

G. CHOAKEN<sup>1</sup>, R. VILAIN<sup>2</sup>, F. LAMONTAGNE<sup>2</sup>, G. LURTON<sup>2</sup>, M. BARRY<sup>3</sup>, A.A.S. DIALLO<sup>4</sup>, L. LAHO<sup>5</sup>, D. MANDIOU<sup>6</sup>, E. PAPOT<sup>2</sup>, F. HUBER<sup>2</sup>, M. CISSÉ<sup>1</sup>

1. Service de Dermatologie, CHU Donka, Guinée - 2. ONG Solthis, Guinée et France - 3. Service des Maladies Infectieuses, CHU Donka  
4. Service de Médecine Interne, CHU Donka - 5. Service de Neurologie, CHU Ignace Deen, Guinée - 6. Laboratoire, CHU Donka

### Contexte

- Les infections opportunistes (IO) neurologiques ont été peu étudiées en Guinée.
- Nous avons analysé leur fréquence, leur prise en charge et leur pronostic dans les 2 hôpitaux nationaux de Conakry, où sont pris en charge la majorité des patients vivant avec le VIH (PVVIH) du pays.

### Méthodologie

- Etude rétrospective à partir des dossiers médicaux et des registres de laboratoires
- Population : tous les patients déjà connus ou dépistés séropositifs pour le VIH, hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 31 décembre 2010, dans 4 services des CHU Donka (Dermatologie, Maladies Infectieuses et Médecine Interne) et Ignace Deen (Neurologie)

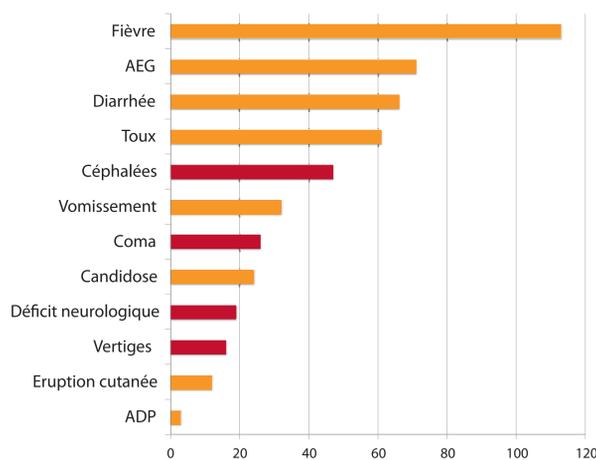
### Résultats

#### Caractéristiques des patients

<b>N</b>	<b>176</b>
<b>Age médian</b>	39
<b>Stade OMS 3 ou 4</b>	84%
<b>Décès durant hospitalisation</b>	59 (34%)
<b>Manifestation neurologique mentionnée dans le dossier</b>	54 (31%)

Remarque : seuls 11 dosages de CD4 ont été trouvés dans les dossiers, ce qui n'a pas permis de prendre en compte le taux de CD4 dans les interprétations

Répartition des symptômes neurologiques parmi les motifs d'admission :



#### Fréquence relative des différents syndromes neurologiques (N=54) :

- 29 déficits moteurs (24 hémiparésies/tétraparésie/monoparésie, 5 paraplégies)
- 17 syndromes méningés
- 4 troubles de conscience isolés (sans déficit, sans syndrome méningé)
- 4 atteintes du système nerveux périphérique (3 neuropathies sensitives et une polyradiculonévrite)

#### Prise en charge selon le syndrome :

	Déficit moteur (hors paraplégie)	Syndrome méningé	Autre	Total
<b>N</b>	24	17	13	54
<b>Ponction lombaire*</b>	0	<b>6 (35%)</b>	0	6 (11%)
<b>Encre de chine ou Ag cryptocoque</b>	0	0	0	0
<b>TDM cérébral</b>	1	0	0	1 (2%)
<b>Traitement antitoxoplasmique d'épreuve</b>	<b>12 (50%)</b>	0	0	12 (22%)
<b>Traitement présomptif du syndrome méningé (C3G ou fluconazole ou antituberculeux)</b>	0	<b>7 (41%)</b>	0	7
<b>Absence de traitement spécifique</b>	12	10	7	<b>29 (54%)</b>

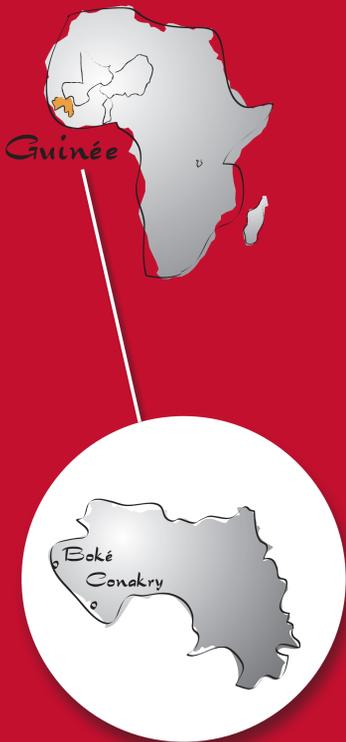
\*Résultats d'examen incomplets (pas d'encre de Chine, pas de biochimie, cytologie inconstante, etc...)

#### Pronostic

Manifestation neurologique	N	Décès durant l'hospitalisation	OR
<b>Présence</b>	54	<b>28 (52%)</b>	3,2 (p<0,01)
<b>Absence</b>	122	31 (25%)	1

### Discussion et conclusion

- Les manifestations neurologiques sont un des principaux motifs d'hospitalisation des PVVIH au CHU de Conakry.
- Des syndromes neurologiques francs ont été trouvés, évoquant dans ce contexte des infections opportunistes.
- Ces suspicions d'IO neurologiques sont associées à une forte mortalité et sont aussi la première cause de mortalité des PVVIH hospitalisés dans notre étude (47% des décès).
- L'investigation de ces syndromes est restée très limitée, le diagnostic inconstant et toujours présomptif. Ceci n'est que partiellement expliqué par le coût et la disponibilité des examens complémentaires.
- Compte tenu de la fréquence et la mortalité des patients ayant des manifestations neurologiques, la qualité de leur prise en charge est un enjeu majeur pour améliorer le pronostic des patients VIH hospitalisés. Cela nécessiterait :
  - la disponibilité d'un minimum de moyens diagnostiques (notamment antigène cryptocoque et/ou ponction lombaire avec encre de chine, en théorie déjà disponible) et thérapeutiques (au minimum traitement de la toxoplasmose, de la cryptococose, de la méningite tuberculeuse et des méningites bactériennes banales),
  - la gratuité de certains moyens diagnostiques et thérapeutiques pour favoriser l'accès aux soins,
  - une formation pragmatique des soignants, adaptée à la prise en charge dans des conditions matérielles limitées (approche syndromique, algorithmes décisionnels adaptés aux contextes épidémiologiques et aux plateaux techniques disponibles).



R. VILAIN<sup>1</sup>, G. CHOAKEN<sup>2</sup>, F. LAMONTAGNE<sup>1</sup>, G. LURTON<sup>1</sup>, M. BARRY<sup>3</sup>, A.A.S. DIALLO<sup>4</sup>, L. LAHO<sup>5</sup>, D. MANDIOU<sup>6</sup>, E. PAPOT<sup>1</sup>, M. CISSÉ<sup>2</sup>, F. HUBER<sup>1</sup>

1. ONG Solthis, Guinée et France - 2. Service de Dermatologie, CHU Donka, Guinée - 3. Service des Maladies Infectieuses, CHU Donka  
4. Service de Médecine Interne, CHU Donka - 5. Service de Neurologie, CHU Ignace Deen, Guinée - 6. Laboratoire, CHU Donka

### Contexte

- Le dépistage à l'initiative du soignant chez tout patient consultant dans un établissement de soins est recommandé par l'OMS depuis 2004 dans les pays où l'épidémie VIH est généralisée (prévalence > 1%), ce qui est le cas de la Guinée (prévalence VIH estimée à 1,6%).
- Les pratiques et les résultats du dépistage ont été étudiés chez les patients hospitalisés dans les deux CHU de Conakry, représentant le sommet de la pyramide sanitaire.

### Méthodologie

- Etude rétrospective à partir des dossiers médicaux et des registres de laboratoires.
- Population : tous les patients hospitalisés entre le 1er septembre et le 31 décembre 2010, dans quatre services des CHU Donka (Dermatologie, Maladies Infectieuses et Médecine Interne) et Ignace Deen (Neurologie).
- Les patients ont été classés selon l'existence ou non de signes évocateurs du VIH en se basant sur la classification clinique de l'OMS (signes pouvant classer du stade II à IV).
- Les politiques de dépistage encouragées par les chefs de service différaient selon les services : dépistage systématique recommandé en Dermatologie, dépistage diagnostique (en cas de signe évocateur) recommandé dans les autres services.

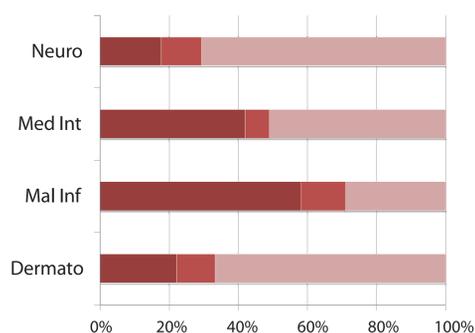
### Résultats

#### Caractéristiques générales des patients

	Ensemble	VIH connu	VIH découvert
<b>N</b>	759	80	96
<b>Age médian (années)</b>	46	38	39
<b>Durée médiane d'hospitalisation (j)</b>	11	11	13,5
<b>Décès au cours de l'hospitalisation</b>	131 (17%)	32 (40%)	27 (28%)

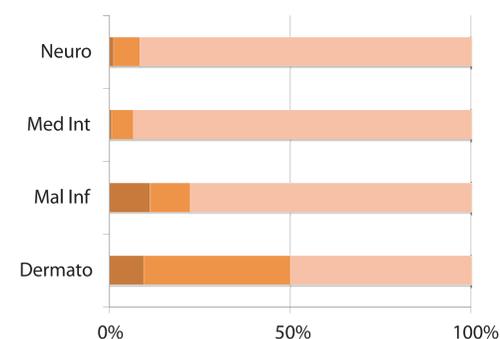
#### Pratiques de dépistage

	Dermatologie	Mal. Infectieuses	Méd. Interne	Neurologie	Total
<b>N</b>	77	162	310	210	<b>759</b>
<b>dont VIH inconnu à l'admission</b>	73 (95%)	98 (60%)	299 (96%)	209 (99%)	<b>679 (89%)</b>
<b>dont Signes évocateurs de VIH (%)</b>	9 (12%)	62 (63%)	100 (33%)	17 (8%)	<b>188 (27%)</b>
<b>Dépistés pour le VIH</b>	35 (48%)	52 (53%)	62 (21%)	21 (10%)	<b>170 (25%)</b>
<b>dont VIH+</b>	8 (23%)	40 (77%)	43 (70%)	5 (24%)	<b>96 (56%)</b>



Dépistage des patients présentant des signes évocateurs de VIH

■ VIH+  
■ VIH-  
■ Non dépistés



Dépistage des patients sans signes évocateurs de VIH

■ VIH+  
■ VIH-  
■ Non dépistés

### Discussion

- Les patients hospitalisés sans signes évocateurs de VIH sont peu dépistés (14%), sauf en Dermatologie (50%) où un dépistage est en théorie proposé systématiquement.
- Les patients avec signes évocateurs sont également insuffisamment dépistés (54%).
- Les taux de positivité très élevés des tests prescrits, aussi bien chez les patients avec signes évocateurs (83%) que chez ceux sans signes évocateurs de VIH (19%) plaident pourtant pour un élargissement de l'offre de dépistage
- En effet, les données suffisent pour conclure que le taux de positivité des patients hospitalisés, bien que non connu avec précision puisque tous les patients n'ont pas été dépistés, est très élevé, et sans commune mesure avec la prévalence dans la population générale.

### Conclusion

- Les résultats de cette étude plaident pour une meilleure application de la recommandation de l'OMS du dépistage à l'initiative du soignant, qui est encore peu suivie en dehors de populations particulières comme les femmes enceintes, les patients tuberculeux ou les enfants malnutris
- Une application progressive de la consigne de l'OMS de proposer le dépistage à tout patient fréquentant un centre de santé pourrait débuter par la recommandation de proposer systématiquement le dépistage à tout patient hospitalisé dans une unité de médecine; ceci a bien entendu des implications en termes d'approvisionnement en tests de dépistage et en formation du personnel soignant.

#### Contact :

Dr Franck Lamontagne  
Coordinateur médical, Solthis  
Email : [franck.lamontagne@solthis.org](mailto:franck.lamontagne@solthis.org)

#### ONG Solthis Guinée

Quartier Dixinn Port III, Corniche Nord  
BP 6699 Conakry  
GUINÉE

#### ONG Solthis

58A rue du Dessous des Berges  
75013 Paris - FRANCE  
Email : [contact@solthis.org](mailto:contact@solthis.org)  
[www.solthis.org](http://www.solthis.org)

