

Info PROTECTION

Numéro 1—mars 2013

TUBERCULOSE

Qu'est-ce que le TCT ? (anciennement connu sous le nom PPD)

Le test cutané à la tuberculine (TCT) est un outil d'évaluation de l'infection tuberculeuse latente. Il est généralement effectué dans deux situations distinctes :

1. Présence d'un contact récent avec un cas de tuberculose active contagieuse (exemples : tuberculose pulmonaire ou laryngée);
2. Possibilité d'un contact avec un cas de tuberculose active lors d'une exposition passée ou future ou conditions favorisant la progression d'une infection tuberculeuse latente (ITL) vers une tuberculose active¹.

Comment interpréter le TCT ?

Dans la première situation, la Direction de santé publique est toujours impliquée, car la tuberculose active est une maladie à déclaration obligatoire (MADO). Le nombre de millimètres considéré comme un test positif varie en fonction des résultats antérieurs de TCT. En général, un résultat égal ou supérieur à 5 mm signifie un virage chez une personne qui n'a jamais eu de TCT. Cependant, les personnes souffrant d'un déficit immunitaire grave pourraient avoir acquis l'infection sans que leur TCT ne se modifie. On doit aussi porter une attention spéciale aux enfants de moins de 5 ans exposés. En effet, ils peuvent nécessiter une prophylaxie avant même l'obtention de leur résultat de TCT. Pour les patients qui ont déjà eu un TCT, on peut se référer au [Guide d'intervention pour la tuberculose](#) disponible sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et suivre les différents algorithmes :

- TCT antérieur à 0 mm ou aucun TCT dans le passé
- TCT antérieur compris entre 1 et 4 mm
- TCT antérieur compris entre 5 et 9 mm en pré-exposition
- TCT antérieur supérieur à 10 mm en pré-exposition ou supérieur à 5 mm en post-exposition

Dans la deuxième situation, le TCT a généralement été effectué selon les recommandations du [Protocole d'immunisation du Québec](#) (PIQ), du [Guide d'intervention santé-voyage](#) ou sur prescription médicale. Chez certains patients (ex. immigrants, autochtones), on attribue souvent un résultat significatif au TCT au vaccin bacille Calmette-Guérin (BCG) reçu durant l'enfance. Cependant, le BCG est rarement en cause lorsqu'un TCT est positif. Tel que mentionné dans la 6^e édition des [Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse](#) :



¹ Les conditions suivantes favorisent la progression d'une infection tuberculeuse latente vers une tuberculose active : prise d'immunosuppresseurs, silicose pulmonaire, insuffisance rénale nécessitant une hémodialyse, carcinome de la tête et du cou, maladie fibronodulaire, présence de granulome à la radiographie pulmonaire ainsi que le diabète.



On peut écarter la vaccination par le BCG comme cause d'un TCT positif si :

- Le BCG a été administré durant la première année de vie et la personne testée est maintenant âgée de 10 ans ou plus;
- Il existe une forte probabilité d'infection tuberculeuse : contacts étroits d'un cas de TB infectieuse, Autochtones canadiens issus d'une communauté à haut risque ou immigrants/visiteurs issus d'un pays où l'incidence de la TB est élevée;
- Il y a un risque élevé d'évolution de l'infection tuberculeuse vers la TB active.

Le BCG devrait être considéré comme la cause probable d'un TCT positif si le vaccin a été administré après l'âge de 12 mois ET le sujet est soit un non-Autochtone né au Canada OU un immigrant/visiteur originaire d'un pays où l'incidence de la TB est faible.

Si le patient ne se souvient pas s'il a reçu ou non le BCG ou s'il ne se souvient pas quand, le site <http://www.bcgatlas.org/> peut être utile. On y retrouve de l'information sur les programmes de vaccination avec le BCG, l'incidence et la prévalence de la tuberculose pour plus de 180 pays.

Comment se fait la prise en charge d'un patient avec un TCT positif ?

Au Québec, contrairement à l'Ontario, un résultat significatif au TCT n'est pas une MADO.

Suite à un résultat significatif au TCT, le patient subira généralement une radiographie pulmonaire. Si on suspecte une anomalie, il faut compléter l'investigation en demandant un frottis et une culture d'expectoration.

La décision de prescrire une prophylaxie ou non doit être prise en fonction du niveau de risque de développer une tuberculose active ou une hépatite médicamenteuse et elle doit tenir compte des préférences du patient.

Le site Internet <http://www.tstin3d.com/fr/calc.html> peut aider le clinicien à évaluer les risques d'hépatite médicamenteuse et les probabilités d'évolution de la tuberculose latente vers la tuberculose active.

Si l'investigation confirme une tuberculose active, le traitement est alors obligatoire et consistera initialement en une quadri-thérapie. Les médicaments les plus souvent utilisés pour le traitement de l'infection tuberculeuse latente sont le rifampin et l'isoniazide. Ce dernier est souvent associé à la prise de vitamine B6 afin de prévenir l'apparition d'une neuropathie et nécessite, selon l'âge et les conditions associées, une surveillance particulière.

Prophylaxie médicamenteuse			
Médicament	Dose pédiatrique	Dose adulte	Durée
Isoniazide (INH)	10-15 mg/kg/jour	5 mg/kg/jour Max : 300mg po die	9 mois (6 mois acceptable)
Pyridoxine (vitamine B6)	1 mg/kg/jour Max : 25mg	25 mg po die	Durant prise de l'INH
Rifampin	10-20 mg/kg/jour	600 mg/jour	Minimum 4 mois

Information complémentaire

Un nouveau test de dépistage sanguin, le test de libération à l'interféron gamma (TLIG), commence à être utilisé. Il s'agit d'un test très spécifique dont le résultat n'est pas influencé par le BCG. Cependant, il n'y a pas encore de protocole associé dans les lignes directrices actuelles.

ISSN 2291-4226 (version imprimé)

ISSN 2291-4234 (version en ligne)

www.santepublique-outaouais.qc.ca