

## TUBERCULOSE ET TRAVAIL

### RAPPELS

**Tuberculose maladie et infection latente sont reconnues comme maladies professionnelles (MP n° 40) ou maladies contractées en service.**

- **Définitions :**

**Infection latente (ITL) :** apparaît chez 35-40% des sujets en contact étroit avec un cas index à examen direct positif (ED+). En cas d'examen direct négatif (ED-), la contagion est estimée à 20% de ce chiffre. Le risque est élevé en cas de manœuvres médicales à risque sans protection respiratoire (kinésithérapie respiratoire, endoscopie bronchique, intubation trachéale, autopsie)

IDR+ (selon certains critères, car le BCG positive également l'IDR)

Asymptomatique

Radiographie pulmonaire normale

Non contagieux.

**Tuberculose maladie :** se développe en moyenne chez 10% des sujets ayant une ITL

IDR+ ou peut être négative dans 20% des cas

Symptomatique

Radiographie pulmonaire anormale en cas de localisation pulmonaire (70 à 80 % des tuberculoses)

ED+ ou ED -

Contagieuse (si forme pulmonaire, pleuro-pulmonaire, bronchique ou ORL).

- **Professions exposées et personnes à risque**

**Toutes les professions citées dans le tableau n° 40 des MP**

Principales structures concernées :

**Hôpital :** malades, personnel de soins, brancardiers, personnel d'accueil, personnel de laboratoires d'analyses, visiteurs, sont des sources de transmission ou des sujets contact possibles. L'acquisition des bacilles tuberculeux a pu être interne à l'hôpital ou externe (personnel soignant ayant séjourné dans un pays endémique).

Les manœuvres d'hygiène, les locaux adaptés, le tri et l'isolement « air » des malades sont des mesures de prévention permettant de diminuer efficacement le risque.

L'information et la formation du personnel soignant à ces mesures sont primordiales.

Les personnels des services de gériatrie et d'urgence, sont moins attentifs au risque d'autant plus que le diagnostic de tuberculose n'est pas connu à l'admission dans ces services.

**Maison de retraite :** contact régulier avec des sujets de plus de 75 ans.

**Foyer social :** incidence élevée du fait d'une certaine précarité, et sujets migrants.

**Prison** : incidence élevée du fait d'une certaine précarité.

**Pompes funèbres** : les thanatopracteurs, assurant les soins de conservation après le décès présentent aux Etats-Unis une incidence plus élevée que celle du personnel soignant.

**Laboratoire de bactériologie** : risque lors de la manipulation des crachats. L'utilisation du flux laminaire permet de diminuer de façon importante le risque.

**Crèche** : l'incidence est faible ; les cas décrits concernent du personnel en provenance de pays endémiques. Le personnel n'est plus concerné par la législation.

**Travailleur migrant** : L'Afrique dans son ensemble, les pays de l'Est de l'Europe, la Russie, l'Asie et l'Amérique du sud.

**Bar et boîte de nuit** : potentiellement à risque d'après une étude concernant le mode de vie et les lieux de fréquentation communs aux sujets atteints de tuberculose.

**Personnel des abattoirs** : contact possible avec *Mycobacterium bovis* et avec *Mycobacterium tuberculosis*. Dans les zoos la transmission est possible à partir d'éléphants africains surtout. Les animaux d'élevage sont testés et abattus si +.

- **Transmission et évolution des ITL**

10 % en moyenne des formes latentes vont évoluer vers la tuberculose maladie (enfants, personnes âgées, personnes immunodéprimées ou dénutries ont davantage de risque) et ce **dans les 2 ans qui suivent le contact avec le cas index** dans 80% des cas. La vaccination par le BCG permet de diminuer de 50 % le risque de transformation de la forme latente en forme maladie (5 % des formes latentes vaccinées feront une tuberculose maladie).

Le traitement préventif des formes latentes va diminuer de 90 % le risque de passage à la forme maladie (1 % des formes latentes vont évoluer vers une tuberculose maladie). L'INH à raison de 5 mg/kg/j doit être pris pendant 6-9 mois avec suivi régulier des transaminases du fait de sa toxicité hépatique (3 toxicités cliniques pour 1000 traitements) Nausées, vomissements brutaux, polyarthralgies, vertiges, ictère, anorexie, asthénie brutale doivent contraindre le patient à arrêter son traitement.

Ethylisme, antécédents de pathologie hépatique, traitements hépatotoxiques sont des contre-indications au traitement.

La transmission se fait à partir d'une tuberculose maladie, forme ouverte surtout pulmonaire, rarement ORL, par l'air respiré. **Le malade est contagieux de 3 mois avant à 1 mois après le traitement.**

- **Personnes à risque et leur suivi**

Les sujets suivis, vont être ceux en contact étroit ou régulier (au moins 8 heures cumulées) avec le cas index, ou les sujets immuno-déprimés quelle que soit la durée du contact.

Leur sont proposés :

## **2 IDR à 3 mois d'intervalle :**

Comparaison aux antécédents tuberculiques, avis d'un médecin spécialiste de la lutte antituberculeuse

Diagnostic des ITL : information et traitement

Diagnostic des non ITL : information, arrêt du suivi et +/- BCG

Dans le doute entre les deux : suivi sans traitement.

## **1 radiographie pulmonaire tous les 6 mois pendant 2 ans (adapté selon ITL) :**

Dépistage des tuberculoses maladie et leur traitement précoce

Information sur les symptômes de la tuberculose maladie

Déclaration des ITL chez les moins de 15 ans, des tuberculoses maladie, et reconnaissance au titre des maladies professionnelles indemnisables selon les dispositions du tableau n° 40.

- **Prévention : en amont de la surveillance du personnel**

Limiter l'exposition : port d'un appareil respiratoire de protection (masque FFP2) pour les personnes en contact avec le malade ; les masques chirurgicaux ne sont pas protecteurs.

Mesures d'isolement « air » : chambres seules.

Apprécier le risque personnel de tuberculose du personnel professionnellement exposé : séjour en pays de forte endémicité.

- **Radiographie numérisée :**

Irradiation inférieure à 10 % de l'irradiation annuelle naturelle

Qualité très intéressante

Télétransmissions possibles

Stockage facile (fichiers « Dicom »)

Tirage sur film radio et agrandissement possibles.

## **PERSONNEL EXPOSE : PREVENTION ET SURVEILLANCE**

- **A l'embauche dans la profession :**

**Recherche des antécédents tuberculeux et tuberculiques** (consultation possible d'un fichier répertoriant les BCG et les tests au service des Actions de prévention sanitaire du Conseil Général)

**Evaluation du risque personnel** (séjour en pays endémique).

**Primo-vaccination par le BCG** : **obligatoire** pour les personnels et étudiants des métiers socio-sanitaires. La preuve est apportée par une attestation vaccinale ou la présence d'une cicatrice. La **revaccination** n'est plus exigée.

**IDR** : **obligatoire**. Elle servira de test de référence.

Pour une induration inférieure à 5mm : primo-vaccination en cas d'absence d'attestation vaccinale ou de cicatrice.

Pour une induration comprise entre 5 et 15 mm : ITL (sous réserve de l'absence de la maladie) probable à partir de 10mm

Pas de recommandation particulière sauf si le soignant a été en contact avec un patient contagieux ou a été exposé au risque dans les deux années précédentes (traitement de l'infection latente).

Pour une induration supérieure à 15 mm : infection tuberculeuse (latente ou maladie). La radiographie pulmonaire permet de faire le diagnostic différentiel. Il faudra rechercher un contact avec un sujet contagieux, discuter d'un traitement préventif pour une forme latente datant de moins de deux ans, traiter et isoler la forme maladie.

### **Radiographie pulmonaire : obligatoire**

- **Après l'embauche :**

**IDR : recommandée au moins tous les 2 ans** dans les services à risque (au moins 5 cas de tuberculose pulmonaire par an, à partir de 2 par an si le médecin du travail le recommande) afin de détecter les infections tuberculeuses latentes et de les traiter.

**Radiographie pulmonaire : recommandée tous les ans ou tous les 2 ans** dans les services à risque.

### **TB maladie déclarée chez un professionnel de santé :**

- **Recherche des antécédents personnels** tuberculiques et tuberculeux.
- **Recherche des antécédents professionnels** : services à risque élevé, contact avec des sujets contagieux, suivi.
- **Enquête** en collaboration avec le CLIN, le CHSCT et le centre de lutte antituberculeuse qui coordonne l'enquête. Suivi des sujets exposés (patients, soignants, visiteurs).
- **Déclaration MP n°40** : délai de prise en charge est de 6 mois (extrêmement court ; à négocier)

### **POUR EN SAVOIR PLUS :**

- DMT n° 97 I trimestre 2004 : Prévention et prise en charge de la tuberculose en France
- Service Actions de Prévention Sanitaire du Conseil Général : 03.88.76.65.43 (Dr Laurent)
- Coordination Tuberculose du Conseil Général : 03.88.76.62.17 (Dr Fraisse)
- Programme national de lutte antituberculeuse : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)