

## Numéro 10 – juin 2018

## | Témoignage |



Photo : Anna Pozzi

Lorsque L'Union m'a demandé de devenir responsable du programme de lutte contre la tuberculose multirésistante, la proposition m'a d'abord surpris, car je suis et je reste un « ouvrier » dans le domaine. J'ai accepté parce que je trouve stimulant de pouvoir travailler au sein d'une équipe qui a des compétences scientifiques de très haut niveau et les met en pratique dans des contextes très diversifiés.

Je dirais que le Programme a trois axes principaux : l'assistance technique aux pays basée sur l'expérience du terrain - qui est une caractéristique typique de L'Union - les formations internationales et nationales basées sur les données scientifiques les plus récentes, et enfin la recherche opérationnelle pour aider les pays à identifier des solutions concrètes.

A une époque, la tuberculose multirésistante était l'affaire de quelques cliniciens un peu « romantiques » puisqu'elle n'était pas considérée comme une priorité en santé publique. Récemment, la maladie est devenue « à la mode » et tout le monde veut s'impliquer. Le risque est de penser que la lutte contre la maladie se résume à produire des plans stratégiques, procédures, guides, etc... Je n'oublie pas que j'ai commencé à traiter mes patients au Niger sous un manguier, avec une table, une chaise, des boîtes de médicaments et beaucoup de passion. On ne trouve pas la passion dans les documents et sans passion et conviction on ne va nulle part.

Nous avons aujourd'hui un instrument formidable pour lutter contre la TB-MR : le schéma court. Et nous avons les personnes qu'il faut : des experts seniors avec des connaissances consolidées et des jeunes experts enthousiastes. Sans oublier le fait de travailler en pleine confiance avec les programmes des pays. Tous ces éléments me donnent une grande confiance dans la réussite de notre combat contre une maladie qui fait encore des ravages dans le monde.

Alberto Piubello

## Les traitements préventifs de la TB pour les personnes vivant avec le VIH

Les personnes vivant avec le VIH (PvVIH), ont un risque très élevé de développer une TB active si elles sont infectées par le bacille tuberculeux. Le risque est estimé à 10% par an, contre 10% pour la vie entière chez les personnes non infectées par le VIH. Puisque la TB associée au VIH représente une part importante de la morbidité liée à la TB et une part encore plus importante de la mortalité, prévenir la TB chez les PvVIH est une priorité sur laquelle la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » de l'OMS insiste de plus en plus.

## Le traitement antirétroviral (ARV) : un effet préventif prouvé qui aura un large impact

L'effet préventif du traitement par les ARV sur la survenue d'une TB active a été bien démontré. Les études récentes confirment que traiter les PvVIH par ARV au plus tôt au stade asymptomatique (avec des CD4 > 500 / $\mu$ L) est la stratégie la plus efficace pour prévenir les cas de TB et les décès.

L'OMS recommande d'initier les ARV dès le dépistage de l'infection VIH et quel que soit le stade d'immunosuppression.

Le nombre de cas et de décès par TB évités par cette stratégie pourrait être très important dans les pays/régions à haute prévalence de VIH.

Il est probable qu'au moins une part de la diminution de l'incidence de la TB observée depuis 2008 dans les pays à haute prévalence de VIH pourrait être attribuée à l'augmentation de la couverture du traitement ARV chez les PvVIH.

## Le traitement préventif par isoniazide (TPI) : un effet préventif dont l'impact dépendra de l'épidémiologie

Le TPI agit en traitant l'infection tuberculeuse latente, et pourrait prévenir la survenue d'une nouvelle infection TB au cours du traitement. Les études récentes montrent que combiner le TPI aux ARV permet de réduire significativement l'incidence de la TB et la mortalité par rapport aux seuls ARV.

Le bénéfice individuel de prendre un TPI est bien démontré lorsque l'infection tuberculeuse est présente chez la PvVIH. Les études les plus récentes comme l'essai TEMPRANO en Côte d'Ivoire ont montré également un bénéfice chez les personnes non infectées par le BK, persistant à long terme, mais moindre que chez les personnes infectées par le BK.

Si le niveau d'incidence de la TB dans le pays est élevé, le nombre des PvVIH ayant une infection TB latente est grand et le TPI peut apporter à l'ensemble de la population un bénéfice important. Si l'incidence de la TB est modérée, il y aura beaucoup de personnes n'ayant pas d'infection TB latente dans la communauté, et le bénéfice du TPI sera réduit.

La probabilité d'être infecté par le BK est très faible pour les enfants en dehors de tout contact avec une TB active. Par contre, elle est très élevée pour les enfants contacts : le TPI est donc une priorité pour les enfants infectés par le VIH de tous âges dans le cadre de l'investigation des contacts.

## Les conditions de mise en place d'une stratégie nationale de TPI chez les PvVIH

Les recommandations de l'OMS ont été récemment mises à jour (voir Publications). Certaines conditions sont essentielles pour mettre en place un TPI systématique chez les PvVIH :

- La collaboration étroite du PNLT et du PNLS est indispensable.
  - La sélection des personnes à traiter par un test IDR ou IGRA positif n'est pas recommandée.
  - Chez les enfants (>12 mois) qui ne sont pas en contact avec un patient atteint de TB, le TPI n'est recommandé que dans les régions à forte incidence de TB.
  - La durée du traitement devra être allongée à au moins 36 mois dans les zones à forte incidence de TB.
- Il faut s'assurer de la mise en place d'interventions efficaces pour détecter et traiter une TB active chez les PvVIH avant tout TPI, utilisant le test Xpert (et la radiographie pulmonaire si possible), afin de ne pas traiter par monothérapie une TB cachée. Celle-ci serait inefficace tout en risquant de faire émerger une résistance à l'INH. Prévoir 3 mois de surveillance après le début des ARV avant d'initier le TPI peut être utile.
  - La formation du personnel du PNLS comme du PNT est indispensable pour assurer le dépistage, le suivi du traitement et la surveillance des effets indésirables, notamment le risque d'hépatite grave.
  - L'approvisionnement régulier et fiable en INH doit être assuré.
  - Un monitoring simple et de qualité doit être mis en place.

## La prévention de la TB chez les PvVIH : une stratégie d'avenir qui nécessitera des ressources supplémentaires

Des régimes de traitement de l'infection TB plus courts que le TPI, associant rifapentine et INH, ou rifampicine et INH pour les enfants (voir étude Titi) ont déjà prouvé leur efficacité. Quels que soient les traitements utilisés, il faut garantir la qualité de leur mise en place sinon l'impact au niveau du pays risque d'être faible voire négatif. Les ressources ne doivent pas être prises sur celles qui sont indispensables au dépistage et au traitement des malades TB. Des ressources supplémentaires sont probablement nécessaires.

## Etude Titi : Fin des inclusions et premiers résultats



Au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun et en République centrafricaine, plus de 4 000 patients, soit 90% des patients atteints de tuberculose pulmonaire à microscopie positive notifiés dans les 13 centres participants, ont été interrogés en l'espace de 18 mois ; 92% des patients éligibles ont accepté d'être enrôlés. Au total, près de **2 000 enfants de moins de 5 ans** ont été inclus.

A l'issue du bilan initial, environ **4%** des enfants ont eu un diagnostic de TB. La prévalence de TB initiale et la fréquence des radiographies pulmonaires interprétées comme «anormales en faveur d'une TB» diffèrent beaucoup selon le pays.

Au total, **90%** des enfants ont démarré une chimiothérapie préventive, par 3 mois de RH75/50 (6 mois de H100 au Bénin). La complétude du traitement est bonne dans les premières cohortes d'enfants évaluées. Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté.



Photo : V. Schwoebel

### Evènements, formations, 2018

- Cours de mycobactériologie appliquée aux besoins des PNT, **Cotonou, Bénin, du 06 au 17 août 2018**. Inscriptions closes.
- Cours International sur la Lutte contre la Tuberculose, **Cotonou, Bénin, 03-21 septembre 2018**. Inscriptions [ici](#) jusqu'au 30 juin 2018.
- TBSCIENCE2018, pré-conférence sur la recherche fondamentale et épidémiologique en TB, **La Haye, Pays-Pas, 23-24 octobre 2018**. Information [ici](#)
- 49<sup>ème</sup> Conférence mondiale sur la santé respiratoire : **La Haye, Pays-Bas, 24-27 octobre 2018**. Voir le [site](#).

### Publications techniques récentes

- ❖ Trébuçq A, Schwoebel V, Kashongwe Z, Bakayoko A, Kuaban C, Noeske J, Hassane S, Souleymane B, Piubello A, Ciza F, Fikouma V, Gasana M, Ouedraogo M, Gninafon M, Van Deun A, Cirillo DM, Koura KG, Rieder HL. Treatment outcome with a short multidrug-resistant tuberculosis regimen in nine African countries. *Int J Tuberc Lung Dis* 2018. 1;22:17-25. Voir [ici](#)
- ❖ Van Deun A, Decroo T, Piubello A, de Jong BC, Lynen L, Rieder HL. Principles for constructing a tuberculosis treatment regimen: the role and definition of core and companion drugs. *Int J Tuberc Lung Dis* 2018. 1;22:239-245. Voir [ici](#)
- ❖ Organisation Mondiale de la Santé. Latent TB Infection : Updated and consolidated guidelines for programmatic management. <http://www.who.int/tb/publications/2018/latent-tuberculosis-infection/en/>
- ❖ Organisation Mondiale de la Santé. WHO treatment guidelines for isoniazid-resistant tuberculosis: Supplement to the WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis. [http://www.who.int/tb/publications/2018/WHO\\_guidelines\\_isoniazid\\_resistant\\_TB/en/](http://www.who.int/tb/publications/2018/WHO_guidelines_isoniazid_resistant_TB/en/)
- ❖ Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices pour le traitement de la tuberculose sensible aux médicaments et la prise en charge du patient (Mise à jour 2017). Version française [ici](#)
- ❖ Organisation Mondiale de la Santé. Tuberculosis patient cost surveys: a handbook. [http://www.who.int/tb/publications/patient\\_cost\\_surveys/en/](http://www.who.int/tb/publications/patient_cost_surveys/en/)

Le Bulletin de la tuberculose en Afrique francophone est une publication de L'Union soutenue par l'Agence française de développement (AFD). Les analyses et points de vue exprimés sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position de l'AFD.  
Personne contact : Valérie Schwoebel [vschwoebel@theunion.org](mailto:vschwoebel@theunion.org)

