

Conduite à tenir en présence : d'Une tuberculose pulmonaire commune de l'adulte

Définition

Localisation du Bacille de Kock au parenchyme pulmonaire et canaux bronchiques voisins (bronchioles et plus rarement gros troncs bronchiques)

Ancienne phtisie pulmonaire, tuberculose tertiaire selon la théorie du Cycle de l'infection tuberculeuse.

Tuberculose dite de type réinfection.

Eclosion parfois tardive après une primo-infection ancienne de l'enfance parfois précoce post-primaire surtout chez l'adolescent et l'adulte jeune (primo-infection phtisigène). Fréquence progressivement accrue de cette forme du fait du recul de l'âge tuberculeux.

Traitement médical

- Doit amener la guérison dans la très grande majorité des cas (90% des formes récentes) s'il est précocement et correctement appliqué.
- Repose essentiellement sur les médicaments tuberculostatiques dont l'administration doit obéir à des impératifs très stricts.
- Restent toujours d'actualité les règles hygiéno-diététiques classiques et le traitement des tares organiques associées à la tuberculose.
- Peuvent intervenir dans certains cas comme auxiliaires du traitement antibacillaire spécifique
 - L'hormonothérapie corticosurrénale
 - Les médicaments anti-infectieux non spécifiques.

Règles hygiéno-diététiques et thérapeutique générale

Règles hygiéno-diététiques toujours valables

- Assurent au traitement anti-bacillaire son efficacité maximale
- Repos obligatoire pendant un an au moins dans les formes de gravité moyenne
- Les traitements ambulatoires sont dangereux et doivent être proscrits, sauf cas exceptionnels.

Le traitement initial de la tuberculose pulmonaire en milieu hospitalier, la cure sanatoriale donnent au malade les meilleures chances de guérison

- Seuls ils permettent les examens de contrôle indispensable et la surveillance correcte de la thérapie
- La cure libre à domicile doit être réservée à une minorité de cas particuliers de gravité minimale
- Elle doit formellement être proscrite au cours des rechutes et des tuberculoses pulmonaires invétérées.

La thérapeutique générale non spécifique est également indispensable au succès du traitement par les tuberculostatiques

- Correction des troubles métaboliques : déséquilibre protéidiques, carences vitaminiques (anabolisants, vitaminothérapie du groupe B en particulier)
- Traitement des tares organiques associées : diabète, alcoolisme, cirrhoses, hyperthyroïdie, lésions digestives, parasitoses, etc....

Règles générales d'administration des tuberculostatiques

- Utiliser des **médicaments actifs** sur les souches en cause, car risques de résistance d'emblée du BK à un ou deux médicaments =

Nécessité **d'un antibiogramme** initial et d'antibiogrammes de contrôle à partir du 4^e mois de traitement

- Donner des **doses suffisantes** des différents tuberculostatiques pour que soit obtenu pour chacun d'entre eux un taux sérique actif
- Prescrire dans tous les cas une **association de deux ou plusieurs tuberculostatiques**, cette association ayant pour but d'éviter ou de retarder la résistance microbienne plutôt que de réaliser une synergie médicamenteuse.
- Faire toujours un **traitement homogène et continu**
 - Modifié seulement en cas de tolérance avérée ou d'apparition de résistance à un médicament
 - Simplifié seulement lorsque s'affirme une évolution radiologique et bactériologique très favorable
- **Poursuivre le traitement pendant au moins une année** mais le plus souvent 15 à 18 mois ou davantage selon la gravité initiale et l'évolution sous traitement.
- La conduite à tenir différente qu'il s'agit
 - D'une tuberculose récente non traitée
 - D'une rechute ou d'une forme chronique.

Tuberculoses pulmonaires récentes non traitées

- a. **Formes de gravité moyenne** uni ou bilatérales, moyennement étendues, excavées, bactériologiquement confirmées :

Le traitement triple classique

Les trois premiers mois

- Isoniazide 8 à 10mg par kg de poids et par jour per os ou par voie buccale, rectale et intraveineuse associées
- Streptomycine 1g par jour en intramusculaires
- P.A.S. 15g par jour, de préférence en perfusions veineuses lentes (heures)

Les trois mois suivants (si évolution favorable)

- Isoniazide : même posologie, administration quotidienne
- Streptomycine 1g en intramusculaire trois jours par semaine (surveillance cochléo-vestibulaire)
- P.A.S. veineux ou buccal (15g par jour sur deux avec la streptomycine).

Les six mois suivants

- Isoniazide continu aux mêmes doses associé
- Soit à streptomycine discontinuée (3g par semaine)
- Soit à P.A.S. buccal (15g chaque jour ou trois fois par semaine).

Traitement ultérieur (6 à 12 mois)

- Même schéma thérapeutique
- Ou isoniazide seul, continu, lorsque depuis plusieurs mois on trouve : bacilloscopies et cultures négatives images radiologiques minimales stables correspondant à séquelles inactives.

- b. **Formes limitées**, peu étendues non confirmées bactériologiquement ou rapidement négatives, à germes sensibles aux trois tuberculostatiques.

Traitement double avec dans tous les cas l'isoniazide à doses identiques associé

- Soit la streptomycine continue puis discontinuée
- Soit au P.A.S. continu.

- c. **Formes très graves**, étendues largement excavées, richement bacillifères : nécessité d'un traitement de d'efficacité maximale d'une prévention plus sur des résistances Association du Trécator au traitement triple classique

- Soit par voie buccale 0,75 à 1 g par jour
- Soit en perfusions veineuses quotidiennes, d'une durée de trois heures, de 0,50 à 0,75 de chlorhydrate d'éthionamide dans 500 ml de sérum glucosé isotonique avec 8 ml de sérum bicarbonaté à 14%

- d. **Autres schémas de traitement d'attaque** valables pour toutes les formes

- Utiliser en association avec un ou deux des médicaments classiques le Trécator
- Voie buccale 0,50 à 1 g par jour
- Voies buccale et rectale associées 1 ou 2 comprimés à 0,25g + 1 suppositoire

Indications particulières de ces associations

- Résistance d'emblée à INH ou streptomycine (une contamination par BK résistants peut parfois être soupçonnée)
- Intolérance ou apparition d'accidents toxiques à INH ou streptomycine
- Impossibilité d'utiliser un traitement par voie parentérale
- Résultats incomplets et insuffisants après quelques mois de traitement double ou triple classique.

Rechutes et tuberculoses pulmonaires anciennes, invétérées, déjà traitées

Traitement complexe, difficilement applicable en milieu spécialisé.

Conduite à tenir dominée par le risque de résistance bacillaire

Indication formelle à l'antibiogramme

a. **Avant les résultats de l'antibiogramme peuvent se discuter :**

- Reprise du traitement classique

Si doses totales reçues relativement faibles

Indications de fortes doses quotidiennes d'Isoniazide (15 mg/kilo)

- Utilisation d'emblée de médicaments nouveaux :

Trécator perfusions veineuses ou per os 0,75 à 1 g par jour associé à deux autres tuberculostatiques non encore utilisés : cyclosérine, viomycine, kanamycine, pyrazinamide.

b. Les résultats de l'antibiogramme orientent ensuite le traitement

En général utiliser le Trécator associé é au moins à deux des médicaments actifs indiqués par les tests de sensibilité.

Traitements associés non spécifiques

Auxiliaires des tuberculostatiques dans certaines formes de la tuberculose pulmonaire commune

Antibiothérapie non spécifique

Indications

Formes aiguës suppuratives

Formes chroniques avec importants altération bronchiques et suppuration à pyogènes

Choix de l'antibiotique en fonction de l'antibiogramme pratiqué sur les germes isolés par culture

Hormonothérapie cortico-surrénale

Indications

- Tuberculoses aiguës pneumoniques ou broncho-pneumoniques
- Disséminations miliaires hémotogènes ou bronchogènes
- Infiltrations étendues avec phénomène fluxionnaires importants ou troubles de ventilation
- Pleurésies de la tuberculose pulmonaire commune

Contre-indications habituelles

Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, lésions rénales en évolution, psychopathies, diabète, maladie ulcéreuse.

Surveillance

Poids, morphologie du malade, tension artérielle, équilibre hydroélectrique, glycosurie

Régime désodé avec l'ACTH ou les fortes doses initiales de dérivés cortisoniques

Admission de potassium (CIK un à trois grammes par jour)

Conduite au traitement

- On préconise l'ACTH
- Perfusions veineuses quotidiennes lentes (6 à 8 heures) de 10 à 15 mg d'ACTH dans le soluté de PAS ou dans 500 ml de sérum glucosé isotonique
- Durée : 2 à 3 semaines
- Relai par un dérivé cortisonique à doses décroissantes
- On utilise surtout les **corticoïdes**
 - Delta cortisone par exemple
 - Dose initiale 40 mg par jour pendant un semaine
- Associer dans tous les cas
 - Une injection intramusculaire de 50 mg d'ATCH retard par semaine
 - Trois injections identiques réparties sur trois jours en fin de cure cortisonique.

Règle essentielle

L'hormonothérapie cortico-surrénale ne doit être utilisée qu'à condition d'une **couverture antibiotique particulièrement stricte** : nécessité absolue d'un **antibiogramme** préalable au moins dans les tuberculoses déjà traitées et les rechutes.

Collapsothérapie médicale

N'a plus actuellement qu'un rôle très accessoire

Pneumothorax intra-pleural

Les bactériostatiques ont fait à peu près disparaître ses bonnes indications

N'est plus utilisé qu'**exceptionnellement**

- Après plusieurs mois de traitement médical
- Pendant un mois au maximum

Pneumopéritoine

Encore utilisé parfois comme adjuvant des tuberculostatiques dans le traitement d'attaque des lésions étendues, largement excavées, uni ou bilatérales.

En fait le traitement complémentaire de la tuberculose pulmonaire commune est essentiellement chirurgical

Traitement chirurgical

- **Tire ses indications de l'échec du traitement médical**

(10 % à 20% des cas selon les statistiques).

- **Ne doit intervenir dans tous les cas qu'après un traitement antibacillaire suffisamment prolongé** (améliorations parfois tardives) sur des lésions ne se modifiant plus radiologiquement.
- **Nécessite une « couverture » par des tuberculostatiques actifs** (Antibiogramme)
- **Doit être suivi d'un traitement prolongé par les tuberculostatiques** (6 mois dans les cas d'évolution simple).

Les exérèses

Dominant le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire commune sous toutes ses formes ; avec des indications formelles : poumon détruit, cavernes des bases, sténoses cicatricielles de gros troncs bronchiques, foyers caséeux de volume important.

La chirurgie pariétale

- **Elle tire ses indications des contre-indications de l'exérèse** (âge, terrain, fonction respiratoire, étendue et bilatéralité des lésions dans certains cas)

- **Elle est essentiellement représentée par les différents types de thoracoplasties**
- Le pneumothorax extra-pleural, les collapsus extra-musculo-péristés n'ont plus actuellement qu'une place très restreinte
- La spéléotomie, le drainage endo-cavitaire ont également quelques rares indications.