

Bon usage des antibiotiques

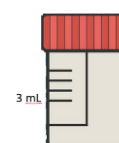
Équipe multidisciplinaire en antibiothérapie (EMA 72) / Centre de lutte antituberculeuse (CLAT 72)

Juin 2026 – n°003

Stratégie diagnostique devant une suspicion de tuberculose (recommandations 2025)

Expectorations (= BK crachats) spontanées ou induites*

- Règle générale : **2** prélèvements
- Le **même jour ou non**
- Après rinçage bucco-dentaire à l'eau, lors d'un effort de toux
- **À jeun ou non**
- Pot stérile **à bouchon rouge**
- **Au moins 3 mL**, avec matières **mucoïdes** ou **purulentes (PAS de salive)**



* Expectorations induites : nécessitent une équipe paramédicale expérimentée, la tolérance des patients avec les nébulisations de sérum salé hypertonique n'est pas toujours bonne.

Aspiration bronchique

- **Avec BK crachat post-fibroscopie**
- À préférer au LBA

Tubages gastriques en dernier recours

Analyses microbiologiques réalisées au laboratoire :



- ✓ Examen **microscopique** avec coloration de Ziehl-Nielsen → évalue la contagiosité
- ✓ **Culture** en milieu liquide et solide
- ✓ Test amplification génique (**PCR**) → détection moléculaire rapide de la résistance à la rifampicine et à l'isoniazide
 - ✓ Si examen direct positif
 - ✓ Ou si examen direct négatif **ET** forte suspicion de tuberculose*

* Forte suspicion = signes cliniques respiratoires et/ou généraux d'évolution subaiguë ou chronique et/ou signes radiologiques compatibles + contexte épidémiologique évocateur : contage récent (< 2 ans) / patient originaire d'un pays de forte incidence de TB arrivé en France < 2 ans, immunodépression, vulnérabilité / précarité sociale.



Tests IGRA (QuantiFERON, TB-spot)

non indiqués pour le diagnostic des tuberculoses pulmonaires de l'adulte



Faire une **sérologie VIH**
systématiquement en cas de
diagnostic de tuberculose