

# INTERETS ET CONTRAINTES DES TRAITEMENTS ANTI-RETROVIRAUX DANS UN PAYS EN DEVELOPPEMENT

M. OUEDRAOGO\*, M. BAMBARA\*, A.Z. ZOUBGA\*\*, S.M. OUEDRAOGO\*\*\*, G. OUEDRAOGO\*, C. KI\*, E. BIRBA\*, K. BONCOUNGOU\*, Y.J. DRABO\*\*\*

## RESUME

Le but de cette étude a été de mettre en évidence des difficultés de la pratique de la thérapie anti-rétrovirale dans les conditions actuelles et d'en tirer les enseignements.

C'est une étude rétrospective de septembre 1998 à janvier 2000. Elle inclut des malades hospitalisés du service de pneumo-physiologie du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou, ou référé par d'autres services extérieurs à l'hôpital.

Le suivi de 34 malades dont 26 sous bi-thérapie et 8 sous tri-thérapie a révélé seulement 16 mois après son début, 11 cas d'interruption de traitement et 4 cas de décès.

Le premier contrôle du taux de CD4, seul critère d'appréciation de l'évolution biologique réalisable au Burkina Faso, chez 16 malades a révélé son accroissement de 350 % pour bi-thérapie et 700 % pour la tri-thérapie. Cette étude qui rapporte 169 cas de malades séropositifs dans le service sur 266 testés, pendant la même période, pose la problématique du choix stratégique dans la prise en charge médicale des malades du SIDA dans le contexte actuel des pays en développement.

**Mots clés : traitement, anti-rétroviral, Burkina Faso.**

## INTRODUCTION

L'Afrique est le continent le plus touché par l'épidémie à VIH avec au moins 21 millions de séropositifs (1).

Malgré les progrès remarquables observés dans certains pays comme l'Ouganda dans le cadre de prévention de la transmission de l'infection à VIH, l'épidémie continue de progresser dans la plupart des pays africains, principalement en Afrique subsaharienne.

Le Burkina Faso est à ce jour le troisième pays le plus atteint en Afrique occidentale après la Côte d'Ivoire et le Togo avec un taux de 7,17 % au niveau de la population générale (2).

De 1997 à 1999, 413 malades infectés par le VIH sur 674 hospitalisés testés ont été dépistés dans le service de pneumologie du Centre Hospitalier National Yalgado

OUEDRAOGO. Ce qui contrastait avec une absence totale de thérapie anti-rétrovirale (ARV), motivée à partir de Septembre 1998 par la demande croissante des populations «nantis».

Ce travail vise à évaluer les difficultés et les avantages des traitements ARV afin de tirer les enseignements.

## MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur des malades hospitalisés ou reçus en consultation externe du service de pneumologie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou de septembre 1998 à janvier 2000.

Les malades inclus dans l'étude devaient être séropositifs pour le VIH, disposer d'une numération CD4 et avoir débuté le traitement ARV (le bilan paraclinique et le traitement ARV étaient à la charge du patient).

Tous les malades séropositifs pour le VIH n'ayant pas été mis sous traitement ARV ont été exclus de l'étude. La classification CDC/OMS 1993 de l'infection à VIH à

\* Service de Pneumologie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo (CHNYO)  
 \*\* Service de Pneumologie du Centre Hospitalier National Sourou Sanon  
 \*\*\* Service de Médecine Interne du CHNYO

## Intérêts et contraintes...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (7)

été utilisée pour déterminer le stade évolutif de la maladie chez nos patients.

Les variations des CD4 a été le seul critère d'appréciation de l'efficacité du traitement chez nos patients (test effectué avant le début du traitement et tous les 3 mois pendant le traitement). Un bilan biologique comportant un hémogramme, une amylosémie, une azotémie, une créatininémie et un dosage des transaminases sériques a été effectué en début du traitement ARV, à la 2ème semaine, au 3ème et au 6ème mois.

### RESULTATS

248 malades ont été testés pendant la période de l'étude dont 156 séropositifs pour le VIH (62,9 %), 86 étaient de sexe masculin et 71 de sexe féminin soit (ratio = 1,2).

34 malades ont été mis sous traitement ARV parmi lesquels 22 patients de sexe masculin et 12 patients de sexe féminin (ratio = 1,8).

10 patients (29,4 %) avaient entre 20 et 35 ans ; 21 patients (61,8 %) avaient entre 36 et 50 ans ; 3 patients (8,8 %) étaient âgés de plus de 50 ans.

La moyenne d'âge des patients était de 40 ans avec des extrêmes de 25 et 60 ans. L'âge modal étant de 38 ans. Au total 91,2 % des patients avaient entre 20 et 50 ans. 21 patients étaient mariés (61,8 %) dont 3 couples. Nous avons en outre recruté 10 célibataires (29,4 %) et 3 veuves (8,8 %).

23 (67,6 %) des patients résidaient à Ouagadougou et 11 (32,4 %) hors de la capitale.

Les malades recrutés étaient en majorité reçus en consultation externe (25) contre 9 hospitalisés.

Notre échantillon était composé de 15 fonctionnaires (44,1 %), 10 Opérateurs économiques (29,4 %), 1 employé du secteur privé (2,9 %). 7 patients étaient sans emploi (20,7 %) et 1 retraité (2,9 %), la répartition selon la profession et la source de financement du traitement ARV sont rapportées au tableau I.

**Tableau I : Répartition des malades selon la profession et la source de financement**

Profession/ Source de financement	Fonctionnaire	Opérateur économique	Employé du privé	Sans emploi	Retraité	Total
Malade lui-même	10	7	0	0	1	18
Parents	4	3	1	7	0	15
Aide extérieure	1	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	15	10	1	7	1	34

11 patients étaient de classe B (32,3 %) dont 1 en B1, 5 en B2 et 5 autre en B3. 24 patients étaient de classe C (67,7 %) dont 1 en C1, 1 en C2 et 21 en C3.

16/34 patients ont pu honorer le premier contrôle du taux de CD4 après trois mois de thérapie ARV et que 1/34 seulement ont pu honorer le second contrôle après six mois de traitement.

Au premier contrôle, on avait noté une augmentation d'au moins 350 % du taux de CD4 pour la bi-thérapie et d'au moins 700 % pour la tri-thérapie.

Au cours du traitement, les troubles biologiques constatés avant le début, avaient régressé progressivement (tableau II) ; cependant deux patients avaient bénéficié d'une transfusion sanguine avant le début du traitement.

**Tableau II : Distribution des malades en fonction de l'évolution des troubles biologiques**

Contrôles/Troubles biologiques	Avant traitement	1er contrôle	2ème contrôle
Hématologique	18	8	1
Rénaux	1	0	0
Hépatiques	5	4	0
Pancréatiques	2	3	0

18 des 34 malades finançaient eux-mêmes leur traitement, 15 malades étaient traités au frais de leurs parents et 1 seul traité par une aide extérieure.

## Intérêts et contraintes...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (7)

Le suivi des malades a révélé seize mois après le début de l'étude, que seule la moitié de la population étudiée (17/34) étaient toujours sous traitement ; l'autre moitié qui avait interrompu le traitement se répartissait de la manière suivante : 5 cas de décès, 3 cas d'abandons et 9 cas de perdus de vue.

Il était ressorti que les trois cas d'abandons étaient de causes économiques et que des 17 malades qui poursuivent toujours leur traitement, 16 étaient réguliers et 1 irrégulier.

### COMMENTAIRE

Notre étude a relevé une séro-prévalence VIH de 62,5 % dans le service soit un rapport de 2,5 en une décennie par rapport au taux de 25 % observé dans le même service en 1989 (3).

La frange la plus jeune et la plus active de la population est aussi la plus touchée par l'infection à VIH (91,2 % des patients VIH séropositifs avaient entre 20-50 ans) ; ceci est conforme aux données de ONU-SIDA créant ainsi un grand préjudice considérable pour les pays en développement qui sont les plus touchés.

Seuls 9 malades sur les 34 traités sont hospitalisés sur un total de 155 séropositifs. Ce sont généralement des malades épuisés physiquement et moralement du fait de long passé maladif. Ce sont également des malades épuisés financièrement, souvent abandonnés par leurs proches et qui ne peuvent plus honorer leurs ordonnances, encore moins une thérapie ARV.

Notre échantillon comportait 21 patients mariés dont seulement 3 couples : la difficulté à la prise en charge des deux conjoints tient d'une part au fait que l'information du conjoint ou de la conjointe est très souvent refusée par le patient dépisté de peur de « briser » son foyer, car le SIDA est une affection qui est mal acceptée dans nos communautés ; d'autre part les difficultés financières ne permettant pas de mettre tous les deux membres du couple sous traitement ARV ; lorsque l'indication de la thérapie ARV est posée, un choix du partenaire à traiter est souvent décidé par le couple.

L'accessibilité de la population aux ARV sur le plan géographique est très limitée car seule Ouagadougou et Bobo-Dioulasso disposent de points de vente.

Sur le plan financier, seuls les fonctionnaires et les opérateurs économiques ont la capacité de payer les ARV (73,5 % de l'ensemble de la population de l'étude). Le coût mensuel du traitement y compris les examens biologiques réalisés trimestriellement et hormis le traitement des affections opportunistes est de 135.000 F. CFA pour la bi-thérapie, 200.000 Francs CFA pour la tri thérapie sans anti-protéase et 335.000 Francs CFA pour la tri-thérapie comportant une anti-protéase, alors que le SMIG est de 27.000 Francs CFA au Burkina Faso.

61,9 % des malades sont classés en C3 suivant la classification de l'OMS-CDC 93 ; cette situation est due à leur refus de dépistage précoce qui peut s'expliquer par deux raisons :

- D'une part, le SIDA est une affection tabou ; on a peur de se savoir atteint, peur que les autres sachent qu'on est atteint, peur de se faire abandonner par ses parents dans une Afrique où la vie en communauté est essentielle pour l'individu.
- D'autre part, le SIDA est perçu dans nos conditions d'exercice comme étant une affection létale à 100 % à plus ou moins longue échéance et le coût du traitement ARV « étant hors de portée ». La prise en charge est très souvent limitée à la prévention et traitement des affections opportunistes. On a alors peur de se savoir atteint sans avoir les moyens financiers d'y faire face, ou tout simplement peur de mourir si tôt, si jeune. Ce dépistage tardif entraîne un retard dans la prise en charge des pathologies opportunistes aggravant ainsi l'état des malades.

26 patients (76,5 %) étaient mis sous bi-thérapie et le reste sous tri-thérapie comportant un inhibiteur de protéase (IP) selon le pouvoir d'achat du patient en l'absence de traitement antituberculeux en cours.

En effet, certains de nos malades étaient tuberculeux et mis sous traitement anti-tuberculeux qui comprend entre autres la rifampicine pendant les deux premiers mois. L'interaction entre les IP et la Rifampicine impose une thérapie ARV excluant les (IP) bien que LAROUZE (4) suggère d'abord le contrôle de la tuberculose avant l'institution des anti-rétroviraux.

L'institution précoce de la thérapie ARV a permis une amélioration rapide de nos malades, même dans certains cas d'altération importante de l'état général. La décision de mettre le patient sous thérapie ARV et le

## Intérêts et contraintes...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (7)

choix de schéma n'ont pas tenu compte du taux des CD4 et de la charge virale comme l'ont préconisé plusieurs auteurs (4), mais plutôt du taux de CD4 pour la décision et du pouvoir d'achat du malade pour le choix du schéma, en l'absence de subvention.

Le seul élément de suivi des patients était le taux de CD4 ; nous avons constaté une évolution par rapport aux taux initiaux, d'au moins 350 % pour la bi-thérapie et d'au moins 700 % pour la tri-thérapie avec ou sans (IP) d'où l'intérêt de la tri-thérapie qui limite le problème de résistance plus important pour la bi-thérapie (5, 6, 7).

Nous avons noté une régression progressive des différents troubles biologiques au cours du traitement avec cependant une transfusion préalable dans les cas d'anémies sévères.

Un an et demi après le début de la mise sous thérapie ARV de nos patients, seuls 50 % (17/34) étaient toujours sous traitement.

35,3 % étaient défailants, soit perdus de vues ou par abandon du traitement, ce qui pose encore le problème

du pouvoir économique et la nécessité de counselling plus adapté en faveur de ces patients qui au premier abord cherchaient à éviter une mort immédiate et certaine.

## CONCLUSION

La séro-prévalence VIH ne cesse de croître et avec elle le nombre de cas de SIDA hospitalisés. Il ressort de cette étude une consultation tardive des malades et une efficacité démontrée des ARV en particulier dans la tri-thérapie.

Face à l'inaccessibilité financière dans les pays en développement pour l'acquisition des ARV, on devrait mettre l'accent sur le dépistage précoce et la prise en charge des affections opportunistes nonobstant les entraves socio-culturelles.

Cependant un effort mondial devrait être fait pour mettre à la disposition des populations des pays en développement des ARV et des examens complémentaires à coût raisonnable.

## BIBLIOGRAPHIE

1 - DELFRAISSY J.F. et coll.

Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH.

Flammarion Médecine - Sciences. 1999 : 231 p.

2 - BSSAGNENE D., DIE-KACOU H., AOUSSI EBA F., COULIBALY G.

Guide diagnostique et thérapeutique de l'infection à VIH en Afrique.

Edition GUT 1999 : 133 p.

3 - YAMEOGO J.M.M.V.

Les relations entre SIDA et tuberculose en milieu tropical.

Thèse de Médecine 1989 ; n° 84 : 114 p.