



Aspects épidémiologiques, diagnostiques et évolutifs de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive au District Sanitaire de Saint-Louis.

Epidemiological, diagnostic and evolutionary aspects of pulmonary tuberculosis with positive microscopy in the Saint Louis health district.

Niang S¹, Abdallahi E W¹, Thiam Kh², Mbaye F B R², Cissé M F², Dieng A³, Ndiaye E M⁴, Badiane N T²

1. Service de Pneumologie, CHRU, Saint-Louis, Sénégal
2. Service de Pneumologie, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal
3. Service de Médecine Interne, CHRU, Saint-Louis, Sénégal
4. UFR 2S Université de Thiès

Auteur correspondant : Dr Samba NIANG

Résumé

Au Sénégal, la lutte contre la tuberculose est coordonnée par le Programme National contre la Tuberculose qui a intégré un protocole de prise en charge dans les districts sanitaires. Le traitement des malades se fait au niveau des centres de traitement antituberculeux. Chaque centre est géré par un chargé de traitement qui travaille sous la supervision du Médecin chef district.

Patients et Méthode: il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective réalisée à partir des registres de patients traités pour tuberculose pulmonaire avec frottis positifs dans le district du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2013. Ont été inclus tous les patients tuberculeux avec frottis positif enregistrés dans le district sanitaire de Saint Louis.

Résultats : Nous avons inclus 658 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive sur un total de 747 patients traités dans le district pour tuberculose évolutive. Durant la période, la population d'étude représentait 88,1% de l'ensemble des cas. Les malades de sexe masculin étaient plus touchés (69%) avec un sexe ratio de 2,2. L'âge moyen était de 36,3 ans, les ménagères étaient les plus touchées (49%). Un contage tuberculeux était retrouvé chez 110 patients (17%). Dans la majorité des cas (559), il s'agissait de nouveaux cas de tuberculose. Nous avons enregistré 3% d'échec, 7% de rechute et 5% d'abandon de traitement. La sérologie rétrovirale était positive chez 7% des malades.

Conclusion : La tuberculose pulmonaire à microscopie positive demeure un réel problème de santé publique au Sénégal. Son élimination passe par l'amélioration du système de santé et particulièrement le volet concernant la prise en charge des tuberculeux

Mots clés : Tuberculose à microscopie positive, District sanitaire Saint Louis, Sénégal.

Summary

In Senegal, the fight against tuberculosis is coordinated by the National Program against Tuberculosis which has integrated a protocol of care in health districts. The treatment of the patients is done at the level of the centers of antituberculous treatment. Each center is managed by a treatment manager who works under the supervision of the District Chief Medical Officer.

Patients and Method: This was a retrospective descriptive study based on registers of patients treated for smear-positive pulmonary TB in the Saint Louis health district from January 1, 2012 to December 31, 2013. All smear-positive TB patients registered in the district were included.

Results: We included 658 cases of positive microscopy pulmonary tuberculosis out of a total of 747 patients treated in the district for active tuberculosis. During the period, the study population accounted for 88.1% of all cases. Male patients were more affected (69%) with a sex ratio of 2.2. The average age was 36.3 years, housewives were the most affected (49%). Tuberculosis was found in 110 patients (17%). In the majority of cases (559), these were new cases of tuberculosis. We had 3% failure, 7% relapse and 5% dropout. Retroviral serology was positive in 7% of patients.

Conclusion: Pulmonary tuberculosis with positive microscopy remains a real public health problem in Senegal. Its elimination involves improving the health care system and the treatment of tuberculosis.

Keywords: Positive Microscopy Tuberculosis, Saint Louis Health District, Senegal.



Introduction

Au Sénégal, la lutte contre la tuberculose est coordonnée par le Programme National contre la Tuberculose (PNT) qui a intégré un protocole de prise en charge dans les districts sanitaires. Le traitement des malades tuberculeux se fait au niveau des centres de traitement antituberculeux (CDT). Chaque CDT est géré par un chargé de traitement qui travaille sous la supervision et la responsabilité du Médecin- Chef de district. Au Sénégal, le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT) a enregistré 13 647 cas, toutes formes confondues, dont 9 278 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif (TPM+) en 2014 [1]. L'objectif de ce travail était de déterminer les aspects épidémiologiques diagnostiques et évolutifs des cas de tuberculose à microscopie positive, au niveau du district sanitaire de Saint-Louis

Patients et Méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective réalisée à partir des registres de patients traités pour tuberculose pulmonaire avec frottis positifs dans le district sanitaire de Saint-Louis du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2013. Depuis 2010, le traitement de la tuberculose a été décentralisé dans certains postes de santé notamment dans les Districts de Saint-Louis (5 PS), Dagana (1 PS), Podor (1 PS), et Pété (1 PS). Les autres postes de santé et l'hôpital régional de Saint-Louis participent à la lutte contre la tuberculose par la demande d'examen de crachats ou l'orientation des tousseurs chroniques vers les centres de dépistage. Ont été inclus tous les patients tuberculeux avec frottis positif enregistré dans le district durant la période d'étude. Les données ont été recueillies à partir des fiches et de registres de traitement des malades dans le District. N'ont pas été inclus les patients ne répondant pas aux critères d'inclusion

Les paramètres étudiés comprenaient :

- Les données sociodémographiques : âge, genre, profession, adresse
- Les antécédents : la notion de contagé
- Le terrain et comorbidité : le statut sérologie au VIH, asthme, diabète
- La forme de la tuberculose (pulmonaire ou multifocale)
- Le type (nouveau cas ou récidive)

La saisie des données était faite par Microsoft Excel et l'analyse a consisté en une étude

descriptive avec calcul de fréquence pour les variables quantitatives.

Résultats

Cette étude avait inclus 658 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive sur un total de 747 patients traités dans le district pour tuberculose évolutive. Durant la période d'études, la population d'étude représentait 88,1 % de l'ensemble des cas de tuberculose toute localisation confondue. Par ailleurs la répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe montre que les malades de sexe masculin étaient plus touchés (69%) que ceux de sexe féminin (31%) avec un sexe ratio H/F de 2,2. L'âge moyen des patients était de 36,3 ans. La majorité des patients tuberculeux faisait partie de la tranche d'âge entre 20 et 35 ans soit 45% (fig. 1).

La majeure partie de ces 668 sujets concernés par notre étude habitait en zone urbaine. Les femmes au foyer et les personnes sans-emploi étaient les plus représentées, avec respectivement 49% et 24%. La notion de contagé tuberculeux était retrouvée chez 110 patients soit 17%.

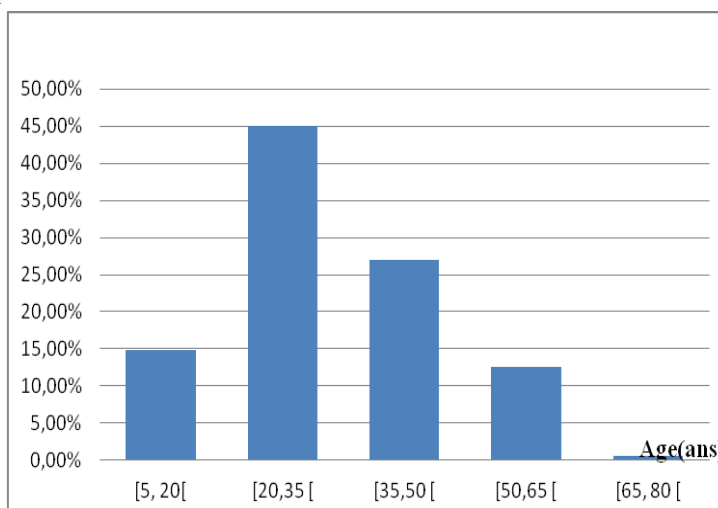


Figure 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âges

Dans la majorité des cas (559 cas soit 85%), il s'agissait de nouveaux cas de tuberculose. Nous avons enregistré 3% d'échec, 7% de rechute et 5% d'abandon (fig. 2). Une tare sous-jacente était retrouvée chez 51 patients soit 7%. La sérologie rétrovirale était effectuée chez 62% de nos patients et était revenue positive dans 7% des cas. La prévalence mensuelle était discrètement inégale selon les mois avec cependant un pic de fréquence les mois de décembre et de janvier.

Les données cliniques et bactériologiques.

Les circonstances de découverte étaient classiques faites de toux chronique, la fièvre et

l'altération de l'état général (Tableau. I). La bacilloscopie était positive à 3+ pour la majeure partie des patients (fig.3). On notait une diminution progressive du nombre de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif contrôlés bactériologiquement dans le temps. Le nombre de patients non contrôlés à M2 et M5 diminue dans le temps durant les deux années. Le taux de patients déclarés guéris était de 94.7% avec un taux de décès de 1,4 % (Tableau. II).

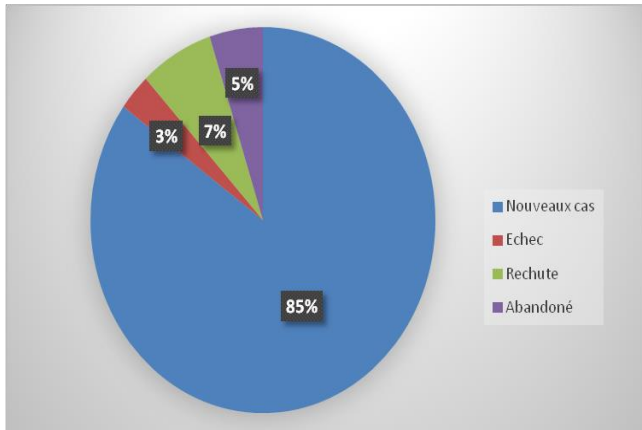


Figure 2 : Répartition des patients selon la catégorie de la tuberculose

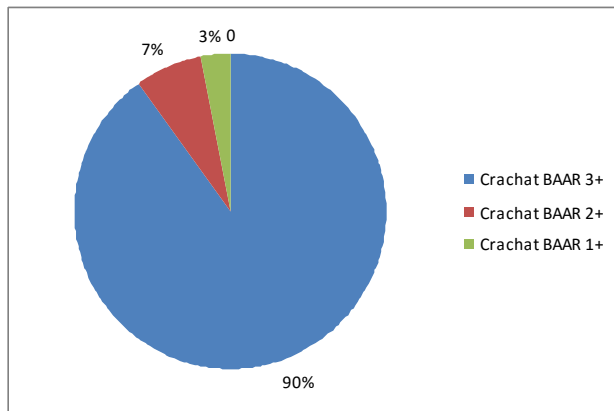


Figure 3 : Répartition selon les résultats de la bacilloscopie.

Tableau I : Répartition des cas selon les signes fonctionnels et généraux

Signes cliniques	Effectif N=658	Pourcentage %
Toux chronique	652	99,1%
AEG	422	64,1%
Fièvre	637	96,8%

Tableau II : évolution sous traitement antituberculeux

Issue thérapeutique	Effectif	Pourcentage %
Guérison	623	94.7
Traitement non terminé	15	2.3
Echec	3	0.4
Décès	9	1.4
Abandon	6	0.9
Transféré	2	0.3
Total	658	100

Discussion

La tuberculose est un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement. Elle est responsable d'une morbidité et d'une mortalité élevée malgré la gratuité du traitement antituberculeux, l'existence de médicaments efficaces et l'élaboration de programmes nationaux de lutte contre la maladie. Dans le monde et notamment en Afrique subsaharienne, l'avènement de la pandémie de l'infection à VIH constitue une circonstance favorisant et a conduit à une recrudescence de la tuberculose.

Notre étude avait inclus 658 cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif (TPFP) sur un total de 747 patients traités soit 88,1% des cas de tuberculose toutes formes confondues. Ces résultats sont en accord avec ceux de Doubli [2] et Thaou [3], qui retrouvaient respectivement des taux de 86,2% et 82,2%. La tuberculose peut toucher tous les organes et tissus, cependant la localisation pulmonaire reste la plus fréquente. Le Sex-ratio dans notre étude était de 2,2 et cette valeur n'est pas loin de celle des données de la littérature notamment celles de S. Niang [4], G. Kimanda [5] au Burundi avec respectivement 2,2 ; 2,7. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par le fait que les hommes sont plus mobiles du fait de leurs activités ; ils sont donc plus en contact avec les malades bacillifères. La moyenne d'âge était de 36,3 ans avec des extrêmes de 5 et 80 ans. La tranche d'âge la plus fréquente était celle de 20-35 ans avec 45%. Cette atteinte des sujets jeunes était retrouvée dans la plupart des études notamment celles menées au Sénégal par S. Niang [4] et Tchaou et coll. [3], avec respectivement un âge moyen de 36 ± 5 ans, 37 ans. Dans notre étude, les femmes au foyer et les personnes sans-emploi étaient les plus représentées avec respectivement 49% et 24%. Des études au Burkina Faso menées par Ouédraogo et al ont montré des résultats



superposables avec une prédominance des travailleurs du secteur informel, les commerçants et les femmes au foyer étaient les plus touchés [7]. Nous avons constaté une plus grande concentration de malades en zone urbaine avec 69% due en partie à une forte densité démographique dans la ville de Saint-Louis. Le contage tuberculeux était retrouvé que dans 17% des cas. Dans notre étude comme dans celle d'Idbarka, le contage tuberculeux était rarement rapporté [8]. Selon la classification thérapeutique de l'OMS [9], la catégorie II inclue les cas de rechutes, d'abandon et d'échec thérapeutique. Dans notre étude, cette catégorie représentait 15% des cas et était inférieure aux 26% de T. Santha [10]. L'incidence de la tuberculose croît régulièrement malgré la gratuité effective des médicaments antituberculeux dans notre pays. Cette augmentation de l'incidence peut s'expliquer d'une part par l'accessibilité des microscopes optiques dans tous les districts et la disponibilité des tests de diagnostics rapides et d'autre part par l'accroissement de la population générale. La sérologie rétrovirale n'était effectuée que chez 62% de nos patients. Ce faible taux de sérologie s'expliquait par le refus d'un certain nombre de patients d'être testé. Ce taux de dépistage reste largement inférieur au taux retrouvé par Yone à Yaoundé (86%) [6]. Dans notre étude la séroprévalence de l'infection à VIH était de 7%. Dans d'autres régions d'Afrique noire la prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux variait entre 16 à 80% dans plusieurs études publiées [6]. Néanmoins notre taux de prévalence de la coïnfection TB/VIH était supérieur au taux de T. Hussain à Tajganj en Inde qui était de 4,5% [11]. Dans notre étude la symptomatologie clinique au moment du diagnostic, était dominée par la toux chronique fébrile notée chez 96,8% ; ces constatations ont été rapportées par plusieurs auteurs [4, 6, 12, 13]. Les contrôles microscopiques du 2^{ème} mois, 5^{ème} et 6^{ème} mois ont été réalisés chez 95,3% des patients avec un taux de guérison de 94% et un taux d'abandon de traitement estimé à 2,2%, constituant un indice de performance, témoin, d'une bonne organisation du Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT) dans le district sanitaire notamment à Saint-Louis.

Conclusion

La tuberculose demeure l'une des maladies infectieuses les plus répandues, malgré l'existence d'un programme national de lutte

contre cette maladie (PNT) et d'un traitement efficace. Le retard diagnostique, la pauvreté et la pandémie VIH constituent les véritables défis à relever pour éradiquer cette maladie.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) Rapport Annuel 2014 http://www.pnt.sn/sites/pnt.sn/files/documents/rapport_annuel_pnt_de_2014.pdf
2. Doubli S.B. La tuberculose : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs : Etude rétrospective à propos de 1145 cas dans le District de Pikine. Thèse Médecine Dakar 2011 ; n°19
3. Tchaou M, Sonhaye L, Kotosso A et al. Aspects radiographiques des séquelles de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA à Lomé – Togo. J Fran Viet Pneu 2012 ; 03(6): 1-50
4. Niang S, Diop Dia A, Thiam K, Dieng A, Ndiaye EM. Profil épidémiologique, clinique, radiologique et évolutif de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) au centre hospitalier régional universitaire de Saint-Louis (CHRU SL). Revue des Maladies respiratoires 2017 ; 34 (suppl.) : A233-A234
5. Kimanda Sœur MA La tuberculose au cours de l'infection à VIH. Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs à propos de 220 cas colligés à la clinique des maladies infectieuses du CHU de Fann. Thèse Médecine Dakar 2006 ; n°4
6. Yone ÉWP, C. Kuaban C, Kengne AP. Impact de l'infection à VIH sur l'évolution de la tuberculose de l'adulte à Yaoundé, Cameroun. Revue de Pneumologie clinique 2012 ; 68(6), 338-344
7. Ouedraogo M, Ouedraogo S.M, Diagbouga S, Zoubga Z.A. Infection mycobactérienne et sérologie HIV au Burkina Faso Med. Afr. Noire 2001 ; 48 (8/9) : 368-370
8. Idbarka S. La tuberculose pleurale : aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs à propos de 127 cas colligés à la clinique des maladies infectieuses du CHNU de FANN. Thèse Médecine Dakar, 2010 n°39
9. Tuberculosis Programme Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. Second ed. WHO, Geneva ; 1997 (WHO/TB/97.220.)
10. Santha T, Garg R, Frieden TR et Risk factors associated with default, failure and death among tuberculosis patients treated in a DOTS programme in Tiruvallur District, South India, 2000. Int J Tuberc Lung Dis. 2002; 6 (9):780-8
11. Hussain T, Sinha S, Kulshreshtha KK al Seroprevalence of VIH infection among tuberculosis patients in Agra India Hospital- Based study. Tubercul. (Edinb) 2006 ; 86 (1): 54-9
12. Ollé-Goig JE. Tuberculosis in rural Uganda. Afr Health Sci 2010 ; 10 : 226-9
13. Ige OM, Sogaolu OM, Ogunlade OA. Pattern of presentation of tuberculosis and the hospital



**prevalence of tuberculosis and HIV co-infection in
University College Hospital, Ibadan, a review of five
years (1998-2002). Afr J Med Sci 2005;34:329-33**