



Nouvelles approches pour la tuberculose

Prof. Pierre TATTEVIN

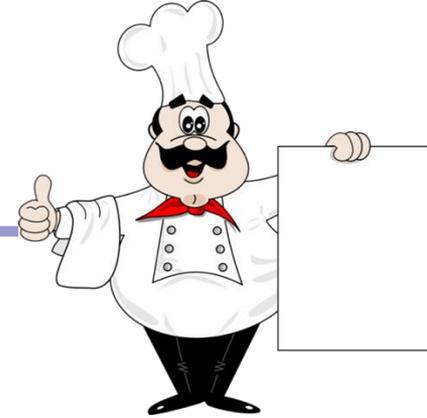
Service des Maladies Infectieuses & Réanimation Médicale, CHU Rennes
Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française



Liens d'intérêt

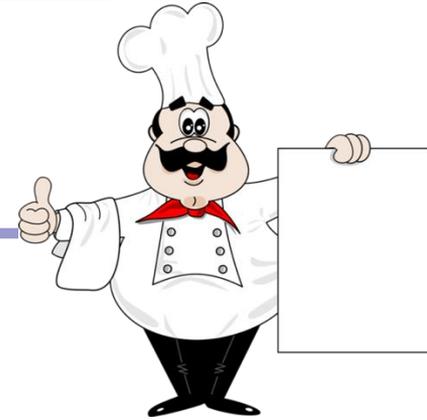
- Conseiller scientifique pour Qiagen (tests IGRA)

Au menu



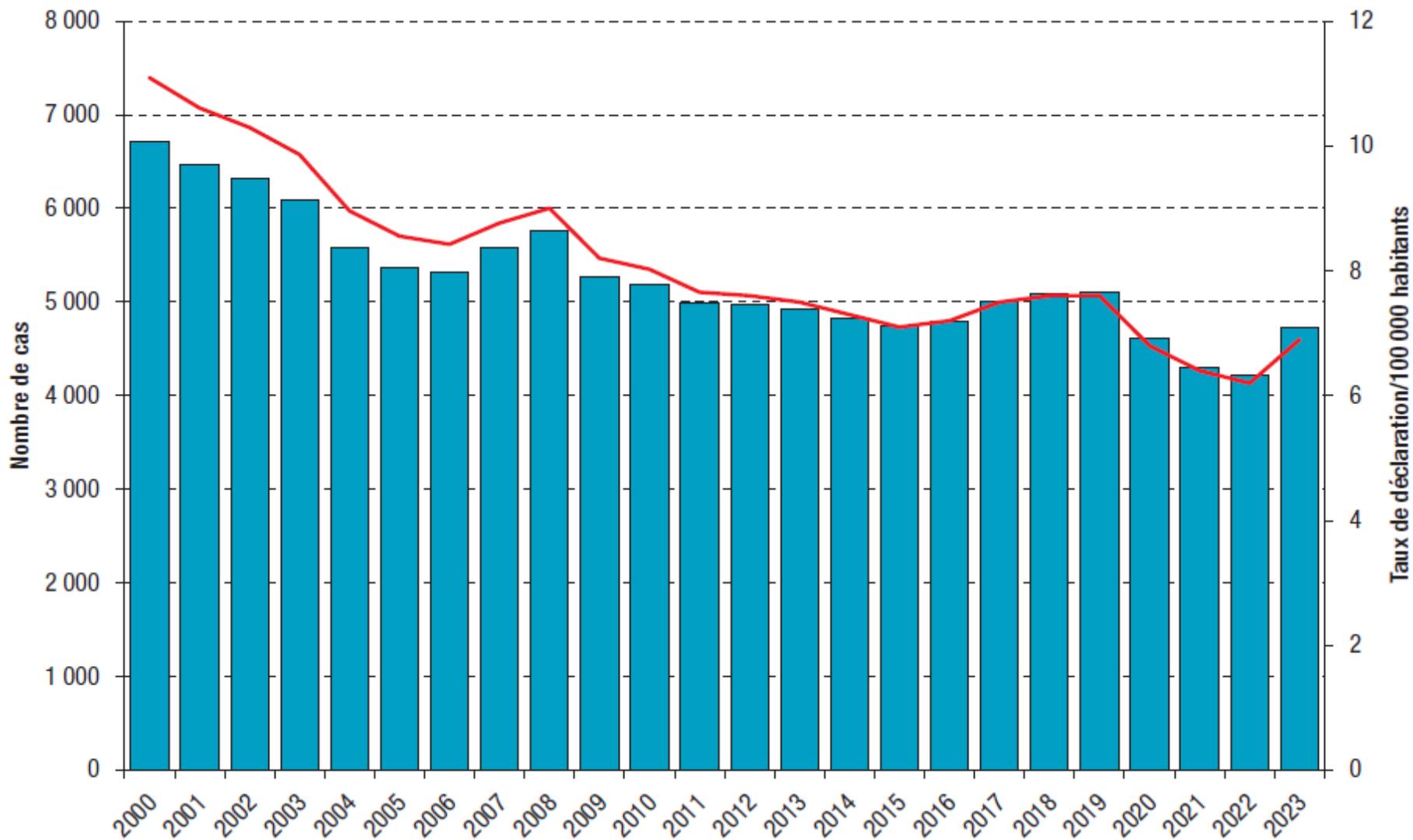
- **Contexte**
- **Diagnostic**
- **Traitements**
 - **Multi-S / MDR / XDR**
 - **isolement**
 - **surveillance**
- **Conclusions**

Au menu

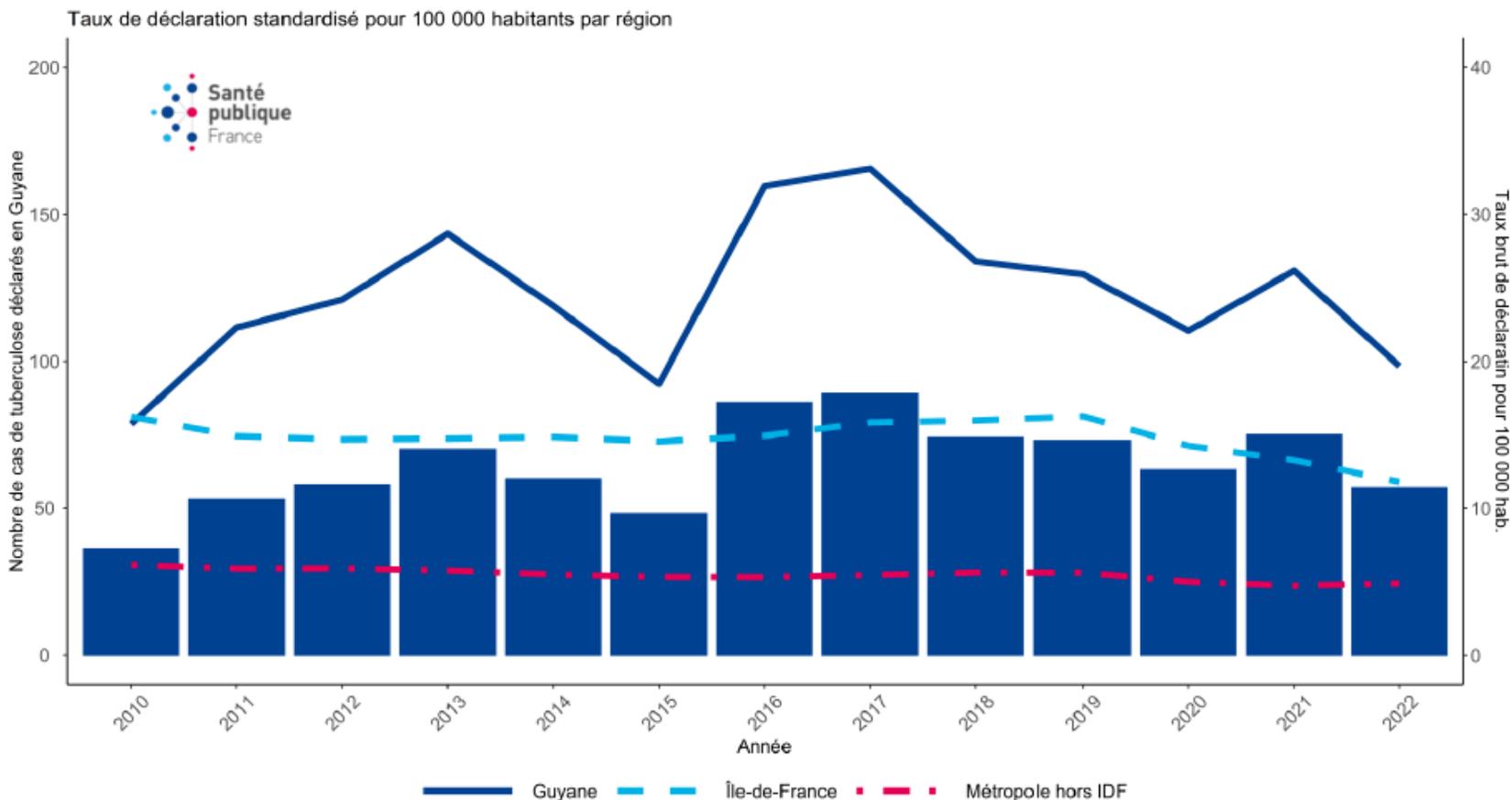


- **Contexte**
- Diagnostic
- Traitements
 - Multi-S / MDR / XDR
 - isolement
 - surveillance
- Conclusions

Cas déclarés de TB maladie en France, 2000-2023



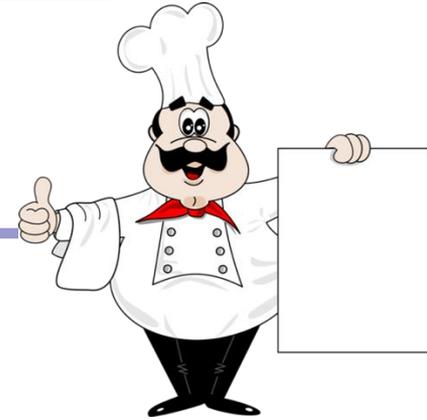
Cas déclarés de TB maladie en Guyane, 2010-2023



Contexte: recos TB en France

- **dernières recos Françaises = 2003**
 - *'on n'est pas sérieux quand on a 20 ans !'*
 - *glissements progressifs => discordances pneumos/infectieux*
- **mise à jour co-portée par SPLF & SPILF**
- **coup d'envoi = octobre 2023 / livraison en 2025**
- **changements attendus**
 - **diagnostics modernes**
 - **traitements plus courts**
 - **isolement ?**

Au menu

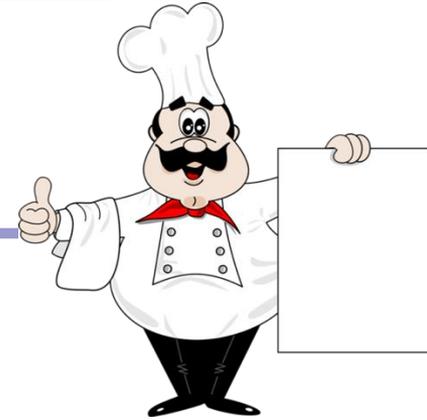


- Contexte
- **Diagnostic**
- Traitements
 - Multi-S / MDR / XDR
 - isolement
 - surveillance
- Conclusions

Diagnostic (sous réserve)

- Confirmation de l'absence d'indication des IGRA pour le diagnostic de TB maladie chez l'adulte
- Deux prélèvements 'respiratoires' suffisent
- Pas de valeur ajoutée si jours différents
- PCR sur un des prélèvements
- Tubages gastriques: intérêt 'douteux'
- Privilégier LBA si bilan initial non conclusif

Au menu



- Contexte
- Diagnostic
- **Traitements**
 - **Multi-S** / MDR / XDR
 - isolement
 - surveillance
- Conclusions

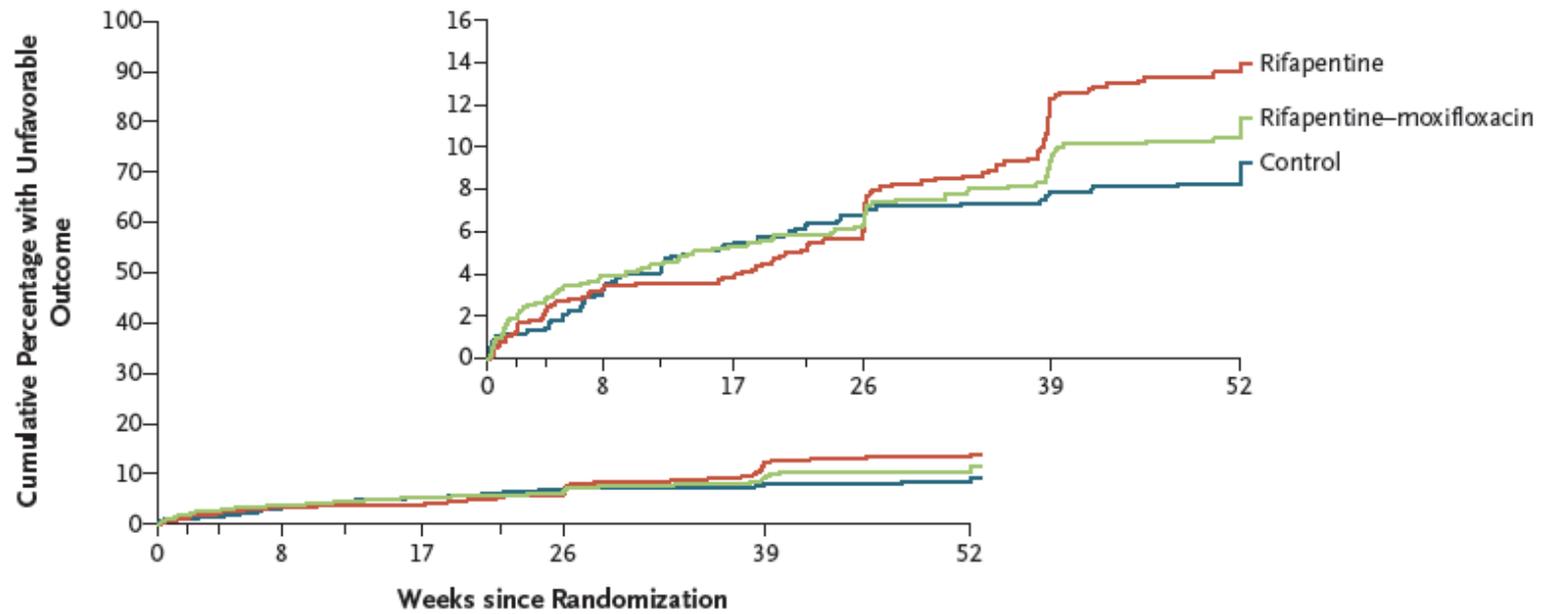
Four-Month Rifapentine Regimens with or without Moxifloxacin for Tuberculosis

S.E. Dorman, P. Nahid, E.V. Kurbatova, P.P.J. Phillips, K. Bryant, K.E. Dooley, M. Engle, S.V. Goldberg, H.T.T. Phan, J. Hakim, J.L. Johnson, M. Lourens, N.A. Martinson, G. Muzanyi, K. Narunsky, S. Nerette, N.V. Nguyen, T.H. Pham, S. Pierre, A.E. Purfield, W. Samaneka, R.M. Savic, I. Sanne, N.A. Scott, J. Shenje, E. Sizemore, A. Vernon, Z. Waja, M. Weiner, S. Swindells, and R.E. Chaisson,

- **Etude randomisée internationale**
- **TB pulmonaire documentée multi-sensible**
 - Contrôle (6 mois) = RHZE2 puis RH4
 - Bras Rifapentine (Rfp) 4 mois = RfpHZE2 puis RfpH2
 - Bras Rifapentine + Moxifloxacine 4 mois = RfpHZM2 puis RfpHM2
- **Critère principal**
 - Guérison sans TB à M12

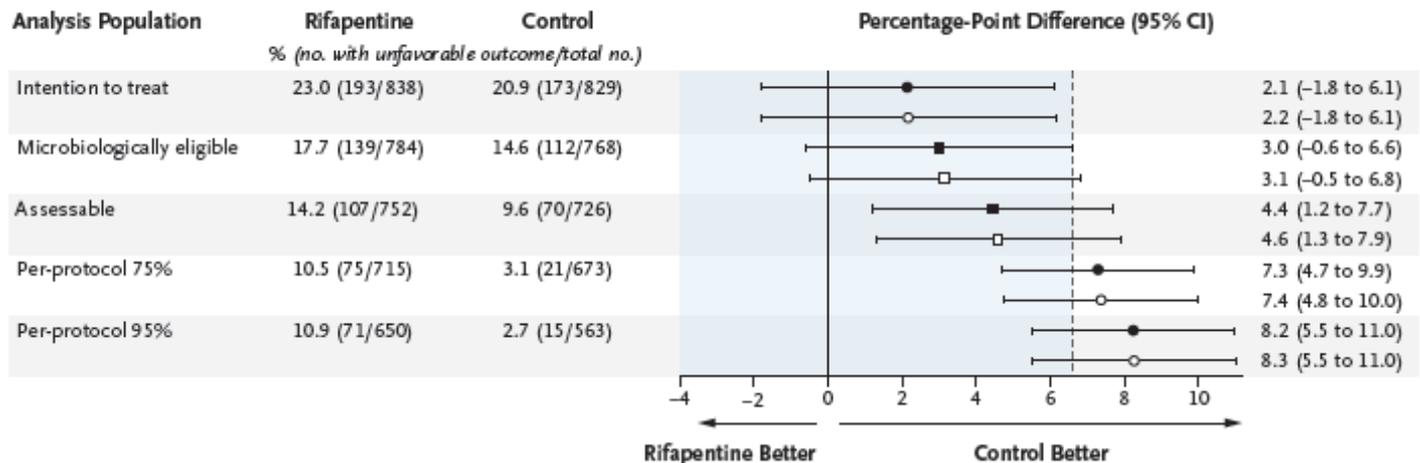
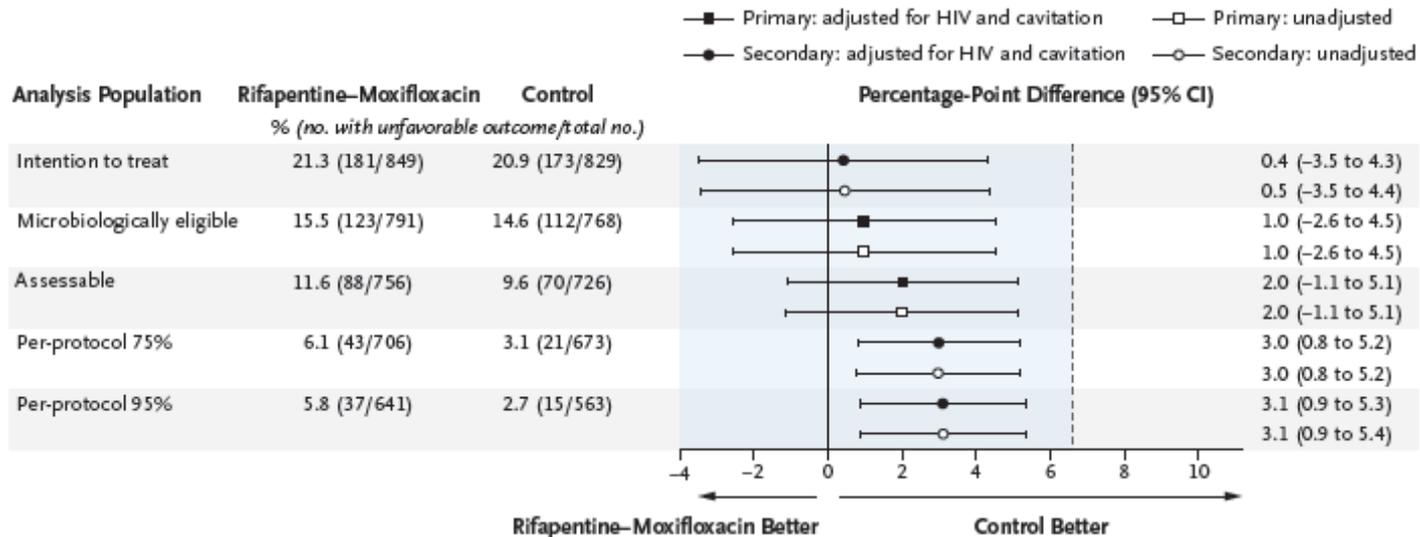
Four-Month Rifapentine Regimens with or without Moxifloxacin for Tuberculosis

S.E. Dorman, P. Nahid, E.V. Kurbatova, P.P.J. Phillips, K. Bryant, K.E. Dooley, M. Engle, S.V. Goldberg, H.T.T. Phan, J. Hakim, J.L. Johnson, M. Lourens, N.A. Martinson, G. Muzanyi, K. Narunsky, S. Nerette, N.V. Nguyen, T.H. Pham, S. Pierre, A.E. Purfield, W. Samaneka, R.M. Savic, I. Sanne, N.A. Scott, J. Shenje, E. Sizemore, A. Vernon, Z. Waja, M. Weiner, S. Swindells, and R.E. Chaisson,



No. at Risk						
Rifapentine	784	758	749	727	660	644
Rifapentine-moxifloxacin	791	758	747	728	686	668
Control	768	742	724	711	675	658

Four-Month Rifapentine Regimens with or without Moxifloxacin for Tuberculosis



Traitement TB pulmonaire 4 mois possible avec Rifapentine & Moxifloxacine

Commentaires

- 1. Rifapentine non disponible dans la plupart des pays en 2024, malgré plaidoyers**
- 2. Faut-il vraiment proposer 4 mois de fluoroquinolones pour une TB multi-sensible, pour une réduction de durée d'INH/RMP d'1/3 ?**
 - 'reserve' pour les TB MDR
 - émergence autres bactéries FQ-R
 - EIG
- 3. Avis représentants patients = Feu ! (cas sélectionnés)**

Table 1: Patient perspective

“For individuals living with tuberculosis, the path from diagnosis to recovery is full of many challenges. Delay in diagnosis and prolonged symptoms can be common. Long periods of isolation carry both economic and emotional costs. The difficulty of high pill burden, medication side effects and long treatment regimens is frequently discussed by TB survivors in *We Are TB* support meetings. During my own treatment I felt the weight of 16 pills in my hand every morning, and of stigma, financial cost and isolation. I felt the added burden on my family, the medication side effects, and the physical manifestations of the disease. Progress to shorten this journey and to ease these burdens is valued by patients.”

-- Kelly Holland, *We Are TB* patient advocate

Shorter Treatment for Nonsevere Tuberculosis in African and Indian Children

Turkova A et al. DOI: 10.1056/NEJMoa2104535

Drug Regimen



Intensive phase:

- Isoniazid, rifampin, and pyrazinamide in a fixed-dose combination
- With or without ethambutol as per local guidelines



Continuation phase:

- Isoniazid and rifampin in a fixed-dose combination

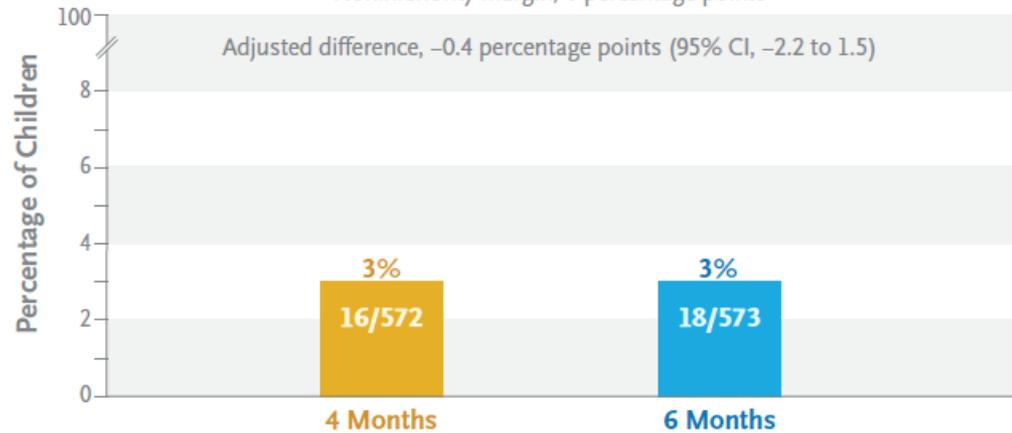
Control: 6 Months of treatment

Intervention: 4 Months of treatment

0 1 2 3 4 5 6

Unfavorable Status by 72 Weeks

Excluding Children Who Did Not Complete 4 Months of Treatment
Noninferiority margin, 6 percentage points



CONCLUSIONS

Among children with nonsevere, drug-susceptible, smear-negative TB, a 4-month treatment regimen was noninferior to a 6-month regimen at 72 weeks of follow-up.

Chez les enfants avec TB pulmonaire limitée non bacillifère sans caverne, 4 mois suffisent !

Commentaires

TB pauci-bacillifère chez l'enfant => Pas d'inquiétude sur ces traitements courts avec molécules usuelles, **mais bien respecter les critères:**

1. TB multi-sensible
2. Si pulmonaire, un seul lobe, non bacillifère, sans caverne
3. Autres: TB ganglionnaire non compressive, TB pleurale

Et s'assurer de l'observance...

Treatment Strategy for Rifampin-Susceptible Tuberculosis

Nicholas I. Paton, M.D., Christopher Cousins, M.B., Ch.B., Celina Suresh, B.Sc., Erlina Burhan, M.D.,
Ka Lip Chew, F.R.C.P.A., Victoria B. Dalay, M.D., Qingshu Lu, Ph.D., Tutik Kusmiati, M.D.,
Vincent M. Balanag, M.D., Shu Ling Lee, B.Sc., Rovina Ruslami, Ph.D., Yogesh Pokharkar, M.Sc.,
Irawaty Djaharuddin, M.D., Jani J.R. Sugiri, M.D., Rholine S. Veto, M.D., Christine Sekaggya-Wiltshire, Ph.D.,
Anchalee Avihingsanon, M.D., Rohit Sarin, M.D., Padmasayee Papineni, F.R.C.P., Andrew J. Nunn, M.Sc.,
and Angela M. Crook, Ph.D., for the TRUNCATE-TB Trial Team*

Un changement de paradigme !

- **Rationnel**

TB sensible: 95% guérison si traitement standard 6 mois, 85% si 4 mois

⇒ **Traitement recommandé 6 mois**

⇒ **Pour 85% des patients, ça représente 2 mois inutiles**

- **Le concept 'Truncate-TB'**

- **Traitement renforcé 8 semaines**

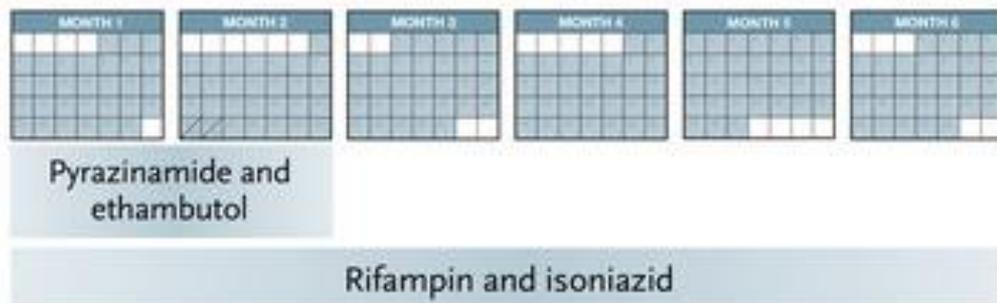
- **Stop si pas de signe de maladie résiduelle (clinique + microbio)**

- **Monitoring étroit => retraitement si rechute**

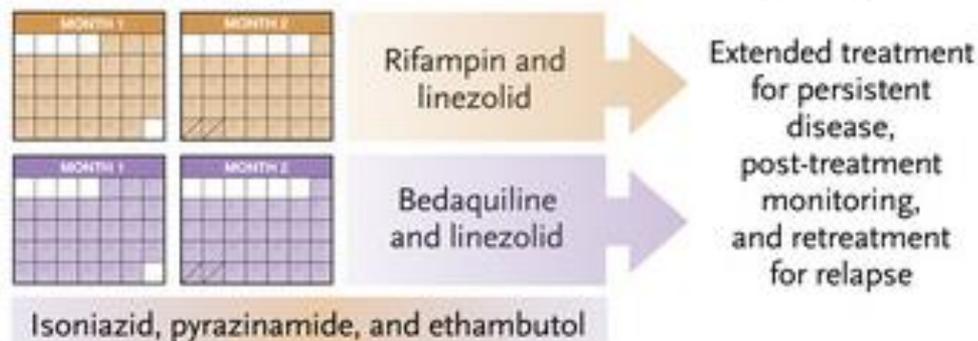
Treatment Strategy for Rifampin-Susceptible Tuberculosis

Nicholas I. Paton, M.D., Christopher Cousins, M.B., Ch.B., Celina Suresh, B.Sc., Erlina Burhan, M.D., Ka Lip Chew, F.R.C.P.A., Victoria B. Dalay, M.D., Qingshu Lu, Ph.D., Tutik Kusmiati, M.D., Vincent M. Balanag, M.D., Shu Ling Lee, B.Sc., Rovina Ruslami, Ph.D., Yogesh Pokharkar, M.Sc., Irawaty Djaharuddin, M.D., Jani J.R. Sugiri, M.D., Rholine S. Veto, M.D., Christine Sekaggya-Wiltshire, Ph.D., Anchalee Avihingsanon, M.D., Rohit Sarin, M.D., Padmasayee Papineni, F.R.C.P., Andrew J. Nunn, M.Sc., and Angela M. Crook, Ph.D., for the TRUNCATE-TB Trial Team*

Standard Treatment (24 Wk)



Strategy Groups Included in the Noninferiority Analysis



Etude randomisée 'adaptative':

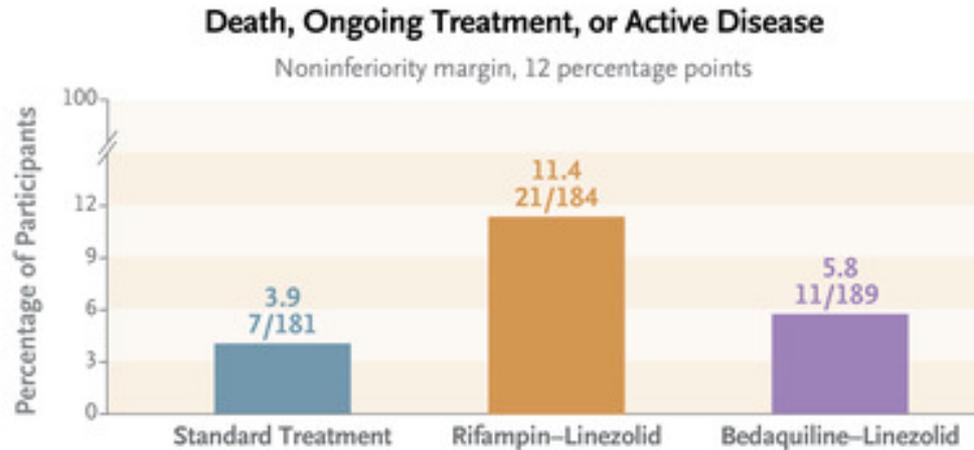
=> Modifications selon résultats intermédiaires

- **critères exclusion:** VIH, bacillifère +++ et caverne > 4 cm, puis abandonnés
- 4 bras expérimentaux => 2 retenus

18 sites, 750 patients inclus (AFRIQUE/ASIE)

Treatment Strategy for Rifampin-Susceptible Tuberculosis

Nicholas I. Paton, M.D., Christopher Cousins, M.B., Ch.B., Celina Suresh, B.Sc., Erlina Burhan, M.D., Ka Lip Chew, F.R.C.P.A., Victoria B. Dalay, M.D., Qingshu Lu, Ph.D., Tutik Kusmiati, M.D., Vincent M. Balanag, M.D., Shu Ling Lee, B.Sc., Rovina Ruslami, Ph.D., Yogesh Pokharkar, M.Sc., Irawaty Djaharuddin, M.D., Jani J.R. Sugiri, M.D., Rholine S. Veto, M.D., Christine Sekaggya-Wiltshire, Ph.D., Anchalee Avihingsanon, M.D., Rohit Sarin, M.D., Padmasayee Papineni, F.R.C.P., Andrew J. Nunn, M.Sc., and Angela M. Crook, Ph.D., for the TRUNCATE-TB Trial Team*



Conclusions:

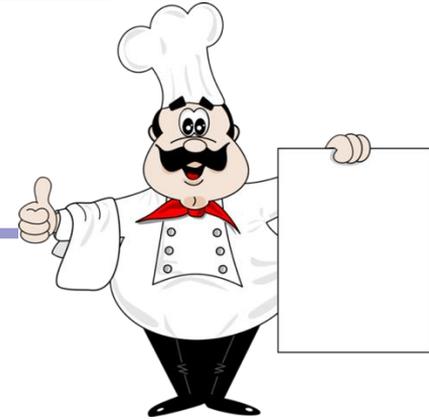
- 8 semaines de traitement intensif suffisent si TB multi-sensible
- INH/PZA/EMB + Bédaquiline & linézolide
- Stop si TB 'éteinte' à S8 + suivi étroit (1/mois + si suspicion rechute)

Commentaires

Concept intéressant, modern (traitement individualisé), mais probablement pas tout à fait mûr

- 1. Traitement compliqué**
- 2. Suivi rapproché avec enjeu majeur si 'raté'**
- 3. En attente de meilleurs marqueurs de guérison (bio, imagerie) et de meilleurs traitements (rifapentine, etc.)**

Au menu



- Contexte
- Diagnostic
- **Traitements**
 - Multi-S / MDR / XDR
 - isolement
 - surveillance
- Conclusions

Traitement de la TB MDR 'et plus'

1. Rappel: changement des definitions OMS (2021)

- *MDR (multi-résistante) = résistance à isoniazide & rifampicine*
- *Pré-XDR & XDR (ultra-résistante) = MDR 'aggravées'*
 - *Pré-XDR: MDR + Résistance à toutes les quinolones*
 - *XDR: pré-XDR + Résistance à bédaquiline et/ou linézolide*

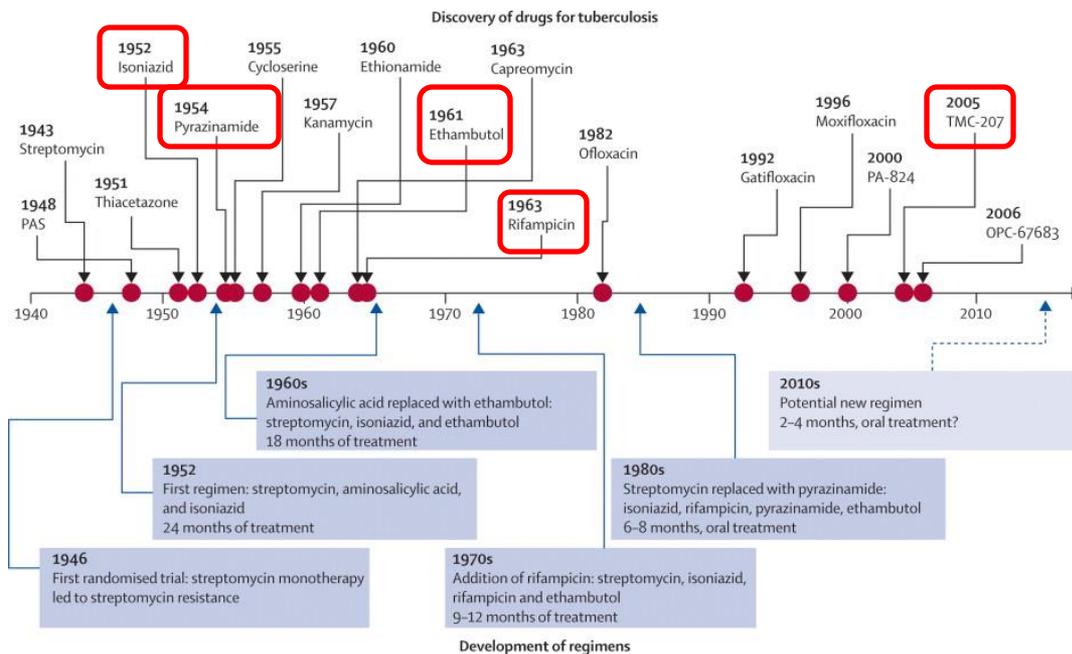
2. Message principal des recos 2024 = 'avis d'experts'

- *Expérience (CNR Myrma) & multi-disciplinarité (RCP)*

3. Si vous voulez tout savoir...

- *6 mois BPaLM pour MDR (bédaquiline, prétomanide, linézolide, moxifloxacine)*
- *6 mois BPaL pour pré-XDR (bédaquiline, prétomanide, linézolide)*

L'importance des plaidoyers et des partenariats public/privé



Ma et al. Lancet 2010;375:2100



<http://www.msfaaccess.org>

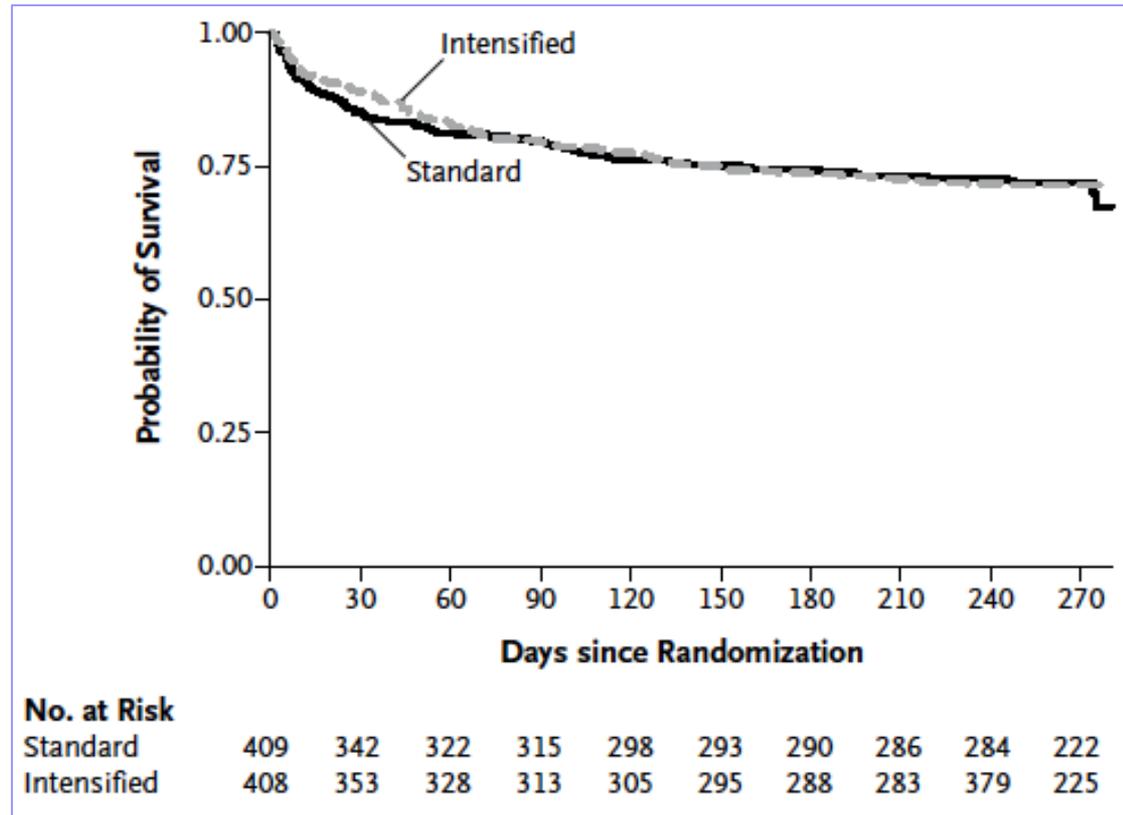


Nouveautés TB extra-pulmonaire

Intensified Antituberculosis Therapy in Adults with Tuberculous Meningitis

- **Traitement TB neuro-méningée intensifié**

- Total 9 mois
- 2RHZE/7RH
- Dexamethasone => S8
- Bras 'intensifié' => S8
 - RMP 15 mg/kg/j
 - Lévoflo 20 mg/kg/j



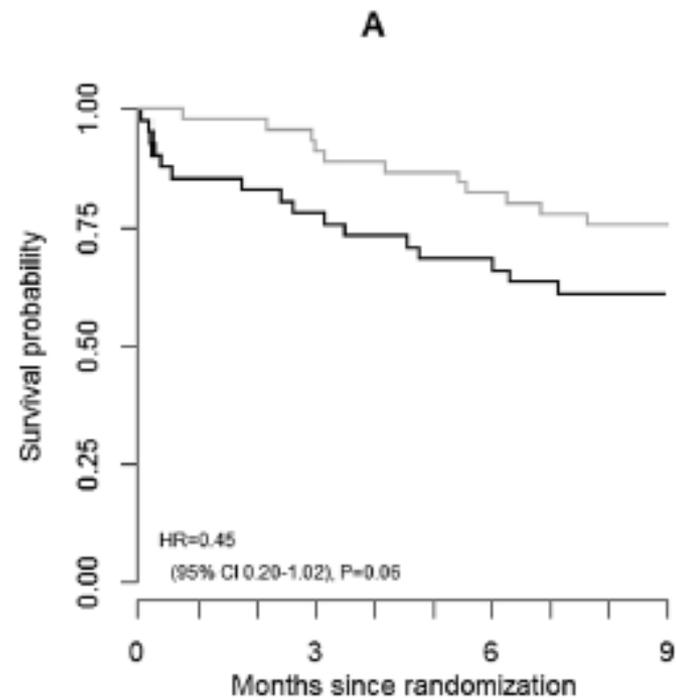


Clinical Outcomes of Patients With Drug-Resistant Tuberculous Meningitis Treated With an Intensified Antituberculosis Regimen

Clinical Infectious Diseases® 2017;65(1):20–8

A. Dorothee Heemskerk,^{1,2} Mai Thi Hoang Nguyen,¹ Ha Thi Minh Dang,^{1,3} Chau Van Vinh Nguyen,^{1,4} Lan Huu Nguyen,³ Thu Dang Anh Do,¹ Thong Thy Thuong Nguyen,¹ Marcel Wolbers,^{1,2} Jeremy Day,^{1,2} Thao Thi Phuong Le,¹ Bang Duc Nguyen,^{1,3} Maxine Caws,^{1,5} and Guy E. Thwaites^{1,2}

Un groupe avec intérêt: TB INH-R / RMP-S ?



No. at risk	0	3	6	9
intensified treatment	45	41	37	5
standard treatment	41	32	28	0

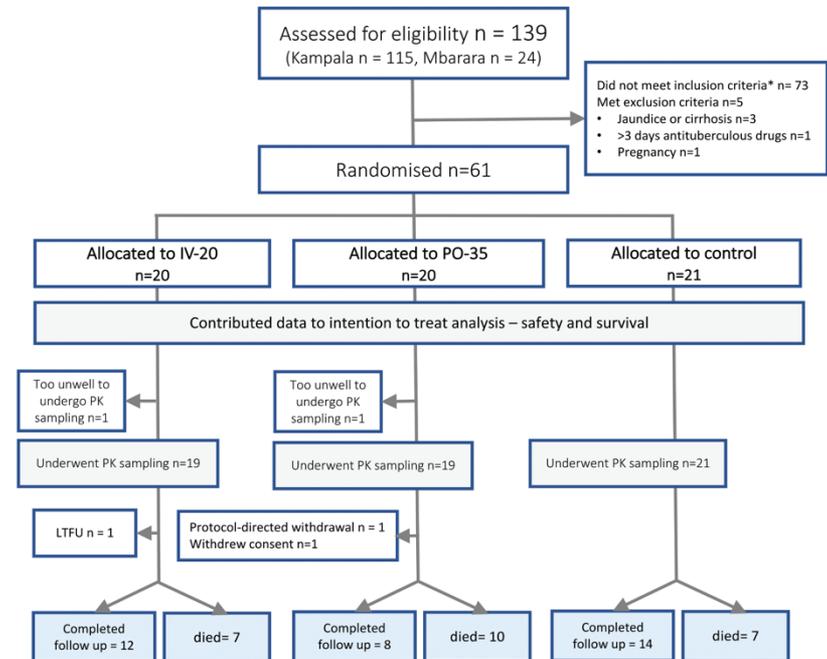
High-Dose Oral and Intravenous Rifampicin for the Treatment of Tuberculous Meningitis in Predominantly Human Immunodeficiency Virus (HIV)-Positive Ugandan Adults: A Phase II Open-Label Randomized Controlled Trial

Fiona V. Cresswell,^{1,2,3,*} David B. Meya,² Enoch Kagimu,² Daniel Grint,⁴ Lindsey te Brake,⁵ John Kasibante,² Emily Martyn,¹ Morris Rutakingirwa,² Carson M. Quinn,⁶ Micheal Okirwoth,² Lillian Tugume,² Kenneth Ssembambulidde,² Abdu K. Musubire,² Ananta S. Bangdiwala,⁷ Allan Buzibye,² Conrad Muzoora,⁸ Elin M. Svensson,^{5,9} Rob Aarnoutse,⁵ David R. Boulware,^{10,a} and Alison M. Elliott^{1,3,a}

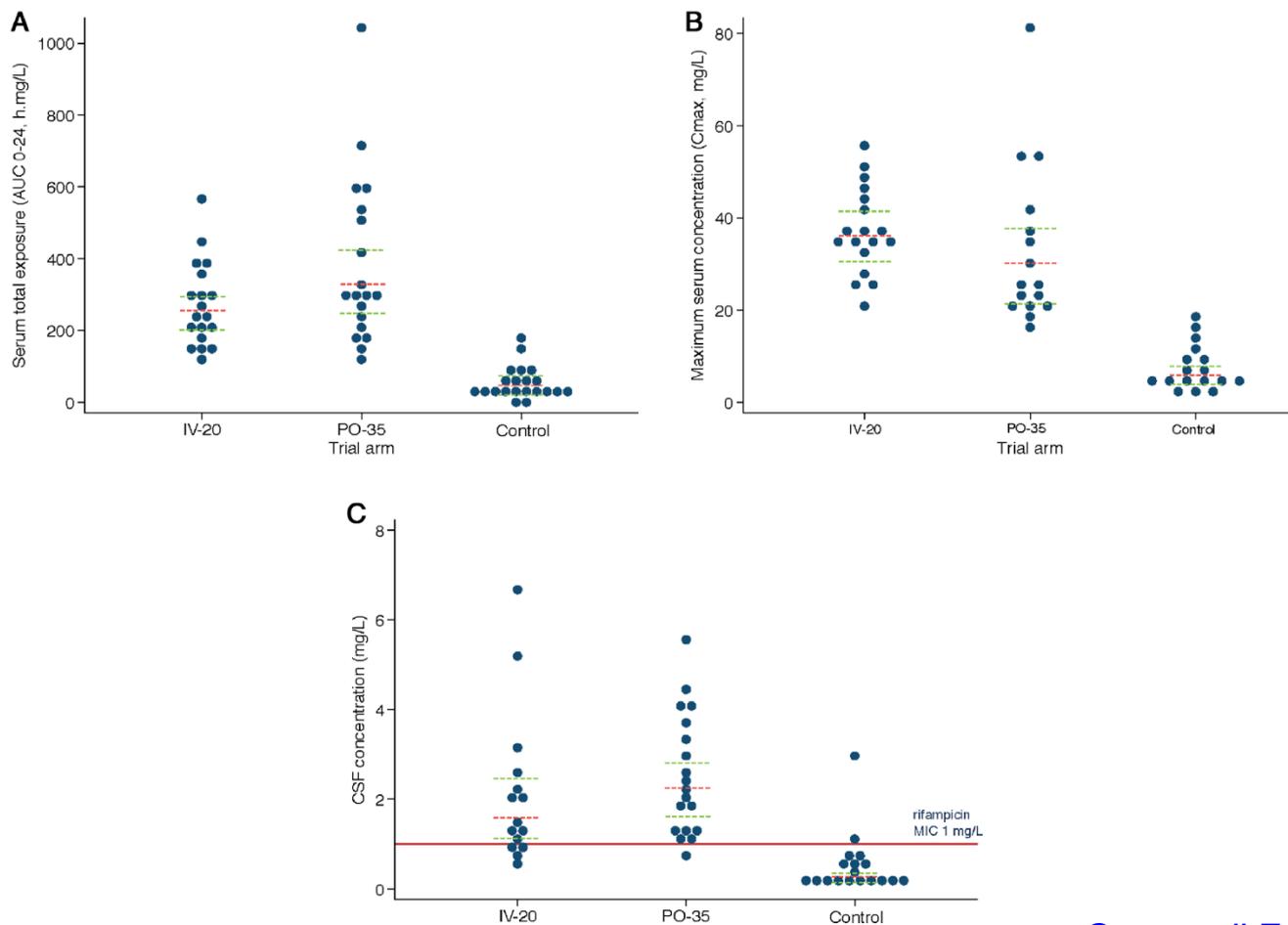
Traitement TB neuro-méningée + intensifié

- RHZE standard
- Avec RMP iv 20 mg/kg
- Avec RMP oral 35 mg/kg

- ✓ Etude pilote (n=61)
- ✓ PK + tolérance



High-Dose Oral and Intravenous Rifampicin for the Treatment of Tuberculous Meningitis in Predominantly Human Immunodeficiency Virus (HIV)-Positive Ugandan Adults: A Phase II Open-Label Randomized Controlled Trial



A Phase 2A Trial of the Safety and Tolerability of Increased Dose Rifampicin and Adjunctive Linezolid, With or Without Aspirin, for Human Immunodeficiency Virus–Associated Tuberculous Meningitis: The LASER-TBM Trial

Angharad G. Davis,^{1,2,3,Ⓞ} Sean Wasserman,^{3,4} Cari Stek,^{3,5} Mpumi Maxebengula,³ C. Jason Liang,⁶ Stephani Stegmann,³ Sonya Koekemoer,³ Amanda Jackson,³ Yakub Kadernani,³ Marise Bremer,³ Remy Daroowala,^{3,5} Saalikha Aziz,³ Rene Goliath,³ Louise Lai Sai,³ Thandi Sihoyiya,³ Paolo Denti,^{7,Ⓞ} Rachel P. J. Lai,^{1,5} Thomas Crede,⁸ Jonathan Naude,⁸ Patryk Szymanski,⁸ Yakoob Vallie,⁹ Ismail Abbas Banderker,⁸ Muhammed S. Moosa,⁹ Peter Raubenheimer,⁴ Sally Candy,¹⁰ Curtis Offiah,¹¹ Gerda Wahl,¹² Isak Vorster,¹⁰ Gary Maartens,^{3,7,Ⓞ} John Black,¹² Graeme Meintjes,^{3,4} and Robert J. Wilkinson^{1,2,3,4,5}

The use of TNF- α antagonists in tuberculosis to control severe paradoxical reaction or immune reconstitution inflammatory syndrome: a case series and literature review

Lucas Armange^{1,2} · Adèle Lacroix³ · Paul Petitgas¹ · Cédric Arvieux¹ · Caroline Piau-Couapel⁴ · Patrice Poubeau² · Matthieu Revest¹ · Pierre Tattevin¹ 

	Paradoxical reaction (PR) (<i>n</i> =12)	Immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS, <i>n</i> =12)		Total (<i>n</i> =24)
		HIV-infected (<i>n</i> =6)	Others (<i>n</i> =6)	
Female sex <i>n</i> / <i>N</i>	9/12	2/6	3/6	14/24 (58%)
Age, median (IQR)	36 (31–56)	42 (33–49)	29 (27–47)	36 (28–52)
Tuberculosis features				
<i>Neuromeningeal</i>	11/12	2/6	2/6	15/24 (63%)
<i>Pulmonary</i>	4/12	2/6	4/6	10/24 (42%)
<i>Lymph nodes</i>	2/12	2/6	2/6	6/24 (25%)
<i>Miliary</i>	2/12	2/6	2/6	6/24 (25%)
<i>Others</i> [£]	3/12	2/6	1/6	6/24 (25%)

The use of TNF- α antagonists in tuberculosis to control severe paradoxical reaction or immune reconstitution inflammatory syndrome: a case series and literature review

Lucas Armange^{1,2} · Adèle Lacroix³ · Paul Petitgas¹ · Cédric Arvieux¹ · Caroline Piau-Couapel⁴ · Patrice Poubeau² · Matthieu Revest¹ · Pierre Tattevin¹ 

	Paradoxical reaction (PR) (<i>n</i> =12)	Immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS, <i>n</i> =12)		Total (<i>n</i> =24)
		HIV-infected (<i>n</i> =6)	Others (<i>n</i> =6)	
Treatment of PR or IRIS §				
High-dose corticosteroids	12/12	6/6	5/6	23/24 (96%)
Infliximab	8/12	4/6	5/6	17/24 (71%)
Adalimumab	1/12	1/6	1/6	3/24 (13%)
Thalidomide	4/12	2/6	0/6	6/24 (25%)
Outcome				
Initial improvement	12/12	6/6	6/6	24/24
Sequelae	6/11**	0/6	0/6	6/23* (26%)
TNF- α antagonist severe adverse events	2/12	1/6	1/6	4/24 (17%)

The use of TNF- α antagonists in tuberculosis to control severe paradoxical reaction or immune reconstitution inflammatory syndrome: a case series and literature review

Lucas Armange^{1,2} · Adèle Lacroix³ · Paul Petitgas¹ · Cédric Arvieux¹ · Caroline Piau-Couapel⁴ · Patrice Poubeau²
Matthieu Revest¹ · Pierre Tattevin¹ 

Aucune flambée de TB sous infliximab (n=24)

=> Nos 'propositions'

- **Infliximab** pour TB neuro-méningées cortico-résistantes ou cortico-dépendantes
- **5 mg/kg à S0, S2 et S6**, puis
 - surveillance armée
 - ou 'maintenance' (5 mg/kg toutes les 8 semaines) ?

Neuro-TB: messages

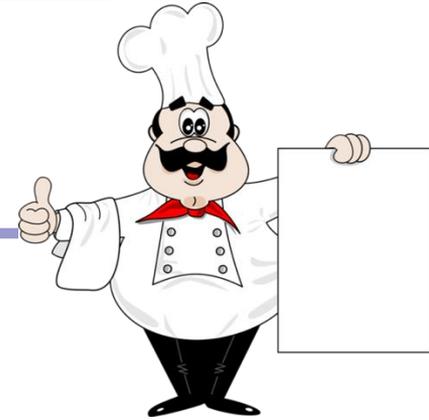
Gold standard 2024

- ✓ **Traitement prolongé (9-12 mois), monitoring PK, CTC systématiques**

Perspectives

- ✓ **Traitements intensifiés (RMP fortes doses, FQ, linézolide, aspirine ?)**
(INTENSE-TBM: Intensified tuberculosis treatment to reduce the high mortality of tuberculous meningitis in HIV- infected and uninfected patients)
- ✓ **Anti-TNF précoces pour TB neuro-méningées (+/- CTC) ?**
(TIMPANI: Tnf Inhibitors to reduce Mortality in HIV-1 infected Patients with tuberculosis meningitis: a phase II, multicenter, randomized clinical trial)

Au menu



- Contexte
- Diagnostic
- Traitements
 - Multi-S / MDR / XDR
 - **isolement**
 - **surveillance**
- Conclusions

National Tuberculosis Coalition of America (NTCA) Guidelines for Respiratory Isolation and Restrictions to Reduce Transmission of Pulmonary Tuberculosis in Community Settings

Maunank Shah,^{1,9} Zoe Dansky,¹ Ruvandhi Nathavitharana,² Heidi Behm,³ Shaka Brown,⁴ Lana Dov,⁵ Diana Fortune,⁶ Nicole Linda Gadon,⁴ Katelynne Gardner Toren,⁷ Susannah Graves,⁸ Connie A. Haley,⁹ Olivia Kates,^{1,10} Nadya Sabuwala,¹¹ Donna Wegener,¹² Kathryn Yoo,¹³ and Joseph Burzynski¹⁴; on Behalf of the National TB Coalition of America

Recommendation 3.3—PW¹TB on effective treatment for at least 5 days should be considered noninfectious or with a low likelihood of infectiousness, regardless of sputum bacteriologic status during treatment (ie, smear microscopy, NAAT, or culture status), with certain exceptions

Effective Anti-Tuberculosis Treatment Duration

Commentaires

Malheureusement, nos recos 'TB' se sont télescopées avec les recos SFHH sur la prevention de la transmission respiratoire des infections en general, avec

1. **Approche très théorique**
2. **Principe de précautions avec objectif 'risque zero'**
3. **Peu de prise en compte du rapport bénéfices/risques**

=> Statu quo pour les recos isolement TB (14 j de traitement au moins)

Surveillance du traitement

Avant instauration du traitement	<p>1. <u>Recherche facteurs de risque d'évènement indésirable</u></p> <ul style="list-style-type: none">☑ Recherche antécédent intolérance médicamenteuse☑ Test vision des couleurs☑ Facteurs de risque de neuropathie périphérique☑ Dépistage facteurs de risque de mauvaise observance☑ Sérologie VIH☑ Test grossesse☑ Transaminases☑ Uricémie☑ NFS + plaquettes☑ Créatininémie☑ Dépistage diabète☑ Liste co-médications (régulières et épisodiques)
	<p>2. <u>Information sur les modalités de prise des traitements et les évènements indésirables fréquents</u></p> <ul style="list-style-type: none">☑ Prise à jeun, au moins 2 h avant ou après aliments (rifampicine, isoniazide)☑ Coloration des urines et autres liquides biologiques (rifampicine)☑ Troubles digestifs (tous)☑ Troubles de la vision des couleurs et/ou du champ visuel (éthambutol)
	<p>3. <u>Etablir un circuit de prise en soins en cas d'évènement indésirable potentiellement grave</u></p> <ul style="list-style-type: none">☑ Courrier médecin traitant informant du diagnostic et de l'initiation du traitement☑ Remise d'un contact téléphonique dans le service hospitalier en charge du suivi

Surveillance du traitement

Hépatotoxicité

Avis spécialisé recommandé

- Si transaminases > 5 fois la limite supérieure de la normale (LSN), ou > 3 LSN avec signes cliniques (nausées, vomissements, douleurs abdominales), stop isoniazide et pyrazinamide
- vérifier l'absence de co-médication hépatotoxique (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens...), ou toxiques autres (alcool)
- contrôler les posologies reçues (erreurs possibles liées à l'utilisation de formes combinées et aux variations entre le poids réel et le poids de forme)
- s'assurer de l'absence de co-infection VHB ou VHC (récupérer sérologies initiales)
- vérifier l'absence d'insuffisance hépato-cellulaire (INR)

En l'absence de signe de gravité

- poursuite rifampicine et éthambutol sous surveillance étroite clinique, et transaminases toutes les 48 h
- reprise de l'isoniazide si régression de la cytolyse (transaminases < 2 LSN), à posologie réduite (< 5 mg/kg/j) initialement
- la reprise du pyrazinamide est à haut risque compte-tenu du mécanisme immuno-allergique de l'hépatotoxicité : contre-indiquée si transaminases initiales >10 LSN, ou signes cliniques évocateurs d'un mécanisme immuno-allergique

Surveillance du traitement

Neuropathie périphérique	<p>Avis spécialisé recommandé</p> <ul style="list-style-type: none">- Le diagnostic est clinique (ne pas attendre les anomalies de l'électromyogramme)- la recherche de co-facteurs est indispensable (autres neurotoxiques – dont l'alcool), dénutrition, diabète- selon la gravité, on proposera la poursuite de l'isoniazide sous couvert de fortes doses de vitamine B6 (100 mg/j), et d'une surveillance étroite, ou l'interruption définitive de l'isoniazide. Dans ce dernier cas, le traitement sera celui des tuberculoses mono-résistantes à l'isoniazide.
Troubles neuro-psychiatriques	<p>Avis spécialisé indispensable</p> <ul style="list-style-type: none">- prendre en compte les multiples co-facteurs (syndrome stress post-traumatique, intoxications diverses, syndrome de sevrage lié aux interactions de la rifampicine avec un traitement substitutif, conséquences psycho-sociales du diagnostic de tuberculose)- au moindre doute, l'isoniazide sera interrompu, et le traitement sera celui des tuberculoses mono-résistantes à l'isoniazide.
Arthralgies / arthrites	<p>Avis spécialisé recommandé</p> <ul style="list-style-type: none">- traitement antalgique- Uricémie en cas d'élément suggérant une arthrite micro-cristalline- Facteurs anti-nucléaires et Ac anti-histones si élément en faveur d'un lupus induit- Ponction articulaire si arthrite, avec recherche de micro-cristaux
Troubles visuels	<p>Avis spécialisé indispensable</p>

Messages

■ Diagnostic simplifié

- 2 prélèvements seulement, le même jour
- le déclin des tubages gastriques
- PCR puis LBA si suspicion non confirmée

■ Traitement raccourci

- 4 mois si TB enfant non extensive (2RHZE puis 2RH)
- 4 mois pour cas sélectionnés adultes (2RfpHZM, 2 RfpM)
- 6 mois pour TB MDR (BPaLM) et pré-XDR (BPaL)

■ TB neuro-méningée

- Anti-TNF 'faciles' (d'emblée ?)
- PK 'aux petits oignons'

■ Isolement: 'statu quo'



Groupe recos TB France



- Florence Ader
- Claire Andréjak
- Youssef Bennis
- Pierre Tattevin
- Xavier Blanc
- Anne Bourgarit
- Samia Boussouar
- Nathalie De Castro
- Christophe Delacourt
- Pierre Fillâtre
- Philippe Fraisse
- Marine Gosset
- Lorenzo Guglielmetti
- Mathilde Jachym
- Olivia Keita-Perse
- Mallorie Kerjouan
- Solen Kernéis
- Thomas Maître
- Frédéric Méchaiï
- Julie Mazenq
- Blandine Prevost
- Macha Tétart
- Nicolas Véziris
- Oumar Kane
(représentant patients)

Bravo & merci au comité d'organisation des AGIT !! (Félix, Loic, Paul & leur orchestre...)