

MedWiki-DZ (<https://www.medwiki-dz.com/>)

La tuberculose des séreuses

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:35

MedWiki-DZ :

La tuberculose des séreuses

https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:la_tuberculose_des_sereuses_-_pleuresie_pericardite_peritonite

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:35** - Imprimé le : **2026/02/05 12:17**



Table des matières

La tuberculose des séreuses	1
La tuberculose des séreuses	3
1. Introduction	3
2. Les localisations séreuses de la tuberculose	3
2.1. Pleurésie séro-fibrineuse primitive	3
2.2. Pleurésie tuberculeuse secondaires à une tuberculose pulmonaire	4
2.3. Ascite tuberculeuse	4
2.4. Tuberculose péritonéale	4
2.5. Péricardite tuberculeuse	4

La tuberculose des séreuses

Objectifs pédagogiques :

- Mode de survenue
- Souvent séro-fibrineuses exsudatives
- Évacuer l'épanchement
- Traitement causal et prévention des phénomènes de symphyse
- Ponction-biopsie pleurale

1. Introduction

- La pleurésie tuberculeuse (26,5% des TBK en Algérie en 2011) constitue, avec les tuberculoses ganglionnaires (50%), la majorité des TEP (> 75%)

2. Les localisations séreuses de la tuberculose

2.1. Pleurésie séro-fibrineuse primitive

- Épanchement unilatéral droit le plus souvent
- Clinique : signes généraux d'installation progressive (fièvre, asthénie, amaigrissement)
- Liquide pleural : clair, jaune citrin, rarement séro-hématique, exsudatif (> 30 g/L), inflammatoire, lymphocytose franche (> 80%)
- IDR : souvent fortement positive
- Bactériologie : examen direct du liquide exceptionnellement positif, culture peut être positive
- Certitude : biopsie pleurale (rendement > 60-80%), pour étude histologique et mise en culture
- Différentiel (si pas de certitude) :
 - Jeune : virale, bactérienne décapitée (mal traitée), lymphome
 - > 45 ans : post-embolique, maligne, hémodynamique (cardiaque)

2.2. Pleurésie tuberculeuse secondaires à une tuberculose pulmonaire

- Épanchement soit séro-fibrineux, soit purulent, soit pyo-pneumothorax (rupture de caverne dans la cavité pleurale)
- Confirmation par le diagnostic de la TP, ou bactériologie du liquide pleural (plus souvent positif, surtout si purulent)

2.3. Ascite tuberculeuse

- Clinique : signes généraux, douleurs abdominales, diarrhée parfois, signes d'ascite plus ou moins abondante
- Liquide : jaune citrin, exsudatif, lymphocytaire
- Échographie : adénopathies rétro-péritonéales parfois
- Exploration chirurgicale : granulations blanchâtres disséminées ⇒ biopsie = diagnostic
- Peut causer une stérilité chez la jeune fille
- Différentiel : transsudat (cardiaque, rénal, hépatique, syndrome néphrotique, hypoprotéinémie...), métastases, infections

2.4. Tuberculose péritonéale

- Consécutive à une rupture d'adénopathie tuberculeuse mésentérique ⇒ formation de foyers caséux
- Tableau pseudo-appendiculaires ou épisodes sub-occlusifs
- Diagnostic souvent posé en post-op (étude des tissus prélevés)
- IDR souvent positive

2.5. Péricardite tuberculeuse

- La moins fréquente des tuberculoses des séreuses, plus fréquente chez les VIH+
- Clinique : signes généraux, dyspnée d'effort puis de repos, tachycardie, hypotension, frottement péricardique, BDC assourdis
Sans traitement (en quelques mois) : constriction (signes de stase droite et gauche)
- Radiographie : d'abord cardiomégalie "en théière", puis ombre cardiaque réduite (constriction)
- ECG : tachycardie, micro-voltage, anomalies T et ST
- La ponction contribue au diagnostic, et parfois la biopsie chirurgicale (souvent pratiquée lors d'une intervention pour péricardite constrictive)
- Différentiel : néoplasie, maladie de système, infections, transsudats
- Critères diagnostic de présomption : clinique (installation progressive, signes généraux), IDR positive, éliminer les diagnostics différentiels

— *Résumé basé sur le cours de Pr L'Hadj Mohamed (CHU Mustapha Pach), février 2013*