

C. Delacourt

Service de Pneumologie Pédiatrique, Hôpital Necker-Enfants Malades, 161 rue de Sèvres, 75015 Paris, France

Enfant vacciné exposé à un cas de tuberculose pulmonaire (1)

Évaluation des facteurs de risque d'infection (2)

Risque d'infection non significatif
Décision de non-dépistage

■ Abréviation

IGRA : *interferon gamma releasing assays*

Risque d'infection présent :
Tubertest + Rx thorax

Rx thorax
anormale (3)

Rx thorax
normale et (4)

Tubertest
< 10 mm*

Tubertest
10-14 mm*

Tubertest
≥ 15 mm*

Pas de critère
d'infection

Zone d'incertitude
IGRA ? (5)

Infection
latente

≥ 2 ans

< 2 ans

≥ 2 ans

Évaluation de
tuberculose-maladie
(quel que soit le Tubertest)

Surveillance avec
contrôle à 3 mois (8)

Prophylaxie (7)

Traitement si fort risque
d'infection (ou IGRA+) ;
sinon, contrôle à 3 mois

Traitement (6)

* Chiffres à diminuer de 5 mm si l'enfant n'est pas vacciné

■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) Un dépistage efficace doit être rapidement initié après la découverte d'un cas de tuberculose pulmonaire dans l'entourage de l'enfant. Tout cas de tuberculose des voies aériennes doit être immédiatement signalé au Centre de lutte antituberculeuse (CLAT) du département, qui a pour mission de centraliser et coordonner le dépistage. Les coordonnées des CLAT sont régulièrement mises à jour sur le site de la Société de pneumologie de langue française (SPLF), à l'adresse suivante : <http://www.splf.org/s/spip.php?article448>. Le signalement au CLAT est différent de la déclaration obligatoire, envoyée à l'autorité sanitaire (DDASS ou ARS), dont l'objectif est principalement épidémiologique.

(2) Évaluation du risque d'infection chez les enfants exposés

— Les principaux facteurs associés à l'identification d'une infection tuberculeuse lors d'un dépistage sont : avoir un lien de premier degré avec le contaminateur ; avoir passé une/ des nuit(s) au même domicile que le contaminateur ; appartenir à une condition socio-économique défavorisée ; avoir été exposé à un contaminateur avec caverne(s) radiologique(s) ou fortement bacillifère (≥ 100 BAAR par champ) ; être né dans un pays où la tuberculose est fréquente. L'absence de tous ces facteurs rend la probabilité d'une infection très faible, inférieure à 3 % et peut permettre de ne pas poursuivre le dépistage dans la plupart des situations. Un seul critère impose de poursuivre la démarche de dépistage (le risque d'infection est de 40 % avec 4 critères)

— Chez les enfants infectés, les principaux risques de progression immédiate vers la maladie sont le jeune âge de l'enfant (< 5 ans et surtout < 2 ans), l'immunodépression, le diabète et l'insuffisance rénale.

(3) Toute anomalie radiologique évocatrice (adénopathies hilaires ou médiastinales, infiltrats ou nodules parenchymateux) doit faire évoquer le diagnostic de tuberculose-maladie, quel que soit le résultat du Tubertest®. Une hospitalisation est alors nécessaire.

(4) Le résultat du Tubertest® permet de poser le diagnostic d'infection latente lorsque la radiographie de thorax est normale. Ce résultat est basé sur la lecture à la 72^e heure du diamètre transversal de l'induration du test.

Tout enfant vacciné par le BCG et exposé à un cas de tuberculose doit être considéré comme infecté si son induration est d'au moins 15 mm. Ce seuil peut être abaissé à 10 mm en cas de contact étroit avec un cas fortement contaminant. Chez un enfant non vacciné par le BCG, ces seuils sont abaissés de 5 mm, soit 10 mm pour les enfants à risque d'infection faible ou modéré, et 5 mm lorsque le risque est élevé.

(5) Les *interferon gamma releasing assays* (IGRA) sont capables d'identifier une infection tuberculeuse à partir de prélèvements sanguins, avec une excellente spécificité (supérieure à 95 %). Deux tests sont commercialement disponibles : Quantiferon® et T spot-TB®.

La sensibilité semble toutefois meilleure dans la tuberculose-maladie que dans l'infection latente.

Du fait de ces discordances encore mal comprises entre IDR

positive et IGRA négatifs, la Haute Autorité de Santé (HAS) ne propose pas d'utiliser ces tests en première intention pour les dépistages pédiatriques (avis du 13 décembre 2006). C'est peut-être lorsque le diamètre du test tuberculinique ne permet pas d'affirmer l'infection chez l'enfant vacciné, entre 10 et 15 mm, que ces tests apparaissent le plus utile.

(6) Le traitement d'infection tuberculeuse latente repose sur l'association isoniazide (10 mg/kg/j avant 2 ans et 5 mg/kg/j après 2 ans) + rifampicine (10 mg/kg/j) pendant 3 mois.

Les recherches microbiologiques préalables par tubage gastrique ne restent recommandées que chez l'enfant de moins de 2 ans. Aucun autre examen n'est justifié à titre systématique. La surveillance d'un traitement d'infection latente est avant tout clinique.

(7) En l'absence d'arguments en faveur d'une infection lors de la première évaluation, une prophylaxie par isoniazide et rifampicine est recommandée pour les enfants à haut risque de progression vers la maladie, et notamment les enfants de moins de deux ans, jusqu'à leur deuxième évaluation, voir (8).

(8) En l'absence d'arguments en faveur d'une infection lors de la première évaluation, une simple surveillance est recommandée chez les enfants sans risque important de progression vers la maladie. Une deuxième évaluation doit être réalisée par Tubertest et radiographie de thorax, en respectant un délai de 3 mois après l'arrêt de tout contact avec le contaminateur.

Conflits d'intérêts :

Aucun.

■ Références

Conseil Supérieur d'hygiène Publique de France. Enquête autour d'un cas de tuberculose : recommandations pratiques. 2006. http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_autour_d_un_cas_de_tuberculose_Recommandations_pratiques.pdf

Aissa K, Madhi F, Ronsin N, et al. Evaluation of a model for efficient screening of tuberculosis contact subjects. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177:1041-7.

Delacourt C, Albertini M, Decludt B, et al. Quels sont les examens utiles devant un enfant exposé asymptomatique ayant une intradermo-réaction à la tuberculine (IDR) positive et une radiographie thoracique normale ? *Rev Mal Respir* 2004;21:S13-23.

Correspondance.

Adresse e-mail : christophe.delacourt@nck.aphp.fr