

Evaluation de la qualité de la prise en charge des patients coinfectés TB/VIH dans le district sanitaire de Boké

Assessment of the quality of care for co-infected TB / HIV patients in the health district of Boké

D Touré^{1,2*}, E B Diallo², L M Camara^{1,2}, A Camara², T H Diallo², A K Nabé²

Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Faculté des sciences et techniques de la santé

Hôpital national Ignace Deen, Service de Pneumologie

Correspondances : Demba TOURE Email : touredemba11@yahoo.fr Tel (0224)621763025

Reçu le 11 octobre 2021 - Accepté le 14 décembre 2021 - Publié le 3 avril 2022

MOTS CLÉS : Traitement TB/VIH, co-infection TB/VIH

KEY WORDS : TB / HIV treatment, TB / HIV co-infection, Ignace Deen

RESUME

Introduction : La mortalité chez les patients tuberculeux co-infectés par le virus de l'immunodéficience humaine est encore élevée en Afrique. Cette étude visait à évaluer la qualité de la prise en charge des patients co-infectés TB-VIH dans le district sanitaire de Boké.

Méthodes : Une étude prospective de type descriptif de 12 mois a été menée du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2019, chez les patients co-infectés TB-VIH dans l'Hôpital régional de Boké et le centre de Lèpre Tuberculose Onchocercose (LTO). Les données ont été analysées par le logiciel R Studio 3.6.1 (05-07-2019).

Résultats

Durant la période d'étude, 59 patients présentaient une co-infections tuberculose VIH sur 147 patients tuberculeux avec une occurrence de 40%, la tranche d'âge de 36 à 46 ans était la plus affectées soit 28.8%, le sexe féminin était le plus dominant dans notre étude soit 57.6%. La proportion des mariés était de 47.5% suivis des célibataires au nombre de 17/59 soit 28.8%.

Pour l'ensemble des 59 cas de TB-VIH étudié, 57 avaient reçu les antituberculeux et la trithérapie antirétrovirale soit une proportion globale de 96.7%. Le schéma thérapeutique 2(RHZE)/4(HR) était le seul utilisé dans notre population d'étude et 57 patients soit 96.7% était initié à base d'Atripla (TDF+3TC+EFV). Le taux de guérison était de 41/46 (89.1 %) et cinq échec thérapeutique 5/46 (10.9). 9/59 (15.2%) cas étaient PDV, 4/59 (6.8%) étaient décédés et 3/4 (75%) d'entre eux sont survenus dans une structure sanitaire comparativement à 1/4 (25%) à domicile.

SUMMARY

Introduction: Mortality in tuberculosis patients co-infected with human immunodeficiency virus is still high in Africa. This study aimed to assess the quality of care for TB-HIV co-infected patients in the Boké health district.

Methods: A prospective 12-month descriptive study was conducted from January 1 to December 31, 2019, in TB-HIV co-infected patients in the Boké Regional Hospital and the Leprosy Tuberculosis Onchocerciasis (LTO) center. The data was analyzed by R Studio 3.6.1 software (05-07-2019).

Results: During the study period, 59 patients presented with tuberculosis HIV co-infections out of 147 tuberculosis patients with an occurrence of 40%, the age group of 36 to 46 years was the most affected 28.8%, the female sex was the more dominant in our study 57.6%. The proportion of married people was 47.5% followed by single people numbering 28.8%.

For all 59 cases of TB-HIV studied, 57 had received anti-tuberculosis drugs and triple antiretroviral therapy, for an overall proportion of 96.7%. Treatment regimen 2 (RHZE) / 4 (HR) was the most used in our study population and 57 patients, approximately 96.5%, was initiated using Atripla (TDF + 3TC + EFV). The cure rate was 41/46 (89.1%) and five treatment failures 5/46 (10.9). 9/59 (15.2%) cases were PDV, 4/59 (6.8%) had died and 3/4 (75%) of them occurred in a health facility compared to 1/4 (25%) at home.



INTRODUCTION

La tuberculose est une endémie universelle, maladie transmissible, est une cause importante de mauvaise santé, l'une des 10 premières causes de décès dans le monde et la première cause de décès due à un seul agent infectieux (avant le VIH/sida).

Les interactions entre la TB et le VIH sont multiples et modifient l'épidémiologie, la présentation clinique et la prise en charge de ces maladies.

Le risque de développer une TB-maladie chez les PVVIH est 20 à 37 fois supérieur au risque chez les séronégatifs. L'infection VIH est aussi associée à une augmentation du risque de rechutes ou de réinfections, estimé à 19,7 cas/1 000 personnes-année chez les PVVIH contre 7,7 cas/1 000 personnes-année en l'absence d'infection VIH.

Selon les estimations de l'OMS 1,2 million de décès dus à la tuberculose (entre 1,1 et 1,3 million) ont été enregistrés chez les VIH-négatifs en 2018 (soit une réduction de 27 % par rapport aux 1,7 million de décès enregistrés en 2000), et 251 000 décès supplémentaires (entre 223 000 et 281 000) chez les VIH+ (soit une réduction de 60 % par rapport aux 620 000 décès enregistrés en 2000).

Dans la Région africaine de l'OMS, où la charge de la tuberculose associée au VIH est la plus importante, 87 % des patients souffrant de tuberculose avaient effectué un test de dépistage du VIH. Au total, 477 461 cas de tuberculose ont été signalés parmi les personnes séropositives pour le VIH, dont 86 % suivaient un traitement antirétroviral. L'Afrique comptant 72 % des cas mondiaux de co-infections TB-VIH. Plus de 50 % des patients atteints de TB-maladie au Zimbabwe, en Afrique du Sud et en Zambie sont des PVVIH.

En Guinée, selon les données de routine collectée par le PNLAT, on estimait en 2016 une prévalence de la co-infection TB/VIH à 25% en Guinée et 28% à Boké.

Cette étude avait pour objectif d'évaluer la qualité de la prise en charge des patients co-infectés TB/VIH dans le district sanitaire de Boké.

MATERIEL ET METHODES :

Notre étude a été réalisée au service de médecine générale de l'Hôpital Régional de Boké (HRB) et au centre de Lèpre Tuberculose Onchocercose (LTO) de la préfecture de Boké.

Le système de soins de la préfecture de Boké est de type pyramidal, il compte un hôpital régional, 15 centres de santé, 52 postes de santé, 2 hôpitaux de compagnie et plus de 25 structures sanitaires privées.

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif

d'une durée de 12 mois, allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2019.

Ont été inclus dans notre étude, tous les patients co-infectés TB/VIH hospitalisés ou suivis en ambulatoires dans le district sanitaire de Boké et ayant accepté de participer à l'étude.

La tuberculose était diagnostiquée par l'examen des crachats, le xpert, la radiographie pulmonaire, l'histologie et IDR. Le diagnostic de l'infection par le VIH reposait sur un premier test non discriminant au Détermine® confirmé par l'Immunocomb®. La prise en charge thérapeutique reposait sur les antituberculeux associés aux ARV.

Les informations collectées portaient sur les aspects sociodémographiques, cliniques, paracliniques, suivis et évolutives. La conception du masque de saisie et l'introduction des données ont été réalisées par le biais du logiciel Epi info (version 7.2), analysé par le logiciel R dans sa version [4.0.2 (2020-06-22)].

Des statistiques descriptives, des mesures de position (moyenne arithmétique, la médiane, le mode, 1er Quartile et 3eme Quartile) et de dispersion (variance, l'écart-type, étendu interquartile Q3-Q1) allant aux nombres d'occurrence de chaque modalité ont été utilisées pour résumer la distribution des objets de notre jeu de données. La saisie et la présentation a été réalisée par le biais de la suite bureautique de Microsoft 2019.

Les limites et difficultés rencontrées été la réticence de certains patients à participer à l'étude et le non-respect des rendez-vous de contrôle.

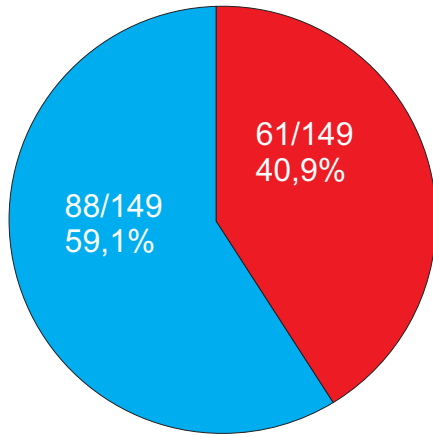
RESULTATS :

Notre étude a porté sur 59 patients co-infectés TB/VIH dans le district de Boké du 1er Janvier au 31 Décembre 2019.

Sur un effectif de 149 patients Tuberculeux, 61 étaient co-infectés TB/VIH avec une fréquence relative de 40.9% suivi d'un IC à 95% [33.0-48.8] (figure 1) et 59 ont accepté de participer à notre étude. La tranche d'âge de 36 à 46 ans était la plus affectée et l'âge moyen des patients était de 39.2 ans dont les âges extrêmes étaient de 16 et 66. Plus de 57.6% des patients étaient de sexe féminin soit un ratio de femme/homme 1.4. Nous avons enregistré une forte proportion des mariés soit 47.5%. Plus de la moitié des patients (36/59) soit 61% résidait dans la préfecture de Boké. Les employés 19/59 (32.2%) était la catégorie socio-professionnelle la plus affectée (Tableau I).

Legende

- TBA
- TB



40.9% avec IC95% [33.0-48.8] *

Figure 1 : Répartition des patients selon la fréquence de la TB/VIH parmi les tuberculeux (N=149).

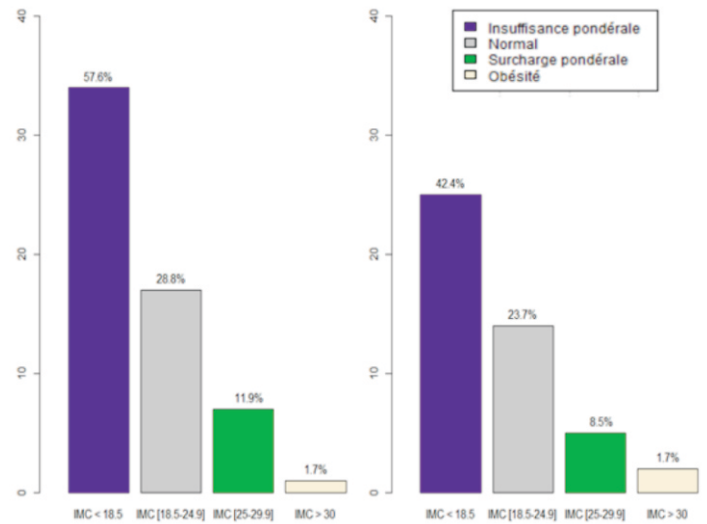
Tableau I : Répartition des patients selon la situation sociodémographique (N=59)

VARIABLE	Effectif	(%)
Age	μ : 39.2	
[16-26[12	20.3
[26-36[11	18.6
[36-46[17	28.8
[46-56[13	22.0
[56-66]	6	10.2
Sexe	f/h : 1.4	
Femme	34	57,6
Homme	25	42,4
Résidence		
Préfecture Boké	36	61.0
Sous-Préfecture	23	39.0
S. matrimonial*		
Marié(e)s	28	47.5
Veuf(ve)s	8	13.6
Divorcé(e)s	6	10.2
Célibataires	17	28.8
Profession		
Employés	19	32.2
Ouvriers	1	1.7
Ménagères	13	22.0
Etudiant(e)/Elèves	1	1.7
Commerçants	5	8.5
Couturières	6	10.2
Chauffeurs	5	8.5
Sans emplois	9	15.3

Statut matrimonial*

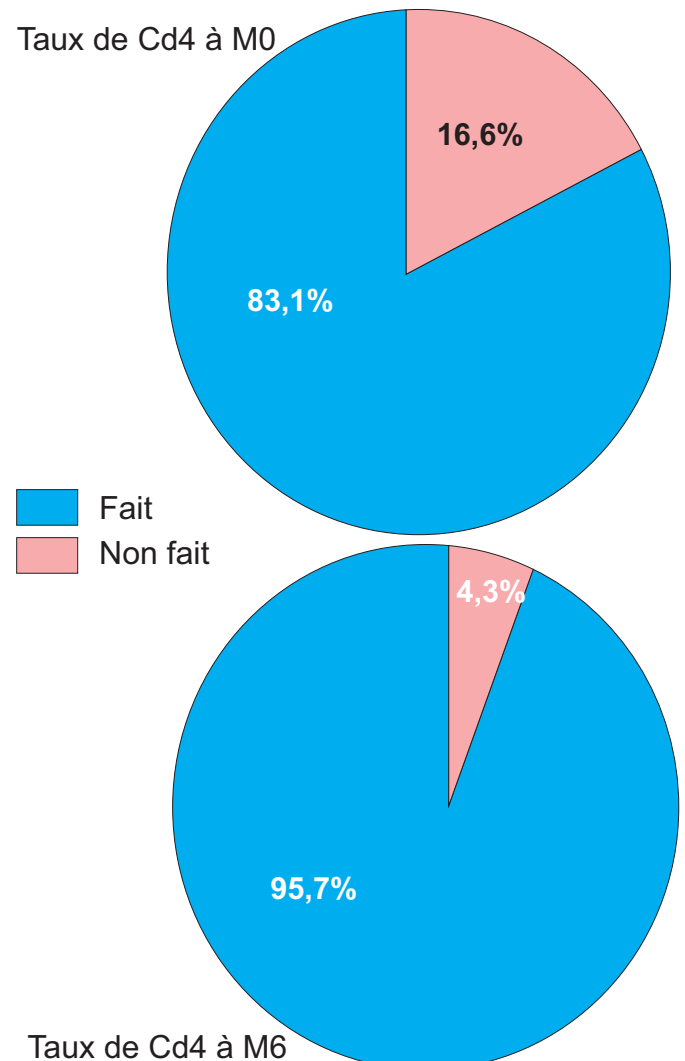
Nous avons trouvé dans notre étude à M0, 34/59 (57.6%) des patients en insuffisance pondérale inversement 42.2% à M6 (figure2).

Figure 2 : Répartition des patients selon l'IMC à M0 (n=59) et à M6 (n=46).



Au cours de notre étude 10/59 soit 16.9% des patients avaient fait leur test de taux de CD4 à M0 versus 2/46 soit 4.3% à M6 (figure 3). De même 2/46 soit 4.3% avait réalisé la charge virale à M6 (figure 4).

Figure 3 : Répartition des patients ayant réalisé le taux de CD4 ; N=59 à M0 n=59 soit (10/59 soit 16.9%) et à M6 n=46 soit (2/46 4.3%).

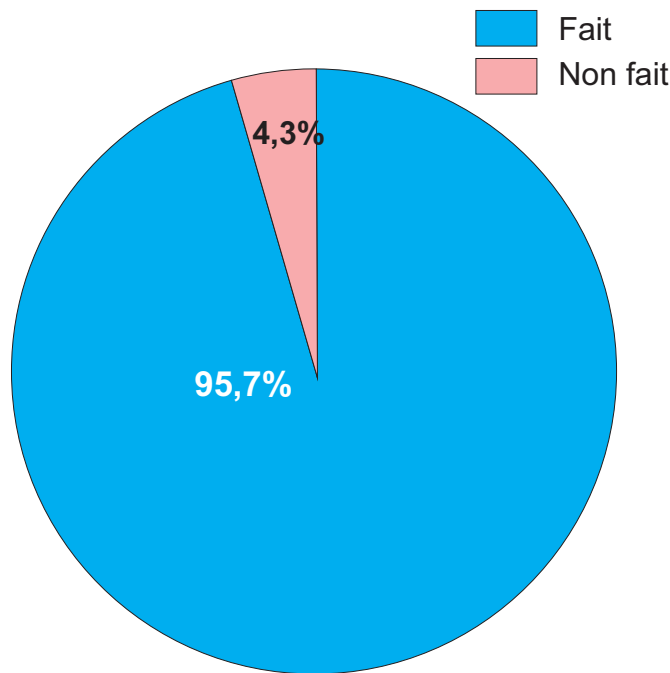




Environ 94.6% des patients avaient consulté à un stade avancé de la maladie stade III de l'OMS (figure 5). Tous les 59 patients soient 100%, étaient mis sous prophylaxie au CMX dès dépistage.

Au cours de cette étude 4/57 soit 7% des patients étaient positif à M2 mais à M5, 3/57 soit 5.3% des patients étaient positif et également à M6 5/46 patients étaient positifs soit 10.9% (figure 6).

Figure 4 : Répartition des patients ayant réalisé la charge virale à M6 N = 59 ; n = 46 soit 44/46(95.7%) et n = 46 soit 2/46(4.3%).



Dans ce travail 94.6% des patients avaient consulté à un stade avancé de la maladie stade III de l'OMS021. Au cours de cette étude 4/57 soit 7% des patients étaient positif à M2, 3/57 à M5, soit 5.3% et 5/46 soit 10.9% à M6.

Parmi les décès 3/4 (75%) d'entre eux sont survenus dans une structure sanitaire comparativement à 1/4 (25%) à domicile.

Les résultats du traitement de la tuberculose ont donné, 9/59 (15.2%) cas de perdu de vue, 4/59 (6.8%) étaient décédés, 41/59 (69.5) guéris et 5/59 (8.5%) cas d'échec de traitement.

Durant cette étude l'utilisation du schéma thérapeutique antituberculeux de première ligne (2RHZE/4RH) était de 100% et la majorité des patients étaient sous atripla (TDF+3TC+EFV) soit 96,60%

DISCUSSION :

La fréquence de la co-infection TB/VIH était de 40.9% dans le district sanitaire de Boké pour une fréquence nationale autour de 25% . Notre observation est

superposable à celle de **Zannou DM et al** qui dans leur étude réalisée au Benin en 2017 sur le profil clinique et évolutif de la tuberculose selon le statut sérologique VIH, ont trouvé une fréquence de 44 (44.8%) de coinfection TB/VIH sur 90 cas tuberculeux. Cette fréquence élevée de la co-infection TB/VIH dans le district sanitaire de Boké pourrait s'expliquer d'une part, par la méconnaissance du mode de transmission de la tuberculose et le VIH et d'autre part la région de Boké étant une zone spécifique, selon les données du ministère des mines, elle regorge 18 entreprises minières et participe à 23% au PIB du pays ; Cette fluidité de la monnaie pourrait entraîner une prédisposition aux pratiques sexuelles. La tranche d'âge de 36 à 46 ans était la plus affectée et l'âge moyen des patients était de 39.2 ans dont les âges extrêmes ont été de 16 et 66. Plus de 57.6% des patients étaient de sexe féminin soit un ratio de 1.4. La proportion des mariés était de 47.5% suivis des célibataires au nombre de 17 soit 28.8%. Ces résultats sont comparables à ceux de **COULIBALY M et col** . Qui dans leur étude réalisée à Bamako au Mali, ont rapporté la tranche d'âge de 35 à 44 ans comme plus touchée avec une moyenne de 34 ans La prédominance féminine observée dans notre travail comparable à celle de **B. Kouassia et col** , qui ont rapporté une proportion de 54% de femme et un sexe ratio e **0.86**

L'IMC est considéré être le meilleur indicateur de malnutrition chez les adolescents et les adultes. Notre étude a trouvé à M0, 34 (57.6%) patients en insuffisance pondrale et 17 (28.8%) en excès de poids avec une malnutrition de 7 (11.9%) tandis qu'en M6, 42.4% de patients en insuffisance pondérale et 23.7% en excès de poids avec une malnutrition de (8.5%). Nos résultats sont superposables à ceux de **Coulibaly M et col** qui ont trouvé dans leur étude une proportion de malnutrition plus élevée soit 59.4% à M0 et 54.5% à M6.

Durant cette étude l'utilisation du schéma thérapeutique antituberculeux de première ligne (2RHZE/4RH) était de 100%, nos résultats corroborent à ceux de **Wa llunga EN et coll** , qui dans leur étude réalisée en 2017 sur la prévalence de la co-infection VIH-tuberculose et impact du VIH sur les tuberculeux dans la zone de santé Lubumbashi, rapportait une prédominance de 1^{er} ligne 284/334 soit (85%).

Le taux de guérison était de 69.5%, nos résultats sont comparables à ceux de **B. Kouassia et col** ,qui ont trouvé une évolution favorable de 58.62%.



Le sérotype VIH1 représentait 100% des cas étudié, notre résultat est proche de celui de Coulibaly M et Tatiana M qui ont trouvé dans leurs travaux respectivement 96.90% et 91.6% de type de VIH1 concernant la coinfection TB /VIH. Cette similitude est due au fait qu'en Afrique de l'ouest, le sérotype VIH1 est le plus présent.

Dans le cadre de ce travail, seulement 10/59 sujets soit 16.9% des patients avaient fait leur taux de CD à J0 du traitement anti-tuberculeux avec une moyenne de 180.5 dont 66.7% inférieur à 200 Cell/mm³ et 33.3% supérieur à 200 Cell/mm³ suivis des valeurs extrêmes allant de 150 à 220. Nos résultats sont différents à ceux de **A. Azeez et col** qui rapportait à J0 100% de réalisation du taux de CD4 dont 56.4% supérieur à 200 Cell/mm³ et 43.6 inférieurs à 200 Cell/mm³, aussi différent de ceux de **Coulibaly M et col**, qui au cours de leur étude 29 patients soit 90,6% ont été évalué par rapport au taux de CD4 à J0 du traitement de la tuberculose et à M6 seulement 2/46 ont réalisé soit 4.3%. Ces résultats sont également différents à ceux de **Coulibaly M et col**, qui ont rapporté dans leur étude 22 patients soit 68,8% ayant réalisé le dosage du CD4 au 6eme mois du traitement de la tuberculose L'absence de la réalisation du dosage du CD4, s'expliquait par le manque de la disponibilité du réactif au sein du laboratoire.

Environ 94.6% des patients des coinfectés admis au service de médecine générale avaient consulté à un stade avancé de la maladie (stade III de l'OMS). Dans leur étude, **Tatiana et col** ont retrouvé 96.4% des patients au stade III. Ce retard de consultation puis de diagnostic des patients pourrait s'expliquer par la méconnaissance de la TB chez les PVVIH dans la communauté mais également par le personnel des autres services et cela serait lié au tableau clinique peu spécifique de la TB chez ces patients.

Au cours de ce travail 2/46 patients soit 4.3% ont été évalué par rapport au dosage de la charge virale à M6 du tra traitement de la tuberculose. Nos résultats sont différents à ceux de **Coulibaly M et col**, qui ont rapporté dans leur étude, plus de 2/3 des patients avaient une charge virale <400 Copies/ml à 6 mois du traitement de la tuberculose. Ce faible taux de réalisation du dosage de la charge virale s'expliquait par un manque de moyens économique, lié au frais de déplacement et de séjour pour la réalisation du test, car le laboratoire de référence est situé à plus de 280km de la ville de Boké.

L'analyse a retrouvé que le traitement pour 57 patients soit 96.6% était initié à base d'Atripla

(TDF+3TC+EFV). Cette combinaison instruite dans les directives de l'OMS est une recommandation du PNPCSP. Ce résultat diffère de celui de **Tatiana et col**, qui dans leur étude au Maroc en 2013 sur la tuberculose chez les patients infectés par le VIH, ont trouvé une prédominance de 69% initié à base d'Atripla (TDF+3TC+EFV).

Tous les 59 patients soient 100%, étaient mis sous prophylaxie au CMX dès dép3istage. Nos résultats sont similaires à celui de 100% rapporté par **Coulibaly M et col** en 2011 au Mali. Un essai clinique randomisé récemment achevé en Zambie de l'OMS, évaluant l'impact de la prophylaxie par le CMX a permis d'observer au cours de 18 mois de suivi une baisse de 45% de mortalité chez les Co-infectés TB/VIH.

Au cours de l'étude 4/57 soit 7% des patients étaient positif à M2 mais à M5, 3/57 soit 5.3% des patients étaient positif et également à M6 patients étaient positifs soit 10.9%. Ces résultats sont différents à ceux de **B. Kouassia et col**, qui dans leur étude la bacillose des crachats était positive chez 6.35 % des patients au 2^{em} mois du traitement ; 1.54 % au 5^{em} mois et 0.25 % au 6^{em} mois.

Selon les résultats obtenus, 9/59 (15.2%) cas étaient PDV, 4/59 (6.8%) étaient décédés et 3/4 (75%) d'entre eux sont survenus dans une structure sanitaire comparativement à 1/4 (25%) à domicile. Le taux de guérison était de 28/46 (60.9 %) avec celui du traitement terminé 13/46 (28.3%) et cinq échec thérapeutique 5/46 (10.9). Nos résultats sont comparables à ceux de **B Kouassia et col**, qui ont trouvé dans leur étude une évolution favorable chez 58.62% des patients, 21% des perdus de vue, 17% de cas décès, et 3% d'échec.

CONCLUSION

Il ressort de ce travail, que plus de 96,7% des patients co-infectés TB/VIH étaient mis sous traitement antituberculeux et antiretroviral et 100% sous cotrimoxazole pour la prévention des infections opportunistes, mais l'accès à certains bilan de suivi (CD4 et charge virale) reste un défi dans le district sanitaire de BOKE.

RÉFÉRENCES:

- [1] **A. Azeez, R. Mutambayi, A. Odeyemi, et J. Ndege**, « Survival model analysis of tuberculosis treatment among patients with human immunodeficiency virus coinfection », *Int. J. Mycobacteriology*, vol. 8, n° 3, Art. n° 3, sept. 2019, doi: 10.4103/ijmy.ijmy_101_19.
- [2] **OMS**, « Rapport sur la tuberculose dans le monde,



Résumé d'orientation », p. 1:6, 2019.

3. **Mahamadou Yirikoro Coulibaly**, « Etude de la co-infection VIH/Bk au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako ». Thèse de médecine. Faculté de médecine de Bamako

4. **Pr Christine Katlama; Dr Jade Ghosn; Pr Gilles Wandeler**, « Livre AfraVIH », *Livre AfraVIH*, août 09, 2020. <https://www.livre-afra VIH.org/> (consulté l'août 09, 2020).

5. **Ministère de la santé publique conakry (république de guinée)**, « plan stratégique de lutte antituberculeuse en guinée 2015-2019 », juill. 2014.

6. **S DLR, Agbodande KA, Zannou DM, Houngbe F**, « Profil clinique et évolutif de la tuberculose selon le statut sérologique VIH en Médecine Interne au CNHU-

HKM de Cotonou Clinical and progressive outline of tuberculosis according to the HIV status in Internal Medicine Clinic at CNHU-HKM in Cotonou », *Rev Afr. Médecine Interne* 2017, 2017.

7. **Wa Ilunga EN et col**, « la prévalence de la co-infection VIH-tuberculose et impact du VIH sur les tuberculeux dans la zone de santé Lubumbashi de 2014 à 2015 », *Elsevier Masson SAS*, 2017.

8. **B. Kouassia, A N'goma, C Godéa et col**, « Prise en charge conjointe tuberculose-VIH dans le service de pneumologie du CHU de Cocody », *Rev. Maladies Respiratoires*, p. 562, 2012

9. **Tatiana M**, « Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique de la co-infection VIH/TB dans les centres de santé de référence des communes I, II et III du District de Bamako », p. 6, 2010.