

Évaluation d'un programme d'accès décentralisé aux antirétroviraux au Mali



AB Dicko¹; MH Maiga¹; A. Akonde²; Y. Madec^{3,2}; C. Pizzocolo², le Comité Thérapeutique de Ségou et le Groupe de Travail SOLTHIS²

¹ Direction Régionale de Santé, Ségou – Mali ; ² SOLTHIS, Hôpital Pitié Salpêtrière Paris – France ; ³ Institut Pasteur, Paris – France

Objectif Évaluation d'un programme d'accès aux antirétroviraux (ARV) en zone décentralisée (région de Ségou)

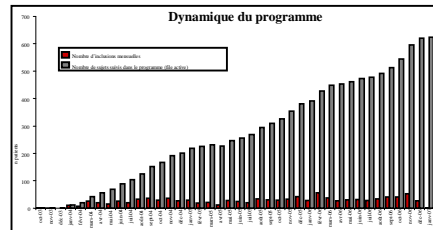
Méthodes Étude prospective des patients VIH+ ≥18 ans depuis l'initiation des ARV.

Gains de CD4 à M6, nombre de perdus de vue (PDV) et mortalité sous ARV (modèle de Cox)



Résultats Période d'étude: octobre 2003 – janvier 2007

959 adultes (âge ≥18 ans) initient une HAART



Caractéristiques à l'inclusion

	Homme (n=374)	Femme (n=585)
Age à l'inclusion		
Médiane [IQR]	40 [35 – 45]	30 [26 – 38]
Délai 1^{er} test VIH+ (mois)		
N (%)	309 (82.8)	484 (83.2)
Médiane [IQR]	0.4 [0.1 – 1.1]	0.4 [0.1 – 1.1]
Stade OMS : n (%)		
I-II	12 (3.1)	41 (6.9)
III	231 (61.8)	363 (62.1)
IV	96 (25.7)	132 (22.6)
non renseigné	35 (9.4)	49 (8.4)

Stade OMS	Nbre de CD4*		
	N (%)	N (%)	Médiane [IQR]
I-II	53 (6.0%)	15 (28.3)	408 [175 – 535]
III	594 (67.8%)	520 (87.6)	16 [49 – 200]
IV	228 (26.2%)	173 (75.9)	60 [22 – 144]

Mesures biologiques	N (%)	Médiane [IQR]
CD4 (cells/mm ³)*	777 (81.0)	111 [41 – 196]
Hb (g/dl)*	74 (7.7)	9.9 [8.3 – 10.6]
IMC (Kg/m ²)	188 (19.6)	17.9 [15.9 – 20.5]

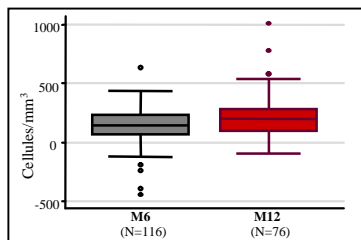
Première ligne 2NRTI + 1NNRTI = 95%, dont d4T/3TC/NVP (Triomune®) = 88%

Follow-up Parmi les 959 sujets ayant initié des ARV : **879** ≥ 1 visite de suivi

Suivis

549 (62%)

Progression nombre CD4 (cell/mm³) à M6 et M12



Gain de poids à M6

Poids médian [IQR] à la mise sous HAART (en kg) (médiane [IQR])

Homme : 53 [46 – 60] (n=297)

Femme : 48 [42 – 55] (n=473)

Gain de poids à M6 (+/- 1 mois) (médiane [IQR])

	Brut (en kg)	relatif (en %)
Homme (n=142)	8.6 [4.0 – 14.0]	14.9 [6.3 – 27.2]
Femme (n=219)	8.6 [4.0 – 13.5]	16.7 [6.0 – 26.2]

Décédés

113 (13%)

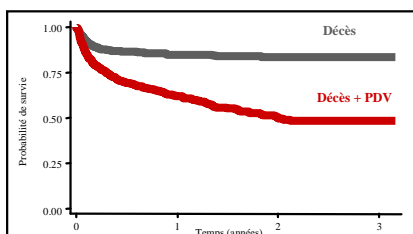
	Nbre décès	Durée en PA	Taux de mortalité [IC 95%]*
Stade OMS à l'inclusion			
I-II	2 (1.9%)	37.1	5.4 [1.4 – 21.6]
III	41 (36.9%)	437.1	9.4 [6.9 – 12.7]
IV	68 (61.2%)	203.3	33.5 [26.4 – 42.4]
CD4 à la mise sous HAART (cells/mm³)			
≤50	42 (48.3%)	123.9	33.9 [25.0 – 45.9]
51-100	13 (14.9%)	112.2	11.6 [6.7 – 20.0]
>100	32 (36.8%)	340.1	9.4 [6.7 – 13.3]

PDV

217 (25%)

	n (%)
Stade OMS à la dernière visite	
I-II	19 (8.8)
III	114 (52.5)
IV	67 (30.9)
Derniers CD4 (<3mois) (cellules/mm³)	
N (%)	144 (66.4)
médiane [IQR]	115 [47 – 242]

Mortalité sous ARV



Modèle de Cox : évènement=décès

	RR ajusté [IC 95%]
Stade OMS à la mise sous HAART	
I-II	0.46 [0.11 – 1.92]
III	1
IV	3.95 [2.65 – 5.88]
non renseigné	0.35 [0.08 – 1.46]
CD4 à la mise sous HAART (cell/mm³)	
≤50	1.99 [1.06 – 3.72]
51-100	1
>100	0.93 [0.49 – 1.78]
non renseigné	1.66 [0.84 – 3.28]
Cotrimoxazole	
Non	1
Oui	0.30 [0.11 – 0.85]

Variables non associées : Naïf à la mise sous HAART; Age; Première ligne; Sexe; Année HAART

Risque de mortalité significativement plus élevé:

- stade OMS avancé (IV) à la mise sous HAART
- CD4 < 50 à la mise sous HAART

Effet protecteur de la prise de Cotrimoxazole

Conclusions

- ✓ Faisabilité d'un programme de décentralisation de prise en charge
- ✓ Efficacité des ARV en terme de gains de CD4 et de poids à court terme (M6).
- ✓ Taux élevé de PDV => efforts pour comprendre qui sont (décès à domicile?), ce qui aidera à une meilleure prise en charge
- ✓ Mortalité élevée chez les patients mis sous ARV prises en charge tardivement (stade IV; CD4<50/mm³)
- ✓ Nécessité d'une prise en charge plus précoce, c'est-à-dire dépistage plus précoce des patients VIH+



Solidarité Thérapeutique et Initiatives contre le Sida (Solthis)
Pavillon Laveran - Hôpital de la Pitié Salpêtrière
47, bd de l'Hôpital, 75 651 Paris Cedex
Tel: 01 53 61 07 84 Fax: 01 53 61 07 48
contact@solthis.org



Conférence Francophone
VIH/SIDA
Cité des sciences et de l'industrie, Paris - 29-31 mars 2007