

# 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](mailto: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](mailto: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 DOTS .....46
- 2.2.5 Indicateurs pour mesurer la progression vers la maîtrise de la tuberculose .....47
- 2.3 Traitement sous supervision directe .....48
- 2.4 Tuberculose-VIH .....49
- 2.5 DOTS-Plus .....49
- 3 Diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte .53**
- 3.1 Méthodes de diagnostic .....53
- 3.2 Tableau clinique .....54
- 3.3 Diagnostic à partir des frottis d'expectoration .....55
- 3.4 Diagnostic différentiel de la TB pulmonaire .....58
- 3.5 Diagnostic par la radiographie thoracique .....60
- 3.6 Anomalies des clichés radiologiques en cas de TB pulmonaire 60
- 3.7 Diagnostic différentiel à l'examen radiologique .....61
- 3.8 Rôle de la culture pour le diagnostic .....62
- 3.9 Septicémie et TB concomitante .....62
- 3.10 Comment distinguer la TB pulmonaire d'autres affections pulmonaires liées au VIH .....62
- 4 Diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant .67**
- 4.1 Epidémiologie de la TB chez l'enfant .....67
- 4.2 En quoi la tuberculose de l'enfant diffère-t-elle de celle de l'adulte? .....69
- 4.3 Méthode de diagnostic .....70
- 4.4 Système de notation pour le diagnostic de la TB chez l'enfant .....73
- 4.5 L'intradermoréaction à la tuberculine .....74
- 4.6 Décision de commencer le traitement antituberculeux chez l'enfant .....75
- 4.7 Impact du VIH sur le diagnostic de la TB chez l'enfant ....76
- 4.8 Diagnostic différentiel de la TB pulmonaire chez un enfant infecté par le VIH .....77
- 4.9 Prise en charge des enfants en contact avec des adultes contagieux .....78
- 5 Diagnostic de la tuberculose extrapulmonaire chez l'adulte et l'enfant .....83**
- 5.1 Méthode de diagnostic .....83
- 5.2 Tuberculose ganglionnaire .....83



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
<b>6</b>	<b>Diagnostic du VIH chez l'adulte atteint de tuberculose</b> .....	<b>101</b>
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
<b>7</b>	<b>Diagnostic du VIH chez l'enfant tuberculeux</b> .....	<b>111</b>
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
<b>8</b>	<b>Définition des cas de tuberculose et des catégories de traitement</b> .....	<b>117</b>
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
<b>11</b>	<b>Thérapie antirétrovirale contre l'infection par le VIH .....</b>	<b>149</b>
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
<b>12</b>	<b>Traitement et prévention des autres affections liées au VIH chez les patients tuberculeux VIH-positifs</b>	<b>169</b>
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



<b>13</b>	<b>Coordination des soins dans leurs divers cadres</b> ..	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
<b>14</b>	<b>Prévention de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH</b> .....	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
	<b>Index</b> .....	221

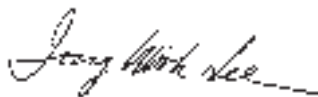


L'OMS s'est engagée à ce que la santé publique fasse de grands progrès dans le monde. En ce qui concerne la tuberculose, l'objectif est de parvenir à l'échelle mondiale à un taux de guérison de 85% et un taux de dépistage de 70% d'ici à 2005. Pour le virus de l'immunodéficience humaine, il s'agit d'arriver 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.



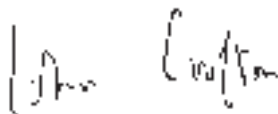
Dr JW Lee  
Directeur général, Organisation mondiale de la Santé  
Genève (Suisse)

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.

