



PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LA PRISE EN CHARGE DES MIGRANTS À LEUR ARRIVÉE EN FRANCE

Document à destination des médecins généralistes
Réalisé par le Centre Fédératif Prévention Dépistage
Décembre 2020

CHU de Nantes

LA TUBERCULOSE (TB)

INDICATIONS DU DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DE LA TB CHEZ LES MIGRANTS

Qui ? Personnes originaires d'un pays de forte endémie tuberculeuse (incidence TB > 40/10⁵ hab.)*

- le **continent africain** dans son ensemble ;
- le **continent asiatique** dans son ensemble à l'exception du Japon, y compris les pays du Proche et Moyen-Orient à l'exception de Chypre, des Emirats Arabes Unis, d'Israël, de la Jordanie et d'Oman ;
- pays d'**Amérique centrale et du Sud** à l'exception de Antigua et Barbuda, Barbade, Bermudes, Ile Bonaire, Cuba et du Costa Rica, Curaçao, Jamaïque, Iles Vierges et Caïmans, Porto Rico;
- pays d'**Europe centrale et de l'Est** à l'exception de la Grèce, de la Hongrie, de la Slovaquie, de la Slovénie et de la Tchéquie ; »

*Calendrier vaccinal 2020; Avis du HCSP 18/05/2018 : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=668>

* Profil tuberculose par pays sur site OMS :

https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?inputs_entity_type=%22country%22&lan=%22FR%22&iso2=%22AF%22

Quand faire le dépistage ?

- Dès l'arrivée en France (dans les 4 mois suivant l'arrivée en France)
- Rattrapage et suivi : dans les cinq ans suivant le départ de la zone à risque mais non recommandé après.

QUE DÉPISTE T-ON ?

LA TUBERCULOSE MALADIE (TM)

C'est la forme active de l'infection par le BK (Bacille de Koch). Elle peut toucher tous les organes, mais la **forme la plus courante et contagieuse est l'atteinte des voies respiratoires** (80% des cas de TM, par atteinte essentiellement des poumons, mais aussi des bronches et/ou du larynx).

- Interrogatoire + examen clinique + radio thorax de face systématiques
- Autres examens selon points d'appel (BK crachats...)

L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL)

L'ITL témoigne d'une exposition avec infection par le BK. Cette infection est toutefois contrôlée par la réponse immunitaire qui empêche la multiplication et la propagation du bacille. A ce stade, le patient est généralement asymptomatique et toujours **non contagieux**.

Le risque de passage de l'ITL à la maladie est d'environ :

- 10% chez l'adulte immunocompétent (soit 90% des cas qui ne développeront jamais de TM de leur vie)
- 30 à 50 % chez les enfants âgés de moins de 2 ans et les immunodéprimés.

Ce risque peut être diminué d'environ 70% par la prise d'un traitement antituberculeux prophylactique.

On la dépiste par l'intermédiaire de **tests indirects** qui explorent la réponse immunitaire à l'infection :

- **test cutané à la tuberculine par IDR** (mesure du diamètre transversal de l'induration à 48-72h)
- **test sanguin IGRA (*)** (Interferon Gamma Releasing Assay) (*Quantiferon®*, *T-SPOT TB®*) :

IGRA () : très spécifiques de l'infection tuberculeuse et n'interagissent pas avec la vaccination BCG. Remb. S.S à 60% et uniquement pour les enfants de moins de 15 ans. Dans les autres cas, si nécessaire et sur décision médicale spécialisée, ils peuvent être réalisés et pris en charge au CLAT.*

INDICATIONS D'UNE CONSULTATION SPÉCIALISÉE AU CLAT

- **ATCD de tuberculose**, personnel ou entourage proche
- **Immunodépression** (pathologie ou thérapeutique)
- **Symptômes évocateurs de TB** (évolution depuis plusieurs semaines, parfois très discrets), tels que :

Signes généraux

- Altération de l'état général : asthénie, anorexie, amaigrissement
- Fièvre plus ou moins élevée
- Sueurs nocturnes abondantes, qui trempent les draps

Signes locaux

- Formes respiratoires
 - Toux prolongée, résistante aux antibiotiques habituels

NB : une radio de thorax est recommandée devant toute toux chronique (>1 mois)

 - Expectorations plus ou moins sales

Parfois : hémoptysies, dyspnée, douleurs thoraciques
- Formes extra-respiratoires
 - Les symptômes sont fonction de la localisation (adénopathies, douleurs vertébrales...)

- **Anomalies radiologiques évocatrices de tuberculose**

DÉPISTAGE DE LA TB CHEZ LES MIGRANTS PRIMO ARRIVANT DE PAYS DE FORTE ENDÉMIE (INCIDENCE DE LA TB > 40/10⁵) ET CONDUITES A TENIR SELON LES RESULTATS

Test (sert seulement au dépistage de l'ITL) = IDR ou IGRA; Test négatif = IDR < 5 mm ou IGRA négatif

Suivi clinico-radiologique : examen clinique + radio de thorax de face

EN CAS DE SUSPICION DE TB OU D'ATCD CONNU DE TB OU D'INFECTION TUBERCULEUSE, IL N'Y A PAS LIEU DE RÉALISER DE TEST PAR IDR OU IGRA

	< 5 ans	5-9 ans	10-17 ans	≥ 18 ans
Modalités de dépistage <i>d'après les recommandations françaises (1)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique • Test (IDR en première intention) • RP si test positif 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique • Test • RP si test positif 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique • RP • Test 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique • RP • +/- Test : indication optionnelle. A proposer dans certains cas seulement (1) et si intention de mise en place d'un traitement préventif en cas d'ITL
Conduite à tenir selon les résultats <i>(propositions faites par CFPD44)</i>	<p>Test négatif : stop suivi et vaccination BCG en l'absence d'ATCD de BCG (écrit ou cicatrice vaccinale)</p>	<p>Test négatif : stop suivi (les enfants ≥ 5 ans ne sont plus dans les indications prioritaires de vaccination)</p>	<p>RP normale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi clinico-radiologique annuel pendant les 2 ans suivant le départ de la zone de forte endémie • Si indication test : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Test négatif: stop suivi <input type="checkbox"/> IDR entre 5 et 9 mm : Suivi radio annuel pendant les 2 premières années de vie en France <input type="checkbox"/> IDR ≥ 10mm ou IGRA + : avis CLAT 	
	<ul style="list-style-type: none"> • IDR de 5 à 9 mm : <u>Vacciné</u> : stop suivi si RP normale <u>Non vacciné (ou statut inconnu)</u> : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si âge < 2 ans : Avis pédiatrique <input type="checkbox"/> Si âge ≥ 2 ans : suivi clinico-radio à 1 et 2 ans • IDR de 10 mm à 14 mm <u>Vacciné</u> : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si âge < 2 ans : Avis pédiatrique <input type="checkbox"/> Si âge ≥ 2 ans : suivi clinico-radio à 1 et 2 ans <u>Non vacciné (ou statut inconnu)</u> : avis pédiatrique pour tous • IDR ≥ 15 mm ou IGRA positif : RP et avis pédiatrique pour tous 	<ul style="list-style-type: none"> • IDR de 5 à 9 mm : <u>Vacciné</u> : stop suivi si RP normale <u>Non vacciné (ou statut inconnu)</u> : suivi clinico-radio à 1 et 2 ans • IDR de 10 mm à 14 mm : <u>Vacciné</u> : suivi clinico-radio à 1 et 2 ans <u>Non vacciné (ou statut inconnu)</u> : avis CLAT • IDR ≥ 15 mm ou IGRA positif : avis CLAT 		
CLINIQUE ET /OU RP évocatrice de TB : orientation vers le CLAT				

(1) *d'après les Recommandation du HCSP mai 2019 : Infections tuberculeuses latentes – Détection, prise en charge et surveillance* : Indication au dépistage de l'ITL pour les jeunes migrants de 18-39 ans ET Incidence TB dans le pays d'origine est > 100/10⁵, et le plus tôt possible après l'arrivée et pas après 5 ans de vie en France, ET uniquement dans les conditions suivantes (au choix): Immunodépression sous-jacente OU Vit avec enfants de – de 18 ans OU Travail dans collectivités d'enfants OU Travail en milieu de soins.

VACCINATIONS

Toutes les doses de vaccins reçues comptent indépendamment du délai écoulé depuis la dernière dose reçue dès lors que l'âge minimal, l'intervalle minimal entre les doses et la dose d'antigène recommandée pour l'âge ont été respectés.

	≤ 2 ans	3- 5 ans	6-10 ans	11-13 ans	14-15 ans	≥ 16 ans
Vaccination DTCP+/-Hib	Vaccin pentavalent (DTCaPHib) (M0)		Vaccin tétravalent (DTCaP) (M0)		Vaccin dTcaP (M0)	
	1 mois plus tard sérologie Tétanos (M1)					
	<p>Conduite à tenir en fonction de la sérologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 1 UI/ml = réponse anamnesticque → Pas de dose supplémentaire* • 0,1 à 1 UI/ml = schéma antérieur possiblement incomplet → Refaire une dose 6 mois plus tard (pour les personnes de 14 ans et plus, on complètera avec un dTP)* • < 0,1 UI/ml = n'a probablement jamais été vacciné → Refaire une dose à 2 mois et à 8-12 mois après la 1^{re} dose (pour les personnes de 14 ans et plus, on complètera avec un dTP)* <p>* puis prévoir la date du prochain rappel selon le calendrier vaccinal en vigueur</p>					
Pneumo	<ul style="list-style-type: none"> • De 2 à 11 mois : M0-M2-M11 • De 12 à 23 mois : M0-M2 					
ROR	<ul style="list-style-type: none"> • 2 injections aux âges de 12 mois et 16 mois • Rattrapage : les personnes de plus d'un an, nées depuis 1980 doivent avoir reçu 2 doses de vaccin ROR, quels que soient les antécédents vis-à-vis des 3 maladies 					
Méningite C	<ul style="list-style-type: none"> • 2 injections aux âges de 5 mois et 12 mois (intervalle minimum de 6 mois entre les 2 injections) • Rattrapage à partir de l'âge de 1 an et jusqu'à l'âge de 24 ans inclus : 1 seule injection 					
Hépatite B	<p>Faire une sérologie incluant les 3 marqueurs : Ac antiHBs, Ac antiHBc et Ag HBs <i>En même temps que la sérologie tétanos et que les sérologies VIH, hépatite C et syphilis</i></p>					
	<p>Si sérologie négative (= 3 marqueurs négatifs) :</p>					
	Vaccination avec vaccins enfants : M0-M1-M6			Vaccination avec vaccins adultes : M0-M6		Vaccination avec vaccins adultes : M0-M1-M6
<p>Si sérologie positive (= un des marqueurs positif) : <i>Cf. interprétation et conduite à tenir avec le tableau hépatite B ci-contre</i></p>						
HPV				<p>Vaccin nonavalent</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre 11 et 14 révolus : M0-M6 • Entre 15 et 19 révolus : M0-M2-M6 • HSH[♂] jusqu'à 26 ans révolus : M0-M2-M6 <p>[♂] HSH = hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes</p>		

NB : Penser à réaliser une sérologie varicelle aux adolescents entre 12 et 40 ans ainsi qu'aux femmes en âge de procréer. En cas de sérologie négative (et en l'absence de contre-indication), proposer la vaccination.

BILANS BIOLOGIQUES SYSTEMATIQUES

1- DÉPISTAGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

LES SÉROLOGIES (à réaliser en même temps que la sérologie tétanos)

- VHB : Anticorps (Ac) antiHBs, Ac antiHBc , Antigène (Ag) HBs
- VHC
- VIH
- Syphilis : VDRL/RPR et TPHA/ELISA/EIA

AIDE À L'INTERPRÉTATION DES DIFFÉRENTES SÉROLOGIES

(en dehors de contacts récents < 3 mois)

HÉPATITE B

RÉSULTATS DE LA SÉROLOGIE			INTERPRÉTATION ET CONDUITE À TENIR
Ac antiHBs en UI/L	Ac antiHBc	Ag HBs	
< 10	-	-	Patient non protégé contre le VHB <ul style="list-style-type: none">• Si jamais vacciné : faire un schéma complet• Si déjà vacciné : compléter le schéma vaccinal avec les doses manquantes• Si statut inconnu : vaccination avec 3 doses ou administrer une dose puis titrer les Ac antiHBs 4 à 8 semaines plus tard
10 < Ac < 100	-	-	Immunité acquise par la vaccination <ul style="list-style-type: none">• S'il a eu ses 3 injections (avec un schéma classique M0-M1-M6 à M12) : patient protégé• Sinon, compléter les doses manquantes en respectant les intervalles du schéma recommandé• Si statut vaccinal inconnu : compléter avec 2 doses à 6 mois d'intervalle
> 100	-	-	Patient immunisé par vaccination
> 10	+	-	Patient immunisé par infection ancienne
< 10	+	-	Contact avec le virus hépatite B : faire bilan hépatique (BH) <ul style="list-style-type: none">• BH normal et personne immunocompétente : contrôle sérologique à 6 mois pour vérifier l'apparition ou non des Ac anti-HBs → Aucune vaccination à réaliser• BH perturbé ou immunodépression ou grossesse ou professionnel de santé : PCR VHB (Si PCR positive : Programmer une consultation spécialisée (maladies infectieuses ou hépato-gastro-entérologie)
< 10	+	+	Hépatite B active : consultation spécialisée (maladies infectieuses ou hépato-gastro-entérologie)

HÉPATITE C

Si la sérologie est négative, le patient n'a eu aucun contact avec le virus.

Si la sérologie est positive, il s'agit soit d'une cicatrice d'un contact avec le virus, soit d'une maladie active.

→ Faire PCR VHC :

- Si PCR négative : contact ancien et guérison
- Si PCR positive : maladie active. Programmer une consultation spécialisée (maladies infectieuses ou hépato-gastro-entérologie)

VIH

Si la sérologie est positive, faire un contrôle sur un nouveau prélèvement et adresser le patient en consultation spécialisée (maladies infectieuses)

SYPHILIS

		ORIENTATION DIAGNOSTIQUE	CONDUITE À TENIR
TPHA/ELISA/ EIA négatif	VDRL/RPR négatif	<ul style="list-style-type: none"> Sérologie négative N'exclut pas le diagnostic de syphilis débutante dans un contexte de contage récent 	<ul style="list-style-type: none"> En absence de contage récent : stop En cas de contage récent : faire un contrôle de la sérologie à 1 mois
	VDRL/RPR positif	<ul style="list-style-type: none"> VDRL/RPR faussement positif Syphilis précoce 	<ul style="list-style-type: none"> Contrôle sérologique à 1 mois
TPHA/ELISA/ EIA positif	VDRL/RPR négatif	<ul style="list-style-type: none"> Syphilis a priori guérie Syphilis précoce Faux positif au TPHA/ELISA/EIA (rare) 	<ul style="list-style-type: none"> Contrôle de la sérologie à 1 mois pour éliminer une syphilis débutante Si nouvelle sérologie identique : syphilis guérie
	VDRL/RPR positif	<ul style="list-style-type: none"> Syphilis active jusqu'à preuve du contraire 	<ul style="list-style-type: none"> Syphilis à traiter

Tout résultat IST positive doit amener au dépistage des autres IST (ex. : PCR chlamydiae et gonocoque)

2- DÉPISTAGE DES PARASIToses

LE BILAN BIOLOGIQUE

À faire de façon systématique pour les personnes originaires de pays de forte endémie

- **NFS-plaquettes** à la recherche d'une hyperéosinophilie (et/ou d'une anémie)
- **Pour les migrants originaires du continent africain**
 - **Sérologies** : anguillulose, bilharziose pour les migrants issus d'Afrique sub-saharienne ou d'Egypte et filariose pour ceux issus d'Afrique centrale
 - **Examens parasitologiques des selles** (spécifier sur l'ordonnance « avec recherche de larves d'anguillules ») : à faire sur 3 prélèvements espacés de quelques jours
 - **Examens parasitologiques des urines** : à faire sur 3 prélèvements espacés de quelques jours et réalisés après un petit effort physique (sauter sur place, monter/descendre les escaliers, courir...)

NB : en cas de positivité d'un des examens, vous pouvez orienter le patient en consultation dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Nantes ou de médecine interne/infectiologie de l'Hôpital Privé Le Confluent ou de médecine polyvalente du CH de Saint-Nazaire.

COORDONNEES UTILES DANS LE DEPARTEMENT 44

CENTRE FÉDÉRATIF PRÉVENTION DÉPISTAGE 44 (CFPD44)

COORDINATION :

CHU de Nantes - Bâtiment le Tourville
5 rue du Pr Yves Boquien
44093 Nantes Cedex 1
Tel : 02 40 08 70 93
Fax : 02 40 08 71 67
Mail : cfpd44@chu-nantes.fr

CENTRE DE RECOURS NANTES

• CVP CHU de Nantes
Bâtiment le Tourville
5 rue du Pr Yves Boquien
44093 Nantes Cedex 1
Tel : 02 40 08 74 57
Fax : 02 40 08 70 75

• CeGIDD CHU de Nantes
Bâtiment le Tourville
5 rue du Pr Yves Boquien
44093 Nantes Cedex 1
Tel : 02 40 08 31 19
Fax : 02 40 08 70 94

• Clat CHU de Nantes
Bâtiment le Tourville
5 rue du Pr Yves Boquien
44093 Nantes Cedex 1
Tel : 02 40 73 18 62
Fax : 02 53 48 29 38
Mail : clat.jeanv@chu-nantes.fr

UNITÉ TERRITORIALE DE ST-NAZAIRE:

• CVP / CH de Saint Nazaire
cité sanitaire
11 bd Georges Charpak
44606 Saint Nazaire
Tel : 02 72 27 84 72
Mail : vaccination.polyvalente@ch-saintnazaire.fr

• CeGIDD / CH de Saint Nazaire
bâtiment prévention et promotion
de la santé "Les Alizés"
57 rue Michel-Ange - Parc d'Heinlex
44 606 Saint-Nazaire
Tel : 02 40 90 52 22
Mail : cdag-ciddist@ch-saintnazaire.fr

• Clat / CH de Saint Nazaire
Cité sanitaire – 11 bd Georges Charpak
44606 Saint Nazaire
Tel : 02 72 27 82 67
Mail : clat@ch-saintnazaire.fr

UNITÉ TERRITORIALE D'ANCIENIS

Antenne Prévention Dépistage du Pays
d'Ancenis – CH Erdre et Loire
160 rue du Verger - 44150 Ancenis
Tel : 02 40 09 42 98
Mail : santepublique@ch-erdreloire.fr

UNITÉ TERRITORIALE DE CHÂTEAUBRIANT

Unité territoriale dépistage et
vaccination de Châteaubriant
CH Châteaubriant - Nozay - Pouancé
9 rue de Verdun
BP 229 - 44146 Châteaubriant cedex
Tel : 06 22 81 27 88
Mail : cfpd@ch-cnp.fr

**Un médecin de prévention répond à vos questions à l'adresse mail suivante :
ist.vaccin.voyage@chu-nantes.fr**

SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES (SMIT)

CHU de Nantes - Hôtel Dieu (7^e étage)
Secrétariat consultations (hors VIH) : 02 40 08 33 55
Consultation VIH : 02 40 08 31 12

SERVICE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE-HÉPATOLOGIE

CHU de Nantes - Hôtel Dieu (2^e étage)
Secrétariat consultations : 02 40 08 31 52

SERVICE DE PÉDIATRIE

CHU de Nantes – Hôpital Mère Enfant
Secrétariat consultations : 02 40 08 34 80

