

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

Tuberculose pulmonaire commune

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

MedWiki-DZ :

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 : **2026/02/03 21:58**



Table des matières

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

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) épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse 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 contagé +++
- 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 confluent
- **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
 - Apparaît 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
- Entraînent 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 :**
 - Expectoration : 3 prélèvements (un sur place, un le lendemain très tôt, si insuffisant, un 3e sur place)
 - Tubage gastrique : chez les patients non cracheurs (femmes et enfants), très tôt le matin, 3 jours de suite (ou plus)
 - Aspiration ou lavage bronchique : lésions minimales 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 :**
 - Examen direct : après coloration de Ziehl Neelsen ou Auramine ⇒ présence de BAAR (> 10 BAAR/100 champs, dans au moins 2 prélèvements)
 - 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...) coûteuses 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 direct 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

- Lésions non cavitaires, peu étendues, évolutivité douteuse
 - *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 Rasmussen

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 contiguïté 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 séquellaire (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)