



Open Access Full Text Article

CASE REPORT

Post-abortum tuberculosis: About a case at the Yalgado Ouedraogo University Hospital

Miliaire tuberculeuse post abortum: À propos d'un cas au Centre Hospitalo-Universitaire Yalgado Ouedraogo

Ali Moussa ML, Maiga S, Boncougou K, Maiga M, Bansa E, Ngo NC, Tagne L, Nongkouni G, Bado B, Badoum G, Ouedraogo M

Service de Pneumologie du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) Yalgado Ouedraogo. Burkina Faso

ABSTRACT

Introduction. Tuberculosis miliaria is a severe, life-threatening form of acute tuberculosis. It is an uncommon condition. We report a case of tuberculous miliaria post abortum in the Pneumology Department of the Yalgado Ouedraogo University Hospital.

Observation. Patient aged 20, married, housewife, G2P1V1A1. Recent abortion of an unrelated pregnancy of approximately four months. No history of tuberculosis. She was referred to pulmonology at 20 days post abortum for permanent dry cough, fever and dyspnoea stage III modified Medical Research Council. X-ray and thoracic angioscan showed disseminated micronodules in both lung fields in a "sandblast" pattern, in favour of miliaria. The Xpert sputum test was negative, but the urine test detected *Mycobacterium tuberculosis* without rifampicin resistance. The diagnosis of post abortal tuberculous miliaria was accepted. She received anti-tuberculosis treatment combined with adjuvant corticosteroid therapy, supportive psychotherapy and a high-calorie, high-protein diet. Progression was favourable.

Conclusion. Tuberculous miliaria post abortum, a severe form of tuberculosis, is rare in our context. It is difficult to diagnose, and relies on standard chest radiography; it is a therapeutic emergency.

KEYWORDS: Tuberculous miliaria; Post abortum; Tuberculosis; Burkina Faso.

RÉSUMÉ

Introduction. La miliaire tuberculeuse est une forme grave aiguë de tuberculose mettant en jeu le pronostic vital. C'est une affection peu fréquente. Nous rapportons un cas de miliaire tuberculeuse post abortum dans le service de pneumologie du Centre Hospitalo-Universitaire Yalgado Ouedraogo.

Observation. Patiente de 20 ans, mariée, femme au foyer, G2P1V1A1. Avortement récent d'une grossesse non suivie d'environ quatre mois. Pas de notion de contagage tuberculeux. Elle a été reçue en pneumologie à 20 jours post abortum pour une toux sèche permanente, une fièvre et une dyspnée stade III modified Medical Research Council. La radiographie et l'angioscanner thoracique montraient des micronodules disséminés dans les deux champs pulmonaires en « jetée de sable » en faveur d'une miliaire. Le test Xpert des crachats était négatif mais celui des urines a détecté le *Mycobacterium tuberculosis* sans résistance à la rifampicine. Le diagnostic d'une miliaire tuberculeuse post abortum a été retenu. Elle a bénéficié d'un traitement anti tuberculeux associée à une corticothérapie adjuvante, une psychothérapie de soutien et un régime hyperprotidique hypercalorique. L'évolution était favorable.

Conclusion. La miliaire tuberculeuse post abortum, forme grave de la tuberculose est rare dans notre contexte. Son diagnostic est difficile, repose sur la radiographie pulmonaire standard ; c'est une urgence thérapeutique.

MOTS CLÉS: Miliaire tuberculeuse; Post abortum; Tuberculose; Burkina Faso.

Corresponding author:

Ali Moussa ML. Service de Pneumologie du Centre Hospitalo-Universitaire Yalgado Ouedraogo. Burkina Faso.

E-mail: laouali32@gmail.com

INTRODUCTION

La miliaire tuberculeuse est une forme grave, aiguë de la tuberculose mettant en jeu le pronostic vital [1]. Elle est due à la dissémination lymphohématogène des bacilles tuberculeux à partir d'une lésion focale rompue dans le flux sanguin ou lymphatique en un ou plusieurs points de l'organisme. C'est une affection peu fréquente, moins de 2 % des tuberculoses pulmonaires et environ 8 % des tuberculoses extra-pulmonaires [1,2]. Des études faites au Niger et au Cameroun avaient retrouvé respectivement 11,51% et 14,5% [3,4].

Le Burkina Faso est un pays endémique de la tuberculose ; la miliaire tuberculeuse est une forme rare, Ouédraogo M. et al. en 2000 [1] avait retrouvé une fréquence de 5,21%. La miliaire tuberculeuse pendant la grossesse en post partum ou post abortum est peu décrite dans la littérature. Sa présentation clinique non spécifique fait qu'elle est sous diagnostiquée [5,6].

Durant notre recherche bibliographique, aucune étude n'a été retrouvée sur la miliaire tuberculeuse post abortum au Burkina Faso. C'est dans cette optique que nous rapportons un cas de miliaire tuberculeuse post abortum dans le service de pneumologie du Centre Hospitalo-universitaire Yalgado Ouédraogo avec une revue de littérature.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 20 ans, mariée, femme au foyer ; G2P1V1A1, un avortement récent d'une grossesse de quatre mois non suivis, pas de notion de contage tuberculeux, reçue en pneumologie 20 jours post abortum pour une toux sèche permanente, fièvre avec sueurs nocturnes et dyspnée stade III modified Medical Research Council.

A l'entrée, l'examen avait retrouvé une conscience claire à Glasgow 15, une altération de l'état général stade III performance statut OMS, une pâleur conjonctivale modérée, une tension artérielle à 110/60 mmhg et une saturation pulsée en oxygène 96 % à l'air ambiant ; un syndrome infectieux fait de frissons, fièvre à 39°, tachycardie à 133 battement par minutes et un syndrome de condensation bilatéral fait de exagération des vibrations vocales et des râles crépitants occupant les 1/3 du poumon .

Examens paracliniques

Une radiographie pulmonaire de face (Figure 1) et un angioscanner thoracique (Figure 2) avaient retrouvés des micro-opacités disséminées dans les deux champs pulmonaires en « jetée de sable » faisant évoquer une miliaire.

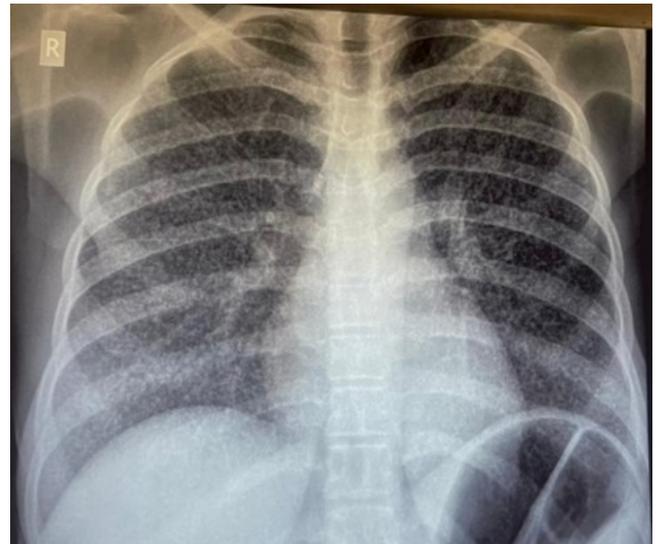


FIGURE 1. Radiographie pulmonaire de face objectivant des micro-opacités disséminés dans les deux champs pulmonaires.



FIGURE 2. Tomodensitométrie thoracique à fenêtrage parenchymateux sans injection de produit de contraste sur une coupe axiale objectivant des micronodules à répartition hémorragique bilatérale diffuse, arbre trachéo-bronchique libre.

Le test xpert des crachats négatifs, celui des urines a détecté le *Mycobacterium tuberculosis* très bas sans résistance à la Rifampicine, le fond d'œil et l'électrocardiogrammes normaux. L'échographie abdominale avait montré une hépatomégalie homogène associée avec un épanchement échogène cloisonné de moyenne abondance. La fonction hépatique, rénale, l'ionogramme sanguin et la glycémie étaient sans particularités. Les sérologies VIH et hépatite B, C étaient négatives. La protéine C réactive élevée 31,97 mg/l, l'hémogramme a retrouvé une hyperleucocytose à 11000mm³ et une anémie modérée à 9g/dl normocytaire, normochrome.

Nous avons conclu à une miliaire tuberculeuse post abortum. Le traitement antituberculeux a été débuté selon le protocole du Burkina Faso (la phase initiale : 2 mois de combinaison Rifampicine Isoniazide Pyrazinamide Ethambutol et la phase de continuation : 4 mois de Rifampicine et Isoniazide) associant une corticothérapie adjuvante, un régime diététique hyperprotidique hypercalorique et un accompagnement psychologique ont été institués. L'évolution

était favorable avec régression complète des symptômes après 11 jours d'hospitalisation.

DISCUSSION

Au cours de la grossesse, on observe, des changements cytokiniques, une diminution de la sécrétion du facteur de nécrose tumorale- α (TNF- α) (qui joue un rôle important dans le contrôle de l'infection par *Mycobacterium tuberculosis*) par les cellules natural killer (NK). Ces changements se produisent progressivement au cours de la grossesse et tendent à être plus prononcés au cours des deuxième et troisième trimestres [7].

Il existe un risque accru de tuberculose active pendant la grossesse et la période postnatale dans les pays où l'incidence de la tuberculose est élevée [8].

La miliaire tuberculeuse pendant la grossesse en post partum ou post abortum est peu décrite dans la littérature; ce sont des cas rares dans les hôpitaux, qui passent inaperçus à cause des symptômes non spécifiques ainsi que la difficulté de prise en charge. C'est une maladie curable, fatale si elle n'est pas traitée, d'où l'intérêt d'un diagnostic rapide. Elle se manifeste souvent par une fièvre d'origine inconnue, malaise, faiblesse, anorexie, perte de poids et sueurs nocturnes. Chez un tiers des patients, on observe une hépatomégalie ou une splénomégalie [9]. Le diagnostic est posé devant des arguments cliniques dont il faut demander systématiquement un examen de crachat et réalisé une radiographie pulmonaire.

Les contrôles de santé maternelle dont les consultations prénatales représentent une excellente occasion de dépister la tuberculose chez les femmes appartenant à des groupes à risque. Elles permettront d'établir le diagnostic et de débiter un traitement précocement de la tuberculose ou de mettre en place une

thérapie préventive lorsqu'elle est indiquée, comme cela a été recommandé par les directives nationales [10,11]. L'imagerie médicale contribue de manière significative au diagnostic ; la radiographie thoracique montre des minuscules nodules disséminés à un stade avancé de la maladie, tandis que la tomographie thoracique révèle des multiples petits nodules de 1 à 3 mm de diamètre disséminés dans les deux poumons de façon aléatoire [12,13].

Devant une miliaire tuberculeuse, un bilan de dissémination doit être réalisé à la recherche d'autres localisations, comportant : la recherche de BK dans les urines, un fond d'œil, une ponction lombaire, une biopsie ostéoméduleuse, une échographie abdomino-pelvienne, d'autres examens sont demandés en fonction des signes d'appel (biopsie ganglionnaire, ponction biopsie pleurale, TDM cérébrale, échographie cardiaque, IRM médullaire. .) [14,15]. Le test xpert des urines de notre patiente à détecter le *Mycobacterium tuberculosis* sensible. La miliaire tuberculeuse post abortum est une urgence thérapeutique qui nécessite une prise en charge adéquate par des anti tuberculeux de 1ere ligne (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol...), un soutien psychologique est très important. L'évolution est relativement favorable sous traitement avec un bon pronostic.

CONCLUSION

La miliaire tuberculose post abortum, formes graves de la tuberculose est rare dans notre contexte. Son diagnostic est difficile et repose sur la radiographie pulmonaire standard ; c'est une urgence thérapeutique qui nécessite une prise en charge médicamenteuse avec une bonne surveillance. L'évolution est favorable avec les antituberculeux.

CONFLIT D'INTERETS

Aucun.

REFERENCES

1. Ouedraogo M, Ouedraogo G, Ouedraogo SM, Zoubga ZA, Bambara M, Ky C, et al. Aspect épidémiologique et clinique des miliaires à Burkina Faso, à propos de 93 cas. *Med Afr* 2000 ;47.
2. Bouvet E., Abiteboul D., Antoun F., Bessa Z., Billy C., Dautzenberg B. et al. Prévention et prise en charge de la tuberculose en France synthèse et recommandations, groupe de travail du conseil supérieur d'hygiène publique de France (2002-2003), *Rev Mal Respir* 2003 ; 20, 751-75106.
3. Issoufou GA., Assao NM., Ali HB., Attahirou I., Almou F., Dan Aouta M. Milière tuberculeuse : à propos de 35 cas à Niamey, *Rev Mal Respir* 2020 ;12,167.
4. Bitchong EC, Ze JJ, Azoumbou MT, Massongo M., Awana AP., Ngah KE., Mballa AJ. et al. Milière tuberculeuse bacillifère : Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Paracliniques à l'Hôpital Jamot de Yaoundé, *Health Sci Dis*. 2021 ;22(6) : 62-66
5. Barbosa OA, Teles FM, Maia ACC, Pessoa GMF, de Alencar IM, de Sousa ET, et al. Disseminated hematogenous tuberculosis in puerperium-case report. *Oxford Med Case Reports*. 2019 ;11 :479-481.
6. Sharma SK, Mohan A, Sharma A. La tuberculose miliaire : Un nouveau regard sur un vieil ennemi. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis*. 2016 ;3 :13-27.

7. Kraus TA, Engel SM, Sperling RS, et al. Characterizing the pregnancy immune phenotype: results of the viral immunity and pregnancy (VIP) study. *J Clin Immunol* 2012; 32: 300-311.
8. Jonsson J, Kühlmann-Berenzon S, Berggren I, Bruchfeld J. Increased risk of active tuberculosis during pregnancy and postpartum: a register-based cohort study in Sweden. *Eur Respir J.* 2020 ;55 (3) :1901886.
9. Mert A., Bilir M., Tabak F. et al., Miliary tuberculosis: clinical manifestations, diagnosis and outcome in 38 adults, *Respirology*, 2001; 6(3): 217-224.
10. Bates M, Ahmed Y, Kapata N, et al. Perspectives on tuberculosis in pregnancy. *Int J Infect Dis* 2015; 32: 124-127
11. Malhame I, Cormier M, Sugarman J, et al. Latent tuberculosis in pregnancy: a systematic review. *PLoS One* 2016;11: e0154825.
12. Jeong YJ, Lee KS. Tuberculose pulmonaire: Up-to-Date Imaging and Management. *Am J Roentgenol.* 2008 ;191(3) :834-844.
13. Sharma BB. Nodules miliaires sur les radiographies du thorax : Un dilemme diagnostique. *Lung India.* 2015 ;32(5) :518-520.
14. Msaad S, Fouzi S, Ketata W, Marwen I, Yangui M, Ayoub A. La miliaire tuberculeuse : à propos de 29 cas. *Rev Tunis Infectiol* 2010 ;4 :46-52 .
15. Zaghba N, Bakhatar A, Yassine N, Bahlaoui A. Association d'un tuberculome intramédullaire du cône terminal des tuberculomes cérébraux et d'une tuberculose miliaire et hématologique. *Med Mal Infect* 2011 ; 41 :156-66.