



TUBERCULOSE

Après une forte diminution de la tuberculose en Belgique dans la deuxième partie du 20^{ième} siècle, on constate une légère reaugmentation depuis 1993: c'est principalement dû à la tuberculose chez les immigrants. Dans de nombreux pays en voie de développement et dans les pays de l'Est, la tuberculose constitue cependant un problème sanitaire majeur, surtout à cause de l'association avec le VIH et l'apparition des souches multirésistantes.

En Belgique, il faut surtout s'attacher d'une part à la prévention et au traitement de la tuberculose (miliaire) et de la méningite tuberculeuse qui se manifestent surtout chez les jeunes enfants (l'incidence diminue nettement après l'âge de 14 ans) et d'autre part aux formes multi résistantes et à l'association avec le VIH qui complique la détection et le traitement.

En cas de contamination, le risque pour les adultes de développer la maladie est estimé à 5 % durant les 2 premières années après la contamination et à 5 % répartis sur le reste de l'existence (10 % de 'lifetime risk' en cas de défenses normales). Chez l'enfant de moins de 2 ans, le risque peut toutefois atteindre 40 %.

Une étude hollandaise s'est penchée sur l'incidence de la conversion tuberculique (mesure du risque de contamination) chez quelques centaines de voyageurs qui s'étaient rendus pendant une période de 3-12 mois dans une ou plusieurs régions fortement endémiques. Dans ce groupe, le risque était de 3,5 par 1.000 mois de voyage, soit environ 4 % par an. Il s'agissait de voyageurs qui avaient eu de fréquents contacts avec la population locale: 55 % voyageaient entièrement ou en partie pour des raisons professionnelles, et à peu près tous avaient eu abondamment recours aux transports publics ou avaient logé dans des auberges locales.

Le risque de contamination par la tuberculose a été constaté par la positivisation d'un test cutané à la tuberculine négatif (THT; test intradermo selon Mantoux. Le risque atteignait 7,9/1.000 mois de voyage chez les personnes qui avaient travaillé dans le secteur de la santé au cours de leur séjour, versus 2,8/1.000 dans le restant du groupe (le risque annuel était d'environ 3 %).

Le risque de contamination augmentait également avec la longueur du séjour. Pour cette catégorie de voyageurs, le risque était comparable à celui encouru par la population locale et était évalué à 1,0-2,5 %. Les personnes qui avaient soigneusement préparé leur voyage touristique n'ont probablement pas été confrontées aux conditions nécessaires à la transmission de la tuberculose; le risque de la contracter était dès lors sensiblement plus faible (Cobelens, Lancet, 05/08/2000).

Vaccination

Le vaccin BCG contient des bacilles tuberculeux vivants atténués d'origine bovine. Le vaccin est administré par injection intradermique; cela provoque une infection localisée qui stimule l'immunité cellulaire (il n'y a pas de formation d'anticorps protecteurs), ce qui atténue une infection tuberculeuse virulente (l'infection n'est donc pas prévenue). La vaccination confère une certaine protection contre les primo-infections mais surtout contre les complications post-primaires sévères, à savoir la TBC généralisée et la méningite tuberculeuse. Cet effet protecteur n'a été démontré clairement que chez l'enfant, pas chez l'adulte.

Il s'agit d'un vaccin controversé, qui ne diminue pas le risque d'infection et qui ne protège qu'incomplètement contre une maladie tuberculeuse. L'efficacité de la vaccination chez l'enfant de moins de 2 ans varie notablement selon les études. Actuellement, on estime le degré moyen de protection à 50 % pour la tuberculose pulmonaire. La protection contre la méningite tuberculeuse et la TBC miliaire se situe probablement aux environs de 80 %. La durée de protection moyenne est estimée à 10-15 ans, même si une étude récente en Alaska suggère que la protection (seulement partielle!) pourrait durer bien plus longtemps. La vaccination ou la revaccination de l'adulte n'est pas jugée efficace.

L'inconvénient est que le test intradermo à la tuberculine (test de Mantoux) est plus difficile à interpréter dans les années qui suivent la vaccination. Il est donc moins utilisable comme outil diagnostique (jusqu'à une dizaine d'années) après la vaccination. Dans le futur, on fera appel aux tests sanguins qui évaluent la réaction des cellules T aux antigènes spécifiques de *Mycobacterium tuberculosis* (appelés 'interferon-gamma release assays' (IGRA)) et qui ne sont pas influencés par une vaccination BCG antérieure.

Le vaccin peut être administré dès la naissance, à la face postéro-externe du bras, et de préférence 6-8 semaines avant le départ vers une région à risque. Une immunité maximale peut ainsi être atteinte en temps voulu (après un délai de 5-10 semaines).

Grâce à ce schéma, certains effets secondaires potentiels de la vaccination, tels que l'abcédation locale et l'adénopathie axillaire ou cervicale, peuvent être traités alors que le patient est encore en Belgique. Le vaccin BCG peut être administré simultanément avec d'autres vaccins vivants ou avec un intervalle de minimum 3 semaines. Le schéma des vaccinations de base des enfants peut, en principe, être poursuivi normalement.

Les contre-indications à la vaccination sont: dermatoses étendues, affections immunodépressives, traitements par immunodépresseurs et grossesse. Les personnes qui ont un test de Mantoux positif ne seront pas vaccinées.

Le vaccin peut être commandé à l'étranger par le pharmacien (le vaccin n'est plus commercialisé en Belgique). Seuls quelques hôpitaux universitaires (départements pédiatriques et/ou services de médecine du travail) disposent d'un stock de vaccin et peuvent éventuellement l'administrer sur place.

Indications de la vaccination dans le cadre de la médecine de voyage

a) La vaccination BCG du touriste ordinaire n'est pas indiquée.

b) La vaccination BCG des enfants de travailleurs immigrés jusqu'à 5 ans qui voyagent (chaque année) pour voir la famille dans le pays d'origine doit être envisagée sérieusement – au moins huit semaines avant le départ.

c) L'OMS conseille la vaccination des enfants et jeunes adultes venant de pays à très faible endémicité de TBC, et allant vivre pour une longue période (au moins quelques mois) dans une région à forte endémicité.

La vaccination BCG peut se justifier (du moins, elle n'est pas déconseillée) pour les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans, s'il existe un risque réel d'exposition (séjour prolongé dans un pays du tiers-monde, dans une zone à forte endémicité, contact étroit avec la population locale) et si l'infrastructure médicale sur place laisse à désirer.

La même remarque est valable pour les coopérants (en particulier le personnel médical). Une vaccination est également exigée par certains lycées français d'outremer.

d) Pour les autres personnes, en pratique, l'attitude suivante peut être proposée:

- test tuberculique cutané négatif avant le départ + séjour d'au moins 6 mois dans un pays du tiers-monde: **test tuberculique cutané 2 mois après le retour.**
- test tuberculique négatif avant le départ + séjour à haut risque dans un pays du tiers-monde (p.ex. personnel médical, travailleurs sociaux, enfants de moins de 5 ans dans certains cas, etc.): **BCG** à envisager – au moins huit semaines avant le départ.

Les conseils de vaccination pour des enfants qui vont séjourner de manière prolongée dans des zones à risque dépendent d'un processus d'évaluation englobant le coût, les inconforts de la vaccination et les risques d'effets secondaires, sachant que la protection conférée est très incomplète et donc discutable.

On peut prendre contact le cas échéant avec la « Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding » (VRGT- *ne dispose pas de vaccins BCG*) ou le 'Fonds des Affections Respiratoires' (FARES) aux numéros respectifs 02/512.54.55 et 02/512.29.36 pour des conseils supplémentaires sur l'indication de vacciner.

Une excellente alternative demeure donc de faire régulièrement un test intradermo = test cutané à la tuberculine (à remplacer dans le futur par le test à l'interféron gamma): éventuellement avant le départ; ensuite chaque année ou une fois tous les deux ans; deux mois après le retour définitif); si l'on constate une positivisation du test, on fera une radiographie du thorax et si celle-ci est normale on proposera généralement un traitement de 6-9 mois à l'aide d'un médicament anti-tuberculeux.

De plus, il est important de diminuer l'exposition en évitant les espaces mal aérés, sombres et petits où de nombreuses personnes sont présentes simultanément. Les personnes qui se plaignent de toux avec expectorations depuis plus de 3 semaines peuvent être atteintes d'une tuberculose contagieuse.