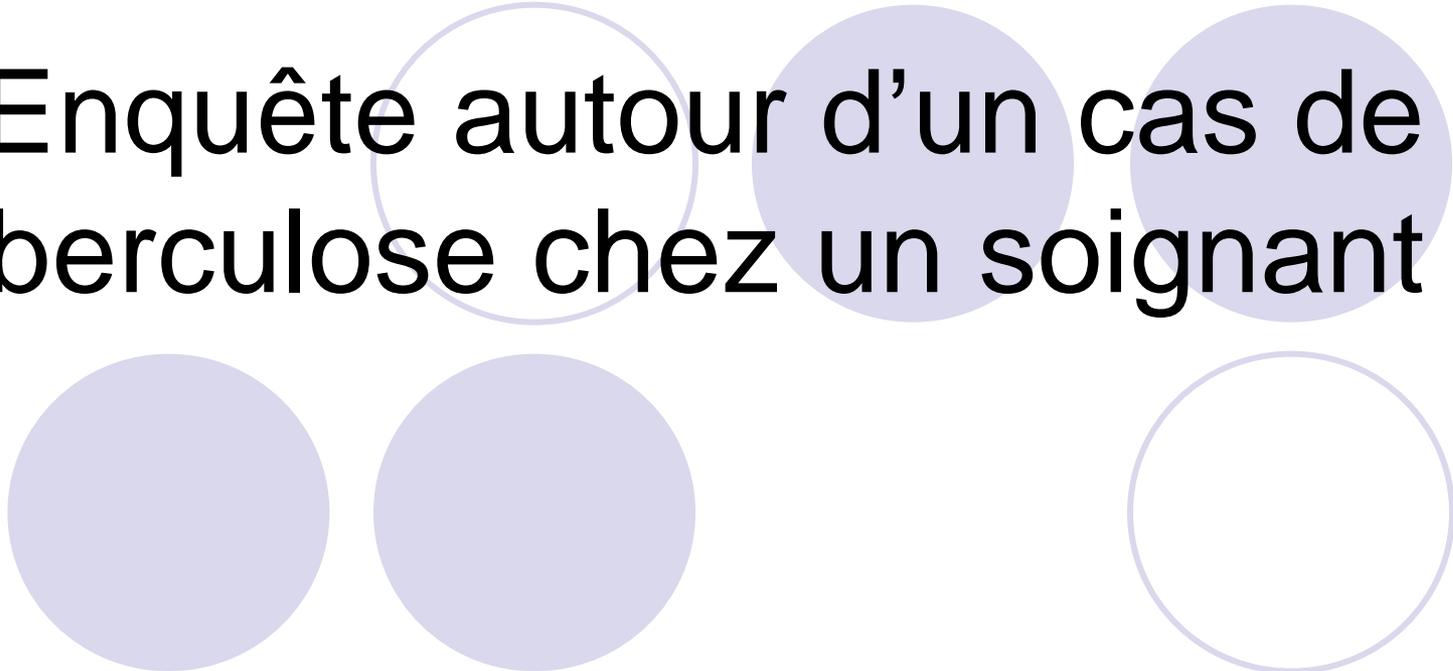


Enquête autour d'un cas de tuberculose chez un soignant



Philippe Berthelot

Unité d'hygiène inter hospitalière, service des Maladies Infectieuses et Tropicales
CHU de Saint-Etienne

Journées Nationales d'Infectiologie juin 2009

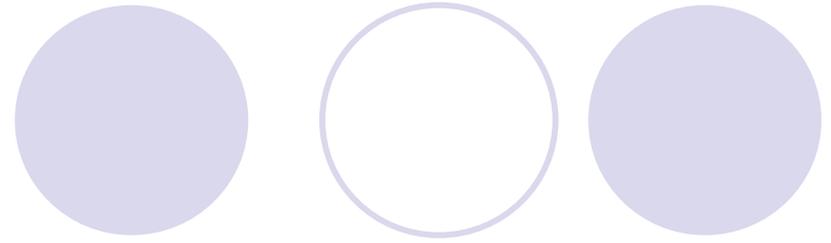
Tuberculose nosocomiale et soignants

- Incidence tuberculose en France 2006 :
8,5 pour 100 000 habitants. *Bull Epidemiol mars 2008*
- 5342 signalement InVS de 2001 à 2007 :
Bull Epidemiol mai 2009
 - 62 cas de tuberculose dont 28 consécutifs à l'infection d'un personnel soignant (82 % de tuberculose contagieuse)
 - 13 épisodes investigués (1124 professionnels et 791 patients suivis) : 65 infections tuberculeuses latentes et 1 tuberculose maladie chez les professionnels, 10 infections tuberculeuses latentes chez les patients.

Objectifs de l'investigation autour d'un cas de tuberculose chez un soignant

- identifier et traiter les personnes atteintes de tuberculose-maladie afin d'augmenter les chances de guérison et interrompre la chaîne de transmission
- identifier les cas d'infection tuberculeuse latente et proposer un traitement anti-tuberculeux afin d'empêcher l'évolution vers une tuberculose-maladie.
- Déterminer si cas nosocomial : maladie professionnelle ?

Contagiosité du cas

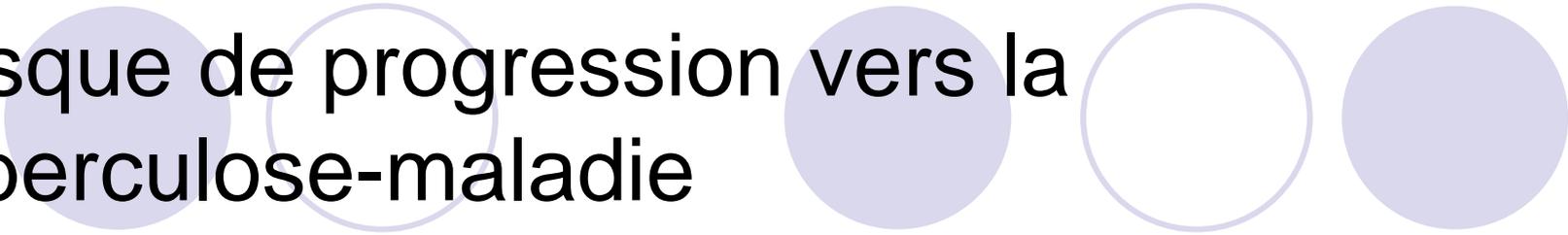


- Tuberculose pulmonaire ou laryngée
- Forme radiologique : cavernes +++
- Examen direct (ED) : présence de BAAR et quantification semi-quantitative. ED négatif ne veut pas dire absence de contagiosité !
- Transmission : toux +++ (particules de plus et de moins de 5 μ)
- en général, estimée à 3 mois avant diagnostic mais dépend ancienneté signes cliniques (toux notamment)

Risque de transmission influencé par :

- manœuvres médicales entraînant une aérosolisation (kinésithérapie respiratoire, aérosols, intubation et extubation, aspirations, fibroscopie bronchique)
- Promiscuité
- Confinement
- Durée d'exposition : pas de seuil minimal, risque augmente avec durée d'exposition
- Durée de la contagiosité et mise sous traitement anti tuberculeux

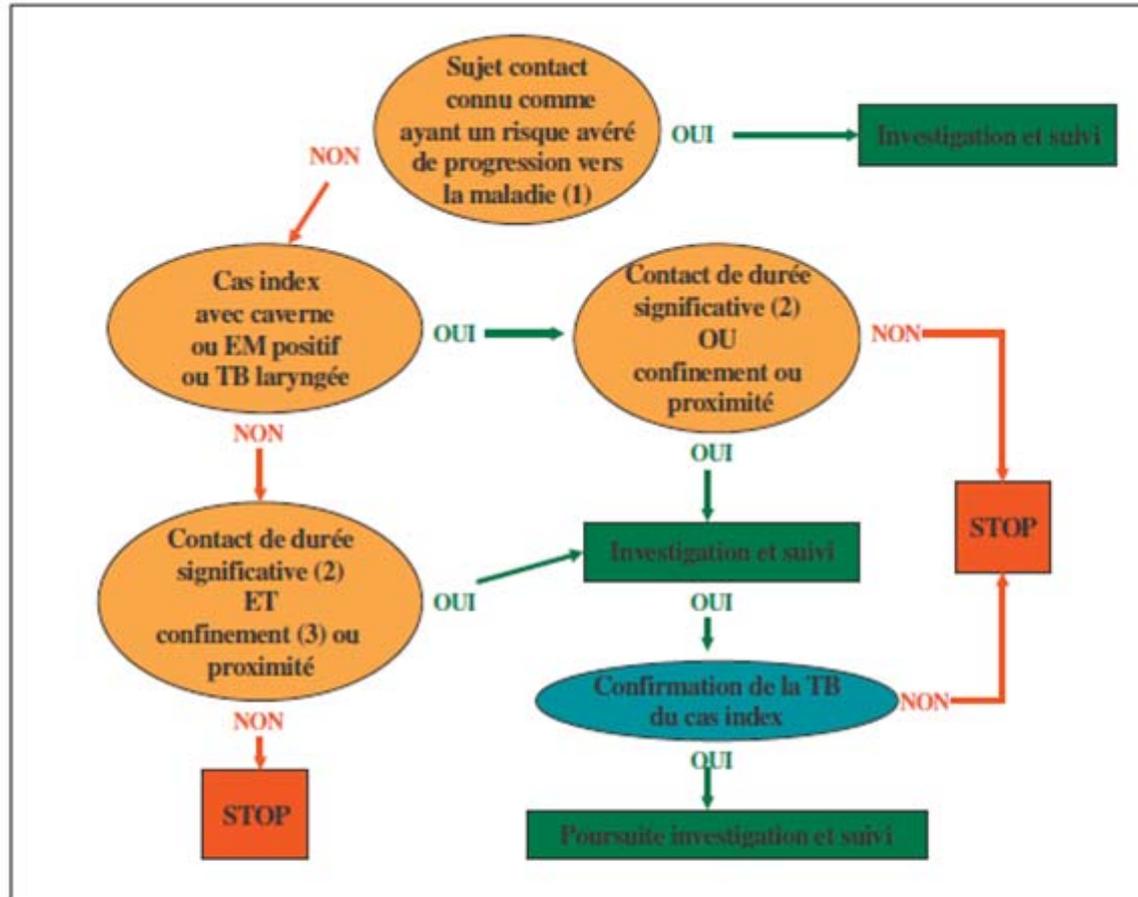
Risque de progression vers la tuberculose-maladie



- Le risque de progression vers la maladie, pour les sujets infectés, est en moyenne de 10% chez l'adulte, dont plus de la moitié dans les deux premières années suivant l'infection. Chez l'enfant, ce risque est beaucoup plus important, jusqu'à 40%. Ainsi, 1 à 4% des sujets contact d'un malade à examen microscopique positif développeront une tuberculose maladie. Ce risque est minoré par une vaccination BCG antérieure et surtout par un traitement de l'infection latente, et majoré chez les enfants et dans les états d'immunodépression.

Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France 2006

Figure 1 : Algorithme d'aide à la sélection des sujets contact exposés à un cas de tuberculose contagieuse



(1) Risque de progression vers la maladie : appartenance à une classe d'âge à risque (moins de 5 ans, adolescents et personnes de plus de 75 ans), immunodépression, malnutrition, alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, diabète, silicose, hémodialyse, traitement immunosuppresseur etc.

(2) Durée significative : une durée de contact est classiquement estimée comme significative à partir de 8 heures cumulées ou consécutives, mais il n'existe pas de seuil absolu (dès la 1ère heure dans certains cas). Elle est à moduler en fonction des autres critères (risque de progression vers la maladie, contagiosité du cas index, confinement et proximité)

(3) Confinement : dépend de la taille et de l'aération de la pièce et du nombre de personnes dans la même pièce.

Tuberculose chez un personnel soignant (1)

- Information autorités sanitaires : DDASS, CCLIN et InVS
- Pilote = Comité de Lutte Anti Tuberculeuse (CLAT)
- Enquête classique autour d'un cas de tuberculose
- + 2 populations exposées :
 - Patients : enquête par équipe hygiène hospitalière (EOH) et CLIN
 - Professionnels de santé : enquête par médecins du travail
- Importance de l'évaluation du risque de transmission +++ : concertation entre les différentes parties ou cellule de crise « risque infectieux »

Tuberculose chez un personnel soignant (2)

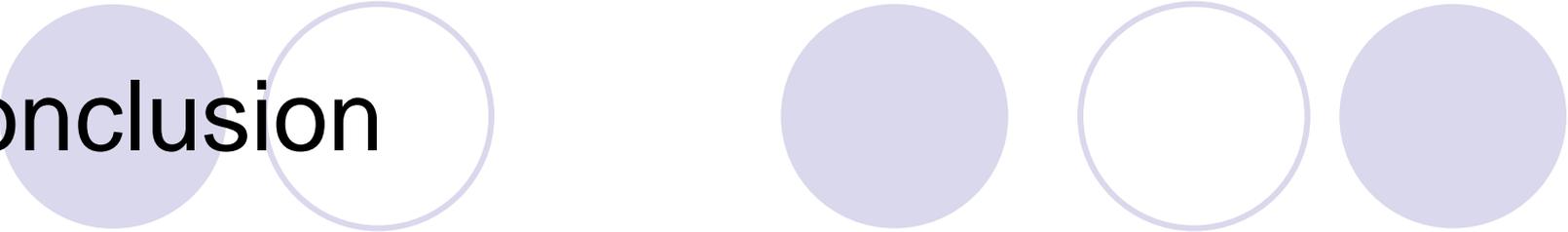
- Organisation de l'information : externe (loi du 4 mars 2002) et interne
 - Patients : ne pas inquiéter mais inciter à réaliser le suivi proposé => Courrier patient et médecin traitant (ou médecin hospitalier suivant régulièrement le patient) voire numéro vert
 - Professionnels de santé : ne pas inquiéter mais inciter à réaliser le suivi proposé. Suivi par médecin du travail +/- avis spécialisé
 - Communiqué de presse si besoin
- Suivi des dépistages : CLAT +++ notamment sur les 2 versants patients et professionnels de santé.

Les difficultés (1)

- Retrouver les informations pour le cas index : passages dans l'hôpital (date, heure), type de locaux (air neuf ?, estimation taux de renouvellement horaire du lieu d'exposition ...), type de contact ...
- Retrouver les informations pour les patients : décès, adresses erronées, médecins traitants...
- Évaluation du risque de transmission : fonction population exposée, durée d'exposition (pas les mêmes pour les patients et les professionnels de santé !) et confinement
- Suivi des personnes exposées notamment pour les patients et les personnels stagiaires

Les difficultés (2)

- Rappel patients difficile notamment suivi à 3 mois *Tequi et al, communication orale Nantes 2006; Trueba et al, Rev Respir 2006; Magnin et al, Bull Epidemiol Hebd 2007*
- Rentabilité faible : de 2004 à 2007, 26 cas tuberculose chez soignants dont 23 contagieuses => 1224 professionnels et 791 patients dépistés : *Noel et al, Bull Epidemiol Hebd 2009*
 - 65 (5,3 %) infections tuberculeuse latente (ITL) et 1 tuberculose-maladie identifiées chez professionnels de santé.
 - 10 (1,3 %) ITL chez les patients
- Particularités liées à la population exposée : cas d'un pédiatre => 1656 enfants dépistés, aucune tuberculose maladie, 2 ITL mais 583 enfants de moins de 2 ans ont reçu une chimioprophylaxie *Berlioz et al, Rev Respir 2008*



Conclusion

- Enquête toujours nécessaire : nosocomial ?, contagiosité et risque de transmission ?
- Concertation : qui dépister et comment ?
- Pilote = CLAT aidé par EOH et médecins du travail
- Communication +++ : interne et externe
- Suivi difficile et rentabilité faible
- Important +++ pour population à risque (enfants en bas âge, immunodéprimés)