



PROFIL CLINIQUE, IMMUNOLOGIQUE ET VIROLOGIQUE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SUIVIES AU CHUD OUÈME-PLATEAU

Wanvoegbe FA¹, Attinsounon CA², Agbodande KA³, Kpoussou AR³, Ahogbehossou D¹, Alassani A², Koudjo C¹, Lafia A¹, Azon-Kouanou A³, Dovonou A², Zannou DM³, Hougbe F³.

1- Centre Hospitalier Universitaire et Départemental Ouémé-Plateau de Porto-Novo

2- Centre Hospitalier Universitaire et Départemental Borgou-Alibori de Parakou

3- Centre National Hospitalier Universitaire HKM de Cotonou

Auteur correspondant : Finangnon Armand WANVOEGBE wafinarm@yahoo.fr

RESUME

Introduction : L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une infection chronique caractérisée par la destruction progressive du système immunitaire par le virus. L'objectif de cette étude était de décrire le profil clinique, immunologique et virologique des personnes vivant avec le VIH et suivies au CHU Départemental Ouémé-Plateau de Porto-Novo. **Méthodes** : Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive couvrant la période du 1^{er} février 2016 au 1^{er} mai 2016. Il a été procédé à un recrutement exhaustif de toutes les personnes vivant avec le VIH suivies en ambulatoire ou hospitalisées dans le Service de Médecine Interne du CHUD-OP, âgées d'au moins 15 ans et ayant donné leur consentement éclairé. **Résultats** : Au total 301 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 42 ans \pm 10,3 ans, avec des extrêmes de 19 ans et 74 ans. Les tranches d'âge les plus représentées étaient celle des 35 à 45 ans (118 patients soit 39,2%) et celle des 25 à 35 ans (72 patients soit 23,9%). Cette population était majoritairement féminine (73,1 %), soit une sex-ratio de 0,37. Les enquêtés, dans 79,4 %, étaient en couple. Le stade clinique 3 de l'OMS était prédominant (47,8%). Parmi les pathologies associées, l'hypertension artérielle était la plus fréquente (18,6%). Parmi ces patients, 300 (99,7 %) étaient porteurs de VIH 1. La charge virale a été réalisée chez 177 (58,8 %) patients et s'est révélée indétectable chez 117 patients soit 66,1 % des cas. La numération des CD4 a été réalisée chez 298 (99 %) patients. Le nombre médian des CD4 était de 350 (Q1=206 ; Q3=504). Parmi les 301 PVVIH, 291 (96,68 %) étaient sous traitement antirétroviral. **Conclusion** : Cette population de personnes vivant avec le VIH est jeune et consulte tardivement.

Mots clés : VIH, taux de CD4, charge virale, Porto-Novo

ABSTRACT

Introduction : Human immunodeficiency virus (HIV) infection is a chronic infection characterized by the progressive destruction of the immune system by the virus. The objective of this study was to describe the clinical, immunological and virological profile of people living with HIV and monitored at the Ouémé-Plateau Departmental University Hospital in Porto-Novo. **Methods**: This was a cross-sectional and descriptive study covering the period from February 1, 2016 to May 1, 2016. An exhaustive recruitment was carried out of all people living with HIV followed on an outpatient basis or hospitalized in the Service of Internal Medicine of the CHUD-OP, at least 15 years old and having given their informed consent. **Results**: A total of 301 patients were included. The mean age was 42 \pm 10.3 years, with extremes of 19 and 74 years. The most represented age groups were that of 35 to 45 years (118 patients or 39.2%) and that of 25 to 35 years (72 patients or 23.9%). This population was predominantly female (73.1%), i.e. a sex ratio of 0.37. The respondents, in 79.4%, were in a relationship. WHO clinical stage 3 was predominant (47.8%). Among the associated pathologies, arterial hypertension was the most common (18.6%). Of these patients, 300 (99.7%) were carriers of HIV 1. Viral load was achieved in 177 (58.8%) patients and was undetectable in 117 patients, or 66.1% of cases. CD4 counts were performed in 298 (99%). The median CD4 count was 350 (Q1 = 206; Q3 = 504). Among the 301 PLHIV, 291 (96.68%) were on antiretroviral therapy. **Conclusion**: This population of people living with HIV is young and consults late.

Keywords: HIV, CD4 count, viral load, Porto-Novo

INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une infection chronique caractérisée par la destruction progressive du système immunitaire par ce virus [1]. Les cellules cibles du VIH sont celles présentant des récepteurs CD4 à leur surface. Ainsi, les lymphocytes TCD4+, les macrophages, les cellules dendritiques et les cellules microgliales cérébrales peuvent être infectées par le VIH. Il existe deux

principaux sérotypes de VIH : le VIH1 et le VIH2 [2]. Les signes cliniques de l'infection au VIH varient considérablement selon le stade de la maladie. En l'absence de traitement antirétroviral, la majorité des sujets infectés par le VIH évolue vers le SIDA, phase ultime de la maladie. L'Afrique subsaharienne continue de supporter le poids de l'épidémie mondiale du VIH/SIDA. En 2013, l'ONUSIDA y estimait à 24,7 (23,5-26,1) millions le nombre de personnes vivant

avec le VIH (PVVIH). En cette même année, 70% des nouvelles infections dans le monde, soit 1,5 million se retrouvaient dans cette région et 210 000 nouvelles infections au VIH étaient observées chez les enfants [3]. Au Bénin, la prévalence de l'infection par le VIH est restée stable à 1,2% depuis 2006 [4]. C'est dans ce contexte que cette étude a été initiée dans le but de décrire le profil clinique, immunologique et virologique des personnes vivant avec le VIH et suivies dans le Centre Hospitalier Universitaire et Département Ouémé-Plateau de Porto-Novo, capitale du Bénin.

METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive couvrant la période du 1^{er} février 2016 au 1^{er} mai 2016. Il a été procédé à un recrutement systématique de toutes les personnes vivant avec le VIH suivies en ambulatoire ou hospitalisées dans le Service de Médecine Interne du CHUD-OP. Les données étaient collectées grâce à un questionnaire subdivisé en deux (02) parties : la première partie concernait les données recueillies lors de l'entretien direct avec le patient et la seconde concernait les données recueillies lors du dépouillement du dossier médical du patient. Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 15 ans les jours de l'enquête, séropositifs au VIH, vus en consultation ou en hospitalisation durant la période d'étude, sous antirétroviraux ou non et ayant donné leur consentement éclairé. Les variables étudiées étaient : les données sociodémographiques, autres données de l'interrogatoire (le statut sé-

rologique à VIH du partenaire, la notion de consommation d'alcool, les tares associées : HTA, diabète sucré, drépanocytose, hémophilie ou autres), les données cliniques, immuno-virologiques et thérapeutiques. Ces données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel EPIINFO version 7 et STATA 11 après vérification de chaque fiche. Le traitement de texte, les tableaux et les graphiques ont été réalisés grâce aux logiciels Microsoft Word 2013 et Microsoft Excel 2013.

RESULTATS

Caractéristiques sociodémographiques

Au total 301 patients ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen était de 42 ans \pm 10,3 ans, avec des extrêmes de 19 ans et 74 ans. Les tranches d'âge les plus représentées étaient celle des 35 à 45 ans (118 patients soit 39,2%) et celle des 25 à 35 ans (72 patients soit 23,9%). (Figure 1). Cette population était majoritairement féminine (73,1 %), avec une sex-ratio de 0,37. Les enquêtés, dans 79,4 %, étaient en couple. Parmi ces derniers, 105 (43,9%) vivaient dans un foyer polygamique. Dans notre étude, 76,4% des patients étaient du niveau primaire et en dessous. Concernant les facteurs de risque, 295 enquêtés (98,0 %) avaient des rapports sexuels non protégés ; 173 (57,5 %) avaient des partenaires sexuels multiples ; 54 (66,7 %) hommes étaient circoncis hors milieu hospitalier ; une femme (0,5 %) était excisée ; 235 (78,1 %) avaient des scarifications traditionnelles et 53 (17,6 %) enquêtés ont été transfusés au moins une fois.

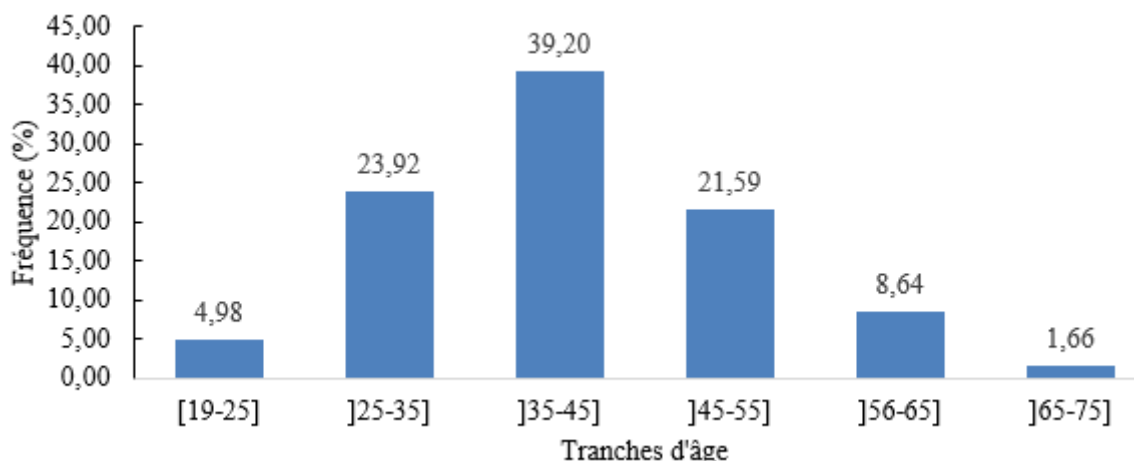


Figure1 : Répartition des PVVIH enquêtées au selon les tranches d'âge (n=301)

Profil clinique

Stade OMS

Le stade 3 était prédominant dans notre population d'étude (47,8%) (Figure 2).

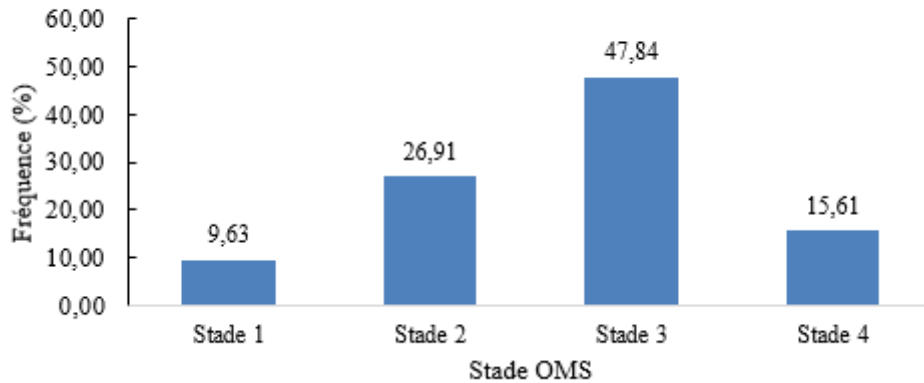


Figure 2 : Répartition des PVVIH enquêtées selon le stade OMS de l'infection (n=301).

Les co-morbidités

Parmi les pathologies associées, l'hypertension artérielle était présente chez 56 patients (18,6%) suivie de l'ulcère gastro-duodénal dans 13 cas (Tableau I).

Tableau I : Répartition des PVVIH enquêtées selon les co-morbidités

Variable	Effectif	Proportion (%)
HTA	56	18,6
Diabète sucré	11	03,7
Drépanocytose	05	01,7
Tuberculose	02	00,7
Asthme	03	01,0
Maladie hémorroïdaire	06	02,0
Ulcère gastro-duodénal	13	04,3

Profil immunologique

Parmi les 301 patients, 298 (99 %) avaient bénéficié de la numération des CD4. Le nombre médian des CD4 était de 350 cellules/mm³ (Q1=206 ; Q3=504). La figure 3 présente la répartition des enquêtés selon le nombre de lymphocytes T CD4.

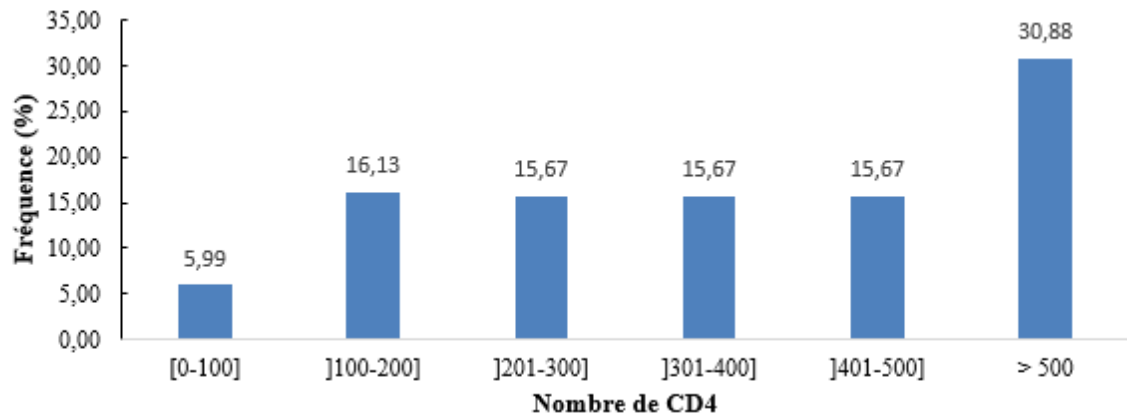


Figure 3 : Répartition des PVVIH enquêtées selon les tranches de numération des CD4 (n=298).

Profil virologique

Parmi les 301 enquêtés, 300 (99,7 %) étaient porteurs de VIH 1 et 1 (0,3 %) porteur du VIH 2. La charge virale a été réalisée chez 177 (58,8%) patients et s'est révélée indétectable chez 117 patients soit 66,1 % des cas. Le taux d'échec thérapeutique était estimé à 33,9% (60 patients). La co-infection VIH et virus de l'hépatite B était de 14,3%. Précisons que parmi les 301 PVVIH enquêtés, 291 (96,7%) étaient sous traitement antirétroviral.

DISCUSSION

Des 301 patients qui constituaient la population de cette étude, 220 étaient de sexe féminin soit une sex-ratio de 0,37. Cette féminisation de l'infection par le VIH s'expliquerait par une surestimation de la fréquence du VIH chez les femmes, liée à la faible fréquentation des hôpitaux par les hommes. Elle reste unanime dans la majorité des études mais en des proportions moins élevées, c'est-à-dire avec des sex-ratios plus élevées. Sehonou et al. [5] avaient retrouvé une sex-ratio à 0,74. Shimelis et al. [6] et Diop-Ndiaye et al. [7] avaient retrouvé des sex-ratios identiques de 0,80. Adewole et al. [8], Nagu et al. [9] et Dovonou et al. [10] avaient retrouvé néanmoins des sex-ratios assez proches de la nôtre. Leurs sex-ratios étaient respectivement de 0,40 ; 0,43 et 0,34. La tranche d'âge la plus atteinte par le VIH dans notre population d'étude était celle des adultes jeunes de 25 à 45 ans. Cette tranche d'âge qui représente la force productive surtout des pays en voie de développement, représente en effet 63,1% des patients de l'échantillon. Cette tranche d'âge constituait également la plus atteinte dans les populations étudiées par Sehonou et al. [5] et Dovonou et al. [10]. Les tranches respectives les plus atteintes selon Shimelis et al. [6], Jobarteh et al. [11] et Diop-Ndiaye et al. [7] étaient 20 à 29 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans. Dans notre échantillon, 76,4% des patients étaient du niveau primaire et en dessous. Il faut noter que le taux de scolarisation était assez faible dans cette commune et ses environs surtout chez les filles qui constituent près des trois quarts de notre population d'étude. Ceci est dû aux réalités socio-économiques et culturelles des populations habitant cette région.

Cette situation s'expliquerait par la pauvreté qui ne permet pas le maintien des enfants dans le système scolaire et l'influence du commerce. Beaucoup de parents optent pour le fait que leurs enfants leur viennent en aide dans leur commerce. Nos résultats étaient similaires à ceux de Dovonou et al. [10] qui retrouvaient une prédominance des niveaux primaires et en dessous (63,7%) et ceux de NAGU et al. [9] qui avaient retrouvé une prédominance des niveaux primaires et en dessous (56,4%). Dans notre étude, 79,4% des patients vivaient en couple. Nous notons également que 43,9% des

patients en couple vivaient sous un régime polygamique. Cette situation serait une source de dissémination du VIH et également d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) entre partenaires sexuels et conjoints. Aussi, est-il constaté que 84,5% des patients en couple avaient un partenaire séropositif au VIH tandis que 14,64% continuaient d'ignorer le statut sérologique de leur conjoint. Cela s'explique en général par la crainte de la stigmatisation, de la séparation, ou de l'exclusion conjugale, surtout chez les femmes en particulier lorsqu'elles vivent dans un régime polygamique, préférant taire leur statut sérologique et ignorer celui de leur conjoint.

Malgré la gratuité de la prise en charge des PVVIH au Bénin et les nombreuses interventions pour favoriser le dépistage précoce des cas, plusieurs cohortes nationales ont déploré le dépistage tardif du VIH qui reste majoritairement un dépistage sur suspicion clinique. Dans notre étude, seuls 9,7% de nos patients étaient au stade clinique 1 de l'OMS et 47,8% étaient au stade 3. Attinsounon et al [12] ont retrouvé le stade 3 ou 4 chez 77,3% des patients à Patakou, au Bénin. Cela confirme le recours tardif aux soins observé chez nos patients qui ne viennent souvent à l'hôpital que devant une complication. Dans l'étude de Zannou et al [13], 84,4% des patients vivant avec le VIH et suivis au CNHU-HKM de Cotonou, étaient venus en consultation en retard. Parmi les 301 enquêtés, 300 (99,7 %) étaient porteurs de VIH 1 et 1 (0,3 %) porteur du VIH 2. Cela se comprend car le VIH 1 est plus répandu que le VIH 2. Parmi eux, 298 (99,0 %) avaient bénéficié de la numération des CD4. La numération médiane des CD4 était de 350 (Q1=206 ; Q3=504). La charge virale a été réalisée chez 177 (58,8 %) patients et s'est révélée indétectable chez 117 patients soit 66,1 % des cas. Ce qui montre la virulence du virus chez nos patients qui arrivent tardivement à l'hôpital et qui ne sont pas toujours observants.

CONCLUSION

La majorité de nos patients vivant avec le VIH était féminine. La tranche d'âge la plus atteinte par le VIH dans notre étude était celle des adultes jeunes de 25 à 45 ans. Cette tranche d'âge représente la force productive surtout dans un pays en voie de développement comme le Bénin. Le taux d'échec thérapeutique

reste important. Beaucoup d'actions doivent être encore menées pour rendre plus efficaces les mesures de prévention surtout primaire.

REFERENCES

1-Vaz P, Elenga N, Fassinou P, Msellam P, Nicolas J, Blanche S. Infection par le VIH-1 de l'enfant en pays africain. *Med Trop.* 2003; 63: 465-72.

2-Marcellin P. Hepatitis C: the clinical spectrum of the disease. *J Hepatol.* 1999; 31 Suppl 1: 9-16.

3-Organisation des nations unies pour le sida (ONUSIDA). Epidémie mondiale de SIDA-principaux faits et chiffres. Genève : ONUSIDA ; 2014.

4- MINISTERE DE LA SANTE, PROGRAMME SANTE DE LUTTE CONTRE LE SIDA/IST. Politique, Normes et Procédures de la prise en charge des PVVIH au Bénin, Edition décembre 2016

5-Sehonou J, Fiogbe AA, Zannou DM, Bashi J, Hougbe F, Kodjoh N. Co-infection VIH-VHB chez les patients sous traitement antirétroviral au Centre Hospitalier et Universitaire de Cotonou (République du Bénin). *Rev CAMES-Série A* 2010; 10: 85-9.

6-Shimelis T, Torben W, Medhin P, Tebeje M, Andualm M, Demessie F, et al. Hepatitis B virus infection among people attending the voluntary counselling and testing centre and anti-retroviral therapy clinic of St Paul's General Specialised Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Sex Transm Infect.* 2008; 84(1): 37-41.

7-Diop-Ndiaye H, Toure-Kane C, Etard JF, Lo G, Diaw P, Ngom-Gueye NF, et al. Hepatitis B, C seroprevalence and delta viruses in HIV-1 Senegales patients at HAART initiation (retrospective study). *J Med Virol.* 2008; 80(8): 1332-6.

8- Adewole OO, Anteyi E, Ajuwon Z, Wada I, Elegba F, Ahmed P, et al. Hepatitis B and C virus co-infection in Nigeria patients with HIV infection. *J Infect Dev Ctries* 2009; 3(5): 369-75.

9-Nagu TJ, Bakari M, Matee M. Hepatitis A, B and C viral co-infections among HIV-infected adults presenting for care and treatment at Muhimbili National Hospital in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Public Health* 2008; 19(8): 416-22.

10-Dovonou CA, Amidou SA, Kpangon AA, Traore YA, Godjedo TPM, Satondji AJ, et al. Prévalence de l'hépatite B chez les personnes infectées par le VIH à Parakou au Bénin. *Pan Afr Med J.* 2015; 20:125.

11-Jobarteh M, Malfroy M, Peterson I, Jeng A, Sarge-Njie R, Peterson K, et al. Seroprevalence of hepatitis Band C virus in VIH-1 and VIH-2 infected Gambians. *Virology journal* 2010; 7: 230-8.

12- Attinsounon CA, Dovonou CA, Kèkè R, Alassani CA, Agbodandé KA, Wanvoegbe FA, Kouanou-Azon A, Zannou DM. Current Profile of New HIV Infections Among Adults in Northern Benin in 2016. *International Journal of HIV/AIDS Prevention, Education and Behavioural Science* 2017; 3 (4): 36-40. doi: 10.11648/j.ijhpebs.20170304.11

13-Zannou D.M, Gandaho P.B, Azon-Kouanou, A, Ahouada, C, Agbodande K.A, Wanvoegbe A, Akakpo J, Hougbe, F. Late Presentation to Care among People Living with HIV in Cotonou, Benin: A Retrospective Analysis from 2003 to 2014. *Open Journal of Internal Medicine* 2017; 7: 123-134. <https://doi.org/10.4236/ojim.2017.74013>