

# P<sub>r</sub>évention en pratique médicale

## MALADIES INFECTIEUSES

### La tuberculose (TB) : savoir cibler ses interventions

La tuberculose infection latente (TBIL) reste asymptomatique jusqu'au jour où l'infection évolue en maladie et souvent dans des circonstances où elle sera plus difficile à soigner et où, déjà, quelques proches auront peut-être été infectés. C'est pourquoi il est si important de dépister la tuberculose infection latente le plus tôt possible.

Les priorités du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec quant au contrôle de la tuberculose demeurent la prise en charge et le suivi des cas de tuberculose maladie (TBM) ainsi que la prise en charge et le suivi des personnes en contact étroit avec eux. Ces personnes sont le plus souvent suivies par la Direction de la santé publique en collaboration avec les CLSC et des services spécialisés.

Au-delà de ces cas, les cas de TBIL sont nombreux. Parmi ces derniers, il importe de dépister ceux pour qui un traitement pourrait être judicieux.

#### Prendre la TB de court est essentiel pour éviter une épidémie

Chaque semaine, on découvre à Montréal près de 4 nouveaux cas de tuberculose maladie.

Annuellement, cela représente environ 180 à 200 nouveaux cas pour un taux de 11/100 000 personnes dans la région de Montréal.

Le meilleur moyen d'éviter la propagation de la TB est de poser rapidement le diagnostic et d'entreprendre sans tarder le traitement des cas de TBM.

Les manifestations cliniques de la TBM peuvent facilement être assimilables à une pneumonie ou

une autre maladie respiratoire et plus d'un médecin s'y laisse prendre d'autant plus que le diagnostic de TBM est souvent d'emblée écarté car il lui semble, à tort, tout à fait improbable, ici, à Montréal.

Devant une radiographie pulmonaire anormale et un tableau clinique qui soulèvent le moindre soupçon d'une tuberculose, il ne faut pas hésiter à référer au spécialiste pour établir le diagnostic précis.

Plus tôt le traitement sera-t-il entrepris, plus tôt le risque de transmission sera-t-il diminué.

### L'omnipraticien est le professionnel clé pour dépister et traiter la TBIL

Le dépistage de la tuberculose infection latente et son traitement permettent de réduire le nombre de cas de tuberculose maladie et ainsi de réduire les risques futurs de transmission.

Il appartient à l'omnipraticien de reconnaître parmi ses patients ceux qui font partie des

groupes à risque et d'intégrer sa préoccupation de dépistage de la TBIL à sa pratique courante.

À Montréal, près de 80% des cas de TB maladie se retrouvent chez des immigrants récents provenant de pays où la TB est endémique.

*Le dépistage de la tuberculose infection latente doit être fait auprès des membres de certains groupes, soit parce qu'ils ont plus de risques d'avoir été infectés antérieurement, soit parce qu'ils sont plus susceptibles de développer la maladie une fois infectés.*

#### Taux de TBM au Canada par région d'origine et estimations de la prévalence de TBIL

| Région d'origine        | Incidence de TBM (par 100 000) | Prévalence de TBIL (%) <sup>(1)</sup> |
|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Nés au Canada</b>    |                                |                                       |
| Non autochtones         | 1.5                            | < 5                                   |
| Autochtones             | 22                             | 20-40                                 |
| <b>Nés à l'étranger</b> |                                |                                       |
| Europe                  | 5                              | < 10                                  |
| Amérique du Sud         | 12                             | 30-50                                 |
| Amérique Centrale       | 18                             | 30-50                                 |
| Asie                    | 48                             | 50-80                                 |
| Afrique                 | 59                             | 50-80                                 |

(1) estimations pour jeunes adultes

## Le dépistage de la TB infection latente (TBIL)

La **tuberculose infection latente** est la présence asymptomatique de bacilles tuberculeux dans l'organisme. Cette présence se traduit habituellement par une hypersensibilité à la tuberculine qui peut être mise en évidence par le test cutané à la tuberculine (TCT), encore appelé épreuve de Mantoux ou PPD.

**La TBIL n'est pas contagieuse et n'est pas à déclaration obligatoire.**

Le dépistage de la TBIL permet d'identifier les personnes infectées pour lesquelles une prophylaxie à l'isoniazide (INH) diminuera le risque de passer à la phase active de la maladie (TBM).

### Le dépistage chez le personnel de la santé

Depuis quelques années déjà, il est recommandé aux établissements de santé de demander un TCT en deux étapes pour chaque travailleur au moment de l'embauche. Les étudiants en sciences de la santé dans les polyvalentes et les CEGEP, et les stagiaires en milieux de soins sont aussi soumis à cette exigence.

Ce dépistage auprès des personnes qui sont placées en situation d'exposition potentielle régulière à la tuberculose vise à déterminer le niveau de base de la réponse personnelle de l'individu à la protéine tuberculinique, indice d'un contact antérieur ou non avec le bacille tuberculeux.

### Immigrants et réfugiés

Tout immigrant au Canada qui a présenté, lors de son évaluation médicale dans son pays d'origine, des signes radiologiques de TB ancienne est mis, par le gouvernement fédéral, sous surveillance médicale. Dans la région de Montréal, c'est la DSP de Montréal-Centre qui s'assure que ces individus soient référés à une clinique spécialisée dans les 30 jours suivant leur arrivée au Canada.

Les revendicateurs de statut de réfugié sont évalués par un médecin d'Immigration Canada dans les 5 jours ouvrables suivant leur requête d'asile au Canada. Si une anomalie radiologique compatible avec un processus actif ou ancien est trouvée, ils sont référés à une clinique spécialisée pour une prise en charge.

Ni les immigrants ni les réfugiés ne sont soumis à un test de dépistage systématique de la TBIL à l'intérieur du programme fédéral.

### Prophylaxie

La prophylaxie à l'INH doit être proposée aux personnes dont les résultats du TCT mesurés en millimètres correspondent aux seuils de positivité propres à chaque facteur de risque (voir tableau « TBIL: qui traiter »). Si la prophylaxie est refusée ou ne peut être administrée à cause d'une contre-indication, le patient doit être informé des symptômes de la tuberculose et avisé de consulter un médecin s'ils apparaissent.

### Groupes à risque chez qui le dépistage de la TBIL est indiqué

#### Groupes à prévalence élevée de TBIL

- les contacts étroits de patients atteints de tuberculose maladie pulmonaire;
- les personnes nées en régions d'endémie et immigrées au Canada depuis moins de 5 ans:  
*Asie, Afrique, Indes, Moyen-Orient, Amériques Centrale et du Sud, Caraïbes;*
- les membres de communautés autochtones.

#### Risques cliniques de développement d'une TBM une fois infecté

- les personnes infectées par le VIH;
- les personnes présentant une condition médicale augmentant le risque de développer une tuberculose une fois infectées :  
*immunosuppression, gastrectomie, insuffisance rénale chronique, silicose, diabète sucré, malnutrition chronique, usage de drogues intraveineuses, leucémie ou maladie de Hodgkin;*
- les personnes qui présentent des signes radiographiques de tuberculose inactive et qui n'ont jamais été adéquatement traitées.

### Facteur de risque clinique qu'une TBIL se développe en TB maladie

| Condition                                 | Risque relatif | Risque annuel de développement de TBM (%) | Risque cumulatif à vie (%) <sup>1</sup> |
|---|----------------|---|---|
| Sida                                      | 90-170         | 8-17                                      | 100                                     |
| Infection au VIH                          | 40-113         | 4-11,3                                    | 100                                     |
| Transplantation                           | 20-74          | 2-7,4                                     | 100                                     |
| Silicose pulmonaire                       | 30             | 3   | 100                                     |
| Insuffisance rénale chronique/hémodialyse | 10-25          | 1-2,5                                     | 50-100                                  |
| TBIL depuis moins de 2 ans                | 15             | 1,5                                       | 75                                      |
| Carcinome de la tête et du cou            | 16             | 1,6                                       | 80                                      |
| Image fibronodulaire à la radiographie    | 6-19           | 0,6-1,9                                   | 30-95                                   |
| Diabète                                   | 2-3,6          | 0,2-0,36                                  | 10-18                                   |
| Granulomes visibles à la radiographie     | 2              | 0,2                                       | 10                                      |
| <b>Sans facteur de risque connu</b>       | <b>1</b>       | <b>0,1</b>                                | <b>5</b>                                |

(1) Estimations pour jeunes adultes

Les indications de faire un dépistage sont claires. Éviter d'en faire un si ces indications ne sont pas présentes.

## Seul le TCT permet d'identifier la TB infection latente (TBIL)

- La radiographie pulmonaire n'est pas utile pour dépister la TBIL.
- Une personne présentant une réaction significative après un TCT devrait subir un examen médical et une radiographie pulmonaire afin de vérifier qu'il ne s'agit pas d'une TBM.
- Une personne qui a déjà présenté une réaction significative documentée n'aura pas à subir d'autres épreuves dans le futur peu importe les circonstances.

## Diagnostic de la TBIL

Le test cutané à la tuberculine (TCT) est le meilleur moyen de diagnostiquer l'infection tuberculeuse. Il consiste en une injection intradermique d'une petite quantité (5 UT) de protéines purifiées dérivées (PPD) des bacilles tuberculeux. L'injection produira une réaction de type hypersensibilité retardée (médiation cellulaire) dans les 48-72 heures. Elle se manifestera sous forme d'induration localisée au point d'injection à mesurer perpendiculairement à l'axe de l'injection.

Cependant, chez les personnes récemment exposées et infectées par le bacille tuberculeux (comme les contacts étroits d'un cas-index), la réaction à médiation cellulaire ne se manifestera pas immédiatement. Elle ne se développera que de 3 à 8 semaines après l'acquisition de l'infection. Il est cependant indiqué de faire un TCT immédiat aux contacts étroits pour documenter leur état immunologique actuel. Dans ces cas, un résultat inférieur à 5 mm commande un deuxième TCT après 8 semaines.

## Le TCT en deux étapes

La procédure du TCT en deux étapes est conseillée uniquement pour les personnes qui auront à passer des tests de dépistage périodiquement comme certains travailleurs de la santé. Si le premier TCT est inférieur à 10 mm, il est nécessaire de faire un deuxième test le plus rapidement possible après un délai minimum de 7 jours suivant le premier.

Un test tuberculique peut entraîner une faible réaction mais stimuler une réponse immunitaire secondaire de telle sorte qu'un TCT subséquent pratiqué entre 1 semaine et 1 année plus tard entraînera une réaction beaucoup plus marquée. Le

deuxième test rapproché sert à vérifier la présence de ce phénomène de rappel: sa valeur servira de mesure de base pour le suivi et pour poser éventuellement un diagnostic de conversion.

Il est important de connaître ce phénomène de rappel car il peut être faussement interprété comme un virage tuberculique (conversion récente).

## Contre-indications au TCT

### Il y a contre-indication au TCT pour:

- la personne qui a déjà eu une réaction sévère à la tuberculine dans le passé (formation d'une vésicule - abcès au point d'injection);
- celle déjà traitée pour une TBIL ou TBM dans le passé;
- les personnes atteintes d'une infection virale grave ou qui ont reçu un vaccin à virus vivant au cours des 6 semaines précédentes (comme le RRO) causant des faux négatifs au TCT.

### Autres causes des réactions faussement négatives:

- technique d'injection inadéquate;
- déficit immunitaire (âge avancé, corticostéroïdes, traitement anticancéreux, VIH avec CD4 <500);
- dénutrition;
- présence de tuberculose maladie (phénomène d'anergie).

### Il n'y a aucune contre-indication à administrer le TCT aux personnes suivantes :

- récemment vaccinées avec des vaccins antiviraux morts;
- femmes enceintes;
- qui ont déjà reçu le BCG;
- qui disent avoir déjà eu un résultat positif à un TCT, si ce résultat n'est pas documenté.

## TCT raté : quand et comment le refaire

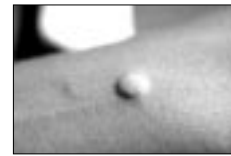
Si la papule n'est pas nettement définie, il faut refaire un TCT sur l'autre avant-bras au cours de la même visite.

**La technique du TCT exige une habileté qui ne se développe qu'à sa pratique. Si vous n'êtes pas appelé à en faire régulièrement, il pourrait être préférable de référer à des ressources spécialisées.**

## Technique et lecture du TCT



Injection intradermique de 0,1 ml (Tubersol) à la face antérieure moyenne de l'avant-bras (biseau de l'aiguille vers le haut).



Formation d'une papule (allure de peau d'orange).



Délimitation de la zone à mesurer (48 - 72 heures après l'injection):

- avec la pointe (moyenne) d'un stylo à bille, glisser avec une légère pression vers le centre de l'induration, perpendiculairement à l'axe d'injection;
- l'arrêt du stylo détermine la limite externe de l'induration, faire une marque;
- répéter de l'autre côté.



Mesurer en millimètres la distance entre les deux marques .

## Le BCG et l'interprétation du TCT

La vaccination par le bacille de Calmette-Guérin (BCG) si administré après l'âge de 2 ans, peut donner jusqu'à 10 à 25% de réaction > 10 mm persistante. Ainsi, chez les Québécois non-autochtones et chez les immigrants originaires de pays industrialisés qui ont reçu le BCG après l'âge de 2 ans et qui ne présentent aucun autre facteur de risque, une réaction positive serait vraisemblablement plutôt attribuable à la vaccination par le BCG qu'à une véritable infection. C'est pourquoi l'on ne recommande pas le dépistage chez ces groupes.

Cependant, ne pas tenir compte d'une vaccination antérieure et ce, peu importe l'âge, par le BCG chez :

- les immigrants originaires de pays où la TB est endémique;
- les autochtones du Canada;
- les contacts étroits d'un cas de tuberculose maladie;
- les individus avec des facteurs de risques de développer la maladie si infectés.

# La situation épidémiologique

La tuberculose est toujours un problème de santé majeur à l'échelle mondiale. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que plus du tiers de la population mondiale est infectée par le *Mycobacterium tuberculosis* et qu'il y a plus de 8 millions de nouveaux cas de tuberculose maladie par année et près de 2 millions de décès.

La propagation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la multiplication des souches résistantes aux médicaments fait de la tuberculose une urgence mondiale pour l'OMS depuis 1993.

Le Canada et le Québec présentent un des taux les plus faibles de tuberculose dans le monde (environ 6 cas / 100 000 habitants). Cependant, à Montréal, depuis 1985, avec environ 180 à 200 nouveaux cas de tuberculose maladie par an, le taux de TBM est de plus de 11 cas / 100 000 habitants et représente maintenant près de 60% du total des cas au Québec.

Le visage de la tuberculose a beaucoup changé au Québec au cours des vingt dernières années. Les cas en milieu urbain sont plus jeunes qu'antérieurement et 80% d'entre eux se retrouvent chez les immigrants récents provenant de pays où la tuberculose est endémique. La répartition géographique des cas suit l'implantation préférentielle de ces populations dans certains quartiers de Montréal.

La multiethnicité de la population de Montréal nous confronte souvent à des problématiques de barrières culturelles (stigmatisme associé à la TB), linguistiques et socio-économiques qui représentent des obstacles majeurs à un programme efficace de lutte contre la tuberculose.

## Une maladie qui voyage

Le bacille de Koch, nom donné au *Mycobacterium tuberculosis*, depuis sa découverte en 1882 par le médecin allemand Robert Koch est un grand voyageur.

Grâce à l'introduction des antibiotiques (streptomycine 1944, isoniazide 1952, rifampicine 1966), la propagation de l'infection et la mortalité due à la tuberculose ont été mis sous contrôle dans la majorité des pays d'Occident au cours de la dernière demie du siècle dernier.

Cependant, avec l'augmentation des voyages internationaux et de la migration intercontinentale, la tuberculose connaît de nouvelles flambées là où on la croyait disparue, notamment en s'associant au sida.

## Une maladie qui s'aguerit

Voyageuse, la tuberculose est tout aussi préoccupante par sa capacité d'adaptation. Au cours des dernières années, de nouvelles souches résistantes aux antibiotiques sont apparues.

Bien qu'encore peu présentes au Québec, ces nouvelles souches rappellent l'impérieuse nécessité de ne se permettre aucun relâchement de la surveillance de l'apparition de cas et de la fidélité au traitement.

## Multirésistance

À Montréal, plus de 84% des souches de *Mycobacterium tuberculosis* sont sensibles à tous les médicaments. La multirésistance (minimalement à l'INH et au Rifampin) est stable et se situe à moins de 2%.

## Co-infection au VIH

La présence du VIH est responsable d'environ 10% des nouveaux cas de tuberculose à Montréal et se retrouve surtout chez les patients provenant de pays où la tuberculose et le VIH sont endémiques.

## Les enfants

Environ 5% des cas de tuberculose à Montréal se retrouvent chez les moins de 15 ans. Selon nos estimés, près du tiers de ces cas auraient pu être prévenus car l'infection a fort probablement été acquise au Québec. Une vigilance accrue de la part des cliniciens pour identifier rapidement un cas de tuberculose maladie diminue ainsi le risque de contagion aux proches du malade, incluant les enfants, et offre ainsi une protection accrue aux formes pédiatriques de TB (meningée et miliaire) qui peuvent se développer rapidement (en quelques mois) suite à une infection récente.

## Prévention en pratique médicale

Un bulletin de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre publié avec la collaboration de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal dans le cadre du programme Prévention en pratique médicale coordonné par le docteur Jean Cloutier.

Ce numéro est une réalisation de l'unité Maladies infectieuses.

**Responsable de l'unité :** D<sup>r</sup> John Carsley

**Rédactrice en chef :** D<sup>r</sup> Monique Letellier

**Édition :** Blaise Lefebvre

**Infographie :** Manon Girard

**Rédacteur :** D<sup>r</sup> Paul Brassard

**Collaborateur :** D<sup>r</sup> Jean-Pierre Villeneuve  
D<sup>r</sup> Martin Champagne

1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3  
Téléphone : (514) 528-2400  
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>  
courriel: [blefebvre@santepub-mtl.qc.ca](mailto:blefebvre@santepub-mtl.qc.ca)

Dépôt légal – 4<sup>e</sup> trimestre 2001  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISSN : 1481-3734

Numéro de convention : 40005583



Direction de la santé publique



# TBIL et TBM en centre d'accueil

À l'échelle du Québec, le nombre de cas de TBM qui surviennent en centre d'accueil n'est pas plus élevé que celui que l'on retrouve dans la communauté pour le même groupe d'âge. C'est pourquoi il n'est pas indiqué d'initier un dépistage de TBIL dans cette population. Par contre, tout cas de tuberculose maladie qui se déclare en centre d'accueil doit être pris en charge rapidement et les contacts étroits référés pour une radiographie pulmonaire qui exclura le diagnostic d'un processus actif. Le TCT ne doit s'effectuer que s'il peut aider à la décision clinique. En effet, le taux de posi-

tivité significative du TCT dans cette population âgée de plus de 65 ans peut atteindre 40%. D'autre part, un test négatif ne peut exclure une possibilité de tuberculose maladie.

**Il n'est donc pas indiqué de faire un TCT de routine aux personnes âgées vivant en centre d'accueil.**

De plus, la lourdeur des médications auxquelles ces gens sont déjà astreints et leur état cardiaque, respiratoire et hépatique nécessitent une attention particulière, cas par cas, avant d'envisager une prophylaxie pour TBIL.

## TB infection latente : qui et comment traiter

### Qui traiter contre la tuberculose infection latente ?

| Facteurs de risque   | Seuil de positivité du TCT pour envisager un traitement |                |                        |
|--|---|----------------|------------------------|
|  | < 5mm   | ≥ 5 mm < 10 mm | ≥10 mm                 |
| Enfants de 5 ans et moins avec contacts étroits récents*   | traiter   | traiter        | traiter                |
| Infection au VIH avec contacts étroits récents*  | traiter   | traiter        | traiter                |
| Immunosuppression avec contacts étroits récents*   | traiter   | traiter        | traiter                |
| Infection par le VIH   | ne pas traiter  | traiter        | traiter                |
| Immunosuppression  | ne pas traiter  | traiter        | traiter                |
| Contacts étroits récents avec un cas de TB maladie contagieuse   | ne pas traiter  | traiter        | traiter                |
| Signes radiologiques de TB ancienne sans traitement antérieur  | ne pas traiter  | traiter        | traiter                |
| Immigration récente d'un pays à forte endémicité   | ne pas traiter  | ne pas traiter | traiter <sup>(1)</sup> |
| Résidents et employés d'institution de santé <sup>§</sup>  | ne pas traiter  | ne pas traiter | traiter                |
| Autres facteurs cliniques à risque élevé<br><i>gastrectomie, insuffisance rénale chronique, silicose, diabète sucré, malnutrition chronique, usage de drogues intraveineuses, leucémie ou maladie de Hodgkin</i> | ne pas traiter  | ne pas traiter | traiter                |
| Sans facteurs de risque  | ----- ( TCT non indiqué) -----                          |                |                        |

\* Ces personnes doivent passer un TCT immédiat. Même si leur TCT est de 0 mm, elles doivent être traitées et un second TCT doit être fait après un délai de 8 semaines suivant le dernier contact avec la personne contagieuse. Chez un enfant en bonne santé le traitement peut être arrêté si le second TCT demeure à 0 mm.

§ Conversion du TCT: une augmentation de 6 mm ou plus par rapport à la taille du dernier TCT (en deçà de 2 ans) et qui dépasse le seuil de 10 mm doit être considérée comme une conversion du TCT et indique une infection récente.

(1) Tenir compte de l'âge et des autres facteurs de risque.

### Comment traiter contre la tuberculose infection latente ?

| Médicament   | Intervalle et durée | Dose (maximum)   | Posologie étendue tolérée* | Commentaires   |
|--|---------------------|--|----------------------------|--|
| Isoniazide (INH)<br>comprimés de 100 et 300 mg   | die<br>9 mois       | adulte : 5 mg/kg (300 mg)<br>enfant : 10-15 mg/kg (300 mg)   | 270 doses<br>en 12 mois    | Régime recommandé d'emblée pour tous   |
| Isoniazide (INH)<br>comprimés de 100 et 300 mg   | die<br>6 mois       | adulte : 5 mg/kg (300 mg)<br>enfant : 10-15 mg/kg (300 mg)   | 180 doses<br>en 9 mois     | Régime non optimal<br>Non indiqué si VIH+ ou lésion fibrotique<br>Non recommandé chez les enfants  |
| Rifampin (RMP)<br>comprimé de 300 mg   | die<br>4 mois       | adulte : 10-20 mg/kg (600 mg)<br>enfant : 10-20 mg/kg (600 mg)   | 120 doses<br>en 6 mois     | Indiqué si contact d'un cas actif résistant à l'INH et sensible au Rifampin ou si démontre intolérance à l'INH<br>Attention aux interactions médicamenteuses.                  |
| Rifampin (RMP)<br>comprimé de 300 mg<br>et<br>Pyrazinamide (PZA)<br>comprimé de 500 mg | die<br>2 mois       | adulte : 10-20 mg/kg (600 mg)<br>enfant : 10-20 mg/kg (600 mg)<br>adulte : 15-30 mg/kg (2,0 g)<br>enfant : 20-40 mg/kg (2,0 g) | 60 doses<br>en 3 mois      | À considérer chez patients atteints du VIH<br>- non recommandé chez les enfants<br>- effets secondaires fréquents <sup>(1)</sup><br>Attention aux interactions médicamenteuses |

\* Le patient devra prendre le nombre de doses équivalent à la durée prévue du traitement même si celui-ci doit se prolonger dû à un manque de fidélité au traitement. Une évaluation médicale est indiquée avant de reprendre toute médication suite à une interruption de plus de 2 mois consécutifs.

(1) Suivi clinique serré, consulter un spécialiste avant d'initier ce traitement.

Peu importe le régime choisi, ajouter pyridoxine (vitamine B-6) 25-50 mg die si patient alcoolique, dénutri ou présente une neuropathie périphérique.

## Suivi du traitement de la TB infection latente (TBIL)

### Monitoring du traitement de TBIL

#### Pour tous les patients :

- évaluation clinique initiale incluant une radiographie pulmonaire afin d'exclure le diagnostic d'une tuberculose maladie;
- rappeler au patient d'aviser immédiatement son médecin ou l'infirmière dès les premiers symptômes d'intolérance digestive ou les premiers signes d'ictère;
- visite médicale au début, à 1 mois et aux deux à trois mois par la suite.

#### Pour les personnes de 35-49 ans:

- monitoring des transaminases au début et à 1 mois.

#### Pour les personnes de 50 ans et plus:

- monitoring des transaminases au début, à 1 mois et aux 2 mois par la suite.

#### Monitoring hépatique à chaque visite médicale pour les patients avec :

- hépatite chronique;
- infection au VIH;
- risque de maladie hépatique accrue telle la présence d'autres médicaments hépatotoxiques (i.e. anticonvulsivants).

#### La médication devra être cessée et le patient réévalué si :

- niveau des transaminases > 3x la normale et le patient est symptomatique;
- niveau des transaminases > 5x la normale et le patient n'est pas symptomatique.

### Quand consulter un spécialiste ?

- Lors de complication ou interaction médicamenteuse.
- Pour le traitement de la TBIL lors de la grossesse.
- Pour le traitement de la TBIL pour les patients VIH+ sous thérapie antirétrovirale.
- Pour le traitement de la TBIL chez un contact d'un cas actif porteur d'une souche résistante.
- Pour le diagnostic et suivi d'un cas de TBM incluant l'interprétation des résultats de laboratoire.

### Quoi faire si un patient avec TBIL refuse ou ne peut pas prendre un traitement ?

- Aucun suivi clinique ni radiologique nécessaire.
- Aviser le patient de consulter si des symptômes de TBM apparaissent.

## Gratuité des médicaments

Depuis le 7 février 1997, toute médication antituberculeuse (incluant la pyridoxine) fait partie d'un programme de gratuité des médicaments de la RAMQ et est entièrement gratuite pour toute personne présentant sa carte d'assurance maladie.

L'ordonnance devra mentionner l'indicateur

**2k** pour la personne atteinte de tuberculose maladie (TBM);

**2L** pour le traitement de la tuberculose infection latente (TBIL).

### Les ressources

#### La Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Madame Sylvianne Manseau, coordonnatrice TB  
Docteur Paul Brassard, responsable médical TB  
Tél.: 514-528-2400

#### Les hôpitaux qui offrent des cliniques externes spécialisées en tuberculose

##### • Pour les adultes :

Institut thoracique de Montréal  
Tél.: 514-849-5201, poste 2588

Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Clinique de tuberculose  
Tél.: 514-252-3400, poste 4807

Hôpital général juif  
Clinique de tuberculose  
Tél.: 514-340-8222, poste 1359

Hôpital du Sacré-Cœur  
Clinique de tuberculose  
Tél.: 514-338-2222, poste 2704

##### • Pour les enfants :

Hôpital Sainte-Justine  
Tél.: 514-4654, poste 3900

Hôpital de Montréal pour Enfants  
Tél.: 514-934-4444

#### Autres références

Management of Tuberculosis in the United States.  
Small P, Fujiwara P. N Engl J Med 2001; 345(3):  
189-200.

Normes Canadiennes pour la lutte antituberculeuse,  
5<sup>e</sup> édition, R. Long editor, Canadian Lung Association  
2000 ISBN 0-9690661-6-3, 253pp.(Disponible via  
l'Association Pulmonaire du Québec) et en format  
PDF sur son site internet :  
[http://www.lung.ca/tb/TBStandards\\_Fr.pdf](http://www.lung.ca/tb/TBStandards_Fr.pdf)

Epidemiology of Tuberculosis in Montreal. Rivest P,  
Bédard L, Tannenbaum TN. CMAJ 1998; 158:605-9

#### Internet

Union Internationale contre la Tuberculose et les  
maladies respiratoires : [www.iatld.org](http://www.iatld.org)

Organisation Mondiale de la Santé : [www.stoptb.org](http://www.stoptb.org)

National Tuberculosis center at Harlem Hospital :  
[www.harlemtbcenter.org](http://www.harlemtbcenter.org)

New Jersey Medical School National Tuberculosis  
Center : [www.umdnj.edu/ntbc](http://www.umdnj.edu/ntbc)

Lignes directrices canadiennes [...] Relevé des  
maladies transmissibles au Canada, Vol. 27, No 19,  
1<sup>er</sup> octobre 2001.

[www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc)