

Accès décentralisé à la trithérapie et au monitoring de la charge virale en Afrique de l'ouest: l'expérience de la région de Ségou, Mali

A. Akonde¹, Y. Madec^{2,3}, AB Dicko⁴, I Haidarra⁵, I. Katile⁶, B. Diarra⁷, M. Kye⁸, A. Doumbia¹, C. Pizzocolo², C. Katlama² and the Segou Medical Technical Committee

1. NGO Solthis, Segou – MALI 2. NGO Solthis, Paris, FRANCE 3. Institut Pasteur, Paris - FRANCE 4. Regional Health Direction, Segou – MALI 5. Segou Regional Hospital, Segou – MALI 6. Walé NGO, Segou – MALI 7. FD Health Reference Centre, Segou – MALI 8. Aprofem NGO, Segou – MALI

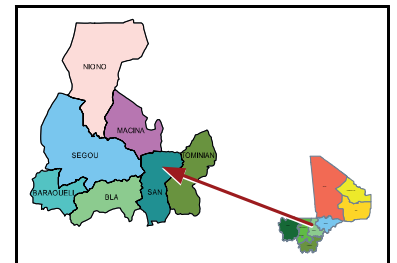
Contexte et objectif(s)

La PEC des PvVIH a débuté au Mali dès 1997 grâce à la société civile.

La réponse nationale s'est formalisée en 2001 par la mise en place de l'Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux (IMAARV).

Dès 2005, la décentralisation des soins aux régions et aux cercles est un axe fort de la stratégie nationale.

La région de Ségou a démarré la décentralisation de la PEC en 2005, avec l'appui technique de l'ONG Solthis.



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

Méthode(s)

Évaluation prospective de l'évolution de la file active des patients VIH+ adultes (15 ans) depuis l'initiation des ARV.

Gains de CD4 à M6/M12, évolution virologique, et mortalité sous ARV (modèle de Cox).

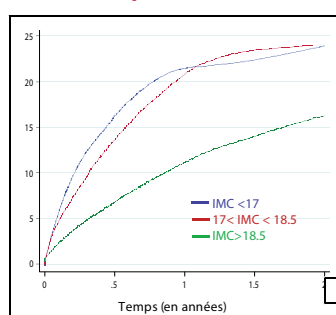
Résultats

Période d'étude (octobre 2003 – octobre 2008): 1 929 sujets inclus, dont 1 386 patients adultes suivis sous ARV

Caractéristiques des patients à la mise sous ARV

Sexe :	Féminin	868 (63%)
Age Médiane [IQR]		34 [28 – 41]
Type VIH:	VIH1 VIH2 VIH1+2	1 346 (97.1%) 25 (1.8%) 15 (1.1%)
Stade OMS:	I-II III IV	220 (16%) 825 (60%) 341 (25%)
CD4 Médiane [IQR] (n=1072)		121 [43 – 206]
IMC Médiane [IQR] (n=627)		18.7 [16.6 – 21.0]
1 ^{re} ligne	3TC-d4T-NVP Autre avec NNRTI Autre avec IP	1163 (84%) 170 (12%) 53 (4%)

Gain de poids sous ARV



Principales Infections Opportunistes (IO) sous ARV

	Mise sous ARV n	Nouvelle IO sous ARV n	Délais médian [IQR]
Candidose orale	279 (20%)	53	0.9 [0.4 – 0.8]
TB pulmonaire	28 (2%)	20	2.6 [1.2 – 5.7]
Pneumopathie	63 (4%)	21	2.3 [0.9 – 3.0]

Augmentation rapide initiale du poids puis stabilisation

Facteurs de risque de mortalité sous ARV Modèle de Poisson

	IRR ajusté [IC 95%]
Age à la mise sous ARV	
≤29	1
30-39	0.89 [0.63 – 1.25]
40-49	1.26 [0.88 – 1.79]
≥50	1.66 [1.00 – 2.77]
Stade OMS à la mise sous ARV	
I-II	1
III	1.46 [0.88 – 2.44]
IV	2.11 [1.23 – 3.65]
CD4 à la mise sous ARV	
≤50	1
51-100	0.50 [0.33 – 0.78]
101-200	0.38 [0.25 – 0.55]
>200	0.33 [0.21 – 0.51]
IMC à la mise sous ARV	
≤17	1
17-18.5	0.34 [0.16 – 0.74]
>18.5	0.32 [0.18 – 0.57]
Cotrimoxazole avant ARV	
Non	1
Oui	0.25 [0.11 – 0.56]

Evolution immunologique sous ARV

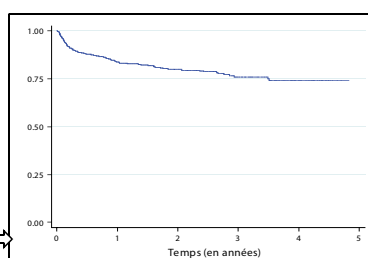
	Mise sous ARV	M6	M12
n	1072 (77%)	312 (35%)	207 (26%)
Médiane [IQR]	121 [43-206]	288 [185-407]	315 [207-461]
Gain de CD4		+152	+205
médiane [IQR]		[84-244]	[89-285]

Evolution virologique sous ARV

	M6 (+/- 1 mois)	> M6
N (%)	41 (4.5%)	209 (33%)
Délais médian (mois) [IQR]	-	15.6 [9.6 – 24.9]
< 50 copies	37 (90%)	160 (76%)
50 – 400	2 (5%)	10 (5%)
> 400	2 (5%)	39 (19%)
400 – 1000	0	4
1000 – 10000	1	22
> 10000	1	13

- faible taux de réalisation de la CV à M6 du à disponibilité récente de la PCR
- taux d'échec précoce (M6) relativement faible
- très bon taux de succès virologique soutenu (> M6)

Risque de décès sous ARV



Variables significativement associées à la mortalité:
Age, stade OMS, CD4, IMC et cotrimoxazole

Variables non associées:
Sexe, 1^{re} ligne +/- IP

75% des décès dans les 3 premiers mois sous ARV

Conclusion(s)

Évaluation préliminaire montrant la faisabilité de la PEC ARV en zone décentralisée.

L'excès de mortalité dans les premiers mois de traitement (surtout chez les patients en stade clinico-immunologique avancé) souligne la nécessité de dépister plus précocement les patients.

Le taux non négligeable d'échec virologique après M6, ainsi que le faible taux de monitoring de l'échec précoce, plaident pour l'implémentation et extension de la charge virale à l'ensemble de patients pour préserver l'efficacité des deuxièmes lignes actuellement disponibles.

www.solthis.org



Contact

Dr Alain AKONDE
Coordinateur médical
Solthis, Mali
alain.akonde@solthis.org

Solthis France

contact@solthis.org

