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

Les tuberculoses extra-pulmonaires

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

Les tuberculoses extra-pulmonaires

 $https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id = cours:residanat:pneumologie:les_tuberculoses_extra-pulmonaires. The properties of the course of the$

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



Table des matières

Les tuberculoses extra-pulmonaires	i
Les tuberculoses extra-pulmonaires	1
1. Introduction	1
2. Différences avec la tuberculose pulmonaire	1
3. Phtisiogénèse	1
4. Diagnostic des TEP	2
4.1. Critères de présomption	
4.2. Critères de certitude	

Les tuberculoses extra-pulmonaires

Objectifs pédagogiques:

- Critères diagnostic des TEP en fonction des localisations
- Différence entre critères de certitude et de présomption
- Prise en charge selon la localisation

1. Introduction

- Morbidité en progression depuis quelques décennies (52% des TBK en Algérie en 2011)
- Problèmes particuliers de diagnostic, nécessitant souvent l'avis d'un spécialiste

2. Différences avec la tuberculose pulmonaire

- 1. Siège dans des organes profonds, non aérés ⇒ **pauci-bacillaires** ⇒ diagnostic nécessite le recours à la culture ou à l'histologie
- 2. Pas contagieuse
- 3. Polymorphisme clinique, selon l'organe atteint
- 4. **Pronostic** parfois sévère, vital (méningite, miliaire) ou fonctionnel (compression médullaire, insuffisance hépatique, hydronéphrose, stérilité, ankyloses articulaires...)
- 5. **Épidémiologie :** 75% des TBK du sujet jeune < 15 ans sont des TEP, représente dans le monde 30% de toutes les TBK, semble un peu plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (à tout âges)
- 6. Peut être associée à une TP

3. Phtisiogénèse

- Premier contact (PIT) ⇒ dissémination lymphatique puis sanguine, mais la plupart des BK sont détruits dès apparition de l'immunité
- Certains survivent (bacilles quiescents, dormants) et peuvent se fixer et se multiplier dans un organe suite à une défaillance immunitaire
- Les plus fréquentes : pleurale (séreuses), ganglions périphériques, ostéo-articulaire
- Les moins fréquentes : méningées, péritonéales, péricardiques, rénales et génitales...;

mais pronostic vital ou fonctionnel sévère

• Les BK peuvent se disséminer même sans qu'il y ait eu de PIT

4. Diagnostic des TEP

• La clinique, l'imagerie et la biologie ne peuvent apporter que des critères de présomption

4.1. Critères de présomption

Tous ces critères constituent un diagnostic de présomption :

1. Tableau radio-clinique compatible :

- Symptômes généraux infectieux sub-aigus ou chroniques
- Signes fonctionnels et physiques (selon la localisation)
- Imagerie évocatrice éventuellement (TLT, radio des os, TDM cérébrale, échographie hépatique, rénale, urographie intraveineuse, transit ou lavement baryté)

2. Signes cyto-histologiques d'inflammation chronique :

- Lymphocytose durable dans les liquides pathologiques
- Granulome inflammatoire sans nécrose caséeuse
- 3. Test tuberculinique positif
- 4. Éliminer les diagnostics différentiels

4.2. Critères de certitude

Un de ces critères constitue un diagnostic de certitude :

1. Mise en évidence du BK : soit par :

- <u>Culture d'un prélèvement liquide</u>: suc ganglionnaire, pus d'adénite ou d'abcès, urines, LCR, liquides des séreuses (plèvre, péritoine, péricarde, synovial)
- <u>Culture d'un prélèvement solide</u>: biopsies tissulaires ou ganglionnaires, exérèses (transport dans de l'eau distillée ou du sérum physiologique)
- <u>Examen directe</u>: BK rarement retrouvé de cette manière, sauf dans un frottis du culot de centrifugation d'urines (TBK rénale)
- Polymerase Chain Reaction (PCR): n'a pas sa place dans le PNLT (vu le coup et l'accessibilité)
- 2. **Examen histologique :** mise en évidence d'un follicule tuberculeux dans une pièce de biopsie ou d'exérèse
- 3. **Examen directe de pus caséeux :** tranche de section d'un ganglion, d'une pièce opératoire, ou ponction

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