

Tuberculose : quelques rappels

cf. site de la ligue pulmonaire suisse : [Centre de compétence Tuberculose: Page d'accueil](#)

1. Tuberculose : infection ou maladie ?

Après une infection primaire ou primo-infection par inhalation de *M. tuberculosis*, les mycobactéries peuvent être éliminées, rester latentes (**infection latente**, ITL), ou progresser vers une **maladie tuberculeuse active**, MTB.

Lorsque l'infection reste latente, la radiographie est souvent normale mais on peut retrouver une adénopathie hilare unilatérale, des granulomes ou un infiltrat (complexe de Ghon). Le patient est asymptomatique, non contagieux, et le Mantoux +/- test à l'interféron gamma sont positifs.

Alors que le risque d'évolution vers la maladie est de 5-10% chez l'adulte immunocompétent non traité (dont la moitié des cas dans les 2-3 ans post-infection), il est de 40% chez le nourrisson immunocompétent.

Si l'infection évolue rapidement en maladie tuberculeuse, on parle de **tuberculose primaire** (à ne pas confondre avec infection primaire). Lorsque la maladie apparaît après plusieurs années, on parle de **réactivation**.

Dans une grande majorité des cas, les enfants avec une maladie tuberculeuse ne sont pas contagieux. Ils sont souvent symptomatiques, mais les symptômes ne sont pas forcément respiratoires (>50% des cas ont de la fièvre et des sueurs nocturnes). Il faut se rappeler que l'examen clinique peut être très contributif, mais il peut également se révéler normal, même en présence d'images radiologiques très impressionnantes.

2. En cas de Mantoux positif (≥ 5 mm):

- Examen clinique complet (ADPs ?, examen pulmonaire, neurologique, du rachis,...)
- Rx thorax F/P si < 12 ans ou examen clinique anormal

→ Si clinique et Rx (si effectuée) non suggestives de tuberculose, faire un test sanguin de libération d'interféron gamma (**Interferon-Gamma Release Assay ou IGRA** : T-SPOT.TB® ou QuantiFERON-TB®) pour exclure un faux positif (post BCG ou infection par d'autres mycobactéries). Ce test n'est à faire que chez l'enfant ≥ 5 ans, car la performance des IGRAs est moins bonne chez l'enfant, et surtout chez l'enfant < 5 ans.

→ Si l'IGRA est positif, compléter le bilan avec une Rx thorax F/P si pas encore fait (≥ 12 ans asymptomatiques).

Chez un patient asymptomatique avec Mantoux + IGRA positifs, avec une Rx normale et un examen clinique dans la norme, on gardera le diagnostic d'ITL.

Si la radiologie ou la clinique est suggestive d'une MTB, on poursuivra alors la prise en charge avec des examens supplémentaires afin de rechercher la mycobactérie, le plus souvent dans le cadre d'une hospitalisation. Il faudra également évaluer la contagiosité du patient. Celui-ci est potentiellement contagieux s'il présente une toux **productive** ou une radiographie avec des lésions cavitaires ou très étendues (cf. procédures d'isolement TB). Cet état de contagiosité sera confirmé ou non par les examens microbiologiques (examen direct).

→ Pour ces examens (bronchoscopie, tubages gastriques), discuter de chaque cas avec un CDC (et médecin cadre à l'HEL).

En cas de MTB, le traitement consiste en une tri- ou quadrithérapie pour au moins 6 mois, à discuter avec les infectiologues et pneumologues.

3. Traitement de l'infection tuberculeuse latente (ITL) :

Le traitement de première ligne est l'isoniazide pour une durée de 9 mois. Un traitement plus court est possible soit par rifampicine + isoniazide pendant 3 mois (en 2^{ème} intention), soit par rifampicine seule pendant 4 mois (en 3^{ème} intention). Si cette option semble indiquée (menace de départ imminent du patient, soucis de compliance potentiels), elle devra être discutée avec un chef de clinique.

Les effets secondaires des médicaments sont beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte. L'isoniazide peut provoquer une neuropathie périphérique, et est également hépatotoxique. La rifampicine peut potentialiser l'effet hépatotoxique de l'isoniazide.

Avant le début du TTT :

Doser les transaminases (ASAT, ALAT) en cas de symptômes digestifs ou d'une hépatopathie sous-jacente connue. En cas de valeurs élevées, accepter des valeurs jusqu'à 5x la norme si le patient est asymptomatique, et procéder à des contrôles mensuels jusqu'à leur normalisation.

TTT (selon schémas ci-dessus) :

- **Isoniazide** 10-15 mg/kg/j (max.300 mg/jr) à prendre à jeun en une dose.

Pyridoxine (vit. B6, cpr 40 mg sécables) :

→ A administrer lors de TTT d'isoniazide en cas d'allaitement exclusif, régime végétarien, malnutrition, diabète, maladie hépatique chronique, HIV, et chez tous les patients > 12 ans. Ceci permet de diminuer le risque de neuropathie périphérique.

→ 10 mg 1x/jr si <10 Kgs ; 20 mg 1x/jr si 10-20 Kgs ; 40 mg 1x/jr si >20 Kgs

- **Rifampicine:** 10-20 mg/kg/jour (max. 600 mg/jr) à prendre à jeun en une dose.

Durant le TTT :

- Contrôle clinique mensuel afin de s'assurer de la compliance du patient, qu'il prend correctement ses médicaments et qu'il les tolère bien.
- Rechercher d'éventuels effets secondaires (fatigue, perte d'appétit, nausées, vomissements, douleurs abdominales, hépatomégalie, douleurs à la palpation de l'hypochondre droit, urines foncées, ictère, troubles neurologiques).
- Lorsque des symptômes hépatiques se manifestent au cours du traitement ou en cas d'augmentation des transaminases dépassant cinq fois la norme supérieure, l'administration des médicaments doit être suspendue jusqu'à la normalisation des valeurs hépatiques et de la clinique.

4. Classification des cas de maladie tuberculeuse selon des critères diagnostiques (selon l'OMS) :

Cas confirmé : Présence démontrée de mycobactéries du complexe MTB (Mycobacterium tuberculosis) dans les prélèvements.

- culture positive
- ou**
- présence démontrée de BAAR (bacilles acido-alcool-résistants) à l'examen microscopique (auramine) + **simultanément** PCR positive dans les prélèvements.

Cas vraisemblable (suspect, non-confirmé) : Lorsque le diagnostic est posé sans preuve bactériologique définitive.

- indices radiologiques compatibles
- ou**
- présence de BAAR à l'examen direct **ou** PCR positive dans les prélèvements (mais pas les 2).

Les stades de la tuberculose chez l'enfant

	Stades		
	Exposition	Infection latente	Maladie
Mantoux (ou IGRA)	Négatif	Positif	Positif (90%)
Examen physique	Normal	Normal	Habituellement anormal*
Rx thorax	Normale	Habituellement normale [§]	Habituellement anormale [®]
Traitement	Si moins de 5 ans	Toujours	Toujours
Nombre de médicaments	1	1 (evt 2)	3-4

* Jusqu'à 50% des grands enfants avec tuberculose pulmonaire ont un examen physique normal

§ Les calcifications ou un petit granulome sont considérés comme infection et non maladie

® Quelques enfants avec une tuberculose extrapulmonaire ont une radiographie de thorax normale

5. Annonce au médecin cantonal pour tous les cas suspects ou confirmés de tuberculose :

Tous les cas de tuberculose qui nécessitent un traitement combiné avec au moins 3 antituberculeux doivent être obligatoirement annoncés au médecin cantonal dans un délai d'une semaine (voir avec médecin cadre à HEL et pneumologue, cf. formulaires en annexe). Le médecin cantonal transmet la déclaration à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), pour enregistrement épidémiologique.

Le laboratoire transmet la déclaration de laboratoire au médecin cantonal et à l'OFSP.

6. Indications à la mise en route d'une enquête d'entourage :
(cf. algorithme ci-dessous)

Une enquête d'entourage est mise en route dans tous les cas de maladie tuberculeuse. Le médecin cantonal est responsable de l'enquête d'entourage.

L'enquête d'entourage a deux objectifs :

- Identifier le **cas source** potentiel: ne pas oublier qu'un diagnostic de tuberculose chez un enfant implique, la plupart du temps, la présence d'un cas source adulte ou adolescent dans l'entourage immédiat. L'enquête d'entourage est du ressort de la santé publique mais on peut déjà commencer par une anamnèse ciblée détaillée et la prescription d'éventuels d'examens de base (Mantoux ± Rx thorax) chez les enfants et adolescents vivant sous le même toit que le patient, voire même chez les parents (Rx thorax). Les parents seront encouragés à consulter rapidement leur médecin traitant.
- Identifier d'éventuels cas **secondairement infectés** par le patient chez qui le diagnostic de tuberculose pulmonaire vient d'être posé. Il faut noter, à ce propos, que les cas secondaires à partir d'un cas source pédiatrique sont rarissimes.

