

CONSENSUS DGS 2004

RECOMMANDATIONS
TUBERCULOSE 2004

Dr Fadi ANTOUN

Mairie de Paris

CELLULE TUBERCULOSE

Septembre 2004

RECOMMANDATIONS DE LA TUBERCULOSE - DGS

Président : E. Bouvet

D. Abiteboul, F. Antoun, Z. Bessa,
C. Billy, B. Dautzenberg, B. Decludt,
J. Gaudelus, V. Jarlier, S. Lerasle,
O. Siruguet, V. Vincent

INTRODUCTION

Incidence de la tuberculose

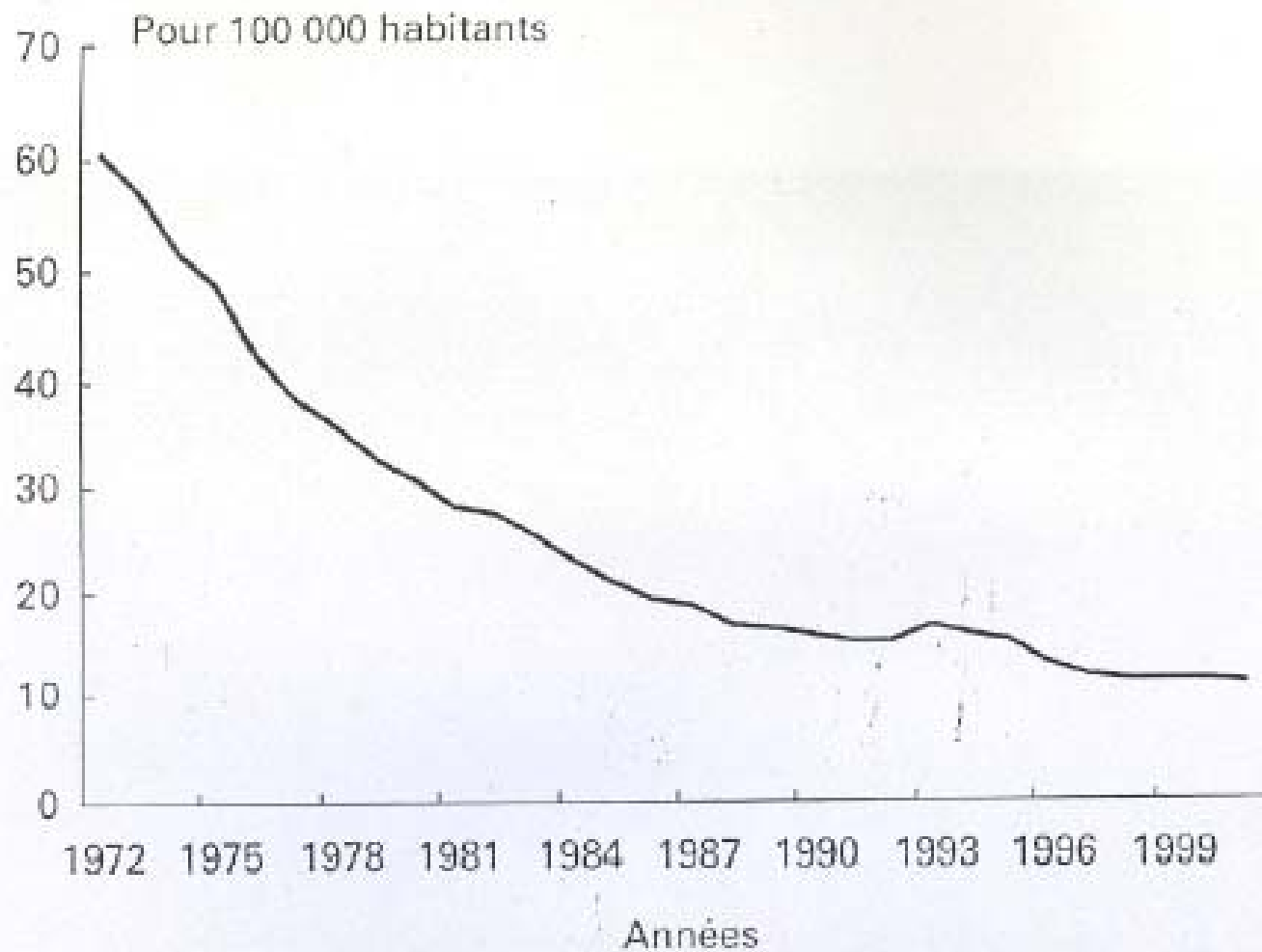
En France :

- 17 cas/100.000 habitants en 1991
- 11,2 cas/100.000 habitants en 2000
- 10,5 cas/100.000 habitants en 2002

A Paris : incidence 5 fois > incidence nationale

- 46,2 cas/100.000 habitants en 1999
- 49,9 cas/100.000 habitants en 2000
- 54,1 cas/100.000 habitants en 2002

→ Forte incidence dans les populations migrantes



7S2

Rev Med Respir 2000 ; 20 : 75000-75000

INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE

(pour 100.000)	1990	1995	1997	1999	2002
Paris	56,7	59	49	46,3	54,1
Ile-de-France *	32,9	35,7	26,7	26,4	27,1

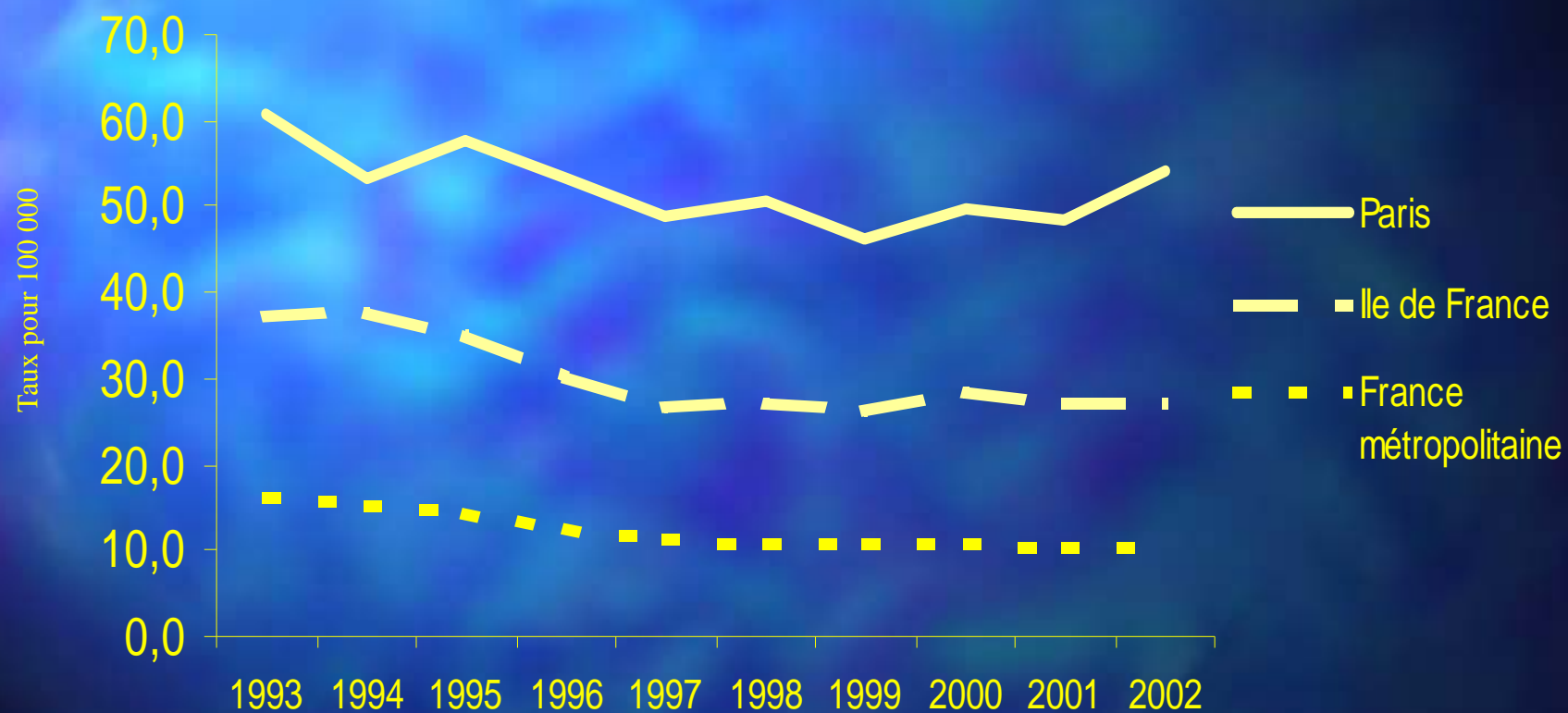
Sources : Déclarations obligatoires

* y compris Paris

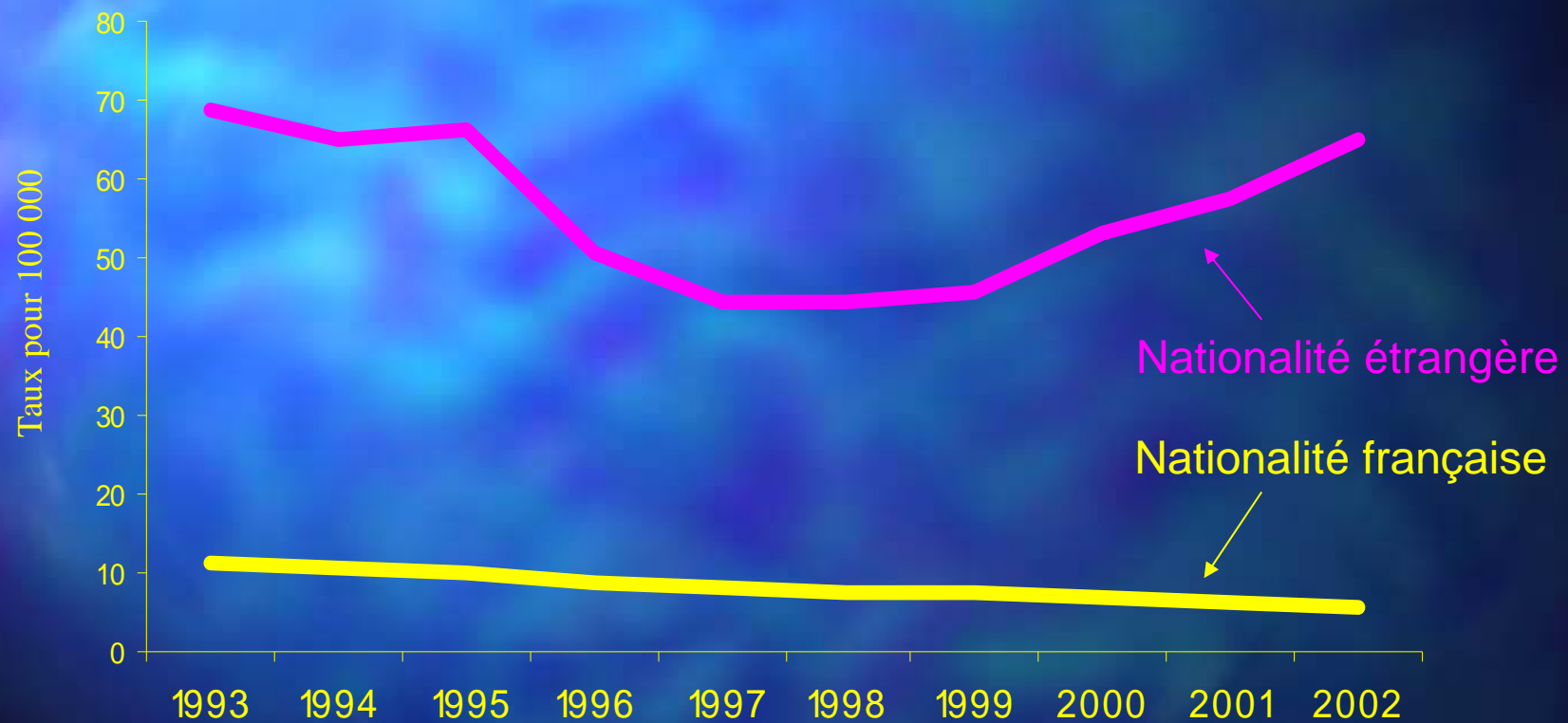
Dr ANTOUN

MAIRIE DE PARIS - DASES
Cellule Tuberculose

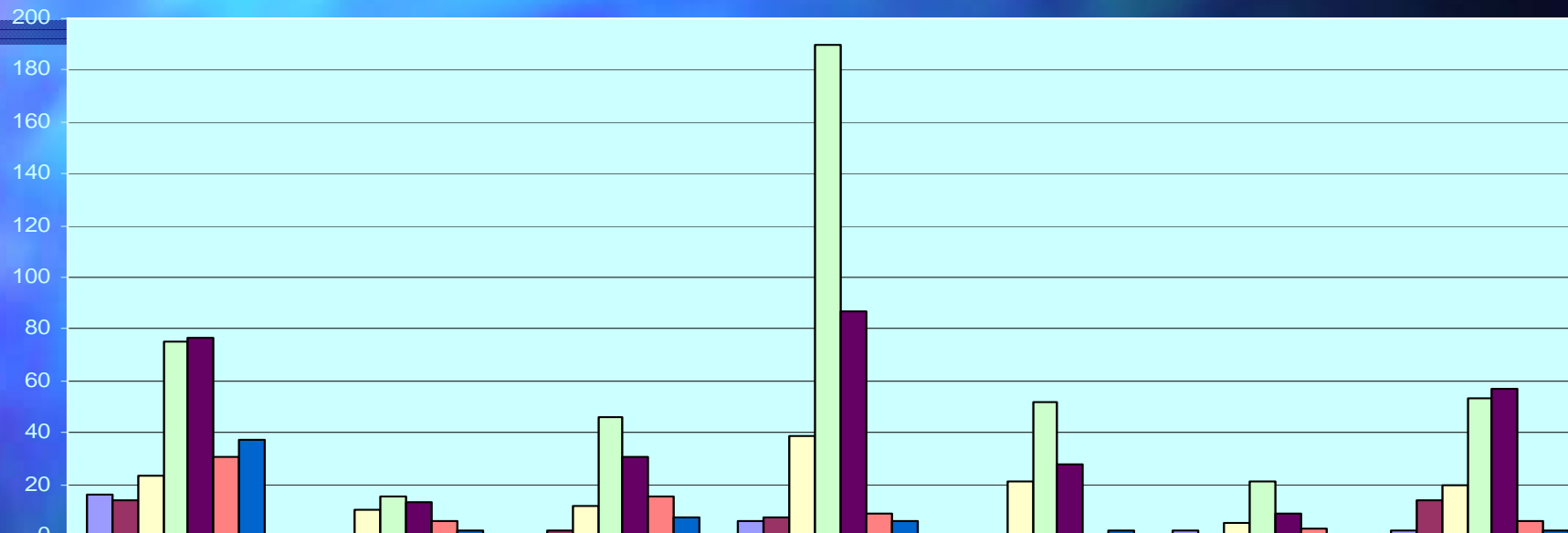
Taux d'incidence de la tuberculose selon la région, France métropolitaine, 1993-2002



Incidence de la tuberculose selon la nationalité, France métropolitaine, 1993-2002.

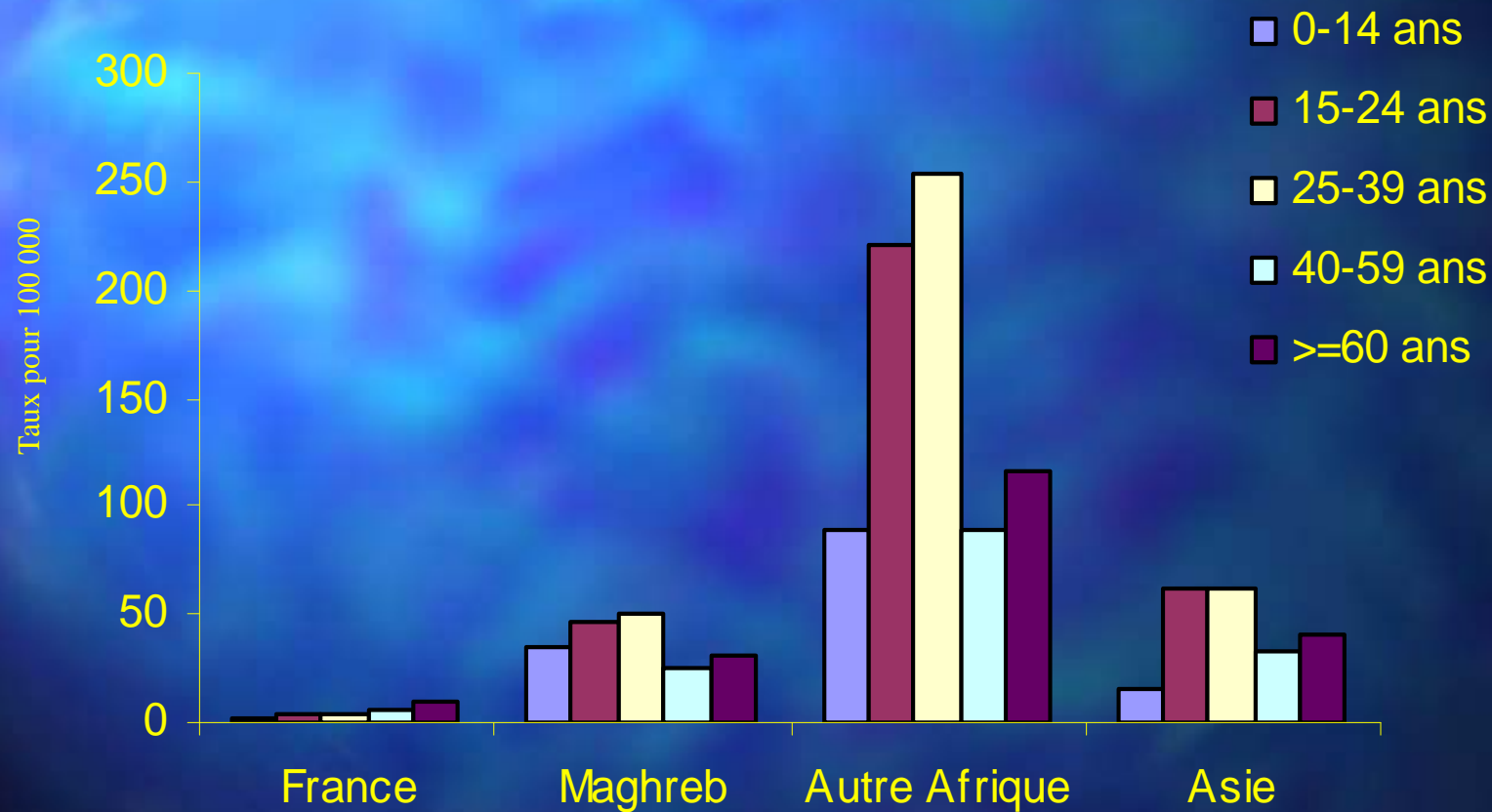


Cas de tuberculose déclarés en 2003 pour des résidents parisiens selon l'âge et la région de naissance



	France	Europe	Afrique du Nord	Autre Afrique	Asie	Autre	Inconnu
0-4 ans	16	0	0	6	1	2	2
5-14 ans	14	0	2	7	1	1	14
15-24 ans	23	10	12	39	21	5	20
25-39 ans	75	15	46	190	52	21	53
40-59 ans	77	13	31	87	28	9	57
60-74 ans	31	6	15	9	1	3	6
> 75 ans	37	2	7	6	2	0	2

Incidence de la tuberculose selon le pays de naissance et la classe d'âge, France métropolitaine, 2002



ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE DE LA TUBERCULOSE EN FRANCE

En France, la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire (D.O.) depuis 1964.

- ↪ **Déclaration des tuberculoses « infection latente » chez les enfants de moins de 15 ans.**
- ↪ **Diffusion d'une nouvelle fiche de déclaration.**

LA DECLARATION OBLIGATOIRE :

1) Le Signalement Immédiat

- Pour tout cas de tuberculose maladie (adulte et enfant)
- Pour toute infection tuberculeuse latente chez enfant de moins de 15 ans
- Doit être fait rapidement à la DDASS dont dépend le Médecin déclarant, par téléphone ou fax.
- Les informations sont transmises au Conseil Général :
 - ▶ Intervention des SLAT à la demande du Médecin déclarant avec réalisation d'une enquête autour du cas.

LA DECLARATION OBLIGATOIRE :

2) La Notification ou D.O.

- Fiche D.O. à visées épidémiologiques (informations indirectement nominatives sur le patient et sa maladie)
- Doit être envoyée à la DDASS dont dépend le Médecin déclarant
 - ✎ Suivi départemental et rétro-information vers les déclarants et les services de lutte antituberculeuse

INFECTION TUBERCULEUSE : DEFINITIONS

Infection à *M. tuberculosis* sous 2 formes :

- Tuberculose infection latente : antécédent de contact direct avec *M. tuberculosis* qui persiste à l'état latent pouvant conduire ultérieurement à une tuberculose maladie.
- Tuberculose maladie : processus évolutif d'une tuberculose vers une forme active.

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE

Identification des souches de M. Tuberculosis

Méthodes d'amplification génique :

- Consistent à amplifier et à détecter une séquence nucléique spécifique du complexe tuberculosis.
- Les plus répandues utilisent la réaction de polymérisation en chaîne ou PCR.
- Ont une sensibilité un peu inférieure à celle de la culture → ne peuvent pas être utilisées pour exclure le diagnostic de tuberculose .
- Utiles pour les patients à sérologie VIH +, en particulier au stade SIDA où les mycobactérioses diverses peuvent survenir.

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE

DÉLAI DE CULTURE

	BK⁺ AU DIRECT	BK⁻ AU DIRECT
Milieu liquide	1 semaine	2 semaines
Milieu solide	3 semaines	4 semaines

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE INFECTION LATENTE : VERS UN CHANGEMENT DES PRATIQUES EN FRANCE

Le traitement de la tuberculose dépend :

- des choix de santé publique retenus dans chaque pays ;
- de l'épidémiologie tuberculeuse de la population et au niveau de développement socio-économique ;
- du système de santé.

L'INTRADERMO-REACTION :

Une nouvelle tuberculine

- **Le TUBERTEST : nouvelle tuberculine solution DPP**
 - **Solution liquide prête à l'emploi**
(1 ampoule de 1 ml = 10 doses tests)

Mise à disposition dans tous les pays européens à partir de 2003.

L'INTRADERMO-REACTION :

Tests tuberculiniques à éviter

- **timbres tuberculiniques,**
- **cuti-réaction**
- **multipunctures (le Monotest utilisé pour des raison de commodité chez les enfants de moins de 3 ans ne constitue pas un examen de référence)**

doivent être abandonnés au profit de l'intradermo-réaction.

VACCINATION PAR LE B.C.G.

- **Maintien d'une seule vaccination**
- **Pas de contrôle IDR post vaccinal**
- **Pas de revaccination**
- **Pas de contrôle systématique dans les écoles (enfants migrants ?)**

L'INTRADERMO-REACTION :

Indications

Les tests tuberculiques sont indiqués dans le cadre :

- **du dépistage autour d'un cas de tuberculose,**
- **du dépistage ou de la surveillance des personnes exposées à la tuberculose (Médecine du travail)**
- **du test pré-vaccinal chez l'enfant de plus de 4 semaines**

Stratégie de traitement

Groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique

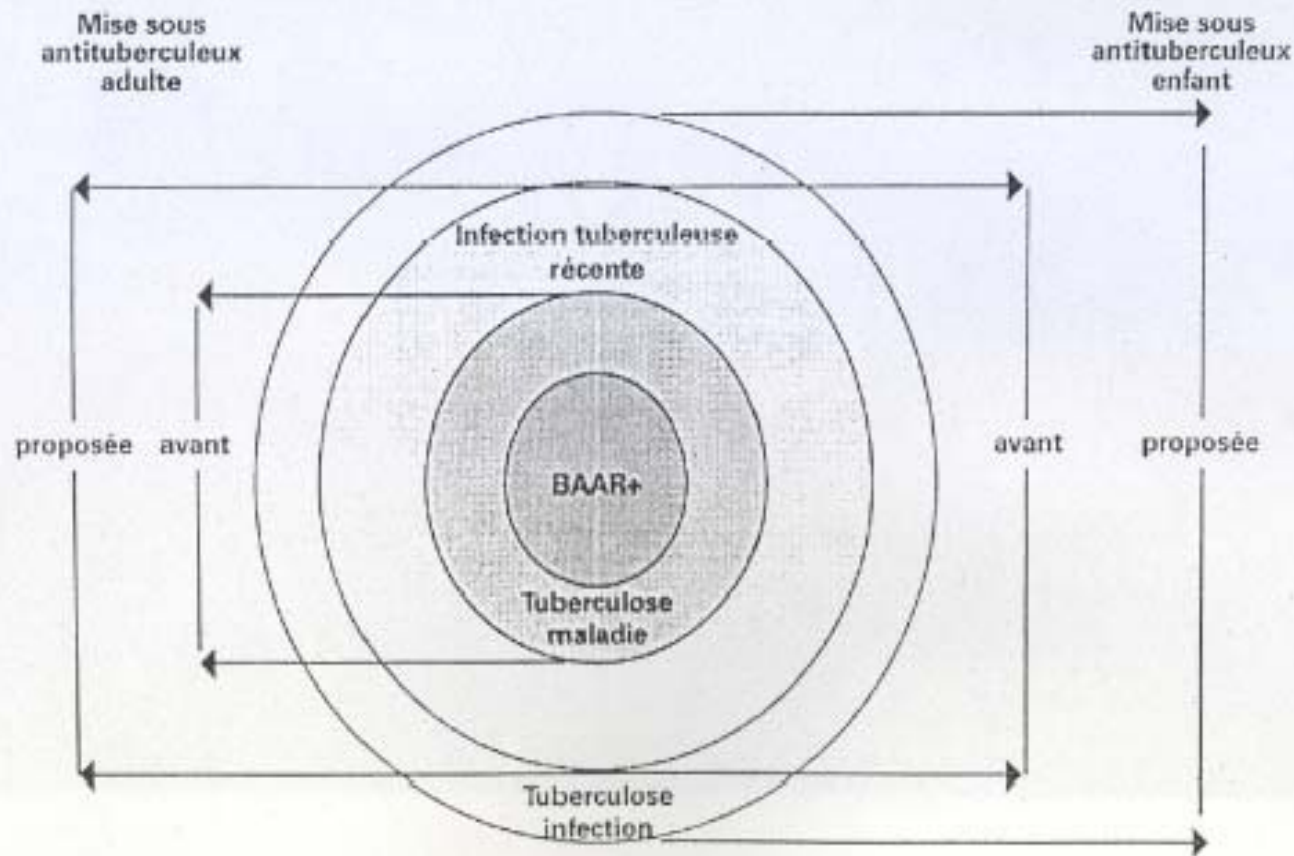


Fig. 1.

Les pays les moins développés ne traitent que le cercle central des cas BAAR+, en France jusqu'à maintenant on traitait les 2 cercles centraux chez l'adulte et les 3 cercles centraux chez l'enfant. Compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et du système de santé en France, il est proposé de traiter en France les 3 cercles centraux chez l'adulte et tous les cas de tuberculose infection latente et de tuberculose maladie chez l'enfant. Aux USA, compte tenu de la situation épidémiologique, les tuberculoses infection latentes des enfants et des adultes sont toutes traitées.

ANNEXE 1

Tableau 1

AIDE À L'INTERPRÉTATION DE L'I.D.R. uniquement pour la DECISION THERAPEUTIQUE (il s'agit du traitement de la tuberculose infection après avoir éliminé une tuberculose maladie)			
Chez l'enfant de moins de 15 ans			
Dans le cadre d'une enquête autour d'un cas			
Induration IDR	BCG < 10 ans	BCG > ou = 10 ans	Absence de BCG
< 5 mm	IDR négative		
Pas de traitement			
Entre 5 et 9 mm	IDR positive		
	En faveur d'une réaction due au BCG	En faveur d'une réaction due au BCG ou d'une tuberculose infection	En faveur d'une tuberculose infection
	Pas de traitement	Avis spécialisé	Traitement
Entre 10 et 14 mm	IDR positive		
	En faveur d'une réaction due au BCG ou d'une tuberculose infection	En faveur d'une tuberculose infection	
	Avis spécialisé	Traitement	
≥15 mm	IDR positive		
En faveur d'une tuberculose infection récente			
Traitement			

Dr ANTOIN

MAIRIE DE PARIS - DASES

Cellule Tuberculose

INTERPRETATION DE L'IDR DANS LE CADRE EXCLUSIF DE DECISION THERAPEUTIQUE

INDURATION IDR	Dans le cadre d'une enquête autour d'un cas	Profession exposée (embaude et surveillance)
< 5 mm	IDR NEGATIVE	
	Tuberculose-infection ancienne ou récente peu probable	
	PAS DE TRAITEMENT	
	Surveillance à 3 mois	Surveillance fonction du risque du secteur professionnel *
entre 5 et 9 mm	IDR POSITIVE	
	Réaction au BCG ou tuberculose-infection, mais non en faveur d'une infection récente	
	PAS DE TRAITEMENT	
	Surveillance à 3 mois	Surveillance fonction du risque du secteur professionnel *
* Avis du CSHPF du 15 novembre 2002		

INTERPRETATION DE L'IDR DANS LE CADRE EXCLUSIF DE DECISION THERAPEUTIQUE

CHEZ UNE PERSONNE DE 15 ANS OU PLUS		
INDURATION IDR	Dans le cadre d'une enquête autour d'un cas	Profession exposée (embaude et surveillance)
entre 10 et 14 mm	IDR POSITIVE	
	Tuberculose-infection probable Le contexte aide à définir l'ancienneté	
	Si contexte en faveur d'un e infection probable TRAITEMENT sinon	
	Surveillance à 3 mois	Surveillance fonction du risque du secteur professionnel *
> ou égale à 15 mm	IDR POSITIVE	
	Tuberculose-infection probablement récente	
TRAITEMENT		
* AVIS du CSHPF du 15 novembre 2002		

INTERPRETATION DE L'IDR DANS LE CADRE EXCLUSIF DE DECISION THERAPEUTIQUE

NOTES

- Traitement : traitement d'une tuberculose-infection après avoir éliminé une tuberculose-maladie
- De manière générale chez l'adulte, la primo-infection par BCG est suffisamment ancienne pour ne pas interférer avec l'interprétation de l'IDR
- Plus l'IDR est positive, plus elle est en faveur d'une infection récente et doit inciter au traitement
- Pour les sujets immunodéprimés, pour lesquels l'IDR peut être faussement négative, la décision est prise en fonction du type, du degré et de la durée de l'immunodépression

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE INFECTION LATENTE :
VERS UN CHANGEMENT DES PRATIQUES EN FRANCE

TRAITER EN PRÉVENTIF DANS LE CADRE DES ENQUÊTES AUTOUR D'UN CAS

Les enfants de moins de 15 ans n'ayant jamais fait l'objet d'un traitement.

- **Positivation récente**
- **Un virage récent des réactions tuberculiques se définit par une I.D.R. préalablement négative (> 5 mm), maintenant positive (> 10 mm)**
- **Réaction fortement positive (+ 15 mm)**

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE INFECTION LATENTE : VERS UN CHANGEMENT DES PRATIQUES EN FRANCE

TRAITER EN PRÉVENTIF DANS LE CADRE DES ENQUÊTES AUTOUR D'UN CAS

- Adultes de + de 15 ans sans immunodépression, sans antécédent de traitement antituberculeux et ayant fait un virage récent.
- Adultes immunodéprimés ou à risque de le devenir.

Recommandations :

Ne pas retenir comme indication du traitement de la tuberculose, la constatation d'une IDR +, même à + de 15 mm chez l'adulte, s'il n'y a pas d'exposition à un tuberculeux bacillifère.

PARTICULARITÉS DE LA TUBERCULOSE PÉDIATRIQUE

Enfants vaccinés par le B.C.G.

- ◆ En cas de virage probable : traitement de 6 mois.
- ◆ En cas de virage incertain : traitement ou simple surveillance.
- ◆ Si l'IDR est négative : traitement de 3 mois puis nouvelle IDR.

PARTICULARITÉS DE LA TUBERCULOSE PÉDIATRIQUE

Enfants non vaccinés par le B.C.G.

- ◆ IDR négative : traitement de 3 mois puis nouvelle IDR.
- ◆ IDR positive : traitement 6 mois

PARTICULARITÉS DE LA TUBERCULOSE PÉDIATRIQUE

Cas particuliers :

TRAITER PAR BITHÉRAPIE

◆ Le nouveau né

Le nouveau-né de mère tuberculeuse (quels que soient les résultats de son bilan initial).

◆ Le nourrisson de moins de 18 mois

Tout virage d'IDR et en cas de contage familial, même avec IDR négative.

T0

0 à 5 ans

+ de 5 ans

**IDR + RP +
Consultation
médicale**

Avis du Pédiatre

**IDR + RP +
Consultation
médicale**

RYTHME DE SURVEILLANCE

T3 mois

T12 à 18 mois

**RP à chaque visite +
consultation +/- IDR (cf suite)**

**Conduite à tenir dans l'entourage
familial d'un cas de tuberculose
avec BAAR à l'examen direct.**

Conduite à tenir dans l'entourage collectif d'un cas de tuberculose avec BAAR à l'examen direct chez un élève ou un enseignant.

BILAN INITIAL

RYTHME DE SURVEILLANCE

BILAN INITIAL

RYTHME DE SURVEILLANCE

Rythme conseillé si le sujet reste asymptomatique

CONTACTS ETROITS
Elèves et enseignants appartenant à la même classe



T0
IDR + RP + Consultation médicale



T3 mois
RP + consultation médicale
IDR si IDR à T0 < 10 mm



T12 à 18 mois
RP + consultation médicale

CONTACTS RÉGULIERS ET OCCASIONNELS



T0
IDR et consultation médicale



T3 mois
IDR et consultation médicale

AMÉLIORER LA SURVEILLANCE DU SUIVI DE TRAITEMENT

1) Au niveau collectif :

- un outil informatique de type logiciel de suivi
- des lits d'hospitalisation pour les personnes très précarisées
- des services « moyens séjours »
- des équipes mobiles
- des méthodes incitatives

AMÉLIORER LA SURVEILLANCE DU SUIVI DE TRAITEMENT

2) Au niveau individuel :

- La surveillance d'un traitement antituberculeux jusqu'à la guérison est une obligation médicale.
- La DOT *stricto sensu* n'a pas besoin d'être appliquée chez tout le monde.
- Possibilité de recours à des moyens indirects pour contrôler la prise médicamenteuse.

TUBERCULOSE ET MIGRANTS

1) Pour les étrangers autorisés à séjourner en France

- ➔ Renforcer les mesures de dépistage
- ➔ Proposer une I.D.R. systématique
- ➔ Cibler les migrants récents (< 5 ans) provenant de pays à très forte incidence tuberculeuse et présentant une I.D.R. très positive.

TUBERCULOSE ET MIGRANTS

2) Autre situation :

- Privilégier un travail en réseau :
 - des S.L.A.T.
 - avec les services des P.M.I. et de médecine scolaire.
- Renforcer les enquêtes autour d'un cas
- Intensifier l'action dans les foyers de migrants.

TUBERCULOSE ET VOYAGES

- Confirmer que le patient contagieux était bien sur le vol en question.
- Avertir les passagers d'un risque potentiel si la durée du vol est $>$ à 8 heures. (Ecales comprises).
- Les compagnies aériennes gardent les listes de leurs passagers en général 3 mois.
- Transmission de M. Tuberculosis de passager à passager possible si partage de la même cabine.

TUBERCULOSE ET PERSONNELS EXPOSÉS : PRÉVENTION ET SURVEILLANCE

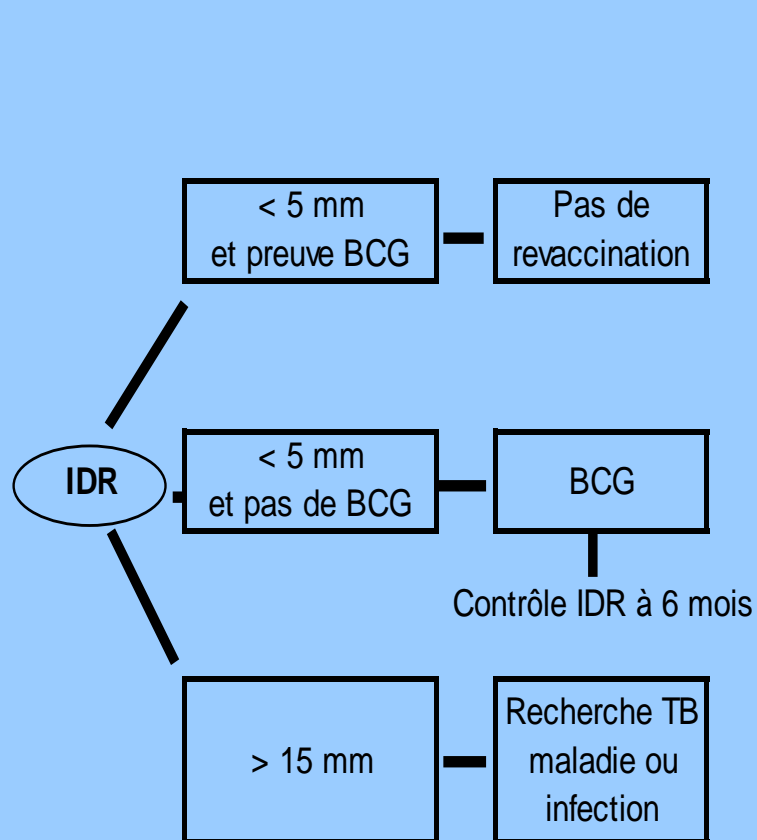
Un examen d'embauche de référence

- ◆ Tous les personnels travaillant dans les établissements de santé
- ◆ Les autres personnels (où l'évaluation montre un risque élevé)

<u>TYPE DE RISQUE</u>	
Risque élevé	5 tuberculeux bacillifères
Risque intermédiaire	2 à 4 tuberculeux bacillifères
Risque faible	Au maximum 1 tuberculeux chaque année.

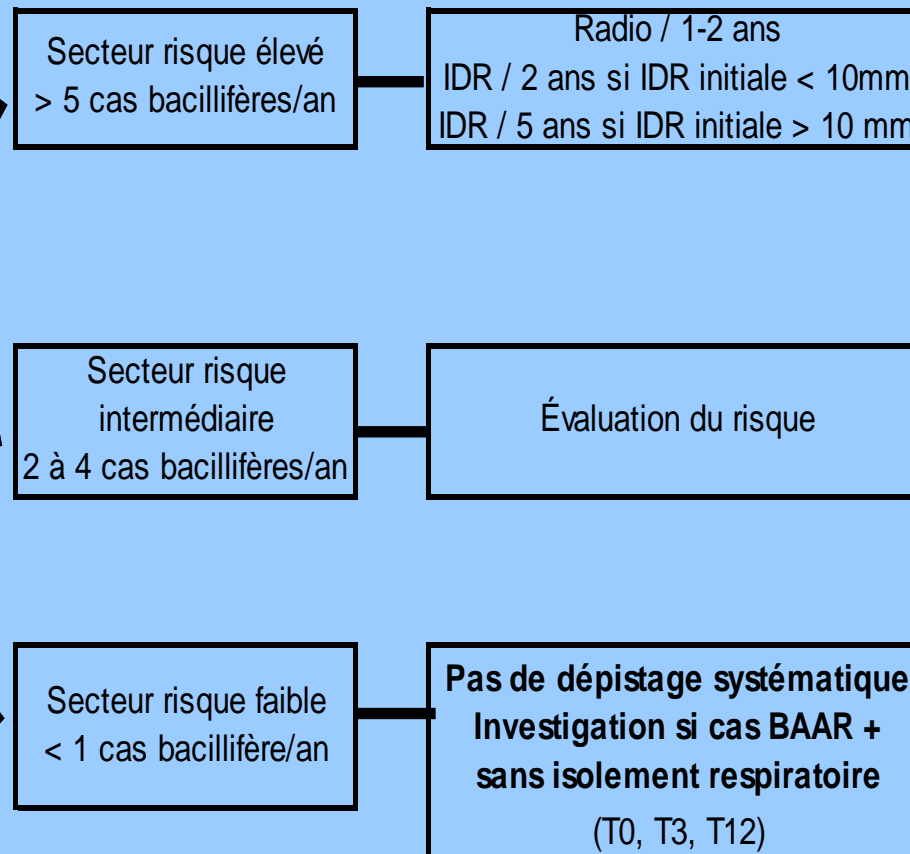
Une radiographie pulmonaire et une IDR de référence

EMBAUCHE



Antécédents : IT, BCG, IDR antérieures, examen clinique, radio pulmonaire

SURVEILLANCE



PREVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE

EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Les masques de protection respiratoire

pour le personnel soignant

Désignation de l'appareil	Pénétration du filtre	Fuite totale de l'appareil
FFP1	< 20 %	< 22 %
FFP2	< 6 %	< 8 %
FFP3	< 0,05 %	< 2 %

Recommandations de la DGS : Protection par des masques FFP1

Dans certaines situations particulièrement à risque : Protection par des masques FFP2

LES ANTITUBERCULEUX

Tableau II

Antituberculeux combinés : composition (en mg), posologie (en nombre de comprimés)

Combinaisons	Quadruple	Triple	Triple	Double	Double
Isoniazide	75	50	75	150	70
Rifampicine	150	120	150	300	150
Pyrazinamide	400	300	400		
Ethambutol	275	/			
Spécialité	Rimstar	Rifater	Rimcure	Rifinah	Rimactazid
Posologie	30-37 kg = 2	30-39 kg = 3	30-37 kg = 2	> 50 kg = 2	30-37 kg = 2
	38-54 kg = 3	40-49 kg = 4	38-54 kg = 3		38-54 kg = 3
	55-70 kg = 4	50-65 kg = 5	55-70 kg = 4		55-70 kg = 4
	> 70 kg = 5	> 65 kg = 6	> 70 kg = 5		> 70 kg = 5

2003 SPLF, tous droits réservés

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE INFECTION LATENTE : VERS UN CHANGEMENT DES PRATIQUES EN FRANCE

Les schémas de traitement :

- Isoniazide en monothérapie, 5mg/kg par jour pendant 6-12 mois.
- Rifampicine 10 mg/kg et isoniazide 5mg/kg pendant 3 mois.
- Rifampicine 10 mg/kg et pyrazinamide 20 mg/kg durant 2 mois.
- Rifampicine 10 mg/kg pendant 4 mois.

CONFERENCE EXPERTS SPLF (CONGRES DE NICE 2004)

- ♦ **Examens utiles devant une infection tuberculeuse latente de l'enfant.**
- ♦ **Circonstances pour traiter une infection tuberculeuse ?**
- ♦ **Séquelles de tuberculose.**
- ♦ **Nouveaux outils diagnostiques de la tuberculose. Intérêts et indications.**
- ♦ **Organisation médico-sociale et administrative pour améliorer la prise en charge de la tuberculose.**
- ♦ **Quand ne pas faire le traitement standard de la tuberculose maladie ?**

RECOMMANDATIONS D.A.S.E.S. AUX PNEUMOLOGUES

- 1 - FAIRE DES SIGNALEMENTS IMMEDIATS DE TUBERCULOSE.**
- 2 - LOGICIEL TB (remplissage des fiches).**
- 3 - ORIENTATION (1er tri) DES TUBERCULOSES INFECTIONS DE L'ENFANT.**
- 4 - APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS DGS.**