



Profil des patients tuberculeux séronégatifs au VIH hospitalisés à la Clinique des Maladies infectieuses de Fann/Dakar (Sénégal) : Prévalence et Facteurs associés au décès

A Dièye, A Sarr, S Niang, AD Dia, D Dia-Gueye, D Ka, VMP Cisse-Diallo, NA Lakhe, K Diallo-Mbaye, L Fortès-Deguenonvo, S Lô, NM Dia-Badiane, M Seydi

CONTEXTE (1/2)

- ❖ **Tuberculose** : maladie bactérienne, contagieuse, à transmission principalement aérienne.
- ❖ **Bactéries responsables** : Mycobactéries du complexe tuberculosis
- ❖ **PSP** :
 - Monde** : 10 M de personnes malades de la tuberculose en 2019
 - Afrique** : 2,4 M avec incidence de 231cas/100000 hbts/an
 - Sénégal** : 19000 cas avec incidence de 118cas /100000 hbts/an
- ❖ **1^{ère} cause de décès** dû à un seul agent infectieux dans le monde.

CONTEXTE (2/2)

- ❖ **Morbi-mortalité** importante chez les patients séronégatifs au VIH
 - **1,2 millions** de décès (VIH-) / **208000** décès (VIH+)
- ❖ **Clinique des Maladies Infectieuses et Tropicales de Fann :**
 - Plusieurs études TB/VIH
 - Très peu chez les patients séronégatifs au VIH.

OBJECTIFS

- ❖ Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de la TB chez les patients séronégatifs au VIH hospitalisés à la Clinique des Maladies infectieuses de Fann
- ❖ Identifier les facteurs associés au décès.

METHODOLOGIE (1/2)

- ❖ Etude transversale, rétrospective, descriptive et à visée analytique
- ❖ **Période : 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2019**
- ❖ Clinique des Maladies Infectieuses et Tropicales / CHNU Fann
- ❖ **Critères d'inclusion** : tous patients séronégatifs au VIH hospitalisés durant la période d'étude pour une TB (quelle que soit sa localisation).

METHODOLOGIE (2/2)

- ❖ **Critères de non inclusion** : tous les patients ayant des dossiers incomplets ou non retrouvés
- ❖ **Saisie et analyse des données** : Excel 2013 et SPSS Statistics version 25
- ❖ **Tests statistiques utilisés** :
 - Chi2 et Student
 - Risque $\alpha < 0,05$

RESULTATS (1/11)

Aspects épidémiologiques

- ❖ **1769** patients hospitalisés
- ❖ **130 dossiers colligés** soit une prévalence hospitalière de **7,4%**
- ❖ **Âge moyen : 38 ans** (± 17 ans)
- ❖ **Tranche d'âge comprise entre 16 et 30 ans** était plus représentative avec 48 cas
(**37%**)
- ❖ **Prédominance masculine** (67,7%) avec un **sex ratio** de **2,1**.

RESULTATS (2/11)

Aspects épidémiologiques

- ❖ **Provenance : banlieue dakaroise** avec 80 cas (61,5%)
- ❖ **Profession : chômeurs** avec 59 cas (45,4%), **secteur informel** avec 37 cas (28,5%), **secteur formel** avec 16 cas (12,3%) et **élèves/étudiants** avec 18 cas (13,8%)
- ❖ **Antécédents de TB** : 17 patients (13%)
- ❖ **Mode de vie : tabagisme** 32 cas (24,6%), **alcoolisme** 15 cas (11,5%), **toxicomanie** 04 cas (3,1%).

RESULTATS (3/11)

Aspects épidémiologiques

❖ **Comorbidités** présentes chez 35 patients (27%)

Tableau I: Répartition des patients selon les comorbidités

Comorbidités	Effectif	Pourcentage (%)
HTA	06	4,6
Diabète sucré	04	3,1
Hépatite virale B	04	3,1
Drépanocytose	03	2,3
Asthme	03	2,3

RESULTATS (4/11)

Aspects cliniques

Tableau II: Répartition des patients selon les signes cliniques

Aspects cliniques	Effectif	Pourcentage (%)
Signes fonctionnels (n=130)		
Toux chronique	88	67,7
Vomissements	43	33
Douleur thoracique	39	30
Dyspnée	33	25,4
Hémoptysie	09	07
Signes généraux (n=130)		
Fièvre vespéro-nocturne	127	97,7
Amaigrissement	121	93,1
Frissons	74	57
Sueurs nocturnes	53	40,8

RESULTATS (5/11)

Aspects cliniques

Tableau III: Répartition des patients selon les signes cliniques

Aspects cliniques	Effectif	Pourcentage (%)
Organes touchés (n=130)		
Pulmonaire	98	75,4
Ganglionnaire	47	36,2
Neuro-méningée	40	30,8
Osseuse	22	16,9
Péritonéale	08	6,2
Pleurale	07	5,4
Péricardique	05	3,9
Topographie de la TB (n=130)		
Unifocale	61	47
Bifocale	43	33
Multifocale	26	20

RESULTATS (6/11)

Aspects paracliniques

- ❖ **Taux moyen de leucocytes : 10500/mm³ (\pm 7480).** Une **hyperleucocytose** à PN était présente chez 61 patients (**46,9%**)
- ❖ **Taux moyen de lymphocytes : 1560/mm³ (\pm 1480).** Une **lymphopénie** était présente chez 90 patients (**69,2%**)
- ❖ **Taux moyen d'hémoglobine : 9,8 g/L (\pm 2,7).** Une **anémie** était présente chez 83 patients (**63,8%**)
- ❖ **CRP moyenne : 111 mg/L (\pm 77mg/L).** Une **CRP>12mg/L** était retrouvée chez 121 patients (**93,1%**).

RESULTATS (7/11)

Aspects paracliniques

- ❖ **Bacilloscopie** positive chez **38/108 patients (35,2%)**
- ❖ **GeneXpert® MTB/RIF** positif chez **33/73 patients (45,2%)** avec une **sensibilité à la Rifampicine dans 100%**
- ❖ **Histologie** après biopsie ganglionnaire effectué chez **04 patients (03%)** revenu en faveur d'un granulome tuberculeux.

RESULTATS (8/11)

Aspects paracliniques

❖ **Radiographie du thorax** réalisée chez 123 patients (95%)

Tableau IV: Répartition des patients selon les anomalies radiologiques

Anomalies radiologiques	Effectif	Pourcentage (%)
Cavernes	70	56
Infiltrats alvéolo-interstitiels	28	22,4
Adénopathies médiastinales	19	15,2
Epanchement pelural	08	6,4

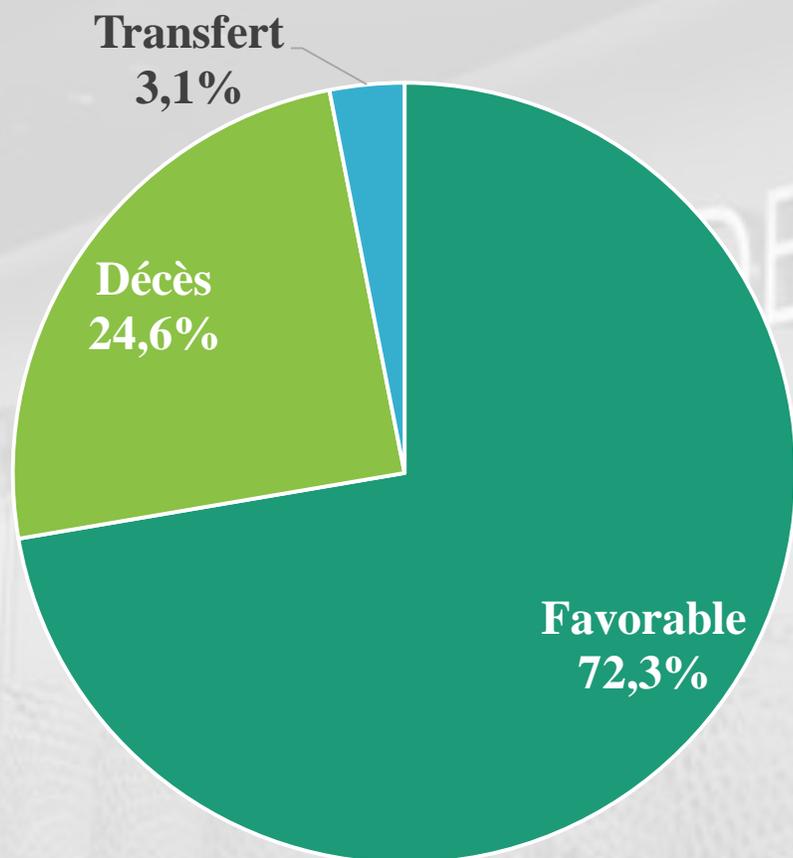
RESULTATS (9/11)

Aspects thérapeutiques

- ❖ **Traitement antituberculeux** : 123 patients (94,6%)
- ❖ **Vitaminothérapie B6** : 121 patients (93,1%)
- ❖ **Corticothérapie** : 52 cas (40%)
- ❖ **Oxygénothérapie** : 22 cas (16,9%)
- ❖ **Transfusion sanguine** : 21 patients (16,2%)
- ❖ **Anticoagulation curative** : 06 cas (4,6%)

RESULTATS (10/11)

Aspects évolutifs



❖ **Durée moyenne d'hospitalisation : 17 jours (± 12 jours)**

❖ **Complications : 54,6% des patients**

- **Surinfection (20,8%)**
- **Troubles ioniques (20,8%)**
- **Insuffisance respiratoire aigüe (14,6%)**

Figure 1: Répartition des patients selon l'évolution

RESULTATS (11/11)

Facteurs associés au décès

❖ Facteurs associés au décès :

- **Diabète sucré** ($p=0,04$)
- **Absence de traitement** ($p=0,006$)
- **Retard de traitement (> 10 jours)** ($p=0,05$)
- **Survenue de complications en cours d'hospitalisation** ($p=0,002$)
- **Durée d'hospitalisation supérieure > 20 jours** ($p=0,001$)

DISCUSSIONS (1/5)

Aspects épidémiologiques

- ❖ **Sex ratio** : 2,1 avec hommes 67,7%
 - **Ngama et al.** 58,75% ; **Amadou et al.** 68,24%
 - +Mobilité ; + contact avec malades bacillifères

- ❖ **Age moyen** : 38 ans
 - Données de la littérature : adultes jeunes
 - pleine activité socio-économique

- ❖ **Diabète sucré** : 3%
 - **Touré et al.** 4,7%
 - Clairement établi comme facteur favorisant la survenue d'une tuberculose maladie.

DISCUSSIONS (2/5)

Aspects cliniques

- ❖ **Toux chronique : 67,7%**
 - **Cabié et al. 65% ; Tékpá et al. 71,81% / Tidjani et al. 93,33% Ndiaye B et al. 96%**
 - Méthodologie : toutes formes cliniques de tuberculose / forme pulmonaire
- ❖ **Fièvre vespéro-nocturne 97,7% ; Altération de l'état général 93,1%**
 - **Amadou et al 90% / Tidjani et al. 19,48%**
 - Population : personnes âgées (sénescence de leur système immunitaire)
- ❖ **Localisation extrapulmonaire : ganglionnaire 36,2% ; neuroméningée 30,8%**
 - Données de la littérature.

DISCUSSIONS (3/5)

Aspects paracliniques

❖ **Bacilloscopie positive : 35%**

- **Amadou et al.** 40% / **Tidjani et al.** 53% **Ndiaye B et al.** 60%
- Méthodologie : formes extra-pulmonaires sensibilité des BAAR est moins importante

❖ **GeneXpert MTB/RIF : 45,2%**

- Adoption du GeneXpert par le Sénégal en 2013
- Place importante dans le diagnostic de la tuberculose

DISCUSSIONS (4/5)

Aspects évolutifs

- ❖ **Durée moyenne d'hospitalisation : 17 jours**
 - **Diallo MB** 28 jours ; **Idbarka** 24,5 jours et **Ka Daye** 26 jours
 - Vulgarisation du GeneXpert / Raccourci la durée d'hospitalisation
- ❖ **Évolution favorable : 72%**
 - **Dye et al.** 71,1 à 74,4% en Afrique / recommandations OMS et PNT d'environ 80%
- ❖ **Mortalité : 24,6%**
 - **Diallo** 27,8% ; **Elguennouni** 25,6% / **Ngama et al.** 8,75% ; **Eholie et al.** 11%
 - Recours aux soins tardif et richesse en formes extra-pulmonaires.

DISCUSSIONS (5/5)

Facteurs associés au décès

❖ **Diabète sucré :**

- **Touré NO et al.** diabétiques (18%) / non diabétiques (06%)
- Déterminants sociaux : 0,4 million de cas de tuberculose

❖ **Durée d'hospitalisation :**

- Survenue de complications et d'infections intercurrentes, d'infections associées aux soins et de complications de décubitus.

CONCLUSION

- ❖ La TB reste une maladie grave même chez les patients séronégatifs au VIH malgré la gratuité du traitement.
- ❖ La mortalité reste élevée dans notre série et était liée à plusieurs facteurs.
- ❖ Une meilleure connaissance de ces facteurs permettrait de mieux orienter les stratégies de prise en charge afin de réduire la morbi-mortalité liée à la tuberculose.

REMERCIEMENTS /CONTACTS

- ✓ A tous nos patients
- ✓ A toute l'équipe du SMIT
- ✓ Au service de Médecine du CHR de Saint-Louis