

Article original

La tuberculose à la Réunion : caractéristiques épidémiologiques issues des déclarations obligatoires, 2000–2007

Tuberculosis in Reunion island: Epidemiological characteristics of notified cases, 2000–2007

N. Baroux^{a,b,*}, E. D'Ortenzio^a

^a Cellule inter régionale d'épidémiologie Réunion–Mayotte, institut de veille sanitaire, Saint-Denis, La Réunion

^b Programme de formation à l'épidémiologie de terrain (PROFET), institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Reçu le 29 janvier 2009 ; accepté le 4 juin 2009

Disponible sur Internet le 16 juillet 2009

Résumé

La Réunion est proche de pays ayant une forte incidence de la tuberculose : Madagascar (246/100 000 en 2006), les Comores (44/100 000 en 2006) et Mayotte (22/100 000 en 2004). Peu de données sont disponibles sur l'épidémiologie de la tuberculose à la Réunion.

Objectif. – Décrire les caractéristiques épidémiologiques des tuberculoses maladies (TM) déclarées entre 2000 et 2007, et des infections tuberculeuses latentes (ITL) de l'enfant moins de 15 ans déclarées entre 2003 et 2007.

Résultats. – Les données présentées proviennent des déclarations obligatoires, du centre national de référence des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux et du CepiDC-Inserm. Quatre cent quatre-vingt-quinze cas ont été déclarés, soit une incidence moyenne de 8/100 000 habitants, et quatre cas d'ITL. Pour les TM, l'incidence était de 2,4 chez les 0–14 ans, 6,0 chez les 15–39 ans et 15,9 chez les plus de 40 ans. Parmi les cas de TM, 82 % étaient des formes pulmonaires, dont 90 % étaient confirmées. Entre 2000 et 2006, sur 423 souches analysées, huit s'étaient révélées multirésistantes (2 %). Le taux de mortalité moyen entre 2000 et 2006 était de 1,2/100 000. Les données de déclaration de TM à la Réunion indiquent une faible incidence qui peut être en partie expliquée par une faible incidence de l'infection à VIH (3,2/100 000 pour 2003–2005), par un bon niveau de vie et d'hygiène et par un bon accès aux soins.

Conclusion. – Du fait des flux migratoires avec les îles voisines à fortes incidences, la surveillance épidémiologique doit continuer et se renforcer afin de mettre en place les mesures de dépistage nécessaires autour des cas déclarés.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : France ; Incidence ; Réunion ; Océan Indien ; Surveillance ; Tuberculose

Abstract

Located in the South West Indian Ocean, Reunion island is close to countries with a strong incidence of tuberculosis disease: Madagascar, 246 per 100,000, Comoros, 44 per 100,000 or Mayotte, 22 per 100,000 in 2006. However, the epidemiology of tuberculosis in Reunion is poorly documented.

Objective. – This article presents epidemiological characteristics of tuberculosis disease notified between 2000 and 2007 and cases of latent tuberculosis infection for children under 15 years old between 2003 and 2007 in Reunion.

Method. – The data analysed in this article are collected through the mandatory notification. Multi-drug resistant data come from National Reference Centre for Mycobacteria and Antituberculosis Drug Resistance and mortality data from Centre for the epidemiology of medical causes of death in France.

Results. – In Reunion, 495 cases-patients with tuberculosis disease were notified, that is an incidence of eight cases per 100,000 habitants and four cases-patients of latent tuberculosis infection were notified. Regarding tuberculosis disease, the incidence was respectively, 2.4, 6 and 15.9 for the cases-patients aged 0–14, 15–39 and more than 40 years old. Pulmonary tuberculosis accounted for 82% of tuberculosis disease notified cases-patients, 90% of which were microbiologically confirmed. Between 2000 and 2006, the frequency of multidrug-resistant was of 2% (8/423) and the mortality rate was 1.2 per 100,000.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : noemie.baroux@sante.gouv.fr, noemie.baroux@gmail.com (N. Baroux).

Conclusion. – These results indicate a low incidence in Reunion which can be explained by a low HIV infection incidence (3.2 per 100,000 in 2003–2005), a good standard of hygiene and a good access to care. However, due to migratory fluxes from nearby high incidence countries, the epidemiological surveillance in Reunion must continue and be enhanced to set up the preventive and control measures around the notified cases. © 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: France; Incidence; Indian Ocean; Reunion island; Tuberculosis

1. Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on compte, chaque seconde, une nouvelle infection par le bacille tuberculeux dans le monde. En 2006, le nombre de nouveaux cas de tuberculose était estimé à 9,2 millions (139/100 000), dont 4,1 millions (44 %) de nouveaux cas avec une recherche de bacille de Koch (BK) positive au frottis [1]. Les cinq pays qui ont enregistré le plus grand nombre de cas étaient, par ordre décroissant : l'Inde, la Chine, l'Indonésie, l'Afrique du Sud et le Nigéria [1]. Dans la zone océan Indien, en 2006, l'incidence estimée était de 246/100 000 habitants à Madagascar [2], 44/100 000 aux Comores [3], 33/100 000 aux Seychelles [4], 23/100 000 à Maurice [5]. Cette incidence était de 22/100 000 à Mayotte en 2004 [6] et de 6,7/100 000 à la Réunion en 2005 [7]. En France métropolitaine, l'incidence en 2006 était de 8,5/100 000 [8]. À la Réunion, département français d'outre-mer dans l'océan Indien, les mouvements de population avec les îles voisines sont fréquents, notamment avec Mayotte (collectivité départementale française), les Comores et Madagascar. Peu de données sont disponibles sur l'épidémiologie de la tuberculose à la Réunion. L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques des cas de tuberculose maladie (TM) déclarés entre 2000 et 2007, et les infections tuberculeuses latentes (ITL) de l'enfant de moins de 15 ans déclarées entre 2003 (date de la mise à déclaration obligatoire [DO]) et 2007, à la Réunion.

2. Méthode

Les données présentées dans ce travail proviennent des DO de la tuberculose reçues à la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) de la Réunion et validées par l'Institut de veille sanitaire (InVS) pour la période 2000 à 2007, du Centre national de référence des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux (CNR MRMA) pour la période 2000 à 2006 et du CapiDC-Inserm pour la mortalité entre 2000 et 2006. Les données pour la France métropolitaine concernent la période 2000 à 2006.

2.1. Définitions

Les définitions de cas retenues par l'InVS sont les suivantes :

- le cas confirmé de TM : maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture ;
- le cas probable de TM : signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose et décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard ;

- le cas d'une ITL chez un enfant de moins de 15 ans : intradermoréaction (IDR) à 5U positive sans signe clinique, ni paraclinique (induration supérieure à 15 mm si BCG ou supérieure à 10 mm sans BCG ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de deux ans) ;
- la multirésistance aux antituberculeux : résistance à au moins l'isoniazide et la rifampicine ;
- l'ultrarésistance (dénommée *extensive drug resistance* [XDR]) dont la définition a été révisée par l'OMS en octobre 2006 : cas de tuberculoses multirésistants et résistants aux fluoroquinolones et à au moins un des trois médicaments injectables de seconde intention (capréomycine, kanamycine, amikacine).

Les codes CIM10 retenus pour étudier la mortalité sont les codes A15 à A19 et B90. Ils correspondent à un diagnostic de tuberculose ou de séquelles de tuberculose.

2.2. Recueil des données

La DO est notifiée à la Drass soit par fax, soit par courrier par l'intermédiaire des laboratoires ou des cliniciens. À la Réunion, la DO est ensuite transmise au Conseil général chargé de la lutte antituberculeuse (LAT). Une fois par an, la Drass transmet ces données à l'InVS pour validation.

Les données collectées comportent principalement des informations sociodémographiques (âge, sexe, lieu de naissance, nationalité, année d'arrivée en France pour les personnes nées à l'étranger), des informations cliniques et bactériologiques, et des informations sur des facteurs de risque connus pour la tuberculose comme la résidence en collectivité ou le fait d'être sans domicile fixe (SDF).

Des items de la fiche de déclaration de TM n'ont été demandés qu'à partir de 2003 : année d'entrée en France si étranger, diagnostic de TM postmortem, profession à caractère sanitaire et social, résultat d'antibiogramme pour l'isoniazide, résultat d'antibiogramme pour la rifampicine et le statut SDF.

Avant 2003, seules les TM étaient à DO. Depuis 2003, les ITL chez les enfants de moins de 15 ans le sont aussi.

Les données du recensement 1999 et les projections pour les années 2000 à 2006, de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), ont été utilisées pour le calcul des taux d'incidence. Les taux d'incidence sur plusieurs années ont été obtenus par calcul de la moyenne arithmétique des taux d'incidence annuelle de la période étudiée. Les taux de mortalité sont le rapport entre le nombre de décès en lien avec la tuberculose et la population.

Les fréquences observées dans différentes catégories ont été comparées par le test du Khi². Les analyses ont été faites à

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3413579>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3413579>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)