

Patiente de 72 ans ; altération de l'état général évoluant depuis 2 mois. , adénomégalies cervicales à la palpation. ; notion de toux chronique évoluant depuis 4 mois.

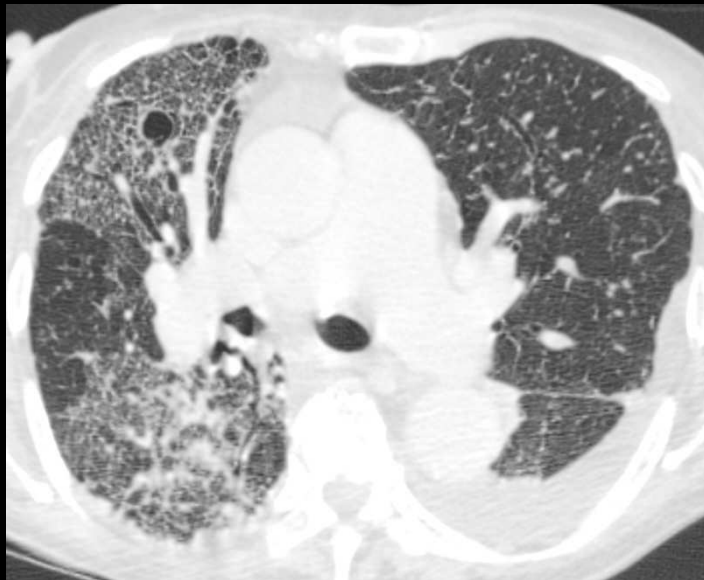
X. ORRY



Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir dans ce contexte ?



- foyer de pneumopathie parahilaire droit
- élargissement du médiastin supérieur lié à un dolicho tronc artériel brachio-céphalique (pas de déviation trachéale)
- ascite péri et sous hépatique
- splénomégalie avec multiples lésions focales hypodenses
- adénopathies rétropéritonéales péri aortico-caves , à centre hypodense



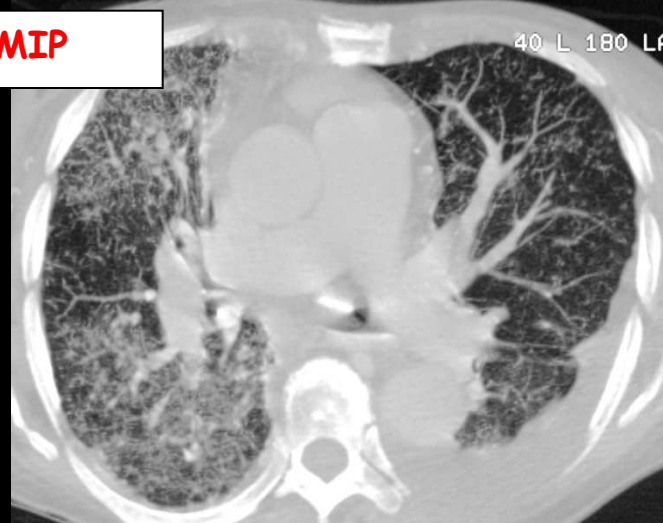
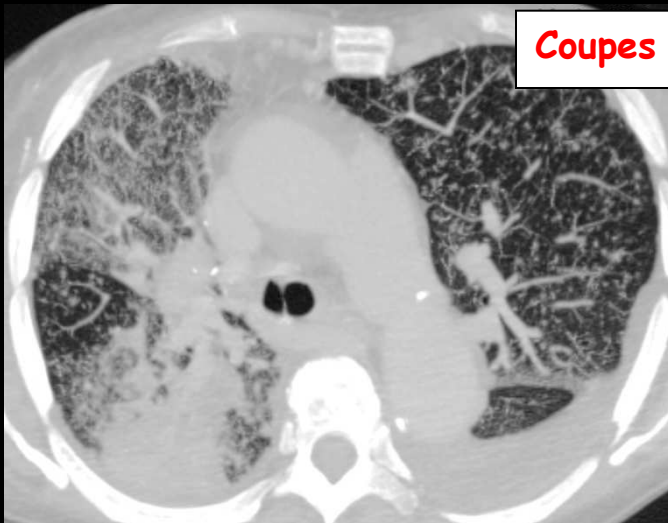
le scanner confirme :

- .la présence d'une condensation parenchymateuse postéro-apicale droite ,
- .la présence de plages de verre dépoli étendues du LSD , siège de DDB
- .la présence d'un épanchement pleural gauche enkysté

Coupes 0,625 mm



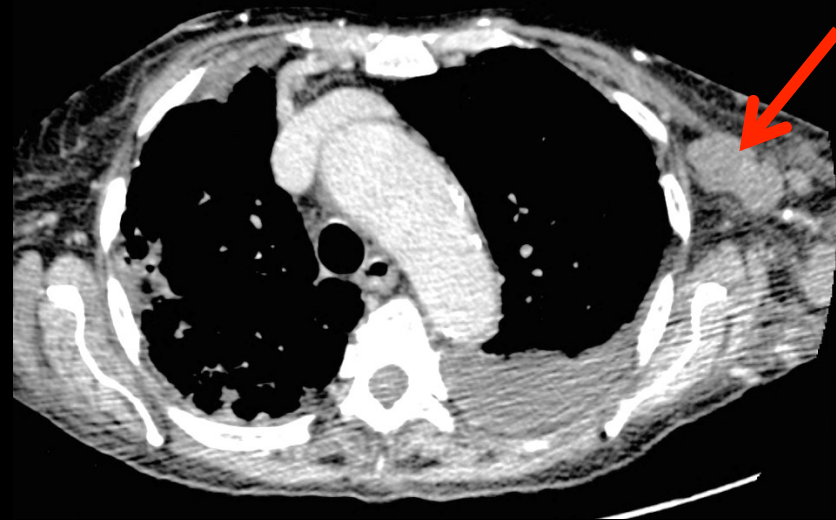
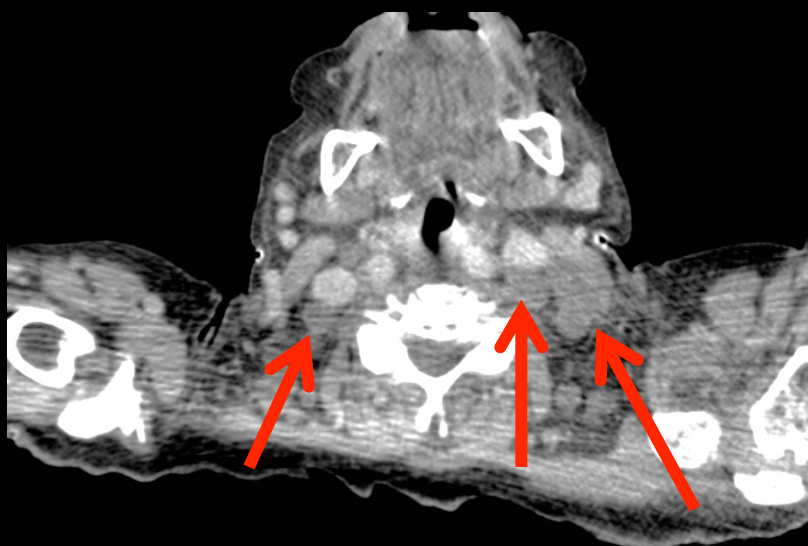
Coupes 3 mm MIP



-les coupes plus épaisses, en MIP, permettent de différencier les images vasculaires en coupes des micronodules centrolobulaires

-il y a à la fois des micronodules centrolobulaires et des micronodules périlymphatiques (septaux, sous pleuraux) , donc une distribution de type aléatoire correspondant à une miliaire tuberculeuse hémotogène

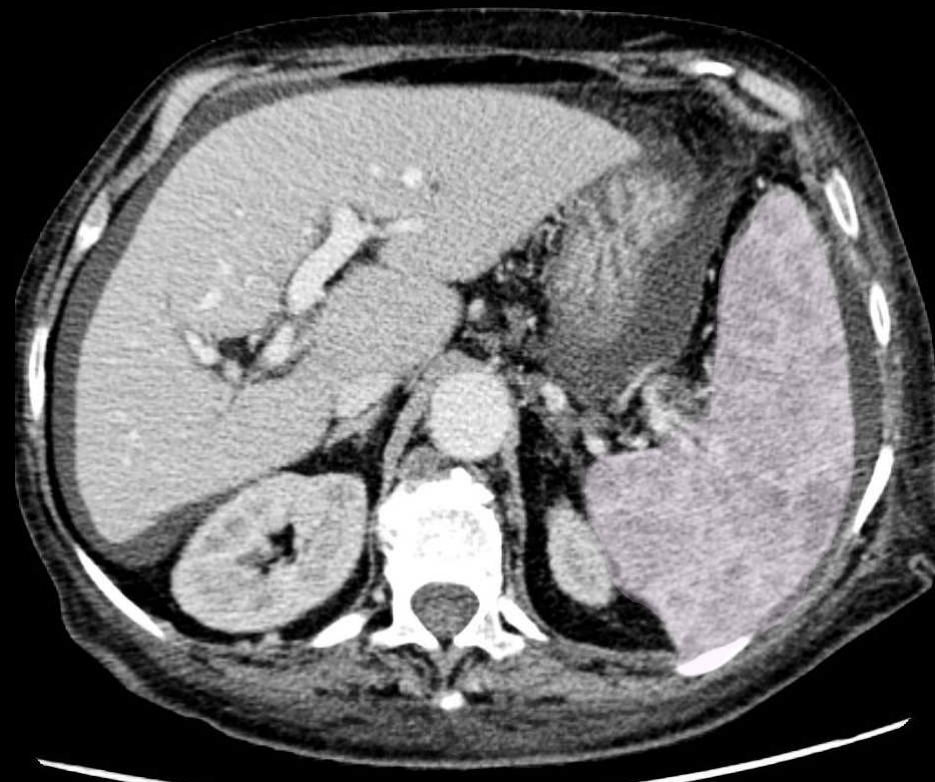
-par contre les bronchectasies du lobe supérieur ont "disparu" sur les coupes en 3 mm .



le scanner cervical montre des adénopathies cervicales basses et axillaires gauches, dont la biopsie confirme la nature tuberculeuse : granulome gigan-to-cellulaire avec nécrose caséuse



BK



- atteinte splénique nodulaire
- adénomégalies rétropéritonéales à centre hypodense
- ascite libre , sus et sous mésocolique.



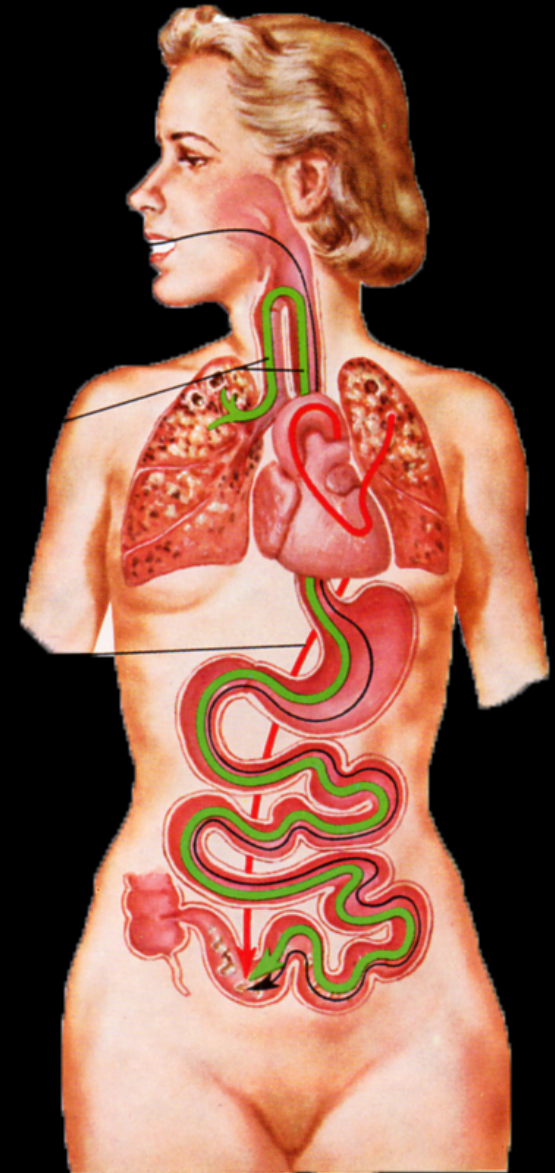
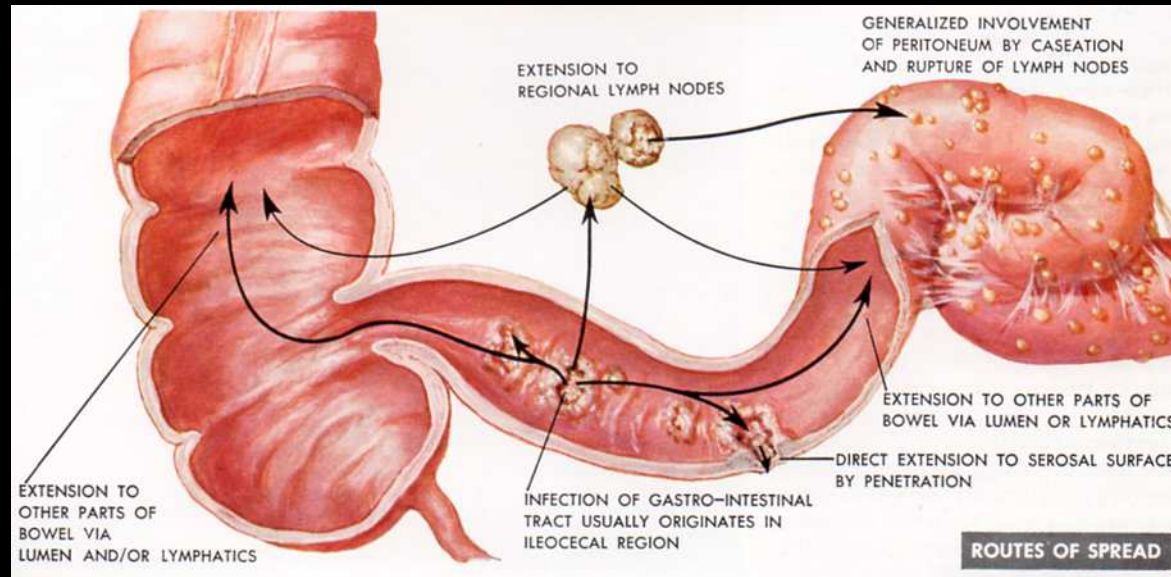
Au total ; tuberculose disséminée par voie hémotogène avec miliaire pulmonaire , atteinte splénique : localisations ganglionnaires cervicales et rétro-péritonéales avec un point de départ apparent clinique sous forme d'une pneumonie bacillaire du LSD

Tuberculose abdominale

Les atteintes tuberculeuses abdominales sont la conséquence d'une inoculation digestive par déglutition de crachats dans une tuberculose pulmonaire et / ou une dissémination hémotogène à partir d'un foyer thoracique

A partir d'un foyer de tuberculose iléale, la dissémination peut se faire :

- .par propagation endoluminale vers l'intestin d'aval ou d'amont
- .par extension lymphatique aux ganglions mésentériques
- .par ulcération transmurale vers le péritoine



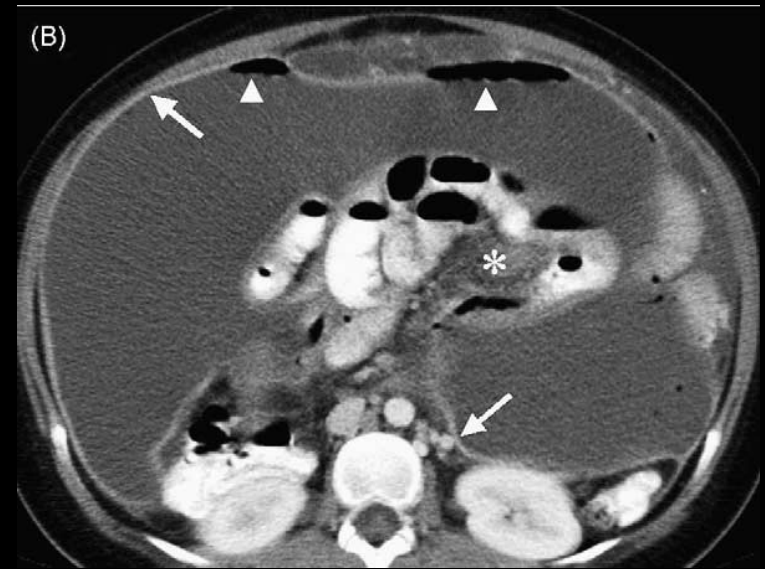
La péritonite tuberculeuse se traduit par un épanchement abdominal, dense : 25 à 50 UH (protidique), cloisonné (échographie +++), dans 90 % des cas (forme dite "humide")

Au CT injecté , on observe une prise de contraste et épaissement de la séreuse péritonéale , généralement régulier mais qui peut prendre un aspect nodulaire .

Les **facteurs favorisants** sont la cirrhose hépatique , l'infection HIV , le diabète , les traitements par anti TNF alpha , la dialyse péritonéale

L'innoculation hématogène est plus fréquente que la diffusion à partir d'un foyer iléo-caecal ou annexiel

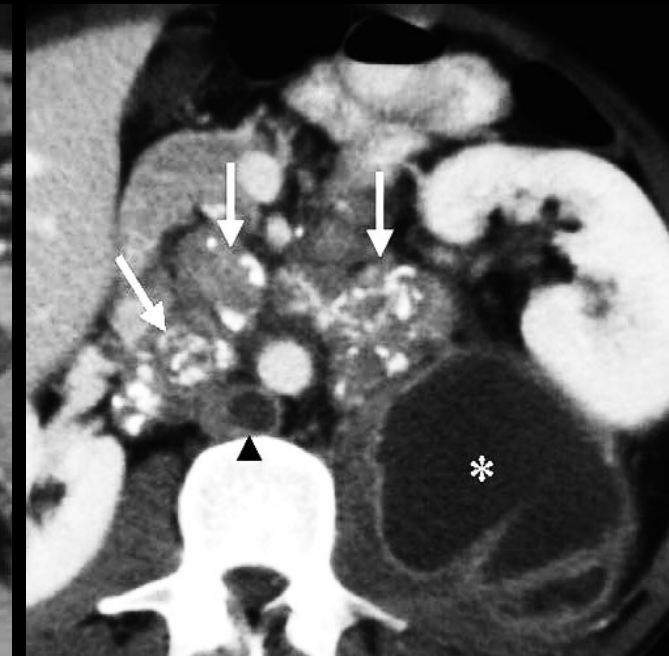
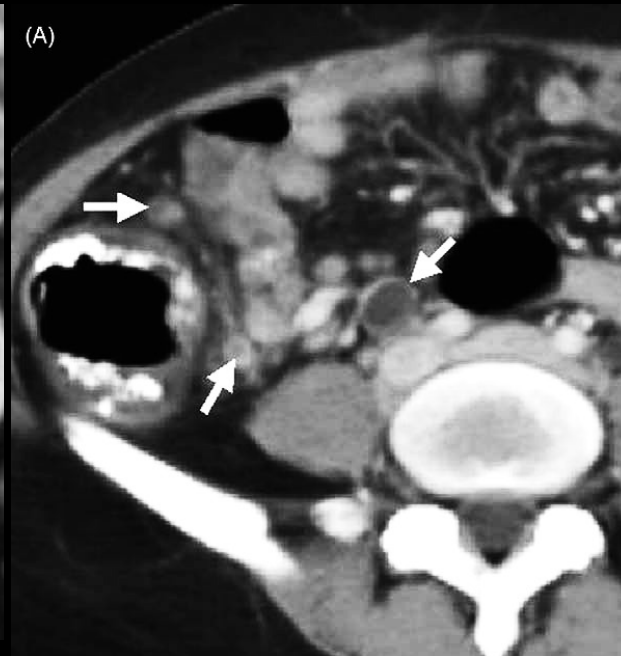
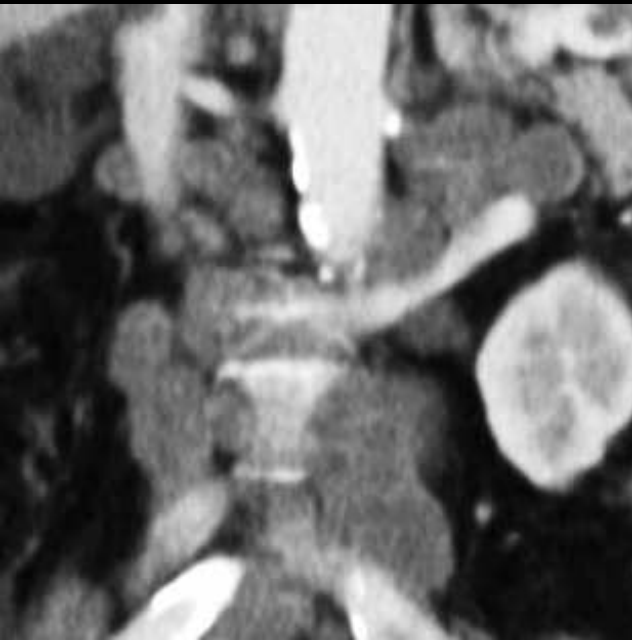
10 % des péritonites BK sont dites "sèches" , sans ascite , avec des lésions fibro-adhésives simulant un ventre adhérentiel ou une péritonite fibrosante encapsulente (abdominal cocoon) mais c'est surtout une **carcinomatose péritonéale ou un mésothéliome** qu'il faudra discuter



Abdominal tuberculosis: Imaging features
Jose M. Pereira, European Journal of Radiology 55
(2005) 173-180

Les adénopathies abdominales et rétro-péritonéales sont des arguments précieux pour l'orientation du diagnostic par l'imagerie

Les adénomégalies sont volontiers **nécrotiques** (hypodenses avant injection +++ et se rehaussant moins au centre après injection mais ces éléments ne sont en rien spécifiques .elles peuvent être +/- Calcifiées

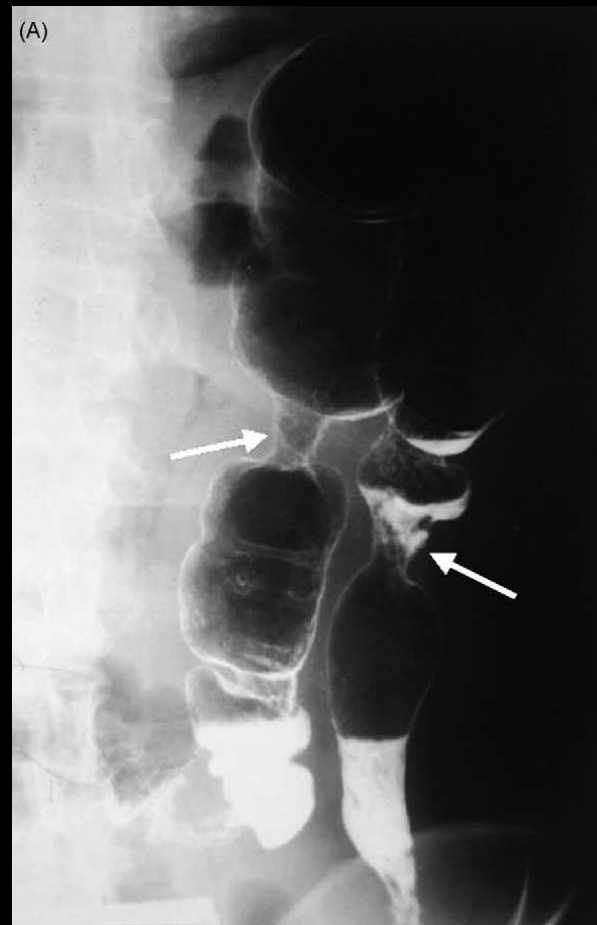
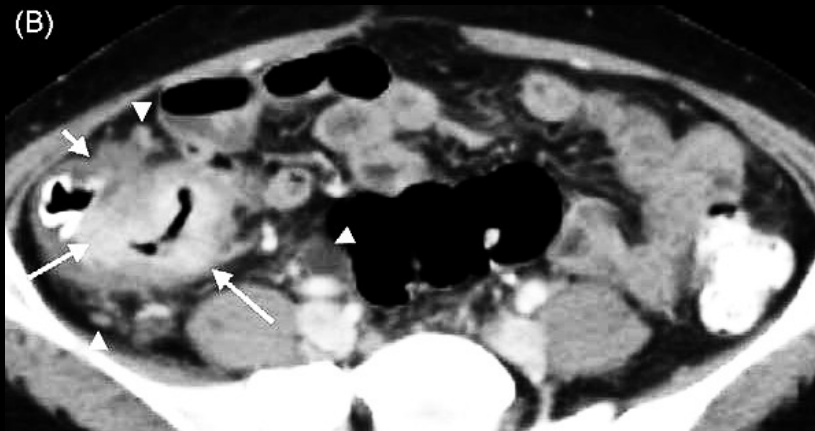


Abdominal tuberculosis: Imaging features
Jose M. Pereira, European Journal of
Radiology 55 (2005) 173–180

Les atteintes focales du tube digestif touchent préférentiellement le carrefour iléo-caecal avec possibles complications perforantes ou sténosantes. Elles peuvent également toucher le grêle ou le colon

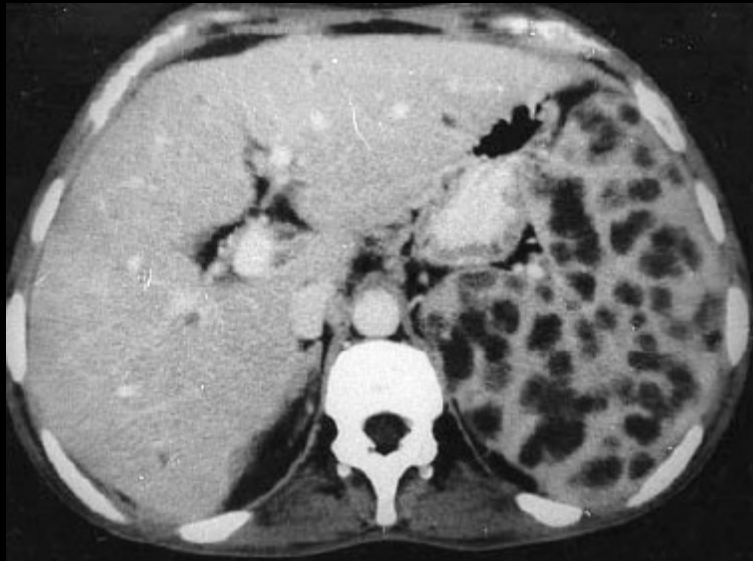
Il est toujours difficile de différencier sur l'imagerie en coupes une tuberculose du carrefour iléo-caecal , d'une maladie de Crohn ou d'un adénocarcinome caecal

On recherchera avec soin les signes d'une atteinte inflammatoire transmurale de l'iléon terminal , en faveur du Crohn



Abdominal tuberculosis: Imaging features
Jose M. Pereira, European Journal of Radiology 55
(2005) 173–180

Les atteintes bacillaires des viscères pleins de l'étage sus mésocolique se traduisent par des nodules hypodenses de taille variable, généralement de l'ordre du centimètre. Les lésions miliaires échappent à l'imagerie en coupes.
Des infarctus spléniques peuvent coexister



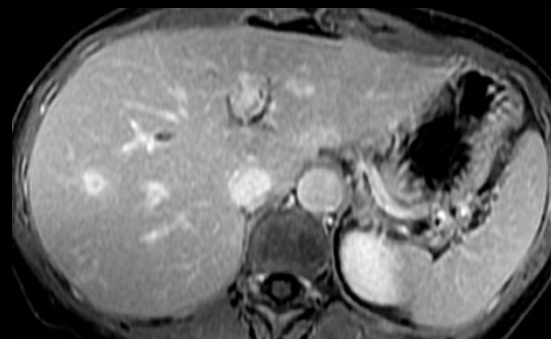
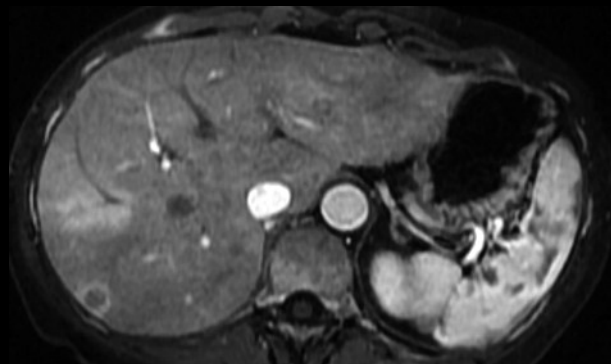
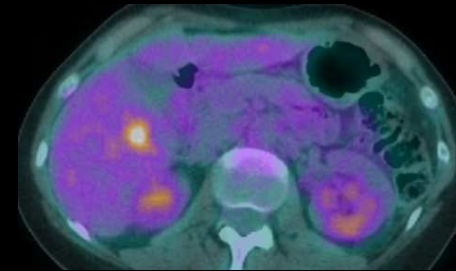
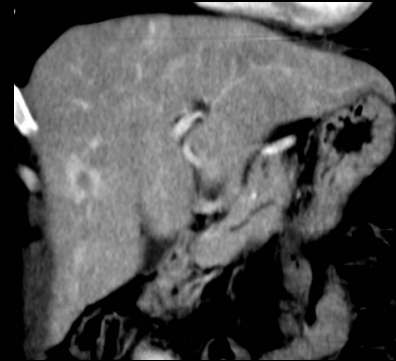
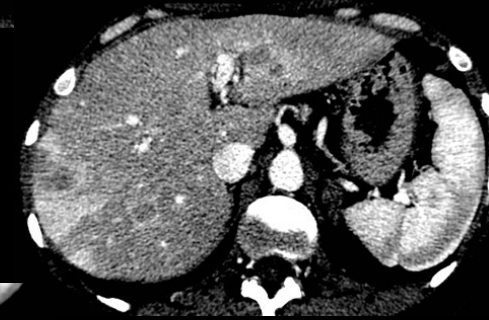
Take home message

La tuberculose , du fait de sa **nette recrudescence** , doit être toujours présente dans les préoccupations diagnostiques du radiologue

Elle n'est pas l'apanage des sujets transplantés vivants dans des conditions précaires ou des sujets infectés par le virus HIV

Les patients âgés sont des patients à risque de tuberculose . Les **traitements par anti TNF alpha** ont été à l'origine de tuberculoses très évolutives

Les atteintes digestives de la tuberculose ne sont pas très fréquentes mais posent d'assez difficiles problèmes de diagnostic différentiel avec les infections fongiques pour les lésions viscérales , avec la maladie de Crohn pour les tuberculoses iléo-caecales



femme 54 ans , autochtone , vivant dans des conditions normales , baisse de l'état général

Tuberculose hépato-splénique