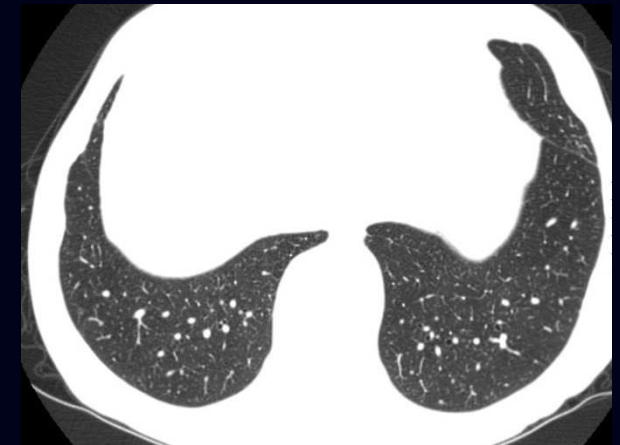
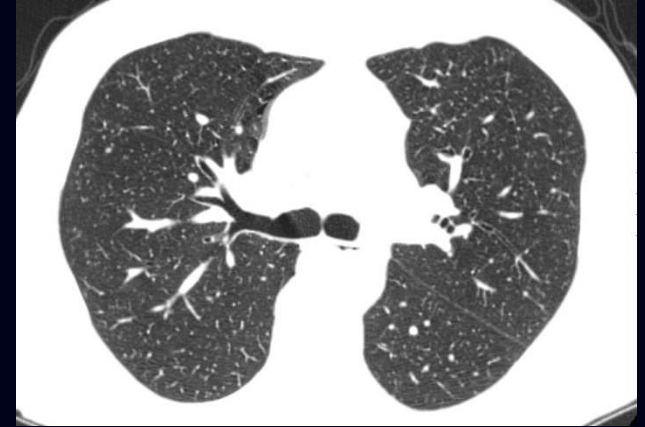
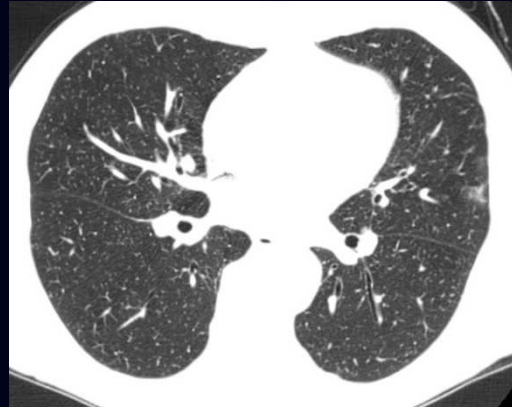
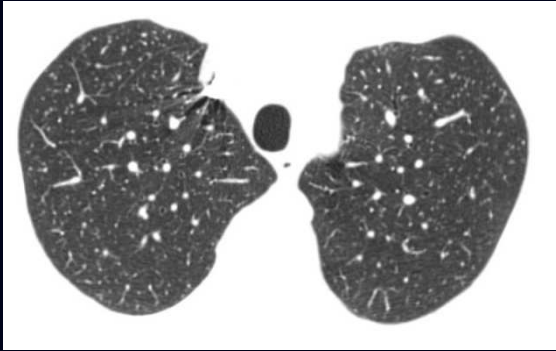


Homme 60 ans. Pas d'ATCD. Origine française; vit au Gabon. Découverte récente d'une infection VIH avec immunodépression sévère (CD4+ à 50/mm³)

Pancytopénie et fièvre

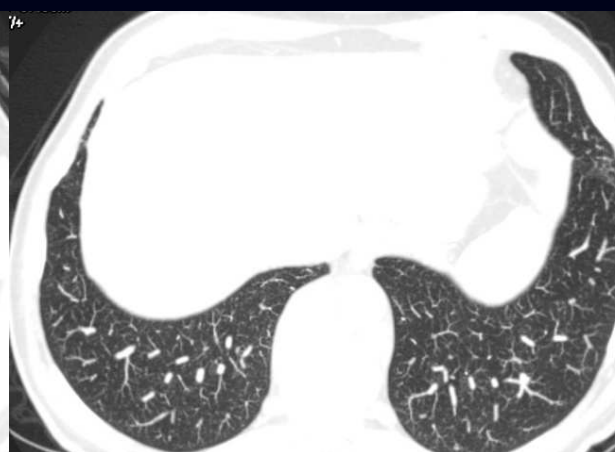
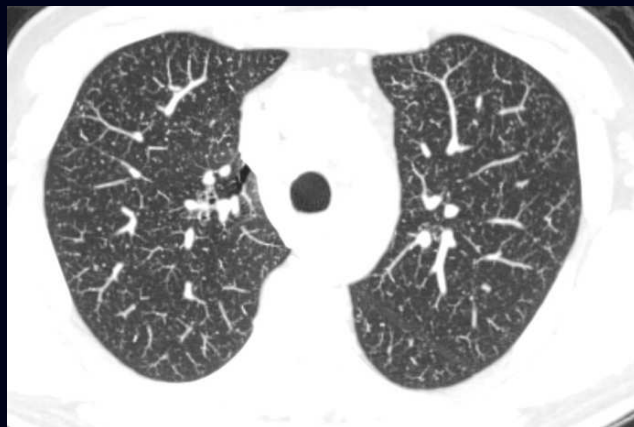
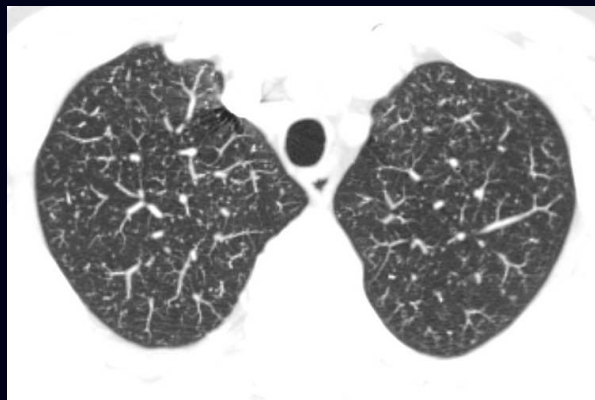
Scanner initial . Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir , dans ce contexte



- micronodules centrolobulaires disséminés de façon homogène et symétrique dans les 2 champs sans prédominance apicale ..
- pas de plages de verre dépoli ni d'images kystiques en faveur d'une pneumocystose

Que faire pour mieux préciser la nature et la répartition des anomalies





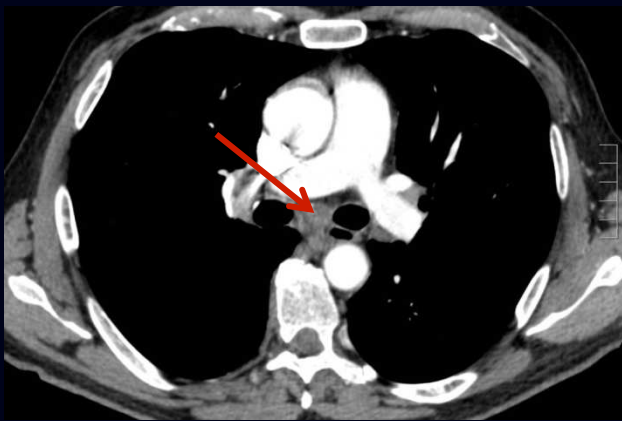
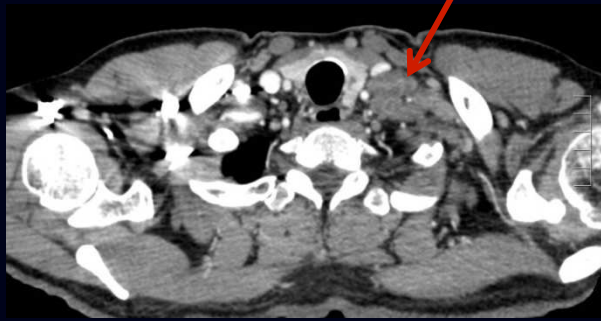
-avant tout **épaissir les coupes (7 mm)** et les **analyser en MIP** pour différencier les micronodules des images en coupe des structures vasculaires

-puis **agrandir les images** à une échelle qui permette une lecture précise (degré d'agrandissement fonction de l'âge du lecteur !)



-avec un agrandissement correct , on passe du soupçon à la certitude ! il y a bien une **miliaire vraie** (micronodules centrolobulaires disséminés dans les 2 champs , de façon symétrique , non branchés (pas d'arbre en bourgeons))

-la miliaire "chaude" (fébrile) correspond à une **dissémination hématogène** , par **voie artérielle systémique** de la tuberculose

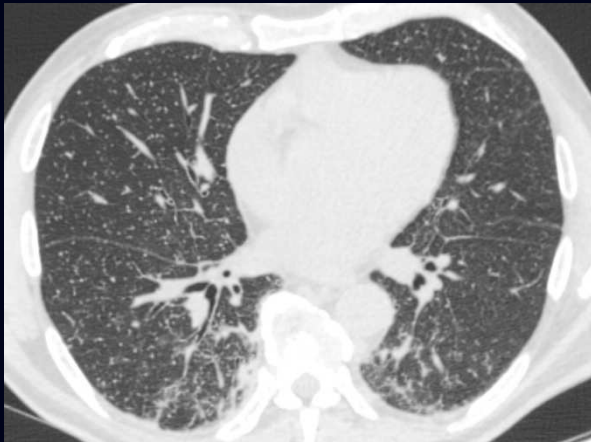
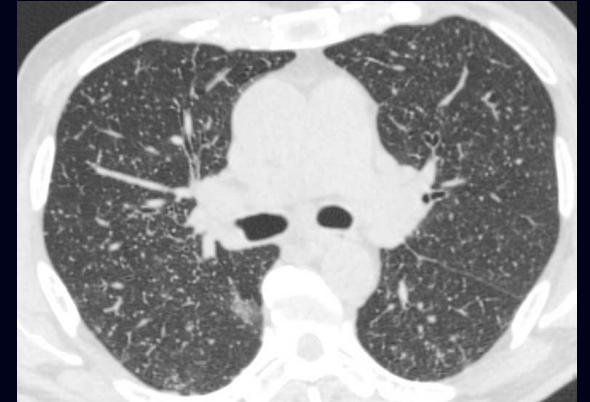
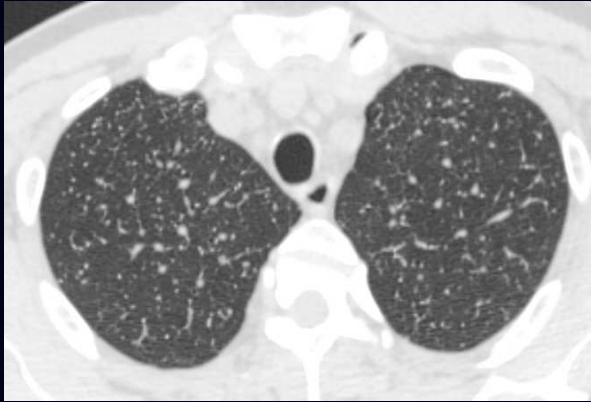


-Micronodules centrolobulaires diffus, associé à polyADP sus et sous-diaphragmatiques .

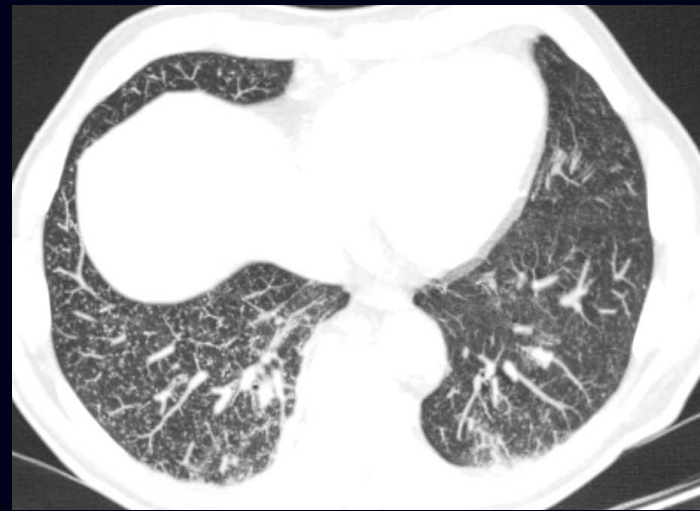
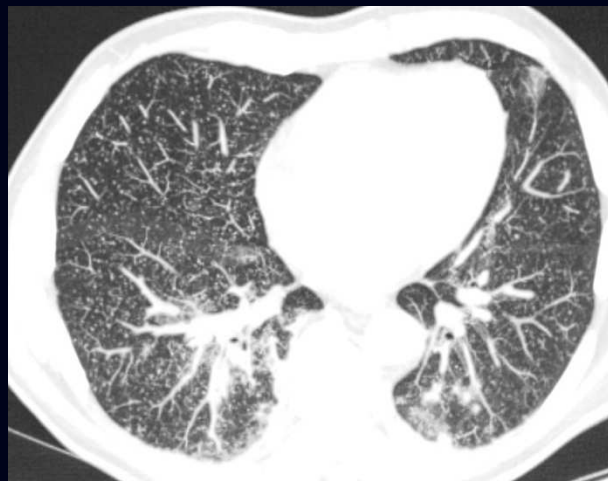
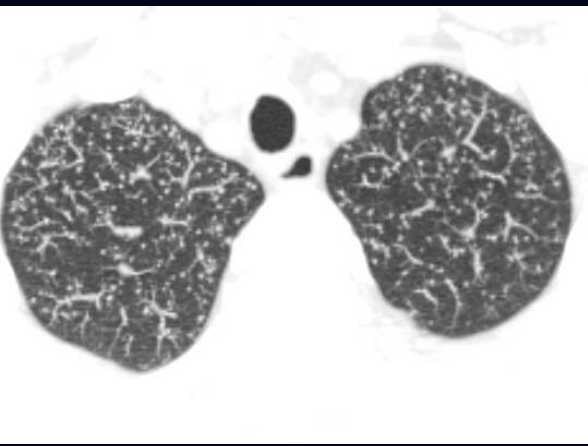
-Diagnostic probabiliste : infection opportuniste type mycobactérie (BK)

Fièvre persistante . Instauration d'un traitement anti rétroviral (trithérapie)

Majoration rapide des signes généraux . Scanner de contrôle des lésions thoraciques à J 10 par rapport au précédent



- les lésions micronodulaires semblent majorées en nombre
- petits foyers hétérogènes des 2 Fowlers
- comme précédemment , il faut s'aider de la technique pour optimiser la lecture des images.



-sur les coupes épaissies par sommation à 7 mm et visualisées en MIP , tout doute est levé ; il y a bien , après 8 jours de traitement antituberculeux une majoration marquée de l'atteinte miliaire et l'apparition d'images de condensation hétérogène non systématisée des 2 segments de Fowler



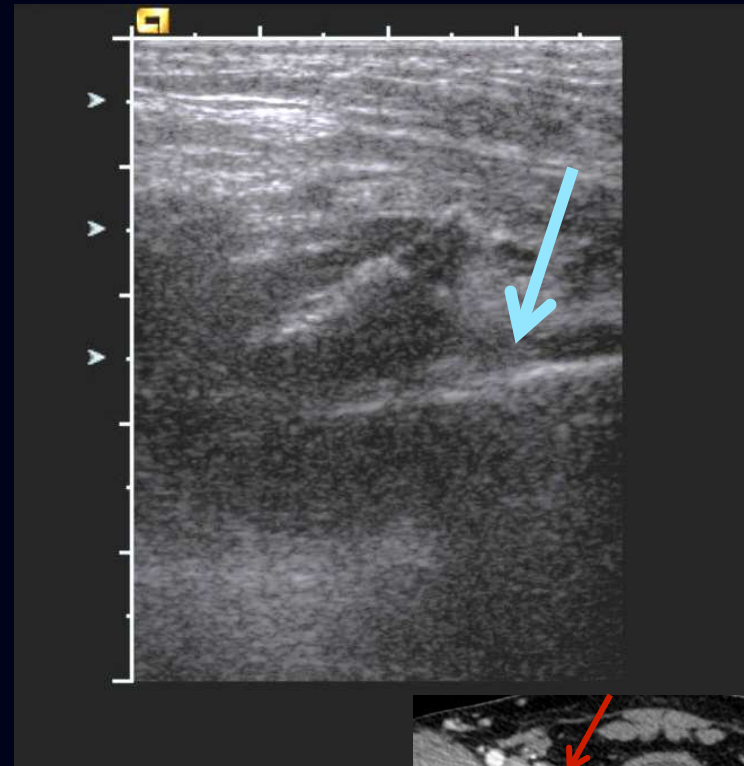
-la confrontation des 2 coupes épaisses
pratiquées à 7 jours d'intervalle se passe
de commentaires

Etiologie de la miliaire

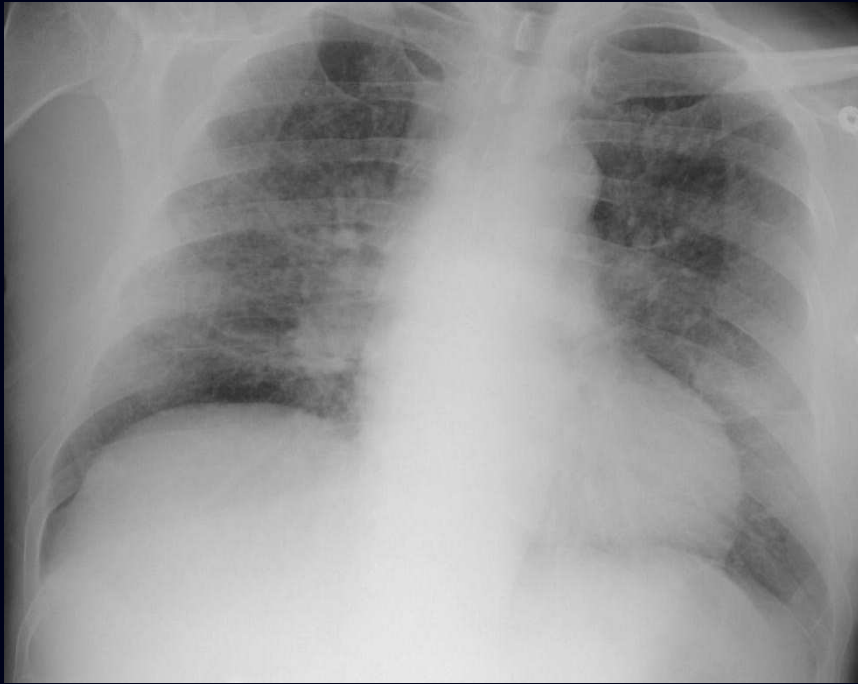
Biopsie de l'ADP iliaque externe droite,
sous guidage échographique

Confirmation du diagnostic de
tuberculose

Syndrome de restauration immunitaire
Passage au stade SIDA



Prise en charge



Traitement anti-BK (quadrithérapie)

Corticothérapie (syndrome de restauration immunitaire)

Evolution clinique et radiologique favorables

Syndrome inflammatoire de restauration immunitaire

Syndrome inflammatoire de restauration immunitaire

<http://www.actions-traitements.org/spip.php?article2783>

Le syndrome de restauration immunitaire correspond à des manifestations pathologiques liées à la présence d'une réponse immunitaire excessive dirigée contre des antigènes d'un agent infectieux ou non infectieux.

Chez le sujet infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), cette

- (c'est le cas dans notre observation)
- révélation clinique d'une infection jusqu'alors latente des antirétroviraux hautement actifs "démasquée" par la mise en route des antirétroviraux hautement actifs
- apparition d'une maladie inflammatoire ou auto-immune.

Sur le plan physiopathologique

, l'IRIS correspond à :

- la restauration des réponses immunitaires antimicrobiennes spécifiques,
- la réapparition d'une réponse immunitaire spécifique,
- la réapparition d'une réponse immunitaire spécifique,
- la réapparition d'une réponse immunitaire spécifique,
- la production de cytokines pro-inflammatoires (IL6) spécifiques, traduit par un tableau clinique qui peut être induit par des médiateurs inflammatoires (IL6), qui se traduit par un tableau clinique qui peut

IRIS chez les patients ayant une infection opportuniste diagnostiquée et IRIS chez les patients ayant une infection opportuniste diagnostiquée et

pneumocystose, toxoplasmose, cryptococcose, leishmaniose, diverses viroses, etc.
On assiste, après une amélioration initiale à la réapparition d'un tableau fébrile
accompagné de l'aggravation des symptômes cliniques, la réapparition d'un tableau fébrile
contemporains d'une diminution de plus de 1 log 10 de la charge virale et d'un VHC inflammatoire

Selon la localisation anatomique de l'infection opportuniste, l'IRIS peut avoir une
expression clinique particulière.

-ou une poussée inflammatoire cytolytique hépatique au cours de la coïnfection VIH-
VHB (virus de l'hépatite B).

L'IRIS peut avoir une évolution létale au cours des tuberculoses

et des

cryptococcoses cérébro-méningées ou de la leucoencéphalite multifocale progressive en
raison de l'œdème cérébral associé aux lésions causées par la réaction inflammatoire
locale.

Miliaire tuberculeuse

Phase primaire ou post-primaire (ID+++)
de l'infection



calcification des micronodules.

Diagnostic différentiel



...
causes rares : maladies de surcharge,

...

Impose la connaissance des ATCD du patient et de l'anamnèse, les résultats biologiques et la recherche iconographique d'éléments associés !

take home message

le syndrome de reconstitution ou de restauration
immunitaire.
immunitaire.

le pronostic général est favorable sous intensité thérapeutique, de
mais des
évolutions létales sont possibles dans les tuberculoses pulmonaires
comme dans les localisations cérébrales des infections opportunistes