



ENQUÊTES

ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE EN GUADELOUPE ENTRE 1982 ET 1994

H. ROUSSEL*, M. THEODORE**, N. RASTOGI***

Depuis la loi de décentralisation, la lutte contre la tuberculose est sous la responsabilité des départements [1]. Le Service des Actions de Santé du Conseil général de la Guadeloupe organise une surveillance épidémiologique unique en son genre. Cet article décrit les principaux résultats obtenus depuis 1982.

1. RECUEIL DES DONNÉES

Les résultats sont établis à partir du fichier départemental qui comptabilise les nouveaux cas et les récidives de tuberculose de patients domiciliés dans l'archipel guadeloupéen. Les primo-infections sans localisations patentées en sont exclues.

Le recensement des cas résulte d'une étroite collaboration entre les services départementaux de lutte antituberculeuse (D.A.S.D.), les services de la D.D.A.S.S. (enregistrement des déclarations obligatoires), les 2 phthisiologues départementaux et l'institut Pasteur de la Guadeloupe, seul laboratoire centralisant l'ensemble des prélèvements pour la recherche des mycobactéries dans le département. Il est effectué par une enquête rétrospective à partir des données de l'institut Pasteur et complété par les déclarations obligatoires transmises à la D.D.A.S.S.

Les populations de référence sont extraites des données et prévisions annuelles de l'I.N.S.E.E.

Tableau 1. - Principales caractéristiques épidémiologiques des 746 cas de tuberculose recensés en Guadeloupe entre 1982 et 1994

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Nouveaux cas/an.....	81	65	72	60	51	37	38	39	71	64	44	39	49
Taux d'incidence*.....	24,6	19,4	21	17,2	14,3	10	10,2	10,3	18,3	16,2	11	9	11,2
Récidives/an.....	2	1	4	4	3	2	3	8	3	3	2	1	0
Sex-ratio.....	1,4	3,1	2,2	2,5	1,8	1,3	1,6	2,3	2	1,8	1,7	4	1,1
Classe d'âge													
0-4 ans.....	1	0	0	2	1	0	0	0	1	1	1	1	0
5-15 ans.....	3	2	0	0	0	1	1	3	5	0	0	2	0
15-24 ans.....	11	4	5	6	4	2	3	2	2	9	3	1	9
25-34 ans.....	10	11	12	5	10	8	9	8	9	21	8	5	15
35-44 ans.....	18	16	12	13	6	8	7	5	10	11	9	11	12
45-54 ans.....	16	10	10	6	10	4	8	5	18	9	3	3	8
55-64 ans.....	8	9	12	12	11	8	6	5	11	7	8	8	3
65 ans et plus.....	15	13	21	16	10	6	2	11	15	6	12	6	2
Sérologie V.I.H. +													
Cas totaux.....	-	-	-	-	-	2	4	1	7	21	11	6	15

* Taux pour 100 000 habitants.

2. RÉSULTATS

a. Évolution du taux d'incidence

La tendance de la tuberculose est à la baisse jusqu'en 1987. Elle se stabilise à 10/100000 de 1987 à 1989; le nombre de cas a fortement augmenté en 1990 et 1991 pour revenir à un taux plus faible et stable ensuite.

710 nouveaux cas sont répertoriés et 36 récidives (en moyenne 2 par an), correspondant à 5 % des cas totaux, sont dénombrés.

b. Sexe

Le sex-ratio reste voisin de 2.

Le taux d'incidence chez les hommes, calculé à 75/100000 entre 1983 et 1987, baisse à 17,5 entre 1987 et 1994. Chez les femmes, il passe pendant cette même période de 12,3 à 9,5/100000.

c. Âge

Le taux d'incidence le plus élevé est retrouvé dans la classe d'âge des plus de 65 ans. Mais depuis 1990, on observe une augmentation du taux d'incidence de la tuberculose chez les patients âgés de 25 à 44 ans qui constituent 50 % de l'effectif total annuel. Le groupe des moins de 15 ans conserve le taux d'incidence le plus faible.

d. Nationalité

Parmi les 746 tuberculoses enregistrées entre 1982 et 1994, 138 concernent des immigrés. En Guadeloupe, les étrangers atteints de tuberculose sont en majorité, originaires de la République d'Haïti (60 à 70 %) et de l'île de la Dominique (10 à 20 %).

Tableau 2. – Principales caractéristiques épidémiologiques de la tuberculose chez les étrangers entre 1982 et 1994

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Total des cas/an	19	11	16	8	10	4	7	3	10	20	7	9	14
Taux d'incidence*	216	102	125	54	59	21	33,5	13	40	74	24	29	41
Sex-ratio.....	-	-	-	-	-	-	-	1	1,1	1,9	1,2	0,9	1,3
Classe d'âge													
0-14 ans.....	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0
15-24 ans.....	1	0	0	1	6	0	1	0	1	2	0	1	2
25-39 ans.....	11	3	7	4	1	3	3	0	3	10	2	3	11
40-59 ans.....	6	6	7	2	2	1	2	2	0	7	3	3	10
60 ans et plus.....	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	2	1	0
Cas co-infectés par le V.I.H.													
Cas totaux.....	-	-	-	-	-	1	3	1	4	14	2	5	9

* Taux pour 100 000 habitants.

Le sex-ratio est égal à 1 et la répartition par âge est unimodale avec une concentration des cas (81 %) dans la population des 25 à 59 ans.

e. Localisations

Les formes pleuro-pulmonaires sont présentes chez 91 % des tuberculeux. Les atteintes extra-pulmonaires (isolées ou associées à une localisation pulmonaire) sont signalées dans 12,5 % des cas, sans augmentation significative entre 1982 et 1994. Parmi ces localisations, les atteintes ganglionnaires périphériques sont en constante augmentation et représentent 48 % des cas. Les atteintes hépatiques (9 %) et méningées (13 %) font leur apparition en 1989.

Les 3 cas de tuberculose méningée sont vus chez des étrangers : un enfant de 2 ans non vacciné par le B.C.G. (en 1990) et 2 sidéens, âgés de 32 et 42 ans (en 1991 et 1993). Ces 3 patients sont décédés.

En 1994, les atteintes polyviscérales (4 cas) représentaient la moitié des cas de tuberculose extra-pulmonaire. Aucun cas de tuberculose osseuse, cutanée ou O.R.L. n'a été enregistré après 1988.

Depuis 1990, les atteintes urogénitales ne représentent plus que 18 % des atteintes extra-pulmonaires (contre 26 % en 1982).

f. Statut sérologique V.I.H.

Le statut sérologique pour le V.I.H. des tuberculeux est répertorié depuis 1987. Entre 1987 et 1994, 67 tuberculoses, soit 16,7 %, sont associées à l'infection par le V.I.H. En 1990, toutes les sérologies étaient connues et 10 % des tuberculeux avaient une co-infection par le V.I.H. Cette co-infection, en augmentation depuis 1990, atteint 30 % en 1994. L'âge moyen de la population ayant une double infection V.I.H.-tuberculose est de 34 ans, son sex-ratio est de 1,7 % et 61 % des cas sont de nationalité étrangère.

g. Examens bactériologiques

En règle générale, les informations bactériologiques sont disponibles pour tous les cas recensés. Les tuberculeux contagieux (bacille de Koch retrouvé dès l'examen direct) représentent 52 % des cas. Pour 23 % des cas recensés, le traitement est mis en place sans preuves bactériologiques (examens directs et cultures) ou anatomopathologiques.

COMMENTAIRES

Le caractère insulaire du département de la Guadeloupe facilite la surveillance épidémiologique de la tuberculose. Le système de surveillance est particulièrement efficace pour les cas bacillifères puisque les prélèvements mycobactériologiques passent obligatoirement par l'institut Pasteur. L'exhaustivité est plus aléatoire pour les cas non-bacillifères et pour ceux de Saint-Martin dont les prélèvements ne sont pas toujours transmis à l'institut Pasteur.

Les **taux d'incidence** de la tuberculose sur la période observée sont inférieurs aux taux moyens français [2].

Depuis 1987, on a enregistré un arrêt de la décroissance avec un pic en 1990 et 1991. Un recueil des données épidémiologiques, stable depuis 1982, autorise à minimiser les effets d'un biais de recrutement pendant ces 2 années. Une explication partielle pourrait être trouvée avec les effets, sur des petits effectifs, d'une recrudescence importante chez les personnes étrangères et chez les personnes âgées.

Le pic observé en 1990 et 1991 est d'autant plus marqué qu'il est suivi par un faible recensement de cas non bacillifères en 1993 (5,5 %).

Malgré une sensibilité importante du système de surveillance épidémiologique [3], l'analyse précise reste difficile en raison d'un effectif faible. Toutefois, on peut affirmer que la situation actuelle résulte de la modification de 3 composantes : une diminution de l'incidence, mais qui demeure élevée chez les personnes âgées ; une recrudescence chez les étrangers et l'augmentation des cas co-infectés par le V.I.H.

La tuberculose chez les enfants de moins de 15 ans reste rare et aucune forme de tuberculose méningée n'est observée chez des enfants vaccinés par le B.C.G.

Il n'existe pas d'augmentation significative des cas de tuberculose extra-pulmonaire (alors que la co-infection par le V.I.H. est plus fréquente et que le taux d'incidence de l'infection V.I.H. est important et croissant [5]). Par contre, les localisations organiques ne sont plus les mêmes. Il existe une émergence des localisations ganglionnaires périphériques, hépatiques, méningées et polyviscérales.

La co-infection par le virus V.I.H. se rencontre en majorité chez les étrangers en provenance de pays où l'endémie des 2 maladies est importante. Une augmentation des cas de tuberculose chez les séropositifs de nationalité française est à surveiller de près.

CONCLUSION

Le département de la Guadeloupe connaît une recrudescence modérée de la tuberculose. Le taux d'incidence est faible et comparable à celui d'un pays industrialisé. Les personnes âgées, les étrangers et les patients séropositifs pour le virus V.I.H. ont plus de risque de développer une tuberculose-maladie.

Par son originalité, le fichier départemental mis en place en Guadeloupe depuis de nombreuses années, permet d'augmenter la sensibilité du recensement des cas par rapport à une surveillance basée uniquement sur les déclarations obligatoires.

Le bilan épidémiologique ainsi dressé s'avère utile pour suivre l'évolution des cas et orienter la lutte antituberculeuse, compétente du département, vers les groupes de la population à risque. Enfin, la collaboration de l'institut Pasteur permet sur la même base de surveillance, le recensement des cas de mycobactérioses non tuberculeuses du département.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] **Les cas de tuberculose déclarés en France en 1991.** – *B.E.H.*, 1992, 53 : 247-49.
- [2] HAURY B., SALOMON J. – **Les cas de tuberculose déclarés en France en 1993.** – *B.E.H.*, 1994, 44.
- [3] RAIMONDEAU J., PONGE A., REMBEAU A. et coll. – **Une recrudescence de la tuberculose en France ?** – Concours médical sept, 1990, p. 112-126.
- [4] **Réseau national de Santé publique.** – Situation du Sida dans les D.O.M. Cas domiciliés dans les D.O.M. Non publié, juin 1993, p. 1-6.
- [5] HAURY B., CHAMBAULT L. – **Évaluation du système de surveillance de la tuberculose en Seine-Saint-Denis.** – *B.E.H.*, 1992, 53.