

Prise en charge de la tuberculose associée au VIH/SIDA

1.Introduction

- Recrudescence au BURUNDI , mais aussi à l'échelon planétaire, du nombre de cas de tuberculose-maladie depuis l'avènement du VIH/SIDA : au Burundi on a dépisté 2317 cas en 1985 et 6118 cas en 2007. Cela représente une augmentation de plus de 150%. Au niveau mondial , on estime à 13 millions le nombre de personnes co- infectés par le VIH et par le bacille tuberculeux. La majorité de ces personnes réside en Afrique subsaharienne.

Pourquoi cette recrudescence ?

- ✓ Réveil du fait de l' immunodépression des bacilles (microbes responsables de la tuberculose) qui étaient restés à l' état endormi aussi longtemps que les moyens de défense de l' organisme sont intacts
 - ✓ Contamination plus facile d' un patient séropositif pour le VIH par des bacilles tuberculeux en provenance de l' extérieur (malades tuberculeux contagieux) et cela par le fait de l' affaiblissement des moyens de défense de l' organisme
 - ✓ Augmentation du risque de contagion par la tuberculose et cela par le fait de l' augmentation du nombre de cas de tuberculose – maladie et notamment de tuberculose pulmonaire contagieuse
- Le diagnostic de la tuberculose est plus difficile :
 - ✓ Les signes cliniques de la tuberculose sont identiques à ceux rencontrés chez un patient ayant une autre I.O. pulmonaire ou extra- pulmonaire
 - ✓ Fréquence accrue du nombre de cas de tuberculose pulmonaire avec absence de bacilles à l' examen direct des produits de l' expectoration en microscopie optique
 - ✓ Localisation extra- pulmonaire (ganglions, plèvre, péricarde, péritoine, méninges, foie, rate...) plus fréquentes
 - Le traitement avec les antituberculeux majeurs(schéma court) reste efficace, mais s' accompagne de beaucoup d' effets secondaires indésirables
 - Nécessité de créer des liens étroits de collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre le SIDA et contre la tuberculose

2 . Intérêt du dépistage du VIH chez les sujets atteints de tuberculose

- Co- infection de la TB et VIH retrouvés dans plus de 50% des malades tuberculeux en Afrique subsaharienne. Au CHUK, la co- infection est retrouvée dans 66% à 70% parmi les malades hospitalisés . Au niveau national , la co- infection est retrouvée dans près de 30% des cas.
- La tuberculose pulmonaire survient au stade précoce de l' immunodépression et le dépistage du VIH à ce stade permet une meilleure prise en charge du patient séropositif

3. Problématique de la co- infection TB/ VIH

- Les 2 épidémies touchent la tranche d' âge de 15 à 44ans , la plus active sexuellement et économiquement : transmission accrue du VIH ; absentéisme professionnel ou décès précoce de patients co- infectés fraîchement sortis de l' Université
- Aggravation réciproque des 2 maladies : passage de l' état de Tuberculose- infection à celui de Tuberculose- maladie ; virémie plasmatique plus élevée chez les malades tuberculeux séropositifs par rapport au séropositifs non tuberculeux
- Diagnostic plus difficile dans les PVD du fait de la fréquence accrue des cas de tuberculose pulmonaire à bacilloscopie négative et des localisations extra pulmonaires : impossibilité de réaliser les cultures sur le milieu de L. J ; examens histologiques des prélèvements biopsiques impossibles...
- Les médicaments antituberculeux et les ARV ont des interférences négatives (la rifampicine et la névirapine ou les antiprotéases) et une potentialisation des effets secondaires indésirables (hépatotoxicité, neuropathie périphérique)

4. Diagnostic de la TB chez les patient VIH+

- Penser systématiquement à la tuberculose chez tout sujet VIH+ ayant une symptomatologie pulmonaire traînante (toux persistante, fièvre au long cours , amaigrissement...)
- Les signes cliniques de la tuberculose sont atypiques et sont retrouvés dans d' autres pathologies opportunistes
- La recherche des bacilles dans les produits d' expectoration doit être systématique , mais reste souvent négative : la mise en culture sur le milieu de Löewenstein Jansen est souhaitable , mais son coût est inaccessible pour la plupart des pays africains
- L' IDR à la tuberculine est souvent négative au stade avancé de l' immunodépression . Elle garde son intérêt chez l' enfant de moins de 5ans au stade précoce de l' immunodépression
- La radiographie pulmonaire montre des images atypiques et demande un lecteur entraîné
- L' échographie abdominale est d' un grand intérêt en cas de localisation splénique, hépatique, péritonéale, ganglionnaire abdominale...
- Prélèvement de toute lésion périphérique suspecte de tuberculose et mise en culture sur le milieu de Löewenstein Jansen et examen anatomopathologique

- Gratuité de tous les examens de diagnostic de la tuberculose et plus particulièrement de la forme pulmonaire contagieuse

5. Traitement de la tuberculose chez les patient VIH+

- Gratuité au Burundi des médicaments antituberculeux
- Réponse favorable à la chimiothérapie de courte durée associant quatre antituberculeux majeurs (rifampicine, isoniazide, éthambutol, pyrazinamide). Le traitement comporte 2 phases : une première phase de 2 mois où le malade prend les 4 antituberculeux majeurs et une 2^{ème} phase de 4 mois où le malade prend tous les 2 jours la Rifampicine et l' isoniazide
- Les médicaments sont pris le matin à jeun afin de permettre une absorption maximale des médicaments
- Supervision de la prise des antituberculeux par un agent de santé et cela pour prévenir la survenue de bacilles multirésistants (bacilles qui ne sont plus sensibles aux antibiotiques antituberculeux) .
- On peut faire intervenir dans cette supervision de la prise des antituberculeux les médiateurs de santé, les membres des associations de lutte contre le SIDA, un membre de la famille ayant une autorité suffisante sur le patient...Il faudrait au préalable une formation suffisante de ces différents intervenants pour qu' ils comprennent l' intérêt de la prise régulière et prolongée des médicaments antituberculeux
- En matière de tuberculose, la disparition des symptômes ne signifie pas la guérison de la maladie. Le préalable à la guérison de la tuberculose est une prise régulière et prolongée des médicaments antituberculeux
- Risque accru de rechutes (réapparition de bacilles dans les crachats d' un ancien tuberculeux) , d' effets secondaires indésirables, d' abandon de traitement, de décès...
- Surveillance rapprochée des malades sous traitement afin de repérer à temps les effets secondaires indésirables (ictère ,vomissement , paresthésies...) ou d' autres affections ou infections opportunistes susceptibles de gêner la prise des antituberculeux .

6.Traitement ARV chez les patients VIH+

- Traiter en priorité la tuberculose et discuter de la mise sous ARV une fois que la tolérance aux antituberculeux est constatée (dosage des transaminases)

- Tenir compte du degré du déficit immunitaire
 - ✓ Moins de 50 CD4 : introduire les ARV à la 3^{ème} semaine , si la tolérance hépatique est constatée
 - ✓ Entre 50 et 200 CD4 : attendre la fin de la 1^{ière} phase cad 2mois
 - ✓ Plus de 200 CD4 : attendre la fin du traitement antituberculeux

- Ne pas associer la rifampicine avec la névirapine ou avec les antiprotéases

- Risque accru de neuropathie périphérique (paresthésies...) en cas d'association de la stavudine avec l' isoniazide. Supplémentation en vitamine B6

- Surveillance rapprochée des malades du point de vu clinique et biologique (ictère , transaminases)

6 . Créer des liens entre les acteurs de la lutte contre la TB et contre le SIDA

- Impliquer les associations de lutte contre le SIDA , plus nombreuses et mieux organisées dans la prise en charge de la tuberculose (dépistage actif de la TB , supervision de la prise des antituberculeux

- Proposition du dépistage du VIH chez tout patient tuberculeux . Tout PNLT devrait avoir un Service chargé du conseil pour le dépistage du VIH et de la prise en charge des malades tuberculeux séropositif pour le VIH

- Nécessité d' une coordination au niveau national des deux programmes

Bujumbura ,Novembre 2008

Pr Gaspard KAMAMFU.