

INFECTION A VIH EN CHIRURGIE GENERALE

D. SANO *, J. G. OUANGO **, S. HIEN, *
A. WANDAOGO*, S. S. TRAORE *,
E. BANDRE *, E. NACOUлма *, J. TESTA, ***
R. B. SOUDRE *, A. SANOU *

RESUME

Les auteurs analysent les affections associées au VIH aux plans épidémiologique et clinique, et identifient celles qui ont motivées le plus souvent l'hospitalisation des séropositifs en Chirurgie Générale et Digestive au Centre Hospitalier National de Ouagadougou (CHN/Y.O.). Ce travail se propose de guider les chirurgiens dans la prise en charge des séropositifs afin de minimiser les risques de contamination du personnel. L'étude révèle une forte prévalence de la pathologie infectieuse chirurgicale : Les abcès dominés par l'abcès du foie; les péritonites; les myosites; les phlegmons; les fistules anales. La durée moyenne du séjour hospitalier est de 31 jours chez les séropositifs contre 26 jours pour le groupe des séronégatifs. Mortalité 9% chez les séropositifs, 4% dans le groupe des séronégatifs.

Mots-clés : *VIH - chirurgie générale - Ouagadougou, Burkina Faso*

VIH INFECTION IN GENERAL SURGERY

ABSTRACT

Authors done an epidemiologic and clinic analysis of affections associated with VIH infection and identify those motivated seropositive's hospitalisation. This study show the importance of infectious pathology: Liver abces; peritonitis; myositis and anal fistula.

We registered 9% seropositive's mortality and 4% in seronegative's group.

Key-words : *VIH - surgery - cases report - Ouagadougou, Burkina Faso.*

* Clinique chirurgicale du CHU "Yalgado OUEDRAOGO" 01 B.P. 7022 Ouagadougou 01, Burkina Faso.

** Membre du Comité National de Lutte Contre le Sida..

*** Service de l'Information Médicale (S.I.M.); département de Santé Publique.

INTRODUCTION

La progression rapide et explosive de l'épidémie du sida en Afrique ne peut laisser indifférent le monde chirurgical.

La prise en charge en Chirurgie des patients séropositifs comporte des risques non négligeables pour les chirurgiens et pour l'ensemble du personnel de la santé.

Une étude prospective a été initiée dans le but d'identifier les affections fréquemment associées au VIH en chirurgie générale et Digestive: Pour une meilleure orientation diagnostique et thérapeutique mais surtout pour la prévention des risques de contamination du personnel de santé.

PATIENTS ET MÉTHODE

Cette étude prospective a été réalisée dans le service de chirurgie générale et digestive du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO de 1989 à 1994 pour identifier les patients infectés par le VIH ainsi que les types de pathologies qu'ils présentent.

Un test de dépistage (ELISA) du VIH a été demandé chez les patients hospitalisés pendant la période d'étude et présentant au moins un des signes ou affections suivants: Fièvre, amaigrissement, diarrhée, abcès (abcès du foie), adénopathie, myosite, toux chronique, mycose digestive, fistule anale, dermatose, zona.

Une confirmation (WESTERN BLOT) de la séropositivité est demandée lorsque le test de dépistage est positif.

Cette étude porte sur tous les patients ayant été testés.

Biais et limite de la méthode

- l'échantillon est ciblé et ne peut par conséquent pas donner la prévalence réelle du VIH dans notre service;
- nos critères ignorent les séropositifs asymptomatiques;
- l'étude concerne uniquement les malades hospitalisés. Or, la majorité des séropositifs reconnus en consultation externe ne sont pas hospitalisés, ils sont traités en ambulatoire.

RÉSULTATS

Répartition des cas selon le diagnostic d'entrée

La situation d'urgence a motivé l'hospitalisation dans 62% des cas.

Chez les séropositifs, l'abcès du foie vient en tête avec 15%, les autres localisations de l'abcès 13%, les péritonites 12%, les myosites 8.3%, les tumeurs 7.7%, les fistules anales 2.5%. Les diagnostics d'entrée sont récapitulés dans le tableau I.

Tableau I.- Diagnostics d'entrée

	SEROPOSITIFS (n = 155) %	SERONEGATIFS (n = 100) %
Abcès	12.9	6
Abcès du foie	14.8	7
Péritonites	12.2	11
Appendicite	5.1	8
Myosite	8.3	3
Tumeurs	7.7	15
Phlegmon	5.9	4
Hernies	6.4	18
Fistule anale	2.5	1
Plaies chroniques	1.2	5
Occlusion Intestinale aiguë	1.9	10
Hémorroïdes	1.9	2
Autres	20.5	10
TOTAL	100	100

Répartition des cas selon l'âge et le sexe

Notre série comporte 99 femmes et 156 hommes, soit un sex ratio de 1.5.

L'âge moyen est de 34 ans, avec des extrêmes de 7 et 71 ans.

Deux cent cinquante cinq patients ont été testés, 155 étaient séropositifs, 100 séronégatifs.

Fig.1 - Répartition des cas selon le statut sérologique

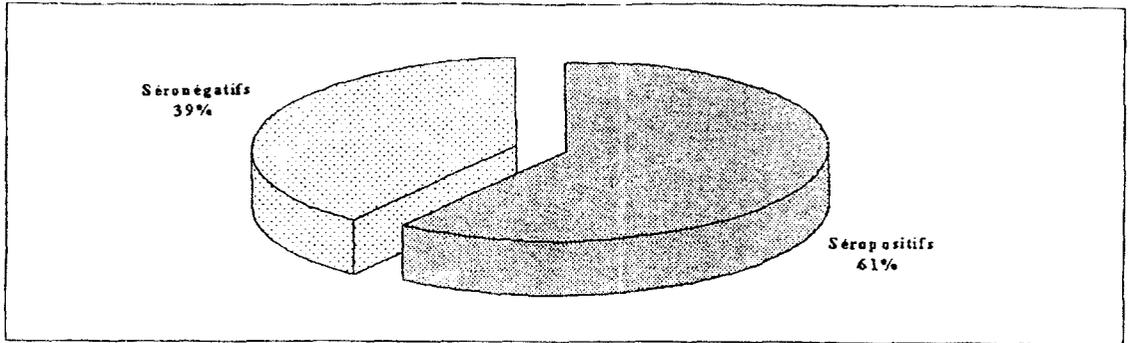
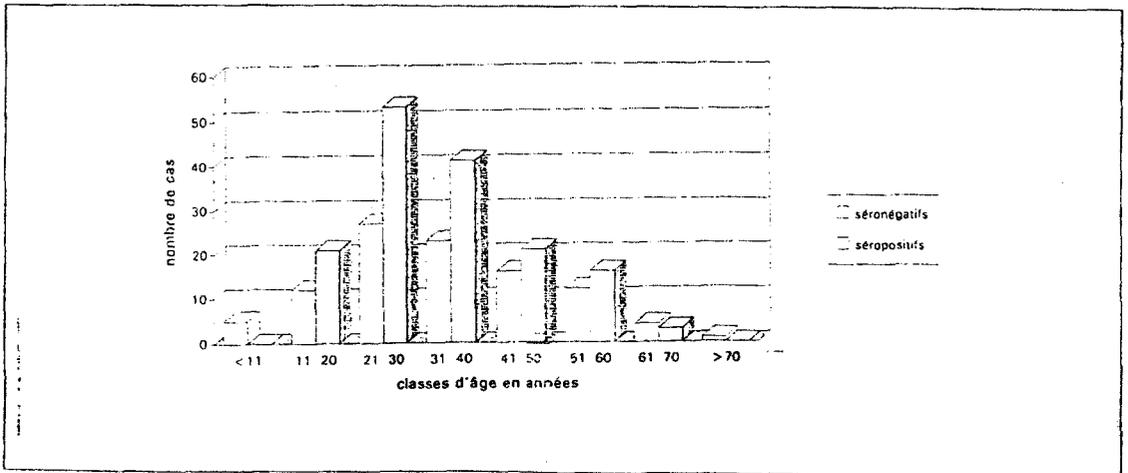


Fig. 2 - Répartition des cas par classes d'âge et par statut sérologique



Elle montre une forte prévalence de l'infection à VIH pendant les 2e, 3e, et 4e décennies de la vie, avec un maxima entre 21 et 30 ans.

Avant l'âge de 20 ans, 76% des patients sont de sexe féminin; elles ne représentent plus que 40% entre 21 et 30 ans.

Fréquence des signes et affections ayant motivés la demande du test

Résumés dans le tableau n°II par ordre de fréquence, les signes et affections suivants ont motivé le test au VIH dans notre étude.

Tableau II : fréquence des signes et affections ayant motivé le test

N°	SIGNES et AFFECTIONS	FREQUENCE
1	amaigrissement	202
2	hyperthermie	172
3	diarrhée	98
4	adénopathie	47
5	abcès	41
6	abcès du foie	32
7	myosite	23
8	mycose digestive	16
9	toux chronique	11
10	Fistule anale	4
11	dermatose	4
12	zona	1

Tableau III : valeur prédictive positive (VPP) des signes ayant motivé le test au VIH

N°	SIGNES et AFFECTIONS	VPP
1	Zona	100
2	Toux chronique	90.9
3	Hyperthermie	80.9
4	Abcès du foie	78.1
5	Fistule anale	75
6	Dermatose	75
7	Mycose digestive	68.7
8	Abcès	68.2
9	Myosite	60.8
10	Amaigrissement	59.9
11	Diarrhée	46.9
12	Adénopathie	44.6

Suites opératoires

Au cours de leur hospitalisation, 81% des patients ont bénéficié d'une intervention chirurgicale dont 38.1% de séronégatifs et 61.8% de séropositifs. Chez ces derniers nous avons noté des suites opératoires simples dans 20.5% des cas, la guérison intervenant moins de dix jours après l'intervention; la suppuration de la plaie opératoire a concerné 53.2% des patients dont 2.2% de fistule stercorale; une asthénie associée à l'anémie dans 10% des cas; une hyperthermie rebelle dans 15%; une diarrhée dans 0.7% des cas.

L'analyse du groupe des séronégatifs trouve des suites simples dans 50% des cas; une hyperthermie dans 8% des cas; la sepsis dans 36% des cas ; une anémie dans 3% des cas; une fistule stercorale 2% des cas et enfin la diarrhée dans 1% des cas.

Tableau IV . Les suites opératoires

SUITES OPÉRATOIRES	SEROPOSITIFS	SERONEGATIFS
	(n=155) %	(n=100) %
Suites simples	20.5	50
Hyperthermie	15	8
Suppuration	51	36
Fistule stercorale	2.2	2
Asthénie + anémie	10	3
Diarrhée	0.7	1
TOTAL	100	100

Mode de sortie

A leur sortie, 50% les séropositifs étaient guéris de la cause de leur hospitalisation en chirurgie ; trois patients ont été transférés en médecine; dans 39% des cas le patient est parti en signant une décharge ou, s'est évadé.

Chez les séronégatifs, 74% étaient guéris à leur sortie; 22% sont sortis soit à leur demande, soit avec une recommandation de soins en ambulatoire.

Nous avons enregistré 9% de décès (soit 14 cas), dont dix dans les suites opératoires dans le groupe des séropositifs contre 4% dans le groupe des séronégatifs.

Enfin, la durée moyenne du séjour hospitalier est de 31 jours chez les séropositifs et 26 jours dans le groupe des séronégatifs.

COMMENTAIRES

La prédominance masculine (sex ratio = 1.5) est un phénomène fréquent, rencontré dans différents travaux antérieurs réalisés dans notre service. Serait-il simplement l'expression du faible accès des femmes aux structures sanitaires ? En tout cas, l'infection à VIH intéresse les deux sexes avec une forte prévalence dans la classe d'âge de 21-30 ans. Une étude réalisée à Bobo-Dioulasso en 1993, sur une population d'enfants sévèrement malnourris, établit la prévalence de l'infection à VIH chez les enfants âgés de plus de 12 mois à 13.8% (TALL *et al.*, 1993).

L'amaigrissement récent, la fièvre à long court, la diarrhée, une dermatose, le zona, une candidose digestive haute, une polyadénopathie nous ont amenés à tester la plupart de nos patients. Il est classique en pareille situation de rechercher une infection au VIH. Les troubles hépatiques sont fréquents chez les sidéens (KERNBAUM, 1992 ; PETER *et al.*, 1993). Dans notre série, les abcès en particulier ceux du foie, les myosites et les fistules anales possèdent une valeur prédictive élevée (61 à 78%). Il est donc raisonnable devant ces affections de proposer un test de dépistage du VIH.

La situation d'urgence a constitué le mode d'entrée pour 62 % de patients

Les suppurations constituent le principal motif de consultation des séropositifs en chirurgie générale: elles sont dominées par les abcès (27.7%). Viennent ensuite les myosites (8%), les phlegmons (6%). Ces infections chirurgicales sont d'observation courante dans notre pratique. Leur traitement est habituellement effectuée dans des conditions précaires et dans l'ambiance besogneuse des services d'urgence. Cependant elles nous semblent plus courantes chez les séropositifs. On peut alors s'interroger sur les risques encourus par le personnel de santé dans la prise en charge de tels patients.

Il ressort d'une étude Américaine que le risque de contamination du chirurgien se situe entre 0.2 et 0.3% (BAHUAUD, 1993) après piqure pendant un acte opératoire. Le CDC signalait en 1993, 1500 contaminations professionnelles aux U.S.A. (300 chirurgiens et 1200 dentistes).

Si la prévalence de séropositivité VIH du personnel de santé est estimée aux U.S.A. à 0.2% (BAHUAUD, 1993), plus près de nous, à Kinshasa en 1989, dans des conditions d'exercice similaires aux nôtres, cette prévalence est estimée à 8.08% (WILSON *et al.*, 1989).

Ces chiffres doivent inciter le personnel chirurgical à plus de prudence. Il faut se protéger car les chiffres sont sans nul doute sous estimés. Il faut :

- Revoir les équipements, les stratégies et les indications.
- Respecter les règles élémentaires de séparation du propre et du sale.
- Éviter les gestes dangereux notamment en urgence où les piqures accidentelles sont les plus fréquentes.
- Conseiller le port de lunettes de façon systématique pendant les interventions.
- Le port de gants spéciaux est conseillé en chirurgie lourde.

La prise de conscience du risque de contamination par le VIH doit être une évidence. Ce risque augmente avec la prévalence de l'infection dans la population générale [2]. Les moyens de protection existent et sont insuffisants voir inexistant dans notre situation.

CONCLUSION

L'identification des affections fréquemment associées au VIH en chirurgie a une grande importance dans notre pratique hospitalière. Il est classique de demander un test de dépistage VIH chez les patients amaigris et fébriles, présentant des épisodes de diarrhée. Notre étude révèle une valeur prédictive positive élevée dans les suppurations: les abcès en particulier les abcès du foie, les myosites, les phlegmons, les fistules anales.

Il nous paraît donc raisonnable devant ces affections, de proposer un test de dépistage du VIH.

BIBLIOGRAPHIE

BAHUAUD J.

1993, *VIH et Chirurgie. Sidalerte*, 24, 15-17.

KERNBAUM S.

Le praticien face au Sida

1992, Flammarion, édit., Paris, 109-113.

**PETER P., BILA M.K., ELIZABETH N, NGUGI, JONATHAN M. M., ROBERT C.,
RUDOLPH W.**

1993, *Le Sida en Afrique manuel du praticien, Genève*, 21-45.

TALL F. ; NACRO B.; SANOU Th.

1993, *Infection à VIH et malnutrition sévère: Une étude clinique et épidémiologie au Burkina Faso. Sidalerte*, 24, 25.

**WILSON SE; ROBINSON G.; WILLIAMS RA; STABILE BE.; CONE L.; MILLER DR.;
PASSERO E.JR.**

1989, *Le Sida, morbidité et mortalité Ann. Surg.*, 210, 428-33.