

Dépistage et diagnostic précoce la tuberculose (2/2)

L'incidence de la tuberculose diminue régulièrement en France. Cependant cette diminution est très inhomogène : les personnes les plus défavorisées et celles originaires de zones de forte endémie font aujourd'hui partie des personnes les plus atteintes⁽¹⁾. Il existe aussi de fortes disparités territoriales : les régions Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes totalisent plus de la moitié des cas déclarés en France. L'incidence, quant à elle, est la plus élevée en Ile-de-France et en Guyane⁽¹⁾.

Afin de limiter la circulation du BK, une vigilance toute particulière est donc nécessaire, tant au niveau du dépistage que du diagnostic précoce, que ce soit pour l'infection tuberculeuse latente que pour la tuberculose maladie.

Rappels sur l'infection par le BK (1.2.3)

Après avoir été exposées au bacille de la tuberculose, un certain nombre de personnes vont être infectées et environ 10 % d'entre elles vont secondairement développer la maladie (la majorité va le faire dans les premières années qui suivent l'infection). Il y a donc une distinction entre **infection** et **maladie**.

- L'infection ne présente pas de signes cliniques, n'est pas contagieuse et la radio de thorax est normale, **c'est l'infection tuberculeuse latente (ITL)** :
 - elle correspond à la survie de *Mycobacterium tuberculosis* à l'état latent dans l'organisme ;
 - le risque de développer une tuberculose maladie (qui, elle, peut être contagieuse) dépend du délai par rapport à la contamination (risque plus élevé dans les deux années qui suivent la contamination), de l'âge et de l'état immunitaire de la personne infectée ;
- Si l'infection se développe, avec des symptômes, des signes cliniques et/ou radiologiques, **c'est la tuberculose maladie (TM)**. Les **formes pulmonaires** et, dans certains cas, certaines autres **formes respiratoires** (ORL) de la maladie, sont **contagieuses**.

Le dépistage de l'infection tuberculeuse latente (ITL)

Le **dépistage, basé sur l'IDR à la tuberculine**, est à réaliser chez les personnes (cf. tableau en annexes pour interprétation des résultats) :

- ayant eu un contact récent avec un cas de tuberculose maladie,
- de moins de 15 ans issues de zone de forte incidence,
- immunodéprimées (VIH, corticothérapie, greffe, avant mise en route d'un traitement par anti-TNF α).

L'intérêt de traiter les ITL est d'éviter le développement d'une tuberculose maladie. Il existe donc un intérêt à **traiter les ITL récemment acquises** (estimées à moins de 2 ans), les **ITL des enfants de moins de 15 ans** (plus l'enfant est jeune et plus son risque de développer une tuberculose maladie est accru) et celles des **sujets immunodéprimés**.

Dans toutes ces situations, si l'IDR est positive, un **traitement préventif** est alors indiqué pour éviter une évolution vers la tuberculose maladie. Pour plus d'informations sur les différents schémas thérapeutiques possibles, consulter le site Internet du ministère de la Santé [[www.sante.gouv.fr / rubrique « tuberculose » dans les dossiers thématiques de A à Z](http://www.sante.gouv.fr/rubrique%20tuberculose)].

Ces ITL sont presque exclusivement retrouvées dans le cadre des enquêtes autour des cas de tuberculose et du suivi des professionnels de santé exposés à la tuberculose.

L'ITL de l'enfant de moins de 15 ans fait l'objet d'une **déclaration obligatoire** (DO) : cf. annexe et site de l'InVS [www.invs.sante.fr].

La détection de la production d'interféron-gamma (QuantiFERON[®] ou T-SPOT. TB[®]), un nouveau test pour le dépistage et le diagnostic.

Cet examen, actuellement **non remboursé**, est utilisé par certaines structures (mais rarement utilisé en médecine de ville). Il est indiqué chez **les plus de 15 ans dans certaines situations** : enquête autour d'un cas de tuberculose, embauche des professionnels soumis à l'obligation vaccinale, aide au diagnostic des formes de tuberculoses extra-pulmonaires et avant mise en route d'un traitement par anti-TNF alpha. C'est un examen non soumis aux aléas de réalisation et de lecture de l'IDR, qui permet par ailleurs de faire la différence entre infection par Mycobacterium tuberculosis et la réaction induite par la vaccination par le BCG. Pour en savoir plus, consulter le site Internet de la HAS [www.has-sante.fr].

Le dépistage actif de la tuberculose maladie (TM), basé sur la radiographie pulmonaire, est proposé :

- aux groupes de population les plus à risque : migrants récemment arrivés sur le territoire (depuis moins de 2 ans), professionnels exposés, personnes détenues, personnes sans domicile fixe. Le dépistage est alors généralement effectué par des structures spécialisées, les médecins des centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT), les médecins du travail, les médecins des Unités de consultations et soins ambulatoires (UCSA), etc. Il peut aussi être réalisé en ville,
- dans le cadre d'une enquête autour d'un cas, coordonnée par les CLAT (cf. plus loin), en lien avec les professionnels de santé.

La tuberculose maladie fait l'objet d'une **déclaration obligatoire** (DO).

Elle nécessite un traitement curatif. Pour le **traitement**, le bilan initial, la surveillance et le suivi, consulter le guide médecin de la Haute Autorité de santé « Tuberculose active » disponible sur le site Internet de la HAS [<http://www.has-sante.fr>].

Sujets-contacts et CLAT* retenir⁽²⁾

Tout cas de tuberculose maladie doit déclencher une enquête à la recherche des **sujets-contacts**, afin qu'ils bénéficient d'un dépistage. Ce dépistage est réalisé par les **CLAT** et déclenché par la procédure de signalement immédiat (cf. document annexe).

* CLAT : Centre de lutte anti-tuberculeuse.

La liste des CLAT est disponible sur le site Internet de la Société de pneumologie de langue française [www.splf.org].

Quand évoquer le diagnostic de tuberculose maladie ^(1.3) ?

- **Chez l'adulte**, devant la **persistance de plus de trois semaines** de signes pulmonaires (toux, dyspnée, expectorations, hémoptysies, etc.) et/ou de signes généraux (sueurs nocturnes, fièvre, AEG, amaigrissement, etc.) et/ou de signes extra-pulmonaires (adénopathie, douleur, etc.) que rien n'explique, avec un échec de traitement antibiotique général. La forme respiratoire (pulmonaire, pleurale, ORL, laryngée) est retrouvée dans la grande majorité des cas, mais des formes extra-pulmonaires sont possibles. On retrouve, par ordre de fréquence, les localisations ganglionnaire, osseuse (spondylodiscite avec douleurs du rachis), méningo-encéphalique, rénale, génitale et surrénalienne.

- **Chez l'enfant**, la tuberculose maladie peut-être **asymptomatique** et si des symptômes existent, ils sont souvent aspécifiques (toux, fièvre, anorexie, asthénie, mauvaise croissance pondérale, sueurs nocturnes, troubles digestifs, adénopathies, tachypnée voire dyspnée). C'est donc la **persistance des symptômes, malgré les traitements antibiotiques**, qui doit alerter, surtout dans un contexte à risque. La recherche d'un « **contaminateur** » (cas source) dans **l'entourage** proche de l'enfant est, dans ce cas, un élément important (cf. plus loin, « enquête autour d'un cas »). À l'inverse, des formes graves et fortement symptomatiques sont plus fréquentes chez le jeune enfant (méningite et miliaire).

Savoir y penser rapidement chez les personnes les plus exposées :

Personnes originaires d'un pays de forte endémie, personnes sans domicile fixe, personnes détenues, personnes immunodéprimées, antécédent de tuberculose dans l'entourage, personnes âgées.

Si suspicion de tuberculose maladie, quels examens réaliser ?

- Au plus vite, il faut réaliser **une radio de thorax**, que l'on suspecte une forme pulmonaire ou non. Si elle est anormale, adresser à un spécialiste.
- Le diagnostic de **certitude** est **microbiologique**.

- L'intradermoréaction à la tuberculine (**IDR**) peut aider au diagnostic (cf. tableau en fin de document pour l'interprétation des résultats).

La microbiologie, en pratique

- En cas de suspicion de forme pulmonaire :
 - examen cytobactériologique des crachats (ECBC) sur 3 jours consécutifs avec examen direct et mise en culture ;
 - en cas d'expectorations difficiles : examen du liquide gastrique avec prélèvement par BK tubage (cf. spécialiste) ;
 - en cas de négativité de 3 prélèvements : fibroscopie bronchique (cf. spécialiste).

NB : toute **atteinte respiratoire (pulmonaire, pleurale, ORL)** est potentiellement **contagieuse** même si les formes les plus contagieuses sont celles avec présence de bacilles à l'examen microscopique direct des prélèvements pulmonaires.

- En cas de suspicion de forme extra-pulmonaire, il faut réaliser d'autres examens et des prélèvements bactériologiques orientés (cf. spécialiste).

Pour en savoir plus

- Les **Annexes** de ce « Repères n° 2/2 » (déclaration obligatoire, enquête autour d'un cas et lecture des résultats d'une IDR) ainsi qu'un « **Repères pour votre pratique**, Tuberculose, point sur la vaccination n° 1/2 » sont disponibles - cf. site Internet de l'Inpes [www.inpes.sante.fr] espace professionnels de santé.
- Rapports, circulaires, avis, sites utiles, etc. : consulter le site Internet du ministère de la Santé [www.sante.gouv.fr] (dossier tuberculose, dans dossier A à Z).

Quels principes de prise en charge de la tuberculose maladie ?

- **Informé le patient** sur sa maladie** (et sa contagiosité notamment) et la nécessité de **dépister son entourage** par l'enquête (entourage social, amical, professionnel, etc.).
- Effectuer la **déclaration obligatoire** (le signalement permettra d'organiser rapidement l'**enquête autour d'un cas**) – cf. annexe et le site de l'InVS [www.invs.sante.fr] (dossier thématique).
- S'assurer que le patient bénéficie d'une **couverture sociale** (si nécessaire, recours à l'assistante sociale pour ouverture de droits) – cf. le Guide du Comede ou Guide de prise en charge médico-psychosociale des migrants / étrangers en situation précaire [<http://www.lasantepourtous.com>].
- Demander la **prise en charge à 100 %** (ALD n° 29).
- Pour le **traitement**, le bilan initial, la surveillance et le suivi, consulter le guide médecin – ALD de la Haute Autorité de santé (HAS) « Tuberculose active » disponible sur le site Internet de la HAS [<http://www.has.sante.fr>].
- Des traitements insuffisants en dose ou en durée favorisent l'émergence des résistances : il faut donc tout mettre en œuvre pour faciliter l'**observance**, qui fait partie d'une **démarche, plus globale, d'éducation du patient**.
- S'assurer de l'accès au traitement : pour information, les CLAT ont, dans leur mission, la délivrance gratuite des traitements anti-tuberculeux pour les patients sans couverture sociale (loi de 1994).

** L'information du patient est obligatoire pour une maladie exposant les tiers à un risque de contamination selon la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

Démarche éducative et observance en pratique

- Permettre au patient de poser toutes les questions qu'il souhaite et d'exprimer son point de vue.
- Explorer ses représentations de la maladie, son contexte socio-professionnel et familial, ses connaissances sur les modalités de la transmission des bacilles tuberculeux et sa prévention, explorer l'acceptabilité et l'adhésion au traitement.
- Utiliser des formes combinées d'antibiotiques pour simplifier l'administration du traitement.
- Si nécessaire, avoir recours à un traducteur pour s'assurer de la bonne compréhension des informations données et faciliter l'échange, faire le point sur ce qui a été compris. ISM Interprétariat [www.ism-interpretariat.com].
- Programmer des consultations de suivi pour réévaluer régulièrement la situation.

Pour information

- Un guide patient – ALD « La prise en charge de votre maladie, la tuberculose » est disponible sur le site Internet de la Haute Autorité de santé [www.has-sante.fr].
- L'Inpes édite des « Livrets de santé bilingue » du Comede* (22 langues disponibles) [www.inpes.sante.fr], rubrique catalogue, thème « multi thématique », population « migrants ».

* Comité médical pour les exilés

(1) Cf. Programme national de lutte contre la tuberculose sur le site Internet du ministère de la Santé [www.sante.gouv.fr] dossier thématique tuberculose.

(2) Antoine D., Che D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2006, BEH n° 10-11/2008. Site de l'InVS : [www.invs.sante.fr/beh].

(3) Pontual L. de, Maury Tisseron B., Gaudelus J. Les présentations cliniques de la tuberculose de l'enfant Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Volume 7, Numéro 2, 95-100, mars-avril 2004.

Rédaction et coordination éditoriale : Emmanuelle Le Lay (INPES), Juliette Guéguen (interne).

Remerciements : F. Antoun, D. Bacrie, F. Bourdillon, C. Brahmly, D. Che, J. Gaudelus, S. Gilberg, N. Guérin, B. Housset, C. Jestin, D. Lévy-Bruhl, D. Mijatovic, M.-C. Paty, F. Viè-le-Sage.

Remerciements aux représentants de la SFP, de l'AFPA, de l'InVS, de la SPILF, de la SPLF, du CNGE, des CLAT, de la SFSP.

