



## Etude de cohorte de la tuberculose après transplantation hépatique : un défi diagnostique et thérapeutique

Alexie Bosch<sup>1</sup>, Florent Valour<sup>1,2</sup>, Jérôme Dumortier<sup>3</sup>, Thomas Perpoint<sup>1</sup>, Julien Saison<sup>1</sup>, Agathe Sénéchal<sup>4</sup>, Patrick Mialhes<sup>1</sup>, Sylvie Radenne<sup>3</sup>, Christian Chidiac<sup>1,2</sup> et Florence Ader<sup>1,2</sup> pour le Lyon TB study group

<sup>1</sup>Services de maladies infectieuses, <sup>2</sup>Centre International de Recherche en Infectiologie (CIRI) – INSERM U1111 – Université Claude Bernard Lyon, <sup>3</sup>Service d'hépto-gastro-entérologie, <sup>4</sup>Service de pneumologie, Hospices Civils de Lyon

# Rationnel, patients et méthodes

## Rationnel

Transplantation d'organe solide: **facteur de risque** de développer tuberculose (TB) active  
Hépatopathie terminale et transplantation hépatique : **hépatotoxicité des anti-TB**  
Peu de données et de recommandations spécifiques

### Risque x 20-75 vs population générale

- Pays de faible endémicité: prévalence : 0,5-6,4%
- Pays de forte endémicité: prévalence : 15,2%

### Facteurs de risque:

- Pays d'origine de forte endémie
- Age > 50 ans
- Facteurs sociaux : incarcération...
- Score de MELD élevé
- Diabète, malnutrition, VIH
- Type d'immunosuppression: inhibiteur de m-TOR (everolimus, sirolimus), rejet aigu,

Chen C-Y et al. Incidence and Risk Factors for Tuberculosis After Liver Transplantation in an Endemic Area: A Nationwide Population-Based Matched Cohort Study. *Am J Transplant* 2015;15:2180-7.

## Patients et méthodes

Etude rétrospective, descriptive, monocentrique 2003-2015

**Incidence et modalités de prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients atteints de TB après transplantation hépatique**

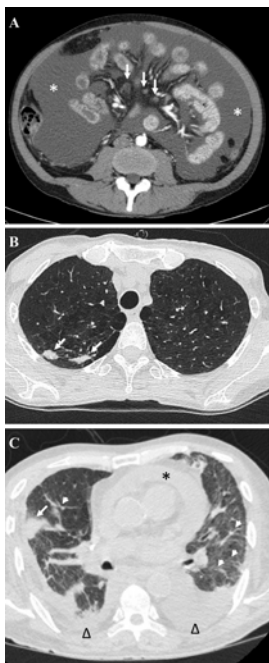
# Résultats en 8 points

1020 transplantations hépatiques

6 cas de TB maladie

**PREVALENCE : 0,59%**

**INCIDENCE : 0,045 cas/1000 transplantés/an**



	2	3	4	5	6		
<b>N</b>	Med. 56 ans [IQR 55-59], ratio H/F = 4/2						
<b>C</b>	50% origine pays prévalence élevée	Femme, 50	Femme, 55	Femme, 55	Homme, 63	Homme, 60	
<b>T</b>		France	France	Maroc	Algérie	Algérie	
<b>D</b>	<b>Réactivation endogène</b> , n=4 (3 patients originaires du Maghreb), Contamination par le donneur, n=1 Contamination <i>de novo</i> , n=1 (séjour en zone d'endémie)	Alcoolose alcoolique MMF	Alcoolose alcoolique MMF	Cirrhose virale C FK, MMF	IHC post-hépatectomie CsA, MMF	Cirrhose alcoolique FK, MMF	
	<b>Mécanisme de transmission</b>	<b>Reactivation</b>	<b>Infection post-TH</b>	<b>Transmission via donneur</b>	<b>Endogène ou via donneur</b>	<b>Réactivation endogène</b>	<b>Réactivation endogène</b>
	Délai médian au diagnostic: <b>10 [IQR, 6-21] mois</b> post-greffe						
	<b>AEG (n=6)</b> + fièvre prolongée isolée (n=1), + atteinte <b>nodulaire pulmonaire</b> (n=2) + atteinte <b>ganglionnaire</b> (n=2), + <b>2/3 séreuses</b> : pleurale (n=2), ascite (n=1), péricarde (n=1)						
	<b>Culture</b>	-	-	<i>M. tuberculosis</i>	<i>M. bovis</i>	-	-
	2 IDR testées+ 5/6 IGRA+						
<b>T</b>	<b>1/3 diagnostic microbiologique (ED, culture, PCR)</b> <b>2/3 diagnostic ana-path: granulome NON nécrotique</b>						
	<b>Aucune CI absolue</b> 50% Rifampicine = <b>7/7</b> inh. Calcineurine J7 50% Pyrazinamide = étroit monitoring hpt Alternatives: FQ, Amikacine Médiane de traitement: <b>10,4 [IQR, 9,5-12,4] mois</b>						
<b>E</b>							
	Pas de rechute après suivi médian de <b>16 [IQR 13-31] mois</b>						

# Discussion et conclusion

Incidence < **1%**

Complication < **1 an** post-transplantation

**Réactivation endogène**

Présentation clinique **cryptique**: atteinte **séreuse**

**IGRA**

Faible rendement diagnostique microbiologique

Intérêt biopsie tissulaire pour **étude anatomo-pathologique**: granulome non nécrotique

Traitement : pas de CI absolue mais:

- Rifa : adaptation IS avec dosages+++
- Pyra: monitoring hptq

**PREVENTION pré-transplantation = interrogatoire + IGRA + imagerie**