

Traitement de la Tuberculose

I. Introduction:

Le trt de la tbc a un double objectif :

- ✓ Sur le plan individuel : il guérit les malades atteints de tbc
- ✓ Sur le plan collectif : il empêche la transmission de la maladie dans les collectivités et la contamination de sujet sains.

A ce titre la chimiothérapie anti-tuberculeuse représente la meilleure des mesures de prévention.

II. Les médicaments et leurs propriétés antibactériennes :

On a 2 groupes :

Médicaments de première intention :[essentiels]

Médicament	Isoniazide (H)	Rifampicine (R)	Streptomycine (S)	Pyrazinamide (Z)	Etambutol (E)
Posologie (mg/Kg/j)	5	10	15	25	15
Voie d'administration	Per os	Pe ros	IM	Per os	Per os
Présentation	Cc 100- 300mg	Cp 150- 300mg	Amp 0.5g 1g	Cp 400- 500mg	Cp 100mg 400mg
Propriété	bactéricide	bactéricide	bactéricide	bactéricide	bactériostatique

Présentations associées : RH, RHZ, RHZE : pour faciliter la prise régulière des mdct .

Posologie :

poids	Nbr de Cp
30 – 39 Kg	2 Cp
38 – 54 Kg	3 Cp
55 – 70 Kg	4 Cp
≥ 71 Kg	5 Cp

❖ Situations particulières :

- Insuffisance hépatique : réduire les doses de (H) < 4 mg/kg/j
 - (R) < 8 mg/kg
 - (Z) < 15
- Insuffisance rénale : (S), (E), Kanamycine → jamais
 - Adaptation de la dose en fonction de la créatininémie
- Diabétique ou immunodéprimé : aucun ajustement
- Femme enceinte : éviter la (S)
- Malades mentaux : réduire la dose de (H) à 4 mg

Médicaments de deuxième intention : Ils sont moins actifs et plus toxiques :

Mdct	Ethionamide (Eth)	Kanamycine (K)	Ofloxacine (O)	Cyclosérine (C)
Posologie mg/Kg/j	15	15	10	15
Voie d'administration	Per os	IM	Per os	Per os
Présentation	Cp 250 mg	Amp 500mg, 1g	Cp 250 mg, 400mg	Cp 250 mg

III. Régimes thérapeutiques standardisés :

Régime de première ligne :

➔ **2SRHZ / 4RH** phase initiale pendant 2 mois puis phase secondaire pendant 4 mois.

-Un autre régime + économique et d'administration simple et plus utilisé :

2RHZE / 4RH ou la S est remplacée par l'E

Ce régime s'applique aux malades de la catégorie I

- nouveaux cas de tbc pulma microscopie (+)
- nouveaux cas de tbc pulma microscopie (-) et culture (+)
- formes sévères de tbc extra-pulmonaire (méningo-miliaire, péricardite, tbc ostéo-articulaire, génito-urinaire)

➔ **2 RHZ / 4 RH :**

Ce régime s'applique aux malades de la catégorie III à savoir :

- Tbc extra-pulmonaire (TEP) simple (pleurale, gg périphérique, cutanée, muqueuse, viscérale)
- PIT sans atteinte pulmonaire visible

Régime de deuxième ligne :

2 SRHZE / 1 RHZE / 5 RHE (trt de 08 mois)

Ce régime s'applique aux malades de la catégorie II :

- **Rechute** = tuberculose déjà traité par le régime de 1^{ère} ligne déclaré guéris et qui présente a nouveau une tbc pulmonaire prouvée par 2 examen bactériologiques
- **Echec** = microscopie positive au 5^{ème} et 6^{ème} mois.
- **Reprise évolutive** = réapparition des BK dans l'expectoration chez un malade qui a prématurément interrompu sont trt de 1^{ère} ligne pendant 2 mois ou + après un mois de trt ou +.

Régime de troisième ligne :

3 EthOKZC / 18EthOZ ce régime s'applique aux malade de catégorie IV (cas chronique)

Représente les échecs de la catégorie II.

Traitement adjuvant :

- corticothérapie : **0.5 mg/Kg** (3-6 mois) dans les TEP pauci-bacillaire mais très inflammatoires (méningite, pleurésie, péritonite, PIT + atélectasie ou adénite)
- Ponction d'une adénite ou d'un abcès froid
- Ponction pleurale évacuatrice + kinésithérapie.

Traitement chirurgical :

Peut être associé dans certain cas de TEP (abcès froid, tbc ostéo-articulaire, urogénitale, ADP)

IV. Surveillance au cours du traitement :

1- bilan pré thérapeutique :

- a. la pesée du malade pour adapter la posologie.
- b. Interrogatoire minutieux à la recherche de malade à risque.
- c. Bilan rénal et hépatique.

2- le contrôle de l'efficacité du traitement :

des examens bactériologiques sont obligatoirement réalisés à la fin de

- 2^{ème} mois, 4^{ème}, 6^{ème} → régime de la 1^{ère} ligne
- 3^{ème} mois, 5^{ème}, 8^{ème} → régime de la 2^{ème} ligne

V. Effets secondaires du traitement anti Tbc :

Effet I^{aire} mineurs:

On n'arrête pas le traitement.

Ils sont transitoires et régressent

- Soit spontanément
- Soit par un traitement symptomatique
- Soit en diminuant les doses

Mdct	Effet secondaire
H	Euphorie, insomnie
R	Urines colorées, troubles digestifs
S	Striction de la face, nausée, vertige
Z	Arthralgie, anorexie
E	Nausée

Effet II^{aire} majeurs :

Ils sont rares mais imposent l'arrêt du traitement nécessitant souvent l'hospitalisation

Effet II ^{aire}	Mdct	CAT
Hypersensibilité généralisée	Tous	-Arrêt du trt -Identification du mdct responsable -Désensibilisation éventuelle -Reprise ou arrêt du trt en cause
Purpura Anémie hémolytique	R S	-Arrêt définitif du trt
Hépatite avec ictère	H Z R	-Arrêt temporaire du trt -Surveillance clinique et biologique -Reprise éventuelle en ↓ les doses -Arrêt définitif du trt
Surdité Troubles vestibulaires Polyn�vrites Epilepsie Névrite optique	S H E	-Arrêt du trt -Control de la posologie -Arrêt du trt
Anurie	R S	-Arrêt total et définitif du trt

Prévention de la tuberculose :

1- La vaccination par le BCG :

Elle est obligatoire dès la naissance.

La protection apportée contre la tuberculose est 50% pendant 10 ans mais elle est de 80% pour les formes graves neuro-méningé.

2- Chimio prophylaxie :

I^{aire} : elle est proposée pour aux sujets fragiles non vaccinés par le BCG qui sont en contact avec un tuberculeux bacillifère (nourrisson, jeune enfant; immunodéprimé)
Elle fait appel à l'INH (H) pendant 6 mois à la dose de 5 mg/Kg/j.

II^{aire} c'est le trt de la primo-infection tuberculeuse latente ou patente nécessitant un trt anti tuberculeux complet.

Sujet VIH + avec IDR \geq 10 mm doit être traité par l'association RH pendant 2 mois.

3- Autres mesures :

-Il s'agit de la déclaration obligatoire de la Tuberculose.

-Isolement des sujets bacillifères.

-Recherche systématique de sujets contacts: un interrogatoire poussé

Tout sujet contact doit être vue avec IDR et Rx .

Amélioration des conditions sociales (logements) des sujets défavorisés.