

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE COMMUNE

La tuberculose : un grand fléau.

I/ Définition

- **Ensemble des manifestations respiratoires du au Bacille de Koch (= BK).**
- Maladie **infectieuse** due à une **mycobactérie** (comme pour la lèpre) au temps de répllication très lent : 24 heures.
- Symptômes très lent à s'installer et guérison lente à obtenir.
- Vaccin BCG.
- Transmission **inter- humaine** (respiratoire).
- Bacille de Koch, voie aérienne, primo- infection (premier contact avec l'organisme) peut donner :
 - soit la tuberculose malade
 - soit guérison (et donc vacciner contre la maladie)
- Primo- infection = séquelles radiologiques.
- Recherche de BK : coloration de Ziehl- Neelsen (recherche non systématique dans les laboratoires).

II/ Clinique

A) Primo- infection

Peu de symptômes ; on en découvre que plus tard des séquelles radiologiques.

B) Tuberculose pulmonaire malade

Toux grasse avec **expectorations, altération** de l'état général, **crachats hémoptoïque, dyspnée, ...**

On ne retrouve pas souvent l'origine de la maladie.

Les symptômes ne sont pas évocateurs.

C) Radiographie pulmonaire

L'air inhalé va vers les sommets pulmonaires, donc on va retrouver le BK au sommet.

III/ Diagnostic

- faire une radiographie pulmonaire : on distinguera infiltrat, nodule , caverne (très évocateur de la

- tuberculose)
- le diagnostic formel est posé sur la **bactériologie des expectorations** : mise en culture des crachats
 - lorsque l'on recherche le BK dans les expectorations : on ne le retrouve pas toujours car il n'est présent qu'au début
 - **fibroscopie** avec lavage bronchique
 - **tubage gastrique** à jeun : ne se fait plus trop pour rechercher le BK

La tuberculose est une maladie **infectieuse** à **déclaration obligatoire** (déclaration anonyme auprès de la DDASS) :

- permet de déclencher un dépistage
- peut- être fait par un médecin ou un bactériologiste
- sérologie HIV obligatoire (les sidéens sont plus sujets à déclarer une tuberculose car ils sont immunodéprimés)

L'incidence de la tuberculose est en diminution.

IV/ Traitements modernes

ttt anti- tuberculeux = ttt ATB ; ttt long (> à 6 mois) à ne pas interrompre.

● Primo- infection tuberculeuse : ttt pendant 2- 4 mois (bithérapie).

● Tuberculose : si caverne ou atteinte des os ou des ganglions = ttt de 1 an

➔ La tuberculose ne survient pas chez tout le monde, souvent : personnes fatiguées, alcooliques, dénutris, ...

Donc en plus des ATB, on donne des vitamines, des suppléments ; arrêt du travail, de l'alcool, ...

➔ Maladie contagieuse qui ne contamine pas tout le monde!

➔ Avant les ATB on isolait les patients pour éviter la contamination ; création des préventoriums, des sanatoriums, hospice de soins pour soigner les tuberculeux.

➔ La tuberculose à obligée la mise en place d'une politique national de santé publique.

➔ La mycobactérie (= *mycobactérium tuberculosis*) est aérobie

stricte.

- ➔ Avant on créait des pneumothorax pour affaïsser la caverne, le BK était alors asphyxié. Cela était fait tous les 15 jours ou 3 semaines.
- ➔ Si récurrence de la tuberculose : thoracoplastie à bille (ces patients ont déclenché une insuffisance respiratoire) ou bien on enlevait 1 côte ou 2.
- ➔ Ce ttt mécanique du BK risque de revenir pour les BK résistants aux ATB.

- ➔ Le Docteur Villemin a mis en évidence la contagiosité inter- humaine.

V/ Les ATB

2 **anti- tuberculeux majeurs** =

- isoniazide
- rifampicine

Les **anti- tuberculeux mineurs** =

- pyrazinamide
- éthambutol

➔ Ils doivent être pris à jeun strict.

- ➔ Souvent le ttt est une trithérapie (voir quadrithérapie) pendant 2 mois, puis une bithérapie pendant 4 mois ou plus.

VI/ La surveillance du ttt ATB

- amélioration lente
- si le patient prend correctement son ttt = il doit avoir des **urines rouges**
- **attention** aux interférences médicamenteuses (avec les contraceptifs, la vitamine K) ; toxicité hépatique : faire attention
- surveillance des transaminases, des phosphatases alcalines : si le taux est > à 3 fois la normale = **hépatite médicamenteuse**
- ne pas rester longtemps au soleil
- les accidents arrivent souvent en début de ttt

VII/ Surveillance du patient traité et de son entourage

- le patient contagieux y est pour longtemps
- le patient va arrêter son travail
- la contagiosité augmente si le patient tousse beaucoup et

lorsque l'on voit des cavernes sur la radiographie (expulsion de germes plus importante)

- même avec un ttt : les cavernes ne disparaissent pas, donc après la guérison il est nécessaire d'opérer le patient pour enlever sa caverne car des germes peuvent venir se greffer dessus
- la tuberculose est une **maladie professionnelle**
- souvent, après un mois de ttt bien suivi, le patient n'est plus contagieux

VIII/ Evolution

- Une évolution spontanée de la tuberculose malade peut-être une évolution vers la guérison, sinon : méningite tuberculeuse.
- Avant la vaccination : beaucoup d'enfants mourraient.
- Le BK peut se réveiller plusieurs années plus tard, par ex : après un ttt par interféron.
- Evolution sous ATB =
 - souvent excellente si le ttt est bien pris et pendant assez longtemps
 - parfois : décès par méningite
 - émergence de souche résistante (d'où l'importance de souche résistante)

IX/ La vaccination par le BCG (= Bacille de Calmette et Guérin)

- obligatoire à partir de 1959
- à faire **avant l'âge de 6 ans** (entrée dans les collectivités)
- pas d'effets secondaires
- **ne protège pas à 100%**
- des personnes vaccinées font des tuberculoses pulmonaires
- à permis de diminuer le nombre de méningite tuberculeuse
- il serait question de ne plus le rendre obligatoire pour tous...?
- vaccin = primo- infection à **mycobactérie atténuée**
- aux USA : le BCG n'est pas obligatoire

X/ Conclusion

La tuberculose est une **maladie infectieuse grave**, pas seulement pulmonaire, qui peut entraîner le décès si un ttt

anti- tuberculeux n'est pas pris.

Les anti- tuberculeux coûtent chers mais ils sont efficace
s'ils sont pris de façon prolongée et continue.
Mais apparition, aux USA, de souche résistante.