

LA MILIAIRE TUBERCULEUSE

Définition :

Définition strictement radiologique, il s'agit d'une dissémination dans les deux champs pulmonaires de fines images micronodulaires ayant la taille d'un grain de mil.

Etiopathogenie:

Le plus souvent dissémination hémato-gène a partir d'un foyer initial de type glio-pulmonaire de primo infection (complexe primaire)

Moins fréquemment due a une réinfection endogène qui déprime l'immunité responsable de miliaire localisée type bronchogène

Diagnostic positif : nous avons deux grandes formes :

La forme aigue fébrile d'Empis : apparait à tt les stades de la tuberculose

Signes cliniques :

- Fièvre 39 -40 permanente et bien tolérée
- Dyspnée inconstante, d'intensité variable et qui peut aller au Sd de détresse respiratoire aigu
- Toux sans expectorations
- Amaigrissement, Asthénie, anorexie
- Pâleur extrême

Signes biologiques :

- VS accélérée > 100
- FNS : anémie avec leuconutropénie
- Hyperalbuminorachie avec lymphocytose dans la ponction lombaire ou dans la ponction pleurale
- Fond d'œil : indispensable :
 - Trouver les tubercules choroïdiens de Bouchet : n'est pas pathognomonique
 - Contre indication de la PL : œdème papillaire

Examen bactériologique:

- La recherche du BK dans le LCR est presque tjrs négative ainsi que dans les expectorations
- L'IDR : négative paradoxalement ⇒ atteinte de l'immunité cellulaire
- Le lavage broncho-alvéolaire : permet d'évaluer et de rechercher le BK
- Il faut tjrs faire les examens et les répéter
- Rx : aspect micronodulaire disséminé au niveau des deux champs pulmonaires.
- * Ce que révèle la dissémination aux autres organes :
 - Hémo-cultures, myelo-cultures, uro-culture.
 - Ponction hépatique PBF
 - Recherche de BK dans les expectorations, tubage, lavage bronchique négative au début (étude cytologique par culture des BK)
 - Ponction biopsie pleurale ⇒ follicule de Koster : epithelio-giganto-cellulaire
 - Centrifugation des prélèvements
- ** le plus important : lésions anapath + BK dans les expectorations

La forme chronique froide :

- Pas de fièvre
- Rare, dgc difficile
- Persistante et évolue a bas bruit (dépend de l'âge)
- Dissémination par voie lymphatique ou aérienne (EG altérée progressivement, asthénie progressive)
- Ressemble à une carcinose : envahissement du péritoine par des tmr malignes

- Apanage des sujet âgés, dénutris ou atteints de VIH
- Tableau clinique : moins spécifique
- Radiologie : mois évocatrice : opacité nodulaire dans les régions basales et hilaires ou moyennes, localisées, ont tendance à confluer
- Parfois Rx normale avec BK +
- Le plus souvent associé au VIH
- ADP médiastinale fréquentes apparaissent avant la miliaire
- Lésions de type infiltrat
- Atteinte extra pulmonaire : 50%

Miliaire chez le sidéen :

- Tableau clinique en rapport avec l'intensité de l'immunodépression
- Signes moins spécifiques, assez fréquente, d'évolution très rapide
- Rx moins évocatrice
- ADP fréquentes, profondes, médiastinale
- Opacité nodulaire (moyenne, basale) respectant les sommets
- Aspect : peut être à la limite de la normale, parfois même BK+
- Atteinte extra-pulmonaire fréquente
- Recherche de BK :
 - 50% examen direct
 - 100% culture
 - 10% hémoculture
 - Atteinte hépatique : 75%, splénique, ganglionnaire, suppuration profonde, urinaire, parfois atteinte des séreuses
- IDR souvent négatif
- Leurs interprétation se fait en fct du nombre des CD4 :
 - CD4 > 400 : manifestation clinique presque comme chez le sujet normal
 - CD4 < 200 : IDR > 5 mm considéré +

Diagnostic différentiel :

Se pose avec :

- Les autres infections : staphylocoque, virales, grippales
- Origine cardiaque : OAP, œdème interstitiel, insuffisance cardiaque
- Néoplasie : primitive ou secondaire
- maladie de système : sarcoïdose type 2 ou 3
- hémoptysie
- pneumoconiose : alvéolite due à l'inhalation de poussière inorganique (alvéolite allergique extrinsèque : poumon hyper sensible)
- hémopathies : lymphome, hémorragie, leucémie

Traitement :

- quadruple : rifampicine, isoniazide, pyrazinamide, éthambutol
- La durée est de 06 mois avec :
 - Phase d'attaque : (02 mois) 2RHZE
 - Phase d'entretien : (04mois) 4RH
- Hospitalisation : oxygénothérapie
- Dans les formes sévère (aigue fébrile) : assistance respiratoire (dyspnée) + trt anti bacillaire spécifique
- Si aggravation : trt en USI
- Corticoïde : lutte contre l'œdème et limiter les séquelles

- Trt étiologique
- Quand il y a association au VIH : trt anti bacillaire, tri ou quadrithérapie per os avec surveillance plus rapprochée parce qu'il y a interaction avec les antis BK et les antis VIH (même durée et même posologie de trt) ⇒ effets II aires
- Si plus dyspnéique : AIS ou AINS
- NB : extra pulmonaire ⇒ triple