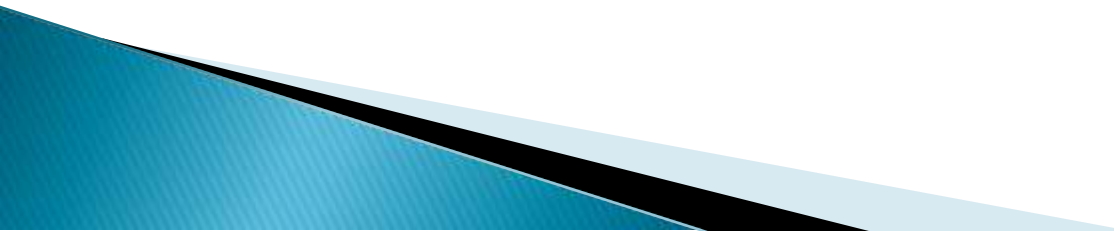


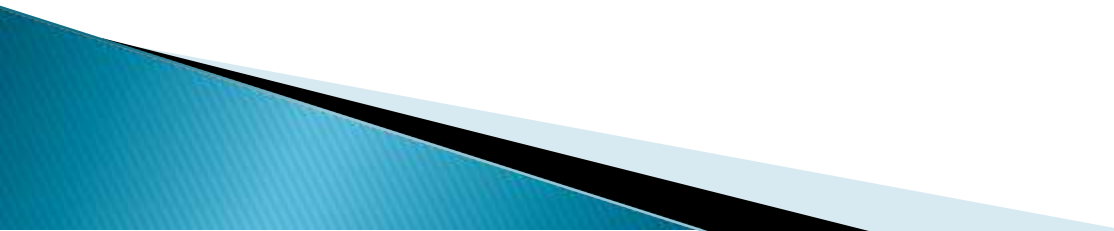
# TUBERCULOSE EXTRA PULMONAIRE

Dr GUENDOUCZ AHMED YACINE

# PLAN:

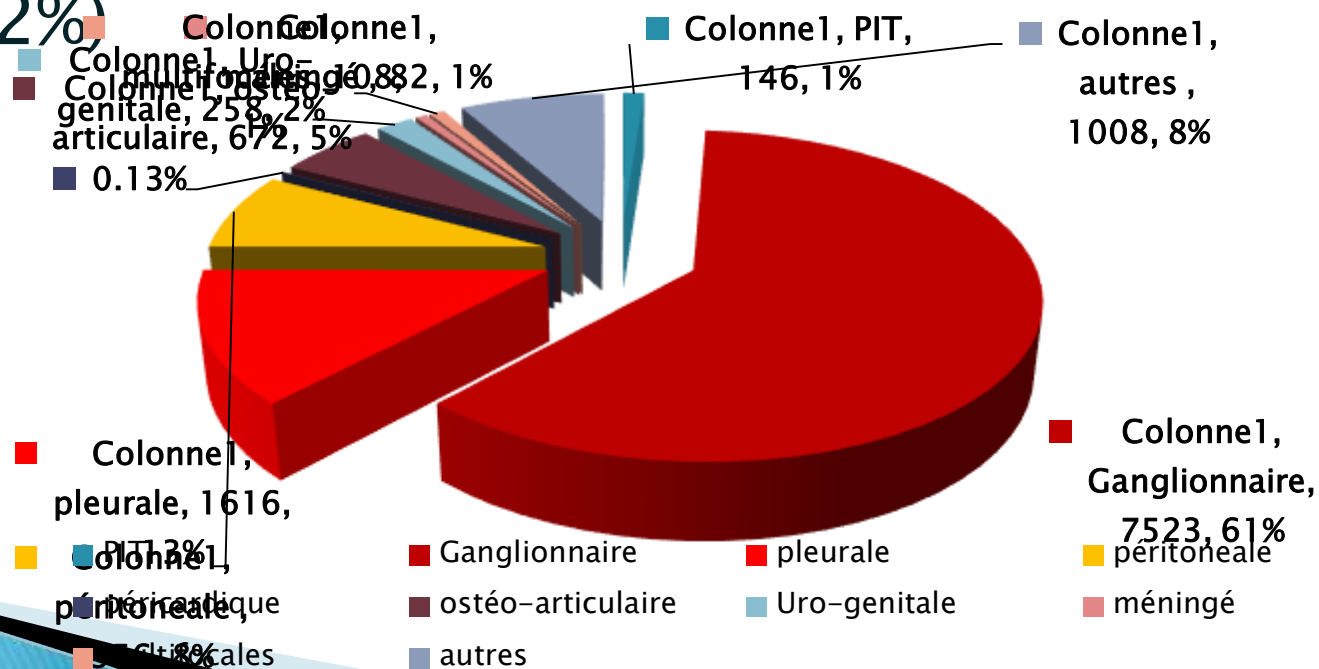
- ▶ Généralité et définition
  - ▶ Epidémiologie
  - ▶ Physiopathologie
  - ▶ Diagnostic positif
  - ▶ Formes clinique
  - ▶ Traitement
  - ▶ Conclusion
- 

# Généralité et définition

- ▶ Maladie infectieuse
  - ▶ Non contagieuse
  - ▶ Du a la multiplication et au développement du bacille de koch, en dehors du poumon
  - ▶ Pauci-bacillaires
  - ▶ Polymorphisme clinique
- 

# Epidémiologie

- ▶ En 2023, on a enregistré sur le plan national 19 133 cas de tuberculose toutes formes confondues.
- ▶ Tuberculose pulmonaire : 5 635 cas (29,5%)
- ▶ Tuberculose extra-pulmonaire : 13 249 cas (69,2%)



# Physiopathologie

- ▶ Premier contact (PIT) ⇒ dissémination lymphatique puis sanguine, mais la plupart des BK sont détruits dès apparition de l'immunité
- ▶ Certains survivent (bacilles quiescents) et peuvent se fixer et se multiplier dans un organe suite à une défaillance immunitaire d'où les TEP

# Diagnostic positif

- ▶ **1. Critères de présomption(cas présumé)**
- ❖ **Tableau radio–clinique compatible :**
  - Symptômes généraux infectieux subaigus 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)
- ❖ **Signes cyto–histologiques d'inflammation chronique :**
  - Lymphocytose durable dans les liquides pathologiques
  - Granulome inflammatoire sans nécrose caséeuse
- ❖ **Test tuberculinique positif: IDRT , IGRA**
- ❖ **Éliminer les diagnostics différentiels**

## 2. Critères de certitude

- ▶ Un de ces critères constitue un diagnostic de certitude :
- ❖ **Mise en évidence du BK** : soit par :
  - Culture d'un prélèvement liquide
  - Culture d'un prélèvement solide : biopsies tissulaires ou ganglionnaires, exérèses
  - Examen directe : BK rarement retrouvé sauf dans les urines (TBK rénale)
  - Polymerase Chain Réaction (PCR)
- ❖ **Examen histologique** : mise en évidence d'un granulome centrée d'une nécrose caséreuse
- ❖ **Examen directe de pus caséux** : confirmé par coloration hématoxyline éosine

# Formes clinique

**Tuberculose ganglionnaire** : la plus fréquente

**Clinique**: localisation cervicale unilatérale + sg imprégnation

ADP de petite taille ferme indolore (crudité), augmente de volume (ramollissement), se fistulise avec cicatrice indélébile

**Éléments de diagnostic**: IDRT, ponction gg, biopsie gg

**Diagnostic différentiel** : ADP infectieuse, ADP néoplasique, lipome, kystes

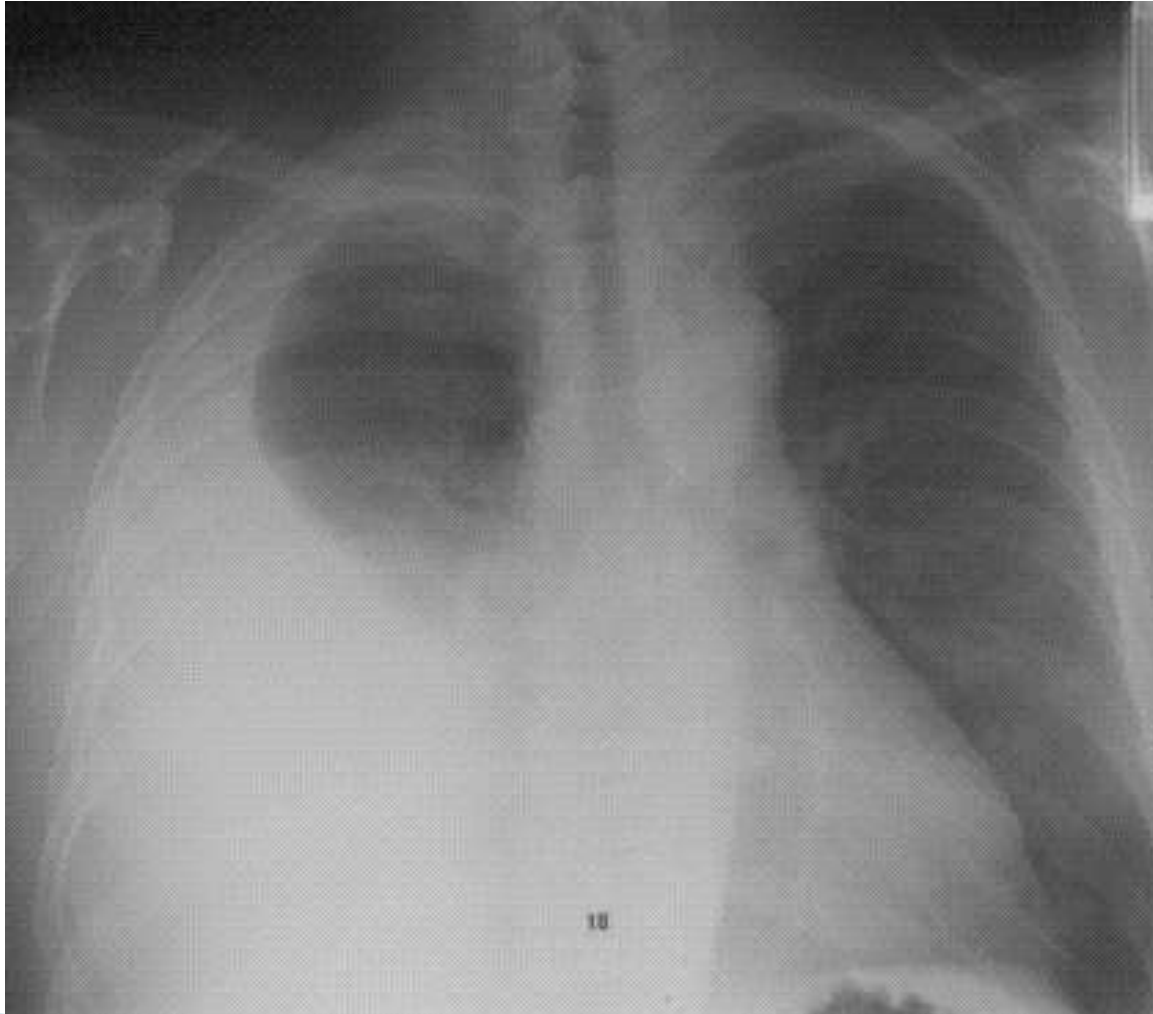
**Bilan d'extension** : examen des aires gg, ttx, écho abdominale





# Pleurésie tuberculeuse:

- ▶ Épanchement unilatéral droit le plus souvent
- ▶ Clinique : signes généraux d'installation progressive (fièvre, asthénie, amaigrissement), triade de Troussau
- ▶ Liquide pleural : clair, jaune citrin, rarement séro-hématique, exsudatif, ( $> 30\text{g/L}$ ), inflammatoire, lymphocytose franche ( $> 80\%$ ), ADA  $> 40$
- ▶ IDRt: souvent fortement positive
- ▶ Bactériologie : examen directe du liquide exceptionnellement positif, culture peut être positive
- ▶ Certitude : 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



# Péricardite tuberculeuse

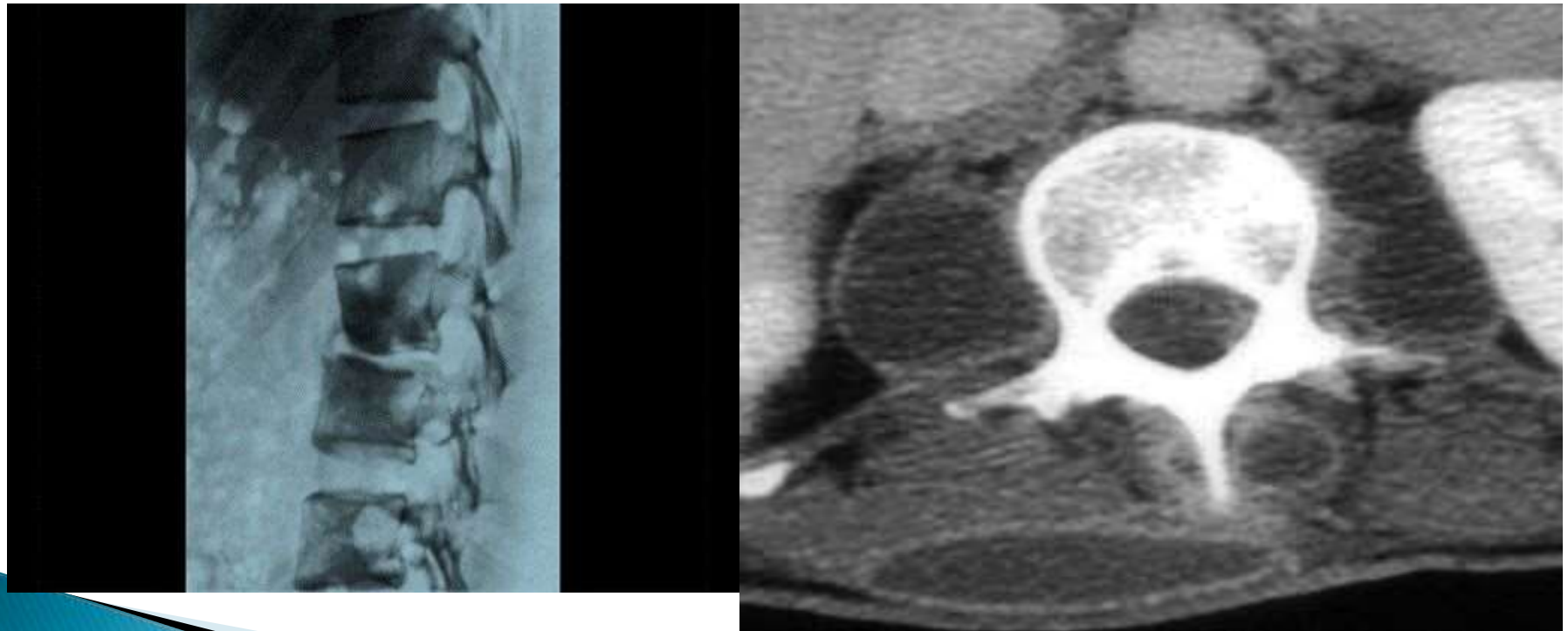
- ▶ La moins fréquente des tuberculoses des séreuses, plus fréquente **chez les VIH+**
- ▶ Clinique : signes généraux, dyspnée , tachycardie, hypotension, frottement péricardique, BDC assourdis  
Sans traitement évolution vers la constriction
- ▶ Radiographie : d'abord cardiomégalie, puis ombre cardiaque réduite (constriction)
- ▶ ECG : tachycardie, micro-voltage, anomalies T et ST
- ▶ La ponction contribue au diagnostic, et parfois la biopsie chirurgicale(dg de certitude)
- ▶ Critères diagnostic de présomption : clinique en faveur , IDR positive, éliminer les diagnostics différentiels

# Tuberculose ostéo-articulaire

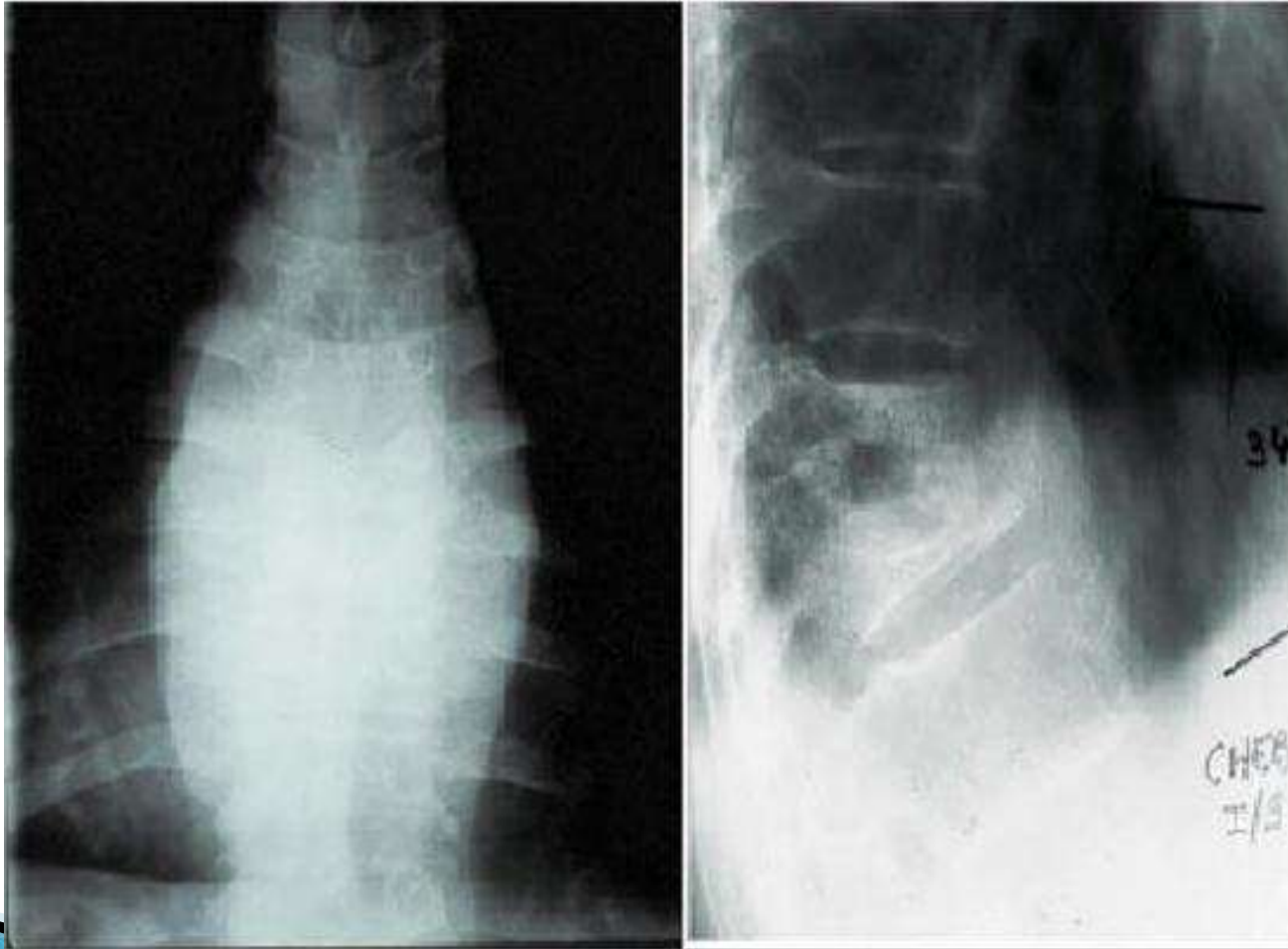
- ▶ Fréquence du mal de Pott ++, Mais aussi des os long : ostéo-arthrites (métaphyse puis articulation : hanche, genou, épaule, coude...) ou plus rarement ostéites pures
- ▶ **Clinique :**
  - Douleur +++
  - Tuméfaction froide peut être notée ⇒ limitation de mobilité, voir fistulisation
  - Mal de Pott :
    - Atteinte typiquement de 2 vertèbres adjacentes + disque intervertébral
    - Développement d'abcès para-vertébraux et fistulisation
    - Peut aussi se révéler par une paralysie (compression médullaire)

## ► Radiologie :

- Flou et pincement articulaire ou intervertébral
- Destruction osseuse (géodes dans les os longs, tassement cunéiforme des vertèbres)
- Images en fuseau (abcès para-vertébraux)



# Mal de Pott avec fuseau para vertebral de face et de profil



- ▶ **Certitude**
- ▶ **Mise en évidence du BK :**
  - Dans le liquide de ponction articulaire ou d'abcès (culture)
  - Ponction biopsie osseuse ou synoviale
  - Examen directe : 20% de rendement ; Culture : 60–80% de rendement
- ▶ **Histologie :** granulomes à la biopsie (os, synoviale)
- ▶ **COMPLICATION: Neurologique** (radiculalgie, queue de cheval, paraplegie)  
**Orthopédique**(instabilité articulaire , cyphose)



# Tuberculose rénale

- ▶ Particularité de cette atteinte extra-pulmonaire : peut être riche en bacilles
- ▶ **Clinique:** hématurie microscopique, pyurie, signes de cystite +++ (50–70%)

Tardivement : hydronéphrose, voir destruction du rein

- ▶ **Imagerie :**
  - Urographie intraveineuse (UIV) et uroscanner  
calcifications parenchymateuses, rétrécissement ou amputation des voies excrétrices, dilatations des cavités
  - Échographie rénale : lésions nodulaires, cavités exclues, rein muet (destruction)



- ▶ **Diagnostic de certitude**
- ▶ Examen directe des urines retrouve le BK dans 100% des cas
- ▶ Biopsie (–exérèse si destruction) rénale

# Méningite tuberculeuse

- ▶ Localisation du BK sur les méninges, Responsable d'un syndrome méningé et/ou encéphalique
- ▶ **Clinique**: altération progressive de l'état général, céphalées, trouble de l'humeur, convulsion

Syndrome méningé, paralysie des nerfs oculomoteur

- ▶ **Examen complémentaires**: PL(LCR clair lymphocytaire, hyperproteinorachis, hypoglycorachis) culture, TDM, IRM,

FO

# Traitement

**BUTS :** –sauvegarder le pronostic vital  
–éradiqué l'infection  
–préserver le pronostic fonctionnel et évité les séquelles

- ▶ **MOYENS :** –chimiothérapie antituberculeuse  
–traitement adjuvant
- ▶ Les tuberculoses pulmonaires et extra-pulmonaires doivent être traités avec le même schéma thérapeutique pendant 6 mois 2 RHZE/4 RH à l'exception de la tuberculose du système nerveux central, de la tuberculose ostéo-articulaire et de la tuberculose vertébrale, pour lequel un traitement plus long est prescrit

Localisations	Phase initiale	Phase d'entretien	Durée du traitement
Nouveaux cas de Tuberculose pulmonaire	2 mois RHZE	4 mois RH	6 mois
Toutes les Tuberculose extra-pulmonaires sauf les localisations ostéo-articulaire, vertébrales et méningées	2 mois RHZE	4 mois RH	6 mois
Tuberculose ostéo-articulaire	2 mois RHZE	7 mois RH	9 mois
Tuberculose vertébrale	2 mois RHZE	10 mois RH	12 mois
Tuberculose méningée	2 mois RHZE	10 mois RH	12 mois

# Traitements adjuvants

## ▶ Corticothérapie :

- Orale, 0,5 mg/kg/j d'équivalent prednisone
- Associé à la chimiothérapie, pendant 3 à 6 semaines
- Indiqué pour les localisations extra-pulmonaires, paucibacillaires mais très inflammatoires (méningite, pleurésie, ascite, péricardite, adénopathie volumineuse )

## ▶ Ponctions évacuation : séreuses, adénite, abcès

## ▶ Kinésithérapie : respiratoire, articulaire

## ▶ Chirurgie : à visée fonctionnelle ou esthétique

- Abscesses froids, adénopathies persistantes après traitement complet, tuberculose ostéo-articulaire, urogénitale
- Exceptionnellement : exérèse chirurgicale d'une TBK MDR localisée

# Conclusion

- ▶ Les TEP:
    - Fréquence et polymorphisme.
    - Problèmes difficiles de diagnostic et de suivi
    - Problème d'accessibilité aux outils diagnostiques.
    - Nécessité de prise en charge multidisciplinaire
    - Nécessité de standardiser la prise en charge
- 