

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARV	: Antirétroviraux
CDD	: Circonstances de Découverte
CDV	: Conseil, Dépistage volontaire
CNLS	: Centre national de lutte contre le SIDA
CTA	: centre de traitement ambulatoire
DLSI	: division de lutte contre le SIDA
EDS- MICS	: Enquête Démographique et de Santé à Indicateur Multiples au Sénégal
HALD	: Hôpital Aristide Le Dantec
IHS	: Institut d'Hygiène Sociale
INH	: Isoniazide
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MSM	: Men who have Sex with Men
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	: Organisation des Nations Unis chargée du Sida
PEC	: prise en charge
PVVIH	: patients vivants avec le VIH
SMIT	: Service des maladies infectieuses et tropicales
TATARSEN	: Tester, Traiter et retenir dans le système au Sénégal
TPHA	: Treponema Pallidum Haemagglutination Assay

UDI : Usagers de drogue Intraveineuses

VDRL : Venereal Disease Research Laboratory

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients suivis dans les cohortes VIH selon l'année d'inclusion.....	8
Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe	9
Figure 3 : Répartition des patients selon la situation matrimoniale	12
Figure 4 : Répartition des patients selon le nombre d'épouse dans le ménage .	13
Figure 5 : Répartition des patients selon le nombre de remariage	13
Figure 6 : Répartition des patients selon le nombre d'enfant	14
Figure 7 : Répartition des patients en fonction des Antécédents	15
Figure 8 : Répartition des patients en fonction du Terrain	16
Figure 9 : Circonstances de découverte	16
Figure 10 : Répartition des patients selon la tension artérielle	21
Figure 11 : Répartition des patients selon le stade clinique OMS	22
Figure 12 : Répartition des patients selon le profil sérologique	23
Figure 13 : Hémogramme	23
Figure 14 : Répartition des patients selon le Type d'anémie.....	24
Figure 15 : Biochimie.....	24
Figure 16 : Répartition des patients selon le Type de dyslipidémie	25
Figure 17 : Observance	29
Figure 18 : Evolution du taux de CD4 à un an de suivi.....	29
Figure 19 : Charge virale à un an de suivi	30
Figure 20 : Estimation des nouvelles infections chez les adultes de plus de 15 ans.....	32

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients de la cohorte en fonction de leur origine géographique	10
Tableau II : Répartition selon les pays d'origine	10
Tableau III : Répartition selon les régions du Sénégal pour les patients d'origine sénégalaise	11
Tableau IV : Répartition des patients en fonction des départements	12
Tableau V : CDD dermatologique	17
Tableau VI : CDD digestives	18
Tableau VII : Autres CDD cliniques	19
Tableau VIII : Profil socio-démographique des patients diagnostiqués lors d'un dépistage volontaire	20
Tableau IX : Structure de référence	20
Tableau X : IST associées	26
Tableau XI : Protocole de première ligne	27
Tableau XII : Effets secondaires	28
Tableau XIII : Distribution des nouvelles infections selon la population clé ...	33

SOMMAIRE

JUSTIFICATIFS	1
I. OBJECTIFS	4
I.1. Objectif Général	4
I.2. Objectifs spécifiques.....	4
II. MALADES ET METHODE	4
II.1. Cadre d'étude.....	4
II.2. Type et période d'étude	6
II.3. Population d'étude.....	6
II.4. Recueil des données.....	6
II.5. Saisies et analyses de données.....	7
II.6. Aspects éthiques	7
II.7. Aspects financiers.....	7
III. RÉSULTATS.....	8
III.1. Epidémiologie.....	8
III.1.1. Lieu de recrutement.....	8
III.1.2. Année d'inclusion	8
III.1.3. Sexe	9
III.1.4. Age	9
III.1.5. Origine géographique.....	10
III.1.6. Département	12
III.1.7. Situation matrimoniale	12
III.1.8. Nombre De remariage	13
III.1.9. Nombre d'enfant	14
III.2. Aspects cliniques.....	15
III.2.1. Antécédents	15
III.2.2. Terrain	16
III.2.3. Circonstances de découverte.....	16

III.2.2.1. Circonstances de découverte dermatologiques	17
III.2.2.2. Circonstances de découverte digestives.....	18
III.2.2.3. Circonstances de découverte respiratoire	18
III.2.2.4. Autres CDD cliniques	19
III.2.2.5. Dépistage volontaire	20
III.2.2.6. Référence	20
III.2.4. Constantes à l'inclusion	21
III.2.4.1. Température	21
III.2.4.2. Pouls.....	21
III.2.4.3. Tension artérielle	21
III.2.4.4. Poids/Taille/IMC.....	22
III.2.5. Stade clinique OMS des malades.....	22
III.3. Examens complémentaires	23
III.3.1. Profil sérologique	23
III.3.2. Hémogramme	23
III.3.3. Biochimie	24
III.3.4. CD4 à l'inclusion	25
III.4. IST associées	26
III.5. Aspects Thérapeutiques.....	27
III.5.1. Protocole Thérapeutique	27
III.6. Aspects évolutifs	29
III.6.1. Observance	29
III.6.2. Evolution des CD4 à 1 an de suivi	29
III.6.3. Charge virale des patients	30
III.6.4. Devenir des patients	30
IV. DISCUSSION.....	31
IV.1. Représentativité et limites	31
IV.2. Aspects épidémiologiques.....	31
IV.2.1. Lieu de recrutement.....	31

IV.2.2. Année d'inclusion	31
IV.2.3. Age	32
IV.2.4. Sexe	32
IV.2.5. Département	33
IV.2.6. Situation matrimoniale	33
IV.2.7. Le nombre de remariage.....	34
IV.3. Aspects cliniques	34
IV.4. Aspects para cliniques	35
IV.5. Aspects thérapeutiques	36
IV.6. Aspects évolutifs	37
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	38
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	38

JUSTIFICATIFS

L'infection à VIH constitue un problème de santé publique, l'épidémie reste encore préoccupante malgré les progrès réalisés. En effet, l'ONUSIDA et l'OMS estimait qu'à la fin de l'année 2015, il existait dans le monde 36,7 millions de personnes vivant avec le VIH. L'Afrique subsaharienne était la région la plus touchée avec 70% des personnes vivant avec le VIH soit 25.8 millions de personnes. Dans la même année, L'ONUSIDA et l'OMS avaient noté 2.1 millions de nouvelles infections dont 67% habitaient en Afrique soit 1.4 millions. L'infection à VIH est responsable de 1.8 millions de décès dans le monde dont 80% provenaient d'Afrique et d'Asie. Au Sénégal, le rapport de la DLSI de 2016 a montré une prévalence nationale de 0.7% avec des disparités au niveau des populations clés comme les professionnelles de sexe avec 18.5%, les homosexuels avec 21.5% et les UDI avec 9%. A Dakar, la prévalence reste relativement faible de 0.4%. Il faut rappeler qu'au début de l'infection l'accès aux ARV était limité aux centres de référence CTA et SMIT ce qui ne permettait pas l'accès aux soins à tous les PVVIH. Ainsi, pour garantir un accès équitable aux soins, une politique nationale de décentralisation a été mise en œuvre en 1998, et c'est dans ce contexte que des consultations thématiques pour la prise en charge des PVVIH ont été instituées dans les différentes structures sanitaires du Sénégal.

Du fait de la fréquence des manifestations dermatologiques au cours de l'infection à VIH qui en constitue un marqueur diagnostic et pronostic, les dermatologues ont été très tôt des acteurs dans la prise en charge des PV VIH [15]. C'est ainsi que, en 2005 ont été démarrés des consultations dévolues à la prise en charge des PVVIH au sein des services de dermatologie de l'HALD et de l'IHS.

Les objectifs mondiaux de 2030 à savoir éliminer l'épidémie du VIH avec la stratégie TATARSEN c'est-à-dire tester 90% des PVVIH, traiter 90% des PVVIH diagnostiqués et obtenir une charge virale indétectable de 90% des PVVIH mis sous traitement d'ici 2020 est en cours de validation à Dakar. C'est

ainsi que nous avons jugé opportun de faire cette étude pour une mise au point de la situation dans les services de dermatologie-vénérologie de Dakar afin d'améliorer la prise en charge des patients vivants avec le VIH au Sénégal.

I. OBJECTIFS

I.1. Objectif Général

Améliorer la prise en charge des patients vivants avec le VIH en particulier ceux suivis dans les services de dermatologie à Dakar.

I.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les cohortes de PVVIH suivies dans les services de dermatologie de l'HALD et de l'IHS
- Déterminer les circonstances de découverte de l'infection à VIH en dermatologie ;
- Déterminer le suivi évolutif des PVVIH dans les services de dermatologie de l'HALD et de l'IHS.

II. MALADES ET METHODE

II.1. Cadre d'étude

Nous avons mené un recueil prospectif des données dans les deux principaux services hospitaliers dermatologiques de Dakar que sont :

➤ Le service de dermatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec

Il s'agit d'un service de référence au Sénégal dans la prise en charge des affections dermatologiques. De plus, faisant parti du CHU le Dantec, il permet la formation des médecins généralistes et des spécialistes. Le personnel médical est constitué de trois professeurs titulaires, un maître de conférences agrégé, deux assistants chef de clinique, trois anciens internes des hôpitaux et deux médecins dermatologues spécialistes. Le personnel paramédical est constitué de 2 infirmiers d'états, 2 assistants infirmières, 2 infirmières brevetée, 4 aides-soignants et deux assistantes sociales. La capacité d'accueil est de 20 lits d'hospitalisations. En moyenne, le service assure 6600 consultations par an

avec 250 hospitalisations annuelles. Le cout de la consultation est de 3000FCFA pour les consultations sur rendez-vous et de 5000FCFA pour les consultations d'urgence. Le cout journalier de l'hospitalisation est de 4500FCFA pour les salles communes et de 12000FCFA pour les cabines.

➤ **Le Service de Dermatologie de l'Institut d'Hygiène Sociale**

Il s'agit d'un centre de référence des IST et des affections dermatologiques. Le personnel médical est constitué d'un professeur titulaire, un assistant chef de clinique, deux internes des hôpitaux et trois médecins dermatologue dont deux vacataires. Le personnel paramédical est constitué d'une infirmière d'état, 2 infirmières brevetées, 3 aides-soignants et une assistante sociale. Il comprend différentes unités dont l'unité des IST qui est un centre de référence de la prise en charge des infections sexuellement transmissible et du suivi des professionnels de sexe. L'unité de CDV est une unité de dépistage volontaire créée depuis 2004 pour l'information et le dépistage volontaire dans le parfait anonymat. Depuis quelques années les locaux du CDV au sein de l'IHS sont alloués à d'autres activités mais n'empêche que le personnel médical du service de dermatologie-IST continue à mener les activités de dépistage et de conseil aux patients même si les conditions ne sont plus les mêmes. Il a une capacité de 20 lits d'hospitalisations et assure en moyenne 16000 consultations par an avec 150 hospitalisations annuelles. Depuis juin 2010, l'hôpital Institut d'Hygiène Sociale est devenu EPS par le décret 2010 774 du 15 juin 2010. Il a une convention de partenariat avec la faculté de médecine pour la formation des étudiants généralistes et spécialistes. Le cout de la consultation est de 3000FCFA le matin, 5000CFA l'après-midi et de 1500FCFA pour les professionnels de sexe. Le cout journalier de l'hospitalisation est de 2000FCA pour les salles communes et 10000FCA pour les cabines.

II.2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale et descriptive de 5 ans, réalisée 1^{er} Janvier 2013 au 30 mars 2017.

II.3. Population d'étude

Notre population d'étude est constituée de tous les patients vivant avec le VIH suivis dans les deux centres hospitaliers dermatologiques dans la période de l'étude.

➤ Critères d'inclusion

Était inclus :

- Tout patient vivant avec le VIH suivis dans les deux services de dermatologie et présentant un dossier.

➤ Critères de non inclusion

- Les professionnels de sexe VIH n'ayant pas de dossier ;
- Les PVVIH dépistés dans le service et référé qui n'ont pas un dossier.

II.4. Recueil des données

Une fiche de collecte de données (questionnaire en annexe) a été utilisée pour le recueil des variables épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques des patients. Ces données sont les suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, profession, adresse et origine géographique des malades, situation matrimoniale, le nombre de mariage et d'enfant.
- les antécédents et terrain, l'examen physique, des examens complémentaires (Ag Hbs, TPHA/VDRL, sérologie rétrovirale, CD4, Charge virale, la fonction rénale transaminases, glycémie à jeun, bilan lipidique, radio thorax, ECG et tout autre prescrit dans le cadre du suivi.)

II.5. Saisies et analyses de données

Les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques étaient saisies sur le logiciel Excel.

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel Epi-info version 3.5 pour les variables quantitatives (moyenne, médiane, écart-type) et qualitatives.

Les tests de Khi-deux et de Fisher ont été utilisés pour comparer les proportions avec un seuil de significativité p inférieur à 0,05.

II.6. Aspects éthiques

Toutes les précautions nécessaires ont été prises pour assurer le respect des droits et des libertés des patients. Pour le respect de la confidentialité de tous les patients de la cohorte de PVVIH, le recrutement a été fait dans l'anonymat.

II.7. Aspects financiers

La multiplication des questionnaires nous a coûté : $30\text{FCFA} \times 230 = 6900\text{FCFA}$.

Le cout des déplacements entre les différents services n'a pas pu être évalué.

III. RÉSULTATS

III.1. Epidémiologie

Notre étude nous a permis de recenser 230 patients dans la période du 1^{er} Janvier 2013 au 30 Mars 2017 au niveau des deux services de dermatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec et de l'Institut d'hygiène sociale.

III.1.1. Lieu de recrutement

Nous avons colligé 230 patients dont 73% (n= 167) venaient de l'hôpital IHS et 27% (n= 63) venaient de l'hôpital HALD.

III.1.2. Année d'inclusion

Le nombre de malade inclus a diminué entre l'année 2013 et 2016 (figure 1).

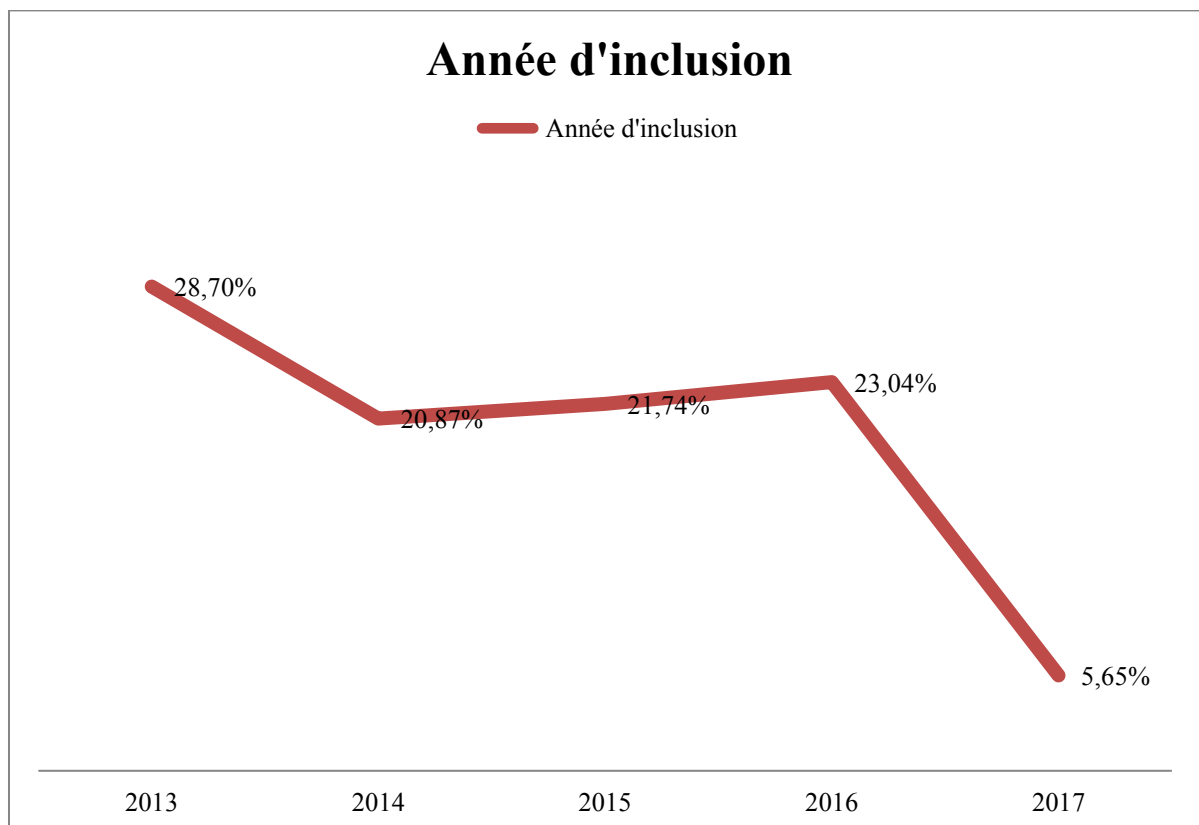


Figure 1 : Répartition des patients suivis dans les cohortes VIH selon l'année d'inclusion

III.1.3. Sexe

Le sex ratio était de 0.45 avec 159 femmes, 71 hommes (figure 2).

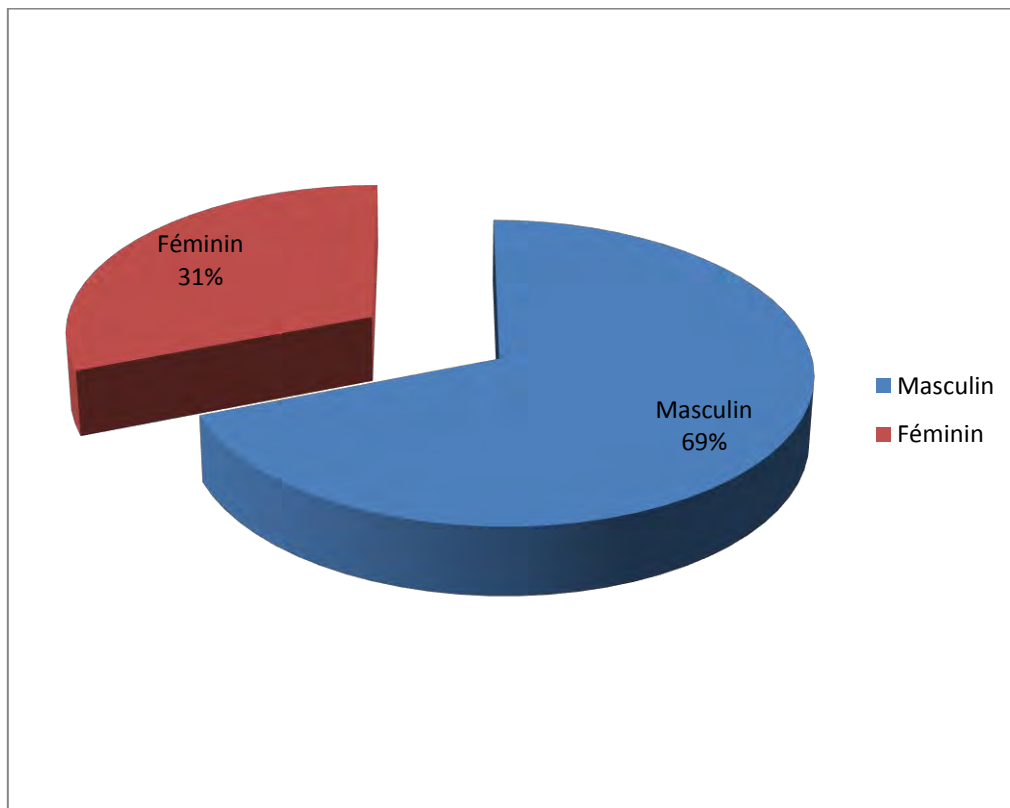


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

III.1.4. Age

L'âge moyen était de 42 ans avec une médiane à 41 ans. Les extrêmes étaient de 14 et 87 ans.

III.1.5. Origine géographique

L'origine géographique des malades n'était précisée que dans 191 dossiers et Dakar était la région la plus représentée, mais les patients avaient diverses origines géographiques notamment dans les pays d'Afrique subsaharienne (tableau I, II, III).

Tableau I : Répartition des patients de la cohorte en fonction de leur origine géographique

Origine	Fréquence	Pourcentage
Afrique subsaharienne	189	99,9%
Autres	2	1%

Tableau II : Répartition selon les pays d'origine

Pays d'origine	Fréquence	Pourcentage
Senegal	147	76,96%
Guinée Conakry	16	8,38%
Guinée Bissau	6	3,14%
Cote d'ivoire	5	2,62%
Gambie	3	1,57%
Mauritanie	3	1,57%
Gabon	2	1,05%
République centre Africaine	2	1,05%
Bénin	1	0,52%
Cap-Vert	1	0,52%
France	1	0,52%
Niger	1	0,52%
Rwanda	1	0,52%
Liban	1	0,52%
Nigéria	1	0,52%
Total	191	100%

Tableau III : Répartition selon les régions du Sénégal pour les patients d'origine sénégalaise

Région du Sénégal	Fréquence	Pourcentage
Dakar	85	57,82%
Zigunchor	12	8,16%
Diourbel	10	6,80%
Matam	9	6,12%
Thiès	7	4,76%
Fatick	6	4,08%
Louga	5	3,40%
Kolda	4	2,72%
Kaffrine	2	1,36%
Kaolack	2	1,36%
Kédougou	2	1,36%
Tambacounda	2	1,36%
Saint-louis	1	0,68%
Total	147	100%

III.1.6. Département

La majorité des patients (71,7%, n=165) résidait dans le département de Dakar , cependant il existait quelques patients qui résidaient dans les autres départements de Dakar et également dans les départements des autres régions du Sénégal (tableau IV).

Tableau IV : Répartition des patients en fonction des départements

Département	Effectif	Pourcentage
Dakar	165	71,74%
Pikine	34	14,78%
Guédiawaye	11	4,78%
Rufique	8	3,48%
Autres département du Sénégal	12	5,22%
Total	230	100%

III.1.7. Situation matrimoniale

Les mariés étaient les plus représentés avec 52% (n=117) (figure 5). Parmi les mariés, les monogames étaient plus nombreux représentant 64,29% (n=63) contre 35,71% de polygame. Le nombre d'épouse dans le ménage variait entre 1 à 3 et les bigames étaient les plus nombreux (figure 3).

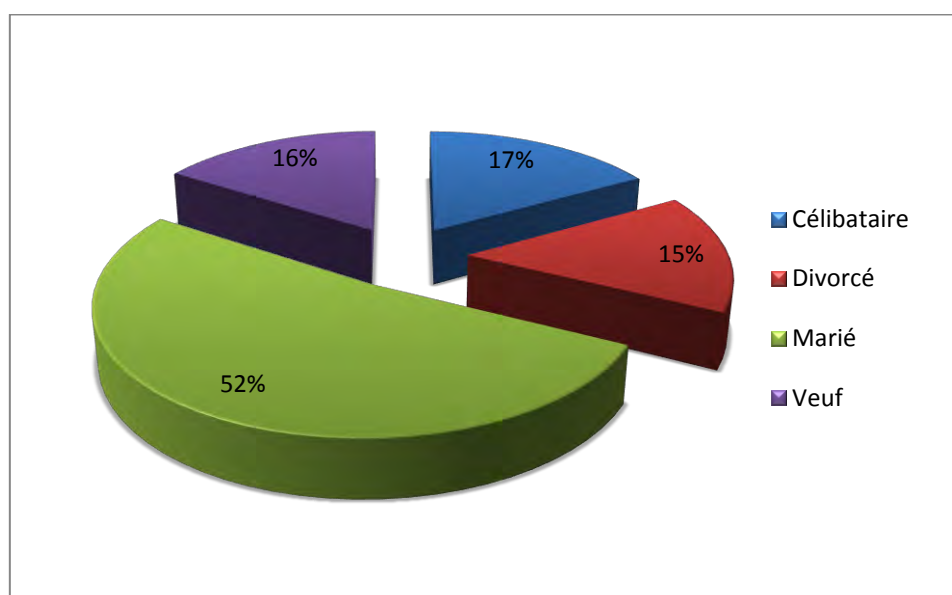


Figure 3 : Répartition des patients selon la situation matrimoniale

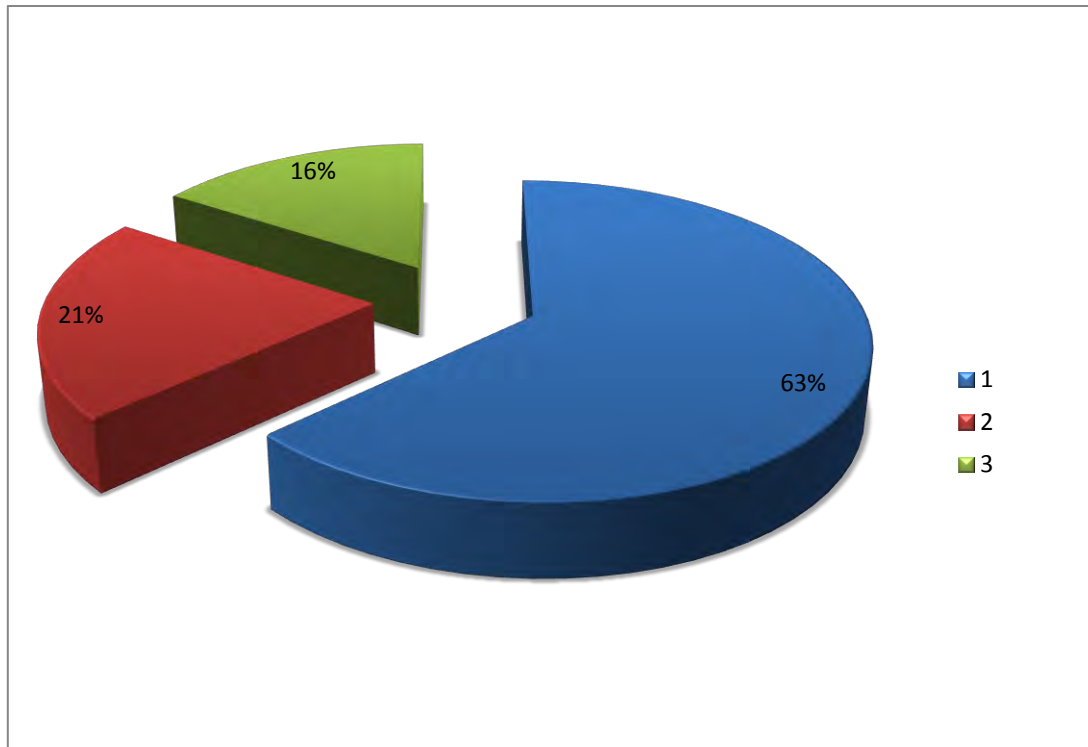


Figure 4 : Répartition des patients selon le nombre d'épouse dans le ménage

III.1.8. Nombre De remariage

Le remariage était noté chez 150 patients avec plus de 64% d'entre eux qui avait eu deux mariages (figure 5).

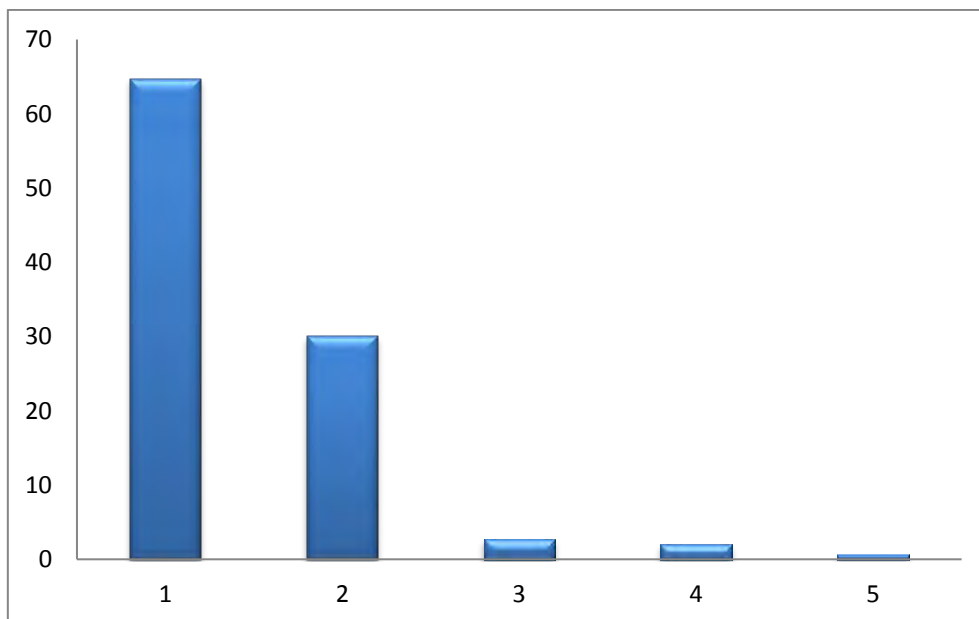


Figure 5 : Répartition des patients selon le nombre de remariage

III.1.9. Nombre d'enfant

Le nombre d'enfant variait de 1 à 16 avec 61,11% (n=88) qui avait plus d'un enfant (figure 6).

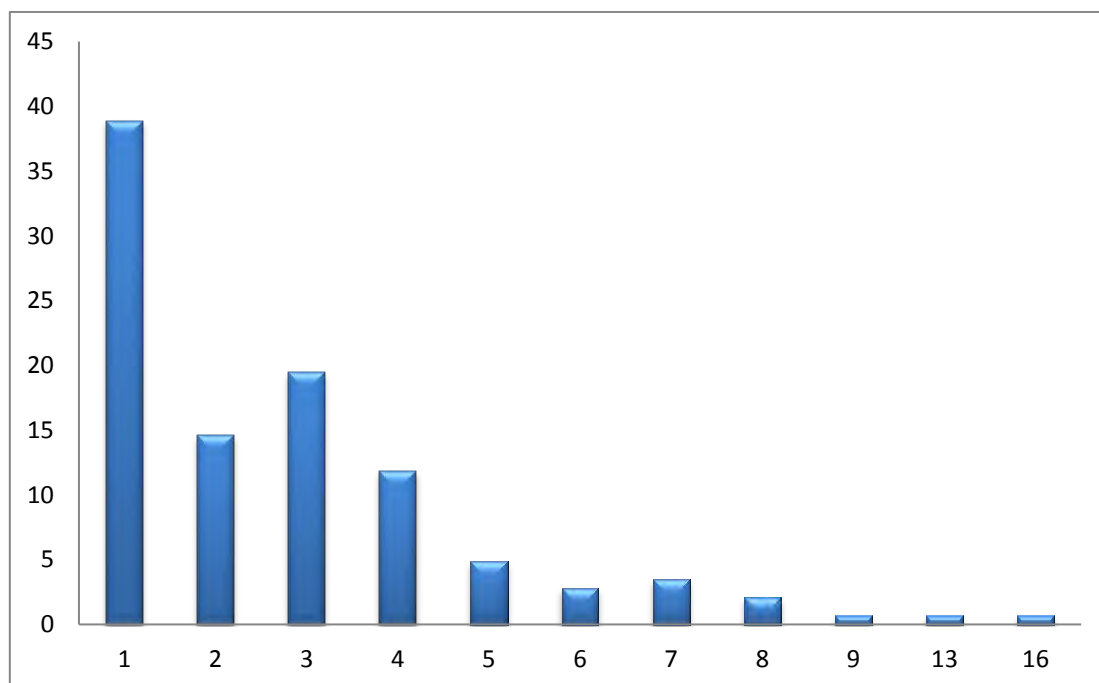


Figure 6 : Répartition des patients selon le nombre d'enfant

III.2. Aspects cliniques

III.2.1. Antécédents

Les patients présentaient des antécédents dans 15,22% des cas (n= 35). 9 patients avaient au moins deux antécédents. Le prurigo, la diarrhée chronique, la candidose buccale, la tuberculose et le zona étaient le plus souvent retrouvés (figure 7).

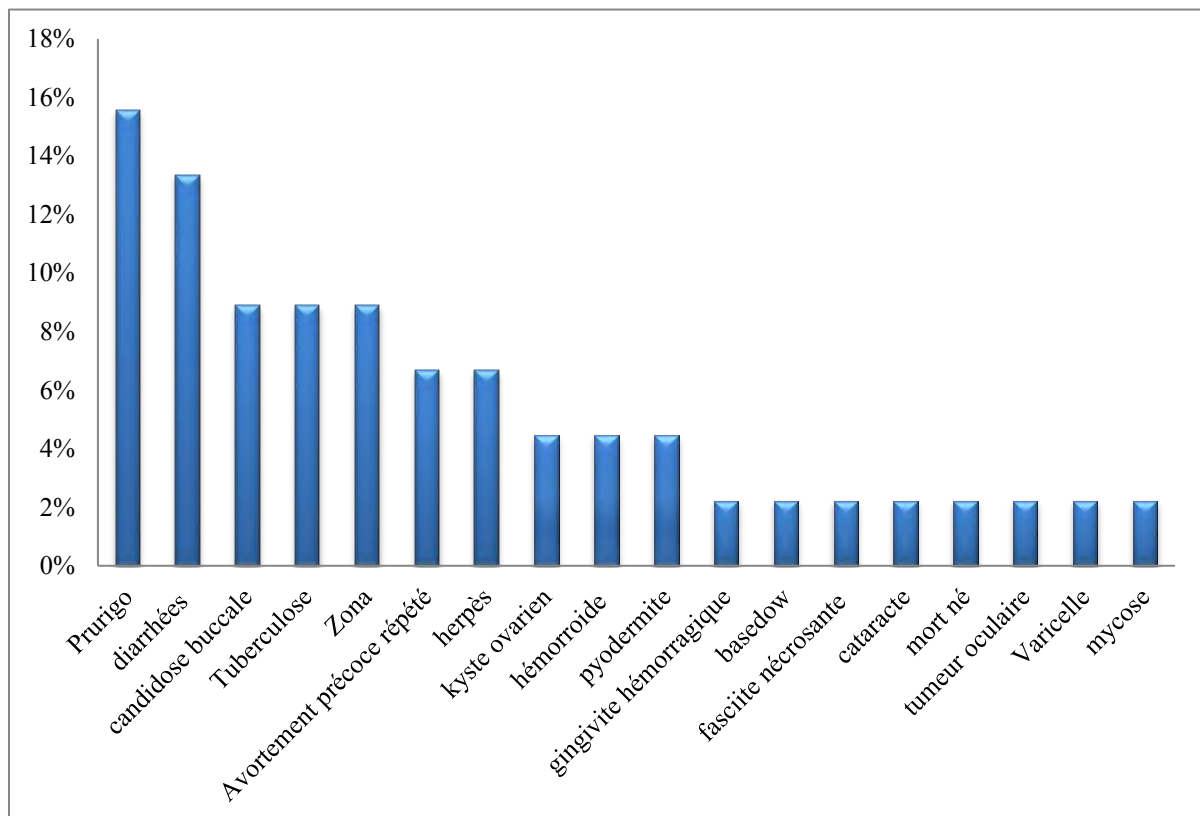


Figure 7 : Répartition des patients en fonction des Antécédents

III.2.2. Terrain

Un terrain tel que HTA (n=7), diabète (n=7), atopie (n=2), dépigmentation artificielle (n=2) et hypothyroïdie (n=1) était retrouvé chez 8% des malades (n=18) (figure 8).

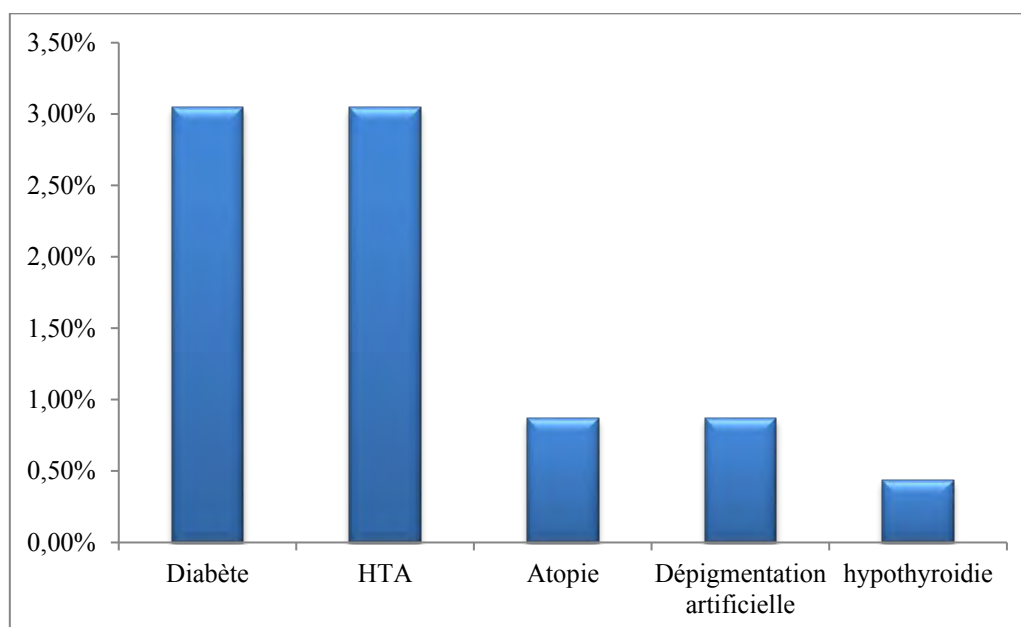


Figure 8 : Répartition des patients en fonction du Terrain

III.2.3. Circonstances de découverte

Les circonstances de découverte étaient dermatologiques dans plus de la moitié des cas (53%, n=172) (figure 9).

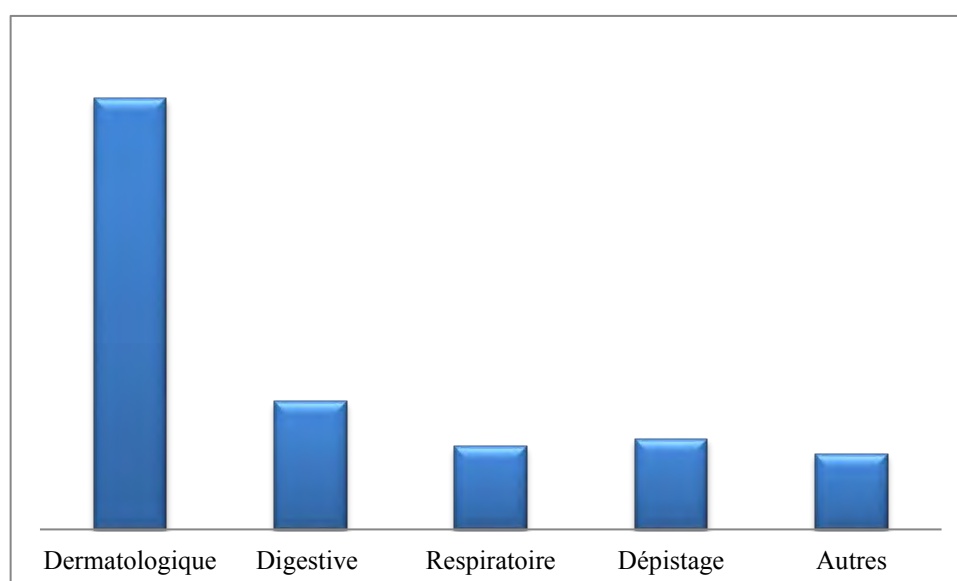


Figure 9 : Circonstances de découverte

III.2.2.1. Circonstances de découverte dermatologiques

Nous avons retrouvé 199 CDD dermatologiques chez 172 patients. 16 patients avaient présenté deux CDD dermatologiques et chez un patient on retrouvait trois dermatoses coexistantes. La CDD dermatologique la plus fréquente était le Zona (n=62) suivi du prurigo (n=59). On retrouvait dans une faible proportion (0,5%, n=1) les dermatoses telles que la gale, le lupus, l'épidermodysplasie verruciforme, la varicelle maligne, le Psoriasis, les tumeurs, l'ulcère de jambe, la xérose regroupés sous le terme d'autres dans le tableau V.

Tableau V : CDD dermatologique

CDD dermatologique	Fréquence	Pourcentage
Zona	62	32,66%
prurigo	59	29,65%
kaposi	15	7,54%
Dermatophytose	10	5,03%
herpès	9	4,52%
Pyodermite	8	4,02%
Condylomes	5	2,51%
toxémie	5	2,51%
Dermite séborrhéique	3	1,51%
eczéma	3	1,51%
érythrodermie	2	1,01%
mélanodermie	2	1,01%
molluscum contagiosum	2	1,01%
Trichopathie soyeuse	2	1,01%
verruque vulgaire	2	1,01%
Tuberculose scrofuloderme	2	1,01%
Autres	8	4,02%
Total	199	100%

III.2.2.2. Circonstances de découverte digestives

Nous avons noté 56 CDD digestives pour 51 patients dont la CDD était digestives. Cinq patients avaient deux CDD digestives.

La diarrhée constituait la CDD digestive la plus fréquente et il s'agissait le plus souvent de diarrhée chronique (n=28). Par ordre de fréquence, la deuxième CDD digestive était la candidose digestive dont les localisations étaient buccales (n=13) et bucco-œsophagienne (n=10) (tableau VI).

Tableau VI : CDD digestives

CDD Digestive	Fréquence	Pourcentage
Diarrhée	31	0,553571
Candidose digestive	23	0,410714
Constipation	1	0,017857
Douleur ulcéreuse	1	0,017857
Total	56	100%

III.2.2.3. Circonstances de découverte respiratoire

La CDD respiratoire principale était la toux chronique chez 33 patients et l'étiologie de cette toux chronique n'était déterminée que chez 12 patients (tableau V).

Tableau V : Etiologie de la toux chronique des PVVIH de la cohorte lors de l'inclusion

Etiologie de la toux chronique	Effectif	Pourcentage
Pneumonie	8	24,24%
Tuberculose	2	6,06%
Aspergillose	1	3,03%
Rhinite allergique	1	3,03%
Etiologie non retrouvée	21	63,64%
total	33	100%

III.2.2.4. Autres CDD cliniques

En dehors des CDD déjà cité il y avait d'autres CDD cliniques tels que l'amaigrissement, l'altération de l'état général, les adénopathies etc (tableau VII).

Tableau VII : Autres CDD cliniques

Autres CDD cliniques	Fréquence	Pourcentage
Adénopathie	3	10,00%
AEG	3	10,00%
Amaigrissement	5	16,67%
AVC	1	3,33%
Brachialgie	1	3,33%
Cystite	1	3,33%
Eczéma	2	6,67%
Hyperthrophie parotidienne	1	3,33%
Hypertrophie de la prostate	1	3,33%
Intertrigo interorteil	1	3,33%
Neuropathie	1	3,33%
Polyadénopathies	8	26,67%
Polyurie	1	3,33%
Tétraparésie	1	3,33%
TOTAL	30	100,00%

III.2.2.5. Dépistage volontaire

Les patients venaient pour un dépistage dans 17% (n=39). Il s'agissait essentiellement des PVVIH de la cohorte de l'IHS. Le profil sociodémographique des patients dépistés est détaillé dans le tableau ci-dessous.

Tableau VIII : Profil sociodémographique des patients diagnostiqués lors d'un dépistage volontaire

Profil des patients	Oui	Non	Total
Age <25ans	1	38	39
Sexe Féminin	27	12	39
marié	24	15	39
Secteur Formel d'activité	6	33	39
Origine géographique Dakar	11	28	39

III.2.2.6. Référence

13 patients ont été référés dans le service pour prise en charge, cependant les structures de référence n'ont été précisé dans les dossiers que dans 7 cas (tableau IX).

Tableau IX : Structure de référence

Structure de référence	Fréquence	Pourcentage
Abass Ndao	1	14,29%
CDV	1	14,29%
CHR Ndioum	1	14,29%
District sanitaire de darah djolof	1	14,29%
Fann	1	14,29%
HALD	1	14,29%
Clinique Casahous	1	14,29%
TOTAL	7	100,00%

III.2.4. Constantes à l'inclusion

III.2.4.1. Température

La fièvre était présente dans 5% des cas. On notait dans la même proportion la fébricule et l'hypothermie.

III.2.4.2. Pouls

Le pouls était accéléré chez 34% (n=39) des patients.

III.2.4.3. Tension artérielle

Une élévation de la tension artérielle était notée chez 14% (n= 27) des patients (figure 10).

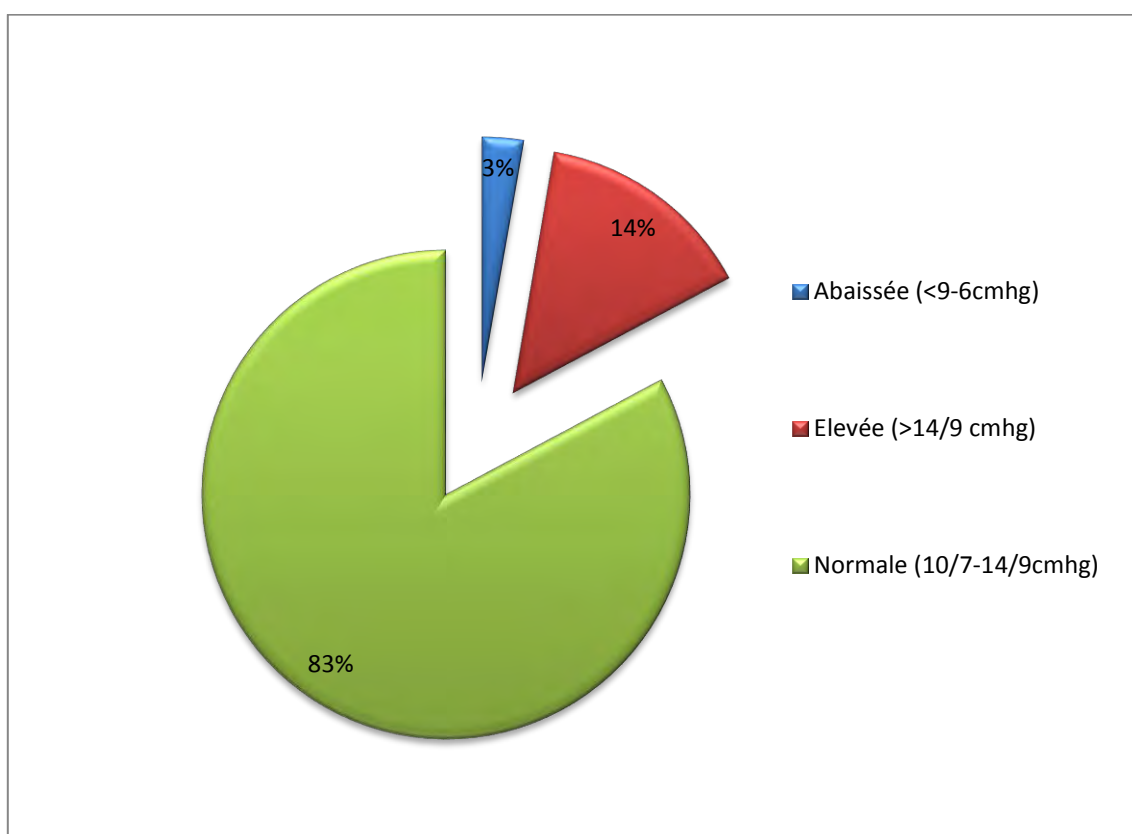


Figure 10 : Répartition des patients selon la tension artérielle

III.2.4.4. Poids/Taille/IMC

Le poids moyen était de 60,6Kg sur 200 dossiers renseignés avec un minimum de 31kg et un maximum de 110Kg.

La taille moyenne était de 167,7cm sur 51 dossiers renseignés avec un minimum 154 cm de et un maximum de 188 cm.

L'IMC moyen était de 22,52 avec un minimum 13,06 et un maximum de 35,85.

III.2.5. Stade clinique OMS des malades

Le stade clinique des patients étaient un stade 2 dans près de la moitié des cas (n=103) (figure 11).

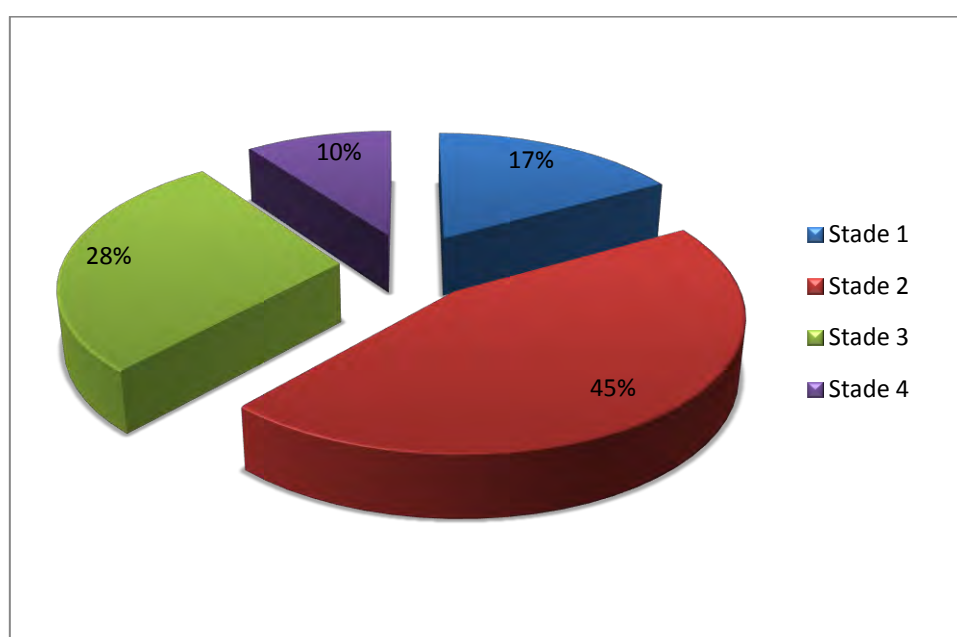


Figure 11 : Répartition des patients selon le stade clinique OMS

III.3. Examens complémentaires

III.3.1. Profil sérologique

Le profil sérologique était le type 1 dans 95% des cas (figure 12).

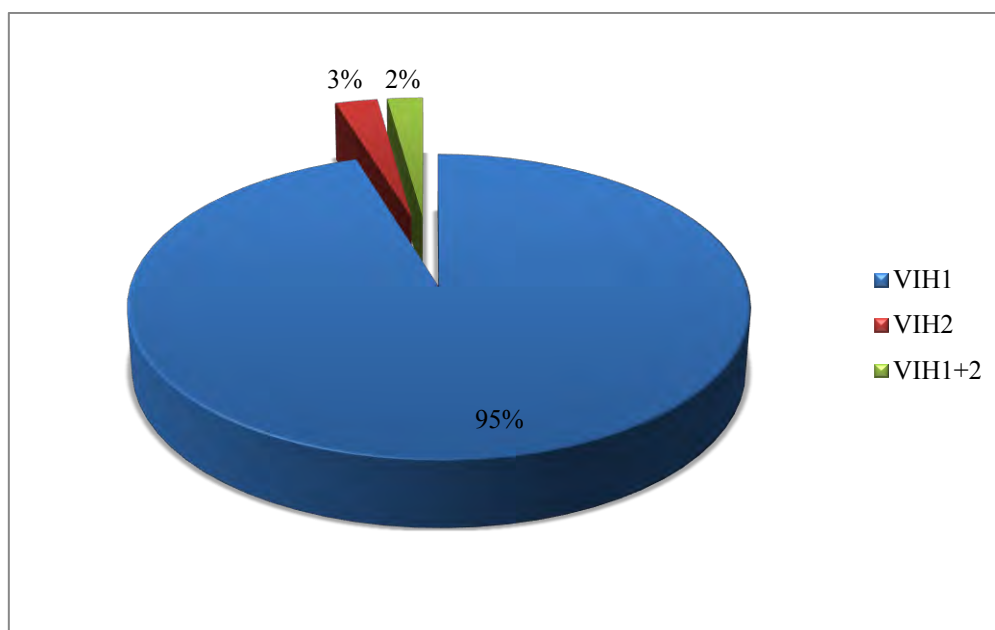


Figure 12 : Répartition des patients selon le profil sérologique

III.3.2. Hémogramme

Les malades présentaient très souvent une anémie dans 62,5% (n=120) (figure 13). L'anémie était le plus souvent normochrome macrocytaire (figure 14).

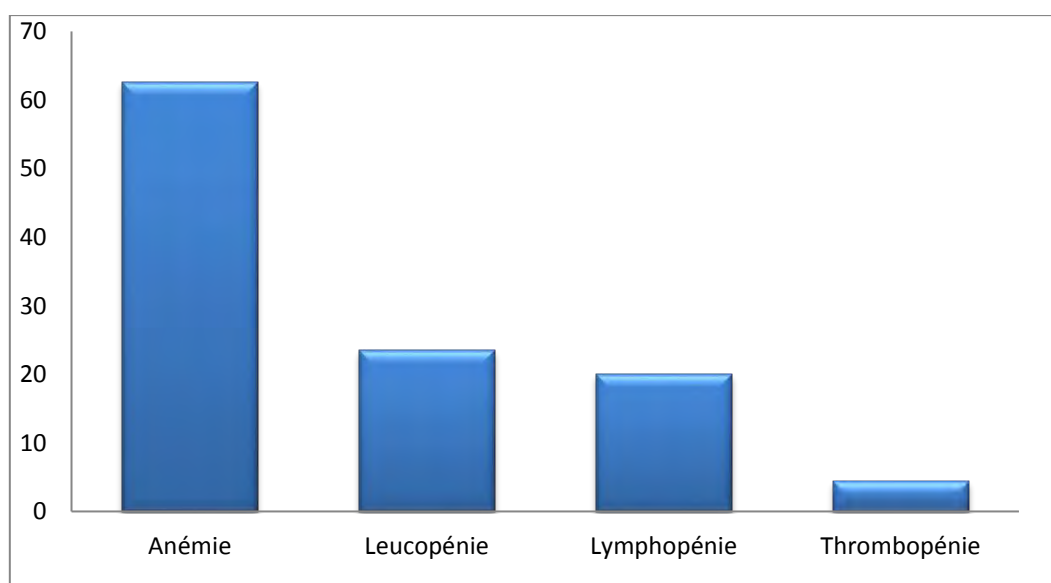


Figure 13 : Hémogramme

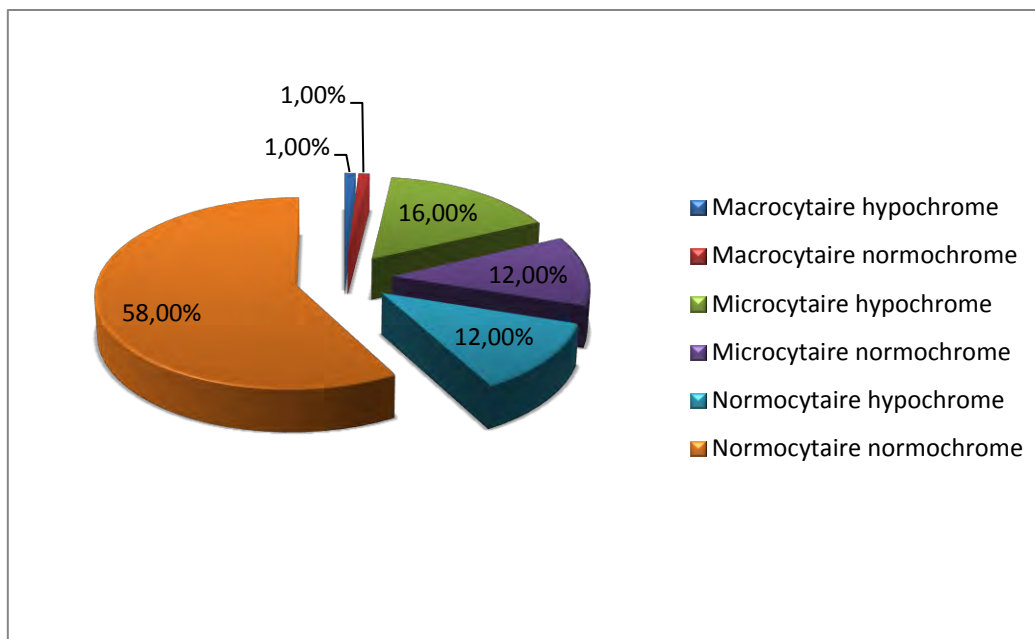


Figure 14 : Répartition des patients selon le Type d'anémie

III.3.3. Biochimie

Une cytolysé hépatique était retrouvée dans 6,09% des cas, avec quelque cas, d'hyperglycémie et d'insuffisance rénale et de dyslipidémie (figure 19). La dyslipidémie n'a été précisée que dans 5 dossiers il s'agissait de trouble à type de HDL bas dans 4 cas et LDL élevé dans 1 cas (figure 15).

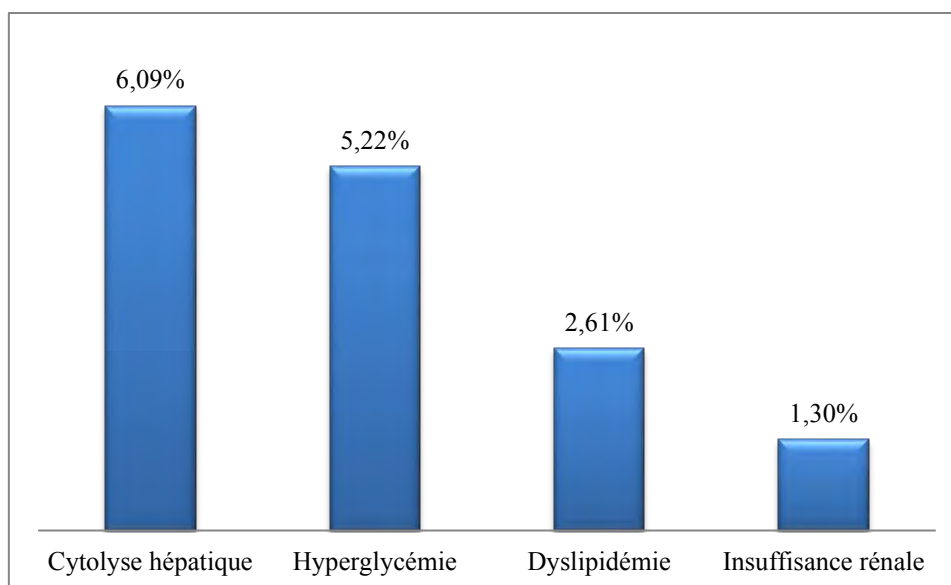


Figure 15 : Biochimie

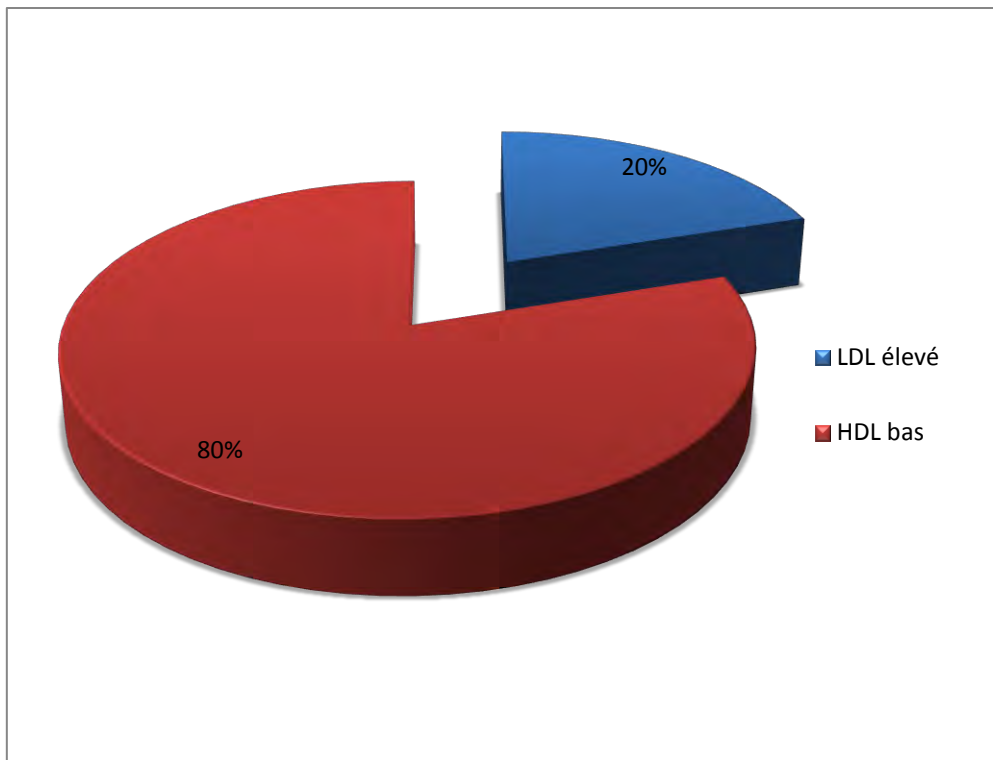


Figure 16 : Répartition des patients selon le Type de dyslipidémie

III.3.4. CD4 à l'inclusion

La moyenne du taux de CD4 à l'inclusion était de 230 avec un minimum de 1 et un maximum de 1031 sur un total de 189 patients dont les résultats ont été trouvés dans les dossiers. Parmi ces patients, 50,26% avaient un taux de CD4 >200.

III.4. IST associées

L'hépatite B était l'IST la plus souvent associée à l'infection à VIH chez 18 malades suivie de l'herpès tableau X.

Tableau X : IST associées

IST associées	Effectif	Pourcentage
hépatite B	18	40%
Herpès	9	20%
Condylomes génitaux	5	11%
Syphilis	4	9%
mycoplame	4	9%
Chlamydia	3	7%
Trichomonas vaginalis	2	4%
Total	45	100%

III.5. Aspects Thérapeutiques

La moyenne du délai de mise sous ARV était de 70 jours avec des extrêmes de 4 et 600 jours.

III.5.1. Protocole Thérapeutique

Le traitement ARV était institué selon les protocoles nationaux en vigueur (tableau XI). A partir de l'année 2015 ont avait noté un changement des anciens protocoles avec Atripla chez les VIH1, pour respecter les recommandations nationales. Les effets secondaires notés chez 8 patients étaient principalement digestifs (tableau XII).

Tableau XI : Protocole de première ligne

Protocole premiere ligne	Fréquence	Pourcent
AZT+3TC+EFV	19	9,79%
AZT+3TC+LPV/r	7	3,61%
AZT+3TC+NVP	23	11,86%
AZT+TDF+EFV	1	0,52%
AZT+TDF+NVP	3	1,55%
TDF+3TC+EFV	53	27,32%
TDF+3TC+LPV/r	13	6,70%
TDF+3TC+NVP	9	4,64%
TDF+FTC+EFV	63	32,47%
TDF+FTC+LP/r	2	1,03%
TDF+FTC+NVP	1	0,52%

Tableau XII : Effets secondaires

Effets secondaires	Fréquence
Bourdonnement d'oreille	1
Epigastralgies	1
Eruption prurigineuse	1
Nausées / Epigastralgies	1
Naussées	1
Vertige	2
Vomissement	1

Six patients avaient pris le protocole de deuxième ligne mais le motif n'a été précisé que dans deux cas. Il s'agissait dans l'un, d'un échec de la première ligne et dans l'autre, d'une insuffisance rénale. Aucun patient n'a eu à prendre de troisième ligne.

La chimio prophylaxie cotrimoxazole a été faite chez 141 patients tandis que la chimio prophylaxie INH n'a été effectuée que chez 1 patient.

III.6. Aspects évolutifs

III.6.1. Observance

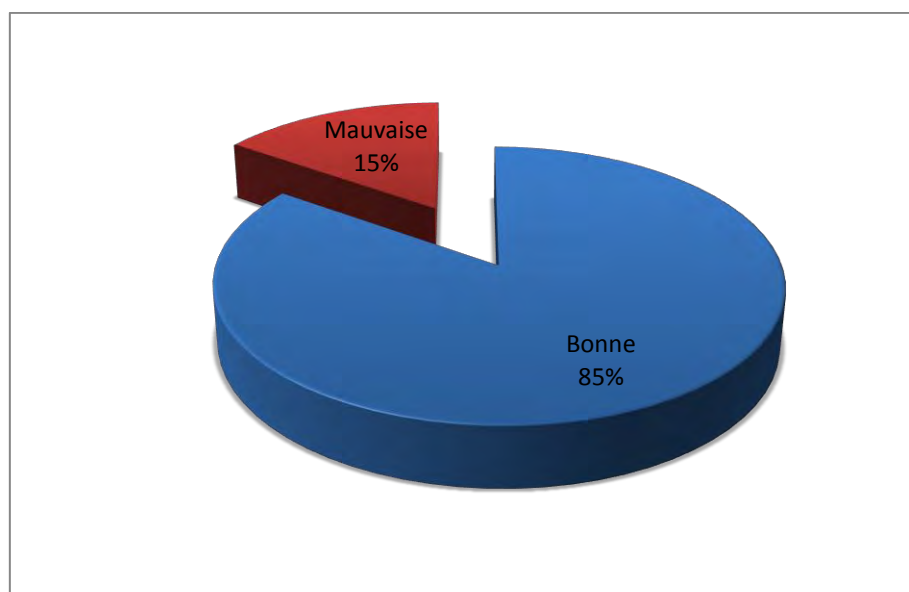


Figure 17 : Observance

III.6.2. Evolution des CD4 à 1 an de suivi

A un an de suivi le taux de CD4 n'était précisé que dans 61 dossiers. La figure ci-dessous montre l'évolution des CD4 à un an de suivi pour les patients renseignés.

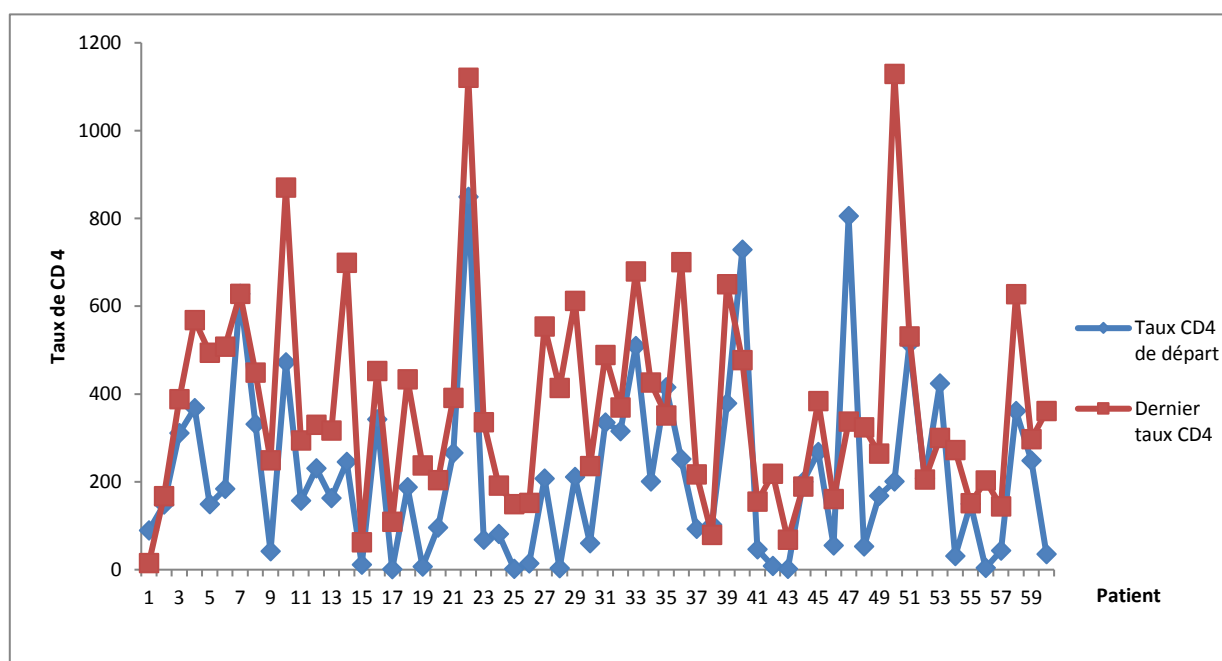


Figure 18 : Evolution du taux de CD4 à un an de suivi

III.6.3. Charge virale des patients

La charge virale n'a été réalisée que chez 31 patients et on notait qu'elle était indétectable chez plus de 78% d'entre eux.

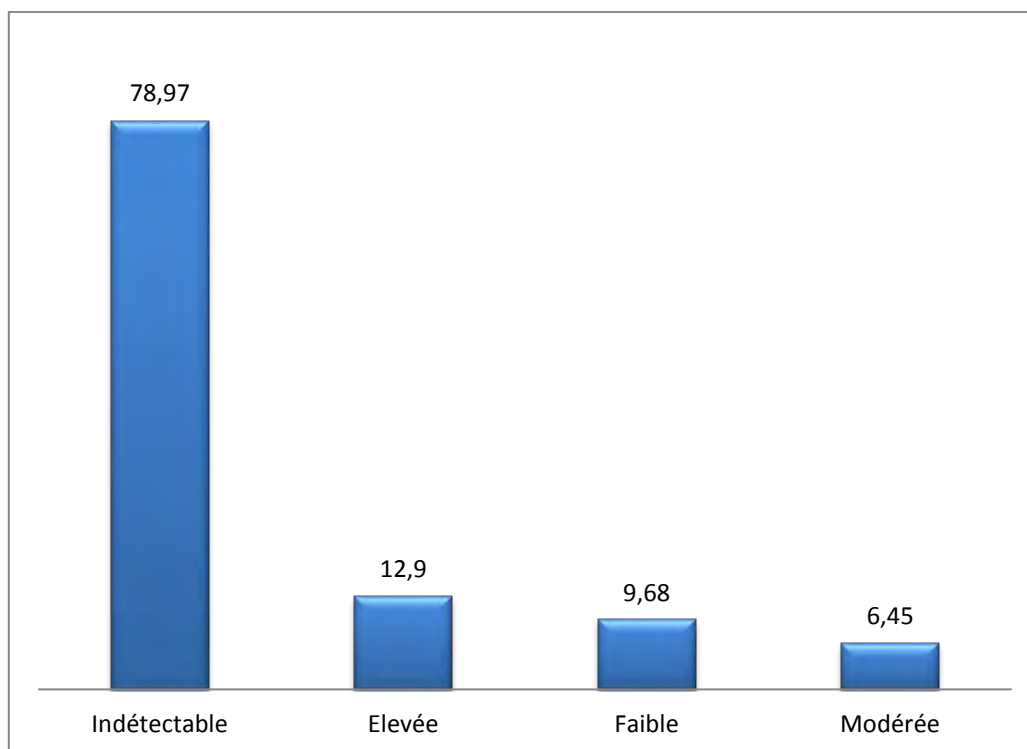


Figure 19 : Charge virale à un an de suivi

III.6.4. Devenir des patients

Le pourcentage de décès enregistré était de 1,7% (n=4), avec 23,9% (n=55) de perdu de vu dont 31 étaient suivis à l'IHS (18,5% de leur cohorte) et 24 à Dantec (38% de leur cohorte). Nous avons également noté 6,5% de transfert (n=15). Les structures de transfert n'étaient précisées que dans 2 cas et il s'agissait de la PMI médina et de l'hôpital Toulouse à la demande des patients.

IV. DISCUSSION

IV.1. Représentativité et limites

Pour réaliser notre étude, nous avons colligé les patients, qui étaient suivis pour une infection à VIH aux services de dermatologie de L'Hôpital Aristide Le Dantec et de l'Hôpital Institut d'Hygiène Sociale.

Durant la période de notre étude, environ 90000 patients étaient vus en consultation dermatologique dans ces différentes structures de référence dans la prise en charge des affections dermatologiques et des IST.

Les limites de notre étude étaient les dossiers incomplets sur le plan de la description clinique, la non réalisation pour tous les patients de certains examens complémentaires tels que le taux de CD4, la charge virale. La non exploration de l'anémie. Le tabagisme comme FDR cardio-vasculaire surajouté, n'a pas été recherché.

IV.2. Aspects épidémiologiques

IV.2.1. Lieu de recrutement

La majorité des malades était enregistré dans le site de l'IHS (73%, n=167). Ceci pourrait être expliqué par le fait que l'institut d'hygiène sociale reçoit plus de patients que l'HALD. De plus, il existe en son sein le CDV pour le dépistage volontaire des malades.

IV.2.2. Année d'inclusion

Le nombre de nouvelles inclusions avait diminué entre 2013 et 2016 passant de 66 à 53. Ceci était en corrélation avec les résultats des rapports de l'ONUSISA de 2016 qui montre une tendance à la baisse des nouvelles infections depuis l'année 2010 dans le monde avec 1,9 millions de nouvelles infections chez l'adulte en 2015. Au Sénégal, d'après les données d'estimation et projections, depuis l'année 2001, on observait une baisse régulière du nombre des nouvelles

infections, estimée à environ 70%. Cela marque une tendance à la baisse de l'infection à VIH au Sénégal, liée à la précocité et à la régularité des programmes de prévention et d'accès aux soins [4].

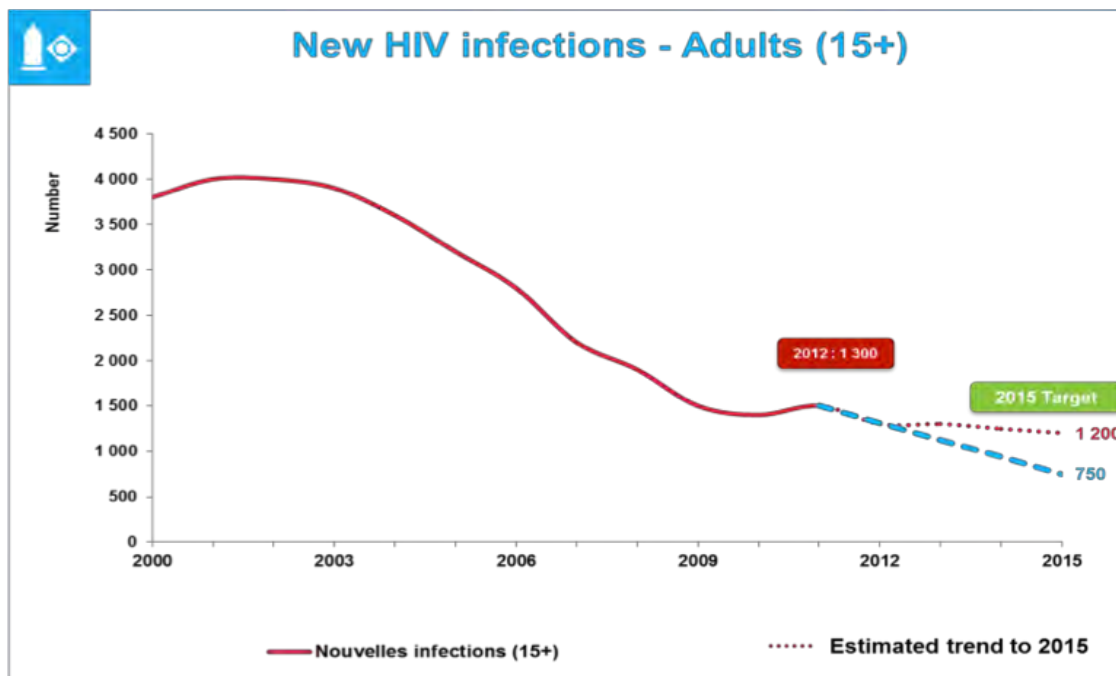


Figure 20 : Estimation des nouvelles infections chez les adultes de plus de 15 ans [4]

IV.2.3. Age

L'âge moyen de nos patients était de 42 ans. Nos patients avaient environ la même moyenne d'âge que dans l'étude de Fortes Déguénouvo et al. [6].

IV.2.4. Sexe

Le sex ratio était en faveur des femmes. Ce résultat était attendu puisque depuis quelques années il existe une féminisation de l'épidémie comme l'ont montré les rapports de l'ONUSIDA et toutes les études parcellaires réalisés dans différents pays d'Afrique comme le Mozambique [13], le Togo [14]. Au Sénégal également, selon les résultats de l'EDS-MICS, le taux de séroprévalence de 0,8% chez les femmes de 15-49 ans est supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âges qui est de 0,5%. En effet, on note au Sénégal une tendance à la baisse du ratio d'infection femme/homme, qui est passé de 2,25 en 2005

(EDS IV) à 1,6 en 2010 (EDS-MICS). Dans les régions à forte prévalence, les taux de prévalence VIH sont les plus élevés chez les femmes.

IV.2.5. Département

Dakar était le principal lieu de résidence du fait sans doute de la proximité. La plupart des patients préférerait se faire suivre à côté de chez eux pour ne pas avoir de problème de transport.

IV.2.6. Situation matrimoniale

Les mariés étaient les plus représentés constituant plus de la moitié de l'échantillon. Ceci est en corrélation avec les résultats des études Mode of Transmission (MoT) de 2010 et 2013 qui indiquaient que 70% des nouvelles infections surviennent au sein des couples hétérosexuels dits stables.

Tableau XIII : Distribution des nouvelles infections selon la population clé

Nouvelles infections (MoT 2013)	Pourcentage
Transfusion sanguine	0,0%
Injection médicale	0,22%
Pas de risque	0,0%
Couples hétérosexuels stables	69,42%
Partenaires des personnes qui ont des rapports occasionnels	8,22%
Personnes ayant des rapports occasionnels	13,72%
Partenaires féminins des HSH	0,95%
HSH	04,64%
Partenaires des clients des PS	0,14%
Clients des PS	1,17%
PS	0,29%
Partenaires des CDI	0,07%
CDI	1,17%
Total	100%

Ce contexte de transmission s'expliquerait par les interactions qui existent entre les personnes ayant des rapports sexuels occasionnels et les partenaires réguliers.

Nous avons noté également que parmi les mariés les monogames étaient majoritaires, à l'inverse des résultats de l'EDS- MICS 2010-2011 qui montraient un taux de polygamie plus élevés [5].

IV.2.7. Le nombre de remariage

Un remariage avant la connaissance de leur statut sérologique était noté chez plus de la moitié des patients, avec deux remariages chez 67% d'entre eux. Ceci constitue une problématique car pourrait constituer un facteur de dissémination de l'infection à VIH, d'où l'intérêt d'un bilan prénuptial.

IV.3. Aspects cliniques

Les circonstances de découverte étaient dermatologiques dans plus de la moitié des cas. A l'inverse, au service des maladies infectieuses de Fann Manga et al. décrivaient la diarrhée chronique et la toux chronique comme les principales circonstances de découverte de l'infection à VIH [10]. Ceci peut être lié à un billet de recrutement, vu que le service des maladies infectieuses de fann reçoit pour la plupart des pathologies infectieuses graves de tout genre alors qu'au niveau du service de dermatologie les malades sont le plus souvent référés pour la prise en charge de leur dermatose. Cependant il a déjà été démontré depuis plusieurs années déjà, que près de 90% des PVVIH développeront des manifestations dermatologiques au cours de l'évolution, qui peuvent donc être circonstance de découverte ou non de l'infection à VIH [2, 12].

La circonstance de découverte dermatologique la plus fréquente était le zona (n=62), suivi du prurigo. Ce résultat était similaire à celui trouvé par Mahé et al. au Mali [9], avec 71 cas de Zona représentant la CDD dermatologique la plus

fréquente mais dans leur étude, après le zona venait la dermite séborrhéique, la maladie de Kaposi et le prurigo n'apparaissait qu'en quatrième position (n=31). D'autre part, nos résultats ne s'accordaient pas avec celle de Pauline Dioussé et al. [3] à Thiès qui sur 322 patients n'avaient retrouvé que 33 cas (10%) de Zona. Dans notre étude, le prurigo était la deuxième manifestation dermatologique par ordre de fréquence, comme dans la série de Sivayathorn et al. en Thaïlande [14].

Concernant les circonstances de découverte digestive, la diarrhée chronique constituait la CDD digestive la plus fréquente comme la montré l'étude de Manga et al. au service des maladies infectieuses et tropicales de Fann [10]. Cette même étude a montré que la toux chronique constituait la circonstance de découverte respiratoire la plus fréquente en corrélation avec nos résultats.

Il est important de noter la fréquence du dépistage volontaire 17% (n=39). Si nous comparons le profil sociodémographique de nos patients venus pour un dépistage volontaire avec ceux inclus dans l'étude de Ndiaye et al. dans une population à Guédiawaye, le profil des patients diffère avec un plus jeune âge car la majorité ayant moins de 25ans et une prédominance masculine des personnes venue pour un dépistage [11].

Près de la moitié de nos malades étaient au stade 2 et seul 10% était diagnostiqués au stade 4, contrairement à d'autres études fait il y a quelques années ou les malades était en stade 3 et 4 le plus souvent [1, 3, 10]. Ceci pourrait être expliqué par un diagnostic plus précoce de l'infection à VIH, lié à une meilleur connaissance de ces manifestations cliniques par les acteurs de la santé, du fait des formations médicales continues sur le sujet et de la gratuité et de l'accessibilité du test VIH.

IV.4. Aspects para cliniques

Le VIH1 représentait 95% de notre cohorte, contre 3% de VIH2 et 2% de VIH1+2. Le VIH1 est le type le plus fréquent au Sénégal et dans le monde. Des

taux similaires sont décrits à Conakry [7], au Tchad [8] de même qu'en Côte d'Ivoire.

La moyenne du taux de CD4 à l'inclusion était de 230. Ceci est largement supérieur à la moyenne du taux de CD4 décrite par [1]. Nos patients avaient un taux de CD4 < 200 dans 50,26% des cas alors que Fortes Déguénonvo et al. [6] décrivaient à Dakar en 2011, un taux de CD4 < à 200 chez 86% des malades. Ceci pourrait être lié à un dépistage plus précoce de la maladie du fait d'une meilleure connaissance des signes cliniques précoces.

IV.5. Aspects thérapeutiques

Les traitements étaient institués selon les protocoles nationaux en vigueur. La chimio prophylaxie cotrimoxazole était effectuée chez 141 patients, par contre celle à l'INH pour la prévention de la tuberculose ne s'était effectuée que chez 1 patient. Nous constatons alors que les services de dermatologie où s'était déroulé notre étude n'avaient pas encore adopté la chimio prophylaxie à l'INH. La question qu'on se pose alors en sachant que la chimio prophylaxie à l'INH réduirait la mortalité de 30%, c'est, le pourquoi? S'agirait-il de la non disponibilité de l'INH ? ou bien, s'agirait-il du fait que : dans nos pays à forte endémicité tuberculeuse, une chimio prophylaxie antituberculeuse d'une durée déterminée n'aurait peut-être pas un sens si le risque de réinfection après son arrêt est élevé ; mais encore, quels sont les risques de sélection de bacilles résistants pouvant, notamment, résulter de la difficulté à éliminer une tuberculose active avant la mise sous chimio prophylaxie antituberculeuse. Toutes ces questions pourraient en effet, entretenir une réticence de la part des prestataires au démarrage de la chimio prophylaxie INH.

IV.6. Aspects évolutifs

L'évolution de nos patients était essentiellement marquée par un taux important de perdu de vu 23,9%. Nous avons comparé ce taux celui du CTA et des maladies infectieuses et tropicales de Fann qui ont respectivement un taux de perdu de vu de 12,35% et 22.7%. Ce taux important de perdu de vu observé peut être lié à un défaut d'acceptation de leur statut, un manque de moyen à cause des examens complémentaires souvent très coûteux pour la plupart qui travaille dans le secteur informel.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Nous rapportons une étude rétrospective, descriptive des cohortes de PVVIH suivies dans deux services de dermatologie-IST de Dakar sur une période de 5ans.

Les objectifs de ce travail étaient de :

- Décrire les cohortes de PVVIH suivies dans les services de dermatologie de l’HALD et de l’IHS
- Déterminer les circonstances de découverte de l’infection à VIH en dermatologie ;
- Déterminer le suivi évolutif des PVVIH dans les services de dermatologie de l’HALD et de l’IHS.

Au terme de notre travail, nous avons constaté les résultats suivants :

- 230 patients ont été colligés dont 73% venait de l’IHS et 27% de l’HALD.
- Le sex ratio était en faveur des femmes avec un âge médian de 41ans
- Il existait une diminution des nouvelles inclusions entre l’année 2013 et l’année 2016.
- L’origine géographique des patients était pour la plupart sénégalaise mais dans 22% des cas les patients venaient de divers pays d’Afrique subsaharienne.
- Les patients étaient mariés dans la plupart des cas et parmi ces mariés, les monogames étaient majoritaires.
- Les circonstances de découvertes étaient dermatologiques dans 53% des cas et parmi ces CDD le zona était la principale CDD dermatologique suivi du prurigo.
- La plupart de nos malades était dépistée au stade 2 et le taux de CD4 initial était supérieur à 200 dans plus de la moitié des cas avec un taux de CD4 moyen de 230.

- L'hépatite B était l'IST associée la plus fréquente suivie de l'herpès, des condylomes, ensuite venait la syphilis en quatrième position.
- Comme comorbidité nous avons trouvé une association avec l'HTA et le diabète chacun dans 3,4% des cas.
- Le traitement ARV était institué selon les protocoles nationaux en vigueur avec un respect de la chimio prophylaxie cotrimoxazole, par contre la chimioprophylaxie à l'INH n'a été effectuée que dans un cas.
- L'évolution était bonne en général pour les patients ayant un suivi régulier avec une bonne observance, cependant nous avons noté un taux important de perdu de vu (23,9)%.

A l'issue de notre étude et au vu de nos résultats, nous proposons les recommandations et perspectives suivantes :

- ✓ Une gratuité et accessibilité de tous les examens complémentaires pour les PVVIH dans les sites de PEC décentralisés ou intégrer les PVVIH dans la CMU;
- ✓ Rendre accessible l'exploration de l'anémie (dosage ferritinémie, fer sérique, vitamine B12) et mettre du fer gratuit à la disposition des PVVIH.
- ✓ Rendre accessible l'exploration des IST (Prélèvement vaginal, sérologie hépatite virale B, sérologie syphilitique, sérologie chlamydia) et les médicaments indispensables à leur traitement ;
- ✓ Rendre disponible l'INH ;
- ✓ Un renforcement du service social en mettant à sa disposition des fonds pour pouvoir contacter régulièrement les PVVIH et organiser des groupes de paroles entre PVVIH, médecin de PEC et assistants sociaux pour mieux retenir les PVVIH dans le système.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Atadokpede F, Yedomon H, Adegbidi H , Sehonou JJ , Azondekon A, Do Ango-Padonou F.** Manifestations cutanéomuqueuses des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine à Cotonou, Bénin *Med Trop* 2008; 68 : 273-276
2. **Callen JP, Cockerel CJ.** Dermatological Diseases In : *AIDS Therapy*, Dolling R, Massur and Saggs MS, Eds. Churchill Livingstone 1999, P639
3. **Dioussé P, Diongue M, Tall AB, Diop MM, Berthe A, Lakhe NA et al.** Les manifestations dermatologiques des personnes vivant avec le VIH suivies au centre hospitalier régional de Thiès (CHRT) Sénégal, Afrique biomédicale, 2013 ; 18(4) : 32-37
4. **Données d'estimation et projections EPP Spectrum 2013, Sénégal,** (données d'estimation et projections issues de Spectrum 2013 - version 4.58) - ONUSIDA, CNLS Sénégal
5. **EDS-MICS 2010-2011 rapport final**
6. **Fortes Déguénonvo L, Manga N.M, Diop S.A, Dia Badiane N.M, Seydi M, Ndour C.T. et al.** Current profile of HIV-infected patients hospitalized in Dakar (Senegal) *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 2011; 104 (5): 366-370
7. **Loua F, Magassouba M, Camara NG, Haba Balde AM.** Bilan de 4 ans de sérologie VIH au centre national de transfusion sanguine de Conakry *Bull Soc Pathol Exot*, 2004 ; 97 (2) :139-141
8. **Louis JP, Trebuca A, Hengy C, Danyod M, Fatchou G, Tirandibaye N,** Epidémiologie des infections à rétrovirus VIH1-VIH2 et HTLV1 en république du Tchad = Epidemiology of HIV1-HIV2 and HTLV1 infections in Tchad 1990, vol. 83, n°5, pp. 603-610
9. **Mahé A. Bobin P. Coulibaly S. Tounkara A.** Dermatoses révélatrices de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Mali = Skin diseases revealing human immunodeficiency virus infection in Mali *Ann Dermatol Venerol* 1997 ; 124 (2) : 144-150

10. **Manga NM, Diop SA, Ndour CT, Dia NM, Mendy A, Coudec M, et al.** Dépistage tardif de l'infection à VIH à la clinique des maladies infectieuses de Fann, Dakar : circonstances de diagnostic, itinéraire thérapeutique des patients et facteurs déterminants *Medmal* 2009 ; 39(2) : 95-100
11. **Ndiaye P, Diedhiou A, Ly D, Fall C, Tal-Dia A,** Prévalence du VIH/Sida chez les clients du centre de dépistage volontaire anonyme et d'accompagnement de Pikine/Guédiawaye, au SÉNÉGAL *Med Trop* 2008; 68(3): 277-282
12. **Orenstein R.** Presenting syndromes of Human Immunodeficiency Virus. *Mayo Clin Proc* 2002; 77 :1097-102) qui peuvent donc être circonstance de découverte ou non de l'infection à VIH.
13. **Pons-Duran C, Gonzalez R, Quinto L, Muquambe K, Tallada J, Naniche D et al.** Association between HIV infection and socio-economic status : evidence from a semirural area of southern mozambique. *Trop Med Int Health* 2016 Dec ; 21(12) : 1513-1521
14. **Sivayathorn A, Srihra B, Leesanguankul W.** Prevalence of skin disease in patients infected with human immunodeficiency virus in Bangkok, Thailand. *Ann Acad Med Singapore* 1995; 24 : 528-33.
15. **Spira R, Mignard MS, Doutre MS.** Prevalence of a cutaneous disorders in a population of HIV infected patients. *Arch dermatol* 1998; 134:1208-12
16. **Yaya I, Saka B, Landoh DE, Patchali PM, Patassi AA, Aboubakari AS et al.** HIV status disclosure to sexual partners, among people living with HIV and AIDS on antiretroviral therapy at Sokodé regional hospital, Togo. *PLoS One*. 2015 Feb 6; 10(2): e011815

**Etude descriptive des cohortes de patients vivants avec le VIH dans les Services
de Dermatologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec et de l'Institut d'Hygiène Sociale :
Étude de 230 patients durant la période du 1^{er} Janvier 2013 au 30 Mars 2017**

RESUME

Introduction : L'infection à VIH reste encore préoccupante malgré les progrès réalisés. Les dermatologues ont été très tôt impliqués dans la prise en charge du fait de la fréquence des manifestations cutanées à tous les stades de la maladie.

Objectif : Décrire les cohortes de PVVIH suivies dans les services de dermatologie de l'HALD et de l'IHS ; déterminer les circonstances de découverte de l'infection à VIH en dermatologie ; déterminer le suivi évolutif des PVVIH dans les services de dermatologie de l'HALD et de l'IHS.

Malades et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale, descriptive sur une période de 5 ans. Était inclus tous les dossiers de malade suivis dans les services de dermatologie de l'HALD et de l'IHS. Les données ont été analysées avec le logiciel Epi-info 3.5.

Résultats : Nous avons colligé 230 patients avec un sex ratio de 0.45. L'âge moyen était de 42ans (extrêmes 14 et 87 ans). La nationalité sénégalaise était la plus représentée (77%) suivie de celle guinéenne (8%). Les patients étaient essentiellement des mariés (52 %, n=117) et parmi ces derniers les monogames étaient plus nombreux. Le VIH1 était le principal sérotype retrouvé (95%). Les circonstances de découverte était en majorité des manifestations dermatologiques (53%), des affections digestives (16%) et le dépistage volontaire était noté dans 17%. les manifestations cutanées était principalement le zona (33%) et le prurigo (30%). La moyenne du taux de CD4 à l'inclusion était de 230. L'IST associé la plus fréquente était l'hépatite B (n=18) suivie de l'herpès (n=9). Les traitements ARV était fait selon le protocole national. La chimioprophylaxie cotrimoxazole était respecté tandis que celle à l'INH n'était effectuée que dans un cas. Nous avons noté 4% de décès et 23,9% de perdu de vu.

Conclusion : La population suivie était en majorité des femmes et nous notons que les principales manifestations cutanées sont le zona et le prurigo. Soulignons le taux important de perdu de vu.