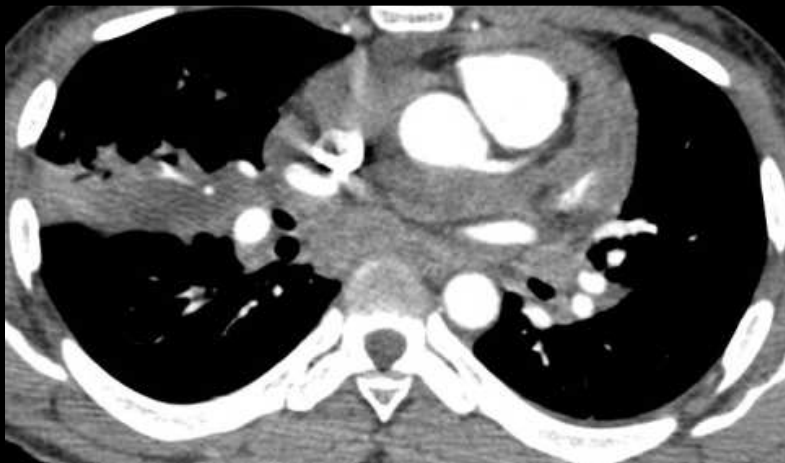
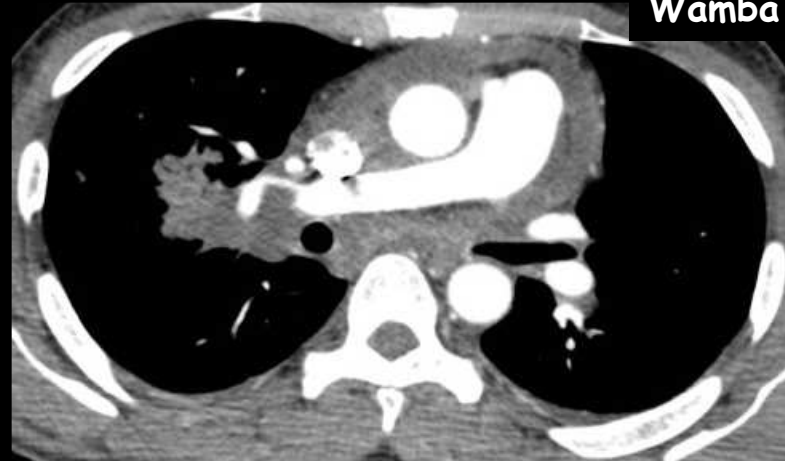


Homme de 25 ans. AEG depuis 2 mois avec perte de 9 kg, fièvre, sueurs nocturnes.
Dyspnée d'effort

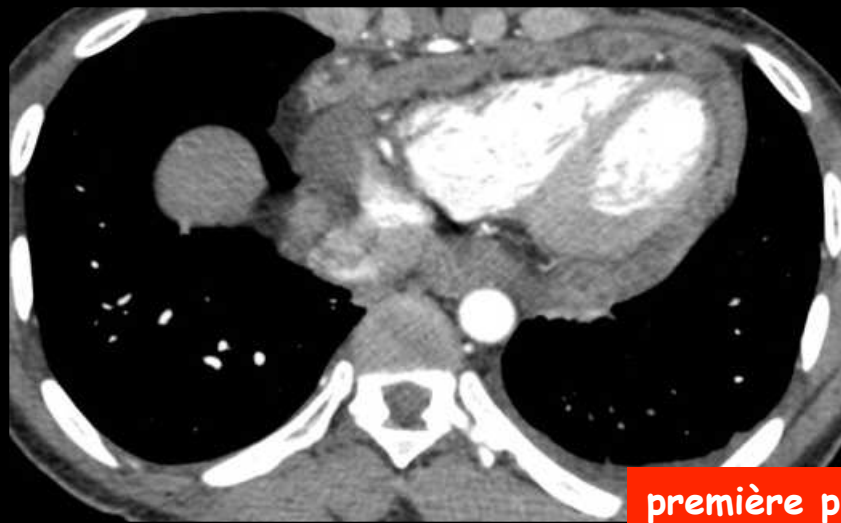
J. Mbapte
Wamba IHN



Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ces coupes thoraciques



- épaississement et **épanchement liquide dense** du péricarde , abondant
- condensation parenchymateuse systématisée sous segmentaire du lobe moyen , non excavée
- embolie pulmonaire lobaire inférieure gauche



première phase
45 s après IV



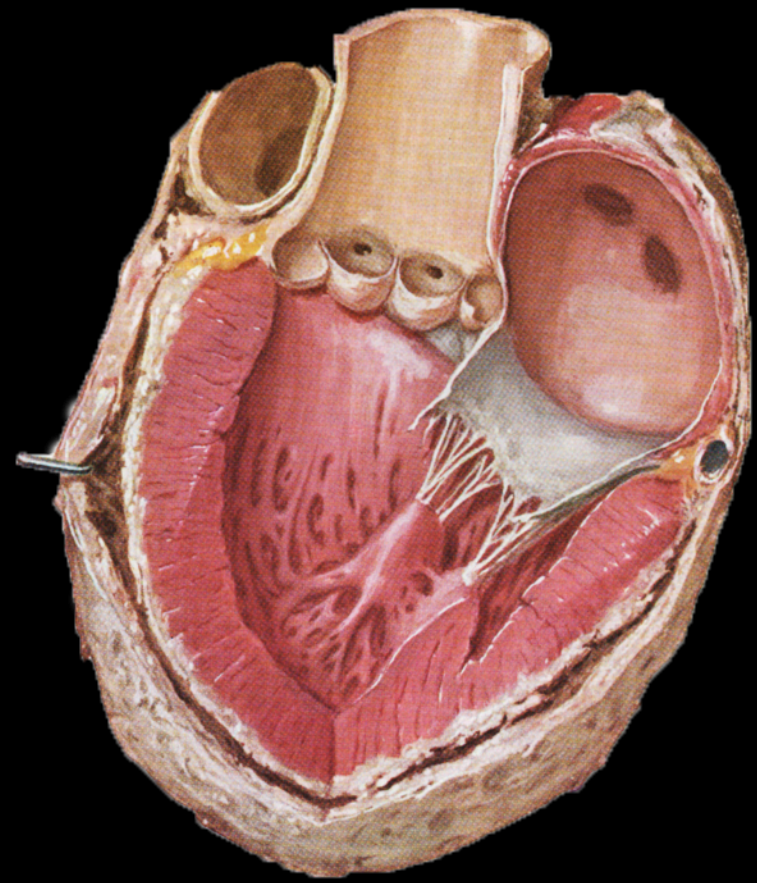
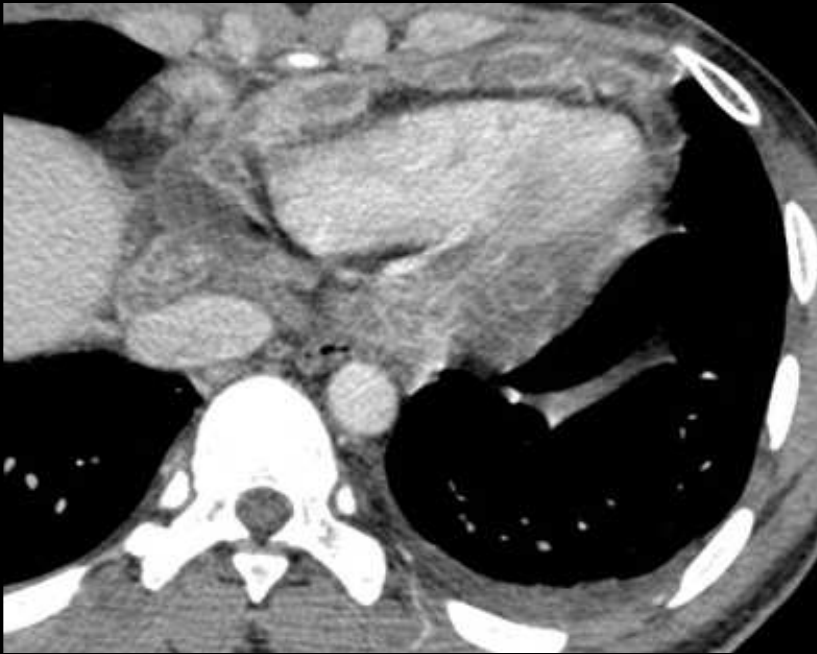
deuxième phase



-le second passage , à la phase d'équilibre (réhaussement identique des cavités droites et gauches , de l'aorte thoracique et de la VCI) , montre beaucoup mieux que le premier , la structure des remaniements péricardiques

-**épaississement des feuillets** viscéral (épicaarde) et pariétal du péricarde avec multiples cloisonnements épais

-**respect de la graisse épicaardique** qui garde sa transparence normale

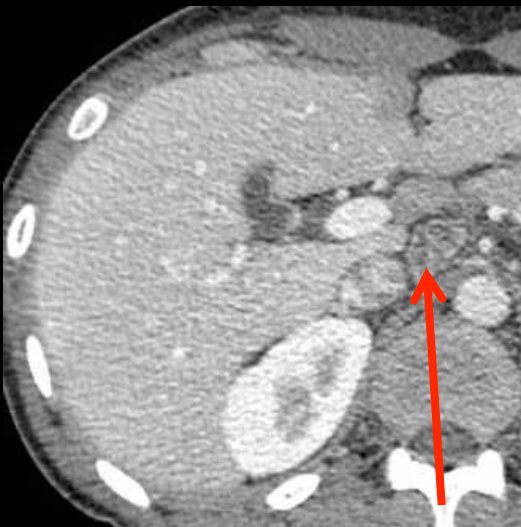
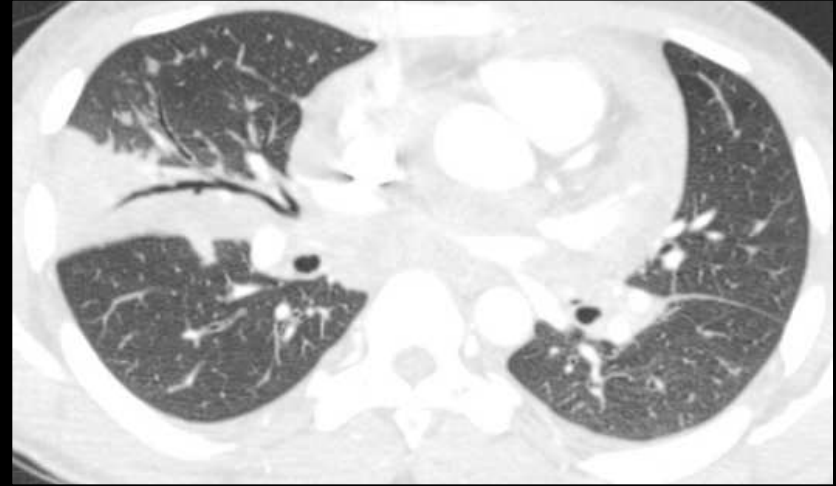
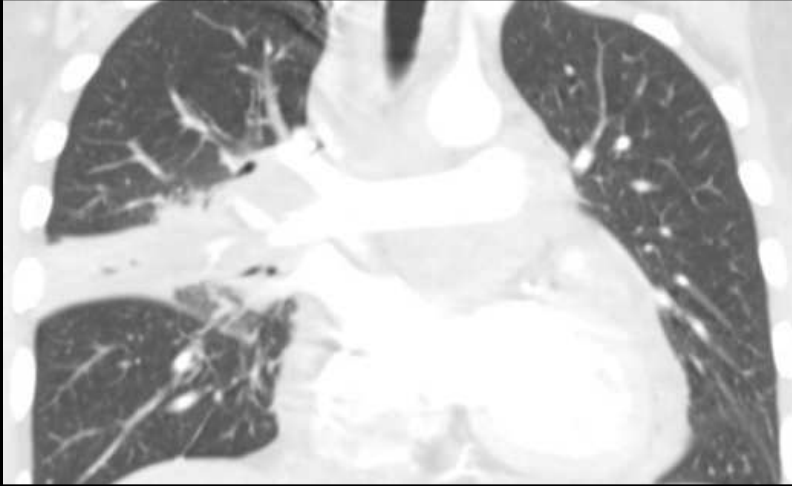


Il s'agit bien évidemment d'une péricardite tuberculeuse chez un sujet africain récemment transplanté , non infecté par le VIH.

L'atteinte péricardique est la conséquence d'une **extension de lésions tuberculeuses du voisinage : parenchyme pulmonaire ou adénopathies tuberculeuses** .

Initialement fibrineuse , avec ou sans exsudat péricardique , elle devient fibreuse et cloisonnée avec l'évolution .

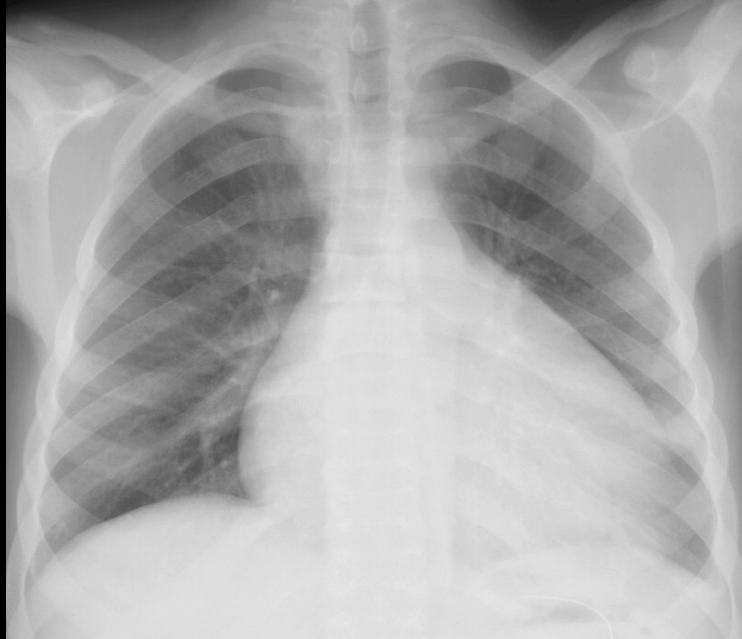
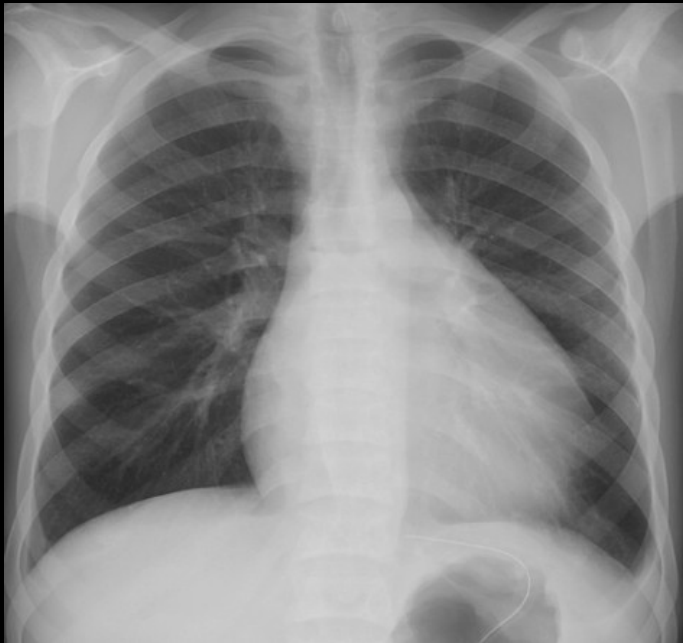
Elle peut devenir **constrictive** à cette phase fibreuse ou plus tard , à la phase calcifiée



Chez notre patient

- l'atteinte parenchymateuse sous forme de **condensation alvéolaire sous segmentaire avec bronchogramme aérique** était bien visible au niveau du segment externe du lobe moyen
- il existe par ailleurs des **adénopathies médiastinales** et **rétropéritonéales inter aortico-caves** avec hypodensités centrales très évocatrices de tuberculose

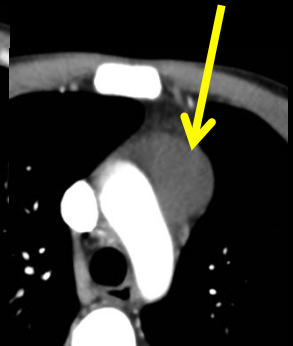
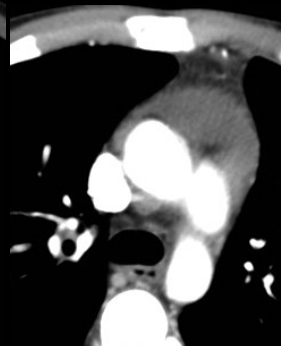
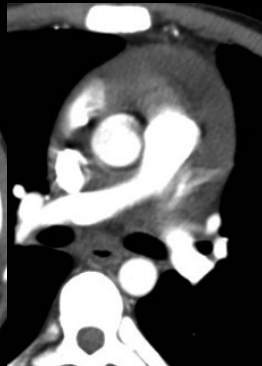
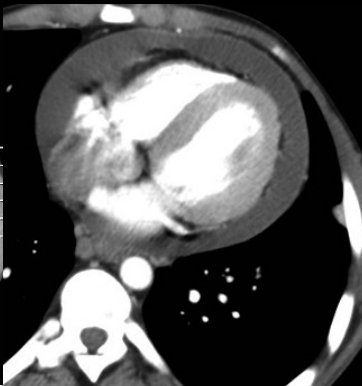
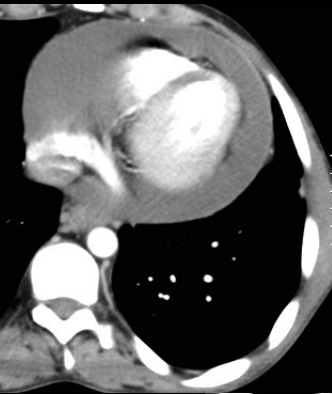
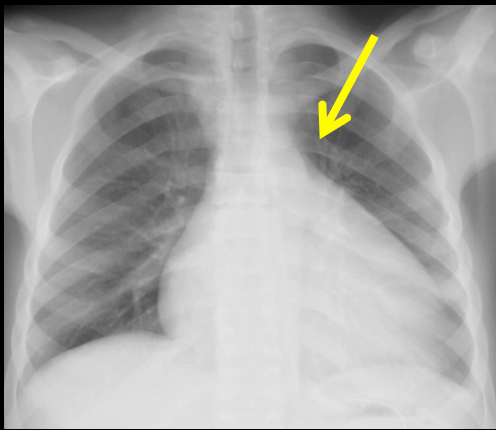
21 ans. ; douleurs épigastriques ,dyspnée , suspicion clinique de perforation ulcéreuse



Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ces radiographies (cardio-) thoraciques



- élargissement de la surface de projection de la masse cardiaque avec aspect "en carafe" (flask-shaped cardiac silhouette) ; cad triangulaire symétrique ; bord gauche du cœur rectiligne
- cul de sac pleuro-pariétal latéral gauche émoussé
- pas d'anomalie patente des vaisseaux pulmonaires.



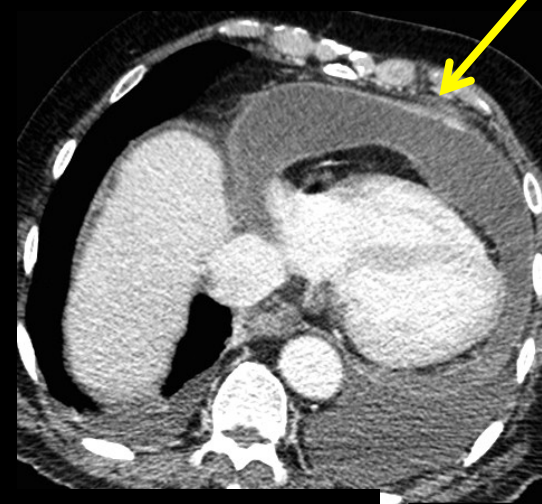
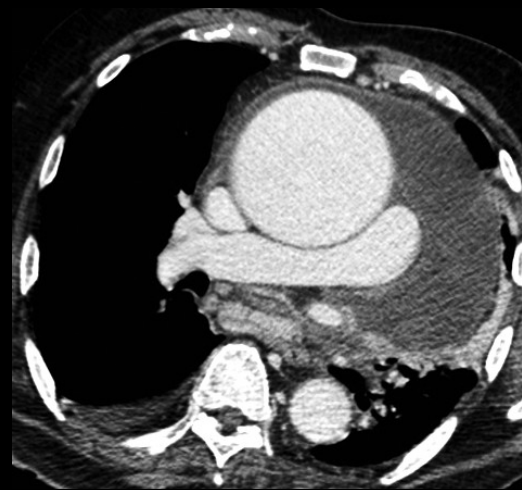
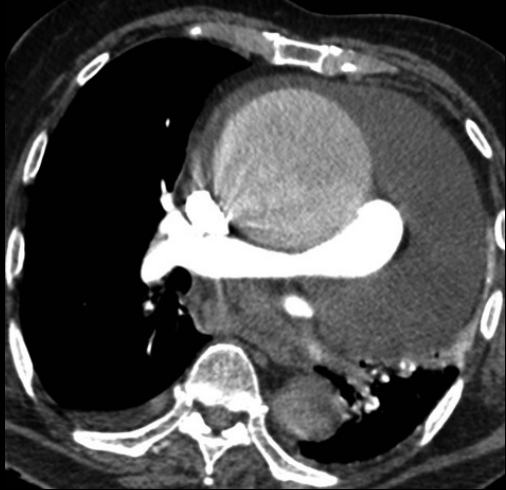
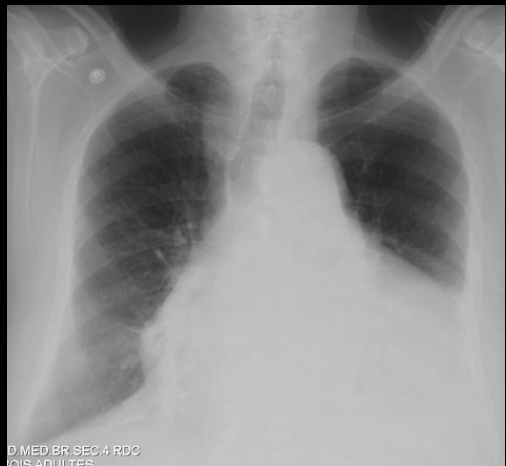
-**péricardite tuberculeuse aiguë exsudative** avec épanchement de grande abondance ; le récessus péricardique supérieur "noie" le bouton aortique

-il n'y a ni épaissement du péricarde , ni cloisonnements

_il n'y a pas d'atteinte parenchymateuse ni ganglionnaire patente

-c'est la bactériologie du liquide de ponction qui permettra le diagnostic

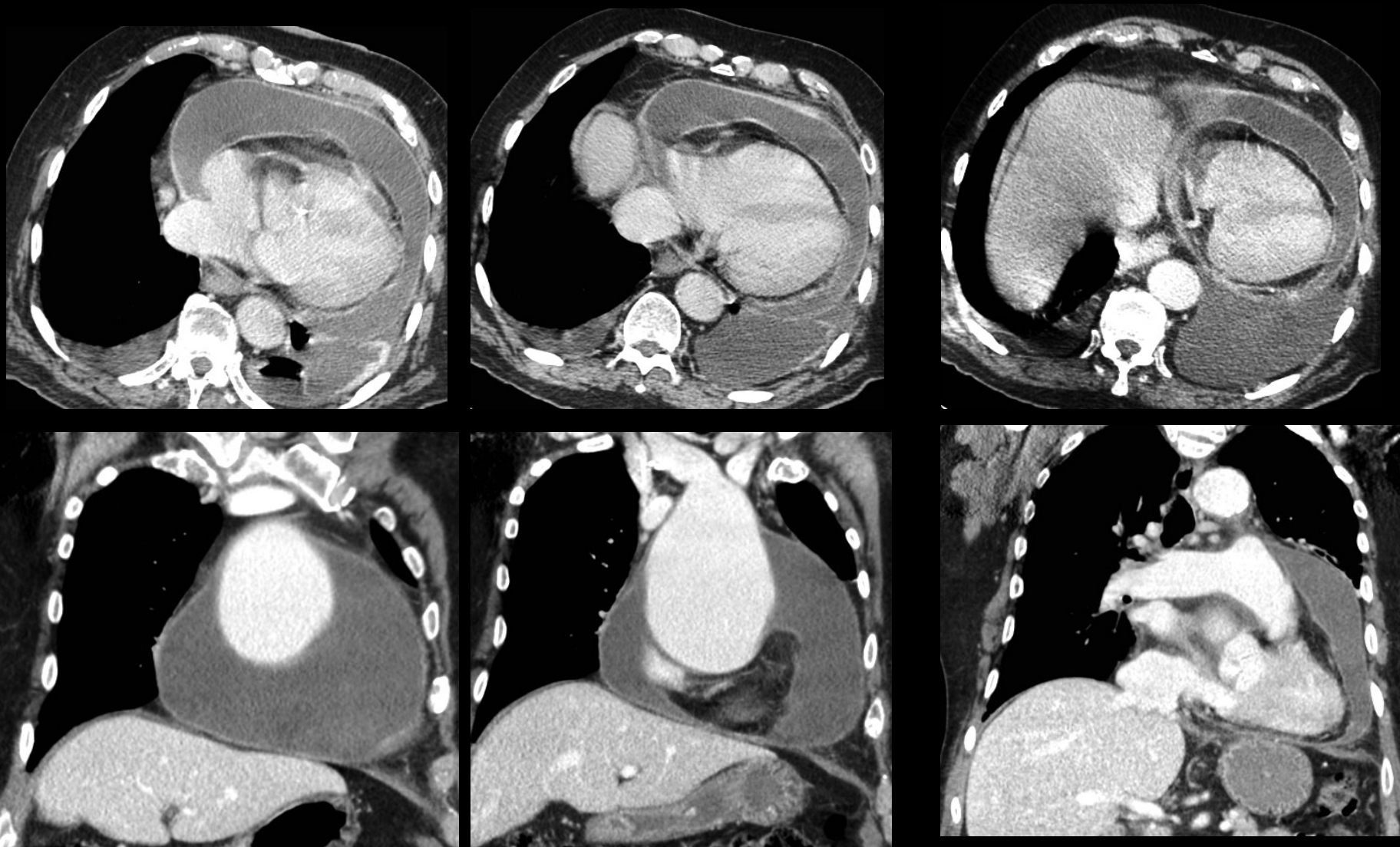
82 ans. ; baisse de l'état général , asthénie



Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ces images (cardio-) thoraciques

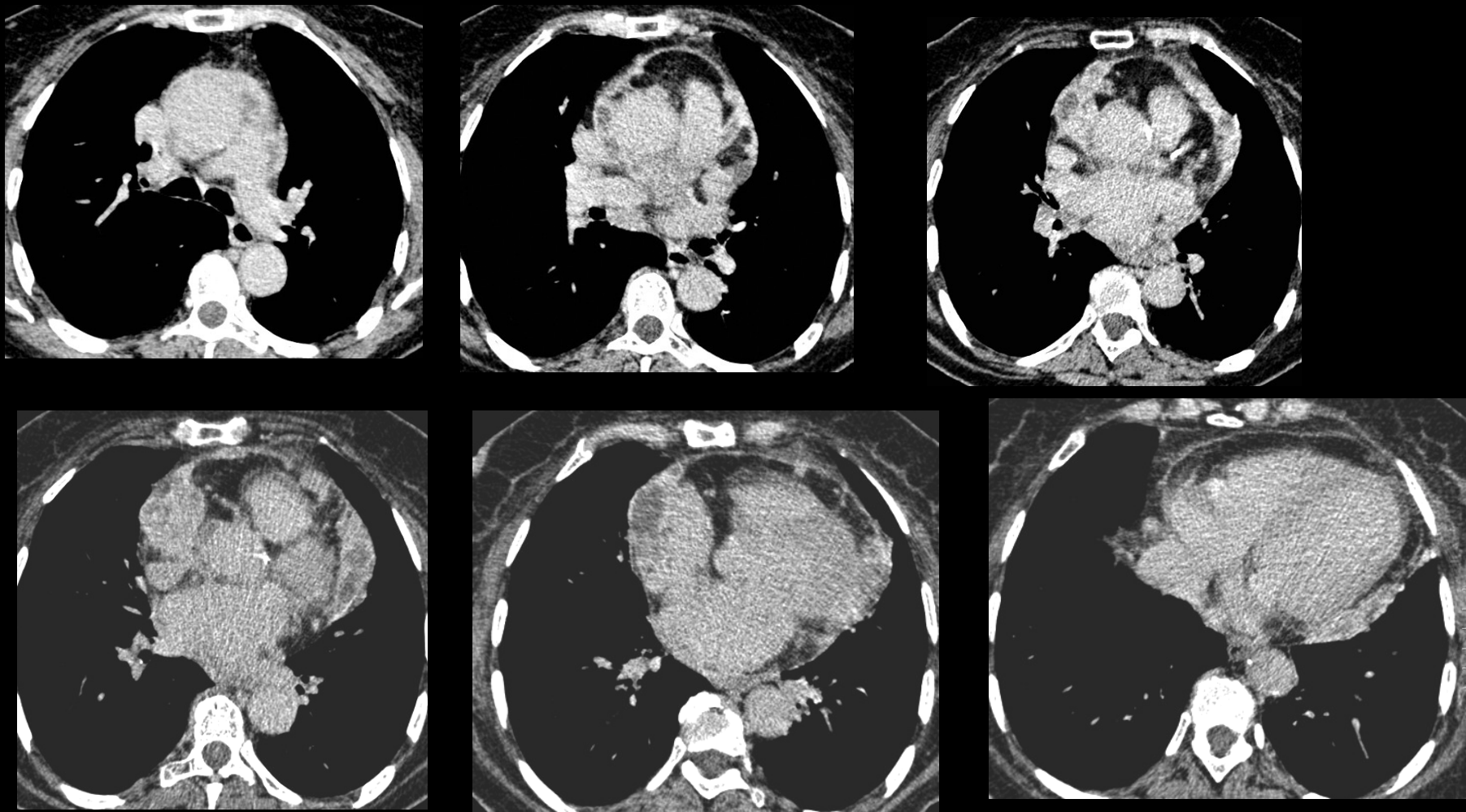


- dilatation majeure de la racine de l'aorte entrant dans le cadre d'une maladie annulo-ectasiente .
- épanchement liquide de grande abondance du péricarde dont les feuillets viscéral et pariétal sont épaissis et rehaussés, au second passage.



-péricardite tuberculeuse subaiguë exsudative avec épanchement de grande abondance ; là encore, en l'absence d'arguments patents en faveur d'une atteinte tuberculeuse pulmonaire ganglionnaire c'est la biopsie péricardique qui permettra le diagnostic

Femme 68 ans. ; baisse de l'état général , asthénie



Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ces images (cardio-) thoraciques





-l'atteinte fibreuse hétérogène diffuse de l'ensemble des feuillets péricardiques, sans épanchement, mais avec un contenu dense est très évocatrice d'un processus infectieux lent avec une très forte probabilité pour une tuberculose du péricarde qui sera confirmé par la biopsie.

les péricardites tuberculeuses

-l'**atteinte tuberculeuses du péricarde** est assez rare mais représente malgré tout la **deuxième localisation de cette maladie dans le thorax**.

-la présentation symptomatique est variable et chacun des tableaux pose des problèmes de diagnostic positif et différentiel propres :

- .formes aiguës traînantes (30 %)
- .formes subaiguës liquides avec tamponnade possible (25 %)
- .formes subaiguës constrictives (épïcardo-péricardites caséuses) (19 %)
- .épanchement liquide chronique (11 %)
- .symphyse constrictives (15 %)

le plus souvent **l'atteinte est insidieuse** et parfois le diagnostic ne se fait qu'au stade de péricardite chronique constructive

-l'orientation clinique se fait essentiellement sur le **terrain** (patient transplanté, conditions de vie précaires, immunosuppression, notion de contag tuberculeux...), atteinte de l'état général .

-le diagnostic de certitude ne peut être qu'anatomopathologique et nécessite donc la réalisation d'une biopsie péricardique chirurgicale ; l'analyse du liquide péricardique est insuffisante avec de possible faux positif de la PCR pour le BK.

-le traitement fait appel à l'antibiothérapie spécifique prolongée avec ou sans corticoïdes qui n'évitera pas la survenue d'une **constriction avec nécessité de décortication secondaire dans 10 % des cas**. La prévention de cette évolution constrictive dépendrait plus de la précocité de l'antibiothérapie spécifique que de l'emploi la corticothérapie.

take home message

-les péricardites tuberculeuses peuvent se présenter sous des **aspects cliniques très différents** . Elles représentent en fréquence la deuxième localisation de cette maladie à l'étage thoracique.

-les atteintes **aiguës et subaiguës** doivent faire discuter des autres étiologies fréquentes des exsudations liquides du péricarde (infectieuses, en particulier **virales** ; maladies de système: vascularites, collagénoses) ;

-les formes plus chroniques fibreuses posent des problèmes de diagnostic avec les atteintes tumorales métastatiques ou primitives (mésothéliome) du péricarde

-dans tous les cas, l'imagerie en coupe scanographique doit comporter une **acquisition au temps capillaro-veineux, (70 secondes après IV)**, complétée par une **acquisition retardée qui objective au mieux le contingent fibro-collagène dans les formes chroniques**

-seule la biopsie chirurgicale permet d'affirmer le diagnostic en montrant les éléments anatomopathologiques caractéristiques d'une atteinte tuberculeuses

-l'institution **précoce** d'une antibiothérapie spécifique prolongée paraît être le moyen le plus efficace pour éviter l'évolution vers une péricardites constrictive.

