

ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS A L'HOPITAL NATIONAL LAMORDE DE NIAMEY (NIGER).

SOUMANA¹ A., KAMAYE¹ M., GUÉRO² T., IDDE² I. SOULEY² K.,



¹ Université Abdou Moumouni, Niamey

² Service de Pédiatrie Hôpital National Lamordé

Correspondant : Docteur Soumana A. ; Hôpital National Lamordé, Service de Pédiatrie, BP : 10146 Niamey Niger ;¹ E-mail : soumanaalido@ yahoo.fr

RESUME

Introduction : La pandémie du SIDA reste un défi majeur de santé publique dans les pays en développement.

Objectifs de l'étude : analyser les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs d'une population d'enfants vivant avec le VIH suivis à l'Hôpital National Lamordé de Niamey.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective qui a concerné des enfants de 15 ans et moins chez qui l'infection par le VIH était confirmée par les tests sérologiques et la PCR. Les données sociodémographiques et le statut des parents étaient étudiés ainsi que les données cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

Résultats : Au total 60 dossiers d'enfants âgés de 15 ans et moins étaient retenus. Le sex ratio était 1,06. L'âge moyen était de 8 mois et 63,33% étaient âgés de moins de 18 mois. Soixante deux pour cent (62%) des mères n'avaient pas suivi le protocole PTME. La prévalence du VIH1 est de 83,01%, celle du VIH2 est de 11,32%, et celle de l'association VIH1et VIH2 est de 5%. La concordance était totale entre les mères et les enfants.74, 14% étaient classés au stade 1 de l'OMS et la malnutrition était notée dans 28,33% des cas.68% des enfants avaient bénéficié d'une antibioprofylaxie au cotrimoxasole et 23,33% une trithérapie antirétrovirale. Le taux de mortalité était de 13,33%; et 46,66% des enfants étaient perdus de vue.

Conclusion : L'infection à VIH reste une préoccupation dans notre service. La sensibilisation doit être renforcée pour améliorer la qualité du suivi et limiter le nombre de patients perdus de vue.

Mots clés : VIH/SIDA, enfant, Niger

ABSTRACT Children living with HIV / AIDS: Epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary aspects in National Hospital of Lamordé of Niamey (Niger).

Introduction: The AIDS pandemic remains the most grave infectious challenge for public health.

Objective of the study: analyze the epidemiological aspects, clinical, therapeutic, and scalable to a population of children living with HIV followed at the National Hospital Lamorde of Niamey.

Material and methods: It is a prospective study which has concerned the children of 15 years and at least among which the HIV infection was confirmed by serological tests and PCR. The sociodemographic data and the status of the parents were studied as well as the clinical data, paraclinical, therapeutic, and scalable.

Results : In total 60 cases of children ages 15 years and younger were retained. The sex ration was 1.06 . The average age was 8 months and 63.33 per cent were aged less than 18 months. Sixty two percent (62 %) of mothers had not followed the PMTCT protocol. The prevalence of HIV1 is of 83.01 %, that of the HIV2 is of 11.32 %, and that of the association HIV1 and HIV2 is 5 %. The concordance was total between mothers and enfants.74.14% were classified in stage 1 of the WHO and the malnutrition was noted in 28.33 per cent of the case study.68% of children had benefited from a antibioprofylaxis to cotrimoxasole and 23.33 % a triple antiretroviral. The death rate was of 13, 33%; and 46, 66% of the children were lost of view.

Conclusion: HIV infection remains a concern in our service. The awareness should be strengthened to improve the quality of monitoring and limiting the number of patients lost to view.

Key words: HIV/AIDS , child, Niger

INTRODUCTION

Avec plus de 36 millions de morts jusqu'à ce jour, le VIH/SIDA continue d'être un problème majeur de santé publique. En 2012, il y avait environ 35,3 millions de personnes vivant avec le VIH à travers le monde avec des disparités importantes

selon les régions. L'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée. Elle concentre 69% des personnes vivant avec le VIH dans le monde. [OMS1]. Plus de 2 millions d'enfants dans le monde sont infectées par le VIH [Faye, Assan]. Au Niger, compte tenu du taux de séroprévalence estimé à

0,7% et du taux de transmission mère-enfant estimé à 35% en l'absence d'intervention, chaque mois 500 nouveaux seront exposés au VIH. En 2009, 412 enfants étaient sous ARV [4 SNIS]. L'objectif de cette étude était d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques et évolutifs de l'infection au VIH chez des enfants suivis dans le service de pédiatrie de l'hôpital National Lamordé de Niamey au Niger.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de Pédiatrie et la structure de suivi des enfants vivant avec le VIH/SIDA. Le site de réalisation des examens biologiques est le Laboratoire Nationale de Référence pour le VIH/SIDA.

Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale des dossiers d'enfants suivis entre le 1er janvier au 31 décembre 2009, dans le service de pédiatrie de l'Hôpital National de Lamordé.

Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans l'étude les enfants de 15 ans et moins qui présentaient une infection par le VIH confirmée par les tests sérologiques et/ou la PCR. Ces derniers devaient être exclusivement suivis au service de Pédiatrie de l'Hôpital National Lamordé.

Critères de non inclusion

Tous les enfants qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion n'étaient pas retenus.

Variables étudiées

L'interrogatoire et l'exploitation des dossiers médicaux avaient permis pour préciser pour chaque enfant: l'âge, le sexe, la provenance, le mode d'accouchement, le mode d'allaitement, le statut vaccinal, et pour chaque parent, la profession, le niveau d'instruction, le statut matrimonial. Enfin nous avons vérifié chez les mères, si le test de dépistage avait été réalisé pendant la grossesse, dans le cadre de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME). Nous avons par ailleurs procédé à l'examen physique complet de chaque enfant, y compris l'évaluation clinique du stade de la maladie selon la classification de l'OMS [5]. L'indice poids/taille avait été utilisé pour classer les enfants selon le statut nutritionnel [6 OMS]: si le rapport poids/taille est inférieur à -3 Z score, c'est une malnutrition sévère, si ce rapport est compris entre -3 Z et -2 Z score, c'est une malnutrition modérée. Le diagnostic d'infection au VIH avait été retenu, à l'issue de

deux tests sérologiques ou parfois d'une PCR conformément à l'algorithme du Programme National de lutte contre le VIH/SIDA du Niger.

Collecte et analyse des données

Une fiche d'enquête comportant un questionnaire avait servi de support à l'enregistrement des données. Les données avaient été saisies et analysées grâce au logiciel Epi-info.

RÉSULTATS

Données épidémiologiques générales

Au total 60 enfants vivant avec le VIH/SIDA ont été inclus dans l'étude. Les garçons et les filles représentaient respectivement 51,66% et 48,34%. Le sex ratio garçon/fille était de 1,06. Soixante trois pour cent (63,33%) des enfants étaient âgés de moins de 18 mois. L'âge moyen était de 8 mois avec des âges extrêmes de 2 jours à 9 ans (tableau I).

Tableau N°1 : Répartition des enfants en fonction de l'âge et du sexe

Age	Fille		Garçon		Total	
	n	%	n	%	n	%
0-5 mois	7	28,33	10	38,33	17	28,33
6-11 mois	6	21,67	7	25,00	13	21,67
12-17mois	4	13,33	4	13,33	8	13,33
18- 23 mois	2	6,67	1	3,33	3	5
24-59 mois	7	23,33	6	20,00	13	21,67
6-9 ans	3	10,00	3	10,00	6	10
Total	29	48,33	31	51,67	60	100

Deux tiers des enfants provenaient de la Communauté Urbaine de Niamey et un tiers des autres régions du Niger. La répartition selon la profession des pères était la suivante : commerçant (41,67%), cultivateur (16,66%), salarié (16,66%), transporteur (8,34%), marabout (5,00%), mécanicien (5,00%), militaire (5,00%), et tailleur (1,67%). Les femmes au foyer représentaient 80%, les salariées 11,66%, et commerçantes 8,34% des cas. Cinquante pour cent (50%) des mères étaient issues de foyers monogames et 25% de foyers polygames, 13,33% étaient divorcées, 8,33% étaient célibataires et 3,33% veuves.

La majorité des mères n'était pas scolarisée (76,33%). La proportion de celles ayant atteint un niveau supérieur d'instruction était de 1,77%. Celles ayant atteint les niveaux moyen et primaire représentaient respectivement 8,33% et 13,33%. Le protocole PTME en vigueur au Niger a été appliqué chez les mères et leurs nouveau-nés dans 38,30% des cas. Par contre 61,70% n'en avaient pas bénéficié. Quatre vingt huit pourcent (88%) des enfants étaient allaités au sein et 1,7% étaient ali-

menté au lait artificiel. Soixante huit virgule trois pourcent des enfants qui avaient leurs vaccinations à jour.

Données cliniques et biologiques

La répartition des enfants selon les quatre stades de l'OMS était respectivement de 74,14% pour le stade 1, 1,72% respectivement pour les stades 2 et 3 et 22,42% pour le stade 4. La malnutrition globale était présente chez 28,33% des enfants, répartie en 21,66% de malnutrition sévère et 6,67% de malnutrition modérée. Le marasme, le kwashiorkor et la forme mixte a été observés dans des proportions respectives de 69,24%, 23,07%, et 7,69%. Les autres maladies ou symptômes étaient les suivants: infections bactériennes (26,66%), diarrhée persistante (10%), fièvre au long cours (8,33%), ulcérations buccales récidivantes (6,66%), polyadénopathie persistante (3,33%) herpès zostérien (1,66%); (Tableau II).

Tableau N° II: Fréquence des manifestations cliniques

Manifestations cliniques	N	%
Diarrhée persistante >14 jours	6	10
Fièvre persistante >30 jours	5	8,33
Infection bactérienne	16	26,66
Polyadénopathie persistante	2	3,33
Malnutrition modérée	4	6,67
Malnutrition sévère	13	21,66
Herpes- zoster	1	1,66
Ulcérations orales récurrentes	2	6,66

La fréquence respective du VIH1, VIH2, et association VIH1+VIH2, chez les enfants était de 80%, 11,67%, et 8,33%. Quatre vingt pour cent des mères étaient infectés par le VIH1. Le VIH2 a été identifié chez 10,90% d'entre elles, et la co-infection VIH1+VIH2 chez 9,10%. Chez les pères, la proportion respective de chacun des trois types d'infections VIH était de : 73,34%, 13,33%, 13,33% (Tableau III).

Tableau N°III : Répartition des cas en fonction du type de VIH

Population	VIH-1		VIH-2		VIH1+2		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfants	48	80	7	11,67	5	8,33	60	100
Mère	44	80	6	10,91	5	9,09	55	100
Père	11	73,34	2	13,33	2	13,33	15	100

Le diagnostic a été confirmé par la PCR chez 16,66% des enfants. Au moment du recrutement, le taux des lymphocytes CD4 était inférieur à 200 chez 36,36% des enfants et supérieur à 200 chez 63,64% des patients. La

charge virale a été faite chez 69,23% des enfants hospitalisés. Parmi eux, 2/3 avaient une charge supérieure à 50000 copies/ml et chez 1/3, elle était inférieure à 50000 copies/ml.

Données thérapeutiques et évolutives

Soixante huit pour cent (68%) des enfants ont bénéficié d'une antibioprofylaxie au cotrimoxazole, et 23,33% ont reçu une trithérapie antirétrovirale. Une hospitalisation qui a duré de 9 jours à 23 jours (moyenne de 15 jours), a été nécessaire chez 21,66%. Les motifs d'hospitalisation étaient les suivants: diarrhée persistante (46,15%), fièvre au long cours (38,46%), syndrome infectieux (100%), anémie (84,61%), candidose orale (15,38%). Le taux de mortalité était de 13,33% et les enfants perdus de vue représentaient 46,66%. Parmi les 24 survivants suivis, 28,33% d'entre eux avaient respecté tous les rendez-vous.

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

Nous avons observé une relative prépondérance des garçons par rapport aux filles (sex ratio de 1,06); Atakouma [7] a fait la même observation (sex-ratio de 1,05). Par contre concernant l'âge moyen, ses résultats de ce dernier (6 ans et 9 mois), sont très différents des nôtres (8 mois). La grande majorité des enfants provenait des quartiers périphériques de la Communauté Urbaine de Niamey (66,60%). Il s'agit souvent de quartiers à niveau socio-économique bas. Plusieurs auteurs ont fait le même constat [8, 9, 7]. Compte tenu de la concordance virologique entre les mères et leurs enfants, nous avons déduit que la transmission mère-enfant et en particulier la transmission materno-foetale était le seul mode de transmission. D'autre part, nous n'avons notifié aucun cas de transmission par la voie sanguine, en effet aucun enfant n'avait été transfusé. Atakouma [7] et M'Pemba [10] avaient rapporté un taux de transmission materno-foetale respective de 100% et 70 %. Ce dernier auteur avait trouvé une transmission par voie transfusionnelle relativement élevée (28 %).

Aspects cliniques et biologiques

Dans notre série, à l'inclusion environ deux tiers des enfants étaient au stade 1. Un virgule soixante douze pourcent (1,72%) respectivement pour les stades 2 et 3 et près d'un quart d'entre eux étaient au stade 4. Manirou [11] et Ouédraogo [12] avaient trouvé pour le stade 3, respectivement 63% et 62%. Concernant la malnutrition aiguë sévère, nos résultats (21,66%) étaient proches de ceux de Dzayisse [13]. La forte association entre le VIH/SIDA et

la malnutrition (25% à 28%), avait été rapporté par Mutombo [8]; ce qui corrobore nos résultats (28,6 %). En dehors la malnutrition, les principaux symptômes ou maladies opportunistes rapportés par différents auteurs à quelques variations près étaient les suivants : infections bactériennes, diarrhée persistante, fièvre persistante, candidoses, polyadénopathie persistante et l'herpès-zoster [3,14, 15]. En plus de ces symptômes et maladies, Agbéré et al [14] avaient trouvé que la tuberculose était parmi les pathologies dominantes chez les enfants vivant avec le VIH/SIDA. Le typage du VIH nous avait montré qu'environ 4/5 des enfants étaient infectés par le VIH1, le 1/5 restant était partagé à presque égalité entre le VIH2 et l'association VIH1+VIH2. Le même constat avait été fait par Zannou [15], M'Pemba [10], et Agbéré [14] qui avaient rapporté un taux variant entre 98 et 100% pour le VIH1. Par contre Sidi au Mali [16] avait trouvé une prévalence de 88,46% pour le VIH1, 2,54% pour le VIH2 et 9% pour l'association VIH1+ VIH2.

Aspects thérapeutiques et évolutifs

Alors que tous les enfants devraient recevoir une antibioprophylaxie à base de cotrimoxazole, seuls les 3/ 4 en recevaient. En outre, actuellement il est recommandé d'administrer systématiquement la trithérapie antirétrovirale, à tous les nourrissons de moins de 24 mois infectés par le VIH dès que

l'infection a été documentée et cela quelque soit le stade d'immunodépression. Ce qui n'était pas le cas dans notre série. Cette stratégie permet une meilleure chance de survie, ainsi qu'une meilleure qualité de vie. Nous avons déploré 13,33% de cas de décès. Assan [3] et M'Pemba [10] avaient trouvé respectivement 35,29%, et 27,3%. La différence probable de durée de suivi des cohortes pourrait expliquer cette discordance de résultats. Comme nous, Assan [3] avait relevé un taux très élevé de malades perdus de vue (50%), alors que M'Pemba [10] n'avait trouvé que 4%. Cela est un problème majeur cause de surmortalité et de survenue probable de nouvelles résistances aux antirétroviraux. Il est donc urgent de mettre en œuvre des stratégies telles que des visites à domicile des malades et en particulier de ceux qui ne respectent les rendez-vous de suivi.

CONCLUSION

Pour atteindre l'objectif zéro nouveau cas, zéro décès, il est nécessaire d'intensifier la communication pour un changement de comportement, afin d'augmenter le taux de réalisation de la PTME et réduire le taux de perdus de vue qui est très élevé dans notre population d'étude. La disponibilité permanente et l'accessibilité aux antirétroviraux et aux intrants de laboratoire sont des conditions incontournables pour la réussite du Programme de lutte contre le VIH/SIDA.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] WHO.. Aide-mémoire N°360, Octobre 2013.
- [2] Faye A. Actualités Thérapeutiques dans L'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) de l'enfant, Nouveaux défis dans la gestion thérapeutique de l'immunodéficience enfants infectés par un virus humains. Archives de pédiatrie volume 14, Numéro 2, Février 2007, 212-218.
- [3] Assan A. Etude épidémioclinique du sida pédiatrique dans les services de pédiatrie de l'Hôpital National de Niamey. Thèse Med Niamey, 1998; n°34, p 98.
- [4] SNIS/Niger. Annuaire des statistiques sanitaires, 2008; p 88.
- [5] OMS. Renforcer les services de santé pour combattre le VIH/SIDA, p127.
- [6] OMS. Norme de croissance de l'enfant, 1986.
- [7] Atakouma DY, Tsolenyanu E, Gbadoe A, Gbetoglo V, Lawson-Evi K, Agbéré A R, Tatagan-Agbi K, Assimadi K. Traitement antirétroviral des Enfants infectés par le VIH / sida à Lomé (Togo): premiers résultats Archives de Pédiatrie , Volume 14, Numéro 10, 2007, Pages 1178-1182.
- [8] Mutombo T, Keusse J, Sangaré A. SIDA et malnutrition en milieu pédiatrique semi-rural ; expérience de l'Hôpital protestante de Dabou en Cote d'Ivoire. Med Afr Noire, 1996;43(2); 73-77.
- [9] Amat-roze JM. Les inégalités géographiques de l'infection à VIH et du Sida en Afrique subsaharienne. Soc Sci Med, 1993; 36; (10) : 1247-56.
- [10] M'Pemba A B, Loufoua-Lemay L, Nzingoula S.. Le sida au CHU de Brazzaville : expérience du service de pédiatrie "Grands enfants". Bull Soc Pathol Exot, 2003, 96, 4, 291-294.
- [11] Manirou TM. Bilan du suivi des patients sous antiretroviraux au C.T.A. de Niamey : Etude rétrospective, à propos de 302 patients. Faculté des sciences de la santé. Thèse Med Niamey 2007; n°1512, p102.
- [12] Ouedraogo M, Bambara M, Zoubga A Z, Ouedraogo S M, Birba E, Boincoungou K, Rabo YJ. Intérêt et contraintes des traitements antirétroviraux dans un pays en développement. Med Afr Noire 2001; (48); 6; 321-324.

[13] Atakouma D Y, Agbéré A, Tsolenyanu E, Kusiaku K, Bassuka-Parent A, Tatagan-Agb Ki, Prince-David M, Assimadi K. Sida pédiatrique au CHU-Tokoin (Lomé) : place de la malnutrition protéino-énergétique et essai d'élaboration d'un score de diagnostic clinique. Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé, volume 7, Numéro 6, Décembre 1997, 397-404 .

[14] Agbéré A, Bassuka-Parent A, Vovor A, Tatagan K et al. SIDA de l'enfant dans le service de pédiatrie du CHU-Tokoin, Lomé(Togo) : Aspects cliniques et épidémiologiques. Med Afr Noire 1994; vol 41; n°12; p 693-697.

[15] Zannou D M, Kindé-Gazard D, Vigan J, Adè G, Sèhonou J J, Atadokpèdé F, Azondékon A, Gbèdo C, Anagonou S Y, Houngbé F. Profil clinique et immunologique des patients infectés par le VIH dépistés à Cotonou, Bénin. Médecine et Maladies Infectieuses, Volume 34, Issue 5, MAI 2004, p 225-228.

[16] Sidi M. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et pronostiques de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH au centre hospitalier du Point G. Thèse Med 2005 ; Bamako; p120.