



Article original

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'infection à VIH, chez le sujet diagnostiqué à 50 ans et plus

Epidemiological, clinical, therapeutic and progressive aspects of HIV infection with patients diagnosed at age 50 and above

I Ayouba Tinni*¹, M Amadou Gado¹, M Daou^{2,4}, Y Hanki¹, S Moussa Saley¹, M Douchi Mahamadou⁵, BM Boulama Malam¹, YZ Kossi Odjo Dogbé¹, E Adehossi^{3,4}

Résumé

Introduction : Au Niger, selon l'ONUSIDA il y a 36 milles patients vivant avec le VIH en 2019 avec une séroprévalence de 0,40% chez les adultes âgés de 15 à 49 ans. Il n'existe pas des données chez le sujet âgé de 50 ans et plus souvent oublié dans les programmes de lutte contre la pandémie du VIH.

Objectif : Ce travail a été conduit afin de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'infection à VIH chez le sujet diagnostiqué à 50 ans et plus.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur l'exploitation des dossiers des patients suivis, diagnostiqués à 50 ans et plus, de janvier 2005 au 29 mai 2019 au service des maladies infectieuses de l'Hôpital National de Niamey.

Résultats : Sur les 767 patients de la file active, 130 étaient âgés d'au moins 50 ans soit 16,95% dont 84 sont des hommes et 46 des femmes, le sex-ratio est de 1,83. L'âge moyen était de 55,68 ans pour des extrêmes de 50 et 73 ans. Les analphabètes sont au nombre de 99 (76,2%). Quatre patients (3,1%) sont hypertendus. Cent seize patients sont infectés par le VIH1 (89,2%), 10 par le VIH2 (7,7 %) et 4 ont une

infection duale (3,1%). Quatre-vingt-seize avaient au moins une infection opportuniste (73,5%). Dix patients (7,7%) ont une co-infection VIH-VHB. Le taux de CD4 médiane à l'inclusion est de 132 cellules/mm³. Sur le plan thérapeutique tous les patients étaient sous 1ère ligne. La prophylaxie au cotrimoxazole a été instaurée chez 42 patients (32,3%). La médiane du dernier dosage de taux de CD4 est de 420.50 cellules/mm³. La charge virale est indétectable chez 26 patients (55,31%) sur les 47 patients qui avaient un dosage récent de la charge virale. Onze patients (8,5%) sont décédés.

Conclusion : Loin d'être à l'abri de l'infection à VIH les sujets du troisième âge doivent faire l'objet d'une attention particulière du fait de leur état physiologique indépendamment du VIH.

Mots-clés : VIH, sujet diagnostiqué à 50 ans et plus, Niamey, Niger.

Abstract

Introduction: In Niger, according to UNAIDS, there are 36 thousand patients living with HIV in 2019 with a seroprevalence of 0.40% among adults aged 15 to 49 years. There is no data available in the 50-year-old

and more often forgotten in HIV pandemic programs. Objective: This work was undertaken to examine the epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary features of HIV infection with patients aged 50 years and above.

Methodology: This is a retrospective study which is based on the exploitation of the patients' records, diagnosed at age 50 and above, from January 2005 to 29 May 2019 in the department of infectious diseases at the National Hospital of Niamey.

Results: Out of the 767 patients in the active file, 130 were at least 50 years old, i.e. 16.95%, 84 of whom are male and 46 are female, the sex ratio is 1.83. The average age was 55.68 years for extremes of 50 and 73 years. There are 99 illiterate patients (76.2%). Four patients (3.1%) are hypertensive. One hundred and sixteen patients are infected with HIV1 (89.2%), 10 with HIV2 (7.7%) and 4 have a dual infection (3.1%). Ninety-six had at least one eastern opportunistic infection (73.5%). Ten patients (7.7%) have HIV-HBV co-infection. The average CD4 count for inclusion is 132 cells/mm³. On the therapeutic level, all patients are on the first line therapeutic at admission. Co-trimoxazole prophylaxis was introduced in 42 patients (32.3%). The average of the last CD4 level dosage is 420.50 cells/mm³. The viral load is undetectable in 26 patients (55.31%) of the 47 patients who had a recent viral load assay. Eleven patients (8.5%) died.

Conclusion: Far from being immune to HIV infection, elderly patients should be given special attention because of their physiological condition regardless of HIV.

Keywords: HIV, patient diagnosed at age 50 and above, Niamey, Niger.

Introduction

Durant la dernière décennie, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les personnes âgées de 50 ans et plus a fait l'objet de plusieurs études conduites dans les pays développés, qui ont constaté une tendance à l'augmentation

du nombre de découvertes d'infection à VIH chez les personnes de cette classe d'âge du fait de l'amélioration de son environnement sanitaire [1-7]. Dans l'ensemble des pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen (EU/EEE), ce nombre, rapporté à la population générale du même âge, a augmenté en moyenne de 2,1% chaque année entre 2004 et 2015[4].

Au Niger, selon l'ONUSIDA en 2019 il y a 36 milles patients vivant avec le VIH, 1700 nouvellement infectés et 1200 décès liés au VIH tout âge et tous sexes confondus.

La littérature scientifique dispose de très peu de données relatives à l'infection du VIH chez le sujet diagnostiqué à 50 ans et plus en Afrique en général et au Niger en particulier.

L'objectif général de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'infection à VIH, chez le sujet diagnostiqué à 50 ans et plus à l'hôpital national de Niamey et plus précisément au service des maladies infectieuses Pavillon Raymond Madras.

Méthodologie

Cadre et type d'étude

Notre étude s'est déroulée à l'Hôpital National de Niamey (HNN) au niveau du service des maladies infectieuses Pavillon Raymond Madras : service référant pour les patients vivant avec le VIH (PVVIH). Il s'agit d'une étude rétrospective allant de Janvier 2005 au 29 Mai 2019 à propos de 130 cas tous sexes confondus.

Matériels

Notre matériel d'étude était composé de :

Dossiers des patients séropositifs diagnostiqués à 50 ans et plus hospitalisés ou admis en consultation au niveau du service Pavillon Raymond Madras.

Une fiche d'enquête où les données sont enregistrées (voir Annexe).

Le logiciel Statistical Package for Social Science (SPSS) dans sa version 20.0 et le pack Microsoft office dans sa version 2016 nous a permis l'analyse et

la saisie des données.

Population d'étude

Les patients inclus dans notre étude sont des patients séropositifs diagnostiqués à 50 ans et plus, tous sexes confondus hospitalisés ou admis en consultation au niveau du service Pavillon Raymond Madras.

La communauté scientifique internationale considère comme âgée la personne atteinte de VIH à partir de 50 ans [8-9].

Variables analysées

Pour chaque patient, les variables suivantes ont été analysées :

Variables sociodémographiques : âge, sexe, situation matrimoniale et Niveau d'instruction.

Comorbidité : HTA, diabète, Insuffisance rénale.

Bilan clinique à l'inclusion : état général, manifestations cliniques retrouvées à l'examen.

Bilan biologique à l'inclusion : charge virale, Taux de CD4

Thérapeutiques : Début du traitement, Durée du traitement, ARV, prophylaxie au cotrimoxazole.

Bilan de suivi : charge virale récente, taux de CD4 récente, Observance du traitement.

Evolution et pronostic : Amélioration clinique, Stationnaire, Aggravé, Décès, Perdu de vue.

Résultats

Nous avons recensé 767 PVVIH au moment de notre étude suivis dans le service Pavillon Raymond Madras dont 130 âgés de 50 ans et plus au moment du diagnostic soit une prévalence de 16,95% dont la répartition en fonction des variables donne les résultats suivants :

La prédominance masculine était nette avec un sex-ratio de 1,82 homme pour 1 femme. La moyenne d'âge était de 55,68 avec des extrêmes de 50 et 73 ans. La tranche d'âge la plus touchée était de 50 à 54 ans avec 73 patients soit 56,2% et la moins touchée était celle de 70 ans et plus avec 5 patients soit 3,8%. Situation matrimoniale : les mariés étaient les plus représentés avec 32 patients soit 24,6% suivi des veufs avec 8 patients soit 6,2%. La situation matrimoniale

n'était pas précisée chez 83 patients soit 63,8%. Parmi les mariés, les monogames étaient les plus représentés avec 31,3%, le régime du mariage n'a pas été précisé chez 17 patients sur les 32 mariés soit 53,1%.

Selon le niveau d'instruction : Les non scolarisées étaient les plus représentés avec 99 patients soit 76,2% ensuite ceux du supérieur avec 11 patients soit 8,5%. Ceux du primaire et du secondaire représentaient respectivement 6,9% et 3,8%. En outre, 4,6% de nos patients avaient fréquenté les écoles coraniques.

Selon les comorbidités : Parmi les 130 patients 124 étaient sans aucune comorbidités soit 95,4%, 4 étaient hypertendus soit 3,1% et 1 diabétique soit 0,8%. L'AgHBs était positif chez 10 des patients soit 7,7% et le dosage de l'anticorps anti HVC était négatif chez tous les patients.

Aspects cliniques : 61,53% des patients avaient un mauvais état général à l'admission. Les infections opportunistes étaient retrouvées chez 51 patients soit 39,2% et n'avait pas été précisé chez 79 patients soit 60,8%, les plus fréquentes des infections opportunistes étaient ; la tuberculose pulmonaire avec 27 cas soit 20,8% et les candidoses buccales avec 12 cas soit 9,2% et 73,5% des 51 patients avaient au plus une infection opportuniste à l'admission. A l'admission 32,3% des patients étaient au stade 4 de l'OMS et 27,7% au stade 3 de l'OMS (Tableau I).

Profil virologique : les 116 patients étaient infectés par le VIH1 soit 89,2%, 10 patients au VIH2 soit 7,7% et 4 patients pour la co-infection VIH1+VIH2 soit 3,1%. Aucun de nos patients n'avait bénéficié du dosage de la charge virale à l'inclusion. Le dosage du taux de CD4 a été fait à l'inclusion chez 106 des patients soit 81,5%. La médiane du taux de CD4 à l'inclusion est de 132 cellules/mm³. Sur les 106 patients qui avaient bénéficié d'un dosage du taux de CD4 à l'inclusion, 71 patients soit 66,98% avaient un taux de CD4 inférieur à 200 et 6 patients soit 5,67% avaient un taux de CD4 supérieur à 500 (Tableau II).

Aspects thérapeutiques : La durée médiane avant la mise sous traitement était de 0,40 mois avec des extrêmes de 0 et 14,47 mois.

Parmi nos patients, 30 (23,1%) avaient bénéficié de

changement de molécule de 1ère ligne et 7 patients avaient bénéficié de changement de ligne thérapeutique soit 5,4%. Quarante-deux patients (32,3%) avaient bénéficié de prophylaxie au cotrimoxazole. La médiane de la durée du traitement était de 47,11 mois avec des extrêmes de 0,30 et 167,70 mois.

Aspects évolutifs : Parmi nos patients 47 avaient bénéficié d'un contrôle récent de la charge virale soit 36,2% sur les 130 patients. Sur ces 47 patients qui avaient un dosage récent de la charge virale, 26 avaient une charge virale indétectable soit 55,31% (Tableau III). Soixante patients (46,20%) sur les 130 avaient bénéficié d'un contrôle récent du taux de CD4, la médiane du dosage récent du taux de CD4 était de 420.50 cellules/mm³ avec des extrêmes de 15 et 1277 et 24 patients sur les 60 soient 40% avaient un taux de CD4 supérieur à 500 et 14 patients sur les 60 avaient un taux de CD4 inférieur à 200 (Tableau IV). Cent-deux patients (78,6%) des avaient une bonne observance thérapeutique et 11 des patients étaient décédés soit 8,5% au cours de l'évolution.

Discussion

Dans notre étude, la prévalence de l'infection à VIH chez le sujet diagnostiqué à 50 ans et plus est de 16,95%. Cette fréquence serait sous-estimée, la découverte de la séropositivité se faisant en général tardivement dans cette tranche d'âge [10-11]. Nos résultats sont supérieurs à ceux de l'équipe de Coumé et al. au Sénégal qui avait retrouvé une prévalence de 8% sur une cohorte de 697 patients [12]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'étude de Coumé et al concernaient les patients âgés de 55 ans et plus [12].

Nos résultats sont proches de ceux de Mbopy-Kéou et al. au centre de traitement agréé de Bafoussam au Cameroun qui était de 14,10% [13].

Mais inférieurs à ceux de la série de Tran TC et al. en France qui avaient retrouvé une prévalence de 20% sur les 6003 personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2016 [7]. Pourcentage comparable à celui observé dans l'ensemble des pays

de l'UE/EEE soit 19% en 2016 [14]. Cette différence s'explique par la faible prévalence de l'infection à VIH dans la population générale au Niger qui est de 0,4% [15].

On avait une nette prédominance masculine 64,6% avec un sex-ratio de 1,82 alors qu'une tendance à la féminisation de l'infection est souvent observée après 50 ans [13-16]. Cette prédominance masculine a été retrouvée dans d'autres études notamment celle de Tran TC et al. en France en 2018 qui retrouvait 72% de sexe masculin [7]. Au Brésil une prédominance masculine 63,15% a été retrouvée par Torres TS et al. [17]. Smith RD et al. en Angleterre avaient retrouvé une prédominance masculine [18]. Cette prédominance du sexe masculin chez les personnes âgées de 50 ans et plus, peut s'expliquer dans notre contexte par le fait que les hommes sont sexuellement plus actifs sans compter l'influence de la polygamie contrairement aux femmes qui à cet âge sont exposées aux dyspareunies secondaires à la ménopause, en plus de l'influence de la religion.

L'HTA était la plus représentée des comorbidités avec 3,1% suivie du diabète avec 0,8%. Cette prédominance de l'HTA et du diabète a été retrouvé par Flexor G et al. en France avec respectivement 37% et 20%. Mbopi-Kéou et al. au Cameroun a retrouvé une prédominance de l'HTA à 54,5% [13], cette différence de pourcentage peut s'expliquer par le fait que Flexor G et al. ont réalisé leur étude chez des patients âgés de plus de 60 ans [19] contrairement à notre cohorte où la tranche d'âge la plus touchée était de 50 à 54 ans avec 73 patients soit 56,2%. Nos résultats sont différents de ceux de Coumé M et al. au Sénégal qui a retrouvé une prédominance de l'insuffisance rénale chronique modérée à sévère avec 33,9 % suivie par l'HTA et le diabète avec respectivement 25 % et 9 % [12] et de Torres TS et al. au Brésil en 2013 qui a retrouvé une prédominance des dyslipidémies à 52,4% suivie de l'HTA à 51,9% [17].

Les infections opportunistes étaient retrouvées chez 51 patients soit 39,2%. Coumé M et al. au Sénégal dans sa série avait retrouvé une prévalence des infections opportunistes chez 37 patients, soit 66 %

[12]. Il s'agit d'une forte prévalence comparée aux données européennes. Ces infections seraient liées au retard diagnostique, mais aussi à une plus grande susceptibilité à l'infection du fait des mauvaises conditions de vie (revenus faibles, faible niveau de scolarisation...) [12].

On note un retard diagnostique important dans notre série. En effet, selon la classification de l'OMS 32,3% des patients étaient diagnostiqués au stade 4 de l'OMS et 27,7% au stade 3 de l'OMS à l'admission, 71 patients soit 66,98% sur les 106 patients ayant eu un dosage de CD4 à l'inclusion avaient un taux de CD4 inférieur à 200. Ce retard diagnostique n'est pas spécifique des pays en développement où l'accessibilité aux soins demeure insuffisante [12]. Tran TC et al. en France [7], Noguéras et al. [14] en Espagne et Torres et al. [17] au Brésil soulignaient ce retard diagnostique. Ce retard peut être également expliqué par un moindre recours au dépistage systématique chez le sujet âgé. En effet, Tran TC et al. affirmaient dans leur étude que la réalisation d'un test de dépistage dans l'année précédant le diagnostic est moins fréquente chez les seniors que chez les plus jeunes, et que les seniors sont plus nombreux à n'avoir jamais été testés pour le VIH [7]. L'enquête KABP 2010 avait montré que seuls 32% des 45-54 ans ont la perception d'avoir un risque d'être contaminé par le VIH supérieur ou égal à la moyenne des gens [7-21]. Parallèlement, les professionnels de santé sont peut-être moins à l'aise pour discuter de sexualité avec leurs patients les plus âgés et sont probablement moins enclins à leur proposer un dépistage, car ils les considèrent peu exposés au risque d'infection par le VIH [5].

Aucun de nos patients n'avait bénéficié du dosage de la charge virale à l'inclusion. Ceci conformément au paquet minimum d'examen offerts par l'initiative nigérienne d'accès aux antirétroviraux (INAARV) à l'inclusion. Ceci peut s'expliquer également par le fait que les moyens ne sont pas toujours disponibles pour faire le dosage de la charge virale dans les pays en développement. En plus, depuis 2015 l'OMS a publié des lignes directrices mises à jour qui recommandent de dépister et de traiter sans attendre la charge virale

et le taux de CD4.

Dans notre étude 30 patients (23,1%) avaient été switch et 7 patients avaient bénéficié de changement de ligne thérapeutique soit 5,4%. Quarante-deux patients (32,3%) avaient bénéficié de prophylaxie au cotrimoxazole. La durée moyenne du traitement était de 58,43 mois. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Coumé M et al au Sénégal en 2014[72], de Mbopi-Kéou et al. au Cameroun en 2012[71] qui ont retrouvé respectivement 31,5 mois et 34,76 mois mais inférieures à ceux de Flexor G et al. en France en 2013[59], Torres TS et al. au Brésil en 2013[68] qui ont retrouvé respectivement 132 mois et 105,6 mois.

Dans notre étude l'état général s'était amélioré chez 74,6% des patients. En effet, parmi nos patients 47 avaient bénéficié d'un contrôle récent de la charge virale soit 36,2% sur les 130 patients. Sur ces 47 patients qui avaient un dosage récent de la charge virale, 26 avaient une charge virale indétectable soit 55,31%. Soixante des patients soit 46,20% sur les 130 avaient bénéficié d'un contrôle récent du taux de CD4, la médiane du dosage récent du taux de CD4 était de 420.50 cellules/mm³ et 24 patients sur les 60 soit 40% avaient un taux de CD4 supérieur à 500. Cette situation témoignerait de l'efficacité des programmes d'aide à l'observance et du suivi de proximité mis en œuvre au niveau des centres de traitement ambulatoire même si des progrès restent à faire pour l'atteinte des objectifs 90-90-90 définis lors de la Conférence de Melbourne en 2014 : Il s'agit d'atteindre, à l'horizon 2020, ou même 2030, 90 % de personnes porteuses du VIH informées de leur séropositivité, 90 % de personnes diagnostiquées ayant accès à une TARV et 90 % de patients traités avec une charge virale indétectable[22]. Par contre, 8,5% des patients étaient décédés au cours de l'évolution. Mbopi-Kéou et al. au Cameroun et Coumé M et al. au Sénégal [12], signalaient dans leurs séries respectives un taux de létalité similaire de 8,9% [13] et 7,14%. Cette mortalité est inférieure à celui de Flexor G et al. en France [19], Noguéras M et al. en Espagne [20] qui signalaient dans leurs séries respectives un taux de létalité de 14% et 13,9%. Cette mortalité

moins importante s'expliquerait par la taille de notre échantillon.

Limites du travail : Comme toute étude scientifique nous avons constaté des insuffisances dans la gestion des dossiers :

- Remplissage incomplet des dossiers
- Irrégularité du bilan biologique
- Absence de mise à jour des dossiers.

L'analyse n'a porté que sur des données disponibles et est donc sujette à un biais de sélection dont l'effet sur les estimations est difficilement appréciable.

Conclusion

Cette analyse ciblée sur les seniors montre que le nombre de découvertes de séropositivité VIH continue à augmenter partout dans le monde et que l'infection est souvent diagnostiquée tardivement dans cette population. Le SIDA du sujet âgé est une réalité au Niger et doit faire partie du programme de prévention au même titre que celui des sujets jeunes afin de mieux contrôler la propagation de l'infection. La morbi-mortalité au cours de cette infection virale chronique chez les sujets du troisième âge est préoccupante dans les pays en voie de développement et au Niger en particulier, par conséquent les professionnels de santé doivent accorder une plus grande attention à cette frange de la population en évoquant l'infection à VIH devant toute symptomatologie inexplicée et une prise en charge spécifique de la personne âgée atteinte de VIH doit être intégrée dans les programmes de santé en Afrique et au Niger en particulier afin de réduire considérablement cette morbi-mortalité.

*Correspondance

Ismael Ayouba Tinni

iayoubatinni2@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Avril 2021

1 : Service de maladie infectieuse pavillon Raymond

Madras de l'hôpital national de Niamey.

- 2 : Service de médecine interne section homme de l'hôpital national de Niamey
- 3 : Service de médecine interne de l'hôpital général de référence section VIP
- 4 : Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Abdou Moumouni de Niamey-Niger.
- 5 : Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Zinder-Niger

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Iwuji CC, Churchill D, Gilleece Y, Weiss HA, Fisher M. Older HIV-infected individuals present late and have a higher mortality: Brighton, UK cohort study. *BMC Public Health*. déc 2013;13(1):397-406.
- [2] Davis T, Teaster PB, Watkins JF, Thornton AC, Alexander L, Zanjani F. A Qualitative Approach to Increasing HIV Prevention in Primary Care Settings for Older Adults: Perspectives From Primary Care Providers. *J Appl Gerontol*. juill 2018;37(7):840-55.
- [3] Tillman JL, Mark HD. HIV and STI testing in older adults: an integrative review. *J Clin Nurs*. août 2015;24(15-16):2074-95.
- [4] Tivoschi L, Gomes Dias J, Pharris A, Schmid D, Sasse A, Van Beckhoven D, et al. New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004–15: an analysis of surveillance data. *Lancet HIV*. nov 2017;4(11):514-21.
- [5] Pilowsky D, Wu L-T. Sexual risk behaviors and HIV risk among Americans aged 50 years or older: a review. *Subst Abuse Rehabil*. avr 2015;51-60.
- [6] HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 - 2017 data. Disponible sur: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2018-2017-data>.
- [7] Tran TC, Cazein F, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Lot F. Découvertes de séropositivité VIH chez les seniors

- en France, 2008-2016. *Bull. Épidémiol. Hebd.* 2018; (40-41):792-8.
- [8] Power L, Bell M, Freemantle M (2010) A national study of ageing and HIV (50 Plus). Joseph Rowntree Foundation
- [9] France-DGS: Étude sur la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec le VIH/sida 2013 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Etude_PVVIH_vieillissantes_mars_2013_DGS_Pleinsens.pdf
- [10] El-Sadr W, Gettler J. Unrecognized human immunodeficiency virus infection in the elderly. *Arch Intern Med.* 1995 Jan 23; 155(2):184-6.
- [11] Chiao EY, Ries KM, Sande MA. AIDS and the elderly. *Clin Infect Dis.* 1999 Apr; 28(4):740-5.
- [12] Coumé M, Faye A, Pouye A, Kane A, Diop TM. Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'infection à VIH chez le sujet âgé sénégalais. *Cah Année Gérontologique.* 1 sept 2014; 6 (3):97-101.
- [13] Mbopi-Kéou FX, Djomassi LD, Monebenimp F. Aspects descriptifs du VIH/SIDA chez les sujets âgés de 50 ans et plus suivis au Centre de
- [14] Traitement Agréé de Bafoussam - Cameroun. *Pan Afr Med J.* 14 août 2012; 12:107-10.
- [15] European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017. 2016 data. Stockholm: ECDC; 2017. 124 p. <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2017-2016-data15>. UNAIDS_FactSheet_fr.pdf. Disponible sur: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf
- [16] Déguénonvo LF, Audrey Diop SA, Vedogbeton A, et al. Bilan de la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH dans un centre de dépistage volontaire et anonyme au Sénégal. *Santé Publique* 2011 4: 297-304.
- [17] Torres TS, Cardoso SW, Velasque LS, Marins LMS, de Oliveira MS, Veloso VG, et al. Aging with HIV : an overview of an urban cohort in Rio de Janeiro (Brazil) across decades of life. *Braz J Infect Dis.* mai 2013; 17(3):324-31.
- [18] Smith RD, Delpech VC, Brown AE, Rice BD. HIV transmission and high rates of late diagnoses among adults aged 50 years and over: AIDS. août 2010; 24(13):2109-15.
- [19] Flexor G, Zucman D, Berthé H, Meier F, Force G, Greder-Belan A, et al. Vieillesse et infection par le VIH : suivi de 149 patients âgés de plus de 60 ans infectés par le VIH. *Presse Médicale.* mai 2013; 42(5):145-52.
- [20] Nogueras M, Navarro G, Antón E, Sala M, Cervantes M, Amengual M, et al. Epidemiological and clinical features, response to HAART, and survival in HIV-infected patients diagnosed at the age of 50 or more. *BMC Infect Dis.* déc 2006; 6(1):159-167.
- [21] Saboni L, Beltzer N. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes IReSP-DGS. *Bull. Épidémiol. Hebd.* 2012; (46-47):525-9.
- [22] (Synthèse) Savoir, c'est pouvoir. Connaitre son statut sérologique, connaître sa charge virale. Disponible sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc2940_knowledge-is-power-summary_fr.

Pour citer cet article :

I Ayouba Tinni, M Amadou Gado, M Daou, Y Hanki, S Moussa Saley, M Douchi et al. Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'infection à VIH, chez le sujet diagnostiqué à 50 ans et plus. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 59-65