



# Difficultés diagnostiques et thérapeutiques de la tuberculose du système nerveux

Frédéric Méchai

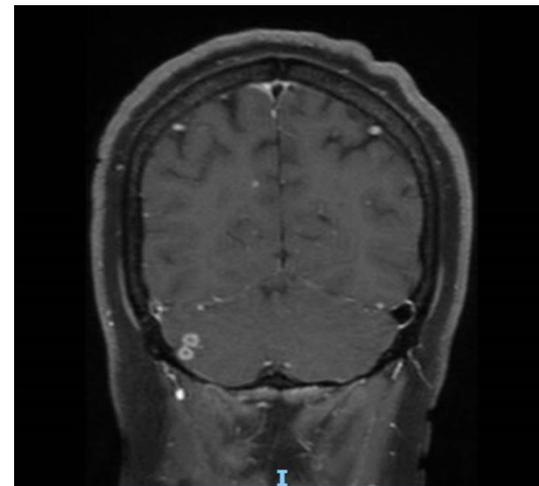
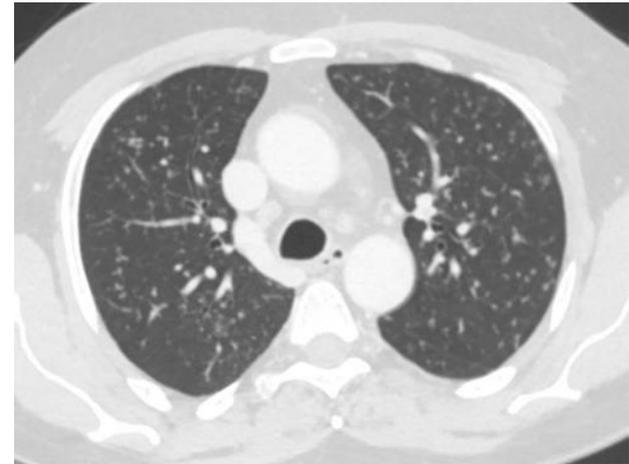
Service maladies infectieuses, CHU Avicenne  
DESC Maladies infectieuses, Paris, 5 Oct  
2022

# Cas clinique

- Mr N, 47 ans, originaire du Pakistan, hospitalisé le 10/09/2019 pour céphalées fébriles et crises comitiales depuis 5 jours.
- ATCD de RCH réfractaire, sous :
  - ustekinumab (Stelara®) depuis juin 2019
  - corticothérapie 40 mg/j depuis juin 2019
  - tofacitinib (Xeljanz®) depuis juillet 2019

- **Bilan:**

PL	TDM thorax	IRM cérébrale
<ul style="list-style-type: none"><li>. Protéinorachie 1,06g/l</li><li>. Glycerachie 2,1 mmol/l (pas de ratio..)</li><li>. GB 43 /mm3 (96% lymphocytes)</li></ul>	Aspect de miliaire avec micronodules des 2 champs pulmonaires	<ul style="list-style-type: none"><li>. Leptoméningite base du crâne</li><li>. 3 lésions nodulaires cérébelleuses</li></ul>



# QRM 1: épidémiologie

1. La tuberculose est la première cause de mortalité par maladies infectieuses dans le monde
2. TB neuroméningée principalement chez les patients VIH+
3. TB neuroméningée: < 5% de tous les cas de TB
4. Morbi-mortalité de 30%
5. Environ 100 cas de TB neuroméningées par an en France

# QRM 2: diagnostic clinique

1. Découverte fortuite possible sur imagerie cérébrale
2. Durée des symptômes  $\geq 6$  j très discriminante avec les autres causes de méningite
3. Tableau de méningite lymphocytaire normoglycorachique
4. Absence de crises comitiales
5. Apyrexie possible

# QRM 3: diagnostic biologique

1. Diagnostic difficile: infection pauci-bacillaire (LCS)
2. Examen microscopique: rapide mais Se faible (<50%)
3. Culture + sensible (60-70%) mais longue ( $\geq 2$  semaines)
4. GeneXpert MTB/RIF: rapide,  $Se \approx 60\%$ ,  $Sp \approx 100\%$
5. Sensibilité diagnostique accrue avec volumes de LCS importants

# QRM 4: diagnostic radiologique

## **Quelles lésions radiologiques sont évocatrices de TBM ?**

1. Exsudats de la base du crâne
2. Infarctus cérébraux
3. Tuberculomes
4. Hydrocéphalie
5. Présence de ces lésions au stade précoce

# QRM 5: traitement antibiotique

1. Mauvaise diffusion de l'isoniazide et de la rifampicine dans le LCS
2. Absence d'intérêt des fluoroquinolones pour cette localisation
3. Intérêt de posologies élevées de rifampicine > 15mg/kg/j
4. Intérêt de la rifampicine IV en début de traitement
5. Durée prolongée 9-12 mois

# QRM 6: thérapie dirigée contre l'hôte

1. Réduction de mortalité avec les corticoïdes associés
2. Intérêt et innocuité des corticoïdes chez le patient VIH
3. L'interaction avec la rifampicine nécessite une posologie de corticoïdes plus élevée
4. Posologies et durée des corticoïdes bien codifiées
5. Le thalidomide peut remplacer les corticoïdes

# QRM 7: traitement de support

1. Les anticonvulsivants sont systématiques
2. La prise de pression du LCS est le gold standard pour monitorer la pression intracrânienne
3. L'acétazolamide peut être utile pour réduire la production de LCS
4. Le levetiracetam est l'anticonvulsivant privilégié en raison des interactions avec la rifampicine
5. Une prévention des infarctus cérébraux par aspirine est nécessaire