

N° : COR-S10-01

Aspect diagnostique et prise en charge des abcès cérébraux dans le service de neurochirurgie du CHU Gabriel TOURE.

Diallo M¹, Coulibaly A¹, Kanikomo D¹, Sogoba Y¹, Diallo O¹, Diabaté M¹, Diarra A¹, Agali A S¹, Coulibaly C¹, Dama A¹, Kourouma D¹.

¹Service de Neurochirurgie CHU Gabriel TOURE

Auteur correspondant, E-mail : mdiallo5@gmail.com

Résumé

Introduction / Objectifs

Les abcès cérébraux sont des collections septiques développées au sein du parenchyme cérébral. Cette affection est étroitement liée à l'état de santé de la population. Qu'en est-il du parcours diagnostique et les options thérapeutique au Mali ?

L'objectif était de rapporter notre expérience en la comparant avec ce qui se fait ailleurs dans la prise e charge des abcès cérébraux

Méthodes

Une étude rétrospective sur une période d'un an (janvier- décembre 2014) a été réalisée dans le service portant sur les abcès cérébraux traités. Plusieurs paramètres ont été étudiés notamment l'âge, le sexe, la profession, les moyens diagnostiques, le siège de la lésion, le traitement et l'évolution. Au total, nous avons retenu dix-neuf dossiers.

Résultats

En moyenne, nos patients avaient les 29 ans révolus. L'affection prédominait cher les hommes. Les personnes de faible revenu étaient les plus touché. Le scanner cérébral a été le principal moyen de diagnostic. L'atteinte était hémisphérique cérébrale gauche dans 52,6%. Le délai moyen diagnostique était de plus de 6 mois. 63,2 % de nos patients avaient été traités médicalement ; Les prélèvements étaient stériles dans 57,1% à la culture. Avec un taux 21% de mortalité, nous avons enregistré une évolution favorable à hauteur de 63%.

Les abcès cérébraux sont loin d'être une pathologie banale. Le diagnostic précoce et une prise en charge adapté dans les délais sont la clé d'une évolution favorable. Plaidoyer pour une collaboration pluridisciplinaire entre les radiologues, internistes, neurochirurgiens et neuro-réanimateurs

Mots clés : Abscès, cerveau, diagnostic, traitement

N° : COR-S10-02

Aspects épidémiologiques des méningites cérébrospinales au service des maladies infectieuses du CHU du point G de Bamako du 1er janvier au 31 décembre 2014.

Goïta D^{1,3}, Konaté I^{1,2}, **Sogoba D**¹, Dembélé JP¹, Kouyaté F¹, Sidibé AF¹, Dicko MS¹, Cissoko Y¹, Traoré AM¹, Dao S.^{1,2,3}

¹ Service de maladies infectieuses, CHU Point G, Bamako, Mali

² Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS)-USTTB, Bamako, Mali

³ Centre de Recherche et de Formation sur le VIH et la Tuberculose (SEREFO/FMOS)-USTTB, Bamako, Mali.

Auteur correspondant, Email : sogobadramane@yahoo.fr

Résumé

Introduction / Objectifs

La méningite cérébro-spinale est une maladie à déclaration obligatoire. Elle est soumise au règlement sanitaire international. Une vaste campagne de vaccination contre la méningite à méningocoque A a eu lieu au Mali en 2010. Le but de notre travail était d'étudier les aspects épidémiologiques des méningites cérébrospinales en milieu hospitalier après cette campagne de vaccination.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans le service de maladies infectieuses du CHU du Point G de Bamako, du 01er janvier 2011 au 31 décembre 2014. Les données ont été collectées sur des fiches d'enquête anonymes à partir des dossiers d'hospitalisation. Les données ont été saisies et traitées sur le logiciel SPSS.20.

Résultats

La méningite à méningocoque représentait 34,48% (20/58) des méningites bactériennes confirmées et 1,17% (20/1697) de l'ensemble des patients hospitalisés. Plus de la moitié de nos patients résidait à Bamako, soit 65% des cas. Le sexe féminin était majoritaire avec 70% des cas et sexe ratio de 2,33. La tranche d'âge de 16-45 ans a été la plus touchée avec 85% des cas. Le méningocoque W135 était le sérotype prédominant avec 90% des cas. Aucun cas de sérotype méningocoque A n'a été isolé dans notre série. Tous nos patients ont été traités et guéris.

Conclusion

La campagne de vaccination contre la méningite à méningocoque A en 2010 a eu un impact sur l'épidémiologie de la cérébrospinale au Mali. L'utilisation lors des campagnes de vaccination d'un vaccin anti méningococcique polyvalent prenant en compte les sérotypes circulants pourrait prévenir les épidémies de méningites.

Mots clés : Méningite cérébrospinale, Vaccination, Milieu hospitalier, Bamako.

N° : COR-S10-03

Sérotypes circulant de *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoques) responsables de méningite de 2012 à 2015 au Mali.

Coulibaly S¹, Zerbo B¹, Abdou M¹, Sanogo H¹, Dembélé M¹, Guindo I¹, Kéita A¹, Diarra S¹, Bougoudogo F¹.

¹ Institut National de recherche en Santé Publique (INRSP)

Auteur correspondant, Email: sbcoulibaly1.sc@gmail.com

Résumé

Introduction / Objectifs

Depuis l'introduction du vaccin conjugué A anti-méningocoques MenAfriVac en 2010, *Streptococcus pneumoniae* est devenu la première cause de méningite bactérienne au Mali. Le but de ce travail est de décrire les sérotypes de pneumocoques responsables de méningite au Mali.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de 2012 à 2015 ayant consisté à réaliser un typage moléculaire de toutes les souches de *Streptococcus pneumoniae* identifiées et responsables de méningite dans la surveillance épidémiologique. Les cas suspects de méningite ont fait l'objet de ponction lombaire et les liquides céphalo-rachidien (LCR) ont été acheminés au laboratoire de Bactériologie-Virologie de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP). Le test au latex, la microscopie, la culture et la PCR ont été utilisés pour l'identification des agents bactériens. Le typage des *Streptococcus pneumoniae* a été fait selon la méthode décrite par Pimenta et al. (J Clin Microbiol. 2013) permettant d'identifier 21 sérotypes par PCR en temps réel selon la technologie Stratagene Mx3005P (Agilene®). Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 20 pour windows.

Résultats

Parmi les LCR à bactériologie positive, *Streptococcus pneumoniae* représentait 36/192 (18,8%) en 2012, 24/53 (45,3%) en 2013, 64/93 (68,8%) en 2014 et 38/74 (51,3%) en 2015 soit au total 162 souches. Le sexe masculin représentait 56,2%, la tranche d'âge de 0 à 5 ans représentait 62,3% et pour la majorité (85,2%) le statut vaccinal n'était pas connu. Sur les 162 souches, 109 (soit 67,3%) sont apparus non typables compte tenu du nombre limité de sérotypes identifiable par la méthode. Parmi les 53 souches typables, 13 étaient de sérotype 1, 7 étaient de sérotype 14, 5 de sérotype 2. Le groupe de sérotypes 12F/12A/12B/44/46 était au nombre de 12 et le groupe de sérotype 6A/6B/6C/6D au nombre de 4. D'autres sérotypes ont été identifiés notamment : 18F, 23, 4, 5 et 7.

Conclusion

Ces résultats montrent une diversité de sérotypes de pneumocoques responsables de méningites dont le 2, le 44, le 46, le 18F, non inclus dans le vaccin prevnar® 13 du PEV de routine. Une amélioration de la traçabilité du statut vaccinal s'avère nécessaire. La mise en place d'une autre méthode permettant le typage des souches non typables est à envisager.

Mots clés : sérotypes, *Streptococcus pneumoniae*, typage, méningite, LCR.

N° : COR-S10-04

Evolution des souches bactériennes responsables de méningite de 2006 à 2015 au Mali.

Abdou M¹, Guindo I¹, Coulibaly S¹, Zerbo B¹, Diarra S¹, Bougoudogo F¹.

¹Laboratoire de Bactériologie-Virologie, Institut National de Recherche en Santé Publique Bamako-Mali

Auteur correspondant, mail: mohamediallo1984@yahoo.fr

Résumé

Introduction / Objectifs

Les méningites bactériennes sont la cause majeure de décès et d'incapacités dans le monde. Trois bactéries dont la transmission se fait d'homme à homme par les sécrétions respiratoires sont responsables de la plupart des méningites bactériennes à savoir *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae B*. Le but de ce travail est de montrer l'évolution des germes à l'origine de méningite au Mali de 2006 à 2015

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive sur 10 ans de 2006 à 2015. Les liquides céphalorachidiens (LCR) ont été collectés au niveau des districts sanitaires et des hôpitaux chez les patients suspects de méningite répondant à la définition de cas, puis acheminés à L'INRSP pour confirmation. Le diagnostic étiologique a été établi comme suit :

- Le recherche des antigènes solubles par le Pastorex meningitis® (Biorad) permettant de détecter *Neisseria meningitidis* A, N. meningitidis B/E.coli, N. meningitidis C, N. meningitidis W135/Y, *Haemophilus influenzae* b, pneumocoque et le streptocoque B.
- la culture permettant de faire l'identification et la réalisation des tests de sensibilité aux antibiotiques.
- la PCR en temps réel utilisant le stratagène Mx3005P (Agilent) permettant l'identification moléculaire de *Neisseria meningitidis* *Haemophilus influenzae* et le *Streptococcus pneumoniae*.

Résultats

Sur 4859 échantillons de LCR collectés durant 10 ans, 983 étaient positifs soit 20,23%.

Les 983 patients avaient un âge médian de 5 ans [5 ; 12] et la tranche d'âge la plus fréquente était celle des moins d'un an (30.6%). Sur les 10 ans, les germes identifiés étaient : N. meningitidis (56.76%), S. pneumoniae (26.24%) et *Haemophilus influenzae* b (8.24%).

De 2006 jusqu'en 2010, N. meningitidis (le méningocoque) était le germe le plus fréquent, puis il fut supplanté par S. pneumoniae (le pneumocoque) à partir de 2012 suivi de l'*Haemophilus*. Nous constatons également une disparition de NmA après l'introduction du vaccin conjugué anti-méningite A (MenAfriVac) en 2010. Le N. meningitidis a été isolé majoritairement isolé dans la tranche d'âge 5-14 ans tandis que le pneumocoque et l'*Haemophilus influenzae* ont été principalement isolés chez les enfants de moins d'un an.

Conclusion

Après l'introduction du vaccin conjugué MenAfrivac le méningocoque A disparu mais laissant place à d'autres sérogroupes qui émerge (W135 et X) et dont un antigène vaccinal n'existe pas et également non détectable par les tests de diagnostic rapide couramment utilisés (cas du Pastorex)

Mots clés : Evolution, Méningite, souches, Mali.

N°: COR-S11-01

Leprosy persistence in the health district of Kéniéba despite the elimination as a public health problem at the national level in Mali.

Coulibaly YI^{1, 2}, Keita M¹, Fomba A¹, Kodio M¹, Dicko I², Diarra N³, Sidibé M¹, Maiga O¹, Sangaré M², Dolo H², Sangaré MB², Coulibaly SY², Coulibaly ME², Dolo M², Fomba SI², Diallo AA², Fossuo TF², Faye O¹, Sow SO¹.

¹ Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), Bamako, Mali.

² International Center of Excellence in Research (ICER-Mali), Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Mali.

³ Centre de Santé de Référence de Kéniéba, Kayes, Mali.

Auteur correspondant, E-mail : yicoulibaly@icermali.org

Summary

Introduction / Objectives

WHO defined leprosy elimination as reaching a prevalence of less than 1 case of leprosy per 10,000 inhabitants. Mali eliminated the disease since 2001 but recently in 2011, it recorded 226 new cases. This has serious involvement in term of disease propagation. Consequently, we undertook a cross sectional study in the health district of Kéniéba, one of the 2 health districts in Mali that are still above the endemicity threshold to better understand leprosy epidemiology and identify risk factors associated with undiagnosed leprosy cases.

Methods

The study took place from October 2013 to September 2014. All consenting villagers, living in one of the selected villages at least for the last 6 months before the study initiation were included and clinically examined for leprosy signs. A short and leprosy focused questionnaire was administered to the study volunteers. Suspected cases identified by trained data collectors were confirmed by an experienced leprologist in the 20 villages selected because of their history of having at least one leprosy case during the last 10 years and their accessibility by car. The study protocol was approved by National Ethics Committee for Health and Life Sciences of Mali.

Results

A total of 8,457 volunteers were included. The incidence rate of leprosy was 10.64 per 10,000 inhabitants in 2013 with the extremes of 0 per 10,000 inhabitants in Kéniéba City (urban area) and 18.81 per 10,000 inhabitants in Dombia (rural area). The overall prevalence of leprosy in 2013 (new cases and those under multi drug therapy) was 24.83 per 10,000 inhabitants varying from 5.56 per 10,000 inhabitants in Kéniéba City to 41.57 in Guénégoré (rural area). The relative risk (RR) for individuals in the health district of Kéniéba to remain among the population with an undiagnosed leprosy was significantly associated with their provenance from Kéniéba City [RR = 0.97 (0.95-0.99)], their use of a bike [RR = 0.96 (0.93- 0.99)], a motorcycle [R = 0.97 (0.94 to 1)] and other vehicle to go to the health center [RR = 0.96 (0.93-0.99)].

Conclusion

In Mali, despite the elimination of leprosy as a public health problem at the country level, it remains highly endemic in the health district of Kéniéba.

N° : COR-S11-02

Ulcérations nécrotiques diffuses révélant une lèpre lépromateuse : phénomène de Lucio ?

Faye O¹, Dicko A¹, Traoré B¹, Berthé S¹, Cissé L¹, Fofana Y¹, Keita A¹, Guindo B¹, Keita S¹.

Auteur correspondant :

Résumé

Introduction :

La lèpre lépromateuse représente la forme anergique de l'infection à *Mycobacterium leprae* dont l'évolution est habituellement émaillée d'accidents immunoallergiques. Le phénomène de Lucio en est une forme particulière décrite en 1852 par Lucio ; surtout rencontrée en Amérique du sud et caractérisée par la survenue de lésions nécrotiques. Nous rapportons un cas.

Observation :

Monsieur S, 62 ans, cultivateur a été référé en dermatologie pour des plaies chroniques diffuses. La maladie a débuté, deux ans auparavant, par un éclaircissement spontané du visage. Au fur et à mesure que l'éclaircissement progressait, apparaissaient successivement de petites taches rouges qui s'ulcéraient secondairement. Les lésions initialement localisées aux jambes s'étendaient progressivement aux bras et au thorax. Un antécédent familial de lèpre chez une tante paternelle était noté. L'examen physique retrouvait un malade dysphonique, apyrétique et maigre (IMC=17,32 Kg/m²). La peau était fripée et recouverte de multiples ulcérations et des croûtes par endroit, de taille variable à base infiltrée au tronc et aux membres. Une infiltration du lobe des oreilles, une madarose, un élargissement de la base du nez, une muqueuse nasale congestive et un gonflement des poignets étaient également notés. L'examen neurologique retrouvait une hypertrophie de plusieurs troncs nerveux périphériques (radial, ulnaire, fibulaire et auriculaire superficiel). Le reste de l'examen clinique était normal. La bacilloscopie était positive à 5+ à plusieurs sites. En dehors d'une anémie à 9 gr/dl, le reste du bilan biologique était normal. Le diagnostic de phénomène de Lucio sur lèpre lépromateuse était évoqué. Un traitement antibiotique associé à des antiseptiques est resté sans succès sur les ulcérations. L'administration d'une polychimiothérapie (PCT) OMS MB et de thalidomide ont entraîné une nette amélioration des ulcérations avec amorce de cicatrisation au bout des 10 jours.

Commentaires :

Nous rapportons un cas de phénomène de Lucio au cours d'une lèpre lépromateuse diffuse remarquable par ses caractéristiques cliniques (infiltration cutanée diffuse, macules évoluant vers l'ulcération, absence de lépromes et de nodules), biologique (bacilloscopie fortement positive) et thérapeutique (efficacité de la thalidomide et de la PCT). La dysphonie et la rhinite congestive sont la conséquence de l'infiltration diffuse des muqueuses respiratoires et de la longue évolution de la maladie.

Conclusion :

Habituellement décrite en Amérique, le phénomène de Lucio peut être également rencontré en Afrique. Outre les lésions cutanées typiques, les plaies nécrotiques doivent figurer parmi les signes cutanés révélateurs de la lèpre.

Mots clés: lèpre lépromateuse – Phénomène de Lucio – Mali.

N° : **COR-S11-03**

Perception du personnel soignant du CHU Gabriel TOURE sur la maladie à virus Ebola (Mali).

Togola AK¹ ; Sangare SA¹ ; Sylla M², Poudiougou A¹ ; Toure Y¹ ; Keita A¹ ; Maiga AI¹.

¹ Laboratoire d'Analyses Médicales, CHU Gabriel TOURE, Bamako, Mali

² Département de pédiatrie, CHU Gabriel TOURE, Bamako, Mali.

Auteur correspondant : togola.aminatakafoune90@yahoo.fr

Résumé

Introduction / Objectifs

Les épidémies du virus Ebola surviennent souvent dans les pays de l'Afrique centrale et du Sud. L'Afrique de l'Ouest a connu sa première épidémie à virus Ebola et c'est devenu la plus grande épidémie avec des milliers de décès dans plusieurs pays. Dans ce contexte l'évaluation du niveau de connaissance du personnel soignant sur la maladie à virus Ebola est extrêmement importante dans le cadre de la prévention en milieu hospitalière

Objectif

Evaluer la perception du personnel soignant sur la maladie à virus Ebola dans la perspective d'empêcher leur contamination en exerçant leur travail

Méthodes

L'échantillon a constitué 250 personnels soignant toutes catégories confondues de 18 à 45ans. Une fiche d'enquête individuelle a été adressée aux 250 personnels soignants (permanent et étudiants stagiaires) du CHU Gabriel TOURE. La saisie des données a été faite sur le logiciel Microsoft office Excel 2007 et l'analyse avec les logiciels SPSS 21.0 et Epi Info version 3.1.5.

Résultats

Il ressort de l'étude que les enquêtés avaient une bonne connaissance sur les signes et modes de transmission de cette maladie : 58,8% du personnel soignant connaissaient les symptômes liés à la MVE, et 65,2% savaient que le contact avec les fluides corporels infectés est une source de contamination de la MVE. Par contre le personnel n'avait pas de bonnes connaissances virologiques du virus Ebola car 99,2% ne savaient pas que le virus Ebola est un virus de type ARN et 81,6% que l'eau de javel et le formol inactivent le virus. Pour leurs préventions 50,2% mentionne l'utilisation de la solution hydro alcoolique.

Conclusion

Les résultats de cet étude incitent à former, informer ; sensibiliser et d'éduquer le personnel du CHU Gabriel TOURE pour la prise en charge de la maladie à virus Ebola et les autres maladies infectieuses liées à la profession. Ces résultats peuvent être extrapolés sur les autres structures hospitalières au Mali.

Mots clés : La maladie à virus Ebola, personnel soignant, prévention, maladie à virus Ebola.

N° : COR-S11-04

Une Souche du Virus Ebola de Faible Contagiosité : cas d'une Fillette de 2 ans au Mali.

Toukara S^{1,4}, **Togo ACG**¹, Sylla M², Goita D¹, Sissoko A², Sanogo M¹, Kone A¹, Maiga AI^{1,3}, Daou F¹, Baya B¹, Diarra B¹, Sarro YS¹, Diop S¹, Koita OA¹, Sow SO², Safronetz D⁴, Feldmann H⁴, Dao S^{1,5}, Diallo S^{1,5}.

¹ SEREFO, centre de recherche et de formation sur le VIH et la Tuberculose, USTTB, Bamako, Mali

² Centre opérationnel d'urgence CNAM, Bamako, Mali

³ CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali

⁴ National Institutes of Health, Hamilton, Montana, USA

⁵ CHU du Point G, Bamako, Mali

Auteur correspondant : togoacg@icermali.org

Résumé:

Introduction :

La maladie à virus Ebola dont l'épidémie récente a secoué certains pays de l'Afrique de l'ouest et qui a fait des milliers de morts dans les 3 pays les plus touchés (Liberia, la Sierra Léone et la Guinée). Le Mali, pays limitrophe de la Guinée a connu son premier cas de la maladie à virus Ebola (MVE) le Jeudi 23 octobre 2014. Nous décrivons ici le cas d'une fillette de 2 ans en provenance de la Guinée et qui n'a contaminé aucun de ses contacts.

Méthodologie :

Il s'agissait d'une fillette de deux ans qui vivait à Kissidougou en République de Guinée. La fillette symptomatique de la maladie à été transportée par sa grande mère en empruntant les transports en communs et ont transité par Bamako puis se sont rendues à Kayes. Devant la persistance de la fièvre, elle fut déclarée suspecte à admise à l'hôpital. La fillette à été mise en quarantaine et tous ses contacts de Kayes et de Bamako ont été immédiatement identifiés et mis sous surveillance. Les prélèvements ont été réalisés chez la fillette et ses proches contacts et acheminés au laboratoire de biosécurité 3 (BSL-3) de SEREFO.

Résultats :

La fillette a été déclarée positive à la MVE tandis que tous les contacts testés étaient négatifs. Tous ces résultats ont été confirmés par les laboratoires de Rocky Mountain Hamilton, CDC d'Atlanta, et l'institut Pasteur de Dakar. La culture du virus a été réalisée dans le laboratoire de biosécurité 4 (BSL-4) aux USA permettant d'isoler et de séquencer son génome. La séquence du virus nommée Mali-DPR1 n'a montré que 15 nucléotides différents par rapport à l'EBOV Gueckedou (Gueckedou-C05, numéro d'accession KJ660348.2). En ce qui concerne les acides aminés, un seul changement avait été acquit par rapport au virus Makona-EM106 [g16514a: S>N (6) à la position 1645 de la polymérase (L) gène]. Malheureusement la patiente est décédée mais, aucun de ses 79 contacts n'a présenté aucun signe au terme de la quarantaine y compris sa grande mère.

Conclusion :

Ce premier cas de la MVE a soulevé beaucoup de questions par rapport à sa contagiosité voir même son existence dans certains milieux du Mali. Il pourrait s'agir d'une nouvelle souche du Virus EBOLA qui est moins contagieuse ? L'évolution de l'épidémie ou d'autres études permettront de répondre à cette question.

Mots clés : Virus Ebola, Génotypage, Contagiosité, Mali.

N° : COR-S12-01

Déterminants de la non-observance au traitement antirétroviral chez l'adulte dans la ville de Kinshasa, RDC.

Bepouka izizag B¹, Situakibanza H¹, Kiazayawoko F¹, Aliocha N⁵, Mafuta E², Lukanu P³, Mukumbi H⁴, Longokolo M¹, Mandina M¹, Mayasi N¹, Amaela E¹, Kinuka A⁵, Kazadi W⁵, Bouchaud O⁶, Mbula M¹.

Auteur correspondant, Email: Abenbepouka@gmail.com

Résumé :

Introduction / Objectifs

L'observance de 95% ou plus à la thérapie antirétrovirale est généralement considéré comme nécessaire pour obtenir une suppression virologique optimale chez les patients vivant avec le VIH(PVVIH). Dans le contexte africain de faible accès au suivi par la charge virale, comprendre les déterminants de mauvaise observance est essentiel pour améliorer l'observance, optimiser la suppression virologique et réduire la morbidité et la mortalité.

Méthodes

Une étude transversale à visée analytique a été réalisée sur des patients âgés d'au moins 18 ans sous traitement antirétroviral depuis au moins 3 mois. Nous avons sélectionné de manière aléatoire les patients et 9 structures de prise en charge des PVVIH parmi 63 suivant plus de 100 malades à Kinshasa, de Mai 2015 à Aout 2015. Le *Case Adherence Index* (méthode subjective) et le renouvellement d'ordonnance (méthode objective) ont été utilisés comme indicateurs d'observance. Les tests de Khi-2 et de Student ont été utilisés pour les comparaisons. Les déterminants de la non observance ont été recherchés en analyse multivariée par régression logistique.

Résultats

Sur une file active globale de 5724 patients, 400 ont été inclus. L'âge médian était de 43 ans et le *sex ratio* 3 en faveur du sexe féminin. La fréquence de non observance globale était de 25 %. La prévalence de non-observance objective était plus élevée que celle de non-observance subjective (29 % vs 21%, p=0,01). En analyse multivariée, le paiement de la consultation [OR ajusté : 1,70 IC 95 % (1,020-2,813), p=0,042], les effets secondaires [OR ajusté de 2,23 IC 95 % (1,327-3,747), p=0,002] et le manque de perception que l'oubli d'une dose peut aggraver la maladie [OR ajusté 4,156 IC 95% (1,035-16,678), p=0,045] ont émergé comme déterminants de la non-observance globale chez les PVVIH

Conclusion

Les résultats sont conformes à ce qui a déjà été montré. La discordance observée entre les deux méthodes utilisées souligne l'importance de l'accès aux méthodes biologiques. Les facteurs de risques identifiés permettront grâce à une évaluation régulière, de mieux identifier les PVVIH à plus grand risque de non-observance et de leur proposer une aide renforcée à l'observance.

N° : COR-S12-02

Echec du traitement de deuxième ligne et caractérisation des profils de résistance aux antirétroviraux chez les enfants infectés par le VIH-1 au Mali.

O Dolo¹, M Sylla², D B Fofana¹, N Kone², A Balde¹, Y A Coulibaly², C N'diaye², A Koita², S A Sangare³, R Murphy⁴, C Katlama⁵, S Diallo¹, V Calvez⁶, G A Marcelin⁶ A I Maiga¹,

¹ SEREFO, Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako,

² Département de pédiatrie, CHU Gabriel TOURE, Bamako, Mali,

³ Laboratoire d'analyse médicale, CHU Gabriel TOURE, Bamako, Mali,

⁴ Department of Infectious Diseases, Northwestern University, Chicago, États-Unis,

⁵ Département des maladies infectieuses, Pitié-Salpêtrière,

⁶ Département de Virologie, Pitié-Salpêtrière, Paris, France.

Auteur correspondant, Email: oumdol@gmail.com

Résumé

Introduction / Objectifs

La surveillance virologique est très limitée chez les enfants sous Combinaison antirétrovirale (cART) au Mali. Certains enfants sont mis sous cART de 2e ligne restent longtemps sans suivi biologique. Dans cette étude, nous avons déterminé le profil de mutations de résistance des enfants infectés par le VIH-1 et en échec de leur cART de 2e ligne afin de proposer une meilleure option thérapeutique.

Méthodes

Les enfants (<17 ans) infectés par le VIH-1 en échec virologique de leur cART de 2e ligne ont été recrutés au service de Pédiatrie du CHU Gabriel Toure. Les charges virales (CV) ont été réalisées sur Abbott m2000rt. Les gènes de la protéase et de la transcriptase inverse ont été séquencés avec le kit ViroSeq®. Les résultats ont été interprétés avec la dernière version de l'algorithme de l'ANRS.

Résultats

L'âge médian (IQR) était de 12 ans (5–18). La moyenne de CV était de 192 262 copies/ml et la moyenne des taux de CD4 était de 352 cellules / mm³. Environ 48,48% de nos patients ont été traités avec une combinaison d4T+3TC+NVP en 1ere ligne et pour la 2e ligne par ABC+ (DDI ou 3TC) +LPV/r 60,61%. La durée médiane (IQR) du traitement était de 102 mois (36–156). Sur les 33 enfants, 100% génotypes ont été réalisés avec succès. Le sous-type prédominant était CRF02_AG 66,66%. La prévalence des mutations de résistance par classe de médicaments antirétroviraux était comme suit: INTI: M184V/I 57,58%, M41L 24,24%, L210W 18,18%, K219Q/E 15,15%. Pour les INNTI : K103N 30,30%, Y181C / I/V 21,21%. Dans notre étude 52,52% de nos patients présentaient au moins une mutation de résistance aux IP. La plupart des mutations de résistance due aux IP étaient M36I /L/V 42,42%, H69K/R/Q 42,42% et L89M/V/I 36,36%, L76V 6,06%. Environ 24,24% et 18,18% étaient résistants respectivement à ETR et RPV.

Conclusion

Le régime INTI reste très limité dans le traitement des enfants infectés par le VIH-1 et en échec de leur cART de 2eme intention. Le LPV/r reste sensible chez 84,9% des enfants dans notre population en échec de 2eme ligne. Il est important d'avoir des nouvelles molécules dans la classe des INTI le traitement des enfants VIH-1 dans les pays à ressources limités.

N° : COR-S12-03

Utilisation du préservatif et couverture des programmes de prévention chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) à Bamako, Mali.

Telly N¹, Ballo T², Sangho O¹, Lahuerta M³, Patnaik P³, Traoré B², Traoré M. S⁴, Traoré S⁴, Doumbia S¹.

¹ Centre International d'excellence en Recherche (ICER-Mali), Faculté de Médecine et d'odontostomatologie, Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako, Mali

² Cellule Sectorielle de Lutte Contre le SIDA (CSLS), Bamako, Mali

³ ICAP-Columbia University, Mailman School of Public Health, New York, United States

⁴ Institut Nationale de Recherche en Santé Publique (INRSP)

Auteur correspondant, Email : nouhoumtelly@yahoo.fr

Résumé

Introduction / Objectifs : La prévalence du VIH au Mali est de 1,1% EDS V, mais plus élevée à Bamako (1,7%), 1,6% chez les hommes EDS V. L'épidémie du VIH est concentrée parmi les populations clés avec des prévalences élevées telles que les travailleuses de sexe (24,2%), vendeuses ambulantes (3,7%), coxeurs (3,5%), routiers (2,7%) (ISBS 2009). Peu de données existent sur le VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Cette étude menée chez les HSH au Mali pour combler cette lacune et fournir des données pour une meilleure réponse à l'épidémie.

Méthodes : En utilisant l'échantillonnage déterminé selon les répondants, nous avons mené une enquête transversale N=552 HSH à Bamako d'Octobre 2014 à Février 2015. Les critères d'éligibilité : âge ≥ 18 ans, résidence à Bamako ou banlieue, rapports sexuels avec un autre homme les 6 derniers mois précédent l'enquête. Entretiens mode face-à-face avec un questionnaire sur tablette numérique, puis les participants conseillés et testés pour le VIH. L'analyse pondérée des données sur RDS Analyst.

Résultats : Au total nous avons recruté 552 HSH dont 550 consentants pour le test VIH. Les HSH qui ont utilisé un préservatif lors du plus récent rapport sexuel étaient de 76% [IC_{85%} : 70.8–81.1]. Parmi les insertifs qui ont eu des relations sexuelles anales au cours des 6 derniers mois (précédent l'enquête) 37,9% [IC_{85%} : 30.9-44.9] l'ont fait sans préservatif contre 45,2% [IC_{95%} : 35.9-54.5] parmi les réceptifs. Pour ceux qui ont eu des rapports sexuels récents avec des femmes, 45,1% [IC_{95%} : 34.7-55.5] n'avait pas utilisé de préservatif. Parmi les raisons évoquées pour la non utilisation du préservatif, 30% étaient liées au fait que c'était un partenaire régulier. La rupture du préservatif lors des rapports anaux a été rapportée par 14,7% [IC_{95%} : 10.1-19.3] des enquêtés. Les lubrifiants ont été utilisés chez 59,2% [IC_{95%} : 51.9-66.4] des HSH lors des rapports anaux avec un homme au cours des 6 derniers mois.

Au cours de cette étude, 45,2% [IC_{95%} : 37.9-52.6] des HSH ont utilisé des préservatifs gratuits. Par ailleurs, 70,8% [IC_{95%} : 27-100] pensaient que la gratuité augmentait la probabilité d'utilisation des préservatifs. Les HSH ayant reçu des informations sur l'utilisation du préservatif et des rapports sexuels protégés étaient de 47% [IC_{95%} : 40.5-53.5] dont 71,8% [IC_{95%} : 66-77.6] avaient discuté avec un pair éducateur ou un agent de sensibilisation sur le VIH.

Conclusion : Cette étude a permis d'obtenir des données représentatives sur les comportements à risque dans la population HSH à Bamako, et d'identifier le besoin d'accroître la disponibilité et l'accès au diagnostic et aux moyens de prévention contre le VIH/SIDA à l'endroit de cette cible.

N° : COR-S12-04

Facteurs de risque de contamination du VIH au niveau du couple chez les patients suivis dans le service de maladies infectieuses du CHU du Point-G, Bamako, Mali.

Konaté I^{1, 2}, Dembélé Jp², Goïta D³, Coulibaly B³, Cissoko Y⁵, Koné O⁴, Oumar Aa^{1, 3}, Dicko MS², Sidibé AF², Traore² A, Dao S.^{1, 2, 3}

¹ Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS), USTTB, Bamako, Mali

² Service des maladies infectieuses, CHU du Point «G», Bamako, Mali

³ Centre de Recherche et de Formation sur le VIH et la tuberculose, FMOS, Bamako, Mali

⁴ Centre de Santé de Référence de la commune III du District de Bamako

⁵ Hôpital régional de GAO.

Auteur correspondant, Email : izos_k@yahoo.fr

Résumé :

Introduction: La transmission du VIH par les rapports hétérosexuels est l'un des principaux modes de transmission à l'origine de l'épidémie mondiale du SIDA. Des études ont montré qu'en Afrique sub-saharienne, la plupart des femmes infectées aujourd'hui le sont par leur conjoint, dans le cadre des relations sexuelles conjugales.

Objectif: Le but de ce travail était d'évaluer le risque conjugal d'exposition au VIH chez les patients suivis dans le service de maladies infectieuses du CHU du Point-G, Mali.

Patients et Méthodes: Nous avons mené une étude transversale descriptive chez les PvVIH suivies dans le service de maladies infectieuses du CHU du Point-G de janvier à juin 2014. Les données portant sur les facteurs de risques de la transmission sexuelle du VIH, sociodémographiques et les informations relatives à leur vie de couple ont été recueillies à partir d'un questionnaire lors des entretiens individuels.

Résultats : Un total de 110 patients VIH positif sous traitement antirétroviral a été inclus dans cette étude. Les femmes étaient prédominantes avec 66,40% dans cette étude et 28,20% (31) étaient dans un régime polygamique. Les rapports sexuels extraconjugaux ont été notés chez 22,70% (25) de nos patients. Les rapports sexuels n'étaient pas protégés chez 73 patients, parmi ceux-ci 26 patients avaient une charge virale détectable. Neuf patients avaient eu des rapports sexuels extraconjugaux non protégés. Plus du quart de nos patients n'avaient pas informé leurs conjoints. La sérologie VIH était positive chez 68,4% des conjoints dépistés. Le plus grand nombre de nos patients avait un taux de lymphocytes TCD4 compris entre 351 et 500, soit 44,55% des cas suivi de ceux dont les lymphocytes TCD4 étaient supérieurs à 500, soit 31,82% des cas.

Conclusion: La majorité des PvVIH font des rapports sexuels non protégés avec leurs conjoints et une partie non négligeable font des rapports extraconjugaux. Le VIH/SIDA constitue toujours un sujet tabou dans notre société. Il est alors important de renforcer la communication sur le changement positif de comportement afin d'améliorer l'utilisation des mesures préventives et faciliter la prise en charge des PvVIH.

Mots clés: Couple, transmission du VIH, PvVIH.

N° : COR-S13-01

Pathologies associées au virus de l'immunodéficience humaine dans le service d'accueil des urgences du CHU du Point G, Bamako, Mali.

Keita M¹, Konaté I², Fomba S³, Tembely M¹, Dembélé JP², Dicko H¹, Doumbia D¹, Dao S²

¹ Service d'Anesthésie, réanimation et des urgences du CHU du Point G.

² Service des Maladies Infectieuses du CHU du Point G.

³ Programme National de Lutte Contre le Paludisme (PNLP).

Auteur correspondant, Email: bilkeita@yahoo.fr

Résumé :

Introduction / Objectifs

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) demeure un problème de santé publique. Les urgences médicales chez les patients à sérologie VIH positive sont décrites comme étant des complications survenues au cours de l'évolution de la maladie. Etudier les pathologies médicales d'urgence associées au VIH, fréquemment retrouvées dans le service d'accueil des urgences (SAU) du Centre hospitalier et universitaire (CHU) du Point G.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective, transversale portant sur 176 patients vivant avec le VIH, admis en urgence dans le service d'accueil des urgences du CHU du Point G pour une pathologie médicale entre septembre 2014 et août 2015. Après suspicion clinique, le statut VIH positif a été retenu biologiquement sur la base de 2 tests rapides différents confirmés par immunocombs II. Le stade clinique a été déterminé selon la classification clinique de l'OMS révisée.

Résultats

Nous avons colligé 176 patients vivant avec le VIH, admis au niveau du service d'accueil des urgences du CHU du Point G pour une pathologie médicale d'urgence, soit 11,32 % de l'ensemble des malades. L'échantillon était composé de 95 femmes (54 %) et de 81 hommes (46%) avec un âge moyen de 29 ans. Sur les 176 patients, 98,3% étaient infectés par le VIH1, une double séropositivité à VIH1 et VIH2 a été retrouvée dans 0,6% des cas. Et seulement 1,1% des patients avaient une sérologie positive au VIH2. Les pathologies médicales associées au VIH ont été les suivantes : la maladie de Kaposi (97,7%), les Candidoses buccales (93,1%), les Troubles gastro – entériques (81,3%), la Tuberculose pulmonaire (75%), la pneumopathie bactérienne récidivante (72,2%) et la Toxoplasmose cérébrale (70,5%). Les stades IV et III de la classification clinique de l'OMS révisée de l'adulte et de l'adolescent étaient respectivement de 51,7 et 32,4%. La co-infection VIH /tuberculose pulmonaire (à microscopie positive ou négative) a été retrouvée dans 83,5% des cas, avec des taux de CD4 \leq 200 chez tous les patients. Les patients ont été hospitalisés dans 60% des cas pour une durée maximum de 72 heures. La mortalité globale a été de 3,73 % et elle était attribuable au VIH dans 32,9% soit 58/176 patients. Les pathologies létales ont été par ordre de fréquence, la toxoplasmose cérébrale (32,4%), la tuberculose pulmonaire (26%), la pneumopathie bactérienne (24,2%) et l'hépatite virale (17,4%).

Conclusion

Ces résultats témoignent de la fréquence et de la gravité des pathologies associées au VIH chez les patients admis au SAU du CHU du Point G, mais aussi du taux élevé de la mortalité (32,9%) qui leur est attribuable.

Mots clés : VIH, Pathologies associées, urgence, CHU Point G.

N° : COR-S13-02

Prévalence du diabète, de l'hypertension artérielle et de l'hépatite virale B chez les patients infectés par le VIH sous thérapie antirétrovirale dans la Donga (Bénin).

Attinsounon CA¹, Oussou AG², Gandaho Pérec³, Fiogbé A², Kounoudji AC².

¹ Service de Médecine interne du CHU Départemental de Borgou, Parakou, Bénin.

² Service de médecine de l'hôpital de zone de Djougou, Bénin.

³ Service de médecine de l'hôpital de zone de Bassila, Bénin.

Auteur correspondant, Email: acosange@yahoo.fr

Résumé

Introduction / Objectifs :

Déterminer la prévalence du diabète, de l'hypertension artérielle (HTA) et de l'hépatite virale B chez les patients infectés par le VIH sous thérapie antirétrovirale (TAR) en milieu rural au nord du Bénin.

Méthodes :

Il s'agissait d'une étude transversale et prospective menée de Février à Mai 2014 sur les deux sites de prise en charge des PVVIH de Bassila et de Djougou dans le département de la Donga au nord du Bénin. Ont été inclus, tous les patients reçus en consultation pendant la période et ayant donné leur consentement éclairé pour participer à l'étude. Chaque patient a été soumis à un questionnaire, aux prises de la tension artérielle et a bénéficié de la réalisation de la glycémie à jeun et de l'antigénémie HBs. Toute comorbidité connue par le patient ou diagnostiquée avant le début du TAR était considérée comme initiale. Les comorbidités secondaires étaient celles diagnostiquées après au moins 6 mois du TAR. Les données relatives au suivi des patients et à l'infection à VIH étaient recueillies dans le dossier médical du patient. Le logiciel Epi-info 3.5.1 a servi à l'analyse des données.

Résultats :

Au total 196 patients ont été inclus représentant 40,8% de la file active des deux sites. L'âge moyen était de 37,7±10,2 ans et la sex-ratio (M/F) de 0,6. On notait 4 cas (2,0%) de diabète initial, 8 cas soit 4,1% de diabète secondaire soit une prévalence globale de diabète de 6,1%. Trente patients (15,3%) avaient une hypertension artérielle dont 10,7% d'HTA initiale et 4,6% d'HTA secondaire. La prévalence de l'hépatite virale B était de 11,7%. La durée moyenne sous TAR était de 56 ± 23 mois. L'association 3TC+TDF était utilisée dans 38,8% des cas.

Conclusion :

Un dépistage systématique des co-morbidités permettra d'en assurer une prise en charge adéquate et d'améliorer la qualité de soins des PVVIH.

Mots clés : Co-morbidités, VIH, HTA, diabète, hépatite virale B, Bénin, Afrique subsaharienne

N°: COR-S13-03

Zona familial : 2 cas chez une mère séropositive et son enfant

Faye O¹, Dicko A¹, Guindo BK¹, Berthé S¹, Cissé L¹, Traoré B¹, Fofana Y¹, Keita A¹, Keita S¹.

¹ CNAM-Ex Institut Marchoux. BP 251 Bamako, Mali

Auteur correspondant, Email :

Résumé

Le zona est une infection virale due au virus Varicelle Zona (VZV) dont il représente habituellement la récurrence. Avec l'avènement du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), cette affection est devenue un marqueur de séropositivité en particulier chez l'adulte. Sa découverte chez l'enfant est moins fréquente comparée à celle de l'adulte. Nous rapportons 2 cas familiaux survenus simultanément chez une mère séropositive et son enfant.

Observation :

Madame S, 22 ans, résident à Bamako et son fils de 5 ans ont consulté ensemble en dermatologie pour des lésions vésiculo-bulleuses du visage survenues brutalement et évoluant depuis 3 jours. L'interrogatoire a révélé que son mari décédé il y deux mois était séropositif traité par trithérapie depuis 5 ans. Ils avaient ensemble trois enfants: 2 garçons de 5 et 3 ans, 1 fille de 1 an. Le jour de l'examen, Madame S a consulté avec son enfant de 5 ans. Elle présentait des lésions vésiculo-bulleuses cervico-faciales associées à des lésions ulcéro-croûteuses très douloureuses. Son enfant présentait également des lésions ulcéro-croûteuses de l'hémiface droite. Toutes les lésions avaient une disposition métamérique et étaient très douloureuses. Le diagnostic de zona était retenu chez tous les deux ; ils étaient tous séropositifs au VIH-1. Le taux de CD4+ était à 585 cellules/mm³ chez la mère et 319 chez l'enfant. Les autres enfants étaient séronégatives. Un traitement à base d'Aciclovir associé à des antalgiques et antiseptiques ont entraîné une nette amélioration des lésions. Une semaine plus tard, une trithérapie a été initiée chez tous avec des suites simples.

Discussion

L'apparition simultanée de deux cas de zona dans une même famille soulève l'hypothèse qu'une même souche virale soit à l'origine de la maladie chez la mère et chez l'enfant. La récurrence de ce virus chez ses deux personnes serait alors favorisée par le deuil qu'ils ont vécu. La séropositivité de l'enfant, possible résultat d'une contamination par la mère souligne, encore une fois, la nécessité d'intensifier les activités de prévention de la transmission mère-enfant du VIH au Mali.

Conclusion

En pratique, il faut rechercher une infection virale VIH devant tout cas de zona et instaurer autant que faire se peut une trithérapie antirétrovirale pour réduire le risque de transmission.

Mots clés : zona – VIH – enfant - mère

N°: COR-S13-04

Profil des affections et manifestations dermatologiques au service des maladies infectieuses de Dakar : Aspects épidémiologiques, cliniques, évolutifs et de prise en charge.

Belem AR.

Université cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD), Dakar, Sénégal.

Auteur correspondant, Email :

Les pathologies dermatologiques posent un problème majeur de santé publique dans tous les pays en développement. Le service des Maladies Infectieuses et Tropicales de Fann à Dakar, prend en charge aussi bien des maladies infectieuses, que les manifestations dermatologiques qui surviennent au cours de certaines maladies infectieuses, surtout avec l'avènement du VIH-Sida. Le but de notre travail de recherche était d'établir le profil de ces atteintes dermatologiques, à travers la prévalence et les aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutifs rencontrés chez les patients hospitalisés au service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) de Fann à Dakar. Cette étude rétrospective, a été menée sur les patients hospitalisés au SMIT de Fann, du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2014, chez tout patient âgé de plus de 16 ans et présentant une lésion dermatologique.

Au total, 1051 sur 2840 dossiers de patients ont été colligés durant la période d'étude soit une prévalence de 37%. La moyenne d'âge des patients était de 41,58 ans. Une prédominance féminine

(54,7%) a été notée chez nos patients, avec un sexe ratio de 1,21. Les affections mycosiques étaient les plus nombreuses avec 72,2%, suivie des affections bactériennes (10,5%), virales (10%), et enfin parasitaires (1,7%). Dans le cas des mycoses, la candidose buccale dominait (74,8%); l'érysipèle (30%) dans les affections bactériennes; l'herpès cutanéomuqueux (46%) dans les affections virales; enfin, la gale (81%) dans les affections parasitaires. L'herpès génital représentait 64,1% des IST retrouvées chez les patients. La tuberculose cutanée, au-devant des manifestations dermatologiques des maladies infectieuses, a été observée dans 18 cas, soit 39,1%. Les PvVIH représentaient 71,3% des patients parmi lesquels le VH1 dominait (92,8%). Par ailleurs, 89,1% des PvVIH avaient un taux de CD4 inférieur à 200/mm³. Chez les PvVIH, les affections virales occupait la seconde place après les affections mycosiques. Dans ce groupe, la candidose buccale (78,8%) occupait la première place des affections mycosiques, la maladie de Kaposi (51,1%) dans les affections virales, les abcès cutanés et les vaginoses

(32,6% chacun) dans les affections bactériennes et enfin la gale (81,3%) dans les affections parasitaires.

L'herpès génital était l'IST la plus fréquente (31,5%). Les affections non infectieuses étaient dominées par la tricopathie soyeuse (40,8%), le prurigo (32,7%) et la xérose cutanée (13,1%). Seulement, 23,4% des patients ont bénéficié d'un traitement dermatologique. Le taux de mortalité, lié à ces pathologies était de 0,3%.

Les pathologies dermatologiques occupent une place importante dans le service de Maladies Infectieuses et Tropicales de Fann à Dakar. Les mycoses y sont les affections dermatologiques les plus fréquentes.

Mots clés : Affections dermatologiques infectieuses, manifestations dermatologiques au cours de maladies infectieuses, particularité PvVIH, service de Maladies Infectieuses et Tropicales.