MedWiki-DZ (https://www.medwiki-dz.com/)

# **Tuberculose pulmonaire commune**

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:35

Tuberculose pulmonaire commune

 $https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id = cours:residanat:pneumologie:la\_tuberculose\_pulmonaire\_commune$ 

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:35 - Imprimé le : 2024/09/16 12:27



# **Table des matières**

Tuberculose pulmonaire commune	
Tuberculose pulmonaire commune	1
1. Introduction	1
2. Épidémiologie	1
2.1. Incidence en Algérie	1
2.2. Transmission	1
2.3. Facteurs de risque	
3. Anatomo-pathologie	. 2
4. Diagnostic positif	. 2
4.1. Circonstances de découverte	. 2
4.2. Interrogatoire	
4.3. Examen physique	
4.4. Radiographie thoracique	
4.5. Examens biologiques	
4.6. Examens bactériologiques	
4.7. Autres examens complémentaires	
4.7.1. Intradermo-réaction (IDR)	
4.7.2. Biologie moléculaire sur échantillons cliniques (PCR)	4
4.7.3. Tests IGRA (Interferon Gamma Release Assay)	5
4.7.4. Biopsies trans-bronchiques ou laryngo-trachéo-bronchique	5
5. Critères diagnostic	5
6. Traitement	5
7. Complications de la tuberculose pulmonaire	. 6
7.1. Tuberculose évolutive	
7.2. Séquelles	
8. Prévention	6

# **Tuberculose pulmonaire commune**

# 1. Introduction

- Infection du parenchyme pulmonaire par le bacille de Koch
- Atteinte infiltrative et/ou ulcérée le plus souvent
- Forme la plus fréquente de tuberculose
- Diagnostic et traitement précoce important ⇒ limiter la transmission

# 2. Épidémiologie

# 2.1. Incidence en Algérie

- 1962-1980 : haute prévalence
- Début des années 80 : prévalence modérée, incidence annuelle entre 20 et 99 cas/100.000 habitants
- 2000-2010 :
  - Incidence stabilisée à 26 cas/100.000 habitants
  - Mortalité = 2% pour les nouveaux cas, 4% pour re-traitements ou 2e ligne

## 2.2. Transmission

- Exclusivement inter-humaine, aérienne (inhalation de BK dans les gouttelettes de salive)
- Deux facteurs essentiels : concentration de l'air en gouttelettes infectantes ; et la durée d'exposition
- 5 à 10% des patients infectés développent une tuberculose dans les 3 à 5 ans après la PIT

### 2.3. Facteurs de risque

- État nutritionnel, conditions socio-économiques, habitat, alcoolisme ⇒ influencent les compétences immunitaires
- Groupes à haut risque traditionnels :
  - Conditions socio-économiques défavorisé
  - Diabète, ulcère ou gastrectomisé
  - Long séjour en milieu psychiatrique

- Personnels soignants très exposés
- Groupes à haut risque actuels :
  - Exclus sociaux (souvent fumeurs et alcooliques)
  - VIH+ et immunodépression (néo, hémopathie, traitements, transplantés)
  - IRC dialysé
  - Toxicomanes
  - Détenus

# 3. Anatomo-pathologie

#### 1. Macroscopie:

- Caséum blanc jaunâtre pâteux onctueux (fromage blanc)
- Ulcération : perte de substance irrégulière
- Nodules : granulations blanchâtres ou jaunâtres
- Cavernes : cavités remplies ou tapissées de caséum

#### 2. Microscopie:

- Phase aiguë: réaction inflammatoire exsudative non spécifique
- Phase sub-aiguë: formation de follicules spécifiques (de Koester) épithéliogiganto-cellulaire avec nécrose caséeuse centrale
- Phase chronique: follicule fibreux

# 4. Diagnostic positif

- Faisceaux d'arguments cliniques, radiologiques et biologiques
- Certitude = bactériologie

#### 4.1. Circonstances de découverte

- Aucune signe pathognomonique
- Début bruyant (tableau de pneumonie) ou latence complète (diagnostic fortuit)
- Les signes les plus communs :
  - Symptômes généraux : fièvre, sueurs nocturnes, asthénie, anorexie, amaigrissement
  - Symptômes fonctionnels respiratoires :
    - Toux persistance plus de 15 jours, sèche ou...
    - ...Productive (banale, muqueuse ou franchement purulente, souvent déglutie, peut manquer chez la femme et l'enfant)
    - Hémoptysie ou crachats hémoptoïques
    - Dyspnée et douleurs thoraciques rarement révélateurs (15-20% des cas)

## 4.2. Interrogatoire

- Notion de contage +++
- Antécédents de TBK
- Comorbidités
- BCG

# 4.3. Examen physique

- Pauvre en général
- Condensation pulmonaire quand l'atteinte est étendue

## 4.4. Radiographie thoracique

- Nodules : de petite taille (3 à 10 mm de diamètre), souvent confluents
- **Opacités linéaires :** 0,5 à 1 mm de largeur, disposée en mailles de filet entre le hile et les régions sous-claviculaires
- Infiltrats : opacités en nappe
- Clartés (cavernes) : image la plus évocatrice
  - Apparait d'abord au sein d'un infiltrat, puis s'individualise sous forme d'une bulle claire, à paroi régulière de 2 mm d'épaisseur
  - Bas fond liquidien
  - Tractus linéaire reliant la bulle au hile (bronche de drainage)
  - 109 BK dans une caverne de 2 cm
  - Elle constitue un élément de gravité individuel (dissémination à distance, séquelles) et collective (contamination)
- Ces images peuvent s'associer ou se succéder dans le temps
- D'abord unilatéral et prédominant aux segments supéro-postérieur, puis s'étendent et se bilatéralisent
- Entrainent des destructions plus ou moins étendues (fibrose rétractile)

# 4.5. Examens biologiques

- Peu d'intérêt, anomalies inconstantes
- Syndrome inflammatoire (VS, CRP)
- Leuco-neutropénie avec lymphocytose

## 4.6. Examens bactériologiques

• Permettent de confirmer la tuberculose et de juger de la contagiosité (adapter la PEC de

l'entourage)

• Systématiques devant une image radiologique évocatrice ou forte suspicion clinique même avec radio normale ou peu contributive

#### Prélèvements :

- <u>Expectoration</u>: 3 prélèvements (un sur place, un le lendemain très tôt, si insuffisant, un 3e sur place)
- <u>Tubage gastrique</u>: chez les patients non cracheurs (femmes et enfants), très tôt le matin, 3 jours de suite (ou plus)
- Aspiration ou lavage bronchique : lésions minimes non excavées fortement suspectes ; prélever les expectorations des 24h qui suivent la fibroscopie (souvent positives)
- Acheminement rapide ou stockage à 2-8°C ou conservation chimique

#### • Étude bactériologique :

- <u>Examen directe</u>: après coloration de Ziehl Neelsen ou Auramine ⇒ présence de BAAR (> 10 BAAR/100 champs, dans au moins 2 prélèvements)
- o Culture : sur milieu de Lowenstein-Jensen : résultats à J7, 21, 48, 72
- Antibiogramme si suspicion de BK résistants ou si BK+ à M5 ou M6
- Nouvelles méthodes de culture (MGIT, Bact 960...) couteuses et pas toujours disponibles

## 4.7. Autres examens complémentaires

#### 4.7.1. Intradermo-réaction (IDR)

- Souvent positive (> 10 mm)
- Mais il s'agit d'une preuve de contact avec le BK et non d'infection
- Est un argument en faveur, d'autant plus s'il y a virage
- Intérêt surtout chez l'enfant, les TEP et la PIT latente ; pas systématique pour le TP
- Faux négatifs possibles (immunodéprimés, tuberculose grave)

#### 4.7.2. Biologie moléculaire sur échantillons cliniques (PCR)

- Aucun test d'amplification ADN ou ARN ne peut remplacer la culture (cette dernière garde une sensibilité supérieure) ⇒ test moléculaire non systématique
- Si examen directe négatif, on peut y avoir recours chez des cas sélectionnés de par l'urgence et la gravité du pronostic
- Ce sont des tests spécifiques de M. tuberculosis (peuvent aider à faire la différence dans certains cas urgents)
- Exemple de test : genXpert. Permet la détection de M. tuberculosis et la détection de la résistance à la Rifampicine

#### 4.7.3. Tests IGRA (Interferon Gamma Release Assay)

- Tests sanguins
- Mise en évidence de la libération in vitro d'interferon gamma par les lymphocytes T après stimulation par des Ag spécifiques de M. tuberculosis
- Non influencés par le BCG
- Comme l'IDR, ils ne font pas la différence entre infection et maladie ⇒ peu d'intérêt dans le diagnostic d'un TP
- Deux tests disponibles : QuantiFERON-TB et T-SPOT-TB

#### 4.7.4. Biopsies trans-bronchiques ou laryngo-trachéo-bronchique

- À discuter au moment de la fibroscopie si l'examen directe est négatif
- Permet aussi de voir les granuloes
- Mise en culture systématique

# 5. Critères diagnostic

#### 1. Microscopie positive:

- Deux frottis positifs
- Ou un seul positif avec image radiologique compatible
- Ou un frottis et une culture positive
- 2. **Microscopie négative :** ⇒ analyse de la radiographie
  - <u>Lésions non cavitaires</u>, <u>peu étendues</u>, <u>évolutivité douteuse</u>
    - Culture disponible : au moins une culture positive ; en attendant le résultat, faire 2 frottis toutes les 2 semaines
    - Culture non disponible : deux images radiologiques à 2-4 semaines d'intervalle montrant une évolutivité/extension de lésions typiques
  - · Lésions non cavitaires, étendues, évolutives, menaçant parfois le pronostic vital
    - Miliaire aiguë fébrile : avec ou non signes méningés, traitement débuté d'emblée (même avec les 2 frottis initiaux négatifs)
    - Déficit immunitaire (diabète, corticothérapie au long cours, immunosuppresseurs, VIH): éliminer une infection non tuberculeuse et commencer le traitement (même avec les 2 frottis initiaux négatifs)

# 6. Traitement

Voir le cours Tuberculose : Les catégories de malades et les régimes thérapeutiques

# 7. Complications de la tuberculose pulmonaire

# 7.1. Tuberculose évolutive

#### 1. Hémoptysie:

- Abondance variable
- Nécrose d'une paroi artérielle (complication rare et mortelle)
- Érosion tangentielle d'une branche de l'artère pulmonaire, peut être du à long terme d'un anevrysme de Rassmussen

#### 2. Pneumothorax:

- Secondaire à une rupture d'une caverne dans la cavité pleurale
- Les bacilles de la caverne infectent la plèvre ⇒ pyo-PNO

#### 3. Pleurésie:

Par contiguité d'une TP évolutive

## 7.2. Séquelles

- DDB
- IRC en cas de séquelles étendues
- Pneumothorax par rupture de cicatrice bulleuse, ne s'accompagne pas d'infection de la plèvre; souvent bénin, guéri en 48h sous traitement médical
- Aspergillome d'une cavité séguellaire (cure chirurgicale)

# 8. Prévention

- Vaccination BCG obligatoire dès la naissance
- Déclaration obligatoire
- Dépistage familial, scolaire et professionnel du sujet contact obligatoire
- Isolement des sujets bacillifères
- Amélioration des conditions socio-économiques
- Résumé basé sur le cours de Dr. Benazzouz (DEMS 2016)