

Incidence de la tuberculose dans le service de pneumologie du CHU du Point «G».

Incidence of tuberculosis in the service of respiratory in CHU Point "G"

Sissoko Boubacar Fassara, Kenya Guzmán Pileta, Yacouba Toloba, Dianguina Soumare, Khadidia Ouattara, Delphin Coello Morales, Ibrahim Guindo, Gabriel Pascual, Diallo Souleymane

* Service de pneumologie du CHU du Point G. Bamako

RESUME

Nous avons décidé de faire une étude rétrospective et descriptive afin de déterminer l'incidence de la tuberculose chez les patients qui fréquentent le service de pneumologie du Centre Hospitalier universitaire du Point «G» à Bamako au Mali, de janvier à décembre 2011. La population d'étude, était composée de 704 patients dont 465 hommes et 239 femmes (patients tuberculeux toutes formes confondues soit un sex-ratio d'environ 2 hommes (66 %) pour 1 femme (33%). Les formes extra pulmonaires étaient prédominantes avec (59.6%). Parmi elles, viennent respectivement : le mal de Pott avec (26.9%), suivi ensuite de la localisation pleurale et de la tuberculose Ganglionnaire. Sur les 704 patients de notre population d'étude, 64 patients soit (9%) ont été contrôlés VIH positifs. La tuberculose est une maladie infectieuse et contagieuse, ce qui fait de cette pathologie, un problème de santé publique à la fois individuellement et collectivement surtout avec l'avènement du VIH/SIDA.

Mots clés : Incidence, Tuberculose, Mal de Pott

ABSTRACT

We did a retrospective and descriptive study to determine the incidence of tuberculosis in patients attending the pulmonology department of the University Teaching Hospital of Point "G" in Bamako, Mali between January and December 2011. The study population was composed of 704 TB patients all forms, with a sex ratio of 2 males (66 %) and 1 female (33 %). Sixty four patients (9%) were HIV positive. Extra-pulmonary forms were most represented with 59.6%. Among those, Pott's disease was the most represented with 26.9% followed by pleural and lymph node tuberculosis forms. Tuberculosis is an infectious and contagious disease, which makes it a public health concern at both individual and community levels especially in this era of HIV/AIDS.

Key words: Incidence, Tuberculosis, Pott's disease

INTRODUCTION

La tuberculose (TB), constitue la plus importante maladie infectieuse humaine qui existe dans le monde, depuis le début de ce nouveau millénaire, malgré tous les efforts qui ont été entrepris pour son contrôle dans la dernière décennie, on estime que d'ici 2020 environ 1000 milliard de personnes seront infectés et 200 millions développeront la maladie parmi lesquels, 35 millions de décès (1,2). Cette situation lamentable a conduit l'OMS à déclarer en 1993, la TB comme une urgence de santé mondiale, en recommandant que les efforts soient intensifiés pour tenter de mettre en œuvre une stratégie

de lutte anti-TB commune : la stratégie « DOTS » (chimiothérapie de courte durée directement observée). Cependant, l'introduction de cette stratégie repose sur un certain nombre de composantes importantes qui, bien que similaires dans de nombreuses régions du monde, ont leurs propres particularités selon régions ou les pays (1, 2).

C'est pourquoi, la DOTS est la stratégie appropriée pour la lutte antituberculeuse (1,3). Actuellement, le tiers de la population mondiale est infecté par *M. tuberculosis* (1 milliard et 900 millions). On estime que d'ici 2020 environ 1000 milliard de personnes seront infectés et 200 millions développeront la maladie parmi lesquels, 35 millions de décès. En 2000, l'OMS a déclaré 8,4 millions de nouveaux cas dans le monde (1,5 millions appartiennent à l'Afrique subsaharienne et 3 millions en Asie du sud-est). Chaque année deux millions de personnes meurent de tuberculose, ce qui représente 25 % du nombre total de décès évitables chez les adultes dans les pays en développement. (1, 2, 4, 5)

Ces observations recommandent que d'avantages d'efforts soient faits pour mettre en œuvre une stratégie de lutte commune contre la TB avec une stricte application de la DOTS.

Cette stratégie est relativement simple a appliquée si pour autant il y a la volonté politique qui est sa composante fondamentale pour lutter contre les conditions qui sont à l'origine de l'augmentation des maladies endémiques (2). Au Mali, 6202 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été notifiés en 2008 dont 4734 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs, soit 76% selon le programme national de lutte contre la tuberculose. Notre objectif étant d'évaluer l'incidence de la tuberculose dans le service de pneumologie du CHU du Point «G», afin de mieux sensibiliser les populations et les autorités pour une meilleure prise en charge des patients tuberculeux.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Étude rétrospective et descriptive de janvier à décembre 2011 dans le service de Pneumologie au CHU du Point « G ». Tous les patients inclus dans notre étude ont été sélectionnés dans le cadre des consultations de routine et les malades hospitalisés dans le service quelque soit l'âge, le sexe ou l'origine ethnique, avec un diagnostic définitif de tuberculose.

Ont été inclus dans l'étude, les patients avec un faisceau de symptômes respiratoires et cliniques, frottis positif, radiographique suggestive de tuberculose ; ceux présentant des symptômes cliniques et respiratoires, frottis négatif, radiographique suggestive de tuberculose et sérologie VIH positive et ceux présentant des

symptômes cliniques d'une tuberculose Extra-pulmonaire, (IDR à la tuberculine positive, recherche de BAAR positive dans les sécrétions liquidiennes et/ou biopsie ramenant un follicule tuberculeux etc...).

RESULTATS

Notre échantillon était constitué de 704 tuberculeux dont 285 cas de forme pulmonaires et 419 cas de formes extra-pulmonaires soit 59,5% (Tableau I). Parmi les formes extra-pulmonaires, le mal de Pott avec 27% et les formes pleurales avec 25,5% étaient les plus observées. Les formes multifocales (1,7%) et hépatique (1,2%) étaient peu observées (Tableau II).

L'association VIH et tuberculose traduisant une coïnfection (Tableau III) a été observé avec une association VIH-Tuberculose de 9% ($p \leq 0.001$).

DISCUSSION

Compte tenu du fait que notre travail a été réalisé uniquement avec des patients diagnostiqués dans notre service, Nous considérons que (704) cas est acceptable car la plupart des localisations extra-pulmonaires sont diagnostiqués dans notre service qui est la seule référence avec des spécialistes de la tuberculose.

La majorité des études menées dans le cadre de tuberculose assure que la localisation pulmonaire est la plus fréquente ce qui n'est pas le cas de notre étude. Ces auteurs affirment que sur le plan épidémiologique cette localisation vraiment contagieuse recommande que la grande majorité des efforts soit orientée vers le dépistage des malades suspects de TB à microscopie positive (1, 8, 9, 10). Dans notre étude (59.5%) des cas sont des localisations extra-pulmonaires, nous pensons que cette différence s'explique par le fait que notre étude a été menée dans le seul service de pneumologie qui existe dans le pays. C'est le seul service de référence pour le diagnostic des cas de tuberculose à microscopie négative et les cas extra-pulmonaires.

Dans notre étude, la localisation extra-pulmonaire la plus couramment rencontrée est le mal de Pott (26.9%) ensuite viennent les localisations pleurales et ganglionnaires. Cela ne correspond pas aux données de la littérature internationale où la localisation pleurale est la forme la plus courante et pas le mal Pott (11).

Contrairement aux données de la littérature qui affirment que les tranches d'âge les plus couramment concernées se situent aux extrêmes, c'est-à-dire les enfants de 0 à 5 ans et les personnes âgées entre 65-70(1.6.7), notre étude montre que cette tranche d'âge se situe entre 16 à 59 ans ce qui est conforme aux données de Rieder HL et col (8,9 et 12).

Toutes les séries mondiales ayant étudié la tuberculose disent que les hommes sont plus affectés de 60-70 % que les femmes. Cela correspond pleinement aux conclusions de notre étude (7, 8, 9).

Alors que le VIH-sida et la tuberculose sont considérés comme des maladies ré émergentes et que les 2

affections existent habituellement en coïnfection chez les patients, les résultats de notre série (9%) sont comparables avec les données de la littérature (1,11).

CONCLUSION

Parmi tous les cas diagnostiqués au Mali au cours de l'année 2011, 704 cas ont été diagnostiqués dans le service de pneumologie de l'hôpital.

La tuberculose Extra-pulmonaire est la forme la plus courante avec respectivement par ordre de fréquence : Le Mal de Pott et la forme pleurale.

Groupe d'âge le plus touché se situe entre 16 à 59 ans avec une prédominance du sexe masculin

Nous ne remarquons pas une corrélation importante entre VIH-sida et la tuberculose.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Caminero J. Le tuberculose : guide pour les médecins spécialistes. Paris : Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (UICTER) ; 2003.
2. Organisation Mondiale de la Santé. DOTS : un guide pour comprendre la stratégie DOTS contre la tuberculose recommandée par l'OMS. Genève: Organisation Mondiale de la Santé ; 1999.
3. Maher D, Chaulet P, Spinaci S, Harries A. Traitement de la tuberculose : lignes directrices pour les programmes nationaux. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 1997.
4. Crofton J, N. Horne, Miller F. clinique la tuberculose. Paris : Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (UICTER) ; 1994.
5. Enarson DA, Rieder HL, Amador T, Trébuçq A. Gestion de la tuberculose. Paris : Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires ; 2000.
6. Marrero AL, Carrières, Valdivia JA., Montoro E, González E. Programme national de lutte contre la tuberculose à Cuba : Guide des règles et des procédures. La Havane : Sciences Médicales éd. ; 2005.
7. Et Suárez M, Valdivia J. Micobacterias. Chapitre 36 fr : Llop, Valdés-Dapena, Suazo, éditeurs, microbiologia y parasitologia Médica, Ciencias Médicas, La Habana 2001, p 363-385.
8. Rieder HL. Base épidémiologique de la lutte contre la tuberculose. Paris : Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (UICTER) ; 1999.
9. Rieder HL. Interventions pour la lutte contre la tuberculose et l'élimination. Paris : Union internationale contre la tuberculose et les maladies pulmonaires, Paris ; 2005
10. Global plan élevé la tuberculose 2006-2015. Actuar pour sauver des vies, le partenariat Halte à la tuberculose. Genève 2006
11. Pujadas Figueras C. Pujadas Figueras, Delmar Ramos Arias, Ernestina del Campo Mulet, Maira Cuba García, Themis C. Ramos Pujadas y Moisés Boronat del Campo. Tuberculose infantile: a maladie réémergence. MEDISAN 2008.
12. Rieder HL. Bases épidémiologiques de la lutte contre la tuberculose. Paris : Union internationale contre la tuberculose et les maladies pulmonaires, 1999.

Tableau I : Distribution des cas selon la forme clinique de la tuberculose

Formes cliniques	Effectif	%
Tuberculose pulmonaire	285	40.5
TB extra pulmonaire	419	59.5
Total	704	100

Tableau II : Patients atteints de tuberculose extra pulmonaire

Formes cliniques	Effectif	%
Mal de Pott	113	26.9
Pleurale	107	25.5
Ganglionnaire	57	13.6
Miliaire	50	11.9
Péritonéale	37	8.9
Rénale	17	4
Osseuse	14	3.4
Péricardite	12	2.9
Multifocale	7	1.7
Hépatique	5	1.2
Total	419	100

Tableau III : Co-infection TB- VIH/sida.

Présence de VIH	Effectif	%
Séropositif VIH	64	9
Sans le VIH	640	91
Total	704	100