

106. Tuberculose.

Objectifs ECN

- Diagnostiquer une tuberculose thoracique et connaître les localisations extra-thoraciques
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

1. Généralités

2. Vaccination

3. Diagnostic clinique

- 3.1. Primo-infection tuberculeuse
- 3.2. Tuberculose pulmonaire commune
- 3.3. Miliaire et tuberculose disséminée

4. Diagnostic biologique

- 4.1. Types de prélèvements
- 4.2. Examen bactériologique

5. IDR à la tuberculine

6. Terrains particuliers

7. Traitement curatif

8. Traitement préventif

Points essentiels

Infection à *Mycobacterium tuberculosis complex*, problème mondial de santé publique (1 des 3 maladies infectieuses les plus fréquentes avec le VIH et le paludisme).

Une obsession : rechercher une immunodépression sous-jacente (VIH).

Deux craintes :

- la contagion (isoler le patient et dépister l'entourage)
- la multirésistance

1. Généralités

Microbiologie :

- infection par une mycobactérie du groupe *Mycobacterium tuberculosis complex*
- le plus souvent *Mycobacterium tuberculosis* (bacille de Koch ou BK), plus rarement *M. bovis* ou *M. africanum*

Epidémiologie :

- maladie infectieuse endémo-épidémique
- transmission interhumaine par voie aérienne à partir de sujets bacillifères
- chaque année :
 - 8 à 10 millions de nouveaux cas
 - 3 millions de décès
 - plus de 7500 nouveaux cas déclarés en France

Population à risque :

- sujets séropositifs pour le VIH
- sujets natifs de pays d'endémie

- vie en communauté (foyer)
- précarité sociale
- toxicomanie
- milieu carcéral
- traitement immunodépresseur

2. Vaccination

Vaccin utilisé :

- BCG = bacille de Calmette et Guérin
- souche vivante atténuée de *Mycobacterium bovis*

Stratégie vaccinale :

- la vaccination était encore obligatoire en France pour tout enfant entrant en collectivité jusqu'au 11 juillet 2007
- elle est pratiquée dès le premier mois de vie en cas de milieu à risque ou d'entrée en collectivité, sinon avant 6 ans
- selon les dernières recommandations, le contrôle tuberculinique et les revaccinations ne sont plus nécessaires
- protection de 0 à 80% (aucune protection chez l'adulte, mais prévention des formes neuroméningées chez l'enfant)

Contre-indications :

- définitive : immunodépression cellulaire (congénitale ou acquise comme le VIH)
- temporaire : dermatoses étendues ou évolutives

Complications ou BCGite :

- locale : réaction inflammatoire
- régionale : adénopathies inflammatoires satellites
- généralisée : exceptionnelle mais grave

3. Diagnostic clinique

3.1. Primo-infection tuberculeuse

Caractéristiques :

- virage de l'IDR
- anomalie à la radiographie pulmonaire
- manifestations cliniques rares
- souvent dans un contexte de contage +++

Clinique :

- incubation de 1 à 3 mois
- guérison spontanée dans 90 à 95% des cas
- signes cliniques :
 - fièvre modérée avec altération minimale de l'état général
 - érythème noueux
 - kératoconjonctivite phlycténulaire
 - pleurésie (chancres d'inoculation sous-pleural)

Examens complémentaires :

- bactériologie : examens négatifs, phase non bacillifère
- IDR : virage des réactions tuberculiniqes cutanées
- radiographie pulmonaire : le plus souvent normale

3.2. Tuberculose pulmonaire commune

Correspond à la dissémination par voie bronchogène du bacille.

Clinique :

- tableau souvent insidieux, symptômes multiples et non spécifiques
- fièvre fréquemment vespérale
- sueurs nocturnes
- toux prolongée
- expectoration mucopurulente ou hématique
- signes physiques :
 - auscultation pulmonaire normale le plus souvent
 - absence de signes de dissémination extra-respiratoire

Examens complémentaires :

- biologie :
 - syndrome inflammatoire
 - recherche de bacilles positive
- IDR positive
- radiographie pulmonaire :
 - parfois normale
 - infiltrat(s) des apex uni ou bilatéraux
 - caverne(s)
 - nodule isolé ou tuberculome

Evolution :

- non traitée :
 - 50% de décès
 - 25% de guérison
 - 25% de chronicité en restant contagieux
- traitement et observance corrects : 90% de guérison
- séquelles possibles :
 - dilatation localisée des bronches
 - emphysème para-cicatriciel
 - greffe aspergillaire dans une caverne
 - insuffisance respiratoire chronique

3.3. Miliaire et tuberculose disséminée

Dissémination par voie hématogène du bacille.

Clinique :

- tableau souvent progressif
- signes généraux marqués : AEG, fièvre au long cours
- symptomatologie respiratoire : dyspnée, toux
- symptômes extra-pulmonaires à rechercher systématiquement

Examens complémentaires :

- biologie :
 - syndrome inflammatoire
 - cholestase hépatique fréquente
 - parfois pancytopenie
 - le diagnostic repose sur la mise en évidence des BAAR dans les sécrétions bronchiques ou dans les biopsies des sites infectés (foie, moelle osseuse, ganglion, os)