

**PRISE EN CHARGE D'UN STAGIAIRE OU D'UN TRAVAILLEUR
DONT LE TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE (TCT) EST \geq 10 MM**
dans le cadre d'un dépistage en préexposition

GUIDE À L'INTENTION DU MÉDECIN TRAITANT

**AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
CHAUDIÈRE-APPALACHES**

**MISE À JOUR DÉCEMBRE 2008
SUITE À LA PUBLICATION DES NOUVELLES LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES**

Québec 

Recherche et rédaction :

Gabrielle Vermette, m.d., direction de santé publique
Gaétane Mercier, m.d., direction de santé publique

Collaboration à la rédaction :

Diane Morin, m.d., direction de santé publique

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN 978-2-89548-489-9 (version imprimée)
ISBN 978-2-89548-490-5 (version pdf)

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

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

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2008

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE	2
SECTION 1 - TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE	3
SECTION 2 - CONDUITE MÉDICALE EN PRÉSENCE D'UN TCT SIGNIFICATIF	3
SECTION 3 - ÉVALUATION CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE	3
SECTION 4 - INTERPRÉTATION D'UN TCT ≥ 10 MM.....	4
4.1 L'individu a été, à un moment ou l'autre de sa vie, infecté par le bacille tuberculeux	4
4.2 L'individu a été en contact avec une mycobactérie atypique	4
4.3 L'individu a été vacciné avec le BCG après l'âge de 1 an	4
SECTION 5 - ESTIMATION DU RISQUE DE DÉVELOPPER UNE TUBERCULOSE-MALADIE CHEZ UNE PERSONNE INFECTÉE PAR LE MYCOBACTÉRIUM TUBERCULOSIS	5
SECTION 6 - DÉCISION DE PRESCRIRE UNE CHIMIOPROPHYLAXIE	7
SECTION 7 - CHIMIOPROPHYLAXIE D'UNE TUBERCULOSE-INFECTION LATENTE.....	7
7.1 Traitement à l'isoniazide (INH)	7
7.2 Effets secondaires de L'INH.....	8
7.3 Gratuité des médicaments antituberculeux	8
SECTION 8 - SUIVI DE LA PERSONNE SOUS PROPHYLAXIE.....	8
8.1 Conseils à donner aux patients	8
8.2 Éléments à considérer à chaque rencontre	9
8.3 Fréquence des examens biochimiques et radiologiques	9
BIBLIOGRAPHIE	14

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	RISQUE DE DÉVELOPPER UNE TUBERCULOSE-MALADIE CHEZ UN INDIVIDU AYANT UN TCT ≥ 10 MM	5
TABLEAU 2	AUGMENTATION DU RISQUE DE TB-MALADIE CHEZ LES INDIVIDUS PRÉSENTANT DES CONDITIONS PARTICULIÈRES PAR RAPPORT AUX PERSONNES SANS FACTEUR DE RISQUE ...	6
TABLEAU 3	CHIMIOPROPHYLAXIE D'UNE TB-INFECTION LATENTE.....	7
TABLEAU 4	PRISE D'ISONIAZIDE ET RISQUE D'HÉPATITE SELON L'ÂGE.....	8
TABLEAU 5	SUIVI MÉDICAL SUGGÉRÉ LORS DE LA PRESCRIPTION D'ISONIAZIDE (INH) COMME CHIMIOPROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE	9

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1	ALGORITHME DÉCISIONNEL	10
ANNEXE 2	DÉFINITION DE LA TUBERCULOSE-INFECTION LATENTE DÉFINITION DE LA TUBERCULOSE-MALADIE.....	11
ANNEXE 3	TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE (TCT) : VALEURS CONSIDÉRÉES SIGNIFICATIVES POUR LES GROUPES À RISQUE ÉLEVÉ	12
ANNEXE 4	TEST CUTANÉ DE LIBÉRATION D'INTERFÉRON-GAMMA (TILG) POUR LA DÉTECTION DE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE	13

CONTEXTE

Les stagiaires et les travailleurs dans le domaine de la santé font l'objet d'un programme de prévention contre les infections transmissibles.¹ Le dépistage de la tuberculose est recommandé chez les stagiaires et les travailleurs de la santé. Dans le cas des stagiaires, ces dépistages sont réalisés par les professionnels en CSSS.

Lorsque le TCT indique un résultat significatif, le stagiaire est dirigé à son médecin traitant pour l'évaluation médicale. Ce document a pour but de soutenir le médecin dans cette démarche. Pour les travailleurs de la santé, le suivi est le plus souvent effectué par le bureau de santé du personnel.

Le présent document est une mise à jour du guide à l'intention des médecins diffusé en décembre 2004.

¹ Protocole d'intervention : Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs, Ministère de la Santé et des Services sociaux, nov. 2005.

SECTION 1 - TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE

Un test cutané à la tuberculine de dépistage (TCT, autrefois nommé PPD) fait chez un stagiaire ou un travailleur de la santé permet de connaître la probabilité d'avoir déjà été infecté par la mycobactérie de la tuberculose. Cette information de base facilitera l'évaluation des expositions professionnelles ultérieures.

Pour un tel dépistage, le TCT en deux étapes est recommandé tel qu'indiqué dans le Protocole d'immunisation du Québec^{2, 3, 4}.

SECTION 2 - CONDUITE MÉDICALE EN PRÉSENCE D'UN TCT SIGNIFICATIF

En présence d'un TCT de dépistage dépassant la valeur seuil de 10 mm⁵ chez un stagiaire ou un travailleur, il est indiqué pour le médecin de déterminer si le résultat obtenu peut signifier ou non la présence d'une tuberculose-infection.

Pour ce faire, il est indiqué de :

- Procéder à une évaluation clinique et radiologique (section 3) ;
- Évaluer la probabilité que l'individu ait été infecté par le bacille de la tuberculose en recherchant les facteurs de risque d'exposition (section 4) ;
- Évaluer les conditions qui augmentent les risques de développer la tuberculose-maladie (section 5) ;
- Déterminer s'il y a indication de traitement préventif ou curatif ;
- Effectuer le suivi médical nécessaire.

SECTION 3 - ÉVALUATION CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE

Il est important en premier lieu d'éliminer le diagnostic de tuberculose active par une radiographie pulmonaire et la recherche de signes et symptômes de la maladie.

En présence de signes, de symptômes ou d'une radiographie pulmonaire anormale :

- L'évaluation diagnostique doit se poursuivre.

Lorsque la radiographie est normale et en l'absence de signes ou symptômes pouvant suggérer une tuberculose-maladie :

- Le médecin recherche les facteurs de risque et évalue les probabilités que les résultats de TCT soient en lien avec une tuberculose-infection latente (section suivante).
- Il recherche les conditions qui augmentent les risques d'apparition d'une tuberculose maladie.

² Protocole d'immunisation du Québec, Santé et Services sociaux Québec

³ Une seule épreuve peut ne pas être suffisante pour révéler une infection contractée dans le passé. Il est possible que la réactivité à la tuberculine ait diminué au fil du temps. Une 2^e épreuve effectuée à l'intérieur d'un an pourra faire ressurgir la réactivité, en cas d'infection passée (effet de rappel).

⁴ On ne devra pas refaire de TCT chez un individu ayant un TCT ≥ 10 mm, que ce soit au 1^{er} ou au 2^e TCT. Si l'individu devait être en contact avec un cas contagieux de tuberculose, la radiographie pulmonaire, la clinique et l'analyse des expectorations avec culture seraient les outils diagnostiques.

⁵ 10 mm : valeur considérée comme étant significative chez les individus faisant partie des groupes à faible incidence (comme c'est le cas en général chez la population québécoise).

SECTION 4 - INTERPRÉTATION D'UN TCT ≥ 10 MM

Au Québec, le TCT de dépistage chez le stagiaire est considéré comme significatif s'il est égal ou supérieur à 10 mm. Il est important d'interpréter le TCT significatif en fonction des facteurs de risque de la personne (certaines situations pouvant donner un TCT faussement significatif).

Ce résultat peut survenir dans les situations suivantes :

4.1 L'individu a été, à un moment ou l'autre de sa vie, infecté par le bacille tuberculeux

- Activités professionnelles présentant des facteurs de risque ;
- Séjour dans un pays où l'endémicité est élevée ;
- Immigrant d'un pays où la tuberculose est endémique ;
- Contact antérieur avec une personne ayant souffert de tuberculose maladie : membre de la famille (parent proche ou grand-parent, etc.) ou autre contact social parfois difficile à identifier.

4.2 L'individu a été en contact avec une mycobactérie atypique

Au Québec ceci est considéré comme moins probable en raison de la faible prévalence des mycobactéries atypiques. Une étude a montré que moins de 5 % de toutes les réactions de ≥ 10 mm au TCT standard étaient attribuables à cette réactivité croisée.

4.3 L'individu a été vacciné avec le BCG après l'âge de 1 an

La vaccination avec le BCG peut induire une réactivité à la tuberculine, sans présence d'infection réelle (si vaccination entre 1 et 5 ans : 10 à 15% peuvent encore avoir un TCT positif après 25 ans ; si vaccination après l'âge de 6 ans, jusqu'à 40 % de réactions significatives notées.

La vaccination par le BCG ne sera pas retenue comme cause d'un TCT positif si :

- Le BCG a été administré durant la 1^e année de vie et la personne testée est âgée ≥ 10 ans ;
- Une infection au bacille tuberculeux est possible (voir en 4.1)
- Une personne présente un risque élevé d'évolution de l'infection vers la TB active (voir tableaux 1 et 2).

Depuis peu, d'autres tests peuvent être utilisés pour confirmer le résultat d'un TCT positif chez un individu qui présente une faible probabilité d'avoir contracté une ITL et qui n'a pas de facteur de risque élevé ou accru de progression vers une maladie active s'il est infecté. Il s'agit des « Test de libération d'interféron-gamma (TLIG) » - voir annexe 5.

Ce test s'effectue par un prélèvement sanguin. Compte tenu de certaines particularités pour le type de tube utilisé et le mode de transport, les prélèvements doivent être effectués directement au centre hospitalier. Actuellement, ce test est disponible à l'Hôtel-Dieu de Québec.

SECTION 5 - ESTIMATION DU RISQUE DE DÉVELOPPER UNE TUBERCULOSE-MALADIE CHEZ UNE PERSONNE INFECTÉE PAR LE MYCOBACTÉRIUM TUBERCULOSIS

Comme aide à la décision, le tableau suivant présente les probabilités statistiques de développer plus tard dans la vie une tuberculose-maladie chez une personne ayant un **TCT ≥ 10 mm** selon les données publiées par l'Agence de la santé publique du Canada :

TABLEAU 1

Risque de développer une tuberculose-maladie chez un individu ayant un TCT ≥ 10 mm	
Situation clinique	Risque de développer TB-maladie
TCT positif de durée inconnue chez un sujet âgé de plus de 5 ans, sans facteur de risque	0,1 % par année
Radiographie pulmonaire anormale chez un sujet n'ayant pas reçu un traitement adéquat dans le passé (importante charge résiduelle en bacilles)	1 % à 4,5 % par année
Personnes souffrant de maladies chroniques	(Voir tableau 2)
Infection au VIH	7 à 10 % par année
Sujets nouvellement infectés : virage ou contact récent avec un cas de tuberculose-maladie.	3 à 5 % la 1 ^e année (au total, risque de 10 % à vie)

Autres éléments à considérer dans l'évaluation du risque de développer la tuberculose-maladie suite à un TCT de dépistage positif.

Le tableau 2 documente ces conditions en quantifiant l'augmentation du risque associé.

TABLEAU 2

Augmentation du risque de TB-maladie chez les individus présentant des conditions particulières par rapport aux personnes sans facteur de risque		
Situations cliniques	Augmentation du risque	
Personne infectée, aucun facteur de risque, radiographie normale	Risque de base	Faible risque
Diabète sucré (tous les types)	x 2 à 3,6	Risque accru
Poids < 90 % du poids idéal (pour la plupart des personnes cela équivaut à une IMC ≤ 20)	x 2 à 3 p/r à individu avec poids santé et x 4 p/r à celle ayant 110% poids idéal	
Age lors de l'infection (≤ 5 ans)	x 2,2 à 5	
RX anormal : granulome	x 2	
Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF-alpha)	1,5-4	
Traitement par glucocorticoïdes (si prednisone, au moins 15 mg par jour ou l'équivalent, risque en lien avec la dose et la durée du traitement)	x 4,9	
Cigarette (1 paquet/jour)	x 2 ou 3	
RX anormal : maladie fibronodulaire	x 6 à 19	Risque très élevé
Infection tuberculeuse récente (≤ 2 ans)	x 15	
Sida	x 110 à 170	
Infection par le VIH (non au stade sida)	x 50-110	
Transplantation (associée à un traitement immunosuppresseur)	x 20 à 74	
Silicose (toute forme de TB)	x 30	
Insuffisance rénale chronique nécessitant une hémodialyse	x 10 à 25	
Cancer du cou ou tête	x 16	
Certaines tumeurs comme certains lymphomes	Risque augmenté, mais non quantifié	

En complément d'information, vous trouverez à l'Annexe 4 selon les groupes à risques élevés, les valeurs de TCT considérées comme significatives et pour lesquelles un traitement prophylactique est recommandé.

SECTION 6 - DÉCISION DE PRESCRIRE UNE CHIMIOPROPHYLAXIE

Le traitement de la tuberculose-maladie est à caractère obligatoire selon la loi, (afin d'éviter la transmission), il ne l'est pas pour une tuberculose-infection latente (qui n'est pas contagieuse).

La décision de prescrire une chimioprophylaxie chez un individu ayant un TCT significatif repose sur les appréciations suivantes :

- Les résultats de l'évaluation clinique et radiologique (section 3) ;
- Le risque d'avoir été infecté par le bacille de la tuberculose (section 4) ;
- La présence de conditions augmentant le risque de développer une TB (section 5) ;
- Le risque de développer une TB maladie comparé au risque de faire une hépatite médicamenteuse (section 7).

Dans les conditions suivantes la probabilité de faire une tuberculose-maladie est très faible :

- Radiographie pulmonaire et examen physique normaux ;
- Pas d'histoire d'exposition antérieure à la TB (professionnelle ou autre) (section 4.1) ;
- Pas de conditions particulière qui augmentent le risque (section 5).

La décision de prescrire l'INH doit être prise cas par cas. L'individu doit recevoir l'information nécessaire pour prendre une décision libre et éclairée.

Dans un contexte de suspicion d'ITL, la personne doit être informée des symptômes des différents types de tuberculose qu'elle reçoive ou non un traitement préventif. Si la personne a besoin de consulter un médecin à ce sujet, informer le dit médecin d'un TCT antérieur significatif.

SECTION 7 - CHIMIOPROPHYLAXIE D'UNE TUBERCULOSE-INFECTION LATENTE

7.1 Traitement à l'isoniazide (INH)

La médication recommandée pour le traitement préventif de la tuberculose-infection latente demeure l'isoniazide (INH) prescrite pour une période de 9 mois (78 doses).

Une protection optimale (90 %) est obtenue avec une chimioprophylaxie quotidienne à l'INH d'une durée de 9 mois. Le nombre de doses plus que la continuité est un indicateur de l'efficacité du traitement prophylactique. Si la compliance n'est pas celle attendue (ex : oublis fréquents, etc.), le traitement doit être prolongé jusqu'à ce que le nombre de doses totales reçues correspondent à celles d'un traitement de 9 mois avec une adhérence de 100 %.

TABLEAU 3

CHIMIOPROPHYLAXIE D'UNE TB- INFECTION LATENTE		
Médicament	Dose (DIE)	Dose bihebdomadaire
INH	5 mg (10-15 mg/kg-dose enfant) Max. 300 mg	20 à 30 mg/kg Max. 900 mg
Si résistance ou intolérance grave à l'INH		
RMP (rifampin)	600 mg (4 mois)	

* Traitements recommandés selon les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, Agence de la santé publique du Canada, 6^e édition 2007

7.2 Effets secondaires de l'INH

L'INH inhibe le métabolisme de la pyridoxine et peut provoquer une neuropathie et d'autres réactions importantes (ex. des épisodes psychotiques). Ainsi, *une dose de pyridoxine de 25 mg chaque jour (vitamine B6) est ajoutée systématiquement au patient qui présente un diabète, une insuffisance rénale, une malnutrition, une toxicomanie, des troubles convulsifs et, chez les femmes enceintes ou qui allaitent.*

La prise de l'INH peut entraîner des effets secondaires non négligeables dont l'hépatite médicamenteuse. Ce risque varie considérablement avec l'âge et doit être comparé avec le risque de développer une tuberculose-maladie (voir tableau 4).

TABLEAU 4

PRISE D'ISONIAZIDE ET RISQUE D'HÉPATITE SELON L'ÂGE ⁶	
Âge	Risque d'hépatite
< 20 ans	Très rare
Entre 20 et 35 ans	Moins de 1 %
Entre 35 et 65 ans	1 à 3 %
> 65 ans	5 % et plus

7.3 Gratuité des médicaments antituberculeux

La médication prophylactique est défrayée par la RAMQ. Le médecin doit inscrire lors de l'ordonnance les codes suivants :

- 2 K pour la personne atteinte de tuberculose-maladie,
- 2 L pour le cas contact (tuberculose-infection latente).

SECTION 8 - SUIVI DE LA PERSONNE SOUS PROPHYLAXIE

**Il est généralement recommandé de revoir le patient selon le calendrier suivant :
Revoir 1 mois, 3 mois, 6 mois et 9 mois après le début de la chimioprophylaxie.**

8.1 Conseils à donner au patient

- Prendre le médicament chaque jour pour obtenir une efficacité maximale.
- Diminuer le plus possible la consommation d'alcool durant la prise de médication.
- Consulter si apparition de perte d'appétit, nausées, vomissements, mal de ventre, diarrhée, faiblesse durant plus de trois jours, urines foncées, peau ou yeux jaunes (ictère), engourdissements ou picotements douloureux des pieds ou des mains.
- Consulter si apparition de signes et symptômes compatibles avec une tuberculose.
- La femme prenant de l'INH doit éviter de devenir enceinte durant cette période. Si elle devenait enceinte, elle doit en aviser immédiatement son médecin.
- Le patient doit mentionner qu'il prend de l'INH lorsqu'il consulte un médecin, particulièrement lorsque celui-ci désire prescrire un autre médicament.

⁶ Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, Agence de la santé publique du Canada, 6^e édition 2007

8.2 Éléments à considérer à chaque rencontre

- Vérifier la présence de symptômes ou de signes de tuberculose.
- Compléter l'investigation selon le cas.
- Vérifier la présence d'effets indésirables à la médication.
- Selon le cas, cesser la médication et tester les transaminases. Des valeurs de transaminases (AST-ALT) anormalement élevées justifient un arrêt de traitement.
- Vérifier la fidélité au traitement préventif et les difficultés éprouvées.
- Une attention particulière est à apporter aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou les personnes présentant des problèmes de santé mentale ou tout autre cas dont la compliance au traitement pourrait être compromise.

Également, on suggérera une surveillance plus étroite des individus qui consomment fréquemment de l'alcool ou présentent une maladie chronique du foie, ou une neuropathie périphérique, quelle que soit son étiologie. Il en est de même pour les individus infectés par le VIH.

8.3 Fréquence des examens biochimiques et radiologiques

Examens biochimiques

Vérifier les transaminases hépatiques selon un calendrier régulier ou au besoin (Voir annexe 3).

Radiographie pulmonaire

La radiographie pulmonaire n'est répétée que si les signes et symptômes le justifient.

TABLEAU 5

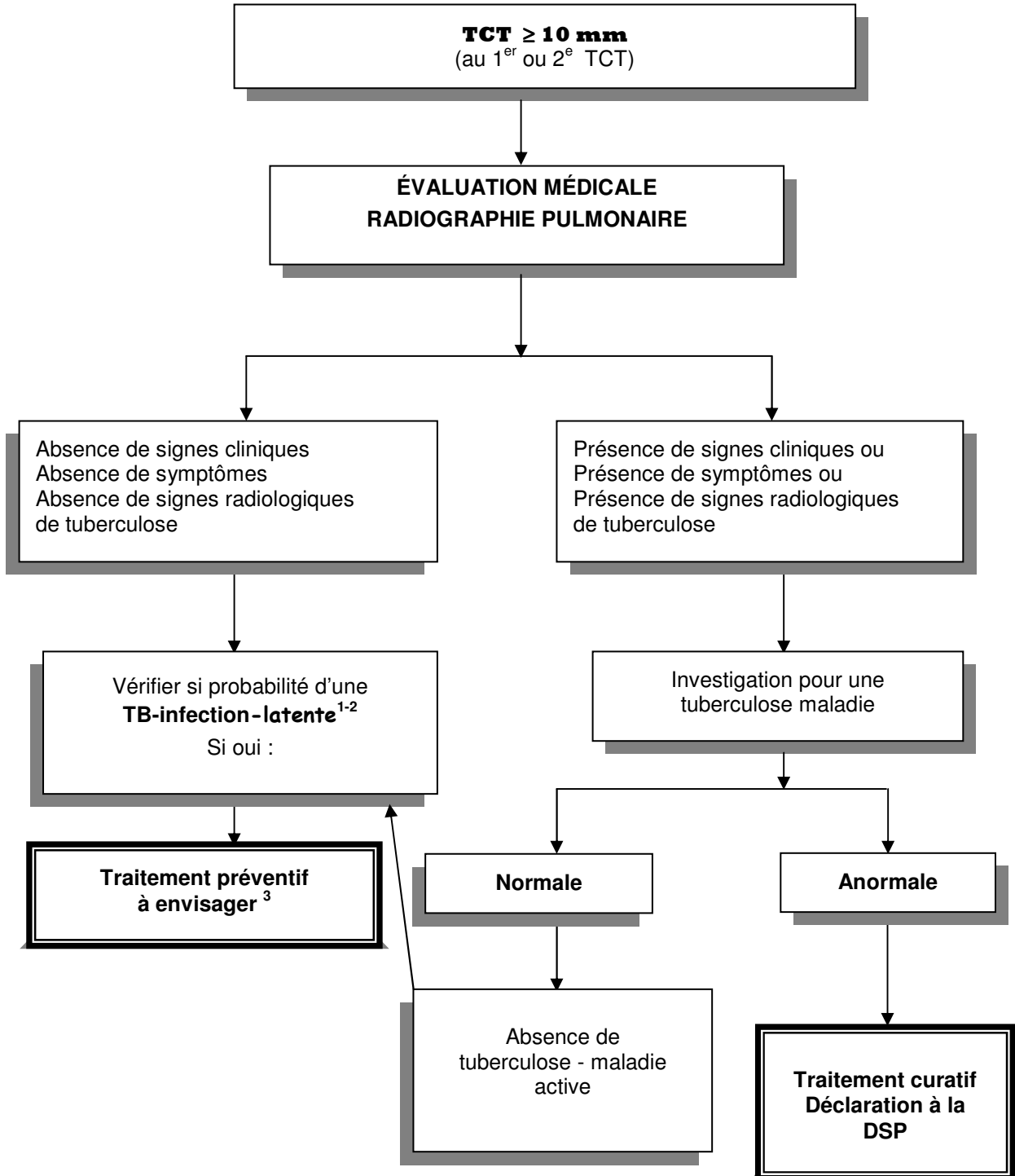
Suivi médical suggéré lors de la prescription d'isoniazide (INH) comme chimioprophylaxie de la tuberculose										
INTERVENTIONS	CALENDRIER*									
	Début	1 ms	2 ms	3 ms	4 ms	5 ms	6 ms	7 ms	8 ms	9 ms
VISITE MÉDICALE	✓	✓		✓			✓			✓
RX PULMONAIRE	✓									
VÉRIFICATION DES TRANSAMINASES** (AST-ALT)										
Patient < 35 ans	PRN									
Patient 35-49 ans	✓	✓								
Patient ≥ 50 ans	✓	✓		✓		✓		✓		✓

* La médication recommandée en prophylaxie est l'INH, 300 mg/jr ou une prise bihebdomadaire à raison de 20-30 mg/kg (maximum de 900 mg/jour). Le calendrier est suggéré pour un traitement d'une durée de 9 mois (durée optimale en considérant l'importance de la fidélité au traitement et le ratio bénéfices/effets secondaires). Si le traitement est prolongé, poursuivre le suivi selon la périodicité prévue.

** Pour les suivis plus longs, on continuera l'horaire selon la périodicité prévue.
Le patient de 35 ans et plus qui pourrait ne pas bien comprendre (ex : déficience intellectuelle, problèmes cognitifs...) les effets indésirables, les visites et le dosage des transaminases seront rapprochés (à tous les mois). Pour les moins de 35 ans, ce test n'est pas recommandé sauf en présence de facteurs de risque (ex. : alcoolisme).

ANNEXE 1

ALGORITHME DÉCISIONNEL PRISE EN CHARGE D'UN STAGIAIRE OU D'UN TRAVAILLEUR DONT LE TCT EST ≥ 10 MM DANS LE CADRE D'UN DÉPISTAGE EN PRÉEXPOSITION



¹ Voir l'annexe 2 pour définition.

² Voir section 4 pour évaluer les facteurs de risque.

³ Voir sections 5, 6 et 7 pour faciliter la décision de recommander ou non une prophylaxie.

ANNEXE 2

DÉFINITION DE LA TUBERCULOSE-INFECTION LATENTE

La tuberculose-infection latente correspond à la présence de mycobactéries qui se disséminent par voie hématogène dans divers organes et tissus. Cette phase est asymptomatique chez 90 % des individus.

Le dépistage avec le test cutané à la tuberculine (TCT) est souvent le seul moyen d'identifier cette phase de l'infection. La plupart du temps, la radiographie ne démontre aucune séquelle de caséification. Ces personnes ne sont pas contagieuses.

DÉFINITION DE LA TUBERCULOSE-MALADIE

Après une période de latence pouvant varier de quelques semaines à plusieurs années, la tuberculose-infection latente peut évoluer vers la tuberculose-maladie. Dans ces cas, la probabilité de développer une tuberculose-maladie est d'environ 10 % à vie, s'il n'y a pas de traitement préventif. Ce risque est plus important dans les premiers mois après l'infection au bacille tuberculeux, de l'ordre de 5 % au cours des deux premières années et de 5 % au total pour les années subséquentes.

La tuberculose-maladie est dans 80 % des cas de nature pulmonaire avec des signes et symptômes insidieux : fatigue, anorexie, perte de poids, fièvre intermittente et sudation nocturne. Éventuellement, la toux, les expectorations, la dyspnée ou les hémoptysies peuvent apparaître.

Plus rarement, soit dans environ 20 % des cas, un autre organe du corps est atteint. À l'occasion, la tuberculose évoluera vers la tuberculose miliaire ou méningite tuberculeuse (les très jeunes enfants sont particulièrement susceptibles de présenter cette complication).

Nous vous rappelons que les autres expressions cliniques de la tuberculose peuvent être les suivantes :

- Adénopathie tuberculeuse périphérique ;
- TB génito-urinaire ;
- TB miliaire/disséminée ;
- TB ostéo-articulaire ;
- TB du système nerveux central ;
- TB oculaire ;
- Péricardite tuberculeuse ;
- TB à localisation moins fréquentes comme :
 - ◊ La peau ;
 - ◊ Le tissu glandulaire ;
 - ◊ Le tissu non ganglionnaire (ex : sein) ;
 - ◊ Les gros vaisseaux ;
 - ◊ La moelle osseuse.

ANNEXE 3

Test cutané à la tuberculine (TCT) : Valeurs considérées significatives Pour les groupes à risque élevé⁷

Résultat du TCT	Indications de traitement de l'ITL*
< 5 mm	<ul style="list-style-type: none">• Infection au VIH et risque élevé d'infection tuberculeuse (contact avec un cas de TB infectieuse, origine d'un pays où l'incidence de la TB est élevée ou anomalie à la radiographie pulmonaire) ;• Autre immunodépression sévère et risque élevé d'infection tuberculeuse ;• Enfant de moins de 5 ans et risque élevé d'infection tuberculeuse.
≥ 5 mm	<ul style="list-style-type: none">• Infection au VIH ;• Contact récent avec un cas de TB infectieuse ;• Maladie fibronodulaire visible à la radiographie pulmonaire (TB guérie, mais non traitée antérieurement ou si traitée, non traitée adéquatement) ;• Greffe d'organe (associée à un traitement immunosuppresseur) ;• Autres médicaments immunosuppresseurs, ex. corticoïdes (l'équivalent de ≥ 15 mg/jour de prednisone pendant 1 mois ou plus, le risque de TB active augmente avec la dose et la durée du traitement).
≥ 10 mm	<ul style="list-style-type: none">• Virage (dans les 2 ans) ;• Autre déficit immunitaire :<ul style="list-style-type: none">◊ Silicose ;◊ Insuffisance rénale terminale ;◊ Cancer de la tête ou du cou.**• Envisager de traiter :<ul style="list-style-type: none">◊ ceux qui ont séjourné ou voyagé dans un pays où l'incidence de la TB est élevée ou dans la communauté autochtone au Canada au cours des 2 dernières années ;***◊ les utilisateurs de drogues par injections séronégatifs pour le VIH ;◊ les travailleurs d'un établissement de santé ou les résidents d'un établissement de santé ;◊ les travailleurs ou les résidents d'un établissement correctionnel ;◊ les sans-abri (qui peuvent être traités dans le cadre d'une prophylaxie sous observation directe) ;◊ d'autres patients, non mentionnés ci-dessus, par exemple, ceux considérés comme à « risque accru » (voir tableau 2) à la discrétion du médecin traitant.

* L'âge à lui seul (ex. ≥ 35 ans) n'est pas une contre-indication du traitement de l'ITL si le risque de progression à une TB active est supérieur au risque de réactions indésirables graves au traitement.

** La présence d'autres tumeurs, comme les lymphomes T, peut également accroître le risque de réactivation de l'ITL

*** S'assurer qu'un test cutané a été fait huit semaines après le retour (délai nécessaire pour que l'infection puisse être mise en évidence)

⁷ Tiré des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 6^e édition, Agence de la santé publique du Canada, Société canadienne de thoracologie/Association pulmonaire.

ANNEXE 4

Tests de libération d'interféron-gamma (TLIG) POUR LA DÉTECTION DE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL)

Description des tests

Les TLIG sont des épreuves sanguines qui détectent la production d'interféron-gamma (IFN- γ). Ces tests mesurent les concentrations élevées d'interféron-gamma (d'INF- γ) produits par les lymphocytes T après stimulation par des antigènes spécifiques tuberculeux.

Mise en perspective selon l'état des connaissances

- Le TLIG, tout comme le TCT n'est pas indiqué pour diagnostiquer une tuberculose maladie active.
- La spécificité du TCT dans les populations qui ont reçu le BCG après l'âge d'un an est faible et variable (environ 60 %).
- Le TLIG a une **très grande spécificité** (de 93 % à 99 %) et **n'est pas influencé par les antécédents de vaccination par le BCG.**

Performance des TLIG chez les travailleurs de la santé et dans le cadre des programmes de dépistage chez les employés :

- Il est recommandé d'effectuer le dépistage sérié de l'ITL à l'aide du TCT ;
- Le **TLIG peut aider à confirmer un test TCT de base** chez un travailleur de la santé qui présente une faible probabilité d'avoir contracté une ITL et qui n'a pas de facteur de risque élevé ou accru de progression vers une maladie active s'il est infecté.

Conduite à adopter selon les résultats des TCT et TLIG						
	Risque élevé d'ITL			Risque faible d'ITL		
	TLIG positif	TLIG négatif	TLIG indéterminé	TLIG positif	TLIG négatif	TLIG indéterminé
TCT positif	Envisager de traiter l'ITL			Envisager de traiter l'ITL	Pas nécessaire de traiter l'ITL	Répéter le TLIG ou interpréter selon le résultat du TCT
TCT négatif	Envisager de traiter l'ITL	Pas nécessaire de traiter l'ITL si sujet immunocompétent	Répéter le TLIG ou interpréter selon le résultat TCT	Consulter un spécialiste de la TB		Pas nécessaire de traiter l'ITL

Source : RMTCC, octobre 2008, volume 34, Santé Canada

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE/ASSOCIATION PULMONAIRE, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e édition, 2007.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Protocole d'immunisation du Québec*, mise à jour 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Protocole d'intervention : Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs*, nov. 2005.

SANTÉ CANADA, *RMTC volume 34*, oct. 2008.