

Le devenir précoce des opérés de l'abdomen dans les pays à forte densité d'infection sidéenne.

Une étude prospective, descriptive et analytique aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi (RDC) et à l'*University Teaching Hospital* de Lusaka (République de Zambie)
This study was carried out between 1st November, 2006 and 1st March, 2007 at the Lubumbashi University Clinics (in DRC) and at the Lusaka University Hospital (in Zambia)

Etienne BFK Odimba, W Arung, M Ntehle

Mots clés

- ◆ VIH/SIDA
- ◆ dépistage
- ◆ chirurgie
- ◆ suites opératoires

Résumé

Cette étude a été menée du 1^{er} novembre 2006 au 31 mars 2007, aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi en République Démocratique du Congo (RDC) et à l'*University Teaching Hospital* de Lusaka en Zambie. Elle visait à déterminer la séroprévalence du SIDA des patients chirurgicaux et à évaluer les suites opératoires précoces des cas dépistés, traités ou non, analysant la mortalité, la réintervention précoce, l'infection, la durée du séjour hospitalier, l'évolution de l'infection virale et celle de l'acte opératoire abdominal. Les auteurs ont décrit et suivi une méthodologie stricte.

La séroprévalence du SIDA s'est révélée plus élevée en milieu chirurgical que dans la population générale. Il n'y avait pas de différence significative de la mortalité postopératoire entre sidéens sous traitement et non-sidéens. L'infection virale non traitée allongeait significativement le séjour hospitalier et favorisait l'infection des laparotomies. Après la sortie, des améliorations des manifestations sidéennes furent observées chez les sidéens traités. La morbidité liée à l'affection chirurgicale et à la chirurgie était importante chez les sidéens, particulièrement chez ceux non encore traités et surtout en cas d'interventions majeures.

Les auteurs recommandent que dans leur région tout patient admis pour une affection chirurgicale grave bénéficie d'un dépistage de l'infection SIDA suivi le cas échéant du traitement au cours du séjour hospitalier et que le diagnostic de l'affection abdominale et de son opérabilité soit très précis pour permettre une laparotomie la plus écourtée possible, quitte à la répéter une ou deux fois, chez les immunodéprimés physiquement amoindris.

Keywords

- ◆ VIH/SIDA
- ◆ surgery

Abstract

It was aiming to determine the HIV/AIDS prevalence among hospitalised surgical patients and to assess early postoperative outcomes of those tested positively, put or not under antiretroviral drugs during peri-operative period, by recording early postoperative mortality, early relaparotomies, surgical site infection, postoperative stay, impact of treatment and surgery on the viral infection as well as on the surgical condition.

Authors described a descriptive cross-sectional and analytic prospective study with restricted inclusion and exclusion criteria, a pre-established questionnaire for data collection and a statistical way for data analysis.

The HIV/AIDS prevalence revealed to be higher in surgical admitted patients than it is in each normal population of each country. There was no significant difference in postoperative death rates between seropositive and seronegative patients. Early relaparotomies, surgical site infection and prolonged hospital stays were significantly more frequent among HIV patients and mainly those not put under antiretroviral treatment. After discharge, many HIV related manifestations (appetite, weight) improved in patients put under antiretroviral treatment. However morbidity related to surgical condition and to surgery was serious among seropositive patients, mainly in untreated patients, particularly for complex and lasting major surgery.

Authors recommend that, in their areas, every patient admitted to surgical wards for serious condition be counselled for testing and care so that the qualifying for antiretroviral drugs be treated during the hospital stay. They also encourage that the accurate diagnosis of the surgical condition and of its operability be ascertained prior to surgery. That will lead to a control and precise laparotomy, as short as possible but that may repeated one or two times after the initial operation, in very weak immunosuppressed patients.

Correspondance :
odimbaetienne@hotmail.com

Environ quarante millions de personnes dans le monde sont actuellement infestées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et présentent ou non le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA). La majorité de ces malades, 60 à 70%, vivent en Afrique sub-saharienne. La région du Katanga, d'une surface et d'une population proches de celles de la Zambie dont elle partage une longue frontière en Afrique australe, a 6% de prévalence de l'infection VIH selon le rapport annuel du Conseil National de la lutte contre le Sida de 2005. La République de la Zambie, avec une population voisine de 10 millions d'habitants, possède une prévalence de 16% de l'infection et une incidence d'environ 300 nouveaux cas par jour selon le rapport annuel du Ministère de la santé de 2004 (1).

Comme rapporté par beaucoup d'auteurs dont Gerberding (2), les blocs opératoires des services de chirurgie constituent les lieux les plus favorables aux infections nosocomiales dans les systèmes de soins de santé. Comme beaucoup de nos collègues africains subsahariens, nous chirurgiens des hôpitaux universitaires de l'Afrique australe recevant la majeure partie des patients chirurgicaux dans nos régions, sommes quotidiennement contraints à lever des défis posés par l'infection VIH notamment dans l'application des précautions standards dans des pays à ressources très limitées, pour éviter les contaminations professionnelles et offrir une chirurgie profitable aux malades immunodéprimés.

Le but de cette étude était d'analyser l'évolution précoce de nos malades dans le mois suivant une laparotomie pour affections diverses. D'une façon plus spécifique, notre étude voulait définir la classification clinique de l'OMS des malades admis pour chirurgie abdominale, déterminer la prévalence de l'acceptation du dépistage et du traitement par nos malades, déterminer la fréquence de l'infection parmi les patients testés ainsi que la proportion des patients séropositifs traités au cours du séjour hospitalier et d'évaluer leur évolution au cours du premier mois postopératoire en ce qui concerne la mortalité, les réinterventions précoces, les suppurations pariétales et l'évolution de l'infection virale.

Matériel, sujets et méthodes

Cette étude prospective, descriptive et analytique, a été réalisée du 1^{er} novembre 2006 au 31 mars 2007 aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi en République Démocratique du Congo (RDC) et à l'*University Teaching Hospital* de Lusaka en Zambie. Les influences ont été surtout déterminées par l'acceptation du dépistage et du traitement le cas échéant et la réponse aux visites de suivi après la sortie. Les activités à effectuer étaient : la classification clinique des patients selon l'OMS (classification modifiée) ; le conseil du dépistage pour le traitement ; la décision de la mise sous antirétroviraux ; le traitement de l'affection chirurgicale ; la surveillance postopératoire et après sortie selon les paramètres choisis (mortalité au cours du séjour hospitalier, réinterventions précoces, suppurations pariétales, durée du séjour hospitalier, évolution de l'affection chirurgicale et évolution de l'infection virale).

Comme la prévalence de l'infection VIH n'était pas connue, la taille de l'échantillon était calculée en attribuant une valeur de 50 à P dans la formule générale $N = E^2 PQ/d^2$ (E étant une constante et $d = 0,05$). Les critères d'inclusions étaient les suivants : être admis en chirurgie dans les services des auteurs ; présenter une affection justifiant une laparotomie ; accepter de participer à l'étude ; accepter le test et les traitements éventuels ; accepter d'être revu en consultation après sortie ; autorisation des parents, gardiens ou ayant cause pour les enfants et les incapables majeurs ; n'avoir pas été testé et mis sous traitement avant. Des protocoles pré-établis et contenant les particularités des patients de façon anonyme ainsi que divers variables détaillées devaient être

remplis au fur et à mesure par l'un de nous ou par un assistant formé.

En pratique, après stabilisation éventuelle du patient, celui-ci était examiné pour le diagnostic de l'affection chirurgicale et la classification clinique de l'OMS en relation avec l'infection VIH et dont le stade I était modifié (Ia : patient tout à fait asymptomatique ; Ib : patient avec adénopathies généralisées persistantes). Tous les groupes (symptomatiques et non symptomatiques de VIH, à l'exception des patients déjà sous antirétroviraux) ont été conseillés pour le test de dépistage (ELIZA pour dépister, WESTERN BLOT pour confirmer) suivi le cas échéant du traitement gratuit. Les séropositifs ont eu ensuite un compte de CD4 avant un traitement éventuel par les antirétroviraux. En cas de décision de traiter l'infection virale, les investigations de routine étaient faites avant que les patients ne soient mis sous les médicaments de la première lignée avec les précautions et les moyens d'accompagnements d'usage. Les laparotomies ont été réalisées après des préparations et des techniques appropriées. En cas d'urgence, le conseil pour le dépistage et le traitement éventuel se faisaient en postopératoire. En cas de sujets très fatigués, les laparotomies étaient souvent écourtées. Elles pouvaient être répétées une ou deux fois. Par contre, les affections sans caractère d'urgence faisaient l'objet d'un bilan très détaillé pour rendre l'opération la plus précise possible. Lors de la sortie, les patients recevaient tous un rendez-vous de suivi dans le mois postopératoire.

Les données collectées ont été analysées en utilisant l'ordinateur avec les facilités de l'analyse statistique de l'« EPI INFORM data statistical package ». Les corrélations ont été recherchées entre les différentes variables : groupes symptomatiques et asymptomatiques, acceptation du dépistage et du traitement, séropositivité, traitement antirétroviral et évolution.

Résultats

Profil démographique, socio-économique et culturel des patients chirurgicaux

Pendant la période d'étude, 840 patients ont été admis dans les deux services de chirurgie des deux institutions. Il y avait 565 hommes et 235 femmes. Il s'agissait de patients adolescents, jeunes adultes et adultes dont les âges étaient compris entre 1 et 86 ans, avec une moyenne à 32 (médiane entre 16 et 34 ans).

Près de la moitié des malades (46%) étaient dépendants sur le plan économique et social et un grand nombre (38%) vivaient chez les parents, amis ou divers ayants causes ou droits. Le degré de scolarisation de nos patients était faible. Environ un tiers étaient analphabètes (26%), un cinquième de niveau primaire (21%), un cinquième de niveau secondaire (18%) et un dixième de niveau universitaire (9,5%). Les croyances religieuses étaient dominées par le catholicisme (52%) suivi par les autres croyances chrétiennes non catholiques (18%), les divers protestantismes (12%), la religion musulmane (6%) et les autres croyances locales et étrangères.

Les affections chirurgicales et circonstances opératoires

Quatre cent soixante admissions (55%) étaient des urgences chirurgicales et 380 (45%) des cas de chirurgie programmée. L'arrivée dans les départements de chirurgie était souvent tardive par rapport au début de l'affection. Moins de 3% des patients sont arrivés dans les services dans les 6 premières heures de la survenue de l'affection. La majorité d'entre eux a été vue entre la seconde et la quatrième semaine (33%).

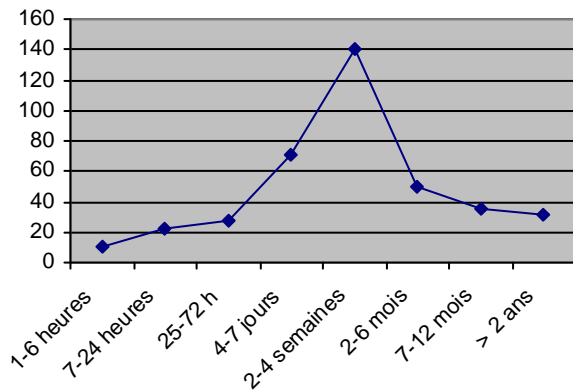


Figure 1 : délai à l'admission

Sept pour cent des maladies accusaient même un retard de deux ans entre leur début et l'arrivée à l'hôpital (fig. 1).

Dépistage VIH et traitement antirétroviral avant admission

Soixante-dix patients sur 840 (80%) avaient été testés et soignés avant leur admission en chirurgie (programme de dépistage volontaire). Les effets de ces campagnes sont donc encore faibles. Ces malades ont été exclus de l'étude. Ce qui donne pour celle-ci un échantillon de 840 - 70 = 770 patients.

Distribution des patients reçus selon la classification clinique OMS de l'infection VIH

Elle est donnée dans le tableau 1 (patients préalablement testés exclus). Bien que le groupe I reste prédominant (55%), il existe un grand nombre de patients symptomatiques dans la classification (44%).

Conseil de dépistage pour traitement

Il a concerné 770 patients c'est à dire 92% des admis. Le moment du conseil était variable avec les circonstances de l'admission ; en cas d'urgence extrême, l'entretien de dépistage et de traitement pour HIV se faisait après l'opération.

Acceptation du dépistage-traitement

Elle a été obtenue pour 436 patients sur les 770, soit pour plus de la moitié des cas (57%). Pour arriver à ces résultats, plusieurs éléments ont joué : répétition de la demande, expérience du conseiller ou de la conseillère et stade clinique du

Symptômes et signes	Stades et subdivisions	Nombre
1. Groupe asymptomatique	Ia	422
2. Groupes symptomatiques	Ib, II, III et IV	348
	Ib (LAPG)	128
	II	102
	III	74
	IV	44

Tableau 1. Distribution des maladies reçus dans la classification clinique modifiée de l'OMS.
LAPG : Lymphadénopathies persistantes généralisées

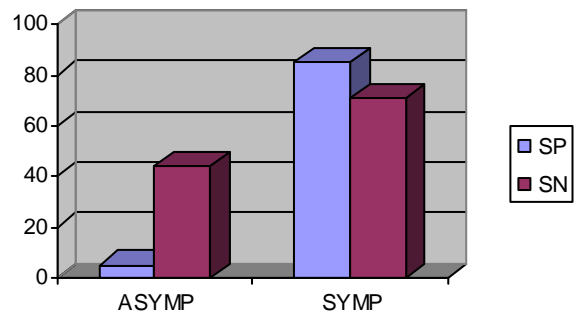


Figure 2. Séroconversion des maladies chirurgicales et classification OMS modifiée.

SP : séropositivité ; SN : séronégativité

ASYMP : groupe asymptomatique ; SYMP : groupes symptomatiques

patient dans la classification OMS. En effet, comme illustré au tableau 2, les patients des groupes symptomatiques ont globalement et significativement mieux accepté le dépistage pour traitement (76%) que ceux du groupe asymptomatique (24%). L'acceptation spécifique est même plus élevée atteignant une fréquence de 97% pour le stade III de l'OMS.

Refus du dépistage-traitement

Le refus au dépistage-traitement a été constaté pour 334 personnes sur 770 (43%). Les raisons avancées étaient : dépistage inutile car « je me sens bien » (76/326) ; peur de la perte d'emploi (40/326) ; raisons familiales (parents ou responsable refusant de consentir le dépistage d'un mineur ou d'un majeur incapable) [178/326] ; autres stigmatisations (6/326) ; négation du SIDA (14/326).

Tests de dépistage des personnes consentantes : 436

La séroprévalence du SIDA s'est révélée plus élevée en milieu chirurgical que dans la population générale. En effet les résultats globaux sur ces 436 cas ayant consenti au dépistage se présentent comme suit :

- 192 séropositifs (44%) ;
- 244 séronégatifs (56%).

Ceci est de loin supérieur aux prévalences nationales des deux pays ou régions : 16% pour la Zambie et 5% pour le Katanga en RDC. Cette séropositivité s'est révélée significativement corrélée avec la classification clinique modifiée. Il y avait statistiquement plus de tests positifs, de séroconversion, dans les groupes symptomatiques (fig. 2). Ce qui souligne la nécessité de cette classification pour le rapport résultat-coût du dépistage.

Stades OMS	Stades et acceptation au dépistage-traitement	Prévalence générale	Prévalence spécifique
1. Groupe asymptomatique	Ia	105/436	0,24
2. Groupes symptomatiques	Ib, II, III and IV	331/436	0,76
	Ib (LAPG)	108/128	0,84
	II	92/102	0,90
	III	72/74	0,97
	IV	36/44	0,81

Tableau 2. Degré d'acceptation au dépistage selon la classification OMS modifiée.

LAPG : Lymphadénopathies persistantes généralisées

Circonstances	Cause	Fréquence	%
Urgences (URG)	Péritonites généralisées	89	22
	Appendicites aiguës	83	20
	Occlusions intestinales aiguës	75	18
	Plaies abdominales avec lésions viscérales	49	12
	Laparotomies exploratrices pour trauma 'sans lésions viscérales'	36	9
	Contusions abdominales avec lésions viscérales	33	8
	Pancréatites aiguës	27	6
	Hémopéritoines spontanés	20	5
	Total	412	100
Programmées (PROG)	Colectomies sigmoïdiennes	55	15,3
	Cholécystectomies isolées	49	13,7
	Laparotomies exploratrices	47	13,1
	Gastrostomie, jéjunostomie, colostomie isolées	40	11,1
	Gastro-jéjunostomie isolée	27	7,5
	Hémicolectomie gauche	25	6,9
	Eventrations abdominales	25	6,9
	Cholécystojéjunostomie isolée	22	6,1
	Hémicolectomie droite pour cancer	20	5,6
	Appendicectomie après plastron appendiculaire	14	3,8
	Résection antérieure du rectum pour cancer	8	2,2
	Splénectomie pour rates pathologiques	7	2,0
	Amputation abdominopérinéale	6	1,6
	Oesophagoplastie gastrique	4	1,1
	Résections du grêle	4	1,1
	Cholédocotomies	3	1,0
	Oesophagoplastie colique	2	0,1
	Total	358	

Tableau 3. Circonstances et causes des laparotomies pratiquées.

Décision de mise sous antirétroviraux (ARV)

Parmi les 192 séropositifs, le comptage des CD4 a été demandé pour 122 et ne l'a pas été pour le reste pour des raisons variables. Dans les cas demandés, 79% avaient un compte inférieur à 300 (patients faibles) et 21% un chiffre de 300 ou plus (patients stables).

La décision de mettre sous antirétroviraux (ARV) a été prise sur le nombre de CD4 (96 patients qui avaient un taux inférieur ou égal à 200) ou pour d'autres raisons cliniques (28 patients). Ce qui fait un total de 124 patients mis sous ARV de première ligne après bilan et conseils d'usage.

Traitement chirurgical et suivi postopératoire

Les types d'incisions ainsi que les gestes intra-abdominaux étaient variables avec la cause et le caractère urgent ou programmé de l'acte. Nous n'avons tenu compte que des véritables laparotomies ouvrant la cavité abdominale et non des cas purement pariétaux sans ouverture péritonéale.

Sur les 770 laparotomies entrant dans cette étude, après avoir exclu les cas des patients dépistés et traités pour HIV avant l'admission en chirurgie, il y avait 412 laparotomies d'urgence et 358 programmées (tableau 3) toutes considérées comme des cas de chirurgie majeure. Par ailleurs, sur ces 770, 436 avaient accepté le dépistage-traitement et 324 l'avaient refusé. Parmi ceux qui avaient accepté, 244 étaient séropositifs et 192 séronégatifs (SN). Parmi les patients sidéens, seulement 124 ont été traités pour des raisons cliniques et de CD4 (tableaux 4 et 5).

Types d'opérés	Répartition
Opérés sans dépistage/traitement	324
Opérés avec dépistage/traitement	436
Opérés dépistés séronégatifs (SN)	192
Opérés dépistés séropositifs (SP)	244
Opérés SP mis sous ARV (SPARV)	124
Opérés SP non mis sous ARV (SPNARV)	120
Total	770

Tableau 4. Présentation de l'échantillon du suivi.

	SN	SPARV	SPNARV	Total
URG	78	88	36	202
PRO	114	36	84	234
Total	192	124	120	436

Tableau 5. Séroconversion VIH et circonstances de chirurgie.

URG : urgences ; PRO : programmée ; SN : séronégatif ; SPARV : séropositif sous antirétroviraux ; SPNARV : séropositif non mis sous antirétroviraux

	SN	SPARV	SPNARV	Total
URG	78	88	36	202
PRO	114	36	84	234
Total	192	124	120	436
Mortalité	5	3	3	11
%	0,025	0,024	0,025	0,025

Tableau 6. Mortalité post-opératoire intrahospitalière.

La mortalité postopératoire intra-hospitalière (tableau 6)

Il n'y avait pas de différence significative des taux de mortalité postopératoire précoce entre sidéens et non-sidéens. En effet, cette mortalité était de 2% pour les SN, de 2% pour les SPARV (séropositifs sous antirétroviraux) et de 3% pour les SPNARV (séropositif non mis sous antirétroviraux).

En chiffres absolus, il apparaît une petite prédominance de la mortalité des patients séropositifs non traités mais cette différence est statistiquement non significative.

Ré-interventions précoces après laparotomie

Le nombre total de réinterventions précoces a été relativement élevé dans ce travail (6%) par rapport au taux habituel de 2% dans les deux départements. Il était relativement élevé chez les opérés SP et particulièrement les SPNARV (tableau 7). Ceci nous a amenés à mettre sous antirétroviraux quelques malades SPNARV surtout ceux dont les CD4 étaient supérieurs à 200 mais inférieurs à 300.

Suppuration des incisions chirurgicales

De même, le taux d'infection pariétale compliquant les laparotomies apparaît significativement élevé chez les sidéens et particulièrement chez ceux non traités comme le suggèrent les données du tableau 8. L'infection des plaies opératoire des sidéens apparaît au moins trois fois plus fréquente que celle des non-sidéens, voire plus de quatre fois pour les sidéens non traités.

	SN	SPARV	SPNARV	Total
URG	3/78	7/88	5/36	12/202
PRO	2/114	4/36	8/84	6/234
Total	5/192	11/124	13/120	18/436
Infection paroi	5	11	13	29
%	0,025	0,088	0,108	0,066

Tableau 7. Suppurations post-opératoires précoces.

	SN	SPARV	SPNARV	Total
URG	78	88	36	202
PRO	114	36	84	234
Total	192	124	120	436
Mortalité	5	3	3	11
Restants pour suivi	188	119	117	424
Réellement revus	78	82	74	234
%	41%	69%	63%	55%

Tableau 8. Échantillon des patients suivis après leur sortie.

	SPARV	SPNARV	Total
Augmentation CD4	59/82	20 / 74	79/156
Augmentation de l'appétit	55/82	24/74	79/156
Regain du poids	62/82	16/74	78/156
%	0,72	0,27	100

Tableau 10 : Morbidité chirurgicale après sortie. RAAS, RIAS, IPAS et NRT

	SN	SPARV	SPNARV	TOTAL
RAAS	2/78	6/82	16/74	24/234
RIAS	1/78	3/82	4/74	8/234
IPAS	4/78	12/82	24/74	40/234
NRA	1/78	19/82	36/74	56/234
Moyenne	2/78	10/82	20/74	32/234
%	0,03	0,12	0,27	0,14

Séjour hospitalier après laparotomie

L'infection virale non traitée allongeait significativement le séjour hospitalier. Le séjour moyen était calculé en tenant compte des séjours habituels dans chacun des départements. Le nombre était reporté sur 100 patients par catégories (les patients décédés étant exclus). Il s'est ainsi avéré que les patients sidéens restaient plus longtemps que les non-sidéens. Cette durée de séjour des SPARV et SPNARV était au moins la double des patients SN.

Ceci était certainement à rattacher aux investigations de la mise en route des traitements rétroviraux, au nombre des réinterventions post-opératoires et de suppurations pariétales observées.

Suivi après sortie

Après décompte des opérés décédés, les nombres de patients à revoir étaient 188 SN, 119 SPARV et 117 SPNARV. Comme indiqué sur le tableau 9, les taux de patients revus étaient respectivement de 41%, 69% et 63% pour les SN, SPARV et SPNARV. Il faut noter en outre que les patients n'ayant pas participé à l'étude étaient aussi revus mais leur nombre n'entre pas dans cette analyse.

L'évolution de l'infection VIH après la sortie

Après la sortie, des améliorations des manifestations sidéennes furent observées chez les sidéens traités et ceci nous a encore conduit à proposer le traitement ARV à tous les SPNARV avec un CD4 inférieur ou égal à 300. Les paramètres suivants ont été les mieux améliorés : augmentation du taux de CD4, augmentation de l'appétit et regain du poids. Les taux d'amélioration de ces paramètres ont été de 27% des patients pour les SPNARV et de 72% pour les SPARV comme indiqué au tableau 10.

L'évolution de l'affection chirurgicale cause de la laparotomie après la sortie

La morbidité liée à l'affection chirurgicale et à la chirurgie était sérieuse chez les sidéens particulièrement chez ceux non encore traités et surtout en cas d'interventions de grande complexité et de longue durée. Elle avait été analysée comme décrit dans la méthodologie, selon les paramètres suivants : la réadmission pour la même affection chirurgicale dans le mois (RAAS), la ré-intervention après sortie (RIAS), l'infection pariétale après sortie ne nécessitant pas de réadmission (IPAS) et la non reprise de l'activité (NRA).

La morbidité globale variait de 3% pour les SP à 27% pour les SPNARV. La morbidité de des SPARV était intermédiaire (12%). Pour des cas très complexes ou de durée supérieure à deux heures, la morbidité pouvait atteindre 4% pour les SN, 20% pour les SPAVR et 33% pour les SPNAVR.

Discussion

L'impact de l'infection VIH en chirurgie a fait l'objet de recherches par plusieurs chirurgiens dans l'Afrique australe en chirurgie orthopédique (3) et générale (4, 5). La présente étude avait pour but d'évaluer l'acceptation des patients admis en chirurgie digestive et abdominale au dépistage pour traitement, de les soigner le cas échéant et de suivre leur évolution pendant un mois après chirurgie en ce qui concerne l'infection virale et la condition chirurgicale.

L'étude a montré d'une façon incidente le profil des patients admis en chirurgie dans les deux services hospitaliers : forte prédominance des patients de sexe masculin avec sex ratio de 2,5 H/1 F ; jeunesse des patients avec un âge moyen de 35 ans et un groupe prédominant entre 16 et 35 ans ; un groupe sexuellement actif (4). Ainsi, réaliser un dépistage en chirurgie, c'est participer à un dépistage dans un groupe à risque de la population. De même, de façon incidente, l'étude a démontré une activité chirurgicale consistante dans les services de chirurgie abdominale malgré la précarité de moyens. Par l'étendue de son champ d'activités, la chirurgie abdominale, enregistre beaucoup plus de cas que toute autre sous-spécialité chirurgicale. Dans son mémoire de spécialisation, Mungala (4) a noté plus de patients séropositifs chez les patients souffrant de pathologies ano-rectales.

Tout se passe comme si l'existence des stigmates de l'infection virale décrits dans la classification OMS (1990) pour adultes et enfants, favorisait le consentement au dépistage traitement : 76% des patients des groupes symptomatiques ont consenti le dépistage contre 24% des patients asymptomatiques. Par ailleurs le taux de séroconversion était statistiquement plus élevé dans les groupes symptomatiques *versus* les asymptomatiques parmi les patients ayant accepté le dépistage. Nous sommes attachés à l'acceptation au dépistage, car elle conduit à l'adhésion au traitement le cas échéant qui est le but recherché. Même en urgence, nous n'avons pas procédé au dépistage sans classification OMS et sans conseil de dépistage-traitement comme cela avait été suggéré par le CDC (6). De même, nous ne nous sommes pas contentés des tests rapides comme proposé par certains auteurs (7, 8). Dépistage et traitement des stades Ib, II, III et IV s'avèrent ainsi fructueux avec un haut rapport qualité/prix.

Décision de mettre sous antirétroviraux, décision opératoire et évolution post opératoire

Nos décisions pour la mise sous traitement devrait intéresser tous les séropositifs avec un taux de CD4 égal ou inférieur à 300 et tous les stades III et IV de l'OMS. Quant à la décision opératoire, elle dépend essentiellement de la condition chirurgicale qui impose les 3 questions habituelles : pourquoi,

quand et comment opérer. Quand on a répondu aux deux premières, la réponse à la troisième doit être la chirurgie à minima, la laparotomie écourtée ou la laparotomie de contrôle pouvant être répétée une ou deux fois en postopératoire afin de ménager la vie tout en traitant la complication.

Conclusion

- Le dépistage pour traitement en milieu chirurgical abdominal s'est révélé comme un outil efficace pour traquer et traiter le VIH/SIDA auprès d'un groupe à haut risque de contamination et de loin supérieur à la campagne de dépistage volontaire.
- La distribution des malades chirurgicaux dans la classification clinique modifiée de l'OMS constitue une stratégie payante pour un outil puissant et de confiance pour dépister et traiter l'infection VIH/SIDA.
- Les taux de mortalité postopératoire précoce sont similaires entre les malades séropositifs sous traitement et les séronégatifs si les indications opératoires sont bien posées et la technique opératoire réalisée avec sagesse chez les maladies immunodéprimés (laparotomies de contrôle ou écourtées répétées).
- Beaucoup d'indicateurs de la maladie SIDA sont améliorés après la mise en route du traitement spécifique dans la période péri-opératoire (augmentation du nombre de CD4, retour de l'appétit et regain pondéral).
- Quant à la condition chirurgicale, les patients séronégatifs s'améliorent plus rapidement par catégorie de diagnostic et de laparotomie que les séropositifs qui restent plus longtemps hospitalisés, sont le plus souvent réopérés (plus ou moins précocement), développent plus d'infections pariétales et ne reprennent que tardivement ou pas du tout le travail après laparotomies.

Références

1. GRZ Ministry of Health (2004) Annual report Ministry of health 2004.
2. Gerberding JL, Little C, Tarkington A, Brown A, Schechter WP. Risk of exposure of surgical personnel to patients blood during surgery at San Francisco general hospital. *N Engl J Med* 1990;322:1788-93.
3. Jellis JE. Taking orthopaedics to the people. In: Mungala DD. *Outcome of Surgery in DAK Walters*. Ed. *Surgery in the tropics*. London: Bailliere Tindall. *Clinical tropical medicine and communicable diseases* 1988; 3: 257-74.
4. Mungala D. *Outcome of Surgery in Hiv seropositive patients: A general comparative study*. Dissertation for MMED degree, 1991.
5. Odimba BF Koshe. The knowledge about nosocomial HIV infection and the improvement of the management of infected patients at the UTH operating rooms. Report of the research proposal carried out in 2005 with the sponsor of the Zambia-Us Partnership, UNZA School of Medicine.
6. CDC. Routine HIV testing at some hospitals. *Minn Med* 1992;75 (10):48-9.
7. Kannangai R, Ramalingam S, Pradeepkumar S, Damodharan K, Sridharan G. Hospital-based evaluation of two rapid human immunodeficiency virus antibody screening tests. *J Clin Microbiol* 2000;38(9):3445-7.
8. Matambo JA, Moodley D, Moodley J. HIV seroprevalence and rapid testing in unbooked pregnant African women. *Int J Gynaecol Obstet* 1999 Sep;66(3):289-90.