

### *La lettre d'information du diplôme et de la capacité de médecine tropicale des pays de l'océan indien*

#### **N° 47 – Mars 2016**

#### ***La lettre d'information n° 47 du 31 mars 2017 traite de la tuberculose, à l'occasion de la journée mondiale contre la tuberculose qui est fixée chaque année au 24 mars.***

La Journée mondiale de lutte contre la tuberculose, qui s'est tenue le 24 mars 2017, a eu pour thème : « S'unir pour mettre fin à la tuberculose ». Cette année, l'OMS met spécialement l'accent sur les efforts pour « Ne laisser personne de côté », avec des actions visant à lutter contre la stigmatisation, les discriminations, la marginalisation et à surmonter les obstacles empêchant l'accès aux soins.

La journée mondiale de lutte contre la tuberculose commémore la découverte en 1882 par le Professeur Robert Koch (1843-1910) - prix Nobel de médecine en 1905 - de la cause de cette maladie : le bacille de la tuberculose ou bacille de Koch ou BK. Cette découverte a ouvert la voie au diagnostic de la tuberculose qui ravageait alors l'Europe et les Amériques, causant la mort d'une personne sur sept.

En 2017, les Objectifs du Développement Durable (ODD) des Nations Unies visent notamment à mettre fin à la tuberculose d'ici 2030. Même si la lutte contre la tuberculose a fait d'importants progrès - 49 millions de vie ont été sauvées depuis 2000 - la bataille n'est pas gagnée : plus de 4 000 personnes en meurent chaque jour dans le monde.

La tuberculose est aujourd'hui la maladie infectieuse la plus meurtrière au niveau mondial. Elle demeure dans les 10 premières causes de mortalité avec 1,8 million de décès en 2015 (1,4 million dus à la tuberculose et 0,4 million de décès supplémentaires concernant les cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH). Par comparaison, l'infection à VIH/Sida a provoqué 1,1 million de décès et le paludisme 429 000 décès en 2015.

La tuberculose est toujours un fléau mondial. Pourtant, à partir de 1952, avec l'apparition d'une chimiothérapie efficace, le déclin de la tuberculose était réel. Dans les pays industrialisés, le risque d'infection déclinait de 10 à 15% et le seuil d'éradication était fixé à 2015-2030. Dans les pays en développement, le taux de déclin était de 5 à 10% en Amérique latine, dans les Caraïbes et en Afrique du nord. Il était au maximum de 3% en Afrique subsaharienne et en Asie du sud-est, du même ordre que le taux de croissance démographique.

On a assisté, dès 1986, à une recrudescence de la tuberculose dans le monde. C'est aux Etats-Unis d'Amérique que l'augmentation du nombre de cas a d'abord été signalée (3% en 1986, 6% en 1990) et le rôle de l'infection à VIH/Sida est apparu très vraisemblable dans cette résurgence. En Afrique sub-saharienne et en Asie du sud-est, l'importance de l'endémie tuberculeuse et la prévalence élevée de l'infection à VIH/Sida ont rendu cette situation plus fréquente qu'ailleurs. Dès les premières études menées en Afrique Centrale et de l'Est, un taux de co-infection tuberculose-infection à VIH/Sida égal ou supérieur à 30% fut noté.

Depuis 1994, un deuxième facteur de gravité s'est surajouté à l'infection à VIH : la résistance aux médicaments antituberculeux réalisant la tuberculose à germes multi-résistants (TB-MR) et la tuberculose à germes ultra-résistants (TB-UR).

Le Rapport 2016 sur la tuberculose dans le monde révèle des chiffres toujours aussi alarmants. On a enregistré en 2015, 10,4 millions de nouveaux cas de tuberculose à travers le monde (8,6 millions en 2012, 9 millions en 2013, 9,6 millions en 2014). Six pays représentent 60% de la charge totale : l'Inde est la plus touchée, suivie par l'Indonésie, la Chine, la Nigeria, le Pakistan et l'Afrique du Sud. 1,8 million de personnes sont décédées en 2015 (1,3 million en 2012, 1,5 million en 2013 et en 2014), dont 400 000 co-infectés avec le VIH. L'augmentation du nombre de nouveaux cas montre, en fait, une amélioration de la collecte des données. D'ailleurs, le taux de mortalité par tuberculose est en baisse : il a diminué de 22% entre 2000 et 2015. Plus de 3 millions de vie ont été sauvées en 2015. Mais, sur les 10,4 millions de tuberculeux, seuls 6,1 millions ont été détectés et notifiés. En outre, le

taux de réduction des cas de tuberculose est demeuré inchangé, à 1,5%, de 2014 à 2015. Ce taux doit progresser en vue d'atteindre 4% à 5% d'ici 2020 pour franchir le première étaupe de la *Stratégie Halte à la tuberculose* approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé.

L'« Objectif 90-90-90 » est le nouveau plan 2016-2020 de lutte contre la tuberculose. L'idée est de diagnostiquer 90% des personnes qui en sont atteintes, dont 90% des populations les plus fragiles et assurer 90% de guérisons grâce aux traitements. S'ils sont atteints, ces buts devraient permettre d'éradiquer les épidémies de tuberculose à l'horizon 2030.

Mais, il y a deux défis à relever : la tuberculose multi-résistante et la co-infection tuberculose /infection à VIH.

La tuberculose multi-résistante continue de constituer une grave crise de santé publique L'OMS estime que 480 000 personnes ont développé en 2015 une tuberculose multi-résistante (MR-TB), et 100 000 autres une tuberculose résistante à la rifampicine. Trois pays supportent la charge principale de cette maladie : l'Inde, la Chine et la Russie, qui représentent près de la moitié des cas enregistrés au niveau mondial. Seul un patient sur cinq a eu accès à un traitement de seconde intention. Seules 125 000 (20%) ont été enregistrées et traitées. Près de 9,5% des cas de MR-TB ont fait une tuberculose ultra-résistante (UR-TB). Les taux de guérison de la MR/TB sont de 52%, ceux de la UR-TUB de 28% (vs 83% pour les cas de tuberculose non résistante). La UR-TB est actuellement signalée dans une centaine de pays en particulier en Afrique du Sud. 69% des cas de UR-TUB sont liés à une transmission d'homme à homme et non à un traitement inadapté.

Rappelons que l'OMS a rédigé en 2011 des recommandations sur le traitement des souches multi-résistantes : un aminoside injectable, le pyrazinamide, une fluoroquinolone et l'éthionamide doivent être systématiquement utilisés, l'ajout de l'acide para-aminosalicylique (PAS) ou de cyclosérine afin d'atteindre une pentathérapie au début du traitement étant également recommandé, sous réserve de sensibilité de l'une des ces deux molécules. La durée du traitement est de 18 à 24 mois.

Le seul test de diagnostic rapide actuellement disponible pour le dépistage de la tuberculose et de la résistance à la rifampicine est le Xpert MTB/RIF®. Un autre test, le test MTBDRsi détecte les résistances aux médicaments de 2<sup>ème</sup> intention (fluoroquinolones et médicaments injectables), ce qui permet des schémas thérapeutiques plus courts de 9 à 12 mois, introduits en 2016 en Afrique et en Asie pour le traitement des MR-TB non résistantes aux médicaments de 2<sup>ème</sup> intention.

Les « nouveaux » médicaments sont actuellement à disposition pour traiter la UR-TB. La bédaquiline (Sirturo®) est utilisée dans 70 pays. Elle est disponible gratuitement depuis avril 2015 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La délamanide (Delytba®) a été introduite dans 39 pays en 2015.

L'épidémie de tuberculose et d'infection à VIH/Sida constitue un autre déficit. On a estimé en 2015 qu'1,2 million (11%) de personnes ayant développé une tuberculose évolutive étaient séropositives pour le VIH et que la tuberculose a été la cause de 0,4 million de décès chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). En 2015, 55% des patients tuberculeux notifiés pouvaient présenter les résultats d'un test de diagnostic du VIH ; 78% de sujets tuberculeux VIH-positifs étaient sous TAR. La stratégie de lutte contre le VIH de 2015 « Traiter tout le monde » doit permettre d'enrayer l'épidémie de tuberculose associée au VIH.

Près d'un million d'enfants de moins de cinq ans et les PVVIH ont pu accéder à un traitement préventif de la tuberculose en 2015, soit une augmentation de 60% par rapport à 2013

Le manque de fonds compromet les efforts pour lutter contre l'épidémie mondiale de tuberculose. En 2016, le déficit a été de près de 2 milliards US\$ : 8,3 milliards US\$ étaient nécessaires, mais seulement 6,6 milliards ont été destinés à la lutte contre la tuberculose. Ce déficit va s'aggraver pour atteindre 6 milliards d'ici 2020 si les niveaux actuels de financement n'augmentent pas.

Les 16 et 17 novembre 2017 aura lieu à Moscou la première conférence ministérielle mondiale sur la tuberculose. Une action multisectorielle de haut niveau est, en effet, nécessaire pour mettre fin à la tuberculose : c'est l'objectif de cette conférence. Une déclaration ministérielle sera signée lors de cette conférence. Les pays prendront des engagements pour accélérer l'action visant à mettre un terme à la tuberculose et à franchir les jalons menant aux ODD fixés pour 2030. Cette déclaration servira de base de travail pour la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la tuberculose qui se tiendra en 2018. La tuberculose sera-t-elle éliminée en 2030 ?

## Références

- OMS. Rapport 2016 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. 13 octobre 2016.
- OMS. Un test de diagnostic rapide et un traitement plus court et moins cher donnent un nouvel espoir aux patients atteints de tuberculose multi-résistante. Centre des médias. 12 mai 2016.
- OMS. Journée mondiale de lutte contre la tuberculose 2017. S'unir pour mettre fin à la tuberculose. Ne laisser personne de côté. 6 mars 2017
- OMS. Première conférence ministérielle mondiale. Mettre fin à la tuberculose à l'ère des ODD : une réponse multisectorielle. 16-17 novembre 2017

Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère. Texte écrit le 31 mars 2017  
e-mail : aubry.pierre@wanadoo.fr