

INFECTION MYCOBACTERIENNE ET SEROLOGIE VIH AU BURKINA FASO

OUEDRAOGO M. (1), OUEDRAOGO S.M. (2), DIAGBOUGA S. (3), ZOUBGA Z.A. (4)

RESUME

Dans le but de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et bactériologiques des infections myco-bactériennes associées à l'infection VIH au Burkina Faso, nous avons réalisé une étude sur 82 cas d'infections myco-bactériennes pulmonaires à culture positive, recrutés au Centre Hospitalier National Sanou Souro, Bobo-Dioulasso.

73 nouveaux cas, 6 cas de rechute, 3 cas de reprise évolutive ont été recrutés. 55 malades étaient séronégatifs pour le VIH contre 27 malades infectés par le VIH. La moyenne d'âge des patients était de 33,5 ans. Les âges extrêmes étaient de 16 et 66 ans. L'âge des patients malades ne différait pas significativement selon la sérologie VIH. Les tranches d'âge de 20 à 40 ans paient le plus lourd tribut (81,5 % des VIH+ et 60 % des VIH-).

L'infection VIH est associée de manière significative à une faible densité bacillaire. Cependant elle n'était pas associée de manière significative à l'espèce myco-bactérienne. L'évolution sous traitement anti-tuberculeux était significativement plus défavorable chez les malades séropositifs pour le VIH avec un taux de mortalité de 44,4 % contre 5,4 % chez les malades non infectés par le VIH.

Mots clés : tuberculose, mycobactérioses non tuberculeuses, VIH, Burkina Faso.

INTRODUCTION

La tuberculose aujourd'hui est en pleine recrudescence partout dans le monde mais surtout dans les pays en développement où la prévalence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est élevée. En Afrique au sud du Sahara, la tuberculose constitue la principale maladie opportuniste, chez 15 à 52 % des sujets infectés par le VIH (1).

De diagnostic difficile du fait de la non-spécificité des signes d'appel notamment chez l'immunodéprimé (2), la tuberculose pose de nos jours un problème de diagnostic différentiel avec les mycobactérioses qui partagent le même masque clinique. Cette étude vise à préciser quelques aspects épidémiologiques, cliniques et bactériologiques chez des malades porteurs d'infections mycobactériennes au Burkina Faso, un pays à forte prévalence tuberculeuse/VIH.

(1) Service de Pneumologie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo (CHNYO)

(2) Service de Médecine Interne du CHNYO

(3) Centre Muraz, Burkina Faso

(4) Service de Pneumologie du Centre Hospitalier National Sanou Souro

PATIENTS ET METHODES

Patients

Il s'agit d'une étude comparative portant sur un échantillon de 82 sujets porteurs d'infections mycobactériennes pulmonaires, séropositifs ou séronégatifs au VIH, recrutés entre avril 1992 et mai 1993 au Centre Hospitalier National Sanou Souro, Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).

Méthodes

Trois bacilloscopies ont été réalisées au laboratoire du Centre Muraz de Bobo-Dioulasso. Sur frottis de produits pathologiques provenant de malades suspects de tuberculose, après coloration selon la méthode de Ziehl Neelsen. La moyenne du nombre de bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) est établie sur 100 champs. Un échantillon de produits pathologiques a été également ensemencé sur milieu de LOEWENSTEIN-JENSEN après décontamination en vue de l'identification des mycobactéries.

Les sérologies VIH1 et VIH2 ont été réalisées au Centre Muraz en utilisant un test Elisa et le Western Blot.

Chez chaque patient, les données anamnestiques, cliniques et bactériologiques ont été recueillies.

Infection mycobactérienne...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (8/9)

Le logiciel Epi-Info version 5 a servi à l'analyse des données. Le test de χ^2 a été utilisé pour comparer certains pourcentages au seuil de signification de 5 % et dans quelques cas corrigés par le test de Fisher.

RESULTATS

Données épidémiologiques

Notre échantillon comporte 73 nouveaux cas, 6 cas de rechute, 3 cas de reprise évolutive. La sérologie VIH était positive chez 27 (32,9 %) des malades dont 22 VIH1+ et 5 VIH1-2+.

La moyenne d'âge des malades est de 33,5 ans ; les âges extrêmes sont de 16 et 66 ans.

L'âge des patients ne différait pas significativement selon la sérologie VIH.

Les tranches d'âges de 20 à 40 ans ont été les plus représentées : soit 81,5 % des VIH+ et 60 % des VIH-

Données bactériologiques

72 % des patients présentaient plus de 40 BAAR sur 100 champs à la bacilloscopie.

Les malades VIH+ avaient significativement une faible densité bacillaire par rapport aux malades VIH- (90,9 % contre 66,6 %).

Chez les 82 malades recrutés, les cultures des produits pathologiques ont révélé : 14 souches de *Mycobacterium africanum* (MAF), 63 souches de *Mycobacterium tuberculosis* (MTUB), 5 souches de mycobactéries atypiques dont 1 souche de *Mycobacterium avium*, 1 souche de *Mycobacterium terrae* et 3 souches dont l'espèce n'a pu être précisée.

L'identification mycobactérienne n'a pas révélé de différence significative en rapport avec la sérologie VIH :

- VIH+ (atypique : 7,4 %, MAF : 22,2 %, MTUB : 70,4 %),
- VIH- (atypique : 5,4 %, MAF : 14,6 %, MTUB : 80 %).

Aspects évolutifs

L'évolution était significativement plus létale chez les tuberculeux infectés par le VIH (44,45 %) contre 5,45 % chez les tuberculeux non infectés par le VIH.

COMMENTAIRES

Aspects épidémiologiques

Le taux de séro-prévalence VIH (32,9 %) au sein de la population tuberculeuse augmente progressivement dans le service. Ce taux était de 12,5 % en 1987 et

24,7 % en 1990 (3). Cette tendance à l'accroissement du niveau de l'infection VIH chez les tuberculeux a été observée à Brazzaville au Congo entre 1988 et 1992 (4). La répartition selon l'âge des patients tuberculeux ne différait pas significativement selon la sérologie VIH. Ce phénomène qui a été décrit au Burkina Faso en 1991 dans le même service s'explique par le fait qu'il existe un parallélisme entre les courbes de prévalence de l'infection VIH et la maladie tuberculeuse en fonction de l'âge. Les tranches d'âge de 20 à 40 ans paient le plus lourd tribut.

Aspects bactériologiques

L'excrétion des bacilles par les patients séropositifs pour le VIH est plus faible que chez les patients séronégatifs (5). En effet, les réactions inflammatoires des malades en réponse à l'infection par le BK, à l'origine des cavernes pulmonaires (foyer d'excrétion des bacilles) sont sensiblement diminuées chez les malades infectés par le VIH (6).

Le taux de mycobactéries atypiques chez les VIH séropositifs (7,4 %) ne diffère pas significativement de celui des malades non infectés par le VIH (5,4 %). Des taux plus élevés de mycobactérioses non tuberculeuses chez des patients VIH+ ont été retrouvés par plusieurs auteurs notamment aux Etats-Unis d'Amérique (7). Ces taux qui varient selon les auteurs indiquent que l'incidence des mycobactérioses «atypiques» est plus élevée chez les patients atteints de SIDA originaires des pays industrialisés que chez ceux des pays en zone de forte prévalence tuberculeuse (8).

Aspects évolutifs

Malgré une bonne réponse initiale au traitement antituberculeux, les patients séropositifs pour le VIH et atteints de tuberculose pulmonaire ont présenté au décours du traitement une forte mortalité en comparaison aux patients séronégatifs ; ce constat est rapporté par plusieurs auteurs (3, 9). La surmortalité pourrait être liée à la tuberculose elle-même, aux infections opportunistes survenant chez les patients VIH+, ou à d'autres causes.

CONCLUSION

Le taux de séro-prévalence VIH au sein de la population porteuse d'infections mycobactériennes est élevé avec une tendance à l'accroissement. Il existe un parallélisme

Infection mycobactérienne...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (8/9)

quant à l'âge chez les malades VIH séropositifs et VIH séronégatifs porteurs d'infections mycobactériennes. L'excrétion des bacilles par les patients séropositifs pour le VIH est plus faible que chez les patients séronégatifs. Le taux de mycobactéries atypiques chez les VIH séropositifs ne diffère pas significativement de celui des mala-

des non infectés par le VIH. Les patients séropositifs pour le VIH et atteints d'infections mycobactériennes présentent au décours du traitement une forte mortalité en comparaison aux patients séronégatifs. Cette surmortalité pourrait être liée à la tuberculose elle-même, aux infections opportunistes ou à d'autres causes.

BIBLIOGRAPHIE

1 - BISSAGNENE E., DIE-KACOU H., EBA FA., COULIBALY G.

Guide diagnostique et thérapeutique de l'infection à VIH en Afrique. Edition GAUT 1999 ; 133p.

2 - HUCHON G.

Infection tuberculeuse et tuberculose pulmonaire de l'adulte.

Rev. Mal. Respir. 1997 ; 14 : 5S49-5S9.

3 - MALKIN J.E., PRAZUCK T., SIMMONET F., YAMEOGO M., ROCHEREAU A., AYEROU J., MASSON D., LAFAX C.

Tuberculosis and human immuno deficiency virus infection in west Burkina Faso : clinical presentation and clinical evolution.

Int J Tuberc. Lung. Dis. 1997 ; 1 : 68-74.

4 - LOEMBA H., BEUZIT Y., MAKUWA M.

Impact du SIDA sur la recrudescence de la tuberculose et la réduction de la disponibilité des lits hospitaliers à Brazzaville (Congo).

Cahier santé 1995 ; 5 : 278-82.

5 - LEDRU S., CAUCHOIX B., YAMEOGO M., ZOUBGA A., LAMANDE C., PORTAELS F. et CHIRON J.P.

Impact of short-course therapy on tuberculosis drug resistance in

south-west Burkina Faso.

Tubercle and lung disease 1996 ; 77 : 429-436.

6 - LONG R., MAYCHER B., SCALCINI M., et MANFREDA J.

The chest roentgenogram in pulmonary tuberculosis patients seropositive for human immuno deficiency virus type 1.

Chest, 1991 ; 99 : 123-127.

7 - JANSENS.

Mycobacterios.

(KBS) 1990 : 427-40.

8 - LOUIE E.E., RICE L.B., HOLZMAN R.S.

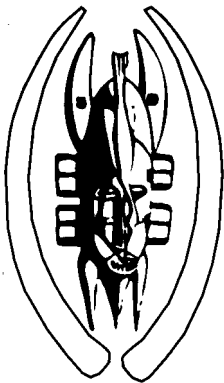
Tuberculosis in non Haïtan patients with acquired immuno deficiency syndrome.

Chest. 1996 ; 90 : 242-346.

9 - ACHAH N.N., COULIBALY D., DIGBEU H. et Al.

Response to treatment, mortality and CD4 lymphocyte counts in HIV-infected persons with tuberculosis in Abidjan, Côte d'Ivoire.

Lancet, 1995 ; 345 : 607-610.



Retrouvez
« Odonto-Stomatologie Tropicale »
sur Internet
WWW.santetropicale.com

ainsi que
Médecine d'Afrique Noire, Médecine du Maghreb et
Le Pharmacien d'Afrique