Tableau 1 **Résistance aux antituberculeux de première ligne chez les nouveaux cas de tuberculose (résistance « primaire ») et les malades déjà traités (résistance « secondaire »). Réseau du Groupe AZAY-Mycobactéries, 2005 / *Table 1 Resistance to first line antituberculosis drugs for new patients (« primary » resistance) and previously treated patients (« secondary » resistance). Azay-Mycobacteria Network, 2005***

Caractéristique	Antécédent de traitement					
	Nouveau cas		Déjà traité		Inconnu	
	N	%	N	%	N	%
Nombre total de malades	**1 291**	**100 %**	**112**	**100 %**	**98**	**100 %**
Sensible à H+R+E	1 216	94,2 %	95	84,8 %	91	92,9 %
Résistance à au moins :						
isoniazide (H)	71	5,5 %	16	14,3 %	7	7,1 %
rifampicine (R)	15	1,2 %	9	8,0 %	2	2,0 %
éthambutol (E)	9	0,7 %	3	2,7 %	1	1,0 %
streptomycine (S)	60	4,6 %	16	14,3 %	4	4,1 %
Multirésistant (H+R)	14	1,1 %	8	7,1 %	2	2,0 %

résistance à au moins un des trois antituberculeux de première ligne était de 15,2 %, soit près du triple de celui pour les nouveaux cas (tableau 1) et était beaucoup plus élevé pour l'isoniazide (14,3 %) que pour le rifampicine (8,0 %), la multirésistance isoniazide + rifampicine (7,1 %) et la streptomycine (2,7 %). Le taux de résistance « secondaire » à la streptomycine était de 14,3 %, bien que cet antibiotique ne soit plus utilisé dans le traitement de première ligne.

Discussion

La proportion de tuberculoses multirésistantes recensées par le CNR-MyRMA avait augmenté brusquement en 2002, passant de 20-50 cas par an, soit 0,5 à 0,7 % des cas de tuberculose, à 79 cas (1,4 % des cas) [6]. Depuis 2002, ce chiffre est resté sensiblement proche de 70 cas. Les trois dernières années de la surveillance, la proportion de cas nés en France a fortement diminué (18 % en 2004 contre 44 % de 1992 à 1999) ainsi que la proportion de cas déjà traités (35 % en 2004 contre 70 %) [1]. La France fait donc face à une arrivée plus importante de malades ayant une tuberculose MDR primaire et provenant de pays à haute incidence de tuberculose. Globalement, le taux de multirésistance observé depuis 2002 est proche des taux observés en 2004 dans des pays comme la Hongrie (1,6 %), la Pologne (1,6 %) ou la Suède (1,6 %). L'Espagne (3,8 %) et l'Italie (3,1 %) conservent des taux plus élevés [4]. La France se situe donc dans les pays d'Europe à faible incidence de tuberculose MDR.

Les données sur la résistance primaire et secondaire collectées par le groupe AZAY-Mycobactéries permettent une analyse des tendances qu'il n'est pas possible de détailler dans ce court article. Pour l'essentiel, les taux de résistance primaire et secondaire sont stables depuis une dizaine d'années. Les statistiques de 2005 restent très satisfaisantes avec des taux de résistance proches de ceux observés dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest [4]. Ces taux suggèrent indirectement une bonne prise en charge des nouveaux cas de tuberculose et un faible taux de rechute. Toutefois, il serait utile de mettre en place des indicateurs de succès thérapeutique pour les nouveaux cas et les cas déjà traités comme le recommande l'OMS. Ce type de surveillance a été mis en place par le CNR-MyRMA pour les cas de tuberculose MDR.

Remerciements

Nous remercions tous nos collègues microbiologistes du réseau du CNR-MyRMA grâce auxquels les informations présentées dans cette synthèse ont pu être réunies, ainsi que tous nos collègues cliniciens qui partagent les informations cliniques sur les patients.

Membres du réseau AZAY-Mycobactéries participant à la surveillance pour l'année 2005 :
G. Laurans (Amiens), M. Chetaou (Angers), G. Couetdic (Besançon), F. Jaureguy (Bobigny), J. Texier-Maugein (Bordeaux), M-L. Abalain (Brest), B. Malbruny (Caen), L. Lebrun (Clamart), L. Deforges, (Créteil), J-M. Duez (Dijon), N. Lemaître (Lille), C. Martin (Limoges), M. Chomarat, M. de Montclos (Lyon-Sud), D. Terru (Montpellier), M. Dailloux (Nancy), P. Bemer (Nantes), D. Sicard (Nice), C. Pierre, R. Ruimy (Paris-Bichat), S. Coignard (Paris-Hôtel-Dieu), J. Robert, C. Truffot-Pernot (Paris-Pitié), V. Lalande (Paris-St-Antoine), A. Rossier (Paris-Tenon), H. Vu Thien (Paris-Trousseau), G. Agius, A. Bourgoin (Poitiers), L. Brasme (Reims), M. Pestel-Caron (Rouen), A. Carricajo (Saint-Etienne), C. Le Brun (Strasbourg), R. Bauriaud (Toulouse), P. Lanotte (Tours).

Références

[1] Robert J, Trystram D, Truffot-Pernot C, Jarlier V. Multidrug-resistant tuberculosis: eight years of surveillance in France. Eur Respir J 2003: 22(5): 833-37.

[2] Robert J, Trystram D, Truffot-Pernot C, Carbonnelle B, Grosset J, AZAY Mycobacteria Study Group. Surveillance of Mycobacterium tuberculosis drug resistance in France, 1995-1997. Int J Tuberc Lung Dis 2000: 4(7): 665-72.

[3] Uffredi M-L, Truffot-Pernot C, Dautzenberg B, Renard M, Jarlier V, Robert J. An intervention programme for the management of multidrug-resistant tuberculosis in France. Int J Antimicrob Agents (sous presse).

[4] EuroTB (InVS/KNCV) and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European region. Surveillance of tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis case notified in 2004. Institut de veille sanitaire, Saint Maurice, 2006.

[5] Aziz MA, Wright A, Laszlo A, De Muynck A, Portaels F, Van Deun A, Wells C, Nunn P, Blanc L, Raviglione M. Epidemiology of antituberculosis drug resistance (the Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance): an updated analysis. Lancet 2006: 368(9553): 2142-54.

[6] Robert J, Veziris N, Truffot-Pernot C, Grigorescu C, Jarlier V. La tuberculose multirésistante en France : prévalence et prise en charge. Bull Epidemiol Hebd 2005: 17-18: 78-80.

La tuberculose dans la région OMS-Europe : situation et tendances en 2004

Fatima Aït-Belghiti (f.belghiti@invs.sante.fr), **Dennis Falzon**

EuroTB, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / *Abstract*

En 2004, 414 163 cas de tuberculose étaient déclarés en Europe (51 pays) dont 70 % provenant des pays de l'Est (ex-URSS). Le poids important de la tuberculose et les taux de résistance élevés à l'Est sont une préoccupation majeure en Europe. En revanche, dans la majorité des pays de l'Ouest, la tendance est à la baisse, les cas d'origine étrangère augmentant sensiblement. Le contrôle de la tuberculose en Europe doit être renforcé et adapté aux différents profils épidémiologiques définis par la surveillance.

The tuberculosis situation in the WHO European Region in 2004 and key trends in recent years

In 2004, 414,163 tuberculosis cases were notified in Europe (51 countries), 70% of which from Eastern countries of the ex-USSR. The large burden of tuberculosis and high levels of drug-resistance make the East a major concern in the Region. Conversely, in most Western countries of late, tuberculosis has been on the decline but increasingly aggregating in cases of foreign origin and other sub-populations. Tuberculosis control in Europe should be reinforced and adapted to the different epidemiological patterns defined by surveillance.

Mots clés / *Key words*

Tuberculose, Europe, surveillance, multirésistance, issue de traitement, contrôle / *Tuberculosis, Europe, surveillance, multi-drug resistance, outcome, control*

Introduction

Depuis que la tuberculose a été reconnue, en 1996, comme menace mondiale, la surveillance de cette maladie est coordonnée par EuroTB, à l'échelon européen, à travers un réseau de correspondants nationaux dans la Région Europe de l'OMS. Cet article est basé sur l'analyse des données déclarées dans le cadre de ce réseau.

En 2004, 414 163 cas de tuberculose ont été déclarés, représentant 8 % des déclarations mondiales de tuberculose [1,2]. Le taux de déclaration était de 47/100 000 avec des incidences et des tendances divergeant entre les trois zones de la Région (figure 1).

Union européenne (UE) et autres pays d'Europe de l'Ouest

Dans les 25 pays de l'UE plus Andorre, Islande, Israël, Norvège, Saint-Marin et Suisse, 60 266 cas de tuberculose ont été déclarés en 2004. Parmi tous les cas, 23 % avaient plus de 64 ans et au moins 29 % étaient d'origine étrangère. Le taux de déclaration (12,6/100 000 en moyenne) était plus élevé dans les États Baltes (44-73) et chez les cas d'origine étrangère (57/100 000 *versus* 5 chez les cas nationaux).

Entre 1998 et 2004, le taux de déclaration a diminué de 24 %. Cette diminution a été moins marquée chez les personnes d'origine étrangère (-2 %) que chez les nationaux (-38 %).

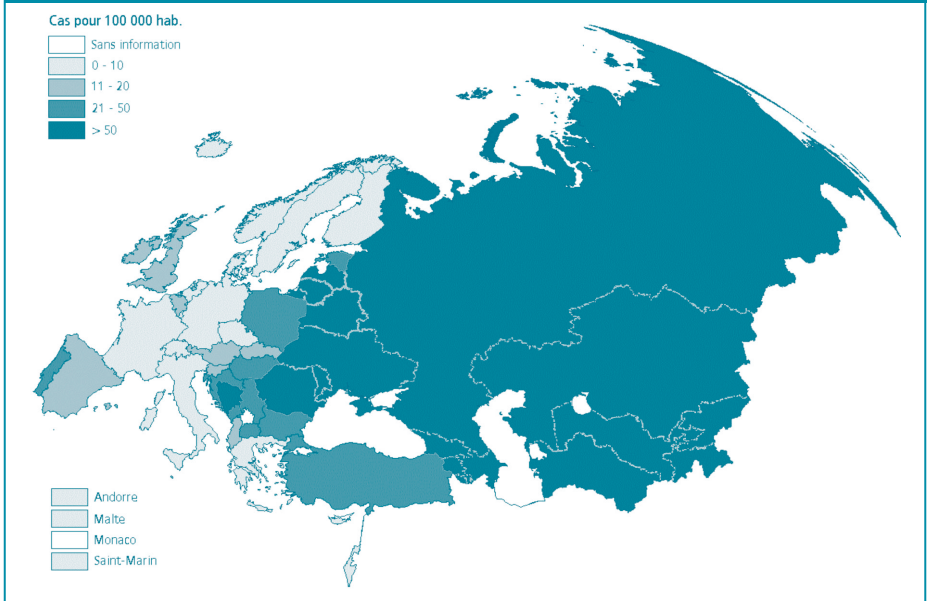
La prévalence du VIH parmi les cas de tuberculose est inférieure à 0,4 % dans cinq pays, atteignant 3-4 % en Estonie et Lettonie et un maximum de 16 % au Portugal. La multirésistance aux antibiotiques (MDR) – résistance à l'isoniazide et à la rifampicine – est beaucoup plus fréquente dans les États Baltes (proportion de MDR de 19 %) que dans les autres pays de la zone (2 %). Dans 23 pays avec des données exhaustives, 77 % des cas de tuberculose pulmonaire en 2003, sans antécédent de traitement, ont été traités avec succès, 7 % sont décédés et 11 % ont été perdus de vue. Les taux de succès ont tendance à diminuer avec l'âge alors que le risque de décès a tendance à augmenter.

Pays des Balkans

Dans les pays des Balkans, 62 609 cas de tuberculose ont été déclarés en 2004 (50,7/100 000). Le taux de déclaration était plus élevé en Roumanie (146) que dans les autres pays (19-61). L'incidence de la tuberculose était la plus élevée parmi les 45-64 ans en Roumanie et en Bulgarie et les plus de 64 ans dans les autres pays. Depuis 2000, les taux de déclaration de tuberculose ont diminué en Albanie (-2 %) et en Croatie (-6 %) et ont augmenté en Turquie (+1 %) et en Roumanie (+4 %). La prévalence du VIH parmi les cas de tuberculose est faible (0,2-0,5 %).

A l'exception de la Bulgarie et de la Roumanie (MDR 5-6 %), la proportion de cas multirésistants est relativement basse dans le reste de ces pays (0-1 %). Les taux de succès de traitement parmi les cas sans antécédent de traitement (2003) étaient supérieurs à 80 % et les taux de décès n'excèdent pas 4 % dans les quatre pays pour lesquels on dispose de données exhaustives (Albanie, Bulgarie, Macédoine, Roumanie).

Figure 1 **Les taux de déclaration de la TB (cas pour 100 000 habitants), Région Europe de l'OMS, 2004**
***Figure 1** TB notification rates (cases per 100,000 population), WHO European Region, 2004*



Europe de l'Est

En 2004, 291 288 cas de tuberculose ont été déclarés en Arménie, Azerbaïdjan, Belarus, Géorgie, Kazakhstan, Kyrgyzstan, République de Moldova, Fédération de Russie, Tadjikistan, Turkménistan, Ukraine et Ouzbékistan (104,7 cas/100 000), dont 52 % notifiés par la Fédération de Russie. L'incidence a montré un pic chez les 25-34 ans, indiquant d'importantes transmissions récentes. Depuis 2000, celle-ci a augmenté de 3,6 % par an, reflétant en partie une amélioration du niveau de déclaration suite à l'expansion des programmes de lutte contre la tuberculose.

Dans la plupart des pays de l'Est, les données de résistance exhaustives sont insuffisantes. Au cours des dernières années, des niveaux élevés de MDR ont été enregistrés dans certains pays (par exemple 25 % au Kazakhstan en 2001). En 2003, les six pays notifiant des résultats représentatifs d'issues de traitement parmi les cas sans antécédent de traitement, ont déclaré 71 % de succès (entre 55-84 %), 5 % de décès (entre 2-9 %) et un taux élevé d'échecs (entre 3-14 %) reflétant probablement une prévalence élevée de MDR.

Conclusion

Dans l'UE et les autres pays d'Europe de l'Ouest, la surveillance et le contrôle de la tuberculose doivent cibler les groupes à risque [3], notamment les populations d'origine étrangère, les personnes âgées et les personnes infectées par le VIH. En 2007, le poids de la maladie tuberculeuse dans l'UE augmentera sensiblement avec l'adhésion de la Bulgarie et la Roumanie. A l'Est, l'importance de la morbidité de la tuberculose et le nombre de cas multirésistants très élevé constituent un problème de santé publique important et sont des enjeux majeurs pour les programmes de lutte antituberculeuse. Des données plus exhaustives, notamment sur la résistance à l'Est, permettraient d'améliorer la contribution de la surveillance au contrôle de la tuberculose.

Références

[1] EuroTB and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region. Surveillance of tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 2004, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France. February 2006. (http://www.eurotb.org)

[2] World Health Organization. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2006. Geneva, Switzerland. WHO/HTM/TB/2006.362 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2006/en/index.html)

[3] Broekmans JF, Migliori GB, Rieder HL, Lees J, Ruutu P, Loddenkemper R, et al. European framework for tuberculosis control and elimination in countries with a low incidence. Recommendations of the World Health Organization (WHO), International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) and Royal Netherlands Tuberculosis Association (KNCV) Working Group. Eur Respir J. 2002;19:765-767. (http://erj.ersjournals.com/cgi/content/full/19/4/765).

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec indication de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur http://www.invs.sante.fr/BEH

Directeur de la publication : Pr Gilles Brücker, directeur général de l'InVS
Rédactrice en chef : Florence Rossollin, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Comité de rédaction : Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Dr Claude Attali, médecin généraliste ; Dr Juliette Bloch, InVS ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Yuriko Iwatsubo, InVS ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Dr Loïc Josseran, InVS ; Eric Jougla, Inserm CépiDc ; Dr Najoua Mlika-Cabanne, HAS ; Josiane Pillonel, InVS ; Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.
N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 -ISSN 0245-7466

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH rédaction
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
Tél : 01 41 79 69 60
Fax : 01 41 79 68 40 - Mail : redactionbeh@invs.sante.fr
Tarifs 2007 : France et international 52 € TTC
Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr