

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES PATIENTS INFECTES PAR LE VIH SOUS TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL A KISANGANI, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO.

Epidemiological, Clinical And Therapeutic Profile Of Hiv-Infected Patients On Antiretroviral Treatment In Kisangani, Democratic Republic Of Congo.

Ossinga Bassandja^{1*}, Issa Yakusu¹, Berry Bongonya², Erick Kamangu^{2,3}, Teke Apalata⁴.

¹Département de Médecine Interne, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université de Kisangani, République Démocratique du Congo ; ²Groupe de Recherche « Focus VIH/SIDA », Kinshasa, République Démocratique du Congo ; ³Service de Biologie Moléculaire, Département des Sciences de Base, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo ; ⁴Service de Microbiologie et Prévention de l'infection, Faculté des Sciences de la Santé, Université Walter Sisulu, Afrique du Sud

*E-mail: jacquesossinga@gmail.com

RESUME

Matériel et méthode : Il s'est agi d'une étude transversale et descriptive à collecte rétrospective menée du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2021 à Kisangani portant sur les patients infectés par le VIH. Les données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques des patients ont été enregistrées et analysées. **Résultats :** Au total 124 patients ont été identifiés, dont 71% des sujets de sexe féminin. La majorité était âgée de 26-35 ans, de sexe féminin et sans emploi. Le dépistage et le conseil initié par le prestataire était la circonstance de découverte la plus fréquente du diagnostic de l'infection à VIH (56,4%). L'amaigrissement (48,4%), la fièvre (40,3%) et la toux (37,9%), étaient les principales manifestations cliniques retrouvées chez les patients. Lors la découverte de l'infection par le VIH, la majorité des patients était dans la catégorie C au stade III de la maladie selon la classification de CDC de 1993. Les antécédents les plus fréquemment rencontrés étaient les infections sexuellement transmissibles (22,6%) et la tuberculose (14,5%). L'infection par le VIH affecte principalement des adultes jeunes, de sexe féminin, mariés, sans profession, résidents en milieu urbain, de niveau d'étude secondaire et qui consultent les formations sanitaires au stade avancé de la maladie. **Conclusion :** La sensibilisation de la population (ciblant surtout les jeunes) et le recours précoce au dépistage pourraient améliorer cette situation. **Mots clés :** Clinique, épidémiologie, thérapeutique, VIH/SIDA, Kisangani-RDC.

ABSTRACT

Material and method: This was a cross-sectional and descriptive study with retrospective collection conducted from 1 January 2020 to 31 December 2021 in Kisangani on HIV-infected patients. Sociodemographic, clinical and therapeutic data of patients were recorded and analyzed. **Results:** A total of 124 patients were identified, 71% of whom were females. The majority were aged 26-35, female and unemployed. Provider-initiated testing and counselling was the most common circumstance of discovery of HIV diagnosis (56.4%). Weight loss (48.4%), fever (40.3%) and cough (37.9%) were the main clinical manifestations found in patients. At the time of the discovery of HIV infection, the majority of patients were in category C at stage III of the disease according to the 1993 CDC classification. The most frequently encountered antecedents were sexually transmitted infections (22.6%) and tuberculosis (14.5%). HIV infection mainly affects young adults, females, married, unemployed, urban residents, secondary school and who consult health facilities at the advanced stage of the disease. **Conclusion:** Public awareness (targeting especially youth) and early use of screening could improve this situation. **Keywords:** Clinical, epidemiology, therapeutics, HIV/AIDS, Kisangani-DRC.

INTRODUCTION

L'Infection au Virus de l'immunodéficience Humaine (VIH) et le Syndrome Immuno-Déficience Acquis (SIDA) sont encore un problème majeur de santé publique dans le monde. D'après le rapport de l'Organisation des Nations Unies de lutte contre le VIH/SIDA (ONUSIDA) de 2020, il y avait 37,7 millions des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde, dont 1,5 millions nouvellement infectées. Près de 680 000 personnes sont décédées de maladies liées au SIDA au cours de la même année [1]. L'Afrique subsaharienne est la zone du Monde la plus touchée par l'épidémie du VIH/SIDA, avec 22,5 millions de

personnes infectées et 1,3 millions de décès en 2009 [2]. Elle est une cause importante de morbi-mortalité en Afrique subsaharienne.

La République Démocratique du Congo (RDC) connaît une épidémie de VIH de type généralisé, la prévalence de l'infection dans la population générale étant estimée à 1,2% [3]. La prévalence du VIH est trois fois plus importante chez les femmes de 15-49 ans (1,6%) que chez les hommes du même âge (0,6%). Le nombre des PVVIH était estimé à 516617, parmi lesquels les adultes représentent près de 88%. Les nouvelles infections étaient estimées à 18757 en 2017

dont 5855 (31%) chez les enfants de moins de 15 ans [5]. Plusieurs études ont déjà été réalisées sur les aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutifs des patients infectés par le VIH dans la région de l'Afrique subsaharienne [5-9]. Cependant, il existe peu de données sur ce sujet à Kisangani-RDC. Raison pour laquelle la présente étude est menée et se propose comme objectif de décrire le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des patients infectés par le VIH sous traitement antirétroviral à Kisangani en vue d'améliorer leur prise en charge.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive à collecte rétrospective menée du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2021 à Kisangani, ville située au Nord-Est de la RD Congo. Les données ont été collectées dans trois structures sanitaires tirées de façon aléatoire parmi l'ensemble des structures où sont pris en charge les PVVIH dans la ville de Kisangani. Il s'agit des structures suivantes : Hôpital Général de Référence de Makiso/Kisangani, Hôpital Général de Référence de la Tshopo, Centre Santé de Référence ALWALEED.

La population d'étude était constituée de tous les patients adultes âgés de 18 ans lors de l'inclusion, infectés par le VIH mis sous TARV suivis en consultation externe ou en hospitalisation. L'échantillon choisi était non probabiliste et exhaustif pour maximiser l'importance des informations recueillies.

Les informations ont été recueillies dans les fiches de collecte fournies par le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS) ainsi que dans les registres des laboratoires, conformément aux principes d'Helsinki. Les données utilisées étaient anonymes.

Pour chaque enquêté, les variables d'intérêt retenues dans cette étude étaient les suivantes : les données sociodémographiques (âge, sexe, statut marital, profession, lieu de résidence niveau d'étude), les données cliniques (les raisons du dépistage, les symptômes cliniques, le stade clinique de la maladie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les infections et affections opportunistes précédant la mise sous TARV) et les données thérapeutiques (les molécules antirétrovirales utilisées en RDC).

Les données recueillies relatives aux paramètres étudiés ont été regroupées et présentées à travers des tableaux de fréquence. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Excel version 2010. Une autorisation a été obtenue auprès des autorités provinciales de la santé avant d'initier cette étude.

RESULTATS

Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés : Il ressort de ces données que la

majorité des patients était jeune, 33,9% étaient âgés de 26-35 ans, de sexe féminin (71%), mariée (40,3%), sans profession (28,2%), résident en milieu urbain (96,8%) et de niveau d'étude secondaire (72,6%). Les données ci-haut sont présentées dans le tableau I.

Données cliniques: Cette étude montre que le dépistage et le conseil initié par le prestataire était la circonstance de découverte la plus fréquente du diagnostic de l'infection à VIH (56,4%). L'amaigrissement (48,4%), la fièvre (40,3%) et la toux (37,9%), étaient les principales manifestations cliniques retrouvées chez les patients. Au moment de la découverte de l'infection par le VIH, la majorité des patients était dans la catégorie C (64,5%) selon la classification de CDC de 1993 et 52,4% des cas étaient au stade III de la maladie selon l'OMS. Les infections sexuellement transmissibles (22,6%) et la tuberculose (14,5%) étaient les antécédents les plus fréquemment retrouvés parmi les patients. Toutes ces données ci-haut sont présentées dans le tableau II.

Régime thérapeutique: Dans cette série, le schéma thérapeutique de première ligne le plus utilisé était la combinaison Ténofovir-Lamivudine-Dolutégravir (99,2%).

DISCUSSION

Cette étude, la première à être réalisée à Kisangani, apporte des informations sur l'épidémiologie, la clinique et la thérapeutique des patients infectés par le VIH sous traitement antirétroviral.

Le profil sociodémographique de ce travail montre que la majorité des enquêtés était jeune, de sexe féminin, mariés, sans profession, résidents en milieu urbain et de niveau d'étude secondaire. Ces résultats sont similaires à ceux des études antérieures menées [5, 9, 10]. Il apparaît dans cette étude que les sujets de sexe féminin étaient plus affectés que ceux de sexe masculin à cause de sa vulnérabilité biologique et socio-économique (polygamie et pauvreté, mariage précoce, faible fréquentation des écoles, pratique de l'excision dans certaines régions,...). Ces données corroborent celles de différentes études de la littérature [5-11].

Au plan clinique, le dépistage et le conseil initié par le prestataire était la circonstance de découverte la plus fréquente du diagnostic de l'infection à VIH dans notre milieu. Des études antérieures menées ont trouvé des résultats similaires [5-9]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le personnel soignant est bien formé sur la prise en charge de l'infection par le VIH et propose le test de dépistage devant tout tableau clinique évocateur de la maladie. Les manifestations cliniques retrouvées chez les patients dans cette série sont celles décrites classiquement dans la littérature sur le VIH [8]. Dans la présente étude, les principales

manifestations cliniques rencontrées chez les patients étaient l'amaigrissement, la fièvre et la toux avec respectivement 48,4% ; 40,3% ; 37,9%. Chez différents auteurs, les mêmes manifestations ont été documentées mais dans des proportions différentes [5, 8, 9]. Cette étude démontre que la majorité des patients était dans la catégorie C (64,5%) selon la classification de CDC (1993) et au stade III de la maladie au moment de la découverte de l'infection par le VIH selon la classification de l'OMS. Des observations similaires ont été faites en général sur le dépistage tardif et la prise en charge différée des PVVIH en RDC [5, 6, 8, 9].

Concernant les antécédents, les infections sexuellement transmissibles (22,6%) et la tuberculose (14,5%) étaient les plus observés parmi les patients. La transmission de l'infection par le VIH reste essentiellement par voie sexuelle à Kisangani et en RDC en général, cela dans 80 à 90% des cas [12]. Ces antécédents sont aussi retrouvés dans différentes études à des prévalences différentes [5, 6, 8, 9, 13].

A propos du traitement antirétroviral, le régime thérapeutique fait de la combinaison Ténofovir-Lamivudine-Dolutégravir (99,2%) comprenait la quasi-totalité des patients. La RDC a opté récemment pour l'utilisation du Dolutégravir en première ligne en remplacement de l'Éfavirenz selon un rythme progressif et dynamique conformément aux recommandations de l'OMS [12]. En effet, des études réalisées dans certains pays africains ont montré que cette molécule était efficace, bien tolérée et avait une barrière génétique élevée aux résistances [12]. L'application du protocole thérapeutique par les prestataires impliqués dans la prise en charge des PVVIH semble être bien respectée dans notre milieu. Ces données confirment la littérature sur l'usage des ARV dans notre milieu [14].

CONCLUSION

Les résultats de cette étude montrent que l'infection par le VIH affecte principalement des adultes jeunes, de sexe féminin, mariés, sans profession, résidents en milieu urbain, de niveau d'étude secondaire et qui consultent les formations sanitaires au stade avancé de la maladie. La sensibilisation de la population (ciblant surtout les jeunes) et le recours précoce au dépistage pourraient améliorer cette situation.

REFERENCES

1. UNAIDS. Fiche d'information. Statistiques mondiales sur le VIH. Disponible à partir de : URL : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf.
2. ONUSIDA (2010) Sida – Feuilles de résultats. Vue d'ensemble: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA, 2010, 52 pp.
3. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité et Ministère de la Santé Publique, République Démocratique du Congo. Enquête Démographique et de Santé 2013-2014 (EDS 2013-2014). Rapport 2014. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/HF55/HF55.pdf>.
4. Ministère de la Santé Publique, République Démocratique du Congo. Plan stratégique sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA 2018-2019. 2018
5. Kautako-Kiambi M, Aloni-Ntetani M, Pululu P, Luyinduladio L, Ezinga-Atshitsha F, Lema-Landu P. Profil sociodémographique, biologique et clinique de patients suivis dans un Centre de conseil et dépistage volontaire du VIH en zone rurale dans la province du Bas-Congo (RDC) 2006–2011. Bull. Soc. Pathol. Exot. 2013 ; 106:180.
6. Kamangu EN, Bulanda BI, Bongenia BI, Botomwito HT, Mvumbi GL, De Mol P, Vaira D, Hayette MP and Kalala RL. Virological Profile of Patients Infected with HIV Starting Antiretroviral Treatment in Kinshasa. Open Access Library Journal. 2015, 2: e1564. <http://dx.doi.org/10.4236/oalib.1101564>
7. Kamangu EN, Bwiri BB and Mvumbi GL. Clinical and Paraclinical Profile of People Living with Human Immunodeficiency Virus on Second Line Treatment in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. Open Access Library Journal. 2019, 6: e5499. <https://doi.org/10.4236/oalib.1105499>
8. Mbula MMK, Situakibanza HNT, Mananga LG, Longokolo MM, Mandina NM, Mayasi NN, Mbula MM, Bepouka B, Amaela EN, Tshilumba DN, Odio O, Nkodila A, Longo Mbenza B. Profil clinique et biologique des personnes vivant avec le VIH/SIDA suivies dans le Service des Maladies Infectieuses des Cliniques Universitaires de Kinshasa (République Démocratique du Congo). Rev Mali Infect Microbiol 2020, Tome 15: 21-9
9. Buju RT, Akilimali PZ, Kamangu EN, Mesia GK, Kayembe JMN, Situakibanza HN. Predictors of Viral Non-Suppression among Patients Living with HIV under Dolutegravir in Bunia, Democratic Republic of Congo: A Prospective Cohort Study. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2022, 19, 1085. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031085>
10. AIDSInfo. HIV and older adults. <https://aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv/aids/fact-sheets/25/80/hiv-and-older-adults>.
11. Bulanda BI, Kateba ET, Bongenia BI, Kasongo VN, Kingombe MA, Kamangu EN, Sociodemographic and Anthropometric Profile of Positive HIV Patients in Early Traditional Treatment : Ces of the Bonkoko Center. Open Access Library Journal, 5 :e455, 2018
12. Ministère de la Santé Publique, République Démocratique du Congo. Guide de

prise en charge intégrée du VIH en République Démocratique du Congo, Ministère de la santé publique, Programme National de Lutte contre le Sida. Mars 2019.

13. Kamangu NE, Situakibanza NH, Mvumbi LG, Kakudji IL, Tshienda TD, MESIA TG. Profiles of opportunistic infections in people living with HIV followed at the Military Hospital of Kinshasa Reference (Camp Kokolo), DRC. *Retrovirology* 2012 9(Suppl 1):P146.
14. Kamangu EN, Bulanda BI, Mwanaut IM, Makoka SK, Mesia GK. Evaluation of Rational Use of Antiretrovirals before the Dolutegravir Transition in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *World Journal of AIDS*. 2021, 11, 41. <https://doi.org/10.4236/wja.2021.112004>

Tableau I. Données sociodémographiques N = 124

| Age (ans) | n (%) |
|-----------------------------|------------|
| 18-25 | 9 (7,3%) |
| 26-65 | 42 (33,9) |
| 36-45 | 35 (28,2) |
| 46-55 | 16 (12,9) |
| Plus de 55 | 22 (17,7) |
| Sexe | |
| Féminin | 88 (71) |
| Masculin | 36 (29) |
| Statut matrimonial | |
| Marié | 50 (40,3) |
| Célibataire | 32 (25,8) |
| Divorcé | 16 (12,9) |
| Veuf (ve) | 15 (12,1) |
| Union libre | 11 (8,8) |
| Profession | |
| Sans profession | 35 (28,2) |
| Commerçant | 34 (27,4) |
| Enseignant | 9 (7,3) |
| Cultivateur | 4 (3,2) |
| Ouvrier | 2 (1,6) |
| Etudiant | 2 (1,6) |
| Elève | 2 (1,6) |
| Infirmier | 2 (1,6) |
| Policier | 2 (1,6) |
| Autres | 32 (25,8) |
| Milieu résidentiel | |
| Urbain | 120 (96,8) |
| Rural | 4 (3,2) |
| Niveau d'instruction | |
| Analphabète | 2 (1,6) |
| Primaire | 14 (11,3) |
| Secondaire | 90 (72,6) |
| Universitaire | 18 (14,5) |

Autres : Ménagères, Domestiques, Agent de l'Etat, Sentinelle, Creuseur,...

Tableau II. Données cliniques N= 124

| Circonstances de découverte | n(%) |
|---|-----------|
| DCIP* | 70 (56,4) |
| CDV** | 22 (17,7) |
| PTME*** | 2 (1,6) |
| Bilan préopératoire | 1 (0,8) |
| Conjoint VIH positif | 1 (0,8) |
| Enfant VIH positif | 1 (0,8) |
| Autres (Maladies, check up,...) | 22 (21,8) |
| Manifestations cliniques | |
| Amaigrissement | 60 (48,4) |
| Fièvre prolongée | 50 (40,3) |
| Toux prolongée | 47 (37,9) |
| Eruptions cutanées | 22 (17,7) |
| Céphalées | 16 (12,9) |
| Diarrhée chronique | 13 (10,5) |
| Candidose | 8 (6,4) |
| Œdèmes des membres inférieurs | 4 (3,2) |
| Prurit génital | 2 (1,6) |
| Troubles de comportement | 2 (1,6) |
| Stades cliniques | |
| Stade I | 3 (2,4) |
| Stade II | 53 (42,8) |
| Stade III | 65 (52,4) |
| Stade IV | 3 (2,4) |
| Classification CDC de l'OMS | |
| Catégorie A | 3 (2,4%) |
| Catégorie B | 41 (33,1) |
| Catégorie C | 80 (64,5) |
| Antécédents | |
| Infections sexuellement transmissibles | 28 (22,6) |
| Tuberculose | 18 (14,5) |
| Alcoolisme | 12 (9,7) |
| Zona | 10 (8,1) |
| Hospitalisation récente | 8 (6,4) |
| Transfusion antérieure | 4 (3,2) |
| Tabagisme | 2 (1,6) |
| Autres | 70 (56,4) |

*DCIP: Dépistage conseil initié par le prestataire

**CDV: Conseil dépistage volontaire

***PTME: Prévention de la transmission mère-enfant

Autres : Muguet, lymphadénopathie, sarcome de Kaposi, diabète, lésions cutanées, éléphantiasis, pneumopathie, salpingite, anémie, herpès, gastrite, artérite,...