

# Tests immunologiques sanguins (TIV) de la Tuberculose au CLAT D'AMIENS

JNI 2009

JL SCHMIT, AS MONGE, A BOREL, A HERMANT, M  
DEGLICOURT, E TREINER, M FERAMUS, L LADERRIERE

- Lutte antiTB: situations différentes
- Enquêtes: cas isolés, cadre familial, communautés
- Migrants vivant dans les foyers: intérêt dépistage
- Limites des TCT: deux passages (injection et lecture), difficultés de lecture, réalisation et lecture par un intervenant extérieur au CLAT, antécédents de BCG
- Perdus de vue
- Donc chercher à être plus efficient dans le cadre de la nouvelle stratégie de lutte contre la TB associée aux nouvelles dispositions BCG

**BESOIN D'UNE NOUVELLE  
APPROCHE**

**France : HAS décembre 2006 retient ces tests, en remplacement de l'IDR, dans**

- Enquête autour d'un cas (chez l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans après 3mois): diagnostic de tuberculose latente
- Visite lors d'embauche pour les professionnels de santé et pour ceux travaillant dans un service à risques , mêmes conditions que pour l'idr
- Diagnostic des formes extra pulmonaires souvent difficiles à étiqueter
- Avant la mise en route d'un traitement par anti TNF alpha ( recommandations de l'AFSSAPS 2005)

**RECOMMANDATIONS TIV**

- Au Royaume-Uni
- recommandations de 2005 du *National Collaborating Centre for Chronic Conditions* en collaboration avec le *National Institute for Health and Clinical Excellence*
- Pour faire le diagnostic de tuberculose latente, il est recommandé de faire une IDR selon le *Green Book*.
- Si l'IDR est positive ou non fiable, il est possible de réaliser un test de détection de l'IFNg
- Si le test de détection de l'IFNg n'est pas concluant, le patient doit être dirigé vers un médecin spécialisé (recommandation de grade D et de niveau de preuve 4, c'est-à-dire basé sur l'opinion d'experts).
- Les experts recommandent la mise en place d'études complémentaires pour déterminer si les tests de détection de l'IFN rendent plus de service aux patients que l'IDR.

## RECOMMANDATIONS

- Etats-Unis :
- Recommandations de 2005 du *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) mêmes indications que l'IDR, celles-ci comprenant les enquêtes d'entourage, l'étude chez les migrants récents ayant été vaccinés, le *screening* du personnel de santé.

**RECOMMANDATIONS**

## 126 TESTS 1<sup>o</sup> semestre 2008 (330 TIV sur l'année)

- Indications sélectives retenues
  1. 1<sup>o</sup> test d'emblée pour les personnes vues à 3mois
  2. Contrôle virage des tests cutanés: significatif pour augmentation  $\geq 10\text{mm}$
  3. Contrôle M3 avec 1<sup>o</sup> test cutané  $\geq 15\text{mm}$  type I, II ou III (pas de 2<sup>o</sup> TCT)
  4. Dépistage en foyers de migrants: contrôle TCT +
    - Test biologique le plus tôt possible après la lecture du TCT positif
    - Respect des limites liées à l'âge ( $> 15$  et  $< 70$  ans) et immunodépression
- INDICATION DE TRAITEMENT: test biologique positif

**TIV CLAT AMIENS 2008**

- 1° test M3: n=49, 14+, 14 TT
- Contrôle virage des tests cutanés: n=5,
  - 1+, 1 TT: TCT de 5 à 20mm
  - TIV négatifs: 1 cas TCT de 9 à 15, 2 cas de <5 à 10 type III, 1 cas de <5 à 14 III
- Contrôle M3 après 1° test cut  $\geq 15$ mm: n=47, 15+, 15TT
- Dépistage foyers de migrants: n=25, 21+, 16 TT 1 Perdu de vue (non TT: hépatite)
- Très peu de tests « indéterminés »

## RESULTATS

- Enquêtes: satisfaction de l'équipe car
  1. Contrôle des virage de TCT « limites » permet d'affiner les indications TT
  2. Moins contraignant que le TCT
- Dépistages en foyers de migrants: très bonne concordance TCT et test biologique; attitude volontariste pour le traitement, avec prise en charge++
- Surcharge de travail du labo d'immuno!, déplacement du coût en personnel

## DISCUSSION

## Littérature récente (synthèse Dr Fraisse, CLAT 5 février 2009)

- Sensibilité pas meilleure que celle des TCT
- Meilleure spécificité
- Difficulté à distinguer les infections récentes et anciennes
- Pas d'indication / le dépistage chez les migrants

Donc

- Groupes 1 et 3: positivité du TIV ne veut pas dire ITL récente à rattacher au contact avec un cas!

**DISCUSSION**

- Groupe 3: 13 TT/45 au lieu de 45 si prise en compte de IDR initiale  $\geq 15$ mm...pourtant VPP IDR  $\geq 15$ mm est excellente! Donc risque de sous estimation de l'ITL précoce?
- Groupe 4 (migrants TCT  $\geq 15$ ): population adulte, à distance du BCG éventuel, peu de risque de faux positif par MNT, mais fort à risque d'ITL ancienne; risque de « surtraitement »? Prendre en compte le fait que les cas de TB maladie sont fréquents dans ces foyers, donc contacts récents possibles aussi.

## DISCUSSION

- Intérêt pour les décisions devant des IDR difficiles à interpréter (groupes 2 = contrôle virage TCT)
- Affiner l'évaluation? Suivi des personnes non traitées...
- Affiner les tests in vitro!

## **DISCUSSION**