

*Article original***Dépistage de la tuberculose chez les enfants migrants primo-arrivant au CHU de Jean Verdier (Île-de-France)**

Tuberculosis screening in primo-arriving migrant children at Jean Verdier University Hospital (Île-de-France)

M Garba*^{1,2}, R Sani², A Saidou⁴, A Samaila^{1,2}, Y Tohodjédé³, A Soumana^{1,2}, L Pham⁵**Résumé**

Introduction : La tuberculose est un problème majeur de santé publique au niveau mondial et dans les pays à faible niveau de vie. Avec l'augmentation des flux migratoires vers les pays occidentaux, la surveillance épidémiologique dans les pays à faible incidence doit être intensifiée. Les populations migrantes sont plus à risque de développer une tuberculose. L'objectif de notre étude est de déterminer la prévalence de la maladie chez les enfants migrants primo-arrivants et de déterminer des facteurs de risque associés.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique réalisée sur les dossiers des mineurs primo-arrivants sur une période de 12 mois, suivis au CHU Jean VERDIER (93, BONDY) dans le cadre de consultation pédiatrique spécialisée de médecine tropicale et enfants-migrants.

Résultats : Nous avons colligé 108 mineurs migrants dont 79 garçons (73,14%) et 29 filles (26,85%). Parmi eux 19 cas d'infection tuberculeuse (17,59%) avec une prédominance des garçons (82,40%). L'âge moyen des mineurs avec tuberculose était de 15,52±1,2 ans.

La durée moyenne du périple pour tous les migrants était de 151 jours. Elle était de 178,05±45 jours chez les migrants malades de tuberculose. La majorité des migrants était originaire de l'Afrique sub-saharienne (75%) et de l'Afrique du Nord (8%). Sur les 19 cas d'infection tuberculeuse, 4 étaient des tuberculoses pulmonaires maladie. Les principaux facteurs de risque de la tuberculose étaient l'origine subsaharienne, le périple de migration longue, le passage en Libye et les emprisonnements. Sur l'ensemble de la population des migrants, 30,27% avaient une maladie infectieuse en dehors de la tuberculose. La principale pathologie tropicale rencontrée était les parasitoses digestives. La durée moyenne de suivi des migrants tuberculose+ était de 198±26 jours. Environ 85% avaient fini complètement leur traitement antituberculeux et 15,5% sont en cours de traitement.

Conclusion : Les facteurs de risque de tuberculose chez les migrants sont l'origine subsaharienne, le passage en Libye et la durée importante du périple.

Mots-clés : dépistage, tuberculose, enfants migrants, Île-de-France.

Abstract

Introduction: Tuberculosis is a major public health problem worldwide and in low-income countries. With the increase in migratory flows to Western countries, epidemiological surveillance in low-incidence countries needs to be stepped up. Migrant populations are at greater risk of developing tuberculosis. The aim of our study is to investigate the prevalence of the disease in newly-arrived migrant children and to identify associated risk factors.

Methodology: This was a single-centre retrospective study carried out on the files of first-time immigrant minors over a 12-month period, followed up at the Jean VERDIER University Hospital (93, BONDY) as part of a paediatric consultation specialising in tropical medicine and immigrant children.

Results: We collected data on 108 migrant minors, including 79 boys (73.14%) and 29 girls (26.85%). Among them, 19 cases of tuberculosis infection (17.59%), with boys predominating (82.40%). The average age of minors with tuberculosis was 15.52 ± 1.2 years. The average duration of the journey for all migrants was 151 days. It was 178.05 ± 45 days for migrants with tuberculosis. The majority of migrants were from sub-Saharan Africa (75%) and North Africa (8%). Of the 19 cases of tuberculosis infection, 4 were pulmonary tuberculosis. The main risk factors for tuberculosis were sub-Saharan origin, long migratory journeys, passage through Libya and imprisonment. Of the total migrant population, 30.27% had an infectious disease other than tuberculosis. The main tropical pathology encountered was digestive parasitosis. The average follow-up time for tuberculosis+ migrants was 198 ± 26 days. Approximately 85% had completely finished their anti-tuberculosis treatment and 15.5% were currently undergoing treatment. **Conclusion:** The risk factors for tuberculosis in migrants are sub-Saharan origin, passage through Libya and long duration of the journey.

Keywords: screening, tuberculosis, migrant children, Île-de-France.

Introduction

La tuberculose (TB) est un problème majeur de santé publique au niveau mondial. Plus d'un tiers de la population mondiale est infecté par le Mycobactérium tuberculosis. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 10 millions de cas de tuberculose-maladie sont identifiés, avec environ 1,8 million de décès chaque année dans le monde en 2017 [1]. L'épidémiologie mondiale de la tuberculose varie selon le niveau de vie de la population. L'Afrique et l'Asie sont les continents les plus touchés. Sept pays totalisent 64% des cas, avec l'Inde en tête, suivie de l'Indonésie, de la Chine, des Philippines, du Nigéria, du Pakistan et de l'Afrique du Sud. Plus de 95% des décès dus à la tuberculose surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. L'incidence de la maladie dans les pays occidentaux reste un niveau relativement faible avec souvent moins de 10/100.000 cas par an dans certains pays [1]. Mais l'augmentation du flux migratoire des pays à forte endémicité tuberculeuse vers les pays occidentaux pourrait faire évoluer ces chiffres vers la hausse. En effet depuis les années 2010 le continent Européen connaît un afflux migratoire sans précédent à cause des instabilités économiques et politiques, les guerres civiles, les famines et l'absence de perspective d'avenir. Cette vague est constituée de deux flux migratoires principalement : le premier est constitué par le corridor de la Méditerranée orientale et est alimenté par le déplacement massif des populations fuyant la guerre en Irak, en Syrie et Afghanistan ; le second flux migratoire est constitué par le corridor libyen et est alimenté par des déplacements des populations majoritairement jeunes de l'Afrique subsaharienne. Les enfants accompagnés de leurs parents et les mineurs isolés représentent un chiffre en nette augmentation parmi la population migrante. La France fait partie des pays les plus concernés avec l'Allemagne, l'Italie, l'Espagne, le Royaume-Uni et la Suède. Près de 15 000 mineurs non accompagnés seraient entrés sur le territoire français en 2017 d'après le ministère de la Justice. Le département de Seine-

Saint-Denis (93) est avec Paris, le département qui accueille le plus de migrants mineurs avec en 2017 plus de 900 mineurs isolés sur le département du 93. Depuis les années 2000 des études [2, 3, 4] avaient montré que l'arrivée des migrants et des demandeurs d'asile sont des populations à risque de tuberculose. Il existe actuellement peu de données épidémiologiques récentes concernant cette population pédiatrique spécifique en Ile-De-France. Il nous a donc semblé utile de faire le point sur cette pathologie chez les mineurs migrants. L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence de la tuberculose chez les mineurs primo-arrivants lors de leur arrivée sur le territoire notamment dans le département de Seine-Saint-Denis (93), à l'hôpital Jean Verdier à Bondy.

Méthodologie

C'est une étude rétrospective mono centrique réalisée sur les dossiers des mineurs primo-arrivants suivis au CHU JEAN Verdier (93, BONDY) entre juin 2017 à juin 2018, dans le cadre de la consultation pédiatrique spécialisée de médecine tropicale et enfants-migrants, au sein du centre pédiatrique de vaccinations internationales. L'étude a concerné les enfants mineurs migrants arrivés pour la première fois en France depuis moins de 24 mois sur le département de Seine Saint-Denis et reçus en consultation de médecine tropicale ou aux urgences pédiatriques et/ou admis en hospitalisation pour tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire. Nous avons étudié les données socio-administratives (âge, sexe, pays d'origine, moyen d'entrée en Europe, durée de l'immigration, conditions de l'immigration, statut légal du migrant, pays traversés, prise en charge sociale, logement, mode d'adressage à la consultation spécialisée et durée moyenne de suivi), les données anamnestiques et cliniques (notion de contag tuberculeux, notion de sueur nocturne, de toux chronique, d'amaigrissement, le poids, les signes cliniques auscultatoire, adénopathies périphériques, hépatomégalie), les données paracliniques systématiques de dépistage de tuberculose et de maladies tropicales, les données

thérapeutiques et évolutives. Une analyse descriptive a été réalisée pour les principales caractéristiques sociodémographiques, cliniques et paracliniques, en identifiant deux groupes distincts : mineurs avec tuberculose et mineurs sans tuberculose.

Une analyse comparative a été réalisée entre les deux groupes, avec les tests statistiques habituels : test du Chi-2 pour les variables qualitatives ou test de Fisher en cas de faibles effectifs ; test de Mann Withney ou Wilcoxon pour les variables quantitatives. Le logiciel de statistique R a été utilisé. Une différence statistique était considérée comme significative en cas de $p < 0,05$. Une analyse comparative par analyse univariée a été réalisée entre les enfants ayant un diagnostic de tuberculose, et les cas non infectés, afin de déterminer des facteurs associés à la tuberculose.

Résultats

Nous avons recensé 108 mineurs migrants qui ont répondu à nos critères d'inclusion dont 79 garçons (73,1%) et 29 filles (26,8%) avec un sex ratio de 2,7. Parmi les 108 mineurs, on dénombrait 19 cas d'infection tuberculeuse (17,6%) avec une prédominance des garçons (N=16, soit 82,4%) et 89 mineurs indemnes de la tuberculose dont 75 garçons (84,3%) et 14 filles (15,7%).

L'âge moyen des mineurs avec tuberculose était de $15,5 \pm 1,2$ ans (minimum 13 ans, maximum 17 ans). Chez les mineurs indemnes de la tuberculose l'âge moyen était de $10,4 \pm 5,8$ ans avec un minimum d'un an et maximum de 17 ans.

La durée moyenne du périple pour tous les migrants était de 151 jours (± 171 jours) avec des extrêmes de 1 à 700 jours. Chez les mineurs malades de tuberculose cette durée était de 178 ± 45 jours. Elle était de 128 ± 75 jours chez les migrants non malades de la tuberculose. La majorité des migrants était originaire de l'Afrique sub-saharienne (75%) et de l'Afrique du Nord (8%). Les trois pays d'origine des migrants étaient le Mali (26%), la Côte d'Ivoire (23%) et la Guinée Conakry (7%). Le tableau 1 résume les caractéristiques sociodémographiques de tous les migrants.

Cinquante et deux pour cent de l'ensemble des migrants avaient traversé la Méditerranée en canoë pour rejoindre l'Europe et 44 (43%) avaient pris l'avion. Chez les mineurs atteints de tuberculose, ils étaient 73,7% à traverser la méditerranée dont 57,9% étaient passés par la Libye. Sur les 108 mineurs migrants reçus en consultation, 95 (87,9%) avaient eu un dépistage systématique de la tuberculose (IDR, Quantiféron, associé à une radiographie de thorax de face), trois migrants (2,8%) patients étaient suspectés de tuberculose à leur arrivée. Le dépistage a été positif chez 19 migrants (17,6%). Seize migrants sur les dix et neuf étaient de garçons (84,2%). Parmi les 19 cas dépistés positifs, quatre cas (21%) étaient des cas de tuberculose-maladie confirmée (TBC) et les 78,9% restant étaient des primo-infections latentes tuberculeuses (ITL). Les principaux signes fonctionnels d'orientation dans le dépistage de la tuberculose étaient la toux (57,9%), la fièvre (47,36%) et l'amaigrissement (42,10%). L'ensemble des moyens de dépistage sont résumés dans le tableau 2. L'IDR a été positif chez 15/19 migrants (78,94%) dépistés tuberculose +. Elle était phlycténulaire chez plus de la moitié. Le Quantiféron était positif chez tous les migrants dépistés. Chez 5 mineurs (26,31%) il y a eu une discordance entre l'IDR et le Quantiféron (tableau 2). Sur l'ensemble des migrants dépistés dépistage, cinq mineurs avaient une radiographie du thorax anormale, dont quatre ont été attribuées à la tuberculose. Sur le scanner thoracique, deux patients avaient des cavernes, et les deux autres avaient des nodules tuberculeux. Tous les patients qui avaient une tuberculose maladie présentaient au moins des signes fonctionnels de la maladie. Ils avaient tous une bacilloscopie positive. Aucun n'a une résistance à la rifampicine ou l'isoniazide. Les migrants atteints de tuberculose (TB et ITL) avaient un âge moyen statistiquement plus élevé que les migrants non infectés (15,57 ans vs 10,5 ans ; $p=0,007$). Dans les deux groupes, il existe une prédominance importante de garçons ($p=0,9$). L'origine subsaharienne expose à un risque plus élevé de développer la tuberculose que les autres origines en analyse univariée ($p=0,002$).

La durée moyenne du périple était plus élevée chez les migrants atteints de tuberculose. Elle était significativement associée au risque de contracter la tuberculose avec un $p=0,05$ (tableau 3). Le passage sur le territoire libyen et le passage en prison au cours du périple augmentaient fortement le risque de développer une tuberculose chez les migrants (tableau 3). Sur l'ensemble de la population des migrants, 30,3% avaient une maladie infectieuse en dehors de la tuberculose. La principale pathologie tropicale rencontrée était les parasitoses digestives, chez 14,68% de la population de migrants. Elles étaient plus fréquentes (42,1%) chez les migrants atteints de tuberculose. On note une association significative $p=0,02$ avec la tuberculose et les parasitoses digestives (cf tableau 4). Les autres pathologies retrouvées étaient la bilharziose (31,5%) et l'hépatite B (2,7%). On notait 2 cas de paludisme. Aucun patient n'était infecté par le VIH. La durée moyenne de suivi des migrants atteints de tuberculose était de 198 ± 26 jours. Parmi les 19 malades, cinq sont encore suivis. Les patients avec infection latente tuberculeuse étaient mis sous RIFINAH pour une durée de trois mois. Sur les 15 cas d'ITL, 12 avaient fini complètement les trois mois de traitement, les trois autres sont en cours de traitement. Sur les cinq patients atteints de tuberculose-maladie, quatre avaient fini complètement leur traitement et déclarés guéris. Un patient a été perdu de vue à 4 mois de traitement avec placement en famille d'accueil en province. Tous les migrants chez qui une bilharziose a été diagnostiquée ont été mis sous Praziquantel avec une cure à 1 mois. Les parasitoses digestives ont été traitées selon les résultats des examens parasitologiques. Une décontamination parasitaire était réalisée selon les cas, par albendazole 400 mg et/ou Flagyl 40 mg/kg et/ou ivermectine.

Sur le plan psychologique, de nombreux patients souffraient d'état de stress-post traumatique. Certains ont été adressés au département de pédopsychiatrie de l'hôpital Avicenne spécialisé dans le psychotraumatisme chez les migrants. Certains ont été mis sous antidépresseur et/ou anxiolytique. 14%

ont été vus par un psychologue, et 12,2 % par un psychiatre.

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques des mineurs primo-arrivants

	Population totale	N TB	TB+	p-value
Effectif	108 (100%)	89 (82,40%)	19 (17,60%)	
Garçons/Filles	73,14%/26,86%	84,27%/15,73%	84,21%/15,79%	0,003
Sex ratio	2,72	5,36	5,33	
Age moyen (an)	10,2	10,5	15,57	
Durée périple (jour)	151	128,08	178,05	0,5
Passage Libye	38 (35,18%)	28 (31,46%)	10 (52,63%)	
Nombre pays traversés	2,9±1,7	3,05±1,02	3,1±1,34	
Afrique sub-saharienne	83 (76,85%)	66 (74,15%)	17 (89,47%)	
Afrique du Nord	9 (8,33%)	7 (7,86%)	2 (10,53%)	
Moyen-Orient	5 (4,62%)	5 (5,61%)	0	
Asie	7 (6,48%)	7 (7,87%)	0	
Autres	4 (3,70%)	4 (4,49%)	0	
Adressé par :				
Urgences	27 (25%)	24 (26,97%)	3 (15,79%)	
Croix rouge	5 (4,62%)	4 (4,49%)	1 (5,26%)	
ASE	61 (56,48%)	47 (52,81%)	14 (73,68%)	
Autres	15 (13,89%)	14 (15,73%)	1 (5,26%)	
Hébergement :				
Hôtel	30 (27,78%)	18 (20,22%)	12 (63,16%)	
Foyer	50 (46,30%)	46 (51,68%)	4 (21,05%)	
Autres	28 (25,92%)	25 (28,09%)	3 (15,79%)	
Prise en charge Sociale				
CMU	78 (72,22%)	61 (68,54%)	17 (89,47%)	
AME	8 (7,41%)	7 (7,87%)	1 (5,26%)	
PASS	15 (13,89%)	14 (15,73%)	1 (5,26%)	
Pas de couverture	7 (6,48%)	7 (7,87%)	0	
Mineurs isolés	74 (68,51%)	56 (62,92%)	18 (94,74%)	
Non scolarisé	69 (63,30%)	57 (64,04%)	12 (63,16%)	
Durée moyenne de suivi (jours)	112±52	107,36±42	198±26	0,08

Tableau II : moyen de dépistage de la tuberculose et résultats

	Trace BCG	Pas de trace BCG	effectif
Valeur IDR			
IDR < 5 mm	0	4	4
IDR (5-10 mm)	0	0	0
IDR (10-15mm)	1	5	6
IDR > 15 ou phlycténaire	2	7	9
Quantiféron positif	3	16	19
Quantiféron+/IDR-	0	5	5
Quantiféron+/IDR+	3	10	13
Imagerie anormale	1	3	4
Signe fonctionnel Tuberculose			
Fièvre	2	7	9
Toux	3	8	11
Amaigrissement	2	6	8
Sueur	2	3	5
BK crachat +	2	2	4

Tableau III : comparaison statistique entre les cas infectés (TB et ITL) et les cas non infectés

	Tuberculose+	Tuberculose-	p-value
Age moyen (ans)	15,57	10,5	0,007
Sex ratio (H/F)	5,33/1	5,36/1	0,8
Origine géographique			
Afrique subsaharienne	89,47%	74,15%	0,002
Afrique du Nord	10,53%	7,86%	0,22
Moyen-Orient	0	5,61%	
Autre	0	12,36%	
Durée moyenne périple (jours)	178,08	128,08	0,05
Passage par la Libye	84,21%	52,4%	0,0005
Prison-maltraitance	57,89%	13,48%	0,0011
Dormir à la rue	26,31%	28,08%	1,3

Tableau IV: pathologies tropicales intercurrentes dépistées chez les enfants migrants

Pathologies associées	Tuberculose+	Population totale	p-value
Parasitoses digestives	8 (42,10%)	16 (14,68%)	0,02
Bilharziose	6 (31,58%)	12 (11%)	0,26
Paludisme	0	2 (1,83%)	2,5
VIH	0	0	
Hépatite B	2 (10,52%)	3 (2,75%)	0,3
Anémie	1 (5,26%)	7 (6,42%)	1,5

Discussion

La mobilité de la population à travers le monde est devenue rapidement un facteur majeur influant l'épidémiologie des maladies infectieuses. L'augmentation dramatique de l'immigration en Europe et ses conséquences en termes de circulation de maladies infectieuses a été débattue au cours de la 2ème conférence sur les maladies infectieuses [6]. Selon le dernier rapport sur la tuberculose, l'incidence de la maladie a diminué de 4,6% entre 2015-2016 dans les pays de la région Europe de l'OMS [1]. Mais chaque année environ 1,5 millions de migrants arrivent dans l'espace européen. Un nombre considérable de ces migrants viennent de pays de forte endémicité tuberculeuse comme la Russie, le Maroc, l'Inde, le Pakistan. Ils arrivent souvent avec une infection latente ou active tuberculeuse. L'impact de cette immigration sur l'épidémiologie de la tuberculose a été démontré par plusieurs études [2,3]. En effet dans une étude néerlandaise l'incidence de la tuberculose chez les enfants migrants était de 34,9-37,8/100000 tandis qu'elle était de 0,5- 1,5/100000 chez les enfants autochtones [7]. Au Danemark seulement 20% des cas de TB notifiés sont diagnostiqués chez les enfants de souche, la majorité des patients étaient originaires de Somalie et de l'Asie [3]. En Suède 61% des cas de tuberculose confirmés pédiatriques sans d'origines étrangères [8]. A Londres, l'incidence de la tuberculose chez les enfants nés à l'étranger est de 37,3/100000 contre 2,5/100000 chez les enfants britanniques [9]. Comme on le voit dans les pays d'immigration, le taux de prévalence de la tuberculose chez les migrants dépassent de 20 à 40 fois la prévalence chez les autochtones. Souvent les immigrés font face à beaucoup de difficultés dans les pays d'accueil comme le manque d'accès aux services de santé à cause de leur statut légal, la barrière linguistique, les conditions de travail et de logement difficiles, la discrimination, la pauvreté, la difficulté d'intégration, l'ignorance. Tous ces facteurs peuvent contribuer à la transmission de la tuberculose

[10]. Plusieurs pays ont mis en place de politique de dépistage de la tuberculose chez les migrants. Dans des pays comme le Canada, les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle Zélande, il existe une politique de dépistage des cas de tuberculose active avant l'entrée sur leur territoire. Ces politiques de dépistage ont permis de réduire le nombre de cas de tuberculose déclarés dans les premières années après l'immigration [11]. En Europe, tous les pays de grande immigration ont un programme de dépistage de la tuberculose chez les migrants. Mais tous les migrants ne sont pas concernés par ce programme comme les sans-papiers à cause de la hantise d'être expulsé. En France, tous les migrants mineurs relèvent de l'Aide Sociale à l'enfance et ont droit à la CMU. Cela permet le dépistage de plusieurs maladies transmissibles avant leur intégration dans la vie sociale. L'étude que nous avons menée sur le dépistage de la tuberculose chez les mineurs migrants nous a permis d'avoir une prévalence de 17,59% de la maladie sur l'année 2017-2018 sur une cohorte de 108 primo-arrivants dépistés au CHU Jean Verdier, Bondy dans le département de Seine-Saint-Denis (93). Sur une cohorte de 440 étudiants étrangers en instance d'inscription universitaire à Londres, Usdin M et al avaient trouvé 16,1% d'ITL [12]. Les mineurs adolescents et les garçons sont les plus exposés à la tuberculose dans notre série. Par contre dans une étude danoise [2] sur les immigrés mineurs, les filles adolescentes sont les plus exposées à développer une tuberculose. La grande majorité des migrants atteints de tuberculose de notre étude était originaires de l'Afrique subsaharienne. En 2010 sur une population de migrants de la ville de Londres, 57% des cas de tuberculose venaient de l'Asie du Sud-Est et 27% de l'Afrique au sud du Sahara [13]. L'Asie et l'Afrique sont les continents d'immigration vers l'Europe de forte endémicité tuberculeuse. Selon le dernier rapport de l'OMS sur la tuberculose ces 2 régions ont le plus fort de prévalence de la maladie. En 2017, 58% des cas de tuberculose déclarés sont en Asie et 27 % des cas en Afrique sub-saharienne [1]. Vers le continent européen et de manière générale, l'immigration est orientée par des raisons historiques, linguistiques, culturelles ou

géographiques [14]. Les principaux facteurs de risque de tuberculose de nos patients étaient, outre l'origine d'Afrique subsaharienne, la durée longue du périple et le passage en Libye. Plusieurs études [2, 9, 13, 15, 16] à travers le monde ont rapporté l'origine africaine ou asiatique comme facteurs de risque de tuberculose chez les migrants. Les autres facteurs de risque avancés par les auteurs sont la pauvreté, la malnutrition, le stress, emprisonnement, les conditions de logement précaire [10]. Tous nos patients avaient mené à terme leur traitement anti-tuberculeux. Selon une étude rapportée par Ködmön et al [8] la proportion de succès thérapeutique est meilleure chez les migrants que chez les nationaux. L'un des principaux piliers de l'objectif de l'élimination de la tuberculose dans les pays à faible incidence est le dépistage et le traitement de l'infection latente chez les populations vulnérables, en particulier chez les immigrés [9].

Il s'agit d'un enjeu de santé publique certain, qui doit prendre en compte les bouleversements géostratégiques sans cesse changeant avec leur corollaire de déplacement de population en quête d'une perspective d'avenir meilleure. Limites de l'étude : Le caractère mono-centrique et rétrospectif de l'étude sont des limites de notre étude. Des études multicentriques sont nécessaires pour confirmer les résultats retrouvés. Le caractère monocentrique ne permet pas d'avoir une exhaustivité sur le nombre d'enfants migrants arrivant sur le territoire du département du 93.

Conclusion

Dans notre étude, la prévalence de la tuberculose chez les enfants primo-arrivants est de 17% (19 cas sur 108 enfants) en 2017-2018, avec 4 cas de tuberculose-maladie confirmée (3,7%) et 15 cas d'infection latente tuberculose (13,9%). Les facteurs statistiquement associés aux cas infectés chez les mineurs migrants sont : la provenance subsaharienne, le passage en Libye et la durée prolongée du périple ($p < 0,05$). Les mineurs étrangers non accompagnés (MNA) sont plus à risque d'infection tuberculeuse que les enfants

primo-arrivants accompagnés de leurs parents.

Le dépistage précoce de la tuberculose et des autres maladies infectieuses s'intègre dans une prise en charge globale de l'enfant primo-arrivant et reste un enjeu de santé publique certain pour les décennies à venir.

*Correspondance

Moumouni GARBA

moumouni.garba@uam.edu.ne

Disponible en ligne : 31 Octobre 2023

- 1 : Hôpital National Amirou Boubacar DIALLO Niamey (Niger)
- 2 : Faculté des sciences de la santé, Université Abdou MOUMOUNI, Niamey (Niger)
- 3 : Centre national hospitalier universitaire Hubert MAGA Cotonou (Bénin)
- 4 : Centre de santé mère enfant de Diffa (Niger)
- 5 : CHU Jean VERDIER Avenue du 14 juillet, 93140 Bondy, France

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Geneva : World Health Organization ; 207 [WHO/HTM/TB/2017].
- [2] Alvarez GG, Gushulak B, Rumman KA et al. A comparative examination of tuberculosis immigration medical screening programs from selected countries with high immigration and low tuberculosis incidence rates. *BMC Infect Dis.* 2011 ; 11:3
- [3] Hatleberg CI, Prah J, Rasmussen JN et al. A review of paediatric tuberculosis in Denmark: 10-year trend, 2000–2009. *Eur Respir J* 2014; 43:863–871.

- [4] Schepisi MS, Gualano G, Piselli P et al. Active tuberculosis case finding interventions among immigrants, refugees and asylum seekers in Italy. *Infect Dis Report.* 2016 ; (8)6594 : 50-56
- [5] Tuberculoses et mycobactérioses non tuberculeuses. *Encyclopédie Médico-chirurgicale* 6-019-A-33, P1-20. 11.
- [6] European Centre for Disease Prevention Control/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2016. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2016
- [7] Erkens Conni GM, de Vries G, Keizer ST, Slump E, van den Hof S. The epidemiology of childhood tuberculosis in the Netherlands: still room for prevention. *BMC Infect Dis.* 2014 ; 14:295.
- [8] Ködmön C, Zucs P, van der Werf MJ. Migration-related tuberculosis: epidemiology and characteristics of tuberculosis cases originating outside the European Union and European Economic Area, 2007 to 2013. *Euro Surveill.* 2016;21(12):pii=30164.
- [9] Loutet MG, Burman M, Jayasekera N, et al. National roll-out of latent tuberculosis testing and treatment for new migrants in England: a retrospective evaluation in a high-incidence area. *Eur Respir J.* 2018; 51:1701226
- [10] Sotgiu G, Dara M, Centis R et al. Breaking the barriers: Migrants and tuberculosis. *Presse Med.* 2017) ; e1-e7.
- [11] Littleton J, Park J, Thornley C, Anderson A, Lawrence J. Migrants and tuberculosis: analysing epidemiological data with ethnography. *Aust N Z J Public Health.* 2008; 32:142-9.
- [12] Usdin M, Dedicat M, Gajraj R et al. Latent tuberculosis screening of recent migrants attending language classes: a cohort study and cost analysis. *INT J TUBERC LUNG DIS.* 2017 ; 21(2):175–180
- [13] Odone A, Tillmann T, Sandgren A et al. Tuberculosis among migrant populations in the European Union and the European Economic Area. *European J Public Health.* 2014 ; 25(3) : 506–512.
- [14] Pareek M, Greenaway C, Noori T, Munoz J, Zenner D. The impact of migration on tuberculosis epidemiology and control in high-income countries: a review. *BMC Med.* 2016 ; 14:48.
- [15] Mor Z, Cedar N, Pinsker G, Bibi H, Grotto I. Childhood tuberculosis in Israel: Epidemiological trends and treatment outcomes, 1999-2010. *ERJExpress* 2012
- [16] Laifer G, Widmer AF, Simcock M et al. TB in a Low-Incidence Country: Differences Between New Immigrants, Foreign-Born Residents and Native Residents. *Am J Med* 2007 ;120 : 350-356 .

Pour citer cet article :

M Garba, R Sani, A Saidou, A Samaila, Y Tohodjédé, A Soumana et al. Dépistage de la tuberculose chez les enfants migrants primo-arrivant au CHU de Jean Verdier (Île-de-France). *Jaccr Africa* 2023; 7(4): 7-15