

Les cas déclarés de tuberculose infection de l'enfant dans les Bouches-du-Rhône en 2003

Françoise Rey¹, Jocelyn Rakotomizao¹, Francis Charlet², Jacques Collomb¹, Patricia Azas¹

¹Service de lutte antituberculeuse, Direction de la protection maternelle et infantile et de la santé, Conseil général, Marseille

²Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, Marseille

INTRODUCTION

Avec une incidence de 10,3 cas pour 100 000 habitants en 2002, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur est la deuxième région française (après l'Île-de-France) par ordre décroissant du taux d'incidence de la tuberculose maladie (TBM) [1]. Dans les Bouches-du-Rhône [2], l'incidence annuelle des cas déclarés a augmenté de 8,6/10⁵ en 1999 à 11,7/10⁵ en 2001 et s'est stabilisée à 11,1/10⁵ en 2002. A Marseille, au cours de ces quatre années, l'incidence annuelle moyenne a dépassé 14/10⁵ avec des taux moyens variant de 4 à 47/10⁵ selon l'arrondissement. Chez les enfants de moins de 15 ans, l'incidence annuelle moyenne des cas déclarés de TBM était de 3,5/10⁵ dans le département et de 7,1/10⁵ à Marseille.

Depuis janvier 2003, les critères de déclaration obligatoire (DO) de la tuberculose incluent la tuberculose infection (TBI) chez l'enfant de moins de 15 ans [3]. Jusqu'alors, chez l'enfant, seule devait être déclarée la tuberculose maladie définie comme « toute tuberculose maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement antituberculeux (au moins trois antituberculeux) » et la primo-infection sans localisation patente (simple virage des tests tuberculiques) ne devait pas être déclarée. Ces critères ne reflétaient pas de façon précise l'épidémiologie de la tuberculose de l'enfant [4]. En effet, chez l'enfant, la TBM se développe dans les suites immédiates de la TBI et la limite entre ces deux entités est floue et dépend des méthodes diagnostiques utilisées. Or, la surveillance de la tuberculose de l'enfant est primordiale car elle fournit un indicateur sensible de la circulation du bacille tuberculeux dans la population.

Le but de ce travail est de décrire les principales caractéristiques épidémiologiques des cas déclarés de TBI de l'enfant de moins de 15 ans dans les Bouches-du-Rhône.

MATERIEL ET METHODES

Définition de cas

Les critères de déclaration de la TBI sont les suivants : présence, chez un enfant de moins de 15 ans, d'une intradermo-réaction (IDR) à 10 unités positive (induration > 15 mm si BCG ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans), sans signe clinique ni para clinique, ou d'une IDR phlycténulaire.

Population d'étude

Ce travail porte sur l'ensemble des cas de TBI survenus chez des enfants de moins de 15 ans dans les Bouches-du-Rhône et déclarés à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2003.

Recueil des données

Tout cas de tuberculose (TBM et TBI chez l'enfant) doit être déclaré à la Ddass sur une fiche spécifique qui est ensuite transmise au service de lutte antituberculeuse (Slat) pour la réalisation des investigations autour des cas. Cette fiche comporte des données sociodémographiques et cliniques. Des renseignements complémentaires ont été demandés par le Slat aux médecins déclarants : circonstances du diagnostic, existence de cas de tuberculose dans l'entourage, notion de séjours en pays de forte endémie de tuberculose, traitements antituberculeux reçus.

Analyse des données

Les cas de TBI ont été décrits et les taux d'incidence de la TBI par pays de naissance et lieu de résidence ont été calculés, en utilisant les données issues du recensement national de 1999.

RÉSULTATS

En 2003, 81 cas de TBI chez des enfants de moins de 15 ans ont été notifiés dans les Bouches-du-Rhône. Toutes les déclarations répondaient aux critères définis. Les caractéristiques des enfants sont exposées dans le tableau 1.

Tableau 1

Caractéristiques des 81 cas de tuberculose infection déclarés en 2003 dans les Bouches-du-Rhône chez des enfants de moins de 15 ans

		Nombre	%
Sexe	Masculin	47	58
	Féminin	34	42
Âge	0 – 2 ans	6	7,5
	3 – 5 ans	7	8,5
	6 – 8 ans	7	8,5
	9 – 11 ans	43	53
	12 – 14 ans	18	22,5
Pays de naissance	France	37	45,5
	Pays du Maghreb	27	33,5
	Europe de l'Est	4	5
	Europe occidentale	2	2,5
	Comores	3	3,5
	Autres	8	10
Vaccination BCG	Oui	76	94
	Non	4	5
	Inconnu	1	1
Domicile	Marseille	72	89
	Hors Marseille	9	11
Résidence en collectivité	Oui	6	9
	Non	74	91
Origine des déclarations	Service de lutte contre la tuberculose	76	94
	Médecins libéraux	4	5
	Hôpital	1	1

Plus de la moitié des cas notifiés (53 %) étaient survenus chez des enfants âgés de 9 à 11 ans.

La majorité des enfants (54,5 %) étaient nés à l'étranger. Parmi les enfants nés en France, 2 avaient ensuite vécu dans des pays à forte endémie tuberculeuse et 15 y avaient effectué des séjours réguliers. Au total, 75 % des enfants étaient nés ou avaient séjourné dans des pays à risque de tuberculose. Dans la majorité des cas (89 %), le lieu de résidence était Marseille.

Les circonstances du diagnostic étaient : le contrôle vaccinal systématique dans 46 cas (57 %), effectué soit par le Slat en vue d'une éventuelle revaccination dans 35 cas (43,5 %), soit lors de l'inscription à l'école dans 10 cas (12,5 %), ou en vue d'une primo vaccination BCG dans 1 cas (1 %) ; les investigations autour d'une tuberculose dans 20 cas (24,5 %), dont 18 autour de cas bacillifères et 2 autour de cas de TBI ; le bilan des primo-arrivants dans 15 cas (18,5 %).

La source de contagion était connue pour 28 enfants (34,5 %), 18 cas de TBM ayant motivé le dépistage de la TBI et 10 retrouvés à l'interrogatoire des parents. Pour les autres enfants, le dépistage de l'entourage familial n'a pas permis de retrouver l'origine de la contamination.

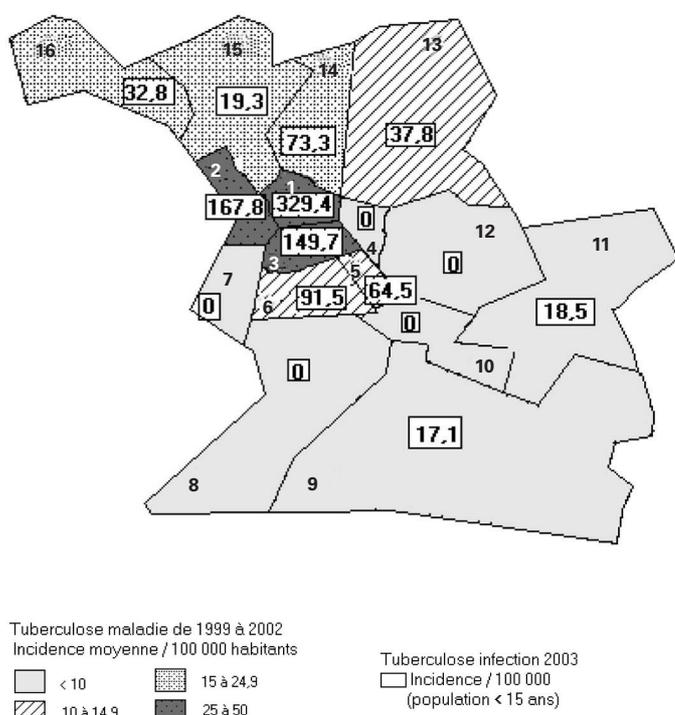
Tous les enfants avaient reçu un traitement associant de la rifampicine et de l'isoniazide pendant 3 mois sauf 1 qui avait reçu de la rifampicine et du pyrazinamide pendant 2 mois. Le

traitement avait été complet dans 57 cas (70 %) et était en cours chez 12 enfants (15 %) au 1^{er} février 2004. Il avait été arrêté dans 1 cas en raison d'une intolérance digestive. Dans 4 cas (5 %), il n'y avait pas eu d'observance du traitement et 7 enfants (9 %) avaient été perdus de vue.

L'incidence de la TBI chez les enfants de moins de 15 ans dans les Bouches-du-Rhône a été estimée à 25,2/10⁵. Chez les enfants nés à l'étranger, elle était de 360,1/10⁵, soit 30 fois celle observée chez les enfants nés en France (12/10⁵). Il existait une disparité géographique avec une incidence 10 fois plus élevée à Marseille que dans le reste du département (50,8/10⁵ contre 5/10⁵). A Marseille, était observée une hétérogénéité de la répartition des cas selon les arrondissements : les cas de TBI étaient concentrés dans les arrondissements du nord et surtout ceux du centre de la ville où l'incidence atteignait 329,4/10⁵ (figure 1).

Figure 1

Comparaison de l'incidence de la tuberculose infection des enfants de moins de 15 ans à l'incidence de la tuberculose maladie à Marseille selon les arrondissements



DISCUSSION – CONCLUSION

Cette étude montre une incidence élevée de la TBI de l'enfant dans les Bouches-du-Rhône. Comme pour la TBM de l'adulte et de l'enfant, il existe des variations géographiques des taux d'incidence à l'intérieur du département [2]. Les cartographies réalisées à Marseille montrent que les cas de TBI et de TBM se concentrent dans les mêmes arrondissements du nord et du centre de la ville et illustrent bien la cohérence entre ces 2 entités (figure 1). Ces arrondissements sont caractérisés par des index de précarité élevés et une forte proportion de population étrangère venant des pays à forte endémie. Ces facteurs de risque socio-économiques et démographiques sont ceux retrouvés au niveau national [1].

Cependant l'incidence calculée à partir des cas déclarés ne reflète pas l'incidence réelle. En effet, nous avons évalué le nombre d'IDR supérieures à 15 mm sur les tests tuberculiques systématiques réalisés pendant 4 années scolaires (1999-2000 à 2002-2003) dans le cadre du contrôle vaccinal obligatoire en vue d'une revaccination. Il varie de 137 pour l'année scolaire 1999-2000 à 326 pour 2001-2002, soit 0,7 % à 2,1 % des enfants testés dans la tranche d'âge 9-11 ans. Ce constat suggère une importante sous-déclaration des cas de TBI dans les Bouches-du-Rhône, difficile à évaluer et qui peut s'expliquer en partie par la méconnaissance des nouveaux dispositifs de la DO. En atteste aussi le fait que seules des TBI traitées ont été notifiées et que la quasi-totalité des déclarations émanent des médecins des Slat.

Outre la sous-déclaration de la TBI, on peut s'attendre à une sous-estimation de l'incidence car la TBI étant asymptomatique, son diagnostic repose sur un dépistage soit systématique, soit ciblé dans les populations les plus à risque (enfants contacts de cas de tuberculose bacillifère, primo arrivants de pays à forte endémie). La modification de la politique vaccinale avec l'abandon de la revaccination BCG et des contrôles vaccinaux, à l'origine de plus de la moitié des diagnostics de TBI dans notre étude, doit donc inciter à intensifier le dépistage ciblé [5].

La proportion élevée de cas de TBI survenus chez des enfants âgés de 9 à 11 ans s'explique par le fait que le contrôle vaccinal, effectué par le Slat des Bouches-du-Rhône en vue d'une éventuelle revaccination chez les enfants âgés de 10 ans, est la circonstance du diagnostic la plus fréquente dans notre étude.

Le contact avec un sujet bacillifère, source de la contamination, n'a été retrouvé que dans un tiers des cas. Les autres facteurs de risque de TBI décrits dans la littérature [6], la provenance d'un pays à forte endémie tuberculeuse et les séjours fréquents dans ces pays, ont été observés chez 75 % des enfants de notre série. Un risque existe aussi quand la famille reçoit des visiteurs venant de pays à forte prévalence ; ce facteur n'a pas pu être étudié dans notre travail.

La prise en charge optimale des TBI de l'enfant ne peut s'effectuer que par la collaboration des Slat et des médecins hospitaliers, des médecins scolaires et de PMI, des médecins généralistes et des pédiatres situés dans les zones à risque. Le dépistage et la prévention des TBI de l'enfant doivent s'intégrer dans les programmes de la lutte antituberculeuse, conformément aux nouvelles recommandations [5] : dépistage ciblé des sources de contagion et des infections tuberculeuses récentes dans les populations à risque (sujets contacts, migrants, sujets en situation de précarité), suivi des traitements et investigations autour des cas. Bien que sous-estimée, l'incidence de la TBI de l'enfant basée sur la DO gardera son intérêt en tant qu'indicateur reflétant l'efficacité de ces programmes.

RÉFÉRENCES

- [1] Che D, Campese C, Decludt B. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2002. Bull Epidemiol Hebd 2004; 4:13-6.
- [2] Charlet F, Rey F, Azas P. La tuberculose dans les Bouches-du-Rhône, années 1999 à 2002. Rapport d'activité. Septembre 2003.
- [3] Circulaire DGS/SD5C/SD6A n° 2003/60 du 10 février 2003. Nouveau dispositif de notification anonymisée des maladies infectieuses à déclaration obligatoire.
- [4] Direction de la Prévention et des Actions sociales du département de la Seine-Saint-Denis. La tuberculose pédiatrique en Seine-Saint-Denis, avril 2000.
- [5] Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Prévention et prise en charge de la tuberculose en France. Synthèse et recommandations (2002-2003). Rev Mal Respir 2003; 20:751-7S106.
- [6] Saiman L, San Gabriel P, Schulte J, Vargas MP, Kenyon T, Onorato I. Risk factors for latent tuberculosis infection among children in New York City. Pediatrics 2001; 107: 999-1003.