

DIAGNOSTIC DES MILIAIRES

Djimli.o

Université Ferhat Abbas ,Sétif 1

Faculté de médecine

Cours de pneumophtisiologie , année universitaire: 2019- 20

DÉFINITION

- *Exclusivement radiologique*
- *Classiquement présence au niveau des plages pulmonaires **d'opacités micronodulaires** diffuses de la taille d'un grain de mil (1.5 – 3 mm) de diamètre*

Intérêt

- *Fréquentes*
- *Etiologies multiples*

Circonstances de découverte

- *RP suite à de symptômes respiratoires*
- *RP au cours d'une maladie générale*
- *RP systématique*

DIAGNOSTIC POSITIF

miliaire typique :

- opacités micronodulaires de même taille séparées les unes des autres et régulièrement réparties dans les 02 champs pulmonaires.

- opacités plus petites de diamètre < 1.5 mm : punctiforme.

- un aspect en mailles de filet

miliaire atypique :

- les opacités sont plus volumineuses (nodulaires) « miliaire à gros grain »
- peuvent être de taille différente
- peuvent être irrégulièrement réparties dans les 02 champs pulmonaires

DIAGNOSTIC DES MILIAIRES

Miliaire typique



Miliaire atypique



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Eliminer les fausses miliaires

- *Films anciens*
- *Écran sale*
- *Reliquats de produit de contraste*
- *Sujet obèse*
- *Poumon gravide*

ENQUETE ETIOLOGIQUE (1)

A- Anamnèse :

- *Age*
- *Sexe*
- *tabagisme*
- *Exposition professionnelle*
- *contexte infectieux*
- *début : aiguë, progressif ou insidieux*
- *Notion de contagé TBC : PIT , TBC traitée*
- *Vaccination BCG*
- *Terrain : cardiopathie, allergie,*
- *immunodépression ,*
- *Antécédent de néoplasie*

ENQUETE ETIOLOGIQUE (2)

B- Examen clinique :

- *Etat général : fièvre, sueur, asthénie, amaigrissement..*
- *Appareil respiratoire*
- *Examen ophtalmique F.O*
- *Examen O.R.L*
- *Examen neurologique à la recherche de signes méningés*
- *Examen général complet*

ENQUETE ETIOLOGIQUE (3)

C- Examen para clinique :

- *Radio : thorax F/P.*
- *TDM thoracique*
- *Echo abdominopelvienne*
- *Biologie : NFS, VS, IDR à la tuberculine,*
- *BKD et par tubage, hémoculture, PL, sérodiagnostics*
- *Recherche du BK dans les urines et culture*
- *Biopsie hépatique*
- *Biopsie de l'endomètre*
- *Endoscopie bronchique*
- *Biopsie pulmonaire chirurgicale en dernier recours*

MILIAIRE TUBERCULEUSE

forme généralisée : (hématogène).

- **Miliaire aiguë fébrile**

- **Cliniquement** : souvent les signes généraux et fonctionnels respiratoires sont importants parfois alarmants.

- AEG : dyspnée avec cyanose, fièvre, syndrome d'un IRA.

- Généralement : **sujet jeune**, avec antécédents évocateurs (P.I. récente – tuberculose – immunodépression – post partum).

- **miliaire froide** à symptomatologie fruste

MILIAIRE TUBERCULEUSE

le Dg se fonde sur :

- *notion de contagé*
- *sur l'allergie tuberculique (IDR positive, $\frac{1}{4}$ cas IDR négative)*
- *recherche de BK dans les crachats ou TG (ex. direct, culture)*
- *signes de diffusion hématoogène extra pulmonaire: grande valeur Dg et pronostique*

MILIAIRE TUBERCULEUSE

Bilan systématique :

- *fond d'œil à la recherche de tubercule de Bouchut*
- *ex. ORL à la recherche de granulation miliaire pharyngée et laryngée.*
- *BK (crachat , TG) ED + C*
- *Ponction lombaire : recherche de méningite tuberculeuse*
- *LCR : Hyperalbuminorachie, hypoglycorachie ; hypo chlorurorachie, avec augmentation des lymphocytes.*

MILAIRE TUBERCULEUSE

- *Bilan systématique*
- *Recherche de BK dans les urines (D + culture).*
- *Culture du flux menstruel,*
- *myéloculture*
- *ponction biopsie du foie*
- *ponction et biopsie pleurale (si pleurésie).*

MILIAIRE TUBERCULEUSE

Evolution :

- - *s/ traitement la miliaire disparaît en quelques semaines à quelques mois.*
- - *EG s'améliore rapidement.*
- - *rarement : évolution vers une miliaire calcifiée.*
- *2 RHZE / 4 RH + CTC et O2 dans les formes asphyxiantes ou lors d'existence d'une méningite avec confusion et complications*

MILIAIRE TUBERCULEUSE

b/ forme localisée : (forme bronchogène).

- *Clinique : tableau d'une tuberculose pulmonaire commune.*
- *Origine bronchogène est attestée par la présence de lésions excavées.*
- *Répartition inégale des lésions radiologiques (miliaire atypique)*
- *dissémination par voie aérienne : rupture d'un foyer tuberculeux parenchymateux ou ganglionnaire dans une bronche.*

2/ Miliaire bactérienne et virale :

miliaire fébrile souvent localisée : staphylocoque, streptocoque , pneumocoque .

Virale +++ : v. de la grippe, de la rougeole. MNI (en général rapidement régressive).

3/ Miliaire mycosique :

Histoplasmose – coccidioidomycose.

4/ Miliaire parasitaire :

pneumocystose survient sur terrain immunodéprimé (SIDA),

donne un Tableau de DRA :

miliaire atypique rapidement extensive

MILIAIRE MÉCANIQUE

- 1/ Poumon cardiaque : œdème pulmonaire
(IVG , RM)
- 2/ Hémosidérose secondaire.
- 3/ Granité post hémoptoique de Cardis :
miliaire localisée

MILIAIRE DES AFFECTIONS MALIGNES

1/ Lymphangite carcinomateuse :

*dyspnée. Fréquente mais radiologiquement sous estimée
Cancer broncho pulmonaire +++, sein, prostate, poumon,
pancréas, lymphome, utérus*

2 formes:

Forme unilatérale localisée

*en rapport généralement avec une diffusion lymphangitique
péritumorale d'un adénocarcinome bronchique*

Forme bilatérale et diffuse

traduisant une dissémination hématogène, plus rare

MILIAIRE DES AFFECTIONS MALIGNES (2)

2/ Carcinose miliaire

- *Carcinose miliaire : due à une métastase hémotogène (atypique).*
- *Cancer primitif: thyroïde, rein, mélanome, sein, estomac, colon ou pancréas, sarcome osseux*
- *infiltration micronodulaire*
De 1 à 3 mm de diamètre,
À bords nets,
- *Micronodules disséminés de façon diffuse à l'ensemble des 2 champs pulmonaires.*

3 / Hémoréticulopathies malignes

MILIAIRE DES PNEUMOCONIOSES

1/ Silicose :

- *Les signes TDM associent des micronodules à des adénopathies, de l'emphysème et de la fibrose*
- *Les micronodules peuvent être intra-parenchymateux ou sous pleuraux*
- *Les micronodules intra parenchymateux sont de topographie centro-lobulaire.*
- *Les micronodules sous pleuraux sont bilatéraux,*
- *prédominant dans les territoires postérieurs, supérieurs et droits et sont calcifiés dans 30 % cas.*
- *Parfois confluents, ils réalisent des pseudo-plaques pleurales simulant une asbestose.*

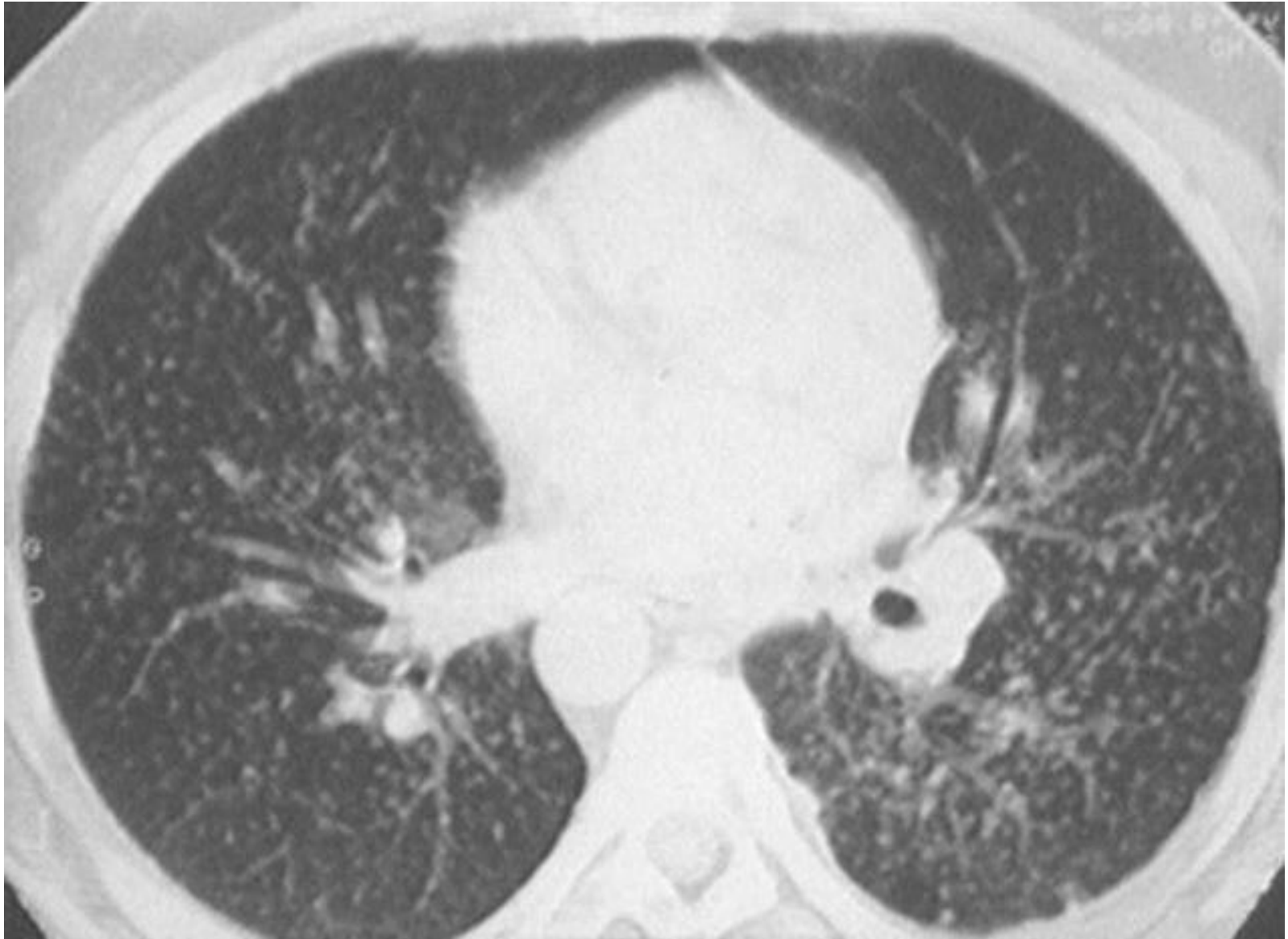
MILIAIRES DES PNEUMOCONIOSES

2/Asbestose : réticulo micronodulaire au 1/3 moyen.

3/ Bérylliose

4/ Pneumoconiose non sclérogène (surcharge).

Miliaire d'origine silicotique



MILIAIRE DES GRANULOMATOSES PULMONAIRES

1/ Granulomatose immuno-allergique :

a- maladie du poumon de fermier : AAE.

b- maladie des éleveurs d'oiseaux.

2/ Sarcoïdose : maladie systémique

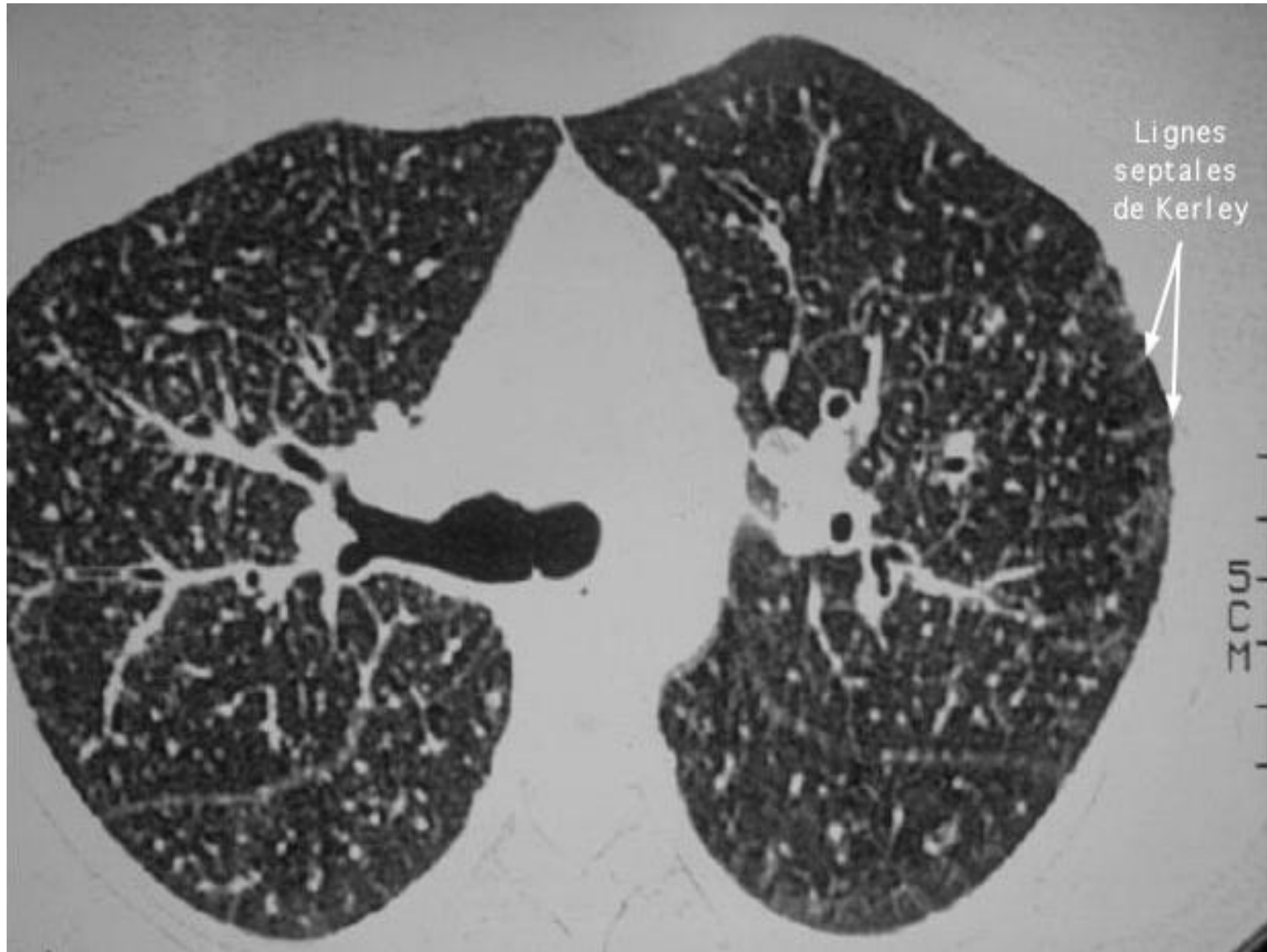
(lésions réticulomicronodulaires associées ou non à des adénopathies).

- 25 à 45 ans

- Atteinte thoracique : 90%

- Discordance entre l'importance des signes radiologiques et la discrétion des signes cliniques

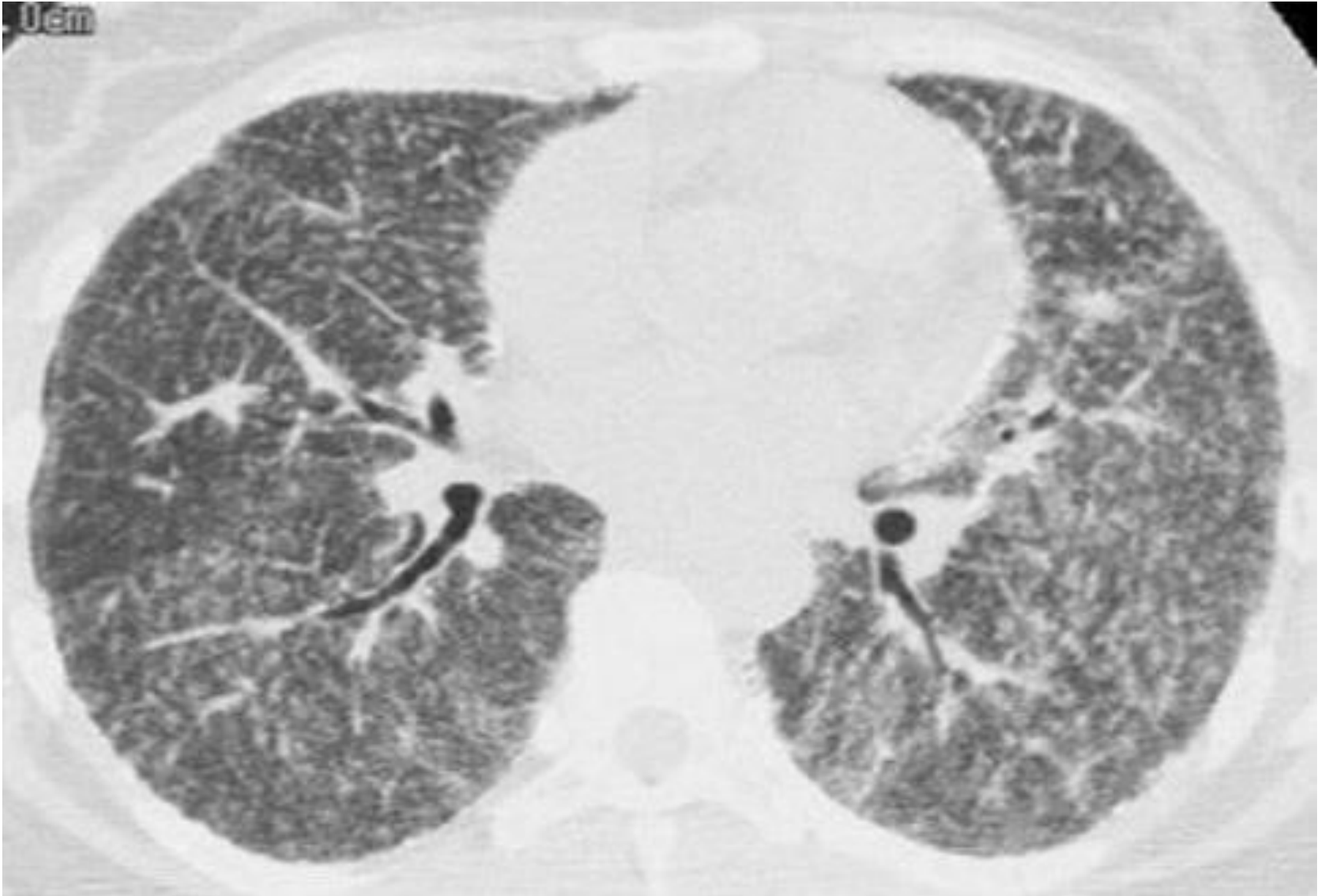
sarcoidose



CAUSES RARES

- **Causes médicamenteuses et toxiques :**
 - B-Bloquants , cordarone , dérivée de l'ergot de seigle, Nitro furantoine , Antimitotiques.*
- - **Radiothérapie**
- - **Histiocytose X.**
- - **Hémosidérose primitive.**
- - **Collagénoses** : PR – sclérodermie
 - lupus érythémateux disséminée (LED).*
- - **Microlithiase alvéolaire.**

Miliaire fine et dense



Aspect de miliaire calcifiée



CONDUITE A TENIR DEVANT UNE MILIAIRE (1)

Le malade présente un état asphyxique aigue :

hospitalisation en pneumo ou en réanimation.

Gaz du sang.

- ***Examens d'urgence à la recherche de :***

TBC :

Bacilloscopie.

IDR.

FO.

PL.

Infection bactérienne et virale :

NFS.

Hémoculture.

Examens sérologiques.

NB : UN TRAITEMENT ANTIBACILLAIRE ASSOCIE A UNE CORTICOTHERAPIE AINSI QU'UNE OXYGENOTHERAPIE SONT INDIQUES

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE MILIAIRE (2)

Le malade n'est pas en insuffisance respiratoire aigue

Miliaire fébrile : généralisée :

TBC chez les jeunes.

Cancers secondaires chez les sujets âgés.

Localisée : bactérienne ou virale

Miliaire + ADP médiastinale :

TBC.

Sarcoïdose.

Maladie de hodgkin.

Miliaire + silhouette cardiaque anormale :

IVG.

RM.

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE MILIAIRE (3)

Le malade n'est pas en insuffisance respiratoire aigue

Miliaire + contexte professionnel :

Pneumoconiose.

Alvéolite allergique.

Miliaire très radio opaque :

Miliaire TBC calcifiée.

Hémosidérose idiopathique.

Barytose.

Micro lithiase alvéolaire.

Mycose