

La MILIAIRE TUBERCULEUSE : ETUDE DE 7 CAS

Service de pneumologie, Hôpital Régional de Gabès
* Service des Maladies Infectieuses, Hôpital Régional de Gabès

INTRODUCTION

La miliaire tuberculeuse (MT) est une forme particulière de la tuberculose, potentiellement grave et relativement rare. Cette forme est due à une dissémination le plus souvent hématogène du bacille tuberculeux, dans l'ensemble des viscères de l'organisme. Autrefois mortelle, le pronostic de la MT a été transformé par la chimiothérapie antituberculeuse.

PATIENTS

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 7 patients hospitalisés au service de pneumologie de l'hôpital Mohamed Ben Sassi Gabès entre 2010 et 2015 pour miliaire tuberculeuse.

➤ Caractéristiques épidémiologiques:

- 7 femmes, âge moyen de 39,2 ans (16 – 78 ans).
- Pas de contagion tuberculeuse chez toutes ces patientes.
- Immunodépression notée dans 4 cas : traitement corticoïde au long cours (2 cas), maladie cœliaque (2 cas).

➤ Clinique:

- peu spécifique
- fièvre et altération de l'état général: signes constants
- Signes respiratoires: toux(4cas), dyspnée(1cas)
- Délai moyen de consultation est de 5 semaines.
- Examen pleuro-pulmonaire: normal(4 cas), râles crépitants(2 cas), polypnée(1cas), signes d'insuffisance respiratoire aiguë(aucun cas)
- Signes extra-thoraciques: céphalées(1 cas), hémiparésie(1 cas), confusion(1 cas)

➤ La radiographie et la TDM thoracique: aspect classique de la miliaire dans tous les cas. Une pleurésie est associée dans un cas.

➤ Bilan de dissémination comportant la TDM cérébrale, l'échographie abdominale et la RBK dans les urines, fait chez tous les patients. La ponction lombaire est faite chez 1 patiente.
➤ Sérologie HIV faite chez 4 patientes, s'est révélée négative.

➤ Le diagnostic a été retenu sur un faisceau d'arguments dans 3 cas. La recherche de BK dans les crachats n'est positive que dans 2 cas, RBK dans les urines positive dans 1 cas. L'histologie de la biopsie pleurale a permis de confirmer le diagnostic dans un cas.

➤ Localisation extra-thoracique est retrouvée chez 4 patientes

- Cérébro-méningée: localisation la plus fréquente, sous forme de tuberculomes cérébraux (4 cas), associés à une méningite lymphocytaire(1 cas),
- Atteinte vertébrale(1 cas): spondylodiscite cervicale
- Localisation urinaire(1 cas)
- Atteinte hématologique(3 cas)
- Atteinte hépatique(1 cas): perturbation du bilan hépatique avec HSMG

➤ **Traitement:** TT antituberculeux quadruple(forme combinée HRZE) pendant 2 mois suivie d'une bi thérapie(HR)

Durée du traitement: 6 mois pour les formes de miliaire isolée plus prolongée de 12 à 24 mois selon la localisation extra-thoracique associée et l'évolution.

Intolérance au traitement dans 2 cas

Corticothérapie générale prescrite dans 3 cas du fait de la localisation cérébro-méningée

➤ Evolution :

- favorable dans 4 cas: amélioration clinique, négativation de BK(1 cas), nettoyage radiologique complet(3 cas), incomplet avec séquelles minimales(1 cas).
- non favorable dans 2 cas: extension de l'atteinte cérébrale(1 cas), décès survenu suite à une ischémie du MI (1 cas).
- 1 patiente perdue de vue(originaire de Lybie)

N°	Age/ sexe	terrain	Fièvre + AEG	Dyspnée	toux	RBK dans les crachats	RBK dans les urines	Localisation extrapulmonaire	traitement	Durée TT (mois)	Evolution
1	60/F	thrombopénie périphérique sous corticoïdes	+	-	-	-	-	Méningite tuberculeuse+ tuberculomes cérébraux + Atteinte hémato	TT antituberculeux + corticothérapie	23 mois	Non favorable Décès
2	16/F (originaire de Lybie)	épilepsie	+	+	++	-	-	-	TT antituberculeux	-	Perdue de vue
3	36/F	Maladie cœliaque	+	-	+	-	-	Tuberculomes cérébraux + spondylodiscite cervicale	TT antituberculeux + corticothérapie	13 mois (tt en cours)	favorable
4	78/F	HTA	+	-	+	+	-	-	TT antituberculeux	1 mois(toxicité hépatique)	Décès(isché mie aiguë du MI)
5	25/F	-	+	-	++	+++	-	Tuberculomes cérébraux HSMG Anémie- thrompopenie	TT antituberculeux	12 mois	Favorable(T DM cérébrale de fin du tt nle)
6	38/F	DPM sous corticothérapie au long cours	+	-	-	-	-	-	TT antituberculeux(toxicité médicamenteuse ++)	6 mois	favorable
7	34/F	Maladie cœliaque	+	-	-	-	+	Tuberculomes cérébraux(hémiparésie gauche) + tuberculose urinaire	TT antituberculeux + corticothérapie	21 mois	favorable(hémiparésie et images de calcifications séquellaires)

La MILIAIRE TUBERCULEUSE : ETUDE DE 7 CAS

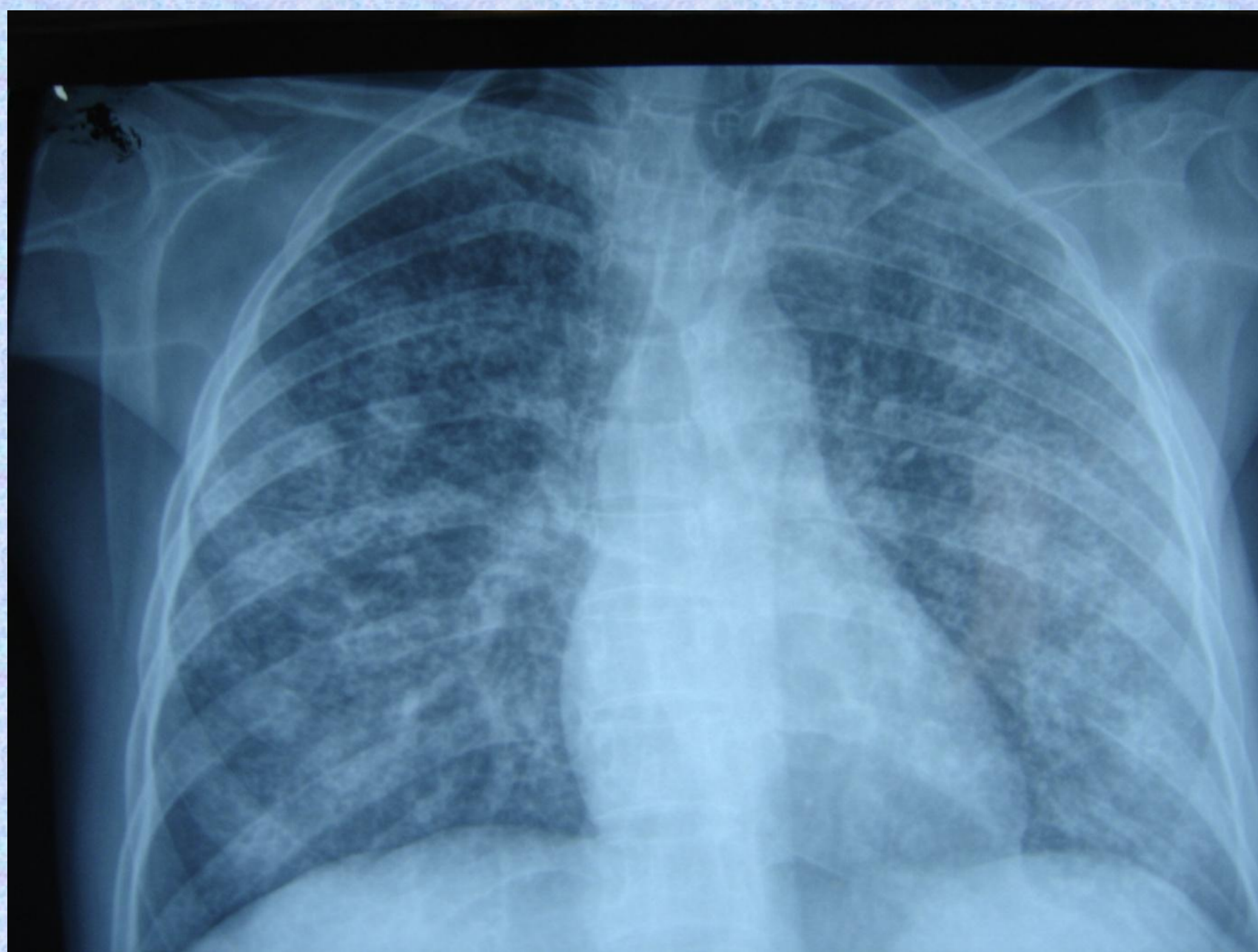


Figure 2: RX et TDM thorax(cas n °2)
Opacités micronodulaires en grains de mil diffuses bilatérales

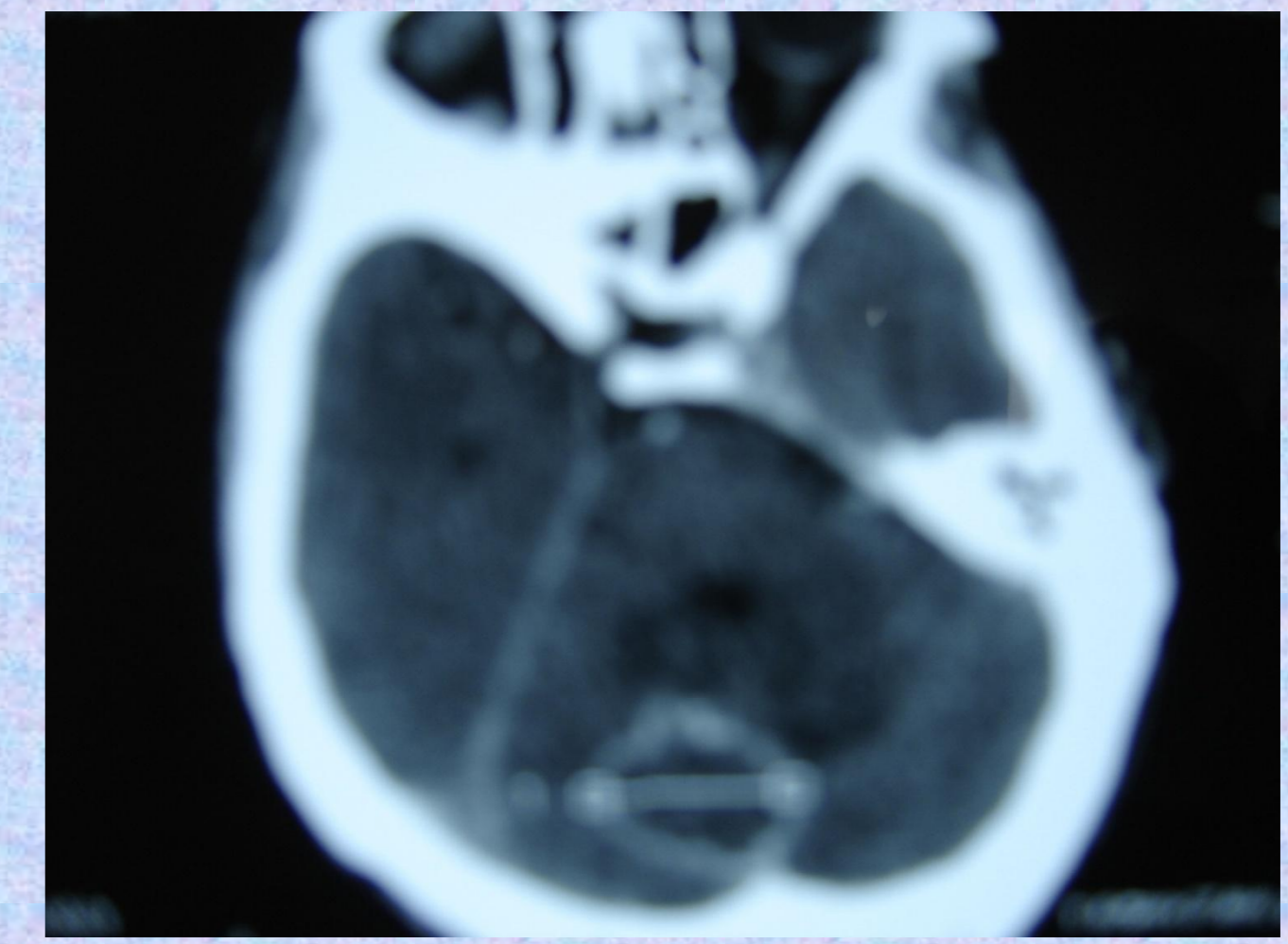
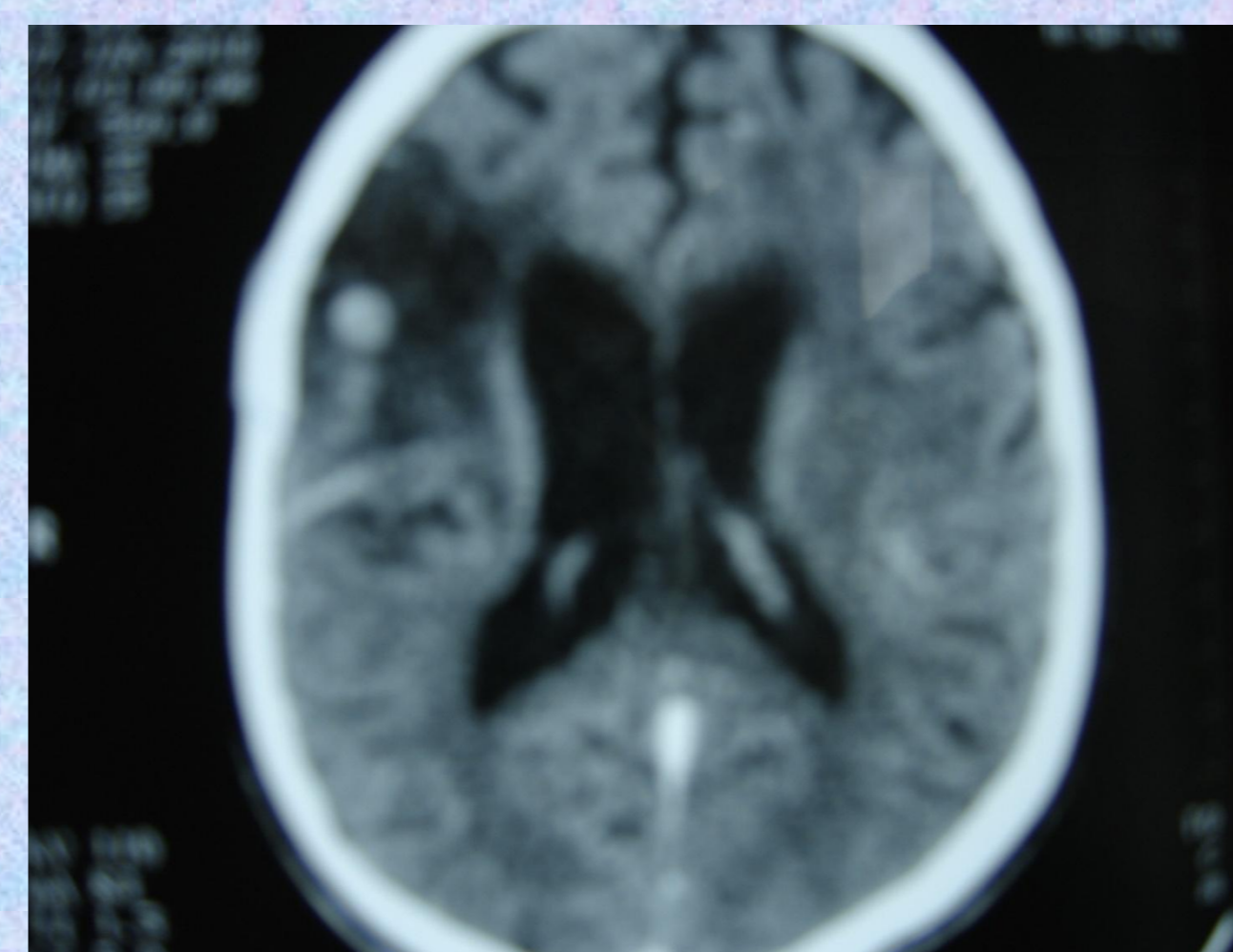
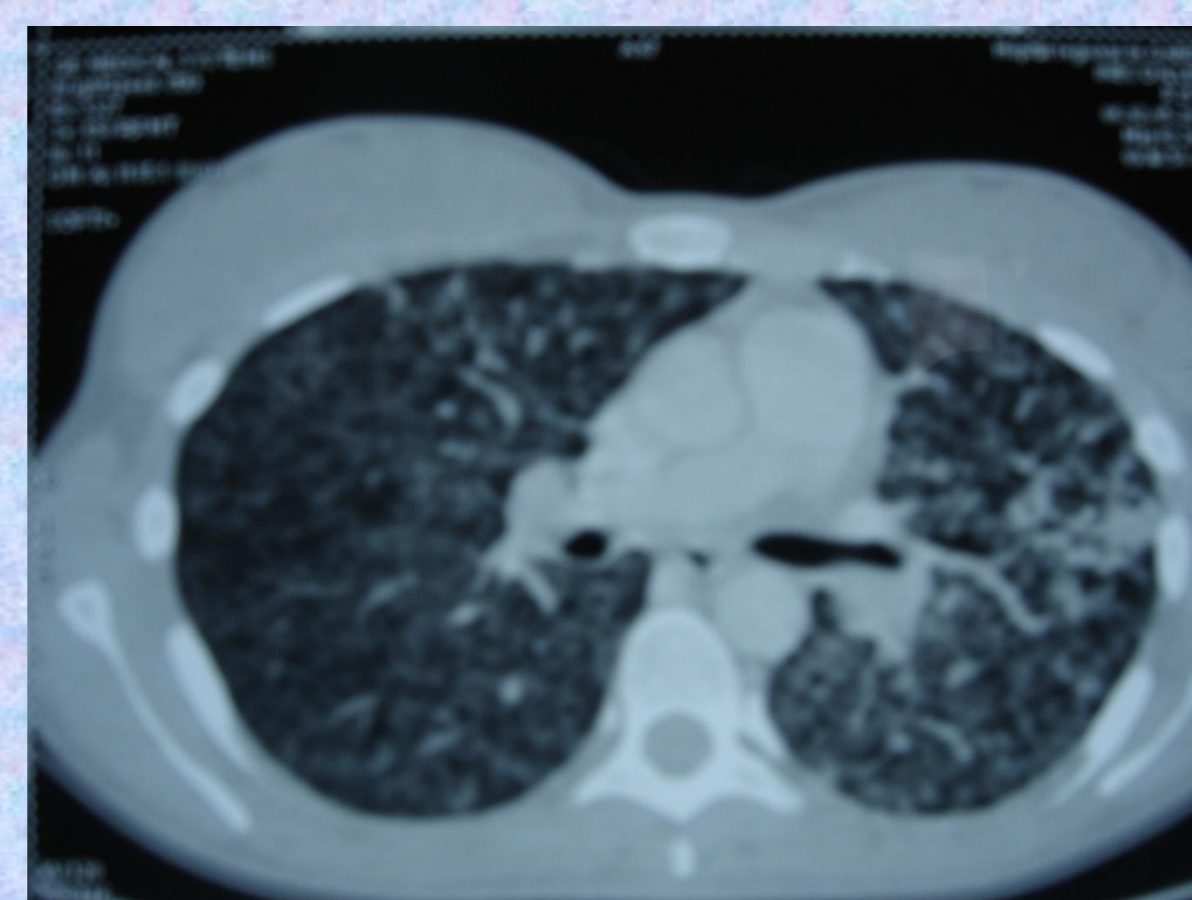
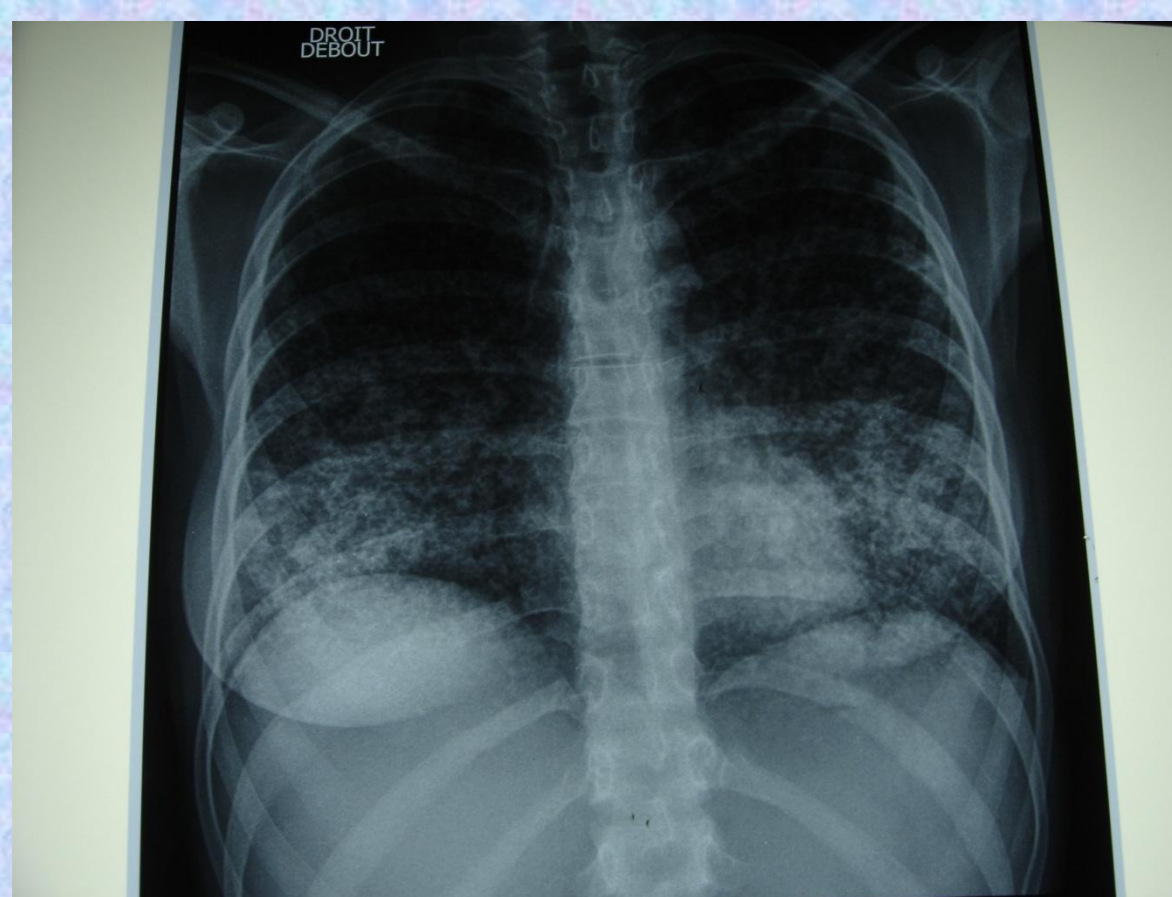


Figure 1: RX et TDM thorax(cas n° 5)

Figure 3 : TDM cérébrale : tuberculomes cérébraux(cas n °2 et 3)

- La MT est une affection relativement peu fréquente, représentant moins de 2 % des tuberculoses et environ 10 % des tuberculoses extra-pulmonaires.
- Elle atteint de plus en plus l'adulte jeune. Dans notre étude la fourchette d'âge est de 16 à 78 ans et un âge moyen de 37,5ans. Dans la littérature, la prédominance masculine est classique. Dans notre étude, une prédominance féminine est plutôt notée.
- La notion de contagement tuberculeux doit être recherchée de façon systématique dans l'entourage du malade, elle varierait selon les auteurs de 15 à 35 %. Le contagement tuberculeux n'a été trouvé chez aucun de nos patients.
- Les facteurs favorisant sont les états d'immunodépression habituels à toute tuberculose.
- Le tableau clinique est généralement trompeur et non spécifique, dominé par des signes généraux et à un degré moindre des symptômes respiratoires. L'installation est le plus souvent progressive.
- La radiographie thoracique est l'élément fondamental du diagnostic de la miliaire. L'aspect classique de la miliaire est défini par la présence d'opacités micronodulaires punctiformes de la taille d'un « grain de mil » (1 à 2mm) arrondies et bien limitées, peu denses, disséminées uniformément dans les deux champs pulmonaires. D'autres aspects de miliaire atypique peuvent être retrouvés (nodules ou macronodules de diamètre supérieur à 3mm). Rarement, la MT peut être muette radiologiquement.
- La MT peut s'associer à d'autres anomalies radiologiques à type d'images cavitaires, de foyers de condensation parenchymateuse, d'atteintes pleurales, d'adénopathies médiastinales.
- La TDM thoracique permet de préciser mieux le type de l'atteinte interstitielle et de déterminer la nature de la dissémination bronchogène ou hématogène.
- Devant une tuberculose miliaire, un bilan de dissémination doit être systématiquement réalisé à la recherche d'autres localisations(cérébro-méningée, hépatique, urinaire, ostéoarticulaire, ganglionnaire, médullaire..). L'atteinte cérébro-méningée est fréquemment rapportée(dans 57% des cas dans notre travail). Cette localisation est particulière du fait de sa morbidité et de sa mortalité, de présentation clinique peu spécifique. L'atteinte cérébrale se manifeste plus souvent sous forme de tuberculomes cérébraux que de miliaire cérébrale.
- Aussi, si généralement le diagnostic formel de la tuberculose requiert la démonstration de la présence soit à l'examen direct, soit à la culture de tissus ou sécrétion, le diagnostic de la miliaire est le plus souvent radio-clinique, ceci du fait de la rareté de la positivité des bacilloscopiques et de l'urgence thérapeutique.
- Dans notre série, le diagnostic de certitude de l'infection tuberculeuse a été posé dans 57% des cas par l'isolement des BK à l'examen direct des crachats (2 cas), isolement de BK dans les urines(1cas) et par la biopsie pleurale(1 cas).
- le traitement se base sur la chimiothérapie antituberculeuse, la corticothérapie est prescrite en cas d'insuffisance respiratoire aiguë ou de localisation cérébro-méningée avec signes de localisation.
- son pronostic est fonction de la précocité du diagnostic et du traitement.

La miliaire tuberculeuse est une forme aiguë grave qui engage le pronostic vital. Son diagnostic reste difficile; ce dernier est le plus souvent radioclinique, du fait de la rareté de la positivité de la bacilloscopie et compte tenu de l'urgence thérapeutique. Son pronostic est fonction de la précocité du diagnostic et du traitement