

Nous vous proposons une sélection d'extraits issus des lettres d'information des CRPV.

Vous pouvez retrouver l'intégralité de ces documents sur le site du RFCRPV (Réseau français des Centres régionaux de Pharmaco-Vigilance) <https://www.rfcrpv.fr/bulletins-des-crpv/> et via les liens ci-dessous :

CRPV Bretagne

<https://www.rfcrpv.fr/bulletins-des-crpv/lettre-dinformation-pharmacovigilance-de-bretagne-rennes-brest/>

CRPV d'Angers et Nantes

<https://www.rfcrpv.fr/bulletins-des-crpv/viginews-angers-nantes/>

CRPV de Toulouse et Montpellier

<https://www.rfcrpv.fr/bulletins-des-crpv/bip-occitanie-toulouse-montpellier/>

CRPV d'Amiens

<https://www.rfcrpv.fr/bulletins-des-crpv/vigipharm-amiens/>

CRPV de Nice et Marseille

<https://www.rfcrpv.fr/bulletins-des-crpv/bulletin-interactif-nice-marseille-region-provence-corse-alpes-cote-dazur/>



INFORMATIONS DISCUTES LORS DES JOURNEES DE PHARMACOVIGILANCE ET D'ADDICTOVIGILANCE DES HAUTS DE FRANCE

Syndrome d'auto-brasserie (SAB) ou l'ivresse sans consommation d'alcool

Nos collègues du CRPV d'Amiens, à l'occasion des journées de pharmacovigilance et d'addictovigilance des Hauts de France du 25 au 29/11/2024, ont fait un point sur le SAB également appelé syndrome de fermentation intestinale, condition pathologique peu connue et peu étudiée. Cette présentation est disponible en intégralité via le lien ci-joint ([Syndrome d'Auto-Brasserie](#)), mais nous vous en présentons ci-après la synthèse.



EPIDEMIOLOGIE

Ce syndrome, pouvant survenir chez l'enfant et l'adulte, est caractérisé par la production endogène d'éthanol après ingestion d'aliments riches en glucides associée à la présence de conditions favorables à la prolifération anormale de certains micro-organismes. Les éthanolémies décrites peuvent être non négligeables pouvant atteindre jusqu'à 4 g/L.

biologiques, un test de provocation au glucose, des endoscopies afin de recueillir des sécrétions gastrointestinales en vue d'une culture fongique et



PHYSIOPATHOLOGIE

Dans certaines situations, un **déséquilibre de la flore intestinale** peut survenir et être à l'origine d'une prolifération anormale de certaines **levures et bactéries** dans l'intestin (plusieurs espèces du genre *Candida*, *Klebsiella pneumoniae*). Ces micro-organismes, grâce à leurs enzymes, vont être responsables d'une génération endogène d'éthanol par la conversion du pyruvate en éthanol. L'éthanol généré va être absorbé et passer dans la circulation sanguine, traverser la barrière hémato-encéphalique et de ce fait être responsable d'un certain nombre de symptômes similaires à ce que l'on observe en cas de consommation d'alcool.

FACTEURS FAVORISANTS

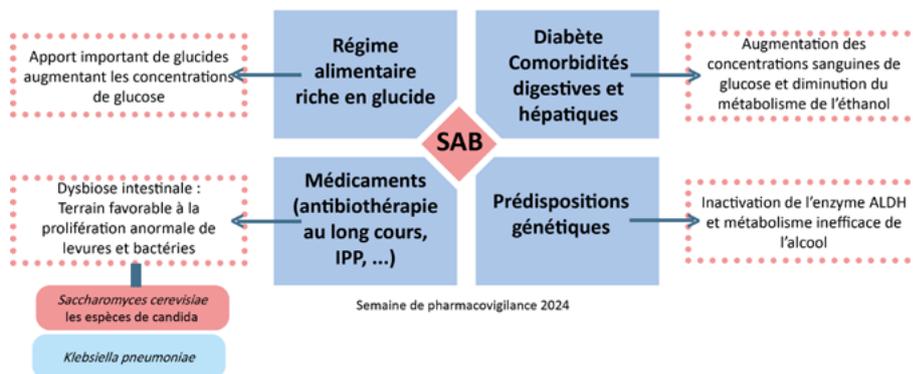
Si le SAB est peu fréquent, c'est en partie parce qu'il est généré par l'**interaction de plusieurs facteurs favorisants** (Cf. schéma ci-après) : **régime alimentaire** (riche en glucides), **pathologies** (diabète, comorbidités digestives comme la chirurgie abdominale, pathologies hépatiques), **prise de médicaments** créant une dysbiose intestinale (antibiothérapie au long cours, un traitement par IPP), **prédispositions génétiques**.

DIAGNOSTIC

Il n'existe **pas encore de consensus officiel ni de lignes directrices standardisées** pour poser le diagnostic de SAB, cependant certains protocoles diagnostiques ont été proposés et reposent sur l'**anamnèse**, des **analyses**

CONSEQUENCES

Les conséquences possibles sont un **syndrome de sevrage**, des **complications neurologiques et psychologiques**, des **répercussions sociales**, le développement d'une **NASH** (stéato-hépatite non alcoolique) et sur le plan médicolégal, des **accusations injustifiées d'alcoolisme** par exemple.



bactérienne et éventuellement la réalisation de test de sensibilité vis-à-vis de certains anti-infectieux.

PRISE EN CHARGE

La prise en charge est **multidisciplinaire**. La mise en place d'un **traitement symptomatique d'urgence** peut s'avérer nécessaire si le patient présente des symptômes aigus d'intoxication à l'éthanol. Des **modifications diététiques** via l'élaboration d'un régime pauvre en glucides et riche en fibres et en protéines va permettre de limiter la prolifération de levures et de bactéries. L'administration de **probiotiques** peut également être bénéfique afin de contribuer à la restauration du microbiote intestinal. Un **traitement médicamenteux** s'avère nécessaire dans certains cas. Le fluconazole est la molécule de choix lorsque la cause est fongique avec, en cas de récurrence ou de résistance, un switch vers le voriconazole ou encore les échinocandines, voire une transplantation fécale. Un **suivi en addictologie** peut s'avérer nécessaire devant une exposition prolongée à l'éthanol.

3

Take home message

Pathologie réelle
Sensibilisation nécessaire
Connaissance des facteurs favorisants (médicaments, régime alimentaire...)
Prise en charge pluridisciplinaire
Importance de préserver l'intégrité du microbiote intestinal



un ICI ont été retenus à partir de la base nationale de pharmacovigilance (BNPV), avec un ROR de 18,7 (IC_{95%} : 15,85-20,59) pour les ICI par rapport à l'ensemble des médicaments, et de 7,02 (IC_{95%} : 6,13-8,03) par rapport aux autres agents anticancéreux, un risque comparable à celui observé avec la kétamine. Une biopsie hépatique a été effectuée dans près de la moitié des cas, révélant une cholangite microscopique chez 40 % de ces patients.

La cholangite associée aux ICI reste rare mais probablement sous-diagnostiquée. Les anti-PD(L)1 sont systématiquement impliqués, avec un délai d'apparition prolongé : environ 50 % des cas surviennent dans les six premiers mois de traitement, et la présentation biologique est exclusivement non cytolytique.

Concernant la prise en charge, 50 % des patients ont reçu des corticoïdes, 27,1 % de l'acide ursodésoxycholique (AUDC) et 31,2 % aucun traitement médicamenteux. Les résultats mettent en avant le bénéfice de l'AUDC en première ligne de traitement avec ou sans corticoïdes.

1.5. Érythroblastopénie induite par les ICI (SFPT - Bisiou et al. – CRPV Montpellier)

L'érythroblastopénie (EBP) constitue une manifestation immuno-médiée rare (0,3 %) et potentiellement mortelle parmi les EI immunitaires (EII) d'origine hématologique, qui représentent 3,6 % des EII globaux. Bien que son mécanisme reste peu documenté, ce phénomène mérite une attention particulière en raison de son impact clinique sévère. L'analyse inclut 26 cas (3 cas de l'UICT Oncopole, 15 cas de la littérature et 8 cas de VigiBase®).

Le délai médian d'apparition de l'EBP post-ICI est de 75 jours. L'infiltration en lymphocytes T est observée dans 100 % des cas, tandis que l'anémie peut atteindre des niveaux aussi bas que 6 g/DL. La distribution des types de cancer s'articule essentiellement autour du mélanome (54 %), du cancer du poumon (10 %), du cancer du sein (8 %) et du carcinome épidermoïde (8 %).

Cette étude met en évidence un EII rare mais précoce des ICI, présentant des caractéristiques proches de l'EBP non immune. Le traitement repose sur les corticostéroïdes systémiques en pre-

chée pour une prise en charge rapide de cette complication.

1.6. Syndrome du canal carpien et ICI – analyse des cas de la BNPV et de la littérature (ISOP - Joyau et al. – CRPV Nantes)

L'objectif de cette étude est de caractériser le syndrome du canal carpien (SCC) sous ICI à l'aide des cas de la BNPV et de la littérature. Vingt-six cas ont été analysés (7 cas de la BNPV et 19 cas de la littérature). Les patients étaient majoritairement des femmes (n=17), avec un âge médian de 71,5 ans (intervalle : 40-97). Les ICI impliquaient le pembrolizumab (n=13) et le nivolumab (n=10) dans la plupart des cas. L'indication la plus retrouvée était le mélanome (n=17). Le délai médian d'apparition était de 3 mois (intervalle 1-24). Le SCC était bilatéral dans 22 cas. La chirurgie ou la corticothérapie (systémique et/ou infiltration) ont été les traitements correcteurs majoritaires. L'amélioration des symptômes après un traitement par corticoïdes dans certains cas, ainsi que l'occurrence bilatérale, suggèrent un EI immuno-médié plutôt qu'un événement isolé. Les SCC sous immunothérapie semblent plus sévères. Des hypothèses concernant le mécanisme ont été suggérées (dysrégulation des cellules T, inflammation des vaisseaux et œdème périmérial). L'apparition d'un SCC au cours d'un traitement par ICI est probablement méconnue et peu signalée.

2. Surveillance des anti-infectieux

2.1. Encéphalopathie induite par la céfépime, confondue avec le syndrome ICANS post-CAR T-cells (SFPT - Laigo et al. – CRPV Paris Henri Mondor)

Les thérapies CAR T-cells, bien que prometteuses contre certains cancers, causent des EI neurologiques, notamment le syndrome de neurotoxicité associé aux cellules effectrices immunitaires (ICANS). Dans le cas étudié, un homme de 79 ans atteint de lymphome à grandes cellules B reçoit une thérapie CAR T-cells (axicabtagene ciloleucel) et développe une neutropénie fébrile avec des symptômes neurologiques. Les médecins suspectent un ICANS et un syndrome de relargage des cytokines (CRS),

traités par tocilizumab, dexaméthasone et céfépime pour la neutropénie. Or, les symptômes neurologiques s'aggravent, puis s'améliorent après l'arrêt de la céfépime. Trois rechutes surviennent à chaque reprise de l'antibiotique, mais la céfépime n'est suspectée qu'après plusieurs tentatives, en raison d'autres facteurs confondants comme l'absence de surdosage et la neurotoxicité potentielle des CAR T-cells. Ce retard diagnostique souligne l'importance de considérer l'ensemble des traitements en cas d'EI, pour éviter les erreurs et les surprescriptions inutiles. Les auteurs recommandent d'éviter la céfépime chez les patients sous CAR T-cells avec antécédents neurologiques, en raison du risque d'aggravation de la neurotoxicité.

2.2. Érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant à l'amoxicilline (SFPT - Veyrac et al. – CRPV Nantes)

L'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant (ESDR) (ou maladie de Féréol-Besnier) se caractérise par une desquamation récurrente, notamment des surfaces palmo-plantaire. Cinq cas avec l'amoxicilline (AMX) ont été signalés au CRPV de Nantes. Une étude rétrospective des cas d'« exfoliation cutanée » (PT MedDRA) et de « desquamation » (LLT MedDRA) liés à l'AMX a inclus 48 cas sur 137 identifiés dans la BNPV et VigiBase®. Le sex-ratio (H/F) était de 0,65, l'âge médian de 65 ans [1-94]. Un seul médicament était suspect dans 37 cas. La maladie était localisée dans 39 cas. Les tests cutanés réalisés (n=15) étaient négatifs, mais 16 patients ont rapporté une réintroduction positive, dont 5 confirmées par test de provocation orale. Une recherche VigiBase® avec « exfoliation cutanée » a trouvé 427 cas, et avec « desquamation », 48 cas avec une disproportionnalité positive (IC₀₂₅=1,9). L'étiologie, encore mal comprise, pourrait inclure des réactions médicamenteuses et infectieuses. Des réintroductions positives sans infection suggèrent l'implication de l'AMX. L'ESDR, souvent sous-diagnostiqué, nécessite d'éviter les pénicillines tout en autorisant certaines céphalosporines dès la 3^e génération. Reconnaître cette pathologie prévient l'escalade diagnostique et thérapeutique.

2.3. Le syndrome d'entérocolite médicamenteuse : une nouvelle entité clinique (ISOP - Veyrac et al. – CRPV Nantes)

Le syndrome d'entérocolite induite par les médicaments (SEIM) est un syndrome



SINUSITE DE L'ENFANT : ANTIBIOTIQUES OU PAS ?

Agnès SOMMET (Toulouse)

Les recommandations actuelles de prise en charge des sinusites aiguës de l'enfant reposent sur la prescription d'amoxicilline en cas de symptômes graves ou de la présence de facteurs de risque. La couleur de l'écoulement nasal ou la présence de bactéries pathogènes sont-ils des facteurs à prendre en compte pour prescrire des antibiotiques dans cette situation ?

Une étude clinique randomisée en double insu (1), portant sur 510 enfants âgés de 2 à 11 ans avec des symptômes de sinusite aiguë persistants, a mesuré la différence en termes d'intensité des symptômes entre amoxicilline + ac. clavulanique versus placebo. Une stratification a été faite en fonction de la couleur de l'écoulement nasal et de la présence ou non d'*H. influenzae*, de *S. pneumoniae* ou de *M. catarrhalis* lors d'un écouvillon nasal réalisé à l'inclusion.

D'un point de vue statistique, la différence entre les groupes est significative, avec une intensité de symptômes à 10 jours de traitement mesurée par l'échelle Pediatric Rhinosinusitis Symptom Scale (PRSS) de 9,04 (8,71-9,37) après 10 jours d'antibiotique vs 10,6 (10,27-10,91) pour le placebo. Cette différence est toutefois minime d'un point de vue clinique, une différence de 3 points étant la valeur minimale cliniquement significative pour cette échelle (2). L'effet des antibiotiques n'était pas influencé par la couleur de l'écoulement nasal et ne restait statistiquement significatif qu'en cas d'écouvillon nasal positif.



N'oublions pas que la significativité statistique clinique ne suffit pas : la pertinence de l'effet clinique est encore plus importante pour les patients que nous prenons en charge !



1. Shaikh N, Hoberman A, Shope TR, et al. Identifying children likely to benefit from antibiotics for acute sinusitis: a randomized clinical trial. *JAMA* 2023;330:349-58. DOI: 10.1001/jama.2023.10854.
2. Shaik N, Wald E, Jeong JH, et al. Development and Modification of an Outcome measure to follow symptoms of children with sinusitis. *J Pediatr*. 2018;207:103-108.e1. DOI: 10.1016/j.jpeds.2018.11.016



qu'en moyenne 1 cas de méningiome pour 67 000 femmes exposées au désogestrel soit la durée d'exposition et 1 cas pour 100 000 femmes exposées plus de 5 ans.

mettre aux patients lors de la prescription ou de la délivrance.

Les spécialités concernées sont :

- Actifed Rhume®,
- Actifed Rhume jour et nuit®,
- Dolirhume Paracétamol et Pseudoéphédrine®,
- Dolirhume Paracétamol Pseudoéphédrine et Doxylamine®,
- Humex Rhume®,
- Nurofen Rhume®,
- Rhinadvil Rhume Ibuprofène/Pseudoéphédrine®,
- Rhinadvilcaps Rhume Ibuprofène/Pseudoéphédrine®,

ANSM. Rhume : ordonnance obligatoire pour toute dispensation de médicament à base de pseudoéphédrine.

C. Risque de méningiomes également avec le désogestrel utilisé pour la contraception

Le risque de méningiome intracrânien est maintenant bien documenté avec certains progestatifs (Androcur®, Lutéran®, Lutényl®, Depo Provéra®, Colprone®)

Une étude récente du groupement d'intérêt scientifique CNAM-ANSM, EPIPHARE, vient de rapporter les résultats d'une étude menée avec des progestatifs utilisés pour la contraception, le désogestrel et le lévonorgestrel soit utilisés seuls (respectivement 75 et 30µg), soit dans le cadre d'une association lévonorgestrel/éthinyloestradiol (150/50µg).

Il s'agit d'une étude cas/témoins menée sur les données du Système National des Données de Santé (SNDS). 8391 femmes opérées d'un méningiome entre 2020 et 2023 ont été incluses. Il n'a été retrouvé un risque majoré de méningiome qu'avec le désogestrel 75µg et chez les femmes de plus de 45 ans. Cette majoration était faible (nettement plus faible qu'avec Androcur®, Lutéran®, Lutényl®) et n'apparaît qu'après 5 ans de prise, étant multiplié par 2 après 7 ans d'exposition.

Des mesures de réduction de ce risque devraient être proposées prochainement. Les spécialités concernées sont Antigone®, Optimizette®, Cézarette®, Elfasette® et Désogestrel 75µg + nom de laboratoire.

ANSM. De nouvelles données sur le risque de méningiome associé à la prise de progestatifs en contraception orale. 19/12/24.

EPI-PHARE. Contraception orale progestative et risque de méningiome intracrânien. Une étude cas-témoins à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS).

D. Risque suicidaire non confirmé pour la doxycycline, mais surveillance maintenue

La doxycycline est un antibiotique utilisé depuis le début des années 70 pour le traitement de différents types d'infections bactériennes, urinaires, respiratoires, cutanées ainsi que dans l'acné polymorphe juvénile et rosacée et dans la prévention du paludisme.

Depuis plusieurs années ont été rapportés des cas d'idées suicidaires/suicides pouvant être imputés à la prise de ce médicament. Ces cas ont fait l'objet de déclarations de pharmacovigilance et de publications.

Pour cette raison, le PRAC, commission de pharmacovigilance de l'EMA a mis en place fin 2023 une enquête sur cet éventuel risque. En particulier, ont été analysées à côté des cas déclarés en Europe et de ceux ayant fait l'objet de publications, les données d'une base épidémiologique (DARWIN EU).

Après examen de toutes ces données, il a été conclu à l'absence de preuves suffisantes de ce risque. Une surveillance prospective est cependant mise en place avec des rapports périodiques de sécurité.

ANSM. Retour d'information sur le PRAC de décembre 2024 (25-28 novembre). Publié le 09/12/2024.



H – Risque suicidaire non démontré de la doxycycline

Le PRAC (Comité de Pharmacovigilance de l'EMA) a réalisé une évaluation de ce risque suggéré par des données de la littérature et des déclarations de pharmacovigilance.

Pour cet antibiotique largement utilisé pour le traitement d'infections bactériennes ainsi que dans l'acné, la prévention du paludisme... toutes les don-

nées disponibles et la réalisation d'une étude épidémiologique « en vraie vie » ont été analysées. Il en a été conclu qu'il n'était pas possible d'établir un lien de causalité entre prise de doxycycline et risque suicidaire et qu'aucune mise à jour de RCP ne s'imposait. Une surveillance étroite reste cependant en place.

ANSM. Retour d'information sur le PRAC de décembre 2024 (25-28 novembre). 09/12/24.

II – RÉÉVALUATION DU RISQUE DE THROMBOSE VEINEUSE ASSOCIÉE A LA CONTRACEPTION HORMONALE

La contraception hormonale est un facteur reconnu de risque thrombo-embolique veineux (thrombophlébites, embolies pulmonaires) dont on sait qu'il peut varier en fonction de la dose et du type de progestatifs. Des auteurs danois ont cherché à actualiser les connaissances dans ce domaine en fonction de l'évolution des doses d'éthinylestradiol et de l'existence de nouveaux progestatifs. Yonis et al ont pour ce faire analysé l'ensemble des registres permettant de rassembler les données de toutes les femmes du Danemark âgées de 15 à 49 ans entre 1996 et 2021. Etaient exclues de cette analyse, les femmes qui avaient des antécédents thrombo-emboliques veineux ou artériels, de cancer, de thrombophilie, d'hépatopathie, de néphropathie, de traitement de stérilité, d'ovariectomie, d'hystérectomie, d'ovaire polykystique, d'endométriome.

Sur 8,46 millions de patientes-années, 2691 accidents thrombo-emboliques veineux ont été enregistrés. Leurs incidences étaient respectivement de 2,0/10000 patientes-années chez les non-utilisatrices de contraception hormonale, de 10,0 pour les pilules œstroprogestatives (risque x 4,6), de 8,1 pour les patchs œstro-progestatifs (x 5,0), de 8,1 pour les anneaux vaginaux contraceptifs (x 4,5), 3,6 pour les pilules de progestatifs seuls (x 1,8), 2,1

pour les DIU (x1), 3,4 pour les implants progestatifs (x1,8) et 11,9 pour les injections.

Dans cette étude, il a enfin été observé que les progestatifs dits de 3^{ème} génération (désogestrel, gestodène, norgestimate) étaient associés à un risque majoré par rapport à un progestatif de 2^{ème} génération (lévonorgestrel). C'est ce type de contraception hormonale qui est associé à l'incidence la plus élevée de thrombose veineuse.

Au total, confirmation d'un risque (très faible mais tout à fait significatif) de thrombose veineuse avec la contraception orale par rapport à l'absence de contraception alors que les dispositifs intra-utérins n'augmentent pas ce risque. Il faut également retenir de cette étude que le risque le plus élevé est associé aux pilules contenant un progestatif de 3^{ème} génération.

Pour les patchs et les implants, les données sont insuffisantes pour des conclusions formelles.

Yonis M. et al. Contemporary hormonal contraception and risk of venous thrombo-embolism. JAMA on-line le 10/02/2025.
doi : [10.1001/jama.2024.28778](https://doi.org/10.1001/jama.2024.28778)

VOS OBSERVATIONS AU CRPV



Tuberculose évitable chez les patients immunosupprimés : réflexions autour de trois cas

Le CRPV de Nice a été alerté par le Centre de Lutte AntiTuberculeuse (CLAT) concernant plusieurs cas récents de tuberculose maladie évitable chez des patients immunosupprimés par anti-TNFα ou anti-JAK.

Cas 1 : Une aide-soignante sous adalimumab (anti-TNFα) a développé une tuberculose pulmonaire ultrarésistante alors qu'elle était en poste dans un service de maladies infectieuses. Après 6 mois de pentathérapie antituberculeuse, ses lésions pulmonaires se sont améliorées mais persistent.

Cas 2 : Une jeune femme de 21 ans traitée par adalimumab pour une maladie de Crohn, avec un Quantiféron® pré-thérapeutique négatif, a séjourné en Afrique du Sud pour un stage de 4 mois. Lors de sa consultation du voyageur, une éventuelle chimioprophylaxie antituberculeuse n'a pas été discutée. Trois mois après son retour, elle a développé une tuberculose disséminée diagnostiquée tardivement, compliquée d'un syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire après arrêt des immunosuppresseurs, et nécessitant 18 mois de traitement antituberculeux.

Cas 3 : Un homme de 80 ans atteint de myélofibrose a débuté un traitement par ruxolitinib (anti-JAK) sans Quantiféron® préthérapeutique réalisé. Deux ans plus tard, il est hospitalisé pour une tuberculose disséminée sévère, marquée par un important retard diagnostic. La suspension du ruxolitinib et une quadrithérapie antituberculeuse ont permis une lente amélioration.

Notre commentaire :

Les thérapies immunosuppressives, notamment les biothérapies et les inhibiteurs de JAK, sont utiles dans la prise en charge de différentes pathologies chroniques. Cependant, elles exposent à un risque accru d'infections opportunistes graves, dont la tuberculose, caractérisées par des formes plus volatiles disséminées, favorisées par un fréquent retard diagnostic. Bien que ce risque soit connu, des cas évitables continuent d'être rapportés, et mettent en évidence des leviers d'amélioration des stratégies préventives.

Une stratégie préventive majeure est la recherche, avant la mise en place du traitement immunosuppresseur, d'une infection tuberculeuse latente (ITL) avec un test IGRA (interferon gamma release essay) Quantiféron® ou T-SPOT®. Des zones d'ombre persistent cependant autour de cette stratégie. Tout d'abord, si cette recherche est recommandée dans le Résumé des Caractéristiques du Produits de nombreux médicaments immunosuppresseurs (exemple : anti-IL17, anti-IL23), le remboursement de ce test onéreux n'est validé que dans le cadre du traitement par anti-TNFα, et très récemment (décembre 2024) par anti-JAK. Par ailleurs,

l'évaluation et la perception du risque de réactivation tuberculeuse semble disparate. Rappelons qu'une corticothérapie > 10-20 mg d'équivalent prednisone pendant 2-4 semaines induit déjà un surrisque de réactivation tuberculeuse. En outre, il existe une importante variabilité inter et intra-individuelle de la sensibilité de ces tests, et l'immunosuppression peut induire de faux négatifs. D'où la nécessité de veiller à leur bonne interprétation, en s'appuyant sur l'aide du CLAT si nécessaire.

Si la recherche pré-thérapeutique et le traitement d'une ITL est une stratégie préventive efficace, elle n'empêche pas une nouvelle contamination durant le traitement immunosuppresseur. L'exposition professionnelle et le voyage en zone d'endémie sont des situations particulièrement à risque, et les recommandations actuelles à ce sujet manquent de clarté.

A l'heure où la tuberculose est en recrudescence dans le monde, et constitue désormais la principale cause mondiale de mortalité imputable à une maladie infectieuse, une réflexion sur les stratégies préventives associée à une sensibilisation des professionnels de santé et des patients semble primordiale.

Références bibliographiques :

HAS. Dépistage de la tuberculose latente avant initiation d'un traitement par anti-JAK. 2024.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3563547/fr/depistage-de-la-tuberculose-latente-via-un-test-de-detection-de-la-production-d-interferon-gamma-avant-initiation-d-un-traitement-par-un-medicament-de-la-classe-des-anti-jak-dont-solyktu-deucravacitinib

H CSP. Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques. 2013. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=391>

H CSP. Recommandations sanitaires 2024 aux voyageurs. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1379>

OMS. Recrudescence de la tuberculose en tant que principale cause de mortalité imputable à une maladie infectieuse. 2024. <https://www.who.int/fr/news/item/29-10-2024-tuberculosis-resurges-as-top-infectious-disease-killer>