

# Tuberculose en Suisse en 2014 : plus de multirésistance

## Etat des données : 5 août 2015

En 2014, le nombre de cas déclarés a diminué chez les personnes d'origine suisse et est resté stable par rapport aux dernières années pour celles d'origine étrangère. Parmi ces cas, 13 infections ont été diagnostiquées comme multirésistantes (MDR-TB). En comparaison, 15 avaient été comptabilisées en 2013 et environ 7 les années précédentes. Si, de manière générale, la tuberculose (TB) recule en Suisse, son traitement devient plus complexe en raison des cas multirésistants.

### Obligation de déclarer et compétences

Les médecins notifient les cas de tuberculose au service du médecin cantonal. Les laboratoires de microbiologie déclarent les cas à la fois au médecin cantonal et à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Les médecins doivent signaler tous les cas où un traitement avec au moins trois antituberculeux est ou aurait été nécessaire (c'est-à-dire également en cas de décès ou de départ à l'étranger avant le début du traitement). Ils doivent également communiquer les cas où ils ont décidé d'administrer un traitement combiné uniquement sur la base d'un examen clinique et/ou radiologique (dans environ 20 % des cas rapportés, il n'y a pas mise en évidence de l'agent pathogène). Les infections tuberculeuses latentes, qui sont normalement traitées avec moins de trois antituberculeux, ne doivent pas être déclarées. Ces infections doivent être recherchées auprès des personnes en contact avec les patients atteints de tuberculose pulmonaire, des personnes immunodéprimées, de même qu'avant la prescription de médicaments immunosuppresseurs [1].

Les laboratoires notifient les mises en évidence de la bactérie par microscopie, par biologie moléculaire et par culture, en précisant de quelle espèce il s'agit. Les résultats des tests de sensibilité à l'isoniazide, à la rifampicine, à l'éthambutol et au pyrazinamide doivent également être transmis.

Tous les isolats résistants à la rifampicine sont envoyés au Centre national de référence pour les mycobactéries de l'Université de Zurich en vue de tester leur sensibilité

aux médicaments de réserve (fluoroquinolones, capréomycine, amikacine, etc.).

Le médecin cantonal décide d'éventuelles mesures supplémentaires, telles que l'isolement, la prise de médicaments sous surveillance directe ou l'investigation auprès des personnes ayant côtoyé la personne malade (enquête d'entourage). Ces décisions sont généralement prises en collaboration avec la ligue pulmonaire cantonale et le médecin traitant.

### Données déclarées en 2014

En 2014, 494 cas de tuberculose ont été déclarés, touchant 311 hommes et 183 femmes. 475 patients (96 %) résidaient en Suisse ou dans la Principauté de Liechtenstein; les 19 autres n'étaient pas établis en Suisse.

Le nombre de cas déclarés a été faible: des chiffres plus bas ont été enregistrés uniquement en 2007 et 2012 (figure 1). 376 patients (76 %) étaient d'origine étrangère, 95 (19 %), d'origine suisse. Dans 23 cas (5 %), l'origine n'était pas connue. Par personnes d'origine étrangère (ci-après: «étrangers»), on entend les patients qui sont de nationalité étrangère et/ou nés à l'étranger. Sont considérés comme personnes d'origine suisse (ci-après: «Suisse»), tous les autres patients (sauf lorsque tant la nationalité que le lieu de naissance sont inconnus). Au fil des ans, le nombre de cas parmi les Suisses a diminué alors qu'il est stable chez les étrangers (figure 1). Chez les étrangers, comme les années précédentes, la tuberculose touche principalement les groupes d'âge inférieurs: 50 % des étrangers avaient moins de 33 ans. S'agissant des Suisses, le nombre

de cas augmente avec l'âge (figure 2): 50 % des Suisses avaient plus de 60 ans. La répartition par sexe était représentative de celle de la population étrangère en Suisse, où, dans les classes d'âge inférieures, les hommes étaient plus nombreux (figure 3).

La proportion d'enfants de moins de 16 ans varie depuis 1988 entre 3 et 7 %. En 2014, elle a été de 3 %, soit 15 cas (parmi lesquels 7 garçons et 8 filles; tableau 1). 13 patients étaient étrangers, un était suisse et l'origine du dernier était inconnue. Chez 6 enfants, tous âgés de 8 ans ou plus, les cultures se sont révélées positives. Chez 4 enfants, tous âgés de 13 ans ou plus, la présence de bacilles acido-alcool-résistants a été attestée dans les expectorations. Ces cas sont considérés comme les plus contagieux, alors que les enfants de moins de 10 ans ne le sont généralement pas (plus les enfants sont jeunes, moins ils sont contagieux). Depuis le début de l'année 2014, la Swiss Pediatric Surveillance Unit (SPSU) récolte des données complémentaires sur la tuberculose chez les enfants, dont l'analyse est en cours.

### Les poumons ne sont pas le seul organe touché

L'organe le plus souvent atteint était le poumon (n=354), suivi par les ganglions lymphatiques (extrathoraciques: n=71, intrathoraciques: n=50) et la plèvre (n=30). Dans 26 cas, il s'agissait d'une forme disséminée (miliaire ou touchant plus de deux organes). Dans 11 cas, la colonne vertébrale était touchée; dans 4, d'autres os ou les articulations. Enfin, les méninges ou le système nerveux central étaient atteints dans 4 cas (figure 4).

Parmi les 354 cas de tuberculose pulmonaire, 154 ont été considérés comme contagieux: la présence de bacilles acido-alcool-résistants a été mise en évidence par l'analyse microscopique des expectorations ou d'autres prélèvements des voies respiratoires (p. ex., aspirations bronchiques ou lavage broncho-alvéolaire) [2]. La répartition démographique de ces cas correspond plus ou moins à celle de l'ensemble des cas rapportés: 106 (69 %) touchaient des étrangers, 37 (24 %),

des Suisses et pour 11 (7 %), l'origine était inconnue. Parmi les étrangers, 50 % étaient âgés de moins de 33 ans ; parmi les Suisses, 50 % étaient âgés de plus de 55 ans. Les hommes étaient, également parmi les cas de tuberculose contagieuse, plus nombreux que les femmes (112 cas contre 42).

Les résultats du test de sensibilité à la rifampicine et à l'isoniazide sont disponibles pour 420 cas (85 %). 391 de ces isolats (93 %) étaient sensibles aux deux antituberculeux. 18 (4 %) se sont révélés résistants à la rifampicine et 24 (6 %) à l'isoniazide. En cas de résistance à la rifampicine, la souche est généralement aussi résistante à l'isoniazide : parmi les 18 cas résistants à la rifampicine, 13 l'étaient également à l'isoniazide (tableau 2), entrant ainsi dans la catégorie des tuberculoses multirésistantes (multidrug resistant, MDR-TB), soit environ 3 % des souches totales.

### Les formes multirésistantes bien plus fréquentes chez les étrangers

Les 13 personnes – 10 hommes, 3 femmes – atteintes de MDR-TB étaient âgées de 20 à 87 ans. La proportion de MDR-TB était de 4 % chez les hommes (10 cas sur 270) contre 2 % chez les femmes (3 sur 150). Dans 4 des 13 cas de MDR-TB, une TB avait déjà été diagnostiquée par le passé et 11 % des cas ayant déjà été traités une fois (4 sur 36) présentaient une multirésistance. 5 des 13 patients atteints de MDR-TB n'avaient jamais reçu de traitement contre la tuberculose. Dans cette catégorie, la part de multirésistance était clairement moins importante (2 % ; 5 sur 243). Pour 4 autres cas dans lesquels on ignore si le patient avait déjà reçu un traitement antituberculeux, la proportion de multirésistance était aussi de 2 % (4 cas sur 139). La majorité des patients infectés par une souche multirésistante (10 sur 13) étaient étrangers (proportion de MDR-TB parmi les patients étrangers : 3 % ; 10 sur 318). Deux provenaient de Géorgie et les autres, des 8 pays suivants : Angola, Chine (Tibet), Éthiopie, Maroc, République du Congo, Somalie, Soudan et Turquie. 3 étaient suisses (proportion de MDR-TB : 4 % ; 3 sur 84). Les per-

sonnes relevant du domaine de l'asile (requérants, personnes admises à titre provisoire et réfugiés reconnus) étaient particulièrement touchées, avec une proportion de MDR-TB de 6 % (8 sur 139). Dans 4 des 13 cas, le résultat de l'examen microscopique des prélèvements était positif, ce qui signifie que la maladie avait un caractère infectieux.

Un cas était une XDR-TB (extensively drug-resistant TB). Est définie comme XDR-TB toute MDR-TB également résistante aux fluoroquinolones et à l'amikacine et/ou à la kanamycine et/ou à la capréomycine. En l'occurrence, il s'agit d'une résistance aux principaux antituberculeux standard (rifampicine et isoniazide) ainsi qu'aux principaux médicaments de réserve. Le patient concerné est en traitement depuis 2010.

### Résumé

Si les cas de tuberculose diminuent en Suisse, leur traitement est de plus en plus compliqué en raison des MDR-TB. Il est important de penser à la tuberculose en présence de symptômes respiratoires (en particulier de la toux depuis au moins 2 ou 3 semaines, souvent avec expectorations) ou de symptômes généraux (perte de poids, fièvre, fatigue). Un questionnaire en 32 langues est à la disposition des médecins et des soignants qui travaillent avec des migrants pour établir l'anamnèse et aider à la prise de décision : [www.tb-screen.ch](http://www.tb-screen.ch). Une radiographie du thorax est indiquée en cas de suspicion de tuberculose pulmonaire. En cas d'anomalies radiographiques compatibles avec une tuberculose, des examens microbiologiques sont toujours indiqués [1]. ■

### Contact

Office fédéral de la santé publique  
Unité de direction Santé publique  
Division Maladies transmissibles  
Téléphone : 058 463 87 06

[epi@bag.admin.ch](mailto:epi@bag.admin.ch)

### Références

1. Ligue pulmonaire suisse et Office fédéral de la santé publique (2014). Manuel de la tuberculose. [www.tbinfo.ch/fr/publications/manuel-de-la-tuberculose.html](http://www.tbinfo.ch/fr/publications/manuel-de-la-tuberculose.html)
2. Erkens CGM, Kamphorst M, Abubakar I, Bothamley GH, Chemtob D, Haas W, et al. Tuberculosis contact investigation in low prevalence countries: a European consensus. *Eur Respir J* 2010 ; 36(4) : 925-49. doi:10.1183/09031936.00201609.

Tableau 1 :  
tuberculose chez les enfants de moins de 16 ans en Suisse en 2014, liste de cas

Age	Sexe	Pays d'origine	Résultat des cultures*	Microscopie	Organes touchés
1	M	Brésil	inconnu	inconnu	ganglions intrathoraciques
1	F	Kosovo	inconnu	inconnu	poumons
2	M	Kosovo	inconnu	inconnu	poumons
5	M	Suisse	inconnu	inconnu	méninges/SNC
8	M	Bénin	positif	négatif	poumons
8	F	Syrie	inconnu	négatif	poumons
10	F	Allemagne	inconnu	négatif	poumons
10	F	Philippines	inconnu	négatif	poumons/ganglions intrathoraciques
13	F	Erythrée	positif	positif	poumons
13	F	Allemagne	inconnu	négatif	poumons
14	F	Somalie	positif	négatif	système gastro-intestinal
15	M	Somalie	positif	négatif	poumons
15	M	Somalie	inconnu	positif	poumons
15	M	inconnu	positif	positif	poumons
15	F	Syrie	positif	positif	forme disséminée (poumons, intestin, ganglions)

\*Résultats des cultures inconnus : le plus souvent, aucune déclaration par le laboratoire, car les résultats étaient négatifs.

Tableau 2 :  
tuberculose en Suisse en 2014, sensibilité à la rifampicine et à l'isoniazide

	Rifampicine		Nombre total testé
	Sensible	Résistant	
Isoniazide			
Sensible	391	5	396
Résistant	11	13	24
Total	402	18	420

Figure 1 :  
tuberculose en Suisse, cas déclarés entre 1988 et 2014

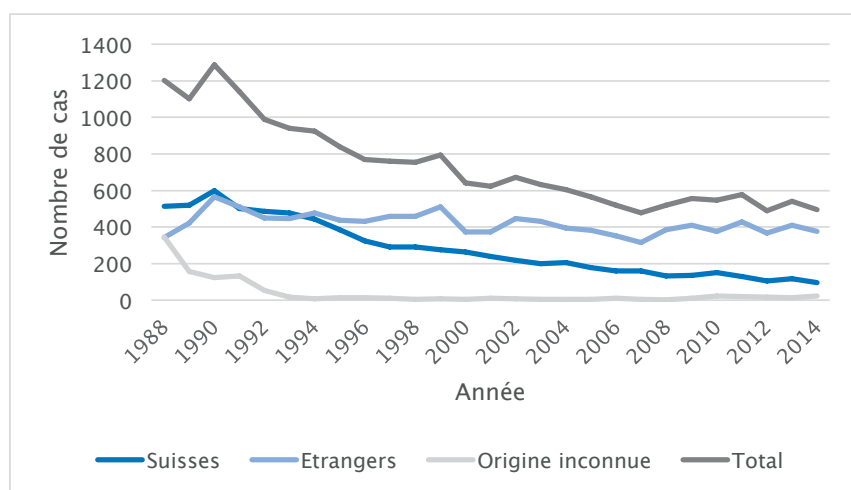


Figure 2 :  
tuberculose en Suisse en 2014, répartition par tranche d'âge et selon l'origine

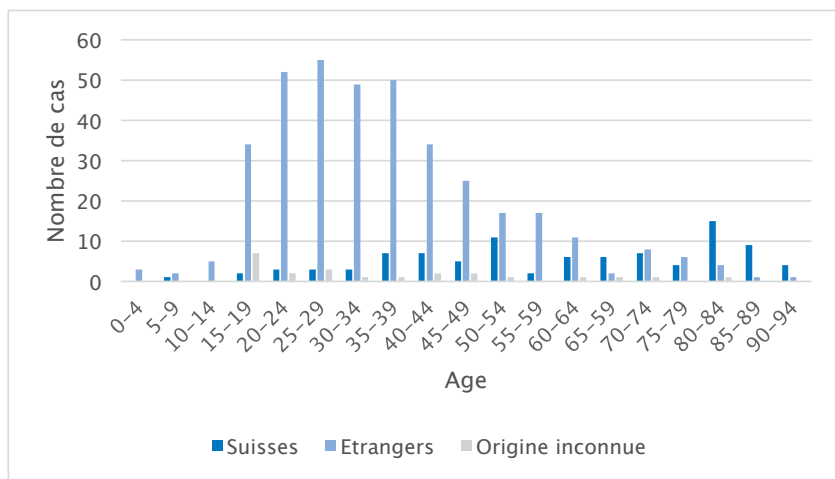


Figure 3 :  
tuberculose en Suisse en 2014, répartition par tranche d'âge et par sexe

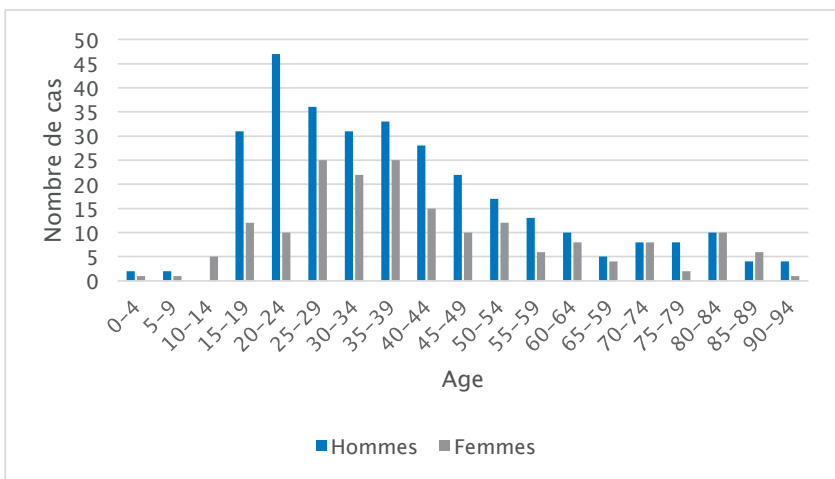
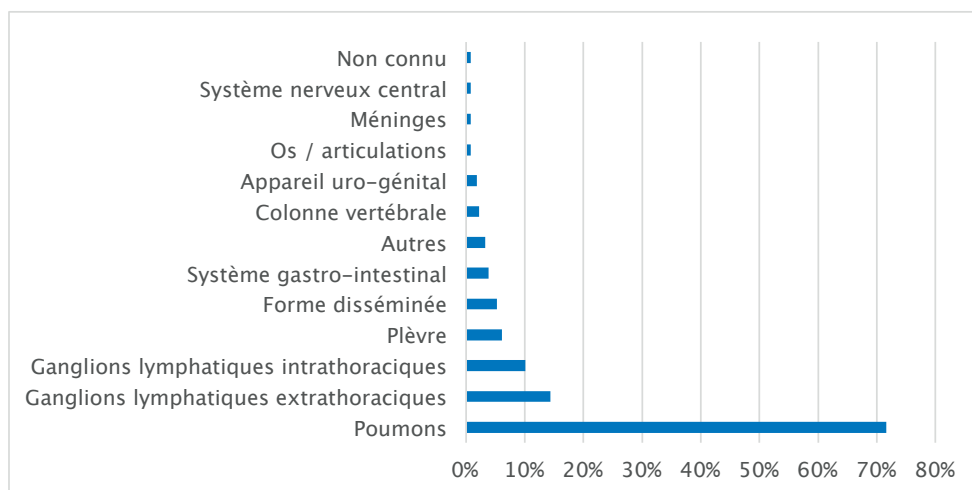


Figure 4 :  
**tuberculose en Suisse en 2014, organes atteints (plusieurs réponses possibles)**



*Disséminée: miliaire ou touchant plus de deux organes*