



EUR/TB/FS04
3 septembre 2007

Tuberculose et infection à VIH

Position du problème

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constitue, jusqu'à présent, le seul facteur de risque le plus important de contracter la tuberculose. On estime en effet qu'un tiers des 40 millions de personnes vivant avec le VIH de par le monde sont co-infectées par la tuberculose. Les personnes séropositives courent jusqu'à 50 fois plus le risque de contracter la tuberculose durant une année donnée que les personnes séronégatives. En outre, sans l'administration d'un traitement approprié, environ 90 % des personnes infectées par le VIH décèdent dans les mois qui suivent la contraction de la tuberculose.

La propagation rapide de l'épidémie de VIH en Europe orientale et en Asie centrale doit entraîner, à l'avenir, une augmentation du nombre de personnes souffrant de tuberculose dans ces régions, une situation qui pose une menace potentielle à l'efficacité des activités de lutte antituberculeuse. Étant donné que l'épidémie de VIH est relativement récente dans la Région, l'impact épidémiologique du VIH et de la co-infection VIH/tuberculose est encore limité, mais devrait s'accroître rapidement si l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins en matière de VIH n'est pas bientôt garanti.

Les épidémies de VIH et de tuberculose sont en fait intimement liées :

- le VIH attaque le système immunitaire et accroît la probabilité de contracter une nouvelle infection de tuberculose ;
- le VIH favorise la progression d'une infection latente de tuberculose en une infection active, ainsi que la réapparition de la maladie chez les patients précédemment traités ;
- la tuberculose est l'une des principales causes de décès chez les personnes infectées par le VIH ;
- la tuberculose est plus difficile à diagnostiquer chez les personnes infectées par le VIH ;
- la tuberculose survient plus rapidement que les autres infections opportunistes dans le stade de développement de l'infection à VIH ;
- la tuberculose est la seule infection opportuniste majeure liée au sida qui pose un risque aux personnes séronégatives.

Le VIH et la tuberculose sont tous deux fortement associés à l'injection de drogues par voie intraveineuse dans bon nombre de pays de la Région européenne. Parmi les autres groupes à haut risque, il convient de mentionner les travailleurs du sexe, les hommes homosexuels, les détenus, les sans-abri et les migrants.

La recherche a permis de démontrer qu'au début du stade de propagation d'une épidémie de VIH dans une population de toxicomanes par voie intraveineuse, le manque d'attention accordée à la mise en place de programmes efficaces de réduction des risques, même lorsque la lutte antituberculeuse s'effectue dans de bonnes conditions, entraînera un nombre important de nouveaux décès.

Les personnes vivant avec le VIH sont plus sensibles à la tuberculose multirésistante pour diverses raisons (transmission nosocomiale, absorption inadéquate de médicaments antituberculeux, résistance acquise à la rifampicine et autres types de réactions peu satisfaisantes au traitement antituberculeux). Néanmoins, les patients souffrant d'une co-infection sont aussi moins enclins à transmettre des souches résistantes dû à la mortalité élevée des personnes ayant contracté le VIH tout en étant atteintes de tuberculose multirésistante.

Les données disponibles

- Dans la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), près de 14 000 nouveaux cas de co-infection tuberculose/ VIH ont été rapportés en 2005 (5 % de l'ensemble des nouveaux cas de tuberculose signalés chez les adultes).
- La tuberculose a été signalée comme la maladie définissant le sida dans 22 % de tous les cas observés en Europe occidentale, dans 24 % des cas en Europe centrale et dans 52 % des cas dans la partie orientale de la Région.
- Dans les pays où la tuberculose n'est pas généralisée, cette maladie ainsi que le VIH semblent affecter les mêmes sous-populations. D'ailleurs, c'est en Europe occidentale que l'on observe la prévalence la plus élevée de VIH chez les cas de tuberculose. L'Espagne (où la tuberculose et le VIH sont fortement liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse) présente, selon des estimations, le taux le plus élevé de VIH chez les patients atteints de tuberculose de toute la Région (soit 16 %), suivie par l'Italie (13 %), la France (11 %) et le Portugal (11 %). Dans les pays d'Europe orientale, ce pourcentage est le plus élevé en Ukraine (8 %), suivie de l'Estonie (7 %) et de la Fédération de Russie (6 %).
- Le nombre de cas observés de co-infection tuberculose/VIH reste peu élevé dans la Région européenne, sans doute à cause du laps de temps s'écoulant entre l'infection à VIH et l'apparition du sida, et du manque de surveillance coordonnée et de collaboration entre les deux programmes.

La politique à mener

Pendant de nombreuses années, les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH ont été pour la plupart menées séparément et ce, malgré un chevauchement épidémiologique entre les deux maladies. Une collaboration plus étroite entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH/sida permettra de combattre plus efficacement la tuberculose chez les patients infectés par le VIH et de réaliser des gains importants en termes de santé publique.

La Politique actuelle de la collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH¹ de l'OMS présente des recommandations en matière de lutte contre la double épidémie de tuberculose et de VIH :

- établir des structures organisationnelles en vue de planifier et de gérer la collaboration des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH ;
- alléger la charge de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH : un dépistage de la tuberculose doit être réalisé après un test de dépistage positif du VIH, et chaque fois que les personnes concernées se rendent dans un service de santé ; si une souche active de la tuberculose est dépistée, un traitement doit être administré ; s'il s'agit d'une infection latente de la tuberculose et non d'une infection active, une prophylaxie par l'isoniazide doit être initiée, en veillant à l'observance totale de cette thérapie ;
- alléger la charge du VIH chez les patients atteints de tuberculose : des conseils et des informations sur le VIH doivent être fournis à l'ensemble des patients atteints de tuberculose, et ceux-ci doivent être incités à effectuer un test de dépistage pour le VIH ; si celui-ci s'avère positif, les personnes concernées doivent recevoir une prophylaxie par le co-trimoxazole et, le cas échéant, une thérapie antirétrovirale ;
- mener une surveillance du VIH chez les patients atteints de la tuberculose dans tous les pays et ce, quels que soient les taux de prévalence nationale du VIH.

Les pays se doivent de mettre en œuvre des interventions préventives et thérapeutiques contre la tuberculose et le VIH à la lumière de leur taux national d'incidence et de prévalence de ces maladies et du sida, du niveau de co-infection tuberculose/VIH et de la structure spécifique de leur système national de santé.

Texte rédigé par Lucica Ditiu, Mette Olsen et Jeffrey Lazarus.

¹ *Politique actuelle de la collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.330 ; http://www.who.int/hiv/pub/tb/interimpolicy_fr.pdf, consulté le 21 août 2007).