

De la résistance aux antituberculeux

Arnaud Trébucq

Résistance

- Origine: mutation génétique (chromosome), taux faible et constant; l'antibiotique aide à la sélection
- Aptitude à "dormir" entraîne rechute mais encore sensible
- A 10^9 , toujours des mutants; idem dans cultures.
- Distinguer la résistance
 - chez les malades ayant déjà été traités (ex résistance acquise ou secondaire)
 - chez les nouveaux cas: sujet jamais traité (ex résistance primaire ou initiale).

Important pour PNT :

- Primum non nocere
- Ne pas créer de résistance +++++

COMMENT NE PAS CREER DE RESISTANCES

- Quadrithérapie en phase initiale pour les TPM+
- Utiliser des traitements standardisés et approuvés par les autorités nationales
- Supervision de chaque prise d'antituberculeux jusqu'à la négativation des crachats
- Jamais de rifampicine en automédication
- Utiliser des formes combinées d'antiTB : RH - TH – EH – RHZ - ERHZ
- Avoir un bon système d'approvisionnement (pas de rupture de stock)
- Avoir un régime de retraitement

Multirésistance : MDR

Résistance au minimum à la fois à

l'isoniazide

et à

la rifampicine

Médicaments

Nouveaux

- dérivés de la rifampicine: Rifapentine **NON**
- fluoroquinolones: -oxacine: Ofi, Sparfl, Lévofl, Moxy, Gati

Anciens

- thioamides: Ethio- et Prothionamide
- Cyclosérine
- PAS: paraminosalicylate de sodium
- aminosides: kana- et capréomycine, amikacine

Classement des antiTB pour MDR

- Aminoglycosides
 - streptomycine,
 - kanamycine ou amikacine,
 - capréomycine
- Thioamides (Ethionamide, prothionamide)
- Pyrazinamide
- Ofloxacine
- Ethambutol
- Cyclosérine
- PAS

Régimes pour les résistants à RHS

3 MOIS

- Aminoglycosides
- Ethionamide
- Pyrazinamide
- Ofloxacin
- Ethambutol

- si RHSE, cyclosérine

18 MOIS

- Ethionamide
- Ofloxacin
- Ethambutol

- Coût ??

La réalité

- Ils meurent