

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT DE VIH/SIDA À KOMPONG CHAM, CAMBODGE

J. ALLEMAND-SOURRIEU, P. GAZIN, J. MOREAU

- Travail du Programme MSF-France de traitement du sida au Cambodge (J.A.S., Médecin MSF-France), de l'IRD et Faculté de médecine de Marseille (P.G., Chercheur IRD) et du CISIH, Service des maladies infectieuses et tropicales (J.M., Praticien hospitalier) Hôpital Nord, Marseille.
- Correspondance : J. ALLEMAND-SOURRIEU, CISIH, service des Maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Nord, F-13915 Marseille
- Courriel : allemandjulie@yahoo.fr

Med Trop 2006; **67** : 7-8

RÉSUMÉ • Un programme d'accès aux traitements antirétroviraux au sein de l'hôpital provincial de Kompong Cham (Cambodge) a débuté en 2003 avec l'appui de l'ONG Médecins sans Frontières. En 2005, il accueillait une file active de 1 100 patients adultes et de 149 enfants. 60% des nouveaux patients arrivent aux stades OMS 3 ou 4. Le niveau d'adhérence aux traitements de première intention évalué à 24 mois est très satisfaisant. La question de l'accès aux traitements de deuxième ligne est posée.

MOTS-CLÉS • Sida - Traitement - HAART - Kompong Cham - Cambodge.

.....

MANAGEMENT OF HIV/AIDS PATIENTS IN KOMPONG CHAM, CAMBODIA

ABSTRACT • In 2003 the NGO Médecins sans Frontières started an anti-viral drug treatment program for HIV/AIDS patients in the regional hospital of Kompong Cham, Cambodia. In 2005 a total of 1100 adults and 149 children were on the active list. Sixty percent of new patients were at WHO stages 3 or 4. Compliance with HAART was high after 24 months. Access to second-line regimens is discussed.

KEY WORDS • AIDS - Treatment - HAART - Kompong Cham - Cambodia.

La province de Kompong Cham, située de part et d'autre du Mékong au Nord de Phnom Penh, compte 1,6 million d'habitants dont seulement 50 000 résident dans la capitale provinciale. L'organisation non gouvernementale Médecins sans Frontières-France y a ouvert en août 2003 un programme d'accès aux traitements antirétroviraux au sein de l'hôpital provincial. Ce programme s'est retrouvé en première ligne dans l'offre des traitements. En juin 2005, il accueillait une file active de 1100 patients adultes et de 149 enfants séropositifs.

Les patients, majoritairement issus de milieu rural, proviennent de l'ensemble de la province. Les conséquences économiques et sociales de la maladie s'y font particulièrement sentir. Dès le début de la maladie, les cultivateurs sont souvent dans l'impossibilité de travailler dans les rizières et sont souvent victimes de discrimination dans leur village. Les difficultés financières sont accentuées par le coût des soins. Les prises en charge sont fréquemment peu efficaces : consultations auprès de tradipra-

ticiens, personnel des centres de santé peu sensibilisés au problème du VIH, utilisation de médicaments non adaptés disponibles sur les marchés. Le manque d'efficacité du système de santé face à cette pathologie, le nombre insuffisant de structures de prise en charge et le manque d'accès aux campagnes de prévention et d'information en milieu rural expliquent le retard important du dépistage et du traitement. Il entraîne l'arrivée de patients à des stades avancés : 64% des nouveaux patients de l'année 2004 présentaient un nombre de CD4 inférieur à 200 par mm³, 35% moins de 50 par mm³, 60% étaient aux stades OMS 3 ou 4. Du fait de l'immunodépression sévère, les tableaux cliniques et radiologiques sont atypiques en particulier en ce qui concerne la tuberculose. Celle-ci atteint entre 30 et 35% des patients, avec une prédominance de formes extrapulmonaires. La recherche de bacilles alcool-résistants est souvent infructueuse. Les images radiologiques pulmonaires manquent de spécificité. Le traitement antituberculeux doit souvent être instauré sur une

présomption diagnostique.

La cryptococcose neuroméningée concerne environ quatre nouveaux patients par mois et pose le problème de sa prise en charge. En cas de signes d'hypertension intracrânienne, des ponctions lombaires évacuatrices sont effectuées, parfois plusieurs fois par jour. Le traitement médicamenteux est l'amphotéricine B par voie intraveineuse pendant 14 jours suivi d'un relais par fluconazole (400 mg/jour pendant 8 semaines). Le laboratoire de l'Institut Pasteur de Phnom Penh assure les diagnostics de certitude. Quand leur état le nécessite, ces malades sont transférés dans l'unité de maladies infectieuses de l'hôpital Sihanouk de Phnom Penh où le taux de mortalité spécifique a chuté de 53% en 1999 à 19% en 2003. Par ailleurs, une prophylaxie primaire par fluconazole (200 mg par jour) est prescrite de façon systématique chez tout patient adulte ayant moins de 100 CD4 par mm³.

La fréquence et la complexité de la prise en charge des affections opportunistes (syndromes cachectiques sévères, diarrhées

SUR DIACO

chroniques, pneumopathies à bacilles gram négatif, pneumocystoses, infections à CMV et à *Penicillium marneffei*) ont entraîné une saturation des capacités d'accueil. Une file d'attente de deux mois s'est ainsi constituée en 2004 pour les patients dits « asymptomatiques ». Le délai de la file d'attente a pu être réduit au cours de l'année 2005.

L'indication du traitement antirétroviral est basée sur l'état clinique du patient et sur son état d'immunodépression déterminée par le nombre de CD4. Les produits utilisés suivent les recommandations du programme national cambodgien de lutte contre le sida. Il s'agit des formes combinées génériques : D4T + 3TC + NVP ou EFZ (stavudine-lamivudine-nevirapine ou efavirenz) ou AZT + 3TC + NVP ou EFZ (zidovudine-lamivudine-nevirapine ou efavirenz). Depuis l'ouverture du programme jusqu'en juin 2005, ils ont été introduits chez 755 patients.

Les facteurs susceptibles d'entraîner

une mauvaise observance sont la nécessité de trajets longs et onéreux pour accéder à la structure de soins, une forte discrimination, une connaissance insuffisante de la maladie et du traitement, l'importance des effets secondaires. Une approche anthropologique apparaît nécessaire pour aborder les représentations de la maladie, la notion de « traitement à vie » et les relations avec la médecine traditionnelle. Comment aborder les explications sur une pathologie aussi complexe que le sida lorsque l'on sait que dans la culture khmère, la notion de maladie est perçue comme « un mauvais air qui traverse le corps » ? Cependant, le niveau d'adhérence évalué à 24 mois de traitement est très satisfaisant.

Des études réalisées dans le cadre d'un programme MSF au Malawi ont montré que 84 % des 400 patients traités par les antirétroviraux depuis plus de six mois présentaient une charge virale indétectable (1). Une enquête réalisée à Phnom Penh auprès de 416 patients sous

traitement depuis plus de deux ans a également observé une charge virale indétectable chez 9 patients sur 10 (Ferradini L, comm pers). Malgré ces bons résultats, l'émergence de résistances ne peut être évitée. La question de l'accès aux traitements de deuxième ligne pour répondre aux situations d'échec se pose. A noter qu'actuellement, les médicaments de seconde ligne protégés par des brevets ont un coût sept fois et demi supérieur à celui des thérapeutiques de première ligne et qu'il n'existe pas de formes combinées facilitant l'observance. Le problème de l'absence de formulation pédiatrique se pose pour les enfants, les formes galéniques étant inadap-

tées. Les choix sont difficiles pour une ONG dont la majorité des missions répond à des situations d'urgence. Les programmes d'introduction d'antirétroviraux en milieu précaire doivent répondre à une situation urgente mais aussi présenter un « intérêt » en terme de santé publique et assurer une qualité de la prise en charge au long cours. Alors que les capacités d'accueil sont saturées, est-il légitime de cibler en priorité les cas les plus graves alors que des patients qualifiés d'asymptomatiques attendent deux mois avant de recevoir un traitement ?

L'inclusion des nouveaux patients dans la file active de Kompong Cham continue en ce premier trimestre 2007. Une bonne prise en charge de la cohorte initiale se poursuit. La question du maintien d'une bonne observance à long terme se pose, ainsi que celle de la gestion des effets secondaires liés à la prise prolongée d'antirétroviraux. Existe-t-il une alternative aux traitements de première ligne qui soient moins toxiques et d'une efficacité plus durable ? Le sida constitue une catastrophe humanitaire et les ONG qui ont fait le choix de répondre à cette situation d'urgence se retrouvent malheureusement confrontées à un certain immobilisme de la communauté internationale ■

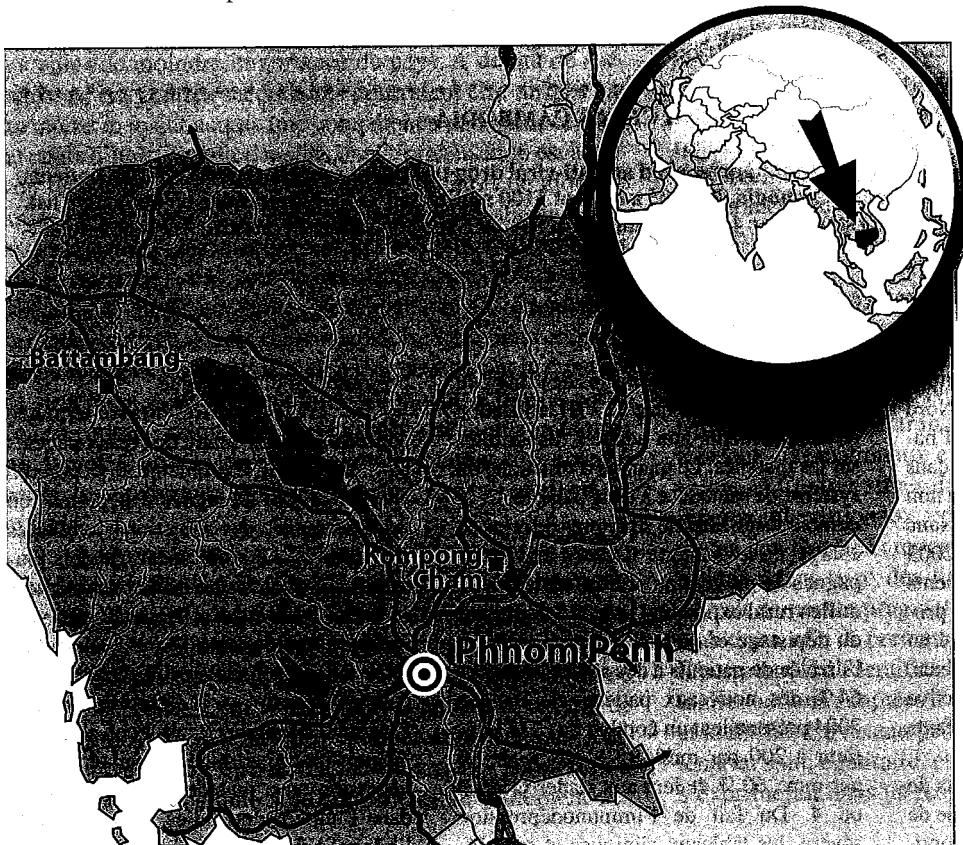


Figure 1 - Carte du Cambodge.

RÉFÉRENCE

- 1 - JEANNIN A, PINOGES L, CALMY A *et Coll* - Clinical and virological outcomes of patients on HAART in a large scale simplified treatment program in a rural district of Malawi. 12^e Conf. Retroviruses and opportunistic infections, 22-25 février 2005, Boston, USA (www.epicentre.msf.org)