



Gravité de la co-infection tuberculose VIH en Seine Saint Denis

Abstract

Objectif

Etude rétrospective clinico-biologique chez les patients co-infectés tuberculose (TB) et VIH entre 2009 et 2011 dans un hôpital général de département défavorisé.

Matériels et méthodes

Recueil des cas TB et VIH et analyse descriptive ; TB définie par un traitement antituberculeux reçu 6 mois ou plus.

Résultats

Trente six patients inclus, 15 femmes et 21 hommes, d'âge moyen 44 ans, d'origine africaine (68%) et 53% ont moins de 200 CD4/mm³. TB et VIH de découverte concomitante dans 50% des cas.

Les formes de TB sont : pulmonaires (39%), ganglionnaire (30%), disséminée (22%) et neurologique (5%).

La TB est confirmée bactériologiquement dans 47% des cas : direct positif (31%), culture positive (41%) ou PCR (25%). Aucun cas de tuberculose résistante n'a été notifié. Le test IGRA est positif pour 17 patients sur 28.

Le traitement antiTB initial est une quadrithérapie classique (64%) ou avec rifabutine (30%) pendant 66 jours en médiane. La bithérapie est : INH et rifampicine (58%), ou rifabutine (23%) et/ou fluoroquinolones (16%).

Le traitement antirétroviral (ARV) comprend : FTC-TDF (80%) associé à : l'Efavirenz (37%), LPV/r (31%) ou DRV/r (20%). Le traitement ARV est modifié pour interaction médicamenteuse (50%) et celui des antiTB pour intolérance (20%). La durée moyenne de traitement antiTB est de 10 mois.

La concentration plasmatique des ARV est infra thérapeutique (14%) et celle de l'INH est correcte (66%).

Onze patients (30%) sont mauvais observant dont 8 ont cependant une évolution favorable. L'évolution est favorable pour 25 patients (69%) et défavorables pour 8 : 3 décès, 3 perdus de vue et 2 récidives.

Conclusion

La prise en charge de la co-infection TB-VIH reste difficile et inhomogène. Le taux de 8% de décès témoigne de la gravité de la TB dans notre population. Le taux de perdus de vue de 8% est élevé et préoccupant. Un renforcement des programmes d'éducation thérapeutique doit être réalisé pour ces patients.

Méthodes

L'étude a été menée dans le service de Maladies Infectieuses et Tropicales d'un hôpital général de région parisienne suivant environ 1100 patients en ambulatoire.

L'ensemble des dossiers des patients VIH+ ayant un événement clinique codé «tuberculose» entre janvier 2009 et décembre 2011 soit sur 3 ans dans notre base de données DMI-2 ont été revus par un médecin pour renseigner les données médicales et biologiques.

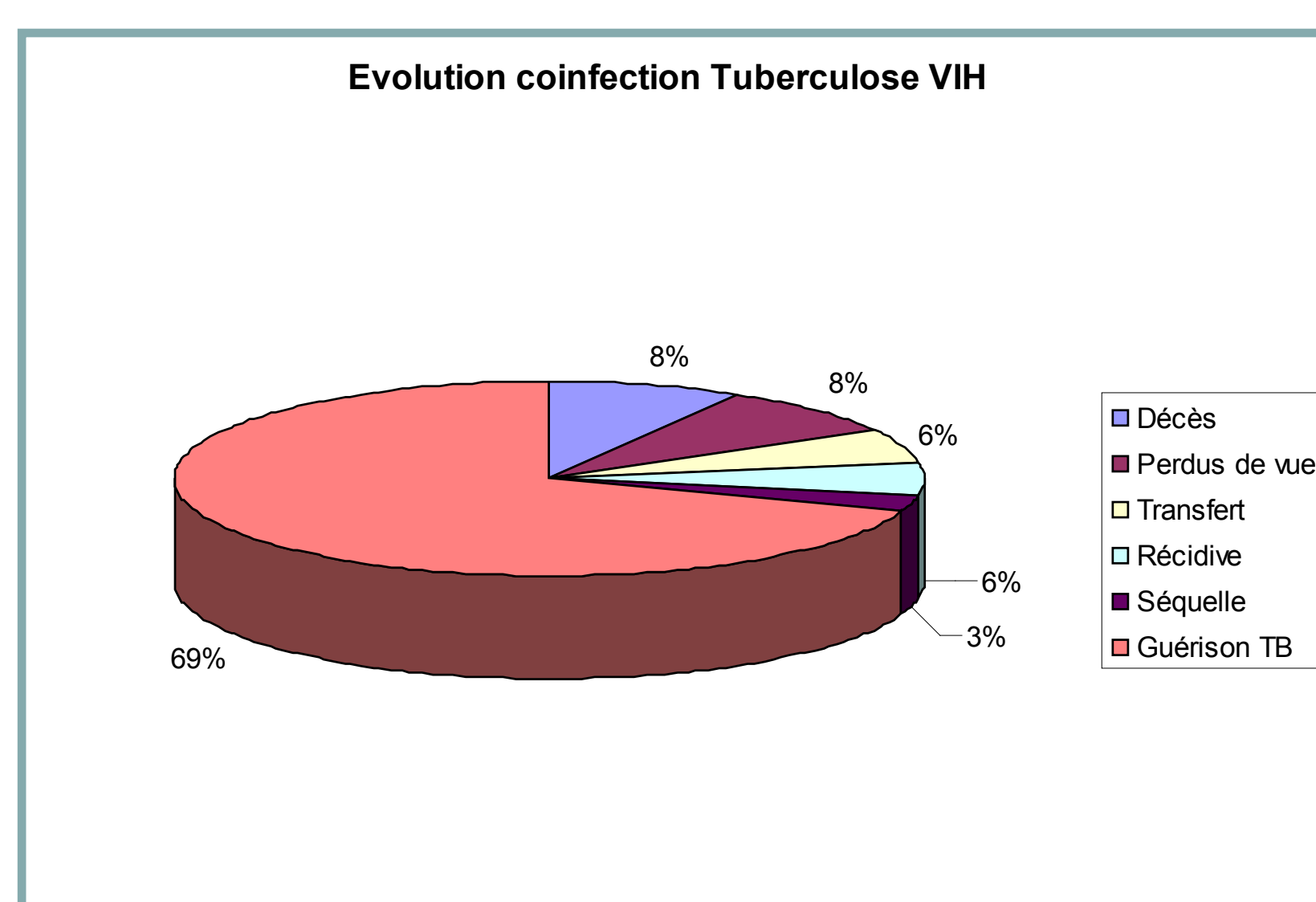
Etaient exclus les patients dont le traitement antiTB avait été interrompu car le diagnostic était finalement infirmé.

Les données recueillies concernaient: l'âge, le sexe, l'origine, le type de tuberculose, les données microbiologiques et immuno-virologiques, les données pharmacologiques et les issues de traitement.

Les données étaient initialement recueillies sous format papier et ensuite saisies sur une base informatique anonymisée puis analysées avec le logiciel Stata version 8.

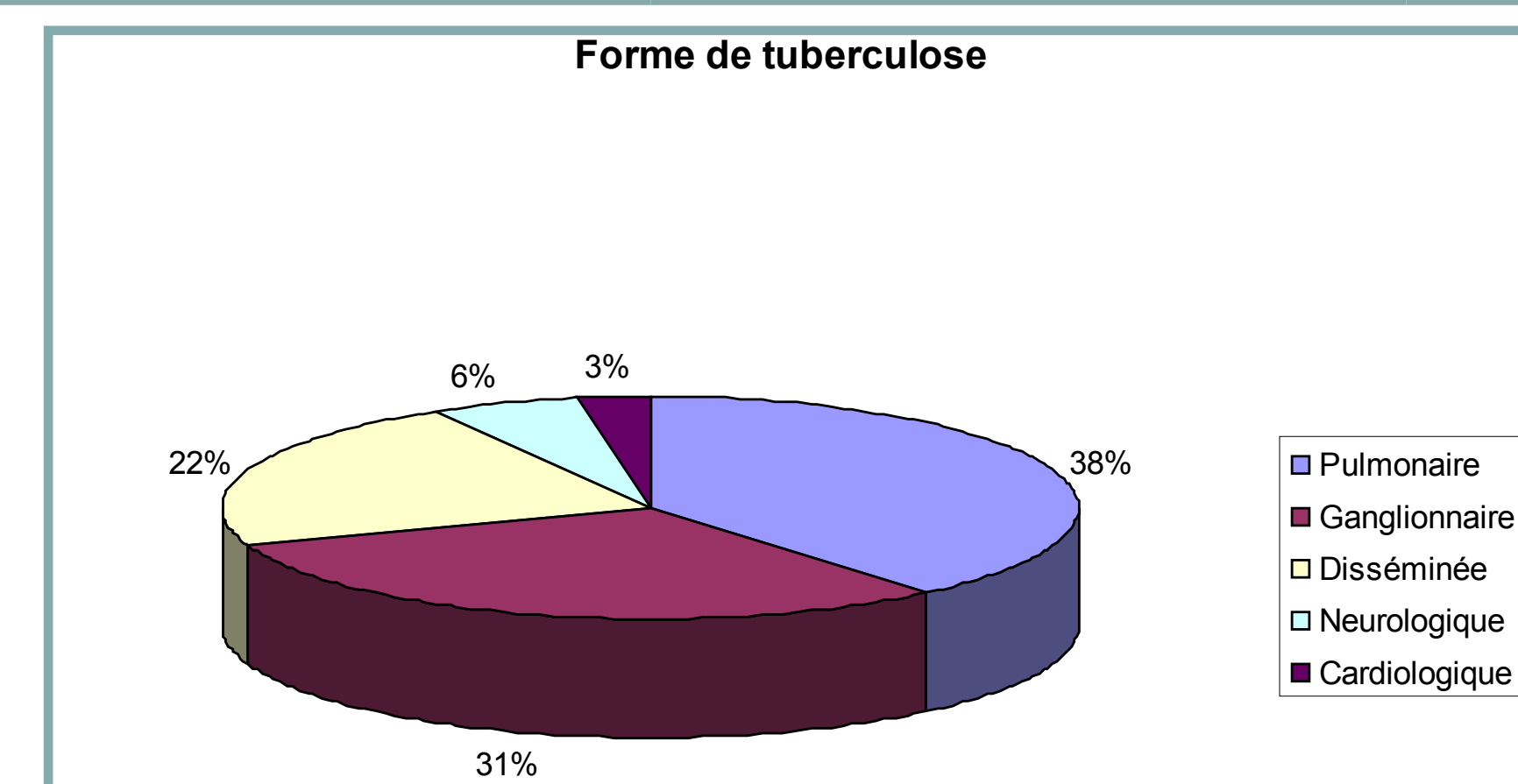
Resultats

Caractéristiques initiales n=36		
sexe (n - %)	homme	femme
	21 (58%)	15 (42%)
moyenne d'âge (année ± écart type)	homme	femme
	48 ± 9	39 ± 9
Origine (n - %)		
Afrique sub saharienne	25	69%
Afrique Nord	3	8%
Haiti	5	14%
Europe	2	5%
Asie	1	3%



Caractéristiques cliniques

Taux de CD4 /mm ³ (moyenne ± ET)		
initial	280	± 373
au diagnostic de la tuberculose	239	± 231
Charge virale VIH (copies/ml)		
	au diagnostic VIH	au diagnostic TB
> 100000	10	9
entre 100000 et 5000	13	7
entre 5000 et indétectable	8	8
indétectable	0	12
Délai entre tuberculose et VIH		
moyenne en années	3,5	± 5
découverte concomitante	50%	
Test IGRA		
non fait	8	22%
positif	17	47%
négatif	11	31%
IDR		
non fait	15	63%
positif	4	17%
négatif	5	20%



Caractéristiques microbiologiques et pharmacologiques

Microbiologie		
direct positif	11	30%
cultures positives	15	40%
PCR BK positive	9	25%
confirmation microbiologiques	22	61%
antibiogramme documenté sensible	14	39%
Traitement anti TB		
quadrithérapie classique	23	64
quadrithérapie avec ansatipine	12	33
trithérapie	1	3
Relai traitement antiTB		
bithérapie classique	18	58%
utilisation de Fluoroquinolone	5	16%
utilisation d'ansatipine	8	26%
Délai entre ARV et traitement BK		
moyenne (n=36)	19,5 mois	± 41 mois
délai moyen pour découverte concomitante	17 jours	± 60 jours
délai moyen pour découverte tardive	3 ans	± 4 ans
ARV initiaux		
analogues non nucléosidiques	16	45%
inhibiteurs de protéase	19	54%
changements d'ARV	19	56%
interactions	9	45%
résistance	3	15%
intolérance	3	15%
Relai ARV		
non nucléosidiques	9	50%
changement traitement TB	8	22%
intolérance	5	71%
Relai traitement TB		
fluoroquinolone	4	80%
dosages ARV	29	80%
dosage correct	17	58%
sous dosage	4	14%
sur dosage (IP 7/16)	8	28%
dosage traitement TB	18	50%
isoniazide dosage correct	12	67%
rifampicine dosage non correct	5	83%

Discussion/ Conclusion

Dans notre cohorte de 36 patients co-infectés pour le VIH et la tuberculose, la moitié des cas concerne une découverte concomitante des deux pathologies, soit plus que la moyenne nationale (1). Nos patients présentent des tableaux plutôt sévères, d'infection tuberculeuse disséminée. Ceux sont plutôt des hommes âgés de plus de 40 ans et originaires d'Afrique Sub-saharienne en grande majorité mais aussi d'Haïti. Ils correspondent aux patients ayant la plus forte incidence en France (2)

Le diagnostic microbiologique reste difficile puisque plus de 50% de nos patients n'ont pas de confirmation bactériologique.

La prise en charge doit prendre en compte les interactions médicamenteuses, les intolérances et allergies médicamenteuses, les résistances éventuelles et la gestion du syndrome de restauration immunitaire. Pour cette raison on note dans notre étude un fort taux de changement de thérapeutique (ARV ou antiTB): 44%.

La lourdeur des traitements impacte aussi probablement l'observance avec un taux de bonne observance à près de 70% qui reste loin des taux habituellement rencontrés dans l'infection VIH plus proche de 80-90% (3).

Il s'agit d'une étude rétrospective avec un nombre restreint de patient. Elle incite à la vigilance pour ces patients, nécessitant une surveillance rapprochée de ces patients. Elle pose aussi la même question du dépistage plus précoce de certaines populations particulièrement précaires.

Une surveillance prospective spécifique de ces patients permettrait d'étudier plus précisément les facteurs de risques de mortalité. Certains sont connus comme le statut immuno-virologique de départ ou la localisation de la tuberculose. Cependant la part des traitements utilisés, leurs séquences de prescription et d'autres déterminants de prise en charge devraient faire l'objet d'études spécifiques.