

Un article de la série «Questions sur la vaccination»

Test cutané tuberculinique

Jürg Hammer

Questions de la rédaction de PrimaryCare

Un lycéen de 17 ans, participant à un échange scolaire avec les Etats-Unis, doit subir un test cutané de dépistage de la tuberculose. Ce test de sensibilité à la tuberculine n'est pratiquement plus utilisé chez nous car il est peu fiable et peu utile pour une éventuelle prise de décision thérapeutique. Etant donné que nous n'arrivons plus à nous procurer de tuberculine, ou alors difficilement, nous adressons le jeune homme à la clinique universitaire de Bâle. Après trois jours, il se représente chez nous avec une rougeur de 12 × 14 mm, que l'on sent à peine à la palpation et, assurément, de tout au plus 1 millimètre d'épaisseur. L'anamnèse ne permet pas de soupçonner une tuberculose ancienne ni aucun autre contact avec la maladie (par ex. par le biais d'enfants de migrants à l'école). De plus, le vaccin BCG n'est plus administré depuis de nombreuses années (sauf dans de très rares exceptions). Il est très probable qu'il s'agisse ici d'une réaction (croisée) non spécifique. Le médecin de famille, qui pratique depuis 40 ans, a lui-même effectué les anciens tests cutanés par patch et par piqûre épidermique; il sait que ces tests sont plus souvent une source de confusion que d'aide. Il se trouve face à un dilemme certain. Pour rendre compte de manière correcte du test, il devrait signaler cette réaction non spécifique sur le questionnaire du lycéen qui participe à l'échange scolaire. En interne, cette réaction est de toute façon consignée par écrit et présentée au patient et à sa mère comme non significative. Pourtant, ce cas de figure pourrait entraîner des demandes de précisions. Le médecin décide de considérer le test comme négatif ou de décrire la rougeur comme non spécifique. En cas de malchance et si, aux Etats-Unis, le lycéen subissait un nouveau test dans le cadre d'une enquête d'entourage en raison d'un contact avec une personne atteinte de tuberculose, et que la réponse était positive, celui-ci pourrait, au moins en théorie, courir le risque d'être traité comme on le faisait autrefois en Suisse chez les «TB Converter» avérés. Un tel traitement n'est pas une partie de plaisir et peut en plus s'avérer toxique. Un test Quantiféron pourrait-il contribuer à l'appréciation des résultats du premier test?

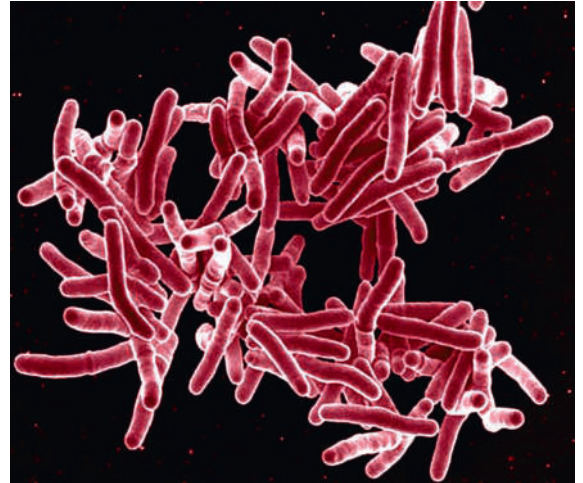


Figure: Mycobacterium tuberculosis; CDC / National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID).

Commentaire de l'expert

Pour répondre à la question posée, je me base sur les recommandations fédérales en vigueur:

Je considère personnellement comme dépourvu de sens l'usage américain en vertu duquel les écoliers suisses doivent subir un test tuberculinique (test de Mantoux). Malheureusement nous ne pouvons rien changer à cet état de fait. Ces tests de Mantoux sont également toujours pratiqués par des collègues, par exemple pour déterminer les causes d'une toux. Dans ce contexte, les tests entraînent également des problèmes d'interprétation. C'est dans le cadre de l'enquête ciblée de l'entourage, pour les patients atteints d'une tuberculose déclarée, que ce test est le plus pertinent.

Le test de Mantoux révèle la trace immunologique d'un contact antérieur avec des antigènes mycobactériens ou d'une infection passée par une mycobactérie.

De nombreux médecins de famille sont confrontés au quotidien aux questions de vaccination. A côté de nombreux aspects routiniers, des questions délicates ne cessent de se présenter. Il y a sûrement des collègues qui sont des spécialistes patentés de la vaccination. Cette rubrique s'adresse cependant à ceux qui ne sont pas encore aussi expérimentés et doit apporter des éléments de réponse là où les recommandations de la Commission pour les vaccinations ne parviennent pas toujours à fournir des réponses simples. Nous sommes impatients de recevoir vos questions sur le thème de la vaccination; veuillez nous les faire parvenir par e-mail à l'adresse suivante: [office\[at\]primary-care.ch](mailto:office[at]primary-care.ch).

Les lymphocytes T à mémoire des personnes infectées par les mycobactéries sont activés lorsqu'ils entrent à nouveau en contact avec un antigène mycobactérien (par ex. la tuberculine) et produisent de l'interféron gamma, ce qui provoque une induration caractéristique de la peau. Toutefois, le test de Mantoux se révèle également positif en cas d'infection antérieure par une mycobactérie atypique (mycobactéries environnementales) ou après une vaccination BCG. Un test de Mantoux positif n'apporte pas la preuve d'une infection persistante avec présence de mycobactéries vivantes, mais indique uniquement que, du point de vue immunologique, un contact avec des mycobactéries a eu lieu (l'infection n'équivaut pas à la maladie). La sensibilité du test de Mantoux est meilleure que sa spécificité; ainsi, un diamètre de l'induration ≥ 10 millimètres a une sensibilité d'environ 90% tandis qu'un diamètre ≥ 5 millimètres ou plus a une sensibilité d'environ 99%. De nos jours, dans le cadre de l'enquête d'entourage ciblée, il est recommandé de considérer comme «positives» les personnes qui, n'ayant pas été vaccinées par le BCG et ayant eu un contact avec le malade, présentent une induration d'un diamètre d'au moins 5 millimètres et de les classer à titre préventif comme nécessitant un traitement (www.tbinfo.ch/fr). Dans le passé, cette valeur était fixée à 10 millimètres. En cas de test de Mantoux positif et en l'absence de tuberculose active, il est recommandé, avant tout chez les jeunes, de procéder à un test IGRA (*interferon gamma release assay*), T-Spot ou Quantiféron, afin d'éviter de traiter inutilement les «Converter». Etant donné qu'il

ne réagit pas à la vaccination BCG et aux mycobactéries atypiques, le test IGRA présente l'avantage d'avoir une meilleure spécificité. Le traitement d'une tuberculose latente diagnostiquée au moyen du test de Mantoux réduit le risque de tuberculose active ultérieure d'environ 60%.

La lecture de la réaction cutanée suite au test de Mantoux n'est pas si évidente. Ceci s'illustre également par le fait que les critères d'interprétation de la réaction ont déjà été changés au moins trois fois au cours des 12 dernières années. Il faut que l'intensité de la réaction soit évaluée au plus tôt 48 heures (idéalement 72 heures) après l'injection intradermique dans l'avant-bras. A cette fin, le diamètre transversal, c.-à-d. le diamètre de l'induration mesuré à la perpendiculaire de l'axe longitudinal de l'avant-bras, est relevé en millimètres. L'induration doit être clairement visible (env. 1 mm d'épaisseur). Il est essentiel que seule soit mesurée l'induration, et non un éventuel œdème ou érythème.

Pour en revenir au cas décrit, je procéderaï comme suit: si après le test de Mantoux, l'induration est réellement de 12 × 14 mm (*notez que la mesure pertinente ne comporte en principe qu'un seul chiffre!*), ce test doit alors être considéré comme positif. Afin de garantir que, chez ce sujet d'examen âgé de 17 ans, cette réaction résulte réellement d'un contact immunologique avec des bactéries de la tuberculose, j'ajouterais un test IGRA et, en fonction de ses résultats, je recommanderais un traitement du «Converter». (antibiothérapie par INH pendant 9 mois).

Correspondance:
Prof. Jürg Hammer
Abteilungsleiter
(und Chefarzt Stv. Pädiatrie)
Abt. für Intensivmedizin
und Pneumologie
Universitäts-Kinderspital
beider Basel (UKBB)
Spitalstrasse 33
Postfach
4031 Basel
[juerg.hammer\[at\]ukbb.ch](mailto:juerg.hammer[at]ukbb.ch)
[juerg.hammer\[at\]unibas.ch](mailto:juerg.hammer[at]unibas.ch)
www.ukbb.ch