

La tuberculose en 1998; qu'en est-il à ANNABA?

KHALLEF.S DEKHIL M.

Département de Pharmacie
Faculté de Médecine- Annaba
D.A.T-D.S.P.S. Wilaya d'Annaba

Résumé

Avec les **3 millions de victimes par an**, la tuberculose est la maladie infectieuse la plus meurtrière du globe, classée aujourd'hui dans la catégorie " maladies anciennes problèmes nouveaux, d'après le rapport de 1996, établie par l'O.M.S.

Menace du XXI^{ème} siècle et signe de pauvreté, la tuberculose gagne en force les villes d'Algérie.

A Annaba, l'étude épidémiologique qui s'est étalée sur 12 mois et n'a écarté aucune des 12 communes de la wilaya, nous renseigne qu'il y'a eu entre le 1^{er} Janvier 1998 et le 31 Décembre de la même année, **596 cas** de tuberculoses toutes formes.

La tuberculose pulmonaire enregistre **295 cas**, soit **49.49%** du bilan tuberculeux de l'année, **98%** de ces individus sont des sujets bacillifères M⁺, disséminateurs de B.k, hautement contagieux. Cette affection cible une population jeune la plus productive économiquement.

La tuberculose extrapulmonaire est en gain de terrain, dépistée chez **301 patients**, elle atteint d'ores et déjà **50%** du totale tuberculose, un pourcentage considéré sans précédent. Elle est plus fréquente que la TP, chez la population >15 ans, cible tout autant des sujets jeunes, le plus de sexe féminin.

Mots clés : Bacille tuberculeux, Tuberculose Pulmonaire , Extra Pulmonaire, Bacillifère, Localisation.

Abstract

With approximately 3 million victims per year, tuberculosis is the most deadly infections disease of the globe.

According to the W.H.O. (World Health Organisation) report established in 1998, tuberculosis is classified as " an ancient disease with a new problems ".

Today, it represents the 21st century threat and another sign of poverty among the rural areas of Algeria, where it spreads the most grievously.

The epidemilogic study persued at Annaba city, proved that between the 1st of January 1996 and the 31st December of the same year, 596 cases of tuberculosis all forms have been detected.

We have, for instance 295 cases of lung tuberculosis among which 98% are higly contaminating.

Lung tuberculosis targets the youngest population that is the most productive ecocomically.

The E.L.T. (Ewtra Lung Tuberculosis) is spreading dangerously, 301 individuals suffering this disease represent 50%, a pourcentage considered as really allarming.

The E.L.T is also spread among youths most of which are women.

INTRODUCTION

La Tuberculose ... une veille histoire très actuelle.

La tuberculose ou fièvre de l'âme, maladie millénaire, a été reconnue comme maladie transmissible depuis bientôt un siècle et demi (VEILLEMEN 1865), due à cet agent pathogène (bacille de Koch 1882) décrit voilà plus d'un siècle. Elle était nous- disait-on en voie d'élimination grâce à la découverte d'antibiotiques efficaces et la mise en place de protocoles thérapeutiques éprouvés. [1]

La tuberculose n'a jamais complètement disparu, pire encore elle gagne du terrain à travers le monde. En 1990, on a estimé à 1.7 milliard le nombre d'individus infectés par *Mycobacterium tuberculosis*, soit le 1/3 de la population mondiale. Principale cause de mortalité par maladie infectieuse dans le monde, elle est responsable entre 1990 et 1996 de 90 millions de nouveaux cas et de 30 millions de décès, 80% des cas survenus, était entre 15-59 ans (groupe d'âge le plus productive économiquement). [2]

Son incidence devrait augmenter au niveau mondial au cours des 10 prochaines années, du fait de son interaction avec l'épidémie V.I.H. et pourrait atteindre en l'an 2005 les 11.9 millions de cas par an, soit une augmentation de 58% par rapport à 1990.

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), convaincue que cette maladie représente un énorme problème de santé publique, la déclara en 1993, "urgence mondiale" et se fixa l'objectif, d'arriver en l'an 2000 à guérir 85% des cas contagieux et à détecter au moins 70% de ces cas, ce qui devrait permettre de réduire de 40% le taux de mortalité annuelle par tuberculose au niveau mondiale. [3]

Cette résurgence plus qu'inquiétante l'émergence de souches de bacilles tuberculeux résistantes à au moins deux des principaux antituberculeux majeurs, les multiples affections tuberculeuses extrapulmonaires (Ganglionnaires, Pleurales, Urogénitales, Péritonéales, Digestives, Cutanées, Mammaires) localisées non pas à milles lieux mais ici même en Algérie ont remis de force cette maladie à l'ordre du jour.

ET L'ALGERIE ?

Dans un effort d'apporter une partie à la réponse, nous aborderons dans ce travail, l'épidémiologie de la tuberculose, sa transmission, les raisons de sa résurgence dans notre pays et nous mettrons le point sur la réalité de cette maladie infectieuse dans la wilaya d'Annaba, en 1998, à travers une étude épidémiologique

EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE.

La tuberculose est une maladie infectieuse, contagieuse, à déclaration obligatoire [Arrêté N° 179/MS, du 17-11-1990]. [4]

Due à ce fin bâtonnet aux extrémités arrondies, immobile, non capsulé non sporulé, résistant plus que le reste des bactéries à l'action combinée de l'acide et de l'alcool, ce qui lui vaut le titre de bacille acido-alcool-résistant ou B.A.A.R.

Bacille de la tuberculose ou *Mycobacterium tuberculosis*, est un parasite strict de l'homme, mais capable d'infecter certaines espèces animales vivants à ces côtés (Chiens, chats ...), agent principal de la tuberculose humaine on ne le retrouve pas dans la nature en dehors des produits souillés par l'homme infecté. [5-6]

Transmission

La tuberculose n'est pas une maladie héréditaire, c'est une maladie acquise par contagion directe. La transmission est inter -humaine, les bacilles sont éliminés dans l'air, par le malade **bacillifère toussant, parlant, ou éternuant.**

Les bactéries sont incluses dans des micro gouttelettes, d'un diamètre de 10 mm, qui s'évaporent instantanément et se résolvent en « noyau » de 9 à 3 mm, extrêmement diffusibles dans les locaux fermés. Les plus petites de ces gouttelettes, restent en suspension dans l'air, pendant plusieurs heures, les plus grosses se déposent dans les voies aériennes supérieures. [7]

Les poussières bacillaires desséchées, par contre ne pénètrent que, dans les voies aériennes supérieures, sont fixées par les mucosités du rhinopharynx dégluties, elles gagnent le tube digestif et sont éliminés, mais peuvent aussi l'infecter.

L'ingestion d'aliments bacillifères, notamment le lait cru, est dangereuse; une partie des bacilles traverse directement la muqueuse des intestins, pendant la digestion des graisses, sans laisser de traces et gagnent le poumon via les voies lymphatiques. Le cas était fréquent au XX^{ème} siècle, quand les nouveaux nés étaient nourris au lait de vaches infectées (80 p100 des cas).

Il est important de savoir que, le bacille de Koch peut pénétrer directement sans lésion locale, par la muqueuse oculaire, par exemple. [8- 9]

EN ALGERIE

En 1966, date des premières mesures de lutte contre la tuberculose, à la l'introduction de la chimiothérapie de courte durée entre 1975 et 1980, au ralentissement des activités du P.N.A.T en 1990, la diminution du problème de la tuberculose, dans notre pays a été spectaculaire. [10]

L'incidence de la tuberculose toutes formes pour 100 000 habitants; est passée de 200 cas entre 1962- 1969, à 150 cas entre 1970 et 1975, puis 53.2 de 1976-1980, pour baisser à nouveau à 45 cas de 1981-1985 et 35 cas entre 1986 et 1989. [11]

Le nombre total déclaré était de 13.916 en 1982 (dont 6827 cas de tuberculose à microscopie positive M⁺), a chuté à 11607 en 1990 (dont 5603 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive M⁺).

Une remarquable décadence du risque annuel d'infection tuberculeuse (RAI), estimé à 4.3 en 1950, est passé à 1.5 en 1970, puis entre 0.3-0.7 en 1991, il est actuellement à une moyenne nationale de 0.4 p100. [3]

L'amélioration des conditions d'application du traitement et de la nature de la chimiothérapie appliquée, ont réduit la proportion des cas déjà traités (rechutes) parmi les cas déclarés, de 6.1 p100 en 1982 à 3.4 en 1990.

Cependant, les retombés d'une crise économique ont fait connaître , les pires difficultés au PNAT depuis 1991, des difficultés dues à des contraintes multiples :

- Des pénuries multiples de médicaments essentiels tels que Isoniazide associé à la Rifampicine (Juillet 91-Juin 92);
- La vaccination B.C.G.l'une des meilleures en Afrique > 90%, a été interrompue un an, en 1990-1991, une année déclarée " blanche" pour les activités antituberculeuses, en réalité une " année noire" pour les tuberculeux .
- Baisse des ressources alloués à la prévention;
- Rupture de stock de matériel consommable pour le dépistage (tuberculine, Juillet 1991)
- Pénuries croissantes des médicaments antituberculeux (Isoniazide , Rifampicine, streptomycine) ;
- Démobilisation du personnel qualifié;
- Arrêt de la supervision et l'évaluation du programme. [3]

Cette panne dans le P.N.A.T., a fait regagner du terrain à la tuberculose.

Le tableau N° 1, indique la situation épidémiologique de la tuberculose avec ses tendances de 1996-1998.

Tableau 1 : Tendances de la Tuberculose de 1990-1998 (cas notifiés M.S.P.- Direction de la prévention M.S.P) [10- 11]

Incid tbc Année	Nombre Total de TBC	TP	TEP	Incid TBC/100000 Hb	Incid TP/1000000 Hb	Incid TP M ⁺ /1000000 Hb
1996	13.487	9111	6021	52.1	32.6	22.3
1997	16.617	10.307	6310	56	32.6	26
1998	15.334	9111	6179	52.33	31.09	24.8

IL est bien montré que la TP, à M⁺ est en augmentation, ainsi que le nombre total de tuberculose extrapulmonaire, qui avance de 38% l'année 1997 à 40% 1998, cette proportion n'a jamais été vue auparavant.

EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE A ANNABA

L'enquête épidémiologique s'étalant sur les 12 mois de l'année 1998, se fixa les objectifs suivants :

- Estimer à travers cette étude rétrospective, la fréquence de la tuberculose sous ces deux formes (TP; TEP) avec une notification des cas.
- Cibler la population à haut risque et le sexe le plus touché dans cette population.

METHODES

L'enquête s'est basée sur les renseignements colligées sur les bilans mensuelles de la tuberculose, recueillis au niveau de la D.S.P.S. de la wilaya d'Annaba.

a) la tuberculose Pulmonaire (TP)

- 1/ Répartition des cas de TP, par mois: Tab (2,3), fig (1).
- 2/ Répartition des cas de TP, par commune: Tab (4), fig (2).
- 3/ Répartition des cas de TP, par sexe: Tab (5), fig (3).
- 4/ Répartition des cas de TP, par sexe et tranche d'âge: Tab (6), fig (4-5).

b) la tuberculose Extrapulmonaire (TEP)

- 1/ Répartition des cas de TEP, par mois: Tab (2,3), fig (6).
- 2/ Répartition des cas de TEP, par commune: Tab (7), fig (7).
- 3/ Répartition des cas de TEP, par sexe: Tab (8), fig (8).
- 4/ Répartition des cas de TEP, par sexe et tranche d'âge: Tab (9), fig (9-10).
- 5/ Répartition des cas de TEP, par sexe et localisation: Tab (10), fig (11).

RESULTATS

(*1) , (*2) , (*3) ,(*4) & (*5) sont les résultats obtenus de notre étude épidémiologique.

- La répartition de la Tuberculose Pulmonaire Par Mois. Wilaya d' Annaba - Année 1998, tirée des résultats portés sur les tableaux (*1) , (*2) est illustrée sur la Fig 1.

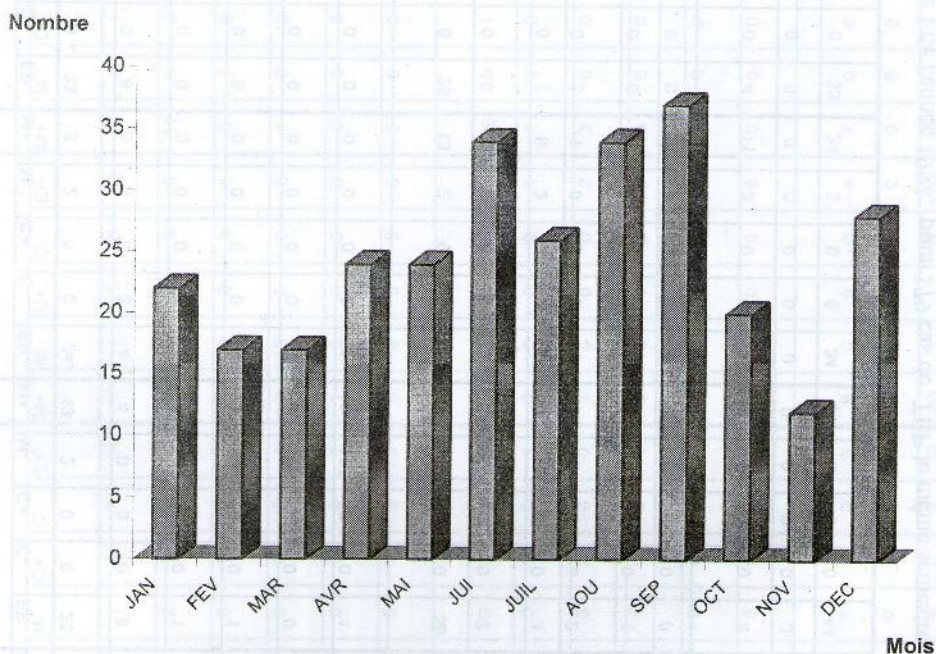


Figure 1 : Répartition des cas de Tuberculose Pulmonaire par mois. Wilaya d'Annaba. Année 1998.

(*1) Tableau 2 : Répartition de la Tuberculose Pulmonaire (M+, M-, C+, C-) et Extrapulmonaire, par mois dans la wilaya d'Annaba. Année 1998,

MOIS	JANVIER						FEVRIER						MARS						AVRIL						MAI						JUN					
	M+	M-	C+	C-	EP		M+	M-	C+	C-	EP		M+	M-	C+	C-	EP		M+	M-	C+	C-	EP		M+	M-	C+	C-	EP		M+	M-	C+	C-	EP	
COMMUNE																																				
ANNABA	16	1	1	0	7		7	0	2	0	17		10	0	0	0	23		8	2	0	0	24		13	2	0	0	25		13	0	1	0	19	
EL-BOUNI	3	0	0	0	4		4	0	0	0	1		5	0	0	0	6		5	0	0	0	4		4	0	0	0	8		15	1	0	0	5	
SERAIDI	0	0	0	0	0		0	0	0	0	1		0	0	0	0	0		0	0	0	0	1		2	0	0	0	1		0	0	0	0		
BERRAHAL	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	1		1	0	0	0	1		0	0	0	0		
OUED EL ANEB	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0		
TRIAT	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	1		0	0	0	0		
TOTAL																																				
COMMUNE	19	1	1	0	11		12	0	2	0	19		15	0	0	0	29		13	2	0	0	29		20	2	0	0	36		28	1	1	0	24	
EL-HADJAR	0	0	0	0	2		1	0	0	0	0		2	0	0	0	4		0	0	0	0	2		3	0	0	0	2		0	0	0	4		
SIDI-AMAR	1	0	0	0	1		2	0	0	0	3		0	1	0	0	1		6	3	0	0	2		0	1	0	0	3		3	0	0	1		
AIN EL BERDA	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0		0	0	0	0	3		1	0	0	0	1		1	0	0	0	2		0	0	0	0		
CHORFA	0	0	0	0	2		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	1		0	0	0	1		
EL-EULMA	1	1	0	0	1		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		2	0	0	0		
TOTAL																																				
COMMUNE	2	1	0	0	7		3	0	0	0	3		2	1	0	0	4		11	3	0	0	5		4	1	0	0	8		5	0	0	0	6	
CHETAIBI	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0		
TOTAL	21	2	1	0	18		15	0	2	0	22		17	1	0	0	33		24	5	0	0	34		24	3	0	0	44		33	1	1	0	30	

de 138 cas de TP (M+ +C+) déclaraient le semestre I de l'année 1998, pour 179 cas de TEP le même semestre.

(*2) Tableau 3 : Répartition de la Tuberculose Pulmonaire (M+, M-, C+, C-) et Extrapulmonaire par commune, par mois dans la wilaya d'Annaba. Année 1998,

MOIS	JUILLET					AOÛT					SEPTEMBRE					OCTOBRE					NOVEMBRE					DECEMBRE				
COMMUNE	M+	M-	C+	C-	EP	M+	M-	C+	C-	EP	M+	M-	C+	C-	EP	M+	M-	C+	C-	EP	M+	M-	C+	C-	EP	M+	M-	C+	C-	EP
ANNABA	9	1	0	0	14	17	1	1	0	12	17	0	1	0	12	10	1	1	0	7	5	3	1	0	12	12	0	0	0	4
EL-BOUNI	4	2	0	0	10	6	0	0	0	3	11	0	0	0	5	3	2	0	0	3	4	0	0	0	3	12	5	0	0	5
SERAIDI	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BERRAHAL	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OUED EL ANEB	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRIAT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL COMMUNE	16	3	0	0	27	25	1	1	0	16	29	0	1	0	19	13	3	1	0	11	9	3	1	0	15	24	5	0	0	9
EL-HADJAR	4	0	0	0	1	3	0	0	0	1	1	0	0	0	2	3	1	0	0	0	1	0	0	0	4	1	0	0	0	0
SIDI-AMAR	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	3	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	0	0	2
AIN EL BERDA	2	1	0	0	4	2	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
CHORFA	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
EL-EULMA	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL COMMUNE	9	1	0	0	6	8	0	0	0	4	7	0	0	0	5	6	1	0	0	1	2	2	0	0	4	4	0	0	0	3
CHETAIBI	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	26	4	0	0	33	33	1	1	0	20	36	0	1	0	24	19	4	1	0	12	11	5	1	0	19	28	5	0	0	12

157cas de TP (M⁺ +C⁺) déclaraient le semestre II de l'année 1998 soit 19 cas de plus que le SI pour 120 cas de TEP le même semestre.

Répartition de la Tuberculose Pulmonaire Par Commune .W. d' Annaba - Année 1998

Les résultats portés sur les tableaux (*1+ *2) révèlent que sur les 12 communes étudiées, la commune d'Annaba enregistre tout au long de l'année le bilan le plus lourd avec 145 cas de TP, 76 cas déclarés à El-Bouni et un bilan négatif à Tréat. (Fig2)

Tableau 4 : Répartition de la Tuberculose Pulmonaire par Sexe Wilaya d' Annaba - Année 1998

Total TP	Masculin	Féminin
295	190	105
%	64	36

Le bilan de TP repartie selon le sexe des patients, indique que dans 190 cas la présence de BK a été confirmée dans des prélèvements provenant de patients de sexe masculin (Fig3). Cette masse humaine de tuberculeux regroupe- t- elle tous les âges ?

Tableau 5 : Répartition de la Tuberculose Pulmonaire par Sexe et Tranche d'âge Wilaya d' Annaba - Année 1998

(*3)

AGE / Sexe	0-15	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	Total /
Masculin	0	69	62	31	7	14	7	190
Féminin	5	41	28	10	9	5	7	105
Total	5	110	90	41	16	19	14	295

Cette maladie infectieuse atteint aussi bien les enfants, les adolescents que les individus d'âge avancé, avec cependant des tranches d'âge plus ciblées que d'autres. (Fig 4)
où le sexe masculin répond de la majorité des cas.

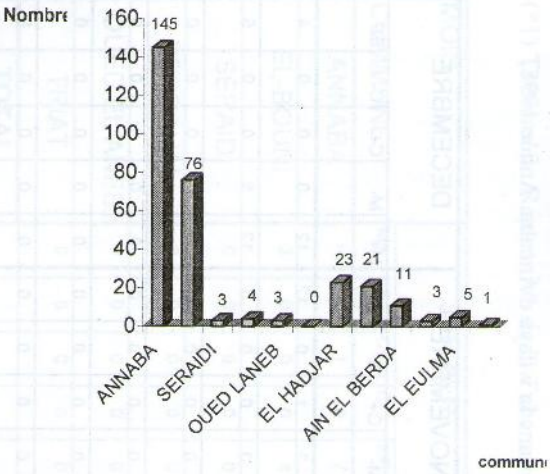


Figure 2 : Répartition des cas de Tuberculose Pulmonaire par commune. W. d'Annaba Année 1998.

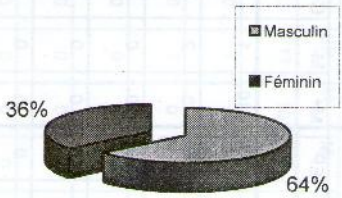


Figure 3: Répartition des cas de Tuberculose Pulmonaire par sexe. W. d'Annaba . Année 1998.

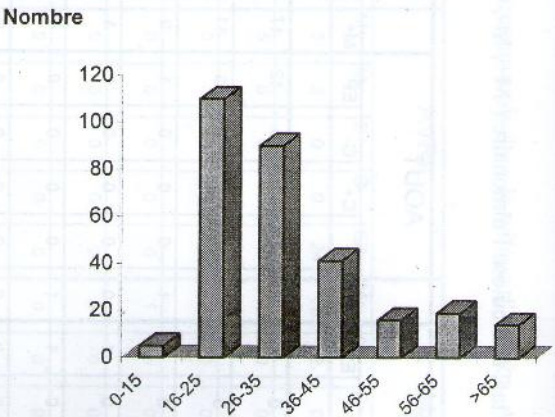


Figure 4: Répartition des cas de Tuberculose Pulmonaire par Tranche d'âge. W. d'Annaba . Année 1998.

Nombre

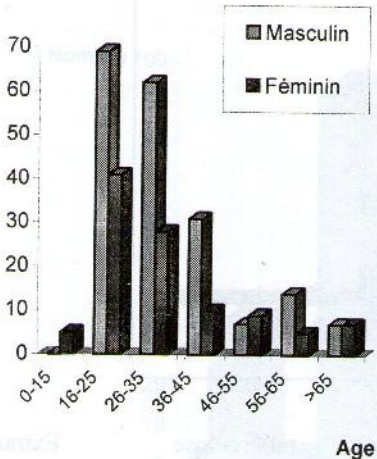
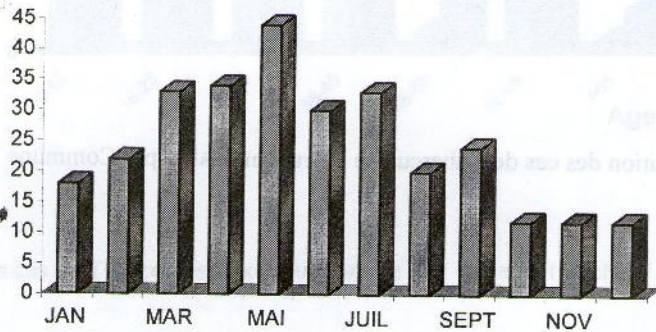


Figure 5: Répartition des cas de Tuberculose Pulmonaire par sexe et tranche d'âge. W. d'Annaba . Année 1998.

Répartition de la Tuberculose Extrapulmonaire par mois, tirée des résultats portés sur les tableaux (*1, *2) et illustrée sur la fig 6 , révèle un total des 33 cas le mois de Mars puis 34 le mois d'Avril pour noter un pic de 44 cas le mois de Mai.

Quant à la répartition du bilan TEP de l'année 1998, par commune, le profil épidémiologique demeure inchangé, le secteur sanitaire d'Annaba ressort avec 245 cas du total enregistré, le secteur sanitaire d'El - Hadjar déclare 56 cas de TEP, seule la commune de Chettaibi reste à l'abri de cette infection. (Fig7)

Nombre



Mois

Figure 6 : Répartition des cas de Tuberculose Extraulmonaire par mois. W. d'Annaba Année 1998

Tableau 6: Répartition de la Tuberculose Extrapulmonaire par Sexe W. d' Annaba Année 1998

Total TEP	Masculin	Féminin
301	108	193
%	35.88	64.11

Sur les 301 cas de TEP et contrairement à ce qui a été enregistré pour la TP , les 64.11% des atteintes viennent de patientes de sexe féminin. (Fig8)

Tableau 7 : Répartition de la Tuberculose Extrapulmonaire par Sexe et Tranche d'âge- W. d' Annaba Année 1998

AGE / Sexe	0-15	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	Total / sexe
Masculin	11	39	31	13	3	9	2	108
Féminin	22	53	43	24	23	22	6	193
Total	33	92	74	37	26	31	8	301

Toutes les tranches d'âge reflètent l'atteinte tuberculeuse, avec une un bilan inquiétant chez les enfants de moins de 15 ans, mais comme pour la TP, la tuberculose extrapulmonaire a une plus grande dominance d'atteintes.

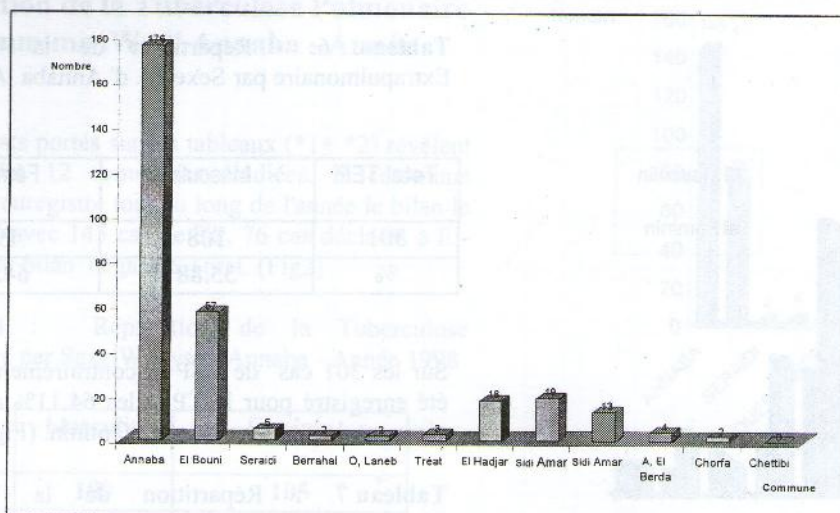


Figure 7 Répartition de la tuberculose Extraulmonaire par commune. - Année 1998

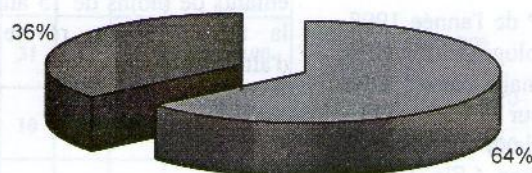
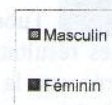


Figure 8 : Répartition des cas de Tuberculose Extrapulmonaire par Commune .W. d'Annaba. Année 1998.

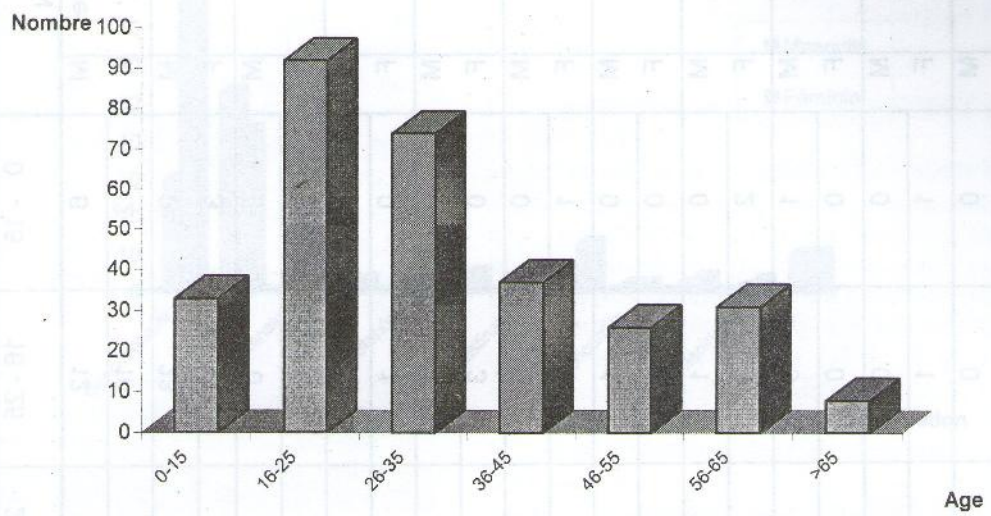


Figure 9 : Répartition des cas de Tuberculose Extrapulmonaire par tranche d' âge . Wilaya d'Annba .Année 1998.

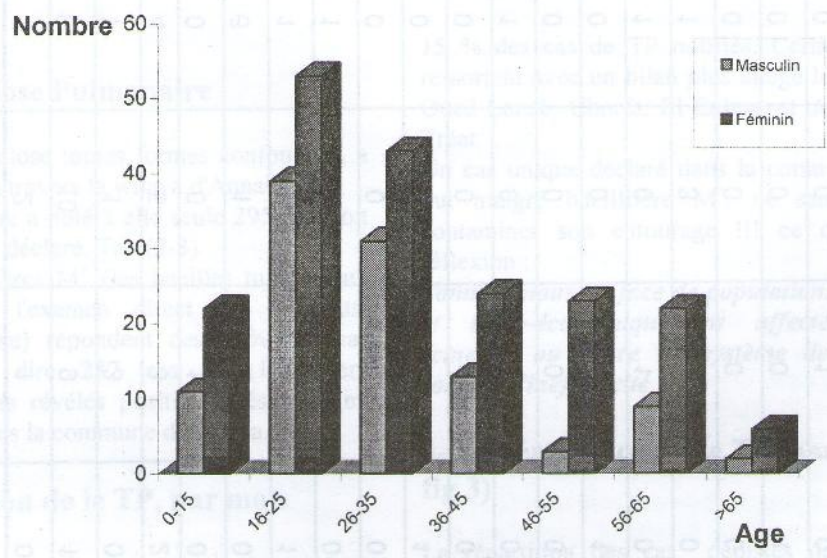


Figure 10 : Répartition des cas de Tuberculose Extrapulmonaire par sexe et tranche d' âge . W. d'Annba

Tableau 8: Répartition des cas de Tuberculose Extrapulmonaire selon les différentes localisation par sexe et tranche d'âge .Année 1998

AGE LOCALISATION		0 - 15	16 - 25	26 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65	> 65	T/Localisation	Total TEP
Ganglionnaire	M	6	12	6	3	2	1	0	30	107
	F	12	16	18	11	10	9	1	77	
Pleurale	M	2	23	17	7	1	3	0	53	96
	F	3	17	9	4	5	3	2	43	
Rénale	M	0	0	0	0	0	1	0	1	20
	F	1	4	5	6	1	2	0	19	
Génitale	M	0	0	0	1	0	1	1	3	6
	F	0	1	0	1	1	0	0	3	
Cutanée	M	0	1	0	0	0	0	0	1	10
	F	0	3	2	0	2	1	1	9	
Osseuse	M	0	0	1	0	0	1	0	2	7
	F	1	1	0	1	0	2	0	5	
Intestinale	M	0	1	0	0	0	0	0	1	4
	F	0	1	0	0	0	1	1	3	
Péritoniale	M	0	1	2	1	0	1	0	5	18
	F	2	5	2	1	3	0	0	13	
Péricardite	M	1	0	1	0	0	0	0	2	4
	F	0	0	1	0	0	0	1	2	
Milliaire	M	0	0	1	0	0	1	0	2	6
	F	1	1	0	0	0	2	0	4	
Méningée	M	0	0	1	0	0	0	0	1	4
	F	1	0	2	0	0	0	0	3	

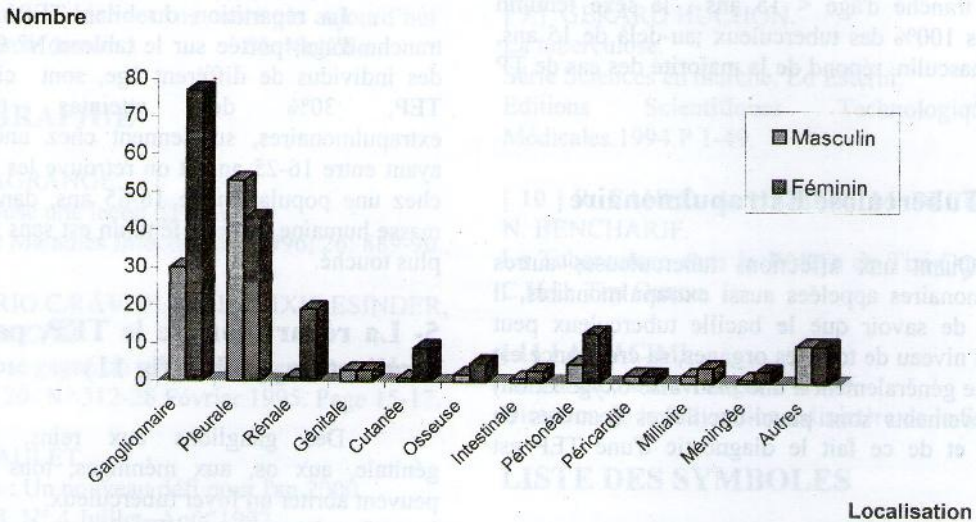


Figure 11 : Répartition des cas de Tuberculose Extrapulmonaire par localisation . W. d'Annaba. Année 1998.

DISCUSSION

I- La Tuberculose Pulmonaire

En 1998, la tuberculose toutes formes confondues, a enregistré 596 cas à travers la wilaya d'Annaba. L'atteinte pulmonaire a noté à elle seule 295 cas, soit 49.49% du total TP déclaré. Tab (2-3)
Les formes bacillifères M⁺ (les bacilles tuberculeux sont retrouvés à l'examen direct des crachats/ microscopie positive) répondent des 98% des cas dépistés, c'est à dire 287 cas M⁺ hautement contagieux et 8 cas révélés positifs après mise en culture, dépistés dans la commune d'Annaba.

1- La répartition de le TP, par mois

Une répartition mensuelle des cas de tuberculose pulmonaire (TP), indique 22 cas le premier mois de l'année 1998, pour grimper à 24 cas au mois de Mai, 34 cas le mois de Juin et 37 cas le mois de Septembre. (fig 1)

2- La répartition de le TP, par commune (fig 2),

Sur les 12 communes étudiées, la commune d'Annaba est loin d'être rivalisée en englobant 49.15% des cas dépistés (fig 2), succédée par la commune d'El Bouni, où se rassemblent 25.76% des tuberculeux, les communes d'El Hadjar et Sidi Amar, révèlent à deux

15 % des cas de TP notifiés. Certaines communes ressortent avec un bilan plus allégé le cas de Seraidi, Oued Laneb, Chorfa, El Eulma, et un bilan négatif à Tréat.
Un cas unique déclaré dans la commune de Seraidi, qui malgré bacillifère M⁺, ne semble pas avoir contaminer son entourage !!! ce qui suscite une réflexion :
Sommes-nous en face de populations qui, démunies et socio-économiquement affectées demeurent seines ? ou est-ce un système de dépistage qui souffre d'inefficacité ?

3- La répartition de le TP, par sexe (tab 4- fig 3)

La répartition des cas dépistés de TP par sexe, indique clairement que les 2/3 des cas, la tuberculose pulmonaire est décelée chez des patients de sexe masculin pour 1/3 chez des patients de sexe féminin.
Quelle population cible - t- elle ?

4- La répartition de le TP, par sexe et tranche d'âge (tab 5-fig 4, fig 5)

La constatation est déjà faite, la TP est présente aussi bien chez des enfants e moins de 15 ans que chez des sujets dépassant 65 ans, cependant, la tranche jeune 16-35 ans jusqu'à 45ans, regroupe 241 cas du total TP, soit 81%. Conformément à la littérature la TP,

cible une population jeune la plus productive économiquement.

Dans la tranche d'âge < 15 ans, le sexe féminin reflète les 100% des tuberculeux ; au-delà de 15 ans, le sexe masculin, répond de la majorité des cas de TP rapportés.

II- La Tuberculose Extrapulmonaire

Quant aux affections tuberculeuses autres que pulmonaires appelées aussi extrapulmonaires, il est utile de savoir que le bacille tuberculeux peut siéger au niveau de tous les organes, sa croissance est lente (due généralement à une mauvaise oxygénation) les prélèvements sont pauci-bacillaires (pauvres en bacilles) et de ce fait le diagnostic d'une TEP est tardif.

1- La répartition de le TEP, par Mois (fig 6)

En 1998, la tuberculose extrapulmonaire rapporte 50% de l'ensemble des déclarations, un pourcentage qu'on peut qualifier d'inquiétant voir alarmant, elle atteint d'ores et déjà dans la wilaya d'Annaba 301 cas.

La répartition mensuelle du bilan TEP, indique une moyenne de 25 cas, dépassant celle enregistrée par la TP la même année, avec un pic au mois de Mai (44 cas) et des bilans non moins importants le reste de l'année.

2- La répartition de le TEP, par commune (fig 7)

Encore une fois, la commune d'Annaba marque l'exclusivité avec un bilan chargé, qui reflète au delà des 58% du total TEP de la wilaya, lui succédant toujours, la commune d'El Bouni ressort avec les 19% des cas dépistés. Les deux communes de Sidid Amar et El Hadjar, réunissent 12.29 % des tuberculeux, 4.31% dans la commune 'Ain El Berda (total sans précédent). Le profil épidémiologique demeure inchangé pour le reste des communes.

Ces chiffres reflètent - ils la réalité, quand on sait que la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire ?

3- La répartition de le TEP, par sexe (tab 6-fig 8)

Contrairement à ce qui a été observé avec la TP, le sexe féminin se trouve le plus ciblé par la TEP, répondant en 1998 de 64.11% du total TEP, pour 35.88% chez le sexe masculin.

4- La répartition de le TEP, par sexe et tranche d'âge (tab 7-fig 9, fig 10)

La répartition du bilan TEP, par sexe et tranche d'âge, portée sur le tableau N° 9, révèle que des individus de différent âge, sont ciblés par la TEP, 30% des atteintes tuberculeuses extrapulmonaires, surviennent chez une population ayant entre 16-25 ans et on retrouve les 97% des cas chez une population de 16-65 ans, dans toute cette masse humaine, le sexe féminin est sans équivoque le plus touché.

5- La répartition de le TEP, par sexe et localisation (tab 8-fig 11)

Des ganglions aux reins, à l'appareil génitale, aux os, aux méninges, tous ces organes peuvent abriter un foyer tuberculeux.

Les plus importantes affections tuberculeuses EP, recensées sont la TBC ganglionnaire et pleurale, elles font les 68% du total TEP dépisté, pour la première, le sexe féminin est le plus à risque (77F / 30M) et l'est moins pour la pleurale (43F / 53M).

La tuberculose ganglionnaire est dépistée le plus souvent chez des individus de < 15 ans-45 ans, la pleurésie tuberculeuse est révélée plus chez des sujets ente 16-35 ans.

La tuberculose rénale est elle aussi présente avec 6.3% des cas, à prédominance féminine .

L'atteinte de l'appareil génital par le bacille tuberculeux est révélée avec une incidence égale chez les deux sexes (3F/3M). La tuberculose cutanée, par contre, cible 9 fois sur 10 des sujets jeunes de sexe féminin, il en est de même pour la péritonéale, qui totalise 6% du bilan TEP.

Révlée chez des nourrissons, la méningite tuberculeuse est malheureusement de retour, avec 1.32% de l'incidence de la TEP.

CONCLUSION

Si la régression du péril tuberculeux, est en effet largement admise par l'expérience quotidienne, force est d'admettre qu'il est loin d'avoir disparu.

La tuberculose sous ces deux formes est en gain de terrain, en 1998, on enregistre dans la wilaya d'Annaba 596 sujets tuberculeux.

Chez 295 individus, l'atteinte était pulmonaire (M⁺, C⁺), avec 98% des sujets disséminateurs de B.K, hautement contagieux (les bacilles sont retrouvés à l'examen direct et sont évacués dans l'air par l'individu infecté).

La TEP a été révélée chez 301 cas (50%) du total tuberculose de la wilaya, elle élargie son éventail et se consolide sur terrain par une incidence de plus en plus croissante.

Cette maladie infectieuse, sous ces deux formes, cible une population jeune (16-45ans), la plus productive économiquement.

« Les maladies infectieuses, comme tous les phénomènes vivants, ne sont plus aujourd'hui ce qu'elles étaient hier et ne sont pas aujourd'hui ce qu'elles seront demain. »
Ch. Nicholle.

BIBLIOGRAPHIE

[1] P.H.LAGRANGE.
La Tuberculose une leçon d'humilité.
Médecine et Maladies Infectieuses. 1996; 26: 889-90.

[2] MARIO.C.RAVIGLIONE, DIXIE.ESINDER, ARRATA KOCHI.
La tuberculose gagne du terrain à travers le monde.
JAMA, Vol 20- N° 312-28 Février 1995. Page 15-17.

[3] P. CHAULET.
Tuberculose : Un nouveau défi pour l'an 2000.
JAM, Vol II, N° 4 Juillet- Août 1992.

[4] Ministère de la Santé Publique , Direction de la Prévention.
Arrêté N°= 179 MS/ CAB du 17 Nov 1990, fixant la liste des maladies à déclaration obligatoire les modalités de notification 1999.

[5] J.L.AVRIL, H.DABERNA, F. DENIS, H. MONTEIL.
Bactériologie Clinique. Ed Ellipses, 1998, p 396-410.

[6] LION LEMINOR, MICHEAL VIRSON.
Bactériologie Médicale.
Chap 48, 2^{ème} Ed. Flammarion. 1990. P962-981

[7] A.DAMART, J.BOURNEUF.
Nouveau Larousse Médicale. Ed Française.
Inc 1981. p 1049.

[8] © : 1997 Encyclopédie Universalis, France S.A.

[9] GERARD HUCHON.
La tuberculose.
Série Sciences en marche. Ed Estern.
Editions Scientifiques Technologiques et Médicales.1994.P 1-49.

[10] R. CAHED, A. HAMEG, M. BECHEKER et N. BENCHARIF.
La Tuberculose dans la Wilaya de Tizi-Ouzou-1996.
C.H.U. Tizi Ouzou.

[11] A.KACIMI.
La Tuberculose en Algérie -1998.
Direction de la Prévention. Ministère de la Santé .

LISTE DES SYMBOLES

- M⁺ : Présence de B.A.A.R, à l'examen microscopique.
- M⁻ : Absence de B.A.A.R. à l'examen microscopique.
- C⁺ : Culture positive, il y'a poussée de colonies d'aspect typique de M. tuberculosis sur milieu sélectif Lowenstei-Jensen
- C⁻ : Culture négative, absence de colonies d'aspect typique de M. tuberculosis. après 60 jours d'incubation.
- TBC : Tuberculose
- TP : Tuberculose Pulmonaire.
- TEP : Tuberculose Extrapulmon



Fig. 1. Carte de répartition géographique de la tuberculose