

RÉSULTATS BACTÉRIOLOGIQUES ET RÉSISTANCE

Le résultat de culture était renseigné pour 36 cas et était positif pour 34 d'entre eux (94%).

Sur les 28 cas de tuberculose pulmonaire dont le résultat d'examen direct sur prélèvement respiratoire était renseigné, 26 étaient positifs (93%).

La proportion de tuberculoses multi-résistantes (résistance à au moins l'isoniazide et à la rifampicine) était de 0% (n=0/13).

Le contexte diagnostique était renseigné pour 64 des cas. Les cas déclarés suite à un recours spontané au système de santé représentaient 58% des cas renseignés, ceux déclarés lors d'une enquête autour d'un cas 3%, ou d'un dépistage 3%. En 2010, 89% des cas ont été déclarés par un médecin hospitalier, 2% par un médecin libéral, 0% par les Centres de lutte antituberculeuse (Clat), et 8% par d'autres praticiens.

Le résultat d'une culture était renseigné pour 48 cas et était positif pour 41 d'entre eux (85%).

Sur les 33 cas de tuberculose pulmonaire dont le résultat d'examen direct sur prélèvement respiratoire était renseigné, 26 étaient positifs (79%).

Aucun cas de tuberculose multi-résistante (résistance à au moins l'isoniazide et à la rifampicine) n'avait été déclaré.

Le contexte diagnostique était renseigné pour 90 des cas. Les cas déclarés suite à un recours spontané au système de santé représentaient 60% des cas renseignés, ceux déclarés lors d'une enquête autour d'un cas 3%, ou d'un dépistage 4%. En 2010, 80% des cas ont été déclarés par un médecin hospitalier, 0% par un médecin libéral, 10% par les Centres de lutte antituberculeuse (Clat), et 10% par d'autres praticiens.

CONCLUSION

Les données de la déclaration obligatoire de la tuberculose pour les régions de Normandie montrent une situation d'incidence faible pour les deux régions. Depuis 2007, on note une baisse du nombre de cas déclarés en Haute-Normandie et l'on observe une stabilité de ce nombre en Basse-Normandie. Malgré ces résultats encourageants, les besoins de connaissance sur la maladie nécessitent de maintenir une surveillance active des cas.

En effet, les recommandations actuelles^{2,3} relatives à la lutte contre la tuberculose visent principalement à définir la prise en charge diagnostique et thérapeutique des cas de tuberculose, mais elles insistent également sur la nécessité de rechercher les cas secondaires et/ou le cas index et de participer au système de surveillance par la déclaration obligatoire et le signalement des cas.

Ainsi, si l'analyse des déclarations obligatoires permet de (i) caractériser le contexte épidémiologique national, régional voire départemental, (ii) valoriser le travail des professionnels impliqués et (iii) cibler les mesures adéquates, ces résultats ne sont possibles que si la déclaration fournit une information complète.

L'identification rapide des cas de tuberculose maladie et leur prise en charge appropriée restent les éléments les plus importants de la lutte antituberculeuse. Ils permettent de limiter la transmission de l'infection dans la communauté tout en prévenant le développement de la résistance aux médicaments antituberculeux.

I Cas de tuberculose potentiellement contagieuse dans le Calvados en 2011 – exemple d'une coordination réussie de dépistage antituberculeux I

Dr Marie-Anne SALAÜN, Dr Emmanuel BERGOT (Clat 14)

En juin 2011, un médecin d'un Service de santé-travail du Calvados signale un cas de tuberculose pulmonaire chez un salarié dans une collectivité ouverte au public en période saisonnière. Il s'agissait d'une situation critique dans un hôtel restaurant saisonnier de la côte Normande, au sein duquel un salarié a été diagnostiqué malade avec un potentiel de contagiosité non négligeable.

En vue d'effectuer un dépistage, une investigation pilotée par le Centre de lutte antituberculeuse (Clat) du Calvados a été mise en place au travers d'une cellule d'évaluation et de gestion (Cire Normandie, Agence régionale de santé de Basse-Normandie). En effet, en pleine période saisonnière où la charge de travail ne permet pas la désorganisation de l'établissement et où le risque en matière de santé publique doit être évalué de façon précise et efficace, la coordination des acteurs est la garantie de la réduction des risques individuels et collectifs.

Le contexte collectif avec un grand nombre de sujets contacts (n=188) et l'intérêt de proposer un dépistage organisé sur place sans trop perturber les plannings des salariés a amené la cellule d'évaluation et de gestion à collaborer avec la Direction générale et le Service des ressources humaines de l'établissement, la médecine du travail, une équipe mobile de dépistage radio et le laboratoire de microbiologie (fig.3). L'adhésion au dépistage a ainsi été favorisée

ainsi que l'adhésion au suivi recommandé, en particulier la prophylaxie adaptée pour les infections latentes diagnostiquées.

Encart 1 :

Quel est le rôle du Clat ?

Le Clat évalue la situation du cas index et incite au dépistage les contacts significatifs, propose un dépistage gratuit, suit les résultats et recommande la conduite à tenir, centralise les données et pilote la coordination. Il s'entoure des partenaires impliqués, communique et assure le suivi de la démarche.

Pourquoi déclarer les cas de tuberculose ?

La déclaration obligatoire d'un cas de tuberculose présente l'intérêt du suivi épidémiologique mais nécessite aussi en aval une réactivité et une coordination adaptées en fonction des caractéristiques de la maladie et du contexte dans lequel elle est déclarée.

Pourquoi un dépistage autour d'un cas ?

L'un des objectifs du plan national de lutte antituberculeuse est de dépister précocement les maladies évolutives et les infections récentes à risque d'évolution vers la tuberculose maladie. D'où l'intérêt de dépister autour des cas à la recherche de maladies déclarées et d'infections susceptibles de le devenir, pour conduire ces personnes vers le soin curatif, la surveillance radio clinique ou la chimio-prophylaxie et limiter ainsi les risques de contamination.

L'enquête s'est découpée ainsi :

- J0 : consultation médicale (Cs), radiographie pulmonaire (RP).
- J3mois : consultation médicale, radiographie pulmonaire et test sanguin par le Quantiferon (QF).

Les tests sanguins (tests de détection de l'interféron gamma: IGRA, reconnus pour le dépistage autour des cas par la HAS mais non encore remboursés par la sécurité sociale) ont été choisis versus les IDR pour plusieurs raisons:

- facilité de mise en œuvre (prise de sang) ;
- adhésion favorisée au dépistage (évite les perdus de vue) ;
- résultat rapide par le laboratoire et simplifié (sans seconde visite à 72h) ;

- réalisation à distance du dernier contact supposé avec le sujet infectant ;
- test indépendant de l'opérateur (pour la technique et l'interprétation);
- spécificité et sensibilité intéressantes car ils évitent les faux positifs post vaccinaux.

Parmi les 188 sujets contacts identifiés, 91 % ont été dépistés, 6 % d'infections tuberculose latente (asymptomatique et non contagieuse). Aucune tuberculose évolutive n'a été détectée. Une prophylaxie et des suivis ont été recommandés. Une information individuelle des contacts et de la médecine du travail a été réalisée.

L'ensemble des membres de la cellule d'évaluation et de gestion remercie l'ensemble des partenaires et des salariés pour leur implication totale et opérationnelle.

I Figure 3 – Schéma de la coordination du dépistage collectif I

