La tuberculose
état des lieux de la LAT en France
missions de prévention
objectif de santé publique

Dr Salaün Marie-Anne
CLAT Calvados CPMI CAEN

Présentation aux partenaires généralistes

22 Janvier 2008

Rappels et développement

- Epidémiologie
- De l'Infection tuberculeuse à la tuberculose maladie,histoire naturelle,contagiosité,TRT
- Critères à retenir pour le sujet contact
- La LAT en France,coordination dans le Calvados ,objectifs et missions du CLAT
- Enquêtes autours de cas:entourage familial,collectivités…ex.sur le terrain
- Stratégie vaccinale par le BCG
- Test « Quantiferon TB Gold° »
- TRT ,Prophylaxie.
- Contacts,information

Epidémiologie de la tuberculose

- La tuberculose aujourd'hui est une des causes principales de morbidité et de mortalité d'origine infectieuse dans le monde(9milloins de nouveaux cas de tuberculose maladie par an dont 3,9 sont contagieuses et 1/3 de la population mondiale est infecté.
- En France: l'incidence était de 60/100000hab/an en 1970;22,4 en 1984

- on estime à 8200 cas le nb de tub en 2005,sous déclaré 45%

en moyenne l'incidence est 8,9 cas déclarés /100 000hab/an en France

En Basse Normandie:6,4 en 2000 et 5 en 2005

Dans le Calvados: 8,16 en 2006

Baisse globale depuis quelques décennies,néanmoins reste élevée selon certains critères:

-régionaux(incidence Ile de France28,7; Guyanne44).Agglomérations,brassage des populations.

-l'origine (personnes d'origine étrangère ,taux de déclaration/100000 :origine Subsaharienne160,Asie53,2)Etrangers plutôt jeunes.

-l'âge(âge médian 43ans,taux de déclaration/100000:5 pour les moins de 15ans,21,7 pour les plus de 80 ans),Français surtout âgés.

Le type de tuberculose : pulmonaire(73% ou autre respiratoire7%):

80% des cas déclarés = potentiellement contagieux

(BK tubages ou respi. :EM+ou -,culture +)

De l'Infection tuberculeuse à la tuberculose maladie

- La transmission du BK est essentiellement aérienne(particules de pflügge,inhalation de BK en suspension dans l'air), la contagion est donc le fait des pathologies tuberculeuses d'origines aériennes:(pulmonaires,laryngées,bronchiques,+-pleurales)

Le Bacille de Koch ,découverte de 1882 , est une mycobactérie du complexe tuberculosis, transmission interhumaine et quelques cas de l'animal à l'homme (M.Tuberculosis ,M.Bovis,M.Africanum)

après l'introduction du BK dans l'organisme, plusieurs évolution sont possibles:

1-absence d'infection :(succès des défenses innées),surtout si la contamination n'est pas massives ou répétée.

2-Infection tuberculeuse:

2-1évolution d'un seul tenant vers la maladie tuberculeuse(primo infection tuberculeuse patente ou tuberculose de primo infection).

2-2phase d'infection latente +ou- prolongée puis progression vers la tuberculose maladie.

2-3phase d'infection latente indéfinie(bacilles quiescents) sans progression ultérieure vers la maladie.

2-4phase d'infection latente suivie d'une élimination des bacilles tuberculeux.

2-1 plus fréquent chez enfant et adolescent et personnes immunodéprimées

2-2et 2-3 plus fréquentes chez l'adulte

Leurs proportions respectives dépendent de facteurs favorisant la progression de l'infection latente vers la tuberculose maladie :

-contamination massive,

-âges extrêmes,

-immunodépression,

-dénutrition,

-certaines pathologies

-et peut être la virulence de la souche bactérienne

Après un contage BK, 10 à 50% des sujets contact significatifs développent une infection tuberculeuse latente , parmi ces sujets infectés:

10% des adultes non immunodéprimés développeront la maladie au cours de leur vie.

Ce risque est plus élevé chez les enfants, 45% pour les moins de 1an,25% chez les moins de 2ans,15% chez les adolescents,développeront la maladie au cours de leur vie.

Ainsi que pour les adultes immunodéprimés :30% de risque de maladie dans l'année suivant le contage par exemple si patient VIH+

On estime que le délais de survenue de la tuberculose maladie après une infection est

-pour 78% des sujets ,dans les deux ans suivant le contage

-pour 18% des sujets ,entre 3 et 6 ans suivant le contage

-pour 4% des sujets ,après 6ans et plus….

ITL et tuberculose maladie

-l'infection tuberculeuse latente(ITL) ,sans localisation patente,asymptomatique est non contagieuse,et peut évoluer à terme vers une maladie tuberculeuse.Il existe des traitements prophylactiques qui peuvent limiter les risques de développement vers la maladie lorsqu'une personnes a été contaminée. Cf ex :

monoTRT INH(5mg/KG/J) 6mois ou

BiTRT :RPM(10mg/KG/J) et INH (5mg/KG/J) 3mois

Si resist. à un ATB connue sur l'ATBG du BK du cas index,avis spé.++

-la tuberculose maladie, qui peut toucher divers organes lorsqu'elle se déclare(ganglions,os,appareil génital, voies urinaires,méninges,voies aériennes…), ce sont les formes aériennes de la tuberculose qui sont potentiellement contagieuses.Des traitements curatifs de la maladie sont efficaces.Cf ex: schéma standard ou adapté selon cas ,

Curatif ,pour une durée totale de 6 mois en moyenne:

	0	1	2	3	4	5	6
INH	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------
RPM	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------
PZA	----------	----------	----------				
+- EMB	----------	----------	----------				

INH+RPM= RIFINAH°,INH+RPM+PZA=RIFATER°,EMB=DEXAMBUTOL°ou MYAMB.°

INH=RIMIFON°,RMP=RIFADINE°,PZA=PIRILENE°

Les critères de contagiosités varient selon plusieurs facteurs,il en découle l'indentification des sujets contact à investiguer autour d'un cas index de tuberculose maladie.

Les critères à retenir,une combinaison de facteurs pour le sujet contact

1-la contagiosité du cas index:

+éléments **diagnostics**(tuberculose respiratoire)

+éléments **radiologiques** et **bactériologiques**(caverne,EM+,sachant qu'un EM-ne signifie pas non contagiosité potentielle)

+éléments **cliniques**(existence d'une toux,manœuvres médicales à risque,la forme de la tuberculose,ex laryngée++)

+la **période de contagiosité** (avant le diagnostic une période de 3mois est retenue, la période de contagiosité sous traitement:exemple négativation des cultures dans les 30 jours après mise en route du traitement à 75%, la levée de l'isolement est une prescription médicale,généralement dans le courant du mois suivant la mise en route du traitement)

Les critères à retenir pour le sujet contact,une combinaison de facteurs(suite)

2-le contact:

+**le confinement** (plus le volume est restreint,et moins il est ventilé: domicile,bureau ,chambre,promiscuité)

+**la proximité** (distance physique de rencontre habituelle entre deux individus(distance de conversation ,exemple bulle de deux mètres de diamètre en extérieur)

+**la durée du contact** (pendant la période de contagiosité du cas index,le cas échéant on tient compte du cumul des temps d'exposition:8h consécutives ou cumulées dans le temps,sachant que le risque existe dès le premier contact bref, on tient compte des autres facteurs concomitants :confinement ,type de contact,contagiosité du cas index.….)

3-le risque du sujet contact d'évoluer vers la tuberculose maladie s'il est contaminé:

+**classes d'âge à risque** :enfants moins de 5ans et adolescents ainsi que personnes âgées plus de 75 ans

+**dénutrition** ,malnutrition,gastrectomie

+**immunodépression** liée à une pathologie (VIH,cancer…)ou iatrogène(chimiotrt,corticotrt,chirrgie..)

+**alcoolisme,tabagisme,toxicomanie**..

+**certaines maladies**(diabète,silicose,insuffisance rénale avec hémodialyse)

Objectifs de la LAT en France selon le comité National d'élaboration du programme de la lutte antituberculeuse 2007-2009

- Axe 1-Assurer un diagnostic précoce et un traitement adapté pour tous les cas de tuberculose maladie
- Axe 2-Améliorer le dépistage de la tuberculose (tuberculose maladie et infections tuberculeuses latentes relevant d'un traitement)
- Axe 3-Optimiser le stratégie vaccinale par le BCG(prévenir les formes graves)
- Axe 4-Maintenir la résistance aux antituberculeux à un faible niveau
- Axe 5-Améliorer la surveillance épidémiologique et les connaissances sur les déterminants de la tuberculose
- Axe 6-Améliorer le pilotage de la Lutte antituberculeuse

LAT dans le Calvados :CPMI Caen

- Le CLAT14 au CPMI 51 rue Gémare CAEN tel 02 31 38 51 58

Dr Salaün MA :chef de service ,coordinateur CPMI,généraliste formé à la LAT,

Dr Bergot Emmanuel : pneumologue référent du CLAT,vacataire,PH,

une IDE formée,

des outils crées mis à disposition des partenaires,de l'information

des projets, une coordination nationale des CLAT

Géré par la Fondation Miséricorde PSPH, objectif DDASS au départ,budget à charge du GRSP (régional depuis 2007).

- Missions de Santé Publique Départementale ,habilitation préfectorale,création au 1er Mars 2006(recentralisation des activités de prévention maladies infectieuses anciennement CG)
- Maladie à déclaration obligatoire(signalement,notification)

Objectifs de la LAT par convention avec l'état:

renforcer la prévention ,le dépistage,le TRT,la coordination sur le terrain,le suivi des sujets traités,

la formation des partenaires…Il n'existe aucune loi relative à l'injonction soins pour le TRTde la tuberculose ou le dépistage autour d'un cas.

Principes d'une enquête de dépistage autour d'un cas déclaré de tuberculose

- Tuberculose du cas index

(DO obligatoire =signalement détaillé nominatif et notification anonyme pour veille S.)

AU CLAT et à la DDASS

Tub mdie contagieuse: recherche de cas susceptibles d'être contaminés et de la source(une tuberculose maladie ou les ITL récentes, une tuberculose d'origine aérienne) dépistage standard cf J0,J3mois,J1an à18mois.

Tub mdie non contagieuse: recherche de la source contaminante(une tuberculose d'origine aérienne) dépistage par RP dans l'entourage.

ITL d'un enfant de moins de 15ans: recherche de la source contaminante(une tuberculose d'origine aérienne) dépistage par RP dans l'entourage.

Objectifs: limiter les risques de contamination par la propagation du bacille,orienter les patients susceptibles d'être contaminés,diagnostiquer et traiter les Maladies,les ITL récentes,surveiller,participer à la veille sanitaire

- Les principes d'une enquête (recommandations du CSHPF):

C'est le CLAT, prévenu par la DDASS et/ou par un signalement direct dans la service,qui réalise avec le déclarant et le patient , en partenariat avec les acteurs de terrain, l'enquête d'entourage et s'assure de la réalisation de celle-ci selon les recommandations du CSHPF.Le cas index est informé et l'on recueille son accord pour la levée d'anonymat par une information éclairée.

Le dépistage est ensuite coordonné par le CLAT,orientation des sujets contact,suivi.

- Le dépistage est ordonné selon la notion de contage significatif

(étroits et réguliers)éventuellement élargissement aux occasionnels selon contexte:dans les 15J -1mois suivant la DO(dernier contact), au plus tôt si possible(sinon shunter J0)

J0 Cs,RP,IDR(Tubertest 5UI, lecture à 72h)

J3mois Cs,RP +ou- IDR selon J0 ,il existe le test invitro QT sur avis

J1an à 18mois Cs,RP

Au moindre doute de contamination, avis spécialisé.

Avis spécialisé ,d'emblée pour les enfants de moins de 5ans avec RP et IDR même normales,même vaccinés

Cf tableau d'interprétation IDR:selon également date de BCG et IDR précédente et l'âge du sujet,reco.du CSHPF,ex.pour 1 adulte non immunodép.

-J0 IDR inférieure à 10mm…….renouveler IDR à 3mois

-J0 IDR 10à14mm……..douteux, contamination ou vaccinal?avis spé

- J0 IDR 15 MM(ou phlycténulaire) et plus ……..franchement en faveur contamination récente,avis spé.

Toute augmentation de 10mm ou plus par rapport à une IDR précédente connue ou positivation par rapport à une IDR connue négative ,est un virage tuberculinique en faveur d'une contamination ,dans un contexte de contage récent ,et après avoir éliminé une tuberculose maladie, peut bénéficier d'un TRT prophylactique.

Aucune réaction ou une induration à moins de 5mm est considérée comme négative.

Coordination pratique du dépistage

- <u>En collectivité: pluridisciplinaire,cellule de crise, sur site le plus souvent:</u>

-la cellule de crise à J0 définit les sujets contacts significatifs avec le CLAT,avec tous les partenaires impliqués, selon qu'il s'agit d'une structure hospitalière ou non.Définit également les référents du dépistage dans la structure.

-une information est réalisée aux personnes et professionnels.

-des outils sont mis à disposition ,la logistique adaptée est coordonnée (camion radio.,réalisation IDR,…)

-le recueil des données du dépistage et l'orientation des patients consignés au dossier CLAT,à chaque phase du dépistage.

- <u>Pour l'entourage familial et les proches:</u>

-c'est le CLAT qui initialement ,avec :le déclarant ,le patient et les tiers impliqués dans son entourage ,définit les sujets contact significatifs. Puis l'incitation au dépistage est concrétisée , le médecin traitant reçoit un courrier également ,quand il est connu du CLAT.Une fiche de suivi est proposée afin de favoriser le recueil des données au CLAT ,des informations et outils délivrés aux médecins partenaires.Les personnes en situation de précarité ou sans couverture sociale sont reçues en priorité au CPMI,lien Pass .

Expérience de terrain

- Exemple d'un dépistage familial en cours(situation de précarité):

  en quatre semaines, chiffres approximatifs à ce jour

1 cas index initial bacillifère, tuberculose pulmonaire:

2eme cas et 3eme cas dépistés bacillifères

dans l'entourage(40 personnes individuelles)

et (90 personnes en collectivité d'enfants adolescents,dont 60 enfants),soit 130 sujets contact au total,à priori

déjà de nombreuses ITL diagnostiquées ds entourage, 30% environ, importance de l'implication de chacun pour inciter ces personnes à consulter et les orienter,y compris services sociaux.

NB:on retrouve dans ce cas ,un milieu sensible avec des co facteurs de risques :infections hepC,gale,alcoolisme,promiscuité,nomadisme….,relais med.TRT.

- Autre ex.médecine polyvalente(un soignant malade Tub Laryngée),maladie nosocomniale

évaluation,intérêt QT pour ce cas ,travail collectif pluridisciplinaire: 287 sujets

7 contacts proches,50%ITL,TRT,et avec jeunes enfants suivis.

80 personnels soignant,14% ITL,TRT,Mdie Prof. ,med .du W.

200 patients rappelés,à peine 1/5 de réponse, puis 1/2 ont répondu à l'incitation avec QT,18% ITL ,suivies ou traitées selon contexte,relais med.traitants.

La stratégie vaccinale par le BCG

- Arrêt de la commercialisation ,Janvier 2006 ,du vaccin par multiponcture « Monovax »,BCG forme intradermique uniquement: 1 flacon contient 1ML(10doses de 0,1ml)

Enfants de moins de 12mois :0,05ml Intradermique

Enfants de 12mois et Adultes :O,1ml Intradermique

- Depuis le 17 juillet 2007, décret 2007 1111 au journal officiel:levée d'obligation vaccinale pour les enfants et adolescents entrant en collectivité ainsi que jeunes adultes qui fréquentent ces collectivités.

- BEH 24 juillet 2007:calendrier vaccinal

Recommandations vaccinales pour les populations à risque et en particulier pour les enfants à risque. Cf BEH.

Maintien de l'obligation pour les personnels de santé sans revaccination avec IDR à l'embauche(ref code de santé publique article R3112 -1 et R3112-2 et autres personnels services sociaux et laboratoires ainsi que centres pénitenciers,et ref code de l'action sociale et des familles)

Le « quantiféron TB Gold °» test de détection de la production de l'interféron gamma pour le diagnostic des infections tuberculeuses,test in vitro(sg total)

- Reconnu HAS,non répertorié encore à la nomenclature,pratiqué sur avis spécialisé ,labo.habilité (CHU),non remboursé.Utilisé par spécialiste CLAT,ou sur avis,au cas par cas.4 indications retenues: pour adultes +de 15ans

-enquête autour de cas

-à l'embauche pour personnel soignant

-aide au diag.des tub .extra pulmonaires

-avant mise en route TRT anti TNFalfa

TRAITEMENT ,PROPHYLAXIE

- Tub .maladie:Cf Diagnostic et thérapeutique curative.
- Infection tuberculeuse latente:Cf Diagnostic et thérapeutique prophylactique.

Du fait de l'épidémiologie et de l'arrêt du BCG ,en dehors des populations à risque pour lesquels le BCG est recommandé,on recom. en prophylaxie:

°les ITL des –de 15ans et adultes immuno déprimés.

°toutes les ITL récentes de l'adulte, même non immunodéprimé.

°les malades porteurs de séquelles de Tub.,non préalablement traités et susceptibles de baisse des défenses immunitaires.

Contacts, information

- CPMI,CLAT 14

51 rue Gémare 14000 Caen

Du lundi au vendredi

Tel 02 31 38 51 58

Fax 02 31 38 51 59

Email: cpmi@fondation-misericorde.fr

- Fondation Miséricorde(site internet) http://www.fondation-misericorde.fr/Cpmi_tuberculose.htm

Documents téléchargeables sur le site