

TB/VIH

MANUEL CLINIQUE

Seconde édition

Département Halte à la Tuberculose
 Département VIH/SIDA
 Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent



Organisation mondiale de la Santé
 Genève

Equipe de rédaction:

Anthony Harries

Conseiller du Programme national de lutte antituberculeuse, Lilongwe (Malawi)

Dermot Maher

Département Halte à la Tuberculose, Organisation mondiale de la Santé,
 Genève (Suisse)

Stephen Graham

Wellcome Trust Research Laboratories, Blantyre (Malawi) et
 Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool (Angleterre)

Avec la participation de:

Mario Raviglione et Paul Nunn

Département Halte à la Tuberculose

Charles Gilks

Département VIH/SIDA

Shamim Qazi et Martin Weber

Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent
 Organisation mondiale de la Santé

Eric van Praag

Family Health International, Washington DC, Etats-Unis

Avant-propos de:

Dr JW Lee (deuxième édition)

Sir John Crofton (première édition)

Remerciements:

Nous tenons à remercier pour leurs observations et leurs propositions
 Dr Kevin de Cock, le Dr Robert Colebunders, le Dr Peter Donald, le Dr Malgosia
 Grzemska, le Dr Fabio Scano, le Dr Robert Scherpbier, le Dr Jeffrey Starke
 et le Dr Mukund Uplekar qui a relu le manuscrit.



Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

TB/VIH: manuel clinique / équipe de rédaction:
Anthony Harries, Dermot Maher et Stephen Graham. Deuxième édition.

1. Tuberculose, pulmonaire 2. Tuberculose 3. Infections par le VIH
4. Infections opportunistes liées au SIDA 5. Antituberculeux
6. Antirétroviraux 7. Prestation des soins de santé, intégrée 8. Manuels
I. Harries, Anthony II. Maher, Dermot III. Graham, Stephen.

ISBN 92 4 154634 4

(Classification NLM: WF 200)

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés. Pour se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé, s'adresser à l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone: +41 22 791 2476; télécopie: +41 22 791 4857; adresse électronique: bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie: +41 22 791 4806; adresse électronique: permissions@who.int).



Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable des dommages éventuels résultant de leur utilisation.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs cités nommément.

Imprimé en Chine



Avant-propos de la seconde édition 11

Avant-propos de la première édition 12

Préface de la seconde édition 13

Glossaire et abréviations 15

Introduction 21

1. Informations générales sur la tuberculose et le VIH . 23

1.1 La tuberculose 23

1.1.1 Données de base sur la TB 23

1.1.2 Pathogénie 25

1.2 Virus de l'immunodéficience humaine 28

1.2.1 Introduction: le VIH et le SIDA 28

1.2.2 Épidémiologie du VIH et du SIDA 28

1.2.3 Transmission du VIH 29

1.2.4 Prévention de la transmission du VIH dans les unités de soins 29

1.2.5 Immunopathogénie de l'infection par le VIH 31

1.2.6 Évolution naturelle de l'infection par le VIH 31

1.2.7 Définition des stades cliniques 33

1.2.8 Surveillance épidémiologique du SIDA 35

1.3 Tuberculose liée au VIH 37

1.3.1 Épidémiologie de la co-infection par le VIH et *M. tuberculosis* . 37

1.3.2 Infections par le VIH et risque de tuberculose 37

1.3.3 La tuberculose pendant l'évolution de l'infection par le VIH . 38

1.3.4 Conséquences de la co-infection par le VIH et *M. tuberculosis* 38

1.3.5 Impact du VIH sur la lutte antituberculeuse 38

1.3.6 Schémas d'évolution de la TB liée au VIH 39

1.3.7 Impact de la TB sur le VIH 40

2 Cadre élargi d'une lutte antituberculeuse efficace . 43

2.1 Introduction 43

2.2 Éléments du cadre élargi de la lutte antituberculeuse . . . 44

2.2.1 Objectifs de la lutte antituberculeuse 44

2.2.2 Cibles assignées à la lutte antituberculeuse
(guérison et dépistage des cas) 44

2.2.3 Train de mesures pour la lutte antituberculeuse
(la stratégie DOTS) 45



2.2.4 Activités essentielles pour la mise en application de la stratégie DOTS46

2.2.5 Indicateurs pour mesurer la progression vers la maîtrise de la tuberculose47

2.3 Traitement sous supervision directe48

2.4 Tuberculose-VIH49

2.5 DOTS-Plus49

3 Diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte .53

3.1 Méthodes de diagnostic53

3.2 Tableau clinique54

3.3 Diagnostic à partir des frottis d'expectoration55

3.4 Diagnostic différentiel de la TB pulmonaire58

3.5 Diagnostic par la radiographie thoracique60

3.6 Anomalies des clichés radiologiques en cas de TB pulmonaire 60

3.7 Diagnostic différentiel à l'examen radiologique61

3.8 Rôle de la culture pour le diagnostic62

3.9 Septicémie et TB concomitante62

3.10 Comment distinguer la TB pulmonaire d'autres affections pulmonaires liées au VIH62

4 Diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant .67

4.1 Epidémiologie de la TB chez l'enfant67

4.2 En quoi la tuberculose de l'enfant diffère-t-elle de celle de l'adulte?69

4.3 Méthode de diagnostic70

4.4 Système de notation pour le diagnostic de la TB chez l'enfant73

4.5 L'intradermoréaction à la tuberculine74

4.6 Décision de commencer le traitement antituberculeux chez l'enfant75

4.7 Impact du VIH sur le diagnostic de la TB chez l'enfant76

4.8 Diagnostic différentiel de la TB pulmonaire chez un enfant infecté par le VIH77

4.9 Prise en charge des enfants en contact avec des adultes contagieux78

5 Diagnostic de la tuberculose extrapulmonaire chez l'adulte et l'enfant83

5.1 Méthode de diagnostic83

5.2 Tuberculose ganglionnaire83



| | | |
|-----|--|-----|
| 5.3 | Tuberculose miliaire (disséminée) | .86 |
| 5.4 | Tuberculoses des séreuses (épanchement pleural, péricardique, ascite) | .87 |
| 5.5 | Méningite tuberculeuse | .94 |
| 5.6 | Autres formes de TB extrapulmonaire | .96 |
| 5.7 | Informations complémentaires sur la TB de la colonne vertébrale, du tube digestif et du foie | .98 |



6 Diagnostic du VIH chez l'adulte atteint de tuberculose 101

| | | |
|-------|---|-----|
| 6.1 | Reconnaissance clinique de l'infection par le VIH chez un sujet atteint de TB | 101 |
| 6.2 | Recherche du VIH | 102 |
| 6.2.1 | Recherche des anticorps anti-VIH | 102 |
| 6.2.2 | Recherche du virus | 103 |
| 6.2.3 | Objectifs de la recherche d'anticorps anti-VIH chez les sujets atteints de TB | 104 |
| 6.2.4 | Stratégie de la recherche des anticorps anti-VIH chez les sujets atteints de TB | 104 |
| 6.2.5 | Diagnostic de l'infection par le VIH chez les sujets atteints de TB | 105 |
| 6.3 | Le conseil | 106 |



7 Diagnostic du VIH chez l'enfant tuberculeux. 111

| | | |
|-----|---|-----|
| 7.1 | Reconnaissance clinique de l'infection par le VIH chez l'enfant tuberculeux | 111 |
| 7.2 | Dépistage du VIH | 112 |
| 7.3 | Conseils | 113 |

8 Définition des cas de tuberculose et des catégories de traitement 117

| | | |
|-------|---|-----|
| 8.1 | Définition des cas | 117 |
| 8.1.1 | Introduction | 117 |
| 8.1.2 | Questions et réponses à propos des définitions de cas | 117 |
| 8.1.3 | Définition des cas selon le siège de la maladie et le frottis d'expectoration | 118 |
| 8.1.4 | Catégories de patient pour l'enregistrement au moment du diagnostic | 119 |
| 8.2 | Classement des diagnostics en catégories | 120 |



9 Prise en charge des cas de tuberculose. 123

9.1 Introduction 123

9.2 Mode d'action des médicaments antituberculeux 125

9.3 Schémas thérapeutiques antituberculeux 126

9.3.1 Nouveaux cas 126

9.3.2 Retraitement 127

9.3.3 Codification des schémas thérapeutiques antituberculeux . 127

9.3.4 Schémas thérapeutiques recommandés 128

9.3.5 Utilisation de la streptomycine dans les zones à forte prévalence du VIH 129

9.3.6 Utilisation des antituberculeux chez l'enfant 129

9.4 Schémas thérapeutiques antituberculeux: questions et réponses 130

9.5 Utilisation des médicaments antituberculeux dans certains cas particuliers 132

9.6 Rôle de la corticothérapie adjuvante: questions et réponses 133

9.7 Suivi des malades en cours de traitement 135

9.7.1 Suivi des malades atteints de TBP à frottis positif 135

9.7.2 Enregistrement des résultats du traitement 136

9.7.3 Etudes de cohorte: questions et réponses 137

9.8 Réaction des cas de TB VIH-positifs au traitement antituberculeux 137

10 Effets secondaires des médicaments antituberculeux . 141

10.1 Introduction 141

10.2 Prévention des effets secondaires 141

10.3 Où prendre en charge les effets indésirables? 141

10.4 Quand arrêter les antituberculeux? 142

10.5 Effets secondaires des antituberculeux. 142

10.5.1 Effets secondaires des antituberculeux chez les malades VIH-positifs 143



| | | |
|-----------|---|------------|
| 10.6 | Prise en charge des effets secondaires des médicaments en fonction des symptômes | 144 |
| 10.7 | Prise en charge des prurits et des réactions cutanées ... | 145 |
| 10.7.1 | Schémas thérapeutiques comprenant la thioacétazone .. | 145 |
| 10.7.2 | Schémas thérapeutiques sans la thioacétazone | 146 |
| 10.8 | Désensibilisation | 147 |
| 10.9 | Prise en charge de l'hépatite | 147 |
| 11 | Thérapie antirétrovirale contre l'infection par le VIH | 149 |
| 11.1 | Introduction | 149 |
| 11.2 | Médicaments antirétroviraux | 150 |
| 11.3 | Principes de la thérapie antirétrovirale..... | 151 |
| 11.4 | Principes de l'approche de la santé publique pour ces traitements..... | 151 |
| 11.5 | Début de la thérapie | 152 |
| 11.5.1 | Adultes et adolescents présentant une infection avérée par le VIH | 152 |
| 11.5.2 | Nourrissons et enfants | 152 |
| 11.6 | Posologies recommandées | 154 |
| 11.6.1 | Adultes et adolescents | 154 |
| 11.6.2 | Enfants | 154 |
| 11.7 | Choix du schéma thérapeutique | 161 |
| 11.7.1 | Adultes | 161 |
| 11.7.2 | Enfants | 162 |
| 11.8 | Contrôle de l'efficacité du traitement | 163 |
| 11.9 | Effets secondaires | 163 |
| 11.10 | Interactions entre les ARV et les médicaments pour éviter ou traiter les infections opportunistes | 165 |
| 11.11 | Antirétroviraux et traitements antituberculeux | 165 |
| 11.11.1 | Interactions médicamenteuses | 165 |
| 11.11.2 | Traitement concomitant de la TB et du VIH | 165 |
| 11.11.3 | Syndrome de reconstitution immunitaire | 166 |



| | | |
|-----------|---|------------|
| 11.11.4 | Options pour le traitement antirétroviral chez les patients tuberculeux | 166 |
| 12 | Traitement et prévention des autres affections liées au VIH chez les patients tuberculeux VIH-positifs ... | 169 |
| 12.1 | Introduction | 169 |
| 12.2 | Maladies liées au VIH | 169 |
| 12.3 | Infections sexuellement transmissibles | 170 |
| 12.3.1 | Prise en charge des syndromes | 171 |
| 12.3.2 | Schémas thérapeutiques pour les IST courantes | 171 |
| 12.4 | Problèmes cutanés et buccaux | 173 |
| 12.5 | Problèmes respiratoires | 178 |
| 12.5.1 | Chez l'adulte | 178 |
| 12.5.2 | Chez l'enfant | 180 |
| 12.6 | Problèmes digestifs | 180 |
| 12.6.1 | Dysphagies | 180 |
| 12.6.2 | Diarrhées de l'adulte | 182 |
| 12.6.3 | Diarrhées de l'enfant | 184 |
| 12.7 | Problèmes neurologiques de l'adulte | 184 |
| 12.7.1 | Etats confusionnels aigus | 185 |
| 12.7.2 | Modifications chroniques du comportement | 185 |
| 12.7.3 | Céphalées persistantes | 186 |
| 12.7.4 | Troubles de la locomotion | 187 |
| 12.7.5 | Altérations de la vision | 188 |
| 12.7.6 | Sensations de brûlures dans les pieds | 188 |
| 12.8 | Problèmes neurologiques courants chez l'enfant | 189 |
| 12.9 | Fièvre | 189 |
| 12.9.1 | Méthode de prise en charge | 189 |
| 12.9.2 | Infections généralisées | 190 |
| 12.10 | Autres problèmes liés au VIH | 191 |
| 12.11 | Prévention des infections opportunistes liées au VIH ... | 193 |
| 12.11.1 | Mesures générales | 193 |
| 12.11.2 | Vaccinations | 193 |
| 12.11.3 | Chimioprophylaxie primaire chez l'adulte | 194 |
| 12.11.4 | Chimioprophylaxie primaire chez l'enfant | 195 |
| 12.11.5 | Chimioprophylaxie secondaire chez l'adulte | 195 |



| | | |
|-----------|---|-----|
| 13 | Coordination des soins dans leurs divers cadres .. | 199 |
| 13.1 | Introduction | 199 |
| 13.2 | Elargissement du champ d'application de la nouvelle méthode pour faire baisser la charge de la TB-VIH | 199 |
| 13.3 | Orientation vers les services locaux de soins pour le VIH/SIDA | 200 |
| 13.4 | Avantages de l'appui des services locaux de soins pour le VIH/SIDA | 201 |
| 13.5 | Cadre pour les soins du VIH/SIDA qui intègre les interventions contre la tuberculose | 201 |
| 13.5.1 | Soins à domicile et dans la communauté | 201 |
| 13.5.2 | Soins de santé primaires | 202 |
| 13.5.3 | Soins de santé au niveau secondaire | 203 |
| 13.5.4 | Soins de santé au niveau tertiaire | 204 |
| 13.6 | Le secteur privé | 206 |
| 13.6.1 | Médecins privés | 206 |
| 13.6.2 | Tradipraticiens | 206 |
| 13.7 | Recherche opérationnelle visant à intégrer davantage les soins et la prévention de la tuberculose et du VIH/SIDA .. | 206 |
| 13.7.1 | Promotion des services de conseil et de dépistage volontaire du VIH pour l'amélioration des soins de la tuberculose | 207 |
| 13.7.2 | Approche pratique de la santé pulmonaire | 207 |
| 14 | Prévention de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH | 209 |
| 14.1 | Introduction | 209 |
| 14.2 | Protection des personnes VIH-positives contre l'exposition à la TB | 209 |
| 14.2.1 | Amélioration du milieu | 210 |
| 14.2.2 | Masques de protection | 210 |
| 14.2.3 | Education des malades | 210 |
| 14.2.4 | Cas suspects de TBP | 211 |
| 14.2.5 | Malades ayant une TBP à frottis positif | 211 |
| 14.2.6 | Malades ayant une tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) | 211 |



| | | |
|--------|--|-----|
| 14.3 | Rôle du BCG dans la prophylaxie de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH | 212 |
| 14.3.1 | Considérations générales | 212 |
| 14.3.2 | Protection induite par le BCG chez les enfants infectés par le VIH | 212 |
| 14.3.3 | Sécurité d'emploi du BCG chez les enfants infectés par le VIH | 212 |
| 14.3.4 | Politique recommandée par l'OMS à propos du BCG et du VIH | 213 |
| 14.4 | Rôle du programme élargi de vaccination (PEV) | 213 |
| 14.5 | Traitement préventif | 213 |
| 14.5.1 | Groupes ciblés | 214 |
| 14.5.2 | Rôle du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes VIH-positives | 216 |
| 14.5.3 | Recommandations de l'OMS et de l'ONUSIDA pour le traitement préventif de la tuberculose chez les personnes VIH-positives | 216 |
| | Index | 221 |

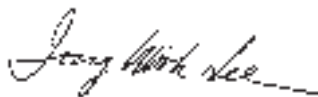


L'OMS s'est engagée à ce que la santé publique fasse de grands progrès dans le monde. En ce qui concerne la tuberculose, l'objectif est de parvenir à l'échelle mondiale à un taux de guérison de 85% et un taux de dépistage de 70% d'ici à 2005. Pour le virus de l'immunodéficience humaine, il s'agit d'arriver à fournir, dans les mêmes délais, le traitement antirétroviral à 3 millions de personnes dans les pays en développement. Les objectifs du Millénaire pour le développement visent à une amélioration de la santé des enfants et de la lutte contre les maladies transmissibles prioritaires (dont la tuberculose et le VIH) d'ici à 2015. Les progrès dans les soins de la co-infection par la tuberculose et le VIH contribueront à atteindre ces objectifs. Les médecins ont un rôle essentiel à jouer, non seulement pour les soins de leurs patients, mais aussi pour la santé publique.

Dans le cadre de la santé publique, la lutte contre la tuberculose repose sur la qualité des soins, qui passe entre autres par l'identification des patients et un traitement efficace. La prévention du VIH se fonde, quant à elle, sur la nécessité d'augmenter la proportion de personnes infectées qui choisissent de connaître leur statut. Les résultats positifs d'un test de dépistage du VIH devraient s'accompagner d'un accès à des soins de qualité. Il est essentiel de renforcer la confiance des communautés dans ces soins, ce qui améliorera l'acceptation du dépistage. Le présent manuel donne des indications pratiques sur les soins à apporter aux patients de tous âges infectés par le VIH: traitement de l'infection avec les antirétroviraux et des maladies qui s'y associent, dont la tuberculose.

Les épidémies de tuberculose et de VIH se superposent. Pour les médecins, les patients sont au cœur des actions de santé publique pour lutter contre la double infection. Ils sont par exemple en général en bonne position pour proposer aux patients tuberculeux le dépistage volontaire du VIH et les conseils qui vont de pair. Lorsque ces patients découvrent qu'ils sont séropositifs, leurs médecins sont bien placés pour veiller soit directement, soit en les orientant vers les services appropriés, à ce qu'ils reçoivent effectivement les prestations à vie dont ils ont besoin. Ces prestations doivent comprendre: le traitement de l'infection par le VIH, la prévention et le traitement des maladies liées au VIH, un soutien pour diminuer le risque de transmission du VIH, une aide psychologique et sociale.

Le présent manuel donne des indications précieuses aux médecins pour soigner les patients co-infectés par la tuberculose et le VIH. Leurs efforts sont indispensables pour atteindre collectivement les objectifs mondiaux de la santé publique.



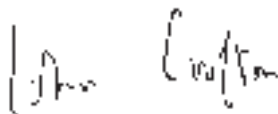
Dr JW Lee
Directeur général, Organisation mondiale de la Santé
Genève (Suisse)

Les médecins et le personnel soignant travaillant en Afrique subsaharienne seront impressionnés par le nombre de malades atteints de tuberculose et par l'épidémie de l'infection par le VIH et son effet qui accroît de manière dramatique l'impact de la tuberculose. Ils apprendront que, chez bien des sujets, le développement d'une tuberculose clinique est le premier signe d'une infection par le VIH sous-jacente. Cet excellent ouvrage est conçu pour le praticien très occupé. Il résume les caractéristiques des deux maladies, leurs interactions et met notamment l'accent sur les problèmes cliniques du diagnostic et de la prise en charge des adultes comme des enfants. Il résume les autres affections liées au VIH que le clinicien est susceptible de rencontrer chez les patients atteints par la tuberculose et le VIH. Passant en revue le problème d'une manière très utile pour ceux qui n'y ont pas encore fait face, il constitue également un ouvrage de référence commode pour le praticien expérimenté rencontrant une difficulté particulière. Bien présenté, il est facile à utiliser.

Le traitement moderne de la tuberculose chez les sujets infectés par le VIH réussit très bien. A côté du bénéfice qu'en tire le malade, il réduit le risque d'extension de la tuberculose aux familles et à la communauté. D'autres traitements contribuent à soulager ou à guérir les malades des autres affections liées au VIH. Le présent ouvrage en propose un bon résumé. Il est également un guide en matière de conseil et de coopération interinstitutions, deux éléments essentiels de la prise en charge de la tuberculose associée au VIH.

Les problèmes énormes posés par le VIH et la tuberculose en Afrique subsaharienne prennent une acuité croissante en Asie et en Amérique du Sud, où cet ouvrage devrait se révéler également très utile.

Je tiens à féliciter l'OMS pour avoir décidé de produire ce livre de grande valeur et les auteurs pour l'imagination et le sens pratique dont ils ont fait preuve dans la manière de présenter les problèmes et leur prise en charge.



Sir John Crofton
Professeur émérite sur les maladies respiratoires et la tuberculose
Université d'Edimbourg (Ecosse)

La reconnaissance des conséquences du VIH sur la prise en charge clinique de la tuberculose a incité l'OMS à publier la première version de ce manuel en 1996. En réponse à la demande, il a été adapté aux différentes régions et traduit dans de nombreuses langues. Il a été distribué à plus de 100 000 exemplaires. Les atouts et les faiblesses de la première édition, de même que l'évolution des connaissances dans le domaine de la co-infection TB-VIH, ont suscité l'élaboration d'une seconde édition.

Nous avons accordé une attention accrue à la nécessité pour les programmes nationaux de lutte antituberculeuse d'assurer des soins de qualité aux enfants atteints par la tuberculose. La présente édition donne donc des principes plus approfondis pour les prendre en charge.

Le VIH alimente l'épidémie de la tuberculose dans les populations où ces deux infections coexistent. L'intensité de la transmission de *Mycobacterium tuberculosis* augmente le nombre de personnes infectées par le VIH qui sont exposées, puis infectées par le bacille. Dans les populations où la prévalence du VIH est élevée, de nombreuses personnes VIH-positives développent la tuberculose et de nombreux patients tuberculeux sont co-infectés par le VIH. Mais à l'heure actuelle, seule une petite proportion de tous les sujets infectés par le VIH ont accès aux thérapies antirétrovirales. Toutefois cette proportion devrait rapidement augmenter cependant et les médecins qui soignent la tuberculose doivent se familiariser avec ces traitements. Pour toutes ces raisons, nous avons inclus dans cette édition un nouveau chapitre sur les médicaments antirétroviraux.

Le nouveau cadre élargi de la lutte antituberculeuse et le cadre stratégique de lutte contre la co-infection TB-VIH reprennent l'évolution de la politique antituberculeuse depuis 1996. Le Chapitre 2 intègre ces nouvelles directives.

Avec les changements mentionnés ci-dessus, le présent manuel donne des conseils actualisés sur la prise en charge des patients co-infectés par la tuberculose et le VIH.

Cet ouvrage est destiné avant tout aux médecins et aux autres professionnels de la santé qui travaillent dans les hôpitaux de district et dans les centres de santé des pays où le VIH et la tuberculose ont des

prévalences élevées. Il s'agit principalement de l'Afrique subsaharienne, cette région étant la plus sévèrement touchée par le VIH et la tuberculose liée au VIH. Nous espérons cependant qu'il pourra aussi être utile dans d'autres parties du monde, confrontées aux mêmes problèmes.

Les équipements varient d'un hôpital et d'un centre de santé à l'autre. Dans le cadre de ce manuel, nous sommes partis du principe que votre établissement disposait d'un petit laboratoire et d'un service de radiologie mais, même si ce n'est pas le cas, l'ouvrage garde son utilité. Les professionnels de la santé qui soignent des patients tuberculeux doivent savoir comment diagnostiquer et traiter la TB, connaître les principes du diagnostic et du traitement de l'infection à VIH et de l'autres affections qui lui sont associées. Le présent manuel vous aidera dans cette tâche.

Entrant dans la poche d'une blouse blanche, vous pouvez utiliser le présent manuel lors de la visite des patients hospitalisés, au cabinet ou au cours des consultations à domicile. Il est cependant impossible d'inclure dans un ouvrage de cette taille toutes les informations que vous pourriez souhaiter sur la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH. C'est pourquoi nous proposons à la fin de chaque chapitre des références complémentaires: livres, matériel d'information générale, revues ou articles récemment parus.

Le français n'étant pas obligatoirement la langue maternelle de nombre des utilisateurs du présent manuel, nous avons délibérément adopté un style simple. Nous serons heureux de recevoir vos observations sur cet ouvrage que vous pourrez envoyer à l'OMS. Elles nous serviront à améliorer les éditions à venir. De nombreuses références sont des publications de l'OMS. Pour en commander des exemplaires, veuillez prendre contact avec Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.



GLOSSAIRE ET ABRÉVIATIONS

Sont expliqués ici les abréviations ou acronymes et certains des termes employés dans le présent ouvrage.

| | |
|--------------------|--|
| abandon | sujet arrêtant la prise des médicaments avant la fin du traitement |
| ADF | association à dose fixe |
| AGP | adénopathie généralisée persistante |
| agranulocytose | absence de leucocytes polynucléaires |
| AINS | anti-inflammatoire non stéroïdien |
| anorexie | perte de l'appétit |
| antibiogramme | test pour établir la sensibilité du bacille tuberculeux ou sa résistance aux médicaments antituberculeux |
| ARC | AIDS <i>related complex</i> , syndrome associé au SIDA, pré-SIDA, para-SIDA |
| ARN | acide ribonucléique |
| ART | thérapie antirétrovirale |
| ARV | médicament antirétroviral |
| BAAR | bacille acido-alcoolorésistant |
| bacille mutant | bacille présentant une modification génétique soudaine qui le différencie du reste de la population bacillaire |
| bactéricide | détruit les bactéries |
| bactériostatique | inhibe la multiplication des bactéries |
| BCG | Bacille de Calmette-Guérin |
| blocage médullaire | obstruction à la circulation normale du LCR le long de la moelle épinière (arachnoïdite spinale) |
| bronchectasie | dilatation irréversible des bronches avec infection permanente des expectorations |
| bubon | tuméfaction d'un ganglion contenant du pus |
| caséification | dégradation tissulaire due au bacille de la tuberculose, aboutissant à la formation d'une matière jaune blanchâtre ressemblant à du fromage (caseum) |
| CBD | chimiothérapie de brève durée |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention (Etats-Unis) |
| CDV | conseil et dépistage volontaire (du VIH) |
| cellules CD4 | sous-groupe de lymphocytes T porteurs d'antigènes CD4 |

| | |
|---------------------|---|
| chimiothérapie | traitement avec des médicaments: la chimiothérapie antituberculeuse signifie ainsi le traitement par des médicaments antituberculeux |
| CMV | cytomégalovirus |
| co-infection | infection simultanée par différents germes |
| (infection mixte) | pathogènes, par exemple <i>M. tuberculosis</i> et le VIH |
| coloration ZN | coloration de Ziehl-Neelsen |
| conjonctivite | réaction douloureuse d'hypersensibilité de la |
| phlycténulaire | conjonctive à la tuberculose primaire, se manifestant par une irritation et de petites taches rouges à la jonction de la cornée et de la sclérotique |
| conseil | dialogue par lequel une personne (le conseiller) aide son interlocuteur (le malade ou le client) à prendre des décisions et à agir en fonction de celles-ci |
| contacts | personnes (souvent les membres de la famille) vivant auprès d'un sujet tuberculeux et risquant de contracter l'infection tuberculeuse |
| cotrimoxazole | triméthoprime / sulfaméthoxazole (TMP/SMX) |
| dactylite | inflammation des doigts |
| désensibilisation | manière de vaincre l'hypersensibilité à un médicament en ré-exposant progressivement le sujet à ce médicament |
| dyspnée | gêne respiratoire |
| EIA | test immunoenzymatique |
| épanchement | accumulation de liquide dans le péricarde |
| péricardique | |
| épanchement pleural | accumulation de liquide dans l'espace pleural |
| érythème noueux | nodules rouges, douloureux, sensibles sur l'avant des jambes |
| exsudat | liquide à forte teneur en protéine et avec beaucoup de cellules inflammatoires dans une zone malade |
| faux négatif | résultat négatif d'un test alors qu'il devrait être positif |
| faux positif | résultat positif d'un test alors qu'il devrait être négatif |
| fluorochromes | colorants prenant un éclat brillant à la lumière ultraviolette |
| frottis négatif | absence de BAAR dans un frottis réalisé à partir des expectorations (crachat) d'un malade et observé au microscope |
| frottis positif | présence de BAAR dans un frottis réalisé à partir des expectorations (crachat) d'un malade et observé au microscope |



| | |
|------------------------|---|
| GDF | dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux |
| gibbosité | angle de la colonne vertébrale dû à un effondrement provoqué par la tuberculose |
| hémoptysie | expectorations mêlées de sang |
| HEPA | filtres HEPA (High Efficiency Particulate Air) |
| hilaire | en rapport avec le hile |
| hile | partie médiane de la face interne des poumons contenant les grosses bronches, les artères et les veines pulmonaires |
| IEC | information, éducation, communication |
| IM | injection par voie intramusculaire |
| immunosuppresseur | médicament supprimant l'immunité normale |
| incidence | nombre de cas nouveaux d'une maladie dans une population pendant une période donnée (en général un an) |
| induration | épaississement, par exemple de la peau, lors du test à la tuberculine |
| infection opportuniste | infection qui "profite" de la faiblesse des défenses immunitaires d'une personne pour provoquer une maladie |
| INNTI | inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse |
| INTI | inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse |
| IP | inhibiteurs de la protéase |
| IST | infection sexuellement transmissible |
| ITI | inhibiteur de la transcriptase inverse |
| ITI nucléotidique | inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse |
| latent | se dit de quelque chose qui est présent sans se manifester (mais qui peut se manifester ultérieurement) |
| LCR | liquide céphalo-rachidien |
| lésion | zone d'altération d'un tissu ou d'un organe |
| LME | liste des médicaments essentiels |
| LMP | leucoencéphalopathie multifocale progressive |
| lymphocytes T | lymphocytes responsables de l'immunité à médiation cellulaire |
| MAC | complexe <i>M. avium intracellulare</i> (l'une des mycobactéries atypiques) |
| malade TB-VIH | tuberculeux infecté par le VIH |



| | |
|-----------------------------|---|
| méningisme | présence de symptômes évoquant la méningite, par exemple des céphalées, la raideur du cou, le signe de Kernig |
| monothérapie | traitement avec un seul médicament |
| mutation | modification génétique soudaine ayant par exemple comme résultat de rendre un bacille résistant aux médicaments |
| mycobactérie atypique | mycobactérie n'occasionnant pas la tuberculose |
| nourrison | enfant de moins de 12 mois |
| NS | numération sanguine complète |
| observance du traitement | le sujet prend ses médicaments comme ils lui ont été prescrits |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | organisation non gouvernementale |
| pathogénie | mécanisme de développement d'une maladie |
| PCIME | prise en charge intégrée des maladies de l'enfant |
| période muette | période de trois mois environ entre la contamination d'une personne par le VIH et l'apparition des anticorps dans le sang |
| PEV | Programme élargi de Vaccination |
| PIL | pneumonie interstitielle lymphoïde |
| PNAT | programme national de lutte antituberculeuse |
| pneumothorax | accumulation d'air dans l'espace pleural |
| PPC | pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i> (désormais appelé <i>Pneumocystis jiroveci</i>) |
| PPD | tuberculine purifiée - dérivé protéique purifié (<i>Purified Protein Derivative</i>) |
| PVJ | pression veineuse jugulaire (jugulogramme) |
| PVS | personnes vivant avec le VIH/SIDA |
| quiescent | inactif, dormant, en sommeil |
| réaction d'hypersensibilité | réaction immunologique même à une petite quantité d'un médicament ou d'un autre antigène, par exemple la tuberculine |
| rechute | maladie se manifestant de nouveau, après que le patient a été déclaré guéri |
| résistance acquise | résistance de <i>M. tuberculosis</i> à des médicaments antituberculeux chez un malade qui a déjà été traité contre la tuberculose |
| résistance initiale | résistance de <i>M. tuberculosis</i> à des médicaments antituberculeux chez un malade qui n'en a jamais pris auparavant |
| schéma thérapeutique | un ou plusieurs médicaments donnés à une certaine posologie pendant une durée déterminée |



| | |
|------------------------------------|---|
| scrofulé | ganglion lymphatique tuberculeux dans le cou |
| séroconversion | apparition des anticorps anti-VIH dans le sang, normalement trois mois après la contamination |
| SIDA | syndrome d'immunodéficience acquise |
| SK | sarcome de Kaposi |
| SL | syndrome de Lyell (épidermolyse nécrosante suraiguë) |
| SNC | système nerveux central |
| soins à domicile | soins d'un patient à domicile plutôt qu'à l'hôpital |
| SSP | soins de santé primaires |
| statut VIH | présence ou absence du VIH |
| suspicion de TBP | sujet présentant des manifestations cliniques évoquant pour l'agent de santé une tuberculose pulmonaire, en particulier une toux pendant plus de trois semaines |
| syndrome | groupe de signes et symptômes |
| syndrome d'amaigrissement | diarrhée chronique liée au VIH et s'accompagnant d'une perte de poids (syn.: "maladie de la maigreur") |
| syndrome de Stevens-Johnson | éruption caractéristique avec des lésions "en cocarde" et une inflammation des muqueuses |
| TAHA | traitement antirétroviral hautement actif |
| TB | tuberculose |
| TB liée au VIH | Tuberculose survenant chez une personne infectée par le VIH |
| TBEP | tuberculose extrapulmonaire (en dehors des poumons) |
| TB-MR | tuberculose à bacilles multirésistants |
| TBP | tuberculose pulmonaire |
| TB-VIH | infection simultanée (co-infection) par le bacille tuberculeux et le VIH |
| TDM | tomodensitométrie (scanner) |
| test VIH | recherche des anticorps anti-VIH dans le sang |
| TFH | tests de la fonction hépatique |
| thrombopénie | diminution du nombre des plaquettes dans le sang |
| TMP-SMX | triméthoprime-sulfaméthoxazole |
| traitement adjuvant | en addition à un autre traitement |
| traitement empirique | traitement d'une pathologie sans avoir la confirmation du diagnostic par des tests |
| traitement préventif (prophylaxie) | traitement destiné à prévenir la maladie, par exemple l'isoniazide en prophylaxie de la tuberculose dans certains cas |



| | |
|-------------|---|
| TSD | traitement sous supervision directe (= DOT - <i>directly observed treatment</i> dans la stratégie DOTS: un auxiliaire s'assure, en le surveillant, que le patient avale bien les comprimés prescrits) |
| tubercules | petites lésions arrondies tuberculeuses |
| tuberculine | protéine extraite du bacille tuberculeux (PPD) |
| tuberculome | lésion tuberculeuse arrondie de 1 cm ou plus de largeur |
| UICTMR | Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| VGM | volume globulaire moyen |
| VIH | virus de l'immunodéficience humaine |
| VIH-négatif | absence d'anticorps anti-VIH |
| VIH-positif | présence d'anticorps anti-VIH |



En l'absence de traitement, l'infection par le VIH entraîne une immunodéficience progressive s'accompagnant d'une sensibilité de plus en plus grande aux infections, dont la tuberculose. Le VIH alimente l'épidémie de TB dans de nombreux pays, notamment en Afrique subsaharienne mais aussi, de plus en plus, en Asie et en Amérique du Sud. Dans les populations à forte prévalence du VIH, la TB est une cause majeure de morbidité et de mortalité. Les programmes de lutte contre ces deux maladies ont donc des préoccupations communes. La prévention du VIH doit être une priorité de la lutte antituberculeuse, de même que le traitement et la prévention de la TB doivent aussi l'être pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Dans les deux cas, ces programmes fournissent un appui au personnel des services de santé généraux mais, jusqu'à présent, ils ont suivi en grande partie des voies séparées. La nouvelle méthode de lutte antituberculeuse dans les populations à forte prévalence du VIH requiert désormais la collaboration entre ces programmes.

L'infection par le VIH accroît la pression sur les programmes qui s'occupent de la TB et se trouvent confrontés à un nombre croissant de cas. Le VIH a pour effet de révéler toutes les faiblesses des programmes de lutte antituberculeuse. L'augmentation du nombre de cas suspects surcharge les services de diagnostic. Les tuberculoses extrapulmonaires et les tuberculoses pulmonaires à frottis négatif, plus difficiles à diagnostiquer, représentent une proportion plus grande des cas. On observe plus de réactions indésirables aux médicaments. La morbidité et la mortalité augmentent, en partie à cause d'autres infections liées au VIH que l'on peut guérir. Le risque de rechute est plus élevé. Si le diagnostic de la TB a toujours été difficile chez l'enfant, il se complique encore en présence du VIH.

Les programmes de lutte antituberculeuse ont pour objectif de faire diminuer la morbidité, la mortalité et la transmission de la TB, tout en évitant l'apparition de pharmacorésistances. Jusqu'à présent, les efforts pour lutter contre la TB chez les personnes infectées par le VIH ont porté principalement sur la mise en œuvre de la stratégie DOTS. Le principe fondamental en est l'identification et la guérison des cas contagieux (parmi les patients se présentant dans les services de santé). On cible ainsi la dernière étape dans la séquence des événements qui font que le VIH alimente l'épidémie de TB, à savoir la transmission de *M. tuberculosis* par les cas contagieux. L'approche élargie de la lutte

antituberculeuse dans les populations à forte prévalence du VIH comprend des interventions contre les deux agents infectieux (on lutte en effet indirectement contre la TB en combattant le VIH). La mise en œuvre de cette approche repose sur la poursuite des activités essentielles des deux programmes avec, en outre, une collaboration sur des actions communes portant sur des domaines d'intérêt général: formation du personnel, éducation du public, approvisionnement en médicaments, dépistage et prise en charge des cas, surveillance.

