

# LES ASPECTS ACTUELS DU SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE DE L'ADULTE A BUJUMBURA (BURUNDI)

A propos de 300 cas observés en 2 ans (1987 à 1989)

P. AUBRY\*, F. BIGIRIMANA\*, E. NDABANEZE\*, P. KADENDE\*, A. NDAHIRAGIVE\*, G. KAMANDU\*,  
E. NIKOYAGIZE\*, J.J. FLOCH\*\*, B. MPFIZI\*\*, R. LAROCHE\*\*\*

## RESUME

La séroprévalence des sujets infestés par la VIH est passée en 1985 à Bujumbura, de 6,4 % à 11,27 % en 1989. Elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Elle n'est pas homogène selon les groupes d'âge. 300 sujets atteints de SIDA suivis dans le Département de Médecine Interne du CHU de Kamengé d'Octobre 1987 à Octobre 1989 font l'objet d'une étude clinique et complémentaire.

## 1 - INTRODUCTION

Une enquête rétrospective sur la séroprévalence des anticorps contre le VIH dans la population burundaise entre 1980 et 1981 montre qu'il existait déjà une circulation de VIH avec un taux de séropositivité de 9 % (7).

Les premiers cas cliniques ont été suspectés dès 1983 devant la survenue de tableaux cliniques inexplicables, mais surtout de méningoencéphalites à *Cryptococcus* néoformans (5) ; de sarcomes de Kaposi agressifs (4), de candidoses disséminées (10).

La séroprévalence était de 6,4 % à Bujumbura en 1985. Elle est en 1989 de 11,27 %, maximum entre 25 et 34 ans à 19,53 %. En milieu semi-urbain, elle est pour la même tranche d'âge de 17,26 %, donc proche de celle du milieu urbain. En milieu rural elle est chez les personnes de plus de 15 ans (entre 15 et 44 ans) de 0,7 %. Ces chiffres ont été communiqués aux III<sup>è</sup> Journées Médicales de Bujumbura par B. NIRAGIRA, chef de Programme National de lutte contre le SIDA (8). La séroprévalence est plus élevée chez les femmes par rapport aux hommes. La distribution de la séropositivité n'est pas homogène selon les différents groupes d'âge : deux pics sont mis en évidence, chez les

enfants de moins de 5 ans (3,26 %) et dans le groupe sexuellement actif (19,53 % dont les femmes 24,72 % et hommes 14,90 %), ce qui prouve bien que les deux modes de transmission sont d'une part l'hétérosexualité, d'autre part la transmission verticale mère-enfant. A partir de 300 cas d'infection dûe au VIH, les principaux aspects actuels du SIDA de l'adulte sont rappelés. Cette étude complète l'étude parue en 1988 et portant sur 109 cas (5).

## 2 - MALADES ET METHODES

Afin d'étudier de manière plus objective les principaux aspects du SIDA de l'adulte, l'un d'entre nous a établi d'octobre 1987 à octobre 1989 une fiche d'observation pour 300 malades VIH+ hospitalisés dans le Département de Médecine Interne du CHU de Kamengé à Bujumbura (1).

Les données suivantes ont été notées :

- 2.1 Renseignements administratifs : âge, sexe, profession, habitat, situation familiale.
- 2.2 Stade évolutif de l'infection VIH+.
- 2.3 Antécédents personnels et familiaux.
- 2.4 Modes de contamination
- 2.5 Aspects cliniques : signes généraux, manifestations systémiques.
- 2.6 Examens paracliniques :  
systématiques :
  - sérologie de VIH (Elavia IPP)
  - numération formule sanguine
  - radiographie thoracique

En fonction de l'orientation clinique :

- examen de selles
- endoscopie digestion haute avec lavage - aspiration du liquide duodéal

\* Département de Médecine Interne du CHU de Kamenge, Bujumbura.

\*\* Département de Biologie Médicale du CHU de Kamenge, Bujumbura.

\*\*\* Chaire de Médecine Tropicale de l'Institut de Médecine Tropicale de Pharo, Marseille (13998).

- recherche de BAAR (crachats, tubages gastriques)
- I.D.R. à la tuberculine
- Examen du L.C.R.
- Hémocultures, coprocultures, séro-diagnostics.

## 2.7 Traitement et évolution sous traitement

- . médicaments administrés
- . causes des décès
- . durée d'hospitalisation

## 3 - RESULTATS

### 3.1 Aspects épidémiologiques

**3.1.1** - Sur les 300 malades, il y a 184 hommes et 116 femmes, soit un sex-ratio de 1,5/1. 140 malades sur 300 ne sont pas mariés (célibataires, veufs, divorcés). L'âge moyen est de 33 ans pour les femmes et 37 ans pour les hommes. C'est donc la quatrième décennie qui est la plus représentée : 45 % des cas.

Toutes les professions sont atteintes, avec un fort pourcentage de fonctionnaires (30 %), ce qu'explique notre mode de recrutement. Il faut insister sur le fort pourcentage des chauffeurs routiers : 21 soit 7 %.

**3.1.2** - Les 3/4 des malades habitent la capitale, Bujumbura, lieu de l'étude. La répartition est très inégale selon les quartiers : les quartiers les plus représentés sont les plus proches de l'hôpital et/ou les plus peuplés.

**3.1.3** - Un comportement sexuel à risque est noté chez 204 malades sur 300 (68 %). Il s'agit de vagabondage sexuel (164 cas), de fréquentation de prostituées (106 hommes/184), de partenaires multiples (116 sur 300 soit 39 % ont eu ou ont plus de deux partenaires sexuels). 21 femmes sur 116 se livrent à la prostitution.

**3.1.4** - Chez 20 malades, des transfusions de sang faites avant 1987, année du dépistage systématique des anticorps anti VIH chez les donneurs de sang, peuvent être la cause. Sept malades ont des professions médicales ou paramédicales et accusent des piqûres accidentelles dans leur métier professionnel. Dix pour cent avaient eu des scarifications.

### 3.2 - Aspects cliniques

**3.2.1** - On note dans les antécédents de 300 malades, 65 tuberculoses, 64 zonas, 109 maladies sexuellement transmissibles (en particulier une gonococcie chez 18 % des malades contractée entre 1981 et 1984).

**3.2.2** - Tous les malades, (il s'agit dans tous les cas de

malades hospitalisés), sont au stade d'immunodépression : immunodépression mineure dans 72 cas, soit 24 %, majeure dans 228 cas soit 76 %.

**3.2.3** - Les manifestations cliniques sont actuellement bien connues et nous en donnons un bref aperçu. Il faut tenir compte que si certaines infections opportunistes apparaissent exceptionnelles, ceci tient aux difficultés de leur dépistage.

**3.2.3.1** - Parmi les signes généraux les plus souvent notés sont :

- . l'amaigrissement supérieur à 10 % du poids du corps (84 %)
- . la fièvre au long cours (67 %)
- . l'asthénie avec anorexie (87,3 %)

**3.2.3.2** - Parmi les signes systémiques, on retient la fréquence :

- Des manifestations cutanéomuqueuses :
  - . Candidoses essentiellement digestives, bucco-pharyngée et/ou oesophagienne : 129 cas, rarement vaginales : 8 cas.
  - . Cheveux défrisés : 78 cas/300 soit 26 %, la coloration restant normale.
  - . Zona évolutif ou cicatriciel : 65 cas (21,7 %)
  - . Ichtyose acquise : 54 cas (18 %)
  - . Autres infections plus rares : Varicelle (2 cas), Herpès (14 cas), Molluscum contagiosum (19 cas), condylo-mes acuminés (4 cas).
- Les manifestations digestives :
  - . Elles sont dominées par une diarrhée au long cours qui est le motif de l'hospitalisation dans 83 cas (28 %), mais très fréquente au cours de l'évolution. Une étiologie est trouvée dans 64 % des cas, en particulier les parasites intestinaux dominés par *Isospora belli* (12 cas), *cryptosporidium* (7 cas), *Anguillule* (12 cas), autres (12 cas).
  - . Une dysphagie est le plus souvent dûe à une candidose oesophagienne, reconnue à l'endoscopie digestive haute : 42 cas.
- Des manifestations pulmonaires :
  - . La toux chronique est fréquente : 165 cas/300 soit 55 %. Elle conduit à la radiographie pulmonaire.
  - . La tuberculose pulmonaire est l'étiologie la plus souvent retrouvée : 103 cas soit 34,3 %.
  - . La pneumocytose n'est que suspectée en l'absence de bronchoscopie et de lavage alvéolaire : 19 cas ayant

répondu favorablement au traitement par Cotrimoxazole.

- . Notons ici qu'une tuberculose, quelque soit la localisation, est diagnostiquée et traitée dans 136 cas sur 300, qu'elle soit ou non confirmée bactériologiquement. Sur les 136 malades suspects, 70 ont une tuberculose pulmonaire commune, 19 une tuberculose méningée, 18 une miliaire pulmonaire, 11 une tuberculose pleurale.
- . Dans 40 cas sur 136, il s'agit de tuberculose de réinfection endogène.
- Des manifestations neurologiques :
  - . Des céphalées sont notées chez 56 malades, conduisant à la ponction lombaire et à la mise en évidence de *Cryptococcus neoformans* dans le L.C.R. dans 32 cas (10,7 %).
  - . Les autres causes des méningites sont données sans preuve formelle : tuberculose méningée dans 18 cas, toxoplasmose dans 9 cas, la sérologie de cette infection était décevante.
  - . Une démence est observée dans 26 cas, liée probablement au V.I.H.
  - . Des paralysies sont notées dans 16 cas.
  - . Des neuropathies périphériques sont observées dans 10 cas.
- Des autres manifestations systémiques, on retient la fréquence des septicémies à *Salmonella typhi* murium (17 cas), des infections cutanées ou génitales, des otites récidivantes.

**3.2.3.3** - Des adénopathies sont palpées chez 8 patients (30 % des cas). Une biopsie ganglionnaire a été faite seulement dans 16 cas dont 9 tuberculoses ganglionnaires, 1 lymphome malin non hodgkinien. Les adénopathies sont rares au stade de SIDA-maladie, fréquentes au stade d'immuno-dépression mineure (83 %).

**3.2.3.4** - Les manifestations tumorales, à part un cas de L.M.N.H., se limitent au sarcome de Kaposi observé dans 17 cas.

### **3.3 - Les aspects biologiques étudiés sont caractérisés par :**

- . Une anémie (taux d'Hémoglobine < 10 g/100 ml) notée dans 50 % des cas, avec dans 27 cas une Hb < 7 g/100 ml.
- . Une lymphopénie (lymphocytes < 1500 éléments/

mm<sup>3</sup>) dans 45 % des cas.

- . Une anergie tuberculique dans près de 90 % des cas.
- . Les 300 malades ont des anticorps anti VIH positifs. Il s'agit d'anticorps anti VIH1, les anticorps VIH2 recherchés chez 120 malades ne sont positifs que dans 10 cas toujours associés à des VIH1+.

### **3.4 - Les aspects thérapeutiques**

En pratique, les trois infections opportunistes (I.O.) classiques : tuberculose, candidose, cryptococcose sont traitées de manière systématique. On note l'action bénéfique du traitement antituberculeux quadruple associé et du traitement antimycosique par le fluconazole (en particulier dans les M.E. à cryptocoques).

### **3.5 - Les aspects évolutifs**

Trois aspects évolutifs sont retenus :

**3.5.1** - L'amélioration temporaire mais réelle : 162 malades soit 54 %. Il s'agit de malades ayant des I.O. curables par un traitement adapté : les trois I.O. précitées, les salmonelles, certains parasites intestinaux...

**3.5.2** - 96 malades sont décédés soit 36 % dans un tableau de cachexie (25 cas), au cours d'une méningocéphalite (12 cas), d'une pneumopathie (11 cas), d'étiologie non précisée.

**3.5.3** - 42 malades (14 %) étaient encore hospitalisés à la fin de l'étude.

### **3.6 - Les aspects socio-économiques**

**3.6.1** - La durée de l'hospitalisation est en moyenne de 41 jours avec un coût calculé de 28 710 FBu (par comparaison, le salaire mensuel moyen d'un fonctionnaire est de 16 000 FBu).

**3.6.2** - Les malades sont des adultes jeunes, âgés de 25 à 45 ans, en pleine période de productivité, avec des conséquences sur le plan du travail et de la démographie.

## **4 - COMMENTAIRES**

L'immuno-dépression par le VIH1 au Burundi présente en définitive des caractéristiques proches de celles observées dans les autres pays d'Afrique en particulier d'Afrique centrale (9).

**4.1** - Les chiffres de séroprévalence actuellement connus montrent qu'il s'agit bien en zone urbaine (Bujumbura) et péri-urbaine d'un problème de Santé Publique. La séroprévalence est basse en zone rurale (< 1 %) (8).

**4.2** - Le SIDA est d'abord une maladie sexuellement transmissible à transmission hétérosexuelle. On rappellera le risque de transmission par les chauffeurs routiers, mais aussi par les célibataires "géographiques" : hommes mariés travaillant à Bujumbura et dont les épouses restent en zone rurale, avec un risque certain de contamination des zones rurales actuellement peu infectées.

**4.3** - Le diagnostic clinique est le plus souvent évident (critères de BANGUI). Si trois infections opportunistes paraissent fréquentes, c'est que leur diagnostic paraclinique est facile : tuberculose, candidose, cryptococcose. La tuberculose est fréquemment associée à l'infection VIH : dans une étude récente (3), l'un de nous trouve sur 137 malades tuberculeux, 90 soit 66 % ayant une sérologie VIH positive. Si la localisation pulmonaire reste prédominante, on note un accroissement de formes extrapulmonaires, notamment des localisations ganglionnaires : 47 tuberculoses pulmonaires, 16 tuberculoses ganglionnaires.

**4.4** - Dans l'étude rapportée, il apparaît que le bilan paraclinique est incomplet. Ainsi, 16 biopsies ganglionnaires ont été faites (dont 9 ont permis le diagnostic de tuberculose ganglionnaire) alors que 8 malades étaient porteurs d'adénopathies. Il faut développer nos moyens d'investigations pour dépister la pneumocytose, la toxoplasmosse... infections opportunistes qui peuvent bénéficier d'un traitement médical. L'apport du lavage aspiration duodénal a été décisif pour le diagnostic des protozooses digestives (2). On sait l'intérêt du lavage alvéolaire pour le diagnostic de la pneumocytose.

**4.5** - Actuellement, la plupart des auteurs proposent des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Il faut tenir compte des possibilités locales, en sachant que ces stratégies doivent être révisées avec l'amélioration du bilan et la mise à notre disposition des nouveaux médicaments.

Il en est ainsi avec le fluconazole dans les méningoencéphalites à cryptocoques qui doit remplacer l'association amphotéricine-flucytosime.

**4.6** - Il faut avoir conscience que le rôle de l'hôpital est limité dans la lutte contre le SIDA. La prévention est primordiale grâce à l'information, l'éducation et la communication (I.E.C.). Le programme national de lutte contre le SIDA en est chargé et il faut envisager les activités ciblées en matière d'I.E.C. dans deux populations à risque : les femmes (séroprévalence de 20,82 % chez la femme en âge de procréer) et les adolescents (séroprévalence de 10,23 % de 15 à 24 ans en zone urbaine, de 9,25 % en zone semi-urbaine) (8).

## 5 - CONCLUSION

Cette étude rétrospective ne fait que compléter celle parue en 1988 (6). Il nous semble actuellement nécessaire de faire des études prospectives grâce à la mise en place de projets de recherches permettant le développement de techniques efficaces de diagnostic des infections opportunistes curables par un traitement médical adapté.

La comparaison entre la séro-positivité en milieu urbain en 1985 (6,4 %) et en 1989 (11,27 %) montre bien l'importance de l'infection à VIH en matière de Santé Publique et la nécessité d'actions spécifiques pour limiter l'extension du SIDA au Burundi.

## BIBLIOGRAPHIE

1 - BIGIRIMANA F.

Les aspects actuels du SIDA de l'adulte au Burundi. A propos de 300 cas observés de 1987 à 1989. Thèse pour le doctorat en Médecine, Bujumbura, février 1990.

2 - KADENDE P., NKURUNZIZA T., FLOCH J.J., et col. - Diarrhée infectieuse au cours de syndrome d'immunodépression acquise africaine (SIDA). A propos de 100 malades étudiés à Bujumbura (Burundi). *Med. Trop.*, 1989, 49, 129-133.

3 - KAMANFU G., NIKOYAGIZE E., NDAYIRAGIYE A.

L'association de la tuberculose et de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (HIV) au CHU Kamenge. *Rev. Med. Bujumbura*, 1990, 7, 17-19.

4 - LAROCHE R., LESBORDES L.S., RAVISSE P. et col. - Le sarcome de Kaposi au Burundi et en RCA dans le cadre de SIDA. *Med. Trop.*, 1986, 46, 121-129.

5 - LAROCHE R., HATEGEKIMANA T., NDABANEZE E., et col. - La cryptococcose au Burundi en 1985. A propos de 30 as. *Med. Trop.*, 1986, 46, 249-256.

6 - LAROCHE R., FLOCH J.J., NDABANEZE E. et col.

Principaux aspects du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) de l'adulte au Burundi. *Med. Trop.*, 1988, 48, 359-366.

7 - MORVAN J., CARTERON B., LAROCHE R. et col.

Enquête séroépidémiologique sur les infections à HIV au Burundi entre 1989 et 1981. *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1989, 82, 130-140.

8 - NIRAGIRA B. - Séroprévalence de VIH au Burundi. Communication aux III<sup>e</sup> Journées Médicales de Bujumbura, Burundi 14-15 Février 1990.

9 - ROSENHEIM M., ITOU-NGAPORO A.

Sida, infection à VIH, aspects en zone tropicale. Ellipses ed., 1989, 1 vol.

10 - STANDAERT B., KOCHLEFF P., KADENDE P. and al.

AIDS and HIV infection in Bujumbura, Burundi. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 1988, 82, 902-904.