

Version mise à jour (17/04/2015 – AVG) voir: www.medecinedesvoyages.be

TUBERCULOSE

La tuberculose est une maladie infectieuse, causée par la bactérie *Mycobacterium tuberculosis*. La contagion se fait par l'inhalation des gouttelettes contagieuses crachées.

Après une forte diminution de la tuberculose en Belgique dans la deuxième partie du 20^{ième} siècle, on constate une légère reaugmentation depuis 1993. En 2010, 1115 nouveaux cas de la tuberculose active ont été rapportés. La maladie est fortement liée à la pauvreté. Les groupes à risque sont les précarisés, les sans-abris, les prisonniers, les nouveaux-venus des pays à incidence élevée, les demandeurs d'asile, les utilisateurs de drogue intraveineuse,...donc toute personne vivant dans l'extrême pauvreté. Des techniques modernes (analyse de l'ADN) ont prouvé à plusieurs reprises qu'il y a peu de transmission entre les nouveaux-venus (immigrants) et la population belge. La migration n'est pas considérée comme menace pour la santé publique par l'European Center for Disease Control (ECDC).

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 un adulte en bonne santé de développer la maladie tuberculeuse est estimé à 5-8 % durant les 2 premières années après la contamination et à 5 % répartis sur le reste de l'existence (*environ 10 % de 'lifetime risk' en cas de défenses normales*). Dans 90 % des cas, rien se passe et on parle donc d'une infection **latente**. Chez les enfants de moins de 2 ans, le risque de maladie peut toutefois atteindre 40 %. Chez les personnes avec une immunodépression le risque de développer une tuberculose active peut monter jusqu'à 10% par an.

*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 2,8/1.0000 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 (« miliaire ») 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 très 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. Lors d'une injection correcte dans le derme, on voit en principe apparaître une papule de +/- 8 mm, qui s'estompe ensuite rapidement. Environ trois semaines plus tard, un nodule ferme se développe à l'endroit de l'injection, qui s'ulcère parfois et guérit après 3-4 mois en laissant une cicatrice. Chez 1 à 10% des vaccinés peuvent apparaître des effets secondaires post-vaccinaux. Il s'agit le plus souvent de gonflements des ganglions dans le creux axillaire ou dans la région cervicale, qui disparaissent après 2-3 mois.

La vaccination se fait de préférence 8-10 semaines avant le départ vers une région à risque. Une immunité maximale peut ainsi être atteinte en temps voulu (la protection du vaccin BCG commence 5 à 10 semaines après la vaccination) et 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 tués, mais pour la vaccination avec des germes **vivants** (rougeole, rubéole, oreillons, fièvre jaune) un intervalle d'un mois doit être respecté.

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 n'est plus commercialisé en Belgique, mais peut être commandé à l'étranger par le pharmacien. 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. Il est préférable de téléphoner à l'avance pour vérifier si un stock est disponible.

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 et/ou pour une longue durée) pour voir la famille dans le pays d'origine doit être envisagée sérieusement (ou du moins à ne pas déconseiller) – au moins 8 à 10 semaines avant le départ.

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

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 8-10 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) 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. Les dispensaires du VRGT et de FARES n'administrent plus de vaccins en n'ont plus de vaccins en stock.

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; si celle-ci est normale on proposera généralement un traitement de 6-9 mois à l'aide d'un médicament anti-tuberculeux.

Grâce à ceci le risque que l'infection tuberculeuse évolue vers une tuberculose active est réduit de 80 à 90 %. Plus d'information – voir www.vrgt.be ou www.fares.be.

Pour le reste il est important de **diminuer l'exposition** en évitant les espaces mal aérés, obscurs et étroits où il y a beaucoup de monde en même temps (**la lumière du soleil et une bonne ventilation** diminuent fortement et immédiatement la contagion avec des bacilles crachés). Les personnes ayant des quintes de toux avec production de crachat pendant plus de 3 semaines peuvent avoir une tuberculose contagieuse. Une simple **radiographie des poumons** peuvent exclure la diagnostic (par exemple chez des employés de maison).