

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

----- =0= -----



Année Universitaire 2009- 2010

Thèse N°-----/

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES DU VIH/SIDA AU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE KITA (KAYES)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 03/12/2009 devant
la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Par : Mme TRAORE Sira Mariame CAMARA

Pour obtenir le grade de **Docteur en MEDECINE**
(Diplôme d'État)

Jury

| | |
|-----------------------------|---------------------------|
| Président : | Professeur Saharé FONGORO |
| Membre : | Docteur Ouman DEMBELE |
| Co-directeur : | Docteur Zoumana DIARRA |
| Directeur de thèse : | Professeur Sounkalo DAO |

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Allah ; le Tout Puissant, le Clément, le Miséricordieux

Louange à vous lumière des cieux et de la terre et qu'elle renferme!
Nous implorons votre pardon et prions pour que vous nous assistiez
dans tous nos actes quotidiens. Que vous nous montrez le droit chemin
en nous éloignant du mal.

Au Prophète Mohamed : Rasouloulahi (Paix et Salue sur Lui).

Que la paix et la bénédiction de Dieu soient sur vous et tous les
membres de ta famille ! Nous vous témoignons notre fidélité éternelle
pour le bien accompli pour l'humanité.

- A Toutes les personnes vivantes avec le VIH.

Ma mère : Aminata FANE

Tu m'es plus chère que la prunelle de mes yeux, tu as su affronter
beaucoup de choses pour que tout ceci soit rendu possible.

Ton calme, ta douceur, ta patience, et ta persévérance sont là quelques
unes de tes innombrables qualités.

Merci pour tout, de m'avoir donné la vie et de faire de moi ce que je suis.

Maman Merci, Merci infiniment

REMERCIEMENTS

A mon père : Birama CAMARA

Ce travail est le fruit de ta rigueur. Tu m'as enseigné la discipline, le respect de l'autre. Grâce à toi j'ai su que le travail est un trésor.

Je te remercie pour ta confiance en espérant que Dieu te donne une longue vie pour que tu puisses profiter de ce travail.

A mon grand père feu Moustapha FANE :

Paix a son âme, nous attendons tous ce jour triste.

Tes conseils et ton amour du travail bien fait m'ont accompagnés jusque là. Je voudrais à travers ce travail, que tu sache à qu'elle point je te suis reconnaissante pour ton amour inconditionnel.

Mon homonyme Sira Mariame TRAORE :

Tu es plus qu'une tante, tu as été un exemple de foi, d'amour, de paix et de justice.

Je ne pourrais jamais oublier toute l'aide que tu nous as apportée dans les moments difficiles.

Je prie Dieu pour qu'il te comble de bienfaits, que son amour ne s'éloigne pas de toi.

Que ce travail soit pour toi une fierté.

A la famille TRAORE :

Vous m'avez accueilli et accepté. J'ai trouvée une famille depuis mon mariage. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude. Merci infiniment pour votre soutien qui ne m'a jamais manquée.

Au Dr CAMARA :

Tu as été une providence pour moi, je ne saurais comment te remercier, pour tout ce que tu as fait pour moi. Ce travail est le fruit de tes conseils. Que nos liens s'affermissent d'avantage.

A mon très cher et tendre époux San Sékou TRAORE :

Merci pour ton soutien.

A mes sœurs et frères :

Robert, Mme SANOGO Rose, Mme ADA Fatima, Mme TOGOLA Hawa, Izo, et Risko

J'aimerais pouvoir dire à chacun d'entre vous ce qu'il représente pour moi ; acceptez que je vous dise : je vous aime ! Vous avez été une providence pour moi.

J'ai pu franchir toutes ces étapes parce que je vous avais pour me soutenir, me conseiller et m'encourager. Trouvez en ce travail qui est le vôtre, l'expression de ma reconnaissance. Rien ne peut briser les liens de sang que nous avons.

Puisse ALLAH vous accorder une santé de fer afin qu'ensemble nous jouissions du fruit de ce travail.

Au Dr SANOGO Jacqueline :

Ta modestie est pour moi un exemple; tu as été une amie sincère.
Merci pour tes conseils et ton affection qui m'ont accompagnés pendant ce travail.

A tout le personnel du service de l'USAC de Kita :

Merci pour votre bonne collaboration.

A mes tontons :

Boubacar CAMARA et Issack FANE :

Par ce travail je voudrais vous remercier et prier Dieu pour qu'il vous accorde santé et longévité.

Encore merci pour vos soutiens et vos conseils.

A mes grandes sœurs de la faculté : Hamchou CISSE et Fatoumata CAMARA :

Vous m'avez montré où mettre les pieds à la faculté de médecine. Je n'oublierais jamais ces moments passés ensemble.

A mes ami(e)s : Aminata TRAORE, Adissa COULIBALY, Nana CAMARA, Agnès COULIBALY, Doussou CAMARA, Hawa dite batoni, Mariam DICKO, Dei Maget, Mai ,Nouhoum SAMAKE, Boubou FOMBA, Boubacar FOFANA ,Youssef DEMBELE, Dr CISSE Saoudatou, DR Ouatou Malle, Dr FOFANA Badra .

Je voudrais à travers ce travail vous dire que je vous aime. Ce travail est le fruit de vos conseils.

Que nos liens s'affermissent d'avantage.

A ma sœur Korotimi TRAORE :

Tu es un exemple d'amour je ne pourrais jamais oublier toute l'aide que tu m'as apportée dans les moments difficiles.

Reçois ce travail comme le fruit de tes efforts

Les professeurs du Lycée BA Aminata DIALLO :

Mr SAMAKE Mr BAH et feu MR Kobali DIARRA, grâce à vos bonnes méthodes d'enseignement on a pu franchir différentes étapes. Merci pour votre aide et vos conseils.

A ma Tante feu Dogomani FANE

La bonté de ton cœur et ta bienveillance ne quitterons jamais mon esprit. Tu n'es pas là physiquement mais dans mon cœur tu demeures. Je te dédie ce travail et prie DIEU de t'accorder un repos béni.

A mes tantes : Oumou, Kadiatou, Mah, Lala, Djenebou, M'mo, Teiba, Mariam, Assanatou, Asmaou

Je ne saurai trouver mieux pour dire ce que vous êtes pour moi. J'ai beaucoup appris et reçu de vous. Je suis comblée de vous avoir et je désire conserver ce qui nous unit.

A Mes enfants ; Badji et Almamy TRAORE

Puisse ce travail vous procurer toutes les affections dont j'ai été incapable, en espérant que je serai fière de vous. Je vous prie de progresser dans la dignité et dans le respect des valeurs humaines. Que DIEU vous donne une longue vie pleine de réussite ! J'espère que vous alliez mieux faire que maman.

HOMMAGE AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Saharé FONGORO

Maître de conférences en Néphrologie

Adjoint au chef de service de Néphrologie et d'hémodialyse au CHU du Point G

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.

Cher Maître,

Permettez nous de vous remercier pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre souci de transmettre

Vos immenses connaissances aux autres font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici, cher Père, l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et juge

Docteur Ouman DEMBELE

Médecin Epidémiologiste

Responsable de la surveillance épidémiologique du VIH et des IST

A la cellule du comité sectoriel de lutte contre le SIDA du M.S.

Honorable maître, c'est un réel plaisir et un honneur de vous compter parmi les membres du jury.

Votre sens d'écoute, votre humilité et surtout votre amour du prochain seront pour nous une source d'inspiration.

Vous avez toujours été à la disposition de la jeune génération pour le grand bien de notre formation.

En acceptant de juger ce travail que vous avez soutenue dès sa conception nous ne pouvons que vous assurer de notre total reconnaissance.

A notre Maître et Codirecteur de thèse

Docteur Zoumana DIARRA

Médecin généraliste

Coordinateur de L'USAC/Kita

Honorable maître, vous avez été tout au long de ce travail le maître idéal, l'ami et le parent.

Nous avons bénéficié de votre sympathie, votre aide moral, matérielle et technique.

Si nous réussissons aujourd'hui notre pari de la vie, c'est grâce à vous.

Vous avez été pour nous non seulement un maître, mais aussi un guide.

Votre constante disponibilité et votre dynamisme ont été d'un grand apport dans la réalisation de ce travail.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Sounkalo DAO

.Maître de conférences de maladies infectieuses à la FMPOS

Responsable de l'enseignement de maladies infectieuses à la FMPOS

Enseignant chercheur au programme de recherche et de formation
VIH/TB (SEREFO)

Président de la SOMAPIT (société Malienne de Pathologie infectieuse et
tropical).

Membre de la société de pathologie infectieuse de langue française.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail

Vous contribuez cher maître, à son indispensable amélioration

Nous avons toujours apprécié l'étendue de vos connaissances

Admiré votre simplicité et vos exhortations à la quête du savoir.

Veillez croire, cher Maître à l'expression de notre plus grand respect.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise.
- USCDC** : United States Center of Diseases Control.
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine.
- UCLA** : University of California L'os Angeles.
- LAV1**: Lymphadénopathy Associated Virus type 1.
- RT** : Reverse Transcriptase.
- HTLV** : Human T-cell Leukemia Virus.
- IL4** : InterLeukine 4.
- UDIV** : Usagers des Drogues par Voie Injectable.
- CDC** : Centers for Diseases Control.
- SK** : Sarcome de Kaposi.
- LGP** : Lymphoadénopathie Généralisée Persistante.
- CMV** : Cytomégalovirus.
- ELISA** : Enzym Linked Immuno Sorbend Assay.
- RIPA** : Radio Immuno Précipitation Assay.
- PCR** : Polymerase Chain Reaction.
- ARV** : antirétroviraux.
- IN** : Inhibiteurs Nucléosidiques.
- INN** : Inhibiteurs Non Nucléosidiques
- IP** : Inhibiteurs de la Protéase.
- INTI**: Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse.
- INNTI**: Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse.
- IMAARV** : Initiative Malienne d'Accès aux antirétroviraux.
- PVVIH** : Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine.
- NFS** : Numération Formule Sanguine.
- VS** : Vitesse de Sédimentation.
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

USAC : Unité de soins, d'Accompagnement et de Conseils des personnes vivant avec le VIH.

CSREF : Centre de Santé de Référence.

EDSM-III et IV : Enquête Démographique de Santé du Mali-III.

DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

EPA : Etablissement Publique à caractère Administratif.

IST : Infection Sexuellement Transmissible.

PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA.

ONU SIDA : Organisation des Nations Unies pour le SIDA.

PCR : Polymerase Chain Reaction

ARN : Acide ribonucléique

ADN : Acide désoxyribonucléique

3TC : Lamivudine

AZT : Zidovudine

D4T : Stavudine

Ddl : Didanosine

CPS : Cellule de Planification et de Statistiques

D4T+3TC+NVP : (stavudine+ lamivudine + nevirapine)

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS | 1 |
| II- GENERAITES | 4 |
| 1- Définition | 4 |
| 2- Historique | 5 |
| 3- Structure du VIH | 6 |
| 4- Aspects épidémiologiques du VHI-SIDA | 11 |
| 5- Mode de transmission | 14 |
| 6- Méthodes de diagnostic | 14 |
| 7- Prise en charge de l'infection par le VIH | 22 |
| III- METHODOLOGIE | 31 |
| IV- RESULTATS | 39 |
| V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS | 55 |
| VI- CONCLUSION et RECOMMANDATIONS | 60 |
| VII- REFERENCES | 62 |
| VIII- ANNEXES | 71 |

I. INTRODUCTION

L'impact du VIH et du SIDA est de grande envergure. Le VIH/SIDA, non seulement touche ceux qui sont infectés mais aussi, indirectement, leurs familles, amis, employeurs et autres. Il rend plus difficile les efforts de réduction de la pauvreté et à certains endroits, a plutôt pour conséquence une augmentation de la pauvreté [11]. Selon le rapport du programme des nations unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA), près de 2,7 millions de personnes ont été contaminées au cours de l'année 2007 dont 1,9 millions en Afrique subsaharienne ; ce qui porte le nombre de personnes infectées dans le monde à 33 millions contre 40,3 millions en 2005 [1].

L'Afrique subsaharienne abritait 67 %, soit 22 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde [1].

En 2007 les jeunes entre 15-24 ans représentaient environ 45 % des nouvelles infections à VIH à l'échelle mondiale [1].

Le pourcentage de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH est stable (50 %) depuis plusieurs années, même si la proportion des infections chez ces dernières est en augmentation dans plusieurs pays [1].

En 2007, près de 60% de nouvelles infections à VIH en Afrique subsaharienne concernaient les femmes [1].

Le nombre d'enfant de moins de 15 ans vivant avec le VIH en 2007 était estimé à 2 millions, dont près de 90 % vivent en Afrique subsaharienne. En 2007, 370000 enfants de moins de 15 ans ont été infectés par le VIH et 270000 enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH sont morts à cause du sida, plus de 90% d'entre eux en Afrique subsaharienne [1].

La situation de la pandémie de cette affection au Mali n'est pas assez différente de celle du reste de l'Afrique, avec un taux de séroprévalence à 1,3 %. Son histoire a commencé en 1983 par un cas de SIDA décrit chez un immigré malien en France [5].

La région de Kayes, la région d'immigration par excellence, ne reste pas en marge de cette infection, avec un taux de séroprévalence de 0,7 % [2].

Selon le rapport de la surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis en janvier 2007, chez les femmes enceintes fréquentant la maternité du CS Réf de Kita, le taux de séroprévalence du VIH serait de 2,7 % [4].

Cette situation nous a amené à intégrer les autres couches dans notre étude afin d'avoir une idée sur l'ampleur de l'infection au sein de la cité.

L'étude traduit la volonté de disposer d'informations pertinentes et actualisées sur le VIH/SIDA afin d'organiser une lutte adéquate.

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du VIH/SIDA au Centre de Santé de Référence de Kita.

Objectifs spécifiques

- Décrire les aspects épidémiologiques du VIH ;
- Décrire les aspects cliniques liés au VIH ;
- Interpréter les bilans para cliniques des patients suivis ;
- Décrire les aspects thérapeutiques des patients suivis.

II. GENERALITES

1. Définition

Le Virus de l'immunodéficience humaine est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces. Au premier stade de l'infection, le sujet ne présente pas de symptôme. Cependant l'évolution de l'infection entraîne un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes [6].

Actuellement deux types de virus, sont connus VIH1 et VIH2. Les manifestations cliniques sont identiques, l'infection concomitante des deux virus est possible.

Ces deux virus sont antigéniquement distincts (mais il existe des réactions antigéniques croisées entre les deux types).

Ils ont en commun 42% d'homologie au niveau du génome. Ils diffèrent par un Gène de régulation (vpx pour VIH-2 et vpu pour VIH-1) [7].

Le rétrovirus humain qui a eu le plus grand impact médical est le VIH1, qui a été identifié en 1984 comme la cause d'une grande épidémie d'immunodépression dénommée le syndrome de l'immunodéficience Acquise. Le SIDA est une affection de l'immunité à médiation cellulaire caractérisée par des infections opportunistes, des tumeurs, des troubles neurologiques, et d'autres syndromes divers. Le risque de développer le SIDA pour un sujet infecté par le VIH est estimé de 1 % à 2 % dans les premières années après l'infection et à environs 8 % par la suite. Pratiquement toutes les personnes infectées par le VIH non traités vont développer un SIDA [49].

2. Historique [1]

En juin 1981 : premier cas groupés de pneumocystose chez les patients homosexuels aux Etat- Unis.

En Juillet 1981 : mise en évidence d un syndrome de déficit immunitaire touchant les homosexuelles des cotes et ouest des Etats-Unis.

En Juillet 1982 : description des premiers cas de Sida chez les patients hémophiles.

Octobre 1983 : description des premiers cas de Sida chez les femmes dont une contamination par voie hétérosexuelle.

Description des premiers cas d'enfants infectés par voie verticale.

Mars 1983 : description des premiers cas en provenance d'Afrique central

Mai 1983 : isolement du rétrovirus (L A V) chez un patient présentant un SIDA par un groupe français.

Juillet 1983 : description des premiers cas dans personnel de santé.

En 1987 : premier traitement par Zidovudine analogue nucléotidique de la transcriptase inverse.

En 1991 : élargissement de la classe des analogues nucléotidiques de la transcriptase inverse.

Novembre 1994 : description du rôle préventif de la zidovudine dans la transmission mère – enfant.

En 1995 : premier traitement par inhibiteur de la protéase du VIH.

En 1996 : Première diminution de l'incidence du SIDA dans les pays industrialisés.

Premier traitement par inhibiteur non nucléotidique de la transcriptase inverse.

En 1997 : première description des lipodystrophies.

En 2000 : première discussion sur l'accès à l'antirétroviraux dans les pays en voie de développement.

En 2001 : commercialisation des produits génériques dans les pays en voie de développement et accord de réduction de prix avec les firmes pharmaceutiques.

Accord de Doha permettant de privilégier la santé par rapport au commerce international.

3. Structure du VIH

3.1. La structure du VIH comporte [8]

♦ Une enveloppe virale constituée d'une double bicouche lipidique et de deux sortes de glycoprotéines : gp120 et gp 41. La molécule gp 41 traverse la bicouche lipidique tandis que la molécule gp120 occupe une position plus périphérique : elle joue le rôle de récepteur viral de la molécule membranaire TCD4 des cellules hôtes. L'enveloppe virale dérive de la cellule hôte : il en résulte qu'elle contient quelques protéines membranaires de cette dernière, y compris des molécules du CMH.

- ♦ Un core viral ou nucléocapside, qui inclut une couche de protéine p17 et une couche plus profonde de protéines p24.
- ♦ Un génome constitué de deux copies d'ARN simple brin associées à deux molécules de transcriptase inverse (p64) et à d'autres protéines enzymatiques (protéase p10 et intégrase p32).

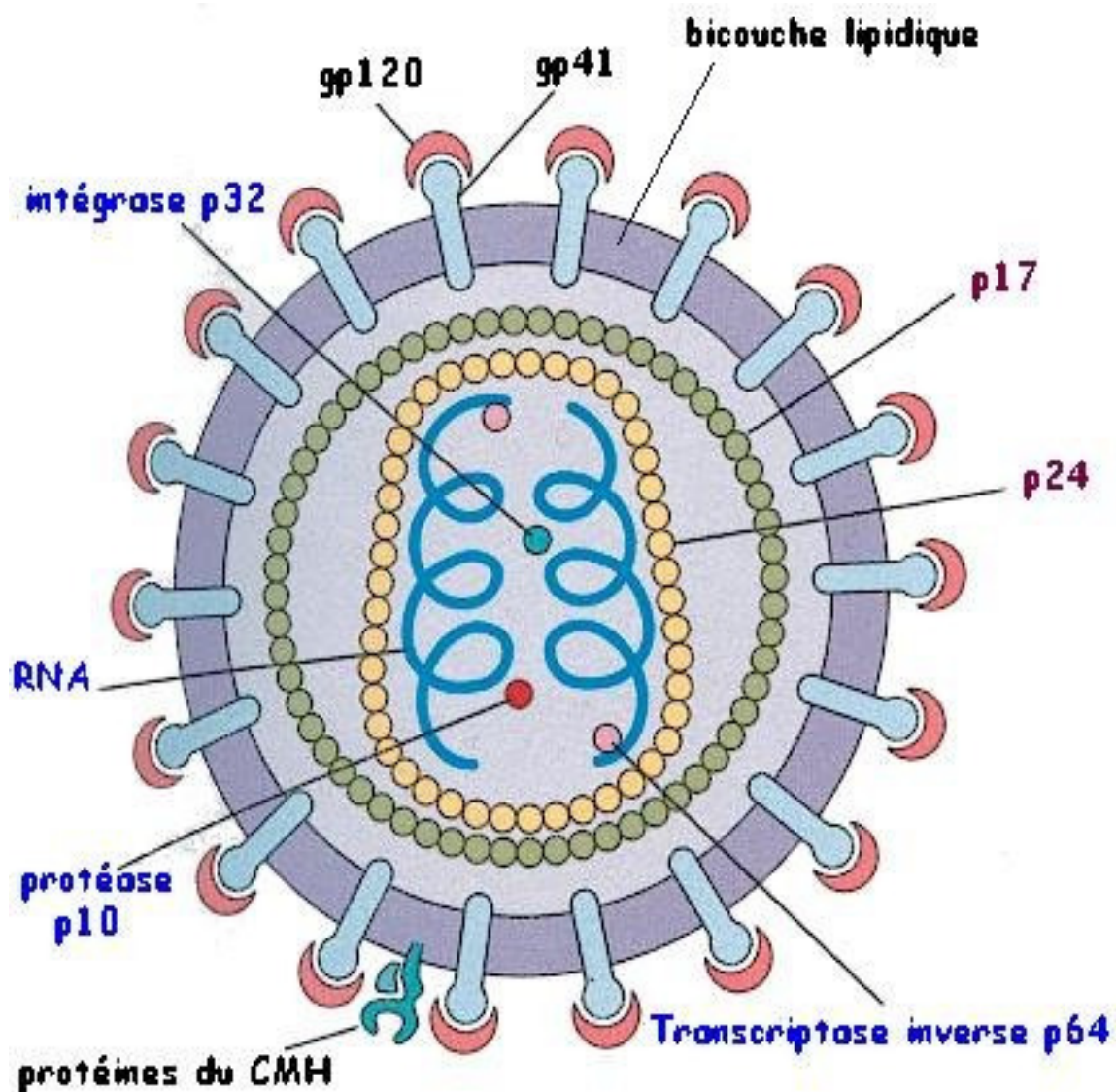


Figure 1: Schéma organisationnel de l'HIV

3.2. Stabilité physico chimique [9]

Les VIH sont des virus fragiles, inactivés rapidement par les agents physico-chimiques tels que :

- l'eau de javel (solution à 10 %)
- l'alcool (70 %)
- l'exposition à des pH>10 ou 6
- le chauffage à 56 degrés pendant 30 minutes.

A haute concentration, ils pourraient survivre 15 jours à 20 degrés et presque 11 jours à 30°C.

3.3. Classification des rétrovirus [10]

Les rétrovirus sont des virus globulaires enveloppés, d'un diamètre de 110-120 nanomètres, ils sont appelés ainsi en raison de la présence de la transcriptase inverse, qui a la propriété de rétro transcrire le matériel génétique sous forme d'ARN en ADN complémentaire (ADNc) dit pro viral. Ces virus non transformant sont responsables de pathologie à évolution lente.

On distingue trois groupes de rétrovirus :

- ▶ **Les Spumavirus** qui sont non pathogènes.
- ▶ **Les Oncovirus** responsables des leucémies et des lymphomes, transforment les TCD4 in vitro.
- ▶ **Les Lentivirus** : persistent malgré la réponse du système immunitaire ; les seuls responsables des infections VIH1 et VIH2.

3.4. Variabilité génétique [13]

Des phénomènes de recombinaison génétique, par échange de matériel génétique entre deux molécules d'ARN à la cour de la rétro transcription sont très fréquents.

On distingue les différentes séquences génétiques :

- **Pour le VIH-1** actuellement trois groupes de virus.

* Le groupe major M : constitué de neuf sous types ABCDFGHJK .Il est retrouvé dans tous les pays du monde.

* Le groupe N et O, qui a été identifié au Cameroun.

- **Pour le VIH-2** on a les sous types de ABCDE

Ils sont rencontrés en Afrique de l'Ouest.

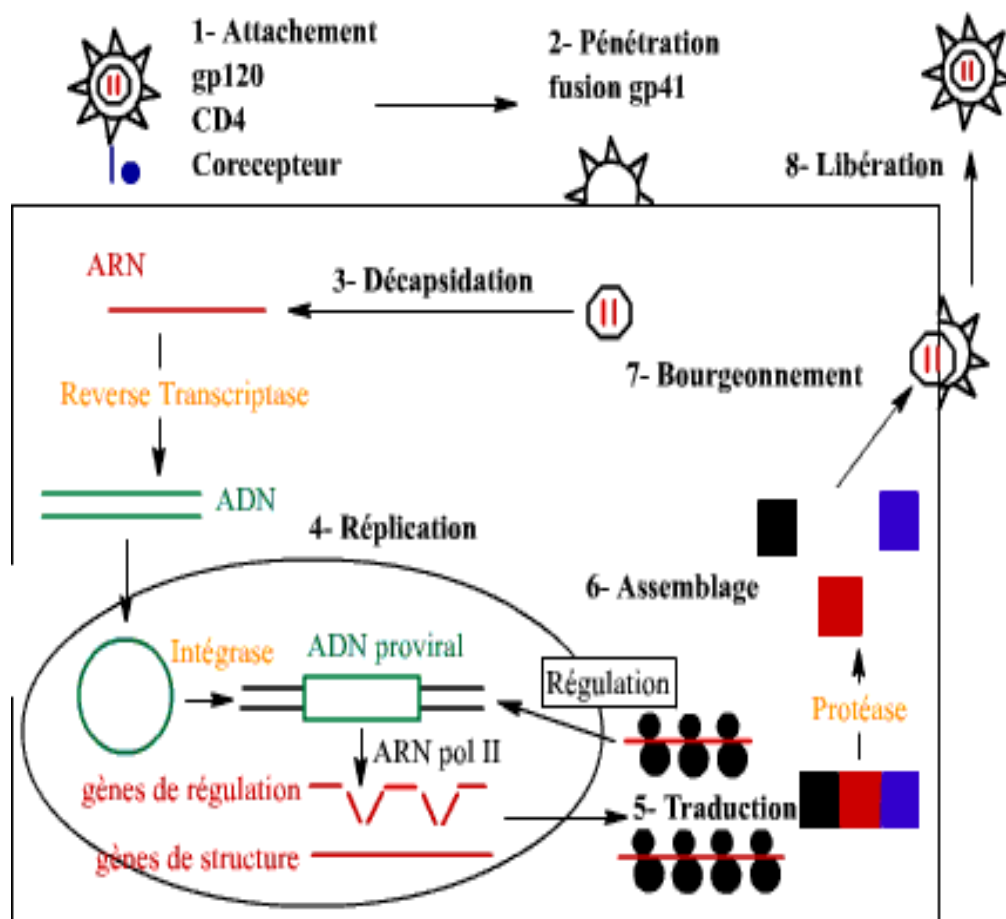


Figure 2 : Cycle viral [12]

1. Attachement du virus grâce à la protéine de surface gp120 et aux corécepteurs.
2. Pénétration par fusion.
3. Décapsulation et libération de l'ARNv dans le cytoplasme.
Transcription inverse grâce à la Reverse Transcriptase contenue dans la paroi virale.
Passage dans le noyau, circularisations et intégration.
4. Réplication Transcription grâce à l'ARN pol II cellulaire.
5. Traduction en protéines précurseurs: la protéase virale permet le découpage des précurseurs.
6. Assemblage des virions.
7. Bourgeonnement à la membrane plasmique.
8. Libération.

4. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DU VIH-SIDA [14]

Chaque jour le VIH infecte plus de 6800, 5700 personnes meurent du SIDA essentiellement parce qu'elles n'ont pas un accès correct aux services de prévention et de traitement. La pandémie du VIH reste le défi infectieux le plus grave en matière de santé publique [14].

L'évaluation épidémiologique de la pandémie comporte néanmoins des éléments encourageant car elle suggère :

- une stabilisation de la prévalence mondiale de l'infection à VIH,
- une diminution localisée de la prévalence dans certains pays ;
- une diminution du nombre de décès lie au VIH, attribuable en partie à l'extension récente de l'accès au traitement ;
- une diminution du nombre annuel de nouvelle infection a VIH au niveau mondial.

L'épidémie comporte 2 schémas :

Des épidémies généralisées qui persistent au sein des populations générales de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, en particulier dans la partie australe du continent et dans le reste du monde.

Des épidémies affectant essentiellement les populations les plus exposées au risque d'infection, notamment les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les professionnelles du sexe et leurs partenaires sexuels.

Deux type de VIH ont été identifiés : le VIH1 et le VIH2. Le plus répandu dans le monde est le VIH-1.

Le VIH-2 est moins transmissible et l'évolution vers le SIDA est moins rapide contrairement au VIH1, leurs modes de transmission sont identiques.

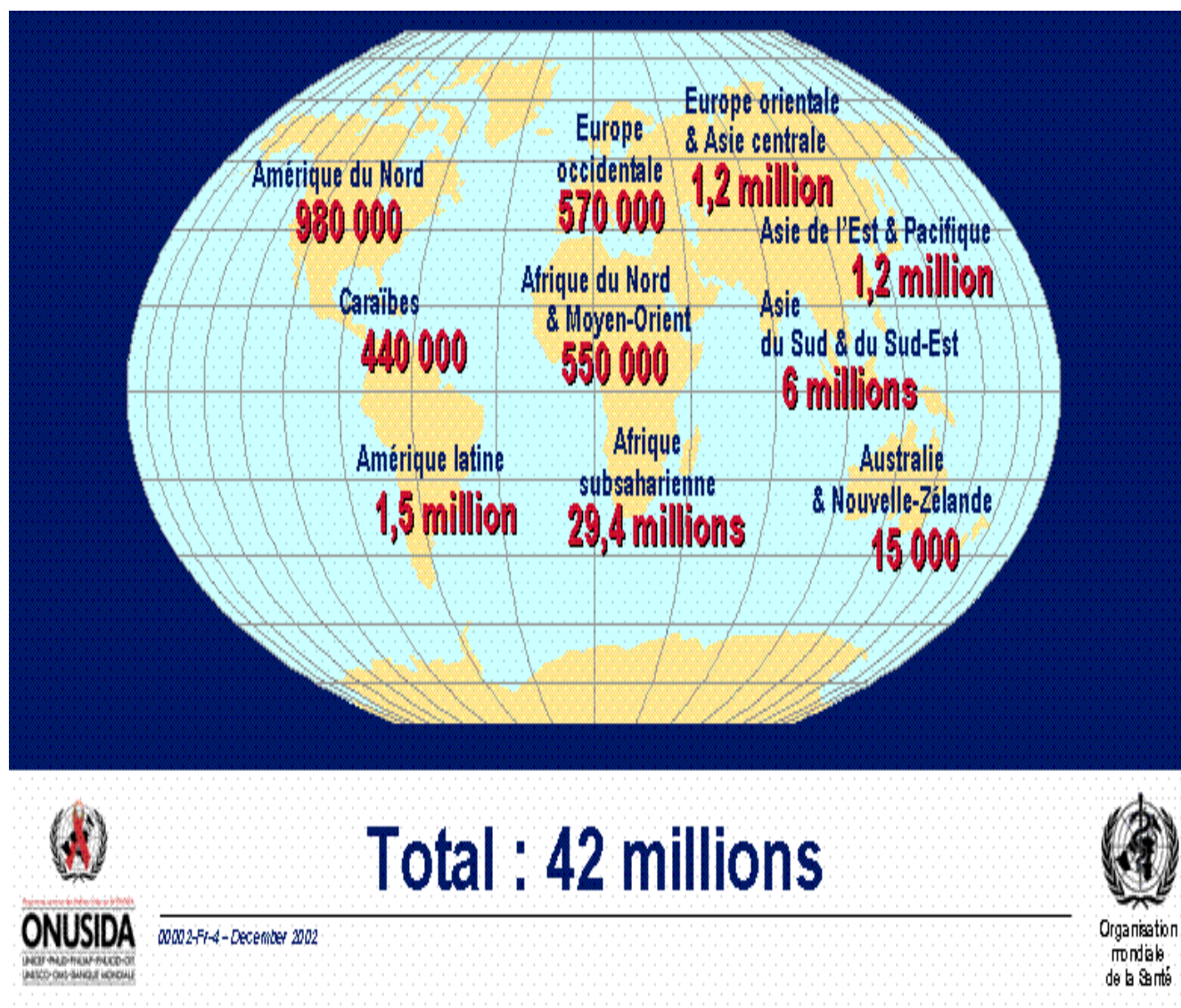


Figure 3 : Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH en 2002 dans le monde : (source : ONUSIDA)

L'Afrique sub-saharienne reste la région la plus touchée par le VIH/SIDA dans le monde avec 22,5 millions de personnes infectées sur 33,2 millions de personnes dans le monde soit 67 % du total mondial.

4. 1. Epidémiologie au Mali [15]

Le Mali a dépassé la phase initiale de réaction à l'urgence pour arriver à une phase initiale où il est impératif de prévoir les besoins futurs et d'élaborer des meilleurs plans d'action. En 1983 aucun cas de SIDA ni de séropositivité n'avait été décrit au Mali, mais une alerte étant donner au corps médical sur

l'avancé de l'épidémie en Afrique. Cette même année un cas a été rapporté chez un malien vivant en France ne faisant pas partie d'un groupe à risque.

Dès 1984, il a été observé des cas de séropositivités pour VIH1 chez les européens vivants à Bamako et ayant séjourné en Afrique central.

De 1983 à 1985, une proportion anormalement élevée des cas d'angiosarcomes de kaposi fut observée à l'Hôpital du Point « G » et à l'Institut Marchoux au Mali. Cette situation inhabituelle correspond à l'émergence du sida au mali.

Un cas de SIDA dû au VIH2 chez un malien a été publié par Affres et Coll. en 1986. La dernière enquête démographique et de santé (EDSM-IV) estime à 1,3% le nombre de personnes infectées par le virus du SIDA sur la population de 15-49 ans. Mais des études de secondes générations telles que l'étude intégrée sur les prévalences des IST et le VIH chez 5 groupes à risque chez les jeunes enceintes montrent d'autres réalités avec des prévalences 35,9% chez les femmes libres ; 6,9% chez les vendeuses ambulantes et une prévalence moyenne de 2,8% chez les femmes enceintes.

Ces données démontrent à suffisance que le Mali vit une épidémie généralisée.

5. Mode de transmission [16]

De sa découverte à nos jours, trois principaux modes de transmission ont été observés :

La transmission sexuelle de l'infection VIH se fait par :

□ **Les rapports sexuels non protégés** (vaginal, oral, ou anal) par contact direct avec les sécrétions du corps (sperme, glandes vaginales et cervicales infectées par le VIH) ;

□ **La transmission sanguine :**

-Transfusion avec un sang infecté par le VIH.

-Contact direct avec le sang infecté par le VIH (contamination professionnelle en milieu de soins et laboratoire)

□ **La transmission verticale**

La transmission de la mère à l'enfant peut survenir à différent étape de la grossesse : in utero, dans les semaines précédant l'accouchement, la période de l'allaitement présente également un risque d'infection pour l'enfant

6. Méthode de diagnostic

Le diagnostic du SIDA se fait par la clinique et la biologie.

6.1. Diagnostic

6.1.1. Définition du SIDA [17]

Les critères de sida varient selon les régions du monde y compris dans des pays où les niveaux sanitaires sont comparables. Ainsi, les Etats-Unis ont étendu en 1993 leur définition du sida à tous les patients dont le taux de lymphocytes TCD4+ était inférieur à 200/mm³. Quant à la définition de Bangui datant de 1985 et fondée sur des critères purement cliniques, elle concerne seulement les régions intertropicales [18].

Tableau I : Définition du SIDA en milieu tropicale [17]

| ABSENCE D'AUTRES CAUSES D'IMMUNODEPRESSION CELLULAIRE | | | |
|---|--|---|--|
| ADULTES | | ENFANTS (< 13 ans) | |
| PRESENCE D'AU MOINS 2 SIGNES MAJEURS ASSOCIES À AU MOINS 1 SIGNE MINEUR | | PRESENCE D'AU MOINS 2 SIGNES MAJEURS ASSOCIES À AU MOINS 2 SIGNES MINEURS | |
| Signes majeurs | <ul style="list-style-type: none"> - perte de poids > 10% > 1 mois - diarrhée chronique > 1 mois - fièvre prolongée > 1 mois | Signes majeurs | <ul style="list-style-type: none"> - perte de poids > 10% - diarrhée chronique > 1 mois - fièvre prolongée ou intermittente > 1 mois |
| Signes mineurs | <ul style="list-style-type: none"> - Toux chronique > 1 mois - Dermatites prurigineuses généralisées - zona récidivant - candidose oropharyngée - herpès virose chronique - lymphadénopathie généralisée - fatigue permanente - Sueurs nocturnes. | Signes mineurs | <ul style="list-style-type: none"> - toux persistante - Dermatite prurigineuse généralisée. - Candidose oropharyngée - Infections banales récidivantes (otites, pharyngites) - Infections à VIH confirmée chez la mère - Lymphadénopathie généralisée. |

Tableau II : Classification selon les manifestations cliniques (OMS) [17]

| GROUPE | SOUS GROUPE | MANIFESTATIONS CLINIQUES |
|------------------|-----------------------|--|
| I | | Primo-infection symptomatique ou asymptomatique |
| II | A | Séropositifs asymptomatiques sans anomalies biologiques |
| | B | Séropositifs asymptomatiques avec anomalies biologiques |
| III | A | lymphadénopathie chronique sans anomalies biologiques |
| | B | lymphadénopathie chronique avec anomalies biologiques |
| IV | A | Fièvre |
| | | Diarrhée persistante |
| | | Amaigrissement inexpliqué |
| | B | B1 : symptômes neurologiques centraux : encéphalite, démence, myélite. |
| | | B2 : symptômes neurologiques périphériques : polynévrite |
| | C | Infections opportunistes |
| | D | Sarcome de Kaposi |
| Lymphomes malins | | |
| E | Autres manifestations | |

Tableau III : Classification selon les signes cliniques et le taux de CD4 : [17]

| CLASSIFICATION DE L'INFECTION A VIH POUR LES ADULTES ET LES ADOLESCENTS (CDC1993) | | | |
|--|--|---|-----------|
| Nombre de lymphocytes T CD4+ | Catégories cliniques | | |
| | A Patient asymptomatique ou primo-infection, Ou lymphadénopathies persistantes généralisées. | B Patient symptomatique sans critères (A) ou (C) | C SIDA |
| > 500 /mm ³ ou > 29% | A1 | B1 | C1 |
| 200 - 499/mm ³ 14 - 28% | A2 | B2 | C2 |
| < 200/mm ³ < 14% | A3 | B3 | C3 |

Un cas de SIDA correspond aux sous-groupes C1, C2, C3, A3 et B3 selon l'OMS/ CDC 1987.

6.1.2. Manifestations cliniques

□ Phases

L'évolution clinique de l'infection à VIH s'effectue en trois phases [17].

Primo-infection à VIH : [19]

Les premiers symptômes surviennent 10 à 15 jours après la contamination chez environ 20% des sujets. Il s'agit d'un syndrome mononucléosidique, d'une fièvre, d'une pharyngite, des adénopathies cervicales, plus rarement d'une méningo-encéphalite aseptique, d'une myélite aiguë, d'une neuropathie périphérique, d'une paralysie faciale, d'un exanthème maculair ou des troubles digestifs [17]. Ces symptômes peuvent manquer, passer

inaperçus, surtout en milieu tropical ou être confondus avec un syndrome grippal ou un syndrome mononucléosidique. Tous ces symptômes s'amendent en une dizaine de jours et le patient entre dans la phase asymptomatique dont la durée est de 4 à 10 ans pour VIH-1 et 20 à 25 ans pour VIH-2 [20].

□ **Phase asymptomatique**

Il s'agit d'une phase cliniquement latente mais biologiquement active. La réplication virale est constante avec une détérioration progressive du système immunitaire. Ceci va déterminer l'apparition des manifestations cliniques de la phase symptomatique. La régression du taux de CD4 se fait progressivement en quelques années de 500 à 350 par mm³. Puis suit une phase dite de progression où la chute de CD4 s'accélère pour passer en quelques mois en dessous de 200 par mm³ [20].

□ **Phase SIDA [21]**

Au cours de cette phase surviennent les infections dites opportunistes dont les principales sont : la tuberculose, la pneumocystose, la toxoplasmose, la cryptococcose, les coccidioses et la candidose.

6.1.3. Quelques manifestations cliniques au cours du SIDA [22]

□ **Les affections cutané-muqueuses [23]**

Elles sont rencontrées chez près de 8% des patients atteints de SIDA.

Les atteintes les plus courantes sont entre autres :

Le prurigo : plus fréquente, elle se retrouve chez plus de 20% des malades.

La modification des cheveux : l'alopécie diffuse à prédominance temporale est fréquente.

L'allergie : aux médicaments est plus fréquente.

Les mycoses cutané-muqueuses : la candidose orale est d'une grande banalité. La cryptococcose cutanée survient lors des cryptococcoses disséminées et de l'histoplasmose cutanée.

Les viroses cutané-muqueuses sont : l'herpès chronique cutané-muqueux péri-oral ou périnéal, le zona, la leucoplasie velue (ou chevelue) de la cavité orale et les végétations vénériennes.

La maladie de Kaposi : il est le plus rare en zone tropicale que dans les pays développés [23].

□ **Les manifestations cardiaques [24]**

Toutes les tuniques du cœur sont concernées : la cardiomyopathie dilatée semble être la plus fréquente et la plus grave ; la myocardite et l'endocardite sont relativement rares ; la péricardite, généralement liquidienne est fréquemment rapportée avec parfois des tamponnades.

L'atteinte cardiaque est présente dans 50% des études autopsiques avec une expression clinique estimé à 10% en occident et considéré comme plus importante en Afrique en raison du fréquent retard de diagnostic. Cette atteinte cardiaque est donc le plus souvent asymptomatique mais chez les malades aux stades de SIDA le décès d'insuffisance cardiaque est estimé à 10% et l'existence d'une atteinte cardiaque est synonyme de gravité.

□ **Manifestations rénales**

L'appareil urinaire dans son ensemble est atteint. [25]

□ **Manifestations neurologiques**

Le système nerveux central ou périphérique est un organe cible fréquemment en cause au cours de l'infection par le VIH. Ces atteintes peuvent être associées et même se potentialiser, le diagnostic étiologique est difficile et le pronostic est globalement péjoratif avec un impact majeur sur la qualité de vie des patients.

□ **Les manifestations digestives**

Elles sont très fréquentes au cours de l'infection par le VIH notamment au stade de SIDA ou elles sont présentes dans 50 à 100% des cas.

La diarrhée est l'une des manifestations majeures puisqu'elle est présente dans plus de 50% des cas. Les autres manifestations digestives sont principalement les mycoses et les lésions ano - rectales.

□ **Les manifestations pulmonaires**

Elles se caractérisent par des atteintes pulmonaires, pleurales ou broncho-pulmonaires.

□ **Les manifestations hématologiques**

Les atteintes hématologiques sont fréquentes au cours de l'infection à VIH. Il s'agit essentiellement de cytopénies, de lymphomes malins, d'adénopathies.

□ **Les manifestations psychiatriques (25)**

Elles sont fréquentes au cours de l'infection à VIH soit par les conséquences psychologiques de cette infection sous la forme de trouble réactionnel ou de décompensation psychotique, soit par les conséquences d'affections opportunistes ou de l'action direct du VIH sur l'encéphale.

□ **Manifestation stomatique (25)**

Les manifestations buccales de l'infection par le VIH sont souvent révélatrices et elles peuvent être indicatrices de l'évolution de la maladie.

On retrouve : mycoses, infections virales, tumeurs et des lésions diverses.

□ **Les manifestations ophtalmologiques (25)**

Les publications dénombrant systématiquement les atteintes oculaires au cours de l'infection à VIH en Afrique sont peu nombreux, elles montrent que 38 - 64 % des patients présentent des lésions oculaires, le plus souvent rétiniennes. La micro angiopathie est la plus fréquente touchant 20 - 40 % des patients ainsi que la vascularité de 2 - 15 %.

□ **La fièvre [25]**

C'est une des manifestations les plus fréquentes chez les patients infectés, elle est quasiment constante à un moment ou un autre de l'évolution.

6.2. Diagnostic biologique

6.2.1. Moyens de dépistage biologique de l'infection à VIH

Le dépistage biologique repose sur la mise en évidence des anticorps anti-VIH et sur la mise en évidence des virus ou antigènes viraux par des tests de dépistage ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbend Assay). Des tests de confirmation sont pratiqués si le dépistage est positif. Le Western Blot est la méthode de référence habituelle. Cependant, le RIPA (Radio Immuno Précipitation Assay) est plus sensible et plus spécifique que le Western Blot [26].

6.2.2. Manifestations Biologiques

Les principales anomalies biologiques rencontrées au cours du syndrome de primo-infection VIH sont hématologiques et hépatiques. La thrombopénie, la leucopénie souvent associée à une neutropénie, une lymphopénie initiale est habituelle, une hyper lymphocytose, un syndrome mononucléosique [27].

Une élévation modérée des transaminases (2 à 10 fois la normale) qui disparaît en quelques semaines.

6.3. Diagnostic positif

Le diagnostic positif de primo-infection VIH est virologique. Trois types de marqueurs virologiques peuvent être utilisés pour le diagnostic de primo-infection, par ordre chronologique d'apparition : l'ARN VIH plasmatique, l'Antigénémie et les anticorps anti-VIH [27, 28].

6.4. Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel du syndrome de primo-infection VIH se discute avec les autres causes de syndromes pseudo grippaux et mononucléosiques, principalement la mononucléose infectieuse, la primo-infection à CMV, les hépatites virales, la grippe, la rubéole, la toxoplasmose et la syphilis [27].

7. Prise en charge de l'infection par le VIH

La découverte des ARV a beaucoup modifié cette prise en charge.

La prise en charge de l'infection VIH comprend trois volets [29] :

7.1. Prise en charge psycho- sociale

Il n'y a aucun moyen de prévoir la réaction d'un individu face à l'annonce de sa séropositivité au VIH. Le choc est une réaction normale à l'annonce d'une nouvelle qui menace la vie et peut se présenter sous plusieurs formes (colère, angoisse, peur, culpabilité, déni).

L'approche psychosociale du traitement implique de fournir une information, d'apporter un soutien psychologique, social et affectif, de permettre l'expression et la discussion des sentiments, de favoriser l'établissement d'une prise en charge sociale et médicale [30].

7.2. Traitement des affections opportunistes

L'utilisation du Cotrimoxazole a montré son efficacité dans la prévention d'un certain nombre d'infections bactériennes en particulier digestives, pulmonaires et la toxoplasmose cérébrale. Elle devrait être proposée à tous les séropositifs à partir du moment où ils sont symptomatiques ou avec un taux de CD4 < 500/mm³, aux femmes enceintes séropositives à partir du troisième mois [31]. Cette prophylaxie devrait être donnée le plus longtemps possible, tant que le taux de CD4 est bas. La posologie recommandée est un comprimé à fort dosage (triméthoprime : 160mg + sulfaméthoxazole : 800

mg) par semaine. Lors de la survenue d'une infection opportuniste, un traitement curatif doit être proposé pour éradiquer l'infection en cours.

La tuberculose est l'infection opportuniste la plus fréquente en milieu tropical ; en l'absence de prophylaxie, son traitement doit répondre aux recommandations du programme national de lutte contre la tuberculose du pays concerné.

7.3. Traitement spécifique : les antirétroviraux (ARV) [32]

7.3.1. Définition des ARV [32]

Les antirétroviraux constituent un ensemble de médicaments anti-infectieux actifs sur les virus du syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH1 et VIH2). Il s'agit de médicaments essentiellement virostatiques qui agissent par inhibition enzymatique.

7.3.2. Buts du traitement antirétroviral [18]

Réduire la morbidité et la mortalité au VIH, préserver et/ou restaurer la fonction immunitaire, réduire la charge virale au niveau le plus bas possible et le plus longtemps possible.

7.3.3. Les moyens thérapeutiques [33]

IL existe actuellement 15 molécules antirétrovirales disponibles pour le traitement de l'infection par le VIH. Celles-ci ont pour cible deux des enzymes nécessaires à la réplication du virus :

► **La transcriptase inverse**, sur laquelle agissent deux familles thérapeutiques, les inhibiteurs nucléosidiques [IN] (analogues nucléosidiques) et les inhibiteurs non nucléosidiques [INN] de cette transcriptase.

► **La protéase** sur laquelle agissent les inhibiteurs de la protéase [IP]. Des molécules ciblant d'autres étapes de la diffusion ou multiplication virale sont en cours de développement. [33]

En théorie, de nombreuses combinaisons thérapeutiques sont donc possibles. Celles-ci doivent tenir compte des interactions pharmacologiques, des effets secondaires, des données de résistances croisées entre les molécules, de la complémentarité d'activité et de la puissance des molécules utilisées.

► **Les molécules antirétrovirales sont [34] :**

Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) :

- Zidovudine (AZT) = Retrovir ® gélules 100 et 250 mg, comprimé 300mg

Posologie : 200 ou 300mgx 2/jour

Effets secondaires : anémie, neutropénie, myopathie mitochondriale.

- Zalcitabine = hivid ® comprimé 0,375 et 0,750 mg

Posologie (adulte) : 0,750x3/jour

Effets secondaires : polyneuropathie périphérique, ulcérations buccales.

- Lamivudine (3TC) = Epivir® comprimé 150 et 300mg

Posologie (adulte) : 150 mgx2/jour

Effets secondaires : effets indésirables de faible intensité et transitoires.

- Stavudine (D4T) = Zérit ® gélules 5, 10, 20,30 et 40 mg

Posologie (adulte>60 kg) : 40mgx2/jour

(Adulte< 60kg) : 30mg x 2/jour à jeun

Effets secondaires : polyneuropathie périphérique, pancréatite aiguë, élévation modérée des transaminases.

- Didanosine (ddl) = Videx ® comprimé 25, 50, 100,150 et 200mg,

Gélules 125, 200,250 et 400mg

Posologie (adulte>60 kg) : 400mgx1/jour à jeun (1 heure avant ou 2 heures après le repas)

(Adulte< 60kg) : 250mgx1 /jour à jeun

Effets secondaires : intolérance digestive dont la pancréatite aiguë, polyneuropathie périphérique.

- Abacavir = Ziagen ® comprimé 300mg

Posologie (adulte) : 300x2/jour

Effets secondaires : réaction d'hypersensibilité.

Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)

Actifs sur le VIH-2, Ils ont une toxicité cutanée et hépatique.

- Névirapine = Viramune ® comprimé 200mg

Posologie (adulte) : 200mgx1/jour pendant 14jours qui correspondent à la période d'induction enzymatique puis 200mgx2/jour.

Effets secondaires : toxicité cutanée y compris les formes sévères (Stevens Johnson, Lyell), hépatites d'hypersensibilité.

- Efavirenz = Stocrin® gélules 50, 100, 200 et 600mg

Posologie (adulte) : 600mgx1/jour le soir.

Effets secondaires : rash, atteintes neurosensorielles.

- Delavirdine = Rescriptor® comprimé 100 et 200mg

Posologie (adulte) : 800mg x 3/jour

Effets secondaires : rash.

Dans le cadre de l'IMAARV, seules la Névirapine et l'Efavirenz ont été choisies comme INNTI.

Inhibiteurs de la protéase :

- Indinavir = Crixivan® gélules 200 et 400mg

Posologie (adulte) : 800mgx3/jour à jeun, apport hydrique abondant

Effets secondaires : manifestations digestives, sécheresse cutanée, cristallisation urinaire du métabolite (lithiases, néphropathies interstitielles), hyperbilirubinémie asymptomatique.

C'est la seule antiprotéase disponible dans le cadre de l'IMAARV pour les adultes.

- Nelfinavir = Viracept® comprimé 250 et 625 mg

Posologie (adulte) : 750mgx3/jour ou 1250mgx2/jour.

Effets secondaires : diarrhée, éruptions cutanées

- Ritonavir = Norvir® : gélule 100mg

Posologie (adulte) : 600 mg x 3/jour

Effets secondaires : manifestations digestives parfois intenses, paresthésies péri buccales.

Il faut noter que le Ritonavir n'est plus utilisé seul.

- Saquinavir = Invirase® gélule 200mg

Posologie (adulte) : 600 mg x 3/ jour

Effets secondaires : manifestations digestives d'intensité faible.

- Amprénavir = Agénérase® comprimé 50 et 150 mg

Posologie (adulte) : 1200 mg x 2/ jour

Effets secondaires : rash, diarrhée.

Formes combinées :

- AZT +3TC = Combivir® comprimé AZT 300 mg/3TC 150 mg

Posologie (adulte) : 1 comprimé x 2/jour.

- AZT + 3TC + Abacavir = Trizivir® comprimé AZT 300 mg/3TC 150 mg/Abacavir 300 mg

Posologie (adulte) : 1 comprimé x 2/jour.

Associations suivantes sont déconseillées :

- D4T + AZT en raison de l'antagonisme.

D4T + DDI en raison de la toxicité neurologique élevée.

2.3.4- Stratégies thérapeutiques : elles sont nombreuses.

Le choix préférentiel est : 2 INTI + 1 IP ou 2 INTI + 1 INNTI [35]

L'une des associations [35] :

| | | |
|---------|---|----------------------|
| AZT+DDI | | Indinavir |
| AZT+3TC | + | Nelfinavir |
| D4T+3TC | | Efavirenz |
| | | Névirapine |
| | | Indinavir/Ritonavir |
| | | Nelfinavir/Ritonavir |

7.3.4. Indications de traitement [36]

- Chez le patient symptomatique, le traitement est indiqué dans tous les cas.

- Chez le patient asymptomatique, la charge virale et le taux de CD4 sont déterminants. On peut envisager de différer le traitement chez les patients ayant de manière stable entre 350 et 500 lymphocytes CD4/mm³ et une charge virale faible (<10000 copies/ ml) sous réserve d'une surveillance trimestrielle.

- Lorsque le taux de CD4 < 350/mm³, quelle que soit la charge virale, le traitement est indiqué.

- Lorsque le taux de CD4 > 500/mm³ et charge virale > 30 000- 50 000 copies/ml, la surveillance doit être rapprochée [37].

- A titre prophylactique, le traitement est indiqué en cas d'accident d'exposition au sang, chez la femme enceinte séropositive et le nouveau-né de mère séropositive.

7.3.5. Suivi biologique du traitement ARV

Bilan pré thérapeutique :

Un bilan pré- thérapeutique est obligatoire : Sérologie VIH confirmée et documentée, glycémie, créatininémie, transaminases, NFS avec plaquettes, taux de CD4, charge virale, radiographie du thorax de face, groupage sanguin [34].

Surveillance du traitement : elle est clinique et biologique.

► Clinique

Recherche des infections opportunistes par l'examen de la peau et annexes, de la cavité buccale et de l'appareil génital

Tolérance du traitement antirétroviral : effets secondaires des ARV

Poids

Etat général.

- Biologique :

NFS avec plaquettes, transaminases et amyliasémie : 15 jours, 1 mois, 2 mois après le début du traitement puis tous les 3 mois ;

Numération des lymphocytes TCD4+ et mesure de l'ARN viral plasmatique tous les 3 à 6 mois. [18]

Selon le taux de CD4 et la charge virale, il y a 3 situations :

-TCD4 augmenté et charge virale diminuée : l'évolution est favorable, le traitement est à continuer. [38]

-CD4 diminué et charge virale augmentée : échec : il faut chercher à connaître les causes de l'échec.

-TCD4 diminué et charge virale diminuée : situation paradoxale, il faut faire le contrôle [38]

Parfois on a recours aux tests génotypiques et phénotypiques en cas de suspicion de résistance [38]

► Critères de surveillance biologique, immunologie et virologique [34] :

J0= NFS/VS, créatinémie, transaminases, glycémie, CD4/CD8, radiographie pulmonaire de face et lipasémie.

M1= NFS/VS, transaminases, créatinémie, ARN-VIH1

M2= NFS/VS, transaminases, créatinémie, glycémie, triglycérides et cholestérol.

M6 = NFS/VS, transaminases, créatinémie, glycémie, triglycérides et cholestérol + CD4/CD8.

M12= NFS/VS, transaminases, créatinémie, glycémie, triglycérides et cholestérol + CD4/CD8.

M18= NFS/VS, transaminases, créatinémie, glycémie, triglycérides et cholestérol + CD4/CD8.

M24= NFS/VS, transaminases, créatinémie, glycémie, triglycérides et cholestérol + CD4/CD8.

Des tests génotypiques seront réalisés dans le cadre d'un réseau régional de surveillance de résistance aux ARV.

L'efficacité du traitement ARV est évaluée par :

► **Le dosage des CD4** qui est un élément indispensable permettant de suivre l'évolution de la maladie, guider la prise en charge thérapeutique et évaluer l'efficacité de cette dernière.

► **La charge virale** : c'est le deuxième élément prédictif du risque de la maladie.

Cet examen mesure la réplication virale. Plus la charge virale est élevée, plus le virus se multiplie et donc correspond à un élément de mauvais pronostic.

Les facteurs de mauvais pronostic sont : un taux de CD4 < 350/mm³ et une charge virale > 10.000 copies/ ml

7.3.6. Les antirétroviraux au Mali

Cas particulier de l'initiative malienne d'accès aux anti- rétroviraux (IMAARV)

L'analyse de la situation effectuée en 1999 sur l'épidémie du VIH/SIDA a permis d'estimer au moins 130.000, le nombre de personnes vivant avec le VIH et 33.000 le nombre d'orphelins du SIDA dans notre pays. On a révélé aussi que, dans le cadre de la réponse nationale à l'épidémie du VIH/SIDA, la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH a été largement défavorisée par rapport aux autres volets de la lutte [39].

Ces considérations ont conduit le Mali à s'engager résolument dans une initiative dénommée IMAARV.

Traitements de première intention recommandés : [40]

Il s'agit de l'association de 2 INTI et IP ou de 2 INTI et 1 INNTI.

AZT + ddl INDINAVIR
AZT + 3TC + NELFINAVIR
D4T + 3TC EFAVIRENZ
 NEVIRAPINE

Autres traitements (à évaluer)

 AZT + 3 TC + ABACAVIR

AZT + 3TC + ddl

III. METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu d'étude

Cette étude a été réalisée au CSRéf de Kita, au sein de l'unité de soins d'accompagnement et de conseil des personnes vivant avec le VIH/SIDA (USAC).

Situé dans la partie Sud-est de la région de KAYES, le cercle de Kita couvre une superficie de 35250 km². Il compte 33 communes dont 2 urbaines et 31 rurales. La population totale du cercle est estimée à 338551 habitants, soit une densité de 9 habitants /km².

Ses limites sont les suivantes :

- Les cercles de Diéma et de Nioro au nord ;
- La République de Guinée au sud ;
- Les cercles de Kati et de kolokani à l'est ;
- Les cercles de Bafoulabé et de Kéniéba à l'ouest.

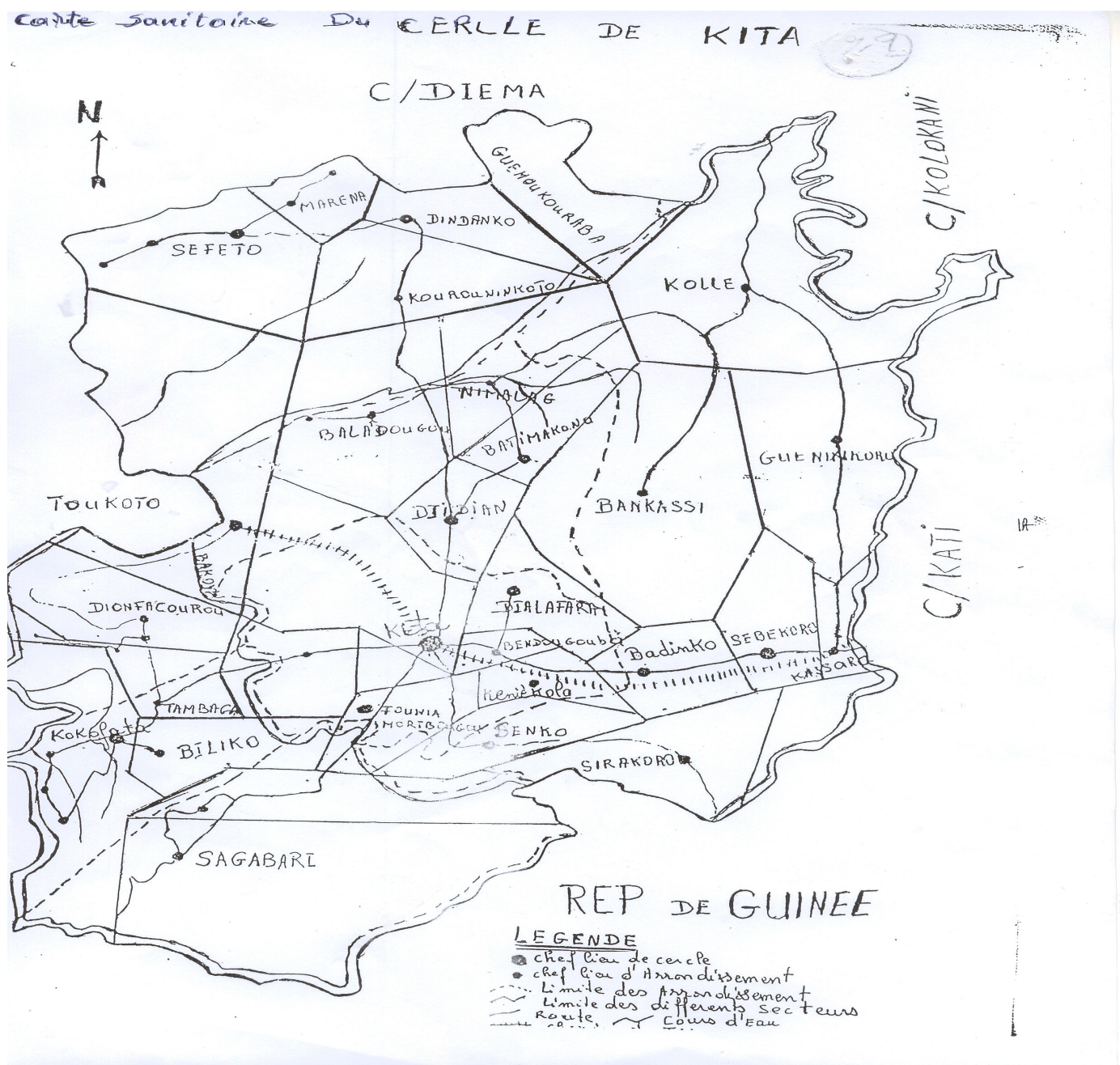


Figure I : Carte sanitaire du cercle de Kita [3]

a- Le CSRéf de Kita

Créé le 01/11/2002, le CS Réf de Kita est situé à 3Km de la partie sud Est de la commune urbaine de Kita sur la route de Sirakoro. Les activités menées par le centre sont de type :

Curatif :

- Les consultations externes.
- Les interventions chirurgicales.

Préventif :

- Campagne de vaccination.
- Les programmes verticaux tels que la lutte contre la lèpre, le paludisme, tuberculose...

Il existe aussi des activités de santé publique tels que : Appui des structures de premier échelon CSCOM (formation, supervision, monitoring,.....).

- L'organisation et le fonctionnement

Il existe 6 bâtiments au sein du CSREF composés par :

- Les bureaux de consultations, comptabilité, secrétariat, vaccination,
- Les salles de laboratoire, de pharmacie, d'hospitalisations;
- L'USAC, située au Nord du centre, occupe l'ancien bâtiment du service infectieux.

Le centre fonctionne en permanence. Les consultations sont assurées par les médecins, les gardes par les techniciens supérieurs de santé et les sages femmes.

- Le personnel du CSREF

Le personnel est pluri disciplinaire et se compose de :

- Cinq médecins
- Trois assistants médicaux
- Un comptable
- Dix sept techniciens supérieurs de santé
- Dix techniciens de santé
- Cinq aides soignantes
- Quatre chauffeurs
- Deux matrones
- Quatre manœuvres

- Un gardien

Budget

| ACTEURS | MONTANT | POURCENTAGE |
|----------------|------------------|--------------------|
| Etat | 1 735 169 | 42 |
| Recouvrement | 330 508 | 08 |
| Communautés | 19 004 | 0,46 |
| Partenaires | 2 046 675 | 49,54 |
| Total | 4 131 356 | 100 |

Budget par volet du PRODESS

| VOLETS | MONTANT |
|--|------------------|
| Extension de la couverture et amélioration de la qualité des soins | 2 274 350 |
| Lutte contre l'exclusion sociale | 102 170 |
| Financement alternatif de la santé | 24 611 |
| Développement des ressources humaines | 213 319 |
| Renforcement institutionnel | 1 516 906 |
| TOTAL | 4 131 356 |

Financement des activités (en F CFA)

1. Budget pour l'ensemble des acteurs

| Acteurs | Budget prévu | Montant reçu | Dépenses exécutés | Dépenses justifiées |
|----------------|---------------------|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Etat | 00 | 13 831 000 | | 13 831 000 |
| Recouvrement | 63 364 000 | 15 624 000 | | 15 624 000 |
| Communautés | 28 600 000 | 00 | | 00 |
| Collectivités | 1 848 000 | 1 848 000 | | 1 848 000 |
| Partenaires | 233 523 000 | 114 417 000 | | 114 417 000 |
| TOTAL | 327 335 000 | 145 720 000 | 145 720 000 | 145 720 000 |

2. Budget par partenaire extérieur

| Nom du partenaire | Budget prévu | Montant reçu | Dépenses exécutés | Dépenses justifiées |
|--------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Canada | 33 700 000 | 20 500 000 | | 20 500 000 |
| UNICEF | 120 105 000 | 55 064 000 | | 55 064 000 |
| Plan | 17 300 000 | 9 210 000 | | 9 210 000 |
| ABS | 8 840 000 | 6 230 000 | | 6 230 000 |
| Total autres | 53 578 000 | 23 413 000 | | 23 413 000 |
| TOTAL | 233 523 000 | 114 417 000 | | 114 417 000 |

3. Budget par catégorie

| Catégorie | Budget prévu | Dépenses exécutés | Taux de réalisation (%) |
|-----------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Génie civil | 7 100 000 | 00 | |
| Equipement | 70 105 000 | 00 | |
| Assistance technique | 00 | 00 | |
| Formation et recherche | 75 988 000 | 30 569 000 | 40,23 |
| Consommables | 70 200 000 | 13 634 000 | 19,42 |
| Salaires et primes | 29 212 000 | 3 838 000 | 13,14 |
| Fonctionnement hors salaire | 74 730 000 | 97 679 000 | 130,71 |
| TOTAL | | 145 720 000 | 44,52 |

b. L'USAC DE Kita

L'unité de soins d'accompagnement et de conseil des personnes vivant avec le VIH est une unité intégrée aux activités du CSREF.

L'USAC a été créée le 01 Novembre 2006 afin de répondre aux besoins médicaux et psycho- sociaux des personnes infectées par le VIH.

Il s'agit d'une unité décentralisée de prise en charge initiée par l'ARCAD/ SIDA (Association de Recherche de Communication et Accompagnement à domicile des personnes infectées) pour minimiser l'impact psychologique et économique de l'infection sur l'individu infecté et la communauté.

Au cours de l'année 2007 on comptait 125 séropositifs sur 910 personnes dépistées au VIH/SIDA, dont 110 personnes étaient retenues pour notre étude selon les critères d'inclusion.

- Les locaux

L'USAC/Kita se compose de 3 bureaux :

- Un bureau de consultation médical
- Un bureau pour les travailleurs sociaux.
- Une pharmacie

- Le personnel

Le personnel est pluridisciplinaire et est placé sous la responsabilité du médecin coordinateur.

Il est constitué d'une équipe de 5 personnes dont 4 permanents :

- Le médecin qui est le coordinateur
- La pharmacienne
- L'assistant social
- Le chauffeur
- Une personne non permanente : l'animateur

- Organisation et fonctionnement de l'USAC

L'USAC est composé de différentes unités qui sont présentes selon la chronologie type d'une prise en charge et de suivi d'un consultant. Elles sont distinctes et complémentaires. Chaque membre a une fonction précise au sein de l'unité.

La prise en charge commence à l'unité d'accueil et d'orientation. Ces activités sont assurées par l'assistant social, qui a aussi pour rôle de faire un conseil pré et post dépistage. Il assure également des appuis psychosociaux aux nécessités (distribution des fournitures scolaires, octroi de vivres....) et les visites à domicile.

Le rôle du médecin est la coordination des activités du centre. Il assure les consultations médicales au centre et aux domiciles des patients en situation de précarité sociale.

La pharmacienne assure la bonne dispensation des médicaments. Elle anime en outre le club d'initiation aux ARV (pour les nouveaux patients) et le club d'aide à l'observance (pour les anciens patients).

L'USAC à pour objet :

- Promouvoir une prise en charge de qualité dans le respect de l'éthique et des droits des personnes.
- Faciliter l'accès aux conseils et aux soins :
- * Offrir aux personnes et aux familles infectées et affectées par le VIH/SIDA un lieu d'accueil, de rencontre, d'orientation, d'information de soutien psycho social.
- * Servir de lieu pour le dépistage volontaire, les examens d'inclusion, de suivi et d'observation journalière pour les PVVIH.
- Permettre aux intervenants du domaine de disposer d'un espace de formation, de rencontre et d'échange d'information.
- Améliorer la qualité de vie et de bien être des PVVIH, offrir aux PVVIH une prise en charge globale en milieu extra hospitalier (accompagnement, soins à domicile)

2. Type et période d'étude

2.1. Type : C'est une étude rétrospective.

2.2. Période d'étude : Janvier 2007 – Décembre 2007.

3. Population d'étude

L'étude porte sur les patients suivis à L'USAC dont la fiche d'accueil, le dossier de suivi et la fiche de notification individuelle répondaient à notre fiche d'enquête.

4. Critères d'inclusion

Etait incluse toute personne dépistée en 2007, séropositive et ayant un dossier de suivi à l'USAC de Kita.

5. Critères de non inclusion

Patient dépisté fait avant et après l'année 2007.

Patients ayant un dossier incomplet.

6. Les variables mesurées

Les variables qualitatives : Age, sexe, statut matrimonial, profession, niveau d'instruction, motif de dépistage, type de VIH.

Les variables quantitatives : nombre de personnes dépistées (nombre de positif et nombre de négatif), déficit immunitaire, taux d'hémoglobine, fréquence des signes fonctionnels (toux, diarrhée, vomissement, dysphagie,

prurigo, algie post zostérienne, céphalées,...), fréquence des signes physiques retrouvés (pâleur conjonctivale, pâleur des muqueuses, splénomégalie, hépatomégalie, hépato splénomégalie, candidose digestive, herpès génital, herpès labial, zona, kaposi....)

7. Définition opérationnelle

* **Perdu de vue** : il s'agit des patients qui ne se sont pas présentés dans les trois mois suivant le rendez-vous fixé par le prescripteur.

* **Observance** : c'est le respect des moments de prise des précautions alimentaires des doses prescrites pendant le temps qu'il faut

* **Etat stationnaire** : c'est l'évolution en terme technique, pas de changement par rapport à un état donné immunologique, biologique et clinique.

* **Etat amélioré** : une bonne réponse au traitement sur le plan clinique et biologique.

8. Collecte des données

Les données étaient recueillies à partir des dossiers individualisés de suivi des patients, les rapports d'activités trimestriels, le registre journalier de consultation, le fichier de dépistage de l'ordinateur du médecin et rapportées sur les fiches d'enquête individuelle.

La faiblesse imputable à notre étude est la non disponibilité de certains examens complémentaires tel que: la charge virale, le cholestérol et les triglycérides. Le dosage du taux de CD4 était fait chez certains patients.

9. Saisie et analyse des données

Les données recueillies ont été saisies et analysées sur les logiciels : Epi-info Version6, Microsoft Office Excel puis traités sur le Microsoft office Word 2007.

10. Les aspects éthiques

L'accord du médecin chef a été obtenu pour l'étude. Le principe de confidentialité a été de rigueur.

L'étude permet d'appréhender l'ampleur de l'infection dans le cercle, Afin d'adopter une lutte adéquate. Les résultats seront communiqués aux autorités du CSREF de Kita.

IV. RESULTATS

Notre étude a été rétrospective allant de Janvier 2007 à Décembre 2007 soit une période de 12mois. Pendant cette période 910 personnes ont été dépistées, parmi lesquelles 110 étaient VIH positifs, dont 46 avaient bénéficié du traitement ARV et 64 n'étaient pas sous traitement, soit la figure ci après.

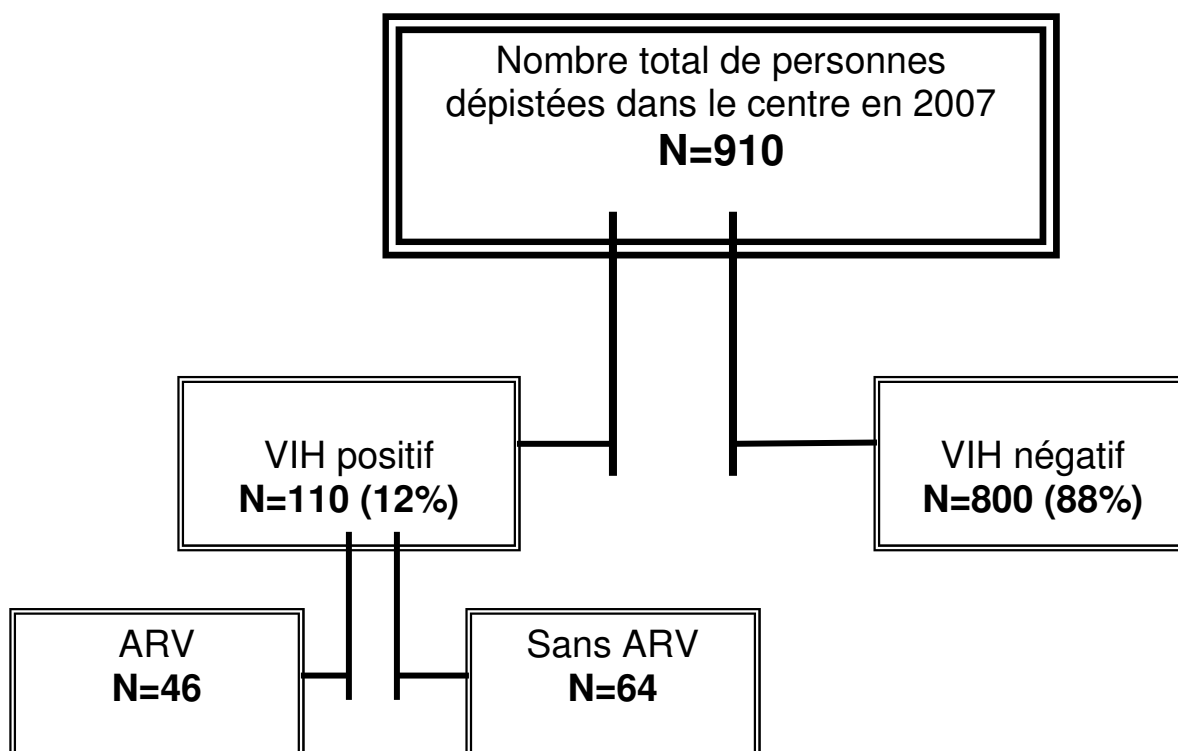


Figure 4 : Prévalence du VIH/SIDA au centre de santé de référence de Kita

1. Caractéristiques sociodémographiques

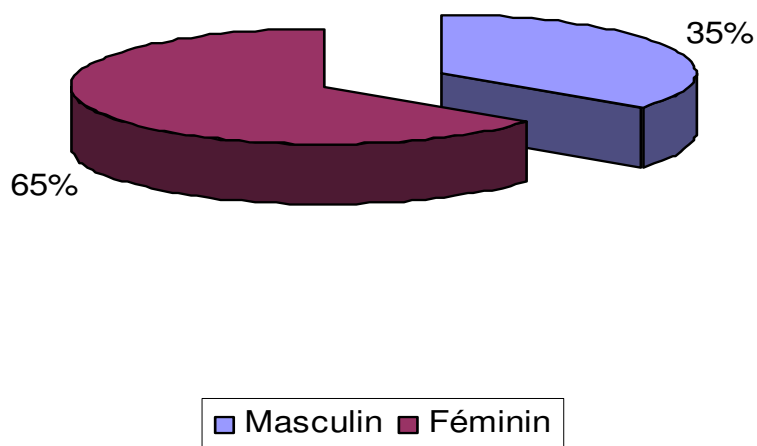


Figure 5 : Répartition des malades selon le sexe

Le sex-ratio M/F était 0,5.

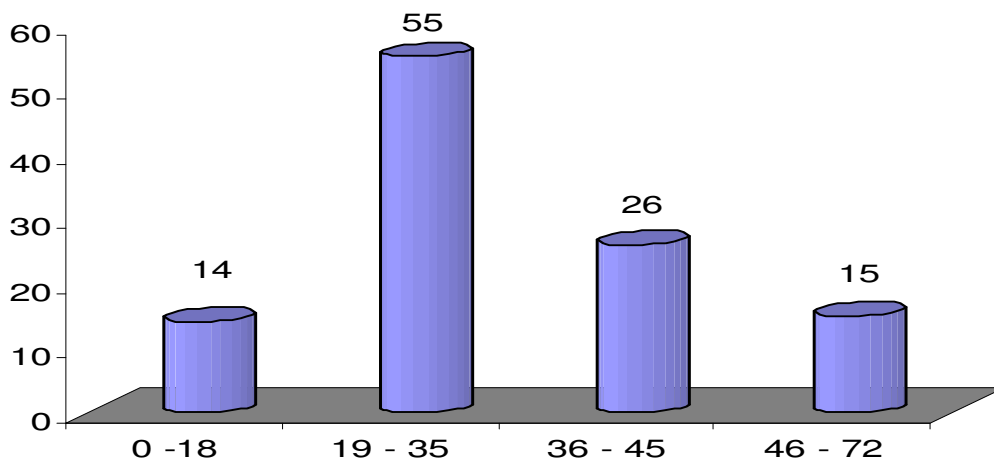


Figure 6 : Répartition des malades selon l'âge

L'âge moyen était de 31,5 ans \pm 12,3 et des extrêmes de 1 an et 72 ans.

La tranche 19-35 ans dominait notre échantillon avec 55 cas soit 50%.

Tableau IV : Répartition des patients selon le statut matrimonial

| Statut matrimonial | Effectif | Pourcentage (%) |
|--------------------|----------|-----------------|
| Marié | 73 | 66,4 |
| Célibataire | 23 | 20,9 |
| Veuf (ve) | 9 | 8,2 |
| Divorcée | 5 | 4,5 |
| Total | 110 | 100 |

Les mariés représentaient 66,4% suivis des célibataires 20,9%.

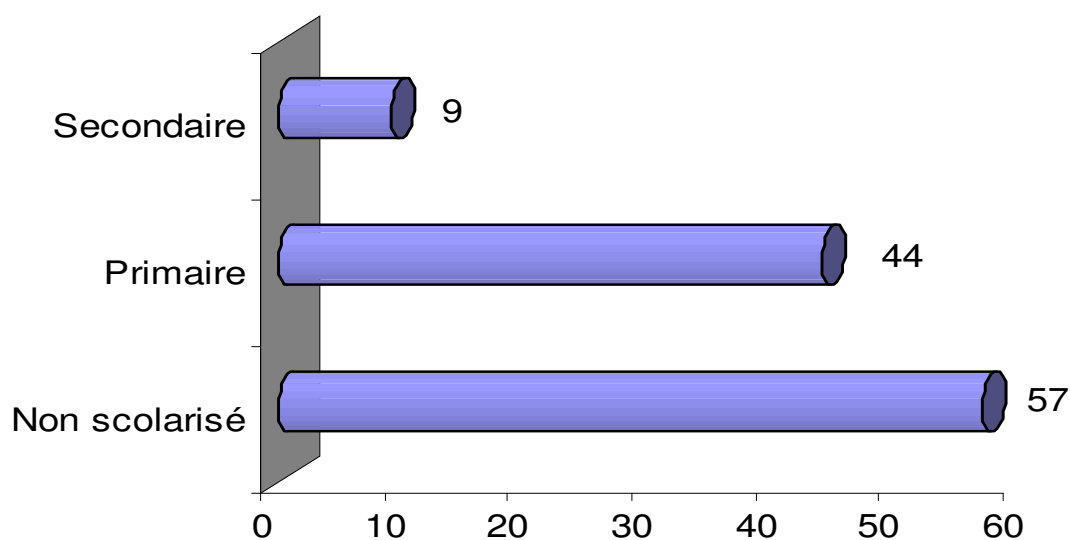


Figure 7 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Les patients étaient non scolarisés dans la majorité des cas soit 51,8%.

Tableau V : Répartitions des patients en fonction de leur Profession

| Profession | Effectif | Pourcentage (%) |
|------------------------------------|----------|-----------------|
| Ménagère | 53 | 48,2 |
| Cultivateur | 15 | 13,7 |
| Ouvrier | 12 | 10,9 |
| Sans emploi (enfants et retraités) | | |
| | 12 | 10,9 |
| Commerçant | 9 | 8,2 |
| Etudiant/Elève | 3 | 2,7 |
| Enseignant | 3 | 2,7 |
| Vendeuse ambulante | 3 | 2,7 |
| Total | 110 | 100 |

Les ménagères : 48,2 % et les cultivateurs : 13,7 % dominaient notre échantillon.

Tableau VI : Répartitions des patients en fonction de leur Provenance

| Provenance | Effectif | Pourcentage (%) |
|------------|----------|-----------------|
| Kita ville | 59 | 53,6 |
| Kokofata | 11 | 10 |
| Badenko | 8 | 7,3 |
| Niafala | 8 | 7,3 |
| Sébekoro | 6 | 5,5 |
| Sagabari | 5 | 4,5 |
| Batimagana | 3 | 2,7 |
| Bendougou | 3 | 2,7 |
| Sofeto | 2 | 1,8 |
| Djidjan | 2 | 1,8 |
| Sirakoro | 1 | 0,9 |
| Kassaro | 1 | 0,9 |
| Neguekoto | 1 | 0,9 |
| Total | 110 | 100 |

La majorité de nos patients provenait de la ville de Kita soit 53,6%.

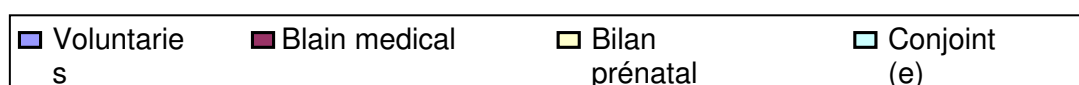
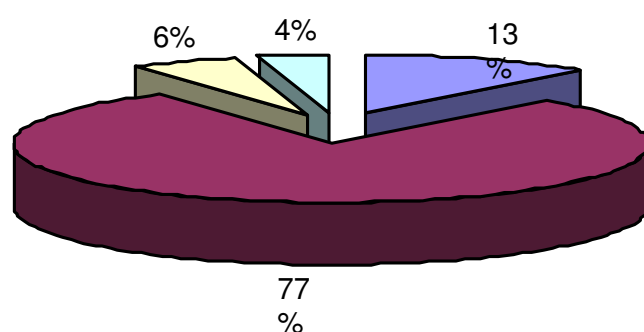


Figure 8 : Répartition des patients en fonction du motif de dépistage
Le dépistage était dans un but diagnostique dans 77 des cas.

2- Examen clinique

Tableau VII : Répartition des patients en fonction des circonstances de découverte.

| Signes fonctionnels | Effectif | Pourcentage (%) |
|---------------------|-----------|-----------------|
| Aucun | 44 | 40 |
| Candidose | 16 | 14,5 |
| Diarrhée | 14 | 12,7 |
| Pneumopathie | 10 | 9,1 |
| Prurigo | 8 | 7,3 |
| Amaigrissement | 6 | 5,5 |
| Zona | 5 | 4,6 |
| Herpes | 3 | 2,7 |
| Toxoplasmose | 2 | 1,8 |
| Maladie de Kaposi | 1 | 0,9 |
| Cryptococose | 1 | 0,9 |
| Total | 110 | 100 |

La candidose, la diarrhée et la pneumopathie étaient les principales plaintes retrouvées dans notre échantillon.

Tableau VIII : Répartitions des patients selon la classification clinique du VIH

| Stade | Effectif | Pourcentage (%) |
|-------|----------|-----------------|
| I | 11 | 10 |
| II A | 33 | 30 |
| II B | 7 | 6,4 |
| III A | 10 | 9,1 |
| III B | 3 | 2,7 |
| IV A | 29 | 26,4 |
| IV B | 2 | 1,8 |
| IV C | 14 | 12,7 |
| IV D | 1 | 0,9 |
| Total | 110 | 100 |

Les stades II A (30 %) et IV A (26,4 %) dominaient notre échantillon

Tableau IX : Répartition des malades selon le type de virus

| Type de virus | Effectif | Pourcentage (%) |
|---------------|----------|-----------------|
| VIH1 | 108 | 98,2 |
| VIH2 | 1 | 0,9 |
| VIH1 + VIH2 | 1 | 0,9 |
| Total | 110 | 100 |

Le VIH-1 a été rencontré chez 98,2 % des patients.

3- Bilan Biologique

Tableau X : Répartition des patients selon la biologie à l'inclusion

| Biologie à l'inclusion | | Effectif | Pourcentage (%) | |
|------------------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------|------------|
| Taux de CD4 (n=44) | < 150 | 10 | 22,7 | |
| | 150-350 | 26 | 59,1 | |
| | >350 | 8 | 18,2 | |
| Lymphocytes totaux (n=53) | <500 | 1 | 1,9 | |
| | 500-1200 | 13 | 24,5 | |
| | >1200 | 39 | 73,6 | |
| Créatinémie (n=62) | Normale | 57 | 91,9 | |
| | Elevée | 5 | 9,1 | |
| Taux d'Hb (n=69) | > 11 g/dl | 19 | 27,5 | |
| | ≤11 g/dl | 50 | 72,5 | |
| Transaminases (n=63) | ALAT | Normale | 62 | 98,4 |
| | | Elevée | 1 | 1,6 |
| | ASAT | Normale | 63 | 100 |
| | | Elevée | 0 | 0 |
| Nombre plaquettes (n=54) | >150 x 10 ⁹ / L | 51 | 94,4 | |
| | <150 x 10⁹ / | 3 | 5,6 | |
| | L | | | |

Le taux de CD4 était de 350 chez 36/44 patients qui ont effectué l'examen soit 81,8 %.

Les lymphocytes étaient <1200 chez 14/53 patients soit 26,4 %.

4- Traitement

Tableau XI : Répartition des patients selon le traitement des anti-rétroviraux (ARV)

| Traitement ARV | Effectif | Pourcentage (%) |
|----------------|----------|-----------------|
| Oui | 46 | 41,8 |
| Non | 64 | 58,2 |
| Total | 110 | 100 |

La majorité des patients n'étaient pas sous traitement ARV soit 58,2%

Tableau XII: Répartition des patients selon les molécules utilisées

| Molécules utilisées | Effectif | Pourcentage (%) |
|---------------------|----------|-----------------|
| Triomune | 43 | 93,5 |
| Combivir+Nevipan | 3 | 6,5 |
| Total | 46 | 100 |

□ Changement thérapeutique

Sur les 46 patients qui étaient sous ARV, 1 seul cas de changement thérapeutique a été effectué. La molécule en cause était la NVP. Il présentait un effet secondaire à type de dermatose persistante. Le nouveau schéma thérapeutique a été le Combivir+Indinavir.

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'observance

| Observance | Effectif | Pourcentage (%) |
|------------|----------|-----------------|
| Bonne | 60 | 54,5 |
| Mauvaise | 50 | 45,5 |
| Total | 110 | 100 |

54,5 % des patients avaient une bonne observance

Tableau XIV : Répartition des patients selon le traitement ARV en fonction de l'âge

| Traitement ARV | Oui | Non | Total |
|-----------------------|---------------|---------------|------------|
| Tranches d'âge | | | |
| 0-18 | 7 (50%) | 7 (50%) | 14 |
| 19-35 | 24 (43,6%) | 31 (56,4%) | 55 |
| 36-45 | 10 (38,5%) | 16 (61,5%) | 26 |
| 46-72 | 5 (33,3%) | 10 (66,7%) | 15 |
| Total | 46 | 64 | 110 |

Khi2=1,02 p=0,7954

Dans l'ensemble toutes les tranches d'âge étaient concernées pour le traitement ARV sans différence statistiquement significative.

Tableau XV : Répartition des patients selon le traitement ARV en fonction du sexe

| Traitement ARV | Oui | Non | Total |
|----------------|---------------|---------------|------------|
| Sexe | | | |
| Masculin | 10 (25,6%) | 29 (74,4%) | 39 |
| Féminin | 36 (50,7%) | 35 (49,3%) | 71 |
| Total | 46 | 64 | 110 |

Khi2=6,50 p=0,010

Le traitement ARV a été effectué chez 10 patients de sexe masculin (25,6 %) et 36 patients de sexe féminin (50,7 %). La différence était statistiquement significative.

Tableau XVI : Devenir des patients à 3 mois selon le sexe

| Sexe | Masculin | Féminin | Total | p |
|--------------|-------------|-------------|-------|----------------|
| Devenir | | | | |
| Perdu de vue | 7 (18%) | 24 (34%) | 31 | p=0,077 |
| Stationnaire | 4 (10%) | 3 (4%) | 7 | p=0,215 |
| Aggravé | 0 | 1 (1%) | 1 | Non applicable |
| Décès | 1 (3%) | 1 (1%) | 2 | p=0,58 |
| Amélioré | 27 (69%) | 42 (59%) | 69 | p=0,295 |
| Total | 39 | 71 | 110 | |

A 3 mois, la majorité des patients avait un état amélioré dans les deux sexes. Il n'existait pas une différence statistiquement significative entre le devenir des patients et le sexe à 3 mois

Tableau XVII : Devenir des patients 6 mois selon le sexe

| Sexe | Masculin | Féminin | Total | p |
|--------------|---------------|---------------|-------|----------------|
| Devenir | | | | |
| Perdu de vue | 6 (15,4%) | 21 (30%) | 27 | p=0,097 |
| Stationnaire | 3 (7,7%) | 6 (8%) | 9 | p=0,889 |
| Aggravé | 1 (2,6%) | 0 | 1 | Non applicable |
| Décès | 1 (2,6%) | 1 (1%) | 2 | p=0,58 |
| Amélioré | 28 (71,8%) | 43 (60,6%) | 71 | p=0,238 |
| Total | 39 | 71 | 110 | |

A 6 mois La majorité des patients avaient un état amélioré dans les deux sexes. Il n'existait pas une différence statistiquement significative entre le devenir des patients et le sexe à 6 mois.

Tableau XVIII : Devenir des patients à 12 mois selon le sexe

| Sexe | Masculin | Féminin | Total | p |
|--------------|---------------|---------------|-------|---------|
| Devenir | | | | |
| Perdu de vue | 4 (1%) | 18 (25%) | 22 | p=0,058 |
| Stationnaire | 0 | 4 (6%) | 4 | p=0,168 |
| Aggravé | 1 (3%) | 2 (3%) | 3 | - |
| Décès | 2 (5%) | 1 (1%) | 3 | p=0,286 |
| Amélioré | 32 (82,1%) | 46 (64,8%) | 78 | p=0,056 |
| Total | 39 | 71 | 110 | |

A 12 mois La majorité des patients avaient un état amélioré dans les deux sexes. La différence n'était pas statistiquement significative entre le devenir des patients et le sexe à 12 mois.

Tableau XIX: Devenir des patients au cours du suivi

| Evolution | 3 mois | 6 mois | 12 mois |
|----------------|---------------|---------------|---------------|
| Devenir | | | |
| Perdu de vue | 31 (28,2%) | 27 (24,5%) | 22 (20%) |
| Stationnaire | 7 (6,4%) | 9 (8,2%) | 4 (3,6%) |
| Aggravée | 1 (0,9%) | 1 (0,9%) | 3 (2,7%) |
| Décès | 2 (1,8%) | 2 (1,8%) | 3 (2,7%) |
| Amélioré | 69 (62,7%) | 71 (64,5%) | 78 (70,9%) |
| Total | 110 | 110 | 110 |

Au cours du suivi on constate une augmentation progressive du nombre des patients ayant un état amélioré.

Tableau XX : Répartition des patients selon l'observance en fonction du devenir à 1 mois

| Observance | Bonne | Mauvaise | Probabilité |
|----------------|---------------|------------|-------------|
| Devenir | | | |
| Amélioré | 45 (75%) | 8 (40%) | p=0,0041 |
| Stationnaire | 14 (23,3%) | 6 (30%) | p=0,550 |
| Aggravée | 0 | 4 (20%) | p=0,0030 |
| Décès | 1 (1,7%) | 2 (10%) | P=0,152 |
| Total | 60 | 20 | |

NB : 30 patients étaient perdus de vue.

Au premier mois, 75% des patients qui avaient une bonne observance ont eu un état amélioré contre 40% de mauvaise observance.

Il n'y avait d'aggravation quand l'observance était bonne.

Tableau XXI : Répartition des patients selon l'observance en fonction du devenir à 12 mois

| Observance | Bonne | Mauvaise | Probabilité |
|----------------|----------------|--------------|-------------|
| Devenir | | | |
| Amélioré | 78 (95,12%) | 2 (25%) | p=0,0048 |
| Stationnaire | 3 (03,65%) | 1 (12,5%) | p=0,315 |
| Aggravée | 0 | 3 (37,5%) | p=0,025 |
| Décès | 1 (01,21%) | 2 (25%) | p=0,173 |
| Total | 82 | 8 | |

NB : 20 patients étaient perdus de vue.

A 12 mois, 95,12% des patients qui ont fait une bonne observance avaient un état amélioré contre 25% pour les mauvaises observances.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Sur une période de 12 mois, nous avons colligé 110 dossiers conformément à nos critères d'inclusion. Tous les examens biologiques souhaités au départ pour apprécier leur impact sur l'évolution n'ont pas été effectués.

1. Caractéristiques socio démographiques des patients

1.1. Le sexe

Nous avons enregistré 35% de sexe masculin contre 65% de sexe féminin. Le sexe ratio M/F a été de 0,5.

La fréquence élevée chez les femmes peut se traduire par les mariages précoces ou polygamiques ou encore par certaines pratiques socioculturelles (Lévirat, Sororat, Nomadisme matrimonial), l'anatomie de la femme fait qu'elle a deux fois plus de risque d'être contaminée que l'homme (réceptivité de la femme, fragilité de la muqueuse vaginale).

Cette prédominance féminine était retrouvée par Balakissa [41] : 64,3 % ; Kamissoko [42] : 52 %, N'Diaye [43] : 54 % ; Sanogo [44] : 58,8 % et Touré [45] : 68,7 %.

L'EDS a estimé déjà que les femmes ont été les plus touchées dans la population général soit 1,5 % des séropositifs, contre 1 % pour les hommes. Contrairement à Moreau C et al [48] dans une enquête sur les caractéristiques des personnes infectées par le VIH récemment dépistées, a trouvé une prédominance masculine soit un sexe ratio de 2,49 en 1998.

Kamsi Noutsu A [54] a trouvé une prédominance masculine 59,2 % contre 40,8 % de sexe féminin.

1.2. Age

L'âge moyen était de 31,5 ans \pm 12,3 et des extrêmes de 1 an et 72 ans. Les patients appartenant à la tranche d'âge de 19-35 ans ont été les plus représentés avec 50 %.

Ces résultats ne sauraient surprendre dans la mesure où c'était la tranche d'âge la plus mature et les plus actives sexuellement faisant ainsi d'eux des sujets à haut risque pour les IST et VIH/SIDA.

SISSOKO et Saria ont rapportés une prédominance dans la tranche d'âge de 30- 39 ans [50] [55]

Kamsi Noutsu A [54] a trouvé un âge moyen de 37,5 ans avec une prédominance de la tranche d'âge 40-45 ans.

Moreau C et all [51] a trouvé un âge moyen de 37 ans en 1998.

1.3. La profession

Les ménagères et les cultivateurs ont été les plus représentés avec respectivement 50,5 % et 14,3 %.

Ce résultat pourrait s'expliquer en partie par leur faible niveau d'instruction, ce qui les rend rigides et hostiles face aux nombreuses campagnes de sensibilisation.

1.4. Statut matrimonial

Dans notre étude les mariés prédominaient avec un taux de 68 % suivis des célibataires 13 % et des veufs 8 %.

Cette prédominance des mariés pourrait s'expliquer d'une part par la fréquence élevée des mariages polygames et d'autre part par des habitudes sexuelles (non utilisation de préservatif entre conjoints).

Saria B [55] a trouvé une prédominance des mariés à 66,2 % ; les célibataires 15,1 % ; les veufs 12 %.

Sanogo M [44] a aussi trouvé une prédominance des mariés.

1.5. Niveau d'instruction

La majorité des patients était des non scolarisés avec un taux de 52%.

Ils n'avaient pas accès à l'éducation y compris l'éducation sexuelle.

2. Données cliniques

Les principales manifestations fonctionnelles observées chez les patients étaient la candidose (14,5 %) ; la diarrhée (12,7 %) ; la pneumopathie (09,1 %) ; l'amaigrissement (05,5 %) ; le prurigo (07,3 %) ; le zona (04,6 %) ; et l'herpès (02,7 %). Les autres plaintes étaient la toxoplasmose (1,8 %) ; la maladie de Kaposi et le cryptococose soit 0,9 % chacun.

Sogogba [34] et Takakougan [36] ont rapportés respectivement 58,7 % et 61 % de candidose.

KAMSI N A [53] a trouvé 23,9 % de diarrhées ; 7 % de sarcome de Kaposi et 4,2 % de toxoplasmose cérébrale.

Gnionsahe A D et al [50] ont trouvé des taux d'amaigrissement (85 %) ; de diarrhée (80 %) ; de prurit (40 %) ; de zona (15 %) qui étaient supérieurs aux nôtres.

En France, les principales infections opportunistes ont été la pneumocystose (28 %), la toxoplasmose (14,6 %), la tuberculose (13,1 %), la candidose (12,6 %) et la maladie de kaposi (10,3 %) [48].

3. Bilan biologique

3.1. Prévalence des types de VIH

Dans notre étude 98 % des types étaient le VIH-1 ; le VIH2 et le VIH1+2 étaient de 1 % chacun.

Saria B [55] qui a trouvé pour le VIH-1 88 %, VIH-2 4 %, VIH-1 et VIH-2 2 %.

3.2. Le comptage des lymphocytes TCD4

Le comptage des CD4 montre que 76,9 % des patients ont un taux supérieur à 250cell/mm³.

Moreau C et all [51] a trouvé un taux de CD4 <200 dans 39,9 % des cas.

Pour ceux dont le comptage de CD4 était impossible on calculait le taux de lymphocytes totaux ainsi on a retrouvé sur 53 personnes 84 % avaient un taux supérieur à 1000 lymphocytes totaux.

L'anémie était la principale manifestation hématologique observée dans 72,5 % des cas ; une thrombopénie chez 5,6 % des patients ; la créatinémie était élevée dans 9,1 % des cas.

4. Traitement

Dans notre étude 41,8 % des patients dépistés étaient sous traitement ARV et 58,2 % n'avaient pas bénéficié du traitement ARV. Ce faible taux de traitement peut s'expliquer par le manque de formation des agents de santé sur place en matière de prise en charge thérapeutique antirétrovirale ; la gestion du stock d'ARV ; le facteur tabou de la maladie par la population, ou l'absence de rigueur dans l'inclusion du traitement.

Les mêmes constats étaient trouvés par Alzouma Abdou S [49] dans une étude comparative des politiques de gestion des antirétroviraux dans cinq pays de l'Afrique occidentale : Burkina-faso ; Côte d'Ivoire, Mali, Niger et Sénégal en 2002.

La triomune (D4T+3TC+NVP) était adoptée comme traitement dans 93,5 % des cas et 6,5 % des patients étaient sous Combivir+Nevipan.

Sur les 46 patients qui étaient sous ARV, 1 seul cas de changement thérapeutique a été effectué. La molécule en cause était la NVP. Il présentait un effet secondaire à type de dermatose persistante. Le nouveau schéma thérapeutique a été le Combivir+Indinavir.

Le pourcentage de renouvellement des ordonnances est globalement de 54,5 % pour tous les patients qui ont été suivis pendant l'étude. Ce résultat est faible même si l'on tient compte des conditions d'accès difficiles au traitement pour ces patients (déplacement, attentes, et). Un certain nombre de patients changent de thérapeutique ou de centre souvent dès le premier contact.

Il est primordial qu'un effort particulier soit apporté à l'adhésion au traitement dès son initiation car il est dangereux de laisser des patients traités ne jamais revenir à la deuxième convocation.

Les mêmes constats étaient décrits dans la littérature [51, 52, 53]

Pendant le suivi, à 3, 6 et à 12 mois la majorité des patients avaient un état amélioré dans les deux sexes. Il n'existait une différence significative entre le devenir des patients et le sexe.

Plus les patients respectent l'observance thérapeutique, plus nous constatons une amélioration significative de leur état.

Le nombre des patients ayant un état amélioré augmentait au cours de l'évolution 3, 6 et 12 mois avec respectivement 62,7 % ; 64,5 % ; 70,9 %

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion

Ce travail qui a porté sur les patients VIH positifs dépistés pendant notre période d'étude à Kita, avait pour but de faire ressortir les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du VIH-SIDA dans cette zone.

Le VIH-SIDA demeure un problème de santé publique au Mali et un obstacle au développement.

Ainsi il ressort de notre étude que :

- Sur le plan épidémiologique :

Les deux sexes ont été concernés par l'infection avec une prédominance féminine 64,5 % contre 35,5 % de sexe masculin.

La majorité des patients étaient mariés.

La tranche d'âge 19-35 ans a été la plus touchée.

Les ménagères et les cultivateurs ont été les plus infectés avec respectivement 50,5 %, 14,3 %

Le VIH1 a été rencontré chez 98 % des patients.

-Au plan clinique

L'évolution clinique a été marquée par la survenue des infections opportunistes. Les manifestations digestives étaient les plus représentées avec 31,81 %.

-Au plan thérapeutique

Le taux de traitement ARV était faible 41,8 % des patients dépistés et 58,2 % n'avaient pas bénéficié du traitement ARV.

Le devenir du patient était fonction de ses degrés d'observance.

La majorité des patients avaient une bonne réponse immunitaire.

2. Recommandations

Au terme de cette étude, en conséquence nous recommandons :

Au Ministre de la santé

- Former et mettre à la disposition des centres de santé de référence, des personnels sanitaires spécialisés en counselling pour une prise en charge pré et per thérapeutique de qualité;
- Renforcer l'accès des ARV à tous les malades en nécessité sur l'ensemble du territoire National ;

- Améliorer la capacité de prestation des structures intégrées (USAC) par le renforcement en personnel qualifié (microbiologiste, psychologue, médecin interniste, infectiologie et infirmier qualifié) ;
- Multiplier des campagnes de sensibilisation (animation par focus groupe) dans les quartiers, les points populaires et dans les zones rurales ;
- Mettre à la disposition des jeunes des ouvrages et des revues où ces derniers pourront davantage s'informer sur le SIDA.

Aux prestataires des services de santé

- Référer rapidement les patients VIH positifs vers les services appropriés de prise en charge ;
- Respecter strictement les précautions d'usage (règles d'asepsie, port de gants, des lunettes et des masques) avant tout acte médicochirurgical.

A la population

- Promouvoir une plus grande sensibilisation des populations jeunes ;
- Eviter les mariages précoces et certaines coutumes telles que le sororat et lévirat chaque fois que la cause de la mort du partenaire ou de la partenaire n'a pas été éclaircie ;
- Promouvoir l'utilisation correcte des préservatifs ;
- Aux mères séropositives, éviter l'allaitement maternel.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- ONU/SIDA

Rapport sur l'épidémie mondiale de sida.

Août 2008.

2- Enquête Démographique et de Santé 3^{ème} édition. 2001

3- Carte sanitaire du cercle de Kita.

4- Cellule de coordination de la comite Sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA du Ministère de la santé : Rapport : surveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis chez les femmes enceintes (3^{ème} édition Janvier 2005)

5- Enquête Démographique et de Santé, EDS-IV, Mali 2006.

6- OMS : Infection à VIH.

A55/9, 2002.

8- Structure du VIH : institut national de recherche pédagogique.

[http:// www.inrp.fr/Access/biotic /immuno/html/sites.htm](http://www.inrp.fr/Access/biotic/immuno/html/sites.htm)

04/01/2008

9- COFFIN JM.

Stabilité physico chimique: structure and classification of retrovirus.

In LEVY A. The retroviridae, New York, plenum, 1992:19-50

10- LEVY JA. Classification des retrovirus: Structure and classification of retroviruses. The Retroviridae, Vol. 1. New York: Plenum, 1992: 19-50.

11- VIH et SIDA.

<http://www.Tilz.tearfund.org/webdocs/tilz//ROOTS8>.

Consulté le 28/07/2009.

12- Cycle du VIH :

<http://membres.lycos.fr/neb5000/VirologieI/Retroviridae/Retroviridae1/.htm#4#4>.

Consulté le 04/01/2008

13- Variabilité génétique : [http // membres.lycos.fr/neb5000/VirologieI / Retroviridae /Retroviridae1/.htm #8#8](http://membres.lycos.fr/neb5000/VirologieI/Retroviridae/Retroviridae1/.htm#8#8).

Consulté le 04/01/08

14- ONUS-SIDA.

Epidémiologie du VIH.

Rapport ONUSIDA. 2007

15- Sylla A.

Epidémiologie du VIH dans le monde en Afrique et au Mali.

Lotus5.vitamib.com/.../biomali/01_épidémiologie_sylla.PDF.

Consulté le 30-07-2009.

16- Modes de transmission :

<http://membres.lycos.fr/neb5000/virologieI/Retroviridae/Retroviridae1/.htm#1#1>.

Consulté le 04/01/2008

17- FONQUERNIE L, GIRARD P -M

Classification, définition et facteurs prévisionnels de l'évolution de l'infection VIH 1 chez l'adulte.

In: GIRARD P.M, KATLAMA CH, PIALOUX G. VIH. Ed. 2001. p.35-39.

18- LEPORTE C, LONGUET P, LACASSIN F, VILDE JL

Manifestations cliniques et thérapeutiques de l'infection par le VIH.

Encyclopedie medico-chirurgical (Elsevier, Paris).

Maladie infectieuses, 8-050-B-10, 1996, 16p

19- PASCAL H, BARRE SINOUSI F, DEBRE P.

Médecine thérapeutique.

Hors serie1 1996 ; 7-11 et 32-38.

20- ONUSIDA, OMS.

Le point sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA, dec.1999

21- FOMO B.

Profil épidémiologique et clinique des infections et affections au cours du VIH /SIDA dans le service de médecine interne et d'hémato-oncologie de l'hôpital du point G de Janvier 1990 a décembre 1999. Thèse Med : Bamako, 2001.N :5 ; 74p.

22- TCHALLAA B. M.

Etude bibliographique sur l'infection au VIH au Mali : point sur les études réalisées de1983 a 2003. Thèse Phar : Bamako, 2004.N :43 ; 64p.

23- KUISSI O. V.

Les dermatoses chez les sujets VIH positifs dans le milieu urbain de Yaoundé au Cameroun. Thèse Med. Bamako 2001.N :26 ; 64p.

24- DIARRA A.

Prévalence des affections cardio vasculaires au du SIDA dans les services de cardiologie des Hôpitaux Gabriel TOURE et Point G, a propos de 132 cas.

Thèse Med, Bamako 2001. N° 32.

25- Ministère de la Santé Secrétariat général: Comite National de lute contre le SIDA; Guide pour la prise en charge Médical et Psycho social de l'adulte infecte par le virus de l'immunodéficience humain. Janvier 1995.

26- AYOYA A.M.

Aspects échographiques des lésions sous diaphragmatiques chez les sujets infectes par le VIH/SIDA à l'hôpital National du Point G.

These Med, Bamako, 1998. N°40p.

27- HOEN B.

Primo-infection VIH.

In: GIRARD P .M, KATLAMA CH, PIALOUX G.

VIH edition 2001, p.71-74.

28- BAUMBERGER C, YERLY S, PERRIN L.

High levels of circulating RNA in patients with symptomatic primary HIV infection.

AIDS 1994; 7:559-564.

29- KELEM T. A. A.

Les pathologies ORL et l'infection par le VIH : a propos de 59 observations dans le service ORL et chirurgie cervico-facial du CHU Tokoin de Lomé (Togo).

Thèse Med, Bamako, 2004. N 12,87p.

30- ESTHER

Recommandations de Gorée 2001-initiative Internationale : “place des antirétroviraux dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH en Afrique”.

Développement et santé 2002;1 62:15-18.

31- PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA/MST (Togo)

Guide du conseiller psychosocial en matière de VIH/SIDA- Nov. 1996.

32- LAUNAY O, JOLY V, YENI P.

Place des inhibiteurs non nucléotidiques de la transcriptase inverse dans la stratégie thérapeutique antirétrovirale.

Lettre infection 1998 ; 8 :6-6.

33- LAUNAYO, JOLY V, YENI P.

Place des inhibiteurs non nucléotidiques de la transcriptase inverse dans la stratégie thérapeutique antirétrovirale.

Lettre infection 1998 ; 8 : 6-8.

34- SOGOBA D.

Contribution à l'étude épidémiologique du SIDA en milieu hospitalier du point G, Bamako, Mali.

Thèse Med. Bamako 2005. N°: 41

35- BROUSSELLE C.

Tuberculose et VIH dans les pays en voie de développement.

Revu. Crit. Actu. Scien. Inter 1999; 8:1-3

36- TAKOUGANG M. G. S.

Manifestations psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH dans les services de médecine interne et maladies infectieuses de l'hôpital du point G.

Thèse Med, Bamako ; 2003 ; N°11.

37- DICOSTANZO B., L BELEC

Maladie d'amaigrissement au cours du SIDA africain.

Med Afr. Noire 1991 ; 38 :44-97.

38- KATLAMA C., PIALOUX G., GIRARD P-M.

Traitement antirétroviral.

VHI. Doin édition 2001.75p

39-THERA S.

Etude de la séroprévalence, des connaissances et des comportements sexuels en matière d'IST/SIDA chez les élèves de l'enseignement secondaire dans la région de Ségou: LAKCC; CETI, lycée de Markala, IPEC, Lycée et IFP de San.

Thèse Med, Bamako, 2002, N°51.

40- IMAARV : initiative malienne d'accès aux antirétroviraux.

Plan d'action, atelier Bamako, 2001.

41- BALKISSA G. K.

L'hépatite C chez les donneurs de sang et les malades du SIDA à Bamako.

Thèse Phar, Bamako 2003. N°82.

42- KAMISSOKO A.

La coinfection par le VIH et le bacille tuberculeux en commune IV du district de Bamako.

Thèse Med Bko, 2005, N°22.

43- NDIAYE M. T.

Etude des problèmes nutritionnels au cours de l'infection à VIH à l'hôpital du point G à propos de 48 cas.

Thèse Med, Bamako, 2003, N°55.

44- SANOGO M.

Enquête séro-épidémiologique sur l'infection par le VIH au CESAC de 2001 à 2003.

Thèse Phar, Bamako, 2004, N°65.

45- TOURE F. Y.

Relation entre SIDA et les indicateurs de pauvreté chez les patients atteints de VIH/SIDA à l'hôpital du point G et au CERKES de Sikasso.

Thèse Med, Bamako, 2005, N°82.

46- SISSOKO Z.

Etude de la séroprévalence des infections dues au VIH au Mali.

These Med Bamako, 1993. N°6.

47- FOFANA Y.

Coût de la prise en charge du VIH/SIDA à Bamako et dans cinq régions du Mali en 2004.

Thèse Med, Bamako, 2005, N°206.

48- MOREAU C ; S. COURTIAL- DESTEMBERG et Al.

Caractéristiques des personnes infectées par le VIH récemment dépistées, prises en charge à l'hôpital en 1998.

Bull. Epidemiol. Hebdo 2000 ; 30:1-6.

49- ALZOUMA ABDOU S.

Etude comparative des politiques de gestion des anti rétroviraux dans cinq pays de l'Afrique occidentale : Burkina-faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger et Sénégal.

Thèse Med, Bamako ; 2002.

<http://www/kenya.net/cgi-bin/isis/wxis/fmpos/bases>

50- GNIONSAHE A D, HOGAHAN C, KOUADIO K, SAVANE M, KOFFI YD.

Evolution de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez 20 patients noirs africains traités par hémodialyse chronique.

Med Afr. Noir, 1993 ; 40 (6) : 370-372

51- SIEGEL K, KARUS D, SCHRIMSHAW E.

Racial differences in attitudes toward protease inhibitors among older HIV-infected men.

Aids care 2000; 12: 423-34.

52- SOW K, DESCLAUX A.

L'observance des traitements antirétroviraux et ses déterminants. Approche qualitative. In : l'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques sociales, comportementales et médicales.

Sci Soc et Sida 2002 ; 20 : 109-18.

53- BADRE-SENTENAC S, ESSOMBA C, COMMEYRAS C, KOUANFACK C, REY JL.

Utilisation du renouvellement des ordonnances d'antirétroviraux comme indicateur d'observance à Yaoundé.

Jr Pharma Clin 2005 ; 4 (24) : 225-31.

54- KAMSI N

Les aspects épidémiologiques, cliniques et économiques du VIH/SIDA en milieu hospitalier.

Thèse Med, Bamako, 2004. 04-M-65.

55- SARIA B.

Etude épidémio-clinique et paraclinique des patients infectés par le VIH/SIDA au CHU du Point "G".

Thèse med, Bamako, 2004. .

| |
|---|
| FICHE INDIVIDUELLE DE COLLECTE DES DONNEES |
|---|

I - Numéro d'identification

II - Caractéristiques socio démographiques :

Q1 =Sexe : |__| (masculin=1 Féminin= 2)

Q2 =Age. |__|__| (ans)

Q3 =Statut matrimonial: |__| marié(e) = 1 divorcé(e)= 2 veuf
(Ve)= 3 Célibataire= 4, fiancé(e)= 5 autre à préciser = 6

Q4 =Profession |__|

Elève/Étudiant(e)= 1 commerçant(e) = 2 ménagère= 3

cultivateur= 4 Vendeuse ambulante= 5 professionnelle de sexe=6

ouvrier(e)= 7 Sans emploi=8 Secteur informel= 10 Autres= 11

Q5 =Niveau d'instruction |__|

Primaire= 1 Secondaire= 2 Supérieur= 3 Medersa= 4

Non scolarisé(e)= 5

Q6= -Motif de dépistage |__|

Volontaire= 1 diagnostic= 2 bilan prénatal= 3 bilan

prénuptial= 4 Conjoint(e) positif= 5 parent(s) positif= 6

enfant(s) positif(s)= 7

- Bilan clinique et biologique à l'inclusion

1- Bilan Clinique

Q7 =Poids.....

Q8 =Etat général : |__| Bon Mauvais

Q9 =Signes cliniques retrouvés à l'examen |__|

1- Candidose 2- Toxoplasmose 3- Cryptococcose 4-

Diarrhée

5- Kaposi 6- Tuberculose 7- Pneumopathie 8-prurigo

9- Herpès 10- Zona

2- Bilan biologique à l'inclusion

Q10 VIH 1= 1 VIH 2= 2 VIH 1 + 2= 3

Q11 =Taux de TCD4.....

Q12 Créatininémie

Q13 Transaminasémie : ALAT.....ASAT.....

Q14 Taux d'Hémoglobine.....

Q15 Nombre de globules blancs

Q16 Nombre de globules rouges

Q17 Nombre de plaquettes.....

Q18 Crachats/BAAR : |__| Positifs Négatifs

- Imagerie :

Q19 Radiographie du thorax : |__| Normale : 1

Anormale= 2(à préciser).....

V- Bilan de suivi

J15 :

Q20 - observance : Bonne : 1 Mauvaise : 2

Q21 -Poids.....

Q22 -Apparition des infections opportunistes (à préciser).....

Q23 -Transaminasemie : ASATALAT.....

EVOLUTION

Devenir du patient : |__| amélioré 1 stationnaire : 2 aggravé : 3

décès : 4 perdu de vue : 5

M1 :

Q24 -observance : |__| Bonne : 1 Mauvaise = 2

Q25 -Poids :.....

Q26 -Taux de CD4.....

Q27 -créatininémie :.....

Q28 -Transaminasemie : ASATALAT.....

Q29 -Taux d'hémoglobine

EVOLUTION

Devenir du patient : |__| amélioré 1 stationnaire : 2 aggravé : 3

décès : 4 perdu de vue : 5

M2 :

Q30 -observance: |__| : Bonne : 1 Mauvaise = 2

Q31 -Poids :.....

Q32 -Taux de CD4.....

Q33-Créatininémie :.....

Q34 -Transaminasemie : ASATALAT.....

Q35 -Taux d'hémoglobine

EVOLUTION

Devenir du patient : |__| amélioré 1 stationnaire : 2 aggravé : 3
décès : 4 perdu de vue : 5

M3 :

Q36 -observance : |__| Bonne : 1 Mauvaise = 2

Q37 -Poids :.....

Q38 -Taux de CD4.....

Q39 -créatininémie :.....

Q40 -Transaminase mie : ASATALAT.....

Q41 -Taux d'Hémoglobine.....

Q42 -Nombre de globules blancs

Q43 - Nombre de globules rouges

Q44 - Nombre de plaquettes.....

- Signes cliniques retrouvés à 3 mois :

a- Candidose : |__| (1=oui, 2=non)

b- Toxoplasmose : |__| (1=oui, 2=non)

c- Cryptococcose : |__| (1=oui, 2=non)

d- Diarrhée : |__| (1=oui, 2=non)

e- Vomissements: |__| (1=oui, 2=non)

f- Kaposi: |__| (1=oui, 2=non)

g- AEG : |__| (1=oui, 2=non)

h- Tuberculose : |__| (1=oui, 2=non)

i- Pneumopathie : |__| (1=oui, 2=non)

j- prurigo : |__| (1=oui, 2=non)

k- Herpès : |__| (1=oui, 2=non)

l- Zona : |__| (1=oui, 2=non)

4- Traitement ARV : |__| (1=oui, 2=non)

Si oui préciser molécules :

5- Effets secondaires : |__| (1=oui, 2=non)

Si oui préciser :

6- Changement traitement : |__| (1=oui, 2=non)

Si oui préciser :

EVOLUTION

Devenir du patient : |__| amélioré 1 stationnaire : 2 aggravé : 3
décès : 4 perdu de vue : 5

M6 :

Q45 -observance : |__| Bonne : 1 Mauvaise = 2

Q46 -Poids :.....

Q47 -Taux de CD4.....

Q48 -Créatinémie :.....

Q49 -Transaminase mie : ASATALAT.....

Q50 -Taux d'Hémoglobine.....

Q51 -Nombre de globules blancs

Q52 - Nombre de globules rouges

Q53 - Nombre de plaquettes.....

- Signes cliniques retrouvés à 6 mois :

a- Candidose : |__| (1=oui, 2=non)

b- Toxoplasmose : |__| (1=oui, 2=non)

c- Cryptococcose : |__| (1=oui, 2=non)

d- Diarrhée : |__| (1=oui, 2=non)

e- Vomissements: |__| (1=oui, 2=non)

f- Kaposi: |__| (1=oui, 2=non)

g- AEG : |__| (1=oui, 2=non)

h- Tuberculose : |__| (1=oui, 2=non)

i- Pneumopathie : |__| (1=oui, 2=non)

j- prurigo : |__| (1=oui, 2=non)

k- Herpès : |__| (1=oui, 2=non)

l- Zona : |__| (1=oui, 2=non)

4- Traitement ARV : |__| (1=oui, 2=non)

Si oui préciser molécules :

5- Effets secondaires : |__| (1=oui, 2=non)

Si oui préciser :

6- Changement traitement : |__| (1=oui, 2=non)

Si oui préciser :

EVOLUTION

Devenir du patient : amélioré 1 stationnaire : 2 aggravé : 3 décès : 4
perdu de vue : 5

M12 :

54 -observance : |__| Bonne : 1 Mauvaise = 2

Q55 -Poids :.....

Q56 -Taux de CD4.....

Q57 -Créatininémie :.....

Q58 -Transaminase mie : ASATALAT.....

Q59 -Taux d'Hémoglobine.....

Q60 -Nombre de globules blancs

Q61 - Nombre de globules rouges

Q62 - Nombre de plaquettes.....

Q63 - Charge virale.....

- Signes cliniques retrouvés à 12 mois :

a- Candidose : |__| (1=oui, 2=non)

b- Toxoplasmose : |__| (1=oui, 2=non)

c- Cryptococcose : |__| (1=oui, 2=non)

d- Diarrhée : |__| (1=oui, 2=non)

e- Vomissements: |__| (1=oui, 2=non)

f- Kaposi: |__| (1=oui, 2=non)

g- AEG : |__| (1=oui, 2=non)

h- Tuberculose : |__| (1=oui, 2=non)

i- Pneumopathie : |__| (1=oui, 2=non)

j- prurigo : |__| (1=oui, 2=non)

k- Herpès : |__| (1=oui, 2=non)

l- Zona : |__| (1=oui, 2=non)

4- Traitement ARV : |__| (1=oui, 2=non)

Si oui préciser molécules :

5- Effets secondaires : |__| (1=oui, 2=non)

Si oui préciser :

6- Changement traitement : |__| (1=oui, 2=non)

Si oui préciser :

EVOLUTION

Devenir du patient : amélioré 1 stationnaire : 2 aggravé : 3 décès : 4
perdu de vue : 5

Localisation et Résumé de la thèse

Nom : TRAORE Née CAMARA

Prénom : Sira Mariame

Titre de thèse : Aspect épidémio-cliniques et thérapeutique des patients vivant avec le VIH du 01 janvier 2007 au 31decembre 2007 au centre de santé de référence de Kita.

Année : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Adresse : Email siramariamecamara@yahoo.fr Tel 66767171

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie.

Secteur d'intérêt : médecine Interne

Résumé :

Cette étude rétrospective allant du 01 Janvier 2007 au 31 Décembre 2007 avait comme objectif principal d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du VIH /SIDA au C SRef de Kita.

Parmi les 110 patients recrutés à l'USAC de Kita le sex-ratio était de 1,82 en faveur des femmes. La tranche d'âge de 19-35 ans était probablement la plus affectée avec un âge moyen de 31,5 ans, 67,6% de l'ensemble des patients étaient des mariés. Les professions dominantes ont été les ménagères avec 50,5%, suivis des cultivateurs avec 14,30%. La majorité des patients étaient non scolarisés soit 51,8%. Le tableau clinique était dominé par les pathologies digestives et pulmo-respiratoires avec respectivement 12,7% et 09,1%. Les infections opportunistes telles que le sarcome de kaposi, la cryptococcose, la toxoplasmose, le zona faisaient également partie du tableau clinique ainsi que l'amaigrissement. Seulement 41,8% des patients étaient sous traitement ARV.

Le schéma de 2INRT+1INNRT a été le plus utilisé.

L'évolution était favorable avec une bonne observance du traitement.

A la lumière de ce travail, il apparaît la nécessité de mettre l'accent sur les différentes stratégies de la prévention contre le VIH/SIDA, s'organisant autour de trois principaux modes de transmission de l'infection.

Mots clés : VIH/SIDA, USAC, Kita, Mali

ABSTRACT

Nam: CAMARA

First name/ Sira Mariame

Nationality: Malian

Defense date:

Defense tower: Bamako

Domain of interest: public health, infection diseases service

Titre: Epidemiological aspect, clinical and therapeutique of VSH/SIDA to CSRef of Kita.

This retrospective study staitis from January first to December 31 2007. Has as main aim to assess epidemiological aspect, clinical and therapeutique of HIV/SIDA to CSRef of Kita. Among the 110 patients recruit in USAC/Kita 64, 5 percent were of feminine sex and 35, 5 percent of masculin sex.

The one portion of 19-35 years is probably the most affected and the average age was also , 67, 6 percent of all patients together were married. Dominants profession was been housholding, with 50, 5 percent followed by farmers with 14, 3 percent, the most of patients were most scolirise surround 51, 8 percent. The clinical black board was ful of digestives pathology and breathing with respectively 12, 7 percent and 09, 1 percent of the opportunity of infections sueh as the sarcoma de Kaposi, the cryptococcose, the toxoplasmose, the zona faisadent also part of clinic boart as well as slimming. The schema 2INRT + 1INNRT was the most useful. In the lights le lumodro of this work, it appears that the necessity of put accent on the differentes strategy of the prevention against the VSH/SIDA (sergeant) is around of three main modes of transmission of the infection.

Key world: VIH/SIDA, USAC, Kita, Mali

SERMENT D'HIPOCRATE

En présence des **Maîtres** de cette Faculté, de mes chers **condisciples** et devant **l'effigie d'HIPPOCRATE**, je **promets** et je **jure** au nom de **l'Être Suprême** d'être **fidèle** aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mes patients.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai jamais de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, **Que je sois couverte d'opprobre** et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le Jure.