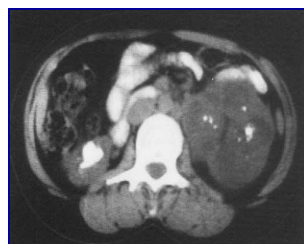
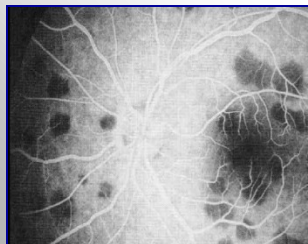
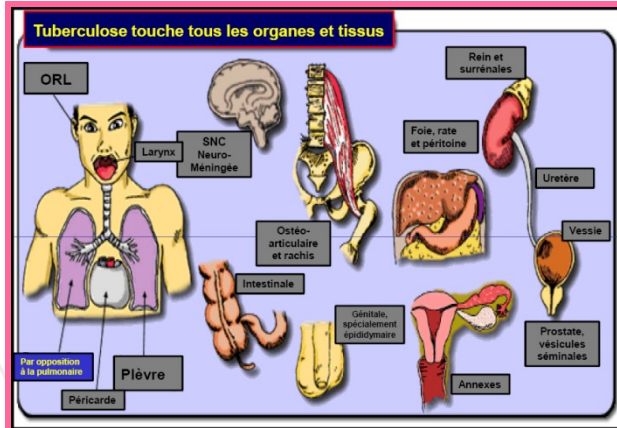
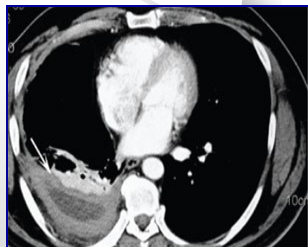
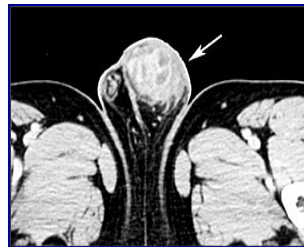
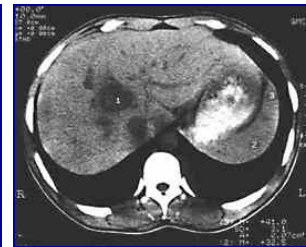
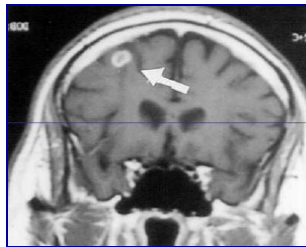
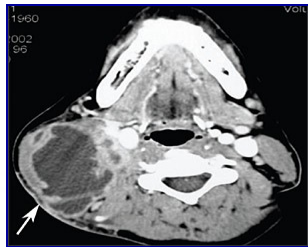


Les tuberculoses extra pulmonaires « TEP »

Professeur HADJADJ-AOUL

Faculté de Médecine de Tlemcen



INTRODUCTION

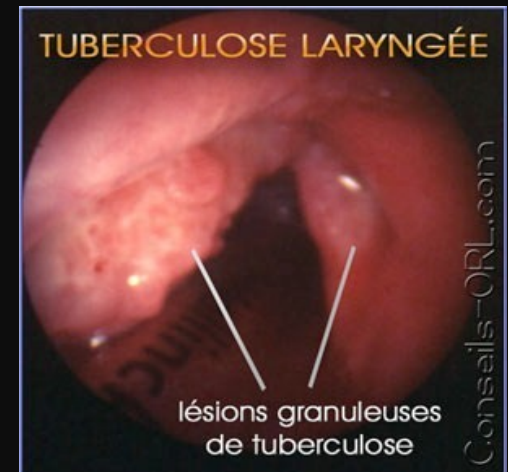
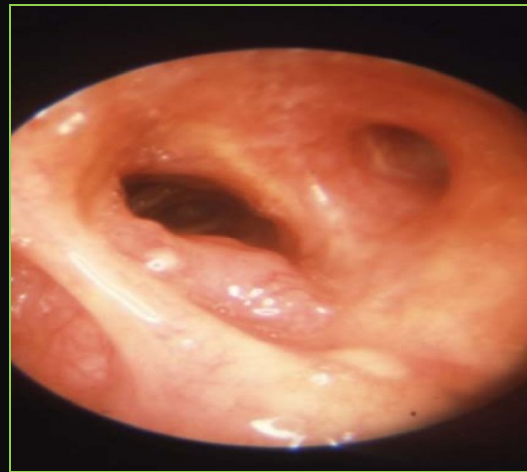
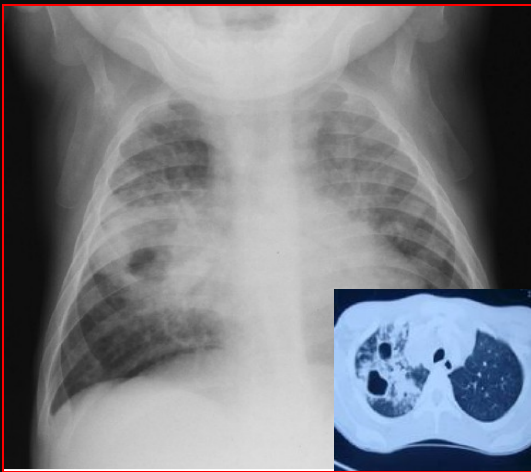
La tuberculose extra-pulmonaire (TEP) est une entité à part, se définit par l'atteinte des tissus et organes autres que les poumons par des mycobactéries du complexe tuberculosis.

Sont exclues :

Pulmonaire

Bronchique

Laryngée



EPIDEMIOLOGIE TUBERCULOSE EN ALGÉRIE



NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS 2016

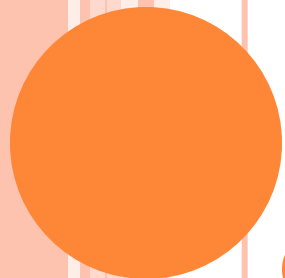
23379 CAS

**Tuberculose
pulmonaire**

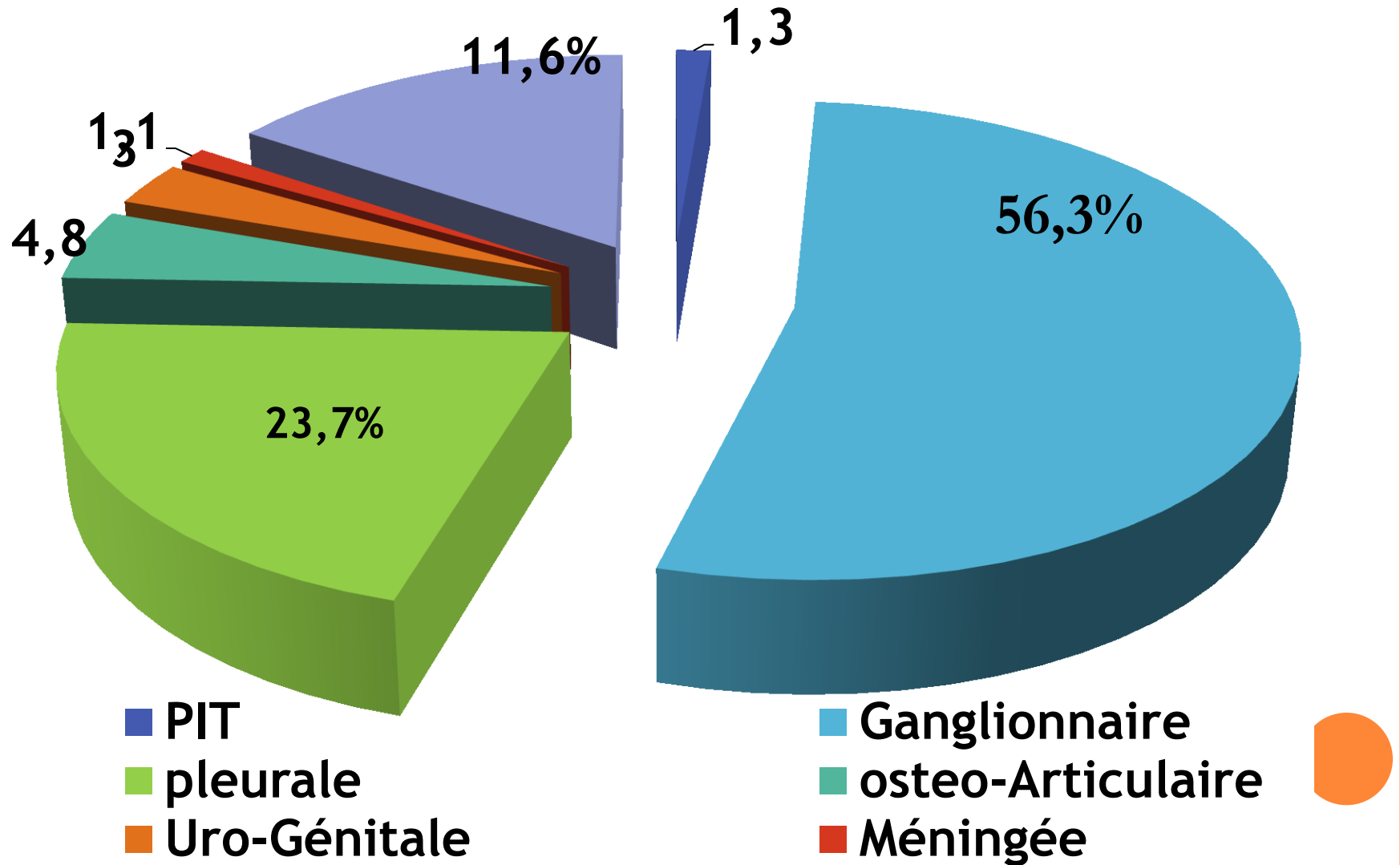
8197
35.1%

**Tuberculose Extra
Pulmonaire**

15174
64.9%



RÉPARTITION DES CAS DE TUBERCULOSE EXTRA PULMONAIRE

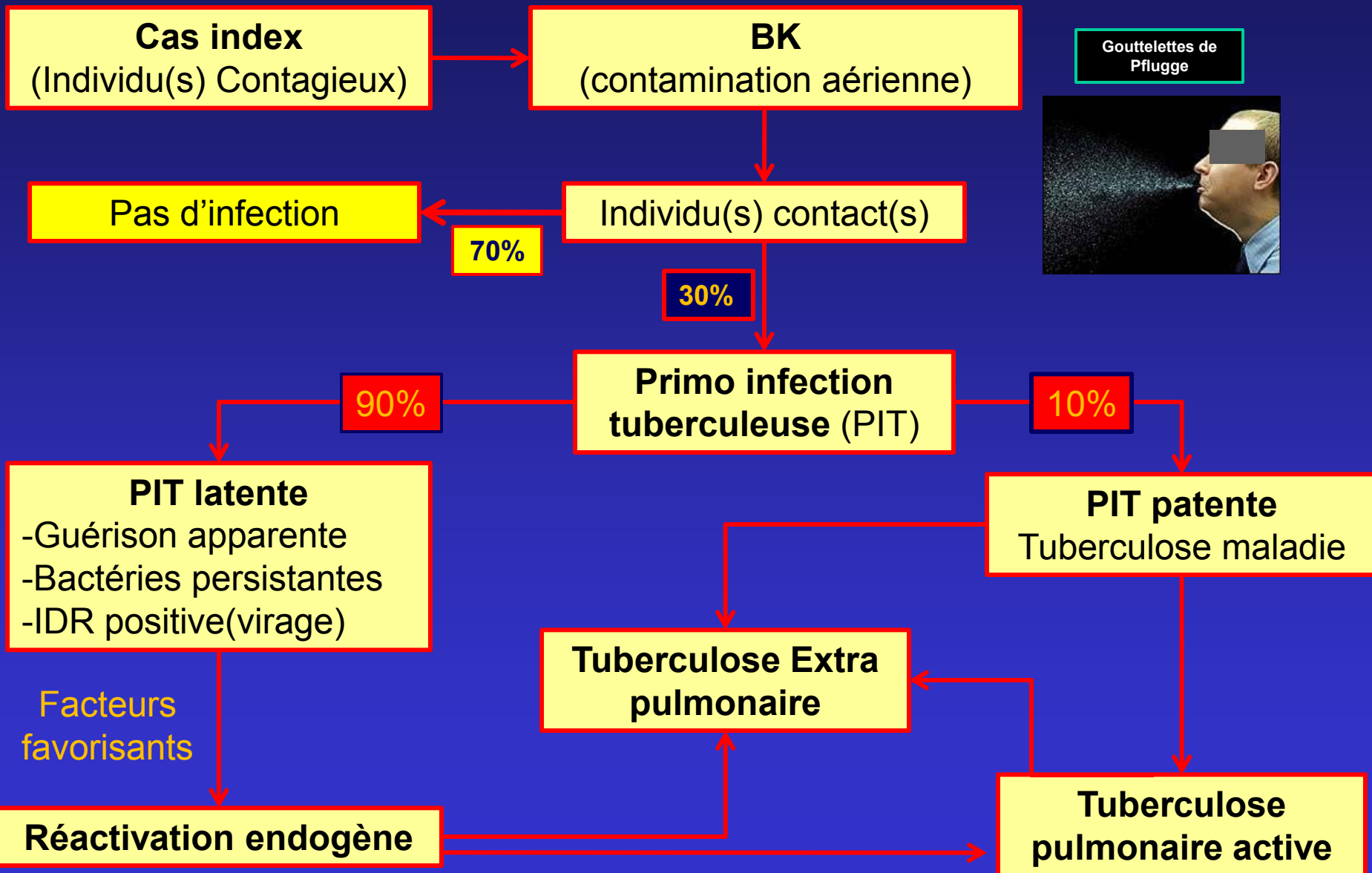


INCIDENCES EN 2016

- ✓ **Tuberculose toutes formes confondues :**
59.2 cas pour 100 000 Hab
- ✓ **Tuberculose pulmonaire à microscopie positive**
16.9 cas pour 100 000 Hab
- ✓ **Tuberculose extra Pulmonaire :**
38.4 cas pour 100 000 Hab



HISTOIRE NATURELLE DE LA TUBERCULOSE: INFECTION ↔ MALADIE



Caractéristiques des TEP

- *Possibilité d'atteinte de tous les organes.*
- *Contrairement aux tuberculoses pulmonaires, les TEP sont;*
 - *Pauci bacillaire(généralement)*
 - *Ne constituent pas une source de contamination.*
 - *40 à 50 % de toutes les formes de tuberculose.*

*Critères de diagnostic de certitude
en nombre de 03, un élément est suffisant*

- *Culture positive d'un prélèvement pathologique.*
- *Follicule caséux à l'examen anatomo-pathologique d'une pièce de biopsie*
- *Identification de pus caséux à l'examen cytologique d'un pus prélevé par ponction*

Critères de diagnostic de présomption

- ✓ *Tableau clinique (et éventuellement radiologique) compatible*
- ✓ *IDR t positive; une papule d'induration après 72h = ou > à 10mm ou 15 mm chez le vacciné*

Ces critères obligatoires doivent être associés à l'un des 3criteres suivants, au moins:

- *Liquide sero-fibrineux et lymphocytaire en cas de pleurésie ou d'ascite*
- *Lésions histologiques non caséuses après biopsie (folliculaires ou non)*

*Diagnostic
selon les
localisations*

La tuberculose ganglionnaire périphérique

- *La plus fréquente.*
- *Plus de 30 % des TEP.*
- *Localisation cervicale +++.*
- *Souvent unilatérale.*

Clinique

- *signes d'imprégnation.*
- *Adénopathies: petite taille, fermes, indolores.*
- *évolution:*
 - ✓ *augmentation de volume.*
 - ✓ *Fistulisation spontanée.*
 - ✓ *Cicatrice indélébile*

Para clinique

- *IDRt fortement positive.*
- *Syndrome inflammatoire biologique.*
- *Ponction ganglionnaire: cytologie + culture.*
- *Biopsie chirurgicale.*

Traitement

- *Chimiothérapie anti-tuberculeuse: 2RHZ \ 4RH.*
- *Corticothérapie : association possible: 0,5 mg \ kg: 3 a 6 semaines.*
- *Chirurgical: Adnp rebelle au trt médical.*

Tuberculose pleurale

- *2ème localisation par ordre de fréquence des TEP.*
- *Possible à tout âge.*
- *+ fréquente chez sujets + de 20 ans.*

Clinique

- *Forme aiguë: adulte: 2 \ 3 cas: fébricule, douleur thoracique, toux sèche, frottement pleural.*
- *Forme peu symptomatique: sujet âgé.*

Ponction pleurale

- *Aspect:*
 - ✓ *PSF: 90%.des cas.*
 - ✓ *Séro-hématique : 10%.des cas.*
- *Exsudat:*
 - *Protidopleurie > 40 g \ l.*
- *Cellularité: predominance lymphocytaire.*
- *Glycopleurie basse < 0.6 g \ l.*

Bactériologie+histologie

BK dans le liquide pleural:

✓ *(+) au direct <10%.*

✓ *(+) en culture:10à35%..*

● *La biopsie pleurale:*

(aiguille de castelain)

- *Examen de choix:*
- *histologie et culture.*
- *Les 2 examens combinés donnent le diagnostic dans 90% des cas*

thoracoscopie

- *Surtout éliminer une néoplasie*
- *Thoracoscopie: image en taches de bougie.*



Traitement

- *2 RHZ \ 4RH.*
- *Ponction évacuatrice.*
- *Kinésithérapie: précoce et longtemps poursuivie.*

Tuberculose rénale

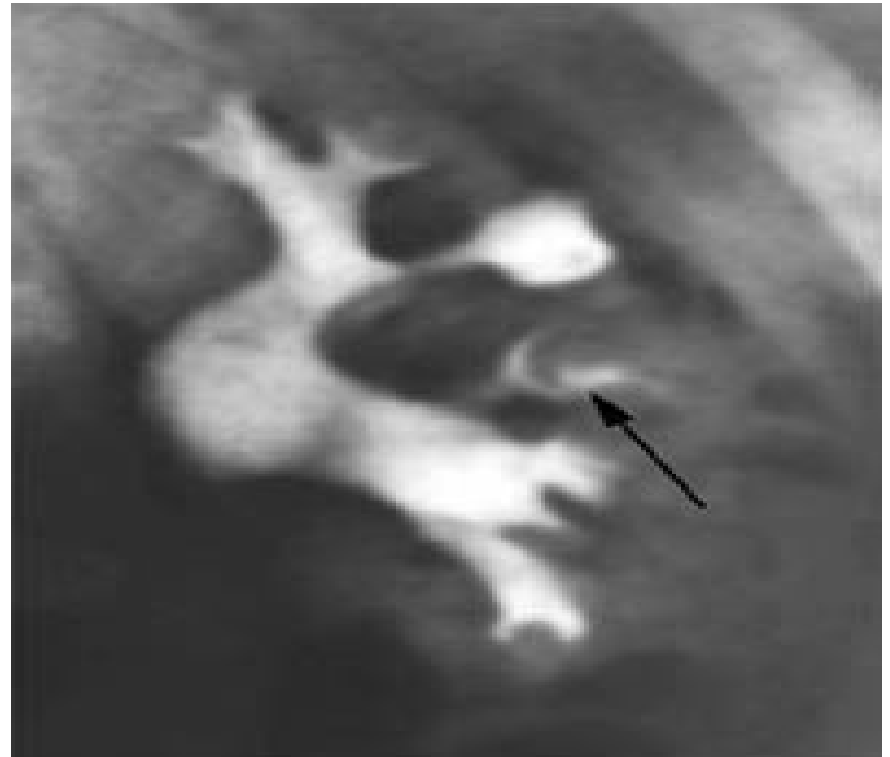
- ***Clinique*** : colique néphrétique; hématurie; pyurie amicrobienne.
- ***Arguments de certitude***:
 - *Examen des urines fraîchement émises. (localisation bascillifère).*
 - *Culture +++++*

Aspects radiologiques

- *Cavernes rénales*



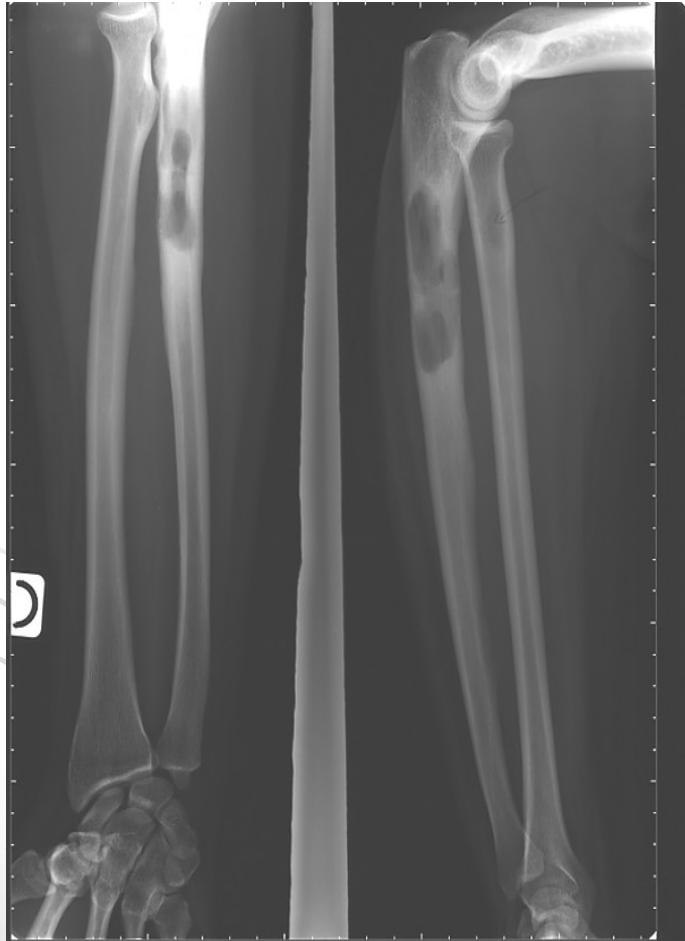
- *Ulcération latérale du fornix:*
- *Tbc au stade du début:*



Tuberculose ostéo-articulaire

- *10 à 15 % des TEP*
- *atteinte articulaire: douleur, limitation de l'amplitude articulaire, fièvre.*
- *Radio standard: -érosion métaphysaire, érosion sous corticale, pincement articulaire.*

Radiologie



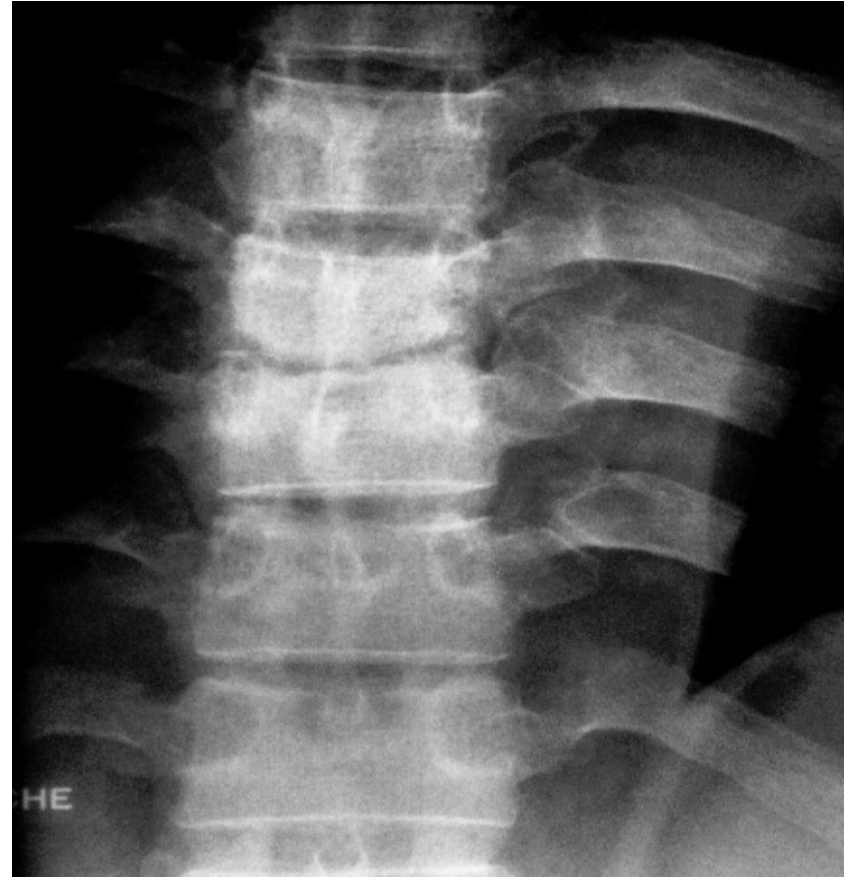
géodes

Tuberculose vertébrale(mal de Pott)

- ✓ *Atteinte par le bacille de Koch des structures ostéo-articulaire du rachis*
- ✓ *Physiopathologie*
 - *Lésions pauci bacillaires*
 - *Dissémination hémotogène*
- ✓ *3 formes:*
 - *Spondylodiscite tuberculeuse*
 - *Spondylite tuberculeuse*
 - *Atteinte de l'arc postérieur*

Spondylodiscite tuberculeuse

- *Atteinte du disque intervertébral et vertèbres adjacentes.*
- *Début: partie antérieure d'un corps vertébral .*
- *Atteinte secondaire discale.*



Tuberculose cutanée

- *Aspect dermatologique varié: selon le mode de contamination:*
- ✓ *Exogène: chancre.*
- ✓ *Endogène: scrofuloderme.*
- ✓ *Hématogène: gomme, lupus.*
- *Dg de certitude: biopsie cutanée.*
- *Traitement: 2RHZ \ 4RH.*

TBC cutanée: aspects



lupus tuberculeux



TB cutanée végétante



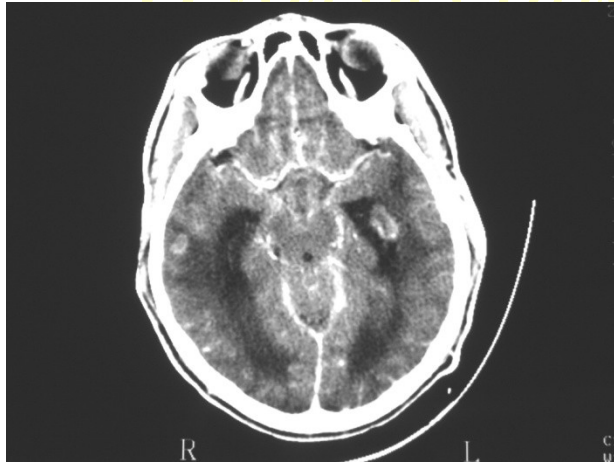
Écrouelles

Tuberculose neuro-méningée

- *Tuberculose méningée : 7 à 12 % des tuberculoses.*
- *Clinique: Méningite subaiguë lymphocytaire*
- *En fait: formes cliniques très variées +++*
- *Gravité liée à la présentation et au retard de la prise en charge : principaux facteurs de risque de mortalité et de séquelles.*
- *Notion de contagé dans les mois précédents : 70 à 90 %*
- *Symptômes non spécifiques:*
 - *Céphalées : 55 – 90 %*
 - *Vomissements : 25 %*
 - *Fièvre : 65 %*
 - *15 % des patients : aucun syndrome*

Diagnostic: TDM – IRM

*Pachyméningite; Accidents vasculaires
Hydrocéphalie; Tuberculomes*



Autes TEP plus rares

- *Voies aériennes.(laryngée: basciligère).*
- *Digestives supérieures.*
- *Œil.*
- *Oreille interne.*
- *Rate.*
- *Sein.*
- *Thyroïde.*
- *Surrénale.(cause fréquente d'insuffisance surrénalienne chronique.)*
- ❑ *Investigations en milieu spécialisé.*

Conclusion

● Les TEP:

- *Fréquence et polymorphisme clinique.*
- *Problèmes difficiles de diagnostic (sur ou sous estimation) et de suivi:.*
- *Problème d'accessibilité aux outils diagnostiques.*
- *Nécessité de prise en charge multidisciplinaire:(pneumophtisiologue, médecin de l'organe atteint et l'anatomopathologiste)*
- *Nécessité de standardiser la prise en charge.*