

La primo infection tuberculeuse

Définition :

La primo-infection tuberculeuse "PIT" est l'ensemble des manifestations cliniques, biologiques et immunologiques qui suivent la 1^{ère} pénétration du BK dans un organisme neuf (jusque là indemne de toute infection tuberculeuse.)

Etiopathogenie :

Age de survenue : enfant et adulte jeune

La source de contamination :

*Directe : homme +++

*Indirecte : bovin (mycobacterium bovis)

La voie interhumaine par les gouttelettes de fluggers contenant du BK

La voie de contamination chez les bovins est le lait non pasteurisé

La principale voie de contamination chez l'homme est : la voie aérienne ou aéro-digestive puis conjonctive et muqueuse.

La durée d'incubation varie de 10 jours à 4 mois (3 à 6 semaines en moyenne.)

Conséquences : les lésions engendrées sont constituées par des lésions laires (laryngée, intestinales,...) ces conséquences sont :

*Chancres d'inoculation (formation du complexe immunitaire)

*ADP satellites, médiastinale (réaction lymphatique)

Etude clinique : On distingue 2 types de PIT:

Latente : asymptomatique, 90%

Patente : pathologique, 10%, s'exprime par des signes :

*cutaneo-muqueux

*généraux

*respiratoires

La PI patente:

*Manifestations cutanéomuqueuse:

Erythème noueux :

- Apparaît 3-6 J après un état subfébrile et une angine.

-Ce sont des nodosités de 1-4 cm de diamètre qui siègent au niveau de la peau qui repose directement sur l'os (front, face ext des cuisses)

-Siègent de façon symétrique et peuvent être d'âge différent.

-Elles sont indolores, enchâssées dans le derme et l'hypoderme et font saillie dans le derme voisin

-Elles évoluent vers la disparition sans séquelles au bout de 8-10J après passage par ttes les teintes de la biligénèse

-Ne sont pas pathognomonique

Kérato-conjonctivite phlycténulaire :

-Moins fréquente

-Se caractérise par : photophobie, larmoiement, rougeur conjonctivale ac des ptt phlyctènes qui disparaissent dans qq jours sans séquelles

Formes atypiques :

Erythème polymorphe

Purpura

Roséole

*Manifestations générales:Typho-bacillose de Landouzy : fièvre bien tolérée (39 - 40), brusque, SPM, pas de typhus, pouls accéléré, langue humide, simple AEG.

Enfant : ↓ du rendement scolaire.

Autres : simple état infectieux, simple AEG ; état sub-febrile : pseudo grippal.*Signes respiratoires :

-Tableau de rhino-pharyngite

-Tableau de bronchite à répétition

-Toux sèche rebelle

-Dyspnée

-Douleur thoracique (point de côté)

La PI latente :

La plus fréquente (90% des cas)

Elle n'a aucune manifestation clinique ou radiologique (asymptomatique).

Son expression est uniquement biologique.

DéTECTÉE par : Rx sub-normale, IDR+

A l'interrogatoire on recherche la notion de contagé et le contexte vaccinal.

Examen paraclinique :**L'intradermoréaction à la Tuberculine**: examen d'orientation et non dgcTechnique : la plus fréquente est l'IDR, injection de 10 unités en ID de l'avant bras, lecture en 48h après à la recherche de papules dont le diamètre nous permet de dire si c'est +/-

La confirmation 72h après.

Si positif(+) : signe d'installation de l'allergie TBC

Les réactions cutanées apparaissent 4-6 semaines après la contamination « phase anté-allergique » ; plus cette phase est courte plus la contamination est importante

Si négatif (-) : par :

*Une allergie ou une maladie allergisante (virose, HDK, sarcoïdose)

*Prise médicamenteuse (corticoïde, immunosuppresseurs)

*Sujet âgé

*Dénutrition

*Cancer, HIV, coqueluche...

Si réaction phlycténulaire : est en faveur d'un virage récent

Chez le sidéen à 5mm on dit +

Si papule + érythème : la positivité sera interprétée selon la vaccination :

*vacciné > 15mm

*non vacciné > 12 mm

Cuti réaction : double scarification de la peau

Tuberculine pure ⇒ après 48h : papule ou vésicule

Percuti réaction : consiste à frotter la peau avec un bout de coton

Utilisée chez le NN et aussi l'enfant

La lecture se fait 48h après.

Patch test

BCG test : recherche l'allergie infra tuberculique

Signes radiologiques:

A la recherche du complexe primaire (ADP, chancre)

Le chancre d'inoculation:

Nodule homogène, dense, plus ou moins bien limité, arrondi, siégeant en plein parenchyme, le plus souvent uniques dans le poumon droit, limites claires ou flous.

De siège: apical

L'adénopathie:

Visible (normalement invisible) : > 1,5 cm, autour du chancre

Opacité dense, arrondie, uni ou bilatérale

Siège : laterotracheale ou inter tracheo-bronchique

Isolées ou associées a d'autres lésions d'atélectasie, infiltrats (réaction pleurale) ou encore d'autres atteintes ulcero-nodulaire

*Signes de complication :

Apparition de troubles ventilatoires

Epanchement pleural

recherche de BK : dans les expectorations, se fait en examen direct ou en culture

Autres à la recherche du BK :

Aspect ulcero-nodulaire (opacité centrée par une clarté)

Image d'une caverne

Rechercher d'autres localisations du BK

V. Evolution :

Sous trt : le plus souvent favorable vers la guérison mais il existe tjrs un risque d'évolution vers la maladie

*Le risque pour l'adulte sain : 5%

*le risque pour le nourrisson : 20%

*le risque pour le sidéen : 100%

On peut avoir des complications en fonction de l'état d'immunité du sujet

-évolution immédiate du chancre en cas d'immunodépression, sujet taré, vieillard.

-le chancre va grandir (il contient du caséum a l'intérieur), se nécroser et s'ouvrir au niveau des voies respiratoires et va donner : la caverne tuberculeuse laire

-les bronches peuvent se comprimer :

*compression complète : atélectasie

*compression partielle : (hyperclarté) emphysème obstructif

-les ADP peuvent ↑ de taille en déprimant les organes de voisinage dans la région médiastinale surtout parenchymateuse

-l'ADP passe par différents stades :

*compression,

*décompression,

*fistulisation : ouverture dans les bronches ⇒miliaire bronchogène ou médiastinale

*peuvent tardivement se calcifier en coque d'œuf : induration dans la région hilare qui

vont ainsi gêner l'épuration bronchique (suppuration) ⇒ dilatation des bronches

aboutissant a une néo-vascularisation avec rupture de la paroi vasculaire donc Hémoptysie

⇒ Sd de BROCK (troubles pulmonaires et généraux en rapport avec la sténose de la bronche lobaire moyenne par compression d'une ADP tuberculeuse).

VI. traitement :

Pdt 6 mois

Voir le cours du programme national