

Impact du VIH/SIDA dans la tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM -) dans le service de pneumophtisiologie à Bamako

HIV/ AIDS impact in pulmonary tuberculosis with negative microscopy in pneumology service at Point "G" hospital

Diallo¹ S, Toloba¹ Y, Dao² S, Sissoko¹ BF, Traore¹ B, Tamara¹ A, Mbaye¹ O, Keita¹ B.

¹Service de pneumo-phtisiologie, CHU de Point « G » ; ² Service des maladies infectieuses et tropicales, CHU de POINT-G, B.P 333. Bamako - Mali

CORRESPONDANCE : Yacouba TOLOBA . Service de Pneumo-phtisiologie. BP 333 Bamako- Mali. E-Mail : toloba71@yahoo.fr. Contact :(00223) 639 02 23

RESUME

Il s'agit d'une étude ouverte sur des dossiers colligés durant une période de cinq ans (Janvier 1999 à Décembre 2003), qui avait pour objectif principal de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et la prise en charge de la TPM - .

Les patients sont inclus dans l'étude pour TPM- selon les critères de l'OMS.

Pendant cette période de cinq ans, la tuberculose pulmonaire (TP) a constitué 72,1% des cas de tuberculoses toutes formes sur lesquelles 20,2% de TPM- .

La cicatrice BCG était présente dans 50,8% des cas. L'IDR était négative dans 21,3% des cas, ce taux atteint 68,1% chez les patients VIH positifs.

Plus de 60% de nos patients ont réalisé plus de 3 bacilloscopies qui sont restées négative.

La sérologie VIH était positive chez 51,1% des patients testés.

L'hospitalisation a concerné 69,4% de nos patients, 64% ont été traité par le régime de la catégorie III.

Mot clés : tuberculose pulmonaire – bacilloscopies - VIH.

SUMMARY

This study was opened and conducted from colligated patient folders during 5 years (from January 1999 to December 2003). The main objective was the description of epidemiological, diagnostically and prise and prise of charge aspects of microscopy negative pulmonary tuberculosis.

Patients were enrolled in this study in accordance to WHO criteria.

During these 5 years, pulmonary tuberculosis has constituted 72.2% on all forms of tuberculosis with 20.2% of microscopy negative pulmonary tuberculosis. The BCG vaccine scar has been observed in 50.8% of cases. The IDR was negative in 21.3% of cases; this rate was about 68.1% in HIV positive patients.

More than 60% of the patients have more than 3 negative bacilloscopy. The 69.4% of our patients have been hospitalized and 64% have been treated with III category system.

Key words: pulmonary tuberculosis- Bacilloscopy- HIV.

INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie infectieuse à transmission interhumaine. Un tiers de la population mondiale est infecté par le mycobactérie tuberculosis ; les pays en développement sont les plus touchés (95% de tous les cas) [1, 2], 75% des cas dans ces pays frappent des sujets appartenant aux tranches d'âge économiquement actives [15-45].

Si le diagnostic de la forme à microscopie positive (TPM+) de la tuberculose est aisé par la mise en évidence des bacilles acido-alcoolorésistants (BAAR) dans les expectorations et sécrétions bronchiques, celui des formes à microscopie négative (TPM-) est plus difficile ; il se fera alors à partir des signes cliniques, radiologiques et éventuellement immunologiques.

Ce diagnostic est d'autant plus difficile que la tuberculose est associée à l'infection VIH, car la présentation clinique et les lésions radiologiques seront alors atypique.

METHODOLOGIE

Type et lieu d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, sur des dossiers colligés de janvier 1999 à Décembre 2003, soit une période de cinq ans. L'étude s'est déroulée dans le service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital du Point-G, c'est un service spécialisé dans le diagnostic, le traitement de la tuberculose et les affections du système respiratoire.

Population étudiée

L'étude a porté sur l'ensemble des patients pris en charge pour TPM-, c'est à dire non confirmée par l'examen direct.

Etaient retenus les patients ayant un dossier complet et répondants à l'un des critères (OMS) suivants :

ceux avec au moins trois échantillons de crachats négatifs pour le BAAR à l'examen direct, des anomalies radiologiques compatibles avec une tuberculose pulmonaire ;

ceux avec au moins deux séries de trois échantillons de crachats négatifs prélevés à 10-15 jours d'intervalle et des anomalies radiologiques compatibles avec une tuberculose pulmonaire active et persistante malgré un traitement antibiotique à large spectre non spécifique ;

ceux avec au moins un échantillon de crachats ne contenant pas de BAAR et dont la culture est positif.

Collecte et analyse statistique des données

Le dossier médical de chaque patient a été étudié et les données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des examens complémentaires ont été rapporté sur une fiche d'enquête. L'analyse statistique a été réalisée sur Epi-info avec un seuil de signification fixé à $p=0,05$.

RESULTATS

Données épidémiologiques

De janvier 1999 à décembre 2003, 6901 patients ont consulté dans le service de pneumologie parmi lesquels 1656 cas de tuberculose (TB) toutes formes confondues, soit une fréquence de 23,9%.

Parmi les 1656 patients présentant une TB, 1194 soit 72,1% avaient une localisation pulmonaire. Sur les cas de TB pulmonaire, 242 étaient TPM- soit une fréquence de 20,2%.

L'étude a donc porté sur les 142 patients.

Le sexe masculin était le plus représenté (74%) avec un sex-ratio 2,8.

L'année 2003 a enregistré 81 cas, soit 33,5%. La moyenne était de 48,4 patients par an (Fig 1).

La tranche d'âge de 31 à 40 ans représentait 23,6% (57 cas). L'âge moyen était de 36,3 ans avec comme extrêmes 10 et 85 ans (Fig 2)

La toux a représenté 7,8% des motifs de consultation, cette fréquence était de 86% lorsque la toux était associée à d'autres signes d'imprégnations bacillaires (fièvre vespérale, sueurs nocturnes, asthénie, anorexie, amaigrissement).

- L'hospitalisation a concerné 31% des patients, les autres ont été traités en ambulatoire. Nous avons retrouvé d'antécédent (ATCD) de TB chez 8 patients soit 3,2%, et la notion de contagé tuberculeux chez 49 patients soit 20,2%.

La fièvre associée à l'altération de l'état général était très fréquente (81,4%) $p < 10^{-4}$ (tableau I).

Dans 73,6% de cas, les patients n'ayant pas la cicatrice BCG avaient une IDR positive (tableau II). Cependant 16,5% des patients, malgré la cicatrice BCG avaient une IDR négative ($p=0,072$).

L'IDR était fréquemment négative chez les patients à sérologie VIH positive (78,9%) (tableau III) $p=0,009$.

Anomalies radiographiques

L'ensemble des patients avait des anomalies radiologiques, les nodules associés aux infiltrats ont constitué l'essentiel des lésions soit 41,7%.

Dans 55% des cas ces anomalies étaient bilatérales, 29,3% à droite, 15,7% à gauche.

Chez les patients VIH+, les nodules associés aux infiltrats ont constitués 59%, ce taux est de 21% chez les VIH- ($\chi^2=1,90$ ddl=1 $p=0,168$).

Les nodules associés aux infiltrats étaient l'aspect radiologique le plus fréquent chez patients ayant une altération de l'état général (54,5%)

$\chi^2=22,65$ ddl=1 $p=0,00002$.

Le régime de la catégorie III a été utilisé chez 64% de nos patients, suivit de la catégorie I (33%), et 3% catégorie II.

DISCUSSION

La tuberculose (TB) toute forme confondue constitue 23,9% des motifs de consultation dans le service de pneumologie à Bamako.

La TB pulmonaire a représenté 72,1% de l'ensemble des tuberculoses. Ces résultats prouvent que la TB demeure une endémie au MALI. Ces résultats sont similaires à ceux constaté par KAYANTAO [3] et POUABE [4].

La TPM- a représenté 20,1% des cas de TB pulmonaire, résultat concordant avec celui du Programme National de Lutte contre la TB (PNLT) [5] dans son rapport d'activité de 2002.

La tranche d'âge la plus active (31 à 40) constituait la majorité des patients. Il s'agit d'adultes jeunes, socialement et économiquement actifs. Ce qui fait dire que la TB est une maladie sociale à impact économique important [6].

Un ATCD de TB pulmonaire et la notion de contagé tuberculeux sont respectivement retrouvés chez 3,2% et 20,2% des cas, ce qui devrait intensifier le dépistage et le traitement des cas à frottis positif en rompant la chaîne de contamination.

Parmi les patients ayant bénéficié du test de dépistage du VIH (43 sujets),

22 d'entre eux avaient une sérologie positive, soit 51,1%. Cette association TB/VIH a été décrite par plusieurs auteurs en Afrique [7, 8,9].

Tous les patients ont présenté des anomalies radiologiques, les nodules et les infiltrats étaient présents dans la majorité des cas. La radiographie pulmonaire joue un rôle important

dans le diagnostic de la TPM-, mais son interprétation reste difficile, biaisée par des images atypiques

(patients VIH+) ou par la confusion entre images anciennes et images nouvelles.

Certains auteurs ont même décrit l'absence d'anomalies radiologiques chez les patients co-infectés par le VIH et la TB, qui peut s'expliquer par la défaillance du système immunitaire qui devient incapable de déclencher la réaction inflammatoire génératrice du granulome [10].

Le schéma thérapeutique de la catégorie I a été administré à 33% des patients. Ce résultat s'explique par le fait que les programmes nationaux de lutte contre la TB recommandent de traiter certains cas de TPM- par ce schéma, en raison des images radiologiques et/ou de l'état clinique du patient.

CONCLUSION

La tuberculose constitue 23,9% des motifs de consultation au service de pneumologie ; la localisation pulmonaire représente 72,1%.

La tuberculose pulmonaire à bacilloscopie négative représente 20,2% des cas de tuberculose pulmonaire.

La cicatrice BCG était présente chez 50,8% de nos patients. L'IDR était négative chez 21,3% de nos patients, mais ce chiffre atteint 78,9% chez les sujets VIH positifs.

L'ensemble des patients avaient au moins trois bacilloscopies négatives. La radiographie pulmonaire réalisée notait des lésions à type d'infiltrats associés à des lésions nodulaires dans la majorité des cas.

La sérologie VIH était positive chez 51,1% des patients testés. La majorité des patients sont traités par le régime de la catégorie III.

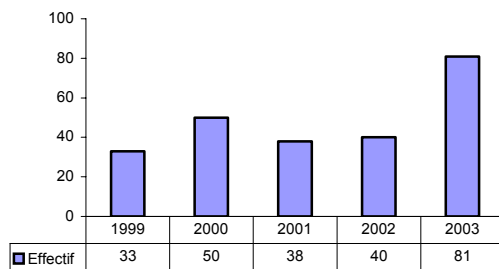


Figure 1: Répartition des patients

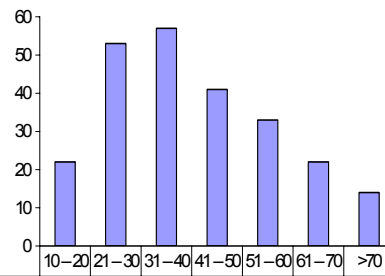


Figure 2: Répartition des patients selon l'âge, selon l'année.

Tableau I : Répartition des patients selon l'état clinique

AEG	fièvre oui	fièvre non	total
oui	105(81,4%)	29(25,7%)	134(55,4%)
non	24(18,6%)	84(74,3%)	108(44,6%)
total	129(100%)	113(100%)	242(100%)

$$\text{Khi}^2 = 75,71 \quad \text{ddl} = 1 \quad p < 10^{-4}$$

Tableau II : Répartition des patients selon le résultat de l'IDR et de la cicatrice BCG

IDR	BCG oui	BCG non	total
+	96(83,5%)	78(73,6%)	174(78,7%)
-	19(16,5%)	28(26,4%)	47(21,3%)
total	115(100%)	106(100%)	221(100%)

$$\text{Khi}^2 = 3,22 \quad \text{ddl} = 1 \quad p = 0,072.$$

Tableau III : Répartition des patients selon le résultat de l'IDR et de la sérologie VIH

IDR	VIH+	VIH-	total
+	4(21,1%)	13(62%)	17(42,5%)
-	15(78,9%)	8(38%)	23(57,5%)
total	19(100%)	21(100%)	40(100%)

$$\text{Khi}^2 = 6,81 \quad \text{ddl} = 1 \quad p = 0,009$$

REFERENCES

- 1- OMS. Traitement de la tuberculose : Principes à l'intention des programmes nationaux. 2^{ème} édition 1997.
- 2- OMS. DOTS : Un guide pour comprendre la stratégie DOTS contre la tuberculose recommandée par l'OMS. 1999.
- 3- KAYANTAO D. MAIGA I. BOUGOUDOGO F. POUABE R. KONE A. DIALLO S. SISSOKO B. M'BAYE O. KEITA B. SANGARE S. Apport de la radiographie et de la bacilloscopie répétée dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire en milieu hospitalier à Bamako. Bull. soc. Pathol. Exot, 2001 ; 243-245
- 4- POUABE T. R. Résultats comparés de la radiographie thoracique et de la bacilloscopie dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Thèse de médecine, Bamako, 2000
- 5- Programme National de lutte contre la tuberculose- Mali (PNLT-Mali). Rapport d'activités de la lutte antituberculeuse ; 1^{ère} édition, Bamako 2002
- 6- HAEFLIGER E. Prevalence of tuberculosis in Swiss hospitals in years 1990 to 1993. Schweiz Rundsch Med Prax 1996; 85:783-91
- 7- SISSOKO B. F. Tuberculose associée à l'infection à VIH ; étude de l'influence du type de virus à Bamako. Thèse de médecine, Bamako, 1992
- 8- DIALLO S. La coinfection VIH/ tuberculose au centre tuberculeux du point G. FMPOS/ NIAID, HIV, clinical trial workshop. Bamako 2003.
- 9- LOEMBA H, Yves B, Maria M. Impact du SIDA sur la recrudescence de la tuberculose et la réduction de la disponibilité des lits hospitaliers à Brazzaville (Congo). Cahier santé, 1995 ; 5 : 278-82.
- 10- SOKOUDJOU P. Aspect radiologique de la tuberculose pulmonaire chez les sujets infectés par le VIH au Mali ; Apport de la radiographie standard. Thèse de médecine, Bamako, 1999