

Tuberculose et co-infection par le VIH

Qu'est-ce que la tuberculose et comment est-elle diagnostiquée ?

La tuberculose est provoquée par une bactérie appelée *Mycobacterium tuberculosis* qui touche en général les poumons.¹ Elle se propage quand la bactérie entre dans l'air quand on tousse, éternue ou quand on parle.² Les personnes vivant avec le VIH sont bien plus susceptibles de contracter la tuberculose que les personnes séronégatives. Si elle n'est pas soignée correctement, la tuberculose peut être fatale. C'est l'une des causes de décès principales chez les personnes vivant avec le VIH dans le monde.³

La tuberculose peut se manifester de deux façons :

1. **Infection latente** : Toutes les personnes infectées par la bactérie ne tombent pas malades. Quand une personne a la tuberculose, mais qu'elle ne présente aucun symptôme et ne se sent pas malade, on considère qu'elle a une « infection latente ». Elle n'est pas infectieuse et ne peut pas transmettre la maladie à d'autres.²
2. **Tuberculose active** : Environ 5 à 10 % des infections latentes évolue vers la tuberculose.⁴ Cela se produit quand l'immunité d'une personne infectée est insuffisante pour la protéger contre la bactérie.³ Une personne atteinte de tuberculose active se sent malade, ses symptômes peuvent comprendre une forte toux qui dure des semaines, des douleurs thoraciques, des toux avec du sang ou des mucosités, la faiblesse, la fatigue, une perte de poids, une perte d'appétit, des frissons, de la fièvre et des sueurs nocturnes.²

La tuberculose, qu'elle soit latente ou active, peut être diagnostiquée par test cutané ou sanguin. Pour discerner la forme latente de la forme active, une radiologie des poumons ou un test d'expectoration¹ est nécessaire.³

¹ Culture des mucosités des poumons pour étude au microscope.

Quels sont les traitements contre la tuberculose ?

La tuberculose latente ne requiert souvent qu'un seul type de médicament. La tuberculose active peut requérir plusieurs traitements à la fois. Les traitements courants de la tuberculose comprennent l'isoniazide, la rifampine, l'éthambutol et le pyrazinamide qui sont des médicaments de première intention.⁵ Les effets secondaires possibles de ces médicaments sont la nausée, des vomissements, la jaunisse, la perte d'appétit, l'urine foncée et de la fièvre pendant plusieurs jours.⁴

Certaines souches de la bactérie qui provoque la tuberculose sont devenues résistantes aux médicaments les plus couramment utilisés, ce qui complique le traitement. La tuberculose multirésistante (TB-MR) et la tuberculose ultrarésistante (TB-UR) sont des types de tuberculose active qui peuvent nécessiter l'utilisation de médicaments de deuxième intention. Ces médicaments coûtent beaucoup plus cher que le traitement de première intention et ont des effets secondaires plus graves et amplifiés, dont l'hépatite, la dépression et des hallucinations.^{1,6} Près de 9 % de tous les cas de tuberculose active (650 000 en 2010) sont classifiés comme TB-MR ou TB-UR.⁵

Cette infection est-elle répandue dans le monde ?

Si l'on exclut le VIH et le sida, plus de personnes sont mortes de la tuberculose à travers le monde que tout autre « agent infectieux unique ».¹ Environ 8,8 millions de personnes ont contracté la tuberculose en 2010, 1,1 million d'entre elles sont décédées.¹ La tuberculose est intimement liée à la pauvreté, au surpeuplement et à la malnutrition. De ce fait, la grande majorité des maladies et des morts liées à la tuberculose se produisent dans les contextes à ressources limitées, comme les pays à revenu faible et intermédiaire.¹⁵

Qu'est-ce que la co-infection par la tuberculose et le VIH

La co-infection par la tuberculose et le VIH est présente quand une personne vit à la fois avec le VIH et une tuberculose latente ou active.⁷ Dans le monde, la tuberculose est la première cause de morbidité pour les personnes vivant avec le VIH chez qui elle provoque 25 % des décès. Vu l'effet délétère du VIH sur le système immunitaire, les personnes vivant avec une co-infection par le VIH et la tuberculose ont 20 fois plus de chance d'être atteints d'une tuberculose active.⁸ En outre, on sait que la tuberculose augmente la réplication virale chez les personnes vivant avec le VIH et l'on pense qu'elle accélère aussi la progression de la maladie due au VIH si elle n'est pas soignée.⁹

Quelles sont les recommandations pour les personnes vivant avec le VIH et une co-infection par la tuberculose ?

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a établi des lignes directrices pour les personnes vivant avec le VIH et une co-infection par la tuberculose. Généralement, ces interventions comprennent le traitement antirétroviral (TAR) et les « trois I »¹⁰ :

- **TAR** : Les recherches ont montré que l'initiation du TAR peut diminuer la charge virale et restaurer l'immunité, ce qui à son tour diminue l'impact négatif de la co-infection par la tuberculose et le VIH. L'OMS recommande que toutes les personnes vivant avec le VIH et une tuberculose active soient placées immédiatement sous TAR.¹¹
- **Intensification du dépistage de la tuberculose** : Toutes les personnes vivant avec le VIH doivent être soumises au dépistage de la tuberculose, qu'elles soient ou non sous TAR. Les recherches opérationnelles axées sur la tuberculose ont révélé que la présence de 1 ou plus des 3 symptômes suivants (toux persistantes, fièvre et sueurs nocturnes) permet de détecter la grande majorité des cas de tuberculose active.^{10, 12}
- **Traitement préventif à l'isoniazide** : Il est recommandé que les personnes vivant avec le VIH qui sont positives pour l'infection latente de la tuberculose reçoivent un traitement préventif à l'isoniazide (TPI) allant jusqu'à

36 mois.¹¹

- **Lutte contre la transmission de l'infection tuberculeuse** : Cela comprend la détection rapide des personnes infectieuses, les précautions pour réduire la transmission dans les environnements de soins de santé et le traitement de ceux qui ont une tuberculose active confirmée ou supposée.

Que faut-il pour traiter la co-infection par la tuberculose dans le monde ?

Difficultés générales du traitement de la co-infection VIH/TB

Les deux difficultés principales pour éliminer la tuberculose dans le monde sont (1) la TB-MR et (2) les interactions du traitement.¹³ Pour empêcher la propagation de la TB-MR, le traitement de la tuberculose doit être optimisé partout dans le monde. Un traitement incomplet ou partiel est la cause principale de l'émergence continue de la TB-MR.¹² Les recherches ont montré que le traitement directement observé, courte période (aussi appelé DOTS) est le moyen le plus efficace pour prévenir un traitement partiel et/ou incomplet. DOTS exige qu'un agent de santé rencontre en personne un patient atteint de tuberculose et l'observe quand il prend chaque dose de médicament.¹² Cette stratégie doit être étendue partout dans le monde, surtout dans les pays où le taux de co-infection VIH/TB est élevé.

La gestion clinique de la co-infection VIH/TB peut être compliquée par l'interaction entre de nombreux médicaments contre le VIH et la tuberculose, ce qui est la cause potentielle de maladie du foie et d'autres effets négatifs sur la santé.⁸ Les directives, la formation et le développement des capacités sont nécessaires pour assurer que les professionnels de la santé sont prêts à apporter des soins de qualité aux personnes vivant avec le VIH qui sont co-infectées par la tuberculose.

Difficultés spécifiques aux HSH

Bien qu'il n'y ait que peu ou pas de données sur l'impact spécifique de la co-infection par VIH/TB sur les homosexuels et autres HSH, nous savons que les HSH sont atteints d'une manière disproportionnée par le VIH et rencontrent plus d'obstacles dans l'accès à la prise en charge et au traitement en matière de VIH. Par conséquent, il est important que le dépistage de la tuberculose soit intégré dans l'ensemble de services minimums pour les homosexuels et autres HSH, ce qui comprend les éléments suivants :

- Promotion et distribution de préservatifs et de lubrifiants à base aqueuse¹⁴
- Conseil et dépistage du VIH/sida
- Programmes de proximité dans les communautés, éducation et marketing social¹³
- Interventions/mobilisation de comportement aux niveaux individuel et communautaire¹³
- Prévention et traitement des infections transmises sexuellement¹³

- Réduction des dangers pour la consommation de drogue et prévention des infections transmises par le sang (par ex. échange de seringues)¹³
- Efforts pour réduire la stigmatisation et la discrimination basées sur l'orientation sexuelle et la sérologie VIH¹⁵

Conclusion

Étant donné que les homosexuels et autres MSM sont affectés de manière disproportionnée par le VIH et les forts liens entre le VIH et la tuberculose, plus d'efforts sont nécessaires pour mieux comprendre les HSH, leurs expériences avec la co-infection par la tuberculose et leur accès aux services de prévention et de prise en charge. Ce bulletin technique sert de point de départ à une meilleure compréhension générale de la co-infection par VIH/TB chez les HSH partout dans le monde. À ce jour, peu de recherches ont été menées à cet égard. Compte tenu des nouveaux flux de financement pour soutenir la prévention et le traitement complet du VIH visant les homosexuels et autres HSH, de plus grands efforts sont nécessaires pour soutenir et intégrer la tuberculose dans les efforts internationaux de programmation et de politique en matière de VIH.

RÉFÉRENCES*

- 1 Organisation mondiale de la Santé, Aide-mémoire sur la Tuberculose, Octobre 2012 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/index.html>. Consulté le 25 septembre 2012.
- 2 Centers of Disease Control and Prevention, Learn the Signs and Symptoms of TB Disease. <http://www.cdc.gov/features/tbsymptoms>. Consulté le 25 septembre 2012.
- 3 <http://www.cdc.gov/tb/topic/TBHIVcoinfection/default.htm>
- 4 Centers of Disease Control and Prevention, Fact Sheets: The Difference Between Latent TB Infection and TB Disease. <http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/general/LTBlandActiveTB.htm>. Consulté le 25 septembre 2012.
- 5 Mayo Clinic, Tuberculosis: Treatment and Drugs. <http://www.mayoclinic.com/health/tuberculosis/DS00372/DSECTION=treatments-and-drugs>. Consulté le 25 septembre 2012.
- 6 Organisation mondiale de la Santé, Tuberculose : Foire aux questions sur la tuberculose ultra-résistante <http://www.who.int/tb/challenges/xdr/faqs/fr/index.html>. Consulté le 25 septembre 2012.
- 7 TB Facts.org, TB and HIV – why is it important? <http://www.tbfacts.org/tb-hiv.html>. Consulté le 25 septembre 2012.
- 8 Pawlowski A, Jansson M, Sköld M, Rottenberg ME, Källénus G (2012) Tuberculosis and HIV Co-Infection. *PLoS Pathog.* 8(2):e1002464. doi:10.1371/journal.ppat.1002464.
- 9 University of California-San Francisco, HIV InSite, Tuberculosis and HIV, mai 2003. <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-05-01-06#S3X>. Consulté le 25 septembre 2012.
- 10 Organisation mondiale de la Santé, The Three I's for HIV/TB <http://www.who.int/hiv/topics/tb/3is/en/index.html>. Consulté le 26 septembre 2012.
- 11 Organisation mondiale de la Santé, Directives pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et l'administration du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH dans un contexte de ressources limitées, 2011 http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242500707_fre.pdf. Consulté le 26 septembre 2012.
- 12 Centers for Disease Control and Prevention, CDC's Role in Global Tuberculosis Control. <http://www.cdc.gov/tb/topic/globaltb/role.htm>. Consulté le 26 septembre 2012.
- 13 Centers for Disease Control and Prevention, HIV and TB. <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/hivtb.htm>. Consulté le 26 septembre 2012.
- 14 OMS, et al. 1 Caceres C, Gerbase A, Lo Y-R. Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres. 2011 http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/fr/index.html. Consulté le 6 janvier 2012.
- 15 Forum mondial sur les HSH et le VIH, En nos propres mots : Préférences, valeurs et perspectives sur la prévention et le traitement du VIH. 2010. http://msmgf.org/files/msmgf/About_Us/Publications/WHO_Report1.pdf. Consulté le 27 septembre 2012.
- 15 Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JD. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health.* 2011 avril;101(4):654-62.

* Les titres des documents et les noms des organisations sont traduits dans la section de références seulement quand des traductions officielles existent.