

# LES TUBERCULOSES EXTRA-PULMONAIRES

## GENERALITES

*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.*

### *Caractéristiques des TEP :*

*Elles représentent 40 à 50% de l'ensemble des cas de tuberculose identifiés en Algérie au cours des années récentes.*

- ★ *Elles posent souvent un problème particulier de diagnostic en pratique médicale courante et nécessitent souvent l'avis d'un médecin spécialiste pour retenir le diagnostic avant de commencer le traitement.*
- ★ *Contrairement aux tuberculoses pulmonaires, les TEP sont :*
  - *Pauci bacillaire (généralement)*
  - *Ne constituent pas une source de contamination.*

*La tuberculose peut toucher tous les organes. On distingue :*

- *Les localisations ganglionnaires, soit périphériques : cervicales, axillaires, inguinales, soit profondes : médiastinales, mésentériques ;*
- *Les localisations séreuses de la maladie : pleurésies séro-fibrineuses ou séro-hémorragiques (rarement purulentes), péritonites, péricardites; on rattache à ce groupe les méningites;*
- *Les localisations osseuses et ostéo-articulaires : vertébrales et des membres (osseuses pures, et ostéo-articulaires) ;*
- *Les localisations viscérales : intestinales, rénales, hépatiques, spléniques, cérébrales, génitales ;*
- *Les localisations cutanées et muqueuses.*
- *Les symptômes cliniques et éventuellement les signes radiologiques ou biologiques diffèrent selon les localisations : ils ne constituent que des éléments de présomption du diagnostic.*

# I. LE DIAGNOSTIC DES TUBERCULOSES EXTRA PULMONAIRES 'CAS PRÉSUMÉS ET CAS PROUVÉS'

*Le diagnostic des localisations extra pulmonaires repose sur les arguments de présomption ou sur des arguments de certitude.*

## A. Les cas présumés

Le diagnostic de tuberculose extra pulmonaire peut être retenu avec une forte probabilité si l'on réunit les critères suivants qui définissent les « cas présumés » :

1. ***Un tableau clinique et éventuellement radiologique compatible*** réunissant :
  - Des symptômes généraux d'infection subaiguë ou chronique ;
  - Des signes fonctionnels et physiques variables selon la localisation ;
  - Éventuellement une imagerie évocatrice (radiographie du thorax, du squelette, tomographie du cerveau, échographie du foie et du rein, urographie intraveineuse, transit ou lavement baryté.....) ;
2. ***Des signes cyto-histologiques d'inflammation chronique :***
  - Lymphocytose prédominante et durable dans des liquides pathologiques (pleurésie, ascite, péricardite, LCR),
  - Granulome inflammatoire sans caséification dans des pièces de biopsie.
3. ***Un test tuberculique positif***, dont la papule d'induration est égale ou supérieure à 10 mm (chez des adultes ou encore chez des enfants non vaccinés par le BCG) ou à 15 mm chez les enfants porteurs d'une cicatrice vaccinale du BCG ;
4. ***Un test QUANTIFERON positif***
5. ***et l'élimination d'autres étiologies*** à l'origine des symptômes et signes observés.

## B. Les cas prouvés

- ❖ ***Les critères du diagnostic de certitude sont bactériologiques et/ou histocytologiques.***
- ❖ ***Le diagnostic de tuberculose extra pulmonaire ne peut être posé avec certitude que si l'on dispose au moins de l'un des trois critères suivants qui définissent les « cas prouvés ».***

1. **La mise en évidence du bacille de la tuberculose par la culture** d'un prélèvement pathologique. Ces prélèvements sont liquides ou solides :
  - a. **Prélèvements liquides** : suc ganglionnaire prélevé par ponction, pus d'adénite suppurée ou d'abcès froid, culot de centrifugation d'urines, ou de liquide inflammatoire d'une méningite à liquide clair, d'une pleurésie, d'une ascite, d'une péricardite, d'un épanchement synovial.
  - b. **Prélèvements solides** : broyats de fragments de biopsies tissulaires ou ganglionnaires, ou de pièces d'exérèse, recueillis et transportés au laboratoire dans de l'eau distillée stérile ou du sérum physiologique (et non dans le formol ou du liquide de Bouin).
  - L'examen microscopique direct des prélèvements liquides permet rarement de trouver des bacilles acido alcool résistants, sauf en cas de tuberculose rénale (où l'on peut les trouver à l'examen microscopique d'un frottis du culot de centrifugation urinaire).
  - La PCR (Polymerase Chain Reaction) pourrait apporter un élément au diagnostic grâce à l'amplification de fragments de gènes spécifiques de *Mycobacterium tuberculosis*. Dans l'état actuel des méthodes disponibles et de leur coût, les méthodes dérivées de la PCR n'ont pas leur place dans le cadre du Programme National de lutte contre la Tuberculose.
2. **La découverte d'un follicule caséeux** (foyer arrondi fait de cellules épithéliales, de quelques cellules géantes et d'une couronne de lymphocytes, avec nécrose caséuse centrale) à l'examen histo-pathologique d'un fragment de tissu pathologique ramené par biopsie (ganglion, muqueuse bronchique ou digestive, plèvre, endomètre, foie, os, synoviale, peau) ou par exérèse limitée (poumon, rein).
3. **L'examen en microscopie d'un frottis de pus caséeux** (par apposition d'une tranche de section d'un ganglion, ou d'une pièce opératoire, ou d'un pus d'allure caséuse obtenu par ponction) après coloration à l'hémateine éosine montrant une nappe éosinophile anhiste, contenant quelques débris cellulaires.

## II. CLASSEMENT DES LOCALISATIONS EXTRA PULMONAIRES DE LA TUBERCULOSE SELON LEUR GRAVITÉ

**Les localisations extra pulmonaires ont un pronostic vital ou fonctionnel différent selon les sites atteints.** On distingue :

- ⇒ **Les formes sévères** : Les formes aiguës disséminées (méningite), péricardite, tuberculose vertébrale (mal de Pott), tuberculose rénale
- ⇒ **Les formes communes** : pleurésie, adénopathie périphérique, tuberculose osseuse et ostéo-articulaire (rachis exclu), péritonite à forme ascitique, tuberculose intestinale, autres localisations viscérales, tuberculose de la peau et des muqueuses.

Cette classification est importante pour choisir le régime thérapeutique approprié :

- **Soit le régime de traitement de la catégorie I : 2RHZE/4RH**
- **Soit le régime de traitement de la catégorie III : 2RHZ/4RH**





- La plupart des TEP sont **pauci-bacillaire** (pauvre en BK) :
- Car le BK est un aérobie strict, il sera privé d'air
  - Il se multiplie dans un milieu acide.
  - Multiplication en présence d'air.

Pour observer les B.A.A.R. ....

La recherche directe des BK dans le TEP est **aléatoire**, dans ce cas il est impératif de les rechercher par **culture**.

Le diagnostic repose sur **3 critères de confirmation** (toujours recommandés).

## 2 anatomopathologiques:

\* **Cytologique** & **Histologique**

- Nécrose caséuse (l'absence de nécrose caséuse évoque un lymphome et sarcoidose)
- Granulome géant-cellulaire (où l'aspect est homogène)

## 1 Bactériologique:

Pas de conditions de multiplication optimales du B.K, culture sur milieu Löwenstein.

L'**ITDR** à la tuberculine est **négative** dans la sarcoidose mais l'enzyme de conversion de l'angiotensine est **positive**.  
"C'est un test immunologique".

Biopsie cytologique → nécrose caséuse → Tuberculose

En cas d'invités (TBC) ou tuberculose intracardiaque, on réunit les arguments de présomption du diagnostic + **Signes cliniques de la tuberculose**.

Les symptômes de la TBC durent **3 semaines**.

Dans le mal de Pott (pincement discal, géodes) → **imagerie** compatible de la tuberculose.





Le quantiférant est un examen biologique est une technique de biologie moléculaire, il est plus fiable et rapide que l'IDR à la tuberculine (3J → 72h)

Une tuberculose des séreuses, on doit faire une ponction exploratrice + analyse cytologique + Biochimique

Prédominance Lymphocytaire + (enucléatif Rivalta +)



TBC

La tuberculose ganglionnaire est superficielle avec un diagnostic facile:

Idem pour la pour la pleural (aspect de la plèvre pariétale en « taches de Boucjee » !)

Une patiente avec une infections urinaire à répétitions avec EC BU négative → TBC (Première source de stérilité)

Tuberculose osseuse: Perte de substances + géodes vertébrale; destruction en miroir des vertèbres.

É crânielles: ADP.



## LES TUBERCULOSES EXTRA-PULMONAIRES

- 17. Les critères de diagnostic de certitude des tuberculoses extra pulmonaires, sont :**
- Une culture positive sur milieu de Lôwenstein Jensen d'un prélèvement pathologique
  - Une réaction cutanée phlycténulaire a l'intradermoréaction à la tuberculine
  - Des follicules caséux à l'examen anatomopathologique d'une pièce de biopsie
  - Identification de pus caséux à l'examen cytologique d'un pus prélevé par ponction
  - Un profil exsudatif lymphocytaire en cas de pleurésie
- 18. Concernant la tuberculose ganglionnaire périphérique :**
- C'est la forme la plus fréquente, entre 20 et 40% des tuberculoses extra pulmonaires
  - Les localisations cervicales se classent après les atteintes inguinales
  - Elle est souvent unilatérale
  - Le bacille tuberculosis Bovis peut être à l'origine de la maladie
  - Elle est contagieuse
- 15. Contrairement aux tuberculoses pulmonaire, les TEP sont :**
- Pauci Bacillaires (Généralement)
  - Constituent une source de contamination
  - 40 à 50 % de toutes les formes de tuberculose
  - Les adénites et les pleurésies sont les formes les plus fréquentes
  - La Recherche directe du BK est un examen aléatoire
- 16. Les critères de diagnostic de certitude des TEP, sont :**
- Culture positive d'un prélèvement pathologique
  - Follicule caséux à l'examen anatomopathologique d'une pièce de biopsie
  - Identification de pus caséux à l'examen cytologique d'un pus prélevé par ponction
  - Follicule épithélio-giganto-cellulaire à l'histologie
  - Intradermoréaction à la tuberculine fortement positive
- 3. Les critères de diagnostic de présomption des TEP sont :**
- Tableau clinique compatible
  - Une imagerie compatible
  - IDR à la tuberculine positive
  - Liquide séro-fibrineux et lymphocytaire en cas de pleurésie ou d'ascite
  - L'absence de cicatrice vaccinale par le BCG

**18. Dans la tuberculose pulmonaire commune (cochez la ou les réponses justes) :**

- a. Les lésions cavitaires sont pauci-bacillaires
- b. Le BCG permet de prévenir contre cette forme de tuberculose
- c. **Survient chez les sujets préalablement contaminés par le BK**
- d. **Due le plus souvent à une réactivation endogène des BK quiescents**
- e. Les lésions nodulaires sont richement bacillifères

**19. Les critères de diagnostic de certitude des TEP, sont :**

- a. **Culture positive d'un prélèvement pathologique**
- b. **Follicule caséux à l'examen anatomopathologique d'une pièce de biopsie**
- c. **Identification de pus caséux à l'examen cytologique d'un pus prélevé par ponction**
- d. Follicule épithélio-giganto-cellulaire à l'histologie
- e. Intradermoréaction à k tuberculine fortement positive

**20. Contrairement aux tuberculoses pulmonaires, les TEP sont :**

- a. **Pauci bacillaire (généralement)**
- b. Constituent une source de contamination
- c. **40 à 50 % de toutes les formes de tuberculose**
- d. **Les adénites et les pleurésies sont les formes les plus fréquentes**
- e. **La recherche directe du BK est un examen aléatoire**

**19. Les critères de diagnostic de certitude des TEP, sont :**

- a. **Culture positive d'un prélèvement pathologique**
- b. **Follicule caséux à l'examen anatomopathologique d'une pièce de biopsie**
- c. **Identification de pus caséux à l'examen cytologique d'un pus prélevé par ponction**
- d. Follicule épithélio-giganto-cellulaire à l'histologie
- e. Intradermoréaction à k tuberculine fortement positive

**20. Contrairement aux tuberculoses pulmonaires, les TEP sont :**

- a. **Pauci bacillaire (généralement)**
- b. Constituent une source de contamination
- c. **40 à 50 % de toutes les formes de tuberculose**
- d. **Les adénites et les pleurésies sont les formes les plus fréquentes**
- e. **La recherche directe du BK est un examen aléatoire**