

# L'impact du VIH sur l'ulcère de Buruli: résultats d'une étude rétrospective au Cameroun

Dr V. CHRISTINET  
Prof Alexandra Calmy

Unité VIH, Hôpitaux Universitaires de Genève



**XXI<sup>e</sup> ACTUALITÉS  
DU PHARO 2015**

9 octobre 2015



# L'ulcère de Buruli



Source: Eric Comte, MSF

Maladie négligée

*Mycobacterium Ulcerans*

Toxine mycolactone

Reservoir milieu aquatique probable

Régions tropicales / subtropicales  
d'Afrique d'Asie et des amériques et  
Australie.

Peu d'étude sur VIH / UB

# Partenariat HUG/MSF

2002-2014 Projet MSF de prise en charge de l'UB à Akonolinga, Cameroun

2007-2014 Partenariat MSF / Unité VIH, Hôpitaux Universitaires de Genève

2008 Introduction du test VIH systématique pour patient UB + récolte de données VIH pour tous les patients UB/VIH co-infectés.

2010-2014 Analyse rétrospective des données dans le cadre d'une thèse de Master en santé internationale (Institut Suisse de santé tropicale et publique)



# Analyse faite sur 1130 patients avec ulcère de Buruli traités dans un programme MSF (2002-2013)

Prévalence VIH chez patients avec UB comparée à la prévalence régionale estimée.

Caractéristiques UB chez patients VIH comparées aux patients non VIH et comparaisons en fonction de l'immunosuppression (taux de CD4)

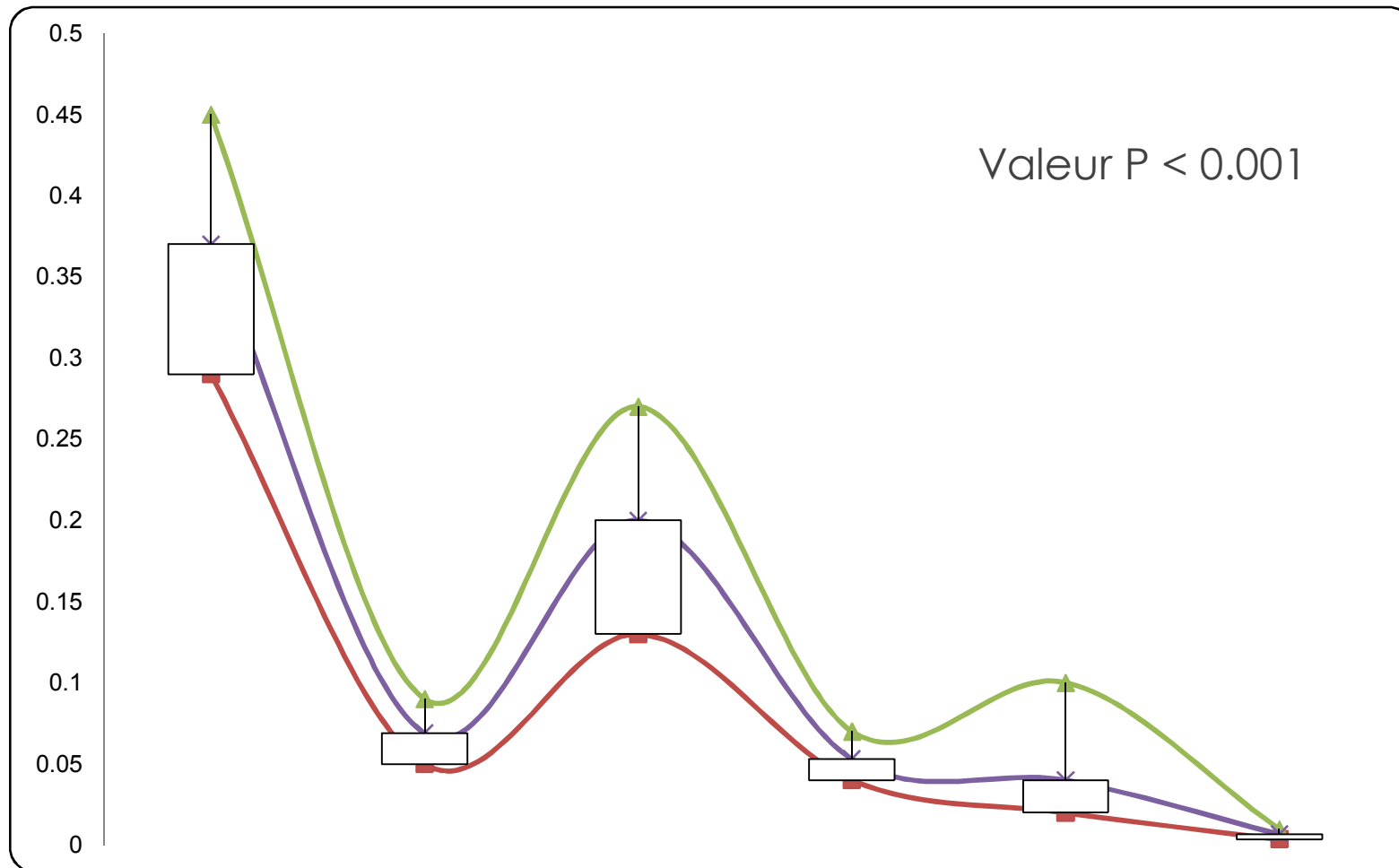
Facteurs associés taille de lésion UB (régression linéaire)

Facteurs associés au temps de guérison de l'UB (Kaplan Meier / modèle de Cox)

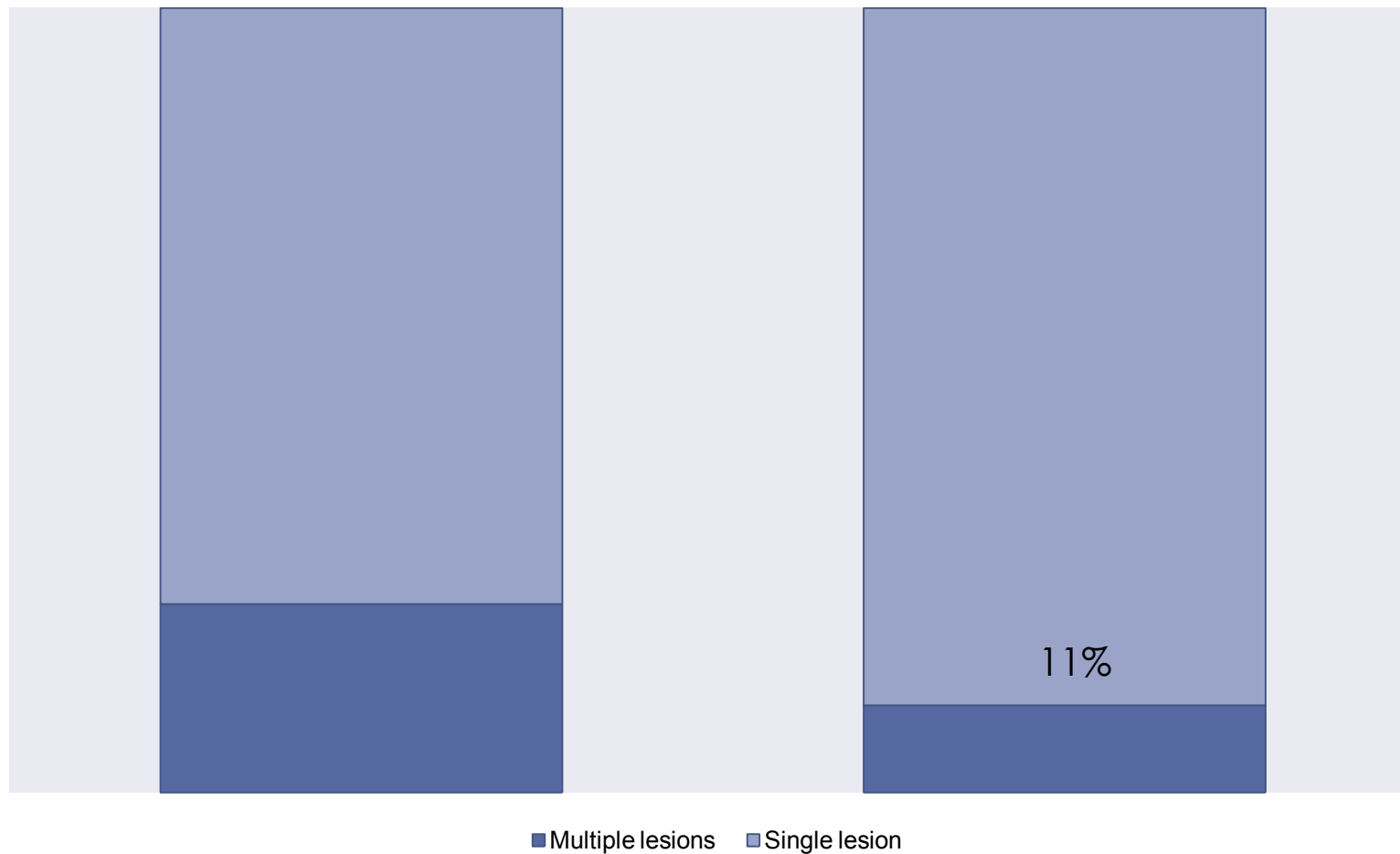
Mortalité chez patients UB-VIH co-infectés comparées aux patients UB non VIH



La prévalence VIH chez patients UB (vert) significativement plus élevée qu'au sein des populations de référence (orange).

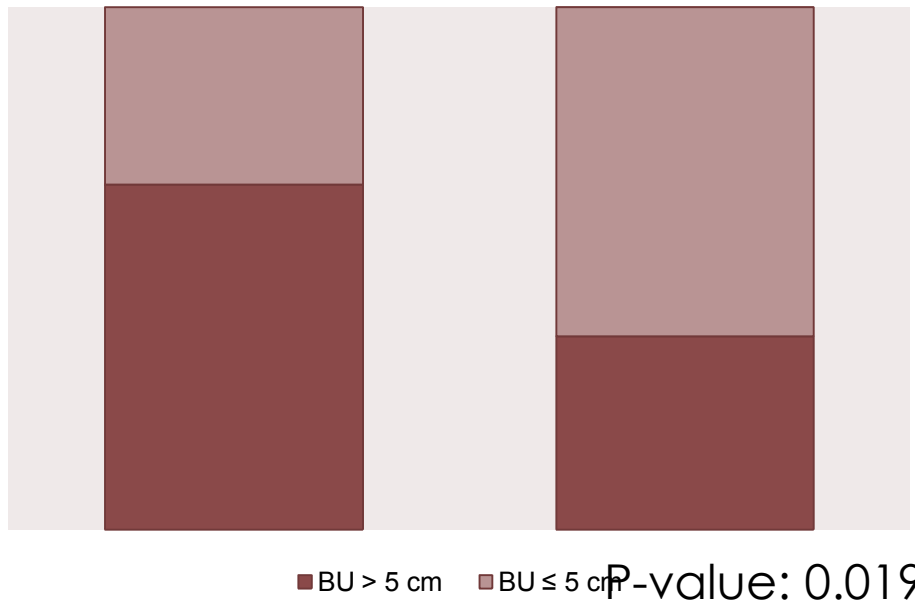


# Proportion de lésions UB multiples (critère de sévérité) chez patients VIH significativement plus élevée que chez patients non VIH

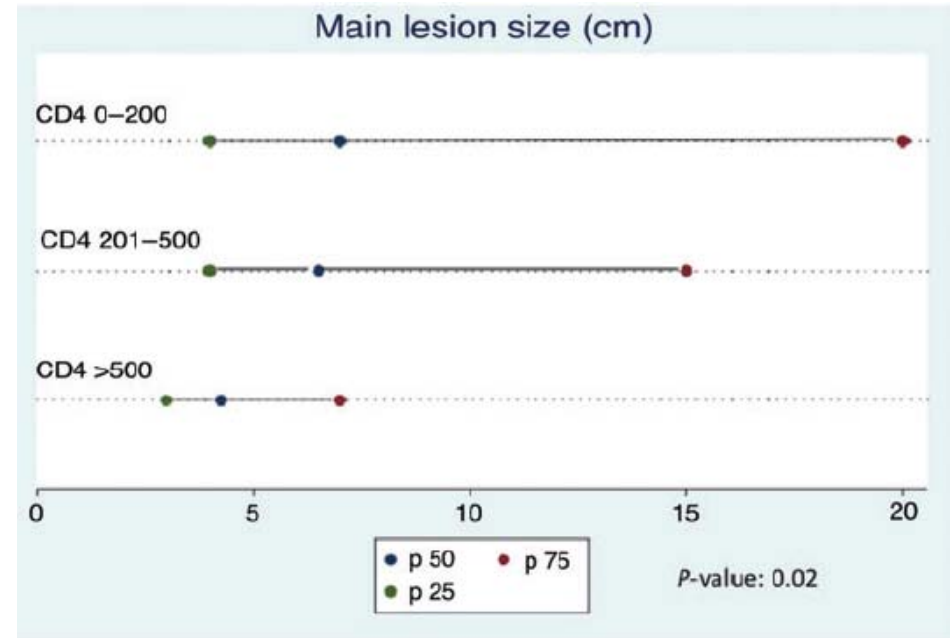


P-value: < 0.004

# lésions UB en fonction de l'immunosuppression due au VIH (taux de CD4)



Proportion de lésions UB sévères significativement plus élevée chez patients VIH immunosupprimés.

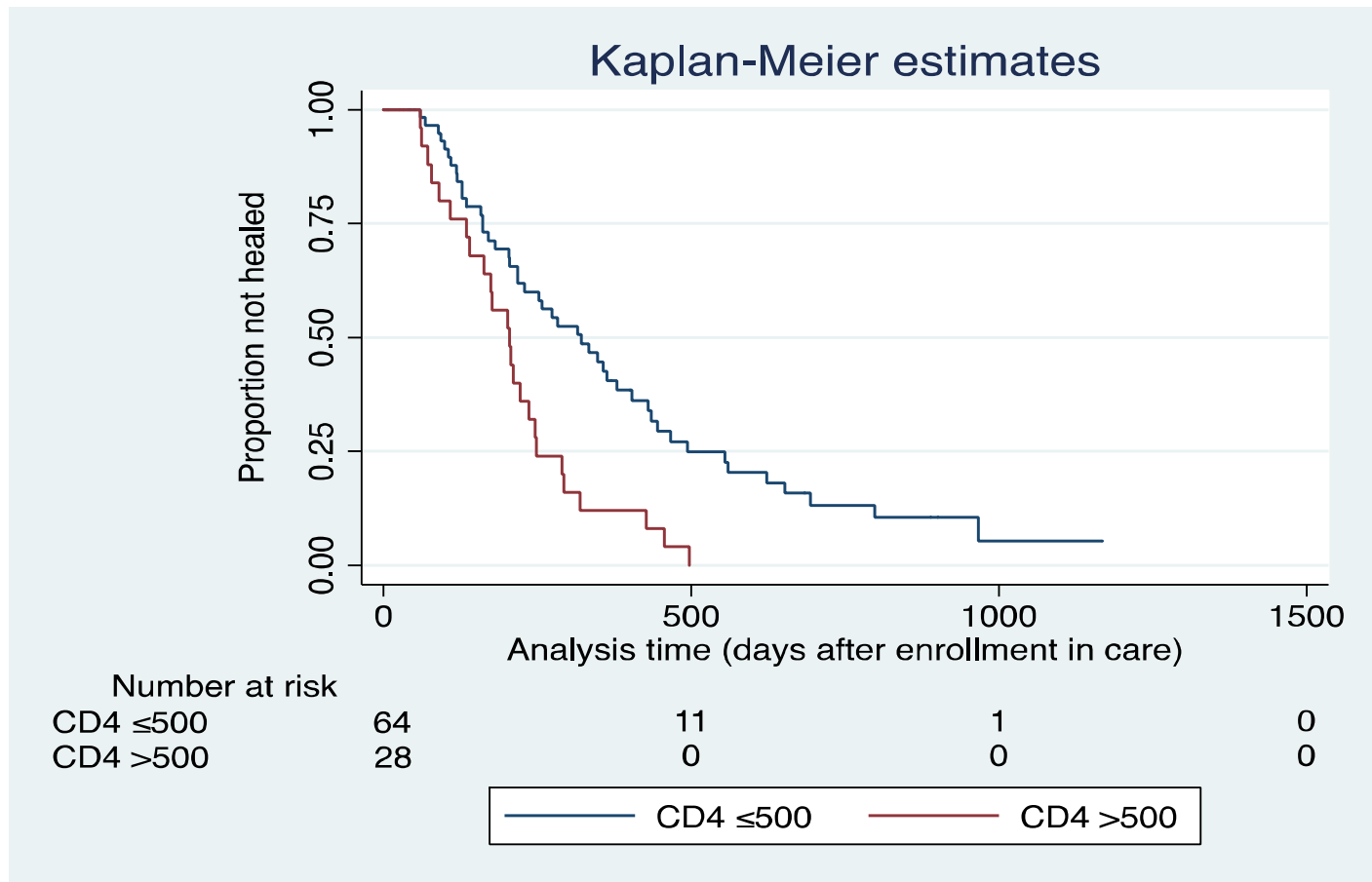


Taille de la lésion UB augmente significativement et graduellement en fonction de l'immunosuppression

Taux de CD4 indépendamment associé à taille des lésions UB au moment de la prise en charge (regression linéaire analyse multivariée).

$\beta$ -coef., -0.50; P -value = 0.015; 95%CI, -0.91-0.10

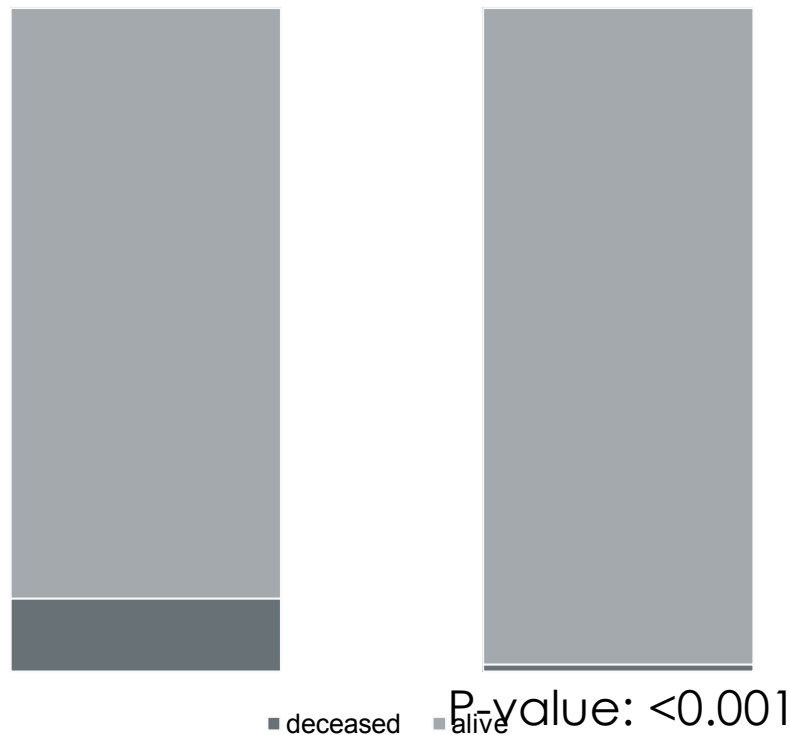
# Durée (en jours) jusqu'à guérison augmente significativement en fonction de l'immunosuppression



HR: 2.39 P = 0.001 95% CI, 1.44–3.98



# La proportion des patients décédés chez les patients BU VIH co-infectés comparée à celle de BU non VIH



Taux de CD4 median chez patients HIV+ décédés: 228.5 cell/mm<sup>3</sup> (IQR, 98–378)  
Aucun n'étaient sous traitement antiretroviral (TAR)  
Durée moyenne jusqu'au décès: 41.5 jours (IQR, 16.5–56.5).

Patient UB avec VIH ont un taux de mortalité plus élevé. Le décès survient rapidement après prise en charge médicale, ils ont un taux relativement élevé de CD4 et ne sont pas sous traitement antirétroviral.

# Discussion

Plusieurs éléments parlent en faveur d'une aggravation de l'UB chez les patients VIH et en particulier chez les patients immunosupprimés:

- La prévalence du VIH significativement augmentée chez les patients UB.
- L'augmentation de la taille de la lésion UB en fonction du taux de CD4
- La proportion augmentée de lésions multiples chez les patients VIH+
- L'augmentation de la durée de guérison en fonction du taux de CD4

D'autres études et rapports de cas vont dans ce sens également (Poster revue littérature)

• Questions restantes importantes pour une meilleure •

# « Guidance » OMS pour prise en charge de la co-infection VIH-UB

Tous les patients avec UB devraient bénéficier d'un conseil et test VIH de qualité.

Si les CD4 ne sont pas disponibles, les patients UB/VIH avec lésions de catégorie 2 ou 3 (UB multiple ou > 5 cm) devraient recevoir un traitement antirétroviral.

Pour les patients éligibles au traitement antirétroviral, le traitement devrait être débuté aussi vite que possible dans les 8 semaines après le début du traitement UB et en priorité pour les patients avec un stade VIH avancé ( $\leq 350$  cells/mm<sup>3</sup> ou stade OMS 3 ou 4).



# Principales références

Open Forum Infectious Diseases:

Impact of HIV on the Severity of Buruli Ulcer Disease: Results of a Retrospective Study in Cameroon. Christinet et al: 2014; doi: 10.1093/ofid/ofu021

Tropical Medicine International Health:

Management of BU-HIV co-infection. Trop Med Int Health 19: 1040-1047. O'Brien DP et al: 2014

WHO Technical update for management of Buruli ulcer-HIV co-infection

Article paru dans le bulletin de l'Association des Léprologues de Langue Française (ALLF), bulletin no 30, juin 2015

Co-infection VIH-Buruli : Implications pratiques pour la prise en charge des patients



# MERCI!

## **MSF OCG:**

Eric Comte

Laura Ciaffi

Micaela Serafini

Ludovic Rossel

Annick Antierens

## **HUG:**

Cecile Delhumeau

## **MSF Akonolinga:**

Alain-Bertrand Nomo

Patrick Nkemenang

Akoa Tsoungui

## **Institut Suisse de santé tropicale et publique:**

Peter Odermatt

