

Journée JU de pneumologie

Delémont

28 novembre 2019

Cas Dr B. Thiévent

Présentation de cas

- Femme, 64 ans, non fumeuse, BSH
- Hémoptysies depuis 1 semaine (1 càc de sang frais ou expectorations jaunes teintées de sang après épisodes de toux)
- Depuis 4 mois : toux productive, expectorations jaunes, sans autres symptômes
- Examen clinique et ORL spécialisé sp

Question 1a. Décrivez les radiographies
(du 06.12.1995)

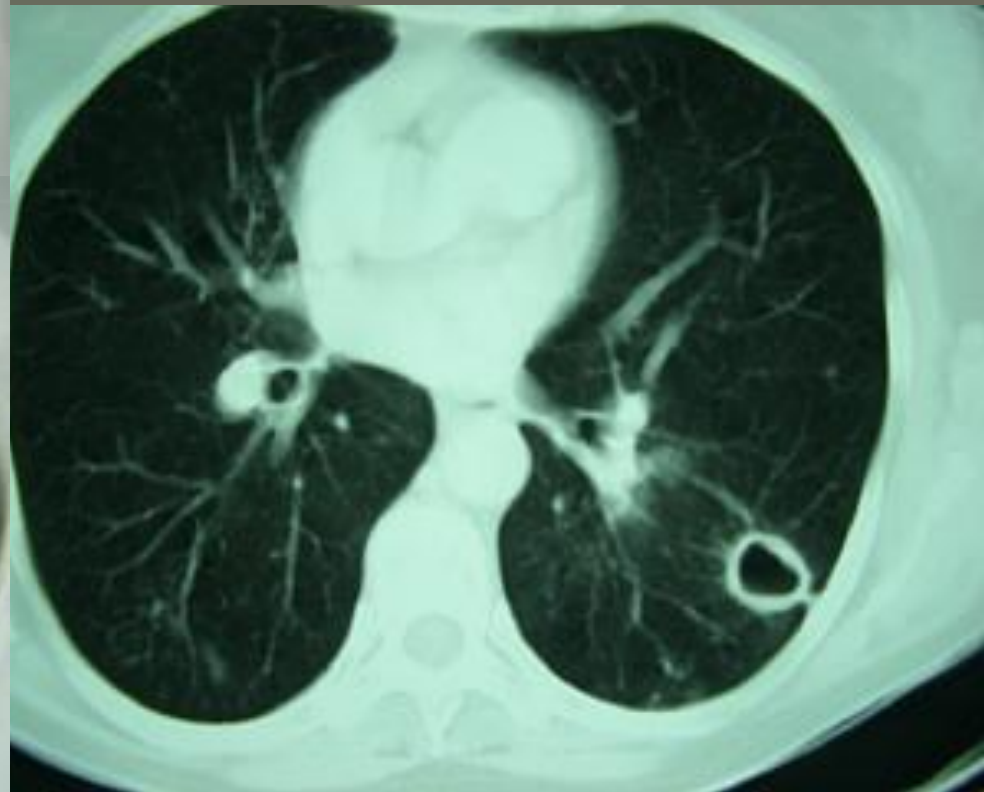
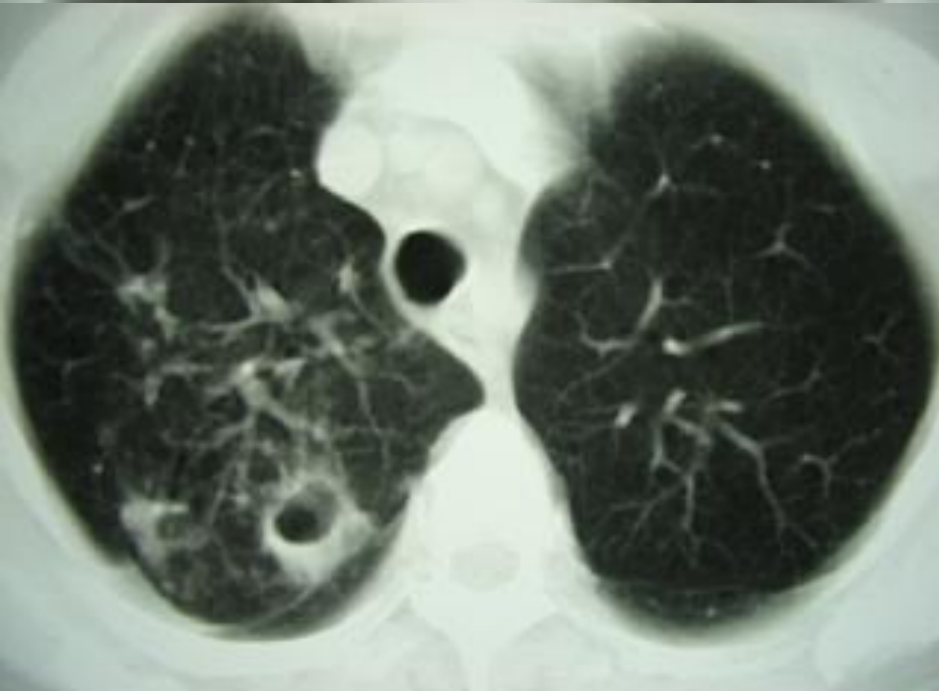


Question 1b. Décrivez les radiographies et les coupes de CT



Diagnostic différentiel?

Diagnostic le plus probable?



1a. Description des radiographies et des coupes de CT

- Opacités cavitaires
- Localisées dans les segments apicaux du LSD et du LIG cavitory disease
- Epaisseur des parois (DD: bulle ≤ 1 mm)
- Pas de signe radiologique de maladie pulmonaire préexistante

1b. Diagnostic différentiel

- Tuberculose
- MOTT
- Carcinome pulmonaire (épidermoïde)
- Wegener
- Kyste hydatique, échinocoque
- Abscès pulmonaire

Question 2.

Quel(s) examen(s) faites-vous avec le meilleur rapport coût/bénéfice?

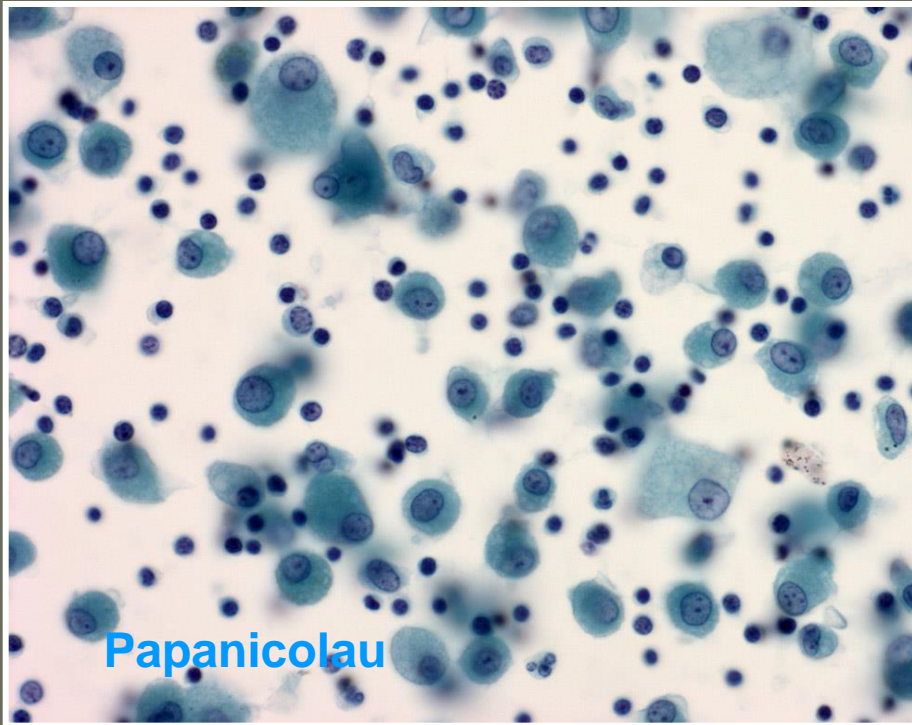
2. Investigations

- Analyse de crachats à la recherche de BAAR
- Si Ziehl négatif, bronchoscopie avec LBA et lavages bronchiques
- Bronchoscopie comme premier examen : aussi possible vu les hémoptysies pour localiser la source de l'hémorragie
- Si Ziehl positif, PCR (DD: BK vs MOTT)
- Pourquoi? Plusieurs implications:
 1. Thérapeutique : ttt différent entre TBC et MOTT
 2. Prise en charge : pas d'isolement et pas de contrôle d'entourage des contacts si MOTT
 3. Diagnostique : MOTT doit (parfois) être isolée $\geq 2x$ dans les sécrétions pour être considéré pathogène

Résultats des examens (1)

- **Bronchoscopie** : sécrétions jaunes dans les orifices des bronches apicale et postérieure du LSD avec inflammation muqueuse, pas de sang
- **LBA** dans le segment postérieur de la BLSD : liquide d'aspect normal, retrait de 88 ml sur 150 ml instillés

Résultats des examens (2)



Differentiation cellulaire : 340×10^6 cell/L

- Macrophages 42%
- Lymphocytes 40%
- Neutrophiles 16%
- Eosinophiles 2%

- **BAAR** of dans LBA, aspirat bronchique et ... expectoration post-bronchoscopie (1-10 BAAR / champ)
- Autres résultats : VS 65 mm, CRP 7 mg/ml ($N < 5$).

Question 3a.
Votre diagnostic?

3a. Diagnostic

- Tuberculose pulmonaire
- Autre : MOTT
 - Faire PCR pour DD
 - Dans ce cas : non conclusive on est en 1995!)

Question 3b.

Si c'est une TBC, quel test sanguin important faites-vous?

Test tuberculinique et Quantiféron : utiles au diagnostic de la TBC?

3b. Tests HIV et tuberculique / Quantiféron

- Test HIV test (dans ce cas : négatif)
 - 4% des TBC HIV positives en Suisse
- Test tuberculique (dans ce cas: négatif) et Quantiféron inutiles pour le diagnostic de TBC
 1. Négatifs dans 20% des cas de TBC active
 2. Positifs chez 50% des >60 ans et chez jeunes adultes en provenance de pays à haute prévalence de TBC

3b. Les tests tuberculiques et le Quantiféron sont utiles...

- Pour évaluer les contacts de TBC contagieuse
 - Contrôle d'entourage)
- Pour documenter une conversion TBC
 - Chez personnes exposées à la TB professionnellement
- Pour diagnostiquer une TBC latente
 - Chez les immunosupprimés (HIV, avant Tx) ou avant de débiter un traitement immunosuppresseur

Question 4. Tuberculose :

Quelle prise en charge?

Quel traitement?

Quel suivi?

4. Tuberculose: prise en charge

- Isolement 2 semaines à cause de ce la contagion dans le cas de cette TBC très actives (caverne, beaucoup de BAAR au frottis, toux importante)
- 4 ttt à cause du risque de résistance primaire qui est de 7% en Suisse à 1 médicament (INH, RIF) et de 1% à ≥ 2 médicaments (MDR-TB)
- Isoniazide, rifampicine, pyrazinamide, éthambutol, vitamine B6. DOT?
- S'assurer de l'observance (couleur des urines, dosage urinaire INH, évolution élinique et paraclinique), positivité-négativité des expectorations, toxicité des antiTBC, contrôle d'entourage, suivi RX

Question 5. Après 47 jours de traitement antituberculeux, les cultures reviennent positives pour MOTT *Kansasii*.

⇒ diagnostic possible?

⇒ changement de traitement?

5. MOTT Kansasii

- Oui, diagnostic plausible. Ici: présentations clinique et radiologique typiques. MOTT Kansasii possible sans facteurs prédisposants.
- Diagnostic de MOTT: cavité(s) et un frottis positif pour MOTT ou nouvel infiltrat non cavitaire et ≥ 2 frottis positifs pour MOTT.
- Oui, changer de traitement :
 - MOTT Kansasii : résistant au pyrazinamide, sinon même ttt que TBC
 - isoniazid 300 mg, rifampicin 600 mg, éthambutol 15 mg/kg pour 12 mois après conversion des frottis à culture (quinolones et macrolides si rés.)
 - Dans ce cas : rifampicine, ciprofloxacine, clarithromycine pour 12 mois à cause d'hépatite à INH et de rétinite à éthambutol
 - Durée du ttt plus longue : 18 mois recommandés et 12 mois avec expectorations négatives à culture
 - Taux de guérison et de rechute différents de la TBC
 - Antibiogramme pour MOTT : utilité controversée! Bonne corrélation in vitro et in vivo pour MOTT Kansasii (en particulier pour RIF)