

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://www.hug.services/groupe/departement-enfant-et-adolescent>

La première fois il faut créer un compte externe (onglet), puis après s'identifier comme collaborateur externe.

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 12 novembre 2019

Tuberculose

Dr Vincent Liberek et Dr A. L'Huilier

Le risque pour un enfant de 11 mois est de 30% de développer une tuberculose pulmonaire ou de 15% de développer une miliaire ou une méningite liée à la tuberculose.

Les germes de la famille des mycobactéries peuvent occasionner trois sortes de maladie : la tuberculose, les maladies liées aux mycobactéries atypiques ou la lèpre.

La tuberculose a une très grosse prévalence en Afrique (par exemple Swaziland, prévalence de 1200 cas pour 100'000 habitants), alors que la prévalence est de 6.5 cas pour 100.000 habitants en Suisse.

La transmission se fait par aérosol, qui sont des particules qui peuvent rester longtemps dans l'air (comme la varicelle ou la rougeole).

Histoire naturelle : après que le germe entre dans le corps, il est capté par les cellules dendritiques puis les leucocytes sont activés. Soit les germes sont éliminés, soit ils sont non contrôlés et la maladie se développe, soit il y a une réponse partielle avec inactivation et une phase de latence avec possibilité de réactivation.

Plus l'enfant est jeune, plus il y a de risque de développer une maladie. En dessous de 12 mois, le risque est de 30 à 40% de développer une tuberculose pulmonaire et de 10 à 20% de développer une miliaire tuberculeuse ou une méningite. Le risque est de 5% chez l'adulte. Il existe des facteurs de risque augmentant le taux d'infection, comme le diabète, une immunosuppression, une thérapie anti TNF.

En dessous d'un an, la maladie peut progresser rapidement d'où un risque important de miliaire ou méningite. Chez l'enfant, surtout après 5 ans, il y a plutôt une atteinte pulmonaire.

Sur la radiographie du thorax, la tuberculose peut se présenter comme une pneumonie persistante, une cavité, un épanchement, ou complexe de Ghon.

En Suisse, la seule indication au vaccin est l'enfant de moins d'un an retournant vivre dans un pays à haute prévalence. La vaccination n'est pas sans risque, avec BCGite ou BCGose.

Pour le diagnostic, il n'existe pas de gold standard. Le test de Mantoux ou les IGRA (Quantiferon, TB spot) se positivent huit semaines après l'infection, signant une exposition.

Pour le test de Mantoux, il faut pratiquer une injection intradermique, avec 2 unités de PPD RT23, et mesurer l'induration. Il existe des faux négatifs lors d'immunosuppression, de tuberculose miliaire, ou lors de certaines maladies. En Suisse, le cut off pour dire que le test est positif est déterminé à 5 mm lors d'une enquête d'entourage, et à 10 mm lors de test de dépistage.

Les IGRA déterminent la production d'interféron gamma par les leucocytes en présence d'antigène de la tuberculose. La sensibilité est similaire à celle du test de Mantoux, mais la spécificité meilleure.

La recommandation est de pratiquée après cinq ans plutôt un IGRA et avant cinq ans un test de Mantoux.

Il y a une indication à pratiquer un test lors d'exposition à la tuberculose, mais aussi avant un traitement immunosuppresseur, lors de provenance d'un pays à forte endémie chez un enfant de moins de cinq ans.

Il y a néanmoins un problème d'approvisionnement pour le test de Mantoux, qui est difficilement disponible. Pour cette raison, il est possible de faire déjà un test IGRA entre deux ans et cinq ans, mais avant deux ans il faut faire un test de Mantoux. Certains recommandent de faire un test de Mantoux, puis un IGRA si positif.

Pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, la culture reste l'analyse la plus sensible. Elle se pratique sur des expectorations ou sur trois tubages gastriques fait à des moments différents.

La coloration est positive à partir de 1000 à 5000 germes. La culture est déjà positive à partir de 10 germes, et se positive souvent déjà 3 à 4 semaines après. La PCR est moins sensible.

Le diagnostic de tuberculose est considéré comme certain lors de toux de plus de deux semaines, fièvre, cassure de la courbe pondérale, et confirmation biologique par culture.

Il est probable s'il existe des signes radiologiques, une réponse au traitement, et un test par Mantoux ou IGRA positive.

Il est possible lors de réponse au traitement, et de test positif.

Lors de tuberculose latente, le test de Mantoux ou l'IGRA est positif, mais il n'existe ni signe clinique ni signe radiologique.

Le traitement consiste en une quadrithérapie par isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol.

Le traitement de la tuberculose latente est la rifampicine.

Plus la charge bactérienne est importante, plus le traitement est difficile. Il y a un risque de résistance dans les trois semaines. L'isoniazide et la rifampicine sont bactéricides,

le pyrazinamide et l'éthambutol sont stérilisateurs. Tous sont hépatotoxiques, surtout le pyrazinamide. La rifampicine peut colorer les sécrétions, et avoir des interférences avec les contraceptifs oraux.

Pour la tuberculose latente un traitement de neuf mois est recommandé (six mois minimum, 12 mois très efficace). Pour le traitement de la tuberculose active, il est recommandé une quadri thérapie pendant deux mois, puis Rifampicine. Il est nécessaire de pratiquer des tests hépatiques régulièrement au début, et arrêter le traitement lors d'ictère, fatigue, inappétence.

La culture est recommandée chez tous les patients et il faut toujours essayer d'en obtenir une. On peut faire une exception pour les enfants en bonne santé avec une maladie non sévère sans diagnostic alternatif. La culture permet également d'évaluer le risque de résistance aux antibiotiques.

Il est également nécessaire d'évaluer la fonction immunitaire, les tests hépatiques et néphrologiques au début du traitement. Après la phase de quadrithérapie de deux mois, il est possible de stopper l'isoniazide si le germe est sensible. Puis le traitement est continué par isoniazide, Rifampicine pendant quatre mois pour les formes pulmonaires, ganglionnaires, ou digestive, 10 mois pour les atteintes du système nerveux central ou osseuse. Une surveillance mensuelle est nécessaire au début.

Les facteurs de risque de contamination sont de vivre sous le même toit que la personne malade (risque de transmission de 35%, surtout si la personne à une forme bacillaire). L'enfant de moins de 10 ans a plutôt une forme pauci bacillaire, il a moins de risque de transmettre la maladie.

Lors d'hospitalisation, il est nécessaire de pratiquer un isolement, idéalement en chambre d'aspiration, ou sinon il faut aérer la chambre. Quand peut-on enlever l'isolement ? Cela n'est pas tout à fait clair, par exemple en cas de PCR négative l'isolement n'est pas indiqué. L'isolement peut être en général levé deux semaines après un traitement efficace.

L'étude d'entourage relève du médecin cantonal : plus que 8 heures de contact cumulé au cours des trois derniers mois avec une personne bacillaire sont à risque. Il faut procéder à une évaluation rapide chez les enfants de moins de cinq ans, (Mantoux et/ou Igra, radiographie du thorax, instaurer un traitement), chez les enfants de 5 à 12 ans (sans instauration de traitement), chez les personnes symptomatiques ou immunosupprimé.

Le test doit être répété 8 à 10 semaines après le dernier contact

En pédiatrie, la tuberculose a souvent des symptômes non spécifiques, elle est souvent extrapulmonaire chez l'enfant en bas âge, les formes sont souvent pauci bacillaires et les expectorations difficiles à obtenir.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch