

Tuberculose pulmonaire chez un nouveau-né au service de Pédiatrie de Fianarantsoa *Pulmonary tuberculosis in a newborn at the Fianarantsoa paediatric ward*

Andriatahina TN^{1*}, Rabemananjara AM², Ramamonjirinina TP², Rabesandratana N³

1. Service de Pédiatrie du CHRD Moramanga
2. Service de Pédiatrie du CHU Andrainjato Fianarantsoa
3. Complexe Mère - Enfant du CHU Majunga, Faculté de Médecine – Université de Mahajanga

Auteur correspondant : ANDRIATAHINA Todisoa Nomenjanahary
todiandria@yahoo.fr

RESUME

Introduction : La tuberculose en période néonatale est souvent un diagnostic sous-estimé. Notre objectif était de rapporter un cas de tuberculose pulmonaire chez un nouveau-né de 27 jours.

Observation : Il s'agit d'un nouveau-né de 27 jours admis dans le service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Andrainjato Fianarantsoa pour une fièvre. Le diagnostic d'une tuberculose néonatale avait été retenu devant la notion de tuberculose active non traitée chez la mère, la séparation mère-enfant tardive en période néonatale, la présence de bacilles acido-alcool résistants dans le prélèvement par tubage gastrique du nouveau-né. Un traitement antituberculeux a entraîné la rémission des symptômes en particulier la disparition de la fièvre et le gain pondéral.

Conclusion : Une tuberculose active maternelle doit faire rechercher systématiquement une tuberculose néonatale.

Mots clés : antituberculeux, nouveau-né, tuberculose.

ABSTRACT

Introduction : Tuberculosis in the neonatal period is often an underestimated diagnosis. Our goal was to report a case of pulmonary tuberculosis in a 27-days newborn.

Observation : It was a 27-days newborn admitted to the CHU Andrainjato Fianarantsoa paediatric for a fever. The diagnosis of neonatal tuberculosis was based on the notion of active tuberculosis in the mother, late mother-child separation in the neonatal period, the presence of acid alcohol-resistant bacilli in the gastric aspirate of the newborn. Antituberculosis treatment resulted in remission of symptoms, especially decreased fever and weight gain.

Conclusion : Maternal active tuberculosis should routinely require the screening for neonatal tuberculosis.

Key words : antituberculosis agents, newborn, tuberculosis

INTRODUCTION

La tuberculose en période néonatale reste une entité sous-estimée de forme de tuberculose [1]. Néanmoins, on estime environ un million de cas de tuberculose chaque année dans la population pédiatrique confondue, avec un risque plus élevé de décès chez les plus jeunes [2]. L'objectif était de rapporter un cas de tuberculose diagnostiqué en période néonatale.

OBSERVATION

Un petit garçon de 27 jours était admis dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire d'Andrainjato à Fianarantsoa pour une fièvre isolée. Il était issu d'une mère âgée de 39 ans, à sa 9^{ème} geste, présentant avant sa grossesse une tuberculose pulmonaire à bascilloscopie positive. La mère n'a pas pris de médicaments antituberculeux au cours de la grossesse. La grossesse a été mal suivie, sans sérologie faite sauf celle du VIH qui était revenue négative. Aucun examen morphologique n'a été effectué. L'accouchement de terme inconnu s'est déroulé à domicile par une matrone, avec une bonne adaptation néonatale à la vie extra-utérine. Le poids de naissance était méconnu. Le nouveau-né était tout de suite mis sous allaitement artificiel par l'entourage. Il restait en contact avec sa mère jusqu'à son 4^{ème} jour de vie. Le traitement antituberculeux était initié chez la mère au 4^{ème} jour post-partum et elle a été séparée de son enfant. Le nouveau-né a eu le vaccin BCG au 4^{ème} jour de vie.

Au 27^{ème} jour de vie, il présentait une fièvre isolée. A l'examen, l'enfant était fébrile à 39°C, la fréquence respiratoire à 56 cycles par minute, la fréquence cardiaque à 128 battements par minute, le poids était de 2500g. L'enfant était en bon état général, avec une bonne coloration et une tonicité axiale et périphérique satisfaisante. Les réflexes archaïques étaient tous présents et normaux, la fontanelle était normotendue, l'examen de l'appareil respiratoire était sans anomalie, de même que l'examen de l'appareil cardiovasculaire. Il n'y avait pas de splénomégalie ni d'hépatomégalie. Aucune malformation externe visible n'a été décelée.

La numération formule sanguine a objectivé des globules blancs à 17G/l avec des lymphocytes à 68%, l'hémoglobine était de 119g/l et les plaquettes à 150G/l. La valeur de la CRP était à 12mg/l.

A été retenu comme premier diagnostic une infection bactérienne néonatale tardive. Le nouveau-né a été traité dans ce sens en attendant les explorations pour la tuberculose pulmonaire. Une persistance de la fièvre après 3 jours d'antibiothérapie a été notée ainsi qu'une absence de prise de poids malgré une alimentation artificielle adéquate. La sérologie VIH a été négative. Le test à la tuberculine en intradermique n'a pas été effectué. L'examen bactériologique par tubage gastrique pour la recherche de bacilles acido-alcool résistants était revenu positif. La radiographie du thorax n'a pas objectivé d'anomalie.

Les « critères de Cantwell » pour le diagnostic de la tuberculose congénitale n'ont pas pu être établis.

Devant la combinaison de faisceaux d'arguments anamnestiques, cliniques et paracliniques, le diagnostic de tuberculose pulmonaire néonatale chez ce nouveau-né a été retenu. Le traitement antituberculeux a été initié avec RIFAMPICINE, ISONAZIDE, associé à PYRAZINAMIDE. L'évolution a été marquée par une disparition de la fièvre au quatrième jour d'antituberculeux ainsi qu'une prise pondérale correcte vers le dixième jour de traitement. Il n'y avait pas d'aggravation clinique au cours de l'hospitalisation qui a duré 17 jours. Le contrôle après un mois de traitement était satisfaisant avec une bonne prise de poids qui était de 2850g à la sortie.

DISCUSSION

La tuberculose congénitale et la tuberculose néonatale sont des entités spécifiques de la tuberculose, rares et souvent sous-estimées mais nécessitant une attention particulière dans les régions à forte prévalence de la maladie. Sa prévalence est de l'ordre de 2% dans les pays à forte endémie tuberculeuse [1,3]. Il existe deux formes de tuberculose en période néonatale : la tuberculose congénitale et la tuberculose post-natale. La distinction entre ces deux formes demeure difficile, surtout en absence d'examen bactériologique de confirmation. Les « critères de Cantwell » établis en 1994 ont été maintenus jusqu'à présent pour poser le diagnostic d'une tuberculose congénitale [4]: la présence de *Mycobacterium tuberculosis* chez le nouveau-né, associée à une lésion granulomateuse hépatique

spécifique, à une infection placentaire, à une infection du tractus génital maternel ou à l'absence de contagion post-natale. Dans cette étude, les explorations nécessaires chez la mère n'ont pas pu être effectuées et il a été noté la présence de contact entre la mère et l'enfant en période post natale.

Par ailleurs, chez l'enfant notamment chez les nourrissons y compris les nouveau-nés, du fait de l'immaturité du système immunitaire, le risque de tuberculose est très important au décours d'un contact avec un tuberculeux bacillifère [5]. La séparation mère enfant dès la naissance exclut la tuberculose néonatale. Ce qui n'était pas le cas du patient qui a vécu à côté de sa mère durant 4 jours. Cette séparation tardive oriente plus sur une contamination post natale probable.

Les manifestations de la tuberculose en période néonatale ne sont pas spécifiques, ces signes pouvant être une toux isolée, une détresse respiratoire, une fièvre isolée ou une difficulté de prise pondérale, des signes similaires à celles d'une infection bactérienne néonatale non tuberculeuse. Le diagnostic est orienté par la notion de tuberculose active maternelle [6,7].

Pour confirmer le diagnostic d'une tuberculose, l'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine n'apporte pas d'informations particulières, le test est souvent négatif chez les moins de 6 semaines chez qui le système immunitaire reste immature [8]. La radiographie du thorax ne suffit pas non plus à poser le diagnostic car elle peut être normale [9]. La présence de bacilles acido-alcool résistants dans les prélèvements confirme le diagnostic [10]. Dans notre cas, le prélèvement par tubage gastrique était revenu positif.

Concernant la prise en charge de la tuberculose du nouveau-né, il n'y a pas de protocole thérapeutique consensuel sur la posologie et sur la durée du traitement. Devant l'absence de formes galéniques adaptées pour l'âge, les médicaments localement disponibles ont été utilisés selon les posologies moyennes recommandées par la littérature [10]. Ainsi, il est utile d'élaborer non seulement un guide de prise en charge pour ces populations en bas âge mais aussi de mettre à disposition des services pédiatriques ou néonataux adaptés aux jeunes nourrissons et nouveau-nés.

CONCLUSION

Un nouveau-né issu d'une mère tuberculeuse ou ayant eu un contact avec une personne bacillifère en post-natale nécessite une surveillance rapprochée. Un dépistage précoce et un traitement adéquat en période néonatale sont nécessaires pour diminuer la morbidité et la mortalité de la tuberculose. Une élaboration de protocole thérapeutique consensuel est nécessaire pour optimiser la prise en charge.

REFERENCES

1. Vilarinho LC. Congenital tuberculosis : a case report. *Braz J Infect Dis.* 2006;10:368-70.
2. Murs T, Singadia D. Epidémiologie mondiale de la tuberculose pédiatrique. *J infect.* 2004 Jan;48(1):13-22.
3. Pillet P, Grill J, Rakotonirina G, Holvoet-Vermaut L, Auregan G, Guyon P. Tuberculose congénitale : difficultés du diagnostic précoce. *Arch Pediatr.* 1999;6:635-9.
4. Cantwell MF, Shehab ZM, Costello AM, Sands L, Green WF, Ewin EP et al. Congenital tuberculosis. *N Engl J Med.* 1994;14:1051-4.
5. Newton SM, Brent AJ, Anderson S, Whittaker E, Kampmann B. Paediatric tuberculosis. *Lancet Infect Dis.* 2008;8:498-510.
6. Mazade MA, Evans EM, Starke JR , Correa AG. Congenital tuberculosis presenting as sepsis syndrome : case report and review of the literature. *Pediatr Infect Dis J.* 2001;20:439-42.
7. Hatzistamatiou Z, Kaleyias J, Ikonomidou U, Papatoma E, Prifti E, Kostalos C. Congenital tuberculous lymphadenitis in a preterm infant in Greece. *Acta Paediatr.* 2003;92:392-4.
8. Bonnet C, Michel F, Nicaise C. Tuberculose congénitale chez le prématuré : à propos d'un cas. *Arch Ped.* 2009;16:439-43.
9. Société de pneumologie de langue française. Recommandations de la Société de pneumologie de langue française sur la prise en charge de la tuberculose. *Rev Mal Respir.* 2004;21:5-11.
10. Balaka B, Bakonde B, Douli K, Kusiaku, Matey K, Azoumah et al. Tuberculose du nouveau né : résurgence en milieu de forte endémie de VIH. *Med Trop.* 2004;64:367-371.