

Miliaire tuberculeuse bacillifère : à propos de 44 cas

M. Ouédraogo¹, S. Kouanda², S. M. Ouédraogo³, C. Lougué⁴,
K. Boncounou¹, G. Badoum¹, B. A. Koshinga¹

Résumé

Dans le but d'appréhender quelques aspects de la miliaire tuberculeuse bacillifère, une étude rétrospective sur 3 ans (1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 1999) a été réalisée dans le service de pneumologie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo. Elle a concerné tous les patients ayant présenté une microscopie positive de la tuberculose, ayant bénéficié d'un dépistage sérologique de l'infection à VIH et d'une radiographie thoracique standard dont les lésions étaient compatibles avec une miliaire tuberculeuse. La surveillance des patients a été clinique, radiologique (début et fin de traitement), bactériologique (2^e, 5^e et 8^e mois).

Sur 327 malades tuberculeux bacillifères enregistrés durant la période de l'étude, 44 miliaires bacillifères ont été enregistrées (13,4 %) dont 14 femmes et 30 hommes. La tranche de 25 à 39 ans était la plus représentée (23 malades). 23 patients étaient VIH séropositif (52,3 %). Les patients étaient majoritairement de conditions socio-économiques faibles (14 ménagères, 15 cultivateurs, 6 sans emploi).

Le délai entre le début de la maladie et le moment du diagnostic était en moyenne de 5 semaines. Les signes d'imprégnations tuberculeuses retrouvés étaient : la fièvre (97,7 %), l'amaigrissement (91 %), l'asthénie (84 %), l'anorexie (79,5 %). Les signes fonctionnels étaient dominés par la toux (100 %) et les douleurs thoraciques (57 %). L'hépatomégalie a été le signe physique le plus fréquent (91 %).

Aux opacités micronodulaires (29 patients) ou macronodulaires (15 patients) étaient parfois associée une pleurésie (5 cas), des adénopathies médiastinales (3 cas), une excavation (1 cas). Les chances de retrouver le BK à l'examen direct des crachats augmentaient avec la confluence des lésions nodulaires et l'existence d'excavations. Aussi, dans les zones à forte prévalence tuberculeuse/VIH, toute miliaire fébrile en l'absence d'autres étiologies évidentes devrait faire entreprendre sans délai un traitement antituberculeux.

Mots clés : miliaire, bacillifère, Burkina Faso.

Introduction

La miliaire tuberculeuse est une forme grave de tuberculose mettant en jeu le pronostic vital. Elle représente moins de 2 % des tuberculoses (CARETTE, 1994) et environ 10 % des tuberculoses extrapulmonaires (STELIANIDES, 1997). Autrefois l'apanage des enfants, elle atteint de plus en plus l'adulte jeune (CHASTONAY, 1989 ; CARETTE, 1994 ; STELIANIDES, 1997). C'est une dissémination hémotogène massive et répétée de bacille tuberculeux à partir d'une lésion focale rompue dans le flux sanguin ou lymphatique pouvant se compliquer d'insuffisance respiratoire aiguë (CARETTE, 1994). Forme aiguë de tuberculose, son pronostic est fonction de

¹ Service de pneumologie du CHU Yalgado Ouédraogo (CHUYO) de Ouagadougou.

² Institut de recherche en sciences de la santé.

³ Service de médecine interne du CHU Simon Soro de Bobo Dioulasso.

⁴ Service de radiologie du CHUYO de Ouagadougou.

la précocité du diagnostic et du traitement. Aussi, si généralement le diagnostic formel de la tuberculose requiert la démonstration de la présence soit à l'examen direct, soit à la culture de tissus ou sécrétion, le diagnostic de la miliaire est le plus souvent radio-clinique, ceci du fait de la rareté de la positivation des bacilloscopies et de l'urgence thérapeutique. De plus en plus fréquente chez les sujets infectés par le VIH (N'DHATZ, 1944 ; HUCHON, 1997 ; BISSAGNENÉ, 1999) la miliaire tuberculeuse nécessite une attention particulière.

Notre étude vise à appréhender quelques aspects cliniques, radiologiques et bactériologique de la miliaire tuberculeuse dans le service de pneumologie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo du Burkina-Faso, pays à forte prévalence tuberculeuse et d'infection à VIH.

Matériel et Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective de dossier du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 1999 dans le service de pneumologie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo. Elle a intéressé tous les patients ayant présenté une microscopie positive de la tuberculose, ayant bénéficié d'un dépistage sérologique de l'infection à VIH et d'une radiographie thoracique standard dont les lésions étaient compatibles avec une miliaire tuberculeuse. Les opacités étiquetées micronodulaires étaient inférieures ou égales à 3 mm de diamètre. Celles étiquetées macronodulaires étaient supérieures à 3 mm de diamètre.

Tous les malades ont reçu un traitement antituberculeux selon le régime 2RHEZ + 6 EH. La surveillance a été clinique, radiologique (début et fin de traitement), bactériologique (2^e, 5^e, 8^e mois).

La saisie de l'analyse des données ont été effectuées grâce au logiciel Epi Info. Les statistiques descriptives usuelles ont été utilisées pour présenter la synthèse de nos résultats.

Résultats

Sur 327 malades tuberculeux bacillifères enregistrés durant la période de l'étude, 44 miliaires bacillifères ont été enregistrées (13,4 %). Le sexe masculin était prédominant avec 30 hommes. L'âge des patients a varié de 15-65 ans avec une majorité dans la tranche de 25-39 ans soit 23 malades. Seuls 7 malades avaient plus de 55 ans. Les patients qui avaient une sérologie VIH positive étaient au nombre de 23 (52,5 %).

Les cicatrices de vaccination BCG ans IDR de contrôle étaient retrouvées chez 10 malades (25 %). Un contage tuberculeux a été retrouvé chez 3 malades.

Le délai entre le début de la maladie et le moment du diagnostic a varié de 3 à 12 semaines avec une moyenne de 5 semaines.

Les signes d'appel de la tuberculose retrouvés étaient : la Fièvre : 43 patients (97,7 %), l'Amaigrissement : 40 patients (91 %), l'Asthénie : 37 patients (84 %), l'Anorexie : 35 patients (79,5 %).

Les signes fonctionnels étaient dominés par la toux retrouvée dans 100 % des cas, les douleurs thoraciques étaient présentes chez 25 patients (57 %) et la dyspnée dans 1 cas.

Les signes physiques étaient dominés par la splénomégalie (91 %) : la condensation pulmonaire (36 %). Dans 25 % des cas l'examen pulmonaire était normal.

Au plan radiologiques, les opacités micronodulaires étaient les plus fréquentes.

Tableau I. Aspects radiologiques de la miliaire tuberculeuse bacillifère.

Type de lésions Aspect	Opacités micro-nodulaires		Opacités macro-nodulaires		Total	
	VIH (+)	VIH (-)	VIH (+)	VIH (-)	VIH (+)	VIH (-)
Homogène	10	12	5	6	15	18
Confluente	5	2	3	1	8	3
Total	15	14	8	7	23	21

Aux opacités micronodulaires ou macronodulaires étaient parfois associé une pleurésie dans 5 cas, des opacités médiastinales faisant suspecter des adénopathies dans 3 cas, une excavation (1 cas).

La densité bacillaire était généralement faible (une croix) pour les miliaires homogènes non confluentes, fortes pour les miliaires confluentes et en présence de caverne. Les lésions confluentes et/ou excavées étaient retrouvées chez des malades dont la maladie évoluait depuis plus de 5 semaines. Chez les malades ayant bénéficié d'un bilan d'extension (fond d'œil, échographie hépatique, examen direct d'urine à la recherche de BAAR), on a noté des tubercules de Bouchut dans un cas, une hépatomégalie chez 40 malades (91 %).

Sur le plan évolutif, 31 malades ont présenté une bacilloscopie négative au 2^e mois dont 17 patients séropositifs (74 %) et 14 patients séronégatifs (67 %). (p = NS). En fin de traitement, la guérison a été observée chez 18 patients dont 18 patients dont 7 séropositif et 11 séronégatifs.

Commentaire

Forme grave, la miliaire représente 0,15 à 10 % de l'ensemble des tuberculoses pulmonaires (CHASTONAY, 1989 ; OUÉDRAOGO, 2000) et 90 % des miliaires toutes étiologies confondues (CHASTONAY, 1989). Elle est le plus souvent la conséquence d'une réactivation endogène que d'une infection exogène (STELIANIDES, 1997 ; GIRON, 1998). Un Contage tuberculeux retrouvé chez 3 malades.

Elle traduit une dissémination du BK dans tout l'organisme. Les circonstances favorisantes sont nombreuses : soit s'agissant d'un sujet non immunisé (le taux de couverture vaccinal du BCG dans notre étude est de 25 %), d'une primo-infection tuberculeuse non traitée et passée inaperçu soit d'un affaiblissement des moyens de défense de l'organisme par une thérapeutique immunosuppressive, au cours d'une infection par le VIH ou pour d'autres causes. Depuis la pandémie du SIDA, la fréquence de la miliaire est en pleine recrudescence partout dans le monde (N'DHATZ, 1994 ; STELIANIDES, 1997 ; BISSAGNENÉ, 1999) en témoigne le taux de séropositivité de 52,5 % enregistré dans notre étude. La tuberculose dans les pays à forte prévalence est la première infection opportuniste du SIDA survenant à un stade précoce de l'immunodépression (BISSAGNENÉ, 1999). La prédominance masculine dans notre étude, la jeunesse de la population (80 % des sujets avaient moins de 55 ans) le bas niveau socio-économique des patients ont été retrouvés par d'autres auteurs (CHASTONAY, 1989 ; OUÉDRAOGO, 2000) et correspondent au profil épidémiologique classique de la tuberculose et de l'infection à VIH dans les zones de forte prévalence tuberculeuse et d'infection VIH. Le diagnostic de la miliaire tuberculeuse n'est pas aisé. Elle peut

se manifester sous plusieurs formes : aiguë ou chronique (STELIANIDES, 1997), les signes étant non spécifiques et souvent trompeurs occasionnant souvent des retards au diagnostic (Chastonay, 1989 ; DOMOUA, 1990 ; TIDJANI, 1991). L'ancienneté des signes d'appel lors du diagnostic est en moyenne de 1 à 3 mois dans la plupart des séries (CHASTONAY, 1989 ; OUÉDRAOGO, 2000) même si des évolutions plus rapides ont été décrites (STELIANIDES, 1997), le délai moyen du diagnostic dans notre étude a été de 5 semaines. Les signes généraux d'appel souvent retrouvés sont : la fièvre (97,7 des cas de notre étude), l'asthénie (84 %), l'amaigrissement (91 %). Ces signes sont non spécifiques de la tuberculose, entraînant presque toujours une antibiothérapie probabiliste à large spectre contribuant au retard diagnostique (DOMOUA, 1990 ; STELIANIDES, 1997). Seules les manifestations respiratoires comme la toux, maître symptôme, (100 % des cas de notre étude), oriente vers l'appareil respiratoire (TIDJANI, 1991 ; TIOURI, 1995) et commandent les examens complémentaires comme la radiographie standard du thorax, la recherche de bacilles tuberculeux dans les expectorations. Cependant, la dissémination hémotogène du BK peut atteindre n'importe quel organe (foie, rate...) dans 75 à 95 % des cas (GIRON, 1998) responsable d'un poly morphisme clinique déroutant.

Devant l'échec du traitement probabiliste, la persistance et même l'aggravation du tableau clinique, la radiographie pulmonaire de face fait le diagnostic de miliaire (DOMOUA, 1990 ; TIDJANI, 1991 ; BOUVET, 1994 ; STELIANIDES, 1997). Elle doit être de bonne qualité, l'interprétation étant souvent difficile allant de l'aspect sablonneux à la miliaire vraie (STELIANIDES, 1997). C'est la diffusion et l'homogénéité des lésions qui ont une valeur diagnostique. En accord avec d'autres auteurs (TIDJANI, 1991 et 1994) notre étude note une prédominance des miliaires micro nodulaires par rapport aux miliaires macronodulaires qui résultent généralement de la confluence de lésions plus petites (COUAC, 1972) augmentant ainsi les chances de mettre en évidence le BK dans les expectorations. En effet la concentration bacillaire des miliaires confluentes de notre étude (25 %) était supérieure à celle des miliaires non confluentes.

Si dans notre série toutes les bacilloscopies étaient positives du fait des critères d'inclusion de l'échantillon au cours des miliaires tuberculeuses, la recherche de BAAR à la bacilloscopie directe n'est contributive que dans environ 1/3 des cas et les cultures dans 50 à 80 % (STELIANIDES, 1997). Ce qui pose un véritable problème de diagnostic étiologique. Il existe une relation entre l'évolution prolongée de la maladie et l'existence d'excavation et/ou de confluence des nodules, source d'excrétion des BK. Ceci suggère de la nécessité d'un diagnostic précoce, avec ou sans preuve bactériologique, gage d'une bonne évolution sous traitement.

Les lésions radiologiques associées (pleurésie, pneumothorax, adénopathies médiastinales) sont en faveur d'une dissémination de la maladie (DOMOUA, 1990 ; TIDJANI, 1991) et constituent des éléments importants du diagnostic. Le bilan de dissémination, s'il est réalisé, permet de réconforter le praticien dans sa conduite diagnostique et thérapeutique. Comparativement à d'autres études (TIDJANI, 1991 et 1994), l'indigence de la population et l'absence d'un système de sécurité sociale a freiné la réalisation d'un bilan complet, pourtant d'un intérêt pronostic dans l'évolution de la miliaire tuberculeuse (TIDJANI, 1991).

Aussi la gravité du pronostic étant liée en partie au délai diagnostique et thérapeutique, il n'est pas licite d'attendre les différents résultats d'examens complémentaires (bacilloscopie, ECBU,

Fond d'œil...) avant le début du traitement antituberculeux (STELIANIDES, 1991) ; la miliaire tuberculeuse étant une urgence thérapeutique. La mortalité par miliaire tuberculeuse évoquée par de nombreux auteurs (CHASTONAY, 1989 ; DOMOUA, 1990 ; BOUVET, 1994) a été retrouvée dans notre série. Le taux de décès de 20,4 % étant comparable à celui de 23,3 % enregistré en Côte d'Ivoire (DOMOUA, 1990).

Ces décès, survenu surtout au 1^{er} mois du traitement sont probablement la conséquence du retard au diagnostic et au traitement de cette septicémie à bacille de Koch associé le plus souvent à une diminution des moyens de défenses de l'organisme par l'infection à VIH (7 décès sur 9).

Compte tenu de la gravité de la maladie et au faible rendement de la bacilloscopie direct des expectorations, le diagnostic de miliaire tuberculeuse devrait être évoqué devant des images radiologiques compatibles, sur la base d'arguments épidémiologiques (âge, terrain, niveau socio-économique, prévalence de maladie...), d'éléments cliniques (signes d'imprégnation tuberculeuse : fièvre, asthénie, anorexie, amaigrissement, aménorrhée non gravidique) dont la persistance malgré une thérapeutique probabiliste est évocatrice et faire entreprendre en urgence le traitement spécifique antituberculeux de même que la recherche d'autres localisations extrapulmonaires pouvant influencer le pronostic.

Conclusion

Forme grave de tuberculose, la miliaire est une urgence thérapeutique dont le diagnostic bactériologique direct n'est obtenu que dans 1/3 des cas. Les chances de retrouver le BK à l'examen direct des crachats augmentent avec la confluence de lésions micronodulaires et l'existence d'excavations. Aussi, dans les zones à forte prévalence tuberculeuse/VIH, toute miliaire fébrile, en l'absence d'autres étiologies évidentes, devrait faire entreprendre sans délai un traitement antituberculeux, la tuberculose étant une affection potentiellement curable même chez les malades infectés par le VIH.

Références bibliographiques

- BISSAGNENÉ E., DIÉ-KACOU H., EBA F.A., COULIBALY G., 1999. Guide diagnostique et thérapeutique de l'infection à VIH en Afrique. Edition GUT ; 133 p.
- BOUVET E., 1994. Epidémiologie de la tuberculose. *Rev. Pneumol. Clin.* ; 50 : 209-14.
- CARETTE M. F., AZEUCOT N., Le BIANCHE A., Le BRETON C., BIGOT J. M., 1994. Apport de l'imagerie dans le diagnostic et le suivi de la tuberculose thoracique. *Rev. Pneumol. Clin.* ; 50 : 229-39
- CHASTONAY Ph., 1989. Tuberculose disséminée tardive. *Rev. Mal. Resp.* ; 6 : 425-28.
- COUAC A., PERLEMUTER L., 1972. La tuberculose miliaire. *Cahiers de pathologie médicale* ; 4 : 55-65
- DOMOUA K. et coll., 1990. Milières tuberculeuses à propos de 90 cas observés en 6 ans dans le service de pneumo-phtisiologie du CHU de Treichville. *Publications Médicales Africaines* ; 106 : 46-51.
- GIRON J et coll., 2000. Imagerie de la tuberculose thoracique à l'approche de l'an. *Encycl. Med.chirur.* (Elsevier, Paris) Radiodiagnostic – Cœur-Poumon, 32-390-A-10, 1998 19 p.
- HUCHON G., 1997. Infection tuberculeuse et tuberculose pulmonaire de l'adulte *Rev. Mal. Respir.* ; 14 : 5S49-5S59.
- N'DHATZ M., DOMOUA K., COULIBALY G., TRAORÉ F., KANGA K., KONAN J.B., BEUGRÉ L. K., DOULHOUROU C., YAPI A., 1994. Les aspects de la radiographie thoracique chez les tuberculeux infectés par le VIH en Côte d'Ivoire. *Rev. Pneumol. Clin.* ; 50 : 317-22.
- OUÉDRAOGO M. et coll., 2000. Aspects épidémiologiques et cliniques des milières tuberculeuses au Burkina Faso : A propos de 93 cas. *Médecine d'Afrique Noire* ; 47 : 180-3.

STELIANIDES S., BELMATOUG N., FANTIN B., 1997. Manifestations et diagnostic de la tuberculose extrapulmonaire. *Rév. Mal. Respir.* ; 14 : 5S72-5S87.

TIDJANI O., SAMPSON K.E., SOKPOTT H., GRUNITZKY-BEKELE M., 1991. La tuberculose pulmonaire des personnes âgées au CHU de Lomé de 1982 à 1988. *Médecine d'Afrique Noire.* ; 38 : 518-22.

TIDJANI O. et coll., 1994. Tuberculose miliaire au CHU de Lomé-Togo. A propos de 136 cas collèges dans le service de Pneumo-phtisiologie de 1981 à 1991. *Médecine d'Afrique Noire* ; 41 : 418 -22.

TIOURI H. et Coll., 1995. Particularités radiologiques standards des localisation thoraciques de la tuberculose chez des sidéens dans une populations tunisienne. *Rev. Pneumol. Clin.* ; 51 : 321-24.