

TUBERCULOSE BACILLAIRE MULTIRÉSISTANTE OU ULTRARÉSISTANTE (SUSPECTE OU CONFIRMÉE) : PRISE EN CHARGE

Objet

Les souches multirésistantes de mycobactéries tuberculeuses ont provoqué plusieurs épidémies de tuberculose nosocomiale (entre autres aux Etats-Unis, en Europe de l'Est et en Afrique du Sud). La prise en charge de ces patients est liée à un risque accru, car ils restent plus longtemps contagieux et que la tuberculose multirésistante (MDR TB) évolue défavorablement surtout chez les patients immunocompromis (ex HIV). Pour ces raisons des mesures de prévention supplémentaires s'avèrent nécessaires.

Une TB doit être considérée comme MDR jusqu'à preuve du contraire chez un patient à frottis positif provenant d'une région à prévalence élevée de MDR TB (Europe de l'Est, Asie Centrale, Tibet), d'un milieu carcéral ou chez ceux qui présentent une récurrence de tuberculose après un traitement, complet ou incomplet.

Ce document décrit la prise en charge d'un patient avec suspicion ou confirmation de tuberculose bacillaire multirésistante ou ultrarésistante.

Domaine d'application

Patients hospitalisés au CHUV.

Définitions

BAAR : Bacilles acido-alcool-résistants, pouvant appartenir ou non au complexe tuberculeux.

Tuberculose bacillaire : Infection à mycobactéries tuberculeuses habituellement pulmonaire, mais aussi bronchique ou laryngée, avec mise en évidence de BAAR à l'examen microscopique des sécrétions respiratoires, obtenues par expectoration, lavage ou mini-lavage broncho-alvéolaire.

Tuberculose multi-résistante (MDR TB, *multidrug-resistant tuberculosis*) : Infection à mycobactéries tuberculeuses résistant aux deux principales molécules utilisées dans le traitement de première ligne, isoniazide et rifampicine.

Tuberculose ultra-résistante (XDR TB, *extensively drug-resistant tuberculosis*): Infection à mycobactéries tuberculeuses résistant aux deux principales molécules utilisées dans le traitement de première ligne, rifampicine et isoniazide, mais aussi aux fluoroquinolones et à au moins à un des médicaments injectables de deuxième ligne: amikacine, kanamycine et capreomycin.

FFP: masque de protection respiratoire (de l'anglais « Filtering Face Piece », pièce faciale filtrante).

SIA : service de médecine intensive adulte

SIPI : soins intensifs de pédiatrie

PCI : Prévention contrôle de l'infection

SMPH : Service de médecine préventive hospitalière

MIN : Service des maladies infectieuses

DOT : administration d'un traitement sous observation directe (de l'anglais « Directly observed treatment »)

Responsabilités

Infirmières PCI et médecins SMPH. Médecins MIN.

Marche à suivre

La prise en charge pour tout patient atteint d'une tuberculose bacillaire pulmonaire est décrite dans le manuel d'Hygiène Hospitalière (<http://intranet/mph> puis cliquer sur *Micropath et Microorg* / OU lien direct : http://www.hpci.ch/hh_home/hh_docu_accueil/hh_micropatho.htm puis T) dans la fiche « Tuberculose bacillaire pulmonaire ». En cas de MDR TB/ XDR TB confirmée ou suspectée, les mesures supplémentaires suivantes sont à respecter :

Placement du patient : chambre individuelle en pression négative avec sas obligatoire. Ces chambres sont disponibles à Beaumont 07, aux SMIA, à l'Unité d'observation, dans le service de pédiatrie BH11 ou aux SIPI (voir document VDoc : [CVC_LISTE_149](#) = TEC/CVS/CVC_LISTE_149).

Masque pour le personnel soignant et pour les visiteurs : minimum FFP2. Vérification systématique de l'étanchéité du masque au visage par le personnel soignant.

Masque pour le patient : port de masque FFP2 en cas de symptômes respiratoires tels que toux ou éternuements si présence d'autres personnes dans la chambre. Pas de port de masque requis en absence de ces symptômes si le patient reste dans la chambre.

Surblouse et gants : pas nécessaires.

Transport : limiter les déplacements aux besoins indispensables : dans ces cas le patient porte un masque FFP2 lorsqu'il sort de la chambre. Le service de destination est avisé.

Visites : limiter au minimum le nombre de visites (maximum deux personnes à la fois).

Sortie de la chambre avant la levée de l'isolement : des courtes sorties de la chambre en plein air sont permises sur ordre médical, si les conditions suivantes sont respectées :

- minimum 2 semaines de traitement antituberculeux avec minimum 2 antibiotiques avec action bactéricide contre la TB (ex : Isoniazide, Rifampicine, Aminoglycosides, Fluoroquinolones)
- amélioration clinique
- documentation microbiologique de l'efficacité du traitement (diminution de la quantité des BAAR dans l'analyse de l'expectoration)
- accompagnement du patient par le personnel soignant
- pas de contact avec d'autres patients, surtout patients immunocompromis
- port de masque par le patient et son accompagnant

Levée de l'isolement : les mesures peuvent être levées, si les conditions suivantes sont respectées :

En cas de MDR TB :

- minimum 2 semaines de traitement antituberculeux efficace (selon l'antibiogramme) et avec au moins 2 antibiotiques avec action bactéricide
- documentation microbiologique de l'efficacité du traitement (diminution de la quantité des BAAR dans l'analyse de l'expectoration)
- amélioration clinique
- traitement antituberculeux donnée en DOT obligatoire
- suivi ambulatoire par la Consultation ambulatoire de tuberculose de la PMU (BU44/04, tél. 021 314 47 45)

En cas de XDR TB :

- hospitalisation obligatoire jusqu'à obtention d'au moins une culture d'expectoration négative. Un départ à domicile avant l'obtention de ce résultat doit être discuté au cas par cas avec la Consultation ambulatoire de tuberculose de la PMU (BU44/04, tél. 021 314 47 45).

Documents associés

Document VDoc : [MINK:03:PRO:00005](#) /Prise en charge de la tuberculose.

Manuel d'Hygiène hospitalière : *lien direct* http://www.hpci.ch/hh_home/hh_docu_accueil/hh_micropatho.htm T :
fiche : Tuberculose bacillaire pulmonaire (cas suspect ou confirmé)

Document Vdoc : [CVC_LISTE_149](#) = TEC/CVS/CVC_LISTE_149 : Chambres pouvant être mises dans les deux régimes de pression d'air (positif et négatif)

Références

1. Tuberculose dans le cadre professionnel. Risques et prévention. SuvaPro 2000.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in Health-Care Settings. MMWR 2005, 54, RR-17 : 1-142.
3. Zellweger JP, Furrer H. Combien de temps faut-il isoler les patients tuberculeux? Swiss-NOSO 1998, 5 (1), 1-3.
4. Manuel de la tuberculose. OFSP/Ligue pulmonaire suisse 2007.

Validation

Service de médecine préventive hospitalière, Service des maladies infectieuses, Service de pneumologie - CHUV - Lausanne.