



PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA LA TUBERCULOSE (TB)

AGENT

Le bacille de KOCH.

Le plus fréquent : **Mycobacterium tuberculosis**, bactérie aérobie strict immobile, appelée également bacille acido-alcool-résistant (B.A.A.R.). Dose infectante faible : de l'ordre de 10 bacilles.

CONTAGIOSITÉ

- Transmission interhumaine par **aérosolisation** de de sécrétions respiratoires émises depuis les lésions pulmonaires du sujet malade (tuberculose bacillifère).
- Après transmission, la phase de primo-infection tuberculeuse (PIT) apparaît, avec passage à une forme latente (non contagieuse), puis passage possible à une tuberculose maladie (TM), en général dans les deux ans suivant la PIT. Ce risque de passage est accru chez l'enfant et la personne âgée, et en cas d'immunodépression.
- Toute TM doit être considérée comme contagieuse, mais la contagiosité est particulièrement importante en cas de tuberculose pulmonaire, pleurale, bronchique ou laryngée. Le risque de contamination est proportionnel à l'intensité de la toux, la présence de BAAR à l'examen direct et/ou de cavernes, et à la durée d'exposition.
- Elle débute avec les symptômes, qui peuvent ne pas être francs ou non spécifiques les premières semaines.
- Elle perdure au minimum **2 semaines après la mise en place d'un traitement efficace avec disparition de la symptomatologie**, augmentée à 30 jours en présence d'excavation et/ou d'une charge bacillaire initial élevée et/ou de lésions étendues.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

- Recherche de BAAR dans les crachats (ECBC), réalisé de préférence après kinésithérapie respiratoire, le matin, 3 jours de suite, ou mieux tubage gastrique 3 jours de suite le matin, ou fibroscopie bronchique avec prélèvement : examen direct et mise en culture, PCR possible en complément (utilisation d'un masque FFP2 pour le professionnel réalisant cet examen).
- Examen radiologique : présence de nodules, infiltrat +/- cavernes.
- Traitement curatif pour 6 mois minimum, souvent 9 mois, parfois plus de deux ans.

REMARQUES VACCINATION

- Vaccination au cas par cas, après évaluation du risque par le médecin du travail pour :
 - les professionnels de santé très exposés tuberculino-négatifs ou en contacts répétés avec des patients tuberculeux contagieux, notamment à risque tuberculose multirésistante (service de pneumologie, urgences ...)
 - les professionnels de laboratoire travaillant sur des cultures de mycobactéries.

- En cas d'intervention chirurgicale, le réveil et la surveillance post opératoire immédiate s'effectueront en salle d'intervention.
- Eviter tout contact avec les sujets immunodéprimés.
- Regrouper les soins pour éviter la multiplication des ouvertures de la porte.

INCUBATION

Minimum 6 semaines et jusqu'à plusieurs mois ou années.

SYMPTOMES

■ **Signes pulmonaires persistants :** (+ de 3 semaines)

- toux +/- expectoration
- hémoptysie
- dyspnée (tardive)

■ **Signes généraux :**

- asthénie,
- amaigrissement,
- altération de l'état général,
- fébricule,
- sueurs nocturnes...

SITUATION Suspicion de tuberculose

Précautions Standard + Complémentaires respiratoires (PCRe) renforcées ou maximales Dès suspicion

Levée des précautions complémentaires respiratoires devra être une décision médicale.

Evaluation
à J14
du début
du traitement

- Observance et tolérance correctes
- ET tuberculose à M. tuberculosis sensible
- ET amélioration clinique (diminution de la toux)
- ET absence d'excavation sur l'imagerie initiale et pas d'aggravation
- ET pas de contact avec des personnes vulnérables ou immunodéprimées
- ET examen direct initial négatif ou charge bacillaire faible

OUI

Levée des PCRe à J14

NON

Poursuivre les PCRe jusqu'à J30 + nouvelle évaluation

En cas de Tuberculose MDR/XDR poursuivre les PCRe jusqu'à négativation de la culture
→ Si le cas est un personnel : éviction immédiate pendant la phase contagieuse



- En cas de **suspicion** ou cas de tuberculose : informer immédiatement l'EOH, le président de CLIN / CME ou le médecin coordonnateur.
- Tout cas de tuberculose (clinique ou confirmé) doit être signalé sans délai à l'ARS / CPias et au CLAT (Centre de Lutte Contre la Tuberculose) : **maladie à déclaration obligatoire**.



Accès page
internet ARS
Grand Est
signalement

- Informer le patient et l'ensemble du personnel du service.

L'information de la mise en place des Précautions Complémentaires respiratoires doit figurer dans le dossier de soins, sur le planning de soins infirmiers, sur la porte de la chambre, et le cas échéant, sur les fiches de liaison et de transfert.



- Maintien impératif en **chambre seule, porte fermée** obligatoire.
- Idéalement, utilisation d'une chambre en pression négative (avec un minimum de 6 renouvellements/horaires), notamment en cas de tuberculose multirésistante.
- A défaut, l'**aération** doit être suffisante : idéalement ouverture de la fenêtre pendant 10 minutes minimum toute les deux heures de 7h à 21h, à renouveler au moins 3 fois par jour.



- D'une manière générale, renforcer les Précautions Standard et l'hygiène des mains (avant, après tout contact avec le patient, entre deux soins avant et après la mise en place de gants).
- Friction hydro alcoolique après avoir retiré/éliminé le masque FFP2.



- **Port d'un appareil de protection respiratoire FFP2** (Norme EN149), pour tous les personnels et visiteurs (visites strictement encadrées et limitées), **dès l'entrée dans la chambre**, même en l'absence du patient (ajusté correctement pour éviter les fuites et garantir son efficacité), **le retirer et l'éliminer immédiatement après être sorti de la chambre et après avoir refermé la porte**.



- **Port d'un masque à usage médical** pour le patient, lors des contacts avec les professionnels et visiteurs et port d'un **masque FFP2** (à défaut masque à usage médical) lors de la sortie de sa chambre (limitation au strict minimum).
- **Protection de la tenue** (tablier plastique à UU ou surblouse) si soins aérosolisants et/ou risque de projection (Précautions Standard).



- Nettoyage désinfection quotidien de l'environnement, aération des locaux fréquentés par le patient.
- Les précautions respiratoires doivent être maintenues après le départ du patient, jusqu'à :
 - Aération d'une heure minimum (ou renouvellement complet de l'air de la pièce), puis bio nettoyage par le personnel muni d'un masque FFP2, avec un détergent/ Désinfectant mycobactéricide. Nouvelle aération de la pièce pendant 1 heure minimum (ou renouvellement complet de l'air de la pièce).



- Respect des précautions standard (désinfection du matériel entre chaque patient)
- Filières et traitements habituels, emballage dans la chambre, à l'exception des crachoirs et mouchoir à éliminer en DASRI.



ENQUÊTE AUTOUR D'UN CAS

Définir les sujets contacts

Enquête réalisée si les PCR n'ont pas été appliquées durant la période de contagiosité du patient index.

La durée de contact est considérée comme significative à partir de 8 heures cumulées mais il n'existe pas de seuil minimal de durée mettant à l'abri du risque d'infection.

Faire un relevé des sujets contacts = tout sujet ayant côtoyé un cas pendant sa période de contagiosité, en tenant compte de l'ensemble des facteurs (période de contagiosité, durée cumulée de contact, proximité, confinement, facteurs individuels):

- **Contact étroit** : personnes habitant sous le même toit, personnes partageant la même pièce pendant de nombreuses heures/ jour : voisin de chambre..., professionnel ayant pratiqué des actes à risque d'aérosolisation respiratoire (sans protection respiratoire) : ECBC, kinésithérapie respiratoire, extubation, soins de trachéotomie ...
- **Contact régulier** : personnes partageant régulièrement le même lieu fermé : soignant du service, patient/résident partageant un lieu de vie commun (plateau technique, salle à manger, salle d'activité ...), patient occupant une salle d'attente pendant plus d'une heure.
- **Contact occasionnel** : personnes partageant occasionnellement le même lieu fermé : autres intervenants dans la prise en charge (manipulateur radio, assistant social, animateur...).

Le suivi des contacts est sous la responsabilité du CLAT et de la Médecine du Travail (personnels exposés)

Organiser l'information, le suivi et la prise en charge des personnes exposées