

Caractéristiques cliniques

Parmi tous les cas déclarés en 2010, 53 (68%) avaient une tuberculose pulmonaire, 16 (21%) avaient une tuberculose pulmonaire associée à une tuberculose extra-pulmonaire, et 9 (11%) une tuberculose extra-pulmonaire uniquement.

Parmi les formes extra-pulmonaires, 4 étaient graves (formes miliaires).

Contexte du diagnostic

Parmi les 58 sujets concernés pour lesquelles le contexte de diagnostic était renseigné, 34 (59%) ont eu recours au système de soins de façon spontanée, 5 (9%) ont été diagnostiqués lors d'un dépistage, 2 (3%) ont été diagnostiqués suite à une enquête autour d'un cas, et 17 (28%) ont été diagnostiqués pour une autre raison non spécifiée (tableau 3).

La majorité des cas ont été déclarés par un médecin hospitalier (56; 74%) (tableau 3). Douze cas (16%) ont été déclarés par un médecin libéral.

Conclusion

L'année 2010 est marquée par une augmentation du nombre de cas déclarés en Poitou-Charentes, suite à deux années consécutives de diminution. Cette hausse touche essentiellement la Vienne et la Charente-Maritime. Néanmoins, le taux de déclaration de la région reste faible avec 4,5 cas pour 100 000 habitants en 2010. Compte tenu des fluctuations annuelles importantes des déclarations, il est peu probable que l'augmentation reflète un réel changement d'incidence de la maladie dans la région.

L'augmentation des cas était plus marquée chez les hommes, chez les 15-24 ans et les plus de 74 ans, et chez les migrants originaires de pays à haute incidence pour la tuberculose. Dans la Vienne, pour la première fois, le nombre de cas déclarés chez des personnes nées dans un pays à incidence élevée est supérieur à celui observé chez celles nées en France.

Tableau 3 |

Cas de tuberculose maladie par contexte de diagnostic et par déclarant en Poitou-Charentes en 2010

	Nombre de cas (%)
Contexte de diagnostic (N=58) :	
Recours spontané	34 (59%)
Dépistage	5 (9%)
Enquête autour d'un cas	2 (3%)
Autre raison non spécifiée	17 (28%)
Type de déclarant (N=76) :	
Médecin hospitalier	56 (74%)
Pneumologue libéral	10 (13%)
Médecin généraliste	2 (3%)
Médecin d'un CLAT	2 (3%)
Médecin biologiste	2 (3%)
Autre	4 (5%)

Références :

- 1] WHO report 2011. Global tuberculosis control 2011. Disponible sur internet: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html
- 2] ECDC. Annual epidemiological report 2011. Disponible sur internet http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DispForm.aspx?ID=767
- 3] InVS. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009. BEH 22 / 7 juin 2011, pp258-260.

A qui signaler et notifier un cas de tuberculose?

Au Point focal de l'ARS Poitou-Charentes :

Tél : 05 49 42 30 30

Fax : 05 24 84

Courriel : ars-pch-alerte@ars.sante.fr

La prévention de la tuberculose

Dr Martine Vivier-Darrigol, Responsable Prévention des risques de santé, ARS Poitou-Charentes

Aujourd'hui l'incidence de la tuberculose est en nette diminution voire particulièrement faible en Poitou-Charentes comparée aux autres régions de France. Si la prévalence est de 6 cas pour 100 000 contre 16 pour 100 000 en France entière en 2009, l'incidence est de 2.61 pour 100 000 contre 6.43 pour 100 000 en France entière en 2009.

Il n'existe pas de stratégie de dépistage généralisé de la tuberculose mais il existe des recommandations de dépistage de l'infection tuberculeuse latente (ITL) et de la tuberculose maladie (TM) dans certaines populations considérées à risque d'être infectées ou à risque d'être malades et/ou contagieuses

Dans son avis du 1^{er} Juillet 2011, le Haut Conseil de la santé Publique a émis un avis quant à l'utilisation des tests de détection de la production d'interféron gamma (IGRA ou Interféron Gamma Release Assays). Il précise que, sauf cas particulier, les tests immunologiques, IDR ou tests IGRA, ne doivent être utilisés que pour le seul diagnostic de l'Infection tuberculeuse latente et uniquement dans l'objectif de la traiter. L'utilisation du test IGRA n'est pas recommandée pour l'aide au diagnostic chez l'adulte.

L'optimisation de la stratégie vaccinale doit se poursuivre pour les centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) et la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Les CLAT doivent participer à la vaccination par le vaccin anti tuberculeux BCG, selon la réglementation et en tenant compte des recommandations en vigueur. Grâce au développement de partenariats développés avec les structures territoriales accueillant cette population à risque, la couverture vaccinale pourrait être encore améliorée.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a recommandé en mars 2010 la levée de l'obligation de vaccination par le BCG pour les professionnels et étudiants des carrières sanitaires et sociales mentionnés aux articles L.3112-1, R.3112-1 C et 2 du Code de la santé publique, accompagnée d'un maintien du test tuberculitique comme test de référence lors de prise de poste.

Il est rappelé que la vaccination par le BCG non obligatoire est préconisée au cas par cas, après évaluation des risques par le médecin du travail uniquement pour les professionnels de santé très exposés tuberculino-négatifs.

Pour la petite enfance, il est nécessaire de garder une vigilance préventive (PMI) et vacciner dès le 1^{er} mois de vie les nouveau-nés à risque, former à l'utilisation et à la technique du BCG intradermique, et suivre la couverture vaccinale des enfants à risque.