

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMEN SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple-Un but-Une foi

UNIVERSITE DES SCIENCES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)



U.S.T.T-B



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)

Thème :

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du VIH/sida chez les personnes âgées de 50 ans et plus dans le service de Médecine Interne du CHU Point G de Bamako.

Présenté et soutenu le 22/02/2024 devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie
par :

Dr LANDOURE Sékou

Pour obtenir le grade de DES de Médecine interne

(Diplôme d'Etat)

JURY

Présidente du Jury : Mme KAYA Assétou SOUKHO, Professeur

Directeur de Mémoire : Mr Djibril SY, Maître de conférences

Membre du jury : Mr Garan DABO, Maître de conférences



*Dédicaces et
Remerciements*

Dédicaces :

Bismillahi Rahmani Rahimi.

Ce travail est dédié :

A ALLAH, Créateur Suprême, Maître de l'Univers et de la Rétribution, L'Unique, Le Sage, L'Omniscient, L'Omnipotent, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux, celui qui a élevé l'Homme au-dessus des animaux.

Le mérite de ce travail vous revient pour m'avoir Laissez en vie jusqu'à ce jour.

Au Prophète MOHAMMAD

Paix et salut sur Lui.

Pour tout le bien que tu as fait pour l'humanité.

À mes parents,

Être votre enfant est une immense fierté, très tôt vous avez su m'inculquer le sens des priorités, l'importance d'un travail abouti.

A mon Oncle, Papa, Père : Aly LANDOURE, Amadou LANDOURE (mes remerciements pour le soutien moral et mon éducation)

Je ne serais parvenue à réaliser ce travail sans votre soutien moral, affectif et économique.

Ce travail est votre travail.

Homme pieux, solidaire, compréhensif, tu es un oncle, un papa exemplaire car tu nous as appris à adorer et à croire en Dieu, à aimer, à pardonner, à aider son prochain. Puisse ce travail soit le couronnement de tes intenses efforts.

Les mots me manquent pour t'exprimer ma reconnaissance.

Pour tous les sacrifices consentis à mon égard, afin que je puisse mener à bien ces études. Tu as su m'inculquer le sens du devoir, de la responsabilité, de l'honneur et de l'humilité. Je ne pourrai jamais te rendre ce que tu as fait pour moi, les mots me manqueront le temps me sera sans doute insuffisant pour t'exprimer ma gratitude et ma reconnaissance mais j'espère seulement que tu trouveras dans ce modeste travail, un réel motif de satisfaction.

Puisse l'éternel te garde encore longtemps au service et au secours de L'indigent.

FEUE MA MERE HAOUA LANDOURE épouse exemplaire qui n'a pas eu la chance de bénéficier le fruit de mon labeur c'est à dire l'effort fournit pour mon éducation merci que la terre te soit légère et que ton âme se repose en paix Amen

A ma Tante : Kadidia Niane.

Reçois ici ma reconnaissance et ma gratitude pour tout ce que tu fus pour moi

À mes amies

L'amitié, c'est comme un lien qui se forme entre nous. On ne peut la briser car elle reste marquée dans notre cœur éternellement.

Vous avez su de part vos natures calmes et posées supporter la personne difficile et complexe que je suis. Merci pour l'attention, la disponibilité et surtout pour le soutien dont vous avez su avoir à mon égard.

REMERCIEMENTS

A mes frères, soeurs, cousins et cousines : Hama Landouré, Baréma

Landouré, Koumama Landouré, Fanta dite Ina Landouré, Fatoumata Landouré,

Baba Bocoum, Nouhoum Bocoum, Bocar Koita Anta Landouré, Haoua

Landouré, Oumou Landouré, Hassana Landouré, Aissata Bocoum, Hassana

Bocoum, Samba Bocoum, Hama Bocoum.....

A tous mes ami (e) s :

Attaher Boubacar Maiga, Joseph Koné, Dr Aly Diakité, Fatoumata Alhousseini

Bretaudeau, Dr Barry Boubacar Oumar Sangaré, Cynthia Audrey SENDJONG, Abdoulaye zerbo, Coumba Drissa Diallo, Aiché Diallo, Bamoye Touré, Issa Camara, Mohamed

Diallo, Tidiane Diallo, Mady Samaké, Mohamed Makalou, Romuald NYANKE

, Ibrahim Aly Mohamed, Rahisso Abdi BOGOREH, Moussa DIASSANA. A tous les autres dont les noms ne sont pas cités.

L'amitié est l'une des vertus les plus anciennes. Sachons la préserver et à en prendre soin. Tel est notre devoir.

Merci de vos soutiens

À l'ensemble de la promotion Hamar Alassane TRAORE du DES de Médecine Interne

Ce fut un plaisir pour moi de partager ces années avec vous. Que le bon Dieu guide notre suite.

À mes maitres du service de Médecine interne :

Pr Hamar Alassane TRAORE, Feu Professeur Abdel Kader TRAORE ; Professeur Mamadou DEMBELE ; Pr Kaya Assétou Soukho, Pr Menta Djenebou Traoré, Pr Djibril Sy, Dr Youssouf FOFANA, Dr Mamadou Mallé, Dr Mamadou Cissoko, Dr Ibrahim Dembélé, Dr Kaly Keita, Dr Barry Bocar Oumar Sangaré ce travail est l'œuvre de votre encadrement.

Merci pour la qualité des enseignements que vous prodiguez tout au long de nos formations.

Aux DES du service de médecine interne

Merci de m'avoir accueilli. Vous avez été d'une aide inestimable.

Hommage respectueux :

A toute l'équipe de la médecine interne du CHU du point G dont l'ardeur au travail a permis la réalisation de cette étude.

Au corps professoral de la faculté de Médecine et d'Odonto- stomatologie pour la qualité de l'enseignement que j'ai reçu.

A tous ceux qui m'ont aidé dans ma vie d'une façon ou d'une autre, ne serait-ce qu'un instant recevez ici toute ma reconnaissance.

Mes pensées vont également à l'endroit de tous ceux qui vivent aujourd'hui avec le fardeau de l'immunodépression au VIH.

À tous les patients,

Puisse le Seigneur vous accordez la santé. Vous avez contribué à faire de moi un meilleur médecin.

À tous ceux qui m'ont soutenu de près ou de loin depuis le début

J'en oublie beaucoup sans conteste : parents, amis, camarades etc. Trouvez dans ce modeste travail, l'expression de ma profonde reconnaissance et le témoignage de mon profond respect.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Présidente du jury

Professeur KAYA ASSETOU SOUKHO

- Professeur titulaire de médecine interne à la FMOS ;
- 1ère femme agrégée en Médecine Interne au Mali ;
- Spécialiste en endoscopie digestive ;
- Titulaire d'une attestation en épidémiologie appliquée ;
- Cheffe du service de Médecine Interne du CHU Point G ;
- Membre du bureau de la SAMI,
- Présidente de la SOMIMA ;
- Diplômée de formation post graduée en gastroentérologie de l'Organisation Mondiale de Gastro-entérologie (OMGE) à Rabat ;
- Titulaire d'un certificat De formation de la PEC du diabète et complications à Yaoundé.

Chère Maître, c'est pour nous un grand honneur et un réel plaisir de vous avoir comme présidente du jury de ce travail malgré vos multiples occupations.

Femme de principe, de grande éthique, modeste, pédagogue.

Votre simplicité et votre constante disponibilité nous ont beaucoup impressionnés. Nous avons pu apprécier au cours de nos années d'étude l'aisance et l'amour avec lesquels vous transmettez votre savoir.

Votre sérieux, votre compétence et votre sens de devoir nous ont énormément marqués et constituent pour nous un exemple que nous nous efforcerons de suivre. Veuillez trouver ici, l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour vos qualités scientifiques et humaines. Puisse Dieu vous accorder une longévité, une santé et une prospérité au service et secours du nécessité.

A notre Maître et Directeur de Mémoire

Professeur Djibril SY

- Maître de conférences en médecine interne à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;
- Diplômé en médecine gériatrique de l'université de Rouen et de Paris VI en France ;
- Praticien hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G ;
- Membre du bureau de la Société de Médecine Interne du Mali (SOMIMA) ;
- Ancien interne des hôpitaux de Bamako.

Cher maître, la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et votre sens élevé du devoir ont forcé notre admiration. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, votre disponibilité et surtout votre savoir-faire, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Vous resterez pour nous un exemple à suivre.

Cher maître, vous resterez aussi la marque de notre admiration et notre profonde gratitude. Soyez en rassuré.

A notre Maître et juge

Professeur Garan DABO

- Spécialiste en maladies infectieuses et tropicales
- Praticien Hospitalier à l'Hôpital du Mali
- Responsable de l'unité de prise en charge COVID19 de l'hôpital du Mali
- Maître de conférences en Maladies infectieuses et Tropicales à la faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS)
- Membre de la SOMAPIT
- Membre de la SOMARAM
- Membre de la SAPI

Chère Maître, c'est pour nous un grand honneur et un réel plaisir de vous avoir comme juge de ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons été honorés par votre sens d'écoute, de partage et du travail bien fait. Votre disponibilité, votre investissement et vos conseils ont permis l'aboutissement de ce travail.

Les valeurs professionnelles et scientifiques dont vous êtes porteur ; votre disponibilité permanente, votre sens élevé d'humanisme et votre volonté affichée pour notre formation ainsi que votre exemplaire modestie, légitiment la très haute estime que nous avons de vous. Ce travail est le fruit du suivi sans relâche dont vous avez fait preuve à notre égard. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre reconnaissance et de nos sincères remerciements. Merci pour le temps que vous avez consacré pour nous apporter les outils méthodologiques indispensables à la conduite de cette recherche.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABC : Abacavir
AVC : Accident Vasculaire cérébral
ARV : Antirétrovirale
BIC : Bictégravir
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHU-OS : Centre Hospitalier Universitaire Odonto stomatologie
CMV : Cytomégalovirus
COVID-19 : Coronavirus disease 2019
CD4 : Cluster de différenciation 4
CHC : Carcinome hépatocellulaire
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DTG : Dolutégravir
E.P.A : Etablissement public à caractère administratif
EDSM V : Enquête démographique et de santé du Mali cinquième édition
EFV : Efavirenz
FTC : emtricitabine
FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie
HTA : Hypertension Artérielle
HBP : Hypertrophie bénigne de la prostate
IOTA : Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique
IR : Insuffisance Rénale
KIVEXA : Abacavir plus Lamivudine
LAV : Virus associé à la lymphadénopathie
LAM : 3TC : Lamivudine
OMGE : Organisation Mondiale de Gastro-entérologie
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA : Organisation des nations unies pour le syndrome d'immunodéficient acquis
PVVIH : Personne ne vivant avec le virus de l'immunodéficienc e humaine
Rhumus : lupus plus polyarthrite rhumatoïde
SIDA : Syndrome d'immunodéficienc e acquis
SOMIMA : Société de médecine interne du Mali
SOMAPIT : Société malienne de pathologie infectieuse et tropicale
SOMARAM : Société malienne de lutte contre la résistance aux antimicrobiens

SAPI : Société Africaine de Pathologie infectieuse

TARV : traitement antirétroviral

TCD4 : Taux de cluster de différenciation 4

TB : tuberculose pulmonaire

TAF : ténofovir alafénamide

TLD : ténofovir-lamivudine-dolutévravir

TDF-3TC-EFV : ténofovir-lamivudine-Effavirenz

TVP : thrombose veineuse profonde

TS : technicien de surface

USTTB : Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

VIP : very important person

TABLES DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Tableau III : Répartition des patients selon la résidence

Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

Tableau V : Répartition des patients selon leur niveau d'étude

Tableau VI : Répartition des patients selon leur statut matrimonial

Tableau VII : Répartition selon le régime matrimonial

Tableau VIII : Répartition selon les circonstances de découverte

Tableau IX : répartition des patients selon les différents signes cliniques présents

Tableau X : Répartition des patients selon la classification OMS du VIH

Tableau XI : Répartition des patients selon l'indice de karnofsky

Tableau XII : Répartition des patients selon la date du Diagnostic

Tableau XIII : Répartition des patients selon la durée du traitement

Tableau XIV : Répartition des patients selon le type de VIH

Tableau XV : répartition des patients selon le taux de CD4 à l'inclusion

Tableau XVI : Répartition selon la charge virale à l'inclusion

Tableau XVII : Répartition selon la ligne thérapeutique

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le schéma thérapeutique

Tableau XIX : Répartition selon le changement de ligne thérapeutique

Tableau XX : répartition des patients selon la raison du changement de ligne thérapeutique

Tableau XXI : Répartition des patients selon la présence de comorbidités

Tableau XXII : Répartition des patients selon la présence de comorbidités opportunistes

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le type de comorbidités opportunistes

Tableau XXIV : Répartition des patients selon le type de comorbidités non opportunistes

Tableau XXV : Répartition des patients selon l'évolution

Tableau XXVI : Relation entre la tranche d'âge et la présence de comorbidités

Tableau XXVII : Relation entre la tranche d'âge et la présence de comorbidités opportunistes

Tableau XXVIII : Relation entre la tranche d'âge et la présence de comorbidités non opportunistes

Tableau XXIX : Relation entre la durée du traitement et la présence de comorbidités opportunistes

Tableau XXX : Relation entre la durée du traitement et la présence de comorbidités non opportunistes

Tableau XXXI : Relation entre le taux de CD4 et la présence de comorbidités

Tableau XXXII : Relation entre le taux de CD4 et la présence de comorbidités non opportunistes

Tableau XXXIII : Relation entre le taux de CD4 et la présence de comorbidités opportunistes

Tableau XXXIV : Relation entre le taux de CD4 et l'évolution

Tableau XXXV : Relation entre la charge virale et l'évolution

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	19
1 OBJECTIFS	24
4 Objectifs général	24
4 Objectifs spécifiques	24
2. METHODOLOGIE	27
2.1 Cadre et lieu d'étude	27
2.1.1 Présentation du CHU du point G.....	27
2.1.2 Présentation du service de médecine interne.....	28
2.2 Population d'étude	31
2.3 Déroulement :	31
2.3.1 Type et période d'étude	31
2.3.2 Critères d'inclusion	31
2.3.3 Critères de non inclusion	31
2.3.4 L'échantillonnage	31
2.3.5 Collecte des données et échantillon :	32
2.4. Définitions opérationnelles	32
2.5. Saisies et analyse des données :	32
2.6 Considérations Ethiques :	32
2.7. Supports utilisés pour la recherche.....	32
3. RESULTATS	33
3.1. Résultats globaux	33
3.2. Données sociodémographiques :	33
3.3. Données cliniques et paracliniques :	35
3.4. Etude analytique :	43
4. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	49
4.1 Les limites de l'étude	49
4.2 Résultats globaux.	49
4.3 Résultats descriptifs	49
5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	
CONCLUSION	55
RECOMMANDATIONS	56
REFERENCES	58
FICHE D'ENQUETE	61



1. INTRODUCTION

Le syndrome d'immunodépression acquis (SIDA) a 43 ans. Les premiers cas de ce syndrome ont été décrits aux États-Unis d'Amérique en 1981 chez des sujets jeunes atteints par des maladies touchant habituellement des personnes âgées (maladie de Kaposi, pneumopathies rares) et incapables de se défendre contre des infections opportunistes ordinairement bénignes. L'agent responsable, le LAV (virus associé à la lymphadénopathie) responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (Sida), appelé virus de l'immunodéficience humaine (VIH), a été découvert en France en 1983 par le professeur Luc Montagnier et son équipe. La transmission de ce virus par voie sexuelle a été découverte en 1984 et le test de dépistage a été mis sur pied en 1985. Le premier médicament antirétroviral, la zidovudine, a été utilisée en 1987 et les combinaisons thérapeutiques (trithérapie) efficaces en 1996 [1]. L'évolution de l'épidémie de VIH/Sida dans le monde avait résolument pris un nouveau visage au cours de ces dix dernières années. La lutte contre le sida était sur la bonne voie pour mettre fin au sida à l'horizon 2030. Mais, le dépistage du VIH et l'orientation vers un traitement ont été gravement affectés par la COVID-19 depuis 2020 [2].

Ainsi, l'OMS estimait à 38,4 millions [33,9 à 43,8 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH à la fin de 2021, dont plus des deux tiers (25,6 millions) dans la région africaine selon l'OMS. En 2021, 650 000 personnes [510 000 à 860 000] sont mortes de causes liées au VIH et 1,5 million [1,1 à 2,0 millions] de personnes ont été infectées par le VIH [3]. Au Mali, la prévalence du VIH dans la population générale de 15-49 ans est estimée à 1,1% (EDSM V) [4]. Mais cette estimation date de 2012 – 2013 donc 10 ans déjà.

En 2023, l'infection par le VIH est une infection chronique, et les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sous traitement avec contrôle virologique (charge virale indétectable) ont une espérance de vie proche de celle des personnes de la population générale [5]. Aujourd'hui nous assistons aux premières générations de PVVIH vieillissantes (50 – 59 ans) et/ou âgées (plus de 60 ans) de plus en plus importantes. Ce vieillissement des PVVIH conduit à de nouveaux problèmes et défis en raison du nombre de comorbidités plus importantes que dans la population générale et l'objectif 95-95-95 de l'OMS est loin d'être atteint [6]. Malgré cela, les aspects de l'infection à VIH chez les sujets âgés restent peu étudiés ou pris en compte dans les cohortes surtout en Afrique.

PROBLEMATIQUE

L'initiation tardive du traitement antirétroviral (TARV) est fréquente dans les pays à ressources limitées, d'autant qu'un grand nombre de personnes ne connaissent pas leur statut sérologique jusqu'à ce qu'ils soient symptomatiques et mis en traitement. L'efficacité des nouvelles thérapeutiques antirétrovirales (ARV) fait qu'aujourd'hui les patients porteurs du VIH vivent très longtemps [7]. Ce vieillissement des séropositifs pour le VIH a d'abord concerné les pays du Nord, puis les pays du Sud. Le VIH est donc devenu une maladie chronique nécessitant un traitement au long cours. Cette situation pose de nombreux nouveaux problèmes et défis : celui de l'inflammation persistante entraînant une activation immunitaire, des multimorbidités, de l'accumulation de la toxicité des traitements antirétroviraux, du vieillissement et enfin celui de la surcharge des systèmes de santé pas ou peu organisés ou n'ayant pas les ressources nécessaires pour faire face à l'afflux de ces patients chroniques [8, 9].

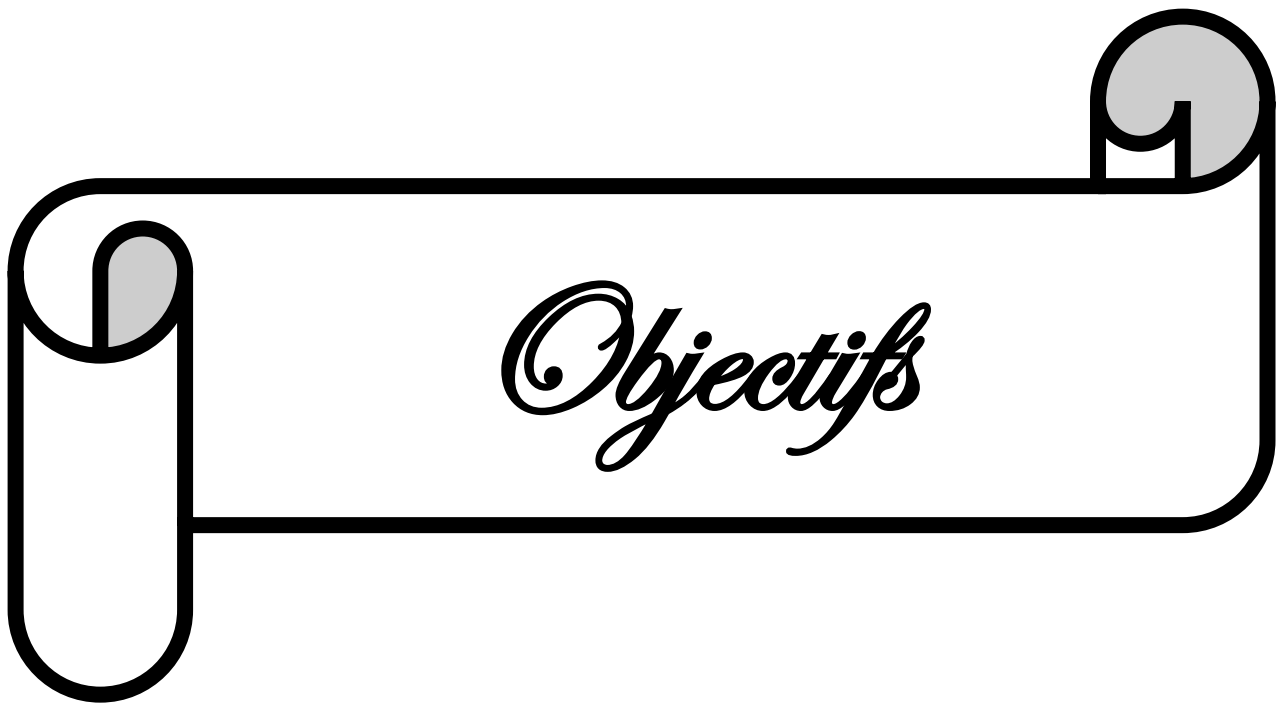
Cette population augmente parce que les jeunes séropositifs survivent et vieillissent, et un nombre croissant de personnes âgées acquièrent le VIH. Par conséquent, la prévalence et l'incidence des infections chez les personnes âgées de 50 ans et plus augmentent à un rythme plus rapide que dans l'ensemble de la population [10]. La conférence internationale de Toronto sur le SIDA en 2006, considère l'âge de « 50 ans » comme seuil à partir duquel les personnes infectées par le VIH sont qualifiées de sujets âgés et « 65 ans » pour le reste des personnes non infectées [11]. L'ONUSIDA estime que le nombre de personnes âgées de 50 ans et plus infectées par le VIH dans le monde est passé de 5,4 millions en 2015 à 8,1 millions en 2020. Aux Etats-Unis, entre 2015 et 2019, la prévalence globale du nombre de personnes infectées par le VIH a augmenté de 8 % et l'incidence des infections a diminué de 4 %, alors que chez les personnes âgées de 50 ans et plus, la prévalence a augmenté de 40 % et l'incidence de 15 % [10]. En France, les patients de plus de 50 ans représentent plus de 23,6% des personnes infectées et 18% des patients nouvellement diagnostiqués séropositifs en 2013 [12]. On estime que le nombre de PVVIH âgées de plus de 50 ans devrait atteindre 6 à 10 millions en Afrique subsaharienne [13]. Concernant le Mali peu d'étude ont été faite sur ce sujet.

Devant ce constat, nous avons décidé de faire cette étude en nous focalisant surtout sur les PVVIH âgées de 50 et plus. Ainsi devant le peu d'étude sur cette thématique nous contribuerons à enrichir les données de la statistique.

Question de recherche

Les comorbidités sont-elles fréquentes chez les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH ?

Hypothèse d'étude : Les comorbidités sont fréquentes chez les Personnes âgées de 50ans et plus vivant avec le VIH



2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'infection par le VIH/sida chez les personnes âgées de 50 ans et plus dans le service de Médecine Interne du CHU Point G

2.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des PVVIH âgées de 50 ans et plus dans le service de Médecine Interne
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH
- Déterminer la fréquence des nouvelles infections au VIH chez les patients de 50 ans et plus
- Identifier les différentes comorbidités des PVVIH âgées de 50 ans et plus



Methodologie

3. METHODOLOGIE

3.1.Cadre et lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de Médecine Interne du CHU du Point G.

➤ Présentation du Centre Hospitalier Universitaire Point G

Le CHU du Point G jadis appelé Hôpital National du Point G est l'une des 5 (cinq) structures hospitalières nationales de 3ème référence de la ville de Bamako capitale politique du Mali avec le CHU de Gabriel TOURÉ, le CHU IOTA, le CHUOS et l'Hôpital du Mali et situé en commune III du district. Il emploie 700 personnes environ ; et est géré par 3 (trois) organes :

- Un conseil d'administration
- Une direction générale
- Un comité de gestion

La structure est dotée de 3 (trois) missions

- Mission de soins
- Mission de formation
- Mission de recherche

La dénomination du « G » est une terminologie topographique (géodésique) ; il s'agit du niveau par rapport à la mer à Dakar appliqué à la colline sur laquelle est situé le CHU dont la construction remonte à 1906.

Il fut fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar. Érigé en hôpital en 1959, il bénéficie du statut d'établissement public à caractère administratif (E.P.A) doté de personnalité morale et de l'autonomie financière en 1992 suivant la loi 92.025/A.N.R.M. du 05 décembre 1992.

En 2006, à l'occasion des cérémonies marquant le centenaire de l'hôpital, le ministre de la santé, dans son allocution a souligné que dans le cadre du renforcement des capacités, l'hôpital du Point G devra signer la convention hospitalo-universitaire lui donnant ainsi son statut de CHU avec le personnel bi appartenant et le recrutement des internes par voie de concours.



Sortie à gauche et Entrée à droite du CHU du Point G.

Géographiquement, le CHU est bâti sur 25 hectares de superficie et sur une colline située au nord de la ville de Bamako, à 8 Kilomètres du centre-ville, opposée à la colline de Koulouba et sur la route de Kati, rendant ainsi son accès assez difficile. Il compte 17 services (médecine, plateau technique, imagerie et chirurgie comprise).

➤ **Présentation du Service de médecine interne**

Le service de Médecine Interne fait partie des 16 services médicaux que compte le CHU du Point G (Cardiologie, Gynécologie Obstétrique, Hématologie clinique, Oncologie, Maladies Infectieuses, Neurologie, Néphrologie, Pneumologie, Rhumatologie, Gastroentérologie, Psychiatrie, Imagerie Médicale, Laboratoire d'Analyses Médicales, Anatomie Pathologique et Cytologique, Médecine Légale Pharmacie hospitalière.....).

Le personnel est composé de médecins spécialistes en médecine interne, de médecins étudiants en spécialisation de médecine interne, de thésards, d'infirmiers et de manœuvres ou TS. C'est dans un contexte considérant la vétusté, l'exigüité de l'ancien service des temps colons et surtout de l'inadéquation entre l'application des nouvelles compétences médicales requises et l'existence des plateaux techniques révolus malgré des multiples tentatives de travaux correctifs mais aussi dans un souci de respect minimum de l'intimité des patients que l'avènement du nouveau service de Médecine Interne a été plus que salutaire.

Érigé en 2 étages en couleur jaune d'or (synonyme de richesse) et par endroit de couleur verte sur 685m²x3 de surface avec assez de commodités requises et investit le 2 février 2013 après 2

à 3 ans de fin des travaux de construction pour problème d'équipements, ce service en forme de cuve (convexe en avant et concave en arrière) est limité au NORD par le central d'épuration des eaux usées du CHU, au SUD par la route bitumée le séparant des services de pneumologie et de cardiologie B et menant à la psychiatrie à l'EST, à l'OUEST par le service des Maladies Infectieuses et le centre de l'association des PVVIH.



Fig 2: Vue d'ensemble de face convexe - Médecine Interne côté Sud au bord de la route

Le nouveau service de 50 lits avec des salles ayant la particularité d'être dotées en toilettes internes et modernes sauf 3, comprend 5 unités :

- ✓ Une unité de Diabétologie au Rez-de-chaussée avec 12 lits d'hospitalisation :
 - 4 salles de première catégorie ;
 - 4 salles de deuxième catégorie de 2 lits (8 lits) chacune ;
 - 3 salles de consultation = DES ;
 - PVVIH et des Professeurs au couloir EST ;
 - 1 bureau du major au couloir EST ;
 - 1 salle des infirmiers au couloir NORD ;
 - 1 salle des urgences de 2 lits au couloir EST ;
 - 1 salle d'éducation thérapeutique des diabétiques complètement équipée au début du couloir EST ;

- 1 salle de connexion internet non équipée près de l'escalier en face de la porte principale ;
- 1 salle des techniciens de surface ou techniciens de surface près de l'escalier en face de la porte principale ;
- 1 salle de pansement au couloir EST ;
- 2 toilettes ;
- 1 petit magasin pour matériels de nettoyage près de la place dédiée à l'ascenseur ;
- A l'extrême EST du couloir, l'escalier secondaire se limitant au deuxième et dernier étage contrairement à l'escalier principal conduisant jusqu'au toit du bâtiment ;
- ✓ Une unité d'Endoscopie digestive équipée au Rez-de-chaussée
- 1 salle d'endoscopie digestive haute
- 1 salle d'endoscopie digestive basse ;
- 1 salle d'attente ;
- 1 salle de pause café ;
- ✓ Une unité de Médecine Interne et de Géro-geriatrie au premier étage avec deux ailes

Couloir EST :

- 8 salles de deuxième catégorie de 2 lits (16 lits) chacune ;
- 1 salle de réanimation non fonctionnelle de 2 lits ;
- 1 salle de pansements et des soins en face de cette dernière ;
- 1 bureau du major à 10 m environ de l'escalier principal ;
- 1 salle des infirmiers à l'extrême du couloir ;
- 1 salle des techniciens de surface au début du couloir à 5 m environ de l'escalier ;
- 1 magasin ;

Couloir NORD :

- 2 salles VIP fonctionnelles à l'extrême du couloir ;
- 2 salles de première catégorie ;
- 1 salle de deuxième catégorie de 2 lits ;
- 2 salles de troisième catégorie de 3 lits (6 lits) chacune sans toilette interne ;
- 2 toilettes;
- ✓ Deuxième étage : il comprend deux couloirs

NORD :

- 3 bureaux de médecins
- 1 salle des DES

- 1 salle de troisième catégorie de 3 lits sans toilette interne (non fonctionnelle)
- 1 salle des internes
- 2 toilettes
- Une grande salle de conférence en face de l'escalier principal et à mi-chemin entre les couloirs

EST :

- 4 bureaux des professeurs avec chacun une salle de consultation
- 2 bureaux des assistants et praticiens hospitaliers
- Une salle de consultation des professeurs
- 1 bureau du major
- 1 salle des archives
- 1 secrétariat

3.2.Type et période d'étude

Il s'agissait d'une enquête descriptive transversale, rétrospective portant sur les dossiers des patients hospitalisés et/ou suivis en consultation pour infection à VIH dans le service de Médecine Interne du CHU du Point G allant de 1^{er} janvier 2020 au 31 Décembre 2022

3.3.Population d'étude

Il s'agissait essentiellement de personnes vivant avec le VIH suivies dans le service de médecine interne durant la période d'étude.

3.3.1. Critères d'éligibilités

a. Critères d'inclusion

- Les PVVIH âgées de 50 ans et plus sans distinction de sexe suivies dans le service durant la période d'étude.

b. Critères de non inclusion

- Les patients dont l'âge n'a pas été précisé ;
- Les patients dont les dossiers étaient incomplet

c. L'échantillonnage

L'échantillonnage était exhaustif (tous les patients entrant dans le service durant les 02 ans de l'enquête) et répondant aux critères d'inclusion. Formule de la taille de l'échantillon ; $n = z^2 \times p \times (1-p) / m^2$ n = taille de l'échantillon t = niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95% sera 1,96) p = proportion estimée de la population. z: 1,96 , p : 0,14 ; 1-p : 0,86 ; ; m : 0,05

$$n: (1,96)^2 \times (0,14) \times (0,86) / (0,05)^2 : 184$$

Variables d'études

- **Variables qualitatives** : sexe, profession, classification OMS du SIDA, lieu de résidence, statut matrimonial, régime matrimonial, niveau d'instruction, circonstances de découverte de l'infection à VIH, signes cliniques, type de VIH, modalité d'admission, schéma thérapeutique, qualité de l'observance thérapeutique, l'échec thérapeutique, comorbidités.
- **Variables quantitatives** : âge, indice de Karnofsky, taux de CD4 initial, âge au moment de la découverte, période écoulée depuis le diagnostic de l'infection à VIH, charge virale.

➤ **Matériels et méthode**

Les matériels utilisés ont été :

- Le registre de consultation, dossiers de consultation externe
- Les dossiers d'hospitalisation des malades du service de médecine interne.
- Le registre d'hospitalisation
- Une fiche d'enquête individuelle préétablie.

Les variables ont été dans un premier temps stocké sur des fiches d'enquête puis dans une seconde saisie sur un outil d'analyse épidémiologique SPSS version 22.0. Les moyennes ont été calculées avec un risque $\alpha=1,96$ et $p < 0,05$. La saisie et le traitement de texte ont été faits sur Word et EXCELL 2016.

3.4.Aspects éthiques

Les données recueillies ont été utilisées uniquement à des fins scientifiques et la confidentialité a été de rigueur.

3.5.Les supports utilisés pour la recherche :

Il s'agissait des revues médicales, des livres de médecine, des thèses, et des sites médicaux.

4-RESULTATS

4.1 Résultats globaux

Durant la période allant du 1^{er} janvier 2020 au 31 Décembre 2022, un total de 552 patients a été colligé, nous avons inclus n=64 patients dans notre étude soit une fréquence de 11,59 %

4.2-Données sociodémographiques

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
50-64 ans	59	92,2%
65-80 ans	5	7,8%
Total	64	100,0%

L'âge moyen était de 56,64±6,229 ans ; avec des extrêmes de 50 et 80 ans

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	38	59,4
Féminin	26	40,6
Total	64	100,0

Le sexe masculin était représenté dans **59,4%** des cas avec **un sex-ratio =1,46**.

Tableau III : Répartition des patients selon la résidence

Lieu de résidence	Effectif	Pourcentage
Bamako	43	67,2
hors Bamako	21	32,8
Total	64	100,0

Les patients résidaient à Bamako dans **67, 2 %** des cas

Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Cultivateur	8	12,5
Commerçant	11	17,2
Autres*	6	9,4
animatrice	1	1,6
chauffeur	13	20,3
femme au foyer	20	31,3
plombier	1	1,6
militaire	3	4,7
policier	1	1,6
Total	64	100,0

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec un pourcentage de **31,3%**.

* agent de l'EDM : 1, retraité : 1, infirmier : 1, caissier : 1, enseignant : 1 , agent de sécurité : 1

Tableau V : Répartition des patients selon leur niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé(e)	16	25,0
Primaire	38	59,4
Secondaire	8	12,5
Supérieur	1	1,6
Mederssa	1	1,6
Total	64	100,0

Cinquante-neuf virgule quatre pourcent de nos patients avaient un niveau d'étude primaire.

Tableau VI : Répartition des patients selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	3	4,7
Marié(e)	54	84,4
Divorcé(e)	1	1,6
Veuf(ve)	3	4,7
Non précisé	3	4,7
Total	64	100,0

Les personnes mariées représentaient 84,4 % des cas.

Tableau VII : Répartition selon le régime matrimonial

Régime matrimonial	Effectif	Pourcentage
Non précisé	4	6,3
Monogamique	41	64,1
Polygamique	18	28,1
Pas marié	1	1,6
Total	64	100,0

Le régime monogamique représentait 64,1% des cas.

4.3 -Données cliniques et Paracliniques

4.3.1. Données cliniques

Tableau VIII : Répartition selon les circonstances de découverte

Circonstances de découverte	Effectif	Pourcentage
Conjoint(e) HIV positive	4	6,3
Dépistage au cours d'une hospitalisation	22	34,4
Dépistage volontaire	1	1,6
Dépistage au cours d'une consultation	32	50,0
Déjà connu PVVIH	5	7,8
Total	64	100,0

La découverte du statut sérologique s'est faite dans 50% des cas lors du dépistage au cours d'une consultation.

Tableau IX : répartition des patients selon les différents signes cliniques présents

Signes cliniques	Effectif	Pourcentage
Diarrhée chronique	10	15,6
amaigrissement	11	17,2
aucun	2	3,1
Dyspnée	4	6,3
Douleur abdominale	1	1,6
Altération de l'Etat General	8	12,5
Fièvre au long cours	12	18,8
Toux chronique	8	12,5
Candidoses	5	7,8
Prurigo	3	4,7

La fièvre au long cours était le signe clinique prédominant avec 18,8 % suivi de l'amaigrissement avec 17,2%.

Tableau X : Répartition des patients selon la classification OMS du VIH

Stade OMS du VIH	Effectifs	Pourcentage
Stade I	16	25,0
Stade II	22	34,4
Stade III	12	18,8
Stade IV	14	21,9
Total	64	100,0

Les patients étaient classés stade II de l'OMS dans 34,4 % des cas.

Tableau XI : Répartition des patients selon l'indice karnofsky

Indice Kanorfsky	Effectif	Pourcentage
90%	13	20,3
80%	5	7,8
70%	11	17,2
60%	18	28,1
Inférieur à 50%	17	26,6
Total	64	100,0

L'indice karnofsky était à 60% dans 28,1% des cas.

Tableau XII : Répartition des patients selon la date du diagnostic

Date du diagnostic	Effectif	Pourcentage
Moins de 1an	14	21,9
Entre 1 et 5ans	46	71,9
Plus de 5 ans	4	6,3
Total	64	100,0

Le diagnostic a été fait entre 1 et 5 ans dans 71,9 % des cas

Tableau XIII : Répartition des patients selon la durée du traitement

Durée du traitement	Effectif	Pourcentage
Moins 1 an	15	23,4
entre 1 et 5 ans	45	70,3
plus de 5ans	2	3,1
Non initié	2	3,1
Total	64	100,0

La durée du traitement était entre 1 et 5 ans dans 70,3 % des cas.

NB : deux patients sont décédés avant leur initiation

4.3.2. Données Paracliniques

Tableau XIV : Répartition des patients selon le type de VIH

Type de VIH	Effectif	Pourcentage
VIH1	57	89,1
VIH2	2	3,1
VIH1+2	4	6,3
Non précisé	1	1,6
Total	64	100,0

Le VIH 1 était plus représenté avec une fréquence de 89,1%.

Tableau XV : Répartition des patients selon le taux de CD4 à l'inclusion

Taux de CD 4	Effectif	Pourcentage
Moins de 200	14	21,9
Entre 200 - 350	7	10,9
Entre 350 - 500	6	9,4
Plus de 500	9	14,1
Non précisé	5	7,8
Non fait	23	35,9
Total	64	100,0

Le taux de CD4 était inférieur à 200 cellules/mm³ dans 21,9%

Tableau XVI : Répartition selon la charge virale à l'inclusion

Charge virale	Effectif	Pourcentage
Détectable	26	40,6
Indétectable	7	10,9
Non précisé	11	17,2
Non fait	20	31,3
Total	64	100,0

La charge virale à l'inclusion était détectable dans 40,6% des cas.

4.4-Aspects thérapeutiques :

Tableau XVII : Répartition selon la ligne thérapeutique

Ligne thérapeutique	Effectif	Pourcentage
1ère ligne	60	93,8
2ème ligne	2	3,1
Aucun	2	3,1
Total	64	100,0

La 1ère ligne thérapeutique était utilisée dans 93,8% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le schéma thérapeutique

Schéma thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Aucun	2	3,1
ABC-3TC-DTG	1	1,6
ABC-3TC-EFV	1	1,6
BIC+FTC+TAF	1	1,6
KIVEXA-DTG	1	1,6
TLD	48	75,0
TDF-3TC-EFV	10	15,6
Total	64	100,0

L'association TDF+3TC+Dolutégravir (TLD) était utilisée dans 75% des cas.

Tableau XIX : Répartition selon changement de ligne thérapeutique

Changement de ligne thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Aucun traitement ARV	2	3,1
Oui	12	18,8
Non	50	78,1
Total	64	100,0

Un changement de ligne thérapeutique a été effectué chez 18,8 % des patients.

Tableau XX : répartition des patients selon la raison du changement de ligne thérapeutique

Cause de changement	Effectif	Pourcentage
Echec thérapeutique	1	0,08
Protocole national	10	0,84
Insuffisance rénale	1	0,08
Total	12	100,0

La principale raison du changement de ligne thérapeutique était de suivre celle du protocole national dans 84 % des cas

4.5- Pronostic et évolution :

Tableau XXI : Répartition des patients selon la présence de comorbidités

Présence de comorbidités	Effectif	Pourcentage
Oui	47	73,4
Non	17	26,6
Total	64	100,0

Les comorbidités étaient présentes chez 73,4% de nos patients

Tableau XXII : Répartition selon la présence de comorbidités opportunistes

Opportunistes	Effectifs	Pourcentage
Oui	26	40,6
Non	38	59,4
Total	64	100,0

Les comorbidités opportunistes étaient présentes dans 40,6% des cas et non opportunistes dans 59,4% des cas

Tableau XXIII : Répartition des patients selon les types de comorbidités opportunistes

Opportunistes	Effectifs	Pourcentage
Candidose digestive	10	38%
TB pulmonaire	4	15%
TB extra pulmonaire	6	23%
Cryptococcose neuro-méningée	2	7%
Pneumocystose	2	7%
Infection pulmonaire récidivante	1	3%
Toxoplasmose	5	19%
Zona	2	7%
CMV	1	3%

La candidose digestive représentait 38% des comorbidités opportunistes suivie de la TB extra pulmonaire avec 23% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon les types de comorbidités non opportunistes

Comorbidités non opportunistes	Effectifs	Pourcentage
HTA	16	42%
Anémie	4	10%
AVC	6	15%
Cardiopathie	2	5%
VHB + VHC	7 + 2	18% + 5%
CHC	1	2%
Dénutrition	9	23%
Dysthyroïdie	2	5%
Dépression	1	2%
Paludisme	3	7%
Infection urinaire	1	2%
Dermatose	2	5%
Diabète	5	13%
Gastropathie	4	10%
Adénite suppurée	1	2%
Méningite bactérienne	1	2%
Fracture	2	7%
Insuffisance surrénale	4	10%
HBP	1	2%
Horton + RHUPUS + goutte	1 + 1 + 1	2% +2% +2%
Insuffisance rénale	5	13%
Arthrose	2	5%
Dyslipidémie	1	2%
TVP + Erysipèle	1 + 1	2% +2%
Lymphome	1	2%
Déshydratation	2	5%
Fécalome	1	2%
Infection digestive	1	2%

L'hypertension artérielle représentait 42% des comorbidités non opportunistes suivie de la dénutrition avec 23% des cas.

Tableau XXV : Répartition des patients selon l'évolution

Evolution	Effectif	Pourcentage
Décès	10	15,6
Poursuite de suivi	38	59,4
Perte de vue	16	25,0
Total	64	100,0

L'évolution était favorable dans 59,4% des cas et défavorable dans 15,6% des cas

4.6-Etude analytique

Tableau XXVI : Relation entre la tranche d'âge et la présence de comorbidités

		Présence de comorbidités		Total	p
		Oui	Non		
Tranche d'âge	50-64 ans	43	16	59	0,599
	65-80 ans	4	1	5	
Total		47	17	64	

Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre la tranche d'âge et la présence de comorbidités

Tableau XXVII : Relation entre la tranche d'âge et la présence de comorbidités opportunistes

		Comorbidités Opportunistes		Total	p
		Oui	Non		
Tranche d'âge	50-64 ans	24	35	59	0,677
	65-80 ans	2	3	5	
Total		26	38	64	

Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre la tranche d'âge et la présence de comorbidités Opportunistes

Tableau XXVIII : Relation entre la tranche d'âge et la présence de comorbidités non opportunistes

		Comorbidités non opportunistes		Total	p
		Oui	Non		
Tranche d'âge	50-64 ans	36	23	59	0,323
	65-80 ans	2	3	5	
Total		38	26	64	

Il n'y avait pas une relation statistiquement significative entre la tranche d'âge et la présence de comorbidités non Opportunistes

Tableau XXIX : Relation entre la durée du traitement et la présence de comorbidités opportunistes

		Comorbidités Opportunistes		Total	P
		Oui	Non		
Durée du traitement	Moins 1 an	8	7	15	0,046
	entre 1 et 5 ans	14	31	45	
	plus de 5ans	2	0	2	
Total		24	38	62	

Il y avait une relation statistiquement significative entre la durée du traitement et la présence de comorbidités opportunistes

Tableau XXX: Relation entre la durée du traitement et la présence de comorbidité non opportunistes

		Comorbidités non opportunistes		Total	P
		Oui	Non		
Durée du traitement	Moins 1 an	12	3	15	0,060
	entre 1 et 5 ans	23	22	45	
	plus de 5ans	2	0	2	
Total		37	25	62	

Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre la durée du traitement et la présence de comorbidités non opportunistes

Tableau XXXI : Relation entre le taux de CD4 et la présence de comorbidités

		Présence de comorbidité		Total	P
		Oui	Non		
Taux de CD4 en 2 classes	Moins de 200	11	3	14	
	Plus de 200	12	10	22	0,047
	Non Fait	24	4	28	
Total		47	17	64	

Il y avait une relation statistiquement significative entre la baisse du taux de CD4 et la présence de comorbidités

Tableau XXXII: Relation entre le taux de CD4 et la présence de comorbidités non opportunistes

		Comorbidités non opportunistes		Total	p
		Oui	Non		
Taux de CD4 en 2 classes	Moins de 200	8	6	14	
	Plus de 200	11	11	22	0,436
	Non Fait	19	9	28	
Total		38	26	64	

Il n'y avait pas une relation statistiquement significative entre la baisse du taux de CD4 et la présence de comorbidité non opportunistes

Tableau XXXIII : Relation entre le taux de CD4 et la présence de comorbidités opportunistes

		Comorbidités Opportunistes		Total	P
		Oui	Non		
Taux de CD4 en 2 classes	Moins de 200	8	6	14	0,025
	Plus de 200	4	18	22	
	Non Fait	14	14	28	
Total		26	38	64	

Il y avait une relation statistiquement significative entre la baisse du taux de CD4 et la présence de comorbidités opportunistes

Tableau XXXIV : Relation entre le taux de CD4 et l'évolution

		Evolution					P
Valeur CD4		Décès	Poursuite de suivi	Perte de vue	Autres	Total	0,030 pour ddl = 6
	Moins de 200	1	8	3	2	14	
	Plus de 200	0	15	6	1	22	
	Non fait	9	11	7	1	28	
	Total	10	34	16	4	64	

Il y avait une relation statistiquement significative entre la baisse du taux de CD4 et l'évolution

Tableau XXXV: Relation entre la charge virale et l'évolution

		Evolution					p
Valeur charge virale		Décès	Poursuite de traitement	Perte de vue	Autres	Total	0,019
	Détectable	1	18	6	1	26	
	Indétectable	0	6	1	0	7	
	Non précisée	1	5	4	1	11	
	Non faite	8	5	5	2	20	
	Total	10	34	16	4	64	

Il y avait une relation statistiquement significative entre la charge virale et l'évolution



5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1 Limites du travail

Nous avons rencontré des difficultés :

- L'incomplétude des données dans certains dossiers exploités,
- La taille réduite de notre échantillon par rapport à notre méthodologie
- La non disponibilité de certains examens complémentaires pendant la période d'étude
- Les difficultés financières des patients face à la réalisation des bilans pouvant nous édifier davantage sur le diagnostic des comorbidités ;
- La rupture de stock de certains réactifs ;
- L'état grabataire avancé dans lequel les patients étaient admis parfois à l'hôpital, rendant difficile l'interrogatoire du malade qui devrait aider à retracer l'histoire de sa maladie.

5.2 Fréquence

Dans le présent travail, un total de 552 patients ont été colligés, nous avons inclus n=64 patients soit une fréquence VIH chez les personnes âgées de 50 ans et plus égale à 11,59 % au service de médecine interne du CHU du Point G.

Ce résultat est inférieur à ceux de Roomanyl et al en Chine 18,3% [14], mais proche de celui de Diallo et al au Sénégal 15,92% [15], et de François et al à Bafoussam au Cameroun 14,1% [16].

5.3-Données sociodémographiques

5.3.1 L'âge et le sexe

Les patients âgés de 50 à 64 ans ont représenté **92,2%**. Ce résultat est comparable à celui de MARIKO et KINDJOUNOU qui avaient retrouvé respectivement une fréquence de 90,3% [17] et de 88% [18] des patients âgés de 50 à 64 ans

Le sexe masculin prédominait dans **59,4 %** des cas avec un sex-ratio (m/f) =1,46.

Ce résultat est comparable à celui de MELI TCHINDA qui a rapporté 56,9% [19] et de KINDJOUNOU 63% [18] en faveur des hommes. Notre résultat n'est pas en conformité avec les données de la littérature où les femmes étaient dominantes [20]. Ces résultats montraient que le VIH/SIDA touche majoritairement les hommes chez les personnes âgées de 50 ans et plus.

5.3.2 La profession

Les femmes au foyer étaient majoritaires avec 31,3% ce résultat est proche à celui de MARIKO à Bamako qui avaient retrouvé une fréquence de 32,4% [17].

5.3.3. Le statut et le régime matrimonial :

Le statut matrimonial majoritairement rencontré dans notre étude était celui des personnes mariées avec un pourcentage de 84,4% des cas. Ce résultat est proche à celui de KINDJOUNOU (Bamako) et de SOKHNA (Dakar) qui avaient retrouvé respectivement dans leurs études 79,40 % et 63,5% [18 ; 21].

Le régime monogamique était prédominant avec 64,1% des cas. [22].

5.3.4. Le lieu de résidence :

Nos malades résidaient pour la plupart à Bamako soit 67,2%. Ce résultat est proche à celui de MARIKO à Bamako et de KINDJOUNOU dans respectivement 77,9% et 82,7% des cas [17 ; 18].

5.3.5. Le taux de scolarisation :

Les personnes scolarisées ont représenté 73,5% des patients avec le niveau d'étude primaire plus représenté dans 59,4% des cas. Ce résultat est proche à celui de MARIKO qui avait retrouvé une fréquence de 56,6%. [17]

5.4. Aspects cliniques et paracliniques

5.4.1. Circonstances de découverte du VIH :

La découverte du statut sérologique s'est faite dans 50% des cas, au décours d'un dépistage lors d'une consultation. Ce résultat est proche à celui retrouvé par MELI TCHINDA et supérieur à celui de MARIKO dans respectivement 51,4% et 42,1% des cas. [19 ; 17]

5.4.2. Signes cliniques

Les principaux signes cliniques étaient la fièvre au long cours ; l'amaigrissement, la diarrhée chronique et la toux chronique dans respectivement 18,8% ; 17,2% ; 15,6% et 12,5% des cas. Ce résultat est différent à celui de Mariko et de KINDJOUNOU qui ont retrouvé respectivement comme fréquence : la fièvre au long cours (5,5%), l'amaigrissement (8,3%), la diarrhée chronique (13,8%), et la toux chronique (25,5%) et la fièvre au long cours 31,4 %, l'amaigrissement, 73,2 %, la diarrhée chronique 9,5 %, et la toux chronique 13,5 % [17 ; 18].

5.4.3. Type de VIH :

L'infection à VIH 1 était majoritaire avec 89,1% des cas. Ce résultat est semblable à ceux de DIOMANDE et de KINDJOUNOU qui avaient retrouvés respectivement 90,8% et 93 % des cas de VIH 1 [23 ; 18].

5.4.4. Classification OMS :

Les patients étaient classés au stade OMS II dans 34,4% des cas. Ce résultat est similaire à celui de MELI TCHINDA mais inférieur à celui de MARIKO dans respectivement 34,4% et 48,3%. [19 ; 17]

5.4.5. Indice de Karnofsky:

L'indice de Karnofsky était inférieur à 50% chez 26,6% de nos patients.

Ce résultat est supérieur à celui de MELI TCHINDA mais inférieur à celui de KINDJOUNOU qui avaient retrouvé respectivement 6,9% et 55,8 % des cas. [19 ; 18]

5.4.6. Date du diagnostic :

Le diagnostic de l'infection datait de moins d'un an dans 21,9% ce résultat est inférieur à celui de MELI TCHINDA qui avait retrouvé une fréquence de 45,8%. [19]

5.4.7. Taux de lymphocytes TCD4 :

Nous avons retrouvé un taux de CD4 inférieur à 200/mm³ dans 21,9% des cas ce résultat est inférieur à celui de Wang et al et KINDJOUNOU et al qui avaient retrouvé 43,72% et 31,4% des cas. [24 ; 18]

5.4.8. Selon la charge virale :

La charge virale était détectable chez 40,6% de nos patients. Ce résultat est proche à celui de Sarr et al mais supérieur à celui KINDJOUNOU et al qui avaient retrouvé 46,9% et 18,1% des cas. [25 ; 18]

5.5. Données thérapeutiques :

5.5.1. Schéma thérapeutique ARV :

L'association TDF+3TC+DTG était la plus rencontrée avec une fréquence de 75% des cas. A cet effet, conformément à notre période d'étude, le protocole en vigueur de 2020 au Mali recommandait la combinaison à dose fixe de TDF+3TC+DTG en première intention dans le traitement de l'infection à VIH. [15 ; 18]

5.5.2. Comorbidités :

Les comorbidités étaient présentes dans 73,4% des cas. Ce résultat est proche à celui de Diallo et al qui avaient retrouvé 69,92% des cas.

Les comorbidités opportunistes étaient présentes dans 40,6% des cas. Ce résultat est inférieur à celui de Diallo et al qui avaient retrouvé 69,92%. [15]

La candidose digestive représentait 38% des comorbidités opportunistes suivi de la TB extra pulmonaire avec 23% des cas. Ce résultat diffère de celui de Diallo et al qui avait retrouvé respectivement 17,4% et 17,4%. [15]. D'où l'importance du dépistage à l'initiation.

Les comorbidités non opportunistes étaient présentes dans 59,4% des cas.

L'hypertension artérielle représentait 42% des comorbidités non opportunistes suivi de la dénutrition avec 23% des cas. Ce résultat est proche à celui de Diallo et al mais supérieur à celui de Wang et al qui avaient retrouvé comme comorbidités non opportunistes respectivement 42,2% et 36,71% [15 ; 24]. L'Hypertension artérielle représentait respectivement 37,5% et 26%

[15 ; 24].

5.6. Evolution : L'évolution était favorable dans 53,1% des cas et 15,6% des cas était des décès. Ce résultat est proche à celui de Diallo K et al qui avait retrouvé 69,91% et 9,73%. [15].

5.7. DONNEES ANALYTIQUES :

Au cours de l'étude analytique nous avons pu observer des liens statistiquement significatifs entre :

- Il y avait une relation statistiquement significative entre la durée du traitement ARV et la présence des comorbidités opportunistes avec $P= 0,046$
- Il y avait une relation statistiquement significative entre la baisse du TCD4 et la présence de comorbidités avec $P=0,047$.
- Il y avait une relation statistiquement significative entre la baisse du TCD4 et la présence de comorbidités opportunistes avec $P=0,018$.
- Il y avait une relation statistiquement significative entre la baisse du taux de CD4 et l'évolution avec $p= 0,030$
- Il y avait une relation statistiquement significative entre la charge virale et l'évolution avec $p= 0,019$

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

Notre travail sur l'aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique du VIH/sida a retrouvé :

Nous pouvons dire qu'à la lumière de ceux qui précède :

- Une fréquence élevée l'infection à VIH chez notre groupe cible.
- Nous avons noté une prédominance du sexe masculin.
- Les signes cliniques étaient dominés par la fièvre prolongée, l'amaigrissement, la diarrhée chronique et la toux chronique.
- Le VIH était de Type dans la majorité des cas.
- Les comorbidités non opportunistes étaient les plus retrouvés avec une évolution favorable dans la majorité des cas.

RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude, nous recommandons :

■ Aux Ministère de la santé et du développement social :

- Mettre en place des stratégies de prévention primaire ciblant spécifiquement les personnes âgées de 50 ans et plus universellement oubliées dans les différents programmes de prévention ;
- Initier des essais cliniques contrôlés sur les particularités de l'infection par le VIH des personnes âgées de 50 ans et plus en Afrique ;
- Renforcer le plateau technique, pour faciliter le diagnostic des différentes infections opportunistes afin d'améliorer la qualité de la prise en charge.
- Approvisionner régulièrement les laboratoires hospitaliers en réactifs nécessaires à la réalisation de la charge virale et le taux de lymphocytes TCD4 dans le suivi des TARV.
- Assurer la maintenance préventive et curative des appareils des laboratoires hospitaliers.
- Prendre en compte les différentes recommandations faites par la cellule de lutte contre le VIH à différents niveaux dans des délais raisonnables.

■ Au personnel soignant

- Penser à la possibilité d'une infection à VIH chez tout patient âgé de 50 ans et plus présentant un tableau infectieux d'évolution chronique ;
- Devant la multiplicité des diagnostics pouvant être évoqués chez un sujet de 50 ans et plus infecté par le VIH, le médecin doit procéder à un examen clinique minutieux à la recherche d'éventuelles pathologies associées.
- Intensifier les sensibilisations de la population sur le dépistage précoce du VIH.
- Noter correctement toutes les informations liées à la prise en charge des patients dans leurs dossiers médicaux

■ A la population :

- Promouvoir l'utilisation correcte des préservatifs lors des rapports sexuels à risque
- Eviter la stigmatisation des PVVIH ;
- Procéder au dépistage volontaire de l'infection à VIH ;

■ **Aux malades :**

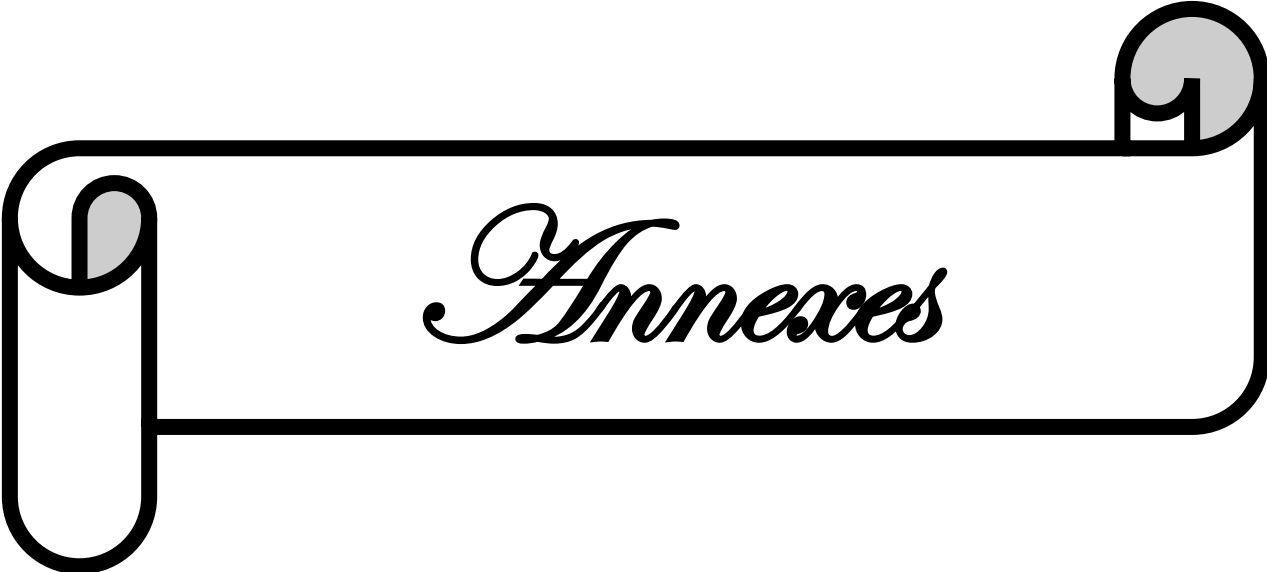
- Partager son statut sérologique avec son (sa) partenaire au sein du couple.
- Réaliser les bilans biologiques demandés par les médecins
- Être observant au traitement
- Être réceptif à l'éducation thérapeutique

REFERENCES

1. Palais – Découverte. Le virus du sida. Disponible sur https://www.palais-decouverte.fr/fileadmin/fileadmin_Palais/fichiersContribs/auprogramme/activites/1chercheur1manip/VIH/Livret-VIH-A4.pdf . Consulté le 21 Janvier 2023
2. Aubry P, Gaüzère B-A. Infection par le VIH et tropiques : Actualités 2021. Med Trop. 2022 ;51(6) : 1-6.
3. Organisation Mondiale de la Santé. VIH et sida. OMS. Juillet 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> . Consulté le 21 Janvier 2023
4. Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT), Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT) Bamako, Mali. Enquête Démographique et de Santé (EDSM V) 2012-2013. Consulté le 22 Février 2023. Disponible sur : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr286/fr286.pdf>
5. Haute Autorité de Santé. VIH. Consultation de suivi en médecine générale des personnes sous traitement antirétroviral. HAS. Octobre 2018. P 1-6.
6. Pialoux G. PvVIH : un jour avec les mêmes problèmes de vieux que le reste de la population ? Vih.org. 2022. Disponible sur : <https://vih.org/20220215/vvih-un-jour-avec-les-memes-problemes-de-vieux-que-le-reste-de-la-population/> . Consulté le 22 Février 2023
7. Yombi J-C, Marot JC. Vieillir avec le VIH, nouvelle réalité, nouveaux enjeux. Louvain Med 2017; 136 (6): 335-342.
8. Wing EJ. HIV and aging. Int J Infect Dis 2016 Oct 15;9(40):S1-39. doi: 10.1016/j.ijid.2016.10.004
9. Greene M, Justice AC, Lampiris HW, Valcour V. Management of human immunodeficiency virus infection in advanced age. JAMA 2013 Apr 3;309(13):1397-405.
10. Longev LH. Ageing with HIV. The Lancet Healthy Longevity. February 23, 2022. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00041-1](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00041-1). Consulté le 22 Février 2023

11. Desquilbet L. VIH et vieillissement : un train en cache désormais un autre (XVIème conférence internationale sur le SIDA : passons aux actes. Toronto.) Transcriptase ; 129 : 48-51. http://mediatheque.lecrips.net/docs/PDF_GED/S55027.pdf
12. Flexor G, Zucman D, Berthé H, Meier F, Force G, Greder-Belan A et al. Vieillissement et infection par le VIH : suivi de 149 patients âgés de plus de 60 ans infectés par le VIH (COREVIH* Île-de-France Ouest). Presse Med. 2013 ; 42(5) : e145–e152. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2012.11.005>
13. Laborde – Balen G, Taverne B, Sow K. Silence, déclassement et dépendance : la vie des personnes âgées vivant avec le VIH au Sénégal. The conversation. 2023. Disponible sur : <https://theconversation.com/silence-declassement-et-dependance-la-vie-des-personnes-agees-vivant-avec-le-vih-au-senegal-197640> .Consulté le 22 Février 2023
14. Rifquah Abeeda Roomaney. Vieillir avec le VIH : risque accru de comorbidités liées au VIH chez les personnes âgées. Int. J. environ. Rés. Santé publique 2022 ; 2359 (19) : 1-10
15. Diallo K. Infection à VIH chez le sujet âgé : Profil épidémiologique et clinique dans la région de Ziguinchor au sud du Sénégal. RAFMI 2021 ; 8 (1) : 19-24.
16. François-Xavier Mbopi- Kéou. Aspects descriptifs du VIH/SIDA chez les sujets âgés de 50 ans et plus suivis au Centre de Traitement Agréé de Bafoussam - Cameroun. Pan African Medical Journal. 2012 ; 107(12) : 1-10.
17. Mariko O. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du vih/sida chez les personnes âgées de 50 ans et plus à l'unité de soins, d'accompagnement et de conseil du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. [Thèse] Médecine : USTTB, FMOS, Bamako ; 2020. 90p. No 20M259
18. Kindjinou T. Aspects épidémiologiques cliniques et évolutifs du VIH et du sida chez les personnes de 3e âges hospitalisés dans le servicedes maladies infectieuses et tropicales du CHU de point G [Thèse] Médecine : : USTTB, FMOS, Bamako ; 2023. p 125.23M56
19. Tchinda AM. Aspect épidémiologiques, clinique et thérapeutique du VIH/sida chez les personnes de troisième âge [thèse]. Médecine : : USTTB, FMOS, Bamako ; 2014. 109p. No 14M119

20. SEYLER C, ANGLARET X, DAKOURY –DOGBO N et al. Medium- term survival, morbidity and immunological evolution in HIV – infected adults receiving antiretroviral therapy, Abidjan, Côte d’Ivoire. International Medical Press 2003; 02:1359-6535.
21. SOKHNA et al. Aspects épidémio-cliniques et psychosociaux au cours du sida à Dakar: études préliminaire prospective. Rev. CAMES - Série A. 2008 ; 7 : 74-76
22. Wallace I. L’espérance du vieillissement chez des femmes et des hommes vivant avec le VIH : un vécu à l’intersection du genre, de l’orientation sexuelle et du parcours relié au VIH. Front. 2012 ; 25(1) : 105 – 26p
23. DIOMANDE Manthin, aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du VIH/SIDA chez les personnes du 3ème age, thèse medecine : : USTTB, FMOS, bamako ; 2017. 79p. No 17M84
24. Duoduo Wang et al. Personnes naïves de traitement vivant avec le VIH âgées de 50 ans ou plus à Pékin, Chine, 2010-2020 : analyse du modèle de régression Joinpoint des données de surveillance. Journal de la Société internationale du sida 2023 ; 26193 (26) :1-10.
25. SARR Géneviève Dibor. Infection à VIH chez les sujets âgés de 60 ans et plus suivis dans la région de Ziguinchor : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs. [Thèse]. Médecine : UASZ, UFR des sciences de la santé, Ziguinchor ; 2020. 205p. No8



FICHE DE RECUEIL DES DONNEES

Numéro Année Hospitalisée..... Consultation.....

Aspects épidémiologiques :

Q1 : sexe

1 : Masculin..... 2 : Féminin.....

Q2 : tranche d'Age

1 : 50-64 ans..... 2 : 65-80 ans..... 80 ans et plus.....

Q3 : Lieu de résidence :

1 : Bamako..... 2 : Hors Bamako.....

Q4 : Statut matrimonial :

1 : Célibataire..... 2 : Marié(e)..... Divorcé(e)..... 3 : Veuf(ve).....

Q5 : Régime matrimonial

1 : Monogamique..... 2 : Polygamique.....

Q6 : Profession

Q7 : Niveau d'étude :

1 : Non scolarisé..... 2 : Primaire..... 3 : Secondaire..... 4 : Supérieur..... 5 : Medersa.....

Aspects cliniques et paracliniques :

Q1 : Circonstances de découverte

1 : Confirmation..... 2 : Conjoint(e) HIV positif(ve)..... 3 : Enfant HIV Positif

4 : Dépistage au cours d'une hospitalisation..... 5 : Dépistage volontaire.....

6 : Dépistage au cours d'une consultation.....

7 : Autres :

Q2 : Signes cliniques

1 : Diarrhée chronique.... 2 : Altération de l'état général.....3 : Fièvre au long cours.....
4 :Toux chronique....5 :Candidoses.... 6 :IST récurrente.....7 :Zona.....
8 :Prurigo.....9 :Herpes..... 10 :Aucun.....

Q3 : Type de VIH

1 :HIV1.....2 : HIV2..... 3 :HIV1+2.....

Q4 : Classification OMS

1 :Stade I2 :Stade II.....3 : Stade III..... 4 :Stase IV.....

Q5 : Indice de Karnofsky

1: 100%2: 90%..... 3: 80%..... 4: 70%.....5: 60%6: ≤50%.....

Q6 : Date du diagnostic :

Q7 : Date du début de traitement.....

Q8 : Taux de CD4 à l'inclusion

1 : Fait..... 2 : Non fait.....

Q9 : Si fait quelle est sa valeur ?cellules/mm³

Q10 : Charge virale à l'inclusion

1 :Fait..... 2 : Non fait.....

Q11 : Si fait quelle est sa valeur ?copies

Aspects thérapeutiques :

Q1 : Ligne thérapeutique :

1 :1^e ligne..... 2 :2^e ligne..... 3 : 3^e ligne.....

Q2 : Sous quel schéma thérapeutique ?

Q3 : Changement de schéma

1 : Oui..... 2 : Non.....

Q4 : Si oui, quelle est la raison du changement de schéma ?

1 : Echec thérapeutique..... 2 : Intolérance médicamenteuse.....3 : Protocole national.....
4 :Toxicité médicamenteuse.....5 :Rupture de stock..... Autres

Pronostic :

Q1 : Echec thérapeutique

1 : Oui..... 2 : Non.....

Q2 : Si Oui préciser

1 : Clinique..... 2 : Immunologique..... 3 : Virologique.....4: Viro-immunologique..... 5 : Autres.....

Q3 : Causes d'échec :.....

Q4 : Présence de comorbidités

1 : Oui..... 2 : Non.....

Q5: Types de comorbidités

1 : Opportunistes..... 2 : Liées au traitement ARV..... 3 : Liées au vieillissement.....
Autres.....

Q6 : Préciser types de comorbidités

.....
.....
.....
.....

Q6 : Evolution

1 : Décès..... 2 : Poursuite du suivi..... 3 :Perdu de vue 4 : Autres.....

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : LANDOURE

Prénom : Sékou

E-mail : sekoulandoure@yahoo.fr

Titre de Mémoire : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du VIH/sida chez les personnes âgées de 50 ans et plus dans le service de Médecine Interne du CHU Point G de Bamako.

Année universitaire : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie.

Résumé :

Bien qu'étant minoritaires, les personnes âgées représentent un nombre significatif de l'infection à VIH. Notre étude avait pour but de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du VIH/sida chez les personnes âgées de 50 ans et plus dans le service de Médecine Interne du CHU Point G de Bamako.

Sur un total de 64 patients inclus dans notre étude, nous avons noté une prédominance masculine de l'infection à VIH avec une fréquence de 59,4%. La tranche d'âge de 50-64 ans était la plus touchée. Les femmes au foyer étaient les plus infectées dans 31,3% des cas. Les personnes mariées étaient majoritairement infectées dans 84,4% des cas et le régime monogamique était prédominant.

Les principaux signes cliniques retrouvés étaient la fièvre prolongée, l'amaigrissement, la diarrhée chronique et la toux chronique. L'infection au VIH 1 était prédominante avec 89,1% des cas. La grande majorité des patients arrivait au stade II de l'OMS. Le schéma thérapeutique TDF+3TC+DTG était le plus rencontré avec une fréquence de 75%.

Les comorbidités non opportunistes étaient les plus fréquentes. L'évolution était favorable dans 53,1% des cas.

Mots clés : VIH, SIDA, personnes âgées, Médecine interne, CHU Point G.

SUMMARY :

Although a minority, older people account for a significant number of HIV infections. Our study aimed to describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of HIV/AIDS in people aged 50 and over in the Internal Medicine department of Point G University Hospital in Bamako.

Out of a total of 64 patients included in our study, we noted a male predominance of HIV infection with a frequency of 59.4%. The 50-64 age group was the most affected. Housewives were the most infected in 31.3% of cases. Married people were mainly infected in 84.4% of cases and the monogamous regime was predominant.

The main clinical signs found were prolonged fever, weight loss, chronic diarrhea and chronic cough. HIV 1 infection was predominant with 89.1% of cases. The vast majority of patients reached WHO stage II. The TDF+3TC+DTG treatment regimen was the most common with a frequency of 75%.

Non-opportunistic comorbidities were the most common.

The evolution was favorable in 53.1% of cases.

Keywords: HIV, AIDS, elderly, Internal medicine, Point G University Hospital.