

Tuberculose (TB) : Dossier de pré-décision en vue d'une action de santé publique en Haïti

Recommandations clés

Prévention

- Identifier rapidement les personnes atteintes de tuberculose (TB) pour les traiter de nouveau, en particulier les personnes atteintes de tuberculose multirésistante (c.-à-d., une TB qui résiste à l'isoniazide et la rifampine ; multi-drug resistant TB ou MDR TB) et qui recevaient des médicaments de lutte contre la TB avant le tremblement de terre. Des interruptions dans le traitement pourraient nécessiter des ajustements, par exemple prolonger ou recommencer le traitement.
- Évaluer l'état actuel des services TB et VIH, assurer la continuité des services VIH aux centres TB, et faire un dépistage chez les personnes atteintes du VIH recevant un traitement pour la tuberculose.
- Mettre en place des mesures de base pour le contrôle des infections —y compris l'identification des personnes présentant les symptômes de la tuberculose, séparer les patients contagieux, utiliser régulièrement la ventilation croisée, si possible, pratiquer une bonne étiquette respiratoire, et éduquer le personnel et les patients dans ces domaines— dans les zones où les patients atteints de TB sont vus ou logés.

Capacité de diagnostic et surveillance

- Mettre en œuvre des services de dépistage pour les personnes souffrant des symptômes de la tuberculose (par ex. toux, fièvre, suees nocturnes pendant plus de 3 semaines) dans les centres de santé, en particulier les centres qui servent les personnes déplacées dans leur propre pays (PDPP).
- Éduquer les résidents des camps de grande envergure ou d'autres milieux collectifs à propos du besoin de consulter un médecin lorsqu'ils présentent les symptômes de la tuberculose.
- Surveiller l'observance aux médicaments pour la tuberculose.
- Étendre les méthodes de détection de la tuberculose résistante, y compris la mise en application d'une enquête nationale sur la tuberculose multirésistante.

Traitement et fournitures essentiels

- Confirmer qu'un approvisionnement adéquat de médicaments anti-tuberculose est maintenu.
- S'assurer que le Laboratoire national de la santé publique (LNSP) a accès à l'équipement, aux réactifs et aux fournitures nécessaires.

Informations justificatives

1. Quelle était la situation en Haïti avant le séisme ?

- Le directeur du Programme national de contrôle de la tuberculose (PNLT) d'Haïti signale que plus de 7 000 patients recevaient un traitement pour la tuberculose à Port-au-Prince avant le tremblement de terre.
- L'infrastructure du PNLT est limitée, mais elle comprend un plan stratégique de 2006 à 2015 conforme à la stratégie internationale de l'OMS, Halte à la tuberculose. Certains patients reçoivent un diagnostic et un traitement grâce à des ONG.

- En 2007, le nombre estimé de cas pour toutes les formes de tuberculose en Haïti était de 306 cas/100 000¹. Le taux de détection des cas estimés était de 47 %.¹ Comme dans la plupart des régions du monde, la surveillance de la tuberculose en Haïti dépend de la microscopie des frottis d'expectoration ; les cultures sont plus sensibles mais sont plus coûteuses et ne sont pas toujours disponibles.
- Haïti n'a pas participé aux enquêtes internationales de l'OMS sur la résistance de la tuberculose. En 2007, l'OMS a estimé que le taux de MDR TB parmi tous les nouveaux cas de tuberculose en Haïti était de 1,8 %¹. L'unique publication sur la MDR TB en Haïti a rapporté un taux de 6 % parmi les nouveaux cas et 20 % parmi les cas retraités dans une clinique de conseil et dépistage volontaire du VIH en 2000–2002². Au cours de la dernière décennie aux États-Unis, le taux de MDR TB parmi les cas de tuberculose rapportés chez les personnes nées en Haïti était de 1,5 %, et le taux de résistance à l'isoniazide était de 11,6 %.³ Les taux ne différaient pas significativement entre les statuts VIH mais étaient 2 à 6 fois plus élevés chez les personnes signalant une tuberculose antérieure.
- L'OMS estime que 23 % des nouveaux patients atteints de tuberculose en Haïti étaient également infectés par le VIH.¹ Les personnes souffrant d'une tuberculose associée au VIH peuvent présenter des symptômes atypiques, rendant le diagnostic plus difficile. Par l'intermédiaire de PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief), les États-Unis soutiennent le dépistage du VIH, les conseils et le traitement dans des cliniques pour la tuberculose, des activités limitées de contrôle de l'infection TB, et la surveillance et l'évaluation de ces activités à travers le pays.
- La capacité d'effectuer les tests de la tuberculose en culture ainsi qu'évaluer la sensibilité de la tuberculose aux médicaments est limitée à deux établissements ONG (GHESKIO et Partners In Health) à l'extérieur de Port-au-Prince.
- En 2010, l'OMS a recommandé l'utilisation internationale de la rifampine dans les phases d'initiation et de poursuite du traitement. De nombreux programmes, y compris ceux en Haïti, utilisent toujours la rifampine seule dans la phase initiale.
- Il n'y avait aucune politique officielle de gestion des interruptions de traitement en Haïti avant le tremblement de terre. Plusieurs ensembles de recommandations existent, y compris ceux publiés par le CDC⁴ et l'OMS⁵ ; les recommandations les plus détaillées viennent du Bureau of TB Control de la ville de New York⁶ et sont jointes sous l'Annexe 1.
- Le vaccin à base du bacille Calmette-Guérin est souvent administré aux enfants en Haïti (75 % de couverture estimée) afin de prévenir les formes fortement disséminées de la tuberculose.⁷ Il n'y a aucun vaccin efficace contre la tuberculose pour les adultes.

2. Quelle est la probabilité que des cas ou des épidémies de cette maladie se développent dans un avenir proche ?

- Des épidémies de tuberculose sont probables. La convergence de la tuberculose active et du VIH/SIDA dans le contexte des interruptions de service et des conditions de logement collectif vont amplifier la transmission et accroître la morbidité et la mortalité dues aux tuberculoses sensibles et résistantes aux médicaments, en particulier chez les personnes souffrant d'une co-infection TB/VIH.
- Des épidémies de tuberculose et de tuberculose multirésistante ont été documentées dans les populations de réfugiés dans des camps (par ex. l'épidémie de tuberculose multirésistante en 2004–2005 au sein des réfugiés Hmong en Thaïlande).⁸

3. En cas d'épidémie, comment serait-elle détectée ?

- Une hausse des cas signalés et suspectés dans un groupe quelconque (par ex. les personnes résidant sous une même grande tente ; par ex. les personnes se rendant à la même clinique VIH) devrait éveiller des soupçons concernant une épidémie.
- Si possible, l'utilisation de tests moléculaires rapides qui identifient *M. tuberculosis* et la résistance à la rifampine est recommandée dans un petit nombre de laboratoires de référence en Haïti.
 - Le diagnostic de la tuberculose par microscopie utilisant les frottis d'expectoration est pratique et peu coûteux, mais il est relativement insensible et ne peut pas identifier la MDR TB
 - Les cultures de tuberculose ne sont disponibles que pour une minorité des patients tuberculeux en Haïti.
 - En 2008, l'OMS a recommandé l'utilisation de la technique LIPA (line-probe assay) sur l'expectoration et les cultures pour une identification rapide de la MDR TB.⁹ Les résultats de la technique LIPA sont disponibles en 1 à 2 jours. La sensibilité et la spécificité des tests LIPA pour la rifampine sont suffisamment élevées pour pouvoir utiliser les résultats lors des décisions sur la prise en charge des cas. Le LNSP dispose déjà d'une capacité PCR, et la Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND) prévoit de soutenir l'introduction de la technique line-probe au LNSP. Un petit nombre de laboratoires soutenus sur le plan international pourraient également le faire.
 - La résistance à la rifampine est un substitut fiable (valeur de prédiction positive > 95 %) pour la MDR TB car la résistance isolée à la rifampine est peu fréquente.

4. Quelles sont les options de mesures de santé publique à envisager en cas d'épidémie ?

- La plus importante priorité est une campagne immédiate pour localiser les personnes qui étaient traitées pour la tuberculose avant le tremblement de terre afin de redémarrer leur traitement.
- Une détection active des symptômes (par ex. toux, fièvre, suees, pendant plus de 3 semaines)¹⁰ et une évaluation des cas suspects doivent être initiées si l'on soupçonne la présence d'une épidémie. Les contextes qui causent une inquiétude particulière comprennent les camps résidentiels et les contextes collectifs similaires, ainsi que les établissements de soins du VIH. Il faut également tenir compte de l'identification et de l'évaluation des contacts rapprochés.
- Une importante mesure de contrôle serait de renforcer la capacité d'analyse de laboratoire du PNLT en ajoutant les cultures et des méthodes plus rapides pour identifier la tuberculose et la tuberculose multirésistante.

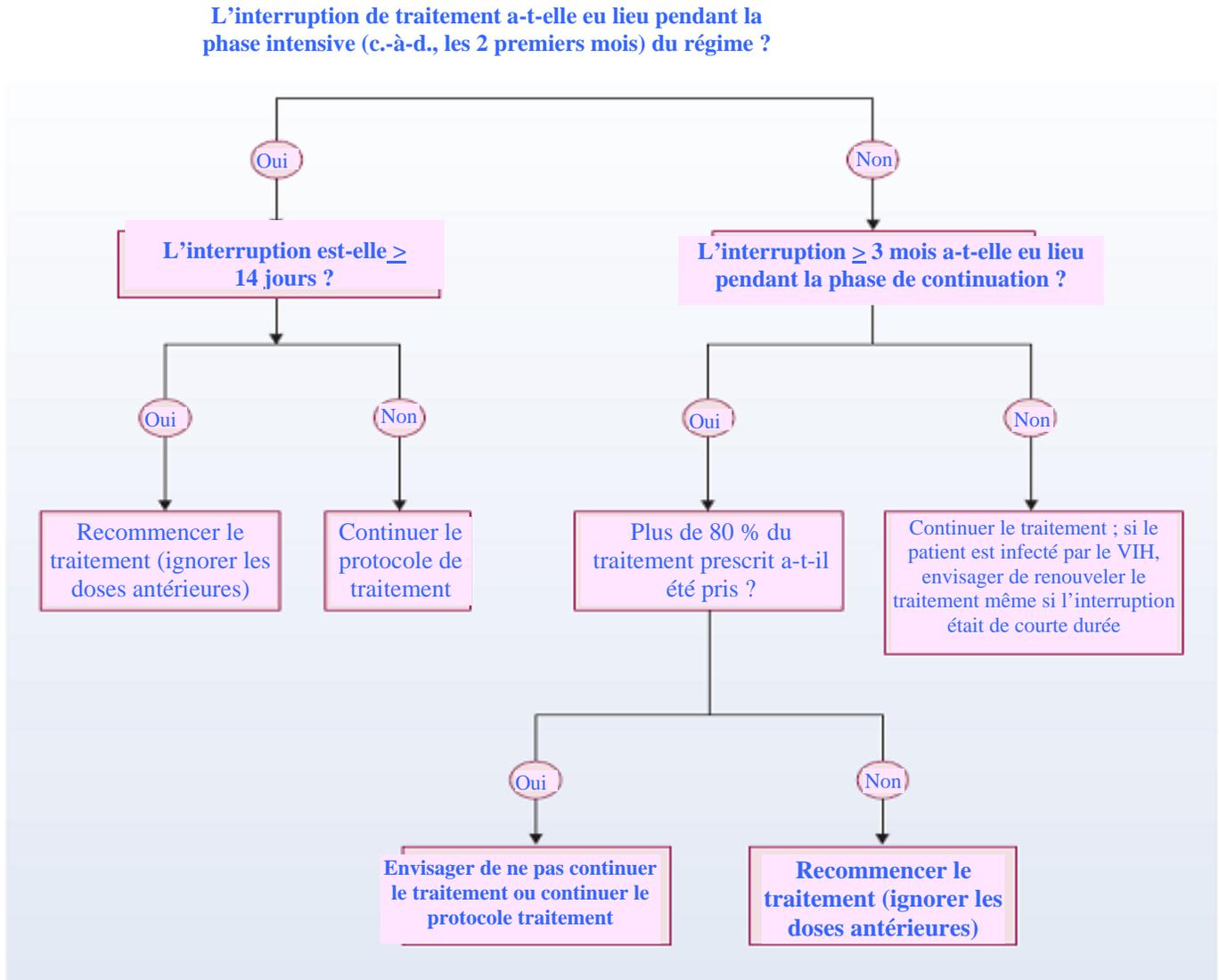
Références

1. World Health Organization. TB country profile: Haiti [online]. [cited 2010 March 8]. Available from: http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/TB/PDF_Files/hti.pdf.
2. Joseph P, Severe P, Ferdinand S, Goh KS, Sola C, Haas DW, et al. Multidrug-resistant tuberculosis at an HIV testing center in Haiti. AIDS 2006;20(3):415–8.
3. CDC. Unpublished data.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Targeted Tuberculin Testing and Treatment of Latent Tuberculosis Infection. MMWR 2000; 49 (RR06):1-54. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml%5Crr4906a1.htm>

5. World Health Organization. Treatment of tuberculosis: [guidelines for national programmes](#). 4th ed. Geneva: World Health Organization; 2010. Publication No. WHO/HTM/TB/2009.420.
6. Bureau of Tuberculosis Control. Clinical policies and protocols. 3rd ed. New York: New York City Department of Health; 1999:p. 55–7.
7. World Health Organization. Reported estimates of BCG coverage [online]. New York City Department of Health and Mental Hygiene. [cited 2010 March 8]. Available from: http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tscoveragebcg.htm
8. Centers for Disease Control and Prevention. Multidrug-resistant tuberculosis in Hmong refugees resettling from Thailand into the United States, 2004–2005. MMWR 2005;54(30):741–4. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5430a1.htm>.
9. World Health Organization. Policy statement: molecular line probe assays for rapid screening of Patients at risk of multidrug-resistant tuberculosis. 27 June 2008. Accessed 16 March 2010 at: http://www.who.int/tb/features_archive/policy_statement.pdf. For assays such as the INNO-LiPA® Rif.TB (Innogenetics) and the GenoType® MTBDR(plus) (Hain LifeScience GmbH), the region of a gene associated with resistance is PCR-amplified, and the labeled PCR products hybridized to oligonucleotide probes immobilized on a nitrocellulose strip. Mutations are detected by lack of binding to wild-type probes or by binding to probes specific for commonly occurring mutations. Compared to culture-based tests, the MTBR(plus) line probe assay displays a pooled sensitivity of 0.98 and a pooled specificity of 0.99 for detecting rifampin resistance in isolates or directly from clinical specimens.
10. Cain KP, McCarthy KD, Heilig CM, et al. An Algorithm for Tuberculosis Screening and Diagnosis in People with HIV. N Engl J Med 2010;362:707-16.

Annexe N° 1 :
Recommandations de la ville de New York sur la prise en charge de patients atteints de tuberculose et dont le traitement a été interrompu :

Figure III-3
Rétablir un traitement anti-tuberculose interrompu ou incomplet*



*Ré-évaluer le patient à l'aide des tests cliniques et de laboratoire appropriés. Si les cultures d'expectoration sont positives au moment où le traitement est réinstauré, les médecins doivent renouveler le traitement (c.-à-d. les doses précédentes doivent être ignorées), quels que soient les autres facteurs.