

Le programme national de la lutte contre la TBC

I. Définition:

1. objectif :

- réduire la transmission de la tbc dans la population générale Algérienne
- ↓ la morbidité et la mortalité liée a la maladie tuberculeuse (prévalence < 3% depuis 1980, mortalité 2% Nx et 4% grp 2).

2. Structure :

Au niveau central :

- Ministère de la santé public et de la reforme hospitalière
- Institut national de la santé public INSP, PCH stock, CMNCTMR
- Labo national de référence de la tbc LNRT rattaché à l'institut pasteur d'Alger.

Au niveau régional :

- Observatoire régional de la santé « ORS » et bureau régional contre tbc et maladies pulmonaires BRCTMR
- Labo régional de bacterio, PCH (antenne régionale) stock s-r3
- Service spécialisé de pneumo-phtisiologie CHU

Au niveau de la wilaya :

- Direction de la santé et de la population «DSP »
- Service médical spécialisé
- Labo de wilaya LW
- Établissement public hospitalier (EPH)
- Établissement public de santé de proximité (EPSP)

Au niveau des secteurs sanitaire :

- Unité contre la tbc et maladies respiratoires CTMR
- Unité de soins de base USB
- Labo
- Pharmacie
- Service d'épidémiologie et de médecine préventive SEMP

II. Identification des cas de TBC :

1. Objectif : double

- Identification des cas de tbc a microscopie+ (M+) et la stérilisation de ces sources
- Détection des cas M(-) mais culture+ (C+) et les cas de la tbc extra pulmonaire puis trt

2. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire: repose sur :

- Les critères d'orientation: anamnestiques

- Clinique : +++signes fonctionnels généraux : expectoration, hémoptysie, dyspnée, toux, AEG, amaigrissement, anorexie, fièvre. On peut ne pas avoir des SC
- Radiologique : éléments de suspect (surtout sommet aéré et perfusé)

- Les critères de certitude:

- Bactériologique recherche de BK dans les expectorations (spot specimen ou over night) dans l'unité de soin de base.

3. dgc de la tbc extra- pulmonaire: dépasse la tbc pulmonaire, 30-45% de l'ensemble des cas identifiés mais variable d'une région à une autre :

- autres localisations respiratoires : plèvre, ADP médiastinale
- autres atteintes des séreuses : méninges, péritoine, péricarde
- autres ADP superficielles, périphériques
- localisation osseuse ou ostéoarticulaire
- les autres viscères : hépatique, uro-génitale, cérébrale, splénique

Le dgc repose sur :

-Les critères d'orientation: Clinique, Radiologique, Biologique, immuno (IDR), anamnestique (contage).

- Les critères de certitude: Bactériologique (souvent (-) car pauci-cellulaire) et la preuve anapath (pas de biopsie de péritoine)

4. tbc de l'enfant :

- 7-10% des cas dont 85% sont bacillo négatifs

- le dgc repose sur :

* aspect clinique : PIT latente le plus souvent tbc pulmonaire

* IDR : mesure l'induration : $\left\{ \begin{array}{l} - \text{IDR} \geq 15\text{mm} \rightarrow (+) \text{ si BCG+} \\ - \text{IDR} \geq 10\text{mm} \rightarrow (+) \text{ si BCG- non vacciné} \end{array} \right.$

*il existe des faux négatifs dans 15% environ

* aspect de la Rx évocateur de tbc

* examen bacterio : indication d'un tubage gastrique, spot spécimen

*autres explorations : ponction biopsie pleurale et des ADP, PL, endoscopie bronchique

5. Définition des cas de tuberculose:

A)*Tbc. pulmonaire: 4groupes

Groupe I: tbc jamais traitée

- M+ (83%)
- Tbc sous trt < 1 mois

Groupe II: tbc déjà traiter

- Les échecs : persistance ou réapparition de BK à partir du 5^{ème} mois et avant l'arrêt du traitement (6mois)
- Les rechutes : des cas déclaré guéri après une cure complète et correcte et présentant des BK⁺
- La reprise évolutive : après avoir interrompu prématurément un traitement >01 mois après la phase intensive avec réapparition de BK.

Groupe III:

- Tbc M-, C+ ou non disponible, avec image radio évocatrice (miliaire, image extensive...)

Groupe IV:

- Tbc chronique=Les échecs au régime 2^{ème} ligne.

B)*T. extra- pulmonaire:

Commune simple :

GGaire,Cutanée, pleurésie...

Sévère : tuberculose aigue disséminée, rénale, péricardique, vertébrale (mal de pott).

6. catégories de régime thérapeutiques :

Cat I :

- Nouveau cas de tbc a M(+)
- Nouveau cas à M (-) et C(+)
- Nouveau cas de tbc a M(-) et à C non disponible ou non faite gr3
- Formes sévères de tbc extra-pulmonaire : TAD, rénale, vertébrale, péricardique
- PIT+ opacité pulmonaire

Cat II :

- Reprise évolutive
- Echec
- Rechute

Cat III :

- PIT sans opacité pulmonaire
- Tbc extra-pulmonaire simple commune

Cat VI :

Les cas chroniques = après échec ou rechute du régime de 2^{ème} ligne
TP multi-résistante

III. Traitement :

1. Objectif :

- Individuel : Guérir le la malade
- Collectif : Empêcher la transmission

2. Médicaments et leurs propriétés antibactériennes :

Mdcts de 1^{ère} intention: qlq soit le poids

- RIFAMPICINE (R) : cp 150-300. 10mg/kg/j (bactéricide.)
 - ISONIAZIDE (H) : cp 100-300. 5mg/kg/j (bactéricide.)
 - PYRAZINAMIDE(Z) : cp 400. 25 mg/kg/j (bactériostatique.)
 - ETHAMBUTOL(E) : cp 400. 15 mg/kg/j (bactériostatique.)
 - STREPTOMYCINE(S) : IM amp 1g. 15 mg/kg/j (bactéricide.)
- La nouvelle formulation anti bacillaire associe RHZE (150, 75, 400, 275) (Rimstar), RHZ (Rifater), RHE (Rifanal)

Mdcts de 2^{ème} intention:

- KANAMYCINE amp 1g. IM 15 mg/kg/j (bactéricide.)
- ETHIONAMIDE cp 250. 15 mg/kg/j (bactéricide.)
- CYCLOSERINE cp 250. 15 mg/kg/j (bactériostatique.)
- FLUORO-QUINOLONE (OFLAXACINE) cp 250-400. 10 mg/kg/j.

NB: ces drogues déjà utilisées ont été abandonné jadis a cause de leurs effets secondaires majeurs.

3. Régimes thérapeutiques standard:

A. BUT :

1. Codifier et uniformiser le traitement
2. Eviter les traitements anarchiques
3. Faciliter des préventions nationales

B. Règles d'administration :

1. Administration des médicaments en association : jamais en monothérapie
2. Doses optimales en fonction du poids
3. Durée : 6mois-24mois
4. Régularité des prises : matin a jeun, loin du petit déjeuner.

C. Régimes :

Le régime de 1^{ère} ligne: Durée de 6 mois pour les catégories I et III.

Cat I : RHZE (attaque 2mois) + RH (4mois entretien)

Cat III : RHZ (2 mois) + RH (4 mois)

Le régime de 2^{ème} ligne: Durée de 8 mois pour la catégorie II (rechutes, échecs, reprise évolutives) : 2 mois de RHZES+ 1 mois RHZE+ 5 mois RHE (2RHZES+1RHZE+5RHE)

Le régime de 3^{ème} ligne: Durée de 21 mois pour la catégorie IV : 4-6mois de Z O ETH K C+ 18-20 mois de Z O ETH.

NB : pour les patients adressés au CHU avant le traitement, 3 échantillons de BK envoyés au Labo national de référence pour culture de BK et antibiogramme

D. TRT adjuvant :

Médical : exp CTC si miliaire aigue, pleurésie importante, TBC extra pulmonaire,...voire des ponctions simples, lavage +/- kinésithérapie

Chirurgical : un curage ganglionnaire

E. Le lieu du traitement :

- La phase initiale : en principe traitement en ambulatoire
- L'hospitalisation peut être nécessaire pour les cas suivants :
 1. AEG
 2. TBC grave : miliaire
 3. Tares associées : diabète, Ice rénale, Ice hépatique
 4. Complications : hémoptysie, PNO, Ice respiratoire aiguë, asthme
 5. Intolérance médicamenteuse avec signes majeurs : leucopénie, neurologique, crise d'épilepsie
 6. Echec, rechutes : suspicion de forme chronique
 7. Résidence lointaine du lieu du trt
 8. But diagnostique
- ❖ A la sortie : fiche de liaison, généralement 3 fiches :
 - Dossier du malade
 - Malade
 - USB= dispensaire
- ❖ TRT ambulatoire
 - L'entretien doit se faire entre le patient et son entourage
 - Enregistrement du malade dans un registre de déclaration TBC
 - Ouverture d'un dossier médical : fiche sociale, fiche médicale, fiche de TRT

F. Surveillance du traitement:

Bilan pré thérapeutique :

1. Poids du malade
2. chimie des urines
3. Interrogatoire : précis à la recherche d'un terrain allergique ou une tare
4. Recherche des signes d'appel : bilan hépatique et rénale
5. Notion de prise d'autres médicaments pour éviter une éventuelle interaction :
 - ✓ Chez la femme la contraception est neutralisée par le traitement antituberculeux
 - ✓ Prise d'anticoagulants : peuvent interagir avec le traitement
 - ✓ Prise de corticoïde
 - ✓ Prise de digitaliques
 - ✓ Interaction importante avec les hypoglycémiantes oraux
 - ✓ Anti rétroviraux : VIH

Contrôler la prise régulière des médicaments :

- TRT d'attaque pour les Cat I, II et III : la supervision est directe et quotidienne 5J/sem. (hôpital, USB, domicile)
- Jusqu'à la phase d'entretien (2 à 4 semaines)
- TRT d'attaque pour la cat IV
- TRT de continuation, la supervision est indirecte.

Détecter les effets secondaires :

***Effet secondaire mineur :** Transitoire et régresse ne nécessite pas l'arrêt du traitement :

R : Coloration rouge des urines, Troubles digestifs : nausées, vomissement, dlr abdominal

INH : Euphorie , insomnie et acné →ajuster la posologie

Z : Arthralgie, anorexie

E : nausées

S : Troubles digestifs, vertige, striction → symptomatique

***Effet secondaire majeur :** Entraînant l'arrêt immédiat et précoce du traitement, une hospitalisation pour détecter l'antituberculeux incriminé :

1. Accident cutané : allergie généralisé toute les drogues peuvent être à l'origine= arrêt immédiat puis rechercher le médicament responsable en dissociant le TRT.
2. Accident sanguins : anémie, granulopénie, thrombopénie, purpura →RHZ, arrêt immédiat parfois définitif
3. Accidents hépatique RHZ : ictère, hépatite toxique→ arrêt parfois définitif
4. Accidents neurologique et sensoriel : S (atteinte du VIII), E (névrite optique) arrêt définitifs, H (polynévrite=pyridoxine+ épilepsie=contrôle de la posologie)
5. Accident rénal (SR) : anurie→ arrêt définitif

◆ Effets secondaires entraînés par un régime 3eme ligne :

ETH : { *troubles mineurs : anorexie, nausées, vmst
 *troubles majeurs : psychotiques, même suicide
 *tendance a l'hypoglycémie

OFLOXACINE : trbles digestifs, neurologique (vertige, céphalées, même convulsion)

KANAMYCINE : risque de neurotoxiose (att du VIII) et nephrotoxicité

Cycloserine : { *troubles mineurs : neurologique, vertige et insomnie
 *troubles majeurs : convulsion, confusion, trbles du comportement

NB : les associations ↑ le risque de survenue des effets secondaires

Contrôle de l'efficacité du traitement : Par réalisation de 2 échantillons de crachats émis à 24 heures d'intervalle :

- Tbc pulmonaire M(+): BK à la fin du { - 2^{eme}, 5^{eme} et 6^{eme} mois pour la 1^{ere} ligne
 - 3^{eme}, 5^{eme} et 8^{eme} mois pour la 2^{eme} ligne.
- TBC extra pulmonaire M(-) : les critères sont clinique, radiologique, biologique et bactériologique

1) Signes de guérisons :

- TBC pulm Cat I (1^{ere} ligne) : BK(-) au 5^{eme} et 6^{eme} mois
- TBC pulm (2^{eme} ligne) BK(-) au 5^{eme} et 8^{eme} mois
- TBC pulm BK (-) / extra pulmonaire Cat I et III: absence de signes clinique et /ou radiologique et biologique et/ou bactériologique.

2) Prise en charge en cas d'échec :

- TBC pulm jamais traitée Cat I : { * si BK (+) : échec confirmé = on passe à la 2^{eme} ligne
 * si BK (-) : répéter les examens au moins deux fois
- TBC extra pulmonaire Cat I et III : { * malade est tjrs fatigué
 * images radio ne changent pas : stable ou s'aggravent = régime 2^{eme} ligne
- Cat II , persistance des BK : régime de la 2^{eme} ligne et contrôle au 3^{eme} mois :
 { *si BK (-) : poursuite de trt jusqu'au 8^{eme} mois
 *si BK(+) : culture+ATB gramme et on passe au régime 3^{eme} ligne

Niveau de surveillance

Au niveau de la wilaya :

- EPSP : unité de contrôle par l'infirmier (/J) et ou par le médecin (/mois) Cat I, II, III
- EPH de wilaya : suspicion directe de la prise du TRT/ dots⁺⁺⁺

Au niveau régional : CHU

Les échecs, effets secondaires majeurs, formes graves et chroniques HIV⁺

Au niveau central :

Se base sur des indications épidémiologiques, la prévalence de l'infection VIH chez le tbc, la résistance primaire, le taux annuel, des cas de tbc toute forme, nouveaux cas TP à frottis positif, nouveaux TPm⁺ par sexe 2hommes/ 1 femme et par groupe d'âge.

Surveillance après trt :

-risque de rechute dans la 2^{ème} année suivant la déclaration de guérison est environ 3% :
contrôle périodique et au besoin.

IV. Prévention de la tuberculose :

Vaccination : Par le BCG

- obligatoire à la naissance en ALG depuis 1969 et non discriminative
- concerne tt les NN et enfant en âge scolaire
- protège efficacement contre la TBC infantile et surtout les formes graves et mortelles de la maladie.

Prévention des sujets contact d'un cracheur de BK a M+ : dépend de l'âge :

Enfant de 0 à 14 ans:

- S'il existe des signes cliniques et /ou radiologies : bilan bacterio (BK) et/ou autres prlvmts.
- Si Clinique et radiologie sont négatives faire IDR : la CAT est fct du statut vaccinal :
 - BCG + :
 - ✓ IDR < 15mm : surveillance périodique
 - ✓ IDR ≥ 15mm :
 - Enfant < 05 ans : INH (5mg/Kg/J pdt 6 mois) chimioprophylaxie
 - Enfant 5 à 14 ans : surveillance périodique
 - BCG - :
 - ✓ IDR < 10mm : enfant revacciné
 - ✓ IDR ≥ 10 mm :
 - Enfant < 05 ans : INH (5mg/Kg/J pdt 6 mois)
 - Enfant 5 à 14 ans : surveillance périodique

Enfant >14 ans :

- Si malade symptomatique : on demande BK (3-6 examens directs voir plus à plusieurs jours d'intervalle), Rx +examen clinique
- si malade asymptomatique : surveillance avec contrôle 1mois après
- si suspicion de TBC extra-pulm ⇒ investigation (culture sur culot pulm, Bx)