

La tuberculose pulmonaire commune

I. Définition

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 broncho-pneumonies

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 pré-antibiothérapique 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 immunodépresseurs divers : 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° C
- ★ 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 :
- ★ Température à 39° avec frisson
- ★ Toux, expectoration, AEG. Ce tableau pose le diagnostic 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 :

- ❖ Notion de contag tuberculeux (familiale ou entourage professionnel)
- ❖ Notion de profession exposante chez le malade (étudiant, infirmier de service de phtisiologues).
- ❖ Les antécédents tuberculeux chez le malade. o notion de coexistence d'affections.
- ❖ Vaccination du BCG

c. 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 hilare ou disséminés.

Les infiltrats : plages localisées, aux limites floues, hétérogènes, confluentes.

Souvent au sein de ces images apparaissent de petites pertes de substance («micro-excavation») diamètre > 2 cm

3 Topographie : généralement sous claviculaire, ext ou rétro claviculaire

Opacités linéaires : 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 25 mm d'épaisseur
- entre le pote 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 "fibreuse", 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 dg: méthode de recueil:

- a. **Chez les patients cracheurs** : expectoration matinale à jeun 3 j 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 prélevé car elle est souvent (+).

2. La recherche de BIC se fait par

1- Examen direct des crachats : présence de bacilles acido-alcool-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, 72^{ème} 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

Tuberculose pulmonaire Commune (TPC)

La différence avec la PITC est le développement du BK dans la TPC.

La TPC est la seule source de contaminations.

Sans confirmations bactériologiques, on ne peut parler de TPC.

Tout patient qui tousse et crache pendant 2 semaines impose un téléthorax.

Tout BK présent au niveau de la base (en dehors de l'apex) témoigne de l'existence d'une comorbidité.

TPC \Rightarrow Hyperplaquettose (inflammation) \Rightarrow agrégats = Embolie Pulmonaire

La pneumonie nécrosante (*Klebsiella*).

La bactériologie est l'examen clé
à 2, 5, 6 semaine \Rightarrow surveillance

La localisation pulmonaire bacillifère est la source de contaminations.

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE COMMUNE

1. Un homme âgé de 35 ans, une asthénie, un amaigrissement, et une image radiologique fortement évocatrice d'une tuberculose, la recherche de BK peut se faire sur :

- a. L'expectoration
- b. Le produit de tubage gastrique
- c. Le produit d'aspiration bronchique
- d. Le prélèvement biopsie de plèvre
- e. Le prélèvement biopsique pulmonaire

3. Quel est l'argument décisif qui confirme la tuberculose chez un patient et le fait mettre sous traitement ?

- a. L'IDR à la tuberculine est positive à 20 mm phlycténulaire
- b. L'association infiltrat-cavité à la radiographie du thorax
- c. La notion de sujet transplanté
- d. Les signes généraux et le tableau infectieux
- e. L'existence de quelques bacilles alcool-résistants à l'examen direct

20. Chez un homme de 55 ans, ancien tuberculeux, la survenue d'une hémoptysie doit faire évoquer :

- a. Un cancer bronchique
- b. Une récurrence de la tuberculose pulmonaire
- c. Une dilatation des bronches paracatricielles
- d. Un aspergillome sur séquelles de tuberculose
- e. Une candidose bronchique

11. Chez un homme de 58 ans, ancien tuberculeux, un fumeur a 10 Paquets-Année, la survenue d'une hémoptysie doit faire évoquer :

- a. Une récurrence de la tuberculose pulmonaire
- b. Des dilatations des bronches para-cicatricielles
- c. Un aspergillome sur séquelle de tuberculose
- d. Une candidose bronchique
- e. Un cancer bronchique primitif

32. Une tuberculose pulmonaire évolutive est évoquée à la radiographie sur :

- a. **Des infiltrats bilatéraux siégeant aux sommets**
- b. Une opacité hilare unilatérale
- c. Une opacité apicale, dense homogène, avec lyse de la 1^{ère} côte
- d. Une cavité unique avec niveau liquide de la base gauche
- e. **Des cavités multiples au sein d'infiltrats bilatéraux**

13. Dans la tuberculose pulmonaire commune (cochez la ou les réponses justes) :

- a. Les lésions cavitaires sont pauci-bacillaires
- b. Le BCG permet de prévenir cette forme
- c. **Survient chez les sujets préalablement contaminés par le BK**
- d. **Due le plus souvent à une réactivation endogène des BK quiescents**
- e. Les lésions nodulaires sont richement bacillifères

18. Dans la tuberculose pulmonaire commune (cochez la ou les réponses justes) :

- a. Les lésions cavitaires sont pauci-bacillaires
- b. Le BCG permet de prévenir contre cette forme de tuberculose
- c. **Survient chez les sujets préalablement contaminés par le BK**
- d. **Due le plus souvent à une réactivation endogène des BK quiescents**
- e. Les lésions nodulaires sont richement bacillifères

3. Quelles sont les affections respiratoires à évoquer en présence de calcifications au sein d'une opacité ronde solitaire intra pulmonaire ?

- a. Kyste hydatique
- b. **Tuberculose**
- c. Métastase pulmonaire isolée
- d. Cancer bronchique primitif
- e. **Hamartome**

4. Concernant la pathologie tuberculeuse, cochez la ou les réponses justes :

- a. **La miliaire tuberculeuse constitue une urgence médicale**
- b. La pleurésie tuberculeuse est la plus fréquente des TEP
- c. Les TEP sont le plus souvent bacillifères
- d. **Les synéchies utérines sont responsables de la stérilité chez la femme**
- e. Le bacille de la TBC s'est transmis à l'animal dans un premier temps