

La tuberculose pulmonaire commune

1- Introduction :

C'est une maladie infectieuse due à un germe : le BK dont le principal réservoir est l'homme d'où sa transmission interhumaine.

La tuberculose pulmonaire commune est consécutive de :

- a- Complication précoce d'une primo infection tuberculeuse (caverne primaire).
- b- Réinfection exogène par apport massif.
- c- Réactivation endogène par reviviscence de BK quiescents.

2- Epidémiologie :

- La localisation parenchymateuse pulmonaire : 80%.
- Problème de sante publique, maladie à déclaration obligatoire.
- Transmission interhumaine
- Malade cracheur de BK (M+).
- Dépistage nécessite le traitement et vice versa mais c'est différent par « westerne »
- Voie de contamination par ordre décroissant : aérienne, digestive, muqueuse, cutanée.

3- Facteurs de risque :

Pauvreté – diabète – alcoolisme – toxicomanie – grossesse – mal nutrition – sujet gastrectomie – immunodépression – insuffisance respiratoire chronique – personnes soignantes.

4- Bactériologie :

- Le germe en cause : Mycobactérium tuberculosis qui fait partie de la famille des mycobactériaceae qui se présente selon deux grandes familles : mycobactérie typique et atypique.
- Le point commun et la propriété fondamentale de cette bactérie est : l'acido alcoolo résistance (BAAR) aérobie stricte.
- Ce germe est mis en évidence dans plusieurs produits de prélèvement soit par un :

- Examen direct :

Sur des expectorations le matin, à jeun, répétés 3 jours de suite.

La femme et l'enfant qui ne peuvent pas cracher : fibro aspiration et tubage gastrique.

Par coloration de Ziehl Nielson qui donne une coloration rouge du bacille (c'est la plus sensible et la plus universelle).

Par l'auramine qui donne un bacille jaune fluorescent (technique plus rapide).

- Culture :

Sur milieu spécifique de Lowenstein Jensen qui est le plus utilisé (à partir du 28-42 jours de lecture).

5- Anatomie pathologique :

- Les lésions histologiques de la tuberculose : granulome (follicule épithélio giganto cellulaire avec nécrose caséuse centrale) c'est le follicule de KOSTER, c'est lui qui signe l'étiologie tuberculeuse.

6- Clinique :

A- Les aspects cliniques :

Il n'ya pas de signes pathognomoniques de tuberculose mais des signes d'imprégnation :

- Syndrome d'imprégnation tuberculeuse : le plus fréquent fait de
 - Caverne tuberculeuse.
 - Altération de l'état général.
 - Asthénie, anorexie, amaigrissement.
 - Fébricule vespéral (37.5-38, le soir) avec sueur nocturne.
 - Toux tenace avec expectoration striée de sang par lésions de la bronche de drainage de la caverne →néo vascularisation à travers cette caverne. S'il ne répond pas aux traitements usuels (2-3semaines) il faut penser à la tuberculose.
- Episode respiratoire aigu :
 - Qui peut être soit d'un aspect bronchique soit d'un aspect pseudo pneumonique accompagné de laryngite.
 - Accidents évocateurs : Alarmant le patient : hémoptysie, pleurésie, pneumothorax.
 - Fortuitement découverte : examen d'embauche (radio du thorax).

B- Les aspects radiologiques :

Puisque le BK est aérobie strict, les lésions siègent au sommet du poumon car c'est là où il y a une bonne ventilation, les lésions peuvent être isolées ou associées.

- a- Le nodule : siège au sommet de taille variable <1cm (micro ou macro nodule) isolé ou groupés s'objectivent sur la radio du thorax de face par des opacités arrondies, denses, assez homogène, de contours flous avec ou sans calcification qui se voit surtout au scanner.

b- **L'infiltrat** : confluence de nodules minime ou étendue, à l'inverse de l'image pneumonique qui est systématisé, l'infiltrat est disséminé et non systématisé, hétérogène à contours flous, plus ou moins de calcifications, son aspect typique : caverne tuberculeuse qui est une clarté entourée d'une ligne opaque en continuité avec la bronche de drainage : c'est l'image en raquette (surtout au scanner).

c- **L'aspect pneumonique** : pneumonie caséuse.

- Lésions séquellaires : des anomalies associées « lésions fibreuses, DDB ».

- Lésions évolutives : infarctus scléreux, emphysème para cicatriciel.

- Nodule calcifié ou tuberculome : (opacité arrondie avec limites nettes et calcifications centrales). ADP médiastinales calcifiées, épaissement pleural (pachypleurite) siégeant en regard des lésions parenchymateuses, une complication de la primo infection (tuberculose vertébrale ou urogénitale).

7- **Biologie** :

- Peu d'intérêt : syndrome inflammatoire (VS accélérée).

- FNS : lymphocytose, leuconéutropénie.

- IDR > 15mm (fortement positive).

8- **Formes cliniques** :

a- Tuberculose pulmonaire aiguë : miliaire ou bronchopneumonie TBC.

b- Tuberculose pulmonaire d'enfant.

c- Tuberculose pulmonaire et diabète : le déséquilibre du diabète réactive la TBC et la TBC déséquilibre le diabète, donc on doit équilibrer le diabète quelque soit le type 1/2 avec une insulinothérapie.

d- Tuberculose chez la femme enceinte : pas de caractère particulier mais risque de contamination (immunodépression, effets tératogènes du médicament sur le fœtus).

9- **L'évolution et les complications** :

a- **Sous traitement** :

- Evolution favorable surtout si l'on s'agit d'un nouveau cas et la souche primaire est sensible : sur le plan clinique, en 2 semaines, le malade reprend du poids, l'examen bactériologie et l'examen direct mettent 2-3 semaines (la culture plus tardive), l'amélioration radiologique en 4 semaines.

b- **Spontanée** : la caverne peut évoluer spontanément vers :

- La distension progressive.

- L'hémoptysie foudroyante.

- Pneumothorax.

- Pleurésie.

- Pyo pneumothorax.

- Détresse respiratoire si la forme est étendue (localisation neuroméningée)

10- **Images séquellaires** :

- Rétraction.

- Calcification.

- Dilatations des bronches.

- Fibrose pulmonaire rétractile

- emphysème para cicatriciel.

- Cavité ouverte appelée cavité détergée qui est dépourvue de macrophages ce qui entraîne une surinfection parasitaire par *Aspergillus*, qui apparaît sur radio : image en grelot, Aspergillome intra cavitare, clinique : hémoptysie, diagnostic sérologique.

- Insuffisance respiratoire chronique post tuberculeuse.

- La rechute due à une résistance ou à une mauvaise observance thérapeutique.

+ Association de la tuberculose et le VIH :

Tableau clinique est en fonction du taux d'immunodéficience qui est évalué par le taux de CD4 :

• $LT4 \geq 200$ éléments/mm³ : tableau clinique, radio et examen bactériologique sans particularités « tableau de TBC pulmonaire ».

• $LT4 \leq 200$ éléments/mm³ : tableau clinique, radio et examen bactériologique différents « diagnostic difficile ».

11- **Diagnostic différentiel** :

1- Le pneumothorax partiel (l'angle de raccordement obtu si pleural, et aigu si parenchymateux)

2- L'abcès du poumon (image hydroaérique) : absence de bronche de drainage même les limites de l'image sont épaisses (liséré épais)

3- Cancer bronchique excavé : c'est l'épidermoïde qui se nécrose (CBNP cellule) : limite interne infructueuse

4- Kyste hydatique suppuré (vomique hydatique)

12- **Traitement** : Cours programme national