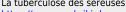
MedWiki-DZ (https://www.medwiki-dz.com/)

La tuberculose des séreuses

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:35



 $https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:la_tuberculose_des_sereuses_-_pleuresie_pericardite_peritonite_beritonite_peritonite_beritonite_peritonite_beritonite_peritonite_peritonite_peritonite_beritonite_peritonite_$

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:35 - Imprimé le : 2024/09/16 12:27



Table des matières

La tuberculose des séreuses 1. Introduction 2. Les localisations séreuses de la tuberculose 2.1. Pleurésie séro-fibrineuse primitive 2.2. Pleurésie tuberculeuse secondaires à une tuberculose pulmonaire 2.3. Ascite tuberculeuse			
		2.4. Tuberculose péritonéale	2
		2.5. Péricardite tuberculeuse	2

La tuberculose des séreuses

Objectifs pédagogiques :

- Mode de survenue
- Souvent séro-fibrineuses exsudatives
- Évacuer l'épanchement
- Traitement causal et prévention des phénomènes de symphyse
- Ponction-biopsie pleurale

1. Introduction

• La pleurésie tuberculeuse (26,5% des TBK en Algérie en 2011) constitue, avec les tuberculoses ganglionnaires (50%), la majorité des TEP (> 75%)

2. Les localisations séreuses de la tuberculose

2.1. Pleurésie séro-fibrineuse primitive

- Épanchement unilatéral droit le plus souvent
- Clinique : signes généraux d'installation progressive (fièvre, asthénie, amaigrissement)
- <u>Liquide pleural</u>: clair, jaune citrin, rarement séro-hématique, exsudatif (> 30 g/L), inflammatoire, lymphocytose franche (> 80%)
- IDR : souvent fortement positive
- <u>Bactériologie</u>: examen directe du liquide exceptionnellement positif, culture peut être positive
- <u>Certitude</u>: biopsie pleurale (rendement > 60-80%), pour étude histologique et mise en culture
- Différentiel (si pas de certitude) :
 - Jeune : virale, bactérienne décapitée (mal traitée), lymphome
 - > 45 ans : post-embolique, maligne, hémodynamique (cardiaque)

2.2. Pleurésie tuberculeuse secondaires à une tuberculose pulmonaire

- Épanchement soit séro-fibrineux, soit purulent, soit pyo-pneumothorax (rupture de caverne dans la cavité pleurale)
- Confirmation par le diagnostic de la TP, ou bactériologie du liquide pleural (plus souvent positif, surtout si purulent)

2.3. Ascite tuberculeuse

- <u>Clinique</u>: signes généraux, douleurs abdominales, diarrhée parfois, signes d'ascite plus ou moins abondante
- Liquide : jaune citrin, exsudatif, lymphocytaire
- Échographie : adénopathies rétro-péritonéales parfois
- Exploration chirurgicale : granulations blanchâtres disséminées ⇒ biopsie = diagnostic
- Peut causer une stérilité chez la jeune fille
- <u>Différentiel</u>: transsudat (cardiaque, rénal, hépatique, syndrome néphrotique, hypoprotéinémie...), métastases, infections

2.4. Tuberculose péritonéale

- Consécutive à une rupture d'adénopathie tuberculeuse mésentérique ⇒ formation de foyers caséeux
- Tableau pseudo-appendiculaires ou épisodes sub-occlusifs
- Diagnostic souvent posé en post-op (étude des tissus prélevés)
- IDR souvent positive

2.5. Péricardite tuberculeuse

- La moins fréquente des tuberculoses des séreuses, plus fréquente chez les VIH+
- <u>Clinique</u>: signes généraux, dyspnée d'effort puis de repos, tachycardie, hypotension, frottement péricardique, BDC assourdis
 - Sans traitement (en guelgues mois) : constriction (signes de stase droite et gauche)
- <u>Radiographie</u>: d'abord cardiomégalie "en théière", puis ombre cardiaque réduite (constriction)
- ECG: tachycardie, micro-voltage, anomalies T et ST
- La ponction contribue au diagnostic, et parfois la biopsie chirurgicale (souvent pratiquée lors d'une intervention pour péricardite constrictive)
- Différentiel : néoplasie, maladie de système, infections, transsudats
- <u>Critères diagnostic de présomption</u>: clinique (installation progressive, signes généraux), IDR positive, éliminer les diagnostics différentiels

— Résumé basé sur le cours de Pr L'Hadj Mohamed (CHU Mustapha Pach), février 2013