

Présidente : Dr Thérèse STAUB

Service National des Maladies Infectieuses

Vice-présidente : Dr Isabel de la FUENTE GARCIA

Expert permanent en infectiologie pédiatrique

Société luxembourgeoise de pédiatrie

Secrétaire : Dr Silvana MASI

Direction de la Santé,

Division de la Médecine scolaire et de la santé des

enfants et adolescents

Membres :

Dr Jean FABER

Société Luxembourgeoise de
Pneumologie

Dr Carine FEDERSPIEL

Société Médicale
Luxembourgeoise de
Géronto-Gériatrie

Thibault FERRANDON

Fédération Luxembourgeoise
des Laboratoires d'Analyses
Médicales

Dr Véronique HEYMANS

Association des Médecins-
Dentistes

Dr Yaiza RIVERO

Direction de la Santé,
Médecin-Chef de pôle de
Médecine Préventive et
Santé des Populations

Dr Monique PERRIN

Laboratoire National de
Santé

Dr Jean-Claude SCHMIT

Direction de la Santé,
Directeur

Dr Jean-Paul SCHWARTZ

Cercle des Médecins
Généralistes

Dr Nguyen TRUNG NGUYEN

Laboratoire National de
Santé

Dr Anne VERGISON

Direction de la santé
Division de l'Inspection
sanitaire

Marcin WISNIEWSKI

Direction de la Santé,
Division de la Pharmacie et
des médicaments

Expert permanent :

Dr Vic ARENDT

Service national des maladies
infectieuses

**Recommandation concernant la prise en charge de l'infection
tuberculeuse latente (ITL). Mise à jour juin 2023**

La recommandation reprend à travers des fiches techniques pratiques

- la population nécessitant le dépistage de recherche d'une infection tuberculeuse latente (ITL) ,
- les modalités de traitement de l'ITL ,
- la prise en charge des personnes en fonction de l'absence ou de la présence d'un antécédent de contact avec un cas de tuberculose

Les personnes à dépister pour la recherche d'une infection tuberculeuse latente

Tests à utiliser :

Test à la tuberculine (intradermoréaction (IDR) ou test de Mantoux) ou Interferon- γ release assays (IGRAs)

Personnes à tester :

- **Contacts rapprochés de cas de tuberculose active^{1, 2, 3}**
 - Prisonniers et autres personnes institutionnalisés lors de leur entrée dans l'institution¹
 - Sans-abri lors de leur entrée dans des structures accueillantes, maximum une fois par an^{1, 2, 3}
 - Personnes en situation précaire lors de leur arrivée au Luxembourg¹
 - Personnes en provenance de pays tiers (hormis les pays de l'Espace économique européen) lors de leur arrivée au Luxembourg^{1, 2, 3}
 - Demandeurs de protection internationale lors de leur arrivée au Luxembourg^{2, 3}
 - Patients infectés par le HIV ou malades atteints du SIDA^{1, 2, 3}
 - Toxicomanes par voie intraveineuse^{1, 2, 3}
 - Sujets porteurs de séquelles fibreuses pulmonaires ou avec lésions radiologiques fibro-nodulaires^{1, 3}
 - Travailleurs dans le secteur hospitalier et médico-social tous les 2 ans¹
 - Tous les professionnels de santé tous les 2 ans²
 - Personnes voyageant fréquemment dans des pays à haute incidence de tuberculose une fois par an²
 - Les patients susceptibles d'être traités par des immunosuppresseurs y compris les nouveaux inhibiteurs du TNF (Remicade®, Enbrel®), avant le commencement du traitement³

Les IGRAs sont à favoriser pour les groupes de personnes vaccinées par le BCG (surtout récent) et ceux dont la présentation pour une 2^e consultation ou la lecture des résultats est peu probable². Les IGRA peuvent être réalisés chez des enfants de plus de 2 ans.

Autres examens complémentaires :

➤ Radiographie

En raison des effets secondaires de la radiographie, et de la disponibilité des IDR et IGRA^{2, 4} :

- La radiographie toute seule ne devra pas servir à diagnostiquer une tuberculose latente
- Une radiographie thoracique sera réalisée seulement en cas d'IDR ou IGRA positif

Cette fiche technique pratique a été élaboré par la Division de l'Inspection Sanitaire et validée par les membres du CSMI le 25 avril 2023

1 <https://sante.public.lu/dam-assets/fr/espace-professionnel/recommandations/conseil-maladies-infectieuses/tuberculose/1996-tests.pdf>

2 <https://sante.public.lu/dam-assets/fr/espace-professionnel/recommandations/conseil-maladies-infectieuses/tuberculose/2011-tests-detection.pdf>

3 <https://sante.public.lu/dam-assets/fr/espace-professionnel/recommandations/conseil-maladies-infectieuses/tuberculose/2002-traitement-infection.pdf>

Cette fiche technique pratique a été élaborée par la Division de l'Inspection Sanitaire et validée par les membres du CSMI le 25 avril 2023

Le traitement d'une infection tuberculeuse latente

A. Adultes

- Une monothérapie par 300 mg d'Isoniazide (INH) journalier durant 9 mois reste le traitement de référence en cas d'absence d'hépatopathie et/ou de résistance connue à l'isoniazide chez la source de contamination^{1,2} (rare). Ce traitement comporte néanmoins un risque de non-achèvement dû à la durée de 9 mois et d'une toxicité potentiellement fatale.
- Le schéma de premier choix aux USA est un traitement hebdomadaire surveillé (DOT) comprenant de l'INH 900 mg et de la Rifapentin 600 mg durant 3 mois (12 prises)². La Rifapentine n'est pas disponible chez nous.
- Des études comparatives ont montré qu'une monothérapie de 4 mois à la rifampicine 300 mg est équivalente à la monothérapie à l'INH. Il en est de même d'une bithérapie INH/Rifampicine durant 3 mois^{2,3}.
- En cas de résistance isolée à l'INH ou en cas de problèmes hépatiques, une consultation chez un infectiologue est nécessaire^{1,2}.
- La rifampicine étant à la fois substrat et inducteur de certains isoenzymes du groupe CYP il y a des interactions médicamenteuses. La rifampicine est déconseillée pour les personnes notamment sous traitement antiretroviral².

Schéma de traitement/Posologies chez l'adulte :

1. Monothérapie INH journalière^{1,3} :

- Dosage : 5 mg/kg max. 300mg par jour
- Durée : min. 6 mois

2. Bithérapie INH/Rifampicine journalière^{2,3} :

- Dosage : 5 mg/kg (max. 300mg) INH par jour et 10 mg/kg (max. 600mg) rifampicine par jour
- Durée : min 3 mois (max. 4 mois)

1 <https://sante.public.lu/dam-assets/fr/espace-professionnel/recommandations/conseil-maladies-infectieuses/tuberculose/2002-traitement-infection.pdf>

Le traitement d'une infection tuberculeuse latente

B. Enfants

- Une monothérapie par l'INH peut être administrée, mais une bithérapie est favorisée pour la durée raccourcie et au vu de l'excellente tolérance chez l'enfant, la possibilité d'administration hebdomadaire du traitement et le contrôle de compliance facile (la rifampicine est responsable d'une coloration orange des sécrétions dont les urines).
- La thérapie par la rifampicine est déconseillée pour les personnes sous traitement antirétroviral².

Schémas de traitement/Posologies chez l'enfant

1. Bithérapie INH/Rifampicine hebdomadaire^{2,3} :
 - Dosage <12 ans : 25mg/kg (max. 300mg) INH et 20mg/kg (max. 900mg) Rifampicine par semaine
 - Dosage ≥12 ans : 15mg/kg (max. 300mg) INH et 20mg/kg (max. 900mg) Rifampicine par semaine
 - Durée : 3-4 mois
2. Bithérapie INH/Rifampicine journalière^{2,3} :
 - Dosage : 5-10 mg/kg (max. 300mg) INH et 15 mg/kg (max. 600 mg) Rifampicine par jour
 - Durée : 3-4 mois
3. Monothérapie INH^{1,3} :
 - Dosage : 10 mg/kg (max. 300mg) par jour
 - Durée : de préférence 9 mois (min. 6 mois)

C. Grossesse, allaitement, bébés <1 an

Ces situations particulières peuvent être adressées au Service National des Maladies Infectieuses

Un complément de vitamine B6 (Pyridoxine) doit être administré pendant le traitement.

1 <https://sante.public.lu/dam-assets/fr/espace-professionnel/recommandations/conseil-maladies-infectieuses/tuberculose/2002-traitement-infection.pdf>

2 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312054/9789242550238-fre.pdf?ua=1>

3 Shah M, Dorman SE. Latent Tuberculosis Infection. N Engl J Med. 2021;385(24):2271-2280. doi:10.1056/NEJMcp2108501

Tableaux récapitulatifs : Prise en charge d'une tuberculose latente

A. Personnes immunocompétentes qui n'ont pas eu de contact étroit connu avec un cas de tuberculose active

Groupe d'âge	< 10 ans	10 – 15 ans	15 - 40 ans	> 40 ans
IDR* et/ou IGRA** négatifs	Pas de démarches nécessaires	Pas de démarches nécessaires	Pas de démarches nécessaires	Pas de démarches nécessaires
IDR* <10 mm et IGRA** 0,35 – 1,0 UI / ml	Contrôle après 8 semaines et suivi clinique si < 2 ans	Pas de démarches nécessaires	IGRA** après 1 an	IGRA** après 1 an
IDR* 10 – 18 mm et IGRA** 0,35 – 1,0 UI / ml	Chimioprophylaxie	Chimioprophylaxie	IGRA** après 1 an	IGRA** après 1 an
IDR* > 18 mm ou IGRA** > 1,0 UI / ml	Chimioprophylaxie	Chimioprophylaxie	Chimioprophylaxie	Suivi clinique et radiologique tous les 6 mois pendant 2 ans

*IDR: Intradermoréaction à la tuberculine

**IGRA: Interferon- γ release assays

Tableaux récapitulatifs : Prise en charge d'une tuberculose latente

B. Personnes immunodéprimées ou personnes qui ont eu un contact étroit avec un cas de tuberculose active

Groupe d'âge	< 2 ans	2 - 5 ans	5 – 15 ans	15 - 40 ans	> 40 ans
IDR* et/ou IGRA** négatifs (et restent négatifs à 8 semaines)	Chimioprophylaxie	Pas de démarches nécessaires [‡] Chimio-prophylaxie [‡]	Pas de démarches nécessaires	Pas de démarches nécessaires	Pas de démarches nécessaires
IDR* 5 – 10 mm et IGRA** 0,35 – 1,0 UI / ml	Chimioprophylaxie	Chimioprophylaxie	Chimioprophylaxie	IGRA** après 1 an	IGRA** après 1 an
IDR* > 18 mm ou IGRA** > 1,0 UI / ml	Chimioprophylaxie	Chimioprophylaxie	Chimioprophylaxie	Chimioprophylaxie	Suivi clinique et radiologique tous les 6 mois pendant 2 ans

*IDR: Intradermoréaction à la tuberculine

**IGRA: Interferon- γ release assays

[‡]2 – 5 ans: Chimioprophylaxie pour enfants immunodéprimés qui ont **aussi** eu un contact avec un cas de tuberculose active