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 <u>présomption</u> (cliniques, radiologiques, biologiques) après avoir éliminé une autre étiologie.
- Ou des éléments de <u>certitude</u>: 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 contage
- Signes généraux : sdr phtisiogène
- 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.

Les différentes localisations extra-pulmonaire de la tuberculose :

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....)

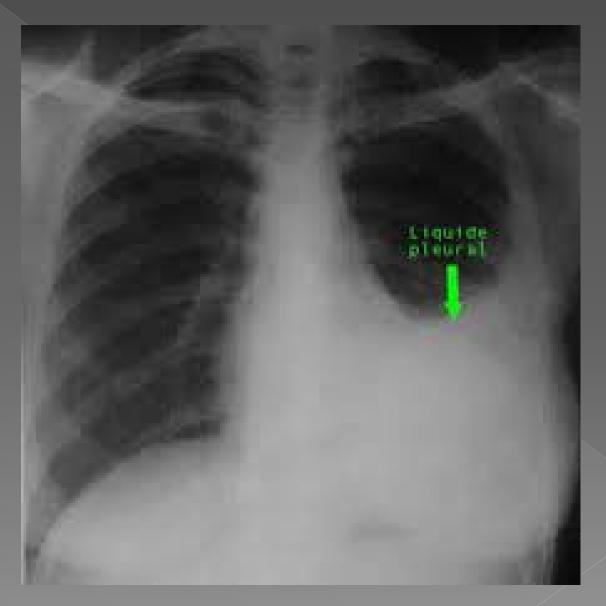
- Arguments de présomption : évolution clinique en 4 stades : crudité, ramollissement, fistulisation, chronicité
- Arguments de certitude :
- 1- Cytoponction ganglionnaire:
- Culture + dans plus de 50 % des cas
- Présence de pus caséeux
- 2. Biopsie ganglionnaire : follicule tuberculeux .



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 biospie péritonéale permet le dgc de certitude (laparotomie ou cœlioscopie)
 - => 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:

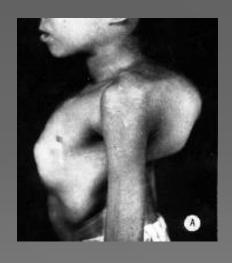




Fig 1 : IRM Mal de Pott.

4. TBC rénale :

- La tbc rénale est pauci bacillaire
- Éléments de présomption cliniques: hématurie, pyurie, signes de cystite
- Rx: UIV: dilatation des cavités pyélocalicielles, 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:

- Ochez l'homme est souvent associée à une tbc rénale systématiquement recherchée.
- Tableau d'orchiépidydimite ou d'hydrocèle.
- Chez la femme: grave car cause non négligeable de stérilité
- Tableau de pelvipéritonite, leucorrhée ou aménorrhée....
- Présomption : hystérosalpingographie et cœlioscopie
- Certitude : culture des secrétions 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 +++