

Quand le milieu de soins est une source d'exposition pour la tuberculose

Dre Joane Désilets

Direction de santé publique de Lanaudière

9 avril 2014



Description de la situation

Cas index

- Jeune adulte
- Originaire d'un camp de réfugiés situé en pays endémique pour la tuberculose
- Arrivé au Québec depuis un peu moins d'un an (rayon-X pulmonaire normal fait 8 mois avant son arrivée au Québec)
- Symptomatologie :
 - Toux importante depuis 8 semaines;
 - Fièvre;
 - Hémoptysies récentes.



Description de la situation (suite)



Consultation médicale :

- À l'urgence d'un CH (22 juin)
- Attente de **4** heures dans la salle d'attente
- **Aucune** protection respiratoire durant l'attente
- Mesures de protection mises en place dans la salle d'examen.



Description de la situation (suite)

Déclaration et résultats de laboratoire

- Cas déclaré à la DSP 6 jour plus tard (28 juin)
- BAAR 3+ (23 juin)
- PCR positif (30 juin)
- Rayon-X pulmonaire démontrant une tuberculose cavitaire



Intervention auprès du cas et des contacts

- Le **cas** a été pris en charge par l'établissement et les mesures d'isolement ont été mises en place.
- Il avait comme principaux **contacts** :
 - Sa famille;
 - L'école;
 - **L'urgence du CH** : personnes dans la salle d'attente (patients et accompagnateurs) et les membres du personnel.



Gestion des contacts à l'urgence

- En tenant compte du contexte :

- ✓ cas de TB cavitaire
- ✓ très symptomatique
- ✓ BAAR 3+
- ✓ aucune protection respiratoire

↳ les microbiologistes du CH et la DSP ont décidé d'effectuer le dépistage des :

patients et des accompagnateurs présents dans la salle d'attente durant la présence du cas index ainsi que de certains **membres du personnel**.



Gestion des contacts à l'urgence (suite)

Clientèle visée pour le dépistage :

Personnes qui ont attendu dans la salle d'attente (de 1 à 4 heures) pendant que le cas symptomatique était présent :

- 86 patients et accompagnateurs;

ET

- 15 membres du personnel.

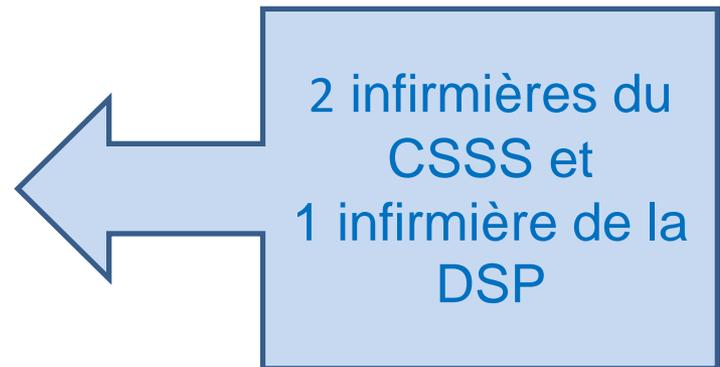


Gestion des contacts à l'urgence (suite)

Un **groupe de travail DSP-CLSC-CH** a été mis en place pour gérer cette intervention :

↳ Lettre acheminée aux contacts le 11 juillet

↳ Appel téléphonique fait pour chaque contact identifié \approx 1 semaine après l'envoi de la lettre



Clientèle visée pour le dépistage : Profil

❑ Majoritairement née au Québec

❑ Groupes d'âge : 2 répartitions

- 0-14 ans : 20 (24%)
- 15-24 ans : 6 (7%)
- 25 -64 ans : 47 (56%)
- 65 ans et plus : 11 (13%)
- Aucune inform. : 2

- 0-18 ans : 22 ← 26%
- 19 ans et plus : 62 ← 74%
- Aucune inform. : 2



Résultats des dépistages : patients et accompagnateurs

Résultats des TCT

- **76** TCT complétés sur 86 visés (**88%**)
 - ↳ 3/76 atcd BCG
- **17** TCT positifs (>5mm)
 - ↳ un seul virage de 0 à 16 mm, personne de 36 ans
 - ↳ un BCG antérieur : TCT 60 mm

Répartition des résultats

Lecture :

- 5 à 9 mm : 4 ← 5 mm et + : 22%
- 10 à 14 mm : 2
- **15 à 19 mm : 9** ← 10 mm et + : 17%
- **50 à 60 mm : 2**

Âges :

- 30-54 ans : 6
- 55-64 ans : 5
- 65 ans et + : 5
- ND : 1



Résultats des dépistages : personnel soignant

(seul information disponible)

15 membres du personnel:

↳ 6 TCT positifs

↳ Aucun virage



Comparaison :

Pourcentage de positivité obtenu et attendu

- Nos résultats étaient dans la limite des résultats attendus :



17% vs 13%

- Donc, pas d'élargissement du cercle pour le dépistage en milieu de soins.



Discussion

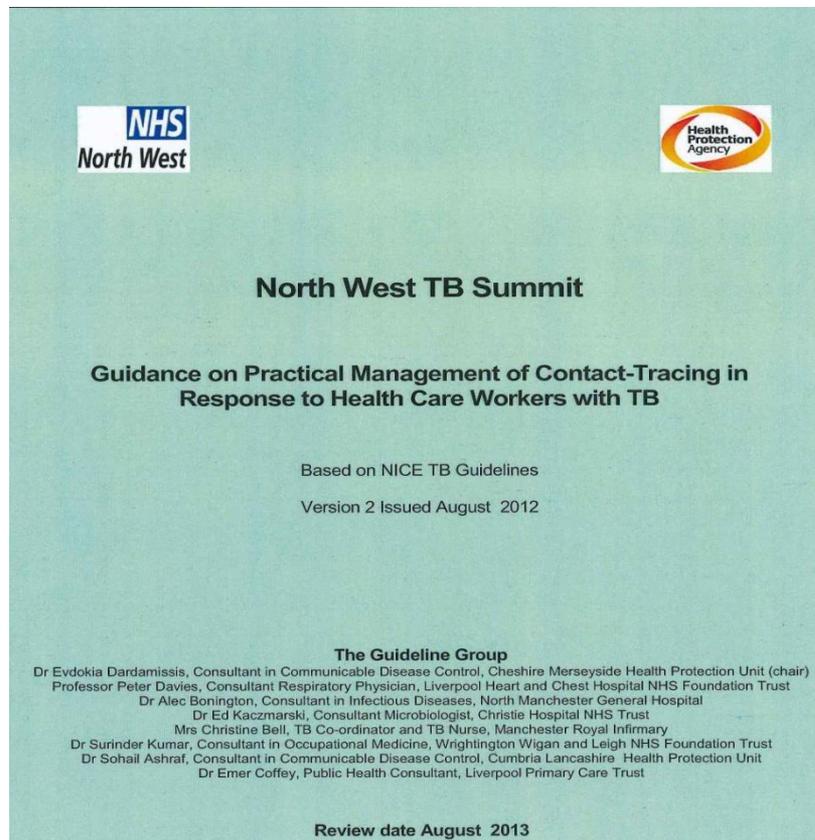
1. Est-ce que **4 heures** dans la salle d'attente où un cas de tuberculose très contagieux a séjourné est suffisant pour initier un dépistage?



Discussion (suite)

- Guidance on Practical management of Contact-Tracing in Response to Health Care Workers with TB, **Août 2013** (base on NICE TB Guidelines)

http://www.hpa.org.uk/webc/hpawebfile/hpaweb_c/1253205570844



Discussion (suite)

3.5 Action for contacts

The following should be used as a guide rather than strict rules.

3.5.1 Patients with **less than 8 hours** cumulative exposure

No action is usually needed for patients and staff with less than 8 hours cumulative exposure. Expert advice should be called in if there is uncertainty in the risk assessment.



Discussion (suite)

3.5.2 Patients with more than 8 hours cumulative exposure

*Contacts with **no unusual susceptibility***

Patients who have shared same breathing space as the case for more than 8 hours, (i.e. same bay rather than same ward), should have their possible exposure documented in their records; the patient should be informed in addition to their GP and consultant. These contacts should not ordinarily require screening.

*Contacts with **unusual susceptibility***

Screening should be considered for unusually susceptible contacts, who have had cumulative exposure of more than 8 hours within the same breathing space (usually the same bay) as the case.



Discussion (suite)

ASPC (OMS) : Tuberculose et vol aérien

http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pdf/guideform_tbaircraft09-fra.pdf

Durée du vol :

A. La durée totale du vol était égale ou supérieure à huit heures. Sont inclus tous les retards au sol après l'embarquement, les heures de vol et les retards au sol après le débarquement.

Ou

B. Cas de TB-MR, de TB-UR ou de TB laryngée : Au Canada, une recherche des contacts sera entreprise pour les vols de moins de huit heures s'il s'agit de cas de TB laryngée, de TB-MR et de TB-UR, s'il y a des preuves documentées d'une transmission ou si on ne dispose pas de données suffisantes pour savoir si une transmission est survenue chez des contacts qui n'étaient pas à bord de l'avion.



Discussion

2. Est-ce que le CH impliqué devrait prendre en charge toutes ces personnes seul? ou avec le soutien de la DSP?

