**LA TUBERCULOSE MILIAIRE**

I- **DEFINITION** :

La tuberculose miliaire "T.M" est la diffusion à tout l'organisme –surtout le poumon- d'éléments nodulaires de très petite taille d'origine tuberculeuse.

II- **ETIOLOGIE** :

􀂙 Chez l'enfant, la T.M est intimement liée à la PIT.

􀂙 Chez l'adolescent et l'adulte jeune, soit elle suit la PIT, soit accompagne ou suit une tuberculose extra-pulmonaire ou pleuro-pulmonaire.

􀂙 Chez l'adulte, la T.M est d'apparence primitive mais succède toujours à un foyer discret méconnu.

III- **PATHOGENIE** :

􀂙 La dissémination hématogène à partir d'un foyer caséeux.

􀂙 L'ensemencement bronchogène qui est généralement unilatéral voire même localisé.

IV- **ANATOMIE-PATHOLOGIQUE** :

Tous les viscères peuvent être touchés, méninges, rétine, cerveau, fois, rate, reins, tube digestif et moelle osseuse.

L'atteinte pleuro-pulmonaire est rigoureusement constante.

A- **La miliaire aiguë**:

1- **La miliaire aiguë générale**:

a- **Forme typhoïde d'*Empis***:

􀂙 **Le début** est brutal ou souvent insidieux avec fièvre, asthénie, amaigrissement et céphalées.

􀂙 **La phase d'état** est atteinte au bout d'une ou 2 semaines réalisant un tableau complet simulant une fièvre typhoïde avec:

• Asthénie.

• Agitation (sans délire.)

• Céphalées.

• Fièvre en plateau à 39-40°c.

• Troubles digestifs.

• Hépatomégalie et splénomégalie discrète.

* Cependant, la courbe de la température est assez irrégulière, le pouls n'est pas dissocié, pas de taches rosées ni de tuphos, langue est propre et humide

Il s'y associe des signes pulmonaires discrets:

• Dyspnée.

• Toux sèche et quinteuse.

• Cyanose discrète au niveau des lèvres et des extrémités.

• Râles diffus

b- **Forme pyohémique de Bard**:

 Altération de l'état général avec une température oscillante.

c- **Forme de type embarras gastrique fébrile**:

Le début est marqué par des troubles digestifs et l'évolution se fait rapidement vers le syndrome asphyxique ou méningé.

2- **La miliaire aiguë localisée**:

a- **Les formes pulmonaires**:

􀀹 Les formes suffocantes.

􀀹 Les formes catarrhales.

􀀹 Les formes hémoptoïques.

b- **Les formes séreuses**:

􀀹 Pleurales.

􀀹 Méningées.

􀀹 Péricardiques.

􀀹 Péritonéales.

c- **Autres**:

􀀹 Ostéo-articulaire.

􀀹 Polyganglionnaire.

􀀹 Laryngo-pharyngée.

􀀹 Hématologique (syndrome hémorragique, anémique et leucopénique.)

B- **La miliaire subaiguë**:

 son évolution est discrète avec des signes fonctionnels mineurs et une atteinte modérée de l'état général.

VI- **DIAGNOSTIC PARACLINIQUE** :

A- **La radiologie**:

1. **Les images typiques**:

 Un ensemble de grains punctiformes disséminés régulièrement dans les 2 champs pulmonaires réalisent des opacités peu denses, à contours nets et égales entre elles.

1. **Les images moins typiques**:

nodules inégaux entre eux, confluant, irrégulièrement répartis et associés à une image réticulaire.

B- **L'IDR à la Tuberculine :**

Souvent positifs chez l’enfant, ayant d'autant plus de valeur que l'on a la notion d'une négativité antérieure, souvent faiblement positive, ou négative chez l’adulte. peut être négative si maladie anergisante sous-jacente

C- **Le bilan de diffusion miliaire**:

1. **Fond d'oeil**:

Recherche les tubercules de *Bouchut*, ce sont des nodules choroïdiens traduisant la très forte

probabilité de l'atteinte méningée.

2- **L'uroculture**.

3- **La myéloculture**.

4- **Examen ORL**.

5- **Examen du pus ganglionnaire**.

6- **Biopsie de l'endomètre**.

7- **Ponction – biopsie du foie**.

8- **Ponction lombaire**.

VII- **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL** :

A- **Avant les radios**: Eliminer

􀂃 Fièvre typhoïde.

􀂃 Septicémies.

􀂃 Hémopathies malignes.

􀂃 Mononucléose infectieuse.

􀂃 Brucellose.

B- **Après les radios**: Eliminer

**\* Les miliaires chaudes :**

􀂃 les viroses

􀂃lymphangite carcinomateuse

􀂃pneumopathies d’hypersensibilité

**\*Les miliaires froides :**

􀂃 Poumon cardiaque.

􀂃 Carcinome miliaire.

􀂃 Silicose.

􀂃 Sarcoïdose.

**VIII-Traitement :**

C’est une urgence thérapeutique, car atteint multi systémique grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital

**\* le traitement antituberculeux:**

Régime de 1 ere ligne catégorie I : 2RHZE/4RH

**•** II doit être commencé le plus tôt possible, dès les prélèvements faits, et sans attendre les résultats car la précocité du traitement étant un facteur essentiel du pronostic.

• II doit être institué en milieu hospitalier.

• II doit être poursuivi pendant 6 mois de façon ininterrompue.

**\* La corticothérapie:**

(0,5 mg/kg/jour) pendant 3- 6 semaines, elle est discutée

systématique pour certains, elle est formellement indiquée dans:

1. -les formes suffocantes.

2. -les formes avec atteinte pleurale.

3. -les formes avec atteinte méningée grave.

**IX- Prévention:**

* La vaccination par le B.C.G avec contrôle des réactions tuberculiniques.
* Le dépistage et le traitement systématique des primo-infections et de toutes les formes de tuberculose, avec isolement des sujets BK (+)

**X- Conclusion :**

1 - Toute miliaire fébrile est *a priori* tuberculeuse, et doit être traitée comme telle dès les prélèvements faits, jusqu'à preuve du contraire.

**2 -** Quelle que soit la forme clinique**,** c'est la radiographie thoracique qui fait le diagnostic de miliaire, d'où l'absolue nécessité d'une téchnique rigoureuse et d'une lecture au négatoscope .

**les clichés doivent être répétés au moindre doute, car les signes**

**radiologiques sont parfois en retard sur la clinique.**

3 - La recherche de localisations extra pulmonaires a un triple Intérêt :

**• diagnostique.**

**• pronostique.**

**• et évolutif.**

6 - L'enquête épidémiologique dans l'entourage, notamment enfants et adolescents chez lesquels la recherche d'une primo-infection systématique.

8- Le traitement antituberculeux doit être entrepris le plus tôt possible, dès les

prélèvements faits.

9 -la prévention est essentielle