

Données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des patients infectés par le VIH sous traitement antirétroviral à l'hôpital de Ségou au Mali (2004-2011)

Epidemiological, clinical and therapeutics' data of HIV-infected patients placed on ART in the Segou hospital in Mali (2004-2011)

M.C. Koné · Y. Cissoko · M.S. Diallo · B.A. Traoré · K.K. Mallé

Reçu le 4 octobre 2012 ; accepté le 28 mai 2013

© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2013

Résumé Il s'agit d'une étude rétrospective sur une cohorte de 811 patients adultes mis sous antirétroviraux entre janvier 2004 et décembre 2011 à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali, afin de décrire leur profil épidémiologique et évolutif au 48^e mois de suivi. L'âge moyen des patients était de 35,2 ± 9,4 ans. Le sex-ratio H/F était de 0,6. 58,3 % des patients venaient du milieu rural. Le VIH1 concernait 95,8 % des cas. La fièvre prolongée, l'amaigrissement et la diarrhée chronique étaient les principaux motifs de dépistage. La majorité des patients (64,5 %) était au stade III de l'OMS. La moyenne de lymphocytes CD4 était de 144 ± 135,8/mm³ au dépistage. L'évolution clinique et immunologique était favorable sous antirétroviraux. Le taux de survie à 48 mois de suivi était de 78 % [64,1 %-81,3 %]. Les patients suivis dans la structure sont en majorité des ruraux, de sexe féminin et d'âge jeune. Ils sont dépistés au stade avancé de l'infection à VIH. Le traitement antirétroviral a permis le renforcement du système immunitaire et l'amélioration des paramètres cliniques avec un taux de survie à 78 %.

Mots clés VIH · ARV · Suivi · Létalité · Ségou · Mali · Afrique intertropicale

Abstract This is a retrospective study on a cohort of 811 adult patients placed on ART between January 2004 and December 2011 at the hospital Nianankoro Fomba Segou in Mali, to describe their epidemiological, clinical and developmental profile for 48 months. The average age of patients was 35.2±9.4 years. The sex-ratio was 0.6. Approximately 58.3% of the patients were from rural areas.

M.C. Koné (✉) · M.S. Diallo · B.A. Traoré · K.K. Mallé
Hôpital Nianankoro Fomba, Ségou, Mali
e-mail : seybakone@yahoo.fr

Y. Cissoko
Service de médecine, Hôpital de Gao, Gao, Mali

HIV1 represented 95.8%. Prolonged fever, weight loss and chronic diarrhea were the main reasons for testing. The majority of patients (64.5%) had stage III WHO. The mean CD4 cell count was 144±135.8/mm³ at screening. The evolution was favorable under immunological antiretroviral therapy. The survival rate at 48 months follow-up was 78% [64.1%-81.3%]. Patients followed in the structure are predominantly rural, female and young aged. They are diagnosed with advanced HIV infection. Antiretroviral therapy has led to the strengthening of the immune system and improved the clinical outcomes with a survival rate of 78%.

Keywords HIV · ART · Monitoring · Lethality · Segou · Mali · Sub-Saharan Africa

Introduction

L'Afrique subsaharienne est la zone d'Afrique la plus touchée par la pandémie du VIH/sida, avec 22,5 millions de personnes infectées et 1,3 millions de décès en 2009 [6]. Le Mali pourrait être considéré comme un pays à faible prévalence, avec 1,3 % dans la population générale [7]. Depuis mars 2004, avec l'appui de l'Organisation non gouvernementale Solthis (Solidarité thérapeutique et initiative contre le sida), l'hôpital Nianankoro Fomba (HNF) de Ségou est un site de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. La prise en charge comporte la gratuité des antirétroviraux, des médicaments pour les infections opportunistes et du suivi biologique, dont le bilan pré-thérapeutique et de suivi (CD4, charge virale, numération formule sanguine...).

Le but de ce travail est de décrire le profil épidémiologique et clinique des patients mis sous traitement antirétroviral à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou et leur évolution au 48^e mois de suivi.

Patients et méthodes

La région de Ségou est située au sud-ouest du Mali. L'HNF est le sommet de la pyramide sanitaire de la région. Il reçoit les patients référés des huit cercles qui composent la région.

Il s'agit d'une étude rétrospective sur les patients adultes mis sous ARV de janvier 2004 à décembre 2011 et suivis dans le service de médecine de l'HNF. L'évolution des patients a été évaluée au 48^e mois de leur mise sous traitement. L'éligibilité aux ARV était fonction de la classification de l'OMS et du taux de lymphocytes CD4. Le traitement ARV était indiqué au stade I ou II avec un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 350/mm³, au stade III avec un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 200/mm³ ou au stade IV quel que soit le taux de lymphocytes CD4 jusqu'en fin 2007. À partir de 2008, l'éligibilité était indiquée au stade III ou IV quel que soit le taux de lymphocytes CD4 ou au stade I ou II avec un taux de CD4 inférieur ou égal à 350/mm³. Le traitement ARV de première ligne pour le VIH1 était l'association de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) + 1 inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) et pour le VIH2 ou VIH1+2 celle de 2 INTI + 1 inhibiteur de la protéase (IP).

Les données ont été recueillies à partir des dossiers de prise en charge antirétrovirale des patients. Les dossiers incomplets ont été exclus de l'étude. L'analyse statistique des données a été réalisée avec le logiciel Spss 17TM. Le test *t* de Student ou celui de Wilcoxon ont été utilisés pour comparer les moyennes selon le type de la distribution avec un intervalle de confiance [IC] à 95 % et un seuil de significativité inférieur à 0,05. Le taux de survie a été calculé par la méthode de Kaplan Meier.

Résultats

Aspects épidémiologiques

Au total, 811 patients ont été recrutés sur 1078 (75,2 %) et mis sous ARV dans le service pendant la période d'étude. Le tableau 1 montre le nombre de patients mis sous ARV par an. La mise en route du traitement ARV concernait en moyenne 101 ± 14 patients par an avec des extrêmes de 80 patients en 2004 et 127 patients en 2007.

Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques des patients. La moyenne d'âge des patients était de 35,2 ± 9,4 ans (extrêmes 18-63 ans). Le sex-ratio H/F était de 0,6. L'âge moyen des hommes (40,6 ± 8,5 ans) était significativement plus élevé que celui des femmes (31,7 ± 8,2 ans) [*p* < 0,0001]. Les personnes mariées représentaient 59,7 % de l'échantillon étudié et 79% des sujets mariés n'avaient pas informé leurs conjoints. Plus de la moitié (58,3 %) des

Tableau 1 Nombre de nouveaux patients mis sous ARV par an dans le service / *Number of new ARV treatment patients per year in the service.*

Année	Effectif	%
2004	80	9,9
2005	100	12,2
2006	127	15,7
2007	115	14,2
2008	96	11,8
2009	101	12,5
2010	95	11,7
2011	97	12
Total	811	100
Moyenne : 101 ± 14 patients/an (extrême 80 et 127 patients).		

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des patients / *Sociodemographic characteristics of patients.*

		Effectif	%
Classe d'âge	< 25 ans	88	10,9
	25-49 ans	654	80,6
	≥ 50 ans	69	8,5
Sexe	Masculin	316	38,9
	Féminin	495	61,1
Profession	Ménagère	484	59,7
	Paysan	131	16,1
	Commerçant	81	10
	Ouvrier	31	3,8
	Chauffeur	15	1,9
	Élève/Étudiant	8	1
Autres		61	7,5
Statut matrimonial	Marié	484	59,7
	Célibataire	131	16,1
	Veuf	161	19,9
	Divorcé	35	4,3
Résidence	Rurale	473	58,3
	Urbaine	338	41,7

patients résidaient en milieu rural. L'hospitalisation représentait 78,3 % des motifs de dépistage.

Sept cent soixante dix-sept patients (95,8 %) étaient infectés par le VIH1, vingt trois patients (2,8 %) par le VIH2 et onze patients (1,4 %) étaient co-infectés par les deux virus.

Aspects cliniques et paracliniques au dépistage

Le dépistage était motivé par une suspicion clinique chez 97 % des patients. Les principaux symptômes étaient : la fièvre prolongée (87,7 %), l'amaigrissement (74,9 %), la

diarrhée chronique (67,8 %) et la candidose buccale (57,3 %). Selon la classification de l'OMS, 64,5 % des patients étaient au stade III et 15,7 % au stade IV. La moyenne de l'indice de masse corporelle (IMC) était de $17,2 \pm 3,06 \text{ kg/m}^2$. Le taux moyen de lymphocytes CD4 était de $144,3 \pm 135,8/\text{mm}^3$.

Aspects thérapeutiques au début du traitement

Le tableau 3 montre les schémas thérapeutiques au début du traitement ARV. L'association de 2INTI + 1INNTI était retrouvée dans 95,8 % et celle de 2 INTI + 1 IP dans 4,2 %. La combinaison de D4T + 3TC + NVP était la plus utilisée (71,9 %) suivie de celle de AZT + 3TC + NVP (22,5 %).

Évolution clinique, paraclinique et thérapeutique

Le tableau 4 montre les caractéristiques cliniques et immunologiques des patients au début et au 48^e mois du traitement ARV. Le gain moyen de l'IMC était de 4 kg/m^2 au 48^e mois de suivi (N = 634). Celui des lymphocytes CD4 était de $436 \text{ cellules/mm}^3$ (N = 581 patients).

Le dosage de la charge virale (CV) a été effectué chez 200 patients (24,7 %) à partir du 6^e mois et 142 (71,1 %) avaient une CV indétectable.

Tableau 3 Schémas thérapeutiques au début du traitement ARV / Regimen at the start of ARV treatment.			
Schémas thérapeutiques	Effectif	%	
2 INTI + 1 INNTI 95,8 %	D4T+3TC+NVP	583	71,9
	AZT+3TC+NVP	182	22,5
	D4T+3TC+EFV	11	1,4
2 INTI + 1 IP 4,2 %	D4T+3TC+LPV/ RTV	14	1,6
	D4T+3TC+IDV/ RTV	11	1,4
	AZT+3TC+LPV/ RTV	10	1,2
	RTV		
Total	811	100	

Tableau 4 Évolution de l'indice de masse corporelle (IMC) et du nombre de lymphocytes CD4 entre le début (J0) et le 48^e mois (M48) du traitement antirétroviral / Evolution of Body Mass Index (BMI) and CD4 lymphocyte between the beginning (J0) and 48 months (M48) of antiretroviral therapy.

		Effectif	Moyenne	Écart-type	Gain [IC : 95 %]	p
IMC	J0	811	17,7	3,4	4 [2,8-5,2]	< 0,0001
	M48	634	21,7	2,9		
CD4	J0	811	144,3	134,5	436,1 [330,1- 542,2]	< 0,0001
	M48	581	580,4	275,9		

Les changements de traitements observés dans la cohorte pendant les 48 mois de suivi étaient : la substitution de D4T par AZT pour retrait de la molécule (43,4 %) et pour neuropathie périphérique (12,8 %) ; la NVP par EFV en cas de traitement antituberculeux associé (1,4 %) et de passage à la deuxième ligne pour échec thérapeutique (4,3 %).

Taux de survie

La figure 1 montre la survie cumulée des patients. Le taux de survie était de 78 % [64,1 %-81,3 %] au 48^e mois de suivi.

Discussion

Cette étude apporte des informations sur le profil épidémiologique et évolutif de 811 patients adultes mis sous ARV entre janvier 2004 et décembre 2011 à l'HNF de Ségou. Cependant, elle présente quelques insuffisances. Le caractère rétrospectif de l'étude n'a pas permis de traiter tous les aspects de la prise en charge. L'échantillon n'est pas exhaustif et l'étude n'a été réalisée que chez 75,2 % des patients mis sous ARV pendant la période d'étude. Au début de la prise en charge dans la structure, le personnel impliqué percevait des primes de motivation allouées par Solthis. L'interruption de ces primes quelques années après a entraîné la démotivation des acteurs et leur refus de remplir les dossiers pendant longtemps.

L'âge moyen de nos patients était de $35,2 \pm 9,4$ ans, conforme aux données du Mali [7]. Parmi les sujets mariés, 79 % n'avaient pas informé leurs conjoints. Seydi et al ont trouvé 92 % au Sénégal [8]. Ce refus serait lié à la peur de stigmatisation, de discrimination et/ou de dislocation du couple.

La prévalence du VIH1 était élevée et superposable à celle d'autres pays africains [2,4].

Les observations cliniques et immunologiques témoignent d'un dépistage tardif chez nos patients. Le même constat a été fait à Dakar par Déguénonvo et al [2]. Ce diagnostic tardif serait lié à la faiblesse du dépistage volontaire (déficit d'information, peur de la maladie et stigmatisation), aux

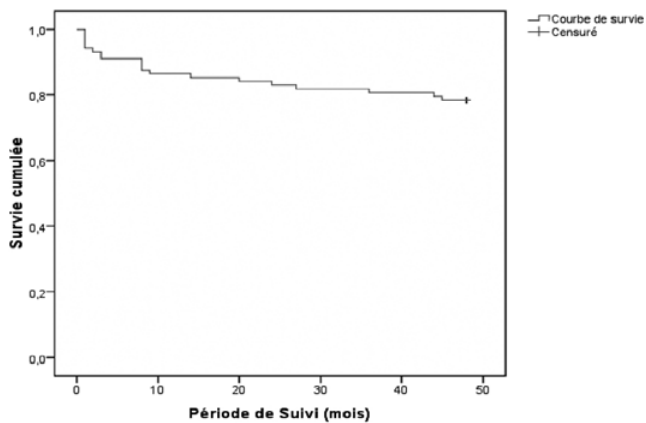


Fig. 1 Courbe de survie cumulée des patients / *Cumulative survival curve of patients*

croyances (automédication, fétichisme, traitement traditionnel) et à la pauvreté [1,2].

La mesure de la charge virale a été effectuée chez seulement 24,7 % de nos patients. Elle devrait être réalisée tous les six mois dans les pays à ressources limitées pour permettre de détecter un échec thérapeutique précoce [5]. Au début de la prise en charge dans la structure, quelques prélèvements étaient acheminés en France par l'ONG Solthis. À partir de 2007, le dosage de la CV était effectué à Bamako où les prélèvements étaient envoyés. Le traitement des prélèvements acheminés à Bamako était parfois impossible pour des problèmes techniques (mauvaise conservation pendant le transport, coagulation de sang dans le tube et parfois quantité de sang insuffisante). Le dosage a débuté dans la structure en 2010, mais les ruptures de réactifs sont assez fréquentes. Par ailleurs, la demande de la CV n'est pas chose courante dans le bilan de suivi biologique par les médecins. Elle est surtout réalisée devant une complication ou une suspicion d'échec chez un patient et les résultats ne sont pas régulièrement reportés dans les dossiers de prise en charge.

La NVP a été substituée par l'EFV pour un traitement antituberculeux dans 1,4 % des cas. Ce taux de tuberculose semble faible chez les patients infectés par le VIH, même sous ARV. Le dépistage de la tuberculose n'est pas systématique au début du traitement ARV dans la structure et, en

dehors de l'examen des crachats, les autres moyens de diagnostic ne sont pas disponibles.

Notre taux de survie était de 78 % à 48 mois. Laurent et al ont trouvé un taux de décès de 7,4 % au Sénégal [3]. Notre taux plus élevé de décès serait lié au déficit immunitaire sévère retrouvé chez nos patients au dépistage. Par ailleurs, il semble pertinent de mener une étude sur les causes de décès dans la structure.

Conclusion

Les patients suivis dans notre structure sont jeunes, originaires surtout du milieu rural et viennent à un stade avancé de l'infection à VIH. Le traitement antirétroviral a permis de restaurer l'immunité avec l'amélioration des paramètres cliniques et une survie de 78 %.

Références

1. Calvez M, Fierro F, Laporte A, Semaille C (2006) Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH - Modalités d'accès et contextes socioculturels. Paris, Edition Labrador, 35pp.
2. Déguénonvo LF, 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):361–70
3. Laurent C, Ngom Gueye NF, Ndour CT, et al (2005) Long-term benefits of highly active antiretroviral therapy in Senegalese HIV-1-infected adults. J Acquir Immune Defic Syndr 38(1):14–7.
4. Okome Nkoumou MML, Okome Essima R, Obiang Ndong GP, Okome Miame F (2007) Bilan clinicobiologique des patients infectés par le VIH à la fondation Jeanne Ebori de Libreville. Méd Trop 67(4):357–62.
5. OMS (2006) Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent en situation de ressources limitées : vers un accès universel. Recommandations pour une approche de santé publique, 128pp.
6. ONUSIDA (2010) Sida – Feuilles de résultats. Vue d'ensemble : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA, 2010, 52 pp.
7. Samaké S, Traoré SM, Ba S, et al (2007) Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM IV) 2006, 497p.
8. Seydi M, Diop SA, Niang KH, et al (2008) Aspects épidémiocliniques et psychosociaux au cours du sida à Dakar : étude préliminaire prospective. Rev CAMES, Série A7:74–6.