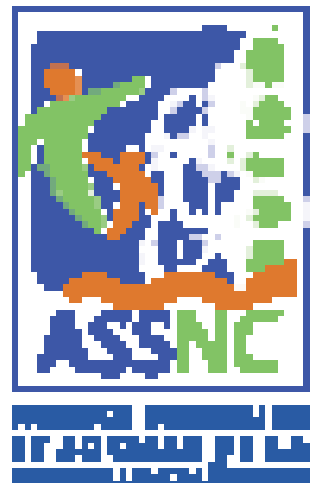


Programme de Contrôle de la Tuberculose

L'essentiel

Février 2022



ABRÉVIATIONS

ADN	Acide DésoxyriboNucléique
ASSNC	Agence Sanitaire et Sociale de la NC
BAAR	Bacille Acido-Alcool Résistant
BBT	Barbiturique
BK	Bacille de Koch
C	Culture
CAFAT	Caisse des Allocations Familiales et des Accidents du Travail
CI	Cas Index
CMS	Centre Médico-Social
DASSNC	Direction des Actions Sanitaires et Sociales de la NC
DOC	Déclaration Obligatoire Complémentaire
DOI	Déclaration Obligatoire Initiale
DOT	Délivrance Observée du Traitement
ED	Examen Direct
IDR	Intra-Dermo Réaction
IGRA	Interferon-Gamma Release Assays
LBA	Lavage Bronchio-Alvéolaire
LCR	Liquide Céphalo Rachidien
M2	2ème Mois
M3	3ème Mois
M6	6ème Mois
NC	Nouvelle-Calédonie
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PA	Personne Année
PCR	Polymerase Chain Reaction
PITL	Primo Infection Tuberculeuse Latente
PITP	Primo Infection Tuberculeuse Patentée
RP	Radio Pulmonaire
SLAT	Stratégie de Lutte Anti Tuberculeuse
SMIT	Service Médical Interentreprise du Travail
TB	Tuberculose
Tx	Taux
VIH	Virus l'Immunodeficiences Humaine

GUIDE DE LA STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN NOUVELLE-CALÉDONIE

Ce guide rassemble les éléments essentiels de la stratégie de contrôle de la tuberculose en Nouvelle-Calédonie.

Il développe l'ensemble des protocoles qui peuvent nous aider à venir à bout de cette pathologie encore trop présente dans le pays, malgré l'excellence de tous ses acteurs de santé.

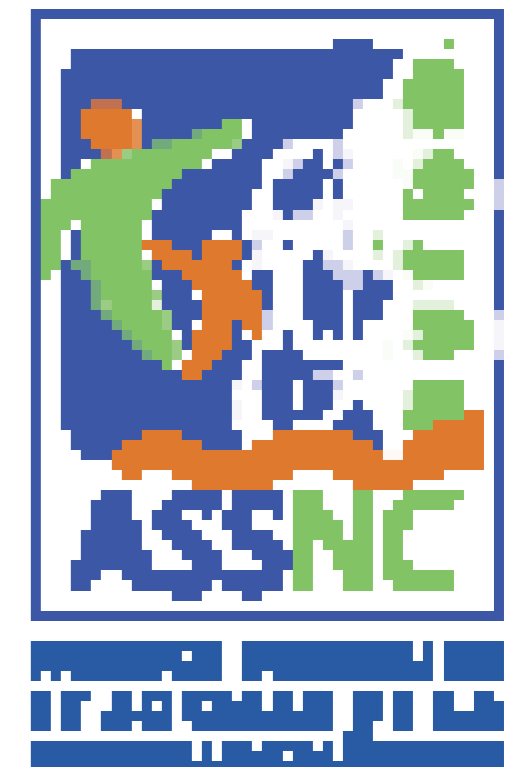


TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	2	IV TRAITEMENTS, PROTOCOLES ET SUIVI	19
I. OBJECTIFS DU PLAN DE LUTTE	6	1. CONDITION DU TRAITEMENT	19
II. GÉNÉRALITÉS	7	a. Avant le traitement	19
1. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE	7	b. Dès le premier contact avec le malade	19
2. DEFINITIONS	9	c. Principe DOTS (Direct Observed Treatment Short course)	19
a. Types de patient	9	2. TRAITEMENTS	20
b. Classification de la maladie	9	a. Outils facilitant le suivi de la prescription	20
3. RÉGLEMENTATION	10	b. Catégorisation des patients pour le traitement	20
4. RÔLE DES DIFFÉRENTS ACTEURS	10	c. Traitement de l'adulte (≥ 16 ans)	21
a. Le médecin qui suspecte une tuberculose	10	d. Traitement de l'enfant (< 16 ans)	23
b. Le médecin spécialiste	10	3. INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES	25
c. La DASSNC	11	4. EFFETS SECONDAIRES DES ANTITUBERCULEUX	26
d. L'ASSNC	11	V. ENQUETE	28
e. Les provinces	12	1. GÉNÉRALITÉS ET PRINCIPES FONDAMENTAUX	28
III. DIAGNOSTIC	13	2. LES DIFFERENTS TYPES D'ENQUETES	29
1. CLINIQUE	13	a. Enquête de Type 1 : cas index contagieux, recherche d'infectés	29
2. EXAMENS MICROBIOLOGIQUES	14	b. Enquête de Type 2 : cas index non contagieux, recherche de cas symptomatiques	32
a. Prélèvements	14	3. LE DEPISTAGE	33
b. Analyses	15	a. Le dépistage des sujets contacts	33
3. IMAGERIE MEDICALE	16	b. L'information	34
4. EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES	16	c. Les principes fondamentaux de réussite à la conduite d'enquête	35
5. EXAMENS IMMUNOLOGIQUES	16	4. ENTRETIEN DU CAS INDEX	35
6. IDR	16	a. Objectif	35
		b. Conditions préalables à l'entretien	35
		c. Objectifs et questions pour l'entretien avec le cas index	36
		FICHE 1	40
		FICHE 2	43
		FICHE 3	46
		FICHE 4	47
		FICHE 5	48

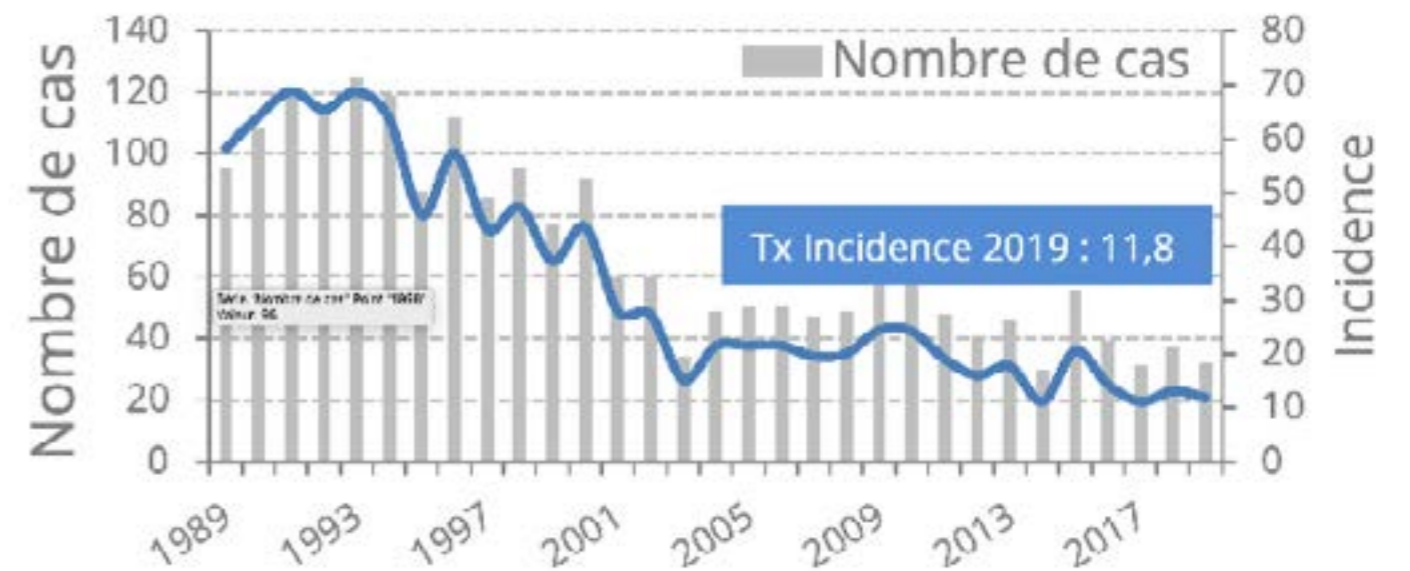
I. OBJECTIFS DU PLAN DE LUTTE

- Obtenir un taux de guérison supérieur à 85% pour tous les patients avec culture positive.
- Obtenir un taux de traitements achevés de 100%
- Obtenir une recherche de la co-infection TB / VIH supérieur à 85%
- Surveiller l'apparition des résistances aux antibiotiques
- Maintenir un taux de 0% de multirésistance pour les cas de tuberculose autochtone.



II. GÉNÉRALITÉS

1. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE



La situation est plutôt favorable grâce au programme mis en place depuis 1992, cependant l'incidence reste supérieure à celles des pays industrialisés (7,6 pour 100 000 personnes années en 2018 en France).

Evolution du taux d'incidence des déclarations de tuberculose maladie

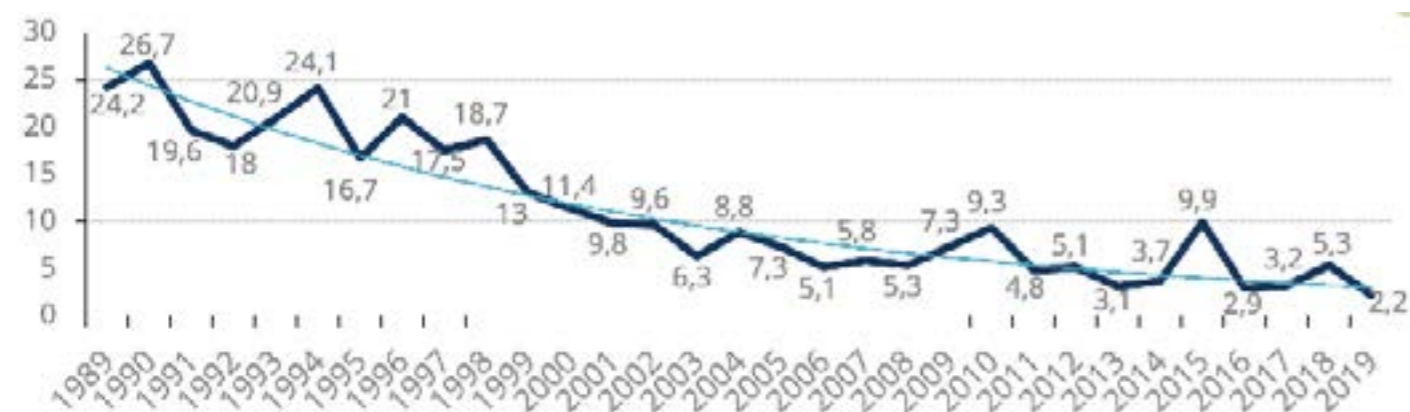


Il existe des disparités importantes selon les provinces.

II. GÉNÉRALITÉS

Le taux d'incidence est historiquement plus élevé en province Nord. En 2019, il était de 33,2 pour 100 000 PA, alors que la province Sud enregistrait 7,9 pour 100 000 PA.

Taux d'incidence des cas de tuberculose ED+C+ pour 100 000 habitants avec la courbe de tendance



Un sujet bacillifère (ED+) non traité peut contaminer environ une dizaine de personnes par an. En 2019, on comptait 6 cas de tuberculose à examens directs positifs.

En 2019 le taux d'incidence des tuberculoses à examens directs positifs est de 2.2 pour 100 000 habitants.

La stratégie OMS estime qu'un programme est performant si le taux de guérison est supérieur à 85% (sujets bacillifères). En NC, le taux de guérison se rapprocherai de ce seuil.

Malgré les progrès apportés par la stratégie sur de nombreux aspects de la lutte contre la TB, le nombre de bacillifères reste encore important. Ceci milite pour un diagnostic plus précoce et une poursuite du programme.

Résistance aux antibiotiques :

Très peu de résistance en Nouvelle-Calédonie. Il existe 1 clone circulant résistant à l'isoniazide et la streptomycine qui est apparu en 2006 et qui réapparaît épisodiquement (2006, 2008, 2010, 2014, 2017 et 2018)

Les cas de multirésistance dépistés sont pour le reste des cas importés.

2. DÉFINITIONS

a. Types de malade

Nouveaux cas :

- Patient qui n'a jamais été traité pour la tuberculose ;
- Patient qui a pris auparavant des médicaments antituberculeux pendant moins d'un mois.

Rechute-récidive :

Patient qui a déjà été traité pour la tuberculose, a été déclaré "guéri" ou "traitement terminé" et revient avec une tuberculose confirmée bactériologiquement (par frottis ou culture).

Echec :

Patient sous traitement qui présente des frottis de crachats positifs après 5 mois ou plus de traitement.

Reprise de traitement :

Patient qui a interrompu son traitement pendant 2 mois ou plus et qui revient avec une preuve bactériologique.

b. Classification de la maladie

Malade contagieux :

- Tout patient à examen direct positif (BAAR+) sur au moins un prélèvement respiratoire (crachat, tubage gastrique) quel que soit le degré de positivité ;
- A noter qu'un patient dont le LBA seul est positif n'est pas considéré comme un malade potentiellement contagieux ;
- Tout patient avec tuberculose laryngée confirmée ;
- Tout patient avec image à la RP de lésion étendue et/ou de caverne.

Autres cas, a priori non contagieux

Tuberculose extra-pulmonaire :

Malade ayant un échantillon provenant d'un site extra pulmonaire positif pour le Mycobacterium tuberculosis à la culture ou une lésion histologique évocatrice de tuberculose.

Autre tuberculose pulmonaire :

- Tuberculose à examen direct négatif (ED-).
- Tuberculose à BAAR+ au LBA.

3. RÉGLEMENTATION

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire, en début et en fin de traitement.



II. GÉNÉRALITÉ

Les déclarations (registre de la tuberculose) sont à adresser à la DASSNC au médecin responsable du service des actions sanitaires, DASSNC-NC :

- par courrier : BP M2 - 98849 Nouméa cedex
- ou par mail : alerte.dass@gouv.nc
- ou par fax aux numéros dédiés à la veille sanitaire : 24 37 14.

Cette surveillance est le fruit du travail de tous les acteurs de santé impliqués lors de chaque nouveau cas découvert.

4. RÔLE DES DIFFÉRENTS ACTEURS

Le rôle de chacun de ces acteurs dans la Stratégie de Lutte Anti-Tuberculose (SLAT) en Nouvelle-Calédonie :

a. Le médecin qui suspecte une tuberculose

- Adresse le patient à un spécialiste pour l'initiation du traitement. S'assure que la demande de 100% soit faite et que la prise en charge du patient est bien toujours valide ;
- Suit le patient durant tout son traitement.

b. Le médecin spécialiste

- Prescrit le traitement initial (libéral/public) ;
- Envoie la déclaration initiale (DOI) au médecin de la DASSNC ;
- S'assure que le patient a bien une couverture médicale à jour (CAFAT, AMG ou autre) : le cas échéant, règle le problème de couverture sociale (éventuellement avec l'assistante sociale de la structure hospitalière ou de secteur) et fait la demande de 100% dans tous les cas ;
- Envoie le protocole de soins prévu à la CAFAT ;
- Envoie les éléments nécessaires à la prise en charge du cas index au médecin traitant et au coordonnateur provincial :
 - Le traitement (noms, posologie, durée) ;
 - Les dates des prochains RDV (M2 = passage



en bithérapie et M6 = fin de traitement) ;

- Les dates des examens (BK à M2 et M6, radio thoracique) ;

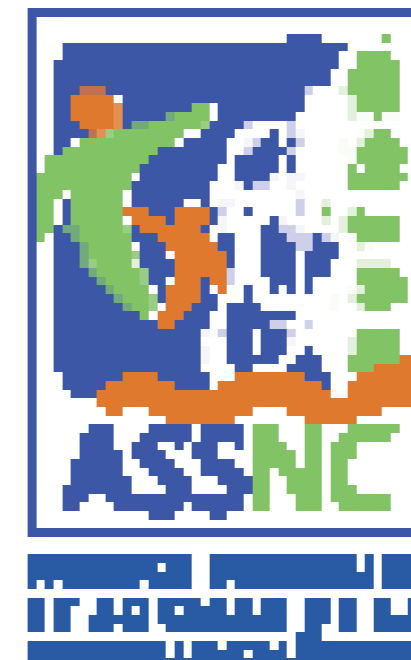
- Remet au patient les dates de ses prochains rendez-vous (se mettre en alerte s'ils ne sont pas honorés), les ordonnances (pour la DOT, pour le traitement, pour les bilans sanguins, recherche de BK, RP et autres si jugés nécessaire) ;
- Statue sur la guérison ou une autre issue (décès, perdu de vue...), fait la DOC et l'envoie à la DASSNC afin de déclarer l'issue du traitement.

c. La DASSNC

- Réceptionne les DOI et DOC envoyées par les médecins ayant posé le diagnostic de tuberculose ;
- Informe, grâce à la DOI les coordonnateurs des nouveaux cas de tuberculose, afin que l'enquête de santé publique puisse démarrer ;
- À défaut de DOI si l'enquête est demandée à partir des résultats de laboratoire, le service référent doit avoir les informations nécessaires pour déterminer le type d'enquête (1 ou 2) avant de pouvoir la démarrer ;
- Fait un bilan épidémiologique annuel ;
- Publie et met à jour la réglementation sanitaire.

d. L'ASSNC

- Organise une rencontre annuelle, avec les différents intervenants, autour de la tuberculose à l'échelle du territoire ;
- Organise une ou plusieurs session(s) de sensibilisation sur la tuberculose auprès des professionnels de santé (médecins, infirmiers, tant privés que publics, auxiliaires de vie etc.) ;



- Met en place la SLAT avec les différents partenaires en assurant sa mise à jour et sa diffusion ;
- Organise des campagnes de prévention ;
- Finance le poste de coordonnateur pour le Nord et les îles Loyauté.

e. Les provinces

Via les coordonnateurs :

- Font les enquêtes autour du cas index (CI) selon la SLAT et adressent le plan d'enquête à la DASSNC ;
- S'assurent de la bonne observance thérapeutique du CI et des cas secondaires trouvés lors de l'enquête en lien avec le médecin traitant ;
- Organisent les dépistages des contacts étroits



II. GÉNÉRALITÉ

selon la SLAT ;

- Forment les infirmiers libéraux pour la DOT ;
- Travaillent en réseau autour du Cas Index (pharmacie, médecin traitant, spécialistes privés ou publics, SMIT, CMS, établissements scolaires, internats, kiné etc.) ;
- Recherchent « les perdus de vue » ;
- Délivrent le traitement en cas de défaut d'accès aux soins pour raison financières ;
- Archivent les dossiers « tuberculose » ;
- Participent au travail en réseau organisé par l'ASSNC (sensibilisation aux professionnels, SLAT ...).



III. DIAGNOSTIC

1. CLINIQUE

Le diagnostic de tuberculose infection ou maladie peut être réalisé par tout médecin devant des symptômes évocateurs ou une IDR. Après confirmation diagnostique, le traitement doit être instauré de préférence en milieu hospitalier. En l'absence de possibilité d'hospitalisation, le patient peut être adressé à un spécialiste.

Contexte et anamnèse	Adultes (≥16 ans)	Enfants (< 16 ans)
Clinique	Toux persistante (> 15-21 j) Hémoptysie Amaigrissement Anorexie Asthénie Fébricule Sueurs nocturnes Douleur thoracique	Bronchiolite Douleur osseuse Adénite Anorexie Asthénie Amaigrissement Broncho-pneumopathies traînantes Fièvre persistante Erythème noueux Kérato-conjonctivite phlycténulaire
IDR	Non Systématique	Systématique
Radio	Diversité +++ Infiltrat apical Epanchement pleural Caverne Adénopathie Miliaire Pneumonie	Diversité +++ Infiltrat Ganglion médiastinal/hilaire Miliaire Epanchement pleural Pneumonie
Biologie	Syndrome inflammatoire	
Bactériologie	Recherche de BK	Recherche de BK
TLIG (Quantiferon)	Uniquement à l'hôpital	
Arguments diagnostiques Principaux	Bactério Clinique Radio	Clinique, IDR Radio Anamnèse
Argument de certitude	Bactériologie	

Le caractère contagieux d'une tuberculose est basé sur la bactériologie (identifié : Mycobacterium tuberculosis) :

- ED+ C+ = tuberculose contagieuse
- ED- C+ = tuberculose peu contagieuse
- ED- C- = tuberculose non contagieuse

III. DIAGNOSTIC

2. EXAMENS MICROBIOLOGIQUES

a. Prélèvements

Les examens bactériologiques à la recherche de BK (bacilles de Koch) sont indispensables et doivent impérativement être réalisés avant toute instauration de traitement antibiotique.

Ils reposent sur la réalisation d'au moins 3 expectorations ou tubages gastriques en cas de difficulté, réalisés pendant 3 jours consécutifs, collectés au réveil à jeun.

Recueil des expectorations

Les prélèvements salivaires ou contenant des mucosités nasopharyngées sont refusés.

Technique de recueil

- Réaliser 3 prélèvements 3 jours consécutifs ;
- Au réveil le matin à jeun après brossage de dents et rinçage abondant de la bouche à l'eau ;
- Crachat profond : expulsion par la toux de sécrétions provenant des voies aériennes inférieures ;
- Aide par de la kiné respiratoire si nécessaire ;
- 2 ml minimum.

Matériel et envoi

- Flacon stérile (à bouchon rouge) ;
- Correctement fermé : en cas de fuite, prélèvement refusé ;
- Identification du patient, date de naissance, date de prélèvement, numéro de prélèvement (J1, J2, J3) ;
- Conservé à +4°C ;
- Transmis immédiatement au laboratoire (48h maximum).

La fibroscopie bronchique (LBA) est justifiée en cas de suspicion de tuberculose maladie avec nécessité de preuve bactériologique et après 3 résultats négatifs des expectorations à l'examen direct ou en PCR, ou si suspicion de compression extrinsèque par adenopathie ou granulome (pouvant justifier un corticothérapie).

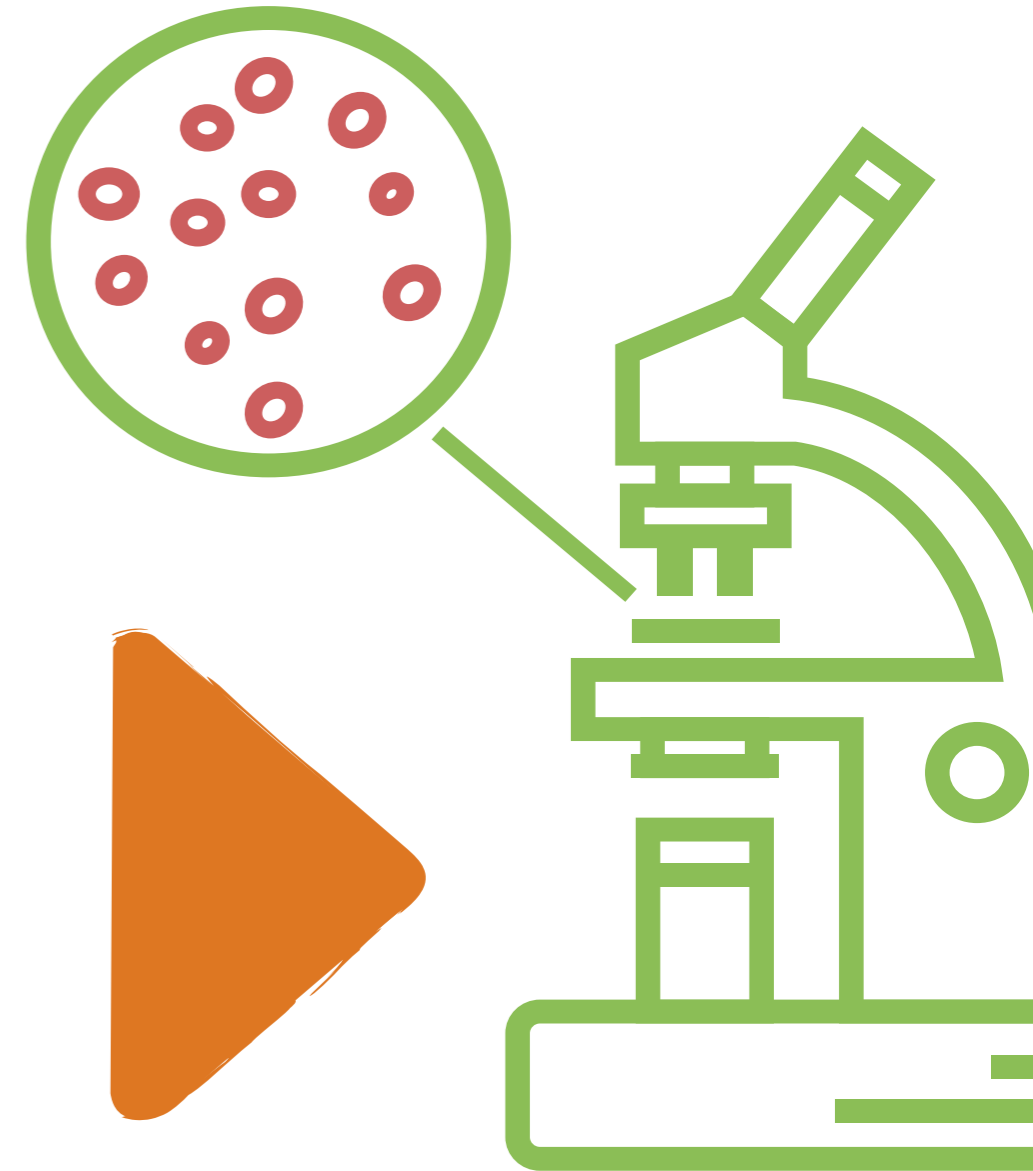


En cas de forme extra-pulmonaire, d'autres prélèvements peuvent être envisagés en fonction de la localisation : biopsie (si ganglionnaire, ostéoarticulaire, péritonéale, intestinale, génitale...), urine de la nuit (si urinaire), LCR (si méningite), sang (si miliaire) ...

b. Analyses

L'examen de base repose sur l'examen direct au microscope et la culture des prélèvements.

- L'examen direct permet la mise en évidence des bacilles acido-alcool-résistants (BAAR), ainsi que leur quantification selon les critères OMS (permettant d'évaluer le degré de contagiosité du cas). Cet examen ne permet pas de différencier les mycobactéries du complexe tuberculosis des mycobactéries dites atypiques. La présence de BAAR à l'examen direct ne signe donc pas le diagnostic définitif de tuberculose ;
- La culture permet d'isoler la mycobactérie afin d'identifier l'espèce et réaliser un antibiogramme complet. C'est un examen très long en raison de la croissance extrêmement lente des mycobactéries (moyenne de 2-3 semaines pour les mycobactéries du complexe tuberculosis). Un résultat négatif ne pourra être rendu qu'au bout de 42 jours.



La PCR effectuée sur le même prélèvement intervient désormais en complément. Cet examen rapide repose sur la détection de l'ADN des mycobactéries du complexe tuberculosis. La PCR ne doit pas être réalisée dans un contexte de suivi de traitement car sa positivité peut persister pendant plusieurs mois, même en cas de guérison.

Tests de sensibilité aux antituberculeux :

- L'antibiogramme phénotypique doit être réalisé sur tout nouveau cas de tuberculose. Il permet d'adapter a posteriori la prescription (délai d'environ 1 mois à compter de positivité de la culture) ;
- En cas de détection d'une souche résistante à l'un des traitement le laboratoire du CHT alerte le réseau.

III. DIAGNOSTIC

3. IMAGERIE MEDICALE

La radiographie pulmonaire est l'examen indispensable (réalise 90% des diagnostics de tuberculose pulmonaire). Un scanner peut être prescrit en complément.

4. EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

Un examen histopathologique est réalisé sur les prélèvements de localisations extra-pulmonaires.

5. EXAMENS IMMUNOLOGIQUES

Les tests IGRA (Interferon-Gamma Release Assays, TB-Quantiferon) n'ont pas leur place dans le diagnostic des formes pulmonaires de la tuberculose maladie. Ils peuvent cependant apporter une aide au diagnostic des formes extra-pulmonaires de l'adulte ou de l'enfant de plus de 5 ans. Ces tests ne doivent pas être réalisés en cas d'antécédents connus de tuberculose car leur positivité peut persister pendant plusieurs dizaines d'années.

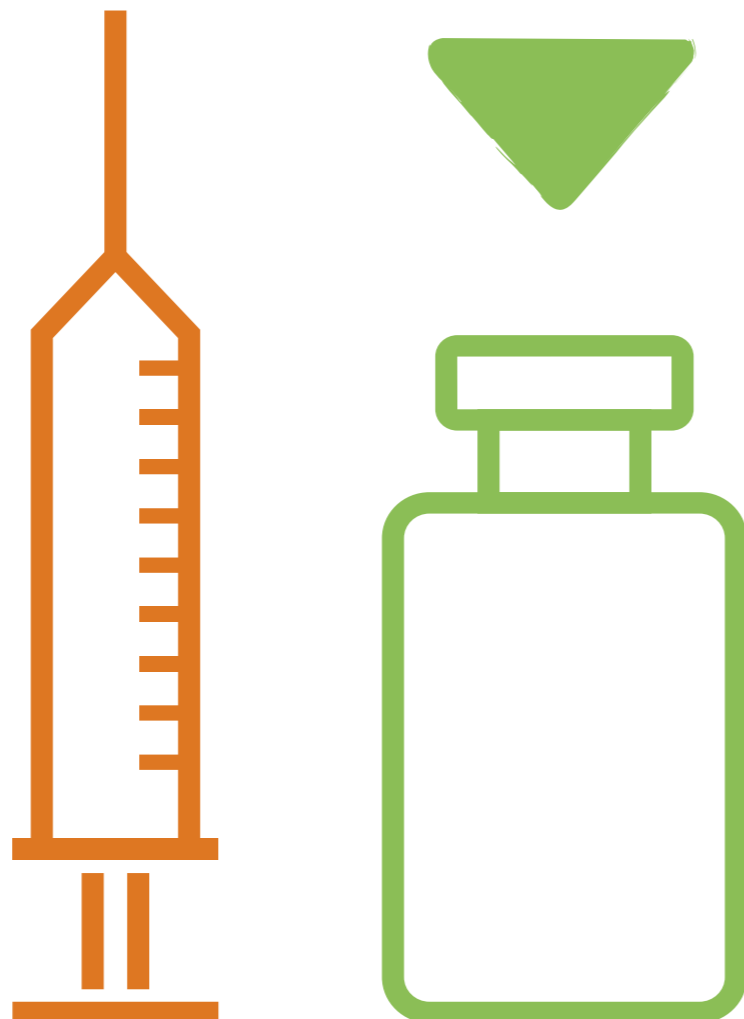
Dans la plupart des cas, c'est la convergence des examens cliniques et complémentaires qui permet de poser le diagnostic de tuberculose.

Uniquement en hospitalier.

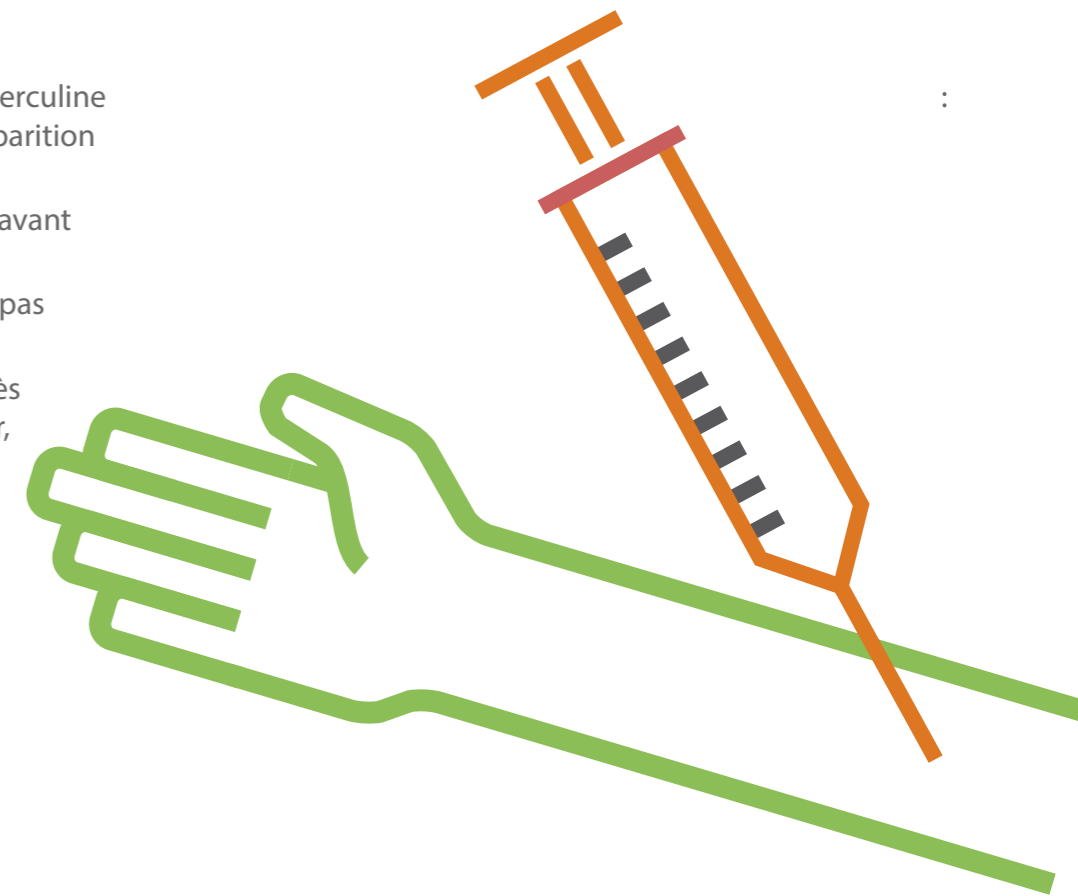
6. IDR

Technique de l'IDR (intradermo-réaction)

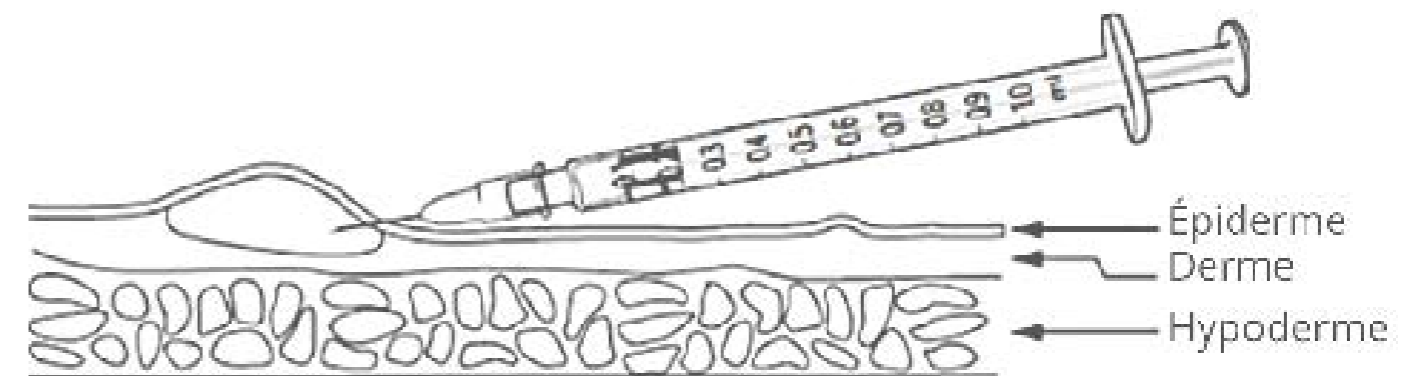
- 1 dose de Tubertest permet d'effectuer 10 IDR à 5 UI;
- Injection : 0,1 ml de tuberculine face interne du tiers moyen de l'avant-bras gauche ;
- Réalisation :
 - Désinfecter et laisser sécher la peau ;
 - Bien tendre la peau avant de piquer, biseau vers le haut, en respectant un angle de 15°;



- Injecter lentement la tuberculine petite résistante et apparition d'une peau d'orange ;
- Attendre 2 à 3 secondes avant de retirer l'aiguille ;
- Laisser à l'air et ne pas marquer au crayon ;
- Conseils à délivrer après le geste : ne pas gratter, lavage possible ;
- Lecture : mesure de l'induration (au toucher) et non de la rougeur, entre 48 et 72 heures suivant l'injection.



L'intradermo réaction est la technique de référence décrite car elle est quantitative.



Il n'y a pas de corrélation entre la protection apportée par le vaccin BCG et la réaction tuberculique. (Tubertest®).

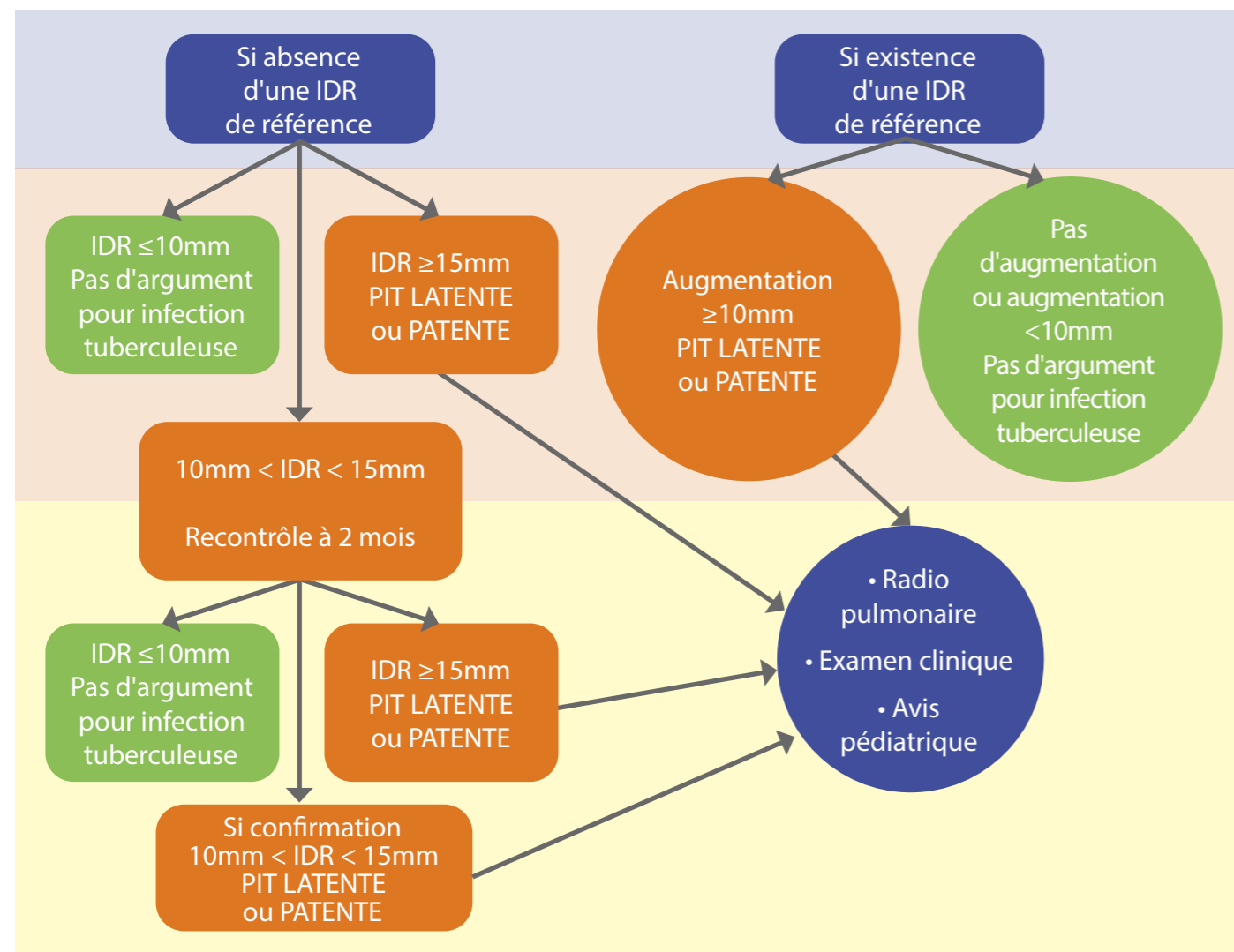
En dehors de l'IDR de 9 mois, les IDR systématiques de dépistage en milieu scolaire ont disparu du calendrier vaccinal calédonien. Elles ne sont maintenues qu'en province Nord et province des îles Loyauté en rapport avec une épidémiologie plus importante. Aujourd'hui, les IDR ne sont réalisées que dans le cadre des enquêtes ou des procédures de diagnostic.

III. DIAGNOSTIC

Guide d'interprétation de l'IDR de dépistage dans le cadre d'une enquête :

(IDR (Tubertest®) : lecture à 72 heures ; en cas de nécessité, la lecture est possible selon le fabricant et le Vidal dès 48h).

La technique de l'IDR est décrite dans une vidéo disponible sur www.santepourtous.nc



Attention aux faux négatifs pouvant être liés à la technique ou au terrain : dénutrition, baisse de l'immunité, vaccin viral vivant ou infection virale récente (4-6 semaines).

! C'est l'induration et non la rougeur qui doit être lue.

Entre 10 et 15mm refaire une IDR 2 mois plus tard.

IDR phlycténulaire : Avis pédiatrique

IV. TRAITEMENTS, PROTOCOLES ET SUIVI

1. CONDITION DU TRAITEMENT

a. Avant le traitement

Il est important d'interroger soigneusement le patient sur ses antécédents éventuels de tuberculose: "Avez-vous déjà pris ces médicaments, pendant combien de temps, quand...". Ceci est essentiel pour la prescription (traitement initial ou de récurrence).

Il est aussi essentiel de consulter le registre de la tuberculose avec le coordonnateur provincial à la recherche d'antécédents familiaux.

On passe en revue tous les obstacles à l'observance qui pourront survenir en fonction du mode de vie du malade, de ses croyances et représentations, de sa couverture sociale et on passe en revue l'organisation du suivi pendant le traitement. La prise en charge des moyens de déplacement ne doit pas être négligée.

b. Dès le premier contact avec le malade

Il sera important de le sensibiliser à :

- Ce qu'est la tuberculose ;
- Quels médicaments il prendra, la durée du traitement ;
- L'importance de la supervision (possibilité de DOT) ;
- La nécessité des examens complémentaires ;
- La nécessité d'aller jusqu'au bout du traitement prescrit.

c. Principe DOTS (Direct Observed Treatment Short course)

La stratégie DOTS est l'observation quotidienne de la délivrance du traitement.



IV. TRAITEMENTS, PROTOCOLES ET SUIVI

Les groupes de patients auxquels la stratégie DOT doit être mis en œuvre dans les situations suivantes :

- Les bacillifères ;
- Les récurrences/rechutes ;
- Les personnes vulnérables ;
- Les mauvaises observances au traitement ;
- Les chimio-prophylaxies primaires chez les enfants de moins de 5 ans sur décision de l'équipe de soins ;
- Les traitements chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Les résistances au traitement.

2. TRAITEMENTS

a. Outils facilitant le suivi de la prescription

La fiche de prescription avec les photos des différents médicaments.
La fiche de suivi de traitement.

b. Catégorisation des patients pour le traitement

Le protocole 1 est prescrit aux nouveaux malades pulmonaires examen direct positif ou négatif dans un état grave ou non, ou nouveaux malades extra pulmonaires (c'est-à-dire tous les malades n'entrant pas dans la 2^{ème} catégorie).

Le protocole 2 est prescrit aux cas présentant une PIT latente de l'enfant (traitement non recommandé chez l'adulte).

Le protocole 3 est prescrit aux malades qui sont considérés comme un cas de rechute, d'échec, ou de retraitement.

Tous les cas spécifiques (grossesses, comorbidités, résistances au traitement, insuffisance rénale chronique, goutte avérée, insuffisance hépatique grave, allergie, patient atteint d'une infection à VIH) doivent être gérés par les médecins spécialistes. Le traitement est élaboré et mis en route, selon un protocole particulier, adapté au cas par cas.



c. Traitement de l'adulte (≥ 16 ans)

PRIORITÉ

Le traitement est mis en route par le spécialiste.

C'est un traitement long, six mois au moins, pendant lesquels le patient peut à diverses occasions éprouver le besoin ou l'envie de suspendre ou d'arrêter sa médication. Les traitements antituberculeux doivent être pris tous les jours à la même heure et à distance des repas.

Le suivi d'un patient tuberculeux en traitement est primordial à plus d'un titre, afin de :

- Constater l'amélioration clinique ;
- Adapter celui-ci à l'état du malade (état clinique, poids, tolérance) ;
- Guetter l'apparition d'effets secondaires ;
- Eviter l'apparition de résistances.

L'ensemble de cette surveillance est résumé dans les tableaux suivants.

PROTOCOLES

• Protocole 1

- 1 • Quadrithérapie HREZ pendant 2 ou 3 mois (Isoniazide+Rifampicine+ Ethambutol+ Pyrazinamide)
- 2 • Puis Bithérapie HR pendant 4 à 6 mois supplémentaires (Isoniazide+Rifampicine)

Les posologies pour l'adulte :

ADULTE (≥ 16 ans) - TRAITEMENT COMBINE				
Phase intensive initiale chaque jour M1, M2 voire M3			Phase de continuation chaque jour M3, M4, M5, M6 voire M7+M8	
Poids kg	Rifater® (cp non sécable) H=50 mg, R=120 mg, Z=300 mg	Ethambutol 400 mg	Poids kg	Rifinah® (cp non sécable) H=150mg, R=300mg
30-40	3 cp	1,5 cp	<30	Traitement dissocié
40-50	4 cp	2 cp		
50-65	5 cp	2,5 cp	30-50	dissocié
65-80	6 cp	3 cp	>50-<80	2 cp
>80	7 cp	3,5 cp	>80	dissocié

• Protocole 2

Le traitement de la PITL de l'adulte n'est pas recommandé par la stratégie.

La stratégie de lutte contre la tuberculose en NC fixe l'âge limite supérieur de mise en route d'un traitement pour PITL à 16 ans. Il faut s'assurer que les conditions de suivi du traitement soient optimales, quitte à mettre en place un suivi DOT.

IV. TRAITEMENTS, PROTOCOLES ET SUIVI

Les médecins qui décident de dépasser cette limite d'âge, doivent s'assurer d'un suivi parfait du traitement.

Un traitement non terminé est une source potentielle de résistance aux antibiotiques dont les effets peuvent être dramatiques

• Protocole 3

- Cas particuliers : le traitement adapté est élaboré par le médecin spécialiste au cas par cas. Ex : Tuberculose méningée ou mal de POTT : 2HREZ+8HR
- En cas de tuberculose résistante, PROTOCOLE 3.

SURVEILLANCE ET SUIVI SOUS TRAITEMENT ADULTE

	POUR LES ADULTES - Exemple du suivi 2HREZ/4HR												
	J0	J7*	J15	J21*	M1	J45	M2	M3	M4	M5	M6	POST-TRT	
Déclaration Obligatoire et Complémentaire (DO/ DOC)	X											X	
Consultation médicale initiale puis de suivi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
NF plaq. CRP Fibrinogène	X						X					X	
Acide urique	X	X	X	X	X	X	X	X				X	
Créatinine	X						X					X	
Bilirubine	X	X	X	X	X	X	X					X	
TGO-TGP	X	X	X	X	X	X	X	(X)	X	(X)		X	
Bactériologie (recherche BK)	X						X*					X*	
Radio des poumons	X						X					X	
Scanner	X											X	
Consultation ophtalmologue	(X)						(X)					X	

■ : Consultation avec médecin spécialiste
 X : À effectuer dans tous les cas
 (X) : À discuter

X* : Si multirésistant
 Consultation Ophtalmo si Ethambutol

► d. Traitement de l'enfant (< 16 ans)

PRIORITÉS

Tous les enfants de ≤ 5 ans qui sont contact étroit d'un bacillifère devront être vus rapidement (au mieux dans le premier mois après le début de traitement du cas index) et en priorité.

Le bilan s'effectuera :

- En milieu hospitalier pour les enfants de moins de 2 ans : considérés comme des sujets très fragiles, ils doivent en effet bénéficier d'un bilan en milieu spécialisé, car seul le pédiatre peut décider si le nourrisson doit être traité. De plus, le tubage gastrique est recommandé ;
- En externe pour les enfants âgés de 2 ans à 5 ans (cependant l'avis d'un pédiatre reste requis en cas de doute sur les signes radiologiques, cliniques ou sur l'IDR) ;
- Le traitement est mis en route par le spécialiste.

PROTOCOLES

• Protocole 1

PITP (ou primo infection tuberculeuse patente) et Tuberculose maladie (même protocole).

Trithérapie HRZ pendant 2 mois (Isoniazide + Rifampicine + Pyrazinamide) puis Bithérapie HR pendant 4 mois (Isoniazide + Rifampicine)

• Protocole 2

(PITL ou primo infection tuberculeuse latente).

Bithérapie HR pendant 3 mois (Isoniazide + Rifampicine).

• Protocole 3

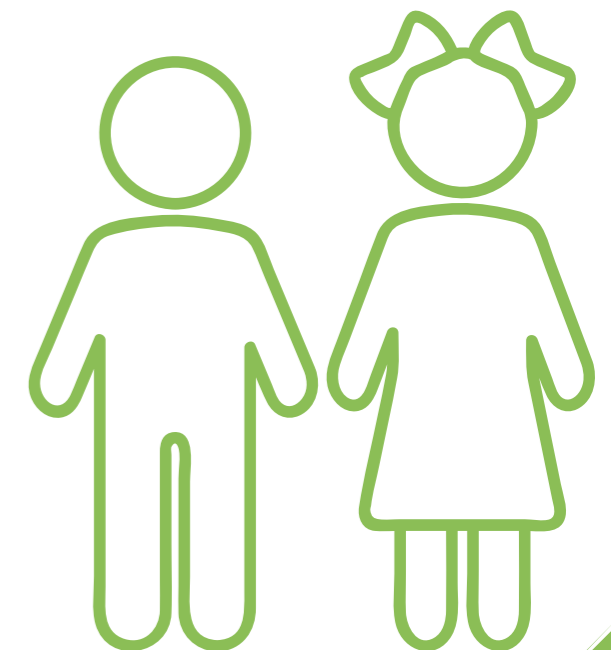
Cas particuliers : le traitement adapté est élaboré par le médecin spécialiste (pédiatre) au cas par cas.

Si dépistage négatif : traitement préventif de 3 mois.

Bithérapie HR pendant 3 mois (Isoniazide + Rifampicine).

Les posologies pour l'enfant :

- Isoniazide H (RIMIFON®) : moy 10mg/kg/j, (7 à 15 mg/kg/j) quel que soit l'âge, jusqu'à un maximum de 300 mg/j.
- Rifampicine R (RIFADINE®) : moy 15mg/kg/j, (10 à 20 mg/kg/j) quel que soit l'âge, jusqu'à un maximum de 600 mg/j.
- Ethambutol : moy 20mg/kg/j, (15 à 25 mg/kg/j) quel que soit l'âge, jusqu'à un maximum de 2500mg/J
- Pyrazinamide Z (PIRILENE®) : moy 35 mg/kg/j, (30 à 40 mg/kg/j) quel que soit l'âge, jusqu'à un maximum de 2000 mg/j (comprimés à 500 mg)



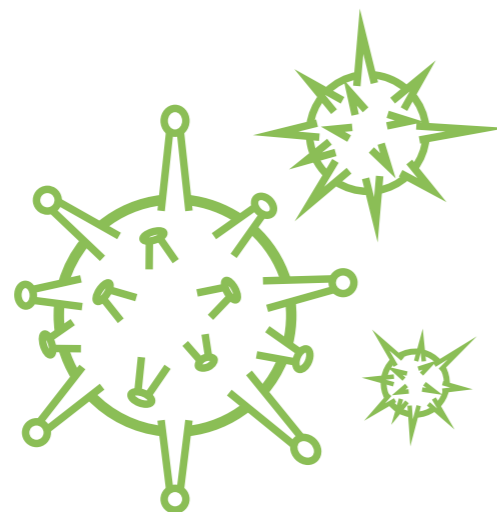
IV. TRAITEMENTS, PROTOCOLES ET SUIVI

SURVEILLANCE DU TRAITEMENT ANTI TUBERCULEUX CHEZ L'ENFANT (HORS BK RÉSISTANT)

	POUR LES ENFANTS (Protocole du service de pédiatrie du C.H.T.)											
	Initial	J7 à J15	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M9	M12	+6	+24
Déclaration Obligatoire et Complémentaire (DO/ DOC)	X				X			X		X		
Cs	X	X		X		X	X					
Cs spécialiste	X		X		X			X	X	X	X	X
Rx Thorax	X		P		P			X		X		X
Scanner												
Transaminases	X			Si + M0								
Bactério (BK)	X		X		P							
Acide urique	Si Z		X									
Cs ophtalmo (si éthambutol)	X			X								

X : À effectuer dans tous les cas
P : Tuberculose patente

L : Tuberculose latente (Primo-infection)
Z : Pyrazinamide



3. INTÉRACTIONS MÉDICAMENTEUSES

	Médicaments	Effets indésirables	Conduite pratique
Rifampicine	Anticoagulants oraux	➤ Effet anticoagulant	Réajuster les antivitamines K, Surveiller ++ la coagulation
	Contraceptifs oraux	➤ Effet contraceptif	Prévenir la patiente Modifier la contraception
	Digitoxine, digoxine	➤ Taux environ 50%	Ajuster dose digitoxine
	Cortisol	➤ Demi-vie du cortisol	Ajuster dose cortisone
	Tolbutamide	➤ Taux environ 50%	Répéter glycémie, ajuster dose de dolipol
	Novobiocine	➤ Risque ictère	Ne pas associer
	Tréoléandomycine	➤ Risque ictère	Ne pas associer
	Phénobarbital	➤ Taux de Rifampicine	Ne pas associer
	Benzodiazépine	➤ Taux de Rifampicine	Ne pas associer
	Probénécide	➤ Toxicité de Rifampicine	Ne jamais associer
	Antirétroviraux	--	Voir spécialiste
	Isoniazide	Antiacides gastriques à base d'aluminium	➤ Effet de l'Isoniazide
Disulfirame		Psychose, ataxie	Ne jamais associer
Phénytoïne		➤ Taux phénytoïne	Ne pas associer, ou réajuster
Dérivés salicylés		➤ Toxicité de l'Isoniazide	Éviter ; prévenir le malade
Probénécide		➤ Toxicité de l'Isoniazide	Ne jamais associer
Ambilhar		Psychose	Ne jamais associer
Perhéliline		➤ Risques toxiques	Ne pas associer
Anesthésie		Risque d'ictère	Arrêter 15 jours l'isoniazide
Ethambutol	Disulfirame	➤ Risque névrite optique	Ne jamais associer
	Perhéliline	➤ Risque névrite optique	Ne jamais associer
	Chloramphénicol	➤ Risque névrite optique	Ne pas associer
Streptomycine	Autres aminosides	➤ Néphrotoxicité	Ne pas associer
	Céfaloridine	➤ Néphrotoxicité	Ne pas associer
	Curarisants	➤ Effet curarisant	Ne pas associer
	Cisplatine	➤ Néphro et ototoxicité	Ne pas associer
	Furosémide	➤ Risque néphro et ototoxicité	Ne pas associer Surveiller hydratation et fonction rénale
Pyrazinamide	Recherche de cétonurie par bandelette Acetest	Ininterprétable	Autre technique

IV. TRAITEMENTS, PROTOCOLES ET SUIVI

4. EFFETS SECONDAIRES DES ANTITUBERCULEUX

Ils sont nombreux et importants à connaître, certains majeurs pouvant entraîner l'arrêt de la molécule responsable, d'autres mineurs demandant des explications auprès du patient et/ou un traitement symptomatique, afin d'éviter de sa part un arrêt inopiné du traitement.

	Effets Majeurs	Effets Mineurs
Rifampicine	Purpura Hépatite (rare) = Arrêt du traitement avis spécialisé Syndrome respiratoire avec collapsus et choc Anémie hémolytique aigüe Insuffisance rénale	Syndrome cutané Syndrome grippal Syndrome abdominal
Pyrazinamide	Hépatite	Douleur articulaire Crise de goutte Fièvre Éruption cutanée Réactions diverses
Streptomycine	Lésions vestibulaires apparaissant dans les deux premiers mois avec tintement, vertiges et ataxie = avis spécialisé À ne pas utiliser pendant la grossesse Réactions d'hypersensibilité (fièvre, céphalées, vomissement et éruption érythémateuse) Hospitalisation	Réaction locale à l'injection Engourdissement au niveau de la bouche
Ethambutol	Troubles de la vue surtout si les doses dépassent 25mg/kg/jour	

F. Effet secondaire (E.S.)	Type d'E.S.	Médicament en cause	CAT Observations
Nausées	Mineur	Rifampicine	Donner le traitement 2h après le petit déjeuner associer 1 antiémétique
Arthralgies (épaules, genoux, doigts)	Mineur	Pyrazinamide	Aspirine, Ains, antalgiques, Zylonic®, rarement avec du Pyrazinamide
Capsulite rétractile de l'épaule (douleur, enraidissement) favorisé par âge, OH, BBT associés	Mineur	Isoniazide	AINS, infiltrations
Hyperuricémie isolée (en général, < 1000 mcmol/l)	Mineur	Pyrazinamide (ethambutol)	Pas de modification du traitement
Coloration rouge des sécrétions (en particulier larmes, urines, ...)	Mineur	Rifampicine	Pas de modification du traitement, avertir les porteurs de lentilles hydrophiles du risque de coloration définitive des lentilles cornéennes
Induction enzymatique	Important	Rifampicine	Questionner sur les traitements déjà en cours et adapter les posologies en suivant le tableau «interactions médicamenteuses»
Thrombocytopénies *(avec ou sans purpura)	Important	Rifampicine	Arrêt définitif de la Rifampicine
Cholestase, ictère (Bilirubine, des ph. Alcalines) (rare)	Important	Rifampicine	- Surveiller si persiste et important* : avis spécialiste
Neuropathies périphériques (sensitives puis motrices avec amyotrophie, douleurs, paresthésies, des Rot) surtout chez les patients acétyleurs lents, éthyliques, dénutris, diabétiques	Important à majeur	Isoniazide	Prévention par association systématique de vitamine B1 B6 (3 cp/j) au traitement antituberculeux. Neuropathie débutante : poursuivre le trt anti inchangé, la vit B1 B6 à 6 cp par jour et doser l'INH-émie (protocole spécial à respecter) Neuropathie persistante : EMG et éventuellement, arrêt de l'Isoniazide.
Névrite optique (acuité visuelle, scotome central, dyschromatopsie) favorisée chez les patients dont le taux sérique du zinc est bas.	Important à majeur	Ethambutol ++ (Isoniazide)	Mieux surveiller les patients ayant des ATCD ophtalmo, alcool- tabagiques, diabétiques. Prévention par association systématique de vitamine B1 B6 (3 cp/j) au traitement antituberculeux Névrite débutante : poursuivre le trt anti inchangé, la vit B1 B6 à 6 cp par jour et doser l'INH-émie (protocole spécial à respecter). Névrite persistante : discuter de l'arrêt de l'Ethambutol (ou de l'isoniazide)
Immunoallergie (sd grippal survenant 2h après le trt [au 3 ^e -6 ^e mois du trt anti TB surtout], dyspnée, choc, anémie, insuffisance rénale aiguë)	Majeur	Rifampicine	Favorisé par les arrêts / reprises de traitement Arrêt définitif de la Rifampicine.
Hépatite cytolytique (TGO et TGP) Surtout pendant les 2 premiers mois du trt anti TB, rarement après.	Important à majeur	Isoniazide pyrazinamide (rifampicine)	Vérifier les doses des anti TB Si normale < taux de transa < normale x2: - Surveillance accrue : 2 fois/sem. - Traitement : inchangé. Si normale x2 < tx de transa < normale x5: - Surveillance : 3 fois/sem. + TP TCA - Traitement : inchangé taux de transa > normale x5 : - Stop traitement - Surveillance hebdomadaire + TP TCA - Reprise du trt après normalisation en milieu spécialisé

BBT : Barbitorique : Avis du spécialiste qui a initié le traitement pour toute modification ou arrêt

V. ENQUÊTE

1. GÉNÉRALITÉS ET PRINCIPES FONDAMENTAUX

Les enquêtes de dépistage autour d'un cas index doivent permettre un diagnostic précoce de la tuberculose chez les contacts étroits avant que les malades ne deviennent contagieux, afin de diminuer l'extension de la maladie.

Un fond spécifique créé par la délibération n°10 du 8 septembre 2004 permet de financer les examens nécessaires à ce dépistage (les modalités pratiques de ce fond sont disponibles sur le site Internet de l'ASSNC : www.santepourtous.nc).

Le système des enquêtes ne doit pas être figé, et l'extension ou non de celle-ci aux sujets contacts réguliers autour d'un index ED+/C+, doit être le fruit d'une décision collégiale des médecins, enquêteurs, responsables du registre et traitants.

Les enquêtes sont définies et supervisées par les coordonnateurs provinciaux.

Jean-Baptiste GAUMERY

IDE référent pour la Province nord et Province des îles

- Jb.gaumery@province-nord.nc
- tuberculose@province-nord.nc
- 90.16.95



ESPAS CMP

IDE référent pour la PS

- dpass.cmp@province-sud.nc
- 20.47.40



2. LES DIFFÉRENTS TYPES D'ENQUÊTES

Le choix de l'enquête se fait à partir des caractéristiques de la maladie du cas index et de son degré de contagiosité basé principalement sur la bactériologie pulmonaire.

a. Enquête de Type 1 : cas index contagieux, recherche d'infectés

• PÉRIODE

Pour la recherche des contacts : recherche sur les trois mois avant le début des signes cliniques ou, à défaut, trois mois avant la mise sous traitement.

• TYPE DE CONTACT

La sélection des contacts se fait à l'aide d'une grille de calcul qui définit des contacts prioritaires qui répondent à la fois à des notions :

- De proximité entre le contact et le cas index ;
- Des caractères environnementaux ;
- De durée et répétition d'exposition ;
- Du terrain du contact.

En cas de contact en avion, se reporter aux recommandations de l'OMS.

• GRILLE DE CALCUL DES CONTACTS

	1 point	0 point
Durée	≥ 2 heures	< 2 heures
Répétition	≥ 2 / sem.	< 2 / sem.
Proximité	≤ 1 mètre	> 1 mètre
Environnement	lieu confiné**	lieu ouvert ou aéré
Terrain fragile*	oui	non

*VIH, dialyse, corticothérapie prolongée, diabète

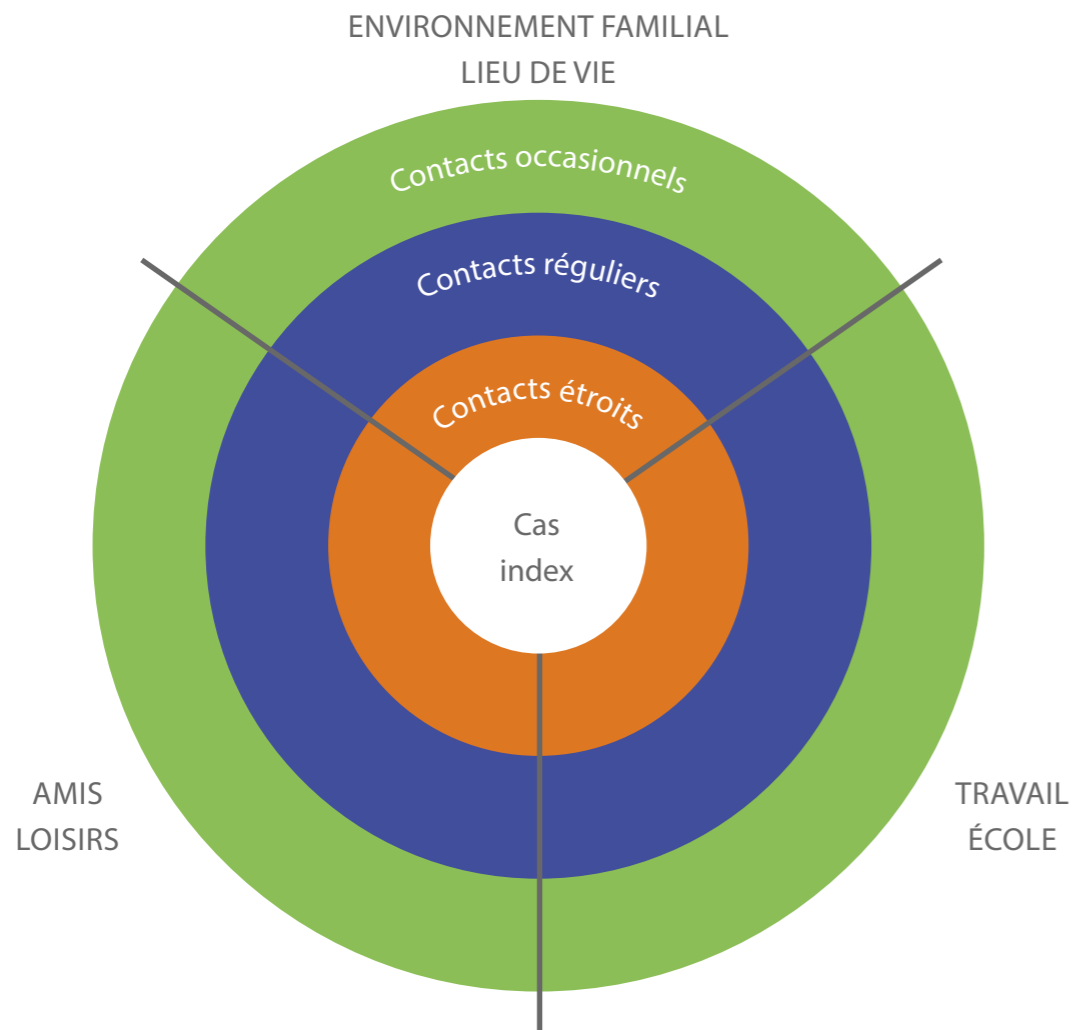
**Y compris les moyens de transports

- Contact prioritaire : si ≥ 3 points.
- Contact régulier et/ou occasionnel : si ≤ 2 points.



V. ENQUÊTE

• CIBLE DE CLASSEMENT DES CONTACTS



• STRATÉGIE D'EXTENSION DE L'ENQUÊTE

L'extension aux contacts réguliers et occasionnels doit s'envisager si dans les contacts prioritaires/étroits, on trouve plus de 1% de TB maladie et/ou plus de 10% à 30% d'infections latentes (ITL).



• OUTILS DU DÉPISTAGE

IDR

Augmentation de plus de 10 mm depuis la dernière réalisée	En faveur d'une PITL
≥ 15 mm	
Phlycténulaire	Pas en faveur d'une PITL
< 10 mm	
Entre 10 et 14 mm	Interprétation difficile ; l'utilisation des TLIG (quantiferon), si disponibles, peut être envisagée

RX : poumons face et éventuellement profil ; double lecture souhaitable.

Clinique : présence ou absence de signes.

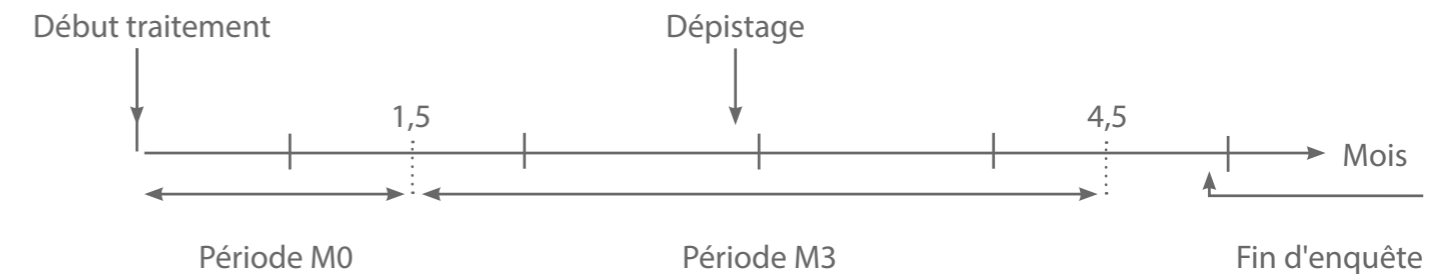
Biologie : recherche BK crachats essentielle.

• OUTILS POUR L'ÉLABORATION DU PLAN D'INVESTIGATION

- La période de recherche (cf. FICHE 4 p 47)

- Le listing des sujets contacts (cf. FICHE 5 p 48).

Dans un premier temps seuls les contacts étroits sont à investiguer, l'extension de l'enquête est une décision de santé publique prise selon le contexte et les résultats de cette première phase.



• STRATÉGIE

Stratégie à M0

Mise en route des traitements préventifs.

Pas de tubages systématiques, quel que soit l'âge.

• Contact < 16 ans : examen clinique, radio, et IDR systématique.

• Contact ≥ 16 ans : examen clinique et radio systématique. Selon la clinique et la radio, l'IDR est à envisager si la personne contact ≥ 16 ans est diabétique, insuffisante rénale, dialysée, sous corticothérapie au long cours (>15mg/j) ou usager de drogue par voie intraveineuse.

Stratégie à M3

Mêmes examens qu'à M0.

Si l'enquête démarre à M3, pas de visite ultérieure.

Le classement dans la période du dépistage (M0, M3) est calculé grâce à la date du début de traitement et à la date du dépistage.

V. ENQUÊTE

Stratégie à M6

Clôture de l'enquête et classification en complète ou incomplète.
Mise en place des suivis individuels des contacts traités et des contacts suspects non traités.

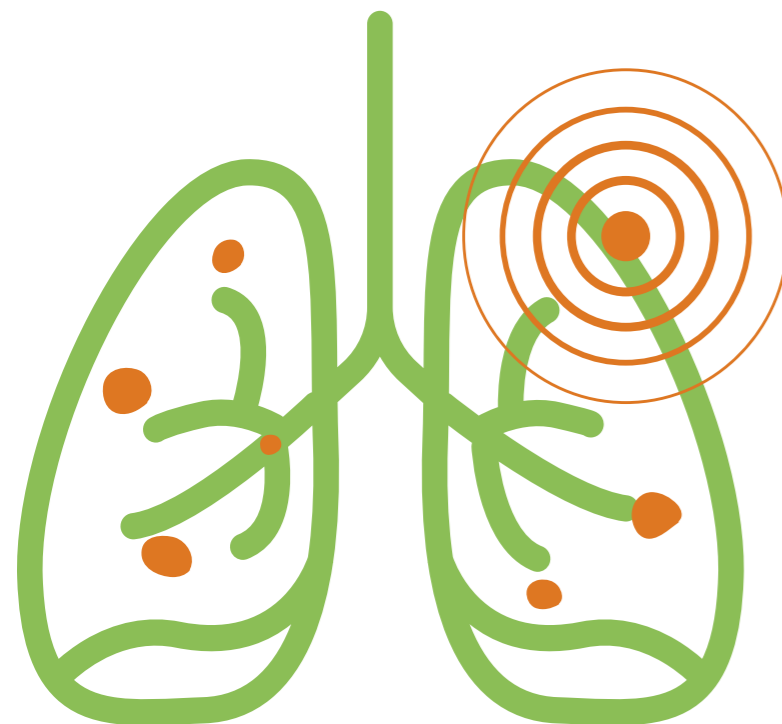
Si des personnes dépistées sont potentiellement contagieuses, elles sont considérées comme des nouveaux cas index et sont le point de départ d'une nouvelle enquête.

• CAS PARTICULIERS

Sujets ≥ 16 ans, considérés plus à risque de passage à la maladie pouvant notamment justifier la mise en route d'un traitement préventif ou de primo-infection latente :

- Diabétique ;
- Insuffisant rénal ;
- Dialysé ;
- Sous corticothérapie au long cours ($>15\text{mg/j}$) ;
- Usager de drogue par voie intraveineuse.

► b. Enquête de Type 2 : cas index non contagieux, recherche de cas symptomatiques



• EVALUATION DU CAS INDEX

Évaluation du contexte social, de la présence de jeunes enfants parmi les contacts étroits, ou de manœuvres médicales à risques.

• TYPE DE CONTACT

Utilisation de la grille de calcul qui définit les contacts étroits qui répondent à la fois à des notions :

- De proximité entre le contact et le cas index ;
- De caractères environnementaux ;
- De durée et répétition d'exposition ;
- Du terrain du contact.

Contact étroit : ≥ 3 points.

Contact régulier et/ou occasionnel : ≤ 2 points.

• OUTILS DIAGNOSTIQUES

- Interrogatoire standardisé du cas index et des contacts étroits à la recherche de signes cliniques dans l'entourage ;
- IDR chez les < 16 ans, contacts étroits d'un cas index, si pas de contaminateur retrouvé.

• STRATÉGIE

Cette recherche de contaminateur sera effectuée d'autant plus soigneusement que la notion d'infection est récente (cas index jeune).

L'entretien doit être attentif et précis, afin de dépister les personnes symptomatiques et les anciens tuberculeux.

Si des signes cliniques chez un contact sont évoqués lors de l'interrogatoire, ce contact bénéficiera :

- D'un examen clinique ;
- De recherche de BK dans les crachats ;
- D'une radiographie des poumons.

Stratégie à M0

L'interrogatoire et les explorations éventuelles se font au démarrage de l'enquête. Pas de visite ultérieure prévue. Stratégie de communication.

Stratégie à M3

Clôture et classification de l'enquête. Mise en place des suivis individuels.

L'information des personnes de l'entourage doit être privilégiée afin de développer les dépistages spontanés et précoces des personnes.

3. LE DEPISTAGE

► a. Le dépistage des sujets contacts

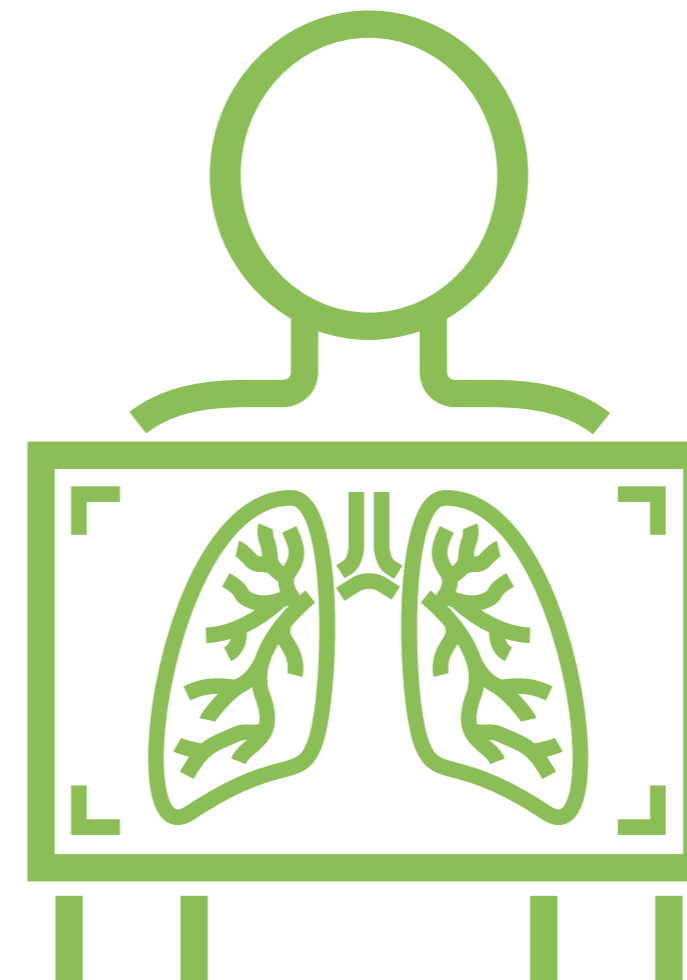
• UNE CONSULTATION

Chaque personne à dépister doit bénéficier d'un entretien à la recherche de signes fonctionnels de tuberculose (toux, douleurs thoraciques, dyspnée, hémoptysies, sueurs nocturnes, asthénie, amaigrissement) et d'un examen clinique.

Au moindre doute, si la personne tousse et crache, on prescrira des recherches de BK dans les crachats.

• LA RADIO PULMONAIRE

Il s'agit d'un cliché de face et d'un cliché de profil.




V. ENQUÊTE

• L'IDR

Elle sera faite selon les recommandations des différents types d'enquêtes, en s'assurant de la qualité technique de l'injection et de la lecture (voir interprétation p 18).

Elle pourra en outre être utilisée comme un outil diagnostique dans certain cas.

► b. L'information



Chaque fois qu'un contact est dépisté, il doit bénéficier d'une information personnalisée sur la tuberculose afin de savoir évoquer une tuberculose et de consulter rapidement ou de faire en sorte que les personnes suspectes dans son entourage consultent précocement pour bénéficier d'un traitement. Cela est d'autant plus important s'il y a déjà eu dans l'entourage des cas de tuberculose. Une information est personnalisée lorsqu'elle tient compte des représentations et des connaissances du malade sur la maladie.

Il faudra informer sur :

- Les signes fonctionnels et cliniques de la tuberculose ;
- Son mode de transmission ;
- L'intérêt des traitements de la tuberculose, de la durée et de l'observance ;
- La guérison de la maladie si le traitement est bien observé.

On lui remettra en outre une brochure sur la maladie, et on indiquera qui contacter en cas de symptôme et tout autre document qu'on jugera utile.

Il est capital d'informer les personnes dans l'entourage d'un cas de tuberculose en préservant au mieux la confidentialité. Pour cela, toujours demander l'accord du cas index et préférer la rencontre de l'entourage à leur domicile.

Ne pas hésiter à renouveler les rencontres afin que chacun puisse bénéficier d'une information.

Aller à la rencontre des personnes est essentiel afin qu'elles identifient les soignants ressources en cas d'apparition des signes (où et qui consulter rapidement).

► c. Les principes fondamentaux de réussite à la conduite d'enquête

Personnel formé.

Protocole de visite de santé publique formalisé.

Relance des services à J+15 pour vérifier le démarrage de l'enquête.

Plan d'investigation formalisé.

Standardisation du recueil d'information sur les contacts.

Rétro-information sur la fin d'enquête et ses résultats au service de veille sanitaire, au médecin traitant et/ou déclarant.

Un seul centre responsable même si l'enquête est éclatée sur plusieurs territoires.

Stratégies de communication en place.

4. ENTRETIEN DU CAS INDEX

► a. Objectif

Obtenir la confiance et la collaboration du patient pour :

- Le soutenir dans l'observance de son traitement ;
- En faire un partenaire actif dans la recherche de sujets atteints dans l'entourage.

► b. Conditions préalables à l'entretien : mise en confiance et écoute

• ORGANISATION

- Préparer sa visite ; avant de partir, les objectifs doivent être clairs ;
- Si le patient n'est pas hospitalisé, prévenir de sa visite et convenir d'un rendez-vous ;
- Être ponctuel ;
- S'assurer de ne pas être dérangé (choisir un endroit calme, arrêter le Mobilis...).



• COMMUNICATION

Principes fondamentaux :

- Pas de jugement de valeur, respect de la personne, de ses valeurs, de ses croyances ;
- Informations justes, simples et claires.

Technique de communication :

- Être disponible, à l'écoute, prendre son temps ;
- Être ouvert et poser des questions ouvertes ;
- Évaluer rapidement la capacité de compréhension de la personne (langue, écriture, psychologie...);

V. ENQUÊTE

- Adapter le vocabulaire à la personne qui est devant vous ;
- La laisser s'exprimer, savoir attendre ;
- Faire reformuler les infos pour voir ce qui a été compris ;
- Se mettre au même niveau et regarder la personne.

Remarque : Si l'entretien se fait en milieu hospitalier auprès d'un cas index bacillifère : mettre un masque au patient et en porter un.

c. Objectifs et questions pour l'entretien avec le cas index

• CAS INDEX

Objectifs	Précisions et exemples de questions
Identité du patient (pour pouvoir le suivre, prendre contact avec lui, pouvoir le retrouver en cas de «perdu de vue»)	<ul style="list-style-type: none"> - Nom, prénom, date de naissance, sexe. - Adresse (prendre précisément l'adresse géographique : BP, rue, quartier, tribu...); depuis combien de temps vivez-vous à cet endroit-là ? - Travail et lieu de travail (ou école). - Numéro de téléphone (domicile et travail). - Identité et moyen de contact d'une personne à contacter en cas de besoin (dans chaque Province, s'il est susceptible de se déplacer).

• PRÉSENTATION

Objectifs	Précisions et exemples de questions
Se présenter et expliquer la raison de cette visite de santé publique ; présenter la structure où l'on travaille (lui remettre une brochure)	<ul style="list-style-type: none"> - Bonjour, je suis... - Savez-vous pourquoi je viens vous voir ? - Expliquez votre démarche, qui est de parler de la tuberculose, du traitement, du suivi nécessaire, et de la recherche dans l'entourage des contacts à dépister. - Avez-vous compris notre rôle et le pourquoi de cette enquête ?
Expliquer que l'entretien est confidentiel et que l'on est soumis au secret professionnel ; tenter d'obtenir l'accord du patient pour en parler à l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> - Votre entourage est-il au courant de votre maladie ? pensez-vous pouvoir lui en parler ? cela va-t-il poser un problème si nous leur en parlons ?
Faire du cas index un partenaire relais dans l'enquête pour la rencontre avec l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> - Demander au patient s'il veut informer les contacts étroits lui-même ou s'il nous autorise à le faire.

• MALADIE

Objectifs successifs	Précisions et exemples de questions
Écouter le malade et lui faire exprimer son ressenti sur le diagnostic et la maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'avez-vous ressenti lorsqu'on vous a dit que vous aviez la tuberculose ? - Est-ce que cette maladie vous fait peur ? qu'est-ce qui vous fait peur surtout ?
Rechercher les antécédents personnels et familiaux de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Y a-t-il eu des cas de tuberculose dans votre entourage ? Qui ? Quand ? - S'il y a eu des cas de tuberculose dans votre entourage, comment cela s'est-il passé pour eux ?
Informé le patient sur la maladie (remettre la brochure sur la tuberculose)	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous déjà entendu parler de la tuberculose ? Que pensez-vous qu'est cette maladie ? savez-vous comment la maladie se transmet ? Pensez-vous qu'on puisse en guérir ?
Évaluer la période de recherche pour la contamination et la recherche d'infectés s'il y a lieu	<ul style="list-style-type: none"> - Quand avez-vous ressenti les premiers signes ? - Quand le traitement a-t-il commencé ?

• ORGANISATION DU TRAITEMENT ET DU SUIVI

Objectifs	Précisions et exemples de questions
Conditions et habitudes de vie, autres antécédents	<ul style="list-style-type: none"> - État psychique, mémoire - Alcool, cannabis, tabac - Grossesse en cours - Autres traitements - Autres maladies, allergies - Croyances et attitude vis-à-vis des maladies et des traitements : Que fait habituellement le patient en cas de problème de santé ? - Maîtrise du français (parlé, lu, écrit)
• Prise du traitement et organisation du suivi :	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance : des médicaments à prendre et de la façon de les prendre (insister sur la prise à jeun, tous les jours et pendant la durée du traitement)
Responsabiliser et impliquer le patient dans sa prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> - Le retour au domicile : comment cela va-t-il se passer ? - Comment intégrer le traitement dans la vie quotidienne de la personne (horaires) ? - Comment ne pas oublier le traitement ? - Pensez-vous que ce sera difficile de suivre votre traitement 6 mois ? - Quelle va être l'attitude de l'entourage (soutien ou l'inverse) ? - Comment le patient va-t-il se procurer les médicaments - Éloignement des structures de soins - Moyen de locomotion - Déplacements prévus
Expliquer que s'il consulte un autre médecin, il est important de parler de son traitement antituberculeux	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le médecin/l'infirmière qui va vous suivre ?
Expliquer l'intérêt d'un suivi (évolution, bilan, effets secondaires)	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissez-vous vos prochains rendez-vous ? (Avec le médecin traitant ? Le spécialiste ? L'ophtalmologiste ? La radio, le laboratoire pour le bilan ? ...) - Expliquer les effets secondaires possibles et les interactions avec d'autres traitements - Que faire en cas d'effet secondaire
Préciser que la tuberculose est une maladie prise en charge à 100%	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle couverture sociale ? Date de fin de validité ? - Le 100 % est-il demandé ? Obtenu ? Quelle validité ?

V. ENQUÊTE

• LISTING DES CONTACTS

Objectifs	Précisions et exemples de questions
Poser les questions essentielles pour lister les contacts étroits pendant la période de recherche	<p>Secteur famille - lieu de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cas index a-t-il habité ailleurs qu'à son domicile actuel pendant la période de recherche ? Dans ce cas, qui y avait-il d'autre à ce domicile et qui d'autre y a résidé pendant la période de recherche ? - Qui habite au domicile actuel, depuis combien de temps ? (Faire la liste, prendre les noms, âge, lien de parenté, date de naissance...); d'autres personnes sont-elles venues à ce domicile pendant la période de recherche ? Faire la liste.
Dans le secteur «famille», établir l'arbre généalogique	<p>Secteur travail - école :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail : personnes travaillant dans le même lieu fermé pendant la période de recherche ; trajets partagés dans un même véhicule fermé - Ou école : lieux, classes et instituteurs pendant la période de recherche ; déjeuner à la cantine ? Nom des cantinières ?
<ul style="list-style-type: none"> • Définir les priorités : par exemple, voir les enfants de moins de 5 ans d'abord autour d'un bacillifère et prévoir un traitement préventif, ou dépister les symptomatiques rapidement 	<p>Secteur amis - loisirs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liste du (ou des) partenaires pendant la période de recherche. - Liste des loisirs (bars, sports, clubs, église, nakamal ou autres...); avec qui partagez-vous les loisirs ? Combien de temps y passez-vous ? Y rencontrez-vous régulièrement les mêmes personnes ? - Amis les plus proches pendant la période de recherche. - Voyages effectués pendant la période de recherche. <p>- Dans votre entourage, avez-vous remarqué quelqu'un de malade ? (Signes de TB...)</p> <p>- Pour les étrangers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel est votre pays d'origine ? • Depuis quand êtes-vous sur le territoire ? • Êtes-vous retourné récemment dans votre pays ? Si oui, quand, où exactement ? Combien de temps y êtes-vous resté ?

• AUTRES

Objectifs	Précisions et exemples de questions
<ul style="list-style-type: none"> • Conclusion Remercier le patient de sa coopération et de sa compréhension 	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous des questions ? - Si quelque chose d'autre vous revient en mémoire, pouvez-vous me rappeler ?
L'assurer de notre disponibilité (laisser ses coordonnées)	<ul style="list-style-type: none"> - En cas de besoin puis-je revenir vous voir ? - N'hésitez pas à me contacter en cas de problème avec votre traitement ou pour une autre difficulté.

FICHES TECHNIQUES

- ▶ FICHE 1 • Enquête de type 1 : action autour d'un cas de tuberculose contagieuse, quel que soit son âge
- ▶ FICHE 2 • Enquête de type 2 : action autour d'un cas de tuberculose potentiellement non contagieux
- ▶ FICHE 3 • Période de recherche (PR)
- ▶ FICHE 4 • Lister les sujets contacts
- ▶ FICHE 5 • Guide d'entretien du cas index

FICHE 1 :

ENQUÊTE DE TYPE 1

ACTION AUTOUR D'UN CAS DE TUBERCULOSE CONTAGIEUSE, QUEL QUE SOIT SON ÂGE

Action		Recherche d'infectés	
Type		Dépistage + information	
Nombre de tours de dépistage		2 tours (M0 et M3)	
Contacts à voir*	Types	Contacts étroits	
	Age	<16 ans	≥16ans
Examens de 1ère intention	Ex. clinique	Oui	Oui
	RP	Oui	Oui
	IDR	Oui	Non**
	BK	Si crache, BK crachat d'emblée	
Priorités autour d'un ED+	Traiter le cas index. Lister les contacts étroits : - Présentant des signes cliniques ; - Immunodéprimés ; - Entre 5 et 16 ans pour diagnostic et traitement des PITL ; - Au delà de 16 ans pour le diagnostic et traitement des PITL des sujets à risques de passage maladie. *** Traiter les cas étroits de moins de 5 ans.		

* Ce sont les contacts étroits rencontrés au cours de la période de recherche, définie au préalable.

** IDR chez les sujets à risque de passage maladie.

*** Voir définition des sujets à risque, p 31.

Urgent et prioritaire

Les enfants de 0 à 5 ans, contacts étroits des ED+

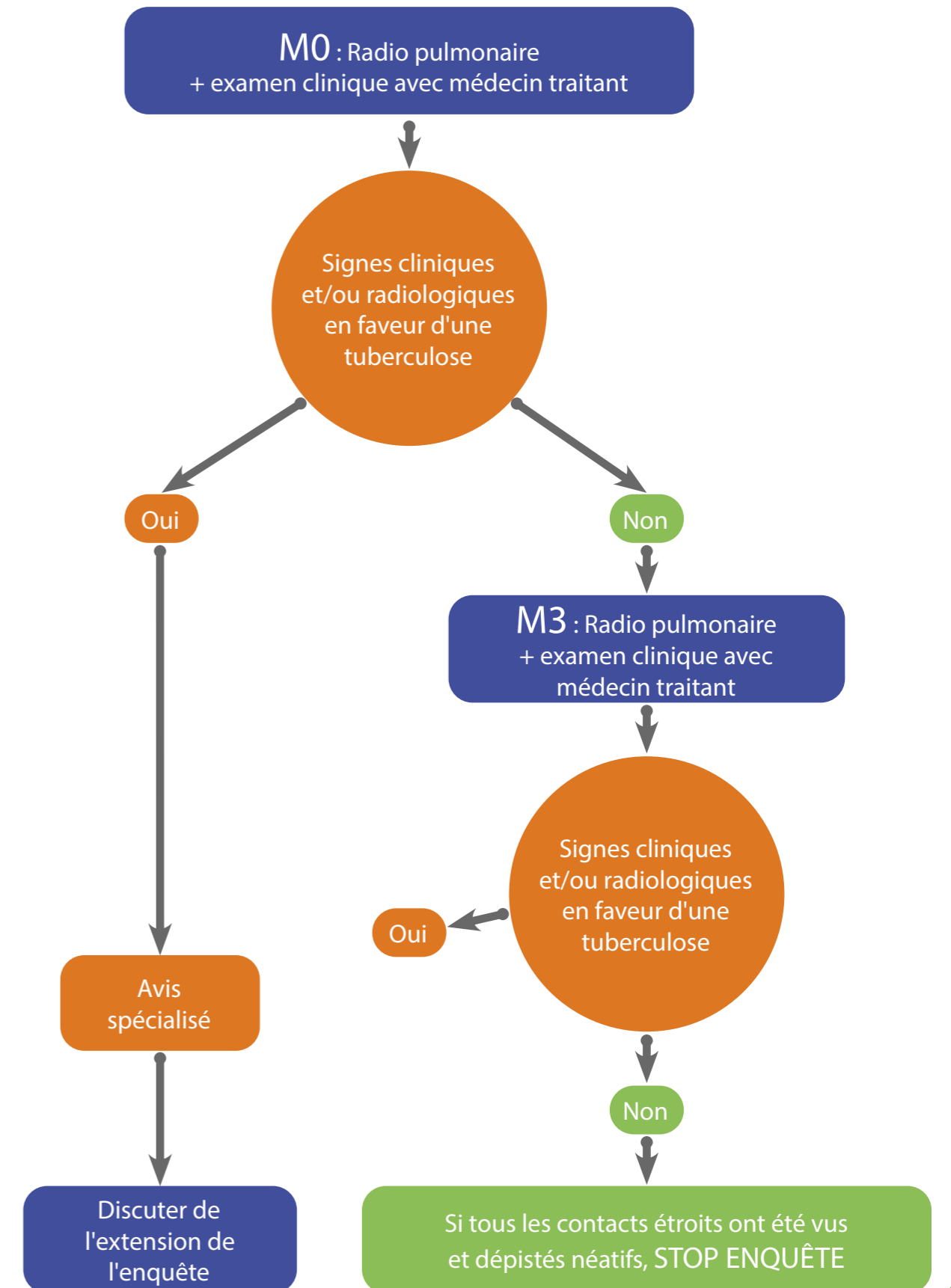
Sont à voir dans le premier mois du diagnostic du cas index

• Si IDR- et aucun signe : traitement préventif de 3 mois (chimio prophylaxie)

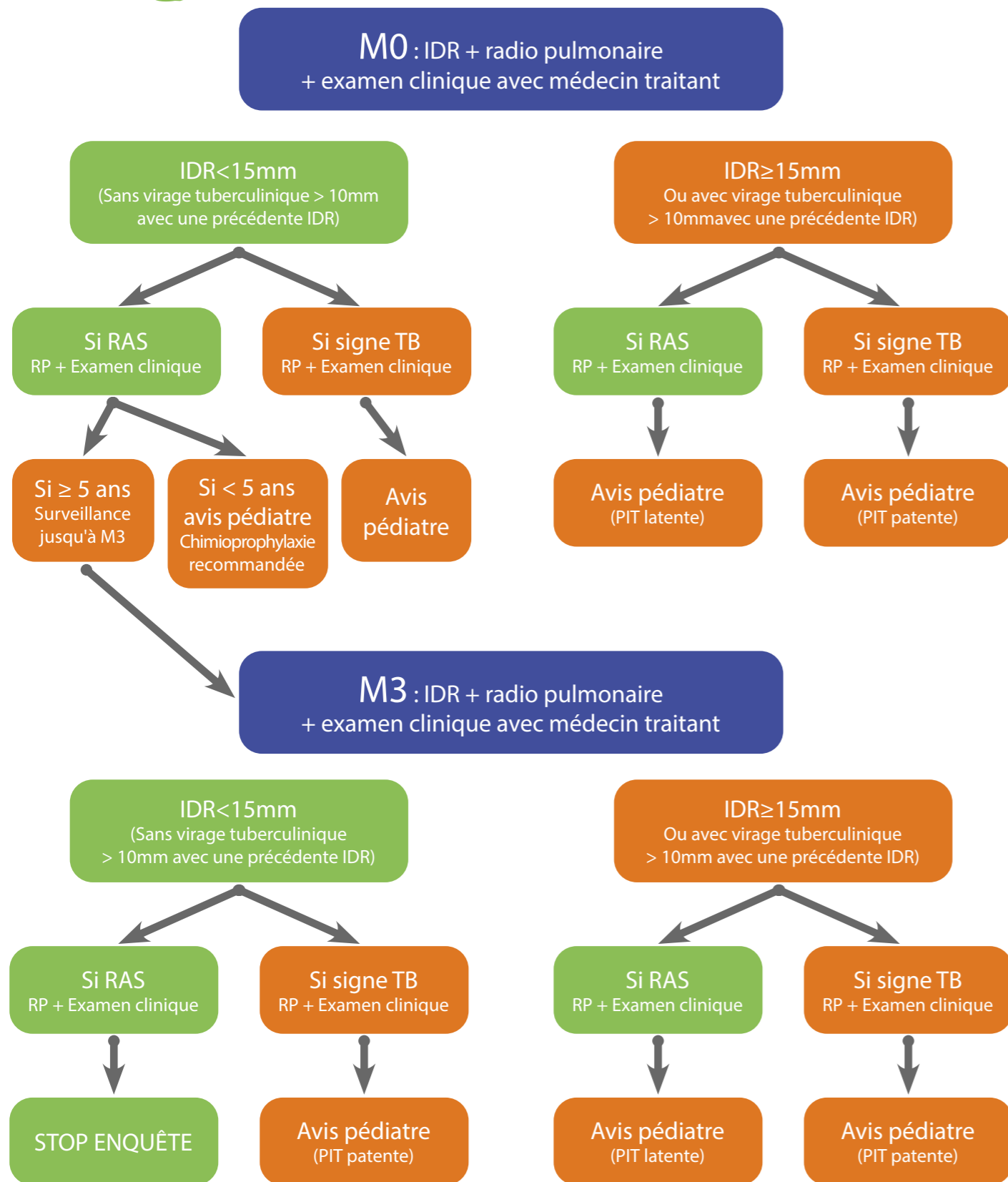
• Si IDR+ et aucun signe : traitement PITL 3 mois

• Si IDR+ et signes : traitement PITP 6 mois

Si le contact étroit à dépister est un adulte ≥16 ans dans une enquête de type 1



Si le contact étroit à dépister est un enfant (<16 ans)
dans une enquête de type 1



En dehors de tout signe clinique, de 0 à 5 ans un avis spécialisé est à demander seulement si l'interprétation de l'IDR est en faveur d'un virage tuberculitique ou devant une radio anormale.

FICHE 2 : ENQUÊTE DE TYPE 2 ACTION AUTOUR D'UN CAS POTENTIELLEMENT NON CONTAGIEUX

Action		Recherche de contaminateur/infectés collatéraux
Type		Dépistage + information
Nombre de tours de dépistage		1 tour (à M0)
Contacts à voir*	Types	Contacts étroits
	Age	Tous
Examens de 1ère intention	Ex. clinique	Oui
	RP	Oui
	IDR	Non**
	BK	Si crache, BK crachat d'emblée
Priorités dans cette situation		- Dépister d'abord les symptomatiques : chercher le BK chez les touseurs (crachats ++) - Traiter les PITL des < 16 ans parmi les contacts étroits si pas de contaminateur trouvé

* Ce sont les contacts étroits rencontrés au cours de la période de recherche, définie au préalable.

** Sauf chez les < 16 ans si pas de contaminateur retrouvé.

La recherche du contaminateur remonte dans le temps jusqu'à la dernière IDR dite "normale". Sinon il faut rechercher le contaminateur dans une période d'un an avant le début du traitement : c'est la période de recherche (PR) (cf. FICHE 3).

La population concernée à dépister systématiquement est :

- Tous les adultes (≥ 16 ans) contacts étroits du cas index pendant la période de recherche (PR) ;
- Les personnes présentant des symptômes de tuberculose (toux, crachats, douleurs thoraciques, dyspnée, hémoptysies, sueurs nocturnes, asthénie, anorexie, amaigrissement) ;
- Les personnes ayant des antécédents de tuberculose pour lesquels un contrôle est indiqué, à la recherche d'une récurrence ou d'une rechute.

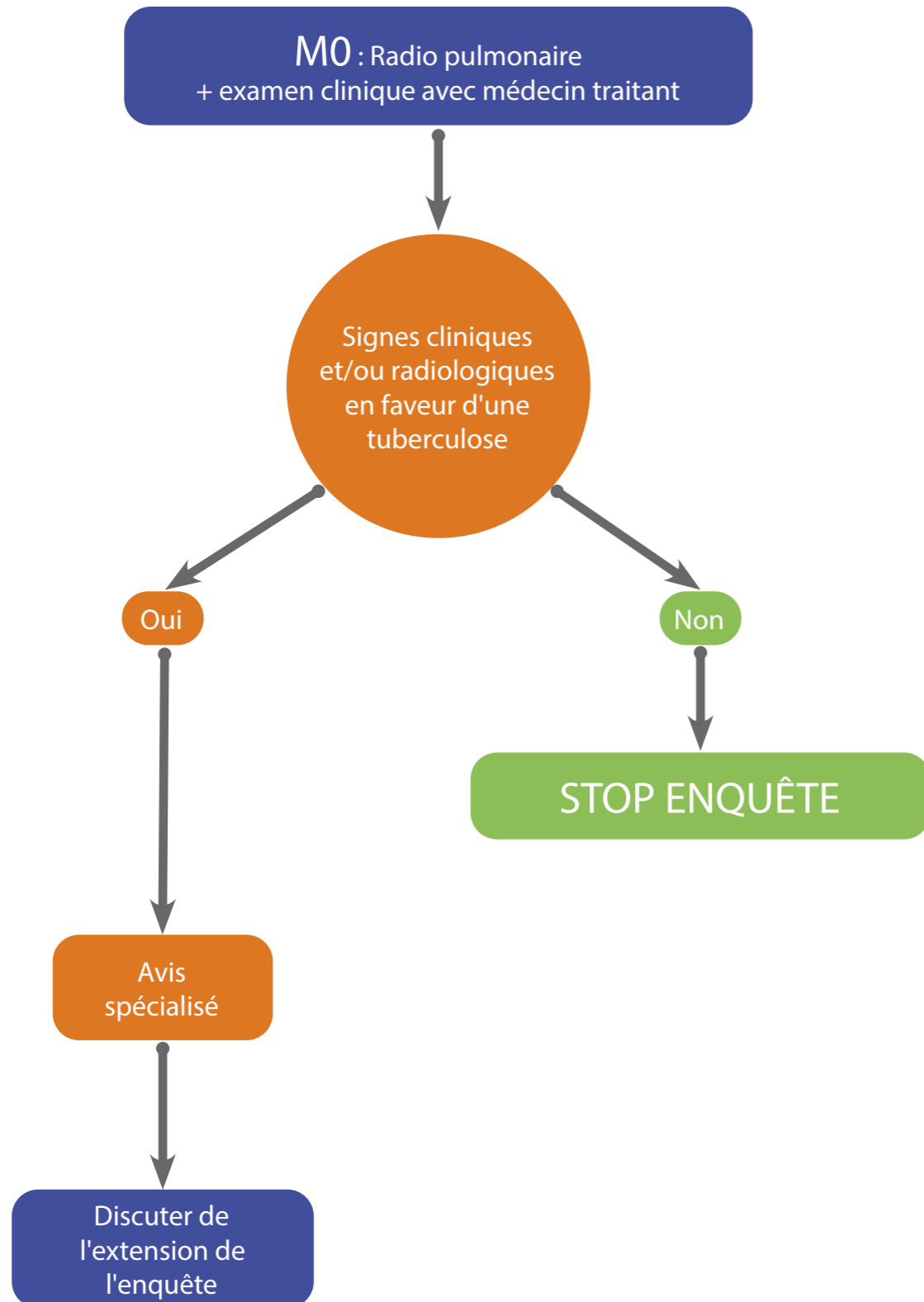
La recherche du contaminateur est souvent peu rentable, aussi il est indispensable de faire une recherche minutieuse des personnes "suspectes de tuberculose" présentant des signes plutôt qu'un dépistage élargi des contacts et cela quel que soit l'âge du cas index. En effet, un contaminateur présente habituellement des signes cliniques de tuberculose pulmonaire. Il tousse et crache, il est maigre et fatigué.

Les questions suivantes peuvent être utiles durant les entretiens (cf. FICHES 5) :

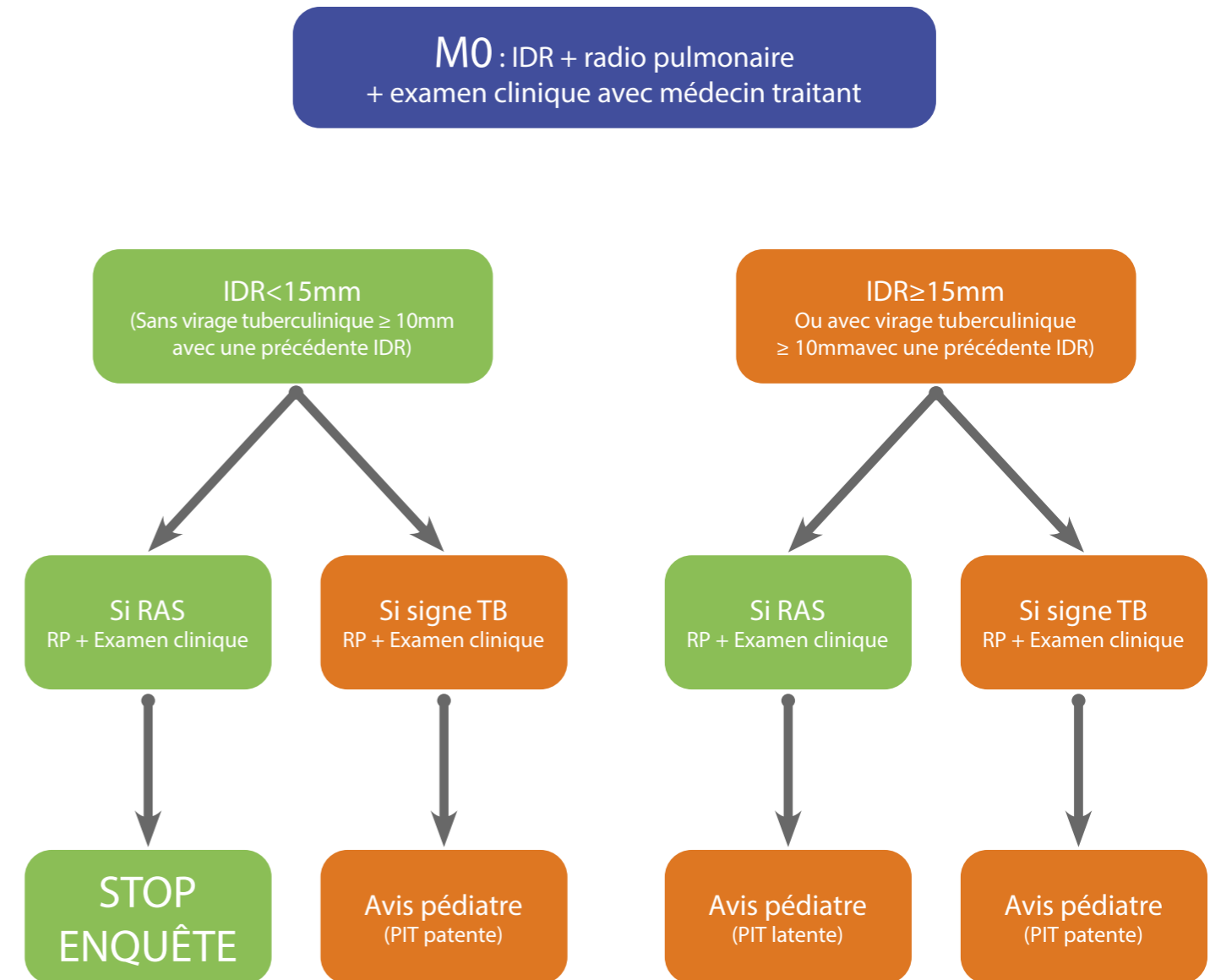
- Dans la famille, quelqu'un a-t-il déjà été soigné pour les poumons ? Quand ? Où ?
- Dans la famille, quelqu'un présente-t-il des signes de tuberculose (les énumérer) ?

Si le contaminateur ne se trouve pas dans les contacts étroits, la probabilité de le trouver dans les contacts réguliers ou occasionnels est faible et dépendra essentiellement de la qualité de la collaboration de la famille. Les entretiens avec les contacts étroits devront être patients, confiants et réitérés autant de fois que nécessaire.

Si le contact étroit à dépister est un adulte ≥ 16 ans
dans une enquête de type 2



Si le contact étroit à dépister est un enfant (<16 ans)
dans une enquête de type 2



FICHE 3 :

PÉRIODE DE RECHERCHE (PR)

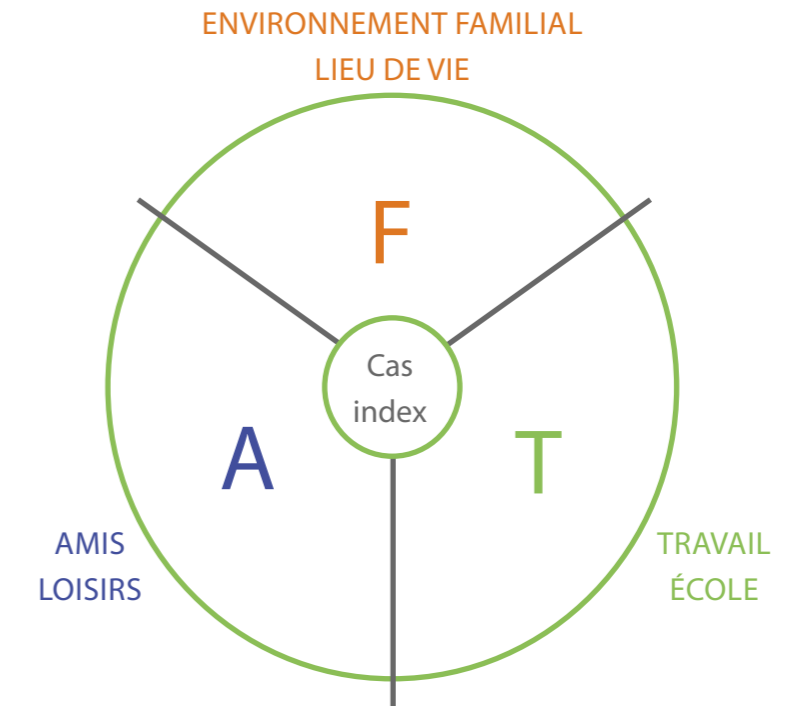
Si le cas index est :	Infecté	Malade
	PIT latente	Maladie ou PIT patente
Période de recherche de contaminateur «PRC»	PRC = période entre - la dernière IDR - et le début du traitement. La période est limitée à un an.	<ul style="list-style-type: none"> • Si IDR disponible : PRC entre - dernière IDR normale ou négative - et début du traitement. La période est limitée à un an. • Si pas d'IDR disponible : PRC = un an avant début traitement.
Période de recherche d'infectés «PRI»	Pas de recherche.	Si cas index ED+ : PRI = période entre - 3 mois avant le début des symptômes (3 mois avant le début du traitement si pas de symptôme) - et début du traitement.



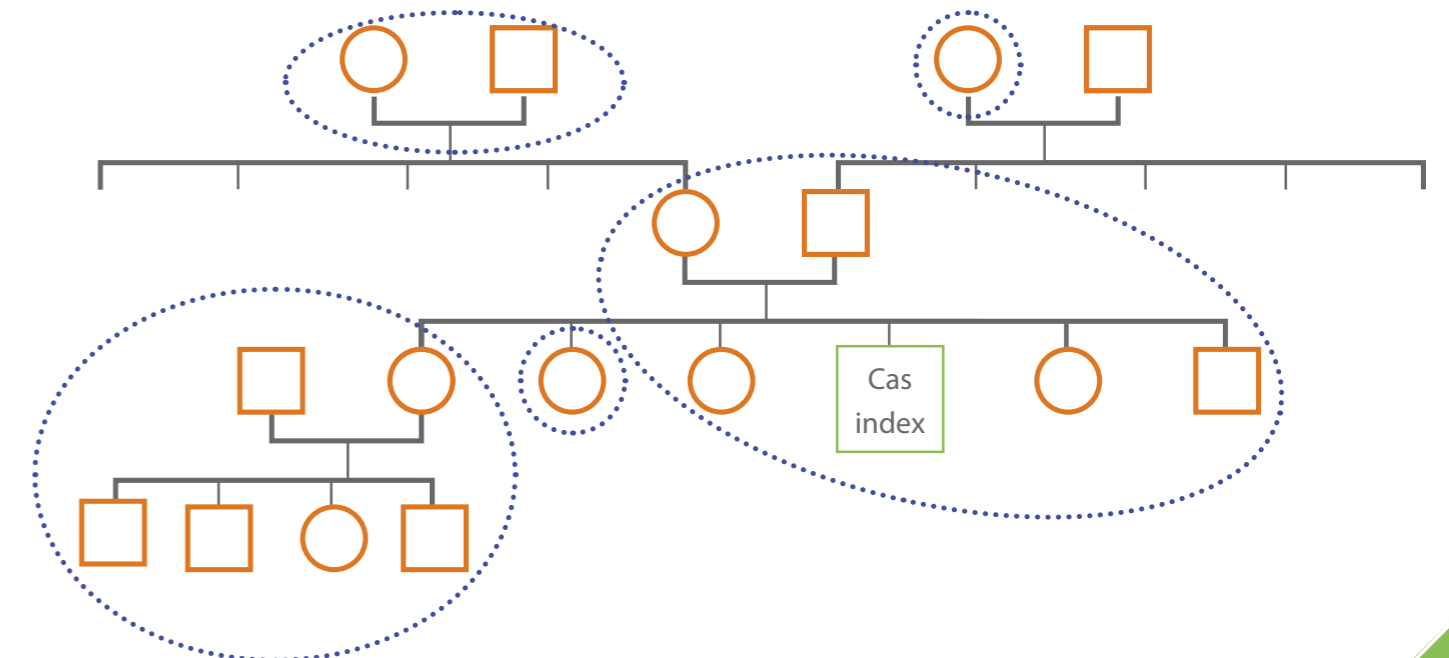
FICHE 4 :

LISTER LES SUJETS CONTACTS

La recherche s'effectue dans les 3 domaines "F", "A" et "T" indiqués ci-dessous. Elle est à réaliser avec le cas index, puis à vérifier avec l'entourage. Il est utile de montrer ce document pendant l'entretien pour expliquer ce que l'on cherche.



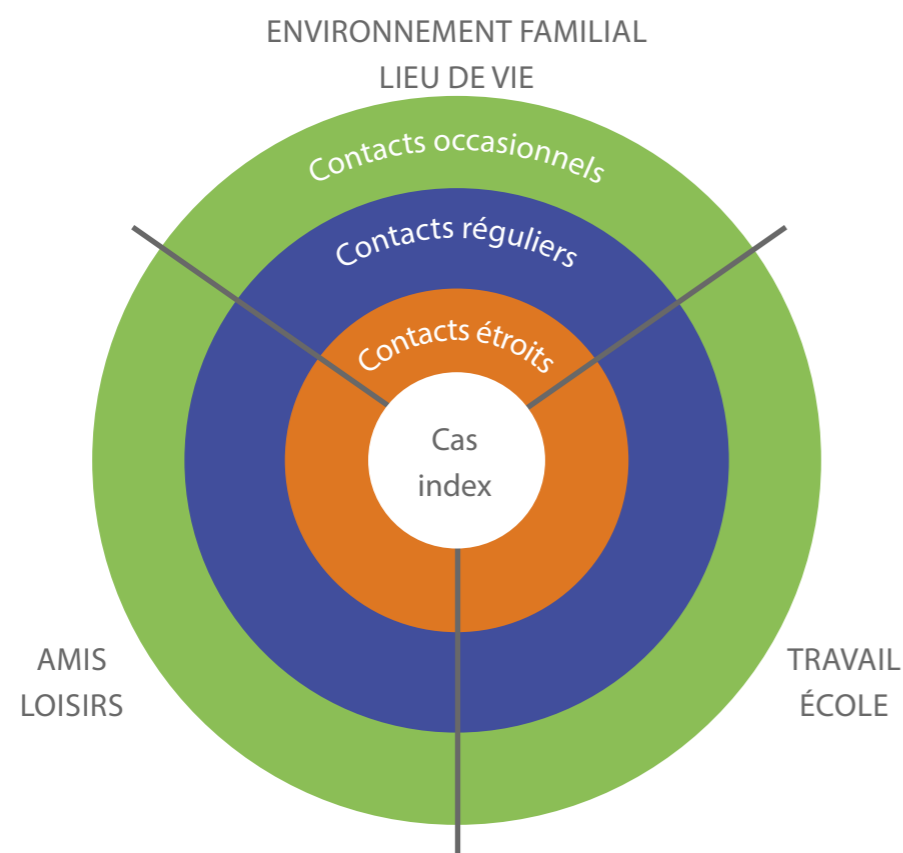
Pour le secteur «famille, lieu de vie», l'arbre généalogique est l'outil le plus adapté. Il permet de «visualiser» les contacts et de comprendre rapidement en présence d'une personne que l'on consulte ses liens avec le malade.



FICHE 5 :

CLASSER LES SUJETS CONTACTS EN CONTACTS ÉTROITS (CE), RÉGULIERS (CR) OU OCCASIONNELS (CO)

Les définitions sont bien sûr à adapter par l'équipe à chaque milieu de vie : urbain, semi-urbain, rural.



	1 point	0 point
Durée	≥ 2 heures	< 2 heures
Répétition	≥ 2 semaines	< 2 semaines
Proximité	≤ 1mètre	> 1mètre
Environnement	Lieu confiné*	Lieu ouvert ou aéré
Terrain fragile	Oui	Non

- Contact étroit : ≥ 3 points.
- Contact régulier et/ou occasionnel : ≤ 2 points.
- * y compris les moyens de transport.

Terrain fragile :

- Enfant < 5 ans
- Sujet ≥ 65 ans
- Personnes atteinte de : diabète, insuffisance rénale chronique, cancer, immuno-dépression héréditaire ou acquise,...
- Personne sous corticothérapie au long cours

- Un partenaire sexuel ou un flirt est toujours un contact "étroit".
- Si l'enquête est de grande envergure, on commence par les contacts "étroits" à 5 points, puis les "étroits" à 4 points et enfin les "étroits" à 3 points.



POUR EN SAVOIR PLUS

Agence Sanitaire et Sociale de la NC (ASSNC)

BP P4 - 98851 Nouméa cedex

☎ 25 07 60

www.santepourtous.nc

@ pascale.dominguemena@assnc

Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale province Sud (DPASS)

BP U2 - 98852 Nouméa cedex

☎ 24 25 85

ESPAS-CMP, Province Sud

1 bis rue Gallieni

BP U2 - 98852 Nouméa cedex

☎ 20 47 40

@ dpass.cmp@province-sud.nc

Coordonnateur tuberculose

Direction des Affaires Sanitaires et Sociales et des Problèmes de Société Province Nord (DASS PS)

BP 41 - 98860 Koné

☎ 90 16 95

@ jb.gaumery@province-nord.nc

Direction de l'Action Communautaire et de l'Action Sociale (DACAS)

Province des Iles Loyauté

Antenne de Nouméa

BP 1014 - 98845 Nouméa cedex

☎ 24 27 42

Institut Pasteur de NC (IPNC)

9 avenue Paul Doumer

BP 61 - 98845 Nouméa cedex

☎ 27 26 66

CHT Gaston Bourret

110 Bd Joseph Wamytan

98835 Dumbéa sur Mer

BP J5 - 98849 Nouméa Cedex

☎ 20 80 00

Service de pédiatrie

Service de médecine interne

Centre de pneumologie du Quartier Latin

Immeuble Fuji - 16 rue Bichat

BP 710 - 98845 Nouméa cedex

☎ 27 70 78

Services des actions sanitaires

Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la NC (DASSNC)

7 avenue Paul Doumer

BP M2 - 98849 Nouméa Cedex

☎ 24 37 00

Cabinet de pneumologie de Bourail

168 rue Bouquet

BP 938 - 98870 Bourail

☎ 44 14 13

DÉPLIANT DESTINÉ AU GRAND PUBLIC



Les signes de la tuberculose

En présence d'un ou plusieurs de ces signes, consultez votre médecin...

 Toux depuis plus de 15 jours	 Fatigue constante
 Manque d'appétit	 Présence de sang dans les crachats
 amaigrissement	 Sueurs nocturnes

Comment dépister la tuberculose ?

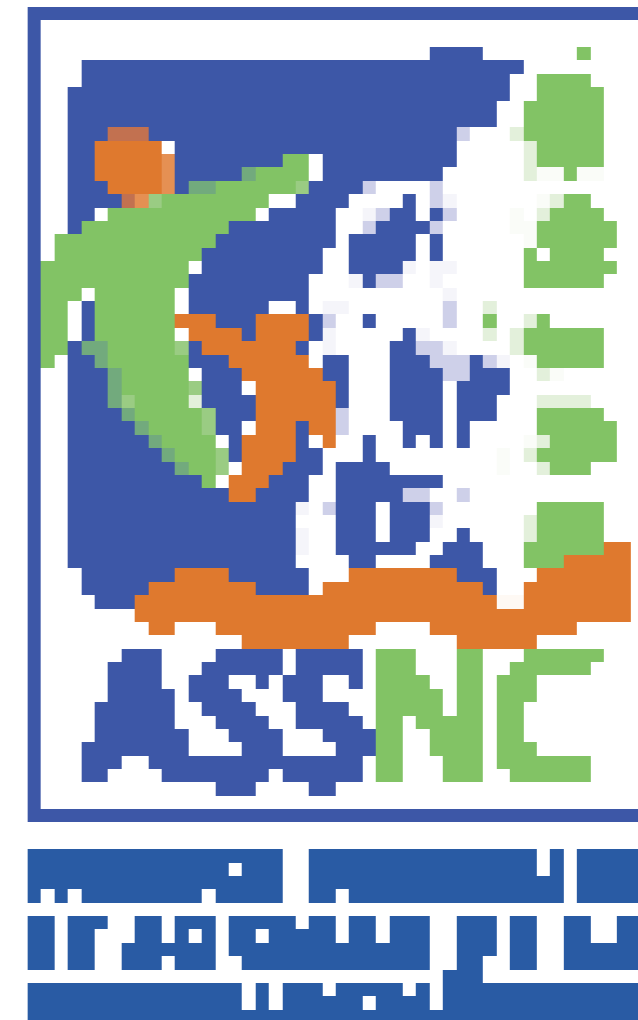
Les signes préévoqués sont :

- Une toux persistante plus de 15 jours
- De la fièvre avec sueurs à l'aube
- Un amaigrissement
- Une grande fatigue
- Des crachats contenant des traces de sang
- Des sueurs nocturnes abondantes et une gêne à l'éveil.

Consultez votre médecin, c'est gratuit. Il vous examinera et décidera s'il faut faire :

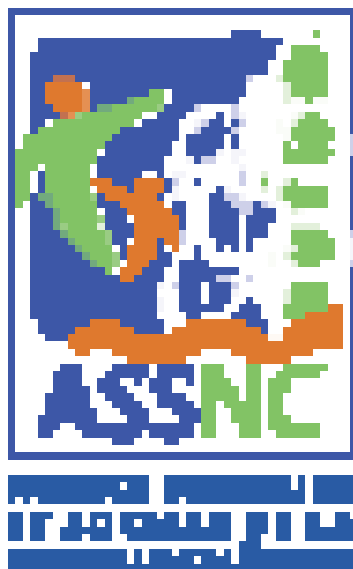
- Un examen des crachats pour rechercher le microbe
- Une radiographie pulmonaire
- Un test Cuti-Tub-Diagno-Réactif
- Un test de culture en laboratoire (d'autres examens)

...c'est peut-être la tuberculose.



Programme de Contrôle de la Tuberculose

L'essentiel



BP P4 - 98851 Nouméa Cedex
Tél : 25 07 60
Fax : 25 07 63
Courriel : ass.nc@ass.nc
www.ass.nc