

# LA TUBERCULOSE PULMONAIRE COMMUNE

## 1. Définition :

I. 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 jours, 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 aiguës : la miliaire, pneumonie et bronchopneumonies

## II. Epidémiologie en Algérie :

- Au cours de la période 1962-2006, l'Algérie, jadis pays à haute prévalence de tuberculose, a rejoint depuis le début des années 1980 le groupe de pays à prévalence modérée, ou l'incidence annuelle de la tuberculose toutes formes se situe entre 20 et 99 cas pour 100 000 habitants

• De 2000 à 2010 stabilisation de l'incidence des cas de tuberculose pulmonaire contagieuse autour de 26 cas pour

100 000 habitants

• La mortalité: 2% les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire et de 4% pour les cas de tuberculose pulmonaire admis en retraitement ou traitement de deuxième ligne

## III. 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 la personne contaminée qui tousse et qui parle)

- En moyenne 5 – 10 % des personnes infectées voient leur infection devenir maladie tuberculeuse dans les 3 à 5 ans après la PIT.

#### **IV. 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.

On distingue:

\* les groupes à hauts risques traditionnels:

- groupes socio-économiques défavorisés.
- sujets souffrant de diabète, d'ulcère, ou ayant subi une gastrectomie.
- anciens tuberculeux de l'ère préantibiothérapique n'ayant pas reçu de chimiothérapie spécifique.
- 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.

#### **V. Diagnostic positif :**

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

##### **1- la clinique :**

**a- Circonstance de découverte** Il n'existe pas de signe pathognomonique de la tuberculose Cependant il existe plusieurs modes de début clinique de la TPC :

- 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 purulente fréquemment dégluti, elle manque chez la femme et l'enfant.
- Trouble menstruels (aménorrhée) et digestifs (anorexie) sont inconstant
- 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 contagé 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.

**2- La radiologie :**

il existe 4 types d'images :

**- 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

**- 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 3 Topographie : généralement sous claviculaire ext ou rétro claviculaire

**- 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

**- 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 pôle inférieur de cette image la bronche de drainage est parfois visible (l'image en raquette) retrouvé dans 75 % des cas au niveaux 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 voir

-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'extérieur et contamination interhumaine), une caverne de 2 cm contient 1000000000 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
- épaissements 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

**5- Les éléments de certitudes :** réalisé par les examens bactériologiques :

1- la recherche de Bk 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 minimales non excavées : pratiquer un fibro aspiration in situ : l'expectoration des 24h qui suivent la fibroscopie sera prélevée 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 prélèvements avant la mise en route du traitement dans 80 % des cas

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

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 – 6 ème mois de traitement