

AUTRES AFFECTIONS FRÉQUENTES

TUBERCULOSE

La tuberculose est une maladie infectieuse aggravée par la malnutrition et la précarité. Transmissible par voie aérienne, l'infection tuberculeuse provoque une tuberculose-maladie généralement dans 10 % des cas, et jusqu'à 50 % des cas selon l'âge et l'état de santé de la personne (notamment immunodéprimée). La tuberculose est une pandémie mondiale (1,7 million de morts en 2003) dont le dépistage radiologique reste justifié pour les exilés récemment arrivés en France et les migrants en situation de précarité. Le traitement dure au moins 6 mois.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La tuberculose est due à une mycobactérie (*Mycobacterium tuberculosis, bovis, africanum*), *Mycobacterium tuberculosis* étant également appelé bacille de Koch (BK). Bien que tous les organes puissent être atteints, la tuberculose atteint le plus souvent le poumon, ce qui explique la transmission interhumaine par voie aérienne. Les autres localisations (« extra-pulmonaires »), plus fréquentes chez les migrants d'Afrique de l'Ouest et d'Asie du Sud, ne sont qu'exceptionnellement contagieuses.

L'infection tuberculeuse, qui résulte de l'inhalation de BK au contact d'un malade qui expectore/crache des bacilles, est le plus souvent latente, asymptomatique. Lorsqu'elle associe des signes généraux discrets (érythème noueux, conjonctivite phlycténulaire, sueurs), respiratoires, et/ou des anomalies radiologiques (adénopathies, infiltrat, caverne), elle doit être considérée comme une tuberculose-maladie. Le diagnostic de l'infection latente repose sur une IDR positive chez les personnes non vaccinées et ayant eu au préalable un test négatif (voir encadré). En France, l'infection tuberculeuse expose 10 % des sujets à la tuberculose-maladie dont 5 % dans les deux premières années et 5 % au-delà de 2 ans (jusqu'à 50 % des cas dans certains pays du Sud).

Un tiers de la population mondiale est infectée par le BK, dont 95 % dans les pays en développement. L'épidémie d'infection à VIH a augmenté jusqu'à 40 % l'incidence de la tuberculose dans certaines grandes villes d'Afrique sub-saharienne. Le taux

L'INTRADERMO-RÉACTION À LA TUBERCULINE (IDR)

L'injection de 0,1 ml de tuberculine doit être intradermique à la face antérieure de l'avant-bras, et sa lecture après 72 heures mesure l'induration par la palpation :

- IDR positive si le diamètre de l'induration ≥ 5 mm. Une IDR moyennement positive (≥ 10 mm), très fréquente chez les exilés, doit être interprétée avec prudence (pas de traitement préventif systématique). Une IDR très positive (≥ 15 mm) chez les migrants de moins de 15 ans justifie un traitement préventif ;
- une IDR négative n'exclut pas la maladie (sujets âgés, immunodépression sévère).

En France, le taux d'incidence a tendance à diminuer lentement mais régulièrement depuis 1997 : de 11,3 à 8,9/100 000 en 2005.

Depuis 1970, la proportion de décès parmi l'ensemble des patients atteints de tuberculose est stable à 10 % (1,2/100 000). Cependant, si l'incidence est en baisse dans la population française, elle augmente chez les personnes de nationalité étrangère depuis 1999.

d'incidence mondiale est en augmentation de 0,4 % par an, et l'augmentation est beaucoup plus rapide en Afrique subsaharienne et dans les pays de l'ex-Union soviétique. Les exilés récemment arrivés en France, qui ont souvent subi des incarcérations prolongées et qui ont voyagé dans des conditions difficiles, sont particulièrement exposés au risque de la maladie.

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

Diagnostic clinique :

- signes généraux communs à toutes les formes de la maladie : asthénie/fatigue et altération de l'état général, fièvre vespérale, sueurs nocturnes, inappétence, amaigrissement ;
- signes de la tuberculose pulmonaire : bien qu'il existe des formes peu symptomatiques, on constate le plus souvent une toux d'abord sèche puis productive avec expectoration de plus en plus abondante. Une toux isolée depuis plus d'un mois doit faire pratiquer une radiographie de thorax. Quelquefois le début est aigu avec hémoptysie, pneumothorax, pleurésie, dyspnée ;
- les signes des localisations extra-pulmonaires ne sont pas spécifiques. Associés aux signes généraux, ils font évoquer une tuberculose ganglionnaire (adénopathies), une péricardite tuberculeuse (douleurs thoraciques, tachycardie, dyspnée), une atteinte hépatique ou péritonéale (douleurs abdominales, hépatomégalie, ascite), rénale (douleurs lombaires, dysurie, leucocyturie), méningée (céphalées, troubles psychiatriques), ostéo-articulaire du rachis ou mal de Pott (douleurs rachidiennes), et multiviscérale (atteintes multiples).

Diagnostic radiologique. Les manifestations radiologiques sont variables : nodules, opacités parfois excavées, infiltrats prédominant aux lobes supérieurs (notamment à droite) et postérieurs, adénopathies hilaires, épanchement pleural. Un semis de micronodules dans les 2 champs pulmonaires évoque une miliaire tuberculeuse. La radiographie thoracique standard est suffisante dans la plupart des cas. Le scanner peut être utile pour affirmer ou préciser le diagnostic, notamment chez l'enfant, et évaluer les séquelles en fin de traitement (adénopathies médiastinales).

Le diagnostic formel de la tuberculose est bactériologique.

Les examens bactériologiques permettent d'identifier le BK et, grâce à l'antibiogramme, de s'assurer de la sensibilité au traitement. Deux méthodes de référence sont réalisables dans tous les laboratoires :

- l'examen microscopique direct permet d'identifier le BK en tant que bacille acido-alcool-résistant (BAAR par coloration de

Ziehl-Nielsen). Si le résultat est positif (BAAR+), le malade est bacillifère et contagieux. Si le résultat est négatif, la contagiosité est très faible ;

- la mise en culture sur milieu spécialisé (Lowenstein-Jensen) s'impose dans tous les cas pour isoler un bacille non retrouvé à l'examen (tuberculoses à mycobactéries atypiques) et s'assurer par l'antibiogramme de la sensibilité au traitement. Les cultures se positivent en 2 à 8 semaines en milieu solide et en 1 à 3 semaines en milieu liquide. De nouvelles techniques bactériologiques peuvent être pratiquées dans des laboratoires spécialisés ;
- les prélèvements se font sur les expectorations pour la tuberculose pulmonaire (3 jours consécutifs le matin au réveil). En cas de recueil impossible ou de résultat négatif à l'examen direct, il faut réaliser un tubage gastrique le matin au réveil ou une fibroscopie bronchique ;
- si une localisation extra-pulmonaire est suspectée, la recherche de BK peut être faite dans les urines (3 jours consécutifs), ou à l'hôpital par ponction lombaire, hémoculture, biopsie...

Chez les patients VIH+, le diagnostic dépend de l'immunité (voir page 302) :

- si $CD_4 > 500 /mm^3$, les signes sont les mêmes que pour le sujet immunocompétent ;
- si CD_4 entre 200 et $500 /mm^3$, IDR+ et les formes pulmonaires restent les plus fréquentes ;
- si $CD_4 < 200 /mm^3$, IDR souvent négative et les formes extra-pulmonaires dominant, l'altération de l'état général est souvent profonde et la dissémination n'est pas rare. L'atteinte par mycobactérie atypique (*avium*, *xénopi*) est dans ce cas très fréquente.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

L'hospitalisation est justifiée devant une altération de l'état général, une contagiosité, ou une résistance au traitement. Le traitement ambulatoire est possible lorsqu'il n'y a pas de BAAR à l'examen direct, quand l'état général est préservé et sans autre affection. Au-delà des examens clinique, radiologique, bactériologique et de l'IDR, le bilan initial comprend NFS, VS/CRP, ASAT-ALAT, créatininémie, uricémie, et sérologie VIH avec l'accord du patient.

Le traitement de la tuberculose-maladie dure au moins 6 mois (9 à 12 mois dans certaines formes extra-pulmonaires) et associe plusieurs antibiotiques. Il doit débuter sans délai pour un malade bacillifère (BAAR+). Il peut être débuté malgré des résultats

CENTRES DE LUTTE ANTI-TUBERCULEUX (CLAT, VOIR PAGE 318)

Dans le cadre de la lutte anti-tuberculeuse, chaque département est doté de Clat qui ont pour missions à titre gratuit pour tous les patients (art. L3112 du CSP) :

- le dépistage de la tuberculose et l'investigation dans l'entourage du patient infecté ;
- le suivi médical des patients atteints, la délivrance des médicaments et la vaccination par le BCG.

BAAR- si la clinique est très évocatrice. La quadrithérapie négative les prélèvements dans la majorité des cas en 2 à 3 semaines. Le malade hospitalisé peut sortir sans risque de contaminer son entourage. Le traitement antituberculeux doit être pris à jeun en une seule prise :

- isoniazide 5 mg/kg/jour x 6 mois (RIMIFON 200 cp 50 mg 4,5 € et 100 cp 150 mg 5 €) ;
- rifampicine 10 mg/kg/jour x 6 mois (RIFADINE 30 gel 300mg 15 € et 120 ml sol. buv. 2 % 7 €) ;
- pyrazinamide 30 mg/kg/jour x 2 mois (PIRILENE 60 cp 500 mg 8 €)
- ethambutol 20 mg/kg/jour x 2 mois (DEXAMBUTOL 50 cp à 500 mg 5,5 €).

Les formes combinées, plus simples à prendre, favorisent l'observance et diminuent le risque de résistance, qui est le plus souvent due à la prise anarchique des médicaments :

- RIFATER, cp 50 mg isoniazide + 120 mg rifampicine + 300 mg de pyrazinamide (60 cp 25 €) ;
- RIFINAH, cp 150 mg isoniazide + 300 mg rifampicine (30 cp 22 €).

SURVEILLANCE DU TRAITEMENT D'UNE TUBERCULOSE PULMONAIRE

	J1	J10-J15	J30	M2	M4	M6
Consultation	-	-	-	-	-	-
Bactériologie	-	si BAAR+, contrôle à J15	-	si expectoration	-	si expectoration
Radio thorax	-	-	-	-	-	-
ASAT-ALAT	-	-	-	si anomalie	-	-
Uricémie	-	-	-	-	-	-
Ex. ophtalmo.	-	si ethambutol	-	si ethambutol	-	-
Créatininémie	-	-	-	-	-	-

Le traitement mène à la guérison à condition d'être bien conduit. Il nécessite donc une bonne observance pour être efficace. L'instauration d'une relation de confiance et la diffusion d'une information adaptée améliore la participation du malade à son suivi thérapeutique et diminue les taux d'échec et d'abandon. Des explications simples doivent être données au malade, en sollicitant, si nécessaire l'aide d'un traducteur. Les modalités du suivi de ce traitement seront définies avec le malade, durant toute la durée du traitement. En cas de multi-résistance (BK résistant à isoniazide et rifampicine), le traitement doit être conduit en milieu spécialisé (il fait appel aux antituberculeux restés sensibles associés à d'autres molécules).

La surveillance après guérison dure de 12 à 24 mois, avec suivi clinique et radiologique.

PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire (DO) : le médecin doit effectuer le signalement de tout cas de maladie chez l'adulte ou l'enfant et tout cas d'infection latente chez l'enfant de moins de 15 ans auprès du service départemental de lutte antituberculeuse, sans délai et par tout moyen (il permet d'organiser l'enquête autour d'un cas), et la notification par une fiche de DO est transmise à la DDASS du médecin déclarant, où elle est anonymisée et adressée à l'Institut de veille sanitaire à des fins épidémiologiques.

Les difficultés de prise en charge sont inhérentes à la précarité socio-administrative : statut, protection maladie et conditions d'hébergement (voir *Vulnérabilité et épidémiologie* page 19). Outre un accompagnement social toujours nécessaire, le recours à un interprète professionnel est parfois indispensable lors des premières consultations. Le suivi médical d'un patient tuberculeux nécessite de contacter rapidement chaque patient ayant manqué un rendez-vous, ce qui nécessite que le service médical traitant dispose des coordonnées du patient (adresse et T+++). La gratuité de la prise en charge en Clat ne dispense en aucun cas de la nécessité d'obtenir une protection maladie intégrale, si besoin en admission immédiate CMU-C ou instruction prioritaire AME.

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

La prévention commence par la prise en charge de la maladie. L'enquête et le dépistage de l'entourage du malade (famille, hôte, foyers) doivent être faits avec l'aide du médecin traitant, du médecin scolaire ou du médecin du travail, par les services de lutte antituberculeuse (Clat). Le dépistage repose sur l'examen clinique, l>IDR et la radiographie de thorax. La conduite à tenir va de la simple surveillance à la mise en route d'une chimio-prophylaxie par isoniazide ± rifampicine, dont l'hépatotoxicité doit être prise en compte. La surveillance est préconisée pendant 24 mois.

Vaccination par le BCG. Le Bacille de Calmette et Guérin est une souche non virulente de bacille tuberculeux bovin. Il est injectable par voie intradermique au tiers moyen de la face postéro-interne du bras. Le contrôle de l'efficacité vaccinale par IDR n'est plus justifié. Début 2007 le BCG est obligatoire en France pour tous les enfants à l'âge de 6 ans et plus tôt pour ceux vivant en collectivité (crèche, école maternelle), ou vivant dans un milieu à risques, ainsi que pour certaines catégories professionnelles exposées.

RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR PAGE 382).

En raison de la gravité de la maladie, de la nécessité d'un traitement régulier et onéreux, et de son potentiel épidémique, les étrangers « sans-papiers » atteints de tuberculose doivent être protégés contre l'éloignement durant la période du traitement et de la surveillance post-thérapeutique. La personne qui souhaite demander une régularisation doit être informée du caractère temporaire et précaire des titres délivrés jusqu'à la fin de la prise en charge, les préfectures délivrant souvent dans ce cas des Autorisations provisoires de séjour (APS) sans autorisation de travail.

Le BCG est contre-indiqué en cas de déficit immunitaire (VIH) et de dermatoses étendues en évolution. L'intérêt du vaccin est discuté chez les adultes et enfants de plus de 6 ans.

Dépistage systématique de la tuberculose pulmonaire. La radiographie thoracique de face fait partie du bilan de santé indiqué pour les migrants récemment arrivés en France (voir page 237).

POUR EN SAVOIR PLUS

- *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n° 17-18 du 3 mai 2005, www.invs.sante.fr*
- *Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (30 septembre 2005) et celles de la DGS groupe de travail « Tuberculose et migrants » (07/06/2005), www.sante.gouv.fr, accès par thème, maladie, tuberculose.*

SERVICES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE

La lutte contre la tuberculose relève de l'État (art. L3112-2 du CSP, Code de la santé publique) qui peut passer une convention avec une collectivité territoriale. La vaccination, le suivi médical

et la délivrance des médicaments sont gratuits lorsque ces actes sont réalisés par un hôpital ou une structure de type centre de santé. Cette nouvelle compétence recentralisée est encore en phase de mise en place : en novembre 2006, 55 départements ont contractualisé une convention de gestion du dispositif alors que dans les autres, les acteurs habilités peuvent comprendre des hôpitaux ou autres structures. Le service de lutte antituberculeuse habilité coordonne les actions des centres antituberculeux locaux, qui effectuent gratuitement les missions suivantes (art. L3112-1 et suiv., L3811-2 du CSP) :

- le dépistage autour d'un cas de tuberculose ;
- le dépistage ciblé dans les groupes à risque ;
- le bilan, le traitement et le suivi médical de certains patients tuberculeux ;
- la vaccination obligatoire par le BCG (essentiellement les enfants avant la scolarisation ou l'entrée en collectivité).

Ces missions sont souvent assurées au sein de centres polyvalents ou des hôpitaux. La circulaire DGS du 4 mai 1995 précise les recommandations en matière de dépistage et de prévention : dépistage ciblé, enquête autour d'un cas, vaccination par le BCG.

L'évaluation au niveau national de l'activité des centres de lutte antituberculeuse doit être assurée régulièrement par l'État (ministère de la Santé) via les Ddass par le biais du recueil du bilan d'activité des Clat ou hôpitaux conventionnés. Les données fournies tiennent compte au plus près de l'évolution des conventionnements passés entre l'État et les différents acteurs désormais responsables de ces missions. À défaut de dispositif départemental clairement identifié, le service hospitalier de pneumologie local représente la référence (voir *Coordonnées des Clat* pages 318, 456 et 524).

POUR TOUTE INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE

- *Recommandations et bonnes pratiques sur le site du ministère www.sante.gouv.fr*
- *Groupe tuberculose de la Société pneumologique de langue française, www.splf.org, Tuberculose, M : philippe.fraisse@chru-strasbourg.fr, en particulier pour les coordonnées mises à jour des centres de lutte antituberculeuse.*