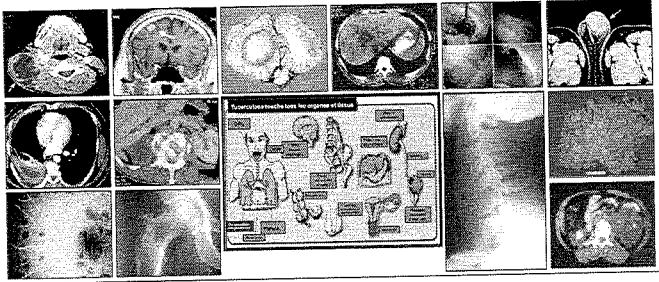


Les tuberculoses extra pulmonaires « TEP »

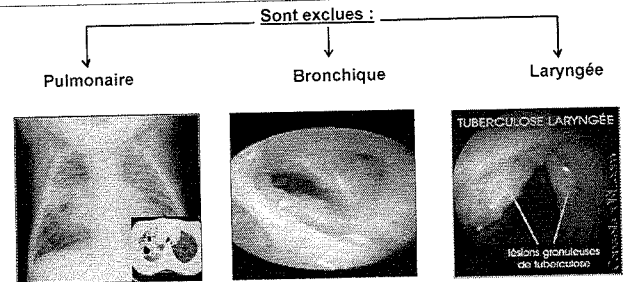
Professeur HADJADJ-AOUL

Faculté de Médecine de Tlemcen

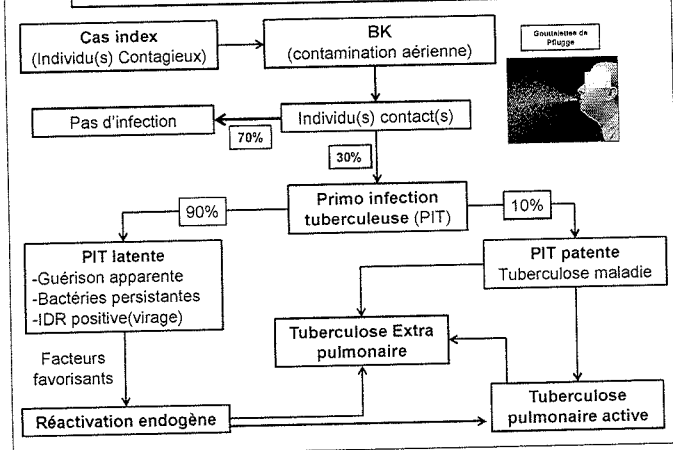


INTRODUCTION

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 tuberculosus.



HISTOIRE NATURELLE DE LA TUBERCULOSE: INFECTION ↔ MALADIE



Caractéristiques des TEP

- Possibilité d'atteinte de tous les organes.
- Localisations les plus fréquentes: ganglionnaires périphériques, pleurales, ostéo-articulaires, rénales.
- Localisations rares: méningée, péritonéales, péricardiques, génitales.
- Localisations plus rares: œil, oreille interne, rate, sein, thyroïde, surrénale, tuberculome cérébral et de la moelle épinière
- 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

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

- Liquide sero-fibrineux et lymphocytaire en cas de pleurésie ou d'ascite
- Lésions histologiques non caséuses après biopsie (folliculaires ou non)
- Cytologie du pus douteuse après ponction

Diagnostic selon les localisations

7

La tuberculose ganglionnaire périphérique

- La plus fréquente.
- 20 % des TEP.
- Localisation cervicale +++.
- Souvent unilatérale.

8

Clinique

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

9

Para clinique

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

10

Traitement

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

11

Tuberculose pleurale

- 2ème localisation par ordre de fréquence des TEP.
- Possible à tout âge.
- + fréquente chez sujets + de 20ans.
- Mécanisme:
 - ❖ tuberculose du parenchyme sous pleural.
 - ❖ Rupture d'un foyer dans la plèvre.
 - ❖ Modification du drainage vasculaire et lymphatique.

12

Clinique

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

13

Ponction pleurale

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

14

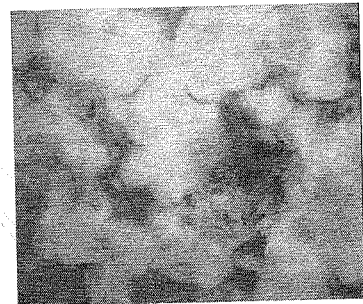
Bactériologie+histologie

- BK dans le liquide pleural:*
- ✓ (+) au direct < 10%.
 - ✓ (+) en culture: 10 à 35%..
- *La biopsie pleurale: (aiguille de castelain)*
 - *Examen de choix: histologie et culture.*
 - *Les 2 examens combinés donnent le diagnostic dans 90% des cas.*

15

thoracoscopie

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



16

Traitement

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

17

Tuberculose rénale

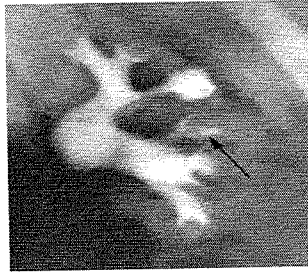
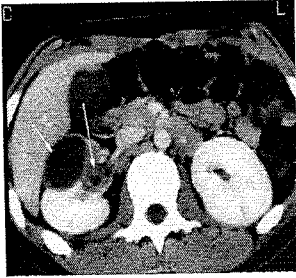
- *Clinique : colique néphrétique; hématurie; pyurie amicrobienne.*
- *Arguments de certitude:*
 - *Examen des urines fraîchement émises. (localisation bacillifère).*
 - *Culture ++++*

18

Aspects radiologiques

- **Cavernes rénales**

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



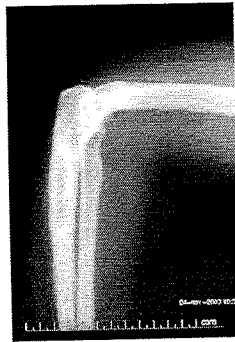
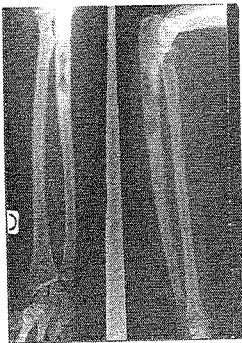
19

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.

20

Radiologie



géodes

21

Tuberculose vertébrale (mal de Pott)

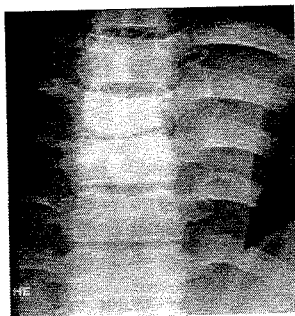
- ✓ Atteinte par le bacille de Koch des structures ostéo-articulaire du rachis
- ✓ Physiopathologie
 - Lésions pauci bacillaires
 - Dissémination hémotogène
- ✓ 3 formes:
 - Spondylodiscite tuberculeuse
 - Spondylite tuberculeuse
 - Atteinte de l'arc postérieur

22

Spondylodiscite tuberculeuse

La plus fréquente: 93% des cas.

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



23

Tuberculose cutanée

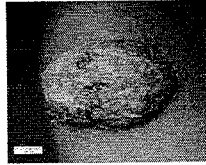
- Aspect dermatologique varié: selon le mode de contamination:
- ✓ Exogène: chancre.
- ✓ Endogène: scofuloderme.
- ✓ Hématogène: gomme, lupus.
- Dg de certitude: biopsie cutanée.
- Traitement: 2RHZ \ 4RH.

24

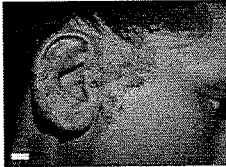
TBC cutanée: aspects



lupus tuberculeux



TB cutanée végétante



Écrouelles

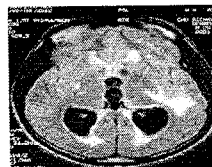
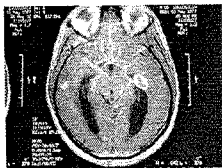
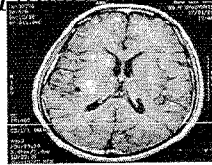
25

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

26

Diagnostic: TDM – IRM
 Pachyméningite; Accidents vasculaires
 Hydrocéphalie; Tuberculomes



27

Autres TEP plus rares

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

28

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.

29