

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une foi



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

THESE DE MEDECINE

Année académique : 2007-2008

N°...../

TITRE

**RESULTATS DU SUIVI EN AMBULATOIRE DES
PATIENTS VIH POSITIF SOUS TRAITEMENT
ARV EN 2005 AU SERVICE DES MALADIES
INFECTIEUSES DU CHU DU POINT G**

Présentée et soutenue publiquement le2008

Par

Mr. Hadrami Julien

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président

Directeur de Thèse

Membre du jury

Pr Bakoroba COULIBALY

Pr Soukalo DAO

Dr Dramane SOGOBA

Dr Seydou COULIBALY

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE E & D'ODONTOSTOMATOLOGIE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: M^{me} **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR
DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pediatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef D.E.R.
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SNOGO	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie, Traumatologie Chef de D.E.R

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
Mr Alhoussein Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Aïssata SOW	Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie –Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie –Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	O.R.L.
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L.
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie –Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie –Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie –Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco- Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	O.R.L.
Mr Bouraïma MAIGA	Gyneco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-reanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie

Mr Boubacary GUINDO

ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie –Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie, Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique

Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE

Parasitologie
Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	Cardiologie
M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	Radiologie
M. Idrissa CISSE	Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
M. Anselme KONATE	Hépatogastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie

M. Souleymane DIALLO	Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie
M. Cheïck Oumar GUINTO	Neurologie
M. Mahamadou GUINDO	Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, Chef de D.E.R.
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar MAIGA	Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation

4. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique, chef de D.E.R
--------------------	--------------------------------------

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Soncalo TRAORE	Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
------------------	----------------

Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Hammadou Aly SANGO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidemiologie
Mr Samba DIOP	Qnthropologie Médicale
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES

A DIEU LE TOUT PUISSANT

AN- NAS (LES HOMMES)

"Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux"

- 1. Dis : Je cherche protection auprès du Seigneur des Hommes.**
- 2. Le Souverain des Hommes.**
- 3. Dieux des Hommes.**
- 4. Contre le mal du mauvais conseiller furtif,**
- 5. Qui souffle le mal dans les poitrines des hommes,**
- 6. Qu'il soit un djinn, ou un être humain.**

(Sourate 114 du Saint Coran)

Nous te rendons infiniment grâce ALLAH, de ce que tu nous as accordé tout au long de ces années écoulées, la force, le courage et la santé nécessaire pour accomplir ce travail.

AU PROPHETE MOHAMED (P.S.L)

Nous te rendons grâce, de cette lumière que tu nous as apportée. Que ta maison soit la notre.
Amen !

A MON PERE

Mon guide et mon repère, tu as su me donner tout ce qu'un enfant pourra espérer : l'amour, l'éducation dans les principes de Dieu tu as œuvré à chaque moment de ton existence pour que nous ne manquions de rien et tu as réussi. Je demande à Allah de me donner la force de vouer mon existence à te servir. Ce travail est aussi le tien. **Je t aime Pa.**

A MA MERE

Ce jour est spécial pour moi et plus encore pour toi maman parce que plus que moi tu le mérites. Tu as été pour nous ce que veux vraiment dire une mère, rôle que tu as su si bien jouer car à aucun moment nous n'avons manqué d'amour, d'affection ou d'attention. Tu t'es battue nuit et jour pour nous offrir le meilleur. Ce travail est le fruit de tant d'années de sacrifices, il t'est entièrement dédié. Maman, je prie Dieu pour que tant d'autres de tes souhaits se réalisent, et plus que tout qu'il te garde longtemps afin que je puisse te témoigner tout mon amour et ma gratitude. **Je t'aime maman.**

A MES DEFUNTS GRANDS PARENTS

Par vous j'ai eu l'honneur immense d'avoir des parents aussi merveilleux qu'extraordinaire. C'est avec une grande fierté que je vous dédie ce travail. Que la terre vous soit légère et qu'Allah le tout puissant vous accorde le paradis.

A MES ONCLES ET TANTES

Je vous remercie pour votre attention et tout l'amour que vous me portez. Ce travail est le votre. Mention spéciale a Hassen ould cheick

A MA SŒUR ALIA

Si chère à mon cœur tu as partagé mes joies et mes peines. Tu es la grande sœur que tout un chacun aimerait avoir dévouer a tes frères et sœurs. Les mots me manquent pour t'exprimer combien de fois je te porte dans mon cœur. Qu' ALLAH te protège et protège ta famille et qu'il t'élève au rang de ses élu Amen.

A MON FRERE CADET Med. MAHMOUD (BEBE)

Tu resteras celui que j'ai tenu par la main, que j'ai protégé et pour qui je serais toujours présent. Je te souhaite d'être un bon parent et que la rigueur, le travail, l'honnêteté, la foi, et l'obéissance à Dieu et aux parents t'accompagne tout au long de ta vie Qu'Allah t'ouvre les portes de ce monde et du paradis.

Ce travail porte la marque de mon estime à ton égard !

A MES SŒURS CHIVA ET LAMINA

Mes petites princesses adorées, que j'aime de tout mon être. De même qu'on ne peut dénombrer les étoiles je ne pourrais exprimer l'intensité de l'affection que je vous porte. En témoignage de ceci, je vous offre le fruit de mon travail .Que le tout puissant Allah veille sur vous et vous guide; je vous aime ci seulement vous pouviez savoir !!!

A MES NEVEUX ET NIECES

Votre venu en ce monde a inondé mon cœur de joie et de fierté. Que ce travail soit le testament de ma tendresse de mon affection particulièrement de ma dévotion pour vous. Qu'Allah vous accorde le bonheur dans la paix, la prospérité, le respect des valeurs humaines et morales Amen.

A MON GRAND FRERE NANE ET MA TRES CHERE SOEUR TIANI LY

Sachet que vous été pour moi un cadeau de la vie ! Je vous aime. Cet humble travail vous est dédié. Qu'Allah vous protège.

A MES COUSINS ET COUSINES

On ne peut souhaiter mieux. Je vous admire et vous aime beaucoup.

A MA TANTE FEUE LIBNEYE

Tu as été l'exemple de la douceur, de la bonté, de l'humanisme. Je ne saurai exprimer toute l'admiration que tu as suscitée de par ton dévouement pour tes siens et plus particulièrement tes neveux et nièce. Ce travail est un hommage à ton souvenir. Que ton âme repose en paix. Amen.

A FEUE MAWADE :

Tu as été pour nous le père et la mère, de toi j'ai reçu l'amour, la tendresse et l'éducation qui gouverne aujourd'hui encore mon existence, et quel excellent cuisinier tu fus ! Reçois à travers ce travail l'expression de ma gratitude indélébile. Qu'Allah le tout puissant te rende grâce de cela auprès de lui et que la terre te soit légère.

A MES TANTES MINETOU ET TANE

Mes tantes chéries que j'adore, vous m'avez assisté depuis les premiers jours comme de véritable mère. Je me suis familiariser avec vous comme si j'ai toujours été en votre sein, et pour cette raison je vous remercie pour toute votre affection à mon égard et vous en serai éternellement reconnaissant. Cet humble travail vous est dédié. Qu'Allah vous protège

A MON FRERE DJIBRIL NIANG

Tu es pour moi le véritable ami que j'ai eu durant mon séjour au Mali. Tu as été là lorsque je ressentais le besoin de me confier et tu as toujours su m'écouter, me conseiller et me remonter le moral. Je te dis du fond du cœur un sincère merci.

A COOVI LISETTE

Chère à mon cœur tu as été à mes cotes dans les bons comme les mauvais moments. Je ne s'aurai exprimer ma gratitude et mon estime envers toi par quelque mots. Je pris Dieu de te donner longue vie et une réussite dans la vie professionnelle, et qu'il exauce nos vœux communs Amen.

A SOULEYMANE AG CISSE (mon cher tuteur)

C'est une mention spéciale que je t'accorde volontiers car tu est le premier maillon pour la réalisation de ce travail. Tu as été pour moi une famille au mali. . Tu m'as assisté dès mes premiers jours dans cette FAC, ces quelques lignes ne suffiront pas pour résumé tout ce que tu as fais pour moi. Ce travail est véritablement le tiens. Reçoit ici toute ma reconnaissance. Que le tout puissant te rende tout le bien que tu fais .Amen.

A KARDO SECK, Aisé Sidibé

Merci pour toute l'affection dont vous m'avez entouré. Recevez à travers ce travail l'expression de toute mon affection. Merci pour tout.

A BABACAR NANA KASSE dit "DIOUF"

Plus qu'un ami t'est un frère pour moi. La spontanéité avec laquelle nous nous sommes accepté mutuellement témoigne de la pureté de notre relation. Ton grand cœur, ton ouverture d'esprit, ta gentillesse et ta disponibilité (à nul autre pareil) font de toi un véritable ami. Reconnais en ce travail le tien. Je t'en serai éternellement reconnaissant .Que Dieu te protège. Amen.

A MES FRERES ET PROMOTIONAIRES DU SENEGAL

A LA FAMILLE LARAKI

Vous avaient été un soutien pour moi au Sénégal et vous restez ma famille pour toujours. Ce travail est le votre

A MON FRERE ET INTIME AMI FEU ANTOINE DESIRE

AU DOCTEUR SIDAHMED SOUFIANE

Couse je ne sais comment te remercier pour tes conseils (harcèlements plutôt) pour arriver à ce jour !!! Alors nous y voilà. Si tu pouvais rentrer dans mon cœur, tu comprendrais au mieux tout ce que je veux t'exprimer aujourd'hui.

AU DOCTEUR CHEIKH DIOUF

Zebbla !!!Je rends grâce à Dieu de m'avoir donné un frère comme toi. Je ne sais ce que je deviendrais si je ne t'avais pas connu. Les mots me manquent pour t'exprimer combien de fois je te porte dans mon cœur couse. C'est une mention spéciale que je t'accorde volontiers car tu as été là à toutes les épreuves notamment les moments difficiles. Ce travail est véritablement le tiens. Reçoit ici toute ma reconnaissance.

AU DOCTEUR MOCTAR DIOP

Filo ! Tu m'as aidé à murir et m'a appris à prendre mes responsabilités devant toute situation. Merci pour tout, que dieu te bénisse et te guide.

AUX DOCTEURS : mes aînés, YOUSOUF FOFANA, BEN. M. IDRIS, EL BAR

AUX DOCTEURS : ALIOUNE DIAW [TIGE], MOUSSA DABO

On dit que les meilleurs moments de la vie sont ceux passés à la F.A.C. Les meilleurs moments de ma vie je les ai donc passés avec vous. Je ne pourrai vous effacer de mon esprit. Merci pour tout. Bonne chance à vous.

AUX DOCTEURS :

WAFI, YOUBA, DIENG, BOUSH, MOULAYE, ABDLATIF, MOUHAMEDOU, LIMAME, BOU, Med LEMINE OULD MARABETE, Med LEMINE ABDRAHMANE

Je bénie Dieu de vous avoir placé sur mon chemin, pour ces luttes menés ensemble. Je vous remercie pour votre soutien, recevez à travers ce travail l'expression de toute mon affection. Merci pour tout.

A ABDRAHAMANE DICKO, SIDDEYE MAIGA, SOUL HASSEN, BARY

Vous êtes ma famille au Mali. En si peu de temps il s'est créé entre nous un lien de fraternité très fort. Les mots me manquent pour exprimer combien de fois je vous porte dans mon cœur. Avec vous j'ai appris beaucoup tant sur le plan humain que professionnel. Ce travail est aussi le votre. Affectueusement et brillante carrière à vous frères !

A BELLA : milles kiss !

A LA COMMUNAUTE ETUDIANTINE MAURITANIENNE

DJIBI SALL, CHEICK SY [mention spéciale], HAMA, CHEICKH, SALAH, NOUHOUME, ATEF, MBODJ, Cena, Abdeljelil

A MES AMIS :

BOUGOU C, HAMA, BARA, THIerno, DANTOUMA, RADICAL, PIF, JUSTIN, MBOUTA, OBSY, , COLLINS

A ROSINE, SANDRINE, TEY, KIA, ARA, ARIANE, PATICIA, RAMA, HANANE,

REMERCIEMENTS

AUX FRERES DE LA VILLA OUA :

SOUL BROTHER (ne pense surtout pas que je puisse oublier ton travail dans cette thèse qui sans toi je serai encore en train de la saisir. Merci pour ton soutien couse), MAKHAN, MOULAYE, YANTA

AUX FRERES DE LA VILLA ROUGE :

BAKARY, IB, ILYASSOU, MOUSSA BA, LINDA, FRACINE, BEBE, MONTIEU, AGNA, CHRISTELLE [VOISE], DJENEBA

A LA FAMILLE DOUMBIA

AUX GRAIN DE LA CABINE HAMA

A la cité OUA

A TOUS LES ETUDIANTS DE LA FMPOS

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur **Bacoroba COULIBALY**

E-mail : barobacoul52@yahoo.fr

- Maître de conférences de psychiatrie
- Praticien au service de psychiatrie de l'hôpital du Point G
- Secrétaire de la commission médicale de l'hôpital du Point G

Honorable maître,

Vous nous faite un grand honneur en n'acceptant de présidé ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait son des qualités que vous incarné on forcé notre admiration. Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine. Au delà du maître vous été un père par vos conseil qui n'ont jamais cessé de nous éclairé nous vous souhaitons longue et heureuse vie. Veiller accepter honorable maître l'expression de notre plus haute considérations.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur **Dramane SOGOBA**

- Investigateur clinique assistant, SEREFO

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être parmi nos juges, malgré vos multiples occupations nous est allée droit au cœur.

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de ce travail. Votre humanisme, votre simplicité nous a frappés dès les premiers instants. Permettez- moi cher maître de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre attachement.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur **Seydou M. COULIBALY**

- Pharmacien praticien hôpitalier
- Chargé de la distribution des ARV
- Chargé de cours de pharmacologie à l'INFSS

Cher maître,

Votre abord facile, votre esprit critique, votre objectivité et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être parmi nos juges ont largement contribué à renforcer la qualité de notre travail. Ce qui nous honore et nous permet d'apprécier la grandeur de votre personnalité.

Permettez nous cher maître de vous exprimer nos sincères remerciements et nos sentiments respectueux. Soyez rassuré « cher maître » de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Soukalo DAO








- **Maitre de conférences à la FMPOS**
- **Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMPOS**

Honorable maître,

Transmettre son savoir et sa connaissance et un acte de foi, un devoir sacré, de valeur inestimable. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir.

Cher maître, vous n'avez ménagé ni votre temps, ni votre patience dans la rédaction de cette thèse .ce travail et le fruit de votre de volonté parfaite, de votre disponibilité et surtout de votre savoir faire. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de faire de nous de bons médecins. Cher maître comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude. Merci infiniment.

PLAN

-  INTRODUCTION ET OBJECTIFS
-  GENERALITES
-  METHODOLOGIE
-  RESULTATS
-  COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS
-  CONCLUSION
-  BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I. OBGETIFS.....	3
II. GENERALITES.....	4
A. HISTORIQUE.....	4
B. EPIDEMIOLOGIE.....	5
1-AGENT PATHOGENE.....	5
2-REPARTITION GEOGRAPHIQUE.....	10
➤ Situation mondiale	10
➤ Situation en Afrique sub-saharienne.....	10
➤ Situation au Mali.....	11
3-MODE DE CONTAMINATION.....	11
4-EVOLUTION DE L'INFECTION ET DIAGNOSTIC.....	12
C. CLASSIFICATION CLINIQUE.....	15
1. Classification selon l'OMS.....	15
2. Classification selon le CDC.....	16
D. PHYSIOPATHOLOGIE.....	17
1. Les manifestations cliniques.....	18
a. Atteintes pulmonaires.....	18
b. Atteintes digestives	21
c. Atteintes Neurologiques.....	21
d. Atteintes Cutanées.....	23
e. Atteintes Ophtalmologiques.....	25
f. Atteintes Hématologiques et oncologiques.....	25

g. Atteintes rénale, cardiaque, endocrinienne, rhumatologique.....	26
h. Les infections opportunistes les plus fréquentes au cours du SIDA....	28
i. Traitement des infections opportunistes (IO).....	29
E. DIAGNOSTIC DE LABORATOIRE DE L'INFECTION AU VIH.....	30
F. THERAPEUTIQUE.....	30
G. QUELQUES DEFINITIONS.....	39
III. METHODOLOGIE.....	40
1. Cadre et lieu d'étude.....	40
2. Type et période d'étude.....	42
3. Population d'étude.....	42
4. Critères d'inclusion.....	42
5. Critères de non inclusion.....	42
6. Variables étudiées.....	42
7. Collecte des données.....	42
8. Définitions opératoires des termes.....	42
9. Aspects éthiques.....	43
IV. RESULTATS.....	44
V. DISCUSSION.....	60
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	63
VII. ANNEXE.....	64



THESE DE MEDECINE

Année académique : 2007-2008

N°...../

TITRE

RESULTATS DU SUIVI EN AMBULATOIRE DES
PATIENTS VIH POSITIF SOUS TRAITEMENT
ARV EN 2005 AU SERVICE DES MALADIES
INFECTIEUSES DU CHU DU POINT G

Présentée et soutenue publiquement le2008

Par

Mr. Hadrami Julien

*Pour obtenir le grade de Docteur en médecine
(DIPLOME D'ETAT)*

JURY

Président

Directeur de Thèse

Membre du jury

Pr Bakoroba COULIBALY

Pr Soukalo DAO

Dr Dramane SOGOBA

Dr Seydou COULIBALY

**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE E &
D'ODONTOSTOMATOLOGIE**

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** –
PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: Mme **COULIBALY FATOUMATA TALL**-
CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pediatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef D.E.R.
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SNOGO	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale

Mr Abdou Alassane TOURE D.E.R	Orthopédie, Traumatologie Chef de
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
Mr Alhoussein Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Aïssata SOW	Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie –Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie –Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	O.R.L.
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L.
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie –Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie –Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie –Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco- Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	O.R.L.
Mr Bouraïma MAIGA	Gyneco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-reanimation

Mr Moustapha TOURE
Mr Mamadou DIARRA
Mr Boubacary GUINDO

Gynecologie
Ophtalmologie
ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie –Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie, Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
------------------------	----------------------------------

Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Blaise DACKOUO	Chimie Analytique
Mr Mamadou BA	Parasitologie
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	Cardiologie
M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	Radiologie
M. Idrissa CISSE	Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie

M. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
M. Souleymane DIALLO	Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie
M. Cheïck Oumar GUINTO	Neurologie
M. Mahamadou GUINDO	Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, Chef de D.E.R.
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar MAIGA	Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Saïbou MAIGA	Legislation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moleculaire
Mr Yaya COULIBALY	Legislation

4. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique, chef de D.E.R.
--------------------	---------------------------------------

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Soncalo TRAORE	Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Hammadou Aly SANGO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidemiologie
Mr Samba DIOP	Qnthropologie Médicale
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES

A DIEU LE TOUT PUISSANT

AN- NAS (LES HOMMES)

"Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux"

- 7. Dis : Je cherche protection auprès du Seigneur des Hommes.**
- 8. Le Souverain des Hommes.**
- 9. Dieux des Hommes.**
- 10. Contre le mal du mauvais conseiller furtif,**
- 11. Qui souffle le mal dans les poitrines des hommes,**
- 12. Qu'il soit un djinn, ou un être humain.**

(Sourate 114 du Saint Coran)

Nous te rendons infiniment grâce ALLAH, de ce que tu nous as accordé tout au long de ces années écoulées, la force, le courage et la santé nécessaire pour accomplir ce travail.

AU PROPHETE MOHAMED (P.S.L)

Nous te rendons grâce, de cette lumière que tu nous as apportée. Que ta maison soit la notre.
Amen !

A MON PERE

Mon guide et mon repère, tu as su me donner tout ce qu'un enfant pourra espérer : l'amour, l'éducation dans les principes de Dieu tu as œuvré à chaque moment de ton existence pour que nous ne manquions de rien et tu as réussi. Je demande à Allah de me donner la force de vouer mon existence à te servir. Ce travail est aussi le tien. **Je t'aime Pa.**

A MA MERE

Ce jour est spécial pour moi et plus encore pour toi maman parce que plus que moi tu le mérites. Tu as été pour nous ce que veux vraiment dire une mère, rôle que tu as su si bien jouer car à aucun moment nous n'avons manqué d'amour, d'affection ou d'attention. Tu t'es battue nuit et jour pour nous offrir le meilleur. Ce travail est le fruit de tant d'années de sacrifices, il t'est entièrement dédié. Maman, je prie Dieu pour que tant d'autres de tes souhaits se réalisent, et plus que tout qu'il te garde longtemps afin que je puisse te témoigner tout mon amour et ma gratitude. **Je t'aime maman.**

A MES DEFUNTS GRANDS PARENTS

Par vous j'ai eu l'honneur immense d'avoir des parents aussi merveilleux qu'extraordinaire. C'est avec une grande fierté que je vous dédie ce travail. Que la terre vous soit légère et qu'Allah le tout puissant vous accorde le paradis.

A MES ONCLES ET TANTES

Je vous remercie pour votre attention et tout l'amour que vous me portez. Ce travail est le votre. Mention spéciale à Hassen ould cheick

A MA SŒUR ALIA

Si chère à mon cœur tu as partagé mes joies et mes peines. Tu es la grande sœur que tout un chacun aimerait avoir dévouer à tes frères et sœurs. Les mots me manquent pour t'exprimer combien de fois je te porte dans mon cœur. Qu'ALLAH te protège et protège ta famille et qu'il t'élève au rang de ses élus Amen.

A MON FRERE CADET Med. MAHMOUD (BEBE)

Tu resteras celui que j'ai tenu par la main, que j'ai protégé et pour qui je serais toujours présent. Je te souhaite d'être un bon parent et que la rigueur, le travail, l'honnêteté, la foi, et l'obéissance à Dieu et aux parents t'accompagne tout au long de ta vie Qu'Allah t'ouvre les portes de ce monde et du paradis.

Ce travail porte la marque de mon estime à ton égard !

A MES SŒURS CHIVA ET LAMINA

Mes petites princesses adorées, que j'aime de tout mon être. De même qu'on ne peut dénombrer les étoiles je ne pourrais exprimer l'intensité de l'affection que je vous porte. En témoignage de ceci, je vous offre le fruit de mon travail .Que le tout puissant Allah veille sur vous et vous guide; **je vous aime ci seulement vous pouviez savoir !!!**

A MES NEVEUX ET NIECES

Votre venu en ce monde a inondé mon cœur de joie et de fierté. Que ce travail soit le testament de ma tendresse de mon affection particulièrement de ma dévotion pour vous. Qu'Allah vous accorde le bonheur dans la paix, la prospérité, le respect des valeurs humaines et morales Amen.

A MON GRAND FRERE NANE ET MA TRES CHERE SOEUR TIANI LY

Sachet que vous été pour moi un cadeau de la vie ! Je vous aime. Cet humble travail vous est dédié. Qu'Allah vous protège.

A MES COUSINS ET COUSINES

On ne peut souhaiter mieux. Je vous admire et vous aime beaucoup.

A MA TANTE FEUE LIBNEYE

Tu as été l'exemple de la douceur, de la bonté, de l'humanisme. Je ne saurai exprimer toute l'admiration que tu as suscitée de par ton dévouement pour tes siens et plus particulièrement tes neveux et nièce. Ce travail est un hommage à ton souvenir. Que ton âme repose en paix. Amen.

A FEUE MAWADE :

Tu as été pour nous le père et la mère, de toi j'ai reçu l'amour, la tendresse et l'éducation qui gouverne aujourd'hui encore mon existence, et quel excellent cuisinier tu fus ! Reçois à travers ce travail l'expression de ma gratitude indélébile. Qu'Allah le tout puissant te rende grâce de cela auprès de lui et que la terre te soit légère.

A MES TANTES MINETOU ET TANE

Mes tantes chéries que j'adore, vous m'avez assisté depuis les premiers jours comme de véritable mère. Je me suis familiariser avec vous comme si j'ai toujours été en votre sein, et pour cette raison je vous remercie pour toute votre affection à mon égard et vous en serai éternellement reconnaissant. Cet humble travail vous est dédié. Qu'Allah vous protège

A MON FRERE DJIBRIL NIANG

Tu es pour moi le véritable ami que j'ai eu durant mon séjour au Mali. Tu as été là lorsque je ressentais le besoin de me confier et tu as toujours su m'écouter, me conseiller et me remonter le moral. Je te dis du fond du cœur un sincère merci.

A COOVI LISETTE

Chère à mon cœur tu as été à mes cotes dans les bons comme les mauvais moments. Je ne s'aurai exprimer ma gratitude et mon estime envers toi par quelque mots. Je pris Dieu de te donner longue vie et une réussite dans la vie professionnelle, et qu'il exauce nos vœux communs Amen.

A SOULEYMANE AG CISSE (mon cher tuteur)

C'est une mention spéciale que je t'accorde volontiers car tu est le premier maillon pour la réalisation de ce travail. Tu as été pour moi une famille au mali. . Tu m'as assisté dès mes premiers jours dans cette FAC, ces quelques lignes ne suffiront pas pour résumé tout ce que tu as fais pour moi. Ce travail est véritablement le tiens. Reçoit ici toute ma reconnaissance. Que le tout puissant te rende tout le bien que tu fais .Amen.

A KARDO SECK, Aisé Sidibé

Merci pour toute l'affection dont vous m'avez entouré. Recevez à travers ce travail l'expression de toute mon affection. Merci pour tout.

A BABACAR NANA KASSE dit "DIOUF"

Plus qu'un ami t'est un frère pour moi. La spontanéité avec laquelle nous nous sommes accepté mutuellement témoigne de la pureté de notre relation. Ton grand cœur, ton ouverture d'esprit, ta gentillesse et ta disponibilité (à nul autre pareil) font de toi un véritable ami. Reconnais en ce travail le tien. Je t'en serai éternellement reconnaissant .Que Dieu te protège. Amen.

A MES FRERES ET PROMOTIONAIRES DU SENEGAL

A LA FAMILLE LARAKI

Vous avaient été un soutien pour moi au Sénégal et vous restez ma famille pour toujours. Ce travail est le votre

A MON FRERE ET INTIME AMI FEU ANTOINE DESIRE

AU DOCTEUR SIDAHMED SOUFIANE

Couse je ne sais comment te remercier pour tes conseils (harcèlements plutôt) pour arriver à ce jour !!! Alors nous y voilà. Si tu pouvais rentrer dans mon cœur, tu comprendrais au mieux tout ce que je veux t'exprimer aujourd'hui.

AU DOCTEUR CHEIKH DIOUF

Zebra !!! Je rends grâce à Dieu de m'avoir donné un frère comme toi. Je ne sais ce que je deviendrais si je ne t'avais pas connu. Les mots me manquent pour t'exprimer combien de fois je te porte dans mon cœur couse. C'est une mention spéciale que je t'accorde volontiers car tu as été là à toutes les épreuves notamment les moments difficiles. Ce travail est véritablement le tiens. Reçoit ici toute ma reconnaissance.

AU DOCTEUR MOCTAR DIOP

Filo ! Tu m'as aidé à murir et m'a appris à prendre mes responsabilités devant toute situation. Merci pour tout, que dieu te bénisse et te guide.

AUX DOCTEURS : mes aînés, YOUSOUF FOFANA, BEN. M. IDRIS, EL BAR

AUX DOCTEURS : ALIOUNE DIAW [TIGE], MOUSSA DABO

On dit que les meilleurs moments de la vie sont ceux passés à la F.A.C. Les meilleurs moments de ma vie je les ai donc passés avec vous. Je ne pourrai vous effacer de mon esprit. Merci pour tout. Bonne chance à vous.

AUX DOCTEURS :

WAFI, YOUBA, DIENG, BOUSH, MOULAYE, ABDLATIF, MOUHAMEDOU,
LIMAME, BOU, Med LEMINE OULD MARABETE, Med LEMINE ABDRAHMANE
Je bénie Dieu de vous avoir placé sur mon chemin, pour ces luttes menés ensemble. Je vous remercie pour votre soutien, recevez à travers ce travail l'expression de toute mon affection. Merci pour tout.

A ABDRAHAMANE DICKO, SIDDEYE MAIGA, SOUL HASSEN, BARY

Vous êtes ma famille au Mali. En si peu de temps il s'est créé entre nous un lien de fraternité très fort. Les mots me manquent pour exprimer combien de fois je vous porte dans mon cœur. Avec vous j'ai appris beaucoup tant sur le plan humain que professionnel. Ce travail est aussi le votre. Affectueusement et brillante carrière à vous frères !

A BELLA : milles kiss !

A LA COMMUNAUTE ETUDIANTINE MAURITANIENNE

DJIBI SALL, CHEICK SY [mention spéciale], HAMA, CHEICKH, SALAH, NOUHOUME,
ATEF, MBODJ, Cena, Abdeljelil

A MES AMIS :

BOUGOU C, HAMA, BARA, THIerno, DANTOUMA, RADICAL, PIF, JUSTIN,
MBOUTA, OBSY, , COLLINS

A ROSINE, SANDRINE, TEY, KIA, ARA, ARIANE, PATICIA, RAMA, HANANE,

REMERCIEMENTS

AUX FRERES DE LA VILLA OUA :

SOUL BROTHER (ne pense surtout pas que je puisse oublier ton travail dans cette thèse qui sans toi je serai encore en train de la saisir. Merci pour ton soutien couse), MAKHAN, MOULAYE, YANTA

AUX FRERES DE LA VILLA ROUGE :

BAKARY, IB, ILYASSOU, MOUSSA BA, LINDA, FRACINE, BEBE, MONTIEU, AGNA, CHRISTELLE [VOISE], DJENEBA

A LA FAMILLE DOUMBIA

AUX GRAIN DE LA CABINE HAMA

A la cité OUA

A TOUS LES ETUDIANTS DE LA FMPOS

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur **Bacoroba COULIBALY**

E-mail : barobacoul52@yahoo.fr

- Maître de conférences de psychiatrie
- Praticien au service de psychiatrie de l'hôpital du Point G
- Secrétaire de la commission médicale de l'hôpital du Point G

Honorable maître,

Vous nous faite un grand honneur en n'acceptant de présidé ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait son des qualités que vous incarné on forcé notre admiration. Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine. Au delà du maître vous été un père par vos conseil qui n'ont jamais cessé de nous éclairé nous vous souhaitons longue et heureuse vie. Veiller accepter honorable maître l'expression de notre plus haute considérations.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur **Dramane SOGOBA**

➤ Investigateur clinique assistant, SEREFO

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être parmi nos juges, malgré vos multiples occupations nous est allée droit au cœur.

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de ce travail. Votre humanisme, votre simplicité nous a frappés dès les premiers instants. Permettez- moi cher maître de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre attachement.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur **Seydou M. COULIBALY**

- Pharmacien praticien hôpitalier
- Chargé de la distribution des ARV
- Chargé de cours de pharmacologie à l'INFSS

Cher maître,

Votre abord facile, votre esprit critique, votre objectivité et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être parmi nos juges ont largement contribué à renforcer la qualité de notre travail. Ce qui nous honore et nous permet d'apprécier la grandeur de votre personnalité. Permettez nous cher maître de vous exprimer nos sincères remerciements et nos sentiments respectueux. Soyez rassuré « cher maître » de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Soukalo DAO

- **Maitre de conférences à la FMPOS**
- **Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMPOS**








Honorable maître,

Transmettre son savoir et sa connaissance et un acte de foi, un devoir sacré, de valeur inestimable.

En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir.

Cher maître, vous n'avez ménagé ni votre temps, ni votre patience dans la rédaction de cette thèse .ce travail et le fruit de votre de volonté parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir faire. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de faire de nous de bons médecins. Cher maître comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude. Merci infiniment.

PLAN

-  INTRODUCTION ET OBJECTIFS
-  GENERALITES
-  METHODOLOGIE
-  RESULTATS
-  COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS
-  CONCLUSION
-  BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
IV. OBGETIFS.....	3
V. GENERALITES.....	4
H. HISTORIQUE.....	4
I. EPIDEMIOLOGIE.....	5
1-AGENT PATHOGENE.....	5
2-REPARTITION GEOGRAPHIQUE.....	10
➤ Situation mondiale	10
➤ Situation en Afrique sub-saharienne.....	10
➤ Situation au Mali.....	11
3-MODE DE CONTAMINATION.....	11
4-EVOLUTION DE L'INFECTION ET DIAGNOSTIC.....	12
J. CLASSIFICATION CLINIQUE.....	15
3. Classification selon l'OMS.....	15
4. Classification selon le CDC.....	16
K. PHYSIOPATHOLOGIE.....	17
2. Les manifestations cliniques.....	18
j. Atteintes pulmonaires.....	18
k. Atteintes digestives	21
l. Atteintes Neurologiques.....	21
m. Atteintes Cutanées.....	23

n. Atteintes Ophtalmologiques.....	25
o. Atteintes Hématologiques et oncologiques.....	25
p. Atteintes rénale, cardiaque, endocrinienne, rhumatologique.....	26
q. Les infections opportunistes les plus fréquentes au cours du SIDA....	28
r. Traitement des infections opportunistes (IO).....	29
L. DIAGNOSTIC DE LABORATOIRE DE L'INFECTION AU VIH.....	30
M. THERAPEUTIQUE.....	30
N. QUELQUES DEFINITIONS.....	39
VI. METHODOLOGIE.....	40
10. Cadre et lieu d'étude.....	40
11. Type et période d'étude.....	42
12. Population d'étude.....	42
13. Critères d'inclusion.....	42
14. Critères de non inclusion.....	42
15. Variables étudiées.....	42
16. Collecte des données.....	42
17. Définitions opératoires des termes.....	42
18. Aspects éthiques.....	43
VIII. RESULTATS.....	44
IX. DISCUSSION.....	60
X. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	63
XI. ANNEXE.....	64

INTRODUCTION

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est probablement le virus le plus étudié dans l'histoire à ce jour. Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dû au VIH, a été identifié pour la première fois en 1981 aux Etats Unis d'Amérique. En 2003 on a dénombré 40 Millions d'individus atteints, et depuis le début de l'épidémie, le VIH et le SIDA ont causé 27,9 Millions de décès. [1]

A la fin de l'année 2007, le programme conjoint des Nations Unies contre le SIDA (ONUSIDA) estimait le nombre de personnes infectées par le VIH à travers le monde à 33,2 Millions dont 15,4 Millions de femmes. Le nombre de nouvelles infections par le VIH survenues en 2007 est égal à 2,5 Millions. Au cours de cette même année, 2,1 Millions de décès ont été déplorés dans le monde. [2]

En 2006 le nombre de personnes vivant avec le VIH s'estimait à 39, 5 Millions, et le nombre d'infections à VIH en 2006 est à 4,3 Millions. [3]

C'est en Afrique que la pandémie connaît les taux de transmission et de décès les plus élevés. L'ONU rapporte que pour l'an 2002, 2,4 millions d'Africains sont morts du SIDA, 10 millions de jeunes Africains âgés de 15-24 ans et environ 3 millions d'enfants de moins de 15 ans sont infectés par le VIH. [4], [5], [6]

Selon les résultats d'une étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographique et de Santé en 2006, le Mali, pourrait être considéré au premier regard comme un pays à faible prévalence (1,3%). Cependant ils révèlent que les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes (respectivement 2% et 1,3%). L'épidémie frappe plus les jeunes filles que les garçons dans la tranche d'âge 15- 19 ans. [7]

La région de Bamako est la région la plus touchée 2,5% suivi par Ségou 2%, Kayes 1,9%, Koulikoro 1,9%.

Notons aussi que le pic de séroprévalence (3,9%) se situe aussi bien chez les femmes que chez les hommes dans la tranche d'âge 30- 34 ans. Ce qui témoigne d'une épidémie déjà bien installée. La séroprévalence est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. [8]

Bien que de nombreux pays soient partis d'un niveau très bas, l'accès aux traitements et à la prise en charge s'est considérablement amélioré ces dernières années et les effets sont spectaculaires.

On estime que deux millions d'années de vie ont été épargnées depuis 2002 dans les pays à faible et moyen revenus grâce à l'extension de la fourniture des traitements antirétroviraux. Rien qu'en Afrique subsaharienne, quelque 790 000 années ont été épargnées, dont la vaste majorité au cours des deux ans d'expansion des traitements antirétroviraux. ^[9]

La prise en charge globale doit prévoir l'accès à un traitement antirétroviral. Il est notoire que l'administration prolongée d'antirétroviraux améliore la survie et la qualité de vie, diminue les hospitalisations et la morbidité et atténue l'impact socio-économique de la maladie. Il a été également rapporté que les soins et les traitements antirétroviraux ont commencé à faire reculer la stigmatisation et la crainte. ^[10]

Au Mali le Ministère de la santé a élaboré une politique et des protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA afin de garantir l'accès aux soins, et spécifiquement aux antirétroviraux, à toute personne infectée par le VIH lorsque son état clinique et/ou biologique le nécessite. A la fin de l'année 2005, elle était disponible à Bamako et cinq autres régions.

Un bon suivi est gage d'une efficacité maximum des ARV. Chaque année le comité sectoriel de lutte contre le SIDA (CSLS) fait le bilan global de prise en charge de cette affection au Mali. Cependant les différents services de prise en charge font rarement un bilan spécifique de leur propre situation, d'où notre motivation à traiter ce sujet.

Cette étude a pour but de décrire les aspects de la prise en charge des PVVIH sous traitement ARV en 2005 au service des maladies infectieuses du CHU du Point G.

I. OBJECTIFS

1- Objectif général :

- ✚ Evaluer les résultats du suivi des patients sous traitement ARV en 2005.

2- Objectifs spécifiques :

- ✚ Déterminer la fréquence des inclusions sous traitement ARV
- ✚ Déterminer l'évolution des taux de T CD4 et de la charge virale sous ARV
- ✚ Déterminer les effets secondaires des ARV
- ✚ Déterminer les raisons d'inobservance

II. GENERALITES

A. *Historique* [11, 12, 13,14]

En 1981, le Center for Disease Control and Prévention (CDC) d'Atlanta (USA) a signalé cinq cas rapprochés d'adultes atteints de pneumonies dues à *Pneumocystis carinii*, un parasite normalement peu courant et connu comme favorisé par l'immunodépression. La multiplication du nombre de cas de pneumocystose puis d'autres affections associées à une dépression immunitaire sans étiologie connue amène à définir en 1982 un nouveau syndrome : le syndrome d'immunodépression acquise (SIDA).

L'hypothèse d'une origine infectieuse est rapidement soupçonnée, devant la propagation rapide touchant des groupes faisant évoquer une contamination par voie sexuelle (d'abord homosexuelle masculin puis rapidement hétérosexuelle) et sanguine (hémophilies, toxicomanes puis transfusés). En 1983, le virus responsable est isolé à Paris à l'institut Pasteur, à partir d'un prélèvement de ganglion lymphatique.

Il est baptisé LAV en France, puis HTLV-III aux Etats- unis en 1984 ; et enfin VIH-1 (VIH-I :Human Immunodeficiency Virus en Anglais) en 1986 dans l'ensemble du monde. En 1985, on découvre chez une personne originaire du Cap vert un second virus responsable du SIDA, baptisé VIH-II. A partir d'échantillon biologique conservé dans des bibliothèques, on fait remonter à la fin des années 1950 le premier cas humain connu d'infection par le VIH. En 1985, alors que le nombre de cas de SIDA déclarés dans le monde est évalué à 11 000, une conférence internationale sur le SIDA a eu lieu à Atlanta. Elle a été la première d'une série de conférences mondiales qui ont eu lieu une fois par an puis tous les deux ans.

Entre 1985 et 1987 apparaissent les tests sérologiques permettant de mettre en évidence les anticorps du VIH ouvrant la porte à un diagnostic formel de l'infection.

Cette première période 1981 – 1987 est aussi l'époque des doutes sur les modes de transmission (possibilité de transmission par piqûres de moustiques est un moment évoqué puis réfuté), sur l'ampleur que va prendre la pandémie et sur la signification de la séropositivité aux nouveaux tests (quels sont les risques d'une personne séropositive de développer le SIDA ou transmettre à d'autres personnes ?).

Et ces dernières années, on assiste à une forte mobilisation nationale et internationale :

Au niveau institutionnel, politique, scientifique et associatif; les associations des personnes infectées et affectées font leur apparition et prennent une place active à tous les niveaux.

Les Nations Unies ont créé une agence mondiale chargée de la lutte contre la pandémie, baptisée ONUSIDA; un peu partout dans le monde des programmes nationaux de lutte contre le SIDA sont créés.

B. Epidémiologie

1. Agent pathogène :

Le virus du sida fait partie de la famille des lentivirus.

Il s'agit d'un virus possédant un génome sous forme d'ARN, contenu dans une capsidie protéique, elle-même entourée par une enveloppe formée d'une membrane lipidique. Son nom correspond à son effet pathologique : VIH = Virus d'Immunodéficience Humaine. La maladie qu'il cause chez l'Homme est le SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise.

Structures du VIH et de son génome :

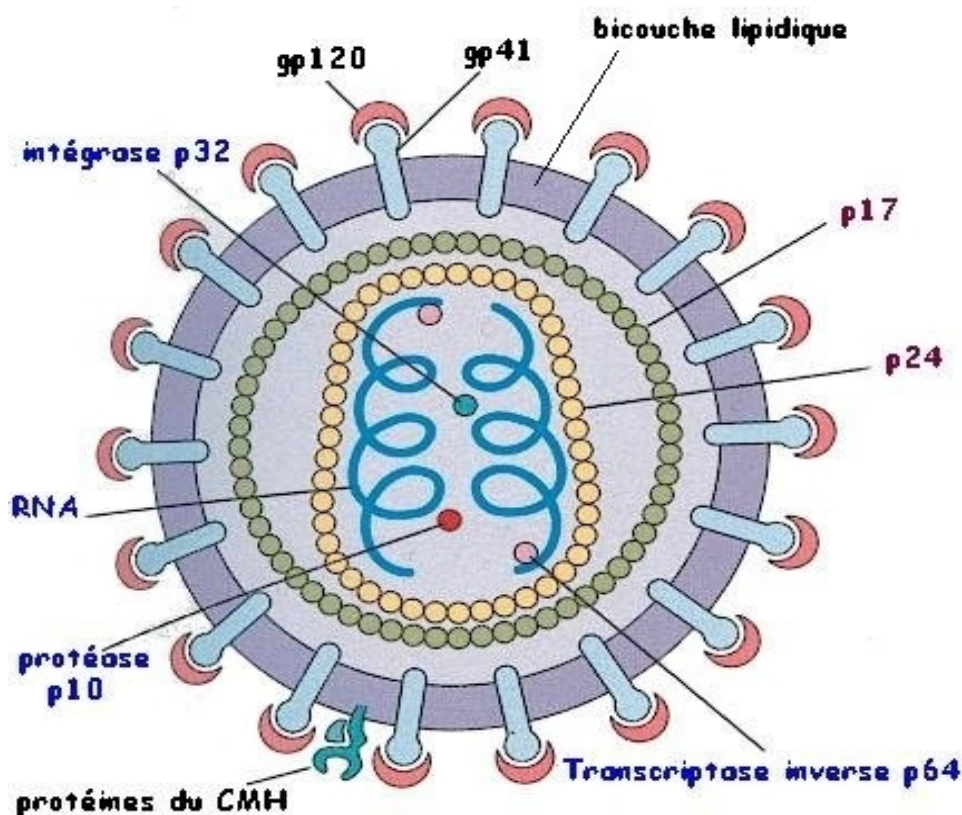


Figure 1 : Schéma du VIH [15].

Site internet : www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/sida/-10k. 17 février 2005.

Le virus du SIDA se compose d'un matériel génétique (ARN) accompagné de quelques protéines, le tout contenu dans deux "coques" protéiques (les capsides), elles-mêmes entourées d'une membrane, portant des protéines spécifiques (cette membrane et ces protéines forment l'enveloppe du virus).

Deux types de VIH

On distingue actuellement deux types de VIH : le VIH-1 et le VIH-2. Ces deux virus sont très proches (42 % d'homologie au niveau de leur génome).

Le VIH-1 est le plus répandu, et classifié en 3 groupes :

- Le groupe M subdivisé en dix sous groupes de A à J.
- Le groupe O rencontré essentiellement en Afrique centrale.
- Le groupe N isolé récemment au Cameroun [16, 17].

Le génome du virus du SIDA se compose d'un ARN simple brin de 9181 nucléotides. Il comporte trois gènes principaux (Gag, Pol, et Env), ainsi que quelques gènes de régulation, de petite taille.

Il comporte de plus des séquences spécifiques, situées à ses extrémités (5'UTR et 3'UTR - UTR = région non transcrite "UnTranscribed Région").

Une fois rétro transcrit sous la forme d'un ADN double brin (voir cycle), il s'exprime par le biais de deux ARN messagers, qui aboutissent à la synthèse de trois protéines. Ces protéines sont ensuite clivées par des protéases, pour aboutir aux différentes protéines virales.

En plus des trois gènes "de structure" (gag, pol et env), le virus du SIDA possède six gènes codant pour des protéines régulatrices.

Ces protéines sont particulièrement importantes dans l'accomplissement de la réplication, de la transcription, de l'export des ARN viraux du noyau. Leur expression est complexe.

Cycle du VIH :

Le virus du SIDA présent dans le sang est capable de se fixer à des cellules particulières du système immunitaire : les lymphocytes T4. Ces lymphocytes sont ainsi nommés, car porteurs de la protéine transmembranaire T CD4.

La fixation du virus à ces cellules fait intervenir T CD4 (reconnu par la protéine gp120 du virus), ainsi que d'autres protéines membranaires (les co-récepteurs). A partir de cette fixation, le matériel génétique du VIH peut pénétrer dans le lymphocyte.

Il est à noter que le VIH peut en fait infecter de nombreux types cellulaires différents. Une fois dans le cytoplasme, l'ARN du virus est rétro transcrit en ADNc double brin. Cet ADNc pénètre dans le noyau, et s'intègre au génome de la cellule hôte. L'expression des gènes du virus permet alors la fabrication des protéines du virus. Assemblées, elles permettent la formation de nouveaux virions, qui bourgeonnent de la cellule, en s'entourant au passage d'une membrane (héritée de la cellule infectée).

Ceci permet la libération de nouveaux virus dans le sang de l'organisme infecté. Il est à noter que l'expression du génome viral se réalise grâce à la machinerie de transcription (puis de traduction) de la cellule infectée.

Le schéma ci-dessous résume ce cycle. Les légendes sont détaillées juste en dessous.

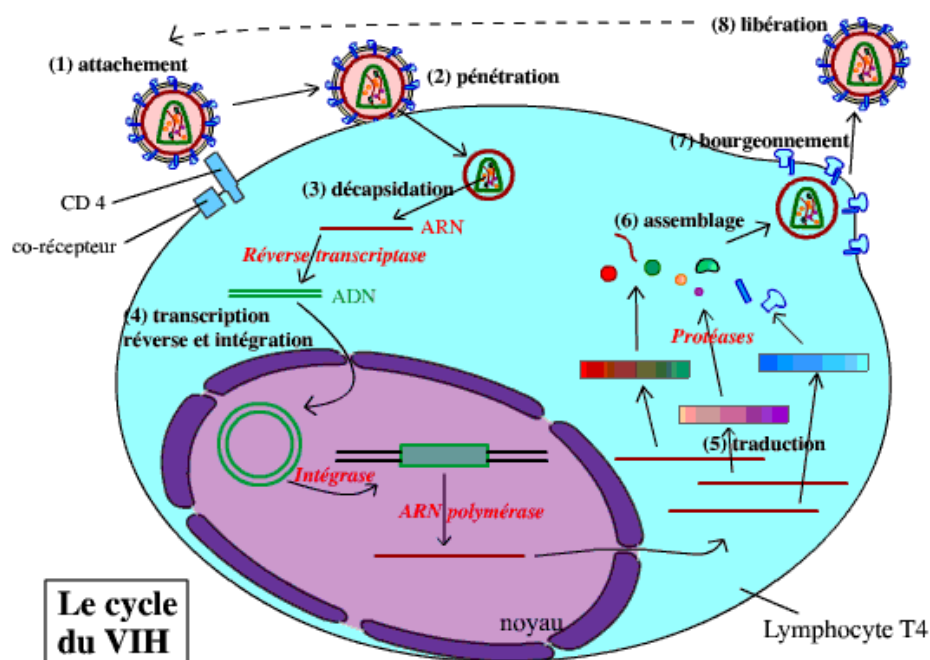


Figure 2 : Schéma cycle du VIH [15].

Site internet : www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/sida/-10k. 17 février 2005.

LEGENDE

1. **Attachement**

Le virus se fixe sur le lymphocyte T4, par reconnaissance entre la protéine virale gp120 et la protéine T CD4 du lymphocyte (ainsi qu'un co-récepteur).

2. **Pénétration**

Les deux membranes (du virus et du lymphocyte) fusionnent, ce qui permet la pénétration de la nucléocapside (les deux capsides + le matériel génétique, etc.) du virus dans le cytoplasme.

3. **Décapsidation**

Les deux capsides se dissocient, libérant l'ARN viral dans le cytoplasme.

4. **Reverse**

Grâce à la reverse transcriptase virale, l'ARN viral est rétro transcrit en ADN double brin. Cet ADN pénètre dans le noyau, où il s'intègre au génome du lymphocyte. Il est ensuite transcrit en ARN.

5. Traduction

Après avoir été transcrits par l'ARN polymérase de la cellule, les ARN messagers viraux sont traduits en trois précurseurs protéiques. Ces précurseurs sont clivés par des protéases, pour donner les différentes protéines du virus.

6. Assemblage

Les protéines virales et l'ARN viral (transcrit par ailleurs) sont associées pour reformer des virus (sans la membrane). Les protéines virales membranaires sont intégrées à la membrane du lymphocyte.

7. Bourgeonnement

Le virus bourgeonne, emportant un fragment de la membrane plasmique du lymphocyte (qui contient uniquement les protéines membranaires virales).

8. Libération

Les nouveaux virus sont libérés dans le milieu intérieur. Ils peuvent infecter de nouveaux lymphocytes T4.

Mécanisme d'entrée du VIH dans les cellules :

Le virus du SIDA utilise pour rentrer dans ses cellules hôtes les protéines présentes à sa membrane et à celle de la cellule hôte. La protéine virale gp 120 possède en effet un domaine de liaison à la protéine T CD4.

Le virus du SIDA est ainsi capable de se fixer spécifiquement aux lymphocytes T4, qui portent cette protéine à leur membrane.

Cette fixation de gp 120 à T CD4 conditionne l'ensemble des étapes suivantes permettant la pénétration de la nucléocapside virale dans le lymphocyte.

La fixation de gp 120 à T CD4 permet de démasquer une autre protéine membranaire virale : gp 41. Celle-ci s'insère alors dans la membrane du lymphocyte, permettant la fusion des deux membranes, et ainsi l'entrée du virus dans la cellule :

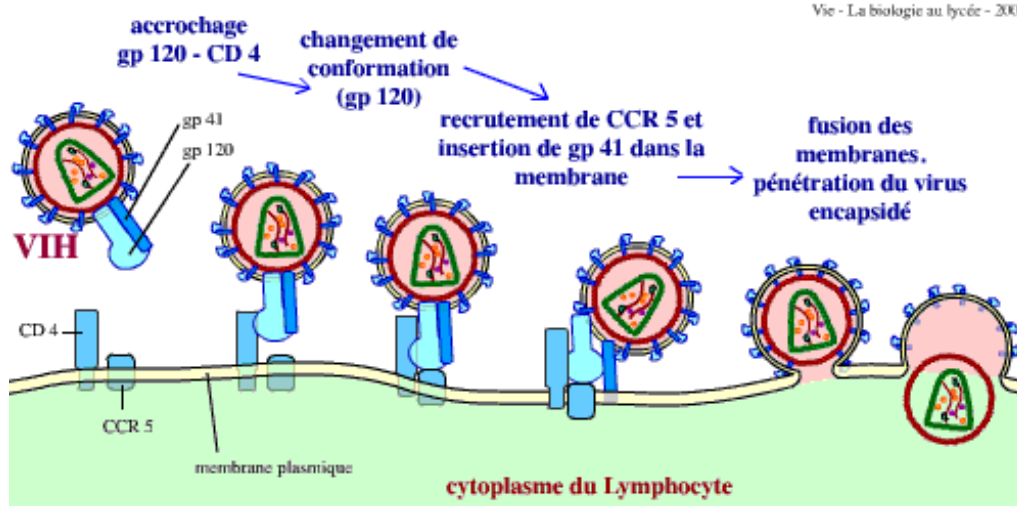


Figure 3 : Les étapes de l'entrée du VIH dans le lymphocyte [15].

Site internet : www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/sida/-10k. 17 février 2005.

En réalité, le récepteur TCD 4 seul est insuffisant pour une pénétration du VIH dans la cellule. Des corécepteurs sont nécessaires. Parmi ceux-ci, on peut citer deux protéines transmembranaires : CXCR-4 et CCR-5. Ces corécepteurs ne sont pas des protéines spécifiques des lymphocytes T4, de nombreuses autres cellules les possèdent. Toutes les souches de VIH n'utilisent pas le même corécepteur. Il existe aussi d'autres corécepteurs possibles...

Il est à noter que certaines personnes possédant un allèle particulier du corécepteur CCR5 (délétion de 32 paires de bases dans le gène) semblent résistantes à l'infection par le VIH. Ces individus représenteraient 1 % de la population.

Origine de la variabilité du VIH :

Deux mécanismes rentrent en jeu pour expliquer une telle variabilité du VIH :

a- la reverse transcriptase : à un taux d'erreur très élevé, de l'ordre de 10^{-3} à 10^{-4} . Ceci correspond à une à deux mutations (s) par cycle de réplication;

b- le taux de renouvellement du virus : est très élevé (demi-vie de 48 h), ce qui donne de 10^8 à 10^9 virions synthétisés par jour.

Les erreurs de lecture de l'information génétique par la réserve transcriptase est à la base des variantes génétiques. Une telle variabilité rend difficile l'élaboration d'un vaccin.

Ainsi, lorsque le système immunitaire est encore fort, on observe un grand nombre de variantes, dus aux mutations : le virus déborde ainsi le système immunitaire, qui est alors détruit. La variabilité se réduit alors, le variant le plus efficace prenant le dessus. [15]

2. Répartition géographique

➤ Situation dans le monde :

En 2002, l'OMS estime à 42 millions le nombre de personne vivant avec le VIH dans le monde avec une incidence de 5 millions. Depuis le début de l'épidémie le nombre de décès s'est élevé à 27,9 millions. [18]

Selon les derniers chiffres publiés par l'ONU SIDA/OMS dans *Le point sur l'épidémie mondiale de SIDA*, on estime à 39,5 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH. Il y a eu 4,3 millions de nouvelles infections en 2006.

➤ Situation de l'Afrique sub-saharienne :

L'Afrique sub-saharienne, où il existe des variations importantes de prévalence, demeure la plus touchée avec :

- 26,6 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA (66%)
- 2,2 millions de décès (plus de 75%)
- 3,2 millions de nouveaux cas. [18]

➤ Situation de l'infection par le VIH au Mali : [19, 20, 21, 22]

Depuis deux décennies, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA n'a cessé d'augmenter au Mali.

Selon l'ONUSIDA/OMS le Premier cas de SIDA fut déclaré en 1985 à l'hôpital Gabriel Touré. La prévalence du VIH/SIDA était de 1,3% avec une estimation de 170 milles personnes vivant avec le virus ,45 milles orphelins et 10 304 cas de SIDA notifiés de 1985 à 2002.

Les femmes sont les plus touchées par l'épidémie, avec un taux globale de 2% contre 1,3% chez les hommes.

Le groupe d'âge le plus touché est celui de 30- 34 ans pour les deux sexes. En milieu urbain 97%, ont entendu parler du SIDA mais 22% ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter ; tandis qu'en milieu rural si 88% en ont entendu parler jusqu'à 54% ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter.

Il existe une grande disparité entre le milieu urbain et le milieu rural ; en milieu urbain, Koulikoro apparaît la région la plus touchée : 4,5% comparé à Ségou qui en milieu rural présente une séroprévalence de 2,2%.

Les deux types de virus ont été identifiés dans le pays avec une prédominance du VIH1 dans l'échantillon retenu.

3. Mode de contamination [23]

➤ **Contamination sexuelle : 70 à 80% des cas**

Le virus est présent dans les sécrétions génitales, et peut donc être transmis lors d'un rapport sexuel, qu'il soit homosexuel ou hétérosexuel. En Afrique, la contamination s'effectue essentiellement par voie hétérosexuelle. Les IST (Infections Sexuellement Transmissibles), le multi-partenariat, l'ignorance et la pauvreté sont des facteurs favorisant.

➤ **Transmission par le sang :**

Le virus étant présent dans le sang, il peut être transmis lors de pratiques toxicomanes (échanges de seringues), de manière accidentelle, ou lors de transfusions. Un dépistage systématique des donneurs de sang a permis de réduire ce dernier mode de transmission (risque résiduel estimé de 1/500.000 à 1/1.000.000).

➤ **Transmission verticale :**

La transmission materno-fœtale peut survenir à différentes étapes de la grossesse.

- Intra-utérine : dans les semaines précédant l'accouchement dans un tiers des cas ;
- Intra-partum : au moment de l'accouchement dans deux tiers des cas.
- Allaitement : présente également un risque d'infection pour l'enfant, estimé entre 5 et 7%

En Afrique, environ 1000 enfants naissent chaque jour VIH positifs

Taux de transmission :

- VIH1 sans traitement : 15 à 20% (+10% s'il y a allaitement)
- VIH1 avec traitement préventif : 5 à 8% (<2% Europe)
- VIH2 : 2%.

➤ **Autres modes de transmission :**

Même s'il a été retrouvé dans la salive, les urines, les larmes, le liquide céphalo-rachidien et le liquide broncho-alvéolaire ; la transmission du VIH n'est cependant pas automatique à

cause de la faible concentration de virus présents dans ces liquides et de la présence éventuelle de composants inactivant les virus.

Pour ces liquides, le risque de transmission est théorique et les cas anecdotiques publiés ne permettent jamais d'écarter la possibilité de souillure du liquide impliqué par le sang.

4. Evolution de l'infection et diagnostic

🚦 Evolution de l'infection virale :

Notion d'histoire naturelle

Le terme histoire naturelle désigne l'ordre habituel prévisible dans lequel se déroulent les manifestations cliniques et biologiques de l'infection VIH.

Grâce aux nombreuses études de cohortes mises en place dès le début de l'épidémie ; cette histoire naturelle est aujourd'hui bien connue. L'évolution de la maladie a connu de nombreuses modifications du fait de l'introduction de plus en plus précoce des traitements ARV efficaces capables d'influencer le cours de l'infection. [24]

On distingue 3 phases lors d'une infection par le virus du SIDA :

○ La primo-infection ou phase aiguë (dure quelques semaines) :

C'est la première phase de l'infection après la contamination, l'intérêt à ce stade du diagnostic est dans un but essentiel de prise en charge précoce et de prévention de la transmission. La sévérité clinique, la présence de signes neurologiques sont associées à un risque d'évolution accélérée de la maladie VIH. Dans ce cas, l'institution précoce d'un traitement ARV est justifiée.

○ la phase asymptomatique :

Suivant la phase aiguë, s'installe une phase d'infection chronique cliniquement latente mais biologiquement active. C'est la phase la plus longue de l'histoire naturelle de la maladie. La réplication virale est constante, en particulier dans les organes lymphoïdes, même à un stade précoce de l'infection

○ La phase finale symptomatique, SIDA :

Il correspond à un ensemble de manifestations infectieuses opportunistes ou tumorales liées le plus souvent à une déplétion profonde de l'immunité cellulaire. Le degré d'immunodépression conditionne le risque de survenu des infections opportunistes.

L'introduction de prophylaxies primaires, en particulier contre la pneumocystose et la toxoplasmose, l'augmentation de la survie liée aux progrès thérapeutiques effectués au cours

des dernières années ont modifié le profil de la maladie VIH chez un sujet traité efficacement, même à un stade avancé de l'immunodépression. [24]

Diagnostic

Parallèlement à l'évolution de l'infection, un certain nombre de paramètres varie : la quantité de CD 4 (correspondant au nombre de lymphocytes - elle diminue donc pendant la phase asymptomatique), la quantité d'ARN viral (correspondant au nombre de virus), et les anticorps anti-VIH.

Ces derniers montrent la réaction du système immunitaire face à l'infection par le VIH. Ils apparaissent lors de la primo-infection (qui dure de 3 à 8 semaines).

Chez les adultes, cette apparition d'anticorps anti-VIH est utilisée pour diagnostiquer une infection par le virus du SIDA.

On recherche ainsi leur présence, par deux tests de dépistage ELISA (fixation des anticorps), puis par un test de confirmation par western blot (séparation de protéines sur gel). En cas de résultat positif, on dit que l'individu est séropositif : il possède des anticorps anti-VIH dans son sérum.

Il est à noter que l'infection n'est pas décelable par cette méthode lors de la primo-infection

On propose donc de réaliser généralement 2 tests à deux mois d'intervalle (sauf s'il n'y a pas eu de pratique à risque depuis deux mois). Toutefois, on peut déceler une primo-infection en recherchant la présence d'antigène p24 (capside interne) dans le sérum.

Chez le nouveau-né, on réalise un diagnostic direct : culture de cellules sanguines prélevées chez l'enfant avec des lymphocytes, puis détection de l'ARN viral par PCR. En effet, les anticorps franchissant la barrière hémato-placentaire, une séropositivité à la naissance n'est que le reflet de celle de la mère du nouveau-né...

Suivi sérologique d'un patient VIH+ :

Un patient séropositif est suivi, pour observer l'évolution de la maladie. Pour cela, on recherche l'ARN viral dans le plasma et on le quantifie. Ceci donne la quantité de virus présent, ou charge virale.

C. Classification clinique :

➤ Classification selon l'OMS

Tableau I : Classification selon les signes cliniques (OMS) [25]

<i>Groupe</i>	<i>Sous groupe</i>	<i>Manifestations cliniques</i>
I		Primo-infection symptomatique ou asymptomatique
II	A	Séropositifs asymptomatique sans anomalies biologiques
	B	Séropositifs asymptomatique avec anomalies biologiques
III	A	Lymphadénopathies chroniques sans anomalies biologiques
	B	Lymphadénopathies chroniques avec anomalies biologiques
IV	A	Fièvre Diarrhée Amaigrissement inexpliqué
	B	B1 : Symptômes neurologiques centraux : encéphalite, démence, myélite
		B2 : Symptômes neurologiques périphériques : polynévrite
	C	Infections opportunistes
	D	Maladie de Kaposi
		Lymphomes malins
E	Autres manifestations	

➤ Classification selon le CDC

Tableau II : Classification selon les signes cliniques et le taux de CD4 [25]

CLASSIFICATION DE L'INFECTION A VIH POUR LES ADULTES ET LES ADOLESCENTS (CDC1993)			
Nombre de lymphocytes CD4+	Catégories cliniques		
	A Patient asymptomatique ou primo-infection, ou lymphadénopathies persistantes généralisées	B Patient symptomatique sans critère de A ou C	C SIDA
> 500/µl ou >29 %	A1	B1	C1
200 à 499/µl ou 14 à 28%	A2	B2	C2
<200µl ou à 14%	A3	B3	C3

Critères de la catégorie B

Angiomatose bacillaire

Candidose oro-pharyngée

Candidose vaginale persistante ou qui répond mal au traitement

Dysplasie du col, carcinome in situ

Syndrome constitutionnel : fièvre > 38,5° ou diarrhée > 1 mois

Leucoplasie chevelue de la langue

Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome

Purpura thrombocytopénique idiopathique

Salpingite, en particulier lors de complication par des abcès tubo-ovarien

Neuropathie périphérique

Critères de la catégorie C

Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire

Candidose oesophagienne

Cancer invasif du col utérin

Coccidioïdomycose extra pulmonaire

Cryptosporidiose intestinal > à 1 mois

Infection CMV autre que foie, rate ou ganglion

Rétinite à CMV avec perte de la vision

Encéphalopathie due au VIH

Infection herpétique, ulcères chroniques > à 1 mois, ou bronchique pulmonaire ou oesophagienne

Histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire

Isosporose intestinale chronique > à 1mois

Sarcome de Kaposi

Lymphome de Burkitt

Lymphome immunoblastique

Lymphome cérébral primaire

Infection à *Mycobacterium avium* ou *kansasii* disséminée ou extra pulmonaire

Infection à *Mycobacterium tuberculosis* quel que soit le site

Infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extra pulmonaire

Pneumopathie à *Pneumocystis carinii*

Pneumopathie bactérienne récurrente

Leuco-encéphalite multifocale progressive

Septicémie à salmonelle non typhi récurrente

Toxoplasmose cérébrale

Syndrome cachectique dû au VIH

D. Physiopathologie

Mécanisme des troubles immunologiques

Dès la primo-infection, le virus se réplique activement, et dans l'organisme s'établit précocement des réservoirs viraux qui échappent à la reconnaissance du système immunitaire.

Le VIH induit chez l'hôte récepteur des réponses immunes spécifiques qui contrôlent seulement partiellement l'infection. L'extrême variabilité du virus chez un même individu impose au système immunitaire une réadaptation constante de la réponse immune qui diminue cependant avec l'évolution de l'infection. Cette variabilité virale réduit en outre de façon majeure les possibilités d'immuno-intervention et de vaccination.

Ces réponses immunitaires sont :

- ✓ **humorales** : avec la production d'anticorps dirigés contre toutes les protéines du VIH. Ils sont détectés par ELISA et Western- Blot. Ils sont la preuve de l'infection VIH.

- ✓ **cellulaires** : Elles sont médiées par les lymphocytes T CD4+ et par les lymphocytes T CD8+ cytotoxiques (CTL) qui représentent l'un des mécanismes principaux de lutte antivirale. [26]

Mécanisme des troubles cliniques

L'activation chronique du système immunitaire sans être capable de contrôler durablement l'infection, favorise la réplication du VIH.

Celui-ci échappe progressivement aux défenses qui lui sont présentées et augmente progressivement sa charge virale suivant ainsi régulièrement son action immunosuppressive jusqu'au SIDA et à la mort. [27]

Les manifestations cliniques :

La primo-infection survient dans les 3 mois qui suivent la contamination. Elle se manifeste par la survenue d'un syndrome mononucléosique avec fièvre, adénopathie, pharyngite érythémateuse, rash cutané, hépato-splénomégalie et plus rarement de diarrhée aiguë et les manifestations neurologiques. Ces manifestations évoluent spontanément vers la guérison en quelques jours à un mois. Elles sont rarement reconnues compte tenu de leur manque de spécificité. Les complications infectieuses ou tumorales surviennent en fonction du degré de déficit immunitaire.

Leur signification est variable : certaines peuvent être très précoces alors que le déficit immunitaire est modeste (Zona, Tuberculose, infections bactériennes...). D'autres ne peuvent survenir qu'à un stade avancé du déficit (CMV, Mycobactérie atypique...).

Néanmoins, toutes peuvent être inaugurales et révélatrices ; certaines sont des infections opportunistes vraies, c'est à dire qu'elles ne peuvent s'exprimer que parce qu'il existe un déficit immunitaire (pneumocystose,...) d'autres sont stricto sensu ; elles pourraient survenir sans déficit immunitaire mais il les rend plus fréquente et/ou graves (Tuberculose, Pneumopathies bactériennes,...) [17]

- **Atteintes pulmonaires** : [28]

L'atteinte pulmonaire, spécifiquement la pneumonie à *Pneumocystis carinii* (PPC), a été le premier mode d'expression reconnu de l'infection à VIH. Depuis les premiers groupes de cas de PPC rapportés en 1981, le système respiratoire a continué d'être un siège fréquent d'atteinte chez les personnes infectées par le VIH.

Bien que les troubles respiratoires soient plus fréquents chez les personnes dont l'immunosuppression est avancée, en accord avec les définitions courantes du SIDA, les maladies pulmonaires touchent aussi avec une fréquence croissante des individus infectés par

le VIH dont l'immunosuppression est moindre (due à la baisse progressive du nombre de lymphocytes T CD4+ circulants, ou cellules T Ndt : T helper).

Le lymphocyte T CD4+ joue un rôle central dans l'orchestration des réponses immunes tant cellulaires qu'humorales.

Par conséquent, à mesure que la maladie due au VIH devient sévère, la capacité de l'hôte à prévenir ou à contenir des organismes infectants devient de plus en plus limitée. Beaucoup de déficits immunitaires décrits chez les personnes infectées par le VIH peuvent être attribués simplement à la réduction du nombre de lymphocytes T CD4+.

Cependant, l'infection à VIH induit également des déficits fonctionnels de ces cellules. Les lymphocytes T CD4+ circulants ne présentent pas de prolifération en réponse aux antigènes antérieurement rencontrés.

Cette perte de mémoire peut rendre compte du défaut de maintien de certaines infections à l'état latent, comme celles dues à *Mycobacterium tuberculosis* ou à *P. carinii* et de l'incapacité à prévenir une réinfection, comme cela peut se produire avec *M. tuberculosis*.

Des réductions dans la production d'interleukine 2(IL-2) et d'interféron γ par les lymphocytes T CD4+ des personnes infectées par le VIH ont été également démontrées. Ces cytokines sont responsables de la stimulation de la prolifération clonale des macrophages alvéolaires et des lymphocytes spécifiquement activés. Des déficits dans la production d'IL2 et d'interféron γ sont détectables précocement dans l'évolution de l'infection à VIH. Ils rendent compte d'une baisse fonctionnelle de la réponse immune hors de proportion d'avec le nombre de lymphocytes T CD4+ circulants.

La tuberculose :

Selon l'OMS, on estime qu'il y a chaque année 8 millions de cas de tuberculose et 2 millions de décès. Le tiers environ des patients infectés par le VIH est co-infecté par *Mycobacterium tuberculosis*, 70% vivent en Afrique et 22% en Asie du Sud-Est. [29]

La tuberculose est la cause la plus fréquente des manifestations pulmonaires du SIDA en Afrique. Elle peut survenir à n'importe quel stade de l'évolution du VIH.

Son évolution est souvent sévère au cours du SIDA et elle tend à donner des formes extra pulmonaires (atteinte encéphaliques, digestives, cutanées et ganglionnaires). Le risque de tuberculose chez un patient infecté par le VIH est évalué à 8% par an. [30]

Au Mali 13% des patients infectés par le VIH font une tuberculose pulmonaire ou extra pulmonaire. [31]

Diagnostic de la tuberculose pulmonaire : [32]

Les symptômes classiques sont les suivants : la toux initialement sèche mais qui évolue ensuite avec des volumes croissants de sécrétions purulentes et une apparence allant des crachats striés de sang à l'hémoptysie franche. L'état fébrile persistant, des sueurs nocturnes mouillant le drap sont assez typique. Ce tableau est accompagné habituellement de malaise, une perte de poids, une douleur thoracique et une dyspnée.

La radiographie du thorax de face peut montrer une image fibronodulaire des sommets pulmonaires touchant l'un ou les deux apex. Ces images peuvent avec l'évolution fusionner et donner des cavités.

L'examen direct et la culture de crachats sont les éléments les plus spécifiques du diagnostic

Tableau III Formes courantes de tuberculose extra pulmonaire [32].

Forme	Diagnostic
Lymphatique	Biopsie avec culture ; IDR à la tuberculine
Pleurale	Exsudat lymphatique ; recherche de BAAR
Gynéco- urinaire	Culture des urines ; biopsie et culture des masses et des curetages utérin
Articulaire	Biopsie à l'aiguille et aspiration des lésions rachidiennes, biopsie des synoviale et culture pour les articulations
Disséminé	Examen direct et culture des fluides, organes et mésothélial atteints, direct et culture d'urine
Méninges-SNC	LCR : ↑protéines et cellules ; ↓glucose, ↑pression
Péritonéale-gastro-intestinale	Biopsie laparoscopique idéale ; examen direct et culture de l'ascite
Péricardique	Silhouette cardiaque élargie ; Epanchement pleural gauche Microvoltage et anomalies du segment ST et l'onde T ; ↓bruit du cœur

○ **Atteintes digestives :**

Le tractus gastro-intestinal est un site d'expression de l'infection à VIH particulièrement fréquent. Il représente un facteur de morbidité, de dénutrition.

Des études sur une grande échelle ont montré que la plupart des patients ayant le SIDA présentent une candidose buccale. Nombreux sont ceux qui sont atteints d'infection périodontale sévère, ceux qui ont des lésions péri rectales dues au virus herpes représentent environ 1/3 des cas. Ceux qui se plaignent de diarrhée chronique ou intermittente varient entre 30% à 60%.

La perte de poids après la survenue d'une infection définissant le SIDA est en moyenne 12-15kg.

Beaucoup de ces complications sont dues à des infections opportunistes survenant seulement au stade avancé de l'immunodépression quand le taux de CD4 est inférieur à 200 cellules /mm³ : *Candida albicans*, *cytomégalo virus* (CMV), Leucoplasie villeuse orale, *Mycobactérie avium*, *Salmonelle sp*, *Clostridium difficilé*, *Campylobacter sp*. *Entamoeba histolytica*, *Gardia lamblia*, *isospora*, *cryptosporidium*, *microsporidia*. [33]

Isosporose :

Isospora belli est une coccidiose relativement fréquente en Asie et en Afrique. [34]

Il est à l'origine de 1 à 3% des diarrhées observées au cours du SIDA aux USA, mais atteint 15 à 20% dans les pays en développement [38]. *Isospora belli* provoque une diarrhée de type sécrétoire et s'accompagne souvent de fièvre. Le diagnostic repose sur l'examen parasitologique standard des selles.

o **Atteintes neurologiques :** [36]

Les complications neurologiques de l'infection à VIH sont à la fois fréquentes et diverses. Il est rare, en vérité, que le système nerveux tant central que périphérique des malades infectés par le VIH reste indemne tout au long de l'évolution. Il importe de souligner que l'identification de la cause de ces troubles est loin d'être un exercice académique car beaucoup d'entre eux peuvent être amendés, stabilisés ou même guéris, par un traitement spécifique.

Bien que le risque de complications neurologiques soit maximal au stade tardif de VIH, les patients peuvent présenter précocement aussi certaines de ces atteintes.

Il est important dans l'approche du diagnostic chez les patients infectés par le VIH, de caractériser l'aspect de fond de leur infection systémique à VIH, soit cliniquement sur la présence ou l'absence d'infections opportunistes antérieures traduisant un déficit immunitaire. Soit sur l'estimation de marqueurs subrogés, dont en particulier le taux de lymphocytes T CD4+ du sang.

Le système nerveux peut être atteint pendant la phase précoce, la primo-infection et pendant la séroconversion.

Plusieurs affections neurologiques ont été rapportées à la période cliniquement latente de l'infection.

Il en est ainsi du syndrome de Guillain-Barré et de son homologue d'évolution plus durable, la polyneuropathie démyélinisante idiopathique (PDCI), qui tous deux ne diffèrent pas des polyneuropathies démyélinisantes touchant des patients indemnes d'infection à VIH, si ce n'est par un taux élevé de cellules dans le LCR.

Le développement précoce d'anomalies du LCR, vraisemblablement liées à l'infection asymptomatique du SNC par le VIH tôt après l'infection systémique initiale, constitue un aspect supplémentaire de l'infection à VIH, qui a des implications à la fois diagnostique et pathogénique. Un certain nombre de processus physiopathologiques peuvent entraîner une atteinte neurologique à la phase tardive de l'infection à VIH.

Tableau IV : Classification physiopathologique des complications neurologiques de l'infection à VIH au stade tardif [36]

Processus sous-jacent	Exemples
	Toxoplasmose cérébrale

	Méningite cryptococcique
Infections opportunistes	Leucoencéphalopathie multiple progressive Encéphalite, polyradiculite, à CMV
Néoplasmes opportunistes	Lymphome primaire du SNC Lymphome métastatique
Affections possiblement liées au VIH lui-même	Complexe démentiel du SIDA Méningite aseptique Polyneuropathie à prédominance sensitive
Complications métabolique et Vasculaire d'une atteinte systémique	Encéphalopathies hypoxiques ou d'origine septicémique Attaque (endocardite thrombotique non bactérienne, coagulopathies)
Réactions toxiques	Neuropathies dues à la didésoxyinosine, à la didésoxycytidine Myopathie due à l'AZT
Troubles fonctionnels psychiatriques	Angoisses Dépression psychotique

o **Atteintes Cutanées :**

Les symptômes et les signes cutanés du SIDA augmentent en fréquence et en gravité au fur et à mesure que la maladie évolue. Cependant l'infection par le VIH peut déterminer une éruption maculeuse rubéoliforme transitoire. Des infections et des néoplasies deviennent plus fréquente avec le progrès de l'infection à VIH (dermatophytoses extensives, molluscum contagiosum, sarcome de Kaposi, condylomes, zona, histoplasmosse, cryptococcose, mycobactérioses...) [37].

Infection à varicelle zona virus (VZV) ou herpès zoster : [38]

Le VZV est responsable du zona chez les patients immunodéprimés. Tout zona chez un sujet de moins de 60 ans doit faire proposer une sérologie VIH.

Comme pour l'infection à herpès simplex, le VZV demeure latent dans les neurones des ganglions nerveux sensitifs et autonomes, et l'infection peut survenir quel que soit le stade de l'évolution de l'infection à VIH. Le caractère multi-métamérique et récidivant, de même que l'évolution nécosante sont évocateurs d'une immunodépression sous-jacent. Les récives sont fréquentes et augmentent avec l'immunodépression.

Le sarcome de Kaposi est la manifestation néoplasique de l'infection à VIH la plus fréquente. En effet, il constitue l'un des critères des CDC permettant de reconnaître qu'un individu infecté par le VIH présente un SIDA. Le sarcome de Kaposi a été reconnu dans un certain nombre d'autres circonstances cliniques et épidémiologiques. La forme classique de ce néoplasme a été décrite il y a plus d'un siècle, essentiellement chez des hommes âgés, d'origine méditerranéenne ou juive. Elle touche en général les membres inférieurs et est indolore. Cette forme de sarcome de Kaposi a été aussi reconnue en association à d'autres affections malignes, en particulier à des lymphomes.

Cette dernière observation conduit à l'hypothèse que la surveillance immunitaire était importante dans la limitation du développement du sarcome de Kaposi. Une autre forme de sarcome de Kaposi a été reconnue dans les régions d'Afrique centrale.

Elle a été étiquetée comme forme endémique du néoplasme. Cette survenue en Afrique n'était pas liée à l'infection par le VIH. En effet, la néoplasie a été le plus souvent observée chez l'homme que chez la femme où elle était cependant plus évolutive en général, et touchait des ganglions lymphatiques et des viscères.



Figure 4 : Image de la maladie de kaposi. [37]

[Http //fr.wikipedia.org/wiki/image:sarcome_kaposi.jpg](http://fr.wikipedia.org/wiki/image:sarcome_kaposi.jpg)

- **Atteintes Ophtalmologiques :**

L'incidence des complications ophtalmologiques de la rétinite à CMV (cytomégalovirus) la plus fréquente (20 à 40%) des malades dues au VIH au USA aux autres infections oculaires ont été rapportés : les neuropathies optiques, les uvéites antérieures, les kératites, les maladies de la conjonctive et des annexes.[39]

○ **Atteintes Hématologiques et oncologiques :**

Des anomalies hématologiques sont fréquentes lors de l'infection à VIH et la pathogénie est souvent multifactorielle. Des cytopénies limitent souvent le traitement anti-infectieux et antinéoplasique des patients ayant une maladie liée au VIH. L'infection à VIH détermine essentiellement au cours de l'évolution la baisse du nombre de cellules lymphocytes TCD4. D'autres cytopénies sont cependant également fréquentes : l'anémie étant rapportée chez 60% des patients ayant le SIDA, la thrombopénie chez 4% et la neutropénie chez 50%.

Ces cytopénies surviennent en association avec la détérioration progressive de la fonction immunitaire et elles sont fréquentes aux stades précoces de l'infection à VIH.

La thrombopénie fait exception car elle peut être une manifestation de l'infection à VIH lors des phases asymptomatiques de celle-ci. [40]

Des néoplasies, en particulier le sarcome de Kaposi et le lymphome B sont fréquents chez les patients infectés par le VIH.

Leur développement démontre la présence d'une relation entre la fonction immunitaire et la suppression de certains événements oncogéniques et il fournit un modèle pour l'étude de la pathogénie de ces tumeurs. La prise en charge clinique des néoplasies lors du SIDA est complexe, car le traitement optimal doit viser et les infections opportunistes éventuelles aussi bien que les tumeurs.

Le lymphome B est fréquent chez les immunodéprimés. Les troubles génétiques du système immunitaire tels que le syndrome de Wiskott-Aldrich, ainsi que le traitement immunosuppresseur lors d'une transplantation d'organe, font courir le risque de transformation maligne de cellule B et la survenue de lymphome B monoclonale ou polyclonale. Le lymphome B non hodgkinien est de plus en plus fréquent chez les individus infectés par le VIH en raison de la prolongation de leur survie grâce au meilleur contrôle des infections opportunistes.

Chez les individus infectés par le VIH, le risque de lymphome était initialement 60 fois celui des témoins ; il est probable qu'il soit sous estimé. Ainsi, on peut s'attendre à une incidence croissante de lymphome B dans cette population.

Le cancer anal, le cancer du col utérin, les néoplasies liés à papillomavirus, pourraient avoir une incidence accrue chez les patients infectés par le VIH. [40]

○ **Atteintes rénales, cardiaques, endocriniennes, rhumatologiques :**

Les atteintes rénales, cardiaques, endocriniennes et rhumatologiques liées à l'infection à VIH ont une présentation insidieuse. La survie des individus infectés par le VIH s'améliore globalement et les modalités thérapeutiques deviennent plus sophistiquées. Alors le praticien rencontre indubitablement des atteintes des ces derniers systèmes avec une fréquence croissante.

○ **Atteintes rénales :**

Les atteintes rénales liées au VIH peuvent se présenter sous forme d'anomalie hydro électrolytique et acido-basique, insuffisance rénale aiguë, de trouble rénaux intercurrents ou de glomérulonéphrites directement liées à l'infection à VIH appelé néphropathie associée au VIH (NAVIH).

Ces pathologies sont fréquentes en même temps à la phase symptomatique qu'à celle asymptomatique de l'infection à VIH. Aux USA plus de 90 % des patients à VAVIH sont des Noirs. [41]

○ **Atteintes cardiaques :**

Une grande variété d'anomalies cardiaques a été rapportée chez les patients infectés par le VIH dont l'atteinte de la fonction ventriculaire, la myocardite, la péricardite, l'endocardite et les arythmies. L'atteinte cardiaque est la plus souvent cliniquement silencieuse et constitue une découverte d'autopsie. Lorsque la pathologie est symptomatique, elle peut être invalidante et peut mettre en jeu la vie. Des anomalies cardiaques ont été décrites chez 25-75% de patients infectés par le VIH soumis à l'autopsie. [42]

○ **Atteintes endocriniennes :**

Toutes les glandes endocriniennes peuvent être atteintes par les infections opportunistes à des degrés différents par les lésions malignes. Elles peuvent être altérées par les drogues utilisées pour le traitement des troubles liés à l'infection à VIH. Moins de 8% développent une insuffisance surrénalienne au stade SIDA.

Ceux qui développent un hypogonadisme sont de 3% avec comme méfait une baisse de la libido.

Le syndrome de baisse des hormones thyroïdiennes T3 et T4 a été décrit au cours de l'infection à VIH et des hypothyroïdies médicamenteuses. L'hyponatrémie est l'anomalie électrolytique la plus fréquente.

Des troubles des hydrates lors de l'invasion directe du pancréas par des opportunistes (le CMV, la toxoplasmose, le sarcome de Kaposi, le lymphome) et le diabète de type I ont été rapportés en de rares cas. [40]

○ **Atteintes rhumatologiques :**

Les manifestations rhumatologiques dues au SIDA sont rencontrées avec une fréquence croissante. Des patients qui se plaignent d'atteintes musculo-squeletiques varient entre 33 et 75%.

La gravité de l'atteinte va de l'arthralgie intermittente à l'arthrite invalidante et à la vascularite. De multiples anticorps, dont les anticorps antinoyaux, antiplaquettes, antilymphocytes, antigranulocytes, antiphospholipides (anticardioline et anticoagulant lupique), se rencontrent lors de l'infection à VIH, ainsi que des complexes immuns circulants, le facteur rhumatoïde, et des cryoglobulines. Malgré la présence de ces anticorps chez certains patients, les mécanismes précis par lesquels les anomalies rhumatologiques se développent n'ont pas été élucidés, probablement différents d'un trouble à l'autre. Les maladies rhumatologiques lors de l'infection à VIH peuvent être résumées comme suit : les phénomènes auto-immuns, les pathologies dermatologiques, les maladies articulaires, les myopathies, le syndrome de Sjögren et les vascularites. [43]

○ **Les infections opportunistes les plus fréquentes au cours du SIDA :**

Tableau V : les infections opportunistes [26]

Agents	Localisations préférentielles	
Parasites	<i>Pneumocystis carinii</i>	Poumon
	<i>Toxoplasma gondii</i>	SNC, rétine, poumon
	<i>Cryptosporidium</i>	Tube digestif, voies biliaires
	<i>Isospora belli</i>	Tube digestif
	Microsporidies	Tube digestif, voies urinaires, sinus
Champignons	Candida	Bouche, œsophage
	<i>Cryptococcus néoformans</i>	SNC, poumon ou disséminée
	Histoplasmoses (rare)	Disséminée
	Aspergillose (rare)	Poumon ou disséminée
Bactéries	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Poumon, ganglions, disséminée
	<i>Mycobacterium avium intracellulare</i>	Sang, ganglions, tube digestif, disséminée
	<i>Salmonella non typhi</i>	Bactériémie

Virus	Cytomégalo virus	Rétine, tube digestif, SNC, poumon
	Herpès virus	Peau, muqueuses, poumon, tube digestif
	Varicelle, zona	Peau, système nerveux
	Papovavirus	Encéphalite multifocale progressive

○ **Traitement des infections opportunistes (IO) :**

Dose quotidienne pour le traitement des infections opportunistes, parasitaires, fongiques, bactériennes et virales.

Tableau VI : Traitement des infections opportunistes [27]

	Traitement	Alternative	Traitement d'entretien
<i>Parasites</i>			
P. carinii :	Triméthoprime (20mg/ kg) +Sulfaméthoxazole (100mg/kg) per os ou IV x 20j	Pentamidine IV (3mg/kg) IV Pentamidine aérosol (300mg), Trimetrexate (45mg/m ² /j), Atovaquone (750mg x 2/j) + ac folinique (20mg/m ² /8h	Cotrimoxazole 1cp/2j Dapsone (100mg)
Microsporidies :	Albendazol (400mg)	Fumagilline (Bienusi)	
T. gondii :	Pyriméthamine (50mg) + Sulfadiazine (4g) x 4 à 6 sem	Pyriméthamine (50mg/j) + clindamycine (2,4 à 3,6g/j) Atovaquone (750mg x 4)	Pyriméthamine (25mg/j) + Sulfadoxine (2mg/j) ou Clindamycine (1-2g/j) + ac. Folinique (50 mg/sem)
I.belli :	Triméthoprime (7mg/kg) + Sulfaméthoxazole 35mg/kg	Pyriméthamine (50mg)	
Cryptosporidies :	Nitrazoxamide (2g/j)	Paromomycine (3g)	
<i>Mycoses</i>			
C. néoformans :	Amphotéricine B(0,7mg/kg)	Fluconazole (400mg)	Flucytosine (25mg/kg x 4)
Candida :	Amphotéricine B (locale) Nystatine (locale)	Fluconazole (50mg) Kétoconazole (200mg) Itraconazole (200mg)	

<i>Bactéries</i>		
M. tuberculosis :	Isoniazide (5mg, kg)	Streptomycine (1g) IM
	Rifampicine (10mg/kg)	Ofloxacin (400mg x 2/j)
	Ethambutol (15mg/kg)	Sparfloxacin (200mg/j)
	Pyrazinamide (25mg/kg)	
M.avium:	Ansamycine (300mg)	Amikacine (10mg/kg/j)
	Clarithromycine (1g)	Ciprofloxacine (750mg x2/j)
	Ethambutol (20mg/kg)	Azithromycine (600mg)
		Clofazimine (100mg/j)
Salmonelles:	Quinolones per os	Triméthoprime (7mg/kg) per os
<i>Virus</i>		
CMV:	Ganciclovir (10mg/kg)	Cidofovir (5 mg/kg/semaine)
	Foscarnet (90mg/kg x2)	
Herpes simplex:	Aciclovir (1g) per os x 5j	Foscarnet 90mg/kg x 2/j
Virus varicelle zona :	Aciclovir (30 à 45mg/kg) IV x 10j	
	Valaciclovir (1g x 3/j) x 7j	
	Famciclovir (500mg x 3/j) x 7j	

E. Diagnostic de laboratoire de l'infection à VIH

L'établissement du diagnostic est une composante essentielle des soins pour VIH/SIDA. Il doit être précédé d'un counseling approprié et il est très important que les résultats des tests soient bien gérés.

Chez les enfants, il est particulièrement compliqué de diagnostiquer l'infection à VIH. Il est important de comprendre la signification d'un test positif ou négatif afin de pouvoir fournir des informations adéquates à nos patients.

Un diagnostic de VIH doit être basé sur un test VIH positif. [16], [17], [44]

Tests du diagnostic sérologique :

La méthode immuno enzymatique (ELISA), est utilisée en 1^{re} intention. Tout test positif en ELISA doit être confirmé par une méthode de référence.

Le Western Blot, est considéré comme positif lorsqu'il existe une protéine interne du virus (anti-p24) et un anticorps dirigé contre une protéine d'enveloppe (anti-gp41, anti-gp120 ou anti-gp160).

Quantification du virus :

Cela se fait par la charge virale plasmatique, c'est un facteur prédictif de l'évolution de la maladie et aussi un élément fondamental de la surveillance thérapeutique.

Le suivi biologique doit évaluer le nombre de lymphocyte T CD4 (pourcentage et valeur absolue) et la charge virale plasmatique.

Tests de résistance

Les tests génotypiques, devenus une pratique courante dans les pays développés permettent de détecter les mutations associées à une résistance aux ARV. Leur intérêt principal est d'aider au choix thérapeutique de nouvelles molécules en cas d'échec thérapeutique. [45]

F. Thérapeutique

Les recherches de traitement contre le virus du SIDA sont multiples. Elles font appel aux connaissances actuelles sur le cycle du virus : ses moyens pour s'accrocher et pénétrer dans ses cellules cibles, son expression dans ces cellules, etc. Il existe de nombreuses voies de traitement, visant donc à bloquer le développement du VIH en différents points de son cycle. Des traitements visant à prévenir l'infection (blocage de l'attachement et de la pénétration du virus dans la cellule), qui étaient encore inefficaces il y a peu, sont en cours de développement.

Les traitements actuels utilisent une combinaison d'inhibiteurs de la reverse transcriptase et d'anti protéases : ces traitements sont efficaces mais ils n'éliminent pas le virus de l'organisme infecté. Leur action est essentiellement de bloquer l'expansion du virus : ceci nécessite donc un traitement à vie. [15]

❖ Traitement antirétroviral selon le protocole de prise en charge national du Mali

➤ Principes du traitement ARV :

Objectif :

L'objectif du traitement ARV est de rendre la charge virale indécélable et au mieux de restaurer l'immunité, permettant d'augmenter la durée et la qualité de vie des patients.

Principes :

C'est un traitement à vie, qui nécessite une excellente observance de la part des patients et un suivi intensif de la part des personnels soignants.

Le traitement antirétroviral est une trithérapie associant généralement deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) ou à un inhibiteur de protéase (IP).

Les combinaisons thérapeutiques fixes doivent être privilégiées pour favoriser l'observance et diminuer le coût de la prise en charge pour les pays.

les molécules utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments essentiels du Mali et seront nécessairement pré-qualifiées par l’OMS (organisation mondiale de la santé).

➤ **Protocoles thérapeutiques antirétroviraux chez l’adulte et l’adolescent :** [18]

• **Indication du traitement :**

L’indication du traitement sera fonction de l’état clinique et immunologique du patient.

Pour les patients asymptomatiques ou peu symptomatiques ayant un taux de lymphocytes T CD4 entre 200 et 350/mm³, le traitement sera discuté en fonction de :

- L’évolution clinique
- La rapidité de la baisse des lymphocytes T CD4 (comptage T CD4 trimestriel)
- La motivation du patient.

Pour les patients asymptomatiques avec des T CD4 > 350/mm³, le traitement n’est pas recommandé et l’on surveillera les lymphocytes T CD4 tous les 6 mois.

Si la numérotation des lymphocytes CD4 n’est pas disponible, on se basera sur la clinique et le taux de lymphocytes totaux.

Stade IV et III de l’OMS quel que soit le taux des lymphocytes totaux

Stade II OMS avec un taux de lymphocytes totaux < 1200/mm³

Les patients asymptomatiques (stade I) ne doivent pas être traités en l’absence de numération des lymphocytes T CD4.

• **Schémas thérapeutiques :**

Bilan pré-thérapeutique :

Jour 1 : On procède à l’examen clinique incluant le poids, la recherche d’une grossesse chez une femme en l’âge de procréer, l’éducation thérapeutique du patient, NFS ou hémocrite si utilisation AZT, les transaminases, la créatinémie, et la glycémie en fonction des ATCD personnels et familiaux et l’utilisation des IP, la radiographie pulmonaire en cas de symptômes pulmonaires, et la numération des T CD4 si disponible.

Jour 15 : l’examen clinique inclut le poids, l’évaluation de l’observance et de la tolérance, les transaminases en cas de signes d’appel sous Névirapine.

Mois 1 : l’examen clinique inclut le poids, l’évaluation de l’observance, la NFS ou l’hémocrite en cas d’utilisation d’AZT, les transaminases en utilisation INNTI/DDI ou de signes d’appel.

Mois 3 : l’examen clinique inclut le poids, l’évaluation de l’observance, l’examen biologique en cas de signes cliniques d’appel.

Mois 6, Mois 12, Mois 18, Mois 24 : l'examen clinique inclut le poids, l'évaluation de l'observance, la tolérance, l'efficacité clinique et immuno-virologique, la glycémie et le bilan lipidique si utilisation d'IP.





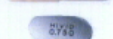













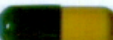

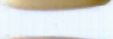
Tableau VII : Les molécules antirétrovirales [27]

DCI	Nom de spécialité	Posologie (nombre total de gélule par jour)
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse		
Didanosine (DDI)	Videx	1gél. à 400mg x 1 / jour
Lamivudine (3TC)	Epivir	1gél. à 150mg x 2 / jour
Stavudine (D4T)	Zérit	1gél. à 40mg x 2 / jour
Zalcitabine (DDC)	Hivid	1gél. à 0.75mg x3/j
Zidovudine (AZT, ZDV)	Retrovir	1cp. à 300mg x2/j
Abacavir (ABC)	Ziagen	1cp à 300mg x2/j
Ténofovir (TNV)	Ténofovir	1cp à 300mg x1/j
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse		
Delavirdine (DLV)	Rescriptor	2gél.à 200mg x3/j
Névirapine (NFV)*	Viramune	1gél.à 200mg x2/j
Efavirenz (EFV)	Sustiva ou Stocrin	3gél.à 200mg x1/j
Inhibiteurs de la protéase		
Indinavir (IDV)	Crixivan	2gél. à400 mg x 3/j
Nelfinavir (NFV)	Viracept	5gél. à 250mg x 2/j
Ritonavir (RTV)	Norvir	6gél. à 100mg x 2/j
Saquinavir (SQV)	Invirase	3gél. à 200mg x3/j
Amprénavir (AMP)	Agenerase	8gél. à 150mg x2/j

*RESULTATS DU SUIVI EN AMBULATOIRE DES PATIENTS VIH POSITIF EN 2005 AU SERVICE DES
MALADIES INFECTIEUSES DU POINT G*

Lopinavir (LPV)	Kaletra	3gél. à 133/33mg x2/j
-----------------	---------	-----------------------

* les 14 premiers jours : 1gelule 200mg×1/j

C.I.S.I.H. PITIE SALPETRIERE				
Services des MALADIES INFECTIEUSES et TROPICALES (F. BRICAIRE) et de PHARMACIE (A. THUILLIER)				
	MOLECULES	PRESENTATIONS	POSOLOGIES USUELLES	
NRTI	RETROVIR® 250 mg		250 mg x 2 / j	
	(AZT) 300 mg		300 mg x 2 / j	
	VIDEX® 250 mg		250 mg / j < 60 kg	
	(DDI) 400 mg		400 mg / j > 60 kg	
	HIVID®(DDC) 0.75 mg		0.75 mg x 3 / j	
	EPIVIR® 150 mg		150 mg x 2 / j	
	(3TC)			
	ZERIT® 30 mg		30 mg x 2 / j	
	(D4T) 40 mg		40 mg x 2 / j	
	COMBIVIR® (AZT 300 mg + 3TC 150 mg)		1 cp x 2 / j	
ZIAGEN® 300 mg (ABACAIR)		300 mg x 2 / j		
TRIZIVIR® (AZT 300 mg + 3TC 150 mg + ZIAGEN 300 mg)		1 cp x 2 / j		
NNRTI	VIRAMUNE® 200 mg (NEVIRAPINE)		1 cp / j pendant 15 j puis 1 cp x 2 / j	
	SUSTIVA® 200 mg (EFAVIRENZ)		600 mg / j le soir au coucher	
IP	NORVIR® 100 mg (RITONAVIR)		600 mg x 2 / j (en doses progressives au début)	ou en booster pharmacologique à 100 mg x 2 / j
	CRIXIVAN® 400 mg (INDINAVIR)		800 mg x 3 / j	RITO 100 mg x 2 IDV 400 mg x 2 *
	VIRACEPT® 250 mg (NELFINAVIR)		750 mg x 3 / j ou 1250 mg x 2 / j	
	INVIRASE® 200 mg (SAQUINAVIR)		600 mg x 3 / j	RITO 100 mg x 2 SAQUI 800 mg x 2 *
	FORTOBASE® 200 mg SAQUI (EOF)		1200 mg x 3 / j	RITO 100 mg x 2 EOF 800 mg x 2 *
	AGENERASE® 150 mg (AMPRENAVIR)		1200 mg x 2 / j	RITO 100 mg x 2 AMP 600 mg x 2 *
	KALETRA® (LOPINAVIR 133.3 mg + RITONAVIR 33.3 mg)		3 gel x 2 / j	
	HYDREA® 500 mg		500 mg x 2 / j	

Document à usage interne du service
Septembre 2001

C. KATLAMA
H. AIT MOHAND M. H. FIEVET G. LECISO

* sous réserve de dosages pharmacologiques

Figure 5 : Quelques présentations de molécules ARV, posologie et formes galéniques.

[27]

C.Katlama septembre 2001.

▪ **Schéma de première ligne pour le VIH1**

Il associe deux INTI et un INNTI. Le régime préférentiel en première intention, devant couvrir les besoins en traitement de 80% des malades nouvellement inclus, est le suivant :

Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)

Les régimes alternatifs suivants sont possibles :

- . Zidovudine (ZDV) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
- . Zidovudine (ZDV) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
- . Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

Ils seront utilisés en cas de contre-indication ou de toxicité à une ou plusieurs molécules du schéma préférentiel de première ligne. La molécule incriminée sera ainsi remplacée selon les modalités suivantes, en tenant compte de la sévérité de l'effet secondaire :

En cas de toxicité hépatique ou dermatologique de la Névirapine cette molécule est remplacée par l'Efavirenz.

En cas de neuropathie imputable à la Stavudine, cette molécule est remplacée par de la Zidovudine.

En cas de troubles neurologiques imputables à l'Efavirenz, cette molécule est remplacée par la Névirapine.

En cas d'anémie imputable à la Zidovudine, cette molécule est remplacée par la Stavudine.

Remarque :

La Névirapine (NVP) doit être administrée à demi-dose (200 mg/jour) pendant les 14 premiers jours de traitement puis à pleine dose (200mg x 2/jour) par la suite.

Si un schéma de traitement, contenant un INNTI (longue durée de demi-vie) doit être arrêté, les 2 INTI doivent être poursuivis pendant 15 jours.

Il faut éviter de prescrire dans une même association :

La D4T et l'AZT en raison de leur effet antagoniste

La D4T et la didanosine (DDI) en raison de leur toxicité neurologique et pancréatique.

L'utilisation de 3 INTI comme AZT/3TC/ABC (Abacavir) est possible, mais n'est pas recommandée en première ligne, sauf :

- en cas d'intolérance aux schémas de première ligne,
- chez les patients VIH-2
- Chez les patients co-infectés VIH/Tuberculose nécessitant un traitement par la Rifampicine.

Cas particuliers

Traitement antituberculeux et antirétroviral.

Il existe des interactions médicamenteuses entre les INNTI ou les IP et la rifampicine. La Névirapine (NVP) n'est pas recommandée en raison de son hépatotoxicité additive à celle des antituberculeux.

Si le traitement antirétroviral doit débiter en même temps que la rifampicine, on privilégiera donc l'Efavirenz (EFV à 800mg pour les patients de plus de 60 kg).

Stavudine (d4t) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
--

L'initiation du traitement antirétroviral se fera selon les modalités suivantes:

Taux de T CD4 inférieur à 200/mm ³ : débuté le traitement antituberculeux. Dès que ce traitement est bien toléré (au bout de 10 à 15 jours), commencer les ARV.
--

Taux de T CD4 compris entre 200 et 350/mm ³ : terminer la phase intensive du traitement antituberculeux avant de débiter le traitement par les ARV.
--

Taux de T CD4 supérieur à 350/mm ³ : traiter la tuberculose entièrement et commencer les ARV à la fin du traitement antituberculeux.

En cas de tuberculose chez le patient VIH2 ou femme enceinte :

- Retarder le début des ARV à la fin de l'utilisation de la rifampicine, si l'état du patient le permet.
- On proscrit l'utilisation de l'Efavirenz chez la femme enceinte pendant le premier trimestre de la grossesse.
- Utiliser une ligne temporaire composée de 3 INTI (AZT+3TC+ABC), si l'état du patient exige l'initiation du traitement antirétroviral.

Prise en charge des patients infectés par le VIH-2 ou co-infection VIH-1/VIH-2 (ou infecté par le VIH-1 du groupe O)

Le choix thérapeutique doit exclure les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (Efavirenz, Névirapine) qui ne sont pas efficaces sur le virus VIH2 ou sur le VIH-1 du groupe O.

On utilisera les schémas thérapeutiques associant les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur de protéase (IP).

Le traitement de première ligne préférentiel est le suivant :

Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Indinavir/Ritonavir (IDV/r)
--

Les alternatives thérapeutiques en cas de toxicité, d'intolérance ou d'interaction médicamenteuse sont les suivantes :

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Indinavir/Ritonavir (IDV/r)

Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Saquinavir/Ritonavir (SQV/r)

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Abacavir (ABC)

Cas des patients ayant déjà reçu un traitement ARV (non naïf)

Patients ayant interrompus leur traitement ARV :

Certains patients qui ont déjà reçu un traitement ARV dans le passé mais l'ont interrompu (patient non naïf si supérieur à 1 mois de traitement ARV au cours des 2 années précédentes) peuvent se présenter dans les structures de santé.

S'il n'y a pas de suspicion de résistance aux ARV, le traitement initial reçu sera utilisé.

Patients traités par le passé avec d'autres régimes ARV :

Les patients observants et traités efficacement par un schéma thérapeutique différent des schémas préférentiels actuels seront maintenus sous cette ligne thérapeutique.

▪ **Traitement de 2^{ème} ligne**

Il est indiqué :

- chez un patient observant et en échec thérapeutique documenté.
- chez un patient en échec thérapeutique du fait d'une inobservance caractérisée, il faudra reprendre l'éducation thérapeutique du patient et renforcer l'observance avant d'envisager tout changement de ligne thérapeutique.

Définition de l'échec thérapeutique : la documentation sur l'échec thérapeutique est basée sur des critères cliniques, immunologiques et au mieux virologiques.

L'échec clinique est défini par la détérioration clinique avec apparition de nouvelles infections opportunistes ou récurrence d'infections opportunistes autres que la tuberculose et la survenue d'une affection du stade III ou IV de l'OMS.

L'échec immunologique est défini par l'absence d'ascension des T CD4 malgré un traitement ARV efficace depuis plus de 6 mois, à un retour de T CD4 au niveau ou sous le niveau pré thérapeutique.

L'échec virologique est défini par l'impossibilité de réduire la charge virale à des niveaux indétectables après 6 mois de traitement (sauf si la charge virale initiale était $>5 \cdot 10^6$ copies virales/ml qu'elle atteint un niveau $<10^4$ copies/ml).

Un échec thérapeutique sera au mieux documenté par une mesure de la charge virale, mais la constatation d'un échec clinique et immunologique patent permettra d'affirmer l'échec de la première ligne de traitement.

➤ **Protocoles des échecs thérapeutiques :**

En cas d'échec thérapeutique confirmé de la 1^{ère} ligne, le schéma préférentiel de la deuxième ligne suivante est recommandé :

Abacavir (ABC) + Didanosine (DDI) + Indinavir/Ritonavir (IDR/r)

Les alternatives suivantes sont possibles en cas de contre-indication ou de toxicité de l'une des molécules du schéma préférentiel :

Abacavir + Ténofovir (TDF) + Indinavir/Ritonavir

Abacavir + Ténofovir + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)

Zidovudine + (DDI ou TDF) + IP boosté

L'association DDI + Ténofovir n'est pas recommandée en raison d'une toxicité cumulée (pancréatique, lymphopénie).

Le traitement de deuxième ligne recommandé en cas d'échec thérapeutique chez un patient infecté par le VIH2 est le suivant :

Abacavir + (Didanosine ou Ténofovir) + Lopinavir/Ritonavir

G. Quelques Définitions

La morbidité :

On appelle morbidité l'exposition d'une population à des affections qui ne sont pas nécessairement mortelles. C'est la fréquence avec laquelle une population est atteinte par une maladie, une défectuosité physique, un traumatisme dans un temps donné [22]. La morbidité peut être quantifiée par quatre types d'indicateurs : l'incidence, la prévalence, la durée d'exposition, la létalité. [46]

La mortalité :

Elle se définit comme étant l'action de la mort sur une population exposée en un lieu, dans un espace de temps déterminé. La mortalité constitue une donnée de premier choix pour la planification. Quelques types de mesures de la mortalité : le taux brut de la mortalité et les taux standardisés de mortalité sont importants dans la lutte de causes majeures de décès. [2]

L'espérance de vie :

C'est le nombre moyen d'années qu'un sujet peut atteindre dans une population donnée : A un âge donné on peut encore espérer vivre, en admettant que les taux de mortalité vont rester stables. [2]

Le taux de létalité :

Il est égal à la proportion des cas de maladies qui ont eu une issue fatale au cours d'une période. [2]

III. METHODOLOGIE

1-Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G.

Le CHU du point G est situé sur la colline du Point G à 7,8 km de Bamako. C'est le plus vaste hôpital du Mali. Il comprend quatre services de chirurgie et treize services de médecine. Situé au sud-ouest de l'entrée du CHU, le Service des maladies infectieuses et tropicales, bâtiment d'un étage comprend :

- Au rez-de-chaussée :
 - Une unité composée de 3 salles avec douze lits pour d'hospitalisation des malades dont quatre lits pour femmes et huit lits pour hommes.
 - Une salle pour les faisant fonctions d'internes.
 - Une salle de soins.
 - Des toilettes pour les malades.

- A l'étage :
 - Une unité composée de deux salles avec quatre lits d'hospitalisation tous pour femmes.
 - Deux bureaux pour les médecins spécialistes du service.
 - Un bureau pour les médecins généralistes.
 - Une salle pour les garçons de salle et les techniciens de surface.
 - Un magasin.
 - Deux toilettes dont un pour les malades et un pour le personnel.
 - Bureau du major

Le personnel

- Deux médecins spécialistes
- Six infirmiers : Deux techniciens supérieurs de santé
Deux techniciens de santé
Deux aides soignants
- Quatre techniciens de surface



Figure 6 : Photo du service des maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G prise en mai 2007

Activités et fonctionnement du service des maladies infectieuses et tropicales :

Les activités principales du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales sont représentées par les soins curatifs (consultations externes et prises en charge des malades hospitalisés), la lutte anti- SIDA et la formation médicale des *faisant fonction d'internes*. Les consultations (par semaine) portent sur trois jours (lundi, mercredi et jeudi). Quant à la visite aux malades hospitalisés, elle a lieu le lundi, mardi, mercredi et le vendredi. Aucun examen spécialisé n'est pratiqué dans le service. Les patients hospitalisés le sont soit par le médecin après sa consultation, soit référer des autres services du CHU et des centres de santé intermédiaires et périphériques.

Une fois l'hospitalisation décidée en accord avec le patient ou ses accompagnateurs et en fonction de leurs moyens financiers, une caution de dix jours d'hospitalisation doit être déposée au bureau des entrées.

A l'examen clinique du médecin, l'ensemble du bilan complémentaire et l'ordonnance des premières prescriptions sont remis au malade. Ainsi les accompagnateurs de malade jouent pratiquement le rôle d'agent de santé dans la surveillance des malades sous traitement, mais aussi le dépôt de certains prélèvements de laboratoire et le retrait de leurs résultats.

2-Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective, allant du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005, soit une période de 12 mois.

3-Population d'étude :

Notre étude a concerné tous les patients VIH positif suivis en ambulatoire dans le service des maladies infectieuses entre janvier et décembre 2005.

4-Critères d'inclusion :

- Etre VIH positif connu
- Etre suivi en ambulatoire au service des maladies infectieuses du CHU du point G

5-Critères de non inclusion :

Patient suivi pour une pathologie autre que le VIH

6-Les variables étudiées :

Variables socio-demographiques :

Sexe- la profession- statut matrimonial-niveau d'instruction-ethnie-residence-

Variables cliniques :

Age- poids- l'observance- la tolérance- les effets secondaires- les motifs de consultations- les schémas thérapeutiques, perdu de vue- abandon du patient- décès du patient

Variables biologiques :

- Type de VIH- Taux de TCD4- charge virale- paramètres biologiques (NFS, créatinémie, glycémie, transaminases)-.

7-Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies sur une fiche d'enquête comportant les différentes variables à étudier.

La saisie s'est effectuée sur le logiciel Microsoft Office Word 2007, et l'analyse des données s'est effectuée sur les bases du logiciel SPSS 12.

8-Définitions opératoires des termes :

- Poids normal: c est le poids du patient avant l'altération de son état général
- Signes d'appel du VIH : Manifestations cliniques qui orientent vers le VIH/SIDA.
- Dépistage volontaire : personne allant se faire dépister de son propre gré pour connaître sa sérologie VIH.
- Découverte fortuite : découverte de la maladie au cours d'un examen systématique

- Observance : Se définit comme étant le degré de concordance entre le comportement d'un individu (en termes de prises médicamenteuses, de suivi du régime thérapeutique ou de changement de style de vie) et les recommandations médicales.
- T CD4 normal : correspond à un T CD4 \geq à 350
- T CD4 anormal : correspond à un T CD4 \leq à 349

9-Aspects éthiques :

- Les données recueillies sont confidentielles.
- Cette confidentialité était primordiale et de rigueur.
- Les résultats obtenus seront communiqués aux autorités et publiés dans une revue scientifique.

RESULTATS

Au cours de notre étude intitulée "RESULTATS DU SUIVI EN AMBULATOIRE DES PATIENTS VIH POSITIF SOUS TRAITEMENT ARV EN 2005 AU SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES DU CHU DU POINT G" nous avons colligé 93 patients répondant aux critères d'inclusion. Parmi ces patients nous avons 52% de perdu de vue, 44% continuaient à venir en consultation 3% ont été transférés dans d'autres centres et 1% sont décédés.

Données socio-démographiques :

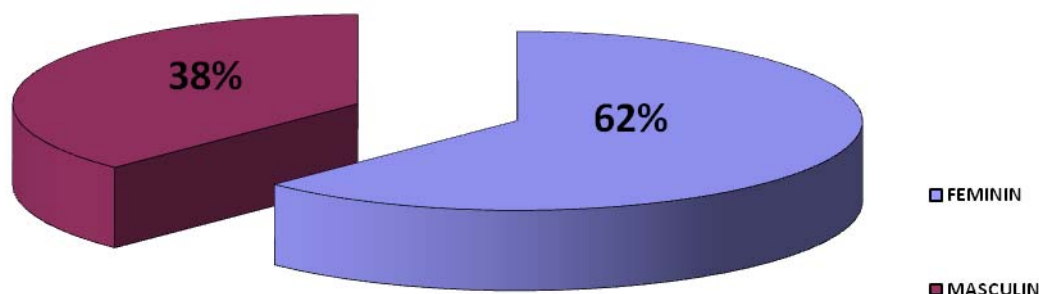


Figure 7 : Répartition des patients selon le sexe

Il ressort de notre étude que le sexe féminin est le plus représenté avec 62%.

Tableau VIII Répartition des patients selon la tranche d'âge

<i>Age (ans)</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<ou = à 21	2	2,2
22 -32	26	28,0
33-43	33	35,4
44-54	20	21,5
55 et plus	12	12,9
Total	93	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était de 33-43 ans avec 35,4 % des cas et la moins représentée est celle < ou = à 21 ans avec un pourcentage de 2,2%.

Tableau IX : Répartition selon la profession du patient

<i>Profession</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<i>Ménagère</i>	26	27,9
<i>Coiffeuse</i>	13	13,9
<i>Fonctionnaire</i>	12	12,9
<i>Paysans</i>	10	10,8
<i>Commerçant</i>	8	8,6
<i>Chauffeur</i>	5	5,3
<i>Elevé /étudiant</i>	3	3,2
<i>Militaire</i>	3	3,2
<i>Artiste</i>	3	3,2
<i>Maçon</i>	2	2,2
<i>Menuisé</i>	2	2,2
<i>Vendeuse</i>	2	2,2
<i>Teinturière</i>	2	2,2
<i>Tailleur</i>	1	1,1
<i>Non déterminé</i>	1	1,1
Total	93	100,0

Les ménagères représentaient 27,9 % des cas, suivies des coiffeuses avec 13,9 %.

Tableau X : Répartition des patients selon leur statut matrimonial

<i>Statut matrimonial</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<i>Marié</i>	62	66,6
<i>Célibataire</i>	21	22,6
<i>Veuf (ve)</i>	7	7,5
<i>Non déterminé</i>	2	2,2
<i>Divorcé</i>	1	1,1
<i>Total</i>	93	100,0

Sur l'ensemble de nos cas, les personnes mariées avaient le taux le plus élevé de séropositivité avec un pourcentage de 66,6%.

Tableau XI : Répartition des patients selon leur niveau d'instruction.

<i>Niveau d'instruction</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<i>Non scolarisé</i>	60	64,5
<i>Primaire</i>	16	17,2
<i>Secondaire</i>	13	13,9
<i>Enseignement supérieur</i>	2	2,2
<i>Non déterminé</i>	2	2,2
<i>Total</i>	93	100,0

Selon notre échantillon, les non scolarisés représentaient 64,5% contre 33,3% de scolarisés.

Tableau XII : Répartition des patients selon l'ethnie.

<i>Ethnie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
---------------	-----------------	---------------------

<i>Bambara</i>	27	29,0
<i>Peulh</i>	17	18,2
<i>Soninké</i>	13	14,0
<i>Sonrhai</i>	11	11,8
<i>Malinké</i>	8	8,6
<i>Dogon</i>	6	6,5
<i>Senoufo</i>	5	5,4
<i>Minianka</i>	5	5,4
<i>maure</i>	1	1,1
Total	93	100,0

Les bambaras étaient les plus représentés un pourcentage avoisinant les 29%.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le lieu de résidence.

<i>Lieu de résidence</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<i>Bamako</i>	79	84,9
<i>Intérieur du Mali</i>	13	14,0
<i>En dehors du Mali</i>	1	1,1
Total	93	100,0

Environ 84% des patients résidaient dans le district de Bamako, 14% dans les autres régions administratives du Mali et 1,1% dans les pays voisins.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la période d'inclusion.

<i>Date d'inclusion</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
-------------------------	-----------------	---------------------

<i>1^{er} Trimestre</i>	30	32,2
<i>2^{ème} Trimestre</i>	18	19,4
<i>3^{ème} Trimestre</i>	21	22,6
<i>4^{ème} Trimestre</i>	24	25,8
Total	93	100,0

Il s'est avéré que 32,2% des patients ont été mis sous traitement au cours du premier trimestre contre 25,8% au quatrième trimestre.

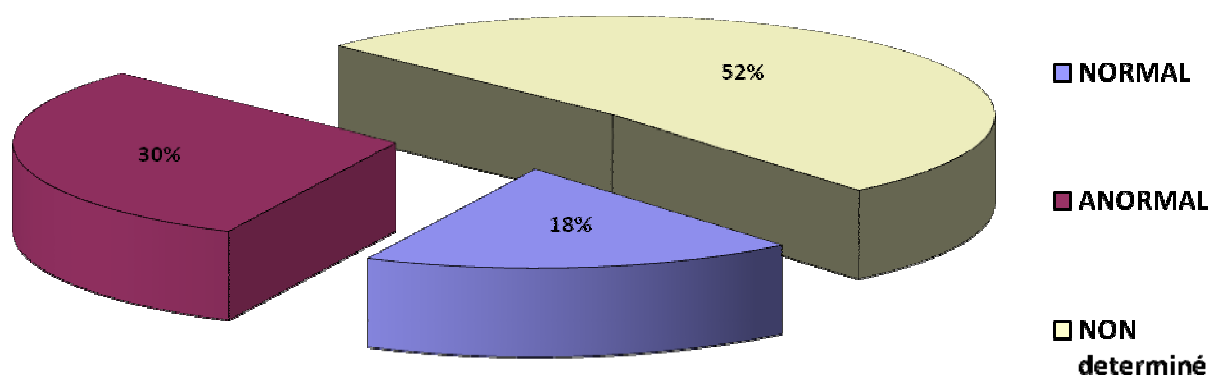


Figure 8 : Répartition des patients selon le poids à l'inclusion

Plus de la moitié des patients soit 52% n'avaient pas été pesés lors de leur mise sous traitement. Parmi ceux qui ont été pesés 18% avaient un poids normal alors que 30% avaient un poids anormal.

Tableau XV : Répartition des patients selon le motif de consultation

<i>Motifs de consultation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<i>Neuropathies périphériques</i>	26	28,0
<i>Diarrhées</i>	25	26,9
<i>Amaigrissement</i>	25	26,9
<i>fièvres</i>	24	25,8
<i>Lésions dermatologiques</i>	21	22,6
<i>Candidoses buccales</i>	17	18,3
<i>Toux</i>	13	14,0
<i>Céphalées</i>	12	12,9
<i>Partenaire séropositif</i>	11	11,8
<i>Dysphagie</i>	7	7,5
<i>Prurit</i>	6	6,5
<i>Enfant séropositif</i>	5	5,4

Les motifs de consultations les plus fréquents étaient les neuropathies avec 28%, les diarrhées, l'amaigrissement avec le même pourcentage de 26,9%.

Tableau XVI: Répartition des patients selon le motif de découverte

<i>Motifs de découverte</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<i>Signes d'appel du VIH</i>	65	69,8
<i>Dépistage volontaire</i>	18	19,4
<i>Découverte fortuite</i>	10	10,8
<i>Total</i>	93	100,0

Les signes d'appel représentaient le plus grand pourcentage des motifs de découverte du VIH/SIDA.

Tableau XVII : Répartition des patients selon le type de virus en cause

<i>Type de virus</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<i>VIH 1</i>	85	91,4
<i>VIH 2</i>	5	5,4
<i>VIH1 + VIH2</i>	3	3,2
<i>Total</i>	93	100,0

Il ressort de l'étude, que 91,4% des patients portaient le VIH1, 5,4% le VIH2 et 3,2% le VIH1 et VIH2.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le taux de lymphocytes T CD4 à l'inclusion

<i>Taux de CD4</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
\geq à 500	0	0
499-350	3	3,23
349-200	13	13,98
< à 200	50	53,76
<i>Non déterminé</i>	27	29,03
<i>Total</i>	93	100

Les patients dont le taux de T CD4 était inférieur à 200 cellules par mm³ représentaient le plus gros effectif avec 53,76 % des cas.

Tableau XIX : Répartition des patients selon la normalité du taux de T CD4 à l'inclusion.

<i>Taux de CD4</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<i>Anormal</i>	63	67,74
<i>Non déterminé</i>	27	29,03
<i>Normal</i>	3	3,23
<i>Total</i>	93	100,0

Nous avons pu déduire de notre enquête que 29,03 % des patients recrutés n'avaient pas bénéficié du dosage des CD4 et pour ceux qui avaient eu à le faire 67,74% étaient anormaux.

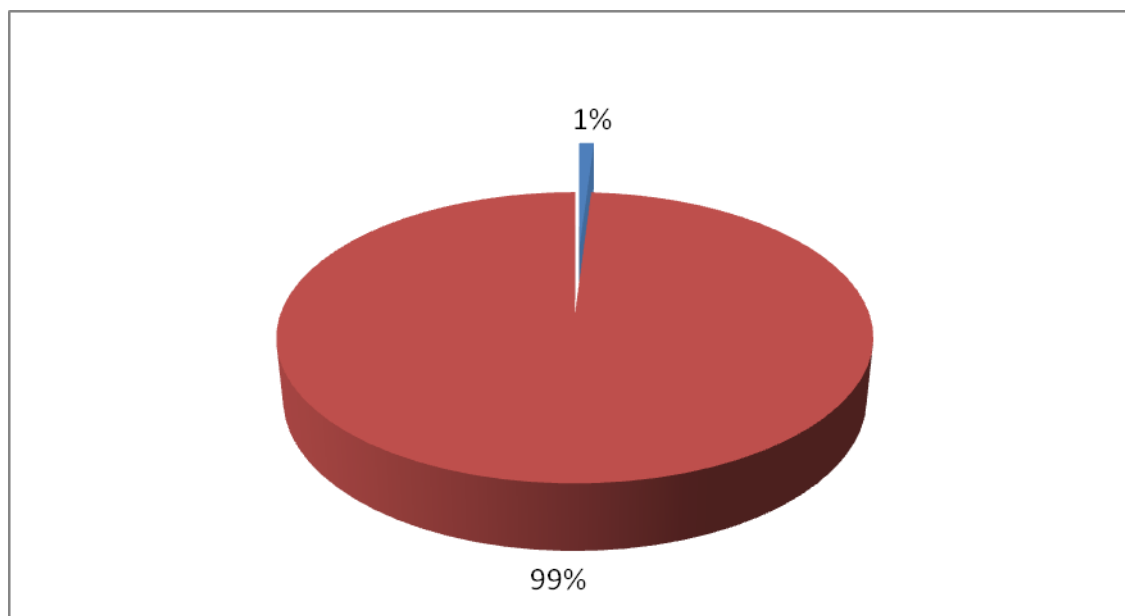


Figure 9 : Répartition des patients selon l'effectivité de la charge virale à l'inclusion.

L'évaluation de la charge virale chez les patients n'est pas systématique d'où 99% de non faits.

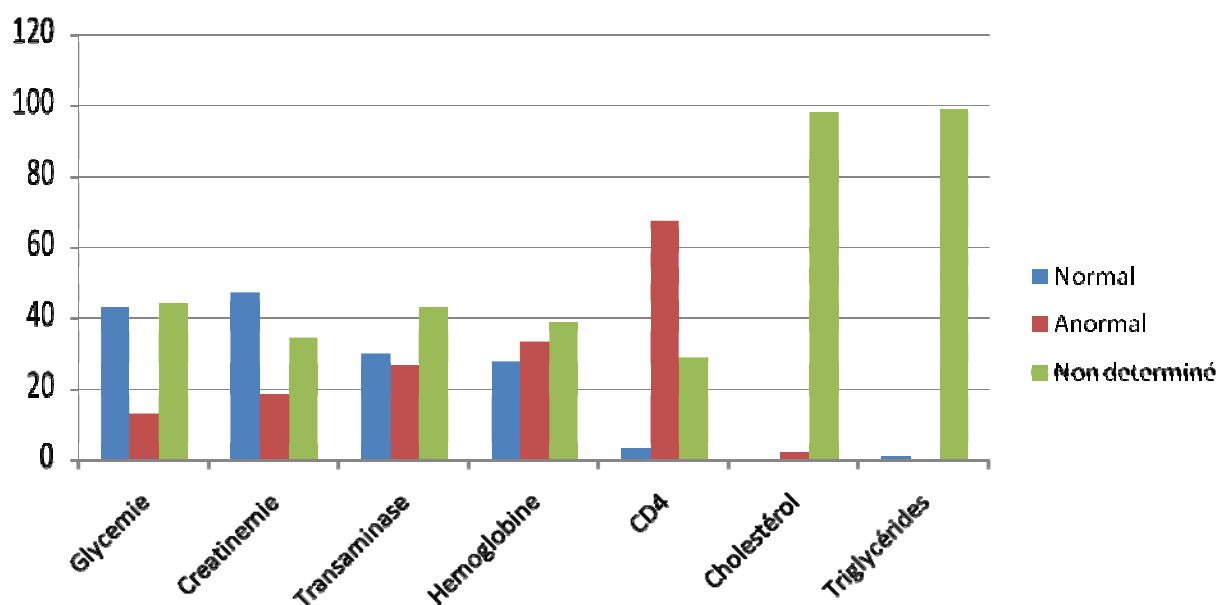


Figure 10 : Répartition des patients selon la normalité du bilan à l'inclusion

A l'inclusion, les taux de TCD4, la NFS et les transaminases étaient les constantes les plus anormales chez nos patients et ceux de la cholestérolémie et de la triglycéridémie n'étaient pas toujours prescrits.

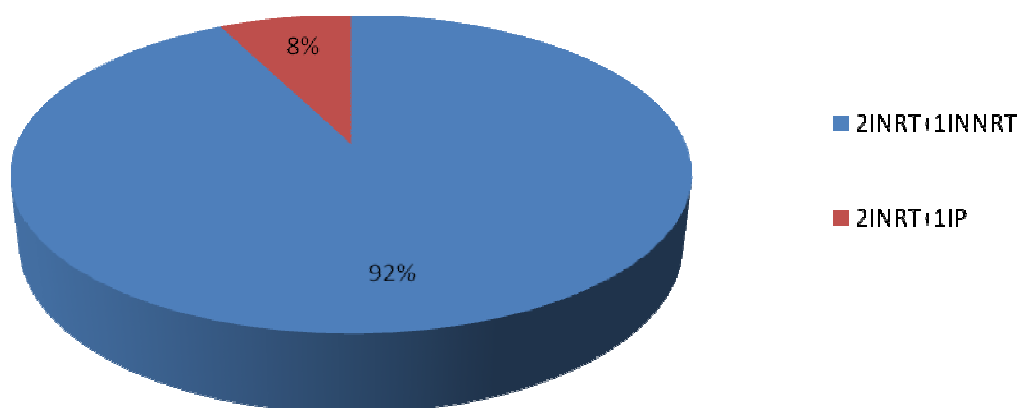


Figure 11 : Répartition des patients selon le schéma thérapeutique

Le schéma thérapeutique le plus utilisé était l'association de 2INRT+1INNRT.

Tableau XX : Répartition des patients selon le changement de traitement au cours du suivi

<i>Changement de traitement</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<i>Non</i>	<i>82</i>	<i>88,2</i>
<i>oui</i>	<i>9</i>	<i>9,7</i>
<i>Non déterminé</i>	<i>2</i>	<i>2,1</i>
<i>Total</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

D'après notre étude, 88,2% de nos patients avait gardé leur schéma initial.

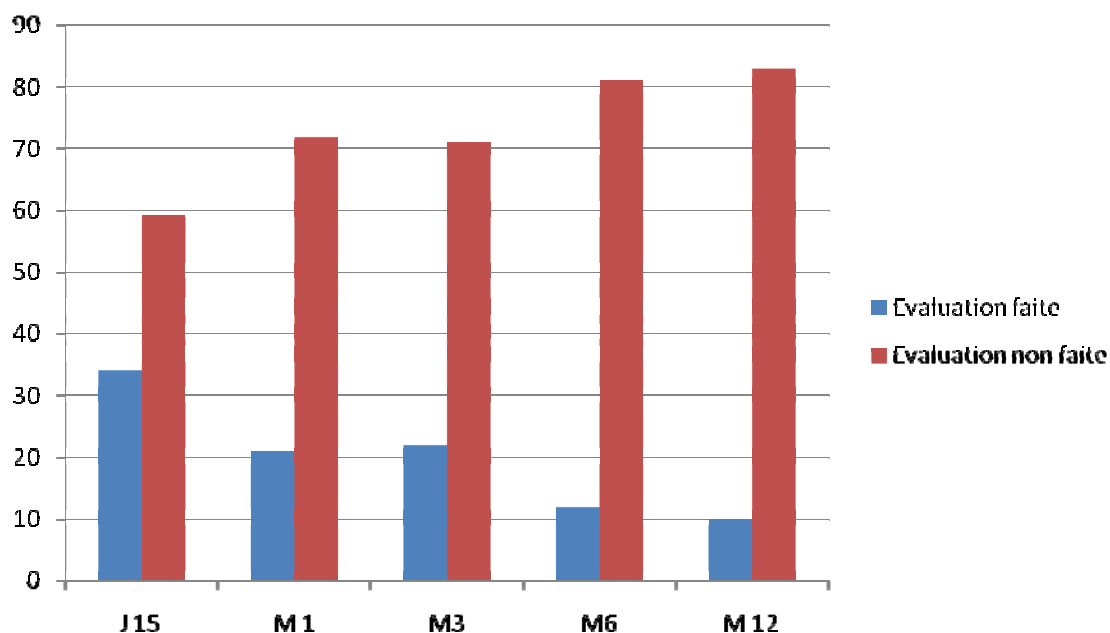


FIGURE 12 : Répartition des patients selon le suivi de l'évaluation sous traitement ARV
 Sur un total de 93 patients seulement 36,5% étaient présents à l'évaluation à J15 tandis qu'à M12 10,7% seulement étaient présents; avec une courbe décroissante de J15 à M12.

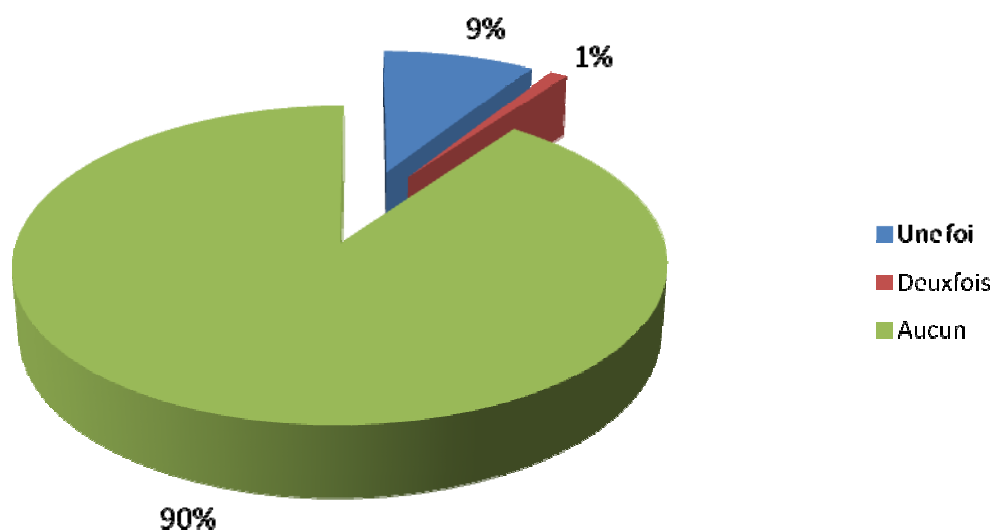


Figure 13 : Répartition des patients selon le nombre de changement de traitement
 Sur les neuf patients ayant changé de traitement un seul patient avait changé deux fois le traitement.

Tableau XXI : Répartition des patients selon la cause du premier changement

<i>Cause du premier changement</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<i>Effets secondaires cliniques</i>	7	77,7
<i>Intolérance biologique</i>	2	22,3
<i>Total</i>	9	100,0

Il ressort de notre enquête que 55,6% des patients ont changé leur traitement à cause des effets secondaires cliniques dus aux molécules administrées.

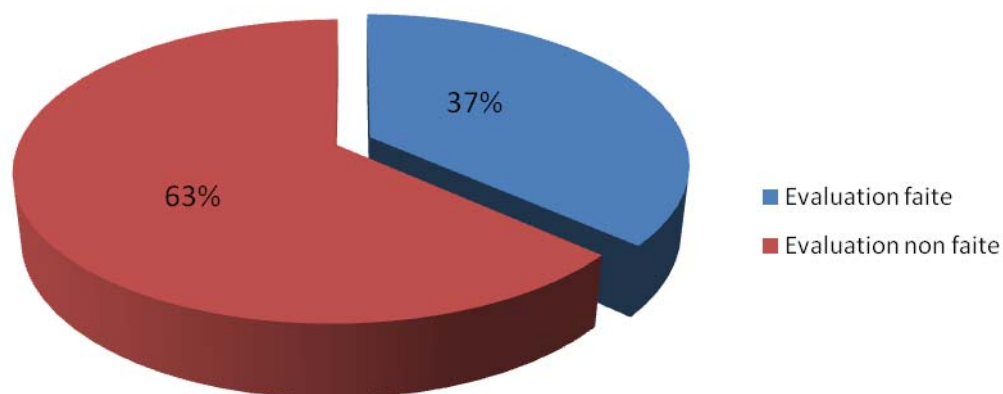


Figure 14 : Répartition des patients selon l'évaluation à J15

A J15 les évaluations n'ont pas été faites sur 63% des patients.

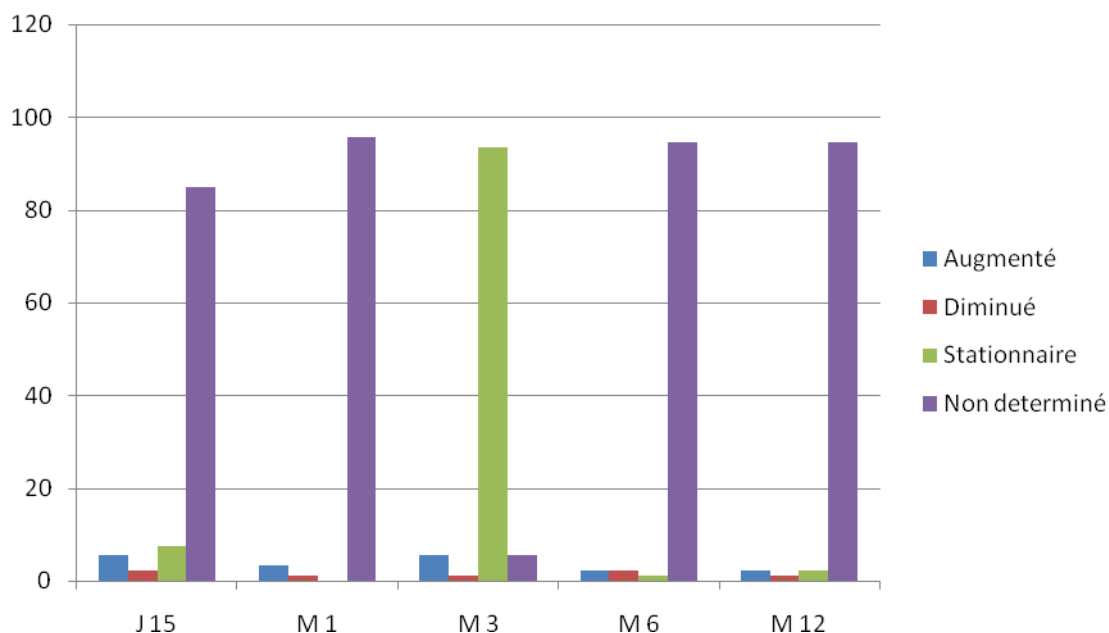


Figure 15 : Répartition des patients selon l'évolution du poids

Il a été remarqué qu'en dehors de M3 ou pour 83 patients présents, le poids était stationnaire, à J15, M1, M6, et M12 la prise de poids n'a pas été faite.

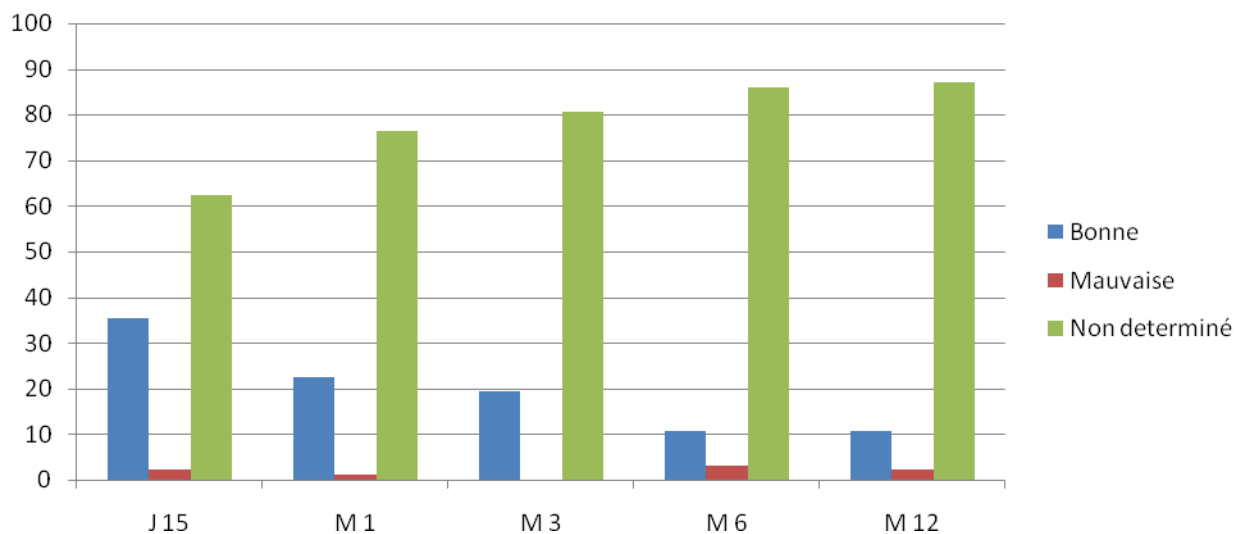


Figure 16 : Répartition des patients selon l'observance du traitement

Nous constatons que la majeure partie des patients n'a pas été évalué, cependant lorsqu'elle a eu lieu, elle était bonne.

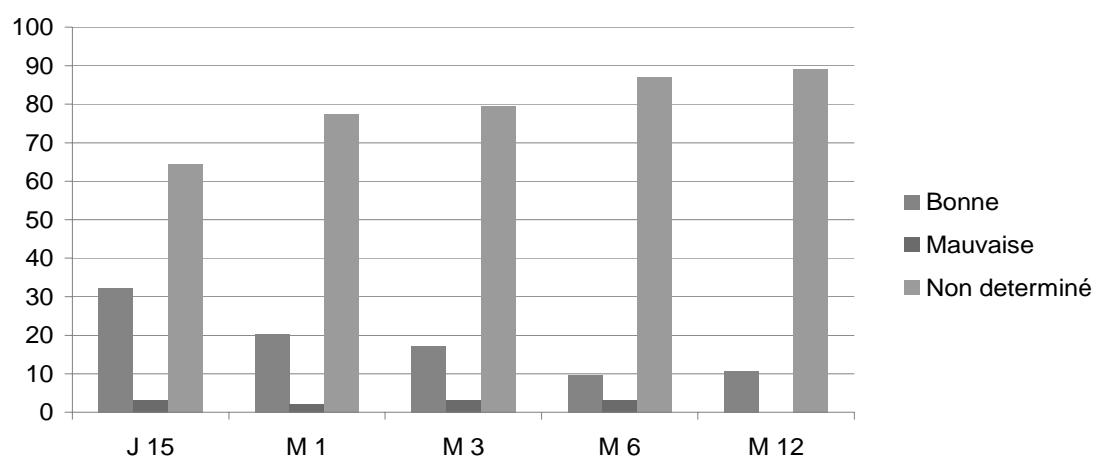


Figure 17 : Répartition Selon la tolérance du traitement

Nous avons constaté que la tolérance était bonne chaque fois que l'évaluation avait pu être faite.

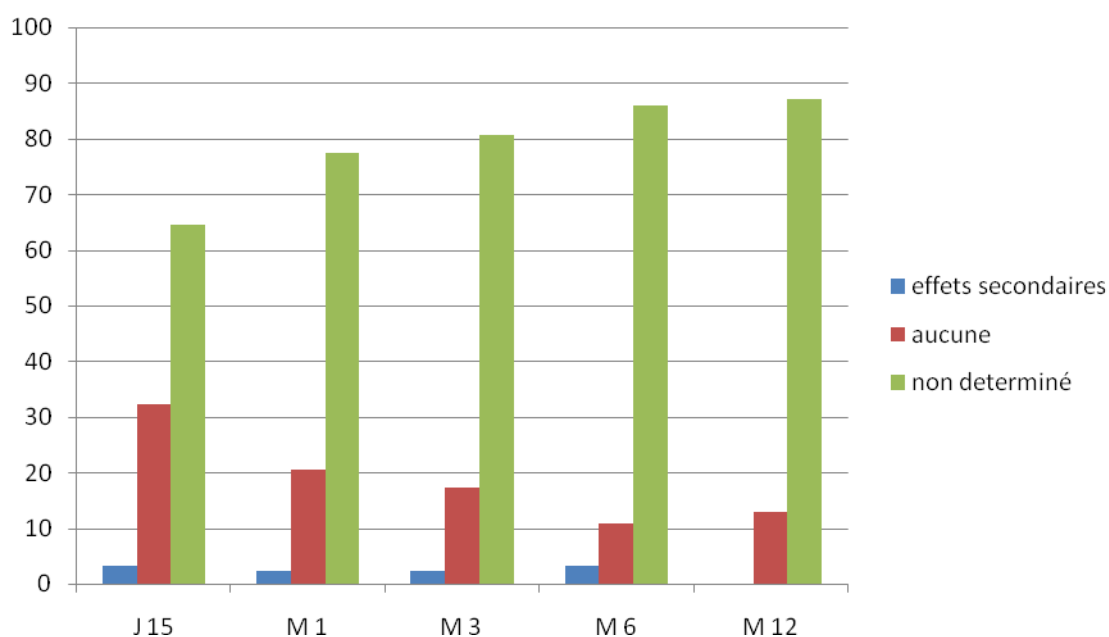


Figure 18 : Répartition Selon les effets secondaires des médicaments et de leur moment d'apparition

Sur un total de 33 patients présents à l'évaluation à J15 ; 9,10% ont présenté des effets secondaires, alors qu'à M12 sur un total de 12 patients présents aucun n'a présenté d'effets secondaires.

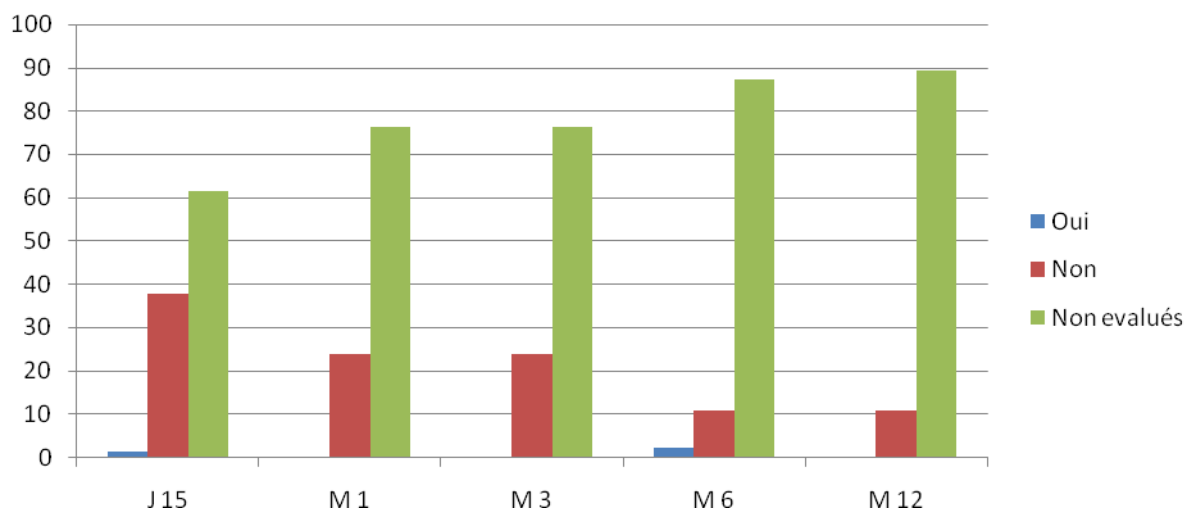


Figure 19 : Répartition des patients selon le taux d'abandon du traitement

Nous avons observé à J15 et à M6 que respectivement 1,1% et 2,2% ont abandonné leur traitement.

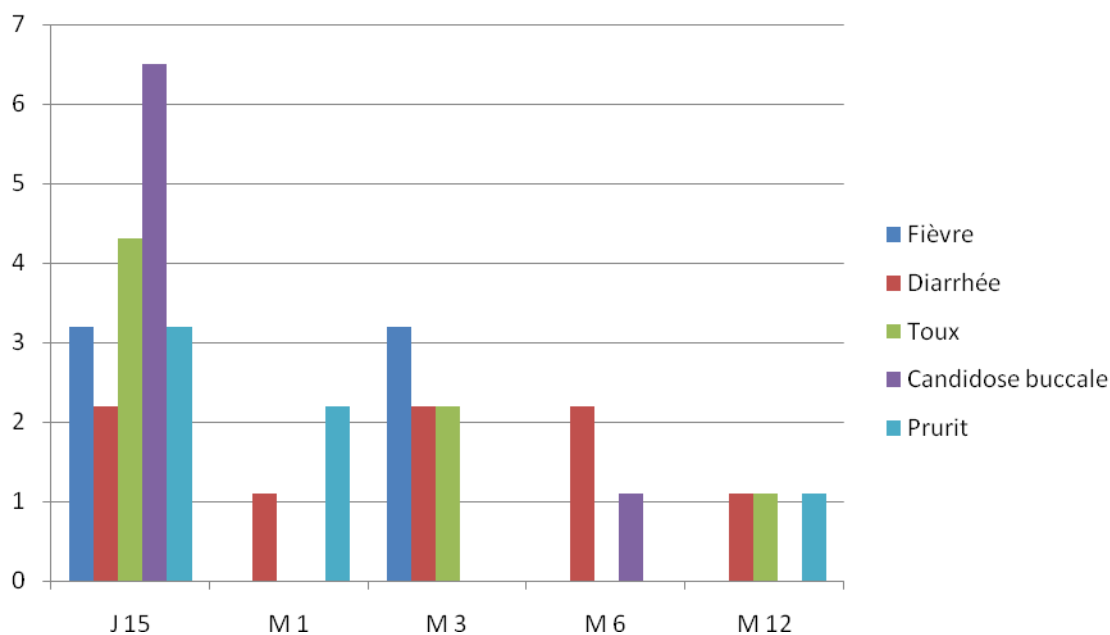


Figure 20 : Répartition des manifestations cliniques selon leur période d'apparition

Il a été constaté qu'à J15, les candidoses buccales, la toux, et la fièvre étaient les signes cliniques prédominants, et qui étaient en régression à M1, M3, M6, M12.

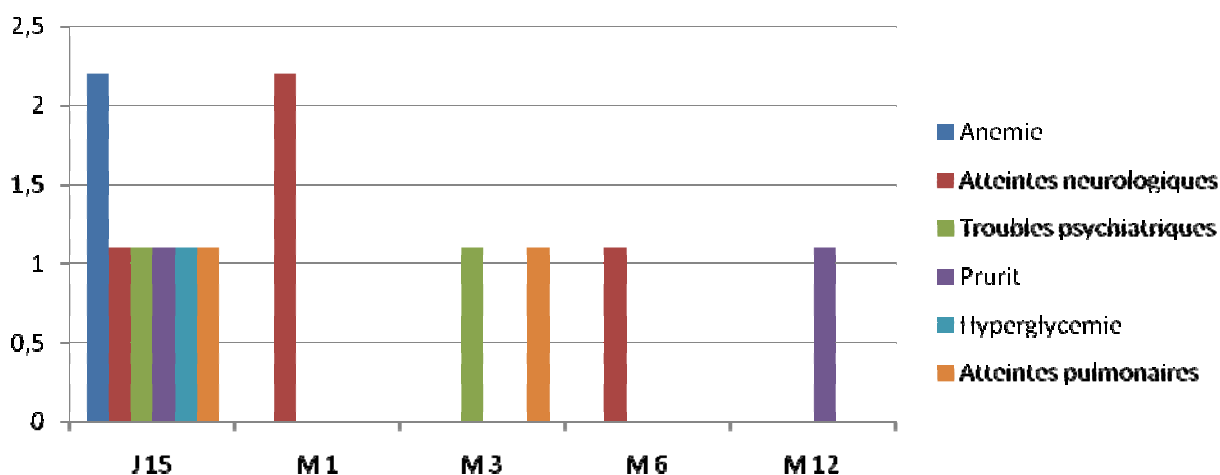


Figure 21 : Répartition des patients selon les effets secondaires

Parmi les effets secondaires les plus accentués ont été observés à J15 avec une prédominance de l'anémie. A partir de M1 jusqu' à M12 on a noté une diminution des effets secondaires avec seulement le prurit à M12.

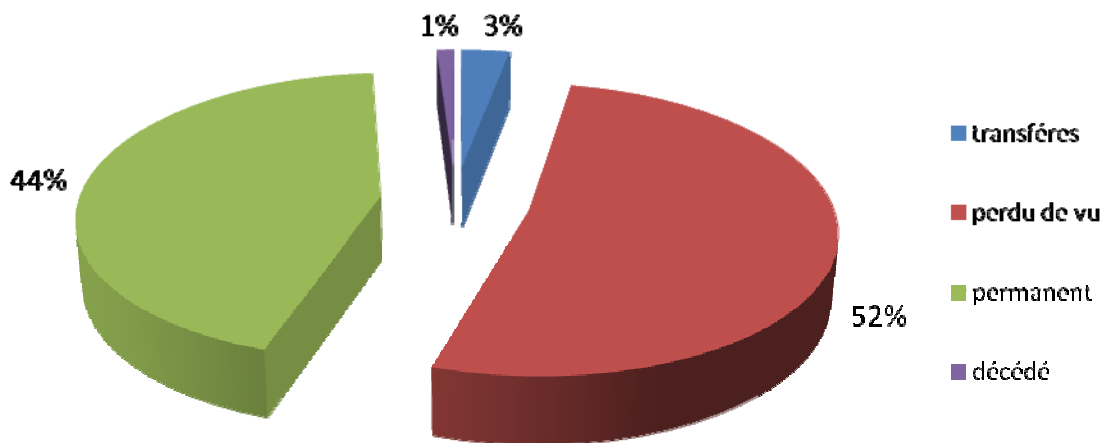


Figure 22 : Répartition selon l'issu du suivi des patients

A la fin de notre étude 52% des patients ont été perdus de vu et nous avons déploré 1% de décès.

Discussion

Au cours de notre étude intitulée "RESULTATS DU SUIVI EN AMBULATOIRE DES PATIENTS VIH POSITIF SOUS TRAITEMENT ARV EN 2005 AU SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES DU POINT G", nous avons colligé 93 patients répondant aux critères d'inclusion.

Caractéristiques socio démographiques

Cette section porte sur l'âge, le sexe, l'ethnie, le lieu de résidence, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction et la profession.

Selon l'âge

La tranche d'âge la plus représentée était 31- 40 ans avec un pourcentage de 35,4%, ce résultat est superposable à celui de **Koné G.** [47] qui avait trouvé la tranche d'âge 30-39 ans plus représentée avec 41,6 % des cas.

Selon le sexe

Les femmes étaient majoritairement représentées dans notre étude avec 62% contre 38% d'hommes. Ces résultats sont superposables à ceux de **R.Haidara** [23] qui avait trouvé 69,3% de femmes contre 30,7% d'hommes. Ceci pourrait s'expliquer par l'ignorance, l'illettrisme, la pauvreté et les inégalités dont sont victimes les femmes. D'autre part ce taux peut s'expliquer par la vulnérabilité physiologique des femmes (surface de contact plus large, spermes plus riche en VIH que les sécrétions vaginales, etc....)

Selon l'ethnie

L'ethnie bambana était la plus représentée avec 29,8% suivie des peulhs avec 18,2% ce qui pourrait s'expliquer par le fait que l'étude s'était déroulée à Bamako où ces ethnies sont majoritaires. **Benoit S.** [48] avait trouvé que 38% de sa population étaient Bambara.

Selon la résidence

Selon la résidence de notre population, 84,9% vivaient dans le district de Bamako ce qui confirme les résultats de **R.Haidara** [23] qui avait trouvé que 74,8% de sa population vivaient à Bamako.

Selon le statut matrimonial

La plupart de nos patients était mariés avec un pourcentage de 66,6% suivie des célibataires avec 22,6% et des veufs 7,5%. Ces résultats avoisinent ceux de **Benoit S.** [48] qui avait trouvé 66,2% de mariés, 15,1% de célibataires et 12% de veufs.

Sanogo M. [49] avait retrouvé la prédominance des mariés.

Selon le niveau d'instruction

Les non scolarisés étaient majoritaire dans notre étude avec 64,5% contrairement à **R.Haidara** [23] qui avait trouvé 29,6% de non scolarisés. Ce qui met en exergue l'implication de l'ignorance dans la propagation de l'épidémie.

Selon la profession

Les ménagères étaient les plus représentées avec 27,9% suivi des coiffeuses 13,9% et des fonctionnaires 12,9%. **R.Haidara** [23] avait trouvé 36,3% de ménagères, 18,9% de commerçants et 11,5% d'artisans.

Selon le motif de consultation

La plupart de nos malades étaient venus consulter pour des neuropathies périphériques dans 28% des cas suivi des diarrhées dans 26,9% des cas. Ces résultats sont approximativement égaux à ceux de **Koné G.** [47] qui avait trouvé comme motifs de consultation les neuropathies périphériques dans 25,3% des cas et des diarrhées dans 27,9% des cas.

Selon la circonstance de découverte

Les signes d'appel étaient la circonstance de découverte la plus représenté avec 69,8% des cas.

Selon le type de virus

Le VIH 1 était le plus représenté avec 91,4% suivi du VIH 2 avec 5,4% et du VIH 1 et VIH 2 avec 3,2%. Ces résultats sont comparables à ceux de **Benoit S.** [48] et **Balkissa** [50] qui avaient trouvé respectivement pour le VIH 1 88% et 89,1%, pour le VIH 2 4% et 3,1% et 2% et 2,7% pour le VIH 1+2. Ce qui montre la prédominance du VIH 1 au Mali.

Selon le taux de T CD4

La majorité de nos patients à l'inclusion avait un taux de T CD4 anormal dans 67,74% des cas, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que la plu part des patients consulte à un stade avancé de la maladie, tandis que 3,23% avait un taux de T CD4 normal et 29,03% n'avait pas fait un dosage du taux de T CD4.

Selon le schéma thérapeutique

Le schéma thérapeutique le plus utilisé était 2INRT+1INNRT avec 92,5% des cas suivi de 2INRT+1IP avec 7,5% des cas. Ces résultats sont comparables à ceux de **R.Haidara** [23] qui avait trouvé 84,8% de 2INRT+1INNRT et 25,2% de 2INRT+1IP. Ceci s'explique par l'efficacité de ce schéma et leurs effets secondaires moindres.

Selon le changement du traitement

Au cours du traitement 88,2% de nos patients n'ont pas eu à changer leur traitement contre 9,7% qui ont eu à changer leur traitement ceci pourrait s'expliquer probablement par la bonne prescription.

Selon le nombre de changement

Le nombre de patients ayant changé leur traitement une fois représentait 9% contre 1% l'ayant changé deux fois.

La cause de changement la plus fréquente était les effets secondaires des médicaments avec 55,6% des cas.

Selon le suivi de l'évaluation sous traitement ARV

Sur un total de 93 patients 36,5% étaient présents à l'évaluation à J15 tandis qu'à M12 10,7% seulement étaient présents ; avec une courbe décroissante de J15 à M12. Ce ci pourrait s'expliquer par le fait qu'en région subsaharienne, le concept de maladie sans guérison n'existe pas. les termes "stabiliser et améliorer une affection" n'ont pas de traduction précise en langues locales.

Il est à noter que dans notre contexte mieux les malades se sentent moins ils vont pour le suivi.

Selon l'observance et la tolérance

La plus part de nos patients n'était pas observante mais tolérait bien les ARV.

Sur un total de 33 patients présents à l'évaluation à J15 ; 9,10% ont présenté des effets secondaires, alors qu'à M12 sur un total de 12 patients présents aucun n'avait présenté d'effets secondaires.

Selon le type d'effets secondaires

Les effets secondaires les plus sévères ont été observés à J15 avec une prédominance de l'anémie. A partir de M1 jusqu'à M12 on a noté une diminution des effets secondaires avec seulement le prurit à M12.

Selon l'itinéraire des patients

52% de nos patients étaient perdus de vue, 44% continuaient à venir en consultation 3% étaient transférés dans d'autres centres, 1% étaient décédés.

Conclusion

La pandémie du VIH/SIDA est un problème de développement et de société dans notre pays le Mali. Cette étude sur le "RESULTATS DU SUIVI EN AMBULATOIRE DES PATIENTS VIH POSITIF SOUS TRAITEMENT ARV EN 2005 AU SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES DU POINT G", nous a permis d'aboutir aux conclusions suivantes :

- Au terme de notre étude nous concluons que la majeure partie de nos patients n'a pas été évalué.
- La tolérance des ARV était acceptable dans la plu part des cas.
- Le taux d'abandon étai inexistant dans la plus part des cas sauf à J15 et M6 de suivi ou on a trouvé des taux très faibles d abandon.
- Le traitement ARV a été efficace dans la majorité des cas mais il faut noter que beaucoup de nos malades étaient perdus de vue cause pour la quelle nous n'avons pas pu vérifier l'efficacité du traitement.

Recommandations

Au terme de notre étude, nous voudrions suggérer quelques recommandations.

- **Au comité sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA**
 - Organiser plus de campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA
- **A la direction de l'hôpital du Point G**
 - Organiser le système de référence des patients entre les services.
 - Renforcer les capacités du laboratoire en ressources humaines et matérielles (augmentation du personnel et sa dotation en matériels informatiques) pour que les résultats des examens apparaissent tôt.
 - Renforcer l'aide sociale pour les patients séropositifs démunis.
- **Au personnel soignant**
 - Se protéger et protéger les patients dans les gestes thérapeutiques.
 - Mettre une chimioprophylaxie primaire avec le Cotrimoxazole chez les patients séropositifs ayant un taux de T CD4<200 cellules.
 - Savoir communiquer avec les patients et leurs accompagnateurs
 - Référent à temps avec toutes les informations nécessaires du patient connaissant déjà son statut sérologique.

➤ **A tous les patients sous ARV**

- Observer les posologies et les heures de prise des médicaments.
- Respecter les rendez-vous prescrits par les médecins.
- Faire les examens complémentaires demandés par les médecins.

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : **Julien**

PRENOM : **Hadrami**

PAYS D'ORIGINE : **MAURITANIE**

ANNEE DE SOUTENANCE : **2008**

VILLE : **BAMAKO**

TITRE : "**RESULTATS DU SUIVI EN AMBULATOIRE DES PATIENTS VIH
POSITIF EN 2005 AU SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES DU CHU DU
POINT G**"

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie

Secteur d'intérêt : Maladies infectieuses, Santé publique, Anthropologie

Adresse et E-mail : hadramijulien2006@yahoo.fr Tel :Bko 00 223 5 17 32 10

Nkt 00 222 6 36 87 20

Résumé : L'observance au traitement du VIH est un enjeu majeur pour le succès de la prise en charge thérapeutique des patients.

Nous avons mené une étude rétrospective du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005.

L'étude avait porté sur 93 patients vivant avec le VIH et sous ARV suivis dans le service des maladies infectieuses. Les jeunes étaient les plus touchés. Nous constatons que la majeure partie des patients n'ont pas été observant et que les femmes représentaient l'épicentre du fléau.

Mots clés : Traitement, Antirétroviraux, Observance

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - **ONUSIDA/OMS** : Le point sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA .Genève 2002 ;
- 2 **ONUSIDA/OMS** : le point sur l'épidémie du VIH/SIDA Genève ; 2007 ; 60p
- 3 **ONUSIDA/OMS** : le point sur l'épidémie du VIH/SIDA. Genève ; 2006 ; 96p
- 4 **KANOUTE** : Aspects cliniques et paracliniques du SIDA à Bamako. Thèse Med. Bamako 1991 ; n°30 ; 97p.
- 5 **TRAORE S.** : Etude épidémiologique, clinique et économique des patients sidéens et des cas de SIDA tuberculeux, hospitalisés dans les hôpitaux de Bamako de juillet 1994 à décembre 1994. Thèse Pharm. Bamako 1996 ; n°16 ; 98p. .
- 6 **TALL C. T.** Le coût de la prise en charge du SIDA en milieu hospitalier au Mali. Thèse Méd. Bamako 1990, n°05 ; 77p.
- 7 **EDSIV** Enquête Démographique de la Santé Bamako 2006
- 8 **Ministère de la santé** : rapport de la troisième enquête démographique et de Santé 2001 au Mali. Bamako 2002; 63p
- 9 **Ministère de la SANTE/USAID**, le VIH/SIDA au Mali : évolution et impacts sur le développement. Bamako 2002.
- 10 **DESCLAUX.A** : le dépistage VIH et le conseil en Afrique sub-saharienne. Dimensions médicales et sociales. Paris, Khartala. 2000, 326 p.
- 11-**LOTF.V.** Épidémiologie situation actuelle et tendances in : VIH : Edition 2004 Rueil-Malmaison : Doin, 2004 ; 39-51

12- **ONUSIDA** : cadre conceptuel et base d'action : stigmatisation et discrimination associées au VIH/SIDA. Suisse 2002 :23p

13- **PICARD.C** : VIH et maladies opportunistes. Paris, Malmaison .Octobre 2000.P.505

14-**LE VIRUS DU SIDA** : CNRS, institut A. Lwoff, Villejuif

Site internet : www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/sida/-10k. 17 février 2005.

15- **Francis J. LOUIS, Jean-Luc PERRET, Marc MORILLON, Jean-Jacques De PINA, Olivier Le SENS, Alain Blanchard de VAUCOULEURS, Gérard MARTET.** Application au Mozambique de stratégies diagnostiques OMS de l'infection par le VIH. Cahier santé : 1999 ; 111-114

16- **Jean BEYTOUT, Jean DELMONT, Bruno MARCHOU, Eric PICHARD.** Infection par le VIH et SIDA. Malin trop 2002 ; 455

17- **EDSIII** (Enquête Démographique de la Sante 2001) ; 63p.

18- **ONUSIDA/OMS** point sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA. Genève Juin 2000.

19- **KAMSI Noutsu A.** étude épidémiologique, clinique et économique du VIH/SIDA dans le service de maladies infectieuses du l'CHU du PG à propos de 71cas.- thèse Méd.2004 ; Bamako ; 65p.

20- **ONUSIDA** : analyse situationnelle de la discrimination et stigmatisation envers les PVVIH/SIDA en Afrique de l'ouest et du centre: considérations éthiques et juridiques .Rapport, Français, Abidjan : ONUSIDA. Equipe inter pays pour l'Afrique de l'ouest et du centre, 2002/2005 ; 47p.

21 **R. HAIDARA.**

Etude de l'observance aux ARV dans le service des maladies infectieuses à l'Hôpital du Point G à propos de 270 cas. Thèse Med. Bamako 2006 ; n° 197 ; 115p.

22- **Infection à VIH et SIDA.** In: CMIT, ed. E Pilly Montmaron Cy: 2M2 ed; 2006; 488p

23 Infection à VIH et SIDA. In:CMIT, ed. E Pilly Montmaron Cy: 2M2 ed; 2006; n°89; 490p; 2-4.

24 **Infection à VIH et SIDA.** In:CMIT, ed. E Pilly Montmaron Cy: 2M2 ed; 2006; 490p.

25 **Hopwell PC:** *Tuberculosis* and infection with the human immunodeficiency virus. In Reichman LB, Hershfield ES (eds.): *Tuberculosis: a comprehensive international approach.* New York, Marcel Dekker, 1993 ; 369p.

Hopwell PC, Mazur H: *Pneumocystis carinii* pneumonia: current concept. In Sande MA, Volberding PA (eds.): *The medical management of AIDS*, 4th ed. Philadelphia, WB Saunders, 1994; 367p. 29- **Pozniak AI, Miller R, Ormerod LP:** The treatment of tuberculosis and HIV- Infection persons. *AIDS*: 1999; 340:367-73

26 **Halvir DV, Barnes PF.** Tuberculosis in patients with human immunodeficiency Virus infection *N Engl J. Med.* 1999; 340: 367-73

27 **Boniface Fomo** Profil épidémiologie et clinique des infections et affections au cours du VIH/SIDA dans les services de médecine interne et d'hémo-oncologie de l'hôpital Point G Bamako 2001. Thèse Med. n °05; 74p.

28 **American Thoracic Society:** Treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children. *Am J Respir Crit Care Med.* 1994; 149; 1359p,

29 **Bartlett JG, Belitsos, P, Sears C:** AIDS enteropathy. *Clin Infect Dis* 1992 ; 16: 726p

30 **Noais JP, Datry A, Danis** Traité de parasitologie médicale. Paris pradel 1996; 21; 186-191

31 **Dehovist JA, Pape JW, Boney M, Johson WD Jr.** Clinical manifestations and therapy of therapy of *Isospora belli* in patients acquired immunodeficiency syndrome. *IN Engl J Med.* 1986; 315; 87-90;

32 **Price RW, Worley JM:** Management of the neurologic complication of HIV infection and AIDS. In Sande MA. Volberding PA (eds): The medical management of AIDS. 4th ed Philadelphia, WB Saunders 1994; 261p.

33 **Penneys NS :** Skin manifestations of AIDS, 2nd ed. 1995 London, Martin Dunitz.

34 **Berger Jr; Kaszovitz B Post MJ, Dickinson G.** Progressive multifocal leukoencephalopathy associated human immunodeficiency virus infection. Ann Intern Med 1987; 107:78-87

35 **de Smet MT, Nussenblatt RB:** Ocular manifestation of AIDS. JAMA 1991 ;226 : 3019.

36 **Marks JB:** Endocrine manifestations of human immunodeficiency virus (HIV) infection. Am J Med Sci 302: 110, 1991. Revue des rapports anatomopathologiques et clinique de la littérature concernant les endocrinopathies du SIDA.

37 **Rao TKS:** Human immunodeficiency virus (HIV) associated nephropathy. Annu Rev Med. 1991; 42: 391.

38 **Kaul S, Fishbein MC, Siegel RJ:** Cardiac manifestation of acquired immune deficiency syndrome 1991; 122: 535.

30 **Buskila D, Gladman D:** Musculoskeletal manifestations of infection with human immunodeficiency virus 1990; 12: 223.

40 **Telma QUERIOZ, Telma MARTIN, Nathalie BROUTET, Pedro CHEQUER, Pierre GAZIN.** Syndrome de l'immunodéficience acquise au Brésil et dans l'état du Cear. Cahier Santé 1998 ; 434-39

41 **Infection à VIH et SIDA. In: CMIT,** ed. E Pilly Montmaron CY: 2M2 ed.: 2006; n°89; 486-87

42 **Birama APHOLY :** Etude de la morbidité et la mortalité dans les services de médecine, de soins intensifs et santé mentale. Thèse Md. 2002.

43 KONE G.

Coinfection paludisme et VIH/SIDA en milieu hospitalier ; Bamako 2002 ; Thèse Méd. n°40 ; 52P.

44 **SARIA, Benoit Bertin.** Etude épidémiologique de l'affection à VIH/SIDA à l'HPG Bamako 2006 de 2000 à 2004. Thèse Méd. n°134 ; 72p.

45 SANOGO M.

Enquête séro-épidémiologique sur l'infection par le VIH au CESAC de 2001 à 2003. Bamako 2004 Thèse Pharm. n°65 ; 65p.

46 BALKISSA G. K.

L'hépatite C chez les donneurs de sang et les malades du SIDA à Bamako 2003. Thèse Pharm. 82 ; 24p.

FICHE D'ENQUETE

Fiche N°:

SECTION I : Données Socio-économiques

Q1-Sexe 1= M ; 2= F / ___/ ; **Q2-Age** : ans

Q3-Profession 1= Fonctionnaire; 2= Elève/étudiant; 3= Paysans; 4= Ménagère / ___/
5= Chômeur; 6= Militaire; 7= Chauffeur ; 8=Mécanicien 9=Autres.....

Q4-Statut matrimonial 1=Marié; 2= Célibataire; 3= Divorcé; 4= Veuf / ___/

Q5-niveau d'instruction 1= Non scolarisé; 2= Primaire; 3= Secondaire / ___/
4= Enseignement supérieur; 5= Autres

Q6-ATCD personnel

a- Médicaux : 1=Diabète; 2=Asthme; 3=HTA; 4=UGD; 5=Transfusion sanguine; / ___/
6=Tatouage; 7=Autres (préciser).....

b- Chirurgicaux : 1= Oui; 2= Non / ___/

c- Habitudes alimentaire : 1=Thé; 2=Tabac; 3=Alcool; 4=Toxicomanie ; / ___/
5= Autres (préciser).....

Q7-Ethnie : 1=Bambara; 2=Senoufo; 3=Malinké; 4=Sonrai; 5=Peulh; 6=Dogon ; / ___/
7=Soninké; 8= Miniaka; 9=Autres.....

Q8-Résidence : 1=Bamako; 2=Intérieur du Mali; 3= En dehors du Mali / ___/

Q9-Date d'inclusion : / /2005 ; **Q10-Poids à l'inclusion** :Kg

Q11-Motif de consultation

1=Fièvre/ ___/; 2=Céphalées/ ___/; 3=Lésions Dermatologiques/ ___/; 4=Diarrhée/ ___/;
5=Impotence fonctionnelle/ ___/; 6=Toux/ ___/; 7=Candidose buccale/ ___/; 8=Prurit/ ___/;
9=Partenaire VIH+/ ___/; 10=Autres :

Q12-MOTIFS DE DECOUVERTE DU VIH / ___/

1= Découverte fortuite; 2= Dépistage volontaire

3= signes d'appel (opportunistes du VIH)

Q13-Type de VIH 1=VIH1 ; 2=VIH2 ; 3=VIH1+VIH2 / ___/

Q14-bilan à l'inclusion : 1=normal ; 2=anormal ; 3=non fait

*Taux de CD4 Taux : / ___/ ; *2-Charge virale Taux :/ ___/

*Créatinémie / ___/ ; * Transaminase/ ___/ ; *Glycémie/ ___/ ; * Cholestérol/ ___/ ;

* Triglycérides/ ___/ ; *Lipase mics/ ___/ ; *Radio thoracique/ ___/ ; *NFS / ___/ ;

*Autres/ ___/ ;

SECTION III : Traitement

Q15-Schémas thérapeutiques /___/

*1= 2INRT + 1INNRT; * 2= 3INRT; * 3= 2INRT + 1IP; *4= Autres

Changement de schéma 1=Oui ; 2=Non /___/

Si changement de schéma :

a- Nombre de changement : 1=Une foi ; 2=deux foi ; 3=Trois foi /___/

b-1^{ier} changement

b-1 : causes : 1=Intolérance ; 2- Prise nombreuses /___/

3- Effets secondaires; 4- Heures de prises ;

5-rupture de stock ; 6=autres

b-2 : Quel schéma a était introduit ? /___/

*1= 2INRT + 1INNRT; * 2= 3INRT; * 3= 2INRT + 1IP; *4= Autres

c-2^{ier} changement

c-1 : causes : 1=Intolérance ; 2- Prise nombreuses /___/

3- Effets secondaires; 4- Heures de prises ;

5-rupture de stock ; 6=autres

c-1 : quel schéma a était introduit ? /___/

*1= 2INRT + 1INNRT; * 2= 3INRT; * 3= 2INRT + 1IP; *4= Autres

SECTION IV : Evaluation

Suivi à J15 :

A : Q16- 1= évaluation faite ; 2=évaluation non faite /___/

Si évaluation faite passer à B

B : Q17-Poids : 1=Augmenté; 2=Diminué; 3=Stationnaire ; 4=Non faitKg /___/

Q18-Observance : 1= Bonne; 2= Mauvaise ; 3=Non fait /___/

Si mauvaise, raison:1=Oubli; 2=Effets Secondaires; 3=Infections Opportunistes; /___/

4= Prise médicamenteuses nombreuses ; 5=Heures de prise ; 6= Intolérance; 7=Lassitude ;

8=Autres; 9= Non fait

Q19-Tolérance : 1=Bonne; 2=Mauvaise; 3= Non fait /___/

Si mauvaise, préciser.....

Q20-Abandon de traitement:1= Oui ; 2= Non ; 3=non fait /___/

Q21-SIGNES CLINIQUES :

1-Fièvre/___/; 2-Diarrhée/___/; 3-Toux/___/; 4-Candidose buccale/___/; 5-Prurit/___/;

5-Prurit/___/; 6-Autres :.....

Q22- BILANS A J15 :1=normal ; 2=anormal ; 3=non fait

*Taux de CD4 Taux :..... /___/ ; *2-Charge virale Taux :...../___/

*Créatinémie /___/ ; * Transaminase/___/ ; *Glycémie/___/ ; * Cholestérol/___/ ;

* Triglycérides/___/ ; Lipase mics/___/ ; Radio thoracique/___/ ; NFS /___/ ; Autres/___/ ;

Q23-EFFETS SECONDAIRES

1=Anémie/___/; 2=Atteinte neurologique/___/; 3=Eruptions cutanées/___/; 4=Vertiges/___/;

5=Nausées et vomissements/___/; 6=Troubles psychiques/___/;7=Atteinte pancréatique /___/;

8=Céphalées/___/; 9=Prurit/___/; 10=Hyperglycémie/___/;11=Atteinte hépatique/___/;

12=Atteinte rénale/___/; 13=Atteinte pulmonaire/___/; 14=Autres.....

Suivi à MI

A : Q24- 1= évaluation faite ; 2=évaluation non faite /___/

Si évaluation faite passer à B

B : Q25- Poids: 1=Augmenté; 2=Diminué; 3=Stationnaire ; 4=Non faitKg /___/

Q26- Observance : 1= Bonne; 2= Mauvaise ; 3=Non fait /___/

Si mauvaise, raison:1=Oubli; 2=Effets Secondaires; 3=Infections Opportunistes; /___/

4= Prise médicamenteuses nombreuses ; 5=Heures de prise ; 6= Intolérance; 7=Lassitude ;

8=Autres; 9= Non fait

Q27-Tolérance : 1=Bonne ; 2=Mauvaise ; 3=Non faite /___/

Si mauvaise, préciser.....

Q28-Abandon de traitement:1= Oui; 2= Non; 3=Non fait /___/

Q29-SIGNES CLINIQUES

1=Fièvre/___/; 2=Diarrhée/___/; 3=Toux/___/; 4=Candidose buccale/___/; 5=Prurit/___/;

6=Autres :.....

Q30-BILANS 1=normal ; 2=anormal ; 3=non fait

*Taux de CD4 Taux :..... /___/ ; *2-Charge virale Taux :...../___/

*Créatinémie /___/ ; * Transaminase/___/ ; *Glycémie/___/ ; * Cholestérol/___/ ;

* Triglycérides/___/;*Lipasémies/___/;*Radio thoracique/___/;*NFS /___/; *Autres/___/ ;

Q31-EFFETS SECONDAIRES

1=Anémie/___/; 2=Atteinte neurologique/___/; 3=Eruptions cutanées/___/; 4=Vertiges/___/;

5=Nausées et vomissements/___/; 6=Troubles psychiques/___/;7=Atteinte pancréatique /___/;

8=Céphalées/___/; 9=Prurit/___/; 10=Hyperglycémie/___/;11=Atteinte hépatique/___/;

12=Atteinte rénale/___/; 13=Atteinte pulmonaire/___/; 14=Autres.....

Suivi à M3

A : Q32- 1= évaluation faite; 2=évaluation non faite /___/

Si évaluation faite passer à B

B : Q33-Poids : 1=Augmenté; 2=Diminué; 3=Stationnaire ; 4=Non faitKg /___/

Q34-Observance : 1= Bonne; 2= Mauvaise ; 3=Non fait /___/

Si mauvaise, raison:1=Oubli; 2=Effets Secondaires; 3=Infections Opportunistes; /___/

4= Prise médicamenteuses nombreuses ; 5=Heures de prise ; 6= Intolérance; 7=Lassitude ;
8=Autres; 9= Non fait

Q35-Tolérance : 1=Bonne; 2=Mauvaise; 3= Non fait /___/

Si mauvaise, préciser.....

Q36-Abandon de traitement: 1= Oui ; 2= Non ; 3=non fait /___/

Q37-SIGNES CLINIQUES

1=Fièvre/___/; 2=Diarrhée/___/; 3=Toux/___/; 4=Candidose buccale/___/;

5=Prurit/___/; 6=Autres :.....

Q38-BILANS 1=normal ; 2=anormal ; 3=non fait

*Taux de CD4 Taux :..... /___/ ; *2-Charge virale Taux :...../___/

*Créatinémie /___/ ; * Transaminase/___/ ; *Glycémie/___/ ; * Cholestérol/___/ ;

* Triglycérides/___/ ; *Lipase mies/___/ ; *Radio thoracique/___/ ; *NFS /___/ ; *Autres/___/ ;

Q39-EFFETS SECONDAIRES

1=Anémie/___/; 2=Atteinte neurologique/___/; 3=Eruptions cutanées/___/; 4=Vertiges/___/;

5=Nausées et vomissements/___/; 6=Troubles psychiques/___/; 7=Atteinte pancréatique /___/;

8=Céphalées/___/; 9=Prurit/___/; 10=Hyperglycémie/___/; 11=Atteinte hépatique/___/;

12=Atteinte rénale/___/; 13=Atteinte pulmonaire/___/; 14=Autres.....

Suivi à M6

A : Q40- 1= évaluation faite ; 2=évaluation non faite /___/

Si évaluation faite passer à B

B : Q41-Poids : 1=Augmenté; 2=Diminué; 3=Stationnaire ; 4=Non faitKg /___/

Q42-Observance : 1= Bonne; 2= Mauvaise ; 3=Non fait /___/

Si mauvaise, raison:1=Oubli; 2=Effets Secondaires; 3=Infections Opportunistes; /___/

4= Prise médicamenteuses nombreuses ; 5=Heures de prise ; 6= Intolérance; 7=Lassitude ;
8=Autres; 9= Non fait

Q43-Tolérance : 1=Bonne; 2=Mauvaise; 3= Non fait /___/

Si mauvaise, préciser.....

Q44-Abandon de traitement: 1= Oui ; 2= Non ; 3=non fait /___/

Q45-SIGNES CLINIQUES

1=Fièvre/___/; 2=Diarrhée/___/; 3=Toux/___/; 4=Candidose buccale/___/;

5=Prurit/___/; 6=Autres :.....

Q46-BILANS 1=normal ; 2=anormal ; 3=non fait

*Taux de CD4 Taux :..... /___/ ; *2-Charge virale Taux :...../___/

*Créatinémie /___/ ; * Transaminase/___/ ; *Glycémie/___/ ; * Cholestérol/___/ ;

* Triglycérides/___/ ; Lipasémies/___/ ; Radio thoracique/___/ ; NFS /___/ ; Autres/___/ ;

Q47-EFFETS SECONDAIRES

1=Anémie/___/; 2=Atteinte neurologique/___/; 3=Eruptions cutanées/___/; 4=Vertiges/___/;

5=Nausées et vomissements/___/; 6=Troubles psychiques/___/; 7=Atteinte pancréatique /___/;

8=Céphalées/___/; 9=Prurit/___/; 10=Hyperglycémie/___/; 11=Atteinte hépatique/___/;

12=Atteinte rénale/___/; 13=Atteinte pulmonaire/___/; 14=Autres.....

Suivi à M12

A : Q48- 1= évaluation faite; 2=évaluation non faite /___/

Si évaluation faite passer à B

B :Q49-Poids : 1=Augmenté; 2=Diminué; 3=Stationnaire ; 4=Non faitKg /___/

Q50-Observance : 1= Bonne; 2= Mauvaise ; 3=Non fait /___/

Si mauvaise, raison:1=Oubli; 2=Effets Secondaires; 3=Infections Opportunistes; /___/

4= Prise médicamenteuses nombreuses ; 5=Heures de prise ; 6= Intolérance; 7=Lassitude ;

8=Autres; 9= Non fait

Q51-Tolérance : 1=Bonne; 2=Mauvaise; 3=Non fait /___/

Si mauvaise, préciser.....

Q52-Abandon de traitement: 1= Oui ; 2= Non ; 3=non fait /___/

Q53-SIGNES CLINIQUES /___/

1=Fièvre/___/; 2=Diarrhée/___/; 3=Toux/___/; 4=Candidose buccale/___/;

5=Prurit/___/; 6=Autres :.....

Q54-BILANS 1=normal ; 2=anormal ; 3=non fait

*Taux de CD4 Taux :..... /___/ ; *2-Charge virale Taux :...../___/

*Créatinémie /___/; * Transaminase/___/; *Glycémie/___/; * Cholestérol/___/ ;

* Triglycérides/___/ ; * Lipasémies/___/; *Radio thoracique/___/; *NFS /___/; *Autres/___/ ;

Q55-EFFETS SECONDAIRES

1=Anémie/___/; 2=Atteinte neurologique/___/; 3=Eruptions cutanées/___/; 4=Vertiges/___/;

5=Nausées et vomissements/___/; 6=Troubles psychiques/___/; 7=Atteinte pancréatique /___/;

*RESULTATS DU SUIVI EN AMBULATOIRE DES PATIENTS VIH POSITIF EN 2005 AU SERVICE DES
MALADIES INFECTIEUSES DU POINT G*

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

*RESULTATS DU SUIVI EN AMBULATOIRE DES PATIENTS VIH POSITIF EN 2005 AU SERVICE DES
MALADIES INFECTIEUSES DU POINT G*