

Peter Graber, Edy Riesen

Tbc 2012¹

«Tuberculose: quoi de neuf?» au congrès d'Arosa 2012

Il y a deux pics d'âge très marquants des cas de tuberculose (fig. 1), le premier chez les jeunes adultes avec une histoire de migration ou demandeurs d'asile et le second chez les habitants de notre pays de 70–90 ans. Dans toutes les autres catégories, la tuberculose est maintenant rare. En Suisse, quelque 500–600 nouveaux cas de tbc sont déclarés chaque année.

Résistances

Entre 2005 et 2009, l'incidence de la résistance à l'isoniazide (INH) a été de 4,7% chez les personnes jamais encore traitées et de 10,2% chez les prétraitées. Avec de tels chiffres, il est important de toujours demander une culture avec examen de la résistance et mettre en route d'emblée une quadrithérapie (isoniazide, rifampicine, pyrazinamide, éthambutol). Les germes multirésistants (définis par une résistance au moins à l'isoniazide et à la rifampicine) sont fort heureusement rares et exigent toujours le suivi du traitement par un spécialiste de la tuberculose.

Nouvelles populations à risque de réactivation d'une tuberculose

Ce sont les patients traités par biologiques (par ex. adalimumab, infliximab, étanercept). Les études du registre anglais montrent

chez eux une incidence de réactivation 8 fois supérieure à ce qu'elle est dans la population normale. Dans 62% des cas, la tuberculose est extrapulmonaire et chez environ un tiers des patients elle ne se manifeste qu'après l'arrêt du traitement par biologiques!

Confirmation du diagnostic

La recherche microbiologique du pathogène est toujours le standard et doit donc absolument être faite. Pour le diagnostic de tuberculose pulmonaire, ce sont de préférence les expectorations matinales qui sont examinées, idéalement 3 échantillons. Le prélèvement de suc gastrique n'a plus aucun intérêt sauf chez les petits enfants. S'il s'avère difficile d'obtenir des expectorations c'est le lavage broncho-alvéolaire (LBA) qui est indiqué. Il permet un diagnostic de localisation des segments pulmonaires suspects de tuberculose. Entre des mains expertes, le LBA est un examen aussi rapide que sûr. L'examen microscopique de la préparation directe permet de tirer des conclusions sur le nombre de germes. Pour pouvoir voir les bâtonnets acidorésistants sur une préparation directe, il faut $\geq 10^4$ germes par millilitre d'expectorations. Chez les patients ayant une préparation directe positive, le nombre de germes est donc très élevé, tout comme le risque de contagiosité.

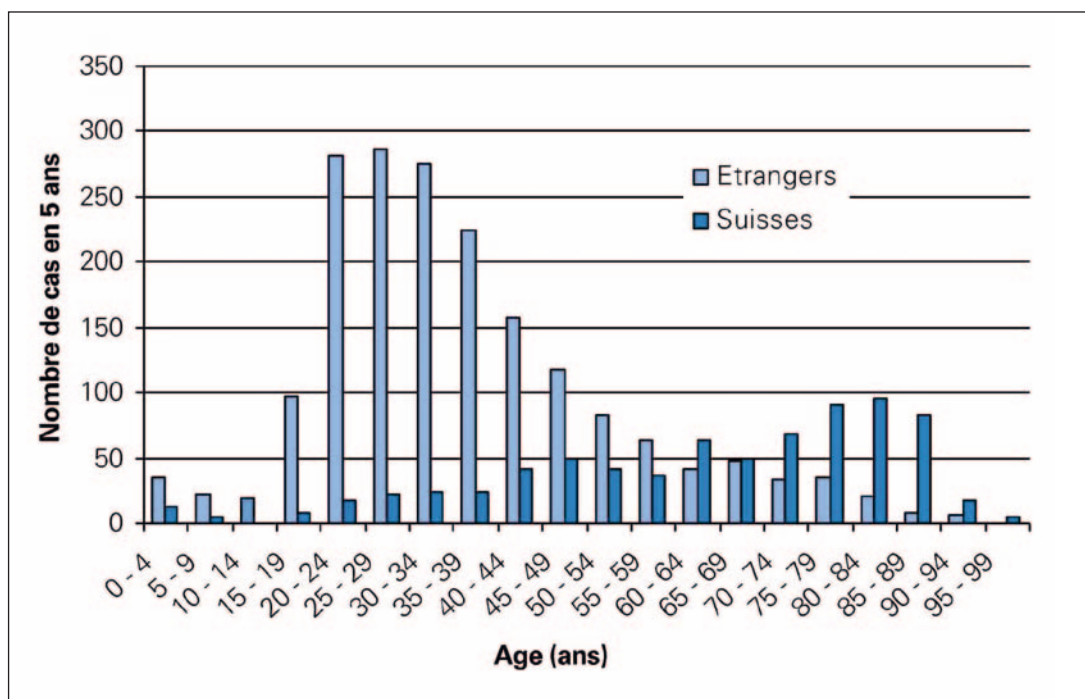
LTBI = infection tuberculeuse latente

Que se passe-t-il ici? Les lymphocytes T sensibilisés réagissent contre les antigènes de *M. tuberculosis*. Ce qui signifie uniquement que le système immunitaire a été en contact avec le pathogène de la tbc mais ne dit rien sur l'activité de l'infection. Il peut donc

¹ Résumé d'un petit exposé du Dr P. Graber, Leitender Arzt Infektiologie, Kantonsspital Liestal. Le traitement a été délibérément exclu de cette présentation.

Figure 1

Répartition des âges des cas de tuberculose en Suisse 2005–2009, en fonction de la provenance. 2 pics d'âge: adolescents et jeunes adultes: histoire de migration! Second pic chez les Suisses de 70–90 ans. De: Tuberculose en Suisse 2005–2009. Bulletin de l'OFSP 10/2011 du 7 mars 2011. Reproduction avec leur aimable autorisation.



s'agir aussi bien d'une ancienne tbc guérie que d'une maladie active.

Deux méthodes permettent de préciser les choses:

1. *Intradermoréaction «test de Mantoux»*. Ce test a été utilisé pendant plusieurs dizaines d'années mais présente quelques problèmes. La réaction cutanée diminue avec l'âge et si les défenses immunes sont affaiblies. La technique d'injection correcte est importante et demande un peu d'entraînement. Avec 0,1 ml (2 unités) de tuberculine PPD, il faut injecter une tuméfaction intracutanée d'au moins 8 mm de diamètre. La tuberculine n'existe qu'en ampoules de 1,5 ml, peu pratiques pour les tests isolés en médecine générale. Les tests cutanés positifs non spécifiques se voient surtout chez les personnes ayant été vaccinées par le BCG. Un effet booster est possible après un second Mantoux. Les tests cutanés peuvent également être positifs suite à une sensibilisation par des mycobactéries environnementales non tuberculeuses.

2. *Tests IGRA «T Spot» et «quantiféron»*. Ces Interferon-Gamma-Release-Assays (IGRA) sont des tests sanguins qui se basent sur la production de gamma-interféron par les lymphocytes T stimulés par des antigènes bien précis (ESAT-6, CFP-10) mesurée in vitro. Ces antigènes sont spécifiques de *M. tuberculosis* et ne sont pas présents après BCG ni avec la plupart des mycobactéries non tuberculeuses. Leur sensibilité est comparable à celle de l'intradermoréaction mais leur spécificité est nettement meilleure (jusqu'à 98%). Encore une fois, une réaction IGRA positive ne témoigne que d'une réaction immunitaire contre le germe de la tbc mais ne dit absolument rien de l'activité de l'infection.

Application pratique à l'aide de 3 situations

- Une gymnasienne part aux Etats-Unis pour 6 mois dans son année d'échange. Elle a besoin d'une confirmation de son «status TBC». Du fait que plus aucun enfant n'est vacciné en Suisse depuis 1985 – à l'exception de ceux dont les parents vivent et travaillent à l'étranger dans une situation à haut risque de contagiosité –, le résultat du Mantoux est presque toujours négatif et est accepté par les organisations d'échange américaines (réserves sur ce test voir plus haut).
- Un conseiller indépendant d'ONG rentre d'un séjour au Vietnam où il était logé en privé. Ce fumeur asthénique a une toux plus prononcée que d'habitude et ne se sent pas bien depuis quelques semaines. Son status pulmonaire et sa radiographie du thorax sont sans particularité. Un dosage du quantiféron est demandé qui est négatif. Il est donc pratiquement sûr qu'il n'a pas une LTBI. Ce patient guérit sans aucun traitement et depuis lors se porte bien.
- Alarme dans une classe d'école primaire du quartier dans lequel vous êtes médecin scolaire. Une tuberculose ouverte vient d'être diagnostiquée chez une grand-mère d'un enfant de cette classe lors de son séjour en Suisse. Pour comble de malheur, cet

Pour de plus amples informations, il existe un excellent site web (www.tbinfo.ch)

enfant et quelques-uns de ses camarades d'école commencent aussi à tousser. Il faut faire un examen de l'entourage! Que faire? Vous prenez immédiatement contact avec le médecin cantonal. Même si vous pouviez et vouliez faire quelques examens dans votre cabinet, vous devez les coordonner. La tbc est à déclaration obligatoire et la question se pose de savoir qui prend en charge les coûts (en général le canton).

Examen de l'entourage

Indications à un examen de l'entourage:

- Personnes en contact très étroit avec le cas index (membres de la famille);
- Personnes ayant régulièrement partagé les mêmes locaux avec le cas index;
- Personnes ayant été exposées pendant plus de 8 heures cumulées à un cas index dont l'examen microscopique des expectorations a été positif ou plus de 40 heures à un cas index dont les cultures seulement étaient positives;
- Personnes ayant été exposées de manière intensive pendant peu de temps;
- A examiner en priorité: les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans!

Examen de l'entourage, état 2012:

- Examen 2 mois après l'exposition (aucun examen de base immédiatement après l'exposition).
- Mantoux (*ou directement IGRA*, exception enfants de <12 ans).
- Si Mantoux négatif → aucun autre examen.
- Si Mantoux positif → vérification par IGRA.
- Si IGRA négatif → aucun autre examen.
- Si IGRA positif → *exclusion d'une tbc pulmonaire (radiographie!), prophylaxie par INH pendant 9 mois.*

N'oubliez pas que les examens et le traitement de la tuberculose signifient toujours un travail en équipe avec les pneumologues et infectiologues responsables, de même qu'avec la Ligue pulmonaire et le médecin cantonal.

Correspondance:

Dr Edy Riesen
Hauptstrasse 79
4417 Ziefen
[edy.riesen\[at\]hin.ch](mailto:edy.riesen[at]hin.ch)