**LA PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE**

I- **DEFINITION** :

La primo-infection tuberculeuse "PIT" est l'ensemble des manifestations cliniques, biologiques et anatomiques qui accompagnent la 1ere pénétration du BK dans un organisme neuf (jusque là vierge de toute infection tuberculeuse.)

II- **MODE DE CONTAMINATION** :

Dans la majorité des cas, elle est due au bacille humain (hominis.) Parfois, elle est due au Mycobacterium bovis.

Les voies de pénétration sont représentées essentiellement par la voie aérienne, mais aussi par la voie digestive et cutanéo-muqueuse.

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

III- **ETUDE CLINIQUE** :

On distingue 2 types de PIT:

1. **La PI latente** (90% des cas):

 Elle n'a aucune manifestation clinique ou radiologique.

Son expression est uniquement biologique.

Elle correspond à l'apparition d'une allergie tuberculinique dans les semaines suivant le contact infectant.

1- **Signe biologique "L'Intradermoréaction à la Tuberculine"**:

a- **Technique**:

􀂾 Désinfecter à l'éther la face antérieure de l'avant-bras.

􀂾 Y injecter 0.1ml de Tuberculine en Intradermique.

b- **Lecture**:

 Elle s'effectue au bout de 72 heures et on doit mesurer le diamètre transversal de la papule d'induration.

Le test sera positif au-delà de 10mm chez le sujet non vacciné.

c- **Les cas de faux négatifs**:

o Erreur technique.

o Tuberculine périmée.

o IDR effectuée pendant la période anté-allergique (incubation.)

o Maladies anergisantes (rougeole, coqueluche, maladie d'Hodgkin, sarcoïdose, états cachectiques, traitements

immunodépresseurs et corticothérapie.)

d- **Conclusion**:

Pour confirmer les PIT, il faut avoir la notion de test tuberculinique antérieur négatif et constater qu'il est devenu positif (virage de la cuti-réaction.)

B- **La PI patente**:

1. **Signes cliniques**:

a- **Manifestations générales**:

• Fébricule insidieux, type syndrome grippale avec anorexie, pâleur et arthralgies vagues.

• **Typho-bacillose de *Landouzy***, de début brusque, avec fièvre à 39-40°c, splénomégalie et tachycardie, sans

tuphos ni manifestations digestives, ni taches rosées lenticulaires mais avec une langue propre et humide.

b- **Manifestations cutanéo-muqueuses**:

• Erythème noueux.

• Kératoconjonctivite phlycténulaire.

2- **Signes radiologiques**:

 Ils peuvent être isolés ou associés aux signes cliniques.

1. **Les images typiques**:

Le complexe primaire associe le chancre d'inoculation et l'adénopathie satellite.

• **L'adénopathie**: C'est une opacité peu volumineuse, arrondie ou ovalaire à grand axe vertical, de siège

paratrachéal ou interbronchique.

• **Le chancre d'inoculation**: C'est une opacité arrondie, homogène, unique, de 3 à 10mm de diamètre. Siège

souvent à la base droite. Parfois elle est entourée d'un anneau flou.

1. **Les images moins typiques**:

 Opacité segmentaire

**IV- EVOLUTION :**

A- **Evolution locale**:

1- **Evolution immédiate**:

1. **Le chancre d'inoculation**:

Soit il régresse au bout de 2 à 3 mois puis disparaît ou se calcifie, soit il s'excave formant la caverne primaire.

1. **L'adénopathie**:

Dans 50% des cas, elle régresse et se calcifie, dans les 50% restant, elle fistulise dans les bronches.

Parfois, on assiste à une compression ganglionnaire qui va donner des troubles de la ventilation surtout chez l'enfant.

2- **Evolution lointaine**:

a- **Cicatrisation** de la fistule ganglionnaire interbronchique qui peut se calcifier et donner des hémoptysies.

b- **DDB** si l'opacité segmentaire n'est pas traitée.

c- **Maladie de hile**: Associe une broncholithiase, une DDB et des hémoptysies à répétition.

B- **Evolution générale**:

1- **Dans le poumon**:

 - Ensemencement bronchogène.

 - Miliaire tuberculeuse unilatérale (le ganglion s'ouvre dans les bronches.)

2- **A distance et par voie hématogène**:

 - Miliaire aiguë générale.

**V- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**

A- **Clinique**:

􀂙 Devant un état fébrile éliminer la fièvre typhoïde et les viroses.

􀂙 Devant un érythème noueux, éliminer la sarcoïdose, le lupus, les infections streptococciques et la prise de

Sulfamides.

B- **Radiologique**:

􀂙 Devant les ganglions, éliminer les adénopathies malignes et la sarcoïdose.

􀂙 Devant les troubles de la ventilation, éliminer l'inoculation d'un corps étranger

**VI- traitement :**

* traitement de la tuberculose latente chez les personnes à fort risque de transformation en tuberculose maladie
* risque de tuberculose maladie chez des sujets avec primo-infection tuberculeuse (PIT) latente pourrait atteindre 5 % par an pendant les 5 années suivant la PIT
* chimioprophylaxie **s'il n'existe aucun signe clinique ou radiologique**.
* Isoniazide 04mg/kg/j pendant six mois
* Réduction >80% de risque de tuberculose maladie à 05 ans
* Le régime de 1ère ligne : 2RHZ/4RH pour les formes symptomatiques

**VII- La prévention:**

- la vaccination par le BCG.

- Le TRT précoce des malades bacillifères