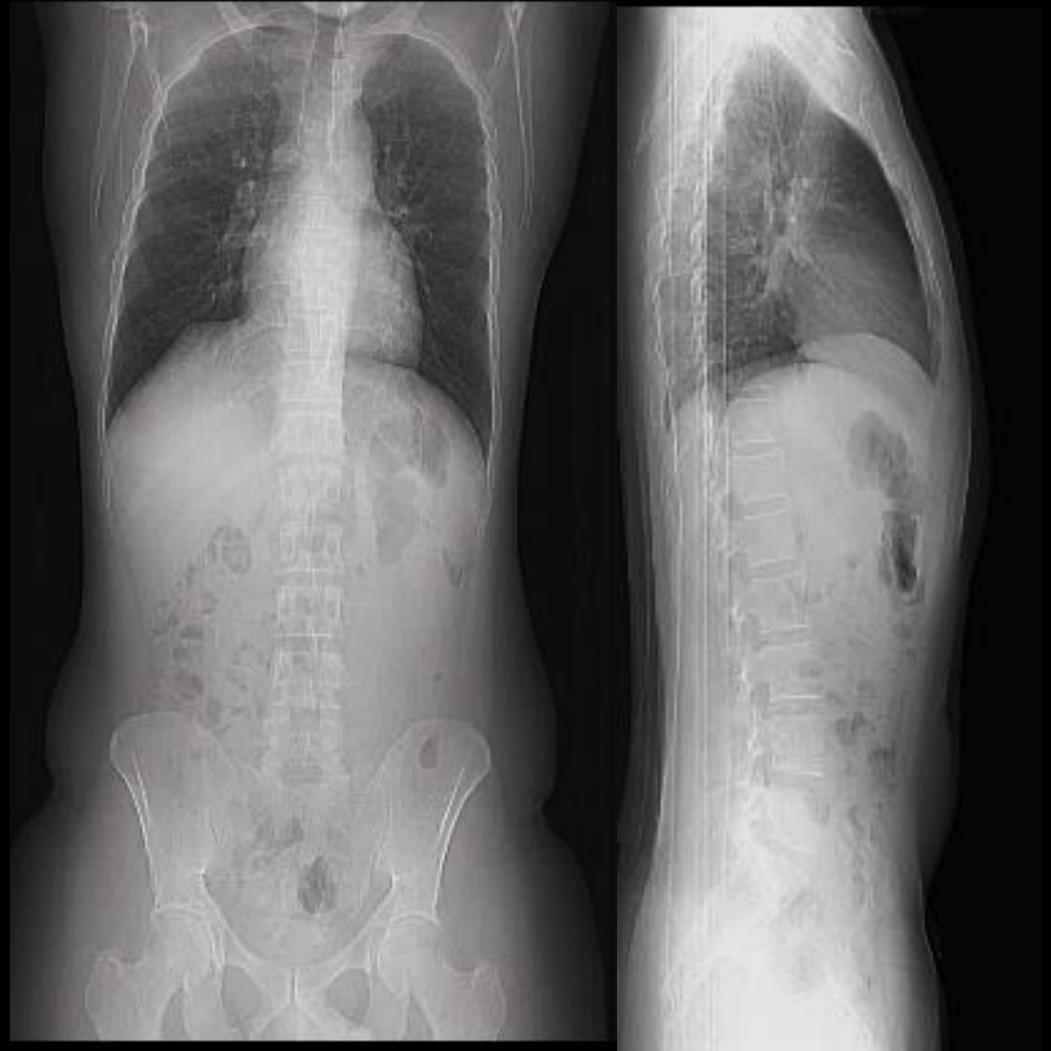


-patient soudanais, 22 ans, en bonne santé jusqu'à son arrivée en France en fin 2015, consulte en février 2016 pour fièvre syndrome inflammatoire, altération de l'état général, adénopathies abdominales.

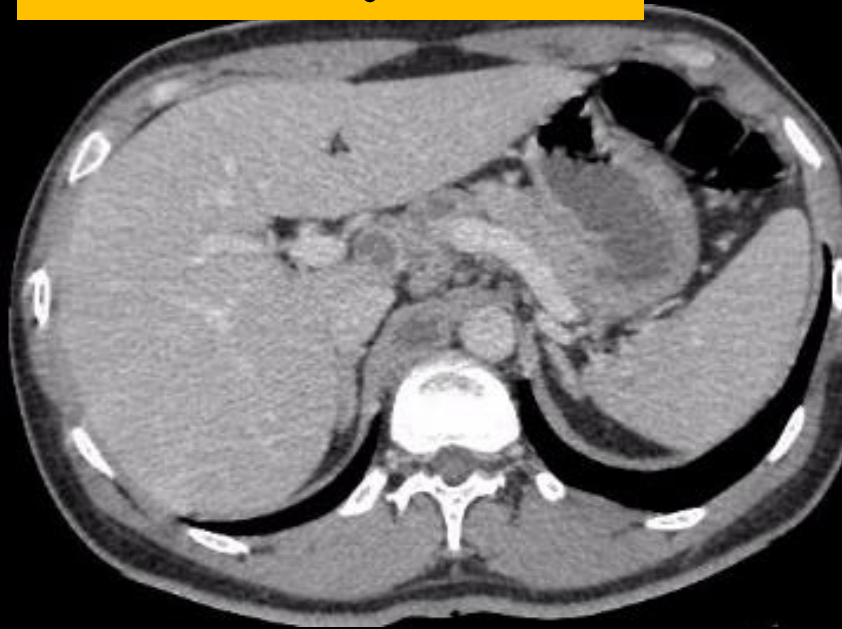
Le bilan, alors qu'il n'y a pas de manifestation respiratoire, révèle la présence de BK à l'examen direct des crachats. Il n'y a aucun stigmate biologique de dépression immunitaire ni élément en faveur d'une drépanocytose

L'antibiothérapie classique, adapté à l'antibiogramme, est débutée en février mars 2016



-antoine Legoff IHN Service de Médecine interne des HPSP Metz Drs Maurier

-bilan initial; juillet



quels éléments sémiologiques significatifs
doit-on retenir sur ces coupes de l'étage
sus-mésocolique



adp tuberculeuses caractéristiques par

-**leur siège** péripancréatique et pédicule hépatique (foramen omental), infra médiastinal postérieur

-**leur aspect**: multiples, petite taille, "centre "clair, avant et après injection de PC iodé.

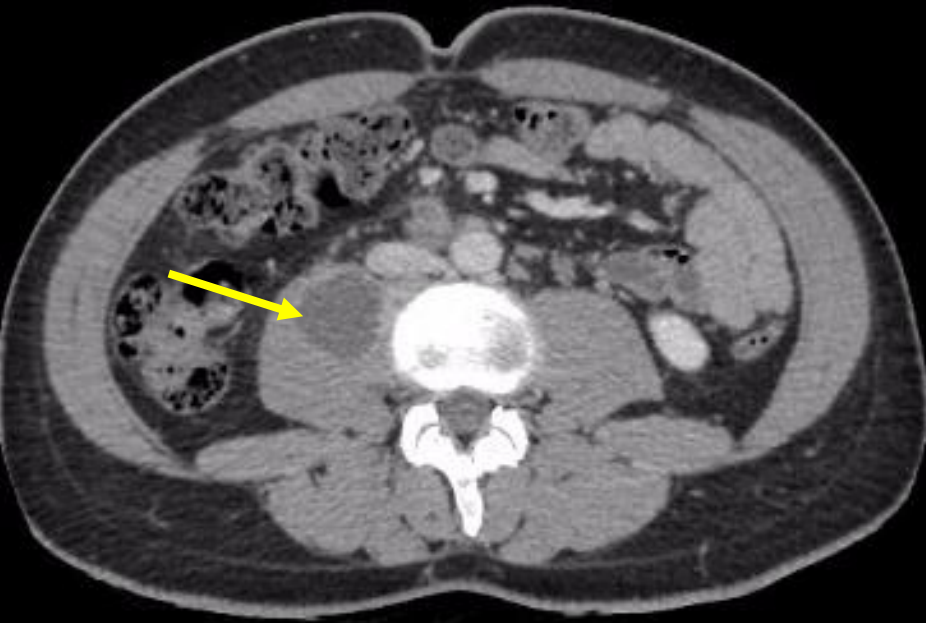




-le déplacement vers l'avant de structures connues comme étant de siège rétropéritonéal (bloc duodéno-pancréatique), signe le siège rétropéritonéal de la masse qui , ici, est en grande partie constituée d'adénopathies tuberculeuses



-l'infiltration tissulaire passe derrière l'aorte et efface la graisse sous péritonéale pour gagner le compartiment psoas droit



-abcès froid du psoas droit



-grosse adénopathie tuberculeuse "en
bisac" inter aortico-cave inférieure-



- emphysème centro-lobulaire
- syndrome bronchique : parois épaisses et micronodules bronchiolitiques



-pas d'images évidentes d'adénopathies médiastinales

En juillet 2016, les adénopathies progressent, le syndrome inflammatoire persiste.

Le bilan microbiologique ne montre pas d'élément nouveau

L'abcès du psoas est ponctionné mais le liquide purulent retiré est négatif en bactériologie standard. L'antibiothérapie est renforcée avec ajout d'Izilox.

En septembre 2016, l'abcès grossit, les adénopathies sont toujours là, le syndrome inflammatoire aussi.

Un nouveau bilan d'extension de la maladie est réalisé



L'IRM du rachis (sagittale T1 STIR sagittale T2) montre les aspects suivants

considérez vous l'ensemble des lésions comme :

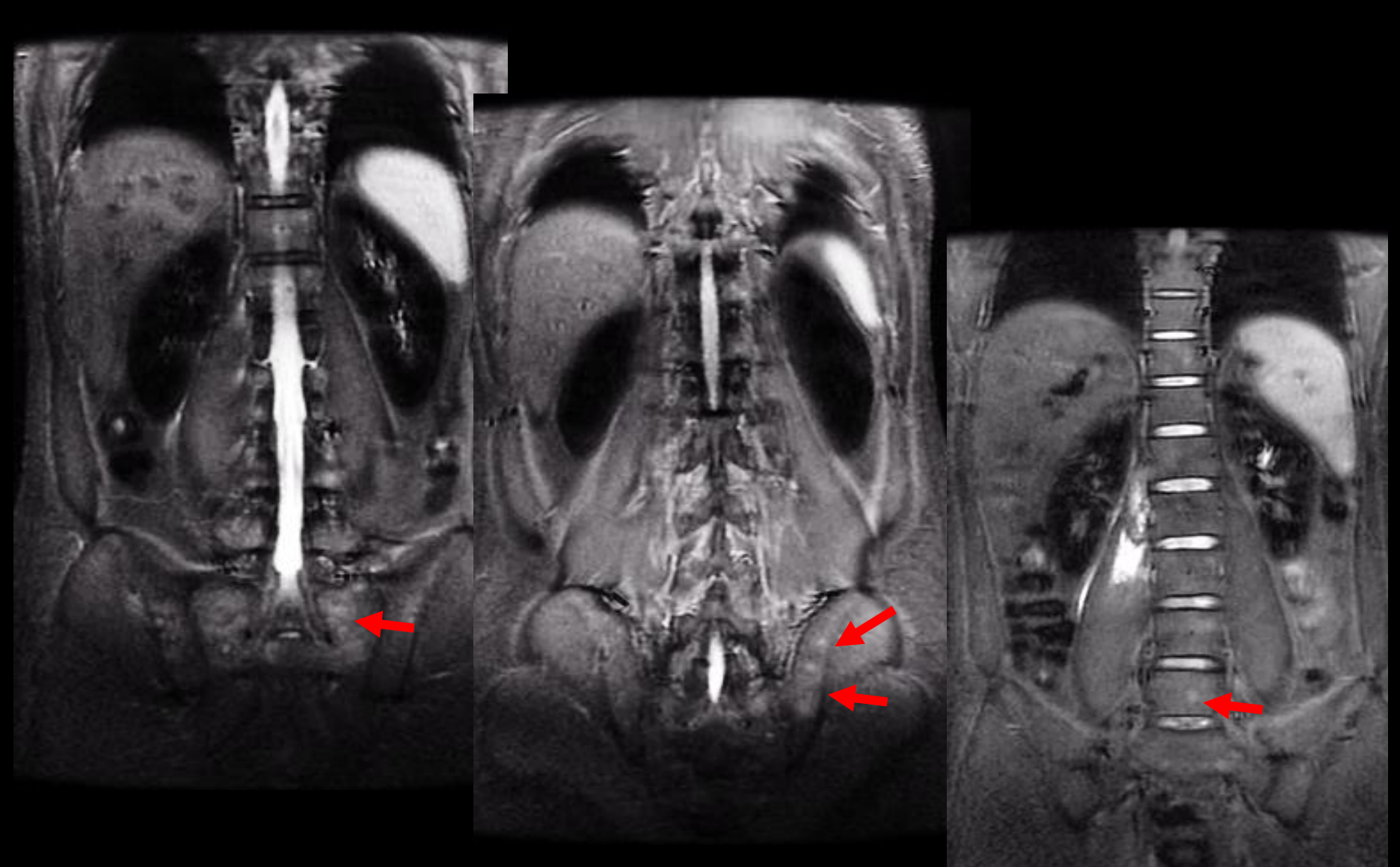
possiblement
probablement
sûrement
de toute évidence

tuberculeuses





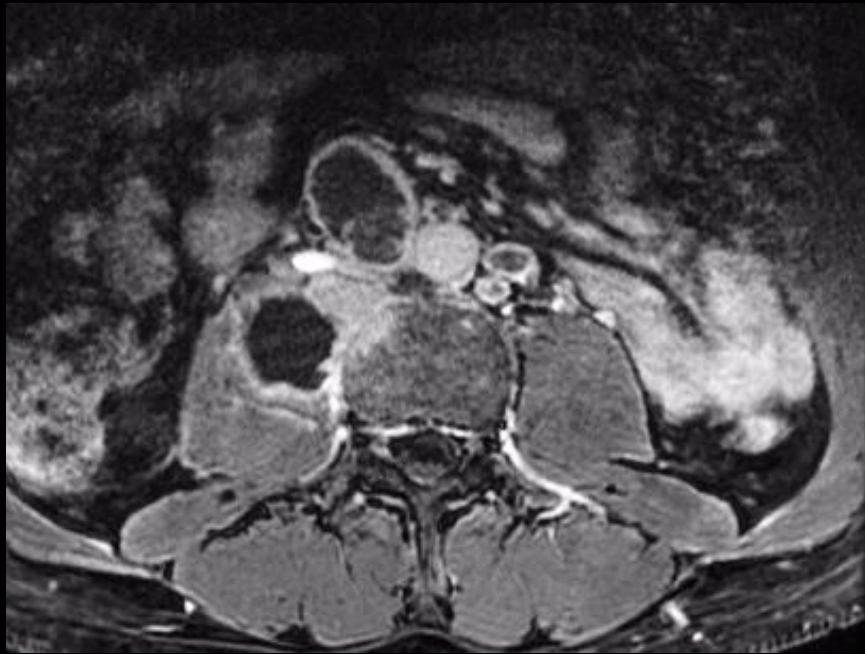
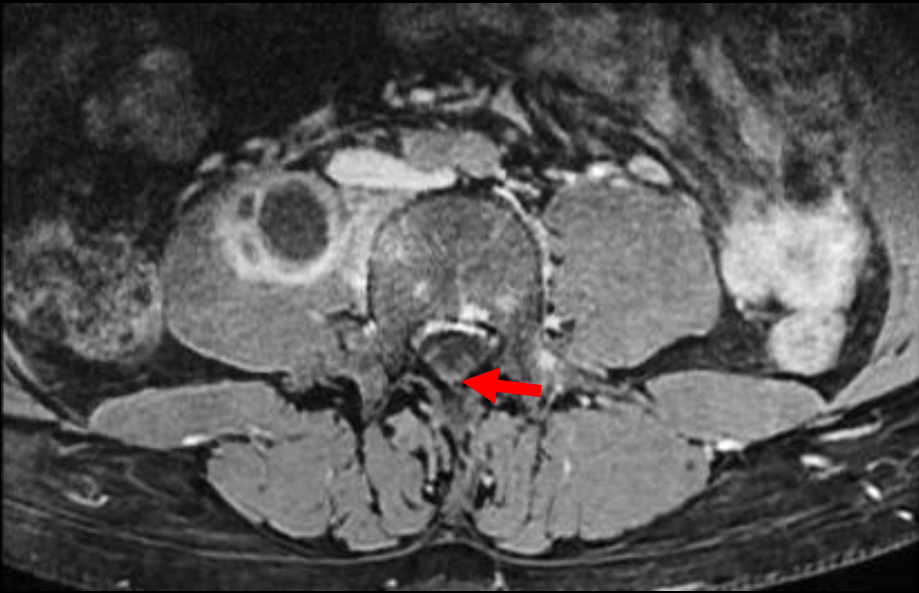
-ce type d'atteinte osseuse rachidienne: **spondylite antérieure sans discite** d'étendant aux étages sus et sous jacents **via l'extension aux parties molles sous ligamentaires** (sous le ligament vertébral commun antérieur) est une forme commune, souvent observée chez des sujets transplantés (afrique sub saharienne, sud-est asiatique, europe centrale...) .



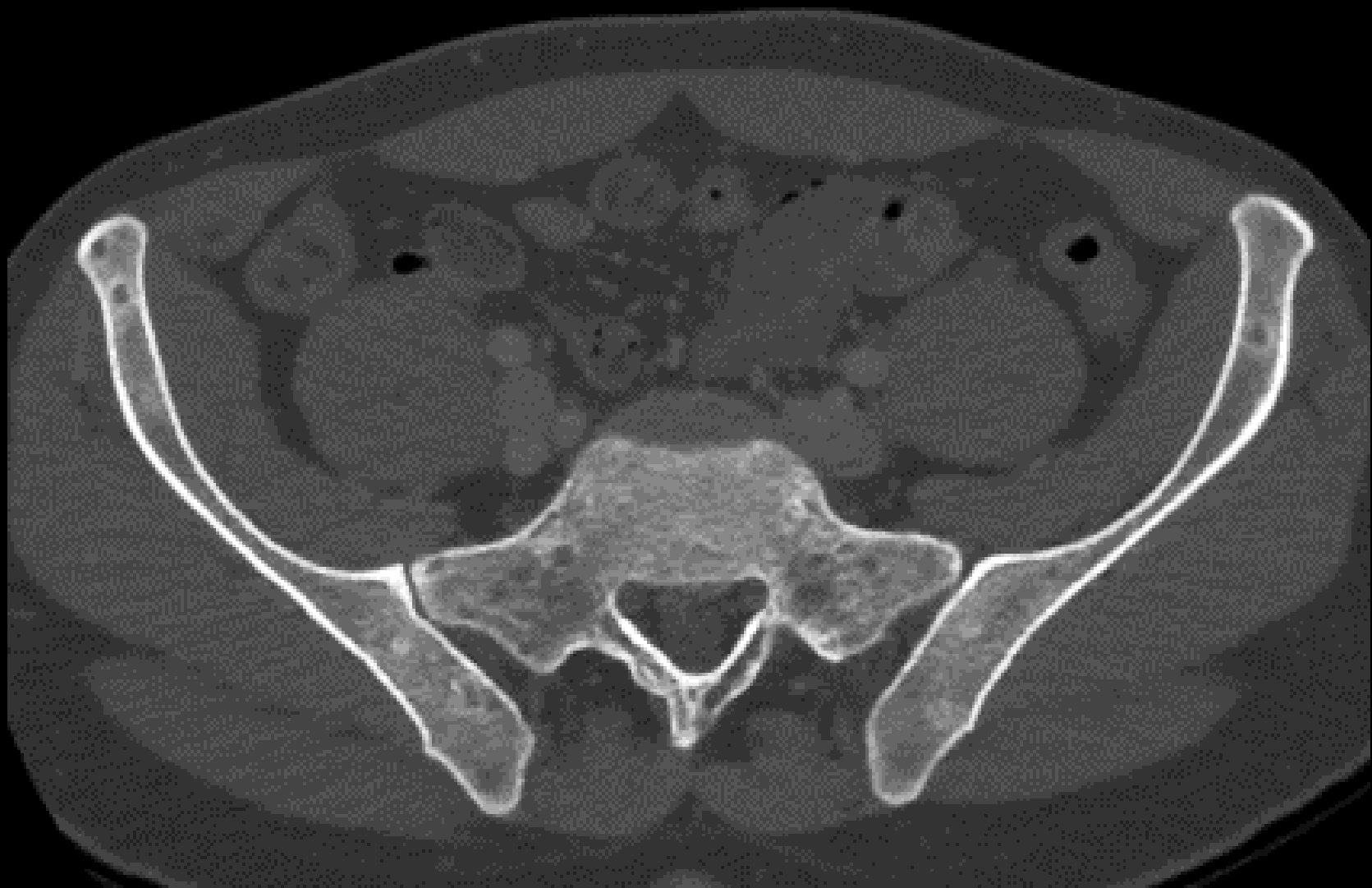
-pensez vous que ces nombreuses lésions nodulaires infracentimétriques, bien visibles sur les images pondérées T2 avec suppression du signal de la graisse sont des atteintes tuberculeuses

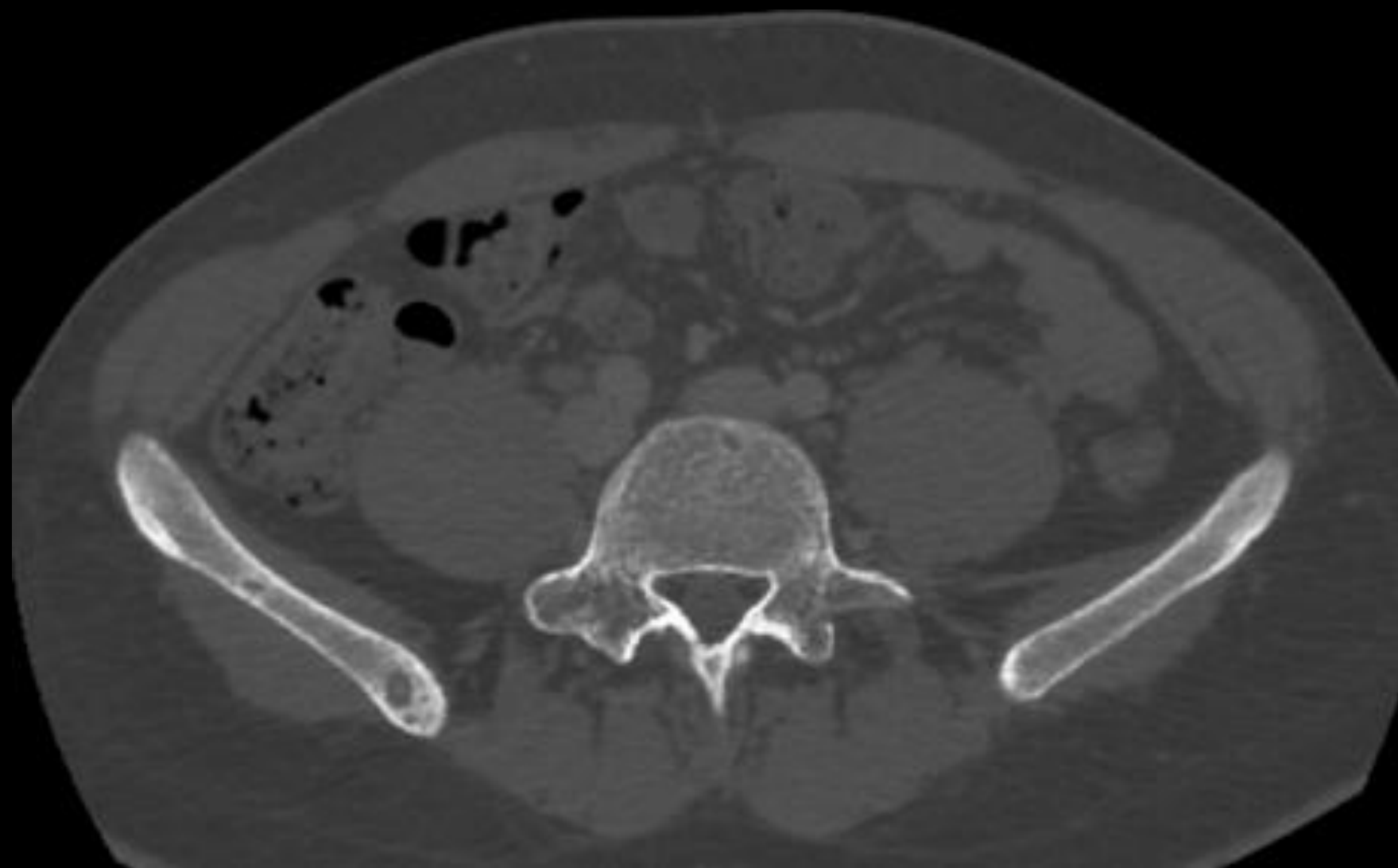


-on les retrouve d'ailleurs sur les images injectées , en pondération T1 avec suppression du signal de la graisse



-sur les images axiales transverses après injection, l'infiltration périrachidienne antérieure est particulièrement bien objectivée, le réhaussement tardif massif progressif traduisant l'importance du contingent fibreux collagène associé à l'angiogénèse inflammatoire

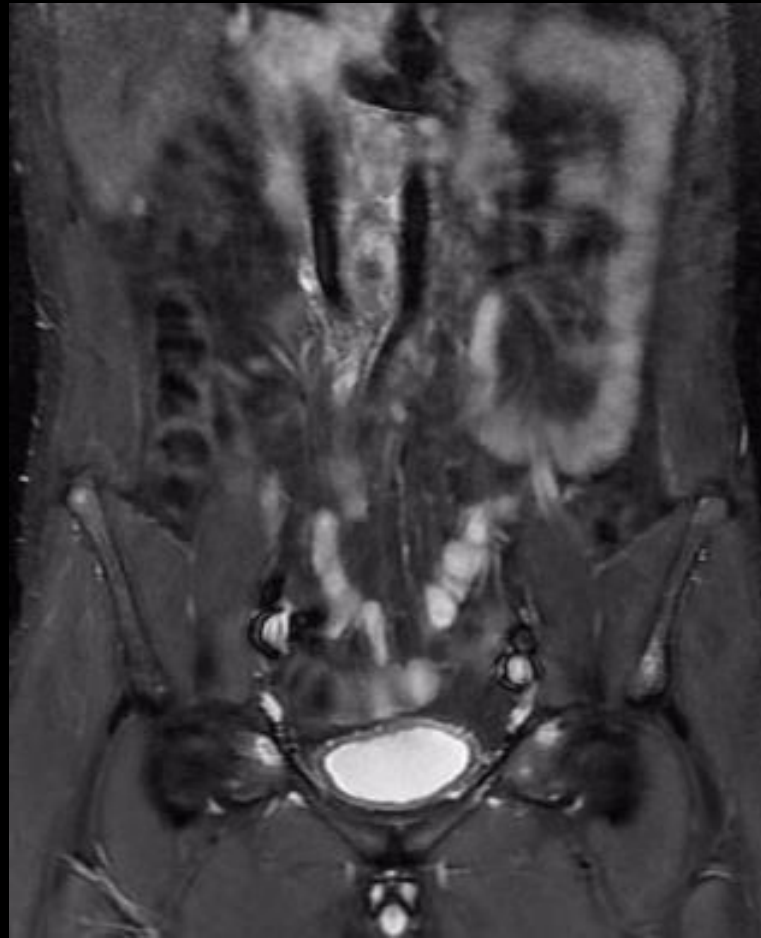
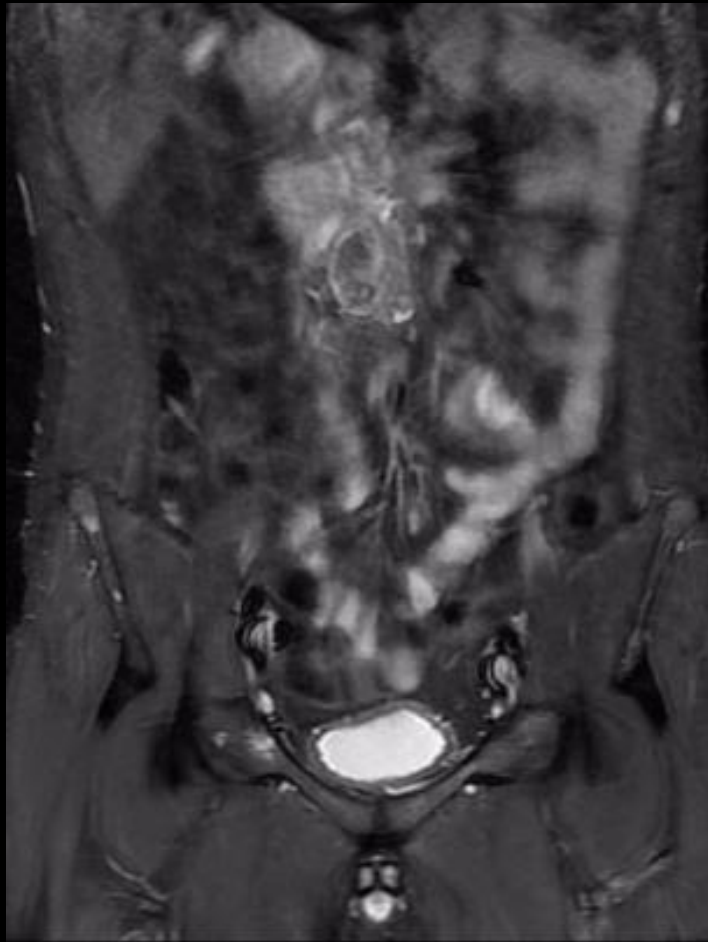






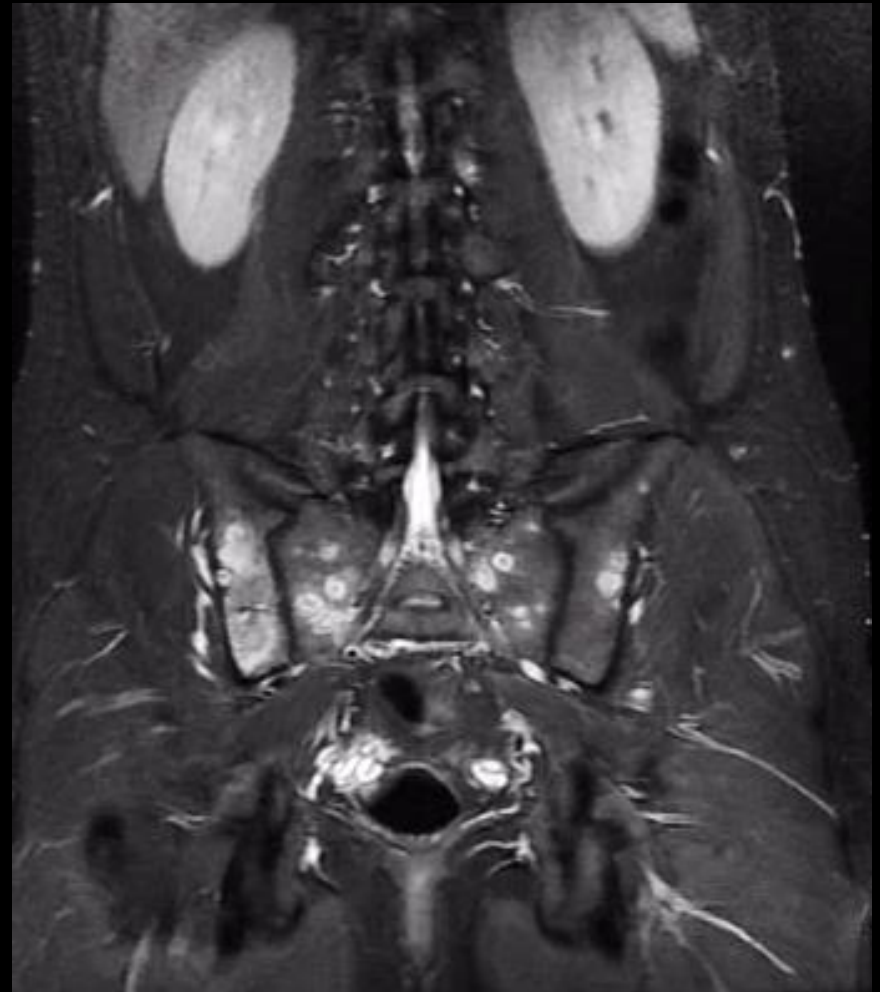
-contrôle scanner et IRM à 3 mois;septembre 2016



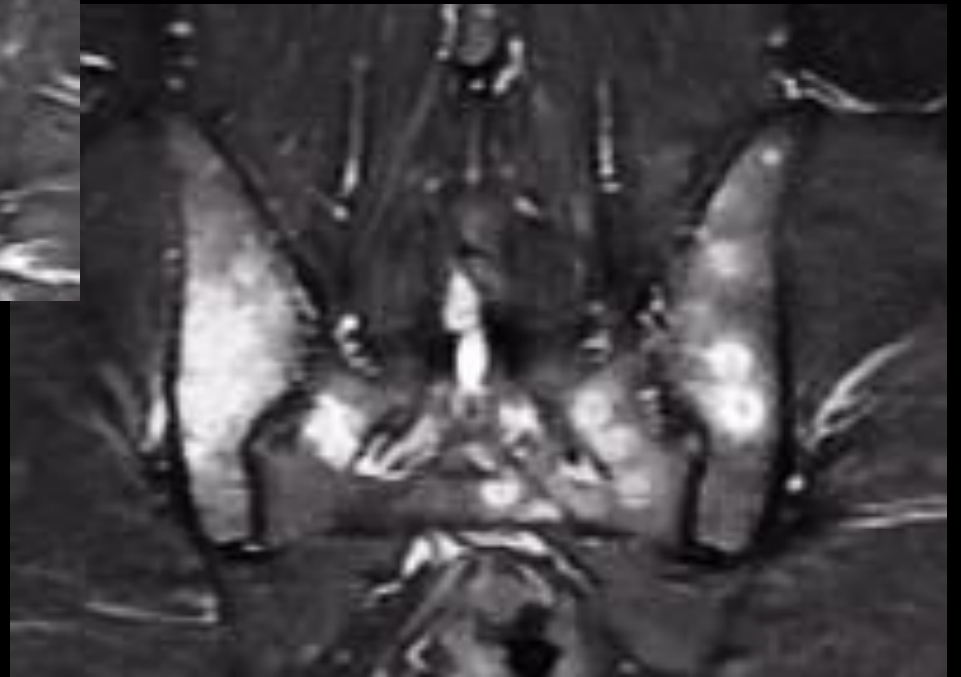
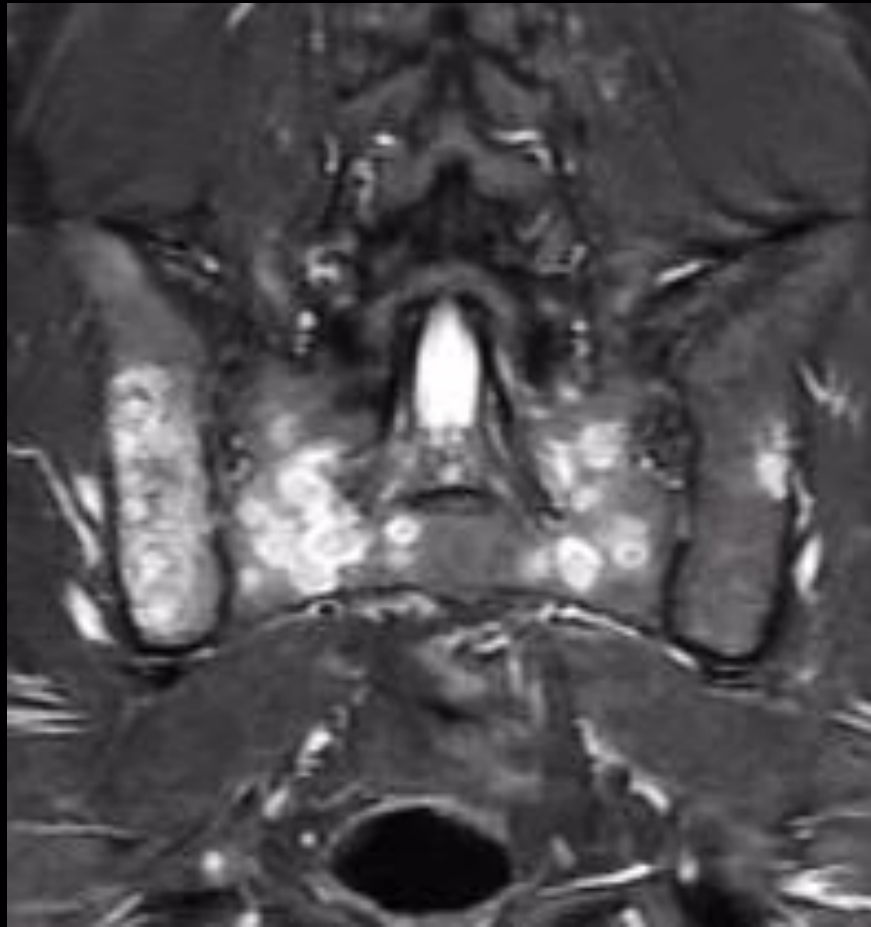


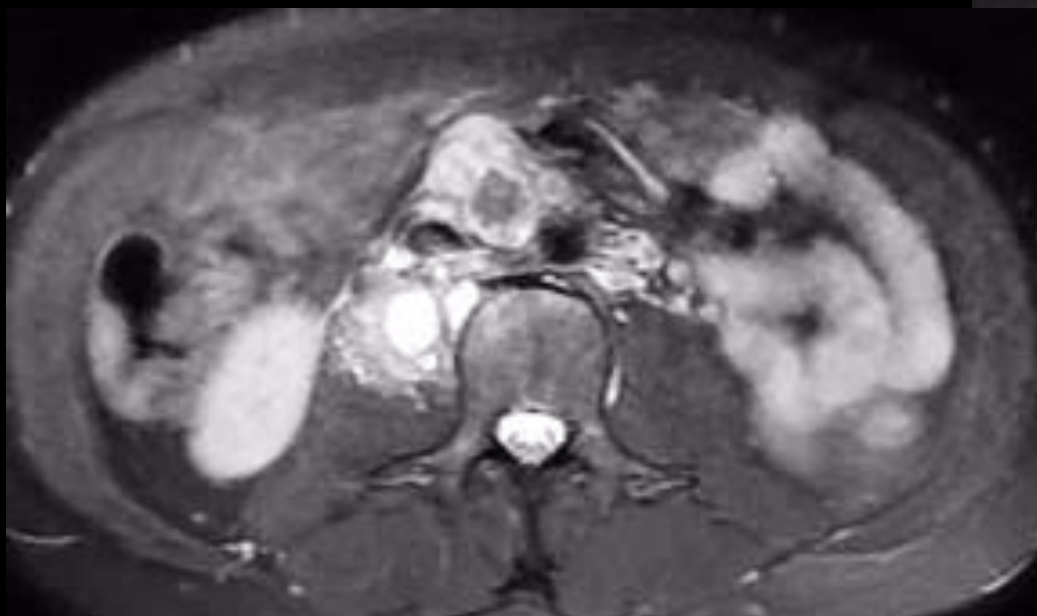
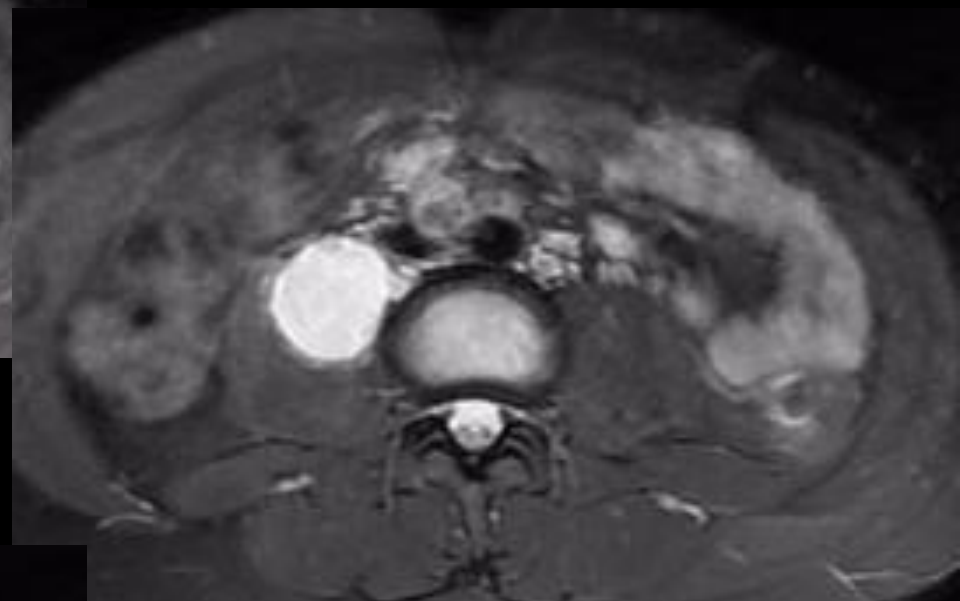
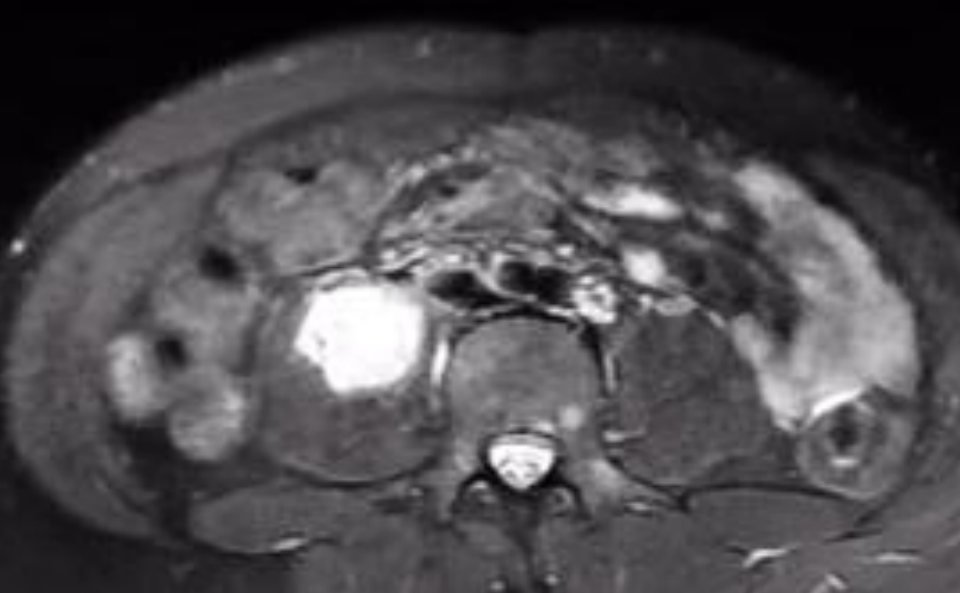
-les lésions nodulaires osseuses sont beaucoup plus nombreuses, en particulier au niveau de la ceinture pelvienne et leur hypersignal T2 s'est majoré





-certaines des lésions nodulaires osseuses ont évolué vers une excavation, leur conférant un aspect annulaire d'autres ont conflué (aile iliaque droite)





-l'atteinte rétropéritonéale
ganglionnaire a régressé

l'abcès froid du psoas continue
son évolution

-au total

- l'ensemble des lésions y compris les atteintes osseuses du squelette axial sont de nature tuberculeuse et correspondent à des foyers ostéitiques
- ces formes d'atteinte osseuse multifocale sont bien connues et souvent observées chez des patients transplantés, notamment originaires d'Afrique subsaharienne
- le principal diagnostic différentiel est représenté par les autres ostéites bactériennes, multifocales en particulier à salmonelles chez les sujets à risque (drépanocytose)

-l'évolution sous traitement, dans ce cas, est décevante surtout compte tenu de l'antibiogramme réalisé sur les BK découverts au LBA qui n'avait montré aucune résistance aux antituberculeux classiques

-une telle **aggravation paradoxale** des lésions tuberculeuses sous traitement doit faire évoquer plusieurs hypothèses:

- .traitement mal suivi

- .**réaction de Jarish-Herxheimer** réponse immunitaire à la libération ,des antigènes du BK conséquence du traitement anti BK efficace,; elle est sensible aux corticoïdes et/ou aux immunosuppresseurs ;le traitement antiBK devant être maintenu

.le **syndrome de restauration immunitaire** (IRIS= syndrome inflammatoire de reconstitution immune) peut être observé sous forme de tuberculose dans 8 à 45% d'infections HIV après introduction du traitement antirétroviral mais le phénomène était connu bien avant le VIH, notamment par une **aggravation paradoxale de la tuberculose dans des formes ganglionnaires** (décrit en 1955 après traitement par la rifampicine.)

L'IRIS est la manifestation clinique d'une réponse disproportionnée inflammatoire dans un contexte de reconstitution immune après une immunosuppression réversible