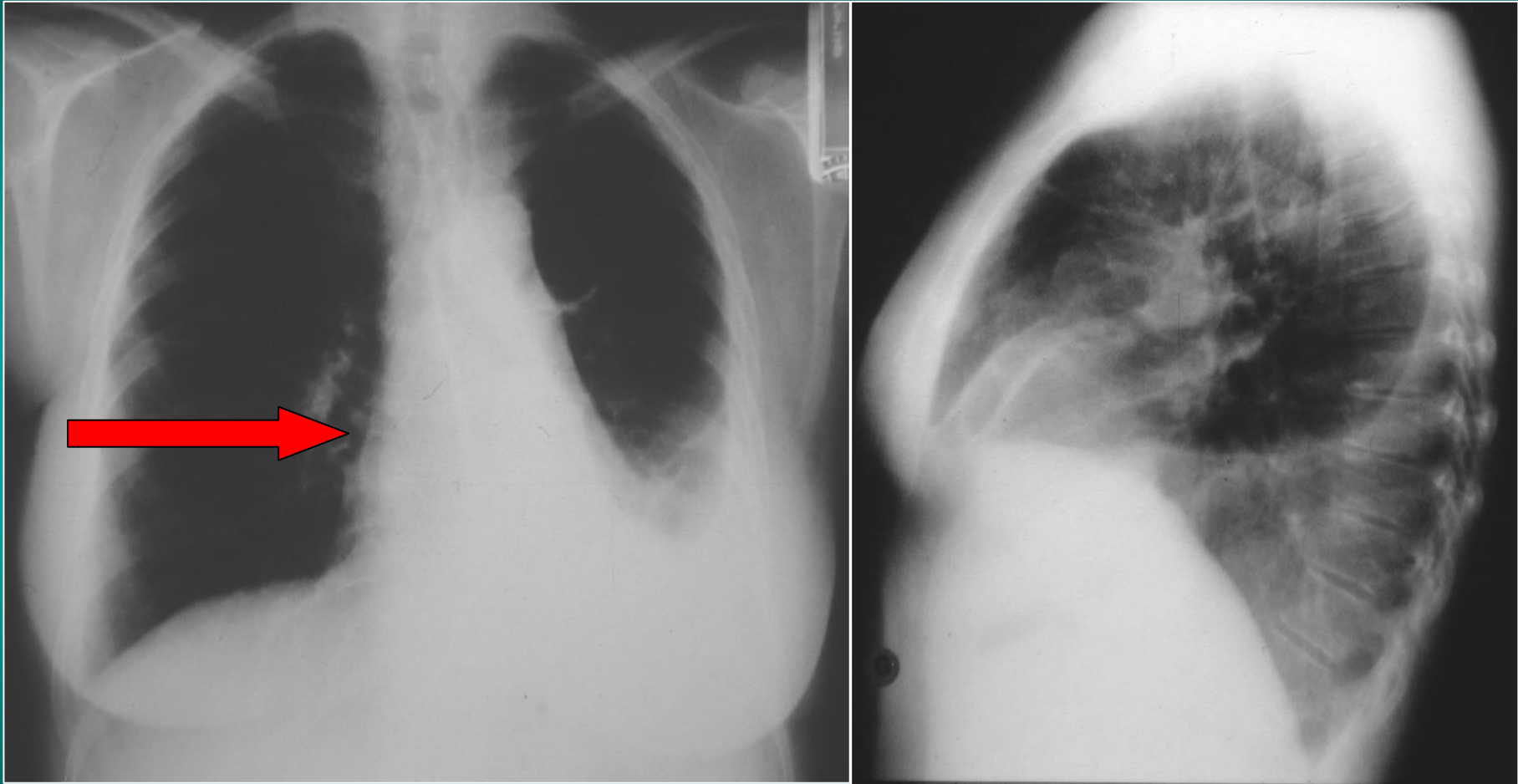
Syndrome pleural



Épanchement
abondant

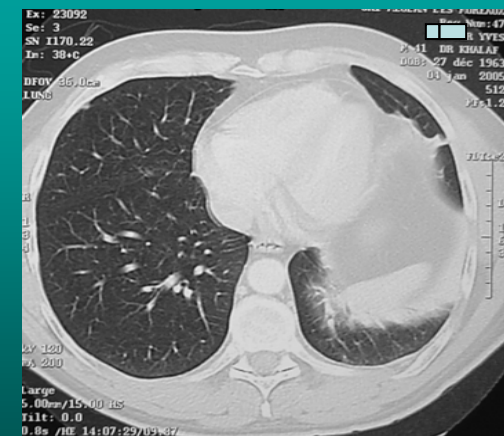
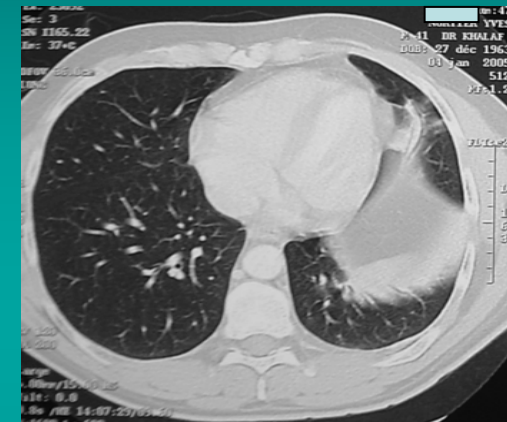
- Recouvrement de tout héli thorax
- Le médiastin est refoulé
- Le diaphragme est abaissé

Pleurésie G + atélectasie G (épanchement pleural associé à une rétraction)



Un épanchement pleural n'est pas rétractile, sauf s'il est associé à une atélectasie

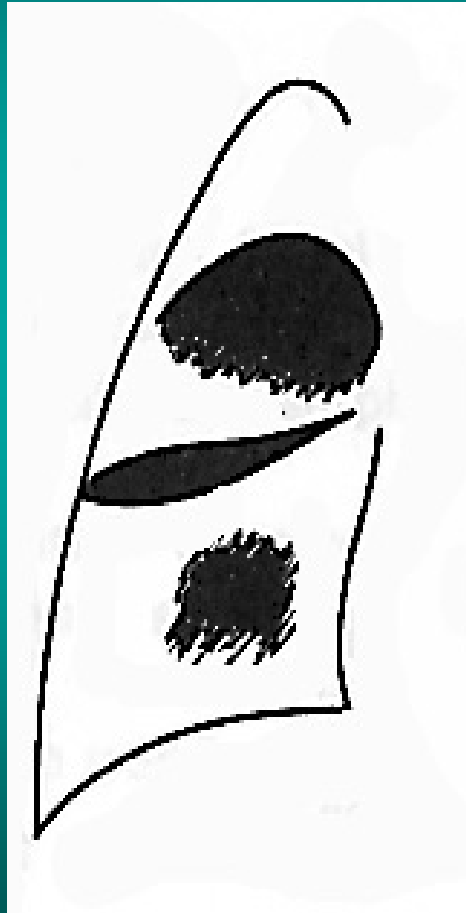
Ne pas confondre pleurésie et ascension du diaphragme



Épanchement dans les scissures

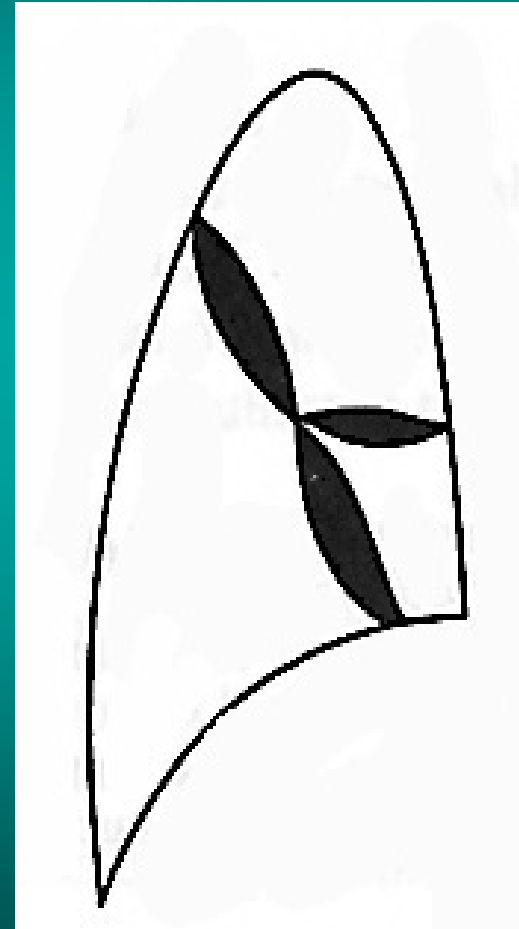
De face :

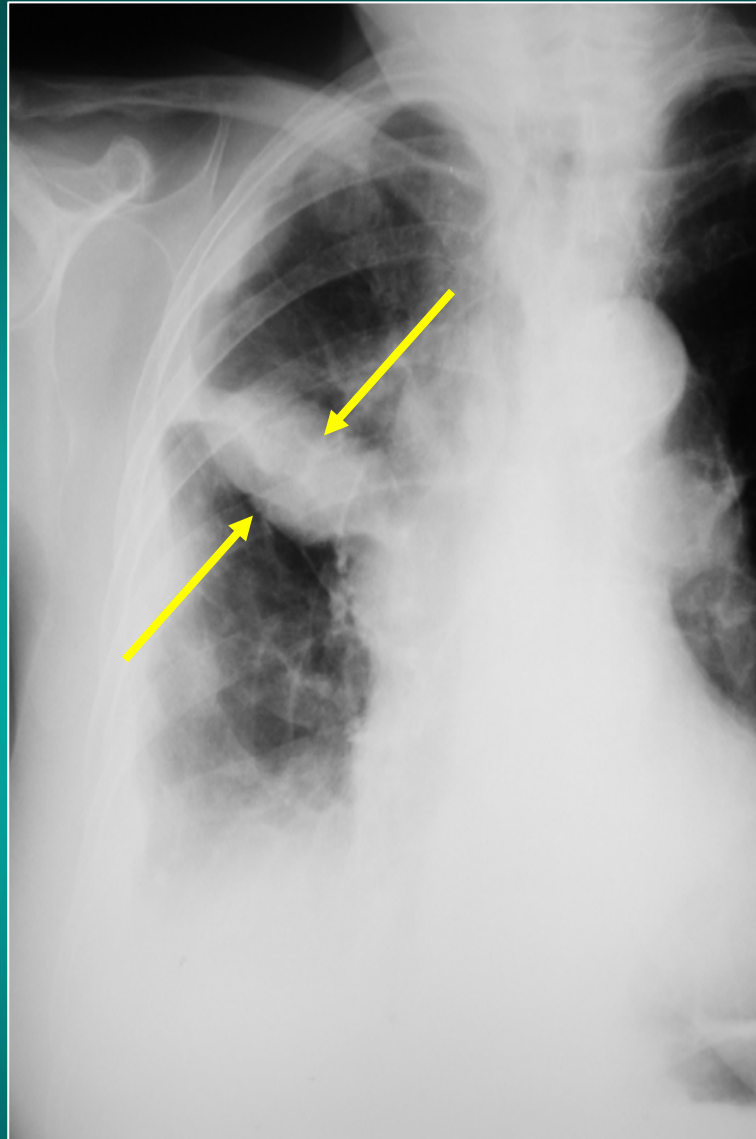
Epanchement
dans la petite et
la grande scissure



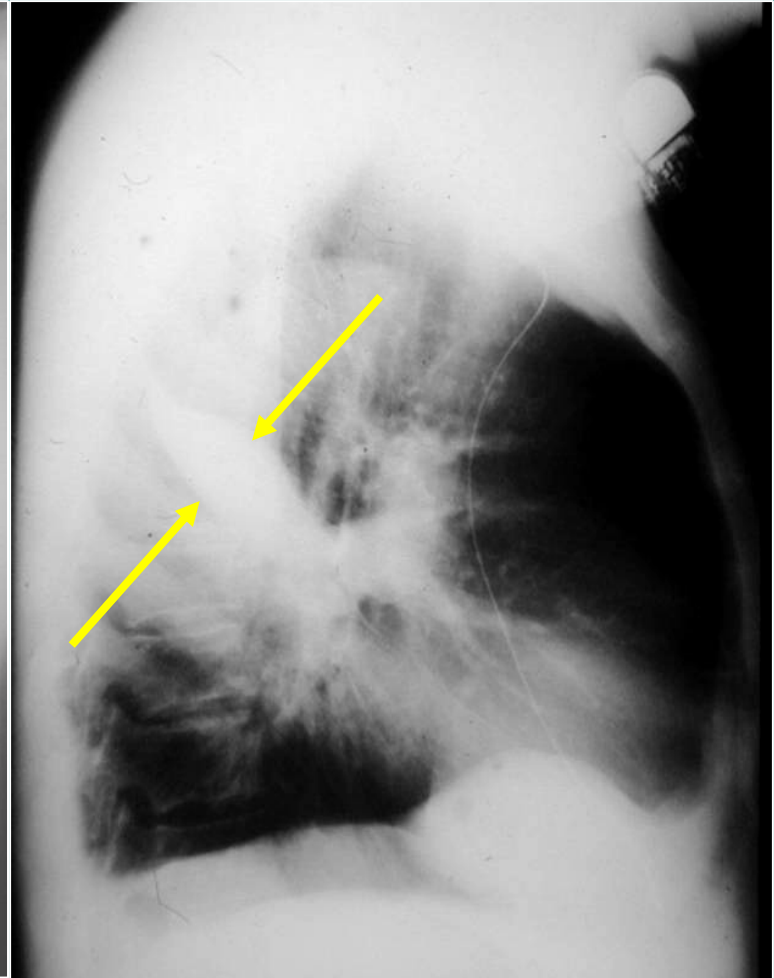
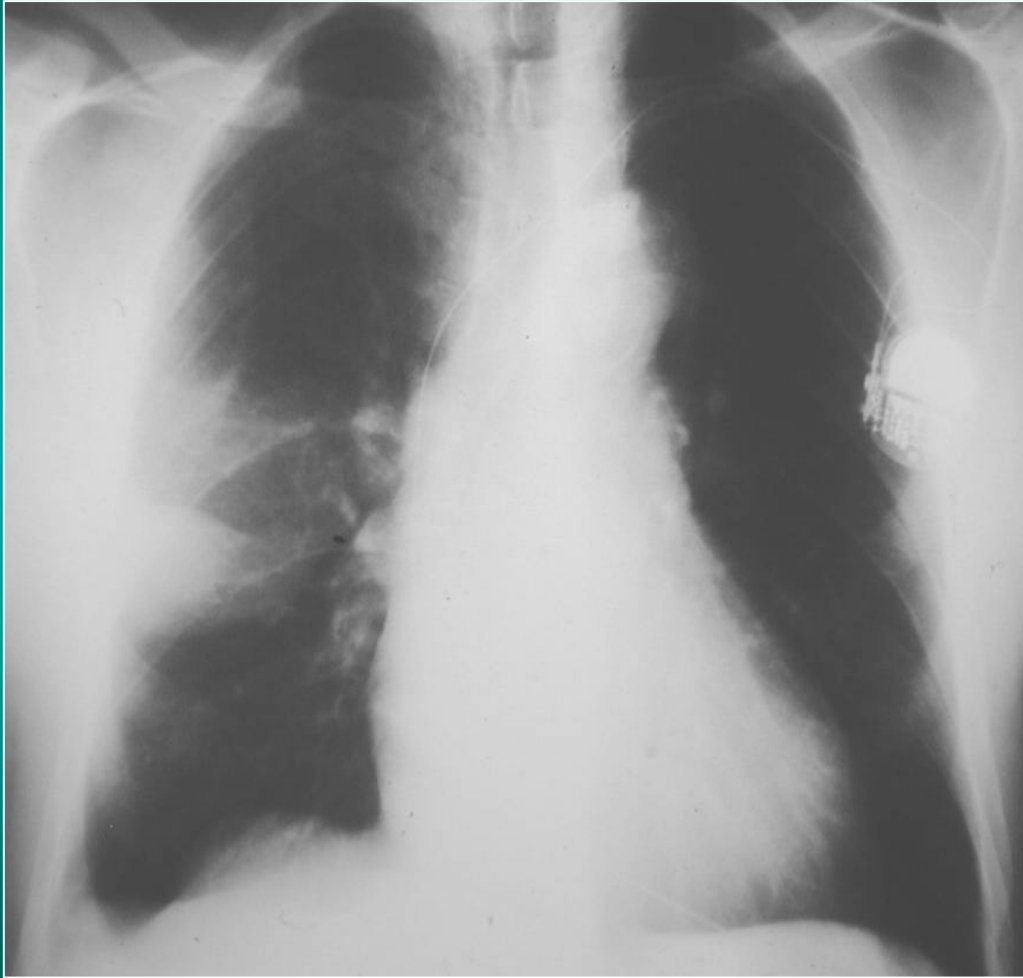
De profil:

opacités en
forme de
navette





Épanchement dans la petite scissure

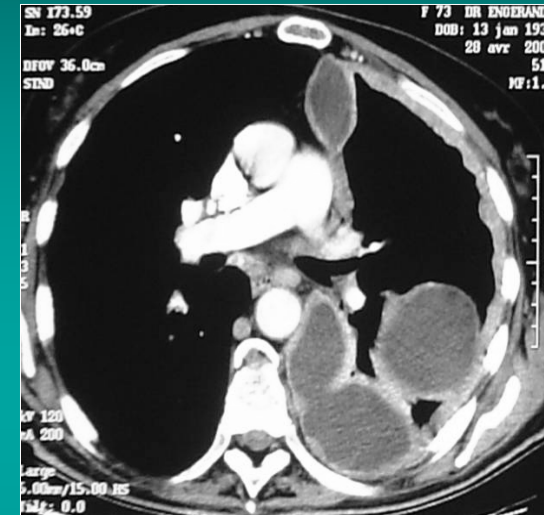
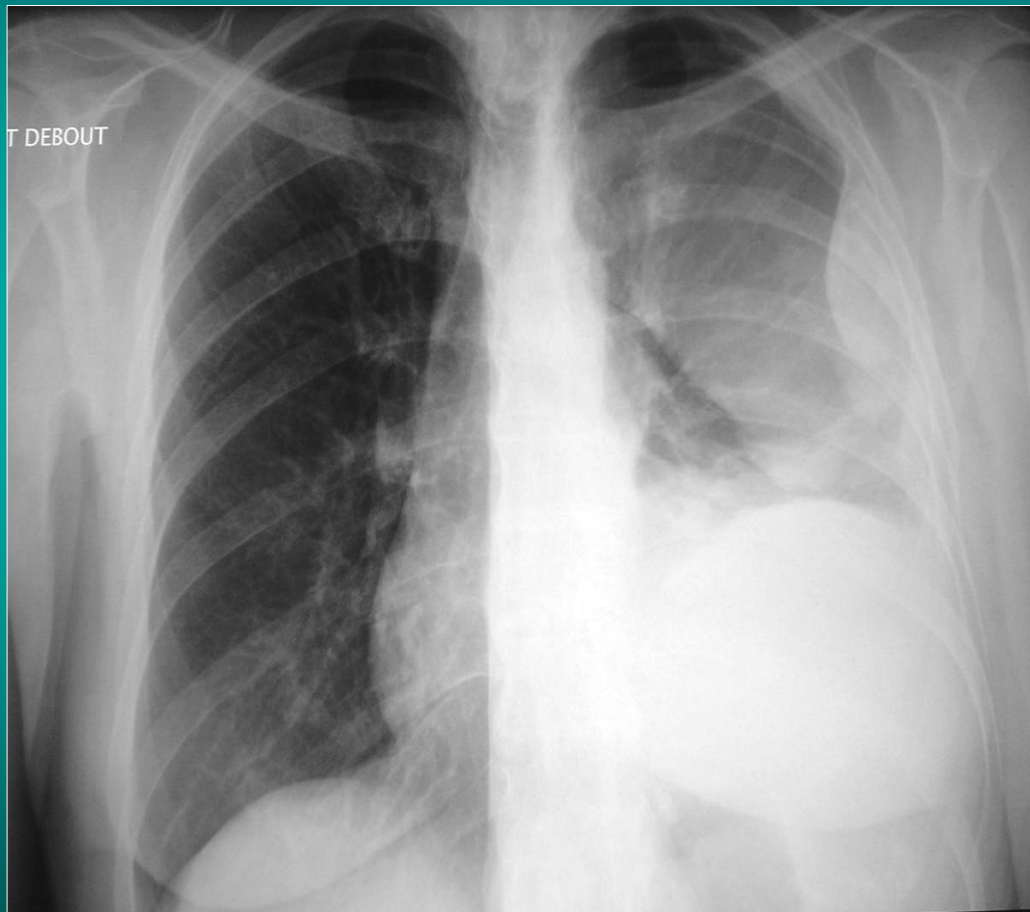


Pleurésie enkystée

Femme 71 a, AEG, dyspnée.

Ponction : liquide sérofibrineux

Biopsie : métastase d'un adénocarcinome



Tuberculose pleurale

La pleurésie tuberculeuse (1)

- La pleurésie tuberculeuse survient le plus souvent juste après la primo-infection. C'est pourquoi l'IDR à la tuberculine est souvent négative (phase anté allergique)
- Parfois, la pleurésie survient après réactivation à partir d'un nodule tuberculeux pulmonaire sous pleural
- Parfois, moins souvent, la pleurésie survient en même temps que la TB pulmonaire

La pleurésie tuberculeuse (2)

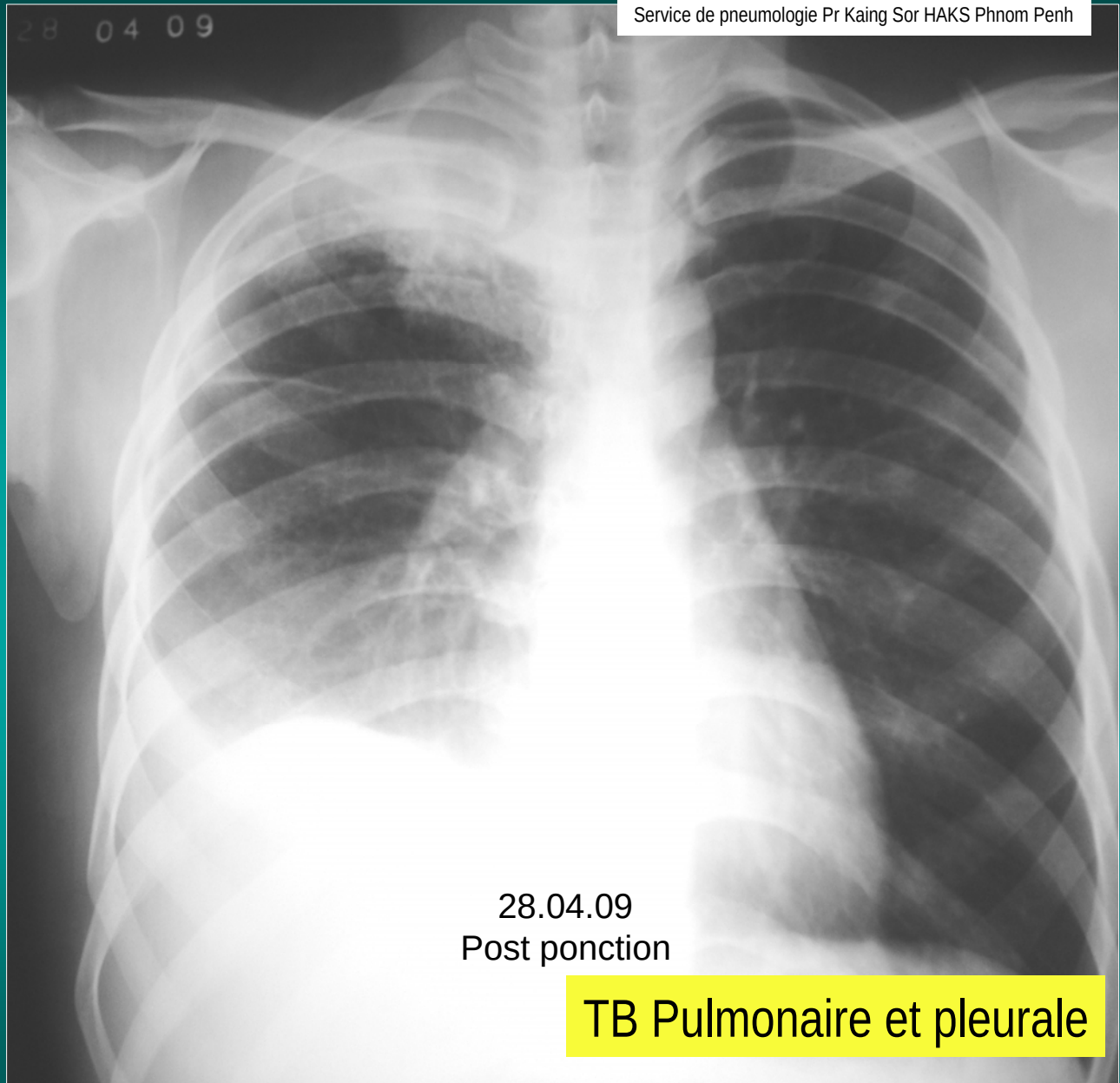
- Est le plus souvent unilatérale
- A prédominance lymphocytaire
(possible prédominance de polynucléaires neutrophiles au début)
- Exsudative : protides du liquide pleural $> 30\text{g/l}$
(ou rapport protides pleuraux / protides sanguins supérieur à 0,5)
- Est associée à une TB pulmonaire dans moins de 50% des cas. L'association entre pleurésie et TB pulmonaire est plus fréquente en cas de SIDA

Jeune patient **VIH +**
Pleurésie séro fibrineuse
Opacité apex droit
Diagnostic ?

Hypothèse la plus probable
= TB

Mais BAAR -
Lympho : 35 %

Diagnostic possible par
culture du liquide
mais seulement dans 3 semaines
et dans 50% des cas
2 examens possibles :
Biopsie pleurale
Broncho-aspiration



Endoscopie : inflammation bronchique LSD - Broncho-aspiration : **BAAR +**

F 23 a Burkinabè VIH +
Pleurésie Sérohématique
Protides 42,3 g

TB possible avec taux bas de Lymphocytes

Cytologie :

1ère ponction

4 000 éléments

4 % Lympho

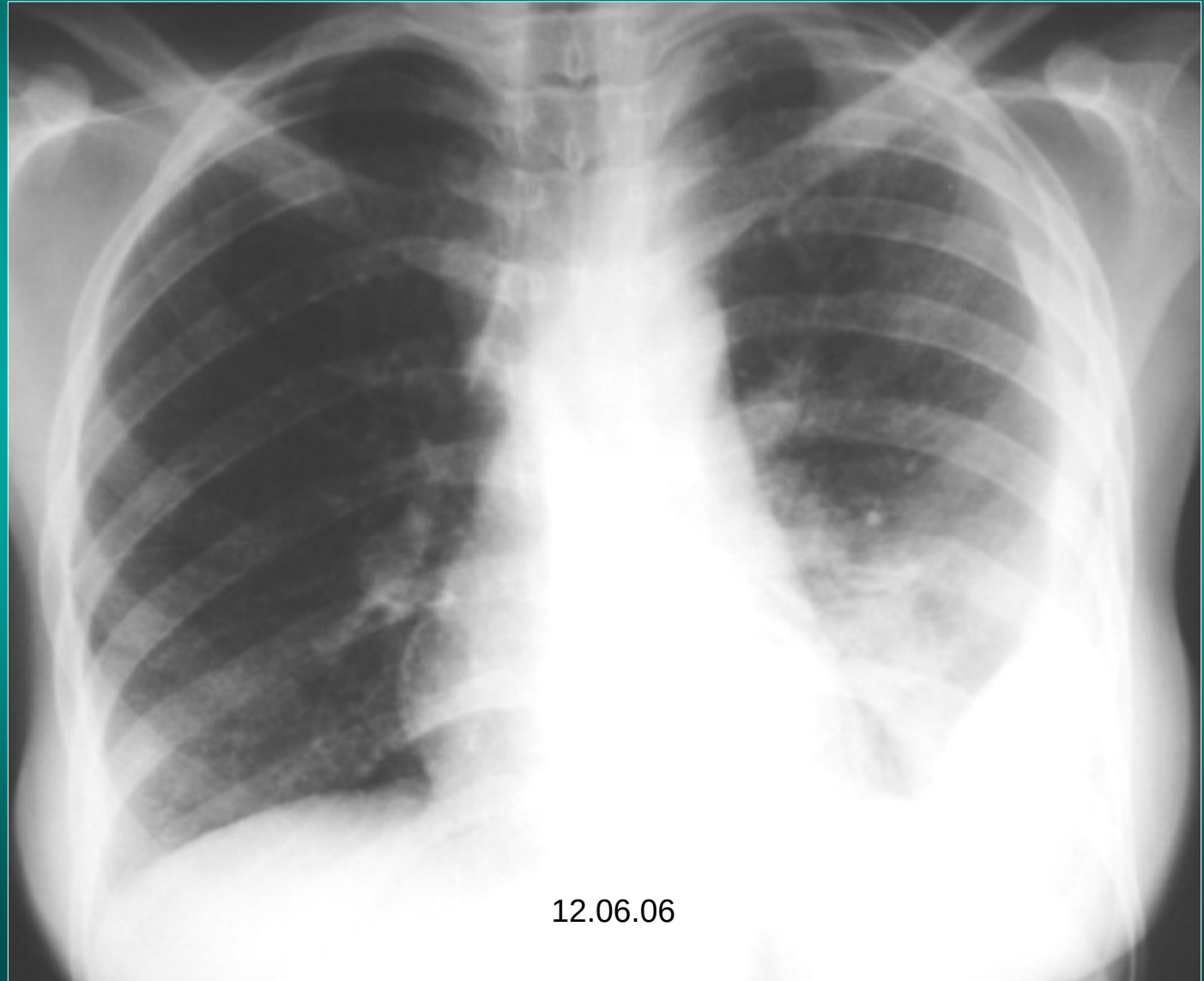
96 % PN

2è ponction

17 700 éléments

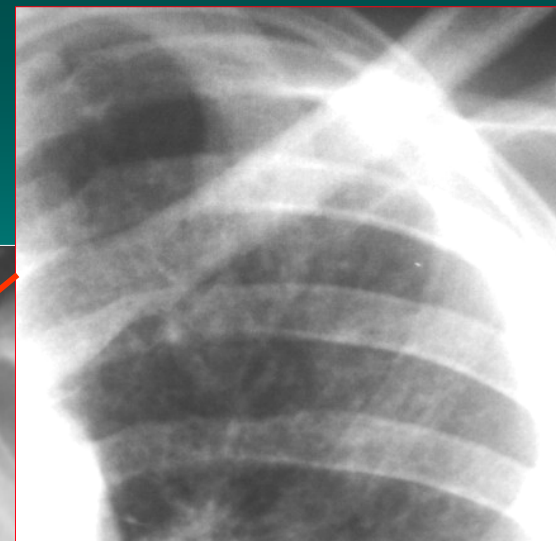
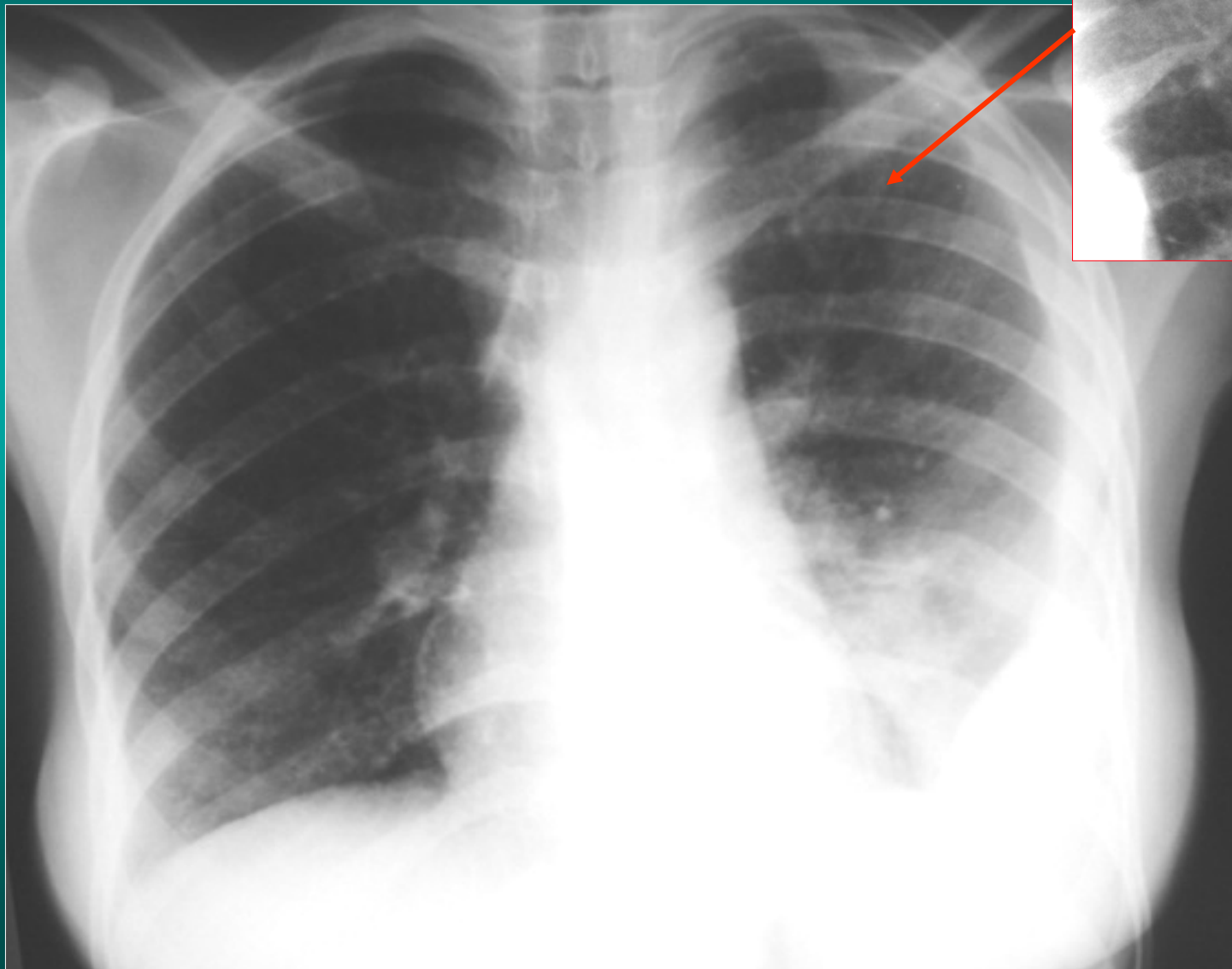
32 % Lympho

68 % PN



12.06.06

Expectoration : BAAR +



La pleurésie tuberculeuse (3)

- Les BAAR sont presque toujours négatifs dans le liquide pleural
- La culture du liquide (si elle est réalisée) est positive seulement dans 50 % des cas
- Le diagnostic positif est fait par la biopsie pleurale (à l'aiguille ou par thoracoscopie). Les échantillons peuvent montrer des lésions spécifiques (granulomes tuberculeux)
- La guérison sans séquelles est possible si le traitement antiTB est précoce. L'évacuation du liquide et kinésithérapie influencent l'évolution favorable

Homme 20 ans

t° 38° , toux sèche, →

Clamoxyl

Puis gêne latéro thoracique Dte,
et dyspnée

IDR 3 mm

BAAR tubages négatifs

Ponction : liquide séro-fibrineux

protides : 44 g

lympho : ■ 96 %

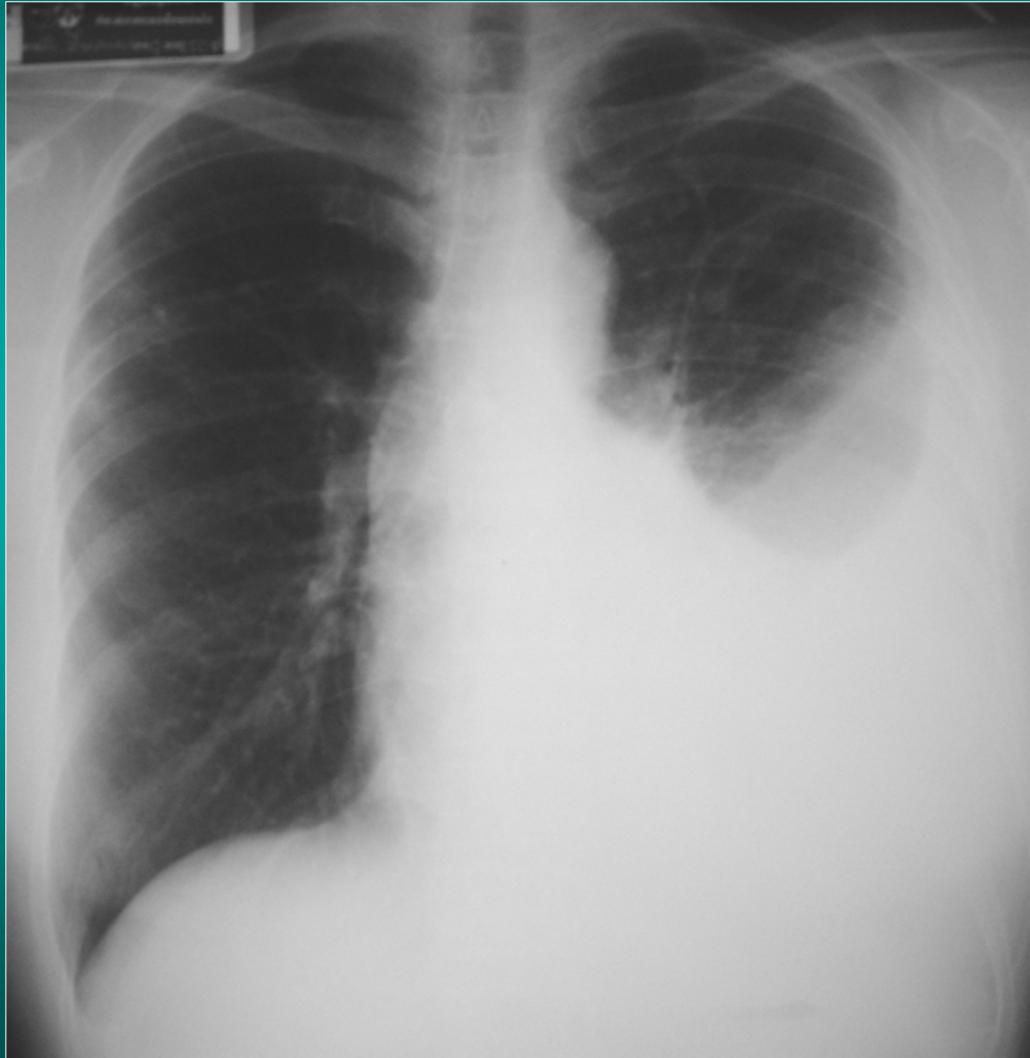
Biopsie pleurale :

*granulome épithélioïde &
giganto-cellulaire avec
nécrose caséuse*

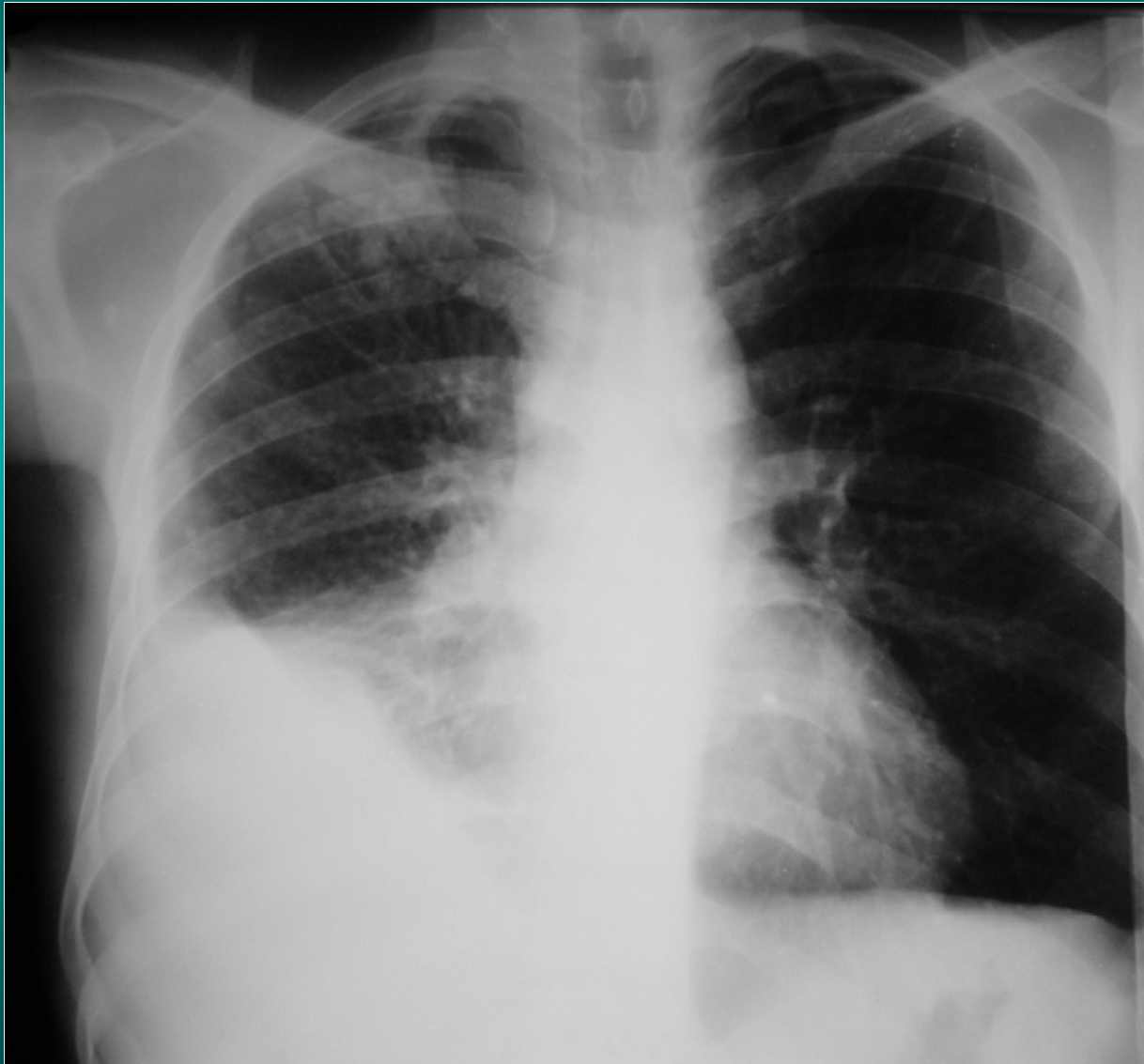
Culture BK + liquide & biopsies



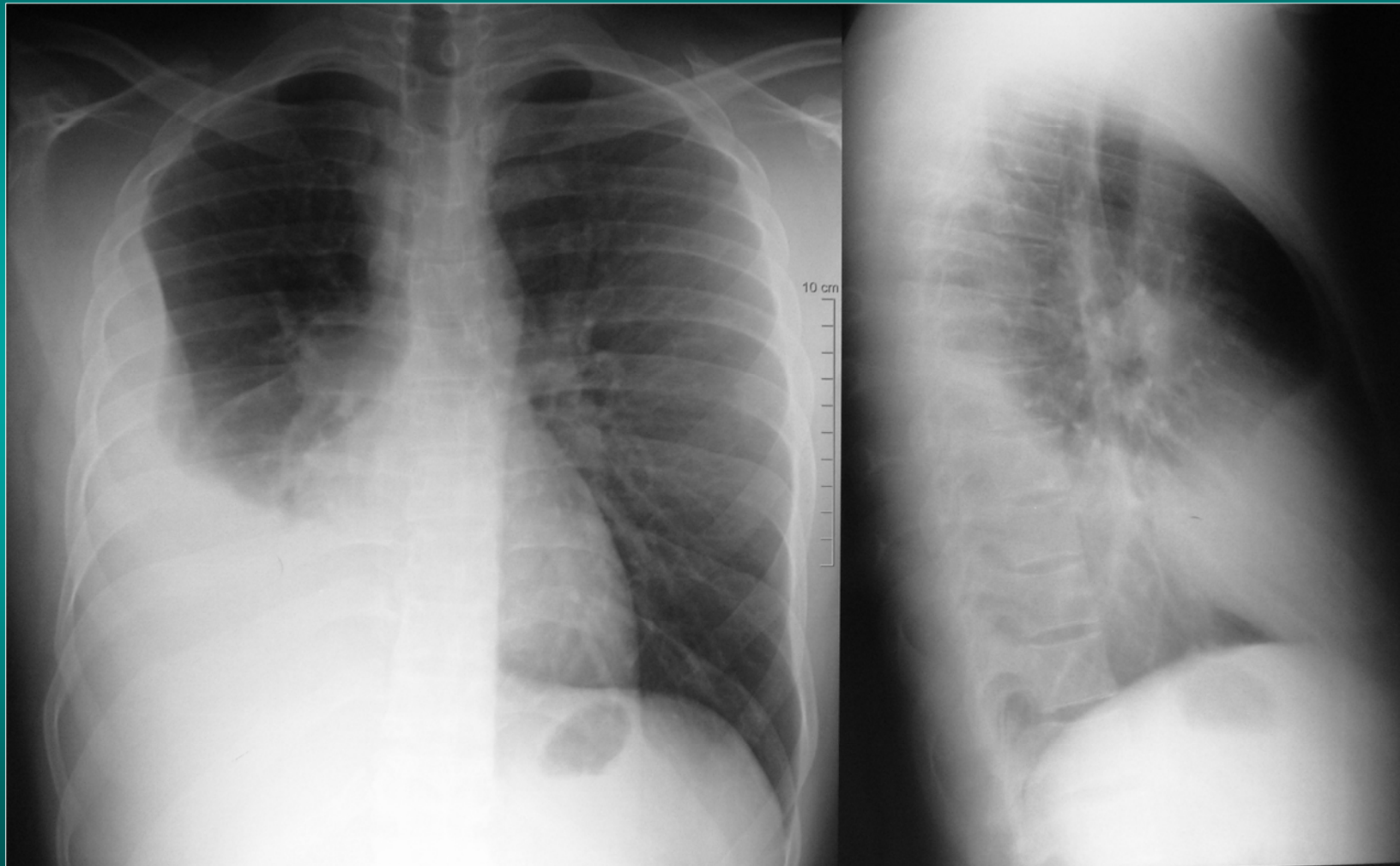
Pleurésie Gauche - BAAR négatif dans les crachats
mais cultures positives dans les crachats et le liquide pleural.
Petits nodules en région axillaire droite



Pleurésie droite associée à un infiltrat apical

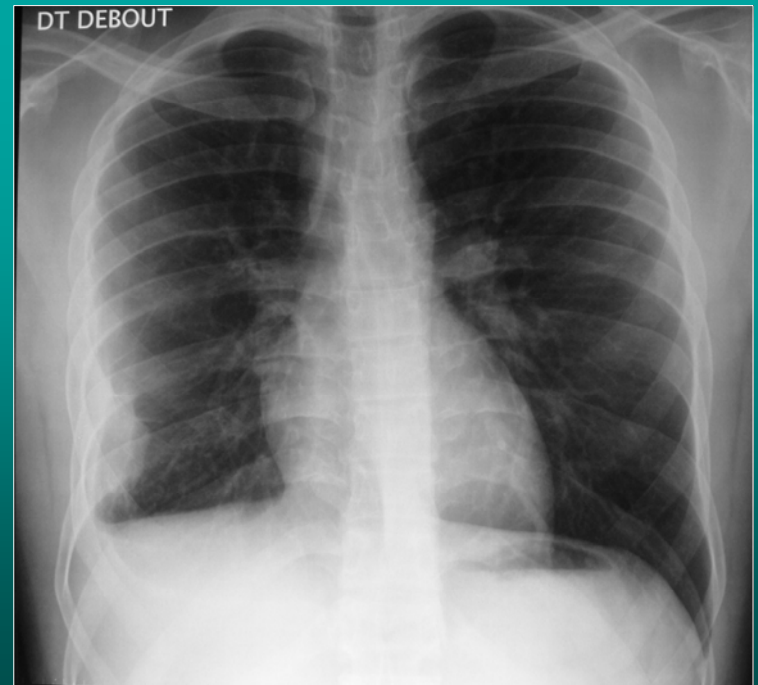
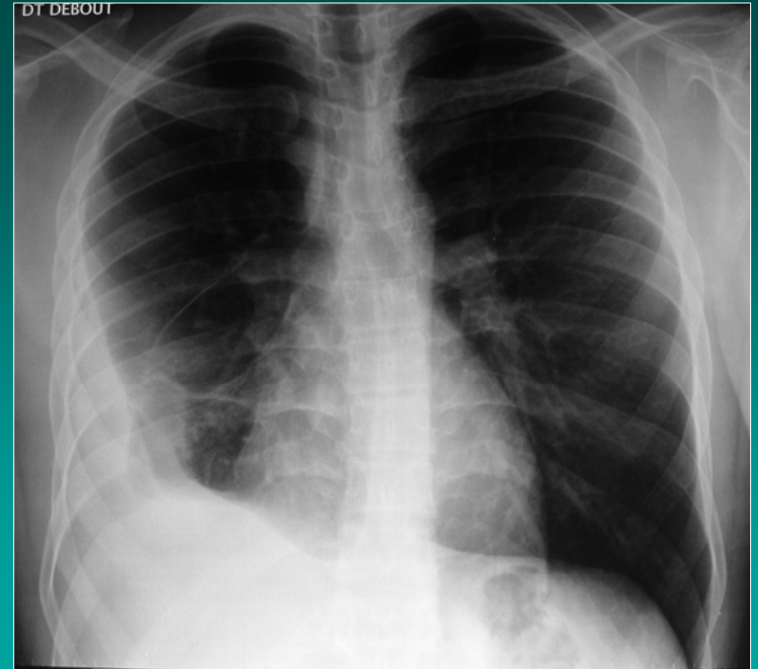
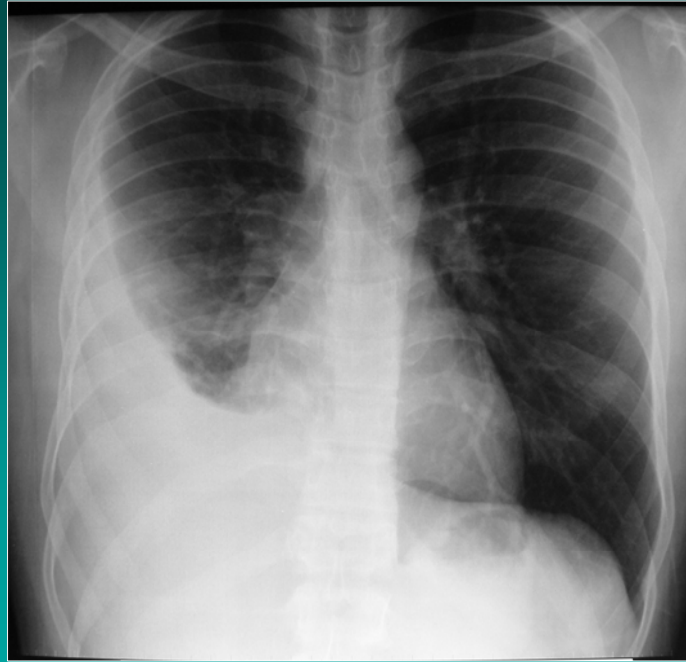


Pleurésie tuberculeuse chez un patient de 28 a, VIH +

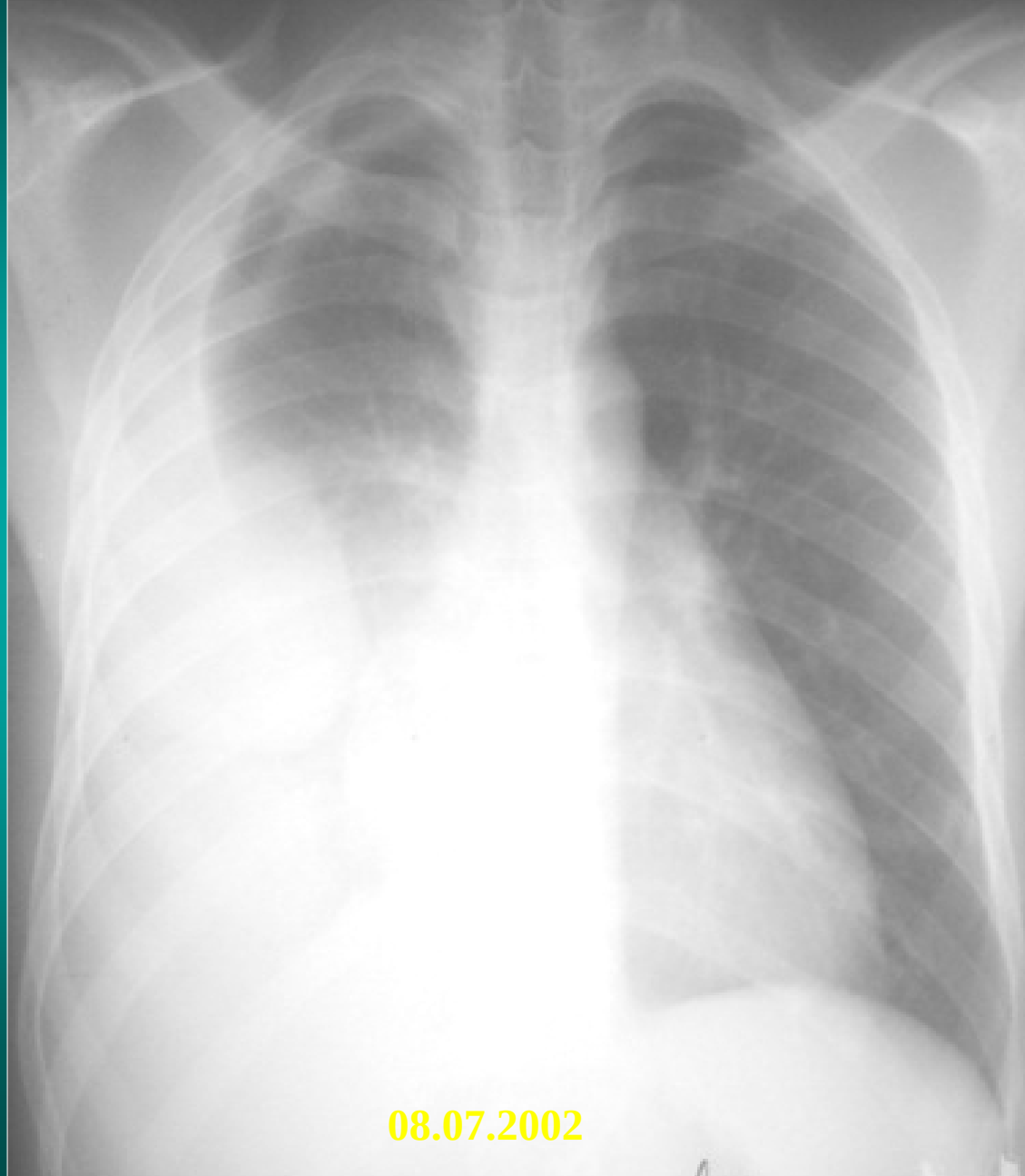


Pleurésie TB
évolution
X 5 mois sous
traitement :

Ttt AntiTB
Ponctions
Kiné

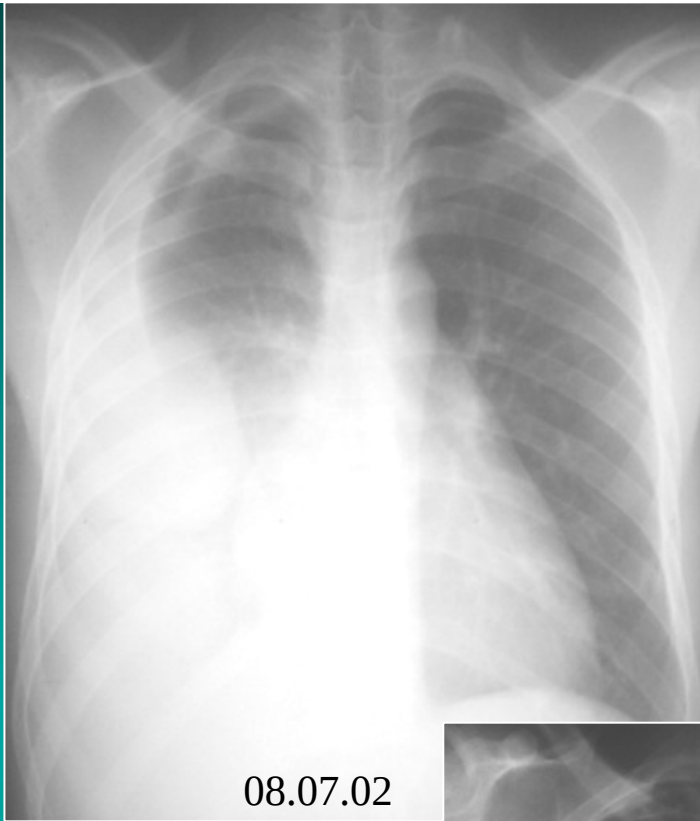


Il faut traiter les Pleurésies séro-fibrineuse TB

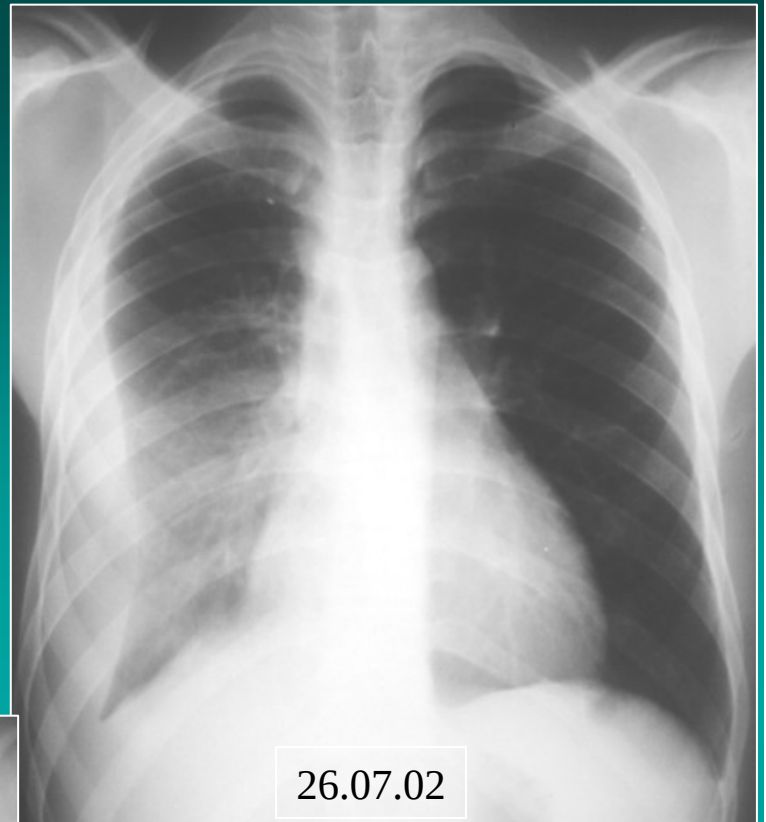


H 18 a Juillet 02
Pleurésie SF
lymphocytaire
Recherches BAAR
négatives

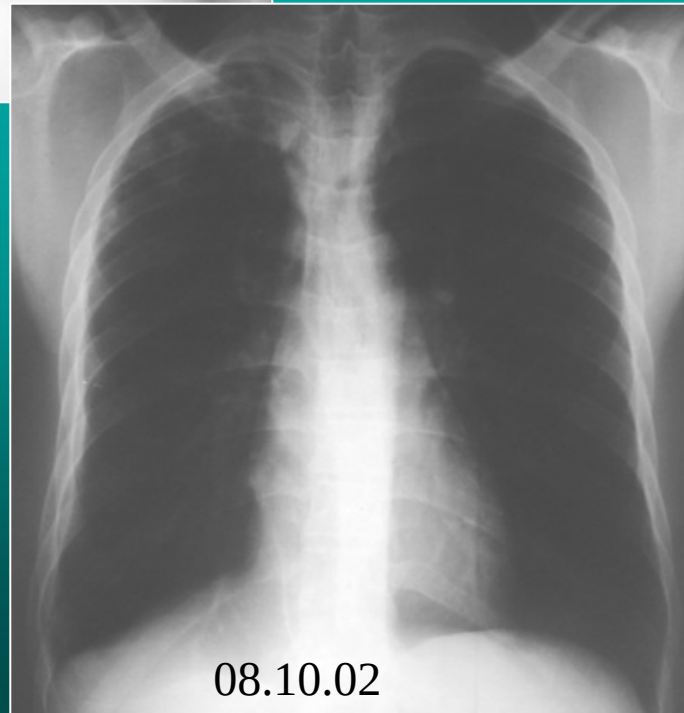
Ponctions



08.07.02



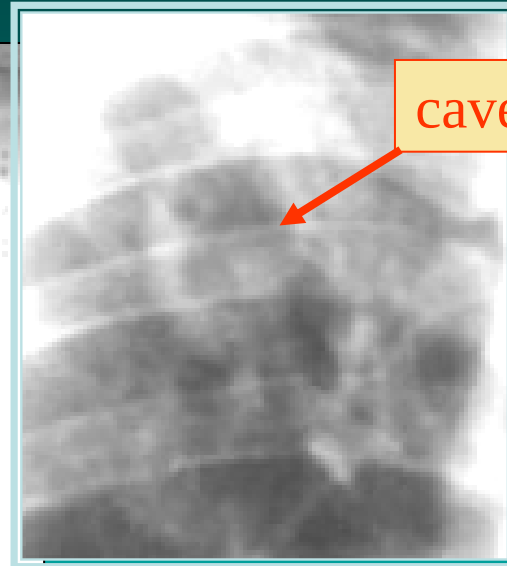
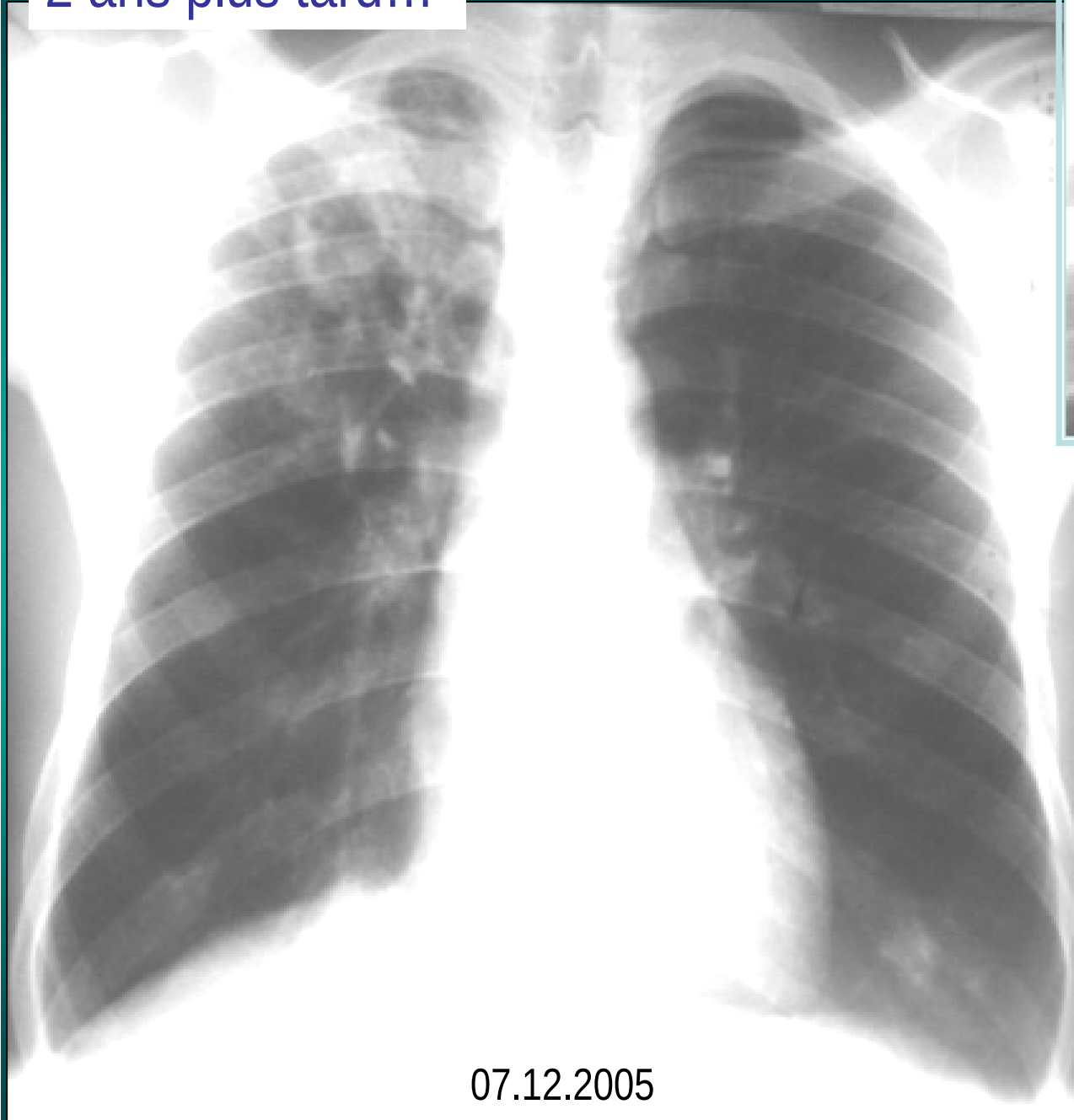
26.07.02



08.10.02

“guéri”

2 ans plus tard...



caverne

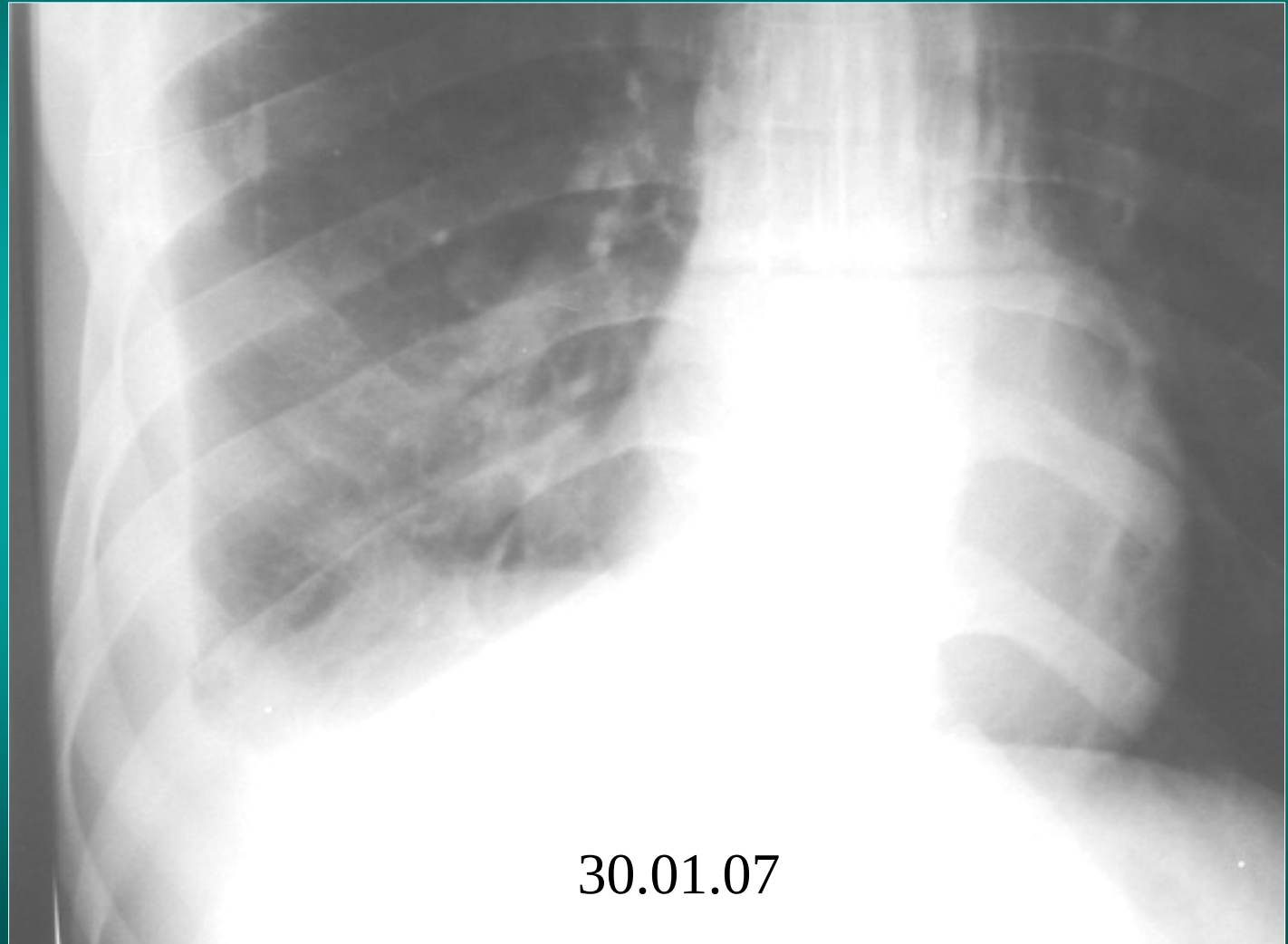
Toux expectoration
AEG

Caverne

TB ganglionnaire
chez son frère

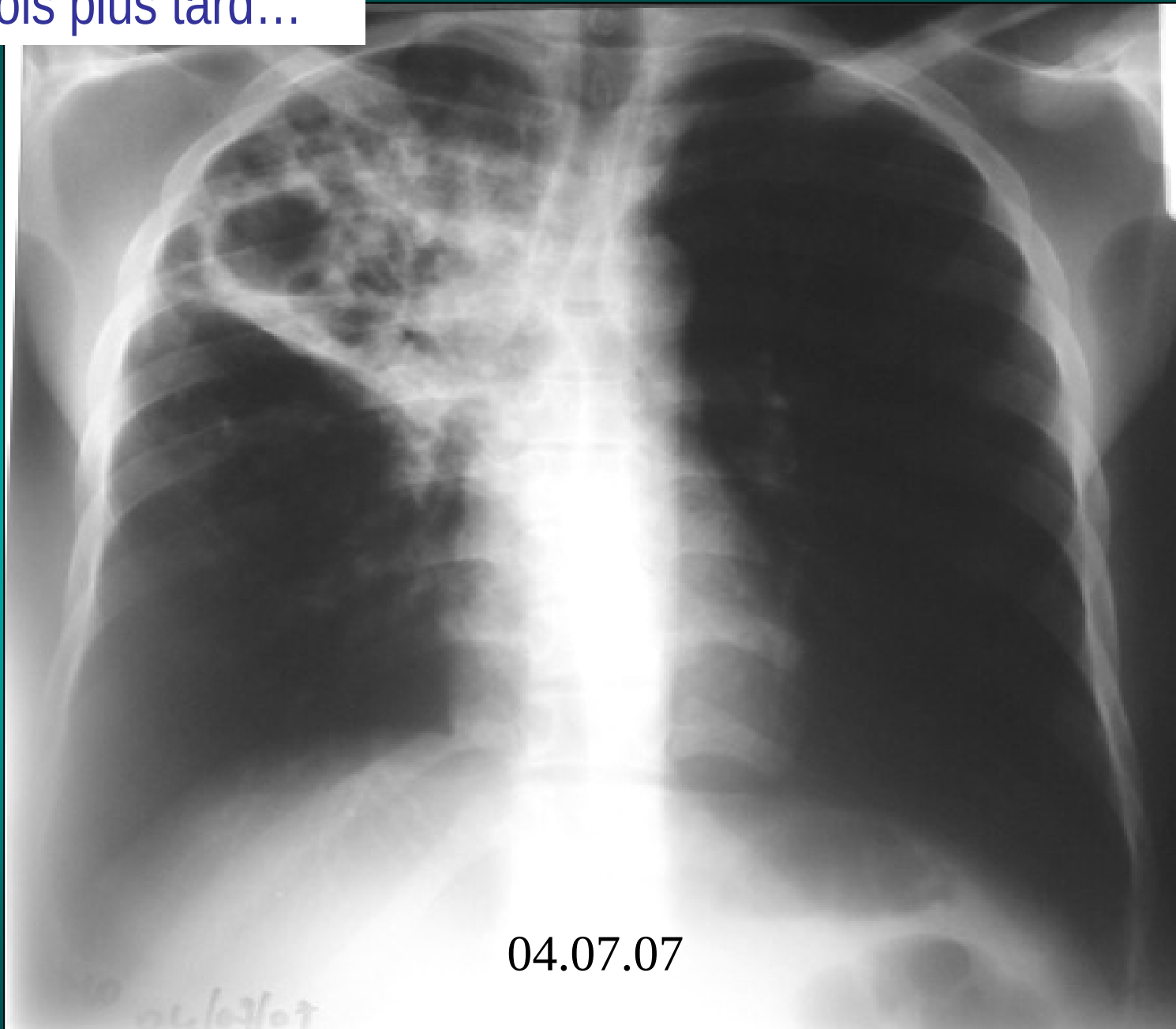
07.12.2005

Étudiant 27 ans Toux Douleur basi thoracique Dte
BAAR x 3 négatifs - HIV négatif : Pas de traitement



30.01.07

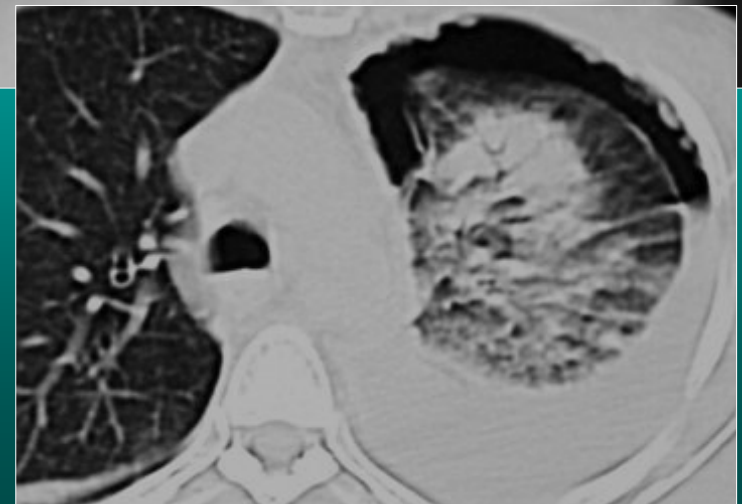
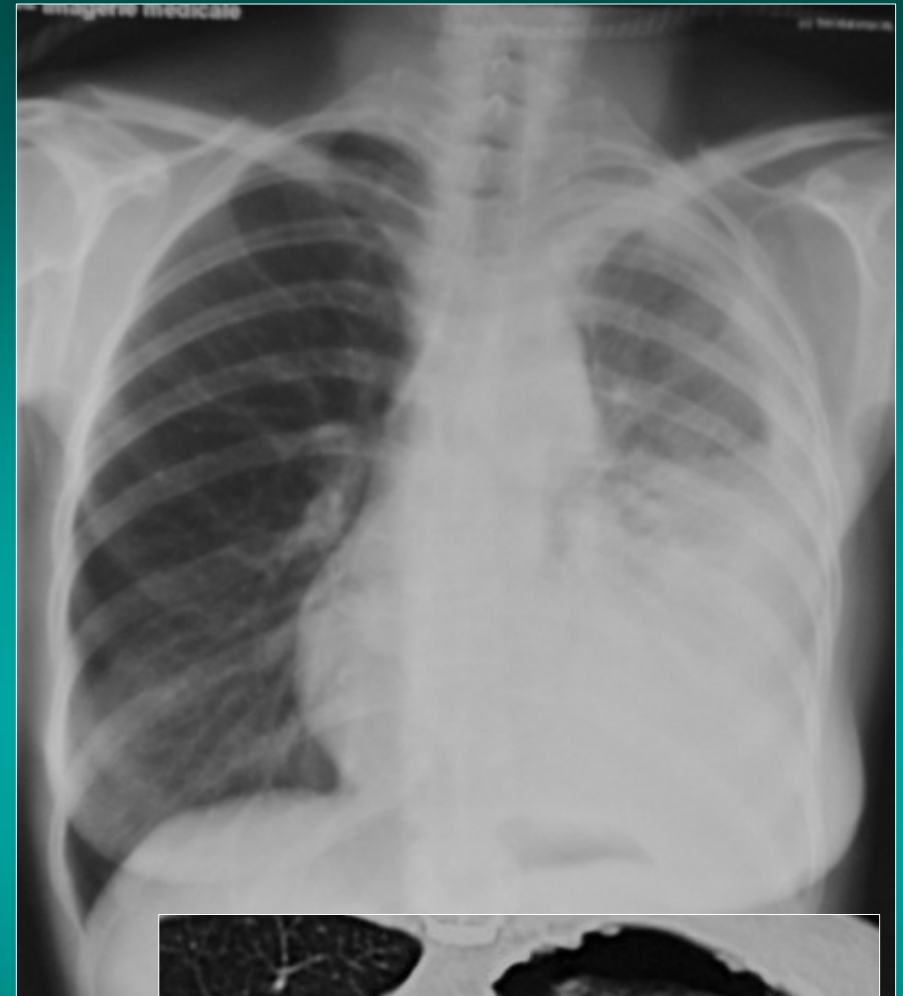
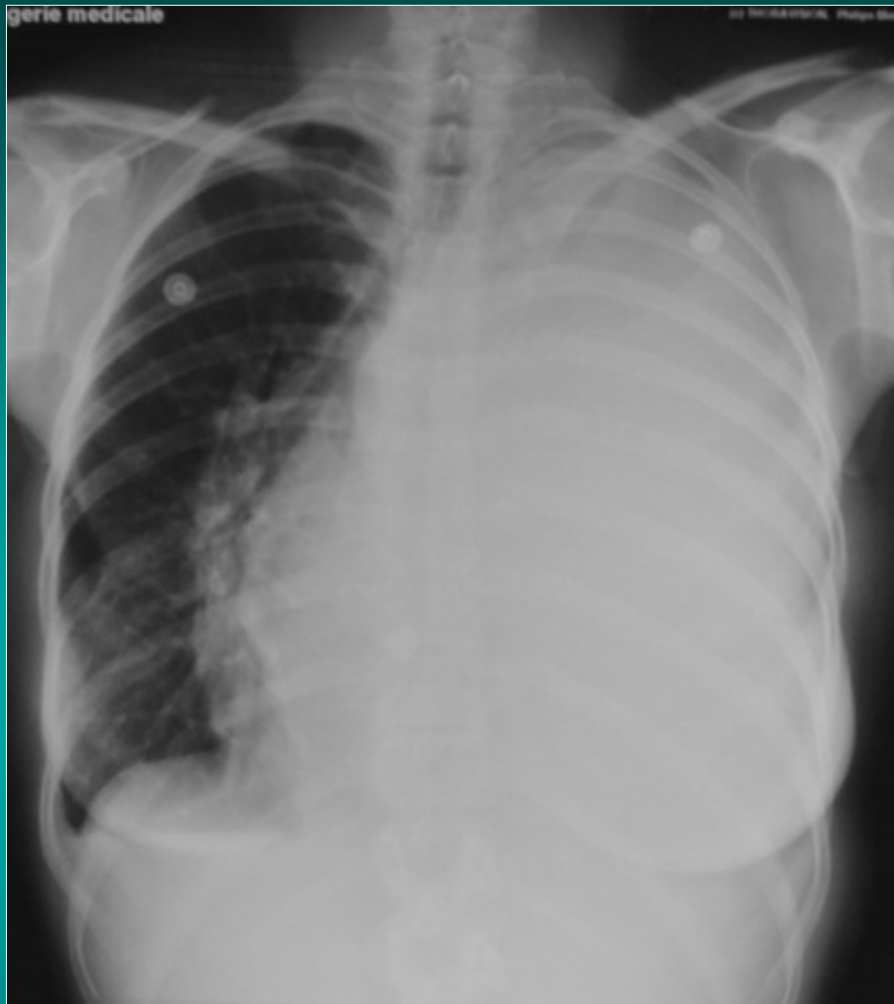
5 mois plus tard...



Les principaux diagnostics différentiels sont

- Pleurésie néoplasique (métastatique surtout / mésothéliome)
- Pleurésie para pneumonique
- Etiologies plus rares : pancréatites, embolie pulmonaire, maladies auto immunes ...
- Épanchement pleural transudatif
(Protides < 30 g/l, ratio protides pleuraux < 0.5) :
protides sanguins

Insuffisance cardiaque, insuffisance hépatique,
syndrome néphrotique, insuffisance rénale

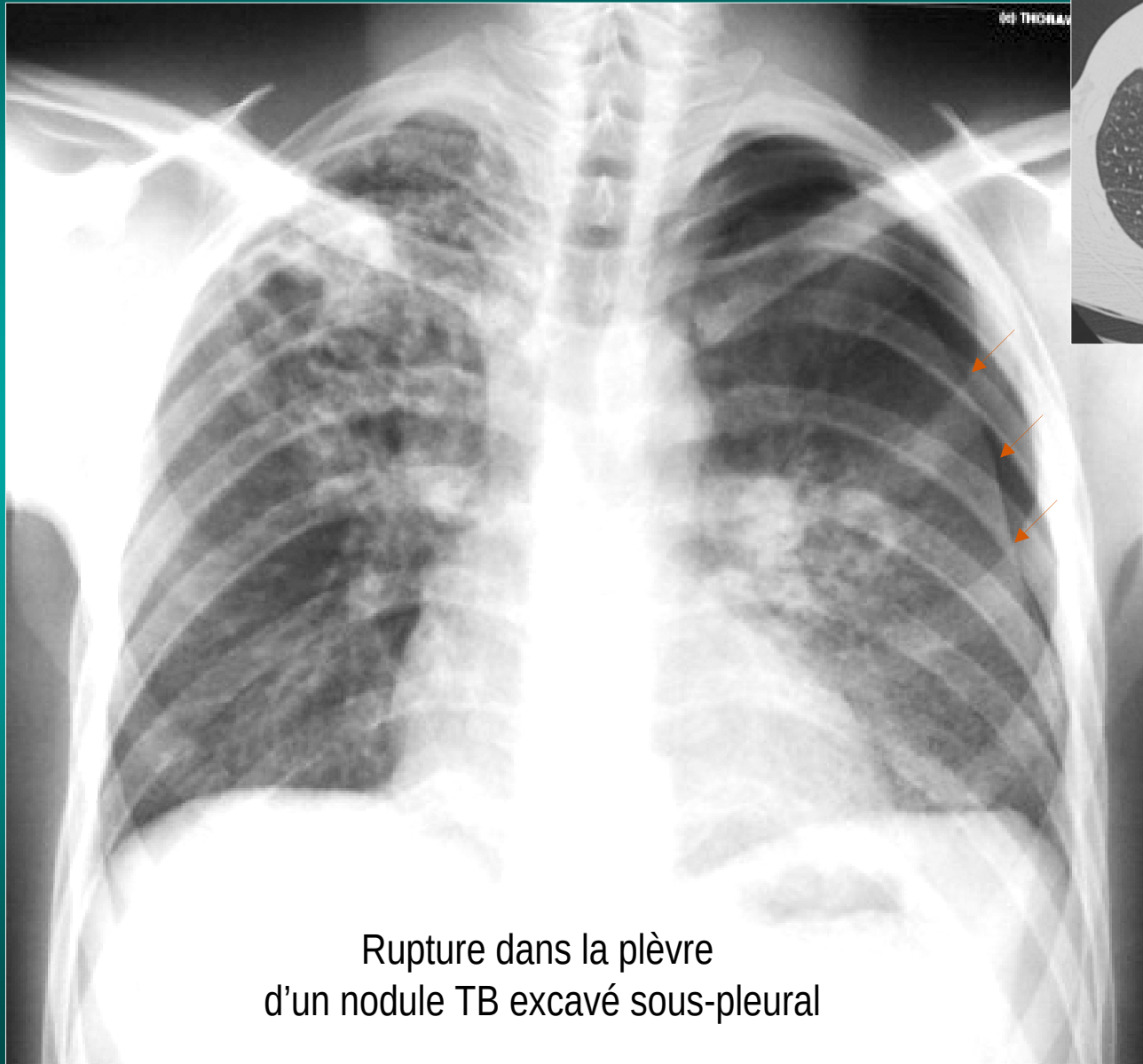


Femme 50 ans SAU pour dyspnée
Épanchement complet de la cavité pleurale G
Ponction trop abondante, trop rapide :
Œdème "a vacuo" et pneumothorax
TDM : festons plèvre pariétale = Mésothéliome

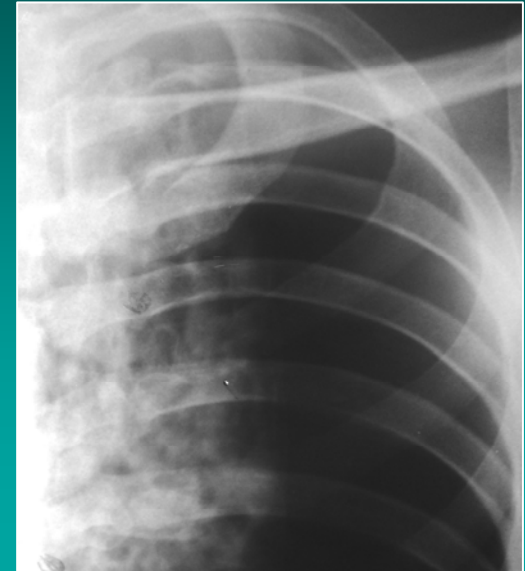
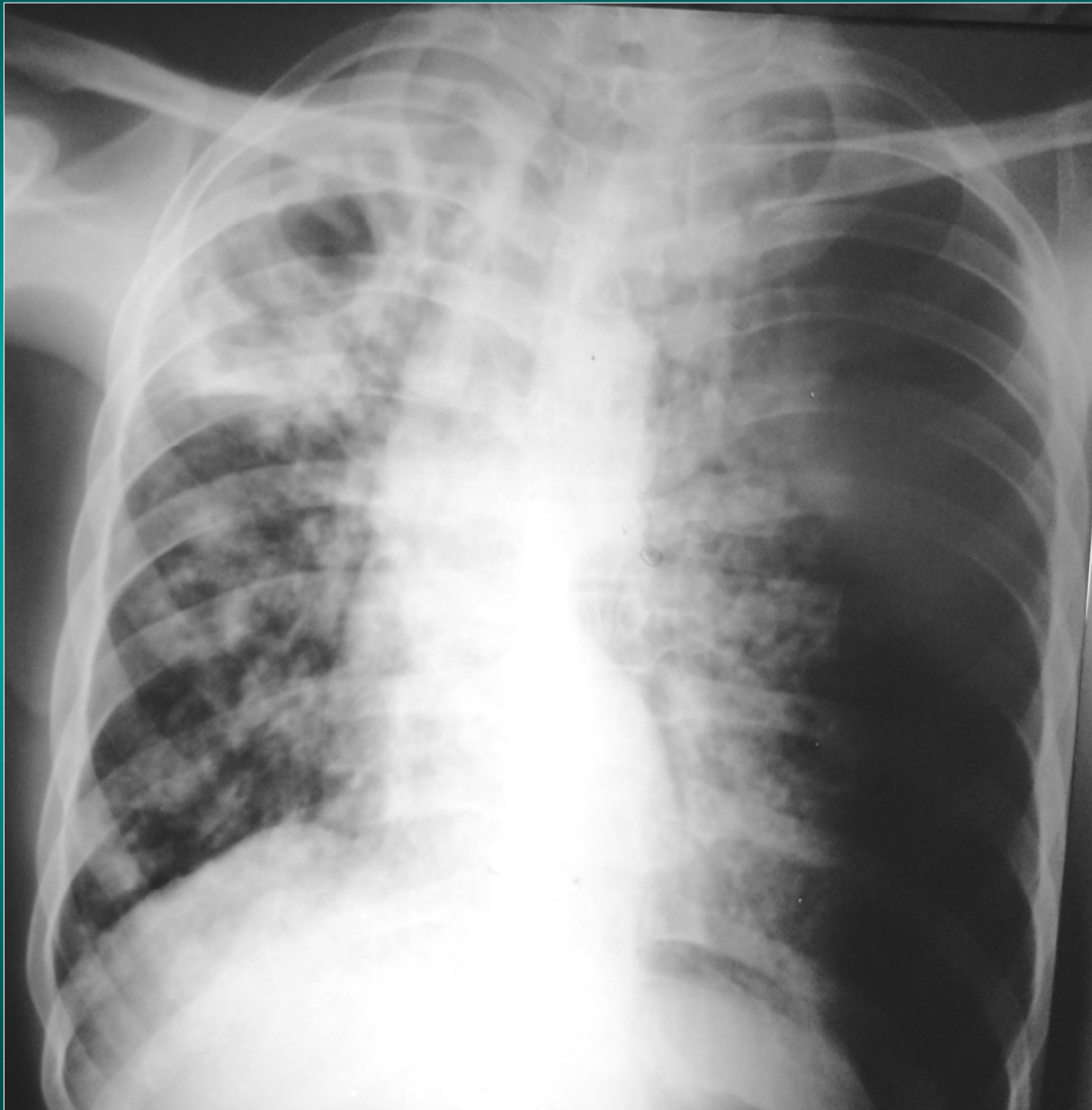
Mais la tuberculose pleurale n'est pas toujours une pleurésie sérofibrineuse

- L'épanchement peut être gazeux : Pneumothorax
- L'épanchement peut être liquidien et gazeux : Hydro-pneumothorax
- L'épanchement peut être purulente et gazeux : Pyo-pneumothorax

TB bilatérale sous traitement

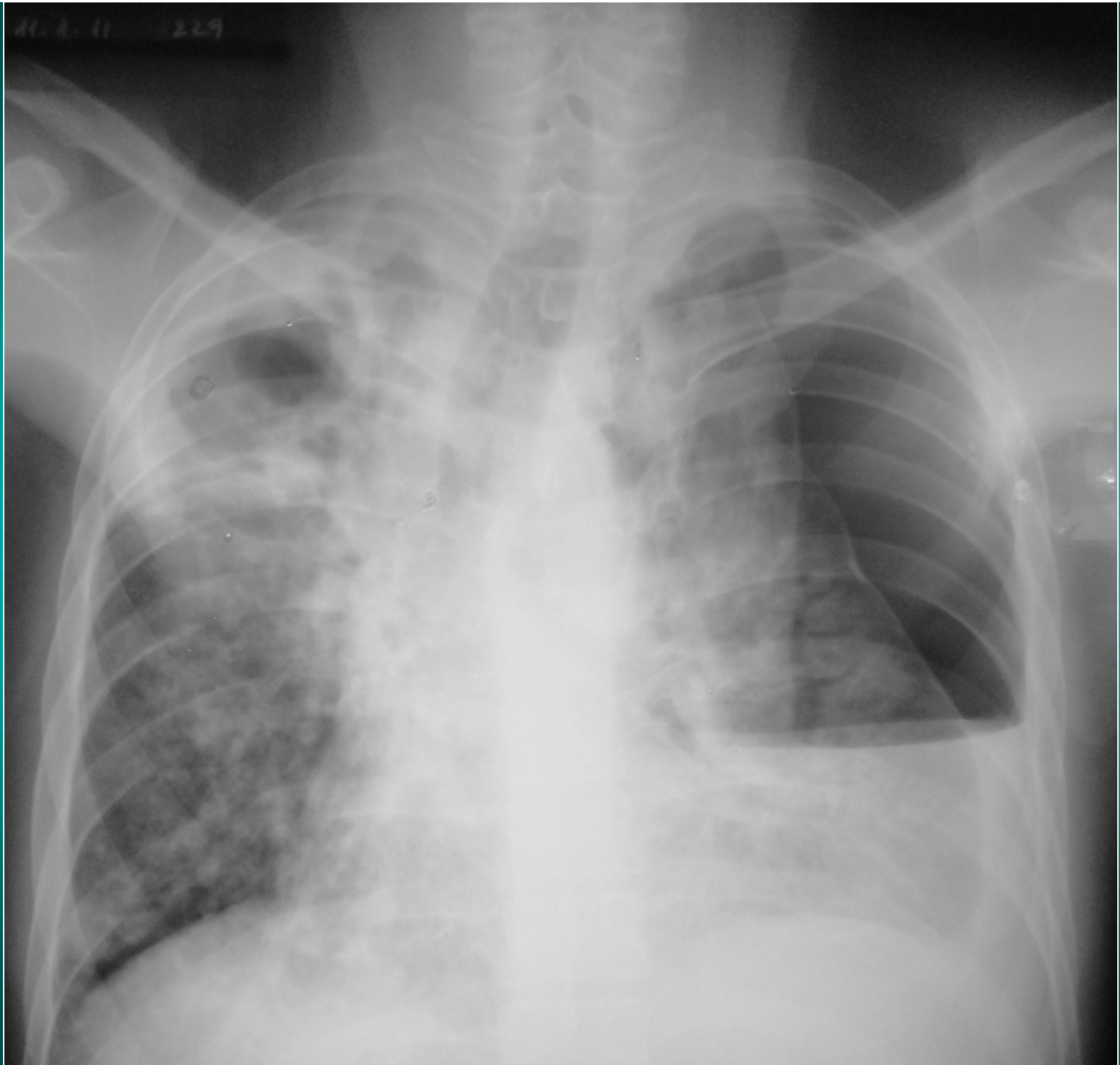


H 28 a AEG, toux, Dyspnée +++ TB bilatérale Pneumothorax G



Hôpital Settathirath
Service Infectieux

J 20
Hydro
pneumothorax

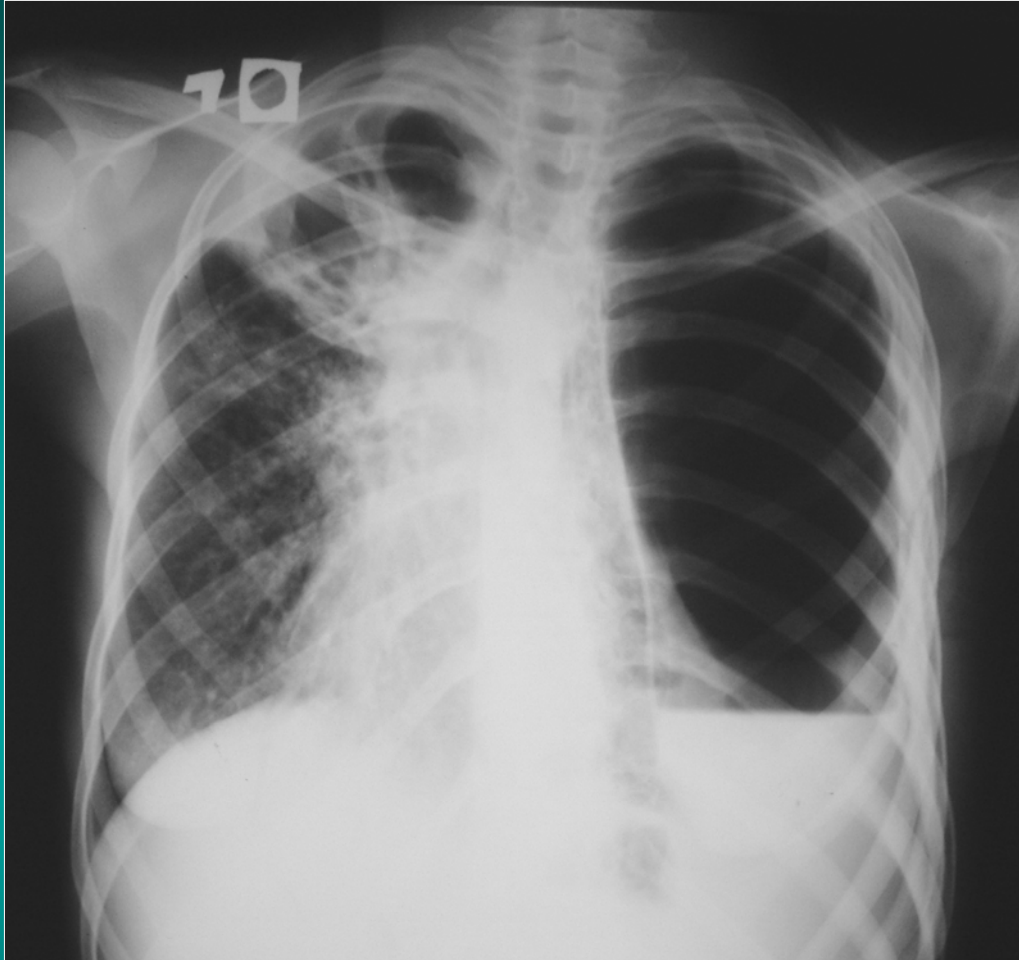






caverne

Pyo-pneumothorax TB par rupture d'une caverne dans la plèvre. A cause de l'infection, le liquide contient du pus avec des polynucléaires neutrophiles. BAAR positifs dans le liquide



Pyo-pneumothorax non exceptionnels

Traitement difficile, drainage aspiratif

Indication de chirurgie thoracique : Décortication pleurale

Thoracoplastie



DRAINAGE pleural
Mais efficacité aléatoire en
l'absence de vide mural







La thoracoplastie est parfois nécessaire pour traiter ces pyo-pneumothorax



Péricardite TB

Après ponction péricardique

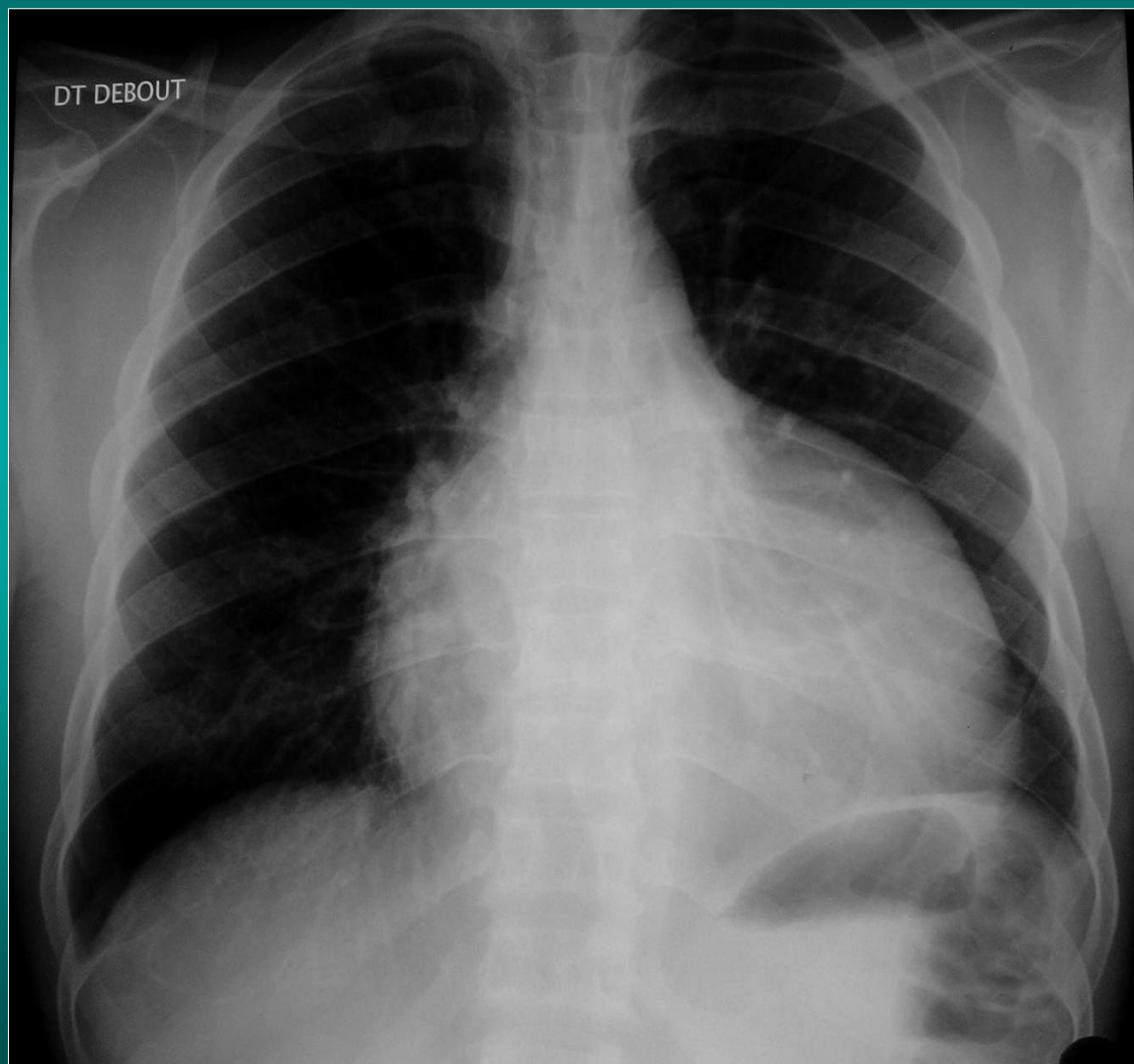
Les péricardites TB sont fréquentes dans les pays à haute incidence



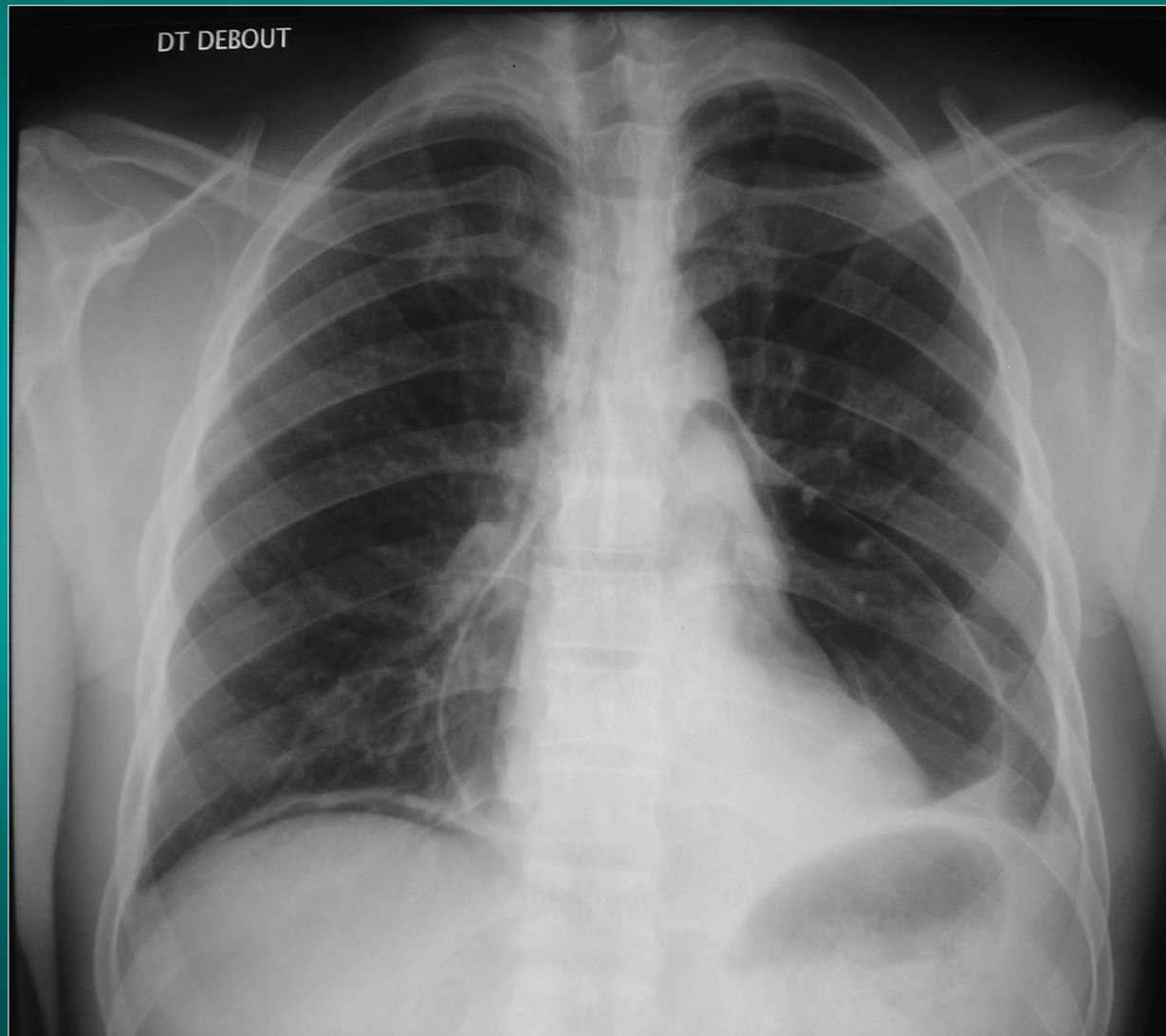
Après ponction
péricardique



Péricardite TB



Pneumo péricarde, après drainage du liquide



Péricardite

≠

Cardiomégalie avec hypertrophie ventriculaire G

