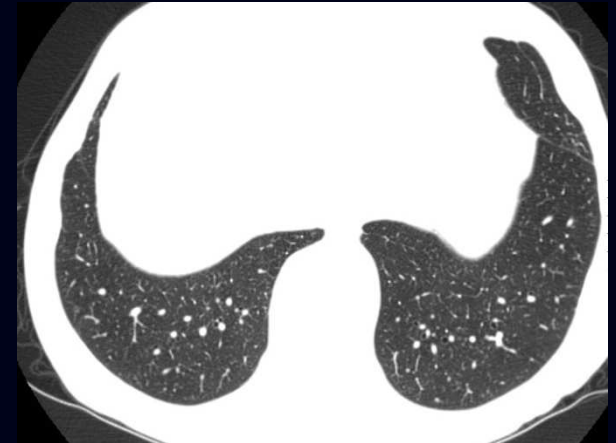
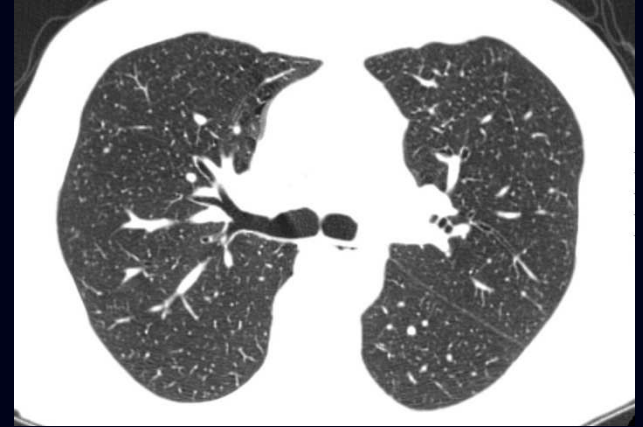
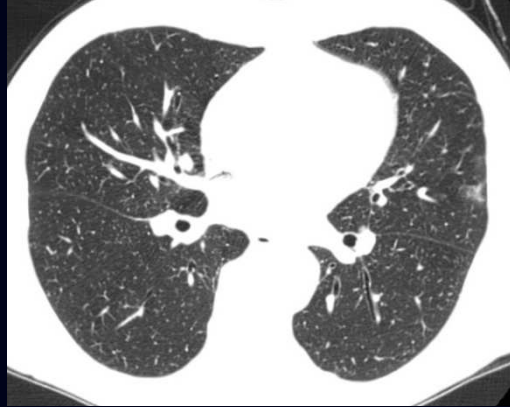
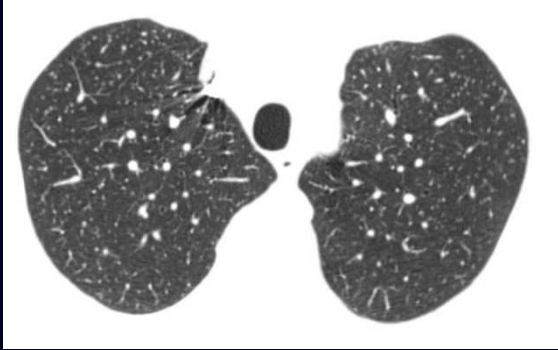


Homme 60 ans. Pas d'ATCD. Origine française; vit au Gabon. Découverte récente d'une infection VIH avec immunodépression sévère (CD4+ à 50/mm³)

Pancytopénie et fièvre

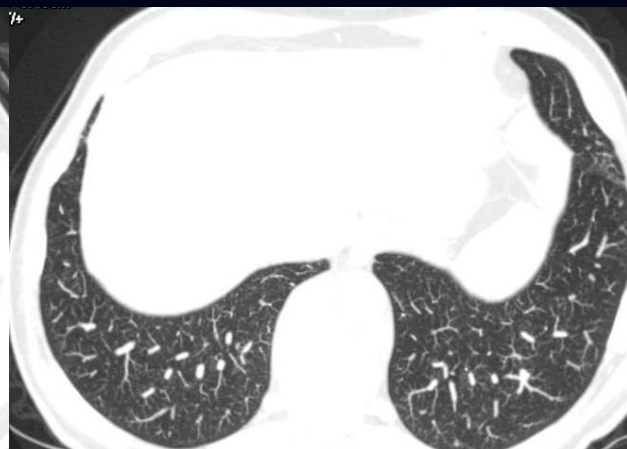
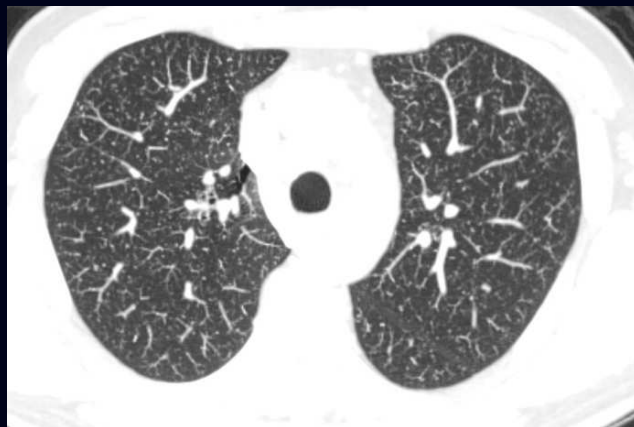
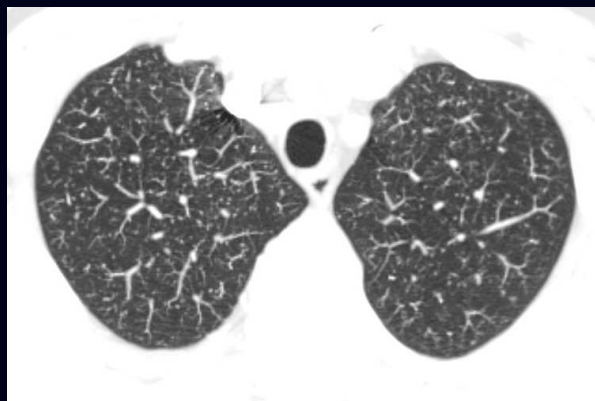
Scanner initial . Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir , dans ce contexte ?



- 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





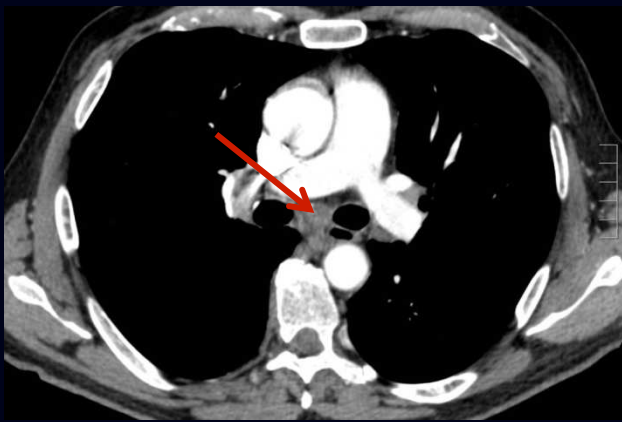
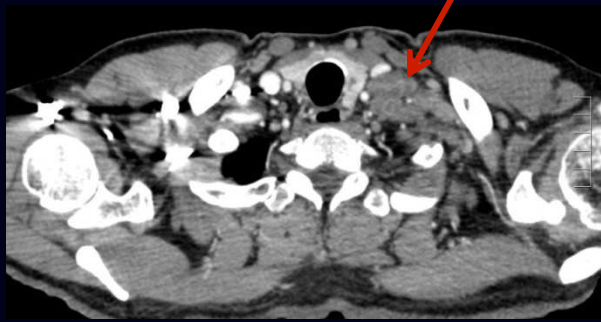
-avant tout **épaissir les coupes (7 mm)** et les **analyser en MIP** pour différencier les micronodules des images en coupe des structures vasculaires

-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

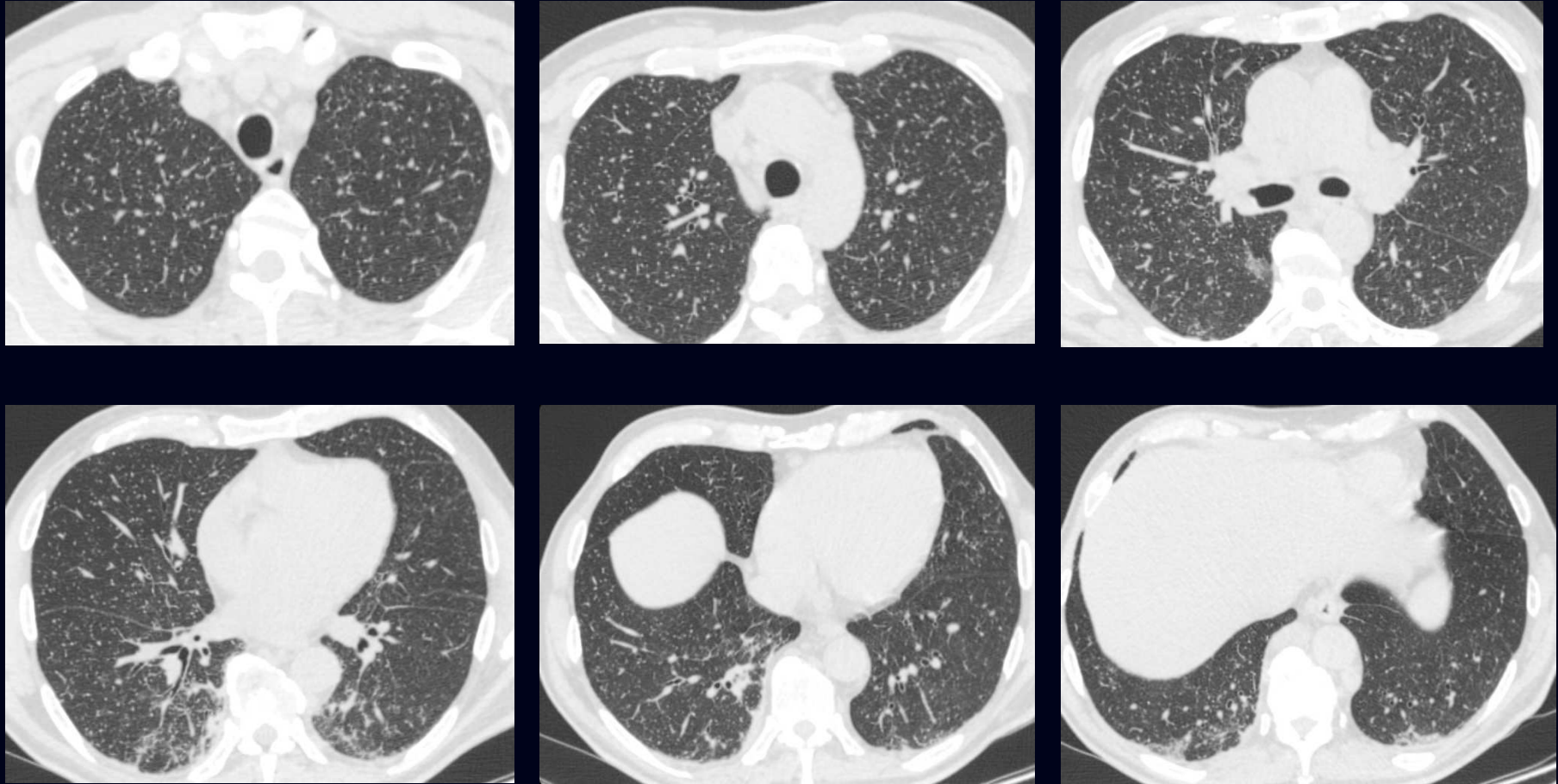


-Micronodules centrolobulaires diffus, associé à polyADP sus et sous-diaphragmatiques .

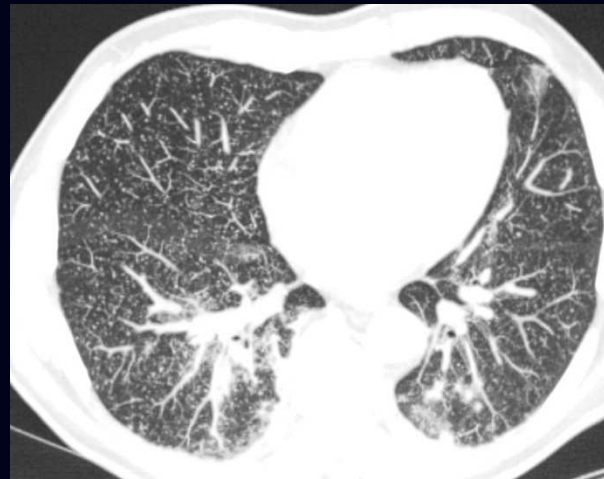
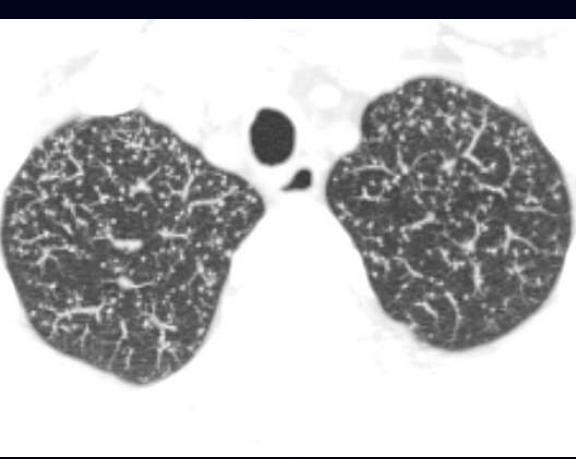
-Diagnostic probabiliste : infection opportuniste type mycobactérie (BK)

Fièvre persistante . Instauration d'un traitement anti rétroviral (trithérapie) et d'un traitement anti-tuberculeux (quadrithérapie)

Majoration rapide des signes généraux motivant la réalisation d'un 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



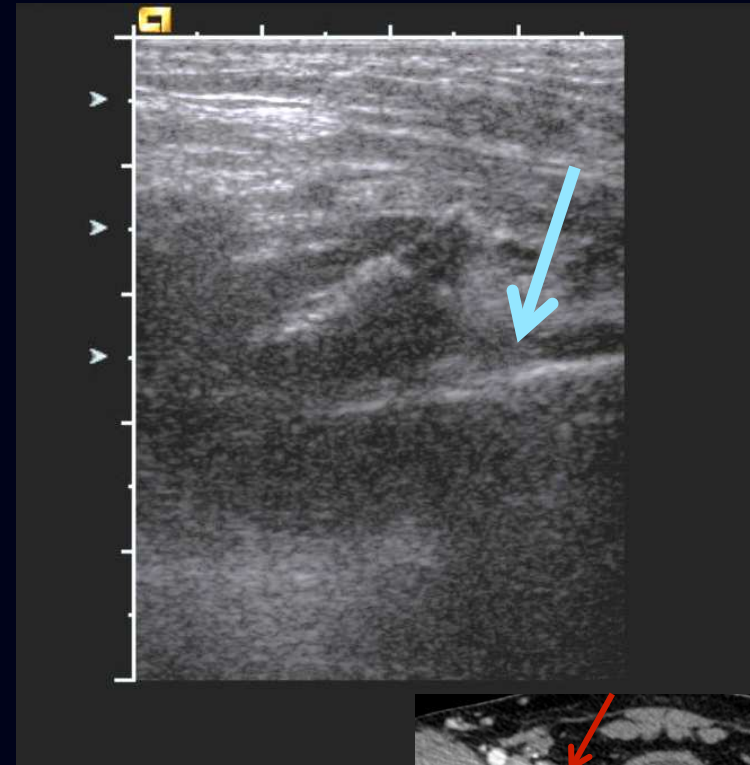
-la confrontation des 2 coupes épaisses pratiquées à 7 jours d'intervalle se passe de commentaires !

Etiologie de la miliaire

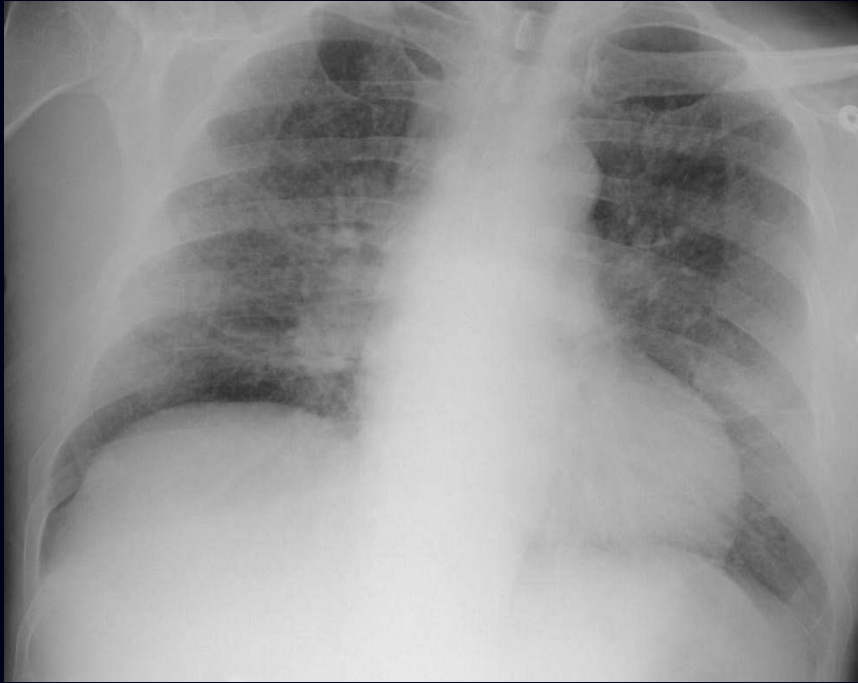
Biopsie de l'ADP iliaque externe droite,
sous guidage échographique

Confirmation du diagnostic de
tuberculose

Syndrome de restauration immunitaire
Passage au stade SIDA



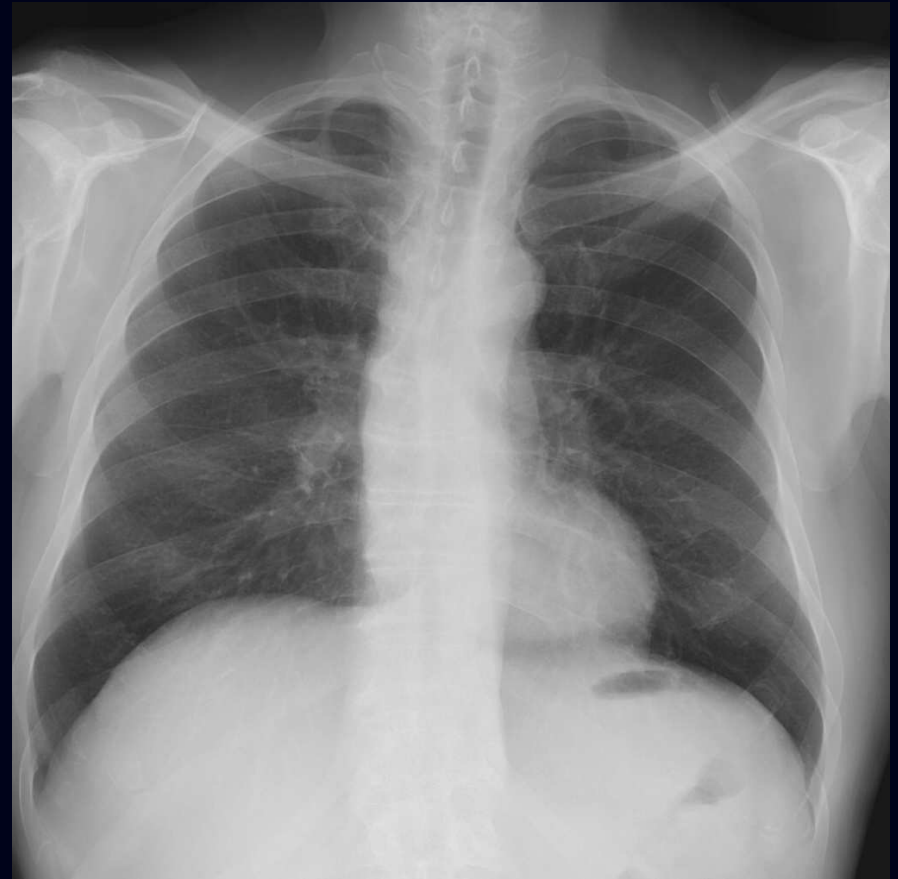
Prise en charge



Traitement anti-BK (quadrithérapie)

Corticothérapie (syndrome de restauration immunitaire)

Evolution clinique et radiologique favorables



(IRIS : immune reconstitution inflammatory syndrome)

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

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 reconstitution immunitaire pathologique peut se présenter cliniquement sous trois formes :

-aggravation paradoxale d'une infection opportuniste préalablement traitée

- une réponse inflammatoire dans les tissus où se trouve l'agent pathogène,
- la réapparition d'une hypersensibilité retardée,
- la reconstitution d'une réponse lymphoproliférative spécifique,

atteindre une extrême gravité

amélioration initiale

à la

accompagné de l'aggravation des symptômes cliniques et de l'apparition d'un tableau fébrile et du syndrome inflammatoire

contemporains d'une

Selon la localisation anatomique de plus de 10% de la charge virale VIH et VHB, une expression clinique particulière d'une uvéite de restauration immunitaire après uvéite à cytomégalovirus,

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

-ou une poussée inflammatoire cytolitique 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.

au traitement antituberculeux sont décrites avec une fréquence

la tuberculose est l'affection la plus souvent associée à l'IRIS chez les patients VIH dans la plupart des cas , le pronostic est favorable et les ARV peuvent être poursuivis

la tuberculose est l'affection la plus souvent associée à l'IRIS chez les patients VIH
corticothérapie

est le plus souvent efficace (dose et durée non codifiées)

~~préciser d'autres tentatives si une autre approche (dose et durée non codifiées)~~ alpha reste à

la place d'autres traitements (immunosuppresseurs , thalidomide , anti TNF alpha reste à préciser

Miliaire tuberculeuse



Traitement : isolement, quadrithérapie anti-BK

Parfois, la guérison s'accompagne de la calcification des micronodules.

Diagnostic différentiel

blastomycose...

infections virales : varicelle, CMV, herpès

métastases micronodulaires : thyroïde +++

causes rares : maladies de surcharge,

...

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