

# Intérêts et contraintes des traitements anti-retroviraux dans un pays en développement : cas du service de pneumo-physiologie de Ouagadougou (Burkina Faso)

M. OUÉDRAOGO<sup>1</sup>, S. M. OUÉDRAOGO<sup>2</sup>, A. Z. ZOUBGA<sup>3</sup>, S. KOUANDA<sup>4</sup>,  
M. BAMBARA<sup>1</sup>, K. BONCOUNGOU<sup>1</sup>, É. BIRBA<sup>1</sup>, Y. J. DRABO<sup>2</sup>

## Résumé

Le but de cette étude a été de mettre en évidence des difficultés de la pratique de la thérapie anti-retrovirale dans les conditions actuelles et d'en tirer les enseignements.

C'est une étude rétrospective de septembre 1998 à janvier 2000. Elle inclue des malades hospitalisés du service de pneumo-physiologie du Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, ou référés par d'autres services extérieurs à l'hôpital.

Le suivi de 34 malades dont 26 sous bithérapie et 8 sous trithérapie a révélé seulement 16 mois après son début, 12 cas d'interruption de traitement et 5 cas de décès.

Le premier contrôle du taux de CD4, seul critère d'appréciation de l'évolution biologique réalisable au Burkina Faso, chez 16 malades a révélé son accroissement de 350 % pour bithérapie et 700 % pour la trithérapie.

**Mots-clés :** Traitement, anti-retroviral, Burkina Faso.

## Advantages and requirements of the antiretroviral treatments in a developing country : the case of the pneumo-physiology service of Ouagadougou (Burkina Faso)

### Summary

The aim of this study had been to bring to the fore the application of therapy anti-retroviral in the present conditions and to draw the lessons from it. It was a retrospective study from September 1998 to January 2000. It includes the patients of the pneumo-physiology services of the National Hospital « Yalgado Ouédraogo » of Ouagadougou or those referred to the hospital by some other services. The follow-up of 34 patients, 26 being under bitherepy and 8 under tritherepy showed only 16 months after its beginning, 12 cases of treatment interruption and 5 cases of disease. The first check of the CD4 rate, which is the only one possible criteria to appreciate the biological evolution in Burkina Faso of 16 patients has revealed a growth of 350 % for the bitherepy and 700 % for the tritherepy.

**Keywords:** treatment, antiretroviral, Burkina Faso.

<sup>1</sup>Service de pneumologie du Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo (CHNYO).

<sup>2</sup>Service de médecine interne du CHNYO.

<sup>3</sup>Service de pneumologie du Centre hospitalier national Sourou Sanon.

<sup>4</sup>Institut de recherche en science de la santé.

## Introduction

L'Afrique est le continent le plus touché par l'épidémie à VIH avec au moins 21 millions de séropositifs (DELFRASSY *et al.*, 1999).

Malgré les progrès remarquables observés dans certains pays comme l'Ouganda dans le cadre de prévention de la transmission de l'infection à VIH, l'épidémie continue de progresser dans la plupart des pays africains, principalement en Afrique subsaharienne.

Le Burkina Faso est à ce jour le troisième pays le plus atteint en Afrique occidentale après la Côte d'Ivoire et le Togo avec un taux de 7,17 % au niveau de la population générale (Comité National de Lutte contre le SIDA et les MST, 1999 ; BISSAGNÉ *et al.*, 1999).

De 1997 à 1999, 413 malades infectés par le VIH sur 674 hospitalisés testés ont été dépistés dans le service de Pneumologie du Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo. Aujourd'hui, la place des antiretroviraux (ARV) dans la prise en charge des malades infectés par le VIH n'est plus à démontrer. Aussi, les premières thérapies ARV ont été prescrites à partir de septembre 1998 dans le service de Pneumo-Phtisiologie.

Ce travail vise ainsi à évaluer les difficultés et les avantages des traitements ARV dans nos conditions d'exercice afin de tirer les enseignements.

## Matériel et méthode

### Lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de pneumo-phtisiologie du Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

### Type d'étude et durée

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur des malades hospitalisés ou reçus en consultation externe de septembre 1998 à janvier 2000.

### Matériel

#### Critère d'inclusion

Les malades inclus dans l'étude devraient être séropositifs pour le VIH, disposer d'une numération CD4 et avoir débuté le traitement ARV (le bilan paraclinique et le traitement étaient à la charge du patient).

#### Critère d'exclusion

Tous les malades séropositifs pour le VIH n'ayant pas été mis sous ARV ont été exclus de l'étude.

#### Données recueillies

Chez les patients, la classification CDC OMS 1993 de l'infection à VIH a été utilisée pour déterminer le stade évolutif de la maladie chez les patients.

La variation des CD4 a été le seul critère d'appréciation de l'efficacité du traitement chez les patients (test effectué avant le début du traitement et tous les 3 mois pendant le traitement).

Un bilan biologique comportant un hémogramme, une amylasémie, une azotémie, une créatininémie et un dosage des transaminases sériques a été effectué au début du traitement ARV, au 2<sup>e</sup>, au 3<sup>e</sup> et au 6<sup>e</sup> mois.

## Résultats

### Données épidémiologiques

#### Place de l'infection VIH dans le service

Pendant la période de l'étude, 248 malades ont été testés dont 156 séropositifs pour le VIH (62,9 %). 34 malades ont été mis sous traitement ARV.

#### L'âge et le sexe

Parmi les malades mis sous traitement, nous avons dénombré 22 hommes et 12 femmes (Ratio = 1,8). 10 patients (29,4 %) avaient entre 20 et 35 ans. 21 patients (61,8 %) avaient entre 36 et 50 ans. 3 patients (8,8 %) étaient âgés de plus de 50 ans.

La moyenne d'âge des patients était de 40 ans avec des extrêmes de 25 et 60 ans. L'âge modal était de 38 ans. Au total 91,2 % des patients avaient entre 20 et 50 ans.

#### Résidence et profession

Au total, 23 (67,6 %) patients résidaient à Ouagadougou et 11 (32,4 %) hors de la capitale.

Notre échantillon était composé de 15 fonctionnaires (44,1 %) ; 10 Opérateurs économiques (29,4 %) ; 1 employé du secteur privé (2,9 %). 7 patients étaient sans emploi (20,7 %) et 1 retraité (2,9 %). La répartition selon la profession et la source de financement du traitement ARV est rapportée au tableau I.

**Tableau I.** Répartition de 34 patients sous ARV selon le profil et selon la profession et la source de financement.

Source de financement	Profession Fonctionnaire	Opérateur économique	Employé du privé	Sans emploi	Retraité	Total
Malade lui-même	10	7	0	0	1	18
Parents	4	3	1	7	0	15
Aide extérieure	1	0	0	0	0	1
Total	15	10	1	7	1	34

### Aspects cliniques

Nous avons dénombré 11 patients de classe B (32,3 %) dont 1 en B1 ; 5 en B2 et 5 autres en B3. 24 patients étaient de classe C (67,7 %) dont 1 en C1, 1 en C2 et 21 en C3. 26 patients (76,5 %) ont été mis sous bithérapie et le reste sous trithérapie comportant un inhibiteur de protéase.

Le premier contrôle du taux de CD4 après trois mois de thérapie ARV a été honoré par 16 patients et 1 seul malade a pu honorer le second contrôle après six mois de traitement.

Au cours du traitement, les troubles biologiques constatés avant le début, avaient régressé progressivement (tableau II) ; cependant deux patients avaient bénéficié d'une transfusion sanguine avant le début du traitement.

**Tableau II.** Répartition de 26 malades sous ARV selon l'évolution des troubles biologiques.

Contrôles	Avant traitement	Premier contrôle	Deuxième contrôle
<b>Troubles biologiques</b>			
Hématologique	18	8	1
Rénaux	1	0	0
Hépatiques	5	4	0
Pancréatiques	2	3	0

### Contraintes et avantages des traitements ARV

Parmi les patients sous ARV, 18 finançaient eux-mêmes leur traitement, 15 étaient traités au frais de leurs parents et 1 seul traité par une aide extérieure.

Au premier contrôle, on avait noté une augmentation d'au moins 350 % du taux de CD4 pour la bithérapie et d'au moins 700 % pour la trithérapie.

Le suivi des malades a révélé, seize mois après le début de l'étude, que seule la moitié de la population étudiée (17/34), était toujours sous traitement ; l'autre moitié se répartissait de la manière suivante : 5 cas de décès, 3 cas d'abandons et 9 cas de perdus de vue.

Il était ressorti que tous les trois cas d'abandons étaient de causes économiques et que des 17 malades qui poursuivent toujours leur traitement, 16 étaient réguliers et 1 irrégulier.

### Commentaire

Notre étude a relevé une séroprévalence VIH de 62,5 % dans le service soit un rapport de 2,5 en une décennie par rapport au taux de 25 % observé dans le même service en 1989 (YAMÉOGO, 1989).

La frange la plus jeune et la plus active de la population, est aussi la plus touchée par l'infection à VIH (91,2 % des patients VIH séropositifs avaient entre 20-50 ans) ; ceci est conforme aux données de l'ONU-SIDA créant ainsi un grand préjudice considérable pour les pays en développement qui sont les plus touchés.

L'accessibilité de la population aux ARV sur le plan géographique est très limitée car seule Ouagadougou et Bobo-Dioulasso disposent de points de vente.

Le coût mensuel du traitement y compris les examens biologiques réalisés trimestriellement et hormis le traitement des affections est généralement prohibitif ; seuls les fonctionnaires et les opérateurs économiques ont la capacité de payer les ARV (73,5 % de l'ensemble de la population de l'étude).

61,9 % des malades sont classés en C3 suivant la classification de l'OMS-CDC 93 ; cette situation est due à leur refus de dépistage précoce qui peut s'expliquer par deux raisons :

- d'une part parce que le SIDA est perçu comme une affection tabou ; on a peur de se savoir atteint, peur que les autres sachent qu'on est atteint, peur de se faire abandonner par ses parents dans une Afrique où, la vie en communauté est essentielle pour l'individu.
- d'autre part le SIDA est perçu dans nos conditions d'exercice comme étant une affection létale à 100 % à plus ou moins longue échéance et le coût de traitement ARV « hors de porté ». La prise en charge est très souvent limitée à la prévention et traitement des affections opportunistes. On a alors peur de se savoir atteint sans avoir les moyens financiers d'y faire face, ou tout simplement peur de mourir si tôt, si jeune. Ce dépistage tardif entraîne un retard dans la prise en charge des pathologies opportunistes aggravant ainsi l'état des malades. Ainsi la survie des patients infectés par le VIH serait moitié moindre que dans les pays industrialisés (MALKIN, 1996).

26 patients (76,5 %) étaient mis sous bithérapie et le reste sous trithérapie comportant un inhibiteur de protéase (IP) selon le pouvoir d'achat du patient en l'absence de traitement anti tuberculeux en cours.

En effet, certains de nos malades étaient tuberculeux et mis sous traitement antituberculeux qui comprend entre autre la rifampicine pendant les deux premiers mois. L'interaction entre les IP et la rifampicine impose une thérapie ARV excluant les IP bien que Larouzé (LAROUZÉ *et al.*, 1997) suggère d'abord le contrôle de la tuberculose avant l'institution des antiretroviraux. Cependant, il faut prendre en compte l'attitude du malade vis-à-vis de la maladie VIH, son désir d'ingérer encore plus de comprimés, de l'état fonctionnel du foie, de la diarrhée qui peut générer l'absorption des médicaments, des nausées qui gênent leur prise (KERNBAUM, 1996). Aussi certains auteurs s'abstiennent de débiter un traitement lorsqu'il existe au préalable deux infections opportunistes.

L'institution précoce de la thérapie ARV a permis une amélioration rapide de nos malades, même dans certains cas d'altération importante de l'état général.

La décision de mettre le patient sous thérapie ARV et le choix de schéma n'ont pas tenu compte du taux des CD4 et de la charge virale comme l'ont préconisé plusieurs auteurs (MECHALI et KERNBAUM, 1996 ; LAROUZÉ *et al.*, 1997), mais plutôt du taux de CD4 pour la décision et du pouvoir d'achat du malade pour le choix du schéma, en l'absence de subvention.

Le seul élément de suivi des patients était le taux de CD4 ; nous avons constaté une évolution par rapport aux taux initiaux, d'au moins 350 % pour la bithérapie et d'au moins 700 % pour la trithérapie avec ou sans IP d'où l'intérêt de la trithérapie qui limite le problème de résistance plus important pour la bithérapie (CLAVEL, 1996 ; TAMALET *et al.*, 1997 ; CALVEZ, 1998).

Nous avons noté une régression progressive des différents troubles biologiques au cours du traitement avec cependant une transfusion préalable dans les cas d'anémies sévères.

Un an et demi après le début de la mise sous thérapie ARV de nos patients, seuls 50 % (17/34) étaient toujours sous traitement.

35,3 % étaient défailants, soit perdus de vue ou par abandon du traitement, ce qui pose encore le problème de pouvoir économique et la nécessité de counselling plus adapté en faveur des patients afin de s'assurer de la pérennité des traitement ARV institués.

## Conclusion

La séroprévalence VIH ne cesse de croître et avec elle le nombre de cas de SIDA hospitalisés. Il ressort de cette étude une consultation tardive des malades et une efficacité démontrée des ARV, en particulier la trithérapie.

Face à l'inaccessibilité financière dans les pays en développement pour l'acquisition des ARV, on devrait mettre l'accent sur le dépistage précoce et la prise en charge des affections opportunistes nonobstant les entraves socio-culturelles.

Cependant, un effort mondial devrait être fait pour mettre à la disposition des populations des pays en développement des ARV et des examens complémentaires à coût raisonnable.

## Références bibliographiques

- BISSAGNENÉ D., DIÉ-KACOU H., AOUSSI EBA F., COULIBALY G., 1999.** Guide diagnostique et thérapeutique de l'infection à VIH en Afrique. Édition GUT : 133 p.
- Comité National de Lutte Contre le SIDA et les MST, 1999.** Situation épidémiologique du VIH et des MST au Burkina Faso au 30 juin 1998. DMP/SPCNL-SIDA-MST.
- CALVEZ V.** Les résistances aux traitements antirétroviraux, 1998. La presse médicale ; 27 : 1660-1.
- CLAVEL F., 1996.** Contraintes et limites de la résistance du VIH aux antirétroviraux. Sidalerte ; 53 : 18.
- DELFRAISSY J.F. ET COLL, 1999.** Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Flammarion Médecine – Sciences : 231 p.
- MALKIN J-E., 1996.** In prise en charge clinique de l'infection HIV en Afrique. Médecine-Sciences. Flammarion : 230-4.
- LAROUZÉ B. , AHOUANTO A., COULAND J. P., 1998.** Initiative Internationale « in Place des antirétroviraux dans la prise en charge de sujets infectés par le VIH en Afrique Subsaharienne. ANRS Informations (Ministère Français de la Coopération) : 31-5.
- KERNBAUM S., 1996.** In infections à mycobactéries. Médecine-Sciences. Flammarion : 202-6.
- MECHALI D., KERNBAUM S., 1996.** In quand débiter un traitement antirétroviral ? Médecine-Sciences. Flammarion : 271-3.
- TAMALET C., YAHY N., KOCH N., 1997.** Résistance aux antirétroviraux, 1997. Méd Trop. ; 57 : 121-6.