

# La tuberculose chez l'enfant peut être guérie... mais seulement si elle est diagnostiquée

**Nous avons besoin de tests de dépistage de la tuberculose qui soient adaptés aux enfants !**

Toutes les trois minutes, un enfant meurt de la tuberculose. Selon la feuille de route de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'éradication de la tuberculose chez les enfants et les adolescents, la tuberculose est l'une des dix premières causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Selon l'OMS, on estime que 1,25 million d'enfants (âgés de <10 ans) et de jeunes adolescents (10-14 ans) sont tombés malades de la tuberculose en 2022, ce qui représente 12% de tous les cas de tuberculose. Mais plus de la moitié de ces cas d'enfants et de jeunes adolescents n'ont pas été diagnostiqués ou n'ont pas été signalés aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose.

Les lacunes en matière de diagnostic sont encore plus importantes dans le cas de la tuberculose multirésistante (TB-MR), qui est causée par des



bactéries tuberculeuses résistantes au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux médicaments de première intention les plus puissants utilisés pour traiter les personnes atteintes de tuberculose. On estime qu'entre 25 000 et 32 000 enfants et jeunes adolescents tombent malades de la tuberculose MR chaque année, mais plus de 80 % de ces cas ne sont pas diagnostiqués ou signalés. Par conséquent, ils ne reçoivent pas de traitement approprié.

## **Pourquoi tant d'enfants atteints de tuberculose ne bénéficient-ils pas d'un diagnostic correct ?**

La cause fondamentale est qu'il **n'existe tout simplement pas de bons tests de diagnostic pour détecter la tuberculose chez les enfants** et que le diagnostic de la tuberculose chez les enfants repose encore largement sur les signes et symptômes cliniques.

**Il est extrêmement difficile pour la plupart des enfants, et en particulier pour les enfants de moins de 5 ans, de cracher des expectorations** qui restent l'échantillon le plus couramment utilisé pour détecter la tuberculose. Même lorsque des échantillons d'expectoration peuvent être prélevés sur un enfant, le test basé sur les expectorations ne peut pas toujours détecter la tuberculose chez un enfant malade, parce que

**les enfants présentent généralement de faibles niveaux de bactéries dans les poumons** (tuberculose paucibacillaire, qui est souvent indétectable par ces tests).

En outre, **la tuberculose chez l'enfant est souvent localisée en dehors des poumons** - on parle alors de tuberculose extra-pulmonaire. Cela s'explique par le fait que le système immunitaire des enfants n'est pas aussi développé que celui des adultes et que la tuberculose progresse souvent plus rapidement vers d'autres parties du corps. Il est encore plus difficile d'obtenir des échantillons et des résultats diagnostiques précis pour la tuberculose extra-pulmonaire que pour la tuberculose pulmonaire.

Pendant de nombreuses années, les médicaments destinés à traiter la tuberculose chez les enfants n'étaient pas disponibles dans une formulation appropriée, et les soignants devaient écraser ou casser des comprimés conçus pour les adultes afin de traiter les enfants. Cependant, tous les médicaments antituberculeux approuvés pour une utilisation chez les enfants sont désormais disponibles dans des formulations adaptées aux enfants. Cela signifie que si les enfants atteints de tuberculose reçoivent le bon diagnostic, les options de traitement de la tuberculose appropriées sont désormais disponibles. Les pays doivent donc intensifier et accélérer la mise en œuvre des schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS pour traiter la tuberculose chez les enfants.

En 2022, pour relever ces défis et mieux guider les programmes de lutte contre la tuberculose et le personnel de santé, l'OMS a publié des lignes directrices actualisées pour la prise en charge de la tuberculose chez les enfants avec plusieurs recommandations qui visent à réduire le nombre d'enfants atteints de tuberculose qui continuent à ne pas être diagnostiqués ...

Tout d'abord, deux algorithmes de décision de traitement fondés sur des données probantes ont été élaborés pour aider les cliniciens à diagnostiquer la tuberculose chez les enfants à l'aide d'une radiographie thoracique et la recherche de symptômes cliniques ou de symptômes cliniques, uniquement lorsque la radiographie n'est pas disponible.

Deuxièmement, l'OMS a également recommandé d'utiliser le GeneXpert MTB/RIF Ultra sur les selles en même temps que d'autres types d'échantillons tels que des échantillons d'aspiration gastrique; comme les jeunes enfants avalent une grande partie de leurs expectorations, la tuberculose peut être détectée dans les selles et dans le liquide gastrique qui est aspiré à l'aide d'une sonde d'alimentation passée par le nez de l'enfant dans l'estomac.

***"Il est déconcertant que cette maladie mortelle mais curable existe depuis des millénaires, mais qu'au 21ème siècle, seulement 40 % des enfants atteints de tuberculose reçoivent le traitement dont ils ont besoin pour rester en vie."***

**- Dr Nasiba Maksimova, MSF  
Tadjikistan**

Cependant, la sensibilité du GeneXpert MTB/RIF Ultra sur des échantillons de selles est beaucoup plus faible que lorsqu'il s'agit d'échantillons d'expectoration. L'analyse d'échantillons d'aspiration gastrique peut donner une sensibilité légèrement supérieure à celle des selles, mais le prélèvement d'échantillons est plus invasif et difficile à tolérer pour les enfants.

C'est pourquoi les échantillons d'aspiration gastrique sont rarement utilisés. Pour toutes ces raisons, les algorithmes de décision de traitement, basés sur les signes et symptômes cliniques combinés à la radiographie thoracique lorsqu'elle est disponible, sont essentiels pour aider les médecins à mieux diagnostiquer la tuberculose chez les enfants.

En résumé, le diagnostic de la tuberculose chez les enfants repose sur une combinaison d'approches, allant de l'évaluation des signes et symptômes cliniques, complétée par des examens radiologiques, au GeneXpert MTB/RIF Ultra sur les selles ou d'autres échantillons. Cependant, **tous les outils disponibles sont insuffisants, et ne sont souvent pas disponibles ou intégrés au niveau des soins de santé primaires**, où la plupart des enfants atteints de tuberculose se font soigner.

## Que faut-il faire?

***Nous avons besoin de plus de recherche et de développement dans le domaine des diagnostics de la tuberculose spécifiquement conçus pour les enfants.***

Ces tests diagnostiques adaptés à l'enfant doivent:

- **utiliser des échantillons faciles à prélever chez les enfants, par exemple des prélèvements sanguins par piqûre au doigt ou des écouvillons buccaux;**
- **être très sensibles et spécifiques, c'est-à-dire avoir une forte probabilité d'identifier correctement la tuberculose chez les enfants;**
- **être des tests utilisables dans les centres de santé, adaptés et faciles à utiliser au niveau des soins primaires par n'importe quel agent de santé même dans les régions isolées et à faibles ressources, c'est-à-dire robustes et indépendants de toute infrastructure de laboratoire;**
- **être abordables pour les pays à faibles et moyens revenus.**

**Si un test fonctionne chez les enfants, il fonctionnera chez les adultes, mais pas l'inverse**

### MSF et TB

Médecins Sans Frontières (MSF) est le plus grand fournisseur non gouvernemental de traitements contre la tuberculose dans le monde et est impliqué dans la prise en charge de la tuberculose depuis 30 ans, travaillant souvent aux côtés des autorités sanitaires nationales pour traiter les personnes dans une grande variété de contextes, y compris les zones de conflit, les bidonvilles urbains, les prisons, les camps de réfugiés et les zones rurales. En 2022, MSF a mené des activités de lutte contre la tuberculose dans 37 pays, traitant un total de 20 417 patients tuberculeux, dont 2 596 atteints de tuberculose multirésistante. Presque toutes les structures MSF qui accueillent des enfants, dans presque tous les contextes, sont confrontées aux défis du diagnostic et du traitement de la tuberculose chez les enfants.

MSF a participé aux efforts visant à trouver des schémas thérapeutiques plus courts et plus sûrs pour la tuberculose rhumatismale par le biais de trois essais cliniques : TB-PRACTECAL, endTB et endTB-Q. La recommandation de l'OMS en faveur de deux traitements de 6 mois (BPaLM et BPaL) pour traiter la tuberculose rhumatismale a été motivée par des preuves provenant principalement de l'essai TB-PRACTECAL. MSF pilote actuellement un projet intégré (TACTIC - Test, Avoid, Cure TB in Children) visant à améliorer la prise en charge de la tuberculose chez les enfants par la mise en œuvre des directives actualisées de l'OMS, la recherche opérationnelle et le plaidoyer pour l'accès aux outils existants et le développement de meilleurs outils adaptés aux enfants.