



LETTRE PASTEUR

Lettre d'information trimestrielle

2^{ème} Trimestre 2014

Tuberculose

Maladie Urbaine au Maroc

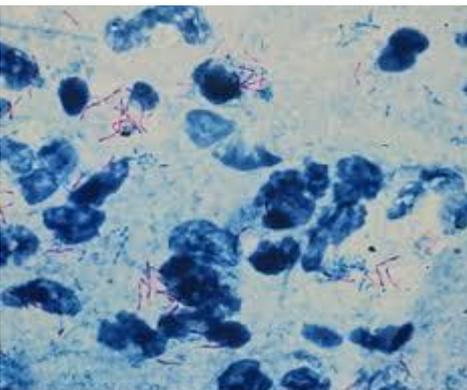
Dans le cadre de la Lutte Anti-tuberculose dans notre pays, un plan d'accélération de la réduction de l'incidence de cette maladie avait été lancé officiellement depuis plus de cinq mois. 250 Millions de dirhams étant le budget alloué à ce projet ambitieux qui s'est donné pour objectif à court terme, la diminution de l'incidence de la maladie de 6% et à long terme, l'éradication de la maladie d'ici 2050.

L'ancienne stratégie présentait plusieurs anomalies, notamment dans le retard du diagnostic et donc dans la prise en charge, l'accès aux médicaments, le déficit en ressources humaines et le faible engagement du secteur privé dans la lutte contre la maladie. Ce nouveau plan 2013-2016 vise à remédier aux anomalies soulevées, avec pour principe un partenariat impliquant plusieurs départements ministériels ainsi que la société civile.

Rappelons que la tuberculose sévit toujours au Maroc. En 2012, 27.437 nouveaux cas ont été notifiés, soit une incidence de 83 cas pour 100.000 habitants. Des statistiques inquiétantes malgré une réduction de 30% des cas durant les 15 dernières années. Selon les données du ministère de la santé, 65% des cas sont âgés entre 15 et 45 ans. A noter que 58% des personnes touchées par la tuberculose sont des hommes contre 42% des femmes. Les données montrent que la tuberculose est un phénomène essentiellement urbain. 65% des cas enregistrés sont identifiés dans six régions : le Grand Casablanca, Tanger-Tétouan, Fès-Boulemane, Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, Gharb-Chrarda-Beni-Hssen et Souss-Massa.

Quelques Chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé...

- En 2012, il y a eu 8,6 millions de nouveaux cas et 1,3 million de personnes sont mortes de la tuberculose
- Plus de 95% des décès dus à la tuberculose surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les communautés pauvres et les groupes vulnérables sont les plus touchés, mais une maladie qui se transmet par voie aérienne représente un risque pour tous
- La tuberculose figure parmi les trois premières causes de mortalité chez les femmes âgées de 15 à 44 ans
- On estime qu'en 2012, il y a eu 500.000 cas et 74.000 décès chez les enfants



La Journée mondiale de la tuberculose a été proclamée en 1982 pour commémorer le jour où, en 1882, le Dr Robert Koch a découvert le bacille responsable de la maladie. On pourrait croire que la consommation est une maladie « oubliée » du XIXe siècle. Pourtant, cette dernière, mieux connue sous son appellation moderne de tuberculose, est une épidémie résolument ancrée dans le XXIe siècle.

Rien que pour 2012, on estime à 8,6 millions le nombre de nouveaux cas de tuberculose ayant entraîné 1,3 million de décès. La coinfection primaire VIH/tuberculose est responsable d'un quart de l'ensemble des décès parmi les personnes VIH positives. La tuberculose est la deuxième cause de décès, après le sida, parmi les femmes en âge de procréer. Tout au long de l'Histoire, la tuberculose a tué plus de personnes que n'importe quelle autre maladie.

Comment, dès lors, peut-on agir au mieux pour face à ce fléau moderne ? Dans un monde sans frontières, comment enrayer-t-on une maladie millénaire qui se propage par la toux, sachant qu'une personne non soignée peut en infecter 15 autres en une année ? La tuberculose nourrit des liens étroits avec la promiscuité. Comment, dans ces conditions, faire en sorte que l'incidence baisse dans ce contexte ?

Des progrès considérables ont été accomplis ces dernières décennies. L'objectif du Millénaire pour le développement fixé pour la tuberculose - arrêter l'épidémie et en inverser la tendance - est d'ores et déjà atteint, avant la date limite. À l'échelle planétaire, le nombre de décès dus à la maladie a reculé de 45% depuis 1990. L'accès aux soins s'est fortement étendu, ce qui a permis de sauver, selon les estimations, plus de 20 millions de vies depuis 1995. Enfin, les traitements collaboratifs destinés aux personnes vivant à la fois avec le VIH et avec la tuberculose sont de plus en plus appliqués dans de nombreux pays du monde entier.

Du reste, de réels progrès ont été réalisés sur le plan scientifique. De nouveaux outils ont été conçus pour permettre un diagnostic beaucoup plus rapide. Des antituberculeux et des schémas thérapeutiques neufs ou réadaptés sont en phase d'essai clinique et d'examen de la réglementation. Enfin, la mise au point d'un vaccin contre la tuberculose avance à grands pas.

Il n'en demeure pas moins que la tuberculose reste une maladie difficile à soigner. La mauvaise observance, souvent source de progression de tuberculose multirésistante ou, plus inquiétant encore, de tuberculose ultrarésistante, est très préoccupante.

Il convient de rester vigilant, même si des résultats impressionnants ont été engrangés. Il faut poursuivre les efforts en vue de mettre en œuvre et d'étendre les programmes de traitement, les nouveaux outils de diagnostic ou de prévention.

La Journée mondiale de la tuberculose est l'occasion non seulement de saluer les progrès accomplis, mais également de rappeler le nombre de personnes à qui cette maladie a coûté la vie et de promettre un appui pour pouvoir en sauver beaucoup d'autres.

Pr Naima ELM DAGHRI
Directrice Institut Pasteur Maroc

Numéro 2^{ème} Trimestre 2014

Spécial Tuberculose

Flash Info : Cellules souches,
Social et santé au travail

24 MARS 2014 : JOURNEE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE



« Immigration et Stratégie de Lutte contre la Tuberculose ».

La Journée mondiale de lutte contre tuberculose a pour but de mieux sensibiliser le grand public et les pouvoirs publics à l'épidémie mondiale de tuberculose et aux efforts entrepris pour éliminer cette maladie.

Selon l'OMS, sur les neuf millions de personnes qui chaque année contractent la maladie, un tiers n'a pas accès aux systèmes de santé. Une bonne partie de ces trois millions de personnes vivent dans les communautés les plus pauvres et les plus vulnérables du monde, ou appartiennent aux populations marginalisées comme les travailleurs migrants, les réfugiés, les personnes déplacées, les prisonniers...

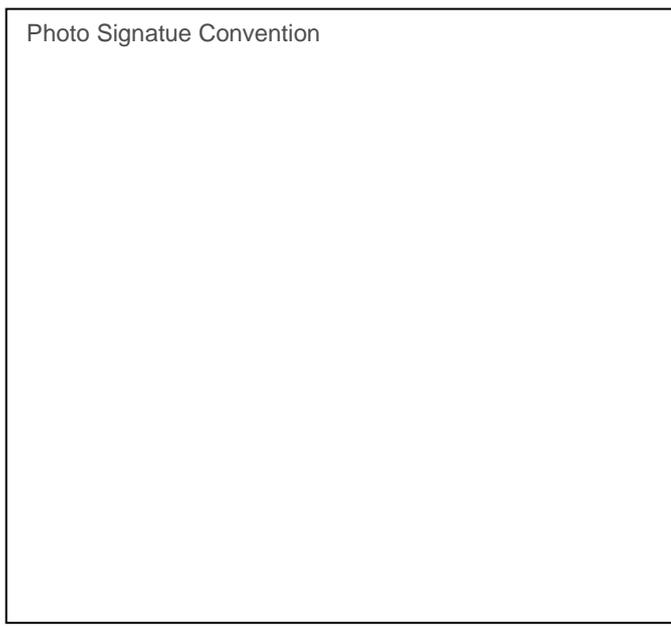
Raison pour laquelle, Institut Pasteur du Maroc en partenariat avec la Ligue Marocaine contre la Tuberculose et sous l'égide du Ministère de la Santé, ont choisi de célébrer cette journée sous le thème : « **Immigration et Stratégie de Lutte contre la Tuberculose** ».

Deux conventions cadres ont été signées dans le cadre de cette célébration. La première, paraphée par le ministre de la Santé, El Houssaine Louardi, le président de la Ligue marocaine contre la tuberculose, Jamaleddine Bouzidi et l'ambassadeur de la Corée du Sud au Maroc, Choi Ji Chol, engage GCI à fournir un système électronique innovant appelé «Mobile Health Tuberculosis», un projet qui entre dans le cadre du plan stratégique national 2011-2015.

Ce projet de téléphone mobile vise à améliorer l'observance des malades au traitement par le renforcement de la supervision directe avec pour objectif d'améliorer le taux de succès thérapeutique pour aider à atteindre l'Objectif du Millénaire pour le développement en la matière.

La deuxième convention, signée par la directrice de l'IPM, Naima Elmdaghri et le président de l'Université Hassan II, Idriss Mansouri, assoit les bases d'une coopération scientifique qui ambitionne de développer une collaboration approfondie entre les deux parties dans les domaines de la formation d'étudiants et de chercheurs notamment en matière de santé, de biologie médicale, d'hygiène et d'environnement.

PROGRAMME	
<p>Rub. Accueil des participants Allocutions d'ouverture: -Monsieur Le Ministre de la Santé -Monsieur et Madame le Ministre et Madame Adjointe -Monsieur l'Ambassadeur de la Corée du Sud -Monsieur Le Représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé au Maroc Discours</p> <p>Présentation et signature de conventions: -Mobile Health: GCI (Corée Sud)/Ligue Marocaine Contre la Tuberculose -Convention cadre de partenariat: Institut Pasteur du Maroc/ Université Hassan II Casablanca Presse Café</p> <p>11h00- Séance 1- Modérateur: Pr. M. Baril, Pr. A. Meunier Épidémiologie de la tuberculose dans le monde et moyens de lutte Dr. Naima Elmdaghri Dr. Naima Benabdellah Évaluation des données du Programme National de lutte contre la tuberculose en Algérie de 1963 à 2013. Répercussions sur la prévalence de la résistance aux anti-tuberculeux Pr. Fatma Bouabdellah (Institut Pasteur d'Algérie)</p>	<p>Plan national d'incubation de la réduction de l'incidence de la tuberculose Dr. Abdelkader Benazzoum (DELM, Ministère de la Santé) Migrations au Maghreb: Etat des lieux, développement et enjeux Pr. Hassine Cassar (CEEP, Tunisie) Discours</p> <p>11h30- Presse Déjeuner</p> <p>14h30- Séance 2- Modérateur: Pr. F. Bouabdellah, Dr. J. Bouzidi Conférence: Tuberculose et Tabagisme Pr. Mohammed Baril (Président de l'AUDES - Stop Tabac) Tabagisme en Tunisie Dr. Charifa Labrous (CEEP, Tunisie) Discours</p> <p>Pressé Café</p> <p>Surveillance de la résistance aux anti-tuberculeux au Maroc Dr. Karim Benouari (PNLAT, DELM) Santé et immigration: exemple de la Tuberculose Dr. Mohamed Abid (Institut Pasteur de Maroc) Situation de la tuberculose à Casablanca et maladies migrants Dr. Naida Chahdi (COT-ME, Berckbach Sid Othmane) Discours</p> <p>Closure de la journée</p>



Le laboratoire au centre de la stratégie de lutte:

De nouveaux tests modifient la donne pour diagnostiquer la tuberculose

Texte à développer

VACCIN BCG

Le vaccin préparé à partir du bacille de Calmette-Guérin (BCG) existe depuis 90 ans et est l'un des vaccins les plus largement utilisés actuellement, avec plus de 80% des nouveau-nés et des nourrissons vaccinés dans les pays où il fait partie du programme national de vaccination infantile. Le vaccin BCG a un effet protecteur attesté contre la méningite tuberculeuse et la tuberculose disséminée chez l'enfant. Il ne permet pas de prévenir la primo-infection et, surtout, n'empêche pas la réactivation d'une infection pulmonaire latente, qui constitue la principale source de propagation du bacille dans la communauté. L'impact de la vaccination par le BCG sur la transmission de *M. tuberculosis* est par conséquent limité.

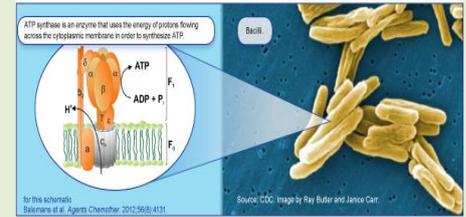
L'Organisation mondiale de la santé a publié un certain nombre de règles concernant la vaccination BCG afin de renforcer la lutte contre la tuberculose :

- Donner une seule dose par enfant dès que possible après la naissance (au Maroc, ce vaccin est administré à la naissance depuis 1969)
- Donner le BCG, même si la mère est séropositive pour le VIH ; ne pas faire le BCG s'il existe des signes cliniques d'immunodéficience chez l'enfant
- si l'enfant n'est pas vacciné par le BCG mais vit au contact d'un patient contagieux, *donner une chimioprophylaxie pendant 6 mois à l'isoniazide, puis faire le BCG*
- Dans les pays à faible endémicité tuberculeuse, certains peuvent préférer limiter le BCG aux nouveau-nés et aux jeunes enfants des groupes à haut risque ainsi qu'aux enfants plus âgés dont l'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine est négative
- Dans quelques pays à faible prévalence, le BCG est remplacé par la recherche active de cas et la supervision du traitement
- La vaccination BCG n'est pas habituellement recommandée chez les adultes; elle se discute chez les sujets IDR négatifs au contact de cas multirésistants

<http://www.who.int/wer>

TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE : FEU VERT EUROPEEN POUR UN NOUVEAU TRAITEMENT

SIRTURO™ Mechanism of Action



Novembre 2013, un nouveau traitement contre la tuberculose multirésistante, le Sirturo (bédaquiline), a reçu une autorisation temporaire « conditionnelle » de mise sur le marché (AMM) par la Commission européenne,

Initialement approuvé fin 2012 aux Etats-Unis par la FDA, en tant qu'élément d'une poly-thérapie dans le traitement de la tuberculose multirésistante (TB-MR) chez l'adulte lorsque l'utilisation d'un autre schéma thérapeutique efficace est impossible pour des raisons de résistance ou d'intolérance, la bédaquiline constitue le premier traitement antituberculeux doté d'un nouveau mode d'action qui soit approuvé depuis plus de 40 ans.

La molécule active inhibe spécifiquement l'ATP (adénosine 5'-triphosphate) synthase mycobactérienne, une enzyme essentielle à la production d'énergie chez *Mycobacterium tuberculosis*. L'inhibition de l'ATP synthase entraîne des effets bactéricides tant sur les bacilles tuberculeux en répllication que sur les bacilles dormants.

La tuberculose multirésistante (TB – MR) désigne les formes de cette maladie qui résistent au moins à l'action de l'isoniazide et de la rifampicine, les deux antituberculeux standards les plus efficaces de première ligne. L'émergence de souches bacillaires multirésistantes pose un problème mondial croissant. Près de 60% des cas TB – MR s'observent en Inde, en Chine, en Russie et en Afrique du Sud

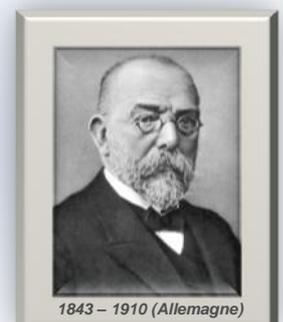
Les principales raisons de cette multirésistance sont des traitements incomplets ou mal suivis.

Les approbations américaines et européennes représentent une étape importante vers la mise à disposition de la bédaquiline dans les régions les plus touchées par la tuberculose multirésistante.

*European Medicines Agency recommends approval of a new medicine for multidrug resistant tuberculosis", communiqué de l'EMA, 20 décembre 2013.

Robert Koch, le père de la microbiologie

**Médecin,
Chercheur... Il a
donné son nom
au bacille
responsable de la
tuberculose qu'il
a découvert en
1882**



La Thérapie Cellulaire à l'Honneur aux XXème Échanges Internationaux de l'Association Marocaine de Dermatologie Chirurgicale, Médecine Esthétique, Cosmétologie et Médecine Anti-Age (DERMASTIC)



Loubna Mazini - IPM

Si le tissu adipeux a depuis longtemps été considéré comme inutile et disgracieux, il commence à récupérer de plus en plus de titres de noblesses. Outre son utilisation standard dans la volumétrie comme produit de comblement, sa capacité à rivaliser avec la moelle osseuse et le sang placentaire n'en est pas moindre. Ces prouesses thérapeutiques et esthétiques en font aujourd'hui un allié incontournable en médecine réparatrice et régénératrice.

Le tissu adipeux contient, en effet, des cellules souches adultes au pouvoir régénérant et restructurant de la peau. Ces cellules indifférenciées, se situent dans la couche basale de l'épiderme et sont à l'origine du follicule pileux, des glandes sébacées et sudoripares, du derme, et du tissu adipeux lui-même. *In vitro*, ces cellules sont également capables de se transformer en cellules vasculaires, cardiaques, osseuses voire même musculaires.

En thérapeutique, le développement des produits de thérapie cellulaire à partir des cellules souches du tissu adipeux ou leurs dérivés a ouvert de nouveaux horizons pour le traitement de la trophicité de la peau, des syndromes malformatifs, de la sclérodémie, des plaies chroniques et des brûlés. Ces cellules souches assurent la reconstitution des tissus lésés en remplaçant les cellules malades ou nécrosées par de nouvelles cellules. Dans ce cadre, des produits de thérapie cellulaire ont été préparés pour servir de greffons à des patients du service des Brûlés et maladies régénératrices du CHU Ibn Rochd de Casablanca en collaboration avec le Pr. **Elhassan BOUKIND** (voir photo)



En esthétique, de plus en plus de protocoles de thérapie cellulaire sont mis en place afin d'assurer des soins moins invasifs et sans problèmes d'hypersensibilité rencontrés avec les implants industriels. Les résultats sont tout simplement spectaculaires. Ainsi, les dépressions mammaires (post-mastectomie, tumorectomie), les lipofilling et la volumétrie et les traitements anti-rides se font désormais par de simples injections de cellules souches ou de produits dérivés.

Le laboratoire des Cellules Souches et thérapie Cellulaire de l'IPM, sous la responsabilité du Dr. Loubna MAZINI, a présenté lors du congrès de l'association DERMASTIC sa plateforme de thérapie cellulaire et la gamme des produits préparés à partir du tissu adipeux comme la Fraction Stromale Vasculaire (SVF), les Cellules Souches dérivées du tissu adipeux (SCDA), Culture de Kératinocytes (CEA), Plasma Riche en Plaquettes (PRP). D'autres produits sont en cours de développement comme la séparation et la culture de Cellules Souches Mésoenchymateuses, la préparation de sperme et la culture des mélanocytes.

Equipe éditoriale

Rédactrice En Chef:

Nadia HERMANI (IPM)

Comité de Rédaction :

My Driss EL MESSAOUDI (IPM)

Loubna MAZINI (IPM)

Comité de lecture:

Samira NANI (FMPC)

Aziza Razki (IPM)

Soumia Benjelloun (IPM)

SANTÉ AU TRAVAIL

L'accent sur la prévention à l'IPM

Alors que la communauté scientifique et ONG mettent l'accent sur l'importance de la sensibilisation et du dépistage de la tuberculose, l'IPM n'est pas en reste pour mettre les moyens nécessaires à cette action en organisant au sein de l'Institut, lors de la semaine du 24 Mars, grâce à l'appui de l'association « *les rangs d'honneur* » qui a mis à disposition de l'IPM le matériel nécessaire pour la réalisation de clichés radiologiques thoraciques pour un dépistage ciblé de la tuberculose pulmonaire chez le personnel

Consciente de l'importance de la préservation de la santé de son personnel, La direction de l'IPM a mis en place un service de santé au travail sous la responsabilité du Dr Fatima Bouqdir. Des questionnaires permettant de déceler plus facilement la nature des troubles ou maladies lors des visites médicales périodiques ont été diffusés à l'ensemble des pasteuriens.

Nous contacter

Institut Pasteur du Maroc

1, place louis pasteur, 20 360
Casablanca, Maroc

www.pasteur.ma
communication@pasteur.ma
Tel: 0522434450

Analyses médicales
Contrôle qualité de
l'eau, aliments et
produits
environnementaux
Vaccinations