



Tuberculose

BEST OF en infectiologie
2002-2003-2004

E Bouvet

Réactions paradoxales (RP) pendant le traitement antituberculeux

VIH+/VIH-

Étude rétrospective chez 50 patients VIH+ /tuberculeux
VIH- consécutifs ,(base de données Royal Free Hospital,
London)(différence s..ethnie et TB disséminée)

- RP chez 28% des 50 patients VIH+ (97=>2002) délai médian=33jours après Tb tt, independant CD4 .
- RP chez 10% de 50 patients TB consécutifs VIH – délai médian =87 j
- =>retarder le début du Haart si tuberculose disséminée ...mais pas toujours si CD4 bas .

•Breen RA , Thorax 2004 ;59:704-7

Résistance aux FQ chez patients atteints de tuberculose de première atteinte

- John Hopkins Hospital (Baltimore)
- De janvier 1998 à mars 2002 = 55 cas de tuberculose confirmée bactériologie
- 2/55 (4%) avaient réduction de sensibilité aux FQ
- = 2/19 qui avaient reçu FQ auparavant (AIDS et CD4<50/mm)

AS Ginsburg, CID, 2003:37:1448-1452

Tuberculose = effet secondaire des traitements comportant anti TNF alpha = réactivation d'une infection latente

- Dépistage de l'infection tuberculeuse (IDR) avant traitement par anti TNF alpha
- Diagnostic et traitement de la Tub infection latente avant début de anti TNF alpha
- IDR >5mm si immunodéprimé
- Exclure TB maladie avant traitement de LTBI
- Envisager de surseoir au tt anti TNF jusqu'à la fin du traitement de la TIL

CDC MMWR 2004 , 6 août

Développement rapide de la résistance aux FQ de M.tuberculosis

- Homme de 36 ans ,SIDA, reçoit ofloxacine seule pendant 6 jours pour prostatite puis ofloxacine +clarithro+ethambutol puis ciprofloxacine seule pendant 7 jours
- Uro Culture avant traitement = positif M. tuberculosis (1)
- Ponction prostate après J7 cipro => M.Tub + (2)
- Antibiogramme 1=> S INH,PZA, EMB,SM,FQ,
- Antibiog 2=> S INH,PZA,EMB,SM, **R FQ (gyr A)**
- RFLP 1 et 2 = idem

*AS Ginsburg AS, N Engl J Med 2003, 349:1977-8

- 17 patients avec tuberculose = 5 jours de mono thérapie
- avec soit moxifloxacine soit isoniazide, cfu/ml dans expectoration à J0,J2 et J5 (Pletz, AAC, 2004)

Traitement	N patient	baseline	J2	J5	EBA
INH	9	11,5+-8,7cfu	2,6+-2,7	1,2+-0,15	0,209 p day
moxiflo	8	14,2+-17,2	4,2+-6	0,7+-0,9	0,273p day NS

Transmission de la tuberculose à partir de patients avec examen direct des crachats négatifs (ED-)

- 806 patients avec culture BK+ de jan 1995 à mars 1999 =>27 clusters pour 79 patients :
- => 6/27(22,2%) cas index = ED-
- = > 9/52 (17,3%) cas secondaires= ED –
- Rôle des TP et EP à examen direct négatif dans la transmission de la tuberculose (1/6)
- Rôle des tub extra pulmonaires sous estimé dans la transmission
- Vancouver (Thorax, 2004, Hernandez Garduna)

Traitement ambulatoire des tuberculose MR à Lima (Pérou)

- 75 patients avec MDRTB (6 drugs médian)= 17 dc dans le suivi , 1 échec
- Traitement individualisé ambulatoire (DOT) de durée médiane = 23 mois comportant fluoroquinolone
- 83% des cas ont guéri
- Facteurs prédictifs de mauvaise réponse au traitement =
- index de masse corporelle bas, nullipare ,
- Hématocrite bas
- Bon pronostic =PZA et ETH si sensibles

Association entre polymorphisme du gène du récepteur de la vitamine D et réponse au traitement de la la tuberculose pulm

- Pas d'influence du polymorphisme génétique du VDR sur la susceptibilité à la tuberculose
- **Influence sur réponse au traitement**

polymorphi sm	Delai cult –	Délai aur –	Cult-M1	Aur
FokI FF	15,5 S	15	78 S	100
Ff	44	18	41	64
ff	46,5	16,5	30	62
Taq			p=0,012	
TT	46	17,5	34	66
Tt	15,5	15,5	86	71
total	45,5	17,5	39	67

Changement dans la transmission de la tuberculose dans la ville de New York entre 1990 et 1999

- *diminution de l'incidence de la tuberculose aux US(10,5=>5,8) grâce à mesures autour des cas de TM mais pas de modification chez les migrants .*
- Étude génotypique (RFLP IS6110) des BK + Manhattan nord 90=>99
- 546 souches = 261 (48%) cluster
285 (52%) non cluster
- Facteurs associés à noncluster = naissance hors USA, diagnostic après 1993, >60 =>réactivation
- Facteurs associés à cluster = SDF, transmission récente .

Transmission de la tuberculose à New York

- Chez les migrants , la tuberculose est le plus souvent due à une réactivation d'une infection ancienne
 - Alors que chez les US born , la plupart des cas sont des réactivations
 - Cluster = 63,2% en 1992 , 31,4% en 1999
- => Il faut traiter les infections latentes chez les migrants*

Masques de protection respiratoire Leurs performances (*norme EN 149*)

Désignation	Pénétration du filtre	Fuite totale
FFP1	< 20 %	< 22 %
FFP2	< 6 %	< 8 %
FFP3	< 0,05 %	< 2 %

Essais effectués avec un aérosol de 0,6 micron de diamètre médian (particules de 0,1 à 1 micron)

Choix du niveau de protection

Avis du CCSHPF du 14 mars 2003

- Masque de type FFP1 au minimum
- Masque de type FFP2 dans certaines situations particulièrement à risque :
intubation, tuberculose multirésistante...

D. Abiteboul - Risque professionnel et tuberculose

Conseil supérieur d'hygiène de France *Suppression des IDR systématiques*

- Avis du Conseil supérieur d'hygiène de France :
 - "...recommande la suppression de tous les tests tuberculiniques systématiques..."
- Argumentaire du groupe de travail :
 - pas de lien entre réaction tuberculinique et protection
 - difficulté d'interprétation des tests tuberculiniques en cas d'investigation autour d'un cas de tuberculose

Rev Mal Respir 2003, 20:7S92

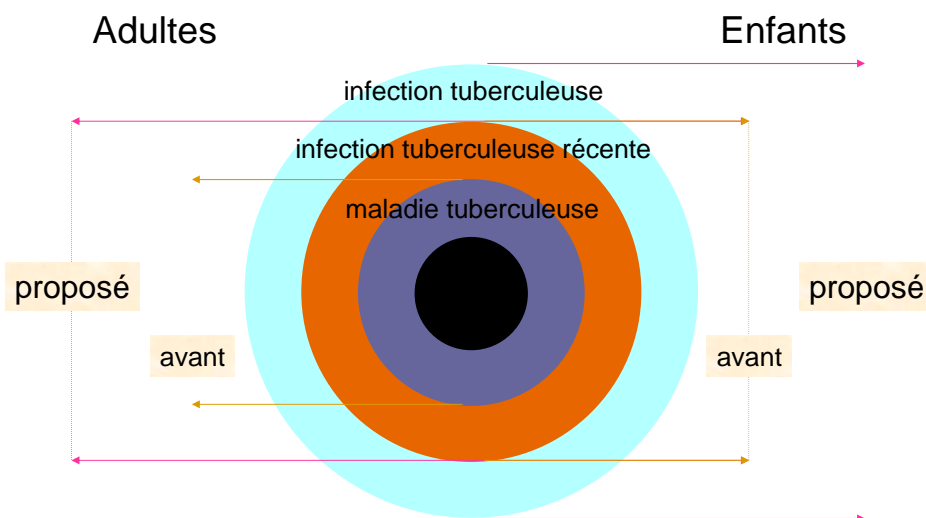
Conseil supérieur d'hygiène de France

Indications ciblées

- Avant primo-vaccination par BCG sauf chez le nouveau né
- Avant embauche des personnels exposés; si < 10 mm, répéter tous les 2 ans
- Comme aide au diagnostic de tuberculose
- Dans l'enquête autour d'un cas de maladie tuberculeuse
- Chez les migrants récents ?

Rev Mal Respir 2003, 20:7S92

Conseil supérieur d'hygiène de France *Extension des indications de la prophylaxie*



Rev Mal Respir 2003, 20:7S92

Infection tuberculeuse latente

Traitements possibles

- Efficacité en fonction du type de prophylaxie :

Type	Efficacité
INH, 6 mo.	RR=0,4 [0,31-0,52]; décès: 0,28 [0,09-0,83]
INH, 12 mo.	6 mo.=12 mo., sauf très observant
INH, 9 mo.	RR=0,85 (\leq 9 mo.) vs 0,32 ($>$ 9 mo.)
INH+RIF, 3 mo.	Efficacité égale à INH 6 mo.
RIF, 3 mo.	Efficacité égale à INH 6 mo.
RIF+PZA, 2 mo.	Efficacité égale à INH 6 mo.

Rev Mal Respir 2004, 20:3S5-3S98

Evolution de 205 patients atteints de MDR tuberculose comparaison avec cohorte antérieure de 171 patients

- Chan , 2004, Am J Resp Crit Care Med

predicteur	OR	P
chirurgie	4,23	0,02
FQ (>50)	8,36	0,01