

8.1 DÉFINITION DES CAS

8.1.1 Introduction

Le diagnostic de TB signifie que le sujet présente une pathologie symptomatique due à des lésions causées par *M. tuberculosis*, mais de quel type de tuberculose s'agit-il? Il est important de répondre à cette question avant de démarrer le traitement. La définition des cas nous renseigne sur la forme de TB et nous définissons les cas d'une manière codifiée. Cela veut dire que, lorsque nous évoquons une certaine forme de TB, nous parlons tous de la même chose.

Un cas suspect est une personne qui présente des signes et des symptômes évocateurs de la TB, notamment une toux prolongée.

Un cas de TB est un sujet pour lequel la maladie est confirmée par la bactériologie ou dont le diagnostic a été établi par un médecin.

NB: il faut enregistrer toute personne à qui l'on administre un traitement antituberculeux.

Un cas certain est un sujet qui a donné une culture positive du complexe *M. tuberculosis*. (Dans les pays où l'on ne peut pas systématiquement mettre des échantillons en culture, un patient qui donne deux frottis positifs est aussi considéré comme un "cas certain".)

8.1.2 Questions et réponses à propos des définitions de cas

Pourquoi définir les cas? Pour 2 raisons:

- a) pour déterminer le traitement;
- b) aux fins d'enregistrement et de notification (voir Chapitre 2).

Pourquoi les définitions de cas déterminent-elles le traitement? Pour 3 raisons:

- a) pour identifier les cas prioritaires;
- b) pour utiliser au mieux les ressources (en ciblant les ressources sur les cas prioritaires);
- c) pour réduire le plus possible les effets secondaires pour les malades (en réservant les schémas thérapeutiques les plus puissants à certains cas).

Comment définit-on un cas? Il y a 4 facteurs:

- a) la localisation de la TB
- b) le résultat du frottis de l'expectoration
- c) l'existence d'un traitement antituberculeux antérieur
- d) la gravité de la TB

EN PRATIQUE

Toujours demander à un "nouveau" cas de TB s'il a déjà été traité pour la TB.

Le tableau suivant expose les facteurs permettant de définir le cas et leur importance.

Facteur définissant le cas	Importance
localisation de la TB	enregistrement et notification
résultat de la recherche des BAAR dans un frottis d'expectoration	<ul style="list-style-type: none"> ◦ la priorité est d'identifier les cas à frottis positif (puisque ce sont les cas contagieux) ◦ dans un bon PNAT, au moins 50% des cas sont des TB pulmonaires à frottis positif. ◦ enregistrement et notification (le contrôle de la guérison bactériologique n'est facilement réalisable que dans ce groupe)
traitement antérieur	les sujets déjà traités et continuant de donner des frottis positifs ont un risque élevé de présenter une résistance aux antituberculeux. Ils nécessitent donc un schéma thérapeutique différent et plus puissant.
gravité de la TB	la plupart des autorités recommandent un schéma thérapeutique moins puissant pour les cas de TBP à frottis négatif sans cavités (et que l'on sait être séronégatifs pour le VIH).



8.1.3 Définition des cas selon le siège de la maladie et le frottis d'expectoration

Tuberculose pulmonaire à frottis positif (TBP+)

Au moins 2 frottis d'expectoration initiaux positifs pour les BAAR
ou

1 frottis positif et des anomalies radiologiques évocatrices d'une tuberculose pulmonaire évolutive de l'avis d'un médecin
ou

1 frottis positif et mise en évidence de *M. tuberculosis* par culture



Tuberculose pulmonaire à frottis négatif (TBP-)

Cas de tuberculose pulmonaire ne correspondant pas à la définition de la TB à frottis positif donnée ci-dessus.

8

Conformément aux bonnes pratiques cliniques et de santé publique, le diagnostic doit reposer sur les critères suivants:

au moins 3 frottis d'expectoration négatifs pour les BAAR

et

aucun résultat après un traitement par un antibiotique à large spectre

et

anomalies radiologiques évocatrices d'une tuberculose évolutive

et

décision prise par un médecin d'administrer un traitement antituberculeux complet

TB extrapulmonaire

TB affectant d'autres organes que les poumons: plèvre, ganglions lymphatiques, abdomen, appareil uro-génital, peau, articulations, os, méninges par exemple. Le diagnostic repose sur la culture positive d'un échantillon, l'histologie ou des signes cliniques manifestes d'une TB extrapulmonaire évolutive s'accompagnant de la décision prise par un médecin d'administrer un traitement antituberculeux complet. Si le diagnostic établit à la fois une tuberculose pulmonaire et extrapulmonaire, le patient doit être classé dans les cas de TB pulmonaire.



EN PRATIQUE

Sont des formes de tuberculose extrapulmonaire: l'épanchement pleural (la plèvre se trouve en dehors des poumons); la tuberculose miliaire (la TB est disséminée dans tout le corps et ne se limite pas aux poumons).

8.1.4 Catégories de patient pour l'enregistrement au moment du diagnostic

Nouveau cas

Patient dont on est certain qu'il n'a jamais pris d'antituberculeux ou qu'il n'en a pas pris pendant plus d'un mois.

Rechute

Patient qui

a) a déjà reçu un traitement, a été déclaré guéri,

et

b) présente à nouveau une TB mise en évidence par la bactériologie (frottis ou culture).



Traitement après échec thérapeutique

Patient qui commence un régime de retraitement après l'échec du premier traitement.

Traitement après interruption (abandon)

Patient qui reprend le traitement avec un diagnostic bactériologique positif après une interruption de 2 mois ou plus.

Transfert

Patient qui a été enregistré dans un autre service et qui est transféré pour poursuivre son traitement.

Autres

Tous les cas qui ne correspondent pas aux définitions ci-dessus. Ce groupe comprend les cas chroniques (à savoir les patients qui donnent des frottis positifs à l'issue d'un retraitement).

8.2 CLASSEMENT DES DIAGNOSTICS EN CATÉGORIES

En suivant les définitions de cas, on classe tous les patients (adultes et enfants) dans l'une des quatre catégories de diagnostic déterminant le traitement. Les patients sont classés de façon à faire correspondre chaque catégorie de diagnostic avec un schéma thérapeutique approprié. Le tableau suivant énumère les cas appartenant à chaque catégorie.



Catégorie de diagnostic	Patients
Catégorie 1	<ul style="list-style-type: none"> ◦ nouveaux cas de TBP à frottis positif ◦ nouveaux cas de TBP à frottis négatif avec une atteinte importante du parenchyme ◦ nouveaux cas de TB extrapulmonaire (sous une forme grave) ◦ malades tuberculeux gravement atteints avec infection concomitante par le VIH
Catégorie 2	<ul style="list-style-type: none"> ◦ TBP à frottis positif qui ont déjà été traitées: rechute, traitement après interruption, traitement après échec thérapeutique
Catégorie 3	<ul style="list-style-type: none"> ◦ cas de TBP à frottis négatif avec atteinte parenchymateuse limitée et séronégativité avérée pour le VIH ◦ TB extrapulmonaire (dans ses formes les moins graves) et séronégativité avérée pour le VIH
Catégorie 4	<ul style="list-style-type: none"> ◦ malades chroniques et TB multirésistant



Le tableau suivant énumère les formes graves et moins graves de TB extrapulmonaire

8

TB extrapulmonaires graves	TB extrapulmonaires moins graves
méningite	TB ganglionnaire
TB miliaire	épanchement pleural (unilatéral)
péricardite	TB osseuse (à l'exclusion du rachis)
péritonite	articulations périphériques
épanchement pleural bilatéral ou étendu	atteinte des surrénales
atteinte rachidienne	
TB intestinale	
TB uro-génitale	

Enfants

Les enfants et les adolescents sont souvent classés dans la catégorie 3. La TBP de l'enfant est presque toujours à "frottis négatif" (en fait le frottis n'est pas réalisé, car les enfants expectorent rarement). Lorsque les jeunes sont infectés pendant l'adolescence, il leur arrive de développer une tuberculose primaire, se présentant habituellement par un épanchement pleural ou par de petites lésions parenchymateuses dans les poumons. Selon une étude sur un groupe d'adolescents présentant un épanchement pleural, 25% développèrent une TBP en l'absence de traitement.



Organisation mondiale de la Santé. *Le traitement de la tuberculose: Principes à l'intention des programmes nationaux*. Deuxième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (WHO/TB/97.220) (Troisième édition publiée en anglais sous la cote WHO/CDS/TB/2003.313).

Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires. *Prise en charge de la tuberculose. Guide pour les pays à faibles revenus*. Cinquième édition. Paris, 2000.

Organisation mondiale de la Santé. *Tuberculosis handbook*. Genève, 1998 (WHO/TB/98.253).

Organisation mondiale de la Santé, Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires et l'Association Royale Hollandaise contre la Tuberculose (KNCV). Révisions des définitions internationales pour la lutte contre la tuberculose. *International journal of tuberculosis and lung disease*, 2001, 5(3): 213-215.

