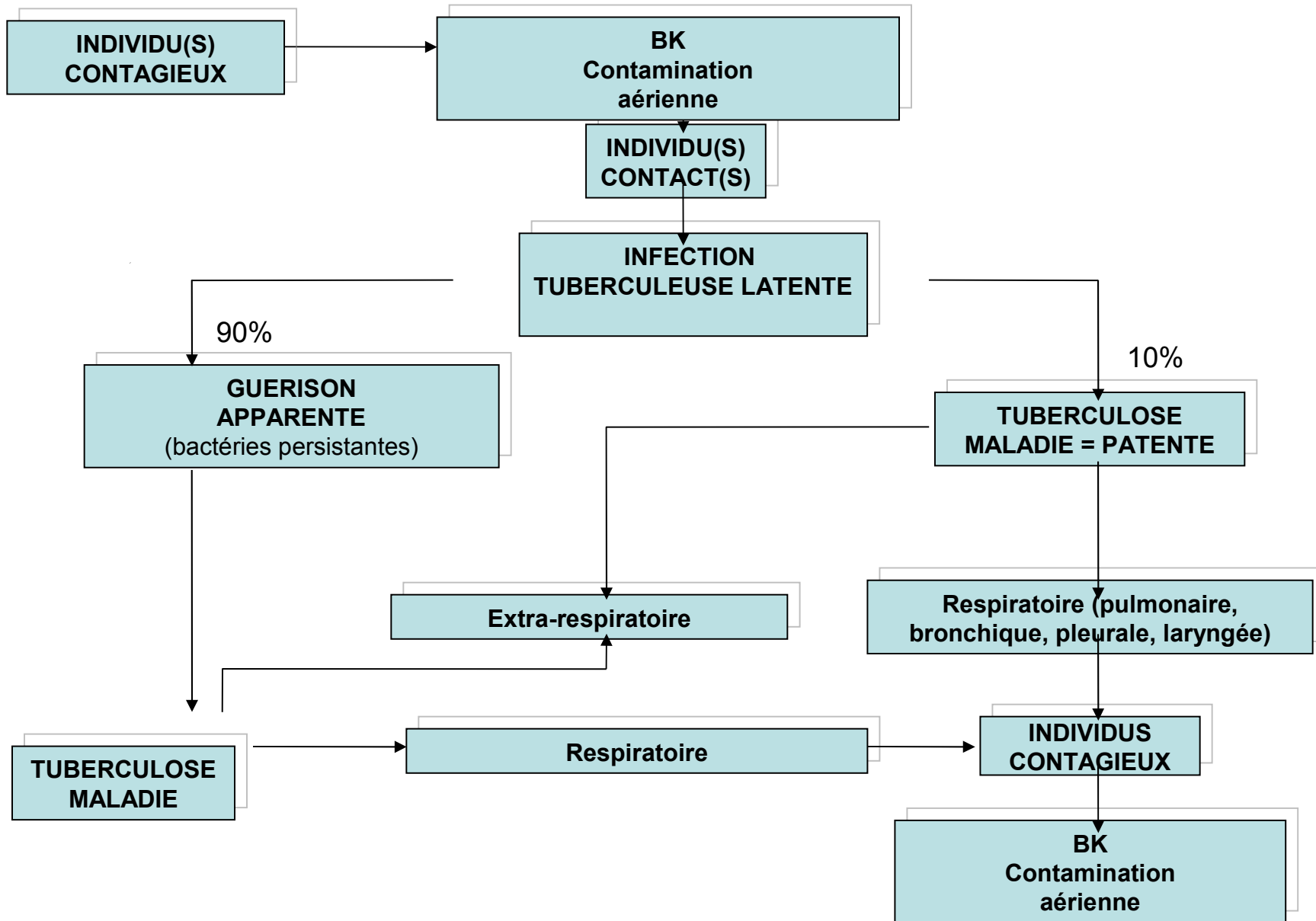


Diaporama du CLAT (Centre de lutte antituberculeuse)  
présenté à Thionville le 19.01.2009

**Coordonnées des CLAT par département:  
<http://www.splf.org/s/IMG/pdf/CLAT8-1.pdf>**

# ASPECT MEDICAL : HISTOIRE NATURELLE DE LA TUBERCULOSE



# LE DEPISTAGE

1) Déclaration obligatoire (DDASS)

1) Sélection des sujets « contact » tient compte des :

Facteurs de risque du cas index (source) :

- localisation
- examen microscopique sécrétions bronchiques
- cavernes
- toux ++
- manœuvres médicales à risque (fibroscopie, intubation, autopsie)

- **Facteurs liés au type de contact :**

- promiscuité

- confinement (petit local non aéré)

- durée de contact

- période de contagiosité

### **3) Risque de progression vers la maladie :**

---

- âge (40% moins de deux ans)

- immunodépression, diabète, silicose, VIH, personnes âgées, dénutrition

**PROTECTION par : vaccination BCG, traitement ITL**

---

# Technique de l'intradermoréaction tuberculique

Tubertest<sup>®</sup>

(0,1 ml = 0 UT de PPD-S (Ag standard))

**Injection intradermique stricte**

**si échec : refaire immédiatement sur l'autre avant-bras**

**Lecture entre la 48<sup>ème</sup> et 72<sup>ème</sup> heure**

**Prise en compte du diamètre transversal de la papule**

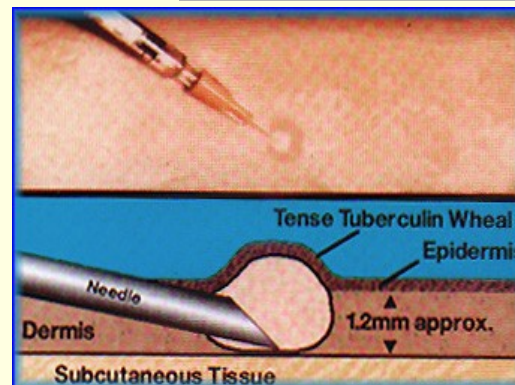
*Il est possible de réaliser une IDR après application de lidocaïne en patch, sans risque d'interaction ni de modification de la réaction. CSHPF 7♦♦7*

## FAUX-NÉGATIFS LIÉS À LA TECHNIQUE

**Mauvaises conditions de conservation**

**Injection trop profonde (sous-dosage local d'antigène)**

**Lecture trop tardive ou sous-estimée**



# Dépistage: Tubertest (0,1 ml; 5 unités) et RP

---

Selon cas index:

- Tuberculose non contagieuse:
  - $T < 15$  mm (ou 10 mm) et RP normale : arrêt surveillance
  - $T \geq 15$  mm (ou 10 mm) ou RP anormale : bilan et traitement
- Tuberculose contagieuse:
  - Dépistage initial:

$T < 5$  mm

$5 \text{ mm} \leq T < 15$  mm (ou 10mm)

$T \geq 15$  mm (ou 10 mm)

surveillance

traitement préventif

# Dépistage: Tubertest et RP

---

- Tuberculose contagieuse:
  - Contrôle à 3 mois:

T < 5mm

fin de surveillance

5mm ≤ T < 15mm

surveillance 2 ans

T augmenté de + de 10mm  
(virage)

traitement préventif

- Surveillance 2 ans:

- Infection tuberculeuse latente traitée et non traitée (refus patient)
- IDR intermédiaire
- Facteurs de risque: > 75 ans , immunodépression...

# Cas particuliers

---

- Enfant contact de moins de 2 ans:  
Traitement préventif systématique

# Tests in vitro par dosage d'Interféron $\gamma$

---

- QUANTIFERON-TB Gold: sur sang total
- T-spotTB: sur lymphocytes
- Détection de la sécrétion d'interféron- $\gamma$  en présence d'antigènes tuberculeux
- Indications HAS:
  - Dépistage autour d'un cas index
  - Avant anti-TNF- $\alpha$
  - Aide au diagnostic des tuberculoses extra-pulmonaires
  - Personnel soignant et personnel à risque
- Intérêts/ inconvénients

# ITL et migrants (1)

---

- 0,0% des TM déclarées : patients nés à l'étranger
- Incidence de tuberculose : proche de l'incidence pays d'origine (dans 2 ans d'immigration)
- Risque augmente avec la taille IDR
- Incidence maximale entre 10-39 ans

# ITL et migrants (۲)

---

## ■ **Dépistage en France :**

- Dépistage TM par ex clinique et RP (ANAEM)
- Dépistage ITL de l'enfant de moins de ۱۰ ans

## **Recommandations SPLF et Réunions**

### **Nationales des CLAT :**

Traiter ITL tous les enfants, migrants récents (<۲ ans), jeunes (۱۰-۳۹ ans), avec forte IDR (>۱۰ mm)

Traiter les séquelles radiologiques

Élargir le dépistage RP avec un suivi annuel pendant ۲ ans

---

# LA POLITIQUE VACCINALE

# Comité Technique des Vaccinations et avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France

09 mars 2007

---

- Incidence moyenne de la tuberculose 2005:  $8,9/10^5$  h
- Ile de France:  $21,8/10^5$  h
- Guyane:  $28,9/10^5$  h
- Population de nationalité étrangère:  $69,8/10^5$  h
- Incidence de la tuberculose dans les premières années suivant l'arrivée dans le pays d'accueil = incidence dans le pays d'origine
- Régions de forte endémie: Afrique, Asie, moyen et proche Orient, Amérique centrale et du sud, Europe centrale et de l'est, UE (Bulgarie, Hongrie, Roumanie, Pologne, Lettonie, Estonie, Lituanie, Portugal)
- Conditions socio-économiques défavorables
- Autres facteurs: milieu carcéral, immunodéprimés, VIH, anti-TNF $\alpha$

# « L'expérience suédoise »

---

## Arrêt de la vaccination généralisée

- Augmentation globale de l'incidence de la tuberculose de l'enfant
- Surtout dans environnement à risque défini principalement par son pays d'origine ou celui de ses parents
- Renforcement des mesures de vaccination de sujets à risque
- Amélioration de la situation sans retour cependant au niveau d'incidence observé avec la vaccination généralisée

# Vaccination BCG : qui?

---

Recommandée chez enfant à risque élevé définie par au moins un des critères suivant:

- Enfant né en pays de forte endémie tuberculeuse
- Au moins un des parents est originaire d'un des de ces pays
- Enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans un de ces pays
- Antécédent familial de tuberculose (collatéraux, ascendants directs)
- Enfant résidant en Île de France ou en Guyane
- Jugement du médecin: condition de logement ou socio-économiques précaires, contacts réguliers avec des sujets originaires des pays d'endémie tuberculeuse
- Sur demande des parents

# Vaccination: quand?

---

- Naissance ou 1er mois
- Jusqu'à 15 ans
- IDR préalable à partir de 3 mois

# ITL et professionnels de santé

- A embauche : RP et IDR

  - > 10 mm : voir si ATCD BK, et si ITL récente < 2 ans ... Trait

  - 10-15 mm : ?

- Surveillance des personnels : 3 niveaux de risque d'exposition

  - Faible risque (Max 1 TM/an) idem enquête d'1 cas

  - Fort risque (au moins 5 TM/an) :

    - IDR < 10 mm : faire RP 1 X/an ou tous les 2 ans, IDR tous les 2 ans

    - IDR entre 10-15 : faire RP 1 X/an ou tous les 2 ans, IDR tous les 5 ans

Place des tests interférons ? : 1 X/an