

# BELGISCHE SENAAAT

---

ZITTING 2008-2009

---

19 JANUARI 2009

---

## Voorstel van resolutie om de strijd tegen tuberculose op te voeren

(Ingediend door de heer François Roelants du Vivier c.s.)

---

### TOELICHTING

---

Tuberculose is in de tweede helft van de 20e eeuw in de geïndustrialiseerde landen zo zeldzaam geworden (dankzij vaccinatie, behandeling en betere hygiëne), dat de regeringen het niet langer als een bedreiging beschouwden en de bestrijdingsprogramma's voor die ziekte afbouwden.

In de jaren '80 heeft de ziekte evenwel de kop weer opgestoken, vooral in Zuidoost-Azië en in Afrika bezuiden de Sahara.

Dat is vooral te wijten aan de aids-epidemie: in 2006 kregen bijna 750 000 mensen met HIV/aids tuberculose en bijna 250 000 zijn eraan overleden. Vijftig procent van de dragers van het aidsvirus krijgt tuberculose. Het is één van de belangrijkste doodsoorzaken voor die zieken. Seropositieve patiënten lopen tienmaal meer gevaar om actieve tuberculose te krijgen. Daarbij komt nog dat de levensomstandigheden voor een deel van de bevolking verslechteren en dat de immigratie uit landen die nog steeds zwaar getroffen zijn, toeneemt.

Eigenlijk heeft men tuberculose in de ontwikkelingslanden nooit volledig onder controle gekregen.

Tuberculose is een bacteriële ziekte die veroorzaakt wordt door de Koch-bacil (*Mycobacterium tuberculosis*). In haar meest voorkomende vorm verspreidt de bacil zich in de longen: in dat geval gaat het om longtuberculose. Tuberculose is een zeer besmettelijke ziekte. Telkens een zieke hoest, spuwt of niest, stoot hij duizenden minuscule druppeltjes uit, die de ziekteverwekkende bacterie kunnen bevatten. Die fijne deeltjes kunnen gedurende verscheidene uren in

# SÉNAT DE BELGIQUE

---

SESSION DE 2008-2009

---

19 JANVIER 2009

---

## Proposition de résolution visant à intensifier la lutte contre la tuberculose

(Déposée par M. François Roelants du Vivier et consorts)

---

### DÉVELOPPEMENTS

---

Dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, la tuberculose devint si rare dans les pays industrialisés (grâce à la vaccination, aux traitements et à l'amélioration de l'hygiène) que les gouvernements cessèrent de la considérer comme une menace et réduisirent les programmes de lutte contre cette maladie.

Mais, dans les années 80, la maladie est réapparue, particulièrement dans le Sud-Est asiatique et l'Afrique subsaharienne.

Cette résurgence est due principalement à l'épidémie de sida: près de 750 000 personnes atteintes de VIH/sida ont contracté la tuberculose en 2006, et près de 250 000 en sont mortes. 50 % des porteurs du virus du sida développent la tuberculose qui est l'une des principales causes de mortalité chez ces malades; les patients séropositifs courent dix fois plus de risques de développer une tuberculose active. S'y ajoutent les conditions de vie qui se détériorent pour une partie de la population et l'immigration accrue en provenance de pays toujours gravement touchés.

En réalité, dans les pays en voie de développement, la tuberculose n'a jamais été totalement maîtrisée.

Pour rappel, la tuberculose est une maladie bactérienne due au bacille de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*). Dans sa forme la plus commune, le bacille envahit les poumons: il s'agit dans ce cas de la tuberculose pulmonaire. La tuberculose est une maladie très contagieuse. À chaque fois qu'une personne malade tousse, crache ou éternue, elle expulse des milliers de minuscules gouttelettes qui peuvent contenir la bactérie responsable. Ces fines particules

de lucht blijven zweven en andere mensen besmetten. Alleen mensen met longtuberculose kunnen anderen besmetten. Mensen met actieve tuberculose die niet behandeld worden, dreigen jaarlijks gemiddeld tien à vijftien mensen te besmetten.

De belangrijkste symptomen zijn een aanhoudende hoest, fluïmen, gewichtsverlies en koorts. De Koch-bacil kan zich ook op andere organen vastzetten; in dat geval spreekt men van extrapulmonaire tuberculose, zoals beendertuberculose of abdominale tuberculose.

Indien behandeling uitblijft, sterft ongeveer de helft van de zieken na twee tot vijf jaar.

Om de diagnose van tuberculose te stellen, is de meest gebruikte methode het onderzoeken van het sputum van patiënten onder de microscoop. Met die test, die in 1882 ontwikkeld werd, kan echter slechts de helft van de zieken geïdentificeerd worden. Bepaalde vormen van longtuberculose en de extrapulmonaire vormen kan hij niet opsporen. Hij is vooral ontoereikend voor patiënten die zowel met het aids-virus als met tuberculose besmet zijn. Voor de resistente vormen van de ziekte is de diagnose nog complexer, aangezien ze zeer technisch laboratorium-onderzoek (antibiogram) vergt, om te bepalen welke geneesmiddelen (antibiotica) nog kunnen worden gebruikt om de zieken te verzorgen.

De beschikbare diagnosemethoden zijn dus in het algemeen niet betrouwbaar genoeg, of veel te complex om op grote schaal te worden ingezet in landen met beperkte middelen, waar 95 % van de zieken leven. Jammer genoeg is er op dit vlak in de eerstvolgende jaren geen enkele nuttige innovatie op komst.

De meest verspreide test, die meer dan een eeuw geleden werd ontdekt en die op het onderzoek van de fluïmen gebaseerd is, is niet nauwkeurig genoeg, vooral niet voor patiënten die zowel met tuberculose als met aids besmet zijn. Teveel verpleegkundigen sturen patiënten met een negatieve test nog terug naar huis, terwijl de klinische symptomen wel degelijk aanwezig zijn.

Eén van de belangrijkste doorbraken van de jongste jaren was het ontwikkelen van een test met snelkweek, en het toepassen van die techniek in de eerste lijn van de test, in de vorm van een algoritme: hierdoor werd de nauwkeurigheid van de screening verdubbeld. Het valt te betreuen dat de kweektechniek bij de meeste acties in Afrika nog lang niet verspreid is.

Men moet de mogelijkheden voor snelkweek in rudimentaire laboratoria blijven ontwikkelen, zodat heel wat gevallen waarin geen sporen van de bacil

peuvent rester en suspension dans l'air pendant plusieurs heures et infecter d'autres personnes. Seules les personnes atteintes de tuberculose pulmonaire peuvent transmettre l'infection. Les personnes atteintes d'une tuberculose active qui ne reçoivent aucun traitement risquent d'infecter en moyenne dix à quinze personnes chaque année.

Les principaux symptômes sont une toux persistante, des expectorations, une perte de poids et de la fièvre. Le bacille de Koch peut également se fixer sur d'autres organes; on parle alors de tuberculose extrapulmonaire, comme la tuberculose osseuse ou abdominale.

En l'absence de traitement, la moitié des malades environ meure au bout de deux à cinq ans.

Pour diagnostiquer la tuberculose, la méthode la plus utilisée est l'examen au microscope des crachats des patients. Mais ce test, mis au point en 1882, ne permet d'identifier que la moitié des malades. Il ne détecte pas certaines formes pulmonaires de la tuberculose, ni les formes extra-pulmonaires. Il est particulièrement peu sensible pour les patients co-infectés par le virus du sida et la tuberculose. Pour les formes résistantes de la maladie, le diagnostic est encore plus complexe, puisqu'il nécessite des examens de laboratoire très techniques (antibiogramme) pour déterminer quels médicaments (antibiotiques) peuvent encore être utilisés pour soigner les malades.

Ainsi, d'une manière générale, les méthodes diagnostiques disponibles ne sont pas assez fiables, ou bien trop complexes à mettre en œuvre à grande échelle dans des pays aux ressources limitées, là où vivent 95 % des malades. Malheureusement, aucune innovation adaptée aux besoins n'est prévue avant plusieurs années.

Le test le plus répandu, découvert il y a plus d'un siècle, basé sur l'analyse des expectorations, n'est pas assez précis et ceci est d'autant plus vrai pour les patients co-infectés par la tuberculose et le sida. Encore trop de personnels infirmiers renvoient chez eux des patients dont le test est négatif, alors que les symptômes cliniques sont présents.

L'un des progrès majeurs ces dernières années a été la mise au point d'un test de mise en culture rapide, et l'introduction de cette technique dans la première ligne du test en algorithme: ceci a permis de multiplier par deux la fiabilité de la détection. La technique de la mise en culture est malheureusement loin d'être répandue dans la plupart des contextes d'intervention en Afrique.

Il faut continuer à développer les possibilités de mise en culture rapide dans des laboratoires peu équipés, ce qui permettra de sauver de nombreux cas

aanwezig zijn, waarvan anders de diagnose te laat of helemaal niet zou worden gesteld, kunnen worden gered.

Wereldwijd leven meer dan 80 % van de zieken in arme landen, hoofdzakelijk in tweeëntwintig landen. Er zijn haarden vastgesteld, hoofdzakelijk in Rusland waar vooral gevangenen getroffen worden, in de Baltische staten, maar ook in de staat Delhi (India) en in de Dominicaanse Republiek (Grote Antillen). In totaal lijden ongeveer 16 miljoen mensen aan de ziekte (actieve tuberculose). Ze doodt ongeveer 4 000 mensen per dag. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie zullen van nu tot 2020, 200 miljoen mensen de ziekte krijgen en zullen er 35 miljoen aan sterven indien de toestand niet verbetert.

Sinds de jaren '90 beveelt de Wereldgezondheidsorganisatie een strategie aan die in de jaren '80 in Tanzania werd ontwikkeld en die gekend is onder de naam DOTS (*Directly Observed Treatment Short course*). DOTS is een goedkoop en heel efficiënt middel om patiënten die reeds met tuberculose besmet zijn te behandelen en tegelijk nieuwe besmettingen en de ontwikkeling van resistentie tegen geneesmiddelen te voorkomen. Tussen 1995 en 2004 werden ongeveer 22 miljoen zieken met de DOTS-strategie behandeld.

Die strategie doet een beroep op de gezondheidswerkers om de patiënten te ondersteunen en erop toe te zien dat ze hun behandeling volgen tot de volledige genezing, wat van groot belang is om te voorkomen dat de resistente stammen snel toenemen. Dit programma voor de behandeling van tuberculose steunt dus hoofdzakelijk op de verpleging, die een sleutelrol speelt in landelijke gebieden waar weinig artsen zijn.

De prijs van de behandeling schommelt tussen 10 en 40 euro en ze duurt zes tot acht maanden.

De toegankelijkheid van die strategie is van essentieel belang, vooral in Afrika, want men hoopt enerzijds de tuberculosegevallen te genezen en anderzijds de gezondheidsinfrastructuur te organiseren met het oog op de distributie van de antivirale geneesmiddelen die noodzakelijk zijn voor de behandeling van aids. Met de DOTS-strategie ligt de kans op genezing twee- tot driemaal hoger dan voor zieken die er geen gebruik van kunnen maken en de gevallen van resistentie tegen geneesmiddelen zijn driemaal minder talrijk.

De toepassing van de DOTS-methode, gekoppeld aan de resultaten van het fluïmonderzoek, maakt het mogelijk de epidemie in landen waar de aidsprevalentie laag is onder controle te houden, maar de cijfers tonen aan dat het tegendeel geldt in gebieden met een sterke prevalentie.

aux traces de bacille non présentes, qui auraient été diagnostiqués trop tard ou pas du tout.

À l'échelle mondiale plus de 80 % des malades vivent dans les pays pauvres et principalement dans vingt-deux pays. Des foyers ont été identifiés, principalement en Russie où les prisonniers sont particulièrement touchés, dans les pays Baltes mais aussi dans l'État de Delhi (Inde) et en République Dominicaine (Grandes Antilles). Au total, environ 16 millions de personnes souffrent de la maladie (tuberculose active). Cette maladie tue encore 4 000 personnes par jour. D'après l'OMS, d'ici 2020, 200 millions de personnes développeront la maladie et 35 millions en mourront si aucune amélioration n'est apportée.

Une stratégie, connue sous le nom de DOTS (*Directly Observed Therapy, Short-course treatment* ou Traitement de courte durée sous surveillance directe), mise au point en Tanzanie dans les années 80, est recommandée depuis le début des années 90 par l'OMS. DOTS est un moyen peu onéreux et extrêmement efficace de traiter les patients déjà infectés à la tuberculose et d'éviter à la fois de nouvelles infections et le développement d'une résistance aux médicaments. Entre 1995 et 2004, environ 22 millions de malades ont été traités par la stratégie DOTS.

Cette stratégie fait appel au personnel de santé pour soutenir les patients et veiller à ce qu'ils prennent leur traitement jusqu'à la guérison complète, élément clé pour éviter de voir se multiplier des souches résistantes. Ce programme de traitement de la tuberculose repose donc essentiellement sur les soins infirmiers, qui ont un rôle clé dans les zones rurales où il y a peu de médecins.

Le prix du traitement varie entre 10 et 40 euros et sa durée est de six à huit mois.

L'accessibilité de cette stratégie est essentielle, particulièrement en Afrique, car on espère d'une part guérir les cas de tuberculose et, d'autre part, organiser les infrastructures de santé en vue de la distribution des médicaments antiviraux nécessaires pour le traitement du sida. Les taux de guérison, avec la stratégie DOTS, sont deux à trois fois plus élevés que pour les malades qui n'y ont pas accès et les pharmaco-résistances sont trois fois moins nombreuses.

L'application de la méthode DOTS, en l'associant aux résultats de l'analyse d'expectoration, permet de contenir l'épidémie dans les pays où la prévalence du sida est faible, mais les chiffres montrent que c'est tout le contraire dans les contextes à forte prévalence.

Bij multiresistentie zijn de klassieke behandelingen inefficiënt. In dat geval moet men terugvallen op zogenaamde tweedelijnsbehandelingen, die veel duurder zijn (ongeveer 8 000 euro per behandeling), zodat de prijs ervan voor veel landen onbetaalbaar wordt. De Wereldgezondheidsorganisatie schat het aantal nieuwe gevallen van multiresistente tuberculose wereldwijd op 500 000 per jaar. Tot enkele jaren geleden dacht men dat die vorm van tuberculose tot de vroegere Sovjetunie beperkt bleef.

Bovendien is het vaccin dat momenteel beschikbaar is, de BCG (bacil van Calmette-Guérin, een levende stam die verzwakt is met *Mycobacterium bovis*) niet efficiënt genoeg. De middelen die worden gebruikt bij de diagnose, de behandeling en de preventie van tuberculose werden ontwikkeld tussen het begin van de 20e eeuw en de jaren zestig en zijn algemeen verouderd. Met de BCG kan men ernstige vormen van de ziekte bij jonge kinderen voorkomen (80 % efficiëntie), maar volwassenen beschermt ze voor slechts 50 %.

Het ontstaan van tuberculose met antibioticaresistentie, vooral op plaatsen waar vele tuberculosepatiënten ook met het HIV besmet zijn, vormt een ernstige bedreiging voor de controle over tuberculose en bevestigt nogmaals dat de inspanningen voor preventie en behandeling moeten worden opgevoerd.

\*  
\* \*

Dans le cas des multirésistances, les traitements classiques sont inefficaces. Il faut alors utiliser des traitements dits de deuxième ligne, beaucoup plus chers (environ 8 000 euros le traitement), prix qui les rend inaccessibles à de nombreux pays. Concernant la tuberculose multirésistante, l'OMS estime à 500 000 le nombre de nouveaux cas chaque année dans le monde. Il y a quelques années, on pensait que cette forme de tuberculose était limitée aux pays de l'ex-Union Soviétique.

En outre, le vaccin actuellement disponible, le BCG (bacille de Calmette et Guérin, une souche vivante atténuée de *Mycobacterium bovis*) n'est pas assez efficace. Globalement, les outils mis en œuvre pour le diagnostic, le traitement et la prévention de la tuberculose sont obsolètes, développés entre le début du XXe siècle et les années soixante. Le BCG permet de prévenir les formes graves de la maladie chez les jeunes enfants (80 % d'efficacité) mais ne protège l'adulte qu'à 50 %.

L'émergence de la tuberculose résistant aux antibiotiques, particulièrement dans les endroits où de nombreux patients tuberculeux sont aussi infectés par le VIH, représente une grave menace pour le contrôle de la tuberculose et confirme la nécessité de renforcer les efforts de prévention et de traitement.

François ROELANTS du VIVIER.  
Margriet HERMANS.  
Olga ZRIHEN.  
Marleen TEMMERMAN.  
Jean-Paul PROCUREUR.  
Josy DUBIÉ.  
Jacques BROTCHI.

\*  
\* \*

## VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Senaat,

Vraagt de regering :

1. haar beleid inzake tuberculosebestrijding aan te passen aan de Millenniumdoelstellingen voor Ontwikkeling (MDO) van de Verenigde Naties, die streefcijfers bevatten om tegen 2015 de tuberculoseprevalentie onder het peil van de jaren 1990 te brengen en de sterftecijfers te verminderen;

2. de ontwikkeling te ondersteunen van nieuwe behandelingen, die korter en dus gemakkelijker in acht te nemen zijn, van diagnosemiddelen alsook van volksgezondheidsstrategieën, om de tuberculose efficiënter te bestrijden;

3. de toegang tot de DOTS-strategie te verbeteren, zodat resistentie tegen geneesmiddelen voorkomen wordt en op lange termijn de omvang van de ziekte afneemt;

4. de investeringen van zowel de overheid als de privésector in onderzoek tegen tuberculose te ondersteunen en aldus de nodige verbintenissen na te komen om het onderzoek tegen tuberculose in het raam van het « *Global Plan to stop TB 2006-2015* » te ondersteunen;

5. de opleiding te ondersteunen van gezondheidswerkers die bij de bestrijding van tuberculose betrokken zijn;

6. de oprichting te ondersteunen van gecentraliseerde tuberculose- en aidsdiensten in de perifere ziekenhuizen, alsook de specifieke opleiding van de verpleegkundigen om beide ziekten te kunnen behandelen, zodat de behandeling meer synchroon verloopt, er beter wordt gereageerd op incompatibiliteit van geneesmiddelen en op bijwerkingen en er algemeen wordt gezorgd voor een betere follow-up;

7. onze diplomatieke inspanningen te coördineren om de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) te doen inzien dat ze zich moet voorzien van nieuwe middelen ter bestrijding van tuberculose en dat er meer onderzoek moet worden gedaan; de nieuwe initiatieven van de WHO te ondersteunen waardoor zieken in ontwikkelingslanden die getroffen worden door multiresistente tuberculose (MR-tuberculose) in twee dagen een diagnose kunnen krijgen, alsook een aangepaste behandeling;

8. de inspanningen van de *Global Drug Facility* te ondersteunen voor de bevoorrading met geneesmiddelen om MR-tuberculose te behandelen in vierenvijftig landen, die de nieuwe diagnosetesten zullen ontvangen;

## PROPOSITION DE RÉOLUTION

Le Sénat,

Demande au gouvernement :

1. d'inscrire sa politique de lutte contre la tuberculose dans les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations unies qui comprennent des cibles pour réduire la prévalence de la tuberculose des années 1990 et des taux de décès d'ici 2015;

2. de soutenir le développement de nouveaux traitements de plus courte durée et donc plus faciles à respecter, d'outils de diagnostic ainsi que de stratégies de santé publique afin de lutter avec plus d'efficacité contre la tuberculose;

3. de développer l'accès à la stratégie DOTS, permettant de prévenir les résistances aux médicaments et, à long terme, de réduire l'importance de la maladie;

4. de soutenir les investissements en matière de recherche contre la tuberculose, tant publics que privés, répondant aux engagements nécessaires pour soutenir la recherche contre la tuberculose selon le « *Plan Global Halte à la Tuberculose 2006-2015* »;

5. de soutenir la formation de personnels de soin de santé impliqués dans la lutte contre la tuberculose;

6. de soutenir la création de services de tuberculose et de sida regroupés dans les cliniques périphériques, ainsi que la formation spécifique du personnel infirmier afin de pouvoir traiter les deux maladies, permettant ainsi une meilleure synchronisation des traitements, une meilleure réactivité par rapport aux incompatibilités de médicaments et effets secondaires et de manière générale un meilleur suivi;

7. de coordonner nos efforts diplomatiques pour que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaisse la nécessité de se doter de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose et de mener plus de recherches; de soutenir les nouvelles initiatives de l'OMS qui permettront aux malades atteints de tuberculose multirésistante (tuberculose MR) dans les pays en développement d'obtenir un diagnostic en deux jours, ainsi qu'un traitement approprié;

8. de soutenir les efforts du Service pharmaceutique mondial au niveau de l'approvisionnement en médicaments nécessaires pour traiter la tuberculose MR dans cinquante-quatre pays, notamment ceux qui recevront les nouveaux tests diagnostiques;

9. tegen 2010 de prijsdalingen tot 20 % te ondersteunen voor de behandelingen van de multiresistente vormen van tuberculose;

10. de bestaande samenwerking te versterken met het laboratorium van het Instituut voor tropische geneeskunde te Antwerpen;

11. de haalbaarheid in het veld te onderzoeken van de moleculaire technieken (PCR);

12. in de aangewezen bestuurslichamen de strijd tegen diensten van slechte kwaliteit, het gebrek aan middelen en slecht voorgeschreven en slecht toegepaste behandelingen te ondersteunen.

10 december 2008.

9. de soutenir d'ici 2010 des réductions de prix allant jusqu'à 20 % pour les traitements destinés aux formes multirésistantes de la tuberculose;

10. de renforcer la collaboration existante avec le laboratoire de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers;

11. d'explorer la faisabilité sur le terrain des techniques moléculaires (PCR);

12. de soutenir dans les enceintes appropriées la lutte contre les services de mauvaise qualité, le manque de moyens et les traitements mal prescrits et mal administrés.

10 décembre 2008.

François ROELANTS du VIVIER.  
Margriet HERMANS.  
Olga ZRIHEN.  
Marleen TEMMERMAN.  
Jean-Paul PROCUREUR.  
Josy DUBIÉ.  
Jacques BROTCHI.