

# *RECOMMANDATIONS SPLF (Janv. 2004)*

## PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE EN FRANCE

Président : B. Dautzenberg

Secrétaire : N. Véziris

Experts : C. Delacourt, M. Albertini, B. Decludt, C. Marguet, P. Scheinmann, A. Deschildre, Ch. Poirier, J. Cadranel, N. Véziris, C. Beigelman, C. Fuhrman, B. Herer, F. Bonnaud, C. Chouaïd, F. Antoun, F. Blanc-Jouvan, K. Cormier, P. Fraisse, L. Portel, D. Valeyre, J. Guigay, J.L. Hermann, V. Jarlier, G. Marchal, B. Dautzenberg, E. Cardot, M. Frechet-Jachym, J.P. Grignet, J.P. Maffre

# I - Enfant Contact Asymptomatique IDR + et Rx Pulm.-Normale

1 - Evoquer le diagnostic de TIL  
en cas de :

- contact étroit
- voyage dans un pays à forte endémie
- contact avec une personne provenant d'un pays à forte endémie

## 1 - 2 - Diagnostic d'une tuberculose infection latente :

- **SI PAS DE BCG ANTERIEUR**

- si IDR  $\geq$  10 mm
- si IDR  $\geq$  5 mm en cas de risque très important

- **SI BCG ANTERIEUR**

- si IDR  $\geq$  15 mm
- si IDR  $\geq$  10 mm en cas de risque très important

## 1 - 3 - Examens en cas de TIL tuberculose infection latente :

- Pas de tubage (sauf si < 2 ans)
- Pas de PCR
- Pas de TDM (sauf si doute sur RP)
- Pas de PL
- Pas de bilan biologique
- Pas de sérologie
- Pas de surveillance biologique si INH et/ou RFP

## II - Circonstances et modalités de traitement d'une TIL

### 1 - Indications du traitement

- Même en l'absence de tout critère d'ITL
  - chez enfant < 2 ans
  - chez immunodéprimés
- Avis d'un spécialiste nécessaire
- Pas de traitement en l'absence d'une exposition récente
- Pas de traitement chez les sujets âgés > 80 ans

## II - 1 (suite) - Indications du traitement

### En cas de contact :

- chez l'enfant < 18 ans (cf. diapos I - 2)
- chez l'adulte
  - si IDR  $\geq$  15 mm
  - si IDR  $\geq$  10 mm en cas de très fort risque
- chez les migrants récents de pays endémique si IDR  $\geq$  15 mm

## II - 2 - Nature du traitement

- Chez l'adulte

- Rimifon (INH) 6 mois
- INH - RFP 3 mois

- Chez l'enfant : 3 mois

- INH      5 mg/kg si > 2 ans  
            10 mg/kg si < 2 ans  
et RFP = 10 mg/kg

## II - 3 - Cas particuliers

- Grossesse : traitement non C.I.
- VIH : INH 9 mois
- Hépatopathie : RFP 3mois
- Résistance INH ~~↯~~ super expert
- Multirésistance : cf. antibiogramme



## III - Nouveaux outils diagnostics

### 1 - Biologie Moléculaire (PCR)

- Pour identifier rapidement la présence et la nature d'une mycobactérie (Myc.)
- Recommandé en cas de doute sur Myc. atypique (VIH)
- N'est pas un examen de routine

## III - 2 - Dosage de l'adénosine désaminase

- dosage dans le liquide pleural
- n'est pas recommandé

## III - 3 - Tests immunologiques

- non recommandés

## IV - Séquelles radiologiques de T.

### 1 - Affirmer le caractère séquellaire

- Pas d'indication d'une IDR
- Réaliser une RP en fin de traitement et 2 ans post traitement
- Réaliser (si possible) une TDM en fin de traitement
- TDM : montre des signes récents de réactivation nodules centrolobulaires avec aspect « d'arbre bourgeonnant »

## IV - 2 - Décision d'un traitement en fonction :

- **Traitement antérieur**
  - d'abord éliminer une T maladie
  - si INH + RFP pendant  $\geq 6$  mois
    - ✗ pas de traitement
- **Type de patients**
  - migrants < 10 ans
  - immunodéprimés ou devant le devenir

***\*NB - En l'absence de traitement antérieur :  
récidive dans 25 %***

## IV - 3 - Protocole de traitement

- INH : 9 à 12 mois
  - INH + RFP : 4 mois
- Réduction du risque de récidive de 75 %

# V - 1 - Traitement NON STANDARD

## - Traitement standard

- 1ère phase ~~2~~ 2 mois :

quadriothérapie

- INH + RFP + PZA + ETH

- 2ème phase ~~2~~ 4 mois : bithérapie

## V - 2 - Si résistance suspectée ou confirmée

- Reprendre le traitement standard en attente d'antibiogramme
- Si INH résistante
  - 2<sup>e</sup> phase = 7 mois RFP + ETH +/- nouvel anti-T
- Si résistance naturelle (M. Bovis) ~~Q~~ pas de PZA
- **Si MDR**
  - attendre antibiogramme
  - isolement du patient
  - 3 médicaments actifs
  - 12 mois après négativation

# V - 3 - Si pathologies sous jacentes

- Insuffisance rénale

- si CI > 30 ml/mn traitement standard (ETH 15 mg/kg)

- si CI < 30 ml/mn

- » INH 3 mg/kg

- » ETH 7-10 mg/kg

- » PZA 15 mg/kg

- si corticothérapie

- ↗ doses de corticoïdes de 30 à 50 %

- si enfants

- pas ETH

- INH 10 mg/kg si < 2 ans



## V - 3 (suite) - Si pathologies sous jacentes

- Femme enceinte : traitement standard
- Méningite Tuberculeuse : 9 mois
- Corticothérapie associée si :
  - péricardite
  - méningite / tuberculome
  - miliaire hypoxémiante

## V - 4 - Modifier un traitement après le début

### a) Augmentation des transaminases

- Si transa  $< 3 N$  ↯ surveillance
- Si transa entre 3 et 6 N
  - ↳ PZA ↯ prolonger 3 mois la 2<sup>e</sup> phase
- Si transa  $> 6 N$  ↯ anti-T
  - réintroduction progressive ETH + RFP + INH à doses réduites
  - puis augmentation INH par paliers
  - quinolones ou aminosides si PZA impossible

## V - 4 - Modifier un traitement après le début

### b) Si arrêt du traitement

#### *Pendant les 2 premiers mois*

- si  $< 14$  j  $\Rightarrow$  continuer le traitement pour avoir 60 j de ttmt
- si  $> 14$  j  $\Rightarrow$  reprendre depuis le début

#### *Pendant la 2ème phase*

- si  $> 80$  % ttmt  $\Rightarrow$  arrêt traitement (surtout si ED-)
- si  $< 80$  % ttmt
  - durée  $< 3$  mois  $\Rightarrow$  finir le traitement
  - durée  $> 3$  mois  $\Rightarrow$  reprendre en totalité

# VI - Organisation Médico-Sociale et Administrative

## 1 - Améliorer la notification et le signalement

- Médecins référents
- Procédures écrites
- Délai maximum d'une semaine
- Retour d'information vers les médecins déclarants

## VI - 2 - Améliorer la Coordination de LAT

- Mieux connaître les cas index

- Coordonner

SLAT - DASS - Labos - Hôpitaux - OMI

- Enquête d'entourage - protocole

## VI - 3 - Améliorer la Prise en Charge des populations spécifiques

### Actions spécifiques pour SDF

- DOT, équipe mobile
- lits infirmiers

### Actions spécifiques pour Migrants

- dépistage à l'arrivée
- dépistage itinérant
- conditions sanitaires d'hébergement

## VI - 4 - Améliorer le Suivi du traitement

- Actions pour les cas en rupture de traitement
- Observance sous responsabilité du clinicien
- Déclaration de fin de traitement
- Injonction thérapeutique