

Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé



F.A.R.E.S

La tuberculose en Région Wallonne

2000

Avec le soutien de la Communauté française de Belgique

Table des matières

- 1. Importance du problème en 2000**
- 2. Evolution de la tuberculose au cours des deux dernières décennies**
- 3. Répartition de la tuberculose dans les provinces wallonnes**
- 4. Caractéristiques des cas déclarés en 2000**
 - 4.1. Localisations de la tuberculose et résultats bactériologiques
 - 4.2. Antécédents de tuberculose
 - 4.3. Sexe, âge et nationalité
 - 4.4. Identification d'un risque particulier de tuberculose
 - 4.4.1. *Groupes à risque de tuberculose*
 - 4.4.2. *Facteurs favorisant le développement de la tuberculose*
- 5. Dépistage en Région wallonne**
- 6. Problème de la résistance aux médicaments antituberculeux**
- 7. Evaluation de l'efficacité du traitement des cas de tuberculose déclarés en 1999**
- 8. Conclusion**

ANNEXES : La tuberculose dans les provinces wallonnes en 2000
Coordonnées des Inspections d'hygiène en Communauté française
Coordonnées des Unités de Secteur de la FARES

DEFINITIONS

ABREVIATIONS

REFERENCES

Avant propos

La tuberculose est une maladie qui remonte à l'antiquité. A l'heure actuelle, beaucoup considèrent qu'elle a quasi disparu dans notre pays. L'objectif de ce document est de démontrer qu'il n'en est rien.

L'analyse des caractéristiques des cas de tuberculose, la détermination des risques liés à la maladie, la mise en évidence de disparités entre populations et le suivi de l'évolution au fil du temps sont autant d'éléments qui permettent d'adapter la stratégie de contrôle de la tuberculose. Il est en effet primordial de prendre les mesures de santé publique qui s'imposent afin de limiter la transmission du bacille de Koch dans la collectivité (traitement adéquat des cas de tuberculose active, dépistage ciblé vers les groupes à risque et les contacts, isolement, ...).

Ces mesures concernent aussi bien le corps médical que les services de prévention ou toutes autres instances concernées par les groupes à risque de tuberculose.

Les résultats présentés dans ce document proviennent des déclarations obligatoires de la maladie envoyées aux Inspections d'Hygiène ainsi que des rapports du réseau de laboratoires testant la sensibilité des souches tuberculeuses.

La FARES est chargée de collecter les informations complémentaires notamment, en ce qui concerne le suivi du traitement des cas de tuberculose. Elle assure également l'analyse des données et la diffusion des résultats.

1. Importance du problème en 2000

En 2000, 378 cas de tuberculose ont été déclarés en Région wallonne ce qui correspond à une incidence de 11,3/ 100.000 habitants.

Le nombre de cas répertoriés est quasi identique à celui de la Capitale où la fréquence (incidence) de la maladie dans la population est cependant plus élevée (tableau 1). Au total, 1.313 cas ont été répertoriés en Belgique en 2000 (12,8/ 100.000 habitants).

	Nombre de cas	Incidence /100.000
Wallonie	378	11,3
Bruxelles	366	38,2
Flandre	569	9,6
Belgique	1 .313	12,8

La situation particulière de Bruxelles peut être expliquée par la concentration de personnes à risque dans la Capitale. De manière générale, la tuberculose touche préférentiellement les grandes villes où l'incidence moyenne est 3 fois plus élevée que celle d'entités plus petites (tableau 2).

Villes	Incidence /100.000				
	1996	1997	1998	1999	2000
Bruxelles	37,4	36,5	32,5	32,0	38,2
Anvers	18,6	17,2	19,1	15,0	21,1
Liège	22,0	14,8	14,8	17,1	17,2
Charleroi	14,1	17,6	16,2	24,8	21,9
Gand	22,1	14,2	16,5	14,3	18,3
Bruges	15,5	18,2	11,2	15,5	14,6
Namur	15,2	12,4	9,5	16,2	12,3
Villes >100.000 hab.	26,5	24,7	23,1	24,1	27,1
Autres villes	9,8	9,3	8,6	8,4	8,8
Belgique	13,3	12,7	11,8	12,4	12,8

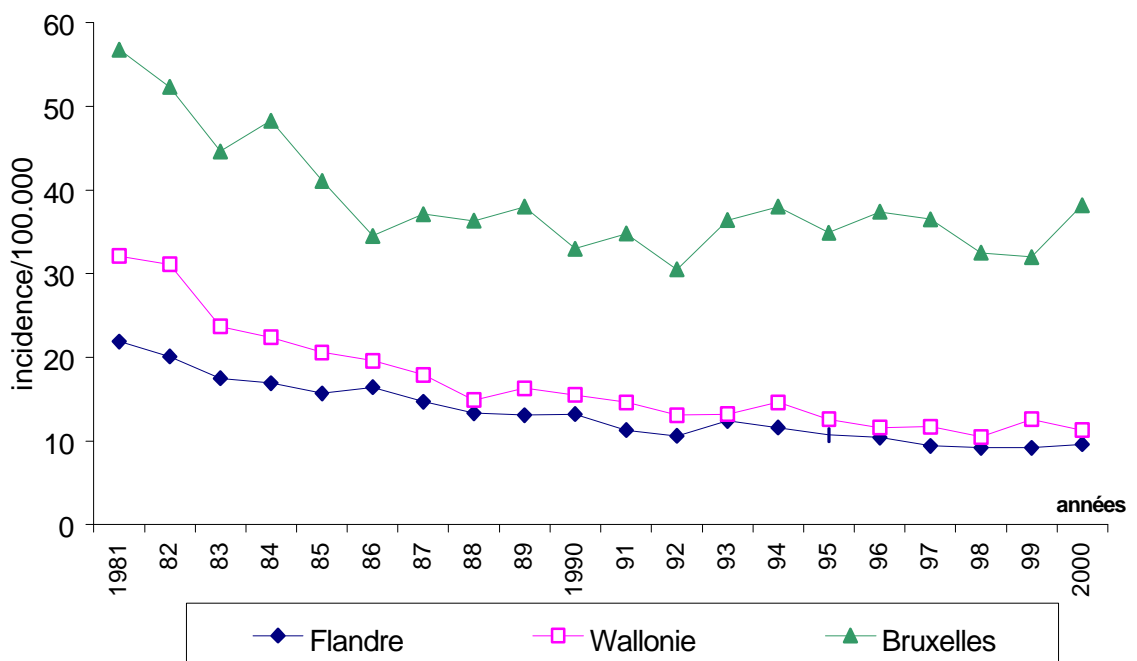
2. Evolution de la tuberculose au cours des deux dernières décennies

Depuis le début du siècle, la tuberculose a diminué progressivement dans notre pays (sauf au moment des 2 guerres) à la suite de l'amélioration des conditions de vie et de la découverte de médicaments antituberculeux. Un net ralentissement de la décroissance a cependant été observé au cours de la dernière décennie (diminution du nombre de cas de tuberculose de 44% entre 1981-1990 versus 10% seulement entre 1991-2000). Une des causes majeures de cette situation est l'importation de cas en provenance de pays à forte endémie de tuberculose. D'autres éléments interviennent également mais dans une moindre mesure, tels la paupérisation, le SIDA, la résistance aux médicaments antituberculeux, ...

Une évolution relativement similaire est retrouvée en Régions wallonne (-51% puis -20 %) et flamande (-39% puis -13%). Par contre, dans la Capitale, après une diminution du nombre de cas de 44% pendant les années 80, une augmentation de 10% a été constatée au cours de la décennie 90.

Ces tendances sont bien illustrées à la figure 1, qui montre l'évolution de l'incidence dans les 3 Régions durant les 20 dernières années.

Figure 1. Evolution de l'incidence de la tuberculose dans les 3 Régions de 1981 à 2000



L'augmentation de la tuberculose en Région bruxelloise est à mettre en rapport avec l'accroissement du nombre de malades tuberculeux chez les

sujets étrangers originaires de pays à haute prévalence (HP). En 5 ans, la proportion de ces derniers parmi les cas déclarés est passée de 52% en 1995 à 63% en 2000. En Wallonie, on observe de façon similaire une augmentation de la représentativité des non-Belges de pays HP dans le registre (19% en 1995 versus 28% en 2000).

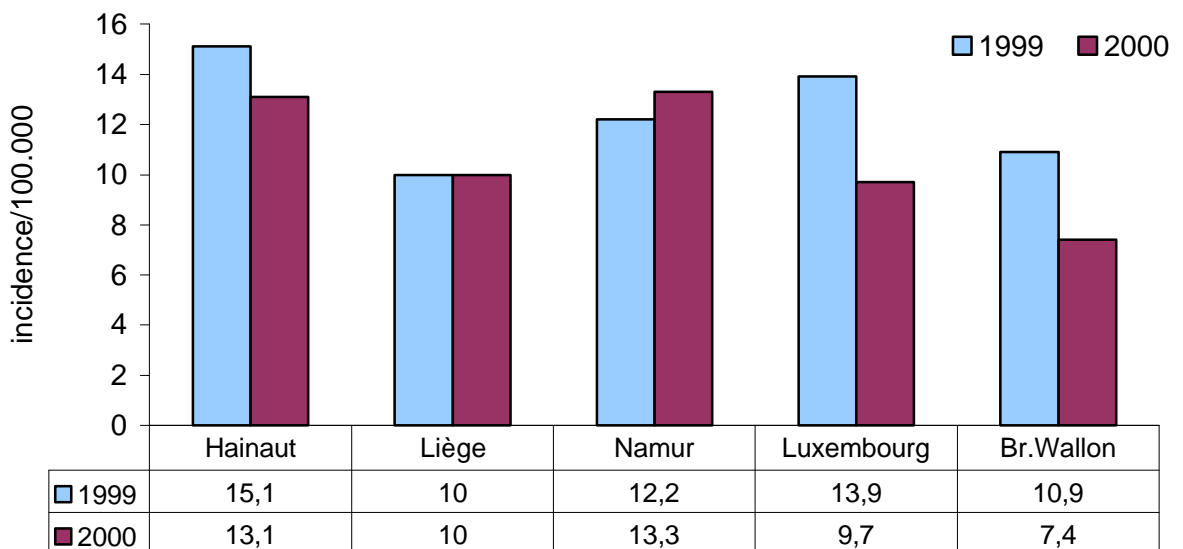
3. Répartition de la tuberculose dans les provinces wallonnes

La tuberculose est inégalement répartie en Région wallonne.

En 2000, les provinces de Namur et du Hainaut ont une incidence supérieure à l'incidence moyenne de la Wallonie (figure 2).

Par rapport à 1999, la tendance est à la baisse dans la plupart des provinces sauf dans celle de Liège (statu quo) et de Namur (hausse). Ces variations doivent toutefois être interprétées avec prudence vu le petit nombre de cas déclarés dans certaines entités et la possibilité de variations dans la déclaration et/ou dans la détection des cas. L'augmentation de l'incidence dans le Namurois est à mettre en relation avec la découverte d'un nombre croissant de cas de tuberculose chez les demandeurs d'asile hébergés dans les nombreux centres d'accueil de la province.

Figure 2. Incidence de la tuberculose dans les provinces wallonnes en 2000



Un descriptif de la situation par province est repris en annexe. L'interprétation des résultats qui y sont présentés doit tenir compte du petit nombre de cas répertoriés.

4. Caractéristiques des cas déclarés

4.1. Localisations de la tuberculose et résultats bactériologiques

La confirmation du diagnostic de tuberculose s'obtient par la bactériologie, plus spécifiquement par la culture et l'identification de la mycobactérie en cause. Parmi les cas déclarés en 2000, 83% avaient une culture positive. Cette proportion est plus élevée parmi les tuberculoses pulmonaires (87%) qu'extra-pulmonaires (70%). Toutes les souches identifiées étaient du type *M.tuberculosis (hominis)*.

La plupart des tuberculoses sont localisées au niveau pulmonaire (77%). Avec les tuberculoses laryngées¹, elles constituent la forme « potentiellement » contagieuse de la maladie, responsable de la dissémination des bacilles de Koch dans la collectivité. L'examen bactériologique a confirmé ce caractère contagieux dans 51% des cas (examen direct positif).

Les différentes localisations de la tuberculose² sont présentées au tableau 3. Celles-ci varient en fonction de l'âge du patient. C'est ainsi que les jeunes sont plus particulièrement atteints par des formes ganglionnaires intra- ou extra-thoraciques et disséminées, alors que la proportion de tuberculoses pulmonaires est plus importante à partir de 15 ans.

Tableau 3. Localisations de la tuberculose en fonction de l'âge (Région wallonne - 2000)								
Localisation*	Age							
	0-14 ans		15-44 ans		45 ans et +		TOTAL	
	N	% des cas déclarés	N	% des cas déclarés	N	% des cas déclarés	N	% des cas déclarés
Pulmonaire	3	23,1	107	78,1	182	79,8	292	77,2
Pleurale	-	-	12	8,8	14	6,1	26	6,9
Gangl. Intra-thor.	4	30,8	8	5,8	2	0,9	14	3,7
Gangl.Extra-thor.	2	15,4	3	2,2	13	5,7	18	4,8
Mal de Pott	-	-	1	0,7	1	0,4	2	0,5
Ostéo-articulaire	-	-	4	2,9	7	3,1	11	2,9
Méningée	-	-	2	1,5	1	0,4	3	0,8
Syst. nerv. Autre que méninges	-	-	1	0,7	-	-	1	0,3
Uro-génitale	-	-	1	0,7	13	5,7	14	3,7
Intest./digestive	-	-	3	2,2	3	1,3	6	1,6
Disséminée	2	15,4	2	1,5	4	1,8	8	2,1
Autre	2	15,4	2	1,5	6	2,6	10	2,6

* pour un même patient, il peut y avoir plusieurs localisations

4.2. Antécédents de tuberculose

¹ 1 seul cas de tuberculose laryngée a été déclaré; cette forme est associée à une localisation pulmonaire

² Dans la classification utilisée, la forme pulmonaire est considérée comme un site majeur.

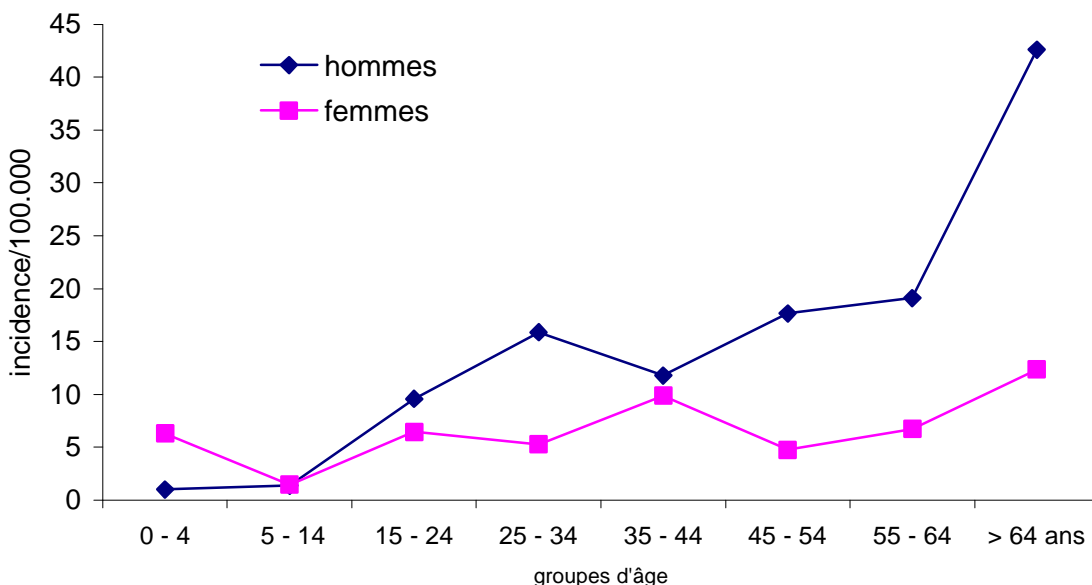
Parmi les 378 cas déclarés, 11% sont des récurrences, c.à.d qu'ils ont développé antérieurement une tuberculose et ont été traités. Ce premier épisode de la maladie s'est soldé par la guérison du patient. Les cas de récurrence enregistrés en 2000 ont donc développé un nouvel épisode de tuberculose consécutif, soit à une nouvelle infection, soit à une réactivation des bacilles tuberculeux encore présents à l'état latent dans l'organisme.

Chez ces patients, le risque de développer une tuberculose résistante aux médicaments antituberculeux est plus élevé (cfr 6.).

4.3. Sexe, âge et nationalité

Soixante sept pour cent des cas répertoriés en Région wallonne sont de sexe masculin. La fréquence de la maladie est au moins 2 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (incidence de 15,8/100.000 versus 7,1 /100.000). La différence entre sexes se marque de plus en plus dans les groupes d'âge supérieur, plus particulièrement au-delà de 64 ans (figure 3).

Figure 3. Incidence de la tuberculose en fonction de l'âge et du sexe (Région wallonne - 2000)

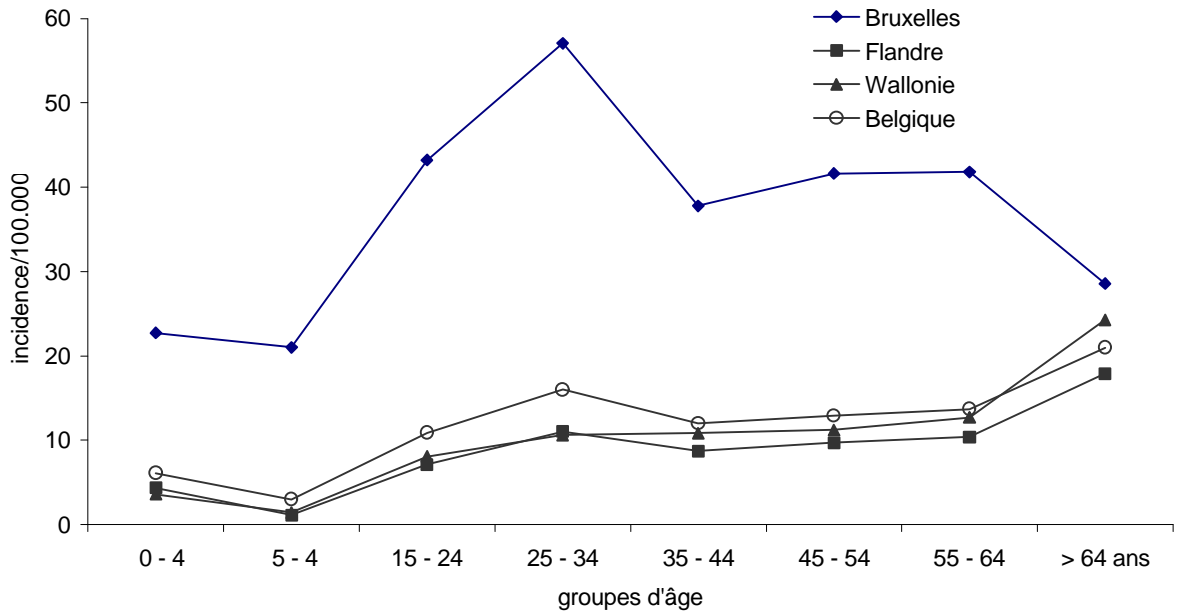


En Belgique comme dans la plupart des pays occidentaux, la tuberculose touche plus particulièrement les personnes âgées ; celles-ci ont, en effet, une probabilité plus importante d'avoir été contaminées par le bacille tuberculeux dans leur jeunesse et de réactiver une ancienne infection lorsque leurs défenses immunitaires diminuent.

C'est le cas aussi en Wallonie et en Flandre. Par contre, en Région bruxelloise, si la tuberculose est fréquente chez les sujets âgés, elle l'est

d'avantage chez les sujets jeunes entre 25 et 34 ans (figure 4), plus particulièrement lorsqu'ils sont d'origine étrangère.

Figure 4. Incidence de la tuberculose en fonction de l'âge et de la Région - 2000



Les non-Belges représentent 10% de la population wallonne et 33% des cas de tuberculose.

Les patients tuberculeux d'origine étrangère proviennent par ordre décroissant d'Afrique (48% dont un tiers d'Afrique du Nord), d'Europe (37% dont la moitié d'Europe centrale et de l'Est), et d'Asie (10%). Pour 6% des cas, l'origine géographique n'a pu être établie avec précision ; on sait cependant qu'ils viennent d'un pays à haute prévalence.

La fréquence de la tuberculose est plus élevée chez les étrangers originaires de régions à haute prévalence de tuberculose. Ils ont, en effet, une probabilité plus grande d'avoir été infectés par le bacille de Koch et de développer ultérieurement la maladie du fait, par exemple, d'un état nutritionnel carencé ou d'un déficit immunitaire (tableau 4).

Tableau 4. Incidence de la tuberculose en fonction de la nationalité (Région wallonne - 2000)			
Nationalité	Nombre	% des cas déclarés	Incidence /100.000
Belges	252	67	8,4
Non-Belges	126	33	38,2
<i>Haute prévalence</i>	104	82,5	161,3
<i>Basse prévalence</i>	22	17,5	8,3
TOTAL	378	100	11,3

Les Belges sont plus touchés par la tuberculose à Bruxelles que dans les autres régions (tableau 5). Cette situation peut s'expliquer par la proportion

plus importante de personnes précarisées d'origine belge dans la Capitale. En Wallonie, une situation similaire est observée dans la ville de Charleroi où l'incidence chez les autochtones est de 17,8/100.000 et de 43,9/100.000 chez les non-Belges.

Tableau 5. Incidence de la tuberculose en Belgique et dans les 3 Régions en fonction de la nationalité - 2000								
	Flandre		Wallonie		Bruxelles		Belgique	
	N	Incidence /100.000	N	Incidence /100.000	N	Incidence /100.000	N	Incidence /100.000
Belges	385	6,8	252	8,4	120	17,5	757	8,1
Non-Belges	184	62,7	126	38,2	246	89,9	556	62,0
TOTAL	569	9,6	378	11,3	366	38,2	1.313	12,8

4.4. Identification d'un risque particulier de tuberculose

De par son mode de transmission par voie aérienne, la tuberculose peut toucher n'importe qui. Il existe cependant des personnes qui ont un risque plus important de développer la maladie du fait de contacts répétés avec le bacille de Koch et/ou de la présence d'une affection favorisante.

Globalement, 216 patients tuberculeux sur 378 (57%) appartiennent au moins à un groupe à risque (4.4.1.) et/ou ont au moins un facteur favorisant le développement de la maladie (4.4.2.). Il n'est pas tenu compte ici du risque lié à l'âge et à l'origine³ (cfr § 4.3.).

4.4.1. Groupes à risque de tuberculose

Ils regroupent les personnes chez qui le risque d'exposition au bacille tuberculeux est plus important. Il s'agit : des prisonniers, des candidats réfugiés, des illégaux, des défavorisés (sujets précarisés, sans-abri), du personnel en contact fréquent avec des populations à risque (dont le personnel de santé), des contacts récents de sujets atteints de tuberculose active.

Parmi les cas déclarés, 33% appartiennent au moins à un de ces groupes.

Le tableau 6 donne un aperçu de la représentativité des groupes à risque parmi les cas enregistrés depuis 1996.

Tableau 6. Groupes à risque de tuberculose* (Région wallonne - 1996 à 2000)										
Groupes à risque (GR)	1996		1997		1998		1999		2000	
	N	% cas déclarés	N	% cas déclarés	N	% cas déclarés	N	% cas déclarés	N	% cas déclarés
Prisonniers	1	0,3	2	0,5	-	-	10	2	1	0,3
C. Réfugiés	11	3	14	4	17	5	28	7	41	11

³ sauf dans le cas particulier des demandeurs d'asile et des illégaux

Illégaux	5	1	2	0,5	1	0,3	1	0,2	2	0,5
Défavorisés	33	9	40	10	28	8	55	13	58	15
Contacts TBC	17	4	29	7,5	14	4	27	6	24	6
Personnel GR	11	3	3	1	3	1	15	4	14	4

*un même patient peut appartenir à plusieurs groupes à risque

Le nombre de candidats réfugiés atteints de tuberculose a augmenté en 5 ans ; cette situation est à mettre en relation avec l'afflux croissant de demandeurs d'asile, surtout depuis 1999. En 2000, les candidats réfugiés et les illégaux représentaient 11% du total des cas déclarés et 34% des patients tuberculeux d'origine étrangère. A l'exception de 1999, la proportion de prisonniers atteints de tuberculose est relativement constante. Par contre, la proportion de personnes défavorisées parmi les tuberculeux enregistrés a quasi doublé depuis 1996.

4.4.2. Facteurs favorisants

Parmi les cas déclarés, 37% ont au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose. Le tableau 7 les reprend depuis 1996.

Tableau 7. Facteurs favorisants* (Région wallonne - 1996 à 2000)										
Facteurs favorisants	1996		1997		1998		1999		2000	
	N	% cas déclarés	N	% cas déclarés	N	% cas déclarés	N	% cas déclarés	N	% cas déclarés
Alcoolisme	62	16	63	16	48	14	59	14	52	14
VIH	8	2	4	1	10	3	10	2	15	4
Aff. Resp. chronique	62	16	86	22	62	18	76	18	60	16
Diabète/insuf rénale	17	4	29	7,5	20	6	29	7	15	4
Mal/trait. Immuno.	38	10	46	12	41	12	42	10	24	6
Toxicomanie	5	1	1	0,3	5	1	3	1	3	1
Chirurg.gastr	2	0,5	2	0,5	6	2	2	0,5	1	0,3

* Un même patient peut présenter plusieurs affections favorisantes

Les affections respiratoires chroniques (pneumoconiose, pneumopathies interstitielles...) et l'alcoolisme sont les facteurs de risque les plus fréquemment associés à la tuberculose; leur proportion parmi les cas déclarés a fluctué depuis 1996 mais sans écarts majeurs ; il en est de même pour les autres problèmes de santé tels que le diabète/insuffisance rénale, l'immunodépression (autre que la séropositivité pour le VIH), la toxicomanie. Dans l'interprétation des tendances, il faut toutefois tenir compte du petit nombre de cas concernés.

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), diminue les défenses de l'organisme vis-à-vis du bacille de Koch. Les sujets doublement infectés ont donc un risque plus élevé de développer une maladie tuberculeuse⁴.

En 2000, 4% des cas de tuberculose déclarés présentaient la double infection ; il s'agissait pour la plupart d'Africains (14/15). Cette proportion a fluctué au cours des 5 dernières années entre 1 et 4%.

5. Dépistage en Région wallonne

Il est important de déterminer les populations ou personnes à risque de tuberculose de manière à cibler le dépistage.

C'est ainsi qu'en Région wallonne, un dépistage est organisé, entre autres, chez :

- *les prisonniers* (radiographie (RX) à l'entrée puis annuellement dans les 14 prisons de la Wallonie)
- *les demandeurs d'asile* (dans les centres d'accueil : intradermo-réaction (ID) chez les moins de 15 ans⁵, éventuellement RX de rattrapage chez les plus de 15 ans si celle-ci n'a pas été réalisée à l'Office des Etrangers)
- *les sans-abri et les personnes précarisées* (RX annuelle dans les maisons d'accueil, organisation de séances de dépistage dans des lieux particuliers comme les restos du cœur, vestiaires,)
- *le personnel en contact avec les groupes à risque*- personnel des prisons, des instances concernées par les demandeurs d'asile et personnel hospitalier- (ID annuelle ou RX)
- *les contacts de patients tuberculeux contagieux*: que ce soit au niveau familial, dans les écoles, dans les entreprises, dans les institutions fermées (dépistage par ID de préférence)
- en vertu d'un Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française, un dépistage systématique par ID a été maintenu dans certaines écoles, ainsi qu'en 3^{ème} année du secondaire.

L'organisation d'un dépistage dit « actif » est du ressort des instances de prévention - services de médecine du travail ou de médecine scolaire, ONE, FARES, cellule de dépistage à l'Office des Etrangers..., mais le secteur curatif est aussi concerné, notamment lorsqu'il s'agit de contacts au niveau familial ou de sujets atteints de co-morbidité comme les séropositifs pour le VIH.

En 2000, 49% des tuberculoses dépistées « activement » l'ont été à l'hôpital ou dans la pratique d'un généraliste ou d'un spécialiste. L'autre partie (51%) a été mise en évidence par le secteur préventif.

Seulement 16% des cas de tuberculose déclarés ont été dépistés à l'occasion d'un dépistage « actif ». Cette proportion est plus élevée (27%) si l'on ne considère que les tuberculeux appartenant à un groupe à risque et elle est moindre (11%) chez les patients atteints d'une affection favorisante.

⁴ La probabilité pour un patient doublement infecté de développer une tuberculose est de 10% par an, alors qu'elle n'est que de 10% sur la vie chez un sujet séronégatif pour le VIH

⁵ chez les enfants ≤ 5 ans à partir du 1^{er} janvier 2002

La plupart des patients tuberculeux ont donc été dépistés « passivement », à l'occasion d'une consultation spontanée, le plus souvent pour plaintes. Ce faible rendement du dépistage actif est généralement la règle dans les pays à basse incidence de tuberculose. La situation est similaire en Région bruxelloise (16%) alors qu'en Flandre la proportion de cas de tuberculose dépistés activement n'est que de 9%.

Ceci démontre qu'il est important de développer parallèlement à l'organisation d'un dépistage ciblé, une politique de sensibilisation et d'information des populations à risque, des relais concernés, et des médecins afin de favoriser un diagnostic précoce de la tuberculose.

6. Le problème de la résistance aux médicaments antituberculeux

La résistance aux médicaments antituberculeux n'est pas un phénomène nouveau ; elle prend cependant, à l'heure actuelle, des proportions de plus en plus inquiétantes surtout dans les pays du Tiers Monde et de l'Europe de l'Est. Dans notre pays un réseau de surveillance a été instauré en 1993 par la FARES/VRGT en collaboration avec les laboratoires testant la sensibilité des souches tuberculeuses. Les analyses portent sur l'isoniazide (INH), la rifampicine (RMP) et l'éthambutol (EMB). Le pyrazinamide (PZA) n'a pas été considéré vu le manque de fiabilité du test in vitro.

La résistance⁶ des cas de tuberculose déclarés en Wallonie est exposée au tableau 8. Elle est plus fréquente chez les sujets déjà traités auparavant (résistance acquise) que chez ceux qui n'ont jamais reçu de traitement antituberculeux (ou pendant moins d'un mois). Cette dernière résistance dite primaire résulte d'une contamination à partir d'un malade contagieux atteint d'une tuberculose à germes résistants.

Résistance	Pas d'antécédents de traitement		Antécédents de traitement		Antécédents inconnus		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Monorésistance								
INH	8	5,1	2	6,1	1	4,3	11	5,2
RMP	2	1,3	-	-	-	-	2	0,9
EMB	2	1,3	-	-	-	-	2	0,9
Total	12	7,7	2	6,1	1	4,3	15	7,1
Multirésistance								
INH+RMP	-	-	-	-	-	-	-	-
INH+RMP+EMB	1	0,6	2	6,1	-	-	3	1,4
Total	1	0,6	2	6,1	-	-	3	1,4
Polyrésistance								

⁶ il n'a pas été possible en 2000 de faire, comme le recommande l'OMS et l'UICTMR (2), la distinction entre la résistance en début de traitement et celle apparue en cours de traitement.

INH+EMB	1	0,6	-	-	-	-	1	0,5
RMP+EMB	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	1	0,6	-	-	-	-	1	0,5
Résistance totale								
INH	10	6,4	4	12,1	1	4,3	15	7,1
RMP	3	1,9	2	6,1	-	-	5	2,4
EMB	4	2,6	2	6,1	-	-	6	2,8
Au moins une résistance	14	9,0	4	12,1	1	4,3	19	9,0
Total des cas testés	156	100	33	100	23	100	212	100

En 2000, les résultats de l'antibiogramme sont disponibles chez 212 patients sur les 313 dont la culture s'est avérée positive (68%).

La majorité des souches testées sont sensibles ; une résistance à l'égard d'au moins un médicament antituberculeux n'est présente que dans 9% des cas.

Une multirésistance - c.à.d une résistance au moins à l'égard des 2 antibiotiques majeurs de la tuberculose, l'isoniazide (INH) et la rifampicine (RMP) - a été diagnostiquée chez 3 patients (1,4%). Il s'agit de personnes d'origine étrangère, dont 2 ont déjà été traitées auparavant. Toutes sont atteintes d'une tuberculose pulmonaire, potentiellement contagieuse. Parmi les 3 patients, 2 ont le statut de demandeurs d'asile.

La résistance primaire à l'INH est de 5,1% en Wallonie. Au vu de ce résultat, et selon les recommandations de l'ATS et du CDC⁷ (3), une quadrichimiothérapie devrait être instaurée d'emblée dans cette région chez tous les tuberculeux en primo-traitement.

Cette attitude doit cependant être nuancée ; la différence de résistance entre sujets originaires de pays à basse prévalence (3,5%) et à haute prévalence (14,3%)⁸ permet de justifier la prescription, en premier traitement, d'une trichimiothérapie chez les premiers⁹ et d'une quadrichimiothérapie chez les seconds. Ces recommandations sont aussi d'application en Belgique puisqu'au niveau national les résultats relatifs à la résistance primaire à l'égard de l'INH sont respectivement de 2,7% et de 9,3% dans les deux populations sus-mentionnées.

⁷ prescription d'une quadrithérapie si la résistance primaire à l'INH est supérieure à 4% dans la région concernée

⁸ la résistance primaire à l'INH est de 3,8% chez les Belges versus 12% chez les non-Belges

⁹ du moins s'il n'y a pas eu de contact connu avec une source de contamination (multi)résistante

7. Evaluation de l'efficacité du traitement des cas de tuberculose déclarés en 1999

Selon les recommandations de l'OMS et de l'UICMR (4), il est nécessaire d'évaluer après un an le taux de guérison des cas de tuberculose afin de pouvoir estimer l'efficacité des traitements instaurés. La méthodologie préconise de ne considérer que les cas à localisation pulmonaire positifs à la culture.

En Région wallonne, une rétro-information a été obtenue chez 248 des 278 cas de tuberculose déclarés en 1999, qui répondaient aux critères de sélection (89%).

Parmi ceux-ci :

- 6 se sont avérés, a posteriori, non tuberculeux ; il s'agissait essentiellement de mycobactérioses atypiques
- 10 étaient encore sous traitement après un an ; parmi ceux-ci 3 patients étaient atteints d'une tuberculose à germes multirésistants qui requiert une durée de chimiothérapie de l'ordre de 18 à 24 mois. Dans les autres cas, la prolongation au-delà des 6 à 9 mois requis pour le traitement d'une tuberculose pulmonaire n'a pu être expliquée par les informations recueillies via le questionnaire.
- Pour 4 cas, le résultat du traitement n'était pas mentionné.

Les résultats exposés au tableau 9 concernent donc les 228 cas de tuberculose pulmonaire positifs à la culture qui se sont avérés éligibles dans le cadre de l'évaluation du traitement.

Tableau 9. Résultats du traitement des cas de tuberculose pulmonaire positifs à la culture déclarés en 1999 (Région wallonne)		
	Nombre	%
Traitement entièrement terminé avec preuve de guérison bactériologique	68	30
Traitement entièrement terminé sans preuve de guérison bactériologique	97	42,5
Traitement interrompu	2	1
Décédé de tuberculose	4	2
Décédé d'une affection autre que la tuberculose	47	21
A quitté la Belgique avant la fin de traitement	3	1
Perdu de vue	7	3
TOTAL	228	100

Septante trois pour cent des patients ont terminé leur traitement et peuvent être considérés comme guéris. Parmi ceux-ci, la preuve bactériologique de la guérison dans la deuxième phase de la chimiothérapie a été obtenue dans 41% des cas.

Le taux de guérison visé par l'OMS est de 85%.

Le faible taux de la Wallonie peut s'expliquer par une proportion très importante de décès (23%) dont 4 seulement sont liés à la tuberculose. La plupart des personnes décédées d'une autre affection sont belges (40/47) et âgées de plus de 64 ans (35/47). Pour certaines, une ou plusieurs pathologies associées ont été identifiées : diabète (7), silicose ou pneumopathie interstitielle (14), VIH (1), immunodépression – maladie autre que le VIH ou traitement - (22).

Ce problème n'est pas spécifique à la Wallonie; on le retrouve au niveau national mais également dans la plupart des pays occidentaux où l'incidence de la tuberculose est plus importante dans les tranches d'âge supérieures de la population.

Parmi les 7 perdus de vue (3%), 2 sont d'origine étrangère dont un demandeur d'asile et un toxicomane. Deux des 5 Belges (tous des hommes) ont des problèmes d'alcoolisme, un est séropositif pour le VIH et un autre était incarcéré au moment du diagnostic de la maladie.

Les 3 départs avant la fin du traitement concernent des demandeurs d'asile.

L'adhésion au traitement est un élément essentiel pour obtenir la guérison et pour prévenir le développement d'une résistance secondaire aux médicaments antituberculeux. Parmi les patients de la cohorte de 1999, pour lesquels cette information est disponible, 96% ont suivi régulièrement la chimiothérapie.

8. Conclusion

La tuberculose touche grosso modo un habitant sur 10.000 en Wallonie (alors qu'à Bruxelles il s'agit de 4 cas pour 10.000 habitants). Elle est plus fréquente dans les grandes villes où les personnes à risque ont tendance à se regrouper.

De manière générale, le contrôle de la tuberculose nécessite :

- La surveillance épidémiologique de l'endémie ce qui implique notamment la déclaration effective de tous les cas de tuberculose suspectés ou avérés de tuberculose à l'Inspection d'Hygiène (coordonnées en annexe).
- L'optimisation du dépistage dans les groupes à risque et parmi les contacts¹⁰, en mettant en place un réseau de collaboration entre les différentes instances concernées qu'elles soient curatives, préventives ou institutionnelles.
- La prise en charge efficace des cas actifs de la maladie en vue d'obtenir leur guérison tout en évitant le développement de la résistance aux médicaments antituberculeux. Ceci implique la prescription d'un traitement adéquat par le médecin - qui doit tenir compte de la sensibilité des souches tuberculeuses -, ainsi qu'une prise effective des médicaments par le patient. Le recours à une supervision du traitement s'avère nécessaire en cas de non compliance et de multirésistance. Les services de la FARES peuvent être sollicités dans ce cas (coordonnées en annexe).
- L'isolement des patients contagieux dans les meilleures conditions possibles afin de limiter la dissémination des bacilles tuberculeux.
- L'accès aux soins pour les patients dépourvus de sécurité sociale, y compris pour les illégaux et les demandeurs d'asile déboutés. Dans ce dernier cas, l'aide médicale urgente doit être octroyée par les CPAS lorsqu'elle est justifiée. Dans certaines circonstances, la FARES peut être sollicitée pour une prise en charge sociale et pour délivrer gratuitement les médicaments requis.

¹⁰ qu'il s'agisse d'une recherche de personnes contaminées ou d'un éventuel contaminateur

Annexes

La tuberculose dans les provinces wallonnes en 2000

	Namur		Hainaut		Liège		Luxembourg		Br. Wallon	
Nombre de cas	59		167		102		24		26	
Incidence /100.000	13,3		13,1		10		9,7		7,4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexe masculin	44	75	115	69	71	70	12	50	13	50
Origine HP	20	34	34	20	31	30	8	33	11	42
Age : 0-14 ans	2	3	5	3	4	4	1	4	1	4
15-64 ans	37	63	95	57	62	61	18	75	17	65
> 64 ans	20	34	67	40	36	35	5	21	8	31
Groupes à risque										
Illégaux	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-
C. réfugiés	16	27	8	5	10	10	6	25	1	4
Prisonniers	-	-	-	-	-	-	1	4	-	-
Défavorisés	8	14	39	23	2	2	4	17	5	19
Contacts	7	12	12	7	-	-	3	12,5	2	8
Travailleurs GR	1	2	7	4	4	4	-	-	3	11,5
Affections favorisantes										
VIH	4	7	3	2	4	4	1	4	3	11,5
Toxicomanie	1	2	2	1	-	-	-	-	-	-
Alcoolisme	7	12	28	17	13	13	2	8	2	8
Diab./Ins.Rénale	2	3	8	5	5	5	-	-	-	-
Aff. Resp. chron.	6	10	30	18	22	22	-	-	2	8
Immunodépres.	4	7	13	8	4	4	3	12,5	-	-
Chirug.Gastro.	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Type de dépistage										
Cons. Spontanée	39	66	154	92	88	86	14	58	12	46
Actif Contacts	10	17	9	5	2	2	1	4	1	4
Actif Ciblé	10	17	3	2	12	12	9	37,5	2	8
Non précisé	-	-	1	1	-	-	-	-	11	42
Dépisté par										
FARES	4	7	-	-	5	5	3	12,5	-	-
Serv. Préventifs	11	19	2	1	7	7	1	4	-	-
Hôp./Méd. Spéc.	44	75	153	92	86	84	17	71	22	85
Méd. Généraliste	-	-	11	7	4	4	3	12,5	4	15
Non précisé	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Nbre de décl. par cas	1,3		1,3		1,2		1,2		1,3	

HP : pays à haute prévalence de tuberculose
GR : groupe à risque

Définitions

Facteur favorisant : affection qui facilite le passage de l'infection tuberculeuse latente au stade de la tuberculose-maladie.

Bacille de Koch : microbe de la tuberculose découvert par Robert Koch en 1882. Sa forme en bâtonnet lui a valu le nom de « bacille » ; il est appelé communément BK.

Candidat réfugié : sujet d'origine étrangère ayant obtenu le statut de candidat réfugié politique. Le demandeur d'asile est encore dans la procédure pour obtenir ce statut. Dans ce document, le terme de candidat réfugié est utilisé indifféremment pour tout sujet en voie d'obtenir ou ayant obtenu le statut de candidat réfugié politique.

Dépistage actif : organisation d'un dépistage chez une personne ou un groupe de personnes à risque afin de mettre en évidence une infection tuberculeuse latente ou une tuberculose-maladie. Les contacts d'un cas de tuberculose constituent un groupe à risque particulier et prioritaire.

Dépistage passif : diagnostic de tuberculose chez un patient ayant consulté spontanément, le plus souvent pour plaintes.

Groupe à risque : groupe de personnes ayant un risque plus important de développer une tuberculose du fait de contacts répétés avec les bacilles tuberculeux.

Incidence de la tuberculose : nombre de nouveaux cas de tuberculose active par an et par 100.000 habitants.

Infection tuberculeuse latente : présence de bacilles tuberculeux dans l'organisme à l'état « dormant ». A ce stade, il n'y a ni signes cliniques, ni signes radiologiques mais un test tuberculinique positif.

Monorésistance : résistance à l'égard d'un seul médicament antituberculeux.

Multirésistance : résistance au moins à l'égard des deux antituberculeux majeurs que sont l'isoniazide et la rifampicine.

Mycobactérie : bactérie du genre mycobacterium. Le bacille tuberculeux fait partie du complexe *Mycobacterium tuberculosis* comprenant : *M. tuberculosis* (ou *hominis*), *M. bovis* et *M. Africanum*.

Phase de continuation : deuxième phase du traitement ayant pour objectif l'élimination des bacilles persistant après la première phase.

Phase initiale : première phase du traitement ayant pour objectif l'élimination des bacilles à multiplication rapide.

Pays à haute prévalence de tuberculose :

- Asie (sauf Japon et Israël)
- Afrique
- Amérique Centrale et du Sud
- Océanie (sauf Australie et Nouvelle Zélande)
- Europe : tous les pays exceptés la Communauté Européenne, la Suisse, la Norvège et l'Islande.

Polyrésistance : résistance à l'égard d'au moins deux médicaments antituberculeux; sa forme la plus redoutable est la multirésistance.

Prévalence de la tuberculose : nombre de cas (nouveaux et anciens) de tuberculose active par 100.000 habitants à une période donnée.

Quadrithérapie : traitement comprenant dans sa phase initiale 4 médicaments antituberculeux (par exemple : isoniazide, rifampicine, pyrazinamide, et éthambutol).

Récidive : patient dont la tuberculose antérieure a guéri, sous traitement, mais qui recommence un nouvel épisode de la maladie au moins 12 mois après la fin du premier.

Résistance : caractéristique d'une souche résistant aux concentrations tissulaires généralement atteintes avec des doses usuelles d'un médicament.

Résistance primaire : résistance qui se développe chez un patient tuberculeux n'ayant jamais été traité auparavant (ou traité pendant moins d'un mois). Elle résulte d'une contamination par des bacilles résistants.

Résistance secondaire ou acquise : résistance qui se développe chez un patient tuberculeux ayant déjà été traité antérieurement (pendant plus d'un mois). Elle résulte d'un traitement inadéquat, d'un dosage insuffisant des médicaments, d'interruptions thérapeutiques.

Trichimiothérapie : traitement comprenant dans sa phase initiale 3 médicaments antituberculeux (par exemple : isoniazide, rifampicine, pyrazinamide -ou éthambutol-).

Tuberculose active : tuberculose-maladie avec présence de signes cliniques et/ou radiologiques et/ou bactériologiques

Tuberculose disséminée : elle inclut la tuberculose miliaire ainsi que toute tuberculose touchant plus de deux organes ou toute tuberculose avec détection de bacilles dans le sang.

Tuberculose pulmonaire : forme la plus fréquente de tuberculose qui touche les poumons et/ou les bronches. A l'heure actuelle, les tuberculoses laryngées sont comprises dans cette catégorie. Dans la classification européenne appliquée par la Belgique, la tuberculose pulmonaire est toujours considérée comme un site majeur ; les autres formes sont des sites mineurs ou majeurs suivant qu'il y a ou non une association avec une localisation pulmonaire.

Tuberculose extra-pulmonaire : toute forme de tuberculose qui touche d'autres organes que les poumons ou les bronches.

Abréviations

ATS :	American Thoracic Society
CDC :	Centers for Disease Control and Prevention
CFB :	Communauté Française de Belgique
CPAS :	Centre Public d'Aide Sociale
EMB :	éthambutol (Myambutol®)
Euro TB :	réseau européen de surveillance de la tuberculose
FARES :	Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé
GR :	groupe à risque
ID :	intraderno-réaction à la tuberculine
INH :	isoniazide (Nicotibine®)
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONE :	Office de la Naissance et de l'Enfance
PZA :	pyrazinamide (Tébrazid®)
RMP :	rifampicine (Rifadine®)
RX :	radiographie
TBC :	tuberculose
UICTMR :	Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires
VRGT :	Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding

Références

1. Rapport sur l'état de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale. COCOM; septembre 2000
2. Schwoebel V., Lambregts-van Weezenbeek C., Moro M.L., Drobniowski F., Hoffner S., Raviglione M., Rieder H. Standardization of antibuberculosis drug resistance surveillance in Europe. *Eur Respir J* 2000; 16 : 364-371.
3. CDC/ATS. Initial therapy for TB in the era of MDR. Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of TB. *MMWR* 1993 ; 42 (7) : 1-8
4. Veen J., Raviglione M., Rieder H., Migliori G.B., and al. Standardised tuberculosis treatment outcome monitoring in Europe. *Eur Respir J* 1998 ; 12 :505-510.

Coordonnées des Inspections d'Hygiène en Communauté française

Bruxelles

Docteur V. GILBERT
Médecin Inspecteur
Service de la Santé
Commission Communautaire Commune
Avenue Louise, 183 à 1050 BRUXELLES
Tél. : 02/502.60.01 - Fax : 02/502.59.05

Hainaut, Brabant Wallon et Luxembourg

Docteur A. MOREAU
Médecin Inspecteur
Place du Parc 27 à 7000 MONS
Tél. : 065/32.83.71 - Fax : 065/32.83.75

Liège et Namur

Docteur Y. PIRENNE
Médecin Inspecteur
rue d'Ougrée, 65, B001 à 4031 ANGLEUR
Tél. : 04/364.14.00 - Fax : 04/364.13.00

Coordonnées des Unités de Secteur de la F.A.R.E.S.

Unité de Secteur de **BRUXELLES** et du **BRABANT WALLON**

Rue de la Concorde 56 – 1050 BRUXELLES
Tél. : 02/512.33.42 ou 511.54.01 – Fax : 02/512.32.73
Prof. SERGYSELS – Mmes DELMEULLE, ROBERT, SEGERS, VIOLON
Mme OBEE pour le Brabant Wallon (02/514.66.64)

Unité de Secteur du **HAINAUT**

HAINAUT CENTRE : Place du Parc 27 – 7000 MONS
Tél. : 065/32.83.79 – 065/32.83.78 – Fax : 065/32.83.79
Dr ROBIENCE – Mmes GODART et OBEE

Rue Chavée 62 – 7100 LA LOUVIERE
Tél. : 064/22.30.17
Dr ROBIENCE – Mme BOURDIAUX

HAINAUT OUEST : Rue de Cordes 9 – 7500 TOURNAI
Tél. : 069/22.66.90 – Fax : 069/22.66.90
Dr ROBIENCE – Mme MEURIS

HAINAUT EST : Bld Zoé Drion 1, Espace Gailly – 6000 CHARLEROI
Tél. : 071/31.35.04 – Fax : 071/31.35.04
Dr ROBIENCE – Mme THUNUS

Unité de Secteur de **LIEGE**

Rue de l'Hôpital – Sart Tilman b 23 – 4000 LIEGE
Tél. : 04/366.27.97 – Fax : 04/366.28.12
Dr GOSSET – Mme JACQMARD (coordinatrice)

Unité de Secteur du **LUXEMBOURG**

REGION NORD : Rue Erène 1 – 6900 MARCHE
Tél. : 084/32.06.40 – Fax : 084/32.06.41
Dr SMEETS – Mme DUMONT

REGION SUD : Rue Sesselich 161 – 6700 ARLON
Tél. : 063/22.40.76 – Fax : 063/22.40.76
Dr SMEETS – Mme GOB

Unité de Secteur de **NAMUR**

Rue Château des Balances 3b – 5000 NAMUR
Tél. : 081/72.37.69 ou 081/62.66.10
Fax : 081/72.37.53 – 081/62.66.19.
Dr DAUMERIE – Mme HAUTOT (coordinatrice)

Toute information complémentaire peut être obtenue auprès de la FARES

56, rue de la Concorde – 1050 Bruxelles
Tél : 02 /512.29.36 Fax : 02/512.32.73
e- mail : maryse.wanlin@euronet.be
Site web : <http://www.fares.be>

Les rapports épidémiologiques relatifs à la Belgique et à la Région bruxelloise peuvent être demandés à la FARES ou consultés sur son site Web à partir de mars 2002

Le rapport de la Flandre peut être obtenu auprès de la VRGT

56, rue de la Concorde - 1050 Bruxelles
Tél : 02/512.54.55 Fax : 02/511.46.14
e-mail : vrqt@village.uunet.be
Site web : <http://www.vrqt.be>

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport.

Janvier 2002