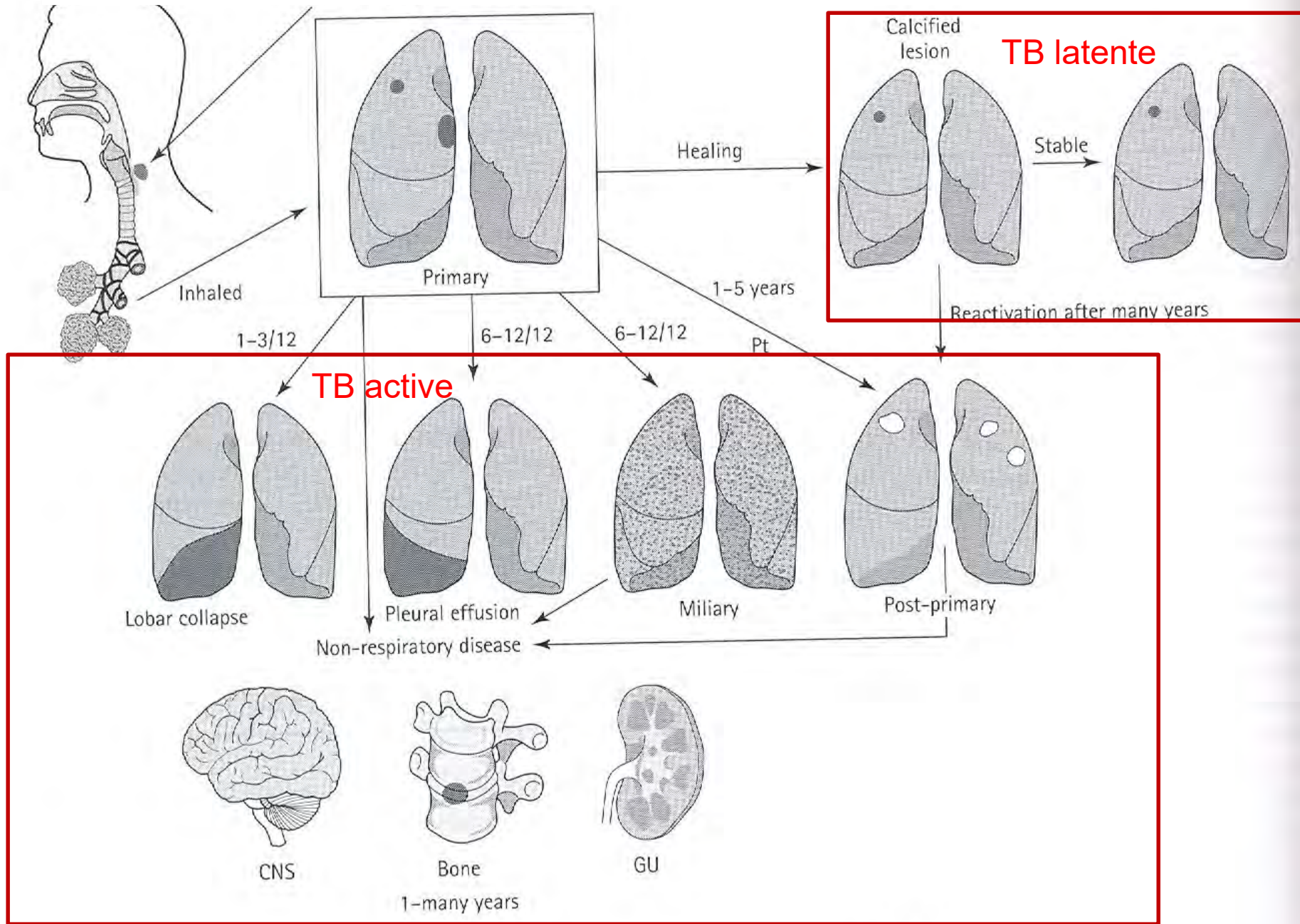


Réfugiés provenant d'Ukraine

Tuberculose et TB multi- résistante (MDR-TB)

Prof. Pierre-Olivier Bridevaux
Service de Pneumologie
Hôpital du Valais

Tuberculose: Pathogenèse

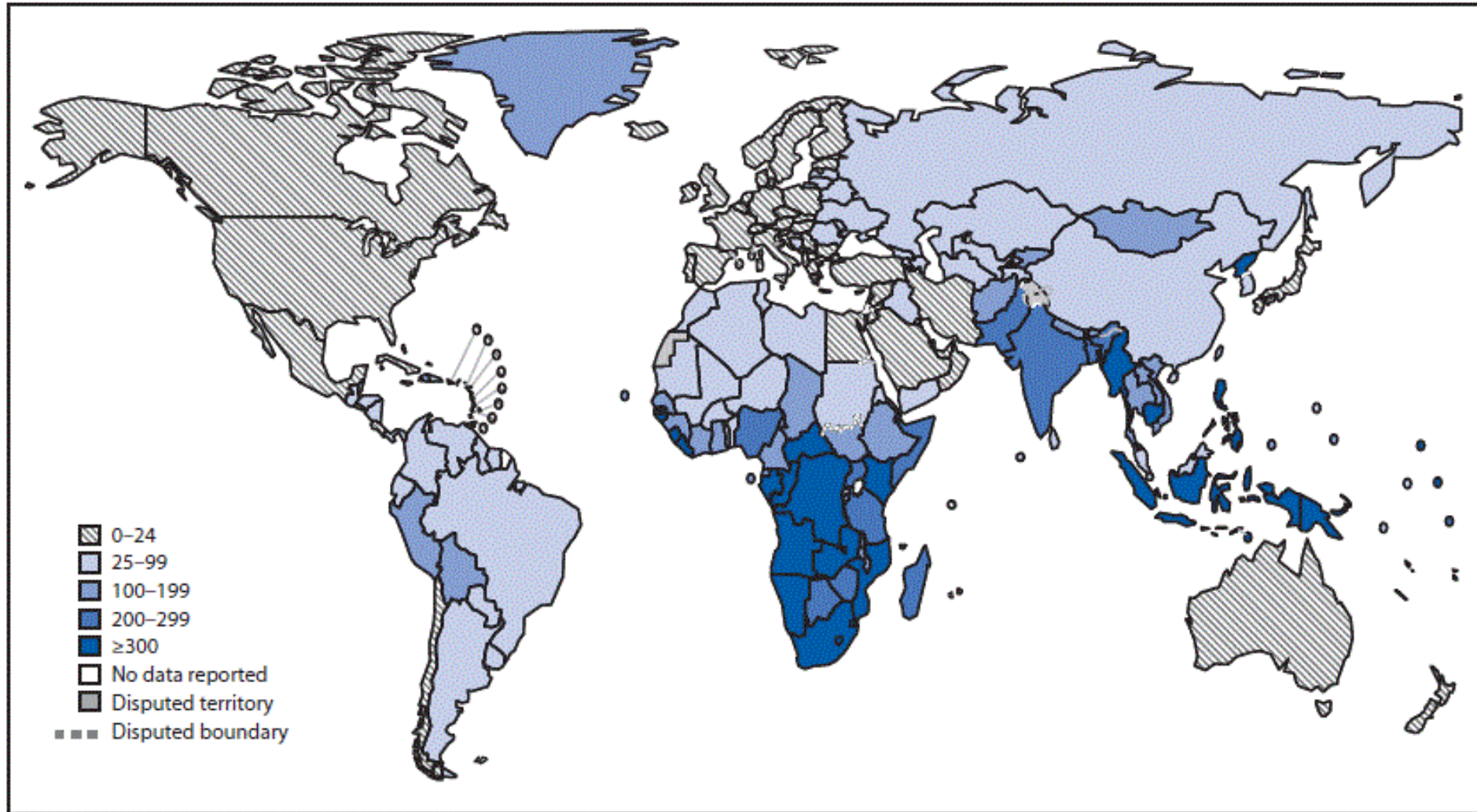


Tuberculose et MDR-TB en Ukraine et CH (2020)

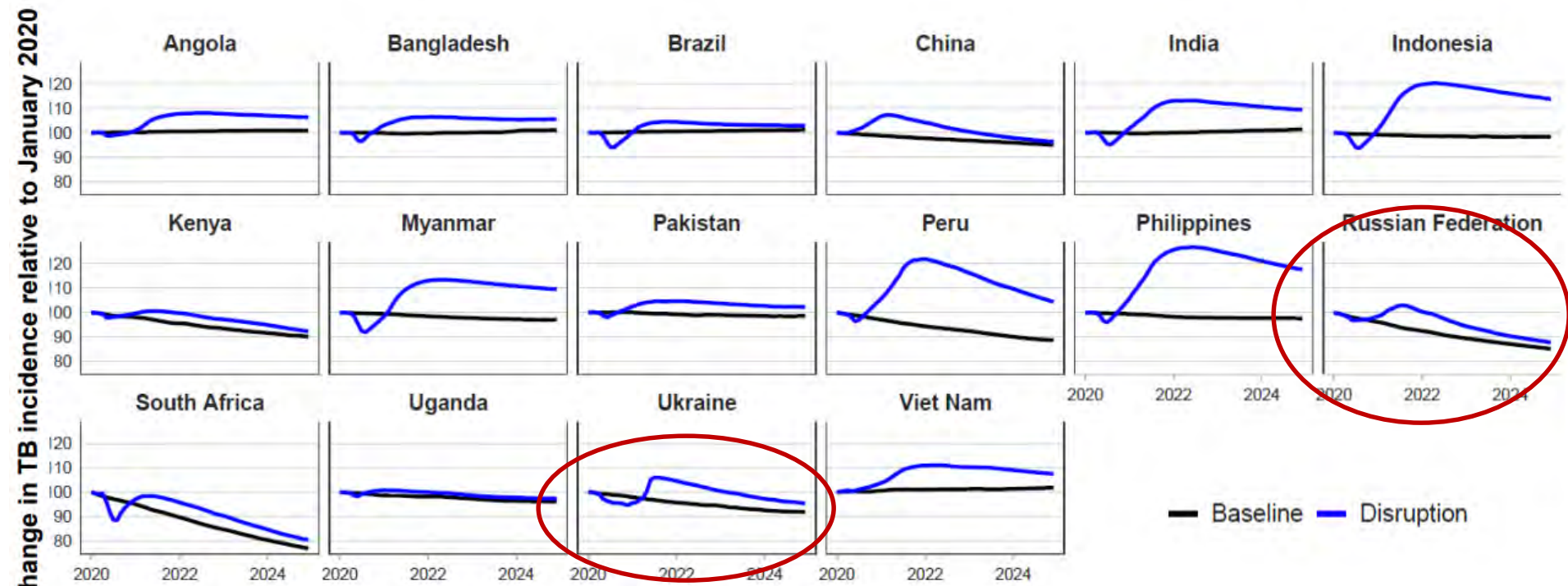
MDR-TB: résistance à la rifampicine et à l'isoniazide

	Incidence de TB	Incidence de MDR TB	Pourcentage MDR TB
Ukraine	73/100'000	15/100'000	13%
CH	5/100'000	0.1/100'000	<3%

Incidence de la tuberculose (2017)



Impact du COVID sur l'incidence de la tuberculose



Impact of COVID-related disruptions on TB incidence **likely to peak in 2022**, could persist for much longer

Tuberculose et réfugiés ukrainiens

Objectifs des mesures de contrôle de la TB

- Identifier les cas parmi les réfugiés
- Limiter la propagation de la TB parmi la population CH résidente
- Traiter les patients atteints de tuberculose active selon les standards OMS
 - Administration des traitements en Directly Observed Therapy
 - Suivi clinique, radiologique, microbiologique centralisé
- Traiter les cas de tuberculose latente

Tuberculose et réfugiés ukrainiens

1) THINK TB !

Pensez à la TB. Informez-vous et informez vos collègues.

Tuberculose et réfugiés ukrainiens

2) PREMIER CONTACT AVEC UN PATIENT PROVENANT D'UKRAINE

En cas de symptômes respiratoire ou généraux (toux, expectorations ou perte de poids), la **TB doit être envisagée** dans le diagnostic différentiel.

- Anamnèse détaillée (durée des symptômes, exposition à la TB)
- Questionnaire TB (CHVR) pour une meilleure estimation du risque
- Labo: CRP, dépistage HIV, Quantiféron
- Radiographie de thorax, voire un CT «low dose» en cas de doute
- Evitez de traiter une pneumonie par un antibiotique également utilisé dans la TB (quinolones, par exemple moxifloxacine ou levofloxacine)

Tuberculose et réfugiés ukrainiens

3) UNE TB EST SUSPECTEE

- Portez un masque FFP2
- Suivez les règles générale d'isolement TB
- Contactez le consultant de pneumologie ou d'infectiologie

Contact:

Service de pneumologie: pneumologie@hopitalvs.ch / 027 603 46 78 ou

Hôpital de Sion 027 603 40 00

QUESTIONNAIRE TUBERCULOSE

Chère patiente, cher patient,
 La tuberculose (TB ou TBC) est maladie pulmonaire fréquente. Elle se transmet par un contact rapproché et prolongé par une personne atteinte de tuberculose active.
 La tuberculose active peut être facilement guérie par des traitements antibiotiques adaptés. La tuberculose latente est détectée par un test sanguin chez une majorité des personnes exposées à un cas de tuberculose active. C'est peut-être votre cas. Dans ce cas un traitement prévenant la survenue d'une tuberculose active est proposé. Ce questionnaire aidera votre médecin à prendre les bonnes décisions concernant votre santé. Merci de le remplir seul ou avec de l'aide et de le rendre au médecin qui vous recevra.
 Nous sommes à votre disposition pour vos questions.

Nom Prénom :
 Date de naissance :
 Tél. portable :

Médecin traitant :
 Pneumologue :
 Date :

MES ANTECEDENTS PERSONNELS

	OUI	NON	NE SAI PAS
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie des reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH / HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres antécédents importants :			

Mon pays de naissance est (pays) :
 Je vis en Europe de l'Ouest, depuis (mois/année) :

MES SYMPTOMES

(RESSENTIS AU COURS DES 8 DERNIERS SEMAINES DANS LA VIE QUOTIDIENNE)

	OUI	NON	NE SAI PAS
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crachats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de poids > 2 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température élevée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lequel			

MON HISTOIRE DE SANTE RESPIRATOIRE

(J'AI LES PROBLEMES DE SANTE SUIVANTS)

	OUI	NON	NE SAI PAS
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchite chronique, emphyseme, BPCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections respiratoires dans l'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis fumeur ou ancien fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai déjà été soigné pour une tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des personnes proches (famille, amis, collègues, etc) ont souffert ou souffrent de tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 12 derniers mois, j'ai été en contact rapproché (même pièce durant 6h ou plus) d'une personne souffrant de TB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAITEMENT HABITUEL

Médicament	Dose journalière
.....
.....
.....
.....

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire.



АНКЕТА НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Шановний пацієнт,
 Туберкульоз (ТБ) це поширене захворювання легенів. Він передається при тісному і тривалому контакті з людиною яка хвора на активний туберкульоз. Активний туберкульоз можна легко вилікувати даними антибіотиками.
 Латентний туберкульоз можна виявити за допомогою аналізу крові у меншій кількості людей які були в контакті з активним туберкульозом. Це може бути ваш випадок. У цьому випадку пропонується лікування що запобігає виникненню активного туберкульозу. Ця анкета допоможе вашому лікарю прийняти правильне рішення щодо вашого здоров'я. Будь ласка заповніть його самостійно або з допомогою і поверніть лікарю який вас прийме.
 Ми завжди готові відповісти на ваші любі запитання.

Ім'я Прізвище
 День народження
 Номер телефону

Сімейний лікар
 Пневмолог
 Дата

МОЯ ОСОБИСТА МЕДИЧНА ІСТОРІЯ

	Так	Ні	Не знаю
Діабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ангіна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інші серцеві захворювання	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Захворювання на печінку	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Захворювання на нирки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Гіпертонія	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ВІЛ (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Головні інші дані :

Моя країна народження:

Я живу в західній Європі з (місьць/ рік) :

МОЇ СИМПТОМИ (ЗА ОСТАННІХ 8 ТИЖНІВ ПОВСЯКДЕННОГО ЖИТТЯ)

	Так	Ні	Не знаю
Кашель	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Відхаркування	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ураження	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

МОЯ МЕДИЧНА ІСТОРІЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У МЕНЕ Є СЛІДУЮЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ)

	Так	Ні	Не знаю
астма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
хронічний бронхіт, емфізема, ХОЗЛ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
хронічний синусит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вірусні інфекції в дитинстві	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
є чи колишній курець	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
чи лікувався від туберкульозу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
чи були люди (сім'я, друзі, колеги тощо) хворілі на туберкульоз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
чи контактували з хворою людиною на протягом останніх 12 місяців (в одній кімнаті протягом 8 або більше годин)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ІСТОРІЯ ЛІКУВАННЯ

Препарат	Доза
.....
.....
.....
.....

Sláva Ukrajíni!

Merci de votre attention

Pierre-Olivier Bridevaux