

Journées de DES(C) Maladies Infectieuses
15 Octobre 2020

Dr LANOIX Jean-Philippe

Cas cliniques Tuberculose

Gestion des effets secondaires du traitement antituberculeux et
gestion de la mise en place et de la levée des précautions
complémentaires

M. A 27 ans

Arrivé en France il y a 4 ans, originaire du Soudan, a transité par l'Égypte et la Lybie pendant 1 an et demi.

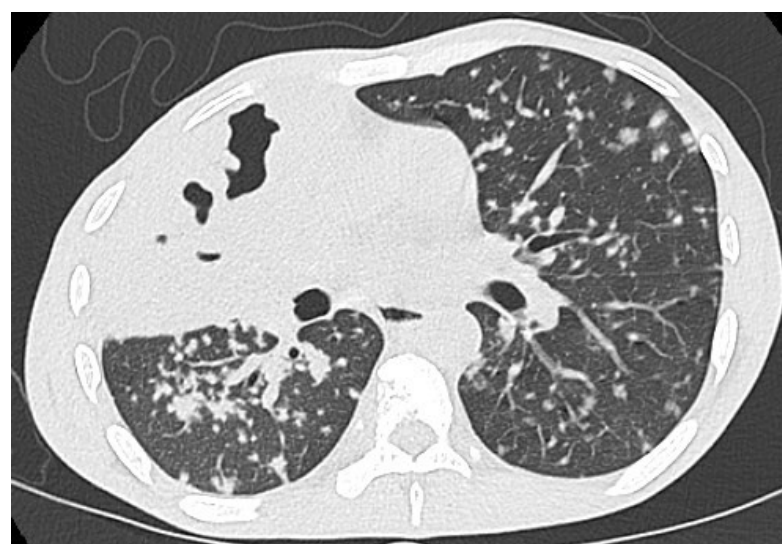
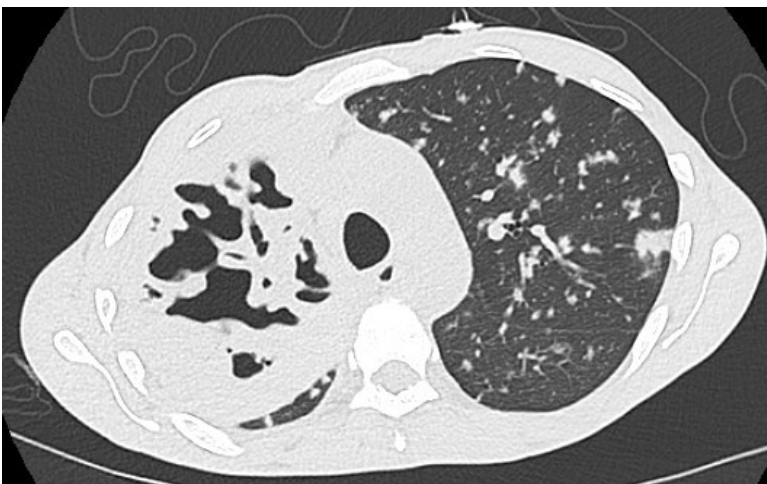
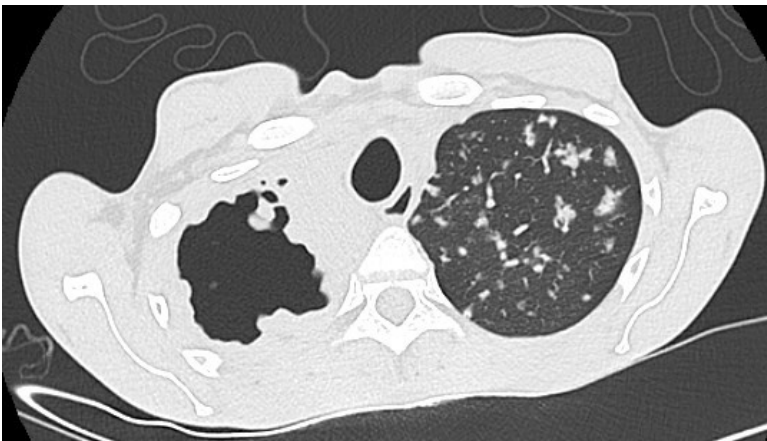
Pas d'ATCD, pas d'intoxication éthylique ou tabagique

Il consulte aux urgences, fin mai 2020, pour une altération de l'état général lente et d'aggravation récente.

Au scanner il présente une caverne de 12 x 14cm avec des parois irrégulières et une lésion lytique de TH8 (cf images infra).

Il présente de très nombreux BAAR au direct (ECBC).

Quadrithérapie anti-tuberculeuse introduite le 01/06/2020



A J15 toujours de nombreux BAAR au direct.

Que faites-vous concernant les mesures d'isolement (précautions complémentaires AIR) ?

- A. Vous levez l'isolement (car probables BAAR morts)
- B. Vous maintenez l'isolement jusqu'à négativation des crachats
- C. Vous maintenez l'isolement jusqu'à négativation des cultures
- D. Vous maintenez l'isolement jusqu'à M1 quelques soient les résultats intermédiaires

A M1 toujours quelques BAAR au direct.

Que faites-vous concernant les mesures d'isolement ?

- A. Vous levez l'isolement (car probables BAAR morts)
- B. Vous maintenez l'isolement jusqu'à négativation des crachats
- C. Vous maintenez l'isolement jusqu'à négativation des cultures
- D. Vous maintenez l'isolement jusqu'à M2 quels que soient les résultats intermédiaires

A M2 toujours quelques BAAR au direct.

Que faites-vous concernant les mesures d'isolement ?

- A. Vous levez l'isolement (car probables BAAR morts)
- B. Vous maintenez l'isolement jusqu'à négativation des crachats
- C. Vous maintenez l'isolement jusqu'à négativation des cultures
- D. Vous maintenez l'isolement jusqu'à M3 quels que soient les résultats intermédiaires

Que discutez-vous concernant le traitement antituberculeux ?

- A. La poursuite du traitement initial à l'identique
- B. Une intensification de la quadrithérapie antituberculeuse
- C. Une prolongation du traitement au-delà des 6 mois si culture positive
- D. Le maintien du passage en bithérapie (Rifampicine + Isoniazide)
- E. La poursuite de la quadrithérapie en attendant de savoir si la culture à M2 est positive

A M3 toujours quelques BAAR au direct.

Que faites-vous concernant les mesures d'isolement ?

- A. Vous levez l'isolement (car probables BAAR morts)
- B. Vous maintenez l'isolement jusqu'à négativation des crachats
- C. Vous maintenez l'isolement jusqu'à négativation des cultures
- D. Vous maintenez l'isolement jusqu'à M4 quelques soient les résultats intermédiaires

M. K 44 ans

- Découverte de VIH sur une masse cérébrale (J0)
- Ponction ganglionnaire en EBUS d'une adénopathie nécrotique latéro-trachéale dans le bilan diagnostique de cette masse cérébrale (J8)
- BAAR négatifs sur les prélèvements pulmonaires initiaux (fibroscopie bronchique) (J10)
- Traitement empirique d'une toxoplasmose cérébrale (J20)
- Ponction ganglionnaire finalement positive en culture pour *Mycobacterium tuberculosis* (J25)
- Apparition d'une pneumonie nosocomiale (J27), échec du traitement antibiotique => 3 BK-crachats positifs en culture (J30)
 - Crachat n°1 : ED - ; C + (7j)
 - Crachat n°2 : ED - ; C + (9j)
 - Crachat n°3 : ED + (rares) ; C + (8j)

Vous mettez en place les précautions complémentaires Air dès que vous posez le diagnostic de TB bacillifère mais le patient était dans le service depuis presque 2 semaines déjà.

L'équipe soignante vous interroge sur le risque d'avoir été exposée au BK. Que pouvez-vous lui répondre ?

- A. Vous tenez un discours rassurant, le risque de transmission est faible, le patient est faiblement bacillifère
- B. Vous tenez un discours alarmant, il est bacillifère
- C. Vous tenez un discours rassurant, car il faut toujours être rassurant
- D. Vous restez prudent.e, le risque existe
- E. Vous attendez la culture à J7 pour en parler à l'équipe soignante

Le patient tolère très mal tous ses traitements avec des vomissements. Vous mettez en cause la rifampicine.

Quelles sont les solutions peuvent être instaurées pour améliorer la tolérance digestive de ce médicament ?

- A. Prendre la Rifampicine avec un repas léger et/ou le soir
- B. Proposer la Rifampicine en sirop au lieu de gélules
- C. Proposer la Rifampicine en 2 fois par jour avec un repas léger
- D. Diminuer la posologie
- E. Changer la rifampicine par de la rifabutine

Il prend un traitement depuis 15 jours pour une tuberculose pulmonaire (pas de résistance génotypique à RFP et INH). Il n'y avait pas d'anomalie biologique avant traitement antituberculeux.

Il présente en début de traitement une sensation de brûlure dans les mains.

Que proposez-vous ?

- A. Vous proposez une supplémentation en B6 (pyridoxine).
- B. Vous arrêtez tous les médicaments jusqu'à amélioration
- C. Après amélioration vous reprenez les médicaments un à un
- D. La reprise des médicaments doit se faire à dose progressivement croissante (sur 3 jours)
- E. Vous arrêtez le plus probable (l'isoniazide)

Il présente quelques jours après une éruption cutanée diffuse sans prurit.

Que faites-vous ?

- A. Vous proposez une supplémentation en B6 (pyridoxine).
- B. Vous arrêtez tous les médicaments jusqu'à amélioration
- C. Après amélioration vous reprenez les médicaments un à un
- D. La reprise des médicaments doit se faire à dose progressivement croissante (sur 3 jours)
- E. Vous arrêtez le plus probable (l'isoniazide)

Il présente, à un contrôle biologique, une cytolysé hépatique à 6N alors qu'il est sous quadrithérapie antituberculeuse (bilan préthérapeutique sans anomalie).

Que faites-vous ?

- A. Vous attendez que la cytolysé régresse en dessous de 2N pour reprendre un traitement
- B. Vous arrêtez uniquement le pyrazinamide
- C. Vous arrêtez les 4 molécules antituberculeuses
- D. La reprise du traitement par RFP-EMB peut se discuter en surveillant la cytolysé
- E. Vous contrôlez le bilan hépatique dans 48 heures