

Présidente : Dr Thérèse STAUB
Service National des Maladies Infectieuses

Vice-président : Dr Armand BIVER
Société Luxembourgeoise de Pédiatrie

Secrétaire : Dr Françoise BERTHET
Direction de la Santé,
Division de la médecine curative

Membres :

Dr Vic ARENDT
Service National des
Maladies Infectieuses

Dr Jean FABER
Société Luxembourgeoise de
Pneumologie

Dr Carine FEDERSPIEL
Société Médicale
Luxembourgeoise de
Géronto-Gériatrie

Dr André FOLSCHETTE
Association des Médecins-
Dentistes

**Jacqueline GENOUX-
HAMES**
Direction de la Santé,
Division de la Pharmacie et
des Médicaments

Dr Robert HEMMER
Service National des
Maladies Infectieuses

Dr Monique PERRIN
Laboratoire National de Santé

Dr Jean-Claude SCHMIT
Direction de la Santé,
Directeur

Dr Jean-Paul SCHWARTZ
Cercle des Médecins
Généralistes

Dr Simone STEIL
Direction de la Santé
Division de la Médecine
Préventive et Sociale

Dr Pierre WEICHERDING
Direction de la Santé,
Division de l'Inspection
Sanitaire

Experts permanents :

**Dr Isabel DE LA FUENTE
GARCIA**
Société Luxembourgeoise de
Pédiatrie

Stéphane GIDENNE
Fédération Luxembourgeoise
des Laboratoires d'Analyses
Médicales

**Dr Nguyen Trung
NGUYEN**
Laboratoire National de Santé

**Stratégie nationale concernant l'attitude thérapeutique face à une
suspicion de tuberculose latente (tbl) auprès des migrants sur le
territoire national :**

**Concept élaboré par un groupe de travail en exécution d'une décision du Conseil
Supérieur des Maladies Infectieuses (CSMI) et en collaboration avec la Société
Luxembourgeoise de Pneumologie.**

- Les considérations qui suivent ne concernent pas le traitement de la tuberculose
pulmonaire infectieuse !

Membres du groupe de travail : **Dr Vic Arendt ; Dr Anne Maria Charatsi ; Dr Fabrice
Chaussade ; Dr Isabel De La Fuente Garcia ; Mme Irène Demuth ; Dr Jean Faber ; Dr Marc
Kremer ; Dr Bruno Leydier ; M. Gérard Scheiden ; Dr Pierre Weicherding ; Dr Gil Wirtz.**

Le Luxembourg se retrouve face à un nombre important de migrants, dont surtout des
demandeurs de protection internationale (dpi) entrant sur le territoire national pour y
rester plusieurs mois ou, le plus souvent, plusieurs années. Lors de leur entrée sur le
territoire national ces personnes doivent se soumettre à un contrôle sanitaire, dont la
recherche de tuberculose. Vu que ces personnes peuvent venir de pays à forte endémicité
de tuberculose et vu qu'elles ont passé une certaine période en conditions sanitaires très
précaires lors de leur passage et lors de leurs séjours dans des camps de réfugiés, elles sont
à considérer comme des personnes à risque par rapport à la tuberculose.

Dans ce contexte le groupe de travail propose d'adopter la stratégie suivante en ce qui
concerne l'attitude thérapeutique dans les cas où une tuberculose active a pu être exclue
mais où les examens de dépistage font suspecter un contact avec le bacille de la
tuberculose :

I. Prévention primaire de la tuberculose

Tout enfant en bas âge n'ayant pas atteint 5 ans et/ou avec immunosuppression et ayant été en contact étroit avec un cas de tuberculose active avérée devra recevoir un traitement préventif précoce, même en absence de résultats de dépistage positifs. Ces patients devront bénéficier d'un deuxième contrôle par radiographie thoracique et intradermoréaction à la tuberculine 8 à 12 semaines après le dernier contact avec le cas index. Pour les enfants de moins de 2 ans et les enfants immunodéprimés, un traitement préventif complet sera proposé, même si le deuxième contrôle est négatif, à cause du risque accru des formes invasives de tuberculose maladie. Ceci est à discuter cas par cas avec le spécialiste en infectiologie pédiatrique.

II. Prévention secondaire de la tuberculose

Environ 15% des dpi montrent un test de dépistage positif, soit par intradermoréaction (IDR) soit par test d'interféron Gamma (IGRA). Dans ces cas existe un certain risque de présence de tuberculose latente qui pourrait se dégrader à un moment donné en tuberculose ouverte dans différentes situations. Les situations dans lesquelles une stratégie thérapeutique ciblée envers la tbl s'avère nécessaire, sont les suivantes :

1 Enfants et jeunes en-dessous de 15 ans :

- ▶ Toute positivité d'un des tests de dépistage rend nécessaire un traitement préventif de la tbl. Le seuil de positivité pour le test IGRA est 0,35 UI/ml et pour l'intradermoréaction à la tuberculine le seuil est à 10mm. En cas d'immunodépression ou suppression ou en cas de contact avec un cas de TB avérée, évolutive et contagieuse, le seuil est à 5mm

2 Personnes entre 15 ans et 40 ans sans autres problèmes de santé pouvant avoir une interférence avec la tuberculose :

- ▶ Un test IGRA positif à 1,0 UI/ml ou supérieur rend nécessaire un traitement préventif de la tbl ;(le seuil est augmenté à 1,0 UI/ml. afin de réduire le risque de traiter des cas « faux positifs », la spécificité du test n'étant pas 100%)
- ▶ Un test IGRA positif entre 0,35 UI/ml et 1,0 UI/ml n'est pas une indication de traitement préventif. Néanmoins il est recommandé de faire tous les 6 mois un suivi clinique et radiologique pendant une période de 2 ans.

3 Personnes ayant dépassé l'âge de 40 ans sans autres problèmes de santé pouvant avoir une interférence avec la tuberculose :

- ▶ Un test IGRA positif ne constitue pas une indication de traitement préventif de la tbl, mais constitue une indication de suivi ultérieur régulier en matière de dépistage de la tuberculose (tous les 6 mois un suivi clinique et radiologique pendant une période de 2 ans).

4 Personnes ayant dépassé l'âge de 15 ans et ayant des problèmes de santé pouvant interférer avec la tuberculose (dont : HIV+ , malnutrition, diabète, dialysé rénal, thérapie immunosuppressive) :

- ▶ Un test IGRA positif à 0,35UI/ml ou supérieur rend nécessaire un traitement préventif de la tbl

5 Personnes dont l'examen radiologique montre des micro-anomalies au niveau pulmonaire :

- ▶ Toute personne montrant de ces micro-anomalies, avec ou sans anomalies des tests de dépistage, est à adresser au spécialiste pour mise au point.

III. Protocoles de traitement de la tuberculose latente

Deux possibilités thérapeutiques pour la tbl peuvent être recommandées :

1. Une monothérapie à l'Isoniazide (INH) durant 6 mois (ou 9 mois, selon la situation) :

Adultes :

INH à 5mg/kg de poids corporel par jour sans dépasser les 300mg/j

En pédiatrie :

INH à 10mg/kg de poids corporel par jour sans dépasser les 300mg/j

2. Une bithérapie par Isoniazide (INH) + Rifampicine durant 3 mois :

Adultes :

INH à 5 mg/kg de poids corporel par jour sans dépasser 300mg/j

+

Rifampicine à 10mg/kg de poids corporel par jour sans dépasser 600mg/j

En pédiatrie :

INH à 10 mg/kg de poids corporel par jour sans dépasser 300mg/j

+

Rifampicine à 15 mg/kg de poids corporel par jour sans dépasser 600mg/j

Un éventuel suivi ultérieur du patient sera, le cas échéant, proposé par le médecin ayant assuré le traitement.

Cette recommandation a été préparée par un groupe de travail institué en exécution d'une décision du CSMI et en collaboration avec la Société Luxembourgeoise de Pneumologie, sous la coordination du Dr Pierre Weicherding. Elle a été validée par le CSMI en sa séance du 10 janvier 2017.

Références

Tuberculosis in childhood: a systematic review of national and international guidelines. Berti et al. BMC Infectious Diseases 2014, 14(Suppl 1):S3

Three Months of Rifapentine and Isoniazid for Latent Tuberculosis Infection. TB Trials Consortium PREVENT TB Study Team. N Engl J Med 2011;365:2155-66.

www.cdc.gov/tb