

Référence : UF2300/49.a		Titre : Tuberculose maladie aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'accueil des urgences		Page :1/5 Date d'émission : 28/11/2022 Date dernière révision :
	Rédaction : Nom : MARLIER Julien Fonction : PHC		Vérification : Nom : MAURER Jules Fonction : Docteur Junior
Approbation : Nom : HORELLOU Marion Fonction : PHC		Approbation : Nom : CHARBONNIER Jeanne Fonction : PHC	Vérification : Nom : FREMERY Alexis Fonction : Chef de Clinique
Ont collaboré à la rédaction :		Visa qualité :	
Services concernés par application :			
Attention, seule la version numérique de ce document fait foi			



I- OBJET

Prise en charge d'un patient atteint de tuberculose maladie dans le service des urgences.

II- PERSONNES CONCERNÉES

Personnels soignants des urgences

III- TEXTE DE REFERENCE

- Collège des Enseignants de Pneumologie. Item 159. Tuberculose de l'adulte. 2021.
- *Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) – Enquête autour d'un cas de tuberculose, recommandations pratiques ; 2013*
- *Protocole CLAT-973, Croix-Rouge française ; 2021*

IV- DEFINITIONS

La tuberculose (**TB**) : infection due à la bactérie *Mycobacterium tuberculosis* = bacille de Koch.
BAAR : Bacille acido-alcool résistants

- **Classification :**

A/Tuberculose latente (ITL) : examen clinique et RP normaux mais IDR ou quantiféron +



Référence : UF2300/49.a	Titre : Tuberculose maladie aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :2/5
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 09/01/2023 Date dernière révision :

B/ Tuberculose maladie (TM): examen clinique et/ou RP anormaux, et IDR ou quantiféron +

- Tuberculose pulmonaire : cas de TB confirmé bactériologique ou clinique avec atteinte pulmonaire (TM fortement bacillaire, faiblement bacillaire, non bacillaire selon la charge cas index des prélèvements).
- Miliaire tuberculeuse : dissémination hématologique (et non pas pulmonaire) avec envahissement diffus et dont le diagnostic se fait sur l'imagerie pulmonaire.
- Tuberculose extra-pulmonaire : cas de TB confirmé bactériologique ou clinique sur autre organe (plèvre, ganglion, abdomen, voies génito-urinaire, peau, articulation, os, méninges).
Notamment **Mal de Pott** (spondylodiscite/abcès du rachis).

- **Classification patient :**

- Nouveau patient
- Patients déjà traités : bien suivi, en rechute, échec thérapeutique, perdu de vue
- **VIH positif** : maladies étroitement liées, risque de complications ++ (envahissement tuberculeux rapide, dissémination...)

- **Classification germe (R = résistance) :** non R, monoR (R à un ttt), multiR (isoniaside et étambutol), ultraR (multiR + R aux fluoroquinolones et autre ttt deuxième intention), R à l'ampicilline

- **Suivi patient :**

- Extra-hospitalier : CLAT (centre de lutte anti-tuberculose).
- Hospitalier : pneumologues ou les infectiologues.

V- DESCRIPTION

1- Contamination :

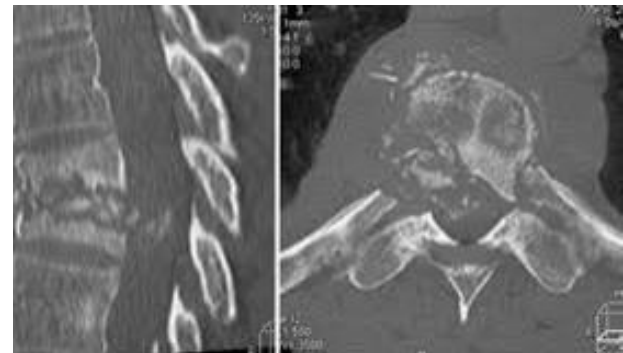
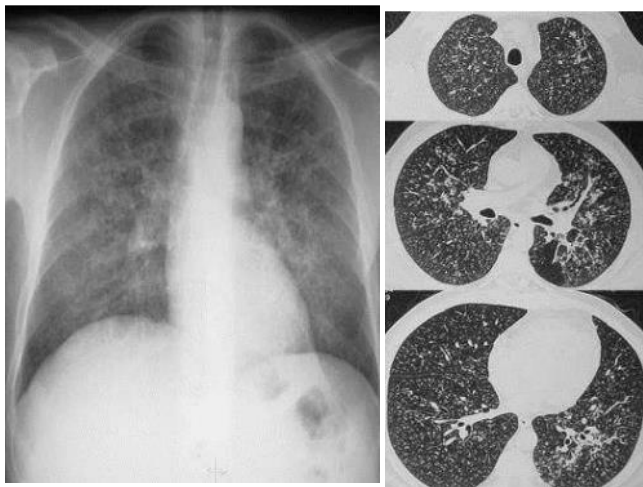
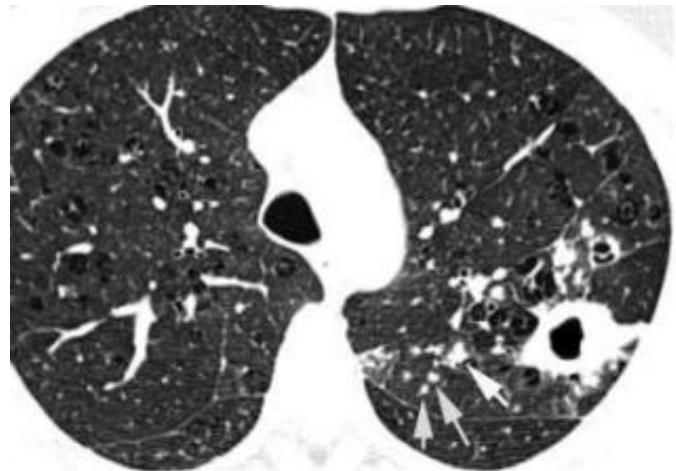
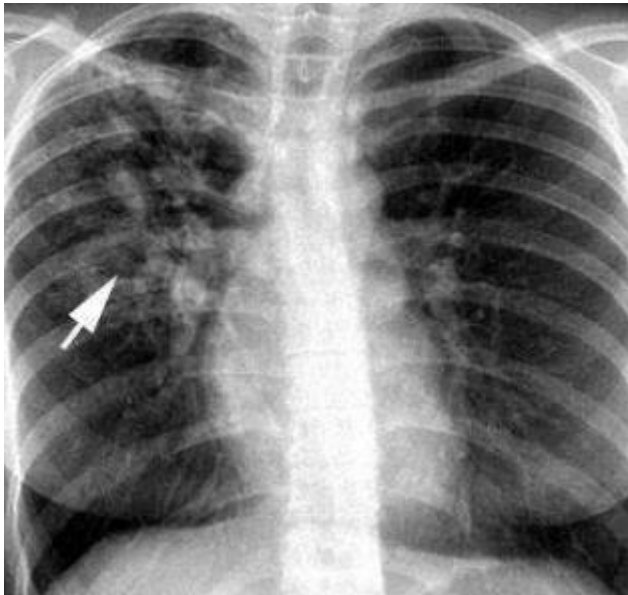
Exclusivement AERIEN. Nécessite une EXPOSITION LONGUE (>8h, répétition, proximité) ou immunodépression (VIH, hémopathies...) ou patient source très bacillifère (cas index bacillifère > 100 BAAR/ch et/ou caverne). Seules les formes PULMONAIRES sont à risque de contamination.

2- Diagnostic :

Suspicion :

- Contexte social : cas contact, condition socio-économique basse, zones endémiques, réfugié
- Clinique : hémoptysie, toux > 3 semaines, fièvre vespérale, sueurs nocturnes, AEG, adénopathies, méningite (surtout chez VIH), atteinte osseuse (surtout rachis ++ Mal de Pott)
- Interrogatoire patient : vaccin BCG (recherche cicatrice, carnet de vaccination)
- Examen complémentaire (demandés sur critères cliniques ou pour autre cause) :
 - RP : cavernes, lésions parenchymateuses pseudo-tumorales des apex/lobes supérieurs et postérieurs, dissémination
 - TDM (autre que thoracique) : atteinte osseuse, abcès osseux (= Mal de Pott),
 - Liquide de ponction : méningite TB, pleurésie TB...





➤ **Dès suspicion posée :**

- Isolement AIR en box. Port de FFP2 par l'équipe et masque chirurgical patient. Gants et surblouses. Désinfection des mains SHA.
- Avis UMIT (hospitalisation en pression négative si possible)

➤ **Si Mal de Pott :** risque de fracture spontanée, donc immobilisation selon la localisation (collier si atteinte cervicale, décubitus dorsal strict si rachis) jusqu'à avis neuro-chirurgical.

A rechercher aux urgences :

- Pathologies favorisant la TM : immunodépression (VIH, tumeurs, hémopathies, immunosuppresseurs), âges extrêmes, diabète, insuffisance rénale, malnutrition, alcoolisme/tabagisme, précarité, toxicomanie.

Référence : UF2300/49.a	Titre : Tuberculose maladie aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :4/5
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 09/01/2023 Date dernière révision :

- Biologie complète dont **VIH ++** et recherche des autres IST (NFS IONO UREE CREAT CRP ASAT ALAT GGT BILI TP TCA VHB VHC TPHA VDRL HTLV1 et 2). Si Miliare : Hémocultures sur milieu spécifique des mycobactéries.
- BK crachats si possible (tous les jours pendant 3 jours)
- Greffe aspergillaire des cavernes ? (image en grelot)
- Enquête cas contact a minima : qui ? où ? combien de personnes ? Eviter les allers et venus des accompagnants.

Diagnostic de TB = uniquement sur mise en évidence de BK ! (pas sur les images).

Inutile aux urgences : IDR tuberculine, Quantiféron, Tubage gastrique, LBA, ponction ganglionnaire, Déclaration obligatoire certificat Cerfa 13351-02 (à faire en service).

Erreurs à ne pas commettre :

- (Ré)introduire un traitement antirétroviral VIH chez un patient atteint d'une tuberculose non traitée efficacement.
- Contraception orale/hormonale chez une patiente sous traitement antituberculeux.
- Cytolyse hépatique > 3N : discuter arrêt/rotation des traitements
- Neuropathie périphérique : discuter arrêt Isoniazide. Administrer B6 50mg/j (qui peut être débiter en prévention du traitement chez les patients OH et dénutris)

3- Traitement : (avis UMIT)

Traitement type Tuberculose Maladie non résistante :

- **2 mois** : Isoniaside 5mg/kg + Rifampicine 10mg/kg + pyrazinamide 25 mg/kg + Ethambutol 15 mg/kg
- **Puis 4 mois** : Isoniaside 5mg/kg + Rifampicine 10mg/kg

Rifater® (Rifampicine + isoniazide + pyrazinamide)	
30 à 39 kg	3 cp par jour
40 à 49 kg	4 cp par jour
50 à 65 kg	5 cp par jour
65 kg et plus	6 cp par jour
Rifinah® ,(Rifampicine + isoniazide)	
30 à 35 kg	1cp par jour
35 à 40 kg	(Adapter)
40 à 50 kg	1,5 cp par jour (Hors AMM, mais acceptable)
50 kg et plus	2 cp par jour

Autre : fluoroquinolones (bedaquiline, aminosides, PAS...)

Effets indésirables des anti-tuberculeux :



Référence : UF2300/49.a	Titre : Tuberculose maladie aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :5/5 Date d'émission : 09/01/2023 Date dernière révision :

INH Isoniazide : Toxicité hépatique, éruption cutanée, neuropathie périphérique, EPILEPSIE si surdosage, douleurs abdominales, anorexie, nausée, perturbation métabolique de anticonvulsivants.

PZA Rifampicine : Coloration orange urines/fèces/larmes, toxicité hépatique, douleurs abdominales, anorexie, nausées, éruption cutanée, métabolisme des corticostéroïdes/digoxine/antidiabétiques/et autres, PERTURBATION CONTRACEPTION ORAL.

PZA Pyrazinamide : Toxicité hépatique, éruption cutanée

EMB – Ethambutol : trouble de la vision, NROB, prudence si insuffisance rénale

Mal de Pott :

Immobilisation par plan dur ou minerve aux urgences jusqu'à avis neurochirurgical

Stabilisation de la colonne vertébrale : drainage d'abcès (chirurgie ou radio-interventionnel), de décompression neurologique ou de consolidation ; corset

Quadrithérapie

V- ANNEXE 1

Interprétation TDR Tuberculine :

Interprétation de l'IDR à la tuberculine :

- En fonction des antécédents (tuberculose, PIT, immunodépression, pathologie grave évolutive...) et de son statut vaccinal (BCG et résultats d'anciennes IDR)
- Interprétation difficile dans les 10 ans qui suivent la vaccination par le BCG
- IDR négative = diamètre < 5 mm
- IDR positive = diamètre ≥ 5 mm
- suspicion d'ITL
 - lorsque le diamètre est supérieur à 10 mm en l'absence de vaccination antérieure par le BCG
 - ou lorsque le diamètre de l'induration a augmenté de plus de 10 mm entre deux IDR à 3 mois d'intervalle (= virage tuberculitique)

ANNEXE 2

Tests *in vitro* de détection de la production de l'interféron γ (IFN γ) = IGRA (Interféron Gamma Release Assay) :

- production d'interféron d'IFN γ par les lymphocytes du sujet en présence d'antigènes spécifiques de *M. tuberculosis*.
- réalisation facile (prise de sang), non opérateur dépendant, interprétation rapide, une seule visite, moins de faux positifs qu'avec l'IDR car ne croise pas avec le BCG.
- 2 principaux tests disponibles : QuantiFERON-TB Gold IT[®] et T-SPOT.TB[®]
- Les tests IGRA sont pris en charge par l'Assurance Maladie pour :
 - Enfants migrants de moins de 15 ans provenant d'une zone de forte endémie tuberculeuse;
 - Patients infectés par le VIH (dépistage systématique inclus dans le bilan initial d'un patient VIH);
 - Avant la mise en route d'un traitement par anti-TNF
 - Dans un contexte de prise en charge pluridisciplinaire, aide au diagnostic de tuberculose paucibacillaire en cas de diagnostic difficile chez l'enfant ou de tuberculose extra-pulmonaire. La discussion clinico-biologique est indispensable chez les enfants de moins de 5 ans.
- D'autres indications sont médicalement justifiées, mais ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie :
 - Personnel professionnellement exposé : à l'embauche.
 - enquête autour d'un cas d'un adulte de plus de 15 ans (on peut donc utiliser soit un test IGRA soit l'IDR dans cette situation)
- Le résultat des tests IGRA est disponible dans les jours qui suivent le prélèvement. Le test peut être rendu indéterminé, positif ou négatif. En pratique, ces tests ne sont pas utilisés pour diagnostiquer une tuberculose active mais, tout comme l'IDR uniquement pour diagnostiquer une ITL.

