

# LA MILIAIRE TUBERCULEUSE

## I. DÉFINITION

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. INTÉRÊT 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. PATHOGÉNIE

### A. VOIE HÉMATOGÈNE

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 BRONCHOGÈNE

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 fistulée, 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 DÉCOUVERTE

Souvent la symptomatologie est riche, associant de façon variable :

- Une **fièvre** élevée (39 - 40°C), 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 contagé,
- ✓ 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 COMPLÉMENTAIRES**

### **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 hyperlymphocytose ;
- 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 caséuse.

## **D. BILAN DE DISSÉMINATION**

- 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 confluent et plus ou moins sectorisés.

### 2. Forme suffocante (tableau SDRA)

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

## VI. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

### 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 est 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 électrolytiques.
- 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



# La miliaire tuberculeuse

Lorsque une tuberculose atteint le poumon et se manifeste par une miliaire, elle traduit l'atteinte d'autres organes.  
L'immunosuppression favorise la dissémination.

La forme grave : OAP bilatéral → détresse respiratoire avec hypoxémie importante  
elle résulte de la destruction de la membrane alvéolo-capillaire.

Il faut toujours répéter les clichés → retard clinico-radiologique

Il n'y a pas de miliaire sans signes cliniques.

Un patient tuberculeux aura un faciès terreux.

La forme Tolpide → se manifeste uniquement chez le sujet âgé par une altération de l'état général.

Elles sont réparties en une disposition unilatérale ne respectant pas les sommets.

Elle est bien visible dans les régions axillaires.

L'aspect est punctiforme chez un sujet VIH+.

La coinfection : Chez tout patient tuberculeux présentant une miliaire, la sérologie VIH est obligatoire.





Une IDR à la tuberculine peut être négative en cas où il y a une immunodépression (Leucémie pénié)

Le bilan de dissémination est obligatoire du moment où la miliaire est une urgence thérapeutique en attendant la confirmation.

Tubercule de Bochet (fond d'œil) sont pathognomoniques de la miliaire (rétine).

Tâche de bougies  $\Rightarrow$  Vascularite

La forme catarrhale de la miliaire peut simuler une pneumonie.

La Pneumocystose Jirici corréliée au VIH au stade avancé sont responsables du poumon blanc.

Les corticoïdes prennent leur intérêt pour la préservation de la membrane alvéolo-capillaire.

Il faut toujours commencer par le traitement anti-tuberculeux.

... ~~... ..~~ ... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

## LA MILIAIRE TUBERCULEUSE

### 25. La miliaire tuberculeuse :

- a. Est favorisée par une diminution de l'immunité naturelle
- b. Résulte souvent de l'essaimage du BK par voie lymphatique
- c. Se caractérise par la présence de granulations miliaires diffuses
- d. Est une forme de tuberculose localisée uniquement aux deux poumons
- e. Est une urgence diagnostique et surtout thérapeutique

### 16. Le traitement de la miliaire tuberculeuse, repose :

- a. Le régime antituberculeux de première ligne de la catégorie I seul
- b. Le régime antituberculeux de première ligne de la catégorie III seul
- c. La corticothérapie à doses dégressives seul dans les formes hypoxémiantes
- d. Le régime, antituberculeux de première ligne de ta catégorie I associé à la corticothérapie
- e. Le traitement de la miliaire est urgent

### 4. Le follicule tuberculeux comporte :

- a. Une nécrose caséuse
- b. Une couronne lymphocytaire
- c. Des polynucléaires basophiles
- d. Des mastocytes
- e. Des cellules géantes

### 5. La tuberculose pulmonaire :

- a. Est une affection plus fréquente dans les groupes sociaux défavorisés.
- b. Est presque toujours guérissable par le traitement médicamenteux.
- c. Nécessite la mise au repos du malade durant la totalité du traitement.
- d. Peut avoir une évolution chronique en absence de traitement.
- e. Est une maladie contagieuse.

**6. Dans une tuberculose pulmonaire, quel prélèvement n'a aucun intérêt pour le diagnostic bactériologique ?**

- a. Tubage gastrique
- b. **Frottis de gorge**
- c. Expectoration spontanée
- d. Expectoration sous fibroscopie
- e. Lavage bronchique

### **CAS CLINIQUE N°1**

L'enfant T.N 9 ans, vous est adressé pour dyspnée récente, asthénie, fièvre depuis 40 jours virage récent de l'intradermo réaction tuberculique à 15 U. Il a été au contact d'un parent tuberculeux. La radiographie thoracique révèle une volumineuse adénopathie hilare droite. Les recherches de BK se révèlent négatives à 3 reprises. Le bilan biologique ne montre qu'une discrète élévation de la VS (25 / 35 mm).

**23. Il est nécessaire chez les frères et soeurs dans le cadre du dépistage de pratiquer :**

- a. **Une radiographie pulmonaire**
- b. **Des tests tuberculiques**
- c. Une recherche de BK
- d. **Un contrôle radiographique quelques mois plus tard si le premier cliché est normal**
- e. Une formule numération sanguine avec VS

**24. Le traitement devrait être :**

- a. Isoniazide seul pendant 6 mois
- b. **Isoniazide + rifampicine + pyrazinamide**
- c. Abstention thérapeutique
- d. Exérèse chirurgicale du ganglion médiastinal
- e. Aucune des propositions n'est exacte

**25. L'épisode aigu récent :**

- a. **Correspond à une fistule ganglio-bronchique**
- b. Impose une endoscopie bronchique
- c. **Justifie une corticothérapie**
- d. Est une indication chirurgicale immédiate.
- e. **Nécessite de renouveler la recherche de BK**

## Cas clinique N°1

Un jeune patient de 45 ans se présente en urgence pour dyspnée, douleur thoracique, toux sèche, fièvre à 39°C. Cette symptomatologie évolue depuis 06 jours. Il vit au contact d'un tuberculeux, Poids = 55 Kg, Taille = 164 cm. La radiographie pulmonaire de face montre des opacités micronodulaires diffuses et bilatérales.

### 15. Qu'est-ce que vous décidez ?

- a. **D'hospitaliser le malade**
- b. **BK dans les crachats**
- c. Une fibroscopie bronchique
- d. **Une IDR à la tuberculine**
- e. Une sérologie anti aspergillaire

### 16. L'IDRT est de 8mm, quelle serait votre attitude ?

- a. Refaire l'IDRT à la recherche de virage tuberculitique
- b. Faire un bilan pré thérapeutique
- c. **Faire un bilan d'extension**
- d. Traitement préventif par INH
- e. Entamer un traitement antibiotique pendant 02 semaines

### 17. Au vu des résultats biologiques de la ponction lombaire montrant: une lymphocytose 400 éléments/mm<sup>3</sup> et albumine 30g/l, vous décidez :

- a. **Entamer un traitement antituberculeux avec une corticothérapie**
- b. De faire un dépistage familial
- c. Entamer un traitement antituberculeux
- d. De revoir le malade après 06 mois
- e. De surveiller le malade régulièrement

### 18. La gravité de cette pathologie est liée essentiellement à :

- a. L'atteinte hépatique
- b. Une réaction inflammatoire intense entraînant des séquelles pulmonaires
- c. Risque de résistance primaire
- d. **La difficulté du diagnostic précoce mettant le pronostic vital en jeu**
- e. L'atteinte séreuse

