

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

Les tuberculoses extra-pulmonaires

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

MedWiki-DZ :

Les tuberculoses extra-pulmonaires

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

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:35** - Imprimé le : **2026/02/04 03:57**



Table des matières

Les tuberculoses extra-pulmonaires	1
Les tuberculoses extra-pulmonaires	3
1. Introduction	3
2. Différences avec la tuberculose pulmonaire	3
3. Phtisiogénèse	3
4. Diagnostic des TEP	4
4.1. Critères de présomption	4
4.2. Critères de certitude	4

Les tuberculoses extra-pulmonaires

Objectifs pédagogiques :

- Critères diagnostic des TEP en fonction des localisations
- Différence entre critères de certitude et de présomption
- Prise en charge selon la localisation

1. Introduction

- Morbidité en progression depuis quelques décennies (52% des TBK en Algérie en 2011)
- Problèmes particuliers de diagnostic, nécessitant souvent l'avis d'un spécialiste

2. Différences avec la tuberculose pulmonaire

1. Siège dans des organes profonds, non aérés ⇒ **pauci-bacillaires** ⇒ diagnostic nécessite le recours à la culture ou à l'histologie
2. **Pas contagieuse**
3. **Polymorphisme clinique**, selon l'organe atteint
4. **Pronostic** parfois sévère, vital (méningite, miliaire) ou fonctionnel (compression médullaire, insuffisance hépatique, hydronéphrose, stérilité, ankyloses articulaires...)
5. **Épidémiologie** : 75% des TBK du sujet jeune < 15 ans sont des TEP, représente dans le monde 30% de toutes les TBK, semble un peu plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (à tout âges)
6. Peut être **associée** à une TP

3. Phtisiogénèse

- Premier contact (PIT) ⇒ dissémination lymphatique puis sanguine, mais la plupart des BK sont détruits dès apparition de l'immunité
- Certains survivent (bacilles quiescents, dormants) et peuvent se fixer et se multiplier dans un organe suite à une défaillance immunitaire
- Les plus fréquentes : pleurale (séreuses), ganglions périphériques, ostéo-articulaire
- Les moins fréquentes : méningées, péritonéales, péricardiques, rénales et génitales... ;

mais pronostic vital ou fonctionnel sévère

- Les BK peuvent se disséminer même sans qu'il y ait eu de PIT

4. Diagnostic des TEP

- La clinique, l'imagerie et la biologie ne peuvent apporter que des critères de présomption

4.1. Critères de présomption

Tous ces critères constituent un diagnostic de présomption :

1. Tableau radio-clinique compatible :

- Symptômes généraux infectieux sub-aigus ou chroniques
- Signes fonctionnels et physiques (selon la localisation)
- Imagerie évocatrice éventuellement (TLT, radio des os, TDM cérébrale, échographie hépatique, rénale, urographie intraveineuse, transit ou lavement baryté)

2. Signes cyto-histologiques d'inflammation chronique :

- Lymphocytose durable dans les liquides pathologiques
- Granulome inflammatoire sans nécrose caséuse

3. Test tuberculinique positif

4. Éliminer les diagnostics différentiels

4.2. Critères de certitude

Un de ces critères constitue un diagnostic de certitude :

1. Mise en évidence du BK : soit par :

- Culture d'un prélèvement liquide : suc ganglionnaire, pus d'adénite ou d'abcès, urines, LCR, liquides des séreuses (plèvre, péritoine, péricarde, synovial)
- Culture d'un prélèvement solide : biopsies tissulaires ou ganglionnaires, exérèses (transport dans de l'eau distillée ou du sérum physiologique)
- Examen directe : BK rarement retrouvé de cette manière, sauf dans un frottis du culot de centrifugation d'urines (TBK rénale)
- Polymerase Chain Reaction (PCR) : n'a pas sa place dans le PNLT (vu le coup et l'accessibilité)

2. Examen histologique : mise en évidence d'un follicule tuberculeux dans une pièce de biopsie ou d'exérèse

3. Examen directe de pus caséux : tranche de section d'un ganglion, d'une pièce opératoire, ou ponction

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