

Titre	Algorithmes décisionnels cliniques TB
CODE de Boîte à outils TB	DSPu-TB_ALGORITHMES-CLINIQUES
Date de modification	2023-03-22



Public cible : les infirmières et médecins cliniciens exerçant au Nunavik.

Objectifs : a) Guider les intervenants cliniques dans les étapes d'une investigation pour tuberculose au Nunavik;
b) Uniformiser la prise en charge d'une personne investiguée pour tuberculose au Nunavik.

Notes :

Utiliser conjointement avec le « [Tableau de bord des outils TB](#) ».

Communiquer tout résultat de TCT (hors SST) à *Tuberculose Sante Publique (RRSSSN)* tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca

En cas de doute dans la prise en charge, consulter la santé publique.

Si nouveau cas de TB active confirmée ou probable (MADO), aviser la santé publique.

Lors de l'investigation d'un enfant de < 5 ans, le pneumologue pédiatrique devrait être impliqué systématiquement.

Les algorithmes présentés ici ne s'appliquent pas en contexte de dépistage de masse.

Sommaire

Page 2 à 5	Investigation sur demande ou chez une personne avec symptômes de TB active
Page 6 à 8	Investigation d'un adulte ou d'un enfant ≥ 5 ans contact d'un cas de TB active
Page 9 à 12	Investigation d'un enfant de < 5 ans contact d'un cas de TB active

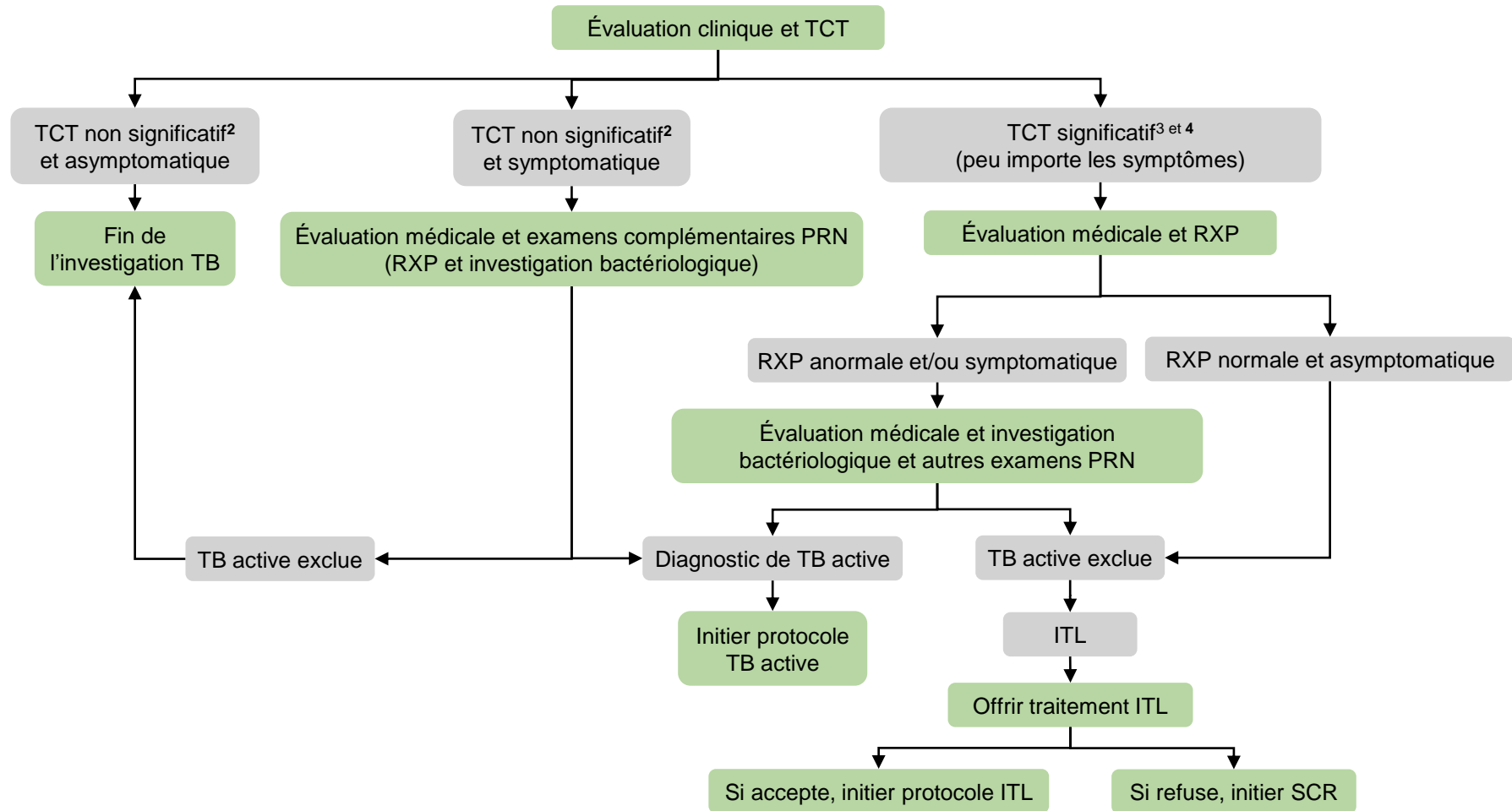
Coordonnées utiles

MD de garde en santé publique	1 855 964-2244 ou 1 819 299-2990
Pneumologue pédiatrique¹	<ul style="list-style-type: none"> MCHTB & 06CH_CUSM MCHTB@MUHC.MCGILL.CA Ou Zofia Zysman-Colman (Med) zofia.zysman-colman.med@ssss.gouv.qc.ca
Pneumologue adulte¹	<p>Privilégier le système SAFIR : Se connecter à SAFIR (gouv.qc.ca)</p> <p>Si système SAFIR inaccessible, écrire à :</p> <ul style="list-style-type: none"> Faiz Ahmad Khan, Dr faiz.ahmad.khan.med@ssss.gouv.qc.ca Ou Richard Menzies, Dr. dick.menzies@mcgill.ca
Pneumologue de garde au CUSM	<ul style="list-style-type: none"> 514 934-1934

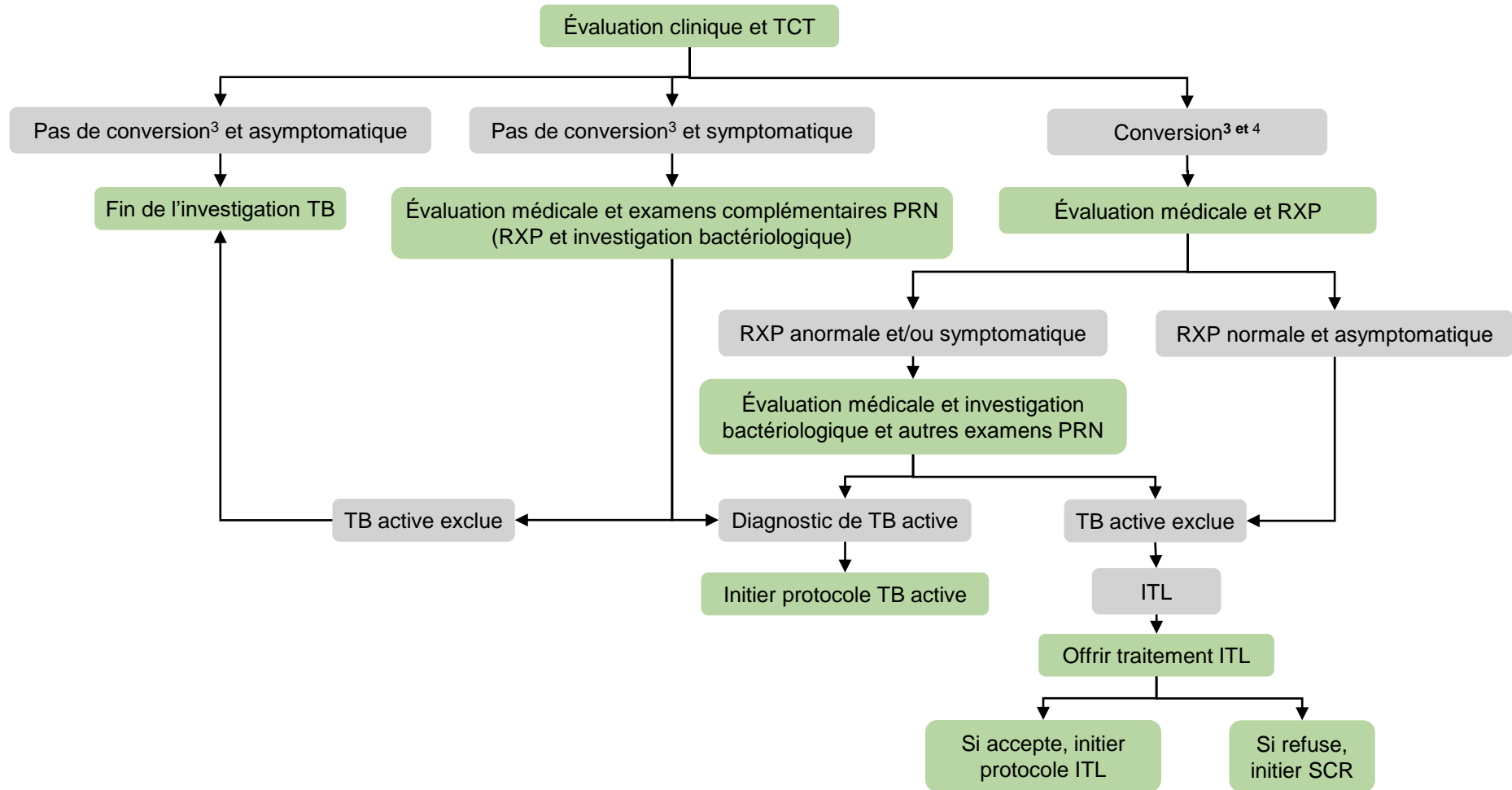
Liste des acronymes

RXP	Radiographie pulmonaire	SST	Santé et sécurité au travail
BCG	Vaccin Bacille de Calmette Guérin	TCT	Test cutané à la tuberculine
SCR	Suivi clinico-radiologique	ITL	Infection tuberculeuse latente
TB	Tuberculose	MADO	Maladie à déclaration obligatoire

¹ Lors de communication par courriel avec les pneumologues, TOUJOURS mettre en cc : *Tuberculose Sante Publique (RRSSSN)* tuberculose-santepublique.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca



¹ Si historique de contact récent avec un cas de TB active, se référer aux algorithmes de contact (pages 6 à 12).
² TCT < 5 mm dans un village prioritaire OU TCT < 10 mm dans un village non prioritaire.
³ TCT ≥ 5 mm dans un village prioritaire OU TCT ≥ 10 mm dans un village non prioritaire.
⁴ Si BCG reçu dans les 24 mois précédent, discuter de la conduite avec le pneumo-ped et la santé publique.

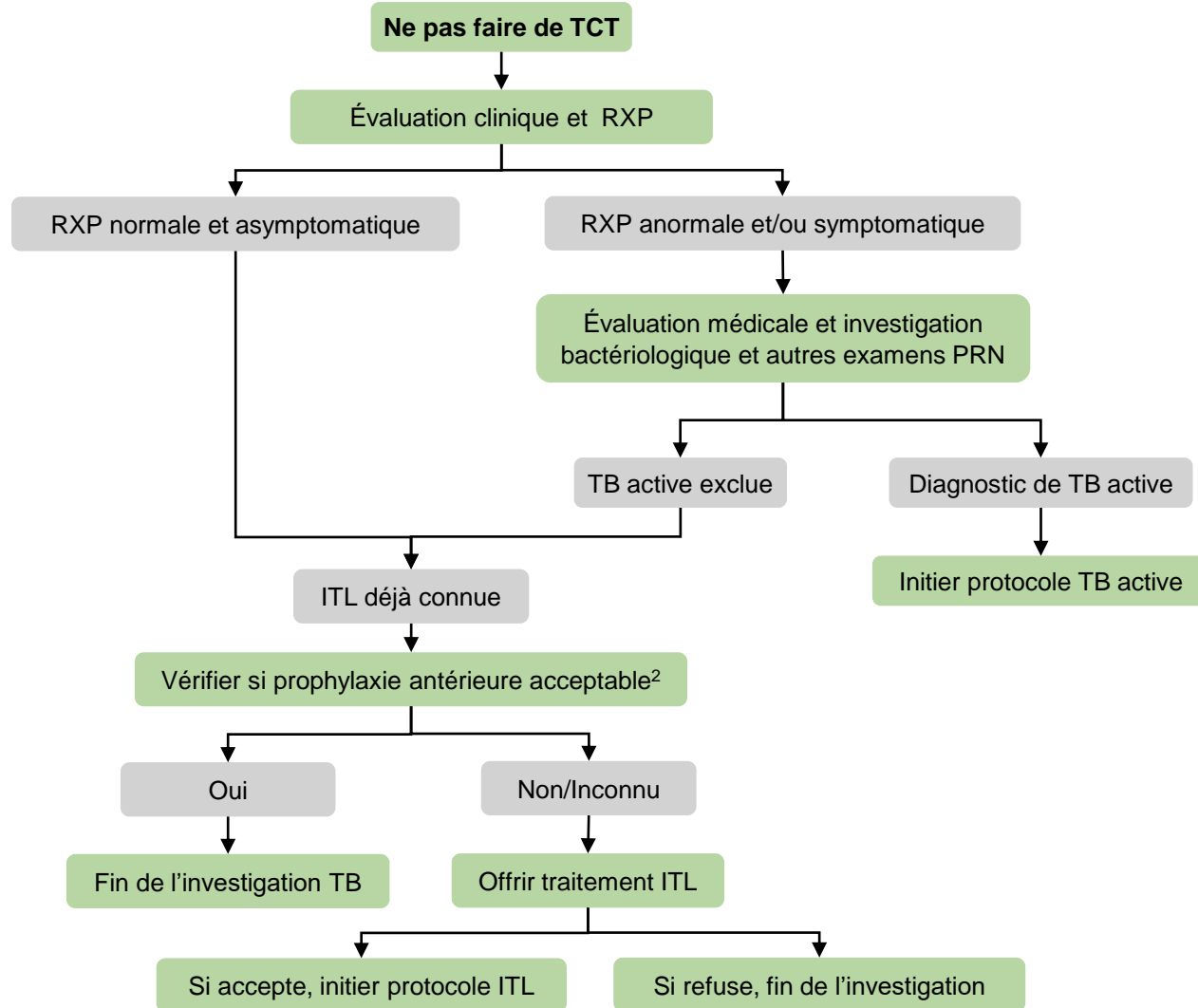


¹ Si historique de contact récent avec un cas de TB active, se référer aux algorithmes de contact (pages 6 à 12).

² TCT antérieur entre 1 et 4 mm dans un village prioritaire ou dans un contexte d'investigation de contact OU TCT antérieur entre 1 et 9 mm dans un village non prioritaire et sans exposition à un cas.

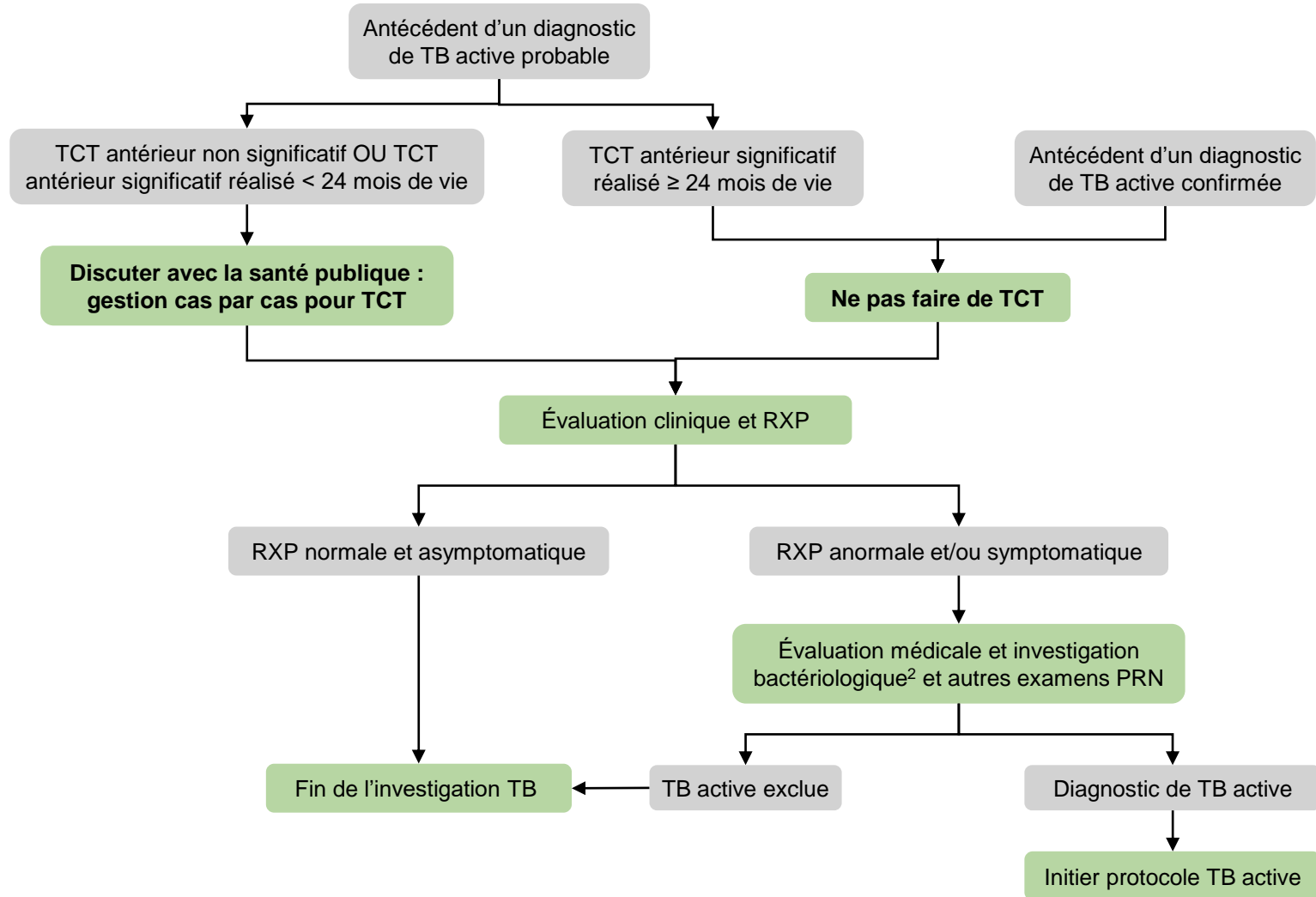
³ Conversion : ≥ 6 mm entre le TCT actuel et le TCT antérieur non significatif ou TCT actuel ≥ 10 mm.

⁴ Si BCG reçu dans les 24 mois précédents, discuter de la conduite avec la santé publique



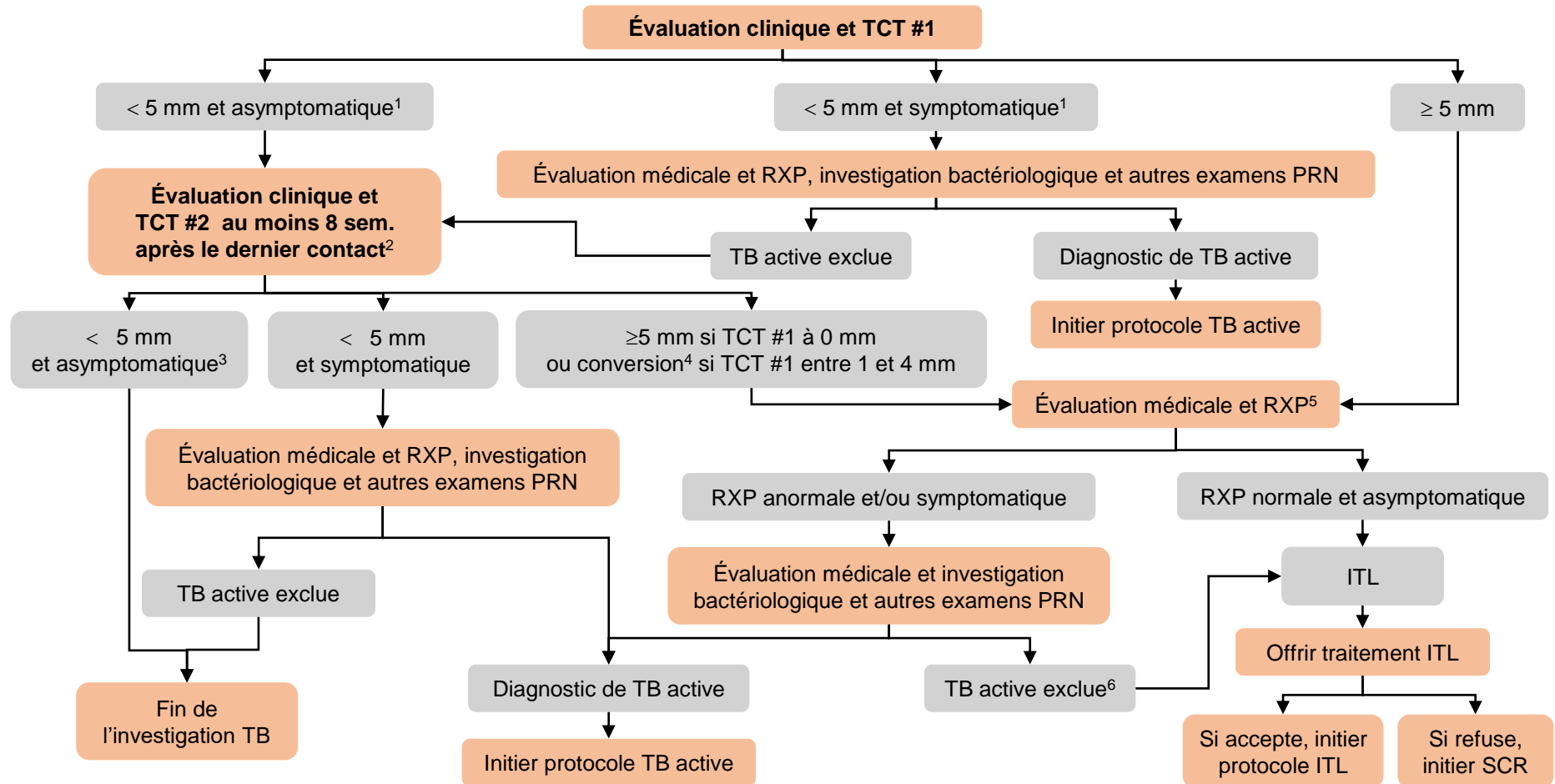
¹ Si historique de contact récent avec un cas de TB active, se référer aux algorithmes de contact (pages 6 à 12).

² Voir définition dans l'outil « [Guide de SCR](#) »



¹ Si historique de contact récent avec un cas de TB active, se référer aux algorithmes de contact (pages 6 à 12).

² **Ne pas** faire GeneXpert chez les cas de TB active confirmés si début de traitement depuis < 24 mois.



¹ Si immunosuppression, considérer une prophylaxie période-fenêtre une fois toute TB active écartée.

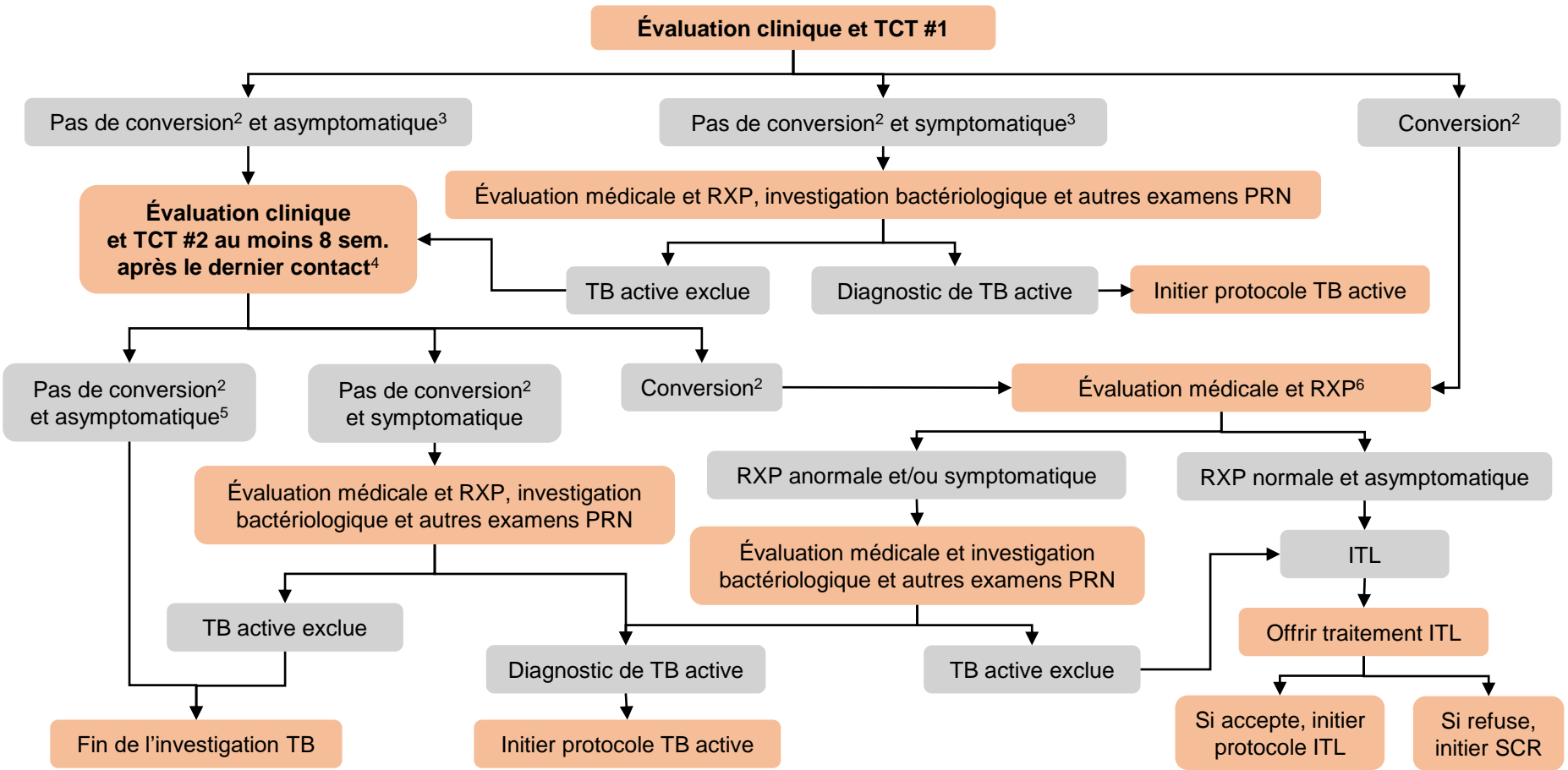
² Ne pas refaire le TCT si le premier TCT a été effectué 8 semaines ou plus après le dernier contact. Dans certaines circonstances, il peut être judicieux d'attendre 8 semaines après le dernier contact et de ne faire qu'un seul TCT.

³ Si immunosuppression, compléter le traitement ITL en totalité.

⁴ Conversion : ≥ 6 mm entre le TCT actuel et le TCT antérieur non significatif ou TCT actuel ≥ 10 mm.

⁵ Toute RXP (à 3 incidences) faite dans les 3 mois précédant le TCT significatif de la personne investiguée peut être considérée comme la RXP initiale à la condition que le contact soit asymptomatique et que le cas source présumé soit à frottis négatif.

⁶ Si investigation bactériologique demandée lors de l'investigation, répéter RXP à réception des résultats négatifs de cultures.



¹ Un TCT entre 5 et 9 mm est considéré non significatif chez une personne sans exposition à un cas et/ou dans un village non prioritaire.

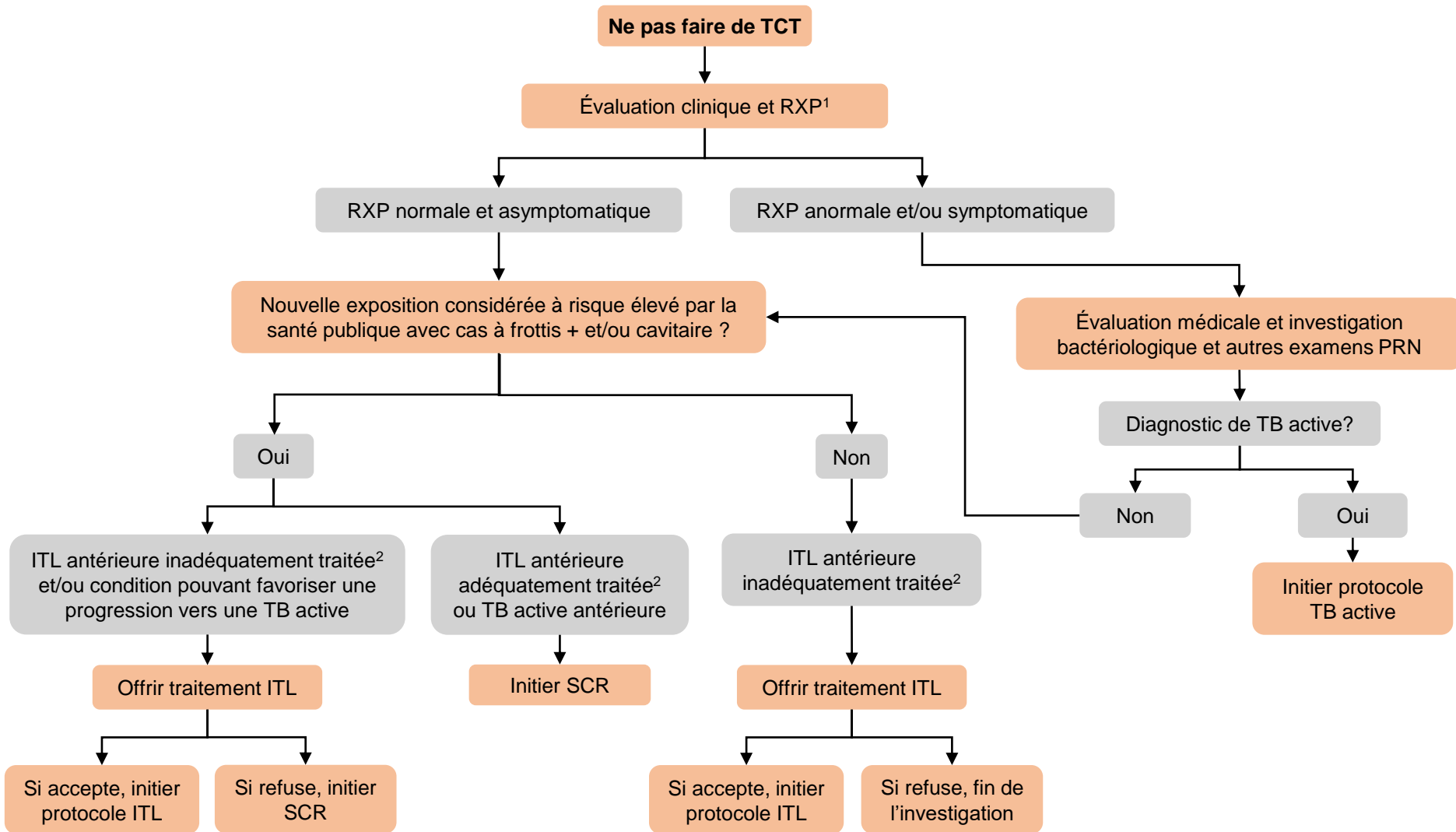
² Conversion : ≥ 6 mm entre le TCT actuel et le TCT antérieur non significatif ou TCT actuel ≥ 10 mm.

³ Si immunosuppression, considérer une prophylaxie période-fenêtre une fois toute TB active écartée.

⁴ Ne pas refaire le TCT si le premier TCT a été effectué 8 semaines ou plus après le dernier contact. Dans certaines circonstances, il peut être judicieux d'attendre 8 semaines après le dernier contact et de ne faire qu'un seul TCT.

⁵ Si immunosuppression traitement ITL en totalité.

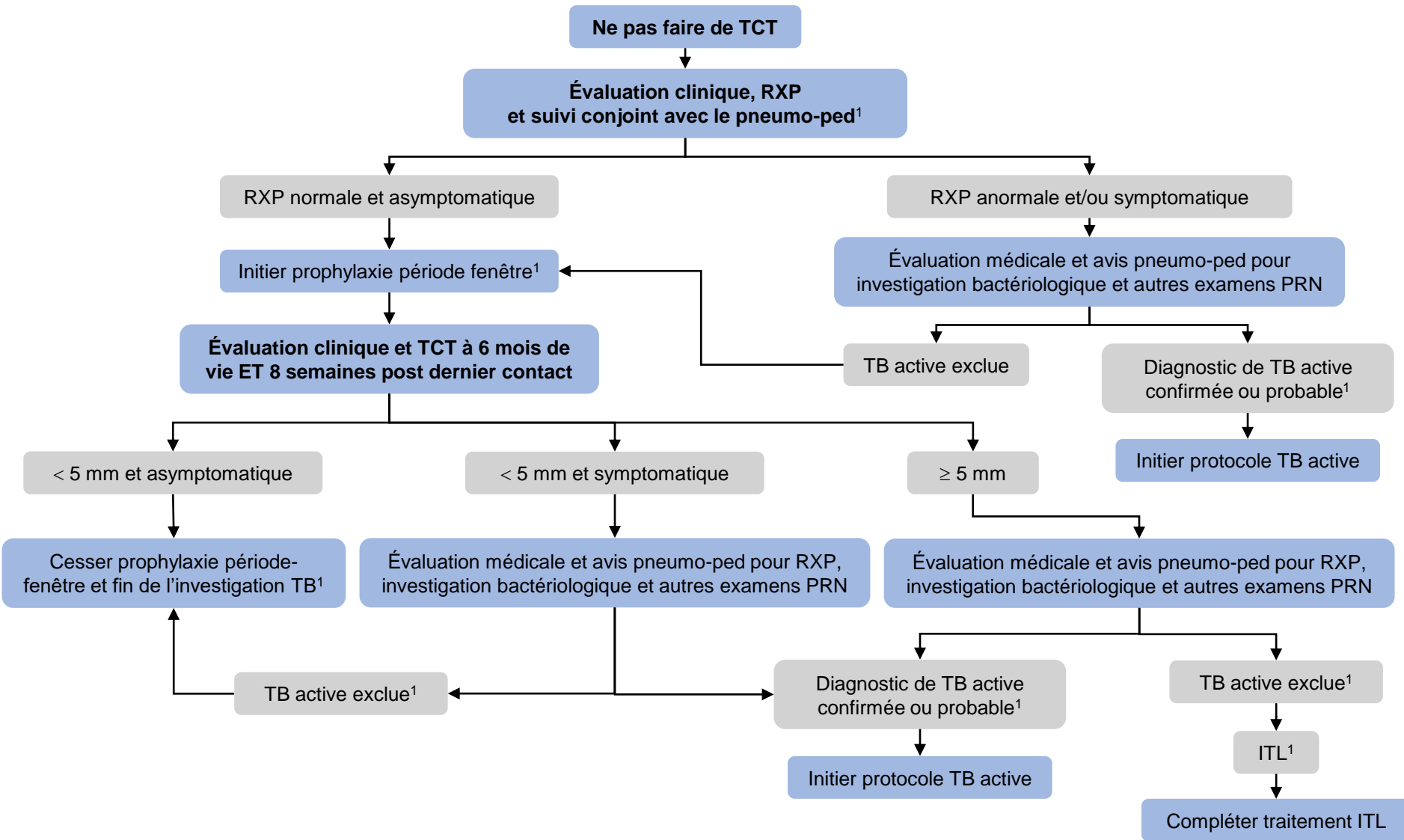
⁶ Toute RXP (à 3 incidences) faite dans les 3 mois précédant le TCT significatif de la personne investiguée peut être considérée comme la RXP initiale à la condition que le contact soit asymptomatique et que le cas source présumé soit à frottis négatif.



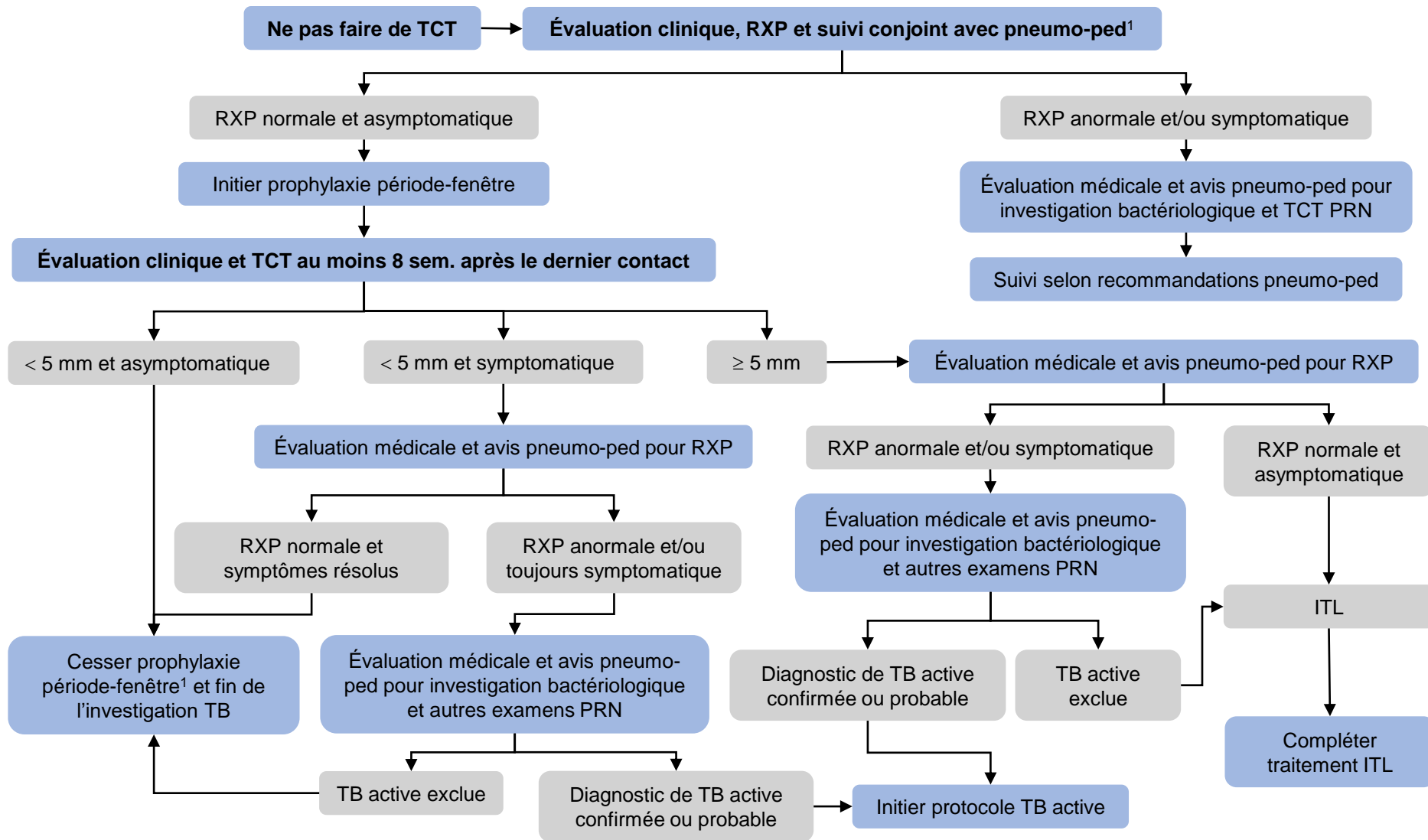
¹ Toute RXP (à 3 incidences) faite dans les 3 mois précédant l'évaluation de la personne investiguée peut être considérée comme la RXP initiale à la condition que le contact soit asymptomatique et que le cas source présumé soit à frottis négatif.

² Voir définition dans l'outil « [Guide de SCR](#) »

Investigation d'un enfant < 6 mois de vie contact d'un cas de TB active

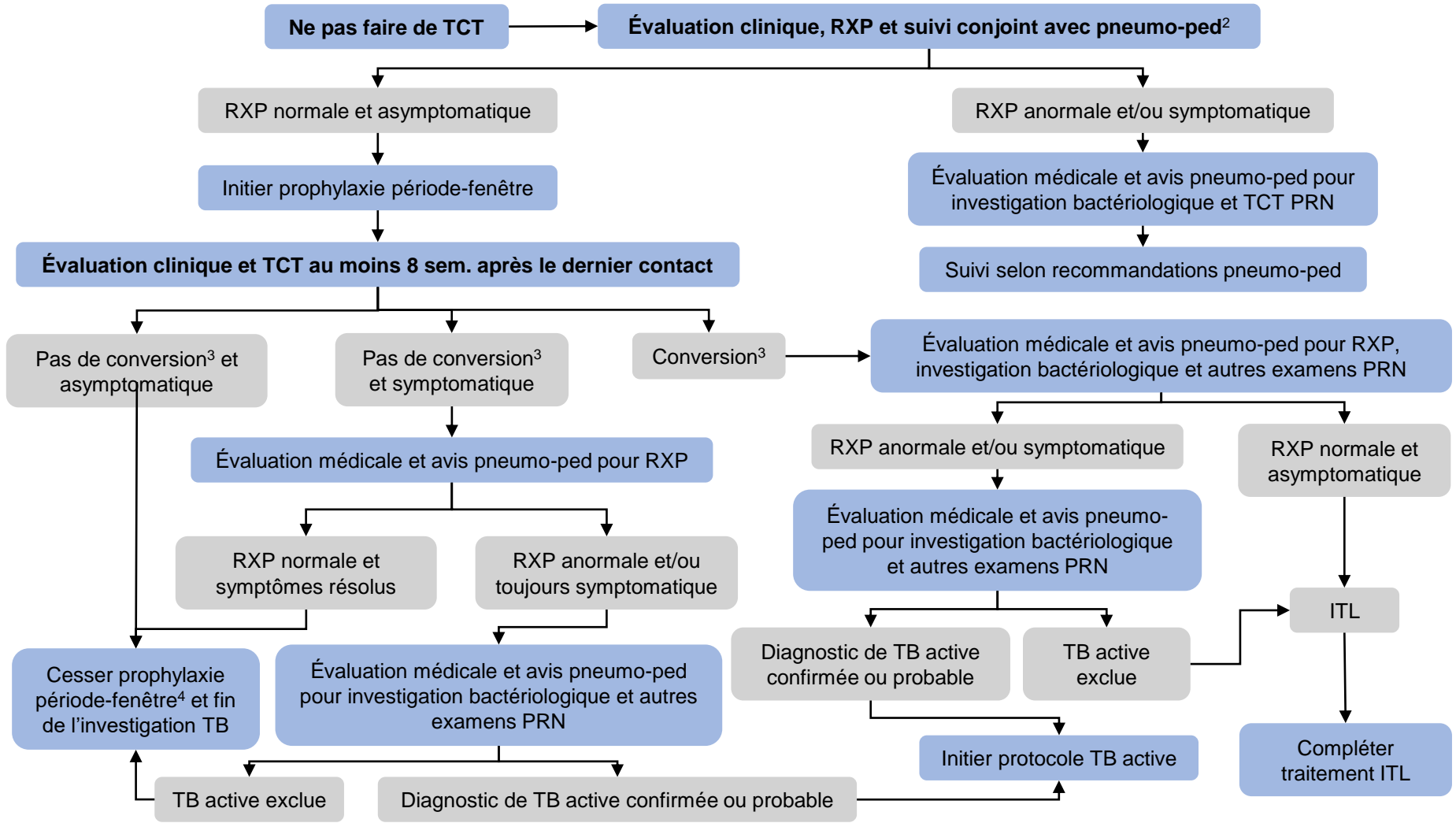


¹Dès le début, puis à chaque étape de l'investigation, valider la conduite avec le pneumologue pédiatrique jusqu'à obtention du diagnostic.



¹ Dès le début, puis à chaque étape de l'investigation, valider la conduite avec le pneumologue pédiatrique jusqu'à obtention du diagnostic.

² Si immunosuppression, compléter le traitement ITL en totalité.

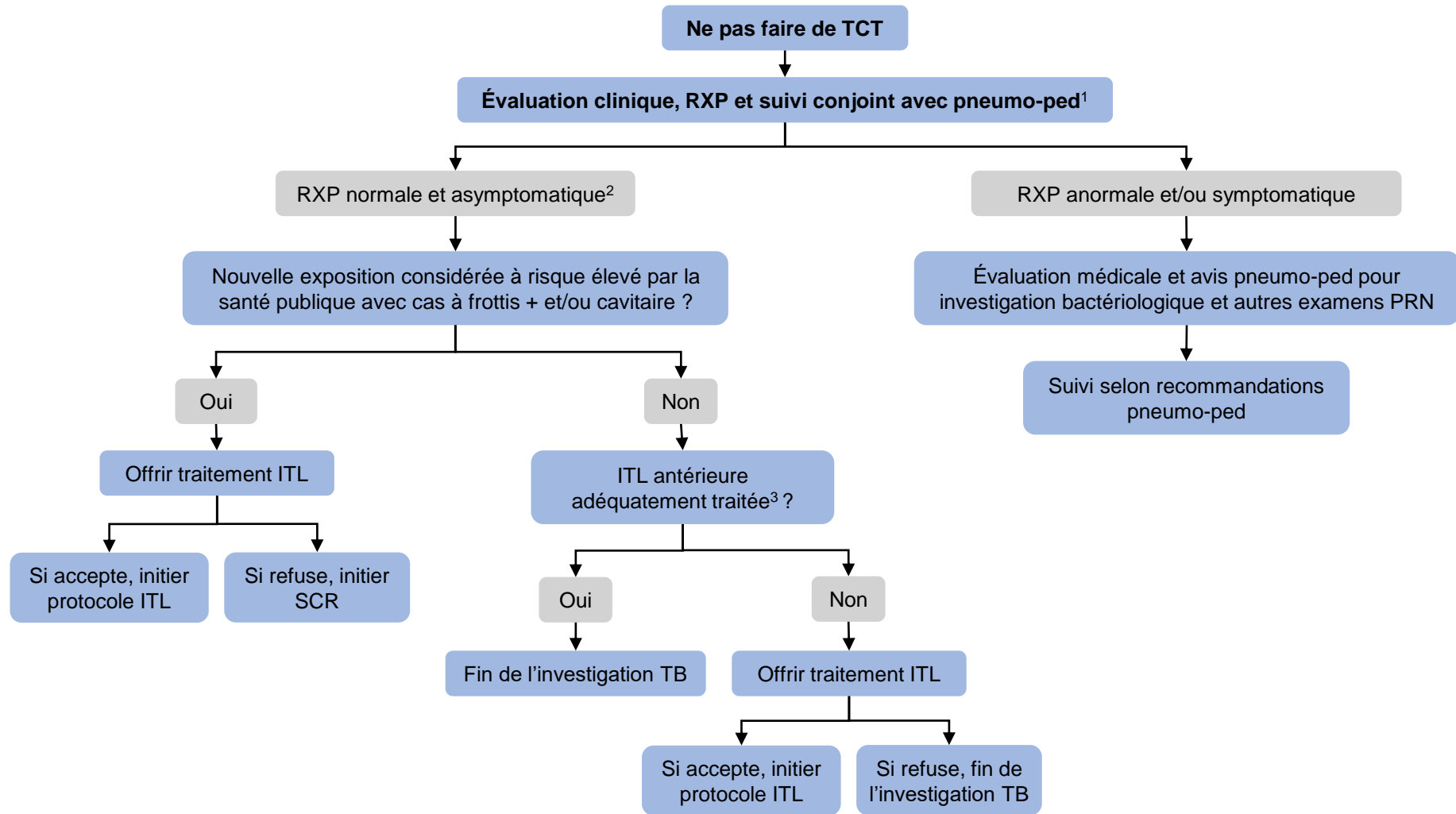


¹ Sans exposition à un cas et/ou village non prioritaire.

² Dès le début, puis à chaque étape de l'investigation, valider la conduite avec le pneumologue pédiatrique jusqu'à obtention du diagnostic.

³ Conversion : ≥ 6 mm entre le TCT actuel et le TCT antérieur non significatif ou TCT actuel > 10 mm.

⁴ Si immunosuppression, compléter le traitement ITL en totalité.



¹ Dès le début, puis à chaque étape de l'investigation, valider la conduite avec le pneumologue pédiatrique jusqu'à obtention du diagnostic.

² Si immunosuppression, considérer un traitement ITL une fois toute TB active écartée.

³ Voir définition dans l'outil « [Guide de suivi clinico-radiologique](#) »