

INTRODUCTION

L'infection tuberculeuse latente (ITL) affecte un quart de la population mondiale et constitue le principal réservoir des cas de tuberculose maladie (1). Les recommandations du HCSP en 2013 (2) et 2019 (3) précisent ses modalités de dépistage, de traitement et de suivi. Notre centre de lutte antituberculeuse (CLAT) dépiste et traite les ITL selon ces dernières.

OBJECTIFS

Dans la population traitée pour une ITL dans notre centre :
 - Décrire les caractéristiques épidémiologiques
 - Décrire la stratégie thérapeutique initiale
 - Décrire la tolérance au traitement antibiotique
 - Décrire la stratégie thérapeutique secondaire à une hépatotoxicité

MATERIELS ET MÉTHODES

Analyse rétrospective des données d'ITL traitées du 01/01/2018 au 31/12/2024 (données sociologiques, épidémiologiques, thérapeutiques et de tolérance), recueillies via la base Damoc® (Epicconcept).

RÉSULTATS

Caractéristiques épidémiologiques des patients traités

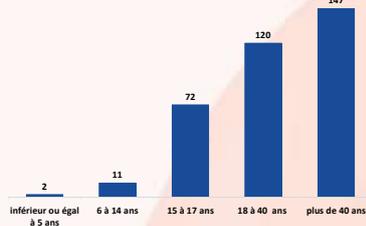
Sur 352 patients traités :

- 85 (24,1%) avaient moins de 18 ans
- 120 (34,1%) de 18 à 40 ans
- 147 (41,8%) plus de 40 ans

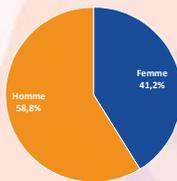
L'âge moyen était de 37,52 ans [±19,17].

Cent-quarante-cinq (41,2%) étaient des femmes et 207 (58,8%) étaient des hommes. Le ratio H/F était de 1,41.

Répartition par tranche d'âge



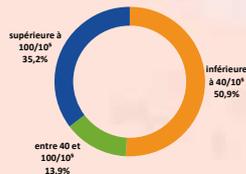
Répartition par sexe



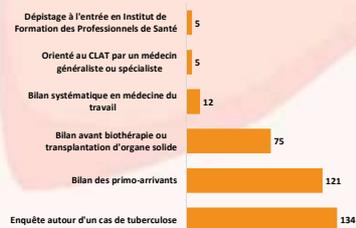
Zone de naissance :

- 186 (52,8%) étaient originaires d'Europe
- 132 (37,5%) étaient originaires d'Afrique
- 32 (9,1%) étaient originaires d'Asie
- 2 (0,6%) étaient originaires d'Amérique du sud

Incidence de la tuberculose dans le pays de naissance (4)



Principales indications du dépistage :

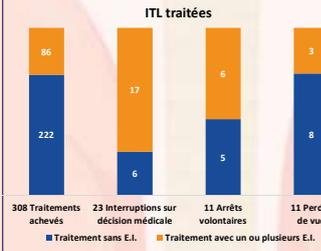
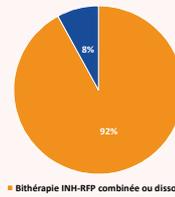


Stratégie thérapeutique initiale et tolérance du traitement

La majorité des patients (324, soit 92,0%) ont reçu une bithérapie de rifampicine (RFP) et isoniazide (INH) et 28 (8,0%) une monothérapie d'INH.

Le traitement initial a été achevé pour 308 (87,5%), interrompu sur décision médicale pour 23 (6,6%), arrêté volontairement pour 11 (3,1%), et 10 (2,8%) ont été perdus de vue.

Stratégie thérapeutique



Tolérance:

Cent-douze (31,8%) patients ont présenté un ou plusieurs effets indésirables (E.I.) :
 • mauvaise tolérance clinique (asthénie, troubles digestifs) pour 42 (37,5%)
 • toxidermie pour 4 (3,6%)
 • cytolyse hépatique pour 75 (66,9% des E.I., soit 21,3% des patients traités), dont 26 (34,7% des E.I., soit 7,4% des patients traités) avec des transaminases (TA) > 3N; 18 avec des TA entre 3N et 6N et 8 > 6N

Stratégies thérapeutiques secondaires à une hépatotoxicité

Délai d'apparition de la 1ère cytolyse hépatique sous traitement (75 patients)

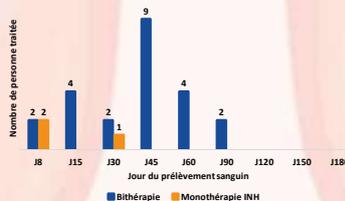


Stratégie thérapeutique des 49 cytolyse hépatiques avec TA < 3N



Focus sur les 26 cas de cytolyse hépatiques avec TA > 3N

Délai d'apparition de la 1ère cytolyse hépatique, TA > 3N (26 patients)

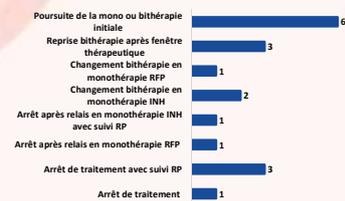


Sur les 26 cas de cytolyse hépatiques :

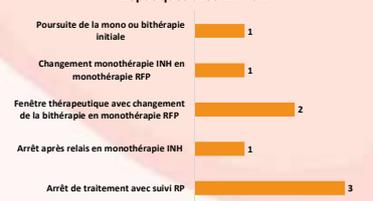
- 3 (11,5%) avaient moins de 18 ans
- 3 (11,5%) avaient entre 18 et 35 ans
- 20 (77,0%) avaient plus de 35 ans, dont 5 consommaient régulièrement de l'alcool

L'âge moyen était de 51,03 ans [±18,69], le ratio H/F de 1,88. Vingt-trois patients ont débuté leur traitement en bithérapie RFP-INH (soit 7,1% des 324 personnes traitées) et 3 en monothérapie INH (soit 10,7% des 28 personnes traitées). Aucun ne présentait d'hépatite chronique.

Stratégie thérapeutique des 18 cytolyse hépatiques avec 3N < TA ≤ 6N



Stratégie thérapeutique des 8 cytolyse hépatiques avec TA > 6N



Parmi les 352 personnes traitées, les 26 patients ayant présenté une cytolyse hépatique avec des transaminases > 3N ont achevé leur traitement initial pour 10 (38,5%, soit 2,8% des patients traités), l'ont terminé après adaptation thérapeutique en monothérapie pour 6 (23,1%, soit 1,7% des patients traités), l'ont arrêté avec suivi RP pour 7 (26,9%, soit 2,0% des patients traités) et sans suivi pour 3 (11,5%, soit 0,8% des patients traités).

DISCUSSION - CONCLUSION

Dans notre cohorte de patient, le traitement des ITL a été globalement bien conduit, avec un taux d'achèvement élevé, malgré une tolérance limitée pour un tiers d'entre eux. La cytolyse hépatique, signe d'intolérance le plus fréquent, était présente dans 21,3% des cas et a nécessité une modification thérapeutique pour 6,2% des patients. Dans 7,4% des cas de cytolyse hépatique, le taux de transaminases était supérieur à 3N. Ces résultats soulignent l'importance d'un suivi clinique et biologique rigoureux, et d'un programme d'éducation thérapeutique visant à prévenir les interruptions de traitement. La pénurie de RFP survenue ces derniers mois n'a pas eu de conséquence sur les résultats de notre étude concernant la tolérance mais a limité l'accès au schéma thérapeutique court (3 mois), habituellement privilégié dans notre centre pour une meilleure observance. En réponse, nos protocoles ont été adaptés, avec un recours accru à la monothérapie par INH pendant 6 mois, tout en veillant à maintenir une bonne adhésion des patients au traitement chimioprophylactique. Malgré les risques potentiels liés à la prise en charge individuelle, notamment les effets secondaires ou les difficultés d'observance, le traitement de l'ITL est un pilier fondamental de la stratégie de santé publique pour éliminer la tuberculose, empêchant la progression vers la maladie et limitant ainsi sa transmission.

1. Global Tuberculosis Report 2024. Disponible sur : <https://www.who.int/news/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>
 2. hcsp20131025_enqueteatuberculosecoprit.pdf. Disponible sur : https://pdf.fr/telechargement/guide/2014/08/hcsp20131025_enqueteatuberculosecoprit.pdf
 3. HCSP. Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance. Rapport de HCSP. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique; 2019 mai. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explorer.cfm?url=rapportsdomaine7445-731>
 4. World Bank Open Data. World Bank Open Data. Disponible sur : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.TBS.IN.CD>