

ANNEE: 2010

THESE N°: 86

Bilan epidemiologique de la tuberculose

a larache entre 2005 et 2008

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle. Ghyzlane BAKHAT

Née le 17 Avril 1983 à Tanger

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: CDTMR – Epidémiologie – Traitement – Tuberculose.

JURY

Mr. MIMOUN ZOUHDI

Professeur de Microbiologie

Mme. SAKINA EL HAMZAOUI

Professeur de Microbiologie

Mr. L'KASMI HACHEMI

Professeur Agrégé de Microbiologie

Mr. ISMAÏL ABDERRAHMANI RHORFI

Professeur Agrégé de Pneumo-Phtisiologie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Docteur Ahdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen :	Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et Etudiantines	Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Naima LAHBABI-AMRANI
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général :	Monsieur Mohammed BENABDELLAH

PROFESSEURS :

Décembre 1967

1. Pr. TOUNSI Abdelkader	Pathologie Chirurgicale
--------------------------	-------------------------

Février, Septembre, Décembre 1973

2. Pr. ARCHANE My Idriss*	Pathologie Médicale
3. Pr. BENOMAR Mohammed	Cardiologie
4. Pr. CHAOUI Abdellatif	Gynécologie Obstétrique
5. Pr. CHKILI Taieb	Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

6. Pr. HASSAR Mohamed	Pharmacologie Clinique
-----------------------	------------------------

Février 1977

7. Pr. AGOUMI Abdelaziz	Parasitologie
8. Pr. BENKIRANE ép. AGOUMI Najia	Hématologie
9. Pr. EL BIED ép. IMANI Farida	Radiologie

Février Mars et Novembre 1978

10. Pr. ARHARBI Mohamed	Cardiologie
11. Pr. SLAOUI Ahdelmalek	Anesthésie Réanimation

Mars 1979

12. Pr. LAMDOUAR ép. BOUAZZAOUI Naima	Pédiatrie
---------------------------------------	-----------

Mars, Avril et Septembre 1980

13. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam	Neurochirurgie
14. Pr. MESBAHI Redouane	Cardiologie

17. Pr. EL MANOUAR Mohamed
18. Pr. HAMMANI Ahmed*
19. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
20. Pr. SBIHI Ahmed
21. Pr. TAOBANE Hamid*

Mai et Novembre 1982

22. Pr. ABROUQ Ali*
23. Pr. BENOMAR M'hammed
24. Pr. BENSODA Mohamed
25. Pr. BENOSMAN Abdellatif
26. Pr. CHBICHEB Abdelkrim
27. Pr. JIDAL Bouchaib*
28. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Novembre 1983

29. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
30. Pr. BALAFREJ Amina
31. Pr. BELLAKHDAR Fouad
32. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
33. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Décembre 1984

34. Pr. BOUCETTA Mohamed*
35. Pr. EL OUEDDARI Brahim El Khalil
36. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
37. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
38. Pr. NAJI M'Barek *
39. Pr. SETTAF Abdellatif

Novembre et Décembre 1985

40. Pr. BENJELLOUN Halima
41. Pr. BENSaid Younes
42. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
43. Pr. IHRAI Hssain *
44. Pr. IRAQI Ghali
45. Pr. KZADRI Mohamed

Janvier, Février et Décembre 1987

46. Pr. AJANA Ali
47. Pr. AMMAR Fanid
48. Pr. CHAHED OUZZANI ép. TAOBANE Houria
49. Pr. EL FASSY FIHRI Mohamed Taoufiq
50. Pr. EL HAITEM Naïma
51. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
52. Pr. EL YAACOUBI Moradh
53. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
54. Pr. LACHKAR Hassan

Anatomie Pathologique
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Thoracique

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Biophysique
Chirurgie Maxillo-faciale
Physiologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne

Décembre 1988

- 57. Pr. BENHMAMOUCH Mohamed Najib
- 58. Pr. DAFIRI Rachida
- 59. Pr. FAIK Mohamed
- 60. Pr. FIKRI BEN BRAHIM Nouredine
- 61. Pr. HERMAS Mohamed
- 62. Pr. TOULOUNE Farida*

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

- 63. Pr. ABIR ép. KHALIL Saadia
- 64. Pr. ACHOUR Ahmed*
- 65. Pr. ADNABOU Mohamed
- 66. Pr. AOUNI Mohamed
- 67. Pr. AZENDOUR BENACEUR*
- 68. Pr. BENAMEUR Mohamed*
- 69. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
- 70. Pr. CHAD Bouziane
- 71. Pr. CHKOFF Rachid
- 72. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH
- 73. Pr. HACHIM Mohammed*
- 74. Pr. HACHIMI Mohamed
- 75. Pr. KHARBACH Aïcha
- 76. Pr. MANSOURI Fatima
- 77. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
- 78. Pr. SEDRATI Omar*
- 79. Pr. TAZI Saoud Anas
- 80. Pr. TERHZAZ Abdellah*

Février Avril Juillet et Décembre 1991

- 81. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
- 82. Pr. ATMANI Mohamed*
- 83. Pr. AZZOUZI Abderrahim
- 84. Pr. BAYAHIA ép. HASSAM Rabéa
- 85. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
- 86. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
- 87. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdelatif
- 88. Pr. BENSOUDA Yahia
- 89. Pr. BERRAHO Amina
- 90. Pr. BEZZAD Rachid
- 91. Pr. CHABRAOUI Layachi
- 92. Pr. CHANA El Houssaine*
- 93. Pr. CHERRAH Yahia
- 94. Pr. CHOKAIRI Omar
- 95. Pr. FAJRI Ahmed*
- 96. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
- 97. Pr. KHATTAB Mohamed
- 98. Pr. NEJMI Maati
- 99. Pr. OUAALINE Mohammed*

Médecine Interne
Neurologie

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Cardiologie
Chirurgicale
Médecine Interne
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Pédiatrique
Médecine-Interne
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

Décembre 1992

102. Pr. AHALLAT Mohamed
103. Pr. BENOUDA Amina
104. Pr. BENSOUA Adil
105. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
106. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
107. Pr. CHAKIR Nouredine
108. Pr. CHRAIBI Chafiq
109. Pr. DAOUDI Rajae
110. Pr. DEHAYNI Mohamed*
111. Pr. EL HADDOURY Mohamed
112. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
113. Pr. FELLAT Rokaya
114. Pr. GHAFIR Driss*
115. Pr. JIDDANE Mohamed
116. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
117. Pr. TAGHY Ahmed
118. Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

119. Pr. AGNAOU Lahcen
120. Pr. AL BAROUDI Saad
121. Pr. ARJI Moha*
122. Pr. BENCHERIFA Fatiha
123. Pr. BENJAAFAR Nouredine
124. Pr. BENJELLOUN Samir
125. Pr. BENRAIS Nozha
126. Pr. BOUNASSE Mohammed*
127. Pr. CAOUI Malika
128. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
129. Pr. EL AMRANI ép. AHALLAT Sabah
130. Pr. EL AOUDAD Rajae
131. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
132. Pr. EL HASSANI My Rachid
133. Pr. EL IDRISSI LAMGHARI Abdennaceur
134. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
135. Pr. ERROUGANI Abdelkader
136. Pr. ESSAKALI Malika
137. Pr. ETTAYEBI Fouad
138. Pr. HADRI Larbi*
139. Pr. HDA Ali*
140. Pr. HASSAM Badredine
141. Pr. IFRINE Lahssan
142. Pr. JELTHI Ahmed
143. Pr. MAHFOUD Mustapha
144. Pr. MOUDENE Ahmed*
145. Pr. MOSSEDDAQ Rachid*
146. Pr. OULBACHA Said
147. Pr. RHRAB Brahim

Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Chirurgie Générale
Microbiologie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Pédiatrie
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métabolique
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique

Mars 1994

150. Pr. ABBAR Mohamed*
151. Pr. ABDELHAK M'barek
152. Pr. BELAIDI Halima
153. Pr. BARHMI Rida Slimane
154. Pr. BENTAHILA Abdelali
155. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
156. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
157. Pr. CHAMI Ilham
158. Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
159. Pr. EL ABBADI Najia
160. Pr. HANINE Ahmed*
161. Pr. JALIL Abdelouahed
162. Pr. LAKHDAR Amina
163. Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

164. Pr. ABOUQUAL Redouane
165. Pr. AMRAoui Mohamed
166. Pr. BAIDADA Abdelaziz
167. Pr. BARGACH Samir
168. Pr. BELLAHNECH Zakaria
169. Pr. BEDDOUCHE Amograne*
170. Pr. BENAZZOUZ Mustapha
171. Pr. CHAARI Jilali*
172. Pr. DIMOU M'barek*
173. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
174. Pr. EL MESNAoui Abbes
175. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
176. Pr. FERHATI Driss
177. Pr. HASSOUNI Fadil
178. Pr. HDA Abdelhamid*
179. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
180. Pr. IBRAHIMY Wafaa
182. Pr. BENOMAR ALI
183. Pr. BOUGTAB Abdesslam
184. Pr. ER RIHANI Hassan
185. Pr. EZZAITOUNI Fatima
186. Pr. KABBAJ Najat
187. Pr. LAZRAK Khalid (M)
188. Pr. OUTIFA Mohamed*

Décembre 1996

189. Pr. AMIL Touriya*
190. Pr. BELKACEM Rachid
191. Pr. BELMAHI Amin
192. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
193. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
194. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
195. Pr. GAMRA Lamiae

Dermatologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Urologie
Chirurgie - Pédiatrie
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie -Obstétrique
Traumatologie -Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie
Anatomie Pathologique

199. Pr. MOHAMMADI Mohamed
 200. Pr. MOULINE Soumaya
 201. Pr. OUADGHIRI Mohamed
 202. Pr. OUZEDDOUN Naima
 203. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

204. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
 205. Pr. BEN AMAR Abdeselem
 206. Pr. BEN SLIMANE Lounis
 207. Pr. BIROUK Nazha
 208. Pr. BOULAICH Mohamed
 209. Pr. CHAOUIR Souad*
 210. Pr. DERRAZ Said
 211. Pr. ERREIMI Naima
 212. Pr. FELLAT Nadia
 213. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
 214. Pr. HAIMEUR Charki*
 215. Pr. KADDOURI Nouredine
 216. Pr. KANOUNI NAWAL
 217. Pr. KOUTANI Abdellatif
 218. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
 219. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
 220. Pr. NAZZI M'barek*
 221. Pr. OUAHABI Hamid*
 222. Pr. SAFI Lahcen*
 223. Pr. TAOUFIQ Jallal
 224. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

225. Pr. BENKIRANE Majid*
 226. Pr. KHATOURI Ali*
 227. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Novembre 1998

228. Pr. AFIFI RAJAA
 229. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
 230. Pr. ALOUANE Mohammed*
 231. Pr. LACHKAR Azouz
 232. Pr. LAHLOU Abdou
 233. Pr. MAFTAH Mohamed*
 234. Pr. MAHASSINI Najat
 235. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
 236. Pr. MANSOURI Abdelaziz*
 237. Pr. NASSIH Mohamed*
 238. Pr. RIMANI Mouna
 239. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Janvier 2000

240. Pr. ABID Ahmed*

Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumo-phtisiologie
 Traumatologie – Orthopédie
 Néphrologie
 Cardiologie

Gynécologie – Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Neurologie
 O.R.L.
 Radiologie
 Neurochirurgie
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Radiologie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie – Pédiatrique
 Physiologie
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Neurologie
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Gynécologie Obstétrique

Hématologie
 Cardiologie
 Anatomie Pathologique

Gastro - Entérologie
 Pneumo-phtisiologie
 Oto- Rhino- Laryngologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Neurochirurgie
 Anatomie Pathologique
 Pédiatrie
 Neurochirurgie
 Stomatologie Et Chirurgie Maxillo Faciale
 Anatomie Pathologique
 Neurologie

Pneumo-phtisiologie

244. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
245. Pr. CHAOUI Zineb
246. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
247. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
248. Pr. EL FTOUH Mustapha
249. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
250. Pr. EL OTMANY Azzedine
251. Pr. GHANNAM Rachid
252. Pr. HAMMANI Lahcen
253. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
254. Pr. ISMAILI Hassane*
255. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
256. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
257. Pr. TACHINANTE Rajae
258. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

259. Pr. AIDI Saadia
260. Pr. AIT OURHROUIL Mohamed
261. Pr. AJANA Fatima Zohra
262. Pr. BENAMR Said
263. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
264. Pr. BOUSSELMANE Nabile*
265. Pr. BOUTALEB Najib*
266. Pr. CHERTI Mohammed
267. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
268. Pr. EL HASSANI Amine
269. Pr. EL IDGHIRI Hassan
270. Pr. EL KHADER Khalid
271. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
272. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
273. Pr. HSSAIDA Rachid*
274. Pr. MANSOURI Aziz
275. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
276. Pr. RZIN Abdelkader*
277. Pr. SEFIANI Abdelaziz
278. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

PROFESSEURS AGREGES :

Décembre 2001

279. Pr. ABABOU Adil
280. Pr. AOUD Aicha
281. Pr. BALKHI Hicham*
282. Pr. BELMEKKI Mohammed
283. Pr. BENABDELJLIL Maria
284. Pr. BENAMAR Loubna
285. Pr. BENAMOR Jouda
286. Pr. BENELBARHDADI Imane
287. Pr. BENNANI Rajae
288. Pr. BENOACHANE Thami
289. Pr. BENYOUSSEF Khalil

Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation Médicale

Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- 293. Pr. BOUHOUC Rachida
- 294. Pr. BOUMDIN El Hassane*
- 295. Pr. CHAT Latifa
- 296. Pr. CHELLAOUI Mounia
- 297. Pr. DAALI Mustapha*
- 298. Pr. DRISSI Sidi Mourad*
- 299. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
- 300. Pr. EL HIJRI Ahmed
- 301. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
- 302. Pr. EL MADHI Tarik
- 303. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
- 304. Pr. EL OUNANI Mohamed
- 305. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
- 306. Pr. ETTAIR Said
- 307. Pr. GAZZAZ Miloudi*
- 308. Pr. GOURINDA Hassan
- 309. Pr. HRORA Abdelmalek
- 310. Pr. KABBAJ Saad
- 311. Pr. KABIRI El Hassane*
- 312. Pr. LAMRANI Moulay Omar
- 313. Pr. LEKEHAL Brahim
- 314. Pr. MAHASSIN Fattouma*
- 315. Pr. MEDARHRI Jalil
- 316. Pr. MIKDAME Mohammed*
- 317. Pr. MOHSINE Raouf
- 318. Pr. NABIL Samira
- 319. Pr. NOUINI Yassine
- 320. Pr. OUALIM Zouhir*
- 321. Pr. SABBAH Farid
- 322. Pr. SEFIANI Yasser
- 323. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
- 324. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Décembre 2002

- 325. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
- 326. Pr. AMEUR Ahmed*
- 327. Pr. AMRI Rachida
- 328. Pr. AOURARH Aziz*
- 329. Pr. BAMOU Youssef *
- 330. Pr. BELGHITI Laila
- 331. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
- 332. Pr. BENBOUAZZA Karima
- 333. Pr. BENZEKRI Laila
- 334. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
- 335. Pr. BERADY Samy*
- 336. Pr. BERNOUSSI Zakiya
- 337. Pr. BICHRA Mohamed Zakarya
- 338. Pr. CHOHO Abdelkrim *
- 339. Pr. CHKIRATE Bouchra
- 340. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
- 341. Pr. EL ALJ Haj Ahmed

Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie
Radiologie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie
Urologie

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Gynécologie Obstétrique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Rhumatologie
Dermatologie
Gastro – Entérologie
Médecine Interne
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- 345. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
- 346. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
- 347. Pr. HADDOUR Leila
- 348. Pr. HAJJI Zakia
- 349. Pr. IKEN Ali
- 350. Pr. ISMAEL Farid
- 351. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
- 352. Pr. KRIOULE Yamina
- 353. Pr. LAGHMARI Mina
- 354. Pr. MABROUK Hfid*
- 355. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
- 356. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
- 357. Pr. MOUSTAINE My Rachid
- 358. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
- 359. Pr. OUJILAL Abdelilah
- 360. Pr. RACHID Khalid *
- 361. Pr. RAISS Mohamed
- 362. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
- 363. Pr. RHOU Hakima
- 364. Pr. RKIOUAK Fouad*
- 365. Pr. SIAH Samir *
- 366. Pr. THIMOU Amal
- 367. Pr. ZENTAR Aziz*
- 368. Pr. ZRARA Ibtisam*

Janvier 2004

- 369. Pr. ABDELLAH El Hassan
- 370. Pr. AMRANI Mariam
- 371. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
- 372. Pr. BENKIRANE Ahmed*
- 373. Pr. BENRAMDANE Larbi*
- 374. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
- 375. Pr. BOULAADAS Malik
- 376. Pr. BOURAZZA Ahmed*
- 377. Pr. CHERRADI Nadia
- 378. Pr. EL FENNI Jamal*
- 379. Pr. EL HANCHI Zaki
- 380. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
- 381. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
- 382. Pr. HACHI Hafid
- 383. Pr. JABOUIRIK Fatima
- 384. Pr. KARMANE Abdelouahed
- 385. Pr. KHABOUZE Samira
- 386. Pr. KHARMAZ Mohamed
- 387. Pr. LEZREK Mohammed*
- 388. Pr. MOUGHIL Said
- 389. Pr. NAOUMI Asmae*
- 390. Pr. SAADI Nozha
- 391. Pr. SASSENOU Ismail*
- 392. Pr. TARIB Abdelilah*

Gynécologie Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Néphrologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Chimie Analytique
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique

Janvier 2005

395. Pr. ABBASSI Abdelah
396. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
397. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
398. Pr. ALLALI fadoua
399. Pr. AMAR Yamama
400. Pr. AMAZOUZI Abdellah
401. Pr. AZIZ Nouredine*
402. Pr. BAHIRI Rachid
403. Pr. BARAKAT Amina
404. Pr. BENHALIMA Hanane
405. Pr. BENHARBIT Mohamed
406. Pr. BENYASS Aatif
407. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
408. Pr. BOUKALATA Salwa
409. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
410. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
411. Pr. EL HAMZAoui Sakina
412. Pr. HAJJI Leila
413. Pr. HESSISSEN Leila
414. Pr. JIDAL Mohamed*
415. Pr. KARIM Abdelouahed
416. Pr. KENDOSSI Mohamed*
417. Pr. LAAROUSSI Mohamed
418. Pr. LYACoubi Mohammed
419. Pr. NIAMANE Radouane*
420. Pr. RAGALA Abdelhak
421. Pr. REGRAGUI Asmaa
422. Pr. SBIHI Souad
423. Pr. TNACHERI OUazzani Btissam
424. Pr. ZERAIDI Najia

Avril 2006

425. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
426. Pr. AFIFI Yasser
427. Pr. AKJOUJ Said*
428. Pr. BELGNAoui Fatima Zahra
429. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
430. Pr. BENCHEIKH Razika
431. Pr. BIYI Abdelhamid*
432. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
433. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
434. Pr. CHEIKHAoui Younes
435. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
436. Pr. DOGHMI Nawal
437. Pr. ESSAMRI Wafaa
438. Pr. FELLAT Btissam
439. Pr. FAROUDY Mamoun
440. Pr. GHADOUANE Mohammed*
441. Pr. HARMOUCHE Hicham

Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Néphrologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Radiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio Vasculaire
Parasitologie
Rgumatologie
Gynécologie Obstétrique
Anatomie Pathologique
Histo Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Dermatologie
Radiologie
Dermatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie – Pédiatrique
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne

- 445. Pr. KARMOUNI Tariq
- 446. Pr. KILI Amina
- 447. Pr. KISRA Hassan
- 448. Pr. KISRA Mounir
- 449. Pr. KHARCHAFI Aziz*
- 450. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
- 451. Pr. MANSOURI Hamid*
- 452. Pr. NAZIH Naoual
- 453. Pr. OUANASS Abderrazzak
- 454. Pr. SAFI Soumaya*
- 455. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
- 456. Pr. SEFIANI Sana
- 457. Pr. SOUALHI Mouna
- 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES PROFESSEURS

- 1. Pr. ALAMI OUHABI Naima
- 2. Pr. ALAOUI KATIM
- 3. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
- 4. Pr. ANSAR M'hammed
- 5. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
- 6. Pr. BOURJOUANE Mohamed
- 7. Pr. DRAOUI Mustapha
- 8. Pr. EL GUESSABI Lahcen
- 9. Pr. ETTAIB Abdelkader
- 10. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
- 11. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
- 12. Pr. REDHA Ahlam
- 13. Pr. TELLAL Saida*
- 14. Pr. TOUATI Driss
- 15. Pr. ZELLOU Amina

** Enseignants Militaires*

Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Médecine Interne
Parasitologie
Radiothérapie
O.R.L
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Anatomie Pathologique
Pneumo-Phtisiologie
Pneumo-Phtisiologie

Biochimie
Pharmacologie
Histologie – Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Chimie Organique
Biochimie
Biochimie
Pharmacognosie
Chimie Organique



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

DEDICACES

A LA MEMOIRE DE MON GRAND PERE MCHICH RIAHI

Un homme qui a beaucoup marqué ma
personnalité par son humanité et son
amour pour la patrie.

Je n'oublie jamais ta galanterie
et ton amabilité.

Que ton âme repose dans la
sérénité et la bénédiction divine et
que dieu vous ait en sa sainte
miséricorde.

A MA CHERE MAMAN

Tu as consacré ta vie pour moi,

Tu m'as soutenue dans toutes les
étapes,

Tu m'as prodigué amour et
compréhension.

Aucun mot ne saurait traduire mon
attachement et mon amour pour toi.

Ce travail n'est que le fruit de
tes sacrifices et tes prières.

Que Dieu te prodigue santé,
bonheur et longue vie.

A MON PERE

Tu as toujours été pour moi le
symbole de la tendresse et du
dévouement.

Ton esprit calme et ta capacité
d'écoute m'ont toujours aidé à
surmonter les difficultés.

Que ce travail soit pour toi le
témoignage de ma vive reconnaissance.

A MON FRERE YASSIN



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

il soit une occasion
pour t'exprimer ma profonde
affection.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

REMERCIEMENTS



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE
THESE :**

**Mme LE PROFESSEUR : SAKINA EL
HAMZAOUI.**

PR. DE MICROBIOLOGIE

Qu'il me soit permis de vous
témoigner toute ma gratitude et mon
profond respect d'avoir voulu assurer
la direction de ce travail.

Vos qualités humaines et
professionnelles sont pour nous
exemplaires.

Je vous prie de trouver ici
l'expression de ma reconnaissance
éternelle.

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE
THESE :
MR. LE PROFESSEUR : ZOUHDI MIMOUN.
PR. DE MICROBIOLOGIE
(H.M.I.M.V) DE RABAT**

Vous nous faite un grand honneur
en acceptant de présider le jury de
cette thèse.

Nous souhaitons être digne de cet
honneur.

Veillez trouver ici, cher maître
l'expression de notre grande
reconnaissance et de nos vifs
remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MR. LE PROFESSEUR :
ISMAIL ABDERRAHMANI RHORFI.
PR. AGREGE EN PNEUMO-PHTISIOLOGIE
(H.M.I.M.V) DE RABAT

Nous vous remercions d'avoir
accepté de siéger au jury de notre
thèse.

Nous tenons à vous exprimer ici
nos sincères remerciements et notre
admiration, tout en espérant que ce
travail sera à la hauteur de vos
compétences professionnelles.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MR. LE PROFESSEUR : L'KASMI HACHEMI
PR. AGREGE EN MICROBIOLOGIE
HOPITAL MILITAIRE MOULAY ISMAIL DE
MEKNES.**

Nous sommes particulièrement touchés par votre amabilité et par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Veuillez recevoir, cher maître, l'expression de notre estime et notre profonde reconnaissance.

**AU PERSONNEL DU CDTMR DE LARACHE ET
PARTICULIEREMENT :**

DR. BOUMEDIANE Médecin chef du
CDTMR de Larache.

Je n'oublierai jamais votre
accueil chaleureux et votre
gentillesse.

Veillez recevoir l'expression de
mes remerciements les plus vifs .



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**Mes remerciements les plus sincères
aux fonctionnaires de la faculté de
médecine et de pharmacie de RABAT
particulièrement :**

-FATIHA AGGA

-RACHID BERBICHE

Je n'oublierai jamais votre
générosité et vos encouragements.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A ma fidèle copine AICHA Lumière de ma vie ...

Symbole de la sagesse ; la force ;
le sacrifice ; l'espoir et la
tendresse .

1. Historique.....	3
2. Généralités	4

II. TUBERCULOSE EN AFRIQUE

1. La tuberculose fait des ravages en Afrique.....	12
2. Tuberculose au Maghreb	13

III. TUBERCULOSE DANS LE MONDE

1. Principales constatations.....	15
2. Tuberculose en Europe.....	16
3. Incidence moyenne des formes à microscopie positive.....	17
4. Pourquoi l'incidence augmente ?.....	18

IV. TUBERCULOSE AU MAROC

1. Tendances évolutives	21
2. Situation épidémiologique.....	21
3. Difficultés de la lutte antituberculeuse.....	22
4. Impact socioprofessionnel de la tuberculose.....	23

UTTE ANTITUBERCULEUSE

AU MAROC

1. Grandes lignes.....	25
2. Moyens de lutte	27
3. Nouveau traitement	31
4. Révision du protocole thérapeutique	34
5. Halte Tuberculose.....	38

VI. NOTRE TRAVAIL.

1. Objectifs.....	40
2. Méthodes et matériel.....	40
3. CDTMR de Larache	41
4. Province de Larache	44
5. Etude de la tuberculose à Larache.	
5.1. Incidence de la tuberculose	46
5.2. Etude de la tuberculose toutes formes	50
5.3. Etude de la tuberculose pulmonaire.....	65
5.4. Etude de la tuberculose extra pulmonaire.....	68
5.5. Etude de la primo-infection tuberculeuse	81
5.6. Traitement.....	85

VII. DISCUSSION RECOMMENDATIONS.....	96
VIII. CONCLUSION	105
IX. RESUME	107
X. ANNEXE	111
XI. BIBLIOGRAPHIE.....	121



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

I. INTRODUCTION

posolue selon les déclarations de l'organisation

En 2007 les nouveaux cas dans le monde ont été estimés à 9.27millions ; l'Afrique et l'Asie représentent les continents les plus touchés.

Les pays industrialisés sont de plus en plus confrontés à cette maladie, essentiellement à cause des mouvements migratoires des populations originaires des régions à forte incidence.

Au Maroc, la tuberculose demeure encore un problème majeur de santé publique de part sa gravité et sa fréquence, elle entraine un impact économique et socioprofessionnel négatif sur la vie des malades ainsi que des préjudices sur le développement national, puisque la maladie atteint avec prédominance l'adulte jeune, qui constitue la tranche d'âge la plus productive de la société.

Malgré les efforts déployés pour lutter contre cette endémie, il reste beaucoup à faire en matière de sensibilisation et information de la population pour assurer une consultation précoce et une meilleure adhérence au traitement, car la gratuité des médicaments seule, ne suffit pas et le rapport étroit entre tuberculose et pauvreté impose la nécessité d'intégrer la lutte antituberculeuse dans l'initiative nationale du développement humain (INDH).

C'est dans ce contexte que nous avons réalisé le bilan épidémiologique de la tuberculose à Larache ; le but de notre travail est de faire l'état des lieux sur une période de quatre ans (2005-2008) et de connaître les aspects de la lutte antituberculeuse au niveau de cette région.

La tuberculose semble être un mal qui a existé depuis longtemps ; les Grecs la nommaient (phtisie) en la comparant à un feu intérieur qui brûlait les viscères. Bien avant ; notre pays disposait des Sanatoriums situés dans des régions montagneuses , destinés à la prise en charge des tuberculeux.

Quelques médicaments, un régime hypercalorique pour lutter contre la cachexie, et l'air pur de la montagne semblaient être suffisants pour guérir la maladie, considérée comme vaincue dans le passé. Ces sanatoriums ont été fermés par la suite et remplacés par le programme de lutte antituberculeuse qui offre un traitement gratuit. [13]

Entre le 18ème et le 19ème siècle de nombreux progrès ont permis la compréhension de la tuberculose : [19]

- En 1865 ; A.VILLEMIN a montré son caractère contagieux.
- En 1882 ; R. KOCH a découvert le (*Mycobactérium tuberculosis*) et réussi sa culture sur sérum du bœuf coagulé.
- En 1885; ZIEHL et NEELSEN mirent au point la méthode de coloration spécifique aux *Mycobactéries*, basée sur l'acido-alcool-résistance.
- En 1909 ; la tuberculine fut utilisée par MANTOUX.
- Dès 1921 la vaccination BCG est utilisée chez l'homme grâce aux travaux de CALMETTE [MEDECIN] et GUERIN [VETERINAIRE].

La tuberculose est une maladie infectieuse et contagieuse dont l'agent responsable est le *Mycobactérium tuberculosis* ou Bacille de Koch (B.k).

Ce sont des bacilles aérobies strictes, à croissance lente, résistants à l'humidité et sensibles à la chaleur. Le poumon offre les conditions idéales à leur multiplication : Température à 37°C, obscurité et richesse en oxygène.

Dans le milieu extérieur ils sont rapidement détruits par les rayonnements ultraviolets (Lumière solaire). (1)

Leur visualisation au microscope optique n'est possible que grâce à des méthodes de coloration spéciale comme la technique de Ziehl-Neelsen, le bacille est alors coloré en rouge par la fushine et cette coloration résiste à l'acide et à l'alcool, d'où le nom de bacille-acido-alcool-résistant ou (B.A.A.R). [2]

La primo-infection tuberculeuse fait appel à l'ensemble des manifestations liées au premier contact avec le B.K, souvent latente ou asymptomatique elle peut se traduire rarement par des signes évocateurs comme : [4]

- L'érythème noueux*
- La kératoconjonctivite phlycténulaire*
- La typhobacillose de Landouzy*. (Annexe n° 1*)

La primo-infection [PIT] est dite alors, patente ou symptomatique .

On parle de tuberculose pulmonaire (T.P) lorsqu'il s'agit d'une atteinte du parenchyme pulmonaire, mais il arrive aussi que d'autres organes soient atteints (peau, ganglions, os, péricarde, méninges, cavité pleurale...).

tuberculose situées en dehors du parenchyme pulmonaire sont des tuberculoses extra-pulmonaires ou (T.E.P).

Certaines formes à localisation totalement ou partiellement intrathoracique tel que la tuberculose pleurale et celle des ganglions médiastinaux sont dites extra-pulmonaires si elles ne s'accompagnent pas d'atteinte du parenchyme pulmonaire. [14]

La miliaire, est une forme disséminée à tous les organes et ne se limite pas aux poumons.

Maladie contagieuse par voie aérienne principalement ; la transmission de la tuberculose est interhumaine et la forme pulmonaire constitue la principale source du contagion.

Au moment où un malade atteint de tuberculose pulmonaire tousse, éternue ou parle, il disperse autour de lui un aérosol fait de gouttelettes de sécrétions bronchiques contenant les bacilles.

Les personnes qui vivent ou dorment à leur proximité, sont exposées à inhaler ces particules et devenir des sujets infectés.

Ainsi ; deux facteurs essentiels déterminent le risque de transmission de tuberculose à un sujet sain : [9]

- La concentration des gouttelettes infectantes en suspension dans l'air.
- La durée pendant laquelle le sujet respire cet air contaminé.

Face à tous ces facteurs d'autres mesures pourraient interrompre la chaîne de transmission : [16]

- 1- La détection et le traitement du plus grand nombre des cas à frottis positif existant dans une collectivité, permet de détruire le réservoir des germes.
- 2- La réduction des risques d'infection des sujets sains, par l'amélioration

la promiscuité, aération, ensoleillement] et

3- La prévention des formes graves de la tuberculose grâce à la vaccination [BCG].

Deux concepts sont importants à distinguer ; l'infection n'est pas synonyme de maladie, c'est à dire que les individus infectés ne font pas nécessairement la tuberculose maladie.

Dans 90% chez des sujets immunocompétents, le système immunitaire oppose un rempart au bacille tuberculeux qui peut rester quiescent pendant des années et le sujet reste asymptomatique, par contre les personnes dont le système immunitaire est affaibli ou chez qui le contage est très important, sont susceptibles de développer la maladie avec un risque maximal dans les deux années suivant l'infection.

Les manifestations cliniques sont variables en fonction de l'organe atteint ; des signes généraux à type de fièvre, sueurs nocturnes, asthénie et anorexie sont non spécifiques, mais souvent présents.

La tuberculose pulmonaire se traduit habituellement par des signes respiratoires à type de toux, expectorations, dyspnée et parfois hémoptysie.

Elle survient chez un sujet précédemment infecté en cas de contage massif et/ou déficience immunitaire par l'un des mécanismes suivants : [16]

- Soit par aggravation progressive du foyer initial de la primo-infection ;
- Soit par réactivation endogène des bacilles restés quiescents après la primo-infection.
- Soit par réinfection exogène, lorsque les bacilles proviennent d'une nouvelle contamination .

Les données de l'interrogatoire du patient offrent des renseignements importants pour le diagnostic d'orientation, cependant les examens complémentaires sont nécessaires pour le confirmer.

La bacilloscopie, la culture des prélèvements sur des milieux spéciaux, l'anatomopathologie et l'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) font partie des bilans les plus pratiqués chez nous pour confirmer le diagnostic ; mais le choix sera décidé en fonction du contexte clinique, car chaque type de tuberculose et chaque organe atteint fait appel à des bilans précis.

Pour parler d'une tuberculose certaine, l'épreuve biologique est indispensable puisque d'autres diagnostics différentiels peuvent prêter confusion avec cette maladie notamment les pathologies respiratoires d'origine néoplasiques.

Pour obtenir le diagnostic bactériologique d'une tuberculose pulmonaire, le produit à recueillir est l'expectoration obtenue après un effort de toux du malade (3 crachats, 3 jours de suite) parfois même plus ; rarement le recueil se fera par tubage gastrique ou fibroscopie bronchique lorsque le patient se voit incapable d'apporter une vraie expectoration.

Pour les tuberculoses extra-pulmonaires, les prélèvements sont variables :

Liquide d'épanchement des séreuses, biopsie cutanée, biopsie ganglionnaire ou d'autres, en fonction de l'organe atteint.

L'examen direct ; basé sur l'étude microscopique après coloration de

Ziehl Neelsen, représente la méthode diagnostic la plus rapide, la moins coûteuse mais aussi la moins sensible car l'acido-alcoolo-résistance n'est pas une caractéristique spécifique au *Mycobacterium Tuberculosis* .

La culture est plus spécifique que l'examen direct, elle se fait sur milieu de lowenstein-jensen qui montre après 2 à 8 semaines, des colonies rugueuses en choux fleur de couleur beige.

se base sur un matériel biopsique ou un produit de cytoponction afin de reconnaître les caractéristiques histologiques typiques de la tuberculose (Follicule épithelio-giganto-cellulaire avec nécrose caséeuse). [1]

L'intradermoréaction à la tuberculine, utilise cette substance (tuberculine purifiée IP 48) injectée par voie intradermique à la face antérieure du bras à raison de 0.1 ml ; la lecture se fait après 72 heures, si on obtient une papule avec aspect en peau d'orange, le diamètre sera jugé positif s'il est supérieur ou égal à 9 millimètres.

Une intradermoréaction à la tuberculine (IDR) positive peut signifier : [4]

- Une vaccination par le BCG.
- Une tuberculose ancienne, en cours ou une primo-infection.
- Une réaction par une autre mycobactérie autre que le bacille de koch.

Chez des sujets infectés, la réaction peut cependant être négative en raison d'une malnutrition, d'une maladie grave, d'affection virale anérgisante chez les sujets atteints de sida ou bien en raison d'un traitement par corticoïdes, diabète ou autres situations d'immunodépression.

La radiographie du thorax est utilisée comme un filtre permettant d'identifier parmi les malades qui ont des symptômes respiratoires, ceux qui ont des images de tuberculose pulmonaire active (nodules, cavernes, opacités en nappe) ; ceux qui ont des images évocatrices d'une autre maladie ou bien une image thoracique normale ; cependant aucune image anormale n'est spécifique de tuberculose. [14]

microscopie et de la culture, la tuberculose

pulmonaire est répartie en trois groupes : [16]

1-Tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) :

Malade présentant des symptômes de tuberculose avec :

1.a-Soit deux examens microscopiques positifs sur deux échantillons d'expectoration différents.

1.b-Soit un examen microscopique positif ou négatif avec des signes radiologiques compatibles.

1.c- Soit un examen microscopique positif ou négatif et une culture positive.

2- Tuberculose pulmonaire à microscopie négative et culture positive (TPM0 C+) :

Patient qui présente des signes cliniques et radiologiques de tuberculose pulmonaire avec deux examens microscopiques négatifs au moins et une culture positive.

3-Tuberculose pulmonaire à microscopie négative et culture négative (TPM0C0) :

Patient qui présente des signes cliniques évocateurs de tuberculose pulmonaire avec au moins trois examens microscopiques négatifs (6 de préférence) et culture négative.

e et la culture restent des bilans spécifiques pour le diagnostic de la tuberculose ; l'examen anatomopathologique garde une place importante en particulier pour le diagnostic des localisations extra-pulmonaires.

Des techniques plus sophistiquées, en particulier celles de biologie moléculaire sont très coûteuses pour la prise en charge des malades dans les pays en voie de développement et à forte prévalence tuberculeuse.

II. POIDS TUBERCULOSE EN AFRIQUE

IT DES RAVAGES

EN AFRIQUE (8)

La région Afrique de l'organisation mondiale de la santé (O.M.S) ne représente que 11% de la population mondiale, pourtant elle porte plus d'un quart du poids mondial de la tuberculose avec le taux d'incidence le plus élevé, chiffré à 363 cas par 100000 habitants chaque année.

L'accroissement des taux de déclaration après 1995 est principalement lié à l'amélioration des systèmes de surveillance et à l'augmentation de l'incidence de la tuberculose en rapport avec l'expansion de l'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine [VIH].

Selon les estimations, presque 250000 personnes meurent chaque année de la coïnfection tuberculose/VIH et plus de 80% meurent en Afrique.

Le poids de la tuberculose dans ce continent est disproportionné, avec de nettes différences régionales.

En 2008 , l'Afrique du sud a occupé la première place avec 500000 nouveaux cas soit une incidence de 998 nouveaux cas par 100000 habitants, suivie par Nigéria, Ethiopie, Kénia et la république du Congo qui occupe le 5^{ème} rang avec 102000 nouveaux cas enregistrés par 100000 habitants .

D'autre part les pays du nord d'Afrique enregistrent des taux plus bas, grâce au renforcement des infrastructures sanitaires et à l'application de la stratégie directly observed treatment short course (D.O.T.S) de l'organisation mondiale de la santé, de manière généralisée pour toute la population.

Les pays du Maghreb, notamment le Maroc, l'Algérie et la Tunisie sont classés dans cet ordre, d'après les déclarations de l'organisation mondiale de la santé.

En 2008, les taux d'incidence respectifs pour chacun de ces pays sont les suivants : [11] [21] [28]

- Le Maroc a enregistré 26000 nouveaux cas, ce qui correspond à une incidence de 85cas /100000 habitants.
- L'Algérie se situe dans la catégorie des pays intermédiaires avec une incidence de 58 cas /100000 habitants dont 25 cas /100000 sont des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) et 29 cas/100000 habitants sont des tuberculoses extra-pulmonaires (TEP).
- La Tunisie contrôle bien cette maladie avec une incidence de 17 à 20 cas par 100000 habitants chaque année.

III. TUBERCULOSE DANS LE MONDE

I. PRINCIPALES CONSTATATIONS

Chaque année 8,8 millions de personnes sont atteintes d'une tuberculose.

L'organisation mondiale de la santé estime qu'un tiers de la population mondiale est infectée par le bacille de koch; la plupart des cas sont enregistrés en Afrique subsaharienne et en Asie. [22]

On distingue les pays à forte incidence de ceux à faible incidence.

Les zones géographiques à forte incidence de tuberculose sont; selon les estimations de l'OMS (en 2007) : [28]

- Le continent africain dans son ensemble (31 %).
- Le continent asiatique dans son ensemble, y compris les Pays du Proche et Moyen-Orient (55%).
- Les pays de l'Amérique centrale et du sud (3%).
- Les pays de l'Europe centrale et de l'est y compris ceux de l'ex URSS (5%).
- Dans l'union européenne : Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal, Roumanie (6%).

Selon le rapport mondial 2009 sur la lutte antituberculeuse de l'organisation mondiale de la santé ; les nouveaux cas de tuberculose ont été estimés à 9.27 millions en 2007, dont 1.37 millions étaient VIH+.

- 79% des cas VIH + [Région africaine].
- 11% des cas VIH + [Région de l'Asie du Sud-est].

Cela représente une augmentation par rapport aux :

- 6,6 millions cas de tuberculose en 1990.
- 8,3 millions cas en 2000.

Les cinq premiers pays arrivés au 5 premiers rangs pour le nombre total des nouveaux cas en 2007 sont :

- L'Inde (2 millions).
- La Chine (1,3 millions).
- L'Indonésie (530000 nouveaux cas).
- Le Nigéria et l'Afrique du sud (460000 cas respectivement).

Les zones géographiques à faible incidence sont essentiellement l'Europe de l'ouest et l'Amérique du nord.

2. TUBERCULOSE EN EUROPE [27]

La tuberculose pose des problèmes de santé publique dans la région Européenne de l'OMS.

Les 18 pays prioritaires de celle-ci sont les suivants :

Arménie, Azerbaïdjan, Bélarusse, Estonie, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Ouzbékistan, République de Moldova, Tadjikistan, Turkménistan et Ukraine dans la partie orientale de la région, et Bulgarie, Roumanie et Turquie dans l'Europe centrale.

Les problèmes économiques et les déficiences des méthodes utilisées en santé publique sont les principales causes de la résurgence de la tuberculose dans ces pays.

Dans l'Europe occidentale où l'incidence est faible, on constate que cette maladie est peu fréquente malgré une incidence élevée dans certains groupes de personnes (immigrés, sans domicile fixe, prisonniers...) et dans certaines zones

grandes villes comme Paris, Barcelone et

3. INCIDENCE MOYENNE DES TUBERCULOSES PULMONAIRES A MICROSCOPIE POSITIVE (TPM+) PAR PAYS ET TERRITOIRES DURANT 3 ANS.

Tableau n° 1 : incidences des TPM+ sur une moyenne de 3 ans (2004-2005-2006) par pays et territoires/ SOURCE-OMS

Pays et Territoires	Incidence Moyenne par 100000 habitants	Pays et Territoires	Incidence Moyenne/ 100000 habitants
MAROC	41	ARABIE SAOUDITE	20
MAURITANIE	138	KOWEIT	11
TUNISIE	11	EMIRATS ARABES UNIS	7
ALGERIE	25	LIBAN	5
LIBYE	8	REPUBLIQUE SYRIENNE	13
YEMEN	35	CISJORDANIE	8
EGYPTE	10	FRANCE	6

4. POURQUOI L'INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE AUGMENTE ? [1] [5]

Les facteurs contribuant à l'augmentation de la tuberculose sont nombreux, mais peuvent être regroupés en 5 facteurs essentiels :

- A- Les conditions favorisant la transmission.
- B- La mauvaise observance thérapeutique.
- C- La coinfection VIH-Tuberculose.
- D- Les flux migratoires.

A.Conditions favorisant la transmission :

Tel que l'habitat insalubre, le surpeuplement, les mauvaises conditions d'hygiène, les rassemblements humains dans le milieu de travail, dans les moyens de transport, en milieu carcéral et dans tous les endroits publics ; car les contacts rapprochés et l'absence de ventilation efficace sont des facteurs qui favorisent la transmission du bacille tuberculeux d'un sujet contagieux vers une personne saine.

B.La mauvaise observance thérapeutique.

Les patients qui prennent leur traitement de manière irrégulière ou partielle et ceux qui l'arrêtent par ignorance, par éloignement des centres de santé ou bien au prétexte qu'ils commencent à se sentir mieux, constituent des sources du contagion et développent la tuberculose pharmaco-résistante, plus difficile et coûteuse à traiter.

Le VIH et d'autres situations d'immunodépression comme la corticothérapie à long cours, chimiothérapie, diabète... rendent le système immunitaire d'une personne infectée incapable de se défendre, d'où le passage à la tuberculose maladie.

D. Les flux migratoires

Les personnes en provenance des pays à forte endémie tuberculeuse même si asymptomatiques, elles sont porteuses du bacille et leur système immunitaire se défend bien, néanmoins elles sont source du contagion, notamment si les bacilles tuberculeux siègent au niveau pulmonaire.

Cette situation se voit dans les pays étrangers qui reçoivent les migrants originaires des pays à forte incidence tuberculeuse.

IV. TUBERCULOSE

AU MAROC

1. TENDANCES EVOLUTIVES

Certains indicateurs épidémiologiques entre 1980-2004, montrent : [10]

- Une diminution significative de l'incidence de la primo-infection tuberculeuse (PIT) chez les individus de moins de 15 ans, cette incidence a diminué de trois fois et demie en 2004 par rapport aux années 1980.

- Une augmentation progressive de l'âge moyen des malades tuberculeux qui est passé de 28 ans en 1980 à 33 ans en 2004.

- A coté d'une diminution de l'incidence de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+), dans les tranches jeunes de la population, associée à son élévation dans les tranches plus âgées.

En général une tendance à la baisse est constatée depuis 1996.

2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE ACTUELLE AU MAROC [11]

Selon les dernières déclarations du ministère de la santé ; 26000 nouveaux cas ont été enregistrés en 2008 au Maroc, soit une incidence 85 nouveaux cas par 100000 habitants, par rapport à 82 cas par 100000 habitants déclarés en 2007.

D'après les statistiques officielles, 500 à 1000 personnes meurent chaque année à cause de cette maladie alors que 200 individus voir plus, souffrent d'une tuberculose multirésistante.

La tranche d'âge la plus affectée varie entre 15 et 45 ans, il s'agit d'une atteinte à prédominance masculine avec un taux de 57% .

ment fréquente dans les régions les plus arides et les plus peuplées du pays. En effet 70% des cas sont identifiés dans les grandes villes, les populations plus touchées sont concentrées dans les quartiers pauvres et périurbains.

3. DIFFICULTES DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE NATIONALE [12]

Malgré les efforts déployés pour réduire l'incidence de la tuberculose au Maroc ; les indicateurs épidémiologiques montrent que les progrès réalisés sont peu satisfaisants et que pourtant reste beaucoup à faire dans ce domaine.

A part les déficiences en infrastructures sanitaires et en personnel spécialisé, relevant de l'intervention du ministère de la santé, d'autres difficultés se posent :

Les malades arrivent en consultation tardivement, cela suppose qu'un tuberculeux aura contaminé auparavant plusieurs personnes, dont au moins les membres de sa famille ainsi que les traitements interrompus et irréguliers sont source de formes résistantes.

Les mauvaises conditions de vie comme le surpeuplement et le manque des règles d'hygiène, favorisent la transmission du B.K.

L'ensemble des difficultés envisagées prouve que la lutte antituberculeuse nécessite une prise en charge multisectorielle ; le rôle des médias et des autres départements ministériels (éducation, justice, développement social) se voit indispensable.



DE LA TUBERCULOSE AU MAROC

L'autre aspect de l'impact de la tuberculose, se révèle par ses préjudices sur la vie socioprofessionnelle des patients à cause de son caractère contagieux et sa prise en charge qui fait appel à des régimes thérapeutiques particuliers, une durée pouvant aller de six à neuf mois, ce qui est à l'origine d'arrêt de travail, arrêt des études et désinsertion socio-familiale.

D'après les déclarations de la ligue Marocaine de lutte contre la tuberculeuse [LMCT] en 2008, les statistiques indiquent que : [9]

- 18% des malades ont perdu leur travail alors que 33% ont perdu leur logement.
- 16% des malades ont été obligés d'arrêter leurs études.
- 49% des malades ont été abandonnés par leurs amis, 3% par leurs familles et 36% ont été amenés à divorcer.

V. LUTTE

ANTITUBERCULEUSE

AU MAROC (LAT)

considéré chez nous comme une intervention
sanitaire prioritaire, car la tuberculose continue à occuper son statut d'endémie.

En particulier, depuis 1991, date qui correspond à la restructuration du programme nationale de lutte antituberculeuse (PNLAT) en mettant en œuvre la stratégie (DOTS) ou directly observed treatment short cours, soit traitement court sous supervision directe, dont l'efficacité a été prouvé dans tous les pays où elle a été lancée et les objectifs fixés pour l'année 2000 ont été atteints au Maroc : 70% de détection des tuberculoses à microscopie positive et 85% de succès thérapeutique.

1. GRANDES LIGNES [11]

1.1 Objectifs du programme :

- Augmenter le taux de détection de 80% à 85%.
- Atteindre un taux de succès thérapeutique de 90% entre 2006 et 2010.
- Réduire de façon notable la transmission du bacille tuberculeux dans la population.
- Pour la période 2006-2015, le but est d'accélérer la réduction de l'incidence de la tuberculose dans la population.

1.2 population cible :

- Les consultants pour des signes respiratoires.
- Les consultants suspects de tuberculose.
- Les malades tuberculeux.
- Les sujets vivant en contact d'un tuberculeux à microscopie positive.
- La population carcérale.

1.3.a Au niveau centrale :

Le ministère de santé publique :

- Service des maladies respiratoires.
- Division des maladies transmissibles.
- Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les maladies (DELM).

Les laboratoires nationaux de référence :

L'institut national d'hygiène, laboratoire de microbiologie CHU Ibn Rochd, le laboratoire de l'institut Pasteur.

1.3.b Au niveau intermédiaire :

Le délégué provincial est le responsable de l'exécution de l'ensemble des programmes d'action sanitaires. Il est assisté en ce qui concerne ce programme, par une unité provinciale de lutte antituberculeuse (UPLAT) placée sous la responsabilité d'un pneumo-phtisiologue ou d'un médecin généraliste formé dans ce domaine.

1.3. c au niveau périphérique :

Les hôpitaux, les centres de santé (CS), les centres de tuberculose et maladies respiratoires (CDTMR) et les laboratoires de bacilloscopie.

OMS , Stop-TB , Fond mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose , ONG nationales , S.O.S tuberculose , ligue marocaine de lutte contre la tuberculose (LMTC).

1.5 Stratégie du programme :

- L'engagement politique des gouvernements à lutter contre la tuberculose.
- La mise en place d'un réseau de laboratoires de microscopie permettant le dépistage des cas contagieux en priorité.
- L'application des régimes thérapeutiques de courte durée (6 à 9) mois, standardisés et directement supervisés pendant au moins la phase initiale.
- L'approvisionnement régulier en médicaments et en produits de laboratoire.

2. MOYENS DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU MAROC

Basé essentiellement sur 3 volets, le programme de lutte antituberculeuse au Maroc fait appel au dépistage, prévention et traitement .

A. Dépistage :

Vise les patients symptomatiques qui consultent pour des signes respiratoires ou des signes généraux à type de fièvre, amaigrissement ou autres ; les sujets vivant au contact des tuberculeux à microscopie positive (TPM+) et les sujets chez qui on découvre des lésions radiologiques compatibles avec une atteinte tuberculose.

en clinique, la bactériologie et la radiographie
sauf pour les sujets âgés de plus de 10 ans.

Les enfants de moins de 10 ans bénéficieront de l'examen clinique, recherche de la cicatrice vaccinale, IDR la tuberculine et radiographie thoracique.

B. Prévention :

Grâce à la vaccination par le BCG, obligatoire au Maroc et pratiquée dès la naissance.

L'effet principal du BCG est celui de prévenir la primo-infection par le bacille de Koch et d'éviter la survenue de formes aiguës disséminées (miliaire et méningite tuberculeuse).

Il reste contre-indiqué chez les enfants atteints de déficits immunitaires congénitaux ou acquis, par crainte de complications graves comme une ostéite locale voir une dissémination de l'infection.

Pour cette cause le vaccin n'est pas administré aux enfants ayant des symptômes de SIDA, par contre les enfants séropositifs au VIH et les enfants nés de mère séropositive doivent être vaccinés sauf s'ils présentent des symptômes de la maladie (SIDA).

La chimio-prophylaxie ou chimiothérapie préventive vise les personnes ayant une infection tuberculeuse latente ou asymptomatique pour empêcher sa progression vers une tuberculose active (prévention secondaire), elle reste rarement pratiquée.

C.Traitement

Avant l'apparition de la chimiothérapie antibacillaire, le traitement de cette maladie était basé essentiellement sur des cures hygiéno-diététiques à long

afin de minimiser la contamination et une
alimentation hypercalorique pour lutter contre l'amaigrissement et la cachexie
grâce à des séjours prolongés en sanatorium.

Le traitement antibacillaire au Maroc est passé par les étapes suivantes : [7]

- Avant 1996 : Il était caractérisé par l'utilisation des antibacillaires suivants : (Isoniazide, Streptomycine et Pyrazinamide), pendant une période comprise entre 1 à 18 mois selon l'état des lésions.

La lutte antituberculeuse souffrait d'un manque d'organisation : Rupture de stock fréquente, malades traités en ambulatoire sans supervision de prise médicamenteuse et schémas thérapeutiques divers.

-Après 1996 : Le protocole thérapeutique antibacillaire est devenu complet, standardisé, gratuit et supervisé dans les formations de santé publique : Centres de santé (cs) et les centres diagnostic de tuberculose durant une période comprise entre 6 à 9 mois.

-En 2009 : Le schéma thérapeutique intéressant uniquement la catégorie 1 a été modifié et une nouvelle présentation des antibacillaires a été lancée. [25] [26]

antibacillaires utilisés au Maroc

Médicaments de 1 ^{ère} ligne	Médicaments de 2 ^{ème} ligne
-Rifampicine (R) -Isoniazide (H) -Pyrazinamide (Z) -Streptomycine (S) -Ethambutol (E)	-Fluoroquinolones -Kanamycine -Ethionamide -Thiacetone -PAS ou acide para-amino-salicylique.

Les antibacillaires de 2^{ème} ligne sont uniquement utilisés dans le traitement des formes résistantes et chroniques, prises en charge dans des centres de référence du royaume. [1]

les antibacillaires :[25]

-RIP-K3: (R*) 150mg, (I*) 75mg, (Z*) 400mg.

-ERIP-K4: (R)150mg, (I)75mg, (Z) 400mg,(E) 275mg.

R*: Rifampicine.

P*: Pyrazinamide.

I*: Isoniazide.

E* : Ethambutol.

Cette nouvelle présentation du traitement antibacillaire lancée au Maroc en Mai 2009, permet l'association des molécules à des proportions fixes sous forme d'un seul comprimé ; la streptomycine a gardé la forme injectable.

On distingue deux formes commerciales :

La forme RIP-K3 associe la Rifampicine (150mg), l'Isoniazide (75 mg) et la Pyrazinamide (400 mg).

La forme ERIP-K4 permet d'associer les mêmes molécules aux mêmes doses, plus l'Ethambutol (275 mg).

ale chez l'adulte

Poids en kg	ERIP-K4*	RIP-K3*
30-37	2cp*	2cp
38-54	3cp	3cp
55 et plus	4cp	4cp

RIP-K3* : Rifampicine 150 mg-Isoniazide 75 mg- Pyrazinamide 400 mg

ERIP-K4* : Rifampicine 150 mg-Isoniazide 75 mg- Pyrazinamide 400 mg - Ethambutol 275 mg.

- La phase d'entretien sera gérée comme d'habitude selon les posologies indiquées dans le guide du programme national de lutte antituberculeuse (Annexe n° 2).

Poids en kg	Phase initiale :2 RHZ (RIP-K3*)	Phase d'entretien : 4 RH (RH*)
<7 kg	1 cp*	1cp
8/9	1.5cp	1.5cp
10/14	2cp	2cp
15/19	3cp	3cp
20/24	4cp	4cp
25/29	5cp	5cp

-Cp*: Comprimé.

-RIP-K3 *: Rifampicine 60mg-Isoniazide 30mg-Pyrazinamide 150mg pendant deux mois.

-RH *: Rifampicine 60mg-Isoniazide 30mg, pendant quatre mois.

sion du protocole

Thérapeutique 25/mai/2009

Réf. n°26

Catégorie de traitement	Cas de tuberculose	Schéma thérapeutique	
		Phase initiale	Phase d'entretien
1	TPM+. Formes graves.	2RHEZ	4RH
	Méningite tuberculeuse	2SRHZ	7RH
2	Rechutes échecs	2SRHZE/ 1RHZE	5RHE
3	TPM0 TPM0c+ TEP	2RHZ	4RH
4	Cas chroniques multi résistants	Association des antibacillaires dans des centres spécialisés.	

Le schéma thérapeutique de la tuberculose, lancée en
mai 2009, concerne uniquement la **catégorie1** du traitement :

- ✓ Les tuberculoses à microscopie positive (TPM+) et les autres formes graves* seront traitées par (2RHEZ/4RH) :
 - * Miliaire tuberculeuse.
 - Mal de pott avec atteinte neurologique.
 - Tuberculose intestinale et rénale.
 - Pneumonie caséeuse et le type broncho-pneumonique.
- Une phase initiale de 2 mois associant :
Rifampicine, Isoniazide, Ethambutol, Pyrazinamide.
- Une phase de continuation de 4 mois associant :
Rifampicine et Isoniazide.
- ✓ Les **méningites tuberculeuses** seront traitées selon (2SRHZ/7RH),
c'est-à-dire :
 - Une phase initiale de 2 mois associant :
Streptomycine, Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide.
 - Une phase de continuation de 7 mois associant :
Rifampicine et Isoniazide.

Les autres catégories n'ont subi aucune modification :

Catégorie2 : 2SRHZE/1RHZE/5RH

- une phase initiale : Associant Streptomycine, Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et Ethambutol pendant 2 mois suivie par l'association de Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et Ethambutol durant 1 mois.
- une phase de continuation durant 5 mois associant : Rifampicine et Isoniazide.

Catégorie 3 : 2RHZ/4RH

- ✓ Tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM0).
- ✓ Tuberculose pulmonaire à microscopie négative et culture positive (TPM0 C+).
- ✓ Tuberculose extra-pulmonaire (TEP).
- Une phase initiale pendant 2 mois associant : Rifampicine, Isoniazide et Pyrazinamide.
- Une phase de continuation de quatre mois associant : Rifampicine et Isoniazide.

Les cas chroniques et multi-résistants sont pris en charge dans centres nationaux de référence et leur traitement fait appel à l'association des anti-bacillaires de deuxième ligne.



Pour renforcer encore le programme décrit et le rendre plus adaptée à nos besoins, le plan national d'accélération de la lutte antituberculeuse fait appel aux médias à participer régulièrement pour informer et éduquer la population, l'implication des citoyens et des autres départements ministériels ; ce plan est décliné sur six axes :

- 1- Le développement des ressources humaines.
- 2- Le renforcement des activités de suivi et d'évaluation.
- 3- L'amélioration de l'offre des soins.
- 4- L'implantation dans les structures de soins existantes, des services de pneumo-phthisiologie adaptés à la prise en charge des cas de tuberculose chronique et multirésistante.
- 5- Le suivi des perdus de vue.
- 6- La mise en œuvre des activités de communication et de mobilisation sociale.

17 Mai 2006, une nouvelle stratégie de lutte contre cette maladie a été déclarée par l'OMS ; c'est la stratégie Halte à la tuberculose.

Son but est de réduire considérablement le poids mondial de la tuberculose d'ici 2015, dans le sens des objectifs du millénaire pour le développement et de ceux fixés par le partenariat Halte à la tuberculose.

Ses principaux objectifs sont les suivants :

- Parvenir à l'accès universel à un diagnostic de haute qualité et à des traitements adaptés aux patients.
- Atténuer les souffrances et le poids socioéconomique engendrés par ce fléau.
- Protéger les populations pauvres et vulnérables de la tuberculose, de la coïnfection tuberculose/VIH et de la tuberculose à bacilles multirésistants.
- Favoriser la mise au point de nouveaux outils et permettre leur utilisation effective plus vite.

Le traitement de brève durée sous supervision directe ou directly observed treatment short course(DOTS), constitue l'élément central de la stratégie, tout en tenant en compte des difficultés majeures que représente la coïnfection tuberculose/VIH et la tuberculose pharmaco-résistante.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

NOTRE TRAVAIL

1. OBJECTIFS:

Le but de notre travail est essentiellement de :

- A. Connaitre l'incidence de la tuberculose toutes formes (TTF) à Larache et analyser sa prédominance en fonction de l'âge, sexe et milieu.
- B. Déterminer la fréquence de chaque type de tuberculose (pulmonaire, extra-pulmonaire) et leur répartition en fonction des paramètres cités.
- C. Révéler les différents aspects de la lutte antituberculeuse au niveau de cette région.

2. METHODES ET MATERIEL:

Il s'agit d'une étude rétrospective, intéressant les patients tuberculeux pris en charge au centre diagnostic de tuberculose et des maladies respiratoires (CDTMR) de Larache, durant une période de 4 ans (2005-2008).

Les renseignements étudiés chez les nouveaux cas sont : L'âge, le sexe, l'origine, le résultat de la bacilloscopie, de l'anatomopathologie si faite et le résultat du traitement reçu ; la culture n'est pas pratiquée par manque de laboratoire spécialisé.

Certaines informations comme la profession du patient, ses habitudes toxiques, la notion de contact tuberculeux, la vaccination BCG, manquent souvent ; plusieurs dossiers sont vides et l'IDR à la tuberculine n'est pas réalisée.



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CDTMR DE LARACHE



E:

Le centre diagnostic de tuberculose et des maladies respiratoires (CDTMR) de Larache s'occupe des patients provenant des différentes régions de cette province : (Zouada, Sahel, Tatouft, Ayacha...) .

IL reçoit plus de 3000 consultations par an dont 50% sont des cas de tuberculose. Inauguré en 1999 et réaménagé par une coopération espagnole ; grâce à ses activités de consultation, bacilloscopie et radiophotographie pulmonaire ; notre centre doit confirmer le diagnostic pour les malades orientés dans ce but, prescrire le schéma thérapeutique et assurer le suivi des patients pris en charge.



- Deux salles de consultation médicale.

- Un local pour la réception des malades.
- Un petit laboratoire pour la recherche des bacilles.
- Un bureau des archives.
- Un local pour la radiographie pulmonaire.
- Un bureau du major.

Son personnel est représenté par :

- Un médecin pneumo-phthisiologue (chef du service).
- Un médecin généraliste.
- Une infirmière major.
- Un infirmier bacilloscopiste.
- Une technicienne de radiologie.

LA PROVINCE DE LARACHE

(31)

La province de Larache est située au nord-ouest du Royaume et fait partie de la région économique Tanger – Tétouan .

Elle compte :

- 2 Municipalités (Larache et Ksar El Kebir).
- 3 Cercles : cercle de Moulay Abdeslam, cercle de Loukous et cercle oued el Makhazine.
- 16 communes rurales : Zouada, Laaouamra, Beni AArous, Tazrout, Boujediane, T atouft, L'Qola, Oulad ouchich, Souaken, Ksar Bjir, Souk Tolba, Sahel, Rissana, Ayacha, Zaaroura, Beni Gorft.

Limitée au nord par les provinces de Tanger et Tétouan; au sud par les provinces de Kénitra et Sidi Kacem ; à l'est par la province de Chefchaouen et à l'ouest par l'océan Atlantique.

Elle s'étend sur une superficie de 3555km, sa population totale est de 480000 habitants, dont 24700 en milieu urbain, soit 51% et 23300 en milieu rural, soit 49%.

Son relief est caractérisé par :

- Une zone montagneuse à l'est (le devant de la chaîne rifaine).
- Un bassin interne sous forme de plateau.
- Des plaines au sud-ouest (Loukous).

Le climat est froid et subhumide en hiver ; il est chaud en été et sec dans les régions internes de la province et légèrement humide sur le littoral.

La température varie entre 10°C en hiver et 25°C en été.

La pluviométrie est importante soit une moyenne annuelle de 768 mm.

Province de Larache comporte deux secteurs :

public et privé.

Le secteur public particulièrement impliqué dans la lutte antituberculeuse est constitué de :

4.1 Un réseau de soins hospitaliers :

- a. Hôpital provincial Lalla Meriem de Larache avec une capacité de 195 lits et 15 spécialités (sauf la pneumo-phtisiologie).
- b. Hôpital civil Ksar el Kébir avec une capacité de 120 lits et 4 spécialités (pas de pneumo-phtisiologue).

4.2 Un réseau de soins de santé de base.

Comprend :

- a. Centre de santé communal(CSC) :10.
- b. Centre de santé communal-maison d'accouchement(CSCA) :8.
- c. Centre diagnostic : 1.
- d. Centre de santé urbain(CSU) :9.
- e. Dispensaire rural (DR) :5.
- f. Centre de planification familiale(CPF) :1.
- g. Centre diagnostic de tuberculose et des maladies respiratoires(CDTMR) :1

BACTÉRIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE AU CDIMR DE LARACHE

5.1 Incidence des nouveaux cas de la tuberculose maladie à Larache / 2000-2008.

5.1. a Définition de l'incidence :

C'est le nombre de nouveaux cas durant un an rapporté à la population moyenne présente pour cette période, ce taux est exprimé par 100000 habitants.

Elle permet de quantifier la pénétration de la tuberculose maladie, dont le diagnostic a pu être porté sur des données radio-cliniques et surtout de nature bactériologique .

5.1. b Définition d'un nouveau cas de tuberculose :

C'est une tuberculose évolutive chez un patient qui n'a jamais reçu de chimiothérapie antibacillaire ou l'ayant reçu pendant moins d'un mois.

rculose à Larache / 2005-2008.

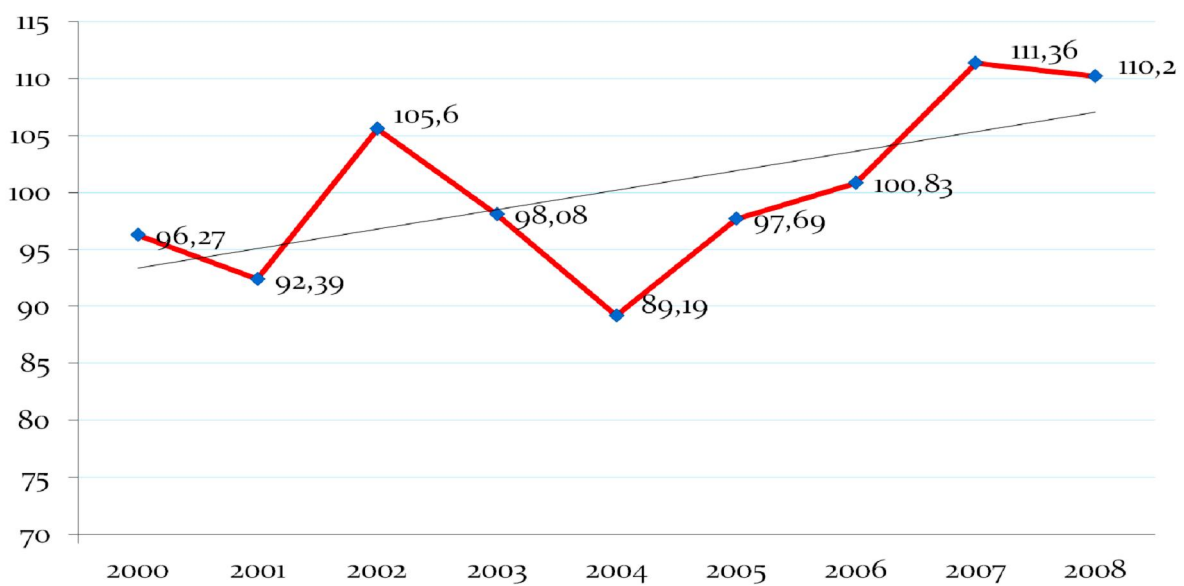
Année	Population	Nouveaux Cas de Tuberculose	Incidence des Nouveaux Cas
2000	456000	439	96,27
2001	460000	425	92 ,39
2002	464000	490	105,60
2003	468000	459	98,08
2004	472000	421	89,19
2005	476000	465	97,69
2006	480000	484	100,83
2007	484000	539	111,36
2008	490000	54	110,20

Source : CDTMR - Larache.



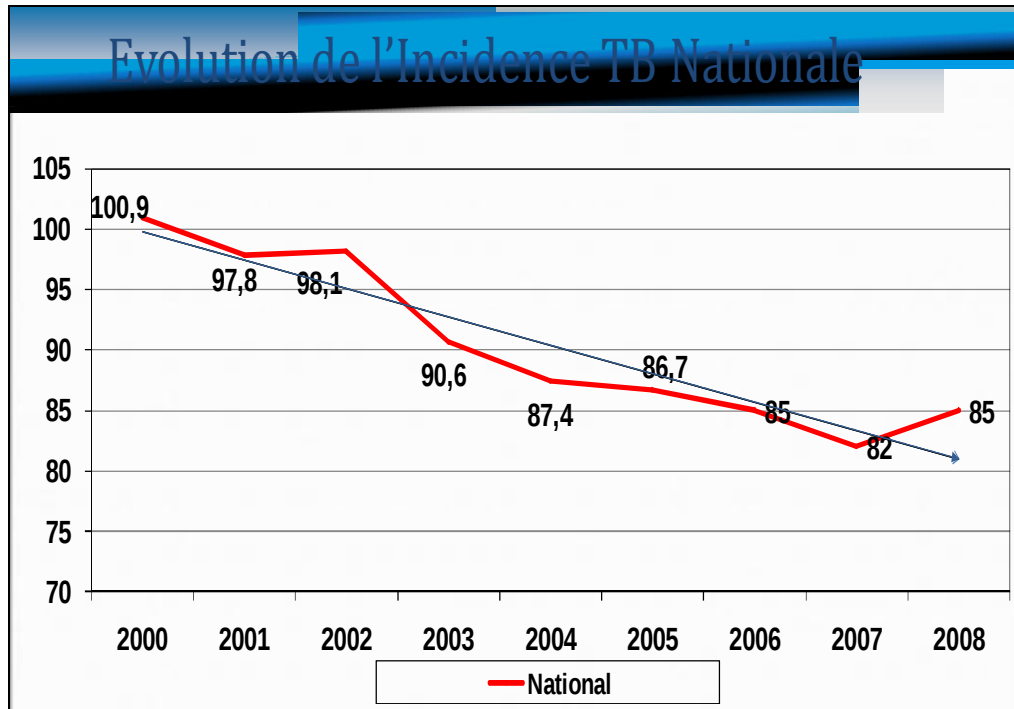
berculose à Larache / 2000 -2008

Les taux d'incidence de la tuberculose à Larache enregistrent des chiffres élevés, ceci peut se traduire par un meilleur dépistage des cas et/ou par la progression de la maladie due a une mauvaise gestion de la lutte antituberculeuse .





le de la tuberculose / 2000 -2008



Après un pic en 2002, l'incidence de la tuberculose au Maroc a diminué progressivement pour atteindre un taux de 85 nouveaux cas par 100000 habitants en 2008, ce qui représente une augmentation par rapport au 82 cas par 100000 habitants déclarés en 2007.

es formes confondues (TTF)

Tableau n° 6: Répartition de la Tuberculose selon la forme /
Larache 2005-2008

Localisation Année	TP*		TEP*	
	Nbres	%	Nbres	%
2005	234	51%	227	49%
2006	260	55%	214	45%
2007	323	61%	210	39%
2008	316	59%	224	41%
TOTAL	1133	56.4%	875	43.5%

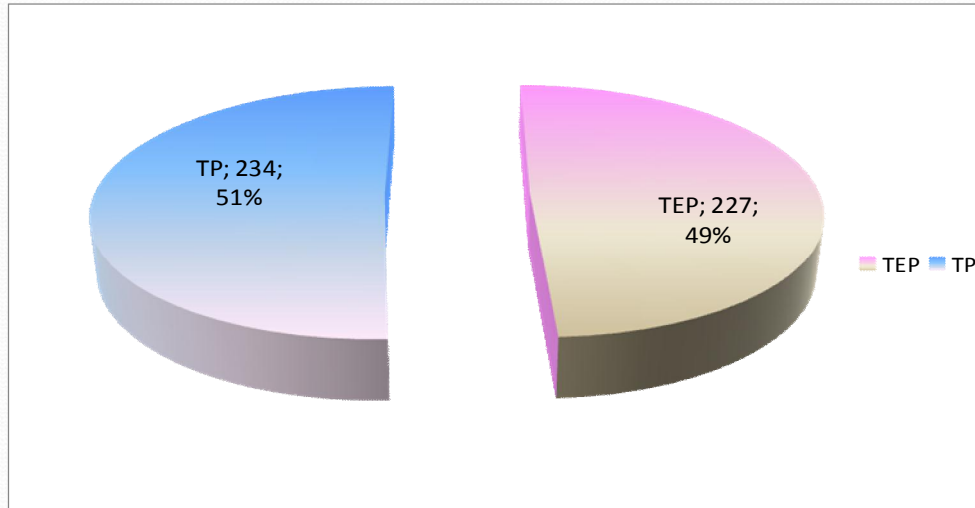
TP* : Tuberculose pulmonaire.

TEP*: Tuberculose extra-pulmonaire.

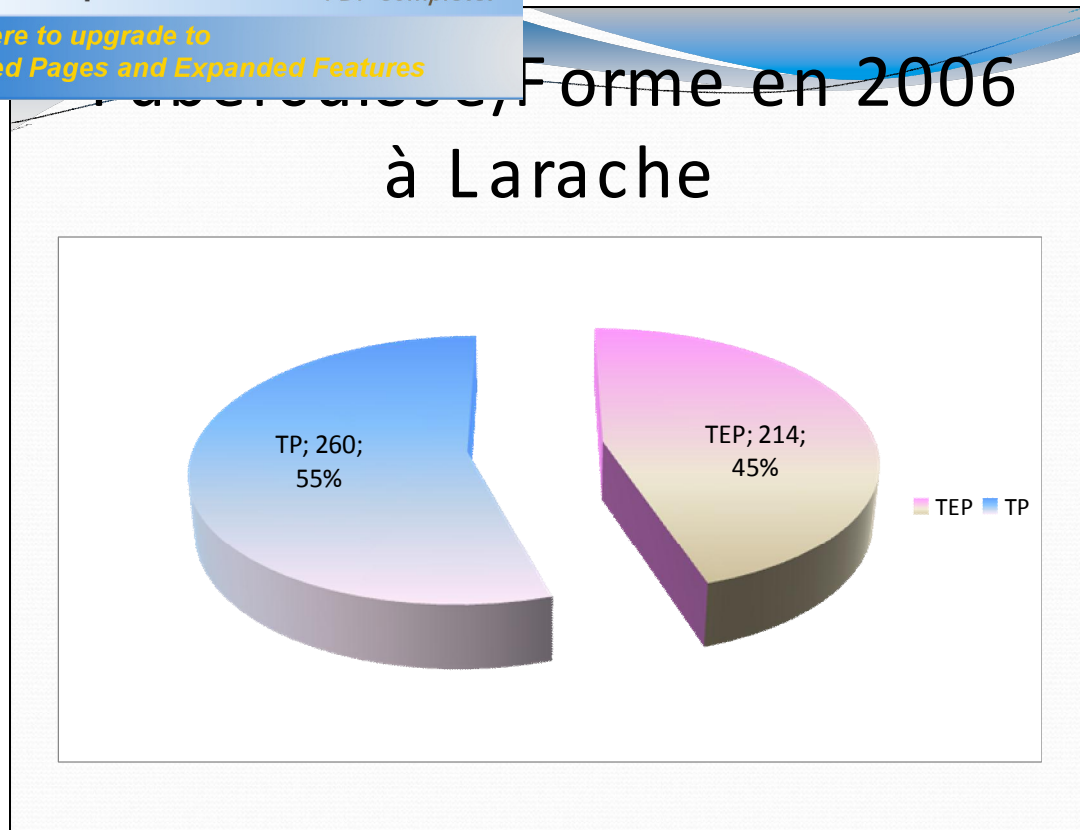
La tuberculose pulmonaire est plus représentée avec un taux de 56.4% entre 2005-2008 ; la forme extra-pulmonaire occupe un taux de 43.5% .



Forme en 2005 à Larache



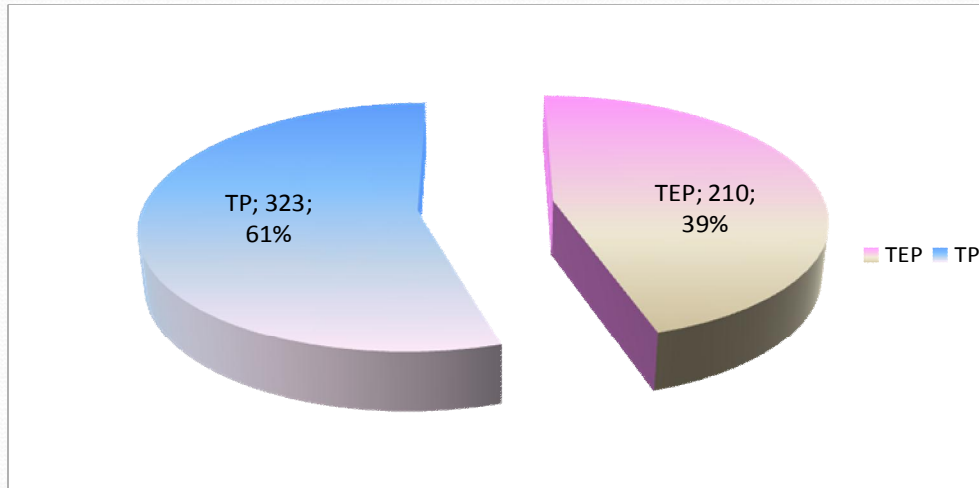
En 2005 nous avons relevé 234 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire soit une fréquence de 51% par rapport à 227 cas pour la forme extra-pulmonaire (TEP) soit 49%.



En 2006 nous avons relevé 260 nouveaux cas pour la tuberculose pulmonaire soit une fréquence de 55% par rapport à 214 cas pour la forme extra-pulmonaire (TEP) soit 45%.



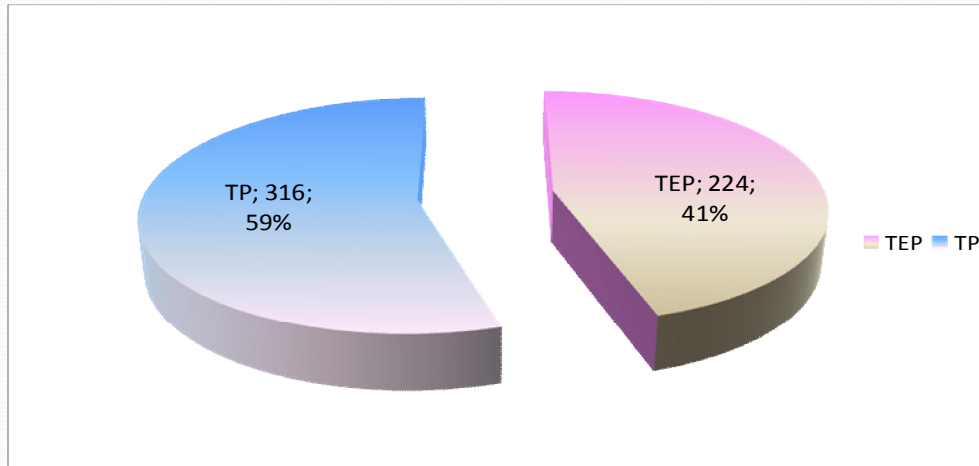
Forme en 2007 à Larache



En 2007 nous avons relevé 323 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire soit une fréquence de 61% par rapport à 210 cas pour la forme extra-pulmonaire (TEP) soit 39%.



Forme en 2008 à Larache



En 2008 nous avons relevé 316 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire soit une fréquence de 59% par rapport à 224 cas pour la forme extra-pulmonaire

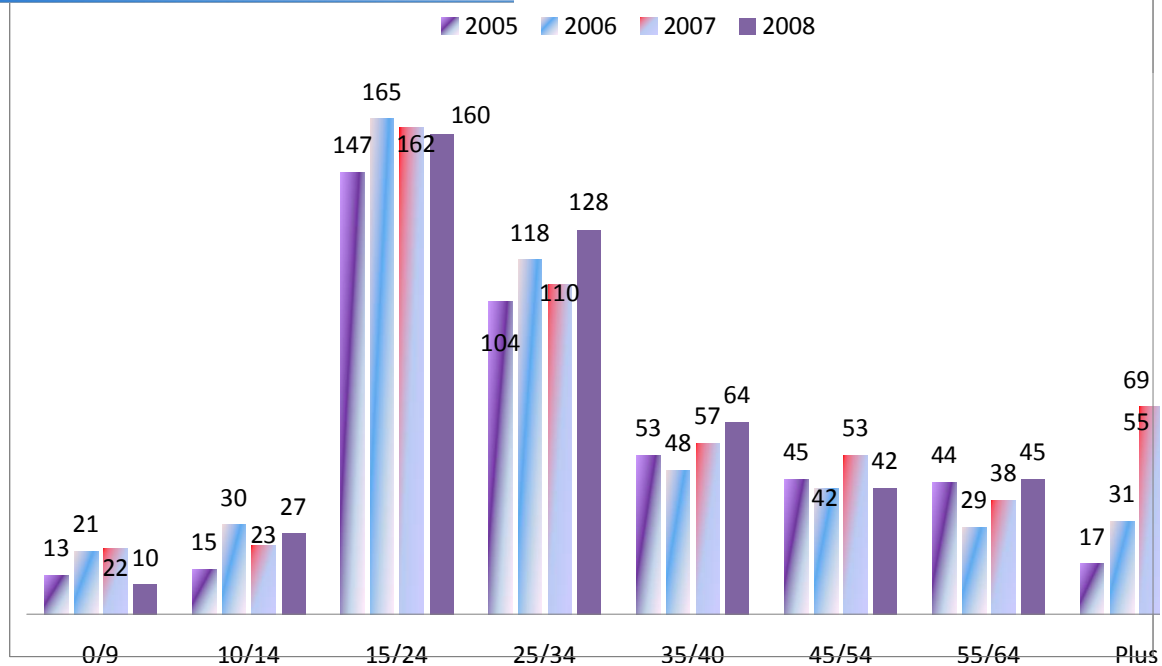


berculose selon l'âge/Larache 2005-2006

Année	2005		2006	
Nombre Age	Nombre	%	Nombre	%
0-9 ans	13	3%	21	4%
10-14 ans	15	3%	30	6%
15-24 ans	<u>147</u>	33%	<u>165</u>	34%
25-34ans	<u>104</u>	24%	<u>118</u>	24%
35-40 ans	53	12%	48	10%
45-54 ans	45	10%	42	8%
55-64 ans	44	10%	29	6%

uberculose selon l'âge Larache 2007-2008

Année	2007		2008	
Nombre Age	Nombre	%	Nombre	%
0-9 ans	22	4%	10	2%
10-14 ans	23	4.3%	27	5%
15-24 ans	<u>162</u>	30%	<u>160</u>	30%
25-34 ans	<u>110</u>	20%	<u>128</u>	24%
35-40 ans	57	10%	64	12%
45-54 ans	53	9%	42	8%
55-64 ans	38	7%	45	8.4%
> 64 ans	69	13%	55	10%



La tuberculose à Larache touche toutes les tranches d'âge et atteint avec prédominance l'adolescent et l'adulte jeune âgés entre 15 et 34 ans ; les personnes au delà de 34 ans sont aussi concernées par la maladie, déclarée souvent chez eux par mécanisme de réactivation endogène des bacilles dormants, qui deviennent pathogènes à cause de la fragilité des sujets âgés.

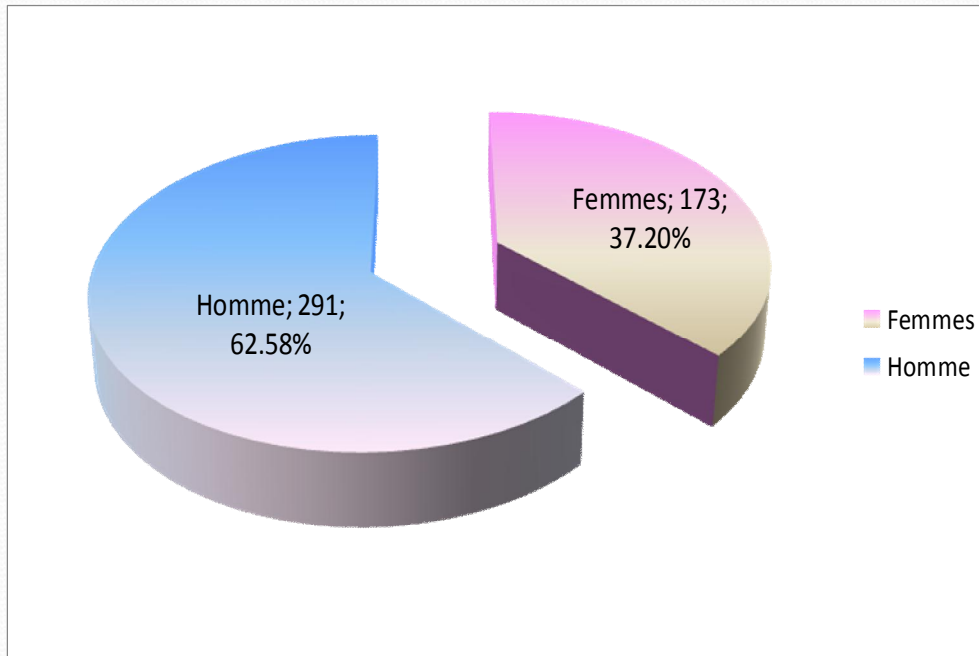
tuberculose selon le sexe/Larache 2005- 2008.

Sexe Année	Hommes		Femmes	
	Nbres	%	Nbres	%
2005	291	62.5%	173	37.2 %
2006	303	62.6%	181	37.4%
2007	347	64.4%	192	35.6%
2008	419	66%	215	34

Les hommes sont plus concernés par la tuberculose entre 2005 et 2008,
les femmes sont atteintes à moindre degré.



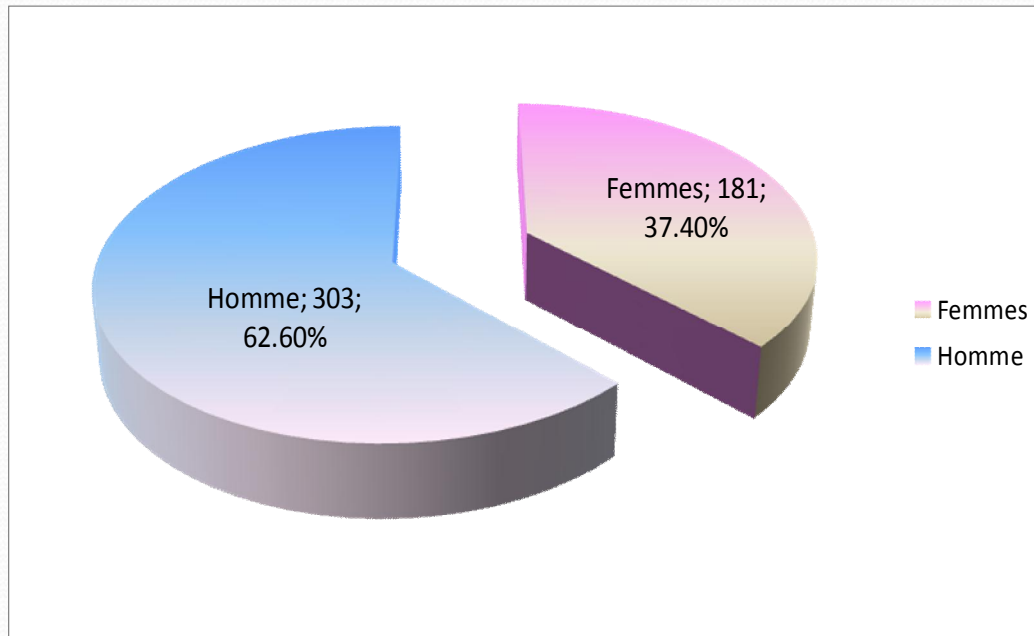
Nouveaux cas / sexe en 2005 à Larache



En 2005 , les hommes sont les plus touchés avec 291 nouveaux cas soit 62.58% par rapport aux 173 cas d'atteinte féminine soit 37.20 % .



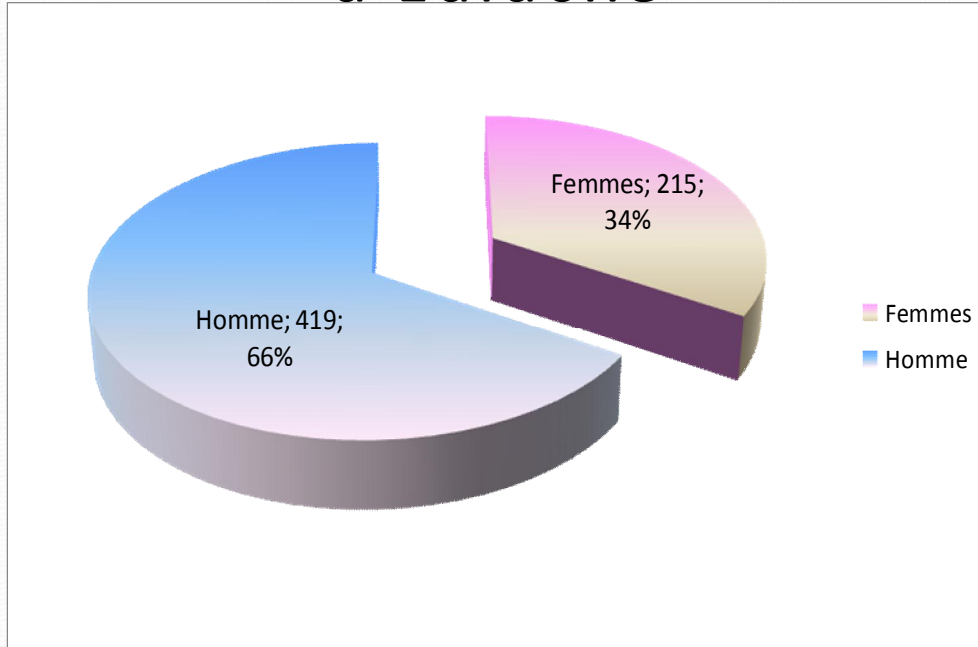
Diabète/ sexe en 2006 à Larache



En 2006 les hommes sont les plus touchés avec 303 nouveaux cas soit 62.60%, par rapport aux 181 cas d'atteinte féminine soit 37.40 %.



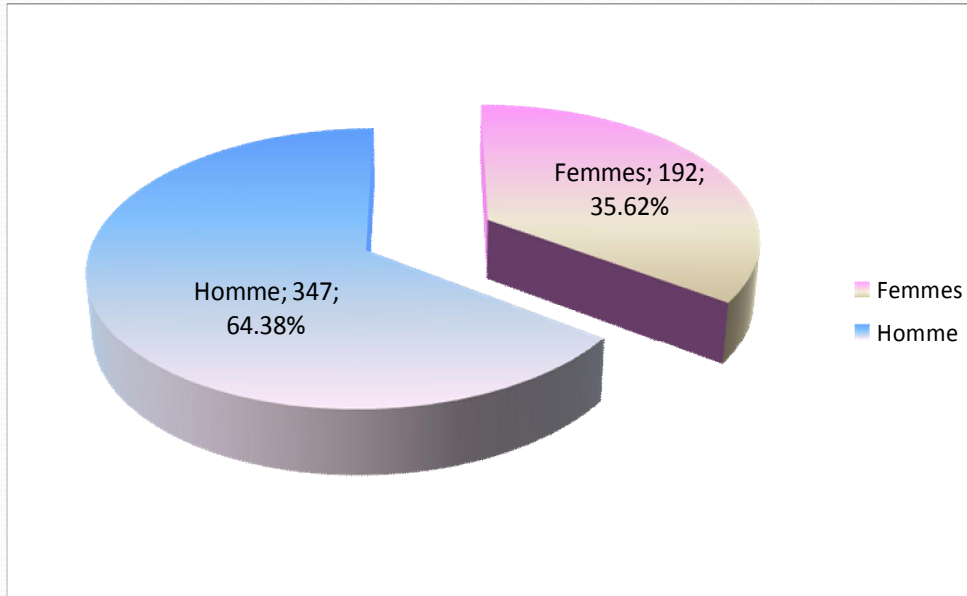
Tuberculose/ sexe en 2007 à Larache



En 2007 les hommes sont les plus touchés avec 419 nouveaux cas soit 66% par rapport aux 215 cas d'atteinte féminine soit 34 %.



Par sexe en 2008 à Larache



En 2008 les hommes sont les plus touchés par la tuberculose avec 347 nouveaux cas soit 64.38% par rapport aux 192 cas d'atteinte féminine soit 35.62%.

la Tuberculose selon le milieu et la forme/

Milieu Forme	Rural		Urbain	
	Nombre	%	Nombre	%
TEP*	76	17%	144	32%
TP*	80	18%	153	33%
Total	156	35%	297	65%

Tableau n°11 : Répartition de la Tuberculose selon le milieu et la forme
/Larache 2006.

Milieu Forme	Rural		Urbain	
	Nombre	%	Nombre	%
TEP*	73	15%	141	30%
TP*	70	15%	190	40%
Total	143	30%	331	70%

Tuberculose selon le milieu et la forme

Milieu Forme	Rural		Urbain	
	Nombre	%	Nombre	%
TEP*	54	10%	152	29%
TP*	105	20%	216	41%
Total	159	30%	368	70%

- **TEP*** : Tuberculose extra-pulmonaire.

- **TP*** : Tuberculose pulmonaire.

La tuberculose se concentre en milieu urbain, au niveau des quartiers défavorisés, avec un taux de 68% où prédomine particulièrement la forme pulmonaire .



monaire (TP) Larache 2005-2008.

Tableau n° 13 : Répartition de la tuberculose pulmonaire selon l'âge/Larache
2005-2008.

Année Age	2005		2006		2007		2008	
	Nbres	%	Nbres	%	Nbres	%	Nbres	%
0-4 ans	-	-	1	-	-	-	-	-
5-9 ans	-	-	-	-	2	1%	-	-
10-14 ans	2	1%	4	2%	5	2%	4	1%
15-24 ans	79	34%	101	39%	88	27%	101	32%
25- 34 ans	65	28%	77	30%	77	24%	85	27%
35-40 ans	24	10%	32	12%	40	12%	42	13%
45-54 ans	23	10%	23	9%	35	1%	24	8%
55-64 ans	22	9%	12	5%	29	9%	28	9%
>65 ans	19	8%	11	4%	47	15%	32	10%

La tuberculose pulmonaire prédomine dans la tranche d'âge comprise entre 15 et 34 ans

Tableau n° 11 : Répartition de la tuberculose pulmonaire selon la forme
Larache 2005-2008.

Année	2005		2006		2007		2008	
Forme	Nbres	%	Nbres	%	Nbres	%	Nbres	%
TPM+	213	91%	236	90%	282	87%	291	92%
TPM0	21	9%	25	10%	41	13%	25	8%

- **TPM+** : Tuberculose pulmonaire à microscopie positive.
- **TPM0** : Tuberculose pulmonaire à microscopie négative.

La tuberculose à microscopie positive prédomine beaucoup plus que la forme à microscopie négative:

- 213 cas à microscopie positive soit 91% en 2005.
- 236 cas à microscopie positive soit 90% en 2006.
- 282 cas à microscopie positive soit 87% en 2007.
- 291 cas à microscopie positive soit 92% en 2008 .

tuberculose pulmonaire selon le sexe

Sexe Années	Femmes		Hommes	
	Nombre	%	Nombre	%
2005	67	29%	167	71%
2006	83	32%	178	68%
2007	101	31%	222	69%
2008	94	30%	222	70%

Nous constatons que la tuberculose pulmonaire atteint de façon préférentielle les hommes, alors que les femmes sont touchées à moindre degré.

a-pulmonaire (TEP) / Larache

Tableau n° 16 : Répartition de la (TEP*) selon la fréquence / Larache 2005-2008.

Année	2005		2006		2007		2008	
TEP*	Nbres	%	Nbres	%	Nbres	%	Nbres	%
Total	227	49%	214	44%	210	39%	224	35%

Total : 875 nouveaux cas, soit 43.5%.

Nous constatons que la tuberculose extra-pulmonaire représente les fréquences suivantes : 49% en 2005, 44% en 2006, 39% en 2007 et 35% en 2008.

La tuberculose (TEP*) selon le sexe / Larache

Sexe Année	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
2005	122	54%	104	46%
2006	121	57%	93	43%
2007	119	57%	91	43%
2008	121	57%	103	46%

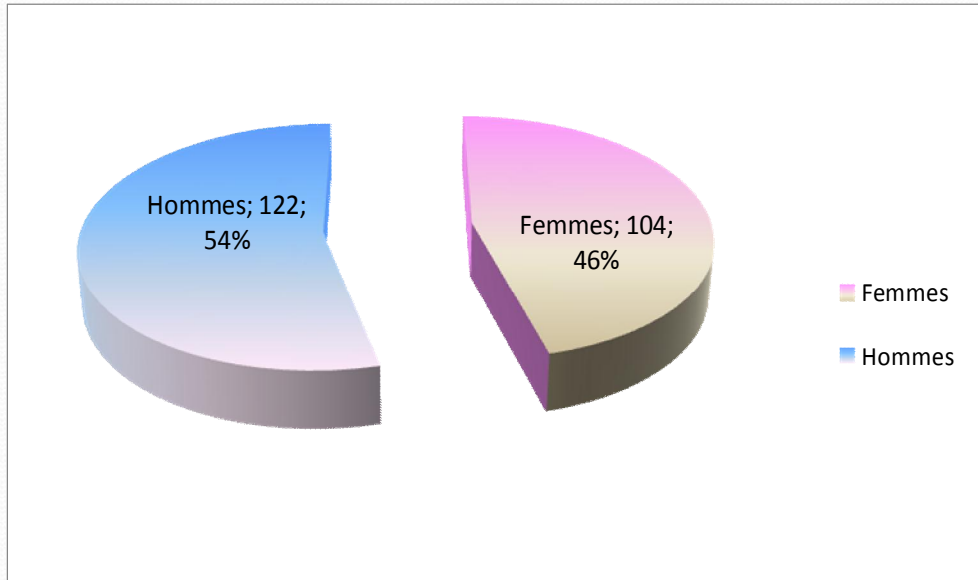
TEP* : Tuberculose extra-pulmonaire.

La tuberculose extra-pulmonaire à Larache intéresse les hommes et les femmes de façon presque égale, avec une légère prédominance masculine.



sexe à Larache

2005



En 2005, les cas de tuberculose extra-pulmonaire :

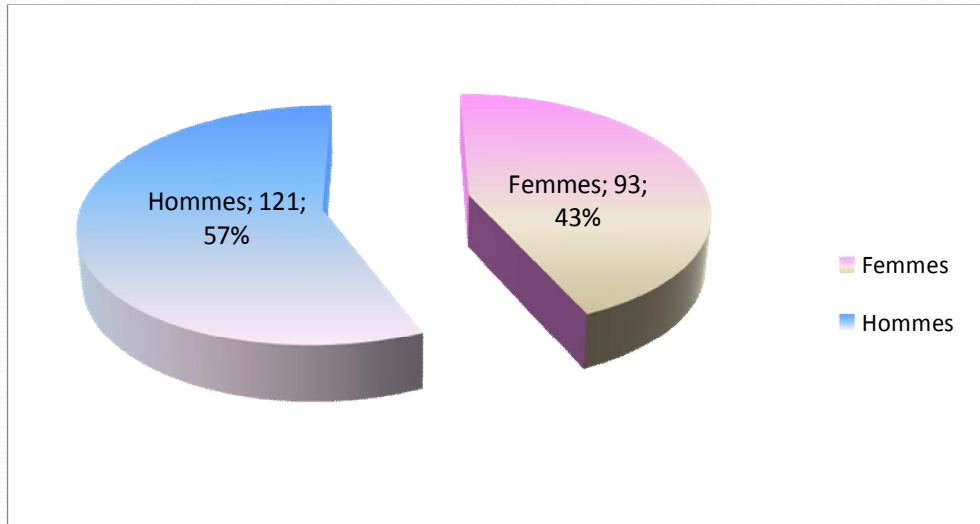
-122 cas d'atteinte masculine soit 54% .

-104 cas d'atteinte féminine, soit 46% .



sexe à Larache

2006



En 2006, les cas de tuberculose extra-pulmonaire :

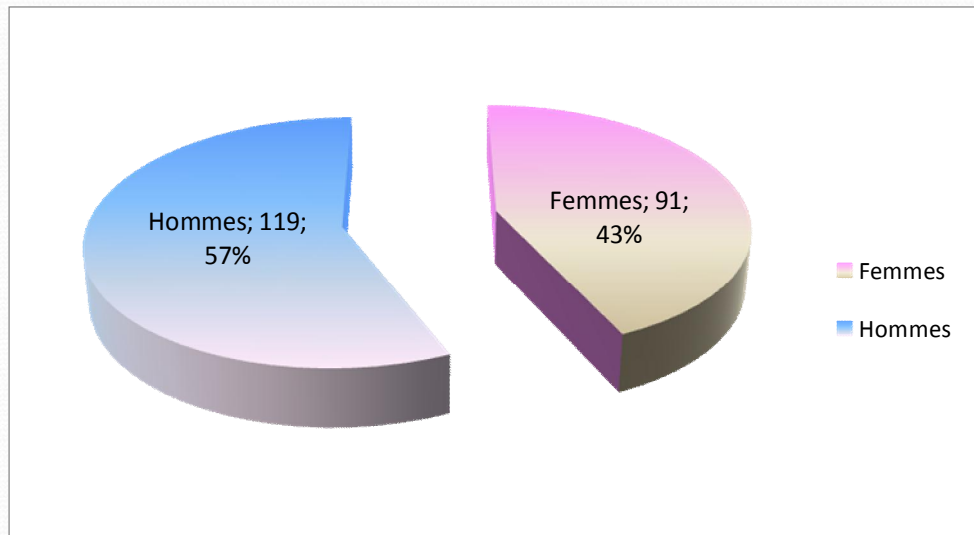
-121 cas d'atteinte masculine soit 57%

-93 cas d'atteinte féminine, soit 43%.



sexe à Larache

2007



En 2007, les cas de tuberculose extra-pulmonaire :

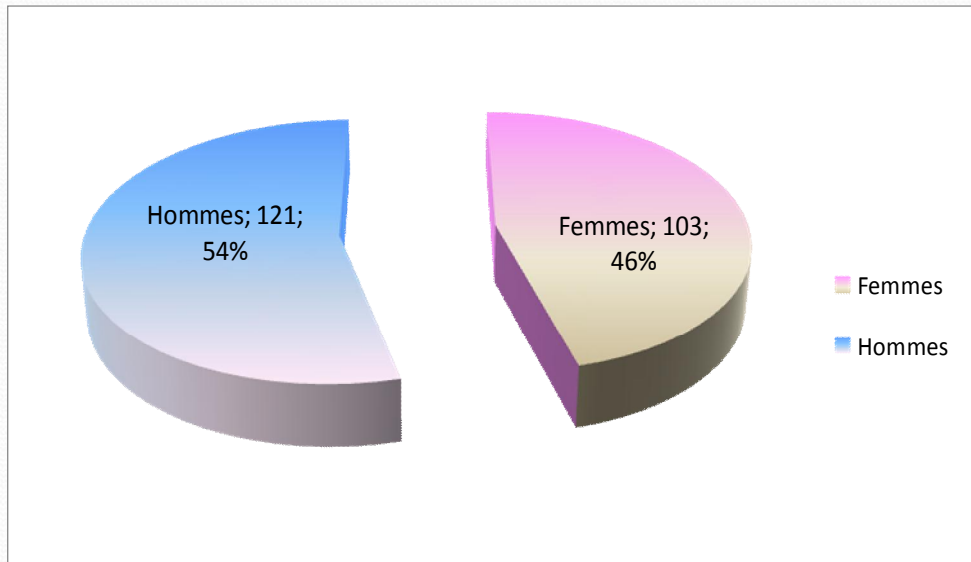
-119 cas d'atteinte masculine soit 57%

-91 cas d'atteinte féminine, soit 43%.



sexe à Larache

2008



En 2008, les cas de tuberculose extra-pulmonaire :

-121 cas d'atteinte masculine soit 54% .

-103 cas d'atteinte féminine, soit 46%.

TEP) selon l'âge / Larache 2005-2008.

AGE \ TEP*	2005		2006		2007		2008	
	Nbres	%	Nbres	%	Nbres	%	Nbres	%
0-4 ans	5	2%	7	3%	7	3%	10	4%
5-9 ans	8	4%	10	5%	9	4%	9	4%
10-14 ans	13	6%	20	9%	18	9%	23	10%
15-24 ans	68	30%	64	30%	74	35%	59	26%
25-34 ans	39	17%	41	19%	34	16%	43	19%
35-44 ans	29	13%	16	7%	17	8%	22	10%
45-54 ans	22	10%	19	9%	18	9%	18	8%
55-64 ans	22	10%	17	30%	10	5%	17	8%
> 65 ans	21	9%	20	19%	23	11%	23	10%

La tuberculose extra-pulmonaire touche toutes les tranches d'âge particulièrement les sujets âgés entre 15 et 34 ans.

TPE) selon le siège / Larache 2005-2008

Année Siège	2005		2006		2007		2008	
	Nbres	%	Nbres	%	Nbres	%	Nbres	%
Pleural	107	47%	96	46%	101	50%	105	51%
Péritonéale	16	7%	14	6%	13	6%	7	3%
Péricardite	13	6%	5	2%	7	3%	6	3%
Pleuro- Péricardite	-	-	1	0.4%	-	-	-	-
Ganglionnaire	53	23%	52	24%	53	26%	55	26%
Cutané	8	3%	13	6%	8	4%	15	7%
Miliaire	4	2%	1	0.4%	-	-	1	0.4%
Urogénital	9	4%	4	2%	2	1%	-	-
Gynécologique	-	-	2	0.9%	2	1%	2	0.9%
Méningé	3	1%	3	1%	-	-	-	-
Osseuse	14	6%	13	6%	10	5%	11	5.3%
Digestive	-	-	-	-	1	0.5%	-	-

La tuberculose pleurale [409cas], ganglionnaire [212 cas], péritonéale [50 cas] et osseuse [48 cas] représentent les sites les plus fréquents.

*La primo-infection sera étudiée dans un chapitre à part.

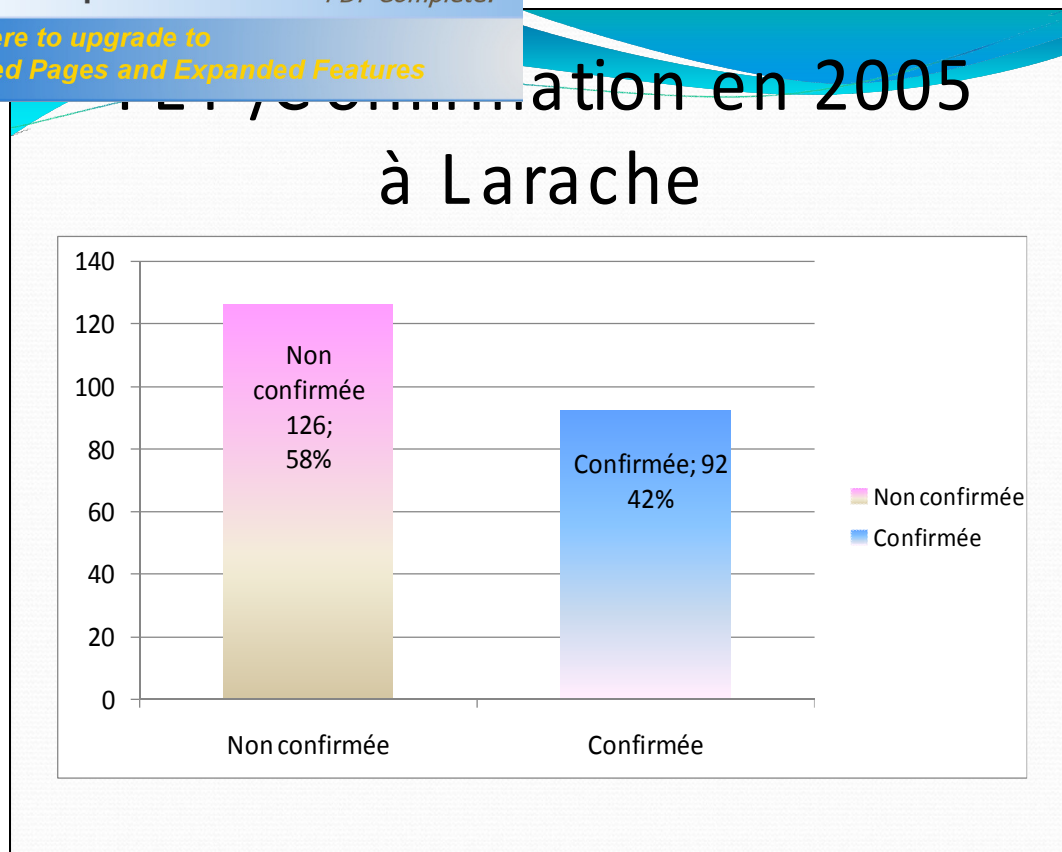
TEP*) selon la confirmation bactériologique et

Confirm* Année	Confirmé		Non Confirmé	
	Nombre	%	Nombre	%
2005	92	42%	126	58%
2006	106	99%	1	0.9%
2007	83	98 ,8%	1	1.2%
2008	110	49,3%	113	50%
TOTAL	391	62%	241	38%

TEP*: Tuberculose extra-pulmonaire.

Confirm*: Confirmation.

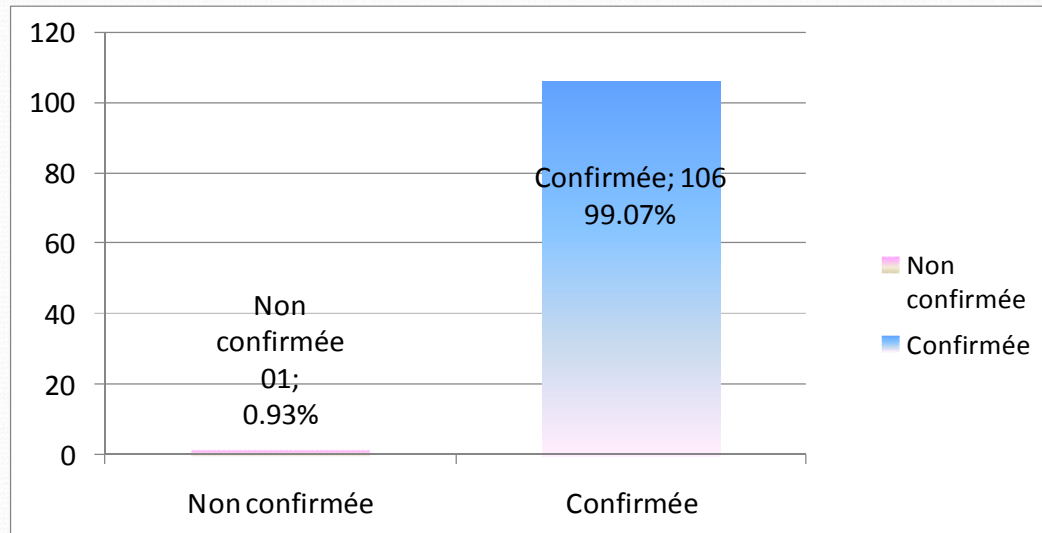
Le taux de confirmation histologique et bactériologique des tuberculoses extra-pulmonaires au cours de 4 ans à Larache est de 62%.



En 2005 le taux de confirmation bactériologique et/ou histologique des tuberculoses extra-pulmonaires (TEP) à Larache était de 42%.



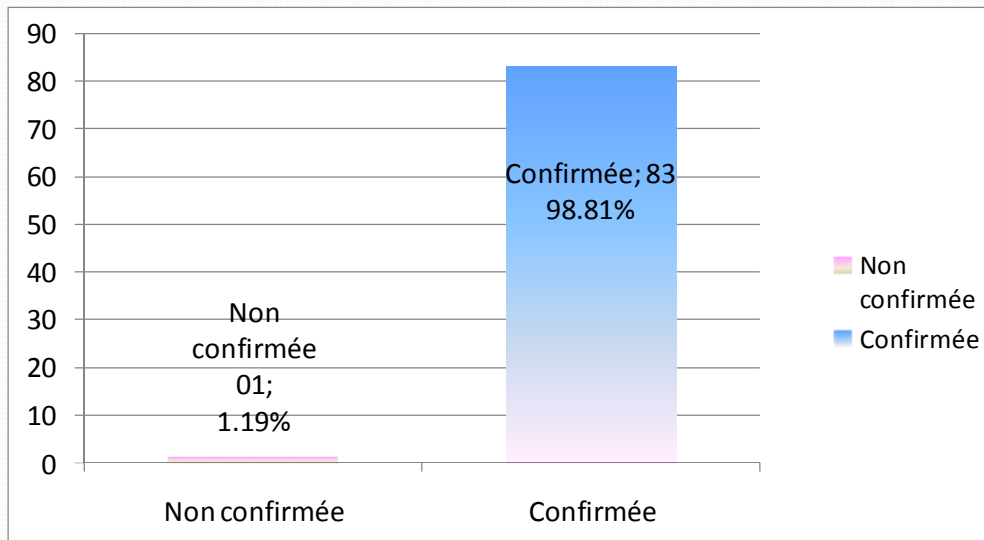
Taux de confirmation en 2006 à Larache



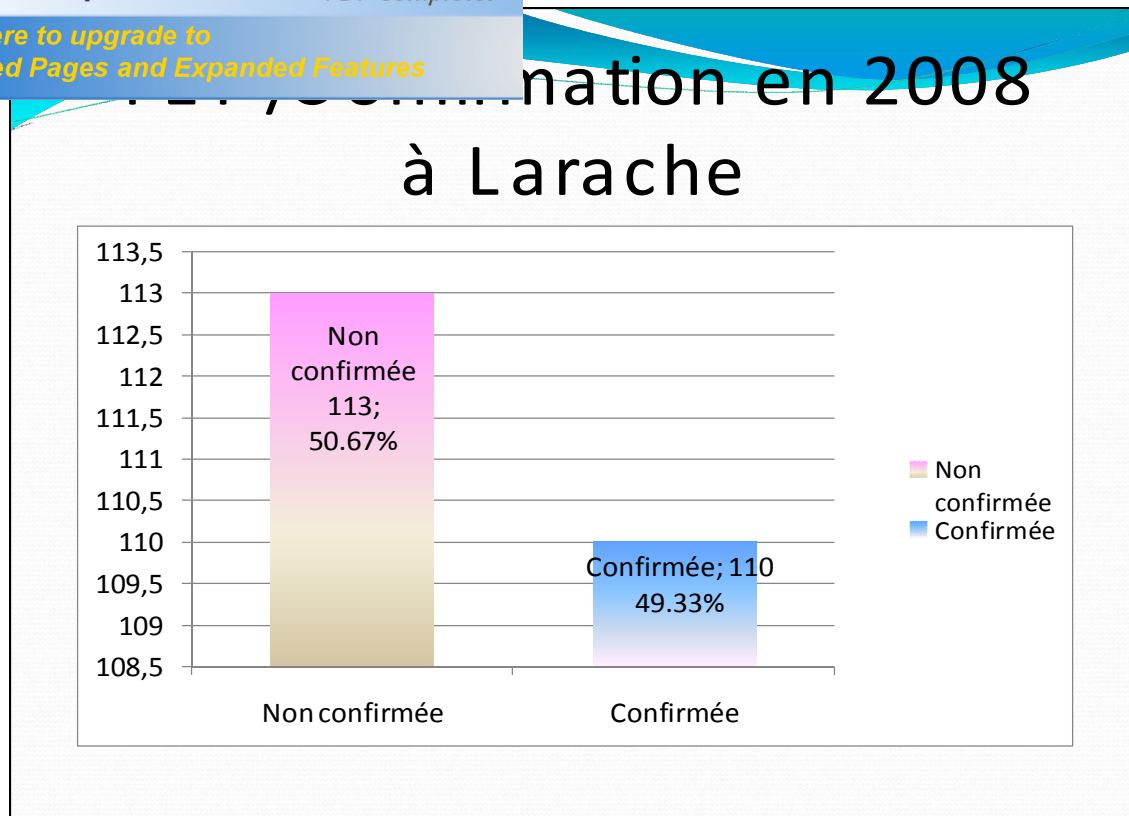
En 2006 le taux de confirmation bactériologique et/ou histologique des tuberculoses extra-pulmonaires à Larache était de 99.07%.



Tuberculose en 2007 à Larache



En 2007 le taux de confirmation des tuberculoses extra-pulmonaires était de 98.81%



En 2008 le taux de confirmation des tuberculoses extra-pulmonaires à Larache était de 49.33% par rapport à 50.67% de cas non confirmés.

tuberculeuse/Larache 2005-2008.

Tableau n° 21 : Répartition de la primo-infection tuberculeuse (PI) selon la fréquence /Larache 2005-2008.

Année	2005		2006		2007		2008	
	Nbres	%	Nbres	%	Nbres	%	Nbres	%
PI*	4	1%	9	2%	6	1%	7	1%

PI* : Primo-infection tuberculeuse.

La primo-infection tuberculeuse reste une forme rare avec une fréquence de 1% en 2005, 2% en 2006, 1% en 2007 et 1% en 2008, on tient à signaler que les formes latentes ne sont pas diagnostiquées par manque de l'IDR à la tuberculine.

PI) selon l'âge/ Larache 2005-2008.

Année Age	2005	2006	2007	2008
0-4 ans	1	2	3	1
5-9 ans	2	1	1	2
10-14 ans	1	6	2	3
25-34 ans	-	-	-	1
Total	4	9	6	7

PI : Primo-infection tuberculeuse.

La primo-infection tuberculeuse affecte surtout la tranche d'âge comprise entre 0 et 14 ans.

PI*) selon le sexe /Larache 2005-2008

Année Sexe	2005		2006		2007		2008	
	Nbres	%	Nbres	%	Nbres	%	Nbres	%
Féminin	2	50%	5	55.5%	-	-	6	85.7%
Masculin	2	50%	4	44.4%	6	100%	1	14.3%

PI* : Primo-infection tuberculeuse.

En 2007 uniquement les garçons ont été concernés par cette forme , avec un nombre de 6 cas ; en 2008 les filles ont été plus atteintes, mais en général la primo-infection tuberculeuse est une maladie des enfants âgés entre 0 et 14 ans qui touche les garçons et filles de façon égale.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

RESULTATS TRAITEMENT LARACHE

La prise en charge thérapeutique des patients à Larache est principalement ambulatoire :

Une fois le diagnostic confirmé et le schéma thérapeutique établi par le médecin traitant, chaque patient possède un dossier médical au CDTMR et le traitement est délivré gratuitement dans la formation sanitaire la plus proche de son domicile.

Cette modalité de prise en charge concerne :

- Les formes de tuberculose non compliquée.
- Les tuberculoses extra-pulmonaires avec conservation de l'état général.

L'hospitalisation reste cependant indiquée en cas :

- De forme grave ou compliquée.
- Résistance, échec, rechute, cas chronique.
- Investigations à visée complémentaire.

A Larache les hospitalisations se font à l'hôpital Benkarrich de Tétouan ou bien dans d'autres services spécialisés du royaume.

Dans notre étude les patients pris en charge entre 2005 et 2008 ont suivi un régime thérapeutique de 6 mois .

ment en 2005 / LARACHE

Nouveaux cas	Guéris*	Tr. Achevé*	Echec*	Perdus de vue*	Transfert out*	Décès*
TPM+	150 72%	21 10%	15 7%	14 6%	10 4%	-
TPM0	-	17 81%	-	4 19%	-	-
TEP	-	193 85%	-	16 7%	18 8%	-
PI	-	4 100%	-	-	-	-
TOTAL	150 30%	235 50%	15 3%	34 7%	28 6%	-

* : voir annexe n° 2

TPM+: Tuberculose pulmonaire à microscopie positive.

TPM0 : Tuberculose pulmonaire à microscopie négative.

TEP : Tuberculose extra-pulmonaire.

PI : Primo-infection tuberculeuse

En 2005 : 80% sont un succès thérapeutique, 3% sont des échecs, 7% sont perdus de vue, 6% sont des transferts out et le taux de létalité est nul.

ment en 2006 / LARACHE

Nouveaux cas	Gueris*	Tr. Achevé*	Echec*	Perdus de vue*	Transfert out*	Décès*
TPM+	168 73%	11 4%	10 4%	-	7 3%	-
TPM0	-	19 72%	-	-	-	1 4%
TEP	-	184 86%	-	-	6 3%	3 1%
PI	-	8 89%	-	-	-	-
TOTAL	168 35%	222 46%	10 2%	-	13 3%	4 1%

* : voir annexe n° 2

TPM+ : Tuberculose pulmonaire à microscopie positive.

TPM0 : Tuberculose pulmonaire à microscopie négative.

TEP : Tuberculose extra-pulmonaire.

PI : Primo-infection tuberculeuse

En 2006 : 81% sont un succès thérapeutique, 2% sont des échecs, les perdus de vue n'ont pas été signalés, 3% sont des transferts out et le taux de létalité est de 1%.

ment en 2007 / LARACHE

Nouveaux cas	Guéris*	Tr. Achevé*	Echec*	Perdus de vue*	Transfert out*	Décès*
TPM+	62 93%	1 1%	-	8 12%	4 6%	-
TPM0	-	7 88%	-	6 75%	-	-
TEP	-	61 94%	-	5 8%	4 6%	-
PI	-	2 100%	-	-	-	-
TOTAL	62 43.6%	71 50%	-	19 13%	8 6%	-

* : voir annexe n° 2

TPM+ : Tuberculose pulmonaire à microscopie positive.

TPM0 : Tuberculose pulmonaire à microscopie négative.

TEP : Tuberculose extra-pulmonaire.

PI : Primo-infection tuberculeuse

En 2007 : 94% ont été déclarés comme succès thérapeutique, les échecs sont absents ; 13% sont des perdus de vue ; 6% sont des transferts out et le taux de létalité est nul.

Tableau n°27 : Résultats du traitement en 2008

Nouveaux cas	Guéris*	Tr. Achevé*	Echec*	Perdus de vue*	Transfert out*	Décès*
TPM+	123 80%	9 6%	-	10 7%	6 4%	5 3%
TPM0	-	15 88%	-	-	-	1 6%
TEP	-	150 95%	-	-	7 4%	1 1%
PI	-	-	-	-	-	-
TOTAL	123 37.5	159 48%	-	10 3%	13 3%	7 2%

* : voir annexe n° 2

TPM+ : Tuberculose pulmonaire à microscopie positive.

TPM0 : Tuberculose pulmonaire à microscopie négative.

TEP : Tuberculose extra-pulmonaire.

En 2008 :

86% ont été déclarés comme succès thérapeutique, les échecs sont nuls ;

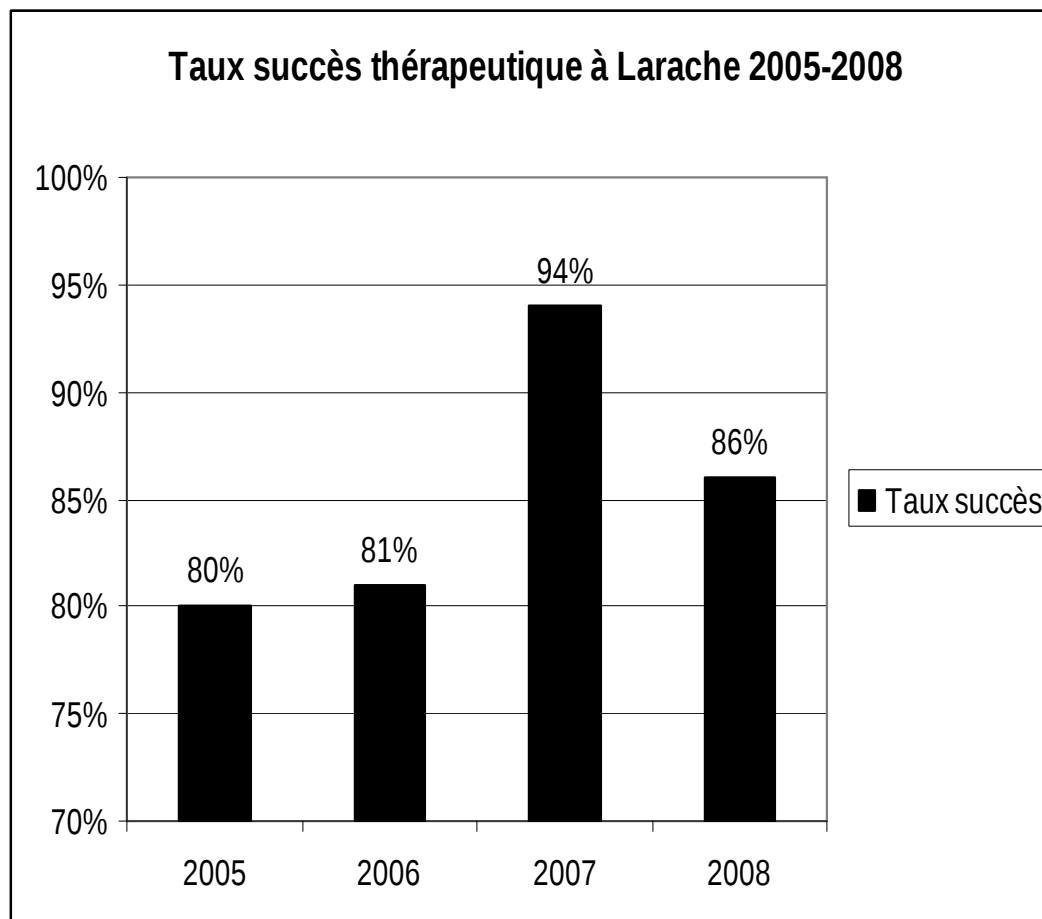
3% sont des perdus de vue; 3% ont été transférés out et le taux de létalité est de 2%.

Tableau n°28 : Rechutes par formes à Larache / 2005-2008

Année Formes	2005	2006	2007	2008
TEP	1	-	3	4
TPM+	24	16	28	30
TPM0	1	-	1	2
TOTAL	26	16	32	36

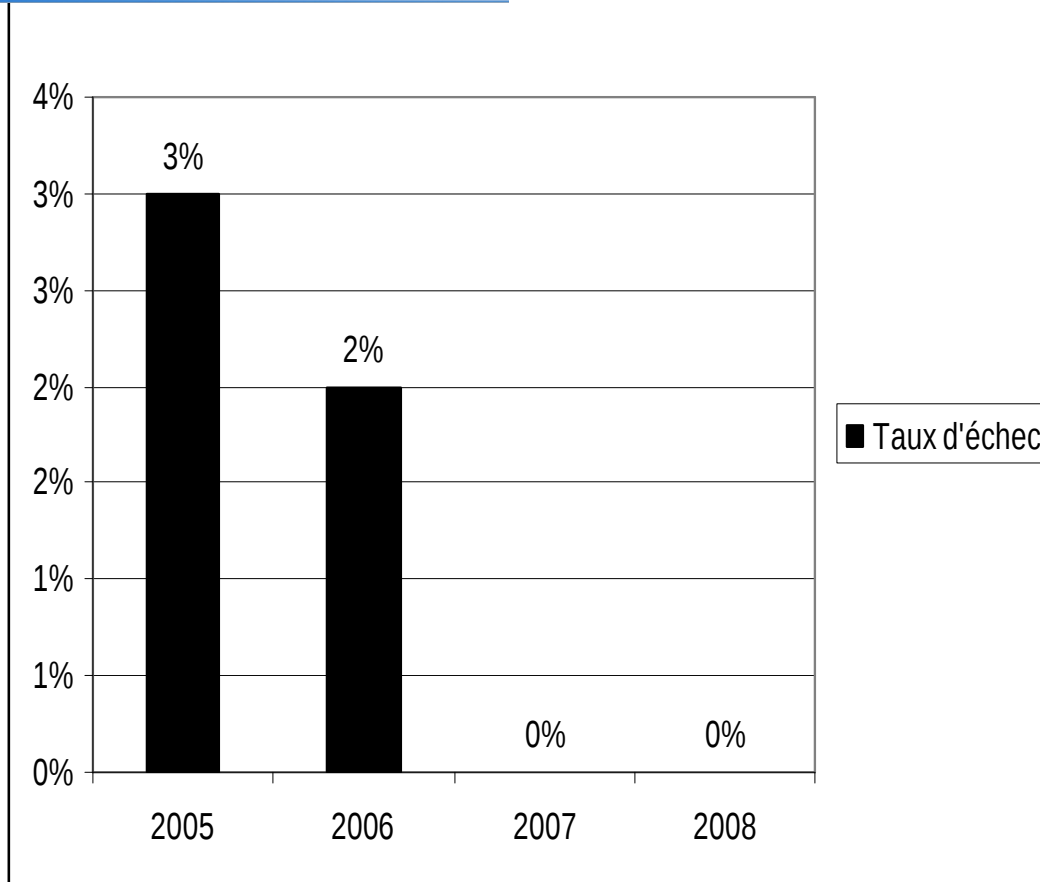
Entre 2005-2008 les rechutes ont représenté 110 cas, dont 98 sont des tuberculoses à microscopie positive (TPM+); 4 sont des tuberculoses à microscopie négative (TPM0) et 8 cas sont des formes extra-pulmonaires (TEP) .

Résultats de traitement de la tuberculose à LARACHE 2005-2008



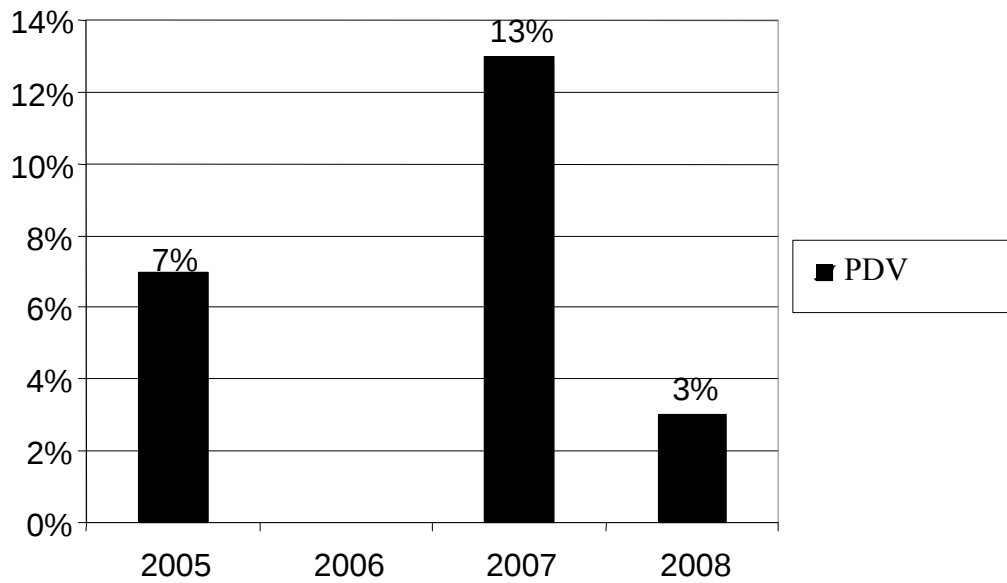


Larache 2005-2008



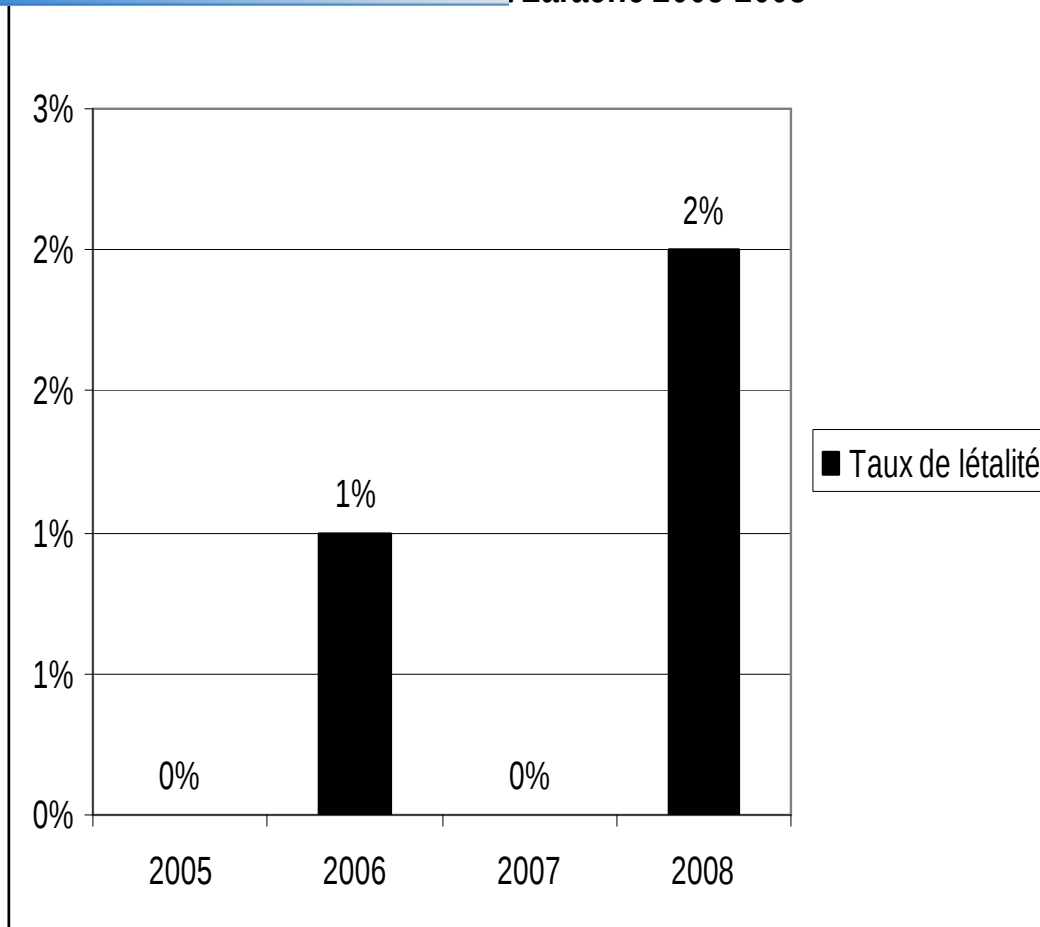


ue à Larache 2005-2008





Larache 2005-2008



VII.DISCUSSION RECOMMENDATIONS

DISCUSSION

Notre étude rétrospective intéressant les patients tuberculeux pris en charge entre 2005 et 2008 à Larache, nous a montré que :

L'incidence de la tuberculose enregistre des taux élevés dans cette région.

110 nouveaux cas par 100000 habitants ont été enregistrés en 2007 ; comparés aux incidences dans d'autres pays et régions au cours de la même période ; nous avons relevé les données suivantes :

- | | |
|--------------------|--------------------|
| - Kenitra: 105 * | - Maroc : 82 |
| - Sidi kacem : 77 | - Algérie: 56 |
| - Chefchaouen : 48 | - Sénégal: 110 |
| - Tanger : 177 | - France : 8.5 cas |
| - Tétouan : 124 | - Espagne:12 cas |
| - Laayoune : 62 | |

***Les chiffres représentent les nouveaux cas par 100000 habitants.**

L'incidence élevée a Larache peut s'expliquer par un dépistage mieux ciblé des patients et/ou par la progression de la maladie et la mauvaise gestion de la lutte antituberculeuse au niveau de cette région.

La tuberculose touche de façon préférentielle l'homme ; situation vécue partout dans le monde ; d'ailleurs une étude à l'égard de ce sujet (29) rapporte que la prédominance masculine pourrait s'expliquer par :

A. Les comportements à risque beaucoup plus fréquents chez l'homme (tabagisme, toxicomanie, alcoolisme).

Le microclimat constitue un facteur contribuant dans la mesure où la plupart des dévénus sont des hommes.

C. La sous déclaration de la maladie chez les femmes, en raison de l'ordre hiérarchique de la société dans certains pays.

Dans notre étude l'âge atteint avec prédominance est compris entre 15 ans et 34 ans ; les sujets âgés au delà de 34 ans ne sont pas épargnés, ces derniers font la tuberculose souvent par mécanisme endogène, par réactivation des bacilles dormants qui deviennent pathogènes chez les terrains fragilisés par l'âge ou par d'autres facteurs d'immunodépression, alors que les plus jeunes font la tuberculose par mécanisme exogène, c'est à dire contractée de l'extérieur à partir des sources du contagion .

Au Maroc, la tuberculose est une maladie de l'adulte jeune (15-40 ans); néanmoins dans les pays industrialisés, les personnes âgées sont les plus touchées .

La transition de l'atteinte des jeunes vers les plus âgés est un indice de progrès, car elle reflète le contrôle efficace des sources du contagion à l'origine de la tuberculose par mécanisme exogène fréquente chez les jeunes .

A la ville de Larache, le climat humide et le niveau socio-économique défavorable de certains quartiers auprès de la mer, favorise la pullulation des bacilles tuberculeux.

Au niveau national, les populations pauvres dans les régions périurbaines sont les plus touchées. Il en va de même pour les prisonniers, groupe fragile souvent non touché par le programme de lutte puisque l'incidence nationale dans les prisons est de l'ordre de 1207 cas par 100000 habitants détenus, une incidence 14 fois plus élevée chez les prisonniers que dans la population générale (15).

la France à titre d'exemple, les migrants
originaux des pays à forte incidence, les personnes sans domicile fixe (SDF)
sont parmi les plus atteints.

En 2008 à Paris; 67% des cas de tuberculose sont nés à l'étranger dont 29% en
Afrique Subsaharienne, 15% en Asie et 14% en Afrique du Nord. [20]

Les types de tuberculoses abordés dans notre travail (pulmonaire, extra-
pulmonaire et primo-infection) ont atteint sur 4 ans, les fréquences suivantes :

-La tuberculose pulmonaire représente plus de la moitié des cas avec un taux de
56.4%, elle prédomine chez l'homme (15-34 ans) et sa forme à microscopie
positive (TPM+), source du contagion potentiellement dangereuse reste la plus
fréquente.

La localisation pulmonaire reste globalement la plus fréquente dans le monde,
son abondance pourrait s'expliquer par :

Les conditions favorables que les poumons offrent aux bacilles (obscurité,
richesse en oxygène) et aussi du fait de son caractère contagieux à travers la
toux, les éternuements ou la parole.

-La tuberculose extra-pulmonaire représente un taux de 43.5% ; répartie en
plèvre, ganglions, os et péritoine.

La miliaire, les méningites tuberculeuses et la primo-infection sont rares grâce à
une bonne couverture vaccinale par le BCG à Larache [96% en 2008].

Les résultats du traitement au CDTMR sont globalement satisfaisants,
néanmoins le taux des perdus de vue n'est pas négligeable et aucun programme
ne vise ce groupe nécessitant une prise en charge urgente et adaptée.

Les aspects de lutte contre cette maladie dans chaque province du royaume,
suivent les directives du programme national de lutte antituberculeuse avec des

grandes et petites villes notamment en matière de culture; souvent non réalisable.

A Larache, le seul centre spécialisé en tuberculose reçoit les patients provenant des formations sanitaires (hôpitaux, centres de santé...).

Le triage effectué en premier lieu permet d'orienter chaque patient en fonction du motif de consultation.

La lutte antituberculeuse: Dépistage, prévention et traitement se déroulent à Larache selon les recommandations du programme national de la lutte antituberculeuse sous la directive de l'OMS.

DEPISTAGE A LARACHE

Cible essentiellement les consultants symptomatiques ; les sujets contacts d'un patient contagieux ayant une tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) ou bien ceux présentant des lésions radiologiques suspectes, sont cible au dépistage ; effectué principalement par la bacilloscopie.

L'intradermoréaction n'est pas effectuée au CDTMR par manque de la tuberculine et aussi par manque de personnel spécialisé.

La radiographie pulmonaire, outil contributif au dépistage rapide, reste au deuxième plan, par faute de moyens économiques chez certains patients.

Le scanner thoracique n'est indiqué que lors des complications ; ou pour différencier un néoplasie d'une tuberculose.

En France :

A côté des autres établissements sanitaires ; les centres de lutte antituberculeuse (CLT) sont équipés pour s'occuper de ce programme et le dépistage vise la population dite à risque :

Les migrants, les détenus, les sujets vivant au contact d'un contamineur et ceux qui ont le risque de développer une tuberculose à cause du VIH, diabète ou

sion.

Ce dépistage consiste à accéder à la radiographie thoracique, analysée sur place, en cas d'anomalies les examens bactériologiques de confirmation (recherche de BK et culture), sont réalisés.

Elle peut facilement être complétée par un scanner thoracique pour mieux explorer certaines lésions, comme les adénopathies médiastinales par exemple.

Pour les sujets contacts le dépistage se fait par l'IDR si elle est positive, elle sera complétée par une radiographie pulmonaire. [24]

PREVENTION A LARACHE

La prévention se base sur la vaccination obligatoire (BCG), effective au Maroc depuis 1921 et appliquée dès la naissance; elle a permis la réduction des miliaires et méningites qui étaient souvent mortelles.

A Larache, le taux de couverture vaccinale par le BCG a été de 96% en 2008. Au niveau mondial, plusieurs pays à faible incidence comme la France, ont suspendu le caractère obligatoire du BCG, en le réservant uniquement à des secteurs déterminés : [23]

(Nés dans un pays à forte incidence ou au moins un des parents originaires d'un de ces pays; antécédents familiaux de tuberculose ou toute situation considérée à risque par le médecin).

L'isolement des malades suspects d'être tuberculeux et le traitement urgent des sujets contagieux constituent aussi des moyens de prévention essentiels, néanmoins à Larache les mesures d'isolement ne sont pas respectées au cours de l'hospitalisation.

TRAITEMENT A LARACHE

La prise en charge thérapeutique des patients à Larache suit la stratégie DOTS, appliquée dans tout le royaume depuis 1991.

traité les malades durant 6 mois, d'autres patients sont pris en charge à Asar el kebir dans un petit centre équipé d'un microscope pour recherche des BK.

Ce traitement se fait en ambulatoire, c'est à dire que le médecin prescrit le schéma thérapeutique, établi un rythme de surveillance et l'infirmier délivre gratuitement les médicaments, sous supervision directe dans les centres de santé. L'hospitalisation reste indiquée pour les cas chroniques*, résistants*, formes graves* et rechutes*, pris en charge ailleurs dans des centres spécialisés (Annexe n° 2).

Bien que chez nous ; les techniques de biologie moléculaire pour identifier les souches résistantes n'ont pas encore leur place; probablement la nouvelle présentation des médicaments sous forme d'un seul comprimé associant les antibacillaires à des proportions fixes, pourra réduire les résistances car elle ne laisse pas le choix aux patients de prendre certaines molécules et négliger d'autres et donc n'offre pas l'occasion aux souches résistantes d'apparaître.

Limites

Au terme de notre travail nous avons constaté que la lutte antituberculeuse à Larache est limitée par les difficultés suivantes :

- Les patients suspects de tuberculose pulmonaire sont rarement isolés des autres, au cours de leur hospitalisation avant d'être référés au centre.
- Certains patients pris en charge dans le privé, sont obligés d'acheter les médicaments de la pharmacie alors que ce traitement est gratuit dans les établissements sanitaires publics et finissent alors par arrêter leur traitement pour bénéficier d'un suivi au centre alors que les résistances sont déjà déclarées.
- L'impossibilité de réaliser une culture par manque de laboratoire spécialisé à Larache, entrave la prise en charge correcte.
- Le nombre de personnel au CDTMR est insuffisant pour entamer une lutte antituberculeuse efficace.
- L'intradermoréaction n'est pas réalisée.

ne compte 11 spécialités sauf la pneumo-
phlogie, alors que la tuberculose est abondante dans cette région.

-Des informations comme la profession du patient, ses habitudes toxiques, BCG, devenir des malades traités, manquent souvent et plusieurs dossiers sont vides.

Recommandations :

Notre étude révèle que plusieurs mesures pourraient contribuer au meilleur contrôle de ce fléau au niveau de cette région :

A- Affectation de personnel spécialisé dans la lutte antituberculeuse.

B- Création d'un laboratoire de culture à Larache.

C- Création d'un centre de tuberculose à Ksar lkebir.

D- Désinfection des prélèvements à l'eau de javel avant d'être jetés.

E- Mesures d'isolement des patients tuberculeux en milieu hospitalier et moyens de protection (salles d'isolement, port de masques, mesures d'hygiène).

F-Intégration de la lutte antituberculeuse dans l'initiative nationale du développement humain, car tuberculose et pauvreté sont un couple inséparable.

gravité de la maladie et leur sensibiliser à
Respecter le suivi clinique et thérapeutique.

VIII. CONCLUSION

CONCLUSION

La tuberculose demeure toujours d'actualité au Maroc et particulièrement dans cette région puisque l'incidence de la maladie a connue une élévation en passant de 96.27 nouveaux cas par 100000 habitants en (2000) à 110.20 nouveaux cas par 100000 habitants en (2008).

Ces chiffres sont en deçà de la réalité, car sur la région de Larache on se base essentiellement sur la clinique , la radiologie et la bacilloscopie pour confirmer la tuberculose, les cultures étant difficiles a effectuer sur place alors que l'intradermoréaction a la tuberculine n'est pas réaliser.

Néanmoins la majorité des patients sont correctement traités, excepte les perdus de vue qui ne bénéficient d'aucun suivi, et constituent donc, des réservoirs potentiellement dangereux.

La nouvelle présentation du traitement lancée au Maroc en 2009 permet l'association des antibacillaires sous forme d'un seul comprimé (sauf la Streptomycine injectable), pourra remédier a ce fléau grâce a sa simplicité qui permet une prise régulière des médicaments ; cependant la parole reste un outil puissant et indispensable pour informer les patients sur la gravité de la maladie , leur sensibiliser pour une meilleure adhérence au traitement et un respect meilleur des mesures d'hygiène et de nutrition .

 **PDF**
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

la couverture vaccinale par le BCG à Larache

est satisfaisante (En 2008 le taux de vaccination par le BCG a été de 96 %).

IX. RESUME

RESUME

Titre : BILAN EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE A LARACHE ENTRE 2005 ET 2008

Auteur : Mlle. Ghyslaine BAKHAT

Mot clef : CDTMR – Epidémiologie – Traitement – Tuberculose.

Le bilan épidémiologique de la tuberculose à Larache durant quatre ans (2005-2008) a montré que :

- L'incidence de la tuberculose est de 97.69 cas/100000 habitants en 2005 ; 100.83 cas/100000 habitants en 2006 ; 111.36 cas/100000 habitants en 2007 et 110.20 cas/100000 habitants en 2008.
- La tranche d'âge la plus touchée par cette maladie se situe entre 15 et 34 ans avec une nette prédominance masculine.
- Le milieu urbain est le plus affecté et 68% des cas se localisent dans les quartiers défavorisés.
- La tuberculose pulmonaire prédomine avec un taux de 56.6% et atteint surtout les hommes.
- La forme pulmonaire à microscopie positive (TPM+) représente la majorité avec un taux de 90%, alors que les formes à microscopie négative représentent un taux de 31%.
- La tuberculose extra-pulmonaire occupe un taux de 43.5% et touche les hommes et les femmes de façon presque égale.
- Les sièges les plus fréquents sont la tuberculose pleurale, ganglionnaire, péritonéale et osseuse.
- La miliaire et les méningites tuberculeuses ont enregistré respectivement un taux de 0.4% et 0.1%.
- La primo-infection ne représente que 1.3% et intéresse généralement les filles et les garçons âgés entre 0 et 14 ans.

est de 80% en 2005 ; 81% en 2006 ; 94% en

- Le taux d'échec est de 3% en 2005 ; 2% en 2006 et nul en 2007/2008.
- Le taux des perdus de vue est de 7% en 2005 ; nul en 2006 ; 13% en 2007 et 3% en 2008.
- Le taux de létalité est nul en 2005 et en 2007 ; 1% (4 cas) en 2006 et 2% (7 cas) en 2008 ; la couverture vaccinale par le BCG à Larache est de : 84% en 2005 ; 81% en 2006 ; 90% en 2007 et 96 % en 2008.

Abstract

Title: The epidemiological picture of tuberculosis in Larache for four years (2005-2008)

Author: Ghyzlane BAKHAT

Keywords: CDTMR- Epidemiology ñ Traitement - Tuberculosis .

The epidemiological picture of tuberculosis in Larache for four years (2005-2008) showed that:

- The incidence of tuberculosis was 97.69 cases/100000 inhabitants in 2005; 100.83 cases/100000 inhabitants in 2006; 111.36 cases/100000 inhabitants in 2007 and 110.20 cases/100000 inhabitants in 2008.
- The age group most affected by this disease is between 15 and 34 years with a male predominance.
- The urban environment is most affected and 68% of cases are located in disadvantaged neighborhoods.
- Pulmonary tuberculosis prevalent with a rate of 56.6% to mainly men.
- The pulmonary smear positive (TPM+) represent the majority with a rate of 90%, while smear negative forms represent a rate of 31%.
- The extra-pulmonary tuberculosis has a rate of 43.5% and affects men and women almost equally.
- The most frequent sites are pleural tuberculosis, lymph node, peritoneal and bone.
- The miliary tuberculosis and meningitis were recorded respectively a rate of 0.4% and 0.1%.
- The primary infection is only 1.3% and generally interested in girls and boys aged between 0 and 14 years.
- The treatment success rate is 80% in 2005 , 81% in 2006 , 94% in 2007 and 86% in 2008.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

% in 2006 and zero in 2007/2008.

2005 , zero in 2006, 13% in 2007 and 3% in

2008.

-The fatality rate is zero in 2005 /2007, 1% (4 cases) in 2006 and 2% (7 cases) in 2008.

-Immunization coverage with BCG in Larache is from 84% in 2005 ; 81% in 2006 ; 90% in 2007 and 96% in 2008.

ملخص

العنوان: الحصيلة الوبائية لداء السلبالعراش بين 2005 و 2008

من طرف الأنسة : غزلان بخات

الكلمات الأساسية: مركز داء السل - علم الأوبئة - العلاج - داء السل.

الحصيلة الوبائية لداء السل في العراش لمدة أربع سنوات (2005-2008) أظهرت أن :

- الإصابة بمرض السل تمثل 97.69 حالة / 100000 نسمة في عام 2005؛ 100.83 حالة / 100000 نسمة في عام 2006؛ 111.36 حالة / 100000 نسمة في عام 2007 و 110.20 حالة / 100000 نسمة في عام 2008.

- الفئة العمرية الأكثر تضررا من هذا المرض تتراوح ما بين 15 و 34 سنة في معظمهم من الرجال .
- البيئة الحضرية هي الأكثر تضررا ، و 68 ٪ من الحالات تقع في الأحياء المحرومة.

- حالات السل الرئوي سائدة وذلك بنسبة 56.6 ٪ في معظمهم من الرجال.

- اللطخة الرئوية الموجبة (+) تمثل الغالبية وذلك بنسبة 90 ٪ ، في حين أن اللطخة السلبية تمثل نسبة قدرها 31 ٪.

- السل خارج الرئة يمثل نسبة 43.5 ٪ ويصيب الرجال والنساء بشكل متساو تقريبا.

- المواقع الأكثر شيوعا هي السل الجنبى ، العقدة الليمفاوية ، البريتوني والعظام.

- سجل السل الدخني نسبة 0.4 ٪ والتهاب السحايا سجل نسبة 0.1 ٪ .

- الإصابة الأولية بالسل لا تمثل سوى نسبة 1.3 ٪ ، وعموما تصيب الفتيات والفتيان الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 14 سنة.

- معدل نجاح العلاج هو 80 ٪ في عام 2005 ، 81 ٪ في عام 2006 ، 94 ٪ في عام 2007 و 86 ٪ في عام 2008.

- نسبة الفشل هي 3 ٪ في عام 2005 ، 2 ٪ في عام 2006 وصفر في عام 2007 / 2008 .

- معدل المرضى الذين فقدوا هو بنسبة 7 ٪ في عام 2005 ، صفر في عام 2006 ، 13 ٪ في عام 2007 و 3 ٪ في عام 2008.

- معدل الوفيات هو صفر في عام 2005 و 2007 ، 1 ٪ (4 حالات) في عام 2006 و 2 ٪ (7 حالات) في عام 2008.

-التلقيح ضد داء السل يمثل نسبة 84 ٪ في عام 2005 ، 81 ٪ في عام 2006 ، 90 ٪ في عام 2006 و 96 ٪ في عام 2008



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

X. ANNEXES

Définition des termes

-Typhobacillose de Landouzy :

Elle simule le tableau d'une fièvre typhoïde avec une fièvre progressive en plateau, des sueurs abondantes à prédominance nocturne et tachycardie.

-Kératoconjonctivite phlycténulaire :

Rougeur conjonctivale, en plusieurs points, avec des petites phlyctènes de la tête d'épingle.

-Erythème noueux

Nodosités de 1 à 4 centimètres de diamètre enchâssées dans l'hypoderme, saillantes sous la peau et douloureuses.

Résultats du traitement antibacillaire

-Guéris* : Un patient est considéré guéri lorsque le traitement est achevé et deux contrôles bactériologiques sont négatifs (le premier à la fin du quatrième mois et le second à la fin de la cure).

-Traitement achevé *: Il s'agit de l'arrêt de traitement par le médecin traitant après une cure suffisante sans contrôle bactériologique ou avec un contrôle bactériologique négatif à la fin du quatrième mois ou plus.

-Succès thérapeutique* : Guérison+ traitement achevé.

-Perdus de vue* : Ce sont les malades qui ont interrompus leur traitement et qui n'ont plus été revus par les services de santé au terme de la période normale de leur traitement

-Echec* : Patient dont l'examen bactériologique des expectorations reste positif tout au long du traitement jusqu'au cinquième, sixième mois ou redevient positif aux mêmes échéances après une négativation transitoire.

-Transfert out* : Malade quittant sa formation de santé d'origine, où il est déclaré comme un nouveau cas, vers une autre formation pour la poursuite de la prise en charge.

-Décès* : Patient décédé pendant le traitement, quelque soit la cause du décès.

-Rechute* : Il s'agit d'un cas de tuberculose antérieurement traité et déclaré (guéri) ou traitement (achevé), après une durée suffisante de traitement, et qui présente de nouveau une tuberculose active.

échec ou de rechute de tuberculose pulmonaire,
dont l'examen microscopique des expectorations reste positif après un régime de
retraitement complet et entièrement supervisé.

-Cas multirésistant : Il s'agit d'une tuberculose dont les tests de
pharmaco-sensibilité révèlent une résistance aux deux antibacillaires majeurs
(Rifampicine et Isoniazide).

Protocole Thérapeutique MAROC

Catégorie de traitement	Cas de tuberculose	Schéma thérapeutique	
		Phase initiale	Phase d'entretien
1	TPM+	2SRHEZ	4RH
	Formes graves	2SRHZ	7RH
2	Rechutes échecs	2SRHZE/ 1RHZE	5RHE
3	TPM0 TPM0c+ TEP	2RHZ	4RH
4	Cas chroniques multi résistants	Association des antibacillaires dans des centres spécialisés.	

Les catégories 2, 3 et 4 n'ont pas subi de modification dans la dernière révision du protocole thérapeutique en 2009.

que la catégorie 1 associait :

- Les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive.
- Les formes graves*.

* :Miliaire tuberculeuse.
Méningite tuberculeuse.
Mal de pott avec atteinte neurologique.
Tuberculose intestinale et rénale.
Pneumonie caséuse et le type broncho-pneumonique.

Le régime thérapeutique de cette catégorie était le suivant :

- Phase initiale :

Association de (Streptomycine, Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide) ; 6 jours sur 7 pendant deux mois.

- Phase de continuation :

Association de deux antibacillaires (Rifampicine et Isoniazide) ; 6 jours sur 7 pendant :

Quatre mois pour les tuberculoses pulmonaires à microscopie positive (TPM+), sept mois, au maximum, pour les formes graves.



acillaires(Maroc)(2)(3) :

Rifampicine-Rifadine^R

- Gélules 150-300 mg.
- Sirop 100mg/5ml.

Isoniazide-Rimifon^R

- Comprimés 50-150mg

Pyrazinamide-PZA^R

- Comprimés à 500 mg.

Streptomycine-Streptomycine^R

- Ampoules injectables à 1 g.

Ethambutol-Myambutol^R

- Comprimés à 100, 250 et 500 mg.

POSOLOGIES :

- | | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| -Rifampicine | 10 mg/Kg/jr sans dépasser 600 mg/jr. |
| -Isoniazide | 5 mg/Kg/jr sans dépasser 300 mg/jr. |
| -Pyrazinamide | 30-40 mg/Kg/jr sans dépasser 2g/jr. |
| -Streptomycine | 15-20 mg/Kg/jr sans dépasser 1 g/jr. |
| -Ethambutol | 20-25 mg/kg/j sans dépasser 1.5 g/j |

CIRCULAIRES
SANTÉ PUBLIQUE
Mai 2009 /MAROC
SOUS LA DIRECTIVE DE
L'OMS

ministère de la santé

DIRECTION DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET
DE LUTTE CONTRE LES MALADIES



المملكة المغربية
وزارة الصحة
مديرية علم الأوبئة
ومحاربة الأمراض

04 MAI 2009

Ministère de la Santé Publique
Délegation Provinciale du Larache
ARRIVÉE 12 MAI 2009
DATE 24/3
N. Réf. 18-00791

Monsieur le Directeur Régional
Madame / Monsieur le Délégué
du Ministère de la Santé à la
Wilaya, Province / Préfecture de

DELM/32

Objet : Mise en place des médicaments antituberculeux associés à proportions fixes
(Cette note remplace celle portant référence N°00674/DELM/32. du 16 avril 2009)

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que le Programme National de Lutte Antituberculeuse et, conformément aux directives de l'Organisation Mondiale de la Santé est entrain d'introduire les antituberculeux associés à proportions fixes (formes adultes et pédiatriques) dans le traitement des patients tuberculeux. Ces médicaments seront utilisés conformément aux posologies indiquées dans les tableaux suivants :

Forme adulte :
*** Phase initiale**

Poids en Kg	Catégorie I	Catégorie II		Catégorie III
	2RHZE (R150+H75+Z400+E275)mg	2SRHZE/1RHEZ (SMY) + (R150+H75+Z400+E275)mg		2RHZ (R150+H75+Z400)mg
30 - 37	2cp	0,50 g	2 cp	2 cp
38 - 54	3cp	0,75 à 1 g	3 cp	3 cp
55 - 70 et plus	4cp	1g	4 cp	4 cp

***Phase d'entretien :** sera gérée comme d'habitude en utilisant RH 300mg ou RH 150mg aux posologies indiquées dans le guide du PNLAT.

Forme pédiatrique

Poids en Kg	Phase initiale 2RHZ (60+30+150) mg	Phase d'entretien 4RH (60+30) mg
Inférieur à 7	1 cp	1 cp
8 - 9	1,5 cp	1,5 cp
10 - 14	2 cp	2 cp
15 - 19	3 cp	3 cp
20 - 24	4 cp	4 cp
25 - 29	5 cp	5 cp

LAT



Le Directeur de l'Epidémiologie
et de Lutte contre les Maladies

Dr. Mustapha MAHFOUDI

71, Avenue Ibn Sina Agdal - Rabat - Tél. : 037 67 12 71 - Fax : 037 67 12 98

Dr. S. H. A. H.
- C. A. H.
- C. S. T. M. K.
- Antituberculeux
- Traitement

DIRECTION DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE
DE LUTTE CONTRE LES MALADIES

Monsieur le Directeur Régional
Madame / Monsieur le Délégué
du Ministère de la Santé à la
Wilaya, province / préfecture de

20 MAI 2009

N. Réf : 00920

DELM/32

DATE 25 MAI 2009
N° 2568

Objet : Révision du protocole thérapeutique.

J'ai l'honneur de vous informer que suite aux recommandations de la revue du
PNLAT menée conjointement avec l'OMS et le Ministère de la Santé, le Service des
Maladies Respiratoires a procédé à la révision du protocole thérapeutique de la
catégorie I de la tuberculose conformément aux directives de l'OMS.

Ainsi, tous les cas de TPM+ et les formes graves de tuberculose seront traités
pendant une durée totale de 6 mois en remplaçant la streptomycine par l'Ethambutol
au cours de la phase initiale. Notez bien que la streptomycine sera toujours utilisée
dans le traitement de la méningite tuberculeuse au cours de la phase initiale et
la phase de continuation serait de 7 mois pour totaliser 9 mois de traitement.

Les autres catégories garderont les mêmes protocoles et ce conformément au
tableau ci dessous.

**N.B : La supervision directe du traitement (DOT) sera maintenue et renforcée
pour tous les cas de tuberculose.**

Catégorie I		Catégorie II	Catégorie III
TPM+	2RHEZ/4RH	2SRHEZ/1RHEZ/5RHE	2RHZ/4RH
Formes graves	2RHEZ/4RH		
Méningite tuberculeuse	2SRHZ/7RH		

- SEHA
→ EDH
→ LAT



Le Directeur de l'épidémiologie
et de Lutte Contre les Maladies
Dr Abderrahmane HAMMAMOUH

XI. BIBLIOGRAPHIE

ntituberculeux à Témara durant deux
e de médecine, Rabat, n° :164, 2004.

2-Kanafi H. Evaluation du nouveau programme de LAT à
Mohammadia Zennata 1992-1993, thèse de médecine, Rabat ,n° 201,
1995.

3-Zeghli H. Evaluation du nouveau programme de LAT à
la province de Berkane entre 1995 et 1996, thèse de médecine,
Rabat, 1995.

4-Makhlouf B. Le traitement actuel de la tuberculose, thèse de
médecine, Rabat, n° :190, 2000 .

5-Bréhima Y. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et
thérapeutiques de la tuberculose pulmonaire à bacilloscopie négative à
l'hôpital point G, thèse de médecine, Mali, n° :-,2005.

6-Lekhlit K. Evaluation du nouveau programme de LAT à Salé entre
1991 et 1992, thèse de médecine, Rabat n° :168, 2004.

7- Bera C. Nouveau programme de LAT durant les années1990 et
1992 à Ouazzane, thèse de médecine, Rabat, n° :199,1994.

8-Fondation Mérieux, OMS. La tuberculose fait des ravages en
Afrique www.courrier international.com.

9-Cherkaoui A. La tuberculose au Maroc et les risques de
Transmission dans les milieux de transport, journal La vie Eco
(9/11/2009).

10-Badrane M. Un manque de sensibilisation qui tue, journal le Matin
[23/3/2008].

12-Article anonyme. La tuberculose en prison, révélateur des carences du milieu carcéral, 26/2/2009.

13-Kamal B. Le rançon de la misère, journal Maroc hebdo, 24/4/1998.

14- Nadia A, Donald E. Manuel de tuberculose pour les étudiants de médecine 1999, p : 14-100.

15-Fettahi A. Evaluation des mesures de prévention contre la tuberculose chez le personnel en milieu carcéral, mémoire pour l'obtention du diplôme de capacité de médecine et santé de travail, 2005.

16-Varaine F, Henkes M, Grouzard V. Tuberculose, guide pratique à l'usage des médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire et auxiliaires de santé, 2008.

17-Bulletin épidémiologique hebdomadaire France 24/3/2009
n°12-13.

18-Ministère de santé publique. Service des études et de l'information sanitaire, santé en chiffres 2007.

19-Fabrice C. Histoire de la tuberculose jusqu'à nos jours. Ligue médico-sociale, 2008.

20-Centre de lutte antituberculeuse Paris. Epidémiologie et prise en charge de la tuberculose à Paris/ 2008.

21-Article inconnu. La Tunisie contrôle bien la tuberculose, journal Dépêche, 2008.

anté en France. Organisation de la lutte
généralités sur la tuberculose.

23-Article inconnu. La tuberculose en hausse de 5% en France, 2009,
www.invs.santé.Fr

24-Recommandations relatives à la LAT chez les migrants en France,
[www. Tuberculose et migrants.Fr](http://www.Tuberculose et migrants.Fr)

25-Ministère de santé publique, division de l'épidémiologie et de
lutte contre les maladies, circulaire 12/5 /2009, mise en place des
médicaments antituberculeux associés à des proportions fixes.

26-Ministère de santé publique, division de l'épidémiologie et de lutte
contre les maladies (DELM), circulaire 20/5 /2009.

27-OMS/Europe. Situation épidémiologique de la tuberculose en
Europe, [www. Euro .who-int.htm](http://www.Euro.who-int.htm)

28-OMS. Rapport mondial 2009 pour la tuberculose.
www.Tuberculose 2009.com

29- OMS. Epidémiologie de la tuberculose.[www.who-int. Htm](http://www.who-int.Htm)

30-OMS. Stratégie Halte à la tuberculose.www.HalteTuberculose.com

31-SIAAP : Monographie de la province de Larache et taux de
vaccination BCG entre 2005-2008.



Serment

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne



قسم ابقر اط

بسم الله الرحمان الرحيم أقسم بالله العظيم

- في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:
- بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
 - وأن أمارس مهنتي بأوازع من ضميري وثقافتهم في إعلاء صراحة مريضتي هادفي الأول.
 - وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
 - وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
 - وأن أقاوم لأواجبي نذرو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
 - وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - وأن لا أسعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
 - بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.
- والله على ما أقول شهيد.

أطروحة رقم: 86

سنة : 2010

الحصيلة الوبائية لداء السل بالعرائش بين 2005 و 2008

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

الآنسة : غزلان بخات

المزادة في 17 أبريل 1983 بطنجة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: مركز داء السل – علم الأوبئة – العلاج – داء السل.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: ميمون زهدي

أستاذ في علم الأحياء الدقيقة

مشرفة

السيدة: سكيبة الحمزاوي

أستاذة في علم الأحياء الدقيقة

السيد: القاسمي هاشمي

أستاذ مبرز في علم الأحياء الدقيقة

السيد: إسماعيل عبد الرحمان غربي

أستاذ مبرز في أمراض الصدر والسل

أعضاء

}