

Les tuberculoses extra-pulmonaires

A/Généralités :

La tuberculose extra pulmonaire diffère profondément de la tuberculose pulmonaire sous plusieurs aspects :

- **1/** Elle est pauvre en bacilles et siège dans des organes souvent profonds, sans communication avec l'air extérieur. De ce fait, son diagnostic requiert le recours à la culture ou à l'examen histopathologique d'un prélèvement de tissu malade
- **2/** Elle n'est pas contagieuse: Conséquence de la dissémination de bacilles de la tuberculose après la primo-infection, elle n'est pas une source d'infection et ne transmet ni l'infection, ni la maladie dans la collectivité.

B/Physiopathologie :

- **Dissémination sanguine ou lymphatique** du BK (quiescents) dans l'organisme suite à une primo-infection latente ou patente.
- Multiplication du BK dans différents organes à l'occasion d'une défaillance immunitaire.

C/Caractéristiques des TEP :

- Possibilité d'atteinte de tous les organes.
- Localisations les plus fréquentes: ganglionnaires périphériques, pleurales, ostéo-articulaires, rénales.
- Localisations rares: méningée, péritonéales, péricardiques, génitales.
- Localisations plus rares: œil , oreille interne, rate, sein, thyroïde, surrénale, tuberculome cérébral et de la moelle épinière
- Contrairement aux tuberculoses pulmonaires, les TEP sont;
 - Pauci bacillaire(généralement)
 - Ne constituent pas une source de contamination.
 - 40 à 50 % de toutes les formes de tuberculose.

D/Critères de diagnostic de certitude :

en nombre de 03, un élément est suffisant :

- Culture positive d'un prélèvement pathologique.
- Follicule caséux à l'examen anatomo-pathologique d'une pièce de biopsie
- Identification de pus caséux à l'examen cytologique d'un pus prélevé par ponction

E/Critères de diagnostic de présomption

- Tableau clinique(et éventuellement radiologique) compatible
- IDR t positive; une papule d'induration après 72h = ou > à 10mm

Ces critères obligatoires doivent être associés à l'un des 3critères suivants, au moins:

- Liquide sero-fibrineux et lymphocytaire en cas de pleuresie ou d'ascite
- Lésions histologiques non caséuses apres biopsie(folliculaires ou non)
- Cytologie du pus douteuse apres ponction

F/Diagnostic selon les localisations :

1 / La tuberculose ganglionnaire périphérique :

La plus fréquente, 20 % des TEP, Localisation cervicale +++. , Souvent unilatérale.

- **Clinique :**

- signes d'imprégnation.
- Adénopathies: petite taille, fermes, indolores.

évolution: - augmentation de volume.
 - Fistulisation spontanée.
 - Cicatrice indélébile.

- **Para clinique :**

- IDRT fortement positive.
- Syndrome inflammatoire biologique.
- Ponction ganglionnaire: cytologie + culture.

- Biopsie chirurgicale.
- **Diagnostique différentiel :**
- Néoplasie.
- Infectieuse: adénopathie à germes pyogène (syndrome infectieux franc +porte d'entrée)
- Manifestation du VIH: adénopathies généralisée persistantes
- **Bilan Pré-thérapeutique :**
- Clinique: Examen soigneux de toutes les aires ganglionnaires superficielles.
- Para clinique Radiographie pulmonaire de f + p: - Echographie cervicale .
- Echographie abdominale.
- **Traitement :**
- Chimiothérapie anti-tuberculeuse: 2RHZ\4RH.
- Corticothérapie : association possible:0,5 mg\kg: 3 a 6 semaines.
- Chirurgical: Adnp rebelle au trt médical.
- **Traitement chirurgical :**
- Chimiothérapie anti-tuberculeuse: 2RHZ\4RH.
- Corticothérapie : association possible:0,5 mg\kg: 3 a 6 semaines.
- Chirurgical: Adnp rebelle au trt médical.

2/ Tuberculose pleurale :

- 2ième localisation par ordre de fréquence des TEP.
- Possible à tout age. , + fréquente chez sujets + de 20ans.
- Mécanisme : * tuberculose du parenchyme sous pleural.
* Rupture d'un foyer dans la plèvre.
* Modification du drainage vasculaire et lymphatique.
- **Clinique :**
- Forme aiguë:adulte:2\3 cas:fébricule, douleur thoracique, toux sèche, frottement pleural.
- Forme peu symptomatique: sujet âgé.
- **Para clinique :**
- Aspect: PSF: 90%.des cas. Séro-hématique : 10%.des cas.
- Exsudat: Protidopleurie > 40 g\l.
- Cellularité: prédominance lymphocytaire.
- Glycopleurie basse < 0.6 g\l.
- **Radiologie :**
- Pleurésie de moyenne ou de grande abondance
- Images Rx d'une tuberculose pulmonaire.
- **Bactériologie et Histologie :**

BK dans le liquide pleural:

- (+) au direct <10%. (+) en culture:10a35%..
- La biopsie pleurale: (aiguille de castelain)
 - Examen de choix:
 - histologie et culture.
 - Les 2 examens combinés donnent le diagnostic dans 90% des cas.
- **Thoracoscopie :**
- Sujet âgé : éliminer une néoplasie
- Thoracoscopie: image en taches de bougie.
- **Traitement :**
- 2 RHZ\4RH.
- Ponction évacuatrice.
- Kinésithérapie: précoce et longtemps poursuivie.

3/Tuberculose rénale :

- **Clinique** : colique néphrétique; hématurie; pyurie amicrobienne.
- **Arguments de certitude**:
 - ✓ Examen des urines fraîchement émises. (localisation bascillifère).
 - ✓ Culture ++++
- **Aspects radiologiques** :
 - ✓ **Cavernes rénales.**
 - ✓ Ulcération latérale du fornix.
 - ✓ Tbc au stade du début.

4/Tuberculose Génital :

*** Chez l'homme:**

- Souvent associée a une tuberculose rénale.
- Épididymite, atteintes de la prostate, des vésicules séminales

*** Chez la femme:**

- Fréquente.
- Gravité: stérilité. (synéchie utérine)
- Pelvipéritonites subaiguë: douleur pelvienne, aménorrhée, leucorrhée
- Présomption: aspect évocateur à l'hystérosalpingographie, coelioscopie.
- Certitude: culture des sécrétions vaginales, du flux menstruel, biopsie de l'endomètre.
- Traitement des localisations uro-génitales: Quadrithérapie.

5/Tuberculose ostéo-articulaire :

- 10 a 15 % des TEP
- atteinte articulaire: douleur, limitation de l'amplitude articulaire, fièvre.
- Radio standard: -érosion métaphysaire, érosion sous corticale, pincement articulaire.
- **Liquide articulaire:**
 - ✓ Inflammatoire.
 - ✓ Lymphocytaire.
 - ✓ Ex.direct (+) dans 30% des cas.
 - ✓ Culture (+) dans 90% des cas.
 - ✓ Biopsie synoviale : dg 95 % des cas.
- Atteintes osseuses: Rx: zone d'ostéolyse, épaissement cortical, érosion sous périostée.

6/Tuberculose vertébrale :

- ✓ Atteinte par le bacille de Koch des structures ostéo-articulaire du rachis
- ✓ **Physiopathologie**
 - Lésions pauci bacillaires
 - Dissémination hémotogène
- ✓ **3 formes:**
 - Spondylodiscite tuberculeuse
 - Spondylite tuberculeuse
 - Atteinte de l'arc postérieur

6-1/Spondylodiscite tuberculeuse :

- ✓ **Atteinte du disque intervertébral et vertèbres adjacentes.**
- ✓ Début: partie antérieure d'un corps vertébral.
- ✓ Atteinte secondaire discale.

6-2/Spondylite tuberculeuse :

- ✓ Respect du disque.
- ✓ Multifocale ; respect de certaines vertèbres.

6-3/Atteinte de l'arc postérieur :

- ✓ Atteinte isolée de l'arc postérieur est rare (<3%).

✓ Atteinte neurologique et abcès para vertébraux plus fréquents.

• **Clinique :**

✓ Début progressif

✓ Délai diagnostic: 2 sem-plusieurs années

✓ Rachialgies (90% des cas).

✓ Signes généraux inconstants.

✓ Raideur rachidienne

✓ Abcès froid à rechercher.

• **Complications :**

* **Neurologiques** (35 à 60% des cas)

✓ Radiculalgies.

✓ Syndrome queue de cheval.

✓ Paraparésie ou paraplégies.

➤ Compression médullaire.

➤ Par phénomènes ischémiques.

* **Infectieuses:**

✓ Abcès froids .(fistulisation, surinfection).

✓ Abcès para vertébraux.

* **Orthopédiques:**

Désaxation, cyphose, instabilité rachidienne.

• **Diagnostic différentiel**

✓ **Spondylodiscites inflammatoires**

✓ Spondylarthrite ankylosante (SPA) évoluée.

✓ polyarthrite rhumatoïde (PR) avec atteinte du rachis cervical.

✓ chondrocalcinose (CCA) vertébrale avec spondylodiscite Infectieuses et métastatiques

• **Traitement :** Quarithérapie 2 RHZE\4RH.

7/Tuberculose cutanée :

➤ Aspect dermatologique varié: selon le mode de contamination:

✓ Exogène: chancre.

✓ Endogène:scofuloderme.

✓ Hématogène: gomme,lupus.

➤ Dg de certitude: biopsie cutanée.

➤ Traitement:2RHZ\4RH.

8/Tuberculose neuro-méningée :

➤ Tuberculose méningée : 7 à 12 % des tuberculoses.

➤ Clinique: Méningite subaiguë lymphocytaire

➤ En fait: formes cliniques très variées +++

➤ Gravité liée à la présentation et au retard de la prise en charge : principaux facteurs de risque de mortalité et de séquelles.

➤ Notion de contagé dans les mois précédents : 70 à 90 %

➤ Symptômes non spécifiques:

✓ Céphalées : 55 – 90 %

✓ Vomissements : 25 %

✓ Fièvre : 65 %

15 % des patients : aucun syndrome

• **Diagnostic Biologique :**

- LCR :

○ Lymphocytose entre 100 et 1000/mm³

○ Parfois pas de réaction méningée (VIH+, sujets âgés)+++

- Protéinorachie parfois très élevée, >1 gr/l ds90 %.
- Hypoglycorachie.
- Examens bactériologiques répétés.
- **Bactériologie du LCR :**
- Direct + dans environ 10 à 20 % des méningites.
- Le diagnostic de certitude nécessite la mise en culture de trois culots de centrifugation du LCR. Il est rarement apporté par l'examen direct du LCR.
- **Diagnostic différentiel :**
- Avant la PL:
 - Syndromes neuropsychiques divers.
 - Fièvre thyphoïde(fièvre prolongée).
 - Tumeurs intracrâniennes.
- Après la PL:
 - Méningites lymphocytaires bénignes(virales): faible albuminorachie.
 - Méningites à pyogènes décapitée par un traitement antibiotique.

9/Les Autres TEP rares:

- **Péricardite :**
- Exsudative à liquide clair.
- Parfois associée à une pleurésie tuberculeuse.
- Évolution spontanée:péricardite constrictive.
- Diagnostic:
 - ✓ Éléments de présomption.
 - ✓ Élimination d'autres péricardites aiguës:- rhumatismales , bactérienne, et virales.....
- Traitement: chimiothérapie anti-tuberculeuse(2RHZE\4RH) +corticothérapie : éviter la constriction.
- **Péritonite tuberculeuse**
- SG + signes digestifs non spécifiques.
- Ascite tuberculeuse simple:
 - ✓ Laparoscopie:granulomes blanchâtres.
 - ✓ Dg: biopsie.
- Péritonite tuberculeuse.
- ✓ Dg: parfois après laparotomie exploratrice.
- **Tuberculose intestinale :**
- ✓ La jonction iléo-cæcale.
- S. cliniques et radiologiques:(troubles du transit,masse de la fosse iliaque, sténose du grêle)
- Diagnostic différentiel:maladie de Crohn,cancer du caecum , lymphome, abcès appendiculaire.
- Diagnostic de certitude:biopsie sous laparoscopie ou sous colonoscopie.+culture des selles.
- ✓ La tuberculose ano-rectale.
- Fissure,abcès, fistules anales.
- **Tuberculose hépatique :**
- Accompane une tuberculose disséminée ou pulmonaire avancée.
- Diagnostic différentiel:-hépatome, abcès amibien.
- Tuberculose de la vésicule biliaire: \ extension d'une TBC hépatique: ictère.
- Dg de certitude:PBF, laparoscopie et étude anapath.
- **Autres TEP plus rares :**
- Voies aériennes (laryngée: bascillifère). - Digestives supérieures. - Œil.
- Oreille interne. - Rate. - Sein.
- Thyroïde. - Surrénale (cause fréquente d'insuffisance surrénalienne chronique).
- ✓ Investigations en milieux spécialisés.



Université d'Oran
Faculté de Médecine

Tous droits réservés. Ce fichier peut être diffusé librement à condition que ce soit gratuitement et qu'il n'y soit apporté aucune modification.

Auteur : Pr Ouardi

Numérisation: Ghizlène Abebsi le 28 septembre 2014