

Urgences médicales digestives liées au VIH/sida dans le Service d'hépatogastroentérologie du CHU-campus de Lomé (Togo)

Bagny A¹, Bouglouga O¹, Djibril MA², Redah D¹

1. Service d'Hépatogastro-entérologie, 2. Service de Médecine interne
Centre hospitalier et universitaire Campus, Lomé, Togo

Med Trop 2011 ; 71 : 71-73

RÉSUMÉ • L'objectif de notre étude était de décrire les différentes atteintes digestives rencontrées dans le cadre de l'urgence chez les patients togolais adultes infectés par le VIH au CHU-Campus de Lomé. Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée de janvier 2005 à décembre 2009 à partir de dossiers de patients admis en urgence dans le service d'hépatogastroentérologie du CHU-Campus de Lomé. Ont été étudiés, les dossiers des sujets âgés de plus de 15 ans admis en urgence et ayant bénéficié d'une sérologie VIH, soit 842 dossiers. Parmi eux 70 patients étaient séropositifs au VIH (8,31 %). L'âge moyen des patients séropositifs au VIH était de 38 ans, avec un sex-ratio de 0,89. Les motifs d'admission les plus fréquents étaient : l'amaigrissement (75,7%), la diarrhée (45,7%), et les vomissements (41,4%). Les principaux signes cliniques étaient : l'altération de l'état général (78,6%), la pâleur conjonctivale (54,3%), la fièvre (50%), et la déshydratation (17,1%). Les manifestations digestives étaient essentiellement : une candidose buccale (37,1%), les douleurs abdominales (21,4%) et l'ascite (18,6%). Les diagnostics les plus fréquents étaient : la diarrhée infectieuse (47,14%), la candidose digestive (40%) et la tuberculose péritonéale (18,6%). Le taux de décès aux urgences était de 18,6%. Ces résultats montrent les complications digestives des patients VIH et soulignent leur gravité potentielle, plaçant pour une prise en charge précoce des patients infectés.

MOTS-CLÉS • Urgences. Manifestations digestives. VIH/sida. Togo.

HIV/AIDS-RELATED DIGESTIVE TRACT EMERGENCIES IN THE DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY OF THE CAMPUS UNIVERSITY HOSPITAL IN LOMÉ, TOGO

ABSTRACT • The purpose of this study was to describe digestive tract emergencies observed in adult HIV-infected patients at the Campus Teaching Hospital in Lomé, Togo. The files of patients admitted in emergency to the Gastroenterology Department of the Lomé Campus Teaching Hospital from January 2005 to December 2009 were retrospectively reviewed. All patients over the age of 15 years with positive HIV serology were included in the study group. Out of a total of 842 files reviewed, 70 involved patients who were positive for HIV (8.31%). Mean patient age was 38 years and the sex ratio was 0.89. The most frequent reasons for admission were weight lost (75.7%), diarrhea (45.7%), and vomiting (41.4%). The main clinical signs were deterioration of general state (78.6%), conjunctive paleness (54.3%), fever (50%), and dehydration (17.1%). Digestive tract manifestations included thrush (37.1%), abdominal pain (21.4%) and ascites (18.6%). The most frequent diagnoses were infectious diarrhea (47.14%), digestive candidiasis (40%), and peritoneal tuberculosis (18.6%). The death rate during emergency treatment was 18.6%. These results demonstrate the high frequency and severity of digestive tract complications in HIV patients and underline the need for early management.

KEY WORDS • Emergencies. Digestive manifestations. HIV/AIDS. Togo.

Le tube digestif est l'un des principaux organes cibles du syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Les manifestations digestives sont très fréquentes et retrouvées dans 50 à 90% des cas (1). Plusieurs travaux ont été consacrés aux urgences médicales liées au VIH/sida dans le monde et en Afrique (2-4). Au Togo peu d'études ont été consacrées spécifiquement aux manifestations digestives liées au VIH, et en particulier sur les urgences médicales. Notre étude avait donc pour but de décrire les différentes atteintes digestives rencontrées dans le cadre de l'urgence chez les patients togolais adultes infectés par le VIH dans un service d'hépatogastroentérologie (HGE).

Lomé, service de référence d'hépatogastroentérologie du pays. Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive à partir des dossiers de patients infectés par le VIH admis dans notre service pour une urgence médicale.

Étaient étudiés dans notre étude tous les dossiers de patients adultes séropositifs au VIH, qui avaient été admis dans notre service pour une symptomatologie digestive considérée comme une urgence médicale ; c'est-à-dire toute affection présente chez un patient arrivant à l'hôpital et susceptible de compromettre dans l'immédiat le pronostic vital et qui nécessitait une prise en charge rapide. Étaient exclus de notre étude les patients de moins de 15 ans. Les données ont été recueillies à partir d'une fiche d'enquête comportant des données démographiques (âge, sexe, profession et lieu de résidence), cliniques (motifs d'admission, antécédents médicaux, diagnostic clinique) et évolutives en terme de décès ou de retour à domicile après hospitalisation. Pour les patients qui n'étaient pas connus séropositifs au VIH avant leur admission, les tests de dépistage au VIH étaient effectués après consentement éclairé. D'autres examens, notamment biologiques (hémogramme, goutte épaisse/frottis sanguin, créatininémie, glycémie, examen cyto-

Matériel et méthodes

L'enquête s'était déroulée de janvier 2005 à décembre 2009 dans le service d'hépatogastroentérologie du CHU-CAMPUS de

• Correspondance : ybagny@yahoo.fr

• Article reçu le 28/06/2010, définitivement accepté le 14/10/2010

tériologique des urines, coproculture, parasitologie et mycologie des selles), radiologiques (cliché pulmonaire, échographie abdominale) et endoscopique étaient orientés par la clinique.

Au cours de l'analyse des données, les paramètres quantitatifs sont présentés sous forme de moyenne \pm écart type et les paramètres qualitatifs par le nombre et le pourcentage correspondant.

Résultats

Au cours de cette étude qui avait portée sur cinq ans, 842 patients étaient admis en urgence dans le service pour une symptomatologie digestive, tous avaient reçu et accepté le dépistage du VIH. Parmi eux 70 patients étaient séropositifs au VIH soit une séroprévalence de 8,31 %.

L'âge moyen de nos patients était de 38 ans (22-65 ans). La tranche d'âge comprise entre 30 et 49 ans étaient la plus touchée (65 %). Les sujets de moins de 30 ans et de plus de 49 ans représentaient chacun 12 %. Le sex-ratio (Homme/Femme) était égal à 0,89.

Les motifs d'admission les plus fréquents étaient l'altération de l'état général (75,7 %), la diarrhée (45,7 %); les vomissements et la fièvre dans 41,4 % chacun (tableau 1). Soixante huit pourcent (68 %) des patients avaient un antécédent pathologique notamment la fièvre (20 %), la diarrhée chronique (17,1 %), la candidose orale (14,3 %), la tuberculose pulmonaire (7,1 %) et le zona (2,9 %).

Les signes cliniques les plus fréquemment retrouvés étaient l'amaigrissement (78,6 %), la pâleur conjonctivale (54,3 %), l'hyperthermie (50 %), la déshydratation sévère ou modérée (17,1 %) et l'ictère conjonctival (4,3 %).

La candidose buccale (37,1 %), l'ascite (18,6 %), le prurigo (14,3 %) dominaient les données de l'examen physique (tableau 2).

L'hémogramme était réalisé chez tous les patients, et permettait de retrouver une anémie chez 47 patients (soit 67,1 %).

La goutte épaisse était réalisée chez 35 patients fébriles et était positive chez quatre patients (5,7 %), l'espèce isolée au frotis était *Plasmodium falciparum* dans tous les cas.

L'examen microbiologique des selles avait permis d'isoler *Candida albicans* dans 30 cas (42,8 %), *Entamoeba histolytica* dans sept cas (10 %), *Trichomonas intestinalis* dans quatre cas (5 %), *Escherichia coli* dans deux cas (2,9 %) chez des patients ayant présentés une diarrhée sérosanglante et un cas d'*Isospora belli* (1,4 %). L'examen cytotabériologique des urines était réalisé chez 12 patients (soit 17,1 %) et avait mis en évidence *Escherichia coli* dans trois cas (4,3 %) et *Staphylococcus aureus* dans un cas (1,4 %). Les patients présentant une ascite (18,6 %) avaient tous bénéficié d'une exploration du liquide d'ascite qui montrait un liquide exsudatif dans tous les cas avec une hypercellularité (en moyenne 532 éléments/mm³) et une prédominance lymphocytaire dans tous les cas.

Tableau 1. Répartition des patients selon le motif d'admission.

Motif d'admission	Effectif (%)
Altération de l'état général	53 (75,7%)
Diarrhée	32 (45,7%)
Vomissement	29 (41,4%)
Fièvre	29 (41,4%)
Douleur abdominale	15 (21,4%)
Ascite	13 (18,6%)
Toux	9 (12,9%)
Dysphagie	5 (07,1%)
Epigastrie	4 (05,7%)

Tableau 2. Répartition des patients selon les signes physiques.

Signes physiques	Effectif (%)
Muguet buccal	26 (37,1%)
Douleur abdominale	15 (21,4%)
Ascite	13 (18,6%)
Prurigo	10 (14,3%)
Signes pulmonaires (râle, dyspnée, épanchement)	3 (4,3%)
Adénopathies sous cutanées	2 (2,9%)

Tous nos patients avaient bénéficié d'un bilan rénal et parmi eux, huit patients (11,43 %) avaient une insuffisance rénale fonctionnelle. Le ionogramme sanguin était pratiqué chez 34 patients (48 %) et avait mis en évidence une hyponatrémie dans 14 cas (20 %), une hypokaliémie dans neuf cas (12,9 %) et une hypochlorémie dans huit cas (11,4 %).

Le bilan radiologique (composé d'une radiographie du thorax et une radiographie de l'abdomen sans préparation) réalisé chez 65 patients était normal dans 54 cas (77 %), et montrait une cardiomégalie dans un cas (1,4 %), une pleurésie dans trois cas (4,3 %) et huit cas d'opacité réticulo-nodulaires (11 %).

La fibroscopie œsogastroduodénale était réalisée chez 30 patients (42,8 %) et avait permis d'objectiver une candidose œsophagienne chez 28 patients (40 %) et une gastropathie congestive érythémateuse chez cinq patients (7,1 %).

La répartition des patients selon le diagnostic retenu (tableau 3) montrait une prédominance des diarrhées infectieuses (45,7 %) suivi de la candidose digestive (42,8 %) et de la tuberculose péritonéale (18,6 %).

Treize patients (18,6 %) étaient décédés après leur admission dans le service par arrêt cardio-respiratoire, collapsus cardiovasculaire ou coma, 55 patients (78,6 %) étaient autorisés à regagner leur domicile, deux patients (2,9 %) étaient sortis contre avis médical en signant une décharge.

Discussion

Notre étude est la première du genre en matière d'urgence liée au VIH/sida dans le service d'Hépatogastroentérologie du CHU-Campus de Lomé (service de référence en hépatogastroentérologie au Togo). La prévalence du VIH dans notre étude était de 8,31 %. Cette faible prévalence comparée à d'autres études (2-4) est attribuable d'une part au fait que notre service n'est pas un service de référence de prise en charge des patients infectés par le VIH. D'autre part notre étude ne concernait que des cas d'urgence médicale digestive contrairement à d'autres auteurs (5). L'âge moyen de nos patients était de 38 ans (22-65 ans), la tranche d'âge des 30 et 49 ans était la plus touchée; cette fréquence élevée des adultes jeunes a été rapportée par Tiembre *et al.* (6) qui avaient trouvé 85 % pour un âge moyen compris entre 25 et 45 ans. Le sex-ratio était de 0,89; confirmant la tendance d'une prévalence féminine se rapprochant de la prévalence masculine de l'infection à VIH (7). Du point de vue clinique les motifs d'admission étaient dominés dans

Tableau 3. Répartition selon les diagnostics retenus.

Diagnostic	Effectif (%)
Diarrhée infectieuse	33 (47,14%)
Candidose digestive	28 (40%)
Tuberculose péritonéale	13 (18,6%)
Pleuropneumopathie	8 (11%)
Gastropathie congestive érythémateuse	5 (7,1%)
Paludisme	4 (5,7%)
Septicémie	3 (4,3%)

notre étude par l'altération de l'état général, la diarrhée chronique associée ou non à des vomissements alimentaires et la fièvre au long court. Ces signes cliniques étaient potentiellement évocateurs d'une infection à VIH au stade sida et étaient comparables aux résultats rapportés par d'autres auteurs africains (8,9). La majorité de nos patients (68 %) tout comme dans celle de Tanon *et al.* (2) avaient un antécédent pathologique pouvant orienter vers le diagnostic probable d'une infection à VIH, notamment une fièvre au long court, une diarrhée chronique, un zona, une candidose oropharyngée ou une tuberculose pulmonaire. En ce qui concerne le diagnostic retenu, la diarrhée infectieuse était la plus fréquente et pouvait expliquer en partie la dénutrition de nos patients de même que la candidose digestive (40 %) avec son cortège de dysphagie et de vomissement. Ces résultats étaient également rapportés par d'autres auteurs (10,11). Environ 19 % de nos patients avaient une tuberculose péritonéale dont le diagnostic était évoqué devant une ascite isolée fébrile chez des patients présentant également des signes d'imprégnation tuberculeuse et qui avaient bien évolué sous traitement antituberculeux d'épreuve. La gastropathie congestive érythémateuse retrouvée dans seulement 7,1 % des cas est loin des résultats de la série d'Ilboudo *et al.* (12) qui n'avait porté que sur la pathologie gastrique chez le sujet immunodéprimé au VIH. Quant au devenir immédiat de nos patients, treize patients (18,6 %) étaient décédés dans les 24 premières heures après leur admission ; le plus souvent par arrêt cardio-respiratoire, collapsus cardio-vasculaire ou coma. Ce taux de décès élevé aux urgences souligne le fait que malgré la gravité des pathologies qu'ils présentent, nos patients consultent souvent tardivement contrairement aux pays occidentaux ; ceci en raison de la pauvreté et de la croissance démographique galopante (13).

Conclusion

Cette étude qui est la première du genre en matière d'urgence a permis de faire le point sur les affections digestives au cours de l'infection à VIH, qui entrent en urgence dans le service d'HGE du CHU-CAMPUS de Lomé. La diarrhée chronique, la candidose digestive et la tuberculose péritonéale étaient les plus fréquemment rencontrées. Il ressort également de cette étude que la plupart des

malades consultaient tardivement et que le taux de décès aux urgences restait élevé. Il apparaît donc nécessaire de doter nos unités d'urgence en matériels et en personnels adéquats pour la prise en charge des personnes infectées par le VIH et d'accentuer la sensibilisation des populations sur les méthodes de prévention et l'encouragement du dépistage volontaire et à consulter tôt.

Références

1. Girard PM, Marche C, Maslo C, Rene E, Leport J, Matheron S *et al.* Les manifestations digestives au cours du syndrome d'immunodéficience acquise. *Ann Med Interne* 1987 ; 6 : 411-5.
2. Tanon A, Eholie S, Binan Y, Ehui E, Zana E, Maurice C *et al.* Urgences médicales liées aux VIH/sida en zone tropicale : étude prospective en Côte d'Ivoire. *Med Trop* 2006 ; 66 : 162-6.
3. Esan OA, Akanmu AS, Akinsete I. HIV seroprevalence in emergency department patients : Lagos University Teaching Hospital, Lagos, 1999. *Niger Postgrad Med J* 2003 ; 10 : 71-5.
4. Greco GM, Pao R, Vena R, Milii C, Tallone R, Moccia F. Prevalence of patients with HIV infection in an emergency department. *Clin Ter* 1995 ; 146 : 75-8.
5. Bouchaud O. Troubles digestifs au cours du syndrome de l'immunodéficience acquise par le VIH. *Med Chir Dig* 1993 ; 22 : 11-3.
6. Tiembre I, Ndi N, Ndoabe M, Bne J, Allah K, Dagnan S *et al.* L'association tuberculose péritonéale - VIH : aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs. *Med Afr Noire* 1997 ; 44 : 565-8.
7. Bouchaud O, Matheron S. Particularités de l'infection par le VIH en zone tropicale. In « Sida ». Doin ed, 1998, n° 6, pp 57-65.
8. Alyoune M, Biadillah M Ch. Atteintes digestives du syndrome d'immunodéficience acquise. *Mis au pin. Med Maghreb* 1991 ; 25 : 5-9.
9. Ilboudo PD, Siko A, Boukougou P. Manifestations digestives du sida au Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO. *Ann Université de Ouagadougou, série B*, 1994 ; 2 : 121-6.
10. Rene E. Diagnostic des infections intestinales au cours du sida. *Act Med Int Gastroentérologie* 1989 ; 1 : 11-3.
11. Rene E. Atteintes digestives du sida. *Presse Med* 1989 ; 33 : 1657-64.
12. Ilboudo D, Bougouma A, Boukougou P. Pathologie gastrique et syndrome d'immunodéficience acquise (sida) à l'hôpital national de Ouagadougou. *Med Afr Noire* 1996 ; 43 : 20-3.
13. Ouedraogo SM, Ouedraogo M, Dagnan NS, Adom AH. Impact des affections opportunistes au cours du VIH/SIDA dans le service de médecine interne au CHU de Treichville à propos de 279 cas. *Med Afr Noire* 2004 ; 51 : 172-4.