

# REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail-Justice-Solidarité



*Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique*

Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA

-----0-----

## Normes et protocoles de prise en charge de l'infection par le VIH chez l'adulte et l'enfant en GUINEE

**draft 1**

*Ajouter Logo MSF, Dream*



## **Avant Propos**

Depuis 1999, près de 15000 personnes séropositives ont bénéficié d'un traitement antirétroviral. L'Initiative Guinéenne d'Accès aux ARV(IGAARV) promulguée en 2003, a apporté un vrai élan de prise de conscience des politiques et des prestataires sur la nécessité que toutes les personnes séropositives du pays accèdent à un traitement ARV et/ou contre les infections opportunistes.

Initialement, les centres prescripteurs d'ARV se situaient à Conakry. Et c'est à partir de 2004 avec la GTZ qu'on assiste à l'ouverture d'un autre centre à Mamou.

L'introduction du Parrainage en Guinée en 2007 a permis de renforcer les capacités des structures de Prise en Charge. On assiste alors à l'ouverture des nouveaux sites particulièrement dans tous les hôpitaux régionaux.

Depuis cette date, la décentralisation de la prise en charge a gagné du terrain avec l'appui des partenaires (GTZ, MSFB, Fonds Mondial, DREAM et SOLTHIS)

Le niveau préfectoral est en train d'être couvert en sites de Prise en Charge.

La Prise en charge des PVVIH dans les Structures Privées et Associatives est un enjeu pour le Programme National.

Le Partenariat Public Privé est entrain de démarrer grâce à l'appui apporté par la GTZ et Partenaires contre le sida à la Chambre des mines. Ceci permettra l'ouverture des sites de prise en charge dans les zones minières du pays.

Dans différentes structures de soins VIH il existe plusieurs compétences qui peuvent être mises à contribution pour améliorer les connaissances et les compétences des agents.

Les réunions (staff) régulièrement tenues dans les centres prescripteurs sont un lieu privilégié pour recevoir des informations-clé, échanger, maintenir les connaissances et prendre des décisions collégiales pour une gestion optimale des cas difficiles.

Etant donné le caractère précaire des PVVIH, il est important de leur assurer un accompagnement et un soutien dans le cadre de leur prise en charge ; cela serait possible grâce à une transition facilitée des rôles entre prestataires de services. Ceci garantirait la prévention du « burn out » et améliorerait significativement la qualité de la Prise en charge.

Le Présent document de Normes et protocole de Prise en charge de l'infection par le VIH chez l'adulte et l'enfant est issu de la révision des guides de prise en charge édités en 2004 à l'intention des prestataires. Les nouvelles recommandations de l'OMS 2008 en matière de Prise en charge ont été largement prises en compte.

Il est demandé aux prestataires d'en faire un bon usage dans le cadre de l'amélioration de la qualité de prise en charge des PVVIH en Guinée.

## **PREFACE**

La propagation de l'infection par le VIH/Sida dans notre pays n'est pas encore suffisamment maîtrisée. Avec une prévalence de 1,5% et une concentration dans les milieux urbains, cette caractéristique fait de la Guinée, un pays où la situation est considérée comme une épidémie généralisée. Toutes les enquêtes récentes prouvent que la stabilité de l'infection passe par les efforts de sensibilisation et de prise en charge des patients éligibles au traitement par les antirétroviraux.

La riposte organisée à l'échelon national a permis de mettre sous traitement ARV près de 15000 personnes sur 23780 éligibles au traitement, grâce à l'engagement du gouvernement Guinéen et à l'appui des partenaires bi et multilatéraux. Ces efforts consentis sont appréciables, mais exigent aussi le passage à l'échelle, en harmonisant les interventions et en qualifiant les prestations.

Le cadre stratégique National et le plan de décentralisation de la prise en charge des PVVIH ont prévu qu'à moyen terme (5 ans) la tendance sera de stabiliser la pandémie par la maîtrise des nouvelles infections et la prise en charge efficace des patients. Cet engagement implique la contribution de l'ensemble des acteurs pour la planification, la mise en œuvre et le suivi évaluation du processus.

C'est pourquoi, un document de Normes et Procédures de la prise en charge du VIH/Sida a été élaboré et sera mis à la disposition des prestataires accrédités pour l'exécution de leur mission ; le plan d'évaluation de ces normes, élaboré à travers des méthodes pertinentes, s'inscrit logiquement dans la dynamique de qualification de ces prestations de services.

Je suis assuré que l'ensemble des partenaires et intervenants de la prise en charge du VIH/Sida, feront de cet instrument un véritable outil de mesure de l'ensemble des activités menées sur le terrain, et un document de base pour renseigner le niveau d'atteinte des indicateurs.

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

**Dr. Ibrahima Sory SOW**

## **REMERCIEMENTS**

La prise en charge du VIH/sida obéit à des principes directeurs basés sur des recommandations consensuelles qui peuvent être réunies dans un document.

C'est pourquoi le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers le Programme national de Prise en charge Sanitaire et de prévention des IST/VIH/sida vient d'élaborer avec l'appui technique de certains partenaires, un guide unique appelé « Normes protocole de prise en charge de l'infection par le VIH de l'adulte et de l'enfant et en Guinée »

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers le Programme national de Prise en charge Sanitaire et de prévention des IST/VIH/sida tient à remercier l'ensemble des personnes ressources qui ont participé à l'élaboration et à la relecture de ce document.

Que tous les partenaires évoluant sur le terrain dans le domaine de la lutte contre le sida en Guinée trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude. Nous tenons à remercier particulièrement l'Association française SOLTHIS et la GTZ allemande pour leurs soutiens techniques et financiers inestimables pour l'élaboration de cet important outil de renforcement de capacité des prestataires.

## Liste des Personnes Ressources

1- Prof. Ag. Mohamed	CISSE
2- Dr A. Amadou Sank	DIALLO
3- Dr Ibrahima Sory	DIALLO- DIS
4- Dr Moumié	BARRY
5- Dr Djénaba	KASSE
6- Dr Hasmiou	DIA
7- Dr Timothé	GUILAVOGUI
8- Dr Lansana Mady	CAMARA
9- Dr Amara	CAMARA
10- Dr Zakaria	BAH
11- Dr Naman	KEITA
12- Dr Mouctar	DIALLO
13- Dr Youssouf	KOITA
14- Dr Foromo	GUILAVOGUI
15- Dr Djénabou	BARRY
16- Dr Mariame Ciré	KOUYATE
17- Dr Fatoumata Binta	BALDE
18- Dr Mandiou	DIAKITE
19- Dr Mamadou Saliou	SOW
20- Dr Mamadou Mouctar	BALDE
21- Dr Edouward F.	BANGOURA
22- Dr Mamadou Bailo	DIALLO

### PARTENAIRES

1- Dr Moustapha	DABO	AGEBEF
2- Dr Stéphanie	THIOMBIANO	SOLTHIS
3- Dr Benjamin	DIUDALBAYE	SOLTHIS
4- Dr Muslihou	DIALLO	SOLTHIS
5- Dr Aimé	KOUROUMA	SOLTHIS
6- Dr Karim	DIALLO	OMS
7- Dr Mamadou Bodié	DIALLO	UNICEF
8- Dr Maurice	SANDOUNO	DREAM
9- Dr Alpha Ibrahima	DIALLO	GTZ
10- Modeste	KIVUVU	MSFB
11- Dr Mamadou	BAH	MSFB
12- Dr Benoit	HABA	MSFB

### SECRETARIAT

1- Mr. René	MILLIMONO
2- Mr. Mamadou Alpha Kambaya	BAH

## Table des matières

<b>PREFACE</b> .....	<b>3</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>4</b>
<b>LISTE DES EXPERTS</b> .....	<b>5</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>CHAPITRE I</b> .....	<b>10</b>
<b>POLITIQUE, NORMES ET PROCEDURES DE PRISE EN CHARGE</b> .....	<b>10</b>
1- Objectifs.....	10
1-1 Objectif général.....	10
1-2 Objectifs spécifiques.....	10
2- Cadre légal .....	10
3- Pyramide sanitaire et Prise en Charge des PVVIH.....	11
4- La Référence et la Contre référence : .....	12
5- La Prise en Charge des enfants de 0 à 5 ans : .....	12
6- Prise en charge de la Coinfection : .....	13
7- Critères d'accréditation des Centres de Prise en charge des PVVIH en Guinée .....	13
7.1- Objectifs.....	13
7.1.1- Objectif général.....	13
7.1.2- Objectifs spécifiques.....	13
7.2- Les sites de prise en charge.....	13
7.3- Prescripteurs.....	14
7.4- Dispensateurs d'antirétroviraux .....	14
7.5- Prestataires de suivi Biologique.....	14
8- Le Comité Médical Technique .....	15
<b>1- PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES</b> .....	<b>18</b>
<b>2- TABLEAU III: TRAITEMENT DES IO</b> .....	<b>21</b>
<b>3- ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES</b> .....	<b>28</b>
<b>1 PLUS DE 3 SELLES LIQUIDES PAR JOUR PENDANT 15 JOURS AU MOINS</b> .....	<b>28</b>
<b>3.10- ANNOTATION CEPHALEES NIVEAU I</b> .....	<b>47</b>
<b>NIVEAU II : CEPHALEES</b> .....	<b>49</b>
1.1 3.11- ANNOTATIONS CEPHALEES NIVEAU II .....	49
1.1 3.11- ANNOTATIONS CEPHALEES NIVEAU II .....	50
Niveau III : CEPHALEES.....	53
Niveau I : LYMPHADENOPATHIE.....	53
Niveau I : LYMPHADENOPATHIE.....	54
3.12- ANNOTATIONS LYMPHOADENOPATHIES NIVEAU I.....	54
3.12- ANNOTATIONS LYMPHOADENOPATHIES NIVEAU I.....	55
Niveau II : LYMPHADENOPATHIE .....	56
3.13- ANNOTATIONS LYMPHOADENOPATHIES NIVEAU II.....	56
3.13- ANNOTATIONS LYMPHOADENOPATHIES NIVEAU II.....	57
Niveau III : LYMPHADENOPATHIE .....	58
4- PROPHYLAXIE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES .....	59
4.1- Prophylaxie au SMX/TMP .....	59
4.2- Suivi de la prophylaxie au Cotrimoxazol.....	59
4.3- Alternative au Cotrimoxazol .....	60
5- MESURES GENERALES DE PREVENTION DES INFECTIONS .....	60

<b>CHAPITRE III- PROTOCOLES ARV .....</b>	<b>61</b>
1. Prise en charge thérapeutique du VIH.....	61
1.1 <i>Principes du traitement antirétroviral</i> .....	61
1.1.1- Objectif .....	61
1.1.2- Principes.....	61
1.2 <i>Protocoles thérapeutiques antirétroviraux chez l'adulte et l'adolescent</i> .....	61
1.3- <i>Cas des patients ayant déjà reçu un traitement antirétroviral (non naïfs)</i> .....	63
1.4- <i>Patients déjà sous traitement avec d'autres régimes ARV</i> .....	64
1.5- <i>En cas d'hépatites virales</i> .....	64
1.6- <i>Chez la femme enceinte</i> .....	64
1.7- <i>Schémas de 2eme ligne</i> .....	68
1.8- <i>Définition de l'échec thérapeutique</i> .....	69
<b>1.8.4- Gestion de l'échec thérapeutique</b> .....	70
1.9- <i>QUAND DEMARRER LE TRAITEMENT ARV ?</i> .....	71
<b>1.9.1- Evaluation initiale des capacités d'observance pour une adhésion optimale</b> .....	71
<b>1.9.2- Evaluation clinique pré ARV</b> .....	71
<b>1.9.2. a - Evaluation immunologique</b> .....	71
<b>1.9.2. b- Evaluation virologique</b> .....	71
<b>1.9.2. c- Examen clinique</b> .....	72
<b>1.9.3. Bilan biologique pré-thérapeutique</b> .....	72
<b>1.9.5- Initiation du patient et éducation thérapeutique</b> .....	74
1.10- <i>Le Suivi psychosocial</i> .....	75
<b>CHAPITRE IV .....</b>	<b>76</b>
<b>PRISE EN CHARGE DES ENFANTS INFECTES PAR LE VIH .....</b>	<b>76</b>
5.2- Evaluer et classer le nourrisson pour l'infection à VIH.....	81
8.1- Objectif .....	89
8.2- Protocoles.....	89
8.2.1- Chez la mère .....	89
<b>ANNEXES</b> .....	<b>94</b>
1- Liste des ARV disponibles en Guinée.....	95
2- Cotation OMS des effets secondaires.....	96
3- Classification OMS des effets secondaires cliniques.....	96
4- Classification OMS des effets secondaires biologiques .....	97
5- <b>TABLEAU RECAPITULATIF DES NORMES DE PRISE EN CHARGE DU</b> <b>VIH/SIDA CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET L'ENFANT DE MERE SEROPOSITIVE</b> .....	98
6- <b>Syndrome de reconstitution immunitaire « IRIS »</b> .....	100
<b>Stade OMS</b> .....	101
<b>Classification clinique</b> .....	101
7- <b>Définition clinique du SIDA de l'enfant établie par l'OMS en 1986</b> .....	1020
<b>REFERNCES BIBIOLGRAPHIQUES .....</b>	<b>101</b>

## Liste des Abréviations

AES :	Accident d'Exposition au Sang
AGHBS :	Antigène HBS pour le diagnostic de l'hépatite B
ALAT :	Alanine amino transférase
ARV :	Anti Rétroviral
ASAT :	Asparto Amino Transférase
ATCD :	Antécédent
CAT :	Centre Anti Tuberculeux
CCC:	Communication pour le Changement de Comportement
CDC:	Consulting Diseases Council
CD4 :	Lymphocytes marqueurs de l'immunité
CDV :	Centre de Dépistage Volontaire
CMC:	Centre Médico-Communal
CMV:	Cyto mégalovirus
CSA:	Centre de Santé Amélioré
CV:	Charge Virale
ECBU:	Examen cyto bactériologique des Urines
GB :	Globules Blancs
G6PD:	Glycose 6 phosphate Déshydrogénase
HAART:	Traitement Anti Rétroviral Hautement Actif
HB:	Hémoglobine
HN :	Hôpital National
HR :	Hôpital Régional
HP :	Hôpital Préfectoral
HSV:	Herpès Simplex Virus
IA:	Intra Artériel
IEC:	Information, Education et Communication
IGAARV:	Initiative Guinéenne d'Accès aux Antirétroviraux
IM:	Intra musculaire
INNTI:	Inhibiteur Non Nucléosidique de la transcriptase Inverse
INTI:	Inhibiteur Nucléosidique de la transcriptase Inverse
IO:	Infections Opportunistes
IP:	Inhibiteur de Protéase
IR:	Infection rénale
IV:	Intra Veineuse
IVRS:	Infection récurrente des voies aériennes supérieures
LCO:	Leucoplasie Chevelue Orale
LCR:	Liquide Céphalo- Rachidien
LEMP:	Leuco Encéphalopathie multifocale progressive
LNR:	Laboratoire National de Référence
LPG:	Lymphadénopathie persistante Généralisée
LTO :	Lèpre, Tuberculose, Onchocercose
MP :	Médecin prescripteur
NFS :	Numération Formule Sanguine
NVP:	Névirapine
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG:	Organisation Non Gouvernementale

PCP: Pneumonie à pneumocystis carinii  
PCR: Polymérase Chaîne Réaction  
PEC: Prise En Charge  
PECIME: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant  
PIL: Pneumopathie Interstitielle lymphoïde  
PNLAT: Programme National de Lutte Anti Tuberculeuse  
PNPCSP: Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des  
IST/VIH/Sida  
PVVIH: Personne Vivant avec le VIH  
SC: Sous Cutané  
SIDA: Syndrome d'Immunodéficience Acquise  
SMX/TMP: Sulfaméthoxazole +Thrimétoprime  
SNC: Système Nerveux Central  
TB: Tuberculose  
VIH: Virus de l'immunodéficience Humaine  
VHB: Virus de l'Hépatite B  
VHC: Virus de l'Hépatite C

**NB: pour les Antirétroviraux, prière se référer à l'annexe, liste des ARV en Guinée**

# Chapitre I

## POLITIQUE, NORMES ET PROCEDURES DE PRISE EN CHARGE

### 1- Objectifs

#### 1-1 Objectif général

Garantir l'accès aux soins à toute personne infectée par le VIH en Guinée lorsque son état clinique et/ ou biologique le nécessite, sur la base des critères définis au niveau national.

#### 1-2 Objectifs spécifiques

- Étendre l'accès aux soins, et spécifiquement aux traitements contre les Infections opportunistes et aux antirétroviraux à toutes les régions de la Guinée
- Standardiser et simplifier les stratégies thérapeutiques antirétrovirales pour permettre leur mise en œuvre auprès des structures de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Assurer des soins de qualité reposant sur une bonne dispensation des médicaments antirétroviraux, la continuité du suivi clinique et biologique, l'éducation thérapeutique des patients et la formation continue du personnel ;
- Garantir au niveau des 7 régions administratives et de la Ville de Conakry, la continuité des soins, à travers la disponibilité des médicaments (anti I.O, antirétroviraux), des réactifs et des consommables dans le cadre de la pérennisation du programme ;
- Garantir l'implication du secteur communautaire (ONG, associations de personnes vivant avec le VIH et autres associations, collectivités décentralisées, établissements de santé privés et entreprises) dans la mise en œuvre et le suivi du processus de soins ;
- Organiser le recueil et l'évaluation régulière des données cliniques, biologiques et thérapeutiques ;
- Favoriser le développement des projets de recherche opérationnelle ;
- Évaluer périodiquement le programme de mise en œuvre de la politique et des protocoles de prise en charge.

### 2- Cadre légal

La prise en charge des personnes séropositives s'effectue dans un cadre légal, défini par la loi L025/2005 du 22 Novembre 2005, relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du virus de l'immunodéficience humaine.

Concernant le milieu de soins, la loi insiste (et prévoit des sanctions le cas échéant) sur les aspects essentiels que sont le caractère volontaire du dépistage, l'anonymat du suivi des patients, la confidentialité, ou encore la non discrimination dans l'accès aux soins.

Les services de prise en charge doivent être accessibles à toutes les personnes qui en ont besoin, quel que soit leur sexe, leur âge, leur race, leur religion, leur appartenance ethnique, leur nationalité, leur niveau de revenu ou leur lieu de résidence.

Toutes les informations relatives au dépistage et à la prise en charge du VIH/SIDA seront tenues au secret professionnel par le personnel de santé tel que défini par le code régissant le statut des agents de l'Etat.

Depuis Septembre 2007, par Arrêté conjoint des Ministères de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Economie et des Finances, les ARV, les médicaments contre les IO, le test de dépistage, le typage lymphocytaire et la charge virale ont été rendus gratuits pour les PVVIH.

### 3- Pyramide sanitaire et Prise en Charge des PVVIH

Niveau de soins	Activités	Prestataires	Nive au
<b>Communautaire Poste de Santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promotion du dépistage</li> <li>- Counselling dans les CDV</li> <li>- VAD</li> <li>- Conseils sur l'hygiène et l'alimentation</li> <li>- Appui à l'observance</li> <li>- Référence pour la PEC médicale</li> <li>- Accompagnement en fin de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Associations</li> <li>- Organisations à base communautaire</li> <li>- Agents de santé communautaire</li> <li>- ATS</li> <li>- Tradipraticiens</li> </ul>	<b>I</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Centres de Santé</b></li> <li>- <b>Centres Médicaux Associatifs</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promotion du dépistage et counselling</li> <li>- Diagnostic clinique</li> <li>- Suivi clinique des malades</li> <li>- Prophylaxie et traitement des IO et ARV</li> <li>- Appui à l'observance du traitement</li> <li>- Visite à Domicile</li> <li>- Recherche des perdus de vue</li> <li>- Référence pour le diagnostic biologique et les traitements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ATS</li> <li>- Aide de Santé</li> <li>- Médecins</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Centres Médicaux Confessionnels</b></li> <li>- <b>Cliniques Zones industrielles et Minières</b></li> <li>- <b>CMC/Hôpitaux</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promotion du dépistage</li> <li>- Counselling dépistage</li> <li>- Diagnostic clinique</li> <li>- Prophylaxie et traitement des IO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aides de santé</li> <li>- Sage femmes</li> <li>- Médecins</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic et suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Techniciens de</li> </ul>	

<b>préfectoraux</b>	biologique du VIH et des IO	Laboratoire - Biologistes	<b>II</b>
	- Surveillance clinique du traitement par les ARV - Soins palliatifs - Référence pour prise en charge spécialisée	- Médecins	
	- Education thérapeutique du patient	- Pharmaciens - Médecins - Educateurs thérapeutiques	
	- Gestion et dispensation des ARV	- Pharmaciens - Assistants en pharmacie	
	- Prescription et suivi du traitement par les ARV - Prophylaxie post exposition aux liquides biologiques	- Médecins - Biologistes	
- <b>Hôpital de Compagnie</b> - <b>HR</b> - <b>CHU</b>	- Promotion du dépistage - Counselling dépistage - Diagnostic clinique - Prophylaxie et traitement des IO	- Aide de santé - Sages femmes - Médecins	<b>III</b>
	Diagnostic biologique du VIH et des IO Suivi biologique des malades sous ARV	- Pharmaciens - Biologistes - Techniciens de laboratoire	
	- Prescription et suivi du traitement par les ARV - Prophylaxie post exposition aux liquides biologiques	- Médecins - Aide de Santé	
	- Recherche bio-clinique et thérapeutique - Etude des résistances aux ARV	- Médecins - Pharmaciens - Biologistes - Chercheurs	

#### 4- La Référence et la Contre référence :

obéissent strictement aux normes prescrites dans ce cadre basées sur les compétences de chaque structure en matière de prise en charge selon les paquets minimum dévolus à chacune d'entre elles.

#### 5- La Prise en Charge des enfants de 0 à 5 ans :

il faut se reporter au Document PCIME dans lequel il est précisé que ces enfants sont pris en charge au niveau I de la pyramide sanitaire.

## **6- Prise en charge de la Coinfection :**

La prise en charge de la Coinfection TB/VIH doit être perçue comme une synergie d'action des acteurs des deux programmes aussi bien au niveau stratégique qu'opérationnel.

Pour alimenter cette synergie il faut :

- Elaborer des textes d'application de la collaboration en direction des deux programmes
- Identifier et affiner des axes de collaboration entre acteurs au niveau opérationnel
- Intégrer le traitement de la TB dans les sites PEC du VIH et vis versa

## **7- Critères d'accréditation des Centres de Prise en charge des PVVIH en Guinée**

### **7.1- Objectifs**

#### **7.1.1- Objectif général**

Améliorer les conditions de prescription et de dispensation des ARV en Guinée pour une meilleure prise en charge des PVVIH.

#### **7.1.2- Objectifs spécifiques**

- Préciser les critères d'éligibilité des patients, des prescripteurs et des structures offrant des soins aux PVVIH;
- Définir les protocoles thérapeutiques à l'usage des prescripteurs;
- Elaborer les procédures de pilotage, d'évaluation et de pérennisation des activités ;
- Assurer la disponibilité des médicaments, réactifs, équipements et consommables, ainsi que la gestion des traitements par les anti IO et les ARV
- Elaborer un circuit d'approvisionnement, de stockage, de distribution et de dispensation des médicaments, équipements, réactifs et autres matériels consommables.

### **7.2- Les sites de prise en charge**

L'approche choisie est l'intégration des activités de prise en charge des patients par les ARV dans les structures nationales de santé. Les critères d'accréditation des centres de prise en charge sont :

#### **7.2.1- Centre de traitement et de dispensation : doit disposer :**

- D'un personnel médical prescripteur d'ARV accrédité ;
- d'une base de données fiable (cohortes de patients avec schéma thérapeutique, tolérance des traitements, observance thérapeutique, issue thérapeutique) régulièrement mise à jour ;
- d'un staff ou comité médical technique ;
- d'un laboratoire ou d'une référence pour le dosage de CD4, de la charge virale, des examens d'imageries médicales (Radiographie, échographie, scanner etc...), d'hématologie et de biochimie ;
- d'une unité fonctionnelle de pharmacie
- L'accréditation est accordée par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers le PNPCSP.

#### **7.2.2- Centre de traitement affilié**

- disposer du personnel médical et paramédical formé et / ou recyclé dans la prise en charge des PVVIH et des infections opportunistes ;
- utiliser les résultats des examens effectués dans un centre accrédité de traitement et de dispensation des ARV ;
- être rattaché à un comité médical technique ;

- Se référer au parrain du site pour toute situation particulière.

### **7.3- Prescripteurs**

Les critères retenus pour leur choix sont les suivants :

- Etre Docteur en médecine inscrit à l'Ordre National des Médecins de Guinée ;
- Etre Médecin accrédité ;
- être un infirmier formé sous la responsabilité d'un médecin accrédité ;
- exercer ou être rattaché au comité médical technique d'un centre accrédité par le PNPCSP.

**NB : Le renouvellement des ordonnances et le suivi des patients peuvent être effectués par tout autre médecin dans les structures affiliées sous présentation de la carte patient/ordonnance médicale.**

### **7.4- Dispensateurs d'antirétroviraux**

- Etre pharmacien inscrit à l'Ordre National des pharmaciens de Guinée.
- Etre Pharmacien accrédité ;
- Etre assistant formé exerçant une pharmacie sous la responsabilité d'un pharmacien accrédité ;
- Exercer dans une pharmacie rattachée a au moins un centre accrédité par le PNPCSP

### **7.5-Prestataires de suivi Biologique**

Les critères retenus pour leur choix sont les suivants :

- être Biologiste ou technicien de laboratoire formé inscrit à l'Ordre National des Pharmaciens ou Médecins de Guinée ;
- avoir une expérience reconnue par le PNPCSP dans la prise en charge des PVVIH ou ayant reçu une formation validée à l'échelon national;
- ou être technicien de laboratoire sous la responsabilité d'un pharmacien ou médecin biologiste accrédité
- exercer dans un laboratoire accrédité par le Programme National.

## **8- Le Comité Médical Technique**

Il a été créé par l'arrêté N° A/2005/166/MSP/SGG du 10 mars 2005.

C'est un organe doté d'une instance de discussions de cas cliniques et thérapeutiques et d'échanges d'opinion dans un but de formation. Chaque centre de prescription accrédité sera muni d'un comité /Staff médical technique.

Pour l'éligibilité des patients, les structures sanitaires publiques, privées, confessionnelles et les associations doivent se référer au comité/staff médical technique de leurs centres.

### **8.1- Les Membres du CMT**

- Médecins prescripteurs d'un rayon sanitaire;
- Pharmaciens ;
- Biologistes ;
- Psychologues ;
- Représentants des partenaires techniques impliqués dans la PEC des PVVIH ;
- Assistants sociaux ;
- Représentants des associations des PVVIH (Paires Educateurs)

## 8.2- Attributions

Le comité médical technique :

- étudie en respectant l'anonymat les dossiers soumis par les prescripteurs pour la mise en route des traitements ARV ;
- contrôle les critères d'inclusion et valide les prescriptions ;
- valide un numéro de dossier (code patient) ;
- échange tous les mois au moins (et chaque fois que le besoin l'exige) des avis sur les schémas et résultats thérapeutiques ;
- organise des séances d'entretien thérapeutique (étude des cas) à l'attention du personnel médical, paramédical et des étudiants ;
- garde les documents en archive ;
- Fournit les Procès verbaux des réunions au Programme National.

## 9- Gestion des données de prise en charge des PVVIH

### 9.1-Outils de collecte et de suivi des données

Dans le cadre du suivi des patients, les dossiers médicaux doivent être préparés et positionnés pour leur utilisation.

**Les dossiers** des patients sont et demeurent :

- Obligatoires : pour chaque patient, un dossier numéroté doit être ouvert et tenu à jour au fur et à mesure des consultations
- Individuels : les informations y étant consignées ne concernent qu'un seul et même patient
- Confidentiels : seuls le médecin prescripteur, son équipe et les épidémiologistes responsables de la saisie sont habilités à y avoir accès.
- Bien archivés et exploitables pour des données statistiques.

En remplissant (vous ou votre équipe) le dossier médical, vous recueillez des informations sociodémographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques qui permettront un suivi à long terme de qualité.

La bonne tenue du dossier assure une prise en charge qui est à la fois :

- transférable d'un médecin à un autre (transfert du patient, absence ou mobilité du Médecin Prescripteur ;
- renseignée sur le long terme : le dossier permet de conserver un historique de la maladie et du traitement du patient, permettant d'ajuster au mieux la prise en charge.

Les informations contenues dans le dossier sont informatisées. Si les dossiers sont bien tenus et les informations transmises régulièrement, ce système permet à votre niveau :

- d'obtenir un résumé pour chaque patient contenant les informations cliniques, biologiques et thérapeutiques essentielles (document imprimable), permettant d'améliorer la prise en charge du patient.
- d'avoir une vision globale de votre file active (rapport par centre imprimable)

En outre, la saisie et la compilation des données issues de ces dossiers permettent la production d'une information programmatique sur l'IGAARV, et d'une information épidémiologique sur les caractéristiques et les grandes évolutions de l'épidémie en Guinée.

Outre les dossiers, les registres de soins, les ordonnanciers à trois volets sont disponibles pour renseigner sur les informations complémentaires du suivi des patients.

Pour le suivi des indicateurs, des fiches de collectes des données doivent être remplies mensuellement, complétées et transmises au Programme National tous les trois mois.

## **9.2- Circuit des données**

Chaque feuille contenue dans le dossier médical est doublée par une copie carbone. Chaque consultation d'un patient donne lieu au remplissage d'un formulaire du dossier patient.

Les informations saisies sont conservées sur place mais aussi envoyées à l'unité de suivi et évaluation du PNPCSP pour constituer la base de données nationale de prise en charge du VIH/Sida. Seul le site de Donka dispose actuellement de ce type de dossier qui est en expérimentation avec le logiciel FUCHIA. Les autres sites conservent encore le modèle papier.

Les informations collectées seront mises à la disposition des équipes de supervision et d'évaluation dans le strict respect de la confidentialité.

Pour qualifier le suivi de la Prise en charge des cas, certaines dispositions sont à respecter par les prestataires:

- Le résumé du dossier de chaque patient ;
- La file active des patients sous ARV et les caractéristiques de chaque traitement ;
- La quantification des besoins en ARV, I.O, consommables et Réactifs de laboratoire ;
- La réponse aux multiples sollicitations des sites de PEC en matière d'outils de collecte de données, de disponibilités d'intrants doit être effective et optimale.

Cette réponse est l'un des gages du succès thérapeutique.

## **10- La Centrale d'achat**

Par Arrêté Conjoint A/2002/6270/MEF/MSP/SGG du 18 novembre 2002, les statuts de la Pharmacie Centrale de Guinée en abrégé « PCG » ont été fixés.

L'Arrêté précise qu'il s'agit d'un établissement public à caractère industriel et commercial dont la mission essentielle est l'approvisionnement en produits de santé de qualité des structures sanitaires, des ONG participant au service public, des projets de coopération bi et multilatérale, des universités, des institutions et autres établissements pharmaceutiques autorisés par le Ministère chargé de la santé publique en République de Guinée.

## **11- Le Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/sida (PNPCSP) :**

Il a été créé par l'Arrêté N0 7659 /MSP/CAB/2003 sous l'autorité du Ministère chargé de la Santé Publique. Il équivaut à une division de l'administration centrale avec mission de mettre en œuvre la Politique sectorielle du Ministère de la Santé Publique en matière de lutte contre les IST/VIH/sida.

Pour accomplir sa mission, le Programme comprend :

- Une équipe de Coordination nationale,
- Une administration financière et
- Des unités techniques que sont :
  - Une Unité de Communication pour le changement de comportement et d'Information, Education et Communication (CCC, IEC) ;
  - Une Unité de Prise en Charge Médicale, psychosociale des IST/VIH/sida
  - Une Unité de PTME ;
  - Une Unité d'Approvisionnement et de logistique ;
  - Une Unité de Suivi et Evaluation.

## **Chapitre II**

### **PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES**

#### **1- PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES**

En Guinée cette prévention s'adresse à la toxoplasmose et la pneumocystose dans le cadre de la prévention primaire.

La prévention primaire de la TB n'est pas recommandée en Afrique.

### 1.1-Tableau I: PREVENTION PRIMAIRE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

Infections	INDICATIONS	TRAITEMENT		NIVEAU		
		1 <sup>er</sup> Choix	Alternatif	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Toxoplasmose	Ac IgG antitoxoplasmique + CD4 < 150/mm <sup>3</sup> Stade SIDA	TMP-SMZ 160/800 mg/jr	Dapsone+pyriméthamine	Néant	oui	oui
Pneumocystose	CD4 < 200/mm <sup>3</sup> Stade SIDA	TMP-SMZ 160/800 mg/jr jusqu'à ce les CD4 soient >200 mm <sup>3</sup>	TMP-SMZ 80/100 mg/jr Dapsone 100 mg/jr Dapsone 100 mg/jr+ Pyriméthamine 50 mg/jr à 50 mg/sem. + acide folinique 50 mg/sem. Pentamidine en aérosol 30mg/mois	Néant	oui	oui

## 1.2- Tableau II : PREVENTION SECONDAIRE DES IO

Infections	INDICATIONS	TRAITEMENT		NIVEAU		
		1 <sup>er</sup> Choix	Alternatif	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Toxoplasmose	Episode anterieur de toxoplasmose	Pyriméthamine 25-50 mg/jr + Sulfadiazine 1-2 g/jr+ acide folinique 50 mg/sem.	Pyriméthamine 50 mg/jr + Clindamycine 300-450 mg x 4 jrs+ acide folinique 50 mg/sem.	Néant	oui	oui
Pneumocystose	Episode antérieur de pneumocystose	TMP-SMZ 160/800 mg/jr	TMP-SMZ 80/100 mg/jr TMP-SMZ 160/800mg/jr  Dapsone 100 mg/jr Dapsone 100 mg/jr+ Pyriméthamine 50 mg/jr à 50 mg/sem. + acide folinique 50 mg/sem. Pentamidine en aérosol 30mg/mois	Néant	oui	oui
Candidose	Réchute fréquente	Fluconazole 50- 100 mg/jr	Ketoconazole 200 mg/jr Itraconazole 200 mg/jr	Néant	oui	oui +
Infection herperique	Réchute fréquente	Aciclovir 200 mg x 3/jr (jusqu'à reconstitution immunitaire)		Néant	oui	oui
Cryptococcose	infection documentée	Fluconazole 200 mg/jr	Amphotéricine B 0,6- 1mg x 2/sem. Itraconazole 200 mg/jr	Néant	oui	oui
Mycobactérium avium	infection documentée	Clarythromycine 500 mg x 2/jr Rifabutine 300 mg/jr	Azithromycine 500 mg/jr Ciprofloxacine 750 mg x 2/jr Amikacine 15 mg/kg/jr	Néant	oui	oui
CMV	infection viscérale antérieur	Ganciclovir 5mg/kg/jr IV Foscarnet 90-120 mg/Kg/jr IV Cidofovir 5mg/ Kg/ 2 sem IV	Ganciclovir oral 1g x 3 per os Implant de ganciclovir	Néant	oui	oui
Histoplasmose	infection documentée	Itraconazole 200 mg/jr	Fluconazole 400 mg/jr Amphotéricine B 1mg/kg/se	Néant	oui	oui

## 2- Tableau III: TRAITEMENT DES IO

Pathologies	Signes d'appel	Diagnostic positif	TRAITEMENT	NIVEAU		
				Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Tuberculose	Toux chronique crachat+ sueurs nocturnes pertes de poids	Crachat BAAR Aspiration bronchique Radiographie pulmonaire Echo abdo Biopsie pleurale	Protocole national: Phase initiale (2 mois) : RHZE Phase de continuation (4 mois) : RH Retraitement: 2SRHZE/1RHZE/5RHE	oui	oui	oui
Pneumocystose  CD4< 200/mm3	Toux sèche  Dyspnée croissante  Fièvre	Lavage broncho alvéolaire  GIEMSA  Radiographie pulmonaire: debut: normal; tardif: poumon blanc	Traitement de 1ère intention: TMP/SMZ 12 cp/jr pdt 21 jrs + Corticothérapie si hypoxémie < 75 mm Hg et une oxygénothérapie  Traitement alternatif: Pentamidine IV 3-4 mg/kg Atovaquone 750 mg x 2 en suspension buvable	Néant	oui	oui

Toxoplasmose	Fièvre (50%)		Traitement de 1ère intention pendant 6- 8 semaines : Pyriméthamine 100 mg/jr (dose d'attaque), puis 50 mg en une prise orale+ Sulfadiazine 100 mg/kg/jr (4-6g/jr) en deux prises orales + acide folinique 25 mg/kg/jr			
	Céphalée					
CD4<100/mm3	Signes de localisation: hémiparesie, convulsion,	Présomptif sur les signes cliniques	Traitement alternatif 1: Pyriméthamine 50 mg/jr en une prise orale chez l'adulte + Clindamycine 40 mg/kg/jr (1,6- 2,4 g/jr) en deux prises orales	Néant	oui	oui
	trouble de la conscience	Evolution favorable sous traitement d'épreuve TDM (tomodensitométrie) Sérologie toxoplasmose PL: parfois toxoplasme dans le LCR	Traitement alternatif 2: Cotrimoxazole : en perfusion ou IVD: 6 ampoules x 2/jr (ou 4 ampoules toutes les 8 heures); voie orale: 2 cp forme forte x3/jr			
Cryptococcose	syndrome neurologique (40%),	LCR et coloration à l'encre de Chine et/ou en	Traitement de 1ère intention : Amphotéricine B 0,7-1 mg/kg/jr en IV pdt 10-14 jrs, puis relais par le			

neuro méningée  CD4<100 /mm3	fébrile (70%), vertige, irritabilité,  obnubilation, voir coma;  paralysie d'un nerf cranien, déficit moteur possible	culture sur milieu de Sabouraud  Recherche d'antigène spécifique	Fluconazole  400 mg/jr per os pdt 8- 10 semaines  Traitement alternatif: Fluconazole 800 mg/jr pdt 7- 10 jrs, puis 400mg/jr pdt le reste du traitement d'attaque	Néant	oui	oui
Candidose oropharyngée  et digestive	Sansations de brulure dans la bouche  Enduits blanchatre  Dysphagie, douleur retrosternale	Endoscopie mycologique	Traitement local: Nystatine (Mycostatine) 500 000 UI x 4/jr ou Miconazole (Daktarin) 4 cm x 3/jr plus gargarisme par solution de bicarbonate à 14% 4- 8 fois par jour Traitement général: Fluconazole 100 mg/jr en per os pdt 15 jours ou Amphotéricine B suspension 1 cm x 3 pdt 15 jours	oui	oui	oui
Isosporose  CD4< 200/mm3	Diarrhée électrolytique de type secretoire, parfois glairo sanguinolante, fièvre et douleur	Parasitologie des selles (KOP)	Traitement: Cotrimoxazole 960 x 2/jr pdt 10 jours	Néant	oui	oui

	abdominale					
Cryptosporidiose	Diarrhée liquidiènne acqueuse/  cholériforme	Parasitologie des selles + coloration de Ziehl  Nielsen modifié  Biopsie intestinale	Traitement: pas de traitement étiologique  Traitement symptomatique: lopéramide 2mg (2 gel à la première prise; puis 1 gel après chaque selle sans dépasser 8 par jour)+ réhydratation	oui	oui	oui
Mycrosporidiose	Diarrhée acqueuse non sanglante  parfois glaireuse+ nausées/vomissement douleur épigastrique	Parasitologie des selles  PCR et biopsie	Traitement: Métronidazole 1,5g/jr pdt 2-3 sem. Ou Albendazole 400 mgx 2/jr pdt  2-3 sem	oui	oui	oui
Herpes génital	ulcérations génitales parfois  extensives et chroniques	Clinique	Traitement local: solution éosine acqese à 2% ou solution de milian Traitement général: aciclovir per os 200 mg x3/jr pdt 7-10 jours	oui	oui	oui
Zona	Vésicules en bande unilatérale	Clinique	Badigeonner les vésicules avec l'éosine aqueuse à 2%, ou le violet de gentiane à 0,1%			

	<p>un trajet nerveux sensitif</p> <p>vives douleurs localisées</p> <p>au niveau des lésions</p>		<p>Si lésions inférieure à 48h, Aciclovir 800 mg x 5 x 10 jours (en prévention névralgie post zona)</p> <p>Si lésions supérieure à 48h et douleur, Amitryptilline 25 mg le soir</p> <p>Si grave avec atteinte occulaie ou complication neurologique: aciclovir 30 mg/kg/jr en 3 perfusions IV pdt 10 jours ou Valaciclovir 500mg : 2cpx3/jr pdt 7jrs</p> <p>NB: si résistance à aciclovir, donner foscarnet (30-40 mg/kg/8 h en perfusion IV</p> <p>Traiter la douleur avec paracetamol simple ou codéine + antibiotique si surinfection</p>	oui	oui	oui
Infection à CMV	<p>Retinite à CMV:</p> <p>trouble visuel allant jusqu'à la cécité,</p>	Fond d'œil: necrose hémorragique	<p>Ganciclovir (Cymevan): 10 mg/kg/jr en 2 pefussions IV en 1h pdt 3 sem. Puis 5 mg/kg/jr en 1 perfusion IV en 1 h ou 3</p>			

CD4< 100/mm3	fièvre Autres localisations (digestive, neurologique, foie, rate, pancréas, surrénale)	Clinique Endoscopie, Biopsie	g/jr per os.  NB: hémogramme, bilan rénal	Néant	oui	oui
Maladie de Kaposi	Atteinte cutanéomuqueuse: macule, papule, nodule, plaque, tumeur, localisée ou généralisée, indolore non prurigineuse, touchant tous les organes sauf le cerveau	Clinique Endoscopie Biopsie Ophtalmologie	ARV En cas d'atteinte viscérale: ARV et chimiothérapie	Néant	Néant	Oui
Salmonelloses/Shigelloses  Yersiniose, E. colliose, Campilobacteriose	Diarrhées invasives fébriles	Coproculture  Hémoculture	Ciprofloxacine 500 mg x2/jr per os pdt 10 jrs ou Cotrimoxazole 960mg x2/jr pdt 15 jrs	oui	oui	oui
Amibiase, Giardiase	Diarrhées glaireuses non fébriles	Parasitologie des selles	Métronidazole 500mg x 3/jr pdt 7-10 jrs	oui	oui	oui
Lymphomes malins non hodgkiniens		Examen Anatomopathologique Scanner	Polychimiothérapie (CHOP, MBACOD)	Néant	Néant	oui

Mycobactériose atypique	AEG, fièvre intermittente, diarrhées,  hépatosplénomélie et adénopathies	Examen Anatomopathologique  Hémoculture	Associer 3-4 molécules: ethambutol 15-25 mg/kg/jr; Clarithromycine 500 mg x 2/jr; Ciprofloxacine 750 mg x2/jr et Amikacine IV ou IM 15 mg/kg/jr	Néant	Néant	oui
-------------------------	--	---	--	-------	-------	-----

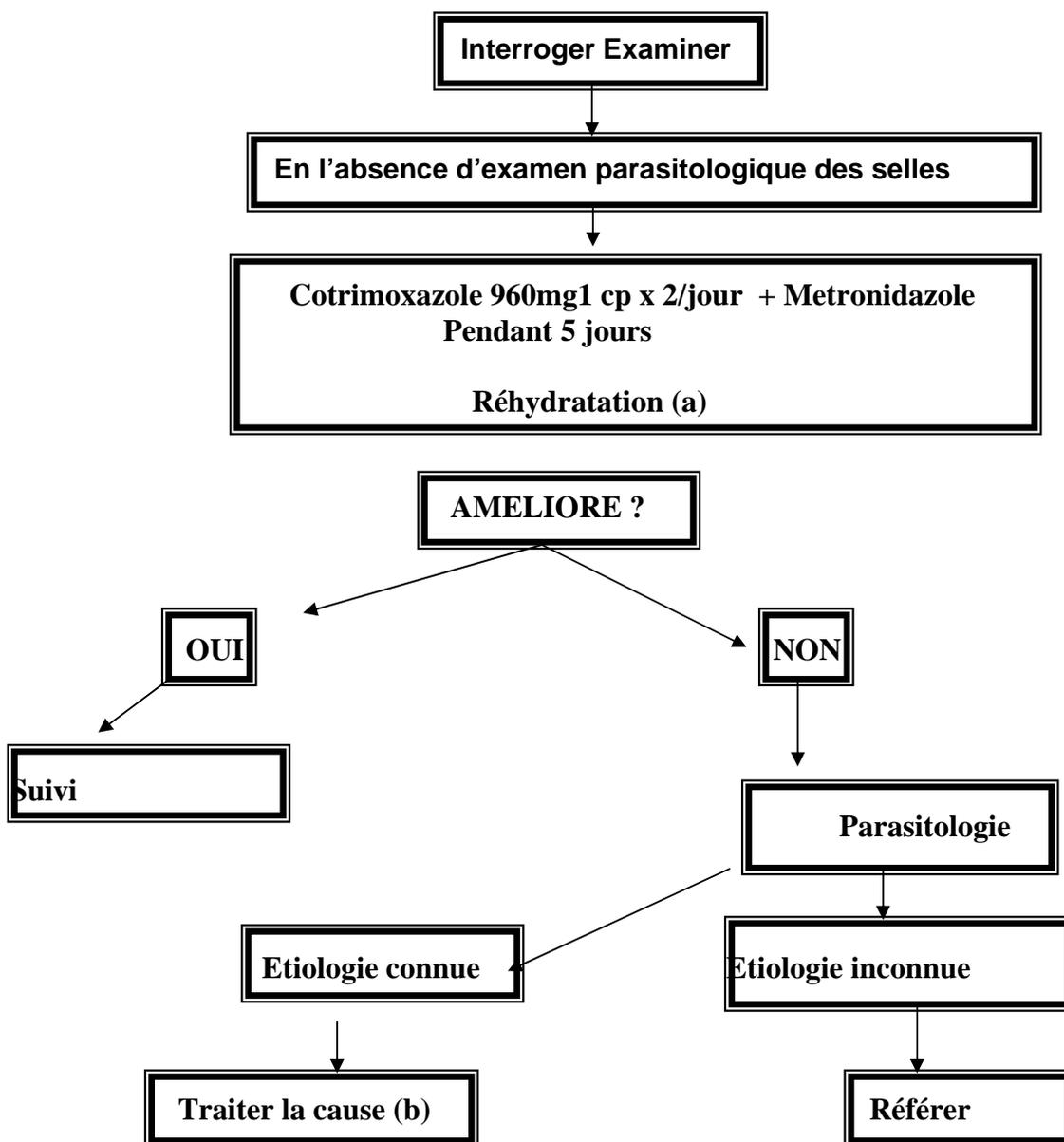
### 3- ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

En vue d'aider à la prise de décision, des arbres décisionnels ont été élaborés pour les principaux symptômes rencontrés chez le sujet infecté par le VIH.

La conduite à tenir varie selon le niveau de soins c'est-à-dire en fonction des capacités diagnostiques et de prise en charge disponibles.

#### Niveau I-DIARRHEE PERSISTANTE

- 1 Plus de 3 selles liquides par jour pendant 15 jours au moins



### 3-1 ANNOTATION DIARRHÉE

#### Chez l'adulte

a- Metronidazole: 1,5 à 2 g/j en 3 prises pendant 7 jours

b- Fluoroquinolone: 500mg 2 fois /j pendant 7 jours

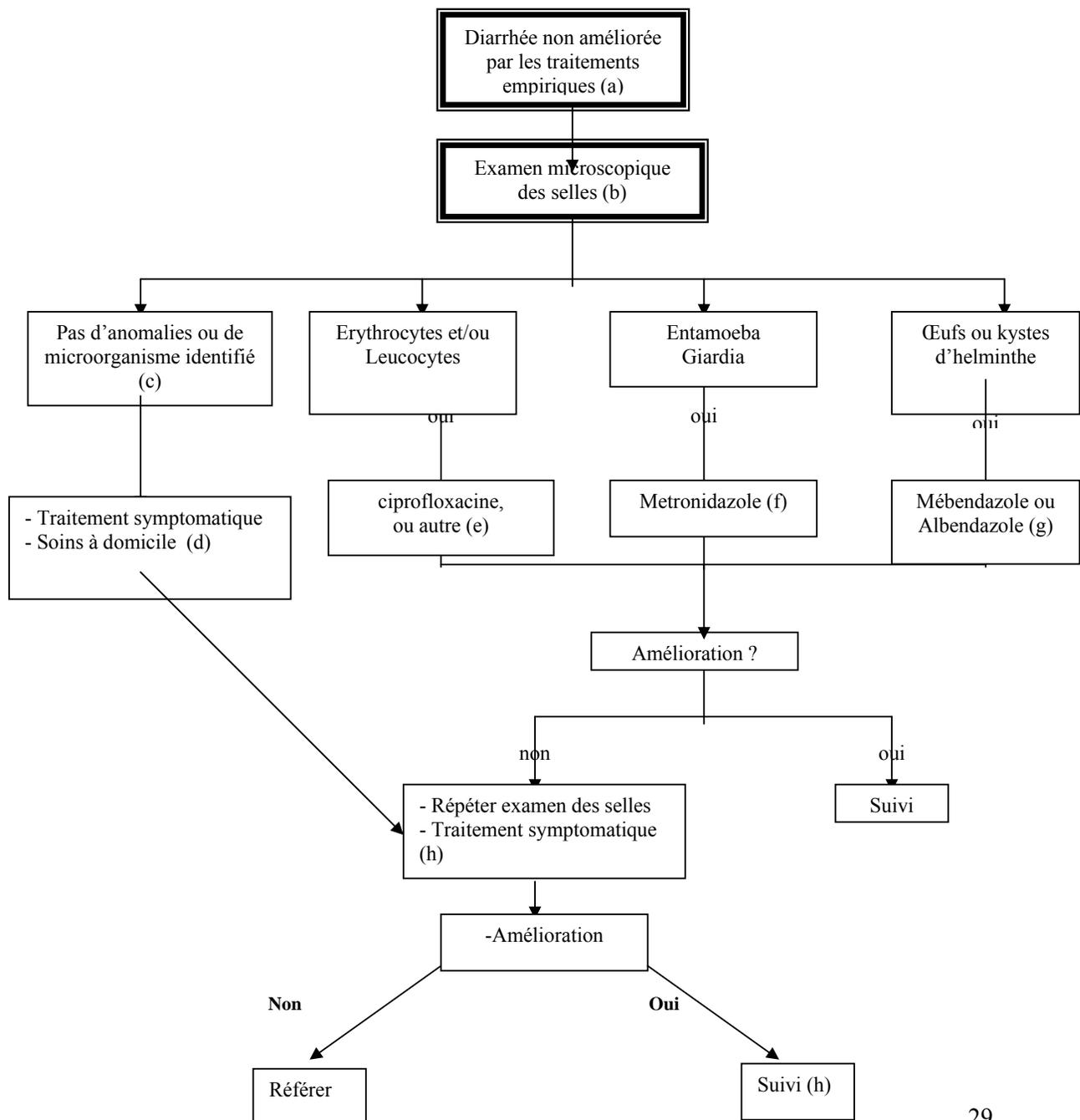
- Mebendazole: 100ml 2/j

- Loperamide 2 gélules initialement puis 1 gélule après chaque selle sans dépasser 8 gélules chez l'adulte

- Conseil diététique

- Réhydratation (voie orale, ou IV selon l'ordinogramme diarrhée)

#### Niveau II : DIARRHÉE CHRONIQUE



### 3.2- ANNOTATIONS DIARRHÉE NIVEAU II

#### a- Voir conduite à tenir au niveau I et II.

- b- Si persistance de la diarrhée, faire trois examens des selles. La multiplication des examens augmente les chances de retrouver des parasites.
- c- Ce cas sera certainement le plus fréquent car les germes responsables de diarrhée, notamment chronique, chez les patients infectés par le VIH nécessitent des techniques particulières pour leur mise en évidence, exemple : cryptosporidiose, isosporose.

La cryptosporidiose (protozoose) est une cause fréquente de diarrhée et de cachexie chez les PVVIH. A un stade peu avancé de la maladie, la diarrhée peut survenir par épisode et être spontanément résolutive. Lorsque l'immunodépression est plus profonde (CD4 < 200/mm<sup>3</sup>), la diarrhée est chronique, aqueuse, les ralentisseurs du transit sont partiellement efficaces. En dehors des antirétroviraux, il n'existe pas de traitement étiologique. Les oocystes de *Cryptosporidium sp.* sont mis en évidence dans les selles par une coloration de Ziehl-Neelsen modifiée.

L'isosporose (agent étiologique : *Isospora Belli* = coccidiose) se caractérise par une diarrhée hydroélectrolytique. La fièvre est fréquente. Les oocystes sont mis en évidence dans les selles à l'état frais ou après concentration après coloration de Ziehl-Neelsen modifiée. Le traitement repose sur le cotrimoxazole : 2 cp à 480mg x 4 par jour pendant 10 jours suivi de 2 cp à 480mg x 2 par jour pendant 3 semaines. Après le traitement d'attaque, il est nécessaire de prescrire un traitement d'entretien (2 cp à 480mg par jour ou 3 fois par semaine, à vie) pour éviter les récurrences. Le cotrimoxazole prescrit en prophylaxie primaire (2 cp à 480mg par jour) chez les PVVIH symptomatiques réduit le risque de survenue d'une isosporose.

- d- Traitement symptomatique : réhydratation et ralentisseurs du transit. L'utilisation des ralentisseurs du transit doit se faire d'emblée si la diarrhée est profuse et invalidante améliorant ainsi plus rapidement le confort des patients.

Les prises doivent être systématiques plutôt qu'induites (c'est à dire après chaque selle) pour une meilleure efficacité. Ces molécules qui peuvent être utilisées seules ou en association doivent être interrompues à l'arrêt de la diarrhée. Ce sont :

- le loperamide : 2 à 8 comprimés par jour en plusieurs prises journalières
- la teinture d'opium (parégorique) : 2 à 4 comprimés par jour en plusieurs prises journalières
- le diphénoxylate est moins bien toléré
- la codéine potentialise l'effet du loperamide.

La prise en charge au domicile comprend des soins de nursing, réhydratation, ralentisseurs du transit, ...

On peut discuter de répéter les algorithmes ainsi que l'envoi d'échantillon de selles pour analyse à un niveau supérieur.

-La présence de sang et/ou de leucocytes dans les selles peut faire évoquer une origine bactérienne. La ciprofloxacine à la dose de 500mg x 2jour pendant 5 jours, est un antibiotique de choix. D'autres alternatives sont possibles et seront fonction des

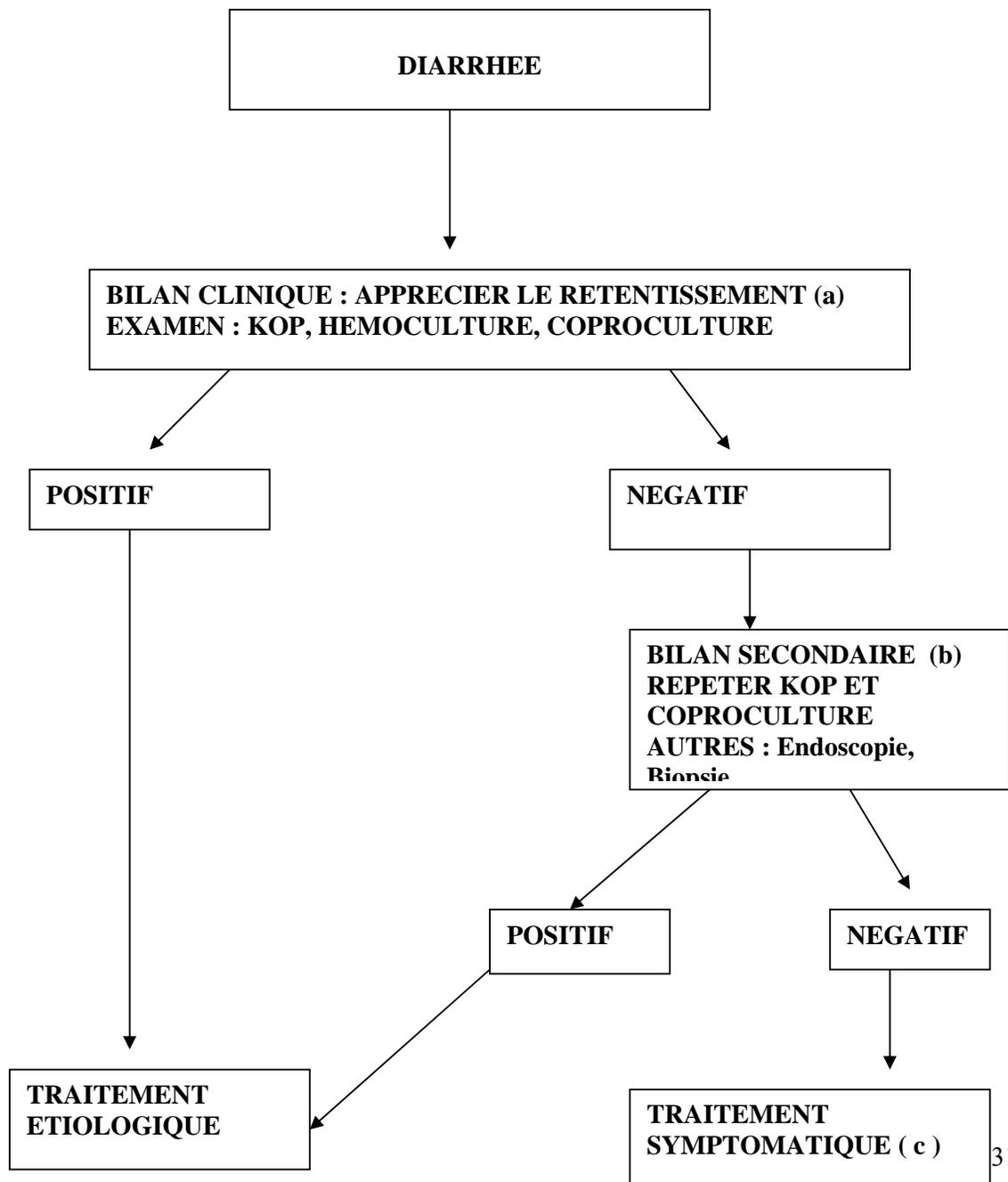
antibiotiques déjà utilisés chez le patient pour le traitement empirique : voir niveau II et annotations (d), (e), (f) du niveau B. \*

f- Amibiase : métronidazole 500mg x 3 par jour pendant 7 jours.  
Giardiase : métronidazole 250mg x 3 par jour pendant 5 jours.

g- Mébendazole 100mg x 2 par jour pendant 3 jours, ou albendazole 400mg par jour pendant 3 jours.

h- Répéter l'examen des selles (persistance de l'anomalie précédemment retrouvée ?). Traiter en fonction des résultats. Si pas d'anomalies mises en évidence :  
- Traitement symptomatique : voir annotation (d).  
- On peut discuter de répéter les algorithmes ainsi que l'envoi d'échantillon de selles pour analyse à un niveau supérieur.

### Niveau III : DIARRHEE



### 3.3- ANNOTATIONS DIARRHEES NIVEAU III :

Ces structures peuvent réalisées des investigations poussées, mais il faut tenir compte de l'état du malade et des possibilités thérapeutiques.

a)- L'appréciation du retentissement comprend :

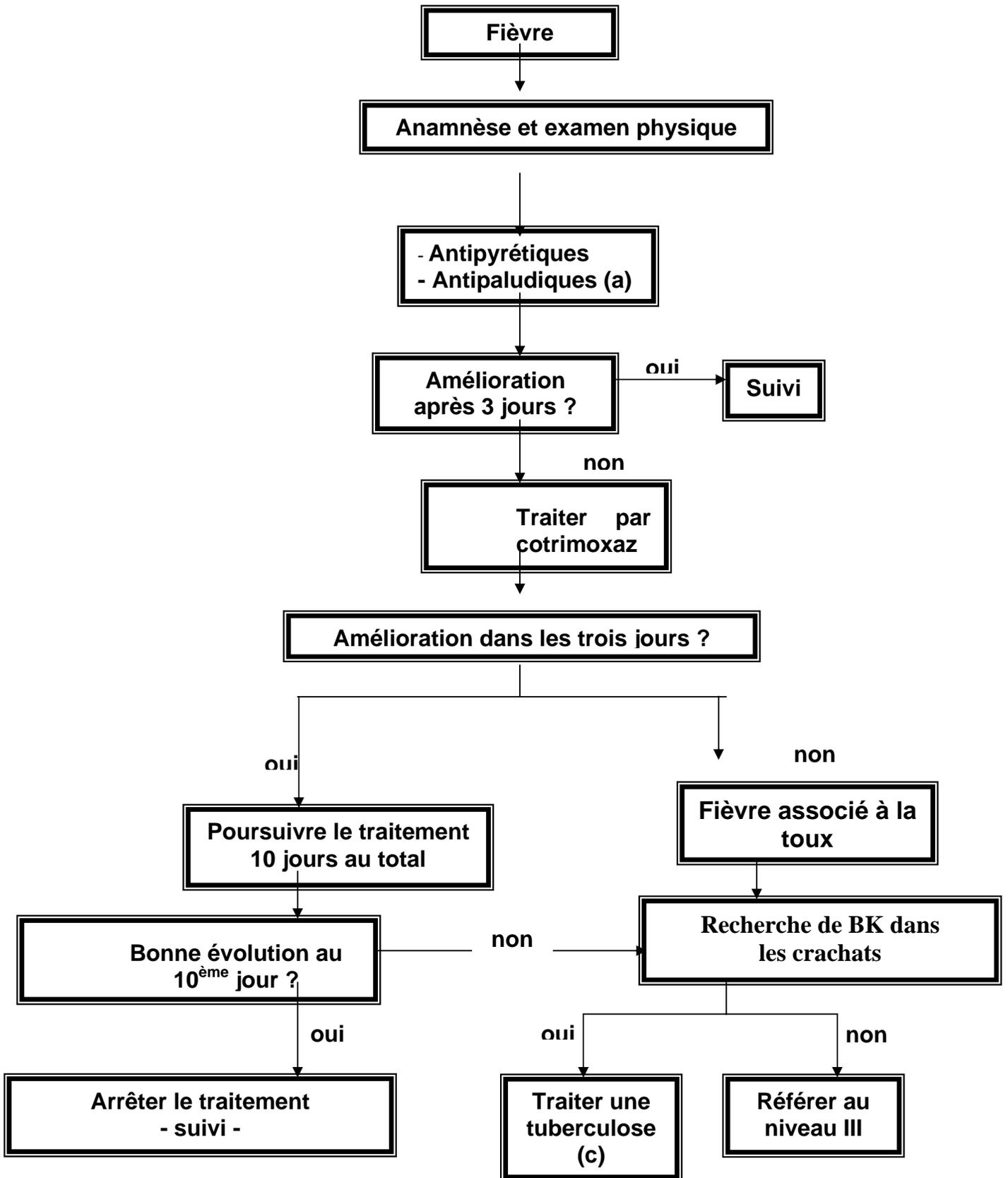
- l'appréciation de l'état général,
- la recherche d'une fièvre,
- la durée de la diarrhée,
- la recherche de signe de déshydratation,
- la recherche de signe de gravité : douleur, rectoragie, diarrhée glairo-sanglante, syndrome dysentérique

b)- Le bilan initial n'a pas permis de retrouver une étiologie. Dans l'attente des résultats d'un second bilan, un traitement est instauré.

c)- Le traitement symptomatique comprend :

- des pansements digestifs (smecta : 1 sachet x3/jr) ;
- des ralentisseurs du transit (loperamide, imodium 1gel après chaque selle liquide sans dépasser 8 gel/ jr).

Niveau I : FIEVRE



### 3.4- ANNOTATIONS FIEVRE NIVEAU I

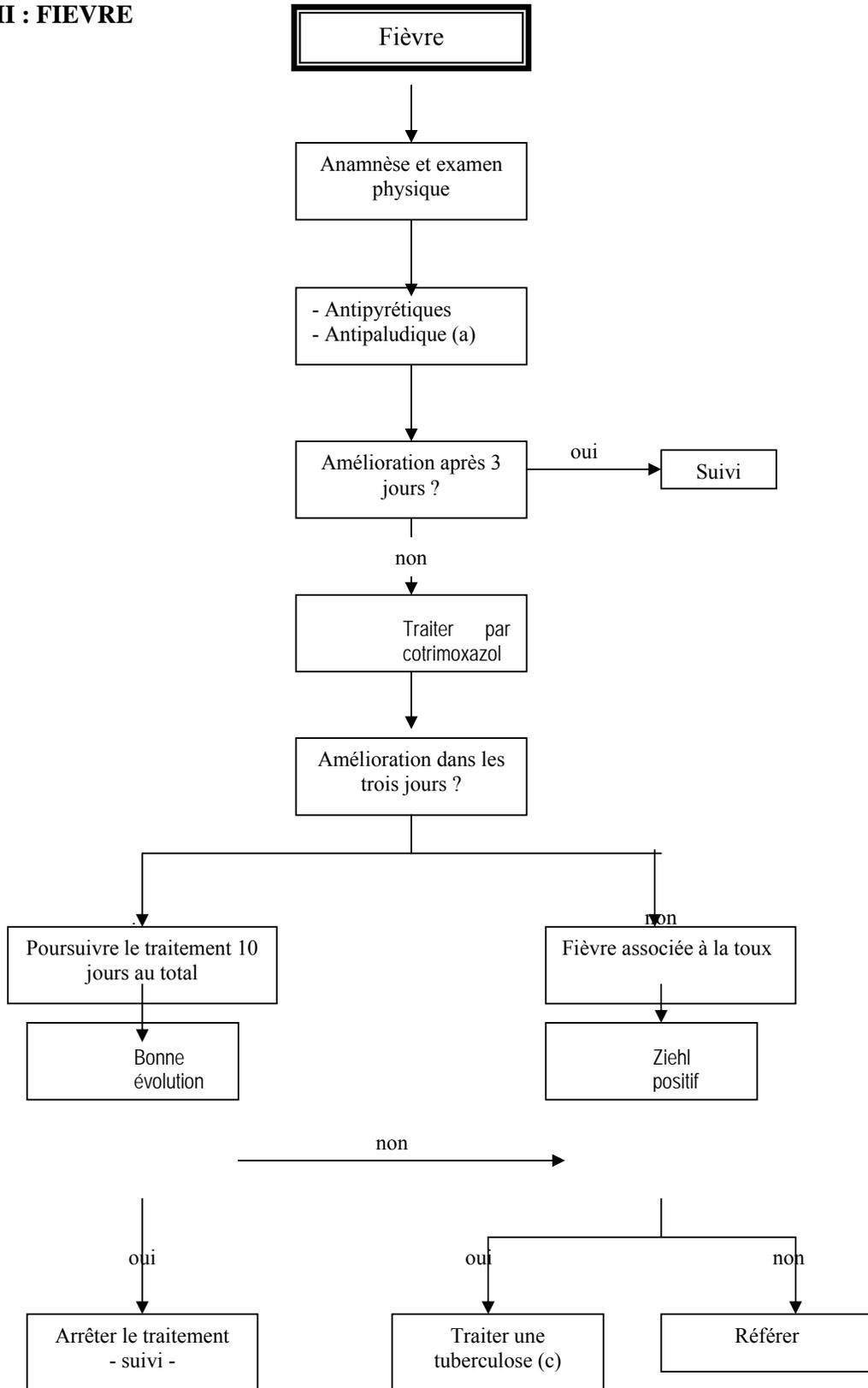
a- La fièvre est traitée de façon empirique par l'association d'antipyrétiques et de traitement antipaludique conformément à la politique nationale sur la prise en charge thérapeutique du paludisme.

L'antipyrétique (ex : paracétamol) peut être pris à la demande en fonction de la fièvre et de sa tolérance. Les moyens physiques pour la faire baisser sont également utiles.

b- Pour le traitement d'une infection pulmonaire à germe banal, le cotrimoxazole se donne chez l'adulte à la dose de 2 cp à 480mg x 2 par jour ou 1cp à 960mg x 2 par jour pendant 10 jours. Cette dose est insuffisante pour le traitement de la pneumonie à *pneumocystis jiroveci* (ou pneumocystose).

c - La tuberculose est traitée selon la stratégie DOTS recommandée par le Programme national de lutte contre la tuberculose.

**Niveau II : FIEVRE**



### 3.5- ANNOTATIONS FIEVRE NIVEAU II :

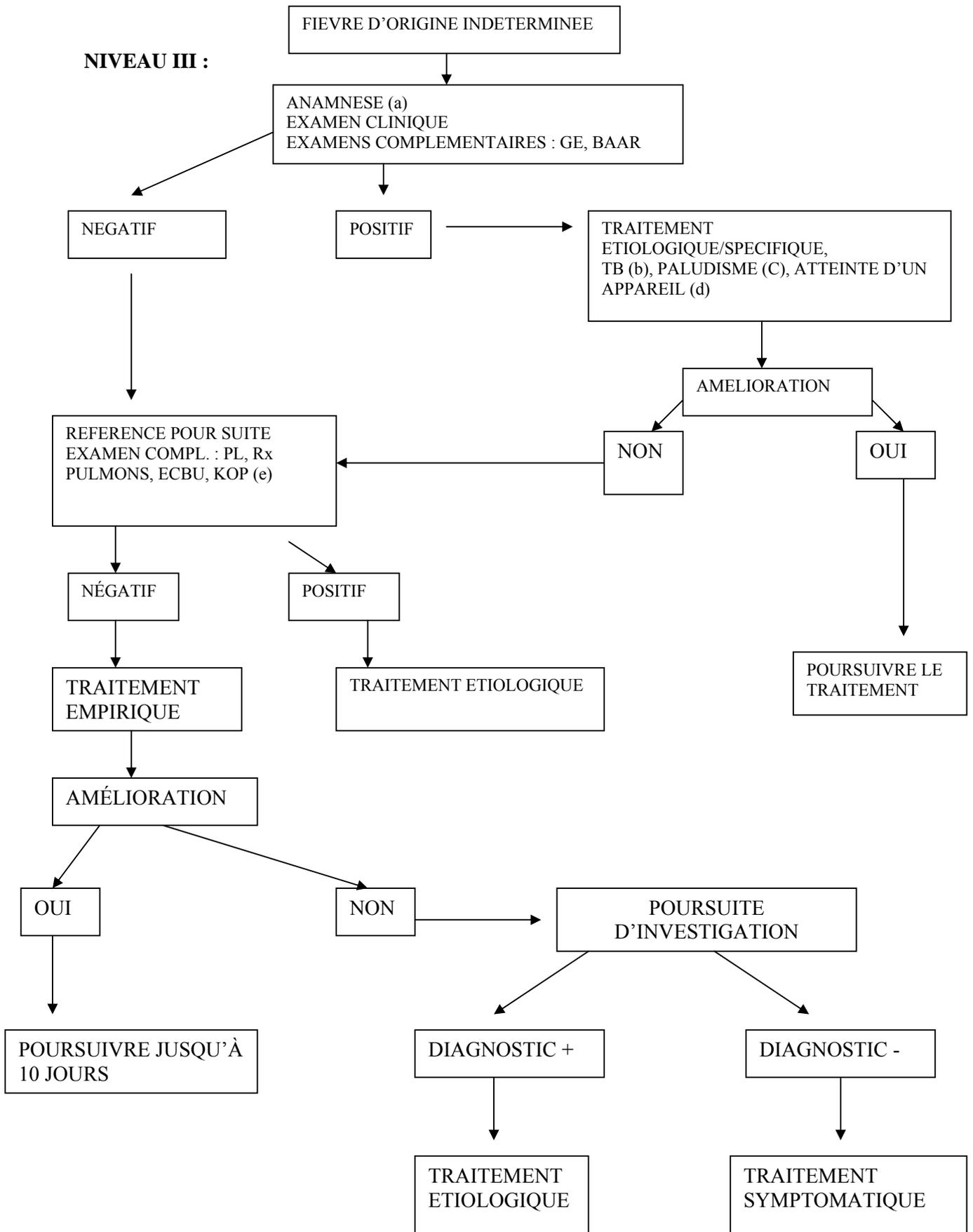
a- La fièvre est traitée de façon empirique par l'association antipyrétiques et traitement antipaludique conformément à la politique nationale sur la prise en charge thérapeutique du paludisme.

Après une première prise, l'antipyrétique (ex : paracétamol) peut être pris à la demande en fonction de la fièvre et de sa tolérance. Les moyens physiques pour faire baisser la fièvre sont également utiles.

b- Pour le traitement d'une infection pulmonaire à germe banal, le cotrimoxazole se donne chez l'adulte à la dose de 2 cp à 480mg x 2 par jour ou 1cp à 960mg x 2 par jour pendant 10 jours

Cette dose est insuffisante pour le traitement de la pneumonie à pneumocystis carinii (ou pneumocystose) (voir niveau III).

c - La tuberculose est traitée selon la stratégie de DOT'S recommandée par le Programme anti-tuberculeux intégré.



### 3.6- ANNOTATIONS DEVANT UNE FIÈVRE D'ORIGINE INDETERMINEE

**(a) L'étude clinique comporte :**

L'interrogatoire sur le symptôme : date de début, mode d'installation, allure de la courbe (qu'il faut s'efforcer d'obtenir) et signes accompagnateurs : diarrhée, dyspnée, céphalée etc...  
L'interrogatoire sur les antécédents : principaux épisodes ayant jalonné l'évolution de l'infection à VIH, médicaments antérieurement prescrits et actuellement pris (prescrit ou en automédication).

L'examen clinique complet et systématique de l'appareil incriminé. Il est alors possible dans certaines circonstances de faire un diagnostic clinique étiologique, que des examens complémentaires simples, effectués à la demande, en fonction des possibilités locales viendront confirmer : cas d'un LCR purulent, d'une pneumopathie bactérienne typique ect...

Deux examens complémentaires sont à faire systématiquement :

- une goutte épaisse pour la recherche d'hématozoaires
- une recherche de BAAR sur l'expectoration (en principe cette recherche se fait par séries de 3 examens 2 jours consécutifs).

La prescription d'antipyrétique n'est indiquée que si la fièvre est mal tolérée.

**(b) La recherche de BAAR est positive sur 2 examens :** le traitement antituberculeux est instauré, selon les normes et directives nationales.

**(c) la goutte épaisse est positive :** le traitement de l'accès palustre selon les protocoles habituels.

**(d) L'examen clinique** complété par des examens complémentaires orientés et disponibles sur place peut conclure à un diagnostic étiologique : le traitement étiologique est instauré. Si une origine médicamenteuse est soupçonnée, le médicament incriminé est si possible arrêté.

**(e) L'examen clinique n'a pas permis de faire le diagnostic étiologique,** ou après une durée suffisante de traitement (par exemple 2 jours pour un paludisme, 4 jours pour une pneumopathie, 4 semaines pour une tuberculose) la fièvre persiste, la recherche étiologique doit être poursuivie, soit sur place, soit sur une formation de référence, afin de compléter le bilan par un examen du LCR, et une radiographie thoracique.

-L'examen du LCR permet un diagnostic étiologique avec principalement dans un tableau de fièvre persistante un LCR clair : méningite tuberculeuse, méningite à cryptocoque méningite secondaire à une neurosyphilis ou à une maladie du sommeil.

- la radiographie thoracique présente des anomalies qui avec les arguments cliniques, biologiques, permet de retenir un diagnostic étiologique : tuberculose, pneumopathie microbienne, pneumopathie à pneumocystis jiroveci principalement et de décider d'un traitement étiologique.

- il faut rappeler la difficulté diagnostique de certaines affections en particulier la toxoplasmose cérébrale et le lymphome cérébral, la pneumocystose pulmonaire à radiographie thoracique normale.

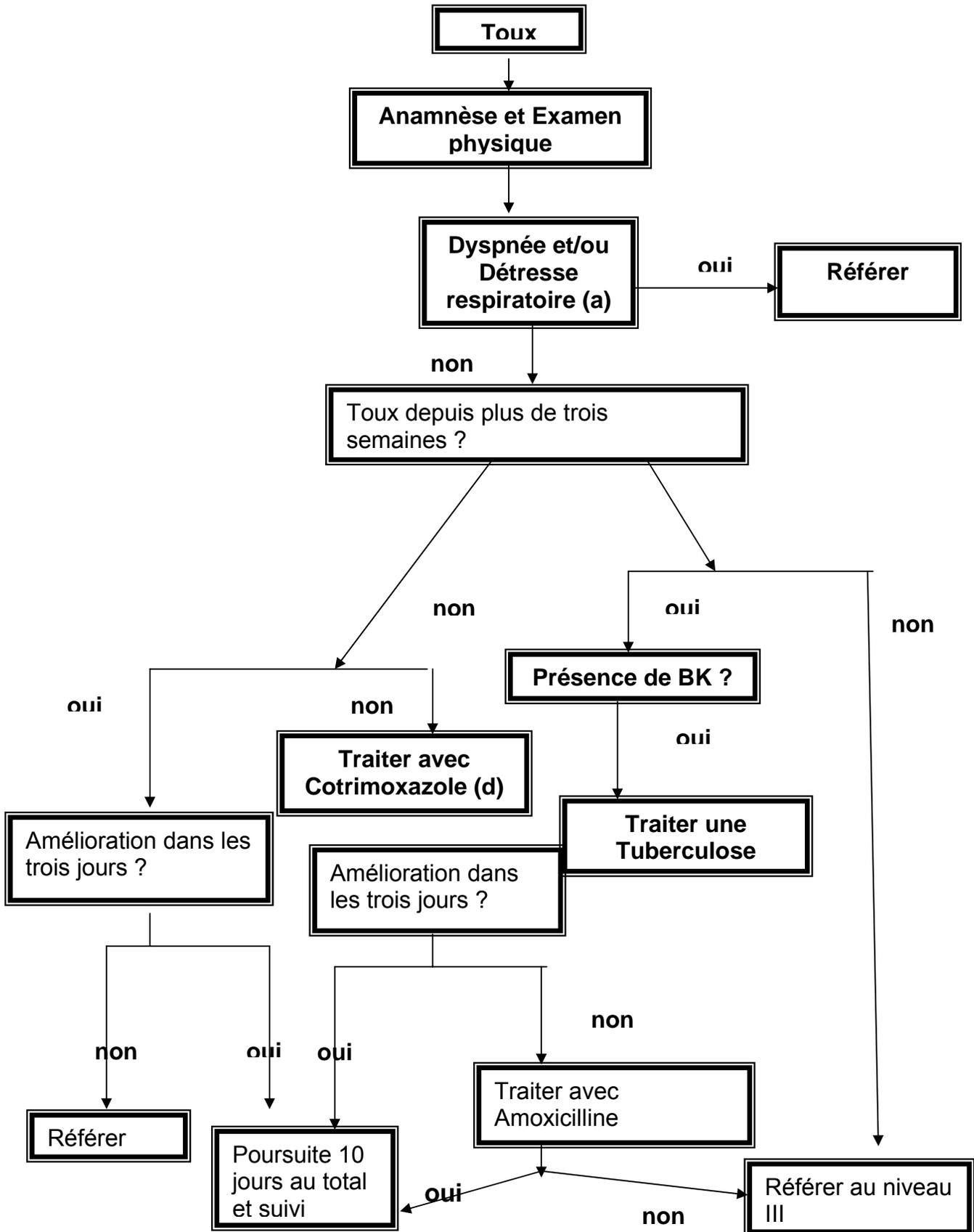
- en l'absence d'orientation clinique, avec un LCR normal, des examens biologiques usuels non significatifs, un traitement empirique peut être décidé avec un antibiotique à large spectre : ampiciline 1g 4fois /jr pendant 10 jours.

-le traitement empirique ne pas entraîner d'amélioration, les investigations doivent être poursuivies, en essayant toujours de repartir des données de la clinique, donc de faire des examens cliniques réguliers et systématiques du patient :

- hémocultures, uroculture, coprocultures, etc.
- sérologies : syphilis, salmonelle, Antigène cryptococcique, etc.
- échographie abdominale
- fond d'œil : toxoplasmose ? Rétinite à CMV ?

- endoscopie digestive pour recherche de lésions à CMV
  - endoscopie bronchique avec lavage broncho alvéolaire
  - ponction biopsie hépatique (tuberculose)
  - myélogramme : recherche d'un envahissement médullaire, de Leishmanies
  - biopsie d'un ganglion pathologique
- les investigations ont donné un diagnostic étiologique, un traitement étiologique est instauré.
  - le traitement symptomatique est envisagé lorsque aucun diagnostic étiologique n'est retenu.

**NIVEAU I : TOUX**



### 3.7- ANNOTATIONS TOUX NIVEAU I

- a- Dyspnée : difficulté respiratoire portant soit sur l'inspiration soit sur l'expiration

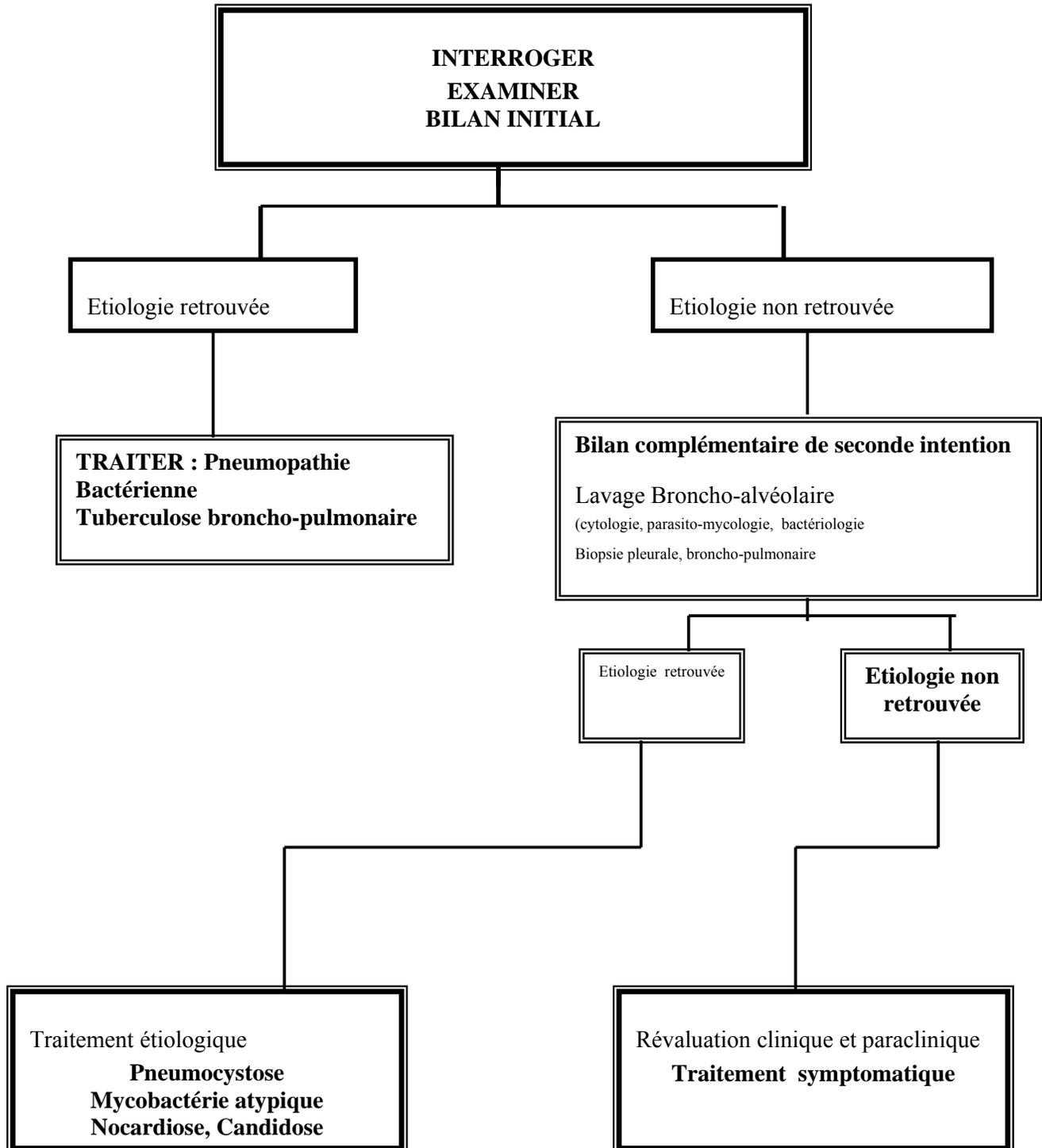
La détresse respiratoire est caractérisée par l'hypoxie, la cyanose, la tachycardie et un tirage sus-sternal ou intercostal.

- b- Les patients avec une infection à VIH symptomatique bénéficient pour la plupart, lorsqu'ils sont suivis, d'une prophylaxie par cotrimoxazole (= triméthoprime-sulfaméthoxazole = TMP-SMX), 2cp à 480mg par jour, à vie, pour prévenir la survenue de certaines infections : les infections bactériennes notamment pneumopathies bactériennes et salmonelloses, les pneumopathies à pneumocystis carinii, la toxoplasmose cérébrale. (voir annexe : prophylaxie des infections opportunistes).

Cette prophylaxie pourrait induire à plus ou moins long terme, des phénomènes de résistance notamment vis à vis des germes banaux.

- c- Les infections pulmonaires sont pour la plupart dues à des germes banaux. La dose d'amoxicilline recommandée est de 1 g trois fois par jour pendant 10 jours, Erythromycine en cas d'allergie.
- d- La dose prescrite est de 2 comprimés à 480mg deux fois par jour pendant dix jours. Le Cotrimoxazole sera utilisé en première intention chez des sujets ne bénéficiant pas de prophylaxie car un certain nombre de germes responsables d'infections respiratoires (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* et *Klebsiella pneumoniae*) lui sont sensibles.

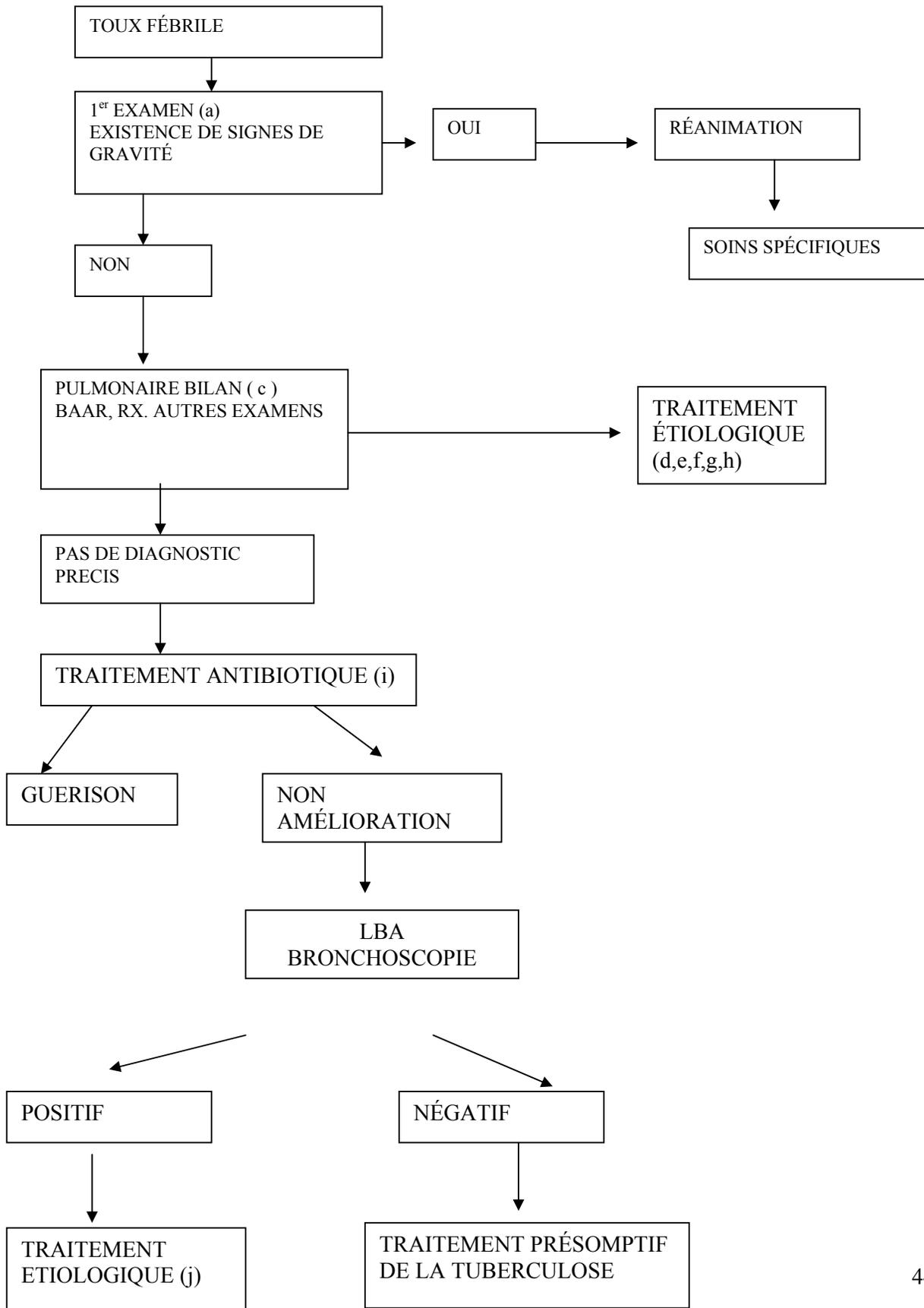
**Niveau II : TOUX CHRONIQUE**



### 3.8- ANNOTATIONS TOUX CHRONIQUE NIVEAU II

- a. Bilan initial
    - cliché thoracique
    - faire 3 recherches successives de BAAR dans les crachats pendant 3 jours
    - IDR à la tuberculine
    - Examen bactériologique des expectorations ( recherche de germes banals)
    - Hémogramme + vitesse de sédimentation
    - Si épanchement pleural faire une ponction pleural (chimie, bactériologie, cytologie ) \_  
biopsie pleural .
    - Hémodcultures répétées.
  - b. Bilan de seconde intention
    - Fibroscopie bronchique ; lavage broncho – alvéolaire et analyse du liquide d'aspiration : bactériologie, parasitologie, mycologie.
    - Scanner thoracique
    - Myélogramme
  - C . Etiologies à évoquer :
    - Infections
      - . Tuberculose
      - . Infections pulmonaires à pyogènes
      - . Pneumocystose
      - . Nocardiose
      - . Candidose pulmonaire
      - . Mycobactérioses atypiques
    - Néoplasies
      - . Tumeurs pleurales
      - . Lymphomes pleuro-pulmonaires
      - . Maladie de kaposi broncho-pulmonaire
- ( voir le traitement étiologique de ces pathologies en annexe).

### Niveau III : TOUX FEBRILE



### 3.9-ANNOTATIONS TOUX FEBRILE NIVEAU III :

a- le premier examen comprend les examens suivants :

- Anamnèse
- Notion de contagé (+++), antécédent
- Durée d'évolution
- Signes d'appel : toux, expectoration, dyspnée, douleur thoracique
- Signes d'accompagnement : fièvre, sueurs, douleur
- Examen clinique, pulmonaire et général

Si présence de signes de gravité (détresse respiratoire, choc) : réanimation

c-Le bilan de départ : clinique, Rx, biologie (NFS, VS, hémoculture, crachat, antibiogramme du liquide pleural)

Traiter la TB selon le protocole national

Traitement adapté selon le germe et l'antibiogramme et selon les protocoles avec recours à la voie parentérale, si troubles digestifs ou de la conscience la préférence restant la voie orale :

- Streptococcus pneumoniae : Pénicilline G 10 millions/j IV ou Ery 2g/j pdt 10j au moins
- Haemophilus influenzae : Ampicilline 50 à 100 mg/kg IV
- Staphylococcus aureus : Oxacilline 100mg/kg/j pdt 15j
- Mycoplasma pneumoniae et Legionella pneumoniae : Ery 2g/j 2 à 3 semaines
- f- Si pneumocystose, Cotrimoxazole per os ou IV : 75mg/kg/j de SMZ et de 15mg/kg/j de TMZ e 4 prises soit 10 à 12 comprimés / jours (surveillance clinico-biologique nécessaire) ou Pentamidine 3 à 4 mg/kg IV pdt 14 j. Après traitement une prophylaxie est nécessaire pour éviter la récurrence à base de 2 comp de Cotrimoxazole fort jour.
- g-Les mycoses broncho-pulmonaire sont traitées par :
  - Amphotéricine B : 0,2 mg/kg IV (durée perfusion 8 à 10 h), un jour sur deux par palier pour atteindre la dose optimale de 1mg/kg pdt 6 semaines, ou Fluconazole 200 à 400mg/j per os pdt 8 semaines.

h-Les épanchements pleuraux

Pleurésies infectieuses

- à pyogènes : traitement par antibiotique (voir plus haut)
- tuberculeuses : voir schéma national de prise en charge
- kaposi : chimiothérapie + ponction
- pneumothorax, pneumocystose : drainage + traitement étiologique

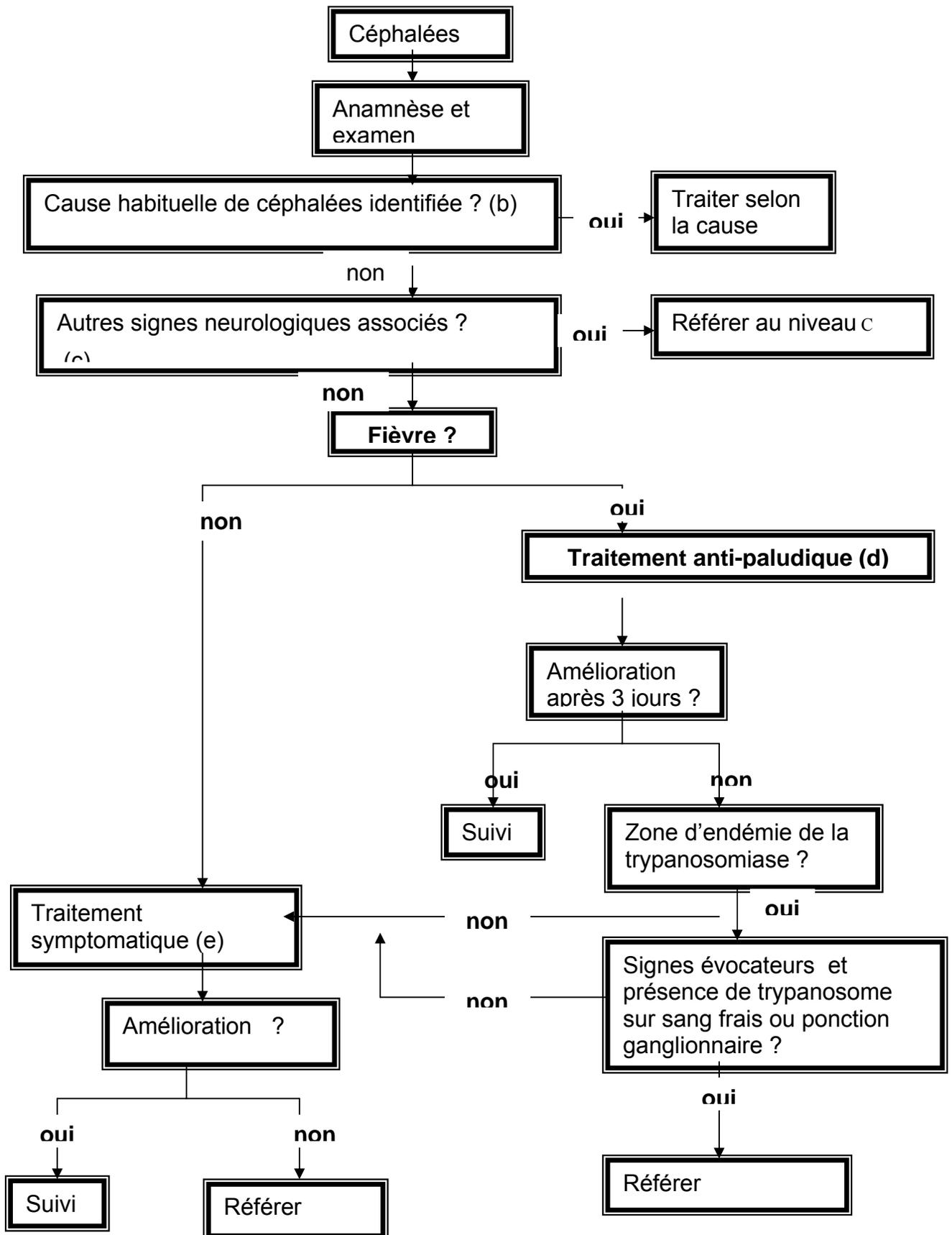
En cas d'amélioration le traitement spécifique de chaque infection sera poursuivie jusqu'au terme indiqué plus haut et arrêter sur la base des éléments de surveillance clinique, radiologique et biologique.

i- Si aucune amélioration n'est obtenue les bilans cliniques radiologiques et biologiques sont répétés ; si une étiologie est retrouvée le traitement adapté est mise en œuvre.

Si aucune étiologie n'est retrouvée des investigations plus poussées sont nécessaires : bronchoscopie et lavage broncho alvéolaire.

En l'absence d'arguments clinique, biologique et radiologique chez un patient qui n'a pas de reçu de traitement présomptif, un traitement antituberculeux présomptif est institué.

Niveau I : CEPHALEES



### 3.10- ANNOTATION CEPHALEES NIVEAU I

- a- Les céphalées (ou maux de tête) chez un patient ayant une infection à VIH, présentent un caractère souvent persistant et/ou sévère, d'intensité rapidement croissante ou ne cédant pas aux antalgiques usuels. Elles peuvent être fébriles ou non.

Les céphalées dans le cadre d'une infection à VIH sont un signe d'appel important en faveur d'une complication neuro-psychiatrique de l'affection.

Etiologies selon les signes associés :

- Evidence de signes méningés :
  - méningite tuberculeuse
  - méningite bactérienne
  - méningite virale
  - méningite à cryptocoque
  
- Présence de signe de localisation : diminution de la motilité ou paralysie latéralisée (un côté du corps), convulsions, paralysie d'une paire crânienne, . : - toxoplasmose cérébrale
  - lymphome cérébral
  
- Modification de l'état mental :
  - démence liée au VIH
  - leuco-encéphalopathie multifocale progressive (LEMP)
  - encéphalite virale (cytomégalovirus)

Les causes de céphalée sans rapport avec l'infection VIH doivent être identifiées et soignées. C'est le cas du paludisme qui est endémique dans le pays.

- Pour le traitement de la Trypanosomiase, se référer au programme national de lutte contre la Trypanosomiase.

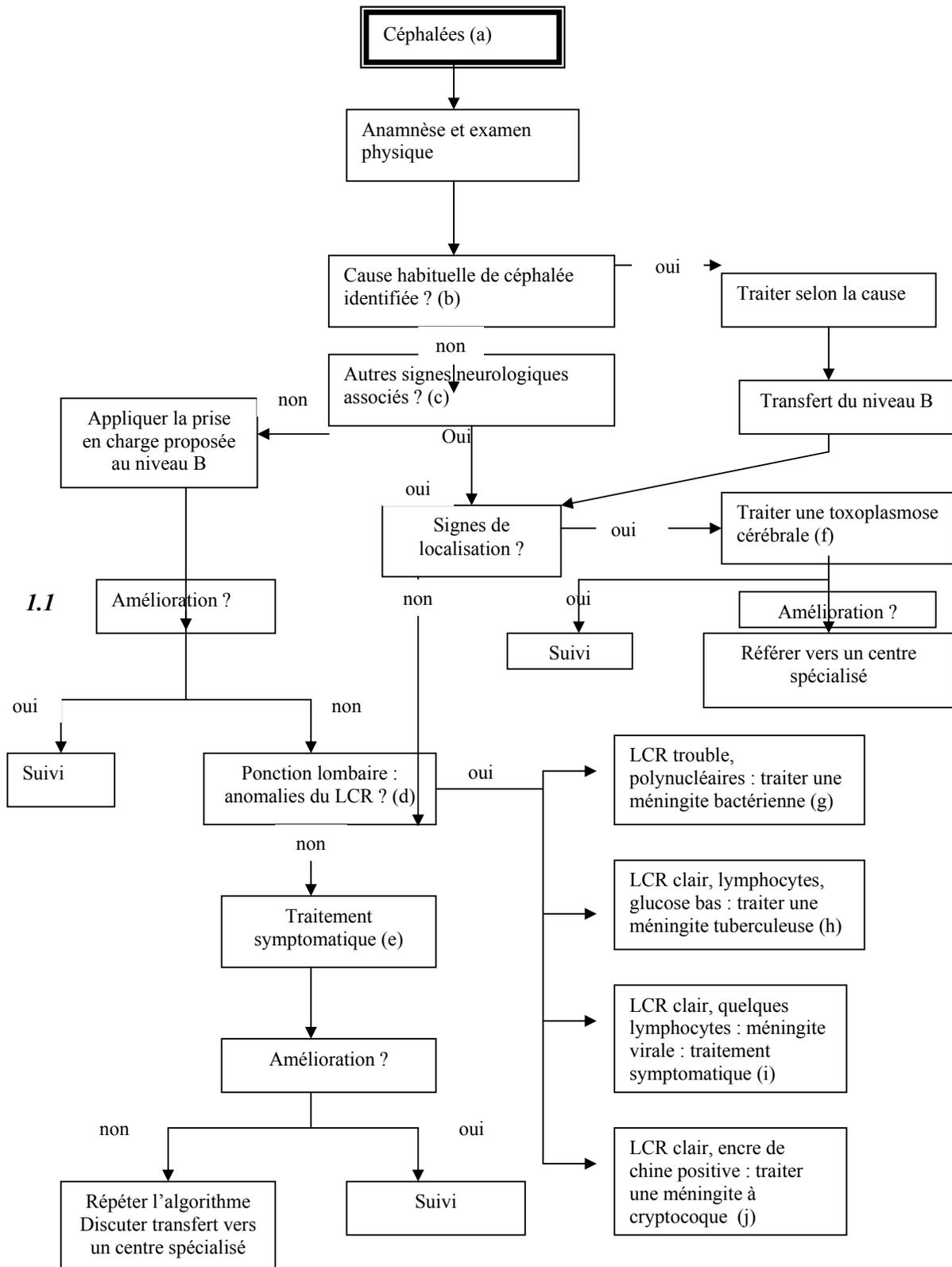
Les autres causes de céphalées sans rapport avec l'infection par le VIH sont entre autres : les migraines, les sinusites, les troubles de la vision (troubles de l'accommodation), les pathologies dentaires, l'hypertension artérielle, les causes médicamenteuses, fièvre typhoïde, hépatite virale, grippe ...

**Rechercher d'autres signes neurologiques associés, notamment :**

- ⇒ modification de l'état psychique à type de perte de concentration, modification de la personnalité, confusion, démence, mutisme, désorientation temporo-spatiale, troubles mnésiques, trouble de comportement, troubles urinaires.

1. signe neurologique de localisation à type de parésie (diminution de la mobilité d'un membre), paralysie d'un nerf crânien, mouvements anormaux, troubles du langage
  2. convulsions
  3. syndrome méningé ou signes d'hypertension intracrânienne (raideur de nuque, bradycardie, vomissements en jet, ...)
- d- Se conformer à la politique nationale sur la prise en charge thérapeutique du paludisme
- e- Le traitement symptomatique des céphalées repose sur les mêmes principes que pour les patients non infectés par le VIH : commencer par un analgésique simple type paracétamol, puis si nécessaire passer aux antalgiques plus puissants, type opiacés. Un traitement antipaludique doit également être associé.

## Niveau II : CEPHALEES



### 3.11- ANNOTATIONS CEPHALEES NIVEAU II

a – Les céphalées(ou maux de tête) chez un patient ayant une infection à VIH, présentent un caractère souvent persistant et/ou sévère, d’intensité rapidement croissante ou ne cédant pas aux antalgiques usuels. Elles peuvent être fébrile ou non.

Les céphalée dans le cadre d’une infection à VIH est un signe d’appel important en faveur d’une complication neuropsychiatrique de l’affection.

Pour les étiologies selon les signes associés, voir annotation (a) du niveau B

b- voir annotation (b) du niveau B

c- voir annotation (c) du niveau B

d- Caractéristiques du liquide céphalorachidien (LCR) en fonction des différents types de méningites ou autres troubles neurologiques

Affection	Anomalies du LCR				
	Aspect liquide	Leucocytes	Protéines	Glucose	Microscopie
méningite tuberculeuse	Clair ou hémorragique	25-100 (lymphocytes)	Augmentation	Diminution	BK +
méningite à cryptocoque	Clair	< 800 (lymphocytes > granulocytes)	Augmentation modérée	Diminution modérée	Encre de chine positive (présence d’antigène cryptocoque)
méningite bactérienne	Opalescent ou trouble	25-10 000 prédominance granulocytes	Augmentation	Diminution	Bactéries à la coloration de Gram
Méningite virale	Clair	20-300 (lymphocytes > granulocytes)	Augmentation	Normal	
Trypanosomiase (stade avancé)	Clair	Elevé (lymphocytes > granulocytes)	Augmentation	Diminution ou normale	Trypanosomes
Démence VIH (encéphalopathie)	Clair	< 50	Augmentation modérée	Normal	

Adapté d’après : Clinical AIDS Care Guidelines For Resource-poor Settings. MSF Belgium – Luxembourg. March 2001

e- Le traitement symptomatique des céphalées repose sur les mêmes principes que pour les patients non infectés par le VIH : commencer par un analgésique simple type paracétamol, puis si nécessaire passer aux antalgiques plus puissants, type opiacés (voir chapitre traitement de la douleur).

Un traitement antipaludique doit également être associé.

- f- La toxoplasmose est la principale cause de signes de localisation. Elle répond habituellement bien et rapidement au traitement. L'amélioration clinique est habituellement rapide (2 à 10 jours). Le traitement d'épreuve étant un argument diagnostique, si le traitement d'attaque n'est pas efficace, le diagnostic de toxoplasmose cérébrale est improbable.

Le traitement d'attaque de la toxoplasmose cérébrale repose sur l'association pyriméthamine + sulfadiazine + acide **folinique**, pendant 4 à 6 semaines :  
pyriméthamine 100mg le premier jour puis 50mg /jour, sulfadiazine 4 à 6g /jour, acide folinique 10mg/j. L'acide **folinique** (et pas folique) prévient la survenue d'anémie liée à la prise de pyriméthamine, mais n'est pas toujours disponible.

Alternative : cotrimoxazole (TMP-SMX) 10/50 mg/kg/j soit 6 à 8 cp à 480mg pendant 4 semaines en 2 prises ou plus, ou l'association clindamycine + pyriméthamine.

Si hypertension intracrânienne (oedème de la papille, vomissement), administrer un corticoïdes. Commencer par dexaméthasone 16 à 24 mg en 3 à 4 prises par jour pendant au moins 3 à 5 jours

Si convulsions, prescrire un antiépileptique (ex. phénobarbital : 100 mg le soir)

Après le traitement d'attaque, si amélioration il est nécessaire de poursuivre par un traitement d'entretien à vie pour éviter les récurrences (prévention secondaire). En effet, l'immunodépression qui a favorisé la survenue de la toxoplasmose cérébrale persiste ; sans traitement d'entretien, le taux de récurrence est élevé. Le traitement d'entretien consiste à donner le traitement d'attaque à demi dose : pyriméthamine 25mg/j + sulfadiazine 2g/j + acide folinique

Alternatives :  
- Cotrimoxazole 2 cp 480mg par jour.  
- Fansidar (sulfadoxine-pyriméthamine) \*

La prise quotidienne de 2 cp de cotrimoxazole 480mg à vie par les PVV à un stade avancé de la maladie (CD4 < 100/mm<sup>3</sup>) prévient la survenue de la toxoplasmose cérébrale (prévention primaire).

- g- Le traitement d'une méningite bactérienne repose sur les mêmes principes que pour les patients non infectés par le VIH.
- h- Le traitement d'une méningite tuberculeuse se fait en conformité avec le programme national.
- i- Traitement symptomatique : antalgiques, antipyrétique.
- j- Le traitement de la méningite à cryptocoque repose sur l'administration d'amphotéricine-B IV à la dose de 0,7mg/kg/jour (jusqu'à 1mg/kg/j) pendant 4 à 6 semaines  
Le fluconazole peut aussi être utilisé en phase d'attaque à raison de 400 mg par jour pendant 8 semaines.  
- exemples de schéma thérapeutique :  
- amphotéricine-B : 0,7mg/kg/j pendant 14 jours puis 1mg/kg un jour sur deux pendant 28 jours, ou  
- amphotéricine-B 0,7mg/kg/j pendant 14 jours, puis fluconazole 400mg/j pendant 8 semaines

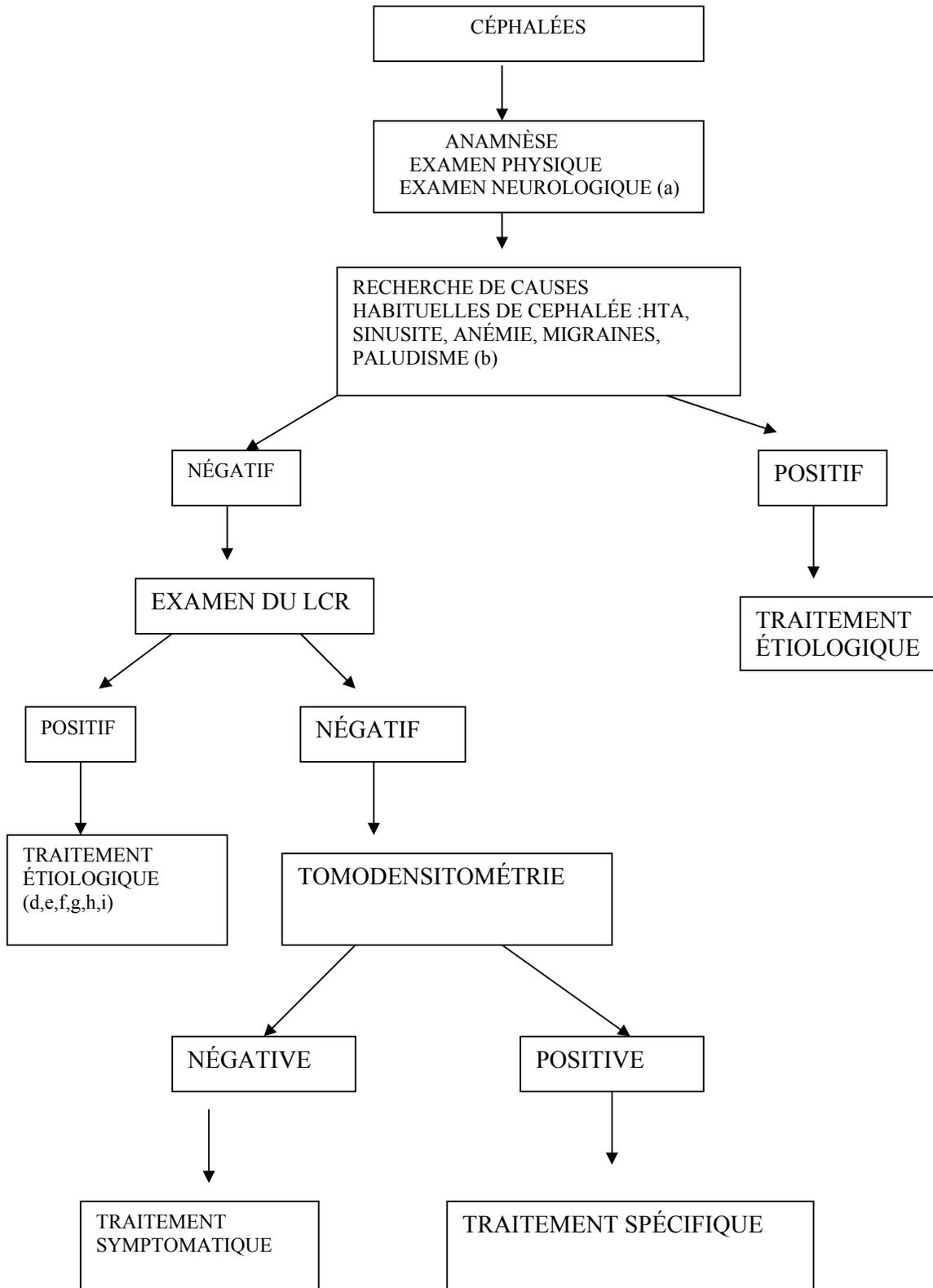
Le traitement d'attaque est suivi d'un traitement d'entretien à vie par fluconazole per os de 200mg par jour ou 1mg/kg d'amphotéricine par semaine (moins efficace).

L'administration d'amphotéricine B par voie intraveineuse est complexe et nécessite certaines précautions :

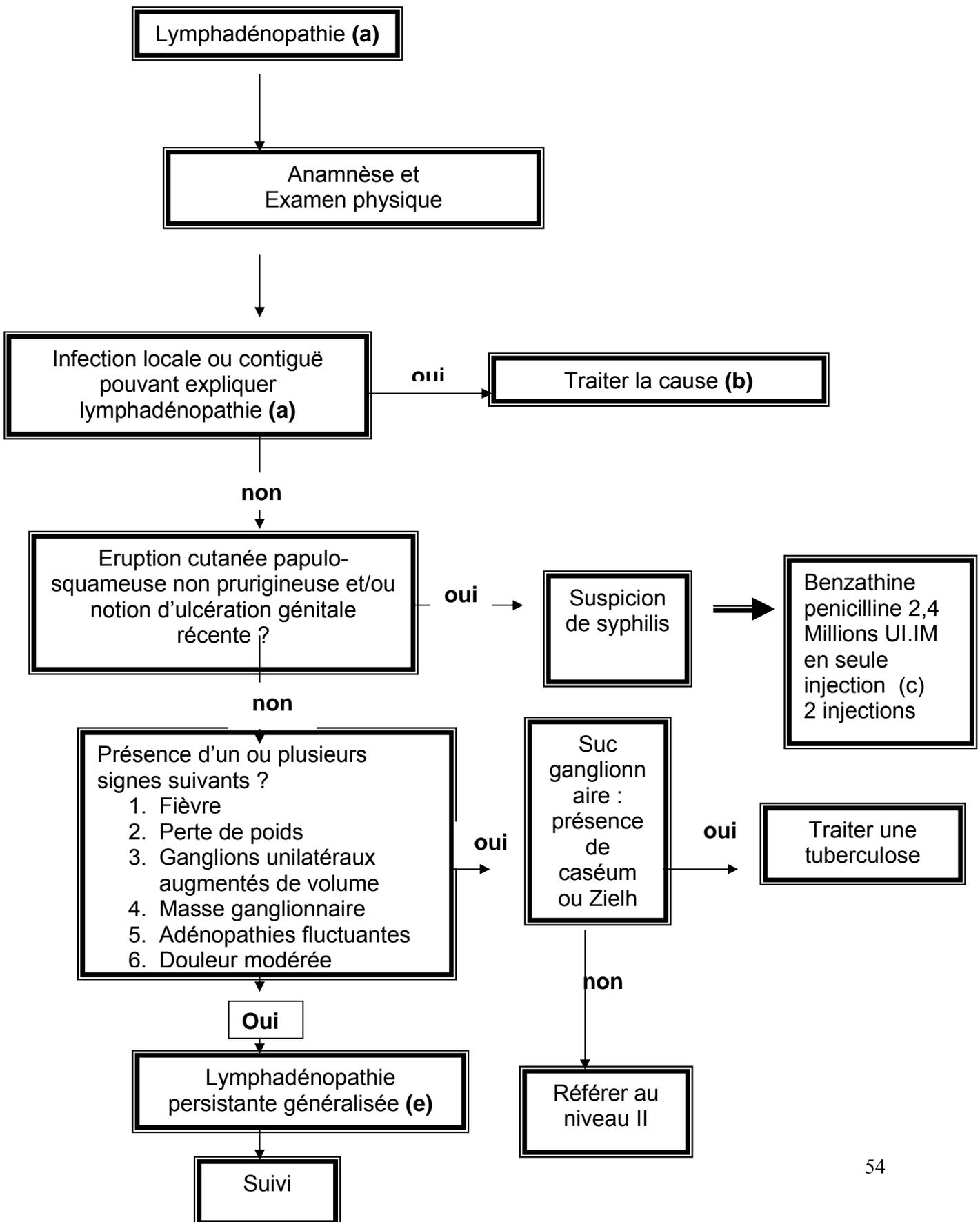
- risque de choc allergique : administrer une dose test initiale de 1mg en 30 à 60 minutes pour dépister un éventuel choc. En l'absence de problèmes, augmenter progressivement la dose sur quelques jours (de 0,1-0,2 mg/kg jusqu'à 0,7mg/kg/j). Les perfusions doivent être lente (sur 6 à 8 heures).
- associer un antiallergique (hydrocortisone 100-200mg) et un antiémétique (metoclopramide 10mg) 15 à 30 minutes avant la perfusion d'amphotéricine B
- Assurer une hydratation suffisante
- surveillance du potassium (risque d'hypokaliémie), de la fonction rénale (risque d'insuffisance rénale)

protéger le flacon de perfusion et la tubulure de la lumière (par exemple avec un tissu ou un plastique sombre).

### Niveau III : CEPHALEES



## Niveau I : LYMPHADENOPATHIE



### 3.12- ANNOTATIONS LYMPHOADENOPATHIES NIVEAU I

- a- Une bonne anamnèse et un examen clinique minutieux sont importants et peuvent suffire à poser le diagnostic sans forcément avoir recours à des examens sophistiqués.  
Un examen clinique bien fait doit mettre en évidence toute infection locale ou contagieuse pouvant expliquer la lymphadénopathie.
- b- Soins locaux et traitement antibiotique : pénicilline V ou amoxicilline pour les cas d'angine et d'otite) ; cloxacilline si staphylococcie suspectée.
- c- Une lymphadénopathie non douloureuse survient chez 90 % des patients avec une syphilis secondaire. Elle s'accompagne d'autres manifestations classiques de la syphilis comme les éruptions maculo-papuleuses ou pustuleuses.

Alternative thérapeutique : en cas de non disponibilité ou d'allergie aux pénicillines, on peut donner : Doxycycline 2 fois 100 mg par jour pendant 14 jours ou tétracycline 4 fois 500 mg par jour pendant 14 jours.

- d- Chez les sujets infectés par le VIH, la tuberculose est fréquente et est plus souvent extra-pulmonaire avec de fréquentes localisations ganglionnaires périphériques.  
Les ganglions cervicaux et axillaires sont les plus souvent intéressés. Les adénopathies sont au départ non douloureuses, puis deviennent adhérentes, fluctuantes enfin évoluent vers l'abcédation et la fistulisation.

La ponction se fait à l'aide d'une grosse aiguille pouvant permettre d'aspirer facilement le caséum.

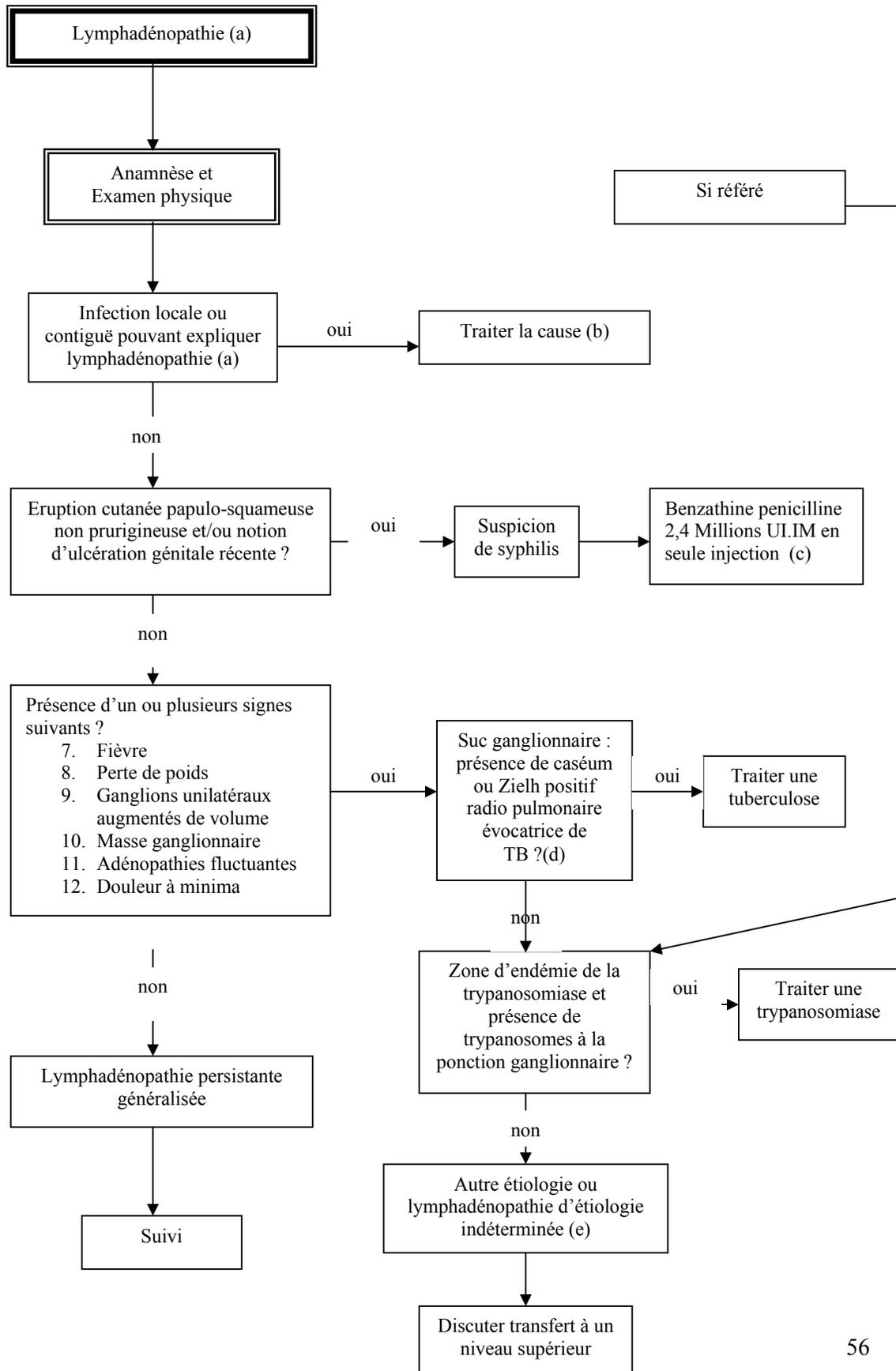
Dans une zone d'endémie Trypanosomiase, on recherchera la présence de Trypanosomes à la ponction ganglionnaire. Si positif, référer pour le traitement au niveau II.

- e- Chez un patient asymptomatique, aucune autre investigation ou traitement n'est nécessaire.

Cependant, chez les patients présentant une lymphadénopathie récente avec des ganglions augmentant rapidement de volume, asymétriques avec des signes généraux, ou des patients ne répondant pas à un premier traitement, un transfert doit être envisagé pour biopsie afin d'exclure un lymphome, une maladie de Kaposi et une infection fongique ou Mycobactérienne.

Le but de cet algorithme est d'exclure une tuberculose ou une syphilis.

## Niveau II : LYMPHADENOPATHIE



### 3.13- ANNOTATIONS LYMPHOADENOPATHIES NIVEAU II

a- Une bonne anamnèse et un examen clinique minutieux sont importants et peuvent suffire à poser le diagnostic sans forcément avoir recours à des examens sophistiqués. Un examen clinique bien fait doit mettre en évidence toute infection locale ou contiguë pouvant expliquer la lymphadénopathie.

b- Soins locaux et traitement antibiotique : pénicilline V ou amoxicilline (angine, otite)  
cloxacilline si staphylococcie suspectée

c- Une lymphadénopathie non douloureuse survient chez 90 % des patients avec une syphilis secondaire. Elle s'accompagne d'autres manifestations classiques de la syphilis comme les éruptions maculo-papuleuses ou pustuleuses.

Alternative thérapeutique : en cas de non disponibilité ou d'allergie aux pénicillines, on peut donner : doxycycline 2 fois 100 mg par jour pendant 14 jours ou tétracycline 4 fois 500 mg par jour pendant 14 jours.

d- Chez les sujets infectés par le VIH, la tuberculose est fréquente et est plus souvent extra-pulmonaire avec de fréquentes localisations ganglionnaires périphériques. Les ganglions cervicaux et axillaires sont les plus souvent intéressés. Les adénopathies sont au départ non douloureuses, puis deviennent adhérentes, fluctuantes enfin évoluent vers la fistulisation et l'abcédation.

La ponction se fait à l'aide d'une grosse aiguille pouvant permettre d'aspirer facilement le caséum.

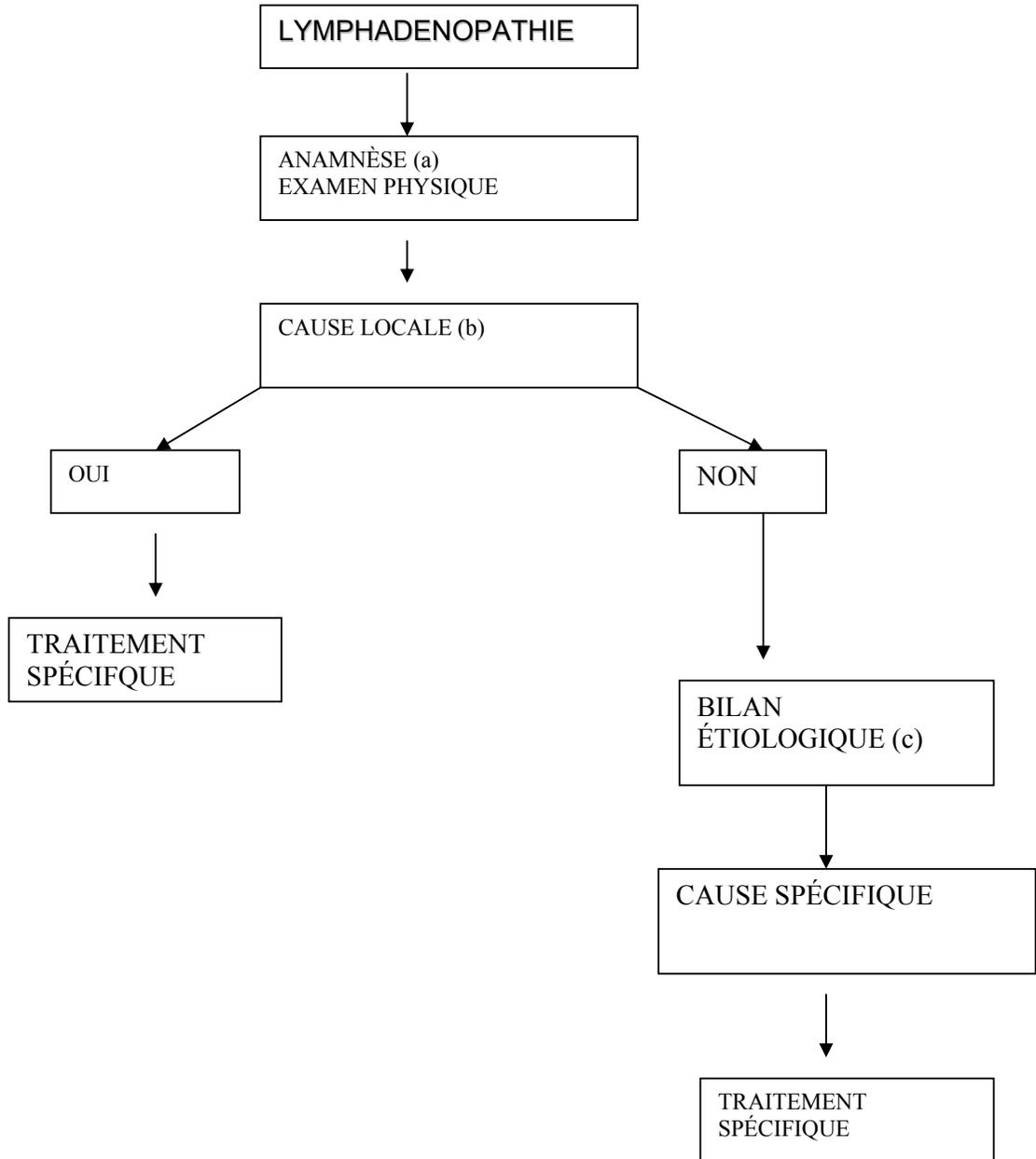
Le but de cet algorithme est d'exclure une tuberculose ou une syphilis.

e- La présence de lésions cutanées évocatrices orientera vers le diagnostic de Kaposi ganglionnaire. Une adénopathie isolée augmentant rapidement de volume, adhérent aux plans profonds pourra faire évoquer un lymphome.

Un transfert à un niveau supérieur pourra être discuté en fonction de l'étiologie évoquée, de l'évolution et des possibilités thérapeutiques.

f- Chez un patient asymptomatique, aucune autre investigation ou traitement n'est nécessaire. Cependant, chez les patients présentant une lymphadénopathie récente avec des ganglions augmentant rapidement de volume, asymétriques avec des signes généraux, ou des patients ne répondant pas à un premier traitement, un transfert doit être envisagé pour biopsie afin d'exclure un lymphome, un sarcome de Kaposi et une infection fongique ou Mycobactérienne.

### Niveau III : LYMPHADENOPATHIE



## 4- PROPHYLAXIE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

### 4.1- Prophylaxie au SMX/TMP

Cette combinaison à la dose recommandée permet de prévenir un certain nombre d'infections bactériennes et à protozoaires, à savoir :

- Streptococcus Pneumoniae
- Salmonella Species
- Nocardia
- Pneumocystis Carinii
- Toxoplasma Gondii
- Isospora Belli
- Cyclospora

Nous respectons les recommandations de l'UNAIDS/OMS c-à-d

SULFAMETHOXAZOLE 800 mg  
+ TRIMETHOPRIME 160 mg  
Une fois par jour (= 2 tablettes de 480/80  
à avaler ensemble)  
pour les adultes et enfants > 15 mois

Pour

- Tous les patients symptomatiques donc stades II, III et IV
- Les femmes enceintes après le 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse
- Les nourrissons de plus de 6 semaines
  - tout enfant né de mère séropositive pour le VIH peut importe si la mère a reçu des ARV pendant sa grossesse
  - tout enfant identifié séropositif pour le VIH pendant sa 1<sup>ère</sup> année de vie (peut importe la technique : PCR, sérologie ou diagnostique clinique)
  - enfant > 15 mois qui a souffert d'une PCP, présente une manifestation clinique de l'infection à VIH ou une maladie définissant le stade SIDA ou CD4 < 15%
- Patient symptomatique et CD4 < 18%

Pour les enfants :

- sirop : SULFAMETHOXAZOLE 50 mg/kg + TRIMETHOPRIME 5mg/kg
- les tablettes peuvent également être utilisées au dosage pédiatrique et écrasées

### 4.2- Suivi de la prophylaxie au Cotrimoxazol

- suivi clinique au début tous les mois puis tous les 3 mois
- Hb et compte GB tous les 6 mois

Conditions d'arrêt de la prophylaxie

- réactions cutanées sévère comme le syndrome de Steven Johnson
- insuffisance rénale et/ou hépatique
- toxicité hématologique sévère
- si patient sous trithérapie et 2 contrôles de CD4 à 3 mois d'intervalle > 350

#### 4.3– Alternative au Cotrimoxazol

En cas d'allergie au SMX/TMP

DAPSONE 50 mg 2x/jour + PYRIMETHAMINE 50 mg 1x/semaine + ACIDE FOLIQUE 25 mg 1x/semaine
---

Si CD4 disponible ; pyriméthamine et acide folique uniquement si CD4 < 100  
(= prophylaxie Toxoplasmose)

#### 5- MESURES GENERALES DE PREVENTION DES INFECTIONS

- *Contact avec les animaux*: les animaux sont un réservoir de cryptosporidium, de salmonelloses (en particulier les reptiles tels que les tortues et serpents) et d'infections à campylobacter. Tout contact avec un animal diarrhéique doit être déconseillé, et lors de contacts inévitables avec les excréments d'animaux le port de gants est conseillé.

- *Contamination alimentaire*: L'eau destinée à la boisson ou à la préparation d'aliments doit être bouillie: une ébullition d'une minute suffit à éviter le risque de cryptosporidiose. L'utilisation de filtres à eau (à un micron) permet également de réduire ce risque. L'exposition à de l'eau de rivière ou de lac lors de la natation par exemple, peut entraîner une giardiase ou une cryptosporidiose, et est donc à déconseiller.

Les aliments tels que les oeufs crus ou peu cuits, les viandes et poissons crus ou peu cuits, les produits laitiers non pasteurisés, les aliments préparés vendus en rue tels que les galettes, les glaces, etc...peuvent tous avoir des germes entériques divers et sont formellement à déconseiller ou alors doivent être bien cuits.

Les fruits et légumes doivent être consommés cuits, ou crus mais dans ce cas soigneusement épluchés.

La contamination des aliments "sains" par des germes doit être évitée: le matériel de cuisine doit être propre et sec, et il faut éviter que des aliments crus n'entrent en contact avec des aliments consommables.

Il faut se laver les mains avant de préparer les aliments et de manger.

## CHAPITRE III- PROTOCOLES ARV

### 1. *Prise en charge thérapeutique du VIH*

#### 1.1 *Principes du traitement antirétroviral*

##### 1.1.1- Objectif

L'objectif du traitement antirétroviral est de rendre et maintenir la charge virale indétectable afin de restaurer l'immunité, permettant d'augmenter l'espérance de vie et d'améliorer la qualité de vie des patients.

##### 1.1.2- Principes

- C'est un traitement à vie, qui nécessite une excellente observance de la part des patients et un suivi intensif de la part des personnels soignants
- Le traitement antirétroviral est une trithérapie associant généralement deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) ou un inhibiteur de protéase (IP).
- Les combinaisons thérapeutiques fixes doivent être privilégiées pour favoriser l'observance et diminuer le coût de la prise en charge pour le pays.
- Les molécules utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments essentiels de la Guinée ou bénéficier d'une autorisation spéciale et seront nécessairement pré-qualifiés par l'OMS.

#### 1.2 *Protocoles thérapeutiques antirétroviraux chez l'adulte et l'adolescent*

##### 1.2.1-Indications du traitement

L'indication du traitement sera fonction de l'état clinique, immunologique et/ou virologique du patient (cf. classification OMS révisée<sup>1</sup> en annexe).

#### **Si la numération des lymphocytes CD4 est disponible**

Le traitement doit être le plus précoce possible, lors que le taux de CD4 est inférieur ou égal à 350/ mm<sup>3</sup>

Stade 1, II, III, IV avec taux de lymphocytes CD4<350 Stade III et IV OMS, quel que soit le taux de lymphocytes CD4 Stade II OMS ou stade I avec un taux de lymphocytes CD4 < 350 /mm <sup>3</sup>
--

Pour les patients asymptomatiques ou peu symptomatiques ayant un taux de lymphocytes CD4 est entre 350 et 500/mm<sup>3</sup>, le traitement sera discuté en fonction de :

- l'évolutivité clinique
- la charge virale quand elle est disponible (charge virale supérieure à 100000 copies/ml) à deux contrôles
- la motivation du patient.

<sup>1</sup> Interim WHO clinical staging of HIV/AIDS and HIV/AIDS case definitions for surveillance (African Region), WHO/HIV/2005.02

Pour les patients asymptomatiques avec des CD4 entre 350 et 500/mm<sup>3</sup> et une charge virale <100.000copies/ml, le traitement ARV n'est pas recommandé et l'on surveillera les lymphocytes CD4 tous les 3 à 6 mois.

***Si la numération des lymphocytes CD4 n'est pas disponible***

On se basera sur la clinique

Stade IV et III de l'OMS quelque soit les symptômes Stade II et I OMS seront discutés en fonction de l'évolutivité clinique
--

Les patients ne doivent pas être traités sur la base des lymphocytes totaux

***1.2.2- Schémas thérapeutiques***

*Est considéré comme schéma de première ligne tout schéma de première intention chez un sujet naïf de tout traitement antirétroviral. Toute substitution en cas d'intolérance par exemple est aussi considérée comme un schéma de première ligne.*

*Est considéré comme schéma de deuxièmeement ligne tout schéma après **échec** thérapeutique*

***1.2.2 .a- Schémas de première ligne pour le VIH 1 et VIH2***

Il associe deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase Inverse (INTI) et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI).

Les régimes préférentiels en première intention sont les suivants

Schema	Indications
AZT+3TC+NVP	
AZT+3TC+EFV	TB
TDR+3TC+EFV	TB & anémie
TDF+FTC+EFV	Coinfection VIH / VHB
AZT+3TC+LPV/r	TB & EI NNRTI & VIH2
AZT+3TC+ABC	VIH2 / TB
AZT+3TC+LPV/r	VIH 2

***1.2.2. b-Toxicité des antirétroviraux de première ligne et substitutions recommandées (OMS)***

ARV 1ère ligne	TOXICITE LA PLUS FREQUENTE	CHANGEMENT
<b>AZT</b>	Anémie sévère ou neutropénie	<b>TDF ou D4T ou ABC</b>
	Intolérance gastro-intestinale sévère	<b>D4T ou ABC</b>
	Acidose lactique	<b>TDF ou ABC</b>
<b>D4T</b> □	Acidose lactique	<b>TDF ou ABC</b>
	Neuropathie périphérique	<b>AZT ou TDF ou ABC</b>

	Pancréatite	
	Lipoatrophie/syndrome métabolique	<b>TDF ou ABC</b>
<b>TDF</b>	Toxicité rénale	<b>AZT ou ABC ou d4T</b>
<b>EFV</b>	Toxicité du système nerveux central persistante et sévère	<b>NVP ou TDF ou ABC</b>
	Téatogénicité (femme au 1er trimestre de grossesse ou en âge de procréer sans contraception adéquate)	<b>NVP ou ABC</b>
<b>NVP</b>	Hépatite	<b>EFV ou TDF ou ABC</b>
	Réaction d'hypersensibilité	<b>TDF ou ABC</b>
	Rash sévère ou mettant la vie en danger (syndrome de Stevens-Johnson et Lyell)	

**NB : Les recommandations de 2008 proposent que les pays cessent progressivement de préconiser la stavudine comme traitement de choix en première intention et passent à d'autres produits moins toxiques tels que la zidovudine (AZT) et le ténofovir (TDF).**

**Remarque :**

1. La névirapine (NVP) doit être administrée à demi-dose (200 mg/jour) pendant les 14 premiers jours de traitement puis en pleine dose (200 mg x 2/jour) par la suite
2. En cas d'arrêt de la névirapine pour une durée excédant 15 jours, sa réintroduction doit toujours se faire à dose progressive
3. Si un traitement contenant un INNTI (longue demi-vie) doit être arrêté, les deux INTI doivent être poursuivis pendant 15 jours.
4. Eviter l'utilisation de d4T, et la substituer par AZT ou TDF
5. Il faut proscrire les associations suivantes :
  - La stavudine (d4T) et la zidovudine (AZT) en raison de leur effet antagoniste
  - En cas de toxicité hépatique ou dermatologique imputable à la Névirapine, cette molécule est remplacée par l'éfavirenz.
  - En cas de neuropathie imputable à la Stavudine, cette molécule est remplacée par de la zidovudine.
  - En cas de troubles neuropsychiatriques (hallucination et psychose) imputables à l'éfavirenz cette molécule est remplacée par la Névirapine.
  - En cas d'anémie imputable à la zidovudine, cette molécule est remplacée par la Stavudine.
  - En cas d'anémie et de neuropathies associées utiliser un schéma à base de l'abacavir et ténofovir ou Lamivudine et abacavir
  - Ne pas utiliser le ténofovir (TDF) en cas d'insuffisance rénale (IR)

**1.3- Cas des patients ayant déjà reçu un traitement antirétroviral (non naïfs)**

*Patients ayant interrompu leur traitement antirétroviral*

Les patients qui ont déjà reçu un traitement ARV dans le passé mais l'ont interrompu (patient non naïf si > 1 mois de traitement ARV) doivent bénéficier d'un bilan approfondi (histoire

thérapeutique, clinique, CD4, charge virale et si possible tests de résistance), afin de leur proposer le meilleur traitement en fonction des molécules disponibles.

S'il n'y a pas de suspicion de résistance aux ARV et en absence de test de résistance, le traitement initialement reçu pourrait être reconduit. Il est nécessaire de contrôler la CV à M6 surtout si le schéma comporte un INNRT.

S'il y a suspicion de résistance, il faut le considérer comme en échec thérapeutique et proposer un schéma de 2<sup>ème</sup> ligne.

#### ***1.4- Patients déjà sous traitement avec d'autres régimes ARV***

Les patients observants et traités efficacement par un schéma thérapeutique différent des schémas préférentiels actuels seront maintenus sous cette ligne thérapeutique.

Cependant, tous les patients qui étaient au préalable sous un schéma de trithérapie contenant de l'indinavir seul, doivent bénéficier préférentiellement de l'indinavir associé au ritonavir. De même, pour tous les patients qui sont sous un schéma contenant la stavudine depuis 24 mois et plus, il faut substituer la stavudine par l'AZT ou TNV.

#### ***1.5- En cas d'hépatites virales***

##### **– Hépatite virale B**

En cas d'indication de traitement pour le VIH, il faut utiliser l'association de Ténofovir + emtricitabine + Efavirenz dans le schéma thérapeutique. On privilégiera également l'émtricitabine + Efavirenz à la névirapine pour le VIH 1 et lopinavir / ritonavir pour le VIH 2.

##### **– Hépatite virale C**

En cas d'indication du traitement pour le VIH, il faudra également éviter la névirapine et référer à un centre spécialisé si possible.

#### ***1.6- Chez la femme enceinte***

Les critères pour débiter le TARV sont les mêmes chez la femme enceinte que chez les femmes qui ne sont pas en enceinte.

L'introduction du traitement ARV dès la 25<sup>ème</sup> semaine et l'utilisation d'une thérapie associant trois ARV est de nos jours le protocole recommandé par le Programme. Ce traitement doit être maintenu par une trithérapie sous forme de AZT + 3TC + NVP ou mieux 2 INRT (AZT/3TC) + IP (LPV/r). L'OMS en 2008 a recommandé d'initier la prophylaxie dès la 14<sup>ème</sup> semaine ou le plus tôt que possible.

#### **Le protocole sera utilisé devant 3 Scénarios :**

1. Femmes enceintes séropositives sans indication du HAART
2. Femmes enceintes séropositives avec indication du HAART
3. Femmes enceintes séropositives sous ARV démarrant une grossesse

**Scénario 1:****1.6.1- FEMME ENCEINTE CONNUE SEROPOSITIVE SANS INDICATION DE HAART**

Le régime antirétroviral recommandé pour la femme enceinte est l'association (2 INRT+1 INNRT): AZT+3TC+NVP

Régimes possibles	Mère	Enfant
AZT +3TC+NVP	<p>Pendant la grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appliquer une trithérapie à partir de la 14<sup>ème</sup> semaine (AZT/3TC/NVP) : AZT : 300mg toutes les 12 heures 3 TC : 150mg toutes les 12 heures Névirapine (NVP) : 200 mg /jr pendant 14 jours puis 200 mg 2 fois par jour à partir du 15ème jour jusqu'à l'accouchement</li> </ul> <p>A la 36ème semaine si la charge virale est possible : (charge virale détectable) effectuer une césarienne</p> <p>Après l'accouchement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si allaitement artificiel (AA) AZT +3TC même dose à continuer pendant 7 jours, pour la mère</li> <li>• Si allaitement maternel (AM), AZT+3TC à continuer pendant toute la durée de l'allaitement.</li> </ul>	<p>NVP : 2mg/kg en prise unique dans les 72 heures postnatales</p> <p>+</p> <p>AZT: 4mg/kg chaque 8 heures pendant 1 semaine</p> <p>AZT:4mg/kg chaque 8heures pendant 1 semaine.</p> <p>+</p> <p>NVP à raison d'une seule dose de 2 mg/kg administrée dans les 72 heures suivant l'accouchement</p>

	<p>Si la femme est vue tardivement c'est à dire après la 36ème semaine</p> <p>Appliquer une trithérapie : AZT/3TC/NVP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AZT : 300mg toutes les 12 heures</li> <li>- 3 TC : 150mg toutes les 12 heures</li> <li>- Névirapine : 200 mg /jr pendant 14 jours puis 200mg 2 fois par jour à partir du 15ème jour jusqu'à l'accouchement.</li> <li>- Césarienne à 38 semaines, si les conditions le permettent ;</li> </ul> <p>Au moment de l'accouchement (vue en travail)</p> <p>AZT: par voie orale à raison de 300 mg toutes les 3 heures ou en perfusion : 2mg/kg en 1 heure (dose de charge) suivi de 1mg/kg/heure pendant toute la durée du travail jusqu'au clampage du cordon (dose d'entretien)</p> <p>NVP: 200mg au début du travail.</p>	<p>AZT : 2mg/kg/ 8heures pendant quatre (4) semaines</p> <p>NVP à raison d'une seule dose de 2 mg/kg administrée dans les 72 heures suivant l'accouchement.</p>
--	---	---

## Scénario 2:

### 1.6.2- FEMME ENCEINTE CONNUE SEROPOSITIVE AVEC INDICATION DE HAART

**ATTENTION** : Ces patientes doivent idéalement être référées au niveau d'une structure de santé de prise en charge

Régimes possibles	Mère	Enfant
HAART	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuer le schéma HAART en cours mais si la grossesse est au 1er trimestre, remplacer éventuellement l'EFV par la NVP ou un ARV de la classe des PI.;</li> <li>- Continuer le HAART pendant le travail et après l'accouchement comme cliniquement indiqué ;</li> <li>- Eviter la double association dans la classe des ARV NRTI (comme d4T + ddl) comme ils induisent une augmentation de l'acide lactique.</li> </ul>	<p>NVP : 2mg/kg en prise unique dans les 72 heures postnatales</p> <p>et/ou</p> <p>AZT: 4mg/kg chaque 8heures pendant 1 semaine.</p>

### Scénario 3:

#### 1.6.3- FEMME ENCEINTE CONNUE SEROPOSITIVE SOUS ARV DEMARRANT UNE GROSSESSE

Remplacer l'EFV par NVP ou LPV/r au premier trimestre, changer si schéma non efficace .Si la grossesse est programmée, modifier le traitement avant la conception.

Régimes possibles	Mère	Enfant
<b>HAART</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Suivre les recommandations nationales de HAART comme chez les adultes mais l'EFV doit être évitée si possible; l'usage de la NVP doit être évité chez la patiente avec des CD4 &gt; 250/mm<sup>3</sup>;</li><li>- Continuer le HAART pendant le travail et après l'accouchement comme cliniquement indiqué ;</li><li>- Eviter la double association dans la classe des ARV NRTI (comme d4T + ddI) comme ils induisent une augmentation de l'acide lactique.</li></ul>	NVP : 2mg/kg en prise unique dans les 72 heures postnatales + AZT: 4mg/kg chaque 8 heures pendant 1 semaine.

#### 1.6.4- Situations spéciales de la femme enceinte:

- **Femme enceinte, VIH+, avec tuberculose active** : il est recommandé de référer cette patiente à une structure de référence. La NVP n'est pas recommandée chez la femme recevant un traitement antituberculeux contenant la rifampicine.
- **Femme, VIH+, en post-partum et ayant besoin de HAART** : une méthode de planification familiale efficace – la double protection est l'idéale : à la méthode contraceptive appropriée est associée le condom – doit être considérée surtout si cette femme sera sous un régime HAART contenant l'EFV.

#### 1.6.5- Contraception et ARV :

A tout moment qu'une femme VIH+ sera mise sous une méthode contraceptive, il faut se rappeler que son HAART interagirait avec la contraception hormonale. Dès lors, envisager une autre méthode plus effective et recommander l'usage additionnel et systématique du condom – la double protection.

### 1.7- Schémas de 2eme ligne

Il est indiqué chez un patient en échec thérapeutique documenté

Chez un patient en échec thérapeutique du fait d'une inobservance caractérisée, il faudra reprendre l'éducation thérapeutique du patient et renforcer l'observance avant d'envisager tout changement de ligne thérapeutique.

Le schéma de 2<sup>e</sup> ligne doit inclure au moins 2 nouvelles molécules dont l'une issue d'une famille différente des familles utilisées en première ligne

En cas d'échec thérapeutique confirmé VIH 1 et 2 de la 1<sup>ère</sup> ligne, les schémas préférentiels de deuxième ligne suivant sont recommandés:

ABC+DDI+LPV/r
TDF+FTC+LPV/r

Les alternatives suivantes sont possibles en cas de contre-indication ou de toxicité de l'une des molécules du schéma préférentiel :

Schéma 1ère ligne	Schéma 2ère ligne	
	INTI	IP
<b>AZT +3TC+NVP</b> <b>AZT+3TC+EFV</b>	<b>ABC + DDI</b> <b>ou</b> <b>TDF+FTC</b>	<b>LPV/r</b> <b>Ou en alternative</b> <b>IDV/r</b>
<b>TDF+FTC+EFV</b> <b>AZT+3TC+LPV/r</b>	<b>ABC + DDI</b>	

L'association DDI + Tenofovir n'est pas recommandée en raison d'une toxicité cumulée (pancréatique, lymphopénie CD4) et des échecs virologiques précoces.

### 1.7- Le schéma de 3<sup>ème</sup> ligne

-Une discussion pluridisciplinaire (cliniciens, virologues, pharmacologues) peut-être très utile.

-Adresser au centre de référence

-Revoir toute l'histoire thérapeutique : liste des médicaments reçus, résultats obtenus avec chaque traitement, causes des échecs.

-Tests génotypiques de résistance.

-Critères d'initiation : cliniques, immunologiques et virologiques.

-Traitement reposant sur :

2INRT+ darunavir/ritonavir ou raltégravir + étravirine.

Pour les éventuels échecs de traitement de 2<sup>ème</sup> ligne, les molécules suivantes pourront être utilisées :

ABC+DDI	pour ceux ayant reçu TDF+FTC
TDF+3TC	pour ceux ayant reçu ABC+DDI
AZT	suite génotypage
3TC	suite génotypage
SQV	
IDV	
RTV	

### **1.8- Définition de l'échec thérapeutique**

La documentation d'un échec thérapeutique est basée sur des critères cliniques, immunologiques et virologiques.

#### **1.8.1- Echec clinique**

- Détérioration clinique avec apparition de nouvelles maladies opportunistes ou récurrence de maladies opportunistes autres que la tuberculose.
- Survenue ou récurrence d'une affection du stade OMS III ou IV

Chez les patients sévèrement immunodéprimés, l'apparition de nouveaux signes au cours des 3 premiers mois de traitement ARV ne signifie pas obligatoirement un échec clinique. Il peut en effet s'agir d'un syndrome de restauration immunitaire (cf. annexes), qui doit être traité pour lui-même sans modification des ARV. La décision de changer de traitement devra donc également tenir compte de l'évolution immunologique (CD4) et, virologique (CV)

#### **1.8.2- Echec immunologique**

- Si le taux de CD4 reste < 100 / mm<sup>3</sup> à M12
- Retour du nombre de CD4 au niveau ou sous le niveau pré thérapeutique, en l'absence de la survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse
- Baisse de plus de 50% du nombre de CD4 par rapport au pic atteint sous traitement en l'absence de survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse.

Remarque :

- Si le patient est asymptomatique et que l'échec n'est évoqué que sur des critères immunologiques, une confirmation par un deuxième dosage des CD4 est immédiatement recommandée.
- Si le taux de CD4 reste bas après deux dosages consécutifs, il faut considérer qu'il s'agit d'un échec immunologique.

#### **1.8.3- Echec virologique**

- Impossibilité de réduire la charge virale à un niveau indétectable (il est souhaitable de mettre un seuil national en fonction des laboratoires en place par exemple 50 copies / ml) après 6 mois de traitement bien conduit.

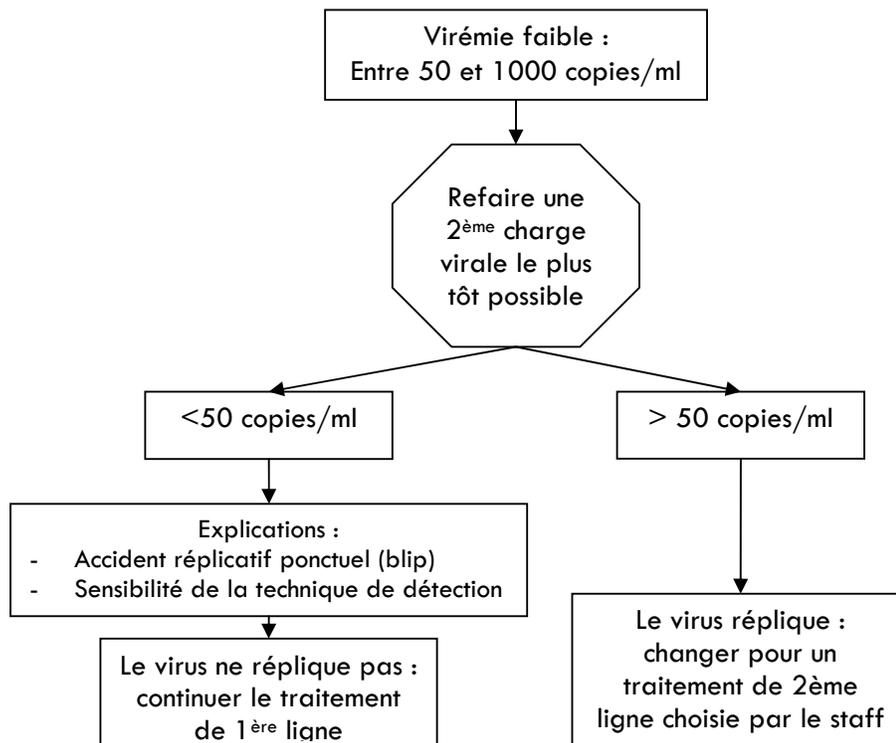
- Une charge virale qui devient détectable après une période plus ou moins longue de succès virologique (d'indétectabilité).

Un échec thérapeutique sera documenté par une mesure de la charge virale, mais la constatation d'un échec clinique et immunologique patent permet d'affirmer l'échec de la première ligne de traitement.

#### 1.8.4- Gestion de l'échec thérapeutique

- Si échec clinique avéré (patient en stade 3 ou 4 OMS) et CD4/CV indisponible : passer en 2<sup>ème</sup> ligne. La perte de poids semble également être un bon facteur prédictif de l'échec
- Si échec immunologique et stade 1 ou 2 OMS et CV indisponible : reconstrôler les CD4 pour s'assurer de l'échec immunologique. Passer en 2<sup>ème</sup> ligne si confirmé
- Si échec clinique et immunologique : passer en 2<sup>ème</sup> ligne
- Si échec virologique (CV>50 copies/ml) :
  - Si 50<CV<1000 copies /ml : suivre l'**algorithme** de virémie faible (**voir algorithme ci-dessous**)
  - Si CV>1000 copies/ml : comprendre la raison de la réplication (observance, tolérance, posologie, interactions) et passer en 2<sup>ème</sup> ligne

- **Algorithme** : Gestion d'une virémie faible



## **1.9- QUAND DEMARRER LE TRAITEMENT ARV ?**

### **Le traitement ARV peut être initié après :**

1. Avoir recherché, diagnostiqué et stabilisé toutes les IO et autre pathologie évolutive
2. Avoir prescrit le cotrimoxazole (ou une alternative) au patient et s'assurer de la tolérance
3. S'être assuré de la bonne compréhension de la maladie par le patient et de son adhésion au traitement ARV après éducation thérapeutique.
4. Avoir évalué cliniquement et immunologiquement le patient

**NB : L'inaccessibilité à la numération des CD4 ne doit en aucun cas retarder l'initiation du traitement ARV chez un patient éligible cliniquement.**

### **1.9.1- Evaluation initiale des capacités d'observance pour une adhésion optimale**

L'information et l'éducation du patient avant la mise sous ARV doivent porter sur :

- Le caractère chronique mais potentiellement fatal de l'infection par le VIH
- Les buts du traitement antirétroviral et sa durée à vie
- L'importance du premier traitement antirétroviral, qui est associé aux meilleures chances de succès immunovirologique
- La complexité des traitements et la possibilité d'effets indésirables à court, moyen et long termes
- Les enjeux de la qualité d'une bonne observance et les conséquences d'une mauvaise observance (résistance aux ARV, efficacité moindre des schémas thérapeutiques ultérieurs)...

### **1.9.2- Evaluation clinique pré ARV**

La décision d'initier le traitement chez les adultes et les adolescents se base sur la classification en stades cliniques de l'OMS (voir dernière réactualisation : 2006 en annexe)

#### **1.9.2. a - Evaluation immunologique**

La numération des CD4 permet d'évaluer le moment optimal pour initier le traitement ARV (avant l'altération de l'état général et l'apparition des premières infections opportunistes).

Dans les recommandations de 2008 de l'OMS, envisager un traitement plus précoce lorsque le taux de CD4 est égale ou inférieure à 350/mm<sup>3</sup> quelques soient les symptômes.

La numération des CD4 permet également de suivre l'efficacité thérapeutique du traitement.

#### **1.9.2. b- Evaluation virologique**

L'évaluation virologique, via la mesure de la charge virale, n'est pas obligatoire avant l'initiation du traitement ARV.

### 1.9.2. c- Examen clinique

**Tableau B.4 :** Examen clinique essentiel :

Catégories	Ne pas oublier :
Signes généraux	Au bilan initial : poids, taille, périmètre brachial, tension artérielle, rythme cardiaque, rythme respiratoire
	A chaque consultation : poids, température, périmètre brachial
	Régulièrement : tension artérielle + autres signes vitaux si problème identifié au bilan initial
Examen clinique minimal	Observation de la cavité orale, des conjonctives, des phanères et de la peau
	Observation de l'acuité visuelle (la baisse d'acuité progressive asymétrique non douloureuse est très subjective de la rétinite à CMV)
	Auscultation pulmonaire, cardiaque et abdominale
	Palpation abdominale
	Palpation des aires ganglionnaires et annotation de la taille des adénopathies dans le dossier à chaque consultation (recherche de la TB++)

**Tableau B.5 :** Examen clinique essentiel :

Autres parties de l'examen clinique (neurologique, gynéco, etc.) sur symptômes d'appel relevés à l'anamnèse → Référer aux spécialistes si possible
--

### 1.9.3. Bilan biologique pré-thérapeutique

**Tableau B.6 :** Bilan essentiel de base pré-ARV

Examen	Disponibilité : capacité de la structure à réaliser l'examen			Résultat
	Hôp. Nat	Hôp Rég.	Hôp Pref./CMC/ CSA	
Sérologie VIH*	OUI	OUI	OUI	VIH1 / VIH2 / VIH1+2 Si VIH indéterminé : refaire la discrimination VIH avec un autre échantillon de sang du patient dans le même laboratoire. Si toujours indéterminé, envoyer un échantillon au LNR
Sérologie VHB*	OUI	OUI	OUI	Si AgHBs positif, le traitement ARV doit être adapté pour être efficace sur la réplication du VIH et du VHB (ténofovir, lamivudine ou emtricitabine.)
CD4* (cellule/mm <sup>3</sup> )	OUI	OUI	OUI	> 500 : immunité normale 350-500: immunodépression modérée ≤350 : immunodépression majeure
NFS*	OUI	OUI	OUI (manuelle)	Si Hb < 8,5g/dl -reporter la mise sous AZT, -prudence avec le cotrimoxazole -recherche étiologique et correction de l'anémie

Transaminases*	OUI	OUI	OUI	Normal entre 0 et 50 UI/ml. Si augmentation : -reporter la mise sous NVP -faire un bilan hépatique complet si possible (échographie, sérologie VHB, VHC, ATCD prise médicaments traditionnels, alcoolisme, etc.)
Recherche active de TB (crachats)*	OUI	OUI	OUI	Résultats de la recherche à corrélérer à l'immunité du patient. Si + : transférer le patient au CAT/LTO avec une note écrite (examens effectués et demande de mise sous antituberculeux.

**Tableau B.7** : Bilan de base pré-ARV en fonction des caractéristiques du patient et/ou du son traitement

Examen	Disponibilité			Utilité	Résultat
	Hôp.Nat	Hôp Régional	HP/CM C/CSA		
Glycémie à jeun, bilan lipidique, créatinémie*	OUI	OUI	OUI si possible	Si initiation par un traitement ARV comprenant un inhibiteur de protéase (VIH2, contre-indications aux INNRTI, etc.) ou du Tenofovir (créatinémie)	Si valeur(s) anormale(s) : -recherche étiologique et correction/traitement -présentation du dossier en staff pour décision collégiale du choix des ARV
Test de grossesse*	OUI	OUI	OUI	Si femme en âge de procréer	Si positif : -EFV contre-indiqué au premier trimestre de la grossesse -reporter la mise sous cotrimoxazole au début du deuxième trimestre de grossesse
Charge virale (copies/ml)*	Labo HN/LNR	Non	Non	Est utilisée par les Labos HN/LNR dans le cadre de la mise en évidence des résistances primaires du VIH	Pas de résultat à attendre
Sérologie VHC*	Oui	Oui	Oui	Dans le cadre d'un bilan hépatique si valeurs anormales des transaminases	Pas de traitement ARV efficace sur la réplication du VHC
Examens nécessaires aux diagnostics des IO autres que TB*	Oui	En Partie	En partie	Dans le cadre d'un bilan diagnostique d'IO**	Attention aux interactions entre médicaments anti-IO et ARV (référer)

\*L'ensemble des examens virologiques, immunologiques, bactériologiques, hématologiques et biochimiques suivis d'une sont effectués gratuitement aux patients lorsque les réactifs sont fournis par l'IGAARV dans les structures de prise en charge validées. Les examens complémentaires (de quelque nature que ce soit) servant à diagnostiquer des infections opportunistes et le test de grossesse ne sont pas compris dans les examens gratuits.

\*\*selon signes d'appel : hémoculture, coproculture et ECBU (+ antibiogramme), examens du LCR, radiographies, échographies, scanner, fibroscopie digestive et respiratoire en fonction des besoins et des disponibilités

#### **1.9.4- Suivi sous traitement**

Le suivi sous traitement antirétroviral comprend un bilan clinique et un bilan biologique (paquet minimum). Toutes les données doivent être mentionnées dans le dossier du malade.

- **Bilan clinique**

A réaliser 14 jours après l'initiation du traitement antirétroviral puis tous les 6 mois ou à la demande du patient.

Comprend :

- poids corporel et indice de masse corporelle (IMC)
- croissance (taille, poids) pour les enfants
- Infections opportunistes récentes
- effets indésirables
- niveau d'observance

- **Bilan biologique**

A réaliser tous les 6 mois du traitement antirétroviral :

- hémogramme et nombre absolu de lymphocytes CD4
- biochimie : glycémie, transaminases, créatinémie

Mesure de l'ARN VIH plasmatique :

- annuelle dans les centres de référence,
- ailleurs : seulement en cas d'échec immunologique

D'autres analyses biologiques peuvent être réalisées en fonction de l'état clinique du malade et des molécules utilisées/.

#### **L'indisponibilité d'un examen autre que la sérologie VIH ne doit pas retarder la mise sous traitement antirétroviral d'un patient**

La valeur absolue de CD4 fluctue chez un individu et peut varier en cours d'épisode infectieux. Il est donc préférable de mesurer les CD4 après stabilisation de l'état du patient, ou de refaire la mesure une fois le patient stabilisé.

#### **1.9.5- Initiation du patient et éducation thérapeutique**

L'observance du premier traitement, évaluée après 6 mois de traitement antirétroviral, constitue le meilleur facteur prédictif de succès thérapeutique prolongé

L'éducation thérapeutique doit être dispensée :

- par une personne formée, dont les horaires sont aménagés pour effectuer cette tâche
- dans un lieu approprié autre que le bureau où consulte le médecin.

- à des horaires qui conviennent au patient, indépendamment de ses rencontres avec le médecin

L'accueil, l'accompagnement et le suivi d'une personne infectée par le VIH requièrent une multidisciplinarité des prestataires de soin. Partager les responsabilités et déléguer vos tâches sont dans votre intérêt, celui de votre équipe et celui du patient.

### ***1.10- Le Suivi psychosocial***

Vu l'importance cruciale d'une excellente adhésion du patient à la trithérapie et vu que l'information aux patients et le support psychosocial demandent beaucoup de temps et que le médecin peut difficilement gérer tout seul, le suivi psychosocial des patients sous ARV sera assuré par les conseillers. Ils ont bénéficié d'une formation de base sur la trithérapie (conditions de mise sous traitement, effets secondaires...).

Ainsi les fonctions des conseillers dans le suivi de la trithérapie sont :

- Information des patients désignés comme candidat à la trithérapie par le médecin, sur les ARV, leur mode de prise, leurs effets secondaires...
- Participation active à la consultation de mise sous traitement.
- Consultations de suivi (support psychologique et suivi de l'adhérence et de la compliance du patient). Le conseiller pourra ainsi signaler au médecin d'éventuels problèmes à ce niveau.
- Organisation et animation de groupes de support spécifiques aux patients sous ARV.

## CHAPITRE IV

### PRISE EN CHARGE DES ENFANTS INFECTES PAR LE VIH

#### 1- Définition de l'infection à VIH chez l'enfant :

L'infection à VIH est la pénétration et le développement du VIH dans l'organisme. Il existe 2 types principaux : le VIH 1 et le VIH 2. La séropositivité pour le VIH est la présence d'anticorps dirigés contre les antigènes du VIH 1 et ou 2 chez un sujet. Elle peut être asymptomatique ou s'accompagner de signes cliniques: c'est le Sida.

Chez l'enfant, la présence d'anticorps ne signifie une infection à VIH qu'au-delà de l'âge de 18 mois, période pendant laquelle les anticorps maternels peuvent expliquer sa séropositivité.

Durant cette période, seule la mise en évidence du VIH dans le sang de l'enfant permet d'affirmer l'infection à VIH (PCR, culture virale).

#### 2- Histoire naturelle du VIH

- L'évolution clinique de l'infection pédiatrique à VIH est plus rapide que chez l'adulte.
- L'histoire naturelle de l'infection à VIH des enfants en période périnatale peut être classée en trois catégories :
- **1<sup>ère</sup> catégorie.** Les progressseurs rapides, ayant acquis l'infection in utero ou au cours de la période périnatale précoce, décèdent avant l'âge de un an (environ 25 % à 30 %).
- **2<sup>ème</sup> catégorie.** Les enfants qui développent précocement des symptômes, suivis d'une dégradation rapide de l'état clinique et du décès entre 3 et 5 ans (environ 50 % à 60 %).
- **3<sup>ème</sup> catégorie.** Les survivants à long terme du SIDA qui vivent au-delà de l'âge de 8 ans (environ 5 % à 25 %)

#### 3- Modes de transmission

- En Afrique, plus de 95 % des nourrissons infectés par le VIH ont été contaminés par leur mère au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement ou pendant l'allaitement ;
- La transmission sexuelle représente un mode non négligeable de contamination chez les adolescents, malgré que le rôle des sévices sexuels comme source de l'infection à VIH chez l'enfant ne soit pas documenté. Les orphelins sont particulièrement vulnérables aux sévices sexuels;
- La transfusion de produits sanguins infectés est une autre source possible de l'infection à VIH chez l'enfant;
- Le VIH peut également être transmis aux enfants par l'utilisation des seringues non stériles ou des techniques d'injection non aseptiques.
- Aussi, les rituels communautaires traditionnels et les procédés thérapeutiques entraînant des saignements représentent des modes potentiels de contamination et les communautés devront être informées des dangers potentiels de ces pratiques.

#### 4- Diagnostic et classification

En général les signes et symptômes cliniques sont des paramètres utiles pour établir un diagnostic de l'infection à VIH, mais chez l'enfant, les critères cliniques se confondent à ceux d'autres maladies infantiles communes.

##### 4.1- Diagnostic clinique

L'infection à VIH s'apparentant à des affections fréquemment présentes chez les enfants non infectés par le VIH, il est difficile d'établir un diagnostic clinique.

Le **Tableau 1** regroupe ces affections selon les critères suivants :

1. Affections communes aux enfants infectés ou non par le VIH ;
2. Affections communes chez les enfants infectés, mais moins fréquentes chez les enfants non infectés et;
3. Affections communes, mais très spécifiques à l'infection à VIH.

La survenue de ces signes ou affections cliniques permettra d'évoquer une infection à VIH chez un enfant. Ce sera une alerte pour le prestataire de soins qui devra tenter d'obtenir dans les antécédents, des arguments complémentaires pertinents (tels que la santé maternelle) et des données biologiques.

<b>Tableau 1 Signes ou affections cliniques chez l'enfant pouvant indiquer une infection à VIH</b>	
<b>Spécificité de l'infection à VIH</b>	<b>Signes/affections</b>
<b>Signes/affections très spécifiques à l'infection à VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pneumonie à pneumocystis</li><li>• Candidose œsophagienne</li><li>• Cryptococcose extrapulmonaire</li><li>• Infection invasive à Salmonella</li><li>• Pneumopathie lymphoïde interstitielle</li><li>• Herpès zoster (zona) envahissant plus d'un dermatome</li><li>• Sarcome de Kaposi</li><li>• Lymphome</li><li>• Encéphalopathie multifocale progressive</li></ul>
<b>Signes/affections communs chez les enfants infectés par le VIH et rares chez les enfants non infectés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Infections bactériennes sévères, particulièrement si récurrentes</li><li>• Muguet buccal persistant ou récurrent</li><li>• Parotidite bilatérale sans douleurs</li><li>• Lymphadénopathie persistante généralisée non inguinale</li><li>• Hépto-splénomégalie (dans des zones non endémiques du paludisme)</li><li>• Fièvre persistante et/ou récurrente</li><li>• Dysfonctionnement</li></ul>

	neurologique • Herpès zoster (zona) confiné à un dermatome • Dermite généralisée persistante ne répondant pas au traitement
<b>Signes/affections communs aux enfants infectés par le VIH, mais également communs aux enfants malades, mais non infectés par le VIH</b>	• Otite chronique ou récurrente avec épanchement rétrotympanique • Diarrhée persistante ou récurrente • Pneumonie sévère • Tuberculose • Bronchectasie • Retard de croissance • Marasme

*La classification pédiatrique révisée de l’OMS (2006) répartit les enfants infectés par le VIH en quatre catégories.*

<b>Tableau 2 Classification pédiatrique révisée de l’OMS du VIH/SIDA</b>	
<b>Stade clinique pédiatrique 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asymptomatique</li> <li>• Lymphadénopathie persistante généralisée (LPG)</li> </ul>
<b>Stade clinique pédiatrique 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hépatosplénomégalie persistante inexplicée</li> <li>• Infection à VPH étendue, faciale de plus de 5% de la surface corporelle ou entraînant une défiguration</li> <li>• Éruptions de papules prurigineuses</li> <li>• Mycoses des ongles</li> <li>• Érythème gingival linéaire</li> <li>• VPH ou molluscum contagiosum étendus (&gt; 5 % de la surface corporelle/faciale)</li> <li>• Ulcérations buccales récurrentes (&gt; 2 épisodes/6 mois)</li> <li>• Parotidomégalie persistante inexplicée</li> <li>• Herpès zoster</li> <li>• Infection récurrente ou chronique des voies respiratoires supérieures (IVRS) : Otite moyenne, otorrhée, sinusite, tonsillite (&gt; 2 épisodes/6 mois)</li> </ul>
<b>Stade clinique pédiatrique 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malnutrition modérée inexplicée (score -2 SD ou score Z) ne répondant pas à une thérapie standard</li> <li>• Diarrhée persistante inexplicée (≥ 14 jours)</li> <li>• Fièvre persistante inexplicée (intermittente ou constante, &gt; 1 mois)</li> <li>• Candidose buccale persistante (en dehors des 6-8 premières semaines de vie)</li> <li>• Leucoplasie orale chevelue</li> <li>• Adénopathie tuberculeuse</li> <li>• Tuberculose pulmonaire</li> <li>• Pneumonie sévère ou récurrente, présumée bactérienne (épisode en cours plus au moins un autre épisode dans les six mois précédents)</li> <li>• Gingivite ulcéro-nécrotique/parodontite aiguë</li> <li>• Pneumopathie lymphoïde interstitielle (PIL)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie pulmonaire chronique associée au VIH, dont bronchectasie</li> <li>• Épisodes inexpliqués d'anémie (&lt; 8gm/dL), de neutropénie (&lt; 1 000/mm<sup>3</sup>) ou de thrombocytopénie (&lt; 50 000/mm<sup>3</sup>) pendant &gt; 1 mois.</li> <li>• Myocardiopathie liée au VIH</li> <li>• Néphropathie liée au VIH</li> </ul>
<p><b>Stade clinique pédiatrique présomptif 4</b></p>	<p>(âge &lt; 18 mois)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nourrisson symptomatique de &lt; 18 mois*, positif pour les anticorps anti-VIH, faire un diagnostic présomptif d'infection à VIH sévère (stade clinique 4) quand :</li> </ul> <p>1. Deux ou plusieurs des critères suivant sont présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Candidose buccale / érythème buccal</li> <li>• Pneumonie sévère</li> <li>• Sepsis</li> </ul> <p><b>OU</b></p> <p>2. Le diagnostic d'une maladie classant SIDA peut être fait (voir ci-dessous)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autre argument : décès récent de la mère lié au VIH ou infection à VIH avancée de la mère ; et/ou CD4 &lt; 20 %</li> <li>• Un diagnostic présomptif du stade clinique 4 de la maladie chez des nourrissons &lt; 18 mois séropositifs nécessite une confirmation par des tests virologiques de dépistage du VIH, autant que possible, ou par les tests sérologiques après l'âge de 18 mois. Il est recommandé d'être familier à la décision de mise sous traitement antirétroviral, dans le cas où les tests virologiques ne sont pas disponibles.</li> </ul>
<p><b>Stade clinique pédiatrique 4 (à tout âge)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amaigrissement sévère ou malnutrition sévère inexpliqués (score - 3DS, comme défini dans les recommandations PECIM de l'OMS) ne répondant pas à une thérapie standard</li> <li>• Pneumonie à pneumocystis</li> <li>• Infections bactériennes sévères récurrentes présumées : empyème, pyomyosite, infection de l'ose ou des articulations, méningite mais à l'exception de la pneumonie (épisode en cours plus au moins un autre épisode dans les six mois précédents)</li> <li>• Infection à HSV chronique bucco-labiale, cutanée ou viscérale (durée &gt;1 mois)</li> <li>• Tuberculose extrapulmonaire</li> <li>• Sarcome de Kaposi</li> <li>• Candidose œsophagienne (ou candidose de la trachée, des bronches ou des poumons)</li> <li>• Toxoplasmose cérébrale (en dehors de la période néonatale)</li> <li>• Cryptococcose extrapulmonaire dont méningite</li> <li>• Toute mycose endémique généralisée (histoplasmosse extrapulmonaire, coccidiomycose, pénicilliose)</li> <li>• Cryptosporidiose ou isosporose (avec diarrhée &gt; 1 mois)</li> <li>• Infection à CMV de la rétine ou d'un autre organe et apparition à &gt; 1 mois d'âge</li> <li>• Maladie mycobactérienne généralisée autre que la tuberculose</li> <li>• Fistule vésico-rectale acquise associée au VIH</li> <li>• Lymphome cérébral ou lymphome B non Hodgkinien</li> <li>• Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP)</li> <li>• Encéphalopathie à VIH</li> </ul>

Les enfants qui ont un SIDA clinique et/ou une immunodépression sévère auront besoin de soins et d'interventions thérapeutiques les plus agressifs, traitement ARV compris.

Dans beaucoup de contextes de soins de santé primaires, l'ancienne définition clinique du SIDA chez les enfants (OMS 1986) sera peut-être même plus familière aux prestataires de soins. Elle a toujours de la valeur dans l'identification des enfants devant recevoir un traitement. En raison de leur faible sensibilité, ces critères peuvent également permettre d'identifier des enfants souffrant d'une malnutrition inexplicée, de la tuberculose ou de complications post-rougeoleuses comme atteints de SIDA (voir en annexe).

## 5- Prise en charge selon la stratégie PCIMNE

Pour les enfants de moins de cinq(5) ans (voir document PCIMNE évaluer et classer l'enfant atteint de VIH).

### 5.1- Evaluer et classer le nouveau né pour l'infection à VIH

La mise en œuvre de la PCIMNE est une opportunité pour identifier le plus tôt possible dans leur jeune âge des enfants infectés par le VIH et organiser leur prise en charge.

Interroger la mère ou étudier son dossier médical pour apprécier son statut vis à vis de l'infection VIH. Si la mère porte le virus VIH (sérologie VIH positive de la mère), il y a une **Possibilité de transmission de l'infection** de la mère au bébé. Ce risque diminue si la mère et son bébé suivent correctement le protocole national de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME). Lorsque le statut sérologique VIH de la mère n'est pas connu, le risque ne peut être nul et il est conseillé de proposer le processus de dépistage à la mère afin de mieux prendre soin d'elle même, de son bébé et de sa famille.

Evaluer	Classer	Traiter
Si présence de deux ou plusieurs des signes suivants : - Hépatomégalie - Splénomégalie -Infection de l'oreille -Signes d'infection cutanéomuqueuse -Pneumonie grave -Faible poids de naissance	<b>Si sérologie de la mère positive :</b>  <b>INFECTION VIH SYMPTOMATIQUE PROBABLE</b>	Donner des conseils particuliers à la mère pour le choix de l'alimentation de son bébé  .Si la mère choisit d'allaiter son enfant, faire un allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce à quatre mois .Si possibilité d'alimentation à base de Substitut du Lait Maternel, le faire exclusivement  Envisager la PCR dans six semaines
	<b>Si sérologie de la mère inconnue :</b>  <b>INFECTION VIH SYMPTOMATIQUE</b>	Conseiller sur les bénéfices d'un test de dépistage du VIH de la mère et de l'enfant et faire le test si possible. Conseiller de revenir rapidement à l'apparition de tout nouveau problème

	<b>POSSIBLE</b>	
	<b>Si sérologie de la mère négative :</b>  <b>INFECTION VIH PEU PROBABLE</b>	Traiter pour toute autre classification trouvée Refaire le test sérologique de la mère après 3 mois.

### 5.2- Evaluer et classer le nourrisson pour l'infection à VIH

Interroger la mère ou étudier son dossier médical pour apprécier son statut vis à vis de l'infection à VIH. Si la mère porte le virus VIH (sérologie VIH positive de la mère), il y a une **possibilité de transmission du VIH** de la mère au nourrisson. Ce risque diminue si la mère et son nourrisson ont suivi correctement le protocole national de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME). Cependant, il augmente lorsque la mère n'a pas été conseillée pour l'alimentation de son enfant et lorsque la mère a choisi l'allaitement au sein. Lorsque le statut sérologique VIH de la mère n'est pas connu, le risque ne peut être nul et il est conseillé de proposer le processus de dépistage à la mère afin de mieux prendre soin d'elle-même, de son enfant et de sa famille.

<b>Evaluer</b>	<b>Classer</b>	<b>Traiter</b>
Sérologie VIH positive de la mère PCR positive chez l'enfant <b>Deux ou plusieurs des signes</b> suivants présents chez l'enfant : -Adénopathies persistantes généralisées - Hépatomégalie - Splénomégalie -Ecoulement chronique ou récurrent de l'oreille -Problèmes cutanéomuqueux -Diarrhée persistante -Fièvre > 1 mois -Anémie - Pneumonie grave récurrente -Poids très faible -Muguet buccal (hors période néonatale) -Encéphalopathie	<b>INFECTION VIH SYMPTOMATIQUE CONFIRMÉE</b>	Prise en charge du couple Mère enfant Conseiller l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois avec sevrage précoce et brusque Si possibilité, alimentation exclusif au Substitut du Lait Maternel Prophylaxie au COTRIMOXAZOLE 25mg/kg/jour
Sérologie VIH positive de la mère PCR positive chez l'enfant Absence de signes	<b>INFECTION VIH CONFIRMÉE ASYMPTOMATIQUE</b>	Conseiller l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois avec sevrage précoce et brusque Si possibilité, alimentation exclusif au Substitut du Lait Maternel Prophylaxie au COTRIMOXAZOLE 25mg/kg/jour

		kg/jour Surveillance du pourcentage des CD4
<p>Sérologie de la mère inconnue <b>Deux ou plusieurs des signes</b> suivants présents chez l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Adénopathies persistantes généralisées</li> <li>- Hépatomégalie</li> <li>- Splénomégalie</li> <li>-Ecoulement chronique ou récurrente de l'oreille</li> <li>-Problèmes cutanéomuqueux</li> <li>-Diarrhée persistante</li> <li>-Fièvre&gt;1mois</li> <li>-Anémie</li> <li>- Pneumonie grave récurrente</li> <li>-Poids très faible</li> <li>-Muguet buccal (hors période néonatale)</li> <li>-Encéphalopathie</li> </ul>	<b>INFECTION VIH SYMPTOMATIQUE POSSIBLE</b>	<p>Conseiller le test sérologique à la mère Si nécessaire faire la PCR à l'enfant Traiter l'enfant selon les signes présents. Prophylaxie au COTRIMOXAZOLE 25mg/kg/jour</p>
<p>Sérologie de la mère négative <b>Deux ou plusieurs des signes</b> suivants présents chez l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Adénopathies persistantes généralisées</li> <li>- Hépatomégalie</li> <li>- Splénomégalie</li> <li>-Ecoulement chronique ou récurrente de l'oreille</li> <li>-Problèmes cutanéomuqueux</li> <li>-Diarrhée persistante</li> <li>-Fièvre&gt;1mois</li> <li>-Anémie</li> <li>- Pneumonie grave récurrente</li> <li>-Poids très faible</li> <li>-Muguet buccal (hors période néonatale)</li> <li>-Encéphalopathie</li> </ul>	<b>INFECTION VIH PEU PROBABLE</b>	<p>Conseiller le test sérologique à la mère Si positif faire la PCR à l'enfant Traiter l'enfant selon les signes présents.</p>
<p>Sérologie VIH positive de la mère PCR négative chez l'enfant</p>	<b>PAS D'INFECTION A VIH</b>	<p>Conseiller l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois avec sevrage précoce et brusque Si possibilité, alimentation exclusif au Substitut du Lait Maternel</p>

## 6- Classification immunologique

Le CDC a également développé un système de classification immunologique basé sur la numération des lymphocytes CD4 en fonction de l'âge et de l'état du système immunitaire : absence d'immunodépression, immunodépression modérée ou immunodépression sévère.

Classification immunologique basée sur le nombre total et le pourcentage des lymphocytes CD (CDC)			
Catégories Immunologiques	Age de l'enfant		
	< 12 mois	De 1 à 5 ans	De 6 à 12 ans
	CD4/ $\mu$ l (%)	CD4/ $\mu$ l (%)	CD4/ $\mu$ l (%)
<b>1. Absence d'immunodépression</b>	$\geq 1\ 500$ ( $\geq 25$ )	$\geq 1\ 000$ ( $\geq 25$ )	$\geq 500$ ( $\geq 25$ )
<b>2. Immunodépression Modérée</b>	De 750 à 1 499 (15 à 24)	De 500 à 999 (15 à 24)	De 200 à 499 (15 à 24)
<b>3. Immunodépression sévère</b>	< 750 (< 15)	< 500 (< 15)	< 200 (< 15)

## 7- Diagnostic biologique

Le diagnostic exact de l'infection pédiatrique à VIH se fait par les examens biologiques suivants :

- Tests sérologiques, relativement faciles à réaliser (ELISA et tests rapides détermine, immunocomb, Bioline, western Blot)
- Tests virologiques (PCR, antigène P24.....), coûteux et faisant appel à des méthodes biologiques complexes pour le diagnostic précoce.

### 7.1- Diagnostic et classification du VIH/sida chez l'enfant

#### 7.1.1- Chez les enfants âgés de plus de 18 mois

Le diagnostic est établi sur la base de 2 tests sérologiques positifs selon les mêmes modalités que chez les adultes.

#### 7.1.2- Chez les enfants de moins de 18 mois

Les tests sérologiques ne permettent pas d'affirmer l'infection à VIH. La démarche diagnostique dépendra alors de la disponibilité des tests virologiques

### 7.2- Normes pour le diagnostic précoce du VIH

#### 7.2.1- Démarche pour le diagnostic virologique

- Dans tous les cas, il faut d'abord s'assurer que l'enfant a bien été **exposé au VIH** ; ceci peut se faire de deux façons :
  - soit sur la connaissance de la sérologie VIH positive de la mère ou
  - soit sur une sérologie VIH positive chez l'enfant
- Chez qui ? Tout nouveau-né, enfant exposé au VIH avant que le diagnostic sérologique de certitude ne soit possible
- Quand faire le diagnostic virologique ? Le plus tôt possible

Dans le cadre de la PTME, 2 PCR pourront être proposées aux enfants nés de mère VIH+ :

- *PCR 1: Semaine 6 (S6), faite conjointement à la vaccination (vaccin pentavalent) et à la mise systématique sous cotrimoxazole.*

Cette PCR peut révéler toutes les contaminations in utero du per partum et du début de l'allaitement en cas de mise sous allaitement maternel.

- *PCR 2: cette PCR est réservée aux enfants négatifs en PCR 1, sous allaitement maternel et sera faite deux (2) mois après le sevrage complet de l'enfant.*

### 7.2.2-Tests virologiques non disponibles

En l'absence de virologie disponible, un diagnostic de présomption d'infection sévère peut aujourd'hui être posé sur des arguments cliniques et/ ou anamnestiques et /ou biologiques suivants :

#### 7.2.2. a- Arguments cliniques:

- Existence d'un signe clinique du stade 4 ou
- Existence de 2 des 3 signes suivants :
  - Candidose
  - Pneumopathie sévère
  - Infection sévère

#### 7.2.2. b-Arguments anamnestiques:

- Mère au stade 4 sans traitement au moment de l'accouchement
- Mère décédée du sida dans le mois suivant l'accouchement

#### 7.2.2. c- Arguments biologiques: CD4 < 20 %

**Il est nécessaire de confirmer le diagnostic le plus tôt possible.** Ce diagnostic présomptif devra être confirmé par des tests sérologiques, à partir de 18 mois d'âge.

### 7.2.3-Classification

L'appréciation du stade de l'affection VIH/sida est basée sur des critères cliniques et immunologiques selon la classification OMS révisée. Elle permet de suivre l'évolution de l'affection et de poser les indications des traitements prophylactiques et antirétroviraux.

#### 7.2.3. a- Clinique

La détermination de la sévérité clinique de l'infection VIH/sida repose sur la survenue chez l'enfant d'évènements cliniques précis (cf. annexe), dont le diagnostic sera présomptif ou confirmé.

**Tableau 5 : Classification OMS du déficit immunologique lié au VIH**

	<i>≤ 11 mois</i>	<i>12 – 35 mois</i>	<i>36 – 59 mois</i>	<i>≥ 5ans</i>
Non significatif	> 35%	> 30%	> 25%	> 500 mm <sup>3</sup>
Modéré	30 - 35%	25 - 30%	20 - 25%	350 – 499 mm <sup>3</sup>
Avancé	25 – 30%	20 - 25%	15 - 20%	200 - 349 mm <sup>3</sup>
Sévère	< 25%	< 20%	< 15%	< 200 mm <sup>3</sup> ou <15%

#### 7.2.4- Indications du traitement antirétroviral

- Stade OMS pédiatrique IV, quel que soit le taux de lymphocytes CD4
- Stade OMS pédiatrique III, quel que soit le taux de CD4 ou de lymphocytes totaux; chez les enfants de plus de 12 mois présentant une tuberculose, une pneumopathie interstitielle lymphoïde, une leucoplasie chevelue de la langue, une thrombocytopénie, le traitement sera guidé par le taux de CD4.
- Stade OMS pédiatrique II, en fonction du taux de CD4 ou de lymphocytes totaux
- Stade OMS pédiatrique I, en fonction du taux de CD4

Les critères immunologiques d'initiation du traitement sont rappelés ci-dessous :

**Tableau 6 : Critères immunologique d'initiation du traitement antirétroviral : CD4**

CD4	AGE			
	≤ 11 mois	12 – 35 mois	36 – 59 mois	≥ 5 ans
Pourcentage	< 25 %	< 20 %	< 15 %	< 15 %
Nombre de CD4	< 1500/mm <sup>3</sup>	< 750/mm <sup>3</sup>	< 350/mm <sup>3</sup>	< 200/mm <sup>3</sup>

Chez les enfants de moins de 18 mois, avec sérologie VIH positive, pour lesquels l'infection n'est pas confirmée sur le plan virologique, le traitement n'est débuté qu'en cas d'infection VIH sévère présumée.

#### 7.2.5- Régimes thérapeutiques

Les principes du traitement antirétroviral de l'enfant sont identiques à ceux du traitement de l'adulte avec cependant quelques caractéristiques :

- L'éducation thérapeutique de ceux qui ont la charge de l'enfant, garante de la bonne observance, est primordiale.
- Les posologies doivent être ajustées en permanence en fonction de l'évolution pondérale des enfants.
- Il n'existe pas toujours de formes galéniques adaptées à l'usage pédiatrique. Les formes pédiatriques (sirops, suspensions) sont utilisées chez l'enfant de moins de 15kg ; on préférera les comprimés pour l'enfant de plus de 15 kg.

##### 7.2.5. a- Régimes thérapeutiques de première ligne

L'option thérapeutique préférée en première ligne est une trithérapie associant deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI).

Les schémas préférentiels en première ligne : AZT + 3TC + (NVP ou EFV)

##### 7.2.5. b - Les régimes alternatifs

Sont :

- D4T + 3TC + (NVP ou EFV)
- ABC + 3TC + (NVP ou EFV)

**NB :**

Pour les enfants âgés de moins de 18 mois :

- Le régime préférentiel est une trithérapie comprenant : 2 INTI + 1IP
- En alternative on pourra utiliser la Névirapine

L'Efavirenz ne doit pas être utilisé chez l'enfant âgé de moins de 3 ans ou pesant moins de 10 kg

L'Abacavir est contre indiqué chez les enfants de moins de 3 mois ou de moins de 10 kg

En cas de contre-indication ou de toxicité à une molécule du schéma préférentiel de première ligne, on substituera la molécule incriminée par une autre molécule selon le tableau ci- après

**Tableau 8 : substitution en cas de toxicité ou de contre indication**

<b>ARV 1ère ligne</b>	<b>TOXICITE LA PLUS FREQUENTE</b>	<b>CHANGEMENT</b>
<b>ABC</b>	Réaction hypersensibilité	<b>AZT</b>
<b>AZT</b>	Anémie sévère ou neutropénie	<b>D4T ou ABC</b>
	Acidose lactique	<b>ABC</b>
	Intolérance gastro-intestinale sévère	<b>D4T ou ABC</b>
<b>D4T</b>	Acidose lactique	<b>ABC</b>
	Neuropathie périphérique	<b>AZT ou ABC</b>
	Pancréatite	
	Lipoatrophie/syndrome métabolique	<b>ABC</b>
<b>EFV</b>	Toxicité du système nerveux central persistante et sévère	<b>NVP</b>
	Tératogénicité (adolescente au 1er trimestre de grossesse ou en âge de procréer sans contraception adéquate)	
<b>NVP</b>	Hépatite symptomatique aigue	<b>EFV</b>
	Réaction d'hypersensibilité	<b>Ne pas donner EFV, Préférer: 3 IN (moins puissant) Ou IP (mais début prématuré de la 2ème ligne)</b>
	Rash sévère ou mettant la vie en danger (syndrome de Stevens-Johnson et Lyell)	

### **7.3- Cas particuliers:**

#### **7.3.1- Co-infection VIH / tuberculose :**

- Le schéma préférentiel pour les enfants de plus de 3 ans ou plus de 10 Kg, comporte 3 INTI : (AZT ou D4T) + 3TC + ABC
- Schéma alternatif :  
2 INTI + 1INNTI : (AZT ou D4T)+ 3TC + (NVP ou EFV)

NB : Chez les enfants de moins de 3 ans ou de moins de 10 kg, on préférera un schéma contenant la névirapine et chez les enfants de plus de 3 ans ou plus de 10 kg la névirapine ou l'éfavirenz..

#### **7.3.2- Infection VIH2**

Dans ce cas, on utilisera un inhibiteur de protéase boosté ou un troisième inhibiteur nucléosidique en lieu et place des INNTI qui ne sont pas efficaces contre le VIH2.

Schéma préférentiel :

AZT ou D4T + 3TC+ LPV/RTV

Schéma alternatif : AZT ou D4T+ 3TC + ABC

#### 7.4- Régimes thérapeutiques de deuxième ligne

Un traitement de deuxième ligne sera proposé en cas d'échec confirmé au traitement de première ligne. Rappelons que la première cause d'échec thérapeutique est l'inobservance. C'est pourquoi l'éducation thérapeutique devra être renforcée chez la mère ou celui qui a la garde de l'enfant avant d'envisager un traitement de 2ème ligne.

Chez les patients sévèrement immunodéprimés, l'apparition de nouveaux signes au cours des 3 premiers mois de traitement ARV ne signifie pas obligatoirement un échec thérapeutique. Il peut en effet s'agir d'un syndrome de restauration immunitaire, qui doit être traité pour lui-même sans modification des ARV. La décision de changer de traitement devra donc également tenir compte de l'évolution immunologique (CD4) et, si possible virologique (charge Virale).

**Remarque :** Si l'enfant est asymptomatique et que l'échec n'est évoqué que sur les critères immunologiques, un deuxième dosage des CD4 est nécessaire pour le confirmer.

Les lymphocytes totaux ne doivent pas être utilisés dans la détermination de l'échec thérapeutique.

##### 7.4.1-Protocoles de deuxième ligne

Le traitement repose sur l'association de 2 inhibiteurs nucléosidiques à un inhibiteur de la protéase « boosté » par le ritonavir. Le régime préférentiel est le suivant :

**Tableau 9 : Schémas de deuxième ligne**

ECHEC 1ère LIGNE	REGIME 2ème LIGNE		
Options recommandées 2 NRTI + 1 NNRTI AZT ou D4T + 3TC + NVP ou EFV	DDI + ABC DDI + AZT	+	LPV/r ou SQV/r
ABC + 3TC + NVP ou EFV			
Choix alternatif 3 INN AZT ou D4T + 3TC + ABC	DDI + NVP ou EFV		
Chez les enfants de moins de 18mois AZT ou D4T + 3TC + 1 IP	DDI + ABC DDI + AZT	+	NVP

Les solutions buvables et capsules de lopinavir/ritonavir ou Ritonavir nécessitent une chaîne de froid.

##### 7.4.2- Traitements associés

La prévention des infections opportunistes par le cotrimoxazole est préconisée chez:

- Tous les enfants nés de mère séropositive, à partir d'un mois de vie jusqu'à infirmation de l'infection
- Tout enfant infecté par le VIH, présentant des signes ou symptômes suggestifs, quel que soit son âge ou son taux de CD4

Les doses recommandées sont de 20-30 mg/kg (sulfaméthoxazole) en une prise quotidienne, à raison de :

**Posologie du cotrimoxazole en fonction de l'âge ou du poids de l'enfant**

Age poids	Comp 100/20 mg	Susp 5ml 200/40 mg	Comp 400/80 mg	Comp 800/160 mg
< 6 mois < 5 kg	1 cp	2,5 ml	¼ cp	-
6 mois – 5 ans 5 -15 kg	2 cp	5ml	½ cp	-
6-14 ans 15 – 30 kg	4 cp	10 ml	1 cp	½ cp
> 14 ans > 30 kg	-	-	2 cp	1 cp

**7.5- Le calendrier vaccinal du PEV:**

Est appliqué à tous les enfants sauf en cas de déficit immunologique sévère.

**7.6- Suivi du traitement antirétroviral chez l'enfant**

Le bilan initial et de suivi chez l'enfant comporte les mêmes éléments que celui de l'adulte en s'attachant plus particulièrement à :

- La nutrition et l'état nutritionnel
- Le poids et la croissance
- Les étapes du développement psychomoteur
- Les symptômes neurologiques

Une démarche d'éducation thérapeutique initiale de la personne en charge de l'enfant sera instituée et une aide à l'observance durant le traitement sera proposée. L'accompagnement psychologique de l'enfant est impératif pour le préparer à l'annonce de son statut VIH et à la poursuite de son traitement.

Le bilan clinico-biologique recommandé est le suivant :

- **Bilan pré-thérapeutique** : examen clinique incluant le poids et la taille, éducation thérapeutique de la personne en charge de l'enfant; examen biologique comprenant NFS ou hématicrite, transaminases, créatininémie, glycémie, numération des CD4, charge virale ; radiographie pulmonaire en cas de symptômes pulmonaires.
- **Jour 15** : examen clinique incluant le poids, évaluation de l'observance et de la tolérance, transaminases en cas de signes d'appel sous névirapine
- **Mois 1** : examen clinique incluant le poids et la taille, l'état nutritionnel, le développement psychomoteur ; évaluation de la tolérance et l'observance ; bilan hématologique et biochimique.

Après le 1<sup>er</sup> mois de traitement, le suivi clinique sera maintenu à un rythme mensuel jusqu'au 6<sup>e</sup> mois puis il sera trimestriel.

- **Mois 3** : examen clinique incluant le poids, évaluation de l'observance, examens biologiques
- **Mois 6, Mois 12, Mois 18, Mois 24** : examen clinique incluant le poids, la taille, l'évaluation de l'observance, la tolérance, l'efficacité clinique et immuno-virologique, bilan biologique en fonction des signes d'appel.

Après le douzième mois de traitement, le suivi clinique sera maintenu à un rythme au minimum trimestriel.

L'évaluation des réponses immunitaire (numération des CD4) et virologique (charge virale) au traitement ARV, sera effectuée tous les six mois ou plus selon les besoins.

## **8- Prophylaxie antirétrovirale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant**

### **8.1- Objectif**

La prophylaxie médicamenteuse a pour objectif de diminuer le risque de transmission du VIH de la mère infectée à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement et en post partum.

Elle doit s'intégrer dans un programme global qui comprend :

- La prévention primaire de l'infection à VIH chez toutes les femmes
- La prévention des grossesses non désirées (contraception)
- La prise en charge médicale et psychosociale des mères infectées et de leurs enfants (PTME)

La PTME doit être intégrée au paquet minimum d'activités.

### **8.2- Protocoles**

#### 8.2.1- Chez la mère

La conduite à tenir devra tenir compte de plusieurs facteurs:

- L'état clinique et immunologique de la mère
- Le moment auquel elle se présente à la structure de santé par rapport à la date prévue pour l'accouchement
- Les capacités de la structure en matière de traitement antirétroviral (accréditation, accessibilité de la structure de référence)

#### 8.2.2-Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV

Si le traitement antirétroviral est efficace (critère clinique, immunologique et si possible virologique) et bien toléré, il sera poursuivi. Dans le cas où le traitement antirétroviral comprend de l'efavirenz (tératogène) et si la grossesse est dépistée précocement durant le premier trimestre, cette molécule sera remplacée par la névirapine ou un inhibiteur de la protéase boosté.

#### 8.2.3-Femme débutant sa grossesse en l'absence de traitement ARV

- Si l'évolution de l'infection à VIH chez la mère nécessite la mise en place d'un traitement antirétroviral pour elle-même (stade III ou IV de l'OMS et/ou  $CD4 < 350/mm^3$ ), la prise en charge sera celle du traitement de l'adulte ou de l'adolescent. Ce traitement sera débuté rapidement, avec une surveillance particulière de la grossesse.

- Si la femme est asymptomatique (stade I) ou peu symptomatique (stade II) et/ou CD4>350/mm<sup>3</sup>, on proposera une trithérapie à visée prophylactique qui sera débutée dès la 25<sup>ème</sup> semaine de grossesse ou dès que possible jusqu'à la fin de l'accouchement en adéquation avec le protocole National de PTME.

L'OMS 2008 a recommandé de débiter beaucoup plus tôt soit à la 14<sup>ème</sup> Semaine d'aménorrhée et une trithérapie pour la mère à prendre pendant la grossesse et pendant toute la durée de l'allaitement, ainsi qu'une prophylaxie pour l'enfant pendant six semaines après la Naissance.

Le schéma à proposer chez la femme enceinte sera une trithérapie prophylactique selon l'un des schémas suivants :

<p>AZT +3TC + NVP OU AZT + 3TC + (LPV/r ou IDV/r ou SQV/r ou ATV/r)</p>
---

- ⇒ La durée du traitement prophylactique sera fonction du type d'allaitement choisi :
- Continuer la trithérapie de la mère jusqu'au sevrage (6 mois) si elle opte pour l'allaitement maternel exclusif puis l'arrêter selon les modalités adaptées aux molécules utilisées.
  - En cas d'allaitement artificiel, il faut après l'accouchement arrêter les ARV selon les modalités adaptées aux molécules utilisées.
  - Dans les deux cas, référer la patiente après l'accouchement dans une unité de prise en charge afin d'organiser le suivi.

### 8.2.3-Femme enceinte non suivie, non traitée se présentant au début du travail,

On proposera une trithérapie qui comprend:

**(AZT 300mg + 3TC 150mg) :** 1 comprimé toutes les 3 heures (maximum 3 comprimés/jour) jusqu'au clampage du cordon associée à la **névirapine** (1 comprimé de 200 mg) en début de travail

NB :

- Si AZT perfusion disponible, alors faire 2mg/kg en bolus (IVD) puis 1mg/kg toutes les heures jusqu'au clampage du cordon.
- Continuer la trithérapie de la mère jusqu'au sevrage (6 mois) si elle opte pour l'allaitement maternel exclusif puis arrêter les ARV si elle n'a pas besoin de traitement pour elle-même.
- Dans le cas des femmes suivies sous bithérapie qui optent pour l'allaitement maternel, changer le traitement après l'accouchement et instituer une trithérapie jusqu'au sevrage (6 mois).
- En cas d'allaitement artificiel, il faut après l'accouchement arrêter les ARV (selon les modalités voir annexes) si elle n'a pas besoin de traitement pour elle-même.
- Référer la patiente après l'accouchement dans une unité de prise en charge afin d'organiser le suivi.

#### 8.4- Cas particulier du VIH 2

La transmission du VIH2 de la mère à l'enfant est rare et les INN ne sont pas efficaces contre le VIH2. On pourra proposer les options suivantes selon les circonstances :

- Chez la femme qui présente une indication de traitement pour elle-même administrer une **trithérapie**, selon l'un des schémas suivants:

2IN + 1IP : AZT + 3TC + LPV/r ou IDV/r ou SQV/r ou ATV/r  
ou 3IN : AZT / 3TC / ABC

- Pour celle qui n'a pas besoin de traitement pour elle-même, on proposera au mieux dès la 25<sup>e</sup> semaine de grossesse:
  - Une trithérapie selon l'un des schémas ci-dessus. Ce traitement sera poursuivi jusqu'à l'accouchement.
- Si la femme se présente en travail :  
(AZT 300mg + 3TC 150mg) : 1 comprimé toutes les 3 heures, maximum 3 comprimés/jour + LPV/r

Référer dans une unité de prise en charge pour le suivi.

#### 8.5- Cas particulier du VIH 1+2

Traiter au mieux avec une trithérapie incluant un IP sinon traiter comme un VIH2

#### 8.6- Chez le nouveau-né

##### 8.6.1- Mère ayant reçu un traitement prophylactique correct pendant la grossesse

- **AZT sirop**: 4mg/kg X 2 /jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 14 jours

**ET**

- **NVP sirop**: 1 dose orale de 2mg/kg à donner immédiatement après l'accouchement ou au mieux dans les 72 premières heures après la naissance.

##### 8.6.2- Mère mal traitée ou traitée moins de 4 semaines ou n'ayant pas reçu de prophylaxie

- **AZT sirop**: 4mg/kg X2 /jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 4 semaines
- +
- **NVP sirop**: 1 dose orale: 2mg/kg à donner immédiatement au mieux dans les 72 premières heures après la naissance.
- +
- **3TC sirop** : 2mg/kgX2 /jour pendant 4 semaines, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance.

##### 8.6.3- Cas particuliers du nouveau-né de mère infectée par le VIH2

**AZT sirop**: 4mg/kg X2 /jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 2 semaines

+

**3TC sirop** : 2mg/kgX2 /jour pendant 2 semaines, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance.

#### **8.6- Cas particulier du nouveau-né de mère infectée par le VIH 1+2**

Traiter avec une trithérapie :

- **AZT sirop**: 4mg/kg X2 /jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 4 semaines
- +
- **NVP sirop**: 1 dose orale: 2mg/kg à donner immédiatement au mieux dans les 72 premières heures après la naissance.
- +
- **3TC sirop** : 2mg/kgX2 /jour pendant 4 semaines, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance.

Traitements associés chez le nouveau né

- La prophylaxie des infections opportunistes se fera à partir de 4 semaines avec le cotrimoxazole.
- La vaccination par le BCG est réalisée chez tous les nouveau-nés de mère séropositive, à l'exception des nouveau-nés précocement symptomatiques avec un taux de CD4 < 15%

L'accès à l'allaitement artificiel doit être favorisé, basé sur le « choix éclairé » de la maman.

NB :

- Continuer la trithérapie de la mère jusqu'au sevrage (6 mois) si elle opte pour l'allaitement maternel exclusif puis arrêter les ARV si elle n'a pas besoin de traitement pour elle-même.
- Dans le cas des femmes suivies sous bithérapie qui optent pour l'allaitement, changer le traitement après l'accouchement et instituer une trithérapie jusqu'au sevrage (6 mois)
- En cas d'allaitement artificiel, il faut après l'accouchement arrêter les ARV selon les modalités si elle n'a pas besoin de traitement pour elle-même.
- Référer la patiente après l'accouchement dans une unité de prise en charge afin d'organiser le suivi.

## INDICATIONS DE LA PROPHYLAXIE ANTIRETROVIRALE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG

Chaque structure médicale doit mettre en place un dispositif médical de prise en charge des personnels soignants victimes d'un accident exposant au sang ou à des liquides biologiques potentiellement contaminés. Cette prise en charge doit concerner non seulement le VIH mais également les infections par les virus de l'hépatite.

Les accidents d'exposition sexuelle doivent bénéficier de la même prise en charge.

Le dispositif de prise en charge des AES repose sur :

- La formation initiale et continue des personnels de soins et d'appui
- L'application stricte des précautions universelles
- L'affichage des précautions immédiates de premiers soins dans toutes les structures sanitaires
- La mise à disposition permanente de kits de traitement prophylactique ARV

La conduite à tenir après l'accident consiste à :

- Administrer immédiatement les premiers soins (lavage, antiseptie)
- Consulter en urgence un médecin formé à la prise en charge des AES qui procédera à :
  - o L'évaluation du risque en fonction de la nature du liquide contaminant et de la gravité de la lésion
  - o La recherche du statut du patient source et de l'accidenté en respectant la confidentialité et le consentement éclairé ;
  - o La prescription éventuelle de la prophylaxie antirétrovirale
  - o Le suivi du traitement ARV et l'évaluation du statut vaccinal
- Enregistrer l'accident dans un registre spécifique
- Déclarer l'accident de travail auprès du chef de service et/ou du médecin du travail

Le traitement antirétroviral est proposé de préférence dans les 4 premières heures (au plus tard dans les 48h) pour une durée totale de 4 semaines. Il repose sur une trithérapie : AZT + 3TC + IDV/r ou LVP/r ou EFV

Si contre indication à l'AZT, prescrire Ténofovir (TDF).

L'efavirenz est déconseillé lorsque le statut de la personne source n'est pas connu ou en cas d'infection à VIH2, de coinfection VIH 1+2, au VIH1 du groupe O et en raison du risque de survenue d'effets secondaires graves.

La surveillance du traitement sera :

- hebdomadaire et portera sur la clinique, l'évaluation de l'observance et des effets secondaires
- biologique avec sérologies VIH et hépatites virales B, C (J0, 1 mois, 3 mois et 6 mois après l'accident)

NATURE ET GRAVITE DE LA LESION	STATUT DE LA PERSONNE SOURCE	
	Positif	Inconnu
<b>Piqûre avec aiguille après geste IV ou IA</b>	<b>Traitement recommandé</b>	<b>Traitement recommandé</b>

<p><b>Autre exposition percutanée</b>  Piqûre avec aiguille à suture ou après geste en IM ou SC  Coupure par bistouri</p>	<p><b>Traitement recommandé</b></p>	<p>Traitement  A discuter</p>
<p><b>Exposition cutanéomuqueuse :</b>  contact d'une quantité importante de sang sur une muqueuse ou peau lésée</p>	<p><b>Traitement recommandé si durée d'exposition prolongée (&gt; 15 mn)</b></p>	<p>Traitement non recommandé</p>
<p><b>Autres cas :</b> morsure, griffure, contact sanguin sur peau intact, contact de quelques gouttes de sang sur muqueuse ou peau lésée, contact avec un autre liquide biologique (ex : salive, urines ...)</p>	<p>Traitement non recommandé</p>	<p>Traitement non recommandé</p>

## LES ANNEXES

### Insérer un tableau sur les I.O chez les enfants à partir d'ANECA

#### 1- Liste des ARV disponibles en Guinée

N°	Désignation	Abréviation	Dosage et Présentation
1	Abacavir	ABC	300mg gélule, Boite / 60
2	Atazanavir	ATZ	Gél 100 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg
3	Didanosine	DDI	100mg comp, Boite/60
5	Didanosine	DDI	250mg gélule, Boite / 30
6	Didanosine	DDI	400mg gélule, Boite /30
8	Efavirenz	EFV	600mg Gélule, Boite / 30
9	Efavirenz*	EFV	200mg Gélule, Boite / 90
10	Emtricitabine	FTC	200mg Gélule, Boite/30
11	Emtricitabine	FTC	Sol/Buvable 10 mg/ml
10	Indinavir	IDV	400mg Gélule, Boite/ 180
11	Lamivudine	3TC	10mg/ml solut Flacon/240ml
12	Lamivudine	3TC	150mg comp, Boite / 60
15	Lamivudine150 + Stavudine30 + Névirapine200	(3TC+D4T+NVP)	(150 + 30 + 200)mg comp Boite/60
16	Lopinavir + Ritonavir	(LPV/r)	(400mg+100mg)/5ml Flacon/60ml
17	Lopinavir + Ritonavir	(LPV/r)	200mg + 50mg
18	Névirapine	NVP	50mg/5ml Solut Flacon/240ml
19	Névirapine	NVP	200mg Comp Boite/60
20	Ritonavir	RTV	100mg Gélule, Boite / 84
21	Tenofovir	TDV	245 mg Comp Bte/30
22	Tenofovir Emtricitabine	TDV+FTC	300 mg + 200 mg
23	Tenofovir Emtricitabine Efavirenz ( Atripla)	TDV+FTC+EFV	300 mg + 200 mg + 600 mg
24	Zidovudine	AZT	100mg/10ml solut Flacon/200ml
25	Zidovudine	AZT	200 mg/20ml Inj Bte/5amp
26	Zidovudine	AZT	300mg comp, Boite / 60
27	Zidovudine + Lamivudine	AZT+3TC	300mg + 150mg, Boite / 60
28	Abacavir*	ABC	20mg/ml Sirop Flacon/240ml
29	Efavirenz*	EFV	30mg/ml Flacon/180ml

## 2- Cotation OMS des effets secondaires

Les effets secondaires des médicaments antirétroviraux sont classés selon l'échelle de toxicité de l'OMS. La conduite à tenir générale est la suivante :

- Toxicité de grade 1 ou 2 : surveiller
- Toxicité de grade 3 : arrêter le traitement jusqu'à normalisation et éventuellement réintroduire sous surveillance
- Toxicité le grade 4 : arrêter et ne jamais réintroduire.

## 3- Classification OMS des effets secondaires cliniques

EVENEMENTS CLINIQUES	TOXICITE DE DEGRE 1 FAIBLE	TOXICITE DE DEGRE 2 MODEREE	TOXICITE DE DEGRE 3 SEVERE	TOXICITE DE DEGRE 4 MENACE VITALE
----------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

### Cutané

<b>Allergie</b>	Prurit sans éruption cutanée	Urticaire localisé	Urticaire généralisée, œdème de Quincke	Anaphylaxie
<b>Toxicité cutanée</b>	Prurit sans éruption cutanée	Macules, papules, desquamation sèche	Vésicules, ulcérations, desquamation suintante	Dermatose exfoliante Stevens Johnson, nécrose épidermique

### Cardiaque

<b>Hypertension</b>	Elévation PAS > 20 mm Hg transitoire, pas de traitement	Elévation PAS > 20 mm Hg chronique, nécessitant un traitement	Requérant un traitement antihypertenseur puissant mais ambulatoire	Nécessitant une hospitalisation
<b>Hypotension</b>	Hypotension orthostatique transitoire	Symptômes corrigés par prise de liquides par voie orale	Nécessitant des perfusions IV, mais pas d'hospitalisation	Nécessitant une hospitalisation
<b>Péricardite</b>	Epanchement minime	Epanchement modéré, pas de traitement	Epanchement symptomatique avec modifications ECG	Nécessitant une ponction péricardique ou un drainage chirurgical

### Respiratoire

<b>Bronchospasme</b>	Transitoire, pas de traitement, VEMS 70-80%	VEMS 50-70% nécessitant un traitement, normalisation sous broncho-dilatateur	VEMS 25-50% Pas de normalisation sous broncho-dilatateur	VEMS < 25% Cyanose ou nécessité d'intubation
----------------------	---	--	--	--

### Gastrointestinal

<b>Nausées</b>	Légère, transitoire, alimentation normale	Gêne modérée, limitation de l'alimentation	Gêne sévère alimentation réduite pendant plus de 3 jours	Nécessitant une hospitalisation
<b>Vomissements</b>	Transitoire, 2 ou 3 épisodes par jour ou < 1 semaine	Modérée, > 3 épisodes par jour, ou durée > 1 semaine	Vomissements sévères aliments/liquides sur 24 h ou hypotension orthostatique ou nécessité d'un traitement IV	Choc hypovolémique ou nécessité d'une hospitalisation
<b>Dysphagie</b>	Gêne légère, pas de difficulté à avaler	Difficultés à avaler, capable de manger te boire	Incapable d'avaler des aliments solides	Incapable de boire des liquides, alimentation parentérale nécessaire
<b>Diarrhée</b>	Transitoire, 3 à 4 selles/jour ou diarrhée modérée < 1 semaine	Modérées ou persistance, 5 à 7 selles/j ou diarrhée > 1 semaine	Diarrhée sanglante ou hypoTA orthostatique ou > 7 selles/j ou nécessité d'un trt IV	Choc hypovolémique ou nécessité d'une hospitalisation

## Neurologique/Neuromusculaire

<b>Cérébelleux</b>	Léger défaut de coordination, dysdiadococinésie	Tremblement intentionnel ou dysmétrie ou troubles de l'élocution, nystagmus	Ataxie motrice, gêne dans la vie quotidienne	Paralyse
<b>Humeur</b>	Anxiété/dépression mineure	Anxiété/dépression mineure nécessitant un traitement	Anxiété majeure, état maniaque-dépressif nécessitant assistance	Psychose aiguë ou nécessité d'une hospitalisation
<b>Paresthésies</b>	Gêne légère, pas de traitement	Gêne modérée nécessitant une analgésie non narcotique	Gêne sévère, amélioration symptomatique avec analgésie narcotique	Invalidante ou ne répondant pas à l'analgésie narcotique
<b>Myalgies</b>	Douleur ou engourdissement léger	Myalgies modérées < 6 par semaine, difficulté à la montée des escaliers ou à se lever, pas d'assistance nécessaire	Myalgies modérées ou sensibilité à la palpation musculaire > 6 par semaine, difficultés à la marche	Myalgies sévères, faiblesse musculaire entraînant une incapacité fonctionnelle majeure et/ou signes de rhabdomyolyse
<b>Céphalées</b>	Légères, épisodiques	Modérée, répondant aux antalgiques non narcotiques	Intense, justifiant une analgésie narcotique	Incontrôlables même sous narcotiques

## Divers

<b>Fièvre</b>	< 38°5 C	38°6 – 39°5 C	39°6 – 40°5 C	> 40°5 C
<b>Hémorragie</b>		Pas de transfusion	Transfusion de 1 à 2 culots	Transfusion > 3 culots

## 4- Classification OMS des effets secondaires biologiques

EVENEMENTS BIOLOGIQUES	TOXICITE DE DEGRE 0 NORMAL	TOXICITE DE DEGRE 1 FAIBLE	TOXICITE DE DEGRE 2 MODEREE	TOXICITE DE DEGRE 3 SEVERE	TOXICITE DE DEGRE 4 MENACE VITALE
<b>Hémoglobine g/dl</b>	> 10,5	9,5- 10,5	8,0- 9,4	6,5-7,9	<6,5
<b>Leucocytes</b>	>4000/mm3	3000-3900/mm3	2000-2900/mm3	1000-1900/mm3	< 1000/mm3
<b>Neutrophiles</b>	> 1500/mm3	1000-1500/mm3	750-999/mm3	500-749/mm3	< 500/m3
<b>Plaquettes</b>	> 100000/mm3	75000-100000/mm3	50000-75000/mm3	20000-50000/mm3	< 20000/mm3
<b>Bilirubine</b>	< 1,25xN	1,25-2,5 x N	2,5- 5 x N	5-10 x N	> 10xN
<b>Transaminases ALAT</b>	< 1,25xN	1,25-2,5 xN	2,5- 5 x N	5-10 x N	> 10xN
<b>Phosphatases Alcalines</b>	≤ 1,25xN	1,25-2,5 xN	2,5- 5 x N	5-10 x N	> 10xN
<b>Amylase</b>	N	1,1-1,3 x N	1,4-2,0 x N	2,1 – 5 x N	> 5 x N

<b>Lipase</b>	N	1,1-1,5 x N	1,6- 2 x N	2,1- 5 x N	> 5 x N
<b>Créatinine</b>	≤ 1,25 x N	1,25 – 2 x N	2,1 – 3 x N	3,1 – 6 x N	> 6 x N

<b>CPK</b>	≤ 2 x N	2,1 – 3 x N	3,1 – 5 x N	5,1 – 10 x N	> 10 x N
<b>Triglycérides</b>	≤ 1,25 x N	1,25 – 2,4 x N	2,5 – 4,7 x N	> 4,7 x N	
<b>Hypoglycémie mmol/l</b>	3,6 < N < 5,5	3 – 3,6	2,2 – 3	1,7 – 2,2	< 1,7 ou coma
<b>Hyperglycémie mmol/l</b>	3,6 < N < 5,5	6,4 – 8,9	8,9 – 13,9	13,9 – 27,7	> 27,7
<b>TP % témoin</b>	100 – 80 %	80 – 60 %	60 – 45 %	45 – 15 %	< 15%

**5- Tableau récapitulatif des normes de prise en charge du vih/sida chez la femme enceinte et l'enfant de mere seropositive**

Service	Niveau communautaire	Centre de santé	CMC/HP	Hôpital régional	Hôpital National
PMA	-IEC/Prise en charge psychosociale du VIH/SIDA -Orientation vers poste de santé - Visites à domiciles	-IEC/PEC psychosociale - dépistage syndromique/prévention/ Référé - traitement symptomatique IST/IO - visite à domicile/PTME - éducation nutritionnelle	-Hospitalisation, - PEC des cas référés et des accouchements chez les femmes VIH+ - Conseils et pré et post test - Diagnostic biologique des IST et test rapide du VIH - Suivi clinique et paraclinique de la mère VIH+ et son enfant - Traitement étiologiques des IST et I.O - Transfusion sanguine - Formation RO	-IEC/PEC psychosociale VIH/SIDA -Orientation vers FS -Visite à domicile	-Prestation toute spécialité médicaux chirurgicale -Laboratoire immunovirologique de laboratoire nationale -Tous services de radiologie -Imagerie médicale (scanner IRM...)
Prestataires	-Agents de santé communautaire	- personnelles aux normes d'un CS	- Deux médecins formés	-Médecin spécialisé de	Tous spécialistes –

	- animateurs communautaires - Association participants à la lutte contre les IST/VIH/SIDA	infirmiers/Infirmières - ATS - animatrice sociale	- Un technicien de labo - Infirmière et ATS formés en IST/VIH/SIDA - Agent social	chirurgie, médecine obstétrique, pédiatrique, Anesthésiste, Aide, -Opérateur -Equipe de SFE/ME Radiologiste Pharmacien, Biologiste -Technicien de laboratoire -Assistante sociale -autres....	médecins, pharmacien biologiste -Techniciens supérieur de laboratoire -Psychologue et psychoclinicien -Psychiatre neurologue -Dermato vénérologue -Gastro-entérologue – pneumologue -Spécialiste de l'imagerie médicale (Scanners, IRM – Réanimateur
Groupes cibles	1- femmes enceintes VIH positif, enfants de mère vih positif, mères allaitantes vih positif 2- accoucheuses traditionnelles, tradipratiens, Les ONG 3-Leader et décideurs au sein de la communauté y compris les chefs coutumiers, responsable religieux et élus locaux	- femmes enceinte/vih +, enfants de mère vih+, mère allaitante VIH+ - Partenaires/conjoints des femmes VIH+, agents des autres secteurs - Décideurs et leaders d'opinion	-Les femmes enceintes VIH+, enfant de mère VIH+ -Partenaire/conjoint des femmes VIH+, prestataires agents des autres secteurs	-Femmes enceintes VIH+, enfants de mère VIH+, mères allaitante VIH+ - Partenaire/c conjoint des femmes VIH+, ONG/Associations de lutte contre le VIH/SIDA autres secteurs -Leaders d'opinion, partenaire de la santé, décideurs y compris les élus locaux	-Femmes VIH+, ONG/Association de lutte contre le VIH/SIDA, autres secteurs du III leaders d'opinion, partenaire du MS, décideurs y compris Elu nationaux
Matériels et	- Matériels	- Equipement	-Equipement	-Laboratoire	-Femmes

équipements	audiovisuels - Matériels de démonstration du port du condoms - Autres supports IEC - Matériels et supports de formation - Préservatifs - Substitut du lait maternel	standards CS - Matériels audio visuel - Matériel et support de formation - MEG/Contraceptif - ARV/PTME substitut lait maternel - Consommables médicaux - Préservatifs	standard d'un CMC/HP -Laboratoire fonctionnel du diagnostic biologique des IST et des tests rapide VIH -Unité fonctionnel de transfusion sanguine -Matériel de CREN -MEG et spécialisés pour IST/VIH/SIDA ARV consommables médicaux	équipé capable de test de confirmation de l'infection à VIH, de bilan de suivi et diagnostic des IST -Radiologie MEG et spécialité pour IST/VIH/SIDA-ARV Consom. médicaux	VIH+, ONG/Association de lutte contre le VIH/SIDA, autres secteurs III leaders d'opinion, partenaire MS, décideurs y compris élu nationaux
-------------	--	---	---	---	--

## 6- Syndrome de reconstitution immunitaire « IRIS »

**Définition :** Série de symptômes survenant lors de l'utilisation efficace d'antirétroviraux et de la reconstitution immunitaire qui s'ensuit.

Attribués à la réapparition d'une réaction inflammatoire autour d'une infection sous jacente connue ou non.

**Symptomatologie :** Elle dépend en fait de l'infection opportuniste sous jacente

- ❑ Tuberculose pulmonaire: fièvre, signes de pleurésie, infiltrats pulmonaires, apparaissant généralement 1 à 6 semaines après la mise en route du traitement ; les signes sont plus fréquents chez les patients qui débute le traitement ARV en cours de traitement antituberculeux.
- ❑ Mycobacterium avium cellulaire: fièvre élevée, adénopathies (hilaires, rétropéritonéales, cervicales), nodules cutanés, nécrose graisseuse
- ❑ Cryptococcose : fièvre et syndrome méningé, adénopathies médiastinales
- ❑ Cytomégalovirus: uvéite, réactivation d'une rétinite
- ❑ Virus Zona Varicelle: zona
- ❑ Herpès Simplex virus: myélite, encéphalite
- ❑ Virus de l'hépatite (B ou C): réactivation d'une hépatite

**Diagnostic:** La difficulté est de distinguer les manifestations d'un syndrome de reconstitution immunitaire d'une nouvelle infection opportuniste ou de l'aggravation d'une infection opportuniste liée à un échec du traitement.

Les éléments qui orientent vers le diagnostic sont :

- ❑ Le délai d'apparition des signes cliniques qui surviennent généralement dans les 6 mois suivant l'instauration d'un traitement ARV puissant.
- ❑ Des signes indirects en faveur d'un syndrome de reconstitution:
  - augmentation des CD4
  - augmentation de la charge virale
  - régression d'autres pathologies opportunistes
  - négativité des examens étiologiques (prélèvements généralement négatifs)

**Prise en charge:**

- Poursuivre le traitement antirétroviral :

Les manifestations cliniques disparaissent progressivement dans les semaines qui suivent en continuant le traitement antirétroviral.

- Traiter l'infection opportuniste en cause si celle-ci n'était pas déjà traitée.

Si l'infection opportuniste était déjà en cours de traitement (curatif ou prophylactique), on poursuivra celui-ci sans modification des doses.

**CLASSIFICATION IMMUNOLOGIQUE****Degré d'immunodépression****Nombre de CD4 / mm<sup>3</sup>**

Non significative	> 500
Modérée	359 - 499
Avancée	200 - 349
Sévère	< 200

**Classification OMS 2006 chez l'adulte**

<i>Stade OMS</i>	<i>Classification clinique</i>
<b>I</b>	Asymptomatique Lymphoadénopathie persistante généralisée
<b>II</b>	Perte de poids inexpliqué modéré (<10% du poids corporel) Infections récurrentes des voies respiratoires supérieures (sinusite, angine, otite moyenne, pharyngites) Herpes zooster (Zona) Chéilite angulaire Ulcérations orales récurrentes Eruption papuleuse prurigineuse Dermite séborrhéique Onychomycoses
<b>III</b>	Perte de poids inexpliqué sévère (>10% du poids corporel) Diarrhée chronique à étiologie inconnue (> 1 mois) Fièvre persistante (intermittente ou constante pour > 30 jours) à étiologie inconnue Candidose orale persistante Leucoplasie chevelue de la cavité orale (LCO) TB pulmonaire Infections bactériennes sévères (ex. pneumopathies, empyème, pyomyosites, infections osseuses ou des articulations, méningites, bactériémies) Gingivite / periodontite aiguë ulcéralive nécrosant Anémie (<8.0 g/dl), neutropénie (<0.5 x 10 <sup>9</sup> /L) ou thrombopénie chronique (<50 x 10 <sup>9</sup> /L) à étiologie inconnue.

<b>IV</b>	<p>Cachexie liée au VIH (sleam disease)  Pneumocystose pulmonaire  Pneumopathies bactériennes sévères récurrentes  Infection à HSV (oro-labiale, génitale ou ano-rectale ou cutanée &gt; 1 mois, ou viscérale)  Candidose de l'œsophage (ou de la trachée, des bronches ou pulmonaire)  TB extra pulmonaire  Sarcome de Kaposi  Infection à cytomégalo virus (CMV) ; rétinite ou infection à CMV d'un autre organe  Toxoplasmose SNC  Encéphalopathie VIH  Cryptococcose extrapulmonaire (comprise méningite)  Mycobactériose non-TB disséminé  Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP)  Cryptosporidiose chronique  Isosporose chronique  Mycose disséminée (histoplasmosse extra pulmonaire, coccidiomycose)  Septicémies récurrentes (compris à Salmonella non-typhus)  Lymphome (cérébral ou à cellules B non-Hodgkin)  Carcinome cervical invasif  Leishmaniose disséminée atypique  Cardiomyopathie ou néphropathie symptomatique associé au VIH</p>
-----------	--

---

### ***7- Définition clinique du SIDA de l'enfant établie par l'OMS en 1986***

**Critères majeurs (existence d'au moins deux)**

- Perte de poids ou retard de croissance inexpliqué
- Diarrhée chronique (durant > 1 mois)
- Fièvre prolongée (durant > 1 mois)
- Pneumonie sévère ou récurrente

**Critères mineurs (existence d'au moins deux)**

- Lymphadénopathie généralisée
- Candidose oropharyngée
- Infections communes et récurrentes (infections auriculaires, pharyngite, etc.)
- Toux persistante (en l'absence de tuberculose)
- Prurit généralisé
- Infection à VIH de la mère

**Le SIDA se définit par l'existence d'au moins deux critères majeurs et d'au moins deux critères mineurs, s'il n'existe pas d'autres causes d'immunodépression.**

---

## Références Bibliographiques

- 1- Arrêté de Création du PNPCSP 7659 /MSP/CAB/2003
  - 2- Arrêté de Création du CMT
  - 3- Arrêté de création de la Centrale d'achat
  - 4- Arrêté Conjoint des 3 ministères du 20 juillet 2007, relatif à la gratuité des ARV
  - 5- D. Tindyebwa, J. Kayita, P. Musoke, B. Eley et ALL :Manuel sur le Sida pédiatrique en Afrique ANECA Edition 2006
  - 6- Guide de PEC des Patients séropositifs au Niger (draft 0 du 26 mars 2009)
  - 7- Guides pour la Prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection par le VIH en Guinée Niveaux 1, 2 et 3 Edition 2004
  - 8- Loi L/025 du 22 novembre 2005, relative à la Prise en charge du VIH/Sida
  - 9- P.M. Girard, C. Katlama, G. Pialeux: VIH 2007 Edition DOIN
  - 10- Politique et Protocole de prise en charge antirétrovirale du VIH/Sida au Mali ( draft mars 2008)
  - 11- Prise en charge du VIH/Sida : Recommandations pour les milieux limités n ressources Médecins Sans Frontières Centre opérationnel de Bruxelles, deuxième Edition, avril 2006
  - 12- Recommandations OMS 2008 pour la Prise en charge des adultes infectés par le VIH et pour la Prophylaxie de la Transmission de la mère à l'enfant
-