TUBERCULOSE

Maladie infectieuse, mortelle, sans traitement

Problème de santé publique

10000 cas / an en France

Groupes à haut risque : socio-économique, I-, Pers âgées, alcoolo tabagiques…

Elle est due à une bactérie : **Bacille de Koch (BK)** = *Mycobacterium tuberculosis*

C’est un **B.A.A.R.** (Bacille-acido-alcoolo-résistant)

Il existe d’autres BAAR : *Mycobacterium Bovis, Mycobacterium Africanum*

Transmission inter-humaine : **SANATORIUM** (isolation)

Elle peut être estra-pulmonaire ou disséminée dans tout le corps :

* Cerveau = Méningite tuberculeuse
* Urinaire

Diagnostic

 difficile

* Ganglionnaire
* Os / Articulations
* Généralisée = diffusion hématogène = SEPTICEMIE (nodules pulmonaires diffusées, urgences thérapeutiques, autres,…)

**tuberculose est pulmonaire :** le plus souvent

* Primo-infection
* Tuberculose pulmonaire commune

Diagnostic : 3 Outils (Isolement bacille (bactériologie, Test cutané, Anatomopathologie) :

1. Prélèvement bronchique = crachat :

\* expectoration

\* BK tubage (gastrique)

\* Fibroscopie bronchique

1. BK urinaire
2. Ponction pleurale : +/- PCR = Amplification génique d’un prélèvement
3. IDR : Intra Dermo Réaction (0,1mL de Tuberculine réagit avec AC : lecture après 72 H : si + de 6mm : Test négatif = efficace).
4. Autres tests : Timbre, Monotest (moins fiables)
5. Anatomopathologie : **BIOPSIE**: Lésions caractéristiques = Granulomes épithélioïdes et gigantocellulaire avec nécrose caséeuse

Elle peut être grave ou pas grave

La **PIT** : Primo Infection Tuberculose Pulmonaire = 1er contact avec BK (inhalation de gouttelettes salivaire d’un patient bacillifère, puis prolifération du BK dans tout l’organisme.

\* Clinique : Signes cliniques discrets (fatigue anorexie) ou bruyants (fièvre à 39°) Erythème noueux (jambes). = **PI PATENTE**

 IDR positif simplement = **PI LATENTE**

\* Radiologique : Normale le plus souvent ; voir **Adénopathies médiastinales** (ganglions dans le médiastin) = Champ d’inoculation.

\* Evolution : Guérison ou évolution vers une Tuberculose Pulmonaire commune (après parfois plusieurs années).

Traitement : PIT latente : *Izionazile* seul ou associé à *Rifampicine* (pendant 6 mois)

 PIT patente : même ttmt que TPCommune : Poly antibiotiques.

\* Physiopathologie : Destruction pulmonaire par le BK

* + Souvent ré infestation endogène (PI)
	+ Rarement infestation massive

\* Clinique : Quelque chose qui traîne

 \* Signes respiratoires : - Hémoptysie minime (crachats de sang)

 - Toux

 - Douleurs thoraciques

 \* Signes généraux : - Altération de l’état général

 - fièvre, sueurs nocturnes

 - perte de poids, fatigue

+ Traitement évocateurs

\* Radiologie : Elle est très évocatrice : *Nodules +/- ; Infiltration +/- ; Cavernes*

 = 3 types de lésions souvent au sommet du poumon

Cavernes :

Miliaire :

\* Confirmer le diagnostic :

1. Retrouver le BK dans les crachats (ou BK tubage) 3 jours de suite.
2. Si négatif, Fibroaspiration, puis refaire les prélèvements pdt 3 j.
3. Si négatif, Exploration chirurgicale : Analyse d’un morceau de poumon

# Il faut éviter le TRAITEMENT SANS PREUVE

\* Traitement : 1) Plusieurs anti tuberculeux en même temps :

(guérison à 100%) 2) Pendant plusieurs mois (6 mois)

 3) Surveiller la toxicité hépatique

Les 4 anti tuberculeux : INH (*Isoniazide*), RMP (*Rifampicine*), EMB, PZA.

Dans les années 50, **PNEUMOTHORAX** : air entre poumon et plèvre pendant plusieurs mois, écrasement, mort du BK mais séquelles (calcification de la plèvre).

Ou, **COLAPSO**-**THERAPIE** = 6 balles de ping pong.

Protocoles :

**\* Quadri-thérapie** (6 mois) (14 comprimés par jours) :

 INH + RMP + EMB + PZA = 2mois

#  Puis INH + RMP = 4 mois

**\* Tri-thérapie** (6 mois) : formes peu contagieuses BK-

 INH, RMP, PZA

**\* Tri-thérapie** (9 mois) : Femmes enceintes, cirrhoses…

#  INH + RMP + EMB = 3 mois

 Puis INH + RMP = 6 mois

Ces comprimés se prennent tous ensemble le matin à jeun : ex 6h

Il faut l’estomac vide depuis 2 H et jusqu’à 2H : ex : 8H - 10H - 12H

Associations de médicaments :

*Isoniazide* + *Rifampicine* + *Pyrazinamide* = **RIFATER®** (découvert il y a 10 ans)

 (5 comprimés au lieu de 12)

 Il manque *l’Etambutol*

*Isoniazide + Rifampicine* = **RIFINAH®** (découvert il y a 2 ans)

 Il manque *l’Etambutol*

Surveillance du traitement et tolérance :

Faire régulièrement des bilans hépatiques et des plaquettes (hémostase) si douleurs thoraciques ; Faire 1 fois un bilan ophtalmique

Evolution : Mortelle sans ttmt, guérison avec ttmt ; En France, les résistances sont très rares mais il faut rester vigilant. Il existe des rechutes en cas de mauvaise prise du ttmt ou création de bactéries : Résistances ou séquelles.

##### Grosse CALCIFICATION = OS DE SEICHE

Prévention : Vaccin BCG obligatoire pour les enfants avant l’entrée en communauté (Protection à 80% pendant 10 ans), IDR…

Chimioprophylaxie : INH

Autres mesures : \* Déclaration obligatoire

 \* Isolation du patient (1 semaine)

 \* Rechercher les sujets (IDR + R\*P)

 \* Améliorer les conditions sociales

 \* Dépistage

**Place essentielle de l’IDE :**

1. Pouvoir expliquer la maladie, les examens, les traitements…
2. Expliquer l’isolement au patient, à sa famille, au personnel.
3. Bien donner et vérifier les médicaments
4. La Tolérance
5. Aérer, éclairer (UV) la chambre plusieurs fois / j : tue BK
6. Participer au dépistage des proches.

LA TUBERCULOSE

1. Infection aiguë provoquée par le BK

D’abord aux poumons, puis peut se propager. Le mode de contamination est inter-humaine : émission de gouttelettes de salive

1. Prévention : Vaccin **BCG** : *Bacille Calmette Guérin*
	* Injection de BK vivant mais atténué.
	* Test tuberculinique : 10 unités de tuberculine purifiée (= 0,1 mL).

Il sert à vérifier si le BCG est efficace.

1. Evolution de la maladie :
	* **La primo-infection** : Premier contact avec le BK
	* **Tuberculose maladie** : Tuberculose non contagieuse (pas de BK dans les crachats).
2. Causes / Facteurs de risques :
	* Collectivités / Foyers
	* Immuno déficients I-
	* Malnutrition
	* Alcoolisme
3. Symptomatologie :

 Si les symptômes sont présents dans une population à risque : **DIAGNOSTIC DE TUBERCULOSE**

\* Toux (expectoration légère)

 Signes

Respiratoires

\* Hémoptysie minime

\* Douleurs thoraciques

 Signes

Généraux

\* Fébricule (38°)

\* Amaigrissement (5Kg en 1 mois), Anorexie, Asthémie, Fatigue

\* Sueurs nocturnes

Radiologiques

\* Nodules (localisés ou disséminés)

1. Test / Diagnostic

Le Test tuberculinique (IDR) : 3 fonctions :

* + Différencier une primo-infection d’une maladie active
	+ Diagnostiquer une tuberculose
	+ Pour les statistiques de la santé publique

Il est déconseillé aux personnes faisant de *l’Hexema* et des *Allergies*

Réalisation de l’IDR à la tuberculine : 10 unités (0,1mL) en ID après désinfection à l’Ether (car réaction tuberculine / alcool)

Résultats : après 72H

< 5mm : Négatif

5 < Ø < 10 : pas

>10 : primo-infection ou maladie

Autres examens :

* + ***NFS*** (+ 12000 GB = infection)
	+ ***VS*** (augmenté) : comptage de cellules dans le culot
	+ ***R\*P*** : Nodules
	+ ***IONO*** : Na, K,…
	+ Parfois ***bilan hépatique***
	+ ***Examen de crachats*** : 3 jours de suite (le matin) dans des pots stériles à jeun (8H – 10H – 12H)
	+ ***Tubage gastrique*** (sur prescriptions médicales)
1. Complications :

Propagation de l’infestation aux méninges / os, Transmission, Résistance aux médicaments (BK résistants).

1. Traitement :

Objectif : Détruire les germes, Eviter l’émergence des BK résistants.

Traitement :

* Examen des effets secondaires des antibiotiques

= **bilan hépatiques** (régulièrement)

##### Bilirubine, Transaminase (dans cellules HK)

##### on dans le sang en cas d’hépatites !!!

 + **Bilan rénal** : Urée + Créatinine (régulièrement)

* **Bilan Ophtalmique** : (1 fois) : Acuité, champ visuel, couleurs.
1. Mode de prise du traitement :

Selon l’OMS : 4 antibiotiques (2 mois) + 2 antibiotiques (4 mois).

1. Hygiène de vie :

###### Manger hyper calorique et Equilibré.

* + Continuer le traitement malgré la disparition des signes spécifiques de la maladie.