



# Penser à la tuberculose: messages pour les praticiens

La tuberculose est une maladie rare en Suisse. Le nombre de cas varie autour de 500 par année, avec une tendance à la hausse entre 2007 et 2011. La majorité des cas s'observe chez des patients d'origine étrangère.

Malgré – ou en raison même de – sa rareté, la tuberculose pose encore plusieurs problèmes aux médecins.

L'un des problèmes est la difficulté de diagnostic. D'autres maladies respiratoires présentent des caractéristiques cliniques et radiologiques similaires (cancers pulmonaires, exacerbations des BPCO, bronchectasies et pneumonies). Le diagnostic définitif doit être établi sur la base de l'examen bactériologique des expectorations, d'un prélèvement bronchique ou d'une biopsie en cas d'atteinte extrapulmonaire, ce qui nécessite souvent la consultation d'un spécialiste ou une hospitalisation [1]. Il en résulte un délai parfois important entre le début des symptômes et le diagnostic.

✓ Pensez à la tuberculose avant que la maladie n'ait atteint un stade avancé.

La plupart des malades sont hospitalisés pour la phase initiale du traitement, surtout s'ils sont contagieux. L'isolement hospitalier n'est cependant pas une obligation légale et doit avoir une indication médicale.

✓ Il est important que les malades ne contaminent pas d'autres personnes et que le traitement soit efficace et bien suivi, si nécessaire de manière supervisée.

Le traitement de la tuberculose repose sur l'administration de plusieurs médicaments, en principe une association d'isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et ethambutol pendant deux mois, puis d'isoniazide et rifampicine pendant quatre mois (2HRZE/4HR) [2]. Un certain nombre de malades doivent cependant être traités par d'autres associations de médicaments, soit en raison d'une intolérance médicamenteuse ou en présence d'une résistance des mycobactéries à un ou plusieurs médicaments antituberculeux.

✓ La surveillance clinique est importante pendant toute la durée du traitement ainsi que l'adaptation du traitement aux résultats des tests de sensibilité.

En raison de l'existence de formes de tuberculose multirésistantes, il est recommandé de déterminer le plus rapidement possible si un tuberculeux est porteur de mycobactéries sensibles ou résistantes aux antituberculeux majeurs. Dans tous les cas où une multirésistance est suspectée (rechutes après traitement préalable, patient originaire d'une région à haute incidence de multirésistance), on recommande de procéder à un test génétique permettant de déterminer rapidement la présence d'une mutation potentiellement indicatrice d'une multirésistance (par exemple le test Xpert MTB/RIF) [3].

✓ Le traitement d'une tuberculose multirésistante ne devrait être instauré qu'après consultation d'un spécialiste.

## Responsable pour le contenu de cet article

Ligue pulmonaire suisse

Centre de compétence tuberculose

Dr Jean-Pierre Zellweger, médecin conseil

Jean-Marie Egger, lic. phil, responsable

La tuberculose pulmonaire étant transmissible, on recherche dans l'entourage des malades contagieux les personnes qui auraient pu être infectées. En Suisse, on propose aux personnes infectées un traitement préventif destiné à diminuer le risque d'évolution vers la maladie, surtout si ce risque est élevé (contact récent, immunodépression, jeune âge, facteur de risque supplémentaire) [4, 5]. Les enquêtes d'entourage (EE) sont effectuées – à part une exception – par les ligues pulmonaires cantonales sur mandat des médecins cantonaux et dépistent en moyenne 12 à 14% de personnes infectées parmi les quelques 3500 contacts examinés chaque année.

✓ Les EE doivent être mandatées par les autorités sanitaires cantonales et effectuées de manière standardisée.

La plupart des pays occidentaux a mis en place un système de dépistage de la tuberculose chez les migrants qui proviennent de régions du monde où l'incidence de la tuberculose est beaucoup plus élevée que dans le pays hôte. En Suisse, seuls les requérants d'asile sont dépistés systématiquement lors du dépôt de leur demande. Cependant la majorité des cas de tuberculose vont être observés chez les migrants (requérants d'asile et étrangers d'autre catégories) dans les mois ou les années qui suivent l'entrée dans le pays [6].

✓ Il est impératif de maintenir une grande attention face à l'apparition de symptômes suspects de tuberculose chez toute personne d'origine étrangère ou ayant séjourné dans un pays à incidence élevée, même si un examen préalable n'a pas décelé de maladie.

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, la Ligue pulmonaire suisse dirige le Centre de compétence tuberculose national. Ce dernier gère la **TB-Hotline** pour les médecins (0800 388 388), le **forum d'échange** sur la multirésistance (MDR-TB closed user group) ainsi que la **plate-forme Internet** [www.tbinfo.ch](http://www.tbinfo.ch). Sur celle-ci, on trouve entre autres:

- des informations et des publications récentes
- le «Manuel de la tuberculose»
- des adresses utiles

1. Migliori GB, Zellweger JP, Abubakar I, Ibraim E, Caminero JA, De Vries G, D'Ambrosio L, et al. European union standards for tuberculosis care. *Eur Respir J* 2012; 39(4): 807–819.
2. World Health Organization. Treatment of tuberculosis. Guidelines. 4th edition. Geneva: World Health Organization; 2009.
3. Drobniowski F, Nikolayevskyy V, Balabanova Y, Bang D, Papaventsis D. Diagnosis of tuberculosis and drug resistance: what can new tools bring us? *Int J Tuberc Lung Dis* 2012; 16(7): 860–870.
4. Erkens CG, Kamphorst M, Abubakar I, Bothamley GH, Chemtob D, Haas W, Migliori GB, Rieder HL, Zellweger JP, Lange C. Tuberculosis contact investigation in low prevalence countries: a European consensus. *Eur Respir J* 2010; 36(4): 925–949.
5. Leung CC, Rieder HL, Lange C, Yew WW. Treatment of latent infection with *Mycobacterium tuberculosis*: update 2010. *Eur Respir J* 2011; 37(3): 690–711.
6. Klinkenberg E, Manissero D, Semenza JC, Verver S. Migrant tuberculosis screening in the EU/EEA: yield, coverage and limitations. *European Respiratory Journal* 2009; 34(5): 1180–1189.