

# Stratégie de diagnostic, prise en charge et surveillance de l'infection tuberculeuse latente : les nouveautés

<sup>1-2-3</sup> Pr C. Rapp

<sup>1</sup>Service des maladies infectieuses et tropicales  
Hôpital militaire Bégin, Saint-Mandé

<sup>2</sup>CMETE

<sup>3</sup>Président de la Société de Médecine des voyages

*Journée du Groupe Vaccination-Prévention de la SPILF  
22 mai 2019*

# Les faits

---

**Il est temps d'agir ! Il est temps de mettre fin à la tuberculose !**

- L'infection tuberculeuse latente (ITL) affecte 23 % de la population mondiale (2014), soit **1,7 milliards** de personnes

Sud-Est Asiatique (31%) > Pacifique (28%) > Afrique (22%) > **Europe (14 %)**

- Enfants de moins de 15 ans : 6 %, varie de 13 % en Afrique à **2 % en Europe**
- La prévalence des infections récentes (< 2 ans), est estimée à **1%** de la population globale, soit 56 millions de personnes considérées comme à plus haut risque de développer une tuberculose maladie
- Le seul **réservoir actuel** d'infections tuberculeuses, sans d'autres nouvelles infections à partir de 2015, générerait une incidence de 16,5 cas/10<sup>5</sup>/an en 2035, soit au-dessus de l'objectif de 10 cas/10<sup>5</sup>/an fixé par la stratégie « END TB » de l'OMS

**Améliorer l'accès de tous les patients au traitement préventif doit être une priorité.**

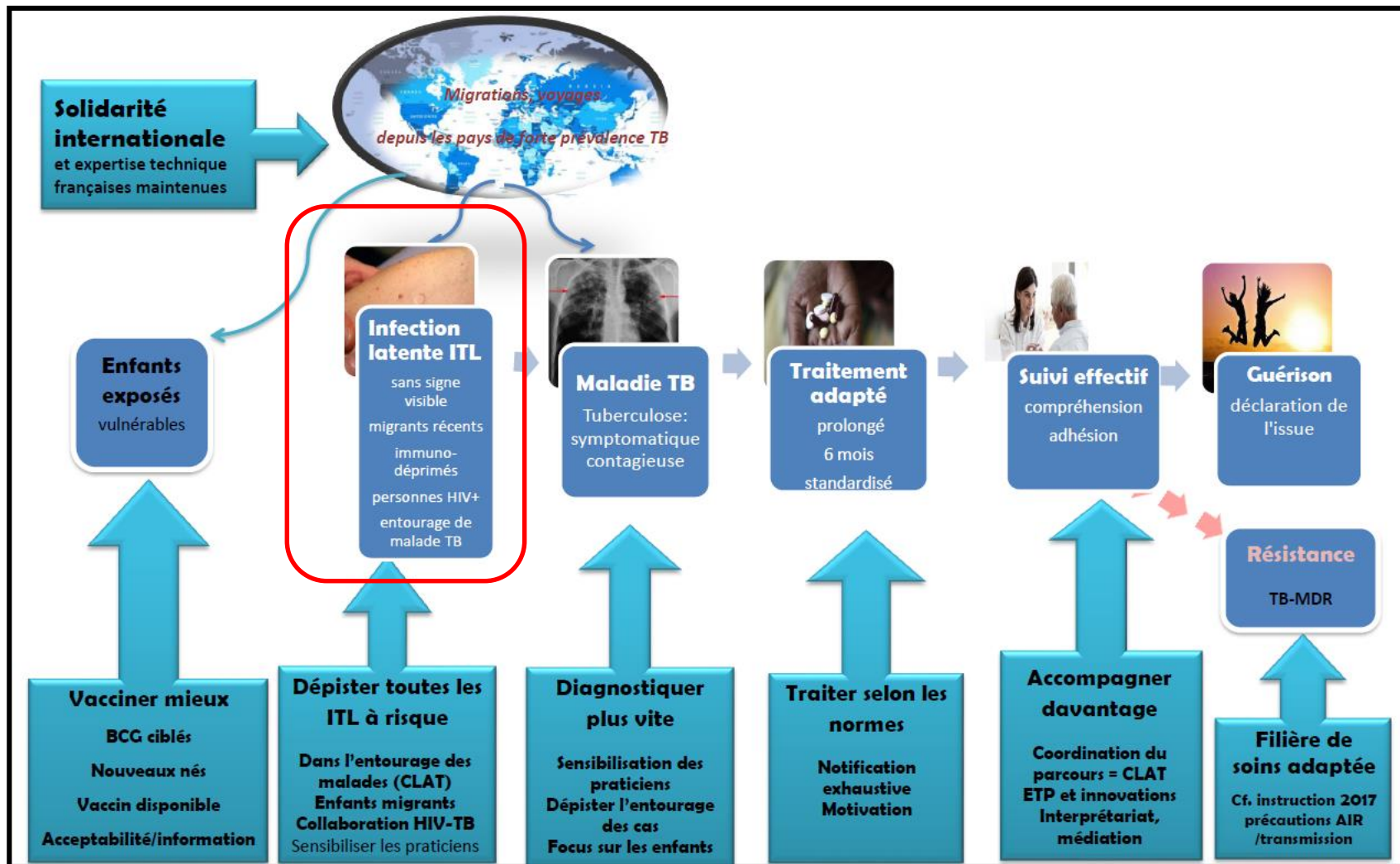
- La prise en charge de l'ITL **dans les groupes à haut risque** constitue l'une des mesures prioritaires de la stratégie d'élimination de la tuberculose dans les pays où son incidence est faible
- L'OMS (2018) **recommande fortement le dépistage et le traitement de l'ITL**
- L'ECDC (2018) **préconise la mise en place d'une stratégie systématique et globale pour réduire le fardeau de l'ITL** afin de parvenir à l'élimination de la tuberculose
- La stratégie doit s'inscrire dans un plan global et être adaptée à l'épidémiologie locale et aux ressources disponibles
- Chaque pays doit définir les **groupes à haut-risque** justifiant un dépistage, ainsi que le type de test à utiliser (IDR et/ou IGRA), afin de traiter préventivement l'apparition d'une tuberculose maladie (TM)

## Leviers d'intervention pour mettre fin à la tuberculose comme problème de santé publique

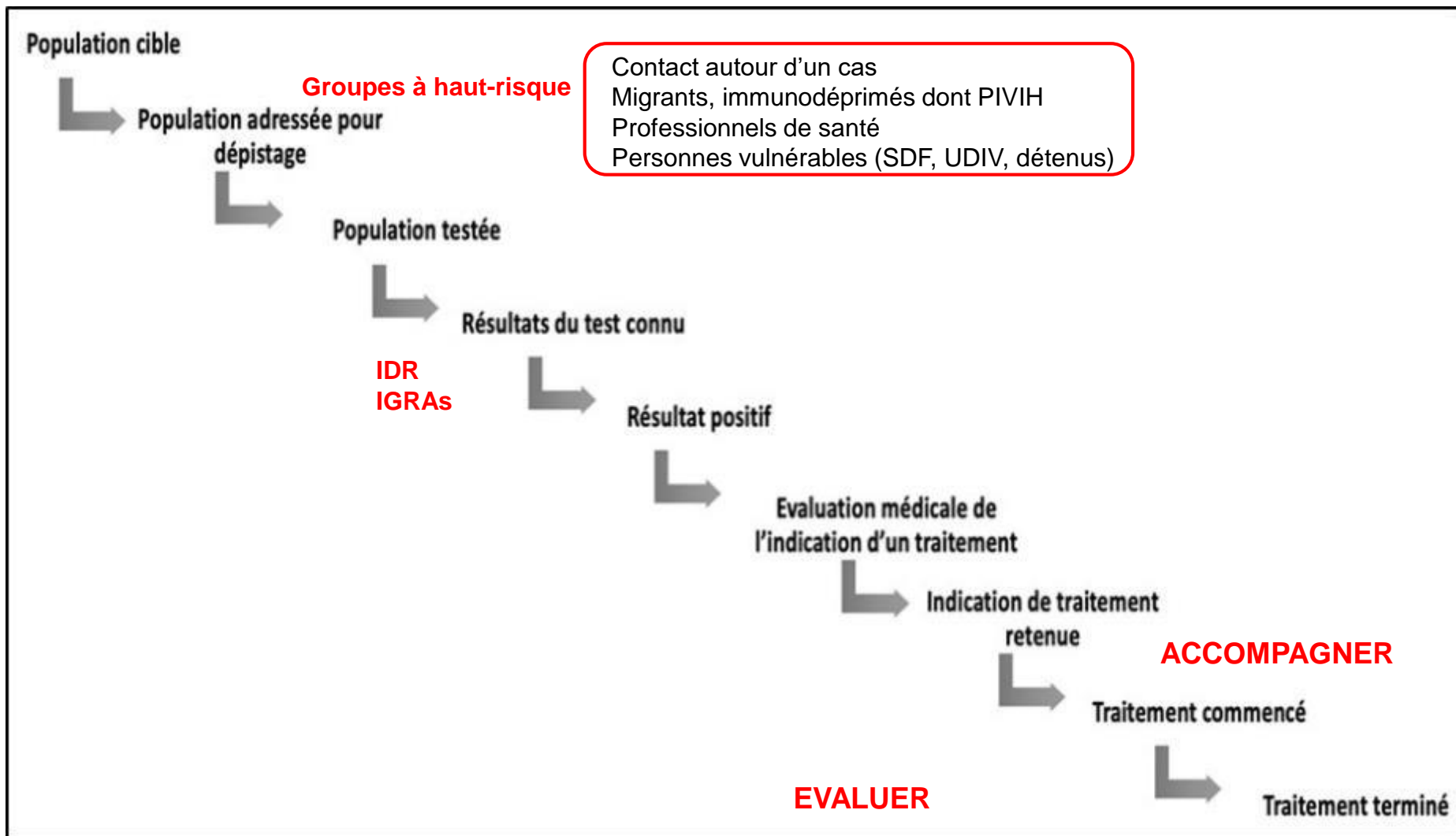


## Renforcer les stratégies de prévention et de dépistage de la tuberculose

- Adapter les stratégies vaccinales par le BCG
- Réévaluer la stratégie de dépistage de la tuberculose parmi les groupes à risque, **et la stratégie de prise en charge des infections tuberculeuses latentes (ITL)**
- Positionner les enquêtes d'entourage comme stratégie principale de lutte contre la tuberculose
- Limiter la transmission de la tuberculose dans les lieux de soin, d'hébergement collectif et la privation de liberté



# Cascade de prise en charge



## ITL et concept de santé publique

- **ITL** : c'est l'état d'un sujet dans un contexte donné dont le risque d'évolution vers la TM est plus élevé que celui de sujets hors de ce contexte en population tout-venant ; il est caractérisé en pratique par un **immunodiagnostic** positif
- Les patients présentant une ITL ont un risque de **5 à 15 %** de développer une tuberculose maladie au cours de leur vie
- Les cas de TM secondaires surviennent majoritairement dans les deux années suivant l'infection : 45% se déclarent dans l'année suivant le contact, **62% dans les 2 ans** et 83% dans les 5 ans
- La probabilité de passage de l'ITL à la tuberculose maladie dépend de la bactérie, de **l'hôte** et de facteurs environnementaux
- La réactivation d'une tuberculose **peut être prévenue** par un traitement préventif (efficacité 50 à 75 %)



Conditions augmentant le risque de tuberculose maladie	Odds ratio ou Risque relatif
<b>Déficit immunitaire avéré</b>	
Infection à VIH	50-110
Sida	110-170
Greffe d'organe solide avec traitement immunosuppresseur	20-74
Traitement par anti-TNF-alpha	1,5-17
Corticostéroïdes >10 mg d'équivalent prednisonne/jour pendant > 2-4 semaines [4]	4-9
<b>Néoplasie</b>	4-8
Hémopathie maligne (leucémie, lymphome)	16
Cancer de la tête, cou ou poumon	2,5-6,3
<b>Autres situations</b>	
Gastrectomie	2,5
Anastomose jéjuno-iléale	27 - 63
Silicose	30
Insuffisance rénale chronique / hémodialyse	10-25
Diabète sucré	2-3,6
Consommation de tabac	2-3
Consommation excessive d'alcool	3
Déficit pondéral	2,0-2,6
Age $\leq$ 5 ans	2-5

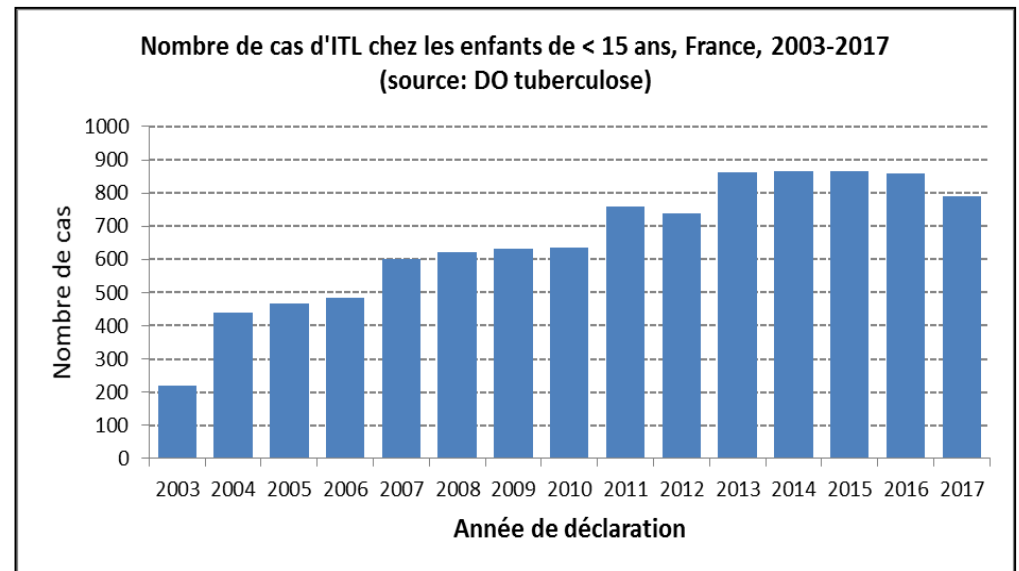
Note : Degré de preuves de niveau B ou C en général. TNF : le risque relatif (RR) ajusté concernant les corticostéroïdes pour le risque de tuberculose maladie n'a pas été établi de façon concluante. Le tableau a été adapté et mis à jour en se basant sur plusieurs sources

## ITL et dépistage

- Le dépistage des ITL est effectué dans de nombreux pays de l'Union européenne. Sa mise en œuvre et la catégorie de la population ciblée (principalement migrants et contacts des cas de tuberculose) dépend des stratégies nationales et des systèmes de santé propres à chaque pays
- Il n'existe pas de stratégie ni de méthode communes de dépistage en Europe
- L'ECDC concentre la surveillance européenne sur les contacts de moins de 5 ans d'un cas de tuberculose confirmé, et recommande aux pays membres de l'UE la transmission des indicateurs suivants : nombre de cas à dépister, cas effectivement dépistés, cas ayant une indication de traitement et parmi ceux-ci ceux qui ont été traités et ceux ayant terminé leur traitement.
- Dans le dernier rapport de l'ECDC seuls 4 pays européens (Espagne, Lituanie, Norvège et Slovaquie) rapportent ces indicateurs

## ITL en France

- En France, l'outil de recueil des infections tuberculeuses latentes est la **déclaration obligatoire (DO)**, mise en place en 2003 chez les enfants âgés de moins de 15 ans
- Un deuxième dispositif, non spécifique, qui permet le recueil des données sur les ITL en France est constitué par les **rapports d'activité et de performance (RAP) des Clat**
- ITL chez les enfants < 15 ans  
791 en 2017 et 858 en 2016
- 5343 cas d'ITL diagnostiqués tous âges confondus



## Le HCSP recommande

1. De **concentrer les efforts de surveillance des ITL sur deux groupes prioritaires** : les enfants/adolescents contacts de cas de tuberculose maladie, et les enfants migrants jusqu'à 18 ans ;
2. **D'élargir cette surveillance, chez les sujets contacts, aux adolescents de 15-18 ans**, c'est à dire au-delà de l'âge de 14 ans comme jusqu'à présent ;
3. De recueillir chez les personnes contacts de 0 à 18 ans, les données suivantes : personnes à dépister, personnes effectivement dépistées, cas de TM et d'ITL diagnostiqués et parmi ces derniers : cas ayant une indication de traitement, cas ayant débutés le traitement et cas ayant terminé le traitement
4. D'adapter, sans tarder, **la fiche de recueil des RAP** afin qu'elle permette de recueillir les indicateurs de l'ECDC chez les contacts des cas de tuberculose maladie et chez les migrants

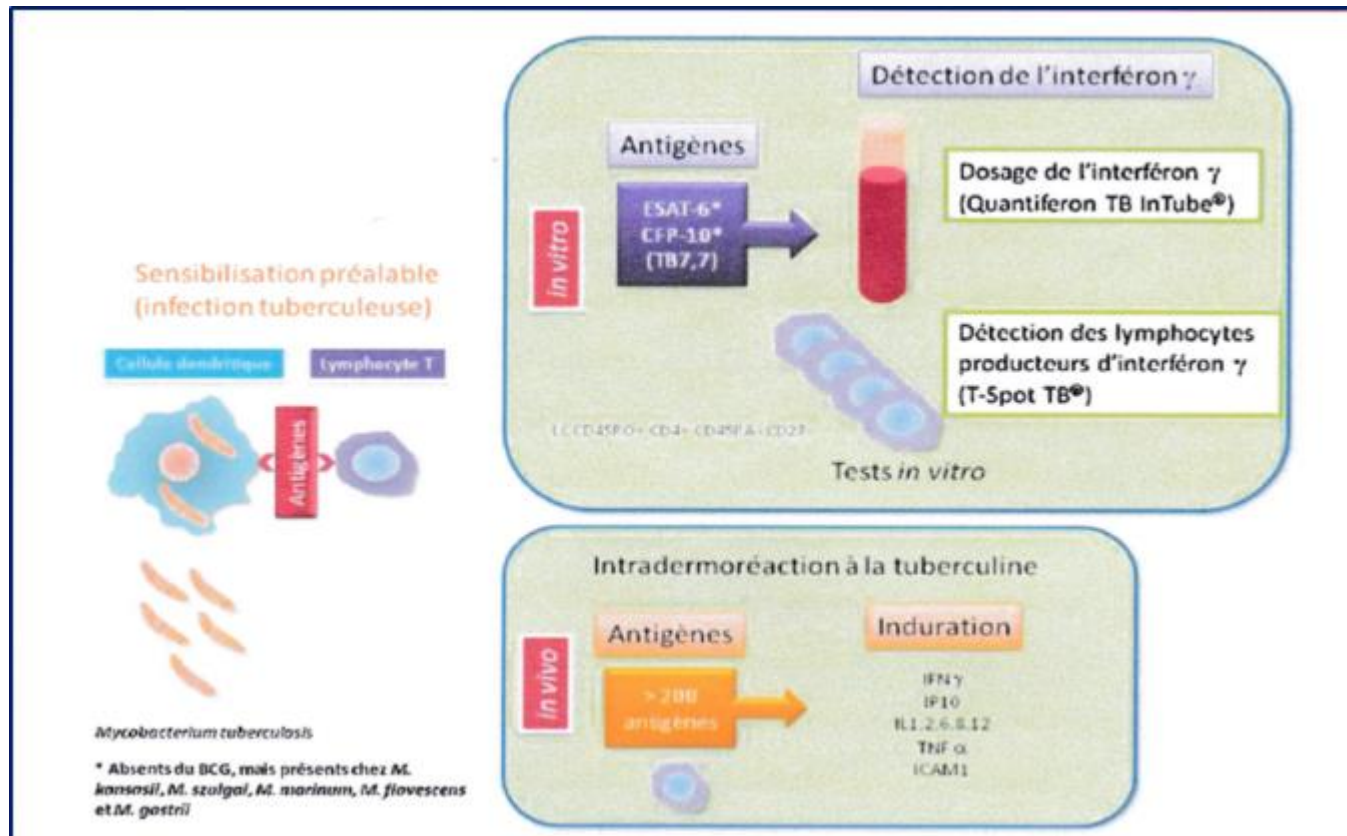
## Le HCSP recommande

5. De poursuivre le travail d'évaluation de l'actuel dispositif de surveillance des ITL par la DO initié par Santé publique France, notamment à travers une enquête pour croiser les données de la DO et les données des RAP ;
6. De modifier, dans le cas où la surveillance des ITL par la DO serait maintenue, la fiche de recueil de la DO afin qu'elle soit conforme aux nouvelles recommandations ;
7. De surveiller l'évolution de l'incidence des TM à bacilles multi-résistants qui pourraient amoindrir l'intérêt des traitements d'ITL actuels

# Diagnostic de l'ITL

## ITL et concept de santé publique

- Le diagnostic est indirect, il peut se faire par intradermoréaction (IDR) à la tuberculine ou test de détection d'interféron gamma (TDIG ou IGRA)



## ITL et recommandations HAS

- **chez les « enfants migrants de moins de 15 ans »**, sous réserve de l'ajout des deux mentions suivantes :
  - ajouter que les enfants migrants de moins de 15 ans concernés sont ceux provenant de zone de forte endémie tuberculeuse,
  - indiquer que cette utilisation doit faire l'objet d'une discussion clinico-biologique préalable chez les enfants de moins de cinq ans, compte tenu des données limitées à ce jour disponibles chez ces enfants concernant l'utilisation des tests IGRA ;
- **chez les patients infectés par le VIH** pour le dépistage de l'ITL inclus dans le bilan initial de leur infection, le niveau d'immunodépression devant être connu pour interpréter le test ;
- **pour l'aide au diagnostic** de tuberculose maladie en cas de **forme extra-pulmonaire** de tuberculose et de **diagnostic difficile chez l'enfant**.

Par ailleurs, conformément à la feuille de route de mars 2015 (4), la HAS renouvelle sans nouvelle évaluation son avis favorable (1) concernant l'indication d'utilisation des tests IGRA **avant la mise en route d'un traitement par anti-TNF alpha**.

# Diagnostic de l'ITL

---

## Des performances encore insuffisantes

- Les résultats de l'IDR sont influencés par une vaccination par le BCG, alors que les résultats des tests IGRA ne le sont pas
- **L'IDR ou les test IGRA ne permettent pas de distinguer le caractère récent ou non d'une infection tuberculeuse**
- La valeur prédictive positive des immunodiagnostic est variable selon la population
- **La valeur prédictive négative des immunodiagnostic est élevée chez les adultes et les enfants**



## Le HCSP recommande

1. Que les tests de dépistage de l'ITL ne soient pas utilisés comme des outils diagnostiques de la TM de l'adulte
2. Que la prescription d'un test de dépistage de l'ITL s'inscrive dans une **démarche raisonnée** tenant compte de l'évaluation du risque de tuberculose et d'une éventualité thérapeutique
3. **De tenir compte de la valeur pronostique négative élevée des immunodiagnostic hors immunodépression** pour limiter le suivi des sujets contacts négatifs ou autoriser la mise en route d'un traitement immunosuppresseur
4. **L'utilisation possible d'un test IGRA à la place de l'IDR pour le diagnostic d'ITL chez les enfants de 0 à 5 ans, exposés à un cas de TM respiratoire**
5. **D'harmoniser les coûts des tests IGRA au prix de remboursement de la sécurité sociale dans le cadre des enquêtes d'entourage et de la médecine du travail**
6. De développer des tests de dépistage de l'ITL plus performants dotés d'une valeur pronostique positive plus élevée.

- Les enfants exposés à un cas de TM contagieuse représentent un groupe particulièrement intéressant pour justifier le dépistage et le traitement des ITL : il s'agit le plus souvent d'une primo-infection récente, et le traitement permet d'éviter l'évolution rapide vers une TM maladie

Tableau 3. Risque de développer une tuberculose-maladie après infection par le BK chez des enfants immunocompétents

Age de la primo-infection	Risque de maladie pulmonaire ou de maladie lymphatique médiastinale %	Risque de tuberculose méningée ou disséminée %
< 12 mois	30-40	10-20
12-24 mois	10-20	2-5
2-4 ans	5	0,5
5-10 ans	2	< 0,5
> 10 ans	10-20	< 0,5

D'après Erkens et al. (23)

- **Modélisation** : le dépistage systématique des enfants < 15 ans exposés à un cas de TM, préviendrait 159 500 cas de TM éviterait la moitié des décès pédiatriques par TM
- **Recommandations OMS et ECDC** : utilisation de l'IDR ou des IGRAs
- En France, les recommandations du HCSP de 2011 et 2013 autorisaient le remplacement de l'IDR par un **IGRA** pour le dépistage des enfants de plus de 5 ans. En 2017, après avis de la HAS, l'utilisation des IGRAs pour le dépistage des enfants migrants a été étendue aux enfants de moins de 5 ans (JO,2017)
- **Etude de rendement économique**  
Les enfants sujets contact en France représentent le groupe à rendement le plus élevé , il faut 9,35 sujets testés positifs en intention de traiter pour éviter un cas de tuberculose (économie de 4412 à 9763 euros)

## Le HCSP recommande

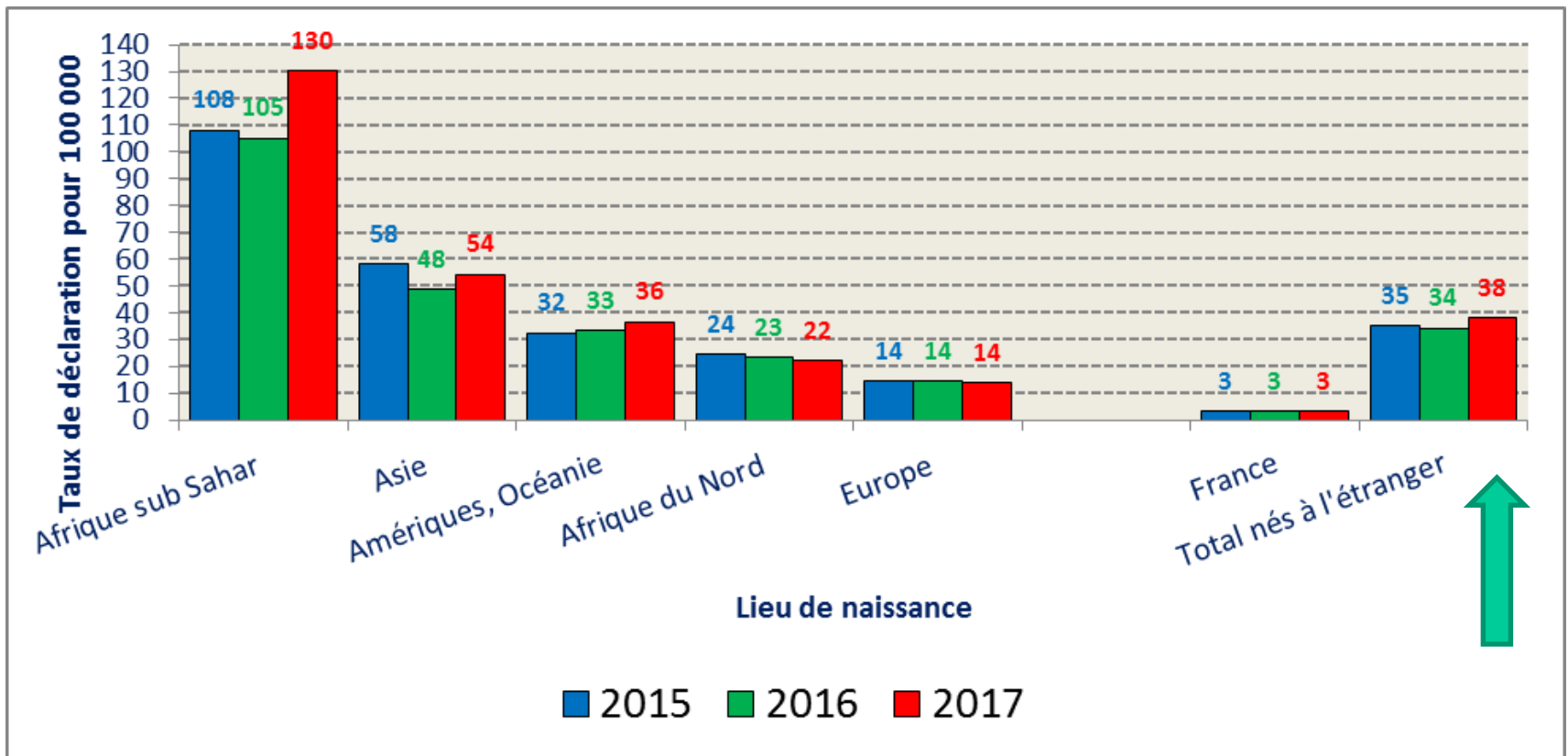
- Tout enfant partageant le domicile et/ou ayant des contacts rapprochés et répétés avec un cas de tuberculose respiratoire, justifie un dépistage, quels que soient son âge et les autres facteurs de risque de transmission.
- Tout enfant de moins de 5 ans, ayant un contact avéré, même de courte durée, avec un cas de tuberculose pulmonaire, justifie un dépistage.
- Tout enfant immunodéprimé, quel que soit son âge, justifie un dépistage, même en cas de contact avéré, même de courte durée avec un cas de tuberculose pulmonaire
- En cas d'exposition au sein d'une collectivité, les décisions de dépistage et de traitement sont adaptées en fonction des facteurs de risques des enfants de la collectivité et du degré de contagiosité du cas index. C'est le **CLAT** qui coordonne les démarches d'évaluation et d'information aux différents partenaires concernés
- l'élargissement du dépistage de l'ITL à la classe d'âge de 15 à 18 ans
- L'utilisation possible d'un test IGRA à la place de l'IDR pour le diagnostic d'ITL chez les enfants de 0 à 5 ans, exposés à un cas de TM pulmonaire

## Des recommandations hétérogènes ...

- Les migrants = **population cible prioritaire** dont le risque de TM > celui population générale (réactivation d'une infection latente acquise dans le pays d'origine)
- **Le risque de TM apparait maximal chez les sujets jeunes, provenant de pays de haute endémicité de la tuberculose et arrivés récemment sur le territoire d'accueil**
- En Europe : prévalence de la prévalence de l'ITL (20 à 30 %) et taux d'issue de chimiothérapie antituberculeuse faible (< 15 %) chez les migrants

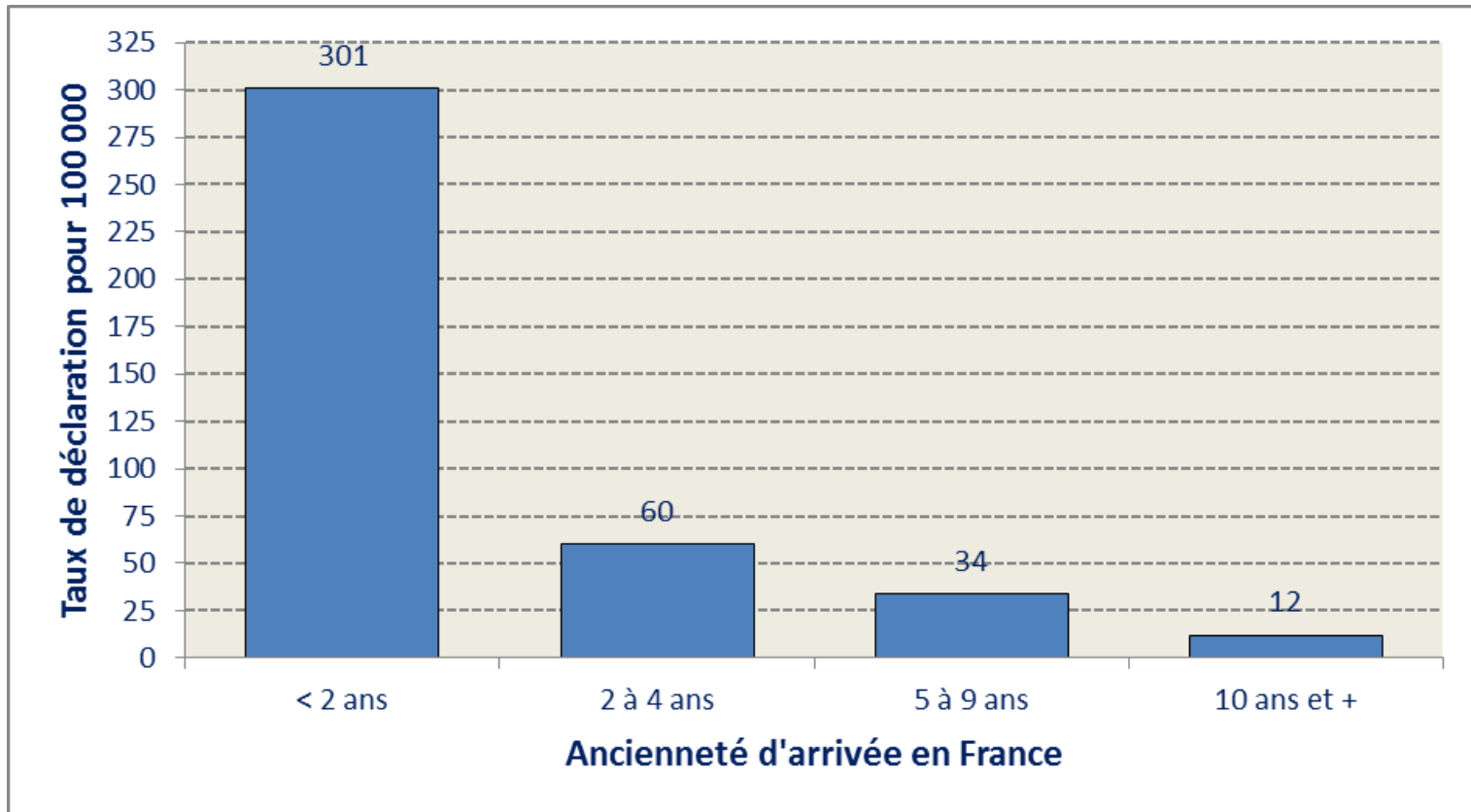
- TM et migrants en France

Taux de déclaration de tuberculose maladie par lieu de naissance, France, 2015-2017, pour 100 000



- TM et migrants en France

Taux de déclaration de TM chez les personnes nées hors de France selon l'ancienneté d'arrivée (2017, SpF)



- En France le risque de progression vers une TM est estimée à 50 /10 000 à 2 ans

	To	T 2ans*	T 5ans**		T 10 ans
10 000 migrants	38 TM 50 TM 125 TM	12 TM	75 TM		100 TM 1000 TM
10 000 avec QFT +, non traités		40-50 TM	320 TM		
10 000 avec QFT +, traités			33 TM		
10 000 avec QFT -		2-3 TM	12 TM		

- En France, depuis 2005, il est recommandé de dépister l'ITL chez les migrants de moins de 15 ans. Les IGRAs sont utilisables chez les jeunes migrants âgés de moins de 15 ans (HCSP 2011, HAS 2015)
- Etude de rendement économique  
Les enfants migrants primo-arrivants en France représentent un groupe à rendement élevé (NNT < 10), plus favorable que les adultes migrants (NNT 57)



## Le HCSP recommande

1. **Maintenir le dépistage (IGRA ou IDR) et le traitement de l'ITL chez les enfants et adolescents migrants : en étendant l'âge à 18 ans au lieu de 15 ans**

Ce dépistage ne doit concerner que les enfants et adolescents migrants en provenance de pays avec une incidence supérieure à **40/10<sup>5</sup>** ; il doit être réalisé **le plus tôt possible** après leur arrivée en France ; **ce dépistage n'est plus utile 5 ans après l'arrivée en France.**

2. Dépister et traiter l'ITL chez les jeunes migrants âgés de plus de 18 ans et de moins de 40 ans, en provenance de pays avec une incidence > à 100 /10<sup>5</sup> arrivés en France depuis moins de 5 ans, et ce uniquement dans les conditions suivantes : immunodépression, vivant avec des enfants de moins de 18 ans, travaillant dans des collectivités d'enfants, travaillant en milieu de soins

3. Mettre en place des mesures d'éducation thérapeutiques et d'accompagnement des migrants

4. Mettre en d'une stratégie d'information et de formation des personnels de santé impliqués dans la filière de soins des migrants

- De ne pas dépister l'ITL au sein de la population générale des voyageurs, en particulier chez les touristes effectuant des séjours de courte durée (moins de 3 mois) dans des pays de forte endémicité tuberculeuse (Taux d'incidence supérieur à 100 /100 000) ;
- Que, chez les adultes expatriés (séjour de plus de 6 mois) et leurs enfants, séjournant de façon prolongée dans des pays de forte endémicité tuberculeuse (Taux d'incidence supérieur à 100 /100 000) et /ou présentant des facteurs de susceptibilité individuels (âge inférieur à 5 ans, immunodépression), le dépistage de l'ITL au retour de voyage soit envisagé au cas par cas ;
- Que l'algorithme de dépistage de l'ITL chez les voyageurs à risque repose sur la réalisation d'un **immunodiagnostic au retour de voyage**. L'utilisation des tests **IGRA** est à privilégier. Ceux-ci doivent être effectués au moins 8 semaines après le retour ;

- Que dans des groupes à haut risque (professionnels de santé, humanitaires) caractérisés par l'importance de l'exposition ou la présence de facteurs de susceptibilité individuels, la réalisation d'un immunodiagnostic de référence avant le départ puisse être envisagé au cas par cas ;
- De ne pas mettre en place un suivi longitudinal de l'ITL chez les expatriés et /ou les voyageurs à haut risque tout au long de leurs parcours professionnel ;
- De ne pas pratiquer de dépistage systématique de l'ITL chez les adultes et enfants de migrants se rendant périodiquement dans des pays de forte endémicité tuberculeuse, sauf facteurs de risques associés. Dans cette population, l'information sur le risque de tuberculose, ses modalités de prévention et la réalisation d'enquête autour d'un cas sont à privilégier

## Risque faible, conséquences majeures

- Sont concernés tous les professionnels travaillant en milieu de soin ou en libéral et pouvant être au contact de patients infectés par le bacille de la tuberculose et présentant une forme respiratoire (pulmonaire ou laryngée) contagieuse
- Selon l’OMS, **le risque de TM chez PS > population générale**, les progrès de la prévention dans les pays développés ont fait baisser ce risque à des niveaux proches de la population générale
- En France, **absence de sur-risque** et incidence superposable à la population générale mais problématique des sujets originaires de pays de haute endémicité
- En France, le HCSP (2011), avait recommandé pour les PS à l’embauche la réalisation d’une IDR, complétée par un test IGRA en cas de positivité à plus de 5 mm, et une surveillance des soignants dans les services à risque (service accueillant plus de 5 patient tuberculeux bacillifères par an), par IDR, en soulignant son caractère très imparfait

## Le HCSP recommande

### Lors de l'embauche ou de l'affectation d'un professionnel de santé au sein d'un établissement

- Que tous les soignants et étudiants des filières de formation en santé doivent bénéficier d'un test de dépistage de l'ITL de référence (IDR ou IGRA à préférer chez les sujets vaccinés par le BCG ;
- Que le dépistage de l'infection tuberculeuse latente et de la tuberculose maladie chez les soignants provenant de pays à forte endémie tuberculeuse (seuil de  $100/10^5$ ) **soit effectué le plus tôt possible (au mieux avant leur prise de fonction) et dans les 5 ans suivants leur arrivée en France ;**
- De rappeler que les migrants de plus de 18 ans et de moins de 40 ans,
  - en provenance de pays avec une incidence supérieure à 100 /100 000 arrivés en France depuis moins de 5 ans,
  - vivant avec des enfants de moins de 18 ans,
  - travaillant dans le domaine de la petite enfance,doivent faire l'objet d'un dépistage d'ITL et être traités si besoin, moins en raison de la fréquence attendue de la maladie (ITL ou tuberculose maladie) que des conséquences d'une tuberculose contagieuse dans cette population.

### En cours d'activité

- Comme le HCSP l'a déjà préconisé en 2011, **il n'est pas recommandé de mettre en place, un suivi périodique de l'ITL par un test IGRA chez les personnels de santé, tout au long de leur parcours professionnel ou lors des changements d'affectations**, mais de prioriser les soignants travaillant dans des services à risque selon l'avis du médecin du travail. Ce suivi repose sur une surveillance clinique et l'interrogatoire. Il doit comporter une évaluation des contages ayant pu survenir et la recherche de symptômes évocateurs de TM. Il doit être l'occasion d'un rappel des mesures de prévention. Celles-ci doivent faire l'objet d'une stratégie de prévention et de gestion du risque partagée entre la médecine du travail, l'équipe opérationnelle d'hygiène, le Clin ou la CME de l'établissement et sa direction.

## Le HCSP recommande

- Que le dépistage d'une ITL soit réalisé pour tous les patients chez qui une infection par le VIH vient d'être découverte et qui vont débiter un traitement antirétroviral, quel que soit le nombre de lymphocytes CD4 et le pays d'origine ;
- Que, dans ce contexte, soient préférentiellement utilisés les **tests IGRA**. Le tableau 9 ci-dessous résume les indications et l'interprétation de ces tests en fonction du nombre de lymphocytes CD4 ;
- De s'assurer, en cas de test de dépistage d'ITL positif, de l'absence de TM avant de traiter systématiquement toute ITL

- avant le début d'un traitement immunosuppresseur : le maintien des recommandations de 2011 :
  - de dépister une ITL systématiquement chez tous les patients avant la mise sous traitement par anti-TNF alpha ;
  - de réaliser ce dépistage préférentiellement avec un test IGRA ;
  - **qu'un avis spécialisé soit requis pour la décision de traitement de l'ITL et le choix du schéma thérapeutique.**
- avant transplantation d'organe solide
  - qu'un dépistage systématique d'ITL soit réalisé chez les personnes candidates à une greffe d'organe, par IGRA ou IDR ;
  - **qu'un avis spécialisé soit requis pour la décision de traitement de l'ITL et le choix du schéma thérapeutique.**
- avec une insuffisance rénale avancée et chez les dialysés
  - de réaliser un dépistage systématique d'ITL, préférentiellement par un test IGRA ;
  - **qu'un avis spécialisé soit requis pour la décision de traitement de l'ITL et le choix du schéma thérapeutique.**



# Personnes vulnérables

---

## Dépistage ciblé

- Selon l'OMS, il faut dépister (IDR ou IGRA) et traiter systématiquement une ITL chez les détenus, les sans-abri et les consommateurs de drogues illicites (recommandation conditionnelle, **éléments de preuve de qualité faible à très faible**)
- Chez ces personnes, le rendement dépend de la capacité de la filière à assurer une prise en charge optimale. Le taux de traitements complété varie de 24% à 97% chez les usagers de drogues et de 11% à 61% chez les détenus selon les études
- Selon l'ECDC dans cette population, le rapport coût/bénéfice serait favorable
- En France :
  - Incidence de la TM chez les détenus : 97 pour 100 000 en 2017.
  - Incidence de la TM chez les sans-abris : 219/100 000 en 2017

# Personnes vulnérables

---

## Le HCSP recommande

- de ne pas dépister systematiquement une ITL chez les détenus, les SDF et les consommateurs de drogues illicites ;
- qu'un dépistage soit envisagé **au cas par cas** en présence de facteurs de risques individuels associés (provenance d'une région de haute endémicité de la tuberculose et /ou immunodépression) **si la filière de prise en charge peut garantir un taux d'observance et de surveillance au moins équivalent à celui des filières des autres groupes à risque** ;
- de privilégier, dans cette population de personnes vulnérables, le dépistage par les IGRAs.

# Quand et comment traiter une ITL

---

## Le HCSP recommande

- Que le traitement de première intention des ITL, lorsque la souche de est présumée sensible, repose chez l'adulte et chez l'enfant sur l'association des antituberculeux **isoniazide et rifampicine pendant 3 mois**. Les alternatives possibles sont isoniazide 6 mois ou rifampicine 4 mois. L'association isoniazide et rifapentine est intéressante pour la durée du traitement, mais la rifapentine est actuellement non disponible en France.
- Qu'en cas de contact avec une tuberculose à bacilles résistant à l'INH, le schéma de première intention soit une monothérapie par rifampicine pendant 4 mois.
- Qu'un suivi clinique avec une visite mensuelle chez un praticien pendant toute la durée du traitement soit mis en place pour tous les sujets traités

Le HCSP souligne la nécessité de former les professionnels de santé à la gestion ainsi qu'à la déclaration des effets indésirables (EI) des traitements antituberculeux préventifs.

# Quand et comment traiter une ITL

---

## Le HCSP recommande

- Que l'administration d'un traitement antituberculeux préventif chez un sujet contact d'une tuberculose multi-résistante relève d'un **avis d'experts**, comme cela est préconisé par le rapport du HCSP de 2014 sur la tuberculose à bacilles résistant. L'aide du Groupe thérapeutique multidisciplinaire animé par le CNR-MyRMA qui proposera une attitude personnalisée en fonction (a) des résultats de l'enquête autour du cas et (b) des résultats cliniques, biologiques et radiologiques du cas index et du cas contact peut être sollicitée.

**Tous les cas d'ITL au contact d'une tuberculose MDR ou XDR doivent faire l'objet d'une attention particulière et d'un suivi au-delà de deux ans.**

## Le HCSP recommande

- de maintenir en France les recommandations de dépistage et de traitement des ITL telles qu'elles existent dans les groupes suivants : sujets en contact étroit avec des patients contagieux ; sujets vulnérables au contact de patients contagieux ; enfants ayant un immunodiagnostic positif suggestif d'ITL ; enfants migrants ; patients infectés par le VIH ; avant mise en route d'un traitement anti-TNF ; soignant exposé à des cas de TM contagieux,
- d'envisager au cas par cas le dépistage de l'ITL dans les groupes suivants, sous réserve qu'ils aient au moins deux facteurs de risque d'ITL ou une vulnérabilité et d'une filière de prise en charge organisée : les détenus ; les usagers de drogues, les sans - abris.
- de déterminer en France l'impact de l'ITL dans les groupes suivants : les candidats à une transplantation de moelle ou d'organe solide ; les insuffisants rénaux ou dialysés ; les patients diabétiques.
- de réaliser en France des études explorant la cascade de prise en charge des ITL afin de comparer les pratiques aux recommandations et de repérer les points d'amélioration nécessaires,

Pilotes : Pr B. Hoen (CS MIME), Pr C. Rapp (CS MIME)

Membres :

Dr F. Antoun (CLAT, Paris)

Dr H. Blanchard (CPIAS)

Pr C. Delacourt (CHU Necker, pédiatre)

Dr P. Fraisse (CHU Strasbourg, CLAT, SPF)

Pr JF. Gehanno (CHU Rouen, CS MIME)

Pr V. Jarlier (CHU Pitié, CNR tuberculose)

Dr P. Minodier (CS MIME, pédiatre)

Représentants des agences :

SPF: Dr JP. Guthman

HCSP: Dr A. Colonnier, Dr B. Faliu