**2019-2020**

 **-------------**

**Faculté de Médecine d’Annaba
Cours de Pneumologie**

**Pr. KH. DEGHDEGH**

 **--------------------**

 **LA MILIARE TUBERCULEUSE**

 **------------------------**

 **Plan de la question**

**1- introduction**: 1-1/ Définition :

 1-2/ Intérêt de la question:

**2 - Pathogénie :**

**3 - Etude anatomopathologique :**

 3-1/ Etude Macroscopique :

 3-2/ Etude Microscopique :

**4 – Etude clinique :**

4-1 Type de description : ***La miliaire aigue d’EMPIS***

 4-1-1/ Signes cliniques :

 4-1-2/ Signes radiologiques:

4-2 Formes cliniques :

4-2-1/ Miliaire aigue à prédominance pulmonaire

* Miliaire suffocante.
* Miliaire catarrhale.
* Miliaire bronchogène.

4-2-2/ Miliaire compliquée :

 Pleurésie, méningée, atteinte médullaire, laryngo-pharyngée.

**5 - le diagnostic positif:**

**6 - le diagnostic différentiel:**

6-1/ Clinique :

 6-2/ Radiologique :

**7 - Prise en charge:**

 7-1/ Le traitement:

 7-2/ les éléments de surveillance :

 7-3/ évolution et pronostic:

**8 - Conclusion :**

**1- Introduction :**

 **1-1/ Définition :**

\* Le diagnostic des miliaires est radiologique, caractérisé par un fin semi de grains de  « mil» de 01 à 03 mm de diamètre, disséminé aux 02 champs pulmonaires, résultat d’un essaimage hématogène des BK soit à partir d’une infection tuberculeuse récente, soit à partir de la réactivation d’un foyer tuberculeux ancien, donnant ainsi une atteinte multiviscérale.

 **1-2/ Intérêt du sujet:**

\* Diagnostique : c’est une urgence médicale nécessitant un diagnostic précoce.

\* Pronostique : risque vital immédiat par asphyxie ou par l’association d’une atteinte

 Méningée.

\* Urgence Thérapeutique : nécessité d’un traitement d’urgence sans attendre la preuve..

**2 - Pathogénie :**

La dissémination se fait  par :

\* Voie hématogène : l’ouverture d’un foyer caséeux tuberculeux ramolli qui se diverse dans un vaisseau oblitéré.

\* Voie bronchogène : donne des miliaires atypiques localisées.

\* Voie Lymphatique : par fistulisation ganglionnaire.

**3 - Etude anatomopathologique :**

 **3-1/ Macroscopie** :

On retrouve au niveau de tous les organes, avec prédominance au niveau du poumon de petits nodules, appelés « granulations » ou « tubercules miliaires », incolores ou grisâtres.

 

Granulations

 Ou

Tubercules

 **3-2/ Microscopie :** 3 aspects.

- **Nodule exsudatif d'aschoff ou tubercule miliaire:**

 Petit foyer ou ilot d'alvéolite avec caséification centrale.

- **Nodule folliculaire**:

 Zone centrale de caséification entourée d'une couronne de cellules épithéloides avas cellule

 Géante, une zone périphérique lymphocytaire et fibroblastique.

- **Nodule fibreux**: le collagène envahit ou enkyste le centre caséeux

**4 – Etude clinique :**

L’éclosion de la miliaire avant sa traduction radiologique est précédée d’une longue phase d’incubation, durant laquelle le maitre symptôme est la fièvre, qui peut être isolée ou s’associer à une HPM, SPM, AEG, ADP, AAA. Altération progressive de l’état général.

4-1 Type de description : ***La miliaire aigue d’EMPIS***

4-1-1/ Signes cliniques :

\* Le début est parfois précédé de prodromes : AEG, état subfébrile, PCM, amaigrissement.

\* parfois la maladie éclate en foudre : après 02 à 03 jours de malaise général, se constitue un tableau évocateur de FT au 02ème septénaire sans signes digestifs ou méningés :

 - la fièvre est variable : accès irrégulier avec des pics à 40° suivi de défervescence ou une courbe thermique inversée avec un max le matin, mais elle garde son caractère tuberculeux ( peu ressentie par le malade)

 - le pouls est rapide (sans dissociation P/T°), la TA est basse

 - La langue est propre, pas de délire ni prostration.

 - aphonie, HPM, SPM, signes méningés

 - sur le plan pleuro-pulmonaire : dyspnée, toux sèche, parfois cyanose ou signes d’IR Aigue. L’auscultation est Nle contrastant avec la richesse des signes physiques, parfois râles crépitent, sous crépitent ou sibilants.

 4-1-2/ Signes radiologiques:

\* Au début simple diminution de la transparence des champs pulmonaires due à

 La stase vasculaire (grisâtre et floue).

\* dans un 02ème temps : apparition de petites taches à contour estompé, parfois groupés en amas difficile à distinguer d’une réticulite.

\* le contour des éléments va se préciser, chaque micronodule est bien limité, d’un diamètre de 01 à 03 mm, tous les grains sont de même âge, dispersés de façon symétriques dans les 02 champs pulmonaires. Laissant apparaitre entre eux du parenchyme sain. C’est : « la miliaire tuberculeuse typique ».

  

**Image radiologique et tomodensitométrique d’une miliaire tuberculeuse typique**

4-2 Formes cliniques :

4-2-1/ Miliaire aigue à prédominance pulmonaire

* Miliaire suffocante:

C’est l’asphyxie tuberculeuse de GRAVES, l’âge de survenue 2.5 à 05 ans, puis 20 à 30ans. C’est la miliaire de primo-infection précédée d’une phase prodromique. Début brutal,

 T° 39 à 40°. Dyspnée intense accompagné d’une cyanose généralisée. En l’absence de traitement le décès survient en 05 à 20 jours.

* Miliaire catarrhale:

Elle simule une bronchite chronique, associée à des ronchus et sibilants, la bronchorrhée est abondante.

* Miliaire bronchogène « atypique » :

Présence d’une caverne ou d’un ganglion fistulisé dans les bronches. Les grains sont asymétriques, de taille variable, et réparties de Facon inhomogène.

4-2-2/ Miliaire compliquée :

* Pleurésie :

Elle s’installe en même temps que la miliaire et elle est souvent bilatérale

* méningée+++ :

Fréquente : 40% des cas, le pronostic est réservé, d’où l’intérêt de faire un PL devant toute miliaire hématogène. En l’absence du traitement le décès survient en mois de 10 jours.

* atteinte médullaire :

Se traduit par une pancytopénie, donnant une anémie sévère avec syndrome hémorragique qui peut être fatal.

* laryngo-pharyngée : Dysphagie et dysphonie

 4-2-3/ Miliaire froide : De découverte radiologique, elle peut être récente.

**5 - le diagnostic positif:**

- le diagnostic de miliaire est ***radiologique***

- l’interrogatoire : \* contage tuberculeux

 \* vaccination au BCG

 \* L’IDR souvent +, sa négativité n’élimine pas le diagnostic (séquestration

 Des lymphocytes).

 - le diagnostic étiologique repose sur la mise en évidence du BK et des signes de dissémination hématogène.

- La recherche des BK dans les crachats + dans 20% des cas, et 50% à la culture. Les BK doivent être recherchés aussi dans les urines, le flux menstruel, et le liquide pleural.

- le fond d’œil : mise en évidence des « tubercules choroïdes de bouchut », retrouvés dans 25% des miliaires seules et 50% dans les associations miliaires-méningite

****

Tubercules de bouchut

- PL : systématique à la recherche d’une recherche d’une atteinte méningée.

- Examen ORL, à la recherche de granulations laryngée tuberculeuses

- des biopsies à la recherche du granulome tuberculoïde avec nécrose au niveau :

 De l’endomètre, la moelle, la plèvre (70% des cas), PBF (70% des cas) .

**6 - le diagnostic différentiel:**

6-1/ Clinique :

Devant la fièvre + l’AEG : éliminer la FT (pouls, hémoculture, sérodiagnostic), septicémie (hémoculture souvent négative) et Brucellose.

 6-2/ Radiologique : Eliminer les miliaires

\* Infectieuses : - Bactériologiques : staphylococcie, pneumococcie.

 - Virales : Grippe, rougeole, MNI.

 - Fongiques : miliaire atypique (Pneumocystose carini)

 - Mycoses : miliaire calcifiée, histoplasmose, coccidoimycose.

\* Néoplasiques : carcinose miliaire (atypique) et maladie d’HDK

\* Pneumoconioses

\* Granulomatose : immuno-allergique et sarcoïdose.

\* Les collagénoses.

 **7 - Prise en charge:**

 7-1/ Le traitement:

***Toute miliaire aigue fébrile du sujet jeune est tuberculeuse jusqu'à preuve du contraire.***et le traitement antituberculeux CAT I, doit être instauré en urgence

(02RHZE/04RH), doses adaptés au poids, prise unique le matin à jeun.

 7-2/ les éléments de surveillance :

\* Cliniques : Courbes de T°, poids diurèse,

 Dyspnée, état de conscience, cyanose.

\* Radiologique à partir de la 04ème semaine : surveiller les lésions associées

\* Biologique : VS (04ème 06ème semaine, FDO, Gazométrie toutes les 24h si IRA,

\* PL J0-J3-J7-J14-J21.

\* Traitement/ effets secondaires et tolérance.

 7-3/ évolution et pronostic:

\* Sans traitement : Fatal, dans un tableau de cachexie, asphyxie, complication : méningée, PNO, syndrome méningé.

\* Sous traitement : favorable, apyrexie en 02 à 03 semaines, reprise progressive du poids, amorce de nettoyage radiologique en 04 à 05 semaines

Cependant la guérison peut se faire au prix de séquelles radiologiques : calcifications, bulles d’emphysème

**8 - Conclusion :**

La miliaire est urgence thérapeutique, affection grave, mortelle en l’absence de traitement, de diagnostic radiologique

Une mesure simple de prévention : la vaccination au BCG.

**9- Bibliographie :**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_