

Échec du traitement antituberculeux et infection due au VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire).

T. Daix, K. Domoua, G. Coulibaly, H. Kissi, L. Beugre-Sy & A. Yapi

Service de pneumo-physiologie, CHU de Treichville, BPV 3, Abidjan, Côte d'Ivoire. Fax : (225) 21-25-28-52

Courte note n°2429. "Santé publique". Reçue le 7 mai 2002. Acceptée le 19 novembre 2002.

Summary: Tuberculosis treatment failure and HIV infection in Abidjan (Côte d'Ivoire)

A retrospective study from 1989 to 1993 was carried out on eighty patients out of 106 cases of tuberculosis treatment failure; representing 2.2% of persons with active pulmonary tuberculosis followed at the tuberculosis screening center of Abidjan. The rate of HIV seropositivity was 43.7%. At the beginning of the therapy, 80% of HIV-positive and 89% of HIV-negative had diffuse pulmonary lesions (no significant difference: $P > 0.05$). At the end of second month therapy, 49% of co-infected and 51% of HIV-negative patients showed bacteriological negative sputum. The treatment administered after reporting failure, led to 63% of recovery among the HIV-positive (22/35) and 62% among the HIV-negative (28/45). On the other hand, the rate of patients out of touch was high in both populations; respectively 29% of HIV infected and 31% of HIV-negative spreading the risk of contamination of neighbourhood by probably resistant bacilli.

Résumé :

À partir d'une étude rétrospective de 4 ans portant sur 80 dossiers de patients adultes âgés d'au moins 15 ans (35 VIH-positifs et 45 VIH-négatifs), ayant présenté un échec au traitement antituberculeux de première ligne, nous analysons la gravité de l'état radiologique et bactériologique au début du traitement, au deuxième mois du traitement et à la fin du régime de retraitement. Le taux d'échec était de 2,2 %. Au début du traitement, 80 % des patients VIH-positifs et 89 % des VIH-négatifs avaient des lésions parenchymateuses diffuses (différence non significative : $p > 0,05$). Après deux mois de traitement, 49 % des VIH-positifs et 51 % des VIH-négatifs avaient des bacilloscopies négatives. À la fin du retraitement administré après le constat de l'échec, les taux de guérison obtenus étaient de 63 % chez les VIH-positifs (22/35) et de 62 % chez les VIH-négatifs (28/45). Les taux de perdus de vue étaient par contre très élevés avec respectivement de 29 % pour les tuberculeux co-infectés et de 31 % chez les tuberculeux VIH-négatifs, faisant courir le risque de contamination de l'entourage par des bacilles tuberculeux devenus probablement résistants.

failure
antituberculosis treatment
HIV
hospital
Côte d'Ivoire
Sub-Saharan Africa

échec
traitement antituberculeux
VIH
hôpital
Côte d'Ivoire
Afrique intertropicale

Introduction

Le traitement standard de première ligne de la tuberculose en Côte d'Ivoire comporte une phase d'attaque quotidienne de 2 mois, associant rifampicine-isoniazide-pyrazinamide, relayée par une phase d'entretien de 4 mois, également quotidienne, avec l'association rifampicine-isoniazide. L'efficacité de ce protocole thérapeutique "court" de 6 mois est supérieure à 95 %, aussi bien chez les tuberculeux co-infectés que chez les tuberculeux VIH-négatifs (1).

L'échec du traitement antituberculeux, qui est défini par la persistance de frottis de crachats positifs après 4 mois de traitement régulier, réalise un portage chronique de bacilles tuberculeux devenus probablement résistants et fait courir un risque de transmission de tuberculose résistante dans la population générale et plus particulièrement parmi les personnes vivant avec le VIH, plus sensibles à la tuberculose (3).

Le but de ce travail est d'analyser comparativement, chez les tuberculeux VIH-positifs et les tuberculeux VIH-négatifs, la

gravité de l'état radiologique et bactériologique, au début du traitement, au deuxième mois du traitement et à la fin du retraitement administré après le constat de l'échec.

Patients et méthodes

Cette étude rétrospective a consisté en l'analyse des dossiers médicaux de patients adultes, âgés d'au moins 15 ans, traités et suivis au centre antituberculeux de Treichville d'Abidjan pour une tuberculose pulmonaire de première atteinte, bactériologiquement confirmée par la présence de bacilles acido-alcoolo-résistants dans leurs expectorations à l'examen microscopique, après coloration par la technique de Ziehl-Neelsen, et qui ont présenté, sous traitement antituberculeux de première intention, un échec thérapeutique survenu entre le mois de juillet 1989 et celui de juillet 1993, soit sur une période de 4 ans.

La sérologie VIH a été effectuée après obtention du consentement éclairé des patients et, sur la base des résultats de celle-ci,

ces derniers ont été répartis en deux groupes, l'un séronégatif et l'autre séropositif. Les différences entre les valeurs observées dans ces deux groupes ont été appréciées par le test du χ^2 . Elles ont été considérées comme significatives au plan statistique quand p était inférieur à 0,05.

Résultats

Sur 4750 tuberculeux pulmonaires à microscopie positive, mis en traitement pendant la période d'étude, 106 étaient toujours contagieux après 4 mois de traitement régulièrement suivi, soit une fréquence d'échec de 2,2%. L'âge des patients variait entre 17 et 66 ans.

Quatre-vingt patients avaient une sérologie VIH connue (52 hommes et 28 femmes), soit une séroprévalence VIH globale de 44 % (35 positifs sur 80 testés).

Au plan clinique, la symptomatologie au moment du diagnostic de la tuberculose était dominée par la toux chronique (100 %), l'amaigrissement (100 %) et la fièvre prolongée (90%). Le tableau I indique clairement que les deux populations de tuberculeux étaient comparables pour ce qui est de la gravité de l'état radiologique et bactériologique initial. En effet, au moment de l'établissement du diagnostic de la tuberculose, 80 % des VIH-positifs et 89 % des VIH-négatifs avaient une atteinte pulmonaire diffuse, s'étendant au-delà des deux tiers du champ pulmonaire.

Tableau I.

Principales caractéristiques radiologiques, bactériologiques et évolutives des patients.
Main radiological, bacteriological and evolutive characteristics of patients.

paramètres analysés	VIH+ (n = 35)		VIH- (n = 45)		p
	nb	%	nb	%	
aspect radiologique initial					
- lésions diffuses	28	(80%)	40	(89%)	DNS
- lésions localisées	7	(20%)	5	(11%)	DNS
densité bacillaire initiale					
- forte (++ ou +++)	19	(54 %)	22	(49 %)	DNS
- faible (+ ou ++)	16	(46 %)	23	(51 %)	DNS
bacilloscopie à 2 mois					
- négative	17	(49%)	23	(51 %)	DNS
- positive	10	(29 %)	20	(44 %)	DNS
- non faite	8	(22 %)	2	(5 %)	DS
régime thérapeutique lors échec					
- 1 ^o ligne	19	(54%)	19	(42%)	DNS
- 2 ^o ligne	11	(31%)	18	(40%)	DNS
- reprise	4	(12%)	6	(13%)	DNS
- renforcement	1	(3%)	2	(5%)	DNS
évolution après retraitement					
- guérison	22	(63%)	28	(62 %)	DNS
- perdus de vue	10	(29 %)	14	(32 %)	DNS
- échec	3	(8 %)	1	(2 %)	DNS
- décès	0	(0 %)	2	(4 %)	DNS

* DNS : différence non significative

* DS : différence significative

De plus, la densité bacillaire des expectorations avant la mise en route du traitement de première ligne était forte dans les proportions respectives de 54 % et 49 % (différence non significative).

Au deuxième mois de traitement, 49 % des patients VIH-positifs et 51 % des VIH-négatifs avaient une négativation bactériologique de leur expectoration.

À la fin du retraitement, les taux de guérison obtenus étaient superposables dans les deux populations (63 % chez les tuber-

culeux VIH-positifs et 62,2 % pour les VIH-négatifs) avec, cependant, des taux de perdus de vue élevés, respectivement de 29 % et 31 %.

Discussion

L'échec du traitement antituberculeux est une situation relativement fréquente. Son incidence dans notre série est évaluée à 2,2 %. En République Démocratique du Congo (ex Zaïre), 3,36 % des tuberculeux pulmonaires bacillifères mis en traitement de première ligne présentent un échec confirmé par la culture des expectorations sur milieu de Löwenstein-Jensen (4). Les échecs bactériologiques constatés chez des patients adhérents au traitement sont, dans notre étude, soit en rapport avec une résistance primaire, soit dus à une mycobactériose atypique. Une culture des expectorations au moment du constat de l'échec aurait permis non seulement de déterminer la mycobactérie causale, mais, aussi et surtout, de faire un antibiogramme. Cet examen essentiel n'était pas réalisable lors du suivi des malades, faute de moyens techniques appropriés.

L'aspect diffus des lésions pulmonaires notées chez les tuberculeux co-infectés de notre série est en conformité avec les résultats d'une précédente étude réalisée dans le même centre sur les aspects radiologiques de la tuberculose pulmonaire associée à l'infection par le VIH (2).

Le taux élevé de perdus de vue peut être en rapport avec plusieurs facteurs mutuellement non exclusifs, représentés par le recours aux tradipraticiens, la durée du traitement antituberculeux (6 mois), dont les résultats ne semblent pas immédiats aux patients souhaitant une guérison rapide et les difficultés des malades pour se rendre au centre de traitement.

Conclusion

Cette forte proportion de malades perdus de vue fait couvrir un grand risque de contamination de leur entourage par des bacilles probablement devenus résistants.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades en situation d'échec doit nécessairement passer par une culture systématique des expectorations avec antibiogramme.

Références bibliographiques

1. DOMOUA K, N'DHATZ M, COULIBALY G, TRAORE F, KOFFI J et al. - Efficacité du régime thérapeutique court de six mois chez les tuberculeux infectés par le VIH à Abidjan, Côte-d'Ivoire. *Bull Soc Pathol Exot*, 1998, **91**, 312-314.
2. N'DHATZ M, DOMOUA K, COULIBALY G, TRAORE F, KANGA K et al. - Les aspects de la radiographie thoracique chez les tuberculeux infectés par le VIH en Côte-d'Ivoire. *Rev Pneumol Clin*, 1994, **50**, 317-322.
3. NICOD L - Immunologie de la tuberculose et virus de l'immunodéficience humaine. *Rev Mal Respir*, 1991, **8**, 277-281.
4. PERRIENS JH, SAINT-LOUIS M, MUKADI Y, BROWN C, PRIGNOT J et al. - Pulmonary tuberculosis in HIV infected patients in Zaire. A controlled trial of treatment for either 6 or 12 months. *N Engl J Med*, 1995, **332**, 779-784.