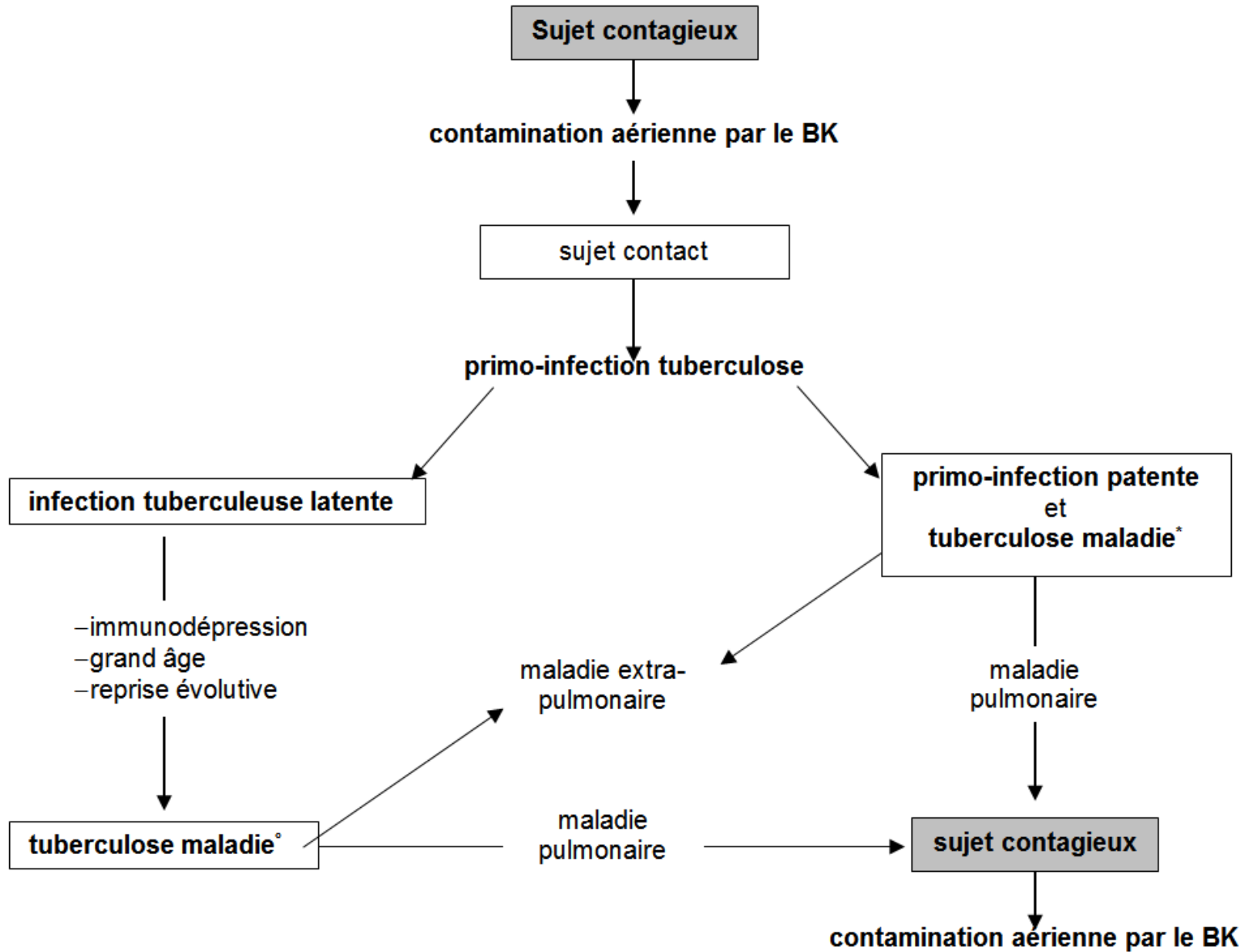


ITEM 155

Tuberculose

Figure 1 : histoire naturelle



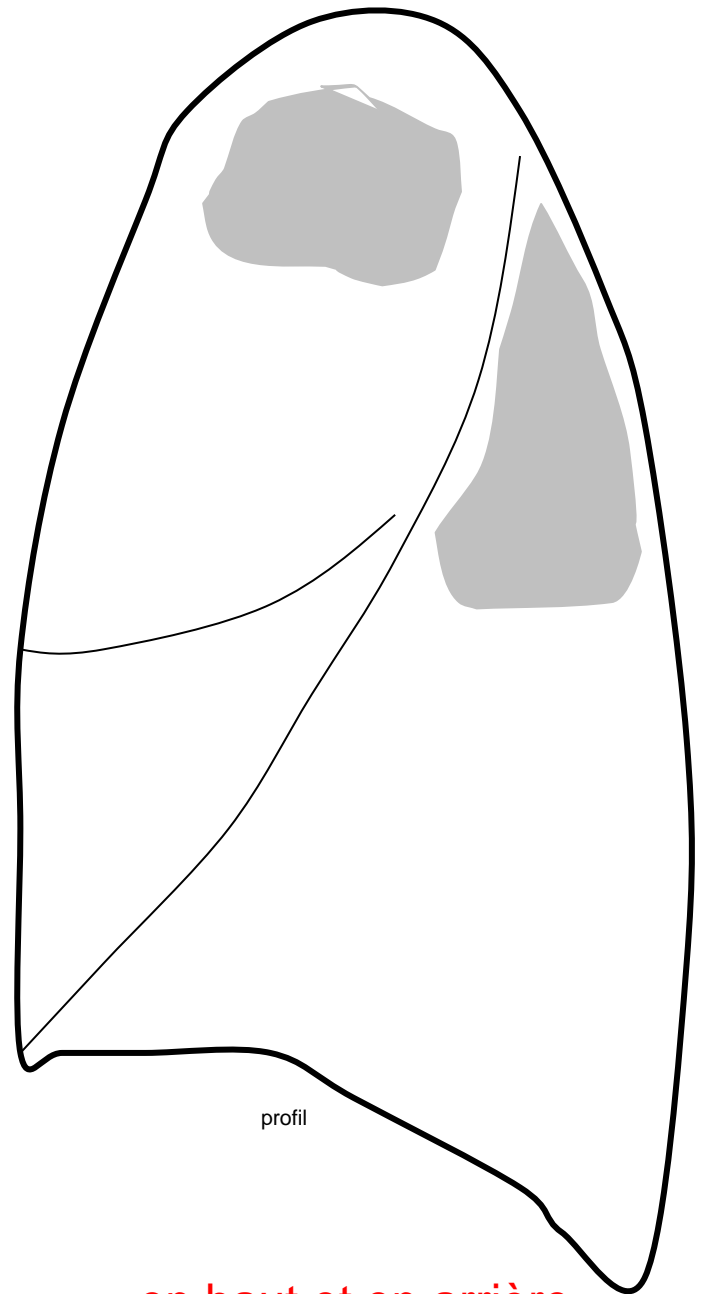
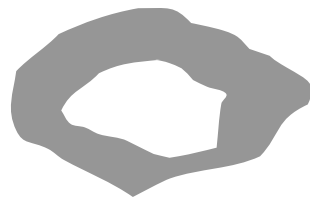
nodules



infiltrats



excavations



en haut et en arrière

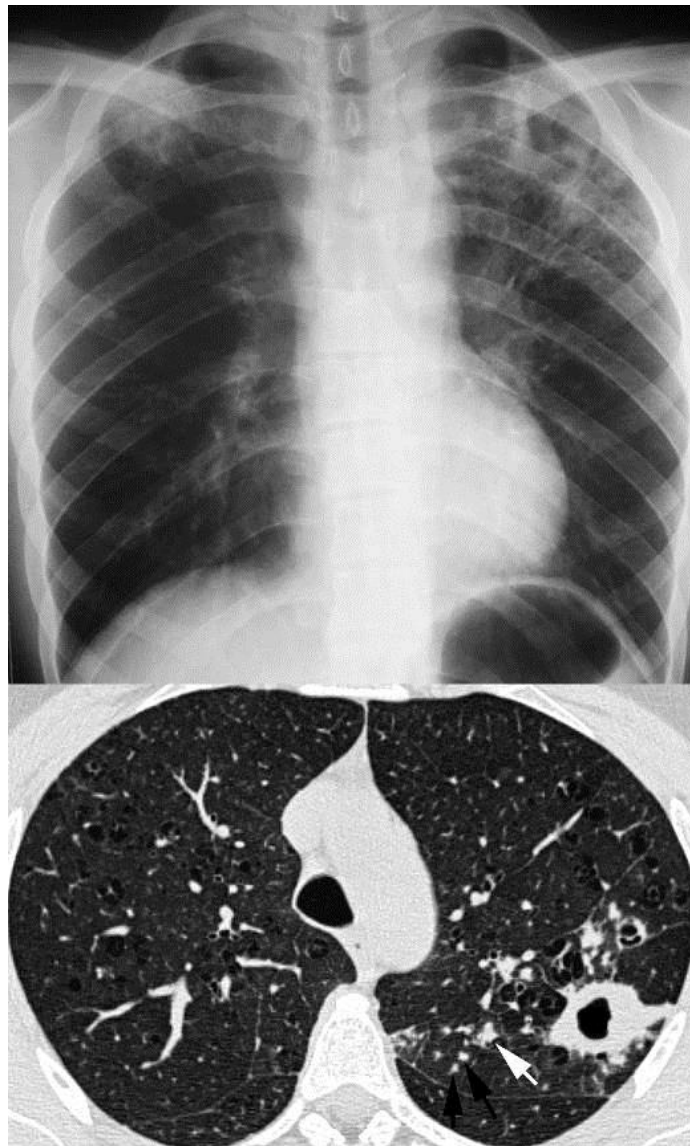


Figure 2: Tuberculose pulmonaire commune. Radiographie de thorax montrant des infiltrats lobaires supérieurs + caverne lobaire supérieure gauche. Scanner thoracique montrant des nodules (flèches noires), des nodules confluents (flèche blanche) et une caverne.

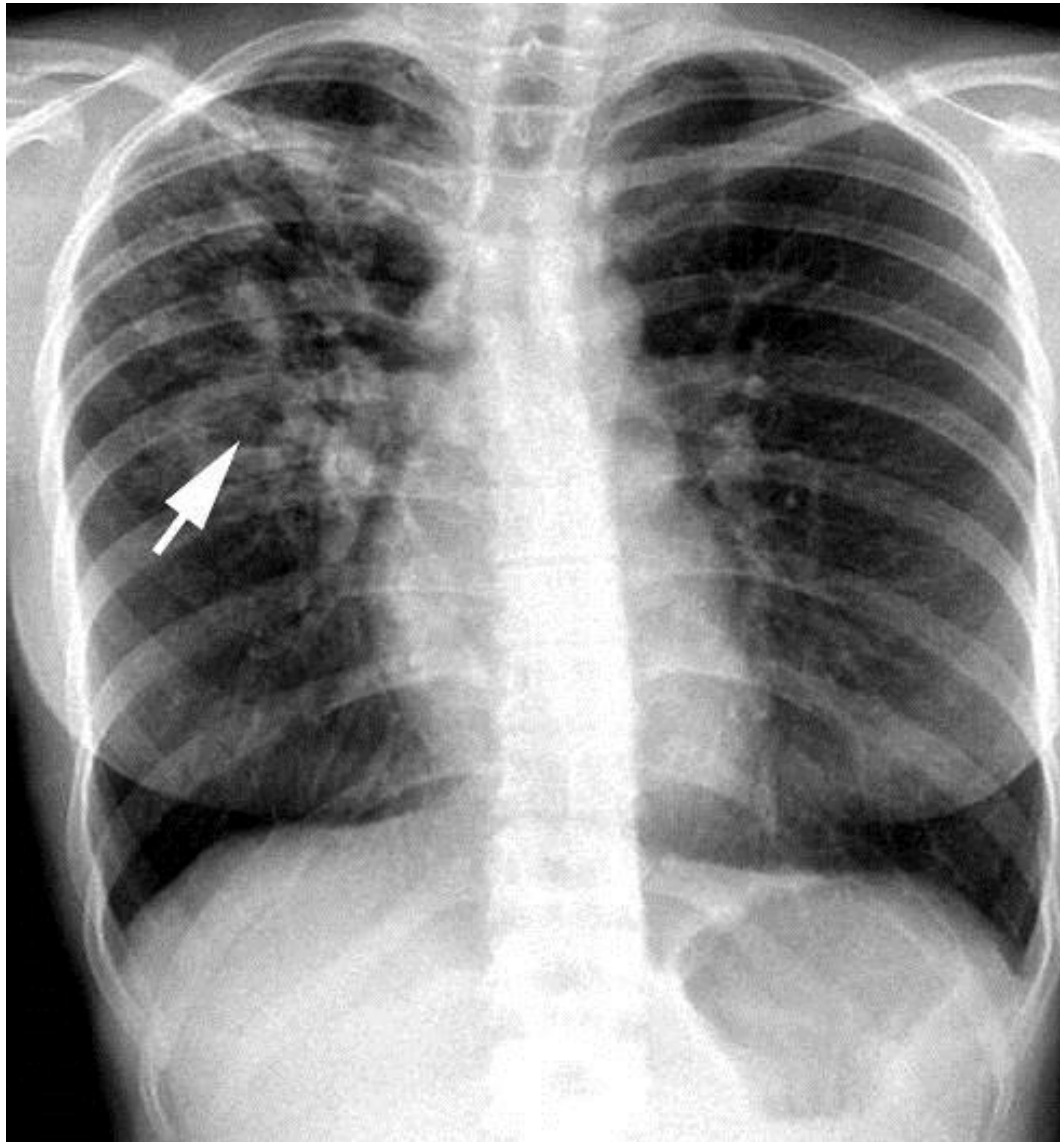


Figure 3: Tuberculose pulmonaire commune. Nodules, infiltrats et caverne (flèche) lobaires supérieurs droits

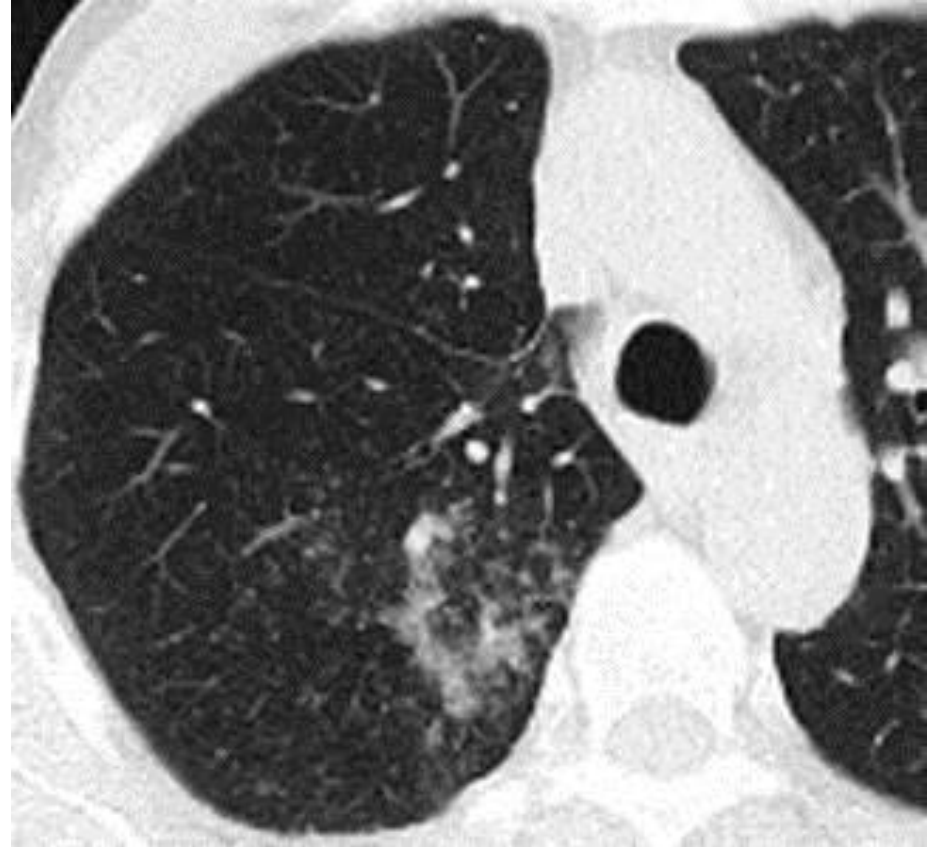


Figure 4: Tuberculose pulmonaire commune. Nodule de l'apex droit (rx) ; infiltrat lobaire supérieur droit (scanner)

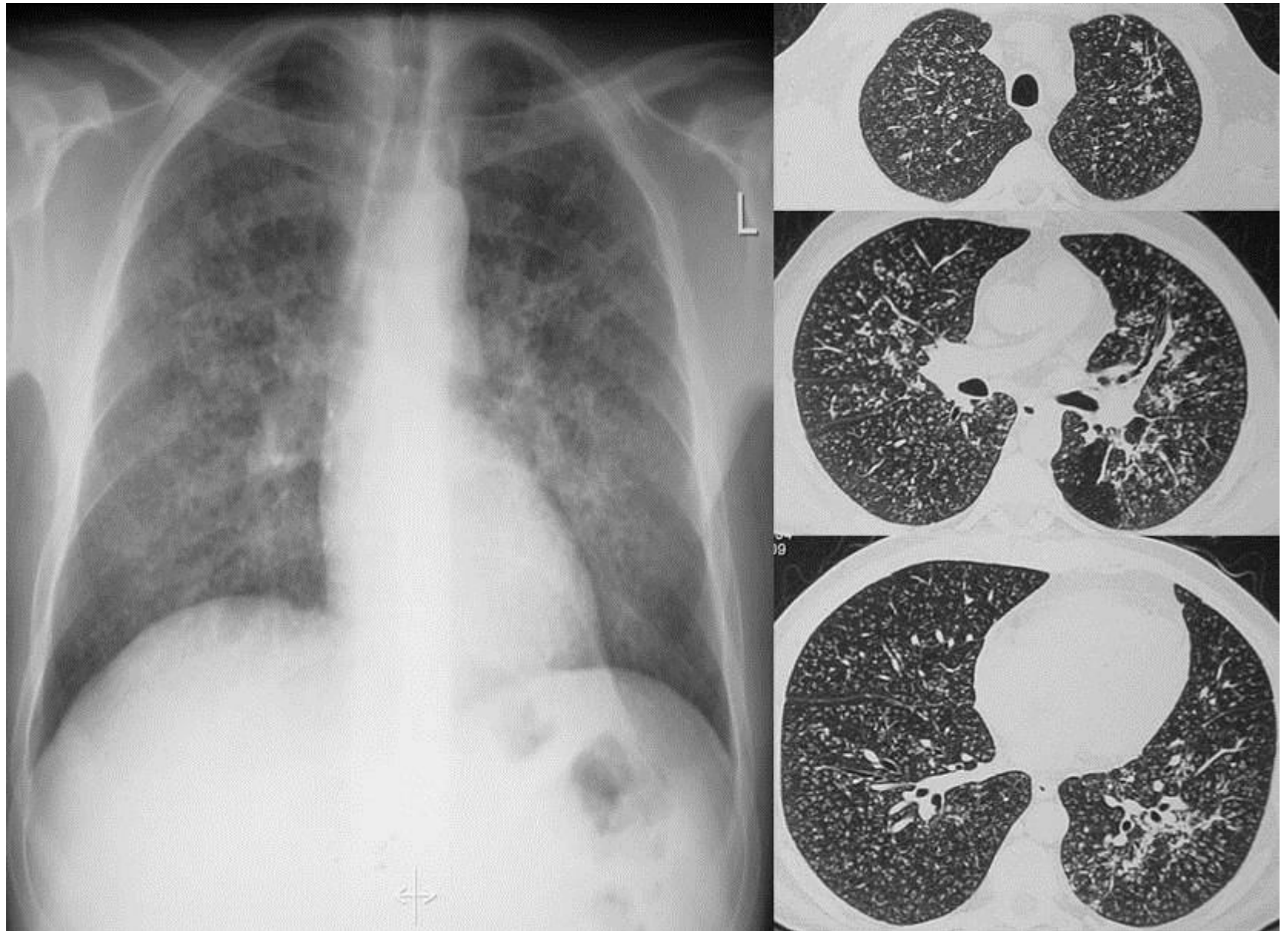


Figure 5 : miliaire tuberculeuse

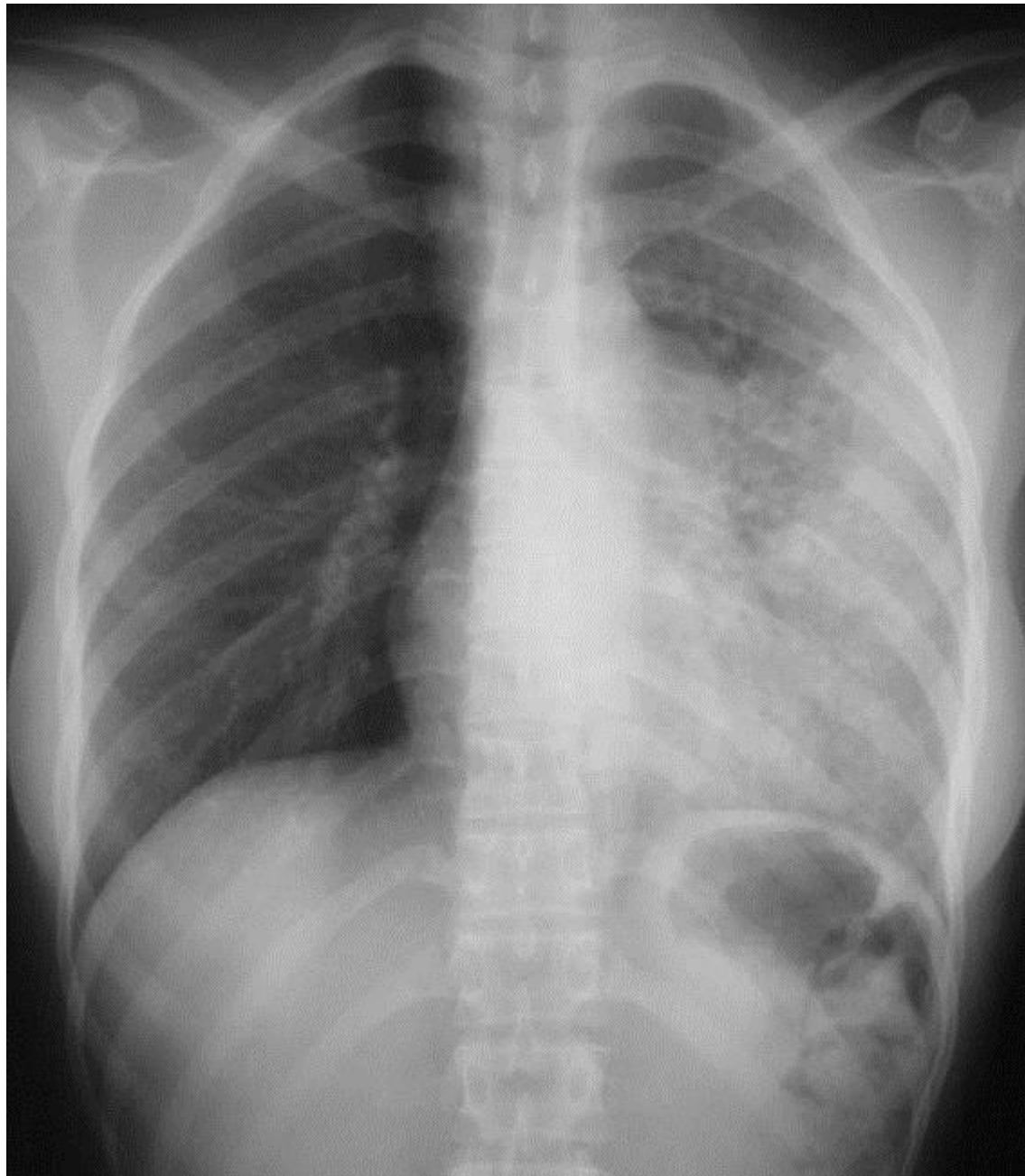


Figure 6 : pneumonie aigue tuberculeuse (lingula) chez une patiente sous anti-TNF

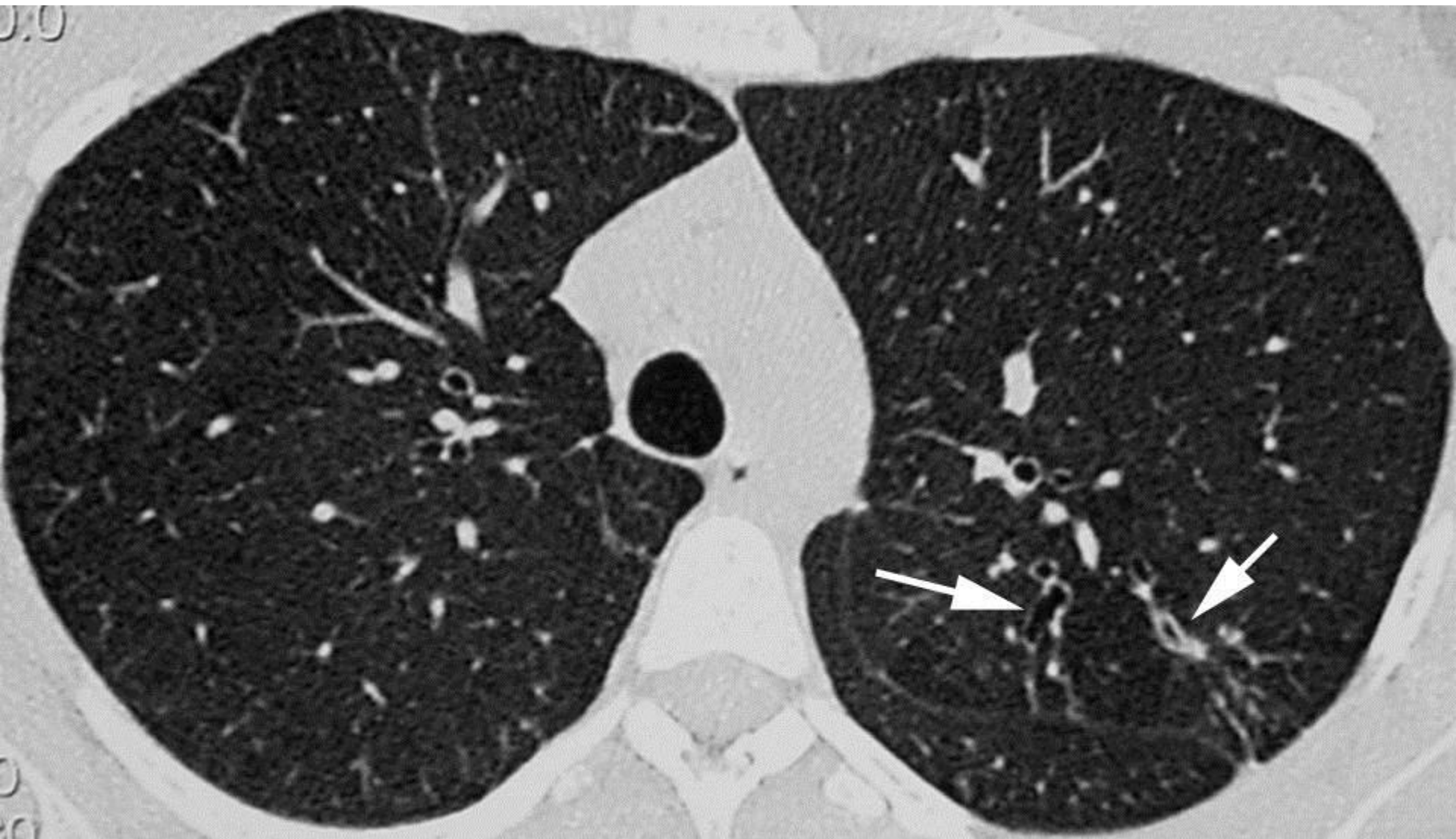


Figure 7: hémoptysie chez un patient aux ATCDs de tuberculose, révélant des bronchectasies lobaires supérieures gauches (flèches) séquellaires d'un processus tuberculeux probablement éteint

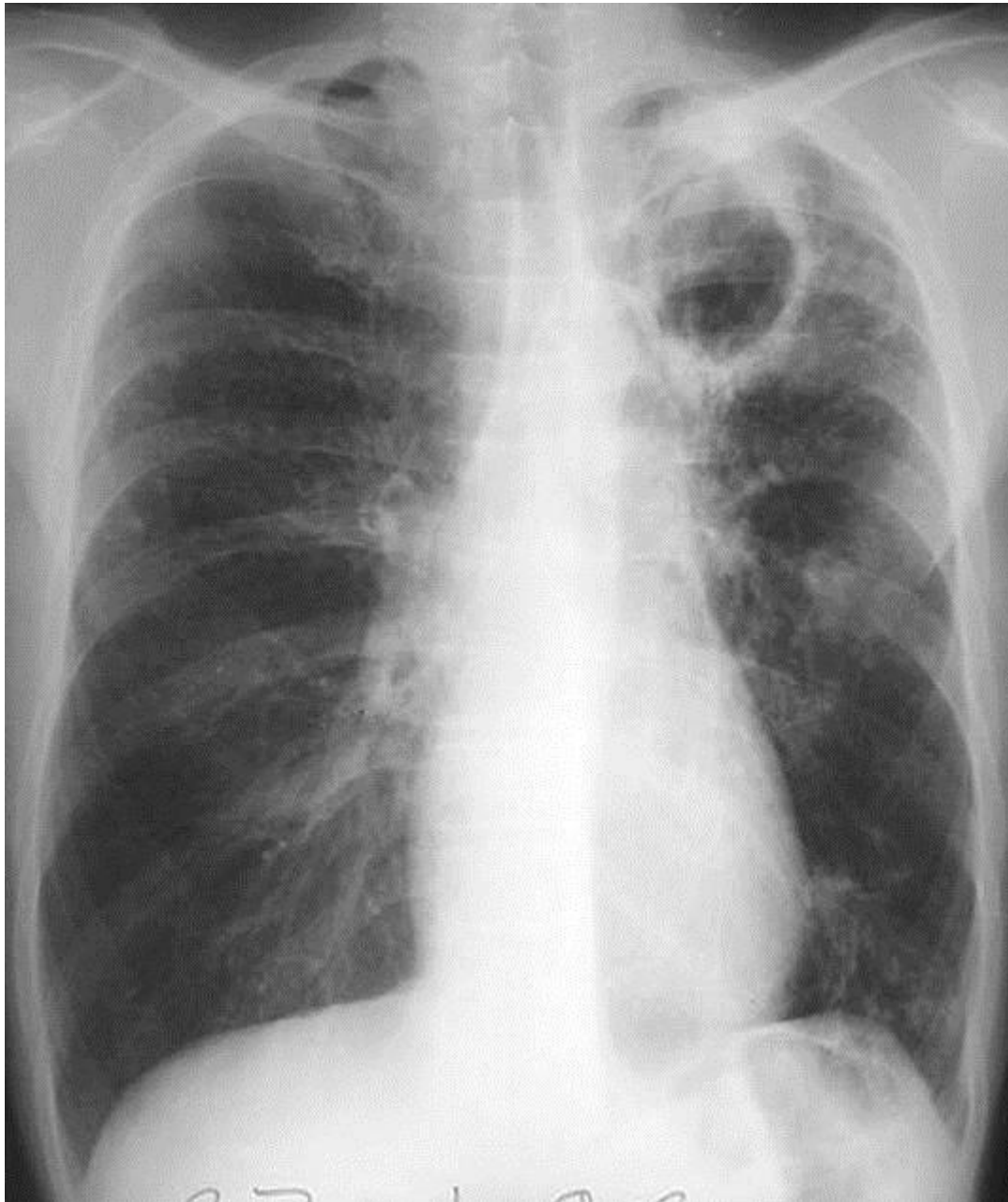


Figure 8 : Tuberculose pulmonaire commune, infiltrative et cavitaire du sommet gauche

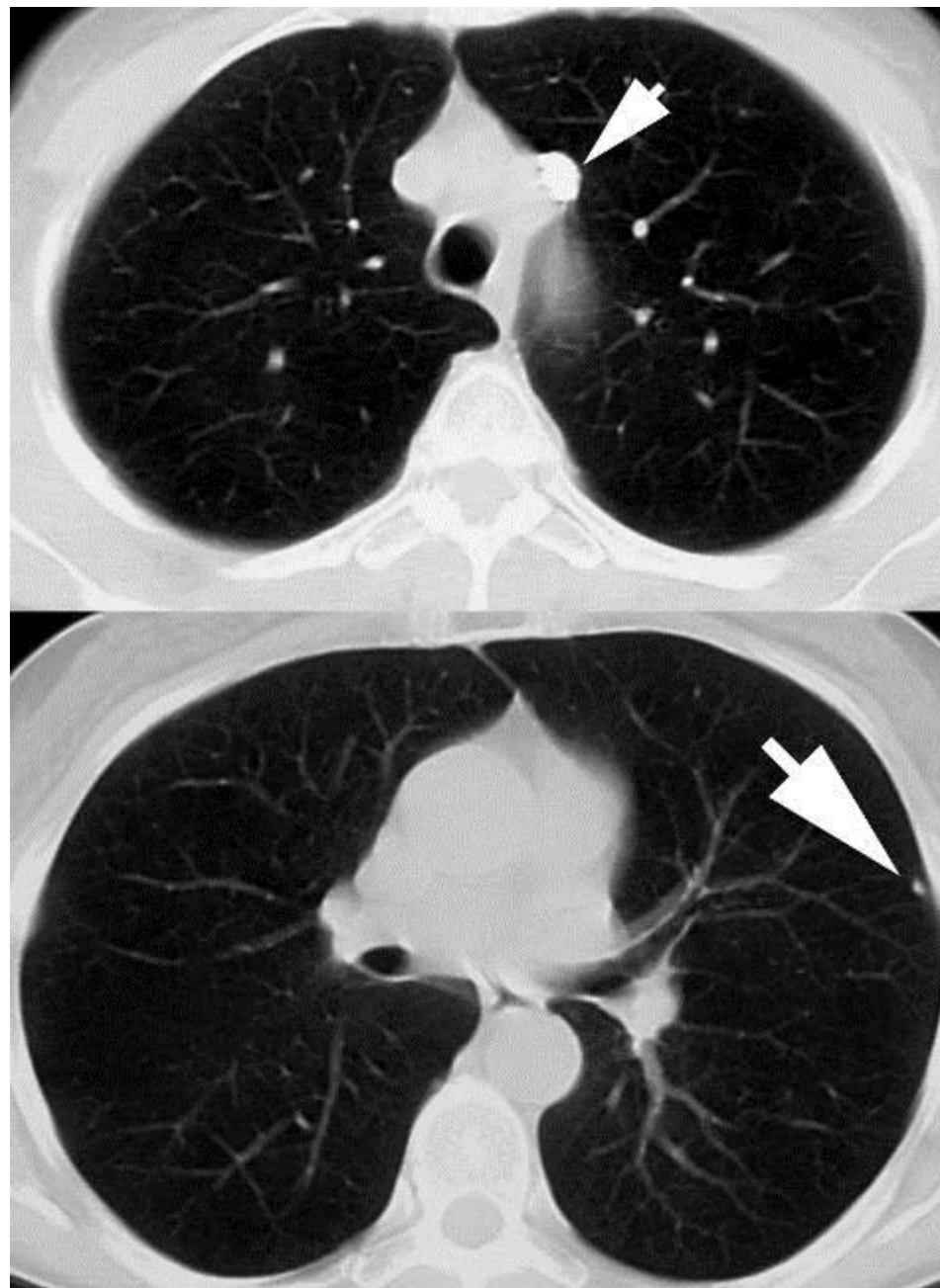


Figure 9 : séquelles asymptomatiques à type de chancre d'inoculation (grosse flèche) et de son adénopathie satellite calcifiée (petite flèche)

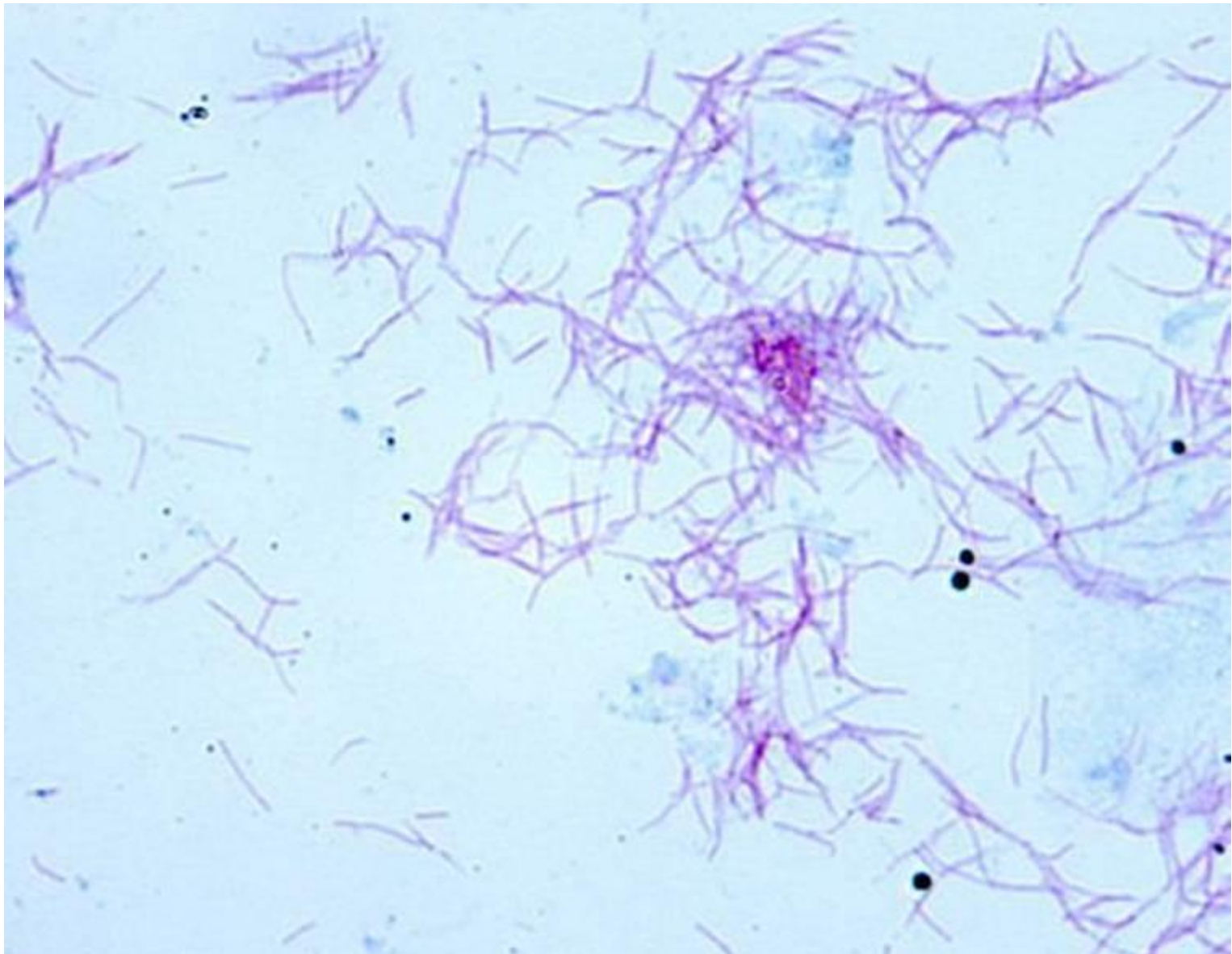


Figure 10 : Examen direct avec coloration de Ziehl Nielsen : Mise en évidence de bacilles acido-alcool résistants acido-alcool-résistants



Figure 11 : Culture sur milieu de Löwenstein Jensen : colonies de mycobactéries, identification ensuite par caractères biochimiques et cultureux et par biologie moléculaire

Interprétation de l'IDR à la tuberculine:

- En fonction des antécédents (tuberculose, PIT, immunodépression, pathologie grave évolutive...), et de son statut vaccinal (BCG et résultats d'anciennes IDR)
- Interprétation difficile dans les 10 ans qui suivent la vaccination par le BCG
- IDR négative = diamètre d'induration < à 5 mm
- IDR positive = diamètre \geq à 5 mm
- suspicion d'ITL
 - lorsque le diamètre est supérieur à 10 mm en l'absence de vaccination antérieure par le BCG
 - ou lorsque le diamètre de l'induration a augmenté de plus de 10 mm entre deux IDR à 3 mois d'intervalle (= virage tuberculinique)

