



Article Original

Co-infection VIH/Tuberculose dans le Service de Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire du Point G: Aspects Épidémiocliniques et Thérapeutiques à propos de 48 Cas

Co-infection HIV / Tuberculosis in the Department of Infectious Diseases of the University Hospital Center Point G: Epidemioclinical and therapeutic aspects about 48 cases.

Diarra S¹, Maad Nasser M¹, Konate I^{1;2}, Dembele M¹, Doucoure D¹, Doumbia Y¹, Magassouba O¹, Sogoba D¹, Toloba Y^{1;4} Dao S^{1;2;3}

¹Service des Maladies Infectieuses du CHU du Point G (Mali)

²Faculté de Médecine et D'Odonto-stomatologie (Mali)

³Centre de recherche et de formation sur le VIH et la Tuberculose (Mali)

⁴Service de Pneumophtisiologie du CHU du Point G (Mali)

Auteur correspondant:

Dr Salia DIARRA, spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, service des maladies infectieuses, CHU du Point G, Tel (00223) 76242791, BP:1085, e-mail:

salia_diarra@ymail.com

Mots clés Tuberculose, VIH, Épidémiologie, Evolution

Keywords Tuberculosis, HIV, Epidemiology, Evolution

RÉSUMÉ

Introduction. L'infection par le VIH et la tuberculose constitue un problème majeur de santé publique en Afrique. Le but de ce travail était d'étudier les aspects épidémiocliniques de cette co-infection chez les patients suivis dans le service de maladies infectieuses (SMI) du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) du Point "G". **Matériels et méthodes.** Il s'agit d'une étude rétrospective de trois ans, qui a eu lieu entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2016. Elle a porté sur les patients atteints de tuberculose toutes formes confondues et infectés par le VIH, dont l'état clinique a nécessité une hospitalisation dans le SMI du CHU du Point "G". **Résultats.** La prévalence de la co-infection par le VIH/Tuberculose était de 4,30%. Le sexe masculin était le plus touché avec un sexe-ratio de 1,53. Les mariés étaient majoritaires avec 68,75%. La tranche d'âge 35-50 ans était dominante avec 75%. La fièvre et l'amaigrissement étaient présentes respectivement dans 91,67% et 77,08% des cas. La tuberculose pulmonaire isolée était prédominante (43,75%). Le VIH1 était plus représenté dans 93,75%. Le Taux lymphocytaire CD4 moyen était 71,51/mm³. Le taux de décès était plus représenté dans 35,42% suivi du taux de guérison dans 22,92%. Le schéma ARV TDF+3TC+EFV a été plus prescrit avec 73,81%. L'évolution a été globalement favorable chez nos patients. **Conclusion.** Ce travail souligne une prédominance du sexe masculin. Les signes majoritaires étaient la fièvre et l'amaigrissement. La recherche de la Tuberculose doit être systématique chez toute personne vivant avec le VIH et vice versa.

ABSTRACT

Introduction. HIV infection and tuberculosis is a major public health problem in Africa. The aim of this work was to study the epidemiological and clinical aspects of this co-infection in patients followed in the Department of Infectious Diseases (IMS) of the Center Hospitalier et Universitaire (CHU) of Point "G". **Materials And Methods.** This was a 3-year retrospective study, January 1, 2014 to December 31, 2016. It included patients with all forms of tuberculosis and HIV-infected patients, whose clinical condition required hospitalization, the SMI of the Point "G" CHU. **Results.** The prevalence of HIV / TB co-infection was 4.30%. The male sex was the most affected with a sex ratio of 1.53. The married were in the majority with 68.75%. The 35-50 age group was dominant with 75%. Fever and weight loss were present in 91.67% and 77.08% of cases, respectively. Isolated pulmonary tuberculosis was predominant (43.75%). HIV1 was more represented in 93.75%. The mean CD4 lymphocyte rate was 71.51 / mm³. The death rate was more prevalent in 35.42% followed by the cure rate in 22.92%. The ARV regimen TDF + 3TC + EFV was more prescribed with 73.81%. The evolution has been generally favorable for our patients. **Conclusion.** This work underlines a prediction of the male sex. Majority signs were fever and weight loss. The search for tuberculosis should be systematic in all people living with HIV and vice versa

INTRODUCTION

L'évolution de l'épidémie de VIH est à l'origine d'une augmentation des cas de tuberculose au niveau mondial. La tuberculose diminue considérablement l'espérance de vie des sujets VIH [1]. Dans le monde en 2015 au moins 1/3 des personnes vivant avec le VIH étaient aussi

infectées par le bacille tuberculeux. Les sujets infectés ayant également le VIH ont 20 à 30 fois plus de risque de développer une tuberculose évolutive que les autres [2]. En Afrique la séroprévalence du VIH chez les tuberculeux est variable selon les pays : Afrique du sud (61%),

Zimbabwe (69%), Nigeria (27%), Côte d'Ivoire (45%) [3]. Au Mali, la connaissance de la séroprévalence VIH des malades tuberculeux est limitée. Le rapport du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) 2012 révèle que 302/1544 soit 20% des cas de tuberculose toutes formes dépistées sont séropositifs dont le taux le plus élevé se trouve à Bamako avec 21%. Ces chiffres bien qu'étant parcellaires montrent que la séroprévalence de l'infection à VIH est élevée chez les patients tuberculeux [1].

Devant l'augmentation progressive du nombre de cas de coinfection, il nous a paru judicieux de mener une étude sur la coinfection VIH/Tuberculose particulièrement les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques dans le service de maladies infectieuses.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive de 3 ans allant du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2016, portant sur les patients Co-infectés par le VIH et le BK dans le service de maladies infectieuses du Point "G".

Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, la profession, le statut matrimonial, les signes cliniques, les formes de tuberculose, le stade OMS, le type de VIH, le taux de CD4, la recherche de BAAR selon la localisation de la tuberculose par examen direct ou par GeneXpert ; le traitement ARV, le type de traitement antituberculeux, l'évolution des patients selon la durée d'hospitalisation, l'issue des patients sous traitement antituberculeux.

Les données ont été saisies sur world office 10 et traitées puis analysées sur la base des paramètres statistiques descriptifs (fréquence, moyenne, pourcentage, etc.). Le logiciel Epi info version 7.1 a été utilisé pour élaborer la fiche d'enquête et le masque de saisie. Pour les tests statistiques nous avons consenti à un risque d'erreur α de 5%. Pour les comparaisons de moyennes nous avons utilisé le test t de Student et pour les comparaisons de proportions le test de Chi2 a été utilisé.

RÉSULTATS

Un total de 48 patients (4,30%) sur 1115 patients hospitalisés au service de maladies infectieuses du CHU Point "G" durant la période d'étude répondaient aux critères d'inclusion de notre étude. La majorité des patients (68,75%) était mariée. Le tableau I montre leur répartition en fonction de la profession et du niveau d'éducation.

Tableau I : Répartition des patients selon la profession et le niveau de scolarité

	Effectif	%
Profession		
Étudiants	2	4,17
Marabout	2	4,17
Coiffeur	3	6,25
Enseignant	3	6,25
Policier	3	6,25
Cultivateur	4	8,33
Chauffeur	7	14,58
Commerçant	10	20,83
Ménagère	14	29,17
Niveau de scolarité		
Université	5	10,42

Élémentaire/Fondamentale	9	18,75
Secondaire/professionnel	14	29,17
Non scolarisé	20	41,67

Le tableau II montre la répartition des patients en fonction des signes cliniques. On observait une prédominance du stade IV OMS 34 cas soit 70,83%. La tuberculose pulmonaire (TP) isolée était plus fréquente dans 43,75% des cas, suivie de La tuberculose extrapulmonaire (TEP) isolée (33,33%) et de TP/TEP (22,92%). La radiographie de thorax de face était normale dans 67,50 % des cas. La majorité des patients était infectée par le VIH 1 dans 93,75% des cas, suivie de VIH1+2 (4,17%) et de VIH2 (2,08%). Le taux de CD4 moyen était de 71,51 /mm³ avec un minimum de 1 et un maximum à 325.

Tableau II Répartition des patients coinfectés selon les signes cliniques.

Signes cliniques	Effectif	%
Signes généraux		
Amaigrissement	37	77,08
Fièvre	44	91,67
Signes fonctionnels		
Douleur lombaire	3	6,25
Douleur thoracique	10	20,83
Anorexie	17	35,42
Dyspnée	22	45,83
Toux chronique	28	58,33
Signes physiques		
Ulcération génitale	10	20,83
Hépatomégalie	12	25,00
Polyadénopathie	20	41,67
Candidose buccale	22	45,83
Râles crépitant	25	52,08

Le schéma TDF+3TC+EFV a été prescrit chez 73,81% des patients. Le régime 2RHZE/4RH a été instauré chez 91,67% des patients. Le plus grand nombre de décès était survenu entre le 1^{er} et le 10^{ème} jour d'hospitalisation soit 70,58 % des cas. Il y'avait une relation statistiquement significative entre la durée d'hospitalisation et le taux de décès avec Chi 2 = 18,32 et une P=0,018. L'évolution a été favorable dans 64,58% des cas. Cependant 17 malades sont décédés soit 35,42% des cas (Tableau III).

Tableau III Répartition des patients selon l'issue du traitement antituberculeux

Issue du traitement antituberculeux	Effectif	%
Traitement terminé	7	14,58
Guéri	11	22,92
Transfert	13	27,08
Décès	17	35,42

DISCUSSION

Notre objectif était de décrire la coinfection VIH/Tuberculose dans le service de maladies infectieuses du CHU Point G, dans ces aspects épidémioclinique et Thérapeutique. Nous avons recensé 65 dossiers de patients coinfectés dont 48 ont répondu à nos critères d'inclusion soit 73,85%.

Données épidémiologiques

Le sexe masculin était représenté dans 60,42%, avec sexe ratio était de 1,53. Ces chiffres sont supérieurs à ceux de Soumare et al. [4] à Dakar qui rapportait un sex-ratio de 1,40. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par des facteurs liés à certains déterminants socioculturels (la polygamie, le lévirat, le sororat.) certains tabous et préjugés. Dans notre étude la tranche d'âge de 35-50 ans était représentée dans 75% des cas. L'âge moyen était 42 ans avec des extrêmes de 18 et 62 ans. Ces résultats sont similaires à ceux de Fortes Déguénonvo et al. [5] qui avaient trouvé un âge moyen de 41 ± 10 ans.

Données cliniques

La fièvre était le signe le plus représenté dans 91,67% des cas suivie d'amaigrissement et de toux dans 77,08% et 58,33%. Au Sénégal Fortes Déguénonvo et al. [5] avaient trouvé comme principaux symptômes: la fièvre (83 %), l'amaigrissement (83 %) et la toux (54 %). La TP isolée était plus fréquente dans 43,75% des cas, suivie de TEP isolée (33,33%) et de TP/TEP (22,92%). Tandis qu'en France Delcey et al. [6] notaient TP (35 %) ; TEP isolée (30 %) et TP/TEP (35 %). Dans notre série la majorité des patients étaient infectés par le VIH 1 dans 93,75% des cas, suivis de VIH1+2 (4,17%) et de VIH2 (2,08%). Nos résultats sont discordant à ceux de Toloba et al. [7] qui avaient trouvé une prédominance du VIH1 dans 66,70% des cas, suivi de VIH-2 (19,3%) et les deux sérotypes (14%). La majorité des patients (92,68%) avait un taux de CD4 effondré ($<200/\text{mm}^3$), avec un taux de CD4 moyen de $71,51/\text{mm}^3$. Cette moyenne est faible par rapport à celles retrouvées par Ackah et Hsieh [8-9] qui étaient respectivement de $257 \text{ CD4}/\text{mm}^3$ et $103 \text{ CD4}/\text{mm}^3$. Ce faible taux de CD4 s'explique en partie par le fait que les patients consultent tardivement au stade d'infections opportunistes.

Données thérapeutiques

Le régime de la Catégorie I et III a été instauré chez 91,67% des patients suivi de la catégorie II 8,33%. Nos résultats sont similaires à ceux de Diallo et al. [10] qui trouvaient une prédominance du régime de la catégorie I et III avec 97% suivi du régime de Catégorie II avec 3%. Le schéma TDF+3TC+EFV a été prescrit chez 73,81% des patients. Ce résultat est différent de ceux de Sidibe [11] qui avait trouvé AZT+3TC+EFV dans 27% des cas. Le plus grand nombre de décès était survenu entre le 1^{er} et le 10^{ème} jour d'hospitalisation dans 70,58% des cas. Il y'avait une relation statistiquement significative entre la durée d'hospitalisation et le taux de décès avec $\text{Chi}^2 = 18,32$ et une $P=0,018$. Ce résultat s'expliquerait l'immunodépression très profonde des patients et les délais d'attente trop long des résultats des examens complémentaires. L'évolution a été favorable dans 64,58% des cas. Cependant 17 malades sont décédés soit 35,42% des cas. Ce résultat avoisine celui de Soumare et al. [4] du Sénégal qui notait une évolution favorable dans 68,7% des cas. Cette surmortalité chez les malades tuberculeux infectés par le VIH pourrait être liée à la tuberculose elle-même, aux infections opportunistes survenant chez ces malades ou à d'autres causes d'où des problèmes

d'imputabilités liés à la cause exacte des décès chez ces patients.

CONCLUSION

À l'issue de cette étude à caractère rétrospective, nous avons trouvé une prévalence de la coïnfection VIH/Tuberculose à 4,30%. La létalité de la tuberculose au cours de l'infection à VIH reste très élevée. Le dépistage systématique du VIH chez tous les patients tuberculeux et vice versa.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit et ont lu et approuvé la version finale.

Remerciements

Nous remercions tout personnel du service de maladies infectieuses du CHU du Point G et l'ensemble des patients qui ont participé à cette étude.

REFERENCES

1. Programme national de lutte contre la tuberculose du Mali. Guide technique de la tuberculose à l'usage des personnels de santé 4^{ème} Edition : 2014 ; 183p.
2. OMS Tuberculose Aide memoire Mars 2017. [Inernet]. [Cité le 09/01/17]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/>.
3. Lougue / Sorgho LC, Cisse R, Ouedraogo M, Koshinga BA, Kouanda S, Bamouni YA, et al. Les aspects radiologiques de la tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive de l'adulte dans un pays à forte prévalence tuberculose / VIH. Sidanet, 2005, 2 (7): 870.
4. Soumaré M, Seydi M, Sow I, Diop SA, Senghor C S
5. N'Dour C T, et al. Tuberculose et SIDA à Dakar : étude rétrospective à propos de 630 cas Rev. CAMES- Série A, Vol. 06, 2008.
6. Fortes Déguénonvo L, Manga N M, Diop S A, Dia Badiane N M, Seydi M, Dour C T et al. Profil actuel des patients infectés par le VIH hospitalisés à Dakar (Sénégal) Bull. Soc. Pathol. Exot. (2011) 104:366-70.
7. Delcey V, Diemer M, Sellier P, Raskine L, Fihman V, Champion K et al. Étude descriptive de 111 patients co-infectés VIH-tuberculose Rev Méd interne 28 (2007) S83- S160.
8. Toloba Y, Sissoko B F, Soumaré D, Ouattara K, Keita A, Sangaré B, et al. Apport de la culture des expectorations dans le diagnostic de la tuberculose chez des patients séropositifs au VIH. Rev Pneumol Trop 201 3 ; 19 : 4-7.
9. Ackah AN, Coulibaly D, Digbeu, Diallo K, Vetter KM, Coulibaly IM, et al. Response to treatment, mortality and CD4 lymphocyte counts in HIV infected persons with tuberculosis in Abidjan, Côte d'Ivoire Lancet. 1995; 345(8950): 607-10.
10. Hsieh SM, Hung CC, Chen MY, Chang SC, Hsueh PR, Luh KT, et al. Clinical future of tuberculosis associated HIV infection in Taiwan. J. Formos. Med. Assoc. 1996; 95(12): 923-8.
11. Diallo S, Tolobal Y, Dao S, Sissoko BF, Traoré B, Tamara A, et al. Impact du VIH/SIDA dans la tuberculose pulmonaire à microscopie négative dans le service de pneumophysiologie à Bamako. Mali Médical .2007 ; T XXII.
12. Sidibé FA. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la tuberculose au cours de l'infection à VIH en Afrique : Expérience du CHU du Point-G [Thèse]. Med: Bamako ; 2011. 107 p.