

INTRODUCTION

La tuberculose demeure un problème de santé publique dans les pays en développement surtout avec l'avènement de l'infection à VIH. Environ 15 millions de personnes dans le monde sont infectées à la fois par le bacille tuberculeux et par le virus de l'immunodéficience acquise et 70% de ces personnes vivent en Afrique subsaharienne [1;2]. Au Sénégal, la tuberculose sévit selon le mode endémique et constitue la plus fréquente des affections opportunistes au cours de l'infection à VIH, avec une prévalence de 8%. Les aspects radiographiques de la tuberculose pulmonaire chez les patients infectés par le VIH sont souvent atypiques. Ils sont caractérisés par des atteintes parenchymateuses plus étendues, le plus souvent bilatérales et intéressant aussi bien les lobes inférieurs que les lobes supérieurs et le lobe moyen des poumons.

OBJECTIF

Décrire les aspects radiologiques de la tuberculose pulmonaire chez les personnes vivant avec le VIH.

MALADES ET MÉTHODE

Étude rétrospective et descriptive réalisée à partir de dossiers de patients infectés par le VIH, hospitalisés au service des maladies infectieuses et tropicales de Fann pour une tuberculose pulmonaire durant la période de janvier 2011 à décembre 2013.

Ont été inclus tous les patients infectés par le VIH hospitalisés dans le service durant la période d'étude pour une tuberculose pulmonaire.

Les variables étudiées étaient : les aspects sociodémographiques, les antécédents, les caractéristiques cliniques biologiques et radiologiques.

La saisie des données a été réalisée grâce à un logiciel Epi Data version et leur exploitation grâce au logiciel Epi Info version 3.04 du CDC/OMS.

RÉSULTATS

Tableau I : Caractéristiques épidémiologiques et bactériologiques des patients

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Age		
- < 20	1	0,8
- 20-59	117	94,4
- ≥ 60	4	3,2
Sexe		
- Masculin	74	60
- Féminin	50	40
Notion de contagion		
- Oui	11	8,9
- Non	113	91,1
Antécédents de tuberculose		
- Oui	15	12,1
- Non	109	87,9
Signes cliniques		
- AEG	105	84,7
- Fièvre	107	86,3
- Toux chronique	93	75
- Dyspnée	23	18,5
- Hémoptysie	10	10
Bacilloscopie des crachats		
• BAAR		
○ Présents	23	18,5
○ Absents	68	54,8
• GeneXpert		
○ Positif	12	9,7
○ Négatif	50	40,3

Tableau II: Répartition des patients selon le type de lésions radiologiques

Lésions radiologiques	Effectif	Pourcentage (%)
Infiltrat	20	16,1
Miliaire	17	13,7
Infiltrat + Opacité réticulonodulaire (ORN)	15	12
Infiltrat + Caverne	14	11,3
Opacités réticulo-nodulaire	13	10,5
Adénopathie médiastinale	03	2,4
Opacité réticulonodulaire+ Adénopathie médiastinale	02	1,6
Infiltrat+ Caverne + Opacité réticulo nodulaire	02	1,6
Caverne	01	0,8
Infiltrat+ Adénopathie médiastinale	01	0,8
Infiltrat + Hydro-pneumothorax	01	0,8
Normale	35	28,4

Tableau III: Répartition des patients selon le siège des lésions radiologiques

Siège	Effectif	Pourcentage (%)
Base	24	19,4
Diffuse	90	72,6
Sommet	10	8,1
Total	124	100

Iconographie: Exemples d'images radiologiques / selon LTCD4+

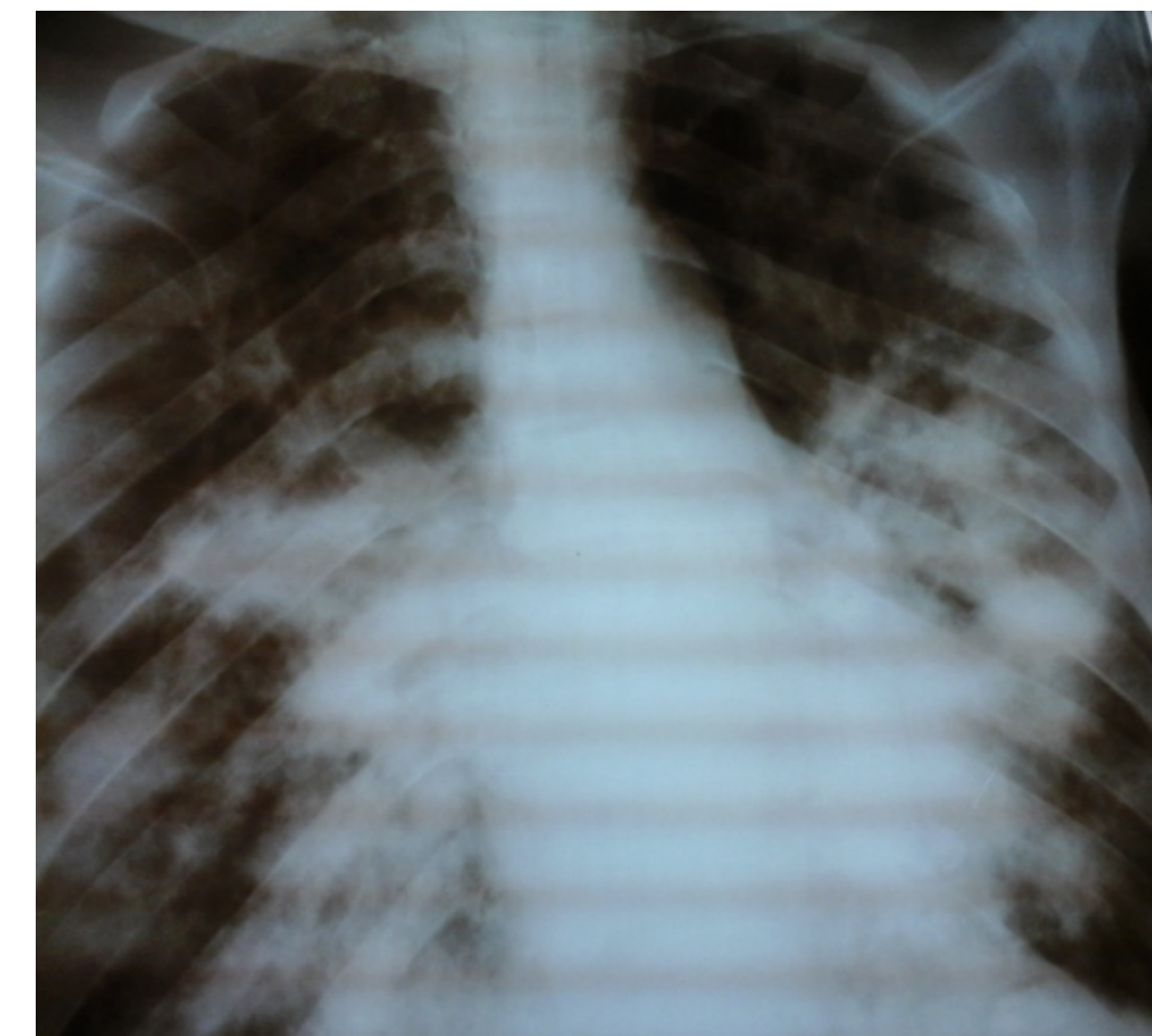
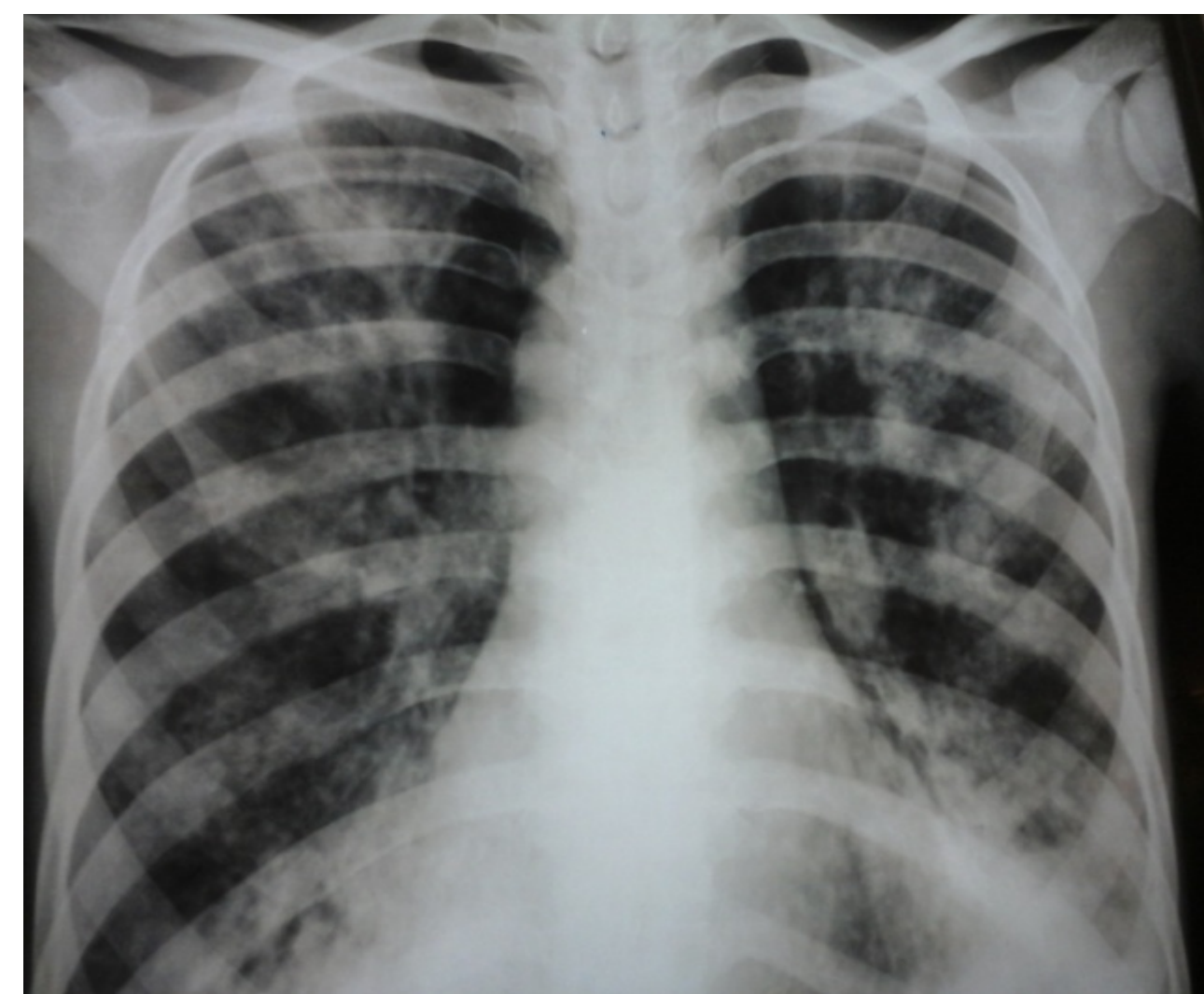


Image d'infiltrat chez un patient VIH-1 avec taux de TCD4+ = 32 / mm³



Image d'infiltrat chez un patient VIH-1 avec taux de TCD4+ = 22 / mm³



Miliaire chez un patient VIH-1 avec taux de TCD4+ = 15 / mm³



Opacités réticulo-nodulaires chez un patient VIH-1 avec taux de TCD4+ = 32 / mm³



Infiltrat + caverne chez un patient VIH-1 avec taux de TCD4+ = 363 / mm³



Infiltrat + caverne chez un patient VIH-1 avec taux de TCD4+ = 314 / mm³

DISCUSSION

Les images radiologiques chez les patients co-infectés tuberculose pulmonaire / VIH sont polymorphes et aspécifiques. Dans notre série, la radiographie pulmonaire était normale dans 28,4% des cas. Ce résultat était supérieur à celui retrouvé au Mali par Coulibaly et Ndao avec respectivement 14% et 17,8% [3; 4], et Zoga au Cameroun (12%) [5]. Ceci pourrait s'expliquer par la défaillance du système immunitaire qui devient incapable de déclencher la réaction inflammatoire génératrice du granulome responsable de la nécrose tissulaire [6].

Les infiltrats et les miliaires étaient les lésions parenchymateuses les plus observées avec respectivement 16,1% et 13,7%. Ce qui était comparable aux données de Kayantao au Burkina avec 14% de miliaire et 14% d'infiltrat [7]. Ces résultats s'expliqueraient par l'immunodépression qui est un facteur favorisant la dissémination rapide du Bacille de Koch [8].

Les cavernes étaient retrouvées dans seulement 0,8% des cas. Cette rareté des cavernes chez les patients co-infectés TB/VIH est décrite dans la littérature. Ce fait serait dû à l'altération de l'immunité à médiation cellulaire qui a pour conséquence une perturbation des mécanismes de formation des cavernes » [1].

Les opacités réticulo-nodulaires étaient présentes dans 10,5% des cas. Ce taux était nettement inférieur à ceux de G. Kamamfu au Burundi et P. Souryyanh au Laos qui avaient obtenu respectivement 67,9% et 85,7% [9 ; 10]. Dans notre étude la localisation des lésions était diffuse dans la majorité des cas (72,6%). Nos résultats sont comparables aux données de la littérature comme en témoignent les études de L.C. Sorgho au Burkina Faso et G. Kamamfu au Burundi qui avaient respectivement retrouvé 56,6% et 67,9% [1 ; 9].

CONCLUSION

Les aspects radiologiques habituels de la tuberculose pulmonaire sont modifiés chez les PvVIH. Ils sont caractérisés par la fréquence des images radiologiques normales et les atteintes parenchymateuses plus étendues. Il serait nécessaire de faire une étude comparative entre patients VIH positif et VIH négatif en vue de mieux identifier les facteurs influençant ces aspects.

RÉFÉRENCES

- Longue/Sorgho L.C., Cissé R., Ouedraogo M. et al. Les aspects radiologiques de la tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive de l'adulte dans un pays à forte prévalence de tuberculose/VIH. *Sidanet* ; 2005 ; 2(7) ; 870.
- Coalition inter agence SIDA et développement. La coinfection à VIH/TB. Rapport 2010.
- Coulibaly D. Aspect radiologique de la co-infection tuberculose VIH positif et VIH négatif. *Thèse de méd. Bamako, 2008.*
- Ndao. O. Evaluation de l'efficacité du traitement de la tuberculose à bacilloscopie négative au cours du VIH/SIDA. *Thèse de méd. Bamako, 2008.*
- Zogo P.O., Didingar DB., Fack CK. et al. Tuberculose pulmonaire chez les patients VIH positif sous ARV à propos de 59 cas <http://pe.sfrnet.org>
- Sonal S. Munsiff, MD. La coinfection tuberculose VIH : Les tendances actuelles, le diagnostic et le traitement de mise à jour. *Physicians Research Network (PRN). 2006.*
- Kayantao D., Maiga I., Bougoudogo F. et al. Apport de la radiographie et de la bacilloscopie répétée dans le diagnostic de la tuberculose en milieu hospitalier à Bamako. *Bull Soc Pathol Exot, 2001, 94, 3, 243-245.*
- Kouéta F., Ouedraogo G., Dao L. et al. Tuberculose chez les enfants infectés par le VIH suivis au CHU pédiatrique Charles De Gaulle de Ouagadougou: *Mali méd.2011, Tome XXVI N°4, 44-49.*
- Kamumfu G., Nikoyazize E., Ndayirgize A. et al. Aspect radiologique de la tuberculose pulmonaire associée à l'infection à VIH. *Med Afr. Noire, 1990: 37 (10), 595-596*
- Souygnan P. Aspect radiologique de la tuberculose pulmonaire chez les PVVIH dans l'hôpital Setthathilad. *Mémoire en imagerie, Laos, 2006.*