

TUBERCULOSE EXTRA PULMONAIRE

APPROCHE DIAGNOSTIQUE

Djimli O

Université Ferhat Abbas, Sétif 1

Faculté de médecine

Cours de pneumophthysiologie , année universitaire 2019-20

INTRODUCTION

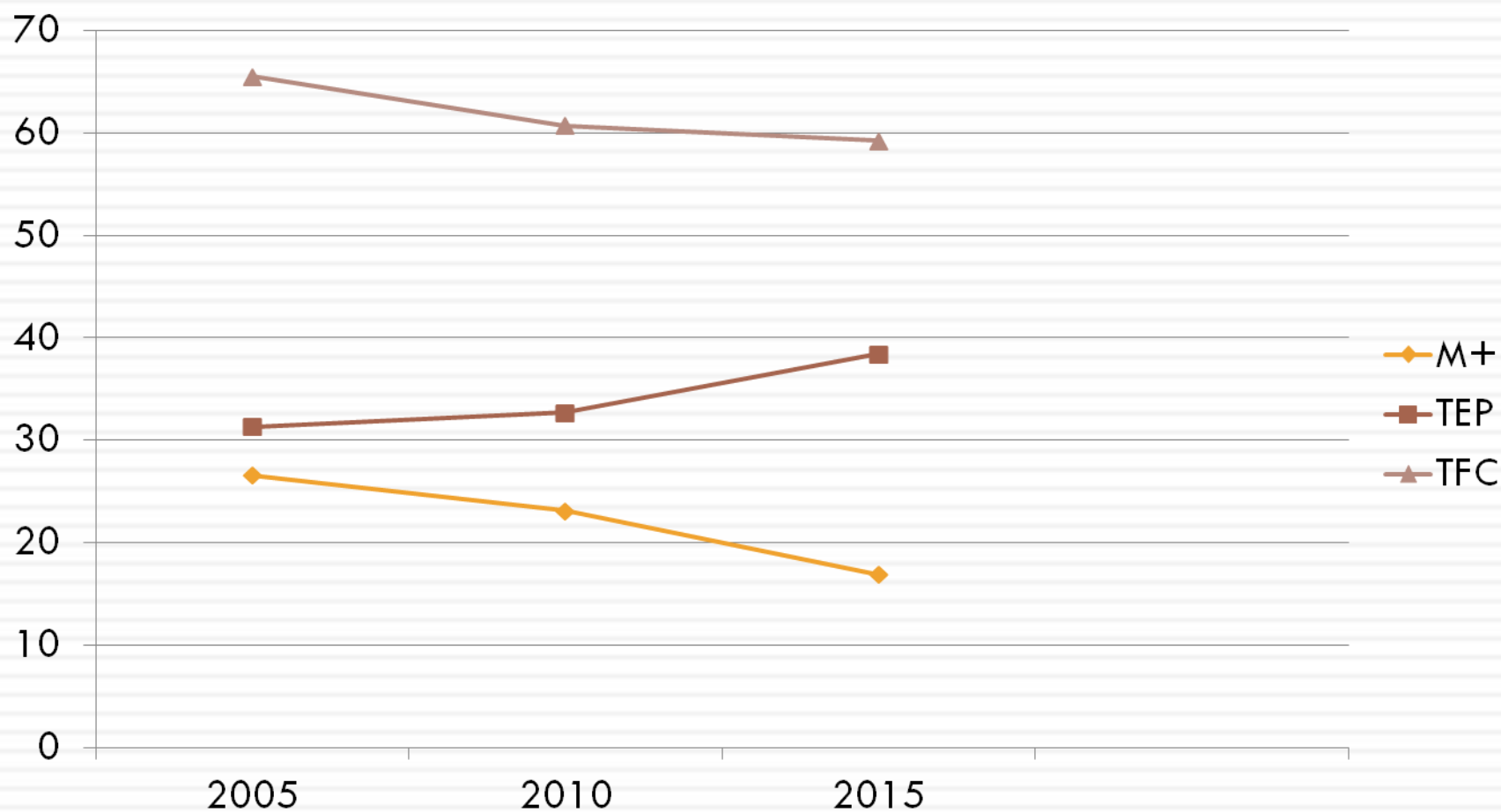
- ❑ La tuberculose extra-pulmonaire se définit par l'atteinte d'un organe autre que le poumon par le Bacille de Koch.
- ❑ Cette définition inclut les formes disséminées.
- ❑ Représentent 30% à 45% de l'ensemble de la tuberculose en Algérie.
- ❑ Localisations pauci bacillaires.
- ❑ La recherche d'une TBC pulmonaire est obligatoire.
- ❑ **Les localisations par ordre de fréquence:**
 - * **Ganglionnaires** : cervicales, axillaires, inguinales, médiastinales...
 - * **Les séreuses** : pleurésie, ascite, péricardite, méningite
 - * Osseuse: vertébrales, des membres...
 - * Viscérales: rénales, hépatiques, cérébrales, génitales...
 - * Localisations cutanées et muqueuses.

TUBERCULOSE : AMPLEUR DU PROBLEME

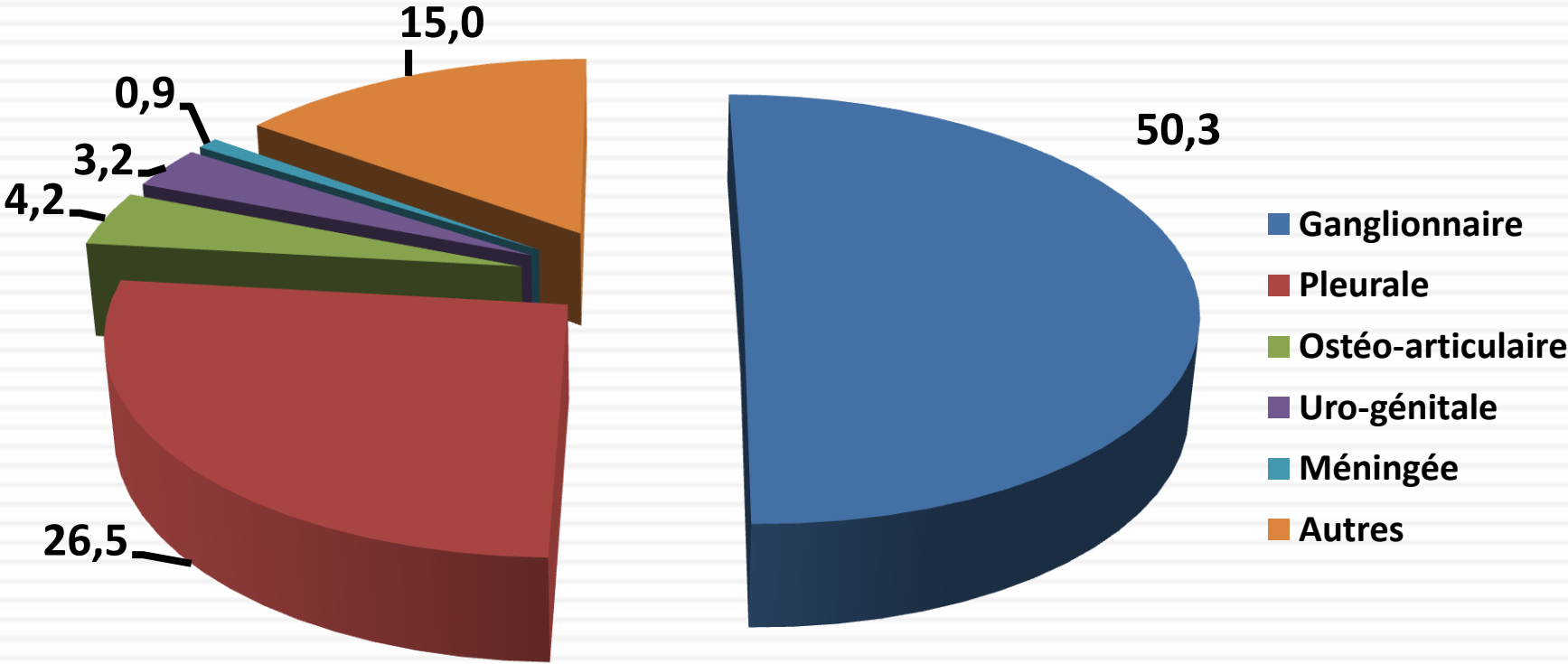
Dans le monde:

- *-16 à 20 millions de cas*
- *-8,6 millions de nvx cas /an*
- *-2 millions de Dc/an*
- *-75% des cas d'infections et de Dc surviennent chez les 15-45ans*
- *-95% de nvx cas et 98% de Dc dans PVD*
- *-26% des Dc évitables dans les PVD sont dus à la T.B.C*

TUBERCULOSE : EVOLUTION DE L'INCIDENCE EN ALGERIE 2005-2015



Répartition des cas de TEP : Algérie 2011



PATHOGENIE

- Transmission inter humaine, par voie aérienne.
- Bacilles aérobies strict.
- Lenteur de multiplication (20h)
- Remarquable potentiel de quiescence
- Après primo-infection ou TBC pulmonaire, la dissémination se fait par voie lymphatique ou hématogène.

DIAGNOSTIC DES TEP

CAS PROUVES (1)

la certitude du Dg est bactériologique ou histocytologique.

TEP confirmée si au moins un des trois critères qui définissent les cas prouvés:

1. Mise en évidence du BK:

- Prélèvement liquide ou solide
- Examen direct ou culture : pauci bacillaire
- Intérêt des techniques modernes de Dg

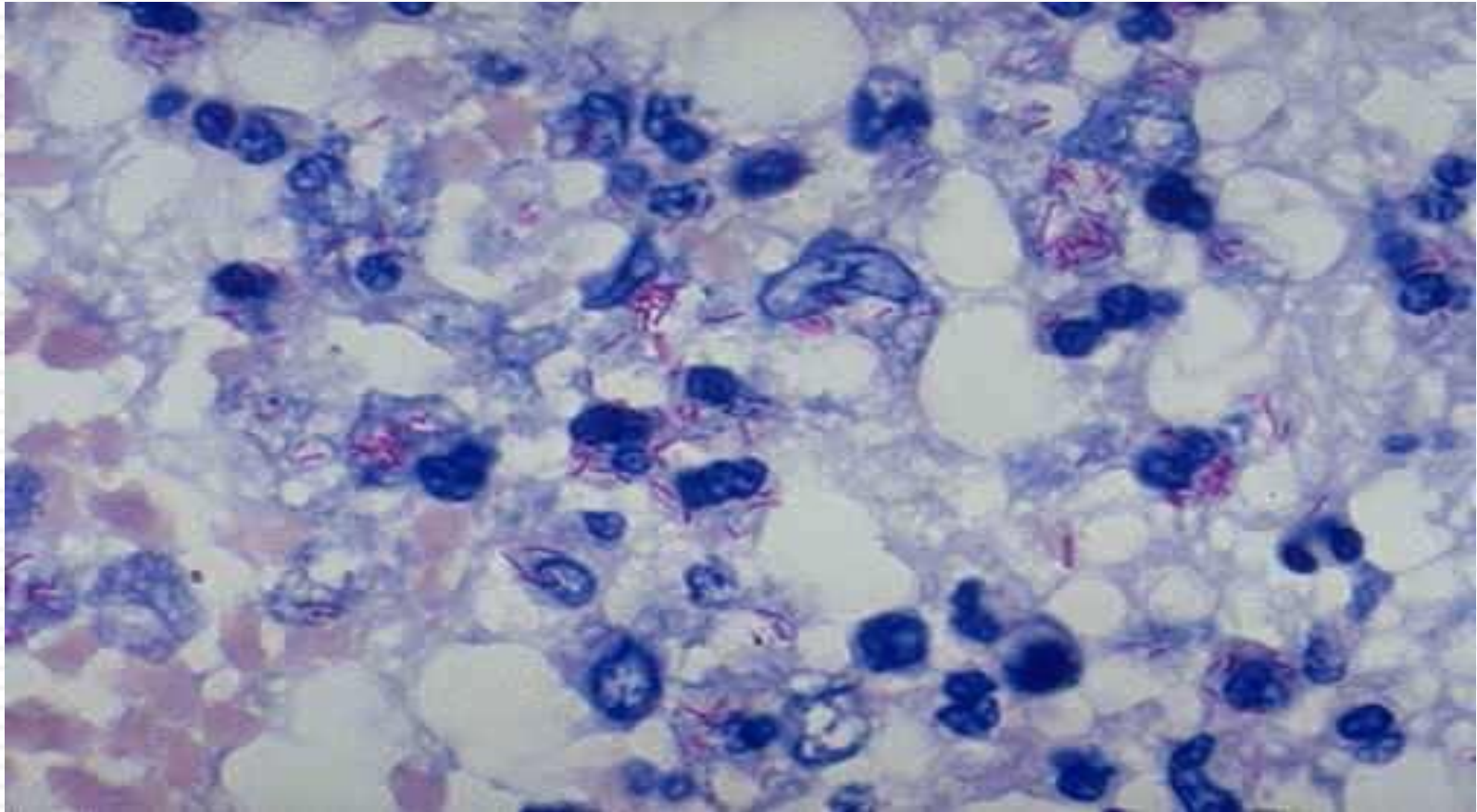
DIAGNOSTIC DES TEP

CAS PROUVES (2)

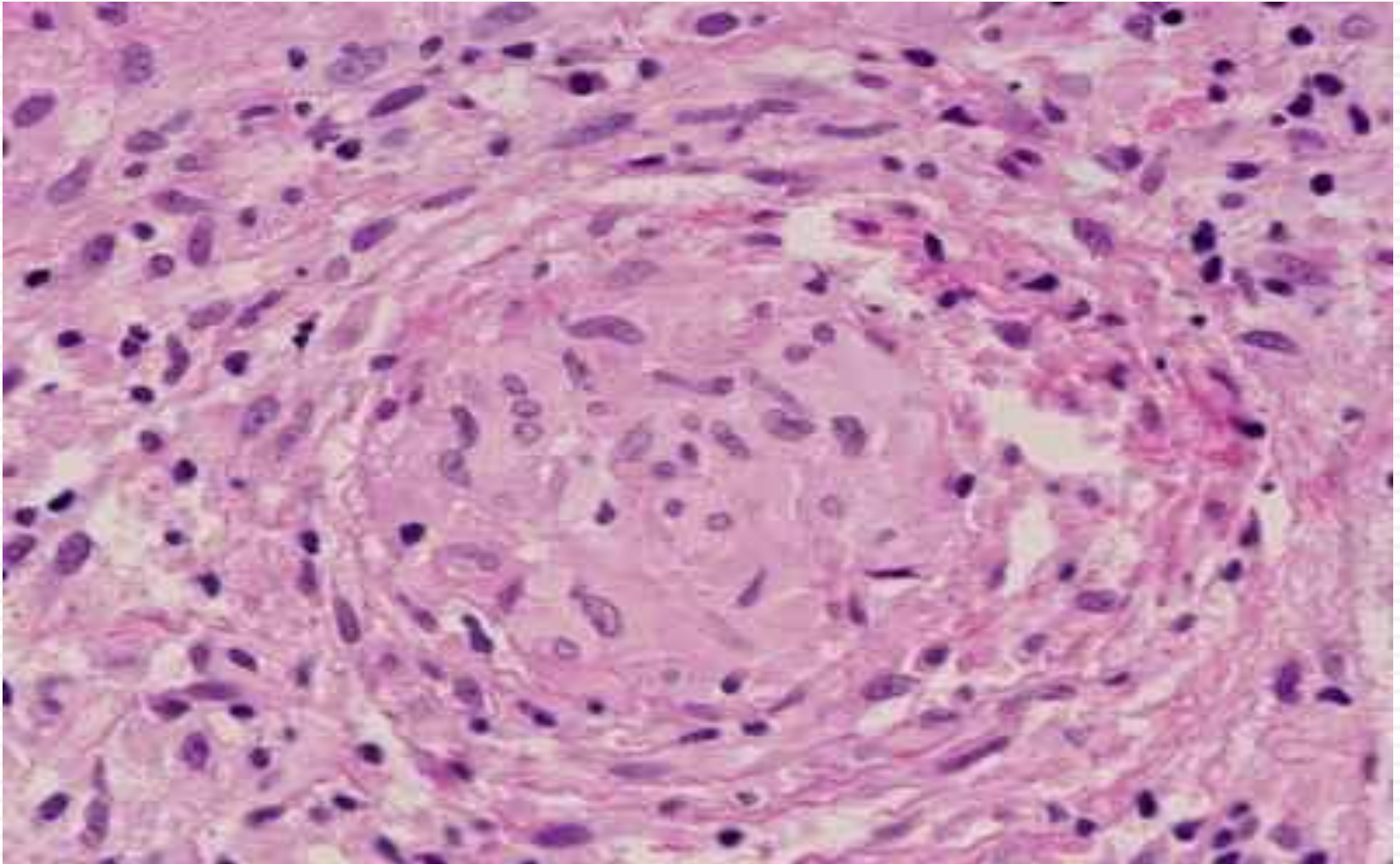
2. Découverte d'un follicule **caséeux**
3. Examen en microscopie d'un frottis de pus **caséeux**

La preuve de la TEP peut être apportée à la condition d'être soigneusement recherchée

Coloration de Ziehl Neelsen : mise en évidence de BAAR



Follicule tuberculeux



DIAGNOSTIC DES TEP

CAS PRESUMES

forte probabilité du Dg si on réunit les 03 critères suivants qui définissent les cas présumés:

1. **Tableau clinique et para clinique compatible:**

- Signes d'une infection subaiguë ou chronique
- Signes fonctionnels et physiques selon l'organe
- Une imagerie évocatrice
- Signes cytologiques d'inflammation chronique: lymphocytose
- Granulome **sans nécrose caséuse**

2. IDR + : >10 mm chez l'adulte.

3. Élimination d'autres étiologies.

CLASSEMENT DES TEP

- **Les formes sévères:** miliaire, méningite, péricardite, mal de pott, tuberculose rénale.
- **Les formes communes:** pleurésie, ADP, tuberculose osseuse et ostéo-articulaire, ascite, intestinale, autres localisations viscérales, tuberculose de la peau et des muqueuses.

TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE

- Signes cliniques : atteinte des chaînes cervicales ++, l'ADP est de petite taille, ferme indolore, augmente ensuite de taille et devient molle, puis spontanément survient une fistulisation cutanée d'évolution chronique: écrouelles.
- Notion de contagé
- Syndrome phthisiogène
- Ponction GG : BK D (18-41%) , BK C (40-65%)
Cyto (80%) granulome tbc
- Biopsie GG : 90 -100%
- IDR +

TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE (2)

- Techniques modernes:
- Test Xpert MTB/RIF recommandé par OMS 2010
 - Permet l'identification du complexe MT
 - L'élimination des MBNT
 - Détection d'une Résistance à la RIF
- Recherche d'une atteinte thoracique ou abdominale(TDM, Echo)
- Des calcifications GG peuvent se voir dans les formes inactives
- Exérèse ganglionnaire : étude anapath (follicule tbc) , BK

Adénite tuberculeuse cervicale



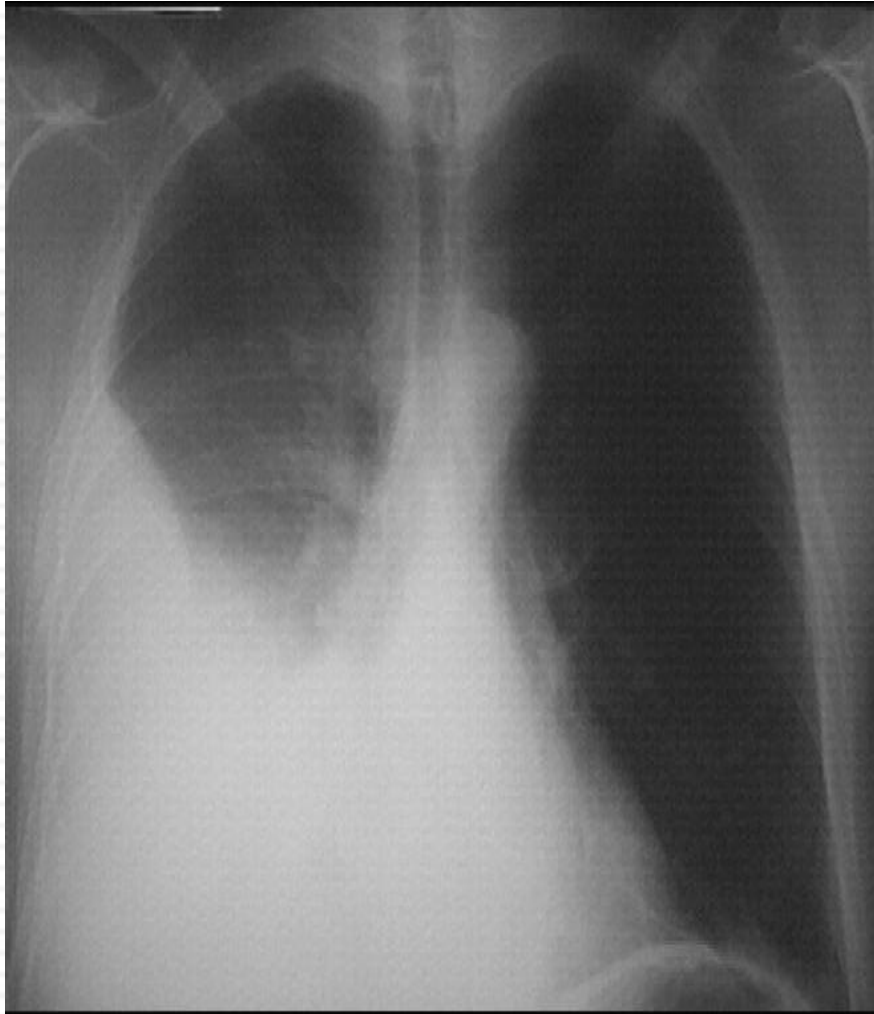
PLEURESIE TUBERCULEUSE

- Notion de contagé
- Syndrome phtisiogène
- Dlr thoracique, toux sèche, dyspnée
- Syndrome d'épanchement pleural liquidien
- **Rx du thorax:** aspects évocateurs de tuberculose
 - Epanchement pleural unilatéral souvent cloisonné
 - Epaississement régulier de la plèvre
 - Extension de la collection pleurale à la paroi thoracique
 - Cavité tuberculeuse sous pleurale au contact
 - Apparition de calcifications pleurales

PLEURESIE TUBERCULEUSE

- Ponction pleurale: liquide clair exsudatif, séro-hématique ou purulent
- Lymphocytose pleurale, ADA, interféron G
- Recherche de BK D + C
- IDR+
- Biopsie pleurale à l'aiguille , rarement sous thoracoscopie
- Tbc folliculaire, caséofolliculaire ou fibrocaséuse

Rx : image d'épanchement pleural liquidien



PERICARDITE TUBERCULEUSE

- ❑ La péricardite tuberculeuse est rare.
- ❑ L'atteinte péricardique proprement dite résulte soit d'une rupture d'un ganglion sous-carénaire ou mammaire interne nécrosé ou d'une dissémination hémotogène.
- ❑ Exsudative à liquide clair
- ❑ Parfois associée à une pleurésie tuberculeuse
- ❑ Evolution spontanée : constriction
- ❑ L'échographie en première intention, le scanner et l'IRM permettent d'approcher le diagnostic en montrant une **collection péricardique, un épaissement du péricarde et tardivement une calcification du péricarde**

TUBERCULOSE OSTEO-ARTICULAIRE

- 5 à 10% des TEP
- Atteinte articulaire: fièvre, douleur, limitation de l'amplitude
- Rx: érosion métaphysaire, érosion sous corticale, pincement articulaire
- Liquide articulaire: inflammatoire, lymphocytaire
- BK D+ C
- IDR +
- Biopsie synoviale: Dg dans 95% des cas

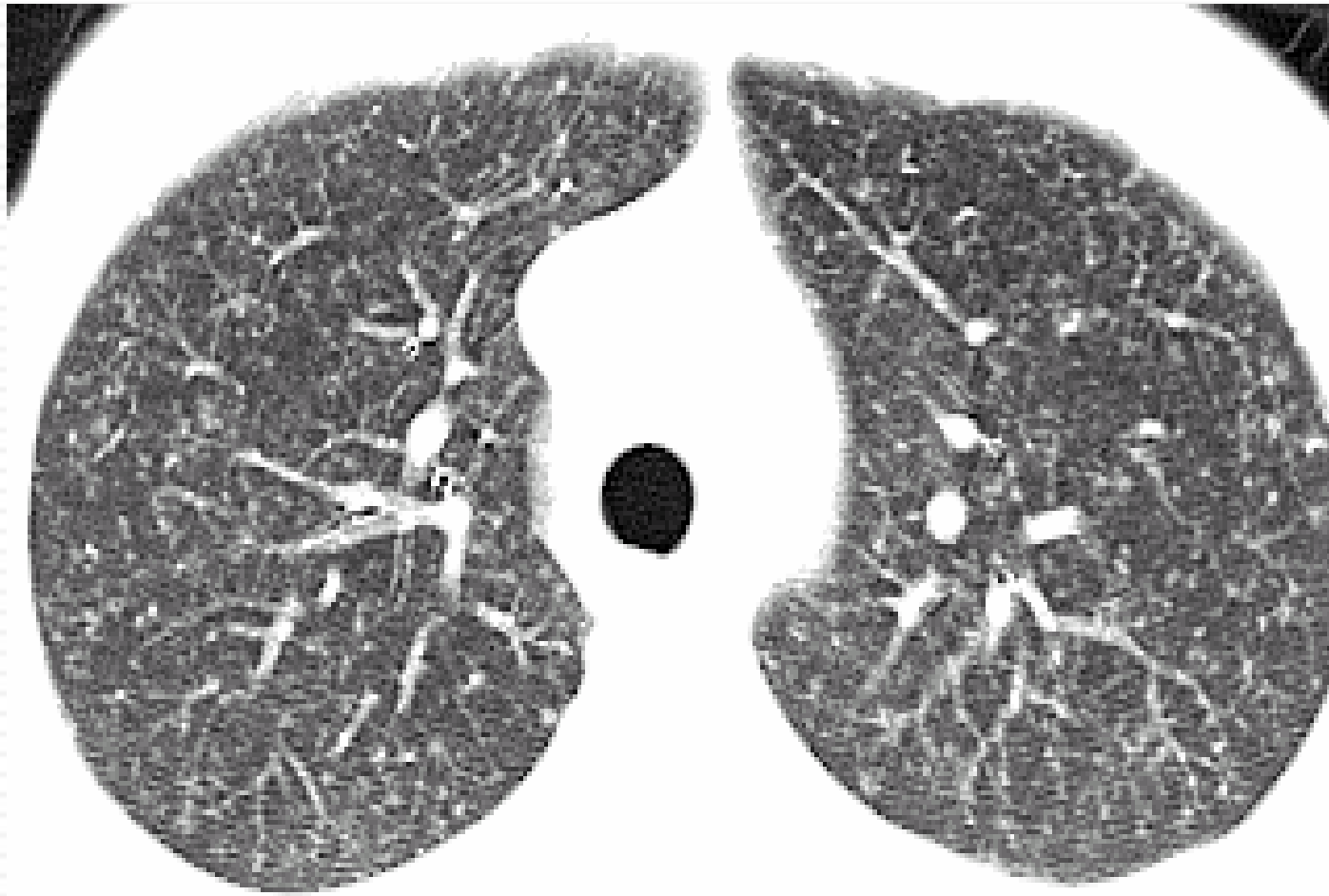
MAL DE POTT

- ❑ L'atteinte du rachis dorso-lombaire est la plus fréquente (95 %)
- ❑ Douleur et raideur rachidienne, signes de compression médullaire, abcès froids.
- ❑ syndrome phtisiogène.
- ❑ IDR+
- ❑ Atteinte pulmonaire
- ❑ Rx du rachis:
 - Géodes, pincement, fuseau pottique.
 - Si abcès: ponction pour rechercher les BK
 - Biopsie des lésions si possible.

MILIAIRE TUBERCULEUSE

- AEG, fièvre, dyspnée, signes évoquant l'atteinte d'autres organes.
- Rx du thorax: opacités nodulaires < 03 mm non confluentes réparties de façon homogène sur les deux plages pulmonaires.
- BK- , IDR -.
- Rechercher les autres localisations : PL , PBH, FO, hémoculture, biopsie médullaire...
- miliaire chaude : urgence thérapeutique .
- Dg différentiel

Tuberculose miliaire



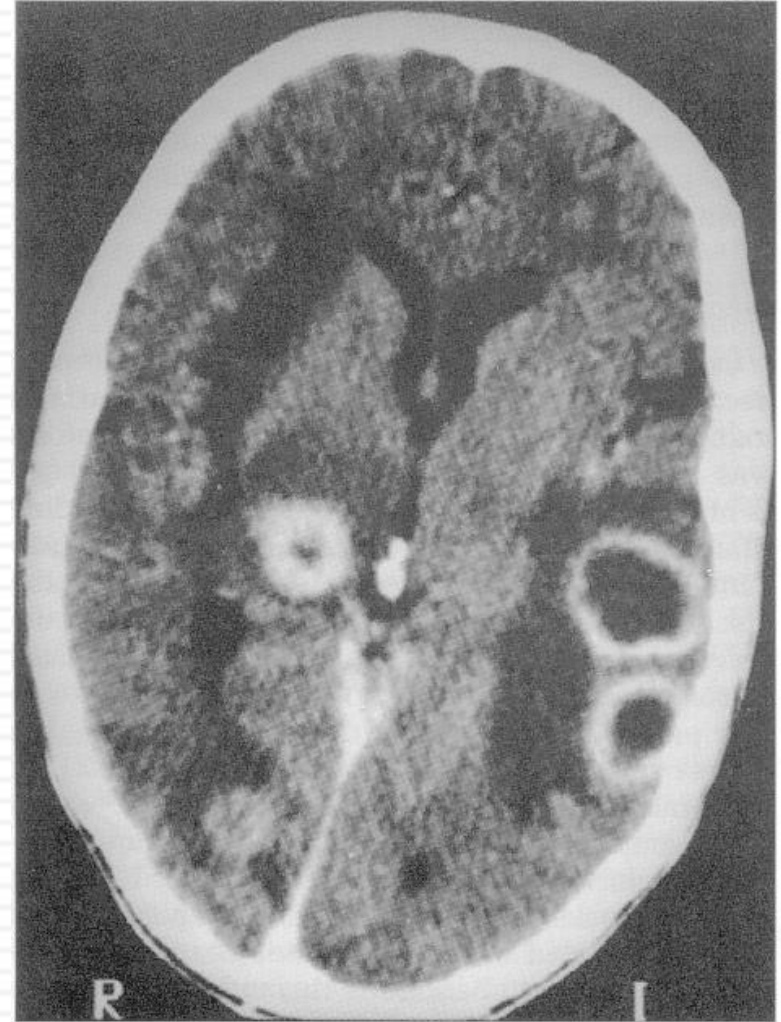
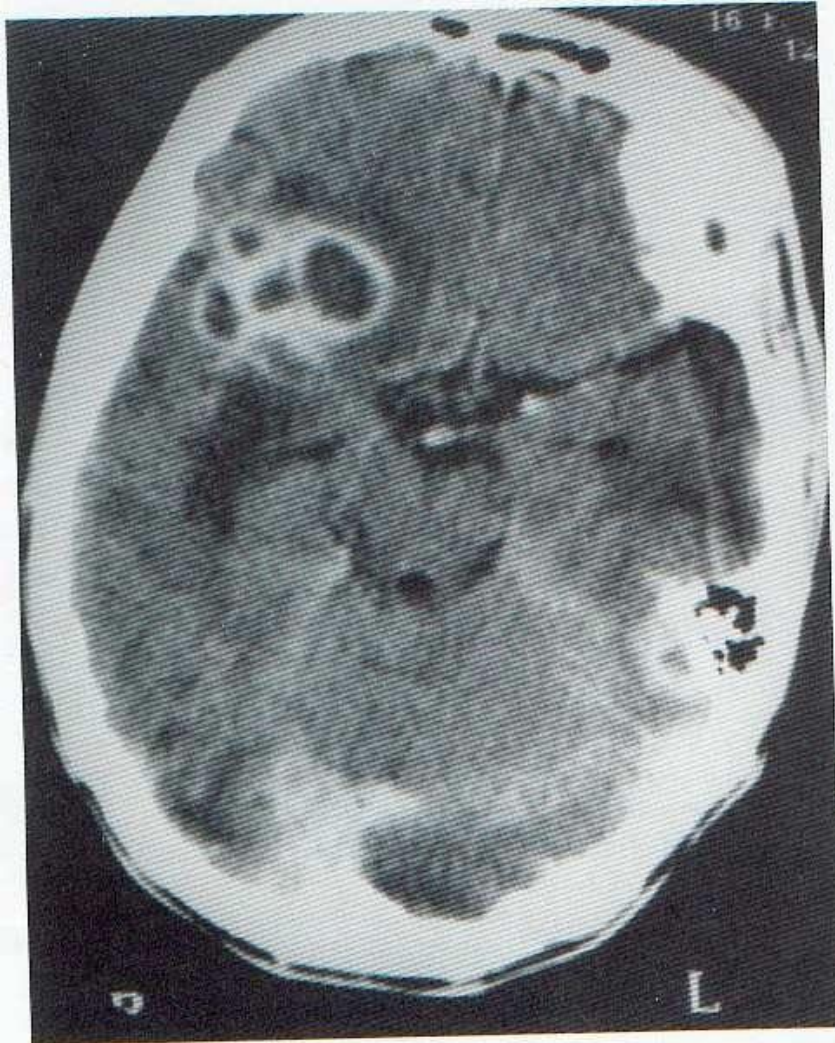
TUBERCULOSE NEUROMENINGEE

- ❑ Fait partie des formes les plus graves.
- ❑ Touche essentiellement les méninges (méningite tuberculeuse).
- ❑ L'atteinte du cerveau et de la moelle par des tuberculomes est très rare.
- ❑ L'aspect TDM et IRM du tuberculome est variable
 - unique ou multiple
 - sa taille varie de quelques millimètres à 3 cm
 - arrondie ou ovalaire
 - L'ensemble est entouré d'un œdème périlésionnel, plus marqué quand le tuberculome est de grande taille.

MENINGITE TUBERCULEUSE

- AEG, fièvre, convulsions , syndrome méningé, paralysie des nerfs oculomoteurs.
- PL (après FO ou TDM): liquide clair, riche en albumine, lymphocytaire hypoglycorachie.
- Recherche de BK.
- IDR -
- Urgence thérapeutique : ATBK+CTC

Tuberculomes cérébraux



TUBERCULOSE RENALE

□ Tuberculose rénale:

-**Clinique:** Colique néphrétique, hématurie, pyurie
amicrobienne

-**Imagerie:** caverne, ulcération...

-**Certitude Dg:** examen des urines fraîchement émises

-BK D + C (localisation bacillifère)

TUBERCULOSE GENITALE

□ **Chez l'homme :**

- Souvent associée à une tuberculose rénale
- Epididymite, atteinte de la prostate et des vésicules séminales

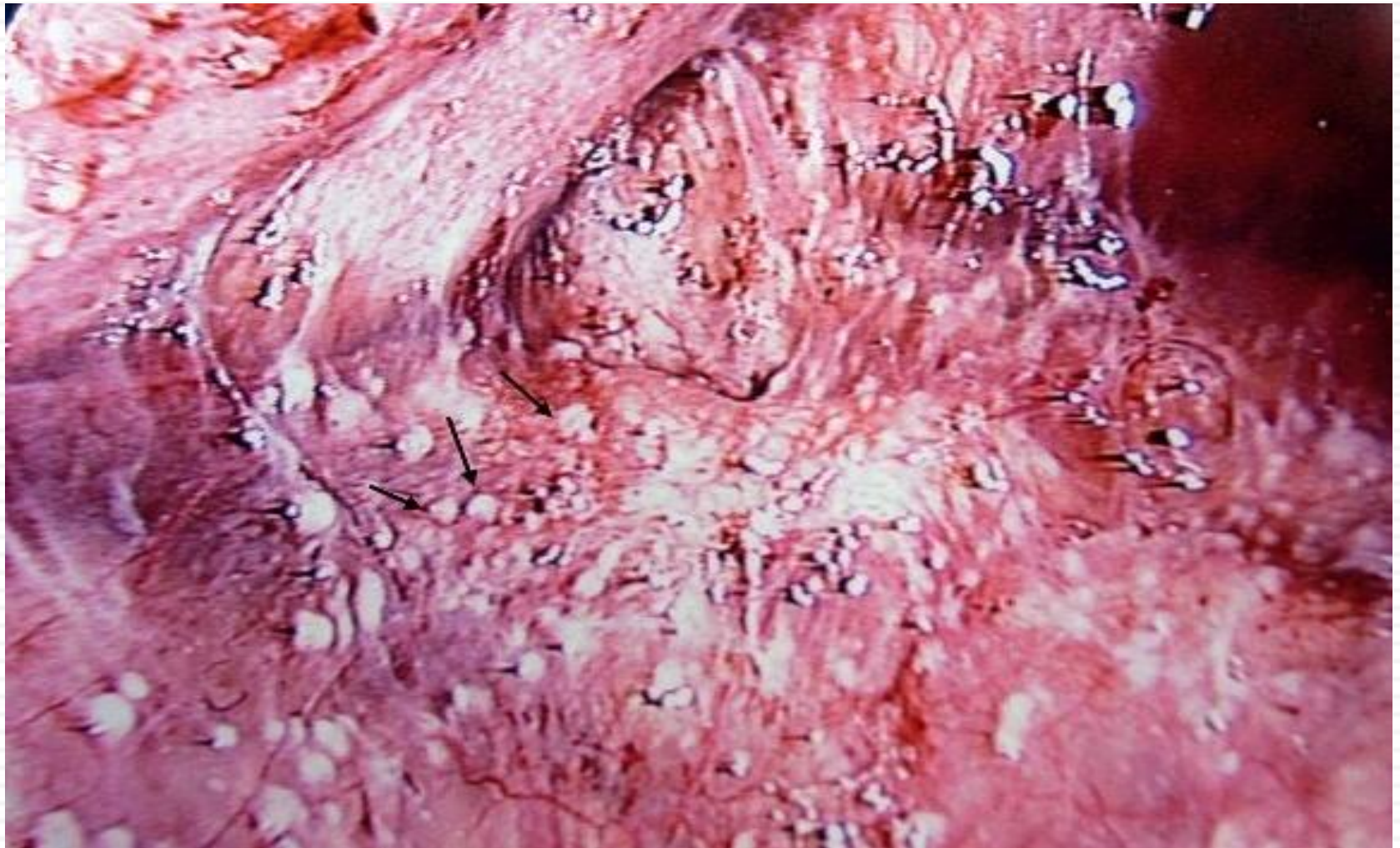
□ **Chez la femme:**

- Fréquente
- Grave: stérilité, synéchies utérines
- Pelvipéritonites subaigues: douleur pelvienne, leucorrhée aménorrhée
- Dg:** aspect évocateur à HSG, coelioscopie, culture des sécrétions vaginales, du flux menstruel, biopsie de l'endomètre

PERITONITE TUBERCULEUSE

- SG
- Signes digestifs non spécifiques
- ascite tbc simple:
- -L'aspect TDM n'est pas spécifique
- **signes évoquant le diagnostic :**
nodules mésentériques, atteinte du carrefour iléocaecal,
épaississement régulier du péritoine pariétal, présence d'ADP
nécrosées
- **Laparoscopie:** granulomes blanchâtres
- Dg : biopsie : péritonite tuberculeuse
- Dg parfois après laparotomie exploratrice

Tuberculose péritonéale: nodules blanchâtres



TUBERCULOSE INTESTINALE

- Jonction iléo-caecale
- Signes cliniques et radiologiques: troubles du transit,
- Masse de la fosse iliaque, sténose du grêle
- Dg différentiel: maladie de Crohn, Kc du caecum, Abcès appendiculaire
- Dg de certitude: biopsie sous laparoscopie ou sous colonoscopie + culture des selles
- Tuberculose ano-rectale, fissures, abcès, fistules anales

CONCLUSION

- Dans la majorité des localisations extra pulmonaires et en particulier les localisations ganglionnaires et pleurales qui sont les plus fréquentes , la preuve de la tuberculose peut être apportée, à la condition d'être soigneusement recherchée.
- La collaboration étroite du médecin généraliste, du pneumo-phtisiologue, du spécialiste concerné par l'appareil, du microbiologiste, de l'anatomopathologiste ne peut qu'améliorer la proportion des cas prouvés.