

Profil épidémioclinique et évolutif de patients VIH positif, référés au CHU du Point G, Bamako, Mali

Epidemiological, clinical and evolving HIV-positive patients referred to the University Hospital of Point G, Bamako, Mali

A.M. Traoré · D.K. Minta · M. Fomba · H. Cissé · K. Diallo · I. Coulibaly · A. Soukho-Kaya · S.A. Beye · T. Cissé · M. Dembélé · H.A. Traoré · E. Bissagnéné

Reçu le 29 août 2012 ; accepté le 29 octobre 2013
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2013

Résumé Il s'agit d'une étude longitudinale descriptive conduite dans le service de maladies infectieuses du CHU du Point G sur 18 mois, portant sur les patients adultes VIH + reçus par référence-évacuation. Notre échantillon était de 352 patients VIH+, ayant un âge moyen de $37,8 \pm 9,8$ ans et un sex-ratio (H/F) de 0,94, réparti en patients sous ARV (s-TARVs) et non (n-TARVs). Le délai moyen de référence était de $5 \pm 4,4$ jours. Dans les deux groupes, ils étaient majoritairement originaires du niveau II. À l'admission, 132 cas étaient s-TARVs (38 %). Les principaux motifs de consultation étaient significativement la fièvre [87,9% ; $p < 0,05$] et les vomissements [17,4% ; $p = 0,005$] dans le groupe s-TARVs. La toux [$p = 0,9$] et la diarrhée [$p = 0,5$] ont été plus notées chez les n-TARVs sans différence statistique (sans DS). Les autres motifs de référence étaient comparables dans les deux groupes : céphalée ($p = 0,4$), dyspnée ($p = 0,1$). Les diagnostics retenus ont été dominés par la tuberculose pour les n-TARVs sans DS ($p = 0,6$). Les pneumopathies infectieuses non tuberculeuses ($p = 0,8$) et la toxoplasmose cérébrale ($p = 0,8$) étaient comparables dans les deux groupes. Les infections bactériennes systémiques sévères sont apparues plus notées chez les n-TARVs ($p = 0,7$) sans DS. Le paludisme a été la principale pathologie non classant sida et majoritaire chez les n-TARVs ($p = 0,07$) sans DS. Les patients ont été vus à un stade tardif, corollaire d'une immunité plus effondrée chez les n-TARVs [93,3% ; $p < 0,05$]. La létalité était identique

dans les deux groupes (43,2 %). Les facteurs pathologiques de létalité étaient principalement la tuberculose ($p = 0,3$) sans DS. Les facteurs impliqués significativement chez les s-TARVs étaient les pneumopathies bactériennes non tuberculeuses ($p = 0,001$). La létalité hospitalière du VIH et sida reste encore importante. Malgré la gratuité des ARV et le nombre important de centres de prise en charge, le retard au diagnostic en fait un facteur déterminant ainsi que le déficit de monitoring de patients.

Mots clés Morbidité · Mortalité · Décès · VIH · Motifs d'hospitalisation · Traitement · Hôpital · Bamako · Mali : Afrique intertropicale

Abstract We conduct a longitudinal descriptive study in the department of infectious diseases to CHU of Point G during 18 months. It concerned adult patients referred from another care center. All the patients underwent systematic clinical examination and complementary exploration. Our sample was 352 HIV+ patients, with a mean age of 37.8 ± 9.8 years and a sex ratio (M/F)=0.94 shared among patients receiving ARV treatment (ART-s) and not (n-ART). Delay of reference was 5 ± 4.4 days. All patients benefited from clinical and paraclinical examinations. In both groups patients were mostly from level II. On admission, 132 cases were ART-s (38%). The main reasons for consultation were mainly fever [87.9%, $p < 0.05$] and vomiting [17.4%, $p = 0.005$] in the ART-s. Cough ($p = 0.9$), and diarrhoea ($p = 0.5$) were most noted in the n-TARV no statistically significant (no SS). Other reference reasons were similar in the 2 groups: headache ($p = 0.4$), dyspnea ($p = 0.1$). Selected diagnoses were dominated by tuberculosis ($p = 0.6$) for n-ART no SS. Non-tuberculosis infectious pneumonia ($p = 0.8$) and cerebral toxoplasmosis ($p = 0.8$) were comparable in the two groups. Severe systemic bacterial infections occurred more noted in the n-TARV ($p = 0.7$). Malaria has been the main non-AIDS

A.M. Traoré · D.K. Minta (✉) · M. Fomba · H. Cissé · K. Diallo · I. Coulibaly · A. Soukho-Kaya · T. Cissé · M. Dembélé · H.A. Traoré
CHU du Point G, BP 333 Point G, Bamako, Mali
e-mail : minta_daouda@yahoo.fr; amtraore_cmbko@yahoo.fr

S.A. Beye
HR de Ségou, Mali

E. Bissagnéné
CHU de Treichville, Abidjan, République de Côte d'Ivoire

defining disease in the n-ART [-p=0.07] no SS. Patients were seen to late stage a corollary of a more collapsed of immunity in n-ART group [93.3%, p < 0.05]. The fatality rate was similar in both groups (43.2%). Pathological factors were mainly tuberculosis (p=0.3) no SS. The factors involved significantly in TARV-s were non-tuberculosis bacterial pneumonia (p=0.001). The hospital mortality of HIV and AIDS is still important. Despite free ARVs and the large number of support center, the delay in diagnosis is a key as well as the lack of monitoring of patients factor.

Keywords Morbidity · Mortality · Death · HIV · Hospitalization reasons · Treatment · Hospital · Bamako · Mali · Sub-Saharan Africa

Introduction

En vue d'améliorer l'équité dans l'accès au traitement ARV (TARV), la décentralisation de la prise en charge des PvVIH s'imposait ainsi que la gratuité du traitement, instituée au Mali en 2004. Le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G (SMIT-PG) a été érigé en centre d'excellence de prise en charge du VIH de l'adulte du Mali en 2009, par la cellule sectorielle de lutte contre le sida du Ministère de la santé. Depuis, le nombre de cas de référence n'a pas cessé d'y croître. Il apparaissait important de faire le point sur le profil de ces patients dans le but d'identifier les principaux motifs de référence, d'évaluer le pronostic de ces patients et de faire des recommandations.

Patients et méthode

Notre étude a été conduite au SMIT-PG à Bamako. Il s'agissait d'une étude descriptive, longitudinale, portant sur tous les patients d'âge > 15 ans, VIH+, des deux sexes, hospitalisés au moins 24 heures, et référés d'autres structures sanitaires de janvier 2009 à juin 2010. L'hospitalisation était décidée, lorsque l'état du patient était jugé grave. La référence était d'origine primaire pour tout patient issu des centres de santé communautaire (CSCoM) ou d'une structure privée. Ceux venant des centres de santé de référence (CSRef), du centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM) et du centre d'écoute et de soins ambulatoires (CESAC) ont été classés comme référence secondaire et les patients issus des hôpitaux de province et des établissements hospitalo-universitaires comme référence de niveau 3. À l'admission, les patients bénéficiaient d'un interrogatoire et d'examen cliniques. Ceux initialement sous ARV (s-TARV) étaient soumis à une évaluation de l'observance et bénéficiaient d'une intervention de renforcement de l'observance si besoin. Nous définissons l'adhésion thérapeutique (AdT) comme le niveau d'acceptation et d'accord vis-à-vis de l'exécution d'une théra-

peutique par les patients. Elle était dite mauvaise toutes les fois où le patient ratait au moins trois consultations consécutives. Selon qu'il s'agissait des TARV ou non (n-TARV), les variables portaient sur les données sociodémographiques, les données cliniques et paracliniques ; les paramètres inhérents à la référence, les statuts sérologiques viraux et rétroviraux, l'hémogramme, les transaminases, la créatinémie, les examens microbiologiques de selles, d'urines et de sang, la GE à la recherche d'hématozoaire du paludisme, les examens microbiologiques de liquides pathologiques, la recherche de BAAR dans les expectorations, le test de l'IDR à la tuberculine et les diagnostics retenus.

Les variables ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi Info 2000 version 3.5.1. Le test statistique utilisé a été le Chi² considéré significatif lorsque p < 0,05. La participation à l'étude était volontaire, le consentement verbal était obtenu auprès des patients avant leur inclusion à l'étude.

Résultats

La population d'étude était de 352 patients VIH positif (51 % des référés). Leur âge moyen était de 37,8 ± 9,8 ans [18- 75 ans] avec un sex-ratio (H/F) de 0,94.

Le délai moyen de référence était de 5 jours ±4,4. Les patients étaient majoritairement référés du niveau II [47,7% s-TARV vs 39,1 % n-TARV], suivis du niveau I [23,5% vs 37,3%] et du niveau III [28,8% vs 23,6%] il n'a pas été possible de mettre en évidence de différence significative entre les prévalences de s-TARVs et n-TARVs, quel que soit le niveau de référence.

Les principaux motifs de référence, les données cliniques et évolutives sont notés dans le tableau 1. La fièvre [87,9 % ; p<0,05] et les vomissements [17,4 % ; p=0,005] sont significativement plus fréquents chez les s-ARTs.

Le TARV était en cours chez 132 patients (38 %), dont 120 cas en schéma de 1^{er} ligne (91 %) selon la politique nationale du Mali. Le niveau d'AdT au TARV était mauvais dans 64 % (84 cas) et douteux dans 4 %. Les principales raisons de mauvaise observance étaient le déni du statut : 29 % (24 cas), un choix volontaire : 19 % (16 cas), le conseil de guérisseurs traditionnels : 13 % (11 cas), la rupture de stock d'ARV (13 %) et les effets indésirables (12 %).

L'itinéraire thérapeutique, les résultats microbiologiques et séro-immuno-virologiques des patients sont rapportés dans le tableau 2. Aucun n'était sous chimioprophylaxie au cotrimoxazole L'hémogramme a été normal 13 fois chez les s-TARV.

Les résultats évolutifs et les facteurs pathologiques associés à la létalité ont été notés dans le tableau 1. La principale cause de mortalité était la tuberculose, de fréquence comparable dans les deux groupes (p=0,3.). Elle était suivie des pneumopathies bactériennes significativement plus fréquentes chez les s-TARVs [6,8 % / p= 0,001].

Tableau 1 Les principales variables cliniques et évolutives des patients référés / <i>Main clinical and evolutionary variables of referred patients.</i>			
Paramètres cliniques et évolutifs	s-TARV* (132) N %	n-TARV**(220) N %	P
Principaux motifs de référence			
Fièvre	116 (87,9 %)	49 (22,3 %)	0,000002
Toux	37 (28,0 %)	61 (27,3 %)	0,9
Diarrhée	23 (17,4 %)	45 (20,5 %)	0,5
Vomissement	23 (17,4 %)	17 (7,7 %)	0,005
Céphalée	15 (11,4 %)	20 (9,1 %)	0,4
Dyspnée	14 (10,6 %)	13 (5,9 %)	0,1
Principales pathologies classant SIDA			
Tuberculose	33 (25 %)	63 (28,6 %)	0,6
Pneumopathie bactérienne non tuberculeuse	23 (17,4 %)	19 (8,6 %)	0,8
Infection bactérienne sévère	11 (8,30 %)	25 (11,4 %)	0,7
Toxoplasmose cérébrale	14 (10,6 %)	13 (5,9 %)	0,8
Diarrhée chronique inexplicée	4 (3,0 %)	12 (5,5 %)	0,2
Muguet oro-pharyngé	5 (3,8 %)	11 (5,0 %)	0,5
Cryptococcose neuro-méningée	6 (4,5 %)	7 (3,2 %)	0,8
Cryptosporidiose digestive	3 (2,3 %)	6 (2,7 %)	0,8
Isosporose digestive	3 (2,3 %)	4 (1,8 %)	0,7
Maladie de Kaposi	1 (0,8 %)	6 (2,7 %)	-
Herpes labial	2 (1,5 %)	1 (0,4 %)	-
Herpes génital	1 (0,8 %)	1 (0,4 %)	-
Zona évolutif	2 (1,5 %)	0 (0,0 %)	-
Syndrome cachectique	2 (1,5 %)	0 (0,0)	-
TOTAL	110 (31,25)	168 (47,72)	0,005
Déterminants évolutifs			
Favorable	68 (51,52 %)	110 (50 %)	0,8
Décès	57 (43,2 %)	95 (43,2 %)	0,5
Transfert dans service spécialisé d'organe	3 (2,3 %)	7 (3,2 %)	
Sortie contre avis médical	4 (3,3 %)	8 (3,6 %)	
Facteurs de létalités associés			
Tuberculose	17 (12,9 %)	36 (27,3 %)	0,3
Pneumopathie bactérienne	9 (6,8 %)	1 (0,4 %)	0,001
Toxoplasmose cérébrale	4 (3,0)	4 (1,8 %)	0,3
Cryptococcose neuroméningée	3 (2,3 %)	4 (1,8 %)	0,5
Infection bactérienne sévère	2 (1,5 %)	9 (4,1 %)	0,1
Cryptosporidiose	0 (0,0 %)	4 (1,8 %)	-
Isosporose	1 (0,8 %)	2 (0,9 %)	0,6

*Patient sous traitement ARV : s – TARV ; ** Patient sans traitement ARV : n - TARV.

Discussion

Aspects épidémiologiques

Les patients des structures de niveau II sont apparus plus représentés dans les deux groupes avec une fréquence supérieure chez les s-TARVs sans différence statistique ($p=0,3$), suivis de ceux du niveau I puis de niveau III. Cette réparti-

tion laisse penser que le service du Point G remplit son rôle de référence.

Aspects cliniques

La fièvre ($p<0,05$) et les vomissements ($p<0,05$) ont constitué les principaux motifs de référence des s-TARVs comparés aux n-TARVs chez qui les raisons de référence ont été

Tableau 2 Caractéristiques thérapeutiques, microbiologiques et immuno-virologiques des patients référés / <i>Therapeutic, microbiological and immuno-virological characteristics of referred patients.</i>			
Paramètres	s - TARV (132)*	n - TARV (220)**	P
Itinéraire thérapeutique			
Automédication	19 (14,4 %)	54 (24,5 %)	0,002
Médecine traditionnelle	22 (16,7 %)	48 (21,8 %)	0,9
Autres Médications sur ordonnance	114 (86,4 %)	186 (84,5 %)	0,7
Coproculture (n=69)	18 (13,6 %)	51 (23,2 %)	
<i>Escherichia coli</i>	0	16 (7,3 %)	
Examen parasitologique des selles (n= 80)	24 (30 %)	56 (70 %)	
<i>Isospora belli</i> (7 fois),	3	4	
<i>Cryptosporidium sp</i> (9 fois),	3	6	
<i>Ascaris lumbricoïdes</i> (4 fois),	2	2	
<i>Giardia intestinalis</i> (4 fois).	1	3	
TOTAL	9 (37,5 %)	15 (26,9 %)	0,3
Hémocultures (n=86)	26 (30,2 %)	60 (69,8 %)	
<i>Salmonella enteritidis</i> (3 fois)	2	1	
<i>Staphylococcus sp</i> (4 fois),	0	4	
<i>Escherichia coli</i> ,	0	1	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> ,	0	1	
<i>Morganella morganii</i>	1	0	
<i>Acinetobacter baumannii</i> .	0	1	
TOTAL	3 (11,5 %)	8 (13,3 %)	0,5
Examen cyto bactériologique des urines (n =82)	27 (32,9 %)	55 (67,1 %)	
<i>Escherichia coli</i> (18 fois),	5	13	
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (9 fois)	3	6	
<i>Staphylococcus sp</i> (8 fois),	3	5	
<i>Streptococcus sp.</i> (4 fois),	3	1	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	1	
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1	1	
TOTAL	16 (59,3 %)	27 (49,0 %)	0,6
Goutte épaisse (paludisme): n=213	77 (36,2 %)	136 (63,8 %)	
<i>Plasmodium falciparum</i>	5 (6,5 %)	20 (14,7 %)	0,07
Sérotype VIH			
VIH ₁	122	210	
VIH ₂	9	5	
VIH ₁₊₂	1	5	
TOTAL	132	220	
Mesure Lymphocytes TCD4			
≤ 200 cellules/mm ³	92 (79,3 %)	174 (93,3 %)	0,0008
> 200 cellules/mm ³	24 (20,7 %)	13 (6,9 %)	0,5
TOTAL	116	187	
Mesure charge virale			
≤ 100 000 copies /mm ³	32 (52,5 %)	29 (26,9 %)	0,04
> 100 000 copies /mm ³	29 (47,5 %)	79 (73,1 %)	0,001
TOTAL	61	108	
*Patient sous traitement ARV : s-TARV ; ** Patient sans traitement ARV : n-TARV.			

dominées par la toux et la diarrhée sans différence significative. À Dakar, la fièvre et l'amaigrissement (83 % chacun), la toux (54 %), la diarrhée (30 %), la dysphagie (17 %) et le coma (15 %) étaient prédominants dans les motifs d'hospitalisation [3]. Le retard à la consultation apparaît plus marqué chez les patients hospitalisés au Sénégal (83 %) [3].

Les causes de décès chez les PvVIH autopsiés au Botswana confirment la prépondérance de la tuberculose représentant 40 % des pathologies et 37 % de causes de décès [1]. La fréquence de la toxoplasmose cérébrale, comparable dans les deux groupes traités et non traités dans notre série, est apparue plus fréquente qu'au Sénégal et au Botswana [1,3]. Cette variabilité tient probablement aux conditions éco-climatiques déterminant du biotope des parasites [1] et aux habitudes culinaires. La cryptococcose neuro-méningée apparaît plus importante au Botswana (6,7 %) et dans les pays d'Asie (8 à 12 %) [1]. Les coccidioses digestives comparables chez tous les patients de notre série ont été rapportées aussi par des travaux sénégalais [3] mais absentes dans les résultats autopsiques du Botswana [1].

Le recours à l'automédication a été élevé : 24,5 % chez les n-TARVs et 14,4 % chez les patients traités. Les deux groupes ont fait usage de manière comparable de la médication traditionnelle (autour de 19 %). À Dakar, les tradithérapeutes avaient été consultés en première intention par 68 % des PvVIH [4].

Le TARV était en cours chez 38 %, proche de la proportion rapportée (33 %) au Sénégal [3].

Aspects évolutifs

La létalité était associée à une immunodépression sévère chez les n-TARV. Les facteurs de létalité sont équitablement associés à l'évolution chez les s-TARV et n-TARV sans différence statistique, sauf les pneumopathies bactériennes, qui

étaient particulièrement impliquées chez les s-TARVs avec une différence statistique significative. La tuberculose associée à d'autres pneumopathies bactériennes ont été les causes de décès au Botswana, respectivement dans 38 % et 14 % [1].

Conclusion

Les raisons de références des PvVIH à Bamako sont dominées par les difficultés diagnostiques des infections opportunistes du sida et la mauvaise adhésion au TARV. Malgré la gratuité du TARV et le nombre important de centres de prise en charge, la létalité hospitalière des PvVIH demeure préoccupante au Mali.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt

Références

1. Ansari NA, Kombe AH, Kenyon TA, et al (2002). Pathology and causes of death in a group of 128 predominantly HIV-positive patients in Botswana, 1997-1998. *Int J Tuberc Lung Dis* 6(1):55-63
2. Apetse K, Assogba K, Kevi K, et al (2011). Infections opportunistes du VIH/sida chez les adultes en milieu hospitalier au Togo. *Bull Soc Pathol Exot* 104(5):352-4 [<http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/131490352.pdf>]
3. Fortes Déguénonvo L, Manga NM, Diop SA, et al (2011). Profil actuel des patients infectés par le VIH hospitalisés à Dakar (Sénégal). *Bull Soc Pathol Exot* 104(5):366-70 [<http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/131490366.pdf>]
4. Manga NM, Diop SA, Ndour CT, et al (2009). Dépistage tardif de l'infection à VIH à la clinique des maladies infectieuses de Fann, Dakar : circonstances de diagnostic, itinéraire thérapeutique des patients et facteurs déterminants. *Méd Mal Infect* 39(2):95-100