

GRUPE DE TRAVAIL SUR LE QUANTIFERON

D Abiteboul, E Bouvet, JF Gehanno, G Pellissier, P
Roland-Nicaise, C Taieb, S Touche, D Tripodi

Journée GERES 6 décembre 2013 - Diapositive n°>

DPI

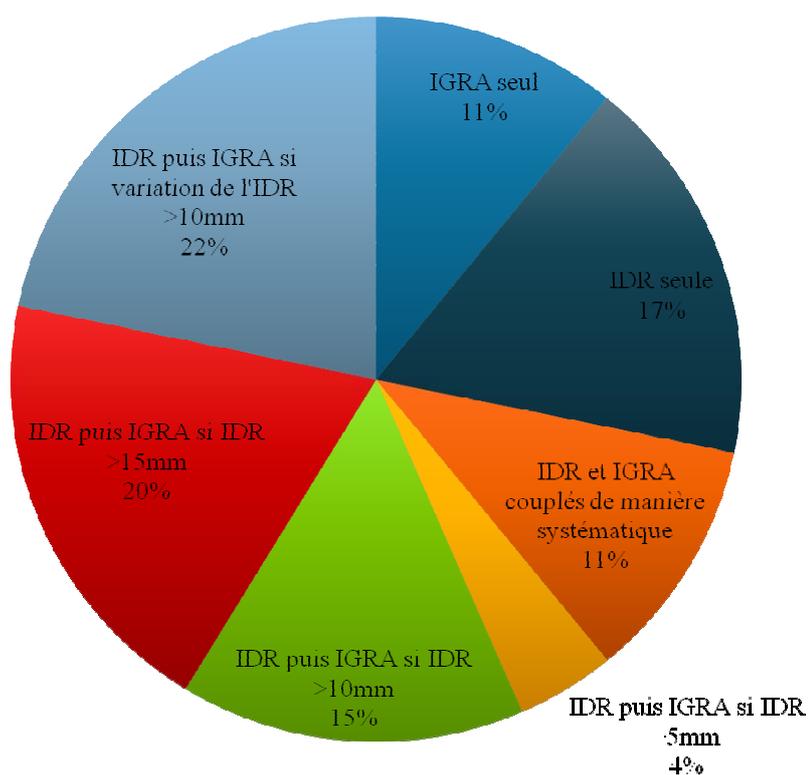
Groupe de travail du GERES
Support financier du laboratoire Qiagen

Journée GERES 6 décembre 2013 - Diapositive n°>

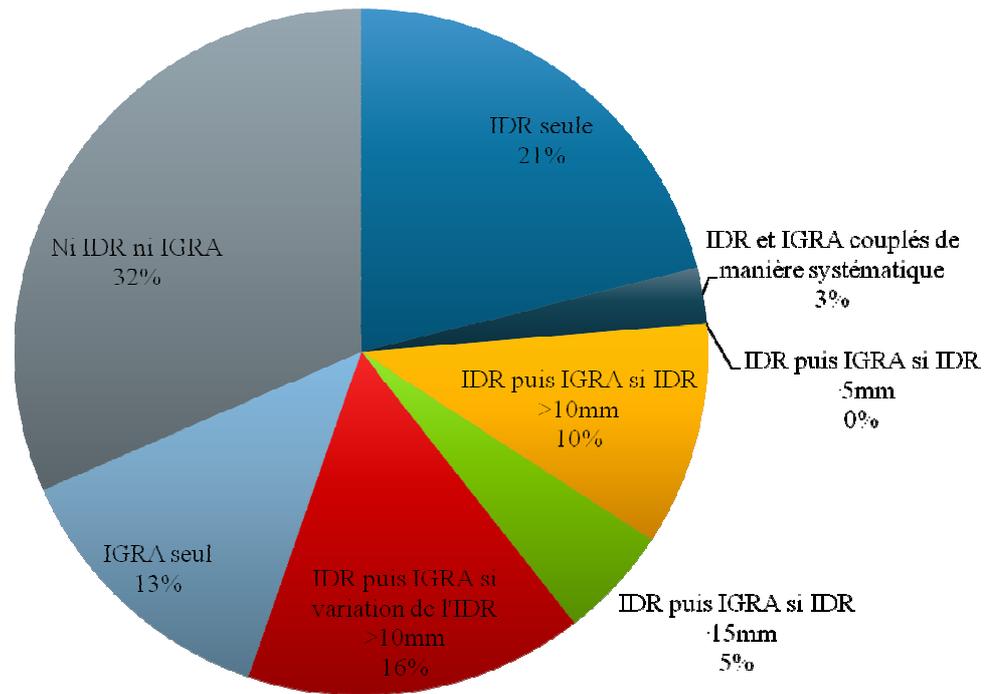
Pré-enquêtes

- Liste de diffusion MTPH
- Incidence tuberculose maladie
- Utilisation des IGRA (mars 2013) :
 - 36 réponses, dont 9 CHU
 - QuantiFERON seul : n = 29
 - T-SPOT.TB seul : n= 4
 - Les deux : n=1

Utilisation des IGRA à l'embauche

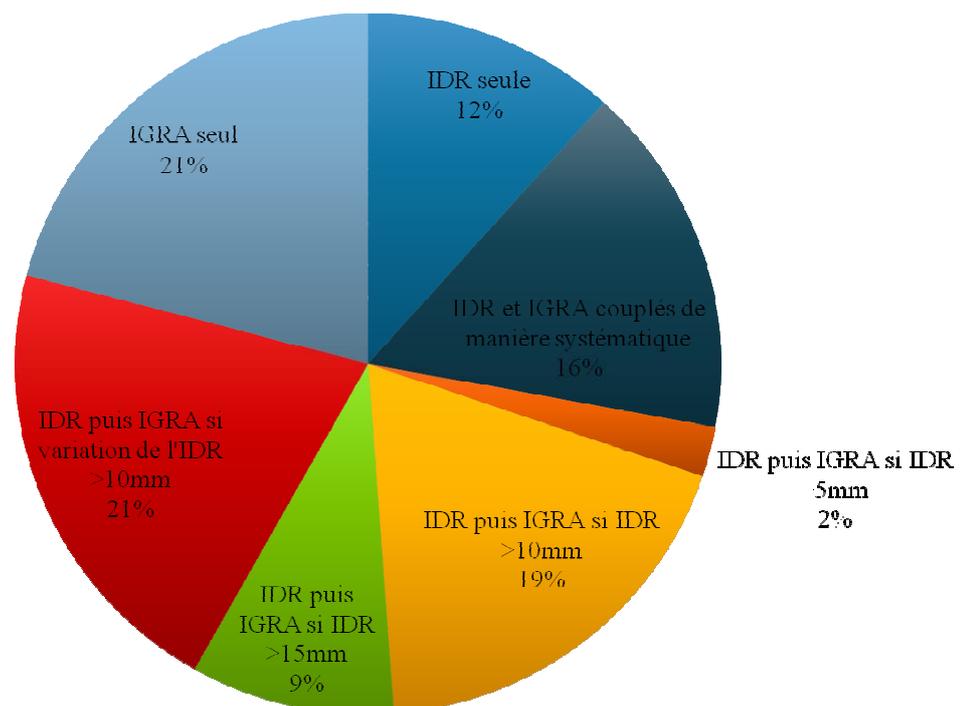


Utilisation des IGRA en surveillance systématique des professionnels exposés



Journée GERES 6 décembre 2013 - Diapositive n°9

Enquete autour d'un cas



Journée GERES 6 décembre 2013 - Diapositive n°9

Objectifs

- Proposer une conduite à tenir pratique
- IGRA (Quantiferon / T Spot), IDR, Radiographie de thorax
- Surveillance médicale des soignants
- Embauche, suivi systématique, post contagé

Contexte

- Tuberculose = risque documenté pour les soignants, mais ...
- Faible incidence en France
 - 8,1 cas / 100 000 habitants en 2010
 - 4,1 / 100 000 pour les personnes nées en France vs 36,1 / 10⁵
 - -> 31,3 / 100 000 en Seine Saint Denis, 22,1 à Paris
- Efficacité des mesures de protection
 - Réduction des conversions d'IDR chez les soignants
- Faible incidence chez les soignants des la TM
 - Chute de l'incidence chez les IDE de l'AP/PH entre 2008 et 2012
 - 18,32 / 100 000 -> 11,69 / 100 000
 - Enquête réseau CRIHAN
 - TM en 2010, 2011 ou 2012
 - 27 TM sur 3 ans pour 218 835 personnels non médicaux
 - Incidence annuelle 4,12 / 100 000 (incluant l'APHP)

Contexte : radiographie de thorax

- **Embauche**
 - Nombreuses études depuis 1988 montrant le très faible rendement pour dépistage TM
 - Y compris dans les histoires de TM découvertes chez des soignants
 - Effets secondaires : voir discussion cancer broncho-pulmonaire

- **Suivi systématique**
 - Fréquence très faible des anomalies
 - Nombreux faux positifs

- **Suivi post contagé**
 - Faible nombre de cas secondaires
 - Bonne VPN du Quantiferon
 - => Pas de radiographie si Quantiferon négatif ?

Contexte IDR

- **Tuberculose maladie (Sester, 2011):**
 - Manque de spécificité : 0,65 (IC 95% 0,61-0,68)
 - Manque de sensibilité : 0,75 (IC 95% 0,72-0,78)

- **ITL (Rapport HCSP 2011)**
 - Sensibilité : 70% (49% - 90%)
 - Spécificité : 40% - 90% selon politique vaccinale & fréquences infections mycobactérie non tuberculeuses
 - Metaanalyse (Diel, 2011) : 88,7% (IC95% 84,6–92,0)

- **Effet booster**

- **Bonne VPN pour la survenue d'une TM**
 - 99,4% (IC 95% : 99,2-99,5) (Diel, 2012)

Sensibilité /spécificité IDR et IGRA pour l'ITL

- IGRA (T-Spot TB ou Quantiferon/QFN Gold-in-Tube)
 - Sensibilité : 80%-88%
 - Spécificité : 88% – 99%
 - Metaanalyse (Diel, 2011) : Quantiferon-TB® Gold in-tube : 99,4% (IC95% 97,8–99,9%)

Journée GERES 6 décembre 2013 - Diapositive n°3

VPP des IGRA vs IDR

- Probabilité de développer une TM dans les années suivantes
- VPP : Metaanalyses
 - Diel et al. Chest 2012 : 28 études incluses
 - Rangaka et al. Lancet Inf Dis 2012 : 15 études incluses

	Diel et al. Chest 2012	Raagaka et al. Lancet Infect Dis 2012
IGRA +	2,7% (IC 95% : 2,3-3,2)	2,1% (IC 95% : 1,42-3,08)
IDR +	1,5% (IC 95% : 1,2-1,7)	1,6% (IC 95% : 0,94-2,72)
	P < 0,0001	NS

- VPN Quantiferon : 99,7% (IC 95% : 99,5-99,8) (Diel, 2012)

Journée GERES 6 décembre 2013 - Diapositive n°3

Contexte : zone grise

- T-SPOT TB : prévue dans le test
- Quantiferon : seuil on/off
- Reversions / conversions
 - 2 revues systématiques (Ringshausen, 2012 ; Swzerling 2012).
 - importants taux de conversions et de réversions spontanées
 - Surtout si résultat initial proche de la valeur seuil (entre 0,2 et 0,7 UI/ml)

Proposition interprétation du QTF/T-SPOT

- Soignants immunocompétents:
- Quantiferon < à 0,35 UI/ml : négatif, pas de contrôle
 - Bonne VPN
- Quantiferon compris entre 0,35 et 0,7 UI/ml :
 - Contrôle entre 3 et 4 semaines
 - Si le Quantiferon est réalisé comme T0 d'une enquête autour d'un cas, il doit être contrôlé dès le résultat obtenu.
- Quantiferon > 0,7 UI/ = positif
- Suivre l'évolution des connaissances
 - devenir des sujets avec Quantiferon compris entre 0,7 et 1 UI/ml ?

- T-Spot TB : il existe déjà une zone d'incertitude dans laquelle la conduite à tenir définie ci dessus s'applique

Proposition : embauche

- Examen clinique
- Interrogatoire
 - Antécédents de contagé
- Pas de radiographie de thorax
 - Sauf si notion de contagé ou provenance d'une zone d'endémie
- Pour les sujets pouvant être exposés
 - Quantiféron de référence
 - IDR de référence
 - Accepter un test ancien

Proposition : suivi systématique

- Garder la notion de service à risque
 - Pour accroître la prévention dans ces services
 - Rendez vous de santé tous les 18 mois
 - Interrogatoire
 - Facteurs de risques personnels et professionnels
 - Symptômes
- Audits des retards à l'isolement
- IGRA/IDR/Radiographie : uniquement suivis post contagés

Suivi post contagage

- Disposer d'un système de signalement rapide des retards à l'isolement
- Vérifier la contagiosité du cas index
 - Éliminer une mycobactérie atypique
- Définition des contacts à suivre
 - Contagiosité du cas
 - Caractéristiques des sujets contacts (immunodépression !)
 - Exposition
 - Cercles concentriques
 - < 2m, dans les 3 derniers mois

Journée GERES 6 décembre 2013 - Diapositive n°3

Intensité de l'exposition	Patient très contagieux (examen direct positif, présence de cavernes à la radiographie)	Patient peu contagieux Examen direct négatif, absence de cavernes à la radiographie
Forte : gestes générant des aérosols (intubation, fibroscopie bronchique, kinésithérapie respiratoire) sans protection respiratoire	Suivi post contagage quelque soit la durée d'exposition	Suivi post contagage quelque soit la durée d'exposition
Moyenne : soins directs et rapprochés : prélèvements, nursing sans protection respiratoire	Suivi post contagage si durée d'exposition > 1 h	Suivi post contagage si durée d'exposition > 8 h
Faible : nettoyage de la chambre, apport des plateaux repas... sans protection respiratoire	Suivi post contagage si durée d'exposition > 8 h	Suivi post contagage si durée d'exposition > 40 h

Journée GERES 6 décembre 2013 - Diapositive n°3

Modalités de suivi des contacts

- Test de référence
 - Test IGRA ou a défaut IDR si résultat antérieur < 15 mm
 - IGRA de référence à T0 si contage < 3 semaines

- IGRA à 12 semaines du dernier contage possible
 - IGRA précoce si soignant à risque
 - Arrêt du suivi si IGRA négatif à 12 semaines

- Indications de la radiographie :
 - Patient hospitalisé depuis moins de 3 mois : pas de radiographie
 - Patient hospitalisé depuis plus de 3 mois : radiographie
 - Recherche d'une TM d'emblée

Conclusion

- Améliorer la prévention primaire
 - Repérage et isolement des sujets contagieux

- Rationaliser le suivi

- Améliorer les tests actuels

**MERCI AU MÉDECINS AYANT
RÉPONDU AUX ENQUÊTES**

MERCI DE VOTRE AVIS !