

TUBERCULOSE PULMONAIRE À MICROSCOPIE NEGATIVE EN MILIEU HOSPITALIER SPECIALISE À BAMAKO

D. KAYANTAO*, I. MAÏGA**, F. BOUGOUDOGO***, R. POUABE TCHAMENI*, B. KEÏTA*, S. SANGARE*

RESUME

Les auteurs rapportent les résultats d'une étude prospective portant sur 37 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative soit une fréquence de 13,4 % pris en charge dans le service de pneumo-physiologie de l'hôpital du Point G à Bamako sur une période de 16 mois. Il s'agit de 26 hommes et 11 femmes dont la majorité ont un âge compris entre 15 et 45 ans.

Les critères diagnostiques étaient fondés sur la persistance des signes cliniques et radiologiques évocateurs de tuberculose pulmonaire malgré une antibiothérapie non spécifique bien conduite et trois échantillons d'expectoration négatifs mais également sur le succès du test thérapeutique anti-tuberculeux.

Les lésions radiologiques les plus fréquemment rencontrées étaient constituées par l'association nodule-infiltrat (64,8 %). L'infection VIH était associée dans 18,9 %. Cette étude confirme une certaine stagnation depuis une décennie des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative, observés dans le même service.

Mots clés : tuberculose pulmonaire à microscopie négative, diagnostic, Bamako.

SUMMARY

Smear negative tuberculosis in the hospital of Point G in Bamako.

Our aim was to study the diagnostic aspects of the smear negative tuberculosis in the specialise area in Bamako. Out of 275 patients who have pulmonary tuberculosis, 37 (13,4 %) have smear negative. The smear negative tuberculosis was observed from the patients who had 15 to 45 years old.

The radiological aspects of the smear negative tuberculosis were nodules and infiltrat (n = 24), miliary (n = 7), the association of nodules infiltrat and cavity (n = 3).

Tuberculin test was positive for 32,4 % of the patients. However 18,9 % of them were HIV seropositive.

The negative microscopy of sputum doesn't exclude the diagnosis of the pulmonary tuberculosis.

Key words : smear negative tuberculosis, diagnosis, Bamako.

INTRODUCTION

Un cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative se définit comme celui d'un malade qui présente au moins deux échantillons d'expectorations sans bacille tuberculeux, des anomalies radiologiques évocatrices de tuberculose avec absence de réponse au traitement antibiotique à large spectre pour lesquelles une chimiothérapie antituberculeuse a été prescrite (1).

Dans les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, la tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM-) présente peu d'intérêt en raison de son faible risque de contamination.

Par contre au plan clinique, elle constitue une préoccupation en raison de l'importance pronostique du traitement antituberculeux. Selon les études, sa fréquence varie de 13 à 35 % (3, 4).

Le but est d'étudier les aspects diagnostiques de la tuberculose pulmonaire à microscopie négative à l'hôpital du Point G à Bamako.

* Service de pneumo-physiologie Hôpital Point G - BP 333 - Bamako.

** Service de Bactériologie HPG- Bamako.

*** Service de Bactériologie.

Tuberculose pulmonaire...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (6)

I - PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude prospective portant sur des patients pris en charge pour tuberculose pulmonaire à microscopie négative dans le service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital du Point G à Bamako de janvier 1998 à avril 1999.

Un examen clinique minutieux a été pratiqué chez chaque patient. Les examens complémentaires ci-après ont été effectués :

- recherche de bacille tuberculeux dans au moins six échantillons successifs d'expectorations,
- radiographie thoracique,
- IDR à la tuberculine à 10 U,
- sérologie VIH,
- glycémie, azotémie,
- transaminases hépatiques.

Critères d'inclusion

Patients ayant reçu sans succès une antibiothérapie non

spécifique et qui présentent des signes d'imprégnation bacillaire avec au moins trois échantillons d'expectoration sans bacille tuberculeux et des anomalies radiologiques compatibles avec une tuberculose ; succès du test thérapeutique anti-tuberculeux.

Critères d'exclusion

Patients présentant des anomalies radiologiques pour lesquelles le traitement antibiotique a été jugé efficace.

II - RESULTATS

1 - Fréquence générale

Parmi 275 malades tuberculeux diagnostiqués dans le service, 37 avaient un frottis négatif sur au moins six échantillons d'expectoration soit une fréquence de 13,4 %.

2 - Fréquence selon l'âge et le sexe

Tableau I : Fréquence selon l'âge et le sexe

Age (années) / Sexe	Homme	Femme	Effectifs	%
15 - 25	2	6	8	21,6
26 - 35	5	1	6	16,2
36 - 45	5	2	7	18,9
46 - 55	3	1	4	10,8
56 - 65	6	1	7	18,9
66 - 75	3	0	3	8,1
76 - 85	1	0	1	2,7
Plus de 85	1	0	1	2,7
Total	26	11	37	
%	70,2	29,7	100	

Le sex-ratio était de 2,3 pour les hommes. Les sujets âgés de 15-45 ans représentaient 56,7 %.

3 - Répartition selon les anomalies radiologiques

Anomalies radiologiques	Effectifs	%
Nodules	1	2,7
Micro-nodule (miliaire)	7	18,9
Nodule + infiltrat	24	64,8
Nodule + infiltrat + caverne	3	8,2
Caverne + infiltrat	1	2,7
Atteinte pleuro-parenchymateuse	1	2,7
Total	37	100

Tableau II : Répartition des malades selon les anomalies radiologiques

L'association nodule infiltrat était la plus fréquemment rencontrée.

4 - Biologie

L'examen direct à la recherche de bacille tuberculeux dans les expectorations était négatif chez l'ensemble des malades.

Dans 64,28 % l'IDR à la tuberculine à 10 U était positive. Nous avons noté une anémie dans 32,4 % des cas, une hyperglycémie dans 3 cas.

Une élévation de l'azotémie et des transaminases a été notée dans un cas. La sérologie VIH était positive dans 18,9 % des cas.

III - COMMENTAIRES

La TPM représente 13,4 % des cas de tuberculose dans le service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital du Point G à Bamako. Depuis une décennie, les cas de TPM ont connu peu de variation ; KAYANTAO (3) avait trouvé 13,3 % dans le même service. Par contre, selon M'BOUSSA (5) les cas de TPM ont quadruplé au Congo Brazzaville de 1992 à 1995.

La fréquence des cas de tuberculose à microscopie négative varie de 13 à 35 % selon les auteurs (3, 4). On constate que les fréquences élevées s'observent dans les pays à forte prévalence infection VIH.

Les hommes et les patients âgés de 15-45 ans sont majoritaires. Ces résultats sont conformes à ceux de DIALLO (2).

La persistance des signes cliniques et des anomalies radiologiques malgré une antibiothérapie non spécifique bien conduite a été considérée comme un argument de forte présomption. La positivité de l'IDR (64 %) bien que non spécifique a servi d'élément d'orientation

et de présomption. Selon ZIDOUNI (9) la stratégie diagnostique doit être basée sur la répétition de l'examen microscopique et si possible la culture. L'association nodule-infiltrat a été observée dans 64,8 %, suivie d'images de miliaire 18,9 %. La présence d'infiltrat avec des nodules satellites doit être considérée comme un élément de forte présomption d'infection tuberculeuse. La prédominance des images nodulaires avaient été signalée chez les tuberculeux bacillifères dans le même service (7). La co-infection par le VIH, considérée à la fois comme un facteur de risque et aggravant, a été observée dans 18 % des cas. Celle-ci est en progression car elle était de 12 % (6). Si l'évolution immédiate sous anti-tuberculeux a été jugée favorable, on ne peut cependant pas exclure en l'absence de culture une infection à mycobactérie atypique. La culture aurait en outre permis d'identifier les cas de TPM à culture positive.

L'examen direct des expectorations, malgré ses limites, reste un examen de choix pour les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose des pays à faible revenu.

CONCLUSION

Dans les pays à forte prévalence tuberculeuse, la tuberculose à microscopie négative doit être évoquée devant la persistance des signes cliniques et radiologiques évocateurs de tuberculose, la négativité de trois échantillons de crachats ceci malgré une antibiothérapie non spécifique bien conduite.

L'administration correcte d'anti-tuberculeux améliore considérablement le pronostic.

BIBLIOGRAPHIE

1 - Anonyme

Le traitement de la tuberculose : Principes à l'intention des Programmes Nationaux. *Who / TB / 97* : 220.

2 - DIALLO M., CAMARA I.M., SOW O., DIALLO M.B., DIALLO A.

Tuberculose pulmonaire à frottis négatif en Guinée.

Tubercle and Lung Disease, 1996, 77 (Suppl 2) : 69-70.

3 - KAYANTAO D., KEÏTA B., SANGARE S.

Etude des causes d'hospitalisation de 1987 à 1991 dans le service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital du point G à Bamako Mali.

Méd d'Afr Noire ; 1998, 42 (12) ; 700-703.

4 - KIBUGA D.K.

Smear negative tuberculosis cases : who are they?

Tubercle and Lung Disease, 1996, 77 (Suppl) : 67-68.

5 - M'BOUSSA J., SIMMONET F., SAMBA-LEFEVRE M.-C., SICARD J., YOKOLO D., N'GALA J., YOKA A.

La tuberculose à frottis négatif dans les régions de Brazzaville et de la

Bouenza. *Tubercle and Lung Disease*, 1996, 77 (Suppl) : 69.

6 - SANGARE S., KEÏTA B., BASSE C., MAIGA Y.I., FAFANA O.

Infection à VIH et affections respiratoires dans le service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital national du Point G à Bamako.

Méd Afr Noire, 1991, 38 (2) : 93-100.

7 - SIDIBE S., KANE M., KAYANTAO D., KEÏTA A., KEÏTA B., SANGARE S., TRAORE I.

Apport de la radiographie dans le diagnostic de la tuberculose thoracique. *Mali Méd*, 1996, 11 : 2-5.

8 - TARDENCILLA A., CRUZ R., AMADOTTIR Th., JUDREZ I.

Smear negative TB patients. Who are they in Nicaragua ?

Tubercle and Lung Disease, 1996, 77 (Suppl) : 70.

9 - ZIDOUNI, BAOUGH L., CHAULET P.

Les cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative observés dans un secteur d'Alger.

Tubercle and Lung Disease, 1996, 77 (Suppl 2) : 69.