

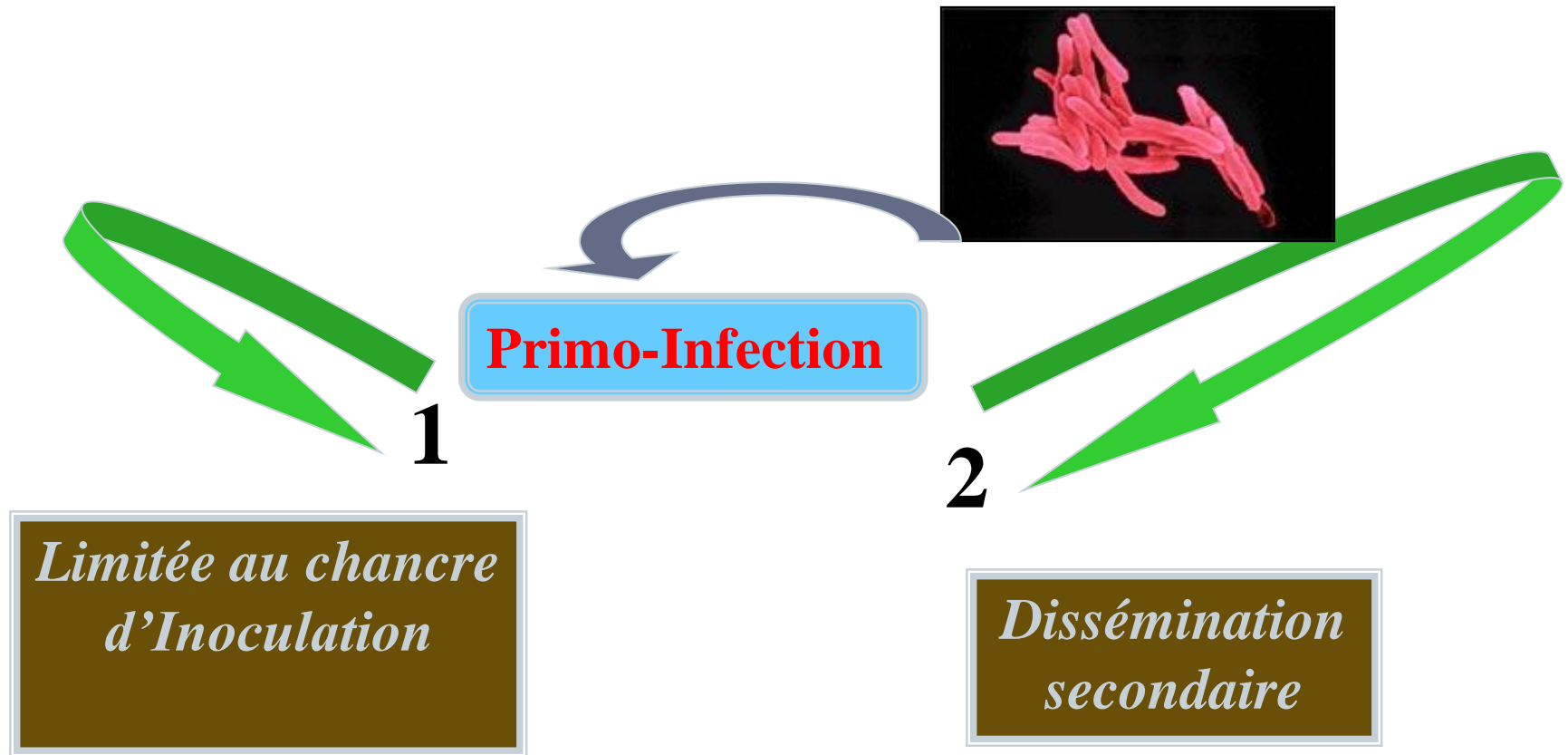
# LA TUBERCULOSE PULMONAIRE COMMUNE

*Dr Heddane*  
*Pr Messaadi*



# Définition

- 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 réinfestation exogène massive (plus rarement).
- On exclue de la question :
  - la PIT
  - les tbc aiguës : la miliaire, pneumonie et bronchopneumonies





*Robert Koch*

B.K.



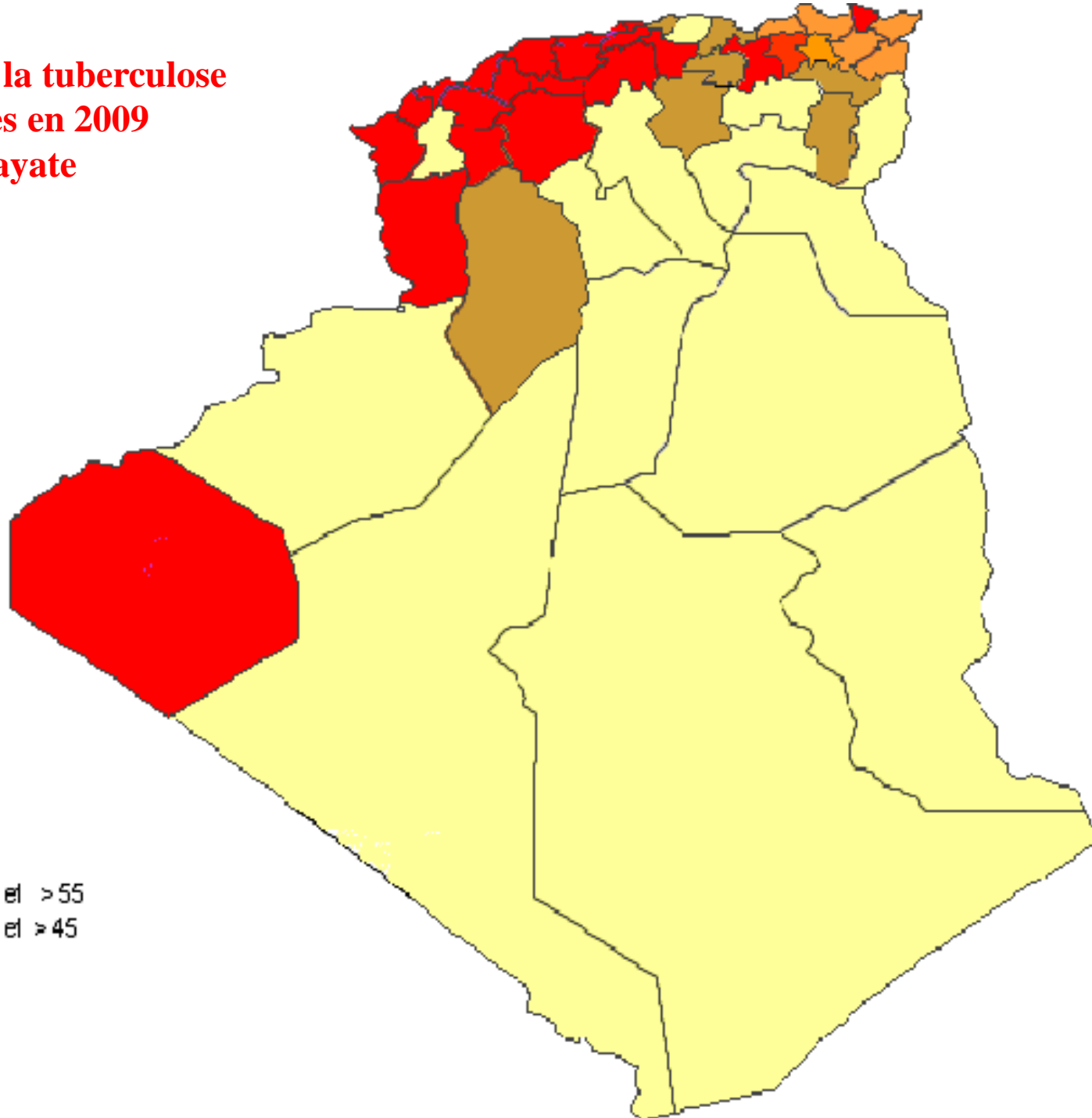
**1882:** découvre le bacille de la tuberculose. Il colore et fait pousser le bacille responsable sur sérum coagulé.

**1883:** découvre le vibron du choléra.

# Epidémiologie en Algérie :

- au cours de la période 1962-2000
- 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

**Incidence de la tuberculose  
toutes formes en 2009  
selon les Wilayate**



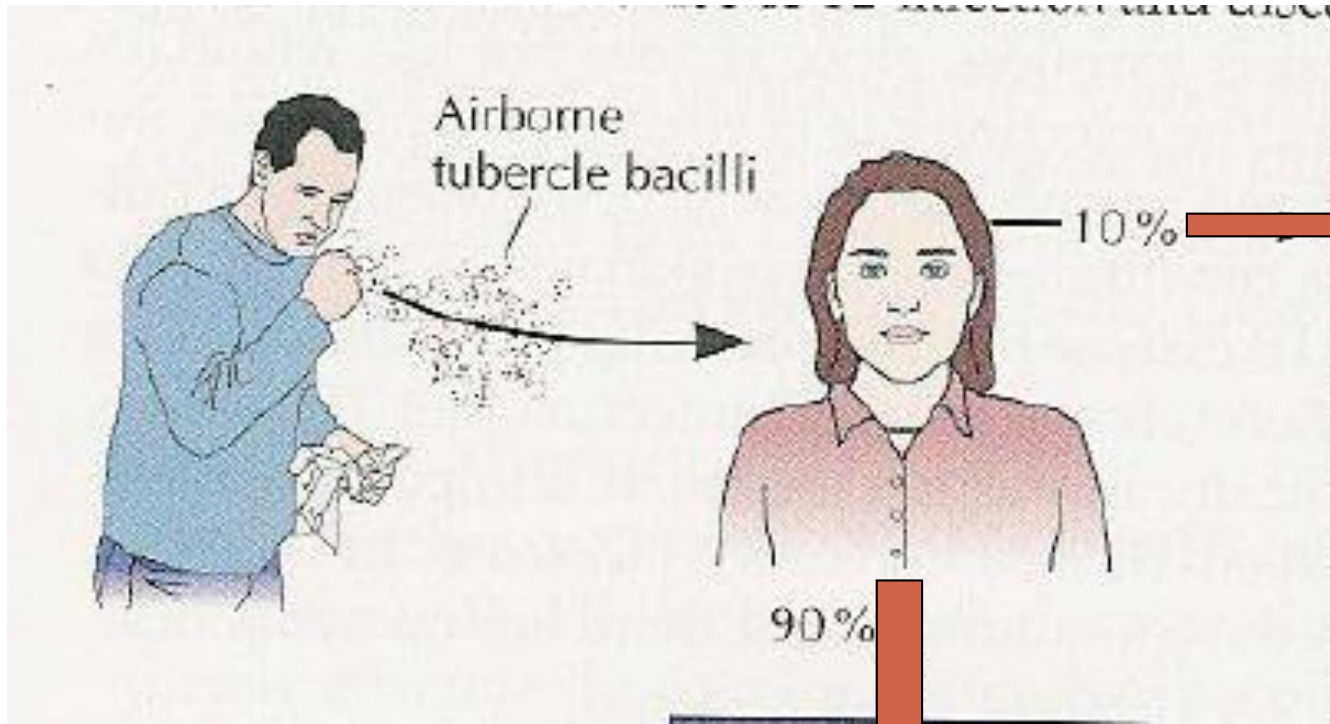
- INCIDENCE > 65**
- INCIDENCE < 65 et > 55**
- INCIDENCE < 55 et > 45**
- INCIDENCE < 45**

# *Transmission :*

- Elle est exclusivement **interhumaine**
- Se propage quasi exclusivement par **voie aérienne**  
effort de toux (3500) ou d'un éternuement (1 million)
- - 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 – 5 ans après la PIT.







maladie tuberculeuse

Primo infection

Les groupes à haut risques :

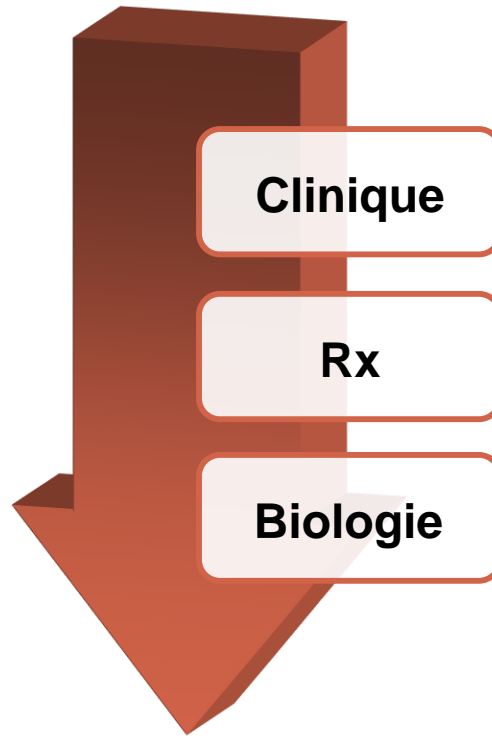
## *les groupes à hauts risques traditionnels*

- groupes socio-économiques défavorisés.
- Diabète , d'ulcère, ou ayant subi une gastrectomie.
- anciens tuberculeux de l'ère préantibiothérapique 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 immunodépressions diverses: néoplasie, hémopathie, traitements à base de cortisone, immunodépresseurs, transplantations d'organes.
- les sujets dialysés chroniques.
- les toxicomanes.
- les détenus.
- La silicose

## 4) - DIAGNOSTIC POSITIF :



La certitude est apportée par l'examen **bactériologique**.

## ***1- la clinique :***

- 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 :

- Asthénie
- Amaigrissement
- Anorexie

A A A

- fébricule vespéral  $37.5^{\circ} - 38^{\circ}$
- sueurs nocturnes
- toux discrète sèche ou productive
- expectoration aigue majeure : elle peut être banale, muqueuse, ou franchement purulente fréquemment dégluti, elle manque chez la femme et l'enfant.
- 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** :
  - t° à 39° avec frisson
  - toux, expectoration, AEG
- ce tableau pose le dgc d'une **pneumopathie** Bb ou virale
- **latence clinique complète** : asymptomatique
- Découverte fortuite cours d'un contrôle radiologique systématique :
  - contrôle professionnel
  - contrôle de l'entourage d'un sujet contaminateur
  - contrôle d'une sujet à risque (immunodéprimé)



## ***l'interrogatoire:***

- devra rechercher :
  - notion de contagé tuberculeux (familiale ou entourage professionnel)
  - notion de profession exposante chez le malade (étudiant, infirmier de service de phtisiologies).
  - les antécédents tuberculeux chez le malade.
  - notion de coexistence d'affections.
  - vaccination du BCG

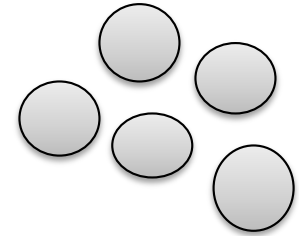
# *L'examen physique*

- Généralement pauvre
- car il faut en arriver à des dégâts parenchymateux majeurs pour retrouver une symptomatologie de condensation ou une symptomatologie cavitaire.

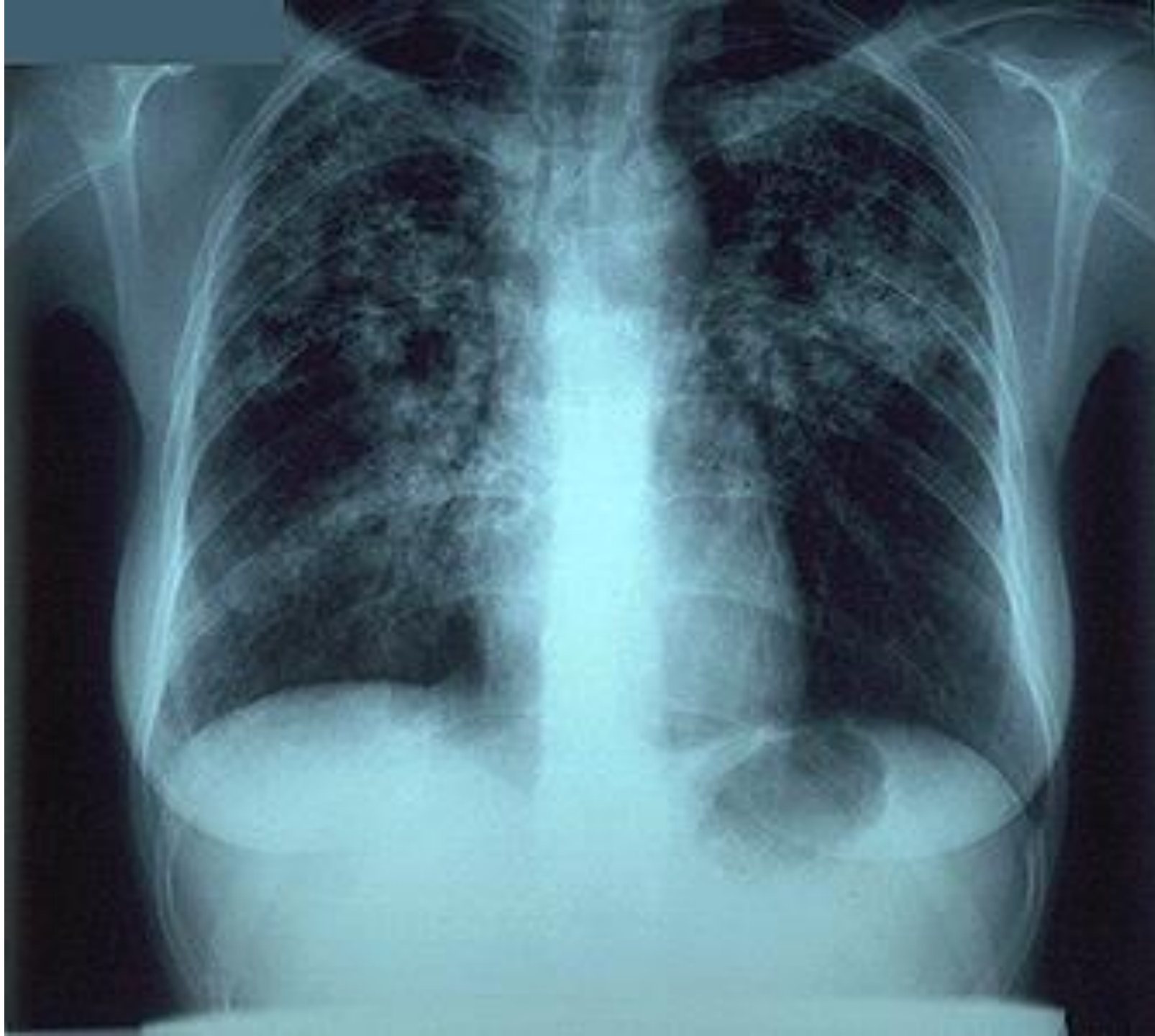
## *2- la radiologie*

- il existe 4 types d'images :

## Les images nodulaires :

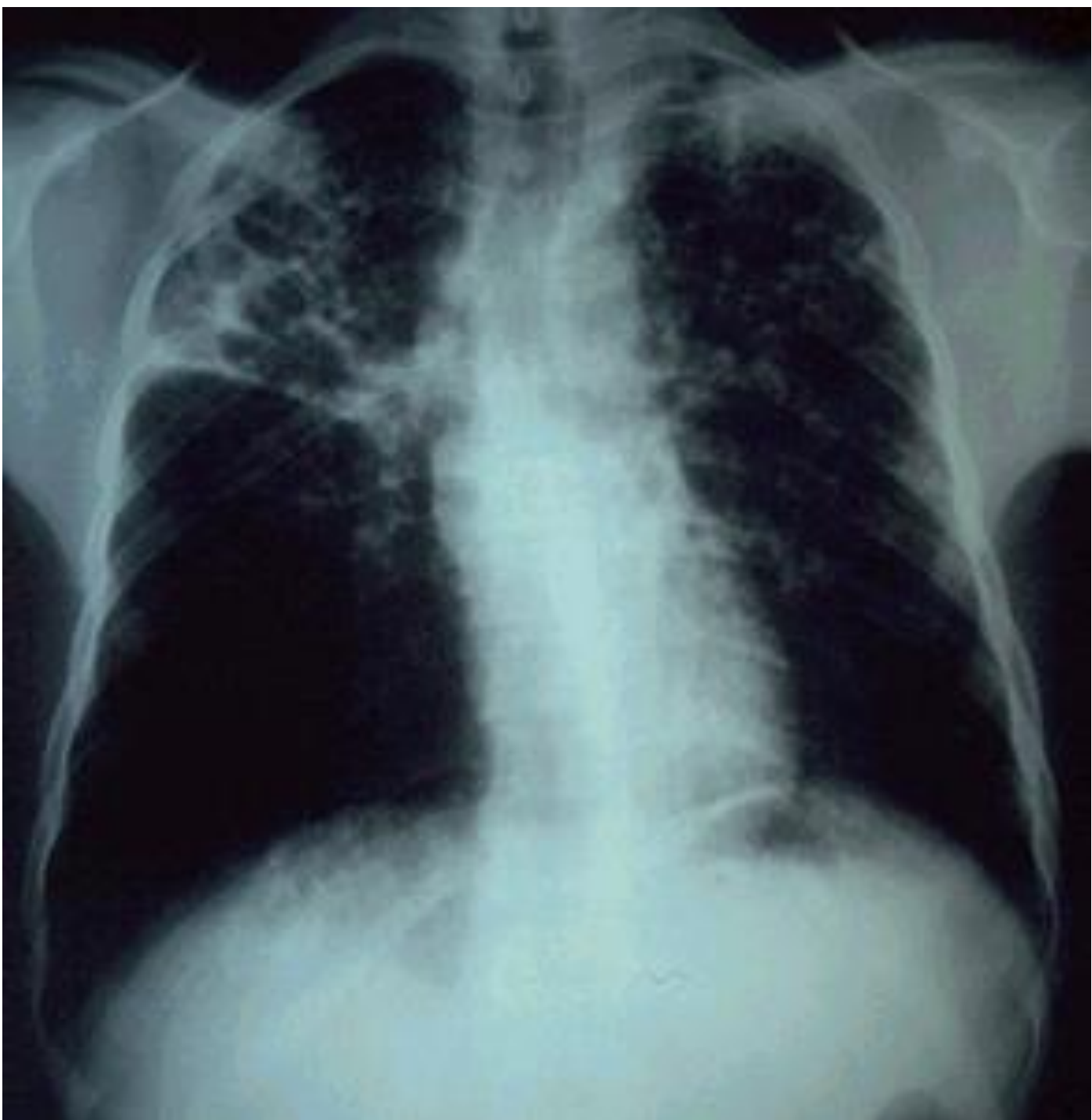


- opacité arrondie peu dense à contour flou de taille variable allant de 3 mm à 1.5 cm de diamètre
- peuvent être groupés dans un territoire localisé sous claviculaire hilare ou disséminés



# Les infiltrats

- Plages localisées, aux limites floues, hétérogènes, confluentes.
- topographie : généralement sous claviculaire ext ou rétro claviculaire



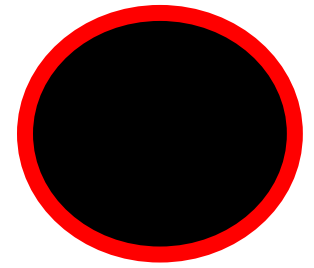




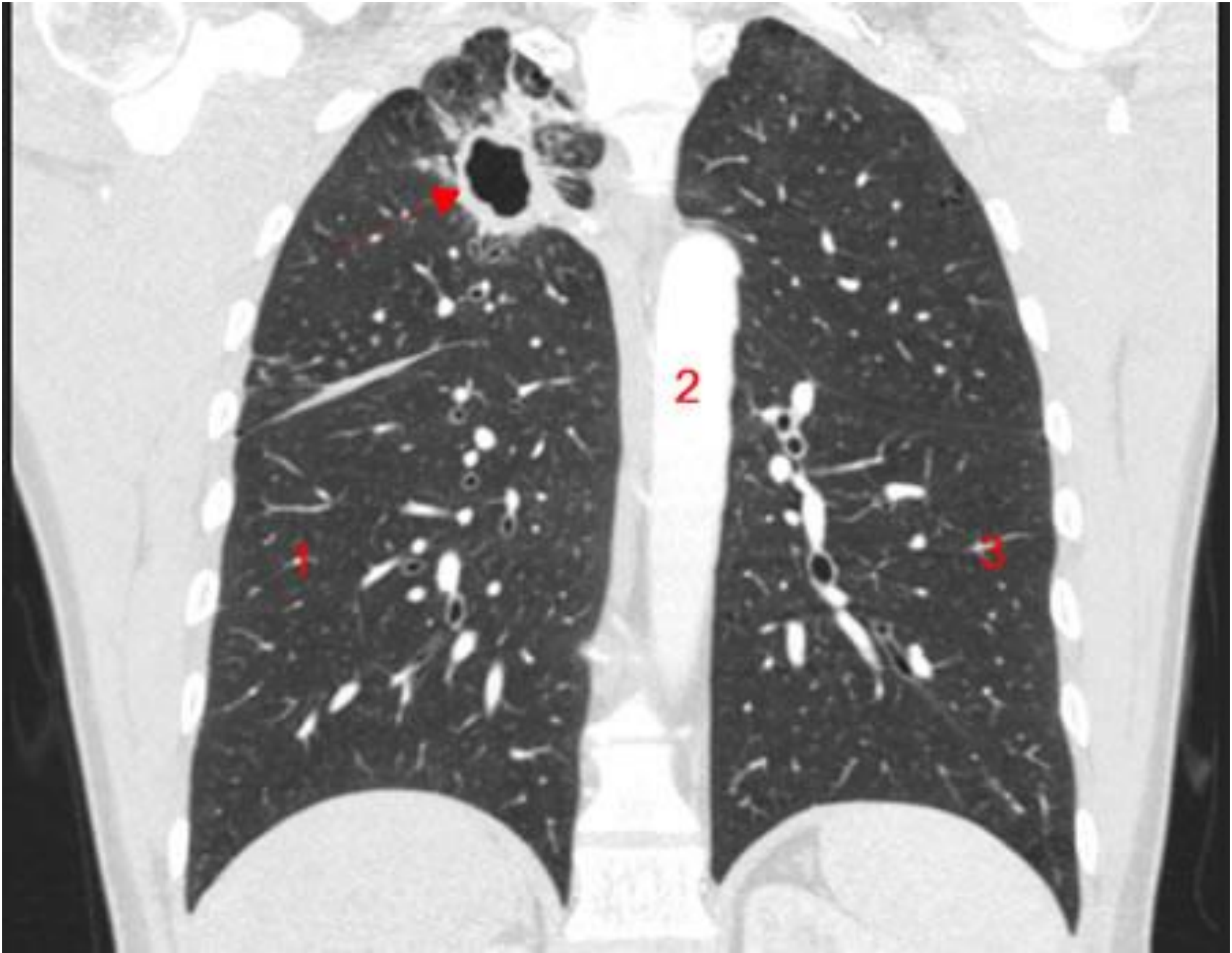
# Opacités linaires

- ce sont des lignes opaques de 0.5 – 1 mm de largeur disposées entre le hile et les régions sous claviculaires

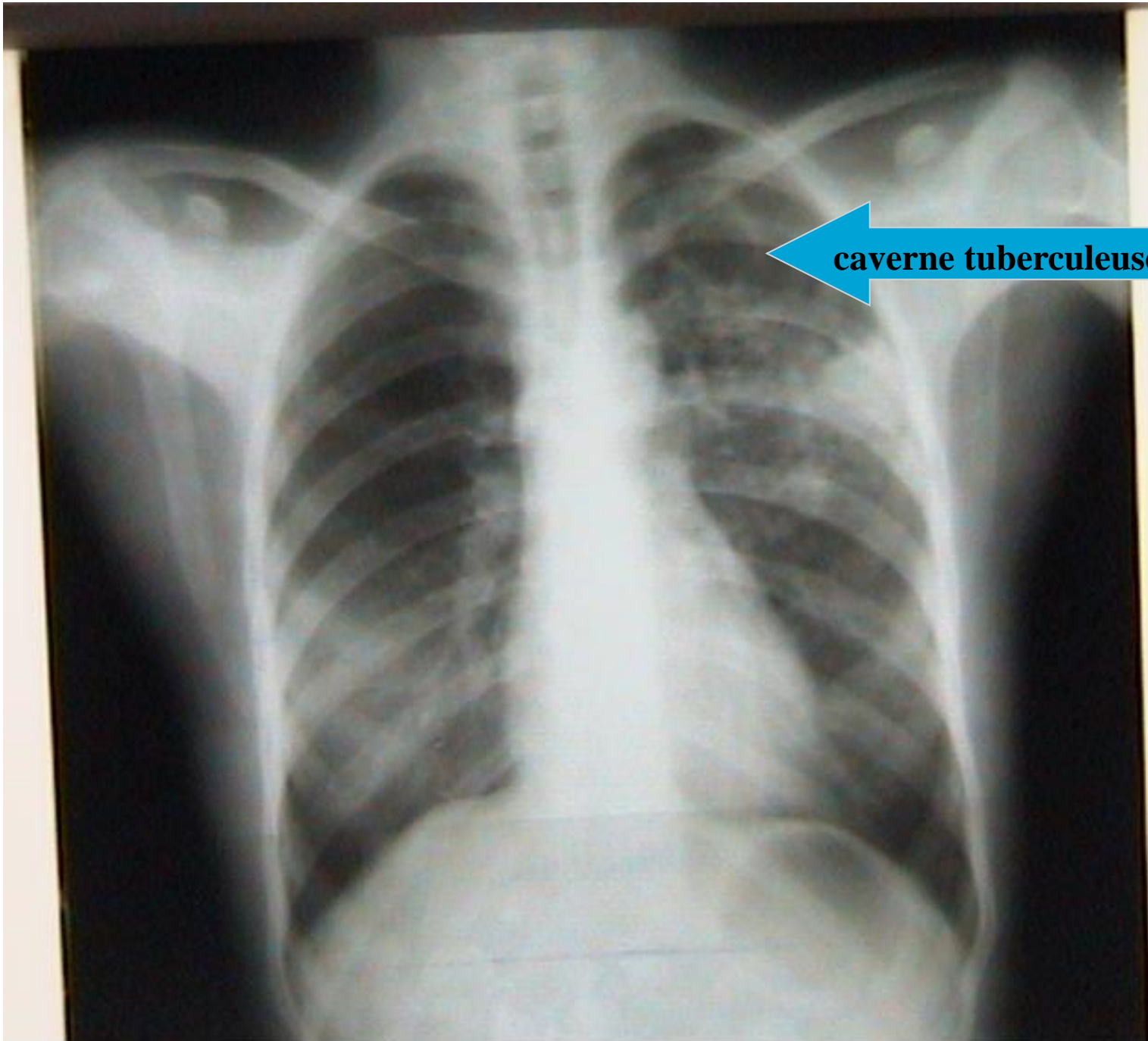
# la caverne tuberculeuse



- 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 pôle 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 postérieurs ( 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  $10^9$  bacille



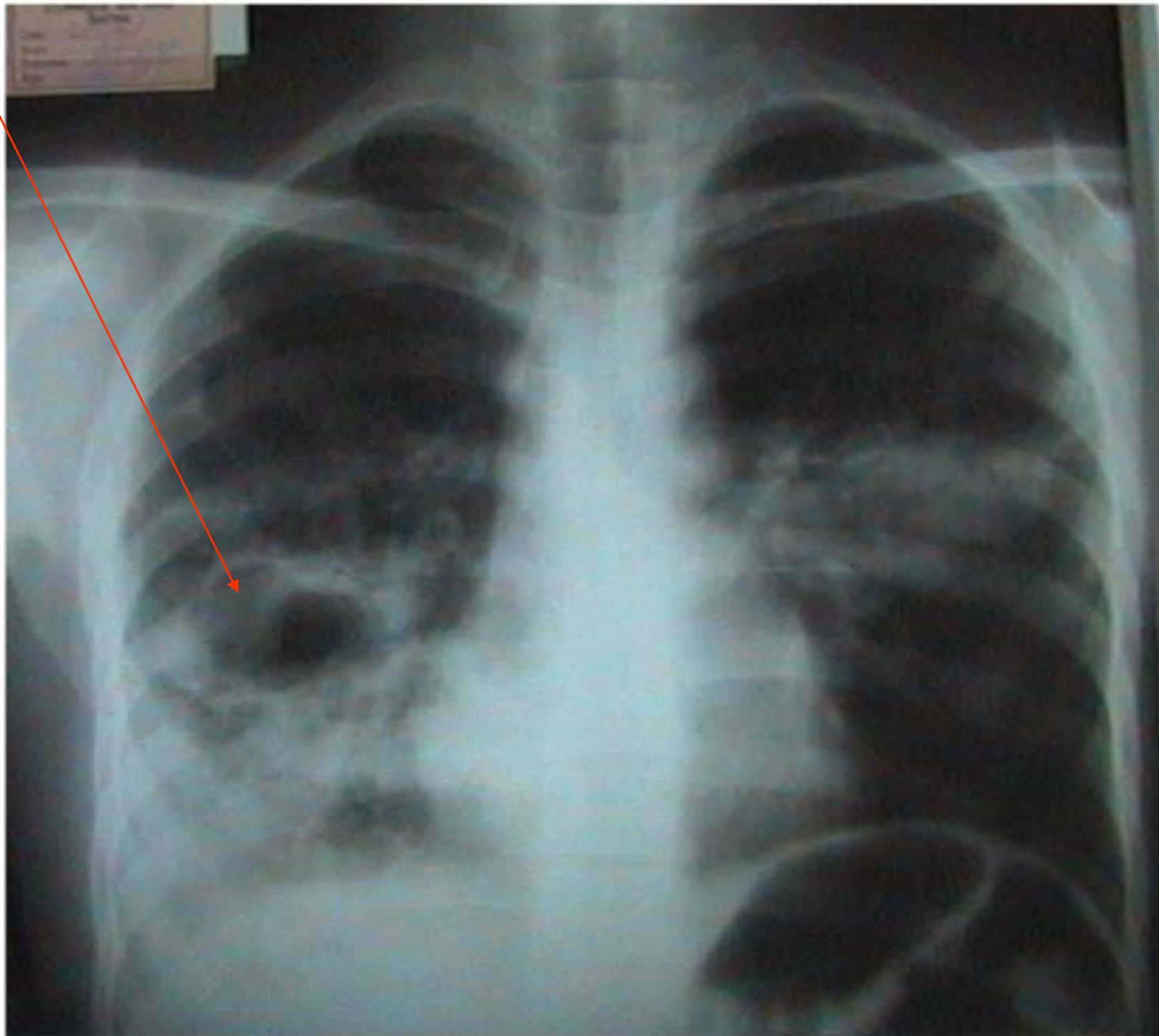


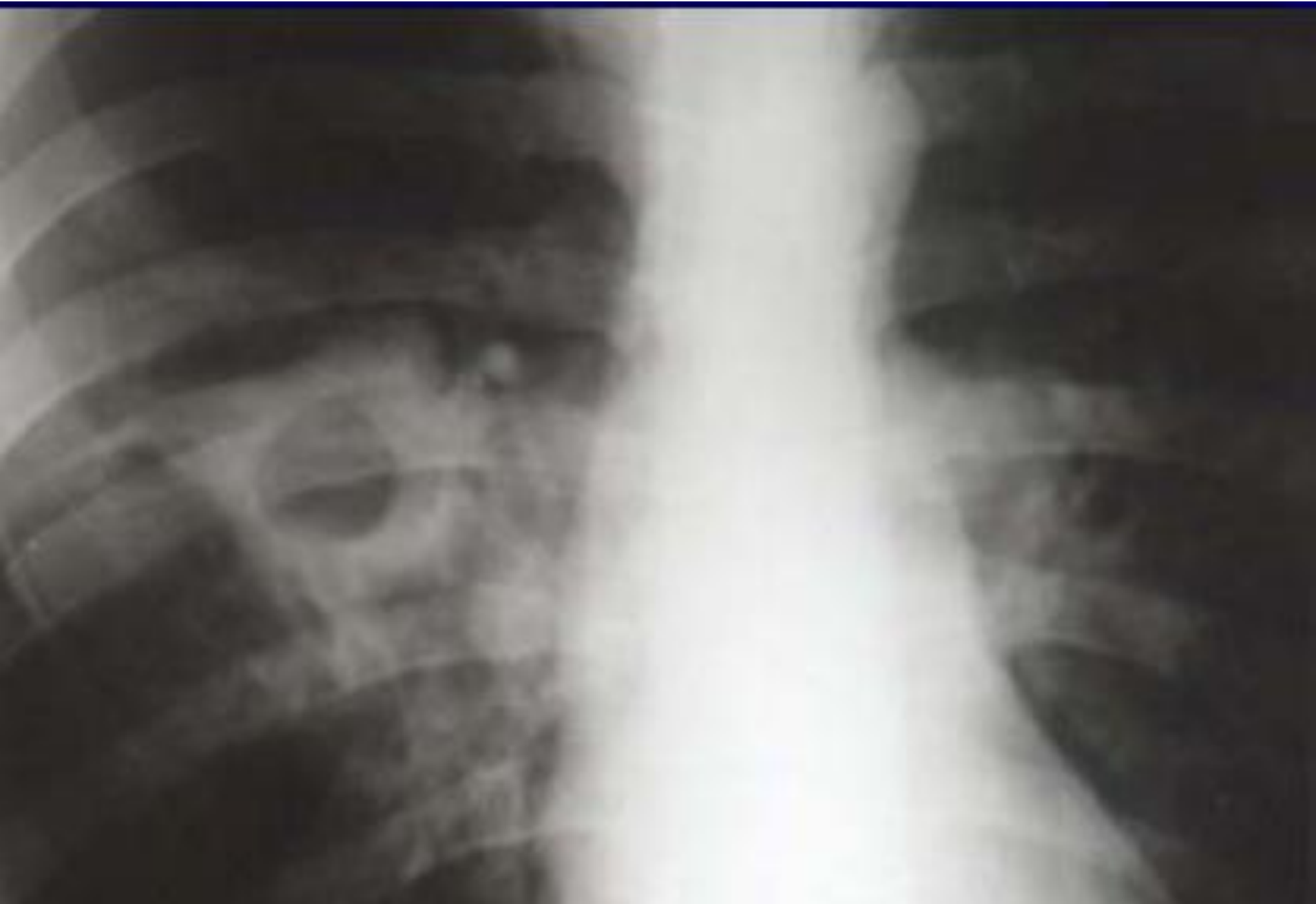


**caverne tuberculeuse**

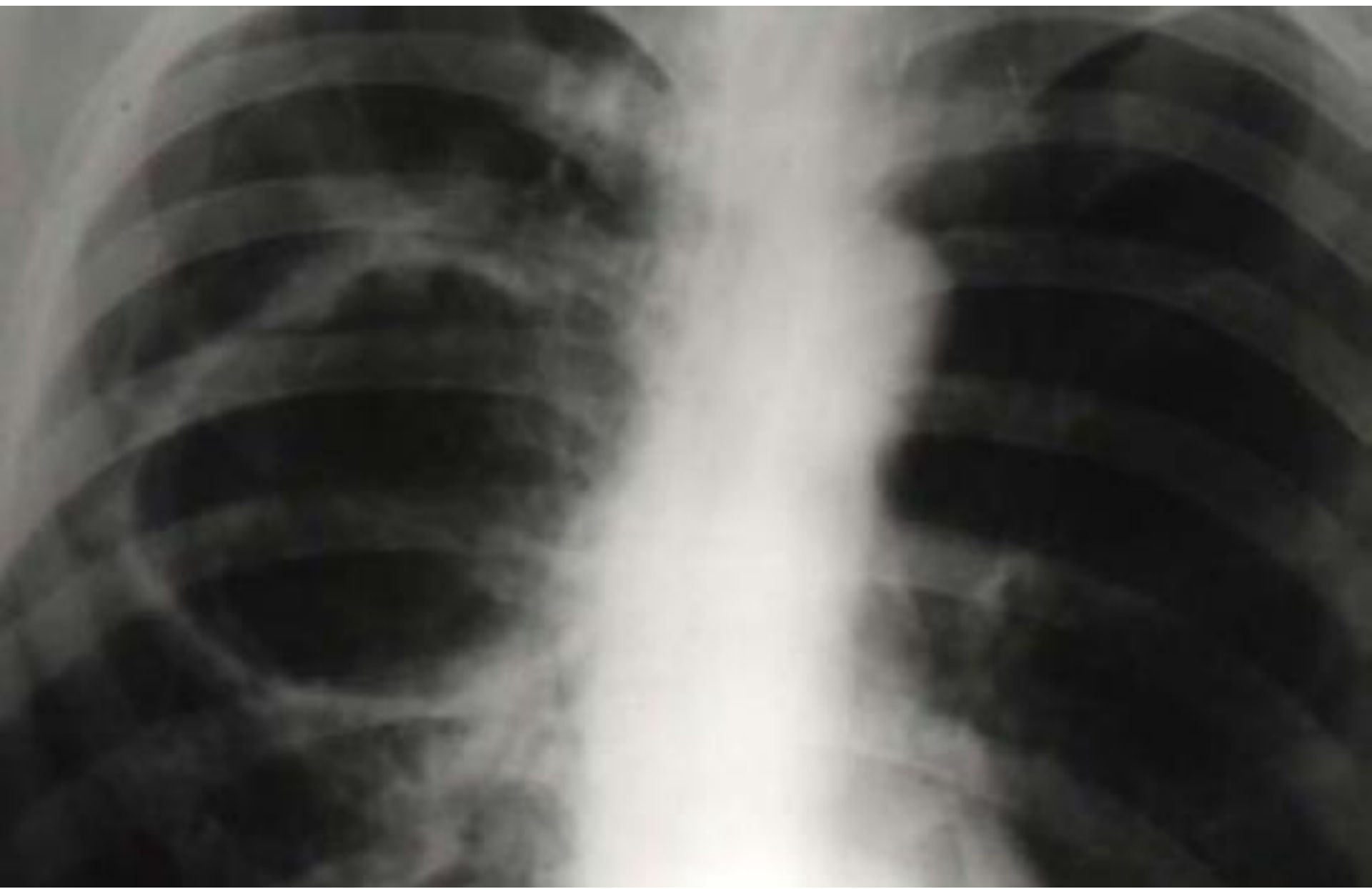


Caverne

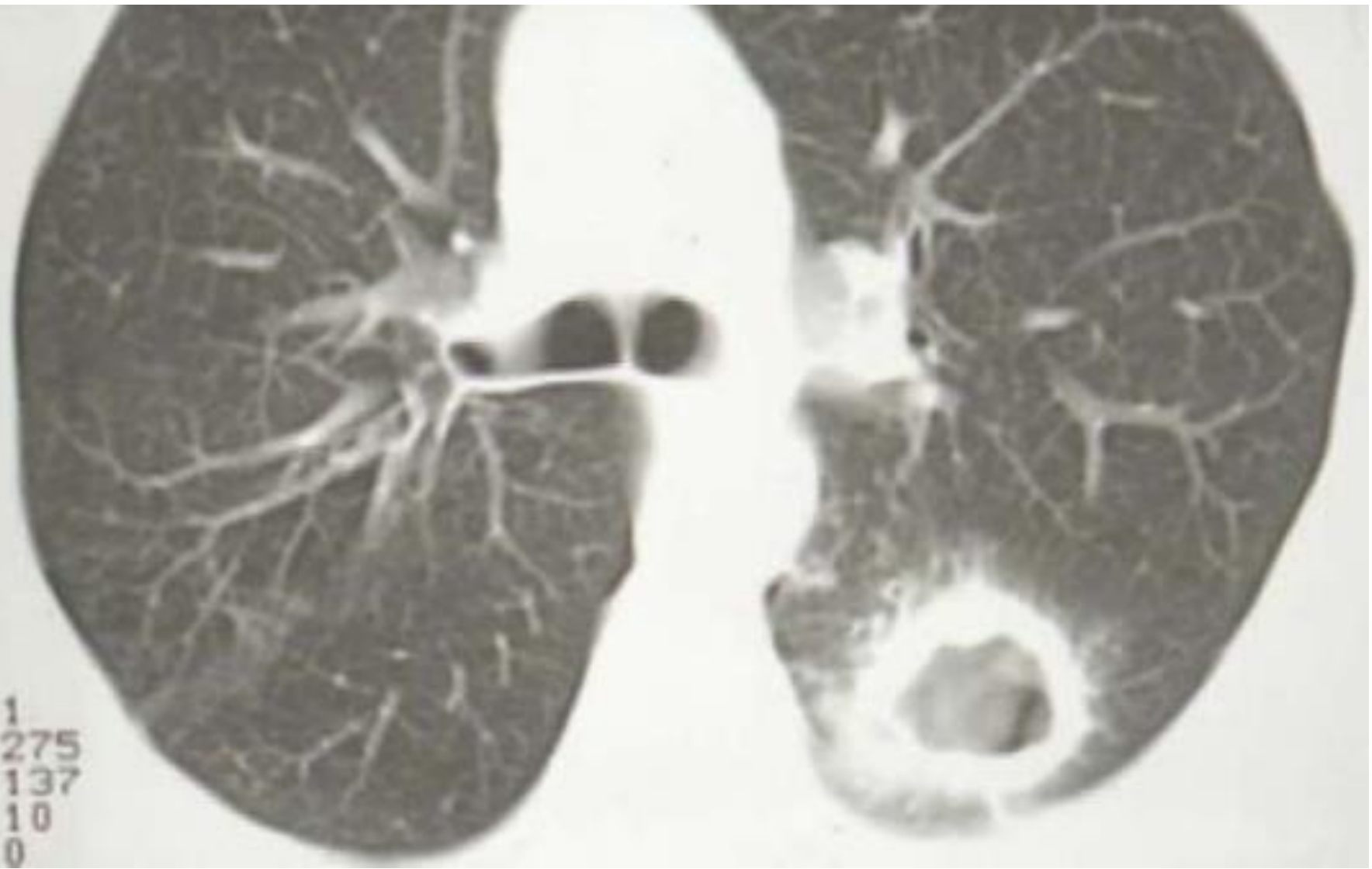












1  
275  
137  
10  
0

## 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 "fibreuse", rétractions étoilées.
  - ❖ nodules plus ou moins calcifiés.
  - ❖ épaissements pleuraux localisés.

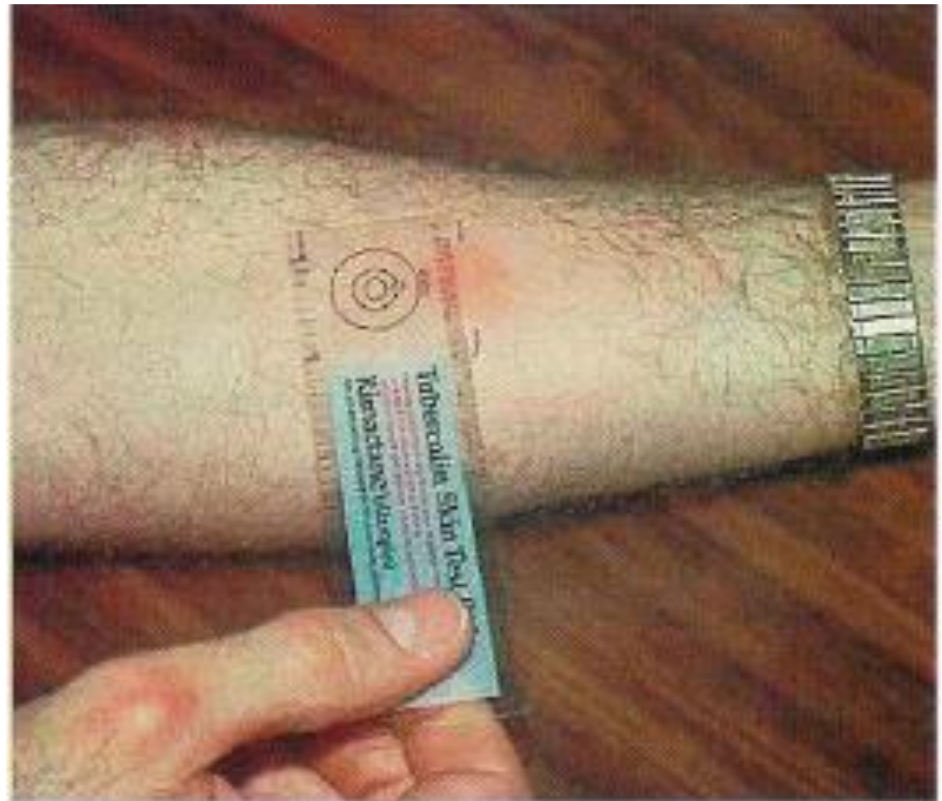
Ces lésions peuvent être bilatérales et extensives .

### ***3- La biologie :***

- les examens biologiques ont peu d'intérêt cependant :
  - VS : accélérée
  - FNS : leuco-neutropénie avec lymphocytose

# L'IDR

## Intra-dermo réaction à la tuberculine



# L'IDR

- Peu d'intérêt dans le dgc
- (+) si  $> 10$  mm chez l'adulte et l'enfant non vacciné
- (+) si  $> 15$  mm chez l'enfant vacciné au BCG

# Critères de certitude

## Examens bactériologiques

### Examen direct :

- seul l'examen microscopique de 3 échantillons de crachats permet le dgc de certitude des formes les + contagieuses .
- Méthode : prélevés en deux jours : 2 échantillons
  - » sur place « spot specimens » ,
  - » 1 échantillon matinal recueilli à domicile « overnight specimen ».

Lorsque le malade revient, un troisième prélèvement peut être fait sur place (spot spécimen), si l'on juge que les deux premiers prélèvements sont insuffisants.

- Recueil des expectorations matinales 3 jours de suite.
- Ou tubage gastrique matinal, en l'absence d'expectoration.
- Voire fibroaspiration dirigée par fibroscopie en cas de négativité des prélèvements.

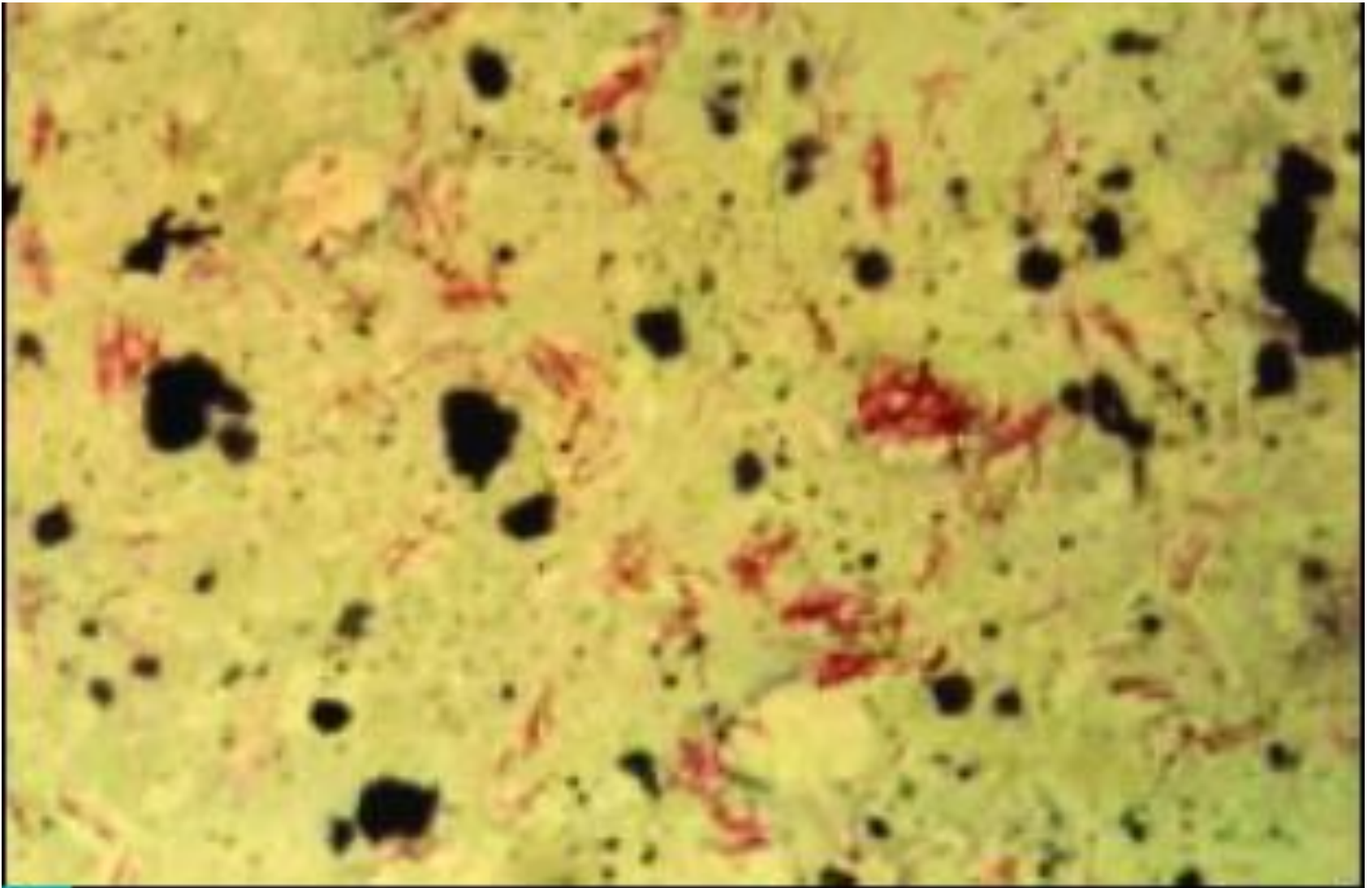
**Culture :** sur milieu Lowenstein-Jensen si plusieurs crachats (3,6 ou plus) sont (-) : résultat obtenu au 28, 48, 72ème jour.





# La recherche de BK se fait par :

- Examen directe des crachats
- Culture



**TUBERCULOSE: LE DIAGNOSTIC EST BACTERIOLOGIQUE**

**“Il n’y a pas de tuberculose sans bacille”**

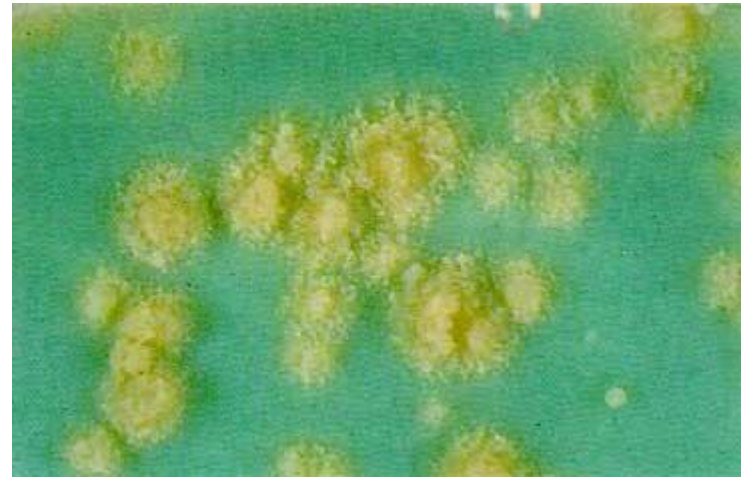
## Examen directe des crachats

- présence de bacilles acido-alcoolo résistants (BAAR)
- il faut répéter les prélèvement avant la mise en route du traitement dans 80 % des cas



# culture

- 20 % des cas , après décontamination des crachats par soude 4 %
  - culture traditionnelle sur milieu de Lowenstein-Jensen : résultat obtenu au 28, 48, 72ème jour
  - culture sur milieu Bactec dont les résultats sont obtenu en 10 – 15 jrs



# 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 – 6ème mois de traitement.

- La tuberculose était, est, et restera (probablement) une maladie d'actualité par sa fréquence, l'évolution de son épidémie, ses difficultés diagnostiques et ses moyens de prévention.