Le but ultime fixé par l'OMS est l'élimination mondiale

Tuberculose en Suisse: où est le problème?

Jean-Pierre Zellweger

Centre de compétence tuberculose, Ligue pulmonaire suisse, Berne

La tuberculose n'est plus un problème de santé publique en Suisse ni dans aucun pays d'Europe occidentale. L'incidence des cas, soit le nombre de cas déclarés chaque année pour 100 000 habitants, diminue assez régulièrement. Le diagnostic repose sur des examens de laboratoire qui sont disponibles partout dans notre pays et le traitement est bien standardisé et efficace, de sorte que la guérison des malades est pratiquement garantie. La *Montagne magique* et la *Fanfare de Leysin* font heureusement partie des souvenirs.

Et pourtant, la tuberculose pose encore plusieurs problèmes pratiques, que les articles d'Altpeter et de Schmiedel publiés dans ce numéro rappellent fort à propos:

Le premier problème tient au fait que, la maladie étant rare, l'expérience des médecins de premier recours, qui doivent penser en premier lieu à effectuer des examens de diagnostic, est de plus en plus limitée. Il en résulte que, dans les pays où la maladie est rare, le diagnostic est souvent posé tardivement, à un stade avancé de la maladie, comme l'a démontré une étude menée dans un état des US [1]. En Suisse, comme dans d'autres pays européens, le délai moyen entre le début de la maladie et le diagnostic dépasse deux mois [2], le retard le plus important étant imputable au système de santé et non au patient [3, 4]. La conséquence est que des malades meurent encore en Suisse en raison d'un diagnostic posé tardivement, alors qu'ils sont atteints d'une tuberculose guérissable si elle avait été dépistée à temps [5].

Le second problème vient des difficultés de présentation clinique de la maladie, de l'interprétation de l'histoire du malade et de l'application pratique des méthodes de diagnostic. Poser un diagnostic de tuberculose est souvent l'étape la plus difficile. Trop de médecins oublient que le diagnostic de la tuberculose repose, encore et toujours, sur l'examen bactériologique (y compris les nouveaux tests de détection génomiques) des expectorations d'un malade porteur d'un cliché thoracique anormal et non sur un test sérologique. En outre, comme la maladie évolue, une réponse négative du laboratoire à un premier test n'exclut nullement la présence d'une maladie lentement progressive, qui sera dépistée par un test ultérieur [6].

Jean-Pierre Zellweger

Une fois le diagnostic posé, il est surprenant de constater combien les médecins traitants sont réticents à transmettre les informations épidémiologiques aux autorités de santé publique: dans un bon nombre de cas, des informations importantes pour le choix du traitement et pour le suivi telles que l'origine du patient, l'existence d'un traitement préalable ou simplement le nom du médecin traitant ne sont pas indiquées sur le formulaire de déclaration. Le résultat des examens bactériologiques, capital pour l'organisation des enquêtes d'entourage, est souvent inconnu ou transmis tardivement.

Une autre difficulté consiste à faire suivre à un malade un traitement standardisé complet. Le traitement de la tuberculose est long, difficile, et s'accompagne souvent d'effets indésirables. Les modifications du schéma thérapeutique doivent être envisagées soigneusement de manière à assurer la guérison et à éviter l'émergence de souches de mycobactéries résistantes à un ou plusieurs médicaments antituberculeux [7]. La population des malades atteints de tuberculose est constituée en large partie par des personnes d'origine étrangère, souvent encore mal intégrées et qui changent de résidence pour des raisons sociales, familiales ou administratives, voire même qui «disparaissent» pour éviter un renvoi à l'étranger. Suivre une telle population mobile pose des problèmes pratiques parfois considérables (suivi du traitement et transmission des informations).

Le dépistage de l'infection tuberculeuse latente et le traitement préventif dans les groupes à risque est un des éléments importants d'une politique globale de contrôle de la tuberculose

Finalement, reste le problème des cas de tuberculose dus à des germes résistants aux deux principeaux médicaments antituberculeux de première ligne, ou tuberculose multirésistante (MDR-TB). Certes, ces cas sont rares en Suisse et la majorité d'entre eux sont importés, mais ils posent aux médecins traitants des problèmes sérieux de choix des médicaments, de suivi et de prise en charge financière. Grâce au fait que les médicaments de réserve sont pour la plupart disponibles en Suisse et que les médecins traitants confrontés à de

tels cas ont pris l'habitude de prendre l'avis d'autres spécialistes pour la conduite du traitement (*closed-user group* de la Ligue pulmonaire suisse et l'OFSP), le résultat final est satisfaisant [8], mais une augmentation du nombre et de la complexité de ces cas pourrait représenter, même en Suisse, une charge financière importante pour le système et une source de difficultés considérables [9].

Une autre difficulté consiste à faire suivre à un malade un traitement standardisé complet

Le but ultime fixé par l'OMS est l'élimination de la tuberculose, à commencer par les pays à faible incidence où une telle perspective est possible dans un avenir pas trop éloigné [10]. De nombreux obstacles persistent, dont le fait que la majorité des cas observés dans les pays occidentaux le sont chez des personnes nées et infectées dans un pays à incidence élevée et chez lesquelles la maladie se déclare après l'entrée dans un pays à faible incidence, par réactivation d'une infection latente passée inaperçue [11]. Le dépistage de l'infection tuberculeuse latente et le traitement préventif dans les groupes à risque est un des éléments importants d'une politique globale de contrôle de la tuberculose [12]. Le maintien des connaissances et d'un réseau de spécialistes compétents en est un autre. Les autorités sanitaires suisses ont défini une stratégie de lutte antituberculeuse qui tient compte de ces éléments [13] et qui peut contribuer à l'élimination ultime de la maladie, à condition d'être correctement suivie.

Correspondance:
Dr Jean-Pierre Zellweger
Centre de compétence tuberculose
Ligue pulmonaire suisse
Chutzenstrasse 10
CH-3007 Berne
zellwegerjp[at]swissonline.ch

Références

1 Wallace RM, Kammerer JS, Iademarco MF, Althomsons SP, Winston CA, Navin TR. Increasing Proportions of Advanced Pulmonary Tuberculosis Reported in the United States: Are Delays in Diagnosis on the Rise? AJRCCM. 2009;180(10):1016–22.
2 Kherad O, Herrmann FR, Zellweger JP, Rochat T, Janssens JP. Clinical presentation, demographics and outcome of tuberculosis (TB) in a low incidence area: a 4-year study in Geneva, Switzerland. BMC Infect Dis. 2009;9:217.
3 Farah MG, Rygh JH, Steen TW, Selmer R, Heldal E, Bjune G. Patient and health care system delays in the start of tuberculosis treatment in Norway. BMC Infectious Diseases. 2006;6:33.
4 Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. BMC Public Health. 2008;8:15.
5 Fellrath JM, Zellweger J.P. La jeune fille et la mort. Swiss Medical Forum. 2010;10(23):409–11.
6 Berthod D, Desbaillets N, Berney JL, Zellweger JP. Fever of indeterminate origin in a young immigrant male: a case of miliary tuberculosis in the Gruyère region. Forum Med Suisse. 2006;6:1108–10.
7 van der Werf MJ, Langendam MW, Huitric E, Manissero D. Multidrug resistance after inappropriate tuberculosis treatment: a meta-analysis. Eur Respir J. 2012;39(6):1511–9.
8 Helbling P, Altpeter E, Egger JM, Zellweger JP. Treatment outcomes of multidrug-resistant tuberculosis in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2014;144:w14053.
9 Loddenkemper R, Sotgiu G, Mitnick CD. Cost of tuberculosis in the era of multidrug resistance: will it become unaffordable? Eur Respir J. 2012;40(1):9–11.
10 Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I, D'Ambrosio L, de Vries G, Diel R, et al. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. Eur Respir J. 2015;45(4):928–52.
11 Ricks PM, Cain KP, Oeltmann JE, Kammerer JS, Moonan PK. Estimating the burden of tuberculosis among foreign-born persons acquired prior to entering the U.S., 2005–2009. PLoS ONE. 2011;6(11):e27405.
12 Abubakar I, Stagg HR, Cohen T, Mangtani P, Rodrigues LC, Pimpin L, Watson JM, Squire SB, Zumla A. Controversies and unresolved issues in tuberculosis prevention and control: a low-burden-country perspective. The Journal of Infectious Diseases. 2012;205 Suppl 2:293–300.
13 Office fédéral de la santé publique OFSP. Stratégie nationale de lutte contre la tuberculose 2012-2017. Département fédéral de l'intérieur, Berne, 2012.