



GSJ: Volume 12, Issue 6, June 2024, Online: ISSN 2320-9186
www.globalscientificjournal.com

**PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DE LA CO-INFECTION TUBERCULOSE ET VIH
DANS LA ZONE DE SANTE DE KABINDA/RD.CONGO**

**NTAMBUE YAMBA Emery¹, MUKALA KASUMBA Noëlla², LOJI MUEPU
Jonathan³, KALUNGA NUMBI Issain⁴, MUELA NKUNDU Matthieu⁵, KASUMBA
ILUNGA Didier⁶, MUKONKOLE KANDOLO Emile⁷, BUKASA TSHILONDA Jean
Christophe⁸**

1,2,3,4,5,6. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kabinda, Kabinda, R.D.Congo.
7. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubao, Lubao, R.D.Congo.
8. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbujimayi, Mbujimayi, R.D.Congo.

RESUME

1. Introduction : Cette étude avait pour objectif de déterminer le profil épidémiologique de la coïnfection tuberculose et VIH dans la zone de sante de Kabinda

2. Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur 5 ans, incluant tous les patients infectés par le VIH, hospitalisés au cours de la période et traités pour tuberculose.

3. Résultats : La prévalence de la co-infection TB/VIH était de 7,0 % parmi les patients VIH. L'âge moyen était de 39,3±9,5 ans avec un sex-ratio de 1,4 .

La symptomatologie clinique était dominée par l'altération de l'état général (89,2 %), la fièvre au long cours (65,8 %), les râles crépitant (61,7 %) et la toux (49,2 %). Chez 66,7 % des patients, la localisation pulmonaire de la tuberculose était retrouvée dont 52,5 % de bacillifères. Outre la tuberculose, la candidose digestive (53,3 %), la toxoplasmose cérébrale (20,0 %) et l'herpès (5,8 %) étaient les plus fréquents. Près de 2/3 des patients (65,8 %) étaient au stade clinique IV de l'OMS.

La médiane des lymphocytes TCD4 était de 52,5 cellules/ μ l [IIQ : 14 ; 110]. Le taux d'hémoglobine moyen était de 8,1±2,0 g/l. Le retour à domicile était effectif chez 52,5 % des patients avec une mortalité hospitalière de 42,5 %. La médiane de la durée de séjour était de 27 jours [IIQ : 16 ; 36].

4. Conclusion :

La tuberculose est découverte chez les patients VIH fréquemment dans un contexte d'immunodépression sévère avec aggravation du pronostic. Par conséquent, la détection précoce de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH d'une part et le dépistage systématique du VIH chez les patients tuberculeux d'autre part constituent un impératif pour améliorer le pronostic de ces patients.

Mots clés : *Coinfection, Tuberculose, VIH, Séropositivité, Zone de santé.*

ABSTRACT

1. Introduction: This study aimed to determine the epidemiological profile of tuberculosis and HIV co-infection in the Kabinda health zone.

2. Materials and methods: This is a retrospective descriptive study over 5 years, including all patients infected with HIV, hospitalized during the period and treated for tuberculosis.

3. Results: The prevalence of TB/HIV co-infection was 7.0% among HIV patients. The average age was 39.3±9.5 years with a sex ratio of 1.4.

Clinical symptoms were dominated by deterioration in general condition (89.2%), long-term fever (65.8%), crackling rales (61.7%) and cough (49.2%). In 66.7% of patients, the pulmonary location of tuberculosis was found, including 52.5% bacilliferous. In addition to tuberculosis, digestive candidiasis (53.3%), cerebral toxoplasmosis (20.0%) and herpes (5.8%) were the most common. Nearly 2/3 of the patients (65.8%) were in WHO clinical stage IV. The median of TCD4 lymphocytes was 52.5 cells/ μ l [IIQ: 14; 110]. The average hemoglobin level was 8.1±2.0 g/l. Return home was effective in 52.5% of patients with hospital mortality of 42.5%. The median length of stay was 27 days [IIQ: 16; 36].

4. Conclusion: Tuberculosis is frequently discovered in HIV patients in a context of severe immunosuppression with worsening prognosis. Therefore, early detection of tuberculosis in people infected with HIV on the one hand and systematic HIV screening in tuberculosis patients on the other hand constitute an imperative to improve the prognosis of these patients.

Keywords: *Coinfection, Tuberculosis, HIV, HIV positivity,, Health zone.*

1. INTRODUCTION

L'infection à VIH a entraîné une résurgence de la tuberculose dans le monde, en particulier en Afrique Subsaharienne et en Asie du Sud-Est [1]. Malgré la disponibilité et l'accessibilité d'un traitement antituberculeux et antirétroviral dans les pays en voie de développement, la coinfection tuberculose et VIH (TB/VIH) demeure un problème de santé publique majeur. En 2016, 36,7 millions [30,8 millions - 42,9 millions] de personnes

vivaient avec le VIH (PVVIH) et 10,4 millions souffraient de la tuberculose. Le nombre de patients co-infectés TB/VIH était de 1,2 millions (11 %) [2] dont 71 % se trouvaient en Afrique [3].

Environ un tiers des décès chez les PVVIH est dû à la tuberculose [2, 4]. Plusieurs études épidémiologiques ont déjà été réalisées sur la co-infection TB/VIH en Afrique. En effet, Soumaré et al. [5] au Sénégal en 2008, Dagnra et al. [6] au Togo en 2011 et Meda et al. [7] au Burkina Faso en 2014 ont trouvé respectivement des prévalences de co-infection de 89,8 % ; 23,7 % et 13,8 %. Au Mali, une étude réalisée chez les tuberculeux hospitalisés dans le service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital du Point « G » entre 1987 et 1988 montrait une prévalence du VIH qui était passée de 4,5 % à 12,6 % [8]. Selon le programme national de lutte antituberculeuse en RDC, la prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux était de 18 % en 2019 [9].

Qu'en est-il du fardeau de la co-infection TB/VIH parmi les patients vivant avec le VIH, en milieu hospitalier de Kabinda ?

2. MATERIELS ET METHODES

A. Cadre et type d'étude

La zone de sante de kabinda et le programme national de lutte contre le VIH/SIDA et la Tuberculose est le cadre de notre étude.

La prise en charge des patients co-infectés par la tuberculose et le VIH se fait en collaboration avec le service de pneumo-phtisiologie et les différents laboratoires qui interviennent dans le diagnostic biologique de la tuberculose et du VIH. Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique sur cinq années, du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2023.

Ont été concernés par l'étude, tous les dossiers des patients infectés par le VIH, âgés de 18 ans et plus, hospitalisés dans le service pour toute forme de la Tuberculose (défini sur base des critères nationaux [10] en cours de traitement ou non. Les dossiers incomplets ont été exclus.

Les registres d'hospitalisation ainsi que les dossiers cliniques des patients ont été exploités.

- La moyenne a été calculée lorsque la courbe était symétrique et la médiane dans le cas contraire. Le test T de Student a été utilisé pour comparer les moyennes des âges selon le sexe et le test U de Mann-Whitney pour la comparaison des médianes de durée de séjour des patients vivants et décédés. Le seuil de

significativité était fixé à 5 %. Les dossiers des patients ont été analysés en respectant strictement le principe de confidentialité. Nous avons utilisé les critères de bonnes pratiques médicales lors de la collecte des données (autorisation du chef de service pour l'accès aux dossiers, bon archivage des dossiers après exploitation).

3. RESULTATS

La prévalence de la co infection VIH /SIDA et tuberculose était de 7,0 % parmi les patients VIH positif. L'âge moyen était de $39,3 \pm 9,5$ ans avec des extrêmes de 18 ans et 67 ans. La moyenne d'âge des hommes était de 40,8 ans comparée à celle des femmes égale à 37,2 ans ($p=0,037$). Le sex-ratio était de 1,4. La majorité des patient savait un emploi (70,8 %) et résidait à Bamako(79,2 %) (tableau I).

Tableau I : Prévalence des cas de co infection VIH/SIDA et Tuberculose à l'HGR Kabinda

Prévalence	Effectifs(n)	Pourcentages(%)
Cas de co infection VIH/SIDA - TB	120	7
Autres cas	1585	93
TOTAL	1705	10

La prévalence de la co infection tuberculose et VIH est de 7,0 %

Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

1. Tranche d'âge

Variables	Effectifs(n)	Pourcentages(%)
Tranches d'âges (ans)		
18 - 34	37	30,8
35 - 51	78	65,0
≥ 52	5	4,2
TOTAL	120	100

Au vu de ce tableau, il se constate que la tranche d'âge de 35 à 51 ans est la plus touché avec 78 cas sur 120 cas de co-infection VIH /TB soit 65,0%.

2. Sexe

Variables	Effectifs(n)	Pourcentages(%)
Masculin	70	58,3
Féminin	50	41,7

TOTAL	120	100
--------------	-----	-----

Dans ce tableau, on constate que le sexe masculin est le plus touché avec 70 sur 120 cas de co-infection VIH /TB soit 58,3%

3. Profession

Profession	Effectifs(n)	Pourcentage %
Emploi rémunéré	85	70,8
Sans emploi	35	29,2
TOTAL	120	100

Ce tableau, montre que les enquêtés avec emploi rémunéré étaient plus rencontrés dans 70,8% des cas.

4. Situation matrimoniale

Profession	Effectifs(n)	Pourcentage %
Vie en couple	87	73,1
Vie seule	33	26,9
TOTAL	120	100

Dans ce tableau, on constate que les enquêtés menant une vie en couple étaient plus rencontrés dans 73,1% soit 87 cas sur 120.

5. Résidence

Résidence	Effectifs(n)	Pourcentage %
Ville de kabinda	95	79,2
Hors ville	25	20,8
TOTAL	120	100

Au vu de ce tableau, il se dégage que les enquêtés habitant la ville de kabinda étaient plus rencontrés dans 79,2% des cas.

Tableau III : Répartition des cas selon les antécédents personnels des enquêtés

Antécédent	Effectifs(n)= 120	Pourcentage %
Tabagisme	23	19,2
Tuberculose	7	5,8
HTA	6	5,0

Ce tableau renseigne que le tabagisme est l'antécédent le plus rencontré avec 19,2% soit 23 cas sur 43 cas de co-infection VIH /TB.

Tableau IV : Répartition des cas selon les signes cliniques présentés par les enquêtés à l'admission

Signes cliniques	Effectifs (n) = 120	Pourcentage %
Etat général altéré	107	89,2
Fièvre au long cours	7	65,8
Râles crépitant	74	61,7
Toux chronique	59	49,2
Anémie	56	46,7
Déshydratation	51	42,5
Dyspnée	13	10,8

Au vu de ce tableau, il se constate que l'état général altéré est le plus premier signe présenté par les malades dans t 89,2% des cas suivi des râles crépitant dans 65,8% et la toux chronique vient avec 49,2% de co-infection VIH /TB.

2

Tableau V : Répartition des cas selon l'IMC (kg/m²) des enquêtés.

IMC	Effectifs (n)	Pourcentage %
< 18	70	58,3
≥ 18	50	41,7
TOTAL	120	100

Au vu de ce tableau, il se constate que l'IMC inférieur a 18 kg est le plus représenté avec 70 cas soit 58,3% sur 120 cas de co-infection VIH /TB.

Tableau VI : Répartition des cas selon le type de tuberculose développé par les enquêtés

Type	Effectifs (n)	Pourcentage %
TPM+***	63	52,5
TPM-	17	14,2
Miliaire tuberculeuse	21	17,4
TB ganglionnaire	11	9,2
TB péritonéale	4	3,3
Autres****	4	3,3
TOTAL	120	100

Au vu de ce tableau, il se constate que la tuberculose pulmonaire a macroscopie positive (PTM+) est la plus représentée avec 63 cas soit 52,5% sur 120 cas de co-infection VIH /TB.

4. DISCUSSION

4.1. La prévalence

La prévalence de la co infection tuberculose et VIH est de 7,0 %. D'autres auteurs qui ont déterminé la prévalence des co-infection parmi les patients tuberculeux, avaient trouvé des résultats variables compte tenu du fait que les populations et cadres d'études qui ne sont pas souvent superposables. C'est le cas de **Soumaré et al.** [11] au Sénégal qui avait trouvé 89,8 % de co-infection tuberculose et VIH).

4.2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Il se constate que la tranche d'âge de 35 à 51 ans est la plus touchée avec 78 cas sur 120 cas de co-infection VIH /TB soit 65,0%, le sexe masculin était le plus touché avec 70 sur 120 cas soit 58,3%, les enquêtés avec emploi rémunéré étaient plus rencontrés dans 70,8% des cas. On constate également que les enquêtés menant une vie en couple étaient plus rencontrés dans 73,1% soit 87 cas sur 120 et les enquêtés habitant la ville de kabinda étaient plus rencontrés dans 79,2% des cas. Les mêmes résultats étaient aussi trouvés par **Agodokpessi et al.** [12] au Bénin.

4.3. Antécédents personnels des enquêtés

Le tabagisme était l'antécédent le plus rencontré avec 19,2% soit 23 cas sur 43 cas de co-infection VIH /TB. Ce résultat est conforme à celui trouvés par **Ngalula N.** [13] montrant que la consommation (d'alcool, cigarette et d'autres substances toxiques) et la cohabitation avec une personne infectée,

4.4. Signes cliniques présentés par les enquêtés à l'admission

L'état général altéré est le plus premier signe présenté par les malades dans t 89,2% des cas suivi des râles crépitant dans 65,8% et la toux chronique vient avec 49,2% . Ce résultat ressemble à celui trouvé par encore par **Soumaré et al.** [11] au Sénégal qui avait retrouvé que l'altération de l'état général était à 100%, la fièvre (100%) et la toux (89,5%).

4.5. L'IMC (kg/m²) des enquêtés

Il se constate que l'IMC inférieur a 18 kg est le plus représenté avec 70 cas soit 58,3%. Mais **Makougang Waffo** [13] à Bamako, dans une étude sur la co-infection TB/VIH au service de pneumo-physiologie, avait noté la perte de poids dans 84,7% des cas.

4.6. Le type de tuberculose développé par les enquêtés

Il se constate que la tuberculose pulmonaire a macroscopie positive (PTM+) est la plus représentée avec 63 cas soit 52,5% sur 120 cas de co-infection VIH /TB. L'étude de **Soumaré** [11] à Bamako ainsi que celle de **Agodokpessi au Bénin** [12] réalisées dans le

même contexte hospitalier que la nôtre, trouvaient des résultats assez proches (56,5% et 76%).

5. CONCLUSION

La tuberculose est découverte chez les patients VIH fréquemment dans un contexte d'immunodépression sévère avec aggravation du pronostic. Par conséquent, la détection précoce de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH d'une part et le dépistage systématique du VIH chez les patients tuberculeux d'autre part constituent un impératif pour améliorer le pronostic de ces patients.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. Aubry P. (2016) : Tuberculose : Actualités Médecine Trop. 2016;(9):1- 10.
- [2]. ONUSIDA. (2017) : Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida [Internet]. Fiche d'information. [cité 10 août 2017]. Disponible sur:http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2017/UNAIDS_FactSheet.
- [3]. OMS. (2017) : Tuberculose : Aide-mémoire [Internet] [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/>.
- [4]. OMS (2016) : Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde: Résumé d'orientation [Internet]. 2016 [cité 21 février 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/publications/Global-report-tb-2016-executive-summary/fr?si=6290909a-1000-4000-9000-000000000000> et <http://www.who.int/publications/Global-report-tb-2016-executive-summary/fr?si=6290909a-1000-4000-9000-000000000000>
- [5]. Dagnra AY et al. (2011) : Adjoh K, Heunda ST, Patassi AA, Hetsu DS, Awokou F, et al. Prévalence de la co-infection VIH-tuberculose et impact de l'infection VIH sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire au Togo. Bull Société Pathol Exot. ;5(104):342- 6.
- [6]. Meda N, et al (2014) : Situation de la co-infection tuberculose/infection par le VIH dans la région sanitaire des Hauts-Bassins à l'Ouest du Burkina Faso. Rev d'Épidémiologie Santé Publique ;62:S232-3.
- [7]. Sangaré S, Keita B, Basse C, Maiga Y, Fofana O. (1991) : Infection à VIH et affections respiratoires dans le service de Pneumo-phtisiologie de l'hôpital national du Point « G » à Bamako. Médecine Afrique Noire ;38(2):93- 100.
- [8]. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Direction nationale de la santé. Plan stratégique tuberculose 2013-2017 (2012): Relance de la lutte antituberculeuse au Mali. PNLT ; Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Direction nationale de la santé.
- [9]. PNLT; (2014) : Guide technique de la tuberculose à l'usage des personnels de santé. Programme national de lutte contre la tuberculose
- [10]. Traoré FA, Sako FB, Sylla D, Bangoura M, Kpamy DO, Traoré M, et al. (2014) : Épidémiologie de la tuberculose pulmonaire bacillifère selon le statut VIH des patients

suivis dans le service des maladies infectieuses de Conakry (Guinée). Bull Société Pathol Exot;107(5):346

[11]. Soumaré et al. (2007) : Déterminant La tuberculose récurrente et ses facteurs de risque: même les patients traités correctement encourent un risque élevé Maroc.

[12]. Agodokpessi , (2009) : Etude de la problématique du traitement directement observé des malades tuberculeux à la microscopie positive en commune IV District de Bamako.

[13]. Ngalula, N (2015) : Facteurs explicatifs de la rechute de la tuberculose, Mémoire, ISTM/MBM, page 69.

© GSJ