

## MORBIDITÉ ET MORTALITÉ DE L'INFECTION À VIH EN MÉDECINE INTERNE AU CNHU-HKM DE COTONOU

AZON-KOUANOU A.<sup>1</sup>, ZANNOU D.M.<sup>1,2</sup>, ADÉ G.<sup>1</sup>, DIGNY A.A.<sup>3</sup>, AGBODANDE A.K.<sup>1</sup>, AGOSSOU M.<sup>1</sup>,  
GOUGOUNON S.A.<sup>1</sup>, HOUNGBÉ F.<sup>1</sup>

1- Service de Médecine Interne Centre National Hospitalier et Universitaire HK-Maga (CNHU-HKM) Cotonou, Bénin

2- Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) du CNHU-HKM Cotonou

3- Service de Néphrologie du CNHU-HKM-Cotonou

### RÉSUMÉ

Dans le but d'étudier la morbidité et la mortalité du VIH dans le service de Médecine Interne au CNHU-HKM de Cotonou, une étude rétrospective a été réalisée sur la période de Janvier 2000 à Décembre 2004. La fréquence de l'infection VIH croît d'année en année passant de 2,87% en 2000 à 17,2% en 2004. Sur 208 patients infectés par le VIH, 98% avaient le VIH 1. Le sex ratio était de 1,3 et l'âge moyen de 38,5 ans. 73% étaient au stade clinique III et IV de l'OMS. Les principaux symptômes à l'admission étaient l'amaigrissement (87,5%), la fièvre (82,2%), et la toux (62,0%). Parmi les affections opportunistes on notait par ordre de fréquence la candidose buccale (74%), la pleuro pneumopathie bactérienne non spécifique (26,0), et la tuberculose pleuro-pulmonaire (24%). La diarrhée chronique non étiquetée était présente dans 45,2% des cas, et pose ainsi le problème des difficultés diagnostiques dans nos milieux. La mortalité était élevée, 26%. Un dépistage systématique du VIH après consentement des hospitalisés et l'amélioration du plateau technique permettront une prise en charge adéquate.

**Mots clés :** VIH, Fréquence, Affections Opportunistes, Mortalité.

### SUMMARY

In order to study HIV morbidity and mortality in the Internal Medicine department at university teaching hospital center, at Cotonou we carried out a retrospective study covering January 2000 to December 2004. HIV infection frequency is increasing, from 2,8 % to 17,2%. In 208 infected patients 98% was infected by HIV1. Sex ratio was 1,3 and middle age 38,5 years. Patients in 73% of cases where at WHO III and IV clinical stage. The main symptoms at the admission were weight loss (87,5%), fever (82,2%) and cough (62%). The main opportunistic infections were: oral candidosis (74%), bacterial pleurisy and pneumopathy (26%), tuberculosis (25,2%). 45,2% of patients suggested from unknown origin chronic diarrhea, which is a serious diagnostical difficulty. The mortality rate is high, 26%. A systematic HIV test to screen the hospitalized patients is needed in order to allow their good management.

**Key words:** HIV, Frequency, Opportunistic Affections, Mortality.

### INTRODUCTION

Le polymorphisme des affections opportunistes liées au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) fait que les personnes vivant avec le VIH représentent de plus en plus une part importante de la population des patients hospitalisés dans les services de médecine Interne [8,9]. La connaissance de ces affections et de la mortalité qui leur est associée est utile pour une organisation efficace de la prise en charge des patients.

Le but de la présente étude est de déterminer la fréquence du VIH/SIDA dans le service de Médecine Interne du CNHU-HKM de Cotonou, et d'identifier les affections et les causes de décès qui sont associées à cette infection.

### I. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les dossiers des patients hospitalisés de Janvier 2000 à Décembre 2004.

Les dossiers médicaux, sélectionnés après dépouillement étaient ceux des patients qui présentent une infection au VIH confirmée par une sérologie positive

à l'ELISA. Le dépouillement a été fait à l'aide d'une fiche de collecte de données conçue pour l'étude. Cette fiche comporte les données sociodémographiques, le motif d'admission, les données de l'examen clinique et para clinique, les affections opportunistes diagnostiquées, le stade clinique de l'infection à VIH, la durée du séjour et l'évolution. L'état immunologique du patient a été apprécié par la numération des lymphocytes CD4. Pour des raisons de faible pouvoir d'achat des patients et de plateau technique limité, la démarche diagnostique a été essentiellement basée sur une approche syndromique avec traitement de l'étiologie certaine ou de l'étiologie la plus probable. L'évolution favorable sous un traitement d'épreuve de la toxoplasmose faite de Cotrimoxazole forte 960 mg (2 comprimés X 3 / jour) contribue à affirmer le diagnostic retenu. A défaut d'autopsie en cas de décès, la principale affection a été considérée comme cause probable de décès. Le masque d'analyse tient compte du fait qu'un malade peut présenter à l'admission, plus d'un symptôme constituant le motif d'hospitalisation et plusieurs affections opportunistes diagnostiquées au cours de son séjour. Les données ont été vérifiées puis analysées, à l'aide du logiciel SPSS 12.0. Les graphiques et les tableaux, sont réalisés grâce au logiciel Excel.

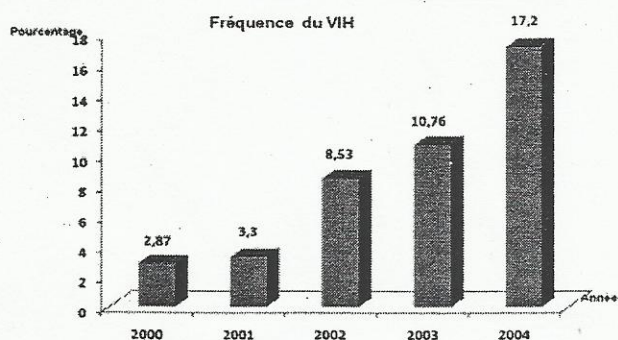
## II. RÉSULTATS

### 2.1- Caractéristiques générales des patients

Pendant la période considérée, 3030 patients ont été hospitalisés en Médecine Interne au CNHU de Cotonou. Parmi eux, 208 patients sont infectés par le VIH dont 119 hommes (57,2%) et 89 femmes (42,8%). Le sex ratio était de 1,3 et l'âge moyen de 38 ans avec des extrêmes de 18 à 67 ans. Le type de Virus était le VIH 1 dans 98% des cas. 73% des patients étaient admis au stade clinique III<sup>e</sup> ou IV de l'OMS. Le taux de CD4 n'avait été déterminé que chez 54 patients et dans 88% des cas, ce taux était en dessous de 200/mm<sup>3</sup>. Aucun des patients n'était sous antirétroviraux (ARV) à l'admission. La durée d'hospitalisation était supérieure ou égale à deux semaines dans 72% des cas.

### 2.2-Fréquence de l'infection VIH par année

La fréquence de l'infection à VIH dans le service est croissante d'année en année conformément aux données du graphique n°1.



**Graphique 1** : Fréquence du VIH dans le service de Médecine Interne de 2000 à 2004

### 2.3-Motifs d'hospitalisation

Les principaux motifs d'hospitalisation étaient : l'amaigrissement 182 cas (87,5%), la fièvre 171 cas (82,2%), la toux 129 cas (62,0%), l'asthénie 111 cas (53,4%), la diarrhée chronique 108 cas (51,9%), l'anorexie 98 cas (47,1%), les dermatoses 67 cas (32,2%), les céphalées rebelles 56 cas (26,9%), et la dysphagie qu'elle ait été aux solides, aux liquides ou mixte, 23 cas (11,1%).

### 2.4-Les affections opportunistes

Les affections opportunistes identifiées sont présentées dans le tableau n°1.

**Tableau I** : les affections opportunistes liées au VIH identifiées<sup>a</sup>

	Effectif (n = 208)	%
Candidose digestive	154	74,0
Diarrhée chronique non étiquetée <sup>b</sup>	94	45,2
Pleuro-pneumopathie bactérienne non spécifique <sup>c</sup>	54	26,0
Tuberculose pleuro-pulmonaire	50	24,0
Prurigo	47	22,6
Encéphalite	32	15,4
Pleuro-pneumopathie non étiquetée <sup>b</sup>	32	15,4
Toxoplasmose cérébrale	25	12,0
Zona	25	12,0
Salmonellose	15	7,2
Pneumocystose	7	3,4
Sarcome de Kaposi	5	2,4
Méningite bactérienne	2	1
Cryptococcose neuro-méningée	1	0,5

<sup>a</sup> Un patient peut présenter plusieurs affections à la fois

<sup>b</sup> Non étiquetée : dont la cause n'a pas été identifiée

<sup>c</sup> Non spécifique : tout germe bactérien en dehors de la tuberculose

### 2.5- Mortalité

Sur les 208 patients de l'étude, 54 décès ont été observés, soit une mortalité de 26%. La mortalité était de 27,7% chez les hommes et de 23,6% chez les femmes. Les causes de décès sont présentées dans le tableau n°II.

**Tableau II** : Causes de décès dues au VIH

	Effectif de décès	%
Diarrhée chronique non étiquetée <sup>b</sup>	24	44,2
Pleuro-pneumopathie non étiquetée <sup>b</sup>	8	14,6
Tuberculose pleuro-pulmonaire	8	14,6
Toxoplasmose cérébrale	5	9,2
Pleuropneumopathie bactérienne non spécifique <sup>c</sup>	4	7,8
Encéphalite	3	3,9
Pneumocystose	1	1,9
Cryptococcose neuro-méningée	1	1,9
Méningite bactérienne	1	1,9
Total	55	100,0

<sup>b</sup> Non étiquetée : dont la cause n'a pas été identifiée

<sup>c</sup> Non spécifique : tout germe bactérien en dehors de la tuberculose

### 2.6- Létalité des principales affections opportunistes

Le taux de létalité des principales affections opportunistes est présenté dans le tableau n°III.

**Tableau III** : Létalité des principales affections opportunistes

	Effectifs de décès	Effectif des patients (n=208)	Taux de létalité (%)
Diarrhée chronique non étiquetée*	24	94	25,5
Pleuro pneumopathie non étiquetée <sup>b</sup>	8	32	25
Toxoplasmose cérébrale	5	25	20
Tuberculose pleuro pulmonaire	8	50	16
Pleuro pneumopathie bactérienne	4	54	7,4
Encéphalite	2	32	6,2
Autres <sup>d</sup>	3	10	30

<sup>b</sup> Non étiquetée : dont la cause n'a pas été identifiée

<sup>d</sup> Autres : Pneumocystose, Méningite bactérienne, Cryptococcose neuro méningée

### III. DISCUSSION

La fréquence de l'infection VIH est en nette progression dans le service de Médecine Interne au CNHU-HKM de Cotonou. Cette fréquence était faible jusqu'en 2001 où 3 patients hospitalisés sur 100 étaient infectés par le VIH, conforme aux 5,8% rapportée par KODJOH et al [6] en 1996. L'absence de prise en charge organisée et la stigmatisation pourraient expliquer la faible fréquence observée dans le service à cette période.

En 2002, cette fréquence a triplée 8,53%, et a pris une allure inquiétante 17,2% en 2004. Ceci suggère qu'après la réorganisation des structures de prise en charge, il y a une concentration des cas d'infection à VIH dans le service. La disponibilité du traitement antirétroviral (ARV) à Cotonou depuis 2002 avec un accès facile au test de dépistage dans le service expliquent le grand dénombrement des cas. Il est possible que les chiffres observés soient sous estimés car le dépistage n'est pas systématique chez tous les hospitalisés. Dans la majorité des cas, les malades atteints sont des adultes relativement jeunes avec un âge moyen de 38 ans comme on le retrouve dans la plupart des publications [10,11, 13, 15]. Toutes ces études insistent sur la prédominance masculine de l'infection. La durée d'hospitalisation des malades est souvent longue allant de 2 semaines à 2 mois. En effet, l'immunodépression était profonde car 3 fois sur 4 les patients étaient au stade IV de l'OMS. Le nombre de CD4 était inférieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup> avec 4 fois sur 5 une pluralité d'affections opportunistes.

Les expressions cliniques dominantes retrouvées chez nos patients étaient l'amaigrissement (87,5%), la fièvre (82,2%), la toux (62%), l'asthénie (53,4%) et la diarrhée chronique (51,9%). Ces signes rappellent les critères de BANGUI pour le diagnostic du SIDA en milieu tropical des années 1985 et suggèrent que les signes

cliniques d'orientation du diagnostic du SIDA restent encore valables sous nos cieux. La grande difficulté demeure l'identification des pathologies opportunistes responsables des manifestations cliniques observées. La reconnaissance clinique d'une candidose digestive est aisée. Elle a été diagnostiquée chez trois quart de nos patients et apparaît ainsi comme la première cause de morbidité. De part la gêne alimentaire qu'elle génère, elle pourrait expliquer en partie l'anorexie et l'amaigrissement. Cette candidose digestive est relevée dans des proportions variables de 35% à 60,5% selon les études [13].

La moitié des patients (108 cas, 51,9%) présentaient une diarrhée chronique mais l'étiologie n'était pas connue chez la grande majorité des cas, 45,2% des patients en raison de plateau technique non performant. La collaboration avec les microbiologistes devrait être renforcée pour faciliter la recherche de germes pathogènes opportunistes responsables des diarrhées chroniques. Ces diarrhées aussi banales qu'elles puissent paraître méritent une attention particulière car elles ont été notées chez 44,2% des patients décédés et représentent la première des affections à potentiel léthal élevé au cours de ce travail devant les pleuropneumopathies. Le pronostic de ces diarrhées est en général amélioré avec la restauration de l'immunité par les traitements antirétroviraux (ARV). De nos jours, avec la disponibilité de ce traitement, on devrait assister à la réduction de la fréquence et de la gravité des diarrhées chroniques.

Les atteintes pleuropulmonaires représentent une part importante des pathologies opportunistes observées. Leur origine a été bactérienne non spécifique chez 54 patients (26%) et tuberculeuse chez 50 (24%). L'importance de la co-infection tuberculose-VIH est de plus en plus soulignée. Oumar AA. à Bamako a observé un taux de 21,1% [13] proche des pourcentages rapportés au cours de ce travail.

Si la tuberculose et la pleuropneumopathie bactérienne non spécifique ont été notées dans des proportions similaires (environ un quart des patients), le taux de décès observé dans le premier cas a été le double de celui relevé dans le deuxième cas (létalité 16% versus 7,4%). Ceci confirme la gravité de la co-infection tuberculose-VIH. Un nombre non négligeable de pleuropneumopathies est resté sans cause identifiée (32 cas, 15,4%). Les difficultés de diagnostic étiologique des affections opportunistes dans nos conditions de travail expliquent en partie cette situation. Du reste ces difficultés expliquent, ici comme ailleurs, la rareté du diagnostic de pneumocystose (3,4%) [2, 7, 10].

Les atteintes neurologiques centrales ont été également relevées dans notre étude. Les céphalées rebelles notées chez 26,9% des patients constituent un signe clinique majeur d'orientation diagnostique. Parmi les pathologies opportunistes en cause, la plus fréquente a été la toxoplasmose cérébrale (25 cas, 12%). Dans l'étude d'Avodé. D.G. et al au CNHU-HKM de Cotonou,

cette pathologie opportuniste représentait 2,8% des affections neurologiques en 2003 [1]. La fréquence de la toxoplasmose cérébrale varie de 12 à 30% dans la littérature [5]. Dans notre étude comme dans celle d'Avodé D.G. [1], 20% des cas diagnostiqués étaient décédés. Ces décès sont en grande partie imputables à l'admission tardive des patients ou à l'inefficacité du traitement. L'utilisation de forte dose de cotrimoxazole en Afrique, à défaut du traitement de référence (combinaison pyriméthamine-sulfadiazine) mérite d'être bien documentée.

La cryptococcose neuro-méningée est rare dans notre échantillon (0,5%). A Bamako, Oumar A.A. a trouvé une fréquence de 9,9% [13]. Certes, les manifestations cliniques de la cryptococcose neuro-méningée sont souvent insidieuses et le diagnostic souvent tardif avec un décès quasi constant. Mais le diagnostic devrait être facilité par une ponction lombaire systématique devant tout signe d'atteinte du système nerveux central. L'examen du Liquide céphalorachidien (LCR) à l'encre de chine ou la recherche d'anticorps de cryptocoque dans le LCR doivent être accessibles pour permettre un diagnostic et un traitement précoce.

#### CONCLUSION

D'une façon globale, la fréquence des pathologies opportunistes chez nos patients hospitalisés à un stade avancé de l'infection VIH explique une mortalité élevée de 26% conforme aux taux rapportés par les auteurs: 25,2% à 26,2% au Burkina Faso [3, 12] 27% en Côte d'Ivoire [4], et 31% en Ethiopie [14].

Réduire dans une grande mesure cette mortalité passé par l'amélioration du plateau technique dans nos hôpitaux pour un diagnostic précoce et correct des infections opportunistes.

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Avodé D.G., Adjien K.C. Houinato D.S., Sounhin M., Adoukonou T.A. Toxoplasmose cérébrale en milieu hospitalier à Cotonou (Bénin). *AJNS*, 2005 ; 24 (2) : 48-54.
2. Cabie A, Khuong MA, Saimot AG. Histoire naturelle de l'infection par VIH-1. In : Serge Kernbaum, éd. *Le praticien face au SIDA*. Paris : Flammarion, 1996 ; 1 : 30-6.
3. Drabo Y J, Somé N L, Kaboré J, Sawadogo S, Lengani A, Traoré R, Ouédraogo C. Morbidité et mortalité dans le service de Médecine Interne du centre hospitalier national de Ouagadougou sur 4 ans (janvier 1990 à décembre 1993). *Médecine d'Afrique Noire* 1996 ; 43 (12) : 655-59.
4. Grant A D, Sidibé K, Domoua K et al. Spectrum of disease among HIV-infected adults hospitalised in a respiratory medicine unit in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Int-J Tubrc lung dis.* 1998; 2: 926-34.
5. Grant IH., Gold GW., Rosenblum M., Niedzwieki D. *Toxoplasma Gondii* Sérologie in HIV, infected patients, the development of central nervous system toxoplasmosis AIDS 1990; 4: 519-21.
6. Kodjoh N, Hougbe F, Bigot A, Avode G, Djrolo F, Addra B, et al. Séroprévalence du SIDA en Médecine Interne au CNHU de Cotonou: Etude prospective de 1989 à 1993. *Médecine d'Afrique noire* 1996 ; 43 (10) : 509-10.
7. Mayaud C, Houacine S, Parrot A. Atteintes respiratoires. In : Serge Kernbaum, éd. *Le praticien face au SIDA*. Paris : Flammarion, 1996 ; 1 : 45-55.
8. Mbanya D N, Zebazé R, Minkoulou E M, Binam F, Koulla S, Obounou A. Clinical and epidemiologic trends in HIV/AIDS patients in a hospital setting of Yaounde, Cameroun : a 6 years perspective. *Int J STD AIDS*, 2001; 12(6): 386-89.
9. Metchedjin A., Ec Njitoyap Ndam Progression des affections associées au VIH dans un service de Médecine Interne en 10 ans. *Médecine d'Afrique Noire* 2009 ; 56 (4) : 201-206.
10. Okomé-Nkoumou M, Mbouja-Loclo M E, Kombila M. Spectrum of opportunistic infections in subjects infected with HIV at Libreville, Gabon. *Cahiers d'étude et de recherché francophones/santé* 2000 ; 10(5): 329-37.
11. Okome-Nkoumou M., J.B. Boguikouma, M. Kombila. Les maladies opportunistes de l'infection par le VIH à l'hôpital Fondation Jeanne Ebori de Libreville, Gabon. *Medecine Tropicale* 2006 ; 66 : 167-71.
12. Ouédraogo M, Zoubga ZA, Badoum G, Ouédraogo S M, Ouédraogo G, Bambara M et al. Morbi-mortalité liée aux maladies respiratoires chez les malades infectés par le VIH à Ouagadougou, Burkina Faso. *Médecine d'Afrique Noire*, 2004 ; 51(8/9) : 456-58.
13. Oumar AA, S. Dao, NA. Kamsi, D. Sogoba, A. Rhaly, A. Diallo. Etude épidémiologique clinique et économique du VIH/SIDA dans le service des Maladies infectieuses de l'hôpital du point G de Bamako, Mali. *Louvain Médical* 2008 ; 127, 4 : 125-29.
14. Yohannes AG, Bane A, Fekade D. Morbidity and mortality of adult patients with HIV/AIDS at Tikur Anbesa teaching hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiop Med J.* 2003; 41(2): 131-40.
15. Zannou D M, Kindé-Gazard D, Vigan J, Adé G, Anagonou S Y, Hougbe F et al. Profil clinique et immunologique des patients infectés par le VIH dépistés à Cotonou, Bénin. *Médecine et maladies infectieuses*, 2004 ; 34 : 225-28.