



La Tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH : Etude microbiologique dans un hôpital spécialisé en maladies infectieuses à Alger

F.Mechouet *, S.Khaled, S.Baraka, Z.Mansouri, A.Belkheir , S.Attir, I.Souid, R.Amrouche , H. Ziane.

Laboratoire central de Biologie Etablissement spécialisé en maladies infectieuses El Hadi Flici . Alger. Algérie .

*faizamechouet@gmail.com

Introduction

La tuberculose est l'infection bactérienne opportuniste la plus répandue chez les Personnes vivant avec le VIH (PVIH), qui présentent un risque élevé de progresser rapidement vers une tuberculose maladie. Cette ladite pathologie, représente la principale cause de décès chez ce groupe de patients et ce en raison du déclin de leur statut immunitaire et la réplication du virus.

La coinfection Tuberculose-VIH, ne cesse de progresser notamment dans les pays endémiques. Cependant, peu d'études ont été effectuées sur la présentation bactériologique de la tuberculose chez les PVIH dans notre province. Dans cette optique ; nous avons réalisé ce travail au sein de notre laboratoire sur une période s'étalant du 1^{er} janvier 2015 au 31 juillet 2021.

Résultats

14113 prélèvements à la recherche de mycobactéries ont été acheminés au laboratoire, 1087 prélèvements sont revenus positifs, totalisant 510 cas de tuberculose dont 112 sont coinfectés par le VIH .

Une prédominance masculine de 59% (sex ratio= 1.4) a été notée avec une moyenne d'âge de 38.7 ans .

Dans notre série , la transmission hétérosexuelle est le mode de contamination du VIH le plus fréquent chez les PVIH (63.4%) .

La tuberculose pulmonaire (TP) est la forme la plus répandue (72% des cas) .

La forme contagieuse (microscopie positive (+)) représente 39% des cas. En revanche les localisations extra pulmonaires (TEP) et multiviscérales (TM) , sont plus fréquentes chez les PVIH que chez les patients ayant une sérologie négative ($p < 0,00074$) , avec des taux enregistrés respectivement de 18% et 10%.

La tuberculose ganglionnaire est la forme extra-pulmonaire prédominante avec un pourcentage de 25%.

Toutes les souches isolées de notre série ont été identifiées comme *Mycobacterium tuberculosis* elles sont sensibles aux antituberculeux testés à l'exception d'un isolat résistant à l'isoniazide et streptomycine .

la moyenne des CD4 est de 122.37 cellules /mm³ ; 83,7% des cas avec une immunodépression sévère soit un taux de CD4 <200 cellules/mm³ . Une différence significative est observée entre la survenue de localisations de la tuberculose (TP, TEP, TMV) et le taux de CD4 (degré d'immunodépression) avec $p = 0,022$.

La charge virale qui représente la réplication de virus VIH , est estimée dans notre étude par une moyenne de 1 650163,49 copies /mm³, une corrélation inverse entre le taux de CD4 et la charge virale, le coefficient de corrélation est $r = - 0,139$. $p = 0,209$.

l'évolution des patients traités est bonne dans 42,9% des cas. Par ailleurs 9.9% des cas sont décédés, 8.9% des patients ont développés un syndrome de restauration immunitaire (IRIS) et 3.5% sont perdus de vue.

Objectifs

Le but de notre travail est :

- d'évaluer l'impact de l'immunodéficience sur le profil bactériologique de la tuberculose et la résistance des souches de *Mycobacterium tuberculosis* isolées aux antituberculeux testés .
- d'étudier la corrélation entre les formes cliniques de la tuberculose et le taux de CD4 chez les PVIH.

Méthodes

Il s'agit d'une étude retro-prospective descriptive qui a été effectuée au sein du laboratoire central s'étalant de 01janvier 2015 au 31 juillet 2021.

Critères d'inclusion :

Patients présentant une tuberculose maladie diagnostiquée par une microscopie positive et/ou une culture positive et ayant une sérologie VIH positive .

Une détermination du taux de CD4 et de L'ARN plasmatique du VIH par RT –PCR (charge virale) a été effectuée pour chaque patient de notre cohorte au moment de l'apparition de la tuberculose maladie .

Critères d'exclusion :

Patients avec microscopie négative et culture négative pour la tuberculose.

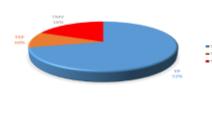
Patient avec sérologie négative ou statut sérologique non déterminé pour le VIH.

L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel SPSS version 21 (test Anova, coefficient de corrélation), et le logiciel Open épi (test de khi²) , p value < 0,05 a été considéré comme statistiquement significatif.

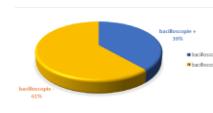


Répartition des patients selon le sexe

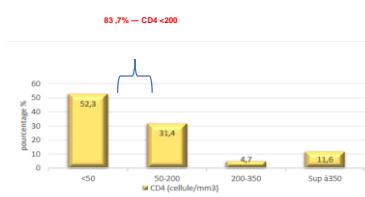
Répartition selon le mode de contamination par le VIH



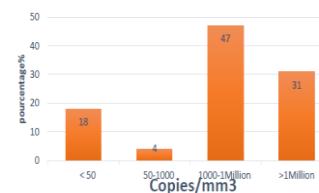
Localisations de la tuberculose



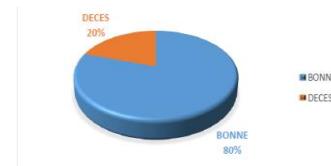
Résultats bacilloscopie



Répartition selon le taux de CD4 (cellules/mm³)



Répartition selon la charge virale : (copies /mm³)



Répartition selon l'évolution après IRIS

Conclusion

La coinfection TB-VIH est en fait une pathologie fréquente et hétérogène, puisque la tuberculose peut se présenter sous différents aspects cliniques, radiologiques, et microbiologique chez les PVIH.

Il s'agit de deux Co-épidémies en augmentation constante à l'échelle planétaire et dans notre pays.

Notre étude nous a permis de mieux reconnaître les spécificités bactériologiques d'une tuberculose évoluant sur un terrain d'immunodépression à divers degrés et survenant chez une population vulnérable a cette infection .

La co-infection VIH/ Tuberculose est une association de deux lourdes maladies certes mais pouvant être contrôlable si le diagnostic est fait à temps, la prise en charge est bien menée et que le suivi est bien établi.