



Test Quantiféron et visite d'embauche aux Hospices Civils de Lyon



Dépistage de la tuberculose chez les personnels soignants

Ancien protocole

- RP et IDR pour tous les personnels soignants
CSP R3112.1 et 2 - CT R4626.23 – arrêté du 13.7.04
- IDR réalisée par 2 infirmières lors de la visite de médecine agréée
- Lecture souvent à distance avec envoi du résultat
- Avis pneumo si IDR > 15 mm
ou notion d'augmentation > 10 mm
→ décision thérapeutique éventuelle
avis CSHPF 2003
- Communication des résultats au médecin du travail
(référence pour la suite de la carrière)



Difficultés

- Difficultés pour obtenir le résultat d'IDR (retard pour réponse aptitude)
- Imprécisions de lecture de l'IDR
- Faux positifs (beaucoup d'avis pneumo)
- Faux négatifs?



En 2006

- 1193 IDR
- 43 avis pneumologiques
- 2 agents traités



HAS 2006

4 indications pour test de production d'IFN γ , en remplacement de l'IDR

- Enquête autour d'un cas
- Embauche des professionnels de santé
- Aide au diagnostic des formes extra-pulmonaires de la tuberculose-maladie
- Avant mise en route d'un traitement par anti-TNF α



Données de la littérature

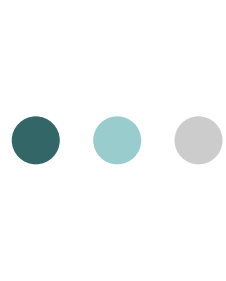
IDR

- Sensibilité 70 à 80 %
- Spécificité 40 à 90 %
 - Réaction croisée avec souche vaccinale et mycobactéries atypiques
 - Effet boost
- Grande variabilité technique

Quantiféron

- Sensibilité 70 à 87,5 %
 - Pas de gold-standart
- Spécificité 99 %
 - Non impactée par BCG et la plupart des mycobactéries non tuberculeuses
- Problèmes
 - Résultats indéterminés 2,1 % - 6,1 % chez immunodéprimés
 - Seuil décisionnel

NB - T-SPOT-TB un peu plus sensible, un peu moins spécifique, un peu plus cher



Analyse prospective en 2007 - 2008 (228 personnes)

- IDR + Quantiféron
- Protocole identique au précédent pour interprétation IDR
- Avis spécialisé si IDR - / Quantiféron +

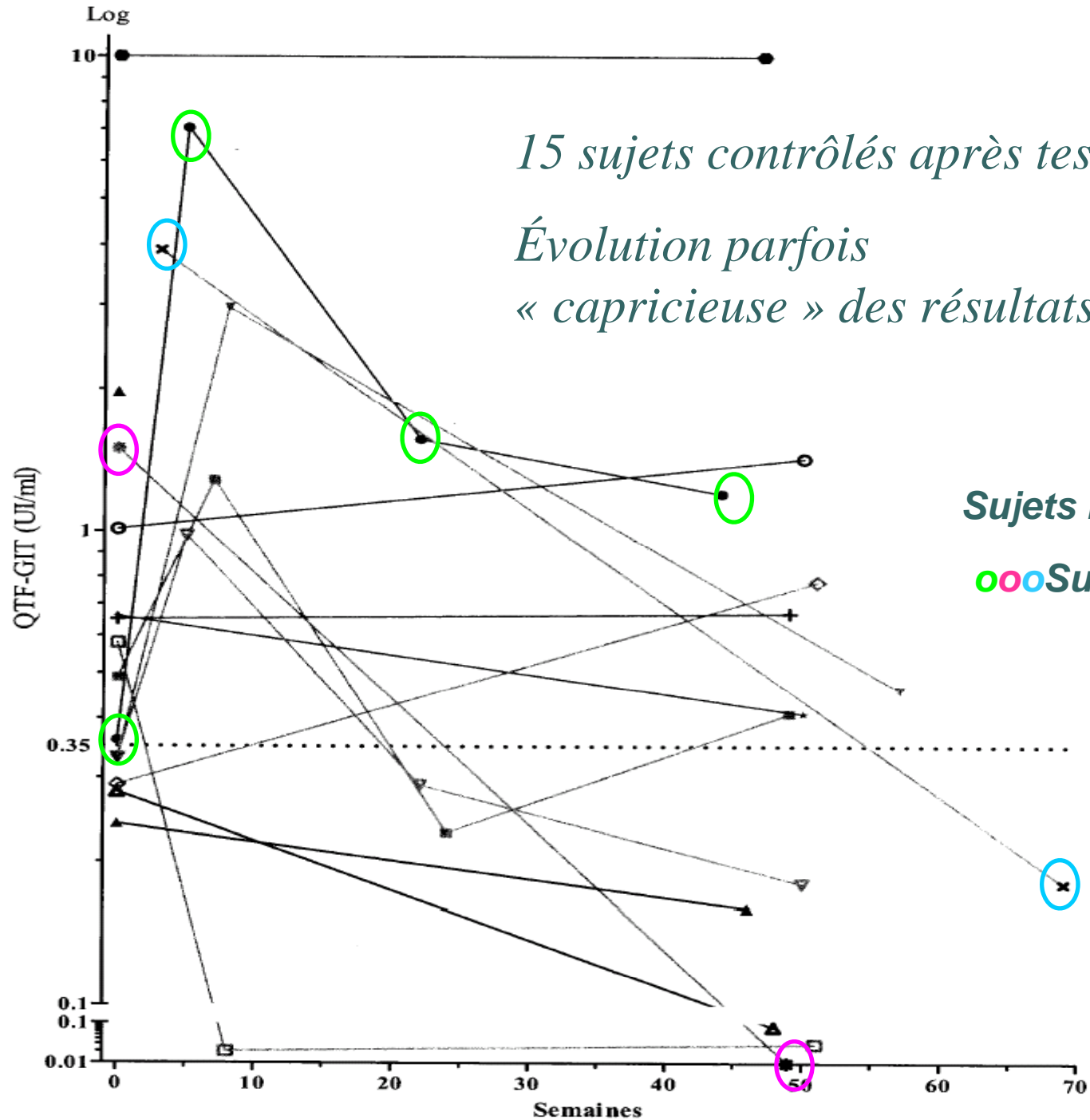
Résultats étude 2007 – 2008

(effectif 228)

	IDR < 15 mm	IDR ≥ 15 mm ou séroconversion	Total
QTF-GIT négatif	-	10	10
QTF-GIT positif	9 [1]	4 # [2]	13
QTF-GIT ininterprétable	-	1	1
Total	9	15	24

dont un = contrôle positif après 1^{er} test ininterprétable

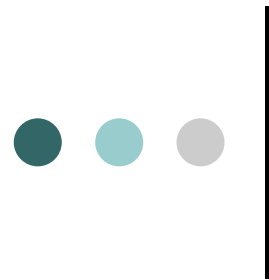
[] nombre de sujets traités





5/3/2010 Recommandations Haut Conseil de Santé Publique

- Levée de l'obligation de vaccination BCG pour les professionnels de santé
- Vaccination au cas pas cas
 - ▶ après évaluation des risques par le médecin du travail,
 - ▶ uniquement pour les professionnels de santé très exposés tuberculino-négatifs, soit
 - les personnels de soins en contact répétés avec des patients tuberculeux contagieux et tout particulièrement ceux à risque de tuberculose multirésistante,
 - les personnels de laboratoires travaillant sur des cultures de mycobactéries



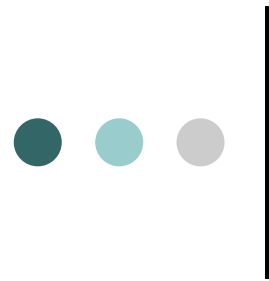
Nouvelle stratégie de dépistage (à compter du 1/9/2010)

- Quantiféron à l'embauche au SMS pour dépister d'éventuels cas à surveiller voire à traiter
 - Intérêt pratique (moins de relances)
 - Proximité du laboratoire (résultats plus fiable)
- Les IDR pourront être faites par les médecins du travail à titre de preuve vaccinale si nécessité de vaccination



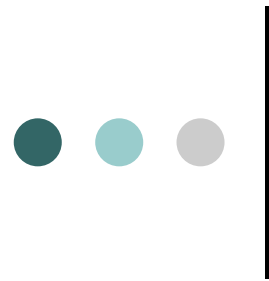
Décision thérapeutique?

- 954 sujets-contacts sur 3 ans (Diel & all. Août 2010) :
 - VPN 100 %
 - 147 sujets-contacts QTF + non traités : VPP 12,9 %
(adulte 10,3 % enfants 28,6 %)
- Méta-analyse (Diels oct 2010)
 - VPN 99,8 %
 - VPP sujets non traités 8 – 15 %
(4 études VIH + ou sujets-contacts)
- Mais en dépistage systematique chez des sujets asymptomatiques???



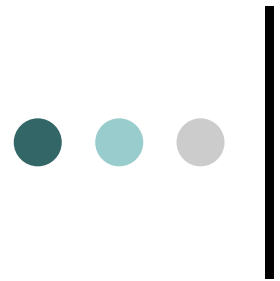
Cas clinique : 1

- ASD - 22 ans - née en France
- BCG : Monovax 17.5.90
- IDR 11/5/92 : 5 mm
- QTF 2/11/10 : 0,89 UI / ml
- RP normale
- Séjours en Algérie
- Pas de notion de contact avec patients tuberculeux



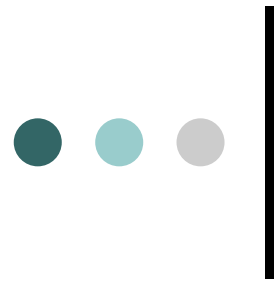
Cas clinique : 2

- ASD, 20 ans, née en France
- BCG : Monovax 3/9/93 – BCG ID 7/2/97
- IDR 3/2/98 : 9 mm – Tubertest 31/8/09 : 10 mm
- RP normale
- QTF 26/10/2010 1,20 UI / ml
- Contage professionnel possible il y a 2 ans (patient décédé de tuberculose, non diagnostiquée préalablement)



Cas clinique : 3

- ASD, 20 ans, née en France
- Monovax 22/2/89
- Monotest 20/7/98 + Tubertest 17/5/2010 : 6 mm
- QTF 26/10/2010 : 1,31 UI / ml
- RP normale
- Séjours à La Réunion
- Pas de notion de contagé



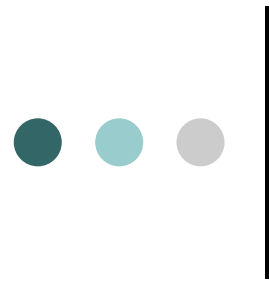
Cas clinique : 4

- 44 ans, OP, né en France
- Primoinfection tuberculeuse traitée à l'âge de 7 ans (séjour en sanatorium sans autre précision)
- RP normale
- QTF 0,56 UI / ml



Cas clinique : 5

- Sage-femme, 25 ans
- Née en Algérie – arrivée en France en 1990
- Monovax 25/12/1985
- RP 13/7/2006 : petits nodules axillaires supérieurs droits
- TDM 25/7/2006 : images séquellaires de tuberculose très vraisemblables
→ ttmt préventif 6 mois
- QTF 18/10/2010 : > 10,00 UI / ML
- RP : calcifications stables



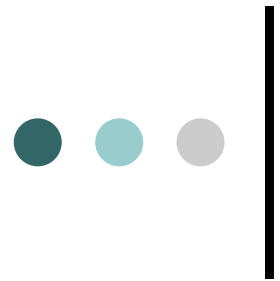
Cas clinique : 6

- ASD, 38 ans, né en Algérie
- Arrivée en France en 2002
- Pas de notion de BCG
- Tubertest 19/6/2009 20 mm
- Pas d'antécédents signalés
- RP : images nodulaires microcalcifiées
- QTF 3/9/2010 : > 10 UI / ml



Cas clinique : 7

- ASD, 32 ans, née en France
- BCG 20/3/1979
- Tubertest 19/10/2000 : 30 mm
- QTF 1/9/2010 1,07 UI / ml
- Pas de notion de contagé récent



Cas clinique : 8

- IDE 41 ans entrée HCL 98
- Vue pour école IADE
- BCG : 1/6/78, 25/11/75, 27/9/94
- Tubertest : 10/10/94 8 mm ; 30/9/95 8 mm ;
26/9/96 7 mm ; 30/5/2010 20 mm
- RP normale
- QTF 10/9/2010 : 1,63 UI / ml
- Contage possible dans le service il y a 18 mois



Cas clinique : 9

- Kinésithérapie 35 ans
- Monovax 1/1/76 ??
- IDR + en 1994
- Tubertest 12/8/2008 17 mm
- QTF 30/9/2010 0,70
- RP normale



Cas clinique : 10

- ASH, 28 ans, née en France
- IDR 11/4/1997 7 mm
- Tubertest 3/2/2010 20mm
- Mère tuberculeuse, a priori avant sa naissance
- RP normale
- QTF négatif



Etude 2011 - 2013

**Risque d'apparition d'une
tuberculose-maladie chez les patients
porteurs d'une tuberculose-infection latente
découverte lors du recrutement aux HCL
Suivi à 6 mois, 12 mois, 24 mois.**

HCL

Laboratoire d'immunologie - Service de pneumologie

Service de Médecine et Santé au Travail

Service de recherche clinique – Service de Médecine Statutaire



Objectifs

- **Evolution clinique des tuberculoses-infections latentes découvertes lors des visites de recrutement aux HCL**
- Évolution biologique des sujets dont le test initial a été positif, chez les sujets non traités
 - ➔ Eventuelle zone frontière autour du seuil de positivité avec réversibilité fréquente du résultat?
- Décrire les facteurs de risque et l'ancienneté présumée de la contamination, chez les sujets traités et non traités
- Décrire l'évolution biologique des sujets traités, les effets secondaires et l'observance



Effectif attendu

- 1500 visites par an
- Taux attendus de sujets positifs 5 à 6 %
- 75 à 90 sujets