

SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE

La tuberculose est une maladie décrite depuis l'antiquité et le bacille de Koch a été découvert en 1882.

I/- Définition :

La tuberculose est une maladie infectieuse à déclaration obligatoire. Tout médecin quel qu'il soit et quelque soit le moment de son intervention auprès d'un malade tuberculeux (dépistage, traitement, contrôle) doit procéder à la déclaration adressée à la DASS. Cette pathologie est due à une bactérie, le bacille de Koch (BK ou mycobacterium Tuberculosis). Dans sa forme la plus commune elle envahit le poumon (tuberculose pulmonaire) mais peut se fixer sur d'autres organes (tuberculose extra pulmonaire : os, méningée,...).

II/- Transmission de la tuberculose.

L'homme est le réservoir essentiel du BK. Sa transmission est interhumaine. La tuberculose est très contagieuse cependant la contamination dépend de 2 choses :

- Du nombre de BK expiré dans l'air
- La proximité des sujets

A chaque fois qu'une personne malade tousse, éternue, postillonne en parlant, elle expulse de milliers de gouttelettes qui peuvent contenir le BK. En l'absence de traitement la moitié des malades meurent au bout de quelques années. Pour ceux qui obtiennent des soins, le mode de prise en charge est contraignant et les méthodes de diagnostic non disponibles partout dans le monde. Les problèmes sont encore plus aigus pour les patients co-infectés par le VIH et la tuberculose. Si un traitement est donné et correctement suivi, le taux de guérison est proche de 100%.

III/- Tuberculose et Santé Publique.

30% de la population mondiale est infectée. Dans le monde on dénombre 4 à 10 millions de nouveaux cas de tuberculose par an et elle est responsable de 3 millions de décès annuels. Elle représente la 5^{ème} cause de décès par maladie contagieuse. On pense que 4 millions de personnes dans le monde sont infectées par la tuberculose et le VIH. En France les chiffres ont augmenté du fait de l'épidémie de VIH. 6% des tuberculeux sont séropositifs et 10% des patients atteints du VIH feront une tuberculose. En Ile de France la population

est 2 à 4 fois plus touchée du fait d'une forte concentration des classes sociales défavorisées et des populations migrantes.

La mortalité globale et le risque annuel d'infection ont régulièrement diminué en France comme dans d'autres pays Européens à partir du début du 20^{ème} siècle du fait du développement socio économique et de l'amélioration des conditions de vie.

Il existe des groupes sociaux à risque : les sujets âgés, les migrants, personnes économiquement défavorisés (En France la maladie est prise en charge à 100%), la population carcérale (prévalence plus élevée que dans la population générale), les personnes immunodéprimées. 50% des cas de tuberculose surviennent chez des personnes ne présentant aucun facteur de risque.

IV/- Mode de révélation :

➤ **Signes généraux.**

Ils évoluent de façon insidieuse sur plusieurs semaines. On a une altération de l'état général, asthénie, amaigrissement, fébricule et sueurs nocturnes. On peut apparenter ces symptômes à un syndrome grippal.

➤ **Signes pulmonaires :**

Une toux évoluant lentement sur des semaines voire des mois pour devenir productrice de sécrétions muqueuses ou muquopurulante.

➤ **Examens complémentaires :**

On compte parmi eux la Radio Pulmonaire, le bilan Sanguin, et l'IDR (Intra Dermo Réaction qui met en évidence la présence de la réaction d'hyper sensibilité retardée induite par les antigènes mycobactériens). On compte aussi le bilan bactériologique avec soit un recueil dans les expectorations (ECBC) le matin 3 jours d'affilée ou soit en l'absence d'expectoration un recueil des sécrétions par tubage gastrique (prescription médicale) qui s'effectue par l'introduction d'une sonde gastrique dans l'estomac par voie nasale et qui a pour but de recueillir les sécrétions dégluties par le patient pendant son sommeil. Cela est possible car le bacille de Koch est acido-résistant. Il s'effectue le matin à jeun.

- Préparation du patient pour un prélèvement nasogastrique : prévenir le patient au moins la veille et lui expliquer le soin. Expliquer que l'examen n'est pas douloureux mais désagréable. Le patient ne doit pas se lever à partir de minuit. Il faut une sonde, une grosse seringue, des gants non stériles, un stéthoscope, un pot de recueil, une protection pour le patient, un réniforme, le masque FFP1 pour l'infirmière. On installe le patient en position demi assise, on lui installe la protection autour du cou, on met les gants à usage unique. On mesure la distance entre le nez et le lobe de l'oreille puis entre l'oreille et l'appendice xiphoïde pour obtenir la bonne taille de la sonde. Introduire la sonde par le nez (possibilité de lubrification avec de la vaseline ou silicone). On demande au patient de déglutir pour faire passer la sonde. Une fois la sonde posée on vérifie la position en insufflant de l'air avec la seringue et en écoutant avec le stéthoscope, si la sonde est bien posée on doit entendre des bulles. On aspire alors avec la seringue. Si il n'y a pas de sécrétion on peut injecter 5ml d'eau que l'on réaspire ensuite. Les expectorations recueillies sont mise dans le pot de recueil. On réinstalle le

patient et on envoie le pot au laboratoire. Penser à noter le jour du recueil (1^{er} 2^{ème} ou 3^{ème}).

IV/- Soins Infirmiers aux personnes ayant une suspicion de tuberculose ou présentant une tuberculose avérée.

1/- Soins auprès de la personne.

La tuberculose est une maladie à contamination interhumaine et le traitement est long (6 mois) et ne permet pas d'interruptions. Il faut donc d'abord expliquer au patient la contagiosité, l'importance de l'observance du traitement et la nécessité de dépister les sujets dans l'entourage proche.

➤ Par rapport au traitement :

Expliquer que le traitement se prend en une seule fois le matin à jeun. Expliquer au patient que le traitement ne doit jamais être interrompu et qu'il aura un suivi médical mensuel. Il y a un arrêt de la contagion après 15 ou 21 jours de traitements. Expliquer aussi les effets secondaires du traitement (surtout la coloration orange des urines, des selles et des larmes et la contraception, gastralgies, nausées et vomissements). Ces informations sont indispensables à l'observance thérapeutique. L'infirmière doit informer et reprendre le contenu des informations. L'objectif est d'autonomiser la personne et l'aider à adhérer à son traitement. Si elle ne comprend pas l'intérêt pour elle ou pour ses proches la personne n'adhèrera pas à son traitement.

➤ Par rapport à l'isolement :

Il faut mettre en place un isolement air-gouttelettes (chambre individuelle, porte fermée avec pancarte, sas d'entrée avec blouse, gants à usage unique, masques FFP1, matériel tension et température à demeure dans la chambre, évacuation des déchets dans des sacs DASRI, et surtout lavage des mains +++ et regrouper les soins). Il faut aussi aérer la chambre pour diminuer la concentration en bacilles.

➤ Surveillance :

Surveiller tous les signes cliniques et les effets secondaires.

2/- Auprès des proches.

Un dépistage des personnes en contact étroit est toujours nécessaire. Ce dépistage est conduit soit par le médecin traitant, soit par un centre de lutte antituberculeuse. Les visites sont limitées mais pas interdites à condition qu'elles respectent les conditions de précaution air-gouttelettes. Il faut aussi les accompagner par rapport au fait de l'isolement et identifier les personnes ressources en vue de la sortie. Il peut y avoir une proposition de maison de convalescence ou l'intervention d'une assistante sociale. En service de soins, avec le personnel de soins, il faut jouer un rôle d'information afin que toutes les personnes intervenant dans le service puissent prendre les mesures nécessaires vis-à-vis de l'isolement. L'infirmière est garante du protocole d'isolement. Il faut aussi informer le médecin des capacités de la personne face aux contraintes induites par cette méthode de prise en charge.