

Chirurgie et VIH en zone rurale tropicale

Expérience de l'Hôpital régional de Saint-Louis du Sénégal

J.D.G. AVAKOUDJO¹, G.E.A. PODA², F.G. OTIOBANDA³, J. TENDENG¹, A. DIENG², O. SY³, A.L. NDAW¹

Résumé

Objectif : L'objectif de notre travail était d'analyser le profil des affections chirurgicales présentées par les personnes vivant avec le VIH en zone rurale et de susciter le dépistage de l'infection à VIH dans les services de chirurgie.

Malades et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective de 2006 à 2008 au centre hospitalier régional de Saint-Louis (Sénégal). La population d'étude était constituée par les personnes vivant avec le VIH suivies dans le cadre de l'initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux. Nous avons inclus celles qui avaient présenté des affections ayant nécessité une prise en charge dans le service de chirurgie générale.

Résultats : Sept patients ont été colligés dont 5 femmes et 2 hommes (ratio H/F : 0,4). La moyenne d'âge était de 46 ans avec des extrêmes de 42 ans et 53 ans. Six patients étaient VIH-1 et un patient était VIH-1+2. Cinq étaient sous traitement antirétroviral. Les pathologies rencontrées étaient dominées par les affections suppuratives : pyopneumothorax (2 cas), pleurésie purulente (1 cas), adénite suppurée (1 cas), ulcère du membre inférieur (1 cas), un cas de lithiase vésiculaire compliquée de péritonite post opératoire et un cas de fistule vésico-vaginale. Deux décès ont été enregistrés au décours de l'acte chirurgical. Le taux moyen de CD4 était à 200/mm³ avec des extrêmes de 53/mm³ et 380/mm³.

Conclusion : Il s'agit d'une étude pilote qui montre une prédominance des suppurations dans les affections chirurgicales des personnes vivant avec le VIH dans un hôpital régional en zone tropicale.

Abstract

Surgery and HIV in rural tropics: experience of the Regional Hospital in Saint Louis, Senegal

Introduction : The aim of our study was to analyze the profile of surgical affections from people living with HIV in rural areas and encourage screening for HIV infection in surgical units.

Patients and methods : This was a retrospective study from 2006 to 2008 at the Regional Hospital of Saint Louis (Senegal). The study population consisted of persons living with HIV followed in the Senegalese initiative for access to antiretroviral therapy. We have included those who suffered from diseases requiring cares in the general surgical unit.

Results : Seven patients were collected including 5 women and 2 men (H/F ratio: 0.4). The average age was 46 years ranging from 42 years to 53 years. Six patients were HIV-1 and one patient was HIV-1+2. Five were receiving antiretroviral therapy. Pathologies were dominated by suppurative diseases: pyopneumothorax (2 cases), empyema (1 case), suppurative lymphadenitis (1 case), ulcer of lower limb (1 case), one case of cholelithiasis complicated with postoperative peritonitis and one case of vesico-vaginal fistula. Two deaths were recorded during the surgery. The average CD4 count was 200/mm³ with extremes of 53/mm³ and 380/mm³.

Conclusion : This is a pilot study that shows a predominance of abscesses in surgical diseases of people living with HIV in a regional hospital in the tropics.

1. *Scs chirurgie générale*
2. *Scs médecine interne*
3. *Scs anesthésie et de réanimation polyvalente*
Centre hospitalier régional De Saint-Louis, Sénégal

Mots-clés :
VIH, affections suppuratives, chirurgie

Keywords :
HIV, suppurative diseases, surgery

Introduction

Les manifestations classiques attendues au cours de l'infection à VIH/SIDA sont les infections opportunistes. De ce fait, peu de travaux sont faits autour des affections chirurgicales au cours de l'infection à VIH. Le but de notre travail était d'analyser le profil des affections chirurgicales présentées par les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) en zone décentralisée et de susciter le dépistage de l'infection à VIH dans les services de chirurgie.

Malades et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective de janvier 2006 à décembre 2008. Ce travail s'est déroulé au centre hospitalier régional de Saint-Louis (Sénégal, à 267 Km de Dakar). La population d'étude était constituée par les PVVIH suivies dans le cadre de l'initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux au niveau du service de médecine interne. Nous avons inclus dans cette étude les PVVIH qui avaient présenté des affections ayant nécessité une prise en charge dans le service de chirurgie générale du même hôpital. Pour chaque patient inclus nous avons recueilli les données épidémiologiques (état civil, antécédents), les données cliniques (affection chirurgicale diagnostiquée), les données immunologiques (taux de

lymphocytes TCD4) et les modalités évolutives. La saisie et l'analyse des données ont été faites grâce au logiciel Epi-info 6.0.

Résultats

Au 31 décembre 2008, 276 PVVIH avaient été suivies au service de médecine interne de l'hôpital de Saint Louis avec une file active de 183 patients. Sept patients ont été inclus dans notre étude (tableau I).

Il s'agissait de cinq femmes et deux hommes (sex-ratio H/F : 0,4). La moyenne d'âge était de 46 ans avec des extrêmes de 42 ans et 53 ans. Six patients étaient infectés par le VIH-1 et un patient infecté par VIH-1 et 2. Cinq patients étaient sous traitement antirétroviral au moment de la survenue des affections chirurgicales.

Les pathologies rencontrées étaient dominées par les affections suppuratives : pyopneumothorax (2 cas), pleurésie purulente (1 cas), adénite suppurée (1 cas), ulcère du membre inférieur surinfecté (1 cas). On notait également un cas de lithiase vésiculaire compliquée de péritonite post opératoire et un cas de fistule vésico-vaginale.

Tableau I : Récapitulatif des affections chirurgicales chez les personnes vivant avec le VIH au Centre Hospitalier Régional de Saint Louis au Sénégal

Patient	Age (ans)	Sexe	ARV	Affection chirurgicale	Geste chirurgical	Taux de lymphocytes TCD4/mm	Evolution
1	49	F	oui	Adénite suppurée	Mise à plat	380	Favorable
2	44	F	oui	Fistule vésico-vaginale	Cure de fistule par voie vaginale	274	Favorable
3	45	F	oui	Ulcère de membre inférieur surinfecté	Débridement	174	Favorable
4	42	F	oui	Cholécystite lithiasique	Cholécystectomie	301	Décès
5	44	M	oui	Pleurésie purulente	Drainage pleural	106	Favorable
6	53	M	non	Pyopneumothorax	Drainage pleural	123	Décès
7	45	F	non	Pyopneumothorax	Drainage pleural	53	Favorable

Le taux moyen de lymphocytes TCD4 était à $200/\text{mm}^3$ avec des extrêmes de $53/\text{mm}^3$ et $380/\text{mm}^3$. Nous rappelons que la charge virale plasmatique n'est pas classiquement dosée au Sénégal.

Deux décès ont été enregistrés au décours de l'acte chirurgical. Il s'agissait de la péritonite post cholécystectomie et d'un patient décédé à la réanimation au cours du drainage du pyopneumthorax.

Discussion

Les pathologies suppuratives pleurales et celles des tissus mous prédominant dans notre série, corroborent les constats effectués par MADIENG et coll. (1) qui avaient constaté à Dakar des prévalences élevées des pathologies suppuratives chez les PVVIH suivies en chirurgie. L'infection à VIH, du fait de l'immunodépression qu'elle entraîne est un terrain propice aux affections suppuratives.

Ainsi les sujets porteurs du VIH développent plus de complications post opératoires que les sujets séronégatifs et la mortalité post opératoire est plus élevée chez les PVVIH (2, 4).

Le taux de CD4 pré-opératoire a été retrouvé comme facteur pronostique dans la survenue de complication post opératoire. La baisse de l'immunité favorise une forte morbidité post opératoire. ALBARAN et coll. (3) ont ainsi rapporté une morbidité et une mortalité accrue lorsque le taux de CD4 était inférieur à $200/\text{ml}$ néanmoins le taux de CD4 n'est pas un facteur pronostique isolé.

La prise en charge des PVVIH en milieu chirurgical a toujours posé quelques problèmes à cause du risque de contamination du personnel soignant et des autres patients (5, 6). Ce problème semble accru dans les pays en voie de développement où toutes les conditions ne sont pas toujours réunies au bloc opératoire. L'usage des gants doit être la règle lors de tout contact

potentiel avec du matériel souillé. Une double paire de gants permet de réduire encore le risque d'exposition cutanée. Lors d'interventions de longue durée, le risque de perforation des gants augmente et il est conseillé de changer de gants toutes les deux heures. Un masque, des lunettes et une blouse de protection doivent être utilisés en cas de possibles projections. Les aiguilles ne doivent jamais être capuchonnées et tout matériel piquant ou tranchant doit être recueilli dans des conteneurs prévus à cet effet et tenus à proximité immédiate du lieu de travail.

En salle d'opération, le transfert de main à main d'objets tranchants ou coupants doit être proscrit. Le lavage des mains est indispensable immédiatement après le retrait des gants et en cas de contamination accidentelle. Les protocoles standardisés devront être définis afin de trouver les bonnes pratiques chirurgicales exposant au minimum le contact avec les liquides contaminants.

Les premiers gestes autorisés au jeune chirurgien en formation concernent, entre autre, les biopsies ganglionnaires, les mises à plat d'abcès, les débridements de tissus nécrotiques, or ces tissus sont, par excellence, des réservoirs de particules virales (7). Il faut insister donc sur l'acuité de fournir un encadrement éclairé aux jeunes internes de chirurgie qui sont susceptibles davantage de maladresse dans le champ opératoire.

La chirurgie non sanglante, à condition de disposer du plateau technique et de l'expertise, semble appropriée lorsque le risque de contamination est élevée. Citons à ce titre : la laparoscopie, l'électro-cautérisation à la place des incisions à la lame froide, la chirurgie endoscopique, l'utilisation d'agrafe et de colle biologique au lieu des sutures.

Conclusion

Les politiques sanitaires de sensibilisation et de prise en charge gratuite des personnes

vivant avec le VIH ont fait du VIH une affection chronique avec comme corolaire un accroissement de l'effectif des PVVIH candidates à un geste chirurgical. La seule attitude à requérir de la part de tout chirurgien et de son équipe est le respect des normes d'hygiène et

d'asepsie au bloc opératoire et dans les salles d'hospitalisation.

La susceptibilité de ces personnes immunodéprimées aux complications nécessite beaucoup de précautions dans leur prise en charge.

References

1. **DIENG M, BIBOUSSI A, GUEYE GAYE A, KONATE I, KA O, DIA A et al.** Aperçu des pathologies infectieuses associées au terrain du VIH dans un service de chirurgie générale. *Mali Médical*. 2007 ; 23 (1) : 5-9.
2. **DOUMGBA AD, KAMOUNE JN, NGARHIO L, ZOGUERH DD, DAN-HOURON J-M, NALI NM.** Chirurgie et VIH : impact de l'infection chez les malades opérés à Bangui (République Centrafricaine). *Santé 2006* ; 16 (3) : 173-176.
3. **ALBARAN RG, WEBBER J, STEFFES CP.** CD4 Cell counts as a prognostic factor of major abdominal surgery in patients infected with the human immunodeficiency virus. *Arch Surg*. 1998 ; 133 : 626-631.
4. **HORBERG MA, HURLEY LB, KLEIN DB, FOLLANSBEE SE, QUESENBERRY C, FLAMM JA et al.** Surgical outcomes in human immunodeficiency virus-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *Arch Surg*. 2006 ; 141 (12) : 1238-45.
5. **SALTZMAN DJ, WILLIAMS RA, GELFAND DV, WILSON SE.** The surgeon and AIDS: twenty years later. *Arch Surg*. 2005 ; 140 : 961-7.
6. **TRAORE O, YILBOUDO J, SANOU H, COULIBALY G, TIEMTORE S, SOUDRE RB.** Infection VIH et chirurgie orthopédique : aspects épidémiologiques cliniques et facteurs de risques dans le service d'orthopédie et de traumatologie du Centre Hospitalier National de Ouagadougou. *Méd. Afr. Noire*. 1997 ; 44 (1) : 31-33.
7. **WEISS ES, MAKARY MA, WANG T, SYIN D, PRONOVOST PJ, CHANG D et al.** Prevalence of blood-borne pathogens in an urban, university-based general surgical practice. *Annals of Surgery*, 241 (5) : 803-809, May 2005.