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

Miliaire tuberculeuse

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

Miliaire tuberculeuse

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

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



Table des matières

Mi	liaire tuberculeuse		
Mi	liaire tuberculeuse	rculeuse 1 hologie 1 positif 1 ie 1 ie 1 ire 1 ire 1 ire pronchogène 2 aire bronchogène 2 aire bronchogène 2 aire bronchogène 3 aire scomplémentaires 3 afirmation 3	
1.	Définition	. 1	
2.	Physiopathologie	. 1	
3.	Diagnostic positif	. 1	
3	3.1. Clinique	. 1	
	3.1.1. TDD: miliaire pulmonaire hématogène		
	3.1.2. Miliaire bronchogène	. 2	
3	3.2. Radiographie	. 2	
3	3.3. Examens complémentaires	. 3	
	3.3.1. Confirmation	. 3	
	3.3.2. Dissémination	. 3	
4.	Terrains particuliers	. 4	
5.	Diagnostic différentiel	. 4	
6.	Traitement	. 5	
7.	Prévention	. 5	

Miliaire tuberculeuse

1. Définition

Définition radiologique : diffusion dans un ou plusieurs organes (poumons dans ce cas) d'éléments nodulaires de petite taille d'origine tuberculeuse

2. Physiopathologie

• Agent causal : M. tuberculosis

• Peut faire suite à :

1. Primo-infection:

- S'observe surtout chez le sujet jeun (enfant, adulte jeune)
- La miliaire est intimement liée à la PIT, survient en général dans les 2 ans (quelques mois après le virage tuberculinique)
- Peut s'accompagner ou être suivie d'une TEP

2. Tuberculose pulmonaire:

- Surtout chez l'adulte
- Soit secondaire à un foyer évolutif, ou à un foyer discret et méconnu

Dissémination :

- Hématogène : plus fréquente, explique la diffusion des lésions, habituellement à partir d'un foyer caséeux pré-existant (effraction vasculaire)
- Bronchogène : soit ouverture d'une caverne ou fistulisation d'un ganglion, habituellement unilatérale voir localisée
- Lymphatique : très rare
- <u>Facteurs favorisant</u>: surmenage, sous-alimentation, déficit immunitaire, puberté, grossesse, BCG-, éthylisme chronique, diabète, maladie anergisante, toxicomanie, précarité

3. Diagnostic positif

3.1. Clinique

3.1.1. TDD: miliaire pulmonaire hématogène

- 1. Interrogatoire : éléments de présomption
 - Absence de BCG
 - o ATCD de tuberculose pulmonaire, osseuse, uro-génitale
 - Terrain favorisant
 - Notion de contage

2. Signes généraux :

- Tableau le plus souvent aigu, parfois chronique et frustre (asthénie, amaigrissement, céphalées, fièvre)
- Parfois atypique : nausée, diarrhée, fièvre
- Parfois aussi : état septicémique (prédominance des signes infectieux : frissons, sueurs, fièvre oscillante, collapsus)

3. Signes respiratoires:

- Variables (absents, jusqu'à formes asphyxiques, hémoptoïques, voir pleurales)
- Rechercher des signes de dissémination extra-pulmonaire :
- Méningite: rare depuis le BCG, forme grave, signes méningés classiques +/- signes généraux
- Atteinte des séreuses
- Atteinte des amygdales et du larynx : dysphonie et dysphagie (présence de granulation miliaires)
- **Troubles hématologiques :** polyglobulie, thrombopénie, leucopénie, réaction leucémioïde, rarement aplasie médullaire (atteinte de la moelle)

3.1.2. Miliaire bronchogène

- Plus rare
- Même tableau, en plus d'autres signes plus spécifiques (hémoptysie, cathare...)
- Même si en théorie, elle ne s'accompagne pas de dissémination extra-pulmonaire, elle implique la même conduite à tenir
- Image plutôt unilatérale (prédominance), parfois macro-nodulaire (difficile de faire la différence avec une bronchopneumonie tuberculeuse)

3.2. Radiographie

- Affirme le diagnostic de miliaire
- A répéter au moindre doute, car la clinique peut précéder les images
- Aspect typique : micro-nodules peu denses, régulièrement répartis à la totalité des 2 champs pulmonaires
- Aspects atypiques : macro-nodules, moins réguliers, réticulations, répartition inégales
- Images associées : PIT (grande valeur étiologique), péricardite, pleurésie

3.3. Examens complémentaires

Dès que la miliaire est individualisée, une double enquête s'impose, visant à :

- Prouver la maladie tuberculeuse
- Faire le bilan de la dissémination

3.3.1. Confirmation

1. IDR à la tuberculine :

- Souvent négative chez l'adulte, ou faiblement positive
- Valeur si notion de virage

2. Bactériologie:

- Examen directe, positif dans seulement 1/3 des cas
- Culture (permet de réaliser des tests de sensibilité dans un second temps)

3. Bilan biologique:

- FNS souvent normale, ou hyperleucocytose avec polynucléose
- VS accélérée
- Hémocultures souvent négative
- Bilan rénal et hépatique (recherche de signes d'atteinte)
- 4. **Autres :** selon les signes d'appel, à la recherche d'autres atteintes qui ont une grande valeur diagnostic (permettent de compléter la recherche bactériologique)
- 5. **Ponction biopsie hépatique :** intérêt diagnostic (atteinte histologique hépatique fréquente) (non faite en pratique, en Algérie)

3.3.2. Dissémination

 Intérêt : diagnostic, pronostic et évolutif (certaines localisations nécessitant une surveillance particulière) ⇒ examens systématiques

1. Dissémination choroïdienne et méningée :

- Fond d'œil (tubercules de Bochut : taches blanchâtres)
- Ponction lombaire (hyper-albuminorachie, hypo-glycorachie, hypo-chlorémie)

2. Atteinte des séreuses :

Examen clinique, radio, ECG

3. Atteinte rénale :

• Recherche répétée de BK dans les urines (direct + culture)

4. Atteinte génitale, ostéo-articulaire, laryngo-pharyngée :

Examen clinique, examen ORL

4. Terrains particuliers

- 1. **Nourrisson :** miliaire post-primaire. AEG, troubles digestifs et risque de déshydratation. Complication majeur : diffusion méningée
- 2. **Enfant :** tableau proche de l'adulte. ADP de la PIT souvent retrouvés
- 3. Vieillard : rarement aiguë. Secondaire à une TBK ancienne

5. Diagnostic différentiel

1. Confirmer la miliaire :

 Éliminer ce qui n'est pas une miliaire à la radiographie : artéfacts radiologiques, aspect de pseudo-miliaire chez les obèses et la femme enceinte

2. Miliaire aiguë:

- Miliaire infectieuse :
 - Pyogènes : staphylocoque, brucellose, mycoplasme
 - Virus : grippe (macro-nodules à la radio, nettoyage rapide)
 - Champignons et parasites
- Lymphangites carcinomateuses et hémopathies
- <u>Maladies générales non cancéreuses</u>: sarcoïdose dans certaines formes aiguës fébriles, connectivites (surtout LES et PAN)
- Alvéolite allergique extrinsèque : miliaire + crises dyspnéïsantes sifflantes fébriles, 6 à 8h après le contact, râles crépitants

3. Miliaire sub-aiguë ou chronique:

- Pneumoconioses:
 - Silicose: profession exposée (sableurs, mineurs, céramistes), miliaire à grains de taille variable en "tempête de neige", avec (dans les cas typiques) des opacités pseudo-tumorales ou des calcifications ganglionnaires en coquilles d'œufs
 - Bérylliose : rare, profession exposée (silicate de béryllium), images micronodulaires et hypoxie (trouble du transfert alvéolo-capillaire)
- <u>Sarcoïdose</u>: micro-nodules bilatéraux, prédominant aux sommets, avec adénopathies hilaires et médiastinales
- Maladies de système : sclérodermie, histiocytose
- Miliaire carcinomateuse : lymphangite carcinomateuse, leucoses, LMH
- <u>Miliaire cardiaque</u>: insuffisance ventriculaire gauche, aspect floconneux, bilatéral, symétrique, hillifuge
- <u>Miliaire post-hémoptoïque</u>: traduisent une hémosidérose (fréquente dans le rétrécissement mitral hémoptoïque)

6. Traitement

- 1. **Buts :** guérir, couper la chaine de transmission, éviter les résistances
- 2. Moyens:
 - Traitement de catégorie I : 2 RHZE/4 RH
 - Corticothérapie : 0,5 mg/kg/j de prednisone, pendant 3 à 6 semaines
 - Mesures de réanimation
- 3. Indications:
 - Hospitalisation
 - Antituberculeux dès la suspicion (sans attendre la confirmation bactériologique qui peut prendre plusieurs semaines)
 - o Corticothérapie : formes suffocantes, atteinte pleurale, atteinte méningée
 - Dépistage de l'entourage toujours indiqué
- 4. **Résultats et surveillance :** voir le cours Tuberculose : Les catégories de malades et les régimes thérapeutiques

7. Prévention

- Vaccination par le BCG
- Traitement des PIT et des autres formes (surtout contagieuses)
- Résumé basé sur le cours de Dr Benazzouz (DEMS 2017)