



La tuberculose est-elle encore présente chez les nouveaux arrivants ?

Bérénice Mortézai

Mamadou, un fumeur camerounais de 42 ans, vit au Québec depuis 2003. Il vous consulte pour une toux productive d'expectorations jaunâtres depuis quatre semaines. Il se dit fatigué et pense faire parfois de la fièvre. Son examen physique est normal. Vous lui prescrivez des quinolones.

Est-ce la bonne conduite ?

Carmen, une Mexicaine de 32 ans, arrive affolée dans votre cabinet. Lors d'un dépistage scolaire, son fils de 8 ans a eu un résultat positif à un test cutané à la tuberculine. Elle doit, à son tour, subir un test de dépistage et a peur que le résultat nuise à l'acceptation de sa demande de statut de réfugié.

Comment la rassurer ?

La tuberculose : qui est à risque ?

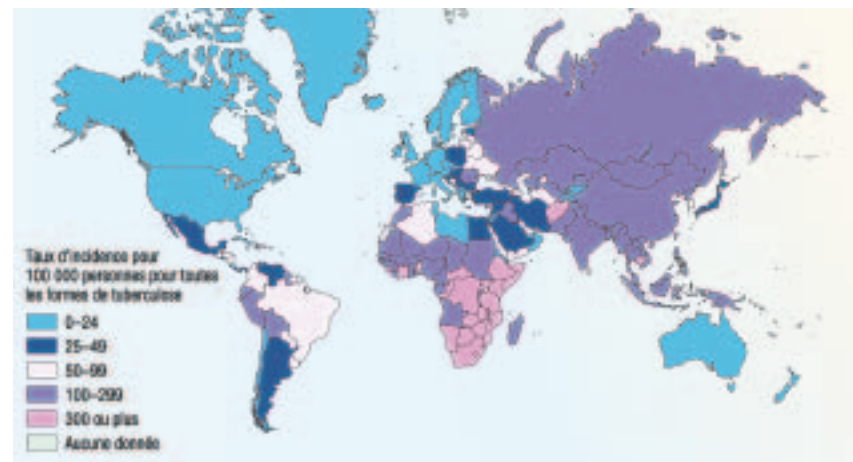
Autrefois appelée « peste blanche », la tuberculose est aujourd'hui pratiquement disparue en Occident grâce à l'amélioration des conditions socio-sanitaires, à la gratuité des médicaments, au dépistage précoce et à l'instauration d'un programme de maîtrise de la maladie. Cependant, elle fait encore des ravages dans certains pays d'où sont originaires nombre de nos immigrants (Asie du Sud-Est, Afrique noire, Europe de l'Est, Amérique du Sud). Au Canada, nous avons les taux les plus bas après l'Australie avec 6,2 cas actifs pour 100 000 personnes. Dans certaines régions du monde, le taux de prévalence estimé atteint jusqu'à 290 cas pour 100 000 personnes. Au Québec, il est passé de 32,9 cas actifs pour 100 000 personnes en

La D^{re} Bérénice Mortézai, omnipraticienne, exerce à la Clinique Santé-Accueil du CLSC Côte-des-Neiges, à la clinique de tuberculose de l'Institut thoracique de Montréal, ainsi qu'au Nunavik.

1968 à quatre pour 100 000 en 2004. Cependant, la vigilance est de mise puisque cette maladie n'est pas encore éradiquée et que nous assistons, à l'occasion, à des éclosions chez les groupes à risque, tels que les nouveaux arrivants (réfugiés et immigrants) originaires de certains pays endémiques (figures 1 et 2) et les Autochtones.

Figure 1

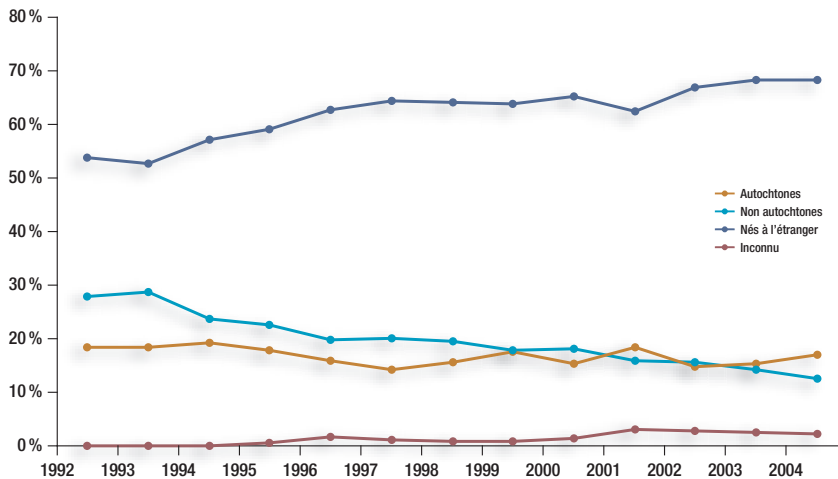
Estimation de l'incidence de la tuberculose



Source : Nunn P, Williams B, Floyd K et coll. Tuberculosis control in the era of HIV. *Nat Rev Immunol*; 5 : 821. MacMillan Publishers Ltd. Copyright © 2005. Reproduction autorisée.

Figure 2

Pourcentage de nouveaux cas actifs et cas de rechute de tuberculose signalés au Canada selon le lieu de naissance



Source : Parisien I, infirmière bachelière, Clinique de tuberculose. Institut thoracique de Montréal. Reproduction autorisée.

**Tuberculose active :
localisation, transmission et facteurs de risque**

La tuberculose se transmet par l'inhalation de microgouttelettes contaminées qui sont expulsées par les personnes lorsqu'elles toussent, éternuent, parlent ou chantent. Une fois inhalées, ces particules aérosols iront ensuite se déposer dans le tractus respiratoire et causeront la primo-infection tuberculeuse. Le passage à la forme active peut varier de quelques semaines à quelques années, selon les facteurs de risque^{1,3}.

La tuberculose prédomine au niveau pulmonaire (74,3 %) ¹. Elle est alors contagieuse. La tuberculose extrapulmonaire (lymphatique, osseuse, pleurale, neurologique, génito-urinaire ou miliaire) n'est pas considérée comme contagieuse, si la présence d'un foyer respiratoire a été complètement écartée. Plusieurs facteurs de risque contribuent à infecter une personne en contact avec un cas de tuberculose active.

Contagiosité

Le degré de contagiosité du cas index dépend de plusieurs facteurs, notamment de la présence de symptômes pulmonaires, de la gravité des signes de tuberculose sur la radiographie pulmonaire (cavités, atteinte de plusieurs lobes, épanchement, etc.) et de

la positivité des frottis (examen microscopique à l'état frais) à la recherche de bacilles de Koch¹.

Environnement

Une ventilation inadéquate, une pièce close, la noirceur, une humidité élevée, sans oublier la surpopulation, sont toutes des facteurs environnementaux propices à la multiplication de *Mycobacterium tuberculosis*. La surpopulation est d'ailleurs un facteur très important à considérer chez les nouveaux arrivants puisque certains d'entre eux ont séjourné dans des camps de réfugiés et des prisons ou partagent un logement avec plusieurs compatriotes.

Durée de l'exposition

Lors d'une éclosion, dans le cadre du dépistage des contacts étroits, il est important d'établir la durée, la fréquence et le degré d'exposition (cohabitation, partage des repas, etc.). L'analyse des informations recueillies dépend toujours du degré de contagiosité du cas index. La recherche des contacts relève entièrement de la Santé publique. À titre d'exemple, les Centers for Disease Control (CDC) considèrent comme un contact étroit toute personne ayant été exposée au moins quatre heures par semaine à un cas index^{1,3}.

Sensibilité de l'hôte

L'état du système immunitaire de la personne en contact étroit avec un patient atteint de tuberculose active accroît grandement le risque d'infection.

Risques et conditions de santé

Dix pour cent des personnes infectées ayant une immunité normale développeront la tuberculose active un jour (figure 3)^{3,6}. Ce pourcentage passe à quelque 45 % chez les nourrissons alors qu'on peut doubler le risque annuel habituel chez les adolescents. Certaines affections (encadré) accroissent ce risque, en provoquant une immunodépression et en augmentant ainsi de 2 à 15 fois le risque annuel habi-

Encadré

Facteurs associés à un risque relatif allant de modéré à élevé de tuberculose active

- ⊗ Infection par le VIH
- ⊗ Maladie entraînant une immunodépression : diabète, silicose, cancer, insuffisance rénale chronique, corticothérapie
- ⊗ Malnutrition ou perte de poids importante
- ⊗ Gastrectomie, dérivation jéjuno-iléale
- ⊗ Transplantation cardiaque et rénale, hémodialyse
- ⊗ Utilisation de drogues injectables (UDI), alcoolisme
- ⊗ Mode de vie
- ⊗ Âge

tuel (figure 3). Sur la figure 3, on constate qu'un patient séropositif pour le VIH qui est infecté par le bacille de la tuberculose aura près de 100 % des chances d'être atteint de tuberculose active après 10 ans s'il ne reçoit pas un traitement préventif.

On devrait soupçonner une tuberculose chez toute personne dont l'état de santé est précaire et qui présente une atteinte de l'état général et des symptômes respiratoires persistants.

En résumé, l'exposition au bacille de Koch n'entraîne pas nécessairement une infection. Le test cutané à la tuberculine restera donc négatif. Par contre, si une personne respire assez de mycobactéries, elle va contracter l'infection et obtenir un résultat positif au test cutané dans les huit à douze semaines suivantes. Si son système immunitaire est adéquat, son risque de développer la tuberculose active est de 10 % à vie (5 % les deux premières années, puis 5 % les années suivantes)^{1,2}.

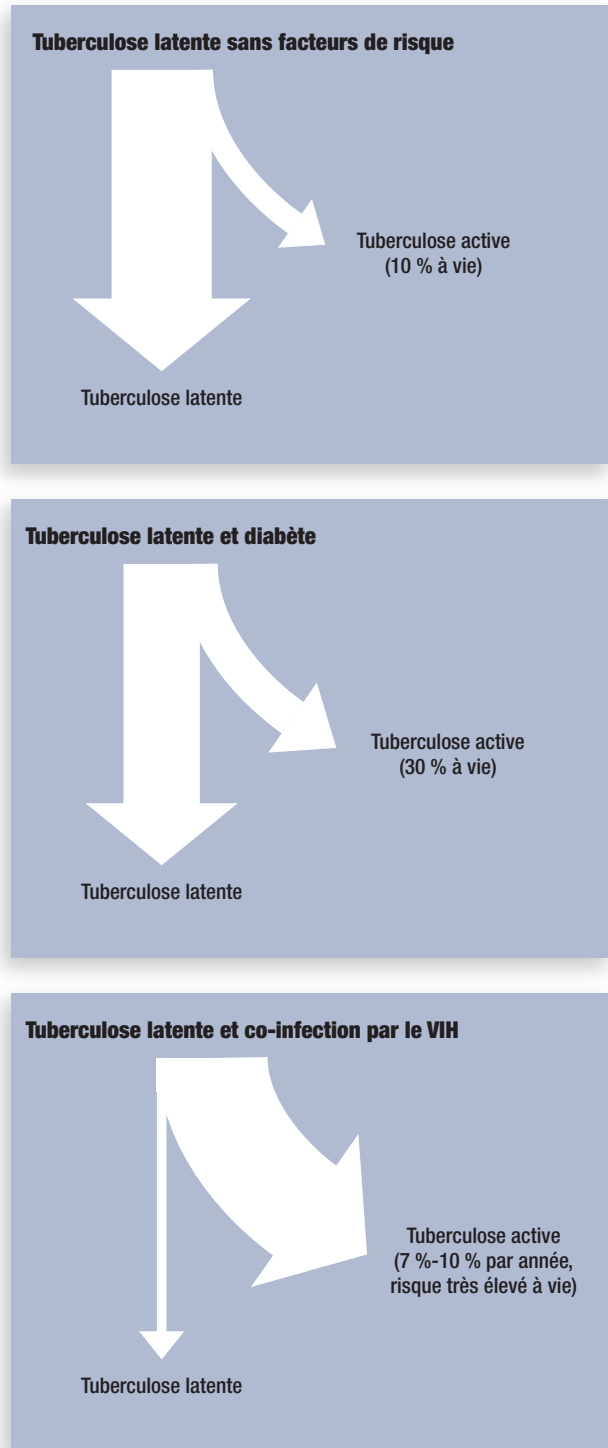
Pour des raisons obscures (stress de la migration vraisemblablement mis en cause), les immigrants provenant de régions endémiques semblent plus susceptibles de développer la tuberculose active de deux à cinq ans après leur arrivée.

Tuberculose active et tuberculose latente : comment les distinguer et les évaluer ?

La tuberculose pulmonaire active est contagieuse et donne généralement des symptômes. La tuberculose latente n'est ni contagieuse ni symptomatique. Pour

Figure 3

Risques de réactivation sans traitement prophylactique



Source : Menzies D. Clinique de tuberculose. Institut thoracique de Montréal. Reproduction autorisée.

Tableau 1

Populations ciblées pour le test cutané à la tuberculine^{4,7}

Groupes à risque/facteurs prédisposants	Commentaires
Contacts étroits (santé publique)	Personne vivant avec un cas index ou partageant plusieurs repas ou activités par semaine
État de santé précaire	<i>Cf. encadré</i>
Séquelles radiologiques d'une tuberculose ancienne	<ul style="list-style-type: none">⊗ Cicatrices d'infection tuberculeuse antérieure (active ou latente)⊗ Cavités⊗ Lésions fibrocicatricielles, particulièrement aux sommets pulmonaires⊗ Granulomes (parfois calcifiés) et non pas bronchectasies, ni emphysème, etc.
Style de vie (toxicomanie, alcoolisme)	
Immigrants provenant de régions endémiques (arrivés ≤ 2 ans) comme l'Asie, l'Afrique, l'Amérique latine, etc. (<i>voir l'OMS</i>)	Risque accru de développer la tuberculose active dans les deux à cinq ans suivant leur immigration
Employés de centres de détention	
Personnel soignant et humanitaire	TCT* en deux temps, un avant le départ, puis un autre huit semaines après le retour

* Test cutané à la tuberculine

faire la différence entre les deux formes, les étapes suivantes sont nécessaires :

Anamnèse et examen physique

Il faut soupçonner la tuberculose active chez toute personne présentant les symptômes suivants : toux prolongée (trois semaines et plus) productive ou non, parfois hémoptysies, douleurs thoraciques. Si l'état persiste, les symptômes généraux (fièvre, sudation nocturne, perte de poids, anorexie et asthénie, etc.) s'installent.

L'examen physique apporte peu d'indices. L'auscultation pulmonaire est souvent normale. Parfois, le murmure vésiculaire est diminué (consolidation, épanchement) et il peut y avoir présence d'un râle crépitant ou d'un souffle tubaire.

Test cutané à la tuberculine

Le test cutané à la tuberculine (TCT) est encore ap-

pelé PPD (Purified Protein Derivative), mais ce dernier acronyme décrit plutôt le liquide servant à faire le test selon l'épreuve de Mantoux qui comprend l'intradermoréaction et la lecture de 48 à 72 heures plus tard^{3,4}. Les résultats de l'épreuve dépendent grandement de la personne qui fait le test et la lecture. Aussi, est-il recommandé de laisser cet acte à du personnel infirmier expérimenté. Pour connaître la technique du TCT, veuillez consulter le site Internet de Santé et Services sociaux Québec au http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/ff/documentation/piq/chap1_18/chap13a.pdf.

À la suite des recommandations américaines⁶ entérinées par les experts canadiens¹, le TCT est indiqué comme moyen de dépistage ciblé de l'infection tuberculeuse latente parmi les patients qui ont un risque élevé de développer une tuberculose active et qui sont donc candidats à un traitement préventif. Le *tableau 1* indique les populations visées.

Il faut soupçonner une tuberculose active chez toute personne dont l'état de santé est précaire ou qui vient d'une région endémique (immigrants arrivés au cours des deux à cinq dernières années) et présentant des symptômes respiratoires avec atteinte de l'état général.

Repère

Il faut retenir qu'une fois positif, le TCT le reste toujours, avec ou sans traitement. Il est donc inutile de le répéter.

Par ailleurs, le TCT en deux étapes n'est pas indiqué chez les nouveaux arrivants. Comme il cible les personnes susceptibles de subir des TCT répétés (personnel soignant), son unique indication est en préemploi et seulement une fois à vie. En outre, c'est uniquement le diamètre de l'induction qui compte dans la mesure de la réaction.

Radiographie pulmonaire

La plupart du temps, la radiographie pulmonaire est normale chez le patient dont le résultat au TCT est positif et ne permet donc pas de confirmer à elle seule une tuberculose active. En effet, le diagnostic de tuberculose doit être appuyé par une culture des expectorations à la recherche de *Mycobacterium tuberculosis*. La moindre lésion radiologique évoquant une tuberculose active demande une telle confirmation. Les photos 1 et 2 représentent des radiographies de patients atteints de tuberculose.

Examen des expectorations

Il faut, idéalement, obtenir des échantillons le matin trois jours consécutifs. Le patient devra être à jeun une heure avant le test et s'être brossé les dents pour éviter les nausées et la contamination alimentaire. À défaut d'un masque de solution saline chez ceux qui ne peuvent cracher, le patient peut s'aider en respirant les vapeurs de la douche matinale. En dernier recours, la bronchoscopie et le lavage gastrique peuvent être utilisés.

Frottis (coloration de Ziehl-Nielsen)

Le frottis est le premier examen microscopique à l'état frais des crachats. Le résultat est habituellement obtenu 24 heures suivant l'envoi au laboratoire. S'il est positif, il y a présomption de tuberculose active. Il faudra alors attendre la culture finale pour confirmer ou infirmer le diagnostic. Toutefois, une réaction en chaîne de la polymérase (PCR) pourra être effectuée sur tout frottis positif afin de confirmer le diagnostic de tuberculose active dans un

Tableau II

Interprétation du test cutané à la tuberculine^{1,2,5,8}

- Test positif : induction ≥ 10 mm ou ≥ 5 mm, selon les facteurs de risque
- Réponse entre 2 et 12 semaines après l'exposition
- Conversion : augmentation d'au moins 6 mm par rapport à un TCT* antérieur dont le résultat était négatif
- Aucune réaction positive en l'absence de contacts étroits
- Test ne permettant pas d'exclure une tuberculose active

Causes de faux négatifs au test cutané à la tuberculine

- Immunodépression (Ex. : VIH)
- Malnutrition, atteinte de l'état général
- Infection virale concomitante (varicelle, rougeole, grippe)
- Maladie fébrile grave
- Tuberculose active (peut expliquer jusqu'à 25 % des résultats négatifs)
- Faux négatif possible si le test est réalisé moins d'un mois après un vaccin vivant injectable (polio, MMR, fièvre jaune, varicelle)
- Extrêmes de la vie (nouveau-nés < 6 sem : anergie ; bébés de 6 semaines à 6 mois et personnes âgées : anergie possible)
- Erreur technique

Causes de faux positifs au test cutané à la tuberculine

- Réaction croisée avec d'autres mycobactéries
- Vaccination par le BCG

Test cutané à la tuberculine et BCG

- Le BCG inoculé durant l'enfance (0-2 ans) cause rarement un résultat positif au TCT.
- Le BCG rend souvent l'interprétation du TCT difficile⁴.

Faire abstraction du BCG :

- chez les personnes à risque (VIH) ;
- chez les contacts étroits ;
- en cas de séquelles radiologiques de tuberculose ancienne ;
- chez les patients provenant de pays endémiques.

Considérer alors la réponse comme une vraie infection et non comme un faux positif

* Test cutané à la tuberculine

court délai (environ 24 h). Par contre, si le frottis est négatif, on ne peut exclure la maladie.

Culture

On procède à la culture de tous les frottis, qu'ils soient positifs ou négatifs. Le résultat final est disponible

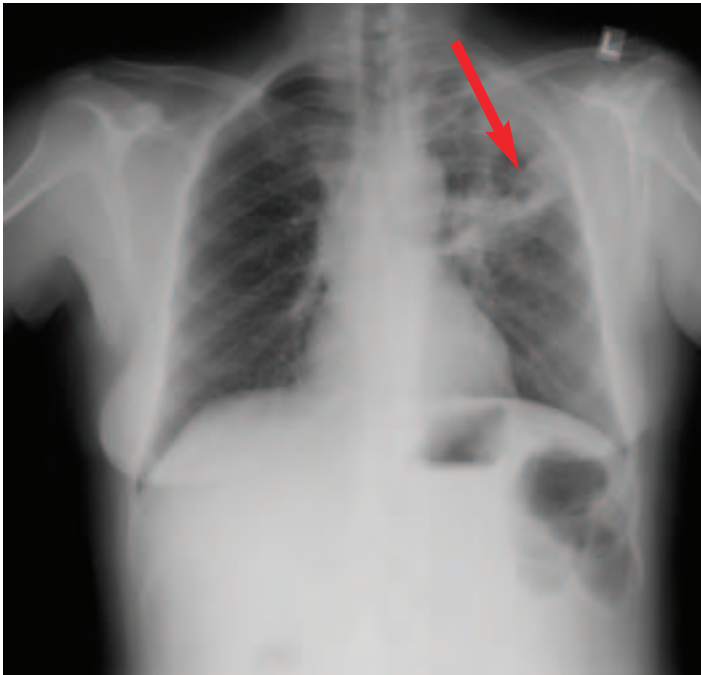


Photo 1. Tuberculose cavitaire. Institut thoracique de Montréal. Reproduction autorisée.



Photo 2. Tuberculose miliaire. Institut thoracique de Montréal. Reproduction autorisée.

après huit semaines et confirme ou infirme le diagnostic de tuberculose active. Toutes les cultures po-

sitives seront ensuite envoyées au Laboratoire de santé publique du Québec pour confirmation et anti-biogramme. Tout résultat positif devra être déclaré à la Santé publique, car la tuberculose active est une maladie à déclaration obligatoire. Dans certaines circonstances, en particulier lorsqu'il y a plusieurs cas actifs déclarés dans une région donnée ou un milieu de travail, la Santé publique peut décider de procéder à un génotypage des cultures positives afin de vérifier si la souche infectante est la même.

À qui s'adresse la chimioprophylaxie ?

La chimioprophylaxie diminue les risques de développer la tuberculose active et devrait être envisagée dans des situations bien précises (*tableau III*)^{4,7,8}. Avant d'entreprendre un traitement préventif, il faut éliminer toute possibilité de tuberculose active dont le traitement est habituellement réservé aux spécialistes.

Un résultat au TCT est positif lorsqu'il atteint 5 mm ou 10 mm selon le groupe cible (*tableau III*). Par ailleurs, l'âge limite de 35 ans ne prévaut plus quand le patient fait partie d'un groupe à risque élevé ou modéré. Le patient devrait alors recevoir un traitement prophylactique quel que soit son âge⁷. Points importants : Lorsqu'un nouvel arrivant de moins de 35 ans provenant d'une région endémique (arrivé depuis 2 à 5 ans) obtient un résultat supérieur ou égal à 10 mm au TCT et que la radiographie est normale, il est considéré comme étant à risque modéré et devra se faire offrir un traitement prophylactique. Par contre, le risque pour un immigrant de plus de 35 ans dans les mêmes conditions est faible. La prophylaxie devient optionnelle, voire inutile.

Il est important de savoir que les quinolones font partie du traitement de deuxième ligne de la tuberculose active. Par conséquent, si elles sont données pour soigner une bronchite ou une pneumonie, elles pourraient décapiter une tuberculose active et entraîner un résultat faussement négatif des cultures. Il est donc déconseillé de choisir cette classe d'antibiotiques dans ce dernier cas si la tuberculose fait

TCT positif un jour, TCT positif toujours, avec ou sans traitement. La radiographie ne peut confirmer un diagnostic de tuberculose. En cas de doute, il faut procéder à la culture des expectorations à la recherche de bacilles de Koch.

Repère

Tableau III

Tuberculose latente : qui dépister et traiter^{4,8}

Personne devant subir un TCT	Âge	Induration au TCT	Recommandation de traitement
Risque élevé			
<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Infection par le VIH ⊕ Contact étroit récent (< 2 ans) ⊕ Radiographie anormale (granulome calcifié ou pas, lésion apicale fibronodulaire), tuberculose non traitée ou traitement inadéquat 	Peu importe l'âge	≥ 5 mm	Doit recevoir un traitement
Risque modéré			
<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Conversion* en moins de 2 ans (+ à risque) ⊕ Immunodépression, (certains cancers, gastrectomie, insuffisance rénale, conditions intestinales, silicose, diabète, malnutrition (poids inférieur de 10 % ou moins à l'IMC idéal), utilisation de drogues injectables, abus d'alcool 	Peu importe l'âge	≥ 10 mm	Doit recevoir un traitement
Risque faible			
<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Aucune des catégories précédentes 	< 35 ans (ou selon évaluation)	≥ 10mm	Offrir un traitement

* Augmentation d'au moins 6 mm par rapport à un résultat négatif antérieur au TCT.

Adapté de : Brassard P. Clinique de tuberculose. Institut thoracique de Montréal. Reproduction et adaptation autorisées.

Chimioprophylaxie^{1,3,6,9}

	Médicament	Durée	Remarques
1^{er} choix	Isoniazide, 300 mg, 1 f.p.j.	9 mois	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Le plus utilisé – Protection à 90 % ⊕ Même durée pour tous : enfants, adultes, porteurs de VIH ⊕ Gratuit pour tous (RAMQ, délai de carence et PFSI*) avec CODE 2L ⊕ Mieux absorbé sur un estomac vide
Autres solutions	Isoniazide à raison de 5mg/kg, max. de 300 mg, 1 f.p.j., 2 fois par semaine en traitement d'observation directe (TOD)	9 mois	⊕ En cas de problèmes d'observance
	Isoniazide, 300 mg, 1 f.p.j.	6 mois	⊕ Acceptable – protection allant de 60 % à 70 %
	Rifampine, 600 mg, 1 f.p.j.	4 mois	⊕ Moins hépatotoxique que l'isoniazide
	Rifampine et pyrazinamide	2 mois	⊕ Non recommandés

* Programme fédéral de santé intérimaire

partie du diagnostic différentiel.

D'autres points sont aussi à prendre en compte, comme la fidélité du patient au traitement et la sen-

sibilité des cultures du cas index. Le *tableau IV* résume bien le premier choix de traitement et les autres solutions possibles.

Tableau V

Prophylaxie : effets indésirables et interactions^{6,9}

Isoniazide

Rifampine

Effets indésirables*

- ⊕ Hépatite, surtout en cas d'hépatite virale chronique ou de prise d'alcool⁴
< 0,1 % chez les moins de 20 ans,
1,2 % chez les 35-49 ans,
2,3 % chez les 49-64 ans,
> 5 % chez les plus de 65 ans
- ⊕ Malaises épigastriques
- ⊕ Éruption cutanée, prurit
- ⊕ Fatigue
- ⊕ Neuropathie périphérique (vitamine B₆, 25 mg, 1 f.p.j. en cas de diabète, d'urémie, d'alcoolisme, de malnutrition ou d'épilepsie)

- ⊕ Malaises épigastriques
- ⊕ Éruption cutanée, prurit, réaction anaphylactoïde
- ⊕ Coloration orangée des sécrétions (urine, larmes, sueurs) : **attention aux verres de contact**
- ⊕ Hépatotoxicité (moindre qu'avec l'isoniazide)
- ⊕ Thrombocytopénie, leucopénie, anémie hémolytique, insuffisance rénale aiguë
- ⊕ Syndrome pseudogrippal (fièvre, douleurs osseuses, dyspnée) si prise irrégulière ou en cas de reprise après un arrêt

Interactions

Phénytoïne

- ⊕ Méthadone
- ⊕ Inhibiteur de protéase
- ⊕ Coumadin
- ⊕ Glucocorticoïdes
- ⊕ Contraceptifs oraux
- ⊕ Hypoglycémiant oraux
- ⊕ Anticonvulsivants
- ⊕ Digitale, antiarythmiques
- ⊕ Théophylline
- ⊕ Kétoconazole
- ⊕ Cyclosporine

* Augmentent avec l'âge

Isoniazide

Si l'observance du traitement par l'isoniazide est supérieure à 80 %, la durée optimale de ce dernier est de neuf mois pour tous⁶. L'incidence de nouveaux cas actifs après la prophylaxie est nettement plus élevée chez les patients qui ont suivi un traitement pendant six mois et moins que chez ceux

ayant reçu un traitement de neuf, douze ou dix-huit mois. Par ailleurs, au-delà de neuf mois, le traitement prophylactique n'offre pas une meilleure protection, mais prolonge les effets indésirables⁶. Même si l'isoniazide est sans risque pendant la grossesse, il est préférable d'en retarder l'utilisation jusqu'à trois mois après l'accouchement.

Rifampine

La rifampine est un traitement préventif de second choix d'une durée de quatre mois seulement. Comme il s'agit d'une indication récente, il est encore impossible de prédire son pourcentage de protection comme on peut le faire avec l'isoniazide (tableau IV). En outre, ses interactions médicamenteuses sont nombreuses, ce qui peut limiter son emploi dans certaines circonstances (tableau V).

Suivi clinique et sanguin

La tuberculose est encore taboue chez nous ainsi que dans plusieurs pays du monde. Dès la première visite d'un patient, il est donc primordial de bien lui expliquer les deux entités et d'insister sur le fait que la tuberculose latente, le cas échéant, ne nuira pas à sa capacité de travailler, de fréquenter ses proches et d'avoir des loisirs. La demande du statut de réfugié ne sera

pas non plus retardée ou refusée en raison de ce nouveau diagnostic.


Quant à la supervision du traitement préventif et de l'état du patient, elle est la pierre angulaire de la réussite. Il n'y a pas de lignes directrices quant à la fréquence des visites et des prises de sang. Aussi, les conseils suivants sont donnés à titre indicatif. Une

Il faut éviter le recours aux quinolones chez un patient présentant des symptômes pulmonaires, si l'on n'a pas éliminé la possibilité d'une tuberculose active. Cette classe d'antibiotiques décapitera la tuberculose puisque c'est un traitement de deuxième ligne.

Repère

visite mensuelle peut être prévue les trois premiers mois, puis aux deux mois par la suite jusqu'en fin de traitement si l'observance est adéquate et les effets indésirables minimes ou absents. Un dosage des enzymes hépatiques n'est pas indiqué d'emblée chez les enfants et les adultes en bonne santé de moins de 35 ans, sauf s'il y a un risque d'hépatotoxicité (âge \geq 35 ans, maladie hépatique, éthylisme, VIH). Il faut alors procéder au dosage avant le début du traitement, puis mensuellement au cours des trois premières visites. Vous devez cesser le traitement si le taux de transaminases est de trois à cinq fois supérieur à la normale.

VOUS SAVEZ MAINTENANT que Mamadou ne devrait pas recevoir de quinolones, car vous n'avez pas encore éliminé la possibilité d'une tuberculose pulmonaire active. Le TCT de Carmen est positif, et sa radiographie est normale. Vous lui prescrivez donc de l'isoniazide pendant neuf mois.

Autrefois mortelle, la tuberculose est de nos jours une maladie curable. Malgré une baisse de son incidence en Occident, elle est toujours endémique dans plusieurs régions du globe d'où proviennent certains immigrants ainsi que chez les Autochtones. Pour pouvoir la maîtriser, il faut d'abord la reconnaître. 

Date de réception : 10 août 2006

Date d'acceptation : 7 novembre 2006

Mots clés : tuberculose, test cutané à la tuberculine, maladies contagieuses, émigration et immigration, réfugiés

La D^{re} Bérénice Mortézai n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Association pulmonaire du Canada. *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*. Santé Canada : 5^e éd. ; 2000.
2. Centers for Disease Control and Prevention. US Department of Health and Human Services. Targeted Tuberculin Testing and Treatment of Latent Tuberculosis Infection. *MMWR* 2000 ; 49 (RR-6) : 1-51.
3. Braithwaite E, Desrosiers M, Hébert G et coll. *S'entraider pour vaincre la tuberculose*. Institut thoracique de Montréal. 1995 : 107 p.
4. Letellier M, Rivest P, rédacteurs. La tuberculose fait encore parler d'elle. *Bulletin de l'unité des maladies infectieuses*. RRSSS Montréal-Centre ; janvier 1999 ; 4 (1) : 1-6.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Protocole d'immunisation du Québec : Test cutané à la tuberculine (TCT) et vaccin contre la tuberculose (BCG) ; chapitre 13*. Québec : Le Ministère ; 2004. Site Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/>

Summary

Tuberculosis and New Immigrants. Each year, tuberculosis (TB) causes eight million new active cases and two million deaths worldwide. TB is still prevalent in many countries from which immigrants and refugees originate. In Canada, a health surveillance program has helped reduce its incidence over the past few decades and TB remains low in most high-income (Western) countries. Immigrants from TB endemic countries are more at risk of developing active TB within two to five years after their arrival in Canada. Therefore, TB should be suspected in all patients from endemic countries presenting with respiratory and constitutional symptoms, particularly those with a predisposing health condition. After a careful medical history and a physical examination, a tuberculin skin test (TST) can be performed if there is no record of a previous test available. Once positive, a TST remains positive with or without treatment. It is important to remember that a chest X-ray alone cannot confirm or rule out active TB. If this is suspected, TB cultures of sputum samples should be ordered. If active TB is definitely ruled out, and taking into account the individual patient's risk factors, treatment for latent TB infection with isoniazid daily for nine months or with rifampicin daily for four months can be offered to the patient. One should also remember that quinolones should be avoided to treat bronchitis or pneumonia if active TB has not been ruled out as this class of antibiotics is indicated as a second line treatment.

Keywords: tuberculosis, tuberculin skin test, contagious diseases, immigration, refugees

piq/chap1_18/chap13a.pdf (Page consultée le 5 août 2006)

6. Bass JB Jr, Farer LS, Hopewell PC et coll. Treatment of Tuberculosis and Tuberculosis Infection in Adults and Children. American Thoracic Society and the Centers for Disease Control and Prevention. *Am J Respir Crit Care Med* 1994 ; 149 : 1359-74.
7. Brassard P. La tuberculose (TB) : savoir cibler ses interventions. *Bulletin de l'unité des maladies infectieuses*. RRSS Montréal-Centre ; novembre 2001 ; 6 (11) : 1-4.
8. Tannenbaum T. *Prévenir et enrayer la tuberculose. Situation et recommandations*. MSSS ; 1996 : 222 p.
9. Treatment of mycobacterial infections. Dans : Gilbert DN, Moellering RC, Sande MA, rédacteurs. *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy*. 33^e éd. Hyde Park ; 2003. pp. 82-9.

Remerciements : D^r Paul Brassard, Institut thoracique de Montréal ; D^r Yen Bui, Département de santé publique de la Montérégie ; D^{rs} Robert I. Hidvegi et Dick Menzies, Institut thoracique de Montréal ; D^{re} Marie Munoz, CLSC Côte-des-Neiges ; Isabelle Parisien, infirmière, Institut thoracique de Montréal.