

Profil actuel des patients infectés par le VIH hospitalisés à Dakar (Sénégal)

Current profile of HIV-infected patients hospitalized in Dakar (Senegal)

L. Fortes Déguénonvo · N.M. Manga · S.A. Diop · N.M. Dia Badiane · M. Seydi · C.T. Ndour · M. Soumaré · B.M. Diop · P.S. Sow

Reçu le 28 septembre 2010 ; accepté le 16 juin 2011
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2011

Résumé Dix ans après la mise en place de l'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux (ISAARV) en 1998, nous avons effectué une étude rétrospective afin de décrire le profil actuel épidémioclinique et évolutif des patients infectés par le VIH hospitalisés à la clinique des maladies infectieuses du CHNU de Fann à Dakar de 2007 à 2008. Au total, 527 patients séropositifs ont été inclus. L'âge moyen de la population d'étude était de 41 ± 10 ans, avec une discrète prédominance féminine (sex-ratio = 1,1). La fièvre (83 %), l'amaigrissement (83 %) et la toux (54 %) étaient les principaux symptômes. Les infections opportunistes étaient dominées par la tuberculose (40,9 %) et la candidose digestive (38,9 %). La majorité des patients (88 %) étaient au stade sida et le taux de lymphocytes T CD4+ était inférieur ou égal à $200/\text{mm}^3$ dans 86 % des cas. La létalité hospitalière était de 44 % (231/527). La tuberculose (36 %), les pneumopathies bactériennes (18 %) et les encéphalites (12 %) constituaient les affections les plus fréquemment retrouvées chez les patients décédés. Malgré la disponibilité et la gratuité des antirétroviraux au Sénégal, la létalité liée à l'infection à VIH reste très élevée en rapport avec le retard du diagnostic. La population doit être sensibilisée afin de stimuler le dépistage et la prise en charge précoces. **Pour citer cette revue : Bull. Soc. Pathol. Exot. 104 (2011).**

Mots clés VIH · Infections opportunistes · Sida · Hôpital · Traitements antirétroviraux · Sénégal · Afrique intertropicale

Abstract Ten years after the introduction of the Senegalese Antiretroviral Drug Access Initiative in 1998, we conducted

a retrospective study of the epidemiological and clinical profiles and outcome of HIV-infected patients hospitalized in the Infectious Diseases Clinic of Fann Teaching Hospital in Dakar between 2007 and 2008. During these 2 years, 527 HIV-positive patients were included. The average age of the patients was 41 ± 10 years, and the sex-ratio (F/M) was 1.1; 56% of patients were married. The average interval before admission was 40 ± 57 days. Fever (83%), loss of weight (83%) and cough (54%) were the principal symptoms. Tuberculosis (40.9%) and gastrointestinal candidiasis (38.9%) were the commonest opportunistic infections. Most patients were diagnosed at the AIDS stage (88%) and the CD4+ T lymphocyte count was $\leq 200/\text{mm}^3$ in 86% of cases. Hospital fatality was 44% (231/527). Tuberculosis (36%), bacterial pneumonia (18%) and encephalitis (12%) were the most frequent causes of death. Despite the availability of and free access to antiretroviral drugs in Senegal, the mortality associated with HIV infection remains very high due to late diagnosis. The population must be educated to boost early screening and care. **To cite this journal: Bull. Soc. Pathol. Exot. 104 (2011).**

Keywords HIV · Opportunistic infections · AIDS · Hospital · Antiretroviral treatment · Senegal · Sub-Saharan Africa

Introduction

L'infection à VIH demeure un véritable problème de santé publique dans le monde, et l'Afrique subsaharienne reste le continent le plus touché avec 22,4 millions de personnes vivant avec le VIH en 2008 [18]. Au Sénégal, divers facteurs, dont l'implication des responsables politiques et religieux, les habitudes socioculturelles et la mobilisation des acteurs communautaires ont contribué à maintenir la prévalence à un niveau inférieur à 1 % [11].

L. Fortes Déguénonvo (✉) · N.M. Manga · S.A. Diop · N.M. Dia Badiane · M. Seydi · C.T. Ndour · M. Soumaré · B.M. Diop · P.S. Sow
Clinique des maladies infectieuses Ibrahima-Diop-Mar, CHNU de Fann, BP 5035 Dakar-Fann, Dakar, Sénégal
e-mail : louisefortes@yahoo.fr

Sur le plan de la prise en charge des sujets infectés par le VIH, l'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux (ISAARV) a été l'une des premières à être mise en place dans la sous-région dès 1998. Initialement limitée à quelques centres de référence régionaux, tels que le service des maladies infectieuses de Dakar, cette prise en charge a été progressivement décentralisée au niveau des structures sanitaires périphériques. Cela a été rendu possible par l'accès gratuit aux ARV avec l'appui des partenaires depuis 2003 [12]. La clinique des maladies infectieuses du CHNU de Fann reste, à ce jour, le centre de référence national pour la prise en charge et la recherche sur les patients vivant avec le VIH. Pour apprécier l'impact de ces différentes mesures sur les caractéristiques des patients infectés par le VIH hospitalisés dans cette structure, nous avons réalisé cette étude avec pour objectifs de décrire le profil épidémiologique actuel des patients, d'identifier les affections opportunistes dominantes, de déterminer le degré d'immunodépression des malades et enfin d'apprécier la létalité hospitalière.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive portant sur les patients infectés par le VIH hospitalisés du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008 à la clinique des maladies infectieuses du CHNU de Fann à Dakar. Les malades admis dans ce service sont adressés par le centre de traitement ambulatoire (CTA) de Dakar, le centre régional de recherche et de formation à la prise en charge clinique (CRCF) situé dans l'enceinte de l'hôpital de Fann et les structures sanitaires de Dakar ou des autres régions du pays.

La structure offre plus de facilités d'investigation et de prise en charge des affections opportunistes, notamment avec le partenariat ESTHER (Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau) instauré en 2006.

Le diagnostic de l'infection à VIH a été fait, conformément à l'algorithme en vigueur au Sénégal, c'est-à-dire selon la stratégie de type II de l'OMS [15], avec les tests rapides (deux Bispots et un Détermine VIH-1/2) après consentement libre et éclairé. Le déficit immunitaire des patients était évalué par la numération des lymphocytes T CD4+. Le dosage de la charge virale plasmatique n'était pas réalisé au moment du dépistage, mais seulement dans le cadre du suivi sous trithérapie.

Une fiche standard a été remplie pour chaque patient. Les données épidémiologiques (âge, sexe, statut matrimonial, provenance), cliniques (motifs d'hospitalisation, affections opportunistes, délai d'admission représenté par le temps qui sépare le début des signes et le moment de l'hospitalisation), paracliniques (taux de lymphocytes T CD4+, profil VIH) et évolutives (issue de l'hospitalisation, causes de décès) ont été recueillies à partir des registres et des

dossiers d'hospitalisation des malades. La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel ÉpiInfo™ version 6.4.

Résultats

Durant la période d'étude, 527 patients infectés par le VIH ont été hospitalisés, ce qui représente 27 % de l'ensemble des admissions (1 947 malades).

Caractéristiques épidémiologiques de la population d'étude

La majorité des patients (75 %) était dans une fourchette d'âge de 20 à 50 ans, et l'âge moyen était de 41 ± 10 ans [19–70 ans]. Il y avait une légère prédominance féminine avec un sex-ratio (F/H) de 1,1. Sur le plan de la situation matrimoniale, 56 % étaient mariés, 17 % célibataires, 15 % veufs et 12 % divorcés. Les patients résidaient à Dakar ou dans sa banlieue dans 77 % des cas.

Aspects cliniques

Le délai moyen d'admission était de 40 ± 57 jours, et 70 % (370/527) des malades ont été hospitalisés dans les 30 jours après le début des symptômes. Pour les 30 % restants, ce délai variait entre 31 et 365 jours. Les principaux motifs de consultation étaient la fièvre (83 %), l'amaigrissement (83 %), la toux (54 %), la diarrhée (30 %), la dysphagie (17 %) et le coma (15 %). La quasi-totalité des patients (92 %) présentait une affection opportuniste évolutive, et 88 % étaient au stade sida (stade IV de l'OMS). L'association d'au moins deux pathologies était retrouvée dans la moitié des cas (53 %). La tuberculose (40,9 %) et la candidose bucco-œsophagienne (38,9 %) étaient les principales affections opportunistes diagnostiquées chez nos patients (Tableau 1). La forme la plus souvent retrouvée de la tuberculose était l'atteinte pulmonaire (86 %) et elle était isolée dans 35 % des cas. Un quart des patients (24 %) présentaient une bacilloscopie positive. La tuberculose était multifocale dans deux tiers des cas (63 %). Parmi les différentes localisations extrapulmonaires, les atteintes ganglionnaire (35 %), pleurale (17 %) et péritonéale (9 %) étaient les plus observées.

Vingt pour cent (103 cas) des patients présentaient une encéphalite. Les affections neurologiques étaient dominées par les méningoencéphalites bactériennes (35 cas), la cryptococcose neuroméningée (19 cas) et la toxoplasmose cérébrale (14 cas). L'étiologie de l'encéphalite était indéterminée dans un tiers des cas (34 %).

Tableau 1 Principales infections opportunistes chez 527 patients infectés par le VIH hospitalisés de 2007–2008 à la clinique des maladies infectieuses du CHNU de Fann, Dakar / *Main opportunistic infections among 527 patients infected by HIV hospitalized in 2007–2008 at the Fann University Hospital Infectious Diseases Clinic, Dakar*

Pathologie	Patients	
	<i>n</i>	Pourcentage
Tuberculose	216	40,9
Candidose bucco-œsophagienne	205	35,3
Pneumopathies bactériennes	99	18,8
Prurigo	36	6,8
Méningoencéphalite bactérienne	35	6,6
Cryptosporidiose	26	4,9
Septicémie à bacilles Gram négatif	25	4,7
Cryptococcose neuroméningée	19	3,6
Maladie de Kaposi	17	3,2
Herpès cutanéomuqueux	17	3,2
Toxoplasmose cérébrale	14	2,7
Zona	10	1,9
Pneumocystose	5	0,9

La candidose bucco-œsophagienne (205 cas) occupait la première place des affections digestives suivie de la cryptosporidiose (26 cas).

Aspects paracliniques

Sur le plan sérologique, 90 % des patients étaient infectés uniquement par le VIH-1 ; 6 % par le VIH-2 et 4 % par les deux types. Le taux moyen de lymphocytes T CD4⁺ était de $100 \pm 139/\text{mm}^3$, et 86 % des patients avaient un taux inférieur ou égal à $200/\text{mm}^3$.

Aspects évolutifs

Un tiers des patients (33 %) étaient sous traitement anti-rétroviral. La durée moyenne d'hospitalisation était de 16 ± 14 jours, et 231 patients sont décédés en cours d'hospitalisation, soit une létalité de 44 %. Le décès est survenu dans la plupart des cas (68 %) durant les sept premiers jours d'hospitalisation.

Chez les 231 patients décédés, les diagnostics principaux retrouvés étaient par ordre de fréquence : la tuberculose (36 %), les pneumopathies bactériennes (18 %), les encéphalites d'étiologie indéterminée (12 %) et la cryptococcose neuroméningée (8 %).

Discussion

L'étude que nous avons menée au service des maladies infectieuses Ibrahima-Diop-Mar du CHNU de Fann sur cette période de deux ans (2007–2008) nous a permis de colliger les observations de 527 patients infectés par le VIH, soit 264 cas par an. Une étude antérieure réalisée dans le même service de 1986 à 2003 avait noté 1 809 cas, soit environ 100 cas par an [4]. C'est dire que les infections opportunistes associées au VIH restent encore un motif fréquent d'hospitalisation dans notre structure. La prévalence de l'infection à VIH chez les patients hospitalisés était de 27 % dans notre série. Des résultats similaires ont été rapportés dans d'autres structures hospitalières d'Afrique subsaharienne. Un taux de 27,7 % a été noté dans le service de médecine interne à Libreville au Gabon [14], et une étude récente menée au service des maladies infectieuses de Treichville en Côte d'Ivoire a retrouvé une séroprévalence de 33 % [22].

Sur le plan épidémiologique, les caractéristiques de notre population d'étude sont comparables à celles qui ont été décrites par les travaux antérieurs réalisés dans le service et dans la sous-région [4,13,14]. Il s'agit d'adultes jeunes, comme l'ont signalé Okome-Nkoumou et al. au Gabon avec 89,4 % de sujets âgés de 30–39 ans [14]. L'atteinte prédominante de cette population active fait de l'infection à VIH un véritable frein au développement dans les pays à ressources limitées. La prédominance féminine, notée dans notre étude, bien que discrète (sex-ratio F/M : 1,1), traduit une évolution par rapport au début de l'épidémie où les hommes étaient nettement plus infectés [6,13]. D'après l'Onusida, il existe une féminisation de l'épidémie du VIH surtout en Afrique subsaharienne où les femmes représentent environ 61 % de tous les adultes vivant avec le VIH [16]. Cette situation s'explique par une combinaison de facteurs biologiques et d'inégalités liées à l'appartenance sexuelle [17]. La muqueuse vaginale et la surface du col démultiplient les risques de contamination. De plus, la concentration de virus est plus élevée dans le sperme que dans les sécrétions vaginales [3]. Au-delà de ces aspects biologiques, les femmes sont socialisées au travers de normes et de tabous liés à la culture, à la religion et à d'autres facteurs, visant à leur faire accepter la subordination ou même parfois, l'oppression sexuelle [3]. Concernant le statut matrimonial, la moitié (56 %) de nos patients étaient mariés. En effet, en Afrique subsaharienne, l'infection à VIH survient le plus souvent chez des personnes en couple [20]. Cette situation souligne un certain nombre de problèmes, notamment celui du partage de l'information sur le statut sérologique et de la prévention au sein des couples sérodiscordants. Seydi et al. avaient constaté dans leur étude que 92 % des patients n'avaient pas informé leur conjoint de leur statut sérologique [21]. C'est pourquoi dans de nombreux pays africains des

programmes de conseil qui s'adressent au couple sont mis en place afin de faciliter le dépistage et le suivi [20].

Sur le plan clinique, la grande majorité des patients présentait une affection classante au stade sida (86 %). En comparaison avec les études antérieures [4,13], les pathologies opportunistes dominantes sont les mêmes, à savoir la tuberculose (40,9 %) et la candidose bucco-œsophagienne (38,9 %). En revanche, en Côte d'Ivoire, Tanon et al. ont notifié la tuberculose (33,5 %) et la toxoplasmose (17,9 %) [22]. À Libreville, les affections les plus souvent diagnostiquées étaient la candidose oropharyngée (37 %) et le zona (18,5 %). La tuberculose était faiblement représentée (14,5 %) [14].

Ouédraogo et al., au Burkina Faso, ont observé que 33,9 % des patients séropositifs hospitalisés dans un service de pneumologie présentaient une tuberculose [19].

Dans notre étude, elle était le plus souvent multifocale (63 %). Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature qui retrouvent une augmentation des formes disséminées chez les patients infectés par le VIH [7].

En dehors de la tuberculose, les infections opportunistes neurologiques ont posé des problèmes diagnostiques et pronostiques. En effet, parmi les causes de décès, on notait des encéphalites d'étiologie indéterminée et la cryptococcose neuroméningée.

Au cours de l'infection à VIH, les manifestations neurologiques sont nombreuses. Dans notre cohorte, la cryptococcose neuroméningée a été retrouvée dans 3,6 % des cas. Le même constat a été fait en Côte d'Ivoire avec 5,4 % [5] et au Burkina Faso avec 3,2 % [9]. La prévalence de la toxoplasmose cérébrale (2,7 %) était comparable à celle d'Avode et al. au Bénin : 2,8 % [1].

De façon générale, le diagnostic des infections opportunistes reste difficile dans notre contexte, même dans les hôpitaux de référence. En effet, le diagnostic de la tuberculose était probable dans la majorité des cas (75 %). Il était retenu sur un ensemble d'arguments épidémiologiques, cliniques et radiologiques évocateurs. Les encéphalites étaient d'étiologie indéterminée dans un tiers des cas. L'exploration des infections opportunistes, notamment virales, tumorales, nécessite le plus souvent un recours aux structures privées. Étant donné le bas niveau socio-économique de nos patients, ces examens paracliniques ne sont pas réalisés. Cela atteste de la nécessité de relever le plateau technique au niveau des hôpitaux de référence.

Dans notre série, la létalité hospitalière était de 44 %. Ce taux est élevé par rapport à celui de Tanon et al. en Côte d'Ivoire : 24,4 % [22]. La faiblesse du plateau technique pour un diagnostic précoce des infections opportunistes sévères et les difficultés d'accès à certains médicaments pour le traitement des infections opportunistes expliquent cette lourde létalité hospitalière. Le pronostic à court terme

dépend en grande partie de la sévérité des infections opportunistes présentes au moment du diagnostic.

En pratique, il est difficile d'affirmer avec certitude les causes exactes de décès puisque les patients ont le plus souvent des affections opportunistes multiples non confirmées. La réalisation de l'autopsie dans certains cas aurait pu redresser le diagnostic et déterminer la cause exacte du décès.

Malgré les nombreux efforts réalisés au Sénégal pour rendre disponibles le dépistage et le traitement antirétroviral, le diagnostic et la prise en charge de l'infection par le VIH restent tardifs. En effet, plus des deux tiers des patients (88 %) étaient au stade sida à l'admission. Le diagnostic tardif de l'infection à VIH constitue un obstacle majeur à la prise en charge des patients, aussi bien dans les pays du Nord que du Sud [2,10]. Afin d'y remédier, de nombreuses recommandations ont été proposées. Celles de la Haute Autorité de santé en France nous semblent pertinentes. Elles recommandent, en plus du dépistage ciblé aux groupes à risque, de proposer un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière [8]. Cependant, la mise en place de cette stratégie nécessite l'implication de tous les acteurs de santé, une organisation du système de soins et des moyens financiers importants prenant en charge les tests de dépistage.

Conclusion

Malgré la disponibilité et la gratuité des antirétroviraux, le profil des patients VIH admis au service des maladies infectieuses de Fann est resté inchangé avec une létalité hospitalière élevée. Les causes de cette forte létalité sont le diagnostic tardif de l'infection à VIH et la faiblesse du plateau technique. Pour venir à bout de cette situation persistante, nous proposons :

- d'améliorer la politique de prévention pour assurer un dépistage plus précoce des personnes vivant avec le VIH ;
- d'insister sur la prévention de la tuberculose, principale infection opportuniste ;
- d'élever le plateau technique des structures hospitalières pour un diagnostic et un traitement adapté des infections opportunistes multiples et sévères.

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

Références

1. Avode DG, Adjien KC, Houinato DS, et al (2005) Toxoplasmose cérébrale en milieu hospitalier à Cotonou (Bénin). *AJNS* 28:48-54

2. Baratin D, Marceillac E, Trepo C, et al (2004) Characteristics of patients diagnosed with AIDS shortly after first detection of HIV antibodies in Lyon University hospitals from 1985 to 2001. *HIV Med* 5(4):273–7
3. Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité – CIDEF PHOCÉEN (2006) La lettre du genre : outil pour l'égalité femmes–hommes, genre et VIH. Centre ressource en genre en PACA – DRDFE, n° 1
4. Diouf A, Seydi M, Diop BM, et al (2007) Aspects épidémiologiques et cliniques de l'infection par le VIH-2 à Dakar. *Med Mal Infect* 37(9):584–9
5. Eholie SP, Adou-Brynh D, Domoua K, et al (2000) Méningites lymphocytaires non virales de l'adulte à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Bull Soc Pathol Exot* 93(1):50–4 [<http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/T93-1-2028.pdf>]
6. Fourn L, Ducic S, Université nationale du Bénin et al (1996) Portrait épidémiologique du syndrome d'immunodéficience acquise et ses implications au Bénin. *Cahier études recherches francophones/Santé* 6(6):371–6
7. Gérard M (2000) La tuberculose associée au virus de l'immuno-déficience humaine. *Rev Med Brux* 21:75–83
8. Haute Autorité de santé (2009) Dépistage de l'infection par le VIH. Stratégies et dispositif de dépistage. Octobre 2009. www.has-sante.fr
9. Ki-Zerbo G, Sawadogo A, Millogo A, et al (1996) La cryptococose neuroméningée au cours du sida : étude préliminaire à l'hôpital de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Med Afr Noire* 43:13–8
10. 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. *Med Mal Infect* 39:95–100
11. Ministère de la Santé et de la Prévention, Sénégal (2005) Quatrième enquête démographique et de santé (EDSIV) 2005. SNGE/DHSP/CRDH, Sénégal
12. Ministère de la Santé et de la Prévention, Sénégal (2008) Rapport annuel d'activités 2008 de la division de lutte contre le sida et les IST. MSPM/DLSI/Sénégal
13. Ndour M, Sow PS, Coll-Seck AM, et al (2000) AIDS caused by HIV1 and HIV2 infection: are there clinical differences? Results of AIDS surveillance 1986–1997 at Fann Hospital in Dakar, Senegal. *Trop Med Int Health* 5(10):687–91
14. Okome-Nkoumou M, Mbounja-Lo clo ME, Kombila M (2000) Panorama des affections opportunistes au cours de l'infection par le VIH à Libreville, Gabon : synthèses. *Cahier études recherches francophones/Santé* 10(5):329–37
15. OMS (1997) Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (Onusida)-OMS. Recommandations concernant le choix et l'utilisation des tests de mise en évidence des anticorps anti-VIH—Version révisée. *REH* 72:81–7
16. OMS (2007) Le point sur l'épidémie de sida 2007. *Onusida/07.27F/JC1322F*
17. OMS (2009) Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui le programme de demain. *WHO/IER/MHI/STM.09.1*
18. OMS (2009) AIDS epidemic update: November 2009. *UNAIDS/09.36E/JC1700E*
19. Ouédraogo M, Ouédraogo SM, Badoum G, et al (2007) Impact des maladies infectieuses chez les patients infectés par le VIH dans un service de pneumologie à Ouagadougou. *Mali Med* 22 (1):14–7
20. Painter TM (2001) Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa. *Soc Sci Med* 53(11):1397–411
21. 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 A* 7:74–6
22. Tanon A, Ouattara SI, Aba YT, et al (2009) Profil des hospitalisations pour affections opportunistes au cours du sida à Abidjan (Côte d'Ivoire). III^e Congrès international de la Société africaine de pathologie infectieuse. Infections et système nerveux. 5–7 Novembre 2009. Sénégal. Communication orale : 3^e session