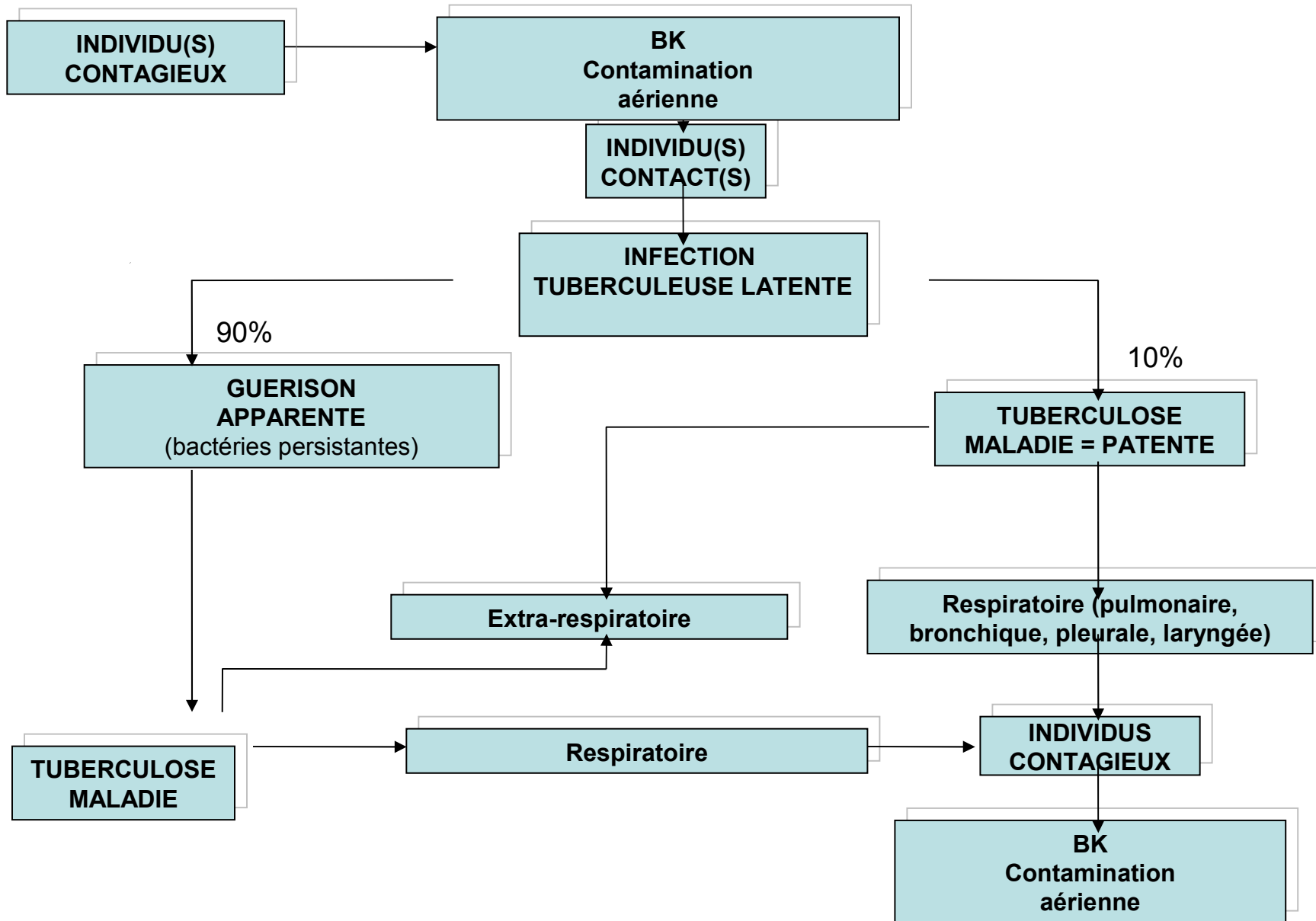


Diaporama du CLAT (Centre de lutte antituberculeuse)
présenté à Thionville le 19.01.2009

**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[®]

(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^{ème} et 72^{ème} heure

Prise en compte du diamètre transversal de la papule

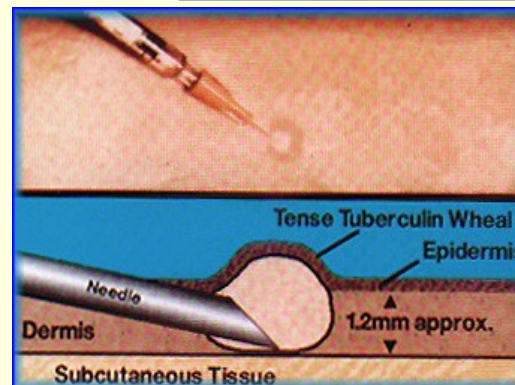
Il est possible de réaliser une IDR après application de lidocaïne en patch, sans risque d'interaction ni de modification de la réaction. CSHPF 7♦♦7

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 γ

- QUANTIFERON-TB Gold: sur sang total
- T-spotTB: sur lymphocytes
- Détection de la sécrétion d'interféron- γ en présence d'antigènes tuberculeux
- Indications HAS:
 - Dépistage autour d'un cas index
 - Avant anti-TNF- α
 - 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 (2)

■ **Dépistage en France :**

- Dépistage TM par ex clinique et RP (ANAEM)
- Dépistage ITL de l'enfant de moins de 10 ans

Recommandations SPLF et Réunions

Nationales des CLAT :

Traiter ITL tous les enfants, migrants récents (<2 ans), jeunes (10-39 ans), avec forte IDR (>10 mm)

Traiter les séquelles radiologiques

Élargir le dépistage RP avec un suivi annuel pendant 2 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 α

« 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