

ETUDE DES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DE LA TUBERCULOSE DANS LA REGION DE TOMBOUCTOU STUDY OF EPIDEMIOLOGIQUES ASPECTS OF TUBERCULOSIS IN TOMBOUCTOU AREA

Sissoko BF¹, Toloba Y¹, Demebele BPP¹, Ouattara K¹, Soumaré D¹, Baye O¹, Berthé G¹, NacoA², DickoH³, Diawara SI⁴, Diallo S¹.

¹Service de Pneumologie CHU Point G, Bamako Mali BP 333

²PNLT, Bamako Mali (Programme National de Lutte contre la Tuberculose)

³DRS Tombouctou, Mali (Direction Régionale de la Santé)

⁴Département d'Épidémiologie des Affections Parasitaires, FMPOS (Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie) Bamako Mali

RESUME :

Etude rétrospective de type transversal de janvier à juin 2009 dans la région de Tombouctou dans le cadre de la supervision spécifique des activités de lutte contre la tuberculose, dont l'objectif principal était de faire l'analyse de la situation épidémiologique de la tuberculose dans la région de Tombouctou.

Le ratio était de 2 hommes pour une femme, cette prédominance masculine s'observait dans tous les cercles sauf à Niafouké où il avait une parité. Les nouveaux cas frottis positifs représentent 85% et le cercle de Tombouctou dépiste le plus grand nombre de tuberculeux de la région soit 29.6% des cas contrairement à Gourma RHAROUS 4.8% des cas. En faisant le même croisement pour le taux d'échec thérapeutique, nous constatons que le cercle de Goundam seul détient 50% des cas d'échec de la région. Le taux de perdus de vue est plus élevé dans le cercle de Tombouctou soit 46,7% contrairement à Niafouké où ce taux est de 5,6%. Les cas de Tuberculose à microscopie négative et les extra pulmonaires représentent respectivement 3,2 et 6,4% des cas de tuberculose de la région de Tombouctou. Nous avons retrouvé, une relation statistiquement significative ($P=0,004$) entre Echec et Décès dans toute la région. La lutte contre la tuberculose reste un combat qui mérite de requérir l'attention des pouvoirs politiques et la vigilance du personnel socio sanitaire.

MOTS CLES : Tuberculose, Epidémiologie, Tombouctou

SUMMARY:

Retrospective study of transverse type from January to June 2009 in the Tinbuktu area for specific supervision of activities to combat tuberculosis, whose main objective was to make the analysis of the epidemiological situation of tuberculosis in the Tinbuktu area.

The ratio was of two men for one woman, this male is observed in all circles except Niafunké where he had parity. The new cases of smear-positive cases represent 85% and the circle of Tinbuktu outwits the greatest number of TB patients in the region either 29.6% unlike Gourma RHAROUS 4.8 percent of the cases. By making the same crossing for therapeutic failure rate, we see that the single Goundam circle holds 50% of cases of failure of the region. Lost to rate is higher in the circle of Tinbuktu 46.7% Unlike Niafunké where this is 5.6%. Cases of tuberculosis in negative microscopy and pulmonary extra represent, respectively, 3.2 and 6.4 percent of cases of tuberculosis in the region of Tinbuktu. We have found a statistically significant relationship ($P = 0.004$) between failed and death in the region. The fight against tuberculosis remains a struggle that deserves to require the attention of political power and vigilance of social health.

Key words: Tuberculosis, epidemiology, Tinbuktu

INTRODUCTION

La tuberculose est une des maladies prioritaires de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) pour l'atteinte des objectifs mondiaux d'ici à 2015.

Bien que le nombre total de nouveaux cas de tuberculose soit en progression en valeur absolue (9.27 millions de cas) du fait de la croissance démographique, le nombre de cas par habitant est en diminution. Cette baisse s'opère lentement, avec moins de 1% par an. (1) La charge mondiale de la tuberculose diminue lentement pour atteindre les cibles en ce qui concerne la réduction du nombre de cas et de décès fixés pour 2015. Toutefois, si de plus en plus de patients ont accès à un traitement antituberculeux de qualité ainsi qu'à des interventions connexes telles que le traitement ARV (anti-rétroviral), on estime que 37% des nouveaux cas de tuberculose ne sont pas traités dans le cadre des Programmes DOTS (chimiothérapie de courte durée directement observée). Que jusqu'à 96% des nouveaux cas de tuberculose MR (Multi résistante) ne sont pas diagnostiqués et traités conformément aux recommandations internationales, que la majorité des cas de tuberculose VIH positifs qui ne connaissent pas leur statut sérologique n'a pas accès au traitement ARV (1, 2, 3, 4). Afin d'accélérer les progrès de la lutte contre la tuberculose dans le monde, ces chiffres doivent être réduits à l'aide des interventions et approches figurant dans la stratégie « Halte à la tuberculose ». (1).

Au Mali, sur les 35471 cas de tuberculose toutes formes attendues en 2008, seuls 5318 cas ont été notifiés parmi lesquels 3864 cas de nouveaux cas frottis positif soit un taux de détection de 25%. (5) La région de Tombouctou avec 65 cas notifiés pour 100.000 habitants en 2008 (5) est la région qui a détecté le plus de malades tuberculeux après Bamako. C'est une région de la bande sahélo saharienne avec une population nomade et sédentaire à vocation artisanale et agro pastorale.

L'objectif principal de l'étude est de faire l'analyse de la situation épidémiologique de la tuberculose dans la région de Tombouctou.

MATERIELS ET METHODE

Etude rétrospective de type transversal pendant 6 mois de janvier à juin 2009 dans la région de Tombouctou qui est subdivisée en 5 cercles : Tombouctou, Gourma Rharous, Niafouké, Diré et Goundam. La ville est située au nord du Mali, au sommet de la boucle du fleuve Niger avec une population de 607875 habitants.

Déroulement de l'étude : Au niveau de chaque centre de santé de référence, il y a un laboratoire d'analyse biomédicale qui fait le dépistage de la tuberculose et un agent de santé formé à la gestion des supports de la

tuberculose qui enregistrait les malades et administrait le traitement antituberculeux conformément aux directives du programme national de lutte contre la tuberculose.

Dans la pratique, il s'agissait de parcourir pendant 2 semaines toute la région en visitant tous les centres de santé de référence et 2 centre de santé communautaire par cercle pour faire un examen minutieux des supports de gestions des activités de lutte contre la tuberculose, de vérifier et corriger les rapports trimestriels de dépistage et de traitement, de faire des recommandations afin d'améliorer la prise en charge des patients tuberculeux.

Echantillonnage : Nous avons utilisé les registres de traitement et de laboratoire standard de l'OMS dans la gestion des malades tuberculeux pour constituer notre échantillon.

Pendant 6 mois, les malades ont été enregistrés sous formes de cohorte trimestrielle avec des examens de contrôle bactériologiques aux 2^{ème} et/ou 3^{ème} mois, au 5^{ème} mois et la fin du traitement (6^{ème} mois). Des rapports trimestriels de dépistage et de traitement ont été établis et les indicateurs de la lutte antituberculeuse calculés.

Critères d'inclusion : Tous les patients tuberculeux enregistrés dans les registres de traitement et de laboratoire pendant la période de l'étude étaient éligibles à l'étude.

Critères de non inclusion : Les malades tuberculeux enregistrés en dehors de la période de l'étude.

Les malades non enregistrés dans les registres de traitement et de laboratoire

Gestion des données : Les informations récoltées dans les centres de santé étaient saisies et analysées sur SPSS 12.0. Le test de chi² a été utilisé pour la comparaison des proportions avec un seuil de signification fixé à 5%.

RESULTATS

Notre étude s'est déroulée à Tombouctou du 1^{er} janvier au 30 juin 2009 soit 6 mois au cours desquels nous avons dépistés au total 147 malades, parmi lesquels 125 nouveaux cas frottis positifs soit 85% (85 hommes et 40 femmes), 4 cas frottis négatif soit (2.7%), 7 cas de tuberculose extrapulmonaires (5%), 4 rechutes (2.7%), 6 échecs (4%) et 1 cas de reprise évolutive soit (0.6%). En ce qui concerne la co-infection Tuberculose/VIH, seuls 64 patients soit (44%) ont été testés parmi lesquels 2 co-infectés. Le reste des patients au nombre de 83 soit (66%) n'ont pas été testés.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Le ratio selon le sexe était de 2 hommes pour une femme, cette prédominance masculine s'observait dans tous les cercles sauf à Niafunké où il y avait une parité. Cette prédominance masculine est constatée dans la plupart des études sur la tuberculose en Afrique au sud du sahara. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,8)

Les nouveaux cas frottis positifs représentaient 85% (Figure 1) des cas de tuberculose toutes formes dépistées pendant la période de l'étude, ce qui est comparable aux données de la littérature (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Les cas de tuberculose à microscopie négative et

les localisations extra pulmonaires représentent respectivement 3,2 et 6,4% des cas de tuberculose de la région de Tombouctou. Ce faible taux de dépistage des cas à microscopie négative et des formes extra pulmonaires serait probablement dû, d'une part à la faiblesse du plateau technique dans la plupart de nos régions et d'autre part la mise en avant au cours des campagnes de sensibilisation de la toux et de l'examen bactériologique des crachats comme les seuls éléments importants dans le diagnostic des cas de tuberculose.

Dans l'ensemble, nous avons constaté que le cercle de Tombouctou dépiste le plus grand nombre de tuberculeux de la région soit 29.6 % des cas (Tableau I). Ce constat s'explique par le fait que le cercle de Tombouctou est la capitale régionale avec au moins 2 laboratoires de dépistage de la tuberculose (Hôpital régional et le centre de santé de référence). C'est également le cercle le plus peuplé de la région. Par contre Gourma Rharous ne dépiste que 4,8% des cas de tuberculose de la région, c'est le cercle le moins peuplé et le plus aride de la région.

En ce qui concerne, le taux d'échec thérapeutique, nous constatons que le cercle de Goundam seul détient 50% des cas d'échec de la région (tableau I), c'est la zone des grands lacs de la région rendant inaccessibles certaines communautés à certaines périodes de l'année. La majorité de ces cas d'échec sont constatés au 5^{ème} mois du traitement c'est-à-dire en phase de continuation pendant laquelle, le traitement n'est pas supervisé par les agents de santé. Communauté nomade, les patients se déplacent avec le cheptel à la recherche de pâturages pour les animaux qui restent leur priorité malgré les différentes recommandations faites par les agents de santé avant le début du traitement. C'est également dans ce cercle que nous enregistrons le plus grand nombre de décès de malades tuberculeux, environ 30,8% soit le tiers de la région.

Nous avons retrouvé, une relation statistiquement significative ($P=0,004$) entre Echec et Décès dans toute la région (Tableau II).

Par rapport à l'évolution des indicateurs de suivi de traitement, nous avons constaté que Niafunké avec 83% de succès au traitement tend vers l'atteinte des objectifs de l'OMS (1, 5). Le résultat (100%) de Gourma Rharous est biaisé car ne concerne en réalité que 2 malades durant tout le semestre. Le taux de succès thérapeutique reste encourageant dans tous les cercles de la région malgré que les objectifs ne soient pas atteints, mais cela ne doit pas nous faire perdre de vue que les autres indicateurs de suivi du traitement qui sont très variables d'un cercle à l'autre sont très en deçà des objectifs de l'OMS.

Le taux de perdus de vue est plus élevé dans le cercle de Tombouctou soit 46,7% (Figure2) contrairement à Niafunké où ce taux est de 5,6 % proche de l'objectif de l'OMS (1, 5). Ce taux élevé de perdus de vue serait probablement lié au fait que ce cercle est la capitale régionale avec beaucoup d'activités commerciales et la présence des services de l'Etat, et donc beaucoup de malades non résidents s'y font dépistés et ne reviennent pas pour continuer leur prise en charge thérapeutique. Ceci

reste inquiétant sachant que la stratégie principale de la lutte antituberculeuse repose sur la guérison des cas détectés afin de rompre la chaîne de transmission de la maladie. Il faudrait donc à ce niveau mettre un accent particulier sur la recherche active des perdus de vue.

Le VIH reste à nos jours le facteur de risque le plus puissant pour développer une tuberculose maladie et la tuberculose met en péril l'évolution du statut VIH/SIDA. (1, 2, 3, 4, 5, 9,10). Dans cette étude pour la région de Tombouctou, malgré la disponibilité des tests, le dépistage du VIH n'a pas été proposé à plus de la moitié des malades tuberculeux conformément aux recommandations de la stratégie « Halte à la tuberculose » (1), ce qui a rendu les résultats inexploitable.

CONCLUSION :

La lutte contre la tuberculose reste un défi majeur dans le monde et en particulier dans les pays en développement en particulier face à la présence du VIH/SIDA et à l'apparition de la tuberculose multi résistante, dans le cadre des atteintes des objectifs du millénaire. Ce combat mérite de requérir l'attention des pouvoirs politiques et la vigilance du personnel socio sanitaire impliqué dans cette lutte de façon permanente surtout en ce qui concerne les cercles de Tombouctou et de Goundam où les taux d'échec et de perdus de vus sont élevés.

BIBLIOGRAPHIE :

1. OMS. (Organisation Mondiale de la Santé) Rapport Annuel 2009 sur la lutte contre la Tuberculose dans le Monde.
2. ELISARDES MGG, SISSOKO BF, DIALLO S, BAYE O, VICENTE MR. Aspects Radiographiques de la Tuberculose Pulmonaire chez les maladies atteints par le VIH. Mali Médical 2002 Tome XVII N°3-4.
3. DOMOUA K, N'DATHZ M, COULIBALY G, TRAORE F, KONAN J B, LUCAS S, BEAUMEL A, DE COCK KM, DAGO-AKRIBI A, YAPI A. Données fournies par l'autopsie de 70 sujets décédés de Sida en milieu Pneumologique Ivoirien : Impact de la Tuberculose. Med Trop. 1995; 55; PP 252-254.
4. DIALLO S, HASSAN M, SISSOKO BF, BAYE O, GOMEZ P. Aspects Epidémiologiques, Etiologiques et Evolutifs des Pleurésies dans le service de Pneumologie du Point G. Med d'AFRIQUE NOIRE 2007-54 (7).
5. PNLT MALI. (Programme National de Lutte contre la Tuberculose), BAMAKO, Rapport d'Activités2008.
6. DIALLO S, SISOLO BF, TOLOBA Y, TRAORE BY, BAYE O, GOMEZ P, KEITA B. Profil Epidémiologique Clinique de la Tuberculose Pulmonaire à microscopie négative (TPM-) en milieu hospitalier Africain. Med d'Afrique noire 2007-54 (8/9).
7. ADE G, SONOUKON R, ADE SS, XANOUD M, KOUAMOU A, AGBODANDE A, GNINAFON M. Tuberculose Pulmonaire à microscopie négative à Cotonou, 17 ème Conférence Union Région Afrique. Poster 92199, Ouagadougou 2009.
8. KOFFI N, NGOM AK, AKA-DANGUI, SEKA A, KOUASSI N, FADIGA D. La Tuberculose Pulmonaire bacillifère en milieu carcéral : notre expérience au camp pénal de Bouaké, Cote d'Ivoire. Int J Tuberc Lung Dis 1997 ;1(3) :250-253.
9. CHRETIEN J, ROUILLON A. Le tiers monde face à la Tuberculose. « Peur et terreur face à la contagion. Cholera, Tuberculose, Syphilis, XIX et XX ème siècles ». Fayard. France. 1988
10. ROUILLON A, ENARSON DA, CHRETIEN J. Epidémiologie de la tuberculose dans le Monde, Encycl Med Chir (Elsevier, Paris) Pneumologie 6. 019-A-32, 1996. 15 p

Tableau II : Relation entre échec thérapeutique et décès.

	Absence d'échec de traitement		Echec de traitement	
	n	%	n	%
Survie	71	100	-	-
Décès	12	80	3	20
Total	83	96,5	3	3,5

p de Fischer=0,004

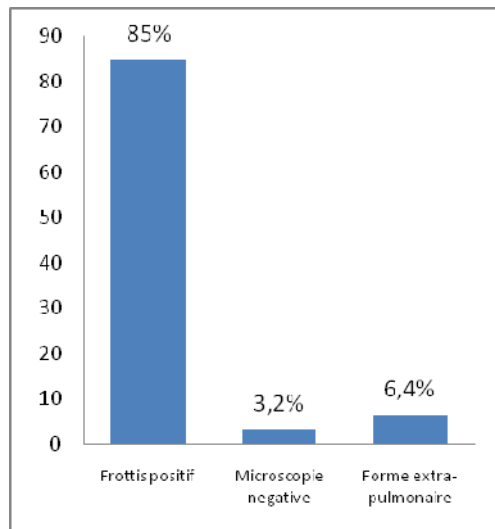


Figure 1 : Répartition des formes de tuberculose selon la localisation et le résultat de la bacilloscopie

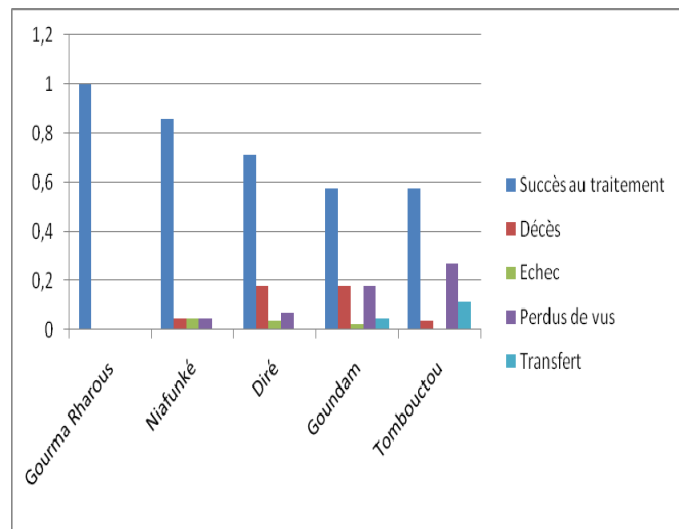


Figure 2 : Evolution des indicateurs de suivi du traitement en fonction des localités.

Tableau I : Résultats des Indicateurs (Nouveaux cas et Echec) en fonctions des Localités

Localités	Nouveaux Cas		Echec	
	Effectifs	OUI	NON	OUI
GOURMA RHAROUS	Effectif	6	6	0
	% dans Localités	100,0%	100,0%	,0%
	% dans l'indicateur	4,8%	5,0%	,0%
DIRE	Effectif	31	30	1
	% dans Localités	100%	96,8%	3,2%
	% dans l'indicateur	24,8%	25,2%	16,7%
NIANFUNKE	Effectif	22	20	2
	% dans Localités	100%	90,9%	9,1%
	% dans l'indicateur	17,6%	16,8%	33,3%
GOUNDAM	Effectif	29	26	3
	% dans Localités	100%	89,7%	10,3%
	% dans l'indicateur	23,2%	21,8%	50,0%
TOMBOUCTOU	Effectif	37	37	0
	% dans Localités	100,0%	100,0%	,0%
	% dans l'indicateur	29,6%	31,1%	,0%
Total	Effectif	125	119	6
	% dans Localités	100,0%	95,2%	4,8%
	% dans l'indicateur	100,0%	100,0%	100,0%