

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

Miliaire tuberculeuse

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

MedWiki-DZ :

Miliaire tuberculeuse

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

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:35** - Imprimé le : **2026/01/25 07:21**



Table des matières

Miliaire tuberculeuse	1
Miliaire tuberculeuse	3
1. Définition	3
2. Physiopathologie	3
3. Diagnostic positif	3
3.1. Clinique	3
3.1.1. TDD : miliaire pulmonaire hématogène	4
3.1.2. Miliaire bronchogène	4
3.2. Radiographie	4
3.3. Examens complémentaires	5
3.3.1. Confirmation	5
3.3.2. Dissémination	5
4. Terrains particuliers	6
5. Diagnostic différentiel	6
6. Traitement	7
7. Prévention	7

Miliaire tuberculeuse

1. Définition

Définition radiologique : diffusion dans un ou plusieurs organes (poumons dans ce cas) d'éléments nodulaires de petite taille d'origine tuberculeuse

2. Physiopathologie

- Agent causal : M. tuberculosis
- Peut faire suite à :

1. Primo-infection :

- S'observe surtout chez le sujet jeune (enfant, adulte jeune)
- La miliaire est intimement liée à la PIT, survient en général dans les 2 ans (quelques mois après le virage tuberculinique)
- Peut s'accompagner ou être suivie d'une TEP

2. Tuberculose pulmonaire :

- Surtout chez l'adulte
- Soit secondaire à un foyer évolutif, ou à un foyer discret et méconnu

- Dissémination :

- *Hématogène* : plus fréquente, explique la diffusion des lésions, habituellement à partir d'un foyer caséux pré-existant (effraction vasculaire)
- *Bronchogène* : soit ouverture d'une caverne ou fistulisation d'un ganglion, habituellement unilatérale voir localisée
- *Lymphatique* : très rare

- Facteurs favorisant : surmenage, sous-alimentation, déficit immunitaire, puberté, grossesse, BCG-, éthylisme chronique, diabète, maladie anergisante, toxicomanie, précarité

3. Diagnostic positif

3.1. Clinique

3.1.1. TDD : miliaire pulmonaire hémato-gène

1. Interrogatoire : éléments de présomption

- Absence de BCG
- ATCD de tuberculose pulmonaire, osseuse, uro-génitale
- Terrain favorisant
- Notion de contagé

2. Signes généraux :

- Tableau le plus souvent aigu, parfois chronique et frustré (asthénie, amaigrissement, céphalées, fièvre)
- Parfois atypique : nausée, diarrhée, fièvre
- Parfois aussi : état septicémique (prédominance des signes infectieux : frissons, sueurs, fièvre oscillante, collapsus)

3. Signes respiratoires :

- Variables (absents, jusqu'à formes asphyxiques, hémoptoïques, voir pleurales)
- Rechercher des signes de dissémination extra-pulmonaire :
- **Méningite** : rare depuis le BCG, forme grave, signes méningés classiques +/- signes généraux
- **Atteinte des séreuses**
- **Atteinte des amygdales et du larynx** : dysphonie et dysphagie (présence de granulation miliaires)
- **Troubles hématologiques** : polyglobulie, thrombopénie, leucopénie, réaction leucémioïde, rarement aplasie médullaire (atteinte de la moelle)

3.1.2. Miliaire bronchogène

- Plus rare
- Même tableau, en plus d'autres signes plus spécifiques (hémoptysie, cathare...)
- Même si en théorie, elle ne s'accompagne pas de dissémination extra-pulmonaire, elle implique la même conduite à tenir
- Image plutôt unilatérale (prédominance), parfois macro-nodulaire (difficile de faire la différence avec une bronchopneumonie tuberculeuse)

3.2. Radiographie

- Affirme le diagnostic de miliaire
- A répéter au moindre doute, car la clinique peut précéder les images
- *Aspect typique* : micro-nodules peu denses, régulièrement répartis à la totalité des 2 champs pulmonaires
- *Aspects atypiques* : macro-nodules, moins réguliers, réticulations, répartition inégales
- *Images associées* : PIT (grande valeur étiologique), péricardite, pleurésie

3.3. Examens complémentaires

Dès que la miliaire est individualisée, une double enquête s'impose, visant à :

- Prouver la maladie tuberculeuse
- Faire le bilan de la dissémination

3.3.1. Confirmation

1. **IDR à la tuberculine :**

- Souvent négative chez l'adulte, ou faiblement positive
- Valeur si notion de virage

2. **Bactériologie :**

- Examen direct, positif dans seulement 1/3 des cas
- Culture (permet de réaliser des tests de sensibilité dans un second temps)

3. **Bilan biologique :**

- FNS souvent normale, ou hyperleucocytose avec polynucléose
- VS accélérée
- Hémocultures souvent négative
- Bilan rénal et hépatique (recherche de signes d'atteinte)

4. **Autres :** selon les signes d'appel, à la recherche d'autres atteintes qui ont une grande valeur diagnostic (permettent de compléter la recherche bactériologique)

5. **Ponction biopsie hépatique :** intérêt diagnostic (atteinte histologique hépatique fréquente) (non faite en pratique, en Algérie)

3.3.2. Dissémination

- Intérêt : diagnostic, pronostic et évolutif (certaines localisations nécessitant une surveillance particulière) ⇒ examens systématiques

1. **Dissémination choroïdienne et méningée :**

- Fond d'œil (tubercules de Bochet : taches blanchâtres)
- Ponction lombaire (hyper-albuminorachie, hypo-glycorachie, hypo-chlorémie)

2. **Atteinte des séreuses :**

- Examen clinique, radio, ECG

3. **Atteinte rénale :**

- Recherche répétée de BK dans les urines (direct + culture)

4. **Atteinte génitale, ostéo-articulaire, laryngo-pharyngée :**

- Examen clinique, examen ORL

4. Terrains particuliers

1. **Nourrisson** : miliaire post-primaire. AEG, troubles digestifs et risque de déshydratation. Complication majeur : diffusion méningée
2. **Enfant** : tableau proche de l'adulte. ADP de la PIT souvent retrouvés
3. **Vieillard** : rarement aiguë. Secondaire à une TBK ancienne

5. Diagnostic différentiel

1. Confirmer la miliaire :

- Éliminer ce qui n'est pas une miliaire à la radiographie : artéfacts radiologiques, aspect de pseudo-miliaire chez les obèses et la femme enceinte

2. Miliaire aiguë :

- Miliaire infectieuse :
 - Pyogènes : staphylocoque, brucellose, mycoplasme
 - Virus : grippe (macro-nodules à la radio, nettoyage rapide)
 - Champignons et parasites
- Lymphangites carcinomateuses et hémopathies
- Maladies générales non cancéreuses : sarcoïdose dans certaines formes aiguës fébriles, connectivites (surtout LES et PAN)
- Alvéolite allergique extrinsèque : miliaire + crises dyspnéïques sifflantes fébriles, 6 à 8h après le contact, râles crépitants

3. Miliaire sub-aiguë ou chronique :

- Pneumoconioses :
 - Silicose : profession exposée (sableurs, mineurs, céramistes), miliaire à grains de taille variable en "tempête de neige", avec (dans les cas typiques) des opacités pseudo-tumorales ou des calcifications ganglionnaires en coquilles d'œufs
 - Béryllose : rare, profession exposée (silicate de béryllium), images micro-nodulaires et hypoxie (trouble du transfert alvéolo-capillaire)
- Sarcoïdose : micro-nodules bilatéraux, prédominant aux sommets, avec adénopathies hilaires et médiastinales
- Maladies de système : sclérodermie, histiocytose
- Miliaire carcinomateuse : lymphangite carcinomateuse, leucoses, LMH
- Miliaire cardiaque : insuffisance ventriculaire gauche, aspect floconneux, bilatéral, symétrique, hilaire
- Miliaire post-hémoptoïque : traduisent une hémosidérose (fréquente dans le rétrécissement mitral hémoptoïque)

6. Traitement

1. **Buts** : guérir, couper la chaîne de transmission, éviter les résistances
2. **Moyens** :
 - Traitement de catégorie I : 2 RHZE/4 RH
 - Corticothérapie : 0,5 mg/kg/j de prednisone, pendant 3 à 6 semaines
 - Mesures de réanimation
3. **Indications** :
 - Hospitalisation
 - Antituberculeux dès la suspicion (sans attendre la confirmation bactériologique qui peut prendre plusieurs semaines)
 - Corticothérapie : formes suffocantes, atteinte pleurale, atteinte méningée
 - Dépistage de l'entourage toujours indiqué
4. **Résultats et surveillance** : voir le cours [Tuberculose : Les catégories de malades et les régimes thérapeutiques](#)

7. Prévention

- Vaccination par le BCG
- Traitement des PIT et des autres formes (surtout contagieuses)

— Résumé basé sur le cours de Dr Benazzouz (DEMS 2017)