ASSOCIATION TUBERCULOSE PULMONAIRE ET VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH) À OUAGADOUGOU : ÉTUDE DIAGNOSTIQUE BIOLOGIQUE ET STATISTIQUE

Mycobacterium groupe *tuberculosis* et VIH sont étroitement associés en Afrique. On estime que sur l'ensemble des cas de tuberculose qui y ont été récemment diagnostiqués en Afrique, 30 à 50 % sont aussi infectés par le VIH (1). En 1994, 35 % de tuberculeux pulmonaires à microscopie positive (TPM+) étaient positifs pour le VIH à Ouagadougou (2). La recherche du VIH ne constitue pas une pratique quotidienne chez les tuberculeux et pourtant elle demeure importante en termes épidémiologiques et de risques évolutifs individuels.

L'objectif de la présente étude était de déterminer la prévalence de l'infection à VIH chez les malades TPM+. Elle a été menée d'août 2001 à mai 2002 au laboratoire de mycobactéries du CNLT de Ouagadougou ; 244 patients ont été identifiés par l'examen bacilloscopique des frottis d'expectoration colorés par la méthode de Ziehl-Neelsen. Parmi eux, 153 ont subi le diagnostic sérologique du VIH réalisé par le test Determine HIV1/2, (Abbott Diagnostics) et le test ImmunoComb II HIV 1 & 2 BiSpot, (PBS Orgenics) après un consentement volontaire et éclairé. La sérologie pour le VIH des 91 autres malades n'a pas été déterminée, beaucoup ne l'ont pas voulu, d'autres n'ont pas été approchés pour le *counseling* pour des raisons d'organisation. Les variables pour l'étude étaient les statuts bactériologique et sérologique, l'âge et le sexe.

L'échantillon était composé de 109 hommes et 44 femmes. Le ratio H/F = 2,46. L'âge médian était 35,18 ± 9,34 ans (Tableau I). La majorité (61,44 % n = 94) avait entre 25 et 44 ans; 16,34 % (n = 25) avait moins de 25 ans et 22,22 % (n = 34) plus de 44 ans.

En ce qui concerne le statut sérologique, 55 (35,95 %) étaient infectés par le VIH-1+: 33 hommes (30,27 %) et 22 femmes (50 %). Le sexe féminin est plus exposé à la double infection *Mycobacterium*/VIH-1: OR = 2,30; p = 0,0217 < 0,05 au seuil 95 % selon le test de Khi2 (χ^2).

L'âge médian est de 35,72 ± 6,72 chez les VIH-1+ et 38,46 ± 14,23 ans chez les VIH(-) hommes; par contre il est de 31,36 ± 7,36 chez les séropositives et 35,18 ± 9,05 chez les séronégatives (Tableau I). Les sujets VIH-1+ féminins sont relativement plus jeunes.

La répartition des tuberculeux VIH-1+ par classe d'âge est donnée sur la figure 1; la majorité parmi eux (47,87 %, n = 45) a entre 25 et 44 ans.

Tabeau I - Répartition des tuberculeux par sexe, statut VIH et par âge médian.

	Hommes	Femmes	Total
Tuberculeux	109	44	153
VIH-1+	33	22	55
VHI-1-	76	22	98
% VIH-1+	30,27	50	35,95
Age médian des VIH-1+ (ans)	35,72± 6,72	31,36 ± 7,36	
Age médian des VIH-1- (ans)	38,46 ± 14,23	35,18 ± 9,05	
Age médian global (ans)	35,18 ± 9,34		

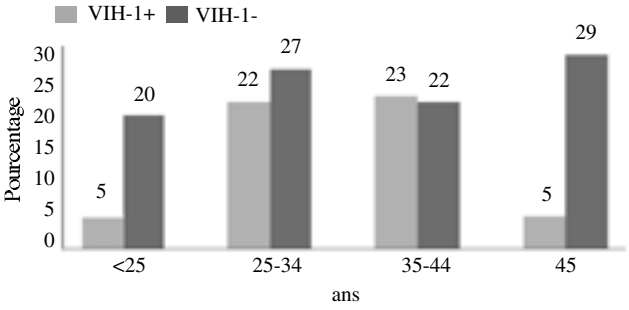

Figure 1 - Répartition de l'échantillon selon le statut sérologique et l'âge (n - 153).

L'association VIH-1, ubiquiste, avec *Mycobacterium tuberculosis* a déjà fait l'objet de publications (3). Dans la présente série, la proportion de malades VIH-1+ (35,95 %) est inférieure à celle trouvée en Afrique du Sud qui était de 50 % (4), mais peu différente de celle qui a été obtenue à Ouagadougou (35 %) en 1994 (2). Il n'est pas impossible qu'il ait des moribonds parmi les malades exclus de l'étude, ce qui peut minorer les résultats obtenus.

La proportion des tuberculeux VIH+ particulièrement élevée chez les femmes (50 %) et les sujets âgés de 25 à 44 ans (47,87 %) corrobore les résultats obtenus en Tanzanie (5). Il a été rapporté que 30 à 60 % des adultes jeunes dans les pays en voie de développement sont infectés par *Mycobacterium tuberculosis* (6), et développent donc, lorsqu'ils deviennent VIH+, une tuberculose bacillifère.

La proportion des malades tuberculeux VIH+ demeure importante à Ouagadougou, surtout parmi les adultes jeunes et les femmes. La relation *Mycobacterium tuberculosis* et VIH est l'une des pires tant au niveau collectif qu'individuel avec toutes ses implications médicales, psychosociales et économiques. Proposer la sérologie VIH à tout tuberculeux pour le mettre en cas de besoin dans le circuit de la prise en charge intégrée des tuberculeux VIH+ (conseils, traitements gratuits des infections opportunistes, prescription des anti rétro viraux, don alimentaire) nous semble d'une impérieuse nécessité.

S. DIANDE, L. SANGARE, T.C. OUATTARA, T.L. SAWADOGO, F. OUEDRAOGO, A.S. TRAORE

Remerciements *• Nous remercions le Dr Issa Bénoît DIMTOUMDA (Médecin chef du CNLT) et son personnel, Dr Ardjouma COMBARY et Tandaogo SAWADOGO du Programme National Tuberculose, Simplice KAROU, FulbertLINGANI et Madame Colette NANA pour leur contribution.*

• Travail du Centre national de lutte antituberculeuse (S.D., Biologiste, Laboratoire de mycobactéries du CNLT et Unité de formation et de recherche en sciences de la vie et de la terre (UFR/SVT), Université de Ouagadougou), L.S., Professeur Agrégé, UFR en Sciences de la santé, Université de Ouagadougou et chef de Laboratoire de bactériologie-virologie-immunologie du Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO), T.C.O., Maître Assistant, UFR/SVT, Université de Ouagadougou, A.S.T., Professeur titulaire, UFR/SVT, Université de Ouagadougou, T.L.S., Assistant biologiste, F.O., Technicien biologiste, Laboratoire de mycobactéries du CNLT, Ouagadougou).

• Correspondance : S. DIANDE, Centre National de Lutte Antituberculeuse BP 7036, Ouagadougou, Burkina Faso• +226 36 91 97 •

• Courriel : diandesouba@hotmail.com •

1 - NYARKO EA - Aperçu sur la situation de la tuberculose dans la région africaine. *Observatoire de la santé en Afrique* 2001 ; **2** : 4-6.

2 - AUREGAN G - Tuberculose et VIH : les leçons d'un « couple maudit ». *Revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le VIH et les virus hépatiques* 2001 ; **8** : 1-4.

3 - OREGE PA, FINE PE, LUCAS SB *et Coll* - A case control study on human imunodeficiency virus-1 (HIV-1) infection as a risk factor for tuberculosis and leprosy in Western Kenya. *Tuber Lung Dis* 1993 ; **74** : 377-381.

4 - ZYL GV - Le défi de la lutte contre la tuberculose en Afrique du Sud. *Observatoire de la santé en Afrique* 2001 ; **2** : 29-30.

5 - CHUM HJ, O'BRIEN RJ, CHONDE TM *et Coll* - An epidemiological study of tuberculosis and HIV infection in Tanzania 1991-1993. *AIDS* 1996 ; **10** : 299-309.

6 - SLUTKIN G, LEOWSKI J, MANN J - Tuberculose et sida : les effets de l'épidémie de SIDA sur la situation de la tuberculose et sur les programmes de lutte antituberculeuse. *Bull Union Int Tub Mal Resp* 1988 ; **63** : 21-24.

LES TRADIPRATICIENS DANS LES ACTIVITÉS D'UN POSTE DE SANTÉ, AU SÉNÉGAL

La réalisation de la santé pour tous, objectif majeur des soins de santé primaires, s'est longtemps heurtée au bas niveau de connaissances des populations et à l'éloignement des structures de santé qui manquent de personnel (1). A Saré Yoba Diéga, localité de la communauté rurale de Tankanto, dans la région de Kolda, la population est musulmane à 98 %, et analphabète à 85 % (2). Les activités de santé sont menées par trois matrones, quatre relais, et quatre agents de santé communautaires, sous la responsabilité d'un seul personnel étatique, l'infirmier chef de poste (ICP) qui eu l'idée de collaborer avec les tradipraticiens pour des services à base communautaire.

Le projet fut élaboré avec l'accord du médecin chef du district, et financé par l'ONG "FANKANTA" qui, depuis 1996, soutient la santé de la reproduction dans la région (2). La sélection de 17 parmi les 30 tradipraticiens recensés a permis un maillage de toute la localité. Un curriculum de formation préalablement élaboré, a servi à la formation des tradipraticiens par l'ICP, appuyé par l'équipe cadre du district. A l'issue, les tradipraticiens étaient chargés d'orienter les femmes vers la pratique de la planification familiale, la régularité des consultations prénatales et l'accouchement assisté ; et les enfants vers le respect du calendrier vaccinal et la surveillance nutritionnelle et pondérale. En plus, ils avaient un stock renouvelable de fer, chloroquine, vitamine C, sérum de réhydratation orale, préservatifs, pilules et spermicides. Ils recevaient 40 % des bénéfices des recettes générées par la vente de ces produits comme facteur de motivation. La supervision était faite par l'ICP qui, en plus, présidait mensuellement une réunion de coordination avec les tradipraticiens, au niveau du poste de santé.

Après deux années d'activité, le taux d'utilisation de la vaccination a progressé de 76 %, celui de la planification familiale de 1 %, et celui de la consultation prénatale de 69 %. Pour la même période, la proportion des accouchements assistés a augmenté de 8 % (Tableau I). En outre, trois cas de paralysie flasque aiguë ont été notifiés grâce à l'apport des tradipraticiens.

Tableau I - Evolution des indicateurs de performance résultant du monitoring des activités du poste de santé de Saré Yoba Diéga.

Indicateurs	2001	2003	Evolution
Utilisation de la vaccination	57 %	100 %	+ 43 %
Utilisation de la planification familiale	4 %	5 %	+ 1 %
Utilisation de la consultation prénatale	52 %	99 %	+ 47 %
Proportion d'accouchements assistés	8 %	16 %	+ 8 %

La collaboration avec les tradipraticiens a amélioré les indicateurs de performances. Le faible progrès noté pour la planification familiale exprime l'esprit nataliste de la population. Cette collaboration tient son originalité du fait qu'elle s'appuie sur des agents longtemps perçus comme des concurrents et non comme des partenaires. Elle tire son intérêt de l'approche intégrée qu'elle prône pour la résolution des problèmes de santé des populations (3). Les tradipraticiens sont très influents et très utilisés par la population. Cependant, le degré de participation communautaire, dans la collaboration avec les tradipraticiens, apparaît limité même si la communauté est satisfaite des prestations fournies. Le financement extérieur était prépondérant pour cette phase. Cependant, grâce aux recettes de la vente de produits et l'appui du comité de santé, la stratégie arrive à s'autofinancer. Son extension aux autres postes de santé se justifie. C'est pourquoi, il est important d'associer la communauté à toutes les étapes du processus pour qu'elle se l'approprie pour sa pérennité.

La collaboration avec les tradipraticiens a renforcé la couverture sanitaire des populations vulnérables et éloignées du poste de santé grâce à une meilleure implication des populations. Elle doit encore mieux permettre l'amélioration de façon pérenne de la santé des habitants de la localité de Saré Yoba Diéga.

P. NDIAYE, M. BA, I. SECK, I. WONE, A. TAL-DIA

• *Travail du Service de médecine préventive et santé publique (MP/SP), (P.N., Gynécologue, maître assistant ; I.W., Médecin de santé publique, maître assistant ; A.T-D., Maître de conférence agrégé, chef du service de MP/SP, et directeur des études de l'ISED,) Université Cheikh Anta DIOP (UCAD) de Dakar, de la région médicale de Kolda, (M.B., Docteur en médecine, médecin-chef), Sénégal, de l'Institut de Santé et Développement (ISED), UCAD, (I.S., Médecin de santé publique, assistant), Dakar.*

• *Correspondance : P. NDIAYE, Service de médecine préventive et santé publique, UCAD-Dakar, BP 16 390, Dakar Fann, Sénégal* •

• *Courriel : pndiaye@tulane.edu • pndiaye@ised.sn* •

1 - Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan / Division des statistiques démographiques / Santé Familiale et Population / Région de Kolda. Résultats de l'enquête démographique et de santé au Sénégal ; EDS-III, 1997, septembre 1998, 53p.

2 - FERGUSON A, BODIAN CK, GUEYE AS - Les services à base communautaire dans le district sanitaire de Kolda : Enquête des indicateurs de base en santé de la reproduction. Projet Sénégalo-Allemand GTZ ; 2000 ; 43p.

3 - Gouvernement du Sénégal - Santé et Action Sociale. Lettre de Politique Sectorielle, mars 1997, 10p.

LOCALISATION PRIMITIVE D'UN CHORIOCARCINOME AU COL DE L'UTERUS

Décrite pour la première fois par Alfieri en 1915 (1), la localisation primitive d'un choriocarcinome au niveau du col de l'utérus est rare (2). Nous rapportons un cas observé au CHU de Brazzaville au Congo.

Mme M.M.J, 35 ans, secrétaire de Direction, mariée sans enfant est admise dans le service de gynécologie du CHU de Brazzaville pour des métrorragies douloureuses datant d'une semaine

La patiente a un cycle régulier de 28 jours. Elle est nullipare et a déjà fait trois interruptions volontaires de grossesse dont la dernière remonte à deux mois avant l'hospitalisation. A l'admission la patiente est en bon état général. Les muqueuses sont normalement colorées, la température et la tension artérielle sont normales. A l'examen gynécologique, le col est le siège d'une formation tumorale, rouge, irrégulière, plus ou moins friable et saignant au contacte.

L'utérus est non augmenté de volume, les paramètres sont libres ainsi que les annexes. La cloison recto-vaginale est souple. Une tumeur maligne de type carcinome épidermoïde est suspectée. Mais l'étude anatomopathologique des biopsies révèle une prolifération tumorale réalisant des îlots d'éléments cyto et syncytiotrophoblastiques sans structures villositaires. Ces cellules présentent une inversion du rapport nucléo-cytoplasmique une anisocaryose, une anisonucléose, une anisocytose et des mitoses atypiques. Le stroma est nécrotico-hémorragique. Tous ces éléments histologiques conduisent au diagnostic de choriocarcinome de localisation cervicale. Les bêta-HCG sont positifs à 120000 ui/L L'échographie abdomino-pelvienne et la radio pulmonaire sont normales montrant le caractère primitif de la localisation cervicale utérine.

La patiente a reçu une polychimiothérapie selon le protocole suivant :

- méthotrexate 50 mg en IM et cyclophosphamide 500 mg/m^2 à J1, J3 et J5 ;
- acide folique 15 mg et cyclophosphamide 500 mg/m^2 à J2 et J4 ;
- acide folique 15 mg à J6 et J8 ;
- méthotrexate 50 mg à J7.

L'évolution a été favorable. La tumeur a totalement régressé et le taux de bêta-HCG s'est normalisé après la 3^e cure. La patiente a reçu un total de 5 cures et se porte bien avec un recul de 18 mois.

Le diagnostic de choriocarcinome ectopique n'est retenu que dans certaines conditions, notamment (3) :

- l'absence de foyer primitif de choriocarcinome au niveau du corps utérin ;
- la confirmation histopathologique du diagnostic ;
- l'absence d'association du choriocarcinome extra-utérin avec une môle hydatiforme ou une grossesse utérine normale.

Les métrorragies associées ou non à des douleurs pelviennes motivent presque toujours la consultation et l'existence d'antécédent d'une grossesse molaire peut orienter le diagnostic. Pour notre patiente, les produits de ses différentes interruptions de grossesse n'ont jamais fait l'objet d'une étude anatomo-pathologique. Le délai entre la dernière grossesse et les premiers signes fonctionnels est de deux mois pour notre patiente et Park (4) l'estime entre 6 mois et 2 ans. L'examen gynécologique retrouve toujours un col tumoral mais il n'existe aucun aspect macroscopique spécifique du choriocarcinome (5). Le diagnostic de certitude repose sur l'étude histologique des biopsies qui montrent une prolifération trophoblastique faite de cytotrophoblastes et de syncytiotrophoblates sans aucune structure villositaire(6). L'évolution des taux de bêta-HCG permet de juger la réponse thérapeutique. Le traitement est basé essentiellement sur des cures de polychimiothérapies incluant nécessairement le méthotrexate quelque soit le protocole (7).

Le choriocarcinome ectopique est rare mais non exceptionnel. Cette observation montre la nécessité de l'étude anatomo-pathologique de tous les prélèvements utérins ce qui n'est malheureusement pas encore systématique dans notre environnement médical.

J. F. PEKO, S. BUAMBO

• *Travail du Service d'Anatomie Pathologique (J.F. P Anatomo- Cyto-Pathologiste, Chef de Travaux Assistant ; S. B Gynécologue Obstétricien , Chef de Clinique Assistant) CHU de Brazzaville, Brazzaville Congo.*

• *Correspondance : J. F. PEKO B.P 2672, Brazzaville Congo.*

• *Courriel : jfpeko@yahoo.fr* •

1 - ALFIERI E - Contributo allo studio del coeioepitelioma cervicale del corioepitelio ma con pungo periodo di Latenza. *Folia Gynaec* 1915 ; **10** : 371.

2 - LEMA V M, MAKANI B S, SAUKILA T - Antepartum and postpartum haemorrhage in primary cervical choriocarcinoma : case report. *East Afr Med J* 1997; **74** : 600-602

3 - MERIAH S, CHEMMAM L, KHOUJA H *et Coll* - Choriocarcinome primitif du col utérin. *J Gynecol Obst Biol Repro* 1983; **12** : 519-524

4 - PARK W W, LEES JC - Choriocarcinoma: a general review and an analysis of 516 cases. *AMA Arch Pathol* 1950 ; **49** : 204-241

5 - CHENGUITI-ANSARI A, BOUHOUCH H, BENNANI A *et Coll* - Primary Choricarcinoma of the cervix. *Sem Hôp Paris* 1999 ; **75** : 1242-1244

6 - AL HASSANI SS, EJECKAM GC - Primary cervical choriocarcinoma. *Trop Geogr Med* 1995 ; **47** : 308- 309.

7 - ISONISHI S, TERASHIMA Y. Methotrexate in gynecologic oncology. *Gan To Kagaku Ryoho* 1996 ; **23** : 14, 1896-1900.