**LA TUBERCULOSE PULMONAIRE**

I- **DEFINITION** :

La tuberculose pulmonaire est une pathologie d'un grand polymorphisme anatomique, clinique et évolutif.

C'est une tuberculose survenant par réinfection endogène ou exogène massive.

II- **DIAGNOSTIC CLINIQUE** :

A. **Circonstances de découverte**: Soit

􀂙 **Début insidieux**, avec

• Fièvre à 37.5 – 38°c bien supportée.

• Sueurs profuses.

• Asthénie, Amaigrissement et Anorexie.

• Toux discrète sèche ou productive.

• Expectorations muqueuses ou muco-purulentes pouvant manquer chez la femme et l'enfant.

• Troubles menstruels à type d'aménorrhée.

􀂙 **Début bruyant**, avec

• Fièvre à 39°c.

• Frissons.

• Altération de l'état général.

• Amaigrissement rapide.

• Toux productive.

􀂙 **Révélée par des hémoptysies**.

􀂙 **Formes latentes**, dans ce cas, la découverte est radiologique.

B. **Interrogatoire**: Recherche la notion de contage (famille, voisins, milieu de travail, etc.)

C. **L'examen physique**: Variable selon la nature anatomique des lésions, leur étendue et leur siège. Il peut retrouver un syndrome de condensation discret ou net ou un syndrome cavitaire.

III- **DIAGNOSTIC PARACLINIQUE** :

A. **La radiologie**:

1- **Les lésions tuberculeuses minimes**: Leur siège est le plus souvent apical avec:

􀂙 Des opacités en plage, mal limitées.

􀂙 Des images nodulaires ou linéaires denses.

2- **Les lésions tuberculeuses non-excavées**: Représentées par

􀂙 L'infiltrat limité qui répond à une opacité peu dense, arrondie ou ovalaire, de quelques mm de diamètre, àcontours flous et irréguliers et de siège habituellement postérieur en sous ou en rétro-claviculaire.

􀂙 Des opacités homogènes lobaires ou segmentaires.

􀂙 Des opacités nodulaires de 1 à 10mm de diamètre, homogènes et à limites floues.

􀂙 Des opacités linéaires

Ces images radiologiques peuvent être pures ou s'associer et créer des images complexes.

3- **La caverne tuberculeuse**: C'est la plus typique des lésions et constitue la source principale des BK.

Elle est due à une perte de substance du parenchyme pulmonaire par élimination par voie bronchique d'un foyer caséeux liquéfié.

A la radio, la caverne typique réalise l'image en bulle de *Bouchard* se traduisant par une clarté de 2 à 3cm de

diamètre, cernée d'une lisière opaque plus ou moins régulière, de 2 à 5cm d'épaisseur.

La bronche de drainage est parfois visible sous forme d'une ligne claire bordée de 2 lignes opaques et rectilignes.

La caverne peut être isolée dans du parenchyme sain ou entourée de nodules ou de micro-cavernes. Son siège est le plus souvent postérieur sus-claviculaire, apical ou hilaire (segment de *Fowler*.)

B. **Le bilan biologique**:

1- **L'IDR à la Tuberculine**, qui est suggestive si supérieure à 8mm.

2- **L'examen bactériologique** des crachats (bacilloscopie), du tubage gastrique ou après aspiration endoscopique pour examen direct et culture.

IV- **EVOLUTION** :

A. **Lésions minimes**:

1- **L'évolution spontanée** se fait vers l'aggravation des lésions.

2- **L'évolution sous traitement** se fait vers la guérison des lésions.

B. **Tuberculose non-excavée**:

1- **L'évolution spontanée** se fait comme suit

􀂾 **L'infiltrat limité** évolue soit vers la résolution totale, soit vers l'extension et l'excavation.

􀂾 **L'opacité lobaire ou segmentaire** évolue souvent vers l'excavation des lésions. Parfois, ces lésions de lobite

excavée peuvent se retarder.

􀂾 **Les formes nodulaires** évoluent vers l'extension et l'aggravation des lésions.

2- **L'évolution sous traitement** est le plus souvent favorable.

C. **Caverne tuberculeuse**:

1- **L'évolution spontanée** se fait par extension progressive, multiplication des lésions tuberculeuses et dissémination à distance avec parfois pneumothorax ou hémoptysie foudroyante.

2- **L'évolution sous traitement** est favorable, contrôlée par la recherche de BK dans les crachats au 5eme, 6eme mois et la radio à la fin du traitement.

**l'examen direct**: les BK se négativent avant la fin du 2eme mois.

**La culture :** est négative à 100% au 3eme – 4eme mois.

**la radio**: les bords de l'image cavitaires s'amincissent et se rétractent progressivement aboutissant soit à la constitution d'un petit nodule fibreux, dense ou d'une cicatrice linéaire ou stellaire qui pourront se calcifier, soit à la disparition complète de toute image radiologique anormale.

Parfois, lorsque la caverne était volumineuse, sa paroi s'amincit mais la rétraction est incomplète. Il peut alors persister une image bulleuse détergée, c'est la guérison ouverte.

V- **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL** :

La **caverne tuberculeuse** est à distinguer

􀀹 Des faux aspects cavitaires physiologiques réalisés par l'ombre circulaire de la 1ere cote et le sterno-cléidomastoïdien.

􀀹 D'un pneumothorax partiel.

􀀹 De la hernie diaphragmatique d'un viscère creux.

􀀹 Des autres images cavitaires non-tuberculeuses

􀂃 Abcès du poumon.

􀂃 Cancer excavé.

􀂃 Kyste aérien surinfecté.

􀂃 Kyste hydatique suppuré.

􀂃 DDB kystique.