

ENQUÊTE

LES PRATIQUES DE LA PRÉVENTION NOSOCOMIALE EN CAS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE MULTIRÉSISTANTE

F. BOURDILLON*, J.-C. DESENCLOS**

Une récente enquête a montré la possibilité de transmission de la tuberculose dans les services prenant en charge des patients atteints par le V.I.H. [1]. Dans 139 services, où près de 16 000 hospitalisations de patients atteints par le V.I.H. ont eu lieu en 1993, 1 900 cas de tuberculose pulmonaire avaient été diagnostiqués. Les mesures de prévention étaient réelles, mais encore insuffisantes. L'utilisation de masques protecteurs était loin d'être généralisée et il existait encore des difficultés à hospitaliser les patients en chambre seule. Enfin, les systèmes de ventilation, lorsqu'ils existaient, étaient souvent inadéquats. Dans cette étude, 22 services avaient déclaré avoir eu, au moins 1 cas de tuberculose pulmonaire multirésistante durant l'année 1993. Afin de préciser les mesures de prévention appliquées lors de la survenue de cas de tuberculose pulmonaire multirésistante, nous avons conduit une étude complémentaire auprès de ces 22 services en juin 1994.

MÉTHODE

Une tuberculose multirésistante a été définie par la résistance à l'isoniazide et à la rifampicine. Des informations cliniques et biologiques ont été recueillies en appréciant les délais diagnostiques et thérapeutiques concernant des patients atteints de tuberculose pulmonaire multirésistante ainsi que les mesures de prévention prises au décours de leur hospitalisation. Pour cela un questionnaire détaillant les différents items listés ci-dessus a été adressé aux 22 services.

RÉSULTATS

Sur les 22 services ayant déclaré avoir eu au moins 1 cas de tuberculose pulmonaire multirésistante en 1993 :

- 10 ont confirmé 11 cas de tuberculose multirésistante;
- 2 gardent le souvenir d'un tel cas, sans pouvoir retrouver le dossier du malade;
- 9 sont revenus sur leur déclaration : erreurs (4 cas), cas antérieurs à 1993 (3 cas), tuberculose extra-pulmonaire (1 cas), mycobactérie atypique multirésistante (1 cas);
- enfin 1 service n'a pas répondu, mais il s'agit d'un cas probable lié à un autre service ayant déclaré avoir reçu un patient.

Les 3 cas non confirmés, considérés comme douteux ou probables n'ont pas été retenus dans l'analyse. Au total, 10 services sur 22 (45,5 %) ont réellement pris en charge 11 cas de tuberculose multirésistante en 1993.

Ces 11 cas de tuberculose pulmonaire multirésistante ont été diagnostiqués dans 4 régions : Île-de-France (6 cas), Provence - Alpes - Côte d'Azur (3 cas), Aquitaine (1 cas) et Alsace (1 cas). Parmi eux, 5 ont été diagnostiqués en services de pneumologie, 2 en maladies infectieuses, 1 en service de médecine, 1 en service d'immunologie, 1 en dermatologie et 1 aux urgences. Dans les 10 services concernés, près de 1 600 hospitalisations de patients atteints par le V.I.H. ont été enregistrées et 300 cas de tuberculose pulmonaire diagnostiqués, soit un taux de prévalence de la multirésistance dans ces 10 services de 3,7 % (intervalle de confiance à 95 % : 18,6,5 %).

Données cliniques et diagnostiques

La possibilité de multirésistance a été évoquée avant mise sous traitement pour 4 cas devant des antécédents de tuberculose ou une notion de traitement antituberculeux (avec pour 2 cas notion d'interruption de ce traitement) et l'origine géographique (Angola, Somalie, Vietnam - le quatrième cas était français, sans domicile fixe).

Seul un cas a été considéré comme potentiellement d'origine nosocomiale avec une notion d'antécédent d'hospitalisation à New York.

Dans 10 cas sur 11, l'examen direct était positif (1 cas seulement positif en culture). Le délai entre le premier jour de l'hospitalisation et le résultat de l'examen direct est inférieur ou égal à 5 jours (4 cas le premier jour, 3 le deuxième, 1 le troisième et 1 le cinquième; 1 sans réponse). Les cultures sont revenues positives entre 3 et 4 semaines, sauf pour une dont le délai a été de 11 semaines (3 sans réponse). Les délais d'antibiogramme ont été plus longs : entre 3 et 10 semaines (4 sans réponse).

Les délais de mise sous traitement de première intention avant la connaissance de la multirésistance étaient courts, inférieurs à 5 jours pour les 6 patients pour lesquels cette information est disponible.

Les durées moyennes d'hospitalisation ont été extrêmement variables de 2 jours à 4 mois, en tenant compte ici, pour les séjours courts, de transferts de malades dans des services spécialisés.

L'évolution sous traitement au quatrième mois est connue dans 8 cas sur 11 : 3 patients ne sont plus bacillifères sous traitement, 4 le sont toujours malgré le traitement et 1 est décédé.

Parmi les 9 cas pour lesquels la sérologie V.I.H. est connue, 2 patients étaient séropositifs.

Les mesures de prévention

L'hospitalisation en chambre seule a été de règle dans 10 cas sur 11, et le premier jour de l'hospitalisation pour 9 cas.

La mise en place d'un système d'utilisation de masques à l'entrée des chambres a été réalisée pour 8 cas (80 % - non-réponse 1 cas) et pour 6 d'entre eux dès l'hospitalisation (67 % - non-réponse 1 cas). Les masques utilisés correspondaient aux recommandations du ministère de la Santé [2] dans 6 services (75 %), les 2 autres services utilisaient des masques de soins.

L'investigation des sujets contacts n'a pas été réalisée auprès des familles pour 6 cas (67 % - non-réponse 2 cas), auprès des patients hospitalisés au même moment pour 7 cas (78 % - non-réponse 2 cas), auprès des personnels soignants pour 6 cas (67 % - non-réponse 2 cas). Le C.L.I.N. a été sollicité 6 fois sur 10 (ne sait pas 1 cas) et le médecin du travail 2 fois.

DISCUSSION

L'enquête complémentaire a permis de valider sur les 22 services, 10 services ayant réellement accueilli pendant l'année 1993, 11 cas de tuberculose pulmonaire multirésistante. Un doute persiste pour 3 services. Ces 10 services correspondent à 4 régions (6 régions avec 3 cas douteux ou probables et 7 si les cas survenus les années précédentes sont pris en compte).

La preuve bactériologique auprès des laboratoires biologiques des hôpitaux concernés n'ayant pas été sollicitée, il n'est pas possible d'affirmer que les 11 cas de tuberculose pulmonaire multirésistante identifiés et confirmés par les cliniciens soient certains. Ces cas représentent près du quart des cas de tuberculose multirésistante diagnostiqués en 1993 [3].

La prévalence de la multirésistance dans ces 10 services (3,7 %) est sensiblement supérieure à l'estimation nationale en 1993 (0,5 %) [3].

Bien que diagnostiqués dans des services à forte activité V.I.H., ces cas concernent peu (18 %) les patients atteints par le V.I.H. Dans l'enquête du Centre national de référence pour la surveillance de la tuberculose et des infections à mycobactéries atypiques [3] 15 % des patients atteints de tuberculose multirésistante étaient séropositifs connus versus 18 % dans la présente étude.

Alors que le potentiel de transmission existe dans les services à forte activité V.I.H., les cas décrits ne semblent pas avoir été acquis par transmission nosocomiale.

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire a, le plus souvent été posé dans les 5 premiers jours de l'hospitalisation. Les sujets ont été hospitalisés dans 91 % des cas en chambre seule, et ceci, dès leur arrivée à l'hôpital. Seule, la moitié des services a utilisé des masques considérés comme protecteurs durant l'hospitalisation. Les investigations épidémiologiques à visée de dépistage en direction des familles, des soignants ou d'éventuels patients contacts étaient rares, même devant ces cas de multirésistance. Ces mesures de prévention, même si elles sont mieux prises en compte dans les services ayant rencontré une tuberculose multirésistante sont encore loin d'être suffisantes [1].

EN CONCLUSION

La validation des résultats sur la multirésistance des cas de tuberculose pulmonaire apparaît comme indispensable puisque seulement la moitié des services a confirmé les cas dans cette étude complémentaire. La tuberculose pulmonaire multirésistante est donc peu fréquente, mais touche plusieurs régions françaises. Les mesures de prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose pulmonaire peuvent encore être améliorées. Les investigations épidémiologiques autour d'un cas doivent être systématiques.

Dans la mesure où l'enquête initiale ne ciblait pas la multirésistance il n'est pas surprenant qu'une proportion non négligeable de services n'ait pas confirmé la multirésistance à partir de critères et d'un questionnaire spécifiques.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] F. BOURDILLON, J.-C. DESENCLOS. - Enquête nationale sur les pratiques de prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose dans les lieux de soins en 1993. - *B.E.H.*, n° 21/1994.
- [2] J.-C. DESENCLOS, groupe de travail Direction générale de la Santé. - La place des masques, de la ventilation et des ultraviolets dans la prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose dans les lieux de soins. - *B.E.H.*, n° 15/1994.
- [3] B. DECLUDT, V. SCHWOEBEL, S. HAEGHEBAERT et coll. - Surveillance de la tuberculose à bacilles multirésistants en 1993. - *B.E.H.*, n° 50/1994.

* Mission SIDA. - Direction des Hôpitaux, ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville.

** Réseau national de Santé publique.