

Bulletin de veille sanitaire — N°28 -PC / mars 2014

La tuberculose en Poitou-Charentes en 2012

Page 1-2 | La tuberculose maladie en 2012 : données de la déclaration obligatoire |

Page 3 | Cas groupés de Tuberculose maladie au CH de Niort 2012-2013 |

Page 4 | Définitions de cas / Recommandations pour la vaccination par le BCG |

Page 4 | Coordonnées des Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) |

La tuberculose maladie en 2012 : données de la déclaration obligatoire

Ce Bulletin de veille sanitaire (BVS) présente les données 2012 de la déclaration obligatoire pour la tuberculose (TB) maladie en région Poitou-Charentes.

Taux de déclaration de tuberculose maladie par région *
France entière, 2012
Fig.1

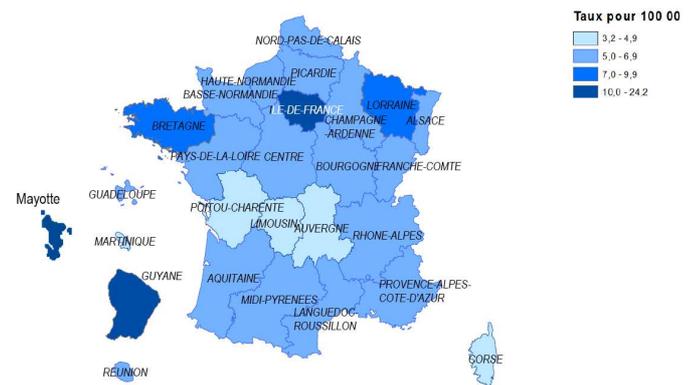
Evolution du nombre de déclarations

En 2012, 60 cas de tuberculose maladie ont été déclarés dans la région. Ce nombre de déclarations était stable par rapport à 2011. Le taux de déclaration de 3,3 cas de TB maladie pour 100 000 habitants, était un des taux les plus faibles en France (Figure 1).

A l'échelle départementale 17 cas ont été déclarés dans la Vienne et dans les Deux-Sèvres, 16 en Charente-Maritime et 10 en Charente (Tableau 1). On observe une baisse des déclarations en Charente-Maritime et dans la Vienne, et une hausse importante dans les Deux-Sèvres qui avait le taux annuel de déclaration le plus élevé de tous les départements (4,4 cas / 100 000 habitants) (Figure 2).

Caractéristiques sociodémographiques

En 2012, le sex-ratio homme/femme était de 1,2. Le taux annuel de déclaration de TB maladie est plus élevé chez les hommes (3,8) que chez les femmes (2,9) (Tableau 2).



* Région de déclaration

Source: InVS, déclaration obligatoire de tuberculose, INSEE, Estimations localisées de population

| Tableau 1 |

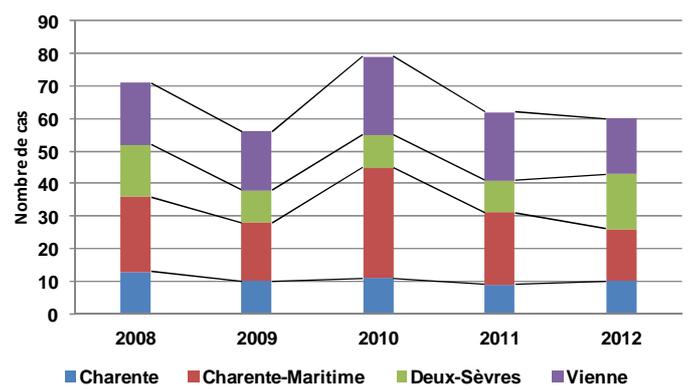
Nombre de cas et taux de déclaration de tuberculose maladie par département en Poitou-Charentes, 2008-2012 *

Département	Déclarations	2008	2009	2010	2011	2012
Charente	Nb de cas	13	10	11	9	10
	Nb cas/100 000 hab	3,7	2,8	3,1	2,6	2,7
Charente-Maritime	Nb de cas	23	18	34	22	16
	Nb cas/100 000 hab	3,7	2,9	5,5	3,5	2,5
Deux-Sèvres	Nb de cas	16	10	10	10	17
	Nb cas/100 000 hab	4,4	2,7	2,7	2,7	4,4
Vienne	Nb de cas	19	18	24	21	17
	Nb cas/100 000 hab	4,5	4,2	5,6	4,9	3,9
région	Nb de cas	71	56	79	62	60
	Nb cas/100 000 hab	4,0	3,2	4,5	3,5	3,3

* données de population de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)

La classe d'âge avec le taux de déclaration le plus élevé était les plus de 74 ans (8,2 cas / 100 000 habitants), soit le double des taux de déclarations pour les autres classes d'âge (Tableau 2). La répartition par classes d'âge des cas de TB maladie déclarés en 2012 montre que deux enfants de moins de 15 ans étaient concernés.

Figure 2. Evolution annuelle des déclarations de tuberculose maladie par département, Poitou-Charentes, 2008-2012



Les deux étaient vaccinés par le BCG. L'un des enfants et un parent du second étaient nés dans un pays à forte endémicité pour la TB.

En 2012, 7 (16%) des 43 personnes pour lesquels l'information était renseignée, vivaient en collectivité au moment du diagnostic de TB maladie. Parmi eux, 4 vivaient en établissement pour personnes âgées et 2 en centre d'hébergement collectif. Parmi les cas déclarés en 2012, un était une personne sans domicile fixe (cas déclaré dans la Vienne).

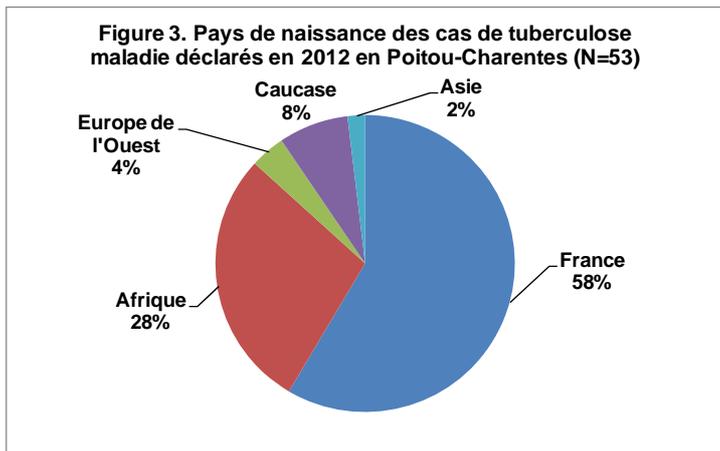
Tableau 2 |

Cas de tuberculose maladie par sexe et tranche d'âge en Poitou-Charentes en 2012 *

Sexe / Classe d'âge	Nombre de cas	%	Taux de déclaration par 100 000
Hommes	33	55%	3,8
Femmes	27	45%	2,9
<15 ans	2	3%	0,7
15-24 ans	6	10%	1,0
25-39 ans	13	22%	4,5
40-59 ans	11	18%	2,3
60-74 ans	11	18%	3,5
> 74 ans	17	28%	8,2

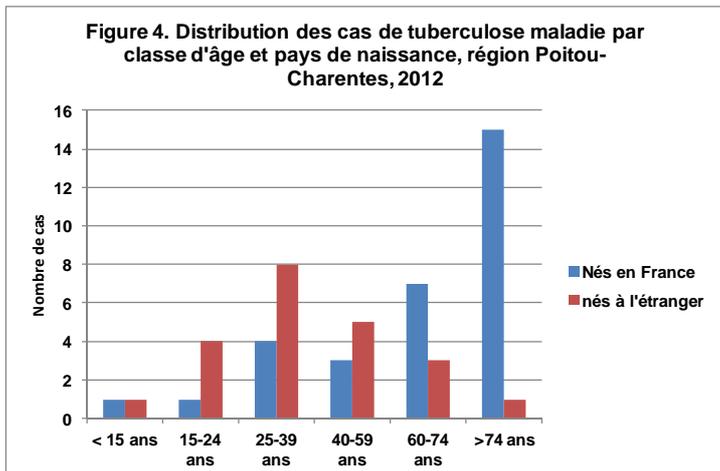
* données de population de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)

Parmi les 53 cas de TB maladie déclarés en 2012 pour lesquels le pays de naissance était renseigné, 31 (58%) étaient nés en France, 15 (28%) en Afrique, 4 (8%) dans le Caucase (Georgie, Arménie), 2 (4%) dans un autre pays de l'Europe de l'Ouest, et 1 (2%) en Asie (Figure 3).



En 2012, le taux de déclaration de tuberculose maladie était de 1,9 cas pour 100 000 personnes nées en France et de 23,1 cas pour 100 000 personnes nées à l'étranger.

La distribution des cas de TB maladie par classe d'âge et par pays de naissance pour 2012 montre un nombre plus élevé de cas nés en France chez les personnes les plus âgées (60 ans et plus). Les cas de TB nés à l'étranger sont plus nombreux dans les autres classes d'âge, notamment les 25-39 ans (Figure 4).



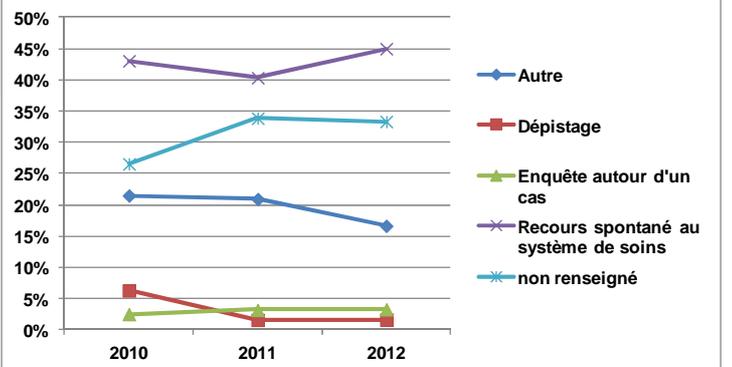
Caractéristiques cliniques

Parmi les 59 cas renseignés, 40 (68%) avaient une TB pulmonaire isolée, 8 (14%) une TB pulmonaire associée à une TB extra-pulmonaire et 11 (19%) une TB extra-pulmonaire isolée. Trois cas ont présenté une TB miliaire et un cas une TB méningée.

Contexte du diagnostic

Le contexte du diagnostic n'était renseigné que pour 67% des cas déclarés en 2012. Le recours spontané au système de soins reste le contexte le plus fréquemment rapporté (Figure 5).

Figure 5. Evolution du contexte de diagnostic des cas de tuberculose maladie déclarés en Poitou-Charentes, 2010-2012.



En 2012, la majorité des cas a été déclarée par les médecins hospitaliers comme les années précédentes (Tableau 3).

Tableau 3 |

Cas de tuberculose maladie par type de déclarant en Poitou-Charentes, 2010-2012

Médecin déclarant	2010	2011	2012
Médecin généraliste	2 (3%)	2 (3%)	3 (5%)
Phtysio libéral	10 (13%)	2 (3%)	2 (3%)
Médecin hospitalier	56 (74%)	54 (90%)	50 (85%)
Biologiste hospitalier	2 (3%)	0	0
Service de LAT	2 (3%)	1 (2%)	4 (7%)
Autre	4 (5%)	1 (2%)	0

Conclusion

Le nombre de déclarations de tuberculose maladie en région Poitou-Charentes est globalement resté stable en 2012 comparé à 2011, et ce, malgré une augmentation de déclarations dans le département des Deux-Sèvres. Les caractéristiques épidémiologiques des cas de tuberculose maladie sont semblables à celles observées les années précédentes. Les personnes âgées, les personnes en situation de précarité et les personnes originaires de pays à haute endémicité sont les plus à risque de développer une tuberculose maladie.

Cas groupés de TB maladie au CH de Niort : stratégies de dépistage

Dr. L. Querite (CLAT 79) et Dr Decourt (médecin du travail)

Bilan de l'épidémie de Tuberculose maladie

En janvier 2012, un cas de TB pulmonaire bacillifère a été diagnostiqué chez une patiente en insuffisance rénale chronique et hémodialysée 3 fois par semaine depuis 2009 au Centre Hospitalier (CH) de Niort. Cette patiente a été à l'origine de la contamination de 2 agents hospitaliers et d'un patient qui par la suite a contaminé une infirmière. Un total de 5 cas de TB maladie ont été identifiés de janvier 2012 à juin 2013. Le génotypage des souches isolées chez ces patients a permis de confirmer l'épidémie de TB (profil génétique identique).

Définitions de cas

Cas index : cas initial de tuberculose à partir duquel débute le processus de recherche des sujets contacts.

Sujet contact :

- en milieu de soins : personne ayant passé au moins 1 heure en contact rapproché et/ou répété avec un malade porteur d'une tuberculose -maladie (bacillifère ou non).
- en dehors du milieu de soins : personne ayant passé au moins 8 heures en contact rapproché et/ou répété avec un malade porteur d'une tuberculose-maladie ET bacillifère. Si le malade n'est pas bacillifère : temps de contact cumulé élargi à 40 heures [Ref1].

Méthodes de dépistage (autour du cas index)

Une réunion de crise intra-hospitalière impliquant les infectiologues et pneumologues, le CCLIN, le service hygiène, le médecin du travail, le médecin-chef du laboratoire, le CLAT 79, et l'ARS s'est tenue le 26 janvier 2012. Le choix du dépistage autour du cas index a suscité des interrogations :

- Patients « contacts » en hémodialyse sont tous immunodéprimés du fait de leur insuffisance rénale chronique, présentent des radios pulmonaires souvent déjà perturbées à la base : donc beaucoup de difficultés d'interprétation rencontrées.
- Qui dépister parmi les patients ? tous ceux hémodialysés avec le cas index dans les 3 mois précédents ? 6 mois ? 1 an (le cas index perdait du poids depuis 1 an au moment du diagnostic)? A savoir que ces patients étaient tous hémodialysés dans la même grande salle, dans des lits à environ 2 mètres les uns des autres. Une séance d'hémodialyse dure en moyenne 4 heures. Ils changeaient de place à chaque séance.
- Quel test de dépistage utiliser? Tubertest ou un test QUANTIFERON ? Le résultat des 2 tests est dépendant du statut immunitaire du sujet. le Quantiferon serait un peu plus sensible chez les immunodéprimés (au vu des études faites chez les personnes HIV +) que le Tubertest, mais est plus onéreux.
- Le cas index avait été hospitalisé au cours de l'été 2011 pendant 1 mois dans le service Soins de Suite, soit 6 mois avant le diagnostic : le personnel soignant de ce service devait-il être dépisté ?

1/ Stratégie de dépistage pour les patients (autour du cas index)

A_T0 : dépistage de tous les patients hémodialysés avec le cas index depuis 1 an, soit 108 patients.

Examens réalisés: radio pulmonaire et Tubertest.

Tous les sujets avec un Tubertest positif (seuil de positivité retenu : 5 mm, au vu de l'immunodépression de ces sujets) ont eu un tubage gastrique, quelque soit la date du dernier contact avec le cas index.

A_T3 mois : les patients suivants ont été revus:

- tous les patients sur liste d'attente de greffe
- tous les patients avec tubertest positif à T0
- tous les patients avec RP sub-normales
- tous les patients dialysés avec le cas index dans les 3 mois précédant le diagnostic

Soit un total de 36 patients.

Examens réalisés: Radio Pulmonaire + Tubertest + Quantiferon.

Le dépistage a été effectué par les néphrologues en étroite collaboration avec le CLAT 79 et les pneumologues. Le suivi clinique des pa-

tients était assuré par les néphrologues. Le médecin du travail a organisé des réunions d'information pour le personnel.

2/ Stratégie de dépistage pour les soignants (autour du cas index)

- Décision prise de dépister tout le personnel soignant en contact avec le cas index n°1 depuis 1 an dans tous les services où est passé le cas index.
- Tous les soignants ont été dépistés par le médecin du Travail: soit 264 agents au total.

Dépistage autour des autres cas :

La stratégie de dépistage autour des 4 autres cas de TB diagnostiqués au CH de Niort a été définie pour chaque cas en tenant compte de la définition d'un sujet contact, de la durée estimée de la maladie avant le diagnostic et du statut patient/personnel. Le tableau 1 résume les activités de dépistage. Compte tenu du nombre élevé de patients-contacts concernés, les médecins traitants ont été sollicités pour le dépistage.

Le cas n°4 n'avait a priori aucun rapport avec les autres cas. Mais en reprenant la liste de ses hospitalisations, il a été découvert qu'il avait séjourné 3 semaines dans le service Soins de Suite en 2011, en même temps que le cas index et dans la même unité. Le génotypage des souches de ce patient était identique à celui du cas index.

Tableau 1. Bilan des activités de dépistage

Identification du cas	Date de diagnostic	Nb patients contacts dépistés	Nb personnel contact dépisté	Nb de cas de TB maladie détectés par le dépistage
Cas index (patient hémodialysé depuis août 2009; séjour en Soins de suite en août 2011)	janvier 2012	108	264	2
Cas n°2 (agent du service Soins de suite)	mars 2012	102	17	0
Cas n°3 (agent du service Soins de suite)	août 2012	88	11	0
Cas n°4 (patient) (lien épidémiologique avec cas index)	mai 2012	0	62	1
Cas n°5 (infirmière en Médecine Interne) (lien épidémiologique avec cas n°4)	juin 2013	1200 (médecins traitants informés de faire le dépistage)	186	? (retour des médecins traitants incomplet)

Conclusions

- Au total, 540 soignants dépistés par le médecin du Travail, 1498 patients concernés par le dépistage autour de ces 5 cas : cela a représenté un coût financier important, une lourde charge de travail et a généré de l'inquiétude chez les patients et les soignants concernés.
- Nécessité à plusieurs reprises de mettre en place des réunions de « crise » intra-hospitalières pour des décisions pluridisciplinaires de dépistage.
- Dépistage impossible à réaliser par le CLAT 79 sans une étroite collaboration avec le médecin du Travail, les néphrologues, les pneumologues, les infectiologues, les médecins traitants etc.. Nous les remercions vivement pour leur aide précieuse.
- Le génotypage des souches de Mycobacterium tuberculosis a été indispensable pour relier ces cas de tuberculose-maladie entre eux.

Références

1/ Recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique-25.10.2013.

« Enquête autour d'un cas ».

Lien internet : www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapports

2/ Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009-PARIS-Ministère de la Santé et de la Jeunesse et des Sports.

Lien internet : www.sante.gouv.fr/la_tuberculose.html

Comment signaler et notifier la tuberculose ?

Les médecins et biologistes qui suspectent ou diagnostiquent une tuberculose doivent la signaler sans délai et par tout moyen (téléphone, télécopie) au médecin de l'ARS (Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire : tel 05 49 42 30 30 Fax : 05 24 84 51 43) ainsi qu'au Clat. Le signalement permet la mise en place précoce des mesures de suivi individuel et de prévention collective avec les recherches de contacts autour du cas et le traitement des éventuels cas identifiés.

Les informations de la DO de tuberculose sont saisies par les ARS (application BK4) et sont transmises une fois par an à l'InVS sous forme de fichier électronique anonymisé.

Définitions de cas

Pour les tuberculoses maladies :

Cas confirmé :

- maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture. Les mycobactéries du complexe tuberculosis comprennent :
M. tuberculosis ; M. bovis ; M. africanum ; M. microtti ; M. canetti ; M. caprae ; M. pinnipedii.

Cas probable :

- signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, ET décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

Pour les infections tuberculeuses (primo-infection) chez un enfant de moins de 15 ans :

- IDR à 5U positive sans signes cliniques ni paracliniques (induration >15mm si BCG ou > 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans).

Vaccination par le BCG

Recommandations du CSHPD du 9 mars 2007

La vaccination par le BCG a pour but principal de protéger les jeunes enfants des formes graves de la tuberculose précoce, méningites tuberculeuses et miliaires en particulier.

La vaccination BCG est fortement recommandée chez les enfants à risque élevé de tuberculose, qui répondent au moins à l'un des critères suivants:

- Enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse
- Enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays
- Enfant devant séjourner au moins un mois d'affilé dans l'un de ces pays
- Enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs)
- Enfant résidant en Ile-de-France ou en Guyane
- Enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux.

[Consulter l'avis complet du CSHPF du 9 mars 2007 pour plus d'information](#) (contre

Liste des centres de lutte antituberculeuse par département

16 - CHARENTE

Conseil Général - Direction de la Solidarité - 8, rue Léonard Jarraud - 16000 Angoulême
Tél : 05 16 09 76 05 ; Fax : 05 16 09 52 28

17 - CHARENTE-MARITIME

PMI - CENTRE DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE - 70 bis, avenue Jean Guiton
17000 LA ROCHELLE
Tél : 05 46 07 80 53

79 - DEUX-SEVRES

CLAT de Bressuire - Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres - Rue du Dr Ichon - 79300 Bressuire
Tél : 05 49 68 32 28
CLAT de Niort - Centre Hospitalier- 40, avenue Charles de Gaulle - 79021 Niort Cedex
Tél : 05 49 78 35 97

86 - VIENNE

CPMR - CHU de Poitiers - 2, rue de la Milétrie - BP 577 - 86021 Poitiers cedex
Tél : 05 49 44 37 60 ou (77)

La tuberculose. Point sur la vaccination Actualisation février 2013

Coll. Repères pour votre pratique

Vaccination, Infections respiratoires / Dépliant / Flyer pour les médecins généralistes

Ce document à destination des professionnels de santé fait le point sur la nouvelle politique vaccinale française en matière de lutte contre le bacille de Koch, responsable de la tuberculose, par le BCG. Il répond, dans ses grandes lignes, à des questions que le praticien peut se poser en pratique quotidienne au sujet de la vaccination contre la tuberculose : pourquoi recommander la vaccination par le BCG, qui vacciner, pourquoi vacciner les enfants dès la naissance ou au cours du premier mois de vie, quelles sont les conséquences pour les professionnels de santé de la suspension de l'obligation vaccinale intervenue en 2008 ?

Pour commander ou télécharger la brochure, cliquez sur le lien : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1145>

| Ours | Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur : <http://www.invs.sante.fr>

Directeur de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS

Rédacteur-en-chef : Philippe Germonneau, responsable de la Cire

Rédacteur : Dr Marie-Eve Raguenaud

Diffusion : Cellule de l'InVS en régions Limousin et Poitou-Charentes, ARS Poitou-Charentes, 4, rue Micheline Ostermeyer, 86021 Poitiers Cedex

Tél. : 05 49 42 31 87 - Fax : 05 42 31 54

<http://www.invs.sante.fr> — Email: ars-limousin-pch-cire@ars.sante.fr