

# LA TUBERCULOSE

## OBJECTIFS

- Connaitre l'histoire naturelle du BK
- Connaitre les différentes formes cliniques de la tuberculose
- Apprendre la démarche diagnostique
- Connaitre le schéma thérapeutique national

## **I-Définition :-**

Infection bactérienne contagieuse due au bacille de Koch BK

## **II-Intérêt :-**

- Fréquente: l'Algérie est un pays d'endémie avec recrudescence actuelle, elle reste un problème de santé publique
- Grave: maladie sérieuse impose un traitement précoce et correct
- Traitement:
  - \*Curatif: Schéma national.
  - \*Préventif: primordial.

## **III-physiopathologie :-**

### **1-Le germe :-**

BK: bacille de KOCH=mycobacterium tuberculosis surtout humain ,le bovin est exceptionnel.

- C'est un aérobie strict avec division lente chaque 20h .
- C'est un bacille acido-alcool résistant (BAAR), mais Sensible à la lumière et la chaleur.
- Ex direct: coloration de Ziehl Nelson.
- Culture: milieu Lowenstein-Jensen lecture J21 ,J42 ,J72 .Elle ne sera considéré comme négative qu' après 8 semaines.

### **2-histoire naturelle du BK :-**

- la Contamination : est interhumaine
    - \*Directe : aérienne.
    - \*Indirecte : néonatale, digestive ...
  - Facteurs favorisants:
    - \*Terrain : DID - MPC- âge (grave chez le n-né et l'adolescent).
    - \*Conditions socio économiques défavorables.
    - \*BK : virulence –contage important.
  - la réaction immunitaire : Inhalation de BK au niveau de l'alvéole
    - \*Phagocytose par les macrophages alvéolaires
    - \*Immunité à médiation cellulaire (lymphocytes T):
      - /stimulent les macrophages pour détruire les BK phagocytés
      - /allergie
    - \*Si destruction complète du BK : guérison
    - \*Si destruction partielle du BK: multiplication= Follicule tuberculeux
  - 3 possibilités évolutives de ce follicule
    - /Guérison spontanée : calcification
    - /Propagation par voie lymphatique et sanguine =TBC aigue sévère
    - /Caséification puis liquéfaction: survie du BK avec possibilité de réactivation=TBC post primaire
  - lésion élémentaire de la TBC : Follicule inflammatoire leuco-fibrino-macrophagique : caséum+cellules épithéliales géantes
- ### **3-particularités chez l'enfant :**
- TBC Paucibacillaire

- L'atteinte ganglionnaire est importante
- Les Métastases graves sont fréquentes

#### **IV-Diagnostic positif**

##### **1- manifestations Cliniques :**

- TBC primaire ou initiale:1<sup>er</sup> contact
- \*Infection tuberculeuse=PIT latente 80%
- \*TBC maladie=PIT patente 20%
- \*TBC primaire sévère
- TBC post primaire: de réactivation
- \*Forme respiratoire
- \*Forme extra respiratoire

##### **A-TBC primaire :**

a-Primo infection tuberculeuse latente:

- pas d'expression clinique ni radiologiques
- seulement IDR +

b-Primo infection tuberculeuse patente:

/Signes d'imprégnation :asthénie-anorexie-amaigrissement- fièvre-sueurs nocturnes  
/Erythème noueux :noueurs rouges douloureuses au niveau de la face d'extension des membres

/Kérato-conjonctivite phlycténulaire

/Thyphobacillose

/Rx :Chancre d'inoculation+ADP médiastinale

c-TBC primaire sévère :

- si :Jeune âge-Absence de vaccination-Contage massif
- Avec:

/Méningite tuberculeuse :c'est une méningo-encéphalite avec atteinte des nerfs crâniens ,le LCR est clair avec réaction lymphocytaire

/Miliaire tuberculeuse :miliaire régulière aux 2 champs pulmonaires car dissémination hématogène

##### **B-TBC post primaire :**

a-Forme respiratoire:

/TBC pulmonaire :

- La plus fréquentes des localisations de la TBC
- Signes fonctionnels :toux et hémoptysie
- La Rx :opacité nodulaire, la caverne est rare

/TBC pleurale :

- Surtout à partir de 5ans
- Pleurésie séro-fibrineuse
- La plachypleurite est à craindre

b-Forme extra respiratoire:

/TBC ganglionnaire : superficielle surtout cervicale, la fistulisation est évocatrice , le dgc :cytoponction et biopsie ganglionnaire

/TBC ostéo articulaire :

/TBC urogénitale :

/TBC de l'appareil digestif

/TBC des autres séreuses :péricardite, péritonite.

##### **2-paraclinique**

-Radiologie: chancre d'inoculation rarement visible mais l'ADP médiastinale peut l'être si elle est importante sinon recours au scanner thoracique

-Bactériologie: crachats déglutis- sécrétions bronchiques-urines-LCR-liquide pleural et

articulaire et péritonéal et biopsie

Examen microscopique – culture

Méthodes modernes: sérologie – génétique moléculaire

-IDR à la tuberculine

\*Technique : injection de 0,1cc de la tuberculine en intradermique au niveau de la face antérieure de l'avant bras et lecture après 72h mesure du diamètre de l'induration et non la rougeur

\*Résultats:

IDR + >10 si BCG - IDR + >15 si BCG +

\*Faux négatif :

Faute technique

Mauvaise tuberculine

Immunodépression transitoire ou définitif en cas de : âge < 6 mois - Malnutrition - virose - corticoïdes - forme sévère de la TBC

\*Faux positif

Quantité >0,1cc de tuberculine - injection profonde - grattage

3- Diagnostic positif repose sur une discussion de haute présomption :

-Notion de contagé

-Manifestation cliniques et/ou radiologiques

-IDR

-Certitude bactériologique est rare

**V-Traitement :**

1-Hospitalisation

2-Déclaration obligatoire

3-Enquête familiale : Examen clinique - Rx du thorax - IDR

4-Bilan préthérapeutique : fonction hépatique et rénale

5-Traitement antituberculeux:

médicament		posologie	Toxicité
Isoniazide	H	4 - 6 mg /Kg/j	Peu toxique
Rifampicine	R	8 - 12 mg/Kg/j	Hématologique
Pyrazinamide	Z	20 - 30 mg /Kg/j	Hépatotoxicité
Sterptomycin	S	12 - 18 mg/Kg/j	Oto- nephrotoxicité
Ethambutol	E	15 - 20 mg/Kg/j	Neuropathie optique

\*présentation :

forme adulte utilisée si poids > 30Kg

RH cp150-75 RHZ cp 150-75-400

RHZE cp150-75-400-275

Ethambutol cp400

Streptomycine ampoule injectable 1g

forme pédiatrique : RH cp 60-30 RHZ cp 60-30-150

\*Régimes thérapeutiques : schéma national 2007

**-2ERHZ/4RH**

/TBC pulmonaire sévère : tuberculose pulmonaire à frottis positif, dans les cas de tuberculose pulmonaire à frottis négatif avec opacités pulmonaires étendues ou disséminées (miliaire pulmonaire aiguë, opacité segmentaire ou lobaire)

/TBC extrapulmonaire sévère : miliaire aiguë disséminée, plurifocale, vertébrale, péricardique, rénale)

**-2SRHZ/4RH**

méningite tuberculeuse

## **-2RHZ/4RH**

/TBC pulmonaire modérée ; cas d'adénopathie médiastinale d'une primo-infection symptomatique,

/TBC extrapulmonaire commune : d'adénopathies tuberculeuses superficielles pleurésies, ascites, tuberculoses osseuses et ostéoarticulaires(rachis exclu),peau.

/TBCpulmonaire et extrapulmonaire sévère si enfant <15kg

6-Corticoïdes predenison:1-1,5mg/Kg/j pendant 4-6semaines en cas de :

ADP médiastinales avec trouble de la ventilation, granulome endobronchique Miliaire, atteinte des séreuses

7-Prévention

-vaccination par le BCG qui est obligatoire et fait partie du programme national

-Dépistage des malades atteints de TBC active contagieuse et leur traitement

-Chimio prophylaxie : recommandée chez les enfants moins de 5ans non vaccinés par le BCG ,on donne l'isoniazide :5mg/Kg/j pendant 6mois.