

Controlul tuberculozei la persoanele fără locuință din Uniunea Europeană: mai mult decât simple cuvinte

Dr. Rob van Hest, PhD*

Serviciul Municipal de Sănătate Publică, Rotterdam, Olanda (Municipal Public Health Service)

Alistair Story,

Agenția de protecție a sănătății, Londra, Marea Britanie (Health Protection Agency)

Introducere

Modificările epidemiologice ale tuberculozei (TB) în Europa sunt caracterizate de concentrarea bolii la nivelul anumitor subgrupuri ale populației metropolitane. În orașele mari asistăm la un număr mare de locuitori excluși social, locuitori cu risc crescut de TB, în special imigranți, persoane fără adăpost, dependenți de droguri, alcoolici, oameni ai străzii cu comorbidități psihiatrice și persoane care au petrecut timp în închisoare. O parte dintre acești factori de risc se suprapun și sunt suprareprezențați în populația din închisori. (1) Prevenția și controlul TB în aceste grupuri de risc este complicată de întârzierea diagnosticului, transmiterea directă și de o complianță inadecvată la tratament, aspecte ce conduc la dezvoltarea formelor de TB rezistente la medicamente. Un studiu internațional recent asupra factorilor de risc pentru transmiterea TB în țările cu incidență scăzută a evidențiat persoanele lipsite de adăpost, utilizarea de droguri injectabile și abuzul de alcool ca factori principali asociați cu transmiterea necontrolată a TB în comunitate. (2) În 2002 și 2003 unul din șase pacienți diagnosticați cu TB în Rotterdam, Olanda și respectiv, Londra, Marea Britanie, era fără adăpost, consumator de droguri sau (fost)prizonier. (3,4)

Persoanele fără adăpost au acces precar la îngrijirile medicale, iar modul lor de viață poate masca simptomele corelate cu TB. Astfel, cel mai adesea, la pacienții fără adăpost, TB progresează către formele avansate de boală înainte ca aceasta să fie diagnosticată. Aceste categorii de persoane împart spații mici, ventilate necorespunzător, din cadrul micilor hoteluri, centrelor de zi, locațiilor de unde își procură metadona sau în care consumă droguri. Problema devine și mai complicată dacă luăm în considerare starea lor de sănătate alterată și imunitatea compromisă care se suprapun peste TB. Împreună acești factori se potențează reciproc rezultând izbucniri majore ale TB în rândul persoanelor fără adăpost. Astfel de episoade au fost demonstrate în multe țări membre UE, unde au fost menționate constant rate crescute ale TB (între 500 și 3000 de pacienți la 100 000 de persoane fără adăpost). Acest aspect face din TB o problemă comună, pan-europeană (13-15) și, de asemenea, o problemă pentru viitoarele state membre ale UE. (16)

Nu s-a descoperit nici un nou medicament pentru tratamentul TB de mai bine de jumătate de secol și, deși înalt eficace, tratamentul actual este de lungă durată și poate fi complicat de efectele adverse la medicamente. Odată diagnosticat, este frecvent întâlnită aderența scăzută la tratament și pierderea urmăririi la persoanele fără adăpost. Complianța scăzută conduce la perpetuarea contagiozității și este cauză de selectare a tulpinilor rezistente la medicamente. Concentrația TB în grupurile excluse social și vulnerabile afectează atât personalul care lucrează cu aceste grupuri cât și populația generală. (5,6)

Planul cadru de acțiune de luptă împotriva tuberculozei în Uniunea Europeană

În februarie 2008, consecință a consultărilor cu FEANTSA (European Federation of National Organisations Working with the Homeless) și cu alte organizații relevante, Centrul European pentru Prevenția și Controlul Bolilor (European Center for Disease Prevention and Control – ECDC) a publicat „Planul cadru de acțiune de luptă împotriva tuberculozei în Uniunea Europeană”, care oferă direcții și propuneri despre ceea ce trebuie făcut în statele membre UE pentru scăderea incidenței TB. (17) Raportul recunoaște incidența TB în populațiile „greu de

găsit” și „greu de colaborat” ca o provocare majoră a eforturilor de a controla TB în UE, alături de probleme precum TB multidrog rezistentă și co-afectarea TB-HIV. Acest raport dispune ca „managementul situației TB în populațiile vulnerabile trebuie să fie elementul cheie al oricărei strategii comprehensive de reducere și în cele din urmă, de eliminare a TB”.

Acest plan de acțiune este construit pe patru principii:

1. asigurarea promptitudinii și a calității îngrijirilor medicale pentru toți, de exemplu, prin dezvoltarea unor servicii croite pe nevoile populației vulnerabile. Acest fapt necesită o angajare susținută a resurselor care să reflecte complexitatea livrării serviciilor propice precum cele destinate terapiei direct observate (Directly Observed Therapy-DOT);
2. întărirea capacității sistemelor medicale din UE, adică sistemele de sănătate trebuie să fie accesibile, flexibile și centrate pe pacient, fără bariere sociale, culturale sau economice;
3. dezvoltarea de noi instrumente care să stimuleze componentele operaționale ale controlului TB, precum intervenții corespunzătoare, bazate pe dovezi, ale sistemelor de sănătate publică, apte să întrerupă lanțul transmiterii TB cât mai precoce și cât mai eficient cu putință, cum este identificarea cazurilor active în grupurile vulnerabile;
4. construirea de parteneriate și colaborări cu țări și corporații, de exemplu planul de acțiune afirmă că instituțiile UE în colaborare cu partenerii trebuie să ajute la identificarea, dezvoltarea și diseminarea unor modele practice bune în controlul TB.

Punerea în practică a acestor principii este esențială pentru un control eficient al TB în rândul grupurilor „greu de colaborat” din UE, iar FEANTSA îmbrățișează aceste referințe explicite din cadrul Planului Cadru de Acțiune. Publicarea acestui raport oferă pentru prima dată șansa de a regândi controlul TB în rândul populației fără adăpost și în rândul altor segmente vulnerabile din UE. Noi vedem acest raport ca o chemare la acțiune pentru a îmbunătăți controlul TB în Europa prin schimburile de experiență, cercetări în colaborare, consultanță și cooperare.

Punctul de vedere al FEANTSA**

1. TB este o provocare cheie a sistemului de sănătate publică pentru secolul 21 care necesită cooperare și acțiuni concertate de-a lungul întregii Europe.
2. Tratamentul TB are unul din cele mai bune raporturi cost-eficiență din intervențiile din sănătate. (18,19)
3. TB rămâne foarte stigmatizată și puternic corelată cu sărăcia, igiena precară și excluderea socială.
4. TB nu poate fi manageriată fără a ne adresa cauzei sociale.
5. Grupurile în care întâlnim cea mai mare incidență a bolii în UE sunt aceleași grupuri care au cel mai slab acces la serviciile de sănătate și au cele mai mici șanse de a începe tratamentul.
6. Abordarea standard a controlului TB, precum urmărirea contactilor și tratamentul auto-supravegheat este predestinată eșecului în grupurile „greu de colaborat”.
7. Serviciile TB care nu sunt centrate pe nevoile grupurilor problematice urbane au un risc viitor de creștere a ratei TB și de selectare a tulpinilor rezistente, făcând, din nou, boala netratabilă.
8. Este urgent nevoie de servicii TB mai accesibile și mai flexibile, cu o capacitate de supraveghere a celor cu risc înalt.
9. TB nu poate fi controlată la nivel populațional fără eforturi bine țintite de management al bolii în rândul grupurilor „greu de colaborat”.

Modele de control al TB

TB nu este doar o boală medicală, ci are puternice rădăcini și componente sociale. (20) Dovezile actuale sugerează că nu este posibil controlul TB în rândul persoanelor fără adăpost și al altor grupuri populaționale similare din punct de vedere al vulnerabilității exclusiv prin abordarea

bazată pe serviciile din spitale. Serviciile spitalicești trebuie completate de inițiative ale sănătății publice bazate pe comunitate, croite pe nevoile persoanelor fără adăpost și a altor grupuri vulnerabile. Succesul modelului olandez de control al TB este un exemplu important realizat printr-o colaborare strânsă între serviciile spitalicești și cele reprezentate de clinicile sistemului public de sănătate din grija comunității. Aceste servicii sunt completate de două foste sanatorii TB care acum funcționează ca centre terțiare de internare pentru tratamentul pacienților cu nevoi medicale complexe sau nevoi psihosociale și în care consultanții oferă zilnic servicii de specialitate personalului și specialiștilor medicali din domeniul TB. Spitalele se axează pe internarea pacienților și îngrijire medicală, în timp ce clinicile sistemului de sănătate publică realizează prin intermediul unei rețele de agenții locale de servicii medicale și sociale urmărirea contactelor, tratamentul preventiv, îngrijirea pacienților externai și DOT; de asemenea, angajații acestor clinici caută să identifice cazurile active în rândul persoanelor fără adăpost sau al altor populații vulnerabile prin screeningul cu ajutorul radiologiei digitale mobile. (3,5) Clinicile sistemului de sănătate publică au și responsabilități epidemiologice pentru supravegherea și inițierea investigațiilor. În Olanda, medicii care controlează TB, asistentele medicale (care se comportă adesea ca un asistent social) și practicienii lucrează sub același acoperiș, iar clinicile TB sunt deschise non-stop pentru toate investigațiile de bază pentru diagnostic (testarea sensibilității la tuberculină, radiografie toracică și microscopia frotiului) și pentru tratament. Acest model este benefic în special grupurilor excluse social, care au adesea nevoie de un management intensiv și de DOT pentru a preveni pierderea urmăririi. Olanda are una din cele mai scăzute rate ale TB din UE în ciuda numărului crescut de persoane fără adăpost și de consumatori de droguri din orașele mari, Amsterdam și Rotterdam, unde toate grupurile vulnerabile sunt suspuse periodic, cu succes, screeningului. (3,20) Planul de acțiune susține că toate instituțiile UE în colaborare cu partenerii pot sprijini identificarea, dezvoltarea și diseminarea unui model bun de practică medicală. Modelul olandez este doar un astfel de exemplu, aplicabil și benefic și altor țări EU.

Schimbare și cercetare

Este urgent nevoie să transpunem cunoștințele de bază în strategii optime de diagnostic eficient și de tratament în grupurile problematice din UE. Există o oarecare experiență în diferite țări – carea deseori a pornit de la programe pilot- dar trebuie făcute mult mai multe lucruri pentru transpunerea în politici eficiente și în practică a acestei expertize. Aici intervine rolul clar al UE de a da valoare prin stimularea schimbului de experiență și învățării reciproce în acest domeniu, venind în sprijinul diseminării „celei mai bune practici” și ajutând statele membre să demareze propriile strategii de luptă împotriva TB. Trebuie concepute schimburi de vizite, crearea unui curs și a unor materiale educative pentru un personal multidisciplinar (medical, nursing, social) care să lucreze în sănătate publică pentru controlul TB, cu persoanele fără adăpost și cu consumatorii de droguri. TB în rândul persoanelor fără adăpost și consumatorilor de droguri, în special în mediul urban, ar trebui să fie unul din punctele importante ale cercetării fundamentale, aplicate și operaționale al UE. De exemplu, UE poate ajuta la identificarea zonelor de acțiune importante, sprijinită prin organizații sau mecanisme bilaterale și multilaterale membre UE sau nu, pentru promovarea diagnosticului precoce în rândul acestor grupuri vulnerabile și pentru asigurarea unui tratament disponibil, accesibil, corespunzător și, cel mai important, de succes.

Acțiunile UE

Granițele internaționale nu sunt bariere pentru TB. Creșterea mobilității populației face din controlul TB o responsabilitate comună a țărilor UE. Transmiterea în „grupurile greu de colaborat” cuplată cu amenințarea apariției TB rezistente la medicamente este o provocare majoră a sistemului de sănătate publică, în special în marile orașe din Europa. În Europa TB nu poate fi controlată în absența unor strategii specifice de a identifica și de a trata complet membrii comunităților vulnerabile. UE are un rol important în protejerea sănătății cetățenilor împotriva TB. FEANTSA speră ca „Planul cadru de acțiune de luptă împotriva tuberculozei în Uniunea Europeană” să însemne mai mult decât simple cuvinte, elementul cheie fiind rezultatele unor acțiuni reale, precum abordarea TB în populațiile vulnerabile. Dorim ca UE să sprijine

colaborarea între organizațiile partenere din statele membre, să impună direcțiile strategice și de conducere, să definească bazele politicilor medicale și modul de punere a lor în practică și să ofere consultanță și sprijin pentru populația cel mai expusă la riscul de TB.

Bibliografie

1. Antoine D, Maguire H, Story A. Epidemiology and response to the growing problem of tuberculosis in London. *Euro Surveill* 2006;11:25-8.
2. Fok A, Numata Y, Schulzer M, *et al.* Risk factors for clustering of tuberculosis cases: a systematic review of population-based molecular epidemiology studies. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008;12:480-92.
3. De Vries G, Van Hest R, Richardus JH. Impact of mobile radiographic screening on tuberculosis among drug users and homeless persons. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176:201-7.
4. Story A, Murad S, Roberts W, *et al.* Tuberculosis in London: the importance of homelessness, problem drug use and prison. *Thorax* 2007;62:667-71.
5. De Vries G, Van Hest RA. From contact investigation to tuberculosis screening of drug addicts and homeless persons in Rotterdam. *Eur J Public Health* 2006;16:133-6.
6. Ruddy MC, Davies AP, Yates MD, *et al.* Outbreak of isoniazid resistant tuberculosis in north London. *Thorax*. 2004;59:279-85.
7. Kumar D, Citron KM, Leese J, *et al.* Tuberculosis among the homeless at a temporary shelter in London: report of a chest x ray screening programme. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:629-633.
8. Lemaître N, Sougakoff W, Truffot-Pernot C, *et al.* Use of DNA fingerprinting for primary surveillance of nosocomial tuberculosis in a large urban hospital: detection of outbreaks in homeless people and migrant workers. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998;2:390-6.
9. Diel R, Meywald-Walter K, Gottschalk R, *et al.* Ongoing outbreak of tuberculosis in a low-incidence community: a molecular-epidemiological evaluation. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8:855-61.
10. Ködmön C, Niemann S, Gutierrez MC, *et al.* Molecular clues of a microepidemy among homeless tuberculosis patients in Budapest due to a new and local *Mycobacterium tuberculosis* clade. *Infect Genet Evol* 2007;7:632-5.
11. David B, Oross J, Vecsei M. Homelessness and tuberculosis. Budapest: Soros Foundation, 1998.
12. Laere IRAL van, Buster MCA. [Health problems of homeless people attending outreach primary care surgeries in Amsterdam]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1156-60.
13. Solsona J, Caylà JA, Nadal J, *et al.* Screening for tuberculosis upon admission to shelters and free-meal services. *Eur J Epidemiol* 2001;17:123-8.

14. Romaszko J, Buciński A, Wasiński, R, *et al.* Incidence and risk factors for pulmonary tuberculosis among the poor in the northern region of Poland; *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12: 430-5.
15. Southern A, Premaratne N, English M, *et al.* Tuberculosis among homeless people in London: an effective model of screening and treatment. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3:1001-1008.
16. Büyük Y, Uzün I, Eke M, *et al.* Homeless deaths in Istanbul, Turkey. *J Forensic Leg Med* 2008;15:318-21.
17. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Framework Action Plan to fight tuberculosis in the European Union. Stockholm: ECDC, 2008.
18. World Bank. Investing in Health. World Development Report 1993. New York: Oxford University Press, 1993.
19. Floyd K. Costs and effectiveness--the impact of economic studies on TB control. *Tuberculosis (Edinb)* 2003;83:187-200.
20. Story A, Van Hest R, Hayward A. Tuberculosis and social exclusion. *BMJ* 2006;333:57-58.
21. Keizer ST, Langendam MW, van Deutekom H, *et al.* [Tuberculosis in HIV-positive and HIV-negative drug users in Amsterdam]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:184-9.

* Rob van Hest este consultant pe probleme de control al TB și epidemiologie, Departamentul de control al tuberculozei, Municipal Public Health Service Rotterdam-Rijnmond, Schiedamsedijk 95, 3011 EN Rotterdam, Olanda. Contact: vanhestr@ggd.rotterdam.nl

* Alistair Story, proiectul „Find and Treat”, secțiunea Tuberculoză, Departamentul de Pneumologie, Centre for Infections, Health Protection Agency, Londra, Marea Britanie.

** pentru mai multe detalii vezi [Response to the Stakeholder Consultation](#) din partea FEANTSA la articolul “Proposal for an Action Plan to fight Tuberculosis in the European Union”, Decembrie 2007.

Articol tradus (stud Gianina Rusu) cu aprobarea autorilor din: [European Network of Homeless Health Workers](#) (ENHW), ENHW Newsletter, Issue n°6 – summer 2008.



European Network of
Homeless Health Workers (ENHW)

