

## CAS CLINIQUE

# Conduite à tenir par un service de santé au travail après signalement d'un cas de tuberculose

## Management of a tuberculosis case by an occupational health service

C. Peyrethon\*, J.-L. Marande

Service de santé au travail, groupe hospitalier Cochin-Broca, Hôtel-Dieu, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

**Mots clés :** Tuberculose ; *Mycobacterium tuberculosis* ; Intradermoréaction ; Test de détection de production de l'interféron  $\gamma$  ; BCG ; Épidémiologie ; Enquête autour d'un cas

**Keywords:** Tuberculosis; *Mycobacterium tuberculosis*; Tuberculin skin test; Interferon gamma release assay; Vaccination; Epidemiology; Contact tracing

Vous êtes médecin du travail et vous recevez un appel d'un médecin du centre de lutte antituberculeux de votre département d'exercice vous signalant qu'un de vos salariés travaillant dans un atelier de fabrication d'appareils électroménagers est hospitalisé pour une tuberculose (TB) bacillifère. Vous êtes sollicité pour organiser l'enquête en milieu professionnel à la recherche de sujets contacts et mise en place d'une surveillance.

Quel est le rôle du médecin du travail après signalement d'un cas de TB bacillifère en entreprise ? En quoi consiste cette enquête ?

### COMMENTAIRES

La TB est une maladie infectieuse liée à une mycobactérie du complexe *tuberculosis* dans l'organisme, la variété la plus répandue étant le bacille de type humain, *Mycobacterium tuberculosis hominis* ou bacille de Koch (BK) (99 % des cas en France). Dans les régions d'élevage, les bovidés peuvent être infectés par une autre variété, *Mycobacterium bovis*,

transmissible à l'homme (1 % des cas). En Afrique, on identifie également un bacille intermédiaire, *Mycobacterium africanum* (même pathogénicité que *M. tuberculosis*). L'homme est le seul réservoir pour *M. tuberculosis* et *M. africanum*. Seule la TB en rapport avec *M. tuberculosis* sera évoquée ici.

### AGENT PATHOGÈNE

*M. tuberculosis* est un bacille acido-alcool-résistant (BAAR), aérobic strict de croissance lente, qui peut rester virulent un mois dans des crachats desséchés et plusieurs mois dans la terre, très résistant aux désinfectants en raison de la structure de sa paroi riche en lipides [1,2].

*M. tuberculosis* est classé dans le groupe 3 d'après le décret n° 94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques biologiques qui établit un classement des agents biologiques en quatre groupes en fonction de l'importance du risque infectieux qu'ils présentent et l'arrêté du 18 juillet 1994 : « agents biologiques pouvant provoquer une maladie grave chez l'homme et constituer un danger sérieux pour les travailleurs ; leur propagation dans la collectivité est possible, mais il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace » [3,4].

DOIs des articles originaux : 10.1016/j.admp.2012.10.003., 10.1016/j.admp.2012.10.004.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [claire.peyrethon@gmail.com](mailto:claire.peyrethon@gmail.com) (C. Peyrethon).

## CLINIQUE

### Transmission

La transmission de la TB est interhumaine, essentiellement par voie aérienne par inhalation de fines particules de BK (diamètre inférieur à 5  $\mu\text{m}$ ) contenues dans les sécrétions (toux, salive) émises par un sujet atteint d'une forme active respiratoire de TB (pulmonaire, bronchique ou ORL) [1,2,5]. D'autres cas de transmission sont signalés beaucoup plus rarement : inoculation cutanée ou muqueuse chez le personnel de laboratoire (bactériologie). Après l'introduction du bacille tuberculeux dans l'organisme, plusieurs évolutions sont possibles (fig. 1).

### Primo-infection tuberculeuse

La primo-infection tuberculeuse (PIT) est la conséquence du premier contact infectant de l'homme avec le BK [6]. Elle est caractérisée par une réaction immunitaire avec virage spontané de la réaction cutanée à la tuberculine.

### Infection tuberculeuse latente (ITL)

Dans 90 % des cas, la PIT reste muette cliniquement. Elle correspond à la survie de *M. tuberculosis* à l'état latent dans l'organisme, sans risque de contagiosité. La radiographie thoracique est normale. Le diagnostic repose sur des tests immunologiques : intradermoréaction (IDR) à la tuberculine ou tests de libération d'interféron in vitro (TLI). Leur interprétation dépend du contexte clinique : une réaction cutanée tuberculique fortement positive ( $\geq 15$  mm) est généralement observée, mais un test négatif n'élimine pas le diagnostic, en particulier, dans les formes aiguës anergisantes, chez le vieillard ou l'immunodéprimé [6].

Cinq à 10 % de ces adultes infectés non traités immunocompétents développent ensuite une TB (dans 50 %

des cas durant la première année suivant le contact infectieux puis dans 25 % des cas durant la deuxième année, avec un nombre ultérieur décroissant pouvant s'étendre sur toute la vie). Ce risque est majoré en cas de pathologie associée type VIH, silicose, diabète, insuffisance rénale chronique sévère ou prise médicamenteuse (immunosuppresseurs, anti-TNF- $\alpha$ , corticothérapie au long cours...) [1,7].

Dans un contexte de prévention de la TB, le dépistage d'une ITL récente est devenu une cible principale des procédures de diagnostic [8]. Il est particulièrement recommandé dans le cadre d'« enquête autour d'un cas », avant de débiter un traitement par anti-TNF- $\alpha$ , chez les migrants récents de moins de 15 ans, chez le personnel soignant travaillant dans des services à risque élevé (cf. chapitre IV plus bas) et avant un BCG chez le nourrisson de plus de 12 semaines. À l'échelle d'une population, certaines modélisations suggèrent que le traitement d'une ITL serait une mesure plus efficace que le traitement des TB ou le BCG pour réduire l'incidence de la TB pulmonaire dans un pays de faible incidence [9]. Des recommandations ont été émises par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) concernant le traitement élargi de la TB aux cas de TB-infection (avis du 14 mars 2003), en particulier :

- chez les enfants de moins de 15 ans, qu'elle soit récente ou non ;
- chez l'adulte immunodéprimé ou devant recevoir un traitement immunosuppresseur ;
- en cas de TB-infection récente de l'adulte (estimée à moins de deux ans) lors du dépistage autour d'un cas dans la population générale ou de la surveillance des membres des professions exposées énumérées aux articles R. 3112-1 et R. 3112-2 du Code de Santé publique (CSP) (tableau 1) ;
- en cas de TB-infection séquellaire latente (malades porteurs de séquelles radiologiques de TB sans signes locaux ou généraux évoquant une TB-maladie évolutive et n'ayant jamais reçu d'association d'antituberculeux bactéricides et

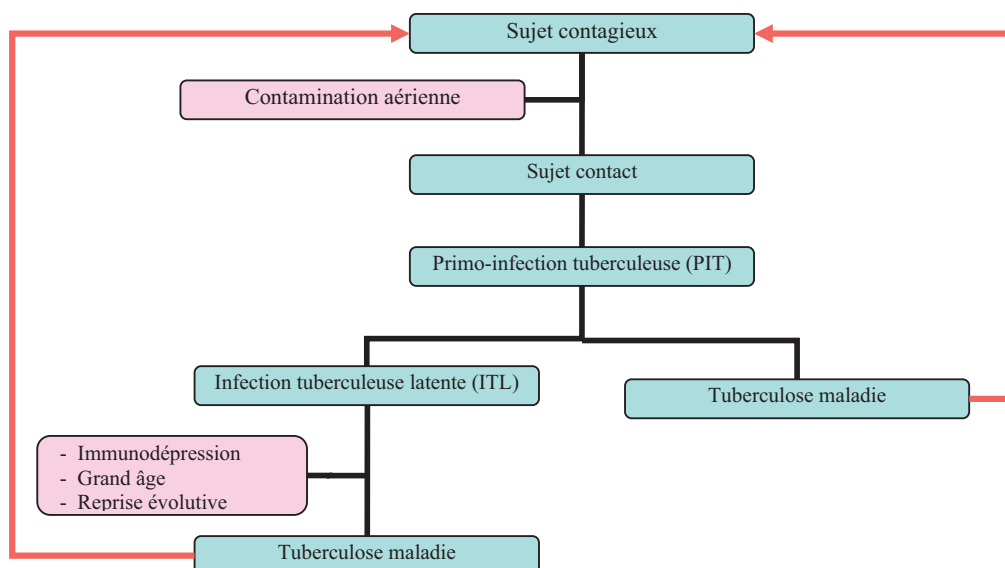


Fig. 1. Évolution après contagion tuberculeuse.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2694514>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2694514>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)