

Soirée FMC AMMPPU du 05-02-2019

# LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Dr Julien BOOS



**Centre de Lutte AntiTuberculeuse de Moselle**

3 Place de la Bibliothèque - BP 20512 - 57009 METZ Cedex 01

*clat-moselle.cpam-moselle@assurance-maladie.fr*

*Tél. : 03.87.21.16.43*

*Fax : 03.87.30.37.70*

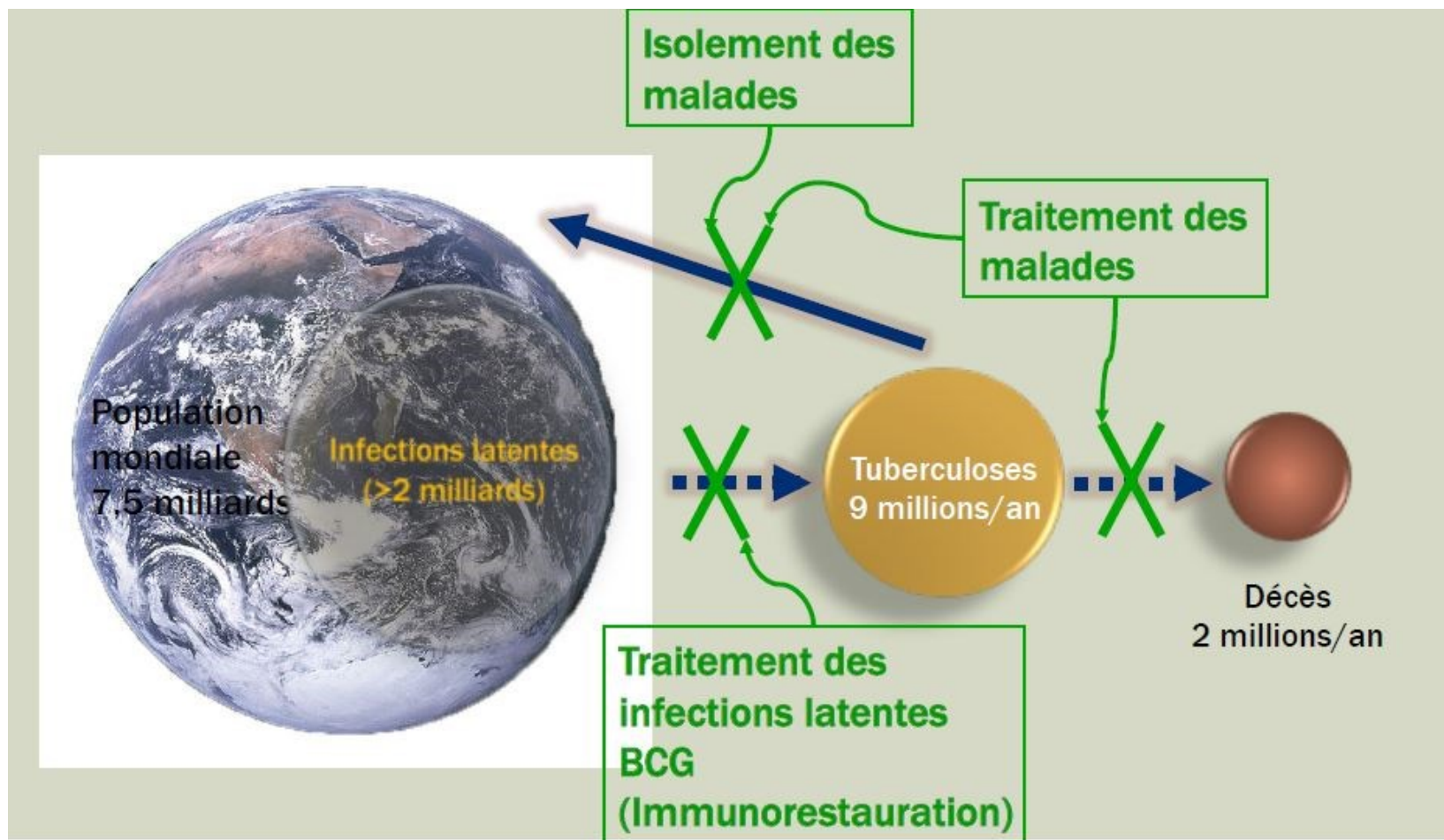
# Plan

- Chaîne de transmission de la TB
- Rôles de l'hôpital et du CLAT
- Enquête autour d'un cas
- Dépistage ciblé des migrants
- Traitement de l'ITL
- TDIG
- Que faire en cas de suspicion de TB ?

# La tuberculose

- France : 5000 nouveaux cas de TB / an (pays à faible incidence de TB selon l'OMS)(taux d'incidence : 7,1 cas/100 000 habitants en 2015)
- Maladie contagieuse, y compris dans les formes à bacilles multi résistants
- Maladie potentiellement
  - nosocomiale
  - acquise en milieu scolaire
  - acquise en collectivités
  - professionnelle
- Maladie curable, maladie évitable
- La LAT est efficace (avec des moyens)

# Comment fonctionne la TB ?



# Comment la prévenir ?

- Vacciner par le BCG
- Limiter la transmission des bacilles :
  - traiter précocement
  - dépister les TB transmissibles : suivre les sujets contact ; RP pour les populations à risque
  - respecter les précautions complémentaires Air
- Dépister et traiter les infections latentes
  - relevant d'un traitement : sujets contact, migrants primo-arrivants < 15 ans, enfants avant BCG, soignants, avant antiTNF, infection à VIH
- Prévenir les résistances
  - traiter correctement les formes sensibles
  - favoriser l'observance
  - référer les formes résistantes à un centre spécialisé (CNR des mycobactéries)

**Le rôle des CLAT, des établissements hospitaliers et des médecins libéraux**

# L'HÔPITAL (LE SPÉCIALISTE LIBÉRAL), UN ACTEUR CENTRAL

## *LE PARCOURS DE SOINS DE L'ALD 29*

- Poser rapidement un diagnostic (bactériologique) pour mettre en oeuvre précocement un traitement adapté
- Informer le patient (et ses proches) : sur la maladie, les traitements, la transmission des bacilles, la prévention
- Déclarer le cas (le signalement, la notification)
- Isoler le patient (les précautions complémentaires air)
- Traiter le plus rapidement possible et conformément aux recommandations (prévenir les résistances)
- Repérer les facteurs de risque d'inobservance et réaliser une éducation thérapeutique voire une supervision du traitement
- Assurer l'accompagnement du traitement (médical, social) jusqu'au terme de la maladie, notifier les issues de traitement
- Favoriser la prévention (communication et enquêtes coordonnées par le CLAT, travail en réseau, traitement des ITL des immunodéprimés)
- Protéger son personnel (BCG, isolements, protocoles de suivi autour des cas, maladie professionnelle)

# EN COMPLÉMENT DE L'HÔPITAL, LE CLAT...

- Dépister les infections tuberculeuses latentes chez les sujets relevant d'un traitement :
  - sujets contact
  - migrants primo-arrivants < 15 ans
  - avant le BCG
  - soignants
  - (sur immunodépression VIH ; anti-TNF : rôle hospitalier)
- Traiter les infections tuberculeuses latentes
- Dépister la tuberculose dans les populations à risque (radiographie thoracique)
- Adresser les sujets dépistés positifs à une filière organisée de soins
- Dispenser sans frais les traitements aux personnes en attente de couverture sociale
- Réaliser le suivi d'observance thérapeutique
- Vacciner par le BCG
- Informer en collectivités – former les professionnels – conseiller

# Enquête autour d'un cas (1)

- Déclenchement de l'enquête par le CLAT suite au signalement/notification d'un cas de TB (confirmé/probable)
- Entretien avec le cas index
- Sélection des sujets contact à dépister en fonction :
  - \* contagiosité du cas index (ED+, caverne, toux, localisation)
  - \* caractéristiques de l'exposition (confinement, proximité, durée)
  - \* caractéristiques du sujet contact (FDR de progression vers TB maladie)



Tableau 1 – Conditions augmentant le risque de progression vers la tuberculose maladie à partir d'une ITL

(Adaptation du tableau 2 de : Erkens CGM, *et al.* [3])

Conditions augmentant le risque de tuberculose maladie	Odds ratio ou Risque relatif
<b>Déficit immunitaire avéré</b>	
Infection à VIH	50-110
Sida	110-170
Greffe d'organe solide avec traitement immunosuppresseur	20-74
Traitement par anti-TNF-alpha	1,5-17
Corticostéroïdes >10 mg d'équivalent prednisone/jour pendant > 2-4 semaines [4]	4-9
<b>Néoplasie</b>	4-8
Hémopathie maligne (leucémie, lymphome)	16
Cancer de la tête, cou ou poumon	2,5-6,3
<b>Autres situations</b>	
Gastrectomie	2,5
Anastomose jéjuno-iléale	27 - 63
Silicose	30
Insuffisance rénale chronique / hémodialyse	10-25
Diabète sucré	2-3,6
Consommation de tabac	2-3
Consommation excessive d'alcool	3
Déficit pondéral	2,0-2,6
Age $\leq$ 5 ans	2-5

Note : Degré de preuves de niveau B ou C en général. TNF : le risque relatif (RR) ajusté concernant les corticostéroïdes pour le risque de tuberculose maladie n'a pas été établi de façon concluante. Le tableau a été adapté et mis à jour en se basant sur plusieurs sources

# Enquête autour d'un cas (2)

- Dépistage des sujets contact :
  - information des sujets contact (courrier, tél, visite ou cs, info collective)
  - M0 : IDR et RP
  - M3 : IDR et RP
  - surveillance RP à 1 an et 2 ans si IDR entre 5 et 15 mm
  - enfants < 2 ans : traitement préventif systématique (en attendant le résultat de l'IDR à M3)
  - BCG pour les enfants < 5 ans avec IDR négative à M3
  - sujet contact > 80 ans avec ITL : surveillance clinique et radiologique (RP tous les 6 mois) pendant 2 ans

# Dépistage ciblé des migrants au CLAT de Moselle (1)

- Dépistage de la TB : RP pour tous les migrants récents âgés de plus de 10 ans originaires de pays à forte incidence de TB
- Dépistage de l'ITL : IDR aux < 15 ans, RP si IDR > 10 mm, traitement des ITL < 15 ans (et D.O.)
- Convention avec le SUMPPS pour les RP prescrites aux étudiants étrangers
- Prise en charge des migrants suite au dépistage : examens complémentaires, traitement, surveillance radio-clinique...

# Dépistage ciblé des migrants au CLAT de Moselle (2)

- Interventions hors les murs dans toutes les structures d'accueil de migrants en Moselle (facilité d'accès au dépistage)
- Consultations au CLAT
- Partenariats / conventions avec les foyers, rencontres avec les travailleurs sociaux
- Dépistage difficile en raison de la mobilité constante de ces personnes, de la barrière de la langue :  
Utilisation de ISM interprétariat / logiciels de traduction (deepL translator, google traduction) / application Traduc-med / pictogrammes / personnel du CLAT maîtrisant plusieurs langues : anglais, allemand, italien, russe

# Traitement de l'ITL (1)

Le plus souvent : RIFINAH 2 cp/j pendant 3 mois  
( **Rifampicine** 10 mg/kg/j + **Isoniazide** 5 mg/kg/j )  
Alternative : **Isoniazide** seul pendant 9 mois

Principal effet secondaire : hépatotoxicité majorée si

- \* > 65 ans
- \* éthyliste, autres substances hépatotoxiques (dont médicaments)
- \* hépatopathie chronique (dont hépatites virales)
- \* mauvais état nutritionnel

- Bilan pré-thérapeutique : NFS, créatininémie, natrémie, transaminases, PAL, gGT, bilirubine +/- proposer sérologies VHB/VHC/VIH
- Vérifier l'absence de leucocyturie
- Dosage des transaminases à J15, J30 et tous les mois
  - \* si ↗ modérée < 5xN : poursuite ttt et contrôles rapprochés
  - \* si > 5xN : arrêt du traitement et surveillance radio-clinique 2 ans

# Traitement de l'ITL (2)

## Autres effets indésirables :

- Signes digestifs : nausées, douleur abdo

## Rifampicine :

- $\searrow$  activité des oestro-prog (C.O. et stérilet aux prog.), des AVK, des corticoïdes
- coloration rouge-orange des sécrétions

## Isoniazide :

- Signes généraux : asthénie, anorexie, arthro-myalgies
- Signes neuro :  
neuropathie périph (polynévrite) : annoncées par des paresthésies distales, surtout chez l'OH dénutri

# Traitement de l'ITL (3)

Modalités de prise du Rifinah :

- Une seule prise
- À jeun (à distance des repas 1-2H)
- À heure fixe
- Ne pas interrompre le ttt (risque d'inefficacité et manifestations d'hypersensibilité)
- Pas d'alcool

# Traitement de l'ITL (4)

- RP de contrôle à faire en fin de traitement
- Le diagnostic immunologique d'ITL ne doit être fait qu'une seule fois dans la vie. Il n'y a pas lieu de refaire une IDR (ou un QF) après une ITL.
- En cas de contre-indication au traitement préventif (hépatique, mauvaise observance) ou > 80 ans : surveillance clinique et radiologique (RP tous les 6 mois) pendant 2 ans.



# Tests de détection de l'interféron gamma (TDIG)

**La prise en charge par l'assurance maladie depuis le 22/06/2017 de ces tests est limitée aux situations suivantes :**

1. Enfants migrants de moins de 15 ans provenant d'une zone de forte endémie tuberculeuse ;
2. Patients infectés par le VIH (dépistage systématique inclus dans le bilan initial d'un patient VIH);
3. Avant la mise en route d'un traitement par anti-TNF ;
4. Dans un contexte de prise en charge pluridisciplinaire, aide au diagnostic de tuberculose paucibacillaire en cas de diagnostic difficile chez l'enfant ou de tuberculose extrapulmonaire.

**D'autres indications sont médicalement justifiées, mais ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie :**

1. Personnel professionnellement exposé : à l'embauche.
2. Si exposition documentée à un cas index : enquête autour d'un cas index.

# Quand évoquer le diagnostic de TB ?

- **Chez l'adulte** : persistance inexpliquée de plus de 3 semaines avec échec de ttt antibiotique de  
signes pulmonaires : toux, expecto, hémoptysie, dyspnée...  
signes généraux : sueurs nocturnes, fièvre, amaigrissement, asthénie...  
signes extra-pulm : adénopathie, douleur rachidienne ou ostéo-articulaire...
- **Chez l'enfant** : souvent asymptote ou signes aspécifiques persistants malgré les antibio (toux, fièvre, anorexie, asthénie, mauvaise croissance pondérale, sueurs nocturnes, tb digestifs, adénopathie...)
- **Contexte à risque** : cas de TB dans l'entourage, pays d'origine à risque de BK, séjours prolongés en pays à risque, FDR de progression vers la TB-maladie

# Que faire en cas de suspicion de TB ?

- **RP dès que possible et TDM/consult. pneumo si anormale**
- **Diagnostic de certitude : microbiologie**
  - BK expecto x3j de suite (avec examen direct et culture)
  - BK tubage x3 si expecto difficiles
  - en cas de négativité de 3 prélèvements : fibroscopie bronchique
- **Examens et prélèvements bacterio orientés en cas de suspicion de forme extra-pulmonaire**

# MERCI DE VOTRE ATTENTION



**Centre de Lutte AntiTuberculeuse de Moselle**  
3 Place de la Bibliothèque - BP 20512 - 57009 METZ Cedex 01  
*clat-moselle.cpam-moselle@assurance-maladie.fr*  
*Tél. : 03.87.21.16.43*                      *Fax : 03.87.30.37.70*