

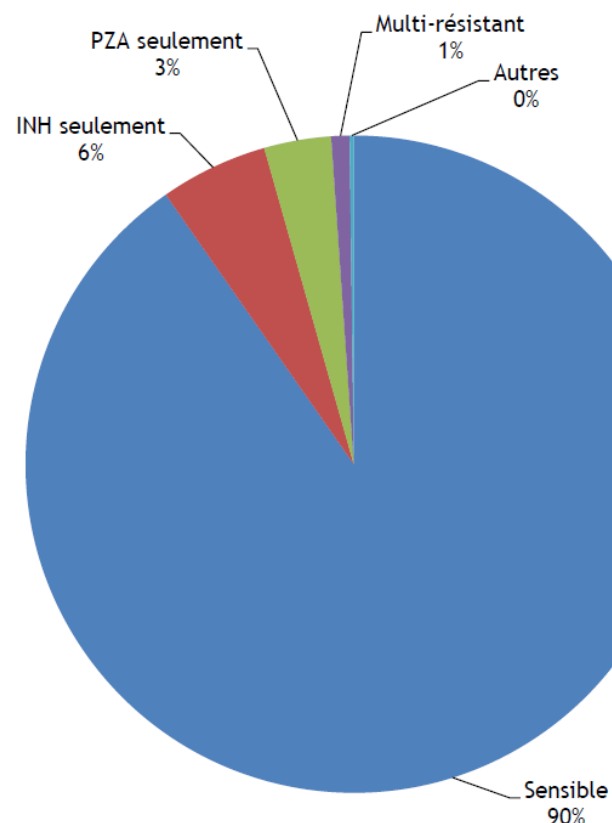
TUBERCULOSE EN BREF

En général au Québec, les taux d'incidence de la tuberculose sont à la baisse ou stables depuis les dernières années. L'incidence est cependant plus élevée chez les personnes nées à l'extérieur du pays, les autochtones et chez les communautés nordiques du Nunavik. D'autres populations à risque incluent les consommateurs de drogues, les sans-abris et les détenus d'établissements correctionnels. Des éclosions chez les populations vulnérables continuent de survenir.

Le taux d'incidence annuel moyen de la tuberculose de 2012 à 2015 à Montréal (5,6 cas/100 000) est près du double de celui du reste du Québec (2,9/100 000). Seulement trois autres régions connaissent également des taux d'incidence supérieurs au taux québécois : les Terres-Cries-de-la-Baie-James (5,8/100 000), Laval (3,0/100 000) et le Nunavik (360/100 000), où le nombre de cas a augmenté de façon dramatique à partir de 2011. Pour la Côte-Nord, le taux annuel moyen est de 1,5 /100 000).

La tuberculose demeure un enjeu de santé important dans plusieurs pays d'Asie et d'Afrique. À l'instar de certains pays, où la tuberculose multi-résistante est un enjeu majeur, la proportion de souches résistantes à l'isoniazide demeure stable au Québec et sur la Côte-Nord.

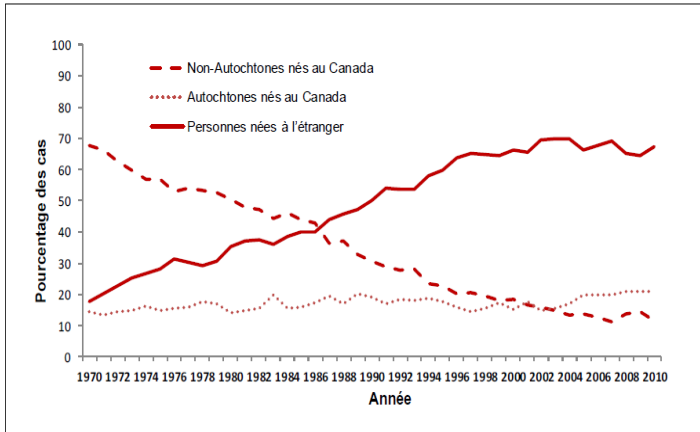
FIGURE 1
Profil de résistance aux antituberculeux en pourcentage,
Québec, 2012-2015



Au Canada, la tuberculose touche particulièrement les personnes nées à l'étranger et les communautés autochtones, comme illustrées à la figure 2. La figure 3 démontre, quant à elle, la nette diminution du taux d'incidence de la tuberculose depuis les 30 dernières années au Canada et aux États-Unis.

FIGURE 2

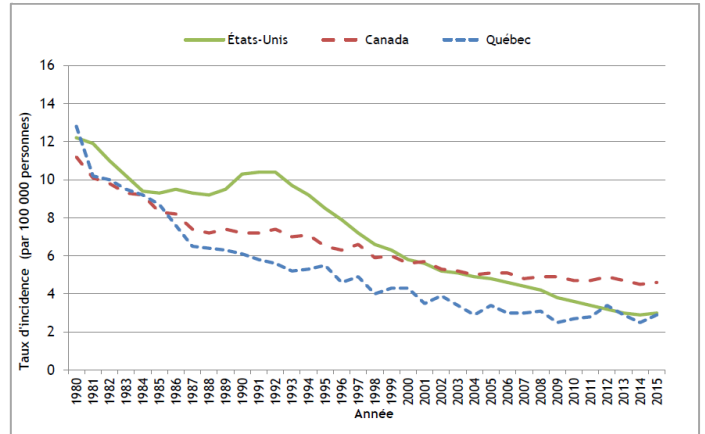
Pourcentage des cas de TUBERCULOSE déclarés par groupe de la population au Canada, 1970-2010



Source : Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 7^e édition, 2014.

FIGURE 3

Taux d'incidence de la tuberculose : États-Unis, Canada et Québec, par année, 1980-2015



Sources : Centers for Disease Control and Prevention, Reported Tuberculosis in the United States 2011, Table 1, Atlanta (Georgie), Centers for Disease Control and Prevention, 2011. Également disponible en ligne <http://www.cdc.gov/tuberculose/statistics/reports/2011/table1.htm>. Agence de la santé publique du Canada, La tuberculose au Canada 2011 : prédiffusion, Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2012. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Épidémiologie de la tuberculose au Québec, de 2012 à 2015, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017.

MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

La tuberculose est causée par le bacille *Mycobacterium tuberculosis*, dont l'humain est le réservoir. Le bacille tuberculeux se transmet par l'inhalation de microgouttelettes respiratoires en suspension produites lorsqu'une personne atteinte de tuberculose pulmonaire ou laryngée tousse, éternue, crie, chante, etc.

LA TUBERCULOSE EST :

une **Maladie À Déclaration Obligatoire (MADO)**
ET
 une **Maladie À Traitement Obligatoire (MATO)**

Information et urgence

Téléphone 24/7: 1 844 589-MADO (6236)
 Télécopieur dédié à la déclaration : 418 589-1603

La pathogenèse de la tuberculose est complexe. L'infection tuberculose **latente** (ITL) et la tuberculose **active** doivent davantage retenir l'attention du clinicien. L'ITL est une forme **latente** (asymptomatique et non contagieuse). Elle se traduit par un test cutané à la tuberculine (TCT) significatif. Des stigmates radiologiques anciens sont parfois présents à la radiographie pulmonaire. La tuberculose **active** est symptomatique et est souvent considérée d'emblée contagieuse. Les principales caractéristiques de ces deux formes sont regroupées dans le Tableau 1 et orientée vers l'outil spécifique de prise en charge (annexe A ou B) joint à ce bulletin.

Le niveau de contagiosité de la tuberculose active est tributaire de la positivité ou non des frottis d'expectorations obtenus dans le cadre de l'investigation. La tuberculose pulmonaire cavitaire ou laryngée est d'emblée reconnue hautement contagieuse. D'autres facteurs doivent aussi être pris en compte, tels que la symptomatologie du cas (toux, perte de poids, sueurs nocturnes, fièvre, hémoptysies), la vulnérabilité de la personne, l'environnement ou la durée et la fréquence du contact avec un cas contagieux. L'enquête épidémiologique de la santé publique permettra de dresser une liste de contacts étroits, occasionnels ou sociaux qui seront classés par priorité : élevée, moyenne, faible ou très faible. L'investigation des contacts sera privilégiée selon le risque de progression et les évidences de transmission de la maladie. Le génotypage des souches de *M. Tuberculosis* est possible et permet aux autorités de santé publique de confirmer les agrégats ou les éclosions dans un territoire donné.

POUR MINIMISER LES RISQUES DE TRANSMISSION ET DE COMPLICATION DE LA TUBERCULOSE ACTIVE :

- Évoquer et confirmer rapidement le diagnostic de la tuberculose;
- Appliquer rigoureusement les pratiques de base et les précautions additionnelles contre la transmission aérienne (chambre d'isolement respiratoire, masque N95, etc.);
- Initier précocement le traitement antituberculeux.

DÉCLARER RAPIDEMENT À LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

TABLEAU 1

Caractéristiques principales de la tuberculose active et la tuberculose latente

TUBERCULOSE ACTIVE	TUBERCULOSE LATENTE (ITL)
<ul style="list-style-type: none"> • Présence de bacilles se multipliant à l'intérieur de l'organisme survenant rapidement après une infection latente ou plusieurs années plus tard • L'atteinte pulmonaire est de loin la plus fréquente 	<ul style="list-style-type: none"> • Petite quantité de bacilles vivants, mais inactifs pendant des années dans des granulomes ou dans des foyers distants, dissémination par voie lymphatique et hématogène • État de dormance associé à un système immunitaire compétent
<ul style="list-style-type: none"> • Risque de transmission plus important en présence de symptômes au niveau des voies respiratoires (pulmonaires ou laryngées) • Les présentations extra-pulmonaires sont souvent non contagieuses 	<ul style="list-style-type: none"> • Non contagieuse • Aucun isolement n'est requis
<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes plus fréquents : fièvre, sueurs et toux nocturnes, perte de poids, hémoptysies • Variation des symptômes en fonction de l'infection (respiratoire, méningée, miliaire ou autres) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun symptôme • Évolution vers une tuberculose active possible
<ul style="list-style-type: none"> • Présence de bacilles dans les expectorations ou autres spécimens cliniques confirmés par une culture positive pour <i>M. tuberculosis</i> • TCT non indiqué 	<ul style="list-style-type: none"> • TCT ou test de libération d'interféron-gamma (TLIG) significatif 2 à 8 semaines après l'infection
<ul style="list-style-type: none"> • Radiographie pulmonaire souvent anormale (TB pulmonaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiographie normale ou non contributive
<ul style="list-style-type: none"> • Traitement curatif 	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement préventif
<ul style="list-style-type: none"> • Maladie à déclaration et à traitement obligatoire (MADO et MATO) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune déclaration ni traitement obligatoire
ANNEXE A - PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ACTIVE	ANNEXE B - PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE LATENTE

LE TCT ET LE TLIG PERMETTENT DE DÉTECTER L'ITL
CE **NE SONT PAS** DES TESTS DIAGNOSTIQUES DE LA TUBERCULOSE ACTIVE CHEZ L'ADULTE

Les tests de libération de l'interféron gamma (TLIG) ont une plus grande spécificité que le TCT et ne sont pas influencés par les antécédents de vaccination au BCG. Ce test est cependant plus onéreux. Les indications demeurent limitées :

- Nécessité de dépistages répétés d'ITL (détenus, travailleurs d'établissements correctionnels, etc.);
- BCG reçu après l'âge de 1 an ou reçu à plusieurs reprises;
- En association avec un TCT significatif chez patient à faible risque d'infection ou à faible risque de progression vers une tuberculose maladie;
- Risque d'inobservance, personne à risque de ne pas se présenter à son 2^e rendez-vous pour la lecture du TCT (situation d'itinérance, etc.).

OUTIL D'INTERPRÉTATION EN LIGNE DU TCT/TLIG

Cet outil permet d'évaluer le risque de développer une tuberculose active chez une personne ayant une réaction au test cutané à la tuberculine de ≥ 5 mm, en fonction de son profil clinique.

<http://www.tstin3d.com/fr/calc.html>

LIENS UTILES

- Sites du MSSS dédiés aux professionnels
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/tuberculose/>
- Épidémiologie de la tuberculose au Québec. Rapport 2012 à 2015. Dr Paul Rivest
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-266-01W.pdf>
- Guide d'intervention pour la tuberculose - mise à jour 2017, MSSS
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000531/>
- Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 7^e édition, 2014
www.phac-aspc.gc.ca

RÉDACTION

Claudette Viens, médecin conseil

COLLABORATION

Hélène Chouinard, conseillère-cadre en santé publique
Richard Coovi Fachehoun, MD, MSc, FRCPC
Sylvie Bouchard, conseillère en soins infirmiers

MISE EN PAGE

Marie-Christine Bouchard, agente administrative

DÉCLARATION, INFORMATION ET URGENCE

Téléphone 24/7 : **1 844 589-MADO (6236)**
Télécepteur dédié à la déclaration : 418 589-1603

PRODUCTION

Contamine-Action est publié par la Direction de santé publique
du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS)
de la Côte-Nord.

Ce bulletin est disponible sur le site Internet à l'adresse suivante :
www.ciass-cotenord.gouv.qc.ca

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archive nationale du Québec :
ISSN 2561-0686 (en ligne)

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord

Québec

TUBERCULOSE PULMONAIRE ACTIVE (TUBERCULOSE CONTAGIEUSE)*

SIGNES ET SYMPTÔMES (symptômes peuvent ne pas être présents chez les très jeunes enfants et chez les personnes âgées)

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Toux chronique depuis au moins 3 semaines Hémoptysies Douleurs thoraciques | <ul style="list-style-type: none"> Perte de poids inexpliquée, perte d'appétit Sueurs nocturnes, fièvre Fatigue |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

L'examen physique est parfois normal ou non contributif

INVESTIGATION POUR ELIMINER UNE TB ACTIVE

A. PRÉLÈVEMENTS D'ÉCHANTILLONS RESPIRATOIRES

Types de prélèvements (au nombre de 3) :

1. Expectations (examen de choix) : 5 à 10 ml d'expectations profondes recueillies le jour même à au moins 1 heure d'intervalle.
2. Induction de l'expectation (avec du salin hypertonique à 3 % administré avec un nébulisateur).
3. Lavage bronchique ou broncho-alvéolaire.
4. Aspiration gastrique : en l'absence d'expectations spontanées ou provoquées ou de bronchoscopie (jeunes enfants, personnes démentes).

Analyses sur les prélèvements :

1. Microscopie à fluorescence (ex. : auramine) pour détecter la présence de BAAR.
2. Culture en milieu liquide (résultat en 8-12 jours) ou solide (résultat en 4-6 semaines) fait au même moment que le frottis.
3. TAAN (test d'amplification d'acides nucléiques) comme le PCR.

B. RADIOGRAPHIE

Manifestations radiographiques classiques de la TB pulmonaire :

1. Atteinte des segments apicaux postérieurs des lobes supérieurs ou du segment supérieur des lobes inférieurs.
2. Perte de volume dans la région touchée.
3. Cavitation.

C. DÉPISTAGE DU VIH : DOIT ÊTRE OFFERT AU PATIENT

RÉGIMES THÉRAPEUTIQUES ASSOCIANT INH, RMP ET PZA (AVEC OU SANS EMB)

	Phase initiale (Durée : 2 mois et prise quotidienne pour les 2 options)	Phase de continuation (Durée : 4 mois)	Durée totale	Nombre de doses
Option 1 (Traitement continu)	INH / RMP / PZA ± EMB ¹ chaque jour X 2 mois	INH / RMP chaque jour X 4 mois	6 mois	183
Option 2 (Traitement intermittent ²)	INH / RMP / PZA ± EMB ¹ chaque jour (ou 5 fois par semaine ³) X 2 mois	INH / RMP 3 fois / semaine X 4 mois	6 mois	112

¹ L'EMB s'administre jusqu'à ce que les tests de sensibilité démontrent que la souche de *M. tuberculosis* en cause est sensible à tous les antituberculeux administrés.

² Tout traitement intermittent s'administre sous observation directe (TOD) durant toute sa durée.

³ En phase initiale de traitement, une TOD peut être administrée sur une base quotidienne ou, minimalement, 5 fois par semaine, du lundi au vendredi inclusivement sans médicament administré les fins de semaine.

DOSES RECOMMANDÉES POUR LE TRAITEMENT DE LA TB

Forme posologique		Dose			
		Traitement quotidien ou 5 fois/semaine ³ - Option 1		Traitement trihebdomadaire ² - Option 2	
		Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
INH	100 mg/co	5 mg/kg Max. : 300 mg	10 (10 – 15) mg/kg Max. : 300 mg	10 mg/kg Max. : 600 mg	20 – 30 mg/kg Max. : 600 – 900 mg
	300 mg/co 10 mg/ml				
RMP	150 mg/co	10 mg/kg Max. : 600 mg	15 (10 – 20) mg/kg Max. : 600 mg	10 mg/kg Max. : 600 mg	10 – 20 mg/kg Max. : 600 mg
	300 mg/co				
PZA	500 mg/co	20 – 25 mg/kg Max. : 2 g	35 (30 – 40) mg/kg Max. : 2 g	30 – 40 mg/kg Max. : 4 g	70 (60 – 80) mg/kg Max. : 2-3 g
	400 mg/co				
EMB¹	100 mg/co	15 – 20 mg/kg Max. : 1,6 g	20 (15 – 25) mg/kg Max. : 1,6 à 2,5 g	25 – 40 mg/kg Max. : 2,4 g	40 (30 – 50) mg/kg Max. : 2,4 à 2,5 g
	400 mg/co				

¹ L'EMB s'administre jusqu'à ce que les tests de sensibilité démontrent que la souche de *M. tuberculosis* en cause est sensible à tous les antituberculeux administrés.

² Tout traitement intermittent s'administre sous observation directe (TOD) durant toute sa durée.

³ En phase initiale de traitement, une TOD peut être administrée sur une base quotidienne ou, minimalement, 5 fois par semaine, du lundi au vendredi inclusivement sans médicament administré les fins de semaine.

* Cet outil vise à faciliter la prise en charge pour les situations les plus fréquentes de TB contagieuse d'origine respiratoire. Dans un contexte pédiatrique ou de mycobactéries résistantes, vous référer au guide d'intervention ou consulter un infectiologue.

THERAPIE ADJUVANTE DE PYRIDOXINE (VITAMINE B6)

L'INH peut inhiber le métabolisme de la pyridoxine entraînant un risque de neuropathie périphérique et autres réactions neurologiques :

- Chez la femme ou l'adolescente enceinte ou qui allaite;
- Chez les patients atteints de diabète, d'insuffisance rénale, de troubles convulsifs, du VIH;
- Chez les patients atteints de malnutrition ou chez lesquels est suspectée une carence alimentaire;
- Chez les patients faisant usage d'abus de substances.
 - Posologie : Vitamine B6
 - Dosage **adulte** : 25 mg die
 - Dosage **pédiatrique** : 1 mg/kg/jour (dose maximale die : 25 mg)

MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)

- Appliquer rigoureusement les pratiques de base et les précautions additionnelles contre la transmission aérienne (chambre d'isolement respiratoire, masque N95, etc.) dès la suspicion ou la confirmation d'un cas de TB
 - jusqu'à la réception du PCR et des 3 frottis négatifs;
 - jusqu'à 2 semaines après le début d'un traitement efficace et amélioration des symptômes cliniques;
- Initier précocement le traitement anti-tuberculeux chez tout patient dont une TB clinique est suspectée.

MÉDICAMENT	PRINCIPAL EFFET SECONDAIRE
INH	<ul style="list-style-type: none">• Hépatotoxicité• Neuropathie périphérique• Anémie• Rash• Neurotoxicité
RMP	<ul style="list-style-type: none">• Hépatotoxicité• Rash• Syndrome d'allure grippal• Interactions médicamenteuses• Neutropénie• Thrombocytopénie
PZA	<ul style="list-style-type: none">• Hépatotoxicité• Rash• Arthralgie• Hyperuricémie / goutte
EMB	<ul style="list-style-type: none">• Toxicité oculaire• Rash

PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS (à inscrire sur l'ordonnance)

Indicateur 2K	Traitement de la TB active
Indicateur 2R	Traitement de la TB active causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance

LISTE DES ACRONYMES

EMB : éthambutol	PCR : polymerase chain reaction	TB : tuberculose
INH : isoniazide	PZA : pyrazinamide	TCT : test cutané à la tuberculine
ITL : infection tuberculeuse latente	RMP : rifampicine	TOD : thérapie sous observation directe
BAAR : bacille acido-alcool-résistant		

RÉFÉRENCES

Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/protocole-d-immunisation-du-quebec-piq/>
Guide d'intervention pour la tuberculose 2017 <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000531/>
Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 7^e édition 2014, http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/sites/all/files/NCLA_FR_7_edition.pdf

Direction de santé publique

L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL) (FORME NON CONTAGIEUSE)

L'ITL correspond à la présence de bacilles tuberculeux à l'intérieur de l'organisme, à la suite d'une exposition (contact d'un cas) **sans que l'individu ne présente de manifestations cliniques de la maladie**. De façon générale, l'ITL précède de plusieurs mois à plusieurs années une tuberculose (TB) active. Chez les adultes en bonne santé, le risque de développer la maladie est de 10 % la vie durant : 5 % les deux premières années qui suivent l'ITL et 5 % par la suite. Le traitement préventif vise à éviter l'évolution vers la TB active.

TEST DE DÉPISTAGE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE

Test cutané à la tuberculine (TCT)

- Injection intradermique de tuberculine provoquant une réaction d'hypersensibilité cutanée en présence de bacilles tuberculeux.
 - Chez un contact étroit d'un cas de TB active contagieuse, un TCT significatif est attribué à une TB latente, quelle que soit l'histoire antérieure de vaccination avec le vaccin contre la TB (BCG).

Test de libération d'interféron-gamma (TLIG) (non disponibles dans tous les laboratoires)

- Test sanguin (QuantiFERON-TB Gold In-Tube (QFT-GIT)[®] ou T-SPOT.TB[®])
- Indications
 - Dépistage répété d'ITL (détenus, travailleurs d'établissements correctionnels, etc.).
 - BCG reçu après l'âge de 1 an ou reçu à plusieurs reprises.
 - En association avec un TCT significatif chez patient à faible risque d'infection ou à faible risque de progression vers une TB maladie.
 - Risque d'inobservance, personne à risque de ne pas se présenter à son 2^e rendez-vous pour la lecture du TCT (ex. : itinérance, etc.).

**Le TCT et le TLIG permettent de détecter l'infection tuberculeuse latente (ITL)
Ce NE SONT PAS des tests diagnostiques de la TB active chez l'adulte**

INDICATION DE DÉPISTAGE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (se référer au PIQ pour liste complète)

- Contacts d'un patient atteint d'une TB contagieuse.
- Personne infectée par le VIH ou présentant toute autre condition médicale la mettant à risque élevé de développer la TB.
- Pré ou postvoyage dans un pays où l'incidence de la TB est élevée. Voir le Guide d'intervention santé-voyage de l'INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/sante-voyage/guide/risques/tuberculose/depistage>.
- Personne de tout âge en provenance de régions où l'incidence de la TB est élevée, surtout si âgée de moins de 20 ans (immigrants, réfugiés, etc.).
- Personne susceptible d'être en contact répété avec le bacille tuberculeux (stagiaire ou travailleur de la santé, détenu ou employé d'un établissement correctionnel, etc.).

FACTEUR DE RISQUE D'ÉVOLUTION VERS LA TB ACTIVE	RISQUE ESTIMÉ*
Risque élevé	
Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)	110 - 170
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	50 - 110
Greffe d'organe associée à un traitement immunodépresseur	20 - 74
Silicose	30
Insuffisance rénale chronique nécessitant une hémodialyse	7 - 50
Carcinome de la tête et du cou	11,6
Infection tuberculeuse récente (≤ 2 ans)	15,0
Radiographie pulmonaire anormale – maladie fibronodulaire	6 - 19
Risque modéré	
Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha	1,5 - 5,8
Diabète sucré (tous les types)	2 - 3,6
Traitement par des glucocorticoïdes	4,9
Jeune âge au début de l'infection (0-4 ans)	2,2 - 5
Risque légèrement accru	
Consommation abusive d'alcool (≥ 3 consommations/jour)	3 - 4
Insuffisance pondérale (indice de masse corporelle ≤ 20)	2 - 3
Tabagisme (1 paquet/jour)	1,8 - 3,5
Radiographie pulmonaire anormale – granulome	2
Faible risque	
TCT significatif, sans facteur de risque connu et radiographie pulmonaire normale	1 (valeur de référence)
Très faible risque	
TCT significatif en deux étapes, sans facteur de risque connu et radiographie pulmonaire normale	0.5

* Risque estimé de TB par rapport aux sujets, sans facteurs de risque connu.

TRAITEMENT PRÉVENTIF DE L'ITL

La durée recommandée du traitement préventif à l'INH est d'un minimum de neuf mois. La fidélité au traitement préventif doit être rigoureuse. Tous les patients doivent être avisés que l'abandon précoce du traitement préventif augmente le risque de développer une **souche résistante** dans le cas où l'ITL évoluerait vers une TB active.

Un effet indésirable de l'INH est l'hépatite médicamenteuse; le risque augmente avec l'âge ($\geq 5\%$ chez les 65 ans et plus). L'hépatite est réversible si l'INH est cessé avant que le taux de transaminases ne dépasse 4 à 5 fois les valeurs normales.

En présence d'allergie à l'INH ou pour favoriser l'observance du patient, la rifampicine (RMP) sera utilisée en portant une attention particulière à la coloration des lentilles cornéennes, des larmes et de l'urine (couleur orangée), des interactions médicamenteuses et de la nécessité d'utiliser un autre moyen contraceptif durant toute la durée du traitement. Le régime court (RMP 4 mois) est utilisé de façon préférentielle par de plus en plus de cliniciens et s'est révélé équivalent en efficacité par comparaison au régime long (INH 9 mois).

Le traitement préventif est recommandé, quel que soit l'âge du contact, si le risque de progression vers une TB active est supérieur au risque de réactions indésirables graves au traitement.

		Adulte	Enfant	Durée totale	Nombre de doses
INH	100 mg / co	5 mg / kg Max. : 300 mg	10 (10 – 15) mg / kg Max. : 300 mg	9 mois (12 mois pour les personnes immunodéprimées)	270 (9 mois) 360 (12 mois)
	300 mg / co				
	50 mg / 5 ml				
RMP	150 mg/co	10 mg/kg Max. : 600 mg	10 – 20 mg/kg Max. : 600 mg	4 mois	120
	300 mg/co				

PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS (à inscrire sur l'ordonnance)

Indicateur 2L	Traitement de l'infection tuberculeuse latente
Indicateur 2S	Traitement de l'infection tuberculeuse latente causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance

THÉRAPIE ADJUDANTE DE PYRIDOXINE (VITAMINE B6)

L'INH peut inhiber le métabolisme de la pyridoxine entraînant un risque de neuropathie périphérique et autres réactions neurologiques :

- Chez la femme ou l'adolescente enceinte ou qui allaite
- Chez les patients atteints de diabète, d'insuffisance rénale, de troubles convulsifs, du VIH
- Chez les patients atteints de malnutrition ou chez lesquels est suspectée une carence alimentaire
- Chez les patients faisant usage d'abus de substances
 - Posologie : Vitamine B6
 - Dosage **adulte** : 25 mg die
 - Dosage **pédiatrique** : 1 mg/kg/jour (dose maximale die : 25 mg)

CALENDRIER DE SUIVI MÉDICAL SUGGÉRÉ LORS DU TRAITEMENT DE L'ITL

Intervention	Début	Mois								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Visite médicale	✓	✓	✓	PRN	✓	PRN	✓	PRN	✓	PRN
Appel téléphonique au patient				✓		✓		✓		✓
Décompte des pilules		✓	✓	PRN	✓	PRN	✓	PRN	✓	PRN
Appel téléphonique à la pharmacie			PRN		PRN		PRN		PRN	
Radiographie des poumons	✓									
Bilirubine et transaminases (AST-ALT) **	Patient < 35 ans	PRN si hépatopathie	PRN	PRN	PRN	PRN	PRN	PRN	PRN	PRN
	Patient 35 à 50 ans*	✓	✓	PRN		PRN		PRN		PRN
	Patient > 50 ans ou avec conditions à risque***	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

* Pour tout patient de 35 ans et plus qui ne comprend pas bien les effets indésirables, les visites médicales et le dosage des transaminases devront se faire mensuellement.

** Élévations mineures des AST et des ALT fréquentes pendant la prise d'INH :

- Ne justifient pas l'interruption du traitement, à moins que le patient ne présente des symptômes.
- L'INH ne devrait pas être administrée si la concentration d'AST ou d'ALT dépasse de cinq fois la limite supérieure à la normale en l'absence de symptômes ou de trois fois la limite supérieure à la normale en présence de symptômes.

*** Grossesse ou accouchement au cours des 3 derniers mois, cirrhose évolutive ou hépatite évolutive chronique toutes causes confondues, hépatite C, hépatite B avec des concentrations de transaminases anormales, consommation quotidienne d'alcool, prise d'autres médicaments hépatotoxiques, antécédents d'hépatite provoquée par des médicaments.

LISTE DES ACRONYMES

BCG : bacille de Calmette et Guérin TB : tuberculose
 INH : isoniazide TCT : test cutané à la tuberculine
 ITL : infection tuberculeuse latente TLIG : test de libération d'interféron-gamma

RÉFÉRENCES

Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/protocole-d-immunisation-du-quebec-piq/>

Guide d'intervention pour la tuberculose 2017, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000531/>

Outil d'évaluation du risque de développer une tuberculose active (Université McGill, ASPC), <http://www.tstin3d.com/fr/calc.html>

Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 7^e édition 2014, http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/sites/all/files/NCLA_FR_7_edition.pdf