

## PROFIL DES PATIENTS DECEDES DE TUBERCULOSE PULMONAIRE A MICROSCOPIE POSITIF (TPM+) : INFLUENCE DU STATUT VIH

S. Diallo<sup>1</sup>, Y. Toloba<sup>1</sup>, BF. Sissoko<sup>1</sup>, S. Dao<sup>2</sup>, Traore B<sup>1</sup>, T. Kanouté<sup>1</sup>, A. Tamara<sup>1</sup>, O. Mbaye<sup>1</sup>, B. Keïta<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Service de pneumo-physiologie. B.P 333.Bamako-Mali. CHU de Point-G ; <sup>2</sup> Services des maladies infectieuses et tropicales. B.P 333.Bamako-Mali. CHU de Point-G.

**CORRESPONDANCE** : Yacouba TOLOBA . Service de Pneumo-physiologie. BP 333 Bamako- Mali. E-Mail : [toloba71@yahoo.fr](mailto:toloba71@yahoo.fr). Contact : ( 00223) 639 02 23

**RESUME** : Dans le but d'étudier le profil de patients décédés de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) sous chimiothérapie antituberculeuse et l'influence du statut VIH, une étude prospective sur huit mois, du 1<sup>er</sup> novembre 2005 au 30 juin 2006 a été menée dans le service de pneumo physiologie du CHU de point G.

Parmi les malades hospitalisés pour tuberculose toutes formes confondues, 73 cas de tuberculoses pulmonaires ont été répertoriés dont 54 cas de tuberculose à frottis positif soit 73,9%. L'analyse a porté sur 28 décès parmi les cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif soit une prévalence de 51, 85%. La tranche d'âge de 16-35 ans était la plus représentée avec un sex-ratio de 2,5. Les différents facteurs de morbidité qui ont influencé négativement sur la létalité des patients tuberculeux par ordre d'importance étaient : l'étendue des lésions (71,4%), le statut VIH/SIDA ( 63,15%) , le tabagisme (50%) et des antécédents de tuberculose (25%) (p= 0,02). Les décès survenaient précocement au cours de la première semaine d'hospitalisation. La recherche des facteurs de morbidités chez tout patient tuberculeux devrait être systématique pour améliorer leur prise en charge globale.

**Mots clés** : profil, décès, tuberculose pulmonaire, VIH.

**SUMMARY** : In order to study the profile of patients who died of pulmonary tuberculosis with positive smear under tuberculosis chemotherapy and the impact of HIV status, a prospective study over eight months from 1 November 2005 to 30 June 2006 was conducted in tuberculosis department CHU point G. Among patients hospitalized for tuberculosis all forms, 73 cases of pulmonary tuberculosis were recorded including 54 sputum smear-positive (73.9%). The analysis focused on 28 deaths among pulmonary tuberculosis smear positive (prevalence of 51, 85%). The age group of 16-35 years was the most represented with a sex ratio of 2.5. The different causes of morbidity which had a negative influence on the lethality of TB patients in order of importance were: the extent of the lesions (71.4%), HIV / AIDS status (63.15%), smoking (50 %) and a history of tuberculosis (25%) (p = 0.02). The deaths occurred early during the first week of hospitalization. The search for morbidity factors in any patient with tuberculosis should be systematical to improve their care.

**Keywords:** profile, death, pulmonary tuberculosis, HIV.

**INTRODUCTION** : La tuberculose (TB) est reste un problème majeur de santé publique par sa fréquence, chaque année neuf millions de nouveau cas dont trois millions sont enregistrés [1] ; Les décès dus à cette maladie compte pour 25% de toutes les morts évitables dans les pays en développement [2]. Le VIH/SIDA est l'un des puissants facteurs qui influence la létalité [3, 4].

Le but de ce travail a pour but d'apprécier les caractéristiques des décès chez tuberculeux pulmonaires à microscopie positive dans une population de malades hospitalisés dans le service de pneumologie au CHU du point G.

**PATIENTS ET METHODES** : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et transversale, allant du 1<sup>er</sup> Novembre 2005 au 30 Juin 2006, qui s'est déroulé dans le service de pneumo-physiologie du CHU de Point-G.

Elle a intéressé tous les patients hospitalisés présentant une tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+), ayant bénéficié d'une radiographie thoracique standard. Le

diagnostic de la TPM+ était basé sur la présence de bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) à l'examen direct dans l'expectoration,

dans le liquide de tubage gastrique, ou le liquide d'aspiration bronchique des malades.

L'âge et le sexe ainsi que les facteurs de risque suivants pour la tuberculose : l'absence de vaccination par le BCG, les antécédents de tuberculose pulmonaire, la consommation d'alcool, le diabète sucré, le tabagisme et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) étaient les différentes variables de l'étude.

Les malades inclus dans l'étude ont reçu une poly chimiothérapie antituberculeuse selon le régime : 2RHEZ + 6EH. Tous les patients sous traitement ont bénéficié d'une surveillance clinique, biologique et radiologique suivant l'évolution du tableau. Le logiciel Epi Info a servi à l'analyse des résultats par la méthode de Chi<sup>2</sup>, avec correction par le test de Fisher. Une différence a été considérée comme significative si p < 0,05.

**RESULTATS :** Parmi les malades hospitalisés pour tuberculose toutes formes confondues, 73 cas de tuberculoses pulmonaires ont été répertoriés dont 54 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) soit 73,9%. L'analyse a porté sur 28 décès de cette population de TPM+ soit une prévalence de 51,85%. Le sexe masculin était majoritairement représenté parmi les décédés avec 20 hommes et 8 femmes (sex-ratio= 2,5). L'âge moyen était de 41,4 ans  $\pm$ 14,9, avec des extrêmes de 16 ans et 71 ans. La tranche d'âge de 16-35 ans était la plus représentée (41,42%). Les malades provenaient essentiellement des milieux socio-économiques défavorisés (tableau I). Sur 19 patients ayant effectué la sérologie VIH, 12 étaient positifs soit 63,1% dont 52,6% au VIH-1. Les fumeurs représentaient 50% suivi des patients aux ATCD de TB dans 25% des cas (tableau II). Il existait une corrélation statistiquement significative entre la survenue de décès patients tuberculeux et le terrain (VIH, tabagisme, ATCD de TB, alcoolisme)  $p=0,02$ . Les décès survenaient précocement au cours des premières semaines d'hospitalisation avec une fréquence de 53,6% (tableau III).

**DISCUSSION :** Pendant la période d'étude, 28 décès ont été recensés parmi les 54 cas de TPM+ soit une prévalence de 51,85%, et malgré l'adoption du TDO (traitement directement observé). La plupart des décès survenaient avant la deuxième phase du traitement anti-tuberculeux ; des cas de décès sous chimiothérapie antituberculeuse ont été rapportés par des auteurs [5,6]. Cet état s'expliquerait par le retard diagnostic conditionné par l'itinéraire thérapeutique des patients, entraînant une aggravation des lésions pulmonaires et l'altération de l'état général. Les deux sexes étaient représentés avec une prédominance masculine (sex-ratio=2,5), Dans une étude similaire menée en Yougoslavie, Zafran n'avait pas observé de différence selon le sexe [7]. L'âge moyen de nos malades décédés de TPM+ était de 41,4 ans, ce résultat est comparable à celui réalisé au Cameroun avec un âge moyen de 38,3 ans [5]. Les malades provenaient essentiellement des milieux socio-économiques défavorisés, qui contribuent au retard diagnostic [8]. Les facteurs de risque de la tuberculose maladie comme les antécédents de tuberculose pulmonaire, l'alcoolisme, le diabète et la co-infection par le VIH ont été plus souvent retrouvés parmi les malades décédés. Nos résultats sont similaires à ceux rapportés par d'autres auteurs [4,7]. Même si ces facteurs n'entraînent pas forcément le décès, ils contribuent sans nul doute à l'aggravation de la maladie qui finit par devenir fatale à terme.

L'alcoolisme est maintenant bien connu comme un facteur étroitement associé au développement des formes sévères de la tuberculose pulmonaire [9]. Une forte mortalité a été observée chez les patients en situation de co-infection VIH/TB dans les pays en voie de développement. Cette grande mortalité observée chez les tuberculeux VIH positifs en Afrique Sub-Saharienne est certainement en rapport avec le retard du diagnostic de l'affection et l'extension souvent importante des lésions tuberculeuses ainsi qu'à la survenue d'autres complications infectieuses ou non liées au VIH [7].

**CONCLUSION :** Avec 28 décès sur 54 patients TPM+ hospitalisés (51,85%), la tuberculose demeure un fléau sur tout dans nos pays à faible revenu. Les principaux facteurs qui influencent négativement ces décès sont par ordre d'importance : VIH/SIDA (63,15%), suivi du tabagisme (50%) et des antécédents de tuberculose (25%) ( $p= 0,02$ ). Les décès survenaient précocement au cours de la première semaine d'hospitalisation. La recherche des facteurs de morbidités chez tout patient tuberculeux devrait être systématique pour améliorer leur prise en charge globale.

**Tableau I :** Répartition des patients décédés selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	8	28,6
Cultivateur	6	21,4
Ouvrier	6	21,4
Commerçant	4	14,3
Fonctionnaire	2	7,1
Scolaire	2	7,1
Total	28	100

**Tableau II :** Répartition des patients décédés selon le terrain et les ATCD

Terrain et ATCD	Effectif	%
VIH n= 19	VIH1	10, 52,6
	VIH2	0, 0
	VIH1+VIH2	2, 10,5
	Négatif	7, 36,8
Alcool N=28	Oui	3, 10,7
	Non	25, 89,3
Tabac n=28	Oui	14, 50
	Non	14, 50
ATCD de TB n=28	oui	7, 25
	non	21, 75

P= 0,02

**TABLEAU III** : Répartition des patients décédés selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	%
J0-J 60	15	53,6%
>J 60	13	46,4%
Total	28	100%

**REFERENCES**

1- NDIA. AT- KHALED, D. Enarson Tuberculose : manuel pour les étudiants en médecine WHO/CDS/TB/99.272; OMS - UICTMR; 1999; 16 -19

2- OMS Le traitement de la tuberculose: principes à l'intention des programmes nationaux. WHO/TB/97 220

3- F. MIHALTON; D. CHIOTAN; P. GALBENU; O. BECEA. Etude de 260 cas de tuberculose décédés à l'institut pneumo-phtisiologie de Bucarest de 1976 à 1985. *Rev Mal Resp* 1991 ; 8 :473-477.

4- CISSE I; SIDIBE AT; DEMBELE M; BOCOUM A; TRAORE A K; TRAORE H A. Tuberculose pulmonaire chez le sujet diabétique en médecine interne du point G; Bamako -MALI. *Mali Médical* 2005;20(3):25-29

5- C. KUABAN<sup>1</sup>, S. KOULLA-SHIRO<sup>2</sup>, P. HAGBE<sup>3</sup>. Caractéristiques des patients adultes morts de tuberculose pulmonaire active à Yaounde-Cameroun. *Méd. Afrique Noire* : 1997, 44 (6) ;345-9

6- OUEDRAOGO M<sup>1</sup>, ZOUBGA Z.A.<sup>2</sup>, BADOUM G.<sup>1</sup>, OUEDRAOGO S.M<sup>1</sup>, OUEDRAOGO G<sup>1</sup>, BAMBARA M.<sup>1</sup>, THIOMBIANO P. N.<sup>1</sup> et coll. Morbi-mortalité liée aux maladies Respiratoires chez les malades infectés par le VIH à Ouagadougou (Burkina Faso). *Méd. Afr. Noire* : 2004 - 51 (8/9) ; 456-9.

7. N. ZAFRAN, E. HELDAL, S. PAVLOVIC, D. VUCKOVIC, J. BOE. Why do our patients die of active tuberculosis in the era of effective therapy ? *Tubercle Lung Dis* 1994 ; 75:329-333.

8- M.OUEDRAOGO<sup>1</sup>, S.M OUEDRAOGO<sup>2</sup>, Y. TOLOBA<sup>3</sup>, S. KOUANDA<sup>4</sup>, C. LOUGUE<sup>5</sup>, K.BONKOUNGOU<sup>1</sup>, G. BADOUM<sup>1</sup>, B.A. KSHINGA<sup>1</sup>. Pneumonie tuberculeuse en zone de forte prévalence tuberculose/VIH. *Mali Médical* ; 2006 ; N° 3, p. 39-42.

9- M. MOSHI, P. RAVINDRAN, CS. GHOSH, J. BALACHANDRAN. Risk factors for severe disease in pulmonary tuberculosis. XIIth annual meeting of the International Clinical Epidemiology Network (INCLEN), Chiang Mai, Thailand, January 23-28, 1994. (Abstract 047).