

# **Suivi clinico- anthropométrique chez les petits enfants co-infectés par le VIH-1 et le *M. tuberculosis* traités au TRAC et au CHU de Kigali**

*Auteurs: Dr Kayumba Kizito<sup>1</sup>, Dr Alexandra Peltier<sup>2</sup>, Umubyeyi Nyaruhirira Alain<sup>3</sup>,  
Dr Muganga Narcisse<sup>4</sup>, Christine Omes<sup>5</sup>.*

<sup>1</sup>Recherches Pédiatriques, Lux-Development, Kigali-Rwanda ; <sup>2</sup>Projet ESTHER, Lux-Development, Kigali-Rwanda ; <sup>3</sup>Departement des Sciences et Technologie, UNR, Butare-Rwanda ; <sup>4</sup>Departement de Pediatrie, CHU de Kigali, Rwanda ; <sup>5</sup>Conseiller Technique Principal, Lux-Development, Kigali-Rwanda.

## **Contexte**

La prise en charge de la co-infection SIDA/Tuberculose requiert l'administration concomitante des antiretroviraux et des antituberculeux. En pédiatrie, en particulier chez les enfants de moins de 3 ans (ou moins de 10 kg), à part le problème d'interaction médicamenteuse entre les ARV et la Rifampicine s'ajoute le manque de protocole consensuel et le fait que la cinétique d'élimination de l'efavirenz chez ceux-ci n'est pas bien connue, les études pharmacocinétiques n'ayant pas été menées par la firme elle-même.

Le Schéma rwandais adopté en présence d'experts pédiatres lors du Symposium international sur les maladies infectieuses tenu à l'Hôtel Intercontinental en mai 2005 préconise : 2 NRTI+2x dose de NVP. Notre étude a évalué ce schéma chez les enfants co-infectés et sous traitement ARV et antituberculeux sur le plan clinique et anthropométrique.

## **Objectifs spécifiques de l'étude :**

- Suivre l'évolution clinique des enfants sous traitements ARV-Antituberculeux
- Suivre l'évolution des mesures anthropométriques (P/T, P/A, T/A)
- Participer au plaidoyer pour une meilleure prise en charge des enfants co-infectés par le VIH et le *M. tuberculosis* dans les pays à ressources limitées.

## **Méthodologie**

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective qui a évalué les enfants de moins de 3 ans (ou moins de 10 kg) co-infectés par le VIH-1 et le *M. tuberculosis* et pris en charge en

Pédiatrie au CHU de Kigali et à la clinique du TRAC. La collecte des données à partir des dossiers médicaux a porté sur les paramètres anthropométriques, cliniques et para cliniques avant le début des traitements et à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 9 mois de traitement. La classification pédiatrique clinique de l'infection à VIH a été utilisée après le test sérologique (et PCR pour les - de 18 mois). Les effets secondaires ainsi que les décès ont été notés.

## **Résultats**

De janvier 2005 à avril 2006, 46 enfants (22 filles et 24 garçons) ont fait l'objet de notre étude. 80% de nos patients avaient moins de 24 mois et l'âge moyen était de 19 mois. Au début des traitements, 67% des patients avaient un déficit pondéral grave ( $< -3$  Z-Scores) et 65% avaient un déficit statural grave ( $< -3$ Z-Scores). 77,6% étaient au stade 3 clinique VIH de l'OMS, 22,4 % étaient au stade 4. La notion de contagage a été signalée dans 61% des cas, l'Intradermoréaction à la tuberculine a été positive dans 11% des cas, la bacilloscopie positive dans 2 cas. Le type de lésion radiographique le plus rencontré est l'adénopathie hilare retrouvée dans 10 cas (21,7% des cas), suivie des infiltrats diffus retrouvés dans 9 cas soit 19,6 % des cas. Tous nos patients ont reçu le traitement antituberculeux (RHZ) et le traitement antirétroviral (2NRTI+1NNRTI). Comme effets secondaires, nous avons noté 25 cas de vomissement, 6 cas d'anémie, 3 cas de rash cutané qui ont nécessité l'arrêt de Névirapine, 1 cas de pancréatite décédé (amylasémie à 1446 UI/l), aucun cas d'hépatotoxicité n'a été enregistré.

La mortalité dans notre échantillon était de 41 %, 44,4 % des décès ayant survécu dans le premier mois de traitement. Pour les survivants, la moyenne de Z-scores a passé de -4,28 à -0,76 après 9 mois pour le poids ( $p=0,000$ ) et de -4,14 à -2,48 après 9 mois pour la taille ( $p=0,023$ ).

## **Conclusion**

Le traitement ARVs et antituberculeux ont significativement entraîné le gain pondéral et statural chez nos patients et n'ont pas causé d'effets secondaires alarmants. Cependant la mortalité reste élevée suite au retard de diagnostic et de début des traitements. Le retard

pondéral a pu être corrigé dans les 9 mois mais le retard statural a été difficile à récupérer.