

Épidémiologie de la tuberculose pulmonaire bacillifère selon le statut VIH des patients suivis dans le service des maladies infectieuses de Conakry (Guinée)

Epidemiology of bacillary pulmonary tuberculosis according to HIV status of patients followed in the department of infectious diseases Conakry (Guinea)

F.A. Traoré · F.B. Sako · D. Sylla · M. Bangoura · D.O. Kpamy · M. Traoré · M. Doumbouya · I. Sangare

Reçu le 10 décembre 2013 ; accepté le 22 juillet 2014
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2014

Résumé Malgré les efforts de préventions ainsi que la gratuité des traitements, la coinfection tuberculose/VIH reste toujours d'actualité en Guinée. L'objectif de cette étude était de décrire l'épidémiologie de la tuberculose pulmonaire bacillifère selon le statut VIH des patients hospitalisés dans le service des maladies infectieuses de Donka, Conakry. Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et analytique portant sur les dossiers des patients reçus pour tuberculose pulmonaire bacillifère de janvier 2003 à décembre 2012. Durant cette période, 1953 dossiers de tuberculoses ont été colligés parmi lesquelles 346 étaient bacillifères, soit 17,7 %. On notait une nette prédominance masculine (59,7 %). La moyenne d'âge était de 38±11 ans. La majorité des patients provenaient de la banlieue de Conakry et des préfectures environnantes (76,7 %). Les personnes sans profession étaient les plus représentées (40,7 %). Le niveau d'instruction primaire a été le plus fréquemment retrouvé (39,7 %). La sérologie VIH était positive chez 185 patients sur les 325 qui l'avaient effectuée, soit une séroprévalence de 56,9 %. La notion de contagé tuberculeux a été rapportée dans le groupe des séronégatifs à 21,4 % contre 6,5 % chez

les séropositifs ($p=0,0006$). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne les manifestations cliniques. La moyenne du taux de CD4 était comparable dans les deux groupes ($p=0,05$). La létalité était plus élevée chez les patients co-infectés (30,4 % contre 15,56 %) ($p=0,00037$). Un renforcement de la prévention de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) par l'administration de l'isoniaside paraît nécessaire, d'où l'intérêt d'une étude pilote sur ce sujet en Guinée.

Mots clés Tuberculose · Pulmonaire · Épidémiologie · VIH · Hôpital · Conakry · Guinée · Afrique intertropicale

Abstract Despite many efforts of prevention and the availability of free treatment, TB/HIV co-infection is still rampant in Guinea. The objective of this study was to describe the epidemiology of smear positive pulmonary tuberculosis according to HIV status among patients hospitalized in the infectious diseases department of Conakry University Hospital. This was a descriptive and analytical retrospective study of patient records admitted for pulmonary tuberculosis from January 2003 to December 2012. During this period, 1953 cases of tuberculosis were collected of which 346 (17.7%) were smear positive. There was a marked male predominance (59.7%). The average age was 38 ± 11 years. The majority of patients originated from the suburbs of Conakry and its surrounding prefectures (76.7%). People without profession were most represented (40.7%). A level of primary education was the most frequently reported (39.7%). Out of 325 patients tested for HIV, the serology was positive in 185 patients (56.9%). A contact with a TB patient was reported in 21.4% of HIV negative patients, and in 6.5% of the HIV-positive group ($p = 0.0006$). There was no difference between the two groups regarding clinical signs and symptoms. The mean CD4 count was comparable in both groups ($p = 0.05$). Lethality was higher among co-infected patients

F.A. Traoré (✉) · F.B. Sako · M. Bangoura · D.O. Kpamy · M. Doumbouya · I. Sangare
Service des maladies infectieuses et tropicales de l'Hôpital National Donka, Conakry, République de Guinée
e-mail : fatraore01@gmail.com

D. Sylla
Service des urgences médico-chirurgicales de l'Hôpital national Donka, Conakry, République de Guinée

M. Traoré
Médecins sans frontières, France

F.A. Traoré · F.B. Sako · D. Sylla
Université Gamal Abdel Nasser de Conakry,
République de Guinée

(30.4% against 15.56%; $p = 0.00037$). Strengthening the prevention of TB among PLWHA by the administration of isoniazide seems necessary and warrants further study on this subject in Guinea.

Keywords Tuberculosis · Pulmonary · Epidemiology · HIV · Hospital · Conakry · Guinea · Sub-Saharan Africa

Introduction

Un tiers de la population mondiale est infectée par le Bacille de Koch [3]. Depuis l'avènement du VIH/sida, son incidence a augmenté avec des modifications des aspects classiques, tant sur le plan clinique qu'épidémiologique [1].

En Guinée, selon le programme national de lutte antituberculeuse, on estimait à 6 607 le nombre de cas de tuberculose sur l'ensemble du territoire en 2011. Ce chiffre est passé à 11 491 en 2012 pour une couverture vaccinale de 82 %. La tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive représentait 7 295 cas [6]. Ce qui témoigne d'une part de l'ampleur de la question et d'autre part de la nécessité du renforcement des mesures préventives contre cette infection. Lorsque cette tuberculose est associée au VIH, son pronostic est sévère avec une létalité de 30 à 50 % contre 10 % pour la tuberculose chez les sujets VIH négatifs [1].

L'objectif de cette étude était de décrire l'épidémiologie de la tuberculose pulmonaire bacillifère selon le statut VIH des patients hospitalisés dans le service des maladies infectieuses de Donka (Conakry) qui est le service de référence.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique portant sur les dossiers des patients hospitalisés pour tuberculose pulmonaire bacillifère durant une période de 10 ans (de janvier 2003 à décembre 2012). Le diagnostic de tuberculose pulmonaire bacillifère était retenu sur la présence de bacilles acido-alcool-résistants dans les produits pathologiques à l'examen microscopique direct après coloration de

Ziehl-Nielsen. Aucune culture bactériologique n'a été réalisée.

Tous les patients ont bénéficié d'une prise en charge de la tuberculose. Le traitement antirétroviral a été instauré chez les patients ayant une coinfection TB/VIH selon les recommandations de l'OMS. Pour chaque malade, il a été établi une fiche de recueil des données prenant en compte les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs. La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel Epi-info 3.5.1. Les moyennes et les pourcentages ont été comparés à l'aide du test du χ^2 , du test de Student et du test exact de Fischer suivant leurs conditions d'applicabilité. Toute différence inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative.

Résultats

Durant les 10 années de l'étude, 1 953 dossiers de tuberculose ont été colligés, parmi lesquels 346 étaient bacillifères, soit 17,7 %. Ce nombre variait selon les années, avec un maximum en 2004 ($n=56$) et un minimum en 2011 ($n=12$). Il y avait une nette prédominance masculine (59,7 %), avec un sex-ratio de 1,48. La moyenne d'âge était de 38 ± 11 ans [18-79 ans]. La tranche d'âge de 20 à 40 ans était de loin la plus représentée (88,7 %). La majorité des patients provenaient de la banlieue de Conakry et des préfectures environnantes (76,7 %). Les personnes sans profession étaient les plus représentées (40,7 %). Le niveau d'instruction primaire a été le plus fréquemment retrouvé (39,7 %). La sérologie rétrovirale a été effectuée chez 325 patients, dont 195 hommes (60,0 %), et est revenue positive dans 185 cas, soit une séroprévalence de 56,9 %. La sérologie était plus souvent positive chez les hommes (58,7 %) que chez les femmes (41,3 %) ($p=0,54$). La notion de contagement tuberculeux a été le plus notée dans le groupe des séronégatifs (21,4 % contre 6,5 %) ($p=0,0006$) (Tableau 1). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne les manifestations cliniques (Tableau 2). La moyenne du taux de lymphocytes CD4 était de $32,27 \pm 10$ cellules/mm³ chez les co-infectés et de $28,45 \pm 10,4$ cellules/mm³ chez les mono-infectés ($p=0,05$). La durée moyenne d'hospitalisation était

Tableau 1 Répartition des 325 patients selon les facteurs de risque et le statut sérologique, janvier 2003- Décembre 2012, Conakry, Guinée / *Distribution of 325 patients according to risk factors and HIV status, January 2003- December 2012, Conakry, Guinea.*

Facteurs de risque	VIH positif		VIH négatif		P
	N	%	N	%	
Notion de contagement	12	6,5	30	21,4	0,0006
BCG	27	14,6	20	14,3	0,75
Nouveaux cas de TB	143	77,3	121	86,4	0,04

Tableau 2 Répartition des 325 patients selon les signes cliniques et le statut sérologique, janvier 2003 – Décembre 2012, Conakry, Guinée / *Distribution of 325 patients according to clinical and serological status, January 2003 December 2012, Conakry, Guinea.*

Signes cliniques	VIH positif		VIH négatif		P
	N	%	N	%	
Toux chronique	175	94,6	135	96,4	0,51
AEG	181	97,8	135	96,4	0,85
Fièvre	182	98,4	138	98,6	0,27
Dyspnée	115	62,2	96	68,6	0,29
Hémoptysie	23	12,4	24	17,1	0,34
Troubles de la conscience	7	3,8	2	1,4	0,11
Poly-adénopathies	2	1,1	0	0	0,24

comparable dans les deux groupes ($p=0,68$). La létalité était plus élevée chez les patients co-infectés (30,4 % contre 15,56 %) avec une différence très significative ($p=0,00037$).

Discussion

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive et analytique à partir des dossiers des patients hospitalisés pour tuberculose pulmonaire bacillifère dans le service des maladies infectieuses de Conakry. Le caractère rétrospectif, le manque de réalisation de la culture et des tests de résistances bactériens constituaient les limites de cette étude. Les résultats obtenus ne peuvent être exhaustifs, car on peut supposer qu'il y avait beaucoup plus de tuberculeux bacillifères dans cette population de plus de 1 953 tuberculeux. Ils ne peuvent donc représenter l'ensemble de l'épidémiologie de la tuberculose pulmonaire bacillifère selon le statut VIH des patients dans le service, mais donnent une idée du profil actuel de celle-ci.

Dans notre série, la prévalence hospitalière du VIH chez les tuberculeux pulmonaires bacillifères était de 56,9 %. Elle était de 67,5 % au Mali [2], de 67,66 % au Burkina [4] et de 64 % dans la série de Soumaré à Dakar [9]. Ce taux témoigne de la place prépondérante qu'occupe cette co-infection dans notre service. Si la tuberculose est la première infection opportuniste chez les PVVIH en zone tropicale, il est important de noter que la tuberculose bacillifère n'est pas en reste, d'où l'intérêt du renforcement des mesures préventives contre cette double infection. L'existence d'un contage, d'antécédents tuberculeux et le bas niveau de vie socio-économique favorisent la survenue de la tuberculose. Dans notre série, ces différents facteurs ont été retrouvés dans des proportions diverses. Le sexe masculin était majoritaire avec un ratio de 1,48. Ce constat est aussi celui d'autres auteurs [8,9]. La rapidité de la consultation hospitalière et aussi le fait qu'ils toussent plus et expectorent plus abondamment comparé aux femmes et aux enfants, contribuant ainsi à amé-

liorer les résultats de la bacilloscopie, pourraient expliquer cette prédominance [5].

Les adultes jeunes payent le plus grand tribut à la tuberculose dans nos régions à forte endémicité. Ceci est certainement dû au dynamisme de cette population et à sa plus grande exposition à la contamination par le *Mycobacterium tuberculosis*. Cette population devrait constituer une cible principale dans la lutte contre la tuberculose pour les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose [5]. Dans certaines séries africaines, la majorité des patients atteints de tuberculose avaient une moyenne d'âge qui variait de 31 à 42 ans [7,10]. S'agissant des pays développés, ce sont plutôt les sujets âgés qui constituent une population à risque pour la tuberculose, à cause surtout de l'immunosénescence qui favorise la réactivité. Dans notre étude, l'âge moyen était de 38 ± 11 ans. La méconnaissance des moyens de transmission et de prévention de la tuberculose, surtout quand le niveau d'instruction est bas, pourrait expliquer encore sa persistance dans les pays sous développés. Dans notre série, le niveau d'instruction primaire était majoritaire. En Guinée, la population est en majorité jeune et analphabète, à cause du taux de scolarisation qui reste encore faible, surtout en zones rurales. L'accent devra aussi être mis sur l'amélioration des conditions de vie des populations qui résident majoritairement dans la banlieue de Conakry. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'hôpital Donka soit le plus proche de cette banlieue et par la proximité du service de pneumo-physiologie du centre ville. Une urbanisation mal adaptée, la pauvreté et les conditions d'hygiène précaires sont des situations qui, si elles ne sont pas améliorées, entretiendront toujours la tuberculose dans les pays sous développés.

L'isoniaside en chimioprophylaxie de la tuberculose n'est pas encore une réalité en Guinée. C'est pourquoi des efforts doivent être consentis par les autorités afin que cela soit une réalité, en réalisant d'abord une étude pilote dont les conclusions permettraient certainement de généraliser la pratique à l'ensemble de la population de tuberculeux guinéens.

Conclusion

La tuberculose pulmonaire bacillifère, associée ou non au VIH, reste d'actualité dans notre service, avec une prévalence élevée, touchant majoritairement les adultes jeunes de sexe masculin, ayant un niveau d'instruction primaire et résidant dans la banlieue de Conakry.

Un dépistage précoce et aussi le renforcement des campagnes de sensibilisation contre cette double infection permettront certainement d'améliorer la situation. L'accent devra aussi être mis sur la nécessité de la prévention de la tuberculose chez les PVVIH par l'administration de l'isoniaside.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Chrétien J (1990) Tuberculose et VIH. Un couple maudit. Bull de l'ULCTMR 65(1):27-39
2. Diallo S, Dao S, Dembele JP, et al (2008) Aspects épidémiologiques de la tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive au Mali pendant la décennie 1995-2004. Mali Médical Tome 23(2): 25-9
3. Gaudelus J, De Pontual L (2005) Epidemiology of tuberculosis in France. Arch Pédiatr 12(S2):83-7
4. Ouedraogo M, Ouedraogo G, Ouedraogo S et al (1999) A propos de la tuberculose à Ouagadougou: étude rétrospective à propos de 2202 cas. Méd Afr Noire 46(8/9):398-401
5. Programme national de lutte antituberculeuse (2009) Sénégal, Rapport annuel
6. Programme national de lutte antituberculeuse (2012) Guinée-Conakry, rapport annuel
7. Rakotomizao J, Rakotondravelo SJB, Rajaoarifetra J, et al (2006) Prévalence de la co-infection VIH/Tuberculose dans l'unité de pneumologie du CHU d'Antananarivo. Revue des Maladies Respiratoires 23(HS1):46
8. Seck I, Tal-Dia A, Faye A, Ba M (2008) Etude du profil épidémiologique des patients présentant une tuberculose pulmonaire à microscopie positive et co-infectés par le VIH, à l'hôpital régional de Louga (Sénégal). Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 56(S2):91
9. Soumare M, Seydi M., Sow I, et al (2008) Tuberculose et SIDA à Dakar : étude rétrospective à propos de 630 cas. Rev CAMES A(6):97-100
10. Tosi CH, Ngangro MN, Djimadoum N, Richard V (2002) Etude de la séroprévalence du VIH chez les patients atteints d'une tuberculose pulmonaire en 1999 au Tchad. Méd Trop 62(6):627-33