

# Exemple d' enquête en milieu scolaire

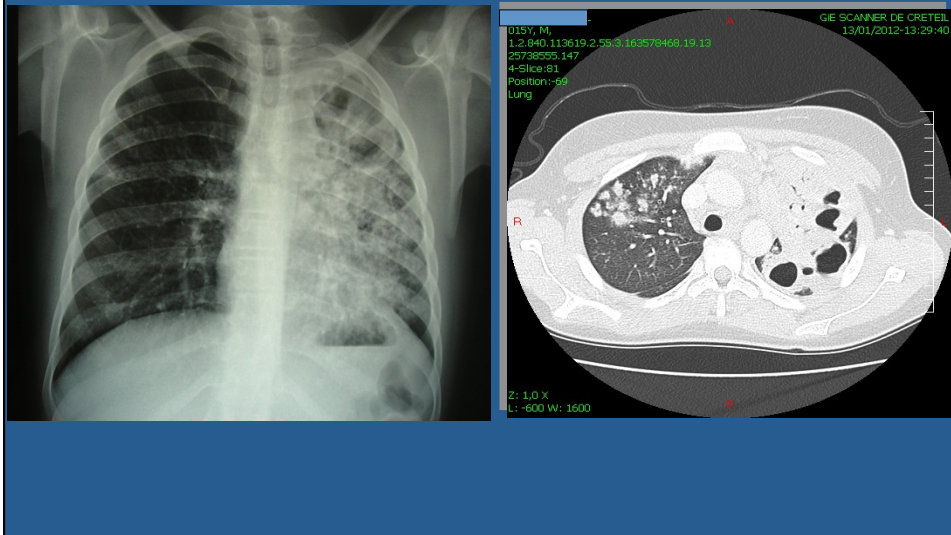
## Application des recommandations

Dr Elisabeth MARC  
Toute l' équipe du CLAT 94

### CAS INDEX

- Signalement le 14/01/2012 du cas index (cas n°1)
  - Adolescent de 16 ans présentant une TM pulmonaire
  - ATCD=0
  - Né en France
  - Mère originaire d' Haiti, père originaire de Guadeloupe
  - Voyage récent : Espagne en déc 2010
  - Pas de notion de contage tuberculeux
  - Fin décembre 2011: tt pneumopathie G amoxicilline 3g/j
  - 12-01 : Cs aux urgences (après 14j tt) pour toux depuis 2 mois, perte de 18 kg depuis 6 mois (-10kg/2mois), asthénie, anorexie, dyspnée d' effort

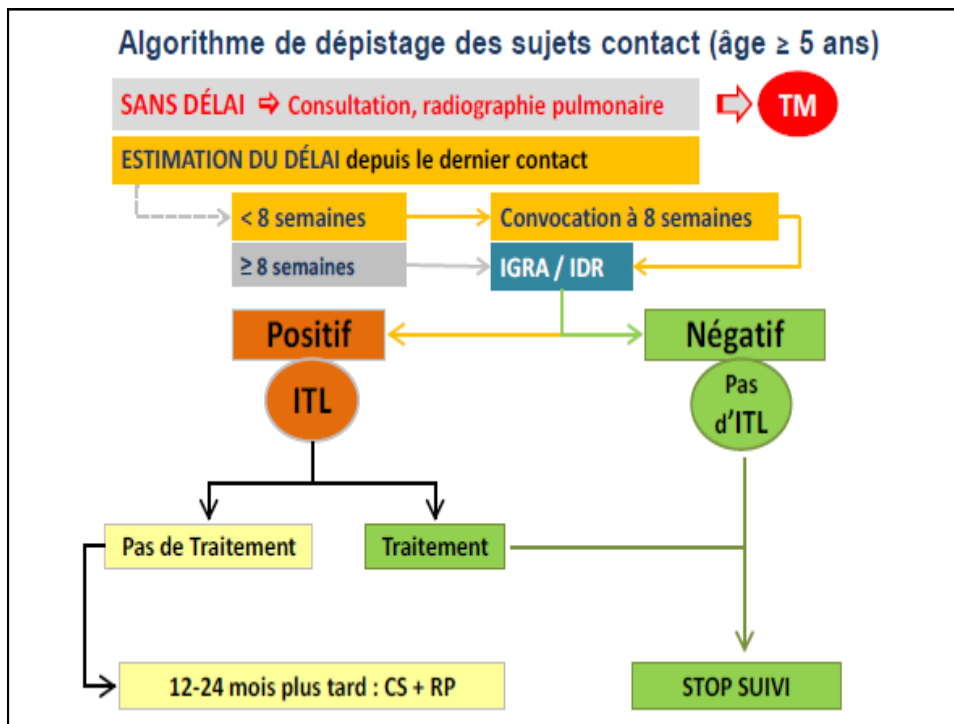
## Imagerie à l'arrivée



## Cas index

- Opacité champ pulmonaire G + cavernes
- EM+ 100 BAAR/champ
- tuber test =5mm ; QTF = 0,05 UI/ml
- Souche sensible
- Début de traitement : 14/01/2012
- Début de contagiosité le 14/10/2011
- EM- à J38
- Cultures – à J38





## Dépistage sous le même toit

- Père
- Mère
- Soeur de 30 ans
- Cousine de 26 ans

Asymptomatiques, pas de facteur de vulnérabilité à la tuberculose

Modalités de dépistage?

## Dépistage sous le même toit

- Père : TM V2  
asymptomatique, nodule LSG, EM-C+, QTF+
- Mère : ITL V1
- Soeur de 30 ans : ITL V1
- Cousine de 26 ans : ITL V1

## Vie scolaire du cas index

- Scolarisé dans un lycée en seconde +options langue (2 à 3h/semaine donc > 8h)
- CDI avec sa classe
- Salle de détente « foyer »
- Ne fréquente pas la cantine et les salles de permanence
- Pas d' autre lieu de rencontre identifié avec les lycéens

### 1 - Classer les risques et définir les priorités

- Contacts étroits (premier cercle) : (i) les personnes vivant sous le même toit ainsi que (ii) les personnes proches (collègues, amis, soignants) mais qui ont passé un temps prolongé (cf. définition *infra*) auprès du cas index, notamment en partageant un même espace limité au quotidien (même bureau, chambre dans foyer ou hôpital, cellule,...).
- Contacts réguliers et/ou occasionnels (deuxième cercle) : les personnes ayant fréquenté le cas index, mais moins longtemps et de manière moins rapprochée : amis, famille ne vivant pas sous le même toit, collègues, camarades de classe de sport.
- Durée cumulée de contact à prendre en compte pour classer les sujets contacts à risque : il est proposé comme repère une durée de contact cumulée supérieure à 8 heures si le cas index est BAAR+ et supérieure à 40 heures si le cas index est BAAR- et culture+ [3]. Certaines situations à risque nécessitent une définition de cette durée au cas par cas.

Les contacts à « risque élevé » constituent la priorité [3] :

- tous les contacts étroits (premier cercle) ;
- les contacts réguliers (deuxième cercle) avec un facteur de vulnérabilité à la tuberculose dans la mesure où cette information est disponible;
- tous les contacts avec des signes ou symptômes évocateurs de tuberculose.

Les contacts à « risque intermédiaire » représentent le deuxième niveau de priorité. Leur dépistage sera envisagé en fonction des résultats du dépistage du 1<sup>er</sup> cercle.

## Réunion d'information

### **6.1.2 - Conduite à tenir dans le cadre du dépistage autour d'un cas de tuberculose en collectivité d'enfants**

Différentes situations de collectivité d'enfants peuvent être identifiées. Dans tous les cas une séance d'information réalisée par le Clat sur les lieux des contacts, en coordination avec les médecins référents et destinée aux familles et aux personnels concernés est recommandée.

27

Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations/Octobre 2013

## Dépistage sur site

Enfin, il est recommandé que les examens de dépistage soient réalisés sur le site afin d'améliorer la participation des sujets contacts concernés. Pour cela, les Clat doivent organiser la réalisation des tests immunologiques et la lecture des IDR au sein de la collectivité, et si possible la réalisation des clichés thoraciques avec une unité mobile.

## DEPISTAGE LYCEE

### Qui dépister?

- 1) La classe + enseignants de la classe?
- 2) La classe et les options langue + enseignants?
- 3) Tous les élèves de l' établissement (aucune traçabilité au sein du foyer)?

## DEPISTAGE LYCEE



- février – avril : dépistage du 1<sup>er</sup> cercle, classe+enseignants+options
  - ITL classe du CI : **53%** (16/30) (37% des ITL en V1)
  - ITL options : **34%** (33/98) (40% des ITL en V1)
  - Auraient été dépistés après résultats du % d' ITL dans la classe, c' est-à-dire en mai (risque d' évolution vers TM : 10 à 20%)  
33x15% = 5 TM
  - **3 cas secondaires**
  - **Cas n°2** : élève de la classe du CI, asymptomatique, IDR 20 mm phlycténulaire, QTF = 43,8 UI/ml, radio : opacité LSD, EM- C-, début de traitement : 15/03
  - **Cas n°3** : compétition d' athlétisme (2h en voiture ), toux depuis 10 jours +amaigrissement, opacité alvéolaire de la lingula, **EM-C+**, IDR à 20 mm, QTF = 34,3 UI/ml, début de traitement : 17/04  
aurait été probablement diagnostiqué devant persistance des symptômes
  - **Cas n°4** : professeur du CI, asthénie + toux, nodule LSD en avril (IDR <5 mm V1 et V2), EM-C+, début de traitement : 23/04

## DEPISTAGE LYCEE

- **9 et 11 mai** : signalement de 2 malades dans 2 classes de 1<sup>ère</sup> (n°5 et n°6)

le seul lien supposé entre les cas : salle de détente commune (**durée de contact << 8h**)

- cas n°5** : Tuberculose **pleurale, EM-C-** (C+ au niveau de la plèvre)  
douleur thoracique, pas de toux  
**Pas d'atteinte parenchymateuse** au TDM  
**QTF = 0,08 UI/ml, IDR = 17 mm**  
Voyage en Thaïlande en février 2012 avec un chauffeur qui toussait...
- cas n°6** : Tuberculose **pleurale, EM-C-** (C+ au niveau de la plèvre)  
douleur thoracique + fièvre, pas de toux  
**Pas d'atteinte parenchymateuse** à la radio

## DEPISTAGE LYCEE

- **Bilan mi-mai:**

6 cas de TM dans le lycée dont  
- 2 sans lien connu (hormis la salle de détente) avec le CI (TM pleurale EM-C-)  
- 3 TM pulmonaires secondaires dont 2 EM- C+ (diagnostic 17/04 et 23/04)  
Professeur ayant TM : 2 classes de 2<sup>des</sup> et une classe de 1<sup>ere</sup>

**Formes pulmonaires= formes contagieuses**

ITL classe du CI : **53%** (16/30)  
ITL options : **34%** (33/98)

**Que feriez vous?**



## Définition tuberculose pulmonaire

### **Tuberculose pulmonaire**

Tuberculose du parenchyme pulmonaire et de l'arbre trachéo-bronchique. Un patient atteint de tuberculose à la fois pulmonaire et extra-pulmonaire doit être classé comme un cas de tuberculose pulmonaire.

## Annexe 3 : recueil de données

### • LA MALADIE TUBERCULEUSE

#### **Localisation**

Transmissible : pulmonaire, ORL, laryngée, bronchique, pleuropulmonaire

Non transmissible (laquelle) :

Tableau 3 - Indicateurs pour les enquêtes autour des cas tuberculose M+

Indicateur	Objectif
Proportion d'enquêtes réalisées autour des cas de tuberculose EM+	100 %
Proportion de sujets dépistés initialement (RP + test immunologique) parmi les sujets contacts identifiés	> 80 %
Proportion d'ITL traitées parmi les ITL diagnostiquées chez les adultes/ chez les enfants (traitement complété)	> 60 % / 100 %
Proportion d'infections tuberculeuses latentes dépistées parmi les sujets contact adultes suivis (1 <sup>er</sup> cercle)	10 % à 30 % en moyenne (extrêmes de 5 % à 50 %)
Proportions de tuberculoses maladie dépistées parmi les sujets contact suivis et non traités pour ITL	1 %

## Dépistage au sein du lycée?

- 1) Pas de dépistage
- 2) Dépistage autour des cas secondaires EM-C + et des cas n°5 et 6 (tuberculoses pleurales)  
Radio ou radio +IGRA/IDR?
- 3) Dépistage de toutes les classes de 2<sup>des</sup> +  
dépistage des élèves de l'enseignante
- 4) Dépistage de tout le lycée

## Dépistage lycée

*Décision d'élargissement du dépistage à tous les élèves et personnels du lycée qui aura lieu du 30/05 au 14/06 (fermeture de l'établissement)*

n ≈ 1500 personnes

Entretien individuel+radio de thorax+QTF sur site



## Communication

S'il s'agit d'un établissement de santé, d'un établissement scolaire ou d'une entreprise par exemple, une information orale sera donnée en lien avec le médecin et le responsable de la structure à l'ensemble des personnes concernées au cours d'une séance proposée par le Clat.

Le Clat devra définir en accord avec l'ARS les modalités de la communication envers les sujets exposés et le public. Dans des situations particulières (nombre élevé de sujets contact, collectivité sensible), il est également possible de mettre en place un numéro

20

Haut Conseil de la santé publique

## DEPISTAGE LYCEE

- 25 mai : signalement d' 1 nouveau malade (n°7) dans la classe de 1<sup>ère</sup> du cas n°6

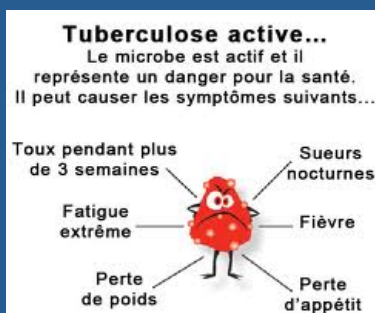
AEG + toux depuis 1 mois  
sueurs nocturnes depuis 15 jours  
+fièvre+amaigrissement

Radio de thorax : normale  
TDM : nodules LSD + adénopathie médiastinale >1 cm

IDR : 25mm, QTF= 5,39 UI/ml

EM-C-

**N'aurait pas été dépisté autour du cas n°6 (tuberculose pleurale EM-) en l'absence de décision d'élargissement**



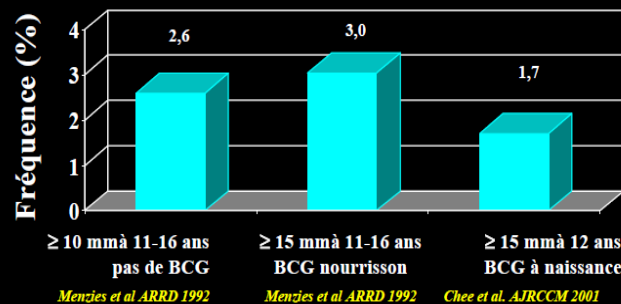
## DEPISTAGE LYCEE

- 30 mai-14 juin : dépistage de tout le lycée (Rx, QTF) : n ≈ 1500 personnes  
dépistage : n = 6 nouveaux malades chez des élèves (2<sup>ème</sup>, 1<sup>ère</sup>, terminale) : n°8 – n°13
- Cas n°8** : scolarisée en terminale, asymptomatique, lésion excavée périhilaire D, EM +C+, QTF = 1,04 UI/ml, durée de contact < 8h
- Cas n°9** : scolarisée en 1ere, élève du cas n°4, née au Vietnam, arrivée en France en 2005, voyage au Vietnam en 2010, toux depuis 21 j+ expectorations hémoptoïques, infiltrat apical G, cav=0, EM-C+, QTF=4,45 UI/ml
- Cas n°10** : scolarisé en 1ere, asymptomatique, infiltrat apical G, caverne au TDM, EM-C-, QTF = 1 UI/ml, durée de contact<8h
- Cas n°11** : classe de terminale, élève du cas n°4., asymptomatique, foyer LSG, EM-C+, QTF= 0,02 UI/ml
- Cas n°12** : même classe de terminale que n°11, asymptomatique, adénopathie hilare >1 cm nécrotique, EM-C-, QTF = 4,96 UI/ml, durée de contact<8h
- Cas n°13** : 2de, asymptomatique, nodule LSD, EM-C-, QTF = 0,04 UI/ml  
A déjà eu V1 et V2 négative.

## INFECTION TUBERCULEUSE DANS POPULATION GENERALE

- Varie avec âge et prévalence de la maladie

- Pays à basse incidence :



## ITL en population générale

Cette notion est essentielle dans la définition du nombre attendu de sujets infectés lors de l'initiation d'un dépistage dans une population de sujets contacts. Dans les pays et zones à faible incidence de tuberculose et en l'absence de tout contact connu, la probabilité de retrouver des infections latentes est très faible en population pédiatrique (<3 % chez les moins de 15 ans, et considérée comme nulle avant 5 ans), alors qu'elle peut être très élevée, supérieure à 20 %, dans une population d'adultes originaires de pays à forte incidence de tuberculose. Les tests actuels ne permettant pas de différencier une

### % d' ITL: Classes de secondes avec TM

Cas	Expectoration radio	Date du signalement	% d' ITL
Cas n°1	EM+C+, Cav+	13/01/2012	76%
Cas n°2	EM-C-, cav=0 QTF+	26/03/2012	
Cas n°3	EM-C+, cav=0 Toux depuis 10j, QTF+	18/04/2012	32%
Cas n°13	EM-,C-, cav=0, QTF-	15/06/2012	39%

### % d' ITL: Classes de secondes sans TM

Classes	% d' ITL
Classe A	16%
Classe B	18%
Classe C	21%
Classe D	20%
Classe E	7%
Classe F	20%
Classe G	27%
Classe H	21%
Classe I	25%

### % d' ITL: Classes de 1<sup>ère</sup> avec TM

cas	Expecto, radio	Date de signalement	% d' ITL
Cas n°5	EM-C- (C+ plèvre)	9/05/2012	19%
Cas n°6	EM-C- (C+ plèvre)	11/05/2012	12,5%
Cas n°7	EM-C- , QTF=5,39,nodules apicaux +gg, cav=0 symptômes	25/05/2012	
Cas n°9	EM-C+ ,QTF=4,45, symptômes, cav=0 infiltrat apical G,	07/06/2012	20%
Cas n°10	EM-C-, QTF=1, asymptomatique, infiltrat LSG+cav au TDM	12/06/2012	15%

### % d' ITL: Classes de 1<sup>ère</sup> sans TM

Classe	% d' ITL
Classe 1ere A	0
Classe 1ere B	6%
Classe 1ere C	12%
Classe 1ere D	8%
Classe 1ere E	6%
Classe 1ere F	0
Classe 1ere G	17%
Classe 1ere H	7%

### % d' ITL: Classes de terminale avec TM

cas	Expectoration, radio	Date de signalement	% d' ITL
Cas n°8	Asymptomatique, lésion excavée périhilaire, EM+C +,QTF = 1,04	05/06/2012	9%
Cas n°11	Asymptomatique , foyer LSG,EM-C+ QTF=0,02, élève du cas n°4	13/06/2012	0%
Cas n°12	Asymptomatique, gg hilaire D 15mm nécrotique, EM-C-, QTF = 4,96		

### % d' ITL: Classes de terminale sans TM

Classe	% d' ITL
Classe A	6%
Classe B	7%
Classe C	6%
Classe D	3%
Classe E	13%
Classe F	9%
Classe G	12%
Classe H	6%
Classe I	3%
Classe J	6%



## Dépistage des adultes

- n=174
- 21 absents (12%)
- 14 ITL (soit 9%)
- 1 cas de TM chez une enseignante du cas index (IDR <5 en V1, toux <1 mois+asthénie, nodule LSD en V2, EM-C+)  
IDR nég en V2 donc pas de RT mais elle présente des symptômes

## Bilan du dépistage élargi de juin

- Bilan du dépistage élargi chez les élèves :
  - 6 nouveaux cas de tuberculose maladie ( 3 TM avec durée de contact<8h, 1 TM avec QTF nég et RT antérieure normale)
  - ITL : 105/1032  $\approx$  10%  
105 ITL non diagnostiquées en l'absence d'élargissement = 15 TM
  - Absent au dépistage :  $\approx$  8%
  - Épreuves du bac à l'hôpital avec 100% de réussite
- Donc au total 13 cas de TM  
(3 classes de 2<sup>de</sup>, 4 de 1<sup>ère</sup> et 2 de T<sup>er</sup> concernées )
- **Génotypage des souches** : 7 identiques, même chez des malades  $\neq$  1<sup>er</sup> cercle  
Génotypage recommandé dans les cas groupés

## Dépistage en septembre

- Dépistage élargi à tout l' établissement compte-tenu du nombre de cas diagnostiqués en juin (si dépistage autour de chaque cas C+ ou cav+ : 1000 personnes)
- Du 17/09 au 27/09/2012
- Entretien individuel +Rx+QTF sur site
- Toutes les ITL sont convoquées pour vérifier l' observance

## Dépistage en septembre

- Cas n°14 de tuberculose maladie

Élève de la classe du CI

IDR en V1 : 10 mm, IDR en V2 : 4 mm, QTF juin : 0,01

QTF septembre : 0,37

Asymptomatique

Radio : opacité LSG, cav=0

EM-C+

Génotypage : souche identique

## Dépistage en septembre

- **Elèves :**  
1119 élèves à dépister  
33 ITL /721 dépistés = 4,6%  
375 absents (33%) dont 301 (anciennes) terminales  
(87% des élèves de terminales)
- **Adultes:**  
n=155  
39 absents (25%)  
5 ITL/116 dépistés = 4,3%
- **Après courrier de relance pour dépistage : au total  
200 ITL chez les élèves et 21 ITL chez les adultes**

## % d' ITL: Classes de seconde avec TM

Cas	Expectoration radio	Date du signalement	% d' ITL
Cas n°1	EM+C+, Cav+	13/01/2012	85% (76%)
Cas n°2	EM-C-, cav=0 IDR= 20mm	26/03/2012	
Cas n°3	EM-C+, cav=0 Toux depuis 10j, IDR=20mm	18/04/2012	32%
Cas n°13	EM-,C-, cav=0, QTF-	15/06/2012	41% (39%)

### % d' ITL: Classes de seconde sans TM

Classes	% d' ITL
Classe A	16%
<b>Classe B</b>	<b>34% (18%)</b>
Classe C	21%
Classe D	22,5% (20%)
Classe E	10% (7%)
Classe F	20%
Classe G	27%
Classe H	21%
<b>Classe I</b>	<b>27% (25%)</b>

### % d' ITL: Classes de 1<sup>ère</sup> avec TM

cas	Expecto, radio	Date de signalement	% d' ITL
Cas n°5	EM-C- (C+ plèvre)	9/05/2012	19%
Cas n°6	EM-C- (C+ plèvre)	11/05/2012	<b>21% (12,5%)</b>
Cas n°7	EM-C- , QTF=5,39,nodules apicaux +gg, cav=0 symptômes	25/05/2012	
<b>Cas n°9</b>	EM-C+ ,QTF=4,45, symptômes, cav=0 infiltrat apical G,	07/06/2012	<b>32% (20%)</b>
Cas n°10	EM-C-, QTF=1, asymptomatique, infiltrat LSG+cav au TDM	12/06/2012	<b>18% (15%)</b>

### % d'ITL: Classes de 1<sup>ère</sup> sans TM

Classe	% d'ITL
Classe 1ere A	0
Classe 1ere B	6%
Classe 1ere C	18% (12%)
Classe 1ere D	8%
Classe 1ere E	6%
Classe 1ere F	0
Classe 1ere G	28% (17%)
Classe 1ere H	22% (7%)

### % d'ITL: Classes de terminale avec TM

cas	Expectoration, radio	Date de signalement	% d'ITL
Cas n°8	Asymptomatique, lésion excavée périhilaire, EM+C+, QTF = 1,04	05/06/2012	9%
Cas n°11	Asymptomatique, foyer LSG, EM-C+ QTF=0,02	13/06/2012	3% (0%)
Cas n°12	Asymptomatique, gg hilaire D 15mm nécrotique, EM-C-, QTF = 4,96		

## % d' ITL: Classes de terminale sans TM

Classe	% d' ITL
Classe A	6%
Classe B	10% (7%)
Classe C	6%
Classe D	3%
Classe E	13%
Classe F	9%
Classe G	12%
Classe H	6%
Classe I	3%
Classe J	6%

## Prise en charge des ITL

- Evaluation sur 162 ITL prises en charge dans 80% des cas par le médecin traitant (courrier avec protocole de prise en charge de l' ITL envoyé par le CLAT)
- 147 ITL traitées (91% des cas) (> 60%)
- 6 arrêts pour effets secondaires dont 1 cytolyse hépatique sévère (transaminases à 1000)
- Refus dans 3 cas
- Mauvaise observance dans 2 cas

## Surveillance du traitement de l'ITL

Les effets secondaires concernent principalement le foie. Le risque d'hépatotoxicité augmente nettement après 65 ans, et en présence des co-facteurs suivants : alcoolisme, autres hépatotoxiques, état nutritionnel, hépatopathie chronique préexistante (dont hépatites virales). L'association INH + RMP ne semble pas majorer le risque d'hépatotoxicité. Le dosage des transaminases est recommandé dans les populations à risque (âge > 65 ans, autres hépatotoxiques, hépatopathie préexistante), à J15, J30 et tous les mois pendant le traitement de l'ITL.

## Surveillance du traitement de l'ITL

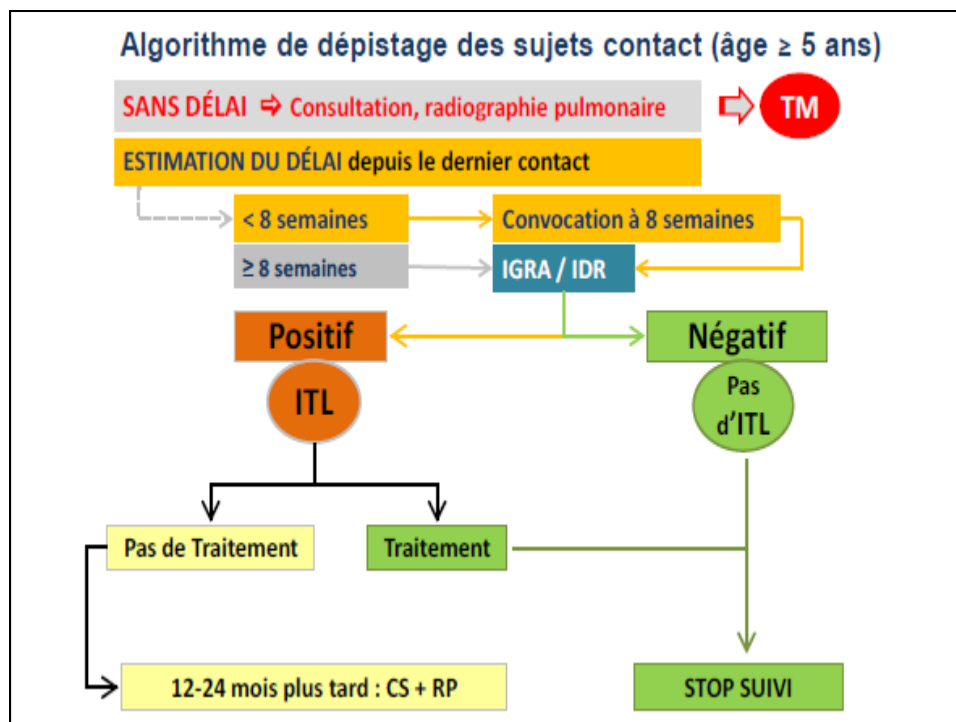
Chez l'adulte, Il faut s'assurer de la surveillance clinique et biologique du traitement pendant toute sa durée.

Un bilan biologique pré-thérapeutique est recommandé : hémogramme, transaminases, phosphatases alcalines, créatininémie. Les sérologies des hépatites virales B et C peuvent être proposées pour les personnes originaires de pays de forte endémie.

Sous traitement, il faut surveiller l'hémogramme, les transaminases et les phosphatases alcalines 8 à 10 jours après le début du traitement puis une fois par mois.

## Suite de l'histoire....

- Dépistage (classe + option langue) en décembre autour du dernier cas (n°14) (Asymptomatique, radio : opacité LSG, cav=0, EM-C+, souche identique)  
pas de TM diagnostiquée  
1 ITL incidente mais beaucoup d'ITL prévalentes...





## Suite de l'histoire....

- **Signalement en février 2013 d'un nouveau cas (n°15)** de TM respiratoire EM-C- (nodule apical) chez une élève de terminale  
 Consultation de son médecin traitant fin janvier 2013 Amaigrissement (-6 kg en 6 mois), sueurs nocturnes, toux depuis 21 jours  
 QTF en juin 2012 = 0,21  
 QTF septembre 2012 = 1,51  
 TM 4 mois après diagnostic d'ITL  
**Fréquence de la surveillance radioclinique dans les ITL non traitées?**

Dépistage sous le même toit : mère, sœur et ami : ITL  
 Dépistage scolaire : 94 identifiés, 94 dépistés, 1 ITL incidente, 11 ITL prévalentes

## Suite de l'histoire....

- **Septembre 2013** : Signalement du **cas n°16** scolarisée en terminale (TM EM+C+, caverne à la radio)  
 Toux depuis 2mois , sueurs nocturnes, AEG (15j), fébricules  
 Était dans la classe de notre CI  
 IDR (V1) = 7mm, IDR (V2) = 9mm, QTF (juin 2012)= 0,01,  
 QTF (sept 2012)=0,00  
**1 an après dernier dépistage TM avec EM+ et caverne**  
 Dépistage sous le même toit : 4 NI  
 Dépistage lycée : 91 étudiants, 3 non vus, 2 ITL incidentes, 15 ITL prévalentes  
 Dépistage adultes lycée : 26 adultes tous dépistés, 1 ITL incidente, 2 ITL prévalentes  
 Période de contagiosité essentiellement pendant les vacances d'été

## Suite de l'histoire....

- **Février 2014:** Signalement **cas n°17** d'une TM EM+ C+ avec caverne à la radio d'une ancienne élève du lycée (scolarisée au moment de l'élargissement dans la classe du cas n°5 tuberculose pleurale EM-C-)

Fièvre, toux depuis 2 mois, sueurs nocturnes

QTF ( juin 2012)= 0,18, QTF (septembre 2012) = 0,02

TM EM+ avec caverne 16 mois après

Dépistage sous le même toit : 8 SC, 25% d'ITL

Génotypage des souches des derniers cas : 10 souches isolées au lycée sur 17 cas: toutes reliées à celle au cas index

## CONCLUSION

- **Importance des recommandations** : « lignes de conduites », harmonisation des pratiques...
- **A chaque dossier, ses spécificités....**( recueil soigneux des données de contagiosité, voir la radio, le TDM, le nombre de prélèvements, fibroscopie avec LBA?, bien analyser les temps de contact mais les caractéristiques du lieu, les facteurs de vulnérabilité des SC)
- Entretien au lit du malade primordial (lien entre le cas index et le CLAT)  
Enquête complexe : nécessité souvent d'entretiens répétés avec le cas index
- Adolescent = facteur de vulnérabilité de tuberculose  
Adolescent jusqu'à quel âge?

Tableau 2 - Risque de tuberculose après infection chez des enfants immunocompétents (B)  
 (Adaptation et traduction française du tableau 3 de : Erkens CGM, *et al.* [3])

Age à la primo infection	Risque de maladie pulmonaire ou de maladie lymphatique médiastinale %	Risque de tuberculose méningée ou disséminée %
< 12 mois	30-40	10-20
12-24 mois	10-20	2-5
2-4 ans	5	0,5
5-10ans	2	<0,5
>10 ans	10-20	<0,5

a) *Facteurs de risque d'évolution rapide vers la TM*

- ITL récente (virage d'un test immunologique, IDR  $\geq$  15 mm) en l'absence d'éléments en faveur d'une ITL ancienne (cf. p 15)
- Grand adolescent de 15 à 17 ans révolus
- Jeune né en France (plus de chance que l'ITL diagnostiquée soit récente)
- Immigré depuis moins de 2 ans (même s'il n'est pas sûr que l'ITL diagnostiquée soit liée au cas index)
- Contact familial ou amical très proche

## Réflexions à partir de cette expérience

- Temps de contact à moduler aux données de contagiosité
- Critères de haute contagiosité = dépistage rapide des sujets contact  
Si % élevé d'ITL, difficulté de délimiter le cadre de l'élargissement
- Nécessité des deux temps de dépistage pour SC sous le même toit ou en contact étroit si contagiosité importante?

## Réflexions à partir de cette expérience

- Tuberculose pleurale et contagiosité (analyse difficile du parenchyme, qualité des prélèvements)
- Nécessité du traitement des ITL récentes chez l'enfant et l'adolescent
- QTF n'est pas un outil diagnostique de TM
- Intérêt de communication et d'interaction avec l'ARS, notamment en cas de médiatisation  
ARS : communication  
CLAT : travail sur le terrain et remontées d'informations à l'ARS
- Utilité des recommandations mais à adapter à chaque cas index et enquête, aux situations sensibles, aux difficultés de terrain, à la vraie vie

## Réflexions à partir de cette expérience

- Bonne prise en charge des ITL par les médecins traitants
- Virulence particulière de la souche? (peu d'ITL autour des derniers cas EM+)
- Nécessité d'informer les médecins généralistes si cas groupés
- Expérience positive de collaboration avec les médecins et IDE scolaires, médecins généralistes
- **Vécu, ressenti du cas index**

