

DESTINATAIRE : À tous les médecins du CISSS de Lanaudière, secteur Nord
EXPÉDITEUR : Service de microbiologie du laboratoire de biologie médicale du CISSS
Lanaudière Nord (CHDL)
DATE : Le 9 janvier 2020
OBJET : **Usage du Quantiferon dans le diagnostic de l'infection tuberculeuse latente**

Chers collègues,

Le diagnostic de l'infection tuberculeuse latente prend une place grandissante dans nos pratiques avec une croissance et une diversification des agents immunomodulateurs. Deux tests sont disponibles à nos patients pour ce diagnostic : le test cutané à la tuberculine (TCT, anciennement appelé PPD) et le test de libération de l'interferon gamma (TLIG, Quantiferon). Nous vous présentons ici une revue de leur utilisation optimale.

Le coût d'un TCT est d'environ 40\$ (incluant le temps d'administration et de lecture), il requiert deux visites du patient. Il peut être faussement positif dans le cas de vaccination au BCG (après l'âge d'un an ou à répétition) ou en cas de contact antérieur avec des mycobactéries non tuberculeuses (plus fréquentes en région tropicale). Il demeurera positif chez une personne ayant eu la tuberculose active ou latente, même si adéquatement traitée. Il peut être faussement négatif chez un patient immunosupprimé (VIH, médicaments, syndrome lymphoprolifératif, néoplasie hématologique), en cas de tuberculose active avancée, lors d'infection concomitante (fièvre typhoïde, brucellose, typhus, lèpre, coqueluche, rougeole, oreillons, varicelle, blastomycose), dans les 4 semaines suivant l'administration d'un vaccin à virus vivant ou chez les patients très âgés et les nourrissons de moins de 6 mois. Voir en annexe l'interprétation du TCT selon le risque de progression vers une tuberculose active.

Le coût du TLIG est d'environ 65\$ (incluant temps de prélèvement, tubes de prélèvement et transport vers HMR), il requiert une visite du patient. Ce test n'est pas influencé par l'exposition à la souche vaccinale BCG. Il peut être faussement positif en cas de contact antérieur avec des mycobactéries non tuberculeuses (mais moins d'espèces que pour le TCT). Il peut être faussement négatif, ou indéterminé, en cas d'immunosuppression (surtout VIH). Il existe une grande variabilité chez un même patient lors de tests répétés.

Le TCT demeure donc le test de premier choix, vu son coût moindre. Le TLIG pourrait être considéré chez un patient vacciné par le BCG après l'âge d'un an ou à répétition, si ce dernier est à la fois à faible risque d'avoir une infection tuberculeuse latente et à faible risque de progression. Si cette personne sera sujette à des dépistages sérieux (travailleurs de la santé), le TLIG n'est pas recommandé.

Chez un patient immunosupprimé ou qui le sera bientôt et qui a un risque élevé d'exposition antérieure (a vécu plus de 3 mois dans une zone endémique pour la tuberculose ou a un historique de contact), une approche en deux étapes pourrait être utilisée pour augmenter la sensibilité diagnostique. Ainsi un TCT négatif serait suivi d'un TLIG et un traitement serait offert si le TLIG est positif. En présence d'un TCT négatif et d'un TLIG indéterminé chez un patient à haut risque d'infection et de progression, un traitement est aussi à considérer.

Le TLIG **ne doit pas être offert** au patient à haut risque de progression (voir annexe) pour infirmer un TCT positif (seuil selon la condition clinique). Un TLIG négatif dans cette situation ne diminue pas le risque de tuberculose active à venir. Ce patient devrait se voir offrir un traitement.

Chez un patient dépisté initialement négatif, immunosupprimé et qui séjourne en zone endémique, un dépistage peut être indiqué 2 mois après le retour, selon la durée du voyage et l'intensité du contact avec la population locale.

Chaque situation clinique est à évaluer sous plusieurs angles : maladies de base, médication, facteurs de risque d'exposition et de progression. L'équipe de microbiologistes-infectiologues est disponible pour évaluer vos patients concernant tout questionnement sur une possible infection tuberculeuse latente. Il existe d'ailleurs un protocole d'accueil clinique à cet effet et nous vous invitons à y référer vos patients en cas de TCT et/ou TLIG positif ou suspicion d'infection tuberculeuse latente.

Maintenant, voici quelques considérations pratiques. Le TCT peut être réalisé en CLSC pour les patients externes et par les infirmières de la clinique de microbiologie pour les patients hospitalisés. Le TLIG doit être prélevé au CHDL (condition de prélèvement et transport très strictes pour assurer la qualité). La demande doit être faite auprès de la clinique de microbiologie (via la centrale de rendez-vous), qui organisera le rendez-vous avec une infirmière habilitée à faire ce test. Les prescripteurs autorisés pour le TLIG sont : dermatologues, gastro-entérologues, internistes, néphrologues, pneumologues, neurologues, pneumologues, microbiologistes-infectiologues et dermatologues. Si vous prescrivez un TLIG sur la recommandation d'un médecin d'une de ces spécialités, veuillez le mettre en copie afin que le test soit autorisé. Pour les autres prescripteurs, une autorisation du test par le microbiologiste de garde au laboratoire est requise. Vous pouvez le joindre via le poste 2673 au CHDL.

En espérant que ces renseignements vous soient utiles,

Veuillez agréer l'expression de nos sentiments distingués.



Dr. Anaïs Lauzon-Laurin
Microbiologiste-Infectiologue
Chef du service de microbiologie médicale-maladies
infectieuses, CHDL



Anick St-Amour
Chef des services de biologie médicale intérimaire
OPTILAB LLL, CHDL

c.c.: Microbiologistes-infectiologues
Véronique Ménard, assistante-chef polyclinique et médecine de jour

TABLEAU 10 : Valeurs seuils du résultat du TCT et indications de traitement de l'ITL*

Résultat du TCT	Indications de traitement préventif
0-4 mm	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant de moins de 5 ans en contact étroit avec un cas de TB contagieuse[†]
≥ 5 mm	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infection à VIH ▪ Contact avec un cas de tuberculose contagieuse au cours des deux dernières années ▪ Maladie fibronodulaire visible à la radiographie pulmonaire (tuberculose guérie, mais non traitée antérieurement ou traitée inadéquatement) ▪ Greffe d'organe (associée à un traitement immunosuppresseur) ▪ Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha ▪ Autres médicaments immunosuppresseurs, p. ex. corticoïdes (l'équivalent de ≥ 15 mg/jour de prednisone pendant 1 mois ou plus; le risque de tuberculose active augmente avec la dose et la durée du traitement) ▪ Insuffisance rénale chronique nécessitant une hémodialyse
≥ 10 mm	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Virage dans les 2 dernières années ▪ Silicose ▪ Hémopathies malignes (leucémie, lymphome) et certains carcinomes (p. ex. de la tête et du cou) <p>Envisager le traitement préventif pour les groupes suivants[†] :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les personnes de tous âges ayant voyagé au cours des 2 dernières années dans un pays à incidence élevée en tenant compte de la durée de séjour et du type d'activités réalisées (voir la section 8.7); ▪ Les enfants âgés de moins de 20 ans qui ont vécu dans un pays où l'incidence de la tuberculose est élevée et qui ont immigré au cours des 2 dernières années (voir la section 8.6); ▪ Les réfugiés âgés de 20 à 50 ans en provenance d'un pays où l'incidence annuelle de la tuberculose est ≥ 30 cas/100 000; ▪ Les personnes ayant séjourné, au cours des 2 dernières années, dans une communauté autochtone où l'incidence de la tuberculose est élevée; ▪ Les utilisateurs de drogues par injection; ▪ Les travailleurs ou les résidents d'un établissement de santé ou d'un établissement correctionnel; ▪ Les travailleurs de refuges pour sans-abri; ▪ Les sans-abri qui peuvent être traités dans le cadre d'un traitement préventif sous observation directe.

* Adapté des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse (ASPC, 2014) et des Directives pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente (ITI) (WHO 2015b)