



### Article original

#### Motifs d'hospitalisation des patients immunodéprimés au VIH dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré de Bamako

Reasons for hospitalization of immunocompromised HIV patients in the hepato-gastroenterology department of CHU Gabriel Toure of Bamako

A Maiga<sup>\*1</sup>, H Guindo<sup>2</sup>, O Malle<sup>1</sup>, SD Sanogo Epse Sidibe<sup>1</sup>, G Soumare<sup>1</sup>, Y Kassambara<sup>3</sup>, AA Drago<sup>4</sup>, M Tall Epse Maiga<sup>5</sup>, MY Dicko<sup>6</sup>, D Katile<sup>7</sup>, K Samake Epse Doumbia<sup>6</sup>, H Sow Epse Coulibaly<sup>6</sup>, A Konate<sup>6</sup>, MT Diarra<sup>6</sup>

#### Résumé

**Objectif :** Le but de ce travail était d'étudier les motifs d'hospitalisation des patients immunodéprimés au VIH.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude longitudinale prospective menée dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré du 1er Avril 2015 au 30 Septembre 2015.

**Résultats :** Nous avons colligé 60 patients immunodéprimés dont 41 femmes et 19 hommes avec un âge moyen de  $39,01 \pm 12,4$  ans. Les motifs d'hospitalisation étaient dominés par la diarrhée (26,66%), la toux (21,67%), la fièvre (18,33%) et l'altération de l'état général (13,33%). L'infection à VIH1 était prédominante avec 93,33%. Le taux moyen de lymphocytes T CD4 étaient moins de 200 cell/ $\mu$ L dans 73,33 % et la charge virale était détectable chez 60% des patients. La tuberculose (25%), la toxoplasmose cérébrale (21,66%), la pneumopathie bactérienne (20%) et les parasitoses digestives (20%) étaient les principales pathologies diagnostiquées.

**Conclusion :** L'infection à VIH occupe une place importante d'hospitalisation des patients dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient la diarrhée, la toux, la fièvre et l'altération de l'état général.

**Mots-clés :** Motifs d'hospitalisation, VIH, hépatogastro-entérologie, CHU Gabriel Touré.

#### Abstract

**Aim:** The goal of this work was to study the reasons for hospitalization of Immuno-compromised HIV patients.

**Methodologie:** This was a prospective longitudinal study carried out in the hepato-gastroenterology department of CHU Gabriel Touré from April 1, 2015 to september 30, 2015.

**Results:** We collected 60 immunocompromised patients including 41 women and 19 men with an average age of  $39.01 \pm 12,4$  years. The reasons for hospitalization were dominated by diarrhea (26.66%),

cough (21.60%), fever (18.33%) and deterioration of general condition 13.33%. HIV infection was predominant with 93.33%. the average CD4Tcell counts were less than 200 cells/ $\mu$ L in 73.33%, and the viral load was detectable in 60 % of patients. Tuberculosis 25%, cerebral toxoplasmosis 21.66%, bacterial pneumonia 20% and digestive parasitoses 20% were the main pathologies diagnosed.

Conclusion: HIV infection occupies an important place in the hospitalization of patients in the hepatogastroenterology department of CHU Gabriel Toure. The main reasons for hospitalization there were diarrhea, cough, fever, and deterioration of general condition.

Keywords: reasons for hospitalization, HIV, Hepato-Gastroenterology, CHU Gabriel Toure.

## Introduction

Depuis sa première description l'infection par le VIH est devenue une pandémie très préoccupante à l'échelon mondial (1). Le tropisme particulier du virus pour les lymphocytes a pour conséquence la déplétion lymphocytaire et donc la dégradation de l'immunité (2). Cet affaiblissement de l'immunité constitue un terrain favorable à l'implantation d'affections et d'infections opportunistes responsables des manifestations cliniques systémiques décrites au cours de l'infection (2).

Les manifestations pulmonaires furent les premières à attirer l'attention sur cette pathologie par la survenue de pneumocystose chez les adultes homosexuels (2). Les manifestations digestives sont très fréquentes car plus de 2/3 des malades présenteront une diarrhée au cours de l'infection par le VIH (3). Les manifestations cutanées sont aussi fréquentes et invalidantes (4). Le tropisme également neurologique du virus contribue à des atteintes diverses de ce système comprenant à la fois une dégénérescence corticale, et le développement d'affections et d'infections opportunistes (5).

Tous les autres systèmes de l'organisme peuvent être cibles d'affections et d'infections opportunistes (2).

Malgré l'apport inestimable des antirétroviraux sur l'évolution de la maladie, les pathologies iatrogènes sont rapportées (1).

Au Mali les premières descriptions sur l'infection sont lointaines (6). Au cours d'une étude les manifestations digestives étaient retrouvées chez 95% des malades (3). Dans une autre étude multicentrique les principaux motifs d'hospitalisation ont été les manifestations pulmonaires (44%), digestives (15%) et du tractus urinaires (10%) (7).

Nous avons ainsi entrepris ce travail dans le but d'étudier les motifs d'hospitalisation des patients immunodéprimés au VIH.

## Méthodologie

### • Patients

L'étude longitudinale prospective a porté sur les patients recrutés du 1er avril 2015 à septembre 2015 dans le service d'Hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré. Ont été inclus dans l'étude les patients hospitalisés ayant une sérologie positive au VIH et d'âge supérieur ou égal à 16 ans.

### • Méthodes

\* Examen clinique : tous les patients colligés ont bénéficié d'un examen clinique complet.

\* L'interrogatoire a permis de décrire les signes de la maladie au moment de l'hospitalisation, rechercher les antécédents liés à l'infection par le VIH,

\* L'examen physique d'apprécier l'état général du patient, son poids, de rechercher systématiquement une atteinte de tous les organes.

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête avant d'être analysées par le logiciel Epi info version 6. Le test de comparaison a été le chi2 (test significatif si  $P < 0,05$ ).

## Résultats

Durant la période d'étude, du 1er avril 2015 à septembre 2015 nous avons colligé 60 cas d'infection à VIH 41 femmes et 19 hommes soit un sexe ratio de 0,46 (tableau I). L'âge moyen de nos patients

était de 39,01 ± 12,4 avec des extrêmes de 18 ans et 87 ans (tableau I). La diarrhée, la toux, la fièvre étaient les principales motifs d'hospitalisation des patients avec des taux respectifs 26,66%, 21,66%, et 18,34%(tableau II).Le VIH 1 était prédominant avec une fréquence de 93,3% (tableau III). La plus grande partie de nos malades (73,33%) avait un taux de CD4 à l'admission < 200 cellules/mm3 (tableau IV) et la charge virale était détectable dans 60% des cas (tableau IV). Les principales pathologies diagnostiquées étaient la tuberculose (25%), la toxoplasmose cérébrale (21,66%), la pneumopathie bactérienne (20 %) et les parasitoses opportunistes digestives 20 % (tableau V).

Tableau I : Répartition des patients en fonction du sexe et la tranche d'âge (n=60)

Sexe	Effectif (en nb)	Fréquence (en %)
Féminin	41	68,30
Masculin	19	31,70
Tranche d'âge (année)	Effectif (en nb)	Fréquence (en %)
16-30	16	26,70
31-45	30	50
46-60	8	13,30
> 61	6	10

Tableau II : Répartition des patients en fonction des motifs d'hospitalisation

Motifs d'hospitalisation	Effectif (en nb)	Fréquence en (%)
Diarrhée	16	26,66
Toux	13	21,66
Fièvre	11	18,34
AEG	08	13,34
Vomissement	06	10
Céphalée	03	5
Dysphagie	03	5
Total	60	100

AEG : Amaigrissement, anorexie, asthénie.

Tableau III : Répartition des patients en fonction du type de VIH

Type de VIH	Effectif (en nb)	Fréquence (en %)
VIH 1	56	93,33
VIH 2	03	05
VIH 1+ VIH 2	01	01,70
Total	60	100

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du taux de lymphocyte CD4 et la charge virale à leur admission (n=60)

Taux de CD4	Effectif (nb)	Fréquence (en %)
< 200 cellules/mm <sup>3</sup>	44	73,33
200 -350 cellules/mm <sup>3</sup>	11	18,33
350-500 cellules/mm <sup>3</sup>	03	05
> 500 cellules/mm <sup>3</sup>	02	03,34
Charge virale	Effectif (nb)	Fréquence (en %)
Détectable	36	60
Indétectable	24	40

Tableau V : Répartition des patients en fonction du diagnostic retenu

Diagnostic retenus	Effectif (nb)	Fréquence (en %)
Tuberculose	15	25
Toxoplasmose cérébrale	13	21,66
Pneumopathie bactérienne	12	20
Parasitoses opportunistes digestives	12	20
Diagnostic non étiqueté	08	13,34

## Discussion

Notre étude longitudinale et prospective a permis de colliger 60 cas d'infection à VIH sur une période de six mois. L'infection à VIH a représenté 17,29% des malades hospitalisés dans le service au cours de la période de l'étude. Ce taux est comparable à celui de Coulibaly [8] et Ba [9] qui trouvaient chacun 20% mais inférieur à celui de Coulibaly H [10] à 68% dans le service de maladie infectieuse du point G.

Nous avons constaté une prédominance féminine avec 68,3%. Ce résultat est comparable à celui de Coulibaly H [10] et Sylla et al [11] qui avaient trouvé respectivement 60% et 70%. Ce taux élevé du sexe féminin pourrait s'expliquer d'une part, par leur plus grande susceptibilité physiologique à contracter les infections et d'autre part du fait que les femmes prédominent dans la population générale mais aussi par certaines pratiques de la société malienne (lévirat, sororat, polygamie).

L'âge moyen des patients dans notre étude était de 39,01 ±12,4 ans, et 85 % des patients avaient moins de 50 ans. Dans la sous-région, Bissagnéné

et al. [12] en Côte d'Ivoire rapportait que 75 % des adultes jeunes dans leur service étaient hospitalisés pour sida. Ceci confirme la tendance de l'épidémie de l'infection à VIH dans la sous région à affecter essentiellement les adultes jeunes en Afrique subsaharienne. Cette tendance a été aussi confirmée par les statistiques de l'ONUSIDA [1] faisant de la pandémie du VIH un problème de développement. Il est ressorti de notre étude un polymorphisme des motifs d'hospitalisation au cours de l'infection à VIH. La diarrhée (26,66%), la toux (21,66%), la fièvre (18,34%) et l'altération de l'état général (13,34%) étaient les symptômes prédominants. Ce résultat est comparable à celles observées dans les études de Yehia [13] et Meli [14] qui avaient trouvés : la diarrhée (19,67%), la toux (18,67%), la fièvre (15,33%) et l'amaigrissement (15%). Ces symptômes constituaient les signes majeurs de Sida. Ce polymorphisme clinique confirme les atteintes multiviscérales au cours du VIH. L'infection à VIH1 était prédominante dans notre étude avec 93,33 %. Cette fréquence dans notre échantillon est comparable à celles retrouvées par d'autres auteurs

au Mali [13, 14] avec 96%. Il faut signaler que le VIH1 est le serotype prédominant au Mali [3] et dans le monde [1].

Dans 73,33 % des cas, nos patients avaient moins de 200 cell/ $\mu$ l avec une moyenne des lymphocytes TCD4 à 161 cell/ $\mu$ l. Ainsi dans une étude de cohorte au Sénégal, Etard et al [15] rapportaient que 39 et 55 % des patients VIH étaient pris en charge respectivement aux stades B et C et avaient une moyenne de lymphocytes T CD4 = 128 cell/ $\mu$ l. Aussi Moh et al. [16] en Côte d'Ivoire rapportaient que 29% des patients avaient moins de 200 cell/ $\mu$ l, avec une moyenne de TCD4 de 252 cell/ $\mu$ l. Ailleurs, en Inde le même constat a été fait par Sharma et al. [17]. Certains auteurs ont cherché les raisons de ce recours tardif. Ainsi en 2007, au Mali, Koty [18] avait rapporté que 80% et 51% des patients dans sa série auraient eu recours respectivement à l'automédication et à la médecine traditionnelle. Dans la série de Manga et al. [19] il ressort que 68 % des patients auraient eu recours à la médecine traditionnelle.

Plus de la moitié des patients (63,3%) hospitalisés de notre étude était déjà sous traitement antirétroviral et avait une charge virale détectable (CV>50copies/ml) dans 60 %. Ce constat démontre encore le retard au diagnostic voire de prise en charge de l'infection à VIH chez ces patients ou aussi par la mauvaise observance ou l'échec du traitement chez les patients.

La tuberculose a été retrouvée chez 25% des patients suivie de la toxoplasmose cérébrale à 21,66%, des pneumopathies bactériennes 20% et les parasitoses opportunistes digestives représentaient 20%. Ce résultat a été retrouvé chez Yehia [13] qui a trouvé 32,2% d'infection tuberculeuse, la même proportion a été retrouvée dans les études de Maïga al. et de C Moreau [3,20]. Cette prédominance de la tuberculose s'explique probablement par le retard dans le diagnostic, l'immunodépression et l'évolution naturelle de la maladie [21].

## **Conclusion**

L'infection à VIH occupe une place importante d'hospitalisation des patients dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré.

Il existe un polymorphisme clinique avec des atteintes multifocales au cours de cette affection.

Les principaux motifs d'hospitalisation étaient la diarrhée, la toux, la fièvre et l'altération de l'état général et les diagnostics retenus étaient la tuberculose, la toxoplasmose cérébrale, la pneumopathie bactérienne et les infections opportunistes digestives.

**Contributions** : Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit et ont lu et approuvé la version finale.

---

## **\*Correspondance**

Maïga Abdoulaye

[abdoulaye1988@yahoo.fr](mailto:abdoulaye1988@yahoo.fr)

**Disponible en ligne** : 15 Janvier 2024

- 1 : Service d'Hépatogastroentérologie du CHU du Point G Bamako-Mali ;
- 2 : Service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital de Gao, Mali ;
- 3 : Service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital de Tombouctou, Mali ;
- 4 : Unité d'endocrinologie, de diabétologie et de Nutrition du centre de santé de référence de la commune 1 du district sanitaire de Bamako ;
- 5 : Centre de santé de référence de Koutiala, Mali ;
- 6 : Service d'Hépatogastroentérologie du CHU Gabriel
- 7 : Service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital de Kayes.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

**Conflit d'intérêt :** Aucun

## Références

- [1] Rapport ONUSIDA 2014 : sortir le sida de son isolement. ( consulté le 3/5/ 2015 à 19h16. <http://www.unaids.org>).
- [2] Aubry P. Le sida tropical (infection par le VIH/ SIDA sous les tropiques). Médecine tropicale (Actualités 2015). [mise à jour le 7/01/2015, [http://medecinetropicale.free.fr/cours/sida\\_tropical](http://medecinetropicale.free.fr/cours/sida_tropical)].
- [3] Maïga MY, Dembelé MY, Traore HA, Kouyaté M, Traoré AK, Maïga II et al. Manifestations digestives du sida chez l'adulte au Mali. Bull Soc Pathol Exot 2002 ; 95 : 253-6.
- [4] Anglaret X. Affections opportunistes sévères de l'adulte infecté par le VIH en Afrique subsaharienne. Med Trop 2006 ; 66 : 343-345.
- [5] Kouassi B, Giordano C, Bao YF, Piquema LM. Manifestations neurologiques associées à l'infection VIH à Abidjan. Neurologie tropicale. Aupelf-Uref. Paris : John Libbey Eurotext 1993 ; 97-107.
- [6] Pichard E, Guindo A, Grossetete G, Fofana Y, Maïga YI, Koumaré B et al. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Mali. Med Trop 1988;48: 345-349.
- [7] Disease patterns and causes of dead of hospitalized HIV positive adults in West africa : a multicountry survey in the antiretroviral treatment era : <http://www.jiasociety.org/jias/article/view/18797>.
- [8] Coulibaly D. Causes de décès des patients sous traitement antirétroviral dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital du Point G à Bamako Thèse, Med, Bamako, 2006 ; 81.
- [9] Ba SB. Etude de la problématique diagnostique de la tuberculose en milieu hospitalier du CHU 'Point G' Thèse, Med, Bamako, 2008 ; 142.
- [10] Coulibaly H. Echec du traitement Antirétroviral (ARV) chez les patients sous la 2ème ligne suivis au Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de Conseils pour les personnes vivant avec le VIH /SIDA (CESAC) de Bamako. Thèse, Pharm., Bamako 2011. 118 p ; N°37.
- [11] Sylla O, Laniece T, Sow Nk, Bald, N'diaye M. Antirétroviral treatment initiative in Senegal: financial accessibility of the national program and patients contributions levels. 13ème international AIDS conférence. Durban 2000, 9-14 Jul; Abstract 4585.
- [12] Bissagnéné E, Die kacou H, Aoussi EF. Guide diagnostic et thérapeutique de l'infection à VIH en Afrique. 2nd ed. Abidjan : Gut ; 1999.
- [13] YEHIA Y. Morbidité et mortalité des patients infectés par le VIH/SIDA hospitalisés dans le Service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G Thèse, Med, Bamako.2012 ; N°108
- [14] Meli T Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutique du VIH/SIDA chez les personnes du 3ème âge. Thèse, Med, Bamako.2014 ; N°58.
- [15] Moh R, Danel C, Messou E, Ouassa T, Gabillard D, Anzian A and al. Incidence and determinants of mortality and morbidity following early antiretroviral therapy initiation in HIVinfected adults in West Africa. AIDS 2007; 21:2483-91.
- [16] Etard JF, Ndiaye I, Thierry-mieg m, Gueye NF, Gueye PM, Laniece I and al. Mortality and causes of death in adults receiving highly active antiretroviral therapy in Senegal: a 7-year cohort study. AIDS 2006; 20:1181-9.
- [17] Sharma SK, Tamilarasu K, Amit B, Goyal T, Bhatia I, Saha PK. Spectrum of clinical disease in a series of 135 hospitalised HIV-infected patients from north India. BMC Infectious Diseases 2004; 4 (52): 1471-2334.
- [18] Koty C. Itinéraire thérapeutique des patients atteints de VIH/SIDA admis au service des maladies Infectieuses du centre hospitalier universitaire du Point 'G'. Thèse, Med, Bamako, 2007 ; 85.
- [19] Manga NM, Diop SA, Ndour CT, Dia NM, Mendy A, Coudec M et al. Dépistage tardif de l'infection à VIH à la clinique des maladies infectieuses de Fann Dakar : circonstances de diagnostic, itinéraire thérapeutique des patients et

facteurs déterminants. *Med Mal Infect* 2009 ; 39 (2) : 95-100.

[20] Moreau C., S. Courtial-Destembert, G. Leblanc, J.M. Nadal, Bourdillon Caractéristiques des personnes infectées par le VIH récemment dépistées, prises en charge à l'hôpital en 1998. *Bull Epidemiol hebdo* 2000; 30:1-6

[21] H. Cissé Aspects cliniques et évolutifs de la maladie de Kaposi chez les patients infectés par le VIH/SIDA en milieu hospitalier de Bamako. Thèse de médecine 2006. .

**Pour citer cet article :**

A Maiga, H Guindo, O Malle, SD Sanogo Epse Sidibe, G Soumare, Y Kassambara et al. Motifs d'hospitalisation des patients immunodéprimés au VIH dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré de Bamako. *Jaccr Africa* 2024; 8(1): 134-140