**Conférence d’enseignement gradué (module de Pneumologie)**

|  |
| --- |
| **LA MILIAIRE TUBERCULEUSE** |

Année 2015 – 2016

Dr M.HADJADJ-AOUL

**Sommaire**

1. **DEFINITION**

**II. INTERET DE LA QUESTION**

**III. PATHOGENIE**

**A. VOIE HEMATOGENE:**

**B. VOIE BRONCHOGENE**

**C. VOIE LYMPHATIQUE (MILLIAIRE TORPIDE) : très rare.**

**IV. DIAGNOSTIC POSITIF**

**A. CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE**

**B. CLINIQUE**

**1. l’interrogatoire**

**2. Examen physique et pauvre, en générale on retrouve :**

**C. EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

**1. Le cliché radiographique thoracique**

**2. Signes biologiques**

**3. Signes bactériologiques**

**4. Anatomopathologie:**

**D. BILANS DE DISSEMINATION**

**V. FORMES CLINIQUES**

**1. Formes chroniques froides de tuberculose miliaire**

**2. Forme suffocante (tableau SDRA).**

**3. Forme catarrhale**

**VI. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

**A. MILIAIRES CHAUDES**

**B. MILIAIRES FROIDES**

**VII. EVOLUTION**

**VIII. COMPLICATIONS**

**IX. TRAITEMENT**

|  |
| --- |
| **LA MILIAIRE TUBERCULEUSE** |

1. **DEFINITION**

La définition purement radiologique : dissémination dans les deux champs pulmonaires de fines opacités micronodulaires ayant la taille d'un grain de mil (1,5 à 3 mm).

La constatation de telles images signifie en fait que des lésions micronodulaires atteignent simultanément d'autres organes.

**II. INTERET DE LA QUESTION**

- Fréquence est faible par rapport aux autres formes de TBC (3% de l’ensemble des localisations de la maladie).

- La gravité est liée aux formes aiguës asphyxiques (mort) et la dissémination viscérale (surtout méningée).

- Diagnostic, souvent difficile en raison du polymorphisme clinique et surtout du retard RX (parfois 3 semaines) sur la clinique.

**III. PATHOGENIE**

**A. VOIE HEMATOGENE:**

Le plus souvent, la généralisation bacillaire se fait par voie hématogène à la faveur d’une érosion vasculaire à partir du foyer initial (lésion ganglio-pulmonaire de primo-infection, rarement à partir d’une lésion de réinfection endogène).

**B. VOIE BRONCHOGENE**

Elle est plus rare, et dans ce cas il s’agit d’une dissémination bronchique par rupture dans la bronche d’un foyer tuberculeux (adénopathie fistulsée, caverne pleine de BK) suivit d’une diffusion du BK dans le poumon. La milliaire est souvent localisée à un poumon.

**C. VOIE LYMPHATIQUE (MILLIAIRE TORPIDE) : très rare.**

**IV. DIAGNOSTIC POSITIF**

**A. CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE**

Souvent la symptomatologie est riche, associant de façon variable :

- Une fièvre élevée (39 - 400C), permanente, marquée parfois par de grandes oscillations dans la journée. Elle est curieusement bien tolérée (du moins au début) ;

- Une dyspnée inconstante mais chez certains patients elle peut prendre un caractère dramatique évoluant ainsi vers un authentique syndrome de détresse respiratoire de l'adulte imposant une ventilation assistée (forme hypoxémiante de Jaccoud) ;

- Une asthénie, anorexie, amaigrissement et une pâleur (souvent très marqués).

- Des signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales.

- Rarement la symptomatologie est moins riche et le diagnostic est posé par une RX systématique demandée devant une altération de l’état général persistante.

- Enfin, la miliaire peut être découverte à l’occasion d’une localisation tuberculeuse extra pulmonaire.

**B. CLINIQUE**

***1. On recherche, par l’interrogatoire des signes en faveur d’une tuberculose :***

- notion de contage,

- contexte immunodéprimés (post-partum, traitement corticoïdes, VIH),

- vaccination par le BCG.

***2. Examen physique et pauvre, en générale on retrouve :***

- parfois une HPMG et/ou SPMG,

- Respiration superficielle, avec un pouls accéléré, et Parfois une cyanose.

- L’auscultation peut être normale, ailleurs elle retrouve quelques crépitations diffuses ou bruits de tempête (râles bulleux, sibilants et ronflants),

- Signes d’épanchement pleural liquidien modéré.

- Enfin, l’examen recherchera des signes de diffusion méningée, péricardique, péritonéale, osseuse, génito-urinaire et laryngée.

**C. EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

**1. Le cliché radiographique thoracique**

Le cliché radiographique doit être d'excellente qualité, les micronodules de taille égales de 0.5 à 3 mm de diamètre « en grains de mille » disséminés et nettement isolées les unes des autres dans la forme typique. Avec le temps elles peuvent confluer par endroits.

**2. Signes biologiques**

- La VS est très accélérée, supérieure à 100 à la première heure ;

- Si l'atteinte médullaire est importante, il peut exister une anémie.

- NFS : leuco neutropénie classique et parfois apparaissent une hyper lymphocytose ;

- La PL peut traduire une participation méningée : hyperalbuminorachie modeste, hypochlorurachie et lymphocytose. La mise en culture du LCR est peu productive ;

**3. Signes bactériologiques**

L’intradermo-réaction est souvent paradoxalement négative.

La recherche directe du BK est rarement positive (crachats, par tubage gastrique, fibro-aspiration).

**4. Anatomopathologie:**

Les biopsies pleurales (en cas d’épanchement associé), les biopsies hépatiques peuvent objectiver le follicule épithélio-gigantocellulaire avec nécrose caséeuse.

**D. BILAN DE DISSEMINATION**

- Aux niveaux des méninges, intérêt de la ponction lombaire (PL) systématique.

- Aux niveaux du foie, la ponction-biopsie hépatique lorsqu'elle est possible apporte parfois le diagnostic anatomopathologique

- Aux niveaux des reins, la recherche du BK dans les urines systématique (uroculture).

- Au niveau de l’oeil, les tubercules choroïdiens de Bochut sont inconstamment retrouvés.

- Au niveau de la moelle osseuse (intérêt des myélocultures) ;

- Au niveau des séreuses, la rate, enfin le sang lui-même ou l’hémoculture est parfois positive notamment chez les patients séropositifs pour le VIH.

**V. FORMES CLINIQUES**

Il est classique de distinguer :

**1. Formes chroniques froides de tuberculose miliaire**

- Ces formes atteignent préférentiellement les vieillards ou les sujets défavorisés.

- Ces formes sont rares et liées à une diffusion lymphatique ou aérienne. Il n'y a pas (ou peu) de fièvre mais l’altération de l’état général est progressive. A la radiologie, les lésions sont beaucoup moins typiques et les micronodules sont volontiers confluents et plus ou moins sectorisés.

**2. Forme suffocante (tableau SDRA).**

**3. Forme catarrhale (toux +++, expectoration +++).**

**VI. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

**A. MILIAIRES CHAUDES**

- Autres miliaires infectieuses : bactériennes (staphylocoque, brucellose, pneumocoque), virales ou à germes apparentés (MNI, varicelles, mycoplasme), mycosiques, parasitaires (pneumocystis carinii).

- Lymphangite carcinomateuse et hémopathie malignes.

- Alvéolite allergique extrinsèque.

- Connectivites (PAN, LED).

**B. MILIAIRES FROIDES**

- Sarcoïdose.

- Pneumoconiose (silicose).

- Miliaires d’origine mécanique (OAP, poumon mitrale).

- Pneumopathies interstitielles diffuses (PID).

- Connectivites.

- Alvéolites allergiques extrinsèques au stade de fibrose.

**VII. EVOLUTION**

- En absence du traitement, les miliaires chaudes évoluent vers la mort dans un tableau d’IRA.

- Sous traitement (urgence thérapeutique), l’évolution est en règle favorable, si le dg et le traitement ont été mis à temps ; l’apyrexie et obtenue en 1 à 2 semaines et les images s’estampent en quelques semaines à quelque mois, évoluant rarement vers la calcification. L’évolution peut être défavorable du fait du retard du traitement et du terrain : très jeune enfant ou vieillard, immunodéprimé.

**VIII. COMPLICATIONS**

- Dans l’immédiat : IRA.

- Tardivement : IRC par fibrose, emphysème bulleux para cicatriciel.

- Méningées : coma, comitialité.

- Autres atteintes extra respiratoires graves.

**IX. TRAITEMENT**

- Traitement d’urgence : oxygénothérapie, correction des troubles hydro électrolytique.

- Traitement antituberculeux le régime de la catégorie I : 2RHZE/4RH

- Corticoïdes : 1 à 2 mg/kg, en doses dégressives sur une durée de 4 à 6 semaines