

Mortalitatea prin tuberculoză în România, un marker al gravității endemiei

Cristian Didilescu,
Gilda Popescu,
Nicoleta Cioran,
Horia Cocei

Institutul de Pneumologie
„Marius Nasta” București,
Programul Național de
Control al Tuberculozei

Contact:
Cristian Didilescu, Institutul
de Pneumologie „Marius
Nasta” București, Șos. Viilor
90, sector 5, București,
e-mail: didilescu@yahoo.com

Abstract

Tuberculosis mortality in Romania, a marker for severity of the endemic

After reaching the lowest level of tuberculosis mortality rate in 1980, 3.7‰ (830 deaths), followed by a few years with low levels of mortality, the period following the year 1985 was marked by a gradual increase in the mortality rate and in 1995 it reached 11.3‰ (2560 deaths). The implementation since 1997 of TB control programmes on medium term (under technical assistance of WHO experts) has led to a decrease in tuberculosis mortality rate to 1482 deaths, 6.9‰, in 2010. Compared to standardized TB mortality rate in Europe, Romania is far from the countries of Western and Central Europe, with a rate 6.6 times greater than in the EU. Standardized mortality rate by sex reveals that the rate for males in Romania, in 2009, was 6.5 times higher than in women. Similar to 2009, in 2010, the deaths have reached a maximum per age group at 45-54 years old. In 2010 the tuberculosis fatality was 4.7% and the lethality was 0.6%. Consistency of tuberculosis control strategy, regarding both measures for early detection of tuberculosis and establishing TB treatment under the direct observation, represent the safety elements in the reduction of tuberculosis mortality rate. It should be reminded that one of the goals of Stop TB Partnership is reducing mortality rate in 2012 at half compared to 1990, Romania being one of the 18 countries included in this plan initiated by the WHO Europe Region Office.

Keywords: tuberculosis, mortality, national programme

Rezumat

După atingerea celui mai scăzut nivel al ratei de mortalitate prin tuberculoză, 3,7‰ (830 de decese), au urmat câțiva ani în care mortalitatea încă s-a menținut la valori scăzute, perioada ce urmează anului 1985 fiind marcată de o creștere progresivă a mortalității ce atinge în 1995 o rată de 11,3‰ (2560 de decese). Implementarea începând din anul 1997 a programelor de control al TB pe termen mediu (sub asistența tehnică a experților OMS) a determinat o scădere ulterioară a mortalității prin tuberculoză, ajungând la 1482 de decese și o rată a mortalității de 6,9‰ în 2010. Comparativ cu mortalitatea standardizată prin tuberculoză înregistrată în Europa, România se află la distanță de țările din vestul și centrul continentului, fiind de 6,6 ori mai mare față de UE. Rata standardizată de mortalitate pe sexe evidențiază că rata pentru sexul masculin în România, în 2009, a fost de 6,5 ori mai decît cea de la sexul feminin. Similar anului 2009, în 2010 decesele au atins valoarea maximă la grupa de vîrstă 45-54 de ani. În 2010, fatalitatea prin tuberculoză a fost de 4,7%, iar letalitatea de 0,6%. Corectitudinea implementării strategiei de control al tuberculozei, atât a măsurilor de depistare precoce a tuberculozei, cât și de instituire a tratamentului antituberculos sub directă observație, constituie elemente de siguranță ale diminuării mortalității prin tuberculoză. Nu trebuie uitat că una din țintele Stop TB Partnership este și cea a reducerii ratei de deces la jumătate în 2015, față de 1990, iar noastră este una din cele 18 țări ce sunt incluse în acest plan inițiat de Biroul Regional OMS pentru Europa.

Cuvinte-cheie: tuberculoză, mortalitate, program național

Tuberculoza (TB) este a doua cauză de deces din lume, doar SIDA generând un număr mai mare de victime.

Cu toate că deja de la începutul anilor '50 au început să fie descoperite și utilizate mijloace noi de combatere a bolii - este vorba de chimioterapicele antituberculoase -, tuberculoza a continuat să reprezinte până în zilele noastre pentru majoritatea țărilor globului o problemă de sănătate publică.

Mortalitatea prin TB este cel mai vechi indicator disponibil în monitorizarea epidemiei de tuberculoză¹. După Rieder H., trei factori majori determină caracteristicile mortalității: vârsta, anul de naștere al cohorței și evenimentele particulare survenind în cursul unei epoci (de exemplu, războiul)².

În a doua jumătate a secolului, chimioterapia a redus semnificativ fatalitatea tuberculozei. În țările industrializate, mortalitatea a devenit un slab indicator al dimensiunilor problemei.

În România, după 1960, similar majorității țărilor lumii,

mortalitatea a scăzut progresiv, mai relevant o dată cu apelarea la regimurile de chimioterapie bazate pe isoniazidă, rifampicină, pirazinamidă și etambuto/streptomycină și mai ales după recomandarea de menținere a primelor două chimioantibiotice pe întreaga durată a tratamentului standardizat de scurtă durată (inițial 9 luni, iar apoi 6-8 luni) și administrarea medicamentelor sub supravegherea directă a personalului medical (TSS - tratament strict supravegheat, apoi DOT - *directly observed treatment*). Cele de mai sus se reflectă în Tabelul I, respectiv Figura 1, ce ilustrează dinamica mortalității prin tuberculoză în România în intervalul 1950-2010^{3,4}.

După atingerea celui mai scăzut nivel al ratei de mortalitate prin tuberculoză, 3,7‰ (830 decese), au urmat câțiva ani în care mortalitatea s-a menținut încă la valori scăzute, perioada ce urmează anului 1985 fiind marcată de o creștere progresivă a mortalității, ce atinge în 1995 o rată

Tabelul I Dinamica mortalității prin tuberculoză în România, 1950-2010 - cifre absolute

Anul	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Decedați	23.819	7785	6460	4567	3741	1418	830	947	1602	2560	2130	1784	1483

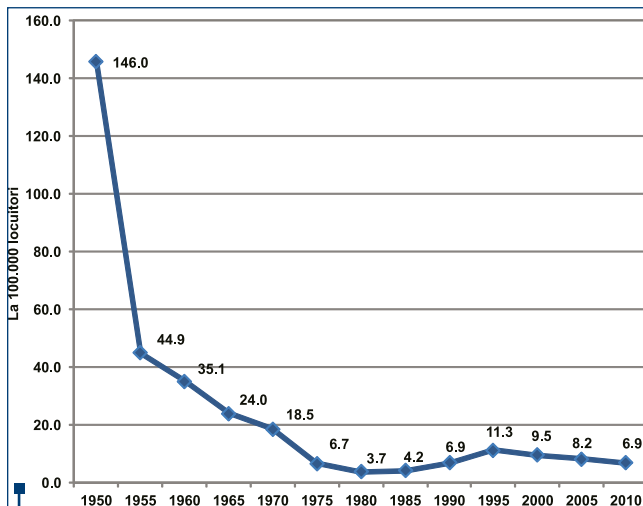


Figura 1. Dinamica mortalității prin tuberculoză în România, 1950-2012 - Sursa: Ministerul Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică⁴

de 11,3‰ (2560 de decese). Această din urmă perioadă corespunde cu cea de reemergență a tuberculozei în lume, fapt marcat de Organizația Mondială a Sănătății, care a catalogat boala ca o urgență mondială. Intensificarea măsurilor de control al tuberculozei în țara noastră (implementarea începând din 1997 a programelor pe termen mediu sub asistență tehnică a experților OMS) a determinat o scădere ulterioară a mortalității prin tuberculoză, ajungând, cu unele inconstanțe, la 1482 de decese și la o rată a mortalității de 6,9‰ în anul 2010. În România, trendul evoluției mortalității TB are, cu unele excepții, similitudini cu cel al evoluției morbidității (55,8‰ în 1985, 142,2‰ în 2002, 90,2‰ în 2010)⁵.

Apariția încă din anii '80 a infecției HIV, a fenomenului MDR-TB (chiar dacă ambele la niveluri relativ reduse în România comparativ cu alte țări din Regiunea Europa a OMS), condițiile socio-economice precare din unele teritorii (malnutriție, aglomerare, stres) și complianța deficitară la tratament a unor bolnavi sunt factori care mențin crescută încă rata mortalității prin tuberculoză în țara noastră.

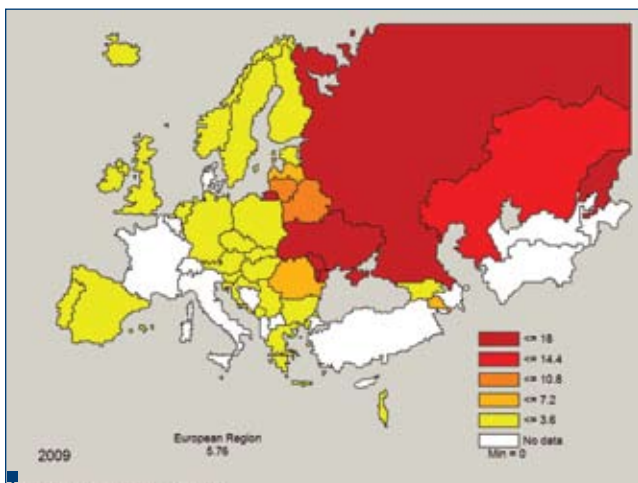


Figura 2. Rata standardizată de mortalitate prin tuberculoză într-o serie de țări din Regiunea Europa a OMS (2009)

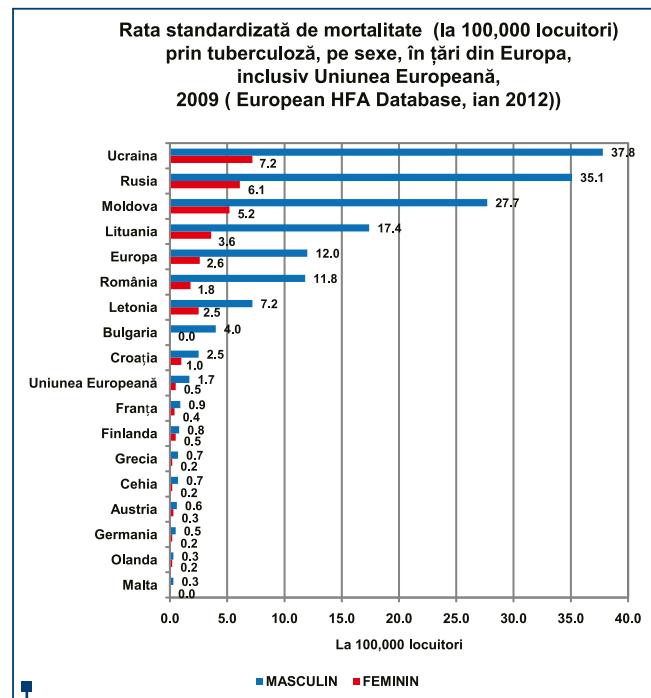


Figura 3. Rata standardizată de mortalitate prin TB, pe sexe, în țări din Europa, inclusiv Uniunea Europeană, 2009 (la ‰ loc.) - Sursa: European HFA Database, ianuarie 2012⁷

Comparativ cu **mortalitatea standardizată** prin tuberculoză înregistrată în Europa, România se află la distanță de țările din vestul și centrul continentului, fiind de 6,6 ori mai mare față de UE⁶. Rata standardizată de mortalitate din țara noastră în 2009 a fost depășită, în mod apreciabil, de nivelul indicatorului din țările răsăritene. În Figura 2 este reprezentată rata standardizată de mortalitate pe anul 2009 într-o serie de țări din Regiunea Europa a OMS⁷.

Conform datelor oficializate de către Organizația Mondială a Sănătății, rata standardizată de mortalitate pe sexe evidențiază că rata pentru sexul masculin în România, în anul 2009, a fost de 6,5 ori mai mare comparativ cu cea a sexului feminin, raport mai mare decât cel întâlnit în majoritatea țărilor europene (Figura 3).

În 2010, distribuția deceselor **pe medii** relevă că, din totalul de 1482 decese prin tuberculoză, 864 (8,9‰) au fost înregistrate în mediul rural, iar restul de 618 (5,3‰) în mediul urban. Valorile sunt apropiate de cele din anul precedent, 2009 (5,7‰ urban, respectiv 8,8‰ rural).

Similar anului 2009, în anul 2010, decesele au atins valoarea maximă la **grupa de vârstă** 45-54 ani, cu un număr de 410 decese (15,3‰), consemnându-se totuși o scădere cu 34 decese față de anul precedent (444) (Tabelul II).

În Figura 4 este prezentată mortalitatea **pe județe** în anul 2010. Într-un număr de județe, valorile acestea depășesc cu mult indicatorul pe țară, 6,9‰: Giurgiu – 18,9‰, Mehedinți – 15,4‰, Caraș-Severin – 14,9‰, Olt – 13,5‰, Teleorman – 13,2‰ etc.; în Harghita, Bistrița-Năsăud, Brașov, Buzău și Gorj mortalitatea prin TB se situează între 2-3‰, constituind cele mai coborâte valori (Figura 4).

Mortalitatea determinată de localizarea pulmonară a tuberculozei este mult mai ridicată decât cea datorată localizărilor extrapulmonare ale bolii (94,6%, respectiv 5,4% în 2010).

Tabelul II

Decesele prin tuberculoză pe grupe de vârstă în România în anul 2010 comparativ cu 2009

	Număr de cazuri		Mortalitate (%000)	
	2009	2010	2009	2010
Total țară	1523	1482	7,1	6,9
Sub 1 an	1	2	0,0	0,01
1-4 ani	4	2	0,5	0,2
5-9 ani	1	0	0,1	0,0
10-14 ani	1	1	0,1	0,1
15-24 ani	18	24	0,6	0,8
25-34 ani	79	81	2,3	2,4
35-44 ani	252	261	7,7	7,7
45-54 ani	444	410	15,9	15,3
55-64 ani	370	355	14,9	13,7
65-74 ani	204	204	11,0	11,3
75+	149	142	11,0	10,3

Sursa: Ministerul Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, 2011⁶

Indicatorul de mortalitate prin tuberculoză poate fi într-o oarecare măsură influențat de consemnarea corectă a cauzei de deces în evidențele statistice primare (certIFICATELE medicale constatatoare de deces, buletine statistice de deces). În țările în care se practică obligatoriu autopsierea fiecărei persoane decedate (de exemplu, Norvegia), cea mai importantă cauză a numărului crescut de decese prin TB este nerecunoașterea bolii înainte de decesul bolnavului. La bolnavii diagnosticați, TB poate fi cauza decesului, poate numai contribui la deces sau poate să nu aibă nici o legătură cu acesta. În vederea corectării valorii indicatorului, este determinantă declararea post-mortem a tuturor cazurilor identificate în prosecturi și înregistrarea ca deces prin tuberculoză numai a deceselor survenite la bolnavi înainte de încheierea tratamentului, la care nu a intervenit expres o altă cauză recunoscută.

Conform recomandărilor OMS, în evaluarea rezultatului tratamentului, „categoria Decedat (D) se referă la pacientul care decedează din orice cauză în timpul tratamentului pentru tuberculoză”.

La aceste cazuri, Programul Național de Control al Tuberculozei recomandă menționarea într-o rubrică specială cauza decesului: TB sau altă cauză. Cazurile declarate post-mortem vor fi, de asemenea, evaluate ca „decedate”⁸.

Fatalitatea reprezintă proporția de decese datorate tuberculozei la 100 de bolnavi aflați în prevalența anului respectiv. Fatalitatea este strâns legată de diagnosticarea la timp și administrarea promptă a chimioterapiei antituberculoase. În 2010, fatalitatea prin tuberculoză a fost de 4,7%.

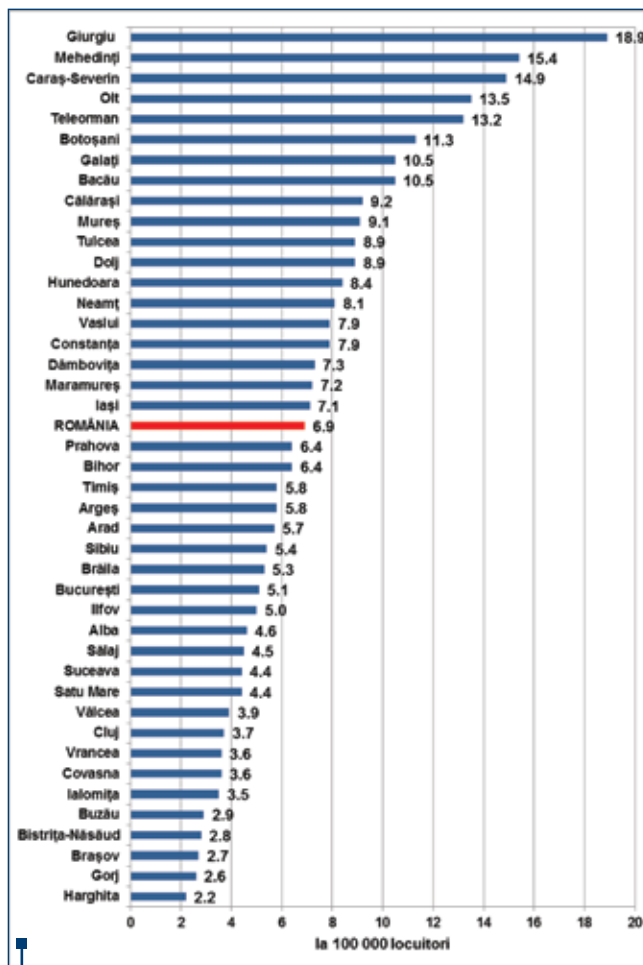


Figura 4. Mortalitatea pe județe în anul 2010 (%000)

Fatalitatea crescută în rândul cazurilor cu MDR/XDR constituie cea mai fidelă reflectare a afirmației că aplicarea neadecvată a chimioterapiei poate transforma o epidemie tratabilă într-una netratabilă⁹. Pentru 2010, fatalitatea în rândul cazurilor cu MDR-TB a fost de 4,6 ori mai mare decât fatalitatea TB ($\approx 21,7\%$).

Letalitatea tuberculozei (participarea tuberculozei la determinarea nivelului mortalității generale), care era de 11,5% în 1948, 1,9% în 1970, 0,6% în 1990, a crescut la 0,9% (1995 și 2002), pentru ca în 2010 să scadă din nou la 0,6%.

În concluzie, diminuarea importanței mortalității prin tuberculoză în viitor se bazează pe corectitudinea implementării strategiei de control al tuberculozei, în cadrul căreia atât măsurile de depistare precoce a tuberculozei, cât și de instituire a tratamentului antituberculos sub directă observație constituie garanția atingerii acestui obiectiv¹⁰. ■

Bibliografie

1. Corlan E. - Tuberculoza pulmonară în pneumologie, capitol în Tratat de Pneumologie, sub redacția Miron Alexandru Bogdan, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2008: 133-166.
2. Rieder L.H. Bases épidémiologiques de la lutte antituberculeuse, Première édition, Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, 1999:135-139.
3. Didilescu C., Marica C. Tuberculoza în România, Breviar Epidemiologic, Editura „Curtea Veche” S.R.L., 1993:105.
4. Ministerul Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Buletin Informativ, nr. 11. 2011.
5. Didilescu C., Marica C. Tuberculoza, trecut, prezent și viitor. Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2004 :55.
6. Ministerul Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național

7. WHO/Europe, European HFA Database <http://data.euro.who.int/hfad/>
8. Ministerul Sănătății, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, PNCT - Implementarea strategiei DOTS de control al tuberculozei în România. Îndrumar de supraveghere epidemiologică a tuberculozei și de monitorizare a aplicării Programului Național de Control al Tuberculozei, România, 2005:26
9. Marica C., Didilescu C., Murgoci Ghe., Tănăsescu M., Arghir O. - Compendiu de tuberculoză, Editura Curtea Veche, 2011: 10.
10. WHO, Regional Office for Europe: Global Plan to Stop TB for 18 high-priority countries in Europe 2007-2015, www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/121881/E94285.pdf 2010-09-27.