



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DIRECTION DE LA SANTÉ

# Prise en charge de la tuberculose en Polynésie française

GUIDE A L'INTENTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



TUBERCULOSE  
TOUS CONCERNÉS

---

ÉDITION 2019

---



# AUTEURS

## Coordination, rédaction

GIARD Marine Bureau de veille sanitaire, Direction de la santé  
DURAND Damien [veille@sante.gov.pf](mailto:veille@sante.gov.pf) 40 48 82 01

## Groupe de travail

NGUYEN Ngoc-Lam Centre de consultations spécialisé en maladies infectieuses et tropicales, DS  
SEGALIN Jean-Marc Bureau des programmes de pathologies infectieuses, DS  
LAGARDE Christine CCSMIT, DS  
BENHAMZA Elodie BVS, DS  
DOMECQ Aurélie BVS, DS

## Consultation, relecture

BIAREZ Philippe	DS	LEVY Marc	CHPF
BOLZE Catherine	DGEE	LEHARTEL Nathalie	DS
CAZAUBIEL Pierre-André	AMT-CPME	LOT Sandrine	DS
D'AUZAC DE LAMARTINE Inès	DGEE	MALAPER Jean-Paul	Médecin généraliste
DEBACRE Jérôme	DS	OLLIVIER Emmanuel	DS
DUMAS-CHASTANG Elsa	ILM	PARRAT Eric	CHPF
GOEURIOT Julien	DS	PASCHE Jérôme	CHPF
GUIGON Aurélie	ILM	SEGALIN Valérie	DS
LANDRIEU Claire	SISTRA	TEROROTUA Vaea	DS
LASTERE Stéphane	CHPF	TUHEIAVA Maire	DS
LELOUEREK Véronique	DGEE		

## Versions antérieures

BAUDY Charlotte	DS	LARGERON Pascale	DS
BEAU Frédéric	ILM	LENOIR Emilia	DS
BESSETTE Dominique	DS	MALLET Henri-Pierre	DS
CASAUBON Bernard	CGPME	MARGAROLI Frédéric	DS
CHANSIN René	CHPF	MUSSO Didier	ILM
CHENEL Claude	CHPF	MATTIO Christophe	DS
CHEVAL Pascale	SIMTRA	OUANICH Jocelyne	CHPF
CLUZEAU Claude	Laboratoire de Paofai	PESCHEUX Jean-Paul	DS
COUDERT Cyril	ILM	RAYNAL Jacques	Clinique Cardella
De BARTHEZ Marie- Paule	CHPF	RENOU Laurence	DS
DAUDENS Elise	DS	ROCHAIS Rose-Marie	DS
DEMIRTAS Géraldine	CPS	TEMARII Christiane	DS
GARCIA Guillaume	DS	TIBAYRENC Jean- Marie	SIMTRA
HORNEZ Isabelle	DS	VAUTERIN Gérard	ILM
HUBERT Bruno	DS	VECCELLA Maeva	DS
HUIN BLONDEY Marie-Odile	DS	WIEGANDT Axel	DS
JARNO Pascal	DS	YANG Francisca	CHPF

# REMERCIEMENTS

MOU Sherilyn DS  
PESCHEUX Jean-Paul DS  
TEISSIER Yoann DS

## AVANT PROPOS

Cette 5<sup>ème</sup> édition est une actualisation de la version précédente du guide parue en 2011 et rééditée en 2013 suite à la mise à jour d'une annexe.

Il a pour vocation d'exposer aux professionnels de santé les grands principes de la prise en charge de la tuberculose en Polynésie française. Les recommandations présentées dans ce document ont été élaborées pour couvrir le plus grand nombre de situations cliniques. Certaines préconisations pourront être adaptées fonction du contexte et des moyens disponibles afin de garantir la meilleure prise en charge possible.

# SOMMAIRE

	INTRODUCTION.....	6
I.	PRISE EN CHARGE DES CAS DE TUBERCULOSE MALADIE.....	8
	<b>1.1) Circuit du patient</b> .....	8
	<b>1.2) Diagnostic</b> .....	8
	a. Examen clinique.....	8
	b. Imagerie médicale.....	8
	c. Examens microbiologiques.....	8
	d. Examens anatomopathologiques.....	8
	e. Examens immunologiques.....	8
	<b>1.3) Déclaration obligatoire</b> .....	8
	<b>1.4) Traitement curatif</b> .....	11
	a. Hospitalisation initiale.....	11
	b. Précautions lors de la prise en charge d'un cas de tuberculose respiratoire.....	11
	c. Principes du traitement médicamenteux.....	11
	d. Supervision du traitement.....	14
	<b>1.5) Prise en charge financière de la tuberculose maladie</b> .....	15
II.	DÉPISTAGE DES SUJETS CONTACT.....	16
	<b>2.1) Cadre général de l'enquête</b> .....	16
	a. Objectifs du dépistage.....	16
	b. Les acteurs de l'enquête.....	16
	c. Les grandes étapes de l'enquête.....	16
	<b>2.2) Sélection des contacts à dépister</b> .....	17
	<b>2.3) L'enquête sur le terrain</b> .....	18
	a. Visite initiale du cas index.....	18
	b. Visite à domicile et rencontre de la famille du cas index.....	18
	d. Refus de dépistage.....	19
	<b>2.4) Algorithmes de dépistage</b> .....	22
	a. Sujets contact > 5 ans, immunocompétents.....	22
	b. Sujets contact ≤ 5 ans ou immunodéprimés.....	24
	<b>2.5) Traitement préventif des ITL</b> .....	26
	a. Indications.....	26
	b. Modalités de traitement.....	26
	c. Cas particuliers.....	26
	d. Supervision de la chimioprophylaxie.....	26
	e. Surveillance du traitement.....	27
	f. Prise en charge financière.....	27
	<b>2.6) Populations spécifiques</b> .....	28
	a. Dépistage en milieu professionnel.....	28
	b. Dépistage des élèves en milieu scolaire.....	28
	c. Dépistage dans les îles éloignées.....	30
	<b>2.7) Prise en charge financière du dépistage et du traitement de l'ITL</b> .....	31
III.	VACCINATION.....	32
	LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES UTILISÉS.....	34
	RÉFÉRENCES.....	34

# INTRODUCTION

L'incidence de la tuberculose en Polynésie française a connu une forte décroissance jusqu'au début des années 80. Elle s'est ensuite stabilisée jusqu'en 1998, date de la réorganisation du programme de lutte contre la tuberculose. L'application de ce dernier a permis de réduire l'incidence de 46/100 000 en 1998 à environ 20/100 000 au début des années 2000, période depuis laquelle l'incidence s'est stabilisée.

Cependant, la persistance de la transmission dans la population polynésienne et la fréquence des rechutes imposent aujourd'hui la réactualisation des recommandations en matière de lutte contre la tuberculose. Tenant compte des dernières données internationales, les nouvelles stratégies sont centrées sur :

- l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge précoce des patients atteints de tuberculose maladie (TM), afin de réduire les délais de mise sous traitement et d'en garantir la meilleure observance possible ;
- le dépistage renforcé autour des cas et le traitement préventif large des infections tuberculeuses latentes (ITL) récentes.

## ⇒ Rôle des différents acteurs

Ce guide expose les grands principes de la lutte contre la tuberculose en Polynésie française. Le rôle des différents acteurs est décrit dans l'**encadré 1** page suivante. En cas de difficultés dans la prise en charge d'un cas ou dans la réalisation d'un dépistage, des référents sont identifiés pour répondre aux interrogations des professionnels de santé concernés (**tableau 1** ci-contre).

Par ailleurs, on note depuis 2015 l'émergence de souches présentant une mutation dans des gènes de résistance aux antibiotiques (rifampicine et isoniazide). Ces souches apparaissent cependant phénotypiquement sensibles à la rifampicine et à l'isoniazide sur l'antibiogramme. Elles sont catégorisées comme multirésistantes par le centre national de référence (CNR) des mycobactéries.

Il a été montré qu'un cas de tuberculose bacillifère non traité pendant un an peut contaminer 10 à 15 personnes [<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/tuberculose>]. Or on suspecte que deux cas de tuberculose multirésistante à Tahiti ont persisté pendant un an avant leur diagnostic et leur prise en charge.

La tuberculose demeure donc une problématique majeure de santé publique en Polynésie française. La diminution de son incidence pour atteindre les objectifs fixés par l'OMS nécessite une bonne structuration de l'organisation de la lutte contre la maladie impliquant une coordination forte et un réseau d'acteurs sanitaires.

**Tableau 1 : Référents en cas de difficultés**

<i>Expertises</i>	<i>Interlocuteurs</i>
Organisation des enquêtes	BVS
Cas d'ITL ou de TM	
adultes	CCSMIT, service de pneumologie du CHPf
enfants	service de pédiatrie du CHPf, CCSMIT
Interprétation des examens biologiques (IGRA, bactériologie, résistances)	laboratoire du CHPf, Institut Louis Malardé
Disponibilité et distribution des traitements	Pharmappro, pharmacie du CHPf

## Encadré 1 : Acteurs impliqués dans la lutte contre la tuberculose

### Diagnostic de la tuberculose maladie (TM) : **tout clinicien, notamment médecin traitant ou du Centre de santé**

- Adresse le patient à un spécialiste pour l'initiation du traitement : service de pneumologie ou de pédiatrie du CHPf, hôpital de la Direction de la santé, CCSMIT, pneumologue libéral
- Déclare la maladie au BVS grâce à la fiche de Déclaration Obligatoire (DO) (paragraphe 1.3)
- Suit le patient durant son traitement (observance, tolérance, efficacité)

### Coordination des enquêtes de dépistage : **le Bureau de veille sanitaire (BVS)**

- Réceptionne la fiche de DO
- Détermine le degré de contagiosité en fonction des résultats des examens cliniques et complémentaires
- Interroge le malade (visite ou par téléphone)
- Etablit une liste initiale des sujets contacts
- Transmet le dossier d'enquête à la (aux) structure(s) en charge de la réalisation du dépistage
- Suit l'évolution des enquêtes
- Aide les structures en cas de difficulté dans la réalisation de l'enquête : animation d'une réunion d'information si enquête en collectivité, relances de contacts, participation à une visite à domicile si nécessaire, participation aux interrogatoires et/ou tests immunologiques
- Réceptionne le dossier d'enquête une fois qu'elle est clôturée

### Réalisation des enquêtes de dépistage et traitement des infections tuberculeuses latentes (ITL) : **structure de santé en charge du dépistage**

- Centres de santé
- Hôpitaux de la Direction de la santé
- Centre de consultation spécialisé en hygiène et santé scolaire (CCSHSS) : enfants scolarisés du 1<sup>er</sup> ou 2<sup>nd</sup> degré sur son secteur d'activité
- Centre de consultation spécialisé en protection maternelle et infantile (CCSPMI) : enfants pas encore scolarisés accueillis en collectivité sur son secteur d'activité
- Médecine du travail

### Initiation du traitement de la tuberculose maladie : **prise en charge spécialisée**

- adultes : service de pneumologie du CHPf, hôpital de la Direction de la santé, CCSMIT, pneumologue libéral
- enfants : service de pédiatrie du CHPf

# I. PRISE EN CHARGE DES CAS DE TUBERCULOSE MALADIE

## 1.1) Circuit du patient

Le diagnostic de tuberculose maladie peut être réalisé par tout médecin devant des symptômes évocateurs.

Après confirmation diagnostique, le traitement doit être instauré de préférence en milieu hospitalier, CHPf ou hôpital de la Direction de la santé (cf. paragraphe 1.4 a), notamment en cas de tuberculose respiratoire avec examen direct positif ou en présence de comorbidités. En l'absence de possibilité d'hospitalisation, le patient peut être adressé à un spécialiste (médecin du CCSMIT ou pneumologue libéral).

A l'issue de cette phase d'initiation du traitement, le suivi du patient peut être assuré par ce même spécialiste, le médecin traitant ou le médecin du Centre de santé suivant son lieu d'habitation. En cas de tuberculose multirésistante, le patient doit être suivi par le CCSMIT.

## 1.2) Diagnostic

### a. Examen clinique

Les symptômes suivants doivent faire évoquer le diagnostic de tuberculose pulmonaire :

- toux persistante (très évocatrice si > 3 semaines)
- altération de l'état général avec amaigrissement rapide et perte d'appétit
- hémoptysie ou crachats hémoptoïques (fréquents mais non spécifiques)
- fièvre vespérale et sueurs nocturnes, (inconstants mais évocateurs).

Les symptômes de tuberculose extra-pulmonaire sont variables selon la localisation (ganglionnaire, ostéo-articulaire, pleurale, urogénitale, gastro-intestinale).

### b. Imagerie médiale

La radiographie pulmonaire est l'examen indispensable (réalise 90% des diagnostics de tuberculose pulmonaire). Un scanner peut être prescrit en cas de doute.

### c. Examens microbiologiques

#### ⇒ Prélèvements

Les examens bactériologiques à la recherche de BK (bacilles de Koch) sont indispensables et doivent impérativement être réalisés avant toute instauration de traitement antibiotique.

- Ils reposent sur la réalisation d'au moins 3 expectorations (encadré 2 ci-dessous), ou tubages gastriques en cas de difficulté, réalisés pendant 3 jours consécutifs, collectés au réveil à jeun.

#### Encadré 2 : Recueil des expectorations

Les prélèvements salivaires ou contenant des mucosités naso-pharyngées sont refusés.

#### Technique de recueil

- réaliser 3 prélèvements 3 jours consécutifs
- au réveil le matin à jeun après brossage de dents et rinçage abondant de la bouche à l'eau
- crachat profond : expulsion par la toux de sécrétions provenant des voies aériennes inférieures
- aide par de la kiné respiratoire si nécessaire
- 2 mL minimum

#### Matériel et envoi

- flacon stérile (à bouchon rouge)
- correctement fermé : en cas de fuite, prélèvement refusé
- identification du patient, date de naissance, date de prélèvement, numéro de prélèvement (J1, J2, J3)
- conservé à +4°C
- transmis immédiatement au laboratoire (48h maximum).

- La fibroscopie bronchique (LBA) est justifiée en cas de suspicion de tuberculose maladie avec nécessité de preuve bactériologique et après 3 résultats négatifs des expectorations à l'examen direct ou en PCR.
- En cas de forme extra-pulmonaire, d'autres prélèvements peuvent être envisagés en fonction de la localisation : biopsie (si ganglionnaire, ostéo-articulaire, péritonéale, intestinale, génitale...), urine de la nuit (si urinaire), LCR (si méningite), sang (si miliaire)...

## ⇒ Analyses

- L'examen de base repose sur l'examen direct au microscope et la culture des prélèvements.
  - L'examen direct permet la mise en évidence des bacilles acido-alcool-résistants (BAAR), ainsi que leur quantification selon les critères OMS (permettant d'évaluer le degré de contagiosité du cas). Cet examen ne permet pas de différencier les mycobactéries du complexe *tuberculosis* des mycobactéries dites atypiques. La présence de BAAR à l'examen direct ne signe donc pas le diagnostic définitif de tuberculose.
  - La culture permet d'isoler la mycobactérie afin d'identifier l'espèce et réaliser un antibiogramme complet. C'est un examen très long en raison de la croissance extrêmement lente des mycobactéries (moyenne de 2-3 semaines pour les mycobactéries du complexe *tuberculosis*). Un résultat négatif ne pourra être rendu qu'au bout de 42 jours.
- La PCR effectuée sur le même prélèvement intervient désormais en complément. Cet examen rapide repose sur la détection de l'ADN des mycobactéries du complexe *tuberculosis*. Certaines techniques (comme le Genexpert®) permettent en plus de détecter la plupart des souches résistantes à la rifampicine (gène RpoB). La détection d'une telle souche doit impérativement faire suspecter une souche MDR/XDR. La PCR ne doit pas être réalisée en contexte de suivi de traitement car sa positivité peut persister pendant plusieurs mois, même en cas de guérison.
- Tests de sensibilité aux antituberculeux :
  - L'antibiogramme phénotypique n'est pas essentiel pour initier le traitement mais doit être réalisé sur tout nouveau cas de tuberculose. Il permet d'adapter *a posteriori* la prescription (délai d'environ 1 mois à compter de positivité de la culture).
  - En cas de détection d'une souche résistante à la rifampicine (par la technique Genexpert®) et sous

réserve que la quantité de BAAR soit suffisante, on peut réduire le délai de rendu de l'antibiogramme en demandant la réalisation d'un antibiogramme génotypique au Centre National de Référence des Mycobactéries.

### d. Examens anatomopathologiques

Un examen histo-pathologique est réalisé sur les prélèvements de localisations extra-pulmonaires.

### e. Examens immunologiques

Les tests IGRA (Interferon-Gamma Release Assays, TB-Quantiferon® actuellement disponible en Polynésie française) n'ont pas leur place dans le diagnostic des formes pulmonaires de la tuberculose maladie. Ils peuvent cependant apporter une aide au diagnostic des formes extra-pulmonaires de l'adulte ou de l'enfant de plus de 5 ans. Ces tests ne doivent pas être réalisés en cas d'antécédents connus de tuberculose car leur positivité peut persister pendant plusieurs dizaines d'années.

Dans la plupart des cas, c'est la convergence des examens cliniques et complémentaires qui permet de poser le diagnostic de tuberculose.

## 1.3) Déclaration obligatoire

Chaque cas de tuberculose maladie doit être signalé au Bureau de Veille Sanitaire par tout moyen approprié (téléphone, télécopie, ...) par les cliniciens ou biologistes dès la connaissance du diagnostic. Le formulaire de déclaration doit être ensuite complété et transmis au BVS par le médecin référent du patient ([fiche 1](#) page suivante).

### Encadré 3 : Définitions des résistances

#### Tuberculose multi-résistante (MDR)

Souche résistante à la rifampicine et à l'isoniazide.

#### Tuberculose ultra-résistante (XDR)

Résistance supplémentaire aux fluoroquinolones et à au moins un des 3 antituberculeux injectables de 2<sup>ème</sup> ligne : amikacine, capréomycine, kanamycine.



## 1.4) Traitement curatif

### a. Hospitalisation initiale

En raison des difficultés de diagnostic, de décision thérapeutique et d'évaluation du risque de contagiosité, il est recommandé d'hospitaliser initialement tous les patients tuberculeux, et systématiquement en cas de tuberculose respiratoire.

Cette hospitalisation permet :

- l'isolement du patient ;
- l'initiation du traitement ;
- le démarrage de l'enquête de dépistage avec la réalisation de l'entretien nécessaire à l'identification des contacts ;
- l'éducation thérapeutique ;
- l'organisation de la supervision du traitement.

Les patients à forte contagiosité (**tableau 7** page 18) et les cas graves doivent être hospitalisés pendant au moins 10 jours ; l'hospitalisation peut être prolongée jusqu'à 3 semaines.

Les sérologies VIH, hépatite B et hépatite C doivent être systématiquement proposées lors du bilan initial (recommandations françaises et OMS).

### b. Précautions lors de la prise en charge d'un cas de tuberculose respiratoire

Toute tuberculose respiratoire est contagieuse.

Pendant l'hospitalisation initiale, des précautions complémentaires de type Air doivent être appliquées. Elles doivent être mises en œuvre dès la suspicion clinique et seront maintenues pendant toute la période de contagiosité. Celle-ci a habituellement disparue après 2 à 3 semaines de traitement efficace.

#### ⇒ Principe des précautions complémentaires de type Air :

- hospitalisation en chambre seule ;
- porte de la chambre fermée en permanence ;
- affiche sur la porte annonçant "précautions complémentaires de type Air" ;
- limitation au maximum des déplacements du malade ;
- port d'un appareil de protection respiratoire ou masque de type FFP2 (à défaut FFP1) par toute personne (professionnel ou visiteur) entrant dans la chambre ; le masque doit être correctement appliqué avant l'entrée, être retiré après la sortie et jeté immédiatement. Une boîte de masques neufs et une poubelle seront placées à l'extérieur de la chambre, devant la porte.
- hygiène des mains avec une solution hydro-alcoolique après avoir retiré et jeté le masque ;
- port d'un masque chirurgical par le patient lors de ses déplacements à l'extérieur de la chambre ;
- aération de la chambre suffisante, avec un minimum de 6 renouvellements horaires pour les hôpitaux climatisés, sinon par ouverture fréquente de la fenêtre, porte fermée ;

- en cas de climatisation, s'assurer que l'air est évacué vers l'extérieur, sans recirculation dans les chambres ou les parties communes de l'établissement ;
- Chaque malade contagieux sera informé du risque de transmission et des précautions à respecter.

#### ⇒ Mesures de désinfection

Après la sortie d'un patient tuberculeux, un nettoyage désinfection habituel de la chambre et du mobilier seront effectués. En complément, la pièce sera aérée largement par ouverture des fenêtres pendant au moins 2h.

#### ⇒ En l'absence d'hospitalisation pendant au moins 10 jours

Des recommandations doivent être données : isolement à domicile en chambre seule jusqu'à 2 semaines après le début du traitement, aération, port de masque en cas de contact rapproché, pas de sortie du domicile et pas de visites.

### c. Principes du traitement médicamenteux

#### ⇒ Molécules disponibles et indications

L'initiation du traitement est confiée au spécialiste, et sa surveillance peut être assurée par le médecin du centre de santé ou le médecin traitant.

Le protocole de traitement standardisé recommandé pour les tuberculoses respiratoires sensibles est de 6 mois :

- phase initiale pendant 2 mois : quadrithérapie associant isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol. Une trithérapie (sans éthambutol) peut être proposée lorsque la surveillance ophtalmologique est impossible (île isolée), sous certaines conditions.
- phase de continuation pendant 4 mois : bithérapie associant isoniazide et rifampicine.

Les présentations et posologies médicamenteuses sont détaillées dans le **tableau 2** page suivante.

L'adjonction de vitamine B1 est recommandée pour prévenir les neuropathies liées à l'isoniazide et à l'éthambutol.

Le traitement est à prendre en une seule prise par jour, si possible le matin à jeun ou à distance d'un repas (1 heure d'intervalle).

En cas de grossesse, le même schéma thérapeutique est suivi. L'allaitement doit être discuté en phase de quadrithérapie mais peut être poursuivi en phase de bithérapie.

Les tuberculoses osseuses ou méningées peuvent nécessiter un traitement plus long. D'autres protocoles sont réservés à des situations particulières. Le schéma thérapeutique des tuberculoses multirésistantes est décidé en accord avec le CNR des mycobactéries.

#### ⇒ Surveillance

Une surveillance clinique et biologique du traitement, ainsi qu'un suivi radiologique post-thérapeutique doivent être réalisés, selon le calendrier présenté dans le **tableau 3** ci-dessous.

En cas l'absence d'amélioration clinique malgré une bonne observance du traitement, il est nécessaire de répéter la recherche de BK sur 3 expectorations

**Tableau 2 : Médicaments antituberculeux disponibles en Polynésie française**

SPECIALITE	MOLECULE	PRESENTATION	POSOLOGIE <sup>a</sup>
RIMIFON <sup>®</sup>	Isoniazide (H)	Cp à 50 et 150 mg	Adulte : 5 mg/kg/j (max 450 mg/j) Enfant ≥3mois <sup>b</sup> : 10 (10-15) mg/kg/j (max 300 mg/j)
RIMACTAN <sup>®</sup>	Rifampicine (R)	Gélules à 300 mg	Adulte : 10 mg/kg/j (max. 900 mg/j) Enfant ≥ 3 mois : 15 (10-20) mg/kg/j
RIFADINE <sup>®</sup>		Sirop à 2%, cuillère mesure à 50 ou 100 mg	
DEXAMBUTOL <sup>®</sup>	Éthambutol (E)	Comprimés à 500 mg	Adulte : 15 à 20 mg/kg/j Enfant ≥ 3 mois <sup>b</sup> : 20 (15-25) mg/kg/j
PIRILENE <sup>®</sup>	Pyrazinamide (Z)	Comprimés à 500 mg	Adulte : 20 à 40 mg/kg/j (max 2000 mg/j) Enfant ≥ 3 mois <sup>b</sup> : 35 (30-40) mg/kg/j
RIFATER <sup>®</sup>	Rifampicine (120 mg) Isoniazide (50 mg) Pyrazinamide (300 mg)	Comprimés enrobés	de 30 à 39 kg : 3 cp / j de 40 à 49 kg : 4 cp / j de 50 à 65 kg : 5 cp / j 65 kg et plus : 6 cp / j
RIFINAH <sup>®</sup>	Rifampicine (300 mg) Isoniazide (150 mg)	Comprimés enrobés	Réservé à l'adulte de plus de 50 kg : 50 à 79 kg : 2 cp / j 80 kg et plus : 3 cp / j

<sup>a</sup> Les doses les plus élevées sont recommandées pour le traitement des formes sévères de la maladie.

<sup>b</sup> Au regard de l'insuffisance de données, il n'existe pas de recommandations posologiques chez l'enfant < 3 mois.

**Tableau 3 : Surveillance des traitements antituberculeux**

	Quadrithérapie 2 mois et bithérapie 4 mois						Surveillance post-ttt		
	Initial	J 15	J30	M2	M4	M6	M9	M12	M18
Consultation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Radiographie pulmonaire	✓		✓	✓		✓	✓		✓
Bactériologie des expectorations (seulement si le patient tousse)	✓	✓ (si BK+ initial)		✓ (si BK+ initial)		✓ (si BK+ initial)			
NFS, plaquettes, créatininémie	✓	✓	✓	Si anomalie précédente					
Transaminases	✓	✓	✓	✓					
Uricémie, Natrémie	✓	✓	✓	✓					
Glycémie	✓								
Sérologies VIH, hépatites B et C	✓								
Examen ophtalmo (si ETH)	✓ (J7)		✓						

## ⇒ Effets secondaires

Le traitement antituberculeux peut entraîner des effets indésirables. Il convient d'en avertir le patient, afin d'éviter les arrêts non justifiés de traitement. Les principaux effets secondaires sont résumés dans le **tableau 4** ci-dessous.

La survenue d'un effet indésirable attribué au traitement antituberculeux doit faire l'objet d'un signalement :

- au CCSMIT s'il entraîne l'arrêt du traitement ;
- aux pharmaciens de l'ARASS en cas d'effet secondaire grave ou non décrit dans la littérature.

**Tableau 4 : Effets secondaires des traitements antituberculeux**

Médicament	Effets secondaires	Conduite à tenir
Isoniazide	⇒ Neuropathie périphérique favorisée par alcoolisme chronique, dénutrition, diabète	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prévention par association systématique de vitamine B1 au traitement antituberculeux</li> <li>- neuropathie débutante : poursuite du traitement antituberculeux, ↗ vitamine B1 + dosage plasmatique d'isoniazide</li> <li>- neuropathie persistante : avis spécialisé, EMG, arrêt de l'isoniazide à discuter.</li> </ul>
	⇒ Capsulite rétractile de l'épaule favorisée par âge, alcoolisme chronique, prise de barbituriques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AINS, infiltrations</li> </ul>
Rifampicine	⇒ Induction enzymatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vérification des traitements en cours et adaptation de leurs posologies si besoin</li> </ul>
	⇒ Thrombocytopénies	<ul style="list-style-type: none"> <li>- arrêt définitif de la Rifampicine</li> </ul>
	⇒ Cholestase, ictère	<ul style="list-style-type: none"> <li>- surveillance biologique</li> <li>- si persistance ou aggravation : avis spécialisé</li> </ul>
	⇒ Immunoallergie symptômes d'allergie dans les heures qui suivent la prise, pouvant aller jusqu'au choc anaphylactique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avis spécialisé</li> <li>- arrêt définitif de la Rifampicine.</li> </ul>
	⇒ Coloration rouge orangée des sécrétions (larmes, urines, ...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pas de modification du traitement</li> <li>- avertissement des porteurs de lentilles hydrophiles du risque de coloration définitive des lentilles cornéennes</li> </ul>
Ethambutol	⇒ Nausées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prise du traitement 2h après le petit déjeuner</li> <li>- prescription d'un antiémétique</li> </ul>
	⇒ Névrite optique favorisée par la prise associée d'isoniazide	<ul style="list-style-type: none"> <li>- surveillance +++ des patients avec antécédents de pathologie ophtalmologique, alcool-tabagiques, diabétiques</li> <li>- prévention par association systématique de vitamine B1 au traitement antituberculeux</li> <li>- névrite débutante : poursuite du traitement antituberculeux, ↗ vit B1 + dosage plasmatique d'isoniazide</li> <li>- névrite persistante : avis spécialisé, arrêt de l'éthambutol (ou de l'isoniazide) à discuter</li> </ul>
Pyrazinamide	⇒ Hyperuricémie isolée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pas de modification du traitement, bon indicateur de l'observance</li> </ul>
	⇒ Arthralgies (épaules, genoux, doigts)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aspirine, AINS, antalgiques, probenecide (Bénévide®)</li> <li>- régime pauvre en purines : éviter poissons séchés, produits fermentés (fafaru), abats, sauce soja, lentilles, fafa, alcool</li> <li>- si persistance, avis spécialisé, arrêt du Pyrazinamide</li> </ul>
Isoniazide Pyrazinamide (Rifampicine)	⇒ Cytolyse hépatique (Cf. encadré 4 page suivante)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N &lt; TGO/TGP &lt; 2N : surveillance accrue (2 fois/sem.), traitement inchangé</li> <li>- 2N &lt; TGO/TGP ≤ 5N : arrêt du pyrazinamide + surveillance 3 fois/sem. + TP TCA puis reprise du traitement après normalisation avec contrôles rapprochés</li> <li>- TGO/TGP &gt; 5N : stop traitement, avis spécialisé</li> </ul>

#### Encadré 4 : Surveillance hépatique des traitements antituberculeux

L'*isoniazide* et le *pyrazinamide* sont hépatotoxiques. La *rifampicine*, qui est inducteur enzymatique, peut aggraver cette toxicité. Il est donc essentiel de sensibiliser les patients à l'apparition de signes cliniques évocateurs d'insuffisance hépatocellulaire (nausées, vomissements, douleurs abdominales, asthénie...) afin de les inciter à consulter rapidement.

L'hépatite médicamenteuse est rare, mais potentiellement mortelle. Le *pyrazinamide* peut représenter un facteur de surmortalité en cas d'hépatite fulminante. Son utilisation est contre-indiquée chez les insuffisants hépatiques. Les hépatites se déclarent le plus souvent dans les 2 premiers mois de traitement. Les facteurs de risque de survenue sont l'âge, l'éthylisme ou un bilan hépatique antérieurement perturbé.

En début de traitement, on observe fréquemment une cytolysé hépatique modérée. Il convient alors de vérifier les posologies des différents médicaments (notamment celle du *pyrazinamide*) et de poursuivre la surveillance clinique et biologique. Une augmentation du taux de transaminases entre 3 et 5 fois la valeur normale nécessite un arrêt du *pyrazinamide*. Une augmentation du taux de transaminases à 6 fois la valeur normale impose un arrêt immédiat du traitement et un avis spécialisé.

#### d. Supervision du traitement

##### ⇒ Risques de non observance

L'évolution de la tuberculose traitée permet de comprendre les risques de non-observance :

- le malade devient rapidement asymptomatique sous l'effet bénéfique du traitement ;
- le traitement est long ;
- les effets indésirables ne sont pas rares.

##### ⇒ Supervision par prise observée directe

- Elle a pour objectifs :
  - d'obtenir une guérison rapide pour supprimer les risques de contagion ;
  - de réduire les risques de rechute ultérieure de la maladie ;
  - d'empêcher l'apparition de souches de BK résistantes aux antibiotiques.

- Le clinicien détermine avec le patient la personne qui sera chargée de l'accompagner dans la prise de son traitement. Cela peut être un membre de l'entourage familial ou professionnel ou une infirmière à domicile (prescription pendant l'hospitalisation et à renouveler tous les 15 jours). Son identité sera notée dans le carnet de suivi du traitement.
- En pratique, un superviseur encourage et accompagne le patient, et le regarde quotidiennement avaler ses médicaments pour s'assurer que le bon médicament est pris à la bonne dose, au bon moment, pendant toute la durée prescrite.
- La supervision commence dès le séjour hospitalier initial, où le traitement doit être avalé en présence d'un personnel soignant.
- Un carnet de suivi de traitement (carnet bleu) est transmis par le BVS au médecin traitant. Le carnet comporte un rappel des principes du traitement et de sa surveillance, et des feuilles de suivi de traitement à remplir quotidiennement par le superviseur direct.



- La recherche de la coloration rouge orangée des urines (*rifampicine*) et de l'élévation de l'acide urique sérique (*pyrazinamide*) sont des éléments indirects de la surveillance de la prise médicamenteuse.
- La fiche de déclaration de fin de traitement\_située dans le carnet bleu doit être signée par le médecin traitant et transmise sous pli confidentiel au BVS.

## ⇒ Refus ou rupture de traitement

La conduite à tenir en cas de rupture d'observance du traitement antituberculeux, est décrite dans l'**encadré 5** ci-dessous.

Par ailleurs, tout refus de prise en charge de la part des représentants légaux d'un enfant atteint de tuberculose doit faire l'objet d'un signalement au Procureur de la République.

### Encadré 5 : Conduite à tenir en cas de rupture d'observance

1. Prévenir le BVS de toute rupture de traitement, et de tout changement de résidence.
2. Gérer le traitement médicamenteux.  
Demander un avis spécialisé en cas de doute.
3. Demander l'appui des autorités locales (service social, mairie, autorités religieuses...) si besoin. Les mesures coercitives (placement d'un enfant par exemple) sont rarement nécessaires et ne sont pas souhaitables.
4. Garder le contact avec le patient et son entourage en cas de refus total du traitement, le pire dans cette situation étant la disparition du patient. Surveiller régulièrement une reprise évolutive ou l'apparition d'un cas secondaire.

#### Interruption pendant la phase initiale (2 mois)

≥ 2 semaines	Recommencer le traitement depuis le début
< 2 semaines	Poursuivre le traitement jusqu'à l'obtention des 2 mois de traitement requis

#### Interruption pendant la phase de continuation (4 mois)

arrêt > 3 mois	Recommencer le traitement depuis le début de la phase de continuation
arrêt < 3 mois avec <80% de la dose totale reçue*	Reprendre le traitement jusqu'à ce que la totalité des doses requises ait été prises
≥ 80% de la dose totale déjà reçue*	Ne pas prolonger le traitement

\*Pourcentage de la dose totale reçue  
= nombre de jours de traitement reçu X 100 / 120

## 1.5) Prise en charge financière de la tuberculose maladie

⇒ La tuberculose maladie est une affection longue durée prise en charge à 100% par la CPS. La déclaration d'affection longue durée (ALD) doit mentionner la date de début des signes. La prise en charge du diagnostic et du traitement de la maladie est rétroactive à partir de cette date.

⇒ Les médicaments sont délivrés gratuitement. Ils peuvent être obtenus au CCSMIT, dans les centres de santé ou en officine sur ordonnance bizone ALD.

## II. DÉPISTAGE DES SUJETS CONTACT

### 2.1) Cadre général de l'enquête

#### a. Objectifs du dépistage

⇒ Les personnes de l'entourage proche des malades atteints de tuberculose pulmonaire sont les plus exposées au risque de contamination. **L'infection tuberculeuse latente (ITL)** résulte de la contamination sans développement clinique de la maladie. Elle est caractérisée par une réponse immunitaire aux antigènes de *Mycobacterium tuberculosis* acquis antérieurement. Sans traitement, elle évolue vers la **tuberculose maladie** dans 10% des cas. L'évolution vers la tuberculose maladie :

- peut se faire tout au long de la vie mais est plus fréquente dans les 2 ans après le contact
- est plus fréquente chez les enfants ≤ 5 ans et les immunodéprimés.

Le traitement de l'ITL (chimio prophylaxie) permet d'éviter la progression vers la tuberculose maladie dans 60 à 90% des cas, mais la balance bénéfices-risques doit être évaluée du fait des effets indésirables.

⇒ Ces éléments justifient les enquêtes de dépistage dont **les objectifs** sont les suivants :

- identifier les personnes contaminées :
  - . qui ont évolué vers la tuberculose maladie
  - . qui sont encore au stade d'ITL
- identifier le contaminateur potentiel (cas source), en particulier autour d'un cas de moins de 15 ans
- traiter préventivement les sujets à risque, en particulier les enfants ≤ 5 ans et les immunodéprimés.

#### b. Les acteurs de l'enquête

⇒ **L'enquête peut être confiée à différentes structures** suivant la population exposée :

- en milieu professionnel : la médecine du travail en milieu professionnel
- en milieu scolaire : la santé scolaire dans les îles médicalisées (le CSHSS sur la zone urbaine de Tahiti)
- en collectivité d'âge pré-scolaire (crèches et garderies) : la protection infantile (le CCSPMI sur Tahiti Nui)
- dans tous les autres cas : les Centres de santé de la Direction de la santé.

⇒ **L'enquête est supervisée par un médecin** et effectuée avec les professionnels de santé des structures ci-dessus. La répartition des rôles entre infirmier(e)s et médecin(s) au sein de ces structures est proposée **tableau 5** page suivante.

⇒ **En cas de difficulté technique ou décisionnelle**, le médecin superviseur de l'enquête peut contacter un référent par téléphone ou email (**tableau 1** page 5).

⇒ **En cas d'enquête complexe ou impliquant de nombreux sujets contact**, le BVS participe à sa réalisation et/ou coordonne avec la Direction de la santé la mise à disposition de personnel supplémentaire.

#### c. Les grandes étapes de l'enquête

1. **Etablir la liste des sujets contact** selon les critères du paragraphe 2.2) et du **tableau 7** page 18.
2. **Informers les sujets contact** : signes précoces de la tuberculose, évolution possible, vigilance.
3. **Rechercher une tuberculose maladie sans délai**
  - Interrogatoire (**fiche 2** page 20) +/- examen clinique + radiographie pulmonaire  
→ confirmation diagnostique et traitement.
4. **Rechercher une infection tuberculeuse latente**
  - > 5ans immunocompétents : à 8 semaines
  - ≤ 5 ans ou immunodéprimés : sans délai + contrôle 3 mois après le dernier contact avec le cas index  
→ traitement si positif ou ≤ 5 ans en tenant compte de la balance bénéfices-risques.
5. **Renvoyer le dossier d'enquête finalisé au BVS.**

Les étapes de recherche de la TM et de l'ITL sont synthétisées **tableau 6** page suivante, puis détaillées dans le paragraphe 2.4).

Tableau 5 : Répartition des rôles au cours des enquêtes de dépistage dans les structures de santé

IDE	Médecin
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complète si besoin la liste des sujets contact</li> <li>• Réalise l'interrogatoire à l'aide de la fiche sujet contact (<b>fiche 2</b> page 19)</li> <li>• Effectue le prélèvement sanguin pour test IGRA (si l'organisation de l'enquête ne prévoit pas que le patient se déplace au laboratoire)</li> <li>• Effectue et lit l'IDR le cas échéant</li> <li>• Réfère au médecin en cas de difficulté de réalisation d'un dépistage</li> <li>• Récupère et transmet l'ensemble des résultats au médecin</li> <li>• Renvoie l'ensemble du dossier au BVS une fois l'enquête terminée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervise l'ensemble de l'enquête</li> <li>• Prescrit la radiographie et le test immunologique en y joignant le bon Quantiféron® le cas échéant (<b>encadré 6</b> page 22)</li> <li>• Réalise un examen clinique au moindre doute et notamment pour les contacts présentant une anomalie :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– à l'interrogatoire (antécédent ou facteur de vulnérabilité ou signe clinique)</li> <li>– à la radiographie</li> <li>– au test immunologique (IGRA ou IDR)</li> </ul> </li> <li>• Réceptionne et fait la synthèse de l'ensemble des examens cliniques, radiologiques et biologiques</li> <li>• Prescrit le traitement de l'ITL, assure la surveillance clinique et biologique</li> <li>• Informe les autres services en charge du suivi de l'enfant (Protection infantile ou Santé scolaire)</li> </ul>

Tableau 6 : Synthèse des étapes de dépistage selon le type de contact (cf. paragraphe 2.4)

		> 5 ans immunocompétent	≤ 5 ans	Immunodéprimé
<b>Recherche d'une TM</b>	<b>Quand ?</b>	Sans délai	Sans délai, dans les 2 semaines suivant la DO*	
	<b>Interrogatoire</b>	Oui	Oui	Oui
	<b>Examen clinique</b>	+/-	Oui	Oui
	<b>Radiographie pulmonaire</b>	Oui	Oui	Oui
<b>Recherche d'une ITL</b>	<b>Quand ?</b>	8 semaines après le dernier contact	Sans délai puis 3 mois après le dernier contact	
	<b>Test immunologique</b>	IGRA de préférence	IDR	IGRA de préférence
	<b>Traitement</b>	Si ITL et selon balance bénéfices-risques	Systématique	Si ITL

\*DO : déclaration obligatoire

## 2.2) Sélection des contacts à dépister

- ⇒ **Un sujet contact est défini** par la présence simultanée du cas index et du sujet contact dans une même pièce ou une "exposition" au cas index dans une "bulle" de 2 mètres de diamètre en milieu extérieur.
- ⇒ **La période de recherche des sujets contact** doit remonter à 3 mois avant le diagnostic, voire avant en cas de signes respiratoires plus anciens.
- ⇒ **Pour identifier les sujets contact à dépister en priorité (premier cercle)**, 3 paramètres sont à

prendre en compte, décrits dans la grille de score présentée **tableau 7** page suivante :

- la contagiosité du cas index
  - les caractéristiques des sujets contact (facteurs de vulnérabilité)
  - les caractéristiques de l'exposition (confinement, proximité, durée).
- ⇒ **L'extension de l'enquête à un deuxième cercle** (contacts non prioritaires et donc non dépistés d'emblée) est faite si parmi les sujets contact dépistés sont diagnostiqués plus de 1 % de cas de tuberculose maladie et/ou plus de 30% d'ITL.

Tableau 7 : Score d'identification des sujets contact à dépister

Cas index à forte contagiosité : Examen Direct positif ou toux ou caverne à la RP ou localisation laryngée			Cas index à contagiosité modérée ou faible : Examen Direct négatif ni toux ni caverne à la RP ni localisation laryngée		
	OUI (1 point)	NON (0 point)		OUI (1 point)	NON (0 point)
Partage le domicile du cas index	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Partage le domicile du cas index	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facteur de vulnérabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facteur de vulnérabilité * selon appréciation médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Durée d'exposition cumulée ≥8h - avec proximité < 2 mètres - ou dans une pièce fermée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durée d'exposition cumulée ≥40h - avec proximité < 2 mètres - ou dans une pièce fermée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>		
<b>point(s)</b>			<b>point(s)</b>		

\* Facteurs de vulnérabilité :

- enfants ≤ 5 ans ;
- immunodéficience (VIH, insuffisance rénale chronique et hémodialyse, traitement immunosuppresseur, traitement par anti-TNF alpha, corticothérapie, cancers) ;
- certaines chirurgies (bariatrique, gastrectomie, anastomose ileo-jéjunale), malnutrition ;
- diabète non équilibré ;
- toxicomanie, alcoolisme, tabac.

### 2.3) L'enquête sur le terrain

#### a. Visite initiale du cas index

Elle est réalisée à l'hôpital (ou en consultation si patient ambulatoire), le plus rapidement possible, idéalement dans les trois jours ouvrés suivant le signalement. Le personnel enquêteur est un infirmier ou un médecin formé à l'enquête, du Bureau de veille sanitaire (BVS) sur Tahiti Nui, ou de la Cellule de promotion de la santé dans les autres formations sanitaires.

Les objectifs sont :

- informer le patient sur la maladie et l'enquête de dépistage ;
- obtenir l'accord éclairé du patient pour l'identification des sujets contact ;
- définir le caractère contagieux ou non du cas index ;
- définir la stratégie générale de l'enquête : recherche d'un contaminateur, recherche de cas secondaires ;
- dresser une première liste des sujets contact : personnes vivant dans le même foyer et autres contacts étroits en dehors du foyer (travail, école, loisirs, ..).

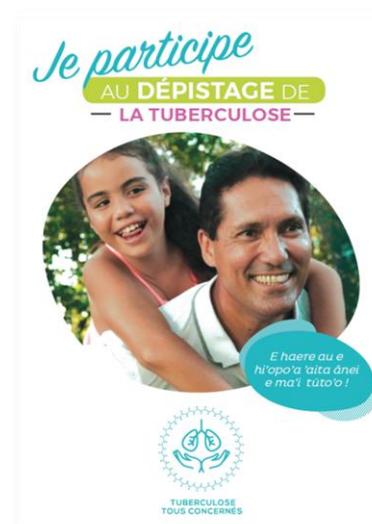
Le classeur d'investigation autour d'un cas, mentionnant la liste initiale des sujets contacts, est adressé par le BVS au Centre de santé sur Tahiti Nui ou à la cellule de promotion de la santé dans le cas des autres subdivisions. Cette dernière organise l'enquête avec le personnel du Centre de santé du lieu d'habitation du cas index.

#### b. Visite à domicile et rencontre de la famille du cas index

Elle est réalisée par la Cellule de promotion de la santé ou le Centre de santé.

Les objectifs de cette visite sont de :

- visiter le domicile du cas index et son voisinage proche pour évaluer les conditions de vie, de promiscuité, et donc le risque de contamination ;
- compléter au besoin la liste des sujets contact ;
- rencontrer la famille du cas index : informer sur la maladie, le but de l'enquête et son déroulement en remettant la **brochure « Je participe au dépistage de la tuberculose »** ci-après, répondre aux questions éventuelles, lever les inquiétudes et les a priori, installer un climat de confiance indispensable pour obtenir l'adhésion de la famille ;
- fixer les rendez-vous pour le dépistage des sujets contact.



### c. Refus de dépistage

Il est primordial d'assurer un dépistage complet de l'ensemble des sujets contact identifiés. Après trois échecs de prise de rendez-vous ou relances téléphoniques, une visite à domicile est organisée dans la mesure du possible. Un travailleur social, une infirmière du BVS ou un personnel de la commune peuvent être associés à cette visite. En cas de refus persistant ou d'impossibilité de réaliser le dépistage, cette information est notifiée dans le classeur d'investigation, sur la fiche sujet contact, avec les dates de rendez-vous ou relances téléphoniques, et la date de visite à domicile.

En complément :

- dans le cas d'un adulte, un courrier est transmis au sujet contact (voir **encadré 6** page suivante, exemple de courrier).
- Dans le cas d'un enfant (refus de la famille, non présentations successives), une information préoccupante doit être transmise à l'autorité judiciaire.

#### Encadré 6 : Exemple de courrier de relance des sujets contacts non venus



**DIRECTION DE LA SANTE**

*Dr ..... A..... le .. / .. / ...*

*Formations Sanitaires de .....*

*Dispensaire de .....*

*Tél : .....*

*Madame, Monsieur,*

*Vous auriez dû bénéficier d'un dépistage de la tuberculose suite au diagnostic d'un cas de tuberculose maladie dans votre entourage. Or, malgré plusieurs relances de notre part, ce dépistage n'a pu être effectué. Nous allons classer le dossier et nous vous informons que nous restons disposés à vous recevoir, sur rendez-vous, si vous le souhaitez.*

*Vous pouvez également vous tourner vers votre médecin traitant en lui signalant bien le motif de consultation : enquête suite à un contact récent avec une personne atteinte de tuberculose.*

*Quelle que soit votre décision, nous vous conseillons une vigilance dans les années à venir.*

*Les signes suivant doivent vous faire penser à une maladie tuberculeuse :*

- *toux durant plus de 3 semaines*
- *fatigue, amaigrissement*
- *fièvre le soir, sueurs la nuit.*

*Si vous constatez un ou plusieurs de ces signes, consultez rapidement votre médecin traitant ou le médecin du dispensaire en lui signalant bien que vous avez été en contact avec une personne atteinte de tuberculose.*

*En vous remerciant.*

**L'équipe du dispensaire**

## TUBERCULOSE : FICHE SUJET CONTACT

Date de début de l'enquête :

Centre responsable de l'enquête :

N° de dossier du cas index :

N° d'ordre du sujet :

DN :

Nom :

Prénom :

Nom JF :

DDN : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Age :

Sexe :  féminin  masculin

Lieu N :

Ile de résidence :

Adresse lieu de vie :

Tél. maison :

Portable :

Profession ou activité :

Lieu de travail ou école :

Tél. travail :

## Interrogatoire

## Exposition

Lien avec le malade :  famille  ami(e)  travail  école  autre

Si famille, lien de parenté : .....

Date du dernier contact : \_\_\_ / \_\_\_

Cas index à forte contagiosité ED+ <u>ou</u> toux <u>ou</u> caverne à la RP <u>ou</u> localisation laryngée	OUI (1)	NON (0)	Cas index à contagiosité modérée ou faible ED- <u>ni</u> toux <u>ni</u> caverne à la RP <u>ni</u> localisation laryngée	OUI (1)	NON (0)
Partage le domicile du cas index	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Partage le domicile du cas index	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facteur de vulnérabilité*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facteur de vulnérabilité* selon appréciation médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durée cumulée ≥ 8 h avec proximité < 2 mètres ou dans une pièce fermée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durée cumulée ≥ 40 h avec proximité < 2 mètres ou dans une pièce fermée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* enfant ≤ 5ans, immunodéficience (VIH, insuffisance rénale chronique, hémodialyse, ttt immunosuppresseur, anti-TNF α, corticothérapie, cancers) ; certaines chirurgies (bariatrique, gastrectomie, anastomose ileo-jéjunale) ; malnutrition ; diabète non équilibré ; toxicomanie ; alcoolisme ; tabac

Indication de dépistage :

 contact prioritaire (score ≥ 1) non

## Antécédents tuberculeux et tuberculiques

Antécédents de tuberculose

 oui, personnel oui, familial non

Traitement antituberculeux curatif

 oui année : \_\_\_\_\_ non

Chimioprophylaxie antituberculeuse

 oui année : \_\_\_\_\_ non

Vaccination BCG

 oui année : \_\_\_\_\_ non

Cicatrice BCG

 oui non

Antécédent d'IDR

 oui année : \_\_\_\_\_ résultat : \_\_\_ mm non

## Symptômes

 fièvre sueurs nocturnes amaigrissement asthénie hémoptysies toux

ancienneté de la toux : .....

## Terrain

 grossesse maladie pulmonaire tabagisme immunodépression  
dont diabète autre : .....

Poids : .....kg

**Quantiféron®**

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

Résultat :  positif  négatif

ou IDR (si enfant < 5 ans ou Quantiféron® non réalisable)

Faite le : \_\_ / \_\_ / \_\_

Lecture le : \_\_ / \_\_ / \_\_

Résultat : \_\_ mm

Test immunologique de 1<sup>ère</sup> intention

**Contrôle de l'IDR (enfant < 5 ans)**

Faite le : \_\_ / \_\_ / \_\_

Lecture le : \_\_ / \_\_ / \_\_

Résultat : \_\_ mm

**Virage de l'IDR**

IDR N° 2 – IDR N° 1 = \_\_ mm

différence < 10 mm ⇒ arrêt du suivi

différence ≥ 10 mm ⇒ ITL

**Contrôle du Quantiféron® (sujet immunodéprimé)**

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

Résultat :  positif  négatif

Contrôle immunologique à 3 mois si nécessaire

**Examen médical**

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

Nom du médecin :

Observations :

Clinique

**Radio pulmonaire**

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

Cardella  CHPf  autre : .....

Résultats :

**Examens complémentaires**

Scanner :

Autres :

Examens paracliniques

**Commentaires**

**Décision finale**

Arrêt du suivi

Vigilance pendant 2 ans

Chimio prophylaxie

Traitement antituberculeux

## 2.4) Algorithmes de dépistage

### a. Sujets contact > 5 ans, immunocompétents (dont femmes enceintes)

⇒ La **recherche de tuberculose maladie** s'effectue le plus rapidement possible après le diagnostic du cas index et l'identification des sujets contact à dépister.

⇒ En l'absence d'arguments initiaux pour une tuberculose maladie, la **recherche d'infection tuberculeuse latente** sera réalisée par un test immunologique (IGRA de préférence, sinon IDR) à 8 semaines du dernier contact potentiellement contagieux. Les conditions de réalisation et de conservation du test Quantiféron® sont décrites dans l'**encadré 7** page suivante ; le bon de

prescription du test Quantiféron® doit être joint à la prescription (**encadré 8** page suivante). Le dernier contact correspond à la dernière fois où le sujet a été exposé au cas index alors que le diagnostic de tuberculose n'avait pas encore été établi (absence de précautions complémentaires).

⇒ **NB :** lorsque les investigations ne visent qu'à rechercher le cas source (recherche d'un contamineur) autour d'un cas de tuberculose non contagieuse chez un enfant de moins de 15 ans, la consultation médicale et une radiographie pulmonaire suffisent.

#### ⇒ SANS DÉLAI :

éliminer d'une tuberculose maladie

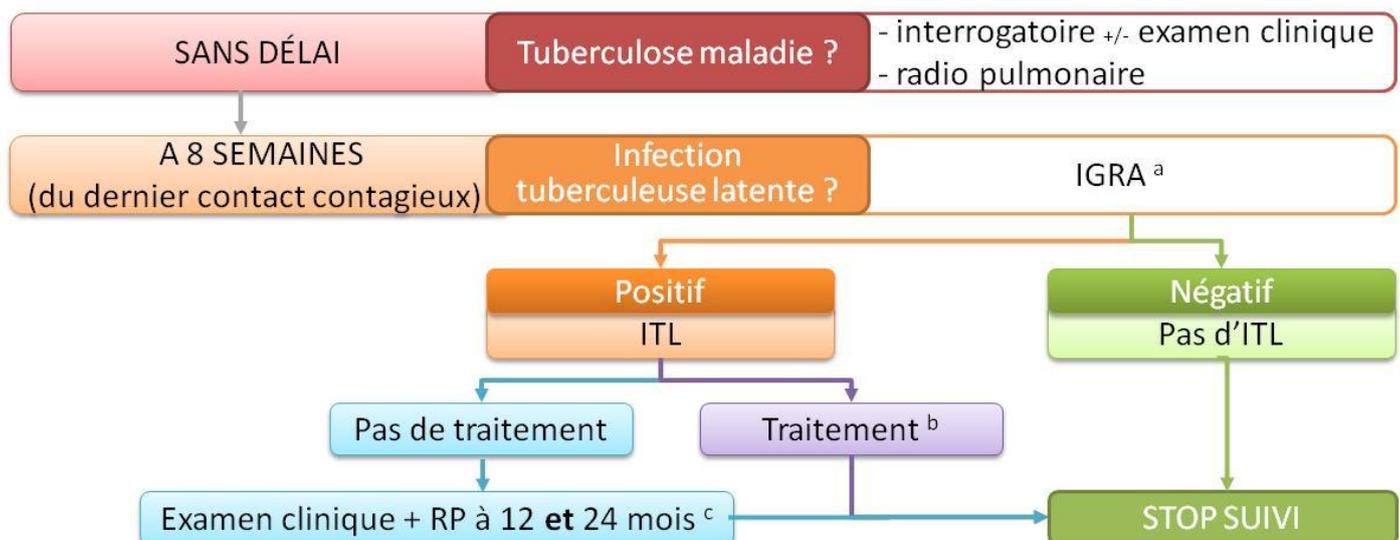
- **Interrogatoire** pour rechercher :
  - les caractéristiques de l'exposition afin de confirmer le risque
  - les facteurs de vulnérabilité
  - les antécédents personnels et familiaux d'ITL ou de TM
  - des signes cliniques évocateurs de tuberculose maladie
- **Examen clinique** au moindre doute
- **Radio pulmonaire** de face systématique

#### ⇒ A 8 SEMAINES :

recherche d'infection tuberculeuse latente

- **Test immunologique**
  - IGRA en 1<sup>ère</sup> intention
  - IDR si difficulté de réalisation (ex : incompatibilité de transport dans une île isolée) ou antécédent d'ITL avec ancienne valeur d>IDR connue. Une ITL diagnostiquée par IDR peut être confirmée par un test IGRA avant traitement.
- Traitement de l'ITL à discuter si positif (cf. indications et modalités § 2.5).

Figure 1 : Algorithme de dépistage des sujets contact > 5 ans, immunocompétents



<sup>a</sup> IDR si difficulté de réalisation ou antécédent d'ITL avec ancienne valeur d>IDR connue.

<sup>b</sup> selon l'évaluation de la balance bénéfices-risques ( Cf. paragraphe 2.5).

<sup>c</sup> voire tous les 6 mois selon appréciation du médecin, notamment en présence de facteur(s) de vulnérabilité

## Encadré 5 : Modalités de réalisation et d'envoi du test Quantiféron®

### 1) Délai de réalisation

En cas de réalisation d'une IDR au préalable, réaliser le Quantiféron® le jour de la lecture de l'IDR ou 28 jours après l'IDR pour limiter le risque de faux positif.

### 2) Tubes

- Deux tubes avec héparine de lithium (HL, bouchon vert) sont nécessaires à la réalisation de l'analyse.

### 3) Prélèvement et conservation

- Etiqueter les tubes ;
- Recueillir du sang veineux jusqu'au trait noir indiqué sur les 2 tubes HL (2 x 4mL) ; si une aiguille papillon est utilisée, un tube de purge doit être utilisé pour remplir la tubulure.
- Homogénéiser par retournement (5 à 7 fois) ;
- Mettre au frais à +2°C / +8°C le plus rapidement possible (délai maximum : 3 heures).

### 4) Transport

- Joindre au prélèvement le bon de renseignement rempli et signé. Les renseignements sur l'heure de prélèvement et les conditions de conservation et transport sont OBLIGATOIRES : leur absence entraînera une non-conformité (encadré 6).
- Transférer les tubes à +2°C/+8°C dans les 48h maximum au laboratoire du CHPf ou à l'Institut Louis Malardé : les tubes doivent arriver avant 14h30 un jour ouvré.

## Encadré 6 : Bon de prescription du test Quantiféron®

### Test QUANTIFERON®

Détection in vitro de la production de l'interféron  
après stimulation par des antigènes spécifiques de MTB

Cette fiche est à joindre obligatoirement à toute prescription médicale d'un test Quantiféron®.

Patient (à compléter ou coller une étiquette)

Prescripteur (nom et signature)

Nom :

Prénom :

Nom marital :

Date naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Contexte clinique (cocher) :

Enquête autour d'un cas index

Avant mise sous traitement anti-TNF

Enfants <15 ans

Patient VIH, bilan initial

Personnel professionnellement exposé, à l'embauche

Autre, préciser :

Date de la dernière IDR si < 3 mois : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date et heure de prélèvement

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_

Nombre de tubes prélevés

\_\_\_ (attendu : 2 tubes HL)

Conditions de transport (température) :

Nombre de tubes reçus

\_\_\_ (attendu : 2 tubes HL)

Date et heure de réception au laboratoire

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_

Date et heure de mise en incubation

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_

Le prélèvement peut être effectué :

- dans une structure de santé en respectant les modalités de l'encadré 5
- au laboratoire du Centre Hospitalier de la Polynésie française : sans rendez-vous du lundi au jeudi de 7h30 à 14h30 (sauf veille de jour férié), uniquement sur rendez-vous le vendredi (40 48 59 56)
- à l'Institut Louis Malardé : sans rendez-vous du lundi au jeudi de 6h30 à 13h (sauf veille de jour férié), possibilité de prendre rendez vous (40 41 64 56 / 81 / 12).

## b. Sujets contact $\leq$ 5 ans ou immunodéprimés

Compte tenu de l'importance du risque de tuberculose maladie dans cette population, le dépistage doit être initié très rapidement, idéalement dans les deux semaines suivant le diagnostic du cas index.

En l'absence d'arguments initiaux pour une TM ou une ITL chez le sujet contact, un contrôle sera réalisé 3 mois après la dernière exposition à risque. Cela correspond à la dernière fois où le sujet contact a été exposé au cas index alors que le diagnostic de tuberculose n'avait pas encore été établi, autrement

### ⇒ SANS DÉLAI :

recherche d'une tuberculose maladie  
ET d'une infection tuberculeuse latente

- **Interrogatoire** pour rechercher :
  - les caractéristiques de l'exposition afin de confirmer le risque
  - les facteurs de vulnérabilité
  - antécédents pers. et familiaux de TM/ITL
  - des signes cliniques évocateurs de TM
- **Examen clinique** systématique à la recherche d'une TM
- **Radio pulmonaire** de face systématique
- **1<sup>er</sup> test immunologique**
  - enfant  $\leq$  5 ans : IDR (**encadré 9** ci-dessous)
  - sujet immunodéprimé : IGRA (IDR si difficulté de réalisation)

→ Si test positif : chimioprophylaxie pour une durée de 3 mois (*cf.* § 2.5)

→ Si test négatif chez les  $\leq$  5 ans : chimioprophylaxie jusqu'au contrôle immunologique. En collectivité, l'indication d'une chimiothérapie systématique sera soumise à un avis d'expert (CCSMIT ou service de pédiatrie).

dit, aucune précaution complémentaire ou mesure d'isolement n'avait été mise en place.

Si, au moment du bilan initial, 3 mois se sont écoulés depuis la dernière exposition à risque, il n'est pas nécessaire d'effectuer un contrôle ni d'initier de chimioprophylaxie systématique. La chimioprophylaxie ne sera prescrite qu'en cas d'ITL avérée (IDR  $\geq$  15 mm).

### ⇒ 3 MOIS APRÈS LE DERNIER CONTACT : contrôle clinique et immunologique

- **Interrogatoire**
- **Examen clinique** à la recherche d'une TM
- **2<sup>nd</sup> test immunologique**
  - enfant  $\leq$  5 ans : IDR
  - sujet immunodéprimé : IGRA (IDR si difficulté de réalisation)

→ Si test négatif : arrêt de la chimioprophylaxie des  $\leq$  5 ans

→ Si test positif : poursuite ou initiation de la chimioprophylaxie jusqu'à atteindre 3 mois de traitement au total (*cf.* § 2.5).

### Encadré 9 : Technique de l'IDR (intradermo-réaction)

⇒ 1 dose de Tubertest permet d'effectuer 10 IDR à 5 UI

⇒ Injection :

- 0,1 mL de tuberculine
- face interne du tiers moyen de l'avant bras gauche

⇒ Réalisation :

- Désinfecter et laisser sécher la peau
- Bien tendre la peau avant de piquer, biseau vers le haut, en respectant un angle de 15°
- Injecter lentement la tuberculine : petite résistance et apparition d'une peau d'orange
- Attendre 2 à 3 secondes avant de retirer l'aiguille
- Laisser à l'air et ne pas marquer au crayon
- Conseils à délivrer après le geste : ne pas gratter, lavage possible

⇒ Lecture : mesure de l'induration (au toucher) et non de la rougeur

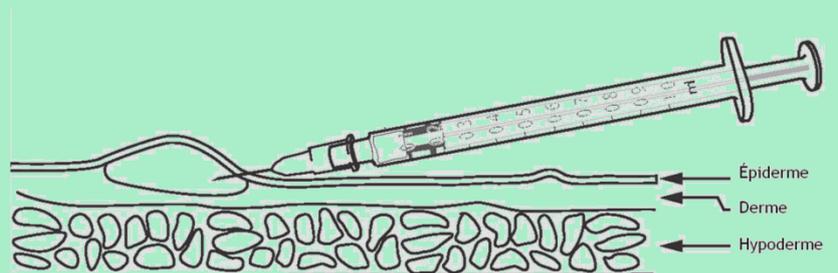
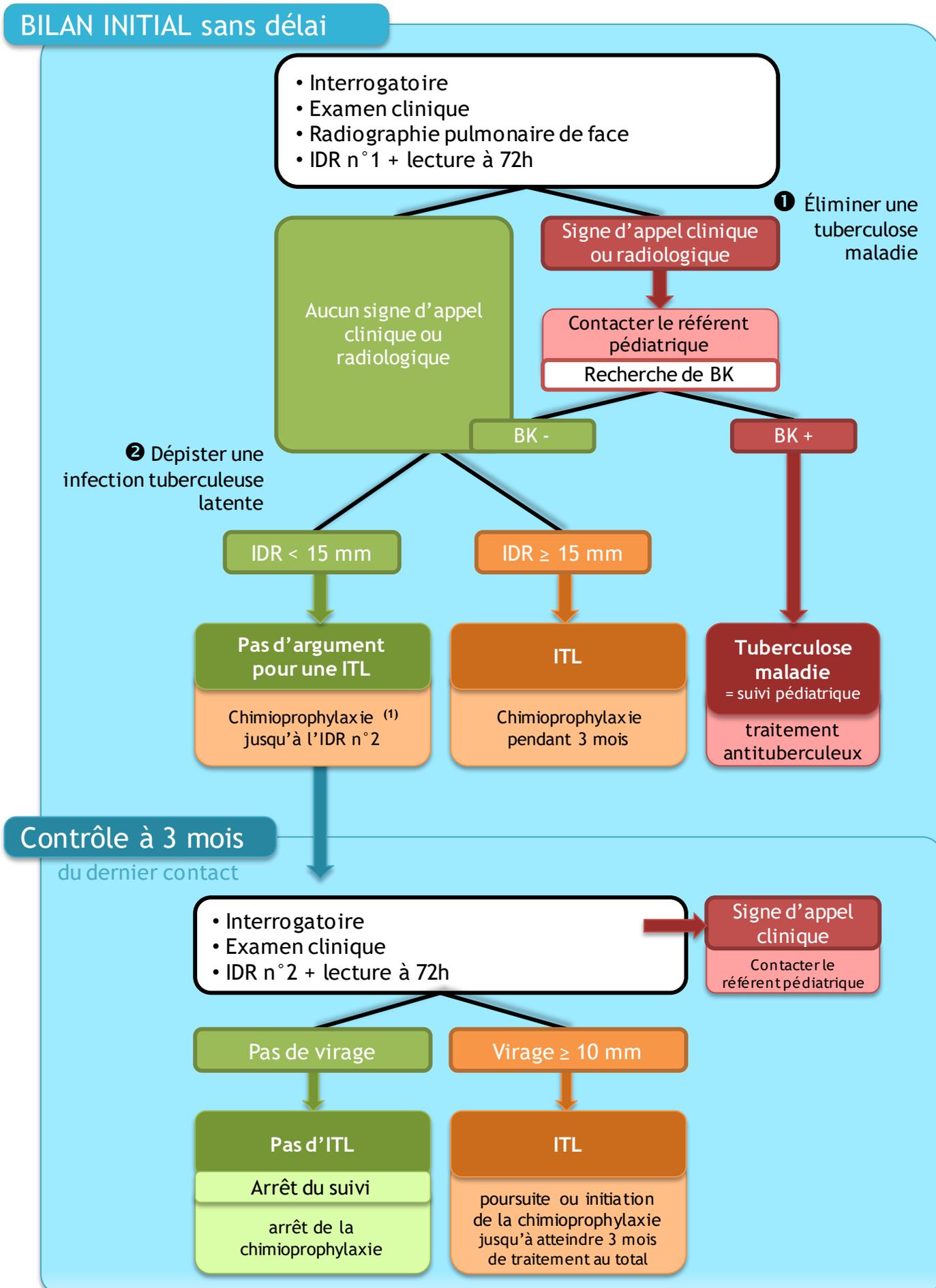


Figure 2 : Algorithme de dépistage des enfants contacts  $\leq 5$  ans



(1) Dans le cadre d'un dépistage en collectivité, l'indication de la chimioprophylaxie sera soumise à un avis d'expert pour les enfants entre 2 et 5 ans.

## 2.5) Traitement préventif des ITL

### a. Indications

⇒ **L'objectif** du traitement préventif (ou chimioprophylaxie) est de réduire le risque de passage au stade de tuberculose maladie.

⇒ **L'indication concerne :**

- les infections tuberculeuses latentes dépistées par IGRA ou IDR dans l'entourage d'une tuberculose pulmonaire ;
- les enfants de moins de 5 ans ayant été en contact étroit avec un malade porteur d'une tuberculose pulmonaire, quel que soit le résultat de leur 1<sup>er</sup> test immunologique.

Le principe est de traiter les ITL chaque fois que possible, après recherche des contre-indications et évaluation de la balance bénéfices/risques. Le risque d'effets indésirables, notamment hépatiques, augmente avec l'âge. Une chimioprophylaxie sera prescrite chez un sujet de plus de 40 ans uniquement en présence de facteurs de vulnérabilité : une vigilance accrue sera portée à la surveillance du traitement.

⇒ **La décision de mise sous traitement préventif** doit être prise après avoir :

- éliminé une tuberculose multirésistante chez le cas index ;
- éliminé une tuberculose maladie, notamment grâce à la radiographie pulmonaire ;
- évalué les effets indésirables et les contre-indications, en tenant compte de l'état de santé et de l'âge du patient ;
- évalué et favorisé l'observance du traitement.

En cas de refus du traitement ou si l'on suspecte une mauvaise observance *a priori*, la surveillance pendant 2 ans sera privilégiée, selon les modalités de la **figure 1** page 22 : examen clinique et radiographie pulmonaire à 12 et 24 mois, voire tous les 6 mois selon appréciation médicale, notamment en présence de facteur(s) de vulnérabilité.

⇒ **Médecin en charge de la prescription et du suivi**

La décision de chimioprophylaxie, sa prescription et sa surveillance incombent au médecin responsable de l'enquête (**tableau 5** page 17), au sein de la structure en charge du dépistage. En cas de difficulté, se référer au **tableau 1** page 6.

Dans le cas des enquêtes en milieu professionnel, le médecin du travail n'étant pas habilité à prescrire un traitement, le centre de santé du domicile du patient ou le CCSMIT est en charge de cette prescription (cf. § 2.5 b).

### b. Modalités de traitement

Le traitement préventif recommandé est une bithérapie quotidienne associant l'isoniazide et la rifampicine (**tableau 2** page 12) pendant trois mois :

- Isoniazide :
  - adulte : 5 mg/kg/j
  - enfant : 10 mg/kg/j (max 300 mg/j). Les comprimés peuvent être écrasés dans l'alimentation.
- Rifampicine :
  - adulte : 10 mg/kg/j (max 900 mg/j)
  - enfant : 15 mg/kg/jUtiliser sirop avec cuillère-mesure :
  - . 2,5 mL dosée à 50 mg
  - . 5 mL dosée à 100 mg.
- Combinaison fixe d'isoniazide et rifampicine : 2 à 3 cp/jour chez l'adulte > 50kg.

Le traitement est à prendre en une seule prise si possible le matin à jeun ou à distance d'un repas.

### c. Cas particuliers

⇒ **Patients pouvant être gérés par la structure en charge de l'enquête :**

- grossesse : pas de contre-indication ;
- allaitement : pas de contre-indication ;
- hépatopathie : rifampicine en monothérapie durant 3 à 6 mois.

⇒ **Patient devant être adressé au CCSMIT pour une prise en charge spécialisée :**

- patients immunodéprimés ;
- contre-indication à une molécule du traitement standard.

### d. Supervision de la chimioprophylaxie

Le médecin responsable de l'enquête et le sujet contact à traiter déterminent ensemble la personne dans l'entourage du patient qui sera chargée d'assurer la supervision de la chimioprophylaxie. Ce superviseur s'assurera que le patient avale quotidiennement le bon médicament, à la bonne dose, au bon moment, pendant toute la durée prescrite. Il peut être différent du superviseur du cas index. Son identité sera notée dans le carnet de suivi du traitement.

### e. Surveillance du traitement

- ⇒ Un carnet de suivi de traitement sera également fourni pour les personnes sous chimioprophylaxie.
- ⇒ La surveillance biologique dépend de l'âge :
  - adulte et grand enfant (**tableau 8** ci-dessous) : NFS et transaminases à J0, J15, J30, J60, J90
  - enfant ≤ 5 ans : surveillance inutile sauf si comorbidité particulière.
- ⇒ Une attention particulière doit être portée aux interactions médicamenteuses d'éventuels traitements chroniques du patient, notamment les antivitamines K.
- ⇒ En cas d'effet secondaire grave (**tableau 4** page 13), dont cytolysse hépatique > 5N, ou de difficulté avec un traitement (après arrêt puis tentative de reprise), le patient bénéficiera d'une prise en charge spécialisée au CCSMIT.

- ⇒ La survenue d'un effet indésirable attribué à la chimioprophylaxie doit faire l'objet d'un signalement :
  - au CCSMIT s'il entraîne l'arrêt du traitement
  - aux pharmaciens de l'ARASS en cas d'effet secondaire grave ou non décrit dans la littérature.

### f. Prise en charge financière

Ces traitements sont pris en charge par la Direction de la santé. Les commandes de ces médicaments se font auprès de la Pharmapro par la même procédure que pour les autres médicaments. Le patient doit venir retirer ses médicaments dans une structure de santé publique (CCSMIT, Centre de santé, Service de santé scolaire...).

**Tableau 8 : Surveillance des traitements des ITL des adultes et enfants > 5 ans**

	Bithérapie 3 mois				
	Initial	J 15	J30	M2	M3
Consultation	✓	✓	✓	✓	✓
NFS	✓	✓	✓	✓	✓
Transaminases	✓	✓	✓	✓	✓

## 2.6) Populations spécifiques

### a. Dépistage en milieu professionnel

- ⇒ En cas d'exposition à un cas de tuberculose maladie en contexte professionnel, la médecine du travail est responsable de la réalisation de l'enquête sur le lieu de travail, en partenariat avec le BVS. A ce titre elle :
  - organise le dépistage ;
  - centralise les résultats ;
  - oriente le patient vers le centre de santé de son domicile ou le CCSMIT en cas d'ITL, pour évaluer l'intérêt d'une chimioprophylaxie
  - surveille les patients avec une ITL non traitée.
- ⇒ Compte tenu du risque accru d'exposition en milieu de soins, des dispositions spécifiques s'appliquent (**encadré 10** ci-dessous).

### b. Dépistage des élèves en milieu scolaire

- ⇒ Cette organisation (**tableau 9** page suivante) est uniquement valable pour les îles médicalisées. Dans les autres sites, la réalisation de l'enquête est coordonnée par un médecin de la subdivision sanitaire concernée.
- ⇒ Les centres de santé scolaire de la direction de la santé sont en charge des élèves de maternelles, primaires et secondaires dans les établissements scolaires publics et privés sous convention.
- ⇒ Les enseignants du primaire et du secondaire, ainsi que les personnels administratifs et techniques du secondaire, sont pris en charge par le médecin de prévention de l'éducation (DGEE).

#### Encadré 10 : Suivi des soignants

(d'après les recommandations du GERES 2017)

- ⇒ Préconiser un IGRA à l'embauche = test de référence (si positif, radiographie de thorax)
- ⇒ Modalités de suivi des sujets contacts :  
Test de référence :
  - test IGRA de l'embauche ou dépistage antérieur
  - si contage < 3 semaines : IGRA de référence à t0
  - à défaut IDR si résultat antérieur < 15 mm
- Indications d'une radiographie de thorax initiale :
  - exposition depuis moins de 3 mois : pas de radiographie
  - exposition depuis plus de 3 mois : radiographie (recherche de TM)
- IGRA à 8 semaines du dernier contage :
  - à confronter au test IGRA de référence
  - IGRA précoce si soignant à risque
  - arrêt du suivi si IGRA négatif à 8 semaines
- ⇒ Déclaration de maladie professionnelle en cas d'ITL, de tuberculose pulmonaire, pleurale ou extra-pulmonaire.

Tableau 9 : Organisation du dépistage en milieu scolaire

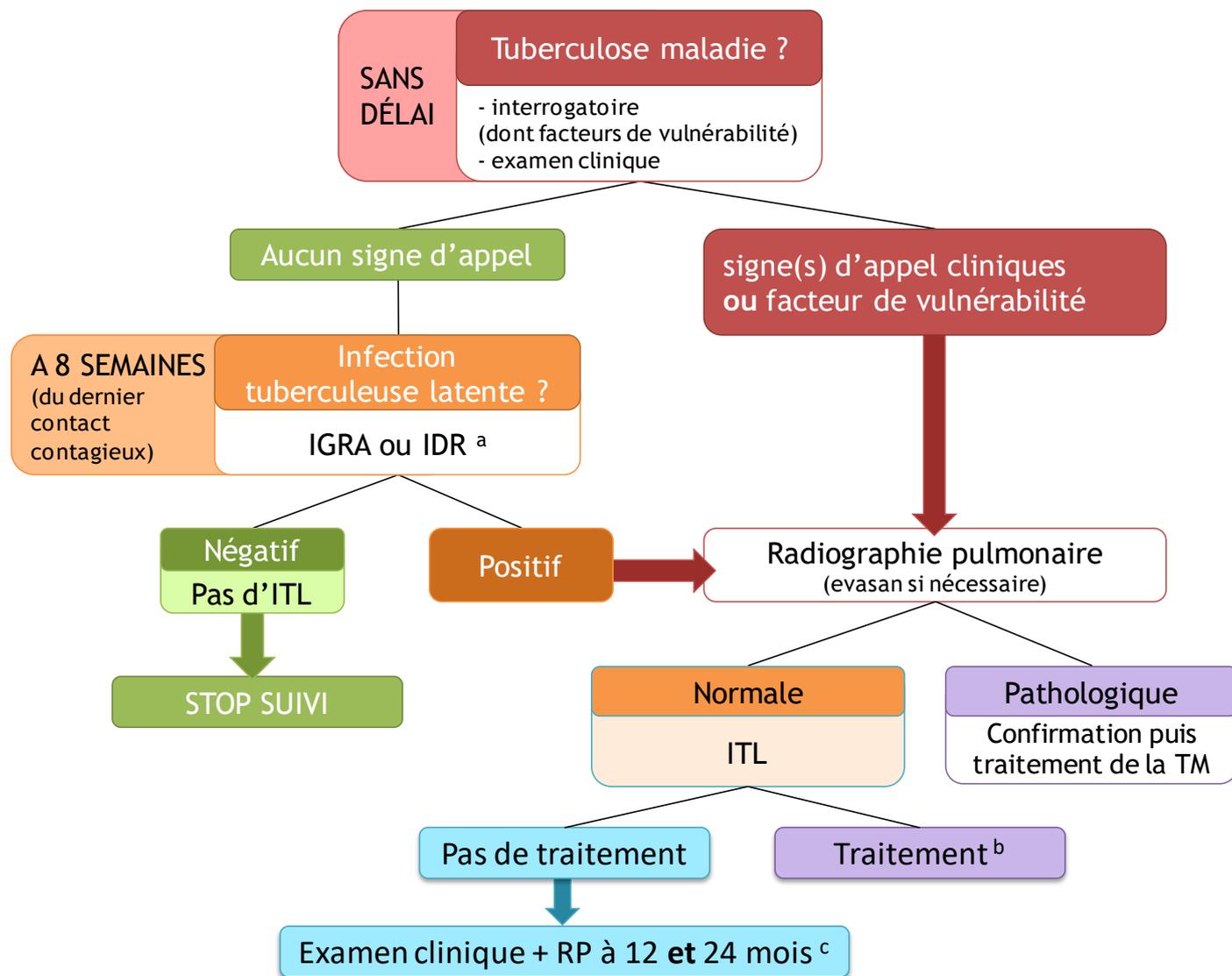
Etapes	Objectifs	Référents	Organisation pratique
<b>Déclenchement de l'enquête en milieu scolaire</b>	Alerter les acteurs concernés par l'enquête de dépistage autour d'un cas de tuberculose	Bureau de veille sanitaire (BVS)	Le BVS contacte l'établissement scolaire, la santé scolaire et le médecin de prévention de l'éducation pour : - les informer de la survenue d'un cas de tuberculose dans l'établissement nécessitant la réalisation d'un dépistage des sujets contact - fixer une réunion préparatoire.
<b>Phase préparatoire</b>	- Informer l'établissement sur la procédure de dépistage - Déterminer les contacts à dépister - Etablir les principes du plan de communication	BVS	Une réunion de concertation est organisée au sein de l'établissement scolaire, réunissant le BVS, la Direction de l'établissement, la Santé scolaire, le médecin de prévention de l'éducation, l'infirmière scolaire de l'établissement. Sont abordés lors de cette réunion : - l'intérêt du dépistage et les grands principes de son déroulement ; - l'identification des sujets contact selon des critères d'exposition et les activités du cas index ; - le plan de communication (Cf. ci-dessous) - les modalités pratiques d'organisation du dépistage : dates (dont rattrapage), lieu (en privilégiant le milieu scolaire pour les établissements du 2 <sup>nd</sup> degré), moyens matériels et humains (y compris transport vers la radiologie), gestion des autorisations parentales.
	- Définir les modalités pratiques de réalisation des dépistages	Santé scolaire	
	- Etablir et transmettre la liste des sujets contact	Etablissement scolaire	A partir des critères déterminés par le BVS, l'établissement scolaire transmet la liste des sujets contact à la santé scolaire avec copie au BVS, complète les coordonnées (notamment téléphoniques).
<b>Information des élèves, parents d'élèves et personnels de l'établissement</b>	Annoncer la nécessité de réaliser une enquête de dépistage autour d'un cas de tuberculose dans l'établissement scolaire, informer sur la maladie et les modalités pratiques du dépistage	Etablissement scolaire	- Envoi ou distribution de courriers d'information à tous les parents d'élèves (concernés ou non par le dépistage) et au personnel ; - Invitation de ces derniers à une réunion d'information ; - Recueil des autorisations parentales nécessaires à toutes les étapes du dépistage (dont transport et contrôle à 3 mois). Pour les élèves en internat, aide de l'IDE de l'éducation et du correspondant de l'enfant pour obtenir la signature des parents.
		BVS Santé scolaire Etablissement scolaire	L'établissement organise une réunion d'information pour les parents et le personnel. Animée par le BVS et la Santé scolaire, son objectif est : - d'apporter une information claire sur la tuberculose et son dépistage ; - de rassurer et répondre aux questions ; - de présenter les modalités pratiques du dépistage et l'importance de l'implication des familles.
<b>Réalisation du dépistage</b>	Dépister les sujets contact	Santé scolaire	Le dépistage initial, le contrôle éventuel à 3 mois, la prescription et le suivi des chimioprophylaxies sont assurés par : - la Santé scolaire, avec l'appui de l'IDE de l'éducation et l'expertise du CCCMIT et du service de pédiatrie du CHPf si nécessaire ; - un Centre de santé pour les enfants en dehors du circuit scolaire ou scolarisés en dehors du secteur du centre de Santé scolaire. Le BVS coordonne cette organisation. Le dépistage s'effectue sous supervision médicale, selon les recommandations de ce guide selon l'âge, de préférence en présence des parents (et systématiquement si < 5 ans). En cas d'anomalie à l'une des étapes du dépistage, l'enfant est revu en consultation médicale en présence de ses parents au centre de Santé scolaire.
	Assurer la continuité du dépistage	Santé scolaire BVS	La Santé scolaire : - informe le médecin traitant, s'il existe, des résultats du dépistage en particulier en cas d'ITL - transmet au BVS la synthèse des résultats à l'issue de l'enquête. Le BVS prend le relais pour enquêter auprès des sujets contact qui n'ont pas été entièrement dépistés (après 3 essais infructueux de contact avec les familles).
<b>Rétro-information</b>	Produire et communiquer la synthèse des résultats	BVS	Le BVS élabore le bilan de l'enquête et assure une rétro-information auprès de l'ensemble des acteurs impliqués dans le dépistage.

**c. Dépistage dans les îles éloignées (sans médecin ou sans radio ou difficultés de transport)**

- ⇒ L'enquête est réalisée par un auxiliaire de santé ou un IDE, sous la supervision d'un médecin de la subdivision, éventuellement par télé-médecine.
- ⇒ Au cours de l'identification des sujets contact, si une personne présente une toux > 3 semaines ou une perte de poids récente, un avis médical devra être demandé.

⇒ Les algorithmes de dépistage dans les îles éloignées sont présentés pour les sujets contact > 5 ans **figure 3** ci-dessous et pour les sujets contact (≤ 5 ans **figure 4** page suivante).

**Figure 3 : Algorithme de dépistage des sujets contact > 5 ans dans les îles éloignées**

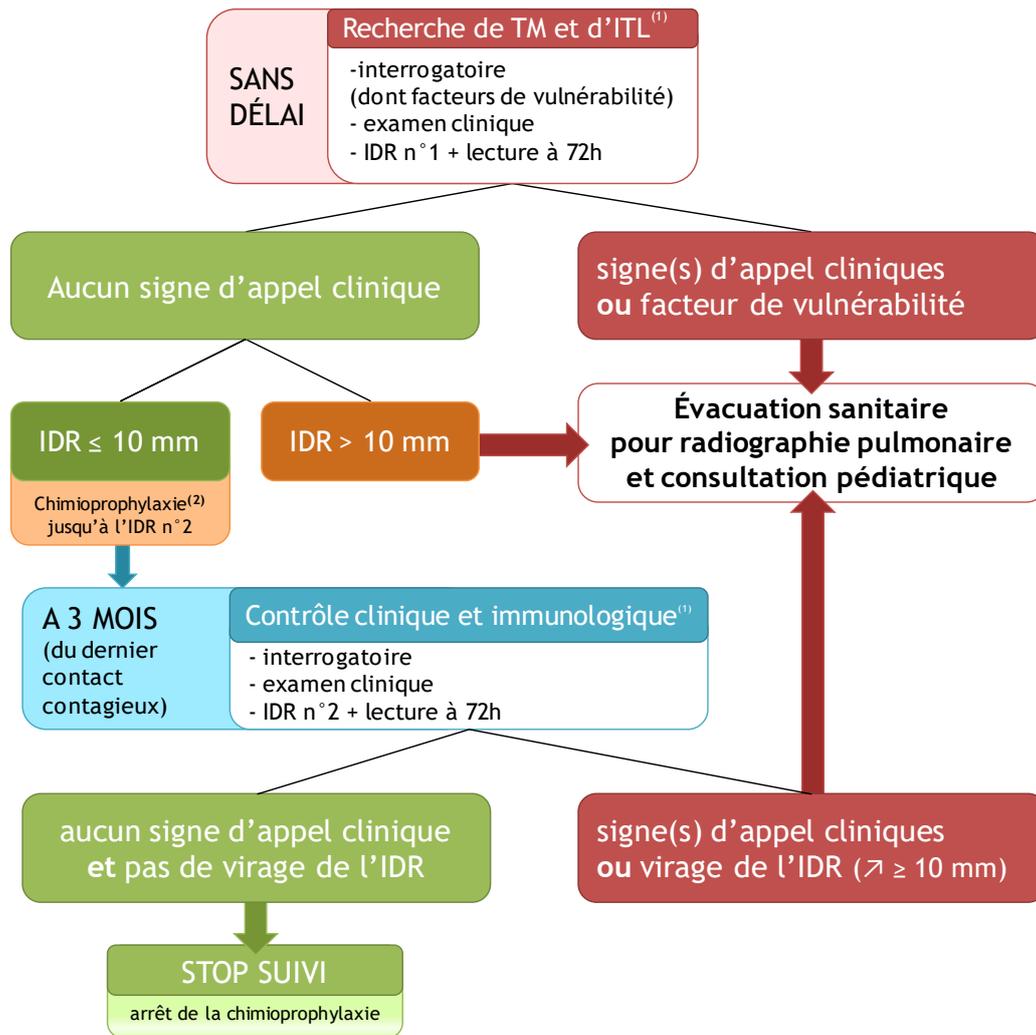


<sup>a</sup> IDR si difficulté de réalisation ou antécédent d'ITL avec ancienne valeur d'IDR connue.

<sup>b</sup> selon l'évaluation de la balance bénéfices-risques (Cf. paragraphe 2.5).

<sup>c</sup> voire tous les 6 mois selon appréciation du médecin, notamment en présence de facteur(s) de vulnérabilité

Figure 4 : Algorithme de dépistage des enfants contact  $\leq 5$  ans dans les îles éloignées



<sup>(1)</sup> Examen clinique et IDR réalisés par IDE ou médecin en mission

<sup>(2)</sup> Dans le cadre d'un dépistage en collectivité, l'indication de la chimioprofylaxie sera soumise à un avis d'expert pour les enfants entre 2 et 5 ans.

## 2.7) Prise en charge financière du dépistage et du traitement de l'infection tuberculose latente

- ⇒ Prise en charge à 100 % par la Direction de la santé :
  - des dépistages : IGRA, IDR, radiographie pulmonaire, voire scanner thoracique. La mention « dépistage tuberculose » doit figurer sur l'ordonnance et l'examen complémentaire réalisé dans le centre sous convention avec la Direction de la santé.
  - des ITL : traitement, surveillance biologique à partir de 2020.

- ⇒ Les médicaments pour traiter les ITL peuvent être délivrés gratuitement par les Centres de santé ou le CCSMIT.

### III. VACCINATION

#### ⇒ Efficacité du vaccin

La vaccination contre la tuberculose repose sur une souche vivante atténuée de bacille tuberculeux, le BCG (Bacille de Calmette et Guérin). Ce vaccin n'est efficace que s'il est réalisé avant l'infection par le bacille tuberculeux [Note de synthèse de l'OMS, février 2018]. C'est la raison pour laquelle la vaccination par le BCG est recommandée dès la naissance pour les enfants exposés à un risque élevé de tuberculose comme en Polynésie française.

L'efficacité du BCG chez les enfants est estimée entre 60 et 80 % contre les formes graves de tuberculose (en particulier la méningite), et environ à 50 % contre les autres formes de tuberculose. Cependant, une méta-analyse (14 études, 3855 personnes ≤16 ans) publiée en 2014 a montré que le BCG avait une efficacité de 71% contre la tuberculose maladie et apportait également une protection de 27% contre l'infection tuberculeuse latente [Roy *et al.*].

#### ⇒ Vaccin et IDR

Une réponse positive au test tuberculinique indique une réponse du système immunitaire à une vaccination BCG ou à une infection mycobactérienne [Base de données publique des médicaments]. Par contre il n'existe pas de corrélation entre la protection apportée par le vaccin BCG et la réaction tuberculinique, et il n'est pas nécessaire de pratiquer un test tuberculinique après la vaccination.

Les personnes vaccinées deviennent normalement positives à la tuberculine six semaines après la vaccination. Les personnes présentant une réaction positive à la tuberculine ne nécessitent pas d'être vaccinées. En effet, l'administration du vaccin chez ces personnes peut entraîner une réaction locale importante. Il n'y a donc pas d'injection de rappel de BCG.

#### ⇒ Obligation en milieu professionnel

Le décret métropolitain suspendant l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels de santé a été publié le 1er mars 2019. La vaccination par le BCG ne sera plus exigée pour la formation ou l'embauche de ces professionnels de santé notamment. Le risque de tuberculose sera évalué par le médecin qui pourra proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés. En Polynésie française, il n'y a pas de recommandations officielles pour la vaccination en milieu du travail. Les recommandations métropolitaines peuvent être appliquées par défaut.

#### ⇒ Calendrier vaccinal polynésien (indications)

En Polynésie française, la vaccination par le BCG est obligatoire de la naissance à l'âge de 3 mois [Loi du Pays ° 2019-15 du 2 mai 2019 et Arrêté n° 899 CM du

12 juin 2014]. Elle est recommandée pour les enfants âgés de 4 mois à 15 ans. Après l'âge de trois mois, une IDR doit être réalisée avant la vaccination par le BCG.

#### ⇒ Contre-indications

Les contre-indications du BCG sont l'infection par le VIH ou toute maladie entraînant une immunodéficience sévère. En cas de prématurité, il est conseillé de pratiquer la vaccination à la sortie de l'hôpital. L'hypotrophie n'est pas une contre-indication.

#### ⇒ Conservation

Durée et modalités de conservation :

- durée de conservation : 18 mois ;
- à conserver au réfrigérateur (entre + 2°C et + 8°C) ;
- ne pas congeler ;
- à conserver dans l'emballage d'origine, à l'abri de la lumière.

D'un point de vue microbiologique, le produit doit être utilisé immédiatement après reconstitution. La stabilité en termes de viabilité a été démontrée pendant 4 heures après reconstitution.

#### ⇒ Technique d'injection

Le site d'injection doit être propre et sec : après application d'un antiseptique, le laisser évaporer complètement avant d'injecter le vaccin.

VACCIN BCG AJ Vaccines® doit être administré par une personne formée à la technique d'injection par la voie intradermique. L'injection est réalisée à la jonction du 1/3 supérieur - 1/3 moyen du bras gauche, dans la région postéro-externe. D'une part cette localisation favorise la recherche de cicatrice, d'autre part le ganglion de drainage est axillaire (intérêt esthétique). L'injection se fait à l'aide de seringues « à tuberculine » avec une technique identique à celle de l'IDR. Une injection effectuée trop profondément augmente le risque de lymphadénite et de formation d'abcès.

#### ⇒ Associations de vaccins

Il peut être associé le même jour à d'autres vaccins inactivés (dont le vaccin contre l'hépatite B) ou à d'autres vaccins vivants comme le vaccin combiné ROR. Il est préférable de n'effectuer aucune autre vaccination dans le bras utilisé pour la vaccination BCG pendant au moins 3 mois à cause du risque de lymphadénite régionale. Si la vaccination n'est pas faite le même jour, il convient de respecter un délai d'un mois entre le BCG et les autres vaccins à virus vivants. Le vaccin BCG SSI® ne doit pas être administré aux patients traités par antituberculeux.

⇒ **Gestion des effets secondaires indésirables**

- Adénite suppurée (bécégite) : effet indésirable le plus fréquent, la guérison spontanée est la règle, bien que généralement tardive. Le traitement est local (pansement sec simple, ponction du ganglion si celui-ci devient fluctuant).
- Ulcération superficielle au point d'injection : guérissant spontanément, seuls des pansements secs sont recommandés.
- Apnée : ce risque doit être pris en compte lors de l'administration des doses de primovaccination chez les grands prématurés (nés à 28 semaines de grossesse ou moins). Une surveillance respiratoire doit être assurée pendant 48-72 h.

# LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES UTILISÉS

BAAR	>> Bacille acido-alcool-résistant
BCG	>> Bacille de Calmette et Guérin (vaccination)
BK	>> Bacille de Koch
BPPI	>> Bureau des programmes de pathologies infectieuses
BVS	>> Bureau de veille sanitaire
CCSHSS	>> Centre de consultations spécialisées d'hygiène et de santé scolaire
CCSMIT	>> Centre de consultations spécialisées en maladies infectieuses et tropicales
CHPf	>> Centre Hospitalier de la Polynésie française
DGEE	>> Direction générale de l'éducation et des enseignements
DPP	>> Département des programmes de prévention
DS	>> Direction de la santé
ED	>> Examen direct
FSTN	>> Formations sanitaires de Tahiti Nui
IDR	>> Intradermo réaction
IGRA	>> Interferon-Gamma Release Assays
ILM	>> Institut Louis Malardé
ITL	>> Infection tuberculeuse latente
LBA	>> Lavage broncho-alvéolaire
RP	>> Radiographie pulmonaire
TB	>> Tuberculose
TEP	>> Tuberculose extra-pulmonaire
TM	>> Tuberculose maladie

---

## RÉFÉRENCES

- Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Enquête autour d'un cas de tuberculose : recommandations pratiques. Collection Avis et Rapports ; octobre 2013
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Infection tuberculeuse latente : Lignes directrices unifiées et actualisées pour la prise en charge programmatique. 2018
- E. Bergot et al. Recommandations pratiques pour l'utilisation et l'interprétation des tests de détection de l'interféron gamma dans le diagnostic de l'infection tuberculeuse latente et de la tuberculose maladie. Document d'experts du Groupe de recherche et d'enseignement en pneumo-infectiologie (GREPI) de la Société de pneumologie de langue française (SPLF) ; septembre 2018
- Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants (GERES). Surveillance des personnels de santé vis à vis du risque de tuberculose. Place des tests IGRA et des autres examens complémentaires. Propositions de recommandations pour les médecins du travail. Actualisation 2017
- Roy A, Eisenhut M, Harris RJ, Rodrigues LC, Sridhar S, Habermann S, Snell L, Mangtani P, Adetifa I, Lalvani A, Abubakar I. Effect of BCG vaccination against *Mycobacterium tuberculosis* infection in children: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2014 Aug 5;349:g4643.
- <http://base-donneespublique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61077869&typedoc=R>
- Vaccins BCG : note de synthèse de l'OMS, février 2018.  
[https://www.who.int/immunization/policy/position\\_papers/bcg\\_evidence\\_recommenda-tion\\_table\\_hiv.pdf](https://www.who.int/immunization/policy/position_papers/bcg_evidence_recommenda-tion_table_hiv.pdf)
- Loi du Pays n° 2019-15 du 2 mai 2019 portant modification de la délibération n° 95-63 AT du 23 mai 1995 modifiée portant réglementation des vaccinations contre certaines maladies transmissibles chez l'enfant. ;
- Arrêté n° 899 CM du 12 juin 2014 relatif au programme de vaccination de l'enfant



MINISTERE DE LA SANTE  
DIRECTION DE LA SANTE