

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Dr; A. OUARDI
CHU ORAN

-
- Chaque année, la tuberculose (TB) tue environ deux millions de personnes et constitue l'une des causes infectieuses majeures de mortalité dans le monde parmi les jeunes et les adultes. [
 - La tuberculose touche un tiers de la population mondiale. Cinq à dix pour cent des personnes infectées par la tuberculose font des rechutes à un moment de leur vie

Chaque année, plus de 8 millions de personnes tombent malades de la tuberculose

On estime qu'entre 2000 et 2020 :

- Près d'un milliard de personnes contracteront la tuberculose.
- 200 millions de personnes tomberont malade de la tuberculose.
- La tuberculose emportera au moins 35 millions de vies.

-
- En Algérie, pas moins de 20000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, la moyenne nationale tourne autour de 27 cas pour 100000 habitants, mais l'ouest algérien dépasse cette moyenne(jusqu'au double a oran)..

L'IDENTIFICATION DES CAS DE TUBERCULOSE

1. LES OBJECTIFS

- Identifier de façon permanente les cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive présents dans la collectivité en vue de les traiter par la chimiothérapie antituberculeuse et de stériliser ainsi les sources d'infection.
Ceci permet de protéger la collectivité en brisant la chaîne de transmission de *Mycobacterium tuberculosis*.
- Identifier les cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative et les cas de tuberculose extra-pulmonaire qui doivent aussi être traités par la chimiothérapie.

2. LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire repose sur des critères d'orientation (cliniques et radiologiques) et des critères de certitude (bactériologiques).

Les critères d'orientation sont des éléments de suspicion. Les plus communément observés sont :

- des signes fonctionnels respiratoires : toux persistante pendant trois semaines ou plus, crachats parfois striés de sang ou hémoptysie de petite abondance.
- des signes généraux : anorexie, amaigrissement, asthénie, fièvre persistante et sueurs nocturnes.
- des signes radiologiques : la radiographie ou la radio-photographie apporte des éléments de présomption en montrant des images suspectes de tuberculose

Les critères de certitude :

- Seul l'examen microscopique de trois échantillons de crachats prélevés en deux jours : deux spot specimen (échantillons recueillis sur place) et un overnight specimen (échantillon matinal recueilli à domicile), permet le diagnostic de certitude des formes de tuberculose les plus contagieuses en mettant en évidence le bacille tuberculeux
- La culture sur milieu de Lowenstein-Jensen des crachats des malades pour lesquels plusieurs examens microscopiques (trois, six ou plus) sont négatifs permet de prouver le diagnostic des formes de tuberculose pulmonaire à microscopie négative.

DEFINITION DES CAS DE TUBERCULOSE

5.1. Les cas de tuberculose pulmonaire figurent dans l'un des quatre groupes suivants :

- **Les cas nouveaux de tuberculose pulmonaire à microscopie positive.** Ces cas sont définis par la découverte de deux échantillons de crachats positifs à l'examen microscopique direct chez un sujet jamais traité ou traité pendant moins d'un mois pour tuberculose ;
- **Les cas à microscopie positive déjà traités** chez lesquels on constate la persistance ou la réapparition des bacilles à l'examen microscopique de deux échantillons différents de crachats, prélevés à au moins quinze jours d'intervalle.

Ces cas se répartissent en trois sous-groupes :

- les échecs : les malades chez lesquels des bacilles persistent ou réapparaissent après une négativation transitoire, à deux reprises, cinq mois ou plus après le début du traitement et avant la fin du traitement (5ème et 6ème mois ou au cours du 6ème mois).
- les rechutes : les malades déclarés guéris, après une cure complète et correcte de chimiothérapie, dont les examens de crachats sont à nouveau positifs.
- les reprises évolutives : après interruption prématurée du traitement pendant plus d'un mois après la phase intensive du traitement, chez des malades qui présentent à nouveau deux frottis positifs.

- **Les cas de tuberculose pulmonaire a microscopie negative.**

Ces cas se répartissent en :

- nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative et à culture positive
- nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative, la culture n'étant pas disponible, avec des images radiologiques évocatrices d'une tuberculose pulmonaire évolutive.

Ces cas se définissent par la présence d'au moins deux séries de 3 échantillons de crachats, prélevés à 15 jours d'intervalle, négatifs, avec persistance ou extension d'images radiologiques évocatrices.

-
- cas de miliaire aiguë tuberculeuse. Ces cas sont exceptionnels et s'observent surtout chez l'adulte jeune. Ils doivent être immédiatement transférés vers le service hospitalier le plus proche.
 - cas de tuberculose extensive (à plus d'un lobe pulmonaire), non cavitaire, avec au moins 3 échantillons négatifs, chez un immunodéprimé (diabète, corticothérapie au long cours, traitement immuno-suppresseur ou infection à VIH).

-
- **Les cas chroniques** sont définis par les échecs du régime de 2^e ligne standardisé recommandé (régime de retraitement), administré sous supervision directe.

Ces cas sont souvent porteurs de bacilles résistants et parfois multi-résistants à l'isoniazide et à la rifampicine au moins.

Ils sont bien plus difficiles à traiter mais ils représentent moins de 1% de l'ensemble des cas de tuberculose pulmonaire à bactériologie positive.

5.2. Les cas de tuberculose extra-pulmonaire

Les cas de tuberculose extra-pulmonaire chez l'adulte sont classés selon leur sévérité.
On distingue :

- Les formes sévères, dont le pronostic vital ou fonctionnel est grave en l'absence de traitement : les formes aiguës (méningo-miliaire), les autres localisations extra-pulmonaires : péricardite, tuberculose ostéo-articulaire, et génito-urinaire et
- Les formes simples : pleurale, ganglionnaire périphérique, et les diverses autres localisations viscérales, cutanés, ou muqueuses.

5.3. Ces définitions permettent de classer les malades selon quatre catégories de régimes thérapeutiques différents

Catégorie I :

Ce groupe est celui des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive qui doivent être traités en priorité par la chimiothérapie.

A ce groupe principal, il faut rajouter :

- les formes sévères de tuberculose extra-pulmonaire,
- les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative et à culture positive,
- les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative et à culture non faite ou non disponible.

Catégorie II :

Ce groupe correspond à celui des reprises évolutives, des échecs et des rechutes de tuberculose pulmonaire, observés après une première cure de chimiothérapie. Ces cas sont toujours des cas à bactériologie positive (en microscopie directe et/ou en culture).

Catégorie III :

Ce groupe est celui des cas de tuberculose extra-pulmonaire simples et des primo-infections sans atteinte pulmonaire visible à la radiographie du thorax.

Catégorie IV :

Ce dernier groupe correspond aux cas chroniques et représente les échecs de la catégorie II.