

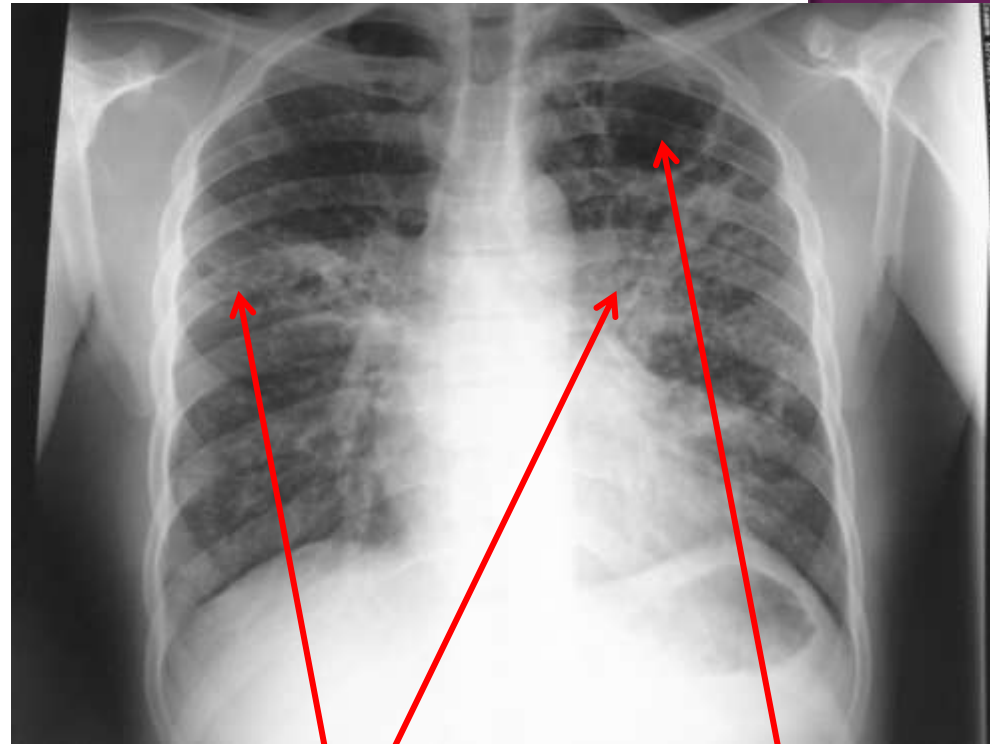
CAS CLINIQUE PNEUMO

Journées de formation médicale
continue

Tiaret, Algérie - 24 mai 2013

M. M, 35 ANS

- ⊙ Perte d'appétit, sueurs nocturnes, toux.
- Diagnostic de tuberculose pulmonaire
- Quel traitement proposez-vous?



Infiltrat alvéolo-interstitiel bilatéral

Caverne

QUEL BILAN PROPOSEZ VOUS?

1. Sérologie VIH
2. BK crachats
3. BK tubages
4. IDR
5. ECBU

QUEL BILAN PROPOSEZ VOUS?

1. Sérologie VIH
2. BK crachats
3. BK tubages
4. IDR
5. ECBU

BILAN INITIAL DEVANT UNE SUSPICION DE TUBERCULOSE PULMONAIRE

Bilan bactériologique

- ◉ 3 « BK crachats » : n'importe quand
- ◉ 3 « BK tubages » : prélèvement par SNG de liquide gastrique, le matin au réveil, à jeun. si le patient ne crache pas
- ◉ examen direct (coloration de Ziehl),
- ◉ culture sur milieu de Lowenstein-Jensen,
- ◉ ECBU à la recherche d'une leucocyturie aseptique (si +, : BK dans les urines 3 jours de suite)
- ◉ IDR à la tuberculine (lecture 72h plus tard) ou tests interféron (ELISpot®, Quantiféron®) à discuter si prélèvements négatifs.

Bilan préthérapeutique

- ◉ Ionogramme sanguin (hyponatrémie évocateur d'une méningite tuberculeuse)
- ◉ Fonction rénale (urée, créatinine sérique)
- ◉ Transaminases
- ◉ Acide urique
- ◉ Champ visuel et vision des couleurs (si traitement par ethambutol)
- ◉ **Sérologie VIH** (avec l'accord du patient)

TRAITEMENT ANTI TUBERCULEUX

Quadrithérapie antituberculeuse per os

- ◉ **Isoniazide** (INH) à la posologie de 3 mg/kg/j (max 300mg/j)
- ◉ **Rifampicine** (RMP) ; 10mg/kg/j
- ◉ **Ethambutol** (EMB) ; 15-20mg/kg/j
- ◉ **Pyrazinamide** (PZA) ; 20-30mg/kg/j (max 1.5-2g/j)
- ◉ ensemble en une seule prise quotidienne et à jeun
- ◉ Vitamines B1 et B6 (prévention de la neuropathie à l'isoniazide)

DÉPISTAGE DE L'ENTOURAGE

- Sa femme, vaccinée par le BCG, a une IDR négative et radio de thorax normale
- Son premier enfant, âgé de 6 ans, vacciné par le BCG, a une IDR à 13mm (dernière IDR il y a 3 ans mesurée à 7mm), avec une radio de thorax retrouvant un médiastin élargi.
- Son deuxième enfant, âgé de 2 mois, non vacciné par le BCG, a une IDR négative et une radio de thorax considérée comme normale.
- Quelle va être votre attitude thérapeutique pour chacun des membres de la famille ?

SA FEMME

- ◉ *Sa femme, vaccinée par le BCG, a un test interféron γ négatif et radio de thorax normale*
- ◉ **Abstention thérapeutique et nouvelle consultation + radio thorax + test interféron à 3 mois.**

SON ENFANT DE 2 MOIS

- ◉ *Son deuxième enfant, âgé de 2 mois, non vacciné par le BCG, a une IDR négative et une radio de thorax considérée comme normale.*

SON ENFANT DE 2 MOIS

- ◉ *Son deuxième enfant, âgé de 2 mois, non vacciné par le BCG, a une IDR négative et une radio de thorax considérée comme normale.*
- ◉ **traitement systématique d'une tuberculose-infection latente :**
 - **Bithérapie 3 mois**
 - **Isoniazide à la posologie de 10mg/kg/j (double de la posologie adulte)**
 - **Rifampicine à la posologie de 10mg/kg/j**
- ◉ **Vaccination BCG à distance**

DÉPISTAGE DE L'ENTOURAGE

- Sa femme, vaccinée par le BCG, a une IDR négative et radio de thorax normale
- Son premier enfant, âgé de 6 ans, vacciné par le BCG, a une IDR à 13mm (dernière IDR il y a 3 ans mesurée à 7mm), avec une radio de thorax retrouvant un médiastin élargi.
- Son deuxième enfant, âgé de 2 mois, non vacciné par le BCG, a une IDR négative et une radio de thorax considérée comme normale.
- Quelle va être votre attitude thérapeutique pour chacun des membres de la famille ?

SON ENFANT DE 6 ANS

- ◉ *Son premier enfant, âgé de 6 ans, vacciné par le BCG, a une IDR à 13mm (dernière IDR il y a 3 ans mesurée à 7mm), avec une radio de thorax retrouvant un médiastin élargi.*

SON ENFANT DE 6 ANS

- ◉ *Son premier enfant, âgé de 6 ans, vacciné par le BCG, a une IDR à 13mm (dernière IDR il y a 3 ans mesurée à 7mm), avec une radio de thorax retrouvant un médiastin élargi.*
- ◉ **Très probable tuberculose-maladie sous sa forme médiastino-pulmonaire (la + fréquente chez l'enfant).**
- ◉ **Hospitalisation pour exploration (notamment compression bronchique) et traitement d'une tuberculose-maladie**

SUR LE BILAN RÉALISÉ À J15 VOUS RETROUVEZ DES ASAT À 370 ET DES ALAT À 480. QUELLE PATHOLOGIE SUSPECTEZ-VOUS ?

1. Hépatite A aiguë
2. Hépatite B aiguë
3. Tuberculose hépatique
4. Hépatite médicamenteuse
5. Primo-infection VIH

SUR LE BILAN RÉALISÉ À J15 VOUS RETROUVEZ DES ASAT À 370 ET DES ALAT À 480. QUELLE PATHOLOGIE SUSPECTEZ-VOUS ?

1. Hépatite A aiguë
2. Hépatite B aiguë
3. Tuberculose hépatique
4. **Hépatite médicamenteuse**
5. Primo-infection VIH

QUELLE EST VOTRE CONDUITE À TENIR ?

1. Poursuite du traitement anti-BK idem
2. Arrêt de l'isoniazide
3. Arrêt du pyrazinamide
4. Arrêt de tous les antituberculeux

QUELLE EST VOTRE CONDUITE À TENIR ?

1. Poursuite du traitement anti-BK idem
2. Arrêt de l'isoniazide
3. Arrêt du pyrazinamide
4. **Arrêt de tous les antituberculeux**

CAT DEVANT UNE HÉPATITE MÉDICAMENTEUSE SOUS ANTIBK



PYRAZINAMIDE

ISONIAZIDE

RIFAMPICINE

- ASAT et/ou ALAT < 3N : surveillance du BHC rapprochée
- Entre 3N et 6N :
 - arrêt pyrazinamide et surveillance du BHC rapprochée
 - Discuter l'intro d'un ttt de 2^{ème} ligne
- > 6N
 - Arrêt complet du traitement anti-BK
 - Bilan d'hémostase (TP, Facteur V)
 - Rechercher une cause non médicamenteuse (VHB, VHC++)
 - Surveillance décroissance du bilan hépatique.
 - Quand normalisation du bilan hépatique, réintroduction progressive du traitement anti-BK sans le pyrazinamide et : surveillance du BHC rapprochée