

LA TUBERCULOSE A PROPOS D'UN CAS CHEZ UN RESIDENT...

12^{ème} journée du RRH de Basse Normandie
25 octobre 2012

MN Visseaux - hôpital Marescot
Pharmacien biologiste hygiéniste

L'évènement

L'accueil d'un résident

Chronologie sommaire du diagnostic

Chronologie sommaire de l'enquête

L'accueil d'un nouveau résident à l'EHPAD de l'hôpital Marescot (ex hôpital local 61)

- Mme Y.B., 81 ans « un sujet âgé fragile »

- A domicile :
 - ▣ Troubles cognitifs s'aggravent,
 - ▣ Perte d'autonomie.

- En EHPAD (26/ 09) :
la tuberculose, une grande trompeuse
 - ▣ « Tousse un peu » mais antécédent de grande fumeuse (BCO).
 - ▣ Fébricule, CRP, amaigrissement.
 - ▣ Aucune amélioration aux antibiotiques classiques
 - ▣ Scanner....

Chronologie sommaire : le diagnostic

- ❑ 6/01 : signalement interne d'une très forte suspicion de tuberculose miliaire
 - Instauration des mesures barrières , information interne
 - Transfert de la patiente au CH Lisieux pour confirmation du diagnostic et mise en œuvre éventuelle du traitement.
- ❑ Liste des sujets contact en attendant la confirmation
- ❑ Le 23/01 : Diagnostic microbiologique établi, traitement institué
- ❑ Le 30/01 : retour à l'EHPAD, mesures barrières prises dès l'arrivée
- ❑ Le 13/02 : levée des mesures barrières

Chronologie sommaire : l'enquête

- ❑ Le 26 janvier : enquête décidée par le CLAT 61
 - ❑ déclaration obligatoire.
 - ❑ enquête lancée par le CLAT pour les patients et les soignants.
 - ❑ Courriers et informations
- ❑ le 27 Janvier : info flash (la maladie, sa transmission, sa prévention)
- ❑ Le 20 février IDR et RP (M0)
- ❑ Le 21 mai IDR et RP (M3)
- ❑ Quantiférons et consultations : ITL ? Chimio prophylaxie ?
- ❑ Septembre 2012 : Premier bilan

Quelques rappels physiologiques

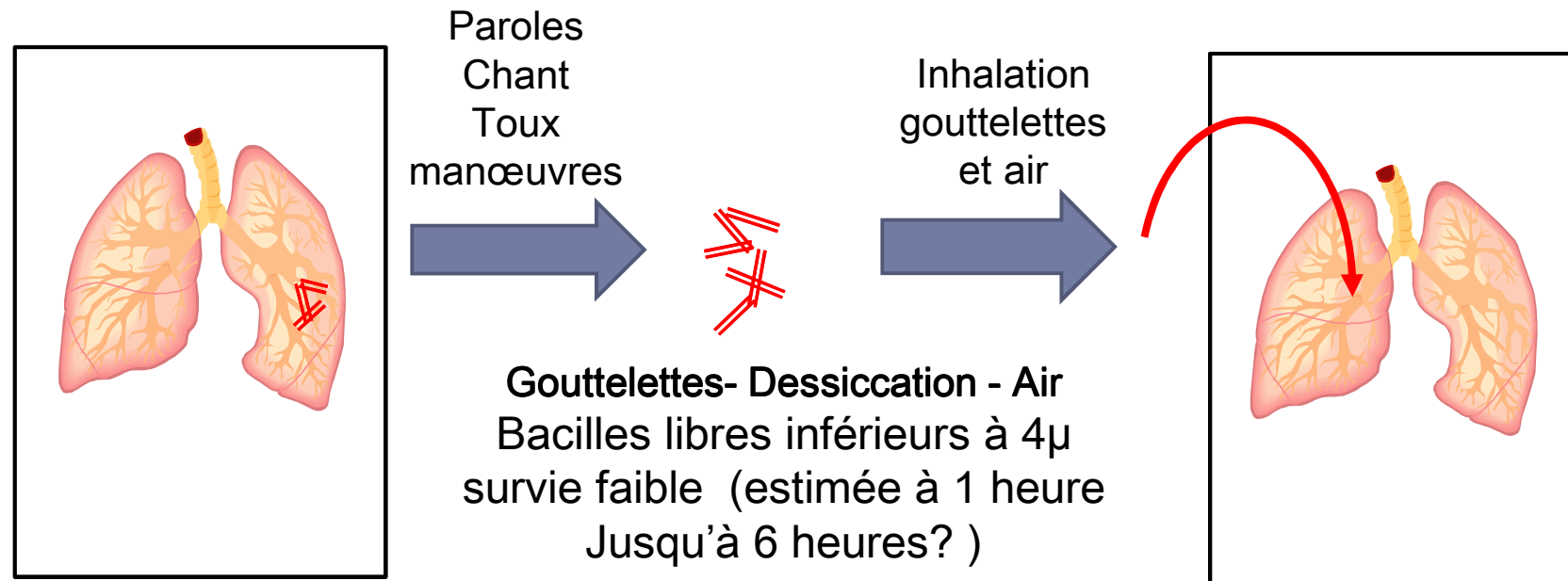
Le pourquoi des recommandations

Mycobacterium tuberculosis transmission aéroportée



7

Transmission interhumaine « de poumon à poumon »



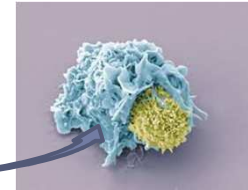
L'Infection tuberculeuse latente

8

Inoculum faible
Bactérie exigeante
Souche peu virulente



Immunité cellulaire
efficace



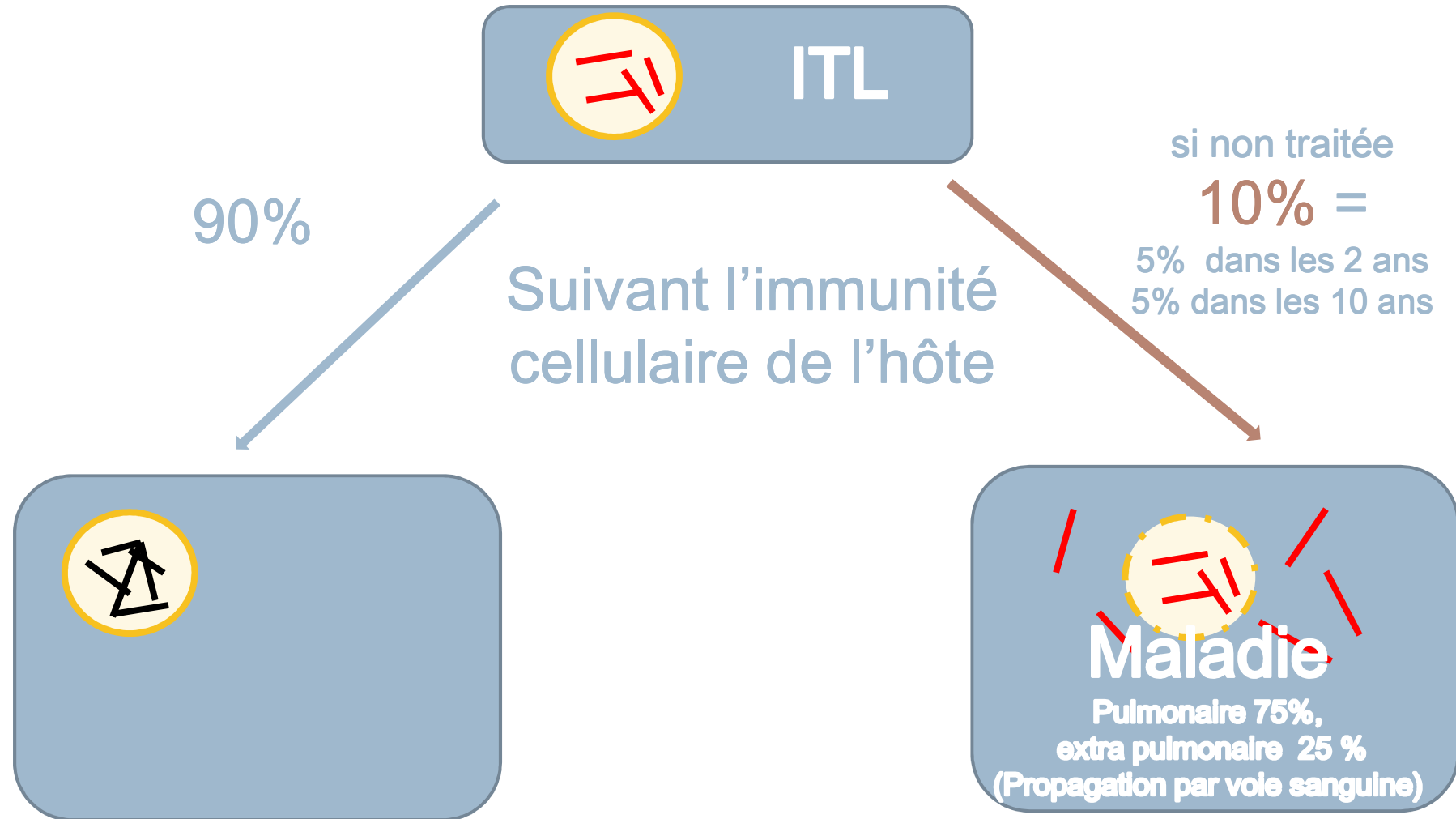
Multiplication
au site
d'inoculation

**INFECTION
TUBERCULEUSE
LATENTE**

2 à 3 mois après l'inoculation
Pas de symptômes
Non contagieuse
IDR M0 M3, Quantiféron +
± radio pulmonaire M0 M3 M12

Passage à la tuberculose maladie

9



Les mesures barrières

Recommandations

CCLIN Sud est octobre 2010

R157- R 161 SF2H « Surveiller et prévenir les IAS » 2010)

Problématiques

Rappel des mesures barrières

- Quand? : le plus tôt possible

Dès l'admission d'un tuberculose avérée

R 158 Signalement interne à EOH et MT pour toute tuberculose contagieuse

Dès la suspicion d'une tuberculose

(recherche de BK- suspicion à l'admission)

- Mais aussi ne pas négliger le masque :

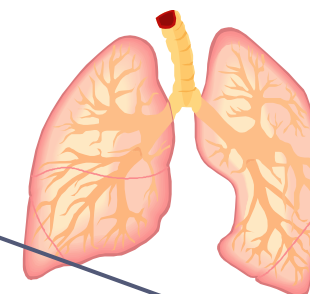
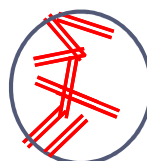
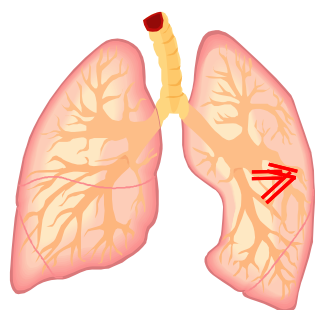
« Lors de manœuvre invasive, en cas de risque d'exposition à certains micro-organismes transmissibles par gouttelettes ou air, les soignants portent un APR de type FFP (R36 surveiller et prévenir les IAS 2010) »

intubations, expectorations induites, kiné respiratoires, fibroscopies bronchiques, aérosols

PCA : le port du masque



Gouttelettes
secrétions respiratoires



Pour le malade
Masque de soins
Masque chirurgical
(avis du CSHPF du 14
mars 2003)

Gouttelettes- Dessiccation - Air
Bacilles libres inférieurs à 4 μ
survie faible (estimée à 1 heure)

**Pour le soignant ou
le visiteur**
FFP 2
**Par souci de
simplification**

Le choix des masques

- Le masque chirurgical (DM classe 1)
 - Norme européenne EN 14683
 - Pouvoir de filtration important
 - Mais étanchéité au visage non testée (fuites de 42 à 100 %)
- Les appareils de protection respiratoire
 - selon la norme EN 149 : 2001
 - 3 classes d'appareils de protection respiratoire jetables (FFP :Filtering Facepiece Particles) : FFP1, FFP2, FFP3
 - Prend en compte l'efficacité du filtre et la fuite au visage

Comment reconnaître les masques de protection respiratoire ?

La classe d'efficacité

Date de péremption



Le numéro et l'année de la norme : EN149 2001

le marquage CE à côté duquel figure le numéro de l'organisme notifié qui assure le suivi de la production

PCA

pour le patient : isolement respiratoire



Chambre individuelle
Éviter les déplacements

Porte fermée
Notification
Limiter les visites

Ventilation :
6 renouvellements
horaire

Unité mobile de
protection

Bionettoyage, linge,
déchets, habituels
Départ: aération 2H

- Penser à améliorer les conditions de vie
- Informer +++
- Éviter les examens à haut risque d'exposition (fond d'œil, fibroscopie bronchique et oesogastrique).

PCA

Pour la personne entrant dans la chambre

PS et hygiène des mains par FHA

Masques FFP

avant d'entrer dans la chambre
à retirer après la fermeture de la porte
DASRI -Hygiène des mains

- Apprentissage :
 - Mise en place
 - Test étanchéité (fit check)
 - Ne pas le toucher
 - Durée efficacité (8H cf notice)
- Pénibilité

Combien de temps ?

HCSP : au minimum 3 semaines après le début du traitement (décision médicale)

Prolonger en cas de suspicion de résistance au traitement :

- Antécédents de traitement antituberculeux
- Sujet en provenance de pays de forte résistance
- Echappement clinique au traitement
- Séropositivité VIH

L'enquête : une gestion pluridisciplinaire

Son déclenchement

Choix de la cohorte : évaluation du risque Les examens à réaliser sur les sujets contacts

Suivi de l'enquête

Qu'est ce qui déclenche une enquête par le CLAT ?

- **Recommandations :**
 - Toute tuberculose maladie déclarée (MDO)
 - But du CLAT
 - Recherche les personnes potentiellement infectées en cas de tuberculose contagieuse = Tuberculose respiratoire (pulmonaire parenchymateuse, bronchique ou pleurale) ou ORL.,
 - Recherche du cas source (enfant de moins de 15 ans)
- **Nos problématiques :**
 - Déclaration obligatoire.
 - Décision de l'enquête : importance de l'examen microscopique.

Évaluation du risque

1 Contagiosité du cas index

- La période de contagiosité par consensus,
3 mois avant la mise en route du traitement
3 semaines après la mise en route du traitement
- EM positif (sensibilité 20%)
- Expirations forcées (chants, cris ou manœuvres médicales à risques)
- Cavernes (inoculum de 10^6 à 10^9)

Évaluation du risque

2 les caractéristiques de l'exposition

- Catégorie 1 : contact étroit
 - ▣ patient partageant la même chambre (1)
 - ▣ Soignant : 1 Manœuvre médicale génératrice d'aérosol sans port de masque (0)
- Catégorie 2 : contact régulier
 - ▣ Partage régulier du même lieu (16)
 - ▣ Temps cumulé supérieur à 8 heures (71)
- Catégorie 3 : contact occasionnel
 - ▣ Temps cumulé inférieur à 8 heures

Évaluation du risque de transmission

3 Caractéristiques de la personne exposée

- Facteurs favorisants :
 - immunodépression
 - Age : < 5 ans, adolescent, > 75 ans
 - Dénutrition, malnutrition, gastrectomie
 - Alcoolisme, tabagisme, toxicomanie ..

- Facteurs réduisant le risque de progression vers la maladie :
 - Vaccination antérieure par le BCG
 - Traitement de l'ITL diminue de 90% le risque de développer la maladie

Diagnostic ITL

IDR

Le seul validé

Injection intradermique
tuberculine

2 tests M0 M3 (virage / + 10mm)

Technique parfaite

Peu spécifique : réaction croisée
avec le BCG

Sensibilité 73%*

1 à 2 euros

*Menzies, Annals of Internal Medicine, 2007

Sensibilité évaluée chez des sujets TB ou ayant eu un
contact étroit avec TB

QUANTIFERON (TB IT Gold)

HAS : 4 indications dont enquête

Principe original

Cellules du patient + ag de MT

Incubation

Détection de l'Interféron γ

Technique pré analytique
rigoureuse (agitation, 24H 37°C)

Très spécificité 97% : ne croise pas
avec le BCG ni IDR

Sensibilité 80%*

95 euros HN

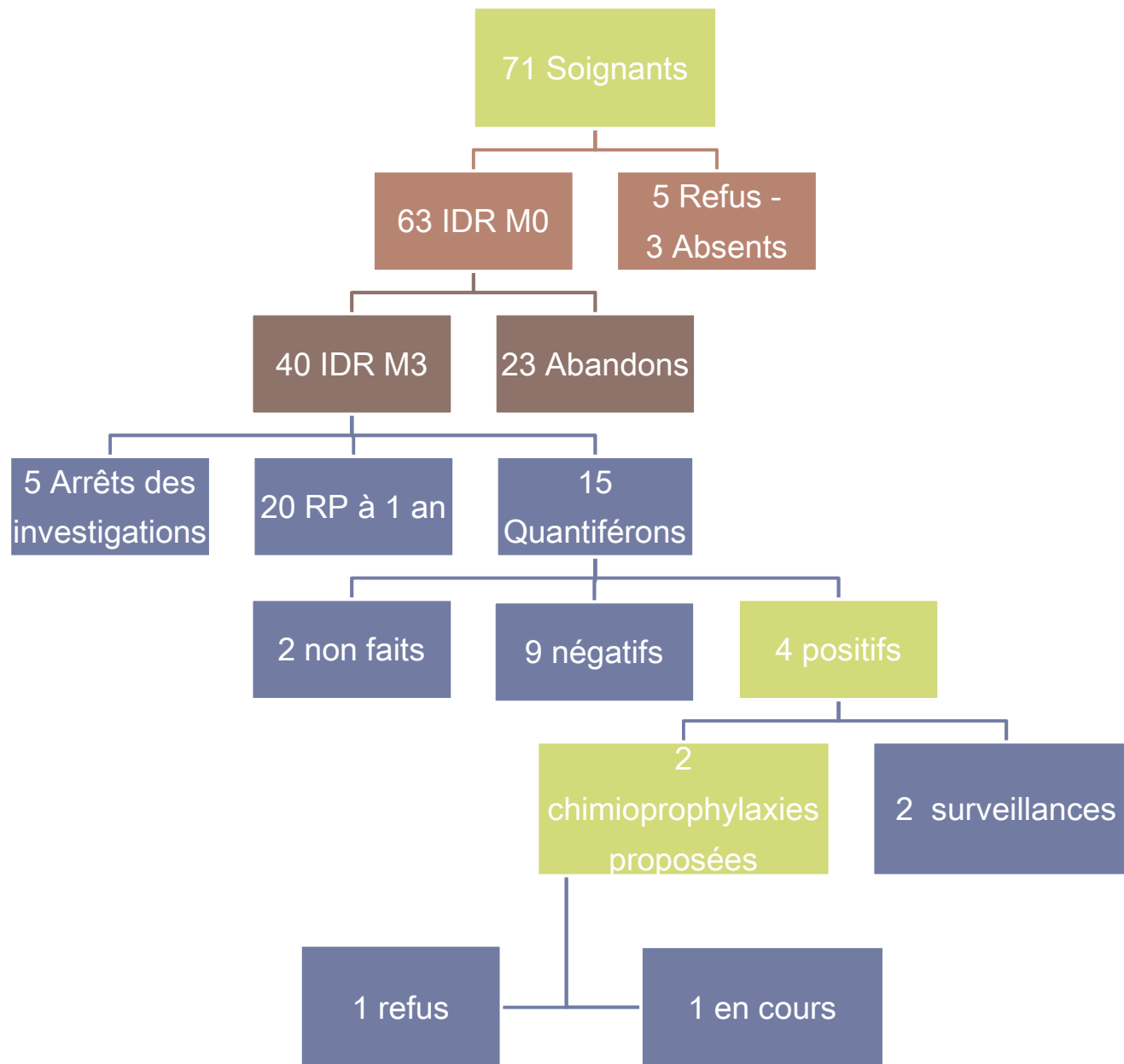
Ne date pas le contact avec MT
(ne se négative jamais)

Stratégie adoptée

Cout / efficacité

- Les étapes du CLAT 61
 - Premier temps : IDR, RP à M0
 - Deuxième temps : IDR, RP à M3
 - Troisième temps : pour les sujets ayant montré phlyctènes ou évolution IDR (+ 10 mm) et/ou RP
 - Quantiféron
 - Consultation par le médecin du CLAT
 - Proposition de la chimioprophylaxie ()
- Nos problématiques :
 - La motivation sur une longue durée
 - La prise en charge du temps, des transports...
 - Le refus de la chimioprophylaxie (effets indésirables-hépatite fuminante 0,02 %)

ITL et tuberculose maladie = Maladie professionnelle



Conclusions :

Des problématiques nombreuses

- ▣ Liées au germe : *Mycobacterium tuberculosis*
 - Prophylaxie, diagnostic, traitement difficile
 - Transmission aéroportée échappe aux PS
- ▣ Liées au patient : polypathologique dont pulmonaire .
- ▣ Liées à la vie en collectivité .
- ▣ Adhésion au dépistage et au suivi médical
 - Lourdeur et durée de l'enquête : nombreux abandons
 - Les effets indésirables des antituberculeux.
 - L'absence de médecine du travail

(Pour service à haut risque = > 5 cas/an , labo, anapath :

IDR tous les 2 ans pour IDR < 10 mm, 5 ans pour IDR > 10 mm)

Rapport OMS 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde ...

- « Les outils de diagnostic ont beaucoup évolué ces dernières années et d'autres tests y compris utilisables sur le lieu des soins, vont bientôt voir le jour.
- Dix nouveaux médicaments antituberculeux pourraient raccourcir le traitement de la tuberculose non résistante et améliorer le traitement de la tuberculose MR.
- Neuf vaccins expérimentaux font l'objet d'essais (pour 2020 ?) »

A microscopic image showing several clusters of blue-stained, oval-shaped cells. Red dashed lines are drawn around some of these clusters, possibly indicating areas of interest or specific features. The background is light blue and slightly out of focus.

Merci de votre attention

Avez-vous des questions,
des remarques,
des conseils ?