

# Évaluation et traitement des personnes ayant été en contact étroit avec un cas de tuberculose contagieuse et dont le TCT de dépistage est significatif

Outil d'information à l'intention du médecin de famille

Préparé par la Direction de santé publique  
Novembre 2017

Évaluation et traitement des personnes ayant été en contact étroit avec un cas de tuberculose contagieuse et dont le TCT de dépistage est significatif est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches) :

363, route Cameron  
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2  
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : [www.cisss-ca.gouv.qc.ca](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca).

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Version adoptée le 21 septembre 2017 par le Service clinique médical en maladies infectieuses de la Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

ISBN : 978-2-550-75915-7 (Version électronique)

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2017

## Table des matières

1.	Contexte de la référence au médecin de famille .....	1
2.	Qu'est-ce que l'infection tuberculeuse latente (ITL)? .....	1
3.	Signification d'un test TCT positif .....	1
4.	Pourquoi offrir un traitement préventif à la personne qui a une forte probabilité de faire une ITL à la suite d'un contact récent avec un cas de tuberculose contagieuse? .....	2
5.	Situation : La personne est référée à son médecin à la suite d'un TCT significatif ( $\geq 5$ mm) après une exposition récente à un cas de tuberculose contagieuse .....	2
5.1.	Conditions qui augmentent la probabilité d'une vraie ITL .....	2
5.2.	Conditions qui augmentent les risques de développer une tuberculose active chez la personne qui fait une ITL .....	3
5.3.	Risque de survenue d'un problème hépatique à la suite du traitement préventif .....	3
5.4.	Particularités pour la personne âgée .....	3
5.5.	Outil d'aide à la décision pour le médecin traitant .....	4
	Références .....	6
	Annexe A : Autres schémas thérapeutiques recommandés pour le traitement de l'ITL .....	7



## 1. Contexte de la référence au médecin de famille

En vertu de la Loi sur la santé publique, la tuberculose est une maladie à déclaration et à traitement obligatoires. À la suite d'une déclaration d'un cas de tuberculose contagieuse, la Direction de santé publique (DSPublique) évalue les risques de transmission chez les personnes ayant été en contact avec un cas. Dans certaines conditions la DSPublique réfère ces personnes à leur médecin afin :

- D'informer le médecin concernant l'exposition récente possible au bacille tuberculeux, ce qui lui permet d'ajuster son suivi clinique auprès de la personne;
- Qu'il puisse éliminer la possibilité d'une tuberculose pulmonaire active à la suite de cette exposition par une radiographie pulmonaire et la recherche des symptômes; si le médecin observe des indices de tuberculose, la recommandation est de demander un frottis et une culture des expectorations;
- De déterminer si un traitement préventif est recommandé;
- D'effectuer une surveillance médicale tous les six mois pendant les deux années suivant l'exposition si le traitement préventif n'est pas retenu.

## 2. Qu'est-ce que l'infection tuberculeuse latente (ITL)?

L'ITL correspond à la présence des bacilles tuberculeux à l'intérieur de l'organisme (le plus souvent les poumons) sans manifestation de la maladie. Lorsque la mycobactérie est respirée<sup>1</sup>, soit les bacilles sont éliminés (et les résultats du TCT ou du TLIG demeurent négatifs), soit des lésions microscopiques se développent et se traduisent par un test TCT ou TLIG positif après un délai d'environ huit semaines<sup>2</sup>.

À cette phase de l'infection, la personne n'a pas de symptôme et n'est pas contagieuse, par contre, elle est à risque de développer une tuberculose active tôt ou tard dans sa vie. Chez les jeunes enfants et les personnes immunosupprimées (ex. : personne infectée par le VIH ou sous chimiothérapie), la probabilité que cette infection évolue rapidement vers la tuberculose active est plus importante.

## 3. Signification d'un test TCT positif

Deux tests existent permettant de détecter la réaction immunitaire qui survient à la suite d'inhalation de bacilles tuberculeux. Deux tests permettent de détecter l'ITL, le test de dépistage TCT<sup>3</sup> et le TLIG. Ces tests ne permettent pas de distinguer l'ITL de la tuberculose active et ne doivent pas être utilisés pour le diagnostic de la tuberculose active. Le dépistage avec le TCT est généralement recommandé pour détecter l'ITL à la suite d'une exposition à un cas contagieux. Dans cette situation, la probabilité d'une ITL est élevée lorsque :

- Le TCT de dépistage effectué à huit semaines ou plus après l'exposition est  $\geq 5$  mm,
- OU
- Lorsqu'il y a un virage, c'est-à-dire une augmentation de la taille du TCT comparativement à un autre TCT effectué dans le passé et dont le résultat n'était pas significatif.

Dans son évaluation, le médecin doit aussi considérer la possibilité qu'un résultat significatif pour le TCT puisse aussi refléter une ITL ancienne, une vaccination antérieure avec le BCG ou une infection récente ou ancienne à une mycobactérie non tuberculeuse. Puisque la vaccination avec le BCG n'a pas d'incidence sur les TLIG, ce test est

---

<sup>1</sup> Par des microgouttelettes en suspension dans l'air provenant d'une personne qui fait une tuberculose active contagieuse

<sup>2</sup> Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 7<sup>e</sup> édition, chapitre 2, p. 3 et 4

<sup>3</sup> Nommé auparavant PPD ou test de Mantoux

surtout utile lorsque la personne a déjà reçu une vaccination avec le BCG dans le passé, particulièrement après l'âge de un an ou plus d'une fois. L'infection au VIH réduit la sensibilité des TLIG et du TCT.

#### **4. Pourquoi offrir un traitement préventif à la personne qui a une forte probabilité de faire une ITL à la suite d'un contact récent avec un cas de tuberculose contagieuse?**

Dans environ 10 % des cas, la personne atteinte d'une ITL va développer une tuberculose active à un moment de sa vie.

- À la suite d'un contact récent et étroit avec un cas de tuberculose contagieuse, la personne qui fait une ITL a des probabilités augmentées de développer une tuberculose active, particulièrement au cours des deux prochaines années.
- Si l'on ajoute certaines conditions de santé (voir section 5.2), le risque de développer une tuberculose active est beaucoup plus élevé.
- La prise d'un traitement préventif pendant neuf mois diminue de 90 % les risques de développer plus tard une tuberculose active chez la personne qui est *nouvellement infectée*.

#### **5. Situation : La personne est référée à son médecin à la suite d'un TCT significatif ( $\geq 5$ mm) après une exposition récente à un cas de tuberculose contagieuse**

Les contacts d'un cas de tuberculose contagieuse sont évalués par des professionnels de santé publique en fonction du degré de contagiosité du cas, de l'importance de l'exposition et de la vulnérabilité immunitaire de la personne exposée. Lors de la référence, les informations cliniques recueillies par ces professionnels sont transmises au médecin traitant.

Le TCT significatif peut indiquer la présence d'une ITL récente consécutive à une exposition à un cas contagieux de tuberculose. En présence d'un TCT significatif ou d'un virage tuberculitique chez un contact récent d'un cas de tuberculose contagieuse, le traitement préventif est souvent indiqué. Il appartient au médecin traitant de déterminer la pertinence d'un tel traitement et d'en assurer le suivi. La démarche clinique permettant de recommander ou non un traitement préventif doit considérer :

- L'analyse des conditions augmentant la probabilité qu'il s'agisse d'une vraie ITL (voir section 5.1);
- La recherche des conditions qui augmentent les risques de développer une tuberculose active chez la personne qui fait une ITL (voir section 5.2);
- L'analyse du risque qu'un traitement préventif entraîne des problèmes hépatiques (voir section 5.3).

##### **5.1. Conditions qui augmentent la probabilité d'une vraie ITL**

- L'ampleur de la taille du TCT réalisé à la suite d'une exposition récente à un cas de tuberculose contagieuse ou le virage tuberculitique;
- Contagiosité élevée du cas<sup>4</sup>;
- Importance de l'exposition<sup>5</sup>: intense (ex. : faible volume d'air partagé, avoir chanté à côté du cas) ou exposition répétée et de longue durée (ex. : habiter avec le cas);

---

<sup>4</sup> L'évaluation de la contagiosité du cas de tuberculose est réalisée en tenant compte des résultats de frottis, de l'imagerie pulmonaire, du site de l'infection, de la présence de toux et du taux de positivité aux tests de dépistage réalisés auprès des contacts.

- L'absence de vaccination avec le BCG dans le passé (dans certaines situations, le test sérologique « TLIG » peut aider à mieux évaluer s'il s'agit d'une vraie ITL, car le résultat n'est pas influencé par une vaccination antérieure).

## 5.2. Conditions qui augmentent les risques de développer une tuberculose active chez la personne qui fait une ITL

Traiter l'ITL à la suite d'un contact avec un cas de tuberculose réduit le risque de la personne de faire une tuberculose active maintenant ou plus tard dans sa vie. La présence et l'addition de certaines conditions rendent d'autant plus pertinent le traitement préventif :

- Une exposition récente à un cas de tuberculose contagieux;
- Vulnérabilité de la personne exposée : enfant de moins de cinq ans ou personne immunosupprimée (SIDA, infection au VIH, traitement immunosuppresseur, traitement par des glucocorticoïdes, etc.);
- Présence d'une condition qui favorise la progression vers une tuberculose active :
  - Silicose, granulome à la radiographie pulmonaire, maladie pulmonaire fibronodulaire;
  - Insuffisance rénale chronique nécessitant une hémodialyse;
  - Carcinome de la tête ou du cou;
  - Diabète;
  - Consommation abusive d'alcool;
  - Tabagisme (un paquet et plus par jour);
  - Insuffisance pondérale.

## 5.3. Risque de survenue d'un problème hépatique à la suite du traitement préventif

La décision de prescrire la chimioprophylaxie est généralement prise lorsque le risque de progression vers la tuberculose active est supérieur au risque d'effets indésirables associés au traitement (hépatotoxicité du traitement à l'INH en fonction de l'âge et l'état de santé du patient). Les risques d'hépatotoxicité augmentent avec l'âge de la personne traitée et la présence ou non d'une atteinte hépatique. Lorsqu'un traitement préventif est prescrit, un suivi de la condition hépatique s'impose.

## 5.4. Particularités pour la personne âgée

Les risques et avantages du traitement préventif doivent être évalués avec soin chez les personnes plus âgées considérant le risque d'hépatotoxicité élevé avec le traitement. En l'absence des conditions qui favorisent la progression vers la tuberculose active, la probabilité de développer une tuberculose active chez la personne âgée est généralement moins élevée que la probabilité de faire une hépatite médicamenteuse. Dans ces cas, la DSPublique ne demande généralement pas de TCT de dépistage en postexposition et effectue une référence au médecin de famille pour surveillance des symptômes.

---

5 « The initial bacterial load, inferred by severity of disease in an index case and the closeness of the contact, is directly associated with the risk of development of the disease. » (Getahun, Matteelli et autres. « Latent Mycobacterium tuberculosis Infection », The New England Journal of Medicine, vol. 372, no 22, 28 mai 2015.)

## 5.5. Outil d'aide à la décision pour le médecin traitant

La valeur prédictive positive, le risque de développer la tuberculose et le risque de développer une hépatite médicamenteuse peuvent être calculés avec l'aide d'un outil sur le site Web : « Interpréter le TCT/TLIG(IGRA) en ligne »<sup>6</sup>. Cet outil a été conçu spécifiquement pour aider les médecins cliniciens et son utilisation est officiellement recommandée par les experts (voir les deux premières références).

## 6. Traiter l'ITL chez un contact d'un cas de tuberculose

Le premier choix pour le traitement préventif est l'INH pendant neuf mois. Le nombre de doses prises est important; en cas de manquement, il faut prolonger le traitement jusqu'à ce que 270 doses soient prises. Il existe d'autres traitements alternatifs recommandés par les experts canadiens et québécois (voir les deux premières références et l'annexe 1).

**Dans le cadre du programme de gratuité des médicaments du Québec, le médicament pour le traitement de l'ITL est offert gratuitement par le pharmacien. Pour ce faire, inscrire le code « 2L » sur la prescription.**

### *Précautions*

- L'INH peut inhiber le métabolisme de la pyridoxine (vitamine B6) et provoquer une neuropathie périphérique. Par contre, une dose supérieure à 25 mg de B6 peut diminuer l'efficacité de l'INH.
- Évaluer et suivre la fonction hépatique.

### *Posologie adultes*

L'INH est prescrit à une dose de 5 mg/kg/jour, sans dépasser 300 mg/jour.

L'ajout de 25 mg de la pyridoxine quotidiennement est recommandé pour les adultes qui présentent :

- Diabète ou insuffisance rénale;
- Malnutrition, toxicomanie ou consommation régulière d'alcool;
- Troubles convulsifs;
- Infection par le VIH;
- Aux femmes et adolescentes enceintes ou qui allaitent.

### *Posologie enfants*

INH est prescrit à une dose de 10 à 15 mg/kg/jour, sans dépasser 300 mg/jour.

Une dose de pyridoxine de 1 mg/kg (max. 25 mg) est recommandée chez les enfants :

- Qui ont une alimentation pauvre en produits laitiers et en viande;
- Qui présentent des carences nutritionnelles;
- Qui présentent une infection symptomatique par le VIH.

<sup>6</sup> Outil disponible à l'adresse: <http://www.tstin3d.com/index.html>.

## Suivis cliniques recommandés pendant le traitement préventif

Le suivi vise les objectifs suivants :

- Améliorer l'observance (vérifier le nombre de doses qui n'ont pas été prises);
- Évaluer la présence d'effets indésirables associés au traitement;
- Surveiller l'apparition de la tuberculose;
- Suivi de la fonction hépatique.

## Prévenir l'hépatite médicamenteuse

Les problèmes hépatiques graves provoqués par l'INH surviennent plus souvent lorsque la personne n'a pas reçu la consigne d'arrêter le traitement malgré la présence de symptômes ou n'a pas fait l'objet d'un suivi régulier. Rare chez les jeunes, le risque augmente avec l'âge et la présence de certaines conditions. Il est recommandé de suivre régulièrement la condition hépatique à l'aide du dosage de la bilirubine et des transaminases dans les conditions suivantes :

- Personne de plus de 50 ans;
- Antécédent d'hépatite médicamenteuse;
- Cirrhose ou maladie évolutive du foie quelle qu'en soit la cause;
- Hépatite B ou C chroniques avec augmentation des transaminases;
- Consommation quotidienne d'alcool ou prise d'un autre médicament hépatotoxique;
- Pendant la grossesse et les trois premiers mois après l'accouchement.

**Tableau 8. Calendrier de suivi suggéré pour les patients qui reçoivent le schéma 9INH contre l'ITL\***

*(Recommandations conditionnelles, reposant sur des preuves de très faible qualité)*

Mesures	Début du traitement	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois
Évaluation médicale	X	X	X	Au besoin	X	Au besoin	X	Au besoin	X	Au besoin
Appel téléphonique au patient				X		X		X		X
Évaluation de l'observance		X	X	Au besoin	X	Au besoin	X	Au besoin	X	Au besoin
Radiographie pulmonaire	X									
<b>Bilirubine, trans aminases</b>										
Âge < 35 ans	Si suspicion clinique d'hépatopathie	Au besoin	Au besoin	Au besoin	Au besoin	Au besoin	Au besoin	Au besoin	Au besoin	Au besoin
Âge de 35-50 ans	X	X	Au besoin		Au besoin		Au besoin		Au besoin	X
Âge > 50 ans ou autres facteurs de risque†	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

\* Le calendrier est celui utilisé avec le schéma 9INH. Si un autre schéma est employé, suggérer le même calendrier jusqu'à la fin du traitement. Toutes les recommandations du tableau reposent sur l'opinion d'experts.

† Ce sont la grossesse ou les 3 premiers mois de la période postpartum, des antécédents d'hépatite induite par des médicaments, une cirrhose évolutive ou une hépatite évolutive chronique toutes causes confondues, l'hépatite C, l'hépatite B avec des concentrations de transaminases anormales, la consommation quotidienne d'alcool ou un traitement concomitant par d'autres médicaments hépatotoxiques (p. ex. méthotrexate). L'infection à VIH n'est pas un facteur de risque indépendant de l'hépatite induite par des médicaments.

Source : Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 7e édition. Chapitre 6 : Le traitement de l'infection tuberculeuse latente

## Références

- Agence de la santé publique du Canada, l'Association pulmonaire et Société canadienne de thoracologie (2013). [Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse : 7<sup>e</sup> édition](#), Québec, Agence de la santé publique du Canada.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2012). [Guide d'intervention sur la tuberculose](#), Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 139 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015). [Protocole d'immunisation du Québec](#), Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 530 p.
- Menzies D. *Interpréter le TCT/TLIG(IGRA) en ligne : Version 3.0*, Consulté en août 2017, <http://www.tstin3d.com/fr/calc.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Guidelines for the Investigation of Contacts of Persons with Infectious Tuberculosis*, Consulté en août 2017, <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5415a1.htm>.
- Getahun, Matteelli et autres. « Latent *Mycobacterium tuberculosis* Infection », *The New England Journal of Medicine*, vol. 372, n° 22, 28 mai 2015

## Annexe A : Autres schémas thérapeutiques recommandés pour le traitement de l'ITL

Tableau 4. Résumé des schémas recommandés pour le traitement de l'ITL

Médicament(s)*	Durée du traitement	Calendrier	Mode d'administration	Qualité des preuves <sup>†</sup>
<b>Schéma standard</b>				
INH	9 mois	Chaque jour	TPAA	1
<b>Autres schémas acceptables</b>				
INH	6 mois	Chaque jour	TPAA	1
INH/RMP	3 mois	Chaque jour	TPAA	1
INH/RPT <sup>‡</sup>	3 mois	Une fois/semaine	TPOD	1
RMP	4 mois	Chaque jour	TPAA	2
INH	6-9 mois	Deux fois/semaine	TPOD	2
INH/RMP	3 mois	Deux fois/semaine	TPOD	2

INH = isoniazide, RMP = rifampicine, RPT = rifapentine, TPAA = traitement préventif auto-administré, TPOD = traitement préventif sous observation directe.

\* Pour connaître les doses de ces médicaments, voir le chapitre 5.

<sup>†</sup> Les preuves relatives à chaque schéma sont résumées au tableau 5. Qualité des preuves : 1 = multiples essais randomisés; 2 = un seul essai randomisé et/ou multiples études d'observation (études de cohortes).

<sup>‡</sup> Utiliser ce schéma en exerçant une surveillance rigoureuse des réactions d'hypersensibilité, car elles peuvent être sévères. Au Canada, la RPT n'est accessible que par l'entremise du Programme d'accès spécial.

Source : Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 7e édition. Chapitre 6 : Le traitement de l'infection tuberculeuse latente





**Centre intégré  
de santé et de services  
sociaux de Chaudière-  
Appalaches**

**Québec** 

[www.cisss-ca.gouv.qc.ca](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca)

