

# **MILIAIRE TUBERCULEUSE**

## **« MT »**

**ADILA.F**

**Service de pneumologie (Pr HAOUICHAT.H)**

**Hôpital central de l'armée**

**Destiné aux étudiants de 4<sup>ème</sup> année de médecine**

## **Objectifs :**

- 1) Savoir poser le diagnostic de miliaire d'origine tuberculeuse
- 2) Rechercher les autres localisations
- 3) Savoir traiter une miliaire tuberculeuse
- 4) Connaître les mesures de prévention

# Plan

I- Définition

II- Intérêt de la question

III - Rappel physiopathologique

IV- Diagnostic positif

V- Diagnostic différentiel

VI- Evolution

VII-Traitement et prévention

VIII-Conclusion

## I- Définition :

La miliaire tuberculeuse est une tuberculose disséminée qui atteint tous les organes et ne se limite pas aux poumons

**MILIAIRE**: terme radiologique : opacités micro-nodulaires, nodulaires disséminés au niveau des deux champs pulmonaires .

## II- Intérêt de la question :

- Miliaire tuberculeuse : TBC aigue sévère pouvant mettre en jeu le pronostic vital .
- S'observe surtout chez l'enfant non vacciné
- **Urgence au traitement sans preuve bactériologique**
- Importance de la prévention +++++

### III/ Rappel physiopathologique :

- la transmission est strictement inter humaine
- Source de contamination : tuberculeux « cracheur » de BK
- Parole; toux « 3500 de particules infectants ou gouttelettes » et éternuement « jusqu' a 1 million »
- Inhalation par voie aérienne des gouttelette muco salivaire (Pflugge ) de petite taille contenant le BK
- Primo infection (PI) avec la formation du complexe primaire tuberculeux ( chancre d'inoculation+ ADP satellite )
- Suite à l'inhalation massive de BK et /ou immunodéficience durant la phase anté allergique « de 03 à 12 semaines » : gravité de la PI avec un risque de la survenue de la **miliaire** et **méningo miliaire** tuberculeuse .

## IV-Diagnostic positif :

### A/ Tableau clinique :

Tableau le plus souvent aigu :le plus souvent chez l'enfant

**A l'interrogatoire** : -présence de notion de contagé

- absence de vaccination BCG

**SR** : dyspnée « forme hypoxémiante » avec tirage et cyanose

**SG**: Fièvre élevée , asthénie profonde

**SER** : troubles digestifs : nausées ; vomissements et diarrhée  
céphalées

- **L'examen physique retrouve :**

— le plus souvent un examen pleuro-pulmonaire pauvre  
ou un syndrome d'EPL

-Une hépatomégalie, splénomégalie et un syndrome  
méningé :Raideur de la nuque et convulsions .

## **B/Radiographie thoracique standard :**

Micronodules de 1 à2 mm de diamètre tous de la même taille  
régulièrement répartis sur les deux plages pulmonaires de  
façon symétrique (aspect de grains de mil )



## **C/Autres examens complémentaires :**

IDR à la tuberculine

Recherche de BK dans les crachats ou tubage gastrique : examen direct et culture

(forme pauci bacillaire )

## **D/ Bilan systématique :** A la recherche des autres localisations :

- 1) FO : Lésions caractéristiques : tubercules de BOUCHUT /: taches blanchâtres de 1 à 3 mm de diamètre, arrondies légèrement en relief plus ou moins œdème papillaire : CI de la ponction lombaire
- 2) PL : examen du LCR : faite même en absence de syndrome méningé évident

Si méningite tuberculeuse :

Le liquide sera clair , riche en albumine > 1g/l  
Hyperalbuminorachie .

Riche en lymphocytes : 30 à 300 éléments

Recherche de BK à l' examen direct et en culture

3) Recherche de BK dans les urines : examen direct et culture

4) Si autres localisations évidentes : pleurale EPL à la radiographie ( nécessitant une ponction biopsie pleural avec preuve ana-path)

## **V- Diagnostic différentiel :**

- Devant une miliaire fébrile :

\_ virale

\_ staphylococcique

\_ carcinomateuse

- Devant une méningite à liquide clair :

\_ Bactérienne décapitée

\_ Virale

\_ Méningite cryptococcique : sujet VIH

## **VI- Evolution :**

Défavorable : en absence de traitement spécifique précoce , le pronostic vital est mis en jeu :

- immédiat : décès
- tardivement : risque de séquelles méningées

Favorable : si trt adéquat non retardé

## VII/ Traitement : urgence ++++

- 1) Buts :**
- Sauver le malade
  - Stériliser tous les foyers infectieux
  - Eviter les séquelles

**2) Moyens :**

- Mesures de réanimation spécifique :
  - oxygénothérapie à fort débit 3-6 l/mn
  - position demi-assise de sécurité
  - voies d'abord
- TRT antituberculeux : même en absence de preuves bactériologiques: 2RHZE/4RH
- corticothérapie à 0,5 mg/kg/j pendant 4 semaines à dose dégressive

### **3) Indications :**

F. Asphyxiante : O<sub>2</sub> thérapie

TRT antituberculeux

TRT corticoïde

F simple : TRT antituberculeux seul

### **4) Surveillance :**

Clinique : - dyspnée et constantes vitales

- T° , TA , FC , FR et la SAO<sub>2</sub>

Signes d'intolérance : effets secondaires

## VII- Prévention :

Vaccination BCG / VACCIN bactérien vivant non virulent car atténué :

- Systématique à la naissance en Algérie
- PI artificielle
- Protection des formes graves
- Protection durable 7-10 ans

## VIII- conclusion

- La miliaire tuberculose est une forme aigue de la tuberculose
- Souvent associée à une localisation méningée qu'on doit rechercher systématiquement
- C'est une urgence diagnostique et thérapeutique
- La recherche de BK est souvent négative et ne doit en aucun cas retarder le TRT
- Le traitement est basé sur les anti tuberculeux avec l'O2 et la corticothérapie dans les formes hypoxémiantes
- La vaccination par le BCG est le meilleur moyen de prévention