

REPUBLIQUE GABONAISE
UNION-TRAVAIL-JUSTICE
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTE CONTRE LA TUBERCULOSE

LE ROLE DU DISPENSAIRE DANS LE DEPISTAGE DE LA TBC



Elaboré par: Dr. Sergio Adamoli

EPIDEMIOLOGIE

La Tuberculose (TBC) est une maladie contagieuse, endémique très grave et très répandue (dans notre pays, son incidence est de 140/100.000 habitantes) et qui mérite une attention spéciale. C'est pourquoi le Ministère a mise en place le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) afin de combattre la maladie .

La TBC est causée par le bacille de Koch ou mycobacterium tuberculosis, souvent défini, dans les réponses de la bacilloscopie du crachat, avec l'acronyme BK ou, plus correctement, BAAR (Bacille Alcool Acide Résistant)

Les bacilles qui causent la TBC sont présents dans le crachat des malades de TBC pulmonaire

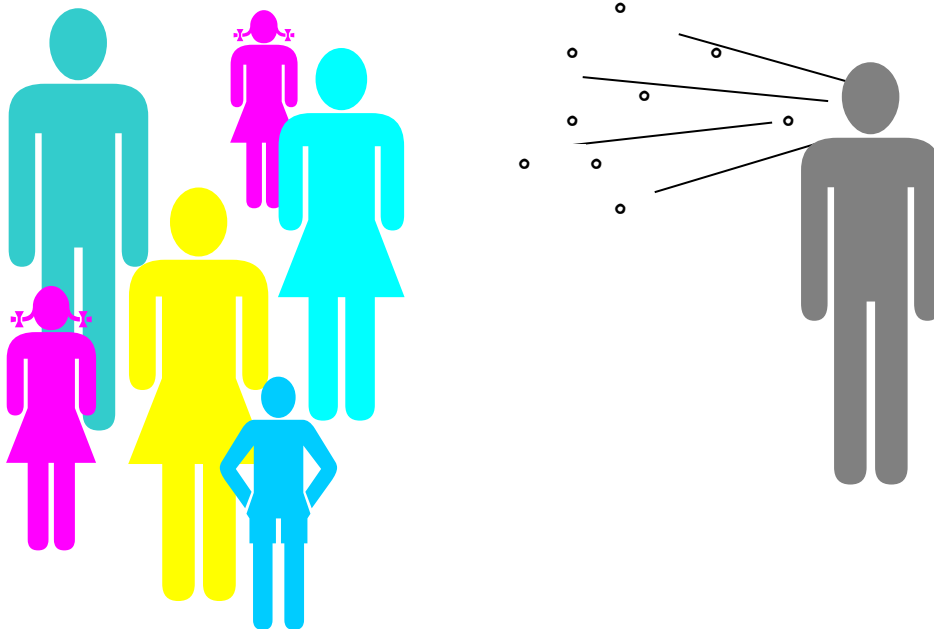


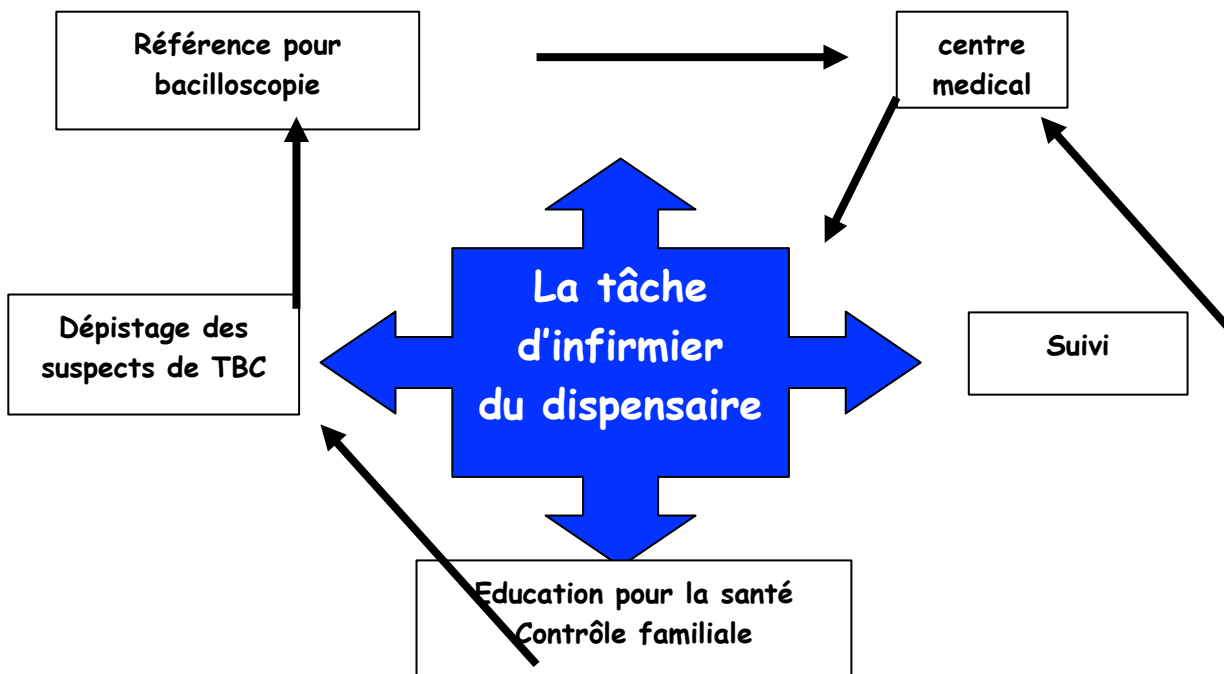
fig. 1

La TBC se transmet d'une personne à une autre par les bacilles expulsés quand le malade tousse, parle éternue. Les bacilles sont contenues dans des gouttelettes de sécrétions bronchiques muco-purulentes infectantes (gouttelettes de Pflugge).

Un seul malade peut contaminer plus de 20 personnes avant de se soigner ou mourir.


| TABLEAU 1 | |
|--|--|
| CAUSES FAVORISANT LE DEVELOPPEMENT DE LA TBC | |
| 1. | pauvreté |
| 2. | état de nutrition |
| 3. | épuiement physique |
| 4. | dépression psychique |
| 5. | âge :nourrisson , adolescent , âgé |
| 6. | promiscuité |
| 7. | sexe féminin : puberté (menarque), grossesse, post- partum |
| 8. | maladies : rougeole, SIDA, coqueluche, alcoolisme, tabagisme |
| 9. | hérédité |

LA TACHE D'INFIRMIER DU DISPENSAIRE



Le rôle de l'infirmier du dispensaire est le dépistage et la référéce des suspects et le contrôle familial

LE DEPISTAGE DE LA TBC

| TABLEAU 2 | | | | | | | |
|---|--------|---|----------------|---------|-----------|---|--|
|  | | <p style="color: red; text-align: center;">La toux est le symptôme principal</p> | | | | | |
| Diagnostic par points de la TBC pulmonaire (adultes) | | | | | | | |
| symptôme | points | | | | | | Ponctuation totale |
| | 0,5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| amaigrissement | | >5% | | >20% | | + | |
| fatigue | + | | | | | | |
| douleur du thorax (point) | + | | | | | | |
| transpiration nocturne | | | | | | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Anorexie Fatigue Durée de la symptomatologie supérieure à trois semaines. Résistance aux antibiotiques </div> |
| fébricule | | | | | | | |
| toux | | | | >3 sem. | | | |
| crachat | | | mucus purulent | | avec sang | | |
| râles thoraciques | | | | | | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Fébricule Amaigrissement </div> |
| hémoptysie grave | | | | | | | |
| résistance aux antibiotiques | | | | | | | |
| histoire familiale de TBC | | | | | | | |
| difficultés sociales | | | | | | | |
| Total points > = 5 | | | | | | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> SIGNES RESPIRATOIRES </div> |
| Total points > = 8 | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Toux Dyspnée Crachat avec sang (hémoptysie) Râles à l'auscultation du </div> | | | | | | | |

CLES DIAGNOSTIQUES POUR SUSPECTER UNE TBC

Le tableau suivant peut donner une aide dans le processus diagnostique :

LA TBC CHEZ LES ENFANTS

Quelle est la raison pour la quelle il est nécessaire de traiter séparément la TBC des enfants atteints par la même maladie des adultes ?

1. le système immunitaire des enfants n'a pas encore atteint son développement complet et, en conséquence, la maladie tuberculeuse apparaît dans sa forme disséminée ou dans sa forme extra pulmonaire plus fréquemment que chez les adultes

- le diagnostic ne suit pas le même processus des adultes : nous ne pouvons pas compter sur la bacilloscopie (d'un coté la collection du crachat est difficile ou même impossible chez les enfants tandis que l'autre côté les formes extra pulmonaires sont très fréquentes) et nous ne pouvons pas recoller un' anamnèse exhaustive.
- avec une fréquence très élevée la règle n'est pas que l'enfant qui vient à nous mais nous que devons le chercher
- le responsable final du traitement n'est pas le patient mais sa famille.

Le model de la contagion et du développement de la TBC chez les enfants est le suivant :

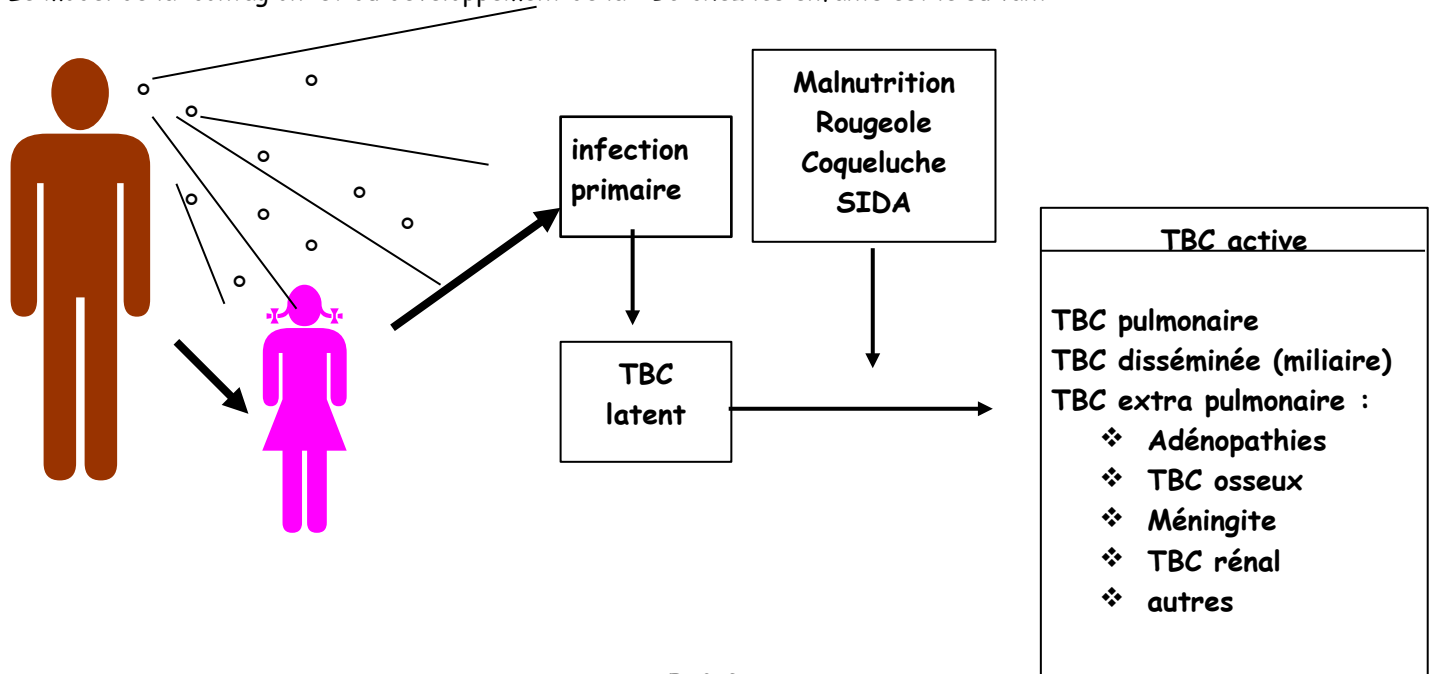


FIG.3

TABLEAUX CLINIQUES DE LA TBC INFANTILE

| TABLEAU 3 |
|---|
| TBC PULMONAIRE |
| Toux et fièvre (peu typique) |
| Anorexie et perte de poids |
| Fatigue |
| Retard de croissance |
| Test tuberculinique positif |
| Anamnèse familiale positive (notion de contagé) |

| |
|--|
| TABLEAU 4 |
| TBC MILIAIRE |
| Fièvre Mal-être Perte de poids Hépto- splénomégalie |

| |
|--|
| TABLEAU 5 |
| ADENOPATHIE TUBERCULEUSE |
| Localisation : latéro- cervicale Les adénopathies sont asymétriques La dimension est de 3-4 cm jusqu'à d'un œuf La consistance est dure- élastique mais le centre est mou Des fistules sont possibles La symptomatologie générale n'est pas importante L'évolution est vers des cicatrices déformantes |

Dans le diagnostic différentiel on doit évaluer les **adénopathies** :

| | |
|--------------------------------|--|
| TABLEAU 6 | |
| DIAGNOSTIC DIFFERENTIAL | |
| MALADIE | ELEMENTS POUR LA DIFFERENTIATION |
| Adénopathie secondaire | La localisation cervicale latérale n'est pas fréquente, plus facilement les adénopathies secondaires se localisant en région sus mandibulaire ou inguinale. L'adénopathie est bien douloureuse. Presque jamais apparaissent des fistules. Une maladie causal de l'adénopathie peut être visualisé (amygdalite, carie dentale etc.) |
| Néoplasie | L'adénopathie est très dure et non douloureuse. La fièvre est rare. |
| Filariose | La cervicale est très rare |

La bacilloscopie du crachat n'aide pas dans le diagnostic : comme pour toutes les formes de Tbc extra pulmonaire la recherche est négative. En cas de présence de fistule (ou par aspiration par aiguille) il est possible que la recherche de BAAR dans le produit ganglionnaire soit positive.

Le diagnostic est surtout clinique et il n'est pas difficile.

TBC OSSEUSE

La TBC peut attaquer n'importe quel os mais la localisation la plus importante, par sa fréquence et sa gravité, est la vertébrale (**mal de Pott**). La destruction d'une vertèbre par la TBC a comme première conséquence la formation d'une bosse, mais, si le processus continue, il peut apparaître la complication terrible d'une paraplégie.

Le diagnostic n'est pas difficile : chez un enfant nous avons les symptômes généraux de une TBC (voir tableau 8) et une douleur localisée dans une vertèbre ou même une bosse douloureuse à la palpation.

La tâche la plus importante d'un infirmier d'un dispensaire face à un cas de TBC vertébrale est donc la prévention de la paraplégie, c'est à dire les mesures prises pour soutenir la colonne vertébrale.

MENINGITE

La méningite est les plus graves de pulmonaire : elle les enfants et a sévère. Le tableau méningite plus

| Symptomatologie méningée | + | Symptomatologie tuberculeuse |
|---------------------------------|---|------------------------------|
| Fièvre | | Evolution lente |
| Photophobie | | Possible hydrocéphalie |
| Altération d'état de conscience | | Résistance aux antibiotiques |
| Vomissement en jet | | Autres symptômes : |
| Raideur de la nuque | | voir table 8 |
| Céphalée | | |

TUBERCULEUSE

une des formes tbc extra affecte surtout un pronostic très clinique est d'une celui-la d'une TBC

Le tableau 8 donne un aide diagnostique (après OMS) :

| Tableau 8 | | | | | | |
|--|-----|-----------------------|------------------------------|---------------------------------|-----|-------|
| Diagnostic pour points de la TBC des enfants | | | | | | |
| Données | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | total |
| Durée de la maladie (semaines) | <2 | de 2 à 4 | | >4 | | |
| Malnutrition | | modéré | | Sans amélioration | | |
| TBC familiale | non | Référé par la famille | | Prouvé (BAAR +) | | |
| Test de la tuberculine | | | | positif | | |
| Fièvre et sueurs nocturnes | | | Résistante à antipaludéennes | | | |
| Adénopathies | | | | oui | | |
| Déformation de la colonne vertébrale | | | | | oui | |
| Tuméfactions osteo- articulaires | | | | oui | | |
| total | | | | | | |
| N total de points >= 7 | | | | haute probabilité de TBC | | |

Hémoptysie= sang perdu avec le crachat.

LES COMPLICATIONS LES PLUS IMPORTANTS DE LA TBC PULMONAIRE

La présence de sang dans le crachat est un signe très typique de TBC, et il renforce le soupçon diagnostique. Mais il est importante ne confondre pas l'hémoptysie (hémorragie des voies aériennes) avec l'hématémèse (hémorragie digestives- œsophage, estomac, duodénum). L'émission avec ou par la toux est l'élément principal pour nous diriger vers une hémorragie aérienne.

De fois l'hémoptysie est très violente et dangereuse pour la vie même. Les conséquences d'une hémoptysie peuvent être :

1. hémorragie irrépressible : → choc → morte
2. inondation bronchiale : → asphyxie → morte
3. diffusion bronchiole-alvéolaire : → broncho-pneumonie

| Tableau 9 |
|--|
| Comment affronter une hémoptysie grave |
| 1. ne bouger pas le patiente jusqu'à l'arrêt de l'hémorragie |
| 2. calmer le patient aussi avec sédatives (diazépam) |
| 3. administrer un hémostatique |

Pyo pneumothorax= présence d'aire et de pus dans la cavité pleurale

Il est causé par la rupture d'une lésion tuberculeuse dans la cavité pleurale. Du poumon blessé sort l'aire et le liquide purulent contaminé par le BK et par des autres bactéries. La conséquence sera la formation d'un pneumothorax et d'une **pleurésie purulente** (empyème pleural).

La symptomatologie débute avec une douleur aiguë du thorax et dyspnée, il y a tympanisme thoracique et silence respiratoire. Depuis quelques jours apparaît fièvre très élevée, intoxication et crachat purulent.

Il faut donner une couverture antibiotique de large spectre et référer d'urgence.

Pleurésie exudative

TABLEAUX CLINIQUES PARTICULIERS

La réaction de la plèvre atteinte par le BK ou par ses toxines est un épanchement séreux c'est à dire une pleurésie exsudative

Tous épanchements de liquide jaune paille doit être interprété comme d'origine TBC

Rappel :

TBC et SIDA

| Tableau 10 |
|---|
| Symptomatologie de l'épanchement pleural |
| 1. fébricule |
| 2. toux sèche |
| 3. douleurs en un point du thorax |
| 4. dyspnée progressive |
| 5. silence respiratoire |
| 6. matité dans le même coté du silence respiratoire |

Le SIDA est une maladie endémique causée par infection du virus VIH. La maladie a été décrite par la première fois en 1981 et elle s'est rapidement diffusée et les cas infectés dans l'an 2001 ont atteint les 40 millions dont la plus part en l'Afrique sub-saharienne (28 millions). Dans notre pays la prévalence de l'infection VIH calculée en l'an 2000 à été 7,7 % tandis que les cas déclarés en l'an 2001 ont été 6229. Le Ministère de la Santé Publique face à la gravité de la situation a créé le Programme de Lutte contre le SIDA (PNLIS).

La contamination avec virus VIH ne donne pas immédiatement la maladie, celle-la apparaît depuis d'un temps variable aussi depuis des ans, mais pendant ce temps-la le sujet peut transmettre l'infection. Elle se transmet surtout par voie sexuelle mais il est connu aussi la transmission de la mère à son bébé et par les transfusions sanguine.

Le virus VIH détruit les défenses immunitaires du malade et beaucoup de maladies peuvent se développer sans être gênées. Ces maladies s'appellent **maladies opportunistes**, dont la TBC est une des plus importantes et graves.

| Tableau 11 |
|---|
| Maladies opportunistes les plus importantes |
| 1. TBC |
| 2. Herpès simplex ou zona |
| 3. pneumonies récidivantes |
| 4. mycoses cutanées et des muqueuses |
| 5. sarcome de Kaposi |

| Tableau 12 |
|--|
| Influence du SIDA sur la TBC |
| 1. augmentation de la fréquence de la TBC |
| 2. augmentation des formes extra pulmonaires |
| 3. hausse du taux de bacilloscopie négative en présence d'une TBC pulmonaire |
| 4. augmentation de la toxicité des chimiothérapiques (surtout de la tiacetazone) |
| 5. augmentation de la résistance aux chimiothérapiques |
| 6. les cas d'abandon augmentent soit par la toxicité du traitement, soit par l'apparition d'autres maladies opportunistes, soit par motivations psychologiques |
| 7. augmentation de la mortalité soit par la majeure gravité de la TBC soit par la présence d'autres infections opportunistes. |
| 8. augmentation des rechutes |

TRAITEMENT

Les antituberculeux qui sont actuellement utilisés par le PNLT sont reproduits dans le tableau 12

| antituberculeux | symbole | posologie | forme pharmaceutique* |
|------------------|---------|------------------------|--------------------------------------|
| Streptomycine | S | 15 (12-18) mg /kg/jour | flacon injectable |
| Isoniazide (INH) | H | 9 (4-6) mg/kg/jour | comprime(aussi associé avec E ou R) |
| Ethambutol | E | 15(15-20) mg/kg/jour | comprime(aussi associé avec H) |
| Pyrazinamide | Z | 25 (20-30) mg/kg/jour | comprime(aussi associé avec H et R) |
| Rifampicine | R | 10 (8-12) mg/kg/jour | comprime (aussi associé avec H) |

Les régimes de traitement doivent être très bien connus par l'infirmier du dispensaire, malgré il ne donne pas le traitement, car le suivi (régularité de l'absorption et le contrôle les effets indésirables) du malade est à sa charge conformément au Paquet Minimum d'Activité (PMA) défini par le PNAS..

LE REGIME DE COURTE DUREE (CAT 1)

Il est applicable à tous les nouveaux cas de malades tuberculeux a microscopie positive et aux cas graves de tuberculose extra pulmonaire (méningite, mal de pott, péricardite tuberculeuse) ou de tuberculose pulmonaire a microscopie négative pour lesquels on peut observer quotidiennement et directement la prise de médicaments pendant les 2 mois de la phase intensive (soit en hospitalisation , soit en ambulatoire) .

La phase initiale intensive associe 4 antituberculeux : Ethambutol , Isoniazide , Rifampicine et Pyrazinamide .

A la fin du deuxième mois, un premier contrôle bacilloscopique est pratiqué. S'il est négatif, la phase de consolidation est mise en route, elle associe Ethambutol et Isoniazide (EH) pendant les 6 mois quotidiennement.

Dans certains cas, la phase de continuation peut durer 4 mois par l'administration de la Rfampicine et Isoniazide (HR).

Si à la fin du deuxième mois, le contrôle bacilloscopique est positif, la phase initiale intensive est poursuivie et un nouvel échantillon de crachat sera examiné à la fin du troisième mois. Lorsque le frottis est négatif on prescrira alors au malade la phase de continuation (6 EH).

La phase intensive de la chimiothérapie ne sera pas prolongée au-delà du troisième mois ; si ce moment là, la bacilloscopie est toujours positive, la phase de continuation (6 EH) est prescrite et on suivra de très près ce patient. On ne peut parler d'échec et de changement thérapeutique que si le malade a une expectoration positive à la fin du 5^{ème} mois de traitement ou les jours.

Du 4^{ème} au 8^{ème} mois , le patient continuera avec deux antituberculeux Isoniazide et Ethambutol tous les jours.

| Tableau 14 | | | | |
|---|---|----------------------|---------------------|--|
| REGIME THERAPEUTIQUE COURT (CAT.1) | | | | |
| 2 HRZE/6EH | | | | |
| PHASE INITIALE (2HRZE) | | | | PHASE DE CONTINUATION (6EH) |
| Administrarer tous les jours pendant deux mois sous observation directe | | | | Administrarer tous les jours du troisième au huitième mois |
| Poids Avant Traitement | H 100 mg R 150 mg associés dans un comprimé | Z 400 mg Comprimé | E 400mg comprimé | H 100 mg E 400mg associés dans un comprimé |
| < 33 kg | 2 | 2 | 1 ½ | 1 ½ |
| 33 a 49 kg | 3 | 3 | 2 | 2 |
| 50 kg et + | 4 | 4 | 3 | 3 |

LE REGIME DE RETRAITEMENT (CAT 2)

Ce régime s'applique aux tuberculeux bacillifères qui ont pris antérieurement des médicaments antituberculeux pendant 1 mois ou plus et qui sont redevenus BK+

Il s'agit des cas de rechute, de reprise de traitement après interruption, ou d'échec au traitement des nouveaux cas. Ces différents types de patients doivent être suspectés d'expectorer des bacilles tuberculeux résistants et c'est pourquoi ce régime comprend la prescription quotidienne de cinq antituberculeux pendant les deux premiers mois (Streptomycine, Ethambutol, Rifampicine, Isoniazide, et Pyrazinamide), puis quatre médicaments pendant 1 mois (Ethambutol , Rifampicine, Isoniazide et Pyrazinamide). Du 4^{ème} au 8^{ème} mois, le patient prendra trois fois par semaine de l'Isoniazide, de la Rifampicine et de l'Ethambutol.

| Tableau 15 | | | | | | | | |
|---|--|----------|--------|------------------------|--|---------|-----------------------------|---|
| REGIME DE RETRAITEMENT (CAT 2) | | | | | | | | |
| PHASE INITIALE (2 SRZE /1 RHZE) | | | | | PHASE DE CONTINUATION (5H3R3E) | | | |
| Administrarer tous les jours pendant les 3 premiers mois sous observation directe | | | | | Administration tous les jours sans variation pdt 2 mois. | | | Administrarer 3 fois par semaine du 4 ^{ème} au 8 ^{ème} mois |
| Poids Avant Traitement | H 100g R 150mg associés dans un comprimé | Z 400 mg | E400mg | S Injection IM en g | H 100 mg R 150 mg | E400 mg | H 3 0 0 m g (supplément) | |

| | | | | | | | |
|------------|---|---|-----|--------|---|-----|---|
| < 33 kg | 2 | 2 | 1 ½ | 0,5 g | 2 | 1 ½ | 1 |
| 33 a 49 kg | 3 | 3 | 2 | 0,75 g | 3 | 2 | 1 |
| 50 kg et + | 4 | 4 | 3 | 1 g | 4 | 3 | 1 |

LE REGIME DE TRAITEMENT CAT 3

Ce régime s'applique aux cas de tuberculoses pulmonaires à microscopie négative avec lésions parenchymateuses peu tendues et de tuberculoses extra pulmonaires autres que les formes cliniques visées à la catégorie 1), ainsi qu'aux enfants chez qui le diagnostic de la tuberculose a été pose.

| Tableau 16 | | | |
|---|------------------------------------|--|---------------------------------|
| REGIME THERAPEUTIQUE COURT (CAT 3)-adultes | | | |
| PHASE INITIALE (2HZR) | | PHASE DE CONTINUATION (6/EH) | |
| Administtrer tous les jours pendant 2 mois sous observation directe | | Administtrer tous les jours du 3 ème au 8 ème mois | |
| Poids Avant Traitement | H : 100mg R: 150 mg associés | Z 400 mg | H 100 mg E 400mg associes |
| < 33 kg | 2 | 2 | 1 ½ |
| 33 a 49 kg | 3 | 3 | 2 |
| 50 kg et + | 4 | 4 | 3 |

Pour le traitement de la tuberculose **des enfants**, le schéma thérapeutique est le suivant :

| Tableau 17 | | | |
|---|------------------------------------|--|---------------------------------|
| REGIME THERAPEUTIQUE COURT (CAT 3) enfants | | | |
| PHASE INITIALE (2/HRZ) | | PHASE DE CONTINUATION (4HR) | |
| Administtrer tous les jours pendant 2 mois sous observation directe | | Administtrer tous les jours du 3 ème au 8 ème mois | |
| Poids Avant Traitement | H : 100mg R: 150 mg associes | Z (Comprime de 400 mg) | H 100 mg E 400mg associes |
| < 33 kg | 2 | 2 | 1 ½ |
| 33 a 49 kg | 3 | 3 | 2 |
| 50 kg et + | 4 | 4 | 3 |

LE TRAITEMENT PREVENTIF DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Tout enfant de moins de 5 ans et apparemment en bonne santé vivant au contact étroit (même toi) d'un tuberculeux bacillifère , doit bénéficier d'une chimiothérapie de 6 mois par isoniazide (5 mg/kg/jour) qu'il soit vacciné ou non. Si l'enfant est malade, il est nécessaire de procéder à des investigations et selon leurs résultats, soit mettre au traitement de base s'il y a tuberculose confirmée, soit la chimioprophylaxie citée ci-dessus.

Pour les enfants d'un poids inférieur à 5 kg, la posologie doit être calculée en conséquence :

- R= 10 mg /kg /jour
- H= 5 mg /kg /jour
- Z= 25 mg /kg /jour

| Tableau 18 | |
|---|--|
| PREVENTION DES EFFETS INDESIRABLES | |
| EFFETS | <ol style="list-style-type: none"> 1. respecter la dose par Kg indiqué 2. respecter la durée du traitement 3. explorer la fonction du foie, des reins etc. 4. surveiller le malade pour détecter les premiers signes des effets indésirables |

INDESIRABLES DES MEDICAMENTS

Les antituberculeux ont une toxicité important, et, car il s'agit d'un traitement notamment prolongé, il faut ne pas se limiter à surveiller la toxicité immédiate mais on doit surveiller la toxicité de la dose totale

Une des taches d'infirmier du dispensaire est l'évaluation des effets secondaires pour détecter rapidement les « effets majeures » et donc référer le malade.

Dans le tableau 18 les « effets secondaires mineurs », donc la majorité sont traités avec médicaments symptomatiques et la suspension provisoire du traitement et normalement sont de la compétence d'infirmier du dispensaire.

Dans le tableau 19 on porte les « effets secondaires majeures »

| Tableau 19 | | |
|--------------------|--|---|
| Médicaments | Effets secondaires | Mesure à prendre |
| H | Euphorie, insomnie. Sensation de brûlures aux pies | Vérifier la posologie. Pyridoxine (Vit.B ₆) : 250 mg/j (prévention : 10 mg /j) |
| R | Urines colorées, douleurs gastriques, nausées Dyspnée asthmatiforme, syndrome grippal, anorexie | Rassure malade, traitement symptomatique. Faire prendre le traitement avant le coucher |
| S | Nausées, vomissements | traitement symptomatique |
| Z | Nausées, anorexie, arthralgie ou syndrome goutteux | traitement symptomatique avec ASA pendant les repas |
| E | Nausées | traitement symptomatique |

| Tableau 20 | | |
|---|---------------------------------|--|
| 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 3. institution du traitement approprié |
| Purpura, anémie hémolytique, agranulocytose | R et S | Arrêt total et définitif |

| | | |
|---|---------|--|
| Hépatite avec ictère | H, Z, R | 1. Arrêt du traitement 2. surveillance 3. après normalisation reprise avec doses strictement adaptés |
| Vertiges, Bourdonnement d'oreilles, ataxie (troubles vestibulaires) | S | Arrêt total et définitif. Remplacer avec E |
| Névrite optique | E | Arrêt total et définitif |
| Anurie, insuffisance rénale aiguë | R | Arrêt total et définitif |

| |
|--|
| Tableau 21 |
| PREVENTION DE LA TBC |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. dépistage des malades 2. traitement correct des malades 3. contrôle des contacts : <ol style="list-style-type: none"> 3.1. examen clinique 3.2. test IDR 3.3. Rx 3.4. chimioprophylaxie 4. vaccination (BCG) à la naissance 5. éducation pour la santé 6. amélioration des conditions sociales et économiques |

| |
|--|
| Tableau 22 |
| Guide technique (supervision) |
| RESPONSABILITES DE L'INFIRMIER DU DISPENSAIRES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Dépister les malades avec symptômes respiratoires évocateurs de la tuberculose et les orienter vers le Centre médical ou toute autre structure pouvant poser le diagnostic, administre un traitement et en assurer le suivi (Base d'épidémiologie, Hôpital régional etc....). 2. Rechercher les contacts symptomatiques des cas indexés de tuberculose pulmonaire contagieuse (personnes vivant avec le malade dans le même foyer). 3. Intensifier : Information, Education pour la Santé (IEPS) au sen de la communauté 4. surveiller la prise des médicaments par les malades en phase intensive en phase de continuation. 5. Rechercher les patients qui ont abandonné leur traitement au sen de la communauté. 6. Remplir, se possible, la fiche de traitement du malade ou le cahier de traitement. 7. Faire un rapport sur la situation de la tuberculose dans le village au médecin du Centre médical. 8. Gérer les médicaments |