LA TUBERCULOSE PULMONAIRE COMMUNE

- **. Définition :**

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

- **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 – 5 ans après la PIT.

- **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.

Ajouter les sujets déracinés (migrants)

** les **groupes à hauts risques traditionnels**:*

- groupes socio-économiques défavorisés.
- sujets souffrant de diabète, d'ulcère, ou ayant subi une gastrectomie.
- - 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.

- ***clinique*** :

  a- Circonstance de découverte: Il n'y a pas de signe pathognomonique de la tuberculose

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

  Interrogatoire

  début insidieux : les symptômes fonctionnels et les signes généraux sont discrets :

  fébricule vespéral 37.5° – 38° - asthénie - Amaigrissement – Anorexie - 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

  Autres circonstances de découverte:

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'une sujet à risque (immunodéprimé)
b- interrogatoire : devra rechercher :
o notion de contage tuberculeux (familiale ou entourage professionnel)
o notion de profession exposante chez le malade (étudiant, infirmier de service de phtisiologies).
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.

- ***radiologie***

il existe 4 types d'images :
1 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 hilaire ou disséminés
- Tuberculome: opacité arrondie qui comprend des zones calcifiées disposées en strates concentriques et qui correspondent à l'évolution anatomo pathologique en phases successives de l' inflamation épithélio giganocellulaire et de fibrose . Cette opacité peut avoir une zone de nécrose centrale (clarté) . C'est une lésion paucibacillaire . Faire la recherch ede BK par culture des crachats ou par aspiraton bronchique ..

2 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
3 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

- 4- 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 voire 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'exterieur
contamination
interhumaine) , une caverne de 2 cm contient 109 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
- épaississements 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

Diagnostic positif

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

Diagnostic différentiel

- **Avec le tableau clinique :**
  Pneumopathie bactérienne
  Pneumopathie virale
- **Avec l'opacité ronde:** kyste hydatique sain – angiome ou anévrysme – tumeur bénigne –métastase cancéreuse – abcès du poumon en phase de collection
- **Avec la caverne:** kyste hydatique rompu – image bulleuse – aspergillome – abcès du poumon détergé

- ***Les éléments de certitude***

réalisé par les examens bactériologiques :
1- la recherche de Bk (mycobactérium tuberculosis hominis ou bovis)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 minimes 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 direct 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

Comptage de BK par 100champs .

2- 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 (comptage par colonies) .
- culture sur milieu Bactec dont les résultats sont obtenu en 10 – 15 jrs

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 – 6ème mois de traitement.

Traitement de la Tuberculose