

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE COMMUNE

Dr Djenfi – Pr Djebbar 2014

1. Définition :

- I. C'est l'infection du parenchyme pulmonaire par le bacille de Koch réalisant le plus souvent une atteinte infiltrative et/ou ulcérée.

Elle est caractérisée essentiellement par des signes cliniques durables depuis plus de 15 jrs, de signes radiologiques et biologiques.

Elle est due :

- Soit à une réinfection endogène, à distance d'une primo-infection non traitée (cas le plus fréquent).
- Soit à une réinfection exogène massive (plus rarement).

On exclue de la question :

- la PIT
- les tbc aigues : la miliaire, pneumonie et bronchopneumonies

II. Epidémiologie en Algérie :

- Au cours de la période 1962-2006, l'Algérie, jadis pays à haute prévalence de tuberculose, a rejoint depuis le début des années 1980 le groupe de pays à prévalence modérée, ou l'incidence annuelle de la tuberculose toutes formes se situe **entre 20 et 99** cas pour 100 000 habitants
- De 2000 à 2010 stabilisation de l'incidence des cas de tuberculose pulmonaire contagieuse autour de **26 cas** pour 100 000 habitants
- La mortalité: 2% les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire et de 4% pour les cas de tuberculose pulmonaire admis en retraitement ou traitement de deuxième ligne

III. Transmission :

- Elle est exclusivement interhumaine
- Se propage quasi exclusivement par voie aérienne
- Un malade porteur de lésions bacillifères est fortement contagieux, il est dangereux car il constitue la source principale de contamination qui se fait d'une façon directe :
Inhalation par un sujet neuf de bacille émis par le sujet contaminé (le BK se trouve dans les gouttelettes de salive (de Pflüge) de la personne contaminée qui tousse et qui parle)
- En moyenne 5 – 10 % des personnes infectées voient leur infection devenir maladie tuberculeuse dans les 3 à 5 ans après la PIT.

IV. Les groupes à haut risques :

Actuellement, la notion de terrain garde un intérêt puisque l'état nutritionnel, les conditions sociales et financières, l'habitat, l'alcoolisme peuvent jouer en influant sur les compétences immunitaires du sujet.

On distingue:

* *les groupes à hauts risques traditionnels:*

- groupes socio-économiques défavorisés.
- sujets souffrant de diabète, d'ulcère, ou ayant subi une gastrectomie.
- anciens tuberculeux de l'ère préantibiotique n'ayant pas reçu de chimiothérapie spécifique.
- patients relevant d'un long séjour en milieu psychiatrique.
- personnels soignants très exposés au cours de leurs activités professionnelles au sein d'établissements contaminés.

* **les groupes à hauts risques actuels:**

- les exclus sociaux (fréquence de l'intoxication tabagique, alcoolique).
- les sujets séropositifs pour le VIH.
- les immunodépresseurs divers: néoplasie, hémopathie, traitements à base de cortisone, immunodépresseurs, transplantations d'organes.
- les sujets dialysés chroniques.
- les toxicomanes.
- les détenus.

V. Diagnostic positif :

Repose sur des arguments cliniques, radiologiques et biologiques. La certitude est apportée par l'examen bactériologique.

1- la clinique :

a- Circonstance de découverte

Il n'existe pas de signe pathognomonique de la tuberculose

Cependant il existe plusieurs modes de début clinique de la TPC :

- Début insidieux** : les symptômes fonctionnels et les signes généraux sont discrets :
 - o fébricule vespéral 37.5° – 38°
 - o Asthénie
 - o Amaigrissement
 - o Anorexie
 - o sueurs nocturnes
 - o toux discrète sèche ou productive
 - o expectoration aigue majeure : elle peut être banale, muqueuse, ou franchement purulente fréquemment dégluti, elle manque chez la femme et l'enfant.
 - o Trouble menstruels (aménorrhée) et digestifs (anorexie) sont inconstant
- Révélation par hémoptysie** : elle peut révéler une TP méconnue dans 10 % des cas
- Dyspnée et douleur thoracique** plus rarement révélateur 15 – 20 %
- Début bruyant** :
 - o t° à 39° avec frisson.
 - o toux, expectoration, AEG.

ce tableau pose le dgc d'une pneumopathie bactérienne ou virale.

- Latence clinique complète** : la TP dans ses formes de début peut aussi n'avoir aucune traduction clinique et être par chance diagnostiqué au cours d'un contrôle radiologique systématique : contrôle professionnel, contrôle de l'entourage d'un sujet contaminateur, contrôle d'un sujet à risque (immunodéprimé)

b- Interrogatoire : devra rechercher :

- o notion de contagio tuberculeux (familiale ou entourage professionnel)
- o notion de profession exposante chez le malade (étudiant, infirmier de service de phthisiologies).
- o les antécédents tuberculeux chez le malade.
- o notion de coexistence d'affections.
- o vaccination du BCG

L'examen physique : généralement pauvre car il faut en arriver à des dégâts parenchymateux majeurs pour retrouver une symptomatologie de condensation ou une symptomatologie cavitaire.

2- La radiologie :

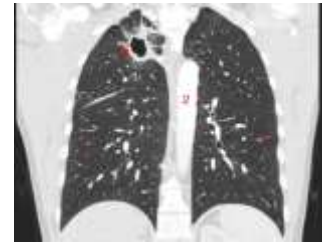
il existe 4 types d'images :

- Les images nodulaires :
 - opacité arrondie peu dense à contour flou de taille variable allant de 3 mm à 1.5 cm de diamètre
 - peuvent être groupés dans un territoire localisé sous claviculaire hilare ou disséminés
- Les infiltrats : plages localisées, aux limites floues, hétérogènes, confluentes.

Souvent au sein de ces images apparaissent de petites pertes de substance ("micro-excavations") diamètre > 2cm

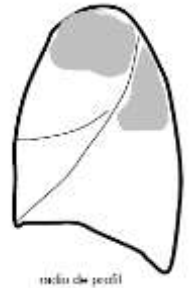
Topographie : généralement sous claviculaire ext ou rétro claviculaire

- ☑ opacités linaires : ce sont des lignes opaques de 0.5 – 1 mm de largeur disposées entre le hile et les régions sous claviculaires , réalisant des images en maille de filet
- ☑ la caverne tuberculeuse : c'est l'image la plus évocatrice de la TPC
 - clarté de 2-3 cm de diamètre cernée d'un liseré régulier de 2-5 mm d'épaisseur
 - entre le pole inférieur de cette image la bronche de drainage est parfois visible (l'image en raquette) retrouvé dans 75 % des cas au niv de l'apex et dans la région sous claviculaire.
 - dans le bas fond de la caverne existe souvent un petit niveau liquidien
 - peut être volumineuses occupant le territoire d'un lobe évidé
 - des cavernes de petit diamètre multiple au sein d'une zone infiltrée peuvent se voir



topographie des cavernes : siègent surtout au sommet et régions postérieures (75 % cas).

La caverne est un élément de gravité pour l'individu (dissémination à distance) et pour la collectivité (réservoir de germe, communication avec l'extérieur → contamination interhumaine), une caverne de 2 cm contient 10^9 bacilles



- ✚ Ces lésions sont le plus souvent multiples et associées:
 - infiltrats+nodules+micro-excavations
 - caverne entourée de nodules
- ✚ Elles peuvent être associées à des lésions d'âge différent, plus anciennes:
 - images "fibreuses", rétractions étoilées
 - nodules plus ou moins calcifiés
 - épaissements pleuraux localisés
- ✚ Ces lésions peuvent être bilatérales et extensives.

3- La biologie : les examens biologiques ont peu d'intérêt cependant :

VS : accélérée

FNS : leuco-neutropénie avec lymphocytose

4- L'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) : le plus souvent >10 mm

5- Les éléments de certitudes : réalisé par les examens bactériologiques :

1- la recherche de Bk dans l'expectoration : seul cet examen permettra d'affirmer le dgc :

méthode de recueil :

- a. chez les patients cracheurs : expectoration matinale à jeun 3j de suite répéter l'examen si nécessaire
- b. chez les patients non cracheurs ou (femmes et enfants) tubage matinal à jeun 3j de suite (parfois plus)
- c. chez les patients porteurs de lésions minimales non excavées : pratiquer un fibro aspiration in situ : l'expectoration des 24h qui suivent la fibroscopie sera prélevé car elle est souvent (+)

La recherche de BK se fait par :

- 1- examen directe des crachats : présence de bacilles acido-alcool résistants (BAAR)
il faut répéter les prélèvements avant la mise en route du traitement dans 80 % des cas
- 2- culture : 20 % des cas , après décontamination des crachats par soude 4 %
 - culture traditionnelle sur milieu de Lowenstein-Jensen : résultat obtenu au 28, 48, 72^{ème} jour
- 3- Antibiogramme : sera demandé :
 - si l'interrogatoire retrouve la notion d'une contamination par un malade résistant.
 - En cas de BK (+) aux examens de contrôle au 5 – 6^{ème} mois de traitement.