

WHO/TB/92. 165 Rev. 1
Original: Français
Distr.: Générale

Programme national de Lutte antituberculeuse
en République de Guinée

**Guide technique
pour les Personnels de Santé**

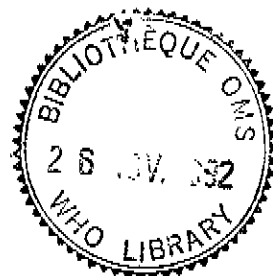
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Conakry
en collaboration avec
l'Organisation mondiale de la Santé



Unité de la Tuberculose
Division des Maladies transmissibles
Organisation mondiale de la Santé

TABLE DES MATIERES

	Page
PREFACE	1
INTRODUCTION	2
IMPORTANCE DU PROBLEME	3
OBJECTIF ET STRATEGIES DU PROGRAMME	3
1. Objectif	3
2. Stratégies	3
STRUCTURE ET PERSONNEL DU PROGRAMME	4
1. Niveau central	4
2. Niveau régional	4
3. Niveau de la préfecture	5
4. Niveau de la sous-préfecture	5
ACTIVITIES	5
1. Niveau national	5
2. Niveau régional	6
3. Niveau de la préfecture	6
4. Niveau périphérique	7
DIAGNOSTIC	7
1. Dépistage de la tuberculose pulmonaire	7
2. Le diagnostic de la tuberculose	8
2.1 Diagnostic de la tuberculose pulmonaire	8
2.1.1 tuberculoses pulmonaires à microscopie positive	8
2.1.2 tuberculoses pulmonaires à microscopie négative	9
2.2 Diagnostic des tuberculoses extrapulmonaires	9
2.3 Tuberculoses de l'enfant	10



	page
TRAITEMENT	10
3. Cas de tuberculose à traiter	10
3.1 Nouveaux cas	10
3.2 Cas à retraiter	10
3.3 Médicaments utilisés	12
3.4 Schémas thérapeutiques	12
3.4.1 Régime de base de première ligne	12
3.4.2 Schéma de retraitement	14
3.4.3 Schéma de 12 mois	14
4. Lieu du traitement	15
4.1 Phase initiale	15
4.2 Phase de continuation du traitement	15
5. Prise en charge du malade	15
6. Surveillance du traitement	16
7. Contrôles au cours du traitement	17
8. Fin du traitement: critère de succès ou d'échec	18
9. Surveillance après retraitement	18
PREVENTION DE LA TUBERCULOSE	19
EVALUATION DU PROGRAMME	19
SUPERVISION	20
TUBERCULOSE ET INFECTION PAR LE VIH	21
Annexe 1: Le traitement de la tuberculose	24
Annexe 2: Les effets secondaires des médicaments	30
Annexe 3: Enregistrement, fiches et rapports	33
Annexe 4: Guide pour les méthodes de stérilisation et de désinfection efficaces contre le virus de l'immunodéficience humaine	41

PREFACE

La tuberculose est un problème majeur de santé publique en République de Guinée. Ce problème s'est aggravé depuis l'apparition de l'épidémie du SIDA. Face à cette situation, le Ministère de la Santé Publique et de la Population considère la lutte antituberculeuse comme une des premières priorités dans son programme national de santé.

Le guide technique que j'ai le plaisir de vous présenter, fruit de la collaboration entre le Ministère de la Santé Publique et de la Population et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), constitue un précieux outil de travail pour tous les personnels de santé appelés à s'occuper de tuberculose: médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire, gestionnaires de programmes et décideurs à divers niveaux. Son but est d'exposer clairement les méthodes normalisées à utiliser pour le dépistage, le traitement, le suivi, l'évaluation et la notification des cas de tuberculose, en accord avec les recommandations les plus récentes de l'OMS et de l'Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires (UICT-MR).

Notre programme national de lutte antituberculeuse se fixe pour but d'apporter à tous les tuberculeux des soins efficaces et adaptés à leurs conditions socio-économiques et culturelles. Le présent guide technique est l'expression de ce programme, et en constitue un des précieux instruments. C'est pourquoi, j'invite, avec insistance, tous les personnels de santé s'occupant de tuberculose en Guinée, à en appliquer rigoureusement les directives.

Si au cours de ces dernières années, le programme national de lutte antituberculeuse a acquis une identité, c'est qu'il bénéficie, en plus des efforts du Ministère de la Santé Publique et de la Population et de l'OMS, de la précieuse assistance de certaines organisations non gouvernementales comme la Mission Philafricaine Suisse, L'Association française Raoul Follereau, les Oeuvres hospitalières françaises de l'Ordre de Malte, Médecins sans Frontières Luxembourg et bien d'autres. Je tiens à leur adresser les remerciements du Gouvernement guinéen.

Au personnel médical de la lutte antituberculeuse, pour qui ce guide doit être un compagnon inséparable, je prodigue mes encouragements pour que la tuberculose batte en retraite dans notre pays.

Le Ministre de la Santé Publique et de la Population
Le Professeur Madigbe Fofana

Conakry, le 30 septembre 1991

INTRODUCTION

Ce document, élaboré selon les recommandations de l'OMS, définit les bases techniques du Programme de lutte antituberculeuse. La Quarante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé a défini comme cible sur le plan mondial un taux de guérison de 85% des malades à frottis positif identifiés et un taux de dépistage de 70% d'ici l'an 2000, tout en veillant à intégrer au mieux les programmes nationaux dans les activités de soins de santé primaires.

Les priorités de ce programme en Guinée sont le renforcement stratégique au niveau central, technique au niveau intermédiaire, et opérationnel au niveau périphérique, pour la mise en place progressive des activités de dépistage et de traitement de la tuberculose. Pour atteindre cet objectif, le programme s'intégrera dans les structures sanitaires existantes.

Les bases techniques du diagnostic reposent sur le dépistage des malades suspects de tuberculose dans les centres de santé et dans les hôpitaux. La confirmation du diagnostic des cas suspects de tuberculose pulmonaire repose sur la bacilloscopie. Le traitement des nouveaux cas de tuberculose est basé sur un schéma de huit mois. Un schéma thérapeutique de retraitement est prévu pour les rechutes et pour les échecs à bacilloscopie positive.

La tâche la plus importante des personnels de santé qui participent à la lutte anti-tuberculeuse est d'assurer un haut taux de guérison des malades. Chaque tuberculeux à crachat positif non traité infecte approximativement dix personnes par an. Comme ces malades non traités vivent deux ans ou plus, chaque année un plus grand nombre de personnes est infecté, dont plusieurs deviennent malades et nécessitent un traitement.

Les malades qui reçoivent un traitement non standard ou incomplet, surtout pendant les deux mois de la phase intensive, risquent fortement de développer une résistance aux médicaments les plus efficaces et de devenir des sources d'infection avec germes résistants.

D'ici à 1995, il est prévu d'avoir 36 centres de diagnostic en fonctionnement et 346 centres de santé ayant intégré le dépistage et le traitement de la tuberculose dans leurs activités de routine.

Les superviseurs du programme, surtout au niveau des préfectures, ont la responsabilité entre autre, de maintenir en ordre les registres de la tuberculose pour permettre une évaluation régulière de la qualité des soins.

IMPORTANCE DU PROBLEME

L'enquête tuberculique effectuée dans la ville de Conakry en 1988 a permis de déterminer le risque annuel d'infection qui est de 1,5 % . En admettant ce risque annuel pour l'ensemble du pays, on peut estimer à environ 12.000 l'incidence annuelle des cas de tuberculose sous toutes formes, dont 6.000 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive. Ces 12.000 cas, à diagnostiquer et à traiter chaque année, expriment l'ampleur du problème de la tuberculose en Guinée.

OBJECTIF ET STRATEGIES DU PROGRAMME

1. Objectif

Dans les pays à haute prévalence la lutte antituberculeuse ne peut être menée avec succès que dans le cadre d'un Programme national de lutte anti-tuberculeuse (PNLAT). Ce programme est partie intégrante des soins de santé primaires.

L'objectif prioritaire du programme national de lutte antituberculeuse est d'obtenir la guérison d'au moins 85 % des nouveaux cas de tuberculose à frottis positif.

2. Stratégies

- 2.1 Mettre en place les centres de diagnostic de la tuberculose et du suivi des cas par microscopie.
- 2.2 Etendre progressivement à tout le pays la chimiothérapie de courte durée.
- 2.3 Assurer une stricte adhésion des malades au traitement, surtout pendant la phase intensive des traitements.
- 2.4 Organiser la formation du personnel (médecins, infirmiers, agents de santé, éducateurs sanitaires, microscopistes, administrateurs).
- 2.5 Mettre en place le système d'information pour l'évaluation du dépistage et du traitement.
- 2.6 Organiser la supervision régulière (périodique et continue) du programme.

- 2.7 Assurer l'information et l'éducation pour la santé surtout des malades et de leur famille.
- 2.8 Mettre en place le support logistique, en particulier l'approvisionnement en médicaments.

STRUCTURE ET PERSONNEL DU PROGRAMME

1. Au niveau central : Appui stratégique

- Le programme national de lutte antituberculeuse est rattaché à la section des maladies transmissibles de la Division de la Prévention du Ministère de la Santé publique et de la Population.

- Le programme est géré par une Direction chargée de concevoir, élaborer, planifier, superviser, évaluer ce programme national de lutte antituberculeuse, en collaboration avec certaines divisions et chefs des projets impliqués dans sa réalisation.

- Le service de pneumo-physiologie du Centre hospitalier-universitaire (CHU) Ignace Deen et le centre antituberculeux de Macenta constituent les services de référence nationaux dont les médecins doivent participer à la supervision et l'évaluation du PNLAT à l'intérieur du pays.

- Le Laboratoire national de Santé publique (Section des Mycobactéries) constitue le laboratoire national de référence. Il participe à l'évaluation et à la supervision du programme, assure le contrôle de qualité des techniques de laboratoire, la formation et l'évaluation des personnels de laboratoire du réseau de microscopie directe. Il doit effectuer les cultures et les antibiogrammes dans le cadre de la surveillance épidémiologique des résistances primaires et acquises.

2. Au niveau régional : Appui technique

Le coordonnateur régional Lèpre/Tuberculose est le responsable régional de la lutte antituberculeuse. Il collabore avec les médecins de l'hôpital régional pour les tuberculeux hospitalisés. Il organise l'évaluation et la supervision du programme dans la région en collaboration avec l'inspecteur régional de la santé (I.R.S.)

3. Au niveau de la préfecture : Appui opérationnel

Le Directeur Préfectoral de la Santé, par l'intermédiaire de la Section Soins de Santé Primaires, composante prévention, est le responsable de la lutte antituberculeuse dans la préfecture. Il est assisté techniquement par le médecin chargé des programmes lèpre/tuberculose dans la préfecture. Ce médecin collabore avec les médecins de l'hôpital préfectoral pour les malades hospitalisés. Il organise la supervision et l'évaluation du programme dans les sous-préfectures.

4. Au niveau de la sous-préfecture : Appui opérationnel

Le chef du Centre de Santé de la sous-préfecture est le responsable sous-préfectoral de la lutte antituberculeuse. Il est assisté du contrôleur lèpre/tuberculose de la sous-préfecture .

ACTIVITES

1. Au niveau national

Les principales activités de la coordination du programme sont les suivantes:

- La normalisation des activités de lutte antituberculeuse avec la promotion du guide technique pour le dépistage, le traitement et la surveillance à tous les niveaux du PNLAT.
- La mise au point d'un plan d'action pour la formation, la supervision et l'évaluation qui se tiendront au niveau national, régional et préfectoral.
- La coordination des plans d'action régionaux.
- L'élaboration du budget.
- La gestion dans le pays entier des ressources, les commandes et la gestion des stocks de médicaments, du matériel de laboratoire, des formulaires et des registres.

2. Au niveau régional

Le responsable du PNLAT a pour activités essentielles:

- La mise au point du plan d'action régional pour la formation, la supervision et l'évaluation.
- La coordination des activités du PNLAT dans les préfectures de la région.
- La gestion, dans la région, des ressources, les commandes et la gestion des stocks de médicaments, du matériel de laboratoire, des formulaires et des registres.

3. Au niveau de la préfecture

Le responsable du PNLAT a pour activités essentielles :

- la planification de la mise en oeuvre du programme
- la formation du personnel
- la supervision du laboratoire de microscopie et le maintien du registre
- la tenue des registres de traitement
- la transmission des rapports trimestriels au niveau régional
- la gestion du stock des médicaments
- la distribution des ressources nécessaires à la mise en oeuvre du programme préfectoral
- la supervision du traitement des malades, et, en particulier, il doit s'assurer que:
 - les traitements sont administrés correctement
 - les malades reçoivent régulièrement les médicaments dans la phase intensive du traitement
 - les médicaments sont distribués régulièrement dans la phase de continuation
 - les examens de crachat sont faits à intervalles réguliers
 - les traitements sont administrés pour la période planifiée
 - les traitements sont terminés après cette période
 - l'évaluation individuelle des résultats du traitement est faite à la fin du traitement.

4. Au niveau périphérique (sous-préfectoral: centres de santé, hôpitaux)

Le responsable du PNLAT a pour activités:

- l'intensification de l'information et l'éducation sanitaire
- le dépistage des patients avec symptômes
- la collecte des crachats
- l'acheminement des crachats (ou des malades avec symptômes) vers le centre de microscopie
- la prise en charge des malades (traitement, suivi bactériologique, guérison ou interruption du traitement)
- la tenue des cartes individuelles de traitement et la communication des données à la préfecture
- la gestion des médicaments
- la recherche active des patients qui ne se présentent pas pour le traitement et les examens microscopiques, surtout ceux qui ont un frottis positif
- la recherche active des contacts symptomatiques des cas de tuberculose pulmonaire contagieuse.

DIAGNOSTIC

1. Dépistage de la tuberculose pulmonaire :

Dans plus de 80 % des cas, la tuberculose attaque les poumons. La tuberculose pulmonaire de l'adulte est souvent positive à l'examen direct de l'expectoration et donc très contagieuse. Les cas qui ne sont positifs qu'à la culture sont 10 fois moins contagieux que ceux qui sont positifs à l'examen direct.

Le but prioritaire du dépistage de la tuberculose est d'identifier dans la collectivité, de façon continue, les sources d'infection tuberculeuse en vue de les stériliser par la chimiothérapie.

L'objectif prioritaire du dépistage est d'abord d'identifier les tuberculeux pulmonaires à microscopie positive qui sont actuellement les plus nombreux. Cependant, étant donné l'épidémie de SIDA, les cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative doivent aussi être pris en charge et traités sans retard lorsqu'ils présentent des symptômes évocateurs et une image radiologique suspecte. Mais dans ces cas, seul un médecin est habilité à décider de commencer le traitement.

Les tuberculeux pulmonaires évolutifs présentent toujours des symptômes respiratoires durables ou évocateurs qui les amènent à consulter un médecin. Ce sont : la toux accompagnée d'expectoration depuis plus de 3 semaines, les hémoptysies, les douleurs thoraciques, des signes généraux : fièvre au long cours, amaigrissement inexplicable etc... Une bonne information de la population, des médecins et de tous les personnels médicaux, permettra une meilleure sélection des malades à examiner sur la base des symptômes.

A ce dépistage passif symptomatique, il faut ajouter l'examen systématique des sujets vivant au foyer de tous les tuberculeux pulmonaires à microscopie positive, et la demande systématique d'examens microscopiques des crachats chez toute personne qui, pour une raison ou pour une autre, a subi un examen radiologique et dont l'image pulmonaire montre une lésion suspecte de tuberculose.

2. Diagnostic de la tuberculose

2.1 Diagnostic de la tuberculose pulmonaire

2.1.1. Tuberculoses pulmonaires à microscopie positive

Ce sont les plus fréquentes, les plus aisées à diagnostiquer, celles qui sont prioritaires pour le diagnostic et le traitement. Deux examens microscopiques positifs sont nécessaire pour la confirmation du cas ou un frottis positif sur les trois et/ou l'examen radiologique et/ou clinique suggestif de tuberculose.

- Technique de recueil de l'expectoration :

Chez tout malade suspect de tuberculose pulmonaire, 3 échantillons de crachat doivent être prélevés en l'espace de quelques jours.

- Le premier échantillon est prélevé sur le champ, lors de la consultation, sous le contrôle d'un agent de santé.
- Un deuxième échantillon est recueilli quand le malade se réveille le matin, dans un crachoir remis au malade à cet effet et qu'il rapportera au plus tôt.
- Enfin le troisième échantillon est prélevé à nouveau en présence de l'agent de santé lorsque le malade rapporte l'échantillon du matin.

Il est essentiel d'expliquer au malade que ces crachats doivent être ramenés des bronches par un vigoureux effort de toux succédant à une inspiration profonde.

- Le transport des crachats

Les échantillons de crachats recueillis sont étiquetés, emballés et acheminés vers le centre de microscopie directe de la préfecture le plus rapidement possible. Le délai maximum admis est d'une semaine.

Dans des conditions difficiles de transport, il est admis d'envoyer le malade directement au laboratoire de la tuberculose le plus proche pour y recueillir les crachats.

Le contrôleur lèpre/tuberculose est chargé de contrôler la qualité des prélèvements, leur étiquetage et stockage. Il remplit le cahier et les fiches de demande d'examens microscopiques avant d'acheminer les prélèvements vers le centre de microscopie de la préfecture. Ce centre constitue actuellement la structure de diagnostic la plus périphérique. Les résultats doivent parvenir au centre de santé dans les mêmes délais, c'est-à-dire une semaine au maximum, à date fixe, pour pouvoir donner un rendez-vous ferme au malade.

- L'examen microscopique des crachats doit être effectué selon les directives de l'OMS/UICT (Guide technique concernant le diagnostic de la tuberculose pour microscopie directe).

2.1.2 Tuberculoses pulmonaires à microscopie négative

Leur diagnostic repose sur la présence de symptômes cliniques et d'images radiologiques évocatrices de tuberculose. Les trois examens microscopiques directs des crachats sont négatifs. Mais, si la culture est réalisable, elle est souvent positive. Le diagnostic de ces formes de tuberculose pulmonaire nécessite le concours d'un médecin compétent et de la radiologie.

2.2 Diagnostic des tuberculoses extrapulmonaires

Les tuberculoses extrapulmonaires, ce sont toutes les autres localisations de la tuberculose : Tuberculose des séreuses: plèvre, méninges, péritoine; tuberculose ganglionnaire périphérique, tuberculoses ostéoarticulaires et viscérales diverses, cutanées etc... Leur diagnostic repose sur des arguments de

présomption cliniques, radiologiques et biologiques. Le diagnostic de certitude de ces localisations (cultures et/ou histologie) est difficile à obtenir.

2.3 Tuberculoses de l'enfant

Leur diagnostic repose surtout sur les tests clinique, la mise en évidence d'une notion de contagé, l'existence de symptômes, la forte positivité de la réaction tuberculinique, et les signes radiologiques lorsque la radiologie est disponible.

Tout enfant de moins de 6 ans vivant au contact étroit d'un cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive doit être considéré comme suspect d'avoir contracté la maladie et doit être examiné par un médecin. Même si l'enfant n'a pas encore de symptôme de la maladie et que l'examen clinique est négatif, il doit bénéficier d'une chimioprophylaxie (isoniazide 5 mg/kg pour 6 mois).

TRAITEMENT

3. Cas de tuberculose à traiter

Les méthodes appliquées pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire et pour le diagnostic des diverses localisations extrapulmonaires de la tuberculose, jointes à une évaluation très attentive de la possibilité que le malade ait déjà été traité dans le passé, permettent de définir les cas de tuberculose à traiter et les régimes à utiliser.

3.1 Nouveaux cas (de l'adulte ou de l'enfant) se répartissent en tuberculose:

- pulmonaire à microscopie positive (la plus fréquente)
- pulmonaire à microscopie négative
- extrapulmonaire

3.2 Cas à retraiter sont habituellement des cas pulmonaires à microscopie positive.

Trois groupes distincts doivent être considérés.

- Les rechutes:

Ce sont les malades qui présentent actuellement une tuberculose pulmonaire à frottis positif, alors qu'ils ont déjà été traités dans le passé pour tuberculose pulmonaire, prouvée bactériologiquement ou non et déclarés guéris.

- Les échecs:

Ce sont des malades qui sont positifs à l'examen bacilloscopique à la fin du 5e mois alors qu'ils continuent le traitement de première ligne.

- Ce sont aussi ceux qui prennent le traitement de façon irrégulière et qui reviennent avec expectoration positive à l'examen direct après plus de cinq mois de traitement.

NOTA BENE

- Les malades dont l'expectoration est positive à l'examen direct après un retraitement sont habituellement porteurs de bacilles résistants à plusieurs antibiotiques. Ces malades doivent être considérés comme excréteurs chroniques de bacilles de la tuberculose.
- Les patients à sérologie VIH positive doivent faire l'objet d'une investigation complète avec radiographie pulmonaire systématique en vue de rechercher une atteinte tuberculeuse fréquente chez ces sujets, et pouvant volontiers avoir une allure trompeuse.

3.3. Médicaments utilisés

Les médicaments essentiels (OMS-UICT-MR) de la tuberculose sont au nombre de 6: l'isoniazide (H), la rifampicine (R), le pyrazinamide (Z), la streptomycine (S), l'éthambutol (E) et la thiacétazone (T). Certains de ces médicaments sont disponibles en Guinée sous des formes combinées. Ce sont :

- l'Isoniazide et la Thiacétazone
- la Rifampicine et l'Isoniazide
- l'Isoniazide - la Rifampicine - le Pyrazinamide

L'avantage de ces formes combinées est d'éviter la monothérapie génératrice de résistances acquises et de simplifier les traitements.

3.4 Schémas thérapeutiques

L'évolution des connaissances universelles sur la chimiothérapie, les résultats obtenus sur le terrain dans de nombreux pays, les taux élevés d'échecs et d'abandons de traitement dans les régimes de 12 mois plaident pour l'utilisation de la chimiothérapie de courte durée dans tous les pays, même les plus pauvres en ressources.

En Guinée, les régimes à normaliser dans tout le pays sont les suivants:

3.4.1 Le régime de base ou de première ligne est destiné aux malades tuberculeux qui n'ont jamais été traités auparavant (où ayant été traités pour moins d'un mois par quelque médicament antituberculeux).

- **Prioritairement** aux cas de tuberculoses pulmonaires à microscopie positive et aux cas cliniquement graves de tuberculoses pulmonaires à microscopie négative et de tuberculoses extrapulmonaires (par exemple les formes graves de miliaire, pleurésie, péricardite, méningite, mal de Pott, etc.), y compris les tuberculoses de l'enfant.

Le schéma thérapeutique à employer est un régime de 8 mois qui comporte une phase initiale intense avec 4 drogues (Annexe 1, Tableaux 1 et 2, pages 26-27)

isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et streptomycin, administrées tous les jours pendant 2 mois, suivi par une phase de continuation de 6 mois, associant l'isoniazide et la thiacétazone (thiazine) (ou l'isoniazide et l'éthambutol en cas d'intolérance à la thiacétazone).

Surtout dans les cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif la phase initiale doit obligatoirement être entièrement supervisée car c'est d'elle que dépend le résultat du traitement.

Les cas pulmonaires avec frottis encore positif à la fin du deuxième mois de traitement doivent continuer à prendre les mêmes médicaments (HRZS) pendant les quatre semaines suivantes avant de commencer obligatoirement la phase de continuation.

Les femmes enceintes doivent être traitées avec l'éthambutol comme quatrième médicament, plutôt qu'avec la streptomycine à cause d'éventuels effets secondaires pouvant intervenir sur le fœtus.

Les enfants de moins de six ans ne doivent jamais être traités avec l'éthambutol. Les cas de tuberculose pulmonaire sont habituellement à frottis négatif chez l'enfant et les trois médicaments HRZ sont suffisants dans les deux premiers mois de traitement.

Les méningites tuberculeuses et les autres formes avec atteinte neurologique doivent recevoir un traitement total de neuf mois, dont les sept derniers mois avec administration quotidienne de HR.

Les sujets séropositifs pour le VIH (ou suspect de SIDA sur le plan clinique) ne doivent jamais être traités avec la thiacétazone à cause des risques de graves réactions cutanées. Pour ces cas la phase de poursuite obligatoire du traitement

est basée sur l'isoniazide et l'éthambutol administrés tous les jours pendant six mois.

3.4.2 Schéma de retraitement

Les retraitements de tuberculose pulmonaire doivent bénéficier d'une surveillance stricte. Les schémas thérapeutiques ont une durée totale de huit mois (Annexe 1, Tableau 3, page 28). La phase intensive initiale est de trois mois avec administration quotidienne d'isoniazide, de rifampicine, d'éthambutol et de pyrazinamide, avec un supplément de streptomycine pendant les 2 premiers mois.

La phase de continuation est de cinq mois avec isoniazide, rifampicine et éthambutol. Les médicaments dans la phase de continuation doivent être administrés trois fois par semaine aux dosages appropriés.

Les cas dont le frottis est encore positif à la fin du troisième mois de traitement doivent continuer à prendre les mêmes médicaments (HRZE) pendant encore quatre semaines avant de commencer obligatoirement la phase de continuation.

Les cas de retraitement avec frottis encore positif à la fin du huitième mois doivent interrompre obligatoirement le traitement. Les excréteurs chroniques de bacilles tuberculeux doivent être envoyés si possible en consultation au centre de référence de la tuberculose à Conakry pour les tests de sensibilité et le traitement approprié.

3.4.3 Schéma de 12 mois

Il est constitué d'isoniazide et de thiacétazone (combinés en un seul comprimé) administrés tous les jours pendant 12 mois avec un supplément quotidien de streptomycine pendant les 2 premiers mois.

Il est destiné aux nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif qui n'acceptent pas de suivre de manière totalement supervisée la phase intensive du régime de première ligne (2HRZS) en se présentant tous les jours aux centres de traitement de la préfecture (ou bien hospitalisés).

Le régime de 12 mois est encore recommandé pour le traitement des malades qui vivent dans des préfectures où le PNLAT n'a pas encore commencé et qui ne peuvent pas se rendre pendant les 2 mois de la phase avec HRZS dans un centre de traitement d'une autre préfecture où le PNLAT fonctionne.

4 Lieu du traitement

4.1 Phase initiale : Hospitalisation ou traitement ambulatoire

Etant donné que le traitement doit être entièrement supervisé pendant la phase initiale, celle-ci doit se dérouler de préférence dans le chef-lieu de la préfecture. Cette phase peut être ambulatoire si le malade a un tuteur susceptible de l'héberger pendant ces 2 mois. Sinon le patient doit être hospitalisé soit au centre lèpre/tuberculose lorsqu'il existe, soit à l'hôpital préfectoral.

Les complications de la tuberculose sont justiciables de l'hospitalisation. Celle-ci est obligatoire dans les cas suivants:

- complications de la tuberculose : atteinte sévère de l'état général avec cachexie; tuberculoses aiguës: miliaire, méningite, pleurésies abondantes; hémoptyses, pneumothorax, paraplégies pottiques, etc...
- complications du traitement : hypersensibilité cutanée, érythrodermie, ictère, purpura, dermatite grave (Stevens-Johnson).
- maladies associées pouvant influencer sur le traitement diabète sucré, ulcère digestif, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, psychopathie.
- hospitalisation à l'hôpital préfectoral; le médecin chargé des tuberculeux à l'hôpital doit travailler en étroite collaboration avec le médecin responsable des programmes lèpre/tuberculose de la préfecture.

4.2 Phase de continuation du traitement

Elle peut se faire au niveau de la sous-préfecture, dans le centre de soins de santé primaires, sous la supervision du contrôleur lèpre/tuberculose.

5. Prise en charge du malade

Elle doit être effectuée au niveau de la préfecture par le médecin responsable des programmes lèpre/tuberculose. Cette prise en charge comporte un entretien avec le malade en présence d'un membre de sa famille, entretien au cours duquel le médecin explique au malade la nature de sa maladie, les modalités pratiques du traitement: posologie, durée, effets secondaires possibles, périodicité des contrôles, calendrier de remise des médicaments etc...

Cet entretien permet d'établir le lien médecin-malade en vue de la mise en confiance et de la motivation du malade, si importantes pour la poursuite du traitement. Le médecin doit être disponible et consacrer du temps au malade, répondre à ses questions, inscrire le malade dans le registre de déclaration des cas de tuberculose. Il ouvre un dossier médical du malade, la fiche médicale et la fiche de traitement, vérifie que la fiche sociale a été bien remplie. Lorsque le malade doit suivre son traitement dans un centre de santé, la fiche de traitement, remplie par le médecin, y est envoyée par le contrôleur lèpre/tuberculose. Elle doit être rapportée à la préfecture pour le contrôle de fin de traitement.

Le malade doit recevoir sa carte de traitement avec la date des prochains rendez-vous. Au cours du traitement, la fiche et la carte de traitement doivent être régulièrement pointées.

6. Surveillance du traitement

La surveillance des malades au cours du traitement est un élément essentiel pour le succès du traitement. Tous les moyens possibles doivent être mis en œuvre pour assurer la régularité des traitements. Les efforts doivent porter surtout sur les malades tuberculeux pulmonaires à crachats encore positifs après contrôle bactériologique effectué le deuxième mois.

Le contrôleur lèpre/tuberculose doit constamment vérifier la régularité de la prise des médicaments: visites à domicile, contrôle du stock de médicaments du malade, motivation régulière du malade.

En cas d'absence au rendez-vous pendant 2 jours dans la phase intensive supervisée et une semaine dans la phase de continuation le contrôleur lèpre/tuberculose doit si possible se rendre au domicile du malade ou bien faire tous les efforts possibles pour tenter de découvrir les raisons de cette absence et l'aider à trouver une solution aux problèmes qui se posent à lui. Le malade régulier doit être encouragé par des félicitations qui le fera persévérer jusqu'au bout de son traitement.

Le malade perdu de vue pendant la phase intensive du traitement et qui a reçu moins d'un mois de traitement, s'il reprend ce traitement devra compléter le même schéma thérapeutique.

Si le malade a été perdu de vue pendant le deuxième mois de la phase intensive ou bien pendant la phase de continuation et:

- s'il a été absent moins d'un mois il doit compléter son traitement;
- s'il a été absent un mois, ou plus, ou bien s'il a pris son traitement de façon irrégulière, il doit obligatoirement avoir au moins deux examens directs de crachat. Si l'expectoration est positive, il doit être mis en régime de retraitement; si l'expectoration est négative, il devra compléter son traitement d'origine.

7. Contrôles au cours du traitement

Ils sont essentiellement bactériologiques pour les cas à frottis positif et cliniques dans les autres.

- Contrôles bactériologiques (deux examens de crachat si possible):
 - Contrôle du deuxième mois: pour les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire l'examen microscopique doit être effectué à la fin du deuxième mois. Les malades avec résultat négatif doivent être présentés au médecin pour un nouvel entretien et la mise en route de la deuxième phase du traitement.
 - Contrôle du troisième mois: pour tous les cas en régimes de retraitement et pour les nouveaux cas qui étaient encore positifs un mois auparavant. Les malades avec des résultats négatifs doivent être présentés au médecin pour un nouvel entretien et la mise en route de la deuxième phase du traitement.
 - Contrôle du quatrième mois: pour les cas en régime de retraitement qui étaient encore positifs un mois auparavant. Tous ces malades doivent être présentés au médecin pour un nouvel entretien et la mise en route de la deuxième phase du traitement, quelque soit le résultat de l'examen du crachat.
 - Contrôle du cinquième mois: pour tous les cas. Les nouveaux malades qui sont encore positifs au 5e mois constituent des échecs et doivent passer au retraitement.
 - Contrôle en fin de traitement: Les malades doivent aussi être examinés pour la dernière fois après les 8 mois de traitement. L'examen microscopique doit être effectué, même s'ils ne produisent que de la salive.

NOTA BENE : Les entretiens obligatoires avec les médecins sont au nombre de 4: à la date de mise en traitement, à la fin des deuxième et cinquième mois et à la fin du traitement. Le malade doit être présenté au médecin chaque fois qu'un problème d'intolérance ou de toxicité médicamenteuse est suspecté, ou lorsque le malade présente des problèmes psycho-sociaux qui peuvent perturber son traitement. Enfin chaque fois que le malade éprouve le désir de voir le médecin, il doit pouvoir le rencontrer.

8. Fin du traitement : critère de succès ou d'échec

Pour la tuberculose pulmonaire, le succès du traitement peut être proclamé lorsque le malade a pris régulièrement ses médicaments et que deux examens bactériologiques successifs aux cinquième et huitième mois du traitement sont négatifs (cinquième, huitième et douzième pour les régimes de 12 mois). Le malade est alors considéré et enregistré comme "Guéri".

Si le malade a régulièrement terminé son traitement, mais sans avoir fait tous les examens bactériologiques qui prouvent sa guérison, il est enregistré comme "Traitement complété".

Pour les tuberculoses extrapulmonaires et celles de l'enfant, ce sont en plus, les données de l'examen clinique et l'absence de tout signe d'évolution qui permettent d'affirmer la guérison.

Les régimes ne doivent continuer en aucun cas au delà des termes fixés dans ce guide (sauf dans certains cas examinés et pris en charge par les deux centres de référence). Chaque malade a deux chances de guérir, à l'occasion du traitement comme nouveaux cas et, ensuite, comme cas à retraiter, si nécessaire.

9. Surveillance après retraitement

Elle ne doit pas être systématique. Cependant, le malade doit revenir consulter un médecin dès qu'il présente à nouveau des symptômes.

PREVENTION DE LA TUBERCULOSE

Vaccination par BCG

Elle fait partie des vaccinations administrées dans le cadre du Programme élargi de vaccination. Elle doit être administrée dès la naissance ou au courant de la première année de la vie. La re-vaccination des l'entrée à l'école est toujours maintenue et effectuée par la santé scolaire.

Les enfants, nés de mères infectées par le VIH, doivent également bénéficier de la vaccination BCG quel que soit leur état sérologique à condition qu'ils ne soient pas porteurs de symptômes de SIDA.

Chimioprophylaxie

Tous les enfants de moins de 6 ans, asymptomatiques vivant au contact d'un malade tuberculeux à frottis positif, vaccinés par le BCG ou non, doivent bénéficier d'une chimioprophylaxie avec isoniazide à la dose de 5 mg/Kg par jour pendant 6 mois.

Les sujets séropositifs pour le VIH doivent bénéficier d'une surveillance particulière étant donné le risque élevé qu'ils ont de développer une tuberculose.

EVALUATION DU PROGRAMME

L'établissement d'un système d'évaluation est un élément qui fait partie intégrante du Programme national de lutte antituberculeuse.

- Evaluation des moyens de lutte utilisés:

- . Evaluation du dépistage : La partie la plus importante de l'évaluation du dépistage consiste à comparer le taux de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire dépistés et notifiés au taux estimé (pour 100.000 habitants).
- . Evaluation du traitement : Les résultats du traitement seront évalués en déterminant par rapport au nombre de malades dépistés mis en traitement le nombre de malades guéris, le nombre de malades ayant achevé leur traitement, le nombre de perdus de vue, le nombre de cas de décès, le nombre de cas transférés et le nombre de cas d'échec à frottis positif.

Les documents nécessaires à cette évaluation sont les fiches de traitement, le registre des cas de tuberculose de la préfecture, le registre du laboratoire pour les examens microscopiques. Cette évaluation est réalisée à travers les rapports trimestriels effectués au niveau de la préfecture et transmis aux autres niveaux des structures du programme pour être combinés et analysés.

Les différentes fiches, les formulaires des rapports et registres sont présentés en annex 4.

Au niveau national, une fois par an, un séminaire national d'évaluation et de réajustement du programme est organisé en coopération avec les organisations qui subventionnent le programme.

SUPERVISION

1. Supervision nationale

Elle se fera au moins une fois par an au niveau de chacune des régions naturelles. Chaque mission de supervision durera une semaine.

L'équipe de supervision est composée du Coordonnateur du Programme ou de son adjoint, du directeur de la Section des Maladies transmissibles, du médecin biologiste, Chef de l'Unité des Mycobactéries du Laboratoire national de Santé publique et d'un technicien supérieur de laboratoire.

2. Supervision régionale

L'équipe de supervision régionale visitera les préfectures de sa juridiction deux fois par an. Le séjour est de 2 jours par préfecture. L'équipe est composée de l'Inspecteur régional de la Santé, du Coordonnateur Lèpre/Tuberculose et du Responsable régional des maladies transmissibles lorsqu'il sera en place.

3. Supervision préfectorale

L'équipe de supervision préfectorale visitera les sous-préfectures une fois par trimestre. La durée de la supervision est de 2 jours également. L'équipe est composée du Médecin superviseur Lèpre/Tuberculose du microscopiste et du responsable préfectoral des maladies transmissibles lorsqu'il sera en place.

TUBERCULOSE ET INFECTION PAR LE VIH

INFECTION VIH ET SIDA

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine VIH aboutit à une destruction profonde de l'immunité cellulaire avec pour conséquence l'apparition chez les sujets infectés de maladies dites opportunistes.

Classiquement, l'apparition de certaines de ces maladies opportunistes définissent le SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquisée. Le délai entre l'infection par le VIH et l'apparition du SIDA est long, plusieurs années.

La transmission du VIH se fait par 3 voies principales :

- 1) Par voie sanguine : lors des transfusions de sang ou de ses dérivés infectés, de l'utilisation de matériel d'injection souillé par du sang infecté, de tout objet souillé perforant la peau;
- 2) Par voie sexuelle ;
- 3) De la mère à l'enfant in utéro et dans la période périnatale.

Interaction entre tuberculose et infection par le VIH :

Comme l'évolution de l'infection tuberculeuse chez un individu dépend de l'intégrité de son immunité cellulaire, il n'est pas étonnant que l'infection par le VIH soit un des facteurs favorisant l'évolution de l'infection tuberculeuse vers la maladie tuberculeuse.

Dans les pays en développement l'infection tuberculeuse est très fréquente du fait de la forte prévalence de la tuberculose bacillifère. L'infection par le VIH y est également fréquent et elle favorise l'éclosion de la tuberculose maladie chez les sujets doublement infectés par le bacille tuberculeux et le VIH, la tuberculose chez les sujets infectés par le VIH dans les pays en développement est souvent bacillifère d'où l'augmentation des sources d'infection dans la collectivité.

Impact de l'infection par le VIH sur l'endémie tuberculeuse

L'infection par le VIH aggrave la situation de la tuberculose de plusieurs manières :

- Par réactivation d'une infection tuberculeuse antérieure chez le sujet qui devient infecté par le VIH;
- Par l'apparition de nouveaux cas infectés par la tuberculose et qui évoluent directement vers la maladie tuberculeuse du fait de l'infection par le VIH;
- Par l'augmentation des cas tuberculose dans la population générale du fait des malades VIH positifs des deux groupes précédents.

Diagnostic de la tuberculose associée à l'infection par le VIH :

Chez les patients infectés par le VIH, la tuberculose pulmonaire est souvent à microscopie négative. Ce qui rend le diagnostic difficile nécessitant l'apport de la clinique et de la radiologie.

Prise en charge des tuberculeux infectés par le VIH

La chimiothérapie est efficace chez les tuberculeux infecté par le VIH; cependant les effets secondaires du traitement semblent plus fréquents. En particulier, l'utilisation de la thiacetazone peut occasionner des réactions toxiques graves parfois mortelles. C'est pourquoi la thiacetazone doit être remplacée par l'Ethambutol (voir Annexes 1 et 2).

Le pronostic de la tuberculose chez le sujet infecté par le VIH est bon vis à vis de la tuberculose mais il est fonction surtout des autres affections liées à l'infection par le VIH qui sont le plus souvent responsables du décès.

Dans les pays a forte prévalence d'infection par le VIH, le programme national de lutte contre la tuberculose doit pouvoir diagnostiquer le maximum possible de nouveaux cas de tuberculose et leur assurer le traitement le plus efficace possible dans les plus brefs délais.

Prévention de la transmission du VIH

La stérilisation des instruments et du matériel, médicaments, seringues et aiguilles notamment est impérieuse. Chaque fois que cela est possible, l'utilisation du matériel d'injection à usage unique est recommandés. Les méthodes de stérilization recommandées sont décrite dans l'annexe 4 de ce document.

Annexe 1

Le Traitement de la Tuberculose
(Présentation et Posologie des médicaments)

1. Les Médicaments

La streptomycine : Elle se présente sous forme d'ampoules ou de flacons dosés à 1 gramme de sulfate de streptomycine. Elle est administrée quotidiennement pendant les deux premiers mois du traitement, soit à l'hôpital soit au centre de santé de la sous-préfecture. Le personnel de santé ne doit donner la streptomycine qu'après avoir supervisé directement la prise de la dose correcte des comprimés (ou gélules). A défaut de pouvoir utiliser un matériel d'injection jetable, il est important de contrôler strictement la stérilisation du matériel (aiguille et seringue stérilisées pour chaque malade) en cette période d'épidémie du SIDA.

L'isoniazide et la rifampicine : Elles doivent être associées dans la même gélule ou dragée pour éviter l'utilisation incorrecte ou la monothérapie. Les formes séparées ne doivent être disponibles qu'en faibles quantités et leur utilisation bien codifiée par les médecins responsables de la lutte antituberculeuse (Rimactazide ou Rifinah contient R 150 mg + H 100 mg).

Le pyrazinamide : Il se présente sous forme de comprimés blancs dosés à 500 mg. Il est utilisé dans la phase intensive de tout traitement de première ligne de la tuberculose.

L'éthambutol: Il se présente sous forme de comprimés blancs dosés à 400 mg. Son utilisation est réservée au retraitement et à certains cas d'intolérance à la streptomycine où la situation est tellement grave qu'il faut nécessairement un 4^e antibiotique pendant la phase initiale. L'isoniazide et l'éthambutol sont utilisés obligatoirement dans la phase de continuation en cas d'intolérance à la thiazine et dans tous les cas de tuberculose associés à l'infection à VIH.

L'isoniazide-thiacétazone (Thiazine) se présente sous forme de comprimés dosés à :

HT 300 : H 300 + T 150

HT 100 : H 100 + T 50

2. Les régimes et posologie

- Le régime de base est: 2SHRZ/6HT
- Les posologies sont indiquées dans les tableaux ci-après

Tableau 1

Schéma thérapeutique de base et posologie applicable
aux malades adultes

Phase initiale					Phase d'entretien
Administration quotidienne pendant les deux premiers mois					Administration quotidienne du troisième au huitième mois
	HR	Z	E ⁽²⁾	S	HT ⁽³⁾
Poids avant traitement	[comprimés associant H100+R150]	Comprimés de 500 mg	Comprimés de 400 mg	Injections	
moins de 33 kg	2	2	2	500 mg	2 [H100+T150]
Entre 33 kg et 50 kg	3	3	2	750 mg	1 [H300+T150]
51 kg ou plus	4	4	3	1g ⁽¹⁾	1 [H300+T150]

(1) La dose de S est de 750 mg pour les patients âgés de plus de 50 ans.

R = rifampicine E = éthambutol HT = isoniazide + thiacétazone
H = isoniazide S = streptomycine HR = isoniazide + rifampicine
Z = pyrazinamide T = thiacétazone

(2) l'éthambutol remplace la streptomycine en cas d'intolérance.

(3) l'isoniazide et l'éthambutol remplacent la thiazine (HT) chez tous les malades VIH positifs ou suspects. Les doses de ces médicaments sont les mêmes que dans la phase initiale.

Tableau 2

Schéma thérapeutique de base et posologie applicable
aux enfants

Phase initiale				Phase d'entretien
Administration quotidienne pendant les deux premiers mois				Administration quotidienne du troisième au huitième mois
	HR	Z	S	HT
Poids avant traitement	[comprimés associant H100+R150]	Comprimés de 500 mg	Injections [mg]	[comprimés associant H100 + T50]
5-10 kg ⁽¹⁾	1/2	1/2	250 mg	1/2
11-20 kg	1	1	500 mg	1
21-30 kg	2	2	500 mg	2

(1) Les enfants d'un poids inférieur à 5 kg, la posologie quotidienne doit être calculée en conséquence:

R: 10 mg/kg

H: 5 mg/kg

S: 20 mg/kg

Z: 35 mg/kg

R = rifampicine E = ethambutol HT = isoniazide + thiacétazone

H = isoniazide S = streptomycine HR = isoniazide + rifampicine

Z = pyrazinamide T = thiacétazone

Tableau 3

Schéma thérapeutique de retraitement et posologie

Phase initiale					Phase d'entretien	
Administration quotidienne pendant les trois premiers mois				Deux premiers mois seulement	Trois fois par semaine du quatrième au huitième mois	
	HR	Z	E	S	HR ⁽¹⁾	E
Poids avant traitement	[comprimés associant H100+R150]	Comprimés de 500 mg	Comprimés de 400 mg	Injections	[comprimés associant H100 + R150] + 1 comprimée de H300	Comprimés de 400 mg
Moins de 33 kg	2	2	2	500 mg	2 + H300	2
33 kg - 50 kg	3	3	2	750 mg	3 + H300	3
51 kg ou plus	4	4	3	750 mg	4 + H300	4

(1) Lorsque HR est administré quotidiennement pendant la phase d'entretien, la posologie est la même que pendant la phase d'administration quotidienne.

R = rifampicine E = ethambutol HT = isoniazide + thiacétazone
 H = isoniazide S = streptomycine HR = isoniazide + rifampicine
 Z = pyrazinamide HR = isoniazide + rifampicine

3. Modalités d'administration des médicaments

3.1 Phase initiale

La streptomycine, l'association rifampicine, isoniazide et le pyrazinamide doivent être données sous supervision au centre de traitement où le malade doit se présenter tous les jours pendant les deux premiers mois. Les comprimés sont administrés au malade le matin en prise unique, en présence d'un membre du personnel de santé.

3.2 Phase de continuation

Dans le régime 2SRHZ/TH, le Thiazina (TH) est auto-administré. Dans ce cas, le malade reçoit une ration mensuellement renouvelable.

Annexe 2

Les effets secondaires des médicaments

Les effets secondaires des médicaments antituberculeux peuvent être mineurs ou majeurs.

1. Les effets secondaires mineurs : Ils provoquent des troubles mineurs et transitoires. Ils régressent soit spontanément en quelques jours, soit après un traitement symptomatique ou une adaptation des doses thérapeutiques. Ces troubles sont indiqués dans le tableau 1.

Tableau 1 : Effets secondaires mineurs des médicaments antituberculeux :

Médicaments	Effets secondaires	Mesures à prendre
Isoniazide	Euphorie, insomnie	Vérifier la posologie et la prise matinale du médicament (5 mg/kg/j)
Rifampicine	Urines colorées, douleurs gastriques, nausées, dyspnée asthmatiforme, syndrome grippal	Aucune mesure Traitement symptomatique
Streptomycine	Nausées, vomissements	Traitement symptomatique
Pyrazinamide	Nausées, anorexie arthralgies ou syndrome goutteux	Traitement symptomatique avec aspirine pendant les repas
Ethambutol	Nausées	Traitement symptomatique
Thiazine	Nausées, vomissements	Traitement symptomatique

2. Les effets secondaires majeurs :

Ils sont rares mais ils imposent l'arrêt immédiat du traitement, et, en général, l'hospitalisation en vue de prendre une nouvelle décision thérapeutique (Voir tableau 2)

Tableau 2 : Effets secondaires majeurs des médicaments antituberculeux

Effets secondaires	Médicaments responsables	Mesures à prendre
Hypersensibilité généralisée	Tous médicaments	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arrêt du traitement antituberculeux 2. Hospitalisation immédiate du malade 3. Institution du traitement approprié
Purpura, anémie hémolytique Agranulocytose	Rifampicine Streptomycine Thiazine	Arrêt total et définitif
Hépatite avec ictère	Isoniazide Pyrazinamide Rifampicine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arrêt du traitement 2. Surveillance 3. Après normalisation, reprise en adaptant strictement les doses au poids. R = 5 à 8 mg/kg H = 4 à 5 mg
Vertiges, bourdonnement d'oreilles, ataxie (troubles vestibulaires)	Streptomycine	Arrêt total et définitif
Polynévrites	Isoniazide	Posologie à contrôler - vitamines B6 (Pyridoxine)
Névrite Optique	Ethambutol	Arrêt total et définitif
Anurie	Rifampicine	Arrêt total et définitif
Dermatite Exfoliatrice ou syndrome de Stevens Johnson	Thiacétazone	Arrêt total et hospitalisation immédiate et traitement par les corticoïdes à fortes doses

En cas d'hypersensibilité généralisée, il faut hospitaliser le malade et lui administrer un traitement aux corticoïdes. Après la disparition de la réaction, il faut chercher à identifier le médicament en cause. Cette identification consiste à administrer les médicaments un à un, en commençant par des doses faibles pour atteindre la dose totale en 4 à 5 jours; Exemple:

	1er jour	2e jour	3e jour	4e jour
Isoniazide	50 mg	100 mg	200 mg	300 mg

Avant de passer à la dose supérieure, il faut procéder à un examen clinique complet du malade. Dès qu'un médicament est donné à dose maximale sans incident, on passe à un autre, jusqu'à l'identification du médicament responsable.

S'il s'agit de la streptomycine, du pyrazinamide ou du Thiazine, on arrête le médicament incriminé et on continue avec les autres. S'il s'agit par exemple du Thiazine dans la phase de continuation, on l'arrête et on continue avec la rifampicine et l'isoniazide trois fois par semaine pendant 4 mois ou avec l'isoniazide et l'éthambutol tous les jours pendant 6 mois.

S'il s'agit de l'isoniazide ou de la rifampicine, on pratique une cure de désensibilisation avec les corticoïdes pendant 3 à 4 semaines environ. Si malgré la désensibilisation, les réactions réapparaissent, il faut arrêter définitivement le médicament incriminé.

3. Les interférences médicamenteuses

La rifampicine modifie le métabolisme des contraceptifs oraux, (changement de méthode contraceptive), des cardiotoniques, des hypoglycémiantes oraux. Le médecin doit ajuster les posologies.

Annexe 3Enregistrement, fiches et rapports¹1. Remarques générales

Le recueil d'informations exactes sur chaque malade et la préparation des rapports périodiques sont indispensables pour la conduite du PNLAT. Les rapports doivent fournir des données statistiques détaillées sur les malades et les activités de lutte.

Le nombre et la présentation des documents ont été limités et simplifiés. Un examen attentif notera qu'il n'est pas possible de réduire davantage la charge de travail administratif si nous devons préserver l'intérêt du malade et garantir une évaluation régulière du programme.

2. Le Matériel pour le Recueil des Données et la Préparation des rapports

Il convient de tenir les dossiers suivants:

2.1 Le Registre de Laboratoire pour la Tuberculose: tenu dans les laboratoires effectuant des bacilloscopies (formulaire 1).

Pour chaque frottis de crachat examiné, les informations demandées doivent être consignées par le microscopiste ou le technicien qui a fait l'examen.

Entre autres renseignements, le registre mentionne:

- le numéro de série du frottis de crachat examiné (No. lab., recommençant à "1" chaque nouvelle année);
- la date d'inscription (le jour où le malade porte le premier crachat);
- le nom complet du malade;
- le nom de l'unité sanitaire qui prend en charge le traitement;
- l'adresse (pour les nouveaux malades et les rechutes);
- s'il s'agit d'un examen de dépistage de nouveaux cas et de rechutes: "Ny", ou d'un examen de contrôle en cours de traitement, de malades qui reviennent après avoir été perdus de vue, transférés, échecs et chroniques: "Suivi";
- les résultats des examens (3 pour le dépistage et 2 pour le suivi, sur la même ligne);
- les commentaires (par ex. Caractéristiques de l'expectoration, informations supplémentaires pour aider la recherche du malade, etc.).

¹ Cf. formulaires 1-6 reproduits en fin d'ouvrage

Le registre donne des informations sur le nombre de cas suspects examinés, le nombre de cas frottis-positifs découverts, le nombre et les résultats des frottis examinés pour les malades en traitement.

Le personnel responsable de la tenue du registre de la tuberculose doit vérifier régulièrement si tous les malades frottis-positifs inscrits dans le Registre de laboratoire pour la tuberculose ont bien été inscrits dans le Registre de la tuberculose.

2.2 Le registre de la tuberculose: tenu au niveau de la préfecture (formulaire 2).

Ce registre contient entre autres:

- le numéro du malade (doit commencer par "1" chaque année);
- la date d'enregistrement qui ne correspond pas toujours à la "Date du début de traitement";
- le nom de l'Unité de traitement la plus proche de l'habitation du malade, où le malade sera pris en charge pendant la phase de continuation du traitement;
- la date effective du début du traitement et le schéma thérapeutique (HRZS ou HRZSE ou SHT) administré;
- la forme de tuberculose (pulmonaire ou extra-pulmonaire);
- la classification du cas:
 - **nouveau cas** (N): un malade qui n'a jamais reçu un traitement pour la tuberculose (ou moins d'un mois de traitement); un malade peut être notifié une seule fois comme nouveau cas;
 - **rechute** (R): un malade qui a eu dans le passé un traitement pour la tuberculose et qui a été déclaré guéri mais qui est de nouveau malade avec une tuberculose pulmonaire à frottis positif;
 - **transfert** (T): un malade venant d'une autre préfecture;
 - **reprise du traitement après abandon** (RP): un malade avec une forme pulmonaire et avec au moins 2 frottis négatifs, ou avec une forme extra-pulmonaire, qui avait déjà été mis en traitement dans le passé pour un mois ou plus et qui est perdu de vue depuis plus de 2 mois;
 - **autres cas** (A): tous les échecs avec une tuberculose à frottis positif qui ont déjà été traités pendant un mois ou plus; autres formes rares de tuberculose non confirmées bactériologiquement,

- les dates et les résultats des examens de frottis ou de culture de l'expectoration:
 - pré-traitement: l'espace supérieur de la cellule est destiné au résultat (+/-) et l'espace inférieur est pour le No de laboratoire (il permet au superviseur de vérifier rapidement les résultats dans le registre de laboratoire);
 - résultats à la fin des 2e mois, 3e mois (pour les nouveaux cas positifs au 2e mois et pour tous les cas en schéma thérapeutique de retraitement), 4e mois (pour les cas en schéma thérapeutique de retraitement positifs au 3e mois), 5e mois et au début du dernier mois de traitement;
- les résultats du traitement:
 - guéris (examen bactériologique négatif à 5 et 8 mois);
 - traitement terminé (pas de résultat bactériologique après le 8e mois);
 - décédé quelle que soit la cause du décès;
 - échec:
 - (a) examen direct de frottis positif à la fin du 5e mois, ou plus, de traitement (nouvel enregistrement comme "autre" et traitement HRZSE);
 - (b) cas perdus de vue depuis 2 mois ou plus dont le dernier frottis examiné est positif;
 - défaillant: malade qui a abandonné le traitement pendant deux mois ou plus dont le frottis est négatif);
 - transféré dans une autre préfecture.

2.3 La Fiche de traitement antituberculeux: tenue dans toute unité de santé administrant la chimiothérapie (formulaire 3).

Elle est tenue pour tout malade qui suit son traitement dans le cadre du PNLAT. Elle mentionne entre autres:

- le nom, l'âge, le sexe et l'adresse du malade,
- le numéro d'identification de l'unité de soins,
- le numéro d'ordre du malade dans le registre de la tuberculose,
- le nom de l'unité de soins,
- la forme du début du traitement,
- le régime thérapeutique suivi,
- un espace pour indiquer les dates de rendez-vous.

2.4 La Fiche d'identité du malade: elle est gardée par le malade

Elle doit porter:

- le nom, l'âge, le sexe et l'adresse du malade,
- le numéro d'identification de l'unité de soins,
- le numéro d'ordre du malade dans le registre de la tuberculose,
- le nom de l'unité de soins,
- le forme de la tuberculose (pulmonaire ou extra-pulmonaire)
- la date du début du traitement,
- le régime thérapeutique suivi
- un espace pour indiquer les dates de rendez-vous

2.5 Le Formulaire de demande d'examen d'expectoration: gardé dans toutes les unités sanitaires (formulaire 4).

Il comporte:

- le nom de l'unité de traitement, la date de la demande,
- les nom, âge, sexe et adresse du malade,
- la forme de la tuberculose (pulmonaire ou extra-pulmonaire),
- la mention "nouveau malade" ou "examen de suivi" du traitement,
- le numéro d'identification de l'échantillon, le numéro du malade dans le registre de la tuberculose,
- la date de recueil de crachats,
- les résultats de l'examen du crachat (à remplir au laboratoire).

2.6 Le Formulaire de demande de culture et de test de sensibilité du Mycobacterium tuberculosis aux médicaments (antibiogramme): il est conservé dans les hôpitaux, c'est l'Unité centrale de la tuberculose qui en diffuse le modèle.

2.7 Le formulaire pour le Rapport trimestriel sur les cas nouveaux et les rechutes: il est rempli au centre de la préfecture (formulaire 5).

L'agent de santé qui tient le registre de la tuberculose doit notifier tous les trimestres au coordonnateur régional de la tuberculose (CRT) tous les nouveaux cas pulmonaires frottis-positifs et négatifs, les rechutes pulmonaires frottis-positives et les nouveaux cas extra-pulmonaires.

2.8 Le formulaire pour le rapport trimestriel des résultats du traitement des cas de tuberculose pulmonaire à frottis-positifs enregistrés 12-15 mois auparavant: il est rempli au centre de la préfecture (formulaire 6).

Comment préparer les rapports

On se sert du registre de la Tuberculose de la préfecture pour préparer les rapports. Il est évident qu'on ne peut produire des rapports fiables que si le registre de la Tuberculose est bien tenu à jour.

Rapport trimestriel des nouveaux cas et des rechutes

Pour préparer ce rapport il faut:

Passer en revue les dernières pages du registre et identifier les malades qui ont été enregistrés pendant le trimestre concerné, compter alors en regardant dans les colonnes "classification" et "résultat de l'examen des crachats pré-traitement (au mois 0)", le nombre de nouveaux cas concernant les sujets de sexe masculin frottis-positifs; puis inscrire le total sur le formulaire du rapport. Continuer ensuite avec les nouveaux cas concernant les sujets de sexe féminin frottis-positifs, puis les cas pulmonaires frottis-négatifs chez les hommes, etc... Cocher tout malade qui a été rapporté et vérifier à la fin si tous les malades ont bien été inclus dans le rapport. Marquer séparément et distinctement le dernier malade dans le registre de déclaration pour le trimestre concerné (laisser un espace après chaque trimestre dans le registre).

Note 1: Les rechutes rapportées dans le Bloc 1 doivent être uniquement des cas de rechute frottis-positifs.

Note 2: Le rapport doit mentionner uniquement les cas nouveaux et les cas de rechute à frottis positifs. Les cas transférés au centre et les malades revenus reprendre leur traitement ne doivent pas être mentionnés.

Le rapport trimestriel doit parvenir au CRT d'après le calendrier suivant:

le rapport du 1er trimestre: avant le 30 avril de la même année

le rapport du 2e trimestre: avant le 31 juillet de la même année

le rapport du 3e trimestre: avant le 31 octobre de la même année

le rapport du 4e trimestre: avant le 31 janvier de l'année suivante.

Le CRT produira un rapport trimestriel de la région, par préfecture, et l'enverra le plus tôt possible au coordonateur national du PNLAT.

- Rapport trimestriel des résultats du traitement des cas frottis-positifs de tuberculose pulmonaire enregistrés 12-15 mois auparavant

Pour préparer ce rapport il faut:

1) Identifier d'abord dans le Registre de la Tuberculose les cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs enregistrés pendant le trimestre concerné (ce qui est facile si le début et la fin du trimestre sont clairement délimités pendant la préparation du Rapport trimestriel sur les cas nouveaux et les rechutes de tuberculose).

Noter que le nombre de malades identifiés est égal au nombre de nouveaux cas frottis-positifs qui ont été rapportés dans le Rapport trimestriel sur les cas nouveaux et les rechutes pour le trimestre concerné. Chaque malade identifié doit être compté 2 fois sur le formulaire de rapport: une 1ère fois dans la 1re colonne de gauche ("Nombre total de cas...") et une deuxième fois dans l'une des colonnes 1 à 6 qui indiquent le résultat du traitement.

Bien noter que:

- un malade ne peut être mentionné "guéri" que lorsqu'au moins 2 résultats négatifs ont été obtenus à 3 mois d'intervalle;

- certains malades peuvent être en "retraitement" pour cause d'échec. Il ne faut pas que soit par suite de négligence de la part du malade dans le suivi de son traitement, soit par négligence du personnel qui aurait oublié de déclarer le résultat du traitement, le malade poursuive son traitement au-delà de la période de chimiothérapie autorisée.

2) Il faut, en dernier lieu, compter le nombre de malades dans chaque colonne. La somme des colonnes 1 à 6 doit être égale au total inscrit dans la première colonne de gauche.

Les informations sur les malades enregistrés, par exemple en 1991, doivent être rapportées de la manière suivante:

Période d'enregistrement	Date de l'évaluation	Dernière date de rapport
1er trimestre 1991	30 juin 1992	31 juillet 1992
2e trimestre 1991	30 septembre 1992	31 octobre 1992
3e trimestre 1991	31 décembre 1992	31 janvier 1993
4e trimestre 1991	31 mars 1993	30 avril 1993

En prenant comme exemple les malades enregistrés en 1991, le personnel de santé responsable du PNLAT dans la préfecture fera un rapport trimestriel de toute la préfecture avant le 31 août 1992; le 30 novembre 1992, le 28 février 1993 et le 31 mai 1993.

Le CRT fera un rapport trimestriel global de toute la région par préfecture, et l'enverra le plus tôt possible au coordonateur national du PNLAT.

2.9 Le formulaire de transfert et d'orientation/recours

On doit remplir un formulaire pour:

- tout malade orienté vers un autre centre;
- tout malade qui déménage pour un autre village et continuera son traitement dans un autre centre (transfert);

La section A du formulaire doit être remplie par le personnel de l'unité qui oriente le malade:

- De (poste, centre, hôpital) (nom de l'unité de santé qui oriente ou transfère)
- Au (poste, centre, hôpital) (nom de l'unité de santé vers laquelle est orienté ou transféré le malade)
- Nom, âge et sexe du malade
- Adresse du malade
- Numéro du registre de la tuberculose
- Forme de la tuberculose et date de début du traitement
- Résultats des examens de crachat
- Régime prescrit au centre qui réfère ou transfère le malade
- Traitement à administrer au centre qui recevra le malade
- Catégorie dans laquelle le malade doit être enregistré au centre qui va le recevoir (nouveau cas, retraitement, transféré ou autre)
- Nom, titre et signature de la personne qui a rempli le formulaire.

Après avoir rempli la section A en double, une copie doit être remise au malade qui l'amènera à l'unité où il a été orienté ou transféré, tandis qu'une copie sera envoyée par la poste ou apportée à ce centre.

La section B doit être remplie par le personnel de l'unité où a été orienté le malade, et doit être renvoyée dès que le malade se sera présenté pour le traitement:

- De (poste, centre, hôpital) (nom de l'unité où le malade a été orienté/transféré)

- Au (poste, centre, hôpital) (nom de l'unité de santé qui a orienté/transféré le malade)
- Nom, âge et sexe du malade
- Numéro de registre de tuberculose de la précédente (ancienne) unité de santé
- Date d'arrivée du malade à la nouvelle unité de santé
- Nom, titre et signature du membre du personnel qui a rempli la section B du formulaire.

Reproduction des fiches et formulaires du PNLAT

Annexe 4

Guide pour les méthodes de stérilisation et de désinfection efficaces contre le virus de

l'immunodéficience humaine

Introduction

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) peut être transmis d'un individu à un autre lorsqu'on utilise des instruments non stériles (aiguilles, seringues, et autres instruments qui perforent la peau et sont utilisés pour des actes effractifs). Il est donc important de bien stériliser tous ces instruments pour empêcher la transmission du VIH. Celui-ci est très sensible aux méthodes normales de stérilisation et de désinfection poussée; d'autre part, les méthodes conçues pour inactiver d'autres virus (par exemple le virus de l'hépatite B) inactivent également le VIH.

La chaleur est le moyen le plus efficace d'inactiver le VIH; la stérilisation et la désinfection poussée fondées sur la chaleur sont donc les méthodes de choix. La désinfection poussée par ébullition est possible dans presque toutes les situations, puisqu'il suffit d'avoir une source de chaleur, un récipient et de l'eau. En pratique et sur le terrain, la désinfection poussée avec des produits chimiques est beaucoup moins fiable.

Les directives qui suivent présentent les techniques de stérilisation et de désinfection applicables dans le cadre des soins cliniques.

Méthodes de stérilisation et de désinfection poussée des instruments médicaux

La stérilisation est la destruction de tous les germes, y compris les spores bactériennes (*Bacillus subtilis*, *Clostridium tetani*, etc.) La désinfection poussée est également une destruction de tous les germes, mais qui peut épargner les spores si au départ elles sont présentes en grand nombre.

Les instruments qui sont au contact de la peau intacte (par exemple les stéthoscopes) doivent être régulièrement nettoyés de toute contamination visible. Cela nécessite une désinfection modérée à légère ou un lavage à l'eau et au savon, selon la nature et l'importance de la contamination.

Les instruments médicaux qui perforent les tissus (par exemple scalpels et aiguilles) doivent être stérilisés après usage. Les instruments médicaux qui touchent mais ne pénètrent pas les muqueuses (par exemple sondes endotrachéales des appareils d'anesthésie, lames de laryngoscope, spéculums

vaginaux, fibroscopes) devraient être stérilisés; si ce n'est pas possible, ils doivent être soumis à une désinfection poussée.

Dans certains établissements de soins, les instruments sont mis à tremper dans un désinfectant chimique ou un détergent en attendant d'être nettoyés et désinfectés avant réutilisation. Le but de ce trempage est de diluer le matériel organique et d'éviter qu'il ne sèche; il ne s'agit pas d'une désinfection de l'instrument, qui ne devra être manipulé ou réutilisé qu'après un traitement ultérieur.

Stérilisation par la vapeur

La stérilisation par la vapeur (en autoclave) est la méthode de choix pour les instruments médicaux réutilisables, y compris les aiguilles et les seringues (les seringues doivent être en verre ou en plastique "autoclavable"). L'autoclave doit fonctionner pendant au moins 15 minutes à partir du moment où le contenu a atteint 121°C, ce qui équivaut à une pression supérieure d'une atmosphère (101 kPa) à la pression atmosphérique, sous vapeur saturante. Il ne faut pas surcharger un autoclave.

Désinfection poussée par ébullition

On peut obtenir une désinfection poussée en faisant bouillir les instruments pendant 20 minutes. C'est le moyen le plus simple et le plus fiable d'inactiver la plupart des germes pathogènes, y compris le VIH, lorsqu'on ne possède pas de matériel de stérilisation. Cette technique n'est applicable que s'il est impossible de pratiquer une stérilisation par la vapeur ou par la chaleur sèche. Le virus de l'hépatite B est inactivé au bout de quelques minutes d'ébullition, tout comme le VIH, qui est très sensible à la chaleur. Toutefois, pour plus de sûreté, il vaut mieux maintenir l'ébullition pendant 20 minutes.

Désinfection poussée par immersion dans un produit chimique

On a constaté lors d'essais en laboratoire que de nombreux désinfectants dont l'utilisation est recommandée dans les services de soins inactivaient le VIH. Toutefois, dans la pratique, les désinfectants chimiques ne sont pas fiables parce qu'ils risquent d'être inactivés par la présence de sang ou d'autres substances organiques. En outre, ils doivent être préparés soigneusement. Enfin, ils risquent de perdre rapidement leur activité, en particulier lorsqu'ils sont conservés à la chaleur.

Il ne faut pas pratiquer la désinfection chimique des aiguilles et des seringues.

FICHE DE TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX

N° d'ordre : _____
Centre de Santé : _____

Nom : _____
Adresse (complète) : _____

Type de maladie

- Pulmonaire Extra-pulmonaire
Nouveau Reçuite
Transféré Autre (préciser) _____
Traitement après abandon

Sexe : M F Age : _____
BCG : sans cicatrice cicatrice apparente cicatrice équivoque

I. PHASE INITIALE INTENSIVE

Régime et posologie prescrits * :

Nv cas Nv cas
(standard) (courte durée)

S TH

S RH Z

Re-traitement

S RH Z E

(S seulement pendant 2 mois)

S : streptomycine, TH : Thiazina, RH : rifampicine et isoniazide

Z : pirazinamide, E : éthambutol

* Indiquer le nombre de comprimés et le dosage de S (grammes) prescrits par jour

MOIS	Résultats de l'examen de l'expectoration				POIDS (kg)
	Lab. local	Lab. de réf. *	Col. C.	Sens.	
0	Date	Frontis	Col. C.	Sens.	
2					
5					
8					
> 12					

* Uniquement pour les malades sous traitement de courte durée

MOIS	JOUR*																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

Voir au verso
pour la phase
de continuation

* Cocher la case correspondante dès que les médicaments ont été administrés.

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

FORMULAIRE POUR LABORATOIRE DE TUBERCULOSE
DEMANDE D'EXAMEN D'EXPECTORATION

Nom de l'Unité de Traitement : _____ Date : _____

Nom du malade : _____ Age : _____ SEXE M F

Village/Rue : _____

Type de TB : pulmonaire extra-pulmonaire Nouveau malade* Examen de suivi**

No. identification de l'échantillon : _____ No. du malade dans le registre du centre : _____

Date du recueil des crachats : _____ Signature du responsable du recueil des crachats _____

* Des nouveaux cas diagnostiqués ou des rechutes.

** Des malades sous chimiothérapie.

RESULTATS (à compléter au Laboratoire)

No. de série du laboratoire : _____

(a) Caractéristiques de l'expectoration à l'œil nu :

Muco-purulent Traces de sang Salive

(b) Microscopie :

Date	Echantil.	Résultats *	Positif			
			+++	++	+	(a/c) (>3)
	1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Inscrire si nég. ou pos.

Date : _____ Examen effectué par (signature) _____

Le formulaire dûment rempli doit être transmis à l'Unité de Traitement.

Rapport trimestriel sur les cas nouveaux et les rechutes de tuberculose

Enregistrés pendant le

 trimestre de l'année

Nom du centre de dépistage et de traitement : _____

Date de préparation du rapport : _____

Nom de l'agent du Centre : _____

1 - LES CAS NOUVEAUX ET LES RECHUTES DE TUBERCULOSE

TUBERCULOSE PULMONAIRE						TUBERCULOSE EXTRA PULMONAIRE (4)				TOTAL (5)		
FROTTIS POSITIF					FROTTIS NEGATIF (3)							
CAS NOUVEAUX (1)			RECHUTES (2)									
HOMMES	FEMMES	TOTAL	H	F	H	F	H	F	HOMMES	FEMMES	TOTAL	

2 - CAS NOUVEAUX A FROTTIS POSITIF : de la colonne (1) ci-dessus

Groupe d'âge (années)														TOTAL		
0-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65				
H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	HOMMES	FEMMES	TOTAL

EXPLICATIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

Trimestres : 1^{er} trimestre = janvier, février, mars
 2^e trimestre = avril, mai, juin
 3^e trimestre = juillet, août, septembre
 4^e trimestre = octobre, novembre, décembre

BLOC 1 : LES CAS NOUVEAUX ET LES RECHUTES DE TUBERCULOSE

- Colonne (1) : CAS NOUVEAUX FROTTIS POSITIF = Malades ayant une tuberculose pulmonaire, positifs à l'examen des frottis d'expectoration, qui n'ont jamais reçu de traitement antituberculeux.
- Colonne (2) : RECHUTES FROTTIS POSITIF = Malades ayant une tuberculose pulmonaire, positifs à l'examen des frottis d'expectoration, qui ont été déclarés guéris mais qui ont développé la maladie à nouveau.
- Colonne (3) : CAS FROTTIS NEGATIF = Malades ayant une tuberculose pulmonaire, négatifs à l'examen des frottis d'expectoration, et dont le diagnostic de tuberculose a été posé par d'autres moyens que la bacilloscopie.
- Colonne (4) : TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE = Malades atteints de tuberculose localisée dans d'autres organes que les poumons.
- Colonne (5) : TOTAL Hommes = Additionner tous les malades du sexe masculin dans les colonnes 1 + 2 + 3 + 4
 Femmes = Additionner tous les malades du sexe féminin dans les colonnes 1 + 2 + 3 + 4
 Total = Additionner tous les malades (hommes et femmes) dans les colonnes 1 + 2 + 3 + 4

BLOC 2 : CAS NOUVEAUX A FROTTIS POSITIF : de la colonne (1) ci-dessus

Dans ce bloc, veuillez inscrire les malades (déjà inscrits au bloc 1, colonne (1) selon le sexe et le groupe d'âge. Si l'on ne connaît pas exactement l'âge du malade au moment de son inscription, il faudra faire une approximation de son âge, selon des tranches de cinq ans, c'est-à-dire 15, 20, 25 ans, etc.

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

RAPPORT DES RÉSULTATS DE TRAITEMENT POUR LES CAS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE
A FROTIS POSITIFS ENREGISTRÉS 15-18 MOIS AUPARAVANT

FORMULAIRE 6

Nom du CDT : _____ Nom de l'agent du centre : _____	Cas enregistrés pendant le trimestre de _____ 19____ de l'année _____
Date où le formulaire a été rempli : _____ 19____ Signature : _____	

Nombre total de cas à frotis positifs enregistrés au cours du trimestre ci-dessus M F T*	Régime	(1) Guéris (frotis négatifs)	(2) Traitement terminé (sans résultats bacilloscopiques)	(3) Décédés	(4) Echecs (frotis positifs)	(5) Détailants	(6) Transférés dans un autre centre	Nombre total évalués (colonnes de 1 à 6)
	1. Nouveaux cas							
	1.1 courte durée							
	1.2 standard							
	1.3 Total							
	2. Re-traitement							
	2.1 rechutes							
	2.2 autres							
	2.3 Total							

* De ce total (colonne) sont exclus de l'évaluation de la chimiothérapie pour les raisons suivantes : _____