

MISSION

PRÉVENTION POSSIBLE

Et si c'était une TB?

Par Jacinthe Desroches, M.D.

Jeudi, 14 h. Monsieur Li, 62 ans, récemment arrivé au Québec, consulte pour perte de poids et vous annonce à l'instant sa diaphorèse nocturne.

Et si c'était une tuberculose (TB)? Il faut effectivement y penser, notamment devant des patients originaires d'un pays à incidence élevée de TB, des autochtones, des personnes âgées, principalement de sexe masculin, mais aussi en l'absence apparente de facteur de risque. Plusieurs des Lavallois atteints de TB, au fil des ans, étaient jeunes ou nés au Québec.

Le tableau typique demeure une toux qui persiste, une fièvre d'étiologie indéterminée, de la diaphorèse nocturne, de l'asthénie ou une perte de poids. Il nous faut aussi être à l'affût devant des patients qui nous arrivent avec un tableau atypique, respiratoire ou autre. Les adolescents souffrant de tuberculose ont souvent une atteinte extrapulmonaire, ce qui entraîne un délai avant le diagnostic.

Il est 14 h 05 et la question se pose toujours. Que faire?

Isolement

Si l'on soupçonne une TB contagieuse, les mesures d'isolement respiratoire s'imposent, dont le port d'un masque chirurgical pour le patient, afin de réduire l'expulsion de microgouttelettes. On isole le patient dans une pièce avec porte fermée, idéalement dans une pièce à pression négative. Un masque à pouvoir filtrant élevé (N-95) est requis pour les travailleurs de la santé, et ce, dès que le diagnostic est soupçonné. Le bacille tuberculeux demeure en suspension dans l'air et quelques bacilles suffisent à déclencher une infection.

Le TCT est un test cutané à la tuberculine ou épreuve de Mantoux, anciennement appelé PPD. Le TCT est INUTILE pour diagnostiquer une tuberculose active et sera non significatif dans 30 % des cas.

**Investigation**

La radiographie pulmonaire doit être faite, même si elle est parfois d'utilité limitée. Elle peut être normale chez 5 à 10 % des patients avec tuberculose pulmonaire active, notamment chez les immunosupprimés.

Des spécimens obtenus par expectorations spontanées (x3, recueillies à un intervalle de 8 à 24 heures, dont une expectoration matinale), expectorations induites, bronchoscopie ou aspiration gastrique permettront un diagnostic de tuberculose pulmonaire. Une ponction, ou biopsie, selon la localisation, s'avère utile lorsque l'on soupçonne une tuberculose extrapulmonaire. Les spécimens recueillis permettront d'effectuer les tests les plus utiles au diagnostic :

- Frottis après coloration pour recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR).
- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) par PCR ou autre méthode. Ce test est recommandé lorsque le frottis est positif.
- Culture des mycobactéries (en milieu solide ou liquide) et antibiogramme.

Le frottis détecte la présence d'une mycobactériose mais n'est pas spécifique au *Mycobacterium tuberculosis*, alors que le TAAN et la culture le sont.

L'évaluation d'un patient chez qui l'on soupçonne une TB contagieuse ne doit pas tarder. C'est un exercice complexe qui nécessite souvent le soutien d'un spécialiste pour l'investigation et la prise en charge. Reconnaître le diagnostic précocement fera toute la différence dans nos efforts pour diminuer la transmission de cette maladie.

Signalement

Tout cas de tuberculose soupçonné ou confirmé doit être signalé à la Direction de santé publique (DSP). La collaboration entre l'infirmière de la DSP et le médecin traitant est primordiale pour s'assurer de la fidélité du patient à son traitement et pour éviter la transmission à la population.

Retraçage des personnes exposées

Pour tous les cas de TB contagieuse, la DSP mènera une investigation et les contacts significatifs seront dépistés.

Dans certains cas, le dépistage des contacts en milieu de soins (personnel et/ou patients) peut être indiqué. C'est donc une bonne idée de conserver les listes du personnel

et des patients qui ont circulé dans les mêmes aires et au même moment que la personne atteinte de TB.

Et si la TB se confirme? Pour les contacts que vous aurez permis d'éviter, chapeau Docteur!

La tuberculose latente, dorénavant appelée infection tuberculeuse latente (ITL), n'est pas contagieuse et n'est pas une maladie à déclaration obligatoire. La tuberculose maladie, dorénavant appelée tuberculose active, est contagieuse ou non, selon sa localisation, et est une maladie à déclaration et à traitement obligatoires.

Votre mission : freiner la tuberculose!

Par Jacinthe Desroches, md



Les agents : VOUS!

Les suspects : VOS PATIENTS qui font partie des groupes à risque de développer une tuberculose (TB) active et qui ont une infection tuberculeuse latente (ITL)

En quoi consiste la mission ? Dépister et traiter, si indiqué, l'infection tuberculeuse latente chez les suspects pour éviter l'évolution vers une TB active. Le test cutané à la tuberculine (TCT) s'avère l'outil de choix pour votre mission, à moins de contre-indication.

Le but ultime de la mission : Écraser les courbes d'incidence de la tuberculose active à Laval et, pourquoi pas, au Québec !

Les indications de dépistage sont claires et bien définies dans le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ):

- Les immigrants de tout âge, particulièrement ceux âgés de moins de 15 ans, provenant de régions où l'incidence de la tuberculose est élevée* et arrivés au Canada depuis moins de 2 ans.

41 % des immigrants qui développent une TB le feront dans les 5 premières années de leur arrivée au Canada.

Citoyenneté et Immigration Canada ne soumet pas les immigrants ou réfugiés à un test de dépistage systématique de l'infection tuberculeuse latente. Seule une radiographie pulmonaire est faite de façon à diagnostiquer les cas de tuberculose évidente (ex : cavitation et infiltrations dans les sommets).

L'immigration récente ne doit pas être un frein à un dépistage de la TB à l'aide du TCT, bien au contraire !

- Les voyageurs de tout âge qui ont été régulièrement en contact avec la population générale d'un pays où le taux d'incidence de la tuberculose pulmonaire est élevé*. Le TCT devrait être effectué au moins 8 semaines après le départ du pays où le voyageur a pu être exposé à la TB. Les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* définissent les critères de dépistage selon la durée du voyage.
- Les personnes présentant une des conditions suivantes :
 - infection par le VIH
 - maladie chronique entraînant un déficit immunitaire (ex. : insuffisance rénale)
 - prise de médicaments immunosuppresseurs; dans la mesure du possible, effectuer le TCT avant le début du traitement immunosuppresseur
 - silicose pulmonaire
 - signes radiographiques d'une tuberculose inactives, sans antécédent de traitement

* On peut consulter les estimations internationales des taux d'incidence de la tuberculose à l'adresse www.santepublique.gc.ca/tuberculose.

- Les contacts d'un patient souffrant d'une tuberculose respiratoire contagieuse. La Direction de santé publique assume l'intervention auprès de ces personnes et les réfère pour dépistage, lorsqu'indiqué.

Il n'est pas approprié de faire un TCT aux personnes ayant des antécédents documentés de :

- TCT significatif (plus de 10 mm)
- infection tuberculeuse latente traitée dans le passé
- tuberculose active (traitée ou non)

Ce serait inutile et il y aurait possibilité de réaction locale importante. Dixit le PIQ!

Les indications de traitement de l'ITL dépendent du résultat du TCT et des facteurs de risque. Le tableau suivant peut vous guider.

TABLEAU 1. Test cutané à la tuberculine (TCT)

Valeurs limites pour le traitement de l'ITL chez les groupes à risque élevé

RÉSULTAT DU TCT	INDICATION
< 5 mm	<ul style="list-style-type: none">• Infection à VIH et risque élevé d'infection tuberculeuse (contact avec un cas de TB infectieuse, origine d'un pays où l'incidence de la TB est élevée ou anomalie à la radiographie pulmonaire)• Autre immunodépression sévère et risque élevé d'infection tuberculeuse• Enfant de moins de 5 ans et risque élevé d'infection tuberculeuse
≥ 5 mm	<ul style="list-style-type: none">• Infection à VIH• Contact récent avec un cas de TB infectieuse• Maladie fibronodulaire visible à la radiographie pulmonaire (TB guérie mais non traitée antérieurement ou, si traitée, non traitée adéquatement)• Greffe d'organes (associée à un traitement immunosuppresseur)• Autres médicaments immunosuppresseurs, par exemple les corticoïdes (l'équivalent de 15 mg/jour de prednisonne pendant 1 mois ou plus; le risque de TB active augmente avec la dose et la durée du traitement)
≥ 10 mm	<ul style="list-style-type: none">• Virage (dans les 2 ans)• Autre déficit immunitaire<ul style="list-style-type: none">- silicose- insuffisance rénale terminale- cancer de la tête et du cou• Envisager de traiter ceux qui ont séjourné ou voyagé dans un pays où l'incidence de la TB est élevée ou dans une communauté autochtone au Canada au cours des 2 dernières années, les utilisateurs de drogues par injection séronégatifs pour le VIH, les travailleurs ou les résidents d'un établissement de santé ou d'un établissement correctionnel ou les sans-abri qui peuvent être traités dans le cadre d'une prophylaxie sous observation directe.• Un traitement peut être envisagé, à la discrétion du médecin traitant, pour d'autres patients, non mentionnés ci-dessus (voir les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse)

Sources : Protocole d'immunisation du Québec, mise à jour avril 2019
Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse de l'Agence de la santé publique du Canada

Voilà, vos suspects sont identifiés : ils ont une infection tuberculeuse latente et sont à risque de développer une tuberculose active. Des questions sur la prise en charge? Bruno Paradis, pneumologue, vous répond dans l'article suivant.

Les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 6^e édition (2007) est un outil utile accessible sur le site de l'Agence de santé publique du Canada www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tbstand07-fra.php

LE TRAITEMENT DE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL) OU ÉRADICATION D'UN GERME EMBUSQUÉ.

Aspects pratiques.

Par Bruno Paradis, pneumologue,
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval

Pourquoi traiter?

Le contrôle de la tuberculose (TB) nécessite autant le traitement des infections avérées et contagieuses que la réduction des cas à risque de réactivation tuberculeuse. En l'absence de facteur de risque, environ 10 % des adultes infectés, autrement en bonne santé, développeront la maladie au cours de leur vie, dont la moitié (5 %) dans les 2 ans qui suivent l'infection et le reste (5 %) après 2 ans. En présence de facteurs d'immunosuppression, le taux de réactivation tuberculeuse peut atteindre jusqu'à 10 % par année (ex : VIH-SIDA). Si l'on traite l'ITL, le nombre de personnes qui développeront une TB sera grandement réduit.

Toutes les personnes atteintes de tuberculose devraient se faire offrir un test de dépistage du VIH.

Quoi faire avant de traiter une ITL?

S'assurer qu'il ne s'agit pas d'une infection active et contagieuse par le questionnaire et la radiographie pulmonaire. La présence de toux, productive ou non, d'atteinte de l'état général ou d'anomalie à la radiographie pulmonaire doit faire rechercher une tuberculose active. Celle-ci est contagieuse et nécessite l'isolement du patient. Un traitement avec 3 à 4 antituberculeux est nécessaire pour assurer la guérison et prévenir l'apparition de résistance aux antituberculeux. Une consultation en pneumologie ou en microbiologie est indiquée au moindre doute d'une maladie active.

Chez qui traiter l'ITL?

- TCT positif avec risque de réactivation de la TB. (voir tableau 1)
- Virage tuberculinique en moins de 2 ans.
- Contact étroit de cas de TB active, avec TCT positif de novo.
- Traitement immédiat, avant l'exécution de TCT, des enfants de moins de 5 ans en contact étroit avec un cas de TB active. Cesser le traitement si TCT négatif 3 mois post-contact. Un test négatif à 3 et 6 mois est requis chez le nourrisson (moins de 2 ans) avant l'arrêt du traitement.

Comment traiter l'ITL?

• L'isoniazide (INH):

L'expérience acquise après plus de 50 ans d'utilisation fait de l'INH le premier choix de traitement. Il est sûr, peu coûteux, bien toléré et efficace. Son efficacité reconnue est cependant proportionnelle à la durée du traitement. Un traitement de 12 mois (80 % des doses prescrites) réduit de 93 % le risque de développer une tuberculose maladie. La durée de traitement actuellement recommandée de 9 mois s'accompagne d'une observance acceptable dans les études cliniques et assure une assez bonne protection. L'ajout d'une dose quotidienne de 25 mg de vitamine B6 (pyridoxine) est indiqué pour prévenir le développement de neuropathie.

• La rifampicine (RMP):

L'administration quotidienne de RMP pendant 4 mois est une solution de rechange acceptable, si l'INH ne peut être utilisée à cause de ses effets toxiques, ou si une exposition à une source de tuberculose résistante à l'INH est suspectée ou connue.

La non-observance est la principale cause d'échec au traitement. Une visite mensuelle avec re prescription de la médication ou un suivi téléphonique avec support est recommandée pour améliorer l'observance. Dans certaines situations de non observance, ou si le risque de réactivation est très élevé (VIH et enfants de moins de 5 ans), une thérapie sous observation directe (TOD) par une infirmière ou pharmacien avec administration 2 fois par semaine de la médication doit être envisagée (INH 900 mg ou RMP 600 mg 2 fois / semaine).



TABLEAU 2.
 Traitement de l'infection tuberculeuse latente (ITL)

Médication	Dose quotidienne adulte (enfants) mg/Kg	Dose habituelle quotidienne maximum mg	Dose bihebdomadaire (TOD) mg	• Efficacité • Réduction du risque de TB (%) • Recommandation	Effets secondaires
Isoniazide (INH)	5 (10-15)	300	900	12 mois = 75-93% 6 mois = 60-65 % recommandation de traiter 9-12 mois	Élévation AST-ALT, Hépatite 2-3%, paresthésies, fatigue, céphalée, éruption cutanée
Rifampicine (RMP)	10 (10-20)	600	600	3-6 mois = 51-100 % recommandation de traiter 4 mois	Coloration des liquides, interactions médicamenteuses, syndrome grippal, hépatite

Y a-t-il une surveillance à faire?

Le traitement avec l'INH ou le RMP est en général bien toléré. Moins de 5 % des patients arrêteront ou modifieront le traitement en raison d'effets secondaires.

Près de 10 % des patients expérimentent une réaction adverse bénigne à l'INH (voir tableau 2). La toxicité hépatique, survenant chez moins de 3 % des patients, est plus sérieuse et requiert une surveillance continue lors du traitement. Un suivi clinique est minimalement requis. Un dosage mensuel des transaminases est recommandé chez les plus de 35 ans ou en présence d'antécédents de maladie hépatique ou de prise d'alcool.

L'hépatite médicamenteuse est idiopathique mais en général symptomatique. La présence de nausée, d'anorexie, de jaunisse, d'hépatalgie ou une fièvre non-infectieuse peuvent en être la manifestation. Une augmentation légère du niveau des transaminases est commune.

La médication doit être cessée chez le patient asymptomatique, si le taux de transaminases devient supérieur à 5 fois la limite supérieure de la normale, ou supérieur à 3 fois la limite supérieure de la normale en présence de symptômes. L'hépatite se résorbe habituellement après l'arrêt du traitement.

Si l'INH et le RMP ne sont pas tolérés, le patient devrait être référé à un spécialiste du traitement de la tuberculose (pneumologue ou spécialiste en maladies infectieuses).



Dans ces cas, un agent injectable, de l'éthambutol ou une fluoroquinolone pourraient être envisagés.

Chez les patients à risque élevé de réactivation tuberculeuse qui ne peuvent pas ou ne veulent pas entreprendre ou terminer un traitement préventif, un suivi régulier pendant 2 ans est recommandé (par exemple après 6, 12 et 24 mois). C'est la période où le risque de développer la maladie est à son maximum.

- 1- ATS/CDC Standards. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. Am J Respir Crit Care Med 2000; 161:5221-5247.
- 2- Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse de l'Agence de santé publique du Canada, 6e édition (2007).
- 3- Considering the role of four months of rifampin in the treatment of latent tuberculosis infection. Am J Resp Crit Care Med 2004; 170:832-35.

Quelques chiffres

Par Suzie Maillé, inf. B.Sc.

À Laval

Depuis l'an 2000, en moyenne 10 cas de tuberculose active sont déclarés chaque année à Laval, dont 67 % sont des cas de tuberculose pulmonaire.

Au Québec, Canada et États-Unis

Le taux d'incidence pour le Québec a diminué presque constamment durant les 25 dernières années passant de 14 cas/100 000 personnes en 1976 à 3 cas/100 000 en 2007.

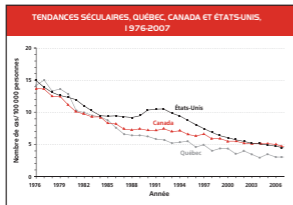
Cette diminution est due à une amélioration des conditions de vie générales et à des mesures de santé publique comme la

déclaration et le traitement obligatoires ainsi que le dépistage et le traitement des contacts.

Le taux d'incidence annuel moyen pour les années 2000 à 2007 est de :

7,1 cas/100 000 à Montréal,
1,8 cas/100 000 dans le reste du Québec (hors Montréal),
2,7 cas/100 000 à Laval,
3,5 cas/100 000 pour la province de Québec.

Les personnes nées à l'extérieur du Canada comptent pour près des 2/3 des cas de tuberculose.



Source : Registre central des MADO, LSQ, Production : BSE, OIP de Montréal.

- Tuberculose **multirésistante** : résistance du bacille à l'INH et à la rifampicine avec ou sans résistance à d'autres antituberculeux majeurs ou mineurs. Au Québec, c'est moins de 1 % des souches de *Mycobacterium tuberculosis* et ce, depuis 1992.
- Tuberculose **ultrarésistante**: isolats présentant une résistance à l'INH et à la rifampicine, en plus d'une résistance à toutes les fluoroquinolones et à au moins un des trois antituberculeux mineurs injectables (capréomycine, kanamycine et amikacine). Au Québec, aucune souche ultrarésistante n'a encore été isolée. Entre 2004 et 2007 au Québec, près de 11 % des souches étaient résistantes à un seul antituberculeux.

Remerciements

Nos sincères remerciements au Dr Bruno Paradis, pneumologue à la Cité-de-la-Santé de Laval, qui a généreusement accepté de collaborer à ce numéro.



Une publication de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
800, boul. Chomedey, Tour A
Laval (Québec) H7V 3Y4
Tél. : 450 978-2000
Téléfax : 450 978-2100

Responsable du projet:

Dr Jocelyne Thiffault

Collaboration:

Équipe des maladies infectieuses

Impression:

Lithographie SB inc.

Dépôt légal:

Bibliothèque nationale du Québec, 2008
ISSN 1918-0837 (Imprimé)
ISSN 1948-0845 (En ligne)

Vous seriez intéressé à recevoir le bulletin par courriel ?
Communiquez avec Mme Carole Briën, soit par téléphone au 450-978-2121 poste 2036, ou par courriel à cbrien_regie13@ssss.gouv.qc.ca

sanofi pasteur

La division vaccins du Groupe sanofi-sintelabo.

Commanditaire

