

# LA CHRONIQUE INFECTIEUSE

VOLUME 2 • NUMÉRO 1 FÉVRIER 2014 DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

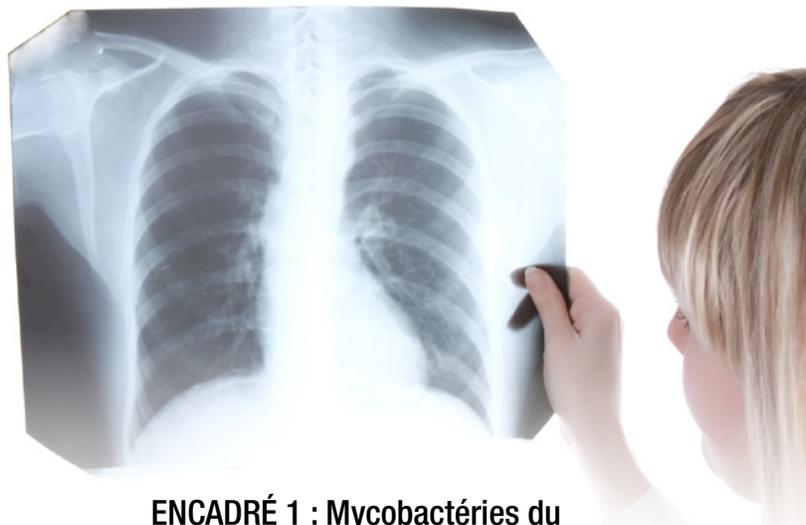
## LA TUBERCULOSE

La **Tuberculose (TB)** est une infection chronique progressive, affectant le plus fréquemment les poumons, comprenant une phase de latence (asymptomatique), et éventuellement une phase active (infection clinique). La TB active peut être respiratoire (pulmonaire, laryngée) ou extra-respiratoire (ganglionnaire, osseuse, méningée etc.). La TB est causée par une bactérie du complexe *Mycobacterium tuberculosis* (voir l'encadré 1), qui s'acquiert par contact avec des microgouttelettes (< 5 µm) d'une personne atteinte d'une TB contagieuse. La personne qui acquiert la bactérie peut l'éliminer grâce à ses défenses naturelles, sinon elle développera une des formes d'infection suivantes :

- Évolution rapide (en < 2 ans) vers une TB active (5% des cas);
- Infection tuberculeuse latente (ITL), suivie d'une évolution vers une TB active (5%);
- ITL à vie, sans évolution vers une TB active (90%).

### Quel type d'infection tuberculeuse est contagieuse?

- La TB active respiratoire est contagieuse;
- La TB active extra-respiratoire n'est pas contagieuse, sauf dans des conditions exceptionnelles;
- L'ITL n'est pas contagieuse.



### ENCADRÉ 1 : Mycobactéries du complexe *Mycobacterium tuberculosis*

*M. tuberculosis*  
*M. africanum*  
*M. canetti*  
*M. caprae*  
*M. microti*  
*M. pinnipedii*  
*M. bovis* (sauf la souche BCG de *M. bovis*)

## ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TB

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la prévalence mondiale de la TB (de toutes formes) est d'environ 2 milliards d'individus, soit plus du quart de la population. La maladie est présente surtout en Asie et en Afrique. En 2011, l'incidence mondiale des nouveaux cas de TB active était de 8,7 M (millions), soit un taux global de 128 cas/100 000 h/année.

Les pays en voie de développement comptent pour 95% de ces cas. À titre indicatif, les deux pays où les taux d'incidence de la TB sont les plus élevés au monde sont le Swaziland (1257 cas/100 000 h/année) et l'Afrique du Sud (971 cas/100 000 h/année). Il y a eu 1,4 M de décès dus à la TB en 2011, dont près du tiers était également infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le tableau 1 montre l'incidence de la

TB au Canada et au Québec en 2011. Les territoires qui ont une incidence nettement plus élevée que la moyenne canadienne y sont indiqués en gris. Depuis 2005, dans la région de la Capitale-Nationale, il y a en moyenne 9 nouveaux cas de TB active par année, ce qui donne un taux d'incidence de 1,3 cas/100 000 h/année.

**TABLEAU 1 : Incidence de TB active au Canada en 2011.**  
(Tableau reproduit partiellement; données obtenues de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC))

Lieu	Nombre de cas	Taux d'incidence (par 100 000 h/année)
Canada	1607	4,7
Nunavut	74	222,1
Territoires du Nord-Ouest	13	29,8
Yukon	4	11,5
Québec	219	2,7

### Sous-groupes à incidence élevée de TB, au Québec

L'incidence de la TB active chez les personnes nées au Canada est faible, sauf chez les Inuits. Par contre, elle est plus élevée chez les immigrants qui proviennent de pays à taux d'incidence élevé de TB ( $\geq 30$  cas/100 000 h/année) puisqu'ils ont plus souvent contracté une ITL dans leur pays. (Tableau 2)

**TABLEAU 2 : Incidence de TB active au Québec en 2011, selon l'origine.** (Tableau reproduit partiellement; données obtenues de l'ASPC)

Lieu de naissance et origine	Nombre de cas	Taux d'incidence (par 100 000 h/année)
	219	2,7
Nés au Canada	81	1,2
Inuits	27	217,0
Autres autochtones	1	1,2
Non-autochtones	53	0,8
Nés à l'étranger	129	11,2
Afrique (pays à prévalence élevée de VIH)	19	45,0
Asie du Sud-Est	13	26,3
Pacifique occidental	32	22,8
Afrique (pays à prévalence faible de VIH)	13	16,4
Amérique latine et Antilles	24	10,4

Dans la population québécoise en général, les facteurs de risque d'acquérir une TB sont les suivants :

- Voyage dans un pays à incidence élevée de TB;
- Travail dans le milieu de la santé;
- Histoire de contact avec un cas de TB active contagieuse.

## LES FACTEURS DE RISQUE

**Quels sont les facteurs de risque d'activation d'une ITL en TB active?** (Du plus haut risque vers le plus faible) :

- Syndrome d'immunodéficience acquise/VIH;
- Greffe d'organe avec traitement immunosuppresseur;
- Silicose;
- Insuffisance rénale chronique sur hémodialyse;
- Carcinome de la tête ou du cou;
- Infection tuberculeuse récente ( $< 2$  ans);
- RX pulmonaire anormale (fibronodules);
- Prise de médicaments immunosuppresseurs;
- Diabète (type 1 ou type 2);
- Âge  $< 5$  ans lors de l'infection initiale.

## LES MOYENS DE DÉPISTAGE

### Quels sont les moyens de dépister une ITL?

Le but du dépistage de l'ITL est d'identifier les personnes qui présentent un risque accru de développer une TB active et qui bénéficieraient donc d'un traitement de l'ITL. Seules ces personnes devraient subir un test.

Deux types de tests de dépistage sont disponibles : le test cutané à la tuberculine (TCT) et le test de libération de l'interféron gamma (TLIG). Notons qu'auparavant, le terme utilisé pour désigner le TCT était le « PPD ». Il s'agit du même test.

#### 1. Le TCT

Le TCT demeure le test de choix pour dépister l'ITL. Au Canada, sauf exception, la valeur de 10 mm est le seuil de référence pour déterminer si une infection tuberculeuse est présente (Tableau 3). Suite au contact d'un patient avec un cas de TB contagieuse, un TCT doit être fait. Si le résultat est négatif, le TCT doit être répété au moins 8 semaines après le dernier contact contagieux avec la personne infectée.

#### 2. Le TLIG

La vaccination antérieure par le BCG (bacille Calmette-Guérin) peut engendrer un TCT positif. Dans ce cas, on peut remplacer le TCT par le TLIG (test sanguin) pour le dépistage de l'ITL. Cependant, on peut écarter la vaccination par le BCG comme cause d'un TCT positif si le vaccin BCG a été administré au cours de la première année de vie et que la personne testée est maintenant âgée de 10 ans ou plus. Les patients nés au Québec avant 1970 ont généralement reçu le vaccin BCG en jeune âge. Ceux nés après 1970 ne l'ont probablement pas reçu.

Le TLIG peut être utilisé aussi pour s'assurer qu'un TCT positif ne représente pas un faux positif, chez une personne peu à risque d'avoir contracté une TB.

La combinaison des deux tests (TCT et TLIG) peut être utilisée pour augmenter la sensibilité du dépistage de l'ITL dans les situations suivantes :

- Personnes immunosupprimées;
- Personnes à risque élevé d'activer une ITL en TB active;

- Personnes pour qui il existe une forte probabilité d'infection tuberculeuse, soient les :
  - Contacts étroits d'un cas de TB contagieuse;
  - Autochtones canadiens issus d'une communauté à haut risque;
  - Immigrants/visiteurs originaires d'un pays où l'incidence de la TB est élevée.

Pour l'interprétation du TLIG, nous vous référons aux lignes directrices canadiennes sur la lutte anti-tuberculeuse, à l'annexe D :



[www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/normes-antituberculeuse-2013](http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/normes-antituberculeuse-2013)

TABLEAU 3 : Interprétation du résultat du TCT

TCT (mm)	
0-4	Enfant de 6 mois <sup>1</sup> à 5 ans avec contact étroit avec cas de TB contagieuse <sup>2</sup>
5-9	<ul style="list-style-type: none"><li>○ HIV<sup>+</sup> ou immunosuppression sévère</li><li>○ Contact récent (&lt; 2 ans) avec un cas de TB contagieuse</li><li>○ RX pulmonaire anormale (fibronodules)</li><li>○ Insuffisance rénale chronique terminale</li></ul>
≥ 10	<ul style="list-style-type: none"><li>• Virage du TCT récent (&lt; 2 ans)</li><li>• Diabète</li><li>• Malnutrition</li><li>• Tabagisme</li><li>• Consommation quotidienne d'alcool</li><li>• Silicose</li><li>• Hémopathies malignes (leucémie, lymphome)</li><li>• Carcinomes de la tête ou du cou</li></ul>

<sup>1</sup> On ne devrait pas effectuer de TCT chez les bébés de moins de 6 mois. À cause de l'état immunitaire immature de ces derniers, on ne peut interpréter un TCT négatif comme étant réellement négatif.

<sup>2</sup> Chez l'enfant de moins de 5 ans qui a eu un contact étroit avec un cas de TB contagieuse, on donne de l'INH jusqu'à ce qu'un 2<sup>e</sup> TCT soit fait 8 semaines après le dernier contact contagieux. Si ce 2<sup>e</sup> TCT est toujours < 5 mm, ceci constitue un test négatif : on cesse l'INH. Par contre, si ce 2<sup>e</sup> TCT devient ≥ 5 mm, c'est un test positif et on continue le traitement.

## LES TESTS À EFFECTUER POUR VÉRIFIER SI UNE TB EST ACTIVE

Dans l'éventualité d'un TCT (ou un TLIG) positif, il est nécessaire d'éliminer une TB active en obtenant une histoire clinique, un examen physique et une radiographie pulmonaire.

Si une TB active est suspectée, des sécrétions respiratoires ou autres spécimens (ex. : biopsie) doivent être analysés pour la détection de mycobactéries, soit par examen direct après coloration, ou par culture.

Chez les sujets qui ne présentent aucun signe de TB active, il faudra formuler une recommandation concernant le traitement d'une ITL, qui est basée sur l'interprétation des tests (TCT ou TLIG).

Un algorithme d'interprétation des tests de dépistage de l'ITL est disponible sur le site internet suivant :



[www.tstin3d.com](http://www.tstin3d.com)

### Prise en charge d'un patient avec TCT positif

Pour le médecin prenant charge d'un patient avec un TCT positif, des documents sur la tuberculose sont disponibles sur le site internet de la Direction régionale de santé publique (DRSP) de la Capitale-Nationale, au :



[www.dspq.qc.ca/](http://www.dspq.qc.ca/)

*sous le bouton : Maladies infectieuses / Outils pour les professionnels de la santé.*

#### Notamment :

- L'évaluation médicale recommandée pour éliminer la TB active.
- L'aide-mémoire sur l'évaluation des facteurs de risque de développer une TB active, sur la chimioprophylaxie recommandée et le suivi médical du patient avec chimioprophylaxie.

## LE RÔLE DE LA DRSP

Après signalement du cas de TB active à la DRSP par le laboratoire ou le médecin traitant, la DRSP doit faire enquête dans le but de protéger la population générale en évitant la contagion.

- Elle s'enquiert du degré de contagiosité du cas-index, de sa période de contagiosité, de l'isolement adéquat du patient et du traitement donné à ce dernier;
- La DRSP identifie les contacts familiaux et sociaux en faisant enquête auprès du cas-index ou de ses proches. Elle s'assure du dépistage de l'ITL ou de la TB active chez tous les contacts jugés significatifs;
- Elle s'assure que le cas-index n'est plus contagieux et que le traitement soit complété.

Au sens de la Loi sur la santé publique, la TB est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) et une

maladie à traitement obligatoire (MATO). Le patient ne peut se soustraire au traitement d'une tuberculose contagieuse. Le Directeur de santé publique a ultimement un pouvoir légal d'imposer un traitement à une personne atteinte de TB contagieuse afin de protéger la santé publique. Dans le but d'optimiser la fidélité du patient au traitement de la TB, des modalités particulières de traitement sont offertes dans la plupart des régions du Québec, ce qu'on appelle les thérapies sous observation directe (TOD). Lors d'une TOD, le patient est supervisé directement par un professionnel de la santé lors de la prise de sa médication antituberculeuse. Ainsi, la TOD est un moyen de s'assurer que toutes les doses prescrites ont été prises. Elle est particulièrement recommandée pour les patients qui présentent des facteurs de risque de non-observance du traitement. Le médecin traitant peut initier une TOD. La DRSP est alors impliquée dans la mise en place et le suivi de cette thérapie.

Mentionnons que la DRSP peut partager certaines des interventions reliées à l'enquête mentionnées précédemment avec ses partenaires, soit :

- Le médecin traitant du cas-index;
- Les infirmières en Prévention et contrôle des infections et en Santé et sécurité au travail de l'établissement de santé du cas-index;
- Les infirmières en Maladies infectieuses du Centre de santé et services sociaux du lieu de résidence du cas-index.

Nous vous recommandons de vous référer aux « **Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse** » dont la 7<sup>e</sup> édition est en pré-publication sur le site suivant :



[www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/normes-antituberculeuse-2013](http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/normes-antituberculeuse-2013)

**Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec le médecin responsable du dossier de la tuberculose, à la DRSP de la Capitale-Nationale, au numéro de téléphone suivant : 418-666-7000 poste 250.**

**PAR**

**André Paradis, m.d. et Jasmin Villeneuve, m.d.**

Médecins-conseil en maladies infectieuses

Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

## Sources/références :

- Société canadienne de thoracologie et Association pulmonaire canadienne, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7<sup>e</sup> édition, 2013
- Agence de Santé publique du Canada, *La Tuberculose au Canada*, 2011
- Liliana Romero, Direction régionale de Santé Publique de la Capitale-Nationale, *Portrait clinique des cas de tuberculose survenus dans la région de la Capitale-Nationale de 2005 à 2011*
- Organisation Mondiale de la Santé
- UpToDate 2013

Agence de la santé  
et des services  
sociaux de la Capitale-  
Nationale

Québec 

RESPONSABLE : Michel Frigon  
COMITÉ DE RÉDACTION : Jasmin Villeneuve  
Caroline Huot  
Gisèle Trudeau  
Michel Frigon

COMMUNICATIONS : Amélie Leclerc

GRAPHISME : Philippe Jobin

PRODUCTION : Agence de la santé et  
des services sociaux de  
la Capitale-Nationale

Direction régionale  
de santé publique,  
Équipe Maladies  
infectieuses

