

Tuberculose suspectée ou confirmée : mesures à appliquer lors de la prise en charge d'un patient

Objet

Ce document décrit les mesures de prévention à mettre en place lors de la prise en charge initiale d'un patient avec tuberculose suspectée ou confirmée.

Domaine d'application

Patients hospitalisés au CHUV.

Responsabilités

- ICUS, ICS et médecins cadres des services concernés
- Infirmier.es de l'unité HPCi CHUV
- Médecins de l'unité HPCi CHUV

Définitions

Tuberculose bacillaire :

Infection à mycobactéries tuberculeuses habituellement pulmonaire, mais aussi bronchique ou laryngée, avec PCR *M. tuberculosis* hautement ou moyennement positive (GeneXpert MTB/RIF) sur des sécrétions respiratoires, obtenues par expectoration, lavage ou mini-lavage broncho-alvéolaire, soit. Une image radiologique de caverne ou une miliaire doit faire suspecter par défaut un diagnostic de tuberculose bacillaire.

Tuberculose extra-pulmonaire :

Tuberculose avec atteinte focale des ganglions (intra- ou extrathoraciques), de la plèvre, du tractus urogénital, du tractus digestif ou du péritoine, des os ou du système nerveux central.

Tuberculose multi-résistante :

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

Une TB doit être considérée comme MDR jusqu'à preuve du contraire chez un patient 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.

Tuberculose ultra-résistante :

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

Marche à suivre pour la mise en place des mesures additionnelles

1. Mesures pour les premières heures de prise en charge en cas de suspicion de tuberculose avec atteinte respiratoire

- Placer le patient en chambre individuelle (ou box individuel fermé), à pression négative si possible et instaurer les mesures additionnelles aérosol (MAA).
- Masque FFP2 pour le personnel soignant et pour les visiteurs. Vérification systématique de l'étanchéité du masque au visage par le personnel soignant (Fit check).
- Transport : limiter les déplacements aux besoins indispensables ; le patient porte un masque de soins 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).

Si suspicion de tuberculose multirésistante ou ultrarésistante :

En plus des mesures ci-dessus :

- Chambre individuelle à pression négative obligatoire.
- Masque pour le patient : port de masque de soins 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.
- Acheminement sécurisé des échantillons respiratoires (voir [SMPH_W_PRO_00002](#)).

2. Mesures adaptées selon les résultats des examens microbiologiques

• **Si examen direct positif et/ou PCR hautement ou moyennement positive**

Tuberculose pulmonaire bacillaire confirmée : maintien des MAA et mise en chambre individuelle en pression négative si non fait au moment de la suspicion.

Faire la liste des patients et du personnel exposé avant la mise en place des MAA (voir p.4-5).

• **Si examen direct négatif et PCR faiblement ou très faiblement positive**

Tuberculose pulmonaire non bacillaire : discuter de la levée des MAA entre infectiologues, pneumologues et l'équipe HPCI. Une attention particulière doit être portée aux cas avec une image radiologique de caverne malgré un examen direct négatif et une PCR faiblement ou très faiblement positive (qualité des prélèvements ?).

Si la levée des MAA est décidée après évaluation multidisciplinaire, le patient doit rester dans une chambre individuelle en Précautions Standard.

Faire établir la liste des patients et du personnel éventuellement exposés (voir p.4-5).

• **Si examen direct négatif ET PCR négative**

○ **ET diagnostic de tuberculose écarté par le médecin en charge**

Levée des MAA en accord entre infectiologues, pneumologues et l'équipe HPCI.

○ **ET suspicion de tuberculose maintenue par le médecin en charge**

Levée des MAA : le patient doit rester dans une chambre individuelle en Précautions Standard.

Initiation d'un traitement anti-TBC et organisation du suivi avec le DAT.

Si la culture revient positive ultérieurement, faire établir la liste des patients et du personnel éventuellement exposés (voir p.4-5).

3. Mesures en cas de tuberculose extra-pulmonaire et miliaire

Recherche d'une **atteinte pulmonaire concomitante et mise en place de MAA** en chambre individuelle dans l'attente des résultats.

Si atteinte pulmonaire associée, voir mesures ci-dessus.

Si tuberculose extra-pulmonaire isolée :

Si présence de facteurs de risque d'aérosolisation (plaie fistulisante, plaie chirurgicale ouverte (abcès), drain chirurgical ou cathéter urinaire en communication avec le foyer tuberculeux

Précautions Standard en chambre individuelle.

- MAA + contact lors des soins en lien avec le risque d'aérosolisation (soins de plaie ou manipulations du drain ou du cathéter urinaire).

En dehors de ces soins, la plaie doit être recouverte par un pansement hermétique.

Si absence de facteurs de risque d'aérosolisation

- Précautions standard en chambre individuelle.

4. Situations particulières :

4.1 Mesures préventives au bloc opératoire

Diagnostic de tuberculose confirmé ou suspecté avant l'intervention :

- MAA au bloc opératoire : salle ventilée en pression négative, masque FFP2 pour toutes les personnes présentes, limitation du nombre de personnes et de la circulation dans la salle d'opération, portes maintenues fermées, réveil en salle d'opération sans passage par la salle de réveil.

Diagnostic de tuberculose suspecté en cours d'intervention (aspect macroscopique des lésions, résultat de l'examen extemporané) ou en postopératoire (résultat de pathologie et/ou microbiologie) :

Une enquête d'entourage auprès du personnel exposé autour du champ opératoire sera effectuée dans les situations suivantes :

- examen direct et/ou culture positive.

ou

- granulomes à l'histopathologie +/- PCR *M. tuberculosis* positive (situation où tout le matériel a été fixé dans du formol sans envoi préalable en microbiologie)

4.2 Mesures préventives en cas d'intervention sur un ganglion cervical à la policlinique ORL

Lors de toute intervention (cytoponction, biopsie, adénectomie) sur un ganglion cervical à la recherche d'une pathologie infectieuse dont le diagnostic différentiel comprend une tuberculose ganglionnaire, les mesures suivantes doivent être appliquées :

- port systématique d'un masque de protection respiratoire de type FFP2 pour le personnel pour l'intervention et la manipulation du matériel de ponction.
- pour ces interventions, privilégier l'utilisation de la salle d'intervention N°911 avec 13 échanges d'air par heure et respecter un temps de repos de la salle d'au moins 35 minutes après le départ du patient et/ou manipulation de tout matériel infectieux avant réutilisation de la salle. La salle N°904 avec 8 échanges d'air par heure peut également être utilisée si nécessaire, mais le temps de repos doit alors être d'au moins 70 minutes.

Diagnostic de tuberculose posé après l'intervention (résultat de pathologie et/ou microbiologie) :

Une enquête d'entourage sera effectuée dans les situations suivantes :

- incision du ganglion (cytoponction seule exclue)

ET examen direct et/ou culture positive

ou

- granulomes à l'histopathologie +/- PCR *M. tuberculosis* positive (situation où tout le matériel a été fixé dans du formol sans envoi préalable en microbiologie)

4.3 Mesures préventives en cas de biopsie percutanée d'un disque intervertébral ou d'une vertèbre en radiologie

En cas de biopsie percutanée d'un disque intervertébral, procédure standard effectuée en première intention, aucune mesure préventive n'est nécessaire en raison de l'utilisation d'un pistolet à air comprimé sans exposition du matériel de biopsie à l'air libre. En revanche, lors d'une biopsie percutanée du corps vertébral avec exposition ou fragmentation de la carotte à l'air libre, les mesures suivantes doivent être appliquées en cas de suspicion de tuberculose vertébrale:

- port systématique d'un masque de protection respiratoire de type FFP2 pour le personnel pour l'intervention et la manipulation du matériel de ponction.
- ces interventions sont effectuées dans la salle d'intervention N°113 au BH07 avec 18 échanges d'air par heure ; un temps de repos de la salle d'au moins 25 minutes après le départ du patient et/ou manipulation de tout matériel infectieux avant réutilisation de la salle est nécessaire.

Diagnostic de tuberculose posé après l'intervention (résultat de pathologie et/ou microbiologie) :

Une enquête d'entourage sera effectuée dans les situations suivantes :

- biopsie percutanée du corps vertébral avec exposition de la carotte à l'air libre

ET examen direct et/ou culture positive

ou

- granulomes à l'histopathologie +/- PCR *M. tuberculosis* positive (situation où tout le matériel a été fixé dans du formol sans envoi préalable en microbiologie).

Levée des mesures additionnelles aérosol

Absence de contagiosité (tous les critères suivants doivent en principe être remplis, la décision se prendra sur une base individuelle d'entente entre les médecins responsables de MINK, les consultants de PNE et l'équipe HPCi CHUV lors du colloque multidisciplinaire tuberculose hebdomadaire du mercredi) :

- Traitement anti-TBC efficace **pendant au moins 14 jours** (adhérence et fonction digestive adéquates ET absence de facteurs de risque anamnestiques pour une multi-résistance)

ET

- Réponse clinique favorable (fièvre ET toux ET expectorations)

ET

- Poursuite du traitement assurée (adhérence thérapeutique garantie, pas d'obstacles administratifs ou sociaux)

Si retour dans un milieu ambulatoire à risque de contact avec des personnes immunosupprimées ou enfants en bas âge (< 5 ans) :

- ET négativation microscopique des expectorations (2 prélèvements).

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 (DAT) (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 DAT (tél. 021 314 47 45)

Enquête d'entourage

• Tuberculose bacillaire

Une exposition est considérée à risque si > 45 minutes à très courte distance ou séjour dans la même chambre pendant > 8h ou immunosuppression

• Tuberculose non bacillaire

Une exposition est considérée à risque si > 40 h cumulées d'exposition dans la même chambre.

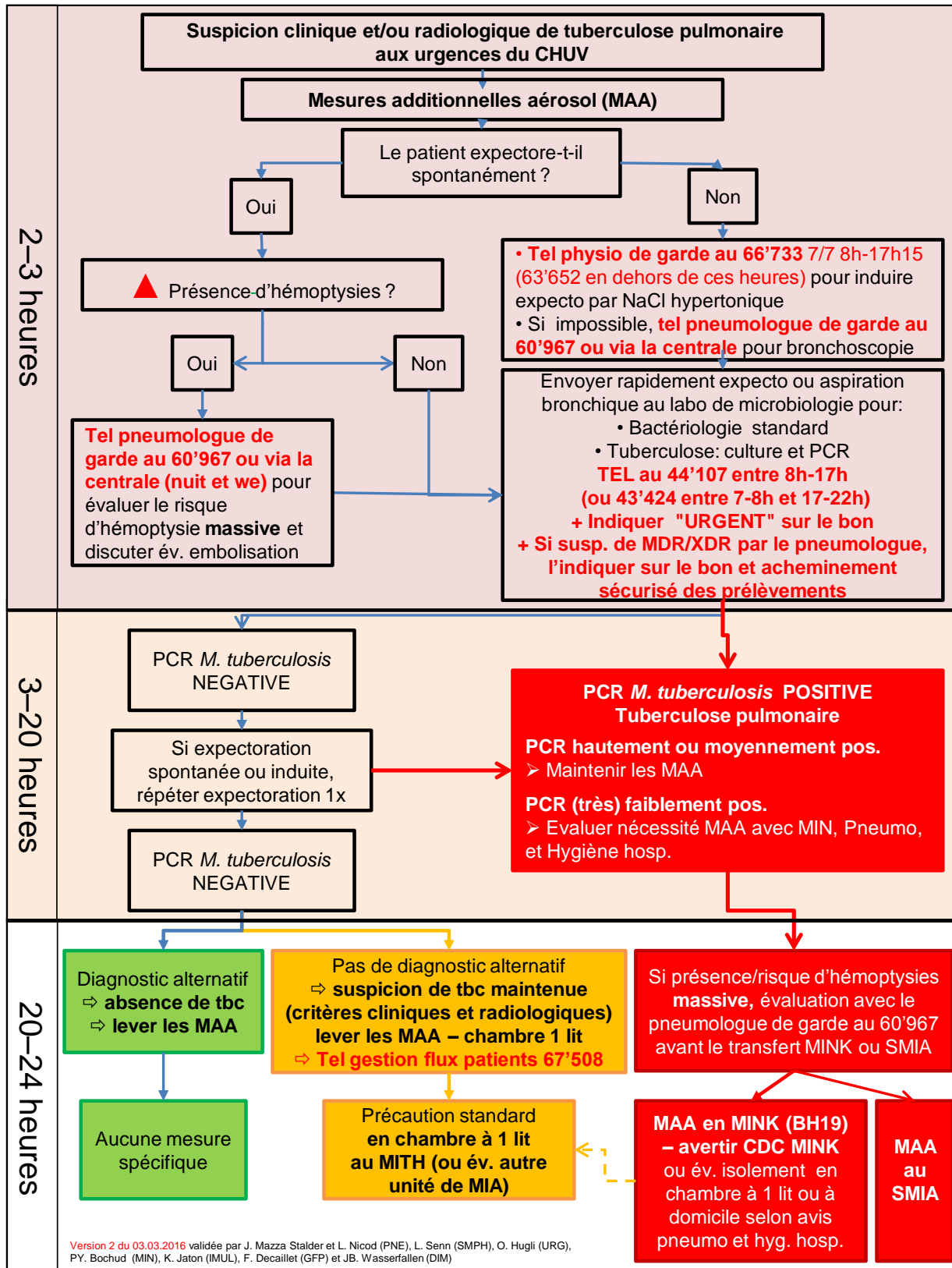
Documents associés

- [Suspicion de tuberculose pulmonaire](#) : Recommandation pour la pratique clinique, Service des urgences
- [HH_03_IT_00028](#) : Prise en charge HPCI d'un cas de tuberculose suspectée ou confirmée
- [MINK-03-PRO-00018](#) : Prise en charge de la tuberculose
- [SMPH_W_PRO_00002](#) : Procédure pour l'acheminement des échantillons d'un patient suspect ou avéré de contenir du *Mycobacterium tuberculosis* multi ou extra-résistant (MDR/XDR-TBC)
- Site web HPCI : <https://www.hpci.ch/prevention/pathologies-et-microorganismes> **Lettre T / Tuberculose.**

Références

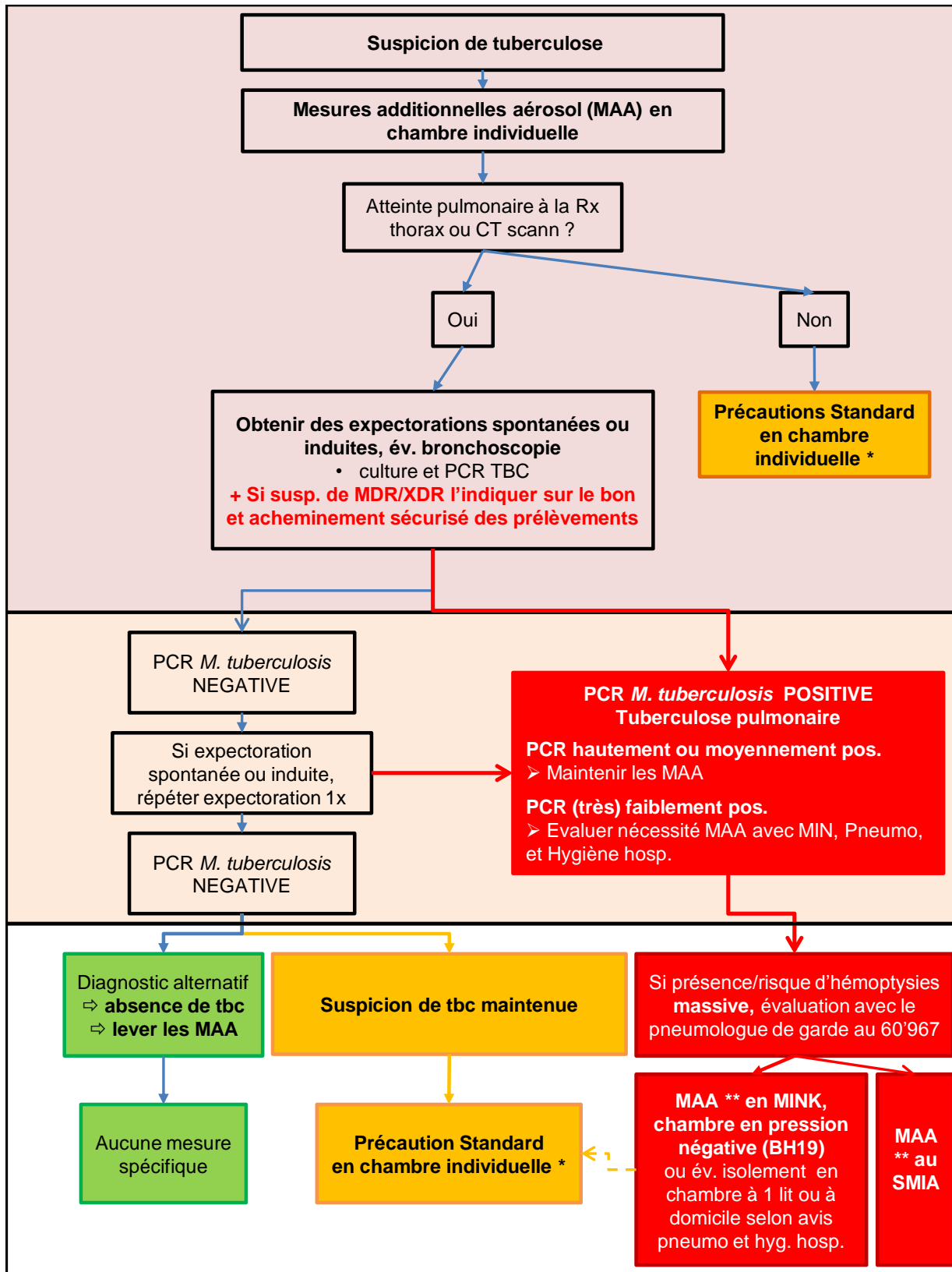
- OFSP et Ligue pulmonaire suisse : "Tuberculose en Suisse : guide à l'usage des professionnels de la santé" 2021 (lien : <https://www.tbinfo.ch/fr/centre-de-connaissances/publications/manuel-de-la-tuberculose.html>)

Algorithme 1 : suspicion de tuberculose pulmonaire aux urgences



TB MDR = tuberculose multi-résistante
TB XDR = tuberculose ultra-résistante

Algorithme 2 : suspicion de tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaires, quel que soit le secteur



* Si TBC extra-pulmonaire (pex osseuse, digestive, urinaire) MAA + MAC lors des soins de plaie, manipulation de drain ou cathéter urinaire

** Si TBC MDR/XDR, masque de soins pour le patient dans la chambre en présence d'un soignant et/ou visiteur

TB MDR = tuberculose multi-résistante

TB XDR = tuberculose ultra-résistante