

# Recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française sur la prise en charge de la tuberculose en France

Conférence d'experts – texte court

Société de Pneumologie de Langue Française

La Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF), constituée il y a un peu moins d'un siècle comme Société de la Tuberculose, actualise régulièrement ses recommandations pour la prise en charge de la tuberculose. L'épidémiologie de cette maladie change et de nouveaux modes de prises en charge apparaissent. Un groupe d'experts réunis par la SPLF a élaboré au cours de l'année 2003 une actualisation des recommandations sur la prise en charge de la tuberculose qui complètent le travail du Haut Comité d'Hygiène Publique de France récemment publié dans la *Revue des Maladies Respiratoires* (*Rev Mal Respir* 2003, 20, 7S1-7S106).

---

**Comité d'organisation :** J.-F. Muir, Ph. Godard, B. Housset, J.-P. Orlando, J.-P. Grignet, J. Cadranel, B. Dautzenberg

**Président :** B. Dautzenberg

**Secrétaire :** N. Veziris

**Experts :** C. Delacourt (animateur de groupe), M. Albertini, B. Decludt, C. Marguet, P. Scheinmann, A. Deschildre, Ch. Poirier, J. Cadranel (animateur de groupe), N. Veziris, C. Beigelman, C. Fuhrman, B. Herer, F. Bonnaud (animateur de groupe), C. Chouaïd (animateur de groupe), F. Antoun, F. Blanc-Jouvan, K. Cormier, P. Fraisse, L. Portel, D. Valeyre (animateur de groupe), J. Guigay, J.-L. Herrmann, V. Jarlier, G. Marchal, B. Dautzenberg (animateur de groupe), E. Car-dot, M. Frechet-Jachym, J.-P. Grignet, J.-P. Maffre.

---

Le Comité d'organisation a déterminé six questions à aborder par la conférence. Les experts ont rédigé des textes longs sur chacune des 6 questions, par groupe de 3 à 5, textes publiés dans la *Revue des Maladies Respiratoires* (n° 3-2004). L'ensemble des experts a voté une première fois sur les recommandations élaborées par chacun des groupes. En réunion plénière des recommandations consensuelles ont été formulées. Les questions non-consensuelles ont fait l'objet de nouvelles propositions et d'un deuxième vote pour aboutir à ce texte court qui a été revu secondairement par les responsables

Société de Pneumologie de Langue Française, Paris, France.

**Tirés à part :**

SPLF, 66, boulevard Saint-Michel, 75006 Paris, France.

**Accessible en ligne via :**

<http://www.splf.org/rmr/accesLibre/recosTuberculose.htm>

Rev Mal Respir@splf.org

de chacun des 6 groupes d'experts. Ce texte court a été validé définitivement lors d'une séance publique le vendredi 23 janvier 2004 à Nice lors du 8<sup>e</sup> Congrès de Pneumologie de Langue Française. La version finale a été relue par des experts n'ayant pas participé à l'élaboration des recommandations avant publication.

Le niveau de preuve de chacune des recommandations a été coté selon une gradation adaptée de celle de l'ANAES :

**A** : preuve scientifique établie (essais comparatifs randomisés de forte puissance, méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées)

**B** : présomption scientifique (essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte)

**C** : faible niveau de preuve (études cas-témoins)

**D** : avis d'experts.

---

## Question 1 : Quels sont les examens utiles devant un enfant exposé, asymptomatique, ayant une intra-dermo réaction à la tuberculine (IDR) positive et une radiographie thoracique normale ?

### • quand évoquer le diagnostic d'infection tuberculeuse chez l'enfant ?

Il est recommandé d'évoquer le diagnostic d'infection tuberculeuse chez l'enfant, en cas d'un contact étroit avec un patient ayant une tuberculose pulmonaire, d'un voyage dans un pays à haute incidence ou d'un contact avec un visiteur provenant d'un tel pays. Le risque de passage de l'infection à la maladie est accru chez l'enfant de moins de 2 ans, l'immuno-déprimé et en cas de pathologies chroniques sous-jacentes (A).

### • quand porter le diagnostic d'infection tuberculeuse chez l'enfant immunocompétent exposé ?

Il est recommandé de tenir compte du *contexte* et de l'existence d'une vaccination *BCG* pour interpréter une IDR positive.

#### Chez l'enfant non vacciné par le BCG

- Il est recommandé de porter le diagnostic d'infection tuberculeuse latente devant une induration de l'IDR  $\geq 10$  mm quel que soit le contexte (A).

- Il est recommandé de porter le diagnostic d'infection tuberculeuse latente devant une induration de l'IDR  $\geq 5$  mm, en présence d'un très fort risque de contamination, comme notamment la notion d'un contact étroit avec un patient ayant des cavernes et/ou fortement bacillifère (A).

#### Chez l'enfant vacciné par le BCG

- Il est recommandé de porter le diagnostic d'infection tuberculeuse latente devant une induration de l'IDR  $\geq 15$  mm (B).

- Il est recommandé de porter le diagnostic d'infection tuberculeuse latente devant une induration de l'IDR  $\geq 10$  mm, en présence d'un très fort risque de contamination, comme notamment un contact étroit avec un adulte présentant des cavernes et/ou fortement bacillifère (avis d'experts).

### • quels examens réaliser une fois le diagnostic d'infection tuberculeuse latente portée (enfant asymptomatique et radiographie thoracique normale) ?

- Il est recommandé de ne pas réaliser, chez l'enfant immunocompétent de plus de 2 ans, de *tubages gastriques*. Il est recommandé de réaliser des tubages gastriques chez l'enfant de moins de 2 ans et en cas d'immunodépression (avis d'experts).

- Il est recommandé de ne pas réaliser une recherche microbiologique par *amplification génique* (avis d'experts).

- Il est recommandé de réaliser une *tomodensitométrie* uniquement si la normalité de la radiographie thoracique est difficile à affirmer et notamment lorsqu'un doute existe quant à des adénopathies hilaires et/ou médiastinales ainsi que dans les situations d'immunodépression. Il est recommandé de ne pas réaliser de tomodensitométrie chez l'enfant immunocompétent à radiographie thoracique normale (avis d'experts).

- Il est recommandé de ne pas réaliser de *numération formule sanguine*, de mesure de la vitesse de sédimentation ou de mesure de la protéine C-réactive (avis d'experts).

- Il est recommandé de ne pas réaliser de *sérologies tuberculeuses* (B).

- Il est recommandé de ne pas d'effectuer à titre systématique un dosage des *transaminases* avant la mise en route du traitement antituberculeux par isoniazide seul ou isoniazide et rifampicine, en l'absence de pathologie hépatique connue ou suspectée et à posologie usuelle respectée (B).

- Il est recommandé de ne pas réaliser une ponction lombaire chez un enfant immunocompétent en dehors de signes d'appels pour une méningite (avis d'experts).

### • quelle surveillance pratiquer chez un enfant exposé dont le premier examen de dépistage est négatif ?

- Il est recommandé, à la suite d'un premier examen de dépistage ne conduisant pas à un traitement, de *revoir l'enfant exposé* après 8 à 12 semaines pour pratiquer une nouvelle IDR et une radiographie thoracique (B).

## Question 2 : Dans quelles circonstances et comment traiter une infection tuberculeuse latente ?

### • quelles sont les indications du traitement de l'infection tuberculeuse latente ?

- Il est recommandé, suite à l'exposition à un cas de tuberculose pulmonaire, un traitement prophylactique pour tout *enfant de moins de 2 ans* ou tout sujet, enfant ou adulte, immunodéprimé ou porteur d'une pathologie chronique l'exposant à un risque élevé de progression rapide vers la tuberculose-maladie, même en l'absence de critères initiaux d'infection tuberculeuse (avis d'experts).

- Chez l'enfant comme chez l'adulte, lorsqu'un traitement de la tuberculose infection est justifié en cas de contact avec un cas de tuberculose, il est recommandé de prendre *l'avis d'un spécialiste* de la lutte antituberculeuse (avis d'experts).

- Il est recommandé d'administrer un traitement d'infection tuberculeuse latente à un sujet exposé dans les cas suivants :

- chez l'enfant immunocompétent (< 18 ans) quand l'IDR est  $\geq 15$  mm (ou phlycténulaire) (A) ;

- chez l'enfant immunocompétent (< 18 ans) vacciné par le BCG quand l'IDR est comprise entre 10 et 15 mm dans des situations à très fort risque de contamination (contact étroit avec un adulte présentant des cavernes et/ou fortement bacillifère) (avis d'experts) ;

- chez l'enfant immunocompétent non vacciné par le BCG quand l'IDR est  $\geq 10$  mm (ou phlycténulaire) ou quand l'IDR est  $\geq 5$  mm dans des situations à très fort risque de contamination (contact étroit avec un adulte présentant des cavernes et/ou fortement bacillifère) (D) ;

- chez l'adulte immunocompétent, en dehors du vieillard, quand l'IDR  $\geq 15$  mm quelque soit les circonstances, ou  $\geq 10$  mm dans des situations à très fort risque de contamination, ou quand on a la certitude du caractère récent de l'infection tuberculeuse (avis d'experts) ;

- chez les migrants, en France depuis moins de 2 ans, provenant de pays à forte endémie tuberculeuse, la règle précédente s'applique (avis d'experts) ;

- chez le sujet âgé (> 80 ans), il n'est pas recommandé d'entreprendre de traitement d'infection tuberculeuse latente (B).

- Il est recommandé de ne pas retenir comme indication de traitement la seule constatation d'une IDR positive, y compris si elle est  $\geq 15$  mm, chez l'adulte immunocompétent en dehors de l'exposition à un cas de tuberculose contaminante, d'une immigration récente ou de risque professionnel (avis d'experts).

- Chez les personnes infectées par le VIH, les recommandations de traitement sont celles du Rapport 2002 du

Ministère de la Santé proposant une prévention de la tuberculose dans les situations suivantes :

- après un contact démontré avec le bacille tuberculeux quel que soit le résultat de l'IDR, le degré du déficit immunitaire et le statut vaccinal antérieur ;

- en dehors de tout contact démontré chez les patients chez qui une IDR pratiquée à titre systématique est retrouvée positive ( $\geq 5$  mm en l'absence de vaccination ou  $\geq 10$  mm en cas de vaccination par le BCG) et chez qui il existe une forte présomption d'exposition environnementale au bacille tuberculeux (migrant récent d'un pays à forte endémie, toxicomane, « précaire », détenu, soignant...).

### • quelle est la nature du traitement de l'infection tuberculeuse latente ?

- Chez l'enfant, lorsqu'un traitement d'infection tuberculeuse latente est indiqué en cas de contact avec un cas de tuberculose à bacilles a priori sensible, l'association *isoniazide-rifampicine* (isoniazide 10 mg/kg/j avant 2 ans et 5 mg/kg/j après 2 ans, rifampicine 10 mg/kg/j) est recommandée pour une durée de 3 mois (C).

- Chez l'adulte, lorsqu'un traitement de l'infection tuberculeuse latente est justifié en cas de contact avec un cas de tuberculose à bacilles a priori sensibles, il est recommandé d'administrer l'isoniazide à la dose de 5 mg/kg/j pour une durée de 9 mois (B). L'association *isoniazide (5 mg/kg/j) et rifampicine (10 mg/kg/j)*, pour une durée de 3 mois est une alternative possible (B).

- Chez l'enfant comme chez l'adulte, lorsqu'un traitement d'infection tuberculeuse latente est justifié en cas de contact avec un cas de tuberculose à bacilles sensibles, il est recommandé de ne pas donner de la *rifampicine seule* ou l'association *rifampicine-pyrazinamide* du fait du manque d'études d'une qualité méthodologique suffisante (rifampicine) et d'un moins bon rapport bénéfice/toxicité (rifampicine - pyrazinamide) (A).

### • quelle est la nature du traitement de l'infection tuberculeuse latente dans des cas particuliers ?

- Il est recommandé dans les cas particuliers, énoncés ci-dessous, de discuter avec un spécialiste afin de juger du bénéfice à attendre en terme de réduction du risque de progression vers la maladie par rapport au risque de toxicité du traitement proposé (avis d'experts).

- Lorsqu'un traitement de la tuberculose infection est justifié *en cours de grossesse*, les recommandations habituelles peuvent être appliquées (avis d'expert). L'allaitement n'est pas contre-indiqué (A).

- Lorsqu'un traitement d'infection tuberculeuse latente est justifié *chez un patient VIH*, le traitement recommandé est l'isoniazide pendant 9 mois (A).

- Lorsqu'un traitement d'infection tuberculeuse latente est justifié chez un patient présentant une *immunodépression en dehors de l'infection VIH*, il est recommandé d'utiliser les recommandations appliquées au patient VIH (avis d'experts).

- Lorsqu'un traitement d'infection tuberculeuse latente est justifié *en cas de maladie hépatique grave*, le traitement recommandé est la rifampicine 10 mg/kg pour une durée de 3 mois (avis d'experts).

- Lorsqu'un traitement de la tuberculose infection est justifié en cas d'*insuffisance rénale terminale*, les recommandations habituelles peuvent être appliquées (avis d'experts).

- Lorsqu'un traitement d'infection tuberculeuse latente est justifié en cas de contact avec un cas de tuberculose *résistante à l'isoniazide*, en absence de données on ne peut donner de recommandations générales.

- Lorsqu'un traitement d'infection tuberculeuse latente est justifié en cas de contact avec un cas de *tuberculose multirésistante*, il est recommandé d'obtenir l'antibiogramme complet de la souche avant de proposer un traitement préventif (avis d'experts).

### • quelle surveillance pratiquer chez un patient recevant un traitement d'infection tuberculeuse latente ?

- Chez l'adulte, lorsqu'un traitement d'infection tuberculeuse latente comportant de l'isoniazide est justifié, il est recommandé de réaliser une *surveillance des transaminases* pendant le premier mois de traitement, en particulier chez la personne âgée, l'alcoolique, la femme en post-partum, le malade non compliant et en cas d'association à d'autres médicaments hépatotoxiques (A).

- Chez l'enfant, lorsqu'un traitement d'infection tuberculeuse latente comportant de l'isoniazide est justifié, il est recommandé de surveiller cliniquement l'enfant tous les mois et de donner une information soignée aux parents sur les signes témoignant d'une éventuelle toxicité du traitement : douleurs abdominales, vomissements, ictère. Un dosage systématique des transaminases est recommandé chez les enfants ayant une pathologie hépatique ou dont la famille a une mauvaise compréhension des signes cliniques de toxicité.

- Chez l'enfant, comme chez l'adulte, il est recommandé d'interrompre le traitement en cas d'apparition de signes cliniques d'hépatotoxicité (B).

### Question 3 : Quels sont les nouveaux outils diagnostiques de la tuberculose ?

Les tests traditionnels restent la référence en terme de diagnostic de la tuberculose. Il est recommandé de pratiquer un examen microscopique et une culture sur tous les prélèvements à la recherche de *Mycobacterium tuberculosis*.

### • quel est l'apport des outils de biologie moléculaire ?

- Les tests d'amplification génique sont validés pour identifier rapidement les bacilles de la tuberculose dans les prélèvements respiratoires à examen microscopique positif (A). Ils sont recommandés en présence de bacilles acido-alcoolo-résistants à l'examen microscopique d'un prélèvement, s'il existe un doute diagnostique avec une infection à mycobactérie non tuberculeuse.

- Les tests d'amplification génique ne sont pas recommandés chez l'adulte en cas d'*examen microscopique négatif*(B).

- La recherche moléculaire des mutations conférant la résistance à la rifampicine est recommandée en cas de suspicion de résistance à la rifampicine ou de multirésistance (B).

### • quel est l'apport du dosage de l'adénosine désaminase ?

Malgré les performances élevées du test, élevée, la mesure systématique de l'activité adénosine désaminase n'est pas recommandée en France pour le diagnostic de pleurésie tuberculeuse en l'état actuel des connaissances (C).

### • quel est l'apport des tests immunologiques ?

Il est recommandé de ne pas réaliser de tests immunologiques avec les réactifs actuellement commercialisés dans le cadre du diagnostic de routine ou de la surveillance de la tuberculose (avis d'experts).

### Question 4 : Quelles attitudes adopter devant des séquelles tuberculeuses mises en évidence sur une radiographie thoracique ?

#### • comment affirmer le caractère séquellaire des lésions radiographiques ?

- Un cliché thoracique standard de face est recommandé au minimum en fin de traitement et 2 ans après le début du traitement d'une tuberculose maladie (avis d'experts). Ce dernier cliché servira de référence par la suite pour l'interprétation du caractère évolutif ou non d'images d'allure séquellaire.

- En l'absence de traitement antérieur bien conduit ou en l'absence de radiographie thoracique de référence, et avant toute décision de traitement prophylactique, une *tuberculose maladie doit être éliminée* (C).

- *L'IDR* ne permet pas d'affirmer ou d'infirmer le caractère tuberculeux évolutif d'images radiographiques. Il n'y a pas d'indication à pratiquer une IDR dans ce contexte (C).

### • quelle attitude adopter en fonction des antécédents de traitement ?

- Une abstention thérapeutique est recommandée en cas de *traitement antérieur conforme au standard*, avec une stabilité radio-clinique et en l'absence de facteur de risque (C).

- Un traitement antérieur sera considéré comme conforme s'il comprend *isoniazide et rifampicine durant au moins 6 mois*. Dans les autres cas de figure, il est recommandé de prendre un avis d'expert.

### • qui traiter devant des images radiologiques évoquant des séquelles ?

- Chez le sujet immunocompétent, devant des *séquelles présumées de moins de 10 ans*, en l'absence de traitement antérieur conforme, un traitement est recommandé. Cette situation correspond en particulier à celle du *migrant* récent en provenance d'un pays d'endémie tuberculeuse (B).

- Chez le *sujet immunodéprimé* ou devant devenir immunodéprimé, en l'absence de traitement antituberculeux antérieur conforme, un traitement est recommandé quelle que soit l'ancienneté des séquelles (C).

### • quel traitement administrer, quand il est indiqué de traiter des séquelles de tuberculose ?

- En absence d'immunodépression, il est recommandé un traitement de 9 à 12 mois par isoniazide. L'association rifampicine et isoniazide pendant 4 mois est une alternative possible (B).

- En cas d'immunodépression sévère, un traitement standard est recommandé (avis d'experts).

---

## Question 5 : Quel traitement proposer, en dehors du traitement antituberculeux standard ?

### • quel est le traitement standard de la tuberculose ?

- Le *traitement standard de la tuberculose maladie* recommandé en France chez l'adulte, est le traitement quotidien en deux phases comprenant durant la première phase de 2 mois l'association de 4 antibiotiques : isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol, puis durant la deuxième phase de 4 mois l'association isoniazide et rifampicine (A).

- Malgré l'absence d'études démonstratives, les formes galéniques *combinées* sont recommandées afin de favoriser l'observance (avis d'experts).

### • quel est le traitement en cas de résistance suspectée ou confirmée aux antituberculeux ?

- Devant une rechute, il est recommandé de reprendre le traitement standard en attendant l'antibiogramme si le traite-

ment préalable a été bien conduit pour une tuberculose à bacilles sensibles (avis d'experts).

- En cas de *résistance confirmée à l'isoniazide*, dans les formes peu bacillifères, la deuxième phase comprendra 7 mois de rifampicine et d'éthambutol. Dans les formes bacillifères il est recommandé de demander un avis spécialisé pour évaluer le risque d'acquisition de résistance et l'adjonction d'un nouvel antituberculeux (avis d'experts).

- En cas de résistance naturelle (*M bovis*) ou acquise au *pyrazinamide*, le traitement sans pyrazinamide est recommandé pour une durée totale de 9 mois (B).

- En cas de suspicion de bacilles multirésistants (isoniazide et rifampicine), il est recommandé de différer le traitement, quand l'état du patient le permet, jusqu'à obtention de l'antibiogramme par le Centre National de Référence. Quand l'état du patient ne le permet pas, un traitement pourra être débuté utilisant de 3 à 6 antibiotiques non utilisés jusqu'alors (avis d'experts).

- En cas de tuberculose à bacilles *multirésistants*, il est recommandé de :

- ne jamais ajouter isolément un antituberculeux ;
- faire en sorte que le malade n'ait jamais moins de 3 médicaments actifs en début de traitement ;

- faire contrôler la prise des médicaments par le personnel soignant (traitement supervisé) chez les patients à risque de non observance ;

- traiter au moins 12 mois après négativation des cultures (avis d'experts).

### • dans quelles circonstances modifier le traitement du fait de pathologies sous-jacentes ?

- Chez le patient en *insuffisance rénale* avec clairance de la créatinine > 30 ml/min, le traitement antituberculeux standard est recommandé ; l'éthambutol étant utilisé dans la fourchette basse de posologie (15 mg/kg). Chez le patient avec clairance < 30 ml/min il est recommandé de réduire la posologie d'éthambutol (7-10 mg/kg), de réduire celle du pyrazinamide (15 mg/kg) et de l'isoniazide (3-4 mg/kg). Chez le patient dialysé : il est recommandé d'administrer le traitement 3 fois par semaine, après chaque dialyse. L'éthambutol ne sera utilisé que chez les sujets bacillifères et à la posologie de 10 mg/kg après chaque dialyse. La posologie unitaire de rifampicine et de pyrazinamide est inchangée, la posologie unitaire d'isoniazide est de 3-4 mg/kg. Des dosages sériques sont recommandés (avis d'experts).

- Chez les patients séropositifs pour le *VIH*, il est recommandé d'utiliser le traitement standard, avec la même durée de traitement (A).

- En cas de survenue d'une tuberculose maladie sous anti-TNF, il est recommandé d'arrêter l'*anti-TNF* et de débuter un traitement antituberculeux standard (avis d'experts).

- Chez les malades justifiant une *corticothérapie* au long cours, il est recommandé d'augmenter les doses de corticoïdes de 30 à 50 % du fait de l'induction enzymatique induite par la rifampicine. Il est recommandé de ne pas modifier le traitement antituberculeux (B).

- Chez *l'enfant*, le traitement recommandé est l'association isoniazide, rifampicine et pyrazinamide, l'utilisation de l'éthambutol est réservée aux cas riches en bacilles ou suspect d'être à bacilles résistants. Chez l'enfant de moins de 2 ans, il est recommandé d'administrer l'isoniazide à la posologie de 10 mg/kg/j (B).

- Chez la *femme enceinte*, bien que l'AMM française n'ait pas été modifiée en ce sens, compte tenu des données accumulées sur la tolérance du pyrazinamide par l'OMS, un traitement standard peut être utilisé, en particulier en cas de tuberculose bacillifère (B).

- Il est recommandé de ne pas avoir recours aux *traitements intermittents* (avis d'experts).

- Le traitement recommandé des cas de tuberculose *pleurale, péricardique, ganglionnaire ou osseuse* est le traitement standard de 6 mois (avis d'experts).

- En cas de *méningite* tuberculeuse, il est recommandé de prolonger le traitement standard, pour une durée totale de 9 mois (avis d'experts).

Une *corticothérapie*, associée au traitement antituberculeux est recommandée en cas de péricardite (A), méningite (avis d'experts), miliaire hypoxémiant (avis d'experts) et de tuberculome cérébral (avis d'experts). Elle n'est pas recommandée dans les autres cas.

### • quand faut-il modifier un traitement après son initiation ?

- Chez un patient sans signes digestifs, en cas d'*élévation des transaminases* sous traitement avec SGOT < 3 fois la normale, il est recommandé une surveillance rapprochée jusqu'à normalisation ainsi qu'une vérification des posologies des antituberculeux. En cas d'élévation des SGOT entre 3 et 6 fois la normale durant la phase initiale d'un traitement standard, il est recommandé d'arrêter le pyrazinamide et de poursuivre la rifampicine, l'isoniazide et l'éthambutol, puis de prolonger de 3 mois la deuxième phase du traitement standard (avis d'experts). En cas d'élévation des transaminases avec SGOT à plus de 6 fois la normale (10 fois pour l'OMS) il est recommandé d'arrêter complètement le traitement antituberculeux pour au moins 48 heures (avis d'experts).

- En cas d'*interruption de traitement* de plus de 2 mois, quel qu'en soit la raison, il est recommandé de reprendre un traitement standard complet. En cas d'interruption de traitement de moins de 2 mois, il est recommandé de reprendre le traitement standard sans modifier la durée (avis d'experts).

- Une *atteinte cutanéomuqueuse* avec réaction générale, contrairement à un érythème simple, doit faire interrompre les

drogues en raison d'un risque de syndrome de Stevens Johnson (avis d'experts).

- Les *polyarthralgies*, fréquemment rencontrées en rapport avec le pyrazinamide sont sensibles aux AINS et n'ont pas de rapport avec l'*hyperuricémie*. Elles n'imposent pas de modification du traitement. Il n'est pas recommandé de traiter une hyperuricémie isolée (avis d'experts).

- En cas d'*intolérance digestive marquée*, il est possible d'administrer les antituberculeux en une prise au cours du repas (avis d'experts).

---

## Question 6 : L'organisation médico-sociale et administrative peut-elle améliorer la prise en charge individuelle et collective de la tuberculose en France ?

Le groupe de travail de la SPLF recommande des mesures médico-sociales et administratives afin d'améliorer la prise en charge médicale de chaque patient. L'ensemble des recommandations qui suivent sont, en termes de niveau de preuve, des avis d'experts.

### • comment améliorer le signalement et la notification de la tuberculose ?

- Il est recommandé de rappeler, en particulier au niveau des directions des établissements de soins, et des laboratoires de bactériologie, les contraintes réglementaires qui encadrent la *déclaration obligatoire* (notification, signalement). Il est recommandé de favoriser la mise en place de médecins référents dans les centres hospitaliers prenant en charge un grand nombre de patients tuberculeux.

- Il est recommandé aux établissements de soins de mettre en place des *procédures écrites* sur les modalités pratiques du signalement immédiat et de la notification.

- Il est recommandé de favoriser une *notification* dans un délai maximum d'une semaine après la mise en route du traitement, en organisant en particulier la transmission en ligne.

- Il est recommandé de procéder à une *validation de la notification* lorsque l'ensemble des données sont disponibles, en particulier les données bactériologiques (validation réalisée par le médecin du service de lutte antituberculeuse (SLAT) auprès du ou des déclarants).

- Il est recommandé de *supprimer l'item « souhaitez-vous l'intervention du SLAT »* sur le formulaire de déclaration obligatoire de tuberculose et que le médecin du SLAT ait accès à une information sur tous les cas index contaminants.

- Il est recommandé de réaliser un *retour d'information* annuel sur l'épidémiologie de la tuberculose vers tous les médecins déclarants.

### • comment améliorer la coordination de la lutte antituberculeuse au niveau local ?

- Il est recommandé d'améliorer au niveau départemental la connaissance des cas index en mettant en place une *coordination départementale* (et/ou régionale) permettant au SLAT de mieux connaître les caractéristiques de l'ensemble des cas index (coordination associant SLAT, DDASS, service médical des CPAM, médecins et laboratoires concernés, représentants des pharmaciens et, en fonction des cas, Comités de Lutte Contre les Infections Nosocomiales, Office des Migrations Internationales, éducateurs et encadrement des foyers d'hébergement social, Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires des Centres de Détention).

- Il est recommandé de rendre systématique l'enquête *d'entourage des cas index* selon un protocole établi. Cette enquête d'entourage doit donner lieu à un compte rendu écrit, standardisé.

### • comment organiser la prise en charge de populations spécifiques ?

- Il est recommandé de mettre en place un volet d'actions spécifiques pour les *patients sans domicile fixe*, adapté au contexte local (importance des personnes en situation de précarité, nombre de centres d'hébergements).

- Il est recommandé de mettre en place un volet d'actions spécifiques pour les *migrants*, adapté au contexte local (importance des migrants, nombre de foyers de migrants). Pour les départements accueillant une importante population d'étudiants étrangers l'organisation doit permettre un dépistage avant le début des cours.

- Il est recommandé de mettre en place une organisation du suivi des personnes *détenues* dont le traitement antituberculeux est en cours lors de la sortie.

- Il est recommandé de mettre en place des actions de dépistage dans les structures prenant en charge des *usagers de drogues intraveineuses*, des personnes en difficultés avec *l'alcool* ou *précaires* avec troubles psychiatriques.

### • comment organiser le suivi et le recueil d'information sur le devenir des patients ?

- Il est recommandé de mettre en place des actions de signalement au niveau régional et national des *cas index en rupture de prise en charge*.

- Il est recommandé de placer *l'observance* sous la *responsabilité du clinicien*.

- Il est recommandé de mettre en place une *déclaration de fin de traitement* selon les mêmes modalités que la déclaration obligatoire permettant ainsi aux services de l'Etat et aux SLAT d'évaluer au niveau national et départemental la LAT.

- Il est recommandé de mettre en place des actions de *traitement supervisé* dans les populations à risque de mauvaise observance.

- Il est recommandé de développer, en fonction des besoins régionaux, des *lits de soins de suite spécialisés* pour la prise en charge des patients tuberculeux.

- Il est recommandé de mettre en place une coordination nationale pour permettre une meilleure connaissance des *personnes non-observantes* changeant de régions.

- Il est recommandé d'inclure dans la loi des dispositions permettant une *injonction thérapeutique* et une *injonction de diagnostic*.