

## Le risque de tuberculose chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sous biothérapie

1<sup>er</sup> Auteur : mouna, MEDHIOUB, Professeur agrégée, Gastro-entérologie, Hopital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, TUNISIE

Autres auteurs, équipe:

- sahar, CHTIOUI, Résidente, Gastro-entérologie, Hopital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, TUNISIE
- amal, KHSIBA, Assistante, Gastro-entérologie, Hopital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, TUNISIE
- asma, BEN MOHAMED, Assistante, Gastro-entérologie, Hopital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, TUNISIE
- moufida, MAHMOUDI, Assistante, Gastro-entérologie, Hopital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, TUNISIE
- manel, YAAKOUBI, Assistante, Gastro-entérologie, Hopital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, TUNISIE
- lamine, HAMZAOUI, Professeur agrégé, Gastro-entérologie, Hopital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, TUNISIE
- mouhamed mousadek, AZOUZ, Professeur, Gastro-entérologie, Hopital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, TUNISIE

### Introduction:

Le traitement par les anti-TNF est associé à un risque majoré de tuberculose active. De ce fait, Le dépistage d'une infection latente est recommandé avant de débuter un traitement par anti-TNF.

Il inclut un interrogatoire minutieux, une radiographie de thorax, une IDR à la tuberculine et un test de relargage de l'interféron gamma (IGRA).

Objectif: Evaluer l'efficacité du dépistage d'une tuberculose latente dans la prévention de la réactivation tuberculeuse chez les patients atteints de MICI sous anti TNF alpha dans un pays endémique.

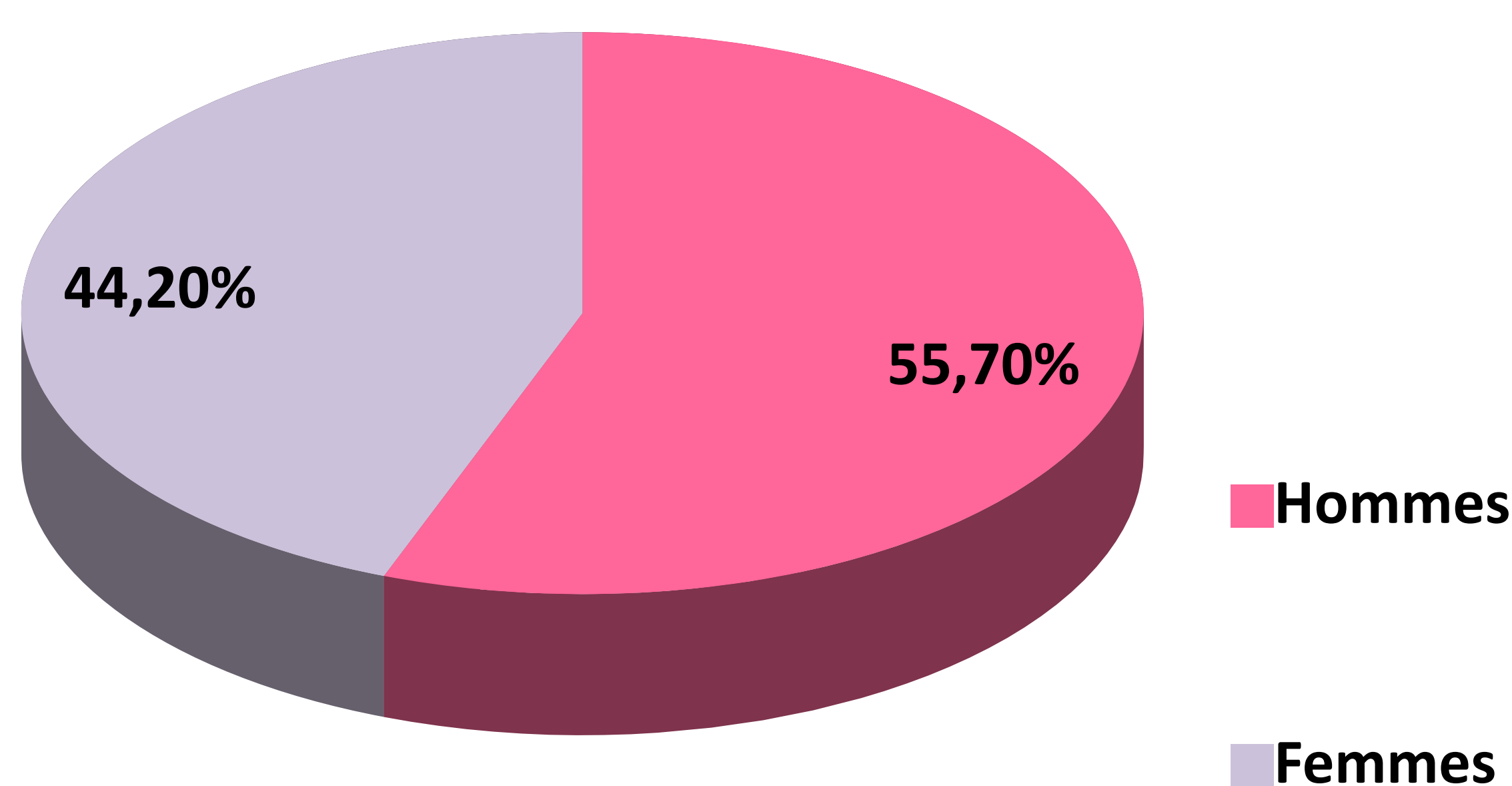
### Patients et méthodes:

Tous les patients présentant une MICI sous anti TNF alpha et suivis au service de gastro-entérologie depuis au moins 12 mois ont été colligés.

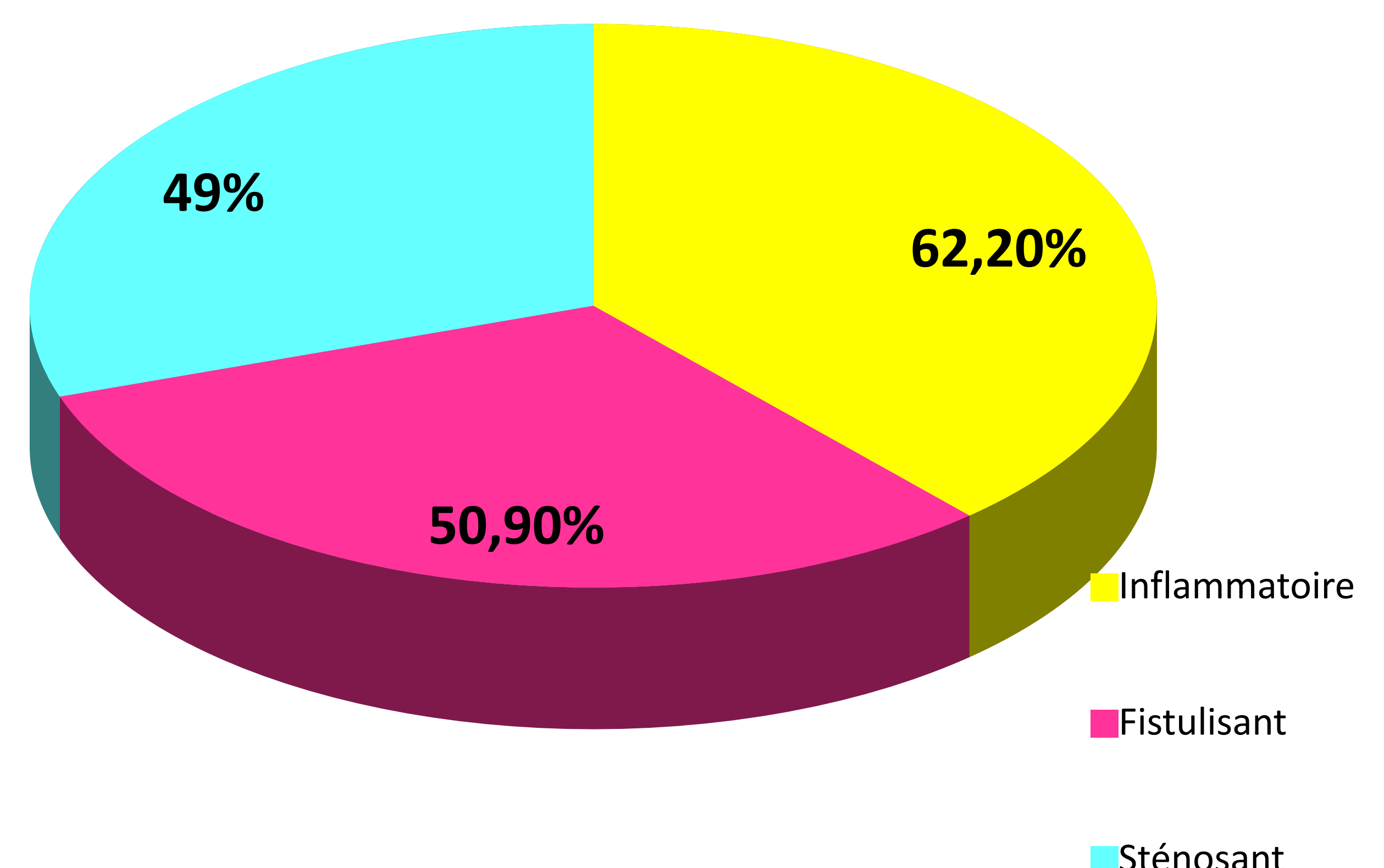
Les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ont été recueillis rétrospectivement à partir des dossiers des patients.

### Résultats:

Répartition des patients selon le sexe



Phénotype de la maladie de crohn



Maladie de crohn (MC) = 48 patients.

RCH = 4 patients.

Le traitement était à base d'infliximab dans 94,3% des cas et à base d'adalimumab dans 5,6% des cas.

La durée moyenne du suivi = 3,5 ans [1-14].

La notion de contag tuberculeux n'a été retrouvée chez aucun patient. Tous nos patients ont été vaccinés par le BCG à leur enfance.

La radiographie de thorax était normale chez tous les patients. L'IDR à la tuberculine a été pratiquée chez 13 patients (25%). Elle était négative (induration <5mm) chez 11 malades et positive chez 2 patients.

L'IGRA était pratiqué chez 39 patients (75%). Il était positif chez 2 patients qui ont eu un scanner thoracique revenue sans anomalies dans les deux cas. La recherche de BK dans les crachats a été pratiquée chez 13 malades. Elle était négative dans tous les cas. Les 3 patients ayant une IDR à la tuberculine et/ou un quantiféron positif ont reçu un traitement préemptif à base d'isoniazide avant le début du traitement par anti TNF alpha et poursuivi pendant 9 mois.

Une tuberculose active était survenue chez un seul patient qui avait un bilan tuberculeux pré thérapeutique négatif.

Le tableau clinique était fait de toux chronique survenue 2 ans après le début de la biothérapie. La recherche de BK dans les crachats était positive. Et un scanner thoracique avait montré une localisation pulmonaire d'une tuberculose active. L'évolution était bonne après arrêt temporaire de l'anti-TNF alpha et initiation du traitement antituberculeux avec reprise des biothérapies dans 6 mois.

### Conclusion:

Les cliniciens doivent être avisés du risque persistant de tuberculose sous antiTNF en dépit d'un dépistage négatif ou d'un traitement adéquat de la tuberculose latente. Par conséquent, la surveillance attentive des symptômes évocateurs de la tuberculose est impérative chez tous les patients sous anti-TNF au long cours avec une actualisation annuelle du bilan de dépistage.