

## LA CO-INFECTION VIH-TUBERCULOSE PULMONAIRE : À PROPOS DE 5 CAS

Britel K., Boudine O., Chahid D., Ziyadi H., Addi A., Salhi G., Ammor A., Ahachim M., Daher B., Yassine N  
Service de pneumologie. HUICK et HUIM6.Casablanca

### **INTRODUCTION :**

La tuberculose pulmonaire est une infection fréquente chez les patients vivant avec le VIH. Elle reste un problème de santé publique en raison de sa fréquence, de sa contagiosité et de sa gravité. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para cliniques et évolutives des patients co-infectés VIH-tuberculose pulmonaire afin d'améliorer leur prise en charge diagnostique et thérapeutique.

### **MATERIEL ET MÉTHODE :**

Étude analytique, descriptive et rétrospective menée aux Hôpitaux Universitaires Internationaux Cheikh Khalifa (HUICK) et Mohammed VI (HUIM6) de Casablanca, de Janvier 2022 à Octobre 2025, portant sur cinq cas de tuberculose pulmonaire chez des PVVIH parmi les 14 patients suivis pour des infections respiratoires au cours du VIH.

### **RÉSULTATS :**

Sur les 5 patients co-infectés tuberculose-VIH, trois étaient de sexe masculin et 2 de sexe féminin, avec un âge moyen de 45,2 ans. Quatre étaient célibataires, tous de faible niveau socioéconomique, trois résidaient en zone rurale, trois étaient hétérosexuels et deux homosexuels. Tous les patients pratiquaient des rapports non protégés. Trois avaient des partenaires multiples et deux consommaient des drogues injectables. Chez deux patients, la tuberculose était révélatrice de l'infection VIH, tandis que les trois autres étaient connus VIH + et avaient déjà bénéficié d'un traitement préventif de la tuberculose. Le délai moyen d'apparition des symptômes était de 5 semaines. Tous les patients étaient au stade SIDA, et présentaient une dyspnée, une toux, une fièvre, une altération de l'état général et un amaigrissement. Trois avaient des hémoptysies. Par ailleurs, un patient avait présenté une détresse respiratoire. Tous les patients avaient au moins une infection associée : la candidose ( $n = 4$ ), la pneumocystose ( $n=2$ ), la toxoplasmose ( $n = 2$ ), le CMV ( $n = 2$ ), l'aspergillose ( $n = 1$ ), l'herpès ( $n = 1$ ). Les co-infections retrouvées incluaient la syphilis ( $n = 1$ ) et l'hépatite B ( $n = 1$ ). Sur le plan biologique, tous présentaient une lymphopénie ( $340-980/\text{mm}^3$ ) et un taux de CD4  $< 250/\text{mm}^3$  chez 4 patients. L'imagerie thoracique montrait des infiltrats interstitiels chez tous les patients, avec des nodules pulmonaires et des adénopathies médiastinales chez trois d'entre eux. Le diagnostic était confirmé bactériologiquement dans tous les cas. Quatre patients étaient hospitalisés en réanimation. Tous nos patients avaient reçu un traitement anti tuberculeux (2RHZE / 4RH), avec une bonne observance. Trois patients étaient mis sous ARV dans les 2 semaines qui suivent le début du traitement antituberculeux. L'évolution était favorable, sans syndrome inflammatoire de restauration immunitaire « IRIS ». Un décès a été déploré en réanimation par défaillance multi-organique.

### **CONCLUSION :**

La co-infection VIH-Tuberculose pulmonaire reste fréquente et grave nécessitant un dépistage précoce, une prise en charge rapide et une intégration optimale du traitement antituberculeux et antirétroviral. Le renforcement du dépistage du VIH, de la prévention, ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins demeurent essentiels pour réduire la morbi-mortalité.