

Les objectifs sont de décrire l'évolution de cette PT et d'évaluer l'impact de l'arrêt éventuel du TDF.

**Matériels et méthodes :** Étude longitudinale prospective observationnelle de 107 pts VIH+ présentant une PT (ratio protéinurie/créatininurie > 200 mg/g et ratio albuminurie/protéinurie < 0,4) dont 81 patients ayant au moins 2 bilans urinaires réalisés durant la période de suivi.

**Résultats :** Pour les 81 pts analysés (hommes : 80,2 % ; âge médian 51 ans ; sous TDF à l'inclusion : 59 pts), la durée médiane de suivi est de 32 mois [IQR : 29,2-33,3], avec une médiane de 9 visites [IQR : 8-11].

Après deux ans de suivi, 15/75 pts (20 %) ont une persistance de la PT initiale. Les facteurs associés à cette persistance sont la poursuite du TDF [OR 9,0 ; IC95 : 1,9-41,4 ;  $p = 0,01$ ], et une valeur de protéinurie à l'inclusion plus élevée (> médiane 290 mg/g) [OR 6,0 ; IC95 : 1,3-28,0 ;  $p = 0,02$ ]. Les 27 pts qui ont arrêté le TDF (27/59) avaient à l'inclusion un DFG plus bas et une protéinurie plus élevée, que ceux qui l'ont poursuivi. L'arrêt du TDF est associé à une diminution significative du ratio protéinurie/créatininurie, mais n'a pas d'impact sur le DFG.

**Conclusion :** La persistance, rare, d'une protéinurie de type tubulaire concerne principalement les patients poursuivant le TDF et/ou ayant une valeur initiale de protéinurie élevée.

## A-36

### Facteurs prédictifs de survenue de la tuberculose chez les adultes infectés par le VIH à l'hôpital de jour de Bobo Dioulasso (Burkina Faso)

A. Poda (1), A. Hema (1), J. Zoungrana (1), F. Kaboré (1), E. Kamboulé (1), G. Bado (1), A.-B. Sawadogo (1)

(1) Service des maladies infectieuses, Hôpital de jour de Bobo, CHU Souro Sanou, Bobo Dioulasso, Burkina Faso.

**Introduction – objectifs :** Au Burkina Faso, malgré la gratuité des ARV et des anti-tuberculeux, il a été enregistré 24,8 % de décès en 2011 chez les patients co-infectés tuberculose/VIH. L'objectif de notre étude était de déterminer l'incidence de la tuberculose et les facteurs associés à cette co-infection chez les patients suivis à l'hôpital de jour de Bobo Dioulasso.

**Matériels et méthodes :** Il s'est agi d'une étude de cohorte de patients adultes infectés par le VIH non tuberculeux, reçus à l'HDJ entre janvier 2008 en décembre 2011. Ces patients ont été suivis jusqu'au 30 juin 2012. Le recueil des données a été fait grâce au logiciel ESOPE. Le diagnostic de tuberculose a été posé sur la présence de BAAR sur au moins un prélèvement biologique ou sur la base d'un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques. Le modèle des risques proportionnels de Cox a été utilisé pour la recherche des facteurs associés à la tuberculose en fonction du temps.

**Résultats :** Il a été inclus 2 941 patients dans cette étude. Au cours du suivi 202 ont développé une tuberculose. L'incidence de la tuberculose était de 2,6 % personnes-année IC 95 % [2,2 %-3,1 %]. Après analyse multivariée, les facteurs indépendants associés à la survenue d'une tuberculose étaient : le sexe masculin (RR = 1,48 ; IC 95 % : 1,02-2,14), l'IMC < 18,5 (RR = 1,59 ; IC 95 % : 1,05-2,40) et les stades cliniques OMS 2 (RR = 3,03 ; IC 95 % : 1,42-6,47), OMS 3 (RR = 3,24 ; IC 95 % : 1,57-6,74) et OMS 4 (RR = 6,41 ; IC 95 % : 2,86-14,38).

**Conclusion :** La recherche active de la tuberculose chez les PVVIH dans les cohortes africaines doit demeurer une exigence. Cette recherche doit être plus axée vers les hommes et les patients symptomatiques.

## A-37

### Étude de la dysfonction diastolique du ventricule gauche (DDVG) comme marqueur d'insulinorésistance chez les patients traités infectés par le VIH

A. Fonteille (1), X. Gonnin (1), C. Janssen (1), F. Boccara (2), E. Piet (1), B. Chanzy (1), J.-P. Bru (1)

(1) CH Annecy, France, (2) Hôpital Saint-Antoine, Paris, France.

**Introduction – objectifs :** La DDVG est associée à des troubles de la répartition des graisses en lien avec l'insulinorésistance. Nous avons étudié les liens entre DDVG et exposition aux ARV et au VIH.

**Matériels et méthodes :** Étude prospective de 2008 à 2013 de 72 patients VIH+ avec lipodystrophie, excès de poids ou anomalie du bilan lipidique sans symptômes cardio-vasculaires et traités par ARV. Paramètres étudiés : âge, BMI, tour de taille, TA, Antécédents (diabète, cardio vasculaire), tabagisme, coinfection

VHC, glycémie, insulinémie, cholestérolémie, microalbuminurie, HOMA, durée d'évolution de l'infection VIH non traitée, types et durées des ARV, recherche d'athérome carotidien.

La DDVG a été recherchée par échographie cardiaque et doppler tissulaire.

**Résultats :** 1. 14/72 pts (19,4 %) avaient une DDVG

2. Les patients avec DDVG n'ont pas été plus exposés aux ARV ou au VIH (tab 1).

Durées moyennes d'exposition cumulée	SANS trouble de la FD (n = 58)	AVEC trouble de la FD (n = 14)	p
INTI	17,6 ± 9,8	14,6 ± 9,7	0,32
NNTI	5,1 ± 4,8	6,3 ± 6,1	0,59
IP	7,3 ± 7,8	4,7 ± 4,1	0,59
SANS TTT ARV	3,0 ± 4,4	3,4 ± 3,8	0,54
TTT ARV	31,0 ± 16,7	26,4 ± 17,1	0,37
exposition au VIH,	16,8 ± 7,1	15,8 ± 8,6	0,84

Tab 1 – Étude de l'association entre DDVG, données immuno virologiques et thérapeutiques

Les populations sans/avec DDVG étaient identiques en termes de Nb moyen de CD4 (564 ; 387-752/542 ; 354-752 respectivement) et de Nb de pts avec CV < 40 copies/ml (50/86,2 % ; 10/71,4 % respectivement).

3 / Les patients avec DDVG n'avaient que certains critères d'insulino résistance : tour de taille et HbA1c élevée

**Conclusion :** Dans cette population les pts ayant une DDVG n'ont pas été plus exposés au VIH ou aux ARV que les patients sans DDVG. Les ARV ne sont pas dans cette cohorte lipoa/dystrophique ou dyslipidémique, un facteur de risque de DDVG.

## A-38

### Pour une moindre fréquence du dosage des CD4 : qu'en pensent les patients ?

M.-P. Poupard (1), C.-C. Charpentier (1), M.A.K. Khuong (1)  
(1) Hôpital Delafontaine, Saint-Denis, France.

**Introduction – objectifs :** Plusieurs études récentes questionnent la nécessité de continuer à réaliser plusieurs fois par an une numération des CD4 chez les patients ayant une charge virale (CV) indétectable au long cours. Nous avons interrogé les patients pour évaluer leur ressenti, ainsi que leur connaissance sur leur suivi biologique.

**Matériels et méthodes :** Enquête prospective d'opinion réalisée par questionnaire administré par le médecin à tous les patients ayant des CD4 > 300 mm<sup>3</sup> et une CV indétectable.

**Résultats :** Au total 126 patients dont 53 % de femmes ont répondu au questionnaire, 65 % des patients sont originaires d'Afrique sub-saharienne. La moyenne d'âge est de 43 ans. Les patients sont infectés depuis en moyenne 11 ans, sous traitement depuis 8,8 ans, 66 % sont au stade A, 24 % au stade C. Les derniers CD4 sont en moyenne à 652/mm<sup>3</sup>.

Un tiers (31 %) seulement des patients interrogés savent expliquer ce que sont les CD4 ; 46 % savent donner un chiffre approximatif de CD4 correct et 67 % des patients savent que les CD4 « c'est bien quand ça monte ».

La moitié (50 %) des patients sait expliquer approximativement ce qu'est la CV et 55 % savent donner leur résultat de CV.

Seul 34 % des patients se disent d'accord pour ne doser les CD4 qu'une fois par an, 17 % ne se prononcent pas, 49 % sont contre un dosage annuel des CD4, particulièrement les hommes (ns –  $p = 0,3$ ), les européens (80 % sont contre,  $p = 0,05$ ), et les patients en stade avancé (ns –  $p = 0,2$ ).

Parmi ceux qui savent expliquer ce que sont les CD4, 59 % sont contre le fait de moins les doser, parmi ceux qui ne savent pas expliquer, ils restent 45 % à être contre.

Parmi les patients ayant une CV indétectable depuis le plus longtemps, seuls 37 % seraient d'accord pour moins doser les CD4 ( $p = 0,4$ ).

**Conclusion :** Diminuer la fréquence de dosages des CD4 dans notre population de patients semble plutôt mal accepté et nécessitera une argumentation par leur médecin.