

Miliaire tuberculeuse

Présenté par
DR GUENDOUZ AHMED YACINE

Définition

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

Physiopathologie

- Agent causal : *M. tuberculosis*
- Peut faire suite à :
- **Primo-infection :**
 - S'observe surtout chez le sujet jeune (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
- **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 caséux pré-existant (effraction vasculaire)
 - *Bronchogène* : soit ouverture d'une caverne ou fistulisation d'un ganglion, habituellement unilatérale voir localisée
 - *Lymphatique* : très rare
- Facteurs favorisant : surmenage, sous-alimentation, déficit immunitaire, puberté, grossesse, BCG-, éthyisme chronique, diabète, maladie anergisante, toxicomanie, précarité

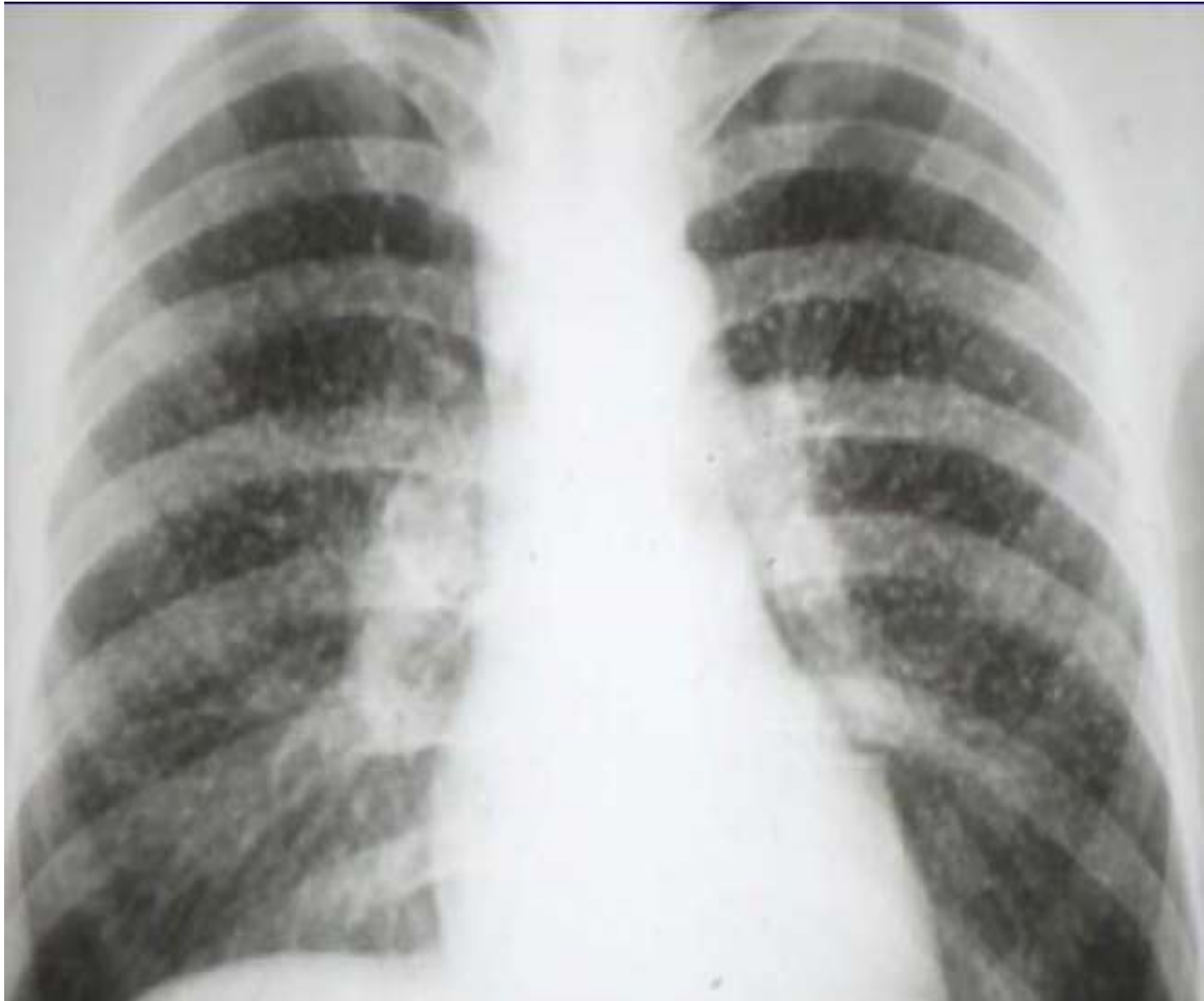
Clinique

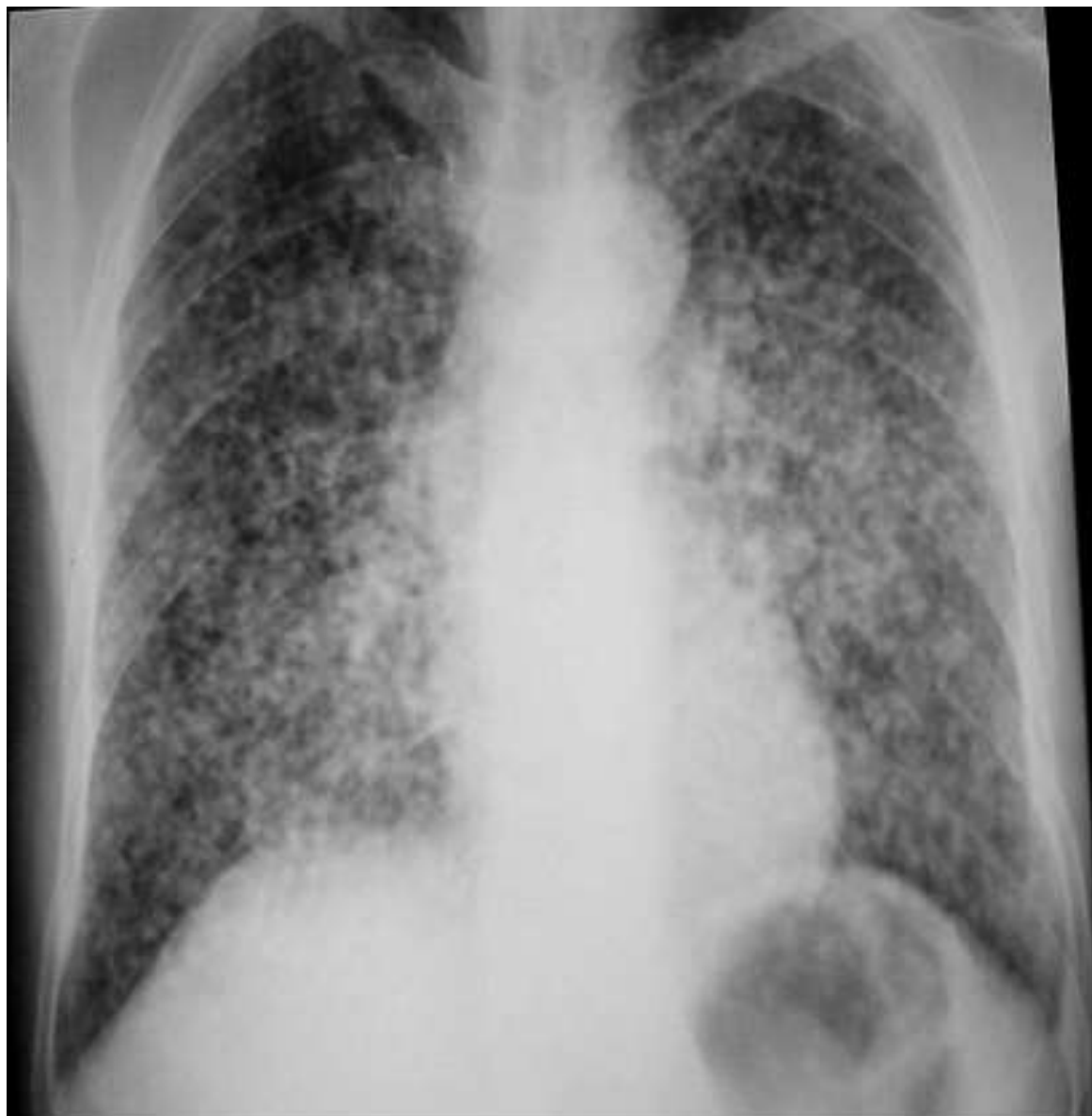
- **TDD : miliaire pulmonaire hémotogène**
- **Interrogatoire :** éléments de présomption
 - Absence de BCG
 - ATCD de tuberculose pulmonaire, osseuse, uro-génitale
 - Terrain favorisant
 - Notion de contagé
- **Signes généraux :**
 - Tableau le plus souvent aigu, parfois chronique et frustré (asthénie, amaigrissement, céphalées, fièvre)
 - Parfois atypique : nausée, diarrhée, fièvre
 - Parfois aussi : état sépticémique (prédominance des signes infectieux : frissons, sueurs, fièvre oscillante, collapsus)
- **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)

- **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)

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





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
- **1. Confirmation**
- **IDR à la tuberculine :**
 - Souvent négative chez l'adulte, ou faiblement positive
 - Valeur si notion de virage
- **Bactériologie :**
 - Examen directe, souvent négative
 - Culture (permet de réaliser des tests de sensibilité dans un second temps)
- **Bilan biologique :**
 - FNS souvent normale, ou hyperleucocytose avec polynucléose
 - VS accélérée
 - Hémocultures souvent négative
 - Bilan rénal et hépatique (recherche de signes d'atteinte)
- **Autres :** selon les signes d'appel, à la recherche d'autres atteintes qui ont une grande valeur diagnostic (permettent de compléter la recherche bactériologique)

- **2. Dissémination**

- Intérêt : diagnostic, pronostic et évolutif (certaines localisations nécessitant une surveillance particulière) \Rightarrow examens systématiques
- **Dissémination choroïdienne et méningée :**
 - Fond d'œil (tubercules de Bochet : taches blanchâtres)
 - Ponction lombaire (hyper-albuminorachie, hypo-glycorachie, hypo-chlorémie)
- **Atteinte des séreuses :**
 - Examen clinique, radio, ECG
- **Atteinte rénale :**
 - Recherche répétée de BK dans les urines (direct + culture)
- **Atteinte génitale, ostéo-articulaire, laryngo-pharyngée :**
 - Examen clinique, examen ORL

Diagnostic différentiel

- **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
- **Miliaire aiguë :**
 - Miliaire infectieuse :
 - Pyogènes : staphylocoque, brucellose, mycoplasme
 - Virus : grippe (macro-nodules à la radio, nettoyage rapide)
 - Champignons et parasites
 - Lymphangites carcinomateuses et hémopathies
 - Maladies générales non cancéreuses : sarcoïdose dans certaines formes aiguës fébriles, connectivites (surtout LES et PAN)
 - Pneumopathie d'hypersensibilité
- **Miliaire sub-aiguë ou chronique :**
 - Pneumoconioses : Silicose -Bérylliose
 - Sarcoïdose : micro-nodules bilatéraux, prédominant aux sommets, avec adénopathies hilaires et médiastinales
 - Maladies de système : sclérodermie, histiocytose
 - Miliaire cardiaque : insuffisance ventriculaire gauche, aspect floconneux, bilatéral, symétrique, hillifuge
 - Miliaire post-hémoptoïque : traduisent une hémosidérose (fréquente dans le rétrécissement mitral hémoptoïque)

Traitement

- **Buts :** guérir, couper la chaîne de transmission, éviter les résistances
- **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
- **Indications :**
 - Hospitalisation
 - Antituberculeux dès la suspicion (sans attendre la confirmation bactériologique qui peut prendre plusieurs semaines)
 - Corticothérapie : formes suffocantes, atteinte pleurale, atteinte méningée
 - Dépistage de l'entourage toujours indiqué