

MILIAIRE TUBERCULEUSE

« MT »

ADILA.F

Service de pneumologie (Pr HAOUICHAT.H)

Hôpital central de l'armée

Destiné aux étudiants de 4ème année de médecine

Objectifs :

- 1) Savoir poser le diagnostic de miliaire d'origine tuberculeuse
- 2) Rechercher les autres localisations
- 3) Savoir traiter une miliaire tuberculeuse
- 4) Connaître les mesures de prévention

Plan

- I- Définition
- II- Intérêt de la question
- III - Rappel physiopathologique
- IV- Diagnostic positif
- V- Diagnostic différentiel
- VI- Evolution
- VII-Traitement et prévention
- VIII-Conclusion

I- Définition :

La miliaire tuberculeuse est une tuberculose disséminée qui atteint tous les organes et ne se limite pas aux poumons

MILIAIRE: terme radiologique : opacités micro-nodulaires, nodulaires disséminés au niveau des deux champs pulmonaires .

II- Intérêt de la question :

- Miliaire tuberculeuse : TBC aigue sévère pouvant mettre en jeu le pronostic vital .
- S'observe surtout chez l'enfant non vacciné
- **Urgence au traitement sans preuve bactériologique**
- Importance de la prévention +++++

III/ Rappel physiopathologique :

- la transmission est strictement inter humaine
- Source de contamination : tuberculeux « cracheur » de BK
- Parole; toux « 3500 de particules infectants ou gouttelettes » et éternuement « jusqu' a 1 million »
- Inhalation par voie aérienne des gouttelette muco salivaire (Pflugge) de petite taille contenant le BK
- Primo infection (PI) avec la formation du complexe primaire tuberculeux (chancre d'inoculation+ ADP satellite)
- Suite à l'inhalation massive de BK et /ou immunodéficience durant la phase anté allergique « de 03 à 12 semaines » : gravité de la PI avec un risque de la survenue de la **miliaire** et **méningo miliaire** tuberculeuse .

IV-Diagnostic positif :

A/ Tableau clinique :

Tableau le plus souvent aigu :le plus souvent chez l'enfant

A l'interrogatoire : -présence de notion de contage

- absence de vaccination BCG

SR : dyspnée '« forme hypoxémiante » avec tirage et cyanose

SG: Fièvre élevée , asthénie profonde

SER : troubles digestifs : nausées ; vomissements et diarrhée
céphalées

- **L'examen physique retrouve :**

- _ le plus souvent un examen pleuro-pulmonaire pauvre ou un syndrome d'EPL

- Une hépatomégalie, splénomégalie et un syndrome méningé :Raideur de la nuque et convulsions .

B/Radiographie thoracique standard :

Micronodules de 1 à2 mm de diamètre tous de la même taille régulièrement répartis sur les deux plages pulmonaires de façon symétrique (aspect de grains de mil)

C/Autres examens complémentaires :

IDR à la tuberculine

Recherche de BK dans les crachats ou tubage gastrique : examen direct et culture

(forme pauci bacillaire)

D/ Bilan systématique : A la recherche des autres localisations :

- 1) FO : Lésions caractéristiques : tubercules de BOUCHUT /:
taches blanchâtres de 1 à 3 mm de diamètre, arrondies
légèrement en relief plus ou moins œdème papillaire : CI de la
ponction lombaire
- 2) PL : examen du LCR : faite même en absence de syndrome
méningé évident

Si méningite tuberculeuse :

Le liquide sera clair , riche en albumine > 1g/l
Hyperalbuminorachie .

Riche en lymphocytes : 30 à 300 éléments

Recherche de BK à l' examen direct et en culture

- 3) Recherche de BK dans les urines : examen direct et culture

- 4) Si autres localisations évidentes : pleurale EPL à la
radiographie (nécessitant une ponction biopsie pleural avec
preuve ana-path)

V- Diagnostic différentiel :

- Devant une miliaire fébrile :
 - _ virale
 - _ staphylococcique
 - _ carcinomateuse
- Devant une méningite à liquide clair :
 - _ Bactérienne décapitée
 - _ Virale
 - _ Méningite cryptococcique : sujet VIH

VI- Evolution :

Défavorable : en absence de traitement spécifique précoce , le pronostic vital est mis en jeu :

- immédiat : décès
- tardivement : risque de séquelles méningées

Favorable : si trt adéquat non retardé

VII/ Traitement : urgence ++++

- 1) Buts :**
- Sauver le malade
 - Stériliser tous les foyers infectieux
 - Eviter les séquelles

2) Moyens :

- Mesures de réanimation spécifique :
 - oxygénothérapie à fort débit 3-6 l/mn
 - position demi-assise de sécurité
 - voies d'abord
- TRT antituberculeux : même en absence de preuves bactériologiques: 2RHZE/4RH
- corticothérapie à 0,5 mg/kg/j pendant 4semaines à dose dégressive

3) Indications :

F. Asphyxiante : O₂ thérapie

TRT antituberculeux

TRT corticoïde

F simple : TRT antituberculeux seul

4) Surveillance :

Clinique : - dyspnée et constantes vitales

- T° , TA , FC , FR et la SAO₂

Signes d'intolérance : effets secondaires

VII- Prévention :

Vaccination BCG / VACCIN bactérien vivant non virulent car atténué :

- Systématique à la naissance en Algérie
- PI artificielle
- Protection des formes graves
- Protection durable 7-10 ans

VIII- conclusion

- La miliaire tuberculose est une forme aigue de la tuberculose
- Souvent associée à une localisation méningée qu'on doit rechercher systématiquement
- C'est une urgence diagnostique et thérapeutique
- La recherche de BK est souvent négative et ne doit en aucun cas retarder le TRT
- Le traitement est basé sur les anti tuberculeux avec l'O2 et la corticothérapie dans les formes hypoxémiantes
- La vaccination par le BCG est le meilleur moyen de prévention