

Difficultés de prise en charge des tuberculose MDR et XDR: étude rétrospective monocentrique sur 2 ans

B. Henry¹, L. Epelboin¹, G. Mellon¹, G. Bellaud¹, C. Bernard², S. Jauréguiberry¹, F. Bricaire¹

1 Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, 2 Service de Bactériologie-Hygiène, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France.

Introduction

La tuberculose multirésistante (TB-MDR) et ultrarésistante (TB-XDR) est émergente en France. Nous décrivons la prise en charge de 13 cas dans notre service.

Patients et Méthodes

Cette étude rétrospective a été conduite au CHU Pitié-Salpêtrière sur la période 2011-2013. Les dossiers de 13 patients atteints de TB-MDR et TB-XDR (définies selon les critères usuels) et pris en charge dans notre service ont été analysés. La capture des cas s'est effectuée via le PMSI.

Résultats

Données démographiques, cliniques et biologiques

Treize atteintes pulmonaires, une atteinte épидidymaire

	N	%
Hommes	10	77
Age moyen (ans)	36	
IMC moyen	20	
Toxicomanie	4	31
VIH+	1	8
VHC+	7	54
Traitements antiBK antérieurs	9	69
Chirurgie antérieure	2	15
Délai évolution BK (ans)	10,4	
Origine Est-Européenne	10	77
ATCD incarcération	4	31

Caractéristique	N	%
AEG	8	89
Fièvre	3	33
Hémoptysie	4	44
Albuminémie moyenne (g/l)	32,9	
Bacillifères	11	85
BAAR à l'ED: <10/champ	2	15
10 à 100/champ	2	15
>100/champ	7	54

Données microbiologiques

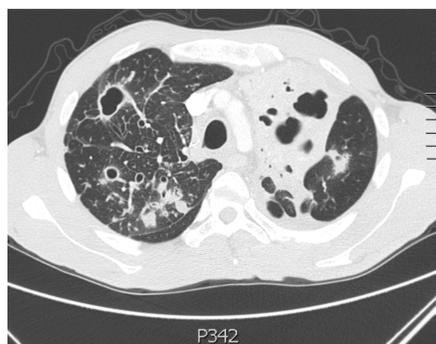
7 MDR, 6 XDR: résistances

Molécule	MDR		XDR	
	N	%	N	%
Pyrazinamide	4	80	3	75
Ethambutol	6	100	3	75
Streptomycine	4	80	6	100
Amikacine	0	0	4	67
Kanamycine	1	17	6	100
Capréomycine	0	0	5	83
Ofloxacin	1	17	6	100
Moxifloxacin	1	17	6	100
Ethionamide	3	60	5	100
Linézolide	0	0	0	0
PAS	0	0	1	20
Cyclosérine	1	20	4	80



Imagerie

- Scanners thoraciques: n=12
- Lésions excavées: 10 patients
- Atteinte multilobaire: 9/10
- Anévrisme de Rasmussen: 1
- ETT (n=5): pas d'épanchement péricardique



Prise en charge thérapeutique

Traitement médical

Molécule	MDR	XDR
	N (%)	N (%)
Pyrazinamide	4 (57)	2 (40)
Ethambutol	0 (0)	3 (60)
Amikacine	7 (100)	
Moxifloxacin	6 (100)	
Ethionamide	3 (60)	0 (0)
Linezolid	6 (86)	6 (100)
TMC 207	1 (17)	6 (100)
PAS	7 (100)	5 (100)
Imipenem/clav.	1 (20)	6 (100)
Cyclosérine	6 (86)	4 (67)

Chirurgie

Lobectomie: 2
 Bilobectomie: 1
 Résection atypique: 1
 Pleuropneumonectomie: 1
 Un défaut de réexpansion nécessitant une reprise
 DMS en chirurgie/USI: 15 jours
 Embolisations artérielles bronchiques pour hémoptysie: 1

Tolérance du traitement médical

- Globalement satisfaisante sauf...
- Troubles digestifs majeurs sous PAS
- Hépatites: 5 (PZA)
- Polyneuropathies sous linézolide: 2
- Troubles du comportement sous cyclosérine: 1 (+1?)

Evolution

- DMS en MIT: 60 jours
- Non bacillifères: 8
- Cultures négatives: 4
- Délai moyen de négativation de l'ED sous traitement: 73 jours

Aux dernières nouvelles

- Perdu de vue: 1
- Suivi en consultation: 3
- Hospitalisés en MIT: 4
- Hospitalisés en SSR spécialisé: 4
- Aucun décès

Discussion-Conclusion

- Ces données, dans un contexte de majoration récente du nombre de cas pris en charge en France, mettent l'accent sur la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire lourde (médico chirurgicale et sociale) de ces TB-MDR et XDR, en raison de la sévérité de ces formes vues tardivement.
- Les résultats thérapeutiques actuels, malgré un recul modeste, apparaissent encourageants.
- La mise en place de filières de prise en charge dédiées de ces patients apparaît nécessaire.
- Le suivi à long terme permettra de mieux préciser la place de la chirurgie thoracique, celles de la bedaquiline et de l'association imipénème/clavulanate.

Bibliographie

Vezeris N. *et al.* Activity of carbapenems combined with clavulanate against murine tuberculosis. *Antimicrob Agents Chemother* 2011 Jun;55(6):2597-600

Diacon AH *et al.* The diarylquinoline TMC207 for multidrug-resistant tuberculosis. *N Engl J Med* 2009 Jun 4; 360(23):2397-405