

CO-INFECTION TUBERCULOSE/VIH

I. TUBERCULOSE

I.1 Définition

La tuberculose est une maladie infectieuse, transmissible et contagieuse qui sévit toujours au Burundi et dans d'autres pays d'Afrique sub-saharienne sur le mode endémique (la source de contagion se trouve au sein même de la population).

I.2 Agent responsable

- Mycobactérium tuberculosis hominis : 99% des cas
- Mycobactérium tuberculosis bovis : moins de 1%
- Mycobactérium africanum : très rare au Burundi

I.3 Tuberculose = fléau social

- 1/3 population mondiale est infecté par le B.K.
- 8-10 millions de nouveaux cas chaque année
- 4-5 millions sont contagieux
- 95% résident dans les PVD
- Age de prédilection : 15- 49 ans
- 1,6 millions de décès chaque année

I.4 Mode de transmission

- Transmission essentiellement aérienne : toux + + +, parole + +, éternuement +
- Malades dangereux : présence de B.K. dans les crachats
- Très faible risque de contagion : bacilles déposés sur la peau, les muqueuses, les ustensiles de cuisine, les habits...
- Pas de risque de contagion :
 - Malades TPM-
 - Malades traités par un schéma efficace
 - (schéma court) depuis 3 semaines
 - Tuberculose extra-pulmonaire

I.5 Facteurs favorisant la tuberculose

- Infection VIH
- Promiscuité : cohabitant, quartiers pauvres, déplacés ou réfugiés de guerre, enfants de moins de 5ans
- Malnutrition
- Alcoolisme chronique
- Diabète sucré mal équilibré
- Tabagisme

I.6 Différentes localisations de la tuberculose

- Poumons : TPM+, TPM-
- Ganglions, plèvre péricarde, péritoine, méninges, foie ,rein, os, organes génitaux... :tuberculose extra- pulmonaire.

I.7 Moyens de diagnostic

I.7.1 Interrogatoire

- Sujet contamineur
- Signes cliniques évocateurs de tuberculose(toux persistante depuis plus de 3 semaines, amaigrissement, fièvre le soir ,transpiration abondante la nuit, troubles des règles avec aménorrhée)

I.7.2 Examen clinique

- Examen clinique pulmonaire souvent normal
- Examen clinique complet à la recherche de localisation extra- pulmonaire

I.7.3 IDR à la Tuberculine

- Chez l'enfant de moins de 5ans . Tenir compte du degré du déficit immunitaire.
- Tenir compte de son coût face à l' importance de l' endémie tuberculeuse en Afrique

I.7.4 recherche de BAAR(ou BK) dans les produits d' expectoration

- Crachats :x 3
- Tubage gastrique : x2
- Bronchoaspiration , lavage broncho-alvéolaire...
- Examen direct et mise en culture sur le milieu de Loewenstein Jansen

I.7.5 Anomalies radiologiques pulmonaires évocatrices de tuberculose

I.7.6 Recherche d' autres localisations de la maladie.

II TUBERCULOSE et VIH

II.1 Recrudescence de la tuberculose- maladie

- Réactivation endogène
- Réinfections exogènes
- Augmentation du nombre de cas de tuberculose-maladie et notamment de tuberculose pulmonaire contagieuse. En 1985 , on a dépisté 2317 cas de TTC dont 1382 TPM+ (60%) contre 6118 cas en 2006 dont 3595 TPM+ (59%)
- Augmentation du nombre de cas de TPM(-) et de tuberculose extra pulmonaire (plèvre, ganglions, rate, foie...)

II.2 Aspects cliniques

- Les signes cliniques ne sont pas spécifiques de tuberculose et peuvent être rencontrés dans d' autres pathologies pulmonaires ou extra- pulmonaires au cours du VIH/SIDA
- Localisation extra- pulmonaire plus fréquente : 30 à 60% des cas
- La tuberculose extra- pulmonaire définit le stade de SIDA selon la classification clinique de l' OMS

II.3 Aspects radiologiques atypiques

- Radiographie pulmonaire normale
- Lésions parenchymateuses pulmonaires diffuses
- Atteinte fréquente des lobes inférieurs
- Pleurésie, adénopathies médiastinales

II.4 Mise en évidence des BARR dans les produits d'expectoration

- La recherche des BAAR doit être systématique chez tout malade VIH+ ayant une symptomatologie évocatrice de tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire
- Augmentation de la fréquence des formes pulmonaires à bacilloscopie négative

- Examen direct et mise en culture sur le milieu de Löewenstein Jansen des produits d'expectoration et/ou des fragments biopsiques

II.5 Diagnostic positif de la TB

- Mise en évidence de BARR dans les prélèvements pulmonaires ou extra-pulmonaires après examen en m.o. ou après culture sur le milieu de Löewenstein Jansen
- Lésions anatomo-pathologiques caractéristique de tuberculose
- IDR à la Tuberculine
- Faisceaux d'arguments épidémiologiques, cliniques, radiologiques évocatrices de tuberculose et évolution favorable sous traitement antituberculeux

II.6 Diagnostic différentiel

- Pneumopathies bactériennes
- Pneumocystose
- Sarcome de Kaposi broncho-pulmonaire
- mycobactérioses atypiques

II.7 Traitement de la TB/ VIH

- Dépistage actif de la tuberculose avant la mise sous ARV
- Traiter en priorité la tuberculose avant l'instauration des ARV
- Lorsque le patient est déjà sous ARV, poursuivre ce traitement , mais en tenant compte des interférences entre les antituberculeux et les ARV

- Traitement de la tuberculose adopté au Burundi : 2HRZE/4R3H3
- En cas de rechute : schéma de retraitement à base de 2SHRZE/1HRZE/5HRE
- Ne pas associer la Rifampicine avec la Névirapine ou les antiprotéases
- Augmenter la dose de l'efavirenz en cas d' association avec la Rifampicine
- Risque accru de neuropathies périphériques en cas d' association avec la stavudine et de l' isoniazide (intérêt d'adjoindre la Vitamine B6)
- Surveillance rapprochée des malades sous traitement antituberculeux associé ou non aux ARV
 - Evolution du poids et de la température
 - Survenue de vomissement(candidose oesophagienne, hépatite médicamenteuse)
 - Ictère
 - Convulsions
 - Troubles sensitifs des membres inférieurs

III. Conclusion

- La Tuberculose est au Burundi la 1^{ère} complication du VIH/SIDA
- Elle survient à tous les stades de l'ID et son diagnostic est plus difficile d'autant plus que les formes pulmonaires à bacilloscopie négative et les formes extra pulmonaires sont fréquentes
- Le traitement associant les quatre antituberculeux majeurs reste efficace, mais les rechutes précoces sont fréquentes

II.8 Pronostic de la TB/VIH

- Mortalité accrue
- Fréquences accrue des effets secondaires indésirables
- Risque d' abandon de traitement et de perdu de vue

III . conclusion

- Recrudescence de la tuberculose- maladie
- Modification de la présentation clinique et radiologique
- Fréquence accrue des effets secondaires indésirables
- Surveillance accrue en cas de co-infection TB/VIH