

Les TEP :

Dr. M. Ahmed Azi
Maître assistante en Pneumo-phtisiologie
Chu de Sétif

Plan du cours:

- ◉ Définition
- ◉ Intérêt de la question
- ◉ Diagnostic positif.
- ◉ Les différentes localisations des TEP
- ◉ Traitement

Définition :

- Les TEP sont l'ensemble des localisations de la tuberculose situé ailleurs que dans les poumons.
- Soit dans l'appareil respiratoire (plèvre, médiastin) ou bien dans un appareil extra-respiratoire.
- Ces formes ne sont pas sources d'infection, donc non contagieuses+++

Intérêt de la question:

- **Fréquence** : représentait le tiers des cas de tuberculose toutes formes confondues.
- **Difficulté diagnostique** : les TEP sont des formes pauci-bacillaire, le dgc est soit bactériologique reposant sur la culture soit anatomopathologique (grand apport de la biopsie dans certaines formes)
- **Problème de réponse thérapeutique** posé dans certaines formes .

Diagnostic positif :

- Repose sur des éléments de présomption (cliniques, radiologiques, biologiques) après avoir éliminé une autre étiologie.
- Ou des éléments de certitude : découverte du BK dans les lésions par examen direct ou à la culture, ou lésions anatomopathologiques spécifiques .

Éléments de présomptions :

- **Interrogatoire :**

- Absence de vaccination
- Notion de contagé

- **Signes généraux :** sdr phtisogène

- **Signes biologiques :**

- IDR presque toujours positive
- FNS dans la limite de la normale, VS modérément élevée

- **Signes radiologiques** : - Rx thorax
rechercher les séquelles calcifiées d'une
PIT, rarement des lésions nodulaires de
tuberculose évolutive.
- Autres Rx : selon la localisation.

1. TBC ganglionnaire :

- L'atteinte ggl périphérique est la plus fréquente (surtout cervicale, rarement axillaire ou inguinale)
- l'atteinte ggl profonde est souvent associée à d'autres atteintes viscérales (adp médiastinales avec ou sans localisation pulmonaire, adp intra-mésentériques et atteinte intestinale, adp retro-mésentériques et atteinte vertébrale ou uro-génitale.....)

⊙ **Arguments de présomption** : évolution clinique en 4 stades : *crudité, ramollissement, fistulisation, chronicité*

⊙ **Arguments de certitude** :

1- Cytoponction ganglionnaire :

- Culture + dans plus de 50 % des cas
- Présence de pus caséeux

2. Biopsie ganglionnaire : follicule tuberculeux .



2. Les sérites tuberculeuses :

a. La tbc pleurale :

- La plus fréquente des sérites
- Tableau d'une pleurésie séro-fibrineuse
- Ponction pleurale: liquide jaune citrin
- Réaction de Rivalta +
- liquide pleural exsudatif à prédominance lymphocytaire
- **Dgc de certitude** : - Culture de BK dans le LP ou des fragments de biopsie pleurale
- Anapath de la biopsie pleurale

Rx thorax face : EPL



b . La Méningite :

- La plus grave des localisations
- **Arguments de présomption** : Sdr méningé (céphalées, vomissements, troubles du comportement, raideur de la nuque...etc)
- Ponction lombaire : LCR clair riche en albumine, pauvre en glucose, cytologie lymphocytaire
- **Arguments de certitude**: - Culture + dans presque 100 % des cas dans le LCR
 - BK peut être + dans le culot de centrifugation du LCR

c. Péricardite :

- Rare, parfois associé à une pleurésie.
- Péricardite exsudative , liquide clair, évolution spontanée suraiguë, se faisant vers la constriction.
- Le dgc repose sur des éléments de **présomption** après élimination d'autres causes (virales, rhumatismales, tumorales....etc)
- **Dgc de certitude**: culture de BK dans le liquide péricardique, biopsie péricardique

Rx thorax face: cardiomégalie



d. Péritonite :

- Isolée ou associée à d'autres localisations
 - Isolée : tableau d'ascite sans HPM-SPM
 - Liquide d'ascite exsudatif
 - **Dgc de certitude:** - culture de BK dans le liquide et/ou du fragment de biopsie .
 - La biopsie péritonéale permet le dgc de certitude (laparotomie ou coelioscopie)
- => Étude anapath de la biopsie

3. TBC ostéo-articulaire :

- Surtout chez les sujets jeunes en période de croissance
- Tbc vertébrale (mal de POTT) , tbc des os long, métaphyse ou diaphyse seule (ostéite pure) tbc des articulations(arthrite), ou ostéo-articulaire.
- **Arguments de présomption:** - cliniquement; tuméfaction, abcès, fistulisation, compression médulaire, paralysie...
 - Rx: flou et pincement articulaire ou intervertébral, destruction osseuse, tassement vertébral ou image en fuseau (abcès Pottique)
- **Certitude:** culture de pus après ponction d'une collection , biopsie osseuse et anapath.

Mal de pott :



Fig 1 : IRM Mal de Pott.

4. TBC rénale :

- La tbc rénale est pauci bacillaire
- **Éléments de présomption** cliniques: hématurie, pyurie, signes de cystite
- Rx: UIV: dilatation des cavités pyélo-calicielles, rétrécissement ou amputation des voies excrétrices, atteinte vésicale..
- **Dgc de Certitude:** examen bactériologique des urines (examens direct , culture) biopsie rénale et examen anapath.

Tbc génitale :

- ◉ Chez l'homme est souvent associée à une tbc rénale systématiquement recherchée.
- ◉ Tableau d'orchépidydimite ou d'hydrocèle.
- ◉ Chez la femme: grave car cause non négligeable de stérilité
- ◉ Tableau de pelvipéritonite, leucorrhée ou aménorrhée....
- ◉ **Présomption** : hystérosalpingographie et coelioscopie
- ◉ **Certitude** : culture des sécrétions vaginales ou du flux menstruel , biopsie de l'endomete

Tuberculose rénale et génito-urinaire



Le rein détruit est occupé par des poches pleines de caséum et des poches claires.



Sténose urétérale régulière.

Miliaire tuberculeuse :



Autres localisations :

- ◉ Tbc laryngée
- ◉ Tbc cérébrale (tuberculomes...)
- ◉ Tbc gastrique et intestinale
- ◉ Tbc cutanée
- ◉ Tbc gingivale
- ◉ Tbc oculaire
- ◉

Traitement :

- Chimiothérapie antituberculeuse de six mois, prise unique matinale à jeun.
- Schéma thérapeutique :
 - 2 mois RHZ , 4 mois RH pour les TEP simples
 - 2 mois RHZE ,4 mois RH pour les TEP sévères (méningite , miliaire ou méningo-miliaire, péricardite, mal de Pott, tbc rénale)

Prévention = vaccination +++

- Corticothérapie dans certaines localisations très inflammatoire (péricardite , méningite) 6 semaines (0.5 mg/kg/jr à doses dégressives)
- TRT complémentaire: chirurgicale ou orthopédique, soit d'emblée (évacuation d'une collection, drainage d'un abcès froid) ou à la fin du traitement anti bacillaire.

Prévention = vaccination +++