

Causes de décès des personnes vivant avec le VIH à Madagascar

Causes of death in HIV-infected patients in Madagascar

L'infection par le VIH est une pandémie. En 2007, le nombre des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) a été estimé à 33 millions dans le monde. Malgré l'amélioration de la disponibilité des ARV, le nombre de décès est encore estimé à 2 millions par an dont 75% se trouve en Afrique subsaharienne [1]. A Madagascar, aucune donnée ne sont disponibles concernant la mortalité des PVVIH. Le but de cette étude est de décrire les causes de décès des PVVIH afin d'améliorer la prise en charge et la survie de ces patients. Nous avons réalisé une étude rétrospective, et descriptive du 1^{er} juin 2003 au 30 juin 2008. Tous les PVVIH suivies dans le service de Maladies infectieuses de l'hôpital Joseph Raseta de Befelatanana, CHU d'Antananarivo ont été inclus. Parmi les 106 PVVIH suivis pendant la durée de l'étude, 16 (15,1%) étaient décédées (Tableau 1). Le traitement antirétroviral avait été prescrit chez 15 patients parmi les 16 décédés.

Tableau 1: Caractéristiques démographiques et cliniques des 106 PVVIH suivis

Caractéristiques démographiques et cliniques	décédés	survivants	p (OR)
Age moyen (ans)	39,2	38	NS
Sex-ratio	0,67	0,95	NS
Infections opportunistes			
présentes	11	34	< 0,05 (OR=3,62)
absente	5	56	
Tuberculose			
présente	6	19	< 0,05 (OR=2,24)
absente	10	71	
Moyenne des CD4 (/mm ³)	101	293	< 0,05

Une pathologie classant SIDA était retrouvée dans 68,8% des cas au moment du diagnostic de l'infection par le VIH. Le délai moyen de survie après la décou-

verte de l'infection par le VIH était de 9,5 mois (extrêmes : 0-51,6 mois). Le décès avait survenu dans les 6 premiers mois de la découverte de l'infection par le VIH dans 68,8% des cas. Les causes non VIH étaient responsables de 5 décès. Elles étaient l'assassinat (n=1), la coronaropathie (n=1), la pneumopathie d'inhalation (n=1), l'interruption volontaire d'une grossesse compliquée (n=1) et le cancer du pancréas (n=1). Les causes de décès liées au VIH étaient la tuberculose (n=6), la toxoplasmose cérébrale (n=2), la cachexie liée au VIH (n=2), la pneumocystose (n=2), la maladie de Kaposi (n=1) et la cryptococcose méningée (n=1). Tous les patients tuberculeux avaient bénéficié du traitement spécifique antituberculeux. La miliaire tuberculeuse, l'adénite tuberculeuse, la tuberculose pulmonaire et l'association méningo-encéphalite tuberculeuse et miliaire, ou tuberculose pulmonaire ont été retrouvées chacun dans un cas. Le décès a survenu dans les 6 premiers mois du traitement spécifique antituberculeux chez tous les patients tuberculeux (n=6), dont dans le premier mois chez 4 patients (66,7%).

A Madagascar, la séroprévalence chez la population générale de l'infection par le VIH est estimée à 0,06% (soit 25 000 à 35 000 PVVIH estimées) en 2009 selon le Ministère de la Santé. Le nombre de PVVIH suivies a été de 560 dont 236 sous traitement antirétroviral au premier trimestre de 2010. Le taux de mortalité de 15,1% dans notre étude rejoint ceux des pays à faible revenu. L'infection par le VIH constitue un fardeau pour l'Afrique subsaharienne avec une mortalité élevée entre 8% et 26% [2]. Dans notre étude, 68,8% de décès survenait dans les 6 premiers mois de la découverte de l'infection par le VIH. Plusieurs pays africains rencontrent la même situation, tels le Malawi et l'Uganda avec respectivement 79% et 68% de décès dans les 6 premiers mois et le Côte d'Ivoire avec 75% dans les 4,6 premier mois [2]. Cette mortalité précoce très importante est probablement due à la découverte au stade avancé de la maladie et à la difficulté de la prise en charge des infections opportunistes. Le taux moyen de lymphocytes T CD4 des patients décédés était statistiquement moins élevés que les survivants (101 vs 293 /mm³). La moyenne du taux de lymphocy-

tes T CD4 était bas dans notre étude ($101 /\text{mm}^3$) comme en Afrique subsaharienne (74 à $147 /\text{mm}^3$) [2]. Une étude sud-africaine a rapporté que les PVVIH qui ont un taux de lymphocytes T CD4 inférieur à $100 /\text{mm}^3$, ont eu un taux de mortalité cumulé très élevé en 1 an et en 4 ans (11,6% et 16,7%) par rapport à ceux qui ont eu un taux de lymphocytes T CD4 supérieur à $100 /\text{mm}^3$ (5,2% et 9,5%) [3]. Une infection par le VIH symptomatique (stade 3 ou 4 de l'OMS) est associée à une mortalité élevée [2]. Au Jamaïque, la survie à un an est de 97% si l'infection n'est pas symptomatique et de 56% si symptomatique au moment du diagnostic [4]. Le dépistage doit être renforcé, par exemple en dotant les hôpitaux de tests de diagnostic, et en approvisionnant régulièrement les laboratoires de référence et les centres de dépistage en réactifs. La tuberculose était la principale cause de décès VIH. La tuberculose est responsable de plus de 21% de décès des PVVIH [2] et 30% des patients présentant une coinfection tuberculose/VIH meurent. Dans 80,5% des cas, ce décès survient dans le premier mois [5]. A Madagascar, la prise en charge des infections opportunistes rencontre plusieurs problèmes. Le diagnostic est souvent de présomption car les examens ne sont pas pris en charge par l'Etat. En dehors de la capitale, les médecins référents n'ont pas les moyens de poser le diagnostic des ces infections opportunistes. L'intolérance au traitement de première intention conduit à l'impasse thérapeutique devant l'accessibilité difficile au traitement alternatif.

La mortalité élevée des PVVIH est surtout liée au diagnostic au stade avancé de l'infection par le VIH. Ainsi, la mise à disposition des ARV seuls est insuffisante pour enrayer la pandémie VIH. Il faut prioriser le diagnostic précoce de l'infection en facilitant l'accès aux soins, en augmentant le nombre de centres de dépistage volontaire du VIH et en formant tous les mé-

decins d'avoir dans leurs habitudes la demande de la sérologie VIH. Il faut aussi progresser dans la prise en charge des infections opportunistes. La réalisation des examens paracliniques pour la recherche des infections opportunistes et le bilan pré-thérapeutique aux antirétroviraux doit être prise en charge par l'Etat. La recherche active de la tuberculose doit être systématique au moment de la découverte du VIH.

R.A. Rakotoarivelo*, R.L. Tsifiregna,
M. Raberahona, R.L. Andrianasolo, M.J.D. Randria

*Service des Maladies infectieuses, CHU Joseph
Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar*

Références

1. ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2008; Genève, PA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA). Available from: http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp.
2. Lawn SD, Harries AD, Anglaret X, *et al.* Early mortality among adults accessing antiretroviral treatment programmes in sub-Saharan Africa. *AIDS* 2008; 22: 1897-908.
3. Lawn SD, Little F, Bekker LG, *et al.* Changing mortality risk associated with CD4 cell response to antiretroviral therapy in South Africa. *AIDS* 2009; 23: 335-42.
4. Losina E, Figueroa P, Duncan J, *et al.* HIV morbidity and mortality in Jamaica: analysis of national surveillance data, 1993-2005. *Int J Infect Dis* 2008; 12: 132-8.
5. Ngo AT, Duc NH, Lan NH, *et al.* Evolutions fatales chez les patients vietnamiens co-infectés par le virus VIH et la tuberculose BAAR (+) au cours ou au décours immédiat de leur hospitalisation. *Rev Pneumol Clin* 2007; 63: 139-46.