

Profil sociodémographique, biologique et clinique de patients suivis dans un Centre de conseil et dépistage volontaire du VIH en zone rurale dans la province du Bas-Congo (RDC) 2006–2011

Socio-demographic, biological and clinical profile of patients living with HIV during screening in a voluntary counselling and screening centre in a rural area of Mbanza-Ngungu, Democratic Republic of Congo, in 2006–2011

M. Kautako-Kiambi · M. Aloni-Ntetani · P. Pululu · L. Luyinduladio · F. Ezinga-Atshitsha · P. Lema-Landu · M. Ekila-Bothale

Reçu le 31 octobre 2012; accepté le 24 mai 2013
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2013

Résumé Le VIH/sida demeure un problème majeur dans les pays en développement, mais peu d'informations sont disponibles particulièrement pour les zones rurales. Cet article décrit l'infection à VIH dans la zone de santé de Mbanza-Ngungu en République démocratique du Congo. C'est une revue rétrospective des dossiers de patients séropositifs suivis au Centre de conseil et dépistage volontaire du VIH (CDV) entre janvier 2006 et juin 2011. Au total, 167 patients ont été identifiés, dont 67,5 % de femmes. La majorité était âgée de 30 à 44 ans et deux patients sur trois n'étaient pas mariés. Un contexte de maladie était la circonstance de dépistage pour 78 % de patients. La co-infection VIH-tuberculose était présente chez 32 % des patients ; 26 % ont présenté un zona et 55,5 % avaient une infection sexuellement transmissible. La perte de poids supérieure à 10 % du poids initial a concerné 61 % des patients, et plus de 80 % de patients testés VIH

positifs étaient à un stade tardif de la maladie. Cette étude confirme que le VIH/sida reste un vrai problème de santé publique en zone rurale et qu'il convient de renforcer les programmes de sensibilisation concernant ce fléau.

Mots clés Infection à VIH · Zone rurale · Mbanza-Ngungu · Centre de dépistage · Province du Bas-Congo · République démocratique du Congo · Afrique intertropicale

Abstract AIDS remains a public health problem in the Democratic Republic of Congo (DRC). However, there is little information on the medical situation of the disease in rural areas. The objective of this study is to describe the HIV infection in a rural zone in the province of Bas-Congo, DRC. The medical records of patients with a diagnosis of HIV/AIDS, followed in the centre of voluntary counselling and testing (VCT) of the general hospital Nsona-Nkulu in the city of Mbanza-Ngungu, DRC, from January 2006 to June 2011, were retrospectively reviewed. Socio-demographic profile, laboratory data and mode of detection were analyzed. During this study, 167 patients were identified as HIV positive (112 females and 54 males). The majority of patients were aged between 30 and 44 years and two out of three patients were not married; 77.3% had primary schooling. Testing for HIV was performed in 78% of patients during an episode of illness. Screening for unprotected sex was a rare event (0.7%). Co-infection with tuberculosis was present in 32% of our patients while 26% had shingles and 44.5% had sexually transmitted infection. Smoking was found slightly (14%) and alcoholism was reported in 37% of patients. Weight loss greater than 10% was found in 61% of patients. Over 80% of people tested positive for HIV were in later stages (stages 3 and 4). This study demonstrates that HIV infection remains a serious public health problem in rural

M. Kautako-Kiambi (✉) · F. Ezinga-Atshitsha · P. Lema-Landu
Centre de santé de référence et maternité de la cité
de Mbanza-Ngungu, Mbanza-Ngungu, Bas-Congo,
République démocratique du Congo
e-mail : midakk@yahoo.fr, drmidia@gmail.com

M. Aloni-Ntetani
Service d'hémo-oncologie et néphrologie pédiatrique,
département de pédiatrie, cliniques universitaires de Kinshasa,
faculté de médecine, université de Kinshasa,
République démocratique du Congo

P. Pululu · L. Luyinduladio
Hôpital général de référence de Nsona-Nkulu, Mbanza-Ngungu,
Bas-Congo, République démocratique du Congo

M. Ekila-Bothale
Département de médecine interne,
cliniques universitaires de Kinshasa, faculté de médecine,
université de Kinshasa, République démocratique du Congo

zone. The factors militating for the use of awareness program for preventive measures need to be urgently addressed.

Keywords HIV infection · Rural zone · Mbanza-Ngungu · HIV screening centre · Democratic Republic of Congo

Introduction

En République démocratique du Congo (RDC), la séroprévalence du VIH dans la population générale est estimée à 4,04 %, soit 1 034 086 malades selon le Programme national de lutte contre le sida [12]. Les prévalences en milieu urbain sont le double de celles du milieu rural. La province du Bas-Congo est l'une des 11 provinces qui composent la RDC et une des plus riches du pays. Selon des chiffres de l'Onusida, la prévalence de l'infection à VIH est estimée à 1,1 % dans cette province pour la population de 15–49 ans.

De nombreuses complications liées au VIH ont été rapportées dans notre pays [2,4,15]. Cependant, les connaissances épidémiologiques sur l'infection à VIH sont faibles, notamment en milieu rural [1].

La rareté des données congolaises relatives à l'infection à VIH dans le milieu rural justifie la réalisation de ce travail.

Cette étude a pour objectif de décrire et d'analyser, dans un contexte de faibles ressources, les caractéristiques socio-démographiques, immunologiques et cliniques des personnes testées VIH positives et prises en charge à l'hôpital général Nsona-Nkulu et au centre de santé de référence de la cité, dans la zone de santé urbano-rurale de Mbanza-Ngungu, dans la province du Bas-Congo, en RDC.

Méthodologie

Population d'étude

Une étude rétrospective a été menée au sein du Centre de conseil et dépistage volontaire du VIH (CDV), situé dans l'enceinte de l'hôpital général, et du centre de santé de référence et maternité d'État de la cité de Mbanza-Ngungu qui offrent des services gratuits. Le CDV mène plusieurs activités dont le dépistage volontaire, la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH/sida (PVV), la prise en charge et l'administration des antirétroviraux (ARV), le traitement des infections opportunistes, la prise en charge psychosociale des PVV avec accompagnement des malades. Ainsi, au niveau de la zone de santé de Mbanza-Ngungu, tout cas diagnostiqué séropositif au niveau primaire est orienté vers ce centre qui est le CDV de référence de la région.

Les données utilisées dans la présente étude ont été récoltées sur la base des fiches **disponibles** de consultation et de **conseil de l'ensemble** des patients VIH positifs ayant

consulté le CDV de la zone de santé, pour conseil et dépistage, entre janvier 2006 et juin 2011. Ces fiches contiennent les observations cliniques et biologiques transcrites par les médecins ayant examiné les patients.

Tous les sujets dépistés positifs pour VIH durant la période d'étude ont été inclus.

Les paramètres suivants ont été analysés : caractéristiques sociodémographiques, antécédents personnels, examen clinique, motif de la première consultation et bilan biologique et immunologique.

Considérations éthiques

Une autorisation d'accès aux dossiers des patients a été obtenue auprès des responsables de l'éthique du bureau central de la zone de santé, et l'anonymat a été préservé.

Collecte des données et statistique descriptive

Les données ont été saisies et analysées dans les logiciels NCSS version 2007 et SPSS statistics 19. Les variables sont exprimées en nombre (proportion ou pourcentage), les variables continues en médiane et percentiles 25 et 75.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

L'étude a porté sur 167 patients suivis au centre, sur un total de 330 dépistés positifs pour la période d'étude. Il y a donc eu 163 perdus de vue pour lesquels nous n'avons aucune information.

Parmi les 167 patients, 112 étaient de sexe féminin et 55 de sexe masculin, soit un sex-ratio F/H de 2,1. La répartition par âge montre une prédominance de la tranche d'âge 30–44 ans (59 % des patients). Près d'un patient sur trois était marié (pour la plupart monogame). Les divorcés (es) et les veufs (ves) étaient nombreux (18 et 26 %). Un tiers des patients avait un niveau primaire de scolarité, presque deux tiers un niveau secondaire et près d'un patient sur deux était sans emploi (46 %).

Motifs de consultation

Les motifs de consultation sont connus pour 137 des 167 patients étudiés (Tableau 1). Le contexte d'un séjour en hospitalisation pour un épisode de maladie a été le principal mode de dépistage dans 107 cas, soit 78,1 %. Les autres modes de dépistage ont été par ordre décroissant, le dépistage volontaire dans 11 cas (8 %), la maladie ou le décès d'un partenaire dans sept cas (5,1 %), les patients référés d'un autre CDV dans cinq cas (3,6 %) et les parents d'un

enfant séropositif dans trois cas (2,2 %). Les relations sexuelles non protégées et le dépistage pour don de sang ont été retrouvés dans un cas chacun.

Éléments anamnestiques et examen clinique

Les antécédents personnels des patients, l'évolution du poids ainsi que le stade du VIH/sida sont reportés dans le Tableau 1. La co-infection avec la tuberculose était présente chez 32 % des patients séropositifs, tandis que 26 % présentaient un zona au moment du dépistage, et 55,5 % avaient une infection sexuellement transmissible.

Parmi les personnes testées séropositives, 65 % avaient été récemment hospitalisées et 19 % avaient bénéficié antérieure-

ment d'une transfusion sanguine, 61 % avaient une perte pondérale de plus de 10 %. Plus de 80 % des personnes ont été testées VIH positives aux stades tardifs (stades 3 et 4).

Bilan biologique

Le bilan biologique et immunologique réalisé au moment du dépistage chez les 167 personnes testées VIH positives est reporté dans le Tableau 2.

Discussion

Notre étude est la première à examiner le profil clinique et biologique au moment du dépistage chez les personnes infectées par le VIH dans la province du Bas-Congo en RDC. Notre série ne comporte que 167 cas sur un total de 330 dépistés positifs pour la période d'étude de cinq ans et demi dans une région de 3,2 millions d'habitants [9]. Elle ne peut pas être l'image de la véritable incidence de l'infection à VIH dans le Bas-Congo et n'est donc pas représentative de cette partie du pays. Ce résultat montre que de nombreux cas ne s'adressent pas au centre de référence. Dans notre milieu, il est vraisemblable que certains patients atteints de VIH soient pris en charge par la médecine traditionnelle, par un herboriste ou des maisons de prière. Cette situation est due à des croyances culturelles, à la pauvreté, à l'ignorance mais aussi à la stigmatisation des malades [1,8]. Ce résultat est aussi dû aux insuffisances et dysfonctionnements des structures chargées de la prise en charge du VIH.

Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre série, les femmes ont représenté 67,5 % des patients. Ces résultats corroborent les données d'autres travaux réalisés en RDC où les femmes sont plus atteintes que les hommes [13,14]. Le sex-ratio femmes/hommes est passé de 1,11 en 1990 à 1,78 en 2010 [14]. Des observations similaires ont été faites dans d'autres pays africains [9]. Les enquêtes démographiques et de santé réalisées en Ouganda, au Rwanda, au Cameroun et en République centrafricaine y notent des sex-ratios femmes/hommes respectivement de 1,50, 1,57, 1,66 et 1,81 [13].

Tableau 1 Antécédents personnels, co-infection et examen clinique au moment du dépistage / <i>Personal history, co-infection and clinical examination parameters.</i>	
Antécédents	Nombre (%)
Tuberculose	
Oui	53 (32,1)
Non	112 (67,9)
Zona	
Oui	43 (26,1)
Non	122 (73,9)
IST	
Oui	91 (55,5)
Non	73 (44,5)
Hospitalisation récente	
0	68 (41,2)
1 fois	63 (38,2)
>1 fois	34 (26,6)
Transfusion antérieure	
Oui	31 (19,3)
Non	130 (80,7)
Tabac	
Oui	23 (13,9)
Non	142 (86,1)
Alcool	
Oui	60 (36,6)
Non	104 (63,4)
Examen clinique	
Perte de poids >10 %	
Oui	100 (60,6)
Non	65 (39,4)
Stade du VIH	
1	10 (6,1)
2	22 (13,3)
3	86 (52,1)
4	47 (28,5)
IST : infection sexuellement transmissible.	

Tableau 2 Résultats biologiques / <i>Biological results.</i>	
	Me (P25 ; P75)
Hémoglobine (g/dl)	11 (10 ; 13)
Globules blancs (mm ³)	4 600 (3 500 ; 6 250)
Lymphocytes totaux (mm ³)	1 569 (1 190 ; 2 407)
CD4 (µg/l)	200 (123 ; 300,5)
Créatinine (mg/dl)	1,1 (0,825 ; 1,3)
Urée (mg/dl)	30 (22,22 ; 36,55)

À cause de son mode de contamination essentiellement sexuel, le VIH/sida atteint plus généralement les groupes d'âge sexuellement actifs (15 à 49 ans). C'est donc la tranche d'âge qui constitue la force productrice pour l'économie de la zone qui est la plus touchée. De ce fait, l'on peut s'attendre à une augmentation de la paupérisation dans la communauté.

Le veuvage a été reconnu dans d'autres études comme un facteur de risque d'infection à VIH [6,7]. Cependant, dans notre série, nous ne savons pas si le veuvage précède ou pas la contamination de nos patients.

Motifs de première consultation

Dans notre étude, aucune personne n'avait déjà fait un test : à peine une personne sur dix enquêtées en 2007 en RDC avait réalisé antérieurement un test de dépistage volontaire du VIH [11].

Il faut signaler ici que la faible proportion de femmes enceintes dépistées dans le CDV est due au fait que la plupart d'entre elles sont testées dans le cadre du programme de PTME (prévention de la transmission mère–enfant). La participation des femmes enceintes à ce programme est un succès en milieu rural congolais, car plus de 80 % d'entre elles sont testées [3].

Antécédents personnels et examen clinique

Environ un tiers des patients de notre série clinique avait une co-infection tuberculose–VIH. Le dépistage et la prévention du VIH devraient être intégrés dans les soins de routine de la tuberculose en RDC, comme partout en Afrique [5,10].

Plus de la moitié des patients séropositifs avaient eu une infection sexuellement transmissible dans la période précédant le dépistage du VIH. Cette relation doit aussi pousser les autorités à renforcer la coopération entre lutte contre les IST et lutte contre le VIH.

Deux tiers environ de nos patients avaient un passé d'hospitalisation, dans les 12 derniers mois, pour un problème de santé. Il est dommage de constater qu'il ne semble pas y avoir eu un dépistage à cette occasion. Pourtant, l'OMS et l'Onusida encouragent le dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé.

Données d'examen clinique et bilan de laboratoire

Plus des trois quarts des personnes séropositives ont été diagnostiquées aux stades avancés de la maladie. Un effort est nécessaire pour banaliser et rendre plus disponible le dépistage du VIH.

Conclusion

La vulgarisation du dépistage du VIH en zone rurale de la RDC paraît encore inefficace, d'où le recours aux services

de conseil et dépistage volontaire du VIH aux stades tardifs de la maladie.

Remerciements Dr Kalonji Ariel, M. Matumona Matthieu et Mme Elysée.

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

Références

- Bertrand JT, Brown LF, Kinzoni M, et al (1992) AIDS knowledge in three sites in Bas-Zaïre. *AIDS Educ Prev* 4(3):251–66
- Henegar C, Behets F, Vanden Driessche K, et al (2012) Mortality among tuberculosis patients in the Democratic Republic of Congo. *Int J Tuberc Lung Dis* 16(9):1199–204
- Inspection provinciale de santé du Bas-Congo (2009) Synthèse annuelle du programme de PTME. IPS-BC/RDC
- Kawashi FN, Longo-Mbenza B, Matanda NR, et al (2010) Caractéristiques sociodémographiques et sémiologiques de la sphère ORL des patients avec infection par le VIH/sida à Kinshasa, RD Congo. *Pan Afr Med J* 7:15. Epub 2010 Nov 24
- Kim AA, Malele F, Kaiser R, et al (2009) HIV infection among internally displaced women and women residing in river populations along the Congo River, Democratic Republic of Congo. *AIDS Behav* 13(5):914–20. Epub 2009 Mar 20
- Lopman BA, Nyamukapa C, Hallett TB, et al (2009) Role of widows in the heterosexual transmission of HIV in Manicaland, Zimbabwe, 1998–2003. *Sex Transm Infect* 85(Suppl 1):i41–i8
- Magadi MA (2012) The disproportionate high-risk of HIV infection among the urban poor in sub-Saharan Africa. *AIDS Behav* 18(3):1016–22
- Mambu-Nyangi-Mondo T, Malengreau M, Kayembe Kalambayi P, Lapika Dimomfu B (2010) Les retards de recours et de soins à Kinshasa en cas de maladie sévère chez la femme en âge de procréer. *Rev Epidemiol Sante Publique* 58(3):189–96. Epub 2010 Apr 28
- Mmbaga EJ, Hussain A, Leyna GH, et al (2007) Prevalence and risk factors for HIV-1 infection in rural Kilimanjaro region of Tanzania: implications for prevention and treatment. *BMC Public Health* 7:58
- Raviglione MC, Harries AD, Msiska R, et al (1997) Tuberculosis and HIV: current status in Africa. *AIDS* 11(Suppl B):S115–S23
- République démocratique du Congo (2007) Enquête démographique et de santé (EDS-RDC), 482 pp
- République démocratique du Congo, Ministère de la Santé, Programme national de lutte contre le sida et IST (2009) Guide national de traitement de l'infection à VIH par les antirétroviraux chez l'adolescent et l'adulte, 44 p
- République démocratique du Congo, Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant, PNUD, Onusida (2010) Genre et VIH/sida en République démocratique du Congo. Note d'analyse et d'orientation, 30 p
- Van Rompaey S, Kimfuta J, Kimbondi P, et al (2011) Operational assessment of access to ART in rural Africa: the example of Kisantu in Democratic Republic of the Congo. *AIDS Care* 23(6):686–93
- Wumba R, Jean M, Benjamin LM, et al (2012) *Enterocytozoon bienersi* identification using real-time polymerase chain reaction and restriction fragment length polymorphism in HIV-infected humans from Kinshasa Province of the Democratic Republic of Congo. *J Parasitol Res* 2012:278028. Epub 2012 Jul 1