

# La tuberculose

## CLAT Calvados -CPMI Caen

MODALITES D ENQUETE DE DEPISTAGE  
AUTOUR DUN CAS DE TUBERCULOSE  
DECLARE EN COLLECTIVITE DE  
PERSONNES AGEES

Maisons de retraite et EHPAD du  
Calvados

Réunion du :20/11/2007 Dr Salaün M. A.

# RAPPELS ET DEVELOPPEMENT

- EPIDEMIOLOGIE
- INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE OU TUBERCULOSE MALADIE
- PARTICULARITES, CHEZ LA PERSONNE AGEE
- CONTAGIOSITE
- LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE
  - \*LES MODALITES D'UNE ENQUÊTE DE DEPISTAGE EN COLLECTIVITE DE PERSONNES AGEES.

# EPIDEMIOLOGIE

- La tuberculose aujourd'hui est **une des causes principales de morbidité et de mortalité d'origine infectieuse dans le monde** (9 millions de nouveaux cas de tuberculose maladie par an dont 3,9 contagieuse et 1/3 de la population infectée)
- **En France** : **en moyenne l'incidence est de 8,9 cas déclarés/100 000hab/an**,  
soit 50 maladies déclarées en 2006 pour le Calvados.  
**baisse globale depuis quelques décennies, néanmoins reste élevée:**  
dans certaines régions (île de France, paca, Rhône Alpes et Guyane), surtout les grandes villes.  
chez les personnes d'origine étrangère (sub-saharienne, Asie, ...) ce sont les plus jeunes généralement

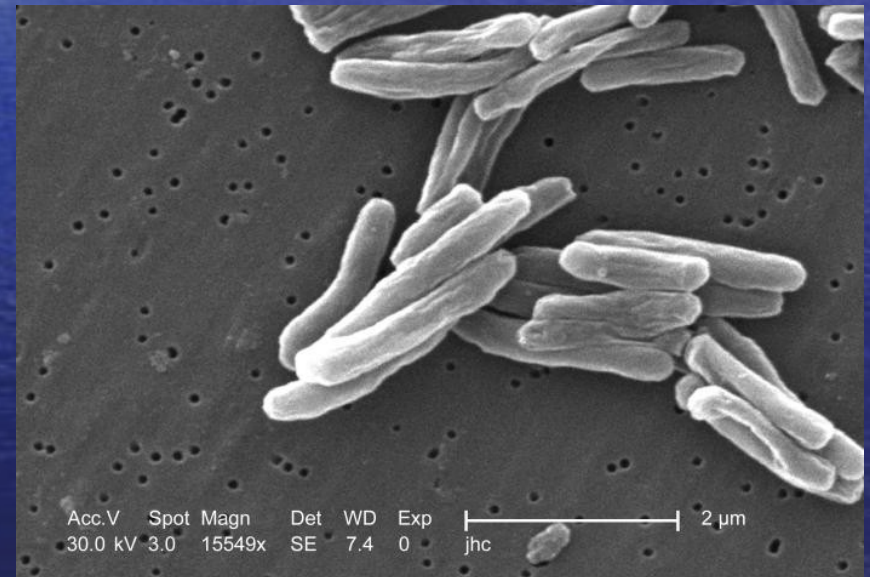
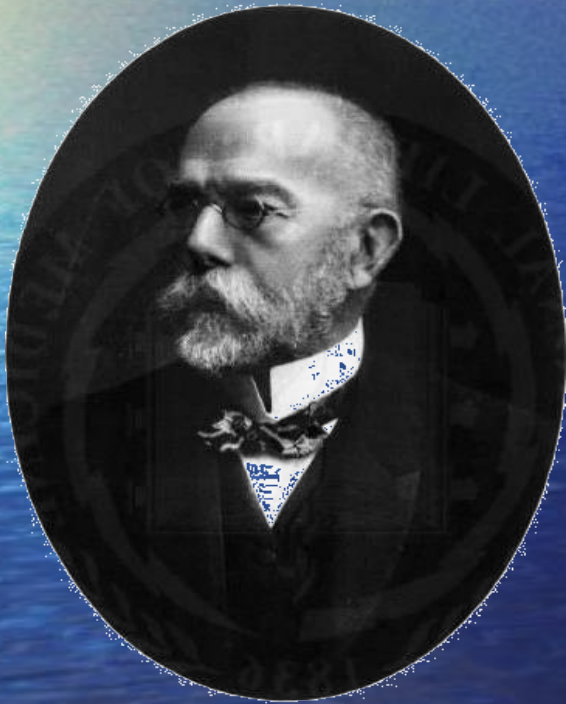
# Infection Tuberculeuse Latente et Tuberculose Maladie

- L'infection tuberculeuse est provoquée par le BK: découvert en 1882 par Robert Koch (**Bacille de Koch**), mycobactérie du complexe tuberculosis:  
(M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum)
- **L'infection tuberculeuse** : de la contamination à la maladie déclarée

**L'infection tuberculeuse latente (ITL) ou primo infection**, sans localisation patente, **non contagieuse**, asymptomatique, qui peut évoluer ou non, durant la vie d'une personne qui a été contaminée, vers une tuberculose maladie. Il existe des traitements adaptés aux ITL qui limitent le risque d'évolution vers la tuberculose maladie. Au minimum, la surveillance s'impose.

**La tuberculose maladie**, qui peut toucher divers **organes** (ganglions, appareil génito urinaire, os, méninges...) et **en particulier les voies aériennes**, **c'est la forme contagieuse** de la tuberculose (pulmonaire, laryngée, bronchique, pleurale...) c'est de

# Robert Koch (BK) 1882



# Particularités de la tuberculose

- Lors d'une contamination tuberculeuse la maladie peut se déclarer , parfois plusieurs années après le contagage.
- **La contamination** est un risque pour toute personne en contact significatif avec un malade contagieux avec la possibilité d'évolution vers la maladie ,**surtout pour les sujets les plus vulnérables en raison de:**

## **l'immunodépression**

**l'âge** :enfants ,personnes âgées

## **autres facteurs de risques:**

diabète,alcoolisme, malnutrition...

# Chez la personne âgée risque accru

- **Baisse des défenses immunitaires** du fait de l'âge et  
Co morbidités:cancers,immunosuppresseurs...  
Diminution de la réaction cutanée (IDR)
- **Réactivation endogène des bacilles dormants** d'une infection latente acquise au cours de leur vie
- **Risque de réinfection en contexte institutionnel** (maladie nosocomiale)
- **Mortalité plus élevée ,promiscuité et retard diagnostic en institution**
- **Souvent un tableau atypique:**  
frustre, plaintes non spécifiques,chutes,  
perte d'autonomie,fièvre au long cours ,  
AEG et des fonctions cognitives,  
fréquence des formes extra thoraciques(15% des cas),  
lésions pulmonaires souvent moyennes et basses ,miliaire fréquente,  
difficulté diagnostique du fait d'images de séquelles radiologiques,

# En institution

- Dépister ,protéger





# Contagiosité

- **Transmission essentiellement aérienne**, les bacilles en suspension dans l'air expiré par le malade peuvent être inhalés par l'entourage au contact le plus proche ou lors de contacts répétés.

- **Risque de contamination existe pour les formes respiratoires**

En fonction de divers facteurs:

la concentration par volume d'air(expectorations, EM+, confinement)

la sensibilité du récepteur(immunodépression, cofacteurs de risques)

**La notion de temps de contact significatif avec un sujet contagieux est essentielle(7 à 8h consécutives ou cumulées dans le temps**, même dès la première heure pour un soignant auprès d'un malade contagieux.)

**On estime que le risque de contagiosité d'un malade est évalué à une période de trois mois précédant la mise sous traitement et 15 j à 1 mois après la mise sous traitement**

d'où l'intérêt de « **l'isolement AIR** » en cas de suspicion et jusqu'à la preuve du contraire par:

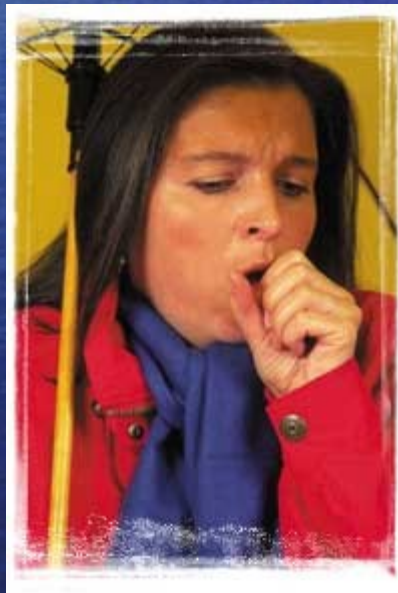
- le port d'un **masque anti projection pour le malade** lors de ses déplacements(type chirurgical),

- la **limitation des déplacements** du patient ,chambre **isolée**,

- ainsi qu'un **masque filtrant** (type FFP1) **pour les visiteurs ou soignants**

# Microgouttelettes de pflügge

## transmission aérienne



# La lutte antituberculeuse

- **La recentralisation des activités de lutte contre les maladies infectieuses**, par la loi du 13 juillet 2004, a permis l'habilitation du **CLAT au CPMI pour le Calvados depuis Janvier 2006**, le centre suit les recommandations du conseil supérieur d'hygiène publique de France et a pour missions de coordonner et d'organiser, en collaboration avec les partenaires du réseau médicosocial, la prévention et le dépistage de la tuberculose ainsi que le suivi des dossiers déclarés.

Le Dr Salaün M. A. est le médecin responsable du CPMI, coordinateur du CLAT formé à la LAT,

le Dr Bergot E. est le pneumologue référent du CLAT,

les infirmières du CPMI, formées à la LAT, participent à la coordination des enquêtes.

- **Maladie à déclaration obligatoire** (toute tuberculose maladie est à déclarer par un formulaire à la DDASS ainsi que toute infection tuberculeuse latente des enfants de moins de 15 ans) la DDASS transmet ensuite ces données au CLAT, celui-ci contacte le cas index et le déclarant pour coordonner alors le dépistage...à la recherche de cas de contamination éventuelle et/ou de la source contaminante si possible.

# Modalités de dépistage autour d'un cas déclaré de tuberculose en collectivité de personnes âgées

- Deux cas de figure peuvent se présenter:
  - le malade est un résident de la collectivité.
  - le malade est un membre du personnel.

Deux buts recherchés:

recherche de cas de contamination par le cas index(ITL, voire tuberculose maladie): Cs,RP,IDR,ou autre test in vitro...

On estime statistiquement que 5% à 50% des sujets contacts peuvent être contaminés par un malade contagieux, parmi eux 5 à 10% développeront la maladie au cours de leur vie, et pour 80% d'entre eux dans les 18 mois suivant l'ITL.

recherche de cas source d'infection à l'origine :RP

# Déclaration obligatoire (DO)

- **LE SIGNALEMENT:** Tout médecin suspectant ou diagnostiquant une tuberculose pour un patient, ici : un résident ou un membre du personnel dans une structure de personnes âgées; doit prendre les dispositions nécessaires afin d'éviter le risque de contamination, donc tout particulièrement pour les formes contagieuses. Ceci débute par le signalement (formulaire DO, téléphone... à la DDASS +-CLAT avec toutes les informations utiles à la démarche d'intervention le cas échéant : art R3113 -4 du code de SP: identité du malade, adresse ....)
- **LA NOTIFICATION:** déclaration à la DDASS qui la transmet au CLAT, généralement par le médecin qui met en route le traitement: tout type de tuberculose maladie et ITL des moins de 15 ans. Depuis 2007, il existe un deuxième formulaire obligatoire de déclaration d'issue de traitement qui sera à faire auprès de la DDASS dans les 9 mois suivant la DO initiale.  
La DDASS remonte les données épidémiologiques à l'InVS, recueil anonyme.
- **Le CLAT et le médecin déclarant d'une tuberculose se concertent en respectant la confidentialité** pour analyser le cas index, le CLAT coordonne et apporte sa contribution pour le dépistage dans l'entourage familial et amical du patient généralement avec les médecins traitants. Il détermine

# La cellule de crise au sein de la collectivité

- Pour la collectivité, c'est avec l'équipe médicale et l'aide de la direction administrative de la structure, que les sujets contacts seront répertoriés, informés, dépistés.
- Les personnes qui peuvent collaborer sont donc:
  - les médecins traitants des résidents, les spécialistes locaux,
  - le médecin référent de la structure et les paramédicaux ,
  - le médecin du travail,
  - le CLAT, la DDASS ,
  - un représentant de la direction pour la « traçabilité » des actions et la logistique.

Ceci avec l'accord du cas index pour la levée d'anonymat le plus souvent nécessaire.

Toute personne ayant connaissance de données médicales individuelles au cours d'une enquête de dépistage autour d'un cas de maladie à DO est soumise au secret professionnel

# Répertorier les sujets contacts significatifs

- **Le listing des sujets contacts significatifs** au sein de la collectivité est réalisé en respectant les critères suivants définis par la cellule de crise , on remonte généralement aux **trois mois précédant** la mise en route du traitement:recherche des intervenants et contacts divers en fonction du circuit du sujet malade

Résidents, personnel en interne, intervenants extérieurs (dans la collectivité)

Famille , proches et relations extérieures du cas index ( selon le contexte , en collaboration avec le CLAT, qui réunit les données et s'assure du dépistage).

## Selon le cas index:

tuberculose contagieuse ou non  
degré de contagiosité (BAAR à l'examen direct, toux, caverne)  
la bactériologie, BMR

## Selon le type et la durée du contact:

notion de confinement (même chambre)  
temps de contact (7 à 8h consécutives ou cumulées, dès la 1ere h de contact pour un soignant)  
notion d'examens spécifiques (expectoration forcée, kiné)

## Selon la particularité du sujet contact :

immunodéprimé, co- facteurs de risques de contamination

# Information- Organisation

- **Information dans la collectivité, des personnels et des résidents, ainsi que des intervenants extérieurs:**

## **individuelle +ou- générale**

\* par médecins référents pour les résidents, le médecin du travail pour les salariés; en collaboration avec le CLAT qui peut aider pour les:

courriers types, doubles aux médecins traitants  
fiches d'information  
recommandations  
l'information générale...

Une équipe « référente » de l'enquête au sein de la collectivité est désignée .

- **Organisation et convocation** pour l'enquête qui est coordonnée :  
\*par la collectivité , pour résidents et salariés ou intervenants, avec les conseils et l'aide du CLAT si besoin :

contact avec camion de dépistage RX  
élaboration du tableau de suivi  
résultats et récupération des données

Recueil des données médicales à usage de l'enquête, dans le respect du secret médical et dans l'intérêt des patients.



# Procédure d'enquête, tuberculose contagieuse ou non

- **Pour une tuberculose contagieuse: cellule de crise ++ ,avec CLAT**

La procédure habituelle se déroule dans les semaines suivant la DO, plus rapidement ,sans attendre la coordination en cas de signe clinique évocateur chez les sujets contacts (association de fièvre ,toux,sueurs nocturnes,AEG...)

(Cf interprétation des IDR sur synthèse des recommandations du CSHPF)

J0: Cs,IDR(tubertest° 5UI),RP,(avis spécialisé au moindre doute)

J3 mois: Cs,+IDR pour les inférieures ou égales à 10mm à J0,RP,(avis spécialisé au moindre doute)

J1an à 18 mois: Cs,RP, idem.

- **Pour une tuberculose non contagieuse: concertation simple avec CLAT**

On peut décider de rechercher un éventuel cas source parmi les contacts les plus étroits avec le cas index, une simple RP unique suffit dans ce cas.

Le dépistage proposé en coordination au sein d'une collectivité n'est pas à la charge du salarié, cependant celui-ci est libre de consulter son médecin traitant et de faire parvenir les résultats à la médecine du travail selon les recommandations du CSHPF.

Un tableau récapitulatif des résultats doit être conçu pour suivre l'ensemble des sujets contacts, phase par phase, qui sera transmis au

# Concernant l'enquête pour un cas potentiellement contagieux

- **La cellule de crise se concert**e généralement trois fois, au départ et après les deux premières phases de l'enquête (signalement, J0, J3mois)

On recherche toute forme éventuelle de tub. maladie, ou de primo-infection (ITL)

Globalement, selon contexte: IDR de 10 à 14 mm, douteuse avis spé.  
IDR sup ou = à 15 mm, avis spé.

IDR phlycténulaire et toute variation de 10 mm ou + entre deux IDR, avis spé.

Les sujets contacts sont informés par écrit de leurs résultats et dirigés en Cs  
Spé. si besoin, après chaque phase de l'enquête.

- **Un traitement prophylactique** peut être proposé pour limiter le risque d'évolution vers la maladie aux patients présentant une ITL récente.
- **Du fait des nouveaux tests de dépistage in vitro (dosage sanguin de l'interferon gamma ou « quantiFERON ° »)**, il est possible d'envisager, sur avis du pneumologue référent du CLAT, ce type de prélèvement à J3mois, ceci peut remplacer l'IDR (actuellement seul le laboratoire du CHU réalise cet examen

# Travail pluridisciplinaire

- Objectif

Prévention des  
risques



Travail : pluridisciplinaire,  
But : prévention des risques  
la Lutte antituberculeuse  
mission d'utilité publique

- Collaboration des divers partenaires essentielle
- Dans un but de prévention et réduction des risques  
( pour les patients et le personnel).
- Réduire à terme l'incidence de la maladie pour les groupes à risques en particulier les personnes âgées et le personnel soignant(y compris les médecins...)
- NB: pour les soignants et professions sociales toute infection tuberculeuse contractée au travail est une maladie professionnelle (tableau n°40 des MP de la SS°)

Merci de votre attention, si vous avez des questions ,  
le CPMI fera le maximum pour vous répondre!

[http:// fondation-misericorde.fr](http://fondation-misericorde.fr) ,rubrique cpmi

Centre de Prévention des Maladies Infectieuses  
51 rue Gémare 14000 CAEN

tel 02 31 38 51 58 fax 02 31 38 51 59

[cpmi@fondation-misericorde.fr](mailto:cpmi@fondation-misericorde.fr)

