# Soins et Traitement du VIH/SIDA

**Cours à l'intention de ceux qui prennent soin des personnes vivant avec le VIH/SIDA**

## Guide de l'animateur

Accompagné d'un disque CD-ROM comprenant des présentations en PowerPoint du cours et le Manuel des participants

Family Health International

Impact Implementing AIDS Prevention and Care Project

USAID

# Soins et Traitement du VIH/SIDA

**Cours à l'intention de ceux qui prennent soin des personnes vivant avec le VIH/SIDA**

Family Health International

Impact Implementing AIDS Prevention and Care Project

La réalisation de cet ouvrage a été financée par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) par le biais du projet IMPACT (Implementing AIDS Prevention and Care Project) de Family Health International, au titre de l'Accord coopératif HRN–A–00–97–00017–00.

© 2005 Family Health International (FHI). Tous droits réservés. Le présent ouvrage peut être librement examiné, cité, reproduit ou traduit intégralement ou en partie, à condition d'en désigner la source. Cet ouvrage ne peut être ni vendu, ni utilisé à des fins commerciales.

Les vues exprimées dans le présent ouvrage ne traduisent pas obligatoirement celles de FHI ou de l'USAID. La mention de sociétés ou produits spécifiques ne signifie ni n'indique que FHI ou l'USAID les approuvent ou les recommandent de préférence à d'autres de nature analogue dont le nom n'est pas cité.

Family Health International
Institute for HIV/AIDS
2101 Wilson Boulevard, Suite 700
Arlington, VA 22201, USA
Téléphone : 1–703–516–9779
Télécopieur : 1–703–516–9781
Internet : http//www.fhi.org

ISBN 1–931547–05–X

Veuillez adresser toute demande, correction ou commentaire à :
Mary Lyn Field-Nguer (mfield@fhi.org)
Family Health International
Institute for HIV/AIDS
2101 Wilson Boulevard, Suite 700
Arlington, VA 22201, USA
Téléphone : 1–703–516–9779
Télécopieur : 1–703–516–9781

**Photos de couverture :**
**Photo principale :** Feu Kabanda et Brigitte Syamalevwe. Brigitte Syamalevwe est décédée en février 2003 et elle est enterrée dans le caveau familial, sur sa ferme située à Luanshya Ibenga, en Zambie, auprès de feu son mari, Kabanda, décédé en 2002. Brigitte et Kabanda avaient été mariés pendant 30 ans. Brigitte était enseignante et Kabanda était agent clinique principal pour le service de santé publique dans le nord de la Zambie. Ensemble, Brigitte et Kabanda ont partagé leur expérience du VIH/SIDA avec courage et résolution. Photo de Mary Lyn Field-Nguer/FHI.

**Première rangée, de gauche à droite :**
Enfants à Chennai, en Inde.
Photo de Mary Lyn Field-Nguer/FHI.
Médecin dans un centre de soins cliniques du VIH à Peddapuram, en Inde. Image vidéo fixe de Robert Ritzenthaler/FHI.
Theresa Tetteh, conseillère, parle avec une cliente à l'Hôpital catholique de Saint-Martin, au Ghana.
Photo de Mary Lyn Field-Nguer/FHI.
Technicienne de laboratoire, Rwanda.
Photo de Brian Pederson/FHI.

**Deuxième rangée, de gauche à droite :**
Reines mères du programme Start/Ghana.
Photo de Mary Lyn Field-Nguer/FHI.
Enfant participant au projet scolaire de Cedico au Guatemala. Photo de Jon Warren/World Vision.
Couple séropositif, Maesai, en Thaïlande.
Photo de World Vision.

**Dos de couverture :**
Club post-test, Province occidentale, Kenya. Image vidéo fixe de Robert Ritzenthaler/FHI.

# Table des matières

Remerciements ..... 5
Préface ..... 6
Introduction et description du cours ..... 7
Présentation du cours, calendrier et exemple d'un modèle de formation en cours d'emploi ..... 9
Abréviations ..... 14

**Partie A : Soins et traitement du VIH/SIDA**

**Module A1 : Programme sur le VIH/SIDA et maladie du VIH : introduction**

Session 1 : Aperçu du programme ..... 20
Session 2 : Contexte général du VIH/SIDA : épidémiologie ..... 21
Session 3 : Prévention du VIH/SIDA ..... 26
Session 4 : Soins intégrés pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA ..... 30
Session 5 : Immunologie et évolution naturelle du VIH/SIDA ..... 36
Session 6 : Diagnostic du VIH ..... 43
Session 7 : Présentation clinique du patient, diagnostic différentiel et suivi ..... 56
Références : Partie A—Module A1 ..... 64

**Module A2 : Prise en charge des patients souffrant de maladies liées au VIH**

Session 1 : Diagnostic des maladies liées au VIH : bref aperçu ..... 67
Session 2 : Affections du système respiratoire ..... 69
Session 3 : Tuberculose : interaction VIH-TB ..... 79
Session 4 : Affections du système neurologique ..... 86
Session 5 : Affections du système gastro-intestinal ..... 111
Session 6 : Affections du système lymphatique ..... 124
Session 7 : Affections de la bouche et de la gorge ..... 131
Session 8 : Affections cutanées ..... 139
Session 9 : Fièvre ..... 156
Session 10 : Prophylaxie des infections opportunistes ..... 159
Session 11 : Diagnostic et prise en charge des cancers liés au VIH ..... 171
Références : Partie A—Module A2 ..... 175

**Module A3 : Questions particulières concernant la prise en charge des femmes et des enfants souffrant du VIH**

Session 1 : VIH et grossesse : prévention de la transmission mère-enfant ..... 178
Session 2 : Prise en charge du VIH chez les femmes ..... 184
Session 3 : Prise en charge du VIH chez les enfants ..... 190
Références : Partie A—Module A3 ..... 213

**Module A4 : Traitement antirétroviral : brève introduction**

Session 1 : Mise en place d'un programme de traitement antirétrovirale (TAR) ..... 216
Session 2 : Brève introduction au TAR ..... 227
Session 3 : Gestion des effets secondaires des médicaments ..... 247
Session 4 : Études de cas : prise en charge des patients souffrant de multiples affections ..... 253
Références : Partie A—Module A4 ..... 264

**Module A5 : Assistance aux personnes vivant avec le VIH/SIDA : soins palliatifs, soins à domicile et nutrition**

Session 1 : Soins palliatifs ..... 266
Session 2 : Soins communautaires à domicile ..... 279
Session 3 : Nutrition ..... 284
Références : Partie A—Module A5 ..... 304

## Partie B : Traitement antirétroviral

### Module B1 : Prise en charge des patients sous traitement antirétroviral


Session 1 : Objectif et principes de base du traitement antirétroviral....306
Session 2 : Quand entamer un TAR chez l'adulte ?....309
Session 3 : Mécanismes des médicaments antirétroviraux....316
Session 4 : Interactions médicamenteuses et effets indésirables des médicaments : effets secondaires et toxicité....322
Session 5 : Schémas thérapeutiques de première intention recommandés chez les adultes....337
Session 6 : Suivi du patient et surveillance du TAR....341
Session 7 : Adhérence au traitement et stratégies de mise en oeuvre....345
Session 8 : Pourquoi et quand changer de traitement ?....350
Références : Partie B—Module B1....358


### Module B2 : Questions particulières : TB, femmes, enfants et prophylaxie post-exposition (PPE)


Session 1 : Prise en charge de la tuberculose et d'autres infections et affections liées au VIH dans le cadre d'un TAR....360
Session 2 : Le TAR chez les femmes : pendant la grossesse et pour prévenir la transmission mère-enfant....363
Session 3 : Le TAR chez les nourrissons et les enfants....368
Session 4 : Prophylaxie post-exposition (PPE)....376
Références : Partie B—Module B2....383
Sommaire des références....384


### Annexes


Annexe A : Algorithmes....390
Annexe B : Ressources sur la prise en charge clinique du VIH/SIDA et le traitement antirétroviral dans les régions aux ressources limitées....399
Annexe C : Exemples d'évaluation et de test....406
Annexe D : Exemplaires de formulaire d'évaluation des sessions et de l'atelier de formation....432

## REMERCIEMENTS

Family Health International remercie sincèrement toutes les personnes et organisations qui ont contribué à la réalisation de cet ouvrage. Ce guide de formation a été produit par le projet Implementing AIDS Prevention and Care (IMPACT), qui est géré par FHI et financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID).

Les personnes dont les noms figurent ci-après ont joué un rôle de premier plan dans l'élaboration, la rédaction et la révision de cet ouvrage :

**Responsable de la publication**
Mary Lyn Field-Nguer, RN, FNP, MSN

**Rédactrice**
Charlotte Storti, BSN, Consultant

**Réviseurs**
**Internes**
Ya Diul Mukadi, MD, MPH
Janet Kayita, MD, MPH
Leine Stuart, RN, PhD
Eric van Praag, MD, MPH
Parsa Sanjana, MPH
Gloria Sangiwa, MD
Sara Bowsky, RN, BSN, MPH
Jennifer Rubin, MPH
Madhura Bhatt, MPH
Judith Harkins, RN, MSN, MPH

**Externes**
Robert Colebunders, MD, PhD, Institut de médecine tropicale, Anvers, Belgique
Elly Katabira, MBChB, FRCP, Makerere University Kampala, Ouganda
Irving Hoffman, PA, MPH, Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill
Robert Pawinski, MBChB, DipOBST, DTM&H, Université de Natal, Durban, Afrique du Sud

**Assistance à la production**
Ashwini Hoskote, MPH, Consultant

**Nous adressons nos grands remerciements à Elly Katabira, MBChB, FRCP ; Robert colebunders, MD, PhD ; Pr. Jom Pobee, MBChB, FRCP ; Margaret Lartey, MBChB, FWACP ; Agnes Djokoto, MBChB, MPH ; Phyllis Antwi, MBChB, MD ; Kwasi Torpey, MBChB, MPH ; Juliette Tuakli, MD, MPH, et Regina Akai-Nettey, MA, qui ont organisé et dispensé les premiers stages de formation au Ghana en utilisant ce guide. Leurs évaluations précieuses, leurs contributions aux études de cas, leurs révisions et leurs éclaircissements ont aidé pour une grande part à l'élaboration de cet ouvrage.**

**Conception**
Ryan Weible, Eccentricity Design, Washington, DC

## PRÉFACE

Cinq pour cent seulement des 30 millions d'habitants des pays pauvres qui ont besoin d'être traités pour une infection au VIH reçoivent actuellement des soins. A mesure que les besoins en traitement augmentent, la demande augmente aussi. La Déclaration d'engagement de juin 2001 par l'Assemblée générale des Nations Unies affirme : « La prévention, les soins, le soutien et le traitement à l'intention de ceux qui sont infectés et affectés par le VIH/SIDA sont les éléments d'une réponse efficace qui se renforcent mutuellement et ils doivent être intégrés à une approche globale pour combattre l'épidémie. » Encouragés par le soutien mondial pour élargir l'accès au traitement et par une réduction du prix des antirétroviraux, les programmes s'efforcent de plus en plus de trouver les moyens d'ajouter un volet sur le traitement à leurs services de prévention, de soins et de soutien.

Un aspect important des efforts pour mettre en œuvre ces programmes est le renforcement des capacités humaines et physiques. Dans les régions aux ressources limitées, la planification du développement des capacités humaines doit se dérouler dans des conditions difficiles où les systèmes de soins de santé s'efforcent de lutter contre le VIH et les taux continuellement élevés de mortalité maternelle, infantile et de morbidité en général. Il est indispensable que les efforts pour former et soutenir les agents de santé, les infirmiers, les médecins, les agents cliniques et autres qui s'occupent des personnes vivant avec le VIH/SIDA soient adaptés au contexte dans lequel ces efforts sont déployés. Le renforcement des capacités doit aussi motiver le personnel de santé afin qu'il soit en mesure d'apporter les soins et le soutien nécessaires pour l'application efficace et sans danger d'un traitement à vie.

Ce guide de formation présente de nouvelles connaissances et compétences pour la prestation et l'organisation de services de soins cliniques et de traitement à l'intention des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Cet ouvrage s'inspire des travaux conduits depuis longtemps par FHI dans plus de 60 pays en ce qui concerne les activités de prévention, de soins et de soutien relatifs au VIH. Récemment, FHI a commencé à consolider les efforts menés par le secteur public et les ONG pour dispenser aux personnes atteintes du VIH des services de soins et soutien intégrés dans les hôpitaux de district de trois pays, notamment des services de traitement antirétroviral (TAR).

Nous espérons que cet ouvrage aidera les formateurs et prestataires en soins cliniques à développer les compétences nécessaires pour assurer que leur système de soins de santé assure une prise en charge de haute qualité de la maladie du VIH, y compris l'utilisation efficace et sans risque du TAR.

## INTRODUCTION

Depuis l'engagement de FHI dans le renforcement des soins liés au VIH, incluant le traitement antirétroviral (TAR), il est devenu évident que l'une des conditions préalables d'un programme de soins et de traitement est la disponibilité d'un personnel qui a été convenablement formé à dispenser des soins médicaux à la fois au niveau du centre santé et au niveau communautaire. Les prestations cliniques regroupent la prophylaxie et la prise en charge des maladies liées aux VIH, y compris les infections opportunistes, et le traitement antirétroviral pour ceux qui en ont besoin. FHI a décidé d'élaborer ce guide du formateur parce que la formation constitue une première étape importante dans la préparation du personnel de santé à l'administration des soins et traitements. Cependant, la formation théorique en atelier à elle seule n'est pas suffisante. La supervision, le suivi et les stages de perfectionnement—ainsi qu'un système de soins de soutien et une communauté préparée—doivent suivre.

Le traitement clinique du VIH est un domaine complexe, en partie parce qu'il couvre des considérations psychologiques et sociales qui aggravent les effets physiques de l'infection au VIH. Les conséquences à tirer pour la prestation de services sont nombreuses et comprennent notamment la nécessité de définir un cadre de travail pour les prestataires de soins. Une équipe composée de plusieurs professionnels émanant du système sanitaire et d'autres secteurs spécialisés, ainsi que des groupes communautaires—appartenant souvent à divers programmes et institutions—doit travailler ensemble pour fournir et échanger des connaissances sur les soins, traitements et soutien de qualité. La collaboration entre les services de santé et les autres services est capitale pour que les personnes et familles infectées ou affectées par le VIH/SIDA puissent recevoir un continuum de soins par le biais d'un système de référence adéquat et fonctionnel. Toute formation intégrant cette perspective peut aider les programmes à atteindre ces objectifs.

Il est important de se rappeler que le diagnostic, la prise en charge, le suivi et les systèmes de référence varient d'un pays à l'autre, et au sein d'un même pays, d'un site ou d'un niveau sanitaire à un autre (par exemple, niveau primaire/centre de santé ; niveau secondaire/hôpital de district ; niveau tertiaire/hôpital central). Chaque niveau devra adapter les recommandations d'un cours comme celui-ci.

Les formateurs prodiguant le cours devront être conscients des besoins des différents niveaux pour un pays donné ; ils devront saisir toutes les occasions de discuter tous les aspects de la prise en charge clinique dans les différents contextes où les participants au cours travaillent chaque jour. Bien que le cours s'appuie en grande partie sur l'expérience africaine, le contenu, pour l'essentiel, s'applique aux situations de toutes les régions. De plus, le contenu du cours est facilement adaptable (par exemple les formateurs travaillant en Thaïlande, en Asie, devraient ajouter les infections opportunistes spécifiques à leur situation locale).

## DESCRIPTION DU COURS

### À qui ce cours est-il destiné ?

Le cours est conçu à l'intention de ceux qui prennent en charge et s'occupent des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays aux ressources limitées. Les personnes chargées de fournir des services en rapport avec le VIH/SIDA et qui prévoient d'ajouter des services de soutien et de traitement peuvent également trouver ce cours utile. Il est clair qu'aucun cours ne peut convenablement préparer le personnel à tous les niveaux. Les formateurs devront adapter ce guide à leur audience. Par exemple, les médecins et les infirmiers d'un hôpital central disposent de ressources pour le diagnostic et le traitement qui sont différentes de celles du personnel médical travaillant dans un centre de santé. Le formateur pourra adapter le contenu afin de répondre aux besoins de chaque groupe.

Étant donné que les soins aux patients sont plus efficaces lorsqu'ils sont administrés par une équipe pluridisciplinaire, la formation doit cibler différents groupes professionnels dans une même période. Une approche efficace consiste à organiser des sessions de formation communes à tous les professionnels et, au cours de la formation, tenir de petites sessions répondant aux besoins spécifiques de chaque groupe (par exemple infirmiers, pharmaciens, médecins, nutritionnistes et techniciens de laboratoire). Les sessions spécialisées peuvent utiliser d'autres supports de formation, tels que ceux développés par le groupe Management Sciences for Health (MSH) et autres groupes pour les pharmaciens et les techniciens de laboratoire.

### À qui ce guide est-il destiné ?

Les utilisateurs de ce guide de formation regroupent toutes les personnes qui organisent et dispensent des cours aux personnes fournissant des soins et traitements du VIH/SIDA. Le guide est accompagné d'un CD-ROM contenant

des diapositives PowerPoint pour faciliter la présentation du matériel. Le CD-ROM comprend également une version du guide sans les étapes à l'usage du formateur afin que celui-ci puisse donner des copies aux participants pour une revue ou utilisation ultérieure.

### Que contient le guide ?

Le cours accorde la priorité à l'aspect clinique pour ceux qui prescrivent les médicaments et traitent les patients. Il contient aussi des sessions complémentaires sur les problèmes liés à la programmation. Les sessions présentent le traitement dans le cadre général des soins et du soutien. L'approche englobe la prestation des services de soins et de traitement à travers la continuité de la prise en charge, comprenant aussi bien la prise en charge clinique du VIH au niveau de l'établissement sanitaire que les services cliniques et psychosociaux dispensés au niveau communautaire. Le guide contient des sections sur l'épidémiologie, la transmission et la prévention du VIH, l'organisation des services de soins du VIH, la nutrition et les soins palliatifs. Cependant, il se penche principalement sur la prévention et la prise en charge des infections opportunistes et des maladies liées au VIH et sur l'utilisation du traitement antirétroviral.

Le guide du formateur comprend des instructions étape par étape à l'intention des formateurs ; il comporte également du matériel de support, comme des études de cas et des jeux de rôles. Une annexe fournit des algorithmes à utiliser dans le cadre des études de cas.

### Comment utiliser le guide ?

Le cours se divise en deux parties.

**Partie A : Soins et traitement du VIH/SIDA.** Cette partie est composée de cinq modules comprenant la programmation pour la prévention, le traitement et les soins ; la prévention et la prise en charge des infections opportunistes ; les soins à domicile ; la nutrition et les soins palliatifs, ainsi qu'une brève introduction au traitement antirétroviral.
**La Partie A est un cours d'environ cinq jours.**

**Partie B : Traitement antirétroviral.** Cette partie est divisée en deux modules qui examinent plus en profondeur le traitement antirétroviral, y compris les questions particulières concernant les femmes et les enfants.
**La Partie B est un cours d'environ trois jours.**

Le cours est organisé en modules et chaque module comporte une section introductive indiquant la durée approximative du module ainsi que son contenu. En combinant des modules spécifiques, vous pouvez organiser des cours de différente durée (5 jours, 8 jours ou moins). Le contenu dans son ensemble est conçu de sorte que chaque module soit complémentaire des autres modules ; cependant, les modules et sessions peuvent être abordés séparément lors d'une formation en cours d'emploi plus courte; vous trouverez un modèle directement applicable.

Il est préférable de dispenser la formation sur la Partie B du guide immédiatement avant la disponibilité des médicaments antirétroviraux dans le pays.

Le cours s'appuie sur une méthode participative et il est plus efficace si le groupe se compose de 25 à 35 participants maximum. Les groupes de travail devront comprendre chacun 8 à 10 personnes.

La durée de chaque cours est donnée à titre indicatif et nous recommandons fortement que chaque journée de formation prévoie deux pauses café et une pause déjeuner.

### Qu'est-ce qui pourrait compléter le guide ?

Ce cours s'adresse principalement au personnel de santé fournissant des soins cliniques. La réussite d'un programme de traitement et de soins du VIH/SIDA requiert de nombreux éléments que ce cours ne tente pas d'aborder en détail. Des domaines tels que la préparation communautaire et la gestion des services de santé, les systèmes logistiques pour les médicaments et autres produits nécessitent également une formation et un soutien spécifiques.

# Soins et Traitement du VIH/SIDA

**Cours à l'intention de ceux qui prennent soin des personnes vivant avec le VIH/SIDA**

## Partie A : Soins et traitement du VIH/SIDA

### Module A1 : Programme sur le VIH/SIDA et la maladie du VIH : introduction

- Session 1 : Aperçu du programme
- Session 2 : Contexte général du VIH/SIDA : épidémiologie
- Session 3 : Prévention du VIH/SIDA
- Session 4 : Prise en charge intégrée des personnes vivant avec le VIH/SIDA
- Session 5 : Immunologie et évolution naturelle du VIH/SIDA
- Session 6 : Diagnostic du VIH
- Session 7 : Présentation clinique du patient, diagnostic différentiel et suivi

### Module A2 : Prise en charge des patients souffrant de maladies liées au VIH/SIDA

- Session 1 : Diagnostic des maladies liées au VIH : bref aperçu
- Session 2 : Affections du système respiratoire
- Session 3 : Tuberculose : Interaction VIH-TB
- Session 4 : Affections du système neurologique
- Session 5 : Affections du système gastro-intestinal
- Session 6 : Affections du système lymphatique
- Session 7 : Affections de la bouche et de la gorge
- Session 8 : Affections de la peau
- Session 9 : Fièvre
- Session 10 : Prophylaxie des infections opportunistes
- Session 11 : Diagnostic et prise en charge des cancers liés au VIH

### Module A3 : Questions particulières concernant la prise en charge des femmes et des enfants atteints du VIH

- Session 1 : VIH et grossesse : prévention de la transmission mère-enfant
- Session 2 : Prise en charge du VIH chez les femmes
- Session 3 : Prise en charge du VIH chez les enfants

### Module A4 : Traitement antirétroviral : brève introduction

- Session 1 : Mise en place de la composante antirétrovirale (TAR)
- Session 2 : Présentation brève du traitement antirétroviral (TAR)
- Session 3 : Gestion des effets secondaires des médicaments
- Session 4 : Études de cas : prise en charge des patients souffrant de multiples affections

### Module A5 : Assistance aux personnes vivant avec le VIH/SIDA : soins palliatifs, soins à domicile et nutrition

- Session 1 : Soins palliatifs
- Session 2 : Soins communautaires à domicile
- Session 3 : Nutrition

## Partie B : Traitement antirétroviral

### Module B1 : Prise en charge des patients sous traitement antirétroviral

- Session 1 : Objectif et principes de base du traitement antirétroviral
- Session 2 : Quand entamer un TAR chez les adultes
- Session 3 : Mécanismes d'action des médicaments antirétroviraux
- Session 4 : Interactions médicamenteuses et effets indésirables des médicaments : toxicité et effets secondaires
- Session 5 : Traitements de première intention recommandés chez les adultes
- Session 6 : Suivi du patient et du TAR
- Session 7 : Adhérence au traitement et stratégies d'adhérence
- Session 8 : Pourquoi et quand changer de traitement

### Module B2 : Questions particulières : TB, femmes, enfants et prophylaxie post-exposition (PPE)

- Session 1 : Prise en charge de la tuberculose et d'autres infections et affections liées au VIH dans le cadre d'un TAR
- Session 2 : Le TAR chez les femmes : pendant la grossesse et pour la prévention de la transmission mère-enfant
- Session 3 : Le TAR chez les enfants et les nourrissons
- Session 4 : Prophylaxie post-exposition (PPE)

## ESTIMATIONS DE LA DURÉE DES SESSIONS, DES MODULES ET DU COURS

### Partie A : Soins et traitement du VIH/SIDA

#### ModuleA1 : Programme sur le VIH/SIDA et maladie du VIH : introduction

| | | |
|---|---|---|
| Session 1 | Aperçu du programme | 50 minutes |
| Session 2 | Contexte général du VIH/SIDA : épidémiologie | 30 minutes |
| Session 3 | Prévention du VIH/SIDA | 50 minutes |
| Session 4 | Prise en charge intégrée des personnes vivant avec le VIH/SIDA | 120 minutes |
| Session 5 | Immunologie et évolution naturelle du VIH/SIDA | 60 minutes |
| Session 6 | Diagnostic du VIH | 150 minutes |
| Session 7 | Présentation clinique du patient, diagnostic différentiel et suivi | 110 minutes |

Temps total : 570 minutes ou 9,5 heures

#### Module A2 : Prise en charge des patients souffrant de maladies liées au VIH/SIDA

| | | |
|---|---|---|
| Session 1 | Diagnostic des maladies liées au VIH : bref aperçu | 10 minutes |
| Session 2 | Affections du système respiratoire | 80–105 minutes |
| Session 3 | Tuberculose : interaction VIH-TB | 75 minutes |
| Session 4 | Affections du système neurologique | 120 minutes |
| Session 5 | Affections du système gastro-intestinal | 120 minutes |
| Session 6 | Affections du système lymphatique | 80 minutes |
| Session 7 | Affections de la bouche et de la gorge | 70 minutes |
| Session 8 | Affections de la peau | 120 minutes |
| Session 9 | Fièvre | 60 minutes |
| Session 10 | Prophylaxie des maladies opportunistes | 90 minutes |
| Session 11 | Diagnostic et prise en charge des cancers liés au VIH | 45 minutes |

Temps total : 895 minutes ou 15 heures

#### Module A3 : Questions particulières concernant la prise en charge des femmes et des enfants porteurs du VIH

| | | |
|---|---|---|
| Session 1 | VIH et grossesse : prévention de la transmission mère-enfant | 60 minutes |
| Session 2 | Prise en charge du VIH chez les femmes | 50 minutes |
| Session 3 | Prise en charge du VIH chez les enfants | 165 minutes<br>210 avec les études de cas |

Temps total : 275–320 minutes ou 5,3 heures

#### Module A4 : Traitement antirétroviral : une brève introduction

| | | |
|---|---|---|
| Session 1 | Mise en place d'un programme de traitement antirétroviral (TAR) | 90 minutes |
| Session 2 | Brève présentation du TAR | 90 minutes |
| Session 3 | Prise en charge des effets secondaires des médicaments | 45 minutes |
| Session 4 | Études de cas : prise en charge de patients souffrant de multiples affections | 120 minutes |

Temps total : 390 minutes ou 6,5 heures

**Module A5 : Assistance aux personnes vivant avec le VIH/SIDA : soins palliatifs, soins à domicile et nutrition**

| | | |
|---|---|---|
| Session 1 | Soins palliatifs | 120 minutes |
| Session 2 | Soins communautaires à domicile | 60 minutes |
| Session 3 | Nutrition | 180 minutes |

Temps total : 360 minutes ou 6 heures

Durée totale pour la Partie A : 41,8 heures ou 5 jours de 8h, à l'exception des pauses-café et pauses déjeuner

## Partie B

**Module B1 : Prise en charge des patients sous traitement antirétroviral**

| | | |
|---|---|---|
| Session 1 | Objectif et principes de base du TAR | 30 minutes |
| Session 2 | Quand entamer un TAR chez les adultes | 45 minutes |
| Session 3 | Mécanismes des médicaments antirétroviraux | 60 minutes |
| Session 4 | Interactions médicamenteuses et effets indésirables des médicaments : toxicité et effets secondaires | 120 minutes |
| Session 5 | Traitements de première intention recommandés chez les adultes | 45 minutes |
| Session 6 | Suivi du patient et du TAR | 60 minutes |
| Session 7 | Adhérence au traitement et stratégies d'adhérence | 100 minutes |
| Session 8 | Pourquoi et quand changer de traitement | 90 minutes |

Temps total : 550 minutes ou 9,2 heures

**Module B2 : Questions particulières : TB, femmes, enfants et PPE**

| | | |
|---|---|---|
| Session 1 | Prise en charge de la tuberculose et autres infections et affections liées au VIH dans le cadre d'un TAR | 40–60 minutes |
| Session 2 | Le TAR chez les femmes : pendant la grossesse et pour la prévention de la transmission mère-enfant | 60–90 minutes |
| Session 3 | Le TAR chez les enfants et les nourrissons | 75 minutes |
| Session 4 | Prophylaxie post-exposition (PPE) | 90 minutes |

Temps total : 270–330 minutes ou 4,5–5,5 heures

Durée totale pour la Partie B : 14,7 heures ou environ deux jours de 8h , à l'exception des pauses-café et du déjeuner

**Durée totale du cours, Parties A et B, tous modules compris : 57 heures ou 8 jours**

**Basée sur des sessions de 7h par jour, et excluant la pause pour le déjeuner et les pauses-café de 15 minutes le matin et l'après-midi**

## EXEMPLE DE FORMATION SUR LE LIEU DE TRAVAIL

| Exemple : Les samedis matin 9h–13h pendant 1 mois | Séries de sessions proposées | Durée |
|---|---|---|
| 1e samedi 4h20 | Partie A : Module 1 : Session 6. Diagnostic du VIH | 150 minutes |
| | Partie A : Module 1 : Session 7. Présentation clinique du patient, diagnostic différentiel et suivi | 110 minutes |
| 2e samedi 4h | Partie A : Module 2 : Session 4. Affections du système neurologique | 120 minutes |
| | Partie A : Module 2 : Session 5. Affections du système gastro-intestinal | 120 minutes |
| 3e samedi 4h | Partie A : Module 2 : Session 2. Affections du système respiratoire | 80 minutes |
| | Partie A : Module 2 : Session 8. Affections de la peau | 120 minutes |
| | Partie A : Module 2 : Session 11. Diagnostic et prise en charge des cancers liés au VIH | 45 minutes |
| 4e samedi 4h | Partie A : Module 2 : Session 6. Affections du système lymphatique | 80 minutes |
| | Partie A : Module 2 : Session 7. Affections de la bouche et de la gorge | 70 minutes |
| | Partie : Module 2 : Session 9. Fièvre | 60 minutes |
| | Post-test et évaluation des sessions du samedi | 30 minutes |

## ABRÉVIATIONS

### Abréviations des médicaments antirétroviraux

| | |
|---|---|
| **3TC** | Lamivudine |
| **ABC** | Abacavir |
| **APV** | Amprenavir |
| **ARV** | Antirétroviral |
| **AZT** | Zidovudine |
| **d4T** | Stavudine |
| **ddC** | Zalcitabine |
| **ddI** | Didanosine |
| **DLV** | Delavirdine |
| **EFV** | Efavirenz |
| **IaNTI** | Inhibiteur analogue nucléosidique de la transcriptase inverse |
| **IDV** | Indinavir |
| **INNTI** | Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse |
| **INTI** | Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse |
| **IP** | Inhibiteur de protéase |
| **LPV** | Lopinavir |
| **LPV/r** | Lopinavir/ritonavir |
| **NFV** | Nelfinavir |
| **NVP** | Névirapine |
| **RTV** | Ritonavir |
| **SQV** | Saquinavir |
| **SQV/r** | Saquinavir/ritonavir |
| **TDF** | Tenofovir |

### Régimes pour le traitement de la TB

| | |
|---|---|
| **EHRZ** | Éthambutol (E), isoniazide (H), rifampicine (R), pyrazinamide (Z) |
| **EMB** | Éthambutol |
| **HE** | Isoniazide (H) et éthambutol (E). |
| **HR** | Isoniazide (H), rifampicine (R), |
| **HRE** | Isoniazide (H), rifampicine (R), éthambutol (E). |
| **HRZ** | Isoniazide (H), rifampicine (R), pyrazinamide (Z). |
| **HRZE** | Isoniazide (H), rifampicine (R), pyrazinamide (Z), éthambutol (E). |
| **INH** | Isoniazide |
| **PZA** | Pyrazinamide |
| **RIF** | Rifampicine |
| **SHRZ** | Streptomycine (S), isoniazide (H), rifampicine (R), pyrazinamide (Z). |
| **SHRZE** | Streptomycine (S), isoniazide (H), rifampicine (R), pyrazinamide (Z), éthambutol (E). |
| **SMX** | Sulfaméthoxazole |
| **TMP** | Triméthoprim |
| **TMP-SMX** | Triméthoprim-sulfaméthoxazole ou cotrimoxazole |

## Abréviations concernant l'administration de médicaments

| | |
|---|---|
| **/ml** | Microlitre |
| **/j** | Par jour |
| **bid** | Deux fois par jour |
| **cm** | Centimètre |
| **d/c** | Discontinu |
| **g** | Gramme |
| **gr/dl** | Gramme par décilitre |
| **h** | Heure |
| **IM** | Intramusculaire |
| **IV** | Intraveineux |
| **kg** | Kilogramme |
| **mg** | Milligramme |
| **mg/l** | Milligrammes/litre |
| **$mm^3$** | Millimètres cube |
| **mmHg** | Millimètres de mercure |
| **mmol/ml** | Millimole par millilitre |
| **nocte** | Au coucher |
| **PO** | Par voie orale |
| **PRN** | Au besoin |
| **q** | Chaque |
| **qd** | Chaque jour |
| **qid** | Quatre fois par jour |
| **tid** | Trois fois par jour |

## Abréviations générales

| | |
|---|---|
| **ml** | Microlitre |
| **3TC** | Lamivudine |
| **AB** | Angiomatose bacillaire |
| **ABC** | Abacavir |
| **ACTG** | Groupe de recherche clinique sur le SIDA (AIDS clinical trial group) |
| **ADC ou HAD** | Encéphalopathie au VIH-1 ou démence du SIDA |
| **ADN** | Acide désoxyribonucléique |
| **AFB** | Bactéries acido-résistantes—coloration de Ziehl-Neelsen |
| **AINS** | Anti-inflammatoire non stéroïdien |
| **ALT** | Alanine aminotransférase |
| **APV** | Amprenavir |
| **ARC** | Syndrome apparenté au SIDA |
| **ARN** | Acide ribonucléique |
| **ARS** | Analyse de routine des selles |
| **ARV** | Antirétroviraux |
| **AS** | Agent de santé |
| **AST** | Aspartate aminotransférase |
| **AUC** | Surface sous la courbe (des taux sanguins) |
| **AZT** | Zidovudine |
| **B1** | Thiamine |
| **B12** | Cobalamine |
| **B2** | Riboflavine |
| **B6** | Pyridoxine |
| **BCG** | Bacille de Calmette-Guérin |
| **bid** | Deux fois par jour |
| **BMS** | Bristol Myers Squibb |
| **BRAT** | Régime à base de bananes, riz, compote, toasts et thé |
| **BUN** | Azote uréique du sang |
| **C&D** | Conseil & dépistage |
| **C&S** | Culture & sensibilité |
| **CBC** | Formule sanguine complète |
| **CCC** | Communication sur le changement des comportements |
| **CDC** | Centers for Disease Control and Prevention |
| **CDI** | Consommation de drogues injectables |
| **CDV** | Conseil et dépistage volontaire |
| **cm** | Centimètre |
| **CMV** | Cytomégalovirus |
| **CPK** | Créatinine phosphokinase |
| **CT** | Tomodensitométrie assistée par ordinateur |
| **d/c** | Discontinu |
| **d4T** | Stavudine |
| **DCT** | Diphtérie, coqueluche et tétanos |
| **ddC** | Zalcitabine |
| **ddI** | Didanosine |
| **DFID** | Department for International Development : Département pour le Développement international |
| **DLV** | Délavirdine |
| **DOT** | Traitement sous surveillance directe |
| **DOTS** | Stratégie de traitement sous surveillance directe |
| **DPP** | Dérive protéine purifiée |
| **DRESS** | Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse |
| **DS** | Double dose |
| **EBV** | Virus d'Epstein-Barr |
| **EFV** | Efavirenz |
| **EHRZ** | Éthambutol (E), isoniazide (H), rifampicine (R), pyrazinamide (Z) |
| **EIA** | Essai immunoenzymatique |
| **EIM** | Effet indésirable d'un médicament |
| **ELISA** | Test de dosage immunoenzymatique |
| **EMB** | Éthambutol |
| **ESN** | Services des programmes nutritionnels de la Division de l'alimentation et de la nutrition de la FAO |

| | |
|---|---|
| **ETEC** | Echerichia. Coli entéro-toxigène |
| **EtOH** | Alcool |
| **FDA** | Food and Drug Administration |
| **FHI** | Family Health International |
| **FOI** | Fièvre d'origine inconnue |
| **FSC = NFS** | Formule sanguine complète = Numération formule sanguine |
| **g** | Gramme |
| **GI** | Gastro-intestinal |
| **GR** | Globules rouges |
| **gr/dl** | Gramme par décilitre |
| **GYN** | Gynécologique |
| **h** | Heure |
| **Hb** | Hémoglobine |
| **HbC** | Hémoglobine C |
| **HBcAb** | Anticorps anti-HBc |
| **HBcAg** | Antigène nucléocapsidique de l'hépatite B |
| **HBs** | Surface de l'hépatite B |
| **HBsAg** | Antigène HBs |
| **$HCO_3$** | Bicarbonate |
| **HE** | Isoniazide (H) et éthambutol (E) |
| **HHV** | Virus de l'herpès humain |
| **HPV** | Papillomavirus humain |
| **HR** | Isoniazide (H), rifampicine (R) |
| **HRE** | Isoniazide (H), rifampicine (R), éthambutol (E) |
| **HRZ** | Isoniazide (H), rifampicine (R), pyrazinamide (Z) |
| **HRZE** | Isoniazide (H), rifampicine (R), pyrazinamide (Z), éthambutol (E) |
| **HSV** | Virus de l'herpès simplex |
| **IaNTI** | Inhibiteur analogue nucléosidique de la transcriptase inverse |
| **IDV** | Indinavir |
| **IgG** | Immunoglobuline G |
| **IgM** | Immunoglobuline M |
| **Ig-VZ** | Immunoglobulines de la varicelle-zona |
| **IM** | Intramusculaire |
| **IMC** | Indice de masse corporelle |
| **IMPACT** | Programme *Implementing AIDS Prevention and Care* |
| **INH** | Isoniazide |
| **INNTI** | Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse |
| **INTI** | Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse |
| **IO** | Infection opportuniste |
| **IP** | Inhibiteur de la protéase |
| **IRM** | Imagerie par résonance magnétique |
| **IST** | Infection sexuellement transmissible |
| **ITP** | Interruption thérapeutique programmée |
| **IVRS** | Infection des voies respiratoires supérieures |
| **IVU** | Infection des voies urinaires |
| **JCV** | Virus JC |
| **kg** | Kilogramme |
| **KOH** | Hydroxyde de potassium |
| **LCR** | Liquide céphalorachidien |
| **LDH** | Lacticodéshydrogénase |
| **LDL** | Lipoprotéine de basse densité |
| **LEMP** | Leucoencéphalopathie multifocale progressive |
| **LGP** | Lymphadénopathie généralisée persistante |
| **LGV** | Lymphogranulome vénérien |
| **LNH** | Lymphome non hodgkinien |
| **LPV** | Lopinavir |
| **LPV/r** | Lopinavir/ritonavir |
| **LRMV** | Laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes |
| **MAC** | Complexe Mycobacterium avium ou M. avium |
| **MD** | Médecin de district |
| **MEMS** | Medication Event Monitoring Systems |
| **mg** | Milligramme |
| **mg/L** | Milligrammes/litre |
| **MIP** | Maladie pelvienne inflammatoire |
| **$mm^3$** | Millimètres cube |
| **mmHg** | Millimètres de mercure |
| **mmol/mL** | Millimole par millilitre |
| **MSF** | Médecins Sans Frontières |
| **MST** | Maladie sexuellement transmissible |
| **NAM** | Mutation d'analogues nucléosidiques |
| **NCHS** | National Center for Health Statistics |
| **NCI** | Néoplasie cervicale intra-épithéliale |
| **NFV** | Nelfinavir |
| **NGB** | Numération leucocytaire |
| **NHD** | Département de nutrition de l'OMS pour la santé et le développement |
| **NLT** | Numération lymphocytaire totale |
| **nocte** | Au coucher |
| **NVP** | Névirapine |
| **O&P** | Ovules & parasites |
| **OC** | Organisation communautaire |
| **OEV** | Orphelins et enfants vulnérables |
| **OGD** | Oeso-gastro-duodénal |
| **OMS** | Organisation mondiale de la Santé |
| **ONG** | Organisation non gouvernementale |
| **ONUSIDA** | Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| **ORL** | Oto-rhino-laryngologie |
| **PCIME** | Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant |
| **PCP** | Pneumonie à Pneumocystis carinii |

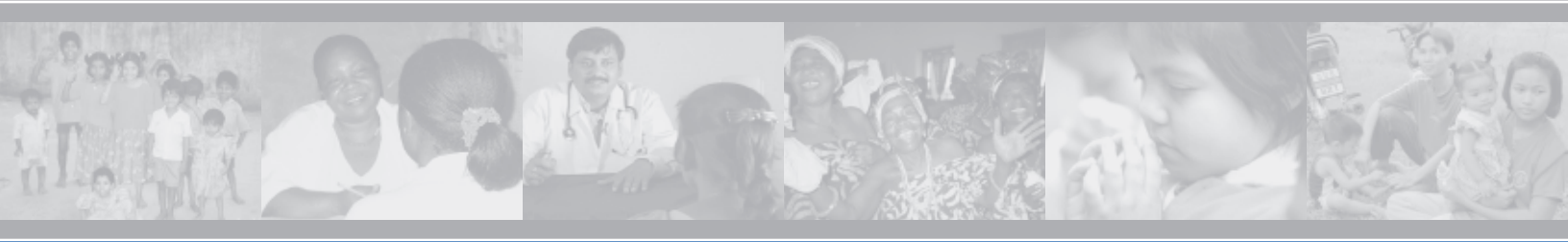
| | |
|---|---|
| **PEV** | Programme élargi de vaccination |
| **PIL** | Pneumopathie interstitielle lymphoïde |
| **PMN** | Polymorphonucléaire |
| **PO** | Par voie orale |
| **PO2, $PO_2$ et pO2** | Pression partielle d'oxygène |
| **PP** | PowerPoint |
| **PPE** | Prophylaxie post-exposition |
| **PRN** | Au besoin |
| **PTI** | Purpura thrombopénique idiopathique |
| **PTME** | Prévention de la transmission mère-enfant |
| **PVS** | Personnes vivant avec le VIH/SIDA |
| **PVT** | Pharmacovigilance thérapeutique |
| **PZA** | Pyrazinamide |
| **q** | Chaque |
| **qd** | Chaque jour |
| **qid** | Quatre fois par jour |
| **RCP** | Réaction en chaîne de la polymérase, polymérase chaîne réaction |
| **RDC** | Retard de croissance |
| **RH** | Réaction d'hypersensibilité |
| **RIBA** | Test RIBA (recombinant immunoblot assay) |
| **RIF** | Rifampicine |
| **RPR** | Test RPR (rapid plasma reagin) |
| **RT** | Réflexe tendineux |
| **RTV** | Ritonavir |
| **RXT** | Radiographie du thorax |
| **SCD** | Soins communautaires à domicile |
| **SD** | Soins à domicile |
| **SGOT** | Sérum glutamo-oxalacétique transaminase |
| **SGPT** | Sérum glutamopyruvique transaminase |
| **SHRZ** | Streptomycine (S), isoniazide (H), rifampicine (R), pyrazinamide (Z) |
| **SHRZE** | Streptomycine (S), isoniazide (H), rifampicine (R), pyrazinamide (Z), éthambutol (E) |
| **SIDA** | Syndrome d'immuno-déficience acquise |
| **SK** | Sarcome de Kaposi |
| **SMX** | Sulfaméthoxazole |
| **SNC** | Système nerveux central |
| **SQV** | Saquinavir |
| **SQV/r** | Saquinavir/ritonavir |
| **SRO** | Sels de réhydration orale |
| **STAT** | Immédiatement |
| **TAC-LCR** | Dépistage de l'antigène cryptococcique dans le liquide céphalo-rachidien |
| **TAHA** | Traitement antirétroviral hautement actif |
| **TAR** | Traitement antirétroviral |
| **TB** | Tuberculose |
| **TBP** | Tuberculose pulmonaire |
| **TDF** | Tenofovir |
| **TFH** | Tests de fonction hépatique |
| **tid** | Trois fois par jour |
| **TIS** | Traitement intermittent structuré |
| **TME** | Transmission mère-enfant |
| **TMP** | Triméthoprime |
| **TMP/SMX** | Triméthoprime-sulfaméthoxazole ou cotrimoxazole |
| **TP** | Thérapie préventive |
| **TSH** | Thyréostimuline |
| **UI** | Unité internationale |
| **UNICEF** | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| **USAID** | Agence des États-unis pour le développement international |
| **UV** | Ultraviolet |
| **VHA** | Virus de l'hépatite A |
| **VHB** | Virus de l'hépatite B |
| **VHC** | Virus de l'hépatite C |
| **VHD** | Virus de l'hépatite D |
| **VHE** | Virus de l'hépatite E |
| **VIH** | Virus de l'immuno-déficience humaine |
| **VS** | Vitesse de sédimentation |
| **VZV** | Virus varicelle-zona |
| **WB** | Test Western blot |
| **ZDV** | Zidovudine |
| **ZN** | Coloration de Ziehl-Neelsen |

Partie A

# Soins et traitement du VIH/SIDA

**Module A1**

# Programme sur le VIH/SIDA et maladie du VIH : introduction



# Module A1

## Programme sur le VIH/SIDA et maladie du VIH : introduction

**Session 1 : Aperçu du programme**
Cette session présente aux participants le cours sur le traitement du VIH/SIDA et leur donne un aperçu général du programme.

**Session 2 : Contexte général du VIH/SIDA : épidémiologie**
Les participants s'informent sur l'épidémie du VIH/SIDA et son impact dans le monde en général et en Afrique sub-saharienne en particulier. Cette session aborde l'épidémiologie du VIH/SIDA, les modes de transmission et la progression de la maladie.

**Session 3 : Prévention du VIH/SIDA**
Les participants sont informés des différents éléments du programme de prise en charge intégrée du VIH/SIDA. Cette section couvre la réduction du risque, la communication pour le changement de comportement, le conseil et le dépistage volontaire (CDV), les soins et le traitement, ainsi que les liens entre ces différents éléments.

**Session 4 : Soins complets pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA**
Cette session donne aux participants l'occasion d'analyser les questions et stratégies liées aux services de prise en charge intégrée.

**Session 5 : Immunologie et évolution naturelle du VIH/SIDA**
Les participants s'informent sur le système immunitaire normal, apprennent comment le virus VIH endommage et détruit le système immunitaire et comment la maladie progresse.

**Session 6 : Diagnostic du VIH**
Les participants apprennent à conduire une première évaluation de la maladie, à préparer les questions à poser pour établir les antécédents de la maladie et ils se familiarisent avec les points à prendre en compte pendant l'examen physique. Les participants s'exerceront à établir un diagnostic sur les antécédents sexuels et apprendront quand et comment conseiller aux patients d'envisager un test de dépistage du VIH. Cette session leur explique également les tests sérologiques et de laboratoire pour le diagnostic d'une infection au VIH ou du SIDA.

**Session 7 : Présentation clinique du patient, diagnostic différentiel et suivi**
Cette session informe les participants sur les lésions buccales, la dysphagie et l'odynophagie, ainsi que sur les agents étiologiques ordinaires, les tests de diagnostic recommandés, les résultats courants, la prise en charge et le traitement.

## SESSION 1 Aperçu du programme

### BUT

Cette session présente aux participants le cours sur le traitement du VIH/SIDA et leur donne un aperçu général du programme.

L'objectif de ce cours est de former les médecins et autres membres du personnel soignant (infirmiers, pharmaciens, techniciens de laboratoire) dans les pays aux ressources limitées à diagnostiquer et prendre en charge le VIH/SIDA et les maladies liées au VIH, y compris les infections opportunistes. L'amélioration du traitement des infections opportunistes et des affections liées au VIH est un élément essentiel des programmes sur le VIH/SIDA.

Le cours présente les aspects biomédicaux des soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le cadre d'une approche de santé publique globale, en tenant compte des besoins physiques et psychosociaux des patients et de leurs familles. Il aborde les recommandations spécifiques pour le diagnostic et le traitement du patient d'un point de vue global et il recommande au formateur et aux participants de se référer aux directives locales et de les examiner.

Le cours utilise une approche participative et une méthodologie basée sur les algorithmes de prise en charge clinique et des études de cas.

Le cours commence par un pré-test et une auto-évaluation des connaissances et aptitudes dans les principaux domaines couverts par la formation. Une seconde évaluation aura lieu après la formation en utilisant les mêmes outils.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Identifier les buts, objectifs et sujets à aborder.
2. Évaluer et débattre leur propre niveau de connaissance et de compétence sur ces sujets.

### DURÉE

50 minutes

### PRÉPARATION

Faites des copies du test pré-formation et de l'auto-évaluation pour les participants.

### PRÉSENTATION

**Étape 1.** Accueillez les participants, présentez-vous et demandez à chaque participant de faire de même, d'indiquer sa profession et d'expliquer comment le stage de formation l'aidera dans son travail. **(20 minutes).**

**Étape 2.** Expliquez les buts, objectifs, programmes et règles de base du cours. **(10 minutes).**

**Étape 3.** Distribuez les formulaires de pré-test et d'auto-évaluation et expliquez qu'il s'agit d'outils visant à aider les participants et les formateurs à mieux comprendre leur niveau de connaissance et de familiarité concernant les tâches spécifiques liées à la prise en charge clinique du VIH/SIDA.

Donnez 15 minutes aux participants pour remplir le pré-test et l'auto-évaluation. Rassemblez les tests et les auto-évaluations et expliquez aux participants que vous leur rendrez les deux tests à la fin du cours. **(20 minutes).**

## SESSION 2 Contexte général du VIH/SIDA : épidémiologie

### BUT

Au cours de cette session, les participants recevront des informations sur l'épidémie du VIH/SIDA et son incidence dans le monde en général et en Afrique subsaharienne en particulier. La session abordera également l'épidémiologie du VIH/SIDA, les modes de transmission et la progression de la maladie. Les différentes régions représentées à la formation devront intégrer leurs données locales pertinentes sur l'épidémiologie et autres aspects du VIH/SIDA.

### OBJECTIFS

À la fin de la session, les participants seront en mesure de :

1. Discuter de l'impact de l'épidémie du VIH/SIDA dans le monde et en Afrique
2. Décrire les différents types et sous-types de VIH
3. Débattre des modes de transmission du VIH, ainsi que des facteurs biologiques et socioéconomiques qui favorisent la transmission

### DURÉE

30 minutes

### PRÉPARATION

Obtenez les statistiques nationales/locales les plus récentes sur l'épidémie du VIH. Inscrivez-les sur un tableau de présentation ou incorporez-les sur une diapositive PowerPoint.

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). |
| Étape 2. | Commencez par présenter la situation de l'épidémie en utilisant les données les plus récentes de l'OMS : voir **1. a–c** ci-dessous. |
| Étape 3. | Présenter les informations sur les différents types et sous-types de VIH : voir **2. a–b** ci-dessous. **(10 minutes)** |

**1. Mise à jour sur l'épidémie**

- Situation mondiale :
  - Quatrième cause de mortalité dans le monde
  - 42 millions de personnes vivant avec le VIH selon les dernières estimations
  - Environ un tiers des personnes infectées sont âgées de 15 à 24 ans
  - La majorité des personnes ne savent pas qu'elles sont porteuses du virus
  - Les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables, pour des raisons discutées plus loin
- Afrique sub-saharienne :
  - La région la plus touchée par l'épidémie
  - Le VIH est maintenant la principale cause de mortalité dans cette région
  - Selon les estimations, 3,5 millions de nouvelles infections par le VIH en 2002
  - 29 millions d'Africains sont actuellement porteurs du VIH
  - 11 millions d'enfants ont perdu leur mère ou leurs deux parents et, d'après les prévisions, ce chiffre va doubler au cours de la prochaine décennie
- Données nationales et locales
  - Pays accueillant l'atelier : pourcentage estimé de la prévalence nationale _____
  - Régions du pays où la prévalence est particulièrement élevée

**2. Types et sous-types de VIH**

Deux types de VIH sont actuellement reconnus : VIH-1 et VIH-2. Au niveau mondial, le virus prédominant est le VIH-1. La transmission des deux virus se fait par contact sexuel, par le sang et de la mère à l'enfant ; les deux virus semblent donner la même symptomatologie clinique du SIDA. Toutefois, le VIH-2 se transmet moins facilement et la période de latence, entre la première infection et la maladie, est plus longue dans le cas du VIH-2.

**a. VIH-1**

Du fait de son taux de réplication élevé, le VIH-1 mute rapidement en sous-types.
Nous connaissons actuellement au moins 10 sous-types de VIH-1 génétiquement différents au sein du groupe principal (groupe M), contenant les sous-types A à J.
Par ailleurs, le groupe O (cas particuliers) contient un groupe différent de virus très hétérogènes.
Ces sous-types sont répartis de manière inégale dans le monde.

Par exemple :

- Le sous-type B prédomine en Amérique, au Japon, en Australie, aux Caraïbes et en Europe.
- Les sous-types A et D prédominent en Afrique sub-saharienne
- Le sous-type C prédomine en Afrique du Sud et en Inde
- Le sous-type E prédomine en République centrafricaine, en Thaïlande et dans d'autres pays d'Asie du Sud-Est

Les sous-types F (Brésil et Roumanie), G et H (Russie et Afrique centrale), I (Chypre) et O (Cameroun) ont une très faible prévalence.
La plupart des sous-types sont présents en Afrique, mais le sous-type B a une prévalence plus faible.

**Quelles sont les principales différences entre ces sous-types ?**
La principale différence est leur composition génétique ; elle peut se refléter dans les différences biologiques observées in vitro et/ou in vivo. Certains sous-types peuvent être associés en grande partie à des modes spécifiques de transmission. Par exemple, le sous-type B est associé aux rapports homosexuels et à la consommation de drogues injectables (essentiellement transmission par le sang) et les sous-types E et C sont associés aux rapports hétérosexuels (transmission par les muqueuses).

- De nombreux pays rapportent une grande variété de sous-types.
- Une personne peut être co-infectée par différents sous-types.
- Le sous-type C représente actuellement plus de la moitié de l'ensemble des nouvelles infections au VIH dans le monde.

**b. VIH-2**

- Il s'agit d'un autre rétrovirus humain, provoquant une immuno-déficience similaire au VIH-1 du fait de la réduction des cellules CD4.
- Il est limité principalement à l'Afrique de l'Ouest
- Par rapport au VIH-1, il est moins transmissible, il est associé à une charge virale moins importante et à un taux plus lent de diminution cellulaire et de progression clinique.
- Donnez la prévalence locale du VIH-2 : _____.

| | |
|---|---|
| Étape 4. | Demandez aux participants de citer les modes de transmission du VIH. Rajoutez les modes qu'ils auraient oubliés : voir **3. a** ci-dessous.<br>**(3 minutes)** |

**3. Transmission du VIH**

La prédominance d'un mode de transmission est influencée par des facteurs géographiques et socioéconomiques. Dans certains pays, plus d'un des modes de transmission cités ci-dessous est responsable de l'épidémie de VIH/SIDA.

**a. Modes de transmission**

- **Rapports sexuels :** homme-femme, femme-homme, homme-homme et femme-femme
- **Parentéral : transfusion sanguine ;** consommation de drogues injectables (CDI) du fait de l'utilisation d'aiguilles en commun ; accidents dus à des piqûres par des aiguilles infectées
- **Périnatal :** in utero, au cours du travail et de l'accouchement, post-partum durant l'allaitement

La transmission par voie sexuelle est le mode de transmission prédominant dans le monde.
Le VIH ne peut être transmis par simple contact (en s'étreignant ou en se serrant la main), par contact avec une surface (comme le siège des toilettes) ou par des piqûres d'insectes ( moustiques).

| | |
|---|---|
| Étape 5. | Demandez aux participants quels sont les facteurs biologiques qui augmentent ou réduisent le risque de transmission. Utilisez deux feuilles d'un tableau de présentation, placées l'une à côté de l'autre. Sur une feuille, inscrivez les facteurs qui augmentent le risque et sur la seconde, ceux qui le réduisent. Rajoutez les facteurs biologiques que le groupe aurait oubliés : voir **3. b** ci-dessous.<br>**(5 minutes)** |

**b. Facteurs biologiques influençant la transmission**

- Facteurs qui augmentent le risque de transmission

  Degré du risque d'infection de l'hôte

  Charge virale élevée : en phase initiale de l'infection et aux stades avancés

  Présence du virus dans le sperme et les secrétions génitales

  Exposition à du sang contaminé, par exemple, ulcères génitaux, Traumatisme lors des rapports sexuels ; menstruations lors des rapports sexuels

  Allaitement par une mère positive au VIH

  Susceptibilité de l'hôte

  Inflammation ou rupture des muqueuses génitales ou rectales

  Absence de circoncision chez les hommes hétérosexuels

  Rapports sexuels pendant la menstruation, augmentant le risque pour la femme

  Présence d'une maladie sexuellement transmissible (MST) ulcérative ou non

  Propriétés virales

  Les virus peuvent être résistants aux médicaments antiviraux

- Les facteurs qui réduisent le risque de transmission

  Utilisation régulière et correcte de préservatifs en latex (le recours au préservatif peut aussi empêcher une nouvelle infection par un autre groupe ou sous-type de VIH chez les personnes qui sont déjà séropositives.

  Le traitement antirétroviral (TAR) peut réduire, sans le supprimer, le risque de transmission du VIH. Par con séquent, les patients sous TAR ont besoin de conseils intensifs sur les comportements sains à adopter de manière définitive afin de réduire le risque de transmission.

  Le TAR s'est révélé efficace en réduisant de plus de 50% la transmission verticale du VIH de la mère au fœtus lorsqu'il était administré en fin de grossesse ou pendant le travail.

Étape 6. Demandez aux participants quels sont les facteurs socioéconomiques qui peuvent favoriser la transmission. Inscrivez leurs réponses sur le tableau de présentation. Rajoutez les facteurs qu'ils auraient oubliés : voir **3. c** ci-dessous.

Demandez ensuite aux participants de citer des exemples spécifiques relatifs à ces facteurs, à partir de l'expérience de leur pays ou de leur propre expérience, et discutez-en. Ménagez le temps et n'accordez à cette discussion que quelques minutes.
**(12 minutes)**

**c. Facteurs socioéconomiques favorisant la transmission**

- Mobilité sociale

  Économie mondiale : de plus grands nombres de personnes voyagent et travaillent loin de leur domicile

  Le VIH/SIDA suit les axes d'échanges et de commerce

  Les hommes ont des rapports sexuels avec des prostituées, contractent le VIH, rentrent chez eux et infectent leur femme qui transmet ensuite le VIH à leurs enfants in utero ou par l'allaitement.

- Stigmatisation et déni

  Le déni et le silence concernant le VIH sont la norme.

  Les porteurs du VIH sont stigmatisés pour de nombreuses raisons :

  Le VIH est une infection lente et incurable, entraînant la maladie et la mort

  Être séropositif est considéré comme une condamnation à mort

  Les gens ne comprennent pas en général comment se transmet le VIH et ont une peur irrationnelle d'être infectés par les personnes connues séropositives au virus VIH.

La transmission du VIH est souvent associée à des infractions morales des mœurs sociales concernant les relations sexuelles. De ce fait, les porteurs du VIH sont considérés comme ayant fait quelque chose de « mal ».
Les gens ne veulent pas admettre qu'une maladie mortelle, transmise par des comportements qualifiés d'« immoraux » peut également atteindre fortement leur communauté ou leur pays.
Les gens ont tendance à stigmatiser ou à blâmer certains groupes et les rendre responsable de la propagation du VIH : exemple, les toxicomanes ou les personnes ayant des mœurs faciles.
La stigmatisation empêche les gens de parler du VIH ou de le reconnaître comme étant une cause importante de maladie (morbidité) et de mortalité.
La stigmatisation empêche les porteurs du VIH de chercher une prise en charge et un traitement et d'appliquer les mesures de prévention.
Même lorsque des services de conseil et de dépistage sont disponibles, les individus préfèrent souvent ne pas connaître leur statut sérologique de peur d'être stigmatisés ; cette situation favorise la propagation de la maladie.

- Populations en conflit
  Le SIDA se propage en temps d'instabilité, de guerre et de conflits violents pour s'emparer du pouvoir.
  Les membres de l'armée s'engagent dans le commerce du sexe.
  Ils ont recours au viol comme moyen d'humilier et de contrôler les populations civiles et d'affaiblir un ennemi en détruisant les liens familiaux et communautaires.
- Facteurs culturels
  Les traditions, les croyances et les pratiques culturelles affectent la perception des populations en matière de santé et de maladie et leur acceptation d'un traitement médical conventionnel.
  La culture fait transparaître des comportements appris qui sont affectés par le sexe, le pays, la religion, le groupe ethnique, la langue, la communauté et le groupe d'âge.
  La culture peut créer des barrières qui empêchent les gens, en particulier les femmes, de prendre des mesures de précaution.
  Par exemple, dans de nombreuses cultures, la violence domestique est considérée comme le droit d'un homme, réduisant le contrôle de la femme sur son environnement. Cela signifie qu'elle ne peut pas remettre en question les liaisons extraconjugales de son mari, qu'elle ne peut pas demander l'utilisation du préservatif et qu'elle ne peut pas refuser d'avoir des rapports sexuels.
  Donnez des exemples spécifiques au pays.
- Différence entre les sexes
  Les rôles attribués aux différents sexes dans la communauté exercent une influence puissante sur la transmission du VIH. Dans de nombreuses cultures, il est admis que les hommes puissent avoir de nombreuses relations sexuelles. Ils font l'objet d'une pression sociale en ce sens. Cela augmente leur risque d'infection.
  Étant donné que les femmes souffrent d'inégalités économiques, décrites dans d'autres sections, elles ont souvent besoin d'avoir recours au sexe pour survivre. Cela les expose à des risques inadmissibles lorsqu'elles tentent de négocier des pratiques sexuelles protégées (par exemple rejet, perte de soutien et violence).
- Pauvreté
  Les personnes pauvres n'ont pas accès aux informations nécessaires pour comprendre et prévenir le VIH/SIDA.
  L'ignorance des connaissances de base rend des millions de personnes dans le monde vulnérables à l'infection au VIH.
  Une étude réalisée à Carleton, en Afrique du Sud, a démontré qu'un tiers des personnes étaient convaincues que les personnes positives au VIH présentaient toujours des symptômes.
- Consommation de drogue et d'alcool
  Elle réduit les inhibitions d'une personne et altère son jugement, ce qui peut entraîner l'adoption d'un comportement à risque.
  L'injection de drogues illégales s'accompagne fréquemment de l'utilisation commune d'aiguilles ou de matériel d'injection, augmentant le risque de transmission du VIH.

## SESSION 3 Prévention du VIH/SIDA

### BUT

Au cours de cette session, la formation des participants portera sur les composantes d'une programmation intégrée de lutte contre le VIH/SIDA. Elle couvre la réduction du risque, la communication pour le changement de comportement, le conseil et le dépistage volontaire (CDV), les soins et le traitement, ainsi que les liens entre ces différents éléments.

### OBJECTIFS

À la fin de la session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les principaux éléments des programmes sur le VIH/SIDA et les facteurs qui rendent les programmes efficaces.
2. Débattre les mesures visant à réduire le risque et les facteurs causaux incriminés.
3. Identifier les approches de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), du CDV et la relation entre les soins, le traitement et la prévention.

### DURÉE

50 minutes

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session. (voir ci-dessus) |
| Étape 2. | Donnez les informations sur les mesures de prévention : voir **A. 1–5** ci-dessous. **(20 minutes)** |

## A. Mesures de prévention

### 1. Principaux éléments pour la réussite d'un programme de prévention

a. Pour qu'un programme soit réussi, les mesures de prévention doivent aborder les modes de transmission du VIH.

b. Les rapports hétérosexuels sont le mode de transmission du VIH le plus fréquent dans les pays aux ressources limitées. Les mesures doivent tenir compte des variables qui favorisent la transmission hétérosexuelle et des moyens de réduction de cette transmission.

c. Les principaux facteurs de la transmission hétérosexuelle du VIH sont :
- Le changement fréquent de partenaires sexuels
- Les rapports sexuels non protégés
- La présence d'IST et l'accès insuffisant aux traitements des IST
- L'absence de circoncision chez les hommes
- La vulnérabilité sociale des femmes et des jeunes
- L'instabilité politique et économique de la communauté
- L'ignorance du statut sérologique

d. Les moyens de réduire la transmission hétérosexuelle du VIH sont :
- Une meilleure reconnaissance (diagnostic) des symptômes des IST et l'amélioration du comportement pour chercher à se faire traiter
- Une meilleure prise en charge des IST (les IST, tant ulcératives que non ulcératives, augmentent le risque de transmission du VIH)
- L'abstinence sexuelle ou le report des premiers contacts sexuels, en particulier chez les adolescents
- La réduction des partenaires sexuels
- L'adoption de pratiques sexuelles sécurisées, y compris l'utilisation régulière et correcte des préservatifs
- Un milieu social favorable au changement des comportements
- L réduction de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des porteurs du VIH
- La promotion de la circoncision chez les hommes
- L'abstinence

e. Malgré la propagation explosive du VIH/SIDA, plusieurs programmes d'intervention ont été couronnés de succès. Les principaux éléments de ces programmes sont les suivants :
- Un meilleur accès au CDV
- La communication pour le changement de comportement s'accompagnant de messages sur l'abstinence, la fidélité et l'utilisation du préservatif
- Un meilleur accès aux préservatifs pour réduire le risque d'infection et la vulnérabilité au VIH
- La prise en charge effective et efficace des IST
- La modification des normes sociales pour soutenir le changement de comportement
- Des transfusions sanguines sécurisées en soumettant tous les donneurs de sang à un test de dépistage du VIH
- L'application rigoureuse des précautions universelles et de la Prophylaxie post-exposition (PPE) dans les établissements sanitaires.

**2. Les mesures visant à réduire le risque d'infection comprennent notamment :**

- Des mesures visant à limiter les comportements sexuels à haut risque, comme le changement fréquent de partenaires sexuels, les rapports sexuels non protégés et/ou précoces.
- Des mesures visant à changer les situations encourageant un comportement sexuel à haut risque, comme la pauvreté chez les jeunes femmes, les situations de relais-routiers dans les communautés où ces femmes vivent, la consommation élevée d'alcool associée à un comportement sexuel à risque. Les groupes à haut risque sont en général les professionnelles du sexe et leurs clients, les personnes à grande mobilité, comme les routiers parcourant de grandes distances, les travailleurs migrants saisonniers, les militaires et les policiers.
- Les interventions et la communication pour le changement de comportement peuvent être conçues à l'intention de la population générale ou de groupes à risque et les messages doivent être élaborés en conséquence. Il s'agit notamment de :
- Pièces de théâtre communautaires pour sensibiliser davantage la population aux risques de transmission du VIH
- Sessions d'éducation par les pairs pour expliquer l'utilisation du préservatif et comment convaincre le partenaire d'accepter son emploi
- Discussions de groupe avec des jeunes sur le report des premiers rapports sexuels
- Marketing social des préservatifs
- Modifications des normes sociales pour favoriser la réduction du risque par le biais de pièces de théâtre, d'éducation par les pairs et de réunions communautaires

**3. Les mesures doivent aborder les facteurs causaux, y compris la vulnérabilité**

La vulnérabilité résulte de facteurs individuels et sociétaux qui augmentent le risque d'infection au VIH. Ces facteurs—qui englobent la pauvreté, le chômage, l'analphabétisme, l'inégalité des sexes, les pratiques culturelles, le manque d'informations et d'accès aux services et les violations des droits de l'homme—renforcent considérablement la vulnérabilité de certains groupes, spécialement les adolescentes, les femmes, les professionnelles du sexe, les immigrants clandestins, les orphelins et les personnes déplacées. Les jeunes sont, en général, plus vulnérables par manque d'indépendance financière et du fait qu'ils traversent un stade de leur vie où les expériences sont fréquentes.

Les exemples suivants illustrent comment la vulnérabilité peut constituer un problème pour certains de ces groupes :

- Les femmes analphabètes, peu qualifiées, ayant peu de chance d'emploi et un accès limité aux informations et aux services sanitaires, sont plus portées que les autres femmes et le reste de la population à avoir des relations sexuelles non protégées pour de l'argent.
- La prostitution des enfants et la séduction des jeunes filles par des hommes adultes contre de l'argent augmentent la vulnérabilité des filles au VIH/SIDA dans de nombreux pays.
- Les orphelines doivent souvent gagner les faveurs de leurs professeurs ou d'autres hommes afin de pouvoir rester à l'école ou de prendre en charge leurs frères et sœurs.

Les mesures pour réduire la vulnérabilité comprennent entre autres, les interventions visant à :

- Changer les politiques préjudiciables, les normes sociales et les pratiques culturelles néfastes
- Mettre en place des programmes / activités génératrices de revenus pour les orphelins et autres enfants vulnérables

*Les interventions pour le changement de comportement doivent tenir compte des facteurs qui augmentent la vulnérabilité*

**4. La prise en charge efficace des IST peut réduire le risque d'infection au VIH étant donné que les IST favorisent la transmission et l'infection par le VIH.**

Plus de 300 millions de nouveaux cas d'IST surviennent chaque année dans le monde, la plupart dans les pays pauvres. La distribution mondiale du VIH est similaire à celle des IST. Notez que les IST constituent une cause importante de mauvaise santé, en particulier chez les femmes et les enfants.

Demandez aux participants de débattre les attitudes actuelles à l'égard des IST (au niveau du personnel sanitaire et de la communauté) et les approches utilisées dans les établissements cliniques.
**(10 minutes)**

### B. Conseil et dépistage volontaire (CDV)—une première étape indispensable

Il existe une synergie entre le CDV et les soins et traitement du VIH. Les services de CDV non seulement sont des mesures efficaces de prévention, de traitement et de soutien destinées au public en général, mais aussi ils constituent une première étape indispensable dans le processus de diagnostic de personnes suspectées d'avoir une maladie liée au VIH. Le conseil est un élément important du dépistage. Il a sa place avant et après le dépistage et le test peut être à la fois un point d'entrée du traitement et une occasion de renforcer les messages de prévention. Cela est valable aussi bien pour les personnes qui sont testées positives que pour les personnes négatives au dépistage. Pour les personnes séropositives, le CDV représente une occasion importante pour les encourager à adopter un comportement positif.

- Des essais cliniques aléatoires réalisés au Kenya, en Tanzanie et à la Trinité ont démontré que le CDV réduisait de manière importante le comportement sexuel à haut risque chez les individus et les couples.

Demandez aux participants de discuter comment le CDV modifie les attitudes vis-à-vis de la prévention du VIH/SIDA dans leur établissement. Pour les établissements ne disposant pas de services de CDV, demandez aux participants de décrire les effets probables qu'auraient ces services sur la prévention du VIH/SIDA s'ils étaient disponibles.
**(10 minutes)**

### C. Soins et traitement : améliorer l'efficacité de la prévention

L'administration de soins et de traitements améliore l'efficacité de la prévention de plusieurs manières. L'accès à des soins et des traitements :

- Contribue à donner de l'espoir aux personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVS) et à leur famille
- Contribue à redonner aux PVS leur dignité et à réduire ainsi la stigmatisation liée à l'infection au VIH
  Redonner espoir et dignité contribue à réduire la stigmatisation, augmentant ainsi les chances d'un dialogue communautaire sur le VIH, condition préalable à la prévention
- Contribue à réduire le risque de transmission sexuelle par le biais d'un TAR efficace
- Contribue à encourager les personnes à avoir recours aux services de CDV et PTME
- Peut encourager un changement des comportements
- Donne des occasions supplémentaires d'éducation et de conseils en matière de prévention

*Note :* Les études réalisées dans les pays industriels ont montré que l'accès aux antirétroviraux peut donner lieu à un comportement à plus haut risque. L'administration de conseils en matière de prévention pendant un TAR est d'une importance capitale.

Demandez aux participants de débattre la question « Quel sera, selon vous, l'impact du traitement sur la prévention dans votre établissement ? ».
**(10 minutes)**

## SESSION 4 Soins intégrés pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA

### BUT

Cette session permettra aux participants d'analyser les problèmes et stratégies liés à la prestation de services de soins et de traitement intégrés.

### OBJECTIFS

À la fin de la session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire le but et les éléments d'un programme de soins et de traitement intégré dans des structures de soins primaires, secondaires et tertiaires
2. Discuter l'ensemble du continuum de soins pour la prise en charge du VIH/SIDA
3. Discuter la prise en charge du VIH/SIDA en tant que maladie chronique
4. Décrire l'importance et les éléments des normes de soins
5. Discuter les possibilités d'encourager la prévention dans le cadre des programmes de soins et de traitement
6. Discuter les questions de planification concernant le VIH/SIDA à leur niveau local

### DURÉE

2 heures

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session et communiquez les informations de base ci-dessous : voir **1.** **(5 minutes)** |

## 1. Contexte

Les programmes de soins, de traitement et de soutien doivent être conçus pour répondre aux besoins et demandes des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de leur famille ou du ménage. Pour cela, il faut souvent tenir compte des conditions de stigmatisation, de peur, de délaissement et de pauvreté qui complique le tableau clinique. L'accès au traitement antirétroviral peut contribuer à atténuer les effets d'une telle situation.

L'objectif des programmes de soins, de traitement et de soutien du VIH/SIDA est de :

- Assurer un accès équitable au diagnostic, aux soins médicaux, aux produits pharmaceutiques et aux services de soutien
- Réduire la morbidité et la mortalité du VIH/SIDA et les complications connexes
- Encourager la prévention dans le cadre de la prestation de soins, de traitement et de soutien
- Améliorer la qualité de vie des adultes et des enfants vivant avec le VIH/SIDA ainsi que de leur famille

## 2. Éléments d'un programme intégré de soins, de traitement et de soutien

La prestation de soins aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA et à leur famille requiert un large éventail de services comprenant non seulement des soins médicaux et pharmaceutiques, mais aussi des services de soutien pour garantir une nutrition adéquate, un soutien psychologique, social et dans la vie quotidienne, et enfin la transmission de messages de prévention chaque fois que l'occasion se présente.

Des soins intégrés du VIH comprennent les éléments suivants :

- Soins médicaux et infirmiers
  - Conseil et test pour le dépistage et le diagnostic
  - Prophylaxie des infections opportunistes
  - Prise en charge des maladies liées au VIH, y compris des infections opportunistes
  - Surveillance de la TB
  - Prise en charge des IST
  - Prise en charge du SIDA grâce au Traitement Antirétroviral Hautement Actif (TAHA)
  - Soins palliatifs
  - Accès aux médicaments pour le VIH, comprenant les médicaments pour les infections opportunistes, les antirétroviraux et les traitements traditionnels
  - Mesures pour réduire la transmission parent-enfant du VIH
  - Soins cliniques du VIH/SIDA pour les mères et les nourrissons
  - Systèmes de soutien comme des laboratoires fonctionnels et un système de gestion des médicaments
  - Soutien nutritionnel
  - Éducation en matière de santé
  - Précautions universelles adéquates dans les établissements cliniques et prophylaxie post-exposition (PPE)
- Soutien psychologique
  - Services communautaires pour répondre aux besoins émotionnels et spirituels des personnes séropositives et de leur famille, y compris le soutien apporté par les pairs et les clubs post-test.
- Soutien socioéconomique
  - Soutien matériel et social au sein de la communauté afin de garantir que les besoins nutritionnels et quotidiens sont satisfaits
  - Soutien aux orphelins et autres enfants vulnérables (OEV)

- Participation des personnes séropositives et de leur famille à la planification et à la prestation de services afin de garantir que les programmes de soins, de traitement et de soutien du VIH/SIDA conçus à leur intention répondent à leurs besoins et incluent le respect des droits de l'homme
- Respect des droits de l'homme et des besoins juridiques—création de services qui abordent les questions de stigmatisation et de discrimination dans les établissements de soins, les communautés et sur le lieu de travail et qui encouragent l'accès équitable aux soins

La Figure A1, 4.1, ci-dessous, illustre les principaux domaines et éléments des soins intégrés en matière de VIH.

## Soutien et soins intégrés en matière de VIH/SIDA

**Figure A1, 4.1 : Soutien, traitement et soins intégrés en matière de VIH/SIDA**

Dans cette approche globale, les services sont interdépendants et se renforcent mutuellement.

### 3. Soutien, traitement et soins continus en matière de VIH/SIDA

Plusieurs prestataires ou programmes peuvent offrir un éventail de services de soins, de traitement et de soutien et cela à des endroits différents. Toutefois, un partenariat et une collaboration sont essentiels pour permettre au patient d'avoir accès en temps opportun aux services les plus appropriés. Le continuum de soins en matière de VIH (Figure A1, 4.2 ci-dessous) montre comment les liens devraient fonctionner dans un système de référence. Les prestataires de soins devraient être au courant des autres types de prestation de services dans le cadre de la prise en charge intégrée, de la localisation de ces autres services et ils devraient également savoir quand et comment y orienter leurs patients.

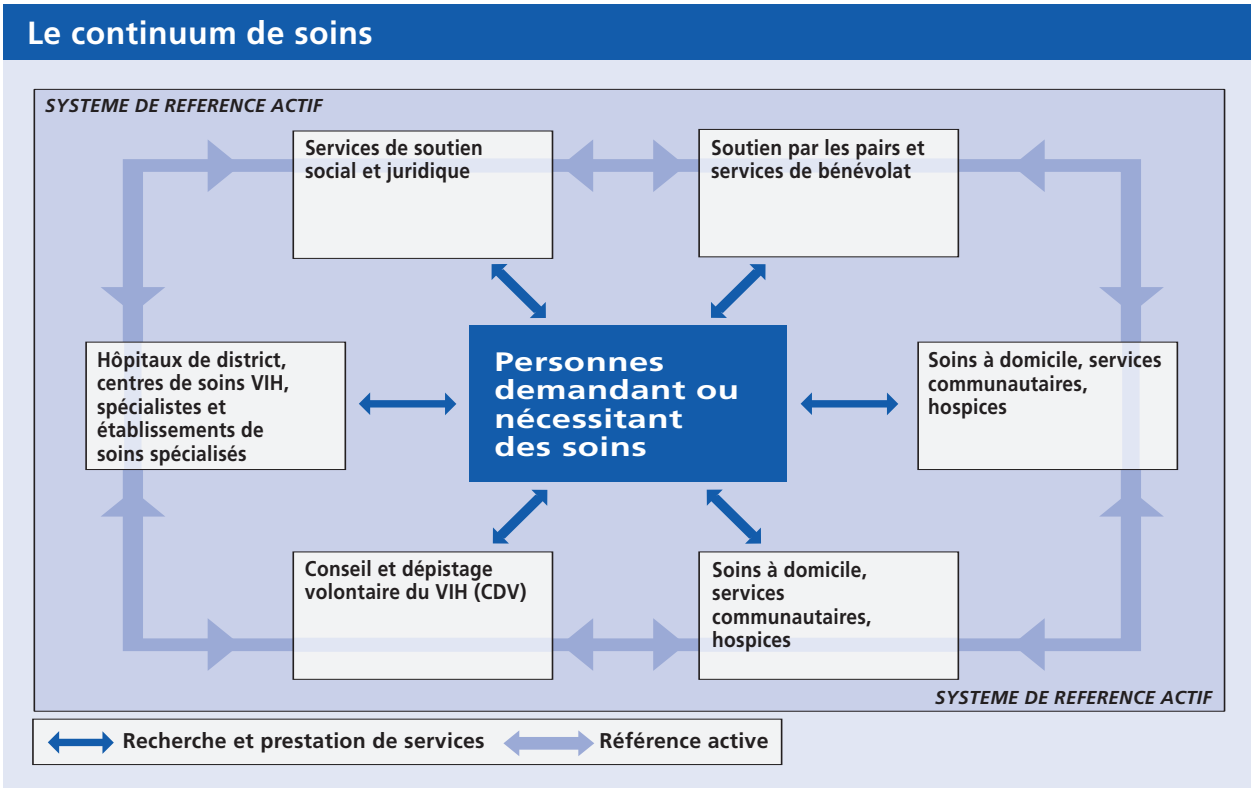



**Figure A1, 4.2 : Le continuum de soins en matière de VIH**

Dans le domaine médical et infirmier, les références doivent être effectuées vers des échelons supérieurs et les décharges vers des échelons inférieurs, comme les soins à domicile. Les prestataires de soins à domicile doivent pouvoir évaluer des situations de risque nécessitant d'orienter le patient à la fois vers les services médicaux et de soutien. Toute référence doit être explicite afin de garantir que les besoins sociaux, juridiques, de protection des droits de l'homme et de soutien par les pairs sont satisfaits. Les pairs appartenant aux groupes d'aide aux PVS jouent un rôle important et doivent participer à la conception de la prestation de soins dans les communautés.

Étape 2. Demandez aux participants de se répartir en quatre groupes. Expliquez aux groupes que chacun doit choisir un rapporteur pour prendre des notes et faire un rapport en plénière à la fin de l'exercice. Chaque groupe doit débattre la question qui lui a été attribuée :

**Groupe 1 :** Comment réussissent-ils à orienter les patients vers d'autres services au sein de la communauté ? Donnez des exemples spécifiques.

**Groupe 2 :** Qui identifie et établit des liens avec les groupes communautaires pour les services de soutien ?

**Groupe 3 :** Qui au sein de l'équipe se charge généralement des références, vérifie que le patient n'abandonne pas en cours de route et vérifie les services qui sont fournis ?

**Groupe 4 :** Comment l'équipe s'arrange-t-elle pour obtenir le consentement du patient et maintenir la confidentialité ?

(20 minutes)

Réunissez les groupes en session plénière afin de présenter les principaux points de leurs discussions.

(20 minutes)

Total : 40 minutes

**4. Le traitement du VIH/SIDA requiert une approche similaire à la prise en charge des maladies chroniques.**

Dans les situations aux ressources limitées, la prise en charge des maladies chroniques a été reléguée au second plan. La priorité a été accordée aux maladies aiguës comme les maladies respiratoires et le paludisme. La prise en charge des maladies chroniques est toutefois essentielle, spécialement quand le traitement du VIH/SIDA, qui permet de prolonger la vie, est disponible, créant ainsi une demande en soins de longue durée.

Les principes de la prise en charge des maladies chroniques qui s'appliquent au traitement du VIH/SIDA sont les suivants :

a. Le patient et les prestataires de soins travaillent en équipe pour renforcer les capacités du patient à se prendre en charge, l'application par le prestataire de soins de ses connaissances et aptitudes techniques, ainsi que le soutien des services sociaux. Cela demande un contact régulier et continu entre le patient et les membres de l'équipe de soins. L'équipe comprend au minimum un clinicien habilité à prescrire des médicaments, un infirmier et un pharmacien. La collaboration avec des organisations de services communautaires fournissant des services pour répondre aux nombreux besoins non médicaux du patient vient s'y ajouter. L'équipe de soins interdisciplinaire doit tenir des réunions régulières pour discuter des soins, réviser les protocoles de traitement, exprimer les inquiétudes et aider les collègues.

b. La prestation de soins continus comporte des visites régulières et planifiées avec le personnel clinique et de soutien, sur la base d'un calendrier pré-établi, afin de (1) suivre l'évolution de la maladie et les effets du traitement, y compris les examens de laboratoire ; (2) apporter une réponse immédiate à tout nouveau problème médical et socioéconomique tout en (3) maintenant une documentation à jour et facilement accessible.

   Le corollaire est que la prise en charge continue tente de toujours éviter ou de réduire les crises liées à la maladie qui demande une prise en charge en situation d'urgence.

c. L'entraide entre les membres de l'équipe de soins est essentielle pour fournir des soins de qualité et éviter la frustration et l'épuisement professionnel.

d. Actuellement, le traitement disponible est à vie. Il faut s'attendre à ce que la motivation du patient de rester en bonne santé et son adhérence au traitement varieront pendant l'évolution de la maladie.

**5. Normes de soins**

a. La mise en place de normes de soins pour les porteurs du VIH vise à promouvoir la fourniture de soins de la meilleure qualité possible et à établir des mesures pour évaluer et améliorer les services à la clientèle. Cela suppose de déterminer comment atteindre ces normes, de les appliquer dans la pratique clinique et d'évaluer ensuite si elles ont été ou non atteintes (ce qui s'impose/problèmes de processus/résultats souhaités).

b. A chaque niveau du système sanitaire (hôpital central, hôpital périphérique ou de district, centre de santé et dispensaire/centre communautaire), les normes d'un programme de soins intégrés seront différentes. Il est donc important de définir des normes de soins à appliquer et d'en suivre la qualité pour s'assurer que les soins fournis sont appropriés.

c. Les services cliniques englobent des pratiques standardisées et accessibles basées sur les directives nationales et internationales : traitements préventifs, prise en charge des infections opportunistes et des affections liées au VIH, services de laboratoire, stock de sécurité des médicaments prescrits, traitement antirétroviral hautement actif (TAHA), prophylaxie post-exposition (PPE) pour les accidents de travail et les viols, prise en charge des IST et soins palliatifs.

Étape 3. Demandez aux participants de se répartir en trois groupes. Demandez-leur de choisir un rapporteur. Dites-leur qu'ils disposent de 25 minutes pour cette partie de l'exercice.
**(25 minutes)**

**Groupe 1 :** Discutez de la prise en charge du VIH/SIDA en tant que maladie chronique dans leur localité. Comment les pratiques de soins pour les porteurs du VIH vont-elles changer ? Comment organiseriez-vous les soins des patients afin de prendre en charge le VIH comme une maladie chronique ? Quelles sont les procédures à instaurer dans votre établissement pour traiter le VIH comme une maladie chronique ?

**Groupe 2 :** Discutez la prise en charge globale au niveau local : les principaux éléments sont-ils en place ? Quels sont les éléments dont vous disposez ? Quels sont les éléments solidement en place et quels sont ceux qui pourraient être renforcés ? Quels sont les éléments manquants et comment pouvez-vous les mettre en place ?

**Groupe 3 :** Elaboration de normes de soins du VIH pour votre établissement (choisissez un niveau, par exemple l'hôpital central). Existe-t-il déjà des normes de soins pour le VIH ? Comment développeriez-vous des normes de soins pour l'établissement ? Définissez certaines normes de soins essentielles.

Réunissez les groupes et demandez à chaque rapporteur de présenter un résumé des discussions. Examinez les questions qu'ils pourraient avoir.
**(30 minutes)**

## 6. La prévention en tant qu'élément des soins et du traitement

La prévention ne doit pas être négligée lorsque les PVS reçoivent soins et traitements. Dans les pays développés, la tendance à été de relâcher les attitudes préventives, comme l'utilisation du préservatif, lorsque le traitement des PVS s'est répandu. Cela peut avoir une conséquence dramatique sur la perception d'un programme renforcé pour les PVS.

Chaque étape du processus de prestation de soins et de traitement offre des possibilités d'introduire ou de renforcer les messages de prévention.

Les occasions d'intégrer la prévention dans les soins et le traitement sont les suivantes :

**Salle d'attente en dispensaire**
- affiches concernant la prévention de la transmission du VIH (limitation des partenaires, abstinence, utilisation du préservatif)

**Interaction soignant-patient**
- vidéos générales sur le VIH/SIDA
- brochures visuelles simples sur la transmission

**Interaction soignant-patient**

Le prestataire de soins doit rappeler la prévention de la transmission du VIH lors de chaque visite du patient (par des messages simples comme « Souvenez-vous des éléments de base de la prévention : Abstinence, Fidélité, Préservatifs » et s'assurer que le client les comprend. Le prestataire peut distribuer des préservatifs ou au minimum, les mettre en évidence dans son bureau à la disposition des patients).

**Soins communautaires à domicile**

Les personnes qui se rendent au domicile des PVS doivent apporter avec elles des préservatifs et, pendant les soins des patients, expliquer aux membres de la famille les précautions à prendre. Elles doivent également leur rappeler les conduites à la fois générales et spécifiques pour réduire leur risque individuel de contamination.

## SESSION 5 Immunologie et évolution naturelle du VIH/SIDA

### BUT

Au cours de cette session, les participants recevront des informations sur le système immunitaire normal, la manière dont le virus VIH endommage et détruit le système immunitaire et, enfin, sur la progression de la maladie.

### OBJECTIFS

À la fin de la session, les participants seront en mesure de :

1. Discuter du fonctionnement d'un système immunitaire normal
2. Décrire le cycle de vie du VIH et ses effets sur le système immunitaire
3. Décrire les étapes de la progression de la maladie, avec les symptômes, les résultats de laboratoire et la prise en charge de la primo-infection et de la séroconversion

### DURÉE

60 minutes

### MATÉRIEL

Tableaux/chiffres

- Diagramme de la structure du VIH
- Diagramme du cycle de vie du VIH
- Chronologie de la maladie provoquée par le VIH en fonction du temps écoulé depuis l'infection

### PRÉPARATION

Tableau de présentation pour les petits groupes

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). |
| Étape 2. | Projetez des diapositives PowerPoint ou des transparents montrant le système immunitaire normal et expliquez ensuite brièvement la manière dont il fonctionne : voir **A. 1. a–j** ci-dessous. **(12 minutes)** |

**A. Le système immunitaire normal**

**1. Le système immunitaire normal**

a. Le système immunitaire normal protège l'organisme en identifiant et en réagissant aux antigènes bactériens et viraux qui l'envahissent.

b. Il est composé de tissus et d'organes lymphoïdes, notamment la moelle osseuse, le thymus, les ganglions lymphatiques, la rate, les amygdales, les végétations adénoïdes, l'appendice, le sang et les vaisseaux lymphatiques.

c. Tous les éléments jouent un rôle vital dans la production et le développement de lymphocytes ou globules blancs.

d. Les lymphocytes B et les lymphocytes T sont produits à partir des cellules souches de la moelle osseuse ; les lymphocytes B mûrissent dans la moelle alors que les lymphocytes T se déplacent vers le thymus où ils se développent.

e. Les lymphocytes B reconnaissent des cibles spécifiques d'antigènes et sécrètent des anticorps spécifiques qui enveloppent les antigènes, les rendant plus vulnérables à la phagocytose ou déclenchant le système du complément.

f. Les lymphocytes T régulent le système immunitaire et tuent les cellules portant des antigènes ciblés spécifiques. Chaque lymphocyte T contient un récepteur de surface, comme CD4, CD8 et CD3, qui le distingue des autres cellules.

g. Les cellules CD4 sont des cellules d'aide qui activent les lymphocytes B, les cellules tueuses (CD8) et les macrophages lorsqu'un antigène spécifique est présent.

h. Les phagocytes comprennent les monocytes et les macrophages—larges globules blancs qui absorbent et digèrent des cellules transportant des particules antigéniques.

i. Le système du complément comprend 25 protéines et il est capable de provoquer une réponse inflammatoire lorsqu'il fonctionne avec des anticorps pour faciliter la phagocytose ou affaiblir la membrane cellulaire de la bactérie.

j. Lorsque le système immunitaire est affaibli ou détruit par un virus comme le VIH, le corps est vulnérable aux infections opportunistes.

| | |
|---|---|
| Étape 3. | Projetez des diapositives PowerPoint ou des transparents montrant la structure du VIH et donnez des informations sur l'apparence du virus : voir **B. 2. a–c** ci-dessous.<br>(1 minute) |

2. **Le virus de l'immunodéficience humaine**

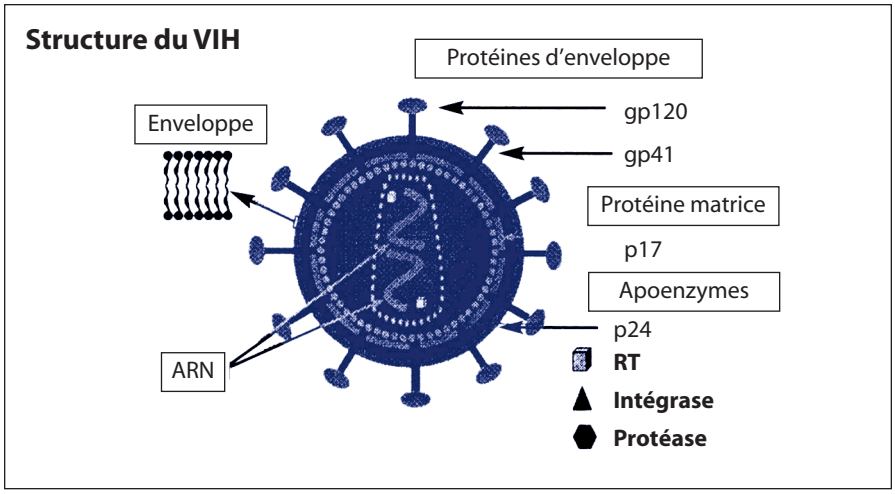



**Figure A1, 5.1 : Le virus de l'immunodéficience humaine**

a. Il s'agit d'un rétrovirus qui utilise son ARN (acide ribonucléique) et l'ADN (acide désoxyribonucléique) de l'hôte pour produire un ADN viral. Sa période d'incubation (correspondant à la phase de latence clinique) est longue.

b. Il est composé d'un centre cylindrique entouré d'une enveloppe lipidique sphérique. Le centre est composé de deux brins simples d'acide ribonucléique (ARN).

c. Il cause de graves dégâts au système immunitaire et le détruit en utilisant l'ADN des lymphocytes CD4 pour se répliquer. Au cours du processus, le virus détruit le lymphocyte CD4.

| | |
|---|---|
| Étape 4. | Présentez des diapositives PowerPoint ou des transparents montrant le cycle de vie du VIH et discutez de ce cycle : **B. 2. d** ci-dessous.<br>(2 minutes) |

d. Cycle de vie du VIH
- Les cellules hôtes infectées par le VIH ont une durée de vie très courte.
- Par conséquent, le VIH utilise en permanence de nouvelles cellules hôtes pour se répliquer.
- Jusqu'à 10 millions de virus individuels sont produits chaque jour.
- Dans les 24 heures après l'exposition, le virus attaque ou est capturé par des cellules dendritiques (une catégorie de phagocytes) présentes dans les membranes muqueuses et dans la peau.
- Dans les 5 jours suivant l'exposition, les cellules infectées se dirigent vers les ganglions lymphatiques et finalement vers le sang périphérique, où la réplication virale devient très rapide.
- Les cinq phases sont comme suit : fixation et entrée, transcription inverse, réplication, bourgeonnement et maturation (voir Figure A1, 5.2 ci-après).

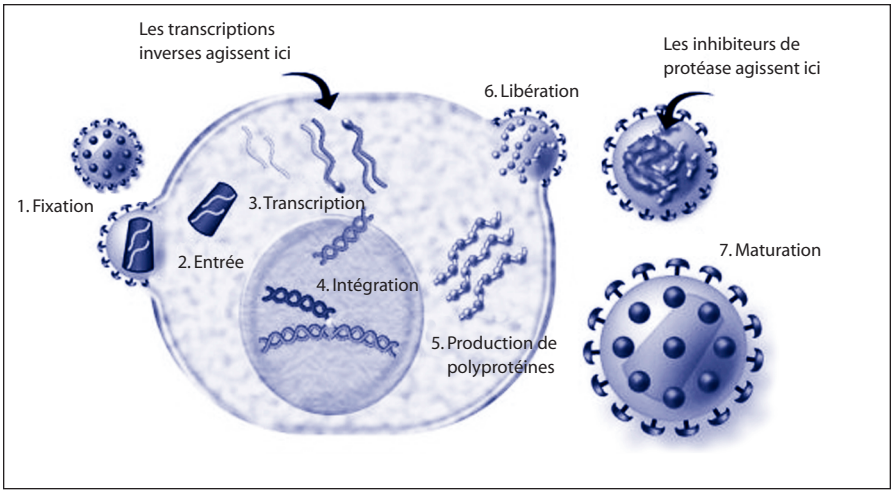



**Figure A1, 5.2 : Les cinq phases du cycle de vie du VIH**

**B. Évolution naturelle : la chronologie de la maladie provoquée par le VIH**

| | |
|---|---|
| Étape 5. | Donnez des informations sur la primo-infection au VIH et la séroconversion : caractéristiques cliniques, symptômes, résultats de laboratoire et prise en charge : voir **C.1 a–b** ci-dessous. **(15 minutes)** |

**1. Primo-infection au VIH et séroconversion**

a. Caractéristiques cliniques
- Après la première exposition, il se produit une période de 2 à 4 semaines de réplication virale intense avant l'apparition d'une réponse immunitaire et des symptômes cliniques.
- La phase clinique aiguë dure entre 1 et 2 semaines et survient dans 53 à 93 % des cas.
- Les manifestations cliniques se dissipent à mesure que les anticorps antiviraux (anti-VIH) deviennent détectables dans le sérum du patient.
- Les patients entrent alors dans un stade d'infection asymptomatique qui dure des mois, voire des années.

b. Symptomatologie liée à la séroconversion
- Elle se manifeste comme un syndrome grippal. Les symptômes peuvent être, entre autres :
  - L'apparition aiguë de fièvre avec ou sans sueurs nocturnes
  - La myalgie est courante ; elle peut s'accompagner de faiblesse musculaire
  - La léthargie et les malaises sont fréquents et souvent intenses ; ils peuvent persister plusieurs mois
  - Un état dépressif
  - La pharyngite/angine
  - La lymphadénopathie
  - L'arthralgie
  - L'anorexie/perte de poids

- Symptomatologie neurologique
  - Le VIH est facilement isolé dans le liquide céphalorachidien lors de la primo-infection.
  - L'infection précoce du système nerveux central entraîne fréquemment une méningo-encéphalite aseptique avec des migraines, une photophobie et des douleurs rétro-orbitaires.

- D'autres symptômes plus rares comprennent notamment :
  Myélopathie
  Neuropathie périphérique
  Névrite brachiale
  Paralysie faciale
  Syndrome de Guillain-Barré

- Symptomatologie gastro-intestinale
  - L'ulcération muco-cutanée est un trait distinctif
  - Les ulcères sont généralement petits, ronds ou ovales ; les muqueuses environnantes semblent normales
  - L'œdème pharyngé est fréquent
  - Candidose buccale/oropharyngée
  - Nausées/vomissements
  - Diarrhée

- Symptomatologie dermatologique :
  - L'érythème non prurigineux, maculo-papulaire est fréquent
  - Roséole semblable à une éruption
  - Urticaire diffuse
  - Desquamation de la paume des mains et de la plante des pieds
  - Alopécie

- Résultats de laboratoire

  1 ou 2 premières semaines :
  - Importante réduction du nombre de lymphocytes CD4 et CD8 avec une inversion du ratio CD4/CD8 (le ratio normal est de 2/1—2 cellules CD4 pour 1 cellule CD8)
  - Cette réduction est suivie d'une lymphocytose périphérique comprenant principalement des cellules CD8
  - Une légère thrombocytopénie est fréquente
  - Le taux de protéine C réactive et le taux de sédimentation érythrocytaire (vitesse de sédimentation) sont souvent élevés
  - Le taux d'hémoglobine reste généralement stable
  - Des taux élevés de transaminase et de phosphatase alcaline dans le sérum sont fréquents

  2 à 6 premières semaines : Au cours des 2 à 6 premières semaines :
  - Des anticorps anti-VIH sont détectables.
  - L'antigène du VIH (p24) peut être détecté dans le sérum avant les anticorps ; par conséquent, le dépistage de l'antigène est important pour le diagnostic de la séroconversion.
  - La *fenêtre sérologique :* Période au cours de laquelle le test de dépistage des anticorps anti-VIH chez des patients positifs au VIH peut se révéler négatif. Elle se limite généralement aux 2–6 premières semaines mais la période de 3 mois est donnée par mesure de sécurité. Dans de rares cas, la fenêtre sérologique peut durer de 6 à 12 mois.

    *Note :* Dans les milieux où les taux de prévalence et d'incidence sont élevés, comme les centres de traitement des IST ou chez les professionnelles du sexe, près de 5% des personnes négatives au test de dépistage des anticorps anti-VIH se trouvent en fait être dans la fenêtre sérologique et sont en réalité porteurs du VIH. Il serait bon de recommander vivement à ces personnes de revenir trois mois plus tard pour se soumettre à nouveau au test de dépistage.

- Prise en charge

La prise en charge clinique est principalement symptomatique.
L'objectif à ce stade est de donner des conseils et des informations appropriées pour empêcher une propagation ultérieure.
Questions à prendre en considération :

- La douleur physique entraînée par la maladie
- La nature tentante de poser un diagnostic clinique avant le diagnostic sérologique
- Les remords et autoaccusations du patient
- Les répercussions sur le mode de vie du patient
- Il faut tenter d'établir les antécédents sexuels du patient afin d'identifier la source (il est possible que les partenaires ne sachent pas qu'ils sont infectés ; qu'ils soient eux-mêmes au stage de séroconversion ou qu'ils ne connaissent pas les pratiques sexuelles sans risque ou les pratiques d'injection sans risque).
- Une étude sur l'utilisation des agents antirétroviraux à ce stade est en cours.
- Si de sérieux symptômes de séroconversion persistent (par exemple neurologiques), il convient d'envisager un TAR.

Étape 6. Discutez de la prise en charge et du traitement de la séroconversion au niveau local, y compris le diagnostic et la disponibilité de tests de laboratoire. Demandez aux participants si l'un d'entre eux a déjà vu un patient ayant une primo-infection au VIH. En l'occurrence, faites-lui décrire le diagnostic, le traitement et la prise en charge du patient. En général, ils répondront qu'ils n'en ont pas vu.

Expliquez qu'il est rare en Afrique de voir quelqu'un avec une primo-infection car les patients ne viennent pas au centre de soins avec des symptômes non spécifiques. S'ils viennent, c'est plus tard quand ils présentent des signes et des symptômes similaires au VIH, comme la fièvre, et ils sont généralement traités contre le paludisme. Lorsque le patient ne s'améliore pas, il va voir un autre médecin qui lui fait prendre un test de dépistage du paludisme auquel il est positif. Une fois encore, il recevra de la chloroquine, puis du fansidar, du chloramphénicol pour traiter la fièvre typhoïde, etc. Le diagnostic posé n'est jamais le VIH.
**(10 minutes)**

Étape 7. Projetez des diapositives PowerPoint ou des transparents sur la « chronologie de la maladie provoquée par le VIH par rapport au temps écoulé depuis l'infection » et présentez les stades de la progression du VIH : voir **C.2 a–d** ci-dessous.
**(15 minutes)**

À la fin de votre présentation, demandez aux participants s'ils ont des questions.
**(5 minutes)**

## 2. Stades de la progression de la maladie

### a. Première réduction immunitaire : numération des CD4 >500/µL

- À ce stade, la charge virale dans le sang est très faible
- La réplication du VIH se produit principalement dans les ganglions lymphatiques
- Elle dure en général cinq ans ou plus
- Une lymphadénopathie généralisée persistante (LGP) sans autres symptômes associés peut être notée
- Cette première réduction immunitaire est généralement asymptomatique, mais plusieurs troubles auto-immuns peuvent apparaître, comme :
  Purpura thrombopénique idiopathique (PTI)
  Syndrome de Guillain-Barré

[Montrez le tableau présentant la chronologie des maladies provoquées par le VIH par rapport au temps écoulé depuis l'infection]

### b. Réduction immunitaire intermédiaire : numération des CD4 entre 500 et 200/µL

- La déficience immunitaire se renforce
- Les infections commencent et persistent ou augmentent à mesure que le nombre de CD4 diminue
- Envisagez de débuter un traitement antirétroviral de première intention (si cela est prévu dans les directives nationales)
- Envisagez un traitement préventif pour la TB et une prophylaxie au cotrimoxazole
- Des infections moins graves surviennent, en particulier au niveau de la peau et des muqueuses :

| | |
|---|---|
| **Teigne** | **Molluscum contagiosum** |
| **Dermatite séborrhéique** | **Folliculite bactérienne** |
| **Verrues** | **Gingivite** |

- D'autres infections commencent à se manifester
  - La candidose buccale apparaît à la fin de ce stade
  - Il peut se produire une réactivation du virus du zona et du virus de l'herpès
  - L'infection par Mycobacterium Tuberculosis survient souvent pendant cette phase, bien qu'elle puisse survenir à tout moment
  - Sinusite chronique

[Renvoyez les participants au tableau montrant la chronologie des maladies provoquées par le VIH]

### c. Réduction immunitaire au stade avancé : numération des CD4 <200/µL

- La définition de cas du SIDA est une numération des CD4 inférieure à 200 CD4/µL

## SESSION 6 Diagnostic du VIH

### BUT

Trop souvent, les cliniciens ou prestataires de soins n'arrivent pas à diagnostiquer le VIH. Ils doivent connaître les nombreuses présentations cliniques du VIH et utiliser une procédure systématique pour garantir un diagnostic approprié.

Au cours de cette session, les participants seront formés à l'application des procédures à suivre pendant le premier examen clinique, les questions à poser pour établir les antécédents de la maladie et les éléments à rechercher durant l'examen médical. Sur le plan pratique, les participants feront un exercice de collecte des antécédents sexuels et apprendront quand et comment recommander aux patients d'envisager un test de dépistage du VIH. Seront également abordés au cours de cette session les différents tests sérologiques et tests de laboratoire pour le diagnostic de l'infection au VIH et au SIDA, le fonctionnement et l'utilisation de ces tests et, finalement, les différentes options de tests disponibles au niveau local, y compris leur disponibilité et coût.

### OBJECTIFS

À la fin de la session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire pourquoi il est essentiel d'établir une relation de confiance entre le patient et le prestataire de soins
2. Identifier les questions à poser lors de l'établissement des antécédents du patient et les éléments à rechercher pendant l'examen médical
3. Discuter pourquoi il est important de bien recueillir les informations sur la vie sexuelle passée
4. La collecte des antécédents sexuels se fera avec une grande capacité d'écoute et en utilisant des questions ouvertes
5. Identifier les signes cliniques et le mode de vie en utilisant une approche algorithmique de dépistage du VIH et décrire quand et comment conseiller aux patients d'envisager un test de dépistage du VIH
6. Décrire les différents tests sérologiques et leur fonctionnement
7. Interpréter les résultats des tests et poser un diagnostic
8. Déterminer le stade de la maladie et l'exposition à d'autres maladies infectieuses au moyen d'une évaluation de la numération des CD4 par un laboratoire de référence
9. Débattre les directives de dépistage au niveau local sur la base de la disponibilité et du coût

### DURÉE

2 heures 40 minutes

### PRÉPARATION

Pour l'étape 3, préparez une liste des parties du corps à examiner sur un tableau de présentation.

Préparez un tableau de présentation avec les questions énumérées à l'étape 5.

Préparez les jeux de rôles de l'étape 6 sur la collecte des antécédents sexuels.

- Faites plusieurs copies de chaque jeu de rôles pour chaque groupe de discussion. Assurez-vous que les instructions destinées au prestataire de soins et celles destinées au patient figurent sur des feuilles séparées.
- Le nombre de groupes de discussion dépendra du nombre de participants. S'il y a 20 participants par exemple, prévoyez quatre groupes de cinq participants.
- Révisez les instructions de l'étape 6 pour d'autres conseils.

### MATÉRIEL

Tableau de présentation, papier et marqueurs pour les groupes de discussion

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus) et présentez l'aperçu général :<br>Voir **A. 1–4** ci-dessous.<br>**(2 minutes)** |

**A. Aperçu général**

1. Trop souvent, les cliniciens et les prestataires de soins se trompent dans leur diagnostic d'une infection au VIH. Ils doivent connaître les nombreuses présentations cliniques du VIH.
2. Le défi est de savoir quand et comment recommander aux patients d'envisager un test de dépistage du VIH.
3. La chronologie d'évolution du VIH fournit un cadre utile au diagnostic.
4. L'utilisation d'algorithmes de prise de décision clinique permet de savoir s'il faut oui ou non recommander un test de dépistage du VIH.

| | |
|---|---|
| Étape 2. | Donnez des informations sur le premier examen clinique et le recueil des antécédents :<br>voir **B. 1. a–b** ci-dessous.<br>**(5 minutes)** |

**B. Examen du patient**

**1. Premier examen**

a. Il est essentiel d'établir une relation de confiance.
   - Les prestataires de soins doivent se rappeler que la plupart des patients sont anxieux et épouvantés à la simple mention du VIH ; il s'agit d'une maladie mortelle accompagnée de stigmatisation.
   - La capacité à faire preuve de sympathie, à communiquer des informations en évitant de subordonner le patient, ainsi que la capacité du prestataire à rassurer et à rester neutre sans porter de jugement permet de gagner la confiance du patient.
   - La confiance entre le prestataire de soins et le patient est essentielle afin d'obtenir des informations précises et d'assurer une bonne prise en charge du patient.

b. Entretien avec le patient

L'entretien représente un moyen d'établir une relation de confiance entre le patient et le médecin ou l'infirmier (ou un agent de santé dans n'importe quelle discipline). La discussion a trois objectifs principaux : collecter des informations, maîtriser les émotions et diriger le comportement ultérieur du patient. Vous devez développer des aptitudes spécifiques pour chacune de ces fonctions. Cela prend du temps. Cet atelier n'aborde pas cet aspect particulier mais tous les professionnels s'occupant de personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent recevoir une formation spéciale dans ce sens.

Voici un aperçu des trois composantes de l'entretien, assorti des aptitudes requises et d'exemples :

- **Collecte d'informations**
  Qualifications à avoir
  - Utiliser des questions ouvertes (auxquelles il n'est pas possible de répondre par un simple « oui » ou « non »)
    « Parlez-moi de ce qui s'est passé depuis votre dernière visite »
  - Collaborer avec le patient
    « Continuez… je vous écoute » (pas de paroles : hocher la tête)

- Orienter le patient
  « Je comprends que beaucoup de choses vous ennuient … Pouvons-nous nous concentrer sur la diarrhée pendant une minute ? »
- Faire une synthèse
  « Ainsi, si j'ai bien compris, vous avez eu beaucoup de nausées et de crampes, vous avez pris tous les médicaments chaque jour de cette semaine et vous voulez une aide pour ces symptômes… c'est cela ? »

- **Maîtrise des émotions.** Ce point est important dans le cadre des soins apportés aux PVS et à leur famille.
  Qualifications à avoir
  - Exprimer de la sympathie
    « Je vois que vous êtes très découragé »
  - Rassurer le malade
    Compréhension : « Il est compréhensible que vous soyez triste… regardez ce qui s'est passé le mois dernier : vous avez perdu votre meilleur ami, vous vous sentez faible et votre fils n'a pas de bons résultats à l'école… tout le monde serait triste dans cette situation »
    Limitation du temps : « Cela pourrait vous aider de vous rappeler que ces symptômes durent moins d'un mois chez la plupart des gens et cela fait déjà trois semaines que vous en souffrez ». Information/éducation sur la maladie
  - Proposez un soutien/partenariat
    « Je voudrais que vous sachiez que je suis ici pour vous aider à traverser cette épreuve »

- La **gestion du comportement** est utilisée à la fois pour l'adhérence à la médication et pour un changement du mode de vie (comme la réduction du risque). Vous réussirez mieux sur ce point si vous êtes capable de motiver et d'éduquer votre patient.
  Qualifications à avoir :
  - Autorité/modèle
    « J'ai constaté que ce médicament était efficace pour de nombreux patients »
  - Encouragement à l'égard du patient
    « Vous vous êtes vraiment bien débrouillé cette semaine… vous vous êtes rappelé la plupart de vos médicaments »
  - Attribution d'un trait de caractère ou d'un choix
    Trait
    « Vous avez vraiment bien conduit vos affaires au travail et vous arrivez à prendre soin de vos enfants, vous pouvez donc probablement vous rappeler ces médicaments »
    Donner le choix pour la prise des médicaments
    « C'est à vous de décider la méthode que vous voulez utiliser pour vous rappeler à quel moment vous devez prendre tel ou tel médicament »
  - Répétition et affirmation d'intention
    Par la répétition, vous aidez les patients à examiner en détail une journée typique, à analyser ce qu'ils vont faire concernant leurs médicaments et à exprimer ce qu'ils ont l'intention de faire (affirmation d'intention).

**Antécédents spécifiques en matière de VIH/SIDA :**
En plus des points habituels recueillis lors des antécédents, vous devez aborder les sujets suivants :

- Dépistages antérieurs du VIH ? Si oui, pour quelles raisons ? quels ont été les résultats ?
- Présence de signes et symptômes associés au VIH
- Antécédents de MST et autres maladies infectieuses
- Autres diagnostics médicaux, par exemple affections malignes ou précancéreuses
- Antécédents de problème de santé mentale (cherchez des signes de dépression)
- Antécédents familiaux : âge et état de santé des enfants ; VIH chez d'autres membres de la famille
- Prise régulière des médicaments
- Antécédents sociaux

- Sources de soutien (famille, amis, communauté, prestataires de soins)
- Antécédents sexuels (voir 2 et 3 ci-dessous)
- Le cas échéant, demandez au patient s'il se rappelle avoir déjà suivi un traitement pour le VIH (si oui, vous devriez alors dans l'idéal trouver la numération des CD4 et la charge virale du VIH pré-thérapeutique ainsi que le traitement, y compris la durée/adhérence).

Étape 3 : Montrez le tableau de présentation avec la liste des parties du corps à examiner et demandez aux participants de vous dire ce qu'ils doivent examiner pour poser un diagnostic de VIH ou l'éliminer. Discutez brièvement et ajoutez tous les éléments qu'ils auraient oubliés : voir **c** ci-dessous. **(5 minutes)**

c. Examen médical : chercher des signes du VIH
   - Général : cherchez des preuves de perte de poids, de perte adipeuse marquée aux extrémités, au visage et aux fesses
   - Peau : exanthème ; lésions papulaires, maculaires, vésiculaires ou ulcéreuses
   - Yeux : examinez la conjonctive et le fond de l'œil à la recherche de changements (opacification du cristallin, points d'aspect ouaté)
   - Oropharynx (où l'on trouve souvent les premiers signes du VIH) : vérifiez s'il y a un muguet, etc.
   - Ganglions lymphatiques : lymphadénopathie ou adénopathie régionale ferme ou légèrement ferme, ganglions lymphatiques extrêmement mous
   - Poumons : râles
   - Examen gastro-intestinal : hépato-splénomégalie
   - Examen neurologique : démence, migraines, crises d'épilepsie, neuropathies focales
   - Examen pelvien : écoulements, ulcères, abcès

Étape 4. Demandez aux participants pourquoi il est important selon eux de prendre note des antécédents sexuels et quels sont leurs inquiétudes à ce sujet. Donnez ensuite les informations reprises au point **2. a–l** ci-dessous. **(15 minutes)**

**2. Recueil des antécédents sexuels**

a. Pourquoi cela est-il important ?
   - Le recueil effectif et complet des antécédents concernant les pratiques sexuelles et le mode de vie du patient fait partie intégrante de la prise en charge médicale.
   - La collecte d'informations sur les antécédents sexuels aide à retrouver la possibilité d'une exposition antérieure. Elle permet également de dégager des informations sur les comportements sexuels qui auraient pu mettre le patient dans une situation de risque.
   - Vous déciderez de recommander un test de dépistage du VIH sur la base des informations cliniques et du mode de vie que vous obtiendrez des antécédents du patient et de l'examen physique.

b. Essayez de commencer par les questions les moins délicates.

c. Mettez le patient à l'aise en lui demandant d'autres détails pertinents, comme des antécédents de symptômes ou signes inquiétant le patient et des détails sur les maladies antérieures, y compris les MST, etc.

d. Expliquez que le recueil des antécédents sexuels est important afin d'évaluer l'état de santé général de la personne et de déterminer les tests à effectuer.

e. Si possible, posez les questions dans un contexte général de recueil des antécédents médicaux.

f. L'entretien doit passer des questions ouvertes aux questions fermées. Dans les exemples ci-après, la plupart des questions sont fermées, en supposant que l'entretien a progressé depuis le premier stade, plus ouvert. Par exemple : de « Parlez-moi de la manière dont vous voyez votre risque d'infection au VIH » à « À quand remonte la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels sans préservatif ? ».

g. Écoutez attentivement les réponses et poser des questions de clarification.
h. Assurez-vous que le patient comprend les termes que vous utilisez. Si possible, utilisez le vocabulaire du patient et soyez ouvert aux différences culturelles.
i. Modifiez vos questions pour les adapter à la situation et aux réponses.
j. Assurez-vous que les questions sur les pratiques sexuelles ne contiennent aucun à priori concernant l'orientation sexuelle ou la monogamie
k. Veillez à établir si le patient a eu des relations sexuelles non protégées à un moment donné et en particulier au cours des trois derniers mois ou s'il a rencontré des difficultés au cours de l'utilisation des préservatifs (rupture par exemple).
l. Recueillez les antécédents de contacts sexuels ; commencez par les plus récents et remontez dans le temps.

| | |
|---|---|
| Étape 5. | Décrivez aux participants l'importance du recueil des antécédents sexuels et la manière de procéder ; lisez les points **3 a–e** ci-dessous et demandez aux participants s'ils veulent modifier, ajouter ou supprimer des questions.<br>**(10 minutes)** |

**3. Questions sur les antécédents sexuels.**

Les questions suivantes sont fermées pour la plupart. Il ne faut les poser qu'après une discussion plus ouverte et lors de la rédaction du rapport :

a. Pour lancer une discussion plus approfondie sur les antécédents sexuels concernant une exposition possible :
   - Dites-moi quel rôle joue l'activité sexuelle dans votre vie aujourd'hui ? (Si nécessaire, demandez « êtes-vous sexuellement actif ? »)
   - Pouvez-vous me décrire ce que vous pensez de votre risque d'infection au VIH ? Pourquoi pensez vous être/ne pas être à risque ?
   - Avez-vous déjà eu une infection sexuellement transmissible ? (Il peut s'avérer utile de donner des exemples.) Savez-vous si l'un de vos partenaires sexuels a contracté une maladie sexuellement transmissible ou le SIDA ?

b. Pour obtenir davantage d'informations sur le nombre et le sexe des partenaires ainsi que sur l'utilisation du préservatif :
   - Avez-vous déjà eu ou, avez-vous actuellement des relations sexuelles avec des hommes, des femmes ou les deux ?
   - Combien de partenaires sexuels avez-vous eus ? (Si possible, déterminez le nombre total de partenaires du patient, le nombre de partenaires au cours de la dernière année et au cours des trois derniers mois)
   - Utilisez-vous des préservatifs ?
   - Si oui, à quelle fréquence ?
   - Quand avez-vous commencé à utiliser des préservatifs ?
   - Si non, pourquoi n'utilisez-vous pas de préservatif ?

c. Pour déterminer les pratiques sexuelles :
   - Quelle forme de rapports sexuels avez-vous généralement avec votre partenaire ?
   - Avez-vous des rapports vaginaux ?
   - Avez-vous des rapports anaux ? (cela peut demander une explication ou une description supplémentaire)
   - Avez-vous des rapports oraux ? (cela peut demander une explication ou une description supplémentaire)

d. Pour obtenir des informations (non sexuelles) sur le mode de vie concernant le risque d'infection au VIH :
   - Consommation de drogues injectables
     Fumez-vous des cigarettes, buvez-vous de l'alcool, utilisez-vous d'autres drogues ?
   - Si le patient s'injecte des drogues :
     Échangez-vous les aiguilles ou le matériel d'injection avec d'autres personnes ?

- Si le patient est un ancien consommateur de drogues injectables :
  Quand avez-vous arrêté l'injection de drogues ?
  Aviez-vous échangé des aiguilles ou du matériel d'injection avec d'autres personnes ? Si oui, jusqu'à quand ?

e. Produits sanguins
- Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ?
- Avez-vous déjà eu un accident grave ou une intervention chirurgicale ?
  Avez-vous reçu du sang suite à cet accident/intervention chirurgicale ?

Étape 6. Dites aux participants qu'ils vont effectuer un exercice pratique de recueil d'antécédents sexuels en s'interrogeant les uns les autres et en utilisant les questions ci-dessus : voir **3. a–e** (page dans les notes techniques des participants). Demandez-leur de relire brièvement les questions et discutez les points qu'ils pourraient se poser.

Expliquez aux participants qu'ils vont effectuer un exercice pratique de recueil d'antécédents sexuels en procédant à des jeux de rôles. Une personne sera le prestataire de soins et une autre, le patient. Chacun recevra des instructions séparées concernant son rôle. Il y aura 2–3 jeux de rôles, afin qu'ils puissent tous y prendre part.

Demandez aux participants de se répartir en quatre groupes et de choisir un prestataire de soins et un patient. Demandez à une personne dans chaque groupe de jouer le rôle d'animateur. Donnez à l'animateur les instructions du prestataire de soins et du patient pour tous les jeux de rôles. L'animateur distribue alors les « instructions du prestataire de soins » pour le premier jeu de rôles à la première personne qui sera le prestataire de soins et les « instructions du patient » à celui qui va jouer le patient.

Dites aux groupes qu'ils ont 10 minutes pour chaque jeu de rôles. L'animateur doit surveiller le temps. Lorsqu'ils ont terminé le premier jeu de rôles, demandez-leur de choisir deux autres personnes pour être le prestataire de soins et le patient et répétez la même démarche.
**(10 minutes x 2 jeux de rôles = 20 minutes)**

Réunissez les participants et pour chaque groupe, posez les questions suivantes à chaque participant du jeu de rôles (prestataire de soins, patient) :

Questions pour le prestataire de soins :
Étiez-vous à l'aise pour poser les questions ?
Quelles étaient les questions les plus difficiles ? Pourquoi ?
Quels obstacles avez-vous rencontrés ?
Comment avez-vous surmonté ces obstacles ?
Y a-t-il des questions culturelles ou spécifiques au pays qui auraient facilité ou compliqué l'établissement des antécédents sexuels ?
**(15 minutes)**

Questions pour le patient :
Comment vous sentiez-vous lorsqu'on vous posait les questions ?
Qu'a fait le prestataire de soins pour vous faciliter/compliquer les choses ?
Qu'est-ce qui aurait pu rendre les questions plus claires ?
Qu'est-ce qui vous aurait mis plus à l'aise pour y répondre ?
**(15 minutes)**
**(Durée totale de l'exercice : 60 minutes)**

# Jeu de rôles #1

## INSTRUCTIONS DU PRESTATAIRE DE SOINS

Vous êtes un médecin chargé des soins primaires en zone rurale au Ghana. C'est votre 35e patient de la journée. Il s'agit d'une femme de 20 ans qui semble très inquiète. Du coup, vous vous demandez combien de temps cela va prendre et les difficultés que vous allez rencontrer pour connaître les raisons réelles de son inquiétude. Vous pensez qu'il s'agit de la nièce de votre voisin.

COUPEZ LA FEUILLE ICI

## INSTRUCTIONS DU PATIENT

Vous êtes une femme de 20 ans et vous venez juste d'apprendre que votre petit ami est séropositif au VIH. Vous aussi, vous avez eu quelques maux de tête mais sinon, vous vous sentez bien. Vous êtes bouleversée par ce qui arrive à votre petit ami et vous avez décidé de venir à l'hôpital pour que le médecin puisse traiter vos maux de tête. Les maux de tête se présentent comme un étau autour de votre tête et persistent depuis deux semaines. Ils durent toute la journée ; ils ne vous réveillent pas et ne provoquent pas de nausées ou de vomissements ou d'autres problèmes. L'aspirine soulage la douleur.

**Vos antécédents sexuels :** Vous avez commencé à avoir des rapports sexuels à l'âge de 15 ans mais ce n'était pas une bonne expérience. Votre professeur de l'école secondaire vous a séduite un jour après les cours et vous avez eu l'impression que vous ne pouviez pas refuser. Vous l'aimiez bien mais vous ne pensiez pas avoir des relations sexuelles avec lui. Vous n'en avez parlé à personne, sauf à une amie, que vous suspectez d'avoir eu également des rapports avec lui.

Vous êtes avec votre petit ami actuel depuis un an. Vous avez des rapports vaginaux (pas de rapports anaux ni oraux) environ toutes les deux semaines, lorsque vous arrivez à être seuls. Il voyage beaucoup pour son travail de chauffeur routier et vous le suspectez d'avoir eu des rapports avec d'autres femmes mais aucun de vous n'a jamais abordé ce sujet.

Vous utilisez parfois des préservatifs mais en général, ce n'est pas le cas.

Votre petit ami actuel est votre quatrième partenaire au cours des quatre dernières années. Les autres étaient des hommes que vous connaissiez bien ; vous êtes restée avec chacun d'entre eux une année environ. Vous utilisiez des préservatifs avec eux et aviez également des rapports toutes les deux semaines environ. Aucun d'entre eux ne vous a signalé avoir eu une MST ou tout autre problème et vous n'avez pas eu de MST jusqu'à ce petit ami actuel. Il vous a dit, il y a trois mois, que vous deviez faire des examens car il avait eu un ulcère pendant quelques semaines alors qu'il était en déplacement.

Vous n'avez jamais reçu de transfusion sanguine et ne consommez pas de drogues injectables.

Vous êtes nerveuse car le médecin vous semble un visage familier et que vous ne voulez pas que quelqu'un de votre famille soit au courant.

# Jeu de rôles #2

## INSTRUCTIONS DU PRESTATAIRE DE SOINS

Vous êtes un médecin chargé des soins primaires au Ghana. C'est votre 35e patient de la journée. Il s'agit d'un médecin de 45 ans d'un district à quatre heures de route de chez vous. Vous l'avez rencontré lors de réunions médicales. Il semble inquiet et vous vous demandez ce qui se passe.

COUPEZ LA FEUILLE ICI

## INSTRUCTIONS DU PATIENT

Vous êtes un médecin de 45 ans travaillant depuis six mois dans un district rural dans le nord du Ghana, après avoir achevé vos études de doctorat en santé rurale au Royaume-Uni.

Vous avez commencé à tousser il y a quelques semaines et vous souffrez d'exanthème, accompagné de fièvre. Vous avez passé l'été dernier en Zambie où vous avez vu de nombreux patients atteints du SIDA. Vous avez été prudent mais vous vouliez quitter votre district pour être examiné et éventuellement discuter de votre crainte d'infection au VIH, même si vous pensez présenter un faible risque. Vous n'arrêtez pas d'y penser.

Vous êtes marié depuis 13 ans à une femme de votre âge et vous êtes heureux en mariage. Vous avez quatre enfants, âgés aujourd'hui de 5 à 12 ans.

Vous avez des rapports vaginaux avec votre femme deux fois par semaine environ, pas de rapports anaux mais des rapports oraux assez fréquents. Vous avez eu deux fois des rapports avec une autre femme pendant votre séjour à Londres. Vous avez eu avec elle des rapports vaginaux protégés sans rupture ou autre problème avec le préservatif. Vous ne présentez aucun symptôme d'IST et vous ne savez pas si votre partenaire de Londres est ou était atteinte d'une IST. À votre connaissance, votre femme vous a été fidèle et n'a pas été atteinte d'IST. Votre femme et l'autre femme ont été vos seules partenaires au cours des 13 dernières années.

Vous ne consommez pas de drogues ou d'alcool et n'avez pas eu de transfusion sanguine.

## C. Test de laboratoire

| | |
|---|---|
| Étape 7. | Présentez les examens de laboratoire : voir **1. a–e** et décrivez les différents tests sérologiques : voir **2. a–d** ci-dessous.<br>**(10 minutes)** |

### 1. Introduction

a. Les tests de dépistage d'anticorps anti-VIH détectent les anticorps que le système immunitaire crée pour lutter contre le VIH. Ces tests ne cherchent pas le virus lui-même mais plutôt les anticorps produits pour répondre à un certain nombre de capsules virales et d'antigènes nucléocapsidiques.

b. La *sensibilité* est la capacité du test à détecter des anticorps en général.

c. La *spécificité* est la capacité du test à détecter des protéines virales spécifiques au VIH.

d. Les *valeurs prédictives* mesurent si une personne est réellement ou non infectée, compte tenu du résultat du test de dépistage (l'exactitude de la sérologie du VIH est excellente).

### 2. Tests sérologiques

a. ELISA (test de dosage immuno-enzymatique)/EIA (essai immuno-enzymatique)
- Il recherche un certain nombre de protéines d'anticorps en combinaison.
- C'est un test très *sensible* mais pas très *spécifique*—il peut détecter des anticorps et des antigènes autres que le VIH, pouvant donner un résultat faussement positif.
- Un résultat positif (ou indéterminé) au test ELISA signifie que l'échantillon doit être testé à nouveau par un test Western blot ou un autre test ELISA, différent du premier.

b. Test Western blot
- Utilisé comme test de confirmation.
- Il détecte les anticorps d'un certain nombre de protéines spécifiques au VIH et il est considéré comme très spécifique au VIH.
- Les échantillons produisant un résultat négatif sont rapportés comme négatifs.
- Les anticorps d'un nombre sélectif de protéines virales peuvent produire un WB indéterminé ; vous devez prélever un autre échantillon pour confirmer le diagnostic.
- Les bandes correspondant aux protéines p24 et p55 sont généralement détectées très tôt au cours de la séroconversion, suivies des bandes de glycoprotéines (gp120 ; gp41) de l'enveloppe virale [voir le diagramme de la structure du VIH dans la section B.2 plus haut].

c. PCR (réaction en chaîne de la polymérase) utilisant l'ADN
- C'est un test qualitatif utilisé pour détecter les virus intracellulaires.
- Peut détecter 1–10 copies du provirus VIH.
- Utilisé principalement pour la détection virale au cours d'une infection néonatale et lors d'une sérologie indéterminée.

d. Tests de dépistage rapides
- Il existe plusieurs tests qui donnent des résultats en 10 minutes environ ; SUDS, Recombigen et Génie en sont trois exemples.
- La *sensibilité* est proche de 100% ; la *spécificité* est supérieure à 99%—ils sont analogues aux tests EIA.
- Vous pouvez considérer les tests négatifs comme incontestablement négatifs ; vous devez confirmer les résultats positifs par une sérologie standard ou un autre test rapide.
- Utiles dans les situations où il est important d'avoir des résultats immédiats pour prendre des décisions de prise en charge comme :
  - Exposition professionnelle, où il est possible d'utiliser une prophylaxie post-exposition (PPE)
  - Dans les dispensaires et salles d'urgence de traitement des MST, où les taux de séroprévalence sont élevés, mais où le suivi n'est pas toujours pratique ou les visites de suivi peu respectées par les patients

Étape 8. Invitez les participants à débattre les questions suivantes :

Quels sont les tests disponibles à votre niveau local ?
Combien coûtent-ils ?
Quelles sont les directives nationales concernant le dépistage ?
Quelles sont les directives nationales concernant le CDV ?
Quelles sont les recommandations que vous voudriez appliquer dans votre établissement à votre retour de formation ?

Demandez aux participants venant de différents endroits d'énumérer leurs recommandations sur des feuilles séparées du tableau de présentation et affichez-les.
**(15 minutes)**

Étape 9. Décrivez la stratégie de dépistage de l'OMS et répondez aux questions éventuelles : voir **3. a–c** ci-dessous.
**(10 minutes)**

### 3. Stratégie de dépistage de l'OMS

a. Aperçu général

- L'infection par le VIH est diagnostiquée par un résultat positif à un test de dépistage du VIH. Beaucoup de pays aux ressources limitées ne peuvent pas se permettre les tests coûteux utilisés dans les pays développés.
- L'OMS a recommandé des stratégies de dépistage basées sur une combinaison de tests qui ne requièrent pas l'utilisation d'analyses de confirmation aussi coûteuses que le Western Blot (WB).
- Le dépistage du VIH est devenu beaucoup plus répandu et le diagnostic du VIH fondé uniquement sur des caractéristiques cliniques n'est pas recommandé.
- Les tests de confirmation (WB) ne doivent être utilisés qu'en cas de résultats indéterminés et à des fins de diagnostic.
- Une note sur les résultats des tests :
  - *Résultats positifs :* les critères pour un test positif sont (1) un test ELISA positif suivi d'un autre test de dépistage du VIH positif différent du premier ou (2) un WB positif. (Selon les critères, deux tests de dépistage rapides donnant des résultats positifs peuvent également être considérés comme un résultat positif). Pour les tests rapides, il devrait exister des directives basées sur un algorithme validé qui indique deux tests qui peuvent être utilisés ensemble, ce qui, lorsque les résultats aux deux tests sont positifs, confirme un statut séropositif.

    Les tests qui peuvent diagnostiquer des antigènes autres que le VIH peuvent donner des résultats *faussement positifs* (exemple, ELISA).

  - *Résultats négatifs :* cela signifie que le patient n'a pas été infecté par le VIH ou que l'infection est tellement récente que les anticorps anti-VIH détectables n'apparaissent pas encore dans le sang.

    Résultats faussement négatifs : ils peuvent être dus au délai de temps entre l'infection et l'apparition des anticorps dans le sang (la « fenêtre sérologique »), de la souche du VIH (par exemple, VIH-2) et des réactifs utilisés.

  - *Résultats indéterminés :* ils proviennent le plus souvent d'un test ELISA positif et d'un WB indéterminé, par exemple un test montrant une seule bande, généralement p24. Dans le cas des tests rapides, deux résultats différents provenant de deux tests rapides différents constituent également un résultat indéterminé.

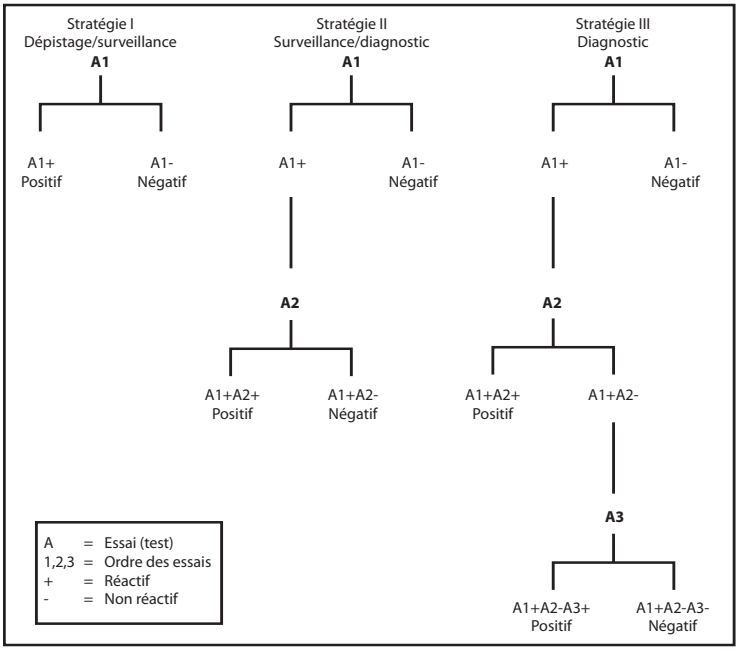
b. Objectifs du test :

- Sécurité de la transfusion et de la greffe
- Surveillance
- Diagnostic

c. Prévalence de l'infection dans la population étudiée

- Recommandations de l'ONUSIDA et de l'OMS concernant les stratégies de dépistage du VIH en fonction des objectifs du dépistage et de la prévalence de l'infection dans la population étudiée.

| Objectif du dépistage | | Prévalence de l'infection | Stratégie de dépistage |
|---|---|---|---|
| **Sécurité des transfusions et des greffes** | | Toutes | I |
| **Surveillance** | | > 10%<br>≤ 10% | I<br>II |
| **Diagnostic** | **Asymptomatique** | > 30%<br>≤ 30% | I<br>II |
| | **Signes cliniques d'infection par le VIH** | > 10%<br>≤ 10% | II<br>III |




**Guide pour l'utilisation des techniques de dépistage du VIH dans la surveillance : sélection, évaluation et mise en œuvre. 2001. OMS/CDS/CRS/EDC/2001.16, ONUSIDA/01.22E**

**Ordre d'utilisation :** L'ordre d'utilisation est déterminé par la spécificité et la sensibilité des tests

- La *sensibilité* d'un test est la probabilité d'obtenir un résultat positif si l'infection ou la maladie est réellement présente. Plus un test est sensible, moins on obtient de résultats faussement négatifs.
- La *spécificité* d'un test est la probabilité d'obtenir un résultat négatif si l'infection ou la maladie est réellement absente. Plus un test est spécifique, moins on obtient de résultats faussement positifs.
- Le premier test devra être hautement sensible (plus de 99%), donnant moins de résultats faussement négatifs. Le deuxième et troisième tests devront être hautement spécifiques (plus de 99%), donnant moins de résultats faussement positifs.
- Dans la majorité des situations où vous vous occupez de la prise en charge clinique de patients souffrant du SIDA, la prévalence de l'infection au VIH au sein de la population est élevée et vous voyez des patients aux stades cliniques III ou IV de l'infection au VIH. Dans ce cas, un simple test de dépistage positif suffit pour diagnostiquer le SIDA (**stratégie de dépistage I**).

- Pour une transfusion sécurisée, la **stratégie de dépistage I** (1 test) suffit également pour rejeter le sang s'il est positif.
- Dans toutes les autres situations, vous aurez besoin d'au moins deux tests pour diagnostiquer le SIDA (**stratégie II et III**).

Étape 10. Donnez des informations sur le CDV : voir **4. a** ci-dessous. Posez aux participants les questions suivantes :
Y a-t-il des directives de CDV au niveau local ?
Si oui, quelles sont-elles ? Comparez-les à celles données ci-après.
**(5 minutes)**

### 4. Conseil et dépistage volontaire (CDV)

a. Procédez à un test de dépistage du VIH à des fins de diagnostic individuel conformément aux règles des services de CDV :

a. Le dépistage se fait **volontairement,** avec un **consentement éclairé.** Vous ne devez exercer aucune pression. Le dépistage obligatoire est hors de question. Chacun a le droit de savoir (ou de ne pas savoir) son statut sérologique.

- Des services de **conseil** avant et après le dépistage sont en place
- La **confidentialité** doit être garantie afin d'empêcher toute discrimination
- Le test doit être **techniquement fiable** et il doit être possible de procéder à un test de confirmation
- Les tests sont financièrement (et culturellement) **accessibles**
- Le patient dispose de **soins minimums**

- La justification du CDV est qu'il peut renforcer un comportement préventif chez des personnes séronégatives.
- Si les personnes savent qu'elles sont séropositives, elles peuvent prendre des mesures pour prévenir le développement de certaines IO, prévenir la transmission ultérieure du VIH et se préparer elles-mêmes et leur famille pour l'avenir.
- *Note :* Dans des milieux où les taux de prévalence et d'incidence sont élevés, comme les dispensaires pour les travailleurs du sexe ou les dispensaires de soins des MST, 5% au moins des personnes qui sont testées négatives au dépistage des anticorps anti-VIH se trouvent en réalité dans la fenêtre sérologique et sont porteuses du VIH. Il faut fortement recommander à ces personnes de revenir trois mois plus tard afin qu'elles se soumettent à nouveau au test de dépistage.

Étape 11. Décrivez les tests de laboratoire de base : voir **5. a–c** ci-dessous. Discutez ensuite des questions suivantes :

Tous ces tests existent-ils au niveau local ?
Recommanderiez-vous d'autres tests ?
**(5 minutes)**

### 5. Tests de laboratoire de base

a. Après confirmation du diagnostic, une évaluation biologique de base est nécessaire pour déterminer le stade de la maladie et l'exposition à d'autres maladies infectieuses tels que quantifiés par la numération des CD4.

b. Les autres tests de base recommandés sont énumérés ci-après :
- CBC (Numération des globules blancs)
- Tableau d'analyse chimique du sérum
- Sérologie pour la syphilis
- Radiographie du thorax
- Test cutané à la tuberculine DPP
- Test de Papanicolaou
- Sérologie pour l'hépatite B (VHB)

c. Numération des lymphocytes CD4
- Les fourchettes normales de laboratoire sont généralement de 500 à 1400/mm
- La numération des CD4 est le test le plus utile pour évaluer la fonction immunitaire
- La baisse du nombre des cellules CD4 est l'anomalie la plus importante et la plus fréquente observée en laboratoire chez les porteurs du VIH
- La connaissance de la numération normale des CD4 revêt une importance vitale pour l'évaluation du patient
- La détermination du stade de l'infection au VIH, les recommandations de traitement antirétroviral et la prophylaxie contre les IO reposent sur le niveau d'immuno-suppression

Étape 12. Décrivez l'approche syndromique de diagnostic et l'utilisation d'algorithmes : voir **6.a–c** ci-dessous. Expliquez comment ils seront utilisés en conjonction avec les études de cas au cours de cet atelier. **(3 minutes)**

### 6. Approche syndromique de diagnostic

a. Lorsque les infrastructures de diagnostic sont nettement insuffisantes, les décisions de prise en charge doivent s'appuyer sur les caractéristiques cliniques et de simples résultats de laboratoire. Il est toujours préférable d'utiliser un test de dépistage du VIH pour procéder à un diagnostic.

b. Les algorithmes accompagnés de diagrammes constituent des outils utiles pour l'évaluation et la prise en charge clinique de l'infection au VIH chez les adultes dans les pays aux ressources limitées.

c. Les algorithmes fournis dans ce manuel se basent sur les directives de MSF/OMS et couvrent les syndromes cliniques suivants :
- Problèmes respiratoires
- Troubles neurologiques
- Diarrhée chronique et troubles gastro-intestinaux
- Adénopathie
- Lésions buccales, odynophagie et dysphagie
- Lésions cutanées
- Fièvre

## SESSION 7 Présentation clinique du patient, diagnostic différentiel et suivi

### BUT

Il existe différentes manières de définir l'infection par le VIH et le SIDA. Au cours de cette session, les participants se familiariseront avec la présentation clinique du VIH/SIDA, les troubles couramment associés à cette infection, ainsi que les systèmes de classification clinique et de laboratoire de l'OMS.

Étant donné que le diagnostic initial de l'infection par le VIH peut être difficile du fait que les signes et symptômes généraux sont communs à de nombreuses autres infections, les participants seront également formés, au cours de cette session, à reconnaître les maladies présentant les mêmes symptômes que le VIH et la manière de poser un diagnostic différentiel.

### OBJECTIFS

À la fin de la session, les participants seront en mesure de :

1. Identifier les troubles fréquents associés à une infection au VIH
2. Diagnostiquer une infection au VIH sur la base de signes et symptômes majeurs et mineurs lorsque la numération des lymphocytes CD4 n'est pas possible
3. Diagnostiquer une infection par le VIH en se basant sur la classification clinique et de laboratoire de l'OMS
4. Énumérer les maladies présentant les mêmes symptômes que le VIH
5. Décrire l'importance du dépistage du VIH lors du dépistage d'autres maladies
6. Donner des exemples de facteurs qui facilitent le diagnostic
7. Discuter des procédures de suivi au niveau local

### DURÉE

110 minutes ou 1 heure 50 minutes

### MATÉRIEL

Tableau de présentation et marqueurs pour les petits groupes de discussion

### PRÉPARATION

Demandez aux participants de préparer 2 ou 3 études de cas de diagnostic différentiel, en s'appuyant sur leur expérience personnelle, décrivant un patient qui présente plusieurs symptômes ; ou demandez à plusieurs participants de préparer—à l'avance—des études de cas à partir de leur expérience personnelle pour les présenter au groupe.

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de cette session (voir ci-dessus). |
| Étape 2. | Donnez des informations introductives : voir **C.1. a–d** ci-dessous.<br>**(5 minutes)** |

**A. Présentation clinique du patient**

**1. Introduction**

a. Il n'est pas aussi facile et rapide que l'on pourrait le croire de poser le diagnostic et déterminer le stade de l'infection par le VIH chez une personne vivant dans un pays aux ressources limitées.

b. Vous devez procéder à un bon examen clinique et avoir une discussion approfondie avec le patient ; Cela peut facilement prendre 20 minutes par patient. Les troubles habituels qu'il faudra rechercher lors de l'examen physique seront, entre autres :
   - un muguet buccal
   - exanthème maculaire sur le palais en tant que signe du sarcome de Kaposi
   - des cicatrices de zona
     Exemple : en Zambie, parmi les patients de moins de 40 ans, 9 sur 10 avec le zona ont le VIH
   - la nature colorée des manifestations cutanées est une marque du VIH
   - état des muscles pectoraux, temporaux, biceps, muscles fessiers, muscles entourant les tibias comme un signe de cachexie ; observez si les cheveux sont droits à la racine ; le VIH est une *maladie* cachectisante comme le cancer et la TB
   - adénopathies généralement inférieures à 2,5 cm

c. Dans les pays aux ressources limitées, les professionnels de la santé utilisent la définition et la classification du SIDA de l'OMS, adaptées pour les pays ayant peu d'infrastructures de diagnostic clinique et de laboratoire.

d. Lorsque la possibilité d'un suivi de laboratoire existe, il est préférable d'utiliser la version améliorée de la classification de l'OMS.

| | |
|---|---|
| Étape 3. | Demandez aux participants de citer au moins un signe mineur et un signe majeur d'une infection au VIH. Inscrivez-les sur un tableau de présentation dans les colonnes "majeurs" et "mineurs".<br>Lisez ensuite la liste ci-après (**2.b**) et ajoutez tout signe qu'ils auraient pu oublier.<br>Précisez que cette méthode a pour inconvénient un faible niveau de sensibilité et de spécificité.<br>**(5 minutes)** |

**2. Définitions de cas de l'OMS pour la surveillance du VIH/SIDA dans les pays aux infrastructures de diagnostic clinique et de laboratoire limitées**

a. Lorsque les tests de dépistage du VIH ne sont pas disponibles, diagnostiquer cliniquement les patients sur la base des signes et symptômes mineurs et majeurs.

b. La présence d'au moins deux signes majeurs et d'au moins un signe mineur remplit les critères pour la définition de cas du VIH/SIDA
   - Signes majeurs :
     Perte de poids >10% du poids corporel
     Diarrhée chronique (>1 mois)
     Fièvre prolongée (>1 mois)
   - Signes mineurs :
     Toux persistante depuis plus d'un mois (en cas de TB, n'utilisez pas ce critère)
     Dermatite prurigineuse généralisée
     Antécédents de zona
     Candidose oropharyngée

Infection chronique progressive ou disséminée à l'herpès simplex
Adénopathie généralisée
La présence d'un sarcome de Kaposi généralisé ou d'une méningite à cryptocoque suffit pour la définition de cas du SIDA

*L'inconvénient de cette méthode est sa faible sensibilité et sa faible spécificité.*

| | |
|---|---|
| Étape 4. | Discutez du diagnostic du VIH lorsque des tests de dépistage sont disponibles et donnez la définition de cas du SIDA : voir c ci-dessous. Projetez des diapositives PowerPoint ou des transparents à mesure que vous décrivez le système de classification clinique des stades de l'OMS et le système amélioré de classification clinique des stades de l'OMS : voir **d** ci-dessous. **(15 minutes)** |

c. Lorsque des tests de dépistage du VIH sont disponibles
- Un test de dépistage du VIH positif associé à la présence d'une ou plusieurs affections ci-après répond aux critères de définition de cas du VIH/SIDA.
  - Perte de poids >10% du poids total ou cachexie—avec diarrhée ou fièvre ou les deux—pendant un mois au moins et n'étant pas considéré comme le résultat d'une affection non liée à l'infection au VIH
  - Méningite à cryptocoque
  - Tuberculose (pulmonaire ou extra-pulmonaire)
  - Sarcome de Kaposi
  - Encéphalopathie au VIH-1 : déficience neurologique qui empêche les activités quotidiennes indépendantes et n'étant pas considérée comme le résultat d'une infection non liée à une infection au VIH
  - Candidose de l'œsophage
  - Crises récurrentes de pneumonie ou crise de pneumonie pouvant menacer la vie du patient
  - Cancer invasif du col de l'utérus

d. Le système de classification clinique de l'OMS
- L'OMS a également développé un système de classification qui comprend un système de classification clinique et une classification de laboratoire pour catégoriser l'immuno-suppression des adultes selon leur numération lymphocytaire totale.
- Ce système de classification s'est révélé fiable pour prédire la morbidité et la mortalité chez les adultes infectés.
- Les marqueurs cliniques qui se répartissent en quatre stades d'importance pronostique constituent la base du système de classification clinique de l'OMS. Le système comprend également une échelle de performance pour le patient.

**Stade clinique I**
1. Infection asymptomatique
2. Lymphadénopathie généralisée persistante (LGP)
3. Infection rétrovirale aiguë

*Échelle de performance 1 :* asymptomatique, activité normale

**Stade clinique II**
4. Perte de poids involontaire, <10% du poids total
5. Manifestations muco-cutanées mineures (dermatite séborrhéique, prurigo, infections fongiques des ongles, ulcérations oropharyngées, chéilite angulaire)
6. Zona au cours des cinq dernières années
7. Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures (sinusite bactérienne)

*Échelle de performance II :* symptomatique mais presque entièrement autonome

**Stade clinique III**

8. Perte de poids involontaire >10% du poids total
9. Diarrhée chronique > 1 mois
10. Fièvre prolongée (intermittente ou constante) >1 mois
11. Candidose buccale (érythémateuse ou orale)
12. Leucoplasie chevelue de la langue
13. Tuberculose pulmonaire (typique ou atypique) au cours de l'année précédente
14. Infections bactériennes graves (pneumonie, pyomyosite etc.)
15. Candidose vulvo-vaginale chronique (>1 mois) ou répondant très peu au traitement

*Échelle de performance III :* au lit moins de 50% d'une journée normale mais en général plus qu'au cours du mois précédent

**Stade clinique IV**

16. Syndrome cachectique du VIH
17. Pneumonie à Pneumocystis carinii (PCP)
18. Toxoplasmose cérébrale
19. Cryptosporidiose accompagnée de diarrhée >1 mois
20. Coccidiose à Isospora accompagnée de diarrhée >1 mois
21. Cryptococcose extra-pulmonaire
22. Infection par le cytomégalovirus dans un organe autre que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques
23. Infection au virus de l'herpès simplex, muco-cutanée (>1 mois) ou viscérale (quelle que soit la durée)
24. Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP)
25. Toute mycose endémique disséminée (par exemple, histoplasmose, coccidioïdomycose)
26. Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches et des poumons
27. Mycobactériose atypique disséminée
28. Septicémie à Salmonella non typhoïdique
29. Tuberculose extra-pulmonaire
30. Lymphomes
31. Sarcome de Kaposi (SK)
32. Encéphalopathie au VIH-1

*Échelle de performance IV :* au lit plus de 50% de la journée durant le mois précédent

- Système de classification clinique amélioré de l'OMS
  Le système de classification amélioré de l'OMS comprend un axe de laboratoire. La composante laboratoire subdivise chaque catégorie en trois sous-groupes (A. B, C) selon la numération des CD4. Si vous ne disposez pas de ces chiffres, utilisez la numération lymphocytaire totale comme marqueur de remplacement.

| Axe de laboratoire | | | Axe clinique | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Lymphocytes* | | CD4** | Stade I LGP asymptomatique | Stade II Début VIH | Stade III Intermédiaire (ARC)*** | Stade IV Avancé SIDA |
| A | >2000 | >500 | 1A | 2A | 3A | 4A |
| B | 1000–2000 | 200–500 | 1B | 2B | 3B | 4B |
| C | <1000 | <200 | 1C | 2C | 3C | 4C |

* Valeur normale de la numération lymphocytaire totale : 1500–4000/mm$^3$

** Valeur normale de la numération des CD4 : 450–1400/mm$^3$

*** ARC : syndrome apparenté au SIDA

**Les zones grises correspondent à la progression vers le SIDA**

*Note :* Les données provenant des pays développés constituent la base des valeurs normales utilisées pour la numération des lymphocytes et des CD4. Certaines données montrent qu'il est possible que les Africains aient une numération lymphocytaire physiologiquement plus élevée. Les projets dotés d'équipement de laboratoire pour la numération lymphocytaire chez les patients séropositifs devraient si possible collecter des données concernant la numération lymphocytaire et la numération de CD4 et les corréler avec le stade de la maladie.

Étape 5. Présentez les trois courtes études de cas suivantes (une à la fois) et demandez à un participant d'indiquer le stade clinique de chaque patient en se fondant sur le système amélioré de classification clinique de l'OMS et/ou d'un diagnostic.

*Étude de cas 1 :* Un chauffeur routier de 35 ans se présente au dispensaire en se plaignant d'une diarrhée persistante qui a commencé cinq mois plutôt. Vous faites un test de laboratoire et un examen des selles et découvrez que sa numération lymphocytaire est de 1200/mm$^3$ et l'examen des selles révèle un cryptosporidiose. D'après vous, à quel stade est ce patient ?
*(Réponse : 4B)*

*Étude de cas 2 :* Une étudiante de 24 ans se présente pour un dépistage anonyme du VIH. Elle a été violée trois mois auparavant. Il y a deux mois, elle a été examinée à la clinique pour une fièvre, un malaise, de la fatigue et des ganglions lymphatiques gonflés. A l'époque, on lui a diagnostiqué une grippe. Maintenant, elle n'a plus de symptôme ni d'anomalie. Son test de dépistage du VIH s'est révélé positif.
Sa numération des CD4 est de 550. D'après vous, à quel stade est cette patiente ? Le diagnostic qu'a reçu la patiente deux mois plutôt était-il correct ? Si non, que pensez-vous que le diagnostic aurait dû être ?
*(Réponses : 1A. La maladie dont elle a souffert deux mois avant la visite était probablement secondaire à son infection aiguë (primaire) au VIH et n'était pas la grippe)*

*Étude de cas 3 :* Une jeune femme arrive au dispensaire se plaignant d'avoir de la fièvre depuis plus d'un mois. Dans son dossier, vous constatez qu'elle pesait 54 kg il y a six mois. Elle pèse aujourd'hui 46kg. Elle a des antécédents de zona. Vous ne disposez pas des installations nécessaires pour lui faire un test de dépistage du VIH ou une numération lymphocytaire ou des CD4. Sur la base des symptômes uniquement, quel est le diagnostic que vous établiriez pour cette patiente ? Pourquoi ?
*(Réponse : le SIDA parce qu'elle présente deux signes majeurs et un signe mineur)*
**(12 minutes pour cet exercice)**

Si vous avez le temps, répondez aux questions que les participants pourraient avoir sur le système de classification de l'OMS.

**B. Diagnostic différentiel et suivi**

Étape 6. Donnez des informations sur le diagnostic différentiel et le suivi : voir **E. 1. a–c** et **2. a–b.**
**(20 minutes)**

## 1. Diagnostic différentiel

a. le diagnostic initial du VIH peut être difficile
   - Les signes et symptômes généraux du VIH sont communs à de nombreuses autres infections
   - Les patients peuvent avoir contracté, dans le même temps, le VIH et d'autres MST ou maladies transmises par le sang
   - Considérez sérieusement le dépistage du VIH lorsque vous dépistez d'autres infections présentant des symptômes similaires

b. Les maladies suivantes présentent des symptômes similaires et vous devez les envisager lorsque vous posez un diagnostic différentiel :
   - Mononucléose au virus Epstein-Barr
   - Mononucléose au cytomégalovirus
   - Toxoplasmose
   - Rubéole
   - Syphilis
   - Hépatite virale
   - Primo-infection au virus de l'herpès simplex
   - Infection gonococcique disséminée
   - Autres infections virales

c. Exemples de facteurs différenciateurs :
   - Mononucléose au virus Epstein-Barr

| Facteur | Infection à l'EBV | Infection au VIH |
|---|---|---|
| Début | Insidieux | Brutal |
| Hypertrophie des amygdales | Fréquente | Grossissement modéré |
| Pharyngite exsudative | Fréquente | Rare |
| Exanthème cutané | Rare | Fréquent |
| Ulcères muco-cutanés | Rares | Fréquents |
| Ictère | Dans 8% des cas | Rare |
| Diarrhée | Inconnue | Parfois |
| Lymphocytes atypiques | Dans 80–90% des cas | Dans <50% des cas |

- Ulcères

| Infection au VIH | Autres infections |
|---|---|
| L'ulcération muco-cutanée est un élément distinctif qui a été signalée au niveau des muqueuses buccales, des gencives, du palais, de l'œsophage, de l'anus et du pénis.<br><br>Les ulcères sont généralement petits, ronds ou ovales et les muqueuses environnantes semblent généralement normales. | Ce type d'ulcération est rare dans la plupart des affections qui composent le diagnostic différentiel.<br><br>Seul l'herpès primaire peut apparaître avec ce type d'ulcères. |

- Exanthème

| Infection au VIH | Autres infections |
|---|---|
| Un exanthème érythémateux, non prurigineux, maculo-papulaire est fréquent lors de la primo-infection au VIH.<br><br>Il est généralement symétrique et peut devenir généralisé, avec des lésions de 5–10 mm de diamètre.<br><br>Le visage ou le tronc est généralement affecté mais les extrémités, notamment la paume des mains et la plante des pieds, peuvent l'être également. | L'exanthème n'est pas caractéristique de la mononucléose infectieuse, de la toxoplasmose ou d'une infection au cytomégalovirus.<br><br>L'exanthème de la paume des mains et de la plante des pieds est rare dans la plupart des infections virales. |

d. Vous pouvez utiliser des tests de laboratoire pour établir le diagnostic. Voir la session 7.

## 2. Visites de suivi

a. Après avoir été informés des résultats de leurs tests, les patients peuvent avoir besoin d'un suivi rapproché (hebdomadaire ou mensuel).

b. Un système de référence accessible est important et le clinicien chargé du suivi du patient ne doit pas tomber dans ces trois erreurs de pensée assez courantes :
   - qu'il doit satisfaire tous les besoins du patient,
   - que les seuls besoins qu'éprouve le patient sont ceux qu'un médecin peut satisfaire, autrement dit, que les besoins nutritionnels, de soutien émotionnel et autres ne concernent pas le clinicien,
   - que le suivi signifie des soins pour des problèmes urgents et non un contact continu.

c. Une fois que le lien a été établi, que le patient comprend sa situation et que son état est stable, vous pouvez écarter les visites jusqu'à trois mois.

d. Les visites ultérieures doivent comprendre les éléments suivants :
   - Examens sanguins :
     Formule sanguine complète tous les trois mois
     Numération des CD4 ou numération lymphocytaire totale (NLT) tous les six mois (certains centres prévoient un examen NLT tous les trois mois)
     Autres examens en fonction des symptômes

| | |
|---|---|
| Étape 7. | Répartissez les participants en petits groupes de travail. Demandez à chaque groupe de choisir une personne, qui sera chargée de lire à haute voix l'étude de cas, ainsi qu'un rapporteur chargé de noter les points de discussion du groupe et de les rapporter en plénière. Expliquez que, lors de cet exercice, ils discuteront des études de cas, analyseront les informations données et poseront un diagnostic différentiel pour chaque cas.<br>**(20 minutes)**<br><br>Rassemblez les participants et demandez à chaque rapporteur de présenter le diagnostic différentiel de son groupe et la manière dont le groupe est arrivé à ce diagnostic. Discutez chaque présentation et répondez aux questions éventuelles.<br>**(20 minutes)** |

| | |
|---|---|
| Étape 8. | Discutez des directives de suivi au niveau local :<br><br>A présent, quand prévoyez-vous des visites de suivi ?<br>En quoi consistent ces visites ?<br>Quelles recommandations formuleriez-vous pour améliorer le suivi du patient ?<br>**(10 minutes)** |

# Références

## PARTIE A : MODULE A1

Anderson, Jean R. (ed.). 2001. *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV.* Washington DC : HRSA/HIVAIDS Bureau http://www.hab.hrsa.gov/.

Klatt, EC. 1999. Human Immunodeficiency Virus. *Pathology of AIDS.* Université de l'Utah.

Lamptey, P. R. 2002. Reducing heterosexual transmission of HIV in poor countries. *BMJ* Vol. 324.

Lynen, L. et Biot, M. (ed). 2000. *Clinical Aids Care Guidelines for Resource-poor Settings.* Bruxelles, Belgique : Médecins Sans Frontières.

Lynen, L. et Biot, M. (ed). 2000. Revised recommendations for the selection and use of HIV antibody tests. *Clinical Aids Care Guidelines for Resource-poor Settings.* Bruxelles, Belgique : Médecins Sans Frontières.

OMS/CDC/ONUSIDA/USAID *Guide pour l'utilisation des techniques de dépistage du VIH dans la surveillance : sélection, évaluation et mise en œuvre.* 2001. WHO/CDS/CRS/EDC/2001.16, ONUSIDA/01.22E.

ONUSIDA. 2002. Le point sur l'épidémie de SIDA. ONUSIDA/OMS : Genève.

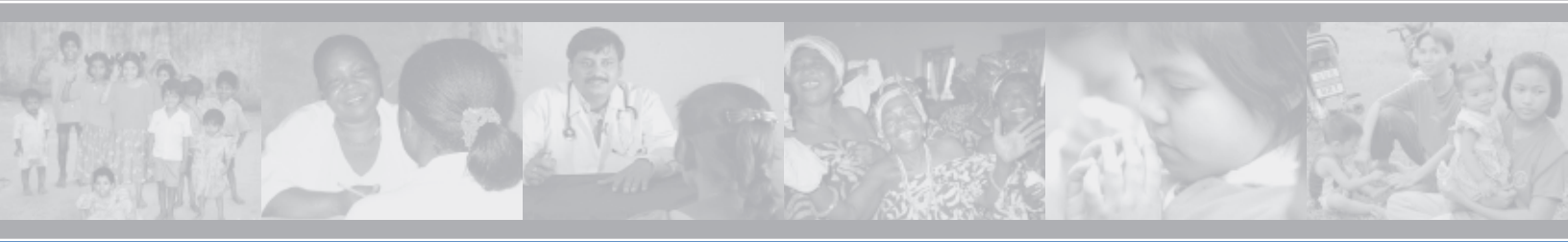
Stewart, G. (ed.). 1994. *Could it be HIV ? The clinical recognition of HIV infection.* 2e édition. Sydney, Australie : Australian Medical Publishing Co.

The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of Voluntary HIV-1 Counseling and Testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad : A Randomised Trial. *Lancet* 2000. 36 : 103–12.

http://www.unaids.org/hivaidsinfo/faq/variability.html#what.

**Module A2**

# Prise en charge des patients souffrant de maladies liées au VIH



# Module A2

## Prise en charge des patients souffrant de maladies liées au VIH

**Session 1 : Diagnostic des maladies liées au VIH : bref aperçu**
Cette session donne un bref aperçu des infections opportunistes (IO) liées au VIH et explique pourquoi les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVS) y sont vulnérables.

**Session 2 : Affections du système respiratoire**
Les participants étudieront les problèmes respiratoires, les principaux agents étiologiques, la présentation clinique, les tests recommandés et les principaux résultats, la prise en charge et le traitement. La session 10 du module 2 de la partie A abordera la prophylaxie des infections opportunistes affectant le système respiratoire.

**Session 3 : Tuberculose (TB) : Interaction VIH-TB**
Les participants étudieront la co-infection au VIH et à la TB, ainsi que la présentation clinique, les tests radiologiques et biologiques recommandés et les principaux résultats, la prise en charge et le traitement. La session 10 du module 2 de la partie A abordera la prophylaxie de la TB.

**Session 4 : Affections du système neurologique**
Les participants se familiariseront avec les troubles neurologiques liés au VIH, les principaux agents étiologiques, la présentation clinique, les tests recommandés et les principaux résultats, la prise en charge et le traitement. Cette session abordera également les caractéristiques cliniques, la prise en charge et le traitement du syndrome de démence complexe du SIDA, des neuropathies motrices et sensorielles douloureuses, de la LEMP, du lymphome primaire du SNC et de la syphilis neurologique.

**Session 5 : Affections du système gastro-intestinal**
Les participants étudieront la diarrhée chronique et les affections du système gastro-intestinal, les principaux agents étiologiques, la présentation clinique, les tests recommandés et les principaux résultats, la prise en charge et le traitement. Cette session abordera également l'hépatite.

**Session 6 : Affections du système lymphatique**
Les participants étudieront la lymphadénopathie, y compris les principaux agents étiologiques, la présentation clinique et les critères de diagnostic de la lymphadénopathie généralisée persistante (LGP) et les caractéristiques des ganglions qui nécessitent une évaluation plus approfondie.

**Session 7 : Affections de la bouche et de la gorge**
Les participants étudieront les lésions buccales, la dysphagie et l'odynophagie ; ils étudieront également les principaux agents étiologiques, la présentation clinique, les tests recommandés et les principaux résultats, ainsi que la prise en charge et le traitement.

**Session 8 : Affections de la peau**

Les participants examineront les lésions et infections cutanées, les principaux agents étiologiques, la présentation clinique, la prise en charge et le traitement.

**Session 9 : Fièvre**

Les participants étudieront la fièvre, les principaux agents étiologiques, les tests recommandés et les principaux résultats, la prise en charge et le traitement de la bactériémie/septicémie.

**Session 10 : Prophylaxie des maladies opportunistes**

Les participants étudieront la prophylaxie de certaines infections opportunistes.

**Session 11 : Diagnostic et prise en charge des cancers liés au VIH**

Les participants étudieront la pathologie, les caractéristiques cliniques, la prise en charge et le traitement du sarcome de Kaposi (SK), ainsi que les caractéristiques cliniques, la prise en charge et le traitement du lymphome non hodgkinien (LNH) et du lymphome du système nerveux central (SNC).

## SESSION 1 Diagnostic et prise en charge des maladies liées au VIH : bref aperçu

### BUT

Cette session donne un bref aperçu des infections opportunistes (IO) liées au VIH et explique pourquoi les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVS) y sont vulnérables.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Définir l'expression infection opportuniste
2. Décrire pourquoi les PVS sont vulnérables aux IOs
3. Discuter des effets sur la progression de la maladie de chercher à se faire soigner rapidement
4. Décrire la corrélation entre la numération des CD4 et les IOs
5. Citer les principaux agents pathogènes responsables des IOs

### DURÉE

10 minutes

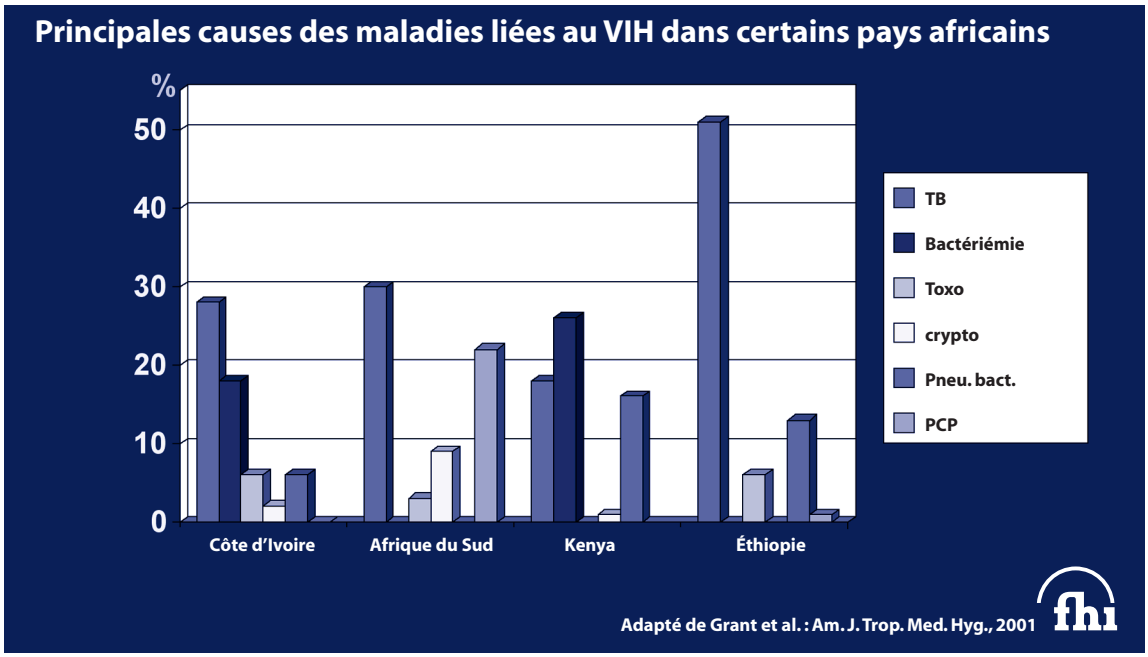
### MATÉRIEL

Tableau « Chronologie d'apparition des maladies provoquées par le VIH par rapport au temps écoulé depuis l'infection »

Étape 1. Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus).
Étape 2. Présentez l'aperçu général (voir **A. 1–4** ci-dessous).
Étape 3. Projetez des diapositives PowerPoint ou des transparents sur la « chronologie d'apparition des maladies provoquées par le VIH par rapport au temps écoulé depuis l'infection » de la session 5 et discutez des points **5–7** ci-dessous.
**(10 minutes)**

A. Aperçu général

1. Définition d'une IO : infection provoquée par des organismes qui ne causeraient pas de maladie chez une personne dont le système immunitaire fonctionne bien.
2. Les PVS sont particulièrement vulnérables aux IOs. Cela résulte de :
   a. La suppression du système immunitaire
   b. Du stress psychologique qui peut influencer le système immunitaire
   c. De l'affaiblissement de l'état nutritionnel
3. Les co-infections par des agents pathogènes, tels que la TB et le paludisme, augmentent la charge virale du VIH, accélérant ainsi la progression de la maladie. De ce fait, la prévention d'autres infections, comme les MST, le paludisme et la TB, peut présenter un avantage clinique pour l'évolution du VIH.
4. L'Ouganda est l'exemple d'un pays où des services de soins de haute qualité du VIH ont été proposés tout au début de l'épidémie, avant la disponibilité du TAR. Les prestataires de soins d'Ouganda rapportent que les patients infectés par le VIH ont rapidement recours à des soins dès l'apparition de symptômes. De ce fait, de nombreuses personnes séropositives au VIH semblent avoir une vie meilleure et cela, malgré l'absence d'accès au TAR.
5. De nombreuses personnes apprennent qu'elles ont le SIDA par le diagnostic d'une IO.
6. L'évolution naturelle du VIH entraîne une réduction progressive des lymphocytes CD4.
7. À mesure que le nombre de CD4 *diminue,* le risque de contraction d'une IO *augmente.*
8. Les IO peuvent être bactériennes, virales, fongiques ou encore provoquées par des protozoaires.
9. La figure A2, 1.1, ci-dessous, montre les principales causes des maladies liées au VIH dans certains pays africains.



## SESSION 2 Affections du système respiratoire

### BUT

Les participants étudieront les affections respiratoires, les principaux agents étiologiques, la présentation clinique, les tests recommandés et les principaux résultats, la prise en charge et le traitement. La session 10 du module A2 de la partie A abordera la prophylaxie de ces affections.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les différents agents étiologiques qui provoquent des infections respiratoires
2. Décrire la présentation clinique de chaque infection
3. Énumérer les tests recommandés et les principaux résultats pour chaque infection
4. Discuter du traitement et de la prise en charge des infections respiratoires
5. Poser un diagnostic différentiel en utilisant une étude de cas

### DURÉE

80–105 minutes. La durée dépend de l'approche choisie par le présentateur. S'il utilise le tableau détaillé, la session durera 105 minutes. S'il utilise le texte qui est moins détaillé et comprend moins d'étiologies, la session durera 80 minutes environ.

### PREPARATION

1. Lisez la note à l'intention du formateur (voir encadré plus loin). Si vous utilisez le tableau présenté à l'étape 3, préparez des feuilles séparées du tableau papier avec les intitulés suivants :
   **Tuberculose** **pneumonie bactérienne** **H. influenza** **PCP**
2. Revoyez les études de cas en préparation du travail en petits groupes.

Étape 1. Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus).
Étape 2. Présentez les généralités et les agents pathogènes à considérer pour poser un diagnostic différentiel des affections respiratoires (voir **1. a–b** ci-dessous).
**(5 minutes)**

## 1. Introduction

a. Aperçu général

- Les problèmes pulmonaires figurent parmi les plaintes les plus fréquentes des patients souffrant du SIDA. Un tiers des patients au moins a une toux persistante depuis plus d'un mois à un moment donné de l'évolution de la maladie.
- La pneumonie bactérienne et la tuberculose peuvent survenir au début de l'infection par le VIH lorsque la numération des CD4 est supérieure à 500.
- La pneumonie à *Pneumocystis carinii* (PCP) survient presque toujours lorsque la numération des CD4 est inférieure à 200.
- La toxoplasmose, le CMV et le *Mycobacterium avium complexe* (MAC) surviennent généralement lorsque la numération des CD4 est inférieure à 100.
- Aux stades avancés de la maladie, il y a souvent plus d'un agent pathogène.

b. Le diagnostic différentiel comprend les agents pathogènes suivants :

- **Infection mycobactérienne :** *M. tuberculosis, M. avium complexe*
- **Infection protozoaire :** *Toxoplasmosis gondii*
- **Infection bactérienne :** *Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus, Moraxella cattharalis, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa*
- **Infection fongique :** *Pneumocystis carinii*, Penicillium marneffei, Cryptococcus neoformans, Histoplasmosis, Coccidioidomycosis, Aspergillosis*
- **Infection helminthique :** *Strongyloides stercoralis, Paragonimus westermanii*

*Note à l'intention du formateur :* Les pages suivantes donnent deux versions des informations relatives aux symptômes et aux résultats des tests. La première se présente sous forme de tableau (étape 3) qui résume brièvement ces informations dans un format facile à lire, avec un minimum de détails. La deuxième se présente sous forme de notes détaillées que nous utilisons dans l'ensemble de ce manuel. Vous pourrez préférer une version à l'autre, compte tenu du temps, du volume d'information dont les participants ont besoin et de votre aisance avec le format.

Vous trouverez une étude de cas à la fin de cette session. Nous recommandons aux participants d'utiliser les algorithmes de l'annexe A pendant qu'ils travaillent sur le cas.

Notez également que des informations détaillées sur la tuberculose figurent dans une session séparée (partie A, module 2, session 3).

*** La Pneumoccystis carinii est maintenant souvent appelée pneumocystis jiroveci. Le sigle PCP est toujours utilisé.**

**Si vous utilisez le tableau détaillé A2 2.1**

Étape 3.

A. Placez les feuilles de tableau papier que vous avez préparées sur un mur.
Invitez les participants à énumérer les symptômes de chacun des quatre agents pathogènes cités sur les feuilles du tableau papier sous le bon intitulé.
Discutez des différences entre la présentation clinique de chaque infection et ajoutez tout élément qu'ils auraient oublié.

B. Passez en revue les diagnostics pour chaque affection.

C. Passez en revue la prise en charge de chaque affection.

D. Discutez des caractéristiques uniques et des commentaires pour chaque agent pathogène.

**(60 minutes)**

**Tableau A2 2.1 : Affections du système respiratoire : infections respiratoires**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Mycobactérienne** | | | | |
| *M. tuberculosis* (Tuberculose) | • Toux >3 sem, pas de réponse au traitement antibiotique<br>• Expectoration purulente ou sanguinolente<br>• Sueurs nocturnes<br>• Perte de poids<br>• Fièvre vespérale | Radio du thorax :<br>• Image de miliaires<br>• Adénopathie hilaire<br>• Épanchement pleural<br>• Infiltrats focaux dans les régions supérieures & hilaires<br>• Infiltrats à plusieurs lobes<br>• Infiltrats interstitiels<br>• Cavités<br>• En cas d'immuno-suppression grave, la radio peut sembler normale<br><br>Expectoration chez l'adulte :<br>• L'OMS recommande trois prélèvements : le premier sous surveillance et sur place (1er jour), le second tôt le matin (2e jour) et le troisième sous surveillance et sur place (2e jour) | La prise en charge et le traitement de la TB sont présentés dans la partie A, module 2, session 3. | Plus fréquente avec le VIH et aggrave le VIH.<br><br>Présentation atypique en cas d'immuno-suppression grave<br><br>TB pulmonaire survient quel que soit le nombre de CD4 ; TB généralisée habituellement quand CD4<250<br><br>Pour de plus amples détails, voir partie A, module 2, session 3. |
| **Bactérienne** | | | | |
| *Streptococcus pneumoniae* | • Apparition brutale<br>• Fièvre élevée<br>• Toux productive<br>• Douleurs thoraciques de type pleural<br>• Expectoration purulente<br>• Dyspnée | • Infiltrats localisés limités à un lobe<br>• Souvent accompagnés d'un épanchement pleural<br>• Coloration de Gram de l'expectoration avec cocci Gram positif<br>• Culture de salive et test de sensibilité (C&S)<br>• Leucocytose<br>• Les hémocultures peuvent être positives | • Céfotaxime 2 g IV q6h<br>• Ceftriaxone 2 g/j IV<br>• Amoxicilline 750 mg PO tid<br>• Fluoroquinolone :<br>Levofloxacine 500 mg/j PO/IV ;<br>Gatifloxacine 400 mg/j PO/IV ;<br>Moxifloxacine 400 mg/j PO<br><br>Lorsque le S. pneumonia n'est pas résistant à la pénicilline, donnez 4 à 6 millions d'unités de pénicilline G procaïne en 2 à 4 injections IM.<br><br>Traitements alternatifs :<br>• Macrolide (azithromycine, clarithromycine, érythromycine)<br>• Vancomycine | La pneumonie chez les patients positifs au VIH est plus souvent associée à une septicémie et n'est pas une cause rare du décès prématuré de patients atteints du VIH dans les pays en développement. Le traitement d'une maladie respiratoire aiguë accompagnée de fièvre et de frissons chez une personne infectée par le VIH est une urgence.<br><br>Mesures préventives : voir partie A, module 2, session 10. |

**Tableau A2 2.1 : Affections du système respiratoire : infections respiratoires**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Bactérienne** | | | | |
| *Haemophilus Influenzae* | • Fièvre<br>• Toux<br>• Expectoration purulente<br>• Dyspnée | • Infiltrats plus diffus<br>• Image réticulaire ou granulaire<br>• Leucocytose<br>• Les hémocultures peuvent être positives<br>• C&S de l'expectoration | • Céfuroxime<br><br>Traitements alternatifs :<br>• TMP-SMX, céphalosporines (2e et 3e génération) ou fluoroquinolones 1 | Mesures préventives : voir partie A, module 2, session 10. |
| *Staphylococcus aureus* | • Similaire au *streptococcus pneumoniae* | • Consolidation bilatérale fragmentée chez des patients gravement atteints<br>• Coloration de Gram de l'expectoration<br>• C&S de l'expectoration | | Souvent d'autres signes d'infection à staphylocoque, y compris polymyosite, abcès |
| **Protozoaire** | | | | |
| *Toxoplasmosis gondii* | • Fièvre<br>• Toux non productive<br>• Dyspnée | • Image interstitielle diffuse ou infiltrats réticulo-nodulaires<br>• Confirmé par coloration Giemsa du liquide de lavage broncho-alvéolaire | | Envisagez *toxoplasma pneumonitis* si l'expectoration induite ne peut pas démontrer une PCP |
| **Fongique** | | | | |
| *Pneumocystis carinii (PCP)* ou *pneumocystis jiroveci***<br><br>NB : La PCP n'est plus classée dans les infections protozoaires mais dans les infections fongiques | • Toux sèche<br>• Dyspnée d'évolution progressive<br>• Fièvre<br>• Peu de douleurs thoraciques<br>• Le patient devient de plus en plus malade avec fièvre, dyspnée sévère/hypoxie, confusion/délire<br>• La présentation est non spécifique et insidieuse | • Infiltrats interstitiels bilatéraux diffus en forme de lacet s'étendant depuis la région péri-hilaire<br>• La radio du thorax peut être normale<br>• Signes de développement d'une pneumonite à la radio à mesure que la maladie progresse lentement.<br>• Le diagnostic définitif dépend de la découverte de kystes dans l'expectoration induite, le lavage broncho-alvéolaire ou les échantillons de biopsie | • TMP-SMX 15 mg/kg/j (triméthoprime) PO ou IV x 21 j + PO2 <70 mm Hg ou A-a gradient > 35 mmHg : prednisone 40 mg bid x 5 j, puis 40 mg/j x 5 j, puis 20 mg/j jusqu'à la fin du traitement.<br><br>Traitements alternatifs :<br>• TMP 15 mg/kg/j PO + dapsone 100 mg/j x 21 j<br>• Pentamidine 4 mg/kg/j IV x 21 j<br>• Clindamycine 600 mg IV q8h ou 300–400 mg PO q6h + primaquine 15–30 mg base/j x 21 j<br>• Atovaquone 750 mg PO bid au repas x 21 j | La PCP est l'IO grave qui survient le plus souvent au cours de la maladie du VIH. Le traitement est efficace mais un diagnostic et un traitement précoces sont importants du fait de la morbidité et de la mortalité élevées.<br><br>Plus fréquente dans les pays occidentaux.<br>CD4<200 ; des cas ont été rapportés CD4<300 si la PVS a été atteinte d'autres IO<br><br>Mesures préventives : voir partie A, module 2, session 10. |

* La Pneumoccystis carinii est maintenant souvent appelée pneumocystis jiroveci. Le sigle PCP est toujours utilisé.

**Tableau A2 2.1 : Affections du système respiratoire : infections respiratoires**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Fongique** | | | | |
| *Penicillium marneffei* | • Apparition brutale de fièvre<br>• Anémie<br>• Lésions cutanées<br>• Perte de poids<br>• Toux, dyspnée<br>• Une adénopathie locale ou généralisée, une hépatomégalie ou une splénomégalie peuvent apparaître (moins fréquemment) | • Infiltrats pulmonaires nodulaires diffus ou cavités | | Les affections cutanées surviennent chez des patients ayant une maladie généralisée. Elles se présentent en général sous forme d'une ou plusieurs lésions papulaires, souvent accompagnées d'une ulcération ou d'une ombilication centrale, ressemblant au molluscum contagiosum. Les lésions affectent généralement le visage, le cuir chevelu et la partie supérieure du tronc. Le diagnostic différentiel avec la TB et la cryptococcose disséminée doit être posé. En cas d'absence de lésions cutanées, le diagnostic est difficile.<br><br>CD4<50 |
| *Cryptococcus neoformans* | | • Diagnostic confirmé par les échantillons d'expectoration | | La pneumonie est parfois l'une des premières manifestations de la cryptococcose. Chez les PVS, la dissémination vers des sites extra-pulmonaires se produit souvent.<br>La cryptococcose a tendance à se propager vers le SNC. Toutefois, la plupart des patients ayant une méningite cryptococcique ne présentent pas une pneumonie cliniquement évidente. |

**Si vous n'utilisez pas le tableau ci-dessus, suivez les étapes 1 et 2 au début de la session et poursuivez avec les étapes suivantes :**

| | |
|---|---|
| Étape 4. | Demandez aux participants de décrire les signes et symptômes (présentation clinique) de la pneumonie bactérienne. Écrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez tout symptôme qu'ils auraient oublié (voir **2. a** ci-dessous). |
| Étape 5. | Analysez les tests recommandés et les principaux résultats, la prise en charge, le traitement et la prévention (voir **2. a** ci-dessous)<br>**(10 minutes)** |

## 2. Affections respiratoires

### a. Pneumonie bactérienne

- Principal agent étiologique : *Streptococcus pneumoniae*
- Présentation clinique : Apparition brutale accompagnée de fièvre, toux, expectoration purulente, dyspnée et douleurs thoraciques pleurétiques (exacerbées par la respiration). Les autres symptômes présents peuvent aussi être des sueurs nocturnes et des douleurs thoraciques.
- Tests recommandés : Radio du thorax (RXT), hémoculture, FSC (NFS), coloration de Gram de l'expectoration, C&S de l'expectoration
- Principaux résultats : La RX peut montrer une consolidation pneumonique, des infiltrats ou un épanchement pleural
  Leucocytose
  Les hémocultures peuvent être positives
- Prise en charge et traitement :
  Céfotaxime 2 g IV q6h
  Ceftriaxone 2 g/j IV
  Amoxicilline 750 mg PO tid
  Fluoroquinolone :
  Levofloxacine 500 mg/j PO/IV ;
  Gatifloxacine 400 mg/j PO/IV ;
  Moxifloxacine 400 mg/j PO
  Lorsque le *S. pneumonia* n'est pas résistant à la pénicilline, donnez 4 à 6 millions d'unités de pénicilline G procaïne en 2 à 4 injections IM.
  Traitements alternatifs :
  Macrolide (azithromycine, clarithromycine, érythromycine)
  Vancomycine
- Commentaires : L'amoxicilline est le médicament le plus susceptible d'être utilisé dans les pays aux ressources limitées.
  La résistance médicamenteuse est en augmentation. Les souches fortement résistantes à la pénicilline doivent être traitées avec du vancomycine ou les nouvelles quinolones. Il se peut que certaines d'entre elles ne soient pas disponibles partout.
  Si la pneumonie ne répond pas aux antibiotiques standard, envisagez d'autres maladies, comme la tuberculose

| | |
|---|---|
| Étape 6. | Demandez aux participants de décrire les signes et symptômes (présentation clinique) de la pneumonie à *Haemophilus influenzae.* Écrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez tout symptôme qu'ils auraient oublié (voir **2. b** ci-dessous). |
| Étape 7. | Revoyez les tests de diagnostic recommandés et les principaux résultats, la prise en charge, le traitement et la prévention (voir **2. b** ci-dessous).<br>**(10 minutes)** |

**b. Pneumonie à Haemophilus influenzae**

- Principal agent étiologique : *H. influenzae*
- Présentation clinique : Fièvre, toux, expectoration purulente, dyspnée, broncho-pneumonie
- Tests recommandés : RXT, FSC (NFS), coloration de Gram de l'expectoration
- Principaux résultats : La RX peut montrer une consolidation pneumonique, des infiltrats ou un épanchement pleural
  Leucocytose
  Les hémocultures peuvent être positives
- Prise en charge et traitement : Céfuroxime
  Traitements alternatifs : TMP-SMX, céphalosporines (2e et 3e génération) ou fluoroquinolones
- Commentaires : Le vaccin contre *H. influenzae* n'est pas indiqué chez l'adulte—en général, *H. influenzae* est atypique chez les patients atteints du VIH

| | |
|---|---|
| Étape 8. | Dites que la PCP est l'IO grave qui survient le plus souvent dans la maladie du VIH. Demandez aux participants de décrire les signes et symptômes (présentation clinique) de la PCP. Écrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez tout symptôme qu'ils auraient oublié (voir **2. c** ci-dessous).<br>**(5 minutes)** |
| Étape 9. | Revoyez les tests de diagnostic recommandés et les principaux résultats et discutez de la prise en charge, du traitement et de la prophylaxie primaire (voir **2. c** ci-dessous).<br>**(10 minutes)** |

**c. Pneumonie à Pneumocystis carinii ou Pneumocystis jiroveci (PCP)**

- Principal agent étiologique : *Pneumocystis carinii*
- Présentation clinique : Toux sèche, dyspnée d'évolution progressive, fièvre, peu de douleurs thoraciques. Le patient devient de plus en plus souffrant à mesure que sa maladie progresse, s'accompagnant de fièvre, dyspnée sévère/hypoxie, parfois de confusion et de délire ; des signes de pneumonite se manifestent à la RXT.
  La présentation est non spécifique et insidieuse.
- Tests recommandés : Expectoration *induite,* lavage broncho-alvéolaire ou biopsie.
  Lorsqu'il est impossible de procéder à ces examens, le diagnostic dépend des résultats cliniques et radiographiques du thorax.
- Principaux résultats : Le diagnostic définitif dépend de la découverte de kystes dans l'expectoration *induite,* le lavage broncho-alvéolaire ou les échantillons de biopsie. Si possible, tentez d'identifier les organismes.
  La RXT révèle des infiltrats interstitiels bilatéraux diffus en forme de lacet s'étendant depuis la région péri-hilaire. Dans certains cas, la RXT peut être tout à fait normale.

- Prise en charge et traitement :

  Traitement : TMP-SMX 15 mg/kg/j (triméthoprime) PO ou IV x 21 jours + PO2 <70 mmHg ou A-a gradient > 35 mmHg : prednisone 40 mg bid x 5 jours, puis 40 mg/j x 5 jours, puis 20 mg/j jusqu'à la fin du traitement.

  Traitements alternatifs :
  - TMP 15 mg/kg/j PO + dapsone 100 mg/j x 21 jours
  - Pentamidine 4 mg/kg/j IV x 21 jours
  - Clindamycine 600 mg IV q8h ou 300–400 mg PO q6h + primaquine 15–30 mg base/j x 21 jours
  - Atovaquone 750 mg PO bid au repas x 21 jours
- Commentaires : La PCP est l'IO sérieuse le plus fréquemment identifiée au cours de la maladie du VIH. Le traitement est efficace mais le diagnostic précoce et le traitement sont importants du fait de la morbidité et de la mortalité élevées. Elle est plus fréquente dans les pays occidentaux.

Étape 10. Demandez aux participants de se répartir en petits groupes (5–6 participants). Demandez-leur de choisir un rapporteur. Distribuez les copies de l'étude de cas. Expliquez-leur qu'ils doivent discuter du cas et répondre aux questions données. Apprenez-leur à utiliser les algorithmes de l'annexe A, si nécessaire, pour décider de la manière de gérer le cas.

**(20 minutes)**

Réunissez les participants et demandez au rapporteur de chaque groupe de présenter leurs discussions et de donner les réponses aux questions, en justifiant leurs réponses. Discutez de ces dernières et ajoutez toute information figurant sur votre feuille de réponse (voir ci-dessous).

**(20 minutes)**

**Étude de cas : patient présentant des symptômes respiratoires**

Un homme d'affaires de 40 ans se plaint de fièvre, de toux sèche et de dyspnée depuis dix jours. On lui a diagnostiqué une infection au VIH il y a huit ans. Il est marié et a trois enfants. Sa femme et ses enfants sont en bonne santé. Il y a trois ans, sa femme s'est soumise à un test de dépistage du VIH qui s'est révélé négatif. Il a été traité avec succès pour une tuberculose pulmonaire il y a quatre ans. Il a fait un bilan de santé en Europe l'année dernière. Sa numération de CD4 est 80 x109/l et sa charge virale est de 100.000 copies/ml de plasma. Du cotrimoxazole et une trithérapie avaient été prescrits : zidovudine + lamivudine + efavirenz. Il a commencé ce traitement mais a arrêté de prendre les médicaments trois mois plus tard du fait de problèmes financiers. Son médecin lui donne de l'amoxicilline et de l'érythromycine pour sa toux, sans amélioration. Il est hospitalisé du fait de sa grave dyspnée. Sa température est de 37,8°. L'auscultation des poumons est normale. Une radiographie du thorax montre une zone d'ombre interstitielle bilatérale.

- **Quel est le diagnostic le plus probable ?**
- **Quels autres examens feriez-vous ?**
- **Quels sont les besoins de ce patient ?**
- **Que pouvez-vous proposer ?**

**Étude de cas (patient présentant des symptômes respiratoires)—Réponses**

*Diagnostic le plus probable*
Ce patient a un taux de CD4 très bas et il court donc le risque de contracter des infections opportunistes graves. Les signes et symptômes, les résultats de sa radiographie et le fait qu'il a arrêté de prendre le cotrimoxazole indiquent une pneumonie à Pneumocystis carinii (PCP). Une réactivation de sa TB ou une ré-infection à la TB est possible, mais moins probable.

*Examens à réaliser*
Si une bronchoscopie peut être réalisée, vous devez procéder à un lavage broncho-alvéolaire pour confirmer le diagnostic de pneumonie à Pneumocystis carinii. Vous pouvez également tenter d'obtenir des expectorations par une méthode d'expectoration induite. Vous devez également et certainement examiner les fluides du lavage broncho-alvéolaire ou l'expectoration à la recherche de bacilles acido-résistants.

*Besoins du patient—Que proposer ?*
*Soins médicaux*
Il faut administrer à ce patient de fortes doses de cotrimoxazole (triméthoprime 15 mg/kg/j + sulfaméthoxazole 75 mg/kg/j IV initialement ; ensuite administration PO pendant trois semaines (répartie en 3–4 doses) ; au départ avec des corticostéroïdes et de l'oxygène, si possible. Après la disparition des symptômes pulmonaires, envisagez un traitement antirétroviral. Il doit certainement continuer à prendre du cotrimoxazole en tant que traitement d'entretien afin d'éviter une PCP récurrente.

*Soutien psychosocial*
Ce patient peut paniquer à cause de sa forte dyspnée. Il peut avoir peur de mourir. Vous devez lui expliquer qu'avec un traitement adéquat, son infection pulmonaire peut être soignée et qu'il pourra retourner chez lui. Vous devez dire à sa femme et à ses enfants que son infection pulmonaire n'est pas contagieuse.

*Soutien socio-économique*
Le budget familial de ce patient est probablement trop limité pour supporter un TAR. Vous pouvez toutefois conseiller à cette famille d'utiliser son budget de manière optimale. Par exemple, le bilan de santé fait en Europe un an plus tôt était probablement inutile et très onéreux. L'achat des ARV en Europe est très coûteux. Il existe peut-être une organisation en Afrique qui fournit une trithérapie à un prix bien plus bas. Sa femme ne travaille pas actuellement. Elle pourrait peut-être essayer de trouver du travail ou peut-être que d'autres membres de la famille pourraient les aider à payer le traitement.

## SESSION 3 Tuberculose (TB) : interaction VIH-TB

### BUT

Les participants étudieront la co-infection VIH et TB, la présentation clinique, les tests radiologiques et biologiques recommandés et les principaux résultats, la prise en charge et le traitement.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire l'interaction entre le VIH et la TB et sa manifestation clinique
2. Décrire la présentation clinique de la TB et les principaux signes et symptômes à repérer
3. Énumérer les tests recommandés et les principaux résultats
4. Décrire le traitement et la prise en charge des patients positifs au VIH qui sont atteints de TB, les schémas thérapeutiques et la manière de les surveiller au cours du traitement
5. Discutez des approches et stratégies de traitement, y compris la stratégie DOTS (stratégie de traitement sous surveillance directe)
6. Discutez du TAR chez des personnes présentant une co-infection à la TB

### DURÉE

1 heure 15 minutes

Étape 1. Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus).
Étape 2. Présentez les généralités sur l'interaction de la co-infection VIH-TB (voir **1. a** ci-dessous).
**(7 minutes)**

## 1. Tuberculose : interaction et co-infection VIH-TB

a. Généralités :

- La cause de décès la plus fréquente chez les personnes atteintes du VIH dans le monde
- L'infection au VIH augmente la probabilité qu'une infection nouvelle par *M. tuberculosis* (due à l'immuno-suppression) se transforme rapidement en maladie tuberculeuse
- Le VIH est le facteur le plus efficace connu susceptible d'accroître le risque d'évolution du stade de l'infection par *M. tuberculosis* au stade de la maladie
- Chez les personnes infectées par le VIH, le risque de contracter une TB active au cours de la vie est de 50% comparé à 5–10% chez les personnes non infectées par le VIH
- Chez une personne infectée par le VIH, la présence d'autres infections, comme la TB, permet au VIH de se multiplier plus rapidement. Cela peut entraîner une évolution plus rapide de l'infection par le VIH
- La TB liée au VIH peut présenter des caractéristiques cliniques et/ou radiologiques typiques ou atypiques. Les caractéristiques atypiques se retrouvent généralement chez les personnes infectées par le VIH qui souffrent d'immuno-suppression grave
- Les premiers signes de TB peuvent devenir apparents à tout moment de l'évolution de l'infection au VIH
- La TB peut survenir bien avant d'autres manifestations de l'infection au VIH ou une fois que le patient est devenu symptomatique
- Elle peut être pulmonaire ou extra-pulmonaire
  - La TB pulmonaire est la forme la plus fréquente—la présentation dépend du degré d'immuno-suppression :
    En cas d'immuno-suppression modérée :
    - la radiographie du thorax (RXT) montre en général des infiltrats bilatéraux et/ou dans le lobe supérieur, des cavités, une fibrose pulmonaire et un rétrécissement
    - l'image clinique ressemble souvent à une TB pulmonaire (TBP) post-primaire et les frottis d'expectoration sont généralement positifs

    En cas d'immuno-suppression grave, les caractéristiques sont atypiques, ressemblant à celles de la TBP primaire :
    - les frottis d'expectoration sont souvent négatifs
    - la RXT montre des infiltrats interstitiels, en particulier aux lobes inférieurs, sans cavités ni fibrose
    - la RXT peut être tout à fait identique à celle d'une pneumonie bactérienne
    - En cas d'épidémie de VIH, il est impossible d'examiner une RXT et de dire s'il s'agit ou non de la TB
- La TB généralisée et extra-pulmonaire est plus fréquente en cas d'infection au VIH avancée car le système immunitaire est moins apte à empêcher la croissance et la propagation locale de *M. tuberculosis*
  - Les infiltrats unilatéraux ou bilatéraux des lobes inférieurs sont plus fréquents que des lésions supérieures et des cavités
  - Les formes les plus fréquentes sont la lymphadénite, l'épanchement pleural, la péricardite, la miliaire et la méningite

Étape 3. Demandez aux participants de décrire les signes et symptômes (présentation clinique) de la TB. Écrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez tout symptôme qu'ils auraient oublié (voir **2. a** ci-dessous).
Demandez ensuite : « Quelles sont les questions que le prestataire de soins doit toujours poser lorsqu'il relève les antécédents ». Pour les réponses, voir **2. b** ci-dessous.
**(5 minutes)**

## 2. Présentation clinique

a. Signes et symptômes

Les symptômes les plus importants sont les suivants :

- Toux persistante depuis plus de trois semaines et ne répondant par au traitement antibiotique normal
- Expectoration purulente, parfois sanguinolente
- Fièvre vespérale
- Sueurs nocturnes
- Perte de poids

b. Que demander lors de la prise de note des antécédents :

- Toujours demander s'il y a eu des contacts passés avec une personne qui présentait une toux chronique
- Toujours demander à un « nouveau » patient s'il a une fois été traité pour une TB

Étape 4. Demandez aux participants de décrire les tests qui doivent être effectués pour éliminer la TB et inscrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez tout test qu'ils auraient oublié (voir **3. a** ci-dessous). Demandez-leur de décrire le protocole de collecte d'échantillons d'expectoration et discutez des faux-négatifs.
Discutez des principaux résultats radiographiques d'une personne infectée par la TB (voir **3. b** ci-dessous).
**(10 minutes)**

## 3. Tests de diagnostic

a. La microscopie d'échantillons d'expectoration soumis à une coloration de Ziehl-Neelsen (ZN)

- Une personne que l'on suspecte d'avoir une TB pulmonaire (TBP) doit soumettre trois échantillons d'expectoration :
  - **Échantillon 1 :** Lors de la première visite, le patient doit fournir un échantillon d'expectoration sous surveillance et sur place
  - **Échantillon 2 :** Donnez au patient un récipient à emporter pour collecter un échantillon d'expectoration. Le recueil des crachats devra se faire tôt le matin du jour suivant (autrement dit, le 2e jour)
  - **Échantillon 3 :** Le 2e jour, lorsque le patient rapporte le deuxième échantillon au centre de santé, il doit fournir un autre échantillon sous surveillance et sur place
- Un malade hospitalisé peut fournir trois échantillons d'expectoration recueillis tôt le matin
- Faux-négatifs : Une personne que l'on suspecte d'avoir une TBP et dont les trois frottis d'expectoration ont été négatifs à la coloration de ZN peut en réalité avoir la TB car il est possible que l'échantillon soit inadéquat ou qu'il y ait eu une mauvaise préparation ou interprétation du frottis

b. Radiologie

- Si vous suspectez toujours une TBP malgré des frottis négatifs, vous devez procéder à une RXT. L'image classique est composée d'infiltrats aux lobes supérieurs avec cavités
- Toutefois, aucune RXT n'est très typique des patients souffrant de TBP avec une infection au VIH. En cas d'immuno-suppression grave, la présentation est souvent atypique, telle que décrite plus haut.

Étape 5. Décrivez le traitement, la surveillance, les approches et stratégies de traitement, ainsi que les schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS (voir **4. a–f** ci-dessous).
**(15 minutes)**

**4. Traitement**

a. Les patients infectés au VIH doivent être traités conformément aux recommandations nationales et en coopération avec les autorités locales, comme le médecin de district et le superviseur de la TB pour le district. Enregistrez les patients afin de pouvoir assurer un suivi correct.

b. Le traitement vise à :
- Guérir le patient de la tuberculose
- Empêcher que le patient ne meure de TB active ou de ses conséquences secondaires
- Empêcher une rechute de la TB
- Réduire la transmission de la TB à d'autres personnes

c. Schémas thérapeutiques
- Phase initiale—2–3 premiers mois
  Une destruction rapide des bacilles tuberculeux s'opère lors de la phase initiale.
  Trois médicaments ou plus sont utilisés en combinaison
  Les malades contagieux deviennent non contagieux en 2 semaines environ et on note une amélioration des symptômes.
- Phase d'entretien—4–6 mois suivants
  Le sujet a besoin de moins de médicaments (en général, deux), mais pendant une période plus longue.
  Ces médicaments éliminent les bacilles qui subsistent

d. Suivi pendant le traitement
- La surveillance bactérienne n'est possible que chez les patients ayant un frottis positif à la TBP
- Faire un examen des frottis d'expectoration comme suit :
- Au moment du diagnostic
- À la fin de la phase initiale
- Lors de la phase d'entretien—à la fin du 5e mois
- À la fin du traitement—au 6e ou au 8e mois
- L'utilisation de la RXT comme outil de suivi est inutile et onéreux

e. Approches et stratégies de traitement
- Traitement sous surveillance directe, courte durée (DOT)
  Il est difficile d'observer un traitement anti-TB pendant 6 à 8 mois ou davantage
  Il est également difficile de prédire quels sont les patients qui observeront un traitement auto-administré
  Une manière sûre de garantir l'adhérence est le recours à la DOTS, méthode selon laquelle un superviseur formé surveille le patient pendant qu'il prend ses médicaments
  Principes de base du traitement sous surveillance directe (DOT) :
  - Pour les patients nécessitant une hospitalisation, commencez immédiatement le DOT sous la surveillance d'un infirmier
  - Pour les patients ne nécessitant pas d'hospitalisation ou pour les patients sortis de l'hôpital, le DOT peut être surveillé par un membre du personnel d'un établissement de santé proche, un agent de santé communautaire ou un membre de la famille formés à cet effet.
- Stratégie de traitement sous surveillance directe (DOTS)
  La DOTS est une stratégie de contrôle de la TB qui vise à détecter 70% des cas de tuberculose active et traiter avec succès 85% d'entre eux. Les principales caractéristiques de la DOTS sont énumérées ci-après :
  - L'engagement des autorités à mener des activités durables de lutte contre la tuberculose.
  - Le dépistage par l'examen microscopique des frottis d'expectoration de malades symptomatiques qui se présentent spontanément aux services de santé.
  - Un schéma thérapeutique standardisé de six à huit mois sous surveillance directe.
  - Des systèmes d'information efficaces pour la surveillance et la transmission des résultats du traitement
  - Un approvisionnement régulier et ininterrompu de tous les médicaments antituberculeux essentiels.

**Table A2, 3.1 : Schémas thérapeutiques antituberculeux**

| Schémas thérapeutiques antituberculeux | | | |
|---|---|---|---|
| **Catégorie traitement** | **Cas de TB** | **Phase initiale (tous les j ou 3x/sem)** | **Phase d'entretien** |
| I | Nouveaux cas à frottis positif ; nouveaux cas de TBP à frottis négatif avec atteinte parenchymateuse étendue ; nouveaux cas graves de TB extra-pulmonaire | 2 HRZE (SHRZ) [a]<br>2 HRZE (SHRZ)<br>2 HRZE (SHRZ) | 6 HE<br>4 HR<br>4 $H_3R_3$ [b] |
| II | TBP à frottis positif précédemment traitée :<br>rechute<br>échec<br>reprise après abandon | 2 SHRZE/1 HRZE<br>2 SHRZE/1 HRZE | 5 $H_3R_3E_3$<br>5 HRE |
| III | Nouveaux cas de TBP à frottis négatif (autres que catégorie I) ; nouveaux cas de TB extra-pulmonaire (moins graves) | 2 HRZ or 2 $H_3R_3Z_3$<br>2 HRZ or 2 $H_3R_3Z_3$<br>2 HRZ or 2 $H_3R_3Z_3$ | 6 HE<br>4 HR<br>4 $H_3R_3$ [b] |
| IV | Cas chroniques (frottis positif après retraitement sous surveillance) | NE S'APPLIQUE PAS : (se référer aux recommandations de l'OMS pour l'utilisation des médicaments de seconde intention dans des centres spécialisés | |

*Note :* Certaines autorités recommandent une phase d'entretien de 7 mois avec prise quotidienne d'isoniazide et de rifampicine (7 HR) pour les malades de la catégorie 1 souffrant des formes suivantes de TB : Méningite tuberculeuse, TB miliaire ou TB vertébrale s'accompagnant de signes neurologiques.

Exemples :

a. **2 HRZE / 6 HE.** C'est un schéma courant. **2 HRZE** représente la *phase initiale.* Sa durée est de 2 mois. Le traitement médicamenteux est quotidien (aucun chiffre en indice, par ex. 3, à côté des lettres) et se compose d'isoniazide (H), de rifampicine (R), de pyrazinamide (Z) et d'éthambutol (E). Le traitement alternatif est composé de : Streptomycine (S) d'isoniazide (H), de rifampicine (R), de pyrazinamide (Z)
**6 HE** représente la *phase d'entretien.* Sa durée est de six mois. Le traitement est quotidien et se compose d'isoniazide (H) et d'éthambutol (E).

b. **4 $H_3R_3$.** Certains pays disposent de ressources suffisantes pour fournir de la rifampicine aussi bien en phase initiale qu'en phase d'entretien.
La *phase initiale* est **2 $H_3R_3Z_3E_3$.** Sa durée est de deux mois et la prise des médicaments se fait trois fois par semaine (chiffre 3 en indice après les lettres). **4 $H_3R_3$** représente la *phase d'entretien.* Sa durée est de 4 mois avec également trois prises de médicaments par semaine composées d'isoniazide et de rifampicine (chiffre 3 en indice après les lettres).

OMS 1997

Étape 6. Demandez aux participants de décrire les recommandations nationales en matière de traitement antituberculeux. Posez et discutez ensuite les questions suivantes :

- Les recommandations sont-elles différentes de celles précitées ?
- Avez-vous facilement accès à un laboratoire ? À un centre de radiologie ?
- Les médicaments sont-ils toujours disponibles ?
- Quels problèmes d'adhérence au traitement rencontrez-vous ?
- Disposez-vous d'un programme DOTS dans votre région ?

**(10 minutes)**

Étape 7. Communiquez les informations sur la co-infection TB et VIH et discutez des schémas thérapeutiques ARV recommandés par l'OMS (voir **5. a** ci-dessous).

**(10 minutes)**

## 5. Traitement antirétroviral pour les patients ayant une co-infection tuberculeuse :

a. Recommandations de l'OMS concernant le traitement antirétroviral

- L'OMS recommande que les personnes atteintes simultanément de TB et d'infection au VIH achèvent leur traitement anti-TB avant d'entamer le traitement antirétroviral, à moins d'un risque élevé de progression de la maladie du VIH et de décès pendant la durée du traitement anti-TB (exemple : un taux de CD4 <200/mm$^3$ ou une TB généralisée).
- Si un patient nécessite un traitement simultané contre la TB et contre le VIH, les traitements de première intention possibles sont les associations ZDV/3TC ou d4T/3TC, plus un INNTI ou de l'ABC. (Note : des recherches plus récentes ne soutiennent plus ce schéma thérapeutique. Selon les recherches actuelles, l'option de 2 INTI et d'un IP renforcé par du ritonavir ou du nelfinavir ne doit pas être utilisée comme premier choix. Un tel traitement ne doit être utilisé que si un traitement à base d'INNTI n'est pas indiqué, par exemple dans le cas d'une infection par le VIH-2 ou si le patient présente des effets secondaires à l'EFZ ou à la NVP.)
- Si l'on opte pour un schéma comportant un INNTI, l'EFZ est le médicament de choix car le risque d'aggravation de l'hépatotoxicité du traitement anti-TB semble être plus faible qu'avec l'administration de NVP. Cependant, la dose devra être augmentée et portée à 800 mg/jour.
- A l'exception de l'association SQV/r, les IP ne sont pas recommandés pendant le traitement anti-TB en association avec la rifampicine à cause de leurs interactions avec cette dernière.

**Table A2, 3.2 : Traitement Antirétroviral pour les patients atteints d'une co-infection tuberculeuse.**

| Numération des cellules CD4 | Schéma thérapeutique recommandé | Commentaires |
|---|---|---|
| CD4<200/mm$^3$ | Entamer le traitement anti-TB. Entamer le TAR dès que le traitement anti-TB est toléré (entre 2 semaines et 2 mois) : [a]<br>Régimes contenant de l'EFV [b,c,d] | TAR recommandé. L'EFV est contre-indiquée chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer qui ne suivent pas de traitement contraceptif efficace. |
| CD4 200–350/mm$^3$ | Entamer le traitement anti-TB. Entamer un des régimes thérapeutiques ci-après après la phase de démarrage (entamer le traitement plus tôt si la vie est sérieusement compromise) :<br>Régimes b contenant de l'EFV ou régimes contenant de la NVP en phase d'entretien du traitement anti-TB sans rifampidine. | Envisager le TAR |
| CD4>350/mm$^3$ | Entamer le traitement anti-TB | Reporter le TAR.[e] |
| Numération non disponible | Entamer le traitement anti-TB | Envisager le TAR.[a,f] |

[a] La date de démarrage du TAR devrait être basée sur un jugement clinique prenant en compte les autres signes d'immunodéficience (Tableau A). Pour la TB extra-pulmonaire, le TAR devra être entamé dès que le traitement antituberculeux sera toléré, indépendamment du nombre de cellules CD4.

[b] Les options de remplacement de l'EFV dans le régime thérapeutique incluent : SQV/RTV (400/400 mg bid), SQV/r (1600/200 mg qd en sgc), LVP/RTV (400/400 mg bid) et ABC.

[c] La NVP (200 mg qd pendant deux semaines puis 200 mg bid) peut être utilisée à la place de l'EFV en l'absence d'autres options. Les régimes contenant de la NVP incluent : d4T/3TC/NVP ou ZDV/3TC/NVP.

[d] Les régimes contenant de l'EFV incluent : d4T/3TC/EFV et ZDV/3TC/EFV.

[e] A moins que des affections de stade IV non liées à la TB soient présentes (Tableau A) ; autrement entamer le TAR dès l'achèvement du traitement anti-TB.

[f] Si aucun autre signe d'immunodéficience n'est présent et que le patient s'améliore sur le traitement anti-TB, le TAR devrait être entamé dès l'achèvement du traitement anti-TB.

| | |
|---|---|
| Étape 8. | Discutez de la coordination entre les programmes sur le VIH et la TB dans votre pays et la manière dont elle peut être améliorée.<br>**(10 minutes)** |
| Étape 9. | Discutez de la prévention (voir **6. a–c** ci-dessous). Dites-leur que la session 10 du module 2 abordera la prophylaxie de manière plus approfondie.<br>**(5 minutes)** |

**6. Prévention de la TB**

a. Il a été prouvé que le traitement préventif de la TB est efficace chez les personnes infectées par le VIH.

b. Il peut être administré aux personnes chez qui le VIH a été dépisté afin d'exclure une TB active, aux personnes positives à la PPD (IDR) (test de Mantoux ≥5mm), ou aux personnes qui n'ont pas été vaccinées au BCG et qui présentent un risque élevé d'infection à la TB.

c. Lorsqu'il n'est pas possible de pratiquer un test cutané à la PPD (une IDR à la tuberculine), envisagez une prophylaxie contre la TB pour les personnes suivantes, si elles sont infectées par le VIH :
   - Personnes vivant dans des zones à prévalence élevée d'infection à la TB (>30%)
   - Professionnels de la santé
   - Personnes vivant avec des patients tuberculeux
   - Prisonniers
   - Mineurs
   - Autres groupes à haut risque d'acquisition ou de transmission de la TB

**7. Prophylaxie : voir partie A, module 2, session 10.**

## SESSION 4 Affections du système neurologique

### BUT

Les participants étudieront les troubles neurologiques liés au VIH, les principaux agents étiologiques, la présentation clinique, les tests recommandés et les principaux résultats, ainsi que la prise en charge et le traitement. Cette session abordera également les caractéristiques cliniques, la prise en charge et le traitement de la démence liée au SIDA, des neuropathies motrices et sensorielles douloureuses, de la LEMP, du lymphome primaire du SNC et de la neurosyphilis.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les différents agents étiologiques qui provoquent des troubles neurologiques
2. Donner les points essentiels lors de l'établissement des antécédents médicaux
3. Décrire la symptomatologie clinique de chaque trouble
4. Énumérer les tests recommandés et les principaux résultats pour chaque trouble
5. Discuter du traitement et de la prise en charge des troubles neurologiques
6. Discuter des mesures préventives
7. Poser un diagnostic différentiel en utilisant une étude de cas

### DURÉE

2 heures

### PRÉPARATION

1. Lisez la note à l'intention du formateur (voir encadré plus loin). Si vous utilisez le tableau présenté à l'étape 3, préparez des feuilles séparées de tableau papier avec les intitulés suivants :

   **Toxoplasmose cérébrale** — **Méningite bactérienne**
   **Méningite au cryptocoque** — **CMV**
   **LEMP** — **Lymphome primaire du SNC**
   **Démence complexe du SIDA** — **Syphilis nerveuse**
   **Neuropathies périphériques motrices et sensorielles douloureuses**
2. Revoyez l'étude de cas en préparation du travail par petits groupes.

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). |
| Étape 2. | Présentez les généralités et les agents pathogènes à considérer lors de la pose d'un diagnostic différentiel des troubles neurologiques (voir **1. a–b** ci-dessous)<br>**(5 minutes)** |

## 1. Introduction

a. Aperçu général

- L'incidence signalée des anomalies neurologiques à l'examen clinique varie fortement, de16% à 72% chez les patients hospitalisés.
- Un large éventail de manifestations neurologiques est signalé : déficits cognitifs, déficits focaux, comme l'hémiplégie et la paralysie faciale périphérique aiguë, le syndrome des pieds douloureux, l'encéphalopathie, etc.
- Certaines de ces manifestations sont provoquées directement par le VIH lui-même, d'autres résultent d'IOs causées par différents agents pathogènes ou par les médicaments.

b. Le diagnostic différentiel des IOs touchant le cerveau regroupe les agents pathogènes suivants :

- **Infection protozoaire :** *Toxoplasmosis gondii*
- **Infection mycobactérienne :** *M. tuberculosis*
- **Infection fongique :** *Cryptococcus neoformans,* espèces *Candida (rare)*
- **Infection virale :** Cytomégalovirus, virus de l'herpès simplex, virus varicelle-zona, virus JC (LEMP)

*Note à l'intention du formateur.* Les pages suivantes donnent deux versions des informations sur la présentation des symptômes et des résultats de diagnostic. La première se présente sous forme de tableau (étape 3) qui résume brièvement ces informations dans un format facile à lire, avec un minimum de détails. La deuxième version se présente sous forme de notes détaillées que nous utilisons en général dans ce manuel. Vous pourrez préférer une version à une autre, compte tenu des considérations de temps, du volume d'informations dont les participants ont besoin, de votre aisance avec le format, etc.

Vous trouverez une étude de cas à la fin de cette session. Nous recommandons aux participants d'utiliser les algorithmes de l'annexe A pour travailler.

**Si vous utilisez le tableau détaillé A2, 4.1**

| | |
|---|---|
| Étape 3. | A. Placez les feuilles du tableau papier que vous avez préparées sur un mur.<br>Invitez les participants à énumérer les symptômes de chacun des agents pathogènes figurant sur les feuilles du tableau papier sous le bon intitulé.<br>Discutez des différences entre le tableau clinique de chaque infection et ajoutez tout élément manquant.<br>B. Passez en revue les types de diagnostic pour chaque affection.<br>C. Passez en revue la prise en charge de chaque affection.<br>D. Discutez des caractéristiques uniques et des commentaires pour chaque agent pathogène.<br>**(60 minutes)** |

**Table A2, 4.1 : Affections du système neurologique**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Protozoaire** | | | | |
| *Toxoplasma Gondii*<br><br>(toxoplasmose) | **Les symptômes cliniques peuvent évoluer 2 semaines.**<br><br>• Migraine (intense, localisée)<br>• Fièvre<br>• Confusion<br>• Myalgie<br>• Arthralgie<br>• Troubles neurologiques focaux comme crises d'épilepsie, hémiparésie, hémiplégie, tremblements cérébelleux, paralysie des nerfs crâniens, hémi-anesthésie, troubles visuels ou cécité, modifications de la personnalité, troubles cognitifs. | Si possible :<br>• TDM ou IRM<br>• Dosage IgG de toxoplasma<br>• Dans situations aux ressources limitées : diagnostic basé sur les symptômes cliniques.<br>• Résultats de la TDM ou de l'IRM : multiples lésions en anneau dans les hémisphères cérébraux<br><br>**Placez la personne infectée par le VIH présentant des symptômes typiques et des résultats normaux du LCR sous traitement pour la toxoplasmose.<br><br>Valeurs du LCR<br>• Normal : 20–30%<br>• Protéines : 10–150/ml<br>• NGB : 0–40 (monos)<br>• Cytologie : FSC | Commencez un traitement anti-convulsions :<br>• Epanutin® 50–100 mg bid ou tid ou Tégrétol® 100–200 mg bid ou tid (à commencer si le patient a des crises )<br>Traitement crise aiguë :<br>• Dose de départ de pyriméthamine 100–200 mg, puis 50–100 mg/j PO + acide folinique (ou folique) 10 mg/j PO + sulfadiazine 1–2 g qid x 6 sem au moins<br>OU<br>• Triméthoprime/sulfaméthoxazole (10/50mg/kg/j) x 4 sem<br>OU<br>• Clindamycine (600 mg tid) + pyriméthamine 100 mg/j pour commencer, puis 50 mg/j + acide folinique 10 mg/j<br>Schémas thérapeutiques nécessaires recommandés après qu'un patient a eu la toxoplasmose :<br>• Pyriméthamine 25–75 mg PO qd + acide folinique 10 mg qd + sulfadiazine 0,5–1 g PO qid si allergie aux sulfamides<br>• Donnez du dapsone PO 100 mg PO od ou de la clindamycine IV (ou PO) 600 mg qid ou atovaquone 750 mg PO qid<br>Physiothérapie si nécessaire | La toxoplasmose cérébrale est l'une des plus fréquentes complications neurologiques liées au VIH. Si le patient ne reçoit pas de traitement d'entretien, il rechutera. Survient généralement quand CD4<100.<br><br>Vérifier la formule sanguine régulièrement car les doses relativement élevées de médicaments peuvent provoquer des effets toxiques. La leucopénie, la thrombocytopénie et l'exanthème sont fréquents. L'acide folinique réduit le risque de myélosuppression.<br><br>Au cours du traitement, conseiller aux patients de boire et d'uriner beaucoup.<br><br>Prophylaxie : voir partie A, module 2, session 10. |
| Infection mycobactérienne<br><br>*M. tuberculosis*<br><br>(méningite tuberculeuse) | Apparition progressive de migraines et pertes de connaissance<br>• Fièvre vespérale légère<br>• Sueurs nocturnes<br>• Perte de poids<br>• Raideur de nuque et signe de Kernig positif<br>• Paralysie des nerfs crâniens résultant de l'exsudat (œdème) autour de la base du cerveau | Ponction lombaire/microscopie LCR : le LCR peut être trouble<br>• Normal : 5–10%<br>• Protéines : élevées (40–100 mg/dl)<br>• NGB : 5–2000 (la moyenne est de 60–70% monos)<br>• Glucose : bas (<20 mg/dl)<br>• Frottis AFB pos : 20%<br><br>Une RX n'est pas indiquée car la RX du crâne sera normale | | CD4<350<br>Jusqu'à 10% des patients ayant le SIDA qui souffrent de TB présenteront des signes méningés. Ces signes résultent d'une transmission sanguine ou de la rupture d'un tuberculome cérébral.<br><br>Écarter toujours la méningite à cryptocoque par une microscopie du LCR (coloration à l'encre de Chine). |

**Table A2, 4.1 : Affections du système neurologique**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Bactérienne** | | | | |
| *Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitis*<br><br>(méningite bactérienne) | • Fièvre<br>• Migraine<br>• Raideur de nuque<br>• Photophobie<br>• Vomissements<br>• Malaises<br>• Irritabilité<br>• Somnolence<br>• Coma<br><br>Les symptômes ont tendance à apparaître dans la semaine suivant une infection.<br>Peut être précédée d'une maladie respiratoire prodromique ou de maux de gorge. | • Examen du LCR<br>• FSC (NFS)<br>Principaux résultats :<br>• Leucocytose ; le LCR montre une augmentation de la pression, de la numération cellulaire (100–10.000/mm$^3$) et des protéines (>100 mg/dl) et une réduction du glucose (<40 mg/dl ou <50% de la glycémie instantanée) ;<br>• Le frottis du LCR soumis à une coloration de Gram peut révéler l'agent étiologique.<br><br>Une RX n'est pas indiquée car la RX du crâne sera normale. | • Pénicilline (24 millions d'unités/j en doses réparties toutes les 2–3 heures ou ampicilline (12 g/j en doses réparties toutes les 2–3 heures) ou chloramphénicol (4 à 6 g/j IV). Le traitement doit être poursuivi pendant 10 à 14 jours.<br><br>Pénicilline cristallisée 2–3 millions d'unités et chloramphénicol 500–750 mg 6/h pendant 10–14 jours | Apparaît souvent aux derniers stades de la maladie du VIH. Un diagnostic précoce avec prise en charge et traitement agressif assure un rétablissement rapide. |
| **Fongique** | | | | |
| *Cryptococcus neoformans*<br><br>(méningite à cryptocoque) | Présentation généralement non spécifique au départ et qui peut durer >1 mois.<br>• Fièvre et migraines persistantes peuvent être les seuls signes<br>• Nausées, vomissements et raideur de la nuque peuvent être absents et les symptômes neurologiques focaux sont rares<br>• Les symptômes extra-neuronaux englobent les lésions cutanées, la pneumonite, l'épanchement pleural et la rétinite.<br>• La présence de fièvre, malaises, douleurs de la nuque constitue un pronostic plus grave avec nausées, vomissements et un état mental altéré au cours des stades terminaux | **Valeurs du LCR :**<br>• Normal : 20%<br>• Protéines : 30–150/dl<br>• NGB : 0–100 (monos)<br>• Diminution du glucose : 50–70 mg/dl<br>• Culture positive : 95–100%<br>• Coloration à l'encre de Chine positive : 60–80%<br>• Ag cryptococcique presque 100% sensible et spécifique<br><br>• Coloration à l'encre de Chine du LCR ; test du LCR et/ou du sérum à la recherche de l'antigène cryptococcique. | Traitement recommandé :<br>• Amphotéricine B 0,7 mg/kg/j IV + flucytosine 100 mg/kg/j PO x 14 j, suivi de fluconazole 400 mg/j x 8–10 sem.<br>• Enfin, traitement d'entretien au fluconazole 200mg/j à vie<br><br>Traitements alternatifs :<br>• Amphotéricine B 0,7 mg/kg/j IV + flucytosine 100 mg/kg/j PO x 14 j puis itraconazole 200mg bid x 8 sem.<br>• Fluconazole 400 mg/j PO x 8 sem. puis 200 mg od<br>• Itraconazole 200 mg PO tid x 3j, puis 200 mg PO bid x 8 sem. après le traitement initial à l'amphotéricine<br>• Fluconazole 400 mg/j PO + flucytosine 100 mg/kg/j PO | *Si elle n'est pas traitée, elle évolue lentement vers la mort.*<br><br>*Cryptococcus neoformans* est l'infection fongique potentiellement mortelle la plus fréquente chez les PVS. C'est la cause la plus fréquente de méningite chez les PVS en Afrique et en Asie. Elle survient le plus souvent chez des patients avec CD4 <50.<br><br>**Mieux vaut prévenir que guérir.**<br><br>L'accumulation fongique s'accompagne de migraines qui augmentent progressivement, disparaissent et reviennent et il est difficile de s'en débarrasser. Elles deviennent ensuite permanentes et c'est ce que le patient signale.<br><br>Elle requiert un traitement suppressif à vie sauf en cas de reconstitution immunitaire. |

**Table A2, 4.1 : Affections du système neurologique**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Virale** | | | | |
| Cytomégalovirus (CMV) | • Fièvre ± délire, léthargie, désorientation, malaises. Migraines plus fréquentes<br>• Raideur de nuque, photophobie, troubles des nerfs crâniens moins fréquents<br>• Aucun trouble neurologique<br>• Symptômes gastro-intestinaux : diarrhée, colite, ulcération oesophagienne surviennent chez 12–15% des patients<br>• Symptômes respiratoires, c.-à–d., pneumonite, dans ~1% | • Examen du fond de l'œil à la recherche de changements. Consultez un ophtalmologue<br>• Rétinite à CMV, caractérisée par une opacification rétinienne profonde, hémorragique, de couleur crème blanc-jaune, pouvant provoquer une perte de la fonction visuelle et entraîner la cécité si elle n'est pas traitée ; le patient peut être asymptomatique ou se plaindre de myodésopsies, d'une baisse de l'acuité visuelle ou d'une amputation du champ visuel. Décollement de la rétine si la maladie est extensive.<br>• Faire une endoscopie OGD si indiqué | • Foscarnet 60 mg/kg IV q8h ou 90 mg/kg IV q12h x 14–21 j ; ganciclovir 5mg/kg IV bid x 14–21 j. Les patients ayant une récupération immunitaire devront suivre un traitement pour la rétinite toute leur vie.<br><br>• Extra-oculaire : ganciclovir et/ou foscarnet. | Évolution <2 semaines<br>CD4 <100<br><br>Bien que toute partie de la rétine puisse être atteinte, il y a une prédilection pour la face postérieure ; L'atteinte de la tête du nerf optique et de la région maculaire est courante. En général, touche les vaisseaux rétiniens qui sont toujours anormaux dans les régions affectées par la rétinite. L'uvéite est inexistante ou minime.<br><br>Maladie rare mais dévastatrice dans les pays aux ressources limitées. Le traitement est très onéreux et souvent inexistant. La prise en charge du CMV requiert des soins spéciaux. Une référence immédiate est donc essentielle. |
| Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP) | • Non fébrile, alerte, pas de migraine<br>• Altération progressive de la parole, de la vision et de la fonction motrice<br>• Déficits des nerfs crâniens et cécité corticale<br>• Cognition touchée relativement tard | • La TDM du cerveau peut être normal ou montrer des zones à densité réduite ou une démyélinisation (dégradation de l'enveloppe des nerfs)<br>• PCR du LCR pour la détection du virus JC<br>• PCR du virus JC + dans environ 60% des cas<br>• Diagnostic différentiel :<br>Toxoplasmose<br>Lymphome primaire du SNC<br>• Diagnostic définitif par biopsie du cerveau (si disponible) | • Il n'existe aucun traitement pour cette maladie.<br>• Le traitement ARV peut améliorer les symptômes et prolonger la vie. | **Une complication terminale du VIH, causée par le virus JC**<br><br>La LEMP est rare en général mais relativement fréquente dans le cadre d'une infection au VIH (touchant 4% des patients souffrant du SIDA). Les examens de routine du VIH doivent être envisagés pour les patients souffrant d'une LEMP.<br><br>Évolution : de quelques semaines à des mois<br>Survient généralement quand CD4 <100 |

**Table A2, 4.1 : Affections du système neurologique**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Autre** | | | | |
| Lymphome primaire du SNC | • La maladie progresse lentement en quelques semaines<br>• Non fébrile ; céphalées<br>• Déficits neurologiques partiels et multifocaux (confusion, hémiplégie, crises d'épilepsie)<br>• Modification de l'état mental (60%), de la personnalité ou du comportement<br>• Crises d'épilepsie (Convulsions) (15%) | • TDM/IRM<br>• Localisation : péri-ventriculaire dans un ou plusieurs sites<br>• Œdème important, irrégulier et se solidifiant à l'accentuation.<br><br>LCR :<br>• Normal : 30–50%<br>• Protéines : 10–150/ml<br>• Tx. GB : 0–100 (monos)<br>• Cytologie : + in <5%<br>• Suspecté en cas d'IgG toxo négative ou d'échec à répondre au traitement toxo-empirique | • Il n'existe pas de chimiothérapie cytotoxique pour cette maladie. L'irradiation peut aider certains patients mais est considérée comme palliative.<br><br>• Les corticostéroïdes peuvent également aider certains patients. | Le lymphome primaire du CNS est **RARE** en général mais touche environ 2% des patients souffrant du SIDA.<br><br>**La survie, après le diagnostic, est en général limitée (quelques mois seulement)**<br><br>Complication terminale typique de la maladie du VIH<br><br>Évolution : 2–8 semaines<br>Survient généralement quand CD4<100 |
| Démence complexe du SIDA (ADC) | Première manifestation de la maladie du VIH chez environ 10% des patients.<br><br>• Non fébrile ; léthargie générale<br>• Triade associant un Dysfonctionnement cognitif, moteur et comportemental<br>• déficience précoce de la mémoire et de la concentration, inattention, absence de coordination motrice, ataxie, dépression, labilité émotionnelle<br>• Plus tard—démence générale, paraplégie, mutisme<br><br>La fréquence est de 10–15%. | • Les tests neuro-psychologiques révèlent une démence sous-corticale<br>• Le mini-examen de l'état mental n'est pas très sensible | • Avantage éventuel du traitement ARV avec des agents qui pénètrent le SNC (AZT, d4T, ABC, NVP)<br>• L'avantage de l'AZT à une dose plus élevée pour des cas légers ou modérément graves est démontré ; surveillez le traitement par des tests neurocognitifs<br>• Une expérience isolée indique une réponse au traitement ARV s'il est commencé rapidement<br>• Sédatif pour les personnes agitées et agressives—utilisez des doses plus faibles au début pour éviter une sédation excessive<br>• Étroite surveillance :<br>- pour empêcher des auto-blessures volontaires<br>- pour garantir une nutrition adéquate<br>- pour diagnostiquer et traiter rapidement les IO<br>• Soutien psychologique aux prestataires de soins—s'occuper de patients atteints de démence est épuisant ; les prestataires de soins ont besoin de périodes de répit régulières et peuvent avoir besoin de conseils | La prévalence augmente avec l'amélioration de la prise en charge générale de différentes IO car les patients vivent suffisamment longtemps pour développer un état d'immuno-suppression sérieux<br><br>Les patients ont un comportement similaire à la maladie de Parkinson et peuvent être faussement diagnostiqués comme tels |

**Table A2, 4.1 : Affections du système neurologique**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Autre** | | | | |
| Neuropathies périphériques motrices et sensorielles douloureuses | • Sensation douloureuse de brûlure et engourdissement des orteils, des pieds, des chevilles, des mollets et des doigts dans les cas avancés,<br>• Paraplégie<br>• Dysfonctionnement du système nerveux autonome<br>• Mauvais contrôle des intestins/de la vessie<br>• Hypotension posturale accompagnée de vertiges.<br>• Hypersensibilité au contact dans certains cas<br>• Douleurs musculaires légères à modérées au toucher<br>• Faiblesse musculaire<br>• Plus tard : sensibilité réduite aux piqûres/sensation de vibrations ; réflexe rotulien/achilléen réduit ou inexistant<br>• Transpiration | • L'électromyographie/vitesse de conduction nerveuse montre une neuropathie principalement axonale<br>• CPK généralement élevée<br>• LCR : cherchez des infections à CMV ou au virus de l'herpès simplex—infiltration lymphomateuse<br>• LCR pour déterminer l'étiologie<br>• B12 et TSH du sérum<br>• L'analyse sensorielle quantitative ou les seuils thermiques peuvent être utiles | • Écartez d'autres causes comme les médicaments neurotoxiques, l'alcoolisme, le diabète, la carence en vitamine B12, les troubles thyroïdiens et traiter les causes sous-jacentes si connues<br>• Interrompez les médicaments neurotoxiques présumés<br>• Donnez des compléments vitaminés et nutritionnels adéquats<br>• Traitement de la douleur :<br>- Ibuprofène 600–800 mg PO tid ou codéïne pour symptômes modérés<br>- Amitryptiline 25–50 mg au coucher<br>- Phénytoïne 50–100 mg bid ou carbamazépine 100–200 mg tid– en particulier pour douleurs épisodiques fulgurantes. Associer des antidépresseurs et des anti-épileptiques<br>- Méthadone ou morphine pour symptômes graves<br>- Lidocaïne onguent 10–30% à usage local<br>• La physiothérapie peut être utile mais peut être gênée par la douleur<br>• Conseils en nutrition et soutien psychologique | Diagnostic différentiel : toxoplasmose, lymphome primaire du SNC<br><br>La prise en charge et le traitement sont difficiles<br><br>Envisagez une physiothérapie associée au traitement de la douleur |

**Table A2, 4.1 : Affections du système neurologique**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Autre** | | | | |
| Syphilis neurologique | • Peut être asymptomatique<br>• Céphalées, fièvres, photophobie, méningisme ± crises d'épilepsie (convulsives), symptômes focaux, paralysie des nerfs crâniens<br>• Tabès dorsalis : douleurs aiguës, paresthésie, RT réduits, perte de réponse de la pupille<br>• Parésie générale : perte de mémoire, démence, modifications de la personnalité, perte de réponse de la pupille<br>• Attaques méningo-vasculaires, myélite<br>• Syphilis oculaire : iritis, uvéite, névrite optique | • TDM/IRM :<br>Méningite aseptique : peut montrer une accentuation méningée.<br>Parésie générale : atrophie corticale, parfois accompagnée d'infarctus.<br>Syphilis méningo-vasculaire : accidents vasculaires cérébraux importants. Peut se présenter comme la démence.<br><br>• LCR : protéine—45–200/ml<br>• tx. GB : 5–100 (monos)<br>• VDRL pos. : sensibilité 65% ; spécificité 100% positive<br>• FTA-ABS et VDRL du sérum sont des indices dans >90% ; VDRL du sérum faussement nég dans 5–10% avec Tabès dorsalis ou parésie générale.<br>• Diagnostic définitif : VDRL positif du LCR (dans 60–70%) | • Donnez Aq pénicilline G, 18–24 millions unités/j x 10–14 j<br>• VDRL de suivi tous les 6 mois jusqu'à des résultats négatifs<br><br>• Indications de nouveau traitement :<br>- Tx. GB du LCR ne diminue pas après 6 mois ou LCR toujours anormal après 2 ans<br>- Signes et symptômes persistants de réponse inflammatoire après 3 mois<br>- Augmentation de 4 fois du VDRL du LCR >6 mois<br>- Échec de VDRL du LCR de >1:16 à réduire de moitié en 2 mois ou de 4 fois en 12 mois. | La syphilis oculaire, méningée et méningo-vasculaire sont les formes les plus fréquentes chez les patients infectés par le VIH<br><br>Il a été prouvé que la syphilis progresse plus rapidement dans le cadre d'une infection au VIH. Ainsi, des complications comme la syphilis méningo-vasculaire peuvent survenir inhabituellement tôt.<br><br>**RARE :** Touche 0,5% des patients souffrant du SIDA<br><br>On recommande que le test de dépistage de la syphilis soit proposé à tous les patients se présentant pour un CDV dans des régions à forte prévalence car elle peut se traiter aux premiers stades et s'aggrave avec le VIH.<br><br>Survient généralement quand CD4<350 |

| | |
|---|---|
| Étape 4. | Demandez aux participants de décrire les signes et symptômes (tableau clinique) de la toxoplasmose cérébrale. Écrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez tout symptôme qu'ils auraient oublié (voir **2. a** ci-dessous)<br>**(5 minutes)** |

## 2. Affections neurologiques

### a. Toxoplasmose cérébrale

| | |
|---|---|
| • Principal agent étiologique : | *Toxoplasma gondii* |
| • Tableau clinique : | Migraines, fièvre, confusion, troubles neurologiques focaux, par ex., hémiplégie, crises d'épilepsie |

| | |
|---|---|
| Étape 5. | Revoyez les tests recommandés et les principaux résultats, la prise en charge et le traitement. Discutez ensuite de la prophylaxie primaire. Présentez un résumé avec les commentaires donnés à la fin.<br>**(10 minutes)** |

| | |
|---|---|
| • Diagnostics recommandés : | Si possible, une TDM ou une IRM<br>Dosage IgG de toxoplasma<br>Dans les pays aux ressources limitées, vous pouvez poser un diagnostic sur la base des symptômes cliniques (une personne infectée par le VIH présentant des migraines, de la fièvre, des troubles neurologiques focaux et des résultats normaux du LCR peut être placée sous traitement pour la toxoplasmose). |
| • Principaux résultats : | La TDM ou/et l'IRM montreront des lésions dans les hémisphères cérébraux |
| • Prise en charge et traitement :<br>Commencez un traitement anti-convulsions : | Epanutin® 50–100 mg bid ou tid ou Tégrétol® 100–200 mg bid ou tid (ne commencer que si le patient a des crises convulsives) |
| Traitement de la phase aiguë : | Pyriméthamine 100–200 mg (dose initiale), puis 50–100 mg/j PO + acide folinique (ou folique) 10 mg/j PO + sulfadiazine 1–2 g qid x 6 sem. au moins<br>**OU** triméthoprime/sulfaméthoxazole (10/50 mg/kg/j) x 4 sem.<br><br>**OU** clindamycine (600 mg tid) + pyriméthamine 100 mg/j (dose initiale) puis 50 mg/j + acide folinique 10 mg/j |
| Traitement d'entretien recommandé après qu'un patient a eu la toxoplasmose : | pyriméthamine 25–75 mg PO qd + acide folinique 10 mg qd + sulfadiazine 0,5–1 g PO qid |
| En cas d'allergie aux sulfamides : | donnez du dapsone 100 mg PO od ou de la clindamycine IV (ou PO) 600 mg qid ou encore de l'atovaquone 750 mg PO qid |
| Physiothérapie si nécessaire | |
| • Mesures préventives : | Éviter de manger de la viande crue et d'être en contact avec des chats, si possible<br><br>Réduire le risque de transmission en faisant cuire la viande suffisamment et en lavant soigneusement les fruits et les légumes avant de les manger |

- Commentaires : La toxoplasmose cérébrale est l'une des complications neurologiques liées au VIH les plus fréquentes. Si le patient ne reçoit pas de traitement d'entretien, il rechutera.

Étape 6. Demandez aux participants de décrire les signes et symptômes (tableau clinique) de la méningite à cryptocoque. Écrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez tout symptôme qu'ils auraient oublié (voir **2. b** ci-dessous).
**(5 minutes)**

b. **Méningite à cryptocoque**

- Principal agent étiologique : *Cryptococcus neoformans*
- Présentation clinique : Le tableau clinique est non spécifique au départ et probablement pendant plus d'un mois dans 87–90% des cas.
  Les migraines sont le résultat de l'accumulation fongique.
  Elles sont alternées de périodes d'exacerbation et de rémission jusqu'à ce qu'elles deviennent permanentes. La fièvre, les malaises et les douleurs de nuque aggravent le pronostic ; des nausées, vomissements et un état mental altéré apparaissent au stade terminal. Les lésions cutanées, la pneumonite, l'épanchement pleural et la rétinite sont des symptômes extra-neuronaux.

Étape 7. Passez en revue les diagnostics recommandés et les principaux résultats, ainsi que la prise en charge et le traitement. Présentez un résumé avec les commentaires donnés à la fin.
**(10 minutes)**

- Tests de diagnostic : Coloration à l'encre de Chine du LCR ; analyse du LCR et/ou du sérum à la recherche de l'antigène cryptococcique.
  TAC-LCR positif dans plus de 90% des cas.
- Prise en charge et traitement :
  Traitement recommandé : Amphotéricine B 0,7 mg/kg/j IV + flucytosine 100 mg/kg/j PO x 14 j, suivi de fluconazole 400 mg/j x 8–10 sem. Enfin, traitement d'entretien au fluconazole 200mg/j à vie ou, après reconstitution du système immunitaire. (Note : le traitement à l'amphotéricine B + flucytosine est supérieur à l'amphotéricine B uniquement pour éviter les rechutes, mais il n'améliore pas les résultats immédiats. La flucytosine peut n'être pas nécessaire chez les patients qui répondront normalement rapidement au TAR.
  Traitements alternatifs : Amphotéricine B 0,7 mg/kg/j IV + flucytosine 100mg/kg/j PO x 14 j, puis itraconazole 200mg bid x 8 sem.

  Fluconazole 400 mg/j PO x 8 sem, puis 200 mg od

  Itraconazole 200 mg PO tid x 3 j, puis 200 mg PO bid x 8 sem, après le traitement initial à l'amphotéricine

  Fluconazole 400 mg/j PO + flucytosine 100 mg/kg/j PO

- Commentaires : La méningite à cryptocoque est l'infection fongique liée au SIDA potentiellement mortelle la plus fréquente (après la PCP). Si elle n'est pas traitée, elle évolue lentement vers la mort. Les patients qui souffrent constamment de pression intracranienne peuvent nécessiter des ponctions lombaires quotidiennes. Il est parfois recommander de retirer chaque jour 30 ml dans les cas où la pression véritable ne peut pas être mesurée. Si des ponctions lombaires quotidiennes sont requises pendant plus de 2 ou 3 semaines, il peut s'avérer nécessaire de transférer le patient dans un centre où un shunt peut être mis en place.
  Les patients ayant terminé le traitement initial pour la cryptococcose doivent suivre un traitement suppressif toute leur vie (c.-à-d., une prophylaxie secondaire ou un traitement d'entretien chronique, de préférence avec du fluconazole 200 mg/j), sauf s'il se produit une reconstitution du système immunitaire suite au TAR.

Étape 8. Demandez aux participants de décrire les signes et symptômes (tableau clinique) de la méningite bactérienne. Écrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez tout symptôme qu'ils auraient oublié (voir **2. c** ci-dessous).
**(5 minutes)**

c. **Méningite bactérienne**

- Principaux agents étiologiques : *Strep pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*
- Tableau clinique : Fièvre, migraines, raideur de la nuque, vomissements, malaises, irritabilité, somnolence, coma. Elle peut être précédée d'une maladie respiratoire prodromique ou d'angine (douleurs de gorge).

Étape 9. Examinez les tests de diagnostic recommandés et les principaux résultats, ainsi que la prise en charge et le traitement. Présentez un résumé avec les commentaires ci-dessous.
**(5 minutes)**

- Diagnostics recommandés : Examen du LCR
  FSC (NFS), C&S du sang (hémocultures)
- Principaux résultats : Le LCR montre une augmentation de la pression, de la numération cellulaire (100–10.000/mm$^3$) et des protéines (>100 mg/dl) et une diminution du glucose (<40 mg/dl ou <50% de la glycémie instantanée). Le frottis du LCR soumis à une coloration de Gram peut révéler l'agent étiologique.
  Leucocytose
- Prise en charge et traitement : Pénicilline (24 millions d'unités/j réparties toutes les 2–3 heures ou ampicilline (12 g/j réparties toutes les 2–3 heures) ou chloramphénicol (4 to 6 g/j IV).
  Le traitement doit être poursuivi pendant 10 à 14 jours.

  Pénicilline cristallisée 2–3 millions d'unités et chloramphénicol 500–750 mg, 6/h pendant 10–14 jours.
- Prévention : cotrimoxazole (triméthoprime (TMP) 160 mg, sulfaméthoxazole (SMX) 800 mg od (équivalent d'un cachet forte dose ou deux cachets faible dose par jour) si la numération des CD4 est <200/mm$^3$ ou s'il n'est pas possible d'obtenir la numération, en cas d'infection symptomatique au VIH répondant aux critères du stade II, III ou IV de la classification de l'OMS.

- Commentaires : Elle apparaît souvent au cours des derniers stades de la maladie du VIH. Un diagnostic rapide suivi d'une prise en charge et d'un traitement agressif est la garantie d'un rétablissement rapide.

Étape 10. Demandez aux participants de décrire les signes et symptômes (présentation clinique) du cytomégalovirus. Écrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez tout symptôme qu'ils auraient oublié (voir **2. d** ci-dessous).
**(5 minutes)**

d. **Cytomégalovirus (CMV)**

- Principal agent étiologique : *Cytomégalovirus*
- Tableau clinique : Rétinite, caractérisée pas une opacification rétinienne profonde, hémorragique, de couleur crème blanc-jaunâtre, pouvant provoquer une perte de la fonction visuelle et conduire à la cécité si elle n'est pas traitée ; le patient peut être asymptomatique ou se plaindre de myodésopsie, d'une baisse d'acuité visuelle ou d'une amputation du champ visuel. Décollement de la rétine si la maladie est étendue.

  Des symptômes gastro-intestinaux—diarrhée, colite, ulcération oesophagienne—surviennent chez 12–15% des patients.

  Des symptômes neurologiques, par exemple l'encéphalite, et des symptômes respiratoires, par exemple la pneumonite, surviennent dans ~1%.

Étape 11. Passez en revue les tests de diagnostic recommandés et les principaux résultats, ainsi que la prise en charge et le traitement. Présentez un résumé avec les commentaires ci-dessous.
**(5 minutes)**

- Tests de diagnostic recommandés : Examen du fond de l'œil pour détecter des changements.
  Consulter un ophtalmologue.
  Endoscopie OGD si indiqué.
- Principaux résultats : Bien que toute partie de la rétine puisse être affectée, la région affectée tend à être le pôle postérieur ; l'atteinte de la tête du nerf optique et de la région maculaire est fréquente. En général, cette condition touche les vaisseaux rétiniens qui sont toujours anormaux dans les régions affectées par la rétinite. L'uvéite est inexistante ou minime.
- Prise en charge et traitement : Foscarnet 60 mg/kg IV q8h ou 90 mg/kg IV q12h x 14–21 jours ; ganciclovir 5mg/kg IV bid x 14–21 jours.
  Les patients sans reconstitution immunitaire devront suivre un traitement d'entretien à vie pour la rétinite.
  Localisations extra-oculaires : ganciclovir et/ou foscarnet
- Commentaires : Maladie rare mais dévastatrice dans les pays aux ressources limitées. Le traitement est très onéreux et souvent inexistant. La prise en charge du CMV exige des soins spéciaux. Une référence immédiate est essentielle.

Étape 12. Présentez l'ADC/HAD et décrivez les antécédents clés (voir **2. e** ci-dessous).
**(5 minutes)**

e. **Démence du SIDA (ADC ou HAD)**
- Tableau clinique
  - L'ensemble des symptômes sous-corticaux distingue l'ADC des autres démences
  - Le patient peut se plaindre d'un fonctionnement mental ralenti, avec une perte de concentration et de mémoire ainsi que d'une léthargie générale
- Antécédents clés :
  - Procédez à un examen mental détaillé
  - Assurez-vous de commencer par poser des questions ouvertes lorsque vous procédez à un examen mental
  - Commencez par expliquer pourquoi vous poser ces questions :
    Dites quelque chose comme « afin d'évaluer votre état médical, nous devons examiner votre mémoire et votre capacité à résoudre des problèmes étant donné que la mémoire est parfois affectée chez les personnes souffrant de certaines maladies ».
  - Posez des questions telles que :
    « Dites-mois si votre mémoire était… comment vous arrivez à vous souvenir des choses jour après jour ».
    « Qu'est-ce qui a changé récemment dans la manière dont vous vous rappelez les choses—utilisez-vous des stratégies différentes, des méthodes, etc. ? »
  - En fonction des réponses aux questions précédentes, posez les questions suivantes :
    « Vous faut-il plus de temps pour accomplir des tâches difficiles ? »
    « Perdez-vous le fil de la conversation ? »
    « Avez-vous du mal à conserver votre équilibre ? »
    « Avez-vous des tremblements lorsque vous essayez d'écrire ? »
  - Écoutez le compte rendu des parents et autres proches (c'est particulièrement important dans les cas à un stade précoce).

Étape 13. Demandez aux participants de décrire les signes et symptômes (tableau clinique) de la démence complexe du SIDA. Écrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez tout symptôme qu'ils auraient oublié (voir ci-dessous).
**(5 minutes)**

- Caractéristiques cliniques : Le patient est non fébrile ; il présente un dysfonctionnement cognitif, moteur et comportemental
  - Dysfonctionnement cognitif : Perte de mémoire
    Perte de concentration
    Ralentissement mental
    Performances réduites lors de l'exécution d'activités mentales complexes
  - Symptômes comportementaux : Apathie
    Spontanéité et sensibilité émotionnelle réduites
    Retrait social
    Dépression, irritabilité ou labilité émotionnelle
  - Dysfonctionnement moteur : Perte d'équilibre et de coordination
    Maladresse et faiblesse des jambes
    Paraplégie

- Par la suite : Détérioration de la parole—progression éventuelle vers le mutisme
  Alité, avec une indifférence à l'égard de la maladie ou de l'environnement
  Incontinence urinaire et fécale
  Conscience généralement préservée, avec occasionnellement un excès de sommeil
  Comportement imprévisible, avec de nombreuses fluctuations
  Le décès résulte généralement d'une pneumonie par aspiration ou d'une infection opportuniste

Étape 14. Décrivez le processus de diagnostic et les principaux résultats, ainsi que la prise en charge et le traitement. Présentez un résumé avec les commentaires ci-dessous.
**(10 minutes)**

- Procédure de diagnostic : le diagnostic se base essentiellement sur la présentation clinique
  - TDM/IRM : Localisation : lésions diffuses, profondes, blanches hyper-intenses
    Site : variable
    Accentuation : négative
    Atrophie : importante
    Aucun effet de masse
  - LCR : * Normal : 30–50% des patients
    Protéines : augmentation chez 60% des patients
    Tx. GB : augmentation chez 5–10% (monos) des patients
    Bêta-2-microglobulines élevé (>3 mg/L)
  - Autres tests de diagnostic : Les tests neuro-psychologiques révèlent une démence sous-corticale
    Le mini-examen de l'état mental n'est pas sensible

***Valeurs de référence du LCR**

1. Valeurs normales :
   Protéines : 14–45 mg/dl ; ponction traumatique : 1 mg/1000 globules rouges (GR)
   Glucose : 40–80 mg% ou LCR/glycémie >0,6
   Numération leucocytaire : <5 cellules mononucléaires/ml ; 5–10 est suspect ; I PMN
   Prélèvement sanguin—1 GB/700 GR
   Pression d'ouverture : 80–200 mm $H_2O$
2. L'analyse du LCR chez les personnes asymptomatiques infectées par le VIH montre que 40–50% ont un taux élevé de protéines et/ou une pléocytose (>5 cellules mononucléaires/ml) ; la fréquence de la pléocytose diminue avec la progression de la maladie.

- Prise en charge et traitement :
  - Avantage éventuel du traitement ARV avec des agents qui pénètrent dans le SNC (AZT, d4T, ABC, NVP)
  - L'avantage de l'AZT à une dose plus élevée pour des cas légers ou modérément graves est démontré ; surveiller le traitement par des tests neurocognitifs
  - Une expérience isolée indique une réponse au traitement ARV s'il est commencé très tôt
  - Donner des sédatifs aux personnes agitées et agressives—utiliser des doses plus faibles au début afin d'éviter une sédation excessive
  - Étroite surveillance : pour empêcher les auto-blessures involontaires<br>pour garantir une nutrition adéquate<br>pour diagnostiquer et traiter rapidement les IO
  - Soutien psychologique pour les prestataires de soins—il est épuisant de s'occuper de patients atteints de démence ; les prestataires de soins ont besoin de périodes de répit régulières et peuvent avoir besoin de conseils
- Remarques : Dans près de 10% des cas, l'ADC sera la première manifestation de la maladie provoquée par le VIH. La fréquence est de 10–15%.

  La prévalence de cette affection augmente avec l'amélioration de la prise en charge générale des différentes IO car les patients vivent suffisamment longtemps pour développer une immuno-suppression sérieuse.

  Les patients ont un comportement similaire à la maladie de Parkinson et peuvent être faussement diagnostiqués comme tels.

Étape 15. Décrivez les antécédents clés (voir 2. f ci-dessous).
**(5 minutes)**

f. **Neuropathies périphériques motrices et sensorielles douloureuses**
- Principaux éléments des antécédents
  - Lorsque vous recueillez les antécédents, ayez à l'esprit que les nerfs périphériques peuvent être :
    1. Directement endommagés par le VIH lui-même ou par d'autres infections ou encore du fait d'une immuno-suppression progressive
    2. Affectés par d'autres affections qui sont généralement liées à des problèmes de santé chroniques, notamment :<br>Une mauvaise nutrition<br>Un traitement médicamenteux multiple comportant des remèdes à base d'herbes, s'accompagnant d'effets toxiques et autres effets secondaires (neuropathie toxique), ex., INH, d4T, ddI<br>Une insuffisance rénale, avec une urémie et d'autres troubles électrolytiques<br>Des IO et des cancers
  - Essayez de détecter les symptômes suivants et demandez au patient s'il les ressent :<br>Douleurs et engourdissement au niveau des orteils et des pieds ; dans les chevilles, les mollets et les doigts dans les cas plus avancés<br>Épisodes récurrents de picotements dans les membres inférieurs et supérieurs<br>Sensation de brûlure intense au niveau des extrémités inférieures distales—aggravées par des températures extrêmes, le toucher ou une sécheresse ; parfois douleurs fulgurantes<br>Douleurs musculaires (permanentes ou non), généralement aux cuisses et aux épaules—faiblesse, avec des difficultés à se lever d'une chaise ou de lever les mains au-delà des épaules<br>Rapide évolution de la faiblesse et de l'engourdissement des jambes<br>Mauvais contrôle urinaire et fécal (incontinence)<br>Transpiration incontrôlable<br>Vertiges dus à une hypotension posturale

Étape 16. Demandez aux participants de décrire les signes et symptômes (Tableau clinique) des neuropathies périphériques motrices et sensorielles douloureuses. Écrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez tout symptôme qu'ils auraient oublié (voir ci-dessous)

- Caractéristiques cliniques : en fonction du syndrome, tous les symptômes suivants peuvent apparaître :
  - Sensation douloureuse de brûlure et engourdissement
  - Douleurs musculaires légères/modérées au toucher
  - Faiblesse musculaire
  - Sensibilité au toucher dans certains cas
  - Sensibilité réduite aux piqûres/sensation de vibrations (plus tard)
  - Réflexe rotulien/achilléen réduit ou inexistant (plus tard)
  - Vertiges suite à une hypotension posturale
  - Dysfonctionnement du système nerveux autonome (plus tard)
  - Mauvais contrôle urinaire et fécal (plus tard)

Étape 17. Passez en revue les tests de diagnostic et les principaux résultats, ainsi que la prise en charge et le traitement.
**(4 minutes)**

- Tests de diagnostic :
  - L'électromyographie/vitesse de conduction nerveuse (si elles sont disponibles) montrent une neuropathie principalement axonale
  - L'analyse sensorielle quantitative ou les seuils thermiques peuvent être utiles
  - CPK : généralement élevée
  - LCR pour déterminer l'étiologie (infection à CMV ou au virus de l'herpès simplex—infiltration lymphomateuse)
  - B12 et TSH du sérum
- Prise en charge et traitement :
  - Exclure d'autres causes, comme les médicaments neurotoxiques, l'alcoolisme, le diabète, la carence en B12 et les troubles thyroïdiens
  - Interrompre les médicaments neurotoxiques présumés
  - Donner des compléments vitaminés et nutritionnels adéquats
  - Administrer un traitement contre la douleur :
    - Ibuprofène 600–800 mg PO tid ou codéine pour symptômes modérés
    - Amitryptiline 25–50 mg au coucher
    - Phénytoïne 50–100 mg bid ou carbamazépine 100–200 mg tid, en particulier pour douleurs épisodiques fulgurantes ; associer des antidépresseurs et des anti-convulsivants
    - Méthadone ou morphine pour symptômes graves
    - Lidocaïne onguent 10–30% à usage local
  - La physiothérapie peut être utile mais peut être gênée par la douleur
  - Conseil et soutien psychologique

Étape 18. Demandez aux participants de décrire les caractéristiques cliniques de la LEMP. Écrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez tout symptôme qu'ils auraient oublié (voir **2. g** ci-dessous)
**(5 minutes)**

g. **Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP)**

- Tableau Clinique : Une complication terminale du VIH causée par le virus JC
- Caractéristiques cliniques :
  - Symptômes neurologiques multifocaux :
    Faiblesse : typiquement une hémiparésie mais peut également être une monoparésie, hémiplégie
    Déficit visuel : anomalies cognitives similaires à l'hémianopsie ou à la quadranopsie
- Évolue plus rapidement et survient avec des déficits neurologiques focaux :
  Modifications de comportement et de personnalité
  Fonction motrice non persistante
  Perte de mémoire

Étape 19. Passez en revue les tests de diagnostic et les principaux résultats, le diagnostic différentiel, ainsi que la prise en charge et le traitement. Présentez un résumé avec les commentaires ci-dessous.
**(5 minutes)**

- Tests de diagnostic :
- Le diagnostic définitif est établi par biopsie du cerveau (si possible)
- La TDM du cerveau peut être normale ou montrer des zones à densité réduite ou une démyélinisation (détérioration de l'enveloppe du nerf)
  - PCR du LCR pour la détection du virus JC

- Diagnostic différentiel :
  - Toxoplasmose
  - Lymphome primaire du SNC

- Prise en charge et traitement :
  - Il n'existe aucun traitement pour cette maladie
  - Le traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) peut améliorer les symptômes et prolonger la vie

- Commentaire : La LEMP est rare en général mais est relativement fréquente dans le cadre d'une infection par le VIH (elle touche 4% des patients souffrant du SIDA). Envisagez un dépistage régulier du VIH pour les patients souffrant d'une LEMP.

Étape 20. Demandez aux participants de décrire les caractéristiques cliniques du lymphome primaire du SNC. Écrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez toute caractéristique qu'ils auraient oubliée (voir 2. h ci-dessous).
**(5 minutes)**

h. **Lymphome primaire du système nerveux central**

- Présentation : Complication terminale typique de la maladie du VIH
- Caractéristiques cliniques : Déficits neurologiques focaux et multifocaux similaires à la toxoplasmose (migraine, confusion, hémiplégie, crises d'épilepsie), mais la maladie évolue généralement lentement, avec des symptômes s'aggravant sur quelques semaines
  Non fébrile
  Modifications de l'état mental (60%)—personnalité ou comportement
  Crises d'épilepsie (15%)
  CD4<100

Étape 21. Passez en revue les tests de diagnostic et les principaux résultats, ainsi que la prise en charge et le traitement. Présentez un résumé avec les commentaires ci-dessous.
**(5 minutes)**

- Tests de diagnostic :
  - TDM/IRM :
    Localisation : péri-ventriculaire, de 2 à 6 cm
    Sites : un ou plusieurs
    Accentuation : importante ; généralement solide, irrégulière
    Œdème/effet de masse : important
  - LCR : Normal : 30–50%
    Protéines : 10–150/ml
    Tx. GB : 0–100 (monos)
    Expérimental : PCR de l'EBV ou hybridation *in situ*
    Cytologie : + dans <5%
  - Ce diagnostic est suspecté en cas d'IgG Toxoplasmique négatif ou en cas d'échec au traitement empirique pour la toxoplasmose
  - Autre test de diagnostic : ADN pour l'EBV dans le LCR

- Prise en charge et traitement :
  - Il n'existe pas de chimiothérapie cytotoxique pour cette maladie. L'irradiation peut aider certains patients mais est considérée comme palliative.
  - Les corticostéroïdes peuvent également aider certains patients.

- Commentaires : Le lymphome primaire du SNC est rare en général mais touche environ 2% des patients souffrant du SIDA
  La survie après le diagnostic est en générale limitée (quelques mois seulement)

Étape 22. Demandez aux participants de décrire les caractéristiques cliniques de la syphilis neurologique. Écrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez toute caractéristique qu'ils auraient oubliée (voir **2. i** ci-dessous).
**(5 minutes)**

i. **Syphilis neurologique**

- Tableau clinique : Antécédents de MST et/ou traitement de syphilis
- Caractéristiques cliniques : Peut être asymptomatique
  Méningée : migraine, fièvre, photophobie, méningisme ± convulsions, symptômes focaux, paralysie des nerfs crâniens
  Tabès dorsalis : douleurs aiguës, paresthésie, RT (réflexes tendineux) réduits, perte de réponse de la pupille (pupille aréactive)
  Parésie générale : perte de mémoire, démence, modifications de la personnalité, perte de réponse de la pupille (pupille aréactive)
  Attaques méningo-vasculaires, myélite
  Syphilis oculaire : iritite, uvéite, névrite optique

Étape 23. Passez en revue les tests de diagnostic recommandés et les principaux résultats, ainsi que la prise en charge et le traitement. Présentez un résumé avec les commentaires donnés ci-dessous.
**(5 minutes)**

- Tests de diagnostic :
  - TDM/IRM :
    Méningite aseptique : peut montrer une accentuation méningée
    Parésie générale : atrophie corticale, parfois avec des infarctus
    Syphilis méningo-vasculaire : attaques aiguës
  - LCR : protéines : 45–200/ml
  - NGB : 5–100 (monos)
  - VDRL positif : sensibilité 65% ; spécificité 100% positive
    VDRL du sérum et FTA-ABS sont des indices dans >90%
    Un VDRL du sérum faussement négatif se produit dans 5–10% avec Tabès dorsalis ou parésie générale
  - Diagnostic définitif : VDRL du LCR positif (dans 60–70%)
- Prise en charge et traitement :
  - Donner Aq pénicilline G, 18–24 millions d'unités/j x 10–14 jours
  - VDRL de suivi tous les 6 mois jusqu'à des résultats négatifs
  - Indications pour recommencer le traitement :
    Tx. GB du LCR ne diminue pas après 6 mois ou LCR toujours anormal après 2 ans
    Signes et symptômes persistants de réponse inflammatoire ≥ 3 mois
    Augmentation par 4 fois du VDRL du LCR ≥ 6 mos
    Échec du VDRL du LCR de ≥1:16 à réduire de moitié en 2 mois ou de 4 fois en 12 mois
- Commentaires : La syphilis oculaire, méningée et méningo-vasculaire sont les formes les plus fréquentes chez les patients infectés par le VIH
  Il a été prouvé que la syphilis progresse plus rapidement dans le cadre d'une infection au VIH. Ainsi, des complications, comme la syphilis méningo-vasculaire, peuvent apparaître exceptionnellement tôt
  Affecte 0,5% de tous les patients souffrant du SIDA
  On recommande que le test de dépistage de la syphilis soit proposé à tous les patients se présentant pour un CDV dans des régions à forte prévalence car elle peut se traiter au stade initial et s'aggrave rapidement avec le VIH

| | |
|---|---|
| Étape 24. | Mentionnez brièvement le tableau ci-dessous (affections du système nerveux central chez des patients souffrant d'une infection au VIH), qui donne des informations inestimables sur le diagnostic différentiel des maladies neuropsychiatriques ; il devra être utilisé comme référence lors de la pose d'un diagnostic différentiel.<br>**(1 minute)** |

j. **Diagnostic différentiel des maladies neuropsychiatriques**

- Le tableau suivant fournit des informations utiles sur les caractéristiques cliniques et les tests de diagnostic qui aideront le prestataire de soins à poser un diagnostic différentiel :

**Tableau A2, 4.2 : Affections du système nerveux central chez les patients souffrant d'une infection au VIH**

| Agent/affectation Fréquence (Tous les patients du SIDA) | Caractéristiques cliniques | TDM/IRM | LCR* | Autres tests de diagnostic |
|---|---|---|---|---|
| Toxoplasmose (2 à 4 pour cent) | • Fièvre, moins alerte, migraine, déficits neurologiques focaux (80 pour cent), crises épileptiques (30 pour cent)<br>• Evolution < 2 semaines<br>• Numération CD4 <100 cellules/mm$^3$ | • Localisation : ganglions basaux, jonction substances grise et blanche<br>• Sites : habituellement multiples<br>• Accentuation : lésions en anneaux, importantes (1 à 2 cm)<br>• Œdème/effet de masse : généralement pas aussi grand qu'un lymphome | • Normal chez 20 à 30 pour cent des patients<br>• Protéines : 10 à 150/mg/dl<br>• NGB : 0 à 40 (monos)<br>• Expérimental : toxo ag (ELISA) ou PCR | • Sérologie de la toxoplasmose (IgG) : faux-négatif chez <5 pour cent<br>• Réponse au traitement empirique : > 85 pour cent ; la plupart des cas répondent d'ici le 7ème jour (N Engl J Med 1993, 329 : 995)<br>• IRM : répéter après 2 semaines<br>• Diagnostic définitif : biopsie du cerveau |
| Lymphome primaire du SNC (2 pour cent) | • Non fébrile, migraine, symptômes des nerfs focaux, modifications de l'état mental (60 pour cent)—personnalité ou comportement ; crises d'épilepsie (15 pour cent)<br>• Evolution : 2 à 8 semaines<br>• Numération CD4 < 100 cellules/mm$^3$ | • Localisation : péri-ventriculaire, n'importe où ; 2 à 6 cm<br>• Sites : un seul ou multiples<br>• Accentuation : importante ; habituellement solides, irréguliers<br>• Œdème/effet de masse : important | • Normal chez 30 à 50 pour cent des patients<br>• Protéines : 10 à 150/mg/dl<br>• NGB : 0 à 100 (monos)<br>• PCR de l'EBV chez 50 pour cent des patients<br>• ADN pour l'EBV dans le LCR (Lancet 1992 ; 342 ; 398) | • Suspecté en cas d'IgG toxo-négative ou d'échec à répondre au traitement toxo-empirique (IRM et évaluation clinique à 2 semaines)<br>• TDM SPECT à thallium-201 (sensible et spécifique à 90 pour cent) |
| Méningite à cryptocoque (8 à 10 pour cent) | • Fièvre, migraine, moins alerte (75 pour cent) ; caractéristiques moins courantes : troubles visuels, raideur de la nuque, déficits des nerfs crâniens, crises d'épilepsie (10 pour cent) ; pas de déficit neurologique focal<br>• Evolution : < 2 semaines<br>• Numération CD4 < 100 cellules/mm$^3$ | • Habituellement normale ou peut révéler une pression intracrânienne accrue<br>• Accentuation : négative ou méningée<br>• Œdème/effet de masse : élargissement ventriculaire/hydrocéphalie non communicante | • Protéines : 30 à 150/mg/dl<br>• NGB : 0 à 100 (monos)<br>• Culture positive : 95 à 100 pour cent des patients<br>• Coloration à l'encre de Chine positive : 60 à 80 pour cent des patients<br>• Agent crypt. : sensibilité et spécificité > 95 pour cent | • Antigène cryptocoque dans le sérum—95 pour cent<br>• Diagnostic définitif : antigène ds le LCR et/ou culture positive |
| Cytomegalovirus (CMV) (> 0,5 pour cent) | • Fièvre + délire, léthargie, désorientation ; migraine ; raideur de la nuque, déficits des nerfs crâniens, crises d'épilepsie (10 pour cent) ; pas de déficit neurologique focal<br>• Evolution : < 2 semaines<br>• Numération CDA < 100 cellules/mm$^3$ | • Localisation : péri-ventriculaire, tronc cérébral<br>• Site : confluent<br>• Accentuation : variable, peut être importante ou nulle | • LCR peut être normal<br>• Protéines : 100 à 1000/mg/dl<br>• NGB : 10 à 1000 (polys)/ml<br>• Glucose habituellement en baisse<br>• PCR du CMV positive<br>• Cultures du LCR habituellement négatives pour le CMV | • Diagnostic définitif : biopsie du cerveau avec examen histologique et/ou culture positive<br>• Hyponatrémie (indique adrénalite du CMV)<br>• Examen rétinien pour la rétinite du CMV |

Source : Bartlett 1999.

**Tableau A2, 4.2 : Affections du système nerveux central chez les patients souffrant d'une infection au VIH**

| Agent/affectation Fréquence (Tous les patients du SIDA) | Caractéristiques cliniques | TDM/IRM | LCR* | Autres tests de diagnostic |
|---|---|---|---|---|
| Démence du VIH (7 pour cent) | • Non fébrile ; triade associant un dysfonctionnement cognitif, moteur et comportemental<br>• Au début : déficience de la mémoire et de la concentration, inattention, absence de coordination motrice, ataxie<br>• Plus tard : démence générale, paraplégie, mutisme<br>• Evolution : des semaines à des mois<br>• Numération CD4 < 200 cellules/mm$^3$ | • Localisation : lésions diffuses, profondes, blanches hyper-intenses<br>• Site : diffus, mal défini<br>• Accentuation : négative<br>• Atrophie : importante<br>• Aucun effet de masse | • Normal chez 30 à 50 pour cent des patients<br>• Protéines : en augmentation chez 60 pour cent<br>• NGB : en augmentation chez 5 à 10 pour cent (monos)<br>• Bêta-2-microglobulines élevé (>3 mg/L) | • Tests neuropsychologiques révèlent une démence sous-corticale<br>• Echelle de la démence du VIH pour dépistage |
| Syphilis neurologique | • Asymptomatique, migraines, fièvre, photophobie, méningisme ± crises d'épilepsie, symptômes focaux, paralysie des nerfs crâniens<br>• Tabès dorsalis : douleurs aiguës, paresthésie, RT réduits, perte de réponse de la pupille<br>• Parésie générale : perte de mémoire, démence, modifications de la personnalité, perte de réponse de la pupille<br>• Attaques méningo-vasculaires, myélite<br>• Syphilis oculaire : iritis, uvéite, névrite optique<br>• Quelle que soit la numération de CD4 | • Méningite aseptique : peut montrer une accentuation méningée<br>• Parésie générale : atrophie corticale, parfois accompagnée d'infarctus<br>• Syphilis méningo-vasculaire : accidents vasculaires cérébraux importants | • Protéines : 45 à 200/mg/dl<br>• NGB : 5 à 100 (monos)<br>• VDRL positif : sensibilité 65% ; spécificité 100% positive<br>• Expérimental : PCR pour le T. pallidum | • FTA-ABS et VDRL du sérum sont des indices dans >90% ; VDRL du sérum faussement nég dans 5–10% avec Tabès dorsalis ou parésie générale.<br>• Diagnostic définitif : VDRL positif du LCR (dans 60-70%)<br>• Note : les formes les plus courantes chez les personnes infectées au VIH sont oculaires, méningées et méningo-vasculaires |
| LEMP (1 à 2 pour cent) | • Pas de fièvre, pas de migraine<br>• Altération de la parole, de la vision et de la fonction motrice<br>• Déficits des nerfs crâniens<br>• Cognition touchée relativement tard<br>• Evolution : des semaines à des mois<br>• Numération CD4 < 100 cellules/mm$^3$, dans certains cas > 200 cellules/mm$^3$ | • Localisation : substance blanche, sous-corticale, multifocale<br>• Sites : variables<br>• Accentuation : négative<br>• Aucun effet de masse | • LCR normal<br>• PCR pour le virus JC : 80 pour cent | • Biopsie du cerveau : positive, coloration DFA pour le virus JC |
| Tuberculose (0,5 à 1 pour cent) | • Fièvre, moins alerte, migraine, méningisme, déficits focaux (20 pour cent)<br>• Numération CD4 < 350 cellules/mm$^3$ | • Lésions intracérébrales chez 50 à 70 pour cent des patients (N Engl J Med 1992 ; 326 : 668 ; Am J Med 1992 ; 93 : 524) | • LCR normal chez 5 à 10 pour cent des patients<br>• Protéines : normales (40 pour cent)-500ml<br>• NGB : 5 à 2000 (la moyenne est de 60 à 70 pour cent monos)<br>• Glucose : 4 à 0/ml<br>• Frottis AFB positif : 20 pour cent | • RXT : TB active chez 50 pour cent des patients : tuberculine PPD positive : chez 20 à 30 pour cent<br>• Diagnostic définitif : culture pour LCR positive |

* Liquide céphalo-rachidien

Valeurs normales : Protéines : 15 à 45 mg/dl ; Ponction traumatique : 1mg/1000 globules rouges (GR) ; Glucose : 40–80 mg pour cent ou LCR/glycémie >0,6 ; Numération leucocytaire : <5 cellules mononucléaires/ml, 5–10 est suspect, 1 PMN est suspect ; Prélèvement sanguin : 1 GB/700 GR ; Pression d'ouverture : 80–200 mm H2O

| | |
|---|---|
| Étape 25. | Demandez aux participants de se répartir en petits groupes de travail (6–8 par groupe). Faites-leur choisir un rapporteur. Distribuez des copies de l'étude de cas. Expliquez qu'ils devront discuter du cas et répondre aux questions posées. Demandez-leur d'utiliser les algorithmes de l'annexe A, si nécessaire, afin de les aider à gérer le cas.<br>**(20 minutes)**<br>Réunissez les participants et demandez au rapporteur de chaque groupe de présenter le compte rendu de leurs discussions et de fournir les réponses aux questions, en justifiant leurs réponses. Discutez de ces dernières et ajoutez toute information supplémentaire à partir de votre feuille de réponse (voir ci-dessous).<br>**(20 minutes)** |
| Étape 26. | Discutez de toute question qu'ils pourraient avoir sur la prise en charge et le traitement des troubles neurologiques au niveau national.<br>**(10 minutes)** |

**Étude de cas : Patient présentant des symptômes neurologiques**

Un chauffeur de camion de 25 ans a été diagnostiqué séropositif au VIH il y a deux ans lors d'une visite dans un centre de santé à cause d'une urétrite. Il n'a pas cru au résultat du test et n'est jamais revenu pour un suivi médical.

Il est marié et il a quatre enfants. Les week-ends, il boit beaucoup d'alcool et visite des prostituées.

Il a été admis à l'hôpital du district à cause d'une crise d'épilepsie. On lui administre du Diazepam® par voie rectale.

Quelques jours plus tôt, avant la crise d'épilepsie, il s'était plaint de faiblesse dans son bras et sa jambe gauches. Il se plaint d'éruption prurigineuse papulaire généralisée depuis quatre mois. Il a eu une lésion ulcéreuse douloureuse au pénis pendant un mois. Cette lésion a persisté malgré les différents antibiotiques qu'il a pris.

Après s'être rétabli de la crise d'épilepsie, on constate une hémiparésie gauche. Les ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux ont légèrement enflé. Sa pression sanguine est de 30/70 mmHg.

Les tests de laboratoire montrent un taux d'hémoglobine de 9 g/dl, une numération leucocytaire de 300 x $10^9$/l avec 20% de lymphocytes. Les taux de créatinine, de glucose et d'électrolyte sont normaux. Ses transaminases sont légèrement en hausse. Un frottis sanguin épais ne révèle pas de parasites. Impossible de faire une TDM.

- **Quelle peut être la cause de la crise d'épilepsie de ce patient ?**
- **De quoi ce patient a-t-il besoin ?**
- **Que devriez-vous proposer ?**

**Étude de cas (patient présentant des symptômes neurologiques)—Réponses**

*Cause de la crise d'épilepsie*

Ce patient a probablement le SIDA. Les arguments sont l'ulcération douloureuse chronique au pénis, probablement causée par une infection par herpès simplex et sa numération lymphocytaire très basse de 300 x $10^9$/l, suggérant une numération des CD4+ lymphocytes <200 x $10^9$/l.

Le diagnostic le plus probable chez ce patient est un abcès ou une toxoplasmose cérébrale ; le deuxième le plus probable est un tuberculome ou un abcès tuberculeux au cerveau.

Les diagnostics moins probables sont : un lymphome cérébral, une syphilis neurologique, une LEMP, un abcès fongique du cerveau, une encéphalite à l'herpès ou à CMV ou un accident vasculaire cérébral.

*Besoins du patient—Que pouvez-vous proposer ?*

*Soins médicaux*

Vous devez mettre ce patient sous pyriméthamine 100 mg PO (dose de départ), puis 50 mg/j PO + acide folinique 10 mg/j PO et sulfadiazine 4 g/j PO pendant 6 semaines au moins. Ensuite, vous devez donner un traitement d'entretien contre la toxoplasmose du fait d'un éventuel abcès au cerveau dû à la toxoplasmose. Vous devez procéder à un test sérologique pour la syphilis afin d'écarter la syphilis neurologique et tester le patient pour la tuberculose. Traitez l'ulcération à l'herpès avec de l'acyclovir 400 mg PO tid, si possible. Commencez un traitement anti-épileptique, si disponible. Procédez à une ophtalmoscopie si vous disposez de l'équipement, à la recherche d'anomalies de la rétine et d'un œdème papillaire. Une amélioration clinique est attendue dans la semaine. Si vous suspectez un œdème cérébral (nausées, céphalées++), des corticostéroïdes peuvent être indiqués. Si l'état du patient ne s'améliore pas pendant le traitement contre la toxoplasmose et qu'il n'y a pas de signe d'œdème papillaire, envisagez une ponction lombaire.

*Soins infirmiers*

Du fait de son hémiparésie gauche, cet homme aura probablement des problèmes à se prendre en charge. Des exercices avec son bras et sa jambe gauches peuvent l'aider à récupérer. Dès qu'il y a une amélioration de son état clinique, commencez à lui donner des conseils concernant l'adoption de relations sexuelles protégées et discutez de ses relations avec sa femme. Vous pouvez proposer un test de dépistage du VIH pour sa femme.

*Soutien psychosocial*

Cet homme a clairement des difficultés à accepter sa situation de séropositivité au VIH. S'il ne peut pas recevoir d'ARV, il développera probablement d'autres complications liées au VIH. Cela créera un stress supplémentaire pour lui et sa famille.

*Soutien socio-économique*

Cet homme et sa famille devront probablement faire face à de gros problèmes financiers. Il aura certainement du mal à continuer à exercer son métier avec un antécédent de crise d'épilepsie. Étant donné qu'il devra supporter de nombreux frais médicaux, il doit réduire au maximum les dépenses de besoins non essentiels et réduire sa consommation d'alcool. Cela signifie qu'il faudra probablement demander aux services sociaux d'intervenir dans la prise en charge de son cas.

## SESSION 5 Affections du système gastro-intestinal (GI)

### BUT

Les participants étudieront la diarrhée chronique et les affections du système gastro-intestinal, les principaux agents étiologiques, le tableau clinique, les tests de diagnostic recommandés et les principaux résultats, ainsi que la prise en charge et le traitement. Cette session abordera également l'hépatite.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les différents agents infectieux qui provoquent la diarrhée chronique
2. Décrire la présentation clinique de chaque infection
3. Énumérer les tests de diagnostic recommandés et les principaux résultats pour chaque infection
4. Discuter du traitement et de la prise en charge de la diarrhée chronique
5. Discuter de l'hépatite, de sa prise en charge, traitement et prévention
6. Poser un diagnostic différentiel en utilisant une étude de cas

### DURÉE

2 heures

### PRÉPARATION

1. Lisez la note à l'intention du formateur (voir encadré plus loin). Si vous décidez d'utiliser le tableau présenté à l'étape 3, préparez des feuilles séparées de tableau papier avec les intitulés suivants :

| | | |
|---|---|---|
| **Campylobacter** | **Salmonella** | **Shigella** |
| **Clostridium** | **Cryptosporidium** | **E. Histolytica** |
| **G. Lamblia** | **Isospora belli** | **Mycrosporidium** |
| **Strongyloides** | | |

2. Revoyez l'étude de cas en préparation des travaux par petits groupes.

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). |
| Étape 2. | Présentez les généralités et les agents pathogènes à étudier pour poser un diagnostic différentiel de la diarrhée chronique (voir **1. a-b** ci-dessous). **(5 minutes)** |

## 1. Introduction

a. Aperçu général

- La diarrhée chronique est un problème très fréquent et frustrant rencontré chez les PVS : au moins 50% des malades en souffrent à un moment ou à un autre durant l'évolution de la maladie.
- Elle s'accompagne souvent de nausées, de perte de poids, de crampes abdominales et de déshydratation.
- Il s'agit souvent d'une diarrhée aqueuse intermittente, sans sang ni mucus.
- Dans un tiers à deux tiers des cas, la cause est inconnue.
- Dans les zones à forte prévalence d'infection au VIH, la diarrhée chronique est invariablement le résultat d'une infection symptomatique au VIH.
- Chaque fois que possible, trouvez la cause et donnez un traitement spécifique. Si c'est impossible, la prise en charge est alors symptomatique : donnez des anti-diarrhéiques comme le phosphate de codéine.
- L'élément central d'une bonne prise en charge est la réhydratation par des solutés à faible taux de glucose et contenant du potassium.
- L'absorption de protéines et d'aliments riches en calories réduit le degré d'affaiblissement musculaire.
- La prévention consiste à renforcer l'hygiène personnelle, à bien se laver les mains, à boire de l'eau bouillie et à ne manger que de la viande et des légumes bien cuits.

b. Un agent infectieux peut être isolé chez environ 50% des patients souffrant de diarrhée liée au SIDA. Le diagnostic différentiel englobe les agents pathogènes suivants :

- **Infection bactérienne :** *Campylobacter, Shigella, Salmonella*
- **Infection protozoaire :** *Cryptosporidium* spp., *Giardia lamblia, Isospora belli, Entamoeba histolitica, Microsporidium* spp.
- **Provoquée par des toxines :** *E. Coli, Clostridium difficile*
- **Infection mycobactérienne :** *M. tuberculosis,* complexe *M. avium*
- **Infection helminthique :** *Strongyloides stercoralis*
- **Infection fongique :** *Candida* spp. (rarement une cause de diarrhée)

Ces affections doivent être distinguées des conditions ci-après :

**Entéropathie du SIDA :** effet cytopathique direct du VIH
**Troubles non infectieux :** Sarcome de Kaposi, lymphome

*Note à l'intention du formateur :* Les pages qui suivent fournissent deux versions des informations relatives aux symptômes et aux résultats de diagnostic. La première se présente sous forme de tableau (étape 3) qui résume brièvement ces informations dans un format facile à lire, avec un minimum de détails. La deuxième se présente sous forme de notes détaillées que nous utilisons en général dans ce manuel. Vous pourrez préférer une version à une autre, compte tenu de considérations de temps, du volume d'information dont les participants ont besoin, de votre aisance avec le format, etc.

Vous trouverez une étude de cas à la fin de cette session. Nous recommandons aux participants d'utiliser les algorithmes de l'annexe A pour travailler.

**Si vous utilisez le tableau détaillé A2, 5.1**

| | |
|---|---|
| Étape 3. | A. Placez les feuilles du tableau papier que vous avez préparées sur un mur.<br>Invitez les participants à énumérer les symptômes de chacun des agents pathogènes repris sur les feuilles du tableau papier sous le bon intitulé.<br>Discutez des différences entre le tableau clinique de chaque infection et ajoutez tout élément qu'ils auraient oublié.<br>B. Passez en revue les tests de diagnostic pour chaque affection.<br>C. Passez en revue la prise en charge de chaque affection.<br>D. Discutez des caractéristiques uniques et des commentaires pour chaque agent pathogène.<br>**(60 minutes)** |

**Tableau A2, 5.1 : Affections du système gastro-intestinal : diarrhée chronique**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Bactérienne** | | | | |
| *Campylobacter* | • Fièvre et malaise général, parfois sans symptômes GI<br>• Les symptômes GI se présentent sous forme d'une diarrhée sanguinolente, de douleurs abdominales et de perte de poids. | Bacilles de *Campylobacter* présents dans la coproculture | • Érythromycine 500 mg bid x 5 j (1er choix)<br>• Les fluoroquinolones sont également efficaces, mais des taux de résistance de 30–50% ont été signalés dans certains pays en développement. | Il est cliniquement impossible de distinguer les différents agents étiologiques de la gastro-entérite bactérienne sans coproculture. Par conséquent, si le traitement empirique au TMP-SMX n'est pas efficace chez les patients souffrant de dysenterie bacillaire, vous pouvez essayer un traitement aux fluoroquinolones, suivi d'érythromycine, si les symptômes de diarrhée sanguinolente persistent |
| *Salmonella* | • Fièvre ; malaise général<br>• Parfois, pas de symptômes GI. en cas de symptômes : diarrhée sanguinolente, douleurs abdominales et perte de poids | Coproculture<br><br>Bacilles de Salmonella parfois présents dans la coproculture/hémoculture<br><br>Sérologie : test de Widal (sérodiagnostic) positif avec augmentation des titres | • TMP-SMX 960 mg bid ou<br>• Chloramphénicol 250 mg qid x 3 sem<br>• En cas de signes d'infection septique, un traitement IV est nécessaire<br><br>Traitements plus courts :<br>• Ciproflaxine 500 mg bid ou ofloxacine 400 mg bid ou ceftriaxone 2 g IV x 7–10 j<br><br>De nombreux patients font des rechutes après le traitement et un traitement d'entretien chronique (1 comprimé DD/j de TMP-SMX) est parfois nécessaire. | La salmonellose est une cause fréquente de bactériémie chez les PVS |
| *Shigella* | • Fièvre élevée<br>• Douleurs abdominales<br>• Diarrhée sanguinolente | Examen des selles au microscope : examen direct des selles fraîches et après concentration (plusieurs échantillons de selles peuvent être nécessaires)<br>Bacilles de *Shigella* isolé dans les selles | • TMP-SMX 960 mg bid x 5 j ou<br>• Amoxicilline 500 mg tid x 5 j<br><br>En cas de résistance à ces produits, donnez ciproflaxine 500 mg bid ou norfloxacine 400 mg bid x 5 j ou acide nalidixique 1 g qid x 10 j. | Dans de nombreux pays en développement, la résistance de *Shigella* (et de *Salmonella*) à la médication TMP-SMX a augmenté |

**Tableau A2, 5.1 : Affections du système gastro-intestinal : diarrhée chronique**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Protozoaire** | | | | |
| *Clostridium difficile* | • Diarrhée<br>• Fièvre | Examen des selles au microscope et coproculture | | Peut être sous-estimée comme cause de la diarrhée chez les patients souffrant du SIDA dans les pays tropicaux du fait de la difficulté à poser le diagnostic.<br>Des hospitalisations et traitements fréquents aux antibiotiques placent les patients à haut risque d'infection.<br><br>Comme chez les patients négatifs au VIH, 5–30% des patients souffrant d'une diarrhée causée par C. difficile ont des rechutes. |
| *Cryptosporidium* | • Antécédents récents et perpétués de diarrhée sévère—selles en général aqueuses et importantes, accompagnées de douleurs abdominales, de bruits et de mouvements intestinaux<br>• Perte de poids/cachexie importante chez ceux qui en souffrent depuis longtemps | 3 échantillons de selles pour frottis AFB/coloration<br><br>Oocystes isolés à l'examen des selles<br><br>Pas de GB dans les selles | • Réhydratation (IV et/ou SRO)<br><br>• Paromomycine 500 mg qid x 2–3 sem ; un traitement d'entretien avec 500 mg bid est souvent nécessaire.<br>• Phosphate de codéine 30–60 mg tid jusqu'à ce que la diarrhée soit maîtrisée (ou d'autres agents anti-diarrhéiques comme le lopéramide 2–4 mg tid oo qid—sans dépasser 32 mg par 24h).<br>• Les ARV protègent de la cryptosporidiose. | Le Cryptosporidium est très infectieux et se transmet par l'eau, les aliments, ainsi que par le contact entre hommes et entre homme et animal.<br>Il faut adopter des précautions particulières pour éviter l'exposition : les personnes infectées par le VIH avec des CD4<200 doivent faire bouillir l'eau du robinet pendant une minute au moins pour réduire le risque d'ingestion d'oocystes qui pourraient éventuellement avoir contaminé l'eau de boisson.<br><br>Il peut être défini comme un cas de SIDA chez des patients qui présentaient auparavant peu de symptômes d'infection au VIH. |
| Diarrhées Provoquées par des toxines : E. coli | • Diarrhée<br>• Fièvre | Examen des selles au microscope et coproculture | | |
| *Entamoeba histolytica* | • Colite<br>• Selles sanguinolentes<br>• Crampes<br>• Peut être asymptomatique | Examen parasitologique des selles (selles KOP) montre la présence d'oocystes et de parasites dans les selles<br>Pas de GB dans les selles | Métronidazole 500–700 mg PO ou IV tid x 5–10 j ou paromomycine 500 mg PO qid x 7 j | E. histolytica peut être observée couramment dans la population générale des pays en développement, mais peut être récurrente ou plus grave chez les patients porteurs du VIH. |
| *Giardia lamblia* | • Entérite<br>• Diarrhée aqueuse ± malabsorption<br>• Ballonnements<br>• Flatulences | Examen parasitologique des selles<br>O&P isolés à l'examen des selles | Métronidazole 250 mg PO tid x 10 j | Cause fréquente de diarrhée dans la population générale, mais peut être récurrente ou plus grave chez les patients porteurs du VIH. |

**Tableau A2, 5.1 : Affections du système gastro-intestinal : diarrhée chronique**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Protozoaire** | | | | |
| *Isospora belli* | • Entérite ; diarrhée aqueuse<br>• Pas de fièvre<br>• Cachexie ; malabsorption<br><br>(Symptômes identiques à ceux du *Cryptosporidium*) | 3 échantillons de selles : préparation humide non colorée<br><br>Les oocystes de *Isospora belli* sont relativement grands (20x30 mm) et peuvent être facilement isolés des selles humides non colorées.<br><br>Pas de GB dans les selles | • La plupart des cas peuvent facilement être traités avec du TMP-SMX (960 mg qid x 10 j), puis 1 comprimé DD (960 mg bid x 3 sem, puis traitement suppressif chronique avec du TMP-SMX (960 mg/j).<br>• Forte dose de pyriméthamine avec du folinate de calcium pour empêcher la myélosuppression.<br>• Un traitement d'entretien à long terme peut être nécessaire pour éviter les rechutes. | |
| *Microsporidium* | • Diarrhée aqueuse abondante non sanguinolente<br>• Crampes et douleurs abdominales<br>• Nausées<br>• Vomissements<br>• Perte de poids | Examen direct au microscope des selles fraîches avec coloration de trichrome modifiée<br><br>Spores isolées dans les selles | | Les infections à Microsporidium ont été liées à des maladies disséminées, par exemple l'angiocholite, la kérato-conjonctivite, l'hépatite, la péritonite et les infections des poumons, des muscles et du cerveau. Toutefois, la présence de Microsporidium n'est pas toujours liée à des maladies symptomatiques.<br>La plupart des infections à Microsporidium ne peuvent pas être traitées. |
| **Helminthique** | | | | |
| *Strongyloides stercoralis* | • Lésions cutanées érythémateuses serpigineuses (larva currens)<br>• Diarrhée<br>• Douleurs abdominales<br>• Toux<br>• Le véritable syndrome d'hyper-infection présente les caractéristiques d'une infection septique à Gram négatif, avec une détresse respiratoire aiguë, une coagulation intravasculaire disséminée, une péritonite secondaire et de la toux. | • RXT : elle peut révéler des infiltrats pulmonaires diffus<br>• Examen des selles au microscope (plusieurs échantillons peuvent être nécessaires)<br>• Échantillon d'expectoration<br><br>En cas d'anguillulose disséminée, on peut trouver des larves en forme de filament dans les selles, les expectorations, le liquide de lavage broncho-alvéolaire, le liquide pleural, le liquide péritonéal et le liquide de drainage chirurgical. | Ivermectine 12 mg/j x 3 j.<br>C'est également le médicament de choix pour le traitement de l'anguillulose systémique.<br><br>Traitement alternatif : albendazole 400 mg bid x 5 j<br><br>Un traitement d'entretien une fois par mois est nécessaire pour éliminer l'infection symptomatique (albendazole 400 mg ou ivermectine 6 mg une fois par mois). | Chez les patients immunodéprimés, Strongyloides peut provoquer une infection foudroyante. Cette complication grave est appelée « syndrome d'hyper-infection à Strongyloides » et a un taux de mortalité élevé.<br><br>Une anguillulose disséminée et un nombre élevé de parasites (vers) peuvent être observés chez les patients porteurs du VIH, mais le syndrome d'hyper-infection est moins fréquent. La probabilité de développer une hyper-infection est également plus grande chez les patients prenant de fortes doses de stéroïdes. |

| | |
|---|---|
| Étape 4. | Demandez aux participants de choisir et de se diriger vers une feuille du tableau papier affichée au mur. Il doit y avoir deux ou trois participants par feuille. Demandez-leur d'inscrire les symptômes pour l'infection particulière figurant sur la feuille correspondante.<br>Lorsqu'ils ont terminé, demandez-leur de retourner s'asseoir.<br>**(15 minutes au total)** |
| Étape 5. | Présentez les informations reprises aux points **2. a-h** ci-dessous.<br>Au fur et à mesure que vous passez en revue les symptômes de chaque maladie, reportez-vous à la feuille de tableau papier correspondante pour voir combien de symptômes sont corrects parmi ceux que les participants ont inscrits et demandez à une personne de ce groupe d'ajouter les symptômes manquants et de barrer ceux qui sont incorrects.<br>**(30 minutes)** |

## 2. Affections gastro-intestinales

### a. Salmonellose

| | |
|---|---|
| • Principal agent étiologique : | *Salmonella* |
| • Tableau clinique : | Fièvre et malaise général, parfois sans symptômes gastro-intestinaux (GI) |
| • Tests diagnostiques recommandés : | Examen des selles au microscope : examen direct des selles fraîches et après concentration. Plusieurs échantillons de selles peuvent être nécessaires.<br>Coproculture et hémoculture<br>Sérologie : test de Widal (sérodiagnostic de Widal) |
| • Principaux résultats : | *Salmonella Bacilli* parfois isolés à la coproculture/hémoculture<br>Test de Widal positif avec augmentation des titres |
| • Prise en charge et traitement : | TMP-SMX 960 mg bid ou chloramphénicol 250 mg qid x 3 sem<br>En cas de signes d'infection septique, un traitement IV est nécessaire.<br>Traitements plus courts : ciproflaxine 500 mg bid ou ofloxacine 400 mg bid ou ceftriaxone 2 g IV x 7–10 j<br>De nombreux patients font des rechutes après le traitement et un traitement d'entretien périodique (1 comprimé DD/j de TMP-SMX) est parfois nécessaire. |
| • Commentaires : | La salmonellose est une cause fréquente de bactériémie chez les PVS. |

### b. Infection à *Shigella*

| | |
|---|---|
| • Principal agent étiologique : | *Shigella* |
| • Tableau clinique : | Forte fièvre, douleurs abdominales et diarrhée sanguinolente |
| • Tests recommandés : | Examen des selles au microscope : examen direct des selles fraîches et après concentration. Plusieurs échantillons de selles peuvent être nécessaires. |
| • Principaux résultats : | Bacilles de *Shigella* isolés dans les selles |
| • Prise en charge et traitement : | TMP-SMX 960 mg bid x 5 j ou amoxicilline 500 mg tid x 5 j<br>En cas de résistance à ces produits, donnez du ciproflaxine 500 mg bid ou du norfloxacine 400 mg bid x 5 j ou encore de l'acide nalixidique 1 g qid x 10 j. |
| • Commentaires : | Dans de nombreux pays en développement, la résistance de *Shigella* (et de *Salmonella*) à TMP-SMX a augmenté. |

c. **Entérite à *Campylobacter***

- Principal agent étiologique : *Campylobacter*
- Tableau clinique : Fièvre, diarrhée sanguinolente, douleurs abdominales et perte de poids
- Tests recommandés : Coproculture
- Principaux résultats : Bacilles de *Campylobacter* isolés à la coproculture
- Prise en charge et traitement : Érythromycine 500 mg bid x 5 j (1er choix)
  Les fluoroquinolones sont également efficaces mais des taux de résistance de 30–50% ont été enregistrés dans certains pays en développement.
- Commentaires : Il est cliniquement impossible de distinguer les différents agents étiologiques de la gastro-entérite bactérienne sans coproculture. Par conséquent, si le traitement empirique avec du TMP-SMX n'est pas efficace chez les patients souffrant de dysenterie bacillaire, vous pouvez essayer un traitement par fluoroquinolones, suivi d'érythromycine, si les symptômes de diarrhée sanguinolente persistent.

d. ***Cryptosporidium***

- Principal agent étiologique : *Cryptosporidium*
- Tableau clinique : Antécédents récents et perpétués de diarrhée sérieuse—selles aqueuses généralement importantes, avec de nombreuses douleurs abdominales, bruits et mouvements intestinaux ; pas de GB dans les selles.
  Perte de poids/cachexie importante chez ceux qui en souffrent depuis longtemps.
- Tests recommandés : 3 échantillons de selles pour frottis AFB/coloration
- Principaux résultats : Oocystes isolés dans les selles
- Prise en charge et traitement : Réhydratation (IV et/ou SRO)
  Paromomycine 500 mg qid x 2–3 sem ; traitement d'entretien de 500 mg bid souvent nécessaire
  Phosphate de codéine 30–60 mg tid jusqu'à ce que la diarrhée soit maîtrisée (ou d'autres agents anti-diarrhéiques, comme le lopéramide 2–4 mg tid ou qid—sans dépasser 32 mg par 24 h).
  Les ARV protègent de la cryptosporidiose. Les autres traitements essayés pour éliminer le *cryptosporidium* persistant chez les personnes atteintes du SIDA sont l'azithromycine et le nitazonanide. Ni l'un ni l'autre ne se sont révélés véritablement efficaces pour traiter la cryptosporidiose chronique persistante. Dans ces cas, le but visé est la reconstitution immunitaire étant donné que même de petites augmentations des CD4 peuvent entraîner la résorption des symptômes et l'élimination des pathogènes. La cryptosporidiose chez les patients qui ont une numération de CDA supérieure à 100 se résout en général spontanément après deux à huit semaines, comme c'est le cas pour les hôtes immuno-compétents.

Étape 6. Demandez aux participants comment se transmet le *Cryptosporidium* et quelles sont les mesures de prévention ? **(2 minutes)**

- Mesures de prévention : Le *Cryptosporidium* est très infectieux et se transmet par l'eau, les aliments, ainsi que par le contact entre hommes et entre homme et animal. Il faut prendre des précautions particulières pour éviter l'exposition : les personnes infectées par le VIH avec un taux de CD4<200 doivent faire bouillir l'eau du robinet pendant une minute au moins pour réduire le risque d'ingestion d'oocystes qui pourraient éventuellement avoir contaminé l'eau de boisson.
- Commentaires : Ceci peut être une définition de cas de SIDA chez des patients qui présentaient auparavant peu de symptômes d'une infection au VIH.

e. ***Isospora belli***

- Principal agent étiologique : *Isospora belli*
- Tableau clinique : Entérite ; diarrhée aqueuse ; pas de GB dans les selles ; pas de fièvre ; cachexie ; malabsorption (symptômes identiques à ceux causés par le *Cryptosporidium*)
- Tests diagnostiques recommandés : 3 échantillons de selles : préparation humide non colorée
- Principaux résultats : Les oocystes d'*Isospora belli* sont relativement grands (20x30 mm) et sont facilement isolés à l'examen des selles humides non colorées
- Prise en charge et traitement : Une grande partie des cas peuvent être facilement traités avec du TMP-SMX (960 mg qid x 10 j), puis 1 comprimé DD (960 mg bid x 3 sem), et un traitement suppressif chronique avec du TMP-SMX (960 mg/j).
  Forte dose de pyriméthamine avec du folinate de calcium pour empêcher la myélosuppression.
  Un traitement d'entretien à long terme peut être nécessaire pour éviter les rechutes.

f. ***Entamoeba histolytica***

- Principal agent étiologique : *E. histolytica*
- Tableau clinique : Colite ; selles sanguinolentes ; crampes ; pas de GB dans les selles
  Peut être asymptomatique
- Tests diagnostiques recommandés : Examen parasitologique des selles (Selles KOP)
- Principaux résultats : Oocystes et Parasites (O&P) présents dans les selles
- Prise en charge et traitement : Métronidazole 500–700 mg PO ou IV tid x 5–10 j ou encore paromomycine 500 mg PO qid x 7 j.
- Commentaires : L'*E. histolytica* peut être fréquente dans la population générale des pays en développement, mais elle peut être récurrente ou plus grave chez les patients porteurs du VIH.

g. ***Giardia lamblia***

- Principal agent étiologique : *G. lamblia*
- Tableau clinique : Entérite, diarrhée aqueuse ± malabsorption, ballonnements, flatulences
- Tests diagnostiques recommandés : Examen parasitologique des selles (Selles KOP)
- Principaux résultats : O&P présents dans les selles
- Prise en charge et traitement : Métronidazole 250 mg PO tid x 10 j
- Commentaires : La *G. lamblia* est une cause fréquente de diarrhée dans la population générale, mais elle peut être récurrente ou plus grave chez les patients porteurs du VIH.

h. **Anguillulose**

- Principal agent étiologique : *Strongyloides stercoralis*
- Tableau clinique : Lésions cutanées érythémateuses serpigineuses (larva currens), diarrhée, douleurs abdominales et toux
  Véritable syndrome d'hyper-infection présentant les caractéristiques d'une infection septique à Gram négatif, avec une détresse respiratoire aiguë, une coagulation intravasculaire disséminée et une péritonite secondaire
- Tests diagnostiques recommandés : Examen des selles au microscope (plusieurs échantillons peuvent être nécessaires), échantillon d'expectoration, RXT
- Principaux résultats : En cas d'anguillulose disséminée, on peut isoler des larves en forme de filament dans les selles, les expectorations, le liquide de lavage broncho-alvéolaire, le liquide pleural, le liquide péritonéal et le liquide de drainage chirurgical.
  La RXT peut révéler des infiltrats pulmonaires diffus.
- Prise en charge et traitement : Ivermectine 12 mg/j x 3 j ou albendazole
  C'est également le médicament de choix pour le traitement de l'anguillulose systémique.
  Traitement alternatif : albendazole 400 mg bid x 5 j.

Un traitement d'entretien une fois par mois est nécessaire pour éliminer l'infection symptomatique (albendazole 400 mg ou ivermectine 6 mg une fois par mois).

- Commentaires : Chez les patients immunodéprimés, *Strongyloides* peut provoquer une infection foudroyante. Cette complication grave est appelée « syndrome d'hyper-infection à *Strongyloides* » et elle enregistre un taux de mortalité élevé.
  Cette hyper-infection est généralement associée à d'autres affections chez le patient souffrant d'immunodépression cellulaire.
  Une anguillulose disséminée avec un nombre élevé de parasites (vers) peut survenir chez des patients porteurs du VIH, mais le syndrome d'hyper-infection est moins fréquent.
  La probabilité de développer un syndrome d'hyper-infection est également plus grande chez les patients prenant de fortes doses de stéroïdes.

Étape 7. Retournez aux feuilles du tableau papier et montrez les différences dans le tableau clinique des différents agents pathogènes GI examinés. Examinez toute question que les participants pourraient avoir.
**(5 minutes)**

Étape 8. Présentez les informations sur l'hépatite (voir **3. a** ci-dessous). Discutez de la prise en charge et de la prévention de l'hépatite par rapport aux recommandations spécifiques au pays. Soulignez le lien entre le VIH et l'hépatite C, ainsi que l'effet hépato-toxique de certains antirétroviraux.
Présentez le tableau intitulé « L'ABC des hépatites »
**(20 minutes)**

## 3. Autres affections

### a. Hépatite

- Principaux agents étiologiques : VHA, VHB, VHC, VHD et VHE
- Tableau clinique : Symptômes similaires à ceux de la grippe : lassitude, faiblesse, somnolence, anorexie, nausées, dérangements abdominaux, fièvre, migraine, ictère (y compris urine sombre, selles grises et prurit léger), hépatomégalie
- Tests diagnostiques recommandés : Sérologie pour l'hépatite A (IgM anti-VHA, IgG anti-VHA), B (AgHBs, AcHBc, AcHBs) et C (IgG anti-VHC [ELISA], IgG anti-VHC [RIBA], ARN du VHC)
  TFH (SGPT, SGOT, alcaline phosphatase)
- Principaux résultats : Marqueurs montrant à la fois une infection ancienne et courante à l'hépatite B (les résultats montrent des AgHBs négatifs et des AcHBc positifs). Il est courant que les patients infectés par le VIH et les personnes de certains groupes à risque soient des porteurs chroniques (AgHBs positifs et AcHBc positifs).
- Prise en charge et traitement : Traitement symptomatique et soins palliatifs. Si disponible, utiliser de l'interféron pour le traitement de l'hépatite B et C et de l'Havrix® comme traitement préventif chez des patients présentant un risque d'hépatite A. Epivir® HBV pour l'hépatite B. Déconseiller la consommation d'alcool pendant la convalescence.
- Prévention : Il est important de se laver souvent les mains et d'avoir une bonne hygiène car l'hépatite A se propage par voie oro-fécale et souvent par contamination alimentaire. L'hépatite B et l'hépatite C se transmettent par contact sanguin ou sexuel. L'utilisation de préservatifs peut réduire le risque de transmission. Décourager l'utilisation commune d'aiguilles.
- Commentaires : Les vaccins sont très onéreux et ne sont pas toujours disponibles.
  Une co-infection au VIH et au VHC signifie une accélération probable de la maladie du VIH et de l'hépatite C.
  L'effet hépato-toxique de certains antirétroviraux (ex., NVP) et d'autres médicaments (kétoconazole) est important.

### Tableau A2, 5.2 : L'ABC des hépatites

| | Hépatite A (VHA) | Hépatite B (VHB) | Hépatite C (VHC) | Hépatite D VHD) | Hépatite E (VHE) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Définition** | Le VHA est un virus qui cause une inflammation du foie. Il n'entraîne pas de maladie chronique. | Le VHB est un virus qui cause une inflammation du foie.<br>Il peut endommager les cellules du foie, entraînant la cirrhose et le cancer. | Le VHC est un virus qui cause une inflammation du foie.<br>Il peut endommager les cellules du foie, entraînant la cirrhose et le cancer. | Le VHD est un virus qui cause une inflammation du foie.<br>Il infecte uniquement les personnes qui sont atteintes du VHB. | Le VHE est un virus qui cause une inflammation du foie.<br>Il est rare aux Etats-Unis. L'infection n'existe pas à l'état chronique. |
| **Période d'incubation** | 2 à 7 semaines<br>Moyenne : 4 semaines | 6 à 23 semaines<br>Moyenne : 17 semaines | 2 à 25 semaines<br>Moyenne : 7 à 9 semaines | 2 à 8 semaines | 2 à 9 semaines<br>Moyenne : 40 jours |
| **Propagation du virus** | Il est transmis par voie orofécale (sexe anal/oral), par contact intime entre personnes ou par ingestion d'aliments ou d'eau contaminés. Egalement transmis par contact buccal avec des mains qui ont touché des selles, par exemple en changeant des couches. | Contact avec du sang, sécrétions séminales ou vaginales infectés ou des aiguilles contaminées, y compris des outils de tatouage ou de piercing.<br>De mère infectée au nouveau-né. Par morsure humaine.<br>Par contact sexuel. | Contact avec du sang infecté, des aiguilles d'injection infectées, y compris lames de rasoir ou outils de tatouage ou de piercing.<br>De mère infectée au nouveau-né.<br>NE SE TRANSMET PAS facilement par contact sexuel. | Contact avec du sang infecté ou des aiguilles contaminées.<br>Contact sexuel avec des personnes infectées au VHD. | Est transmis par voie orofécale<br>Eruptions du virus associées à l'approvisionnement d'eau contaminée dans d'autres pays. |
| **Symptômes** | Dans certains cas, asymptomatique. Dans d'autres, selles légères, urine foncée, fatigue, fièvre, nausée, vomissements, douleurs abdominales et ictère. | Dans certains cas, asymptomique. Certaines personnes ont des symptômes de légère grippe, urine foncée, selles légères, ictère, fatigue et fièvre. | Mêmes symptômes que pour le VHB | Mêmes symptômes que pour le VHB | Mêmes symptômes que pour le VHB |
| **Traitement de la maladie chronique** | Ne s'applique pas. | Interféron et lamivudine avec succès variable | Interféron et combinaison de traitements avec succès variable | Même que pour le VHB | Ne s'applique pas. |
| **Vaccin** | Deux doses de vaccin à toute personne de plus de 2 ans. | Trois doses peuvent être administrées, quel que soit l'âge. | Aucun | Le vaccin du VHB empêche l'infection au VHD. | Aucun |
| **Personnes à risque** | Les personnes ayant des contacts ménagers ou sexuels avec une personne infectée ou vivant dans une zone d'éruption du VHA.<br>Les voyageurs se rendant dans des pays en développement, les personnes ayant des rapports sexuels anaux/oraux et les consommateurs de drogues injectables. | Nouveau-nés de mères infectées, personnes ayant des rapports sexuels avec une personne infectée ou avec des partenaires multiples, consommateurs de drogues injectables, agents d'intervention en situation d'urgence, agents de santé, personnes ayant des rapports sexuels anaux/oraux et patients sous hémodialyse. | Receveurs de transfusion sanguine avant 1992, agents de santé, consommateurs de drogues injectables, patients sous hémodialyse, nouveau-nés de mères infectées et personnes ayant des partenaires sexuels multiples. | Consommateurs de drogues injectables, personnes ayant des rapports sexuels anaux/oraux et personnes ayant des rapports sexuels avec une personne infectée au VHD. | Voyageurs se rendant dans des pays en développement, en particulier les femmes enceintes. |
| **Prévention** | Immunoglobuline dans les 2 semaines d'exposition. Vaccination.<br>Se laver les mains avec de l'eau et du savon après aller aux toilettes.<br>Utiliser de l'eau de javel ménagère (10 volumes d'eau pour un volume d'eau de javel) pour nettoyer les surfaces contaminées par des selles, telles que les tables à langer.<br>Pratiques sexuelles sans risque. | Immunoglobuline dans les 2 semaines d'exposition.<br>La vaccination protège les personnes de 18 ans et plus.<br>Nettoyer le sang infecté avec de l'eau de javel ménagère tout en portant des gants.<br>Ne pas utiliser en commun des lames de rasoir, brosses à dents ou aiguilles.<br>Pratiques sexuelles sans risque. | Nettoyer le sang renversé avec de l'eau de javel ménagère.<br>Porter des gants pour éviter le contact direct avec du sang.<br>Ne pas utiliser en commun des lames de rasoir, brosses à dents ou aiguilles.<br>Pratiques sexuelles sans risque. | Le vaccin contre l'hépatite B empêche les infections au VHD. | Eviter la consommation ou l'utilisation d'eau éventuellement contaminée. |

| | |
|---|---|
| Étape 9. | Demandez aux participants de se répartir en petits groupes de travail (5–6 participants). Demandez-leur de choisir un rapporteur. Distribuez les copies de l'étude de cas. Expliquez qu'ils doivent discuter du cas et répondre aux questions posées. Apprenez-leur à utiliser les algorithmes de l'annexe A, si nécessaire, pour résoudre le cas.<br>**(15 minutes)**<br>Réunissez les participants et demandez au rapporteur de chaque groupe de donner un compte rendu de leurs discussions et de répondre aux questions en justifiant leurs réponses. Discutez leurs réponses et ajoutez toute information supplémentaire figurant sur votre feuille de réponse (voir ci-dessous).<br>**(20 minutes)** |
| Étape 10. | Discutez toute question qu'ils pourraient avoir sur la prise en charge et le traitement de la diarrhée chronique au niveau national.<br>**(10 minutes)**<br>**Total : 45 minutes** |

**Étude de cas : patient souffrant de diarrhée chronique**

Un agriculteur de 35 ans est hospitalisé dans un hôpital de district avec une diarrhée chronique, une perte de poids importante et une dysphagie. Sa femme est décédée depuis deux ans par suite de symptômes similaires. Il est père de six enfants et vit dans un village situé à 30 km de l'hôpital. Six ans auparavant, il a développé un zona thoracique. Depuis le décès de sa femme, il ne s'est jamais bien senti et se plaint à présent de faiblesse, de perte d'appétit et de périodes de diarrhée. Sa mère vit encore et s'occupe des enfants. L'infirmière du centre de santé du district lui a donné plusieurs antibiotiques et anti-parasitaires mais ils n'ont eu aucun effet sur la diarrhée. Le guérisseur du village a été également incapable d'améliorer l'état du patient. À cause de sa maladie, il n'a pas pu travailler au cours des six derniers mois. Son jeune frère l'a conduit à l'hôpital dans un dernier effort pour trouver un remède.

Il éprouve des problèmes de diarrhée liquide ne contenant ni sang ni mucus jusqu'à 10 fois par jour.

À l'examen clinique, il est très faible, cachectique, déshydraté et présente de petites taches blanches dans la bouche. Il n'a jamais été soumis à un test de dépistage du VIH.

- Quelle peut être la cause de la diarrhée de ce patient ?
- Identifiez les besoins de ce patient.
- Que pouvez-vous proposer ?

**Étude de cas (patient souffrant de diarrhée chronique)—Réponses**

*Cause de la diarrhée*

Ce patient a probablement une diarrhée chronique causée soit par l'infection au VIH même, soit par un parasite pour lequel il n'y a aucun traitement étiologique (comme une infection par Cryptosporidium).

*Besoins du patient—Que proposer ?*

*Soins médicaux*

Vous pouvez traiter la diarrhée de manière symptomatique. Vous pouvez réhydrater le patient, en utilisant une solution de réhydratation orale ou par perfusion. Grâce au lopéramide, il n'aura peut-être pas de diarrhée pendant quelques heures par jour au moins. Il a une candidose orale et probablement une candidose œsophagienne, pour lesquelles vous devez lui donner du fluconazole ou du kétoconazole. Ce traitement atténuera certainement sa dysphagie et améliorera son état nutritionnel. Vous pouvez lui proposer un test de dépistage du VIH. Toutefois, étant donné les symptômes et signes cliniques et le fait que sa femme soit décédée deux ans plus tôt de symptômes similaires, il est probable qu'il sera séropositif au VIH. Si vous ne pouvez pas proposer d'ARV à ce patient, il mourra certainement dans un avenir proche. Par conséquent, lui proposer un test de dépistage du VIH pourrait faire plus de mal que de bien. Mais il serait raisonnable de procéder à un examen et une prophylaxie des IO. Si l'état du patient s'améliore, vous pourriez lui demander s'il est toujours sexuellement actif.

*Soins infirmiers*

Cet homme a fortement besoin de soins infirmiers. Il ne peut pas se laver seul. La planification de soins à domicile sera probablement la meilleure solution pour ce patient. Fournir du savon aux familles n'est pas très onéreux ; cela peut permettre au patient de rester propre et réduire les craintes des membres de la famille de contracter l'infection. L'administration de conseils nutritionnels peut réduire la diarrhée et améliorer son état nutritionnel.

*Soutien psychosocial*

Ce patient a probablement le sentiment qu'il peut mourir dans les semaines à venir. Depuis qu'il a été hospitalisé, il a sans doute vu mourir plusieurs autres patients présentant les mêmes symptômes. Il risque de craindre de ne jamais retourner dans son village. Il peut être très inquiet quant à l'avenir de ses enfants. Il peut suspecter qu'il a le SIDA, mais avoir peur d'en parler avec le personnel de santé ou son jeune frère. Il peut craindre de parler ouvertement de la possibilité de mourir. En aidant le patient à avoir une discussion plus ouverte sur son avenir, vous pouvez l'aider, ainsi que son frère, à prendre des décisions correspondant à ses volontés et l'aider à retourner dans son village dès que son état clinique se sera légèrement amélioré.

*Soutien socio-économique*

Cette famille a de gros problèmes financiers. Elle doit payer le transport de retour au village du patient. Elle peut avoir des difficultés à payer la nourriture nécessaire pour lui et ses six enfants. Il est donc important que la famille retourne au village tant que c'est encore possible. Dans le cas contraire, elle dépensera la totalité de son budget en frais d'hôpitaux, en vain. Peut-être existe-t-il une aide financière pour le transport et le soutien nutritionnel par le biais d'une ONG ou d'une organisation religieuse.

## SESSION 6 Affections du système lymphatique

### BUT

Les participants étudieront la lymphadénopathie et les principaux agents étiologiques, le tableau clinique et les critères de diagnostic de la lymphadénopathie généralisée persistante (LGP), ainsi que les caractéristiques des ganglions lymphatiques qui révèlent le besoin d'examens supplémentaires.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les différentes étiologies qui provoquent la lymphadénopathie
2. Décrire le tableau clinique de la lymphadénopathie généralisée persistante (LGP)
3. Énumérer les critères de diagnostic de la LGP
4. Décrire les caractéristiques des ganglions qui révèlent le besoin d'examens supplémentaires
5. Poser un diagnostic différentiel en utilisant une étude de cas

### DURÉE

1 heure 20 minutes

### PREPARATION

1. Préparez des feuilles séparées du tableau papier avec les intitulés suivants :

| | | |
|---|---|---|
| **LGP** | **Adénopathie tuberculeuse** | **Nocardiose** |
| **Infections fongiques** | **Syphilis secondaire** | **Lymphome** |
| **Sarcome de Kaposi** | | |

2. Revoyez l'étude de cas (voir fin de la session) en préparation du travail par petits groupes. Les participants doivent utiliser les algorithmes de l'annexe A lorsqu'ils travaillent sur l'étude de cas.

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). |
| Étape 2. | Présentez les généralités et les agents pathogènes et affections à considérer lors de la pose d'un diagnostic différentiel de lymphadénopathie (voir **1. a-b** ci-dessous). **(7 minutes)** |

## 1. Introduction

a. Aperçu général

- Le gonflement des ganglions est un symptôme fréquent.
- Vous devez procéder à un examen physique et à un recueil minutieux des antécédents.
- La cause est souvent évidente, mais dans des cas plus compliqués, des tests biologiques et une biopsie des ganglions peuvent être nécessaires pour poser un diagnostic définitif.

b. Le diagnostic différentiel regroupe les agents pathogènes suivants :

- **Liés au VIH :** Lymphadénopathie généralisée persistante (LGP)
- **Infections opportunistes :** Lymphadénite tuberculeuse, CMV, toxoplasmose, infections à *Nocardia*, infections fongiques (histoplasmose, pénicilliose, cryptococcose, etc.)
- **Adénopathie réactive :** Pyomyosite, infections cutanées pyogènes, infections ORL
- **IST :** Syphilis, adénopathie inguinale suite à une donovanose, chancre mou ou lymphogranulome vénérien (LGV). Voir recommandations de l'OMS ou de MSF.
- **Tumeurs malignes :** Lymphome, sarcome de Kaposi

  Vous devez distinguer ces étiologies des autres causes de lymphadénopathie : Métastase carcinomateuse, brucellose, leishmaniose viscérale (maladie de kala-azar), sarcoïdose, trypanosomiase, rickettsiose, mononucléose infectieuse et réactions médicamenteuses (exemple, hypersensibilité à la phénytoïne).

| | |
|---|---|
| Étape 3. | Précisez que, chez les patients infectés par le VIH, la LGP est un diagnostic clinique. Aucun examen complémentaire n'est généralement nécessaire sauf en présence de symptômes d'une autre maladie. Décrivez les caractéristiques des ganglions qui requièrent des examens supplémentaires (voir **2.** ci-dessous). **(5 minutes)** |

## 2. Caractéristiques des ganglions qui requièrent des examens supplémentaires :

- Ganglions de grande taille (>4 cm de diamètre) ou qui se développent rapidement
- Lymphadénopathie asymétrique
- Ganglions sensibles/douloureux sans rapport avec une infection localisée
- Ganglions fermes/fluctuants
- Symptômes constitutionnels évidents (fièvre, sueurs nocturnes, perte de poids)
- Lymphadénopathie hilaire ou médiastinale à la RXT
- Suspicion de TB pulmonaire
- Signes d'abcès (cutanés, pulmonaires et autres abcès similaires)

| | |
|---|---|
| Étape 4. | A. Placez les feuilles du tableau papier que vous avez préparées sur un mur.Invitez les participants à énumérer les symptômes de chacun des agents pathogènes figurant sur les feuilles du tableau papier sous le bon intitulé.Discutez des différences entre le tableau clinique de chaque infection et ajoutez tout élément qu'ils auraient oublié.<br>B. Passez en revue les tests diagnostiques pour chaque affection.<br>C. Passez en revue la prise en charge de chaque affection.<br>D. Discutez des caractéristiques uniques et des commentaires pour chaque pathogène.<br>**(20–30 minutes)** |

**Tableau A2, 6.1 : Affections du système lymphatique : adénopathie**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Lymphadénopathie généralisée persistante (LGP)** | • Ganglions >1,5 cm de diamètre dans 2 sites ou plus extra-inguinaux évoluant depuis plus de 3 mois<br>• Ganglions symétriques, non douloureux ; touche souvent les ganglions cervicaux postérieurs, des aisselles, de l'occiput et de l'épi trochlée<br><br>Ganglions qui requièrent des examens supplémentaires :<br>• Gros (>4 cm de diamètre)<br>• Ganglions qui grossissent rapidement<br>• Ganglions fermes/douloureux sans rapport avec une infection localisée<br>• Ganglions fixes/fluctuants<br>• Symptômes constitutionnels évidents (fièvre, sueurs nocturnes, perte de poids)<br>• Suspicion de TB pulmonaire<br>• Signes d'abcès | Si possible, FSC (NFS) et RXT avant de poser un diagnostic de LGP<br><br>Lymphadénopathie hilaire ou médiastinale à la RXT | Il n'existe pas de traitement spécifique pour l'AGP | Se développe chez quasi 50% des patients infectés par le VIH. Près de 1/3 ne présente aucun autre symptôme (stade I OMS)<br><br>Chez les patients positifs au VIH, la LGP est un diagnostic clinique. Aucun autre examen n'est nécessaire, sauf en présence de symptômes d'une autre maladie.<br>L'AGP peut régresser lentement au cours d'une infection au VIH et peut disparaître avant l'apparition du SIDA. |
| **Lymphadénopathie tuberculeuse** | • Les Ganglions cervicaux sont le plus souvent touchés<br>• Évolution générale de la maladie des ganglions :<br><br>Ganglions fermes, discrets<br>↓<br>Ganglions fluctuants reliés entre eux<br>↓<br>Décomposition de la peau, abcès, sinusite chronique<br>↓<br>Guérison et cicatrisation | Aspiration à l'aiguille fine des ganglions affectés<br><br>Aspiration des ganglions extra-thoraciques<br><br>Frottis positifs aux bacilles acido-résistants du liquide provenant des ganglions affectés enlevés (taux élevé chez les patients souffrant du VIH)<br><br>En cas de frottis négatif à la TB pulmonaire, il est bon d'aspirer les ganglions extra-thoraciques pour confirmer le diagnostic de TB (80% positif) | Le traitement doit démarrer conformément aux recommandations nationales sur la TB<br><br>Pour de plus amples détails, voir la session 3 de ce module | Une des formes les plus fréquentes de TB extra-pulmonaire chez les patients porteurs du VIH<br><br>Des ganglions cervicaux fluctuants qui se développent sur des semaines, voire des mois, sans douleur ou inflammation importante suggèrent une infection par M. tuberculosis, une infection mycobactérienne atypique ou une maladie des griffes du chat (Bartonella henselae)<br><br>Chez des patients fortement immunodéprimés, la lymphadénopathie tuberculeuse peut être aiguë et ressembler à la lymphadénite aiguë pyogène<br><br>La TB miliaire doit être fortement soupçonnée chez les patients souffrant de lymphadénopathie généralisée. Des ganglions lymphatiques abdominaux peuvent être présents même en l'absence de lymphadénopathie périphérique et de modification des RXT. |

**Tableau A2, 6.1 : Affections du système lymphatique : adénopathie**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Nocardiose** | • lymphadénopathie chronique<br>• Abcès (cutanés, pulmonaires, etc.) | • Aspiration à l'aiguille fine des ganglions affectés<br>• L'organisme peut se colorer faiblement à la coloration acido-résistante. Les organismes sont différents du bacille de Koch à cause de leurs filaments en forme de fil<br>• Nocardia est facilement reconnaissable à la coloration de Gram | • TMP-SMX 10/50 mg/kg bid ou minocycline 100 mg bid associé à de l'amikacine 15–25 mg/kg/j ou ceftriaxone 2 g/j associé à de l'amikacine. Utilisation d'aminoglucosides limitée à 2 sem. | Si la nocardiose est une cause rare de lymphadénite chez les patients immunocompétents, envisagez le diagnostic chez les patients infectés par le VIH ayant une lymphadénopathie chronique et des abcès (cutanés, pulmonaires, etc.) |
| **Infections fongiques (histoplasmose, pénicilliose, cryptococcose)** | • Fièvre<br>• Lymphadénopathie<br>• Parfois lésions cutanées ou pulmonaires | La biopsie de lésions cutanées ou des ganglions pour l'histologie et la culture confirme souvent le diagnostic | Traitement initial pour l'histoplasmose et la pénicilliose :<br>• Amphotéricine B pour les cas modérés à graves<br>• Itraconazole 200 mg/j est le traitement d'entretien à vie de choix<br>• Si l'itraconazole n'est pas disponible, utilisez du kétoconazole 400 mg/j<br><br>Pour la cryptococcose, donnez :<br>• Amphotéricine B (IV) 0,7 mg/kg/j x 14 j, puis fluconazole 400 mg/j x 8–10 sem<br>• Ensuite, le traitement d'entretien comprend du fluconazole 200 mg od | |

**Tableau A2, 6.1 : Affections du système lymphatique : adénopathie**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Syphilis secondaire** | • Lymphadénopathie généralisée non douloureuse<br>• Exanthème maculo-papulaire, papulaire ou pustuleux sur l'ensemble du corps, en particulier sur la paume des mains et la plante des pieds<br>• Lésions hautement infectieuses sur les muqueuses (lèvres, bouche, pharynx, vulve, gland du pénis) qui sont des érosions superficielles gris argenté avec un halo rouge et qui ne sont pas douloureux, sauf en cas d'infection secondaire<br>• 40% de ces patients seront atteints de SNC avec migraine et méningisme<br>• 1–2% développeront une méningite aseptique aiguë | Examen du LCR<br><br>Le LCR montre une augmentation des protéines et une pléocytose lymphocytaire | Bien qu'il y ait quelques doutes quant à l'efficacité du traitement chez les patients infectés par le VIH, le CDC recommande le même traitement pour la syphilis primaire et secondaire que chez les personnes négatives au VIH :<br>• Benzathine benzylpénicilline 2,4 millions d'unités IM en une dose<br><br>En cas d'allergie à la pénicilline :<br>• Doxycycline 100 mg PO bid x 21 j OU<br>• Ceftriaxone 1 g/j IM/IV x 14 j | |
| **Lymphome et sarcome de Kaposi** | • Lymphadénopathie<br>• Lésions cutanées caractéristiques dans la cavité buccale, les voies GI et les voies respiratoires | Diagnostic confirmé par histopathologie | Pour la prise en charge et le traitement, voir la session 11 de ce module | |

Étape 5. Demandez aux participants de se répartir en petits groupes de travail (5–6 participants). Demandez-leur de choisir un rapporteur. Distribuez les copies de l'étude de cas. Expliquez qu'ils doivent discuter du cas et répondre aux questions posées. Apprenez-leur à utiliser les algorithmes de l'annexe A, si nécessaire, pour résoudre le cas.
**(20 minutes)**
Rassemblez les participants en plénière et demandez au rapporteur de chaque groupe de présenter le compte rendu de leurs discussions et de répondre aux questions en justifiant leurs réponses. Discutez de leurs réponses et ajoutez toute information supplémentaire figurant sur votre feuille de réponse (voir ci-dessous).
**(20 minutes)**

**Étude de cas : patient souffrant de lymphadénopathie**

Un professeur de 28 ans, célibataire, a été diagnostiqué avec une infection au VIH deux ans auparavant, lorsqu'il s'était présenté pour un dépistage volontaire avec sa petite amie. Lorsqu'il a appris que sa petite amie était négative au VIH et qu'il était séropositif au VIH, il a arrêté leur relation. Depuis lors, il se sent déprimé. Il souffre de fatigue et de sueurs nocturnes depuis quelques semaines.

L'examen physique révèle plusieurs gros ganglions cervicaux. Sa température est de 37,9°. Un frottis obtenu par ponction/aspiration de l'un des ganglions cervicaux ne révèle par de bacille acido-résistant. Le personnel a alors procédé à une biopsie d'un ganglion. Ce ganglion renferme beaucoup de caséum.

- *Quel est le diagnostic le plus probable ?*
- *Comment prendriez-vous ce patient en charge ?*
- *Quels sont les autres problèmes de ce patient ?*
- *Que pouvez-vous proposer ?*

**Étude de cas (patient souffrant de lymphadénopathie)—Réponses**

*Diagnostic*

Le ganglion de ce patient révèle un caséum important, signe pathognomonique d'une tuberculose ganglionnaire.

*Besoins du patient—Que proposer ?*

*Soins médicaux*

Vous devez administrer à ce patient un traitement antituberculeux de brève durée. Étant donné qu'il présente une TB extra-pulmonaire et qu'il n'est pas gravement malade, un traitement de trois médicaments antituberculeux seulement pendant la phase initiale (isoniazide, rifampicine et pyrazinamide) suffit.

*Soutien psychologique*

Nous devons savoir pourquoi cet homme est déprimé. Est-ce parce qu'il a peur pour l'avenir ? Est-ce parce qu'il a perdu sa petite amie ? Est-ce parce qu'il a peur de ne jamais retrouver une autre petite amie et qu'il ne pourra pas avoir d'enfants ? Cet homme a clairement besoin d'être conseillé. Une fois qu'il se sentira mieux physiquement, il sera peut-être moins déprimé. D'un autre côté, sa dépression peut l'empêcher d'adhérer à son traitement antituberculeux.

## SESSION 7 Affections de la bouche et de la gorge

### BUT

Au cours de cette session, les participants étudieront les lésions buccales, la dysphagie et l'odynophagie, ainsi que les principaux agents étiologiques, les tableaux cliniques, les tests recommandés et les principaux résultats, la prise en charge et le traitement.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les différentes étiologies qui provoquent les lésions buccales, la dysphagie et l'odynophagie
2. Décrire le tableau clinique de ces infections
3. Expliquer les tests de diagnostic recommandés pour chacune de ces infections et décrire les principaux résultats de ces tests
4. Fournir une prise en charge et un traitement de ces maladies
5. Poser un diagnostic différentiel en utilisant une étude de cas

### DURÉE

72 minutes

### PRÉPARATION

1. Lisez la note à l'intention du formateur (voir encadré plus loin). Si vous utilisez le tableau présenté à l'étape 3, préparez des feuilles séparées de tableau papier avec les intitulés suivants :

| | | |
|---|---|---|
| **Leucoplasie chevelue de la langue** | **Candida albicans** | **EBV** |
| **Gingivite nécrosante** | **Herpès simplex** | **Oesophagite à CMV** |
| **Sarcome de Kaposi** | **Ulcères aphteux & Oesophagite aphteuse** | |

2. Revoyez l'étude de cas en préparation des travaux par petits groupes.

Étape 1. Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus).
Étape 2. Présentez les généralités et les agents pathogènes à examiner lors de la pose d'un diagnostic différentiel (voir **1. a-b** ci-dessous).
**(7 minutes)**

## 1. Introduction

a. Aperçu général

- Les patients ayant le SIDA souffrent de nombreuses affections touchant la cavité buccale.
- Un examen de la bouche doit être intégré à l'examen physique de chaque patient suspecté d'avoir une infection au VIH, même en l'absence de plaintes ; des lésions buccales et des difficultés à avaler peuvent se développer rapidement.
- Les patients se présentent souvent pour une autre raison et c'est la présence d'un muguet buccal qui fait penser à une infection au VIH.
- Les lésions buccales peuvent être débilitantes car elles interfèrent avec une alimentation normale et augmentent le risque de perte de poids. (Les signes sont une alimentation ou une déglutition douloureuse et une perte de l'appétit.) Elles réduisent considérablement la qualité de vie.
- Le diagnostic erroné d'ulcère peptique est fréquent.
- Les plaintes concernant l'œsophage sont fréquentes et sont présentes chez un tiers des patients environ.
- L'incidence est plus élevée chez les patients ayant des CD4<200

b. Le diagnostic différentiel regroupe les agents pathogènes suivants :

- **Infection bactérienne :** Infections anaérobies provoquant une gingivite
- **Infections fongiques :** *Candida albicans*
- **Infections virales :** Virus d'Epstein Barr (leucoplasie chevelue de la langue), virus de l'herpès simplex (HSV), cytomégalovirus (CMV)
- **Affections malignes :** Sarcome de Kaposi

*Note à l'intention du formateur :* Les pages suivantes donnent deux versions différentes des informations relatives aux symptômes et aux résultats des tests. La première se présente sous forme de tableau (étape 3) qui résume brièvement ces informations dans un format facile à lire, avec un minimum de détails. La deuxième se présente sous forme de notes détaillées que nous utilisons en général dans ce manuel. Vous pourrez préférer une version à l'autre, compte tenu du temps, du volume d'information dont les participants ont besoin, de votre aisance avec le format, etc.

Vous trouverez une étude de cas à la fin de cette session. Nous recommandons aux participants d'utiliser les algorithmes de l'annexe A pour travailler.

Étape 3.
A. Placez les feuilles du tableau papier que vous avez préparées sur un mur.
Invitez les participants à inscrire les symptômes de chacun des agents pathogènes figurant sur les feuilles du tableau papier sous le bon intitulé.
Discutez des différences entre le tableau clinique de chaque infection et ajoutez tout élément qu'ils auraient oublié.
B. Passez en revue les tests diagnostiques pour chaque affection.
C. Passez en revue la prise en charge de chaque affection.
D. Discutez des caractéristiques uniques et des commentaires pour chaque pathogène.
**(20 minutes)**

**Tableau A2, 7.1 : Affections de la bouche et de la gorge, dysphagie et odynophagie**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| Leucoplasie chevelue de la langue | Plaques blanchâtres avec des plis verticaux ne pouvant être enlevées, localisées en grande partie sur les bords latéraux de la langue | | | Cette affection est provoquée par le virus d'Epstein Barr (EBV). Elle n'est ni dangereuse ni douloureuse et ne requiert pas de traitement. C'est un signe d'immuno-suppression et elle est de mauvais pronostic |
| *Candida albicans* | Signes buccaux (muguet) :<br>• Aspect Pseudo-membraneux : colonies ou tâches blanc-jaunâtre dans la cavité buccale, pouvant être assez discrètes ou extensives et pouvant être facilement enlevées au nettoyage<br>• Érythémateux : se présente comme des plaques rouges sur les muqueuses ; si la langue est affectée, elle peut perdre sa texture de surface habituelle<br>• Hyperplastique : identique à l'aspect pseudo-membraneux mais adhère généralement au tissu<br>• Chéilite angulaire : fissures aux coins de la bouche avec ou sans colonisation visuelle<br><br>Œsophagiens :<br>Les lésions pseudo-membraneuses se propagent vers la partie inférieure du pharynx et de l'œsophage, entraînant des difficultés à la déglutition, des nausées, des douleurs rétro-sternales et épigastriques | • Examen au microscope des prélèvements provenant de la raclure des lésions<br>• L'examen au microscope des prélèvements peut être positif à la préparation de KOH<br>• Biopsie endoscopique<br>• Mycelia de nature invasive dans les tissus à l'examen endoscopique | Étape 1 : utilisez des antifongiques topiques :<br>• Nystatine (1 comprimé de 500.000 unités qid). Peut être sucé ou mâché<br>• Violet de gentiane : application locale d'une solution aqueuse 1% deux fois par jour pendant une semaine<br>• Miconazole (gel) 60 mg qid<br>• Miconazole (timbre transdermique) od x 7 j<br>• Amphotéricine B (comprimés 10 mg qid) si disponible (à sucer ou à mâcher pour maintenir le contact avec les muqueuses buccales)<br><br>Étape 2 : traitement systémique (recommandé s'il n'y a pas d'amélioration après 7 j de traitement local et dans tous les cas de candidose œsophagienne)<br>• 1er choix : fluconazole (dose initiale 200 mg, puis 100 mg/j jusqu'à la disparition des symptômes ou 10 j minimum). Si impossible (trop cher), utilisez du kétoconazole (200–400 mg/j)<br>• 2e choix : itraconazole (100 mg bid, les doses peuvent être augmentées jusqu'à un max. de 400 mg/j x 10–14 j)<br>• 3e choix : amphotéricine B (0,5–1,5 mg/kg/j IV)<br><br>Utilisez un traitement intermittent aussi longtemps que possible, pour retarder l'apparition de Candida de nature résistante | La candidose orale est une affection rare chez les personnes en bonne santé mais est fréquemment le premier signe d'une déficience immunitaire chez les patients infectés par le VIH. Elle est souvent utilisée comme indicateur pour débuter une prophylaxie par le TMP-SMX. Si un diagnostic de candidose orale est confirmé chez un patient positif au VIH, il est au stade III de la classification de l'OMS.<br><br>Des épisodes récurrents de candidose orale se produisent généralement chez des patients dont les CD4<300.<br><br>Plus de 60% des patients dont les CD4<100 développeront une candidose oropharyngée chaque année.<br><br>La candidose œsophagienne se développera chez 10–20% des patients souffrant du SIDA et elle est la cause la plus fréquente de dysphagie (incapacité ou difficulté à déglutir).<br><br>L'absence de muguet buccal n'écarte pas totalement le diagnostic. Cela indique que le patient est au stade IV de la classification de l'OMS.<br><br>Évitez l'utilisation permanente d'antifongiques, sauf chez les patients qui ont été traités pour des infections fongiques systémiques et chez les patients souffrant de candidose oropharyngée et œsophagienne récurrente et grave |

**Tableau A2, 7.1 : Affections de la bouche et de la gorge, dysphagie et odynophagie**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| Œsophagite à CMV | • Déglutition douloureuse | • Examen endoscopique<br>• Les ulcères œsophagiens (généralement uniques ou peu nombreux) sont larges et profonds et sont localisés dans le tiers inférieur de l'œsophage | Si le traitement d'une candidose oesophagienne suspectée n'améliore pas les symptômes après 7 jours, le patient peut avoir contracté une infection CMV ou HSV ou un autre type de Candida.<br>Augmentez le fluconazole à 200mg/j et ajoutez de l'acyclovir 800 mg x 3 pendant 10 jours. S'il n'y a pas d'amélioration et si le ganciclovir n'est pas disponible pour traiter l'infection CMV, envisagez le prednisone 1 mg/kg/j au réveil pour soulager la douleur. | La manifestation clinique la plus fréquente de la maladie à CMV est la rétinite, suivie de symptômes GI. Cliniquement, si vous ne pouvez pas la distinguer de l'œsophagite à Candida, envisagez une infection à CMV chez des patients présentant des symptômes œsophagiens qui ne répondent pas à un traitement antifongique empirique.<br><br>La plupart des ulcères œsophagiens résultent d'une infection à CMV (45%) ou d'ulcères aphteux (40%). En cas de fièvre, l'infection à CMV est plus probable que des lésions aphteuses. |
| Gingivite nécrosante | Inflammation des gencives qui peut devenir très étendue et nécrosante et entraîner la perte des dents | | | Provoquée par des bactéries de la flore buccale |
| Herpès simplex (HSV) (stomatite et œsophagite) | • Lésions muco-cutanées douloureuses<br>• Petites vésicules douloureuses dans la bouche qui évoluent vers une gingivo-stomatite destructrice<br>• Douleurs rétro-sternales et à la déglutition | Biopsie et culture de tissus | | HSV 1 et 2 sont fréquents chez les patients positifs au VIH, survenant souvent parmi les premières infections associées à l'infection au VIH.<br>Chez certains patients, le HSV reste asymptomatique ou ne provoque que des poussées occasionnelles. Chez d'autres, et en cas d'immunodéficience grave, les lésions muco-cutanées causées par HSV peuvent persister ou continuer à grandir, exposant le patient à des douleurs extrêmes et au risque d'une infection secondaire.<br><br>L'œsophagite au HSV est une cause plus rare d'une œsophagite virale chez les patients souffrant du SIDA. Sans biopsie et culture de tissus, il est difficile de poser un diagnostic différentiel entre une oesophagite ulcérative par CMV ou par HSV. Il y a souvent des infections bactériennes et fongiques secondaires associées. Un traitement antifongique empirique peut améliorer légèrement les symptômes |

**Tableau A2, 7.1 : Affections de la bouche et de la gorge, dysphagie et odynophagie**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| Infection au virus d'Epstein Barr (EBV) | • Fièvre d'origine inconnue. Autres symptômes mineurs similaires au rhume : malaise, pharyngite, hyperplasie pharyngée, lymphadénopathie | • FSC (NFS)<br>• La formule leucocytaire totale peut être normale ou basse ; le patient peut présenter une lymphopénie et/ou des signes de réaction lymphocytaire d'après le frottis sanguin<br>• Examen endoscopique<br>• Les ulcères sont localisés dans la partie centrale de l'œsophage | Principalement symptomatique | Le patient a souvent une leucoplasie chevelue de la langue |
| Sarcome de Kaposi | Les lésions se présentent sous forme de macules ou nodules rouges ou violets. Elles sont parfois douloureuses et interfèrent avec l'alimentation et la parole | | Pour de plus amples détails, voir la session 11 de ce module | Lorsque le sarcome de Kaposi (SK) affecte la cavité buccale, on considère qu'il s'agit d'une forme agressive. Toutefois, les lésions peuvent demeurer stables pendant longtemps. |
| Ulcères aphteux & œsophagite aphteuse | • Les ulcères buccaux peuvent se transformer en lésions très larges et douloureuses<br>• Ulcères oesophagiens | | | Origine inconnue. L'herpès simplex et le CMV doivent être écartés<br><br>En dehors de l'infection à CMV, la plupart des ulcères œsophagiens sont dus à des ulcères aphteux (40%). Ils peuvent être très débilitants. Le CMV est plus probable en cas de fièvre. |

Étape 4. Demandez aux participants de décrire la prise en charge et le traitement de la candidose. Ajoutez tout autre protocole de prise en charge et de traitement qu'ils auraient oublié (voir liste ci-dessous). Résumez en prenant en compte les commentaires ci-dessous.
**(5 minutes)**

## 2. Candidose orale et œsophagienne

a. Prise en charge et traitement :

Étape 1 : utilisez des antifongiques topiques :

- Nystatine (1 comprimé de 500.000 unités qid). Peut être sucé ou mâché
- Violet de gentiane : application locale d'une solution aqueuse 1% deux fois par jour pendant une semaine
- Miconazole gel 60 mg qid
- Miconazole timbre transdermique od x 7 jours
- Amphotéricine B (pastilles 10 mg qid) si disponible (à sucer ou à mâcher pour maintenir le contact avec les muqueuses buccales)

Étape 2 : traitement systémique (recommandé s'il n'y pas d'amélioration après 7 j de traitement topique et dans tous les cas de candidose oesophagienne)

- 1er choix : fluconazole (dose initiale 200 mg, puis100 mg/j jusqu'à disparition des symptômes ou pendant 10 jours minimum). Si impossible (trop cher), utilisez du kétoconazole (200–400 mg/j)
- 2e choix : itraconazole (100 mg bid ; les doses peuvent être augmentées jusqu'à un maximum de 400 mg/j x 10–14 j)
- 3e choix : amphotéricine B (0,5–1,5 mg/kg/j IV)

Utilisez un traitement intermittent aussi longtemps que possible pour retarder l'apparition de *Candida* de nature résistante

b. Remarques : La candidose orale est une affection rare chez les personnes en bonne santé mais elle est fréquemment le premier signe d'une déficience immunitaire chez les patients infectés par le VIH. Elle indique que le patient est au stade III de la classification de l'OMS.

## 3. Infection au virus d'Epstein Barr (EBV)

a. Prise en charge et traitement : principalement symptomatique

b. Commentaires : Vous devez envisager l'EBV lorsque vous posez un diagnostic différentiel pour le VIH.
L'infection à l'EBV chez les enfants porteurs du VIH peut être associée à une pneumopathie interstitielle lymphocytaire (PIL).
L'EBV est également associé au lymphome de Burkitt.

Étape 5. L'étude de cas suivante est une combinaison de syndromes, notamment des lésions buccales. Demandez aux participants de se répartir en petits groupes de travail (6–8 par groupe). Faites-leur choisir un rapporteur. Distribuez les copies de l'étude de cas. Expliquez-leur qu'ils devront discuter du cas et répondre aux questions posées. Apprenez-leur à utiliser les algorithmes de l'annexe A, si nécessaire, afin de gérer le cas.
**(20 minutes)**
Réunissez les participants en plénière et demandez au rapporteur de chaque groupe de présenter le compte rendu de leurs discussions et de répondre aux questions en justifiant leurs réponses. Discutez de leurs réponses et ajoutez toute information supplémentaire figurant sur votre feuille de réponse (voir ci-dessous).
**(20 minutes)**

Étape 6. Discutez de toute question qu'ils pourraient avoir sur la prise en charge et le traitement des lésions buccales, de la dysphagie et de l'odynophagie au niveau national.
**(10 minutes)**
**Total : 50 minutes**

**Étude de cas : patient souffrant de lésions buccales et d'autres affections**

Un soldat de 26 ans se plaint de migraines depuis quelques semaines et de nausées depuis quelques jours. Il a progressivement perdu 10 kg au cours des deux derniers mois. Il se plaint de diplopie depuis quelques jours. À l'examen physique, sa température est de 38°C. Le patient n'éprouve pas de raideur de la nuque. L'examen révèle une paralysie du nerf moteur externe de l'œil droit. Il révèle aussi plusieurs lésions sombres légèrement gonflées, non prurigineuses et non douloureuses réparties de manière relativement symétrique sur sa poitrine et ses bras. Ces lésions sont apparues quatre mois plus tôt et grandissent progressivement. Le patient a des tâches blanches dans la bouche.

Il vit seul à Accra, mais sa famille est originaire d'un village situé à 200 km de la capitale. Il n'est pas marié mais sa famille lui a déjà choisi une future épouse.
Une TDM n'est pas disponible.

- *Quels sont les explications possibles des lésions buccales et des autres problèmes de ce patient ?*
- *Comment le prendriez-vous en charge ?*

**Étude de cas (patient souffrant de lésions buccales et autres affections)—Réponses**

*Diagnostic*

Les lésions sombres légèrement gonflées, non prurigineuses et non douloureuses, sont probablement des lésions du sarcome de Kaposi. Le patient a également une candidose orale. Ces deux affections indiquent que le patient souffre d'une forme aiguë d'immunodéficience. Par conséquent, les migraines, la fièvre et la paralysie du nerf moteur oculaire externe sont probablement dues à une infection opportuniste. Les deux diagnostics les plus probables sont la méningite tuberculeuse et la méningite à cryptocoque. Dans les deux cas, il peut ne pas éprouver de raideur de la nuque. Le diagnostic de méningite à cryptocoque peut être posé par une ponction cérébro-spinale montrant les *Cryptococcus* après coloration à l'encre de Chine. Une coloration à l'encre de chine du LCR montrera des *Cryptococcus* chez 60–80% des patients. Vous pouvez réaliser un test pour rechercher l'antigène cryptococcique dans le LCR et dans le sérum et il sera positif chez près de 95% des patients souffrant de méningite à cryptocoque. Toutefois, ce test est onéreux. Certains patients souffrant de méningite à cryptocoque présentent des lésions cutanées papulaires ou de petites lésions cutanées ulcératives provoquées par l'infection cryptococcique

En l'absence de *Cryptococcus* dans le LCR, une augmentation des niveaux de protéines, une diminution de la glycorachie (taux de glucose dans le LCR) et une augmentation du nombre de leucocytes avec 60–70% de lymphocytes sont des signes de méningite tuberculeuse. Chez 50% des patients souffrant de méningite tuberculeuse, les résultats de la RXT suggèrent également une TB active. Chez 20% seulement des patients souffrant de méningite tuberculeuse, un frottis à coloration de ZN montre des bacilles acido-résistants. Le diagnostic de méningite à cryptocoque a été confirmé chez ce patient.

*Besoins du patient—Que proposer ?*

*Soins médicaux*

Amphotéricine B 0,7–1 mg/kg/j IV. Les migraines, les nausées et la paralysie du nerf moteur oculaire externe suggèrent que ce patient souffre d'hypertension intracrânienne. Il pourra se sentir mieux avec une ponction cérébro-spinale. Vous pourrez répéter cette ponction si les symptômes ne disparaissent pas. Poursuivez l'Amphotéricine B pendant 14 jours et passez ensuite au fluconazole 400 mg/j pendant 8 à 10 semaines, suivi d'un traitement d'entretien au fluconazole 200 mg/j. L'Amphotéricine B soignera également sa candidose orale. Ce patient sera certainement aussi un candidat au traitement antirétroviral, lorsque sa méningite à cryptocoque sera maîtrisée, mais il est peu probable qu'il pourra se permettre un tel traitement et qu'il pourra être convenablement suivi dans son village.

*Soutien psychosocial*

Si nous ne pouvons pas obtenir un traitement antirétroviral pour ce patient, son espérance de vie sera courte. Il risque même d'avoir des problèmes à payer le fluconazole. Sa charge virale est probablement très élevée et il peut donc être très contagieux s'il n'utilise pas de préservatif. Il serait bon qu'il puisse disposer de séances de conseil pour aborder des questions telles que le mariage proposé.

## SESSION 8 Affections cutanées

### BUT

Les participants étudieront les lésions et infections cutanées, les principaux agents étiologiques, le tableau clinique, la prise en charge et le traitement.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les différents agents étiologiques qui provoquent les lésions et infections cutanées
2. Classer les lésions et infections cutanées en fonction de leurs signes et symptômes
3. Décrire le tableau clinique de chaque lésion ou infection
4. Discuter du traitement et de la prise en charge des affections cutanées
5. Poser un diagnostic différentiel en utilisant une étude de cas

### DURÉE

2 heures
(Veillez à prévoir au moins une pause pendant cette longue session)

### PRÉPARATION

1. Lisez la note à l'intention du formateur (voir encadré plus loin). Si vous utilisez le tableau présenté à l'étape 3, préparez des feuilles séparées de tableau papier avec les intitulés suivants et énumérez les affections figurant sous chaque intitulé :
   **Bactériennes** **Fongiques** **Virales** **Prurigo & autres**

2. Pour l'étape 4 : Revoyez les diapositives PowerPoint sur les lésions cutanées afin de vérifier qu'elles sont bien dans l'ordre et suivent le texte. Si les diapositives PowerPoint ne sont pas disponibles, préparez un tableau papier comme suit :
   Classification en fonction des signes et symptômes
   - Lésions chaudes, enflammées, douloureuses et/ou fluctuantes ➔ infections bactériennes
   - Taches cutanées dépigmentées ➔ infection fongique ou sarcome de Kaposi
   - Éruptions localisées ou gonflements en forme de boutons localisés ➔ infection virale
   - Prurigo/urticaire, lésions maculaires, maculo-papulaires ou squameuses ➔ classées comme autres affections cutanées, y compris éruptions provoquées par les médicaments, séborrhée, psoriasis et gale

3. Revoyez l'étude de cas en préparation du travail de groupe

Étape 1. Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus).
Étape 2. Présentez les généralités et les étiologies à envisager lors de la pose d'un diagnostic différentiel des lésions et infections cutanées (voir **1. a-b** ci-dessous).
**(7 minutes)**

## 1. Introduction

a. Aperçu général

- Entre 80 et 100% des patients infectés par le VIH développent des affections dermatologiques à un moment ou à un autre pendant l'évolution de la maladie.
- Les affections cutanées peuvent être très invalidantes, défigurantes et même extrêmement graves.

Le diagnostic différentiel englobe les étiologies suivantes :

- **Infection bactérienne :** *Streptococcus aureus, Streptococcus* spp., *Treponema pallidum, Bartonella* spp.
- **Infection mycobactérienne :** *M. tuberculosis,* complexe *M. avium*
- **Infection virale :** virus de l'herpès simplex et virus de la varicelle et zona, molluscum contagiosum, condylome acuminé
- **Infestations :** Gale
- **Infection fongique :** Dermatite séborrhéique, tinea corporis, pityriasis versicolor, *Penicillin marneffei, Cryptococcus neoformans, Histoplasma capsulatum, Candida* spp.

*Note à l'intention du formateur :* Les pages suivantes donnent deux versions des informations relatives aux symptômes et aux résultats de diagnostic. La première se présente sous forme de tableau (étape 3) qui résume brièvement ces informations dans un format facile à lire, avec un minimum de détails. La deuxième se présente sous forme de notes détaillées que nous utilisons en général dans ce manuel. Vous pourrez préférer une version à l'autre, compte tenu du temps, du volume d'information dont les participants ont besoin, de votre aisance avec le format, etc.

Vous trouverez une étude de cas à la fin de cette session. Nous recommandons aux participants d'utiliser les algorithmes de l'annexe A pour travailler.

Étape 3.
A. Placez les feuilles du tableau papier que vous avez préparées sur un mur.
Invitez les participants à énumérer les symptômes de chacun des pathogènes figurant sur les feuilles du tableau papier sous le bon intitulé.
Discutez des différences entre le tableau clinique de chaque infection et ajoutez tout élément qu'ils auraient oublié.
B. Passez en revue les tests de diagnostic pour chaque affection.
C. Passez en revue la prise en charge de chaque affection.
D. Discutez des caractéristiques uniques et des commentaires pour chaque pathogène.
Au cours de cet exercice, vous pouvez utiliser les diapositives PowerPoint montrant chaque infection.
**(60 minutes)**

**Tableau A2, 8.1 : Affections cutanées**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Bactérienne** | | | | |
| Abcès cutanés ou pyomyosite | • La zone affectée ou les abcès sont fluctuants et chauds | | Drainage chirurgical et traitement de la lésion<br><br>Antibiotiques :<br>Vancomycine, cephalexine ou dicloxacilline 500 mg PO qid x 7–21 j<br><br>(Flu)cloxacilline 500 mg PO qid x 10 j ou (flu)cloxacilline 1–2g IV qid x 10 j<br><br>En cas d'échec thérapeutique, utilisez de la cloxacilline ou de l'érythromycine 250–500 mg PO qid x 5 j<br><br>Si vous disposez d'un laboratoire capable de déterminer la sensibilité aux antibiotiques des micro-organismes responsables des abcès, prescrivez un traitement qui soit adapté aux résultats. | La pyomyosite, provoquée le plus souvent par Staphylococcus aureus, est apparue comme une complication inhabituelle du VIH en Afrique.<br>En Tanzanie, par exemple, 62% d'un groupe de patients souffrant de pyomyosite étaient infectés par le VIH<br>Dans l'hémisphère Nord, des cas isolés ont été enregistrés mais l'infection est rare.<br><br>Stade II de la classification de l'OMS |
| Furonculose ou folliculite | • Infection septique cutanée autour des follicules capillaires<br>• Anthrax (groupe de furoncles) avec plusieurs ouvertures résultant d'une invasion et nécrose de l'hypoderme | | Traitement des lésions locales<br><br>Antibiotiques :<br>Vancomycine, cephalexine ou dicloxacilline 500 mg PO qid x 7–21 j<br><br>(Flu)cloxacilline 500 mg PO qid x 10 j ou (flu)cloxacilline 1–2g IV qid x 10 j<br><br>En cas d'échec thérapeutique, utilisez de la cloxacilline ou de l'érythromycine 250–500 mg PO qid x 5 j<br><br>Si vous disposez d'un laboratoire capable de déterminer la sensibilité aux antibiotiques des micro-organismes responsables des abcès, prescrivez un traitement qui soit adapté aux résultats | Généralement provoquée par le staphylocoque<br>Nécessite une prise en charge attentive chez les patients porteurs du VIH car des infections disséminées, potentiellement mortelles, peuvent survenir.<br><br>Stade II de la classification de l'OMS |

**Tableau A2, 8.1 : Affections cutanées**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Bactérienne** | | | | |
| Cellulite et érésipèle | • Fièvre, frissons, nausées, vomissements, peau tiède et douloureuse<br>• Des lésions rouges et chaudes apparaissent généralement dans les 24h sur le visage et la tête | | | Cellulite : inflammation du tissu cellulaire ou conjonctif, provoquée par un abcès profond<br>Étiologie : *Streptococcus* spp.<br><br>Érésipèle : maladie fébrile aiguë accompagnée d'une inflammation localisée et d'un gonflement de la peau et du tissu sous-cutané, provoquée par *Streptococcus pyogènes* |
| Syphilis | Primaire :<br>• Un ulcère génital enduré douloureux (chancre)<br>• lymphadénopathie inguinale<br><br>Secondaire :<br>• Exanthème maculo-papulaire affectant généralement la paume des mains et la plante des pieds<br>• Condyloma lata<br>• Lésions buccales | Tests<br>• VDRL ou RPR | • Aq pénicilline G, 18–24 millions d'unités/j x 10–14 j<br><br>• VDRL de suivi q 6 mois jusqu'à obtenir des résultats négatifs<br><br>Pour de plus amples détails, voir la session 4 (Affections du système neurologique) de ce module | Environ 25% des patients non traités développent une maladie systémique (des semaines voire des mois plus tard) avec de la fièvre, de l'exanthème, des condylomes plats (condyloma lata), une lymphadénopathie et des lésions buccales (plaque muqueuse)<br><br>Le VDRL ou le RPR ne deviennent positifs que 7–10 jours après l'apparition du chancre<br><br>Il est recommandé que le dépistage de la syphilis soit proposé à tous les patients se présentant pour un CDV qui vivent dans des zones à forte prévalence car elle peut être traitée aux stades précoces et elle évolue plus rapidement chez les patients porteurs du VIH<br><br>Pour de plus amples détails, voir la session 4 (Affections du système neurologique) de ce module |
| Angiomatose bacillaire (AB) | • Lésions cutanées angio-prolifératives ressemblant à celles du SK<br>• Les lésions cutanées commencent par de petites papules rouges qui se transforment progressivement en grandes lésions papulaires, nodulaires et pédonculées.<br>• Les lésions ont une apparence vasculaire et leur surface est friable et saigne facilement.<br>• Les symptômes sont entre autres : fièvre, malaises, migraines, hépatomégalie et lésions cutanées | | | L'angiomatose bacillaire (AB) et la péliose bacillaire sont des IO nouvellement identifiées chez les PVS. Elles sont provoquées par des bacilles Gram négatifs, Bartonella henselae et Bartonella quintana, dont la culture en laboratoire est difficile<br><br>L'AB est liée, sur le plan épidémiologique, au contact avec des chats, en particulier de jeunes chats infestés de puces<br><br>Le diagnostic différentiel avec le SK n'est pas toujours facile |

**Tableau A2, 8.1 : Affections cutanées**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Bactérienne** | | | | |
| Hydrosadénite suppurée | • Plaies et furoncles multiples récurrents aux aisselles et autres régions humides | | • Traitement des lésions locales et/ou drainage chirurgical<br><br>Antibiotiques :<br>• Tétracycline 500 mg PO bid x 6 sem<br>• En cas d'échec thérapeutique, utilisez de la cloxacilline ou de l'érythromycine 250–500 mg PO qid x 5 j<br>• Amoxicilline 250–500 mg qid est également efficace et peut être donné si aucun des médicaments précités n'est disponible<br>• Si vous disposez de laboratoire capable de déterminer la sensibilité aux antibiotiques des micro-organismes responsables des abcès, prescrivez un traitement qui soit adapté aux résultats | |
| Impétigo | • Plaies cutanées superficielles multiples | | • Nettoyez doucement les lésions avec du savon et de l'eau<br>• L'impétigo étant très contagieux, maintenez une bonne hygiène et lavez-vous bien les mains pour éviter de contaminer d'autres personnes<br>• Dans les cas graves, donnez de la cloxacilline ou de l'érythromycine 50 mg/kg/j qid x 5 j | |
| Maladies mycobactériennes | • Possible chez un patient qui présente une éruption papulo-pustuleuse sur le tronc et aux extrémités et qui est gravement malade | Tests<br>• Aspiration et/ou biopsie des ganglions<br>• Biopsie cutanée<br>• L'examen au microscope de la biopsie de la peau montre de nombreux bacilles acido-résistants<br>• L'aspiration et/ou la biopsie des ganglions a une capacité de diagnostic plus élevée que la biopsie cutanée dans la TB extra-pulmonaire | | La TB miliaire généralisée de la peau est une forme rare de tuberculose |

**Tableau A2, 8.1 : Affections cutanées**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Infections cutanées fongiques** | | | | |
| Dermatophytose | • Tâches hyper ou hypo-pigmentées prurigineuses, en forme d'anneau ou non, accompagnées de desquamation | Examen direct au microscope de la préparation KOH | • Utilisez localement un traitement antifongique à large spectre, comme le clotrimazole sous forme de crème 1% chaque jour pendant 3 semaines<br>• Expliquez au patient que le traitement local peut prendre beaucoup de temps<br>• Une dermatophytose généralisée peut nécessiter un traitement systémique avec du griséofulvine 500 mg od ou du kétoconazole 200 mg/j x 3 sem pour les lésions cutanées et jusqu'à 6 mois pour les lésions des ongles | Le tinea corporis, le tinea pedis, le tinea cruris et l'onychomycose peuvent survenir plus souvent chez les patients infectés par le VIH. Le tinea pedis est plus fréquent.<br>L'onychomycose requiert un traitement à long terme et les patients présentant une dystrophie des ongles ne souffrent pas tous d'infection fongique. Par conséquent, il est nécessaire de poser le bon diagnostic. L'examen direct au microscope de la préparation KOH suffit à confirmer le diagnostic.<br>Le tinea cruris suit le tinea pedis et l'onychomycose dans l'ordre de fréquence. La préparation KOH de prélèvements cutanés permet de la distinguer de la dermatite séborrhéique.<br>Le taux de récurrence est élevé et un traitement d'entretien peut être nécessaire |
| Dermatite séborrhéique ou érythrodermie généralisée | • Desquamation grasse généralisée avec squames (pellicules) excessifs sur le cuir chevelu, le visage et la poitrine | | | Plainte très fréquente et l'un des tous premiers indicateurs cliniques d'une infection par le VIH |
| Candidose cutanée | • Lésions humides prurigineuses, principalement aux aisselles, à l'aine et sous la poitrine | Tests<br>• Préparation de KOH des zones affectées<br>La préparation de KOH peut montrer des filaments pseudo-mycéliens et un bourgeonnement de levure | • Application locale d'une solution aqueuse 1% de violet de gentiane ou d'onguent de nystatine bid jusqu'à disparition des lésions. Peut nécessiter un traitement prolongé.<br>• En cas de non-réponse au traitement, essayez d'autres antifongiques topiques, comme le clotrimazole crème 1%<br>• Dans les cas graves ou, s'il n'y a toujours pas de réponse au traitement, du kétoconazole 200 mg PO bid x 10 j peut être nécessaire | L'intertrigo à Candida est rare chez les PVS, mais des patients fortement immunodéprimés peuvent avoir une balanite, une urétrite distale ou encore une paronychie (infection des ongles) |

**Tableau A2, 8.1 : Affections cutanées**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Infections cutanées fongiques** | | | | |
| Mycose profonde | • 70% des patients souffrant d'une infection disséminée à Penicillium marneffei auront des lésions cutanées<br>• L'histoplasmose et la cryptococcose peuvent également s'accompagner de pustules, nodules, ulcères et papules<br>• Les patients ayant une cryptococcose et une pénicilliose peuvent présenter des lésions qui ressemblent à celles du molluscum contagiosum, avec une ombilication centrale, typiquement localisées sur le visage et le tronc | Tests<br>• Les organismes peuvent être vus par un examen au microscope des prélèvements cutanés, par imprégnation sur lame de la biopsie cutanée ou du liquide ganglionnaire aspiré et coloré par coloration de Wright ou par coloration au « bleu coton »<br>• Le diagnostic est confirmé par la culture des champignons des prélèvements cliniques. | | Les tests de diagnostic ne sont pas facilement disponibles dans les pays en développement. Le diagnostic est suggéré par le tableau clinique : forte fièvre, anémie aiguë, toux, lymphadénopathie, hépatomégalie et signes méningés.<br><br>Stade IV de la classification de l'OMS |
| **Virale** | | | | |
| Herpès simplex (HSV) muco-cutané chronique | • Grappes vésiculaires douloureuses, ulcères ou lésions dans la bouche et la région ano-génitale | | • L'herpès simplex dans le cadre d'une maladie au VIH a une évolution ulcérative chronique.<br>• Si possible, acyclovir 200 mg 5 fois par jour x 7 j (14 j en cas d'infection muco-cutanée disséminée par HSV)<br>• Si l'acyclovir n'est pas disponible, traitez la lésion locale en utilisant des antiseptiques topiques, comme le violet de gentiane, ou nettoyez les vésicules ulcérées avec de l'eau salée, puis bien les essuyer<br>• Si possible, faites une chimiothérapie suppressive avec de l' acyclovir oral 200–400 mg bid | C'est une des affections cutanées les plus ennuyeuses chez les patients souffrant du SIDA.<br>Les ulcères chroniques (>3 sem) n'apparaissent qu'en cas d'immunosuppression avancée. S'ils ne sont pas traités, ils peuvent durer des mois et affecter finalement la majeure partie de la peau et des muqueuses génitales et péri-anales. Taux de récidive élevé (plus de 6 fois par an) chez certains patients.<br><br>Stade IV de la classification de l'OMS |
| Zona (virus de la varicelle et du zona) | • Grappes vésiculaires douloureuses sur une zone érythémateuse de la peau avec une distribution neuro-dermatologique localisée<br><br>• Les lésions peuvent devenir nécrosantes et étendues, nécessitant beaucoup de temps pour guérir | | • Les lésions peuvent être spontanément résolutives et ne nécessiter que des analgésiques—aspirine ou paracétamol 500 mg qid—et un traitement des lésions locales avec du violet de gentiane ou des antiseptiques.<br>• Une application locale de gel 2% de lidocaïne peut soulager davantage la douleur chez certains patients | La présence de zona chez une jeune personne est un signe très courant d'infection par le VIH. Près de 25% des PVS font des rechutes.<br><br>Si elles affectent la branche ophtalmologique du nerf trijumeau, elles peuvent toucher la cornée et provoquer une cicatrisation de la cornée avec une perte de la vue à cet œil.<br><br>Stade II de la classification de l'OMS |

**Tableau A2, 8.1 : Affections cutanées**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Infections cutanées fongiques** | | | | |
| Zona<br>(virus de la varicelle et du zona) | | | • La lotion de calamine est peu coûteuse, soulage la peau, réduit le prurit grave et accélère le processus d'assèchement des lésions<br>• Pour des lésions étendues présentes depuis moins de 48 heures, utilisez de l'acyclovir 800 mg x 5 pour éviter des douleurs post-herpétiques<br>• Des analgésiques plus puissants sont parfois nécessaires, comme le paracétamol 1 g + codéine 60 mg q 4h<br>• L'acyclovir 800 mg qid x 7 j est indiqué chez les patients souffrant de lésions ophtalmologiques ou de zona disséminé<br>• Antibiotiques en cas d'infection secondaire – recommandations identiques au traitement de l'impétigo<br>• La névralgie post-zona est rare mais si elle survient, elle doit être traitée avec des anti-épileptiques : phénytoïne 100 mg, augmentée progressivement à 250–300 mg/j ou carbamazépine 100 mg/j, augmentée à 400 mg/j en 10 j | |
| *Molluscum contagiosum* | • Papules non prurigineuses à ombilication centrale affectant le visage, le cou et les régions ano-génitales<br>• Les lésions sur le visage ont tendance à se multiplier, en particulier en cas de blessure lors du rasage | | • Percez chaque lésion avec une aiguille trempée dans du phénol puis retirez le noyau central par expression<br>• Sinon, à condition d'être disponible, la cryothérapie à l'azote liquide est recommandée ou le curetage<br>• Taux de récurrence élevé | Diagnostic différentiel avec la cryptococcose disséminée, l'histoplasmose et la pénicilliose. Ces mycoses systémiques s'accompagnent généralement de fièvre et d'une affection des poumons ou des méninges. Rémission avec la prise d'ARV. |
| Condylome acuminé (verrues génitales) | • « Crêtes de coq » en chou-fleur<br>• Peut être très étendu, affectant les régions génitales et péri-anales | | • Traitez avec de la solution de podophylline 20% 2 fois par semaine jusqu'à disparition<br>• La podophylline 20% peut être corrosive pour la peau non affectée environnante. Elle ne doit être appliquée que sur les pointes des verrues et être rincée pas plus de 6h après application. Pour des verrues sur des muqueuses génitales et la bouche, une plus faible concentration de podophylline (10%) peut être appliquée | Les lésions sont provoquées par le papillomavirus humain, qui peut donner naissance à un cancer anal et cervical. Les patients présentant peu de verrues peuvent être asymptomatiques. D'autres patients peuvent avoir du prurit, des saignements ou des douleurs.<br><br>Taux de récidive élevé |

**Tableau A2, 8.1 : Affections cutanées**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Infections cutanées fongiques** | | | | |
| Condylome acuminé (verrues génitales) | | | • Sinon, de l'acide trichloracétique cristallisé peut être appliqué 1–2 fois par semaine jusqu'à disparition de la lésion. Si possible, la cryothérapie à l'azote liquide est recommandée<br>• Autres traitements alternatifs : électro-cautérisation et retrait chirurgical<br>• Si les lésions sont peu nombreuses, le traitement est mieux administré par le patient avec de la podophyllotoxine solution 0,5% chaque jour uniquement sur les lésions | • Apprenez aux patients à adopter des mesures pour empêcher la transmission |
| CMV | • Ulcérations des muqueuses buccales et de la région ano-génitale | | | Pour de plus amples détails, voir la session 4 (Affections du système neurologique) et la session 7 (Affections de la bouche et de la gorge) de ce module. |
| **Prurigo et/autres affections cutanées** | | | | |
| Éruptions médicamenteuses | • Éruption cutanée généralisée et/ou muqueuses enflammées | | • Arrêter le(s) médicament(s)<br>• Traitement des lésions locales<br>• Donnez des antihistaminiques oraux | Les corticostéroïdes systémiques sont des immunodépresseurs et ne doivent être administrés que dans les cas ou la vie du patient est sérieusement menacée.<br>Le cotrimoxazole, la sulfadiazine, la pentamidine, l'acyclovir et les médicaments anti-TB. s'accompagnent souvent d'éruptions médicamenteuses. Le thiacétazone a également été incriminé ainsi que les ARV, notamment la NVP, l'EFZ, l'AZT, la d4T. |
| Exanthème lié au VIH | • Exanthème maculo-papulaire prurigineux généralisé ; érythrodermie | | • Lotion de calamine topique ou antihistaminiques, comme la diphenhydramine 50 mg PO q 6h, la chlorphéniramine 4 mg PO q 8h ou la prométhazine 10 mg bid<br>• L'exposition aux rayons UV et les stéroïdes topiques peuvent être utiles | De l'exanthème maculo-papulaire prurigineux généralisé dû à une folliculite éosinophilique est typique du VIH.<br>Aucune IO n'a été identifiée comme en étant la cause.<br>Le traitement est principalement symptomatique. |

**Tableau A2, 8.1 : Affections cutanées**

| Étiologie | Signes et symptômes | Tests (biologiques, RX et autres) | Prise en charge et traitement | Caractéristiques uniques, commentaires |
|---|---|---|---|---|
| **Prurigo et/autres affections cutanées** | | | | |
| Psoriasis | • Plaques étendues bien délimitées qui sont couvertes d'épaisses écailles d'un blanc argenté. On pense souvent à tort qu'il s'agit d'une infection cutanée fongique. Les lésions sont souvent bilatérales et affectent surtout le cuir chevelu, les coudes, les genoux, la bordure frontale et les régions intertrigineuses | | • Goudron de houille en onguent de salicylate bid<br>• Les cas graves peuvent répondre à des corticostéroïdes topiques | |
| Gale | • Infection cutanée parasitaire : sillons superficiels, prurit important (plus important la nuit) et inflammation secondaire | Préparation de KOH des prélèvements cutanés. Des mites peuvent être vues au microscope | • Benzoate de benzyle topique (lotion 25%) – laisser sécher sur la peau et répéter le jour suivant. Éviter tout contact avec les yeux | La gale peut conduire à une maladie généralisée chez les patients souffrant du SIDA, avec des lésions hypertrophiques et hyperkératosiques, suivie d'une infection secondaire par des bactéries. Elle peut être mortelle en cas d'infection secondaire aiguë. |
| Xérosis | • Exanthème prurigineux, squameux et diffus affectant principalement les membres et le cou. | | | Fréquent chez les PVS<br>Étiologie inconnue |
| Sarcome de Kaposi | • Gonflement sombre non douloureux en plaques ou nodules non prurigineux qui n'ont pas une forme d'anneau, avec ou sans lésions buccales similaires | | • En cas de lésions discrètes uniques ou peu nombreuses, ne rien faire<br>• Les lésions sur le visage ou les parties exposées du corps peuvent être traitées localement par cryothérapie (azote liquide topique), traitement à l'intérieur de la lésion avec de la vinblastine (0,2–0,4 mg à 2 sem d'intervalle) ou interféron alpha ou encore excision chirurgicale<br>• En cas de lésion unique, les résultats des traitements précités sont prometteurs<br>• En cas de lésions disséminées ou étendues, et si le traitement est envisagé, faites une biopsie<br>• Radiothérapie : en cas de SK pharyngé ou intra-buccal localisé, de SK cutané douloureux et de lymphœdème au visage et aux extrémités | Rémission signalée avec la prise d'ARV<br>Associé au HHV type 8<br>Viscéral avec affection des poumons, peut ressembler à la TB<br>Pour de plus amples détails sur le SK, voir la session 11 de ce module.<br>Stade IV de la classification de l'OMS |

**Si vous n'utilisez pas le tableau ci-dessus, suivez les étapes suivantes.**

| | |
|---|---|
| Étape 4. | Projetez la diapositive PowerPoint ou présentez les feuilles de tableau papier que vous avez préparées. Lisez la première partie et demandez aux participants d'indiquer la classification (par exemple, bactérienne, fongique, etc.). Écrivez leur réponse après la flèche. Poursuivez la liste.<br>Limitez toute discussion à ce stade car d'autres détails sont donnés plus bas.<br>**(5 minutes)** |

a. Classification en fonction des signes et symptômes :
- Lésions chaudes, inflammatoires, douloureuses et/ou fluctuantes ➔ infection bactérienne
- Taches décolorées ➔ infection fongique ou sarcome de Kaposi
- Éruptions localisées ou gonflements en forme de boutons localisé ➔ infection virale
- Prurigo/urticaire, lésions maculaires, maculo-papulaires ou squameuses ➔ classées comme autres affections cutanées, y compris éruptions médicamenteuses, séborrhée, psoriasis et gale

| | |
|---|---|
| Étape 5. | Donnez les informations suivantes sur le tableau clinique, la prise en charge et le traitement en utilisant les diapositives PowerPoint qui montrent chaque infection.<br>**(1h–1h30)** |

**Infections bactériennes :**

a. **Abcès cutané ou pyomyosite**
- Tableau clinique : La région affectée ou les abcès sont fluctuants et chauds
- Prise en charge et traitement :

  Drainage chirurgical et traitement de la lésion

  Antibiotiques :

  Vancomycine, cephalexine ou dicloxacilline 500 mg PO qid x 7–21 j

  (Flu)cloxacilline 500 mg PO qid x 10 j ou (flu)cloxacilline 1–2 g IV qid x 10 j

  En cas d'échec thérapeutique, utilisez de la cloxacilline ou de l'érythromycine 250–500 mg PO qid x 5 j

  Si vous disposez d'un laboratoire capable de tester la sensibilité aux antibiotiques des micro-organismes responsables des abcès, prescrivez un traitement qui soit adapté aux résultats.
- Commentaires : Bien que le drainage chirurgical soit la seule mesure habituellement nécessaire en cas d'abcès ou de pyomyosite, les patients immunodéprimés reçoivent des antibiotiques pour empêcher le développement d'une bactériémie ou d'une septicémie pendant l'intervention, ainsi que pour accélérer le rétablissement. Dans les cas graves, le patient peut nécessiter un traitement IV avec des céphalosporines ou de la pénicilline résistant à la pénicillinase à cause du risque de propagation systémique.

  La pyomyosite, provoquée le plus souvent par le *Staphylococcus aureus*, est apparue en Afrique comme une complication inhabituelle du VIH. En Tanzanie, par exemple, 62% d'un groupe de patients souffrant de pyomyosite étaient infectés par le VIH. Dans l'hémisphère Nord, des cas isolés ont été enregistrés mais l'affection est rare.

b. **Furonculose ou folliculite**

- Tableau clinique : Infection septique cutanée autour des follicules capillaires
- Prise en charge et traitement :

  Traitement des lésions locales

  Antibiotiques :

  Vancomycine, cephalexine ou dicloxacilline 500 mg PO qid x 7–21 j

  (Flu)cloxacilline 500 mg PO qid x 10 j ou (flu)cloxacilline 1–2 g IV qid x 10 j

  En cas d'échec thérapeutique, utilisez de la cloxacilline ou de l'érythromycine 250–500 mg PO qid x 5 j

  Si vous disposez d'un laboratoire capable de tester la sensibilité aux antibiotiques des micro-organismes responsables des abcès, prescrivez un traitement qui soit adapté aux résultats.

c. **Hydrosadénite suppurée**

- Tableau clinique : Plaies et furoncles multiples récurrents aux aisselles et dans d'autres régions humides
- Prise en charge et traitement :

  Traitement des lésions locales et/ou drainage chirurgical

  Antibiotiques :

  Tétracycline 500 mg PO bid x 6 sem

  En cas d'échec thérapeutique, utilisez de la cloxacilline ou de l'érythromycine 250–500 mg PO qid x 5 j.

  L'amoxicilline 250–500 mg qid est également efficace et peut être donné si aucun des médicaments précités n'est disponible.

  Si vous disposez d'un laboratoire capable de tester la sensibilité aux antibiotiques des micro-organismes responsables des abcès, prescrivez un traitement qui soit adapté aux résultats.

d. **Impétigo**

- Tableau clinique : Plaies cutanées superficielles multiples
- Prise en charge et traitement :

  Nettoyez doucement les lésions avec de l'eau et du savon

  L'impétigo étant très contagieux, il est important de maintenir une bonne hygiène et de se laver bien les mains pour éviter de contaminer d'autres personnes.

  Dans les cas graves, donnez de la cloxacilline ou de l'érythromycine 50 mg/kg/j qid x 5 j.

**Sarcome de Kaposi**

a. Tableau clinique : Gonflement sombre, en plaques et non douloureux ou nodules non prurigineux qui n'ont pas la forme d'anneau, avec ou sans lésions buccales similaires.

b. Prise en charge et traitement :

- En cas de lésions discrètes uniques ou peu nombreuses, ne rien faire.
- Les lésions sur le visage ou les régions exposées du corps peuvent être traitées localement par cryothérapie (azote liquide topique) ; traitez l'intérieur de la lésion avec de la vinblastine (0,2–0,4 mg à 2 sem d'intervalle) ou de l'interféron alpha, et faites une excision chirurgicale.
- En cas de lésion unique, des résultats après l'utilisation de l'un des traitements sus-cités sont prometteurs.
- En cas de lésions disséminées ou étendues, et si le traitement est envisagé, faites une biopsie.
- Utilisez la radiothérapie en cas de SK pharyngé ou intra-buccal localisé, de SK cutané douloureux et de lymphoedème au visage et aux extrémités.
- Pour de plus amples détails sur la prise en charge et le traitement du SK systémique, voir la session 11 de ce module.

c. Commentaires : Rémission signalée avec la prise d'ARV

Associé au HHV type 8

L'atteinte viscérale avec implication des poumons, peut ressembler à la TB (décrire les résultats radiologiques)

**Infections cutanées fongiques**

a. **Tinea (dermatophytose)**
   - Tableau clinique : Taches hyper ou hypo-pigmentées prurigineuses, en forme d'anneau ou non, accompagnées de desquamation
   - Prise en charge et traitement :
     Utilisez localement un traitement antifongique à large spectre, comme la crème clotrimazole 1 % chaque jour pendant 3 semaines.
     Expliquez au patient que le traitement local peut prendre beaucoup de temps.
     Une dermatophytose généralisée peut nécessiter un traitement systémique avec de la griséofulvine 500 mg/j ou du kétoconazole 200 mg/j x 3 sem pour les lésions cutanées et jusqu'à 6 mois pour les lésions des ongles.

b. **Candidose cutanée**
   - Tableau clinique : Lésions humides prurigineuses, principalement aux aisselles, à l'aine et sous la poitrine
   - Prise en charge et traitement :
     Application locale d'une solution aqueuse 1% de violet de gentiane ou d'onguent de nystatine bid jusqu'à disparition des lésions. Peut nécessiter un traitement prolongé.
     En cas de non-réponse au traitement, essayez d'autres antifongiques topiques, comme le clotrimazole sous forme de crème 1%.
     Dans les cas graves ou, s'il n'y a toujours pas de réponse au traitement, l'administration de kétoconazole 200 mg par voie orale bid x 10 j peut être nécessaire.

c. Des lésions cutanées de cryptococcose systémique ou d'histoplasmose disséminée sont rares mais répondent bien à une chimiothérapie antifongique

**Infections virales**

a. **Herpès simplex (HSV)**
   - Tableau clinique : Grappes vésiculaires douloureuses, ulcères ou lésions dans la bouche ou la région ano-génitale
   - Prise en charge et traitement
     L'herpès simplex dans le cadre du VIH a une évolution ulcérative chronique.
     Si possible, acyclovir 200 mg 5 fois par jour x 7 j (14 j en cas d'infection muco-cutanée au HSV disséminée).
     Si l'acyclovir n'est pas disponible, traitez la lésion locale en utilisant des antiseptiques locaux, comme le violet de gentiane, ou nettoyez les vésicules ulcérées avec de l'eau salée et maintenez-les sèches.
     Si possible, administrez une chimiothérapie suppressive avec de l'acyclovir oral 200–400 mg bid.

- Commentaire : Dans les cas graves, les directives de la Namibie recommandent : acyclovir 400 mg tid x 5 j ; ce traitement peut apporter un grand soulagement s'il est administré dans les 24 heures.

b. **Zona (virus de la varicelle et du zona)**
   - Tableau clinique : Grappes vésiculaires douloureuses sur une partie érythémateuse de la peau avec une distribution neuro-dermatologique localisée
   - Prise en charge et traitement :
     Les lésions peuvent être spontanément résolutives et ne nécessiter que des analgésiques –aspirine ou paracétamol 500 mg qid– et un traitement des lésions locales avec du violet de gentiane ou des antiseptiques.
     Une application locale de gel 2% de lidocaïne peut soulager davantage la douleur chez certains patients.
     La lotion de calamine est peu coûteuse, soulage la peau, réduit le prurit grave et accélère le processus d'assèchement.
     Des analgésiques plus puissants sont parfois nécessaires, comme le paracétamol 1g + codéine 60 mg q 4h.

L'acyclovir 800 mg qid x 7 j est indiqué chez les patients souffrant de lésions ophtalmologiques ou de zona disséminé. Pour des lésions étendues présentes depuis moins de 48 heures, utilisez l'acyclovir 800 mg x 5 pour éviter des douleurs post-zona.
Antibiotiques en cas d'infection secondaire—recommandations identiques à celle de l'impétigo.
La névralgie post-zona est rare mais si elle survient, elle doit être traitée avec des anti-épileptiques : phénytoïne 100 mg, augmentée progressivement à 250–300 mg/j ou carbamazépine 100 mg/j, augmentée à 400 mg/j en 10j.

c. **Molluscum contagiosum**
- Tableau clinique : Petites papules non prurigineuses à ombilication centrale. Il est possible d'avoir de multiples lésions très étendues, en particulier sur le visage.
- Prise en charge et traitement :
  Percez chaque lésion avec une aiguille trempée dans du phénol et extrayez le noyau central.
  Sinon, et à condition de pouvoir y avoir recours, la cryothérapie à l'azote liquide ou le curetage sont recommandés. Le taux de récidive est élevé.
- Commentaires : Diagnostic différentiel avec la cryptococcose disséminée, l'histoplasmose et la pénicilliose. Ces mycoses systémiques s'accompagnent généralement de fièvre et d'une affection des poumons ou des méninges.
  Rémission avec le traitement ARV

d. **Condylome acuminé (verrues génitales)**
- Tableau clinique : « Crêtes de coq » en chou-fleur
- Prise en charge et traitement :
  Traitez avec de la solution de podophylline 20% 2 fois par semaine jusqu'à disparition.
  La podophylline 20% peut être corrosive pour la peau non affectée environnante. Elle ne doit être appliquée que sur les pointes des verrues et être lavée pas plus de 6h après application. En cas de verrue sur les muqueuses génitales et la bouche, vous pouvez appliquer une plus faible concentration de podophylline (10%).
  Sinon, de l'acide trichloracétique cristallisé peut être appliqué 1–2 fois par semaine jusqu'à disparition de la lésion. Si elle est disponible, la cryothérapie à l'azote liquide est recommandée.
  Autres traitements alternatifs : électro-cautérisation et élimination chirurgicale
  Si les lésions sont peu nombreuses, le meilleur traitement est l'application quotidienne par le patient de solution de podophyllotoxine 0,5% sur les lésions uniquement.
  Apprenez au patient à prendre des mesures adéquates pour empêcher la transmission.
- Commentaires : Le taux de récidive est élevé

**Prurigo et/ou autres affections cutanées**

a. **Éruptions médicamenteuses**
- Tableau clinique : Éruption cutanée généralisée et/ou muqueuses enflammées.
- Prise en charge et traitement : Arrêt de(s) médicament(s)
  Traitement des lésions locales
  Donnez des antihistaminiques oraux
- Commentaires : Les corticostéroïdes systémiques sont des immunodépresseurs et ne doivent être administrés que dans les situations ou la vie est sérieusement en danger.
  Le cotrimoxazole, la sulfadiazine, la pentamidine, l'acyclovir et les médicaments anti-TB sont souvent associés à des éruptions médicamenteuses. Le thiacétazone a également été incriminé.
  Certains ARV s'accompagnent d'éruptions médicamenteuses : NVP, EFZ, AZT, d4T.

b. **Exanthème lié au VIH**
- Tableau clinique : Exanthème maculo-papulaire prurigineux généralisé ; érythrodermie
- Prise en charge et traitement :
  Lotion de calamine ou antihistaminiques topiques, comme la diphenhydramine 50 mg PO q 6h, la chlorpheniramine 4 mg PO q 8h ou la prométhazine 10 mg bid
  Les rayons UV et une application locale de stéroïdes peuvent être utiles.
- Commentaires : De l'exanthème maculo-papulaire prurigineux généralisé dû à une folliculite éosinophilique est typique du VIH. Aucune IO n'a été identifiée comme en étant la cause. Le traitement est principalement symptomatique.

c. **Dermatite séborrhéique ou érythrodermie généralisée**
- Tableau clinique : Desquamation grasse généralisée avec squames excessives (pellicules) du cuir chevelu, du visage et de la poitrine
- Prise en charge et traitement :
  Répond généralement bien aux stéroïdes topiques (1% hydrocortisone), au goudron de houille et à la crème adoucissante.
  En cas de faible réponse au traitement, suspectez une infection secondaire qui nécessitera des antiseptiques locaux (proviodine iodée ou chlorhexidine) et pourra aussi nécessiter des antibiotiques systémiques (cloxacilline ou ampicilline 250–500 mg tid).
  Peut également être aggravée par une infection cutanée fongique. Dans ce cas, combinez des stéroïdes topiques et de la crème de clotrimazole 1%.
  En cas de candidose coexistante, le kétoconazole topique est utile.
  Dans les cas graves, le kétoconazole oral 200 mg/j peut être indiqué.
- Commentaires : Le taux de récurrence est élevé et un traitement d'entretien peut être nécessaire.

d. **Psoriasis**
- Tableau clinique : Plaques étendues bien délimitées qui sont couvertes d'épaisses écailles d'un blanc argenté. On pense souvent à tort qu'il s'agit d'une infection cutanée fongique. Les lésions sont souvent bilatérales et affectent surtout le cuir chevelu, les coudes, les genoux, la bordure frontale et les régions intertrigineuses.
- Prise en charge et traitement : Goudron de houille en onguent de salicylate bid.
  Les cas graves peuvent répondre à des corticostéroïdes topiques.

e. **Gale**
- Tableau clinique : Infection cutanée parasitaire caractérisée par des sillons superficiels, un prurit important (renforcé la nuit) et une inflammation secondaire.
- Prise en charge et traitement : Benzoate de benzyle topique (lotion 25%)—laissez sécher sur la peau et répétez l'application le jour suivant. Évitez tout contact avec les yeux.

f. **Autres dermatoses :** Les maladies de la peau associées au VIH ne sont pas toutes facilement dépistées ou diagnostiquées. Vous pouvez souvent avoir à prendre la décision de procurer un traitement qui ne fait que soulager les symptômes.

Étape 6. Demandez aux participants ce qu'ils recommanderaient pour soulager en général les symptômes des affections précitées. Écrivez leurs réponses sur un tableau papier et ajoutez tout élément de la liste ci-dessous. **(5 minutes)**

g. Recommandations générales pour le soulagement des symptômes :
- Éviter de s'exposer à un vent sec
- Les lésions squameuses sèches nécessitent une lotion adoucissante, comme la lotion de calamine, un onguent émulsifiant ou de la vaseline
- Utiliser de l'huile de bain ; sécher la peau après le bain en tamponnant avec une serviette douce
- Huiler la peau après le bain, avec de la crème, de l'huile pour le corps ou, de la lanoline
- Un concombre, coupé et frotté sur les zones prurigineuses, est un bon remède maison pour sécher une peau prurigineuse
- Des corticostéroïdes locaux (crème d'hydrocortisone 1%) peuvent être utiles en cas d'inflammation, s'il n'y a pas d'infection bactérienne, fongique ou virale
- Des antihistaminiques, comme de la chlorpheniramine 4 mg PO q 8h et/ou de la prométhazine 10 mg au coucher peuvent être utiles
- L'hydroxyzine 25 mg au coucher peut être utile en cas de très fortes démangeaisons

Étape 7. Demandez aux participants de se répartir en petits groupes de travail (5–6 participants). Demandez-leur de choisir un rapporteur. Distribuez les copies de l'étude de cas. Expliquez-leur qu'ils doivent discuter du cas et répondre aux questions posées. Apprenez-leur à utiliser les algorithmes de l'annexe A, si nécessaire, pour résoudre le cas.
**(20 minutes)**
Réunissez les participants en plénière et demandez au rapporteur de chaque groupe de présenter le compte rendu de leurs discussions et de répondre aux questions en justifiant leurs réponses. Discutez de leurs réponses et ajoutez toute information supplémentaire figurant sur votre feuille de réponse (voir ci-dessous).
**(20 minutes)**

Étape 8. Discutez de toute question qu'ils pourraient avoir sur la prise en charge et le traitement des lésions et infections cutanées au niveau national.
**(10 minutes)**

**Étude de cas : patient souffrant d'une affection cutanée**

Une femme francophone de 33 ans originaire de Côte d'Ivoire et qui habite à Accra se plaint de douleurs thoraciques du côté gauche. On lui a diagnostiqué une infection par le VIH il y a deux ans. Elle a fait un test de dépistage parce que son mari, un homme d'affaires, s'est révélé être infecté par le VIH quelques mois auparavant. Son mari voyage souvent à l'étranger et ne souhaite pas parler du VIH dans sa famille. Il n'a jamais accepté d'utiliser des préservatifs. Ils ont deux enfants, un de 5 ans et un autre de 3 ans, qui se sont révélés tous deux négatifs au VIH. La femme n'a jamais connu de complication jusqu'à présent mais elle se plaint de fatigue depuis quelques mois. L'examen physique révèle quelques lésions vésiculaires sur la paroi thoracique, là où elle ressent les douleurs. Elle a très peur d'être en train de contracter le SIDA et de risquer d'infecter leurs enfants.

Elle voudrait commencer un traitement ARV.
- *Quel est le diagnostic le plus probable pour les douleurs thoraciques de la patiente ?*
- *Quels sont ses besoins ?*
- *Que pouvez-vous proposer ?*

**Étude de cas (patient souffrant d'une affection cutanée)—Réponses**

*Diagnostic*

Une infection au virus de la varicelle et du zona est responsable des douleurs thoraciques de la patiente.

*Besoins de la patiente—Que proposer*

*Soins médicaux*

Un traitement à l'acyclovir (800 mg PO 5 fois par jour) si disponible, mais ce traitement n'est pas absolument nécessaire. Les lésions du zona disparaîtront spontanément sans complications. Prescrivez un traitement pour la douleur et montrez à la patiente comment bien se laver les mains. La patiente veut commencer un traitement ARV mais est-ce vraiment nécessaire ? Chez cette patiente presque asymptomatique, nous souhaiterions certainement avoir une numération des CD4 avant de démarrer le traitement. Sa fatigue pourrait être liée à l'infection au VIH ou à une complication infectieuse, mais étant donné qu'elle n'éprouve aucun autre symptôme, comme de la fièvre ou une perte de poids, la fatigue pourrait être seulement une conséquence des nombreux problèmes que rencontre la patiente. Vous pourriez proposer une prophylaxie avec de l'isoniazide PO 300 mg/j, après avoir écarté une TB évolutive. Si sa numération des CD4 chute en dessous de $200x10^9$/l ou si elle développe une infection symptomatique du VIH, vous pouvez ajouter une prophylaxie au cotrimoxazole ; mais la patiente devrait déjà recevoir ce traitement.

*Soutien psychosocial*

Cette femme peut craindre de développer une maladie grave dans un avenir proche. Le zona survient souvent au début de l'infection au VIH, mais ne signifie certainement pas qu'elle a besoin d'un traitement antirétroviral. Lors d'une séance de conseil, vous devez lui expliquer que, puisqu'elle a deux enfants en bonne santé et qu'elle n'a jamais eu de complication infectieuse grave, son état immunitaire est probablement relativement bon et qu'elle ne développera vraisemblablement pas de problèmes de santé graves (menaçant sa vie) dans un avenir proche. Expliquez les modes de transmission du VIH et soulignez qu'il n'y a aucun risque qu'elle transmette le virus à ses enfants. Un important problème auquel se heurte probablement cette femme est le sentiment d'isolement, étant donné qu'elle ne peut pas parler de son infection avec son mari, les membres de la famille ou des amis. Essayez d'en discuter avec elle et avec son mari. Peut-être pouvez-vous l'orienter vers une ONG qui apporte un soutien aux personnes infectées par le VIH. Du fait de la barrière linguistique, et de la stigmatisation liée à l'infection, la patiente peut être réticente à contacter une telle organisation. Elle peut toutefois vouloir rencontrer ou contacter une autre femme séropositive au VIH parlant français.

*Soutien socio-économique*

Pour l'instant, la famille n'a pas de problème d'argent, mais si le ménage doit acheter des ARV, des problèmes financiers peuvent surgir rapidement. Il est donc important de discuter de la manière d'utiliser au mieux le budget familial, d'épargner pour l'avenir—pour l'éducation des enfants et pour l'achat des ARV lorsqu'ils pourront être vitaux, mais aussi lorsqu'il existera des médicaments plus efficaces à un moindre prix. Si le budget familial est limité, il vaudra mieux démarrer le traitement aux ARV lorsque la patiente développera des signes cliniques d'immunodéficience, comme la candidose orale, ou lorsque la numération des CD4 sera inférieure à $200x10^9$/l.

## SESSION 9 Fièvre

### BUT

Les participants étudieront la fièvre, les principaux agents étiologiques, les tests de diagnostic recommandés et les principaux résultats, ainsi que la prise en charge et le traitement de la bactériémie/septicémie.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les différentes étiologies de la fièvre
2. Décrire le tableau clinique de la bactériémie/septicémie
3. Expliquer les tests recommandés et décrire les principaux résultats de ces tests
4. Fournir une prise en charge et un traitement pour la bactériémie/septicémie
5. Poser un diagnostic différentiel en utilisant une étude de cas

### DURÉE

1 heure

### PRÉPARATION

Revoyez l'étude de cas en préparation des travaux par petits groupes.

Étape 1. Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus).
Étape 2. Présentez les généralités et le diagnostic différentiel (voir **a-b** ci-dessous).
**(7 minutes)**

a. Aperçu général
- Définie comme une fièvre récurrente ou persistante (température >37,5°) qui dure depuis plus de deux semaines et qui est le seul symptôme clinique chez un patient infecté par le VIH

b. Le diagnostic différentiel englobe les étiologies suivantes :
- **Infection protozoaire :** Paludisme
- **Infection bactérienne :** Infections pyogènes de la poitrine, du SNC ou des voies urinaires, etc. Bactériémie due à une borréliose, à une salmonellose, au *Streptococcus pneumoniae*, à l'*H. influenzae*, etc.
- **Infection mycobactérienne :** Tuberculose mycobactérienne, mycobactéries atypiques
- **Infection virale :** Infections des voies respiratoires supérieures, CMV, EBV, infection au VIH même
- **Tumeurs malignes :** Lymphomes

Étape 3. Demandez aux participants de décrire les signes et symptômes (tableau clinique) de la bactériémie/septicémie. Écrivez-les sur un tableau papier. Ajoutez tout symptôme qu'ils auraient oublié (voir ci-dessous).
**(5 minutes)**

c. **Bactériémie/septicémie**
- Principal agent étiologique : *Pneumococcique, méningococcique*
- Tableau clinique : Fièvre (intermittente), frissons au début, pouls faible et rapide, éruptions cutanées (le plus souvent pétéchiales ou à purpura), migraine, anorexie, vomissements, diarrhée, délire, choc, hypotension, collapsus vasculaire, insuffisance rénale, mort

Étape 4. Passez en revue les tests de diagnostic recommandés et les principaux résultats, ainsi que la prise en charge et le traitement. Discutez ensuite de la prophylaxie primaire. Faites un résumé accompagné des commentaires donnés à la fin.
**(5 minutes)**

- Tests diagnostiques recommandés : Analyse d'urine pour l'albumine, les érythrocytes, les leucocytes. Hémocultures pour organismes aérobies et anaérobies. Numération formule sanguine pour l'anémie
- Principaux résultats : L'urine peut être positive pour l'albumine, etc. Les hémocultures peuvent être positives Le patient peut être anémique
- Prise en charge et traitement : Amoxicilline et gentamicine ou ciprofloxacine. Mesures de soutien : bonne nutrition et bonne absorption de liquide ; maintien de l'équilibre des électrolytes avec des solutés IV
- Commentaires : Exige un traitement rigoureux, notamment une hospitalisation

Étape 5. Demandez aux participants de se répartir en petits groupes de travail (6–8 par groupe). Faites-leur choisir un rapporteur. Distribuez les copies de l'étude de cas. Expliquez-leur qu'ils devront discuter du cas et répondre aux questions posées. Apprenez-leur à utiliser les algorithmes de l'annexe A, si nécessaire, afin de gérer le cas.
**(20 minutes)**
Réunissez les participants en plénière et demandez au rapporteur de chaque groupe de présenter le compte rendu de leurs discussions et de répondre aux questions en justifiant leurs réponses. Discutez de leurs réponses et ajoutez toute information supplémentaire figurant sur votre feuille de réponse (voir ci-dessous).
**(15 minutes)**

Étape 6. Discutez de toute question qu'ils pourraient avoir sur la prise en charge et le traitement de la fièvre.
**(10 minutes)**

**Étude de cas : patient souffrant de fièvre**

Une fille de 17 ans se plaint de forte fièvre, de migraine et de maux de gorge. Un de ses professeurs l'a violée deux ans auparavant. Trois mois après le viol, le test au VIH a révélé qu'elle était séropositive. Elle est encore étudiante et veut devenir secrétaire.
L'examen physique révèle des ganglions cervicaux enflés et des exsudats sur les deux amygdales.
Elle vit avec ses parents à Accra. La famille se compose de quatre enfants. Le père tient une petite boutique dans la ville. Sa fille a un petit ami et voudrait se marier l'an prochain.

- *Quel est le diagnostic le plus probable ?*
- *Quels sont les besoins de cette patiente ?*
- *Que pouvez-vous proposer ?*

**Étude de cas (patient souffrant de fièvre)—Réponses**

*Diagnostic*
La fille n'a peut-être été infectée que deux ans auparavant. Par conséquent, son état immunologique est probablement bon. Il n'y a aucune raison de suspecter une complication grave liée au VIH. Ses symptômes pourraient être dus à une angine streptococcique ou à une mononucléose infectieuse.

*Besoins de la patiente—Que proposer ?*
*Soins médicaux*
Vous pouvez lui donner de la pénicilline pour traiter l'angine.

*Soutien psychosocial*
Cette patiente peut avoir du mal à accepter sa séropositivité au VIH et la cause de son infection. Elle peut avoir des difficultés à faire savoir à son petit ami qu'elle est séropositive. Elle voudrait probablement avoir des enfants avec son futur mari. Des séances de conseil devront aborder toutes ces questions.

## SESSION 10 Prophylaxie des infections opportunistes

### BUT

Au cours de cette session, les participants étudieront la prophylaxie de certaines infections opportunistes.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire l'utilisation prophylactique du TMP-SMX et de l'INH
2. Décrire les recommandations de l'OMS concernant le TMP-SMX et l'INH
3. Discuter du moment où il faut prescrire un traitement prophylactique, la personne à qui le prescrire et le schéma à utiliser
4. Décrire d'autres mesures préventives, comme le vaccin 23-valent contre le pneumocoque, les antifongiques et les vaccins contre l'hépatite
5. Discuter de l'objectif de la prévention secondaire et décrire les différents schémas
6. Discuter des recommandations locales et nationales concernant la prophylaxie des infections opportunistes

### DURÉE

1 heure 30 minutes

**Prophylaxie de certaines IO : indications et recommandations du traitement**

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). |
| Étape 2. | Présentez les généralités (voir **1. a-d** ci-dessous). **(5 minutes)** |

**1. Aperçu général**

a. La prévention des IO dans les pays en développement est assez différente de celle du monde occidental. Exemples :
- En Afrique, de nombreux patients souffrant du SIDA ne survivent pas suffisamment longtemps pour contracter le CMV ou le MAC.
- En situations de ressources limitées, la numération des CD4 n'est pas toujours possible à obtenir. Cela limite la capacité des prestataires de soins à suivre la progression de la maladie.
- Dans les pays en développement, l'infection par le VIH est souvent diagnostiquée à un stade avancé de la maladie.

b. Les principales IO observées chez les patients des pays en développement infectés par le VIH sont les suivantes :
- Tuberculose : étendue
- Maladie à pneumocoque : étendue
- Salmonellose non typhoïdique : en particulier en Afrique de l'Est et de l'Ouest, en Thaïlande et au Cambodge
- Cryptococcose : en particulier en Afrique de l'Est et du Sud, en Thaïlande et au Cambodge
- Pneumonie à *Pneumocystis carinii :* Afrique du Sud et Asie
- Pénicilliose : Thaïlande
- Infections bactériennes

c. Certaines des mesures préventives recommandées par les États-Unis (voir « Traitement prophylactique recommandé par les États-Unis » plus bas) ne sont pas trop onéreuses et peuvent prévenir les IO dans les pays en développement. Il s'agit, entre autres :
- du TMP-SMX pour la PCP, la toxoplasmose cérébrale et diverses autres infections bactériennes
- de l'INH pour la tuberculose

d. Dans les pays en développement, les indications pour la prophylaxie comprennent la prise en compte des stades cliniques de l'OMS, de la numération des CD4 et, dans certains cas, de la charge virale.

e. Mesures de prévention générales :
- Éviter les produits laitiers non pasteurisés, les œufs, la viande, la volaille ou le poisson crus ou insuffisamment cuits car ce sont des sources d'infection par *Salmonella*
- Éviter la viande crue ou pas assez cuite car c'est une source de toxoplasmose. Le risque de transmission peut être réduit si la viande est bien cuite et que les fruits sont lavés avec soin avant d'être mangés. Éviter également tout contact avec des chats.
- S'il est impossible de disposer d'une source d'eau potable, conseiller aux patients et à leur famille de faire bouillir l'eau de boisson pour éviter les maladies diarrhéiques, comme la cryptosporidiose.
- La canne à sucre et le bambou moisis sont des sources éventuelles d'infection par *Penicillium marneffei* (en Thaïlande).

| | |
|---|---|
| Étape 3. | Dites que le cotrimoxazole (TMP-SMX) est une prophylaxie efficace. Demandez aux participants pour quelles infections il est utilisé et corrigez-les ou/et ajoutez toute infection qu'ils auraient oubliée. **(5 minutes)** |
| Étape 4. | Présentez les recommandations de l'ONUSIDA/OMS et expliquez qu'il y aura une discussion, au cours de la même session, sur les recommandations nationales et autres questions. **(20 minutes)** |

## 2. Prophylaxie/mesures préventives

a. **Cotrimoxazole (TMP-SMX)**

- C'est une prophylaxie efficace contre :
  Plusieurs infections bactériennes : *Streptococcus pneumoniae*, *Salmonella* sp. et *Nocardia*.
  *Pneumocystis carinii ou P. jiroveci* (PNC)
  Toxoplasmose
  *Isospora belli*
  *Cyclospora*
- Selon l'ONUSIDA, le cotrimoxazole devrait être utilisé pour la prophylaxie des IO chez les enfants et les adultes d'Afrique vivant avec le VIH/SIDA (PVS), qui sont au stade II, III et IV, dans le cadre d'un programme minimum de soins.
- Recommandations de l'ONUSIDA/OMS : voir page 162.

### Recommandations de l'ONUSIDA/OMS pour la prophylaxie des IO

| | |
|---|---|
| Aperçu général : | • Identifier les PVS pour une prophylaxie au cotrimoxazole dans les centres de santé à tous les niveaux, les organisations d'entraide et de lutte contre le SIDA et les organisations non gouvernementales.<br><br>• Le personnel médical formé à cet effet devra prescrire la première ordonnance de traitement prophylactique.<br><br>• Tenir des séances de conseil. |
| La prophylaxie au cotrimoxazole sera proposée : | 1. Aux adultes vivant avec le VIH comme suit (un adulte étant défini comme une personne âgée de plus de 13 ans) :<br>• Toute personne présentant une maladie symptomatique du VIH (stade II, III, IV).<br>• Toute personne asymptomatique avec une numération CD4 de 500 ou moins ou une numération lymphocytaire totale (NLT) équivalente.<br>• Les femmes enceintes après le premier trimestre de grossesse.<br><br>2. Aux nourrissons de plus de 6 semaines ayant été exposés au VIH, comme suit :<br>• Tout enfant né d'une mère infectée au VIH, que cette dernière ait reçu ou non un traitement antirétroviral pendant la grossesse.<br>• Tout enfant diagnostiqué positif au VIH au cours de sa première année d'existence (PCR, sérologie VIH ou diagnostic clinique d'infection selon les recommandations de l'OMS/nationales).<br>• Tout enfant de plus de 15 mois présentant un épisode de PCP ou, tout enfant présentant une infection au VIH symptomatique ou une maladie caractéristique du SIDA ou, encore, tout enfant infecté au VIH et qui a un pourcentage de CD4 inférieur à 15.<br><br>S'ils sont disponibles, utiliser la PCR ou autres tests de diagnostic spécialisés pour confirmer le diagnostic chez l'enfant.<br><br>N'utilisez pas la numération des CD4 ou la NLT comme indicateur pour commencer le traitement chez les nourrissons parce que ces mesures ne permettent pas de prédire le risque de contraction d'une PCP chez les enfants de moins d'un an. |
| Les schémas thérapeutiques suivants sont recommandés : | Adultes :<br>• 1 comprimé « double dose » (DD) ou 2 comprimés « simple dose » (SD) chaque jour :<br>1 DD = SMX 800 mg + TMP 160 mg<br>1 SD = SMX 400 mg + TMP 80 mg<br><br>Enfants :<br>• Le cotrimoxazole en sirop peut être administré régulièrement une fois par jour.<br>• Si l'on ne dispose pas de sirop, on pourra utiliser des comprimés écrasés.<br>• Les professionnels de la santé pourront passer du sirop aux comprimés pour assurer que le traitement ne soit pas interrompu.<br>• La posologie recommandée est de 150 mg de TMP/m2 de surface corporelle + 750 mg de SMX/m2 de surface corporelle. |
| Durée du traitement : | • Prophylaxie à vie chez les adultes et les enfants de plus de 15 mois.<br>• Chez les nourrissons et les enfants de moins de 15 mois, il faudra poursuivre la prophylaxie jusqu'à ce que l'on puisse raisonnablement éliminer le diagnostic d'infection au VIH et qu'il n'y ait plus de risque d'exposition au virus.<br>• Pour les enfants de plus de 15 mois, il faudra continuer la prophylaxie si l'enfant a présenté une PCP ou présente des symptômes d'une maladie liée à l'infection par le VIH, présente une maladie caractéristique du SIDA ou a un pourcentage de CD4 inférieur à 15. |

| | |
|---|---|
| Critères de cessation du traitement : | On arrêtera la prophylaxie aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant :<br>• En cas de réaction cutanée grave du type syndrome de Stevens Johnson, en cas d'insuffisance rénale ou hépatique ou en cas de réaction hématotoxique grave.<br>• Si les agents ARV deviennent disponibles et quand la numération des CD4 est supérieure à 500 ou que le patient est sur traitement ARV avec une numération de CD4 supérieure à 200 depuis six mois. |
| Effets indésirables : | Les effets indésirables sont fréquents, en particulier dans les pays occidentaux, et il est soutenu que la tolérance est meilleure si on utilise 1 comprimé SD par jour ou 1 comprimé DD trois fois par semaine.<br><br>Faire tous les efforts possibles pour poursuivre la prophylaxie au cotrimoxazole car ce traitement est plus actif contre la PCP que les schémas alternatifs et il protège également de la toxoplasmose, des infections respiratoires bactériennes et de certains pathogènes entériques.<br><br>Des doses plus faibles de cotrimoxazole, bien que mieux tolérées, sont moins efficaces que le comprimé DD quotidien recommandé. Par ailleurs, l'efficacité de doses plus faibles de TMP-SMX sur d'autres IO, en particulier la toxoplasmose, n'est pas connue. |
| Traitements alternatifs : | Dapsone 50 mg bid ou 100 mg une fois par jour comme première alternative, si le patient ne tolère pas le TMP-SMX. Envisager également ce traitement pour les patients avec une numération de CD4 inférieure à 200 pour les protéger de la PCP.<br><br>Chez les patients ayant des CD4<100 et des anticorps positifs à Toxoplasma, ajouter à ce traitement de la pyriméthamine 50 mg/sem + de l'acide folinique 25 mg/sem. Ce traitement est beaucoup plus onéreux et complexe que le traitement de prévention au cotrimoxazole.<br><br>Le traitement par pentamidine aérosol 300 mg/mois est plus difficile à mettre en œuvre, il est moins efficace pour prévenir une PCP et son effet sur la toxoplasmose n'est pas bien compris.<br><br>En cas d'effets indésirables légers, qui ne menacent pas la vie, arrêter le traitement pendant deux semaines ; puis réessayer le TMP-SMX en augmentant progressivement la dose. Par exemple :<br><br>TMP/SMX en suspension (40 mg TMP + 200 mg SMX/5 ml) : 1 ml/j x 3 j, 2 ml/j x 3 j, puis 5 ml/j x 3 j, puis 10 ml/j x 3 j, puis 20 ml/j x 3 j, puis 1 comprimé DD/j ou 1 comprimé SD/j (si le comprimé DD n'est pas supporté)<br><br>Après désensibilisation sous surveillance, près de 70% des patients peuvent à nouveau tolérer le TMP-SMX.<br><br>Le Fansidar® (sulfadoxine/pyriméthamine), 1 ou 2 comprimés par semaine, est susceptible d'avoir une action préventive contre la PCP et la toxoplasmose |

| | |
|---|---|
| Suivi : | • Il conviendra de prescrire la prophylaxie au cotrimoxazole dans les cas où il est possible d'assurer le suivi du patient.<br>• Chez l'adulte, le suivi devra avoir lieu tous les mois en début de traitement, puis tous les trois mois si le médicament est bien toléré.<br>• Chez l'enfant, le suivi sera mensuel.<br>• Chez l'adulte et l'enfant, le suivi portera sur la toxicité du cotrimoxazole, ses effets indésirables et sur l'adhérence au traitement.<br>• Le suivi chez les adultes devra aussi comporter le dosage du taux d'hémoglobine et la numération leucocytaire là où il est possible de procéder à ces examens. Ces examens seront réalisés tous les six mois ou selon les indications cliniques. |
| Surveillance : | • La conduite d'interventions pour aider les PVS est un besoin urgent en Afrique.<br>• Chaque pays doit élaborer un plan de mise en place et de surveillance de la prophylaxie au cotrimoxazole.<br>• Il es important de surveiller en même temps l'efficacité clinique, en particulier dans les régions où la résistance au cotrimoxazole est courante. Outre la prophylaxie au cotrimoxazole, il est nécessaire de mener des recherches pour de nouvelles interventions. |
| Évaluation : | Un groupe de travail dirigé par l'ONUSIDA oeuvrera à la définition d'indicateurs sur l'efficacité clinique et l'évaluation des programmes. Ces indicateurs pourraient couvrir la surveillance des :<br>• des taux de base de la résistance de certaines IO aux antimicrobiens,<br>• des changements dans la résistance au cotrimoxazole (notamment les effets sur le traitement du paludisme),<br>• des réactions toxiques aiguës et cumulatives. |
| Recherche : | Les recherches pourraient couvrir :<br>• des études comparatives visant à identifier des traitements alternatifs financièrement abordables,<br>• des études plus approfondies sur la posologie et la période adéquate pour initier la prophylaxie,<br>• la volonté et la capacité des ménages à payer une prophylaxie au cotrimoxazole,<br>• les répercussions sur le revenu, l'épargne et les dépenses des ménages. |
| Coût : | Le TMP-SMX d'après la posologie recommandée de 1 comprimé DD par jour coûte $60 US par an. |
| Distribution : | Le cotrimoxazole peut être :<br>• fourni par les centres de soins communautaires et les projets de soins à domicile,<br>• intégré dans les activités de conseil, avec renouvellement de la prescription de cotrimoxazole à l'occasion de chaque suivi de la PVS par le conseiller. |

| | |
|---|---|
| Étape 5. | Présentez les généralités concernant l'INH et les recommandations de l'OMS (voir **b** ci-dessous). Expliquez que vous discuterez des recommandations nationales dans la suite de la session. **(15 minutes)** |

b. **Isoniazide (INH)**

- Le VIH est le plus grand facteur de risque connu qui favorise la progression de la tuberculose latente vers la forme active.
- Dans les pays à forte prévalence tuberculeuse, entre 2,4% et 7,5% des adultes infectés par le VIH contractent la forme active de tuberculose chaque année. Chez les personnes positives au test PPD (IDR), le taux se situe entre 3,4% et 10% par an, avec un risque de la contracter au cours de la vie de 50%.
- Le mécanisme expliquant ce processus est la réactivation d'une infection latente et/ou d'une ré-infection par *Mycobacterium tuberculosis*, caractérisée par une rapide évolution vers la maladie active et une rapide évolution de l'infection primaire.
- Avant l'épidémie de SIDA, le traitement préventif contre la tuberculose n'avait jamais été recommandé dans les pays en développement (faible rapport coût/efficacité, taux élevé de ré-infection) sauf pour les enfants allaités par une mère souffrant de TBP ou pour les enfants de moins de 5 ans vivant avec des personnes contagieuses.
- Le traitement préventif est aujourd'hui considéré comme une stratégie de santé publique du fait de l'incidence élevée de la TB chez les patients infectés par le VIH dans les pays en développement. La TB active peut accélérer l'évolution clinique de l'infection au VIH.
- Avant l'épidémie de SIDA, plusieurs essais comparatifs avec placebo menés aux États-Unis et en Europe ont démontré l'efficacité du traitement préventif à l'INH chez les sujets positifs au test PPD (IDR) (efficacité que l'on estime à 60% au moins).
- Ce médicament coûte environ $60 US par an.
- Recommandations de l'OMS : Traitement préventif (TP) de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Plusieurs essais comparatifs randomisés effectués à grande échelle ont montré que le TP permettait de prévenir la TB chez les sujets infectés à la fois par le VIH et par le bacille tuberculeux.
  Toutefois, il ressort des études de faisabilité que la démarche qui consiste à cibler la population appropriée, exclure les cas de TB active, administrer le TP et veiller à l'adhérence au traitement chez les patients est complexe et peu rentable.

**Recommandations de l'OMS pour un traitement préventif de la tuberculose**

| | |
|---|---|
| Conditions préalables : | Les conditions suivantes devront être remplies avant d'envisager de mettre en place un service de TP :<br>• Capacités adéquates pour le conseil en VIH ;<br>• Personnel médical correctement formé ;<br>• Coordination entre les services de soins aux PVS et les services antituberculeux ;<br>• Services de traitement et de surveillance anti-TB qui ont une forte probabilité de guérir les cas de TB détectés à travers le service de TP (abandons et échecs thérapeutiques <10%). |
| Recommandations aux gouvernements : | Lorsque ces conditions sont réunies :<br>1. Le TP anti-TB doit faire partie d'un ensemble de soins dispensés aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.<br>2. Le TP ne doit être utilisé qu'en situations où il est possible d'exclure les cas de TB active et d'assurer une surveillance et un suivi approprié.<br>3. Les personnes infectées par le VIH doivent être informées sur la TB et le TP.<br>4. Le TP doit être mis en place dans le cadre de programmes comportant déjà un service de conseil et de dépistage volontaire du VIH.<br>5. La priorité des programmes de lutte antituberculeuse demeure le dépistage et la guérison des cas infectieux.<br>6. Les autorités nationales doivent réglementer l'achat et l'approvisionnement de médicaments anti-TB afin d'éviter l'apparition de résistances. |
| Les personnes positives au VIH devraient recevoir : | 1) Des informations sur la tuberculose<br>Les porteurs du VIH risquent de contracter la TB. Ils doivent recevoir une éducation en matière de santé et être incités à consulter rapidement en cas de toux et autres symptômes caractéristiques de la TB.<br>2) Dépistage de la TB active<br>Le TP n'est pas un traitement approprié pour soigner la TB active et peut induire une résistance médicamenteuse s'il est utilisé dans de tels cas. Il faut donc toujours exclure la TB active avant d'entamer le TP.<br>Il est recommandé de faire une RXT chez tous les sujets avant d'envisager le TP. |
| Cibler les personnes les plus susceptibles de bénéficier du TP : | Le TP est recommandé chez les sujets infectés par le VIH qui ont un PPD (une IDR) positif et qui ne développent pas de TB active.<br><br>Dans certains contextes, il est impossible de procéder au test PPD (IDR). Dans ces conditions, les personnes appartenant aux groupes suivants peuvent néanmoins être considérées pour un TP anti-TB si elles sont infectées par le VHI :<br>• populations où la prévalence de l'infection à la TB est élevée (>30% d'après les estimations) ;<br>• agents de santé ;<br>• personnes vivant sous le même toit qu'un tuberculeux ;<br>• prisonniers ;<br>• mineurs ;<br>• autres groupes très exposés au risque d'acquisition ou de transmission de la tuberculose. |

| | |
|---|---|
| Schémas thérapeutiques : | Administration du TP aux sujets qui ne sont pas atteints de TB active :<br><br>La preuve la plus patente est en faveur de l'utilisation de l'INH sans autre médicament. Les essais utilisant des combinaisons de médicaments rapportent des taux plus élevés d'effets indésirables des médicaments.<br><br>L'isoniazide est le schéma recommandé dans les pays en développement<br><br>L'isoniazide peut être donné, en dose quotidienne auto-administrée, à raison de 5 mg/kg (max. 300 mg) pendant 6 mois. Les malades doivent être contrôlés tous les mois et ne recevoir qu'un traitement de 1 mois à chaque consultation.<br><br>L'adhérence peut être améliorée si on remet au patient une quantité de médicaments couvrant 2 semaines supplémentaires à utiliser en cas d'urgence s'il ne peut pas se présenter pour le contrôle en temps voulu.<br><br>Il n'est pas recommandé d'utiliser les schémas contenant de la rifampicine afin de ne pas favoriser la résistance à ce produit suite à des procédures de dépistage inadéquates ou à une mauvaise utilisation du produit. |
| Contre-indications pour le TP | Le TP est contre-indiqué chez les sujets souffrant de TB active ou d'hépatite active (chronique ou aiguë).<br><br>La TB active doit être exclue avant d'entamer le TP.<br><br>L'isoniazide doit être prescrit avec prudence en cas de consommation quotidienne d'alcool. |

Étape 6. Présentez un résumé en tenant compte des conclusions ci-dessous.
**(3 minutes)**

- Conclusions
  - De préférence, Il existera déjà des programmes de TP au cotrimoxazole pour les PVS qui ont fait preuve de leur adhérence au traitement, ainsi que des stratégies pour suivre les perdus de vue.
  - La prophylaxie à l'INH est recommandée chez toutes les personnes dont on sait qu'elles sont infectées par le VIH, sans réaliser un test cutané PPD (IDR).
  - Il est important d'exclure la TB active avant d'entamer le TP.
  - En pratique, cela signifie que le TP n'est destiné qu'à des PVS asymptomatiques qui se trouvent aux stades I et II de l'OMS et qui ont une RXT négative.
  - Les patients qui se trouvent au stade clinique III, et qui ont par exemple une candidose orale ou une leucoplasie chevelue de la langue, sans autre symptôme, pourraient également être candidats à un TP (pas de fièvre prolongée, ni de diarrhée chronique ni d'infections bactériennes aiguës récurrentes).
  - L'isoniazide peut se prendre en dose quotidienne auto-administrée à raison de 5 mg/kg jusqu'à un maximum de 300 mg, pendant 6 mois (recommandations OMS).
  - Tous les projets rencontrant des problèmes dans la lutte antituberculeuse (taux élevé de perdus de vue, approvisionnement non réglementé des médicaments conduisant à un traitement anti-TB incomplet fourni par les prestataires de soins privés et les programmes anti-TB nationaux, taux élevé d'échec thérapeutique, etc.) ne devront pas entamer de TP à l'INH en tant que procédure de routine.
  - Les projets voulant mettre en œuvre un TP doivent établir des liens de collaboration étroite entre les services de VIH et de TB. Les programmes devront disposer de personnel qualifié pour le conseil, enregistrer un taux de guérison de la TB élevé et un faible taux d'abandon du traitement (moins de 10%).
  - Tous les projets, à l'exception des projets pilotes dans le domaine des soins du VIH/SIDA, devront suivre les recommandations nationales.
  - L'annexe 3 de la session 2 de ce module présente le *Traitement prophylactique tel que recommandé aux États-Unis.*

Étape 7. Dites aux participants qu'ils vont maintenant avoir l'occasion de discutez des recommandations nationales et de toute question qu'ils pourraient avoir. Demandez-leur de se répartir en deux groupes et de choisir un rapporteur.
Le premier groupe discutera de l'utilisation de la **prophylaxie au TMP-SMX** au niveau national et des questions suivantes en particulier :
Existe-t-il des recommandations nationales ?
Sont-elles identiques aux recommandations de l'ONUSIDA/OMS débattues aujourd'hui ?
Ont-ils des questions à propos de ces recommandations et/ou de l'utilisation de la prophylaxie au TMP-SMX ?
Quelles recommandations feraient-ils ?
Le deuxième groupe discutera des mêmes questions pour la **prophylaxie à l'INH** au niveau national.
**(20 minutes)**

Étape 8. Réunissez le groupe en plénière et demandez au rapporteur de chaque groupe de présenter un compte rendu de leurs discussions. Abordez ensuite toute question qu'ils pourraient avoir et les éventuelles solutions.
**(20 minutes)**

Étape 9. Décrivez les autres mesures préventives et la prévention secondaire (voir **2. c** et **3. a-d** ci-dessous).
À la fin, demandez aux participants s'ils ont des questions.
**(10minutes)**
**Total : 50 minutes**

c. **Autres mesures préventives**

- Vaccin 23-valent contre le pneumocoque

  Les personnes infectées par le VIH présentent un risque plus élevé de maladie invasive à pneumocoque provoquée par *Streptococcus pneumoniae*

  La fréquence d'une infection récidivante à *S. pneumoniae* chez les patients souffrant d'une maladie à pneumocoque est assez élevée (26% dans un groupe de travailleurs du sexe au Kenya).

  Le vaccin 23-valent contre le pneumocoque est immunogène chez les personnes infectées par le VIH. Toutefois, il faut encore déterminer si ces réponses d'anticorps se traduisent en efficacité clinique.

  Une étude réalisée en Ouganda n'a révélé aucun bénéfice. La maladie à pneumocoque était même plus fréquente chez le groupe vacciné que chez le groupe témoin. Le vaccin 23-valent peut être inefficace sur les sérotypes de pneumocoques prédominants rencontrés dans cette région. Des études en cours en Gambie, au Malawi et en Afrique du Sud utilisant des vaccins contre le pneumocoque de dernière génération pourraient révéler de meilleurs résultats.

- Antifongiques

  Vous pouvez envisager une prophylaxie primaire avec du fluconazole ou de l'itraconazole dans certaines régions présentant une incidence exceptionnellement élevée de méningite à cryptocoque ou de *P. marneffei.*

  Toutefois, la prophylaxie primaire des infections fongiques est onéreuse et donc impossible dans les pays en développement. Si le prix du fluconazole continue de baisser, il pourrait être approprié pour des régions ayant une incidence élevée de cryptococcose.

  Dans le cadre du projet de traitement ARV thaïlandais, toutes les PVS ont reçu une prophylaxie au fluconazole 200 mg 3 x par semaine lorsque leur numération CD4 était inférieure à 50.

  Les autres doses préventives utilisées sont le fluconazole 400 mg/sem, 100 mg/j ou 200 mg/j.

  Il n'y a pas eu d'essais randomisés dans les pays à prévalence élevée. Toutefois, même dans les pays industriels, la plupart des cliniciens hésitent à utiliser des imidazolés pour une prophylaxie primaire afin de ne pas favoriser d'éventuelles résistances par *Candida* aux imidazolés.

- Vaccin contre l'hépatite B

  Les patients infectés par le VIH présentent un risque plus élevé de contracter l'hépatite B à cause de facteurs de risque communs. Les patients positifs au VIH sont plus susceptibles de développer une hépatite chronique.

  Dans les pays industriels, la vaccination contre l'hépatite B est recommandée pour certains groupes à risque, comme les consommateurs de drogues injectables, les homosexuels, les personnes vivant avec des porteurs de l'hépatite B, les agents de santé et les travailleurs du sexe.

  Dans les pays en développement, bien que les programmes élargis de vaccination (PEV) englobent la vaccination contre l'hépatite B, cette dernière n'est pas systématiquement recommandée chez les adultes infectés par le VIH car très peu de pays sont en mesure d'acheter le vaccin.

### 3. Prévention secondaire

a. La prophylaxie secondaire à vie a été recommandée pour la plupart des IO du fait de leur taux élevé de récidive. Pour les patients sous TAR, une numération de CD4 inférieure à 200 pendant trois à six mois est considérée, pour la plupart des IO, comme une indication qu'il faut interrompre la prophylaxie IO. Des recommandations spécifiques à chaque IO sont toujours en cours d'élaboration pour les pays aux ressources limitées.

b. Tuberculose
- Jusqu'à présent, la prévention secondaire de la TB n'a pas été recommandée.
- Le traitement prolongé (plus de 6–9 mois de traitement) s'est révélé réduire le taux de rechute mais n'a montré aucun avantage en terme de survie.
- Bien que l'on ne puisse faire aucune recommandation ferme, les résultats d'une étude réalisée à Haïti préconisent l'utilisation d'une prophylaxie secondaire à l'INH chez les patients souffrant d'une maladie au VIH symptomatique avant le premier diagnostic et le traitement de la TB.

c. PCP
- TMP-SMX : La dose recommandée est 1 comprimé DD par jour. La tolérance augmente avec des doses plus faibles (voir les notes sur la prophylaxie primaire, ci-dessus).

d. Infections fongiques
- *P. marneffei :* L'itraconazole 200 mg/j est efficace pour réduire les rechutes de *P. marneffei* chez des patients infectés par le VIH qui ont été traités avec succès à l'amphotéricine B.
- *Cryptococcus neoformans :* Le fluconazole 200 mg/j est le premier choix ou l'amphotéricine B, IV, une fois par semaine ou, encore, le fluconazole 200 mg trois fois par semaine.
  Un autre traitement éventuel à examiner est l'administration de fluconazole 400 mg une fois par semaine. Ce traitement s'est révélé aussi efficace que le fluconazole 200 mg/j pour la prévention primaire d'une infection fongique profonde (œsophagite à *Candida*, candidémie, cryptococcose, coccidioïdomycose, blastomycose et histoplasmose). La dose hebdomadaire n'était qu'à moitié efficace par rapport à la dose quotidienne pour la prévention du muguet buccal.

- Muguet buccal /candidose œsophagienne :
  Fluconazole 100–200 mg/j—seulement si les récidives sont graves et fréquentes
- Toxoplasmose : TMP-SMX 1 comprimé DD/j
- Infection muco-cutanée / herpes simplex :
  En cas de récidives fréquentes et graves : acyclovir 200 mg tid ou acyclovir 400 mg bid.

### 4. Tests de diagnostic et médicaments nécessaires : résumé

| MEDICAMENTS | | MATERIEL |
|---|---|---|
| *Premier choix :* | | RXT |
| • Fluconazole | • Itraconazole | FSC (NFS) |
| • Isoniazide | • TMP-SMX | (TFH) |
| *Deuxième intention :* | | |
| • Dapsone | • Acide folinique | |
| • Fansidar | • Pyriméthamine | |

## SESSION 11 Diagnostic et prise en charge des cancers liés au VIH

### BUT

Au cours de cette session, les participants étudieront la pathologie, les caractéristiques cliniques, la prise en charge et le traitement du sarcome de Kaposi (SK), ainsi que les caractéristiques cliniques, la prise en charge et le traitement du lymphome non hodgkinien (LNH) et du lymphome du système nerveux central (SNC).

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire la pathologie, les caractéristiques cliniques, la prise en charge et le traitement du SK
2. Décrire les caractéristiques cliniques, la prise en charge et le traitement du LNH et du lymphome du SNC
3. Discutez du diagnostic, de la prise en charge et du traitement des cancers liés au VIH au niveau national

### DURÉE

45 minutes

Étape 1. Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus).
Étape 2. Présentez l'introduction concernant le sarcome de Kaposi (voir **a** ci-dessous).
**(5 minutes)**

## 1. Sarcome de Kaposi (SK)

a. Introduction et pathologie

- Le SK est une tumeur cellulaire en fuseau que l'on pense être provoquée par le virus de l'herpès humain type 8 (HHV–8)
- Il peut survenir à tout moment, quelle que soit la numération de CD4, mais devient plus fréquent et agressif à mesure que le nombre de CD4 diminue
- Il survient quasiment dans les mêmes proportions chez les hommes et chez les femmes
- Il touche principalement les personnes entre 15 et 45 ans, comme l'infection par le VIH
- Il est souvent disséminé et touche de nombreux organes –peau, ganglions, bouche, poumons, cerveau, système gastro-intestinal, foie et rate
- Il répond en général peu aux traitements contre le cancer à cause de la suppression immunologique sous-jacente

Étape 3. Demandez aux participants quelles sont les caractéristiques cliniques du SK. Écrivez leurs réponses sur un tableau papier et corrigez-les. Ajoutez toute caractéristique qu'ils auraient oubliée (voir liste ci-dessous).
**(10 minutes)**

b. Caractéristiques cliniques :

- Lésions cutanées non prurigineuses et non douloureuses pouvant être maculaires, papulaires, nodulaires ou se présenter sous forme de plaques.
- Lésions buccales qui peuvent survenir initialement et qui sont en général présentes lorsque des lésions du SK sont détectées ailleurs.
- Gonflement généralisé ou localisé du visage, de la région génitale et d'un ou plusieurs des membres inférieurs et supérieurs résultant de l'infiltration lymphatique et entraînant un lymphœdème.
- Lymphadénopathie généralisée résultant d'un SK adénopathique.
- Lésions localisées (exemple : aux yeux, aux pieds ou aux mains).
- Le patient peut parfois présenter des douleurs abdominales, un saignement GI et une distension à cause d'un SK viscéral ; cela peut entraîner une obstruction abdominale.
- Le SK cérébral peut se présenter comme une lésion volumineuse, difficile à distinguer d'autres causes éventuelles.
- Le SK pulmonaire disséminé s'accompagne d'une dyspnée progressive et d'une toux persistante, avec une expectoration spumeuse ou sanguinolente. Chez certains patients, des lésions nodulaires peuvent apparaître à la RXT. Un épanchement pleural de sang ou teinté de sang est une autre manifestation d'un SK dans la poitrine.
- Le diagnostic est confirmé par la biopsie d'une lésion cutanée.
- Un saignement excessif peut compliquer la biopsie des lésions buccales, qui doit être faite par un chirurgien stomatologiste si nécessaire.

Étape 4. Décrivez la prise en charge et le traitement du SK (voir **c** ci-dessous).
**(10 minutes)**

c. Prise en charge et traitement

- Le traitement standard n'est ni la chimiothérapie ni la radiothérapie

  Pour le traitement d'un SK systémique, l'interféron alpha seul (ou en combinaison avec de l'AZT) a été utilisé chez des patients souffrant d'une immuno-suppression aiguë. Le traitement peut être bénéfique chez près de la moitié des patients, mais seulement temporairement.

  En cas de maladie muco-cutanée disséminée et/ou à progression rapide ou, lorsque la tumeur porte atteinte à la fonction des organes vitaux, la chimiothérapie peut entraîner une régression rapide de la tumeur et être salvatrice.

  Parmi les médicaments signalés comme efficaces, il convient de citer : daunorubicine liposomale ; adriamycine ; bléomycine + vincristine ou vinblastine ; vincristine/vinblastine ; bléomycine/alcaloïdes de la pervenche

  La principale menace à la vie n'est généralement pas le cancer en soi mais l'immunodéficience sous-jacente et les IO connexes ou la présence de néoplasmes autres que le SK. Au départ, les lésions du SK peuvent être peu nombreuses, petites et asymptomatiques. Une radiothérapie ou une chimiothérapie à ce stade pourrait endommager davantage le système immunitaire, rendant le patient plus vulnérable aux IO. L'état du patient pourrait donc être pire après le traitement qu'avant. Avant d'orienter un patient souffrant d'un SK vers un traitement de radiothérapie ou de chimiothérapie, pesez le pour et le contre et si nécessaire, discutez avec le patient et sa famille.

- Indications de traitement :

  Lésions nombreuses, peu plaisantes, douloureuses ou ulcérées.

  Lésions volumineuses dans la bouche ou sur la langue, interférant avec l'alimentation.

  Grandes lésions aux yeux, interférant avec la vision.

  Complications potentiellement mortelles comme un SK pulmonaire disséminé associé à une forte dyspnée ; lésions buccales massives interférant avec l'alimentation et lésions viscérales GI qui gênent les fonctions internes (si un diagnostic peut être posé).

  Gonflement important résultant de l'obstruction et affectant le visage, les organes génitaux et les membres.

  Parfois, les patients peuvent demander un traitement pour des raisons cosmétiques. Ils doivent recevoir un conseil adéquat concernant les options thérapeutiques disponibles et leurs avantages et inconvénients respectifs.

  Le traitement du SK et d'autres cancers par une chimiothérapie affecte le système immunitaire. Si le patient n'a qu'une ou deux lésions de SK, il vaut probablement mieux reporter la chimiothérapie.

- Options thérapeutiques

  Excision chirurgicale : pour des lésions ou nodules isolés ; la récidive peut être un problème

  Radiothérapie :

  Efficace en cas de lésions localisées.

  Plus efficace pour arrêter les saignements (80%) et moins efficace pour soulager les oedèmes (<30%).

  Les effets secondaires vont de l'érythème léger à une desquamation humide, une vésication, des réactions douloureuses des muqueuses au niveau des lésions buccales.

  La réponse est généralement progressive sur quelques semaines.

  Rémission complète dans 70% des cas, mais elle est généralement temporaire.

  En cas de rechute, donnez un autre traitement.

  Chimiothérapie :

  Vous pouvez appliquer une chimiothérapie cytotoxique dans l'intérieur des lésions pour certaines d'entre elles. Toutefois, une chimiothérapie systémique est plus souvent utilisée en cas de SK généralisé.

  L'utilisation de plusieurs médicaments, même en doses réduites, donne de bons résultats.

  Les médicaments ont tendance à déprimer la moelle osseuse et à provoquer une pancytopénie et il vaut donc mieux les administrer lorsque la numération leucocytaire est presque normale. Malheureusement, la neutropénie est une complication fréquente de la maladie du VIH et de nombreux patients ne peuvent donc pas supporter une chimiothérapie.

  Le SK viscéral répond mal à la chimiothérapie.

| | |
|---|---|
| Étape 5. | Présentez les informations sur le LNH et le lymphome du SNC (voir **2. a-b** et **3. a-b** ci-dessous). **(10 minutes)** |

**2. Lymphome non hodgkinien (LNH)**

a. Caractéristiques cliniques :
- Symptômes systémiques : fièvre, sueurs nocturnes et perte de poids inexpliquée.
- Caractéristiques cliniques : lymphadénopathie, splénomégalie, pancytopénie, occlusion intestinale, ascites, lésions des nerfs crâniens, dépression de la moelle épinière et lésions des racines nerveuses, auxquelles s'ajoutent des lésions cutanées, testiculaires et pulmonaires massives.

b. Prise en charge et traitement :
- Plusieurs protocoles de chimiothérapie (comme chez les patients séronégatifs) administrés en plusieurs cures sur plusieurs mois.
- Le pronostic est souvent mauvais, en particulier avec une numération de CD4 <100/ml

**3. Lymphome du système nerveux central (SNC)**

a. Caractéristiques cliniques :
- Survient quand la numération totale des CD4 est bien inférieure à 100 ; complication terminale typique.
- Le diagnostic définitif est posé par une biopsie du cerveau ou une cytologie du LCR ou par la présence d'une ou plusieurs lésion(s) occupant l'espace à la TDM ou à l'IRM.
- La biopsie du cerveau pouvant être difficile à obtenir, les patients pour lesquels un traitement d'essai contre la toxoplasmose échoue sont souvent suspectés d'avoir un lymphome du SNC.

b. Prise en charge et traitement :
- Il n'existe pas de chimiothérapie cytotoxique efficace et la radiothérapie est considérée comme palliative.
- La survie après le diagnostic est souvent limitée à quelques mois.

| | |
|---|---|
| Étape 6. | Demandez aux participants s'ils ont des questions et/ou des points qui les préoccupent quant au diagnostic, à la prise en charge et au traitement des cancers liés au VIH au niveau national et discutez-en. **(10 minutes)** |

# Références

## Partie A : Module A2

Anderson, Jean R. (ed.). 2001. *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV.* Washington DC : HRSA/HIVAIDS Bureau http://www.hab.hrsa.gov/.

Bartlett, J.G. et Gllant JE. 1999. *Medical Management of HIV Infection.* Baltimore, Maryland : Johns Hopkins University.

Bartlett, J.G. 2002. *The 2002 Abbreviated Guide to Medical Management of HIV Infection.* Baltimore, Maryland : Johns Hopkins University.

Harrison, M.J.G. et McArthur, J.C. *Cerebral Infections in Aids : Cryptococcal Meningitis.* Infect Med 15 (6) : 396–409.

Lynen, L. et Biot, M. (ed). 2000. *Clinical Aids Care Guidelines for Resource-poor Settings.* Bruxelles, Belgique : Médecins Sans Frontières.

Musoke, P. 2003. Management of Paediatric HIV. *Proceedings of the ANECCA Regional Workshop on Early Diagnosis and Care of HIV-infected children.* 31 mars–1er avril 2003, Kampala, Ouganda.

OMS. 1996. *Fiches modèles OMS d'information à l'usage des prescripteurs : médicaments utilisés dans les maladies sexuellement transmissibles et l'infection à VIH.* Genève : OMS. WHO/DMP/DS1/99.2.

OMS. 1997. *Le traitement de la tuberculose : principes à l'intention des programmes nationaux.* Deuxième édition ; WHO/TB/97.220.

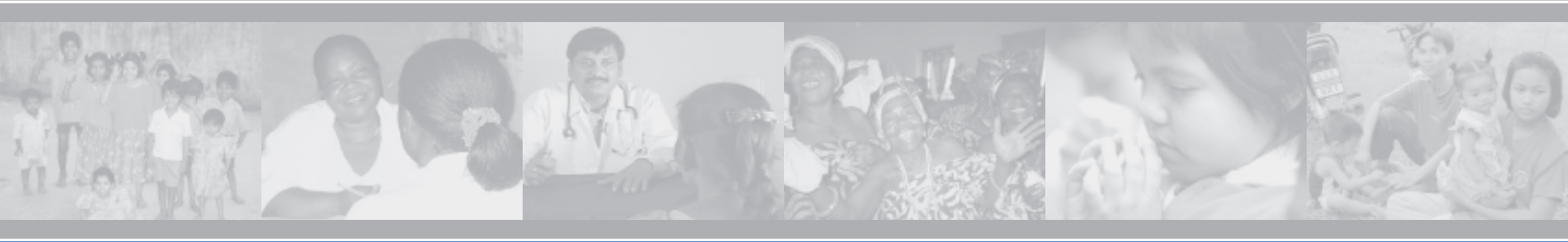
OMS. 2002. *Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : Recommandations pour une approche de santé publique.* Genève : OMS.

République de Namibie, ministère de la Santé et des Services sociaux. 2000. *Guidelines for the clinical management of HIV and AIDS.* Windhoek, Namibie : Directorate of Primary Health Care, National AIDS Coordination Programme *(NACOP*).

Stewart, Graeme (ed.). 1994. *Could it be HIV ? The clinical recognition of HIV infection.* 2e édition, Sydney, Australie : Austrasian Medical Publishing Co.

Module A3

# Questions particulières concernant la prise en charge des femmes et des enfants souffrant du VIH



# Module A3

## Questions particulières concernant la prise en charge des femmes et des enfants souffrant du VIH

**Session 1 : VIH et grossesse : Prévention de la transmission mère-enfant**

Cette session donne un bref aperçu de l'infection par le VIH et aborde en particulier la transmission mère-enfant (TME), notamment les facteurs susceptibles d'accroître la transmission, les mesures qui réduisent la TME, ainsi que l'emploi et les limites du traitement ARV comme mesure de prévention.

**Session 2 : Prise en charge du VIH chez les femmes**

Les participants apprendront à reconnaître les manifestations courantes des affections gynécologiques rencontrées chez les femmes infectées au VIH, notamment les agents étiologiques communs, les manifestations cliniques, la prise en charge et le traitement.

**Session 3 : Prise en charge du VIH chez les enfants**

Les participants apprendront à diagnostiquer le VIH chez les enfants, à prendre en charge et traiter les affections liées au VIH, telles que la diarrhée persistante, le muguet, les affections respiratoires, la fièvre persistante ou récidivante, le retard de croissance, la lymphadénopathie et les affections cutanées.

## SESSION 1 VIH et grossesse : prévention de la transmission mère-enfant

### BUT

Cette session donne un bref aperçu de l'infection par le VIH et aborde en particulier la transmission mère-enfant (TME), notamment les facteurs susceptibles d'accroître la transmission, les mesures qui réduisent la TME, ainsi que l'emploi et les limites du traitement antirétroviral comme mesure de prévention.

### OBJECTIFS

A la fin de la session, les participants seront en mesure de :

1. Comprendre les effets du VIH sur la grossesse
2. Discuter de la TME, des facteurs susceptibles d'accroître la transmission et des mesures qui réduisent la transmission
3. Décrire comment les ARV sont utilisés pour la PTME
4. Décrire les différents schémas thérapeutiques utilisés pour la PTME pendant la grossesse, ainsi que pendant et après l'accouchement, notamment le TAR de courte durée
5. Expliquer les relations entre l'allaitement, la PTME et le TAR, ainsi que les recommandations de l'OMS en la matière
6. Discuter des directives nationales en matière de VIH et d'allaitement maternel

### DUREE

1 heure

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de cette session (voir ci-dessus). |
| Étape 2. | Présentez l'aperçu général : **A. 1–2** ci-dessous.<br>**(7 minutes)** |

**A. Infection au VIH et grossesse**

**1. Introduction :**

Chaque année, dans le monde, deux millions de femmes infectées par le VIH deviennent enceintes, la plupart d'entre elles vivant dans des pays pauvres. Entre un quart et un tiers de ces femmes transmettent la maladie à leur nouveau-né, soit pendant le travail, au moment de la délivrance ou pendant l'allaitement. Il en résulte que 2000 nouveau-nés environ sont infectés au VIH chaque jour. La prise en charge des enfants positifs au VIH, nés d'une mère séropositive et devenus orphelins (décès de la mère) est bien plus difficile que celle des orphelins séronégatifs.

a. _____% des femmes sont positives au VIH (nom du pays—chiffres correspondants) ; le pourcentage est plus élevé dans les régions de : _____
b. L'effet du VIH est le même pour les deux sexes, mais les conséquences de la maladie sont plus graves sur la santé reproductive de la femme, notamment sa capacité à supporter une grossesse et le risque de transmission du virus au futur bébé ou au nouveau-né.
c. Au cours de la phase asymptomatique du VIH, la plupart des femmes ne savent pas qu'elles sont infectées, jusqu'à ce que la maladie soit diagnostiquée chez leur nourrisson. Ceci peut provoquer un conflit au sein de la famille ; les membres de la famille accusent en général la femme d'être responsable de l'infection. (Les programmes de PTME contribuent à la sensibilisation des femmes à cette question.)

**2. Effets du VIH sur la grossesse**

a. Des études menées en Afrique portent à croire que le VIH tend à diminuer la fertilité des femmes, tant dans la phase symptomatique que dans la phase asymptomatique. Les grossesses sont moins nombreuses et les fausses couches plus courantes chez les femmes infectées au VIH. Selon d'autres études, la fertilité ne serait affectée que dans les derniers stades de la maladie du VIH.
b. Lorsque l'on compare les variations du nombre ou du taux de CD4 dans le temps, on n'observe pas de différence entre les femmes positives au VIH qui sont enceintes et celles qui ne le sont pas.
c. Le VIH ne semble pas être une cause importante d'anomalies congénitales, ni d'avortement spontané.
d. La grossesse n'accélère pas la progression de la maladie si l'infection au VIH en est *au stade préliminaire.*
e. *Un stade avancé* de la maladie du VIH peut compromettre la grossesse, se traduisant par : une croissance fœtale insuffisante, un accouchement prématuré, un faible poids à la naissance, la délivrance d'un mort-né ou le décès néonatal.
f. Les problèmes liés au VIH ne diffèrent pas selon qu'une femme est enceinte ou non ; elles devraient toutes recevoir la même prise en charge thérapeutique (à l'exception de médicaments contre-indiqués pendant la grossesse ou à utiliser avec prudence, comme la streptomycine et l'efavirenz)

| | |
|---|---|
| Étape 3. | Décrivez comment le VIH se transmet de la mère à l'enfant. Ensuite, demandez aux participants de citer les facteurs susceptibles d'augmenter le risque de transmission. Écrivez leurs réponses sur le tableau papier ; ajoutez ce qui manque en utilisant la liste ci-dessous.<br>**(10 minutes)** |
| Étape 4. | Demandez aux participants quelles sont les mesures à prendre pour réduire la TME ; Écrivez leurs réponses sur une autre feuille du tableau papier. Ajoutez les mesures manquantes en vous reportant à la liste ci-dessous et répondez à leurs questions.<br>**(10 minutes)** |

## B. Transmission mère-enfant (TME) du VIH

### 1. Transmission

a. Le VIH peut être transmis au nouveau-né pendant la grossesse, à l'accouchement ou au cours de l'allaitement ;
La transmission pendant l'accouchement est probablement la forme la plus courante de TME.
Chez une mère dont on sait qu'elle était positive au VIH pendant la période prénatal, le risque supplémentaire de transmission du VIH à l'enfant par l'allaitement est estimé à 14%. Pour les mères qui sont devenues infectées au VIH après la naissance, le risque peut atteindre jusqu'à 29%. De nombreuses études indiquent que le risque de transmission par allaitement est plus élevé pendant les premiers mois de la vie, puis diminue sensiblement. Toutefois, le risque persiste tant que l'enfant est nourri au sein. Le risque de transmission du VIH est également plus élevé si la mère souffre de mastite.

b. Facteurs susceptibles d'augmenter le risque de transmission :
- Charge virale maternelle élevée : >5–10.000 /ml (au moment de la séroconversion) et au stade avancé de la maladie du VIH : numération de CD4 <100 cellules/mm)
- MST récurrentes
- Le paludisme agit sur le placenta ; elle favorise la transmission virale à travers le placenta
- Carence en vitamine A
- Accouchement prématuré
- Premier né de jumeaux
- Infection du liquide amniotique (chorioamnionite) (données restreintes ; des études récentes ne font pas état d'un risque aggravé)
- Accouchement par voie vaginale
- Rupture des membranes depuis plus de quatre heures
- Rupture du placenta
- Procédures invasives pendant l'accouchement (exemple : extraction par ventouse, épisiotomie, emploi de forceps, suivi fœtal par électrode placée sur le cuir chevelu)
- Succion nasale mécanique après l'accouchement
- Allaitement et en particulier alimentation mixte

Une étude porte à croire que l'alimentation mixte présente un risque accru parce que le nouveau-né court davantage de risques de contracter une infection GI virale ou bactérienne, ce qui aurait pour effet d'altérer sa paroi intestinale, et permettrait donc au virus du VIH de pénétrer plus facilement dans le sang.

c. Mesures destinées à réduire la TME :
- Pendant la grossesse
  - Assurer un conseil et un dépistage volontaire du VIH, associé à un soutien psychosocial
  - Diagnostiquer et traiter rigoureusement tous les cas de paludisme, de MST et autres infections, aussitôt que possible
  - Fournir des soins prénatals de base, notamment :
    - Supplément en fer
    - Expliquer la TME et les différents modes d'alimentation du nouveau-né Commencer un TAR pour prévenir la TME (voir recommandations ci-dessous)
    - Conseiller des pratiques sexuelles sécurisées
- Pendant le travail et l'accouchement
  - Retarder la rupture des membranes
  - N'effectuer qu'un toucher vaginal minimum après la rupture des membranes
  - Nettoyer le vagin avec de l'hibitane ou autre désinfectant antiviral disponible (cette procédure a de plus grandes chances de réduire le risque d'infection puerpérale que la transmission du VIH)
  - Éviter ou diminuer le recours aux moyens traumatiques d'accouchement, tels que les forceps ou moyens similaires, ainsi que l'épisiotomie

  - On a démontré que la césarienne protégeait davantage contre la TME que l'accouchement par voie vaginale. Mais la césarienne reste d'application limitée surtout dans les situations aux ressources limitées, où elle est associée à des taux plus élevés de morbidité et de mortalité maternelle ainsi qu'a un risque potentiel de contamination du personnel soignant.
  - Si la patiente n'est pas déjà sous TAR, donner de la NVP
- Après l'accouchement
  - Éviter la succion nasale mécanique
  - Nettoyer immédiatement le nouveau-né des sécrétions et du sang de la mère
  - Encourager l'allaitement plus sûr (conformément aux directives nationales relatives au choix de la mère de mettre l'enfant au sein dans les 30 minutes suivant la naissance)
  - Si la mère choisit d'allaiter, encourager l'allaitement exclusif et recommander un sevrage rapide (à six mois au plus tard) ou BMS
  - Conseiller de donner des substituts du lait, si les circonstances s'y prêtent, et d'arrêter l'allaitement à six mois.

Étape 5. Expliquez les risques et avantages respectifs, pour le nouveau-né, de l'allaitement comparé à l'alimentation de substitution.
**(10 minutes)**

- Les directives actuelles de l'OMS/ONUSIDA/UNICEF recommandent que les femmes infectées par le VIH soient informées des risques et des avantages de l'allaitement et qu'on les soutienne dans leur décision sur la manière de nourrir leur enfant.
- Il n'existe pas toujours d'option sans danger dans les situations où les ressources sont limitées ; par exemple, l'eau nécessaire à la préparation du lait en formule peut être impropre à la consommation ou peu sûre. Dans ce cas, conseiller l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois.
- Comparaison des risques et avantages respectifs de l'allaitement et de l'alimentation de substitution :

- Risques pour le nouveau-né
  - Infection par le VIH
  - Le risque d'infection persiste tant que l'enfant est allaité
  - Les enfants recevant une alimentation mixte semblent courir un plus grand risque d'infection au VIH, au cours des premiers mois de la vie, que les enfants exclusivement allaités ou recevant exclusivement une alimentation de substitution
  - Raccourcir la durée d'allaitement peut réduire le risque de transmission du VIH ; déconseiller l'alimentation mixte
  - L'option de l'alimentation de substitution exclusive présente également un risque considérable.
    Des études menées en Afrique indiquent que les enfants non infectés par le VIH et nourris d'une alimentation de substitution courent de 2,5 à 5 fois plus de risques de mourir avant l'âge de 12 mois, quelle que soit la cause du décès, que les enfants nourris au sein.

- Avantages pour le nouveau-né
  - Les avantages sont bien connus sur les plans immunologique, nutritionnel, psychosocial, et pour ce qui concerne l'espacement des naissances
  - L'allaitement maternel joue aussi un rôle important dans la prévention d'infections susceptibles d'accélérer la progression de maladies liées au VIH chez des enfants déjà infectés.

Étape 6. Présentez le traitement antirétroviral et la TME : **2.a–f.** ci-dessous.
**(15 minutes)**

## 2. Le traitement ARV et la TME

a. Prévention de la transmission prénatale

- L'administration d'un traitement ARV peut réduire sensiblement la TME

  Des études menées en 1994, dans les pays industriels, ont montré que l'administration d'AZT à la femme enceinte à partir de la 14ème semaine de grossesse, et au nouveau-né pendant le travail, diminuait de près de 70% le risque de TME en l'absence d'allaitement.

  Un traitement plus court composé d'AZT uniquement, administré à partir de la 36ème semaine de grossesse, révélait une réduction du risque de transmission du VIH à six mois de 50%, lorsque la mère n'allaitait pas, et de 37% en cas d'allaitement.

  Une autre étude (HIVNET 012) a aussi montré qu'un traitement bref de NVP réduisait le risque de transmission ; c'est le protocole qui est le plus couramment utilisé, en raison de son efficacité à réduire la TME démontrée par des essais cliniques, de son bon marché et de son emploi facile dans les programmes de prévention de la TME. Le traitement se compose comme suit :

  Traitement court : intra-partum : 200 mg au début du travail ou pendant l'accouchement

  Post-partum au nouveau-né : 2mg/kg dans les 48 à 72 heures

  D'autres essais de traitement ARV de courte durée, composés d'une combinaison d'AZT et de lamivudine, ont aussi révélé une réduction sensible de la transmission (étude PETRA)

- Les femmes traitées aux ARV pour une infection au VIH ont un taux de transmission très bas si leur charge virale est <1000 unités/ml

b. Infection par le VIH diagnostiquée pour la 1re fois pendant la grossesse

- Pendant le 1er trimestre, les femmes peuvent envisager de reporter le démarrage du TAR à plus tard pour éviter les possibilités d'effet tératogène
- Évaluer la gravité de la maladie du VIH chez la femme enceinte, ainsi que les avantages et inconvénients d'un report du TAR après le 1er trimestre
- Si la femme est gravement malade, les avantages d'un traitement commencé très tôt peuvent primer sur les risques théoriques encourus par le fœtus ; dans ce cas, il faut recommander de commencer par des médicaments tels qu'AZT, 3TC, NVP ou NFV

c. Femme infectée au VIH, sous TAR, qui devient enceinte

- Les options possibles sont :

  Suspendre momentanément le traitement pendant le 1er trimestre

  Poursuivre le même traitement

  Changer de traitement

- Éléments à prendre en considération :

  Stade de gestation

  Gravité de la maladie de la mère

  Tolérance au traitement pendant la grossesse

  Risque d'effets indésirables sur le fœtus

  C'est pendant les 10 premières semaines de gestation que le fœtus est le plus sensible au risque d'effets tératogènes des médicaments ; on ne connaît pas les effets du TAR sur le fœtus pendant cette période.

d. TAR et allaitement

- Les femmes qui nécessitent d'être sous TAR et qui allaitent devraient poursuivre leur traitement en cours.
- On ne sait pas pour le moment si l'administration du TAR à la mère qui allaite uniquement pour prévenir la transmission postnatale du VIH par le lait maternel est efficace ; une étude sur ce sujet est actuellement en cours.

e. Femme infectée par le VIH, ayant bénéficié d'une prophylaxie ARV de courte durée pour réduire la TME, et qui a besoin d'un traitement post-partum
   - Les régimes ARV de courte durée, qui ne suppriment pas totalement la multiplication virale, peuvent donner lieu à une résistance aux ARV.
     L'étude ougandaise HIVNET 012 portant sur l'administration intra-partum d'une dose unique de NVP pour prévenir la TME a montré que 19% des femmes développaient une résistance au médicament. Ce résultat a été obtenu en associant les données de l'accouchement, de la charge virale du VIH et de la numération des CD4.
   - Sur la base des informations dont on dispose (jusqu'à ce que d'autres recherches aient été réalisées), l'administration pendant une courte durée d'AZT/3TC ou d'une dose unique de NVP pour prévenir la TME ne devrait pas empêcher d'inclure ces substances dans un régime combiné d'ARV destiné à traiter ces femmes.

f. Adhérence au traitement pendant la grossesse et après l'accouchement
   - Observer le traitement peut être plus difficile pour une femme enceinte ou qui vient d'accoucher que pour une femme qui n'est pas enceinte.
   - Les obstacles à l'adhérence peuvent être :
     Nausées matinales et troubles GI, susceptibles d'être accrus par les nausées dues aux ARV
     Crainte que les ARV ne nuisent au fœtus
   - S'il faut interrompre momentanément le traitement pendant la grossesse, pour quelque raison que ce soit, il vaut mieux interrompre tout le traitement et le reprendre plus tard afin de réduire le risque de développement d'une résistance.
   - Après l'accouchement, les transformations physiques, ainsi que le stress lié aux exigences de soins d'un nouveau-né, peuvent provoquer des difficultés à observer le traitement.
     Il est important d'apporter un soutien supplémentaire aux femmes avant et après l'accouchement, pour qu'elles puissent poursuivre le traitement.

Étape 7. Demandez aux participants de discuter des éléments qui affectent le succès des programmes de PTME dans leur région, ainsi que les stratégies destinées à accroître la participation des femmes et la qualité des programmes.
**(15 minutes)**

g. Recommandations :
   - Compte tenu de tous les facteurs qui entrent en jeu, il faut encourager et soutenir l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant, parce qu'on connaît rarement le statut sérologique de la mère, et que les avantages pour le nouveau-né priment sur les risques, indépendamment du statut VIH de la mère.
   - En tout état de cause, c'est la mère qui doit choisir le mode d'alimentation.
     Quel que soit son choix, le personnel soignant doit la soutenir pour qu'elle-même et son enfant soient nourris au mieux. [Se référer aux directives nationales relatives au VIH et à l'alimentation des nouveau-nés.]

À ce stade de la session, présentez les
**Recommandations nationales en matière de prophylaxie, prise en charge et traitement de la TME**

## SESSION 2 Prise en charge du VIH chez les femmes

### BUT

Au fur et à mesure que le statut immunitaire du patient se dégrade, les problèmes gynécologiques (GYN) sont de plus en plus fréquents. Au cours de cette session, les participants apprendront quelles sont les manifestations courantes de ces affections, les agents étiologiques habituels, les caractéristiques cliniques, la prise en charge et le traitement.

### OBJECTIFS

A la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les manifestations courantes des affections GYN et les divers agents étiologiques qui les provoquent
2. Décrire les caractéristiques cliniques de chaque infection
4. Décrire le traitement et la prise en charge des affections GYN
5. Expliquer comment prévenir les IO pendant la grossesse
6. Expliquer la prise en charge et les protocoles de traitement dans le pays

### DUREE

45 minutes

### PREPARATION

Pour l'étape 2 : préparez cinq feuilles du tableau papier comportant les titres ci-dessous et affichez-les sur les murs de la salle juste avant la session :

**Pertes vaginales**
**Ulcérations génitales**
**Cancers**
**Douleur dans le bas-ventre et fièvre**
**Verrues génitales**

Recopiez les étiologies ci-dessous sur de petites feuilles de papier séparées et distribuez-les aux participants (voir instructions étape 2). Notez que plusieurs manifestations GYN ont la même étiologie.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| • Gonococcie<br>• Chlamydia trachomatis<br>• Trichomonas vaginalis<br>• Vaginite bactérienne<br>• Candidose | • Gonococcie<br>• Chlamydia trachomatis<br>• Infections bactériennes diverses (notamment anaérobies)<br>• TB | • Syphilis<br>• Chancre microbien<br>• Lympho-granuloma venereum (LGV)<br>• Herpès simplex | • Condylomata acuminata. A distinguer de :<br>• Condylomata lata (due à une syphilis secondaire) | • Cancer du col de l'utérus, NCI<br>• Sarcome de Kaposi |

## A. Affections gynécologiques et MST

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). Présentez brièvement l'introduction ci-dessous.<br>**(2 minutes)** |
| Étape 2. | Distribuez les feuilles de papier mentionnant les étiologies ; demandez aux participants de les coller sur les feuilles du tableau papier indiquant la catégorie correspondant à ces étiologies. S'il y a des erreurs, donnez des explications. Si tout est correct, passez à l'étape suivante.<br>**(5 minutes)** |
| Étape 3. | Décrivez la prise en charge et le traitement des affections gynécologiques ordinaires, notamment l'aménorrhée et les saignements inter-menstruels : **1–6** ci-dessous<br>**(15 minutes)** |

Introduction :

Les affections gynécologiques sont courantes chez les femmes atteintes du VIH/SIDA ; elles peuvent être le signe annonciateur de la suppression immunitaire chez la femme. Le VIH/SIDA contribue à la fréquence et à la gravité de nombreuses infections gynécologiques, notamment la candidose vaginale, l'herpès simplex, l'affection inflammatoire pelvienne (salpingite) et les verrues génitales. Le traitement de beaucoup de ces infections est relativement peu coûteux, mais les femmes vivant avec le VIH/SIDA ont souvent besoin de doses plus élevées et de traitements de plus longue durée ; les récidives sont souvent plus fréquentes.

### 1. Pertes vaginales

a. Étiologie :

- Gonococcie
- Chlamydia trachomatis
- Trichomonas vaginalis
- Vaginite bactérienne
- Candidose

b. Prise en charge et traitement

- En général : Suivez les directives nationales de prise en charge des MST.
  Veillez à traiter les partenaires sexuels.
- Candidose : Les patientes souffrent souvent d'attaques récurrentes (même après traitement), qui peuvent devenir persistantes au fur et à mesure que la maladie du VIH s'aggrave. Si les récidives sont très fréquentes, on peut envisager un traitement intermittent régulier.

  Le traitement comprend :

  Intra-vaginal : Miconazole 200 mg, 1 suppositoire/jour x 3 jours ; clotrimazole 100 mg, comprimé vaginal 2/jour x 3 jours ou 1/jour x 7 jours ; clotrimazole 1% sous forme de crème, miconazole 2% sous forme de crème 1 fois/jour x 7 jours ou nystatine pessaire 1 ou 2 fois par jour

  Voie orale : Fluconazole 150 mg par voie orale x 1
  Kétaconazole 200 mg par voie orale 1/jour x 7 ou 2/jour x 3 jours

*Note :* **Évitez les imidazolés (fluconazole, kétaconazole, itraconazole) pendant la grossesse à cause de leurs propriétés tératogènes**

**Tableau A3, 2.1 : Infections vaginales**

| | Vaginite bactérienne | Candidose vulvo-vaginale | Trichomonase | Gonorrhée | Chlamydia |
|---|---|---|---|---|---|
| Causes | Remplacement du lactobacillus normal par une flore mixte, exemple : gardnerella vaginalis, mycoplasma hominis | Candida albicans | Trichomonas vaginalis | Neisseria gonorrhea | Chlamydia trachomatis |
| Signes cliniques et diagnostic | • Pertes homogènes grisâtres ou jaunâtres<br>• Observation des cellules indicatrices au microscope ;<br>• pH vaginal >4.5<br>• Test d'odeur positif (i.e. odeur de poisson des pertes avant ou après addition de KOH 10%)<br>• Diagnostic : il exige la présence d'au moins trois des signes cliniques ci-dessus | Pertes épaisses, blanches, accompagnées de prurit.<br><br>Brûlure vulvaire, irritation vaginale dyspareunie, dysurie.<br><br>Diagnostic : symptômes cliniques + identification de fermentation en culture humide ou prép. KOH ou coloration de Gram des pertes vaginales | Pertes abondantes, malodorantes, souvent mousseuses, jaunes-vertes, avec irritation vulvaire. Possibilité de symptômes urinaires et/ou dyspareunie<br><br>Diagnostic : une culture en solution humide saline est positive si on observe des trichomonas mobiles | Ordinairement asymptomatique | Ordinairement asymptomatique |

Note : Les caractéristiques des pertes vaginales ne sont souvent pas suffisamment fiables pour déterminer leur étiologie, à l'exception du cas de la candidose.

## 2. Douleur dans le bas-ventre et fièvre (PID) (Salpingite)

a. Étiologie :
- Gonococcie
- Chlamydia trachomatis
- Infections bactériennes diverses (notamment anaérobies)
- TB

b. Prise en charge et traitement
- Conseillez aux femmes de signaler ces symptômes immédiatement, pour qu'on puisse rapidement faire le diagnostic et prescrire un traitement.
- Traitez énergiquement les infections bactériennes, avec un antibiotique à large spectre comme par exemple : ciprofloxacine 500, 2x/jour pendant une semaine.
- Si la cause est une MST, suivez les directives nationales de prise en charge des MST ; veillez à traiter les partenaires sexuels.
- Éliminez toute autre possibilité de crise aiguë (exemple : appendicite, grossesse extra-utérine ou autres crises similaires).
  Si la patiente ne répond pas au traitement, ordonnez une analyse de sang pour un test de grossesse (afin d'exclure la grossesse extra-utérine avec test de grossesse par analyse d'urine négatif) et pour exclure un abcès pelvien ou la TB.
  Les patientes souffrant de déficience immunitaire présentent parfois d'énormes abcès, suite à une infection pelvienne ou à des interventions chirurgicales.
  Faites un drainage et prescrivez un traitement antibiotique approprié qui couvre les organismes aérobies et anaérobies si nécessaire.

## 3. Ulcérations génitales (ulcères ou ampoules)

a. Étiologie
- Syphilis
- Chancre microbien
- Lymphogranuloma venereum (LGV)
- Herpès simplex

b. Prise en charge et traitement
- Si la cause est une MST, suivez les directives nationales de prise en charge des MST ; veillez à traiter les partenaires sexuels.
- Herpès simplex :
  Les ulcères répétitifs d'herpès génital sont très courants chez les porteurs du VIH ; ils peuvent être très graves et s'étendre aux fesses et à l'abdomen.
  Au stade avancé de la maladie du VIH, les lésions sont persistantes, étendues et extrêmement douloureuses.
  Prescrivez un traitement apaisant : analgésiques et violet de gentiane.
  L'acyclovir oral 200 mg 4/jour x 5 jours soulage la douleur et favorise la guérison ; dans les cas graves, le traitement peut durer jusqu'à 2–3 semaines.
  ***Note :*** Il n'est pas d'usage de prescrire l'acyclovir par voie orale pour prévenir la transmission prénatale du HSV.
  En cas d'infection secondaire, prescrivez des antibiotiques : cotrimoxazole, 2 comprimés 2x/jour ou cloxacilline 250 mg 4x/jour x 5 jours.

## 4. Verrues génitales

a. Étiologie
- Condylomata acuminate. A distinguer de :
- Condylomata lata (due à la syphilis secondaire)

b. Prise en charge et traitement
- Tend à être plus répandue et plus grave chez les porteurs du VIH.
- Traitez par application locale de podophylline à 20% deux fois par semaine ou pratiquez une ablation chirurgicale ou une cautérisation électrique.
- Si la cause est une syphilis secondaire, suivez les directives nationales de prise en charge des MST ; veillez à traiter les partenaires sexuels.
- Indiquez au patient les moyens d'éviter la transmission au partenaire sexuel.

### 5. Cancers

a. Étiologie
- Cancer du col de l'utérus, CIN
- Sarcome de Kaposi

b. Prise en charge et traitement
- Ne procédez pas à une intervention chirurgicale importante si vous pouvez administrer un traitement tout aussi efficace, par exemple une radiothérapie.
- Les patientes séropositives dont le bilan immunologique est catastrophique souvent ne réagissent pas bien à la chirurgie du cancer, à la radiothérapie, et à la chimiothérapie.

### 6. Aménorrhée et saignements inter-menstruels

a. Étiologie
- Les troubles menstruels sont souvent observés chez les femmes en mauvaise santé ; ils sont fréquents chez les femmes atteintes du VIH.
- Ils peuvent être liés à la dégradation de la santé en général et à la perte de poids due à la maladie du VIH.

b. Prise en charge et traitement
- Éliminez d'autres causes possibles, telles que grossesse, péri-ménopause, fibrome, infection de l'appareil génital, cervicite, PID (salpingite), TB, et cancer.
- Les menstrues peuvent réapparaître suite au traitement des autres infections, et la patiente peut reprendre du poids.
- La meilleure prise en charge consiste à conseiller et rassurer.
- Si la femme a une vie sexuelle active et n'emploie pas régulièrement de méthode contraceptive, procédez à un test de grossesse.

Étape 4. Décrivez les traitements de prévention des IO pendant la grossesse—voir ci-dessous **(15 minutes)**

B. Prévention des IO pendant la grossesse

**Table A3, 2.2 : Prévention des IO pendant la grossesse**

| IO | Traitement préventif |
|---|---|
| PCP | • Prescrivez le TMP-SMX ou le dapsone en second choix. Comme le risque d'effet tératogène existe en théorie, on peut décider de suspendre la prophylaxie pendant le 1er trimestre, ou d'utiliser la pentamidine en aérosol. |
| Toxoplasmose | • Prophylaxie primaire : TMP-SMX, avec réserve au 1er trimestre à cause du risque d'effet tératogène. Évitez les traitements à base de pyriméthamine.<br>• Prophylaxie secondaire : en cas d'infection secondaire, il faut choisir entre le risque d'effet tératogène de la pyriméthamine et le danger d'une toxoplasmose récurrente ; la plupart des cliniciens optent pour un traitement continu.<br>• Un spécialiste devra traiter une toxoplasmose primaire pendant la grossesse. |
| TB | • Les traitements INH + pyridoxine sont les prophylaxies utilisées de préférence ; certains praticiens évitent l'INH au 1er trimestre à cause du risque théorique d'effet tératogène.<br>• Lorsque vous faites une radiographie du thorax en cas de TB active, protégez la patiente au moyen d'un tablier de plomb.<br>• Les traitements RIF et RBT semblent d'un emploi sûr pendant la grossesse, mais l'expérience en ce domaine est limitée.<br>• Évitez la PZA, particulièrement pendant le 1er trimestre. |
| MAC | • Prophylaxie primaire : l'azithromycine est le médicament choisi de préférence, mais certains praticiens évitent cette prophylaxie au 1er trimestre ; l'expérience du traitement RBT est limitée. La clarithromycine est tératogène chez les animaux ; il faut donc l'utiliser avec prudence. |
| *S. pneumoniae* | • Vous pouvez administrer un pneumovax. Du fait de *l'explosion virale du VIH,* certains cliniciens retardent la vaccination jusqu'après le TAR. |
| Infections fongiques | • En général : évitez les imidazolés (fluconazole, kétaconazole et itraconazole) à cause de leurs propriétés tératogènes.<br>• Cryptococcose, histoplasmose, et coccidioidomycose : pour une prophylaxie secondaire, on préfère l'amphotéricine B aux imidazolés, en particulier pendant le 1er trimestre. |
| CMV | • Les recommandations standard sont d'application. |
| HSV | • La prescription d'acyclovir par voie orale en fin de grossesse pour prévenir la transmission prénatale du HSV peut se discuter, mais elle n'est en général pas la règle ; la prophylaxie à l'acyclovir peut être indiquée pour prévenir des récidives graves. |
| Exposition au VZV : individu non immunisé | • Le VZIG dans les 96 heures du contact est recommandé. |
| Virus humain papilloma (HPV) | • Évitez le 5 fluorouracil par voie intra-vaginal. |

Étape 5. Discutez avec les participants de toutes les questions qu'ils pourraient avoir à propos de la prise en charge et du traitement des problèmes gynécologiques et des MST dans le pays.
(10 minutes)

## SESSION 3 Prise en charge du VIH chez les enfants

### BUT

Au cours de cette session, les participants apprendront comment diagnostiquer le VIH chez les enfants, comment prendre en charge et traiter les affections liées au VIH, telles que la diarrhée persistante, le muguet, les troubles respiratoires, la fièvre persistante ou récurrente, le retard de croissance, la lymphadénopathie et les affections cutanées.

### OBJECTIFS

A la fin de la session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les affections liées au VIH chez les enfants, ainsi que les divers agents étiologiques qui provoquent ces affections
2. Décrire le diagnostic et la prise en charge de chacune de ces affections, selon l'approche PCIME
3. Expliquer quelles sont les mesures préventives à prendre
4. Conseiller la mère à propos du test VIH et assurer le suivi des soins

### DUREE

3 heures en prenant en compte les études de cas ; 2 heures 15 minutes sans étude de cas

### PREPARATION

Pour préparer cette session, nous suggérons au formateur de préparer des études de cas en se basant sur les directives PCIME locales ou génériques.

Passez en revue les directives PCIME et reportez-vous-y au cours des sessions.

### COMMENTAIRES

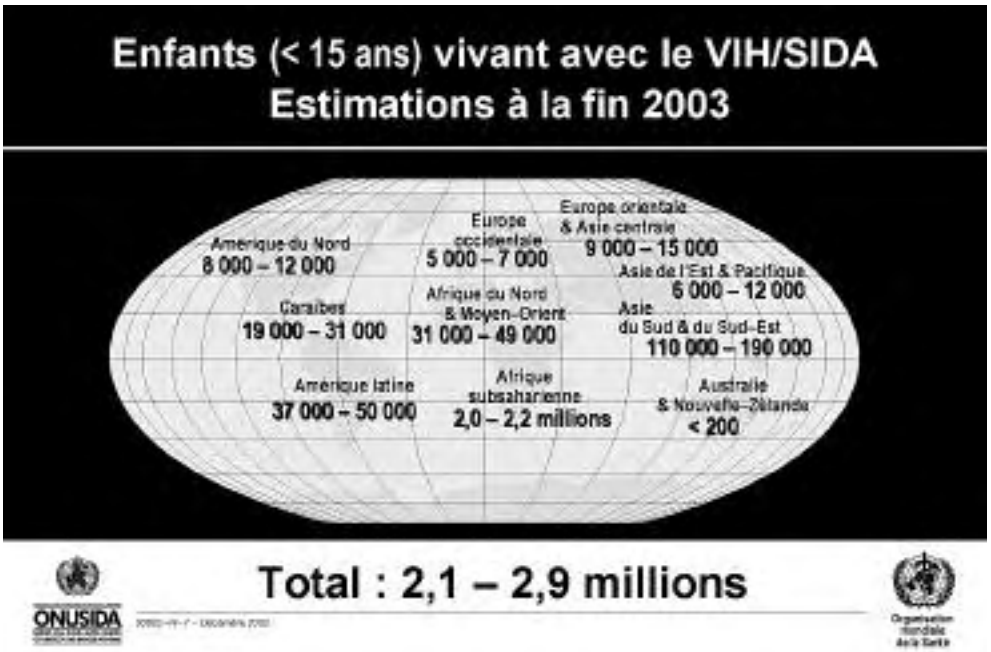
Si les directives PCIME ont été adaptées au pays où a lieu ce cours, utilisez la version adaptée plutôt que le modèle suggéré dans cette session. Il est important de soutenir les efforts déjà déployés par les pays et de respecter leurs propres directives et lignes de conduite.

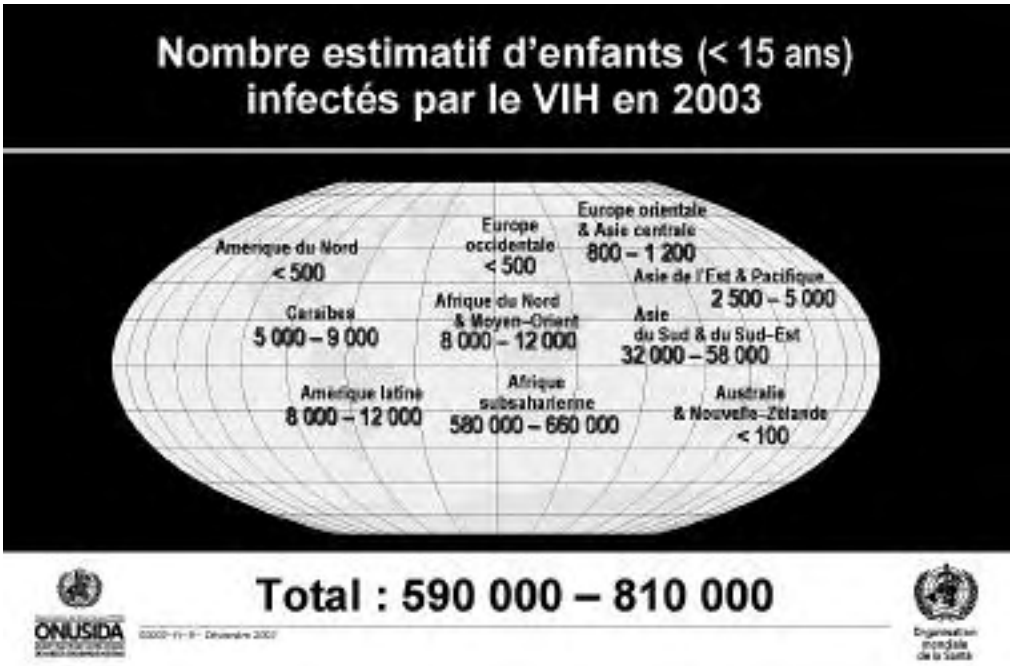
| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus).<br>(2 minutes) |
| Étape 2. | Présentez l'aperçu général : **A. 1** ci-dessous. Précisez que les données de l'OMS figurant sur les diapositives PowerPoint sont révélatrices. Faites remarquer que, sur les 2,7 millions d'enfants vivant avec le VIH, 2,4 millions d'entre eux vivent en Afrique. Demandez aux participants de comparer ces données à celles de leur pays.<br>(5 minutes) |
| Étape 3. | Présentez les informations données au point **A. 2** ; demandez aux participants quelles sont les difficultés spécifiques auxquelles ils se heurtent dans leur pays. Discutez-en et notez leurs réponses sur une feuille du tableau papier.<br>(10 minutes) |
| Étape 4. | Décrivez de quelle manière les enfants sont contaminés par le VIH et passez en revue l'évolution naturelle de la maladie du VIH chez les enfants, décrite au chapitre **B. 1–2** ci-dessous. Discutez les questions éventuelles des participants<br>(15 minutes) |

B. **Aperçu**

1. **Dimensions du problème**

Les diapositives de l'OMS ci-dessous décrivent l'état de la situation du VIH/SIDA chez les enfants pour l'ensemble du monde :


Enfants (< 15 ans) vivant avec le VIH/SIDA
Estimations à la fin 2003
Amérique du Nord
8 000 – 12 000
Europe occidentale
5 000 – 7 000
Europe orientale & Asie centrale
9 000 – 15 000
Asie de l'Est & Pacifique
6 000 – 12 000
Caraïbes
19 000 – 31 000
Afrique du Nord & Moyen-Orient
31 000 – 49 000
Asie du Sud & du Sud-Est
110 000 – 190 000
Amérique latine
37 000 – 50 000
Afrique subsaharienne
2,0 – 2,2 millions
Australie & Nouvelle-Zélande
< 200
Total : 2,1 – 2,9 millions
ONUSIDA


Nombre estimatif d'enfants (< 15 ans) infectés par le VIH en 2003
Amérique du Nord
< 500
Europe occidentale
< 500
Europe orientale & Asie centrale
800 – 1 200
Asie de l'Est & Pacifique
2 500 – 5 000
Caraïbes
5 000 – 9 000
Afrique du Nord & Moyen-Orient
8 000 – 12 000
Asie du Sud & du Sud-Est
32 000 – 58 000
Amérique latine
8 000 – 12 000
Afrique subsaharienne
580 000 – 660 000
Australie & Nouvelle-Zélande
< 100
Total : 590 000 – 810 000
ONUSIDA

## Tableau récapitulatif de l'épidémie de VIH/SIDA dans le monde, décembre 2003

| | | |
|---|---|---|
| Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA | Total | 40 millions (34 – 46 millions) |
| | Adultes | 37 millions (31 – 43 millions) |
| | Enfants < 15 ans | 2,5 millions (2,1 – 2,9 milions) |
| Nouveaux cas d'infection au VIH en 2003 | Total | 5 millions (4,2 – 5,8 millions) |
| | Adultes | 4,2 millions (3,6 – 4,8 millions) |
| | Enfants < 15 ans | 700 000 (590 000 – 810 000) |
| Décès dus au SIDA en 2003 | Total | 3 millions (2,5 – 3,5 millions) |
| | Adultes | 2,5 millions (2,1 – 2,9 milions) |
| | Enfants < 15 ans | 500 000 (420 000 – 580 000) |

ONUSIDA

## Environ 14 000 nouveaux cas d'infection au VIH par jour en 2003

- Plus de 95% des cas dans les pays à revenu faible et moyen
- Près de 2 000 cas chez les enfants de moins de 15 ans
- Environ 12 000 cas chez les adultes (15–49 ans), dont:
  - près de 50% chez les femmes
  - 50% environ chez les 15–24 ans

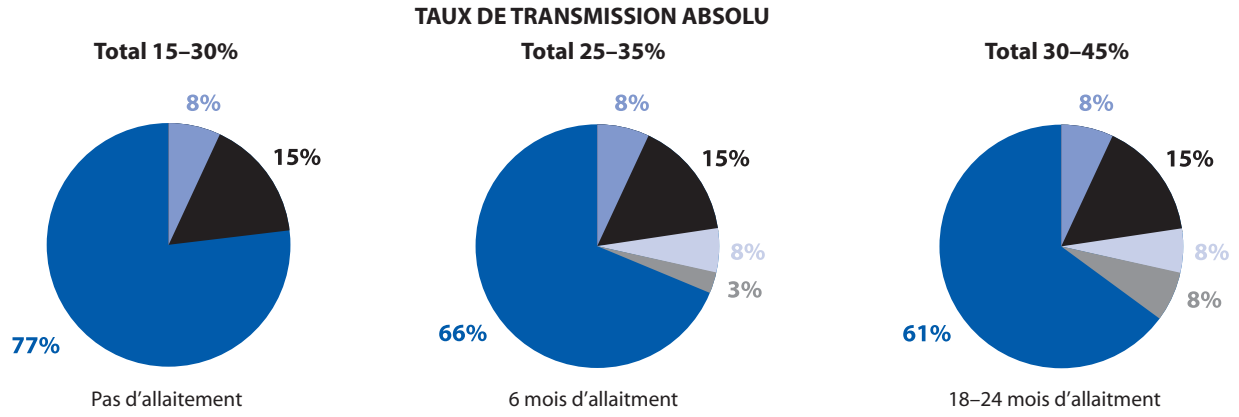
ONUSIDA

2. **Conséquences :**
   a. L'un des plus grands défis de l'infection par le VIH chez les enfants consiste à détecter l'infection dès le début, à prodiguer aux enfants les soins appropriés et à leur apporter, ainsi qu'à leur famille, le soutien nécessaire.
      - 75% des enfants vivant avec le VIH/SIDA présentent des symptômes dans la première ou deuxième année de leur vie (le plus souvent au premier stade clinique)
      - 40–80% des enfants infectés par le VIH meurent avant l'âge de deux ans
      - La plupart des enfants vivant avec le VIH/SIDA meurent d'une maladie infantile ordinaire plutôt que du SIDA
      - 80% des enfants meurent à la maison

B. **Comment les enfants sont contaminés par le VIH—Évolution de la maladie**

1. **Modes de contamination**
   a. La grande majorité des enfants positifs au VIH sont contaminés verticalement, c'est-à-dire que le virus est transmis par la mère pendant la grossesse, le travail, la délivrance ou l'allaitement.
   b. Les anticorps anti-VIH de la mère infectée passent à travers le placenta pendant la grossesse. C'est pourquoi tous les enfants nés d'une mère positive au VIH font une réaction positive à tout test basé sur les anticorps anti-VIH.
   c. Cependant, environ un tiers seulement de ces nouveau-nés sont réellement infectés au VIH.
   d. Comme les anticorps maternels peuvent être détectés dans le sang d'un enfant jusqu'à l'âge de 18 mois, les tests ELISA, les tests de dépistage rapide et les tests de type Western seront positifs, que l'enfant soit infecté ou non.
   e. D'après les estimations qui ont été publiées, le taux de TME du VIH-1 est de 15–45%, selon que l'enfant est nourri au sein ou non et selon la durée de l'allaitement (voir diagramme ci-dessous). La plupart des infections semblent se produire pendant le travail ou au cours de la délivrance. Le taux de transmission par l'allaitement est estimé à 3,2% par année d'allaitement au-delà de l'âge de quatre mois ; 5% de la transmission par le lait maternel se produit pendant les premiers mois de la vie de l'enfant. Le diagramme A3, 3.1 ci-après représente une version simplifiée des taux et du moment de la TME :

**Graphique A3, 3.1 : Transmission périnatale du VIH chez les mères et nourrissons non traités (de Cock, JAMA 2000 ; 283 : 1175)**



## 2. Évolution naturelle de la maladie du VIH chez les enfants

a. Le niveau de l'ARN VIH est généralement peu élevé (<10,000 /ml) chez les nouveau-nés infectés à la naissance, devient très élevé à l'âge de deux mois, puis diminue graduellement après la première année.

b. Le nombre et le pourcentage de cellules CD4 chez les nourrissons sains, non infectés, sont sensiblement plus élevés que chez les adultes non infectés ; ils diminuent progressivement et atteignent les valeurs des adultes à l'âge de six ans.

c. Si le nombre absolu de cellules CD4 correspondant à un niveau spécifique de suppression immunitaire varie avec l'âge, le pourcentage de cellules CD4 définissant chaque catégorie immunologique, quant à lui, ne varie pas. Par conséquent, une variation du *pourcentage, et pas du nombre,* de CD4, peut constituer un meilleur marqueur de la progression de la maladie chez les enfants.

d. Les taux des cellules CD4 peuvent varier sensiblement en présence d'infections mineures ; il est donc préférable d'effectuer les dosages lorsque les patients sont cliniquement stables.

**Tableau A3, 3.2 : Classification pédiatrique des catégories immunitaires en cas de VIH, basées sur la numération et le pourcentage des cellules CD par classe d'âge**

| Age de l'enfant | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | <12 mois | | 1–5 ans | | 6–12 ans | |
| Catégorie immunitaire | No./ml | (%) | No./ml | (%) | No./ml | (%) |
| Catégorie 1 : Pas de suppress. | >1,500 | (>25%) | >1,000 | (>25%) | >500 | (>25%) |
| Catégorie 2 : suppression modérée | 750–1,499 | (15–24%) | 500–999 | (15–24%) | 200–499 | (15–24%) |
| Catégorie 3 : Forte suppression | <750 | (<15%) | <500 | (<15%) | <200 | (<15%) |

Source : CDC 1994

e. Une faible proportion des enfants qui sont infectés en début de grossesse évolue plus rapidement vers le stade avancé de la maladie du VIH parce qu'il y a eu rupture du thymus, endroit où sont fabriquées les cellules CD4 et CD8. Ces enfants ont un nombre peu élevé de cellules CD4 et CD8. Par conséquent, leur système immunitaire ne peut pas lutter contre l'infection au VIH. Ceci signifie que les enfants de moins de six mois qui présentent les symptômes de la maladie du VIH survivent en général moins longtemps que les autres.

Étape 5. Dites aux participants qu'il est très difficile de diagnostiquer de manière certaine le VIH chez les enfants, étant donné les informations ci-dessus et l'insuffisance de tests disponibles. Passez en revue les informations du point **C-1** ci-dessous.

Étape 6. Sur trois différentes feuilles de tableau papier, écrivez les intitulés figurant ci-dessous et affichez les feuilles aux murs de la salle. Ensuite, demandez aux participants de former trois groupes, assignez une feuille à chaque groupe et faites-leur écrire les symptômes sous les catégories correspondantes.

- Signes peu courants chez les enfants négatifs au VIH
- Signes courants chez les enfants infectés au VIH, mais également courants chez les enfants malades non infectés au VIH
- Signes ou affections très spécifiques aux enfants infectés au VIH

Examinez les listes et ajoutez les signes qu'ils auraient omis : **C-2** ci-dessous

Étape 7. Passez en revue le Système de classification de l'infection et de la maladie du VIH chez les enfants, établi par l'OMS ; demandez-leur s'ils ont des questions : **C-3** ci-dessous

**(20 minutes)**

C. **Tableau clinique : Quand soupçonner le VIH ?**

**1. Introduction**

La manifestation clinique de l'infection par le VIH chez les enfants est très variable. Certains enfants séropositifs développent de sérieux signes et symptômes liés au VIH au cours de la première année ; dans ces cas, la mortalité est élevée. D'autres enfants séropositifs peuvent rester asymptomatiques ou légèrement symptomatiques pendant plus d'un an ; ils peuvent survivre plusieurs années.

**2. Soupçonnez le VIH si l'un des signes suivants est présent :**

a. Signes peu courants chez les enfants négatifs au VIH

- Infection récurrente : trois épisodes sévères ou plus d'infection bactérienne et/ou virale (telle que pneumonie, méningite, infection septique, cellulite) au cours des 12 mois écoulés.
- Muguet : érythème ponctuel ou diffus et plaques blanc-beige pseudo-membraneuses sur la muqueuse buccale. Après la période néonatale, la présence de muguet — sans traitement antibiotique ou persistant plus de 30 jours en dépit du traitement ou, encore, récurrent — suggère fortement une infection au VIH.
- Parotidite chronique : présence de gonflement parotidien (juste devant l'oreille) unilatéral ou bilatéral pendant >14 jours, accompagné ou non de douleur ou de fièvre.
- Lymphadénopathie généralisée : présence de ganglions lymphatiques volumineux à deux ou plusieurs endroits extra-inguinaux, sans cause apparente.
- Hépato-splénomégalie en l'absence d'infection virale concourante, telle que le cytomégalovirus (CMV).
- Fièvre persistante et/ou récurrente : fièvre (>38ºC) pendant sept jours ou se manifestant plusieurs fois sur une période de sept jours.
- Dysfonctionnement neurologique : altération neurologique progressive, microcéphalie, retard de développement, hypertonie ou confusion mentale.
- Zona : irritation douloureuse avec des ampoules localisées à un dermatome et sur un côté.
- Dermatose VIH—irritation papulo-érythémateuse.

b. Signes courants chez les enfants infectés au VIH, mais également courants chez les enfants malades non infectés au VIH
   - Otite chronique : suintement de l'oreille durant 14 jours ou plus.
   - Diarrhée persistante : diarrhée durant 14 jours ou plus.
   - Retard de croissance : perte de poids ou écart progressif et continu par rapport à la courbe de poids d'une croissance normale, telle que l'indique la carte de croissance de l'enfant. Soupçonnez le VIH en particulier chez les enfants âgés de moins de 6 mois nourris au sein qui ne grossissent pas.

c. Signes ou affections très spécifiques aux enfants infectés au VIH
   - Soupçonnez fortement une infection au VIH en présence d'un des signes suivants :
     pneumonie à pneumocystis carinii (PCP)
     candidose de l'œsophage
     pneumopathie interstitielle lymphoïde (PIL)
     zona étendu sur plusieurs dermatomes
     sarcome de Kaposi

     Ces affections sont très spécifiques aux enfants infectés au VIH. Cependant, le diagnostic est souvent difficile à poser si les laboratoires de diagnostic sont limités.

### 3. Classification des signes et symptômes d'après le Système de classification des stades de l'infection et de la maladie du VIH chez les enfants, établi par l'OMS

**Stade clinique I**

1. Asymptomatique
2. Lymphadénopathie généralisée

**Stade clinique II**

3. Diarrhée chronique inexpliquée pendant plus de 30 jours
4. Candidose grave persistante ou répétitive au-delà de la période néonatale
5. Perte de poids ou retard de croissance
6. Fièvre persistante pendant plus de 30 jours
7. Infections bactériennes graves et récurrentes

**Stade clinique III**

8. IO propres au SIDA
9. Retard de croissance sérieux
10. Encéphalopathie progressive
11. Cancer
12. Septicémie ou méningite récurrente

| | |
|---|---|
| Étape 8. | Introduisez le diagnostic et la prise en charge en utilisant l'approche PCIME présentée au chapitre **D.** ci-dessous ; demandez aux participants si la PCIME est pratiquée dans leur pays. Si oui, demandez-leur si elle a été adaptée de manière à inclure le VIH ; discutez brièvement cette adaptation. Observez la version éventuellement mise en place plutôt que la version générique proposée ci-dessous.<br>**(10 minutes)** |
| Étape 9. | Si la PCIME n'a pas été adaptée, employez les algorithmes de PCIME, en commençant par la brève explication donnée au début de la section **D** ci-dessous.<br>A chaque étape des algorithmes, discutez les points de repère proposés pour aborder le VIH ; demandez aux participants si cette démarche est envisageable dans leur situation. Notez leurs commentaires sur une feuille de tableau papier et conservez leurs recommandations pour une discussion plus poussée à la fin. Ne vous écartez pas du sujet par des discussions prolongées.<br>**(45 minutes)** |

## D. Diagnostic et prise en charge

Un grand nombre d'enfants qui sont positifs au VIH meurent de maladies infantiles ordinaires plutôt que du VIH/SIDA. Un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate permettent d'éviter la plupart de ces décès. Une prise en charge efficace de ces affections peut contribuer à améliorer la qualité de vie des enfants positifs au VIH. Ces enfants sont particulièrement sujets aux infections à pneumocoque et à la tuberculose pulmonaire, ainsi qu'à des infections opportunistes rares, qui répondent mal au traitement.

Un des moyens d'aborder la question du diagnostic précoce et de la prise en charge consiste à inclure le VIH dans le modèle de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) de l'OMS. La PCIME est une approche intégrée de la santé de l'enfant qui se concentre sur le bien-être de l'enfant dans sa totalité. Une mère ou toute autre personne qui prend soin d'un enfant peut amener l'enfant malade au dispensaire pour un problème ou symptôme particulier. Si l'examen porte uniquement sur le problème ou symptôme particulier pour lequel l'enfant a été amené, d'autres signes de maladie risquent d'être négligés. L'enfant peut souffrir de pneumonie, de diarrhée, de paludisme, de rougeole ou de malnutrition, mais aussi du VIH. Si ces maladies ne sont pas diagnostiquées et traitées, un enfant en bas âge peut en mourir ou rester infirme.

### 1. Affections respiratoires

a. Définition : Enfant présentant une infection au VIH symptomatique, des symptômes de difficulté respiratoire et/ou une toux persistante ou qui s'aggrave

b. Étiologie :

- Infections : Bactérienne
  Virale
  Parasitaire
  Pneumonie à pneumocystis carinii (PCP)
- Mycobactérioses : M. Tuberculose
  Mycobactériose atypique
- Mycose : Candidose
- Cancers : Sarcome de Kaposi
  Lymphome
- Autres : Pneumopathie interstitielle lymphoïde (PIL), bronchectasie et affection pulmonaire chronique

c. PCIME—évaluation et classification (les points de repère pour le VIH sont en **gras**)

| Évaluez | Classifiez |
|---|---|
| Question : Est-ce que l'enfant tousse ou a des difficultés à respirer ? | |
| Si oui, demandez :<br>• Depuis combien de temps ?<br>• Plus d'un épisode au cours des trois derniers mois ?<br>*Si oui, examinez si le patient pourrait souffrir d'infection symptomatique* | Toux ou difficulté respiratoire<br><br>Toux persistante ou aggravée |

Évaluez la gravité de l'insuffisance respiratoire en tenant compte de l'âge et de l'examen clinique, comme suit :

| Évaluation clinique de l'insuffisance respiratoire | |
|---|---|
| Enfants de moins de 2 mois : à hospitaliser si le rythme respiratoire est >60 ou si la poitrine est en dépression (avec ou sans cyanose) | |
| Enfants de plus de 2 mois : | |
| **Signes cliniques** | **Classement** |
| Pas de dépression de la poitrine,<br>pas de respiration rapide | Infection des voies respiratoires supérieures ou bronchite (pas de pneumonie) |
| Respiration rapide, pas de dépression de la poitrine :<br><1 an : rythme respiratoire : 50 ou plus<br>1–2 ans : rythme respiratoire : 40 or plus | <br><br>Pneumonie<br>Pneumonie |
| Respiration rapide et<br>dépression de la poitrine, avec ou sans cyanose centrale | <br><br>Pneumonie grave |

d. Prise en charge et traitement (niveau 1)

- Si l'enfant souffre de dyspnée légère, n'est pas sous-alimenté et a plus de 2 mois, traitez-le aux antibiotiques : Amoxicilline 50 mg/kg/jour, 4 doses x 5 jours

  Conseillez à la mère de :

  Continuer à allaiter l'enfant

  Administrer beaucoup de liquide supplémentaire

  Éviter que l'enfant ne prenne froid (frissons)

  Revenir immédiatement si son état s'aggrave

  Réexaminez l'enfant trois jours plus tard :

  S'il va mieux, achevez le traitement et assurez le suivi, si nécessaire

  S'il ne va pas mieux, reportez-vous à la prise en charge de niveau 2

- Référez l'enfant pour examens complémentaires, prise en charge et autre évaluation si :

  L'enfant souffre de toux chronique (durant plus de 15 jours) ou de pneumonie qui ne réagit pas rapidement au traitement (dans les trois jours)

  L'enfant souffre d'insuffisance respiratoire grave (voir tableau ci-dessus)

  Chez les enfants de moins de deux mois, la pneumonie est toujours grave et requiert une hospitalisation. Si l'enfant souffre de dyspnée grave, le traitement à l'oxygène est crucial. Si le transport du malade risque d'être retardé, commencez immédiatement les antibiotiques : donnez de l'ampicilline 50 mg/kg IV.

  L'enfant souffre de malnutrition (traitez comme pour la pneumonie grave)

e. Prise en charge et traitement (niveau 2)

- En cas d'insuffisance respiratoire au moment de l'admission, commencez un traitement de soutien comprenant oxygène, hydratation, dégagement des voies respiratoires, etc.
- Faites des radiographies du thorax et procédez aux analyses suivantes :

  Expectoration : microscopie, culture, coloration AFB

  ESR, Tx de GB

  Hémocultures, en cas de fièvre

- Commencez le traitement sur la base du diagnostic présomptif fourni par les radios du thorax et supporté par une coloration ZN des sucs gastriques, un examen microscopique des sécrétions pleurales, etc.
  Si l'enfant souffre de dyspnée grave et de malnutrition sérieuse, et qu'il a moins de deux mois, faites-le hospitaliser ; donnez des soins de soutien et traitez-le aux antibiotiques :

  Traitement antibiotique suivant l'âge :

| | |
|---|---|
| 0–3 mois | Ampicilline 50–100 mg/kg/jour IV en 4 doses PLUS gentamicine 4 mg/kg/jour IV dose unique |
| 4 mois–5 ans | Ampicilline 50–100 mg/kg/jour IV en 4 doses OU cefuroxime 50 mg/kg/jour IV en 3 doses |
| >5 ans | Pénicilline 50,000–100,000 IU/kg/jour IV en 4 doses OU cloxacilline 50–100 mg/jour en 4 doses, si la radio suggère le staphylocoque |

f. Lorsque vous posez un diagnostic présomptif, prenez en considération les informations figurant dans le Tableau A3, 3.3 ci-dessous :
   - En cas d'amélioration après 7 jours, assurez le suivi de l'enfant conformément aux besoins
   - Si vous n'observez pas d'amélioration après 7 jours, réévaluez la situation

   Recommencez les tests administrés précédemment
   - Si la nouvelle évaluation n'aboutit pas à un diagnostic définitif, et/ou si la toux persiste pendant plus de 30 jours, envisagez un essai thérapeutique de traitement antituberculeux

g. Commentaires : Beaucoup d'enfants infectés au VIH éprouvent des problèmes respiratoires récurrents. Donnez un traitement de soutien comportant une alimentation adéquate, suffisamment de liquides et des soins des sécrétions nasales. Assurez le suivi conformément aux besoins.

**Tableau A3, 3.3 : Signes distinctifs de la maladie, diagnostic et traitement**

| Maladie | Signes distinctifs | Tableau clinique | Diagnostic | Traitement |
|---|---|---|---|---|
| *Pneumonie à pneumocystis carinii (PCP)* | **Une des IO courantes chez les enfants infectés au VIH**<br><br>Se présente souvent chez les enfants de moins d'1 an ;<br>l'espoir de guérison est très faible | Caractérisée par un accès de fièvre brutal et une tachypnée | Infiltration interstitielle diffuse à la radiographie | Traitez au cotrimoxazole 20 mg/kg par jour de composant de triméthoprime réparti en 4 doses sur 14–21 jours<br>L'OMS recommande que tous les enfants nés d'une mère infectée au VIH reçoivent la prophylaxie au cotrimoxazole à partir de 4–6 semaines, au moins pendant les 6 premiers mois (et, dans l'idéal, pendant les 12 premiers mois) pour prévenir la PCP ou jusqu'à ce que le diagnostic du VIH soit effectué à 18 mois si on dispose uniquement du test de dépistage sérologique. |
| *Pneumopathie Interstitielle Lymphoïde (PIL)* | Maladie pulmonaire interstitielle à progression lente, dont on ne connaît pas l'étiologie, courante chez les enfants de plus d'1 an infectés par le VIH<br><br>Habituellement bon espoir de guérison | Caractérisée par une légère tachypnée, respiration sifflante, lymphadénopathie, et un gonflement des parotides. | Infiltrations bilatérales réticulaires nodulaires et adénopathie médiastinale visibles à la radiographie, que l'on peut confondre avec la tuberculose miliaire ou la PCP | Il n'existe pas de thérapie spécifique, mais les stéroïdes peuvent soulager : prednisone 2mg/kg/jour pendant 10–14 jours<br><br>Les broncho-dilatateurs donnés par inhalateurs à doses mesurées (ou par des dispositifs spéciaux pour les très jeunes enfants) peuvent aussi soulager |
| Tuberculose | Proche contact avec un adulte tuberculeux | Retard de croissance<br>Fièvre pendant plus d'un mois | Des radiographies du thorax anormales successives ne montrent aucune amélioration au bout de 2 semaines en dépit d'un traitement antibiotique<br>Le test de Tine (degré II ou Mantoux >5mm) est considéré comme positif chez les enfants infectés au VIH* | Identique à celui de l'adulte<br>Voir Module A2, Session 3, tableau du traitement de la tuberculose d'après les directives de l'OMS. |

* Un Mantoux négatif n'exclut pas la tuberculose ; il peut être négatif en cas de tuberculose à cause de la suppression immunitaire (VIH) sous-jacente, d'une tuberculose foudroyante, de malnutrition, d'un test mal fait ou de rougeole récente. En cas de doute sur le diagnostic de la tuberculose, vous pouvez essayer un traitement anti-tuberculeux et vérifier que la réaction au traitement soit confirmée par une prise de poids et la disparition des symptômes.

## 2. Diarrhée persistante

a. Définition : Selles liquides persistant pendant plus de 14 jours

b. Étiologie : Agent pathogène présent dans 15–50% de cas seulement

| | |
|---|---|
| Protozoaire | Giardia lamblia<br>E. Histolytica<br>Cryptosporidium<br>Isospora belli |
| Bactérienne | Salmonella (non-typhoïde)<br>Campylobacter jejuni<br>Enterotoxogenic E.coli (ETEC)<br>Mycobacterium (tuberculose atypique)<br>Yersinia enterocolitica |
| Virale | Rotavirus<br>Cytomégalovirus<br>Entéropathie VIH/SIDA |
| Helminthique | Strongyloïdes |
| Fongique | Infection par candida |

Si l'enfant a également de la fièvre, cherchez d'autres causes de diarrhée, telles que le paludisme, la pneumonie et l'otite ; traitez selon le cas.

c. PCIME—évaluation et classement (les repères suggérés pour penser au VIH sont en **gras**)

| Évaluez | Classifiez |
|---|---|
| Question : L'enfant a-t-il la diarrhée ? | |
| Si oui, demandez :<br>• Depuis combien de temps ? ____ jours<br>• Y-a-t-il du sang dans les selles ?<br>• **A-t-il eu la diarrhée pendant plus de 14 jours au cours des 3 derniers mois ?**<br>***Si oui, recherchez la présence éventuelle d'une infection symptomatique*** | Diarrhée<br><br>**Diarrhée persistante au cours des trois derniers mois** |

d. Prise en charge et traitement (niveau 1=à la maison/dispensaire local)

- Prévenez la déshydratation et maintenez l'hydratation : Donnez des SRO (solutions de réhydratation orale), même si l'enfant n'est pas déshydraté
- Maintenez l'alimentation :
  Recommandez à la mère d'allaiter plus fréquemment et de continuer à alimenter l'enfant
  Maintenez l'apport calorique
  Vous pouvez donner des complexes vitaminiques, afin d'assurer une consommation suffisante de vitamines (et aussi pour augmenter l'appétit de l'enfant)
- Si la diarrhée est accompagnée de saignements et de fièvre, traitez avec de l'acide nalidixique (50 mg/kg/par jour, répartis en 4 doses)
  Si l'enfant a déjà subi un traitement antimicrobien au cours des 3 mois précédents, ne donnez pas d'acide nalidixique, mais envisagez une hospitalisation
- L'amélioration se définit comme suit :
  L'enfant va nettement mieux, sans montrer de signes de déshydratation ET
  La quantité de selles diminue ET
  Absence de fièvre et moins de sang dans les selles (s'il y en a encore)
- S'il n'y a pas d'amélioration au bout de cinq jours, arrêtez tout traitement antimicrobien. Dans les régions où les strongyloïdes sont présents, envisagez de donner de l'albendazole (200 mg x 3 jours ; répétez après trois semaines). Si l'état de l'enfant ne s'améliore pas, continuez à l'hydrater et à le nourrir et envisagez une hospitalisation.
- Si l'enfant n'est pas gravement malade, c'est-à-dire en l'absence de sang dans les selles, de fièvre, de déshydratation et de malnutrition, mettez-le en observation pendant 10 jours en continuant à l'hydrater et à le nourrir.

e. Prise en charge et traitement (niveau 2=hospitalisation)

- Continuez l'hydratation (orale ou intraveineuse) selon le cas
- Analysez ou Faites les examens suivants :
  Coprocultures pour dépister les parasites et ovules
  Frottis des selles pour détecter du sang et des neutrophiles, ce qui indiquerait une infection bactérienne, *E. histolytica*, colite ulcéreuse, *clostridium difficile*
  Fièvre : la fièvre et/ou le sang dans les selles sont plutôt les signes d'infections bactériennes. Excluez la pneumonie, l'otite, etc. ; si vous trouvez l'origine de l'infection, traitez-la en conséquence. Dans les régions d'endémie palustre, traitez le paludisme pendant la saison de paludisme.
  Malnutrition : en cas de malnutrition, un enfant infecté par le VIH risque de mourir de diarrhée persistante
- Traitement

| | |
|---|---|
| E. Histolytica | Metronidazole 10 mg/kg 3x/jour x 10 jours |
| G. Lamblia | Metronidazole 10 mg/kg 3x/jour x 5 jours |
| Isospora belli | Cotrimoxazole pendant 3 semaines :<br>enfant 1–5 ans : 5 ml de sirop 2x/jour<br>enfant 6–12 : 1 comprimé 2x/jour |
| Cryptosporidium | On ne connaît pas de traitement efficace ;<br>Administrez des soins de soutien |
| Infections helminthiques | Albendazole en dose unique :<br>200 mg pour enfant de moins de 2 ans<br>400 mg pour enfant de 2 ans ou plus |

### 3. Fièvre persistante ou récurrente

**a.** Définition : La fièvre en tant que seule manifestation clinique évidente chez un enfant infecté par le VIH est définie comme une température de >37.5ºC en épisodes répétés durant une période de cinq jours

b. Étiologie : La fièvre est courante chez les patients pédiatriques infectés par le VIH
Elle peut être la conséquence d'une maladie infantile ordinaire, d'une maladie endémique, d'infections bactériennes graves ou opportunistes, de carcinomes et/ou du VIH lui-même.
Il peut s'agir d'une fièvre d'origine inconnue (FOI) ; il faut dans ce cas utiliser la même démarche diagnostique que pour un enfant non atteint du VIH ou d'une FOI

c. PCIME—évaluation et classification (les repères suggérés pour penser au VIH sont en **gras**)

| Évaluez | Classifiez |
|---|---|
| Question : L'enfant a-t-il de la fièvre ? | |
| Si oui, demandez :<br>• Depuis combien de temps ? ____ jours<br>• **A-t-il eu plusieurs accès de fièvre au cours des 5 derniers jours ?**<br>***Si oui, recherchez la présence éventuelle d'une infection symptomatique*** | **Fièvre d'origine inconnue (en l'absence de toute autre cause évidente, i.e. paludisme, rougeole, etc.)** |

d. Prise en charge et traitement (niveau 1)

- Si l'enfant est gravement malade et a une température de 39ºC ou plus :
  Traitement anti-palustre (dans les zones endémiques) suivant les directives nationales.
  En cas de risque de septicémie, commencez un traitement aux antibiotiques :
  Donnez immédiatement : ampicilline 50 mg/kg par voie intraveineuse.
  Dirigez immédiatement le patient vers un établissement de santé doté de plus grands moyens de diagnostic (niveau 2).
- S'il n'est pas gravement malade :
  Examinez l'enfant à fond afin de détecter d'éventuelles infections locales, telles que les infections cutanées, abcès, etc., et prescrivez un traitement spécifique.

  Si vous êtes dans une zone endémique, envisagez la possibilité du paludisme et traitez conformément aux directives nationales.

  Si vous n'avez identifié aucune cause de fièvre, traitez empiriquement par ampicilline 50 mg/kg/4x/jour pendant 5 jours pour combattre les infections occultes, telles que l'infection des voies urinaires, l'otite, etc.

  Si l'enfant a de la fièvre mais qu'il est cliniquement stable (il est alerte, mange et boit normalement), vous pouvez présumer que le VIH en est la cause. Envisagez un traitement aux antipyrétiques, continuez à hydrater et à nourrir. Assurez le suivi conformément aux besoins.

  Si l'enfant n'est pas cliniquement stable ou si vous soupçonnez une infection grave (ostéomyélite ou endocardite) nécessitant un traitement prolongé d'antibiotiques, faites-le hospitaliser (niveau 2).

e. Prise en charge et traitement (niveau 2)

- Si l'enfant est gravement malade et a une température de 39º C ou plus :
  Faites-le hospitaliser
  Recherchez les causes possibles :
  Examen de la présence de parasites du paludisme dans le sang
  LCR
  Hémocultures pour diagnostiquer une méningite ou une infection septique
  Traitez aux antibiotiques à large spectre en cas d'infection septique ou de méningite présumée : ampicilline 200 mg/kg/jour toutes les 6 heures pendant 10 jours PLUS chloramphénicol 100 mg/kg/jour toutes les 6 heures.
  Traitez le paludisme conformément aux directives nationales même si l'examen du sang est négatif.
- S'il n'est pas gravement malade, cherchez à identifier la cause de la fièvre.
  Les examens à pratiquer sont :

| | | |
|---|---|---|
| Paludisme | Numér. globules blancs (NGB) | Microscopie selles |
| Hémoculture | Analyse d'urines | Vidal |
| Radio du thorax | LCR | Ultrasons |

- Pour beaucoup d'enfants avec de la fièvre et infectés par le VIH, chez lesquels on ne trouve pas d'explication locale à cette fièvre, le VIH peut en être la cause. Toutefois, vous devrez aussi envisager d'autres affections :
  Infections bactériennes occultes : sinusite chronique, otite, IVU, ostéomyélite, abcès, salmonellose, syphilis, abcès au foie, et endocardite
  Infections mycobactériennes : M. tuberculose, M. avium
  Infections fongiques : candidose
  Infections virales chroniques : Cytomégalovirus (CMV), virus d'Epstein Barr
  Infections parasitaires : paludisme, toxoplasmose
  Néoplasmes : lymphome, sarcome de Kaposi, tumeurs des muscles lisses
- Si vous ne trouvez pas l'origine de la fièvre, traitez empiriquement comme suit : Amoxicilline 50 mg/kg 4x/jour x 5 jours.
- Si la fièvre tombe, assurez le suivi conformément aux besoins.
- Si la fièvre persiste, mais que l'enfant est cliniquement stable, vous pouvez présumer que le VIH en est la cause ; traitez aux antipyrétiques, et hydratez.
- Si l'enfant n'est pas cliniquement stable, recommencez les examens. S'ils ne donnent aucun résultat, il s'agit très probablement de fièvre due au VIH.

## 4. Affections de l'oreille

a. PCIME (les points de repère suggérés pour penser au VIH sont en caractères **gras**)

| Évaluez | Classifiez |
|---|---|
| Question : L'enfant a-t-il un problème d'oreille ? | |
| Si oui, demandez :<br>• A-t-il mal à l'oreille ?<br>• Y-a-t-il un suintement de l'oreille ?<br>• Depuis combien de temps ? ____ jours<br>• **Suintements auparavant ?**<br>***Si oui, recherchez la présence éventuelle d'une infection symptomatique*** | **Infection de l'oreille auparavant** |

### 5. Retard de croissance (RDC)

a. Définition : Il faut soupçonner un RDC quand un enfant s'écarte de sa courbe de croissance ou de la courbe de croissance normale pour son âge. Le RDC peut entraîner des formes graves de malnutrition, telles que le kwashiorkor et le marasme.

b. Étiologie : Peut être le résultat d'un déséquilibre entre la nourriture ingérée, la nourriture rejetée et les besoins physiologiques. Les autres causes possibles sont : vomissements, diarrhée, muguet, pneumonie, ulcères buccaux ou affections neurologiques.

c. PCIME (les points de repère suggérés pour penser au VIH sont en caractères **gras**)

| VERIFIEZ LA PRESENCE DE MALNUTRITION ET D'ANEMIE | |
|---|---|
| Demandez :<br>• L'enfant a-t-il perdu du poids ? | Observez les signes suivants :<br>• Amaigrissement visible, sensible<br>• Pâleur<br>• Oedème des deux pieds<br>• Poids par rapport à l'âge<br>Très bas Pas très bas<br>• **Croissance en dessous du trait jaune** |

d. Prise en charge et traitement (niveau 1)

- Il est important de recueillir des informations détaillées sur l'alimentation et les conditions sociales dans lesquelles vit l'enfant pour évaluer sa consommation calorique (en particulier pour déterminer si c'est la mère qui prend soin de l'enfant).
- Déterminez le degré de RDC et les maladies qui pourraient contribuer au RDC.
  Pesez l'enfant et inscrivez le résultat sur une courbe de poids ; faites un examen complet.
  Si vous disposez des données de poids précédentes, tracez une courbe de croissance pour évaluer la gravité du retard.
  En l'absence de telles données, on définit le RDC comme :
  Faible à modéré : Poids = 60–80% du poids normal à cet âge
  Sérieux : Poids inférieur à 60% du poids à cet âge OU poids = 60–80% du poids à cet âge en cas d'œdèmes
  Pour évaluer la situation aussi précisément que possible, demandez à la mère de décrire exactement ce que mange l'enfant, en quelles quantités et à quelle fréquence.
- Conseillez la mère sur l'allaitement, le sevrage et l'alimentation. Il faut augmenter l'apport calorique au moyen d'un régime équilibré.
  Si possible, demandez à la mère qu'elle note exactement ce que mange l'enfant, ainsi que tous les problèmes qu'elle rencontre.
  Effectuez une visite à domicile pour vous rendre compte des ressources alimentaires de la famille et de la communauté.
  Envisagez de prescrire les compléments nutritionnels suivants :
  Vitamine A, conformément aux directives nationales (à neuf mois, puis tous les six mois)
  Iode, que l'on trouve en quantité adéquate dans le sel iodé
  Fer, en cas d'anémie
  Complexes vitaminiques, comprenant du zinc
- Évaluez l'effet du régime au bout de sept jours.
  En cas d'amélioration, continuez le traitement jusqu'à stabilisation, puis assurez le suivi conformément aux besoins.
  L'amélioration se définit par la prise de poids, une plus grande vivacité de l'enfant et/ou la disparition de l'œdème (s'il y en avait).
  S'il n'y a pas d'amélioration, référez-vous au niveau 2 de prise en charge.
- Si une alimentation médiocre ne semble pas être la cause, déterminez quelles sont les causes et traitez en conséquence.
  Si vous ne pouvez pas déterminer la cause ou, si le traitement échoue, référez-vous au niveau 2 de prise en charge.

d. Prise en charge et traitement (niveau 2)
- Évaluez les habitudes alimentaires comme indiqué ci-dessus et procédez aux examens destinés à déterminer les causes ; traitez en conséquence.
- Si l'état de l'enfant ne s'améliore pas, envisagez de l'hospitaliser pour un essai d'alimentation naso-gastrique, en particulier si le régime à domicile a échoué.
- En l'absence d'amélioration et d'identification de la cause sous-jacente, procédez à des examens pour dépister d'éventuels troubles endocriniens, une insuffisance rénale, une maladie du système nerveux central (SNC) ou une infection chronique.

e. Commentaires : Beaucoup d'enfants infectés par le VIH souffrent de RDC sans que l'on puisse en identifier la cause (y compris une alimentation médiocre) et malgré un apport calorique adéquat. On pense que cette affection est la conséquence du VIH lui-même.

## 6. Muguet

**a.** Définition :
- Présomptif : Présence de plaques typiques blanches, sur les muqueuses buccales, habituellement sur le palais, qui saignent lorsqu'on les enlève. Dans certains cas, les muqueuses sont simplement rougeâtres.
- Avéré : Spores ou pseudohyphae de candida dans les prélèvements buccaux

b. Étiologie : Infection par candida

c. Prise en charge et traitement (niveau 1)
- Chez les patients infectés par le VIH, le muguet peut s'étendre jusque dans l'œsophage. Recherchez les signes et symptômes de candidose de l'œsophage :

  L'enfant a mal quand il avale, ne désire pas s'alimenter, salive abondamment, pleure quand on le nourrit, perd du poids ; cette affection, si elle n'est pas traitée, peut détériorer les habitudes alimentaires et s'ajouter aux effets d'une alimentation médiocre.

  La forme grave du muguet (plaques sur la langue, le petit et le grand palais, s'étendant au pharynx) est un signe distinctif du muguet de l'œsophage, même en l'absence de douleurs à la déglutition.
- En cas de muguet présomptif uniquement, traitez avec de la nystatine en suspension : 500.000 UI 3x/jour x 5 jours ; ou des comprimés si la suspension n'est pas disponible.

  Assurez le suivi conformément aux besoins ; le patient peut nécessiter un traitement à la nystatine prolongé ou prophylactique, une ou deux fois par jour.
- En l'absence d'amélioration, et si vous présumez une candidose de l'œsophage, recommandez l'hospitalisation pour des examens complémentaires et un traitement.

d. Prise en charge et traitement du muguet grave (niveau 2)
- Traitez au kétaconazole 3–6 mg/kg chaque jour x 5 jours.

  A éviter en cas de maladie active du foie ou de traitement à la rifampicine
- Si l'enfant est nourri au sein, les aréoles de la mère sont souvent infectées ; recommandez-lui d'appliquer du violet de gentiane avant d'allaiter.
- Éliminez la candidose de la région périnéale. Si disponible, appliquez du clotrimazole 1% ; sinon, donnez de la nystatine per os, comme indiqué ci-dessus.

e. Commentaires : Le muguet et la candidose de l'œsophage récidivent souvent. L'usage récent des antibiotiques est un facteur de prédisposition important.

Les lésions de l'œsophage guérissent lentement, même si la réaction symptomatique est en général rapide. Un traitement prolongé est souvent nécessaire.

## 7. Lymphadénopathie

a. Définition :

- Lymphadénopathie localisée : elle n'affecte habituellement qu'une ou deux régions du corps et elle est provoquée par une infection locale.
- Lymphadénopathie généralisée persistante (LGP) : affection non spécifique très courante chez les enfants infectés au VIH ; elle se caractérise par les éléments suivants :
  - Des ganglions lymphatiques mesurant au moins 0,5 cm
  - Ils sont présents en deux ou plusieurs endroits, les ganglions bilatéraux comptant comme un seul endroit
  - Ils durent depuis plus d'un mois
  - On ne détecte pas d'infection locale justifiant l'élargissement de la taille des ganglions

b. Étiologie : Les causes possibles sont :

- Infection au VIH
- Infections :

| | | |
|---|---|---|
| Infections : | Bactérienne : | Tuberculose |
| | Fongique : | Cryptococcose |
| | | Histoplasmose |
| | Protozoaire : | Toxoplasmose |
| Cancers liés au VIH : | Lymphomes | |
| Affections dermatologiques : | Dermatose séborrhéique | |
| | Pyodermie chronique | |

c. Prise en charge et traitement

- Identifiez et traitez toute infection locale ou régionale qui pourrait expliquer la lymphadénopathie.
- Si vous ne détectez pas d'infection, recherchez les signes suivants : fièvre, perte de poids, élargissement des ganglions unilatéraux, ganglions fibreux, ganglions mous et/ou ganglions enflammés (chauds et mous).
  Si l'un de ces signes et symptômes est présent, reportez-vous au niveau 2.
- Si aucun des signes ci-dessus n'est présent, vous pouvez diagnostiquer que l'enfant est atteint de LGP. Assurez le suivi conformément aux besoins.

d. Prise en charge et traitement (niveau 2)

- Effectuez une biopsie des ganglions lymphatiques et traitez en conséquence
- Si vous diagnostiquez une tuberculose, commencez un traitement antituberculeux

e. Commentaires : La LGP chez les enfants infectés par le VIH est principalement le résultat d'une réaction immunitaire normale à l'infection par le VIH.
Si on ne détecte pas d'autres problèmes, il n'est pas nécessaire de procéder à d'autres examens ou d'administrer un traitement.
Les ganglions lymphatiques disparaissent généralement au fur et à mesure que l'immunosuppression progresse et qu'apparaissent les IO.

## 8. Affections de la peau

a. Définition : Toute affection de la peau ou infection similaire à celle qui se manifeste chez un adulte ou enfant non infecté au VIH

b. Étiologie
- Prurigo et dermatose non spécifique
- Réactions à des médicaments tels que sulfamides, médicaments antituberculeux, et autres
- Bactérienne : furonculose, impétigo, pyodermie, folliculite et abcès
- Virale : varicelle, zona, herpès simplex (habituellement l'effet du VIH sur la bouche et les lèvres), et molluscum contagiosum
- Fongique : candida, dermatophytose
- Autres : gale, dermatite atypique, dermatite séborrhéique, sarcome de Kaposi

c. La prise en charge et le traitement sont les mêmes que pour les adultes.

| | |
|---|---|
| Étape 10. | Si vous avez le temps, discutez les notes prises sur les feuilles du tableau papier et cherchez un consensus ou des suggestions pour modifier ou adapter les algorithmes de PCIME recommandés ci-dessus, compte tenu de la situation particulière du pays des participants.<br>**(10 minutes)** |

| | |
|---|---|
| Étape 11. | Présentez les informations sur l'infection au VIH et l'immunisation : E. ci-dessous. |
| Étape 12. | Demandez aux participants si ces directives diffèrent des directives nationales appliquées dans leur situation locale. Discutez des différences éventuelles.<br>**(15 minutes)** |

E. **Infection au VIH et immunisation**

**1. Vérifiez que tous les enfants sont complètement vaccinés, à l'âge requis**

a. Les enfants infectés par le VIH ou, soupçonnés de l'être, mais ne présentant encore aucun symptôme, devront recevoir (conformément au calendrier du PEV national) tous les vaccins appropriés, y compris le BCG et, là où il y a lieu, le vaccin contre la fièvre jaune. Comme la plupart des enfants positifs au VIH ont une réaction immunitaire efficace au cours de la première année, vaccinez-les dès qu'ils ont atteint l'âge recommandé.

b. Les enfants atteints d'infection symptomatique au VIH (y compris le SIDA) devront recevoir le vaccin contre la rougeole, le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCT), ainsi que le vaccin contre l'hépatite B s'il y a lieu compte tenu des conditions locales. Les enfants atteints du VIH ne devront pas recevoir le vaccin oral contre la polio. Un vaccin inactivé contre la polio peut être donné à la place du vaccin oral. Il est administré par injection. **N'administrez pas** les vaccins BCG et contre la fièvre jaune aux enfants atteints d'infection symptomatique.

c. Donnez à tous les enfants atteints d'infection par le VIH (symptomatique ou non) une dose de vaccin contre la rougeole à l'âge de six mois, ainsi que la dose standard à neuf mois.

### 2. Règles générales de vaccination pour enfants et adultes infectés par le VIH :

| | Vaccin | Infection asymptomatique au VIH | Infection symptomatique au VIH |
|---|---|---|---|
| Enfants en bas âge | BCG | Oui | Non |
| | DCT | Oui | Oui |
| | Polio | Oui | Oui |
| | Rougeole | Oui | Oui |
| | Fièvre jaune | Oui | Non |
| Femmes en âge de procréer | Tétanos toxoïde | Oui | Oui |

Étape 13. Passez en revue les conseils à donner à la mère et les soins de suivi : **F** et **G** ci-dessous.
**(20 minutes)**

### F. Conseils à la mère

a. Dépistage du VIH et conseils

- Si vous avez des raisons de soupçonner une infection par le VIH (basée sur des signes cliniques ou des diagnostics dans la famille), et si vous ne connaissez pas le statut VIH de l'enfant, administrez-lui un test de dépistage dans la mesure du possible.
- Les anticorps transplacentaires maternels exercent une interférence sur les tests sérologiques classiques chez les enfants de >18 mois. Si des signes cliniques vous font soupçonner que l'enfant est infecté par le VIH, tenez une séance de conseil et administrez un test de dépistage du VIH à la mère et à l'enfant.
  Ceci fournit également l'occasion d'effectuer une évaluation clinique qui permettra d'éliminer d'autres problèmes liés au VIH et des problèmes cliniques éventuellement traitables, comme la tuberculose.
  Dans l'éventualité, très rare, où vous sauriez que la mère a été infectée après l'accouchement, la présence d'anticorps chez l'enfant au cours de la première année indiquerait qu'il est infecté au VIH.
- Tout test de dépistage du VIH devra être accompagné d'un entretien de conseil, avant et après le test. L'entretien préalable consistera à obtenir le consentement de la mère en toute connaissance de cause pour la conduite du test. Même dans les pays où il est très répandu, le VIH demeure une affection extrêmement stigmatisante, et la mère (ou les deux partenaires) peut éprouver beaucoup de réticence à se soumettre à un test.
- Pour l'apport de conseils en matière de VIH, il faudra considérer l'enfant en tant que membre de la famille. Le conseil devra couvrir les implications psychologiques du VIH pour l'enfant, la mère, le père et les autres membres de la famille. Le conseiller devra insister sur le fait que, bien qu'on ne puisse pas aujourd'hui guérir la maladie, on peut faire beaucoup pour améliorer la qualité et la durée de vie de l'enfant, ainsi que la relation de la mère avec son enfant. Le conseiller devra expliquer clairement que le personnel de l'hôpital souhaite venir en aide et que la mère ne doit pas craindre d'aller dans un établissement de soins ou un hôpital dès le début d'une maladie, ne serait-ce que pour poser des questions.
- L'apport de conseils prend du temps et nécessite un personnel qualifié. Tous les prestataires de santé des établissements de soins du premier niveau devraient être formés au conseil et dépistage volontaire du VIH et être à même de fournir ces services. Cependant, si le personnel des établissements du premier niveau n'a pas été formé, demandez l'assistance d'autres organismes, par exemple l'organisation de soutien au SIDA de la communauté locale.
- Insistez sur le caractère confidentiel du dépistage du VIH et des entretiens de conseil. Cependant, il est recommandé d'inciter la mère à trouver une autre personne, de préférence au sein de la famille, avec qui elle peut parler de ce problème.

b. Indications pour donner des conseils

1) Si un enfant dont on ne connaît pas le statut VIH présente des signes cliniques de l'infection au VIH et/ou des facteurs de risque (par ex. mère ou frère/soeur de l'enfant malade du VIH/SIDA), procédez suivant les étapes ci-après :
   (a) Décidez si vous conduisez la séance de conseil vous-même ou si vous orientez l'enfant ailleurs.
   (b) Si vous décidez de conduire la séance de conseil vous-même, fixez un rendez-vous pour l'entretien. Demandez l'avis de personnes de la région qui ont une expérience en matière de conseil, afin que vos recommandations concordent avec celles que la mère recevra plus tard de la part de conseillers professionnels.
   (c) Si c'est possible, procédez à un test de dépistage du VIH pour confirmer le diagnostic clinique, prévenez la mère des problèmes liés au VIH et parlez de la prévention future des modes de transmission mère-enfant (y compris, là où c'est possible, de la prévention par les antirétroviraux).
   *Note :* S'il n'est pas possible d'effectuer un test de dépistage du VIH, expliquez le diagnostic présomptif d'infection par le VIH sur la base des signes cliniques, symptômes et facteurs de risque.
   (d) Si la séance de conseil n'a pas lieu à l'hôpital, expliquez à la mère pourquoi vous les envoyez ailleurs pour être conseillés.

2) Dans le cas d'un enfant positif au VIH qui réagit mal au traitement ou pour lequel if faut d'autres examens, abordez les points suivants dans les entretiens :
   (a) degré de connaissance des parents à propos de l'infection par le VIH
   (b) prise en charge des problèmes actuels
   (c) besoin de recourir à un autre niveau de soins, si nécessaire
   (d) soutien par des groupes de la communauté, s'il en existe

3) Dans le cas d'un enfant positif au VIH qui réagit bien au traitement et qui est sur le point de sortir de l'hôpital (ou d'être orienté vers un programme de soutien psychosocial de la communauté), abordez les points suivants :
   (a) raison éventuelle de l'orientation vers un programme de soutien psychosocial de la communauté
   (b) suivi
   (c) risques de maladies futures
   (d) vaccination et VIH

**G. Suivi**

**a.** Sortie de l'hôpital

Chez les enfants positifs au VIH, les maladies graves doivent être prises en charge comme chez tous les autres enfants. Cependant, les enfants infectés par le VIH peuvent ne réagir que lentement ou incomplètement au traitement habituel. Ils peuvent souffrir de fièvre et/ou diarrhée persistante, ainsi que de toux chronique. Si leur état général est bon, il n'est pas nécessaire qu'ils restent à l'hôpital ; on peut les examiner en consultation comme tout autre patient.

b. Orientation vers un autre établissement

Si votre hôpital ne dispose pas des équipements nécessaires, envisagez de référer l'enfant que vous soupçonnez d'être infecté par VIH :

- pour un test de dépistage du VIH, avec séances de conseil avant et après le test
- vers un autre centre ou hôpital pour examens complémentaires ou traitement plus poussé, s'il n'a guère ou pas répondu au traitement
- vers un conseiller expérimenté en matière de CDV pour le VIH et en matière d'alimentation des nourrissons, si le personnel local ne peut pas le faire
- vers un programme de soins à domicile de la communauté, ou un centre bénévole de dépistage et de conseil d'une institution de la communauté, ou encore vers un centre de soutien social communautaire, afin de poursuivre l'apport de conseil et de soutien psychosocial.

Expliquez à la mère ou à la personne qui prend soin de l'enfant la raison de cette orientation, ainsi que les services disponibles dans l'établissement indiqué. Le document de transfert doit être complet, concis et clair, tout en préservant le caractère confidentiel, et doit demander une réponse écrite concernant l'état de l'enfant.

c. Suivi clinique

Les enfants confirmés positifs au VIH ou, soupçonnés de l'être, quand ils ne sont pas malades, devraient être présentés aux consultations pour nourrissons, comme n'importe quel autre enfant. Il est important de traiter rapidement chez eux les infections infantiles courantes. En outre, il faut que l'établissement de soins de premier niveau assure un suivi clinique régulier au moins deux fois par an, pour surveiller :

- la condition clinique
- la croissance
- l'état nutritionnel
- le stade de vaccination
- le soutien psychosocial (si possible, assuré par un programme de la communauté)

Chez un enfant qui souffre d'infections sérieuses répétées, envisagez une prophylaxie aux antibiotiques. La recherche sur les bienfaits de la prophylaxie au cotrimoxazole (triméthoprime 5 mg/kg, sulfaméthoxazole 25 mg/kg, deux fois par jour, trois jours par semaine), menée principalement dans les pays développés, a montré qu'elle réduit l'incidence de la pneumonie à pneumocystis carinii et des infections bactériennes chez les enfants positifs au VIH. La décision d'entamer la prophylaxie devra se conformer aux directives nationales (qui prennent en considération le coût de la prophylaxie et son effet éventuel sur le développement d'une résistance au cotrimoxazole) et tenir compte de la disponibilité du médicament en quantités suffisantes pour un traitement de longue durée.

Étape 14. Résumez la session en suivant la méthode d'approche en 10 points du tableau ci-dessous ; demandez aux participants :
**Cette approche est-elle réalisable dans les situations que vous rencontrez ?**
**Quels obstacles ou contraintes risquez-vous de rencontrer avec cette approche ?**
**Avez-vous des commentaires ou questions à propos de cette approche ?**
**(15 minutes)**

**H. Résumé**

**Approche en 10 points pour la prise en charge d'enfants infectés au VIH**

1. Diagnostic précoce : les deux approches courantes sont les méthodes cliniques (basées sur les stades I–III de l'OMS et sur la classification A, B, C du CDC) et les méthodes de laboratoire (basées sur les tests d'anticorps pour les personnes âés de plus de 18 ans et les tests ADN/ARN pour les plus jeunes). Chaque approche a ses avantages et inconvénients.
2. Prophylaxie de la PCP
3. Surveillance de la croissance
4. Compléments nutritionnels
5. Traitement des maladies aiguës
6. Traitement des infections opportunistes : bactériennes, TB, candidose orale et de l'œsophage, ainsi que dermatophytes
7. Besoin et importance du soutien psychosocial et des soins aux adolescents, y compris la nécessité de leur révéler leur infection au VIH en temps opportun
8. Vaccination
9. Le traitement antirétroviral devenant de plus en plus accessible aux pauvres
10. Soins aux mères infectées au VIH/SIDA

**Vous pouvez utiliser ici les études de cas.**
**(45 minutes)**

# Références

## Partie A : Module A3

Anderson, J.R. (ed.). 2001. *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV.* Washington DC : HRSA/HIVAIDS Bureau http://www.hab.hrsa.gov/.

Bartlett, J.G. 2002. *The 2002 Abbreviated Guide to Medical Management of HIV Infection.* Baltimore, Maryland : Johns Hopkins University.

Katabira, E., Moses R. Kamya, F.X. Mubiru, Nathan N. Bakyaita (eds). 2000. *HIV Infection : Diagnostic and Treatment Strategies for Health Care Workers.* 2nd edition. Kampala, Ouganda : STDS/AIDS Control Programme, Ministry of Health.

Musoke, P. 2003. Management of Paeditaric HIV. Proceedings of the ANECCA Regional Workshop on Early Diagnosis and Care of HIV-infected Children. March 31–April 1, 2003. Kampala, Ouganda.

OMS. 2000. *Management of the Child with a Serious Infection or Severe Malnutrition : Guidelines for Care at the First-Referral Level in Developing Countries.* Ch. 8 : Children with HIV/AIDS http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/referral_care.

OMS. 2001. *Breastfeeding and Replacement Feeding Practices in the Context of Mother-to-Child transmission of HIV : An Assessment Tool for Research.* WHO/RHR/01.12. WHO/CAH/01.XX. Genève : OMS.

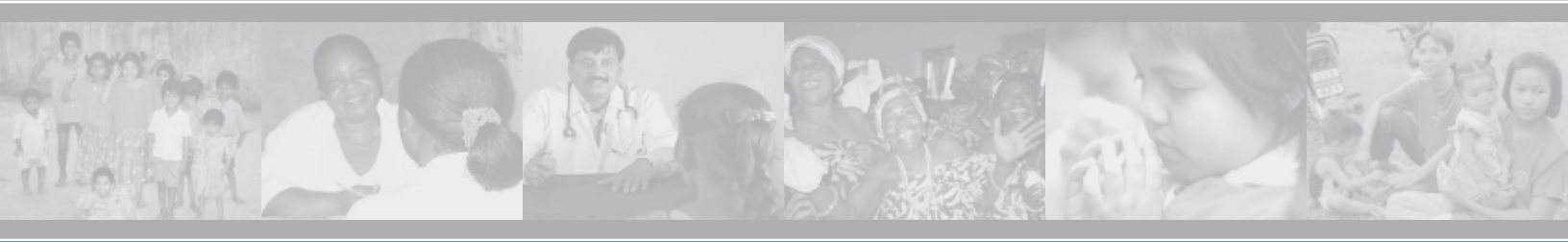
OMS. 2002. *Prevention of Mother-to-Child transmission Options : Selection and Use of Nevirapine.* Genève : OMS.

OMS. 2002. *Scaling Up Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings : Guidelines for a Public Health Approach.* Genève : OMS.

Republic of Namibia Ministry of Health and Social Services. 2000. *Guidelines for the clinical management of HIV and AIDS.* Windhoek, Namibia : Directorate of Primary Health Care, National AIDS Co-ordination Programme *(NA*COP).

Module A4

# Traitement antirétroviral : brève introduction



# Module A4

## Traitement antirétroviral : brève introduction

### Session 1 : Mise en place d'un programme de traitement antirétroviral (TAR)

Cette session donne des informations aux participants sur la mise en place d'un programme de soins incorporant le TAR. Elle aborde les éléments essentiels de la composante TAR, les étapes de l'élaboration de ces éléments essentiels, ainsi que les zones critiques pour l'organisation et le développement du programme. Egalement, les participants se familiariseront avec l'intégration des principes de prise en charge des maladies chroniques, de manière à assurer la pérennisation des soins et traitements.

### Session 2 : Brève introduction au TAR

Cette session informe les participants sur le but et les principes de base du TAR, ainsi que sur les recommandations de l'OMS concernant le choix du traitement, le moment de le changer, les différents types de traitement et leurs modes d'action, les antirétroviraux de première intention recommandés par l'OMS, les problèmes d'adhérence, le suivi du TAR, et les interactions médicamenteuses. Cette session aborde également les options thérapeutiques en cas d'échec au traitement, notamment les antirétroviraux de deuxième intention recommandés par l'OMS, les obstacles au traitement et les approches pour le recherche thérapeutique.

### Session 3 : Gestion des effets secondaires des médicaments

Les participants examineront les principaux effets secondaires des antirétroviraux et ceux de certains médicaments prescrits pour prévenir et traiter les IO. Ils apprendront comment donner des conseils aux patients pour gérer ces symptômes.

### Session 4 : Études de cas : prise en charge de patients souffrant de problèmes multiples

Les participants travailleront sur deux études de cas concernant des patients souffrant d'affections multiples, afin de mettre en pratique les connaissances qu'ils auront acquises dans le cadre du module 2 sur la prise en charge de patients souffrant de maladies liées au VIH.

## SESSION 1 Mise en place d'un programme de traitement antirétroviral (TAR)

### BUT

Cette session explique aux participants comment mettre en place un programme de soins fondé sur le TAR. Elle aborde les éléments essentiels de la composante TAR, les étapes de l'élaboration de ces éléments essentiels, les parties critiques de l'organisation et du développement du programme, ainsi que la prise en charge des maladies chroniques, de manière à assurer la pérennisation des soins et traitements.

Cette session vient s'ajouter à la session 4 du module 1 *Soins complets pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA* (les éléments d'un programme de soins intégrés, la prestation de services à travers un continuum de soins de l'établissement de santé vers la communauté et vice-versa, et les principes de prise en charge des maladies chroniques), en esquissant les aspects pratiques de la mise en place du TAR. Une étude de cas basée sur l'expérience de FHI dans ce domaine complète cette session.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire le processus de mise en place d'une composante TAR dans un programme de soins pour PVS comprenant la mise sur pied de services de conseil et de dépistage (C&D), la réorganisation de la prestation de services et du système de référence, la formation et le renforcement des capacités des prestataires de soins, un système de collecte de données, l'accès aux services de laboratoire et, enfin, l'approvisionnement sûr et régulier d'antirétroviraux à un prix abordable.
2. Planifier les étapes nécessaires au développement des éléments essentiels d'une composante TAR.
3. Discuter les parties critiques de l'organisation du programme pour en assurer la durabilité et pour mettre en œuvre des éléments supplémentaires de soins et de soutien.
4. Discuter comment les participants pourraient introduire ou renforcer une composante TAR dans le contexte d'un programme intégré de soins, de traitement et de soutien du VIH/SIDA dans leurs situations respectives.

### DURÉE

1 heure 30 minutes

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). |
| Étape 2. | Demandez aux participants quels sont, selon eux, les éléments essentiels d'une composante TAR et écrivez leurs réponses sur un tableau papier. Discutez leurs réponses et ajoutez toute information qu'ils pourraient avoir omise en vous reportant à la section **A. 1. a-e** ci-dessous. **(12 minutes)** |

*Family Health International*, *Management Sciences for Health* (RPM Plus) et *John Snow, Inc.* (*Deliver Project*) et d'autres organisations ont déjà développé ou sont en train de développer des instruments d'évaluation d'un centre de soins en fonction des éléments essentiels d'une composante TAR et sont en train de déterminer ce qui est nécessaire pour préparer ce centre à prodiguer des services de traitement antirétroviral. Nous donnons ci-après un bref aperçu de ce qu'il faut pour établir une composante TAR dans un programme de soins intégrés.

## A. Mise en place d'une composante TAR

### 1. Quels sont les éléments essentiels d'une composante TAR ?

a. **Accès à des services de conseil et de dépistage (C&D) du VIH,** que ce soit en tant que service de conseil et de dépistage volontaire au sein d'un établissement de santé, en tant que centre indépendant ou encore sous forme d'un service intégré dans une prestation de soins cliniques.

Le service de C&D du VIH identifie les individus infectés au VIH et leur fournit un soutien pour avoir accès aux services de soins de santé, poursuivre une vie positive et prévenir la transmission et la ré-infection.

b. **Des médecins formés** qui peuvent diagnostiquer et traiter les maladies courantes liées au VIH et prendre en charge le TAR, en respectant les principes de prise en charge des maladies chroniques conformément aux directives et normes nationales et internationales.

Les services de soins de santé comprennent des médecins, des cliniciens et des infirmiers qui posent le diagnostic, traitent et prennent en charge les IO ainsi que les effets secondaires des médicaments afin de soigner la maladie et d'améliorer la qualité de vie des patients. Ils déterminent s'il convient de recourir aux ARV en tenant compte du stade d'avancement du VIH chez chaque individu, fournissent des conseils sur l'adhérence au traitement, prescrivent le schéma thérapeutique, assurent un suivi continu de l'efficacité du traitement et prennent en charge les effets secondaires des médicaments.

c. **Un système simple de collecte de données.** Ce système comprend l'accès aux données cliniques, la facilitation de la prise en charge du VIH sur une longue période (par le suivi du patient tout au long de sa vie), ainsi que l'accès aux données de surveillance de la maladie.

d. Dans les conditions idéales, l'accès à des **services de laboratoire** capables d'effectuer des tests de routine, tels que la numération formule sanguine, des tests des fonctions hépatique et rénale et, si possible, la numération des CD4, ou, dans l'alternative, la numération lymphocytaire totale (NLT). Les directives actuelles de l'OMS n'exigent pas une telle capacité de surveillance par les laboratoires à tous les niveaux de soins. Dans certaines situations, la capacité à évaluer la charge virale s'avérera importante. Les tests de laboratoire servent à établir l'évaluation de base du patient, à surveiller comment le patient répond aux ARV, notamment l'efficacité et les effets indésirables des médicaments ; ils permettent également de diagnostiquer les maladies liées au VIH et la réaction à leur traitement.

e. Un **approvisionnement sécurisé et régulier en antirétroviraux à un prix abordable**, ainsi qu'en médicaments pour traiter les affections liées au VIH, l'apport de soins palliatifs et la prophylaxie de certaines infections opportunistes. Les ARV doivent être pris à vie et se présentent sous forme d'une combinaison de médicaments. La disponibilité de ces médicaments à un prix abordable doit être assurée afin de permettre la délivrance immédiate et ininterrompue des régimes thérapeutiques prescrits

Étape 3. Présentez les informations concernant les étapes de planification indispensables pour commencer le TAR : voir **2.a-e** ci-dessous. Répondez à toutes les questions que les participants peuvent se poser.
**(10 minutes)**

**2. Quelles sont les étapes de planification indispensables pour commencer le TAR ?**

Les questions qui suivent soulèvent des problèmes qui doivent être pris en considération. Ces problèmes ne se présentent pas nécessairement dans cet ordre et peuvent survenir simultanément.

a. Existe-t-il un système de référence entre les services de conseil et de dépistage du VIH et la prestation de soins cliniques ?
   - S'il n'existe pas de service de C&D accessible, identifier ou au besoin créer la capacité nécessaire pour diagnostiquer le VIH.
   - Créer des systèmes de référence pour orienter vers les services appropriés les individus infectés par le VIH nécessitant soins et soutien.

b. Le personnel de santé dispose-t-il des compétences requises (connaissances, techniques et attitudes) pour fournir les soins en matière de VIH, notamment la prise en charge des infections opportunistes et l'utilisation sûre et efficace des ARV ?
   - Former le personnel (médecins, infirmiers, conseillers, pharmaciens, techniciens de laboratoire et nutritionnistes) en matière de TAR, de prise en charge de la maladie du VIH et de conseil pour observer le traitement.
   - Assurer la supervision du suivi.

c. Existe-t-il un système de collecte de données opérationnel ?
   - Apporter l'assistance technique nécessaire au développement d'un système de gestion des données pour le suivi à long terme des patients en respectant les principes de prise en charge des maladies chroniques.
   - Le médecin peut-il aisément retrouver le dossier d'un patient lorsque celui-ci vient en consultation ?

d. Quel est l'établissement sanitaire qui dispose des services de laboratoire capables de réaliser les tests indispensables à la prise en charge du TAR ?
   - Conclure avec cet établissement un accord pour l'utilisation de ses services de laboratoire, comprenant un mécanisme de transport des prélèvements fiable et rapide et l'application de spécifications pour la communication immédiate des résultats d'analyse.

e. Existe-t-il un système de gestion des médicaments couvrant les commandes, le stockage en lieu sûr et la distribution des ARV ?
   - Si oui, conclure un accord d'approvisionnement en ARV, couvrant les procédures de commande, d'achat, d'approvisionnement régulier, de suivi des approvisionnements et de distribution des médicaments aux patients.
   - Si non, rechercher des prix compétitifs pour l'achat des ARV et mettre en place un système fiable d'acquisition, de stockage et de distribution des médicaments.

f. L'établissement est-il organisé pour recevoir les patients sur rendez-vous et assurer la continuité des soins ?
   - Un système permet-il à un patient d'être suivi au fil du temps par la même équipe ou, au minimum, par le même médecin ?
   - L'établissement a-t-il prévu des journées spécifiques et un emplacement fixe pour le suivi clinique des PVS ? Dispose-t-il d'un lieu/pièce qui assure la discrétion et la confidentialité nécessaires à l'interaction entre médecin et patient ?

Étape 4. Demandez aux participants quels autres éléments sont, selon eux, importants pour fournir des soins intégrés en matière de VIH. Dressez une liste de leurs réponses sur un tableau papier. Discutez leurs réponses et ajoutez tout élément qu'ils pourraient avoir omis en vous basant sur les éléments de la section **3. a-g** ci-dessous.
**(10 minutes)**

**3. Quand un établissement de soins de santé met en place les éléments essentiels pour fournir un TAR, quels sont les autres éléments déterminants à considérer pour assurer des soins intégrés en matière de VIH ?**

Quand un établissement de soins de santé met en place les éléments essentiels soulignés plus hauts pour fournir un TAR, il convient de mettre au point des plans pour assurer la pérennité et la mise en oeuvre des éléments supplémentaires de soin et de soutien. Les points importants à prendre en considération pour l'élaboration du programme sont les suivants :

a. Faire participer les PVS et les groupes communautaires durant tout le processus : encourager les comités consultatifs et les groupes d'intéressés à prendre part aux activités préparatoires et au développement du traitement au niveau communautaire et des services de soins.
b. Si nécessaire, créer des normes et directives nationales pour la prise en charge clinique du VIH, comprenant les services de C&D, la prévention et la prise en charge des IO (tuberculose incluse) et, enfin, le recours au TAR.
c. Établir des politiques de prix pour les tests de laboratoire, les consultations, les médicaments pour soigner les IO, ainsi que le TAR.
d. Développer des procédures standard sur le conseil et le dépistage du VIH, les précautions universelles, la prophylaxie post-exposition, l'éligibilité au TAR, le suivi des patients, ainsi que l'orientation des patients dans un même service et entre les services.
e. Créer ou développer un système de référence opérationnel entre les soins cliniques et les services de soutien communautaire afin de relier clients et PVS. Le but est de réaliser un continuum de soins et de répondre à des besoins aussi variés que la nutrition, la santé mentale, le soutien économique et juridique, les soins palliatifs ou, encore, le soutien psychosocial et spirituel.
f. Renforcer la capacité des systèmes de soins de santé en s'appuyant sur des évaluations initiales : en améliorant, par exemple, le système de gestion des données et des produits de santé ou en réhabilitant les infrastructures sanitaires ou, encore, en étendant les services de prise en charge du VIH.
g. Mettre en place et développer des plans de suivi et d'évaluation.
h. Maintenir le renforcement constant des compétences du personnel en matière de prise en charge et de soutien grâce aux stages de formation, au suivi et à l'encadrement.

Étape 5. Donnez des exemples de programmes TAR s'appuyant sur l'expérience de FHI en matière d'introduction du traitement antirétroviral (TAR) dans les pays aux ressources limitées. Voyez le document destiné à la distribution, tableau 1 à la fin de la session.
**(20 minutes)**

Étape 6. Si vous vous adressez à un groupe nombreux ou si plusieurs participants proviennent de pays ou d'endroits différents, vous pourrez leur demander de se répartir en petits groupes pour discuter des questions. Demandez-leur ensuite de se réunir en plénière et de présenter leurs plans à l'ensemble du groupe. Demandez aux participants comment ils pourraient introduire ou renforcer un programme de traitement antirétroviral dans le cadre d'un programme intégré de prévention, de soins et de soutien du VIH/SIDA qui soit adapté à leur situation locale respective. Demandez-leur de choisir un endroit/une localité qui leur paraît approprié et discutez de la manière dont ils procéderaient pour y installer une composante TAR, en se basant sur les questions suivantes :

Quels sont les établissements disponibles dans cette localité ?
Quelles sont les sources d'approvisionnement en médicaments dont vous disposez ?
Quels sont les services actuellement disponibles dans cette localité ?
Des directives sont-elles en place ?
Hormis les sites d'intervention, de quelles autres ressources disposez-vous ?

**(40 minutes)**
**Durée totale : 60 minutes**

## EXEMPLE DE PROGRAMME

Ce qui suit est un exemple de l'introduction en cours, dans trois pays d'Afrique, de composantes de traitement antirétroviral dans le cadre d'un programme intégré de prévention, de soins et de soutien du VIH/SIDA.

1. *Family Health International* (FHI) a commencé à introduire le traitement antirétroviral (TAR) dans des pays aux ressources limitées, dans le cadre d'un programme intégré de prévention, de soins et de soutien en matière de VIH/SIDA

   a. Les premiers lieux d'expérience en matière de TAR se situent au Ghana, au Kenya et au Rwanda.

      Chaque programme est géographiquement ciblé, offrant de multiples accès aux soins et au traitement. Chacun de ces programmes encourage une étroite collaboration entre les entités nationales, de district et du secteur privé et coordonne les activités entre les unités de soins cliniques, les systèmes de soutien communautaire et les ONG dans les communautés choisies. Ces programmes sont principalement financés par l'Agence des États-Unis pour le développement international *(U.S. Agency for International Development (USAID))* ; Un soutien complémentaire est procuré par FHI et le Département pour le développement international (*Department for International Development (DFID)*).

   b. Les lignes de conduite de chaque programme sont les suivantes :
      - Soutenir la préparation de la communauté
      - Faciliter la communication entre le gouvernement, les ONG, les PVS et les secteurs de prise en charge clinique
      - Utiliser une approche qui assure la prestation de soins intégrés qui tiennent compte des besoins des patients à travers un continuum de soins

   c. Les programmes couvrent différents niveaux du système de soins de santé :
      - Le programme kenyan est mené dans une zone urbaine et semi-urbaine et engage la collaboration d'un hôpital provincial de niveau tertiaire, un hôpital public central et deux dispensaires de soins primaires, l'un semi-privé et l'autre public.
      - Au Rwanda, le programme fait intervenir un hôpital confessionnel, un dispensaire confessionnel situé en milieu urbain et il sera étendu à huit centres de santé en milieu rural.
      - Au Ghana, le programme fait intervenir un hôpital public de district ainsi qu'un hôpital confessionnel, tous deux situés dans une zone semi-rurale proche de la capitale ; il sera étendu très prochainement aux hôpitaux universitaires d'Accra et de Kumasi.

   Les CDV étaient déjà opérationnels dans les établissements kenyans et rwandais où le programme de traitement a été introduit ; Au Ghana, par contre, la mise en place de services de CDV dans le district a fait partie des tâches du programme. Les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) sont opérationnels dans les trois endroits choisis.

   d. Dans les trois centres choisis, des directives nationales sur les infections opportunistes (IO) et le TAR n'ont vu le jour que tout récemment. Les directives standard de fonctionnement de chaque site sont en harmonie avec les directives nationales. Au Kenya et au Ghana, les programmes ont collaboré à l'élaboration des directives.

   Les tableaux suivants présentent un aperçu détaillé des programmes mis en place au Kenya, au Ghana et au Rwanda.

**Tableau A4, 1.1 : Résumé des programmes de traitement antirétroviral de FHI**

| | Ghana | Kenya | Rwanda |
|---|---|---|---|
| **Lieux** | Districts de Manya Krobo et de Yilo Krobo (districts semi-ruraux dans la Région Est) | Mombasa (ville côtière) | • District de Kabgayi (rural)<br>• Kigali (capitale) |
| **Etablissements** | • Hôpital public d'Atua : hôpital de district<br>  • Semi-urbain : 123 lits, 162 membres de personnel<br>• Hôpital catholique de St Martin : hôpital confessionnel<br>  • Semi-urbain : 84 lits, 100 membres de personnel<br>• Hôpital universitaire de Korle-Bu : principal centre universitaire hospitalier à Accra.<br>• Centre universitaire hospitalier de Komfo Anokye : principal centre universitaire hospitalier à Kumasi | • Hôpital général provincial de la Côte : hôpital provincial spécialisé dans les soins tertiaires<br>  • Urbain : 700 lits, 395 AS<br>• Hôpital de district de Port Reitz : hôpital public spécialisé.<br>• Dispensaire de Mkomani-Bomu : Dispensaire de soins primaires semi-privé<br>  • Semi-urbain : dispensaire ambulatoire, 11 AS<br>• Centre de santé de Magongo : dispensaire public de soins primaires<br>• Semi-urbain : soins ambulatoires, 6 AS | • Hôpital de district de Kabgayi : hôpital confessionnel<br>  • Urbain : 400 lits<br>• Centres de santé (8) dans le district rural de Kabgayi<br>• Centre médical et social de Biryogo<br>  • Dispensaire de soins confessionnel à l'intention des populations de Kigali les plus démunies |
| **Prévalence VIH** | Nationale : 4% (ONUSIDA, 2002) | Prévalence locale : 8-14% | Nationale : 15% (ONUSIDA, 2002) |
| **Nationale : 8,9% (ONUSIDA, 2002)<br>Sources initiales des médicaments (# de patients)** | • FHI : 100<br>• USAID : 200<br>• Fonds mondial : 1700 | • FHI : 120<br>• USAID : 300<br>• Fonds mondial : attendu | • FHI : 60<br>• USAID : 300<br>• Fonds mondial : attendu<br>• Fondation Clinton : attendu |
| **Date de lancement des ARV** | 30 mai 2003 | 23 mai 2003 | 27 février 2003 |
| **Services en place (lors du lancement)** | • Programme pilote national PTME soutenu par l'UNICEF dans les hôpitaux d'Atua et de St Martin<br>• Soins à domicile : programme SD limité par le biais de l'hôpital de St Martin | • Services de PTME : Port Reitz,<br>• CDV : Dispensaires de Port Reitz, Mkomani-Bomu et Magongo (établis au titre d'une convention d'IMPACT)<br>• Soins cliniques : traitement préventif pour la TB et les IO dans les dispensaires de Mkomani-Bomu et Magongo, dispensaire de soins VIH à l'HGPC<br>• Soins à domicile (Pathfinder/COPHIA) | • Centre de traitement et de recherche du SIDA (TRAC, anciennement NACP) soutient le TAR dans trois hôpitaux–500 patients actuellement sous TAR<br>• Soins cliniques : traitement préventif contre la TB et les IO à l'hôpital de district de Kabgayi<br>• PTME : en juin 2002, Kabgayi a lancé le programme PTME avec le centre de santé de Kabgayi (SP disponibles). Services PTME soutenus par IMPACT à Biryogo.<br>• CDV : à Biryogo, services CDV soutenus par l'hôpital de district de Kabgayi et IMPACT<br>• Groupes de PVS : Duteraninkunga à Kabgayi et Ihumure à Biryogo |

**Tableau A4, 1.1 : Résumé des programmes de traitement antirétroviral de FHI**

| | Ghana | Kenya | Rwanda |
|---|---|---|---|
| **Directives** | • Directives nationales sur le TAR, 2002<br>• Directives nationales sur les IO, 2002<br>• Directives nationales sur les CDV en cours de finalisation (2003) | • Directives nationales sur le TAR, 2002<br>• Directives nationales sur les IO, 2002<br>• Directives nationales sur les CDV, 2001 | • Directives nationales sur le TAR, 2002 (2e édition)<br>• Directives nationales sur les IO, 2002<br>• Directives nationales sur les CDV, 2002 |
| **Rôle de FIH** | • Fournir une assistance technique pour l'élaboration des directives nationales sur la prise en charge clinique du VIH et sur le TAR<br>• Collaborer avec le Ministère de la Santé, les services de santé de district et les centres de santé pour mettre en place et/ou étendre les services de CDV, de soins cliniques et de PTME<br>• Trouver des ressources et obtenir des fonds supplémentaires afin de soutenir et de développer le programme en place (USAID, DFID, Fonds mondial)<br>• Organiser des formations à l'intention du personnel des ONG et des AS sur les CDV, les PTME, les soins cliniques, la prise en charge clinique des IO et de la TB, le traitement antirétroviral et l'adhérence au traitement<br>• Faciliter l'élaboration d'une stratégie CCC dans le cadre des soins<br>• Faciliter la rénovation et la modernisation des laboratoires ainsi que l'extension des services cliniques<br>• Financer, concevoir et co-animer des ateliers sur les IO et le TAR à l'intention des prestataires nationaux<br>• Développer des systèmes de référence des patients<br>• Renforcer le système de gestion et d'analyse des données | • Fournir une assistance technique pour l'élaboration des directives nationales sur la prise en charge clinique du VIH et sur le TAR<br>• Développer des outils d'évaluation de l'accessibilité, de la capacité et de la qualité des soins TAR aux quatre sites choisis (laboratoire compris) et d'identification de leurs besoins en formation, équipement et autre soutien<br>• Former les prestataires de soins de santé à la prise en charge clinique des IO et de la TB, au traitement antirétroviral et à son adhérence par les patients<br>• Développer des systèmes de référence des patients<br>• Renforcer la capacité des services de laboratoire à fournir des services TAR de qualité, notamment en formant les techniciens de laboratoire aux procédures de prise en charge clinique des patients VIH+ et au suivi des ARV<br>• Organiser une campagne d'information en matière de santé portant sur l'adhérence, la recherche d'un traitement précoce et le matériel d'éducation pour patients sur le TAR et le traitement des IO<br>• Renforcer le système de gestion et d'analyse des données au niveau des quatre sites, notamment par la formation du personnel sur les méthodes de collecte des données, d'analyse et de communication concernant la gestion des ARV<br>• Fournir le TAR aux patients éligibles pendant cinq ans, mettre au point un système de suivi des patients et surveiller la résistance aux médicaments<br>• Sensibiliser davantage les communautés et les groupes de soutien des PVS au programme de soins intégrés du VIH/SIDA, y compris le TAR | • Fournir une assistance technique pour l'élaboration des directives nationales sur la prise en charge clinique du VIH et sur le TAR<br>• Mener une évaluation des deux établissements afin de déterminer la disponibilité en ressources humaines, les besoins de formation, l'infrastructure (laboratoire compris), l'inventaire des médicaments et produits liés au VIH, la capacité et le fonctionnement des systèmes de gestion des médicaments, les réseaux de référence, ainsi que la capacité des partenaires communautaires locaux éventuels<br>• Organiser des formations à l'intention des prestataires de soins de santé en matière de prise en charge clinique des IO et de la TB, du traitement antirétroviral et de l'adhérence au traitement<br>• Elaborer des programmes de formation sur le conseil en collaboration avec TRAC<br>• Établir un mécanisme pour le suivi et la surveillance des patients sous TAR<br>• Mettre en place des programmes de prévention communautaire et de soins à domicile et développer des outils en matière de CCC |

**Tableau A4, 1.1 : Résumé des programmes de traitement antirétroviral de FHI**

| | Ghana | Kenya | Rwanda |
|---|---|---|---|
| **Elaboration des programmes** | • Août 2001 : équipe d'évaluation initiale<br>• Novembre 2001 : réunions des partenaires à Manya Krobo et à Accra<br>• Décembre 2001 : recrutement du personnel du programme<br>• Janvier 2002 : atelier sur l'élaboration du programme<br>• Janvier 2002 : conventions conclues avec 6 ONG, 2 hôpitaux et 2 laboratoires portant sur les CCC, CDV, PTME, soins cliniques et laboratoires<br>• Février 2002 : lancement du programme<br>• Activités de recherche formative et de préparation de la communauté<br>• Juillet 2002 : début des services CDV<br>• Avril–novembre 2002 : modernisation du dispensaire, du laboratoire et de la pharmacie<br>• Août 2002 : atelier IO<br>• Novembre 2002 : atelier ARV<br>• Février 2003 : subvention accordée aux Services de santé du Ghana pour fournir des ARV à 100 patients durant 6 mois<br>• Mai 2003 : lancement du TAR | • Février 2002 : le groupe de travail sur le TAR (sous la direction de NACC) entame des réunions afin de surveiller l'utilisation du TAR au Kenya (FHI assure le secrétariat et fournit une assistance technique)<br>• Avril 200 : organisation d'un atelier avec les partenaires<br>• Septembre 2002 : obtention de l'autorisation pour commencer la mise en place<br>• Septembre 2002 : évaluation de la capacité du système de santé<br>• Avril 2003 : formation des prestataires de soins de santé en matière de prise en charge clinique du VIH et du TAR<br>• Mai 2003 : lancement du TAR | • Novembre 2002 : évaluation pour déterminer la capacité et les besoins du système de santé - terminée<br>• Novembre-février 2003 : processus de renforcement des capacités comprenant l'amélioration des services et des systèmes de gestion des médicaments, ainsi que la formation du personnel (basé sur les conclusions de la phase d'évaluation)<br>• Février 2003 : formation des prestataires de soins de santé en matière de prise en charge clinique du VIH et du TAR<br>• Février 2003 : lancement du TAR |
| **Partenaires d'exécution (en plus des établissements d'intervention)** | • Centre pour le développement environnemental rural intégré (Centre for Integrated Rural Environmental Development (CEFRIEND))<br>• Klo Drivers Alliance<br>• Manya Krobo Youth Club<br>• PHLAB Foundation<br>• Noguchi Memorial Institute for Medical Research<br>• Public Health Reference Laboratory<br>• Queenmothers Association<br>• Youngsters Peer Education Project | • Management Sciences for Health/RPM-Plus<br>• Population Council/HORIZONS<br>• COPHIA<br>• Aga Khan<br>• Groupe local de PVS<br>• International Center for Reproductive Health (ICRH) | • Groupes de PVS de Duteraninkunga et Ihumure |

**Tableau A4, 1.1 : Résumé des programmes de traitement antirétroviral de FHI**

| | Ghana | Kenya | Rwanda |
|---|---|---|---|
| Critères de traitement | Adultes<br>• Stade clinique OMS III or IV<br>• CD4 <250.<br>• Résider à Manga ou Yib Krobo<br>• Révélation à une personne au moins<br><br>Enfants<br>L'enfant doit appartenir à l'une des catégories suivantes :<br>• Enfants symptomatiques au stade pédiatrique II et III dont les mères sont positives au HIV<br>• CD4 <20% chez l'enfant de moins de 18 mois<br>• CD4 <15% chez l'enfant de plus de 18 mois | Adultes<br>• Stade clinique OMS III or IV<br>• CD4 <200<br>Enfants<br>• CD4 <15% chez l'enfant de plus de 18 mois<br><br>Critères sociaux :<br>• Résider dans le district de Mombasa.<br>• Consentir à se rendre régulièrement à l'HGPC et à être contacté à tout moment, que ce soit à domicile ou ailleurs<br>• Membres du personnel des établissements de santé et leur conjoint(e)s s'ils répondent aux critères médicaux et désirent commencer le traitement<br>• Patients tuberculeux qui rempliront les critères médicaux et auront terminé la phase intensive du traitement | Adultes<br>• Stade clinique OMS III or IV<br>• CD4 <200<br><br>Enfants<br>• CD4 <15% chez l'enfant de plus de 18 mois |
| Régime thérapeutique | Première intention<br>• Zidovudine 300mg + lamivudine 150mg : un comprimé deux fois par jour<br>• Névirapine 200mg : un comprimé par jour durant deux semaines. Si cette posologie ne provoque pas de réaction indésirable, la dose sera doublée<br>Deuxième intention<br>• Pour les patients qui manifestent de sérieux effets secondaires indésirables à la zidovudine, celle-ci sera remplacée par la stavudine. Ces patients seront dès lors mis sous stavudine, lamivudine et névirapine.<br>• Pour les patients qui réagissent à la névirapine ou éprouvent de sérieuses réactions indésirables à ce médicament, celui-ci sera remplacé par l'efavirenz | Première intention (adultes & adolescents)<br>• d4T + 3TC + efavirenz<br>Pour les femmes enceintes ou susceptibles de l'être :<br>• d4T + 3TC + névirapine<br><br>Deuxième intention<br>• AZT + DDI + lopinavir/ritonavir<br><br>OU<br><br>• AZT (retrovir) + DDI (didanosine) + nelfinavir | Première intention<br>• d4T + 3TC + EFV<br>• AZT + 3TC + EFV<br><br>Deuxième intention<br>• AZT + DDI + IDV en cas d'échec de la combinaison de première intention de d4T + 3TC + EFV<br>• d4T + DDI + IDV en cas d'échec de la combinaison de première intention d'AZT + 3TC + EFV<br><br>* Pour les femmes en âge de procréer, l'EFV sera systématiquement remplacé par le NVP |

**Tableau A4, 1.1 : Résumé des programmes de traitement antirétroviral de FHI**

| | | |
|---|---|---|
| **Tests de laboratoire de base** | Tests de base :<br>• Numération formule sanguine complète<br>• Numération lymphocytaire totale (NLT)<br>• Numération des CD4<br>• Analyse d'urine<br>• Analyse de routine des selles<br>• Azote uréique de sang et créatinine<br>• Tests de fonction hépatique<br>• RXT et crachat pour les AFB, si nécessaire<br>• Charge virale<br>• 200 premiers patients pour le TAR<br>• échec du traitement | Tests de base :<br>• sérologie VIH<br>• Numération formule sanguine complète (NLT incluse)<br>• numération des CD4 |
| **Tests de laboratoire de suivi** | Pour les patients sous névirapine, les tests de fonction hépatique<br>seront réalisés :<br>• au début<br>• un mois après le début du traitement<br>• après trois mois<br><br>Pour tous les patients, quel que soit le régime, y compris la<br>névirapine, la surveillance doit être organisée comme suit :<br>Après 3 mois :<br>• Numération formule sanguine complète<br>• numération lymphocytaire totale<br>• tests de fonction hépatique<br>• autres tests seulement si nécessaire<br><br>Après 6 mois :<br>• CD4<br>• Formule sanguine complète<br>• Numération lymphocytaire totale<br>• Tests de fonction hépatique<br>• autres tests seulement si nécessaire | Première année<br>Deuxième visite du patient<br>• Charge virale de base<br>• TFH<br>• Tests de fonction rénale<br>• Analyse d'urine complète<br>• Radiographie du thorax<br><br>Après 1 mois<br>• Numération lymphocytaire totale (NLT)<br>• TFH<br><br>Après 3 et 12 mois<br>• Numération formule sanguine complète (NLC incluse)<br>• Numération des CD4+<br>• TFH<br>• Autres tests si nécessaire<br><br>Tous les 6 mois<br>• Numération des CD4<br>• TFH<br>• Autres tests si nécessaire |

**Tableau A4, 1.1 : Résumé des programmes de traitement antirétroviral de FHI**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tests de laboratoire de base** | Après 12 mois :<br>• CD4<br>• Numération Formule sanguine complète<br>• Numération lymphocytaire totale<br>• autres tests seulement si nécessaire<br><br>Après la première année :<br>• CD4 tous les 6 mois<br>• Numération lymphocytaire totale tous les 6 mois<br>• Numération formule sanguine complète tous les 6 mois<br>• Test de fonction rénale tous les 6 mois<br>• Autres tests seulement si nécessaire | Après 6 mois<br>• Numération formule sanguine complète (NLC incluse)<br>• Numération des CD4+<br>• TFH<br><br>Après 9 mois<br>• Numération lymphocytaire totale<br>• Les années suivantes<br>• Tous les trois mois<br>• Numération Formule sanguine complète (NLT incluse)<br><br>Si le patient ne répond pas bien au traitement, il sera soumis à des tests de charge virale et de résistances. | |
| **Visites de suivi** | Durant les trois premiers mois, le suivi des patients recevant les ARV sera organisé comme suit :<br>• Une visite deux semaines après le démarrage des ARV<br>• Une visite mensuelle durant les trois premiers mois, à moins que médecin et patient ne souhaitent rapprocher les visites<br>• Par la suite, une visite tous les deux mois<br><br>Les médecins décideront en concertation avec leurs patients de la fréquence des visites, en tenant compte de l'état du patient, des problèmes d'adhérence, etc. Les patients pourront également se présenter spontanément s'ils en éprouvent le besoin. | Visites de surveillance clinique et d'adhérence<br>• Deux premiers mois : toutes les deux semaines<br>• Par la suite : tous les mois<br>• Trois séances de conseil avant la prise d'ARV avec un infirmier chargé du TAR<br>• 48 à 72 heures après le début du TAR, le patient aura un entretien avec l'infirmier chargé du TAR pour évaluer les effets indésirables des médicaments et l'adhérence au traitement (discuter de l'expérience, des difficultés et des stratégies pour gérer les problèmes rencontrés, de la contribution de proches ou amis, passer en revue le traitement et prodiguer des encouragements) | Visites de suivi toutes les deux semaines avec le médecin. |
| **Plan d'adhérence** | • Au moins une séance de conseil sur l'adhérence au traitement devra avoir lieu avant de l'entamer<br>• Les conseillers en adhérence devront vérifier le lieu de résidence avant l'administration du traitement<br>• Dans la mesure du possible, un proche (parent ou ami) participera aux séances d'adhérence et aidera le patient à prendre ses médicaments durant les deux premières semaines | • Si un patient ne peut, pour une raison ou une autre, bénéficier de l'aide d'un parent ou d'un ami, il obtiendra un soutien pour la prise des médicaments par le biais des visites de suivi.<br>• Cinq séances de conseil en adhérence, avec un proche, avant le début du traitement<br>• Mini-DOT pendant 6 semaines : les patients se rendront le matin à l'établissement de santé pour prendre leur médicament en présence d'un infirmier. Ils prendront seuls leurs médicaments du soir. | |

## SESSION 2 Brève introduction au TAR

### BUT

Au cours de cette session, les participants se familiariseront avec le traitement antirétroviral (TAR), l'objectif et les principes de base du traitement et les recommandations de l'OMS concernant : le traitement initial, quand il faut changer de traitement, les différents types de traitement et leurs modes d'action, les régimes d'ARV de première intention recommandés par l'OMS, les questions d'adhérence, la surveillance du TAR et les interactions médicamenteuses. La session abordera également les autres options de traitement pour les patients dont le traitement a échoué, les régimes ARV de seconde intention préconisés par l'OMS, les obstacles au traitement, et les approches thérapeutiques dans le cadre de la recherche.

### OBJECTIFS

A la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire le but et les principes de base du TAR
2. Énumérer les critères pour décider quand entamer le traitement, quel régime adopter et quand il faut changer de traitement
3. Décrire les différents types de traitement, leur mode d'action, et les régimes de première et de seconde intention recommandés par l'OMS
4. Examiner les questions d'adhérence et débattre les solutions spécifiques à chaque pays
5. Discuter de l'importance et des modalités de surveillance des patients sous TAR
6. Décrire les interactions médicamenteuses
7. Etudier les options de traitement pour les patients qui ne répondent pas au traitement, les obstacles au traitement et la façon de guider ces derniers dans le cadre de leur situation locale
8. Discuter des approches thérapeutiques dans le cadre de la recherche
9. Discuter des options propres à chaque pays et des directives nationales pour le TAR

### DURÉE

90 minutes

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de cette session (voir ci-dessus).<br>**(3 minutes)** |
| Étape 2. | Présentez l'information sur le TAR dans son intégralité : **1–6** ci-dessous<br>**(45–60 minutes)**<br>Dites aux participants qu'ils auront le temps, à la fin de votre présentation, de débattre les questions les plus importantes sur le TAR dans le cadre de leur situation locale, nationale, et toute autre question semblable. |

**1. Le but du traitement antirétroviral (TAR) est de :**

a. Prolonger et améliorer la qualité de vie

b. Réduire la charge virale autant que possible et aussi longtemps que possible afin d'arrêter la progression de la maladie et de prévenir ou de réduire l'apparition de souches résistantes.

c. Parvenir à une reconstitution immunitaire quantitative (numération des CD4 dans la fourchette normale) et qualitative (réponse immunitaire spécifique au pathogène).

d. Fournir un traitement ARV qui non seulement réduit la charge virale, mais aussi préserve les options thérapeutiques futures, est relativement sans effet secondaire et qui est adapté aux besoins individuels afin de faciliter l'adhérence.

**2. Les principes de base du traitement**

a. Quand débuter le traitement ?

- L'OMS recommande que les adolescents et les adultes infectés au VIH commencent le TAR quand ils ont :
  Une maladie de stade IV d'après la classification de l'OMS, quel que soit le nombre de CD4
  Une maladie du stade I, II ou III d'après la classification de l'OMS, avec un nombre de CD4 inférieur ou égal à 200/mm$^3$
  Une maladie de stade II ou III d'après la classification de l'OMS, avec un nombre total de lymphocytes inférieur ou égal à 1200/mm$^3$
- Dans les cas où vous ne pouvez pas évaluer le nombre CD4, utilisez la numération totale des lymphocytes inférieure ou égale à 1200/mm$^3$ comme indication de remplacement pour le traitement en présence de maladie symptomatique du VIH
- Une évaluation de la charge virale n'est pas considérée comme essentielle pour commencer le traitement

**Tableau A4, 2.1 : Recommandations pour la mise en route du traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent atteints d'infection au VIH confirmée.**

| Si le test CD4 est disponible : |
|---|
| • OMS stade IV, quel que soit le nombre de CD4[a]<br>• OMS stade I, II ou IIIa, avec un nombre de CD4 inférieur à 200/mm$^3$[b] |
| **Si le test CD4 n'est pas disponible :** |
| • OMS stade IV, quel que soit la NLT<br>• OMS stades II or IIIc, avec moins de 1200/mm$^3$[c] |

[a] Le traitement est également recommandé chez les patients souffrant d'une maladie de stade III avancée (classification OMS), notamment d'épisodes récurrents ou persistants de candidose buccale (muguet) et d'infections invasives récurrentes, quel que soit le nombre de CD4 ou le nombre total de lymphocytes.

[b] Au dessus de 200/mm$^3$, le taux exact de CD4 à partir duquel il faut commencer un traitement antirétroviral n'est pas déterminé, mais la présence de symptômes et le rythme de réduction des CD4 (s'il est possible de le mesurer) doivent intervenir dans la décision. Un niveau de CD4 de 200/mm$^3$ correspond à un pourcentage de CD4 voisin de 15%.

[c] Une numération lymphocytaire totale inférieure ou égale à 1200/mm$^3$ peut être utilisée comme seuil à la place de la numération des CD4 quand celle-ci n'est pas réalisable et qu'on observe des symptômes liés au VIH. Cet indicateur est moins utile chez le patient asymptomatique. Par conséquent, en l'absence de numération des CD4, le patient infecté par le VIH et asymptomatique (stade I de l'OMS) ne doit pas être traité étant donné qu'il n'existe pas à ce stade d'autre marqueur fiable applicable en situation de ressources très limitées.

b. Par quel traitement commencer

- Les seuls traitements suffisamment puissants pour réduire considérablement la réplication virale et empêcher l'apparition d'une résistance et l'échec thérapeutique pendant une longue période sont la combinaison de trois antirétroviraux au moins.
- Il existe actuellement 16 agents TAR approuvés pour le traitement de l'infection VIH-I (aux Etats-Unis). Il s'agit notamment de six Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), trois Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI), et six Inhibiteurs de protéase (IP). Treize de ces médicaments ont été incorporés dans les recommandations de l'OMS :

**Tableau A4, 2.2 : Agents antirétroviraux approuvés incorporés dans les recommandations de l'OMS sur les ARV[a]**

| Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) | Inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INtTI) | Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) | Inhibiteurs de protéase (IP) |
|---|---|---|---|
| Zidovudine (ZDV, AZT)[b]<br><br>Didanosine (ddI)[b]<br><br>Stavudine (d4T)[b]<br><br>Lamiduvine (3TC)[b]<br><br>Abacavir (ABC)[b] | Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) | Névirapine NVP)[b]<br><br>Efavirenz (EFZ)[b] | Saquinavir (SQV)[b]<br><br>Ritonavir (RTV) (comme activateur)[b]<br><br>Indinavir (IDV)[b]<br><br>Nelfinavir (NFV)[b]<br><br>Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)[b] |
| [a] Approuvé et généralement disponible dans les pays industriels, en janvier 2002. | | [b] Approuvé pour inclusion dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS, en avril 2002. | |

- L'OMS recommande que les programmes de traitement par antirétroviraux conduits dans les pays aux ressources limitées adoptent un régime antirétroviral de première intention puissant au démarrage du traitement chez la majorité des patients.

**Tableau A4, 2.3 : Régimes antirétroviraux de première intention recommandés par l'OMS pour les adultes et adolescents atteints d'infection au VIH documentée**

| Régime ARV | Principaux effets toxiques possibles | Emploi chez les femmes en âge de procréer ou enceintes |
|---|---|---|
| **d4T/3TC/NVP** | d4T : Neuropathie, pancréatite et lipoatrophie ;<br>NVP : Hépatotoxicité et éruptions cutanées graves | Oui |
| **ZDV/3TC/NVP** | ZDV : Intolérance GI, anémie et neuropathie ;<br>NVP : Hépatotoxicité et éruptions cutanées graves | Oui |
| **d4T/3TC/EFV** | d4T : Neuropathie, pancréatite et lipoatrophie ;<br>EFV : Toxicité du SNC et risque d'effets tératogènes | Non |
| **ZDV/3TC/EFV** | ZDV : Intolérance GI, anémie et neutropénie ;<br>EFV : Toxicité du SNC et risque d'effets tératogènes | Non |

c. Quand faut-il changer de traitement ?

- En cas d'échec thérapeutique, défini comme suit :

  **Échec clinique :** progression clinique de la maladie signalée par le développement d'une IO ou d'une tumeur maligne, lorsque les médicaments ont été administrés suffisamment longtemps pour entraîner un certain degré de protection de la restauration immunitaire

  **Échec immunologique :** une chute du niveau de CD4 supérieure à 50% par rapport à la valeur la plus élevée, ou un retour égal ou inférieur au niveau avant le commencement du traitement.

  **Échec du traitement viral :** se rapporte à une réponse virologique incomplète, c'est-à-dire, n'atteignant pas un ARN du VIH < 400 copies/mL toutes les 24 semaines ou < 50 copies/mL toutes les 48 semaines, chez un patient dont la réaction au traitement était inconnue.

- En raison de la toxicité, définie comme suit :

  Par rapport à un seul médicament

  Ceci permet de remplacer le médicament sans compromettre l'ensemble du traitement. Par exemple : vous pouvez remplacer la ZDV par la d4T en cas d'anémie ou de symptômes liés à la ZDV ; ou l'EFV par la NVP en cas de symptômes constants du SNC liés à EFZ.

  Quand vous ne pouvez pas identifier le médicament provoquant les effets toxiques et/ou effets secondaires indésirables compromettant l'adhérence, nous recommandons un changement de traitement complet.

  Si une interruption du traitement est indiquée, afin de pouvoir résoudre le problème de toxicité, suspendez temporairement l'ensemble du traitement afin de prévenir l'apparition d'une résistance médicamenteuse.

## 3. Traitements antirétroviraux

a. Groupes de médicaments : (voir tableaux A4, 2.2 et A4, 2.3, ci-dessus, pour une liste des médicaments)

- Mode d'action : les antirétroviraux (ARV) agissent sur le VIH en interférant avec son cycle de reproduction. Les principales étapes du cycle où ces médicaments agissent pour inhiber la réplication du virus sont les suivantes :

  *Inhibition de l'enzyme de la transcriptase inverse pour interrompre la production de l'ADN proviral.* Les ARV empêchent la formation de l'ADN proviral. Les INTI et les INNTI agissent ici.

  *Inhibition de la maturation du virion en interrompant le traitement de la protéine et l'assemblage du virus.* Au cours de cette phase, il faut des enzymes de protéase et les inhibiteurs de protéase agissent ici.

- L'inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI) :

  Entraîne un arrêt prématuré de la production de la chaîne DNA du VIH.

  Est actif à la fois contre le VIH-1 et le VIH-2.

  Une résistance médicamenteuse se développe rapidement s'il est administré seul (mono-thérapie).

  Les effets secondaires comprennent : Nausée et vomissements
  Anémie (AZT), neutropénie
  Neuropathie périphérique (d4T, ddI, ddC) Pancréatite (ddI, ddC, d4T, 3TC)

  AZT et d4T sont de structure semblable ; ne les utilisez pas ensemble.

- L'inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) :

  Est actif uniquement contre le VIH-1.

  Delavirdine et névirapine sont antagonistes dans leurs actions sur l'activité de la transcriptase inverse du VIH, par conséquent ne les utilisez pas ensemble.

  Une interaction avec d'autres médicaments survient à cause de l'induction et/ou de l'inhibition des enzymes du cytochrome P450.

  Les effets secondaires comprennent les éruptions maculo-papulaires diffuses, l'hépatite, les maux de tête et la nausée.

- L'inhibiteur de protéase (IP) :
  L'enzyme de protéase du VIH est responsable du clivage de plusieurs polyprotéines dans le processus de production de virions infectieux matures. Les IP interfèrent dans la production de l'enzyme de protéase du VIH. Cela entraîne une diminution de la présence du virus dans le corps, ce qui suffit parfois à réduire le virus à des niveaux indétectables.
  Une pharmacorésistance se développe rapidement si les IP sont administrés seuls (mono-thérapie).
  Les IP sont associés à de multiples interactions médicamenteuses du fait de l'inhibition du cytochrome P450.
  Par exemple : les IP augmentent le métabolisme de la rifampicine et réduisent son efficacité pour le traitement de la TB
  Les effets secondaires comprennent des problèmes GI, c'est-à-dire des nausées et vomissements.
  Indinavir devrait être pris avec beaucoup d'eau afin d'éviter les lithiases rénales.

b. Adhérence au traitement
- L'adhérence aux médicaments est un des facteurs déterminants pour le succès du traitement.
- Une adhérence médiocre peut se traduire par l'échec du traitement viral, une augmentation de la résistance et des échecs immunologiques et cliniques ultérieurs.
- L'adhérence peut être favorisée par des régimes simplifiés et bien tolérés comprenant le moins de cachets possible et administrés pas plus de deux fois par jour.
- Il est important de bien conseiller les patients avant d'entamer le traitement et aussi de faire intervenir les médecins, les infirmiers et autres prestataires de soins dans le processus.
- *Ne commencez pas* le TAR lors de la première visite clinique—une période d'éducation et de préparation est indispensable afin de tenter de maximiser l'adhérence au traitement à l'avenir.
- Une fois que le traitement est entamé, il est indispensable de surveiller que le patient respecte le traitement.
- À plusieurs reprises, l'évaluation du médecin s'est avéré l'approche la moins fiable ; le comptage des pilules s'accompagne de risques d'erreur et de manipulation.
- L'administration de questionnaires validés aux patients s'est révélé être un des outils les plus fiables et les plus répandus pour contrôler l'adhérence des patients externes.
- Chaque pays et/ou centre de santé doit mettre au point son propre questionnaire, qui doit être bref et adapté au niveau culturel, étant donné qu'un formulaire standard ne pourra pas s'appliquer à toutes les régions et cultures.

c. Surveillance du TAR
- Évaluation clinique de base et préparation du patient
  Antécédents médicaux et psychosociaux de base :
  Caractéristiques démographiques essentielles
  Antécédents médicaux, y compris les maladies importantes (par exemple TB), hospitalisations, interventions chirurgicales
  Temps écoulé depuis le diagnostic du VIH, médication actuelle et symptômes
  Pour les femmes, grossesse en cours ou planifiée et accès aux services de contraception
  Condition économique de la famille
  Mesures d'ajustement de la famille
  Examen des systèmes (respiratoire, cardiaque, neurologique, génito-urinaire, etc.)
  Examen médical de base :
  Signes vitaux, poids et recueil des anomalies (oropharynx, ganglions lymphatiques, poumons, cœur, abdomen, extrémités, système nerveux, et voies génitales)
  Préparation du patient :
  Passer en revue les avantages escomptés et les effets secondaires éventuels du traitement choisi, les interactions médicamenteuses possibles, le concept de partenariat entre le patient et le prestataire de soins, l'engagement à vie probable du patient à l'égard du traitement, le besoin indispensable d'avoir des relations sexuelles protégées afin de prévenir la transmission du VIH, l'importance de l'adhérence au traitement et la nécessité de signaler les effets secondaires ressentis.

Établir un calendrier raisonnable pour le suivi clinique

Première visite de suivi, un mois (de préférence deux semaines) après le démarrage du traitement afin de vérifier la tolérance

Un minimum d'une visite tous les 3–4 mois par la suite (de préférence mensuellement au début, afin de suivre la réaction aux médicaments, la réponse et d'encourager l'adhérence)

Les visites mensuelles, combinées avec la remise des médicaments, sont idéales, afin de renforcer l'adhérence

À chaque visite, interrogez le patient au sujet de tout nouveau symptôme susceptible d'être lié aux effets secondaires des médicaments, à la progression du VIH ou à des affections intercurrentes.

- Surveillance clinique de la toxicité et de l'efficacité des ARV et traitements antirétroviraux

  Qu'il soit possible ou non de suivre la numération des CD4, l'efficacité clinique du TAR est importante et peut être assurée à l'aide des éléments ci-après :

  La perception du patient sur la manière dont il réagit au traitement—sensation de bien-être

  Changements de poids durant le traitement

  Changements dans la fréquence et/ou la gravité des symptômes liés au VIH (poussées de fièvre, diarrhée, exanthème, etc.) et résultats (candidose oro-pharyngée ou vaginale)

  Signes de syndromes de reconstitution immunitaire ou liés à la progression du VIH

  Informez le patient sur les symptômes liés à la toxicité des ARV et sur la nécessité de rechercher des soins appropriés.

  Voir tableau A4,24 ci-dessous.

**Tableau A4, 2.4 : Signes et symptômes cliniques, et suivi et prise en charge des symptômes et effets indésirables graves des antirétroviraux qui requièrent l'arrêt du traitement**

| Effet indésirable | Médicaments qui peuvent en être la cause | Signes/symptômes cliniques | Prise en charge |
|---|---|---|---|
| Hépatite aiguë | Névirapine (NVP) ; efavirenz (EFZ) moins souvent ; plus souvent avec zidovudine (ZDV), didanosine (ddI), stavudine (d4T) (<1 pour cent) ; et inhibiteurs de protéase, le plus fréquemment avec ritonavir (RTV) | Ictère, hypertrophie du foie, symptômes GI, fatigue, anorexie, l'hépatite causée par la NVP peut s'accompagner d'hypersensibilité (démangeaisons, symptômes systémiques, éosinophilie). | Si possible, suivre la bilirubine et les transaminases sériques. Arrêter tous les ARV à moins que les symptômes ne se résorbent. Arrêter définitivement la NVP. |
| Pancréatite aiguë | ddI, d4T ; lamivudine (3TC) (peu souvent) | Nausées, vomissements et douleurs abdominales | Si possible, suivre l'amylase et la lipase pancréatiques dans le sérum. Arrêter tous les ARV à moins que les symptômes ne se résorbent. Recommencer le TAR en utilisant un IaNTI différent, de préférence qui ne cause pas de toxicité pancréatique (par ex. ZDV ou ABC). |
| Acidose lactique | Tous les inhibiteurs analogues nucléosidiques de la transcriptase inverse (IaNTI) | Symptômes initiaux variables. Les syndromes prodomiques cliniques peuvent être : fatigue et faiblesse générales, symptômes GI (nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, hépatomégalie, anorexie et/ou perte de poids soudaine inexplicable), symptômes respiratoires (tachypnée et dyspnée) ou symptômes neurologiques (notamment faiblesse motrice). | Interrompre tous les ARV ; les symptômes peuvent continuer ou s'aggraver après l'arrêt du TAR. Thérapie de soutien. Les schémas thérapeutiques qui peuvent être envisagés pour reprendre le TAR incluent un IP en association avec un INNTI et éventuellement soit ABC soit TDF. |

**Tableau A4, 2.4 : Signes et symptômes cliniques, et suivi et prise en charge des symptômes et effets indésirables graves des antirétroviraux qui requièrent l'arrêt du traitement**

| Effet indésirable | Médicaments qui peuvent en être la cause | Signes/symptômes cliniques | Prise en charge |
|---|---|---|---|
| Réaction hypersensible | Abacavir (ABC), névirapine (NVP) | ABC : constellation de nouveaux symptômes aigus, notamment : fièvre, fatigue, myalgie, nausées/vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, pharyngite, toux et dyspnée (avec ou sans exanthème). Si ces symptômes correspondent souvent à ceux des maladies infectieuses courantes, la combinaison de nouveaux symptômes aigus, à la fois respiratoires et GI après le démarrage d'ABC est plus caractéristique d'une réaction d'hypersensibilité.<br>NVP : symptômes systémiques de fièvre, myalgie, arthralgie, hépatite, éosinophilie avec ou sans exanthème. | Interrompre tous les ARV jusqu'à disparition des symptômes. La réaction s'aggrave progressivement avec l'administration des médicaments et peut être fatale. Administrer une thérapie de soutien. Ne pas essayer à nouveau l'ABC (ou la NVP), étant donné que des réactions immunitaires de type I ont été signalées. Après la disparition des symptômes, recommencer les ARV en prescrivant un IaNTI différent si le régime comprenait de l'ABC ou un IP ou un régime à base d'IaNTI si le régime comprenait de la NVP. |
| Exanthème grave/syndrome de Stevens-Johnson | Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) : névirapine (NVP), efavirenz (EFV) | L'exanthème se produit en général pendant les deux à quatre premières semaines de traitement. L'exanthème est habituellement érythémateux, maculo-papulaire, confluent, répandu principalement sur le tronc et les bras ; il peut être prurigineux et peut être accompagné ou non de fièvre. Des affections très graves du syndrome de Stevens-Johnson ou de nécrolyse épidermique toxique ont été signalées dans 0,3 pour cent environ des individus infectés recevant de la NVP. | Interrompre tous les ARV jusqu'à ce que les symptômes se résorbent.<br>Arrêter définitivement la NVP dans le cas d'exanthème avec symptômes systémiques tels que fièvre, exanthème sérieux avec lésions muqueuses ou urticaire, ou syndrome de Stevens-Johnson ou encore nécrolyse de l'épiderme ; après disparition des symptômes, modifier le traitement antirétroviral en utilisant une catégorie d'ARV différente (par ex. 3 IaNTI ou 2 IaNTI et 1 IP). Si l'exanthème est modéré (peu sérieux) et ne s'accompagne pas de symptômes des muqueuses ou systémiques, un changement des INNTI (par ex. remplacer la NVP par l'EFV) pourrait être envisagé après la disparition de l'exanthème. |
| Neuropathie périphérique grave | ddI, d4T, 3TC | Douleurs, picotements, engourdissement des mains et des pieds ; perte sensorielle distale ; légère faiblesse musculaire et aréflexie sont des symptômes possibles. | Arrêter l'IaNTI suspecté et le remplacer par un autre qui ne cause pas de neurotoxicité (par ex. ZDV, ABC). Les symptômes disparaissent en général en deux à trois semaines. |

- Surveillance de laboratoire
  - Surveillance de laboratoire de base pour la toxicité et l'efficacité du TAR
  - Tests de base avant la mise en route du TAR
    - Test anti-corps VIH
    - Taux d'hémoglobine ou d'hématocrite

  - Les tests supplémentaires de base devraient inclure :
    - Taux de globules blancs et différentiel (afin d'apprécier les effets secondaires de la neutropénie et la numération lymphocytaire totale)
    - Taux de sérum alanine ou d'alanine amino-transférase (afin de rechercher une infection hépatique et de surveiller l'hépatotoxicité)
    - Concentration sérique en créatinine et/ou d'azote uréique dans le sang (afin d'évaluer la fonction rénale de base)
    - Glycémie (étant donné la propension des IP à induire une résistance à l'insuline)
    - Test de grossesse pour les femmes
    - Lorsque les ressources locales le permettent, bilirubine sérique, amylase et lipides (triglycérides et cholestérol)
    - Numération de lymphocytes CD4
  - Indicateur utile pour savoir si un patient doit entamer un TAR
  - Important pour évaluer l'efficacité du TAR avec des pics supérieurs à 100 cellules CD4/mm$^3$ au cours des 6 à 12 premiers mois de traitement ou d'échec immunologique

  - Taux plasmatique de VIH—ARN (charge virale)
  - Indicateur utile pour mesurer l'effet d'un traitement ARV chez les patients individuels, mais qui n'est pas recommandé à l'heure actuelle en raison de son coût élevé et de son indisponibilité dans les pays aux ressources limitées. L'échec du traitement devra être évalué sur le plan immunologique et clinique plutôt que sur le plan virologique jusqu'à ce que des méthodes de quantification virale moins coûteuses soient mises au point.

d. Interactions médicamenteuses (pour plus de détails, voir les tableaux ci-dessous)
- Les médicaments des catégories INNTI et PI interagissent avec l'enzyme du cytochrome P450, ce qui se traduit par l'inhibition ou l'induction de cette enzyme.
- Les médicaments des catégories d'INNTI et d'IP interagissent avec le système d'enzymes du cytochrome P450, ce qui peut se traduire par une inhibition ou une induction de ces enzymes. Il peut en résulter un risque croissant de toxicité en raison des concentrations élevées de médicament (ou une efficacité croissante, à l'instar des traitements RTV- IP) ou un échec des médicaments en raison des concentrations de médicament insuffisantes sur le plan thérapeutique.
- La seule association recommandée contenant une combinaison d'IP pour les patients qui reçoivent de la rifampicine est SQV/r/ZDV (ou d4T)/3TC. L'utilisation d'autres IP (NFV. IDV/r, LDV/r) est contre-indiquée parce que la rifampicine induit la production d'enzymes hépatiques qui réduisent le taux sanguin des inhibiteurs de protéase à des niveaux sous-thérapeutiques.
- Passez en revue le document sur les traitements concomitants et les conditions préalables à la modification des doses.

Voir Tableau A4, 2.5

**Table A4, 2.5 : Principales interactions médicamenteuses pour les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) dans les pays aux ressources limitées**

| | Névirapine (NVP) | Efavirenz (EFV) | Indinavir (IDV) | Lopinavir (LPV/r) | Nelfinavir (NFV) | Saquina |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Antifongiques** | | | | | | |
| Kétoconazole | Tx de NVP ↑ 15–30%<br>Tx de kétoconazole ↓ 63%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | Pas de données | Tx d'IDV ↑ 68%<br><br>Recommandation :<br>Changer la dose d'IDV à 600 mg tid | Tx de LPV ↓ 13%<br>Tx de kétoconazole ↑ 3x<br><br>Recommandation :<br>Aucune | Aucune modification du dosage | Tx de SQV ↑ 3x<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal |
| **Antimycobactériens** | | | | | | |
| Rifampicine | Tx de NVP ↓ 37%<br><br>Recommandation :<br>Utiliser avec prudence si aucun autre choix | Tx d'EFV ↓ 25-33%<br><br>Recommandation :<br>Envisager 800 mg/j d'EFV | Tx d'IDV ↓ 89%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | AUC du LVP ↑ 75%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | Tx de NFV ↓ 82%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | Tx de SQV ↓ 84% lorsqu'il est administré sans RTV<br><br>Recommandation :<br>En cas d'utilisation du SQV/RTV, peut utiliser 600 mg de rifampicine par jour ou 2–3 x/semaine |
| Rifabutine | Tx de NVP ↓ 16%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal | Tx d'EFV inchangé<br>Tx de rifabutine ↓ 35%<br><br>Recommandations :<br>- Augmenter dose de rifabutine à 450–600 mg/j (ou 600 mg 2–3x/semaine)<br>- Dosage d'EFV inchangé | Tx d'IDV ↑ 32%<br>Tx de rifabutine ↓ 2x<br><br>Recommandations :<br>- Réduire dose de rifabutine à 150 mg/j (ou 300 mg 2–3x/semaine)<br>- Dose d'IDV de 1000 mg tid | AUC de rifabutine 3x<br><br>Recommandations :<br>- Réduire dose de rifabutine à 150 mg/j (ou 300 mg 2–3x/semaine)<br>- Dosage de LPV/r inchangé | Tx de NFV ↓ 80%<br>Tx de rifabutine ↓ 2x<br><br>Recommandations :<br>- Réduire dose de rifabutine à 150 mg/j (ou 300 mg 2–3x/semaine<br>- Augmenter la dose de NFV à 1000 mg tid | Tx de SQV ↓ 40%<br>(le RTV multiplie le taux de rifabutine par 4)<br><br>Recommandation :<br>En cas d'utilisation du SQV/RTV, utiliser 150 mg de rifabutine 2–3x/semaine |
| Clarithromycine | Tx de NVP ↑ 26%<br>Tx de clarithromycine ↓ 30%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal | Tx d'EFV inchangé<br>Tx de clarithromycine ↓ 39%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | Tx de clarithromycine ↑ 53%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal | Pas de données | Pas de données | Tx de clarithromycine ↑ 45%<br>Tx de SQV ↑ 177%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal |

**Table A4, 2.5 : Principales interactions médicamenteuses pour les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) dans les pays aux ressources limitées**

| | Névirapine (NVP) | Efavirenz (EFV) | Indinavir (IDV) | Lopinavir (LPV/r) | Nelfinavir (NFV) | Saquina |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Anticonvulsifs** | | | | | | |
| Autres médicaments qui ne devraient pas être administrés en même temps | Herbes : millepertuis, suppléments d'ail | Antihistaminiques : Astermizole, terfenadine<br>GI :<br>Cisapride<br>Psychotropes :<br>Midazolam, triazolam<br>Alcaloïdes d'ergot<br>Dihydroergatomine, ergatomine<br>Herbes : millepertuis, suppléments d'ail | Antihistaminiques : Astermizole, terfénadine<br>GI :<br>Cisapride<br>Psychotropes :<br>Midazolam, triazolam<br>Alcaloïdes d'ergot<br>Dihydroergatomine, ergatomine<br>Herbes : millepertuis, suppléments d'ail<br>Quand IDV est utilisé avec faible dose de RTV :<br>Cardiaques : flécaïnide, propafénone<br>Neuroleptiques : pimozide | Antihistaminiques : Astermizole, terfénadine<br>GI :<br>Cisapride<br>Psychotropes :<br>Midazolam, triazolam<br>Alcaloïdes d'ergot<br>Dihydroergatomine, ergatomine<br>Herbes : millepertuis, suppléments d'ail<br>Cardiaques : flécaïnide, propafénone<br>Neuroleptiques : pimozide | Antihistaminiques : Astermizole, terfénadine<br>GI :<br>Cisapride<br>Psychotropes :<br>Midazolam, triazolam<br>Alcaloïdes d'ergot<br>Dihydroergatomine, ergatomine<br>Herbes : millepertuis, suppléments d'ail | Antihistaminiques : Astermizole, terfénadine<br>GI :<br>Cisapride<br>Psychotropes :<br>Midazolam, triazolam<br>Alcaloïdes d'ergot<br>Dihydroergatomine, ergatomine<br>Herbes : millepertuis, suppléments d'ail<br>Quand IDV est utilisé avec faible dose de RTV :<br>Cardiaques : flécaïnide, propafénone<br>Neuroleptiques : pimozide |
| Divers | Peut induire métabolisme des glucostéroïdes, entraînant une réduction des niveaux de stéroïdes sériques | Surveiller la warfarine si utilisée en concomitance | Jus de pamplemousse réduit l'IDV de 26 pour cent | | | Jus de pamplemousse augmente les niveaux de SQV.<br>Dexaméthasone diminue les niveaux de SQV. |

Source : *Scaling Up Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings : Guidelines for a Public Health Approach*. Genève : OMS, 2002, pp. 114–119.

## 4. Options thérapeutiques pour les patients qui ne répondent pas au premier traitement

a. Tel qu'il a été mentionné auparavant, le TAR initial peut avoir à être modifié pour les raisons suivantes :

- Intolérance, se traduisant par une adhérence médiocre
- Toxicité des médicaments
- Manifestation de la tuberculose active ou commencement d'une grossesse
- Echec du traitement

b. Le Tableau A4, 2.6 ci-dessous décrit les autres options de traitement

**Tableau A4, 2.6 : Régimes de deuxième intention recommandés pour les adultes et les adolescents**

| Si le traitement : |
|---|
| d4T ou ZDV<br>+<br>3TC<br>+<br>NVP ou EFV<br><br>Echoue |
| **Remplacer par :** |
| TDF ou ABC<br>+<br>ddl[a]<br>+<br>LVP/r ou SQV/r[b] |

[a] La dose de ddl devra être réduite de 400 à 250 mg lorsque ce médicament est administré conjointement avec du TDF.

[b] Les médicaments LPV/r et SQV/r nécessitent une conservation frigorifique. Le NFV peut être considéré comme un médicament de remplacement dans les régions aux ressources limitées qui ne disposent pas de chaîne frigorifique.

c. Limitations dans la sélection d'un traitement de remplacement
   - Résistance médicamenteuse : si la charge virale et la surveillance de la résistance ne permettent pas de définir la cause de l'échec du traitement, il est probable que la défaillance virologique était présente depuis longtemps lorsque l'échec du traitement est détecté. La prolongation de la réplication virale se traduit par le développement de nouvelles mutations pharmacorésistantes ; en l'absence de test de pharmacorésistance, il sera difficile de déterminer quels sont les médicaments qui ont été compromis.

### 5. Obstacles au traitement

Les obstacles au traitement ont besoin d'être évalués en fonction des ressources et des limitations de chaque pays

a. Coût : Combien coûte le TAR dans le pays ?

b. Médicaments—questions spécifiques
   - Disponibilité : Quelles sont les produits disponibles dans le pays ?
     Où (dans quelles localités) sont-ils disponibles ?
   - La réfrigération est-elle nécessaire ? Disponible ?
   - Y-aurait-il des problèmes concernant la toxicité ? La Résistance ?

c. Laboratoire : quels sont les tests qui peuvent être effectués dans le pays et où ?

d. Des questions culturelles spécifiques peuvent-elles affecter l'adhérence au traitement ?

### 6. Approches thérapeutiques dans le cadre de la recherche

a. Interruption structurée du traitement

   Toutes les formes d'interruption structurée du traitement sont considérées comme expérimentales parce qu'on ne dispose pas de donnés qui puissent conseiller et indiquer quand il convient d'arrêter ou de recommencer le traitement et les produits à utiliser.
   - Échec du traitement viral

     L'arrêt du TAR conduit généralement à un déclin rapide des CD4 qui commence après 2–4 semaines et qui est attribué au retour au *VIH de type sauvage* qui est plus "adapté" que les souches résistantes. La souche du *VIH de type sauvage* est habituellement sensible aux médicaments qui ont fait l'objet d'une résistance auparavant et elle répond à la réintroduction du TAR. Toutefois, les souches résistantes restent présentes comme espèces minoritaires et redeviendront finalement actives sous une pression sélective.
   - Traitement intermittent structuré (TIS)

     Il s'agit d'un protocole expérimental suivant lequel les patients réagissant bien au TAHA peuvent interrompre le traitement une semaine sur deux afin de réduire la toxicité et le coût. A ce jour, l'expérience démontre que cette forme de traitement préserve le niveau de CD4 et la suppression virale.
   - Traitement d'impulsion

     L'objectif de ce traitement est de maintenir le taux de CD4 au-dessus d'un seuil prédéterminé, en utilisant des cycles de traitement suivis d'interruptions prolongées. Un sous-groupe de patients—vraisemblablement ceux qui ont enregistré une charge virale relativement basse et de bons taux de CD4 sous TAHA—pourra interrompre le traitement en toute sécurité pendant de longues périodes. Des essais cliniques comparatifs et randomisés sont en cours afin d'évaluer cette approche, mais les résultats ne seront probablement pas disponibles avant plusieurs années. Si le taux de CD4 est effectivement l'indicateur le plus important pour l'interruption et la reprise du traitement, il convient de s'interroger pour savoir s'il faut combiner le traitement d'impulsion avec les immunothérapies, telles que l'interleukin-2, afin d'augmenter le taux de CD4 et de prolonger l'interruption du traitement (Medscape General Medicine 4(3), 2002)

b. Traitement sous surveillance directe (DOT) : recommandations de l'OMS
   - Il s'avère nécessaire de tester et d'évaluer les modèles innovateurs, tels que le DOT, pendant la période de formation initiale des patients.
   - Essayez d'introduire le DOT avec l'assistance des prestataires de soins ou des membres de la famille, pour soutenir les patients dans leurs efforts d'adhérence au traitement.
   - Les sites participant aux programmes de traitement de la tuberculose devront considérer le DOT (même si le caractère sans fin du TAR, à l'opposé de la durée limitée du traitement antituberculeux, pose des questions quant à la durabilité d'une telle approche).

Étape 3. Engagez une discussion avec les participants sur l'utilisation du TAR dans leur situation locale. Utilisez les questions suivantes pour guider la discussion. Demandez à un participant de noter les points de discussion sur un tableau papier, auxquels le groupe pourra faire référence pendant la discussion.

**Existe-t-il des directives nationales ?**
**Comment les comparer avec les recommandations de l'OMS examinées aujourd'hui ?**
**Y a-t-il des points qui vous préoccupent concernant ces directives et/ou l'utilisation du TAR dans votre cadre local ?**
**Quelles recommandations formuleriez-vous ?**
**(30 minutes)**

**Tableau A4, 2.7 : Interactions médicamenteuses entre inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse et inhibiteurs de protéase**

| | Névirapine (NVP) | Efavirenz (EFV) | Indinavir (IDV) | Lopinavir (LPV/r) | Nelfinavir (NFV) | Saquinavir (SQV) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Névirapine | | Tx de NVP inchangé<br>AUC de l'EFV ↓ 22%<br>Recommandation :<br>Dosage normal | Tx de NVP ↑ 2x<br>Tx d'IDV ↓ 28%<br>Recommandations :<br>• Changer la dose d'IDV à 1000 mg tid<br>• Dosage de NVP inchangé | Tx de NVP inchangé<br>Tx de LPV ↓ 55%<br>Recommandations :<br>• Envisager du LPV/r 533/133 mg bid<br>• Dosage de NVP inchangé | Tx de NVP inchangé<br>Tx de NFV ↑ 10%<br>Recommandation :<br>Dosage normal | Tx de NVP inchangé<br>Tx de SQV ↓ 25%<br>Recommandation :<br>Dosage normal |
| Efavirenz | | | Tx d'EFV inchangé<br>Tx d'IDV ↓ 31%<br>Recommandations :<br>• Changer la dose d'IDV à 1000 mg tid<br>• Dosage d'EFV inchangé | Tx d'EFV inchangé<br>AUC du LVP ↓ 40%<br>Recommandations :<br>• Envisager du LPV/r 533/133 mg bid<br>• Dosage d'EFV inchangé | Tx d'EFV inchangé<br>Tx de NFV ↑ 20%<br>Recommandation :<br>Dose normale | Tx d'EFV ↓ 12%<br>Tx de SQV ↓ 62%<br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps (SQV/r possible) |
| Indinavir | | | | Tx de LPV inchangé<br>Tx d'IDV AUC ↑<br>Recommandations :<br>• Changer la dose d'IDV à 600mg bid<br>• Dosage de LPV inchangé | Tx de NFV ↑ 80%<br>Tx d'IDV ↑ 50%<br>Recommandation :<br>Données limitées sur l'IDV 1200 mg bid avec du NFV 1250 mg bid | Tx de SQV ↑ 4–7x<br>Tx d'IDV inchangé<br>Recommandation :<br>Donnés insuffisantes pour une recommandation |
| Lopinavir | | | | | Pas de données | AUC/tx de SQV ↑<br>Recommandations :<br>• SQV 800 mg bid<br>• Dosage de LPV/r inchangé |
| Nelfinavir | | | | | | Tx de SQV ↑ 2–5x<br>Tx de NFV ↑ 20%<br>Recommandations :<br>• Fortovase 1200 bid<br>• Dosage de NFV inchangé |

Source : *Scaling Up Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings : Guidelines for a Public Health Approach*. Genève : OMS, 2002, pp. 112–113.

**Tableau A4, 2.7 (suite)**

| | Névirapine (NVP) | Efavirenz (EFV) | Indinavir (IDV) | Lopinavir (LPV/r) | Nelfinavir (NFV) | Saquinavir (SQV) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Antifongiques** | | | | | | |
| Kétoconazole | Tx de NVP ↑ 15–30%<br>Tx de kétoconazole ↓ 63%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | Pas de données | Tx d'IDV ↑ 68%<br><br>Recommandation :<br>Changer la dose d'IDV à 600 mg tid | Tx de LPV ↓ 13%<br>Tx de kétoconazole ↑ 3x<br><br>Recommandation :<br>Aucune | Aucune modification du dosage | Tx de SQV ↑ 3x<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal |
| **Antimycobactériens** | | | | | | |
| Rifampicine | Tx de NVP ↓ 37%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | Tx d'EFV ↓ 25–33%<br><br>Recommandation :<br>Envisager 800 mg/j d'EFV | Tx d'IDV ↓ 89%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | AUC du LVP ↓ 75%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | Tx de NFV ↓ 82%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | Tx de SQV ↓ 84% lorsqu'il est administré sans RTV<br><br>Recommandation :<br>En cas d'utilisation du SQV/RTV, peut utiliser 600 mg de rifampicine par jour ou 2–3 x/semaine |
| Rifabutine | Tx de NVP ↓ 16%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal | Tx d'EFV inchangé<br>Tx de rifabutine ↓ 35%<br><br>Recommandations :<br>- Augmenter dose de rifabutine à 450–600 mg/j (ou 600 mg 2–3x/semaine)<br>- Dosage d'EFV inchangé | Tx d'IDV ↓ 32%<br>Tx de rifabutine ↑ 2x<br><br>Recommandations :<br>- Réduire dose de rifabutine à 150 mg/j (ou 300 mg 2–3x/semaine)<br>- Dose d'IDV de 1000 mg tid | AUC de rifabutine ↑ 3x<br><br>Recommandations :<br>- Réduire dose de rifabutine à 150 mg/j (ou 300 mg 2–3x/semaine)<br>- Dosage de LPV/r inchangé | Tx de NFV ↓ 80%<br>Tx de rifabutine ↑ 2x<br><br>Recommandations :<br>- Réduire dose de rifabutine à 150 mg/j (ou 300 mg 2–3x/semaine<br>- Augmenter la dose de NFV à 1000 mg tid | Tx de SQV ↓ 40%<br>(le RTV multiplie le taux de rifabutine par 4)<br><br>Recommandation :<br>En cas d'utilisation du SQV/RTV, utiliser 150 mg de rifabutine 2–3x/semaine |
| Clarithromycine | Tx de NVP ↑ 26%<br>Tx de clarithromycine ↓ 30%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal | Tx d'EFV inchangé<br>Tx de clarithromycine ↓ 39%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | Tx de clarithromycine ↑ 53%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal | Pas de données | Pas de données | Tx de clarithromycine ↑ 45%<br>Tx de SQV ↑ 177%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal |

**Tableau A4, 2.7 (suite)**

| | Névirapine (NVP) | Efavirenz (EFV) | Indinavir (IDV) | Lopinavir (LPV/r) | Nelfinavir (NFV) | Saquinavir (SQV) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Antimycobactériens** | | | | | | |
| Contraceptifs oraux | Tx d'estradiol ↓ 20%<br><br>Recommandation : Utiliser d'autres méthodes | Tx d'estradiol ↑ de 37%<br>Pas données sur les autres composants<br><br>Recommandation : Utiliser d'autres méthodes | Lorsqu'il est utilisé avec du RTV, tx d'estradiol ↓<br><br>Recommandation : Utiliser d'autres méthodes | Tx d'estradiol ↓ 42%<br><br>Recommandation : Utiliser d'autres méthodes | Tx d'estradiol ↓ 47%<br>Tx de noréthindrone ↓18%<br><br>Recommandation : Utiliser d'autres méthodes | Lorsqu'il est utilisé avec du RTV, tx d'estradiol ↓<br><br>Recommandation : Utiliser d'autres méthodes |
| Méthadone | Tx de méthadone ↓ fortement<br><br>Recommandation : Sevrage aux opiacés reporté ; peut exiger une augmentation de la dose de méthadone | Tx de méthadone ↓ fortement<br><br>Recommandation : Sevrage aux opiacés reporté ; peut exiger une augmentation de la dose de méthadone | Aucun changement mais peut ↓ si administré avec une dose faible de RTV<br><br>Recommandation : Sevrage aux opiacés reporté ; peut exiger une augmentation de la dose de méthadone | AUC de méthadone ↓ 53%<br><br>Recommandation : Sevrage aux opiacés reporté ; peut exiger une augmentation de la dose de méthadone | Peut ↓ le tx de méthadone<br><br>Recommandation : Sevrage aux opiacés reporté ; peut exiger une augmentation de la dose de méthadone | Pas de données mais peut ↓ si administré avec une faible dose de RTV.<br><br>Recommandation : Sevrage aux opiacés reporté ; peut exiger une augmentation de la dose de méthadone |
| **Anticonvulsifs** | | | | | | |
| Phénobarbital | Inconnu | Inconnu | | Inconnu mais peut ↓ fortement le niveau de LPV<br><br>Surveillance | Inconnu mais peut ↓ fortement le niveau de NFV<br><br>Surveillance | Inconnu mais peut ↓ fortement le niveau de SQV<br><br>Surveillance |
| Hypolipidémiants :<br>Simvastatine<br>Lovastatine<br>Atorastatine | Pas de données | Pas de données | Forte augmentation des niveaux de statine possible (à l'exception de la pravastatine)<br><br>Recommandation : Ne pas administrer en même temps sauf pravastatine ; pas de changement de dose | Forte augmentation des niveaux de statine possible<br><br>Recommandation : Ne pas administrer en même temps | Forte augmentation des niveaux de statine possible<br><br>Recommandation : Ne pas administrer en même temps | Forte augmentation des niveaux de statine possible<br><br>Recommandation : Ne pas administrer en même temps |

**Traitement Prophylactique tel qu'il est recommandé aux États-Unis**

La prévention et l'usage de la chimio-prophylaxie constituent un élément important de la prise en charge clinique des individus atteints du VIH.

Les directives et recommandations suivantes sont à utiliser pour la prophylaxie ; elles sont regroupées en mesures fortement recommandées, généralement recommandées et pas recommandées.

**1. Modèle de traitement fortement recommandé**

a. Pneumonie à *Pneumocystis carinii* (PCP) ou à *P. jiroveci* (PCP)
- Risque : numération CD4 <200/mm$^3$, PCP préalable ou candidose buccale (muguet) liée au VIH ou FOI x 2 semaines
- Traitement recommandé : TMP-SMX (cotrimoxazole) 1DS/jour ou 1 SS/jour
- Autres options : Dapsone 100 mg qd ou 50 mg po deux fois par jour
  Dapsone 50 mg qd plus pyrimethamine 50 mg/semaine plus leucovorin 25 mg/semaine
  Dapsone 200 mg/wk plus pyrimethamine 75 mg/semaine plus leucovorin 25 mg/semaine
  Atovaquone 750 mg po deux fois par jour avec le repas
- Commentaires : Tester les patients sous Dapsone pour vérifier s'ils souffrent de déficience en G6PD
  La PCP est le plus grand indicateur pour le diagnostic du SIDA et la plus grande cause identifiable de décès chez les patients atteints du SIDA.
  Le risque de PCP chez les patients avec antécédents de PCP est de 60–70% ; et de 40–50%/an chez ceux avec un taux de CD4 <100/ mm$^3$. Le risque augmente avec les diminutions progressives du taux de CD4.

b. *M. Tuberculosis*
- Risque : PPD (IDR) positive (≥5mm induration) avec un traitement préalable, récent contact avec TB ou antécédents de TB guérie, mais insuffisamment traitée
- Traitement recommandé : INH 300mg/jour + pyridoxine 50 mg/jour ≥270 doses, 9 mois ou jusqu'à 12 mois avec interruptions
  INH 900 mg + pyridoxine 100 mg deux fois par semaine avec DOT, ≥76 doses, 9 mois ou jusqu'à 12 mois avec interruptions
- Autres options : Rifampin 600 mg chaque jour pendant quatre mois
- Contact avec souche résistante à l'INH : Rifampin plus pyrazinamide x 2 mois (doses ci-dessus)
- Contact avec une souche résistante à l'INH et au rifamyin : Utilisez 2 agents avec une activité anticipée—éthambutol + pyramizinamide ou levofloxacin + pyrazinamide
- Grossesse : traitements INH

c. *Toxoplasmosis gondii*
- Risque : numération CD4 < 100mm$^3$ plus sérologie IgG positive pour T. gondii
- Traitement recommandé : TMP-SMX 1 DS/jour
- Autres options : TMP-SMX 1 SS/jour
  Dapsone 50 mg chaque jour plus pyrimethamine 50 mg/semaine plus leucovorin 25 mg/semaine
  Dapsone 200 mg/semaine plus pyrimethamine 75 mg/semaine plus leucovorin 25 mg/semaine

d. *M. avium complex*
- Risque : numération CD4 <50 mm$^3$
- Traitement recommandé : Clarithromycin 500 mg po bid ou azithromycin 1200 mg po par semaine
- Autres options : Rifabutin 300 mg po qd ou azithromycin 1200 mg/semaine plus rifabutin 300 mg po qd
- Reconstitution immunitaire : il est plus sûr d'interrompre la prophylaxie primaire MAC lorsque la numération CD4 a augmenté jusqu'à >100mm$^3$ pendant 3–6 mois. Poursuivez un traitement préventif pour les patients avec un antécédent de bactériémie à MAC.

e. *Varicelle*
- Risque : exposition franche à la varicelle ou zona et sans antécédent des deux ou sérologie négative
- Traitement recommandé : VZIG 5 flacons IM dans les 96 heures après exposition, de préférence dans les 48 heures
- Autres options : Acyclovir 800 mg po 5x/jour x 3 semaines

f. *S. pneumoniae*
- Risque : Tous les patients (traitement standard pour les patients avec une numération CD4 >200/mm$^3$)
  - Traitement recommandé : Pneumovax 0,5 ml IM x 1
  - Revacciner : lorsque la numération CD4 augmente jusqu'à >200 mm$^3$ si la première vaccination a été administrée avec une numération CD4 <200 mm$^3$

**2. Généralement recommandés**

a. Hépatite B
- Risque : test anti-HBc négatif
- Traitement recommandé : Recombivax HB 10 ug IM x 3 ou energix–B 20 ug IM x 3

b. Influenza
- Risque : Tous les patients annuellement
- Traitement recommandé : Vaccin Influenza 0,5 ml IM chaque année de préférence en octobre-novembre
- Option de remplacement : Amantadine 100 mg po bid ou rimantadine 100 mg po bid

c. Hépatite A
- Risque : Hommes homosexuels, infection à l'hépatite C, consommateurs de drogues injectables, déclaration de la maladie au sein de la communauté, et voyage dans des régions endémiques
- Traitement recommandé : Havrix 0,5 ml IM x 2 avec un intervalle de 6 mois.

**3. Non recommandés pour la plupart des patients — à considérer pour certains patients**

a. Granulome cryptococcique
- Risque : numération CD4 <50/mm$^3$
- Traitement recommandé : fluconazole 100–200 mg po qd
- Option de remplacement : Itraconazole 200 mg po qd

b. Histoplasmose
- Risque : numération CD4 <100/mm$^3$ plus résidence dans une zone endémique
- Traitement recommandé : Itraconazole 200 mg po qd

c. CMV
- Risque : numération CD4 <50/mm$^3$ plus sérologie CMV positive
- Traitement recommandé : ganciclovir 1 gm po tid administration orale

d. Infection bactérienne
- Risque : Neutropénie
- Traitement recommandé : G–CSF 5–10 µg/kg sc qd x 2–4 semaines ou GM–CSF 250 mgm$^2$ IV sur 2h qd x 2–4 semaines

## SESSION 3 Gestion des effets secondaires des médicaments

### BUT

Au cours de cette session, les participants passeront en revue les principaux effets secondaires des médicaments antirétroviraux et de certains des médicaments prescrits pour prévenir et traiter les IO. Ils apprendront comment donner des conseils aux patients pour gérer ces symptômes.

### OBJECTIFS

À la fin de la session, les participants seront en mesure de :

1. Citer les principaux effets secondaires de ces médicaments et le pourcentage approximatif de personnes signalant chaque effet secondaire pour chaque médicament.
2. Conseiller le patient sur la manière de prendre en charge certains des principaux effets secondaires comme la fatigue, l'anémie, les migraines, les nausées et les vomissements, la diarrhée, la perte de poids, la sécheresse buccale, l'exanthème, la neuropathie périphérique, les troubles menstruels et la perte des cheveux.

### DURÉE

45 minutes

Étape 1. Expliquez le but et les objectifs de cette session (voir ci-dessus).

Étape 2. Présentez la session et passez en revue les informations contenues dans le tableau sur les effets secondaires des médicaments, en insistant particulièrement sur les médicaments les plus fréquemment utilisés au niveau local.

**(12 minutes)**

## 1. Introduction

a. Tous les médicaments antirétroviraux, ainsi que les médicaments utilisés pour traiter et prévenir les IO, s'accompagnent d'effets secondaires. Ces effets peuvent varier d'une personne à l'autre : certaines personnes peuvent ne présenter que peu ou même aucun effet secondaire alors que d'autres éprouvent des effets secondaires légers ou importants.

b. Les effets secondaires surviennent souvent après avoir commencé un nouveau traitement ou médicament ; Ils peuvent diminuer ou disparaître complètement après quelques semaines ou peuvent persister tout au long du traitement.

c. Les effets secondaires les plus fréquents sont notamment la fatigue, l'anémie, les maux de tête, les nausées et les vomissements, la diarrhée, la perte de poids, la sécheresse buccale, l'exanthème, la neuropathie périphérique, les troubles menstruels et la perte de cheveux. La session 4 du module 1 de la partie B reprend les informations sur les médicaments utilisés le plus fréquemment dans le cadre du VIH, ainsi que les effets secondaires rapportés le plus souvent avec la prise de ces médicaments.

Étape 3. Passez en revue les principaux effets secondaires un par un : voir **2. a-j** ci-dessous. Après avoir présenté chaque effet secondaire ainsi que les conseils aux patients, posez les questions suivantes aux participants :

**Ces conseils seront-ils efficaces à votre niveau local ?**

**Quels autres conseils pourriez-vous donner, sur la base des ressources locales et des croyances/pratiques culturelles ?**

**Quels sont les substituts/équivalents locaux aux aliments recommandés ?**

Notez les réponses des participants sur un tableau papier.

**(30 minutes)**

## 2. Conseils qu'un prestataire de soins peut donner aux patients pour atténuer certains des effets secondaires les plus fréquents liés aux antirétroviraux et aux médicaments utilisés pour prévenir et traiter les IO. Les pratiques et remèdes locaux devront être évalués et incorporés selon le cas.

a. Fatigue

- Les symptômes de la fatigue peuvent être physiques (le patient peut éprouver des difficultés à sortir du lit ou à monter l'escalier) ou psychologiques (le patient peut éprouver des difficultés à se concentrer, souffrir de dépression, d'anxiété et/ou de stress).
- La fatigue peut résulter de troubles du sommeil (avoir du mal à s'endormir, à dormir, ou souffrir d'autres dérangements du sommeil).
- Elle peut également être le symptôme d'une anémie.
- Donner au patient les conseils suivants :

  Essayer de se coucher et de se lever tous les jours à la même heure ; un changement des habitudes du coucher peut occasionner plus de fatigue.

  Éviter la caféine, l'alcool ou la nicotine pendant 4–6 heures avant de se coucher. Une légère collation, du thé à la camomille, du lait chaud et l'utilisation de techniques de relaxation avant le coucher, sont souvent utiles.

  Tenter de faire un peu d'exercice physique. Cela réduit le stress et rend les personnes plus fortes et plus épanouies.

  Recevoir de l'aide pour les tâches ménagères quotidiennes comme la cuisine. Conserver des aliments de préparation facile pour les jours où cuisiner est trop fatigant.

  Prendre des collations plusieurs fois par jour, ainsi que des fruits frais, qui ne demandent pas de préparation.

  Consommer des boissons à forte teneur en énergie et protéines.

b. Anémie

- L'anémie peut résulter du VIH lui-même ou être un effet secondaire des médicaments.
- Prescrire des injections intramusculaires de vitamine B12 espacées d'une à deux semaines, si cela est nécessaire et possible.
- Donner au patient les conseils suivants :

  Retourner régulièrement au dispensaire pour vérifier son taux d'hémoglobine.

  Adopter un régime à base de produits disponibles au niveau local qui sont riches en acide folique, notamment les épinards et autres légumes verts à feuilles, et qui ont une forte teneur en fer et en vitamine B12, comme le poisson, la viande et la volaille, si disponible.

  Prendre des complexes vitaminiques et/ou des compléments ferriques ou de l'acide folique.

  Si un patient sous traitement ZDV a les paumes très pâles ou développe d'autres signes d'anémie, conseillez-lui de se rendre au centre de santé pour se soumettre à un examen du taux d'hémoglobine. Si l'examen révèle une baisse de plus de 25 pour cent par rapport à la valeur de base, envisagez de changer de médicament.

c. Migraines

- Les migraines peuvent en général être traitées par des médicaments en vente libre et par une réduction du stress.
- Conseiller au patient les mesures suivantes :

  Pour un soulagement immédiat, tenter de se reposer dans une pièce sombre et calme, les yeux fermés ; mettre un linge froid sur les yeux ; masser la base du crâne avec les pouces et masser doucement les tempes ; prendre des bains ou des douches chaudes.

  Pour prévenir la réapparition des migraines, tenter d'anticiper le moment où la douleur va survenir. Éviter ou limiter la consommation d'aliments connus pour provoquer des maux de tête, en particulier la caféine (dans le café, le thé et les boissons gazeuses), le chocolat, l'alcool, les agrumes (si plus d'une demi-tasse par jour), les additifs alimentaires (glutamate mono-sodique), les noix, les oignons, les fromages durs et le vinaigre.

  Se rendre au centre de santé si le patient éprouve une forte migraine ou une migraine qui persiste après les deux ou trois premières semaines de traitement. Les migraines pourraient indiquer qu'une infection opportuniste est toujours présente.

d. Nausées et vomissements

- Des vomissements persistants peuvent provoquer des problèmes médicaux graves, comme une déshydratation, des déséquilibres électrolytiques, voire un déchirement de l'œsophage. Conseiller au patient de se rendre au dispensaire si les nausées ou les vomissements persistent et/ou interfèrent avec la prise des médicaments.
- Prescrire des médicaments anti-nauséeux si nécessaire.
- Les nausées se calment souvent si les antirétroviraux sont pris pendant les repas et la plupart des médicaments du TAR peuvent être pris avec un repas ou une collation. Le ritonavir ou le saquinavir peuvent être pris avec des aliments riches en matières grasses. L'indinavir peut être pris avec une collation ou un repas léger, sans graisse et à faible teneur en protéines. Seule la ddI doit absolument être prise à jeun.
- Donner au patient les conseils suivants :

  Adopter un régime alimentaire à base de bananes, de riz, de compote, de tranches de pain grillées et de thé, si possible (connu sous le nom de régime BRAT).

  Consommer de petites quantités d'aliments inodores et ayant peu de goût, comme des tranches de pain grillées, des crackers, du potage clair ou du bouillon, qui sont plus faciles à digérer. Consommer des aliments bouillis simples, comme du porridge, des pommes de terre et des haricots.

  Éviter les aliments gras, forts, épicés et odorants.

  Garder quelques biscuits secs à côté du lit. Avant de se lever le matin, manger quelques biscuits secs et s'asseoir sur le lit quelques instants avant de se lever.

  Manger en petites quantités au cours de la journée et éviter les gros repas.

  Essayer le thé à la menthe, à la camomille ou au gingembre (ou l'équivalent local).

  Avaler de petites gorgées d'une boisson gazeuse froide comme le 7–Up.

e. Diarrhée

- Surveiller les signes de déshydratation et de perte de poids. Si le patient est déshydraté, lui montrer comment préparer une solution de réhydratation orale.
- Une petite étude a révélé que la prise de 500 mg de calcium deux fois par jour réduisait fortement la diarrhée liée au nelfinavir.
- Donner au patient les conseils suivants :

  Adopter un régime à forte teneur en fibres solubles (qui ralentissent la diarrhée par l'absorption de liquide). Il s'agit notamment du régime BRAT (voir d. ci-dessus), du riz blanc tendre, de la farine d'avoine (ou du son d'avoine), de la crème de blé ou d'une autre bouillie locale et de pain mou (pas de pain complet). Les fibres d'enveloppe de psyllium constituent une autre source de fibres solubles, si elles sont disponibles au niveau local.

  Se rendre au centre de santé si la diarrhée persiste, si les selles contiennent du sang, si la diarrhée s'accompagne de fièvre ou si la diarrhée se poursuit toujours après quelques semaines sous TAR.

  Éviter les aliments riches en fibres insolubles, comme le maïs, le maïs soufflé, les fruits (séchés et crus), les légumes, les noix, les semences et la plupart des grains. Ces aliments peuvent aggraver la diarrhée.

  Réduire les aliments riches en graisse.

  Éviter les produits laitiers et les aliments gras, riches en fibres ou très sucrés. Ces produits ont tendance à aggraver la diarrhée.

  Empêcher la déshydratation en buvant beaucoup de liquide. En cas de déshydratation, boire une solution de réhydratation.

  Boire de l'eau de riz ou d'orge (préparée en faisant bouillir une demi-tasse de riz ou d'orge dans un litre d'eau. Une fois que le riz ou l'orge est cuit, verser le liquide dans une tasse et le boire par petites gorgées).

f. Perte de poids

- La perte de poids représente un problème grave et peut résulter de plusieurs autres effets secondaires des médicaments, comme les vomissements, la diarrhée, la sécheresse buccale, l'anémie ou la fatigue. Contrôler régulièrement le poids du patient pour déterminer la cause de la perte de poids : cette perte est-elle liée au stress ? Est-elle accompagnée de nausées et de vomissements ? Est-elle survenue après le début de l'administration d'un nouveau médicament ? etc.
- Donner au patient les conseils suivants :

  Adopter un régime riche en protéines (et à faible teneur en sucre) et/ou consommer des boissons à complément en protéines, le cas échéant.

  Prendre des complexes vitaminiques.

g. Sécheresse Buccale

- La sécheresse buccale peut rendre la mastication, la déglutition et la parole difficiles ; elle peut affecter le goût et favoriser des problèmes buccaux, comme le déchaussement des dents et les infections orales fongiques (muguet).
  * Si nécessaire, prescrire l'administration de salive artificielle ou un médicament contre la sécheresse buccale, comme la pilocarpine.
- Donner au patient les conseils suivants :

  Boire beaucoup de liquide pendant et entre les repas.

  Se rincer la bouche tout au long de la journée avec de l'eau chaude salée.

  Éviter les aliments sucrés ou gluants et les boissons contenant de la caféine ; ces produits peuvent aggraver le problème.

  Mâcher des chewing-gums sans sucre ; cela peut stimuler l'écoulement salivaire. Sucer des bonbons sans sucre, des pastilles ou de la glace pilée (si possible) afin de refroidir et d'humidifier la bouche.

  Essayer le thé à l'orme rouge ou à la réglisse (ou l'équivalent local). Cette boisson lubrifie la bouche.

h. Exanthème ou éruptions cutanées

- De nombreuses personnes souffrent d'exanthème lorsqu'elles commencent à prendre des antirétroviraux mais il est généralement léger et disparaît au bout de deux semaines.
- L'exanthème semble être un effet secondaire un peu plus fréquent chez les femmes que chez les hommes qui prennent certains antirétroviraux. La névirapine en est apparemment l'un des médicaments principalement responsables, avec l'abacavir, l'efavirenz et l'amprenavir, le cotrimoxazole, l'isoniazide et de nombreux antibiotiques. Les femmes semblent également plus sujettes à des éruptions cutanées graves.
- L'exanthème peut parfois être un signe d'hypersensibilité qui peut s'accompagner de fièvre et de symptômes similaires à la grippe, comme des douleurs, de la fatigue et des maux de tête, des difficultés à respirer, une angine et de la toux. Si le patient commence à développer de l'exanthème, il devra aller se faire consulter.
- Examiner la peau du patient pour détecter des signes de décoloration et de changement dans l'apparence de la peau ainsi que des signes d'hypersensibilité, en particulier après le commencement d'un nouveau médicament ; montrer au patient comment détecter ces signes.
- Donner au patient les conseils suivants :

  Utiliser des crèmes, des produits hydratants ou un onguent à usage local, comme le benadryl, pour apaiser et soulager la peau en cas d'exanthème.

  Utiliser des produits nettoyants non parfumés et sans savon ou des savons à base de farine d'avoine.

  Éviter de prendre des douches ou des bains très chauds ; ils ont tendance à irriter la peau.

  En cas d'exanthème, protéger la peau des rayons du soleil ; les rayons solaires ultraviolets (UV) peuvent exacerber l'exanthème.

i. Neuropathie périphérique

- La neuropathie périphérique résulte d'une lésion des nerfs, qui peut être provoquée par le VIH lui-même ou être un effet secondaire de certains médicaments. Les signes d'une neuropathie périphérique sont, entre autres, une sensation de brûlure, de piqûre, de raideur, de chatouillement ou encore un engourdissement des pieds, des orteils ou des mains.
- Examiner si le patient souffre de ces signes lors des visites de suivi et lui conseiller de les surveiller et de les signaler à son prestataire de soins.
- Le traitement de la neuropathie périphérique comprend l'arrêt ou la réduction du médicament qui en est la cause. Une fois que les nerfs sont endommagés, la situation est irrémédiable. Il faut donc s'assurer de détecter tout signe de neuropathie périphérique dès le début du traitement.
- Étant donné qu'une carence en vitamine B peut favoriser la neuropathie périphérique, prescrire un complément de vitamine B contenant de la thiamine (B1), de la riboflavine (B2), de la niacine (B3), de la pyridoxine (B6) et de la cobalamine (B12). Envisager d'administrer au patient une injection hebdomadaire de vitamine B12.
- Les patients qui prennent un traitement se composant à la fois d'INH et de d4T courent le risque supplémentaire de développer une neuropathie. La pyridoxine doit être ordonnée conjointement avec l'INH.
- L'amitriptyline peut s'avérer utile pour soulager les symptômes de la neuropathie, en particulier la nuit quand le patient éprouve des difficultés à dormir.
- Donner au patient les conseils suivants :

  Porter des chaussures confortables, des chaussettes amples en coton et des pantoufles rembourrées dans la maison. Une bonne circulation de l'air autour des pieds est utile.

  Au lit, ne pas se couvrir les pieds. La literie pesant sur les orteils peut aggraver le problème.

  Marcher mais sans excès. La marche facilite la circulation du sang dans les pieds mais l'excès de marche ou de position debout peut aggraver le problème.

  Prendre des bains de pieds dans de l'eau glacée (ou aussi froide que possible) pour soulager la douleur.

  Masser les pieds ; le massage soulage la douleur temporairement.

  Essayer l'ibuprofène (ou un équivalent) pour soulager la douleur et réduire le gonflement.

  Prendre des compléments de vitamine B.

  Si disponible, utiliser de l'acétyle L-carnitine pour prévenir la neuropathie périphérique associée aux ddI, d4T et/ou à l'hydroxyurée.

j. Troubles menstruels

- Les femmes dont le système immunitaire est affaibli ont tendance à présenter davantage de troubles menstruels, notamment des menstrues irrégulières, très abondantes, ou au contraire très faibles et/ou douloureuses, voire pas de menstrues du tout. Ces problèmes peuvent également être un effet secondaire de certains médicaments. Des saignements excessifs ont été récemment observés dans le cadre de l'utilisation du ritonavir.
- Surveiller ces symptômes et conseiller à la patiente de signaler tout changement dans ses menstrues, en particulier lorsqu'elle commence à utiliser un nouvel antirétroviral.
- Les contraceptifs oraux peuvent être utilisés pour régulariser des règles anormales mais avant de les prescrire à la patiente, vérifier s'il n'y a pas d'interaction avec les antirétroviraux qu'elle prend éventuellement.
- Donner à la patiente les conseils suivants :

  Passer en revue les autres événements de sa vie ; la perte de poids ou le stress peuvent aussi affecter les menstrues et la résolution de ces problèmes pourrait soulager les troubles menstruels.

  Pour les crampes menstruelles, maintenir une bouillotte ou un coussin chauffant sur le bas de l'estomac ou le dos ou prendre un bain chaud. Cela réduira également le stress.

  Faire des exercices légers, comme de la marche ou des étirements. L'exercice peut augmenter la circulation sanguine et soulager les douleurs menstruelles.

k. Perte de cheveux

- La prise de certains médicaments peut entraîner une perte de cheveux soudaine ou anormale.
- Donner au patient les conseils suivants :

  Eviter d'endommager ou de perdre plus de cheveux : éliminer ou réduire les pratiques qui abîment les cheveux ou y avoir recours très rarement. Il s'agit des colorations, des permanentes, du défrisage, du tressage, de l'utilisation du sèche-cheveux, etc.

  Le stress peut accentuer la perte de cheveux. Il est donc souvent utile de prendre des mesures pour réduire le stress et l'anxiété.

## SESSION 4 Études de cas : prise en charge de patients souffrant de multiples affections

### BUT

Au cours de cette session, les participants recevront deux études de cas de patients souffrant de multiples problèmes, afin d'appliquer ce qu'ils ont appris dans le cadre du module 2 sur la prise en charge des patients atteints de maladies liées au VIH.

### OBJECTIFS

À la fin de la session, les participants seront en mesure de :

1. Identifier les besoins du patient et reconnaître la cause probable des symptômes qu'il présente.
2. Discuter de la prise en charge et du traitement pour le diagnostic présomptif et de tout suivi qui pourrait être indiqué.
3. Examiner si le TAR convient à ce patient, quel sera le meilleur régime ARV et comment ces médicaments seront gérés pour assurer que le patient observe son traitement.
4. Discuter d'autres interventions cliniques qui pourraient être indiquées.
5. Discutez des besoins économiques et psychosociaux du patient et de toute autre question qui pourrait requérir une attention.

### DURÉE

2 heures

### PRÉPARATION

Faites des copies des documents destinés aux participants pour chaque étude de cas.

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus).<br>**(2 minutes)** |
| Étape 2. | Distribuez des copies des études de cas ; demandez aux participants de se répartir en petits groupes de travail et d'examiner les études de cas suivants, en se laissant guider par les questions.<br>Choisissez un animateur pour chaque groupe. L'animateur sera également chargé de lire l'étude de cas à son groupe et de stimuler la discussion. Expliquez que l'animateur devra s'arrêter sur chaque série de questions pour permettre au groupe de débattre les questions avant de passer à la partie suivante.<br><br>Demandez au rapporteur de chaque groupe de noter les points principaux de la discussion sur un tableau papier.<br>**(60 minutes)**<br><br>Réunissez ensuite tous les participants en plénière et demandez à chaque rapporteur de présenter un compte rendu de la discussion de son groupe. Ajoutez toute information ou commentaire à partir des réponses proposées pour les cas dans le guide du formateur ci-dessous.<br>Discutez de toute question que les participants pourraient avoir.<br>**(1 heure)** |

*Note :* Vous pouvez réaliser cet exercice de deux manières. Vous pouvez le faire avec le groupe tout entier, s'il est peu nombreux, ou vous pouvez demander aux participants de se répartir en deux sous-groupes, chacun d'eux débattant une étude de cas, et demander ensuite au rapporteur de chaque groupe de présenter un compte rendu de la discussion au groupe tout entier.

# DOCUMENT DESTINÉ AUX PARTICIPANTS : ÉTUDE DE CAS 1

## ÉTUDE DE CAS 1 : AFFECTIONS MULTIPLES

Mme N. est une veuve de 45 ans positive au VIH (diagnostiqué en 1999). Elle se rend à votre centre de santé depuis de nombreuses années. Elle a trois filles qui sont adultes, l'une d'entre elles l'accompagne aujourd'hui. Mme N. se plaint d'une toux sèche chronique et de maux de tête intermittents qui ne sont pas intenses. Aujourd'hui, la fille de Mme N. nous dit que la famille veut que sa mère commence un TAR.

### Antécédents médicaux :

Zona (1999)
Diagnostic de TB en 2000, récurrence de TB active en décembre 2002
Test de dépistage du VIH positif en 1999

### Examen physique :

| | |
|---|---|
| Poids : | 54 kg ; 12/02 : 59 kg |
| État général : | fatiguée (asthénie) |
| Niveau d'orientation : | alerte, orientée X 3 (personne, lieu, temps) |
| Yeux : | conjonctive pâle |
| Gorge : | taches blanches sur le pharynx, petite couche blanchâtre sur la langue (la patiente dit n'avoir aucune difficulté ni douleur à la déglutition) |
| Poumons : | clairs |
| Abdomen : | tendre, sans douleur à la pression, sans hépato-splénomégalie |

### Médicaments actuels :

Rifampicine, INH, pyrazinamide, éthambutol, cotrimoxazole. Tests de laboratoire demandés ; adhérence : bonne

### Programme :

Laboratoire : Numération formule sanguine complète, TFH, tests de fonction rénale, CD4.
Prochain rendez-vous dans une semaine pour les résultats du laboratoire.

### Questions :

*Quels sont les autres besoins de cette patiente qui peuvent nécessiter de l'adresser vers un service spécifique ou requérir des soins immédiats ?*

1. **Le traitement prescrit est-il approprié pour le diagnostic présumé ?**

   Pourquoi ?

   Pourquoi pas ?

### Suite

Quatre jours se sont écoulés.

Mme N. revient au centre de santé avec ses trois enfants, incapable de parler ou de marcher. Sa fille signale que la patiente s'est plainte de maux de tête qui empiraient. Au cours des deux derniers jours, sa capacité à parler et à marcher a progressivement diminué. Elle a souffert de vomissements à deux occasions. Elle n'a pas eu de convulsion.

**Examen physique :**
Obnubilation de la conscience
Aphasie
Pas de fièvre
Hémiparésie gauche
Signe de Babinski normal

**Résultats de laboratoire :**
GR 3,090/mm$^3$, Hg 9,1 gr/dl, Ht 28,6%, NGB 2,600/mm$^3$
Test de fonction hépatique normal
Test de fonction rénale normal
CD4 24/mm$^3$ ; CD8 360/mm$^3$.

2. **Quelle est la cause probable des symptômes de la patiente ?**

3. **Quel type de traitement recommanderiez-vous ?**

4. **Le traitement prescrit est-il approprié pour le diagnostic présumé ?**

   Pourquoi ?

   Pourquoi pas ?

**Suite**
Après trois semaines, la patiente et ses enfants se présentent à la visite de suivi.
La patiente est alerte et orientée X 3, sa parole est normale, la parésie a diminué mais elle est incapable de marcher sans aide.
Elle pèse 52 kg ; Hg 9,7 gr/dl.
Sa fille signale qu'il a été difficile de trouver les médicaments prescrits à la dernière visite. L'acide folique était disponible dans une pharmacie voisine mais la famille a dû se rendre dans un pays voisin pour acheter les deux autres médicaments. L'achat de ces trois médicaments pour un traitement de six semaines (367,04$) a également posé des difficultés et ils ont acheté ces médicaments pour un traitement de quatre semaines grâce à l'aide d'un ami de la famille.

5. Quelles sont les mesures qui peuvent être prises pour garantir que la patiente obtiendra les médicaments nécessaires et achèvera le traitement initial ?

   Qu'en est-il des médicaments du traitement d'entretien ?

6. Les besoins économiques et psychosociaux de cette patiente sont-ils pris en compte ?

La patiente souhaite commencer un TAR. Afin de contrôler l'adhérence des patients qui démarrent un régime antirétroviral, le centre de santé dispose d'une politique DOTS modifiée : au cours des six premières semaines de traitement, le patient doit prendre la dose du matin en présence de l'infirmier chargé du TAR à l'établissement de santé. Toutefois, dans ce cas particulier, la patiente ne veut pas venir au centre de santé tous les jours.

**7. Convient-il à présent de commencer un TAR chez cette patiente ? Pourquoi ? Pourquoi pas ?**

**8. Quand le TAR commencera, quel est le régime d'ARV que vous prescrirez ?**

**9. Quelles sont les précautions à prendre pour garantir l'adhérence ?**

**10. Quelles sont les autres interventions cliniques qui s'imposent à l'heure actuelle pour cette patiente ?**

# GUIDE DU FORMATEUR : ÉTUDE DE CAS 1

## PROPOSITION DE RÉPONSES POUR L'ÉTUDE DE CAS 1

1. ***Identifiez les besoins de cette patiente—première visite***
   - Perte de poids : orientation vers des conseils nutritionnels
   - Symptômes de candidose buccale : commencez le traitement à la nystatine

2. ***Quelle est la cause probable des symptômes de la patiente ?***
   - Il s'agit probablement de la toxoplasmose : la patiente présente plusieurs symptômes fréquents, notamment des maux de tête, un niveau de conscience altéré, une léthargie, des vomissements, une hémiparésie, une ataxie et une aphasie. Bien que la fièvre soit souvent associée à cette infection, elle ne survient pas chez tous les patients.

3. ***Quel type de traitement proposeriez-vous ?***
   - Dans les cas de toxoplasmose aiguë, l'hospitalisation du patient est recommandée. Dans ce cas-ci, la famille a refusé.
   - Vous devez commencer immédiatement un traitement pharmacologique. Il est également conseillé d'entamer un traitement de soutien afin de prendre en charge son état nutritionnel, l'hydratation, la douleur et la sécurité.

4. ***Le traitement prescrit est-il approprié pour le diagnostic présumé ?***
   - Pyriméthamine : une dose initiale de 200mg est recommandée, ensuite 50 mg qd
   - Sulfadiazine : 4–8 g qd
   - Acide folique : 10 mg qd

   Cette combinaison est prescrite pour six semaines. On compte sur une rapide amélioration clinique (généralement en une semaine). Le traitement est suivi d'un régime d'entretien à vie.
   - Pyriméthamine : 25–50 mg qd
   - Sulfadiazine : 0,5–1 g qid
   - Acide folique : 10 mg qd

   **Le rôle de la reconstitution immunitaire est à l'étude. L'interruption du traitement d'entretien est actuellement recommandée lorsque la numération de CD4 est > 200/mm$^3$ pendant plus de 3 mois.**

5. ***Quelles mesures pouvez-vous prendre pour garantir que la patiente obtiendra les médicaments nécessaires et achèvera le traitement initial ? Qu'en est-il des médicaments du traitement d'entretien ?***
   - Les régimes de médicaments de première et de deuxième intention pour traiter une infection opportuniste, comme la toxoplasmose, doivent être disponibles pour la prise en charge efficace de l'infection. Dans ce cas-ci, la famille a tenté d'obtenir les médicaments prescrits sans informer le centre de santé des difficultés qu'elle rencontrait.
   - Dites aux patients et à leur famille d'informer immédiatement le centre de santé des difficultés qu'ils peuvent éprouver, comme celles-ci.
   - Si nécessaire, conseillez aux patients d'acheter les médicaments à des pharmacies dont les stocks sont garantis.
   - Discutez de la question de l'approvisionnement en médicaments avec les autorités compétentes de votre pays, y compris le ministère de la Santé, l'organisation nationale pour le SIDA et l'agence de réglementation pharmaceutique.

6. ***Les besoins économiques et psychosociaux de cette patiente sont-ils pris en compte ?***
   - Étant donné que le VIH affecte non seulement le physique mais aussi tous les autres aspects de la personne, un soutien dans des domaines tels que la santé mentale, les finances, la spiritualité et la socialisation est un élément essentiel des soins.

   Votre établissement dispose-t-il d'un réseau de référence pour l'aide économique et psychosociale aux PVS et à leur famille ? Si ce n'est pas le cas, quelles sont les mesures à prendre pour instituer un réseau qui fonctionne bien ?
   - Vous devrez informer le patient et sa famille de la possibilité de référence vers les services économiques et sociaux de la communauté et leur expliquer comment avoir accès à ce réseau de référence.
   - Votre établissement dispose-t-il d'une politique d'estimation des coûts pour le traitement du VIH ? Quelles sont les mesures qui peuvent être prises pour couvrir les frais d'achat des médicaments afin que le patient puisse poursuivre son traitement initial ainsi que le traitement d'entretien ?

   *Il s'agit d'une question ouverte car il n'existe aucune réponse définitive. Encouragez les participants à émettre des idées et à élaborer des stratégies créatives et réalisables.*

7. ***Convient-il à présent de commencer un TAR chez cette patiente ?***
   - Le traitement complet d'une infection opportuniste, avant de commencer les ARV, est un principe général de la prise en charge du TAR.
   - Pour la toxoplasmose, le traitement dure au minimum six semaines. A l'occasion de la dernière visite, la patiente avait terminé les trois premières semaines et montrait des signes de réponse positive au traitement.
   - Avec une numération CD4 de 24, la patiente est extrêmement vulnérable aux infections en général. L'anémie est également prononcée.
   - En plus du traitement pour la toxoplasmose, la patiente suit un traitement anti-TB à base de quatre médicaments.
   - L'approche prudente consiste à reporter l'administration des ARV de trois semaines et à continuer de surveiller l'état fonctionnel de la patiente et la disparition des symptômes du SNC. Si elle enregistre une amélioration clinique continue, commencez le TAR.

8. ***Quels sont les ARV que vous prescririez ?***
   - Le régime recommandé est comme suit :
     - d4T 30 mg (dose plus faible car elle pèse < 60 kg)
     - 3TC
     - Efavirenz (accroître la dose à 800 mg qd)
   - Éviter l'AZT étant donné que la patiente souffre d'anémie.
   - Prévenir la patiente des effets éventuels de l'efavirenz sur le SNC

9. ***Lorsque le TAR convient, comment gérer les médicaments afin d'assurer que la patiente observe le traitement ?***
   - La patiente prend beaucoup de médicaments chaque jour (sans compter les ARV), mais ses antécédents révèlent une bonne adhérence.
   - Sa famille la soutient et vous pouvez encourager le rôle de la famille pour l'aider à respecter son traitement.
   - Planifiez une visite de la patiente deux fois par semaine chez l'infirmier chargé du TAR au centre de santé, pendant les six premières semaines du TAR. Vous pouvez donner suffisamment de médicaments pour assurer le traitement dans l'intervalle des visites.
   - Donnez des explications à la patiente et à sa famille sur chacun des médicaments, la posologie, le moment où il faut les prendre et leurs effets indésirables éventuels. Dites-leur de signaler immédiatement tout effet indésirable à l'infirmier chargé du TAR. Indiquez-leur qui contacter et où aller lorsque le centre de santé est fermé.

***10. D'autres interventions cliniques s'imposent-elles à présent pour cette patiente ?***

- Les maux de tête de la patiente ont-ils complètement disparu ? Traitez la douleur tel qu'indiqué.
- Expliquez les mesures d'hygiène. Il est essentiel de bien se laver les mains. L'état immunitaire de la patiente est sérieusement compromis et une bonne hygiène est indispensable.
- La patiente a encore perdu du poids. Une intervention nutritionnelle est recommandée. Prévoyez une visite chez un nutritionniste ; les aliments riches en fer doivent être encouragés (exemple : lentilles, haricots, arachides, pistaches, fruits séchés et, si possible, viande rouge, volaille, coquillages et œufs).
- Discutez de la sécurité de la patiente. Jusqu'à ce qu'elle soit assez forte pour pouvoir marcher avec assurance, sans danger et sans assistance, recherchez des mesures pour garantir sa sécurité : y a-t-il un adulte ou un adolescent en permanence avec elle à la maison qui pourrait l'aider à marcher et s'assurer que ses besoins (alimentaires, hygiéniques) sont satisfaits ?
- Encouragez la patiente à faire des exercices simples (au début, lever les bras et les jambes) pour faire travailler les muscles et reprendre des forces.

***11. Quels sont les autres types de soins dont cette patiente a besoin ?***

- Évaluez la santé mentale de la patiente : est-elle déprimée ? Si oui, référez-la vers les services de santé mentale.
- Les frais d'achat des médicaments actuels de la patiente (pour la toxoplasmose et la TB) sont-ils couverts ? Orientez-la vers les services sociaux pour recevoir conseil et assistance.
- Évaluez les besoins des prestataires de soins : comment se débrouillent-ils ? Sont-ils dépassés par les besoins de santé de la patiente ? S'il existe des services de soins à domicile, la patiente et sa famille y sont-elles intéressées ? La patiente accepterait-elle des visites ou l'aide d'un groupe local de PVS ?
- La patiente et sa famille éprouvent-elles d'autres besoins, par exemple dans le domaine juridique ? Orientez la patiente vers les services sociaux si nécessaire.

# GUIDE DU FORMATEUR : ÉTUDE DE CAS 2

## ÉTUDE DE CAS 2 : AFFECTIONS MULTIPLES

Une femme de 32 ans est hospitalisée dans un hôpital de district. Elle présente des lésions diffuses sur le visage, aux extrémités et au dos. Il s'agit de sa deuxième hospitalisation au cours des trois derniers mois.
Les membres de sa famille, notamment sa mère et plusieurs frères et sœurs, lui rendent visite régulièrement. Ils signalent que le mari de la patiente a quitté le domicile conjugal deux ans plus tôt et que leur fils de trois ans est décédé six mois auparavant d'une infection respiratoire. La patiente vit actuellement avec l'une de ses sœurs et la famille de celle-ci. La sœur signale que la patiente est devenue plus faible et passe plus de temps au lit. Elle a peu d'appétit.

**Antécédents médicaux :**
TB latente (1997) suivie d'un traitement d'INH (adhérence inconnue)
Candidose buccale (1997)
Zona (1998)
Diarrhée chronique
Lymphadénopathie

**Examen physique et symptômes :**
Poids : 41 kg
Hospitalisation précédente : 44 kg
Dysphagie
Conjonctives pâles ainsi que le lit de l'ongle
Peau sèche et mycose buccale
Toux sèche
Bruit pulmonaire réduit des deux côtés
Hépatomégalie modérée, aucune douleur à la palpation

**Médicaments actuels :**
TAR (commencée lors de la dernière hospitalisation) : combivir et névirapine, cotrimoxazole

**Résultats de laboratoire :**
GR : 2,802/mm$^3$ ; Hb : 8,7 gr/dl ; Ht : 26,1%
Numération leucocytaire : 2,300/mm$^3$
Test de la fonction hépatique : modérément élevé
Test de la fonction rénale : normal
CD4 (3 mois avant) : 21/mm$^3$ ; maintenant : 22/mm$^3$

**1. Comment prendriez-vous en charge cette patiente ?**

**2. Vers quels services orienteriez-vous la patiente et sa famille après son hospitalisation ?**

**Suite**

Un mois après son retour chez elle, la patiente revient à l'hôpital avec des lésions supplémentaires, y compris deux lésions buccales : la première sur le voile du palais et la seconde sur la paroi postérieure de l'oropharynx. Elle rapporte des symptômes de dysphagie et d'odynophagie. Elle se plaint également de douleurs intermittentes dans la région abdominale supérieure. Elle a perdu deux kilos supplémentaires.

Elle continue à prendre du combivir, de la névirapine et du cotrimoxazole, mais déclare que même lorsque les cachets sont écrasés, elle a du mal à les avaler.

Lors de l'examen, vous constatez une hépatomégalie accrue, accompagnée de douleur quand vous lui palpez le foie. Vous observez un œdème +3 au niveau des extrémités inférieures depuis le bout des pieds jusqu'à mi-mollet. Les résultats des tests de laboratoire sont comparables à ceux de l'hospitalisation précédente, à l'exception d'une plus grande augmentation des taux à l'analyse de la fonction hépatique.

Vous commencez une chimiothérapie composée comme suit : simple dose de vinblastine 3,7 mg/m2 par IV, qui augmentera chaque semaine de 1,8 mg/m2 pour atteindre un maximum de 5,5 mg/m2 par semaine.

3. **Discutez de la prise en charge actuelle de cette patiente. Que pourriez-vous proposer d'autre ?**

**Suite**

Un mois s'est écoulé et la patiente est toujours à l'hôpital de district. Elle est très faible, elle n'est pas en état de se lever du lit et elle a besoin d'aide pour marcher. Sa famille ne lui rend plus visite : ils disent qu'ils ne peuvent pas prendre soin d'elle à la maison et qu'il leur est trop difficile de la voir dans cet état.

La patiente répond bien aux questions mais est très peu communicative. Elle continue à éprouver des difficultés à avaler et refuse souvent de manger. L'infirmière écrase les médicaments et les mélange à des aliments mous, mais la patiente a souvent des haut-le-cœur et ne peut avaler le mélange. L'abdomen de la patiente est à présent très ballonné. Elle se plaint de douleurs croissantes dans le quart supérieur gauche, qui se répandent dans le dos.

Le personnel soignant envisage de procéder à des examens supplémentaires pour expliquer les ballonnements de l'abdomen. L'interruption des ARV et de la chimiothérapie est également envisagée. Les options de traitement n'ont pas été discutées avec la patiente.

4. **Identifiez les besoins de cette patiente.**

5. **Comment prendriez-vous en charge cette patiente à l'heure actuelle ?**

6. **Discutez du projet d'interrompre les ARV et la chimiothérapie. Qu'est-ce que cela implique ?**

# GUIDE DU FORMATEUR : ÉTUDE DE CAS 2

## PROPOSITION DE RÉPONSES POUR L'ÉTUDE DE CAS 2

1. ***Comment prendriez-vous en charge cette patiente ? (1ère hospitalisation)***
   - Examinez l'expectoration pour un diagnostic de TB
   - Réhydratez avec des solutés par IV
   - Orientez la patiente vers les services de conseil et d'assistance en nutrition

2. ***Vers quels services référeriez-vous la patiente et sa famille après l'hospitalisation ?***
   - Soins à domicile pour aider la patiente dans les activités quotidiennes ; suivi de l'adhérence et application de stratégies pour favoriser l'adhérence au traitement ; contrôle de l'état nutritionnel et de la sécurité alimentaire.
   - Déterminez la manière dont les frais d'achat des médicaments sont couverts. Orientez la patiente vers les services sociaux si nécessaire.
   - Discutez des autres besoins avec la patiente et sa famille avant de la laisser rentrer chez elle et orientez-la au besoin vers d'autres services.

3. ***Discutez de la prise en charge actuelle de cette patiente. Que proposeriez-vous ?***
   - La chimiothérapie convient-elle à cette patiente ?

   *Il s'agit d'une question ouverte afin d'encourager la discussion et l'examen du pour et du contre.*
   - La chimiothérapie pour le SK est palliative ; elle n'est pas curative.
   - Une monothérapie pour le traitement d'un SK disséminé est sous-optimale (à l'exception de la daunorubicine sous forme de liposomes). La patiente pourra-t-elle supporter l'ajout de la vincristine ou de l'adriamycine + bléomycine ? Le traitement existe-t-il au niveau local ?
   - Les conseils nutritionnels sont une priorité importante.
   - La prise en charge des besoins pour atténuer la douleur est une priorité importante.

4. ***Identifiez les besoins de cette patiente.***
   - La patiente est considérée comme lucide. Elle est capable de discuter de ses besoins et de ses désirs concernant sa santé.
   - La relation patiente-prestataire de soins est essentielle pour des soins de santé efficaces et éthiques.
   - Que souhaite la patiente pour l'instant ? Discutez de toutes les options de traitement ; la patiente a le droit de connaître ces options.

5. ***Comment prendriez-vous en charge cette patiente à l'heure actuelle ?***

   *Discussion ouverte*
   - Questions d'approfondissement proposées :
   - Une étude diagnostique plus approfondie est-elle indiquée ? Si oui, portant sur quel aspect spécifique ?
   - Un changement du régime d'ARV est-il approprié ?

6. ***Discutez du projet d'interruption des ARV et de la chimiothérapie. Quelles sont les questions impliquées ?***
   - Cela implique-t-il des questions d'éthique ?
   - Votre établissement dispose-t-il de directives pour l'interruption du traitement ?
   - Les souhaits de la patiente doivent-ils être mis par écrit ?
   - La famille de la patiente doit-elle participer à la discussion ?

# Références

## PARTIE A : MODULE A4

Bartlett, J.G. 2002. *The 2002 Abbreviated Guide to Medical Management of HIV Infection.* Baltimore, Maryland : Johns Hopkins University.

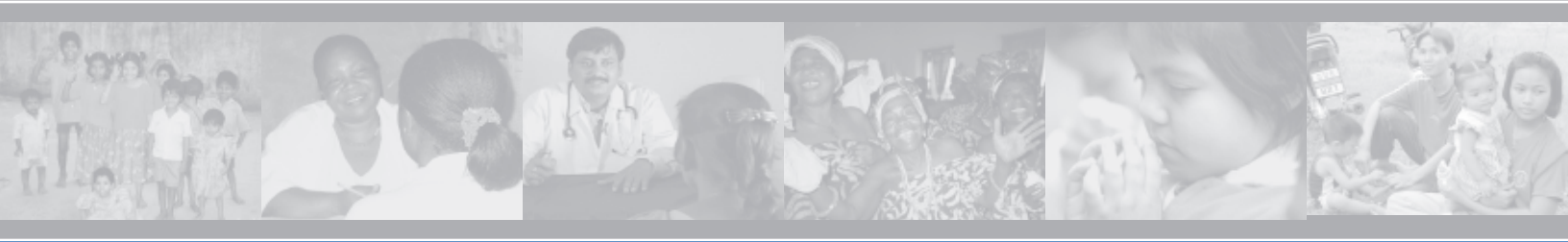
Informations de projet. 2002. *Dealing with drug side effects.* San Francisco, Californie. www.projectinform.org.

Maclean, D. et Margau, R. 2000. *Managing Side Effects : Living with ART.* CATIE Fact Sheet : Université de Toronto. www.catie.ca.

OMS. 2004. *Scaling Up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings : Treatment Guidelines for a Public Health Approach, Révision 2003.* Genève : OMS.

**Module A5**

# Assistance aux personnes vivant avec le VIH/SIDA : soins palliatifs, soins à domicile et nutrition



# Module A5

## Assistance aux personnes vivant avec le VIH/SIDA : soins palliatifs, soins à domicile et nutrition

**Session 1 : Soins palliatifs**

Cette session explique aux participants l'objectif des soins palliatifs et les initie à leur prise en charge, y compris la prise en charge de symptômes tels que douleur, fatigue, dyspnée, nausées et vomissements et, aussi, diarrhée persistante.

**Session 2 : Soins communautaires à domicile**

Les participants sont informés sur les soins communautaires à domicile, y compris les éléments essentiels des soins à domicile, l'examen des patients à domicile, le programme de soins et la détermination d'objectifs réalistes, le contrôle de l'adhérence et, enfin, le suivi.

**Session 3 : Nutrition**

Les participants étudient la nutrition, y compris l'interaction entre le VIH et la nutrition, le contexte clinique dans lequel les infections influencent l'état nutritionnel, et les processus qui entraînent une perte de poids et une cachexie, le rôle joué par les micro-nutriments, l'évaluation de la nutrition, les options de programmes d'aide à la nutrition, et, finalement, l'assistance et les soins nutritionnels aux adultes et enfants atteints du VIH/SIDA.

## SESSION 1 Soins palliatifs

### BUT

Cette session explique aux participants l'objectif des soins palliatifs et les initie à leur prise en charge, y compris la prise en charge de symptômes tels que douleur, fatigue, dyspnée, nausées et vomissements et, aussi, diarrhée persistante.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Débattre la signification et l'objectif des soins palliatifs.
2. Examiner la prise en charge des soins palliatifs par des équipes pluridisciplinaires et déterminer la composition des équipes.
3. Décrire la prise en charge des symptômes suivants : douleur, fatigue, dyspnée, nausées et vomissements et, aussi, diarrhée persistante.
4. Examiner les causes et l'évaluation de la douleur, les obstacles à sa prise en charge, et le modèle de traitement en trois étapes de l'OMS.
5. Décrire le diagnostic et la prise en charge d'autres symptômes.
6. Discuter des besoins en soins palliatifs et de la prise en charge de la douleur des enfants atteints du VIH/SIDA.

### DURÉE

2 heures

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). |
| Étape 2. | Présentez la session et les informations **1–4** ci-dessous, et passez en revue le continuum de soins. **(22 minutes)** |

**A. Définition et objectifs des soins palliatifs**

**1. Introduction**

Malgré les progrès récents réalisés en matière de traitement du VIH/SIDA, on ne connaît pas de guérison : tous les patients atteints du VIH sont voués à la mort. Contrairement à d'autres maladies incurables, il est difficile de prédire si la mort est imminente. Un patient peut décéder des suites de sa première manifestation du VIH ou contracter une IO extrêmement grave et se rétablir si un traitement approprié lui est administré en temps opportun.

Néanmoins, la plupart des patients connaîtront une aggravation progressive de leurs problèmes de santé et finiront par atteindre un stade d'immuno-suppression grave après une période de plusieurs années. À mesure que la maladie progresse, le besoin d'un soulagement symptomatique prendra le pas sur celui d'un traitement curatif.

**2. Définition**

a. Les soins palliatifs améliorent la qualité de la vie des patients et de leurs familles qui se heurtent aux problèmes associés à une maladie extrêmement grave en prévenant et en atténuant la douleur par un dépistage précoce, l'évaluation et le traitement de la douleur, ainsi que la prise en charge des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels (OMS 2003).

**3. Objectifs des soins palliatifs**

a. Fournir un soutien et des soins qui soulagent la vie des patients tout au long des différentes phases de la maladie de manière à ce qu'ils puissent vivre aussi pleinement et agréablement que possible.

b. Les principes sous-jacents incluent :
- Prise en charge des symptômes
- Soutien psychologique
- Travail en équipe et partenariat
- Considérations éthiques appropriées
- Maintien de l'espoir par des objectifs réalistes

**4. Commencement et prise en charge des soins palliatifs**

a. La décision d'arrêter le traitement étiologique devrait être basée sur deux critères :
- Le patient connaît depuis longtemps une aggravation progressive de la maladie (et se trouve à un stade avancé d'immunodéficience).
- Toutes les mesures ont été prises pour rechercher et prendre en charge les troubles spécifiques dont souffre le patient et, malgré cette prise en charge adaptée, l'état du patient continue à se détériorer.

b. Prise en charge des soins palliatifs
- Il est essentiel de mettre en place des équipes pluridisciplinaires chargées de gérer tous les problèmes. Un prestataire de soins ou un assistant social ne peut pas prendre en charge et gérer convenablement à lui-seul les problèmes liés au VIH dans toute leur complexité. Il est émotionnellement épuisant pour le personnel de soutenir les patients atteints de VIH et leur famille.
- Ces équipes sont essentiellement composées des services médicaux, infirmiers, de conseil, sociaux et autres, et elles travaillent en collaboration avec des ONG, le secteur privé, des bénévoles et des groupes de soutien communautaires.
- Le passage des soins curatifs aux soins palliatifs ne survient pas à un moment précis dans le temps. Plus les soins palliatifs **sont entamés tôt** dans l'évolution de la maladie, **plus ils sont efficaces** étant donné qu'il faut du temps pour développer les relations de soutien nécessaires entre le patient et l'équipe pluridisciplinaire.

### Continuum de soins dans le cadre de la prise en charge du VIH et du SIDA

| | Prise en | charge médicale | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Soins | Palliatifs | |
| Stades du VIH | Stade précoce de la maladie du VIH (stade II) | Stade intermédiaire de la maladie du VIH (stade III) | Stade avancé de la maladie du VIH ou SIDA (stade IV) | D |
| Problèmes cliniques | Infections fréquentes par des agents pathogènes communs. | Infections par des agents pathogènes communs et opportunistes. | Combinaison de problèmes de santé (par ex., diarrhée chronique, perte de poids, fièvre, anémie). | E |
| Condition générale | Patient mobile et actif. Réaction rapide au traitement. | Généralement mobile, mais avec des épisodes de maladie de plus en plus nombreux. | Patients souvent à domicile ou alités. | C |
| Traitement médical | Traitement anti-infectieux curatif. | Traitement curatif ou étiologique. Envisager un traitement prophylactique ou d'entretien. Traitement de soutien (lésions cutanées, anémie, nutrition, vitamines). | Traitement de soutien (lésions cutanées, anémie, diarrhée, etc.), maintenir une bonne nutrition. Arrêter le traitement étiologique et la prophylaxie ? | E |
| Soins palliatifs | Analgésiques, antipyrétiques. Conseils pré- ou post-tests. Faire participer le(s) membre(s) de la famille ou autres personnes de confiance. | Analgésiques, antipyrétiques. Conseils de suivi avec les membres de la famille. Discuter des problèmes sociaux. Soins infirmiers pendant les périodes de maladie. | Analgésiques narcotiques si nécessaire. Soins infirmiers permanents (à domicile). Assistance et soutien aux patients en phase terminale. | S |

| | |
|---|---|
| Étape 3. | Présentez la prise en charge des symptômes : **1. a-c** ci-dessous. |
| Étape 4. | Décrivez la définition et l'évaluation de la douleur : **2. a-b** ci-dessous.<br>Inscrivez les causes principales de la douleur sur un tableau (une cause par feuille de papier) et demandez aux participants de citer certaines des principales causes pour chaque type. Notez leurs réponses sur le tableau en-dessous de chaque titre.<br>**(20 minutes)** |

B. **Prise en charge des symptômes**

**1. Introduction**

a. Les principaux symptômes sont les suivants :
- Douleur
- Fatigue (asthénie)/faiblesse
- Essouflement /dyspnée
- Diarrhée persistante
- Sommeil difficile /insomnie
- Nausées et vomissements

b. Les prestataires de soins ferment souvent les yeux sur ces symptômes parce qu'ils ne savent pas comment les prendre en charge ou ne se sentent pas en mesure de s'y attaquer.

c. Les patients évitent parfois d'en parler aux prestataires de soins parce qu'ils pensent qu'ils doivent "les supporter" ou qu'il s'agit d'une "punition de Dieu".

d. Une prise en charge efficace des symptômes se fonde sur une compréhension approfondie du symptôme et sur l'éducation du patient et de sa famille.
- Elle exige une approche pluridisciplinaire.
- L'objectif est d'aider le patient à passer d'un sentiment d'impuissance à un sentiment de contrôle du symptôme et à apprendre à maîtriser ou continuer à maîtriser sa vie et sa maladie.
- Les médicaments et/ou les interventions non pharmacologiques peuvent aider à prendre en charge les symptômes.

e. Vous pouvez identifier tous les symptômes en les examinant un par un : Interrogez le patient sur ses caractéristiques (ce qu'il ressent), sa localisation, ce qui l'aggrave, ce qui l'améliore ; demandez-lui si d'autres symptômes sont associés et comment le symptôme limite ou affecte sa vie quotidienne.
- En posant ces questions, vous montrez au patient l'intérêt que vous éprouvez pour lui.
- Le simple *fait* de poser des questions et de comprendre l'importance qu'un symptôme peut avoir pour le patient le soulage en quelque sorte ; un symptôme s'aggrave souvent lorsqu'un patient doit y faire face seul et que ses craintes ne cessent de s'accentuer sur les raisons de ce symptôme.
- Une analyse des symptômes éveillera également l'attention du prestataire de soins sur l'apparition de nouveaux symptômes susceptibles d'annoncer une progression de la maladie.

**2. Douleur**

a. Définition :

Douleur persistante ou récurrente durant plus de 48 heures, non soulagée par de simples mesures de réconfort. Il peut s'agir d'une douleur brûlante, de fourmillements, de douleurs soudaines ou d'une douleur persistante : aiguë, pénible ou sourde.

b. Évaluation de la douleur

- Le premier principe en termes de prise en charge de la douleur consiste à évaluer convenablement et entièrement sa cause, en tenant compte du fait que la plupart des patients souffrent de plusieurs douleurs et que chaque douleur a une cause.
- Établissez un bilan détaillé de la douleur

  Localisation et propagation (endroit où elle se situe et où elle s'étend)
  Nature (aiguë, palpitante, sourde, brûlante, lancinante, pénible, oppressante)
  Durée (continue ou intermittente ; durée et fréquence)
  Facteurs : aggravants (ce qui la provoque ; ce qui l'empire)
  calmants (ce qui réduit la douleur : médicaments et posologies, position de repos, et autres)
  Effet sur la mobilité du patient, ses activités quotidiennes, son sommeil
  Intensité et gravité (légère, modérée ou sévère)

  Évaluez l'intensité en utilisant une échelle de douleur numérique (ou une échelle des *visages* douloureux pour les enfants)

| 0 | 5 | 10 |
|---|---|---|
| **Pas de douleur** | **Modérée** | **Paroxysme de la douleur** |

  Symptômes associés (nausées, difficulté à avaler, diarrhée ou constipation, vomissements, fièvre, raideur du cou, crises, symptômes neurologiques, fatigue, problèmes cutanés, anorexie, dyspnée, problèmes cognitifs)

- Procédez à une évaluation de l'état psychologique

  Évaluez l'humeur du patient (déprimé, anxieux, irrité, coupable) qui influera sur sa perception de la douleur
  Établissez un bilan social détaillé : des facteurs sociaux (problèmes familiaux, manque de soins) peuvent influer sur la douleur

- Procédez à un examen physique et neurologique complet
- Réalisez des examens complémentaires et un suivi : commencez par des tests simples, disponibles et abordables ; surveillez la douleur et adaptez le traitement, si nécessaire

c. Principaux types et causes de la douleur

| | |
|---|---|
| Migraine | Méningite à cryptocoque<br>Méningite tuberculeuse<br>Méningite virale (VIH, CMV)<br>Paludisme<br>Migraine due à une tension musculaire<br>Neuro-syphilis<br>Effets secondaires de certains médicaments<br>Toxoplasmose<br>Déshydratation<br>Lymphome du cerveau<br>Zona |
| Neuropathie périphérique | VIH<br>Cytomégalovirus<br>Due aux médicaments<br>Diabète<br>Avitaminose<br>Névralgie post-herpétique |
| Douleur abdominale | Ulcère peptique<br>Gastro-entérite<br>Adénopathie rétropéritonéale<br>Tumeurs abdominales (lymphomes et sarcome de Kaposi)<br>Salpingite aiguë<br>Abcès abdominaux<br>Infestations par vers<br>Abdomen aigu |

| | |
|---|---|
| Douleur oro-pharyngée et oesophagienne | Oesophagite peptique<br>Candidose<br>Herpès simplex<br>Sarcome de Kaposi<br>Amygdalite/Pharyngite<br>Ulcères aphteux |
| Douleur cutanée | Zona (que ce soit une douleur initiale aiguë ou une douleur post-herpétique)<br>Infection septique cutanée |
| Douleur de poitrine | Infections pulmonaires<br>Lésions du médiastin (adénopathie rétro-sternale, sarcome de Kaposi, etc.)<br>Candidose oesophagienne |
| Douleur généralisée | Fièvre<br>Alitement<br>Rhumatisme<br>Étiologie non spécifique |

Étape 5. Inscrivez les trois principaux obstacles à la prise en charge de la douleur (points centrés, ci-dessous) sur un tableau (un obstacle par feuille de papier). Ajoutez un problème sous chaque obstacle pour donner aux participants un exemple de ce que vous voulez qu'ils fassent.
Demandez aux participants de définir les problèmes spécifiques à chaque obstacle. Ajoutez tout obstacle énuméré dans la liste ci-dessous qu'ils auraient oublié.
Discutez de tout autre obstacle qu'ils auraient pu rencontrer dans leur localité et des approches éventuelles.
**(15 minutes)**

d. Obstacles à la prise en charge de la douleur

- Problèmes liés aux prestataires de soins de santé
  - Connaissance insuffisante de la prise en charge de la douleur
  - Mauvaise évaluation de la douleur
  - Appréhension quant à la réglementation des substances contrôlées
  - Crainte que le patient ne développe une dépendance
  - Appréhension quant aux effets secondaires des analgésiques
  - Appréhension que les patients deviennent tolérants aux analgésiques

- Problèmes liés aux patients
  - Réticence à parler de la douleur
  - Crainte de distraire les médecins du traitement d'une maladie sous-jacente
  - Crainte que la douleur ne signifie une aggravation de la maladie
  - Peur de ne pas être un "bon" patient
  - Réticence à prendre des médicaments anti-douloureux
  - Crainte de développer une dépendance
  - Inquiétudes quant à des effets secondaires ingérables
  - Appréhension à développer une tolérance aux analgésiques

- Problèmes liés au système de soins de santé
  Peu de priorité accordée au traitement de la douleur causée par le SIDA
  Un traitement plus approprié pourrait être trop coûteux
  Réglementation restrictive des substances contrôlées
  Problèmes de disponibilité ou d'accès à ces produits

| | |
|---|---|
| Étape 6. | Décrivez les principes de la prise en charge de la douleur et le modèle de prise en charge de la douleur à trois étapes de l'OMS. Interrogez les participants sur la façon dont ils prennent en charge la douleur au niveau local et comparez leurs pratiques au modèle de l'OMS.<br>**(20 minutes)** |

e. Approches thérapeutiques
- Principes de prise en charge de la douleur :
  Pour la plupart des patients, la douleur physique n'est qu'un symptôme parmi beaucoup d'autres. Il conviendra de considérer le soulagement de la douleur comme un élément intégral d'un programme global de soins.
  Bien que la cause de la douleur soit souvent sensible à un traitement spécifique, il ne faudra pas retarder le traitement symptomatique.
  Nous recommandons une administration orale des médicaments afin d'encourager l'autonomie du patient.
  Les dernières étapes, ainsi que la phase terminale de la maladie, exigent un traitement agressif de la douleur.
  Il est préférable d'administrer au patient des médicaments sur une base régulière qu'en cas de besoin : l'objectif est d'éviter une douleur permanente (24 heures sur 24) ; la dépendance ne devrait pas susciter d'inquiétude.
  Prévoyez et évitez les effets secondaires de nausées et/ou de vomissements en administrant un antiémétique.
  Les opiacés peuvent provoquer la constipation ; ils peuvent en réalité avoir une effet bénéfique chez les patients qui souffrent de diarrhée chronique. Si ce n'est pas le cas, donnez-leur des laxatifs ou des conseils diététiques appropriés.
  Informez le patient que la sédation survient généralement après 3–5 jours.
  Dans un premier temps, le soulagement de la douleur peut simplement aider le patient épuisé à dormir.

### Modèle de traitement de la douleur en trois étapes de l'OMS

| Médicament | Posologie |
|---|---|
| Étape 1 : Douleur légère—donnez des substances non opiacées | |
| • Aspirine<br>• Paracétamol<br>• AINS<br>Ibuprofène<br>Naproxène | 600mg q 4–6 heures<br>1gm q 6–8 heures<br><br>200–400 mg qid<br>250–500 mg qid |
| Étape 2 : Douleur modérée—lorsque les médicaments ci-dessus échouent, administrez un médicament opiacé léger en complément du produit non opiacé | |
| • Codéine | 32–65mg po q 4 heures |
| Étape 3 : Douleur violente—lorsque la combinaison précitée n'est plus efficace, administrez un opiacé fort, de préférence avec une substance non opiacée. | |
| • Morphine (par voie orale ou injection) | Minimum 5 mg q 4 heures<br>En cas de douleur violente, pas de dose maximale (500 mg q 4 heures sont parfois nécessaires) |
| Des thérapies adjuvantes peuvent être utilisées à chaque étape pour le traitement d'une douleur spécifique | |
| • Anti-convulsifs<br>Pour une douleur d'origine nerveuse telle que le zona | Carbamazépine 200 mg tid |
| • Antidépresseurs<br>Pour les fourmillements ou les douleurs brûlantes : neuropathie périphérique et compression nerveuse | Amitriptyline 10–25 mg à l'heure du coucher |
| • AINS<br>Pour une douleur d'origine inflammatoire telle que les problèmes rhumatismaux et hépatomégalie ou douleur osseuse | Ibuprofène 200–400 mg tid<br>Indométhacine 25 mg tid |
| • Anxiolytiques, hypnotiques | Lorazépam 1 mg à l'heure du coucher<br>Hydroxyzine (Atarax) 25 mg tid |
| • Antihistaminiques | Prométhazine 10 mg à l'heure du coucher |
| • Neuroleptiques<br>Pour réduire les effets secondaires de la morphine (à savoir, nausées et agitation) | Halopéridol 1,5 mg à l'heure du coucher ou bid<br>Chlorpromazine 10 mg tid qid<br>Hydroxyzine 50–100 mg tid qid |

- Administration de stéroïdes

  Vous pouvez utiliser des stéroïdes à condition de traiter en même temps toute infection concomitante et de donner de la nystatine ou du kétaconazole pour prévenir/traiter le muguet.

  Des effets secondaires apparaissent en cas d'utilisation prolongée ; utilisez la plus petite dose efficace possible.

  Si vous ne constatez aucune bienfait, éliminez les stéroïdes après 1–2 semaines.

| Indication | Stéroïde recommandé |
|---|---|
| • Hausse de la pression intracrânienne<br>• Compression de la moelle épinière | Dexaméthasone 24 mg par jour divisés en plusieurs doses. Réduisez de 2 mg un jour sur deux pour la dose de soutien. |
| • Compression nerveuse | Dexaméthasone 8–16 mg qd, réduisez ensuite jusqu'à 2 mg bid comme ci-dessus |
| • Anorexie<br>• Démangeaison vive<br>• Syndrome de Stevens Johnson | Dexaméthasone 4–6 mg qd, réduisez ensuite jusqu'à 2 mg qd |

Étape 7. Présentez les informations sur d'autres symptômes : **3–7** ci-après. Pour chaque symptôme, demandez aux participants quelles pourraient être les causes (comme à l'étape 4 ci-dessus). Discutez des directives et des protocoles nationaux et de tout problème ou question de prise en charge qu'ils pourraient avoir. **(40 minutes)**

### 3. Fatigue (asthénie) ou faiblesse

a. Définition :

Manque d'énergie, de résistance ou d'endurance. Nous sommes en présence d'une *fatigue chronique* lorsque les symptômes d'une fatigue excessive, sans rapport avec l'activité ou l'effort, durent un mois ou plus.

b. Évaluation :

- Identifiez et définissez le problème : passez les symptômes en revue (voir ci-dessus).
- Dressez un bilan complet afin d'écarter les causes corrigibles.

c. Causes traitables de la fatigue

- Insuffisance surrénale/hormonale
- Anémie
- Dépression
- Progression de la maladie
- Maladie d'un organe en stade final
- Peur de l'inconnu
- Hypothyroïdie
- Insomnie
- Manque d'exercice
- Malignité
- Malnutrition
- Médicaments
- Cause métabolique (k/mg bas)
- Infection occulte (abcès/MAC)

d. Prise en charge
- Traitez les causes étiologiques.
- Fournissez un soutien moral/émotionnel.
  Examinez ce qui peut aider le patient à atténuer le plus possible le symptôme.
  Lorsque toutes les causes étiologiques possibles ont été examinées, rappelez au patient qu'il doit avoir des attentes réalistes et évitez de lui donner de faux espoirs.
  Adoptez un ton positif et encourageant et aidez le patient à se fixer de petits objectifs.
- Fournissez des conseils spirituels et/ou de soutien (par le biais de l'équipe pluridisciplinaire).
- Montrez au patient des exercices simples de physiothérapie pour consolider ses forces et améliorer sa propre estime.
- Les soins palliatifs peuvent inclure des traitements pharmacologiques, l'utilisation de stéroïdes dans les cas très avancés.

## 4. Essouflement /dyspnée

a. Définition :
La dyspnée est le sentiment désagréable de ne pas pouvoir respirer même si la saturation en oxygène est normale.

b. Évaluation
- Dressez un bilan et un examen physique complets pour écarter les causes cardiovasculaires ou pulmonaires.
- Évaluez le type de problème.

c. Causes possibles
- Problèmes cardiovasculaires ou pulmonaires :
  Infections (infections bactériennes pulmonaires de type pneumocystose (PCP))
  Asthme
  Insuffisance cardiaque
  COPD (broncho-pneumopathie obstructive chronique)
  Pneumo-thorax
  Tumeur (primaire, secondaire, SK)
  Obstruction de la veine cave supérieure
  Épanchement pleural
  Anémie
- Des études ont démontré que la dyspnée est l'un des cinq symptômes liés à un raccourcissement de l'espérance de vie, même lorsqu'il n'a pas été confirmé que le patient a eu une maladie cardiovasculaire ou pulmonaire.

d. Prise en charge
- Pratiquez une radiographie pulmonaire, une $PO_2$ (en utilisant un sphygmo-oxymètre), une NLT.
- Traitez toute cause sous-jacente.
- Pratiquez une thérapie à l'oxygène, si disponible.
- Apportez un traitement de soutien, le cas échéant, à savoir remplacement des fluides, contrôle de la température, réconfort du patient et air frais.
- Apportez un soulagement symptomatique en utilisant des broncho-dilatateurs, des diurétiques, de la morphine par voie orale ou nébulisée, en fonction des besoins.

## 5. Diarrhée persistante

a. Définition
Selles liquides trois fois par jour ou plus, de façon continue ou intermittente pendant plus de deux semaines.
Ce problème survient généralement à un moment donné de l'évolution clinique des infections au VIH et l'incidence/durée augmente à mesure que la maladie progresse.

b. Évaluation
- Recueillez les antécédents complets de la maladie et procédez à un examen physique.
- Évaluez le niveau de déshydratation

| Caractéristiques cliniques | Modérées | Sévères |
|---|---|---|
| Apparence/état général | Agité/irritable | Généralement conscient ; extrémités froides, moites, cyanosées |
| Pouls | Rapide | Rapide, faible, parfois impalpable |
| Respiration | Profonde, peut être rapide | Profonde et rapide |
| Élasticité de la peau | Les pincements se rétractent lentement | Les pincements se rétractent très lentement (>2 secondes) |
| Yeux | Enfoncés | Profondément enfoncés |
| Membranes muqueuses | Sèches | Très sèches |
| Écoulement des urines | Quantité réduite et aspect foncé | Pas d'urines depuis 6 heures ou plus ; vessie vide |

- Recherchez les causes sous-jacentes et effectuez les tests de laboratoire appropriés

c. Causes de la diarrhée
- Infections : parasites, bactéries, virus, protozoaires (voir Jour 2, Session 5)
- Malignités, par exemple SK ou lymphome
- Idiopathiques (éventuellement infection au VIH)

d. Prise en charge
- La prise en charge prioritaire est le remplacement des fluides et le maintien d'une hydratation adéquate, de préférence par le biais de solutés administrés par voie orale
- Donnez des compléments électrolytiques :
  Solution salée de réhydratation orale (SRO)
  Potassium présent dans les oranges, les bananes douces et autres fruits locaux
- Traitez les causes sous-jacentes de la diarrhée à l'aide de médicaments appropriés (voir Jour 2, Session 5)
- Prescrivez un traitement de soutien avec des médicaments anti-diarrhéiques

## 6. Difficulté à dormir/insomnie

a. Définition

L'insomnie et la somnolence excessive pendant la journée sont les principales plaintes, quel que soit le stade de la maladie. L'insomnie couvre la difficulté à s'endormir, la difficulté à dormir et la difficulté à s'éveiller tôt le matin.

b. Évaluation
- Déterminez les caractéristiques des problèmes de sommeil (fréquence, événements associés, temps nécessaire pour s'endormir et durée de sommeil du patient).
- Dressez un bilan complet de la consommation d'alcool et de caféine et d'autres facteurs qui pourraient affecter le sommeil (par exemple, l'environnement).
- Examinez les médicaments pris par le patient pour les éliminer en tant que causes possibles.
- Faites un bilan afin d'écarter les causes physiques et/ou psychosociales.

c. Causes possibles de l'insomnie :
- Migraine
- Cauchemars ou rêves vivants
- Problèmes respiratoires
- Douleur de poitrine/brûlures d'estomac
- Douleurs abdominales
- Besoin d'uriner ou d'aller à la selle
- Fièvre/sueurs nocturnes
- Crampes aux jambes
- Peur/anxiété
- Dépression

d. Prise en charge
- Traitez les causes sous-jacentes, si possible.
- Conseillez au patient d'éviter les exercices, les repas lourds, l'alcool ou les discussions juste avant d'aller au lit.
- Une simple aspirine ou du paracétamol en faibles doses peut être utile ; ou administrez un hypnotique à effet rapide ou un sédatif.
- Traitez une dépression sous-jacente.
- L'amitriptyline peut être utilisée le soir pour faciliter le sommeil.

### 7. Nausées et vomissements

a. Évaluation
- Établissez un bilan complet, y compris :
  Problèmes gastro-intestinaux
  Usage de médicaments
- Évaluez les caractéristiques du problème

b. Causes possibles :
- Problèmes gastro-intestinaux, tels qu'une œsophagite, diarrhée, déshydratation sérieuse
- Il faut également envisager les médicaments comme cause possible

c. Prise en charge
- Traitez les causes sous-jacentes ; réhydratez le patient si nécessaire.
- Adaptez les médicaments en fonction des besoins.
- Donnez un antiémétique (par exemple 25 mg de chlorpromazine tid ou 10 mg de métoclopramide tid).

## C. Soins palliatifs et prise en charge de la douleur chez les enfants

### 1. Questions choisies liées aux soins palliatifs chez les enfants

a. Pour les enfants, tout comme pour les adultes, les soins palliatifs font partie intégrante d'un ensemble de soins et ne sont pas limités aux stades terminaux de la maladie.

b. Souvent, les enfants savent inconsciemment la gravité de leur état, même si personne ne leur en a parlé. De nombreux enfants atteints du VIH/SIDA ne connaissent pas leur diagnostic. Les familles peuvent avoir besoin d'aide afin de faire face aux besoins émotionnels des enfants.

c. Plusieurs facteurs déterminent et influencent la décision de soigner à domicile un enfant très malade. Ces facteurs sont notamment :
- Le retour à la maison peut être synonyme de perte d'espoir.
- Personne en dehors de la famille ne connaît le diagnostic.
- Les parents eux-mêmes peuvent être malades.
- La famille n'a peut-être pas accès aux ressources et au soutien de la communauté.
- Une perte d'appétit chez l'enfant est souvent une situation très éprouvante pour la famille et celle-ci a besoin d'être rassurée et aidée pour faire face au problème.

d. Une préparation au deuil est importante pour les familles, notamment lorsque le prestataire de soins est la seule personne à connaître le diagnostic de l'enfant.

**2. Questions liées à la prise en charge de la douleur chez les enfants**

a. Il n'a pas été établi que la sensibilité à la douleur chez les nourrissons et les enfants diffère de celle des adultes. Pourtant, les enfants sont souvent placés sous médication insuffisante. Nous recommandons l'application d'une *échelle analgésique* qui classe les médicaments anti-douloureux pour les douleurs légères à intenses, englobant des médicaments allant de l'acétaminophène à une combinaison de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdes associés à de la codéine et, enfin, de la morphine.

b. Principes de la prise en charge de la douleur chez les enfants (adaptés de Health Canada. *A Comprehensive Guide for the Care of Persons with HIV Disease (Un guide complet pour le soin des personnes atteintes du VIH)*, Module 2.) :

1. Évitez la douleur chaque fois que cela est possible et traitez les causes sous-jacentes.
2. Utilisez des interventions non pharmacologiques en complément des médicaments anti-douloureux.
3. Utilisez des outils d'évaluation de la douleur adaptés aux capacités de communication des enfants.
4. Administrez des médicaments anti-douloureux lors de visites régulières plutôt qu'en cas de besoin, sauf si la douleur est vraiment très intermittente. Individualisez les doses et procédez à des évaluations fréquentes afin de déterminer le besoin d'ajustement.
5. L'objectif est une dose de médicament qui soulage la douleur sans provoquer d'effets secondaires ou peu, accompagnée d'un plan d'administration de doses pour traiter les douleurs intenses.
6. Assurez-vous d'établir un équilibre entre la toxicité et l'efficacité analgésique. L'administration intramusculaire est moins indiquée que l'administration orale, intraveineuse ou rectale. Les injections intramusculaires sont douloureuses et l'absorption des médicaments est incertaine.
7. Surveillez de près les variations du niveau de conscience et l'état respiratoire.
8. En cas de dépendance, nous recommandons de diminuer progressivement pendant plus de deux semaines les doses de médicament administrées afin d'éviter les symptômes de privation. L'addiction est rare chez les enfants, mais elle peut se produire.
9. La morphine reste un médicament efficace pour de nombreux enfants qui souffrent, lorsque les doses administrées sont appropriées.

**Il convient de tenir compte des facteurs émotionnels et psychologiques lors de l'évaluation d'une douleur causée par la maladie. Les facteurs qui influencent la réaction à la douleur sont notamment la peur, l'anxiété, la colère et la frustration. Il est extrêmement important d'encourager des mécanismes d'adaptation et d'utiliser des techniques cognitives et comportementales (par exemple, entraînement à la relaxation, jeu structuré, et autres).**

## SESSION 2 Soins communautaires à domicile

### BUT

Au cours de cette session, les participants sont familiarisés avec les soins communautaires à domicile, y compris les éléments essentiels des soins à domicile, l'examen des patients à domicile, l'établissement d'un programme de soins et la détermination d'objectifs réalistes, le contrôle de l'adhérence au traitement et, enfin, le suivi.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Discuter de la définition, des objectifs et des types de soins à domicile
2. Discuter des éléments et des principes essentiels qui devraient figurer dans les programmes de soins à domicile
3. Décrire les principaux facteurs dont il faut tenir compte pour évaluer les patients et les familles susceptibles de recevoir des soins à domicile
4. Discuter des questions liées aux soins à domicile qui sont spécifiques à leur localité.

### DURÉE

1 heure

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). **(2 minutes)** |
| Étape 2. | Présentez les informations **1–3** ci-dessous. **(8 minutes)** |

### 1. Définition des soins communautaires à domicile (SCD)

Services complets à domicile, y compris services sociaux et de santé, fournis par des prestataires de soins formels ou informels ; destinés à promouvoir, restaurer et maintenir un niveau maximal de confort, les fonctions et la santé du patient, et à l'aider à mourir avec dignité.

Les SCD incluent des activités physiques, psychosociales, palliatives et spirituelles ; ils constituent une composante très importante de l'éventail de soins prodigués, qui s'étend de l'hôpital au domicile en passant par différents niveaux d'infrastructures de santé et d'aide sociale.

### 2. Objectif des SCD

L'objectif des SCD est de donner de l'espoir aux patients en leur prodiguant des soins de qualité et en les aidant, ainsi que leurs familles, à garder leur indépendance et à avoir la meilleure qualité de vie possible.

### 3. Modèles de soins à domicile

Il existe différents types ou modèles de soins à domicile en fonction des politiques nationales ou des communautés locales. Pour déterminer le modèle qui convient le mieux à une situation particulière, il faut tenir compte de facteurs tels que le coût, la stigmatisation, les ressources communautaires et, enfin, l'efficacité et la durabilité des systèmes disponibles pour soutenir les SCD.

a. Modèle basé sur les infrastructures ou les soins de proximité
- Il s'agit généralement du programme de soins de proximité d'un hôpital qui envoie périodiquement des prestataires de soins de santé ou des équipes dans les maisons pour rendre visite aux familles des PVS.
- Modèle souvent axé sur la satisfaction des besoins infirmiers et médicaux, mais qui offre de plus en plus un soutien psychosocial.

b. Modèle communautaire
- Possédé et géré par la communauté, ce système repose généralement sur des personnes bénévoles qui vivent dans les communautés couvertes par le programme.
- Les bénévoles sont formés à fournir des soins infirmiers de base, ainsi qu'un soutien affectif et spirituel au patient et aux membres de sa famille.
- Les bénévoles apprennent aux membres de la famille à s'occuper du patient et apportent une aide supplémentaire par le biais de visites régulières.
- Les coûts de transport sont minimes étant donné que les bénévoles vivent près des familles.
- Le défi à relever est le maintien et le soutien des bénévoles.

c. Modèle intégré
- Une combinaison des points a. et b. ci-dessus : un programme communautaire qui repose sur l'infrastructure sanitaire locale pour la formation, la supervision et la fourniture de kits de soins à domicile, et qui oriente le patient vers ladite infrastructure en cas de besoin.
- L'évolution vers ce modèle est naturelle car elle répond aux besoins des communautés, des familles et des patients. Elle permet de fournir un éventail de soins à travers des relations de travail synergiques et un dispositif de référence (par exemple, les communautés devraient envisager d'associer les pharmacies aux services de SD).

d. Modèle de soins communautaires : centres d'accueil pendant la journée
- Les patients se rendent dans un endroit pendant quelques heures de la journée et bénéficient de services tels que le suivi des symptômes, l'administration des médicaments, les loisirs et l'apport de conseils. Ce modèle soulage le travail des prestataires de soins.

Étape 3. Invitez les participants à inscrire les éléments des services inclus dans les programmes de soins communautaires à domicile sur un tableau. Discutez de tous les éléments qu'ils auraient pu omettre : **4. a-d** ci-dessous. **(15 minutes)**

**4. Éléments essentiels des soins à domicile**

- Préventifs
- Instructifs
- Thérapeutiques
- Soutien pour l'adhérence aux ARV
- Ré-éducatifs
- Soutien à long terme
- Soins palliatifs et soulagement de la douleur

A titre d'exemples de services SD, on peut citer :

a. La prestation de soins
   - Soins physiques de base
     - Reconnaissance des symptômes
     - Traitement et prise en charge des symptômes
       Exemples : baisse de la fièvre, soulagement de la douleur, traitement de la diarrhée et des vomissements, traitement des problèmes cutanés, buccaux, de la gorge et des organes génitaux, traitement des symptômes généraux de fatigue, de faiblesse, ainsi que des symptômes neurophysiologiques
   - Orientation et suivi
   - Prévention pour les patients et les prestataires de soins, y compris approvisionnement en fournitures telles que des préservatifs, de l'eau de Javel

   - Soins infirmiers de base
     - Positionnement et mobilité
     - Bain
     - Nettoyage des plaies
     - Soins de la peau
     - Hygiène orale
     - Ventilation adéquate
     - Conseils et assistance pour une alimentation convenable

b. Soins palliatifs—voir Partie A, Module 5, Session 1 sur les soins palliatifs

c. Assistance et conseils psychosociaux
   On sait qu'une assistance et des conseils psychosociaux efficaces améliorent la qualité de vie. Les prestataires de soins, y compris la famille et l'équipe de SCD, doivent eux-mêmes être aidés pour être en mesure de soutenir les patients. L'épuisement est un risque majeur pour les familles et les membres des équipes de SD.

d. Soin des enfants affectés et infectés
   - Outre les problèmes plus immédiats abordés ci-dessous, ces soins nécessitent également une planification préalable ou continue pour les personnes à charge et les enfants survivants.
   - Le VIH/SIDA et autres maladies incurables au stade terminal ont un effet profond sur la vie des enfants. Les difficultés économiques débouchent sur la malnutrition, la prostitution, la vie dans la rue et le mariage précoce. Leur éducation est souvent interrompue. Ils sont contraints de s'occuper des membres malades de leur famille ou de leurs frères et sœurs orphelins. La souffrance affective peut se traduire par d'autres problèmes tels que la dépression, l'agressivité, le recours aux stupéfiants, l'insomnie et un développement médiocre. Les enfants qui perdent

plusieurs membres de leur famille peuvent être accablés de douleur, souffrir de stigmatisation et de pauvreté. Une aide psychosociale est extrêmement importante et nécessite un processus continu afin de satisfaire leurs besoins matériels, affectifs, sociaux et spirituels.

- Les programmes de SCD peuvent s'engager dans l'apport de soins aux orphelins. Ils peuvent promouvoir un environnement favorable à un soutien psychosocial aux enfants vulnérables et peuvent aider les familles, les communautés, les gouvernements et les organisations confessionnelles et autres à apporter une réponse élargie. Ces programmes devront inclure :
  - L'information et l'éducation des patients et de leurs familles
  - La formation des prestataires de soins
  - Une assistance pratique immédiate aux enfants et aux familles en détresse (dispositions matérielles, alimentaires, financières et funéraires)
  - Des liens et des mécanismes d'orientation vers des services d'assistance juridique, par exemple.

| | |
|---|---|
| Étape 4. | Présentez les informations sur l'évaluation du patient et l'élaboration d'un programme de soins. Demandez aux participants s'ils ont des commentaires à formuler ou un point quelconque à ajouter à ces informations : **5. a–c** ci-dessous. |
| Étape 5. | Présentez les informations sur les principes fondamentaux choisis pour guider les programmes de soins à domicile : 6. a–h. **(20 minutes)** |

### 5. Évaluation du patient à domicile et élaboration d'un programme de soins

a. Sur la base d'une approche intégrée, commencez par une évaluation minutieuse axée, entre autres, sur les éléments suivants :
   - Les besoins du patient et de sa famille et leur capacité actuelle à
     - maintenir une hygiène de base
     - maintenir une bonne alimentation
     - prendre des mesures de réconfort
     - éviter la transmission de l'infection
     - prendre en charge les symptômes
     - prendre les médicaments et les mesures médicales nécessitant la contribution d'un médecin
     - maintenir une sécurité alimentaire et salariale
     - avoir accès à des sources d'assistance psychosociale et spirituelle
     - obtenir une assistance juridique

b. Fixez des objectifs réalistes
   - Avec le patient, les membres de sa famille et l'équipe pluridisciplinaire, établissez un programme de soins basé sur l'évaluation ci-dessus.
   - Fixez des objectifs réalistes basés sur l'état du patient, le stade de la maladie, le programme de soins et les ressources disponibles.

c. Établissez des liens entre les programmes de SCD et autres programmes de soins et de prévention
   - Les bénévoles des SCD peuvent participer en tant que moniteurs DOTS à des programmes qui prennent en charge les patients atteints du VIH et souffrant de TB.
   - Les bénévoles peuvent également participer en tant que moniteurs pour les patients sous ARV DOT.
   - Les programmes de SCD peuvent fournir des mécanismes visant à soutenir les programmes PTME, notamment la documentation des résultats accidentellement négatifs.
   - Les SCD jouent un rôle dans l'adhérence au TAR pour les programmes PTME ou la prise en charge des affections chroniques par traitement antirétroviral.

### 6. Principes de base pour orienter les programmes de soins à domicile

a. L'inclusion de tous les secteurs de la société, à savoir les communautés, les institutions publiques et privées et les groupes traditionnels, constitue une bonne pratique.

b. Les SCD n'ont pas pour objectif de faire peser le fardeau uniquement sur la communauté, mais des efforts actifs devront être déployés pour encourager les familles et les communautés à assumer la responsabilité de leur santé, la communauté partageant la responsabilité des soins de ses membres.

c. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA devront pleinement participer à la planification, à la conception, au suivi et évaluation des programmes.

d. Fournir des services dans le cadre d'un continuum de soins qui répond aux besoins des personnes infectées et affectées aux différents stades de la maladie et dans une variété de situations. Les SD devront permettre de réduire les visites et les hospitalisations inutiles dans les infrastructures sanitaires.

e. Dans les conditions idéales, les prestataires de soins à domicile font partie d'une équipe pluridisciplinaire qui répond aux divers besoins en services qu'éprouvent les patients et leurs familles. Là où les soins à domicile sont un luxe, comme c'est souvent le cas, la formation doit aider les travailleurs de SCD à répondre à leurs propres besoins et à les évaluer, pour pouvoir comprendre leurs limites et savoir où orienter leurs patients en cas de besoin.

f. Des soins devront également être prévus pour les prestataires de soins : membres de la famille, bénévoles communautaires, et prestataires de soins de santé.

g. Sensibiliser les prestataires de soins à domicile et renforcer leurs compétences en matière de confidentialité et d'information à l'égard des autres membres de la famille et des autres prestataires de soins. Les patients ont droit à leur vie privée.

h. Les SD devront permettre l'accès à d'autres services, tels que l'assistance juridique, l'assistance ménagère et la prestation de soins aux patients et à leurs familles dans des infrastructures sanitaires. Un programme de soins à domicile devra s'assurer que les enfants et leurs familles auront accès à des services d'aide sociale au sein de leur communauté.

i. Les programmes devront répondre aux besoins spécifiques des orphelins et des enfants vulnérables.

| | |
|---|---|
| Étape 6. | Discutez des problèmes nationaux en rapport avec les soins à domicile.<br>**(10 minutes)** |

## SESSION 3 Nutrition

### BUT

Au cours de cette session, les participants étudieront la nutrition, l'interaction entre le VIH et la nutrition, le contexte clinique dans lequel les infections exercent une influence sur l'état nutritionnel, les processus entraînant une perte de poids et une cachexie, le rôle des micro-nutriments, l'évaluation de la nutrition, les options pour les programmes d'aide à la nutrition, ainsi que l'assistance et les soins nutritionnels aux adultes et enfants atteints du VIH/SIDA.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire l'interaction entre le VIH et la nutrition
2. Discuter du contexte clinique dans lequel les maladies infectieuses influencent l'état nutritionnel, y compris le cercle vicieux des carences en micro-nutriments et la pathogénie du VIH, ainsi que les symptômes et les causes d'une mauvaise nutrition
3. Décrire le processus qui entraîne une perte de poids et une cachexie
4. Discuter du rôle des vitamines et des minéraux dans le corps et établir une liste des sources locales contenant ces nutriments
5. Réaliser une évaluation nutritionnelle des enfants et des adultes
6. Discuter des options pour les programmes d'aide à la nutrition
7. Formuler des recommandations en matière d'assistance et de soins nutritionnels pour les adultes et les enfants atteints du VIH/SIDA et les adapter à leur localité.

### DURÉE

2 heures 30 minutes +

### PRÉPARATION

1. Pour l'exercice de l'étape 8, préparez 16 feuilles différentes du tableau de présentation. En tête de chaque page, écrivez :
   **Nutriment Son rôle Sources**

   Sur chaque feuille, inscrivez le nom d'un nutriment et laissez le reste de la page vide. Par exemple :

| Nutriment | Son rôle | Sources |
|---|---|---|
| Vitamine A | | |

2. Pour l'étape 12, préparez trois études de cas courtes, basées sur les trois types d'individus atteints du VIH : Un individu séropositif asymptomatique, un individu séropositif enregistrant une perte de poids et un individu atteint du VIH à un stade avancé (décrit dans la section D).

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). |
| Étape 2. | Présentez la session et décrivez l'interaction entre le VIH et la nutrition, ainsi que les types de malnutrition : **1–2** ci-dessous.<br>**(7 minutes)** |

**A. VIH et nutrition—l'interaction**

**1. Introduction**

La malnutrition représente un grave danger pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Même aux premiers stades de l'infection par le VIH, lorsqu'aucun symptôme n'est apparent, le VIH modifie l'état nutritionnel du corps.

Le risque de malnutrition augmente considérablement à mesure que l'infection progresse.

Une bonne alimentation ne peut pas soigner le SIDA ou éviter une infection par le VIH, mais elle peut contribuer à maintenir et à améliorer l'état nutritionnel d'une personne atteinte du VIH/SIDA et retarder la progression de la maladie, améliorant ainsi la qualité de vie des PVS. L'assistance et les soins nutritionnels sont importants dès les premiers stades de l'infection afin d'éviter le développement de carences nutritionnelles. Un régime sain et équilibré aidera à maintenir le poids et la forme physique du malade. Une bonne alimentation contribue à maintenir et à améliorer les performances du système immunitaire—la protection du corps contre les infections—et aide ainsi la personne à rester en bonne santé.

Bon nombre de pathologies associées au VIH/SIDA affectent l'ingestion, la digestion et l'absorption des aliments, tandis que d'autres altèrent les fonctions du corps. Une bonne alimentation peut agir sur plusieurs symptômes de ces pathologies (par exemple, diarrhée, perte de poids, bouche douloureuse et angine, nausées et vomissements). Elle complète et renforce également l'effet des médicaments prescrits.

**2. La malnutrition revêt plusieurs formes**

a. Malnutrition protéines-énergie—généralement mesurée en termes de taille corporelle
- Les principaux indicateurs chez les enfants sont les suivants :
  - Taille insuffisante pour l'âge (retard de croissance)
  - Poids faible pour l'âge (poids insuffisant)
  - Poids faible par rapport à la taille (cachexie ou malnutrition aiguë)
- L'indicateur chez les adultes est le suivant :
  - Faible indice de masse corporelle (IMC)

b. Carence en micro-nutriments—elle n'est pas toujours diagnostiquée dans ses formes légères et modérées ; souvent appelée *faim cachée*
- Les carences en micro-nutriments le plus souvent signalées tant chez les adultes que chez les enfants sont celles en fer, en vitamine A et en iode.
- Les carences en d'autres vitamines et minéraux qui sont indispensables au fonctionnement normal du corps et du système immunitaire ne sont couramment pas mesurées, mais affectent fréquemment des populations fortement atteintes de maladies infectieuses et ayant une alimentation peu variée et de qualité médiocre, se caractérisant par une consommation limitée de produits animaux et par une insécurité alimentaire saisonnière ou périodique.

| | |
|---|---|
| Étape 3. | Décrivez les effets des maladies infectieuses sur l'état nutritionnel : contexte clinique **3. a–d** ci-dessous. |
| Étape 4. | Demandez aux participants d'identifier le facteur d'aggravation de la relation entre le VIH et la nutrition (voir **3. e.**). Décrivez le cycle vicieux des carences en micro-nutriments et la pathogénie du VIH : **3. f.** Demandez aux participants s'ils ont des questions. **(20 minutes)** |

### 3. Le contexte clinique

a. Les maladies infectieuses, qu'elles soient légères ou non, influencent l'état nutritionnel et pratiquement toutes les carences alimentaires, si elles sont suffisamment sérieuses, diminuent la résistance à la maladie.

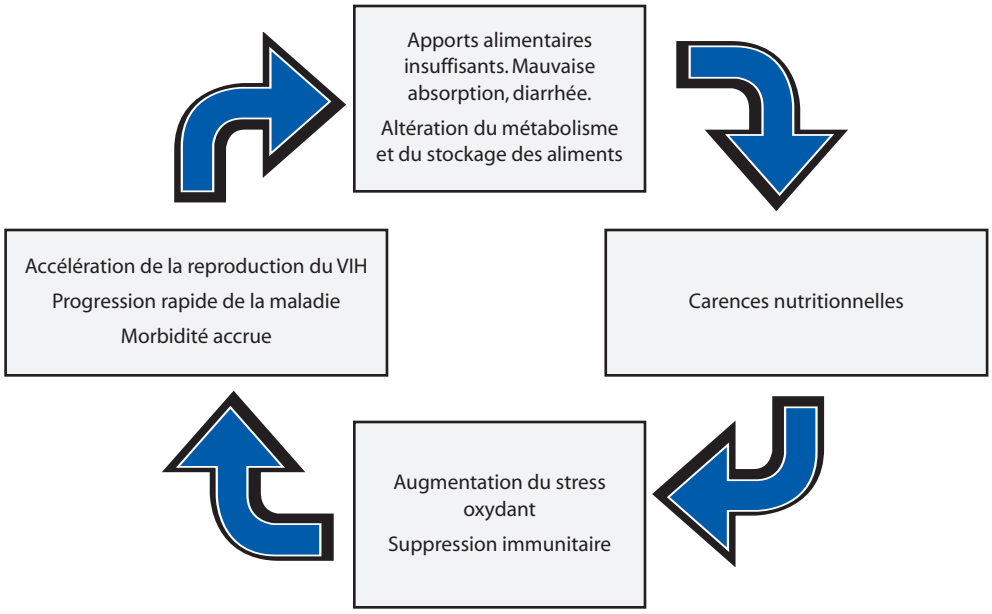
b. Les infections affectent l'état nutritionnel en réduisant l'ingestion et l'absorption des nutriments et en augmentant l'utilisation et l'excrétion de protéines et de micro-nutriments pour permettre au corps de réagir à une invasion d'agents pathogènes.

c. La réponse en phase aiguë s'accompagne souvent d'anorexie, de fièvre et d'un catabolisme des tissus musculaires.

d. Les infections provoquent également la libération de cytokines pro-oxydantes et d'autres espèces réactives à l'oxygène. Cela se traduit par une utilisation accrue des vitamines anti-oxydantes (vitamine E, vitamine C, bêta-carotène), ainsi que par la séquestration de plusieurs minéraux (fer, zinc, sélénium, manganèse, cuivre) qui servent à la production des enzymes anti-oxydantes. Le *stress oxydant* se produit lorsqu'il y a un déséquilibre entre les pro-oxydants et les antioxydants, ce qui entraîne de nouveaux dégâts des cellules, des protéines et des enzymes.
La relation entre le VIH et la nutrition est compliquée par le fait que le virus s'attaque directement aux cellules du système immunitaire et les détruit.

f. Le cercle vicieux des carences en micro-nutriments et la pathogénie du VIH :
   - Les carences nutritionnelles affectent les fonctions immunitaires qui peuvent influencer l'expression et la réplication virales, aggravant davantage la maladie du VIH. Le *stress oxydant*, par exemple, peut indirectement accélérer la réplication du VIH.
   - Le VIH affecte la production d'hormones, telles que le glucagon, l'insuline, l'adrénaline, et le cortisol, qui participent au métabolisme des hydrates de carbone, des protéines et des graisses. Des niveaux élevés de ces hormones contribuent à une perte de poids et au syndrome d'atrophie que l'on observe chez la plupart des patients adultes atteints du SIDA.

**Tableau A5, 3.1 : Cycle vicieux des carences en micro-nutriments et pathogenèse du VIH**




Étape 5. Demandez aux participants de décrire les symptômes de la malnutrition et inscrivez leurs réponses sur un tableau. Demandez-leur ensuite de décrire les causes d'un état nutritionnel médiocre et dressez-en la liste sur le tableau. Ajoutez tout symptôme et/ou cause repris dans les listes ci-dessous qu'ils pourraient avoir omis : **3. g–h.**
(10 minutes)

**g.** Les symptômes de la malnutrition chez les PVS incluent :
- Perte de poids
- Perte de tissu musculaire et de la graisse sous-cutanée
- Carences en vitamines et en minéraux
- Réduction de la compétence immunitaire
- Prédisposition accrue à l'infection

h. Un état nutritionnel médiocre peut avoir de multiples causes :
- Mauvais appétit, faible ingestion d'aliments et ressources alimentaires insuffisantes
- Infection chronique, mauvaise absorption, troubles métaboliques et catabolisme des muscles et des tissus
- Fièvre, nausées, vomissements et diarrhée
- Dépression
- Effets secondaires de médicaments utilisés pour traiter les infections liées au VIH

| | |
|---|---|
| Étape 6. | Décrivez la façon dont se produisent la perte de poids et la cachexie au cours de la maladie du VIH/SIDA : **4. a–d** ci-dessous. Discutez de toutes les questions que pourraient poser les participants. **(15 minutes)** |

**4. Perte de poids et cachexie au cours de la maladie du VIH/SIDA**

a. Pour comprendre la relation entre la nutrition et le VIH/SIDA, il faut tenir compte des conséquences de la maladie sur la taille et la composition du corps (poids, masse corporelle des parties maigres, masse cellulaire corporelle), ainsi que sur le fonctionnement du système immunitaire. La nutrition joue un rôle dans chaque domaine. Ayez à l'esprit qu'une mauvaise alimentation peut contribuer à la progression du VIH et être une conséquence de la maladie.

b. Le syndrome d'atrophie que l'on observe généralement chez les patients adultes atteints du SIDA est une manifestation nutritionnelle grave de la maladie. L'atrophie est généralement précédée par :
- Une perte d'appétit
- Des infections répétées
- Des fluctuations de poids
- Des changements plus subtils dans la composition du corps, par exemple des changements de la masse corporelle des parties maigres et de la masse cellulaire corporelle, qui sont plus difficiles à mesurer que les changements de poids.

c. La perte de poids suit généralement deux modes chez les PVS :
- Perte de poids lente et progressive due à une anorexie et à des troubles gastro-intestinaux
- Perte de poids rapide et épisodique due à une infection secondaire

  Même des pertes de poids relativement peu importantes (cinq pour cent) ont été associées à une survie moins longue et doivent, dès lors, être surveillées.

d. La perte de poids et la cachexie chez les PVS se produisent à la suite de trois processus parallèles :
- Réduction de l'apport alimentaire

  Du fait de :
  - Lésions douloureuses dans la bouche, le pharynx, et/ou l'œsophage
  - Fatigue, dépression, changements de l'état mental, et autres facteurs psychosociaux
  - Facteurs économiques affectant les ressources alimentaires disponibles et la qualité nutritionnelle
  - Effets secondaires des médicaments, y compris nausées, vomissements, goût métallique, diarrhée, crampes abdominales et anorexie.
- Mauvaise absorption des nutriments
  - Une mauvaise absorption s'accompagne d'épisodes fréquents de diarrhée dus au Giardia, au cryptosporidium et à d'autres agents pathogènes qui attaquent les personnes dont le système immunitaire est affaibli.
  - Certains individus séropositifs présentent une perméabilité intestinale accrue et autres défaillances intestinales, même lorsqu'ils sont asymptomatiques.
  - L'infection par le VIH peut provoquer des dommages épithéliaux au niveau des parois intestinales et une mauvaise absorption.
  - Une mauvaise absorption des graisses et des hydrates de carbone est courante à tous les stades de l'infection par le VIH chez les adultes et les enfants.
  - Une mauvaise absorption des graisses affecte l'absorption et l'utilisation des vitamines liposolubles (vitamines A, E), ce qui affaiblit encore davantage l'état nutritionnel et immunitaire.
- Altérations métaboliques
  - Une infection entraîne des besoins accrus en énergie et en protéines, ainsi qu'une utilisation médiocre et une perte des nutriments.
  - Au cours de l'infection par le VIH, des changements du métabolisme interviennent à cause de réductions importantes dans l'apport alimentaire, ainsi que de la réaction du système immunitaire à l'infection. Si

l'alimentation est restreinte, le corps réagit en modifiant sa production d'insuline et de glucagon, qui régularisent la circulation des sucres et autres nutriments dans les intestins, le sang, le foie et autres tissus corporels. Avec le temps, le corps utilise ses stocks d'hydrates de carbone venant des muscles et des tissus du foie et commence à décomposer les protéines du corps pour produire du glucose. Ce processus provoque une perte de poids et une atrophie musculaire.

- L'atrophie est également due à un processus connu sous le nom de *cachexie*. Il se caractérise par une importante perte de la partie maigre de l'organisme résultant de changements métaboliques survenus lors de la réaction en phase aiguë à l'infection. Au cours de cette phase, le foie produit d'importantes quantités de protéines spécifiques visant à lier et à éliminer les agents infectieux. Ces protéines proviennent en grande partie du muscle squelettique. Si la réaction, induite par les cytokines du système immunitaire, est prolongée, l'atrophie musculaire peut devenir grave. La cachexie affecte également l'appétit, les cycles de sommeil-veille, et autres processus corporels. Il en résulte que l'infection par le VIH augmente les besoins du corps en protéines et en énergie afin de maintenir le poids et la composition du corps.

**Tableau A5, 3.2 : Altérations métaboliques qui accompagnent les infections aiguës**

| **Protéines** |
|---|
| Perte accrue d'azote dans les urines<br>Accélération du cycle de reconstitution des protéines<br>Ralentissement de la synthèse des protéines du muscle squelettique<br>Accélération de la dégradation du muscle squelettique<br>Accélération de la synthèse des protéines hépatiques |
| **Lipides (graisses)** |
| Hypertriglycéridémie<br>Synthèse hépatique accrue des acides gras de novo<br>Estérification accrue des triglycérides hépatiques<br>Production accrue de lipoprotéines à très faible densité<br>Baisse de l'activité de la lipase lipoprotéique<br>Augmentation de la lipase triglycéride des adipocytes |
| **Hydrates de carbone** |
| Hyperglycémie<br>Résistance à l'insuline<br>Utilisation accrue de glucose périphérique<br>Gluconéogenèse accrue |

Source : Babameto et Kotler (1997)

Étape 7. Décrivez les raisons pour lesquelles les micro-nutriments sont importants dans la relation VIH/nutrition : **5. a.** **(1 minute)**

Étape 8. Placez les tableaux que vous aurez préparés autour de la pièce et demandez aux participants de se répartir par groupes de deux (ou en sous-groupes plus importants suivant le nombre de participants). Demandez à chaque couple de choisir un tableau et d'y inscrire les rôles que jouent les vitamines ou les minéraux dans le soutien des fonctions corporelles et de citer quelques-uns des aliments disponibles au niveau local qui en contiennent. Donnez aux participants 20 minutes pour réaliser l'exercice.

Demandez ensuite à chaque sous-groupe de présenter un compte rendu à tous les participants et demandez à ces derniers d'ajouter toute autre information qui pourrait manquer. Ajoutez vos commentaires en vous basant sur la liste ci-dessous.
**(45 minutes au total)**

## 5. Micro-nutriments : vitamines et minéraux dans le VIH/SIDA

a. Un grand nombre de vitamines et de minéraux sont importants dans la relation VIH/nutrition en raison du rôle essentiel qu'ils jouent dans la différenciation cellulaire, les processus enzymatiques, les réactions du système immunitaire et autres fonctions organiques.

b. Le tableau ci-dessous récapitule le rôle des différentes vitamines et minéraux qui soutiennent les fonctions organiques et dresse une liste de quelques-uns des aliments qui les contiennent :

**Tableau A5, 3.3 : Rôle de certaines vitamines et minéraux dans le corps et sources de nutriments**

| Nutriment | Rôle | Sources |
|---|---|---|
| Vitamine A | Nécessaire pour le maintien des cellules épithéliales, des membranes muqueuses et de la peau. Nécessaire pour le fonctionnement du système immunitaire et la résistance aux infections. Assure une bonne vision. Nécessaire pour la croissance des os. | Lait entier (fortifié), fromage, beurre, huile de palme rouge, huile de poisson, œufs, foie, carottes, mangues, papayes, citrouilles, légumes verts à feuilles, patates douces à chair jaune. |
| Vitamine B1/Thiamine | Utilisée dans le métabolisme de l'énergie, stimule l'appétit et les fonctions du système nerveux central. | Céréales complètes, viande, volaille, poisson, foie, lait, oeufs, huile, graines et légumineuses. |
| Vitamine B2/Riboflavine | Utilisée dans le métabolisme énergétique. Soutient la vision normale, la santé et l'intégrité de la peau. | Lait, oeufs, foie, poisson, yaourt, feuilles vertes, céréales complètes et légumineuses. |
| Vitamine B3/Niacine | Essentielle pour le métabolisme énergétique. Soutient la santé et l'intégrité de la peau, des systèmes nerveux et digestif | Lait, oeufs, viande, volaille, poisson, arachides, céréales complètes, riz semi-blanc. |
| Vitamine B6 | Facilite le métabolisme et l'absorption des graisses et des protéines ; transforme le tryptophane en niacine ; aide à la fabrication des globules rouges. Certains médicaments contre la TB provoquent une carence en B6. | Légumineuses (haricots blancs), pommes de terre, viande, poisson, volaille, fruits de mer, pastèque, graines oléagineuses, maïs, avocat, brocoli, légumes verts à feuilles. L'alcool détruit la vitamine B6. |
| Folate (acide folique) | Nécessaire pour la synthèse de nouvelles cellules, en particulier des globules rouges et des cellules gastro-intestinales. | Foie, légumes verts à feuilles, poisson, légumineuses, arachides, graines oléagineuses. |
| Vitamine B12 | Nécessaire pour la synthèse de nouvelles cellules ; aide à maintenir les cellules nerveuses. Agit en même temps que le folate. | Viande, poisson, volaille, fruits de mer, fromage, oeufs, lait. |
| Vitamine C | Aide le corps à utiliser le calcium et autres nutriments pour fortifier les os et les parois des vaisseaux sanguins. Augmente l'absorption du fer non héminique. Augmente la résistance aux infections et agit comme antioxydant. Vitamine importante pour le métabolisme des protéines. | Agrumes tels que baobabs, goyaves, oranges et citrons ; choux, feuilles vertes, tomates, poivrons, pommes de terre, patates douces. Bananes cuites et lait frais. L'apport en vitamine C est perdu lorsque les aliments sont découpés, chauffés ou laissés de côté après la cuisson. |
| Vitamine D | Nécessaire pour la minéralisation des os et des dents. | Produite par la peau lors de l'exposition au soleil ; lait, beurre, fromage, poisson gras, oeufs, foie. |

| Nutriment | Rôle | Sources |
|---|---|---|
| Vitamine E | Agit comme antioxydant. Protège les membranes et le métabolisme des cellules, en particulier des globules rouges et blancs. Protège la vitamine A et autres graisses de l'oxydation. Facilite la résistance aux maladies, particulièrement dans les poumons. | Légumes verts à feuilles, huiles végétales, germes de blé, produits céréaliers entiers, beurre, foie, jaune d'œuf, arachides, lait entier, noix, graines. |
| Calcium | Nécessaire pour la fortification des os et des dents. Important pour une fonction normale du cœur et des muscles, la coagulation et la tension artérielle et les défenses immunitaires. | Lait, yaourt, fromage, légumes verts à feuilles, brocoli, poisson séché avec consommation des arêtes, légumineuses, petits pois. |
| Zinc | Important pour la fonction de nombreuses enzymes. Agit comme antioxydant. Contribue à la fabrication du matériel génétique et des protéines, aux réactions immunitaires, au transport de la vitamine A, à la perception du goût, à la cicatrisation des plaies et à la production de spermatozoïdes. | Viande, poisson, volaille, fruits de mer, céréales entières, légumineuses, arachides, lait, fromage, yaourt, légumes. |
| Sélénium | Agit comme antioxydant avec la vitamine E. Empêche la détérioration des muscles cardiaques. | Viande, oeufs, fruits de mer, céréales entières, plantes cultivées dans un sol riche en sélénium. |
| Magnésium | Important pour la fortification des os et des dents, la synthèse des protéines, la contraction des muscles, la transmission des impulsions nerveuses. | Noix, légumineuses, céréales entières, légumes à feuilles d'un vert foncé, fruits de mer. |
| Iode | Assure le développement et le fonctionnement correct du cerveau et du système nerveux. Important pour la croissance, le développement, le métabolisme. | Fruits de mer, sel iodé, plantes cultivées dans un sol riche en iode. |

Source : Piwoz et Preble, pp. 15–16

Étape 9. Décrivez comment procéder à une évaluation de la nutrition : B. 1–3 ci-dessous
**(15 minutes)**

B. **Évaluation de la nutrition**

**1. Éléments d'une évaluation de la nutrition :**

a. Identifiez les facteurs de risque (voir ci-dessus)

b. Déterminez la prise ou la perte de poids, la croissance linéaire, les problèmes de croissance ou l'indice de masse corporelle (IMC).

- Une perte de poids peut être si lente qu'elle n'est pas manifeste. Il existe deux moyens simples de découvrir s'il y a perte de poids :
  (1) Pesez la personne une fois par semaine, le même jour, et notez son poids et la date. Pour un adulte moyen, une perte de poids grave correspond à une perte du poids corporel de 10 pour cent ou de 6–7 kg en un mois. Si la personne n'a pas de balance, elle peut prendre son poids en s'arrangeant avec un pharmacien, une clinique ou une unité sanitaire locale qui en possède une.
  (2) Lorsque les vêtements commencent à flotter et ne tiennent plus convenablement.

c. Procédez à des analyses de laboratoire (si possible)
   - FSC
   - VS
   - Nombre total de protéines
   - Albumine (la déshydratation peut mener à des niveaux de sérum faussement élevés)
   - Pré-albumine (l'albumine et la pré-albumine permettent d'évaluer l'état des protéines)
   - Dressez un bilan de la consommation alimentaire et des aliments :
     - Consommation alimentaire réelle sur 24 heures par souvenir ou recueil écrit de la consommation alimentaire sur une période de trois jours
     - Types d'aliments, laits en poudre, liquides, lait maternel, indication des quantités consommées
     - Autres informations utiles :
       Durée de temps nécessaire au patient pour manger
       Appétit
       Tout problème de mastication, de succion ou de déglutition
       Nausées, vomissements ou diarrhée
       Douleur abdominale
       Tout refus de nourriture, intolérance à la nourriture, allergies et/ou fatigue

### 2. Évaluation de la nutrition chez les enfants

a. Évaluez la prise de poids et la croissance linéaire : l'OMS recommande d'utiliser le tableau de croissance de l'Institut National pour la Santé et les Statistiques (National Center for Health Statistics (NCHS))

b. Pour les enfants de moins de trois ans, la mesure du périmètre crânien est un excellent outil pour évaluer la croissance

c. Le poids seul est un excellent outil lorsque d'autres mesures ne sont pas possibles

d. Les problèmes de croissance sont définis comme étant :
   - La rencontre de deux courbes des percentiles importantes sur le tableau de croissance du NCHS après un certain temps
   - Pour un enfant ayant un poids/âge inférieur au 5$^{e}$ percentile, qui ne suit pas la progression de sa propre courbe de croissance sur le tableau de croissance
   - La perte de cinq pour cent ou plus du poids corporel

### 3. Évaluation de la nutrition chez les adultes

a. Formule pour déterminer le poids corporel idéal
   - Homme : 48 kg + 1,07 kg/cm, si plus de 152 cm
   - Femme : 45,5 kg + 0.9 kg/cm, si plus de 152 cm

b. IMC
   Poids (kg)/taille (au carré)

c. La malnutrition chez l'adulte est définie comme une perte de poids involontaire de plus de 10%, un poids inférieur à 90 pour cent du poids idéal estimé, ou un IMC inférieur à 20.

Étape 10. Décrivez les diverses options pour les programmes d'assistance alimentaire : **C. 1–2** ci-dessous. Demandez aux participants s'ils ajouteraient ou modifieraient l'un des objectifs, composants ou points dans le cadre de ces programmes. Demandez-leur ensuite s'il existe des programmes d'assistance alimentaire dans leur localité. Si c'est le cas, demandez-leur de décrire ces programmes.
**(15 minutes)**

**C. Assistance alimentaire [options des programmes]**

1. **Les objectifs d'un programme visant à fournir une assistance alimentaire aux PVS peuvent aller de la prévention contre la réduction de la consommation alimentaire à la fourniture d'une assistance et de soins alimentaires palliatifs aux personnes atteintes du SIDA et aux membres de la famille qui prennent soin d'elles. Les objectifs généraux des programmes devront être :**
   a. Améliorer ou développer de meilleures habitudes alimentaires et un meilleur régime
   b. Constituer ou reconstituer les réserves corporelles en micro-nutriments
   c. Éviter ou stabiliser la perte de poids
   d. Préserver (et augmenter) la masse musculaire
   e. Éviter les maladies d'origine alimentaire
   f. Se préparer aux symptômes liés au SIDA qui affectent la consommation et l'apport alimentaires et les gérer
   g. Fournir des aliments nutritifs aux familles affectées par le SIDA qui vivent dans des conditions d'insécurité alimentaire.

2. **L'assistance alimentaire devra être fournie de manière intégrée**
   a. Si un nutritionniste est disponible au niveau local, il devra faire partie de l'équipe de soins VIH non seulement pour fournir un enseignement et des conseils, mais également pour aider à orienter les patients vers les services d'assistance alimentaire

   b. Les soins devront inclure :
      - Le traitement approprié des infections opportunistes
      - La gestion du stress
      - L'exercice physique
      - Le soutien et les conseils affectifs, psychologiques et spirituels

   c. Les programmes qui fournissent une assistance et des soins alimentaires pourraient inclure :
      - Des conseils et une éducation alimentaire dans les infrastructures sanitaires, au niveau des communautés ou à domicile (pour modifier les habitudes alimentaires, augmenter la consommation d'aliments et de nutriments essentiels, ou gérer l'anorexie et autres problèmes qui affectent les régimes d'alimentation).
      - Eau, hygiène et interventions de sécurité alimentaire afin d'éviter la diarrhée.
      - Des programmes "Vivres pour le travail" destinés aux membres en bonne santé des familles affectées par le VIH/SIDA, y compris les personnes qui s'occupent d'orphelins.
      - Des corbeilles d'aliments destinés à être préparés à domicile
      - Des repas livrés à domicile, prêts à consommer, pour les patients qui ne peuvent pas quitter leur domicile et sont dans l'incapacité de préparer leurs repas.

| | |
|---|---|
| Étape 11. | Présentez les recommandations (en italique) pour chaque type d'individu cité ci-dessous : **D. 1–3** **(20 minutes)** |
| Étape 12. | Demandez ensuite aux participants de se diviser en trois groupes. Demandez à chaque groupe de discuter de 1 ou 2 cas émanant de la situation de l'exercice clinique du groupe, et de présenter un programme de prise en charge alimentaire pour l'individu en question, sur la base des recommandations ci-dessus. Demandez aux participants de discuter de la manière dont ils pourraient adapter les recommandations pour chaque type d'individu, présentées à l'étape 11, à leur localité. Ils peuvent compléter ou modifier les recommandations en fonction de leur situation locale. **(15 minutes)** |

**D. Recommandations pour une assistance et des soins alimentaires aux adultes souffrant du VIH/SIDA.**

**1. Recommandations pour une assistance alimentaire aux individus séropositifs asymptomatiques :**

a. *Encouragez un régime sain qui soit adapté en énergie, protéines, graisses et autres nutriments essentiels.* Il s'agit d'une composante importante pour assurer une existence positive aux personnes atteintes du VIH. Une bonne alimentation et un régime sain peuvent prolonger le laps de temps qui s'écoule entre l'infection par le VIH et l'apparition d'infections opportunistes généralement attribuées à la progression de la maladie. Ceci est en raison de la relation entre l'état nutritionnel et la fonction/intégrité du système immunitaire, telle que décrite à la section A.3 ci-dessus.

Vous devez reconnaître que les personnes atteintes du VIH, même si elles sont asymptomatiques, peuvent présenter un métabolisme corporel accru. Cela augmente leurs besoins quotidiens en énergie, protéines et micro-nutriments (voir section A.4.). Une personne atteinte du VIH a, dès lors, besoin de 10–15 pour cent d'énergie supplémentaire et de 50–100 pour cent de protéines en plus par jour.

- Les adultes séropositifs (hommes et femmes) doivent accroître leurs apports en énergie de 300 à 400 kcal supplémentaires par jour. Ils doivent prendre entre 25 et 30 grammes supplémentaires de protéines par jour. Ils peuvent y arriver en consommant des collations à haute valeur énergétique 2 ou 3 fois par jour, telles qu'une tasse de yaourt, du poisson séché, ou du beurre de cacahuète sur une tranche de pain, avec du lait (fermenté ou frais).
- Ils doivent veiller à choisir des aliments riches en micro-nutriments, contenant des antioxydants et des vitamines B. Les PVS pourront avoir besoin de consommer de 2 à 5 fois les quantités journalières recommandées pour un adulte sain afin de retarder la progression du VIH.
- Ils pourront avoir besoin de suppléments journaliers de ces micro-nutriments, riches en vitamines et minéraux, afin de pallier leurs carences alimentaires sous-jacentes et de constituer des réserves en nutriments. La prudence est de rigueur en ce qui concerne les compléments de zinc et de fer :
  - Le virus du VIH a besoin de zinc pour l'expression, la reproduction et l'intégration des gènes. Les PVS peuvent présenter des niveaux peu élevés de zinc dans le plasma, mais des apports plus élevés en zinc peuvent être associés à une reproduction plus rapide du VIH et à une progression de la maladie.
  - Bien que l'anémie soit un symptôme courant chez les PVS, le VIH à un stade avancé peut également se caractériser par une augmentation des réserves en fer dans la moelle osseuse, les muscles, le foie et autres cellules. Cette accumulation de fer est probablement le résultat des tentatives du corps pour retenir le fer du plasma, bien que d'autres facteurs (tels que l'utilisation de ZDV, le tabagisme et les transfusions sanguines) puissent intervenir aussi. Une augmentation des réserves en fer peut prédisposer aux infections microbiennes et également provoquer un stress oxydant, avec des conséquences sur la progression du VIH.
- En résumé, un régime sain et équilibré se composera de :
  - Hydrates de carbone et graisses pour la production d'énergie et la croissance : riz, bouillie de maïs/mil, orge, avoine, blé, pain, manioc, plantain, bananes douces, patates douces, pommes de terre et produits similaires.
  - Protéines pour la construction et la réparation des tissus : viande, poulet, foie, poisson, oeufs, lait, haricots, graines de soja, arachides et produits similaires.
  - Vitamines et minéraux (présents dans les fruits et les légumes) pour la protection contre les maladies opportunistes et s'assurer que la paroi de la peau, des poumons et des intestins reste saine et que le système immunitaire fonctionne correctement.

b. *Fournissez une assistance et des conseils alimentaires.* Formulez des algorithmes pour la prise en charge nutritionnelle des PVS et identifiez des aliments appropriés disponibles localement.
   - Tout le personnel sanitaire et de soutien qui fournit des conseils et/ou des soins médicaux aux PVS doit connaître ces algorithmes et aliments.
   - Les prestataires de soins à domicile doivent connaître les conseils et pratiques alimentaires de base pour les patients dont ils s'occupent.
   - Les prestataires de soins doivent également avoir accès aux sources locales de soutien social qui peuvent exister pour les aider à résoudre les problèmes de sécurité alimentaire des familles affectées par le VIH/SIDA.
   - Les conseils en alimentation doivent comporter des informations sur les aliments et régimes disponibles localement qui répondront aux exigences probables compte tenu de l'âge, du sexe et de l'état physiologique de l'individu (par exemple grossesse, allaitement, activité physique pénible).

c. *Encouragez les personnes vivant avec le VIH à maintenir leur niveau d'activité physique et d'exercice.* L'exercice est important pour éviter une perte de poids et la cachexie ; il stimule l'appétit, réduit les nausées, améliore le fonctionnement du système digestif, renforce les muscles, aide à soulager le stress et permet à la personne de se sentir plus alerte. Le lever de poids peut aider à consolider la partie maigre de l'organisme.
   - L'exercice est l'unique manière de renforcer et de développer les muscles. Le corps utilise les muscles pour stocker de l'énergie et des protéines auxquelles le système immunitaire peut faire appel en cas de besoin. L'exercice est, dès lors, particulièrement important pour le maintien de la santé des personnes atteintes du VIH/SIDA.
   - Les activités quotidiennes, telles que le nettoyage, le travail dans les champs et la collecte de bois de chauffage et d'eau, peuvent constituer un exercice suffisant. Si le travail des PVS ne s'accompagne pas de beaucoup d'exercice, ces personnes doivent établir un programme d'exercices agréables susceptible de faire partie de leur vie quotidienne. L'exercice ne doit pas être fatigant ou éprouvant ; un exercice simple de musculation est recommandé. La marche, la course à pied, la bicyclette ou la danse sont toutes indiquées. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent s'efforcer de trouver l'exercice qu'elles apprécient et qui convient à leur situation.

d. *Prodiguez des conseils en matière d'hygiène et de manipulation et préparation saines des aliments.* Les PVS sont très sensibles aux infections bactériennes. Si elles ne font rien pour éviter la contamination, elles risquent de souffrir de diarrhée, ce qui pourrait entraîner des conséquences graves en termes de nutrition et de santé.
   - Les messages sur l'hygiène et la sécurité alimentaire devront mentionner les pratiques suivantes :
   - Toujours se laver les mains avant de préparer un repas et de manger, et après être allé aux toilettes.
   - Nettoyer toutes les surfaces de préparation des aliments et utiliser des ustensiles propres pour préparer et servir la nourriture.
   - Bien cuire les aliments.
   - Éviter tout contact entre les aliments crus et les aliments cuits.
   - Servir les aliments directement après leur préparation et éviter de conserver des aliments cuits, sauf au réfrigérateur ou en lieu frais. Ne pas les conserver plus de deux jours et toujours les réchauffer à haute température.
   - Laver les fruits et les légumes avant de les servir.
   - Utiliser de l'eau bouillie ou filtrée.
   - Utiliser des tasses et des bols propres, et utiliser des tasses plutôt que des biberons pour nourrir les bébés.
   - Protéger les aliments des insectes, des rongeurs et autres animaux.
   - Conserver les aliments non périssables dans un endroit à l'abri des pesticides, des agents désinfectants et autres produits chimiques toxiques.

e. *Encouragez les PVS à se faire soigner pour tout problème digestif ou de santé afin d'éviter une nouvelle aggravation nutritionnelle ou physique.*

**2. Recommandations en matière d'assistance nutritionnelle aux personnes séropositives subissant une perte de poids :**

a. *Évaluez les circonstances qui ont pu entraîner la perte de poids.* La perte de poids précoce associée au VIH/SIDA survient généralement de manière épisodique et elle est le résultat d'un mauvais appétit en cas d'infections secondaires.

b. *Identifiez et traitez rapidement toute infection sous-jacente.* Cela inclut toute infection secondaire telle que plaies buccales, infections cutanées, toux, fièvre, diarrhée, tuberculose et SK buccal.

c. *Fournissez des conseils spécifiques sur la manière de maintenir les apports alimentaires durant ces périodes.* Par exemple, conseillez à la personne de prendre des repas et des collations plus fréquemment et de manger des aliments qu'elle apprécie.

d. *Augmentez les apports pour encourager le rétablissement nutritionnel à la suite de périodes de perte d'appétit, de fièvre et de diarrhée aiguë.* Suivez les recommandations énoncées dans la section D. 1 ci-dessus.

e. *Minimiser l'impact nutritionnel de l'infection.* Consultez le tableau ci-dessous pour des conseils sur la prise en charge des pathologies courantes.

f. *Conseillez à toutes les PVS d'éviter des modes de vie peu sains,* notamment :
   - La consommation d'alcool, le tabagisme et la consommation de stupéfiants, qui peuvent affecter de nombreux processus nutritionnels.
   - Les relations sexuelles non protégées qui augmentent le risque de ré-infection ou de co-infection avec le VIH et autres MST.

**Tableau A5, 3.4 : Recommandations pratiques : comment maximiser les apports alimentaires pendant et après les infections courantes liées au VIH/SIDA ?**

| Symptôme | Stratégie suggérée |
|---|---|
| Fièvre et perte d'appétit | Boire des liquides et des jus de fruit hautement énergétiques et riches en protéines<br>Manger de petites portions d'aliments mous et appréciés, à l'arôme et à la texture agréables, au cours de la journée<br>Manger des en-cas nutritifs, chaque fois que possible<br>Consommer souvent des liquides |
| Mal de bouche et de gorge | Éviter les agrumes, les tomates et les aliments épicés<br>Éviter les aliments sucrés<br>Consommer des liquides hautement énergétiques et riches en protéines avec une paille<br>Manger des aliments à température ambiante ou plus frais<br>Manger des aliments consistants et moelleux, tels que du pudding, du porridge, des purées de pommes de terre, de carottes ou autres légumes et fruits non acides |

| Symptôme | Stratégie suggérée |
|---|---|
| Nausées et vomissements | Manger de petites collations au cours de la journée et éviter les repas copieux<br>Manger des biscuits salés, des tranches de pain grillé et autres aliments secs et simples<br>Éviter les aliments à l'arôme fort<br>Consommer des jus de fruits dilués, d'autres liquides et du potage<br>Manger des aliments bouillis simples, tels que porridge, pommes de terre, haricots |
| Diarrhée légère | Manger du plantain, des compotes de fruit, du riz très cuit, du porridge<br>Manger moins et plus souvent<br>Éliminer les produits laitiers pour voir s'ils sont la cause du problème<br>Diminuer les aliments très gras<br>Ne pas manger d'aliments contenant des fibres insolubles (matières non digestibles)<br>Consommer souvent des liquides |
| Mauvaise absorption des graisses | Éliminer les huiles, le beurre, la margarine et autres aliments contenant ces produits ou préparés avec ces derniers<br>Ne manger que des viandes maigres<br>Manger des fruits et des légumes et autres aliments pauvres en matières grasses |
| Diarrhée aiguë | Consommer fréquemment des liquides<br>Boire des solutions de réhydratation orales<br>Boire des jus dilués<br>Manger des bananes douces, des compotes de fruit, du riz très cuit, du porridge (bouillie) |
| Fatigue, léthargie | Demander à quelqu'un de pré-cuire des aliments pour éviter de perdre de l'énergie et du temps à les préparer (attention en cas de réchauffement)<br>Manger des fruits frais qui ne demandent aucune préparation<br>Consommer des collations au cours de la journée<br>Boire des liquides hautement énergétiques et riches en protéines<br>Prendre, chaque jour, du temps pour manger |

Adapté de Woods (1999)

### 1. Recommandations en matière d'assistance nutritionnelle aux personnes souffrant du SIDA

a. *Atténuez les conséquences nutritionnelles de la maladie à ce stade et préservez l'indépendance fonctionnelle, chaque fois que possible.* Prêtez attention aux conséquences nutritionnelles des différents médicaments que pourraient prendre les patients atteints du SIDA.

b. *Tenez compte des points suivants :*
- La préservation de la partie maigre de l'organisme reste importante à ce stade ; suivre les recommandations antérieures en matière de consommation d'énergie et de protéines aussi longtemps et souvent que possible.
- Durant les périodes de nausées et de vomissements, les personnes atteintes du SIDA doivent essayer de prendre de petites collations au cours de la journée et éviter les aliments aux arômes forts ou peu agréables. Elles doivent maintenir leur apport en liquides pour éviter la déshydratation.
- Pour minimiser les troubles gastro-intestinaux, les gaz et le ballonnement, il est bon de consommer des aliments contenant peu de fibres insolubles et de graisses. En cas d'intolérance au lactose, éviter le lait et les produits laitiers. Les prestataires de soins devront essayer d'identifier les aliments fermentés (par exemple, lait fermenté, porridge ou yaourt) ou les aliments non laitiers riches en protéines qui sont faciles à préparer et à consommer. Éviter les aliments épicés.
- En cas de diarrhée, il faut que l'apport en liquides soit maintenu (30ml/kg du poids corporel par jour pour les adultes et un peu plus pour les enfants). Les patients devront continuer à manger et à boire, chaque fois que possible. Administrer au patient des solutions de réhydratation orales pour éviter le risque très grave de déshydratation.
- Les personnes présentant des plaies de la bouche et de la gorge doivent éviter les aliments chauds et épicés ou très sucrés, ainsi que la caféine et l'alcool. Encourager les patients à consommer leurs aliments préférés, sous forme ramollie, écrasée ou liquéfiée si nécessaire.
- Pour les patients qui manquent d'appétit ou qui n'ont pas envie de manger, les prestataires de soins doivent essayer d'augmenter l'apport alimentaire en proposant de petites quantités de nourriture, plusieurs fois par jour. Ils devront servir les repas à des heures fixes et trouver des moyens de rendre l'heure du repas agréable et attrayante.
- Traiter immédiatement toutes les infections qui affectent l'appétit, la capacité de manger et la rétention des nutriments.
- Eviter les produits à base de tabac.
- Suivre les directives ci-dessus (section D.1.d.) en matière d'hygiène et de sécurité alimentaire.

c. *Assurez-vous de vérifier les conséquences nutritionnelles de tout médicament prescrit.* Plusieurs médicaments administrés pour le traitement des infections opportunistes peuvent provoquer des interactions médicaments-nutriments ou des effets secondaires, tels que nausées et vomissements. Par exemple :
- Administrer de la vitamine B6 lors d'une thérapie isoniazide pour la TB afin d'éviter une carence en vitamine B6
- Ne pas donner de compléments contenant du fer et du zinc en même temps que la ciprofloxacine (prévoir un écart d'au moins deux heures)
- De nombreux antirétroviraux doivent être pris dans des conditions très spécifiques (par exemple, à jeun ou après le repas) et la plupart d'entre eux produisent des effets secondaires, tels que nausées, vomissements, douleurs abdominales et diarrhée. Ces effets doivent être pris en compte dans le plan nutritionnel du patient. Certains médicaments, tels que la ZDV, affectent la production de globules rouges et augmentent le risque d'anémie.

### Tableau A5, 3.5 : Médicaments contre le VIH et interactions alimentaires

| Médication antirétrovirale et posologie journalière habituelle chez l'adulte | Effet alimentaire | Recommandation diététique | Posologie |
|---|---|---|---|
| **INTI** | | | |
| Zidovudine (Rétrovir-AZT-ZDV), Glaxo Wellcome, 300 mg b.i.d. | L'administration de capsules de zidovudine aux repas diminue la concentration plasmatique de pointe de >50% ; toutefois, l'AUC ne peut être affecté ; ou l'AUC diminue de 25% après le repas. Éviter l'alcool. | À prendre à jeun, si possible. Si ce n'est pas le cas en raison d'effets secondaires gastro-intestinaux, l'administration est recommandée avec un repas pauvre en graisses. | Comprimé de 300 mg ; capsule de 100 mg ; 50 mg/5 ml de sirop |
| Lamivudine (épivir-3TC), Glaxo Wellcome, 150 mg b.i.d. ou 300 mg q.d. | La nourriture exerce peu d'effet sur l'importance de l'absorption. Éviter l'alcool. | Peut être prise hors des repas. Si elle est prise avec les repas, les effets secondaires gastro-intestinaux seront probablement plus faibles. | Comprimé de 150 mg ; 10 mg/ml de solution orale |
| Zidovudine—lamivudine (Combivir, AZT-3TC), Glaxo Wellcome, 1 comprimé b.i.d. | L'administration de capsules de zidovudine aux repas diminue la concentration plasmatique de pointe de >50% ; toutefois, l'AUC ne peut être affecté ; ou l'AUC diminue de 25% après le repas. Éviter l'alcool. | À prendre à jeun, si possible. Si ce n'est pas le cas en raison d'effets secondaires gastro-intestinaux, l'administration est recommandée avec un repas pauvre graisses | 300 mg AZT et 150 mg 3TC par comprimé |
| Abacavir (Ziagen-ABC), Glaxo Wellcome, 300 mg b.i.d. | Pas de différence significative au niveau de l'exposition systémique (AUC) à jeun ou après un repas. L'alcool augmente l'AUC de 41%. Éviter l'alcool. | Médication peut être prise hors des repas. | Comprimé de 300 mg ; 20 mg/ml de solution orale |
| Zidovudine-lamivudine-abacavir (Trizivir,AZT-3TC-ABC), Glaxo Wellcome, 1 comprimé b.i.d. | L'administration de capsules de zidovudine aux repas diminue la concentration plasmatique de pointe de >50% ; toutefois, l'AUC ne peut être affecté ; ou l'AUC diminue de 25% après le repas. L'alcool augmente l'AUC de l'ABC de 41%. | À prendre à jeun, si possible. Si ce n'est pas le cas en raison d'effets secondaires gastro-intestinaux, l'administration est recommandée avec un repas pauvre en graisses. Éviter l'alcool. | 300 mg AZT et 150 mg 3TC et 300 mg ABC par comprimé |
| Didanosine (Videx EC-ddI), Bristol Myers Squibb, comprimés de 400 mg q.d. pour >60 kg et comprimés de 250 mg q.d. pour <60 kg | La nourriture diminue l'absorption. L'administration aux repas entraîne une diminution approximative de 55% de l'AUC. Éviter l'alcool car il exacerbe la toxicité. Éviter les anti-acides contenant du magnésium et de l'aluminium. | À prendre à jeun, au moins 30 minutes avant ou 2 heures après le repas. À ne prendre qu'avec de l'eau. | Comprimés à mâcher/ tamponnés de 25, 50, 100, 150, 200 mg ; sachet 100,167, 250 mg de poudre tamponnée pour solution orale ; 2 ou 4 g/biberon de poudre pédiatrique ou de solution orale ; 125, 200, 250, 400 mg ddI kératinisée |
| Stavudine (zerit-d4T), Bristol Myers Squibb, 40 mg b.i.d. pour >60 kg 30 mg b.i.d. pour <60 kg | La nourriture exerce peu d'effet sur l'absorption. Éviter l'alcool. | Peut être prise hors des repas. | Capsules de 15, 20, 30, 40 mg, 1 mg/ml de solution orale |
| Tenofovir (Viread), Gilead Sciences, 300 mg qd | L'administration avec des repas riches en graisses augmente l'AUC de 40%. Si le patient prend de la didanosine, il doit prendre le tenofovir 2 heures avant ou 1 heure après la didanosine. | À prendre aux repas. | Comprimés de 300 mg |
| Zalcitabine (Hivid-ddC), Laboratoires Roche, 0,75 mg q8h | L'administration aux repas diminue l'AUC de 14 % (non significatif du point de vue clinique). Ne pas prendre d'anti-acide contenant du magnésium et de l'aluminium en même temps que le médicament. Éviter l'alcool. Ne pas prendre de métoclopramide (diminue l'AUC de 10%). | Peut être prise hors des repas. | Comprimés de 0,375, 0,750 mg |

**Tableau A5, 3.5 : Médicaments contre le VIH et interactions alimentaires**

| Médication antirétrovirale et posologie journalière habituelle chez l'adulte | Effet alimentaire | Recommandation diététique | Posologie |
|---|---|---|---|
| **INNTI** | | | |
| Delavirdine (Rescriptor-DLV), Pharmacia and Upjohn, 400 mg tid. | Concentrations similaires à jeun et après le repas pour un dosage stable. Les médicaments, tels que les anti-acides contenant de l'aluminium et du magnésium, et la didanosine devraient être pris au moins 1 heure après ; ils peuvent diminuer l'absorption. Éviter le millepertuis. (Hypericum perforatum) et l'alcool. | Peut être prise hors des repas. | Comprimés de 100, 200 mg |
| Efavirenz (Sustiva-EFV), Dupont Merck, 600 mg/d | Les repas pauvres en graisses améliorent la tolérance. Les repas riches en graisses augmente la bio-disponibilité de 50%. À prendre le soir ou à l'heure du coucher pour minimiser les effets secondaires. L'alcool peut augmenter les effets secondaires. Éviter le millepertuis. | Peut être pris hors des repas ; éviter, toutefois, les repas riches en graisses. | Capsules de 50, 100, 200 mg ; comprimés de 600 mg |
| Névirapine (Viramune-NVP), Roxane, 200 mg/d pendant 14 d, ensuite 200 mg bid. | L'absorption n'est pas affectée par la nourriture, les anti-acides ou la didanosine. Éviter le millepertuis et l'alcool. | Peut être prise hors des repas. | Comprimé de 200 mg, 50 mg/cuiller à café de suspension buvable |
| **Inhibiteur de protéase** | | | |
| Amprenavir (Agenerase-APV), Glaxo Wellcome, 1200 mg bid. | À prendre avec ou sans nourriture. Si pris avec de la nourriture, éviter les repas riches en graisses (>67 g), car une forte teneur en graisses diminue l'absorption (diminue le Cmax et l'AUC). Éviter le jus de raisin. Augmenter l'apport en liquides. Éviter les compléments de vitamine E (vitamine E 872 UI E /1200 mg d'amprenavir). Éviter le millepertuis. Ne pas prendre d'anti-acides 1 heure avant ou après la prise de ce médicament. | Peut être pris hors des repas ; cependant, éviter les repas riches en graisses. | Capsules molles de 50, 150 mg (vitamine E 109 UI/capsule de 150 mg), 15 mg/ml de solution orale (14% moins bio-disponible que les capsules, les doses ne sont donc pas équivalentes aux capsules) |
| Indinavir (Crixivan-IDV), Merck, 800 mg q8h | L'administration du médicament avec un repas riche en graisses et en protéines diminue les concentrations de sérum de 84% et décroît l'AUC de 77%. Peut être pris avec une collation sans graisse. Éviter le jus de raisin. Boire environ 1,5 litre de liquide supplémentaire par jour pour éviter les problèmes rénaux. Éviter le millepertuis. Une combinaison ritonavir-indinavir (400 mg q12h chaque) augmente de façon significative le taux médicamenteux de l'indinavir et élimine la nécessité de jeûner. | À prendre à jeun au moins 1 heure avant ou 2 heures après un repas ou avec un repas pauvre/exempt de matières grasses (jus, lait écrémé, etc.). À prendre 1 heure avant ou après le ddI car le tampon diminue l'absorption de l'IDV. | Capsules de 200, 333, 400 mg |
| Saquinavir (capsule molle) (Fortovase-SQVsgc), Laboratoires Roche, 1200 mg t.i.d. | L'administration avec des aliments (par ex. repas gras) augmente l'AUC de 670%. Conserver les capsules au réfrigérateur. Éviter l'alcool et le millepertuis. | À prendre aux repas ou dans les 2 heures qui suivent un repas complet. | Capsules molles de 200 mg |

### Tableau A5, 3.5 : Médicaments contre le VIH et interactions alimentaires

| Médication antirétrovirale et posologie journalière habituelle chez l'adulte | Effet alimentaire | Recommandation diététique | Posologie |
|---|---|---|---|
| **Inhibiteur de protéase** | | | |
| Saquinavir (capsule dure) (Invirase-SQV), Laboratoires Roche, 600 mg t.i.d. | L'administration avec des aliments (par ex. repas gras) augmente l'AUC de 200%. La prise du médicament avec du jus de raisin augmente également l'absorption de 40 à 100% en raison de l'inhibition des enzymes CYP3A4 présentes dans l'intestin. Éviter l'alcool et le millepertuis. | À prendre aux repas ou dans les 2 heures qui suivent un repas complet riche en calories et en graisses pour une meilleure absorption. | Capsules dures de 200 mg |
| Lopinavir-ritonavir (Kaletra, LPV-RTV), Abbott, 3 capsules b.i.d. | À prendre avec une nourriture riche en graisses pour une meilleure absorption. Conserver les capsules au réfrigérateur. Éviter le millepertuis. | À prendre aux repas, particulièrement s'ils sont riches en graisses. | 133,3 mg LPV et 33,3 mg RTV par capsule molle, 80 mg LPV et 20 mg RTV par ml de solution orale |
| Ritonavir (Norvir-RTV), Abbott, 600 mg b.i.d. | L'importance de l'absorption du ritonavir en capsule molle est de 13–15% plus élevée que s'il est administré avec un repas. Conserver les capsules au réfrigérateur. Éviter le millepertuis. | À prendre aux repas, si possible. Mélanger la solution orale avec du lait chocolaté ou des compléments oraux pour améliorer le goût. | Capsules molles de 100 mg, 80 mg/ml de solution orale |
| Nelfinavir (Viracept-NLF), Agouron, 750 mg t.i.d. ou 1250 mg b.i.d. | Les concentrations en plasma et l'AUC sont 23 fois plus élevées après la prise d'un repas qu'à jeun. Augmenter l'apport en liquides. Des produits laitiers sans lactose ou la lactase peuvent être nécessaires pour minimiser la diarrhée. Éviter la nourriture ou les liquides acides. Éviter le millepertuis. | À prendre avec le repas ou une collation légère contenant des protéines pour améliorer l'absorption et diminuer les effets secondaires gastro-intestinaux. | Comprimé de 250 mg, 50 mg/g (1 mesure rase) de poudre orale (ou 200 mg par cuiller à café de poudre). Remarque : la poudre orale contient de l'aspartame et ne doit pas être administrée à des enfants atteints de phénylcétonurie. |

Source : Nerad et al. (2003). Gestion générale de la nutrition dans le VIH. Clin Infect Dis 36 : S52–S62.

REMARQUE : AUC, surface sous la courbe des taux sanguins (la quantité totale de médicaments absorbés est réduite lorsque l'AUC diminue) ; INNTI, inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ; INTI, inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse. Les posologies pour les inhibiteurs de protéase sont citées selon des quantités non amplifiées. Le ritonavir est souvent administré en combinaison avec d'autres inhibiteurs de protéase et les doses sont différentes. Consultez un médecin spécialisé en VIH. L'apport journalier recommandé en vitamine E pour les adultes est de 30 UI.

d. *Envisagez une assistance nutritionnelle globale pour les PVS qui se trouvent dans des situations d'insécurité alimentaire et fournissez des aliments de base sains aux familles, chaque fois que possible.* Toutefois, faites preuve de prudence en matière de dons alimentaires. Si vous fournissez une aide alimentaire, veillez à :
   - Vous assurer que ces aliments complètent plutôt qu'ils ne remplacent les aliments normalement consommés par le patient.
   - Connaître la situation alimentaire et nutritionnelle de la famille du patient. Une ration alimentaire est parfois partagée ou donnée entièrement à d'autres membres de la famille, y compris les enfants.
   - Fournir des compléments alimentaires en quantité suffisante pour répondre aux besoins du patient atteint du VIH/SIDA et aux personnes à sa charge, si les ressources le permettent.
   - Conseiller le patient et les prestataires de soins sur la manière de préparer et de fournir le supplément pour une sécurité alimentaire maximale et sa consommation appropriée par la personne atteinte du VIH/SIDA.

Étape 13. Présentez les recommandations en matière d'assistance et de soins alimentaires aux enfants atteints du VIH/SIDA : **E. 1–7** ci-dessous. Demandez aux participants s'ils veulent ajouter une recommandation ou modifier l'une des recommandations compte tenu de leur situation locale.
**(15 minutes)**

**E. Recommandations en matière d'assistance et de soins nutritionnels aux enfants atteints du VIH/SIDA**

1. *Fournissez des soins pédiatriques et surveillez la croissance de tous les enfants dont les mères sont infectées par le VIH.* Cela est particulièrement important pour les bébés qui ne sont pas nourris au sein et pour ceux qui ont été sevrés rapidement. L'absence de prise de poids peut être un signe d'infection par le VIH ou pourrait traduite des pratiques alimentaires inadaptées.
2. *Suivez les mêmes recommandations nutritionnelles que celles données pour tous les jeunes enfants.* Mais n'oubliez pas de tenir compte des besoins nutritionnels plus importants qui accompagnent une infection par le VIH et de la probabilité accrue d'une mauvaise absorption des graisses et autres nutriments.
3. *Nourrissez les jeunes enfants en faisant preuve de patience et de persévérance, tout en les surveillant et en leur manifestant de l'affection.* Ce conseil est particulièrement vrai pour les enfants infectés par le VIH ; il est fréquent qu'ils soient malades, souffrent de fièvre, de lésions dans la bouche et dans la gorge, et manquent d'appétit.
4. *Introduisez les aliments solides progressivement en fonction de l'âge et des caractéristiques de développement de l'enfant.* Les premiers aliments doivent être peut consistants et très énergétiques (par exemple, huile, beurre de cacahuète, sucre, et aliments similaires). Administrez fréquemment de petites quantités (200–250 ml), au moins trois fois par jour, car l'enfant a un petit estomac. Augmentez les quantités à mesure que l'enfant grandit. La plupart des enfants peuvent manger tous les aliments du régime alimentaire de l'adulte vers l'âge d'un an (à l'exclusion des aliments très épicés), pour autant que la nourriture soit découpée, écrasée ou hachée afin d'éviter qu'ils ne s'étouffent.
5. *Veillez à ce que le régime des jeunes enfants soit aussi varié que possible afin d'augmenter l'apport en vitamines et minéraux essentiels.* Les personnes qui s'occupent des enfants doivent leur donner toute une variété de fruits et de légumes disponibles au niveau local, ainsi que des produits animaux et des aliments enrichis, s'ils sont disponibles. Donnez des collations nutritives entre les repas pour augmenter la consommation. Donnez des suppléments quotidiens de multi-nutriments, à condition qu'ils soient disponibles, pour aider à prévenir les carences nutritionnelles.
6. *Suivez les mêmes recommandations que celles données pour les adultes en matière de pratiques sanitaires et hygiéniques et d'alimentation pendant et à la suite d'infections aiguës* (voir section D.1.d.). Suivez la même prise en charge nutritionnelle des symptômes et troubles spécifiques que celles des adultes (voir tableau dans la section D.2.)
7. *Tenez compte des directives suivantes :*
   a. Surveiller régulièrement le poids corporel, la taille, la circonférence brachiale et l'épaisseur du pli cutané du triceps.
   b. Revoir le régime alimentaire de l'enfant à chaque visite. Discuter des conditions qui affectent l'appétit et l'apport de nourriture, et les traiter le cas échéant. Fournir des conseils sur la manière d'améliorer le régime alimentaire de l'enfant, en tenant compte de son âge, des ressources locales et de la situation de la famille.

c. Vacciner l'enfant et lui donner des suppléments en vitamine A prophylactique, en fonction des directives locales.
d. Traiter rapidement toutes les infections secondaires, telles que tuberculose, muguet, diarrhée persistante et pneumonie. Minimiser l'impact de ces infections en maintenant l'apport en aliments et en liquides dans la mesure du possible et en augmentant l'apport après la disparition des symptômes aigus.
e. De nombreux enfants atteints de VIH sont exposés au risque d'une malnutrition grave. Suivre les directives locales en matière de prise en charge d'une malnutrition grave. Envisager une alimentation entérique ou parentérale, si disponible, lorsque l'enfant est incapable de manger.

# Références

## PARTIE A : MODULE A5

Anderson, J.R. (ed.). 2001. *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV.* Washington DC : HRSA/HIVAIDS Bureau. http://www.hab.hrsa.gov/.

FAO. 2002. *Mieux vivre avec le VIH/SIDA : un manuel sur les soins nutritionnels et le soutien à apporter aux victimes du VIH et du SIDA.* Préparé par le Service des programmes de nutrition de la Division de l'alimentation et de la nutrition (ESN) de la FAO en collaboration avec le Département de la nutrition pour la santé et le développement (NHD) de l'OMS, Genève.

Garey, K.W., et Rodwald, K,A. 1998. Antiretroviral Agents and Food Interactions. Infectious Med ; 15 : 8369.

Katabira, Elly, Moses R. Kamya, Francis X. Mubiru, Nathan N. Bakyaita (eds). 2000. *HIV Infection : Diagnostic and Treatment Strategies for Health Care Workers.* 2e édition. Kampala, Ouganda : STDS/AIDS Control Programme, Ministère de la santé.

Kayita, J. 2003. *Draft strategy for community home-based care.* Family Health International : Washington D.C : Inédit.

Lindsey L. 2003. *Developing Community Home-Based Care in Resource Poor Settings : Partnerships for Policy and Action.* Projet.

Nerad, J., Romeyn, M., Silverman, E., Allen-Reid, J., Dieterich, D., Merchant J., Pelletier, V.A., Tinnerello, D., et Fenton M. 2003. *General Nutrition Management in Patients Infected with Human Immunodeficiency Virus.* Maladies infectieuses cliniques ; 36 : S52–S62.

Office of Special Health Issues and Division of Antiviral Drug Products. 2001. *Nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) and non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) drug interactions.* US Food and Drug Administration : Washington DC.

Piwoz E, G. et Preble, E, A. 2000. *HIV/AIDS and Nutrition : A Review of the Literature and Recommendations for Nutritional Care and Support in Sub-Saharan Africa.* Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project/Academy for Educational Development : Washington DC.

Ministère de la santé et de services sociaux de la République de Namibie. 2000. *Guidelines for the clinical management of HIV and AIDS.* Windhoek, Namibie : Direction des soins de santé primaires, Programme national de coordination du SIDA *(NA*COP).

Le Collège des médecins de famille du Canada. Groupe de travail national sur les soins globaux apportés aux personnes atteintes du VIH. 1995. *Un Guide complet pour le soin des personnes atteintes du VIH. Module 2 : Nourrissons, enfants et jeunes.* Ontario.

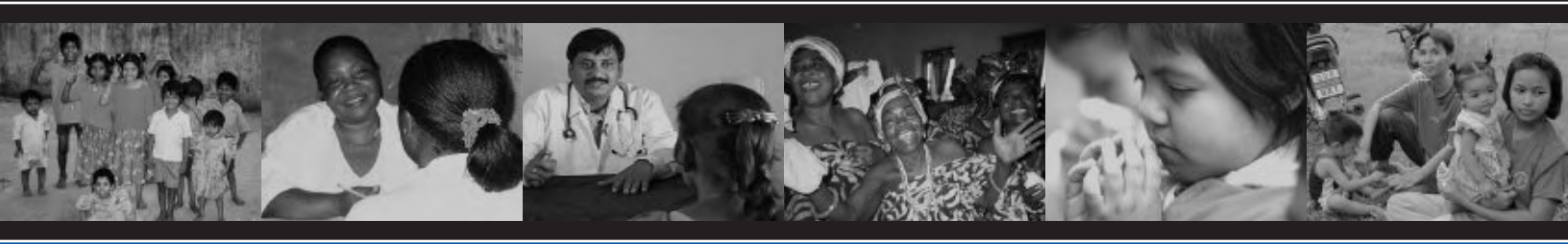
OMS/PGS. 1993. *AIDS Home Care Handbook.* WHO/GPA/A/IDS/HCS/93.2.

Partie B

# Traitement antirétroviral

Module B1

# Prise en charge des patients sous traitement antirétroviral (TAR)



# Module B1

## Prise en charge des patients sous traitement antirétroviral (TAR)

**Session 1 : Objectif et principes de base du traitement antirétroviral**
Au cours de cette brève session d'introduction, les participants étudieront l'objectif du traitement antirétroviral (TAR), les considérations de prise en charge et les recommandations de l'OMS pour améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays aux ressources limitées.

**Session 2 : Quand entamer un traitement antirétroviral chez l'adulte ?**
Les participants examineront les opinions actuelles quant à la raison, à la manière et au moment de débuter un traitement antirétroviral. Ils discuteront de l'évaluation clinique, des tests de laboratoire pour débuter et surveiller le traitement, ainsi que des recommandations de l'OMS pour la mise en route du TAR chez l'adulte en utilisant le système de classification clinique de l'OMS.

**Session 3 : Mécanismes des antirétroviraux (ARV)**
Les participants étudieront les mécanismes des principaux antirétroviraux, le moment et la manière de les prendre, leur forme (présentation), leur dosage et la manière de les stocker (conserver).

**Session 4 : Interactions médicamenteuses et effets indésirables des médicaments : effets secondaires et toxicité**
Les participants étudieront les interactions médicamenteuses et les effets indésirables des médicaments (EIM), ainsi que les effets secondaires, les programmes de dosage, les formulations, les risques de toxicité et les recommandations de surveillance pour les principaux antirétroviraux.

**Session 5 : Traitements de première intention recommandés chez l'adulte**
Les participants étudieront les agents antirétroviraux approuvés et les schémas thérapeutiques de première intention recommandés par l'OMS.

**Session 6 : Suivi du patient et surveillance du TAR**
Les participants étudieront la surveillance clinique et biologique des patients sous TAR. Cette session abordera la surveillance clinique et biologique, le contrôle de l'efficacité, les calendriers de contrôle, ainsi que les mesures de la toxicité et de l'efficacité.

**Session 7 : Adhérence aux médicaments et stratégies d'adhérence**
Les participants examineront les questions liées à la promotion de l'adhérence aux antirétroviraux.

**Session 8 : Pourquoi et quand changer de traitement**
Les participants étudieront la résistance aux médicaments, les raisons justifiant un changement de traitement et les schémas thérapeutiques de deuxième intention à suivre.

## SESSION 1 Objectif et principes de base du traitement antirétroviral

### BUT

Au cours de cette brève session d'introduction, les participants étudieront l'objectif du traitement antirétroviral (TAR), les considérations de prise en charge et les recommandations de l'OMS pour améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays aux ressources limitées.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire l'objectif du TAR
2. Énumérer les principales considérations de prise en charge des maladies chroniques du VIH dans les pays aux ressources limitées
3. Décrire brièvement les effets généraux du VIH/SIDA et l'effet du TAR sur l'incidence de la tuberculose (TB) en Afrique du Sud
4. Discuter des vastes avantages connexes au TAR, des obstacles aux programmes TAR dans les pays aux ressources limitées et des conditions préalables à l'amélioration de l'accès aux soins
5. Débattre les conditions préalables à l'amélioration de l'accès aux soins, le pour et le contre du traitement antirétroviral et les éléments pouvant compromettre un traitement antirétroviral optimal

### DURÉE

30 minutes

### RESSOURCES

Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays aux ressources limitées. Recommandations pour une approche de santé publique. OMS : Genève, 2003.

Organiser l'incorporation des traitements antirétroviraux aux programmes de soins intégrés, dans « Améliorer l'accès aux soins dans les pays en développement : enseignements tirés des pratiques, de la recherche, des ressources et des partenariats », pp. 57–67. ONUSIDA/OMS/Ministère des Affaires étrangères : France, juillet 2002.

Module 3. Traitements antirétroviraux : planification et intégration dans les services de santé, dans « Traitements antirétroviraux : modules d'information », OMS/ASD/98.7. OMS/ONUSIDA : Genève, 1987.

Étape 1. Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus).
**(2 minutes)**
Étape 2. Présentez les informations (voir **1.–10.** ci-dessous).
**(15 minutes)**
Projetez les diapositives PowerPoint figurant sur le CD-ROM qui accompagne ce cours, si vous disposez du matériel nécessaire.

**1. Le traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) a pour objectif de :**

a. Prolonger et améliorer la qualité de vie des PVS.
b. Réduire la charge virale autant que possible et aussi longtemps que possible, afin d'arrêter la progression de la maladie et de prévenir ou réduire les souches résistantes.
c. Parvenir à une reconstitution immunitaire quantitative (numération des CD4 dans la fourchette normale) et qualitative (réponse immunitaire spécifique au pathogène).
d. Réduire la transmission mère-enfant.

**2. Prise en charge des maladies chroniques du VIH dans les pays aux ressources limitées : principales considérations et recommandations de l'OMS.**

a. Le pour et le contre du diagnostic, du traitement et du suivi personnalisés/standardisés.
b. Facteurs témoignant que le patient et le clinicien sont prêts à commencer et à poursuivre une relation à long terme pour la prise en charge du VIH par un traitement antirétroviral.
c. Recommandations de l'OMS et politiques et stratégies nationales : le vrai et le faux.
d. Fournir un traitement antirétroviral qui réduit la charge virale, mais aussi :
   - maintient d'autres options en cas d'échec thérapeutique ET qui
   - a relativement peu d'effets secondaires ET qui
   - est adapté aux besoins individuels en matière d'adhérence.

**3. L'effet du VIH/SIDA**

a. Sur l'espérance de vie en Afrique
b. Nouveaux cas de SIDA en Europe occidentale

**4. Effet du TAR sur l'incidence de la TB en Afrique du Sud**

a. Le TAR réduit l'incidence de la TB liée au VIH de plus de 80%

**5. Vastes avantages connexes du TAR**

a. Renforcer le conseil et le dépistage volontaire
b. Accroître la prise de conscience à l'égard du VIH
c. Renforcer la motivation des agents de santé
d. Améliorer l'accès aux infrastructures de soins
e. Réduire les dépenses engagées dans les soins palliatifs et les IO
f. Diminuer le nombre d'orphelins
g. Préserver les ménages et les entreprises intacts
h. Offrir des possibilités d'améliorer la prévention
   - Comportementale : accès à l'éducation en matière de prévention à l'occasion des visites de soins
   - Biologique : transmission réduite du fait de la charge virale réduite

**6. Obstacles aux programmes TAR dans les pays aux ressources limitées**

a. Le manque de ressources
b. La difficulté d'achat de médicaments à des prix abordables
c. La difficulté d'approvisionnement en médicaments
d. Le manque d'infrastructures
e. La difficulté de surveillance biologique
f. Le manque de médecins et d'infirmiers qualifiés
g. La rotation rapide du personnel
h. La stigmatisation

**7. Conditions préalables à l'amélioration de l'accès aux soins**

a. Infrastructures appropriées
b. Tests de laboratoire de base
c. Accès aux traitements des IO/symptômes
d. Approvisionnement permanent en ARV de base
e. Préparation et formation du patient
f. Préparation et formation des médecins et de l'équipe de soins
g. Recommandations existantes concernant le traitement antirétroviral
h. Volonté politique de soutenir le programme

**8. Recommandations de l'OMS concernant les ARV**

a. Soutenir et faciliter une meilleure prise en charge des PVS par les traitements antirétroviraux
b. Normaliser et simplifier les schémas thérapeutiques
c. Améliorer l'accès aux programmes de traitement antirétroviral
d. Apporter des preuves scientifiques pour la mise en œuvre de programmes de traitement antirétroviral

**9. Traitement antirétroviral**

a. Avantage : efficacité
b. Inconvénients :
   - Durabilité
   - Toxicité
   - Effets indésirables
   - Interactions médicamenteuses
   - Prix

**10. Un traitement antirétroviral optimal**

a. Prolonge et améliore la qualité de vie
b. Réduit la charge virale, présente un faible risque de résistance médicamenteuse
c. Parvient à une reconstitution immunitaire
d. Maintient des options thérapeutiques futures
e. Ne présente pas d'effets secondaires
f. Est conçu en fonction des besoins individuels en matière d'adhérence
g. Coûte peu d'argent

Étape 3. Discutez des recommandations et des programmes nationaux en matière de TAR.
**(10–15 minutes)**

## SESSION 2 Quand entamer un TAR chez l'adulte ?

### BUT

Les participants examineront les opinions actuelles quant à la raison, à la manière et au moment de commencer un traitement antirétroviral. Ils discuteront de l'évaluation clinique, des tests de laboratoire pour débuter et surveiller le traitement ainsi que des recommandations de l'OMS pour la mise en route du TAR chez l'adulte en utilisant le système de classification clinique de l'OMS.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Discuter de la justification et du calendrier pour débuter un TAR, y compris le pour et le contre des différentes approches dans ce domaine
2. Décrire les objectifs de l'évaluation clinique concernant le TAR
3. Discuter du système de classification clinique de l'OMS et de son utilisation pour décider du moment d'entamer le TAR

### DURÉE

45 minutes

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). |
| Étape 2. | Présentez les objectifs de l'évaluation clinique et les tests de laboratoire de base nécessaires pour décider s'il faut débuter un TAR (voir **1.** ci-dessous). Demandez aux participants quels sont les tests de laboratoire qui existent au niveau local.<br>**(18 minutes)** |

## 1. Justification et calendrier pour entamer un TAR

a. Évolution typique de l'infection au VIH et progression du SIDA vers la mort, avec ou sans TAR.
Voir diapositive PowerPoint « Progression moyenne sans traitement »
Voir diapositive PowerPoint « Impact du traitement sur la charge virale et les CD4 »

b. Quand et comment débuter un TAR ?
- Un patient a besoin d'un TAR *uniquement* lorsqu'il présente des symptômes et/ou que son système immunitaire présente des signes de dégâts importants.
- Ne débutez *pas* de TAR si :
  - Le patient n'est pas motivé
  - Vous n'avez pas donné des conseils approfondis
  - Le traitement ne peut pas être poursuivi
  - Le patient est asymptomatique et il n'y a aucune information concernant la numération des CD4
  - Le patient a une mauvaise fonction rénale/hépatique
  - Le patient souffre d'une maladie incurable terminale, par exemple, d'un lymphome cérébral
- Comment débuter le traitement :
  - Utilisez la triple thérapie la plus simple, la moins chère et la plus efficace comme traitement de première intention
  - Choisissez ensuite une ou deux autres combinaisons de médicaments comme traitement de deuxième intention(a)

**Niveaux de capacité de laboratoire recommandés pour le suivi du traitement antirétroviral dans les régions aux ressources limitées**

| Centres de soins de santé primaire (niveau 1) | Hôpitaux de district (niveau 2) | Centres spécialisés régionaux (niveau 3) |
|---|---|---|
| Dépistage rapide VIH[a,b]<br><br>Hémoglobine (si l'utilisation de ZDV est envisagée)[b]<br><br>Test de grossesse[d]<br><br>Orientation vers un laboratoire pour une analyse d'expectoration (si la microscopie n'est pas possible) | Dépistage rapide VIH[a,b]<br><br>Capacité à établir les résultats d'un test rapide de dépistage VIHab indéterminé par une seconde méthode sérologique<br><br>Hémogramme complet et différentiel<br><br>Numération cellulaire CD4<br><br>ALT (aminotransférase d'anoline)<br><br>Test de grossesse<br><br>Analyse d'expectoration pour TB | Dépistage rapide VIH[a,b]<br><br>Hémogramme complet et différentiel<br><br>Numération cellulaire CD4[c]<br><br>Analyses chimiques complètes du sérum (incluant notamment électrolytes, fonction rénale, enzymes hépatocitaires, lipides)<br><br>Test de grossesse[d]<br><br>Analyse d'expectoration pour TB<br><br>Test de la charge virale[e] |

[a] Ce tableau prend uniquement en compte les tests qui sont souhaitables pour assurer un bon suivi de la toxicité et efficacité des ARV et des deux conditions principales concomitantes (la grossesse et la tuberculose). Ce tableau ne prétend pas être complet pour ce qui est des autres capacités de diagnostic qui sont importantes dans le cadre des soins intégrés pour les personnes infectées par le VIH. D'autres sources sont disponibles qui peuvent fournir des informations supplémentaires à cet égard.

[b] Dans les centres de soins de santé primaire qui ne disposent pas d'installations de laboratoire ou en l'absence d'hémoglobinométrie réalisée en laboratoire, l'échelle de couleur de l'hémoglobine établie par l'OMS peut être utilisée conjointement avec l'examen des signes cliniques pour évaluer l'anémie (pour des informations supplémentaires, consulter www.who.int/bct/).

[c] L'amélioration de l'accès au TAR au titre du Plan 3 par 5 n'exige pas d'obtenir une analyse de la numération CD4 mais, en raison de la valeur de ce test dans le cadre du suivi du patient, l'OMS s'efforcera avec les Etats membres que la disponibilité de ce test devienne réalité.

[d] L'EFV ne devrait pas être administrée aux femmes en état de procréer à moins qu'elles suivent un traitement contraceptif approprié et aux femmes enceintes pendant les trois premiers mois de grossesse.

[e] En raison du coût et des problèmes techniques associés au test de la charge virale, cette analyse n'est à présent pas recommandée dans le cadre des directives de traitement actuelles. Cependant, on espère que des technologies plus économiques permettront aux centres spécialisés régionaux d'acquérir les moyens nécessaires pour effectuer ces tests, compte tenu de leur utilité pour l'évaluation de l'échec du traitement.

## 2. Objectifs de l'évaluation clinique avant le début du TAR

a. Procédez à une évaluation clinique pour :
- Établir la présence d'une infection au VIH par :
  - Les antécédents et un examen physique
  - Le conseil et le dépistage volontaire (le fait que le patient cherche à se soumettre à un test de dépistage alors qu'il n'est pas hospitalisé ou qu'il cherche à obtenir des soins cliniques)
- Conseil et dépistage à des fins de diagnostic
- Établir la situation de la maladie du VIH, s'il y a des IO par exemple
- Discuter et décider de la nécessité d'un TAR
- Déterminer la date de mise en route du TAR et le schéma thérapeutique
- Discuter de l'adhérence et autres questions

b. Assurez-vous d'obtenir le soutien d'un laboratoire de base pour établir les résultats des tests de base :
- Tests strictement indispensables : test de dépistage du VIH ; dosage de l'hémoglobine (Hb) ou de l'hématocrite (Ht)
- Tests de base recommandés : NGB ; tests de la fonction hépatique (TFH) et tests de la fonction rénale (TFR) ; glycémie ; numération lymphocytaire
- Tests souhaitables : dosage de la bilirubinémie, de l'amylasémie, des lipides sériques et numération des CD4
- Tests facultatifs : mesure de la charge virale

c. Procédez à une première évaluation clinique et préparez le patient
- Antécédents médicaux de base
- Antécédents psychosociaux :
  - Caractéristiques démographiques essentielles
  - Situation économique familiale
  - Manière avec laquelle s'adapte la famille
- Temps écoulé depuis le diagnostic du VIH, médicaments actuels et symptômes
- Antécédents médicaux antérieurs, y compris maladies importantes (par exemple TB), hospitalisations, opérations, médicaments antérieurs et allergies
- Pour les femmes, antécédents gravidiques, grossesse actuelle ou planifiée et accès aux services de contraception
- Examen des systèmes (respiratoire, cardiaque, neurologique, génito-urinaire, etc.)
- Examen physique de base :
  - Signes vitaux
  - Poids
  - Examen physique, documentation des anomalies
    - Yeux : ophtalmoscopie, si possible
    - Oropharynx
    - Ganglions lymphatiques
    - Poumons
    - Cœur
    - Abdomen
    - Extrémités
    - Système nerveux
    - Tractus génital

| | |
|---|---|
| Étape 3. | Présentez les informations sur la date de mise en route du traitement et les recommandations de l'OMS reprises dans le tableau 1 (voir **3.** ci-dessous). Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les recommandations.<br>**(10 minutes)** |

### 3. Le système de classification clinique des stades de l'OMS et son utilisation pour décider de commencer un TAR

a. Aperçu du système de classification clinique des stades de l'OMS

| | |
|---|---|
| Stade I : | asymptomatique, lymphadénopathie généralisée persistante (LGP) |
| Stade II : | perte de poids <10%, prurigo, infections fongiques des ongles, zona, infections récurrentes des voies respiratoires supérieures |
| Stade III : | perte de poids >10%, diarrhée chronique ou fièvre, candidose orale/leucoplasie chevelue de la langue, TB pulmonaire, infections bactériennes aiguës |
| Stade IV : | maladies définissant le SIDA : par exemple, cachexie du VIH, PCP, toxoplasmose cérébrale, candidose de l'œsophage, TB extra-pulmonaire, rétinite au CMV, sarcome de Kaposi, lymphome non hodgkinien et/ou échelle des performances IV : au lit plus de 50% de la journée au cours du dernier mois |

b. Quand débuter un TAR chez l'adulte ?
- Maladie de stade IV (stade OMS), quel que soit le nombre de CD4
- Maladie de stade I, II ou III (stade OMS) avec un nombre de CD4 ″ 200/mm$^3$
- Maladie de stade II ou III (stade OMS) avec un nombre total de lymphocytes ″ 1200/mm$^3$

Voir le tableau 1 ci-dessous «oviral chez l'adulte et l'adolescent atteints d'infection à VIH documentée ».

### Recommandations pour la mise en route du traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent atteints d'infection à VIH documentée

S'il est possible d'obtenir la numération des CD4, il est recommandé de documenter les nombres de CD4 de base et d'offrir le TAR aux patients :

- **Qui sont au stade IV de la maladie, quel que soit le résultat de la numération des CD4**
- **Qui sont au stade III de la maladie** (notamment, mais pas uniquement, les patients qui souffrent de cachexie causée par le VIH, de diarrhée chronique d'étiologie inconnue, de fièvre prolongée d'étiologie inconnue, de TB pulmonaire, d'épisodes récurrents d'infection bactérienne invasive ou d'épisodes récurrents/persistants de candidose des muqueuses), **en prenant en compte l'application d'une numération de CD4 < 350/ mm$^3$ pour faciliter la prise de décision**[a]
- **Qui sont au stade I ou II de la maladie et dont la numération de CD4 est ″ 200/ mm$^3$**[b]

S'il n'est pas possible d'obtenir la numération des CD4, il est recommandé d'offrir le TAR aux patients :

- **Qui sont au stade IV de la maladie, quelle que soit la numération lymphocitaire totale**
- **Qui sont au stade III de la maladie** (notamment, mais pas uniquement, les patients qui souffrent de cachexie causée par le VIH, de diarrhée chronique d'étiologie inconnue, de fièvre prolongée d'étiologie inconnue, de TB pulmonaire, d'épisodes récurrents d'infection bactérienne invasive ou d'épisodes récurrents/persistants de candidose des muqueuses), **quelle que soit la numération lymphocitaire totale**[c]
- **Qui sont au stade II de la maladie et dont la numération lymphocitaire est ″ 1200/ mm$^3$**

[a] Niveau de la numération de CD4 recommandable pour aider à déterminer le besoin de traitement immédiat. Par exemple, la TB pulmonaire peut survenir à n'importe quel niveau de CD4 et d'autres conditions qui ne sont pas causées par le VIH peuvent y ressembler (par exemple diarrhée chronique, fièvre prolongée).

[b] Le niveau précis de CD4 au-dessus de 200/ mm$^3$ auquel le traitement antirétroviral devrait commencer n'a pas été établi.

[c] La recommandation d'entamer le TAR chez tous les patients qui sont au stade III de la maladie, indépendamment de leur numération lymphocitaire totale, exprime le consensus d'opinion des experts. Ce consensus traduit la nécessité d'une recommandation pratique qui permette aux services cliniques et aux programmes de lutte contre la tuberculose des régions aux ressources sérieusement limitées d'offrir à leurs patients le TAR. A mesure que des adultes et adolescents au stade III de la maladie présenteront une numération CD4 supérieure à 200, certains d'entre eux recevront un traitement antirétroviral avant d'atteindre le seuil de CD4 ″ 200/ mm$^3$ . Néanmoins, si la numération de CD4 ne peut pas être déterminée, le fait de démarrer le TAR plus tôt chez ces patients n'a pas été considéré comme un problème.

c. Quand débuter un traitement ARV chez l'enfant (voir module 2, session 3, pour de plus amples détails)
   - <18 mois : stade III pédiatrique ; stade I ou II pédiatrique avec CD4 <20%
   - Pour les enfants >18 mois : stade III pédiatrique ; stade I ou II pédiatrique avec CD4 <15%. Une évaluation de la charge virale n'est pas considérée comme essentielle pour commencer le traitement.

Étape 4. Revoyez le système de classification clinique de l'OMS et lancez la discussion (voir **4.** ci-dessous). **(15–20 minutes)**

### 4. Le système de classification clinique de l'OMS

a. Le système de classification de l'OMS comprend un système de classification clinique et une classification biologique pour agencer par catégories l'immunosuppression des adultes selon leur numération lymphocytaire *totale*.
b. Ce système de classification des stades s'est révélé fiable pour prédire la morbidité et la mortalité chez les adultes infectés.
c. Les marqueurs cliniques, qui se répartissent en quatre stades d'importance prévisionnelle, forment la base du système de classification clinique de l'OMS. Le système comprend une échelle des performances du patient.

**Stade clinique I**

1. Infection asymptomatique
2. Lymphadénopathie généralisée persistante (LGP)

***Échelle des performances I :*** asymptomatique, activité normale

**Stade clinique II**

3. Perte de poids, <10% du poids total
4. Manifestations muco-cutanées mineures (par ex., dermatite séborrhéique, prurigo, infections fongiques des ongles, ulcérations oropharyngées, chéilite angulaire)
5. Zona au cours des cinq dernières années
6. Infections récurrentes des voies respiratoires supérieures (par ex., sinusite bactérienne)

***Échelle des performances II :*** symptomatique, activité normale

**Stade clinique III**

7. Perte de poids >10% du poids total
8. Diarrhée chronique inexpliquée > 1 mois
9. Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) >1 mois
10. Candidose buccale (muguet)
11. Leucoplasie chevelue de la langue
12. Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente
13. Infections bactériennes graves (par ex., pneumonie, pyomyosite)

***Échelle des performances III :*** au lit <50% de la journée au cours du mois précédent

**Stade clinique IV**

14. Cachexie du VIH, telle que définie par le CDC
15. Pneumonie à Pneumocystis carinii (PCP)
16. Toxoplasmose cérébrale
17. Cryptosporidiose accompagnée de diarrhée >1 mois
18. Cryptococcose extra-pulmonaire
19. Infection au cytomégalovirus dans un organe autre que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques
20. Infection au virus de l'herpès simplex, muco-cutanée (>1 mois) ou viscérale (quelle que soit la durée)
21. Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP)
22. Toute mycose endémique disséminée (par exemple, histoplasmose, coccidioïdomycose)
23. Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches et des poumons
24. Mycobactériose atypique, disséminée
25. Septicémie à Salmonella non typhoïde
26. Tuberculose extra-pulmonaire
27. Lymphome
28. Sarcome de Kaposi (SK)
29. Encéphalopathie au VIH-1, telle que définie par le CDC

***Échelle des performances IV :*** au lit >50% de la journée au cours du mois précédent

d. Système amélioré de classification clinique de l'OMS
Le système amélioré de classification de l'OMS reprend un axe biologique. Ce dernier subdivise chaque catégorie en trois (A, B, C) selon la numération des CD4. Si vous ne disposez pas de cette information, utilisez la numération lymphocytaire totale comme marqueur de remplacement.

| Axe biologique | | Axe clinique | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Lymphocytes[a] | CD4[b] | Stade I<br>LGP<br>asymptomatique. | Stade II<br>Début VIH | Stade III<br>Intermédiaire (ARC)[c] | Stade IV<br>Avancé SIDA |
| A >2000 | >500 | 1A | 2A | 3A | 4A |
| B 1000–2000 | 200–500 | 1B | 2B | 3B | 4B |
| C <1000 | <200 | 1C | 2C | 3C | 4C |

[a] Numération lymphocytaire totale de référence : 1500–4000/$mm^3$
[b] Numération des CD4 de référence : 450–1400/$mm^3$
[c] ARC : syndrome apparenté au SIDA

**Les zones grises concernent la progression vers le SIDA**

*Note* : Les données provenant des pays développés constituent la base des valeurs de référence utilisées pour la numération des lymphocytes et des CD4. Certains signes montrent qu'il est possible que les Africains aient une numération lymphocytaire physiologiquement plus élevée. Les projets visant à procéder à la numération lymphocytaire chez les patients porteurs du VIH grâce à la présence de matériel de laboratoire devraient, si possible, collecter des données concernant la numération des lymphocytes et des CD4 et les mettre en parallèle avec le stade de la maladie.

## SESSION 3 Mécanismes des médicaments antirétroviraux

### BUT

Les participants étudieront les mécanismes des principaux antirétroviraux, le moment et la manière de les prendre, leur présentation, leur dosage et la manière de les stocker (conservation).

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les différents mécanismes des ARV
2. Décrire les dosages et l'administration des ARV
3. Discuter de la conservation des ARV et de leur disponibilité dans le pays
4. Débattre le pour et le contre des médicaments génériques et leur disponibilité dans le pays

### DURÉE

1 heure

### PRÉPARATION

Supports visuels pour l'étape 4 : obtenez des échantillons des ARV disponibles au niveau local et montrez-les aux participants.

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). (3 minutes) |
| Étape 2. | Présentez le mode d'action des traitements antirétroviraux, leur administration et la conservation des ARV (voir **1.–2.** ci-dessous) en utilisant les diapositives PowerPoint. **(20 minutes)** |

## 1. Traitements antirétroviraux : modes d'action

a. Les antirétroviraux (ARV) agissent sur le VIH en interférant dans son cycle de reproduction. Les principales étapes du cycle où ces médicaments agissent pour inhiber la réplication du virus sont :
   - Inhibition de l'enzyme de la transcriptase inverse afin d'interrompre la production d'ADN proviral. Les ARV empêchent la formation d'ADN proviral. Les INTI et les INNTI agissent à ce niveau.
   - Inhibition de la maturation du virion en interrompant le traitement des protéines et l'assemblage du virus. Au cours de cette étape, il faut des enzymes de protéase et c'est à ce niveau que les inhibiteurs de protéase agissent.

Projetez la diapositive PowerPoint #3 « Cycle de vie du VIH-1 », qui montre assez clairement à quel niveau du cycle les médicaments agissent.

Les diapositives 4–6 décrivent le mode d'action de la zidovudine.

b. Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) :
   - Entraînent une fin prématurée de la production de la chaîne d'ADN du VIH
   - Sont actifs contre le VIH-1 et le VIH-2
   - Une pharmacorésistance se développe rapidement si les INTI sont administrés isolément (mono-thérapie)
   - Ne pas administrer les combinaisons de médicaments suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| AZT | + | d4T |
| ddI | + | ddC |
| d4T | + | ddC |
| ddC | + | 3TC |

Egalement, la combinaison de ddI et d'Indinavir est difficile à supporter par les patients.

| Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Abbréviation** | **Nom générique** | **Nom commercial** | **Dose unitaire** | **Dose /j** |
| **AZT (ZDV)** | zidovudine | Retrovir® | 300 mg | 2 x 1/j |
| **ddI** | didanosine<br>Videx" | Videx® EC | 100 mg<br>250/400 mg | 4/j<br>1/j |
| **ddC** | zalcitabine | Hivid® | 0,75 mg | 3 x 1/j |
| **d4T** | stavudine | Zerit® | 30/40 mg | 2 x 1/j |
| **3TC** | lamivudine | Epivir® | 150 mg | 2 x 1/j |
| **AZT + 3TC** | zidovudine + lamivudine | Combivir® | | 2 x 1/j |
| **ABC** | abacavir | Ziagen® | 300 mg | 2 x 1/j |
| **AZT+3TC+ABC** | zidovudine + lamivudine + abacavir | Trizivir® | | 2 x 1/j |

*Note* : Adaptez la dose d'ARV pour les médicaments suivants compte tenu du poids corporel :

- didanosine (Videx®)
  > 60 kg 400 mg od
  < 60 kg 250 mg od
- stavudine (Zerit®)
  > 60 kg 40 mg bid
  < 60 kg 30 mg bid

c. Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) :

- Les INNTI n'agissent pas dans le cadre d'une infection par le VIH-2 et le VIH-1 groupe O
- La DLV et la NVP ont une action antagoniste sur l'activité de la transcriptase inverse du VIH ; ne les utilisez donc pas ensemble
- Il y a une interaction avec certains médicaments du fait de l'induction et/ou inhibition du cytochrome P450

| Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Abbréviation** | **Nom générique** | **Nom commercial** | **Dose unitaire** | **Dose /j** |
| **NVP** | névirapine | Viramune® | 200 mg | 1/j x 14 j puis 2/j |
| **EFZ** | efavirenz | Stocrin®<br>Sustiva® | 200 mg | 3/j |
| **DLV** | délavirdine | Rescriptor® | 200 mg | 2 cachets 3x/j |

d. Inhibiteurs de protéase (IP)
- L'enzyme de la protéase du VIH est responsable du clivage de plusieurs polyprotéines lors de la production de virions infectieux matures. Les IP interfèrent dans la production de l'enzyme de protéase du VIH. Il en résulte une diminution de la présence du virus dans le corps, ce qui suffit parfois à réduire le virus à des niveaux indétectables.
- Une pharmacorésistance se développe rapidement si les IP sont administrés isolément (mono-thérapie).
- Les IP sont associés à de multiples interactions médicamenteuses du fait de l'inhibition du cytochrome P450. Par exemple, les IP augmentent le métabolisme de la rifampicine et réduisent son efficacité pour le traitement de la TB
- Prendre l'IDV avec beaucoup d'eau afin d'éviter les lithiases rénales.
- Si le patient devient diabétique au cours du traitement par IP, il vaut mieux arrêter les IP s'il existe un traitement de remplacement.

| Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Abbréviation** | **Nom générique** | **Nom commercial** | **Dose unitaire** | **Dose /j** |
| **IDV** | indinavir | Crixivan® | 200/400 mg | 3 x 2/j |
| **RTV** | ritonavir | Norvir® | 100 mg | 2 x 6/j |
| **NFV** | nelfinavir | Viracept® | 250 mg | 3 x 3/j ou 2 x 5/j |
| **SQV** | saquinavir HG<br>saquinavir SG | Invirase®<br>Fortovase® | 200 mg<br>200 mg | 3 x 6/j<br>2 x 8/j |
| **APV** | amprénavir | Agenerase® | 150 mg | 2 x 3/j |
| **LPV/RTV** | lopinavir/<br>ritonavir | Kaletra® | 400/100 mg | 1 x 2/j |

e. Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse (INtTI)
- Tenofovir disoproxil fumarate (TDF)
  - Premier INtTI ayant une action durable sur certaines souches résistantes aux nucléosides de VIH avec importantes réductions de l'ARN du VIH
  - Profil de sécurité favorable
  - Si possible, ajoutez le TDF à la combinaison d4T/ddI ou ABC/ddI ou remplacez la d4T ou l'ABC par le TDF dans ces combinaisons
  - Lorsque la ddI est administrée en combinaison avec le TDF, réduisez la dose de ddI et administrez-la pendant un repas
  - Le syndrome de Fanconi est un effet secondaire éventuel
  - Vous pouvez utiliser le TDF et/ou la NVP dans les cas de taux élevé de cholestérol et de triglycérides
  - A l'heure actuelle, difficilement disponible dans les pays aux ressources limitées

| Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Abbréviation** | **Nom générique** | **Nom commercial** | **Dose unitaire** | **Dose /j** |
| **TDF** | tenofovir | Viread® | 300 mg | od |

**2. Administration et conservation des ARV :**

a. À prendre à jeun—1h avant ou 2h après le repas
   - didanosine
   - indinavir (sauf s'il est administré avec du ritonavir)

b. À prendre avec de la nourriture
   - nelfinavir, ritonavir, lopinavir, saquinavir
   - tenofovir
   - ddI, lorsqu'il est administré avec du tenofovir

c. À prendre avec ou sans nourriture
   - ZDV, d4T
   - névirapine
   - efavirenz ; mais évitez les aliments riches en graisse

d. Administrez le Crixivan® avec des liquides, avec ou sans repas léger, une heure avant ou deux heures après un repas normal

e. Conservation des ARV au réfrigérateur
   - ritonavir
   - suspension de ddI
   - solution de d4T
   - gélules et solution de lopinavir/ritonavir

f. Conservation des ARV dans des récipients en verre
   - sirop de ZDV
   - sirop de d4T

| | |
|---|---|
| Étape 3 : | Présentez les informations sur l'utilisation des ARV génériques (voir **3. a–b** ci-dessous). Discutez de tout problème ou question que les participants pourraient avoir. **(10 minutes)** |

**3. Discussion concernant l'utilisation des antirétroviraux génériques**

a. Aperçu.

Les ARV génériques sont aujourd'hui fabriqués en Inde, au Brésil, en Argentine et en Thaïlande à partir de composants produits pour la majeure part par des sociétés indiennes. Ces entreprises fournissent souvent des ingrédients aux entreprises pharmaceutiques qui produisent les ARV de marque.

La Thaïlande et le Brésil ont promis d'aider plusieurs pays africains à produire des versions d'ARV génériques. La Chine, le Vietnam et l'Indonésie ont également des entreprises pharmaceutiques qui ont annoncé leur intention de produire et de distribuer ces médicaments.

En théorie, les ARV génériques sont attractifs car leur prix est souvent bien inférieur au prix le plus bas proposé par le fabricant de la marque équivalente. Alors que le débat sur les obstacles que les brevets présentent à l'accès aux traitements se poursuit, on observe des signes importants que les pays qui fabriquent leurs propres versions génériques des médicaments sont également en mesure de garantir de meilleurs prix pour les versions de marque.

Certains ont affirmé que les brevets ne constituent pas un obstacle important à l'accès aux traitements car il existe relativement peu de médicaments de marque dans les pays où les PVS sont les plus nombreuses et où l'accès aux médicaments est le plus faible. Par conséquent, le facteur qui limite le plus l'accès aux traitements serait la volonté et l'engagement politiques des gouvernements nationaux et des bailleurs de fonds internationaux.

*Médecins Sans Frontières* a comparé l'efficacité de trois stratégies visant à faire baisser les prix dans six pays (Sénégal, Honduras, Cameroun, Ouganda, Brésil, Thaïlande). L'organisation a découvert que les pays qui autorisaient la concurrence des produits génériques, en particulier les pays qui fabriquaient les génériques au niveau local, proposaient

ces médicaments à des prix nettement inférieurs à ceux des pays qui obtenaient les médicaments uniquement auprès des sociétés pharmaceutiques propriétaires.

Au Brésil, les médicaments génériques ont joué un rôle essentiel dans le contrôle du prix des traitements anti-rétroviraux. Le prix des tri-thérapies (contenant un IP ou un INNTI) a diminué de 43% et celui des quadri-thérapies (utilisant des IP potentialisés par le RTV) a diminué de 34% entre 1997 et 2000. Au cours de cette période, le nombre de patients sous traitement au Brésil augmentait de 1400 tous les mois ; le prix moyen du traitement par personne était de 13,3 USD par jour en 2002.

b. Préoccupations

**Contrôle de la qualité.** Les fabricants de génériques doivent procéder à des études d'équivalence sur des volontaires sains afin de prouver que leur produit a un profil pharmacocinétique équivalent au produit de marque. Nous disposons actuellement de peu d'informations sur les études de bio-équivalence réalisées par les fabricants indiens mais on rapporte que *Cipla* a procédé à des études sur huit ARV, *Ranbaxy* sur sept et *Hetero* sur cinq médicaments ou combinaisons de médicaments. Toute demande de licence imposera un examen de ces données de bio-équivalence comme condition pour l'utilisation des médicaments hors de l'Inde.

Avant que l'Organisation mondiale de la Santé établisse la liste des ARV, les responsables de l'OMS doivent inspecter les procédés de fabrication. Les fabricants d'ARV génériques doivent également recevoir un certificat de bonnes pratiques de fabrication afin de démontrer que leurs équipements et procédés répondent aux normes minimales de l'industrie.

La *International Dispensary Association*, la plus grande société à but non lucratif du monde fournissant les médicaments essentiels aux pays aux ressources limitées, a inspecté la fabrication d'ARV en Inde en 2002.

**Questions de fabrication.** Les fabricants de génériques doivent prendre un produit fini et tenter de retracer la manière dont il a été fabriqué. Chaque étape ou réaction chimique peut créer des impuretés ou entraîner une perte d'efficacité. Pour certains médicaments, principalement les analogues nucléosidiques AZT (zidovudine) et d4T (stavudine), le processus d'*ingénierie inverse* est relativement simple, ce qui n'est pas le cas pour d'autres, comme la 3TC (lamivudine), la NVP (névirapine) et l'EFZ (efavirenz). La production des inhibiteurs de protéase prend plus de temps car elle nécessite un plus grand nombre d'étapes que les analogues nucléosidiques. Les fabricants indiens n'ont pas pu jusqu'à présent réduire le coût de leurs IP génériques en dessous du prix de revient du fabricant du produit de marque.

| | |
|---|---|
| Étape 4. | Discutez de la disponibilité locale des ARV (y compris les génériques, s'ils peuvent être obtenus) et de la forme sous laquelle ils se présentent. Discutez des questions de prise en charge des médicaments et des éventuelles stratégies dans ce domaine, notamment les recommandations nationales.<br>Montrez des échantillons de médicaments disponibles au niveau local ; discutez des différentes présentations, ainsi que de leurs caractéristiques comme le dosage et le goût. Cette étape est particulièrement importante pour les participants qui étudient les ARV pour la première fois.<br>**(30 minutes)** |

## SESSION 4 Interactions médicamenteuses et effets indésirables des médicaments : effets secondaires et toxicité

### BUT

Les participants étudieront les interactions médicamenteuses et les effets indésirables des médicaments (EIM), ainsi que les effets secondaires, les programmes de dosage, les présentations, les risques de toxicité et les recommandations de surveillance pour les principaux ARV.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire les principales interactions médicamenteuses entre les différents ARV et discuter de l'importance de ces interactions
2. Énumérer plusieurs effets toxiques et les effets secondaires fréquents de chaque médicament
3. Discuter de la surveillance et de la gestion de la toxicité et des effets secondaires
4. Décrire les réactions indésirables des médicaments par catégorie, y compris les effets indésirables du TAR spécifiques à la catégorie d'antirétroviraux

### DURÉE

2 heures

### PRÉPARATION

Étapes 3 et 4 : dessinez un tableau vierge sur une grande feuille du tableau papier comme celui figurant dans cette session.

Faites des copies du même tableau sur du papier de format ordinaire ou grand format que vous distribuerez aux groupes de discussion.

### RÉFÉRENCE

Pour de plus amples informations sur les interactions médicamenteuses et les effets indésirables des médicaments (EIM) : effets secondaires et toxicité, consultez le document de l'OMS « Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays aux ressources limitées. Recommandations pour une approche de santé publique », Appendices 11A & B pp. 128–141.

*Note :* Vous pourrez vouloir faire des copies de ces annexes pour les distribuer aux participants.

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). |
| Étape 2. | Décrivez les différentes interactions médicamenteuses et présentez les informations reprises dans les tableaux (voir **1. a–f** ci-dessous). **(25 minutes)** |

## 1. Interactions médicamenteuses des ARV

a. Introduction

Les interactions pharmacocinétiques se produisent lorsqu'un médicament altère la concentration d'un autre médicament dans le sérum ou les tissus en modifiant son absorption, sa distribution, son métabolisme ou son élimination. Ces interactions peuvent entraîner des modifications cliniques importantes dans la concentration du médicament et elles peuvent donc nécessiter de modifier les doses d'un ou plusieurs médicament(s) ou d'utiliser un ou plusieurs médicament(s) de remplacement.

b. Modification de l'absorption

- Modification du pH gastrique

  Si un médicament modifie le pH gastrique, il peut modifier l'absorption et dès lors modifier la concentration d'autres médicaments qui ont des exigences spécifiques en matière de pH pour l'absorption.

  Par exemple, la ddI a besoin d'un pH gastrique élevé pour une absorption optimale et elle est administrée avec une solution tampon antiacide qui augmente le pH gastrique. Par conséquent, la ddI réduit l'absorption des médicaments qui requièrent un pH gastrique faible, comme le kétoconazole, l'itraconazole, la tétracycline, les antibiotiques à la quinolone, l'IDV et le LPV/r. En cas de co-prescription, administrez ces médicaments deux heures avant ou après la ddI.
- Administration avec ou sans nourriture

  Les aliments peuvent améliorer ou diminuer la bio-disponibilité d'un médicament, souvent du fait de leur effet sur l'acidité gastrique. Vous devez, par conséquent, administrer certains médicaments, comme la ddI et l'IDV, une heure avant ou deux heures après le repas.

  Par ailleurs, la bio-disponibilité de médicaments liposolubles, comme l'EFZ, peut être améliorée lorsqu'ils sont administrés avec un repas riche en graisse.
- Chélation

  Le mélange de deux médicaments ou composés pour former des complexes non solubles qui ne peuvent pas être absorbés peut modifier l'absorption d'un médicament.

  Par exemple, la chélation, avec du calcium dans des produits laitiers ou avec des cations comme les cations d'aluminium, de magnésium, de fer ou de zinc que l'on trouve dans des antiacides ou des multivitamines, réduit fortement l'absorption des médicaments à la fluoroquinolone.

c. Modification de la distribution

- Liaison avec les protéines

  Les éléments qui modifient la liaison avec les protéines d'un médicament influent sur la quantité de médicament libre qui est disponible pour produire les effets thérapeutiques nécessaires.

  Par exemple, la warfarine est liée aux protéines à 99% et si elle est administrée avec d'autres médicaments liés aux protéines, comme l'EFZ, elle peut être déplacée de ses sites de protéines. Cela crée un risque de saignement chez le patient et requiert une surveillance du temps de Quick.
- Hypoalbuminémie

  Les patients présentant un taux d'albumine bas peuvent connaître un effet thérapeutique accru et/ou un risque de toxicité des médicaments fortement liés aux protéines, comme la warfarine ou la phénytoïne.

d. Modification du métabolisme

- Métabolisme du système des cytochromes P450 du foie

  L'induction ou l'inhibition de plusieurs enzymes P450 par un médicament peut fortement altérer la concentration d'un autre médicament métabolisé par la même enzyme P450 dans le sérum.

  Les IP et les INNTI sont principalement métabolisés par la même isoenzyme P450 CYP3A4 et peuvent inhiber ou induire cette isoenzyme, entraînant une augmentation ou une diminution de la concentration des médicaments co-prescrits.

  Par ailleurs, d'autres médicaments qui inhibent ou induisent cette isoenzyme peuvent entraîner une augmentation ou une diminution de la concentration des IP et/ou INNTI co-prescrits. Chaque IP et INNTI ont un profil d'interaction médicamenteuse différent, dépendant principalement de leur puissance en tant qu'inducteur ou inhibiteur de la CYP3A4 et/ou d'autres enzymes P450.

  - Le RTV est le plus puissant inhibiteur de la CYP3A4 et a donc le plus grand nombre d'interactions médicamenteuses et de contre-indications.
  - La NVP est un inducteur de la CYP3A4.
  - L'EFZ est à la fois un inducteur et un inhibiteur de la CYP3A4.
  - La rifampicine est un inducteur puissant du métabolisme hépatique et elle réduit fortement la concentration des IP à des niveaux sous-thérapeutiques.

  Le NFV, le RTV et les INNTI peuvent fortement réduire les niveaux d'œstrogène dans les contraceptifs. Par conséquent, les femmes prenant ces médicaments ne peuvent pas prendre de contraceptifs oraux et doivent utiliser ou ajouter une autre méthode de contraception.

  Les IP et l'EFZ peuvent augmenter la concentration sérique du cisapride et des antihistaminiques non sédatifs (astémizole, terfénadine), ce qui peut entraîner une cardiotoxicité. Ils peuvent également augmenter la concentration sérique de benzodiazépines, ce qui peut entraîner une sédation prolongée. N'administrez donc pas les IP et ces autres médicaments en même temps.

e. Modification de l'élimination

- Fonction rénale

  L'inhibition de la sécrétion tubulaire d'un médicament par un autre qui est éliminé par les reins peut modifier la concentration du médicament.

  Par exemple, le probénécide peut augmenter le taux de ZDV.

f. Résumé

- Ne combinez pas l'indinavir (Crixivan®) et le nelfinavir (Viracept®) avec :

  la rifampicine (Rifadine®)
  la terfénadine (Triludan®)
  l'astémizole (Hismanal®)
  le cisapride (Cyprid®, Prepulsid®)
- Interactions avec le ritonavir

| Ne combinez pas le ritonavir avec : | | Solutions de remplacement | |
|---|---|---|---|
| Nom générique | Nom de marque | Nom générique | Nom de marque |
| piroxicam | Feldene® | aspirine | |
| amiodarone | Cordarone® | | |
| artémizole<br>terfénadine | Hismanal®<br>Triludan® | loratadine | Claritine® |
| cisapride | Prepulsid® | | |
| alprazolam<br>chlorazépate<br>diazépam<br>midazolam<br>triazolam | Xanax®<br>Tranxene®<br>Valium®<br>Dormicum®<br>Halcion® | témazépam<br>lorazépam | Euhypnos®<br>Temesta® |

Inhibiteurs de protéase et traitement anti-TB

| | Rifampicine | Rifabutine |
|---|---|---|
| Saquinavir | Cas mixte (NON)* | NON |
| Indinavir | NON | 1/2 dose |
| Ritonavir | NON | NON |
| Nelfinavir | NON | 1/2 dose |

*peut être administré en combinaison avec du ritonavir

- Adaptez la dose d'ARV en fonction des interactions médicamenteuses (voir tableaux ci-dessous pour de plus amples informations)

| | |
|---|---|
| Névirapine | 400 mg/j (inchangé) |
| Indinavir | 3 x 1000 mg/j |
| | |
| Efavirenz | 600 mg/j (inchangé) |
| Indinavir | 3 x 1000 mg/j |
| | |
| Névirapine | 400 mg/j (inchangé) |
| Lopinavir/ritonavir | 2 x 500/100 mg/j |

- Le tableau ci-dessous résume les interactions médicamenteuses entre les INNTI et les IP.

**Tableau B1, 4.1 : Interactions médicamenteuses entre inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse et inhibiteurs de protéase**

| | Névirapine (NVP) | Efavirenz (EFV) | Indinavir (IDV) | Lopinavir (LPV/r) | Nelfinavir (NFV) | Saquinavir (SQV) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Névirapine | | Tx de NVP inchangé<br>AUC de l'EFV ↓ 22%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal | Tx de NVP ↑ 2x<br>Tx d'IDV ↓ 28%<br><br>Recommandations :<br>• Changer la dose d'IDV à 1000 mg tid<br>• Dosage de NVP inchangé Tx de NVP inchangé | Tx de LPV ↓ 55%<br><br>Recommandations :<br>• Envisager du LPV/r 533/133 bid<br>• Dosage de NVP inchangé Tx de NVP inchangé | Tx de NFV ↑ 10%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal | Tx de NVP inchangé<br>Tx de SQV ↓ 25%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal |
| Efavirenz | | | Tx d'EFV inchangé<br>Tx d'IDV ↓ 31%<br><br>Recommandations :<br>• Changer la dose d'IDV à 1000 mg tid<br>• Dosage d'EFV inchangé | Tx d'EFV inchangé<br>AUC du LVP ↓ 40%<br><br>Recommandations :<br>• Envisager du LPV/r 533/133 bid<br>• Dosage d'EFV inchangé | Tx d'EFV inchangé<br>Tx de NFV ↑ 20%<br><br>Recommandation :<br>Dose normale | Tx d'EFV ↓ 12%<br>Tx de SQV ↓ 62%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps (SQV/r possible) |
| Indinavir | | | | Tx de LPV inchangé<br>Tx d'IDV AUC ↑<br><br>Recommandations :<br>• Changer la dose d'IDV à 600mg bid<br>• Dosage de LPV inchangé | Tx de NFV ↑ 80%<br>Tx d'IDV ↑ 50%<br><br>Recommandation :<br>Données limitées sur l'IDV 1200 mg bid avec du NFV 1250 mg bid | Tx de SQV ↑ 4–7x<br>Tx d'IDV inchangé<br><br>Recommandation :<br>Donnés insuffisantes pour une recommandation |
| Lopinavir | | | | | Pas de données | AUC/tx de SQV ↑<br><br>Recommandations :<br>• SQV 800 mg bid<br>• Dosage de LPV/r inchangé |
| Nelfinavir | | | | | | Tx de SQV ↑ 2–5x<br>Tx de NFV ↑ 20%<br><br>Recommandations :<br>• Fortovase 1200 bid<br>• Dosage de NFV inchangé |

**Tableau B1, 4.1 (suite)**

| | Névirapine (NVP) | Efavirenz (EFV) | Indinavir (IDV) | Lopinavir (LPV/r) | Nelfinavir (NFV) | Saquinavir (SQV) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Kétoconazole | Tx de NVP ↑ 15–30%<br>Tx de kétoconazole ↓ 63%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | Pas de données | Tx d'IDV ↓ 68%<br><br>Recommandation :<br>Changer la dose d'IDV à 600 mg tid | Tx de LPV ↓ 13%<br>Tx de kétoconazole ↑ 3x<br><br>Recommandation :<br>Aucune | Aucune modification du dosage | Tx de SQV ↑ 3x<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal |
| **Antimycobactériens** | | | | | | |
| Rifampicine | Tx de NVP ↓ 37%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | Tx d'EFV ↓ 25–33%<br><br>Recommandation :<br>Envisager 800 mg/j d'EFV | Tx d'IDV ↓ 89%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | AUC du LVP ↓ 75%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | Tx de NFV ↓ 82%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | Tx de SQV ↓ 84% lorsqu'il est administré sans RTV<br><br>Recommandation :<br>En cas d'utilisation du SQV/RTV, on peut utiliser 600 mg de rifampicine par jour ou 2–3 x/semaine |
| Rifabutine | Tx de NVP ↓ 16%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal | Tx d'EFV inchangé<br>Tx de rifabutine ↓ 35%<br><br>Recommandations :<br>• Augmenter dose de rifabutine à 450–600 mg/j (ou 600 mg 2–3x/semaine)<br>• Dosage d'EFV inchangé | Tx d'IDV ↓ 32%<br>Tx de rifabutine ↑ 2x<br><br>Recommandations :<br>• Réduire dose de rifabutine à 150 mg/j (ou 300 mg 2–3x/semaine)<br>• Dose d'IDV de 1000 mg tid | AUC de rifabutine ↑ 3x<br><br>Recommandations :<br>• Réduire dose de rifabutine à 150 mg/j (ou 300 mg 2–3x/semaine)<br>• Dosage de LPV/r inchangé | Tx de NFV ↓ 80%<br>Tx de rifabutine ↑ 2x<br><br>Recommandations :<br>• Réduire dose de rifabutine à 150 mg/j (ou 300 mg 2–3x/semaine<br>• Augmenter la dose de NFV à 1000 mg tid | Tx de SQV ↓ 40%<br>(le RTV multiplie le taux de rifabutine par 4)<br><br>Recommandation :<br>En cas d'utilisation du SQV/RTV, utiliser 150 mg de rifabutine 2–3x/semaine |
| Clarithromycine | Tx de NVP ↑ 26%<br>Tx de clarithromycine ↓ 30%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal | Tx d'EFV inchangé<br>Tx de clarithromycine ↓ 39%<br><br>Recommandation :<br>Ne pas administrer en même temps | Tx de clarithromycine ↑ 53%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal | Pas de données | Pas de données | Tx de clarithromycine ↑ 45%<br>Tx de SQV ↑ 177%<br><br>Recommandation :<br>Dosage normal |

**Tableau B1, 4.1 (suite)**

| | Névirapine (NVP) | Efavirenz (EFV) | Indinavir (IDV) | Lopinavir (LPV/r) | Nelfinavir (NFV) | Saquinavir (SQV) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Antimycobactériens** | | | | | | |
| Contraceptifs oraux | Tx d'estradiol ↓ 20%<br><br>Recommandation : Utiliser d'autres méthodes | Tx d'estradiol ↑ de 37%<br>Pas données sur les autres composants<br><br>Recommandation : Utiliser d'autres méthodes | Lorsqu'il est utilisé avec du RTV, tx d'estradiol ↓<br><br>Recommandation : Utiliser d'autres méthodes | Tx d'estradiol ↓ 42%<br><br>Recommandation: Utiliser d'autres méthodes | Tx d'estradiol ↓ 47%<br>Tx de noréthindrone ↓18%<br><br>Recommandation : Utiliser d'autres méthodes | Lorsqu'il est utilisé avec du RTV, tx d'estradiol ↓<br><br>Recommandation : Utiliser d'autres méthodes |
| Méthadone | Tx de méthadone ↓ fortement<br><br>Recommandation : Sevrage aux opiacés reporté; peut exiger une augmentation de la dose de méthadone | Tx de méthadone ↓ fortement<br><br>Recommandation : Sevrage aux opiacés reporté; peut exiger une augmentation de la dose de méthadone | Aucun changement mais peut ↓ si administré avec une dose faible de RTV<br><br>Recommandation : Sevrage aux opiacés reporté; peut exiger une augmentation de la dose de méthadone | AUC de méthadone ↓ 53%<br><br>Recommandation : Sevrage aux opiacés reporté; peut exiger une augmentation de la dose de méthadone | Peut ↓ le tx de méthadone<br><br>Recommandation : Sevrage aux opiacés reporté; peut exiger une augmentation de la dose de méthadone | Pas de données mais peut ↓ si administré avec une faible dose de RTV.<br><br>Recommandation : Sevrage aux opiacés reporté; peut exiger une augmentation de la dose de méthadone |
| **Anticonvulsifs** | | | | | | |
| Phénobarbital | Inconnu | Inconnu | | Inconnu mais peut ↓ fortement le niveau de LPV<br>Surveillance | Inconnu mais peut ↓ fortement le niveau de NFV<br>Surveillance | Inconnu mais peut ↓ fortement le niveau de SQV<br>Surveillance |
| Agents de réduction des lipides :<br>Simvastatine<br>Lovastatine<br>Atorastatine | Pas de données | Pas de données | Forte augmentation possible des niveaux de statine (sauf pour pravastatine)<br><br>Recommandation : Ne pas administrer en même temps à l'exception de la pravastatine; Dosage inchangé | Forte augmentation possible des niveaux de statine<br><br>Recommandation : Ne pas administrer en même temps | Forte augmentation possible des niveaux de statine<br><br>Recommandation : Ne pas administrer en même temps | Forte augmentation possible des niveaux de statine<br><br>Recommandation : Ne pas administrer en même temps |

Étape 3. Demandez aux participants de se répartir en petits groupes de travail. Remettez un exemplaire du tableau vierge à chaque groupe et demandez-leur de discuter des médicaments auxquels ils ont accès dans chaque catégorie, de leurs effets secondaires, de leur toxicité et de la manière de surveiller ces effets toxiques. Demandez au rapporteur de chaque groupe de remplir les cases du tableau (ou donnez-leur des feuilles de tableau papier pour noter leurs réponses pendant la discussion). Donnez-leur 15 minutes pour cet exercice.

Étape 4. Accrochez au mur le tableau vierge que vous avez tracé et demandez au rapporteur de chaque groupe de vous aider à remplir les cases. Discutez des réponses et comparez-les aux informations reprises dans le point **2.** ci-dessous.
**(15 minutes)**

*Note* : La réussite de cet exercice dépendra de l'expérience et des connaissances des participants. S'ils n'ont pas l'expérience et les connaissances nécessaires pour remplir le tableau, vous pourrez préférer créer un tableau qui montre les effets secondaires et les effets toxiques, en laissant vierge la colonne consacrée à la surveillance, puis demander aux groupes de discuter de la manière dont ils prendraient en charge et surveilleraient les effets secondaires et les effets toxiques énumérés.

| Nom du médicament | Effets secondaires et toxicité | Surveillance |
|---|---|---|
| **Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)** | | |
| | | |
| **Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse (INtTI)** | | |
| | | |
| **Inhibiteurs de protéase (IP)** | | |
| | | |

## 4. Effets secondaires et effets toxiques fréquents et la manière de les surveiller

| Nom du médicament | Effets secondaires et toxicité | Surveillance |
|---|---|---|
| **Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)** | | |
| AZT, ZDV | • Intolérance GI, asthénie, migraines, *anémie, leucopénie* | • Numération Formule sanguine complète |
| ddI | • Intolérance GI : *pancréatite, neuropathie périphérique, acidose lactique* | • Douleurs aux pieds, paresthésies, réflexes tendineux, douleurs abdominales |
| d4T | • *Neuropathie périphérique, pancréatite, acidose lactique* | • Douleurs aux pieds, paresthésies, réflexes tendineux |
| 3TC | • Généralement bien toléré : *acidose lactique* | |
| ABC | • Réaction d'hypersensibilité (RH)—symptômes de fièvre, exanthème, problèmes GI, problèmes respiratoires, *acidose lactique* | • Enseigner au patient les signes et symptômes de RH et ce qu'il faut faire; chercher les antécédents de réaction antérieure |
| **Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse (INtTI)** | | |
| TDF | | • Tests de la fonction hépatique (TFH) |
| **Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)** | | |
| NVP | • *Exanthème généralisé, hépatite fulminante* | • TFH q 2 sem x 2, puis q mois x 12, puis q 3 mois. |
| EFZ | • *État dissocié du SNC x 2 à 3 semaines; exanthème.* Éviter une grossesse | • TFH |
| **Inhibiteurs de protéase (IP)** | | |
| SQV<br>• *Fortovase* (FTV)<br>• *Invirase* (INV) | • *Intolérance GI,* lipodystrophie | • TFH<br>• Profil lipidique |
| RTV | • *Intolérance GI,* paresthésie, hépatite, lipodystrophie | • TFH<br>• Profil lipidique |
| IDV | • Intolérance GI, *néphrolithiase,* augmentation bénigne de la bilirubinémie, lipodystrophie | • Profil lipidique<br>• TFH<br>• Analyse des urines |
| NFV | • *Diarrhée*, lipodystrophie | • TFH<br>• Profil lipidique |
| LPV/r | • *Intolérance GI, (en particulier diarrhée),* asthénie, lipodystrophie | • TFH<br>• Profil lipidique |

| | |
|---|---|
| Étape 5. | Expliquez qu'il y a certains effets indésirables généraux par catégorie de médicaments, connus sous le nom d'EIM. Présentez les informations sur les EIM et lancez la discussion. **(20 minutes)** |

**5. Effets indésirables des médicaments (EIM) par catégorie**

a. Lipodystrophie : répartition de la graisse
- Diagnostic
  - Accumulation de graisse : abdomen, partie postérieure du cou, (*bosse de bison*), poitrine
  - Lipoatrophie : extrémités, bouche, fesses
- Mesure
  - Rapport taille-hanche >0,85 (femmes) ou >0,95 (hommes)
  - Perception du patient
- Intervention
  - Un changement de traitement, y compris l'utilisation de catégories différentes, donne des résultats non concluants

b. Hyperlipidémie
- Évaluation
  - De base chez les patients présentant un risque de maladie cardiovasculaire et avant le traitement antirétroviral
- Triglycérides
  - Niveau normal : <150 mg/dl
  - Niveau élevé : 200–499 mg/dl
  - Niveau très élevé demandant une intervention immédiate pour prévenir une pancréatite et réduire le risque de maladie cardiovasculaire : >500 mg/dl
- Choix des médicaments
  - Recommandations du panel d'experts de l'ACTG concernant les statines avec un IP ou un INNTI administré conjointement : atorvastatine ou pravastatine
- Changement de traitement
  - Les IP, et peut-être les INNTI, semblent être associés à une augmentation du taux de lipides dans le sang, y compris du cholestérol, du cholestérol LDL et des triglycérides. L'utilisation de traitements ne contenant pas d'IP peut inverser ces changements. Le remplacement d'un traitement à base d'IP par un traitement à base d'INTI/INNTI peut améliorer le profil lipidique.

c. Diabète
- Le risque est lié à l'utilisation de tous les médicaments appartenant à la catégorie des IP.
- Fréquence : 3–17% de patients diabétiques aux IP ont une réaction qui se produit dans les 60 jours en moyenne.
- Cause : résistance à l'insuline périphérique
- Suivi : glycémie à jeun avant le traitement antirétroviral ; certains recommandent une glycémie à jeun tous les 3 à 4 mois au cours de la première année du traitement par IP ; les mesures ultérieures se fondent sur les risques et mesures de base.
- Traitement : agents sensibilisants à l'insuline (metformine ou glitazones) préférés à l'insuline ou aux sulfonylurées, sur la base du mécanisme du diabète ; il ne faut pas recommander de modification du traitement antirétroviral sauf en cas de diabète grave.

d. Toxicité mitochondriale : acidose lactique ± stéatose
- Fréquence : 1,3/1000 patients par an
- Risque : utilisation prolongée des INTI, obésité, sexe féminin, grossesse, d4T > AZT, ddI > ABC, 3TC

- Symptômes : fatigue, nausées, vomissements, cachexie, douleurs abdominales, dyspnée, diarrhée, anorexie, faiblesse, myalgies, paresthésies, hépatomégalie. Peut provoquer une insuffisance respiratoire nécessitant un traitement par ventilateur.

| | ZDV | 3TC | d4T | ddC | ddI |
|---|---|---|---|---|---|
| Neuropathie | | | ++ | ++ | ++ |
| Myopathie | ++ | | | | |
| Cardiomyopathie | + | | | + | + |
| Pancréatite | | ++ | + | | ++ |
| Hépatite | + | + | + | | |
| Acidose lactique | + | +/- | + | | + |
| Dépression de la moelle osseuse | ++ | +/- | | + | + |

- Tests de laboratoire : acide lactique—obtenu sans garrot, sans serrer les poings ou stase ; utiliser des tubes réfrigérés oxalate/NaF. Transporter dans de la glace pour traitement dans les quatre heures.
  <2 mmol/ml : normal
  2–5 mmol/ml : INTI d/c, si symptomatique (après avoir écarté d'autres causes des symptômes ; à un niveau aussi faible, la cause peut être autre)
  >5 mmol/ml : INTI d/c
  >10 mmol/ml : potentiellement mortel
- Autres tests de laboratoire : ↑ CPK variable, LDH, lipase, amylase, trou anionique ALT4, ↓ HCO3, scanner ou échographie CT—stéatose hépatique ; biopsie du foie—stéatose
- Prise en charge : arrêter l'INTI ou le remplacer par un autre INTI avec une fréquence réduite d'acidose lactique (ABC, AZT, TDF). Traitements sans INTI dont l'efficacité est prouvée : LPV/RTV, EFV/IDV ± RTV, SQV/RTV, APV/RTV/EFV
- Récupération : il faut en général 50 jours pour retrouver des niveaux normaux d'acide lactique après l'arrêt des INTI

e. Hépatotoxicité
- Définition : augmentation de l'ALT ou de l'AST à des niveaux 3–4 fois supérieurs à la normale qui ne peut s'expliquer autrement
- Fréquence avec le traitement antirétroviral : 2% à 18%
- Mécanisme : INTI—toxicité mitochondriale ; IP et INTI—incertains ; la biopsie du foie n'est généralement pas utile
- Agents : tous les agents antirétroviraux, en particulier le RTV et la NVP
  —*Note* : l'hépatite liée à la NVP se produit généralement au cours des 12 premières semaines du traitement ; elle peut être asymptomatique et, dans de rares cas, elle peut progresser vers une nécrose hépatique et aboutir au décès. Contrôlez les niveaux d'ALT.
  —Avec les IP, l'hépatotoxicité peut survenir à tout moment au cours du traitement ; arrêter le médicament concerné lorsque le taux d'ALT est 5 fois supérieur à la normale.
- Risque : hépatite chronique (VHC, VHB), utilisation de d4T, alcoolisme et niveaux plus élevés de transaminase de base. Avec une co-infection au VHC ou au VHB, le taux accru d'ALT peut provenir d'une reconstitution immunitaire plutôt que de la toxicité du médicament.
- Modification de la dose (réduction) en cas d'insuffisance hépatique (quelle qu'en soit la cause) : AZT, tous les IP, tous les INTI.

f. Ostéoporose
- Risque : ostéopénie chez 25–50% des patients sous traitement antirétroviral ; ostéoporose dans 5–10% des cas
- Examen de dépistage routinier : non indiqué
- Traitement : augmenter la prise de calcium et de vitamine D et pratiquer des exercices de lever de poids

g. Nécrose avasculaire
- Fréquence : 0,3% à 1,3%
- Risques : abus d'EtOH, hyperlipidémie, utilisation de stéroïdes, hypercoagulabilité, hémoglobinopathie ; le lien avec le traitement ARV est incertain
- Diagnostic : IRM ou scanner CT
- Sites les plus fréquents : tête du fémur, épaule

h. Exanthème
- Plus fréquent avec les INNTI : NVP, DLV, EFV ; fréquence : 10% à 20%
  La forme la plus courante est cutanée et peut être traitée avec des antihistaminiques.
  Les réactions graves ou potentiellement mortelles sont notamment le syndrome de Stevens-Johnson et le DRESS (exanthème médicamenteux, éosinophilie et symptômes systémiques avec fièvre et plusieurs organes touchés).
- Indications pour interrompre l'INNTI : symptômes de DRESS ou exanthème accompagné de fièvre, desquamation, muqueuses touchées, vésication ou arthrite (1% à 2%)
- Sécurité des INNTI de remplacement : inconnue ; les structures chimiques des INNTI sont très différentes et l'expérience limitée montre que le remplacement de la NVP par l'EFV pour éviter l'exanthème est sûr
- IP les plus susceptibles de provoquer de l'exanthème : APV–22% (sulfonamide)
- INTI les plus susceptibles de provoquer de l'exanthème : ABC

i. Résumé
- ARV : problèmes possibles dans les pays tropicaux
  AZT (Retrovir®) : être prudent en cas d'anémie, causée par exemple par le VIH, le paludisme, l'ankylostomiase, la malnutrition, le cotrimoxazole, l'hydroxyurée
  ddI (Videx®) et d4T (Zerit®) : être prudent en cas de polynévrite, provoquée par le VIH, l'isoniazide, le dapsone, une carence en vitamines, l'éthylisme, le diabète
- INTI : effets indésirables

| | | |
|---|---|---|
| AZT (zidovudine) | Retrovir® | Anémie<br>Neutropénie<br>Nausées<br>Myopathie<br>Migraines |
| 3TC (lamivudine) | Epivir® | Neutropénie<br>Polynévrite |
| ddI (didanosine) | Videx® | Pancréatite, polynévrite |
| ddC (zalcitabine) | Hivid® | Pancréatite<br>Polynévrite<br>Ulcérations buccales |
| d4T (stavudine) | Zerit® | Pancréatite<br>Polynévrite |
| ABC (abacavir) | Ziagen® | Exanthème, fièvre<br>Chocs<br>Nausées |

- INNTI : effets indésirables

| | | |
|---|---|---|
| NVP (névirapine) | Viramune® | Exanthème<br>Hépatotoxicité |
| EFV (efavirenz) | Sustiva®<br>Stocrin® | Troubles neuropsychiatriques<br>Troubles du sommeil<br>Étourdissements<br>Exanthème |

- IP : effets indésirables

| | | |
|---|---|---|
| IDV (indinavir) | Crixivan® | Néphrolithiase<br>Arthralgies, panaris<br>Peau sèche, perte de cheveux<br>↗ bilirubine |
| RTV (ritonavir) | Norvir® | Diarrhée<br>Nausées<br>Paresthésie buccale |
| SQV (saquinavir) | Invirase®<br>Fortovase® | Diarrhée |
| NFV (nelfinavir) | Viracept® | Diarrhée |

- Effets indésirables à long terme des IP
  - Hépatite
  - ↑ cholestérol
  - ↑ triglycérides
  - Diabète
  - Lipodystrophie (60–65% des patients)
  - Dysfonction sexuelle ?
  - Athérosclérose ? Coronaropathie ?

- Effets indésirables du TAR

| | Spécifique à la catégorie | Spécifique à l'ARV |
|---|---|---|
| **INTI** | Toxicité mitochondriale (acidose lactique, lipoatrophie ?) | Pigmentation des ongles (ZDV)<br>Hypersensibilité (ABC) |
| **INNTI** | Exanthème | Dysfonction du SNC (EFV)<br>Hépatite aiguë (NVP) |
| **IP** | Anomalies métaboliques<br>Lipodystrophie<br>Saignements chez les hémophiles | Néphrolithiase (IDV)<br>Diarrhée (NFV, RTV, LPV)<br>Exanthème (APV) |

| | |
|---|---|
| Étape 6. | Discutez de la prise en charge des effets indésirables particuliers associés à certains médicaments (voir **4.** ci-dessous). Utilisez les algorithmes des diapositives PowerPoint #28–34.<br>**(20 minutes)** |

**4. Gestion des effets secondaires : voir les diapositives PowerPoint pour les algorithmes concernant la gestion de :**

- L'anémie liée à la ZDV
- La pancréatite liée à la ddI
- L'exanthème lié à la NVP
- La polynévrite liée à la d4T
- L'exanthème lié à l'EFV
- La néphrotoxicité liée à l'IDV
- Les effets sur le SNC liés à l'EFV
- La diarrhée liée au NFV/RTV :
  - Lopéramide, carbonate de calcium (500mg bid), psilium
  - Conseils diététiques : boire beaucoup de liquide ; aliments pouvant aggraver la diarrhée : café, alcool, aliments épicés, aliments riches en graisse, aliments riches en lactose
  - Tenir compte de l'expérience des patients
- Une bonne hydratation est essentielle pour un fonctionnement sain du corps.
  Les patients prenant du Crixivan® doivent boire au moins 1,5 litre d'eau ou autre liquide par jour.

| | |
|---|---|
| Étape 7. | Demandez aux participants de se répartir en petits groupes pour discuter des études de cas suivantes, en se laissant guider par les questions. Demandez à un rapporteur pour chaque groupe d'enregistrer les principaux points de la discussion sur une feuille du tableau papier. Accordez-leur 15 minutes pour se répartir en groupes et discuter des deux cas.<br>Rassemblez les participants en plénière et demandez à chaque rapporteur de présenter le compte rendu de la discussion de son groupe. Débattez toute question qu'ils pourraient avoir.<br>**(15 minutes)** |

# ÉTUDES DE CAS

### Cas 1

Un homme de 45 ans avec des antécédents de crises d'épilepsie est examiné au dispensaire. Au cours des deux dernières années, il a pris un comprimé de Combivir® (3TC+AZT) bid, 200 mg de NVP bid, 30 mg de phénobarbital le matin et 60 mg le soir.

Récemment, les résultats des analyses ont montré une réduction du nombre de CD4 et une augmentation de la charge virale. Vous décidez de remplacer le traitement par 40 mg de d4T bid, 400 mg de ddI od, 1,25 mg de NFV bid et de conserver la même dose de phénobarbital. Deux semaines plus tard, lors de la visite de suivi, la femme du patient se plaint au médecin que son mari dort tout le temps et qu'il est dans l'incapacité de travailler.

a. *Quelle pourrait être la cause du problème du patient ?*
b. *Que feriez-vous ?*

### Cas 2

Un patient de 35 ans prenant 20 unités d'Humulin® (insuline) vient de commencer l'AZT, la 3TC et l'IDV.
Trois mois plus tard, lors de la visite de suivi, vous constatez que la glycémie à jeun est passée de 3,8 mmol/l à 10 mmol/l.

a. *Que se passe-t-il selon vous ?*
b. *Que feriez-vous ?*
c. *Le patient a-t-il reçu le traitement optimal ?*

# RÉPONSES

### Cas 1

a. Le NFV(IP) est un inhibiteur du système des cytochromes P-450 contrairement à la névirapine, qui est un inducteur. Les taux élevés de phénobarbital dans le sang résultent de l'activité réduite du système des cytochromes.
b. Réduisez la dose de phénobarbital et réévaluez.

### Cas 2

a. Résistance de l'IDV à l'insuline
b. INNTI ; adaptez la dose d'insuline
c. Non. Discussion générale sur l'administration d'IP à des diabétiques.

## SESSION 5 Schémas thérapeutiques de première intention recommandés chez l'adulte

### BUT

Les participants étudieront les agents antirétroviraux approuvés et les schémas thérapeutiques de première intention recommandés par l'OMS.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Identifier les médicaments à intégrer dans différents traitements antirétroviraux de première intention
2. Discuter de l'utilisation de ces traitements compte tenu des recommandations nationales et de la disponibilité de ces médicaments dans le pays

### DURÉE

45 minutes

Étape 1. Discutez du traitement par lequel commencer et comment l'entamer (voir **1.** et **2.** ci-dessous). Revoyez les recommandations de l'OMS concernant les schémas thérapeutiques recommandés. Demandez aux participants si ces produits sont disponibles localement et demandez-leur de comparer les recommandations de l'OMS avec les recommandations de leur pays. Discutez des différences.
**(10 minutes)**

**1. Par quel traitement commencer :**

a. Les seuls schémas suffisamment puissants pour réduire considérablement la réplication virale et empêcher l'apparition d'une résistance et l'échec thérapeutique sur une longue période nécessitent la *combinaison de trois antirétroviraux au moins.*

b. Il existe actuellement 16 agents ARV approuvés pour le traitement de l'infection par le VIH-1 (aux États-Unis). Il s'agit notamment de six inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INtTI), de trois inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et de six inhibiteurs de protéase (IP). Treize de ces médicaments ont été repris dans les recommandations de l'OMS : voir tableau B1, 5.1, ci-dessous :

**Tableau B1, 5.1 : Agents antirétroviraux approuvés repris dans les recommandations de l'OMS sur les ARV[a]**

| Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) | Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse (INtTI) | Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) | Inhibiteurs de protéase (IP) |
|---|---|---|---|
| Zidovudine (AZT, ZDV)[b]<br>Didanosine (ddI)[b]<br>Stavudine (d4T)[b]<br>Lamiduvine (3TC)[b]<br>Abacavir (ABC)[b] | Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) | Névirapine (NVP)[b]<br>Efavirenz (EFZ)[b] | Saquinavir (SQV)[b]<br>Ritonavir (RTV) (comme activateur)[b]<br>Indinavir (IDV)[b]<br>Nelfinavir (NFV)[b]<br>Lopinavir/ritonavir (LPV/r)[b] |
| [a] Approuvé et généralement disponible dans les pays industriels, en janvier 2002 | | [b] Approuvé pour inclusion dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS, en avril 2002 | |

2. **Comment entamer le traitement ?**
   a. Utilisez la tri-thérapie la plus simple (autrement dit, peu de comprimés quelques fois par jour), la moins chère et la plus efficace (autrement dit, suffisamment puissante pour faire une différence avec le minimum d'effets secondaires) comme traitement de première intention.
   b. Choisissez ensuite une ou deux combinaisons de médicaments comme traitement de deuxième intention à utiliser en cas d'échec thérapeutique du traitement de première intention.
   c. Les schémas thérapeutiques de première intention recommandés par l'OMS sont les suivants :

**Table B1, 5.2 : Associations d'antirétroviraux recommandées en première intention chez l'adulte et l'adolescent atteint d'infection au VIH documentée**

| Association | En cas de grossesse | Effets toxiques principaux |
|---|---|---|
| ZDV/3TC/EFZ ou<br>ZDV/3TC/NVP | Remplacer EFZ par NVP<br>chez la femme enceinte<br>ou quand une contraception<br>efficace ne peut<br>pas être garantie | ZDV : anémie<br>EFZ : troubles du SNC<br>EFZ : tératogénicité possible<br>NVP : hépatotoxicité et éruptions cutanées graves<br>INTI : effets secondaires métabolique |
| ZDV/3TC/ABC[a,c] | ABC : données d'innocuité<br>limitées | ZDV : anémie<br>ABC : hypersensibilité<br>INTI : effets secondaires métaboliques |
| ZDV/3TC/RTV-IP[b,d] ou<br>ZDV/3TC/NVP | LPV/r : données d'innocuité limitées<br>NFV : données d'innocuité très favorables | ZDV : anémie<br>NFV : diarrhée<br>IDV : néphrolithiase<br>IP et INT : effets secondaires métaboliques |

[a] L'association ZDV/3TC est l'association de deux INTI recommandée en première intention en raison de son efficacité, de sa faible toxicité, de l'expérience clinique acquise et de l'existence d'une association fixe. Elle peut être remplacée par d'autres associations d'INTI, notamment les associations d4T/3TC, d4T/ddI et ZDV/ddI, en fonction des préférences locales (voir source, p. 28). Les médicaments ZDV et d4T ne doivent jamais être associés en raison d'une incompatibilité prouvée. Des associations fixes sont préférées lorsque c'est possible car elles favorisent l'adhérence au médicament.

[b] Les associations de RTV et d'IP sont notamment IDV/r, LPV/r et SQV/r.

[c] NOTE : Une recherche ultérieure contredit ce schéma et l'OMS révise actuellement ses recommandations.

[d] NOTE : Selon la recherche actuelle, l'option de deux INTI et d'un PI associé au ritonavir ou de nelfinavir ne doit pas être utilisée comme premier choix. Un tel traitement ne doit être utilisé que si un traitement aux INNTI n'est pas indiqué, par exemple dans le cas d'une infection au VIH-2 ou lorsque le patient présente des effets secondaires à l'EFV ou à la NVP.

Étape 2. Demandez aux participants de se répartir en petits groupes et de discuter des études de cas suivantes, en se laissant guider par les questions. Demandez à un rapporteur pour chaque groupe de noter les principaux points de la discussion sur une feuille du tableau papier. Accordez-leur 15 minutes pour se répartir en groupes et discuter des cas.
(15 minutes)

# ÉTUDES DE CAS

**Cas 1**

Un chauffeur routier de 35 ans se présente à la clinique et se plaint d'une diarrhée persistante qui a commencé cinq mois plus tôt. Vous procédez à une analyse de laboratoire et à un examen des selles et vous découvrez que sa numération lymphocytaire est de 1200/mm$^3$ ; l'examen des selles révèle un cryptosporidium.

a) *Quel serait votre diagnostic ?*
b) *Commenceriez-vous un traitement antirétroviral chez ce patient ? Justifiez votre choix.*
c) *Si oui, quel schéma thérapeutique choisiriez-vous ?*

**Cas 2**

Une étudiante de 24 ans se présente pour un test de dépistage anonyme du VIH. Elle a été violée trois mois auparavant. Il y a deux mois, elle a été reçue au dispensaire pour de la fièvre, des malaises, de la fatigue et des ganglions lymphatiques gonflés. À cette époque, elle avait été diagnostiquée avec la grippe. Actuellement, elle ne se plaint pas et elle est asymptomatique. Son test de dépistage du VIH est positif. Sa numération de CD4 est de 550.

a) *Quel serait votre diagnostic ?*
b) *Le diagnostic posé deux mois auparavant était-il correct ? Si non, qu'aurait-il dû être d'après vous ?*
c) *Commenceriez-vous un traitement antirétroviral chez cette patiente ? Justifiez votre choix.*
d) *Si oui, quel schéma thérapeutique choisiriez-vous ?*

**Cas 3**

Une jeune femme, enceinte de trois mois, se présente au dispensaire et se plaint d'une fièvre qui persiste depuis plus d'un mois. Dans son dossier, vous constatez qu'elle pesait 54 kg il y a six mois. Elle pèse aujourd'hui 46 kg. Elle a des antécédents de zona. Vous ne disposez pas des installations nécessaires pour procéder à un test de dépistage du VIH ou une numération des lymphocytes ou des CD4.

a) *Quel serait votre diagnostic et pourquoi ?*
b) *Commenceriez-vous un traitement antirétroviral chez cette patiente ? Justifiez votre choix.*
c) *Si oui, quel schéma thérapeutique choisiriez-vous ?*

Étape 3. Réunissez les participants en plénière et demandez à chaque rapporteur de présenter un compte rendu de la discussion de son groupe. Discutez de toute question qu'ils pourraient avoir.
**(20 minutes)**

## SESSION 6 Suivi du patient et surveillance du TAR

### BUT

Les participants étudieront la surveillance clinique et biologique des patients sous TAR. Cette session abordera la surveillance clinique et biologique, le contrôle de l'efficacité ; les calendriers de contrôle et les mesures de la toxicité et de l'efficacité.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Discuter de la surveillance clinique, y compris des paramètres cliniques et biologiques de surveillance, des obstacles, du transport des échantillons et de la capacité du personnel
2. Décrire la surveillance de la tolérance, l'efficacité, la toxicité et la résistance au traitement antirétroviral
3. Discuter des protocoles recommandés pour la surveillance clinique

### DURÉE

1 heure

### PRÉPARATION

Préparez une étude de cas à partir de votre expérience personnelle concernant un patient souffrant des effets toxiques des médicaments.

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessous). (1 minute) |
| Étape 2. | Présentez les informations sur la surveillance clinique et biologique et le contrôle de l'efficacité (voir **1. a–c** ci-dessous). **(10 minutes)** |

**1. Surveillance du traitement antirétroviral : recueillez les informations suivantes :**

a. Cliniques
- Antécédents passés et présents détaillés
  - Autres problèmes médicaux
  - Autres médicaments, y compris herbes traditionnelles
- Examen physique approfondi et régulier

b. Biologiques
- Tests strictement indispensables : test de dépistage du VIH ; dosage d'hémoglobine (Hb) ou d'hématocrite (Ht)
- Tests de base recommandés : NGB ; tests de la fonction hépatique (TFH) et tests de la fonction rénale (TFR) ; glycémie ; numération lymphocytaire
- Tests souhaitables : dosage de la bilirubinémie, de l'amylasémie, des lipides sériques et numération des CD4
- Tests facultatifs : mesure de la charge virale

c. Efficacité

Examinez les éléments suivants :
- Diminution ou disparition des symptômes
- Prise de poids
- Diminution de la fréquence ou de la gravité des IO
- Diminution des lésions de Kaposi
- Augmentation de la numération lymphocytaire totale
- Augmentation de la numération des CD4
- Suppression persistante de la charge virale

| | |
|---|---|
| Étape 3. | Présentez les informations sur la surveillance (voir **2. a** ci-dessous).<br>Soulignez l'importance de procéder à un examen physique à chaque visite.<br>Discutez du calendrier de surveillance clinique. Demandez aux participants si cela est possible dans leur pays et quels sont les obstacles ou contraintes qu'ils pourraient rencontrer.<br>**(10 minutes)** |
| Étape 4. | Présentez les informations sur la surveillance biologique de la tolérance au TAR (voir **2. b** ci-dessous).<br>Demandez aux participants quels sont les tests de laboratoire pour la surveillance du TAR qui sont disponibles au niveau local. Écrivez-les sur un tableau papier. À la lumière des réponses, discutez des ressources disponibles et des restrictions.<br>Discutez des ressources et restrictions des laboratoires, des questions du transport des échantillons et de la capacité du personnel. Sur la base de cette discussion, établissez un programme de surveillance qui soit adapté au niveau local.<br>**(30 minutes)** |

**2. Comment surveiller ?**

a. Pour la surveillance clinique et le contrôle de l'efficacité, il est *très* important d'examiner le patient à chaque visite. Le calendrier de surveillance doit se composer comme suit :
- Première visite de suivi après une semaine, ou plus tôt en cas d'effets secondaires

- Ensuite, visites mensuelles ou plus rapprochées si nécessaire
- Lors de chaque visite, posez des questions concernant les symptômes, l'adhérence, les problèmes liés ou non au VIH, la qualité de vie
- Examen physique, poids

b. Surveillance biologique concernant la tolérance et la toxicité du TAR

| Tests de laboratoire | Catégorie d'ARV | | |
|---|---|---|---|
| | INTI | INNTI | IP |
| **Essentiels au début et pour le suivi** | | | |
| Numération formule sanguine complète | ✓ | | |
| Urine (glucose, protéine, microscopie) | ✓ | | ✓ |
| **Indiqués par les caractéristiques cliniques** | | | |
| Transaminases sériques | ✓ | ✓ | |
| Amylase sérique | ✓ | | ✓ |
| Créatinine/urée sériques | ✓ | | |
| Créatinine phosphokinase | ✓ | | ✓ |
| Triglycérides sériques | | | ✓ |
| Glycémie | | | |

- Fréquence des analyses chimiques du sang
  - ALT après 2 semaines et 1 mois si le patient est traité à la NVP ou en cas de résultats ALT anormaux lors de la première analyse ou si le patient développe des symptômes ; dans les autres cas, tous les 3 mois
  - Hb tous les 3 mois ou plus souvent, si indiqué au niveau clinique
  - Créatinine, glucose, amylases et lipides, si indiqué au niveau clinique
- Changements désirés dans les niveaux de la charge virale et des CD4 pendant le TAR
  - Diminution de la charge virale de 1,5–2,0 log au cours du premier mois
  - Diminution de la charge virale à <50 copies/ml chez 80–90% des patients après 24 semaines

  *Certains cliniciens utilisent les niveaux suivants d'augmentation des CD4 pour mesurer le succès du traitement mais ce ne sont que des suggestions et les différences sont grandes d'une personne à l'autre. Chez les patients souffrant d'une déficience immunitaire grave, il est probable que le taux d'augmentation des CD4 sera plus lent qu'indiqué.*
  - Augmentation moyenne des CD4 de 100–200 la première année
  - Augmentation moyenne des CD4 de 100 les années suivantes
- Numération CD4/lymphocytaire totale
  - NLT : au début puis tous les 3 mois
  - numération des CD4 : au début puis tous les 6 mois (cela peut varier en fonction des protocoles nationaux/locaux)
- Charge virale
  - Seulement en cas de soupçon d'échec thérapeutique sans rapport avec la non-adhérence

### 3. Résistance médicamenteuse du VIH

a. Se rapporte à une diminution de la capacité d'un médicament ou d'une combinaison de médicaments à bloquer la reproduction du VIH dans le corps.
Cette diminution se produit suite à des changements (ou mutations) dans la structure génétique du VIH résultant de la reproduction rapide et souvent imparfaite de nouvelles copies virales.
La meilleure manière d'éviter le développement d'une pharmacorésistance est de contenir le VIH. Moins le virus est présent dans le corps, moins il est probable qu'il se reproduira et mutera.

b. Les facteurs pouvant empêcher les médications anti-VIH de contenir le virus sont une mauvaise adhérence au traitement, une mauvaise absorption des médicaments et une pharmacocinétique variable (l'absorption, la distribution, la métabolisation et l'élimination des médicaments du corps en fonction de la personne)

c. Analyse de pharmacorésistance
   - Il y a deux manières d'analyser la pharmacorésistance du VIH :
     Le génotypage identifie les mutations liées aux gènes de la protéase et de la transcriptase inverse du VIH d'une personne
     Le phénotypage mesure la croissance du VIH en présence de médicaments contre le VIH
   - Faiblesses et inconvénients
     Ces tests ne mesurent que la souche VIH dominante qui existe au moment de l'examen et ne mesurent pas les souches *minoritaires* ou les souches qui peuvent se *cacher* dans les cellules au repos, par exemple.
     Ces tests doivent être réalisés lorsque le patient prend des ARV et pas plus de trois semaines après l'arrêt du traitement (sinon, le virus se sera probablement transformé en *type sauvage*).
     Il est difficile d'interpréter ces tests et ils donnent souvent des résultats contradictoires, en particulier chez les patients qui ont connu plusieurs échecs thérapeutiques.
     Ces tests sont coûteux.

Étape 5. Présentez les informations sur la pharmacovigilance (voir **4. a–c** ci-dessous). Commencez par indiquer que la pharmacovigilance n'existe probablement pas au niveau local mais qu'il est important de comprendre que des taux élevés ou une forte exposition à un médicament peuvent être associés à des effets toxiques. **(5 minutes)**

## 4. Pharmacovigilance

a. Pour l'instant, la pharmacovigilance thérapeutique (PVT) est peu pratiquée en dehors des établissements de recherche. Étant donné qu'il s'agit d'un nouveau domaine de recherche concernant la prise en charge du VIH, il est peu probable qu'elle se répandra très rapidement à grande échelle.
   Actuellement, les directives thérapeutiques britanniques recommandent la PVT lorsque les prestataires de soins utilisent des doses autres que celles recommandées par les fabricants. Vous devez également utiliser la PVT en cas de troubles hépatiques graves et afin de prendre en charge les effets toxiques. Chez des patients enregistrant des taux élevés, mais aucun signe actuel de toxicité, la réduction du dosage peut être une stratégie pour empêcher le développement d'un effet toxique.

b. Des taux élevés ou/et une forte exposition aux médicaments suivants sont liés à des effets toxiques :
   - Ritonavir : augmentation des triglycérides, paresthésie autour de la bouche, diarrhée
   - Indinavir : lithiases rénales, coliques et autres problèmes des voies urinaires ou des reins liés aux cristaux d'indinavir
   - Efavirenz : effets toxiques sur le SNC comme des rêves très vivants, une anxiété, une sensation d'être *drogué*

   Des taux élevés de médicaments n'ont pas été clairement liés à d'autres effets secondaires du traitement

c. Résumé : examen des taux de médicament
   - Une mauvaise adhérence au traitement est une cause importante de faible taux de médicament
   - Les interactions médicamenteuses peuvent agir sur les taux de médicament
   - Certaines personnes éliminent plus rapidement que d'autres les médicaments
   - De faibles taux de médicament dans le sang peuvent engendrer un échec thérapeutique
   - Un nombre restreint de centres de traitement testent actuellement les taux de médicament chez les personnes prenant des IP
   - Des taux de médicament plus élevés peuvent signifier une plus grande activité anti-VIH mais des effets secondaires plus graves et plus fréquents

Étape 6. Présentez le cas de toxicité médicamenteuse que vous avez préparé (si vous avez le temps) et discutez-en. **(10 minutes)**

## SESSION 7 Adhérence au traitement et stratégies de mise en œuvre

### BUT

Au cours de cette session, les participants examineront les questions liées à la promotion de l'adhérence aux ARV.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire l'importance d'une bonne adhérence et les conséquences d'une mauvaise adhérence
2. Décrire les stratégies efficaces pour promouvoir l'adhérence et discuter de la manière d'aider les patients à faire face aux effets secondaires non toxiques des ARV
3. Présenter des exemples sur la manière de conseiller les patients à adhérer à leur traitement
4. Développer un outil ou questionnaire pour évaluer l'adhérence au niveau local

### DURÉE

1 heure 40 minutes

### PRÉPARATION

1) Pour l'exercice de l'étape 3, concernant les facteurs influant sur l'adhérence, préparez quatre feuilles du tableau papier avec les titres suivants :

| | |
|---|---|
| **Facteurs liés au patient** | **Facteurs liés au prestataire de soins** |
| **Facteurs liés au traitement** | **Autres facteurs** |

2) Pour l'étape 6, faites des copies du jeu de rôles et découpez la page afin que les trois rôles figurent sur des feuilles séparées. Faites suffisamment de copies afin que chaque personne dispose d'une copie du rôle particulier qu'elle va jouer.

### RÉFÉRENCES

Bartlett, J.A. Addressing the challenges of Adherence. JAIDS Vol 29, Supp1, 1er février 2002.

Mildmay International/FHI, Antiretroviral therapy : A course for doctors. Septembre 2002.

British HIV Association/Medical Society for the Study of Venereal Diseases. Guidelines on provision of adherence support to individuals receiving antiretroviral therapy. Projet 2002.

OMS. Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays aux ressources limitées. Recommandations pour une approche de santé publique. Juin 2002.

Étape 1. Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus).
**(2 minutes)**

Étape 2. Présentez les définitions et les informations sur la mesure de l'adhérence, y compris les commentaires généraux (voir **1.–3.** ci-dessous).
**(15 minutes)**

**1. Définitions de l'adhérence et de l'observance**

a. L'adhérence est le terme utilisé pour décrire que le patient prend bien ses médicaments en respectant la dose, la fréquence et le moment indiqués
b. Le patient participe à l'adhérence en décidant de prendre ou non les médicaments
c. L'observance signifie que le patient fait ce que lui recommande le médecin/pharmacien

**2. Mesure de l'adhérence**

a. Traitement sous surveillance directe (DOT) : théoriquement lié à une adhérence à 100%. Exigeant en main-d'œuvre et peu pratique en dehors des établissements institutionnels.
b. Contrôle électronique des flacons de gélules, par exemple, le MEMS (*Medication Event Monitoring System*) est un système coûteux. Un patient peut retirer des doses et ne pas les prendre. Ce système ne peut pas être utilisé pour les plaquettes de comprimés.
c. Auto-évaluation du patient : moyen pratique et bon marché.
d. Comptage des comprimés : exigeant en main-d'œuvre.
e. Taux de médicament dans le plasma : évaluation objective.
f. Dossiers des pharmacies/contrôle du renouvellement des ordonnances.
g. Test de la charge virale : ne constitue pas une évaluation de base de l'adhérence ; marqueur auxiliaire ; peut être utile en association avec une auto-évaluation du patient.

**3. Adhérence : commentaires généraux**

a. Un des principaux éléments du succès.
b. Une mauvaise adhérence conduit à un échec virologique, au développement d'une résistance médicamenteuse et à un échec immunologique et clinique ultérieur.
c. Il est important de bien conseiller les patients avant de débuter un TAR ; faites intervenir cliniciens, infirmiers, pharmaciens et autres.
d. Il ne faut pas débuter un TAR lors d'une première visite clinique. Vous devez conseiller le patient sur l'adhérence au traitement afin de la maximiser.
e. Une fois le traitement débuté, vous devez surveiller le patient et lui apporter un soutien permanent.

Étape 3. Accrochez au mur les feuilles du tableau papier sur lesquelles figurent les quatre catégories de facteurs influençant l'adhérence. Demandez à chaque participant de nommer un facteur. Écrivez les réponses sur la feuille correspondante. Ajoutez les facteurs que les participants auraient pu oublier (voir **4.** ci-dessous). Discutez de toute question qu'ils pourraient avoir.
**(15 minutes)**

### 4. Facteurs influençant l'adhérence au traitement

a. Facteurs liés au patient
- Préparation et engagement du patient
- Négligence
- tre loin de chez soi
- Style de vie
- Dépression
- Éléments culturels
- Éléments socio-économiques

b. Facteurs liés au prestataire de soins
- Préparation du prestataire de soins (connaissances, compétences)
- Conseils
- Éducation du patient
- Dispositifs pour rappeler la prise des médicaments, par exemple, tableaux et agendas
- Équipe chargée de l'adhérence
- Soutien du prestataire de soins

c. Facteurs liés au traitement et aux médicaments
- Nombre de comprimés
- Fréquence
- Effets secondaires
- Restrictions alimentaires
- Interactions médicamenteuses
- Conservation

d. Autres facteurs
- Coût

| | |
|---|---|
| Étape 4. | Présentez les informations sur les stratégies d'intervention en matière d'adhérence (voir **5.** ci-dessous). Demandez aux participants de donnez des exemples sur la manière dont ils pourraient mettre en œuvre chaque stratégie au niveau local. **(20 minutes)** |

### 5. Stratégies d'intervention en matière d'adhérence

Éduquer et motiver ; fournir des informations de base concernant les médicaments, discuter de l'importance de l'adhérence, du moment où prendre les médicaments, des interactions médicamenteuses, etc.
- Simplifier le traitement
- Adapter le traitement au style de vie du patient
- Gérer les effets secondaires et préparer le patient à ces effets secondaires
- Avoir recours à une équipe chargée de l'adhérence
- Aborder les questions concernant le patient
- Recruter une personne chargée de surveiller l'adhérence
- Fournir des dispositifs pour promouvoir l'adhérence
- Utiliser un personnel de soins à domicile pour promouvoir l'adhérence
- Avoir recours à une adaptation de la stratégie de traitement sous surveillance directe pendant une période à déterminer

| | |
|---|---|
| Étape 5. | Demandez aux participants de se répartir en groupes de trois pour s'exercer à donner des conseils au patient concernant l'adhérence, en utilisant le jeu de rôles ci-dessous. La première personne sera le patient, la deuxième le clinicien et la troisième l'observateur. Donnez une copie du texte correspondant à chacun d'entre eux. Dites-leur qu'ils disposent de 30 minutes pour effectuer cet exercice.<br>**(30 minutes)**<br>*Note :* Les conseils en matière d'adhérence supposent non seulement d'être en mesure de transmettre les aspects techniques de l'adhérence, mais aussi de posséder les aptitudes nécessaires pour aider le patient à se détendre, à se sentir à l'aise et à avoir confiance dans le prestataire de soins. Ce dernier point peut requérir plus de temps. |
| Étape 6. | Réunissez les participants en plénière et discutez de ce qui a fonctionné, de ce qui n'a pas fonctionné, des problèmes qu'ils ont rencontrés et des suggestions pour améliorer leurs aptitudes à conseiller, selon le point de vue de chacun.<br>**(20 minutes)**<br>**(Durée totale : 50 minutes)** |

# Jeu de rôles : ouvrir la voie à l'adhérence

## PATIENT

Vous êtes un enseignant de 43 ans. On vous a diagnostiqué positif au VIH il y a trois ans. Vous n'avez pas voulu y penser et vous n'êtes donc pas revenu au dispensaire pour des bilans de santé comme on vous l'avait conseillé. Vous vous sentiez bien—jusqu'à la semaine dernière. Aujourd'hui, vous voulez voir un médecin parce que la semaine dernière, vous avez éprouvé des difficultés à avaler et vous avez remarqué que vous aviez des lésions buccales.

Vous êtes soucieux mais vous voulez de l'aide. Vous craignez d'avoir à prendre beaucoup de comprimés, ce que vous n'avez jamais aimé et qui pourrait signifier que vous aurez à informer votre femme que vous êtes positif au VIH.

## CLINICIEN

Le patient est un enseignant de 43 ans qui a été diagnostiqué positif au VIH il y a trois ans. Il n'a pas consulté de médecin depuis cette date. Il déclare qu'il se sentait en bonne santé. À l'examen, il présente un muguet et ses antécédents révèlent qu'il éprouve des difficultés à avaler.

Vous prescrivez du fluconazole pour la candidose buccale/oesophagienne. Vous pensez également qu'il devrait commencer à prendre de la zidovudine, de la lamivudine et de l'efavirenz. Vous envisagez d'ordonner des tests de laboratoire et de demander au patient de revenir la semaine prochaine.

Avant de commencer, pensez aux questions suivantes :

1. *Comment devez-vous entamer la discussion sur les médicaments et sur les problèmes qui peuvent affecter l'adhérence ?*
2. *Que dites-vous pour démarrer la discussion ?*
3. *Quelles sont les questions que vous soulevez au cours de la discussion ?*
4. *Quel suivi recommandez-vous* ?

## OBSERVATEUR

1. *De quelles aptitudes verbales et non verbales le clinicien a-t-il fait preuve ?*
2. *Qu'aurait pu faire le clinicien et qu'il n'a pas fait ?*
3. *Quelle a été la réaction du patient à l'approche utilisée par le clinicien ?*
4. *Quels sont les points importants qui ont été abordés et qui sont essentiels pour l'adhérence ? (voir le point 5 "Stratégies" ci-dessus)*
5. *Quels sont les points essentiels qui n'ont pas été abordés ?*
6. *Mettez au point un instrument de mesure de l'adhérence adapté aux conditions locales.*

Un questionnaire validé pour les patients s'est révélé l'un des outils les plus fiables et les plus répandus pour surveiller l'adhérence chez les patients externes. Le questionnaire doit reprendre des informations sur la tolérance, les effets secondaires et la toxicité.

Chaque pays et/ou centre de santé doit élaborer son propre questionnaire, qui doit être bref et adapté au niveau culturel ; un outil standardisé n'est pas toujours applicable à toutes les régions et cultures.

Étape 7. En plénière, discutez de la mise au point d'un instrument pour mesurer l'adhérence. Notez leurs idées et suggestions sur un tableau papier; examinez ensuite le pour et le contre. Les outils peuvent notamment être :

- Rappel après trois jours
- Rappel après une semaine (auto-évaluation du patient)
- Dossiers de pharmacie pour étayer l'auto-évaluation du patient
- Un questionnaire qui reprend des informations sur la tolérance, les effets secondaires et la toxicité.

**(10 minutes)**

## SESSION 8 Pourquoi et quand changer de traitement ?

### BUT

Les participants étudieront la résistance aux médicaments, les raisons justifiant un changement de TAR et les schémas thérapeutiques de deuxième intention possibles.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Discuter des raisons justifiant un changement de traitement
2. Identifier les choix en matière de schémas thérapeutiques ARV de deuxième intention
3. Décrire les limites du choix d'un traitement de remplacement

### DURÉE

1 heure 30 minutes

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus). **(3 minutes)** |
| Étape 2. | Présentez les informations sur le moment où il convient de changer le traitement (voir **1.** ci-dessous). Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires. **(15–20 minutes)** |

## 1. Situations nécessitant un changement de traitement ou le remplacement d'un des médicaments

a. Échec thérapeutique

- Défini comme :
  - **Échec clinique :** progression clinique de la maladie signalée par le développement de nouveaux symptômes, la non-disparition des symptômes ou l'apparition d'une IO ou d'une tumeur maligne, lorsque les médicaments ont été administrés suffisamment longtemps pour produire un niveau de protection et de restauration immunitaire.
  - **Échec immunologique :** une chute du nombre de CD4 > 30% par rapport à la valeur de crête ou une diminution équivalente ou inférieure au niveau de base avant le commencement du traitement.
  - **Échec virologique :** impossibilité d'obtenir un niveau de charge virale indétectable après 3–6 mois ; virémie détectable continue et répétée, indiquant une suppression virale incomplète ; réapparition d'une charge virale détectable.
- Raisons de l'échec thérapeutique :
  - Puissance insuffisante des ARV
  - Taux de médicaments insuffisants (y compris mécanismes cellulaires)
  - Mauvaise adhérence
  - Pharmacorésistance préexistante du virus
  - Mauvaise prescription

Raisons expliquant l'absence d'amélioration ou une détérioration clinique, malgré le traitement ARV :

| Échec thérapeutique | Autres raisons |
|---|---|
| • Traitement non optimal<br>• Non-adhérence<br>• Mauvaise absorption, interactions médicamenteuses<br>• Pharmacorésistance | • Effets secondaires des ARV ou d'autres médicaments<br>• Phénomène de reconstitution immunitaire<br>• IO ou autres problèmes liés au VIH.<br>• Problèmes non liés au VIH. |

Charges virales en cas d'absence d'amélioration ou en cas de détérioration clinique :

| Échec thérapeutique | Autres raisons |
|---|---|
| Charge virale ↑<br>ou<br>diminution insuffisante | Charge virale ↓↓<br>ou<br>indétectable |

- Que faire en cas d'échec thérapeutique :
  - Vérifier le traitement
  - Vérifier l'adhérence aux ARV
  - Procéder à un test de résistance, si disponible
  - Pharmacovigilance (PVT), si possible

| Adhérence | Charge virale indétectable après 3 mois |
|---|---|
| > 95% | 100% |
| 90–95% | 64% |
| 80–90% | 50% |
| 70–80% | 25% |
| < 70% | 6% |

b. Toxicité

**Taux de médicament dans le plasma : évaluation objective**

- Impossible d'identifier les médicaments responsables des effets toxiques et/ou effets secondaires peu intenses mais intolérables qui compromettent l'adhérence (pour de plus amples détails, voir la session 4 sur les interactions médicamenteuses et les effets indésirables des médicaments : effets secondaires et toxicité).
- Toxicité clairement liée à un seul médicament
  En l'occurrence, on pourra remplacer le médicament causant la toxicité sans compromettre l'ensemble du traitement. Par exemple, vous pouvez remplacer la ZDV par la d4T en cas d'anémie ou de symptômes liés à la ZDV ; ou l'EFV par la NVP en cas de symptômes constants dus à l'EFV qui affectent le SNC.
  Si une interruption du traitement est indiquée afin de pouvoir résoudre le problème de toxicité, suspendez l'ensemble du traitement temporairement afin de prévenir l'apparition d'une résistance médicamenteuse.

Étape 3. Demandez aux participants de citer un schéma thérapeutique de deuxième intention et inscrivez-le sur un tableau papier. Attendez d'avoir toutes leurs réponses.
**(5 minutes)**

Étape 4. Décrivez les schémas thérapeutiques de deuxième intention recommandés par l'OMS (voir ci-dessous) et comparez-les aux réponses des participants. Observez et débattez toute différence. Demandez-leur quelles sont les recommandations nationales pour ces traitements.
**(15 minutes)**

Étape 5. Discutez brièvement des limites du choix d'un traitement de remplacement (voir **2. c** ci-dessous).
**(5 minutes)**
**Durée totale : 25 minutes**

## 2. Schémas thérapeutiques de deuxième intention recommandés chez l'adulte et l'adolescent

a. Les raisons justifiant une modification du traitement antirétroviral initial sont notamment :
- La présence d'effets secondaires qui interfèrent avec les activités quotidiennes et entraînent une mauvaise adhérence
- La toxicité médicamenteuse
- L'apparition d'une tuberculose active ou d'une grossesse
- L'échec thérapeutique

b. Schémas thérapeutiques de deuxième intention recommandés par l'OMS (voir tableau B1, 8.1, ci-dessous)

**Tableau B1, 8.1 : Schémas thérapeutiques recommandés chez l'adulte et l'adolescent**

| Traitement de première intention | Traitement de deuxième intention en cas d'échec thérapeutique | Autres options de traitement de 2e intention en cas d'échec thérapeutique |
|---|---|---|
| ZDV/3TC/EFZ ou ZDV/3TC/NVP | d4T/ddI/ RTV-IP[a,b,d] | RTV-IP[1]/ABC/ddI[c,d]<br>NFV + ABC/ddI[c,d] ou<br>d4T/ddI[b,d]/NFV |
| ZDV/3TC/ABC | d4T/ddI[b,d]/INNTI[e] | d4T/ddI[b,d]/RTV-IP[a] |
| ZDV/3TC/RTV-IP ou<br>ZDV/3TC/NFV | d4T/ddI[b,d]/INNTI[e] | ABC/ddI[b,d]/INNTI[e] |

[a] L'association RTV-IP peut être soit IDV/r, soit LPV/r soit SQV/r. On choisira une des associations RTV-IP en raison de leur bonne activité. Le NFV peut être envisagé pour remplacer l'IP du traitement de deuxième intention, si l'IP potentialisé par le RTV n'est pas disponible ou en cas de contre-indication clinique.

[b] La résistance croisée entre inhibiteurs nucléosidiques risque de compromettre l'activité de l'association d4T/ddI en deuxième intention en cas de changement de traitement pour échec thérapeutique car on pense que l'échec virologique aura été prolongé jusqu'à ce moment et qu'il peut y avoir plusieurs mutations d'analogues nucléosidiques. Toutefois, les choix sont limités en cas d'échec thérapeutique. Voir également la note 3.

[c] Le tenofovir est un INtTI od ayant une activité contre certaines souches résistantes aux agents nucléosidiques. Si disponible, le TDF peut être ajouté aux combinaisons d4T/ddI ou ABC/ddI ou remplacer la d4T ou l'ABC dans ces combinaisons. Sa disponibilité est actuellement restreinte dans les pays aux ressources limitées.

[d] Un haut niveau de co-résistance à l'association ZDV/3TC confère cependant une sensibilité diminuée vis-à-vis de l'ABC. Si la combinaison d4T/3TC est utilisée comme agents nucléosidiques de première intention, la combinaison AZT/ddI peut être utilisée comme agents nucléosidiques de deuxième intention et vice-versa.

[e] L'inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse peut être soit EFZ soit NVP.

c. Limites du choix d'un traitement de remplacement
- Résistance médicamenteuse :
  - Si vous n'avez pas recours à la surveillance de la charge virale et à la résistance aux médicaments pour déterminer tout échec thérapeutique, il est probable que l'échec virologique aura été présent depuis longtemps lorsque vous détecterez l'échec thérapeutique.
  - La réplication virale avec le temps entraîne des mutations plus résistantes aux médicaments et il sera difficile de savoir ceux qui ont été compromis sans procéder à un test de pharmacorésistance.
- Comment éviter la résistance médicamenteuse :
  - Tri-thérapie
  - Adhérence optimale
  - Surveillance de l'échec thérapeutique
  - Changer tous les ARV en cas d'échec thérapeutique
- Arrêter les ARV en cas de :
  - Effets secondaires graves
  - Traitement inefficace, par exemple, mono-thérapie
  - Non-adhérence
- Rappelez-vous que :
  Après l'arrêt des ARV, la charge virale augmentera, entraînant un risque accru de transmission du VIH

| | |
|---|---|
| Étape 6. | Demandez aux participants de se répartir en petits groupes et de discuter des études de cas suivantes, en se laissant guider par les questions. Demandez à un rapporteur pour chaque groupe de noter les principaux points de la discussion sur une feuille du tableau papier. Accordez-leur 15 minutes pour se répartir en groupes et discuter des cas.<br>**(15 minutes)**<br>Réunissez tous les participants en plénière pour examiner les discussions de groupe.<br>**(20 minutes)** |

# Études de cas

**Cas 1**

Un homme de 34 ans a suivi un traitement de stavudine, lamivudine et névirapine au cours des quatre dernières années. Lors de sa dernière visite, le nombre de CD4 était tombé de 300/mm$^3$ à 200/mm$^3$ et la charge virale était passée d'un niveau indétectable à 50.000 copies/ml.

*a. Qu'arrive-t-il à ce patient selon vous ?*
*b. Quel traitement pouvez-vous lui administrer, compte tenu de la situation locale ?*

**Cas 2**

Un enseignant de 30 ans arrive ; on lui a récemment diagnostiqué une infection par le VIH. Il se plaint d'avoir du mal à avaler et de perdre du poids. Il ne se plaint de rien d'autre et n'a pas de fièvre.

*Antécédents médicaux*
Zona, il y a six ans

*Résultats de l'examen physique*
Perte de poids < 10% du poids corporel
Dysphagie due a une candidose buccale

*Résultats des tests de laboratoire*
Aucune numération de CD4 disponible
Hémoglobine 9mg/dl
Leucocytes 5200 109/l
Lymphocytes 15%
Total lymphocytes 780 109/l
ALT 200 U/l

*Plan*
Vous lui donnez du fluconazole 200mg x 14 jours pour traiter la candidose buccale.
Commencez à lui administrer un traitement d'efavirenz/stavudine/lamivudine (EFZ/d4T/3TC).

**a. Est-ce un traitement de départ adéquat ?**
**b. Justifiez votre opinion**

**Suite**

Un mois plus tard, il éprouve des nausées et n'a pas d'appétit. Les résultats du laboratoire sont les suivants :

Hémoglobine 9,2 mg/dl
AST 450 U/l
ALT 465 U/l

*a. Qu'arrive-t-il à ce patient selon vous ?*
*b. Quelle va être votre décision ?*

**Suite**
Vous avez décidé d'arrêter l'efavirenz et de poursuivre la stavudine/lamivudine pendant trois jours.
Vous procédez à un examen du foie après un mois, qui donne les résultats suivants :

ALT : 120 U/l
AST : 130 U/l

*a. Que vous disent ces résultats ?*
*b. Que faites-vous ensuite ?*

**Suite**
Vous mettez le patient sous indinavir et continuez la stavudine/lamivudine. Après un mois, vous répétez les examens de laboratoire, qui donnent les résultats suivants :

ALT : 125 U/l
AST : 140 U/l

*a. Quelle est votre conclusion ?*

# Réponses

**Cas 1**

*Qu'arrive-t-il à ce patient selon vous ?*

Il éprouve peut-être un problème d'adhérence. Si l'adhérence est bonne, le problème provient alors d'un échec thérapeutique.

*Quel traitement pouvez-vous lui administrer, compte tenu de votre situation locale ?*

Traitement à base d'IP, avec de nouveaux INTI.

**Cas 2**

*Qu'arrive-t-il à ce patient selon vous ?*

Il peut s'agir d'un effet toxique de l'INNTI ou d'un syndrome de reconstitution immunitaire.

*Quelle est votre conclusion ?*

Les résultats anormaux du foie sont probablement liés à un effet toxique de l'INNTI et non à un syndrome de reconstitution immunitaire chez un patient ayant des antécédents de co-infection VIH-hépatite.

# Références

## PARTIE B : MODULE B1

Attaran, A. 2002. Breaking the excuses : New knowledge about patents and international aid financing, and why AIDS treatment isn't happening. Résumé ThOrE1421 : XIVe Conférence internationale sur le SIDA, Barcelone.

Bartlett, John G. 2002. *The 2002 Abbreviated Guide to Medical Management of HIV Infection.* Baltimore, Maryland : Johns Hopkins University.

Bartlett, John G. and Gallant, Joel E. 2003. *Medical Management of HIV Infection.* Baltimore, Maryland : Johns Hopkins University.

Munk, Robert. 2002. Resistance to Anti-HIV Medications. Positively Aware : nov-déc 13(6).

OMS. 2002. Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : Recommandations pour une approche de santé publique. Genève : OMS.

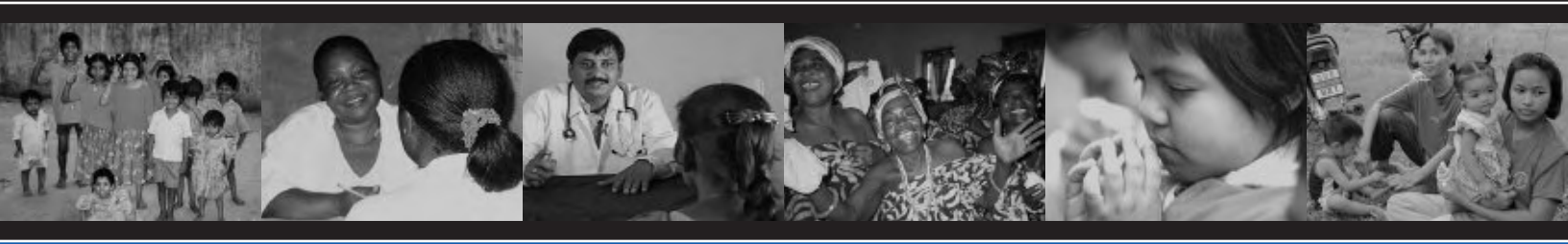
Perez-Casas C et al. 2002. Antiretrovirals : most effective strategies to reduce process. Résumé MoOrG1036 : XIVe Conférence internationale sur le SIDA, Barcelone.

Szwarcwald, C, L. 2002. The impact of national production of ARV drugs on the cost of the ARV therapy in Brazil, 1997–2000. Résumé ThOrE1424 : XIVe Conférence internationale sur le SIDA, Barcelone.

http://www.aidsmap.com (en anglais, mis à jour le 15 novembre 2003).

Module B2

# Questions particulières : TB, femmes, enfants et PPE



# Module B2

## Questions particulières : TB, femmes, enfants et PPE

**Session 1 : Prise en charge de la tuberculose et autres infections et affections liées au VIH dans le cadre d'un TAR**
Au cours de cette session, les participants étudieront la prise en charge de la tuberculose et autres infections et affections liées au VIH, telles que les infections opportunistes, l'hépatite et le syndrome de reconstitution immunitaire, dans le cadre d'un TAR.

**Session 2 : Le TAR chez les femmes : pendant la grossesse et pour la prévention de la transmission mère-enfant**
Les participants apprendront à choisir les médicaments de TAR destinés aux femmes en âge de procréer ainsi que le TAR approprié pendant la grossesse. La session examine également la façon de gérer les médicaments dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), ainsi que l'utilisation et les limitations du TAR en tant que mesure préventive.

**Session 3 : Le TAR chez les enfants et les nourrissons**
Les participants étudieront l'évolution naturelle de la maladie à VIH chez l'enfant, les différences avec celle de l'adulte, la manière de poser un diagnostic, le système de classification clinique de l'OMS pour la pose de diagnostic et la classification, ainsi que le TAR chez les enfants.

**Session 4 : Prophylaxie post-exposition (PPE)**
Les participants étudieront l'exposition au VIH due à la profession, la façon de la prendre en charge, la prophylaxie post-exposition (PPE), ainsi que le choix des médicaments relatifs à la PPE.

## SESSION 1 Prise en charge de la tuberculose et d'autres infections et affections liées au VIH dans le cadre d'un TAR

### BUT

Durant cette session, les participants se familiariseront avec la prise en charge de la tuberculose et d'autres infections et affections liées au VIH, telles que les infections opportunistes, l'hépatite et le syndrome de reconstitution immunitaire, dans le cadre d'un TAR.

### OBJECTIFS

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

1. Décrire la relation de la co-infection TB et VIH
2. Discuter de la prise en charge et du traitement des personnes co-infectées par la TB et le VIH compte tenu de leur situation locale, et débattre des directives nationales concernant le traitement et la prise en charge de la co-infection TB et VIH.
3. Décrire les problèmes associés au TAR, ainsi que sa prise en charge chez les patients atteints d'autres infections et affections liées au VIH, telles que les IO et l'hépatite.
4. Décrire le syndrome de reconstitution immunitaire et sa prise en charge.

### DURÉE

40–60 minutes

### PRÉPARATION

Préparez pour cette session une étude de cas fondée sur votre propre expérience de prise en charge des patients sous TAR, ces derniers souffrant de co-infection TB et VIH ou d'une autre infection liée au VIH.

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de cette session (voir ci-dessus)<br>**(1–2 minutes)** |
| Étape 2. | Présentez les informations concernant la co-infection TB et VIH ci-dessous et demandez aux participants s'ils ont des questions ou s'ils ont besoin d'éclaircissements sur les protocoles de traitement.<br>**(10 minutes)** |
| Étape 3. | Demandez aux participants s'il y a des problèmes d'adhérence au niveau local et comment ceux-ci peuvent être gérés.<br>Discutez de la section des directives nationales de contrôle de la TB qui aborde l'observance du traitement antituberculeux.<br>**(10 minutes)**<br>**Durée Totale : 22 minutes** |

## 1. Personnes souffrant de co-infection TB et VIH

a. L'OMS recommande aux personnes infectées en même temps par la TB et le VIH de mener à bien leur traitement contre la TB avant de commencer le TAR, à moins qu'elles soient exposées à un risque élevé d'aggravation de la maladie par le VIH et de décès durant la période de traitement de la TB (c'est-à-dire dans le cas d'une numération CD4<200/mm$^3$ ou en présence de TB disséminée).

b. Dans les cas où la personne nécessite dans le même temps un traitement de la TB et du VIH, les choix de traitement de première intention se composent de ZDV/3TC, ou bien de d4T/3TC, conjointement avec un INNTI ou bien de l'ABC.
   - Si l'on utilise un régime à base d'INNTI, l'EFZ sera le médicament à utiliser de préférence, car son risque d'aggravation de l'hépatotoxicité dans le cadre du traitement de la TB semble plus faible que celui de la NVP. Vous devez toutefois augmenter le dosage à 800 mg/jour.
   - À l'exception du SQV/r, les IP ne sont pas recommandés durant le traitement de la TB avec de la rifampicine en raison de leurs interactions avec ce dernier médicament.

**Tableau B2, 1.1 : TAR pour les patients atteints de Co-infection TB**

| Situation | Recommandations |
|---|---|
| TB pulmonaire et numération CD4 < 50/mm$^3$ ou TB extra-pulmonaire | Commencer le traitement anti-TB.<br>Commencer l'un des régimes suivants dès que le traitement anti-TB est toléré :<br>• ZDV/3TC/ABC<br>• ZDV/3TC/EFZ<br>• ZDV/3TC/SQV/r<br>• ZDV/3TC/NVP |
| TB pulmonaire et numération CD4 50–200/mm$^3$ ou bien numération lymphocytaire totale 1000–1200/mm$^3$ | Commencer le traitement anti-TB.<br>Commencer l'un des régimes suivants après deux mois de thérapie anti-TB :<br>• ZDV/3TC/ABC<br>• ZDV/3TC/EFZ<br>• ZDV/3TC/SQV/r<br>• ZDV/3TC/NVP |
| TB pulmonaire et numération CD4 >200/mm$^3$ ou bien numération lymphocytaire totale>1000–1200/mm$^3$ | Traiter la TB. Surveiller la numération CD4 si possible. Commencer le TAR en respectant les directives TAR présentées à la 3ème Journée : Section D.2.a. Tableau 1 |

Étape 4. Présentez les informations ci-dessous : **2–4**. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des préoccupations sur ces points.
**(15 minutes)**

**2. Autres infections opportunistes, hépatite**

a. Les patients qui développent d'autres IO doivent être traités avec des ARV.
b. Contrairement à ce qui se passe dans le cas de la TB, les interactions de médicaments avec les régimes antirétroviraux standard ne posent aucun problème notable.
c. Envisagez de commencer rapidement le TAR lorsqu'une IO survient pour laquelle il n'y a pas de traitement disponible ou pour laquelle le traitement serait sous-optimal étant donné que l'amélioration du système immunitaire pourra faire progresser la guérison.
d. Les patients infectés conjointement par l'hépatite B ou C peuvent être traités sans danger par plusieurs régimes antirétroviraux.
   - Évitez les régimes avec ddI/d4T chez les patients atteints d'hépatite active, du fait de la possibilité d'hépatotoxicité supplémentaire.
   - la 3TC et le TDF (voir commentaire ci-dessous) sont tous deux actifs contre l'hépatite B et peuvent même protéger contre de nouvelles infections. Les patients sous 3TC ou TDF, dont on sait qu'ils sont atteints d'hépatite B et pour lesquels un régime antirétroviral a échoué pourront vouloir poursuivre ce traitement après modification du régime ARV.
     Commentaire : le tenofovir (TDF), un INTI relativement récent (approuvé pour utilisation aux Etats-Unis par la FDA en octobre 2001), est actif contre la plupart des souches résistantes aux INTI.

**3. Syndrome de reconstitution immunitaire**

a. Mécanisme : Pour de nombreuses IO, TB incluse, il peut se produire une aggravation passagère de l'infection 2 à 3 semaines après le début du TAR. Cette aggravation passagère s'appelle *syndrome de reconstitution immunitaire*. Le fait de commencer un TAR peut démasquer des infections non diagnostiquées auparavant par augmentation de la réaction inflammatoire.
b. Présentation clinique : Fièvre, lymphadénopathie, aggravation des lésions pulmonaires, aggravation des lésions du système nerveux central.
c. Prise en charge : Les réactions sont auto-limitées, bien que certains patients puissent nécessiter un bref traitement aux corticostéroïdes afin de réduire l'inflammation du SNC ou des symptômes respiratoires graves.

   Ne pas interrompre le TAR si le syndrome de reconstitution immunitaire survient.

**4. Le TAR et la prophylaxie antimicrobienne**

Le TAR est la démarche la plus efficace pour réduire l'incidence des IO, mais vous devrez le compléter par une prophylaxie antimicrobienne.

Sur la base d'observations relevées dans les pays en développement, les patients réagissant au TAR par une élévation soutenue du taux des cellules CD4 au-dessus de 200 cellules/mm durant 3–6 mois devraient pouvoir arrêter la prophylaxie pour certaines IO.

Étape 5. Si vous avez préparé une étude de cas, présentez-la à l'ensemble du groupe et examinez les réponses des participants.
**(15 minutes)**

## SESSION 2 Le TAR chez les femmes : pendant la grossesse et pour prévenir la transmission mère-enfant

### BUT

Durant cette session, les participants étudieront le choix des antirétroviraux pour les femmes en âge de procréer ainsi que le traitement antirétroviral au cours de la grossesse. La session aborde également la gestion des médicaments dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), ainsi que l'utilisation et les limitations du TAR en tant que mesure préventive.

### OBJECTIFS

A la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Discuter des considérations spécifiques affectant l'utilisation des ARV chez les femmes
2. Décrire comment le TAR est utilisé pour la PTME
3. Décrire les différents régimes utilisés pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, ainsi que le TAR de courte durée.
4. Discuter de la relation qui existe entre TAR et allaitement maternel, ainsi que des recommandations de l'OMS
5. Discuter des directives nationales concernant le VIH et l'alimentation de l'enfant, ainsi que leur rapport avec le TAR.

### DURÉE

60–90 minutes

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus).<br>**(2 minutes)** |
| Étape 2. | Présentez un choix d'antirétroviraux pour les femmes qui ne sont pas enceintes, ainsi que le TAR et la TME : **1–2** ci-dessous.<br>**(10 minutes)** |

a. Choix d'antirétroviraux pour les femmes en âge de procréer qui ne sont pas enceintes

b. Les femmes sous TAR doivent avoir accès à des méthodes efficaces de contraception, afin de réduire la probabilité d'une grossesse non désirée.

c. Évitez les médicaments présentant des risques de toxicité pour le fœtus en développement, comme l'EFZ, chez les femmes susceptibles de devenir enceintes.

d. Traitement antirétroviral et TME
Prévention de la transmission prénatale
- Vous pouvez obtenir une réduction significative de la TME du VIH en appliquant un traitement antirétroviral
  Des études menées en 1994 dans les pays industriels ont montré que l'administration d'AZT à des femmes à partir de la 14ème semaine de grossesse ainsi qu'au nouveau-né durant le travail réduisait le risque de TME de près de 70% en l'absence d'allaitement
  Il a aussi été démontré qu'un régime plus court composé exclusivement d'AZT, commencé à partir de la 36ème semaine de grossesse, pouvait réduire le risque de transmission du VIH à six mois de 50% chez les populations ne pratiquant pas l'allaitement et de 37% chez celles qui le pratiquaient.
  Il a également été prouvé qu'un régime thérapeutique court à base de NVP (HVNET–012) pouvait réduire le risque de transmission ; c'est le protocole le plus couramment utilisé du fait de son efficacité à réduire la TME de 47%, prouvée par des tests cliniques, de son coût modéré et de sa facilité d'utilisation dans les programmes TME.
  Le régime consiste à :
  Faire un traitement court, pendant l'accouchement, avec l'administration de 200 mg de NVP au début du travail ou bien en cours d'accouchement à l'hôpital
  Pour la mère post-partum qui n'a pas reçu la dose pendant l'accouchement : 200 mg immédiatement
  Pour le nourrisson post-partum : 2mg/kg de sirop dans les 48–72 heures suivant la naissance
  D'autres essais de régimes ARV de courte durée utilisant une combinaison d'AZT et de lamivudine diminuent aussi considérablement le risque de transmission (PETRA)
- Les femmes sous traitement antirétroviral pour une infection par le VIH présentent un taux de transmission très bas si la charge virale est <1000 copies/ml

e. Femmes chez qui le diagnostic initial de l'infection par le VIH a été effectué au cours de la grossesse
- Les femmes, pendant leur premier trimestre de grossesse, peuvent envisager de retarder le commencement du TAR
- Évaluez la gravité de la maladie du VIH chez la mère, ainsi que les avantages et les risques qu'il y aurait à retarder le TAR après la fin du premier trimestre
- Pour les femmes gravement malades, les avantages découlant d'un début précoce du TAR devraient surpasser les risques théoriques d'infection du fœtus ; dans ce cas, nous recommandons de commencer le traitement avec des médicaments tels que l'AZT, 3TC, NVP ou NFV

f. Femmes infectées par le VIH sous TAR et devenant enceintes
- Les options suivantes se présentent :
  Suspendre temporairement le traitement durant le premier trimestre
  Continuer le même traitement
  Changer le traitement

- Questions à envisager
  Stade de gestation
  Gravité de la maladie chez la mère
  Tolérance du régime pendant la grossesse
  Possibilité d'effets néfastes sur le fœtus
  Le fœtus est plus sensible aux effets tératogènes possibles des médicaments durant les 10 premières semaines de la grossesse et les risques du TAR sur le fœtus pendant cette période demeurent inconnus.

g. TAR et allaitement
- Les directives OMS/ONUSIDA/UNICEF actuellement en vigueur recommandent d'informer de façon exhaustive les femmes infectées au VIH sur les risques ainsi que sur les avantages de l'allaitement, et de les aider à prendre une décision sur le choix de la méthode d'alimentation de leur enfant.
- Des options sans danger ne sont peut-être pas disponibles dans les situations aux ressources limitées (par exemple, les approvisionnements en eau pour la préparation du lait maternisé peuvent être impurs ou insuffisants), auquel cas l'allaitement exclusif est recommandé pendant les six premiers mois.
- Les femmes qui ont besoin de TAR et qui allaitent devront poursuivre leur régime.
- On ne sait pas à présent dans quelle mesure le TAR administré à la mère uniquement dans le but de prévenir la transmission post-natale du VIH par le lait maternel est efficace, mais des études sont en cours.

h. Approches concernant les femmes porteuses du VIH qui ont suivi, au cours de la grossesse, une prophylaxie ARV de courte durée afin de réduire la TME et qui nécessitent un traitement post-partum :
- Les régimes antirétroviraux de courte durée ne suppriment pas complètement la réplication virale et pourraient être liés au développement de résistances aux ARV.
  L'étude ougandaise HIVNET 012 sur l'administration d'une dose unique de NVP pendant l'accouchement pour prévenir la TME a révélé que 19% des femmes développaient une résistance au médicament. Cette résistance était liée à l'enfantement, à la charge virale du VIH et au taux de CD4.
- Sur la base des informations actuelles et dans l'attente de nouvelles recherches, l'administration antérieure d'AZT/3TC pendant une courte durée ou d'une dose unique de NVP afin de prévenir la TME ne doit pas empêcher l'utilisation de ces agents en tant qu'éléments d'un régime composé de médicaments ARV que l'on a commencé pour traiter ces femmes.

i. Adhérence au traitement durant la grossesse et le post-partum
- L'adhérence peut se révéler plus difficile chez les femmes enceintes et en post-partum que chez les femmes qui ne sont pas enceintes.
- Les obstacles à l'adhérence peuvent inclure :
  - Malaises matinaux et troubles GI, que peuvent aggraver des nausées liées aux ARV
  - Craintes que les ARV ne nuisent au fœtus
- Afin de réduire la possibilité d'apparition d'une résistance et, si pour une raison quelconque vous devez arrêter le traitement durant la grossesse, arrêtez puis recommencez l'administration de tous les médicaments en même temps.
- Les changements physiques se produisant dans la période post-partum, ajoutés au stress et aux exigences imposées par les soins à donner au nouveau-né, peuvent rendre particulièrement difficile l'adhérence au traitement après la naissance.
  Vous devez fournir un soutien supplémentaire afin d'assurer l'adhérence au traitement durant les périodes préalable et postérieure à l'accouchement.

| | |
|---|---|
| Étape 3. | Demandez aux participants de se diviser en petits groupes et de discuter des questions suivantes. Donnez-leur 10 minutes pour ce travail.<br>Quels sont les obstacles propres au pays qui empêchent de donner un traitement antirétroviral aux femmes en âge de procréer ? Aux femmes enceintes ?<br>Quels sont certains des problèmes spécifiques au pays concernant la TME ?<br>Quelles sont les solutions à ces problèmes ?<br>**(10 minutes)** |
| Étape 4. | Demandez aux groupes de se réunir en plénière et de présenter le rapport de leur discussion.<br>**(15 minutes)** |
| Étape 5. | Discutez des directives nationales concernant le TAR pour les femmes en âge de procréer, la grossesse et la TME.<br>**(10 minutes)** |
| Étape 6. | Demandez aux participants de se diviser en petits groupes et de discuter de l'étude de cas suivante, en se laissant guider par les questions. Vous pouvez aussi décider d'effectuer cet exercice avec le groupe tout entier, suivant le nombre de participants.<br>Réunissez à nouveau le groupe en plénière et discutez de leurs réponses. Voir ci-dessous les réponses aux questions.<br>**(Durée totale : 30 minutes)** |

# Étude de cas

Une jeune femme vient d'être diagnostiquée comme étant co-infectée au VIH et à la TB (diagnostic effectué dans un centre prénatal). Elle est enceinte de 14 semaines. Ses résultats de laboratoire révèlent une numération CD4 de 150 et une charge virale de 62.000.

*1) Quel traitement antirétroviral, le cas échéant, prescririez-vous ?*
*2) Quel traitement anti-TB, le cas échéant, prescririez-vous ?*
*3) Que feriez-vous si cette femme enceinte présentait une numération CD4 de 5 ?*

Donnez vos raisons.

**Réponses**

Analyser l'interaction entre la TB, les ARV et la grossesse.

1. analysez les régimes possibles en tenant compte de la tératogénicité et des interactions médicamenteuses importantes.
2. Ceci est une question difficile. Si vous avez à utiliser des ARV en même temps qu'un traitement de la TB durant la grossesse, utilisez de la névirapine ou du saquinavir renforcé au ritonavir avec de la ZDV et de la 3TC.

## SESSION 3 Le TAR chez les nourrissons et les enfants

### BUT

Durant cette session, les participants étudieront l'évolution naturelle de la maladie au VIH chez l'enfant, les différences avec celles de l'adulte, comment poser un diagnostic, le système de classification clinique de l'OMS pour le diagnostic et la classification, ainsi que le TAR chez les enfants.

### OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Décrire l'évolution naturelle de la maladie au VIH chez l'enfant
2. Discuter du système de classification clinique de l'OMS et de la manière de poser un diagnostic de VIH chez l'enfant
3. Décrire quand et comment fournir un TAR
4. Discuter des directives nationales concernant le TAR chez les enfants

### DURÉE

1 heure 15 minutes

*Note :* Si les participants sont en majorité des pédiatres, il pourra vous être nécessaire d'examiner plus en profondeur les questions d'adhérence chez l'enfant ainsi que les préparations médicamenteuses disponibles.

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de la session (voir ci-dessus).<br>(2 minutes) |
| Étape 2. | Expliquez l'évolution naturelle de la maladie au VIH chez l'enfant et comment poser un diagnostic : 1 et 2 ci-dessous.<br>(10 minutes) |

## 1. L'évolution naturelle de la maladie au VIH chez l'enfant

a. Les niveaux d'ARN VIH chez les enfants infectés par voie périnatale sont généralement bas à la naissance (<10.000 copies/ml), puis ils augmentent jusqu'à des valeurs élevées vers deux mois et ensuite diminuent progressivement après les deux premières années.

b. Les valeurs des CD4 en nombre et en pourcentage sont considérablement plus élevées chez le nourrisson en bonne santé qui n'a pas été infecté que chez l'adulte non infecté. Ces valeurs décroissent lentement jusqu'à atteindre les valeurs adultes vers l'âge de six ans.

c. Bien que le nombre absolu de CD4 qui identifie un niveau spécifique de suppression immunitaire varie avec l'âge, le pourcentage de CD4 qui définit chaque catégorie immunologique ne change pas. C'est pourquoi une variation en pourcentage, pas en nombre, peut être un meilleur indicateur de la progression de la maladie chez l'enfant.

d. Les valeurs des CD4 peuvent être associées à des fluctuations considérables du fait de la présence d'infections mineures et il est donc préférable de les mesurer lorsque les patients sont cliniquement stables.

**Tableau B2, 3.1 : Catégories immunitaires du système de classification pédiatrique du VIH sur la base de la numération et du pourcentage de cellules CD par tranche d'âge**

| Age de l'enfant | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | <12 mois | | 1–5 ans | | 6–12 ans | |
| Catégorie immunitaire | No./ml | (%) | No./ml | (%) | No./ml | (%) |
| Catégorie 1 :<br>Pas de suppression | >1 500 | (>25%) | >1 000 | (>25%) | >500 | (>25%) |
| Catégorie 2 :<br>Suppression modérée | 750–1 499 | (15–24%) | 500–999 | (15–24%) | 200–499 | (15–24%) |
| Catégorie 3 :<br>Suppression grave | <750 | (<15%) | <500 | (<15%) | <200 | (<15%) |

Source : CDC 1994

e. Une petite proportion d'enfants infectés très tôt durant la grossesse va évoluer plus rapidement vers une forme avancée de maladie au VIH du fait d'un disfonctionnement du thymus, endroit où sont produites les cellules CD4 et CD8. Ces enfants ont des numérations basses de cellules CD4 et CD8 ; leur système immunitaire ne peut pas réagir à l'infection par le VIH. C'est pourquoi les nourrissons de moins de six mois qui présentent des symptômes de la maladie au VIH ont une période de survie plus courte que les autres enfants.

## 2. Diagnostic de la maladie au VIH

a. La plupart des enfants sont diagnostiqués sur la base de symptômes et d'un test positif de la mère ou de l'enfant
   - Des anticorps anti-VIH, transférés de façon passive par la mère peuvent persister jusqu'à 18 mois.
   - Pour établir un diagnostic sérologique définitif, répétez le test à 18 mois.
   - Vous pouvez utiliser des tests de diagnostic viral—PCR—afin de détecter le VIH chez les enfants de moins de 18 mois, mais du fait de leur complexité et de leur coût, ces tests ne sont pas aisément disponibles partout.

b. Les caractéristiques de la maladie et de la prise en charge varient pour les enfants de tranches d'âge différentes
   - Certaines affections liées au VIH sont moins fréquentes chez l'enfant, et c'est l'exemple de la TB, de la méningite à cryptocoque et du sarcome de Kaposi.
   - D'autres affections, telles que la pneumopathie interstitielle lymphoïde (PIL), sont habituellement présentes uniquement chez l'enfant ou bien se manifestent différemment, comme par exemple l'encéphalopathie à VIH-1.
   - Vous devez adapter la dose des médicaments au poids de l'enfant ou à sa surface corporelle (dans le cas des ARV).
   - La prise en charge de certaines maladies, à manifestation orale ou cutanée, est similaire chez l'enfant et l'adulte.

c. Les systèmes de diagnostic et de classification de l'OMS
   - Système de classification de l'OMS par stades concernant l'infection et la maladie au VIH chez l'enfant

**Stade Clinique I**

1. Asymptomatique
2. Lymphadénopathie généralisée

**Stade Clinique II**

3. Diarrhée chronique non expliquée
4. Lymphadénopathie grave et persistante ou bien récurrente
5. Perte de poids ou arrêt de la croissance normale
6. Fièvre persistante
7. Infections bactériennes graves et récurrentes

**Stade Clinique III**

8. Infections opportunistes définissant le SIDA
9. Arrêt très net de la croissance normale
10. Encéphalopathie progressive
11. Malignité
12. Septicémie ou méningite récurrente

- Vous devez soupçonner les enfants présentant trois des signes ou affections suivants d'être infectés par le VIH :
  - Deux infections pulmonaires ou davantage, nécessitant des antibiotiques (pneumonie) au cours des deux derniers mois
  - Un ou plusieurs épisodes de diarrhée persistante OU deux ou plusieurs épisodes de diarrhée aiguë durant les deux derniers mois
  - Une mère ou un père atteint de TB
  - Candidose buccale (muguet)

- Ganglions lymphatiques enflés sur deux sites ou davantage
- Problème de croissance (courbe de poids plate ou bien descendante durant deux mois consécutifs)
- Poids en fonction de l'âge se situant en dessous du troisième percentile (selon les normes internationales de référence de la croissance)

- Système de classification du CDC concernant l'infection par le VIH chez l'enfant âgé de moins de 13 ans
  Définition par le CDC de l'infection au VIH chez l'enfant : Tout enfant âgé de plus de 18 mois qui est né de mère infectée au VIH ou bien qui a été exposé à du sang ou à des produits sanguins infectés ou à d'autres modes de transmission connus, et qui est testé positif au VIH par ELISA et par un test de confirmation.

| | |
|---|---|
| Étape 3. | Décrivez les directives de l'OMS concernant la mise en route d'un TAR chez l'enfant. Passez en revue les régimes de première et de seconde intention, ainsi que les informations concernant les préparations médicamenteuses et leur conservation : **3, a–f** ci-dessous.<br>**(10 minutes)** |

## 3. Le TAR appliqué à l'enfant

### a. Recommandations de l'OMS concernant la mise en route du TAR chez l'enfant

**Tableau B2, 3.2 : Recommandations de l'OMS concernant la mise en route du TAR chez l'enfant**

| Examen CD4 | Age | Examen pour diagnostic de VIH | Recommandation pour la mise en route du traitement |
|---|---|---|---|
| Si l'examen CD4 est disponible | <18 mois | Test virologique du VIH positif[a] | • Stade pédiatrique III de l'OMS, (indépendamment des pourcentages[b] de cellules CD4)<br>• Maladie de Stade pédiatrique I de l'OMS (asymptomatique) ou maladie de Stade II avec un pourcentage de CD4 <20% |
| | | Test virologique du VIH non disponible, mais le nourrisson est séropositif au VIH ou né de mère infectée au VIH.<br>Note : Vous devez répéter le test d'anticorps anti-VIH à l'âge de 18 mois afin d'obtenir un diagnostic définitif d'infection au VIH. | • Maladie de Stade pédiatrique III de l'OMS (SIDA) avec pourcentage de cellules CD4 <20% |
| | ≥ 18 mois | Séropositif aux anticorps anti-VIH | • Maladie de Stade pédiatrique III de l'OMS (SIDA) indépendamment du pourcentage de cellules CD4[b]<br>• Maladie de Stade pédiatrique I de l'OMS (asymptomatique) ou maladie de Stade II avec pourcentage de CD4 <15%[c] |
| Si l'examen CD4 n'est pas disponible | <18 mois | Test virologique du VIH positif | • Stade III pédiatrique de l'OMS[b] |
| | | Test virologique du VIH non disponible, mais le nourrisson est séropositif au VIH ou né de mère dont on sait qu'elle est infectée au VIH | • le traitement n'est pas recommandé[d] |
| | ≥ 18 mois | Séropositif aux anticorps anti-VIH | • Stade pédiatrique III de l'OMS[b] |

[a] Tests VIH ADN ou VIH ARN RCP ou bien antigène p24 du syndrome immunitaire.

[b] Vous pouvez aussi envisager la mise en route d'ARV chez les enfants qui sont atteints de maladie avancée appartenant au stade pédiatrique II de l'OMS, ayant une candidose buccale grave, récurrente ou persistante en dehors de la période néonatale, enregistrant une perte de poids, de la fièvre ou souffrant d'infections bactériennes graves et récurrentes, quelle que soit la numération CD4.

[c] Tenez compte du taux de diminution du pourcentage de CD4 (s'il est possible de le mesurer) lors de votre prise de décision.

[d] Bien des symptômes cliniques de la classification des maladies de stades pédiatriques II et III de l'OMS ne sont pas spécifiques au VIH et ressemblent à certains des symptômes apparents chez l'enfant non infecté au VIH vivant dans des régions aux ressources limitées. De façon générale, lorsque les examens virologiques ainsi que la numération des cellules CD4 ne sont pas disponibles, n'envisagez pas de TAR pour les nourrissons exposés au VIH âgés de moins de 18 mois, quels que soient les symptômes.

b. Régimes thérapeutiques recommandés par l'OMS pour l'enfant

**Tableau B2, 3.3 : Régimes thérapeutiques de première intention recommandés par l'OMS pour l'enfant**

| Régime thérapeutique de première intention[a] | Commentaires |
|---|---|
| ZDV/3TC[b] plus ABC | A utiliser de préférence, si un traitement anti-TB est administré en concomitance |
| ZDV/3TC[b] plus INNTI | Choix de l'INNTI :<br>• Si < 3 ans ou <10 kg donner de la NVP<br>• Si ≥ 3 ans ou ≥10 kg donner de la NVP ou de l'EFV |

[a] Des considérations et des préférences spécifiques au pays doivent déterminer les régimes ou protocoles à proposer.

[b] ZDV/3TC est le premier choix parmi les régimes d'association d'INTI pour l'enfant, car c'est le régime pour lequel on possède la plus grande expérience clinique. Vous pouvez substituer d'autres associations d'INTI, ZDV/ddl, d4T/3TC, d4T/ddl, et ddl/3TC. Mais n'utilisez jamais ZDV/d4T en association du fait d'un antagonisme démontré.

**Tableau B2, 3.4 : Régimes thérapeutiques de seconde intention recommandés par l'OMS pour l'enfant**

| Régimes thérapeutiques de seconde intention (liés aux régimes de première intention) | | |
|---|---|---|
| **Première intention** | **Seconde intention** | **Autre seconde intention possible** |
| ZDV/3TC[b] plus ABC | d4T/ddl plus LPV/r[a] ou NFV ou un INNTI | D4T/ddl + un INNTI[b] + soit du LPV/r soit du NFV |
| ZDV/3TC[b] plus INNTI | d4T/ddl plus LPV/r[a] ou NFV | |

[a] Pour les enfants qui peuvent avaler les capsules et pour lesquels les préparations actuelles venant en capsule se présentent en doses qui correspondent à leur poids ou à leur surface corporelle, le SQV/r et l'IDV/r sont des options supplémentaires.

[b] Choix d'INNTI : Si <3 ans ou <10 kg : NVP ; si ≥3 ans ou ≥10 kg : NVP ou EFV.

c. Il peut être utile de surveiller les niveaux de médicament chez les jeunes enfants, particulièrement chez ceux de moins de deux ans, du fait de la grande variabilité du métabolisme des inhibiteurs de protéase et des INNTI dans cette tranche d'âge.

d. Préparations des ARV sous forme liquide
- ZDV 10 mg/ml (sirop, volume important)
- 3TC 10 mg/ml (sirop)
- DDI 10 mg/ml (poudre, suspension)
- D4T 1 mg/ml (sirop, volume important)
- ABC 20 mg/ml (sirop)
- EFV 30 mg/ml (capsules ouvertes)
- NVP 10 mg/ml (suspension)
- NFV (suspension, poudre, mais de préférence comprimés à écraser)

e. Conservation des ARV au réfrigérateur
- Ritonavir
- Suspension de ddI
- Solution de d4T
- Capsules et solution de Lopinavir/ritonavir

f. Conservation des ARV en flacon de verre
- Sirop de ZDV
- Sirop de d4T

| | |
|---|---|
| Étape 4. | Discutez des directives nationales et/ou de l'utilisation du TAR chez l'enfant dans les conditions locales. **(15 minutes)** |
| Étape 5. | Présentez les études de cas suivantes pour discussion. **(30 minutes)** |

# Étude de cas

**Cas 1**

Une petite fille de 3 ans est examinée à votre dispensaire. Ses résultats de laboratoire montrent un pourcentage de CD4 inférieur à 10%. Vous décidez de lui prescrire des ARV.

*a. Énumérez trois régimes possibles pour cette enfant.*
*b. Quels sont les défis liés à l'application d'un TAR chez les enfants ?*

**Cas 2**

*Quelle est la combinaison d'ARV que vous donneriez à un enfant de 7 ans chez qui les stavudine, didanosine et névirapine ont précédemment échoué ?*

# Réponses

Réponses : Voir section **3. TAR pour l'enfant** dans les notes à l'intention du formateur.

Questions à discuter : L'adhérence est un problème majeur à prendre en compte dans la prescription d'un TAR à un enfant. Voici quelques suggestions :

- Utilisez les préparations en sirop qui sont disponibles.
- Renseignez-vous sur l'utilisation de comprimés à faible dosage à donner à l'enfant quand il grandit.

Par exemple :

- Sirop d'AZT—Volumes importants 10mg/ml
- Sirop de 3TC—Utilisez dans le mois 10mg/ml
- Sirop de stavudine—Volume important 1mg/ml ; à conserver au réfrigérateur
- Suspension de didanosine 10mg/ml. Bien agiter, à conserver au réfrigérateur
- Comprimés à faible dosage 25mg, 50mg
- Sirop d'abacavir 20mg/ml
- Suspension de névirapine 10mg/ml
- Poudre de nelfinavir
- Efavirenz 30mg/ml ou bien capsule à faible dosage 50mg, 100mg
- Suspension de lopinavir/ritonavir (kaletra), peut être conservée au réfrigérateur pendant deux mois, a un goût amer

## SESSION 4 Prophylaxie post-exposition (PPE)

### BUTS

Au cours de cette session, les participants étudieront l'exposition professionnelle au VIH, sa prise en charge, la prophylaxie post-exposition au VIH (PPE), ainsi que le choix des médicaments adapté à la PPE.

### OBJECTIFS

A la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

1. Discuter des questions et des préoccupations que les agents de santé peuvent avoir lorsqu'ils travaillent avec des personnes infectées au VIH
2. Décrire comment prendre efficacement en charge l'exposition professionnelle au VIH
3. Discuter des différents schémas thérapeutiques de PPE et de la date à laquelle entamer le traitement
4. Décrire les moyens d'aider les agents de santé à surmonter leurs craintes et leurs préjugés lorsqu'ils travaillent avec des personnes infectées par le VIH
5. Discuter des directives nationales concernant la PPE
6. Discuter de la prophylaxie post-exposition par contact sexuel

### DURÉE

1 heure 30 minutes

| | |
|---|---|
| Étape 1. | Expliquez le but et les objectifs de cette session (voir ci-dessus).<br>**(2 minutes)** |
| Étape 2. | Demandez aux participants si les agents de santé (AS) ou si les prestataires de soins médicaux au niveau local ont des questions ou s'ils sont préoccupés par la possibilité de contracter le VIH au cours des soins qu'ils donnent aux personnes infectées au VIH. Énumérez ces questions et préoccupations sur un tableau.<br>Demandez-leur s'ils connaissent des cas d'AS ayant contracté le VIH alors qu'ils donnaient des soins à des patients infectés au VIH. Si des données locales sont disponibles, présentez-les maintenant.<br>Demandez-leur s'il y a un blocage vis-à-vis de la PPE du fait d'une résistance au dépistage du VIH avant la PPE. Discutez.<br>**(10 minutes)** |
| Étape 3. | Présentez les informations disponibles dans le point **1a** ci-dessous.<br>**(2 minutes)** |
| Étape 4. | Présentez les informations disponibles dans le point **1b** sur la façon de prendre en charge l'exposition professionnelle et non professionnelle.<br>Une telle prise en charge est-elle réalisable à votre niveau local ?<br>Quels sont les freins à cette prise en charge ?<br>**(5 minutes)** |
| Étape 5. | Présentez les informations disponibles au point **1c.** concernant l'exposition non professionnelle au VIH.<br>**(10 minutes)** |

## 1. Exposition professionnelle

a. Risque relatif de transmission virale résultant de blessures ouvertes provenant d'une source infectée

- Virus de l'hépatite B (HbsAg positif + AS non vacciné) 37% à 62%
  Source positive au HbsAg 23% à 37%
  Source négative au HbsAg 1,8%
- VIH 0,3%

b. Prise en charge de l'exposition professionnelle au sang infecté

- Soins immédiats : laver les plaies à l'eau et au savon, rincer à l'eau les muqueuses
- Évaluation du risque : type de liquide et type d'exposition
- Évaluation de la source : testez la source en ce qui concerne la sérologie VIH (test rapide, s'il est disponible)
- Personne exposée : mettez en route une PPE dès que possible (voir ci-dessous)
- Suivi : exposition au VIH (sérologie de la source positive au VIH ou bien VIH aigu avec ARN VIH positif)
- Sérologie VIH de base, puis à 6 semaines, 3 et 6 mois
- Réévaluez et ajustez le régime à 72 heures, si la PPE est commencée
- Surveillez la toxicité des médicaments

c. Exposition non professionnelle au VIH

Vous devez vous familiariser avec les risques relatifs d'infection au VIH, tels qu'ils sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

**Tableau B2, 4.1**

| Exposition | Risque/10.000 Expositions |
|---|---|
| Utilisation commune d'aiguille | 67 |
| Percutanée (exposition professionnelle) | 30 |
| Rapports sexuels anaux passifs | 10 à 30 |
| Rapports sexuels vaginaux passifs | 8 à 20 |
| Rapports sexuels avec pénétration vaginale active | 3 à 9 |
| Rapports sexuels avec pénétration anale active | 3 |

Am J Med 1999 : 106 : 324, ; Ann Intern Med 1996 ; 125 : 497 ; J Acquir Immune Defic Syndr 1992 ; 5 : 1116 ; N Engl J Med 1997 ; 336 ; 1072.

- Certains États des USA ont une politique générale concernant la PPE après exposition sexuelle (le Massachusetts, l'État de New York et la Californie) ; c'est aussi le cas de la France, de l'Italie, de l'Espagne, de la Suisse et de l'Australie, ainsi que de l'ONU, y compris l'OMS. Le Service de santé publique des État-Unis ne se prononce pas sur la prophylaxie après exposition non professionnelle en raison de l'insuffisance de données.
- Il est biologiquement possible que les traitements de PPE, appliqués immédiatement après l'exposition, préviennent l'infection au VIH.
- On dispose de preuves fragmentaires qui portent à croire que l'utilisation prophylactique de traitements antirétroviraux pourrait être efficace.
- En particulier, une étude portant sur une PPE appliquée à la suite d'une exposition professionnelle au VIH a révélé une réduction de 81 pour cent du risque de séroconversion lorsque le traitement était commencé, en moyenne, quatre heures après l'exposition.
  Voici un exemple de directive faisant partie d'une politique générale (issue du département de la Santé de San Francisco, État de Californie, Etats-Unis). Elle recommande :
  Dans les cas où la PPE est indiquée, proposez-la au survivant dès que possible. Ne la proposez en aucun cas au-delà de 72 heures après l'agression. Avant de décider si vous allez proposer ou non une PPE, vérifiez si l'un des facteurs suivants était présent pendant l'agression : présence de sang, survivant ou agresseur souffrant d'une MST, d'une inflammation telle que la gonococcie, la chlamydia, l'herpès, la syphilis, une vaginite bactérienne, un trichomonas ou des affections analogues ; survivant fortement traumatisé ; éjaculation de l'agresseur ; présence de plusieurs agresseurs ou bien pénétrations multiples par le(s) agresseur(s).

- Lorsque vous décidez de proposer une PPE, classez l'acte d'agression dans l'une des trois catégories suivantes :
  1. Actes comportant un risque mesurable de transmission du VIH, y compris pénétration anale, pénétration vaginale et injection par aiguille contaminée
  2. Actes comportant un risque possible de transmission du VIH, y compris pénétration orale avec éjaculation, acte inconnu, contact avec d'autres muqueuses, victime mordant l'agresseur ou encore agresseur avec bouche ensanglantée mordant la victime
  3. Actes ne comportant pas de risque de transmission du VIH, y compris le fait d'embrasser, la pénétration vaginale, buccale ou anale au moyen du doigt ou d'un objet, ainsi que l'éjaculation sur une peau intacte

- Le régime le plus simple réunissant l'objectif de fournir deux antirétroviraux nucléosidiques analogues (l'un d'entre eux étant la zidovudine), est la zidovudine (300mg) associée à la lamivudine (150mg) dans une pilule combinée (combivir), à prendre deux fois par jour pendant 28 jours. La dose de combivir se prend deux fois par jour, plutôt que toutes les 12 heures ; il n'est pas nécessaire de le prendre pendant le repas, bien que son administration avec de la nourriture réduise certains des effets gastro-intestinaux secondaires. Voici d'autres combinaisons possibles : lamivudine plus stavudine (*40 mg* stavudine deux fois par jour pour une personne pesant ≥60 kg ; *30 mg* deux fois par jour pour une personne pesant <60 kg ; *150 mg* lamivudine deux fois par jour pour un poids corporel ≥50 kg ; *2mg/kg* de poids corporel deux fois par jour pour <50 kg). Nous recommandons ensuite de poursuivre pendant quatre semaines le traitement de combivir (AZT 300 mg bid /3TC 150 mg bid) ou de d4T (40 mg bid) + ddl (400 mg qd).

- Si l'on doit ajouter un inhibiteur de protéase, envisagez d'ajouter du nelfinavir (1250 mg bid pendant les repas) ou de l'IDV (800 mg tid à jeun) ou encore les combinaisons IDV + RTV ou LPV/r (400/100 mg bid)—si la source a une charge virale >50.000 c/ml, une maladie au VIH avancée ou, si la source a été traitée avec l'un ou les deux INTI. Rappelez-vous que les médicaments de PPE constituent une part importante du programme plus vaste de traitement post-agression. Un service de conseil spécialisé constitue un autre aspect déterminant du traitement post-agression.

| | |
|---|---|
| Étape 6. | Présentez les informations concernant la PPE du VIH : **2** ci-dessous ; discutez de toutes les questions et préoccupations que peuvent avoir les participants, compte tenu de leur situation locale. **(10 minutes)** |

**2. PPE du VIH**

a. On a noté, jusqu'en juin 2000, 56 cas confirmés de transmission d'une source infectée à un AS (aux Etats-Unis). Toutes ces contaminations contenaient du sang, des liquides corporels incluant du sang ou des cultures virales à haut titrage ; 48 des 56 expositions résultaient de blessures ouvertes ; 5 étaient des expositions de muqueuses/peau non intacte, et 2 cas réunissaient les deux types d'exposition.
b. Sources potentielles de transmission (pas de cas confirmés d'exposition professionnelle) : le sperme, les sécrétions vaginales, du liquide provenant des tissus, du liquide cérébro-spinal, péritonéal, péricardique, synovial ou amniotique.
c. Commencez la PPE dès que possible ; si le temps écoulé depuis l'exposition dépasse 36 heures, nous suggérons de consulter un expert.
d. Continuez la prophylaxie pendant quatre semaines si elle est tolérée.
e. Procédez à la réévaluation de la personne exposée dans les 72 heures, si des informations supplémentaires sur la source se présentent—statut sérologique, charge virale, traitement actuel, résultats de test de résistance quels qu'ils soient ou tout facteur susceptible de modifier les recommandations.
f. Procédez à un EIA (dosage immuno-enzymatique) du VIH pour surveiller la séroconversion [effectuez ce test au départ, puis à 6 semaines, 3 mois et 6 mois après l'exposition]. Nous ne recommandons pas de test de la charge virale pour le dépistage chez les AS, à moins que ne soit présente une maladie compatible avec le syndrome rétroviral aigu.
g. Si vous donnez une PPE, surveillez la toxicité médicamenteuse chez l'AS au départ et à 2 semaines en effectuant une analyse FSC et des tests de la fonction rénale et hépatique. Pour ceux qui reçoivent de l'IDV, faites aussi une analyse d'urine.
h. Demandez aux AS de s'engager à suivre un comportement nouveau, par exemple, s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours au préservatif durant une période allant de quelques semaines à 2 mois. Le risque est le plus élevé pendant les 6 à 12 premières semaines suivant l'exposition.
i. Traitez les AS du sexe féminin, celles qui sont enceintes ou susceptibles de l'être comme que toute autre personne, sauf pour le choix des médicaments. Le prestataire de soins doit discuter des avantages et des risques des médicaments avec l'AG. Évitez l'EFV et la combinaison de d4T et de ddI.

| | |
|---|---|
| Étape 7. | Présentez les informations suivantes sur le choix de médicaments pour la PPE : **3** ci-dessous. **(10 minutes)** |

### 3. Choix de médicaments pour la PPE

a. Schémas thérapeutiques recommandés pour la PPE

- Fondez vos décisions en partie sur les informations concernant la source de l'exposition (c'est-à-dire le patient infecté par le VIH) : Le patient suit-il un TAR ? Quelle a été sa réaction au traitement (y compris charge virale au moment de l'exposition et antécédents de résistance du VIH ) ? Les agents de santé résistent souvent à la sérologie, mais elle est importante du fait de l'inadaptation du régime de PPE pour un AS positif au VIH.
- Ne vous laissez pas retarder dans vos décisions pour entamer la PPE, vous pourrez toujours y apporter des modifications après obtention des informations.
- **Combinaisons de deux médicaments**
  - AZT + 3TC
  - 3TC + d4T
  - d4T + ddl
- **Combinaisons de trois médicaments**
  - 2 nucléosides (liste ci-dessus) + IDV. NFV, EFV, ABC, RTV, FTV, APV, DLV, or LPV/RTV
    De préférence : NFV, EFV, ABC + LPV/RTV

b. Recommandations spécifiques fondées sur le type de blessure ou le type d'exposition

- PPE au VIH après blessure trans-cutanée (voir tableau ci-dessous)

**Tableau B2, 4.2 : PPE après blessure trans-cutanée**

| | Caractéristiques de la source | | |
|---|---|---|---|
| **Exposition** | **Risque réduit** | **Risque important[a]** | **Inconnu** |
| Légère : aiguille résistante, superficielle | PPE à 2 médicaments[b] | PPE à 3 médicaments[b] | Habituellement aucune PPE ; envisager PPE à 2 médicaments[c] |
| Grave : aiguille de gros diamètre, blessure profonde, sang visible sur l'instrument, aiguille présente dans l'artère/veine du patient | PPE à 3 médicaments[b] | PPE à 3 médicaments[b] | Habituellement aucune ; envisager PPE à 2 médicaments[c] |

[a] Risque réduit : VIH asymptomatique ou charge virale <1.500c/ml. Risque important : VIH symptomatique, SIDA, séroconversion aiguë, charge virale élevée ou stade IV de l'OMS, si la charge virale n'est pas disponible.

[b] Préoccupation concernant la résistance aux médicaments : mettez en route la prophylaxie sans attendre et consultez un expert

[c] Envisagez une PPE à 2 médicaments si la source est à haut à risque d'infection au VIH de source inconnue, lorsqu'il est probable qu'il s'agit d'une source infectée au VIH.

- PPE au VIH après exposition des muqueuses et de la peau non intacte, par exemple, dermatite, abrasion, plaie (voir tableau ci-dessous)

**Tableau B2, 4.3 : PPE après exposition des muqueuses et de la peau non intacte**

| | Caractéristiques de la source | | |
|---|---|---|---|
| **Exposition** | **Risque réduit*** | **Risque important [a]** | **Inconnu** |
| Volume réduit (gouttes) | Envisager PPE à 2 médicaments | PPE à 2 médicaments | Habituellement aucune PPE ; envisager PPE à 2 médicaments[b] |
| Volume important (éclaboussure de sang majeure) | PPE à 2 médicaments | PPE à 3 médicaments | Habituellement aucune PPE ; envisager PPE à 2 médicaments[b] |

[a] Risque réduit : VIH asymptomatique ou charge virale <1.500c/ml. Risque important : VIH symptomatique, SIDA, séroconversion aiguë, charge virale élevée

[b] A envisager si la source présente des facteurs de risque importants ou s'il s'agit d'une exposition de source inconnue mais probablement infectée par le VIH.

Étape 8. Demandez aux participants d'émettre des idées pour l'élaboration d'un plan d'action qui puisse aider les AS, à leur niveau local, à surmonter leurs craintes et leurs préjugés lorsqu'ils donnent des soins à des personnes infectées par le VIH.
**(10 minutes)**

Étape 9. Discutez de la faisabilité d'offrir une PPE aux AS au niveau local, en posant les questions suivantes :
**(10 minutes)**

a. Existe-t-il un système en place pour offrir une PPE ?
b. Si oui, quel est-il ?
c. Si non, que peut-on faire pour mettre un système en place ?
d. Y a-t-il des directives nationales quelconques pour la PPE ?

Étape 10. Discutez des études de cas données ci-dessous.
**(15 minutes)**

# Étude de cas

Dans les cas suivants, évaluez le risque : est-il réduit, modéré ou élevé ?

**Cas 1**
Un infirmier est en train de mettre un patient sous perfusion intraveineuse et il se pique accidentellement. On sait que le patient est un consommateur de drogues injectables, mais l'on ne connaît pas son statut sérologique au VIH.

**Cas 2**
Un infirmier se blesse en profondeur lorsqu'une personne lui remet, au cours d'une opération de chirurgie orthopédique, un instrument souillé du sang d'un patient hémophile positif au VIH.

# Réponses aux études de cas

**Cas 1**
Vous devez obtenir les antécédents de l'infirmier et examiner le patient consommateur de drogues injectables. Il vous est possible d'évaluer ce qui doit être fait en fonction de l'estimation du risque et du résultat du test de VIH.

**Case 2**
Le risque est élevé.

# Références

## PARTIE B : MODULE B2

Bartlett, John G. 2002. *The 2002 Abbreviated Guide to Medical Management of HIV Infection.* Baltimore, Maryland : Johns Hopkins University.

Piwoz, E, G., et Preble, E, A. 2000. *HIV/AIDS and Nutrition : A Review of the Literature and Recommendations for Nutritional Care and Support in Sub-Saharan Africa.* Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project : Washington D.C.

République de Namibie, ministère de la Santé et des services sociaux. 2000. *Guidelines for the clinical management of HIV and AIDS.* Windhoek, Namibia : Directorate of Primary Health Care, National AIDS Co-ordination Programme (NACOP).

OMS. 2002. *Prevention of Mother-to-Child transmission Options : Selection and Use of Nevirapine.* Genève : OMS.

OMS. 2002. *Scaling Up Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings : Guidelines for a Public Health Approach.* Genève : OMS.

# Sommaire des références

Anderson, Jean R. (ed.). 2001. *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV.* Washington DC : HRSA/HIVAIDS Bureau. http://www.hab.hrsa.gov/.
*Guide des soins cliniques chez la femme porteuse du VIH, Washington*

Attaran, A. 2002. Breaking the excuses : New knowledge about patents and international aid financing, and why AIDS treatment isn't happening. Abstract ThOrE1421 : XIV International AIDS Conference, Barcelona.
*Mettre fin aux excuses : Nouveaux éléments concernant les brevets et le financement de l'aide internationale, et les raisons qui font que le traitement du SIDA ne se réalise pas, Conférence internationale sur le SIDA, Barcelone*

Bartlett, John G et Gallant JE. 1999. *Medical Management of HIV Infection.* Baltimore, Maryland : Johns Hopkins University.
*Prise en charge médicale de l'infection au VIH, Baltimore*

Bartlett, John G. 2002. *The 2002 Abbreviated Guide to Medical Management of HIV Infection.* Baltimore, Maryland : Johns Hopkins University.
*Guide abrégé 2002 de la prise en charge médicale de l'infection au VIH, Baltimore*

Bartlett, J.A. Addressing the challenges of Adherence. JAIDS Vol 29,Supp1, 2002.
*Les défis de l'adhérence : comment les aborder, 2002*

British HIV Association/Medical Society for the Study of Venereal Diseases. Guidelines on provision of adherence support to individuals receiving antiretroviral therapy. Draft 2002.
*Association britannique/Société médicale du VIH pour l'étude des maladies vénériennes. Directives sur la façon de fournir un soutien à l'adhérence des personnes recevant un TAR. 2002*

*Eritrean HIV/AIDS : Care, Counseling and Home Based Care Manual. VIH/SIDA érythréen : Manuel de soins, conseils et soins à domicile.*

FAO. 2002. *Living well with HIV/AIDS : A manual on nutritional care and support for people with HIV/AIDS.* Prepared by the Nutrition Programmes Service of the FAO Food and Nutrition Division (ESN) in collaboration with the WHO Department of Nutrition for Health and Development (NHD), Geneva.
*FAO. 2002. Vivre bien avec le VIH/SIDA : Un manuel de soins nutritionnels et de soutien pour les personnes affectées par le VIH/SIDA. Préparé par le Service des programmes nutritionnels de la Division de l'alimentation et de la nutrition de la FAO (ESN) en collaboration avec le Département de la nutrition pour la santé et le développement de l'OMS (NHD), Genève.*

Garey, K.W., et Rodwald, K,A. 1998. Antiretroviral Agents and Food Interactions. Infectious Med ; 15 : 8369.
*Agents antirétroviraux et interactions nutritionnelles*

http://www.cdc.gov/growthcharts.

http://www.aidsmap.com (mis à jour 11 déc. 2000).

Katabira, Elly, Moses R. Kamya, Francis X. Mubiru, Nathan N. Bakyaita (eds.) 2000. *HIV Infection : Diagnostic and Treatment Strategies for Health Care Workers.* 2nd edition. Kampala, Uganda : STDS/AIDS Control Programme, Ministry of Health.
*2000. Infection au VIH : stratégies de diagnostic et de traitement pour les agents de santé, Kampala, Ouganda, Programme de contrôle MST/SIDA, Ministère de la Santé*

Kayita, J. 2003. *Draft strategy for community home-based care.* Family Health International : Washington D.C : Unpublished.
*Ébauche de stratégie pour les soins communautaires à domicile, FHI : Washington D.C. Non publiée.*

Klatt, EC. 1999. *Human Immunodeficiency Virus. Pathology of AIDS.* University of Utah. http://www.unaids.org/hivaidsinfo/faq/variability.html#what.
1999.*Virus de l'immunodéficience humaine.* Université de l'Utah.

Lamptey, Peter R. 2002. Reducing heterosexual transmission of HIV in poor countries. *BMJ* Vol. 324, 26 January, pp. 207–211.
2002. Réduction de la transmission hétérosexuelle du VIH dans les pays pauvres.

Lindsey L. 2003. *Developing Community Home-Based Care in Resource Poor Settings : Partnerships for Policy and Action.* Draft.
2003. *Développement des soins communautaires à domicile dans les établissements aux moyens limités : partenariats pour une politique et une action.*

Lynen, L. et Biot, M. (ed.). Clinical Aids Care Guidelines for Resource-poor Settings. Brussels, Belgium : Médecins Sans Frontières, 2000.
*Directives de soins cliniques pour le SIDA dans les établissements aux ressources limitées, Bruxelles, Belgique. Médecins Sans Frontières, 2000.*

Lynen, L. et Biot, M. (ed.). 2000. Revised recommendations for the selection and use of HIV antibody tests. Clinical Aids Care Guidelines for Resource-poor Settings. Brussels, Belgium : Médecins Sans Frontières.
*2000. Nouvelles recommandations concernant le choix et l'utilisation des tests d'anticorps anti-VIH. Directives de soins cliniques pour le SIDA dans les établissements aux ressources limitées, Bruxelles, Belgique. Médecins Sans Frontières.*

Maclean, D. et Margau, R. 2000. *Managing Side Effects : Living with ART.* CATIE Fact Sheet : University of Toronto. www.catie.ca.
2000. *Gestion des effets secondaires : Vivre avec le TAR.* Université de Toronto.

Mildmay International/FHI, Antiretroviral therapy : A course for doctors Sept. 2002.
*TAR : une ligne d'action pour les médecins, sept 2002*

Munk, Robert. 2002. Resistance to Anti-HIV Medications. Positively Aware : Nov–Dec 13(6).
*2002. Résistance aux traitements anti-VIH. tre tout à fait conscient.*

Musoke, P. 2003. Management of Paediatric HIV. *Proceedings of the ANECCA Regional Workshop on Early Diagnosis and Care of HIV-infected children.* March 31–April 1, 2003, Kampala, Uganda.
*Minutes de l'atelier régional de l'ANECCA concernant le diagnostic précoce et les soins pour l'enfant porteur du VIH.* 2003, Kampala, Ouganda.

Nerad, J., Romeyn, M., Silverman, E., Allen-Reid, J., Dieterich, D., Merchant J., Pelletier, V.A., Tinnerello, D., et Fenton M. 2003. *General Nutrition Management in Patients Infected with Human Immunodeficiency Virus.* Clinical Infectious Diseases ; 36 : S52–S62.
2003.*Gestion générale de la nutrition chez les patients porteurs du VIH.*

Office of Special Health Issues and Division of Antiviral Drug Products. 2001. *Nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) and nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) drug interactions.* US Food and Drug Administration : Washington DC.

2001. *Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI) et inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI).* U.S.FDA : Washington DC.

Perez-Casas C et al. 2002. Antiretrovirals : most effective strategies to reduce process. Abstract MoOrG1036 : XIV International AIDS Conference, Barcelona.
*2002 : Antirétroviraux : les stratégies les plus efficaces pour réduire le processus. XIVème Conférence internationale sur le SIDA, Barcelone.*

Piwoz E, G. et Preble, E, A. 2000. *HIV/AIDS and Nutrition : A Review of the Literature and Recommendations for Nutritional Care and Support in Sub-Saharan Africa.* Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project/Academy for Educational Development : Washington DC.
2000. *VIH/SIDA et nutrition : examen exhaustif de la littérature et des recommandations concernant les soins et soutiens nutritionnels en Afrique sub-saharienne.* Projet de soutien à l'analyse et la recherche en Afrique (SARA)/Academy for Educational Development. Washington DC.

Project Inform. 2002. *Dealing with drug side effects.* San Francisco, California. www.projectinform.org.
2002. *Gérer les effets secondaires.* San Francisco, Californie.

Republic of Namibia Ministry of Health and Social Services. 2000. *Guidelines for the clinical management of HIV and AIDS.* Windhoek, Namibia : Directorate of Primary Health Care, National AIDS Co-ordination Programme *(NA*COP).
*Ministère de la Santé et des Services sociaux de la République de Namibie. 2000. Directives pour la prise en charge clinique du VIH et du SIDA. Windhoek, Namibie.*

Szwarcwald, C, L. 2002. The impact of national production of ARV drugs on the cost of the ARV therapy in Brazil, 1997–2000. Abstract ThOrE1424 : XIV International AIDS Conference, Barcelona.
*Impact de la production nationale d'ARV sur le coût du TAR au Brésil, 1997–2000. XIVème Conférence internationale sur le SIDA, Barcelone.*

Stewart, Graeme (ed.). 1994. *Could it be HIV ? The clinical recognition of HIV infection.* 2nd edition Sydney, Australia : Australian Medical Publishing Co. p. 2.
1994. *Serait-ce le VIH ? L'identification clinique de l'infection au VIH*, Sydney, Australie.

The College of Family Physicians of Canada. National Working Group on Comprehensive Care for Persons with HIV Disease. 1995. *A Comprehensive Guide for the Care of Persons with HIV Disease. Module 2 : Infants, Children, and Youth.* Ontario.
*Collège des médecins de famille du Canada. Groupe de travail national sur les soins complets aux personnes atteintes de la maladie au VIH. 1995. Guide complet des soins aux personnes atteintes de la maladie au VIH. Module 2 : Nourrissons, enfants et jeunes personnes. Ontario.*

The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of Voluntary HIV-1 Counseling and Testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad : A Randomised Trial. Lancet 2000. 36 : 103–12.
*Groupe d'étude de l'efficacité du service de conseil et de dépistage volontaire du VIH-1. Efficacité du service de conseil et de dépistage volontaire du VIH-1 chez l'individu et le couple au Kenya, en Tanzanie et à Trinidad : un essai aléatoire 2000.*

UNAIDS. 2002. AIDS epidemic update. UNAIDS/WHO : Geneva.
*ONUSIDA. 2002. Mise à jour sur l'épidémie du SIDA. ONUSIDA/OMS. Genève.*

WHO. 1997. *Treatment of Tuberculosis : Guidelines for National Programmes.* Second edition 1997 ; WHO/TB/97.220. Geneva : WHO.

*OMS. 1997. Traitement de la tuberculose : directives pour les programmes nationaux. Deuxième édition 1997 ; OMS/TB/97.220. Genève. OMS.*

WHO/GPA. 1993. *AIDS Home Care Handbook.* WHO/GPA/A/IDS/HCS/93.2.
*OMS/GPA 1993. SIDA : Guide des soins à domicile.*

WHO. 1990. *Cancer Pain Relief and Palliative Care. Report of a WHO Expert Committee.* English Technical Report Series No 804.
OMS. 1990. *Soulagement des douleurs dues au cancer et soins palliatifs. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS.*

WHO. 1998. *Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children.* Nonserial Publications.
OMS. 1998. *Soulagement des douleurs dues au cancer et soins palliatifs chez les enfants.*

WHO. 1998. *Symptom Management.* Geneva : WHO.
OMS. 1998. *Gestion des symptômes.* Genève. OMS.

WHO. 1999. *Home-based and long-term care : Home care issues at the approach of the 21st century from a World Health Organization perspective : annotated bibliography.* WHO/HSC/LTH99/1. *e*
OMS. 1999. *Soins à domicile et soins à long terme : Questions sur les soins à domicile à l'approche du 21ème siècle vues par l'Organisation mondiale de la Santé : bibliographie annotée.*

WHO. 1999. *WHO Model Prescribing Information : Drugs used in HIV-related infections.* WHO/DMP/DSI/99.2. Geneva : WHO.
OMS. 1999. *Modèle de l'OMS en matière d'informations médicamenteuses : Médicaments utilisés dans les infections liées au VIH.* Genève. OMS.

WHO. 2000. *Management of the Child with a Serious Infection or Severe Malnutrition : Guidelines for Care at the First-Referral Level in Developing Countries.* Ch. 8 : Children with HIV/AIDS. WHO/FCH/CAH/00.1. Geneva : WHO. http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/referral_care.
OMS. 1999. *Prise en charge de l'enfant atteint d'une infection grave ou victime de malnutrition grave : Directives concernant les soins au premier niveau de référence dans les pays en développement.* Ch. 8 : Enfants atteints du VIH/SIDA. Genève. OMS.

WHO. 2001. *Breastfeeding and Replacement Feeding Practices in the Context of Mother-to-Child transmission of HIV : An Assessment Tool for Research.* WHO/RHR/01.12. WHO/CAH/01.XX. Geneva : WHO.
OMS. 2001. *Allaitement et pratiques nutritionnelles de substitution dans le cadre de la transmission mère-enfant du VIH : un outil d'évaluation pour la recherche.* Genève. OMS.

WHO/CDC/UNAIDS/USAID. 2001. *Guidelines for Using HIV Testing Technologies in Surveillance : Selection, Evaluation, and Implementation.* Geneva.
WHO/CDS/CRS/EDC/2001.16, UNAIDS/01.22E.
OMS/CDC/ONUSIDA/USAID. 2001. *Directives pour l'utilisation des techniques de dépistage aux fins de surveillance : Sélection, évaluation et mise en oeuvre.* Genève.

WHO. 2002. *Prevention of Mother-to-Child transmission Options : Selection and Use of Nevirapine* : *Technical Notes.* WHO/HIV_AIDS/2001.3, WHO/RHR/01.21. Geneva : WHO.
OMS. 2002. *Choix de prévention en ce qui concerne la transmission mère-enfant : sélectionner l'utilisation de névirapine.* Genève. OMS.

WHO. 2002. *Scaling Up Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings : Guidelines for a Public Health Approach.* Genève : Ho.
OMS. 2002. *Élargir le TAR dans les établissements aux ressources limitées : Directives pour une approche de santé publique. Genève.* OMS.

Partie C

# Annexes

# Annexe A

## Algorithmes

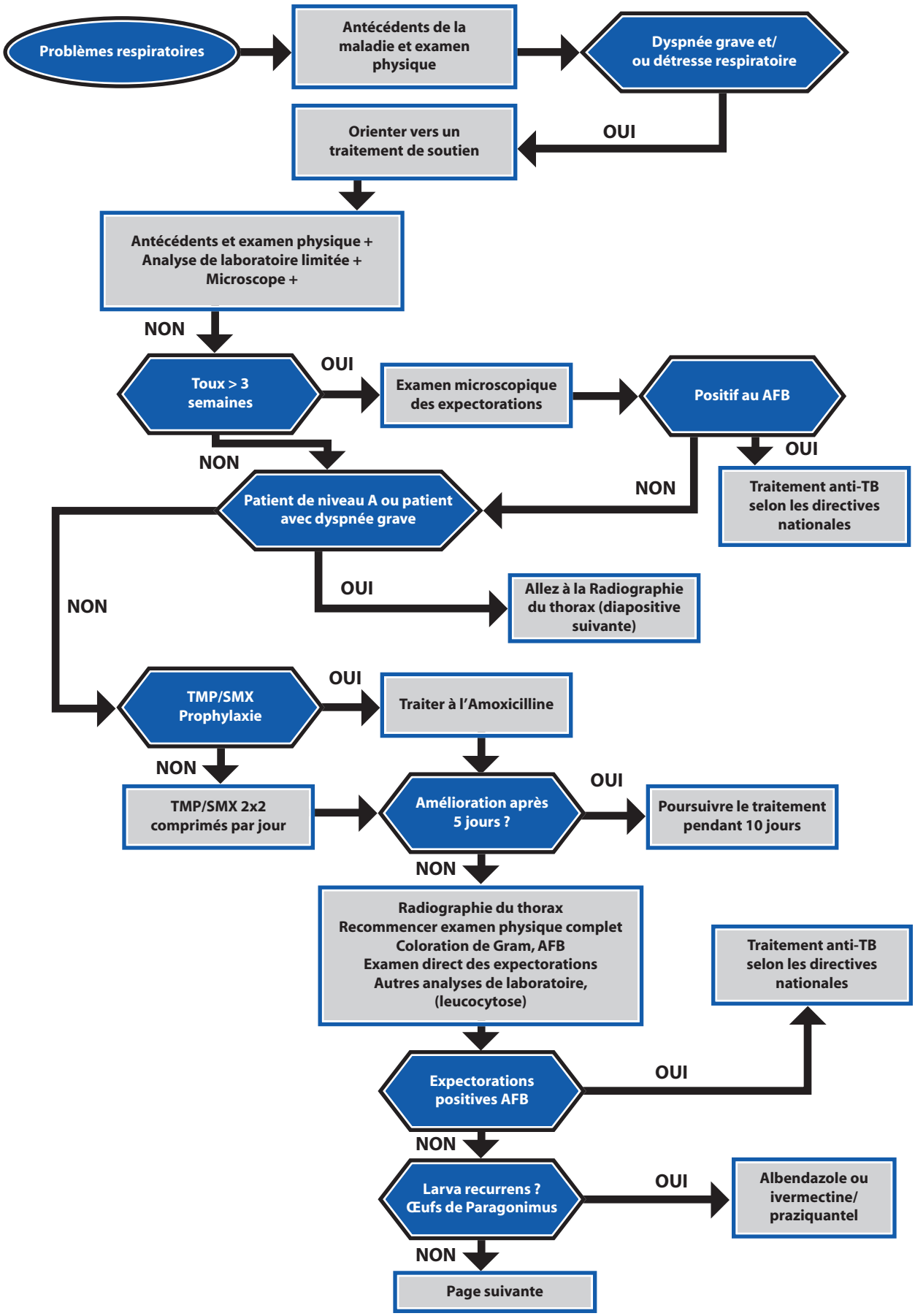
Les formateurs et les animateurs utiliseront ces algorithmes au cours des discussions concernant les études de cas, ainsi que dans l'enseignement du processus de décision clinique et de la gestion de cas. Ils pourront également être utilisés comme référence pour les tableaux cliniques. Vous pourrez les adapter aux différents niveaux et contextes de soins, compte tenu des ressources laborantines, radiologiques et autres.

Ces algorithmes sont adaptés d'après la publication de Lynen, L. et Biot, M. (ed.) : *Clinical Aids Care Guidelines for Resource-poor Settings.* Bruxelles, Belgique : Médecins Sans Frontières, 2000.

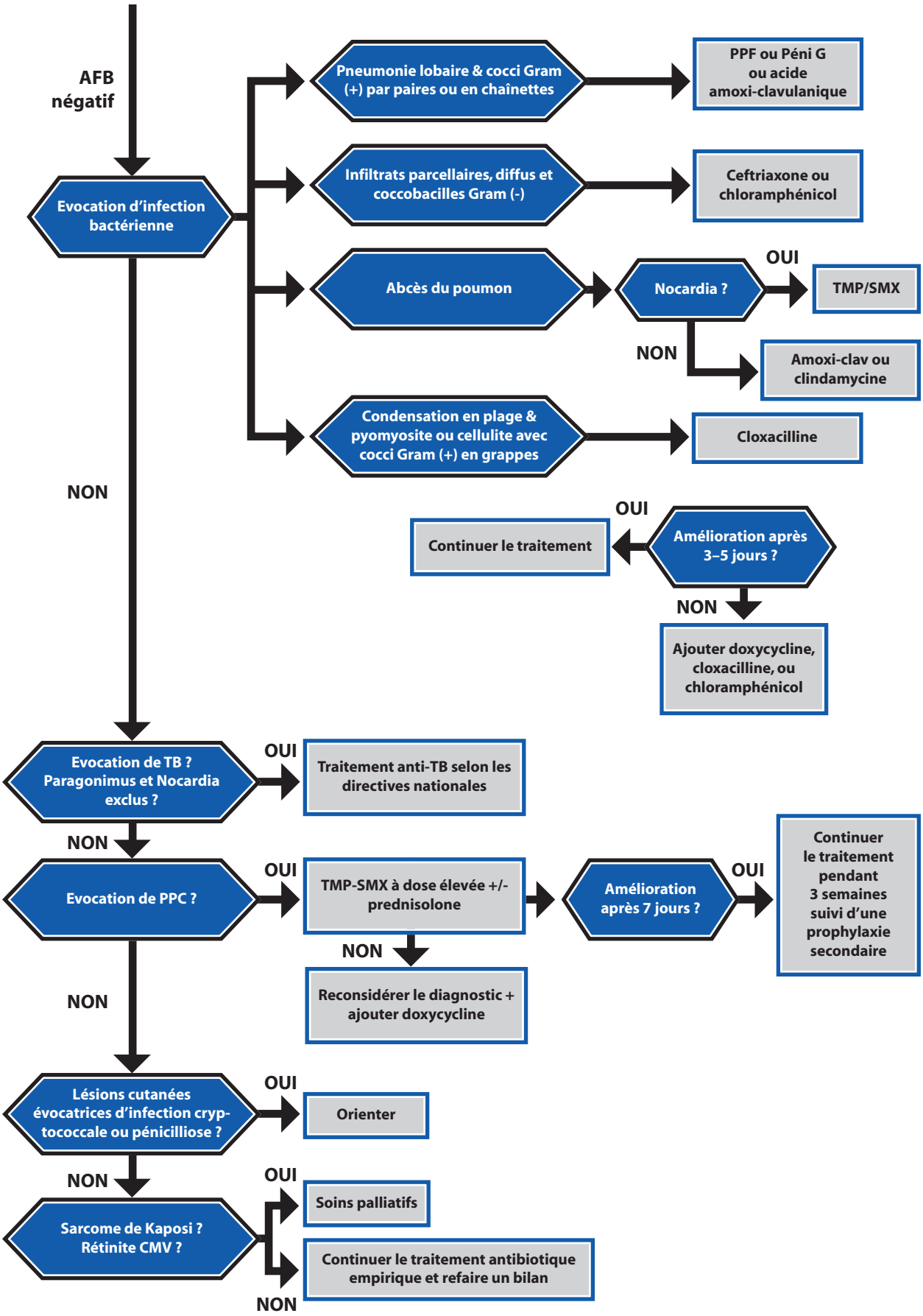
Vous trouverez des algorithmes pour les tableaux cliniques suivants :

- **Problèmes respiratoires**
- **Lymphopathie**
- **Lésions cutanées**
- **Maux de tête**
- **Diarrhée**
- **Lésions buccales**
- **Dysphagie/Odynophagie**

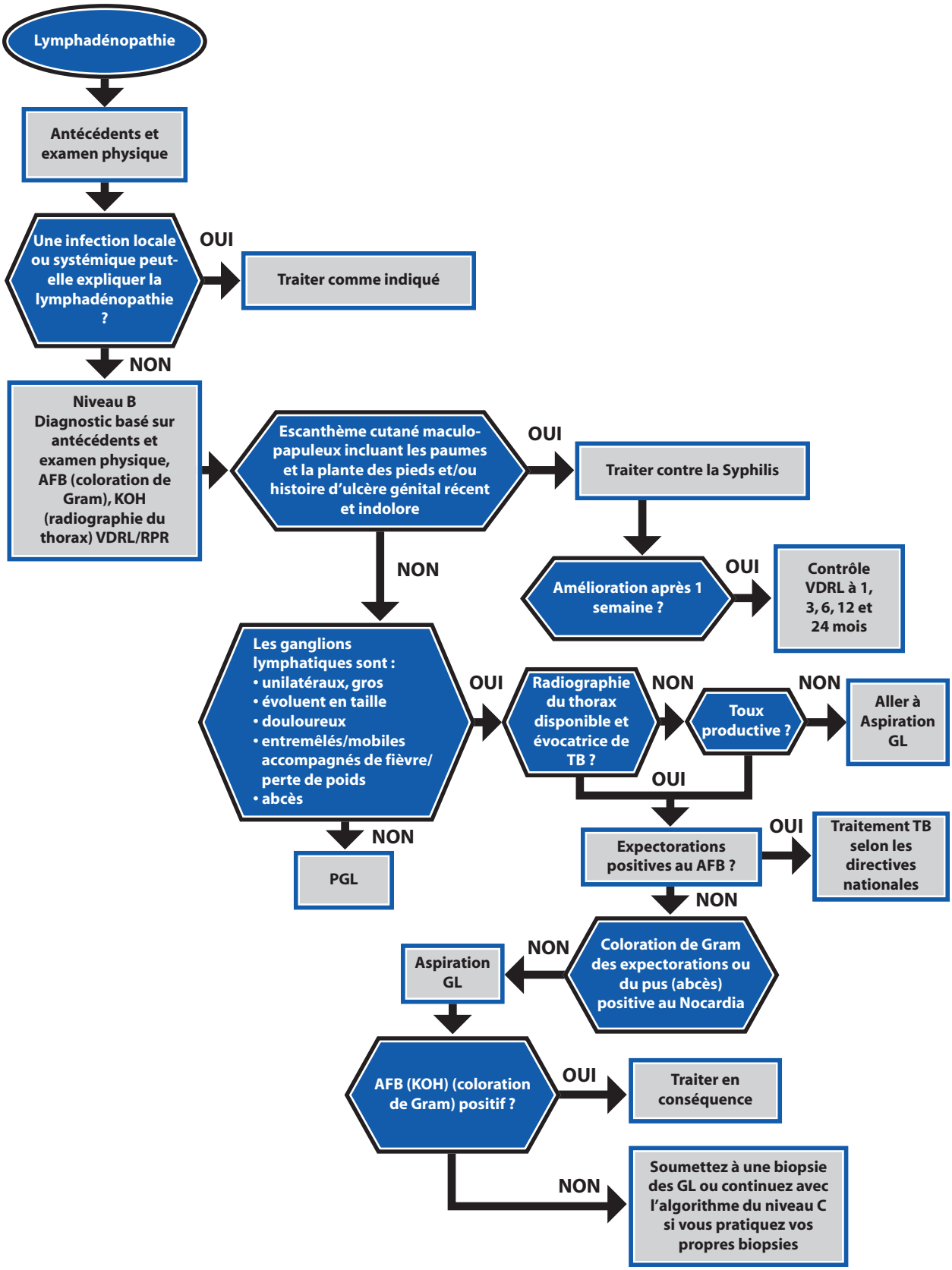
# Gestion clinique des problèmes respiratoires



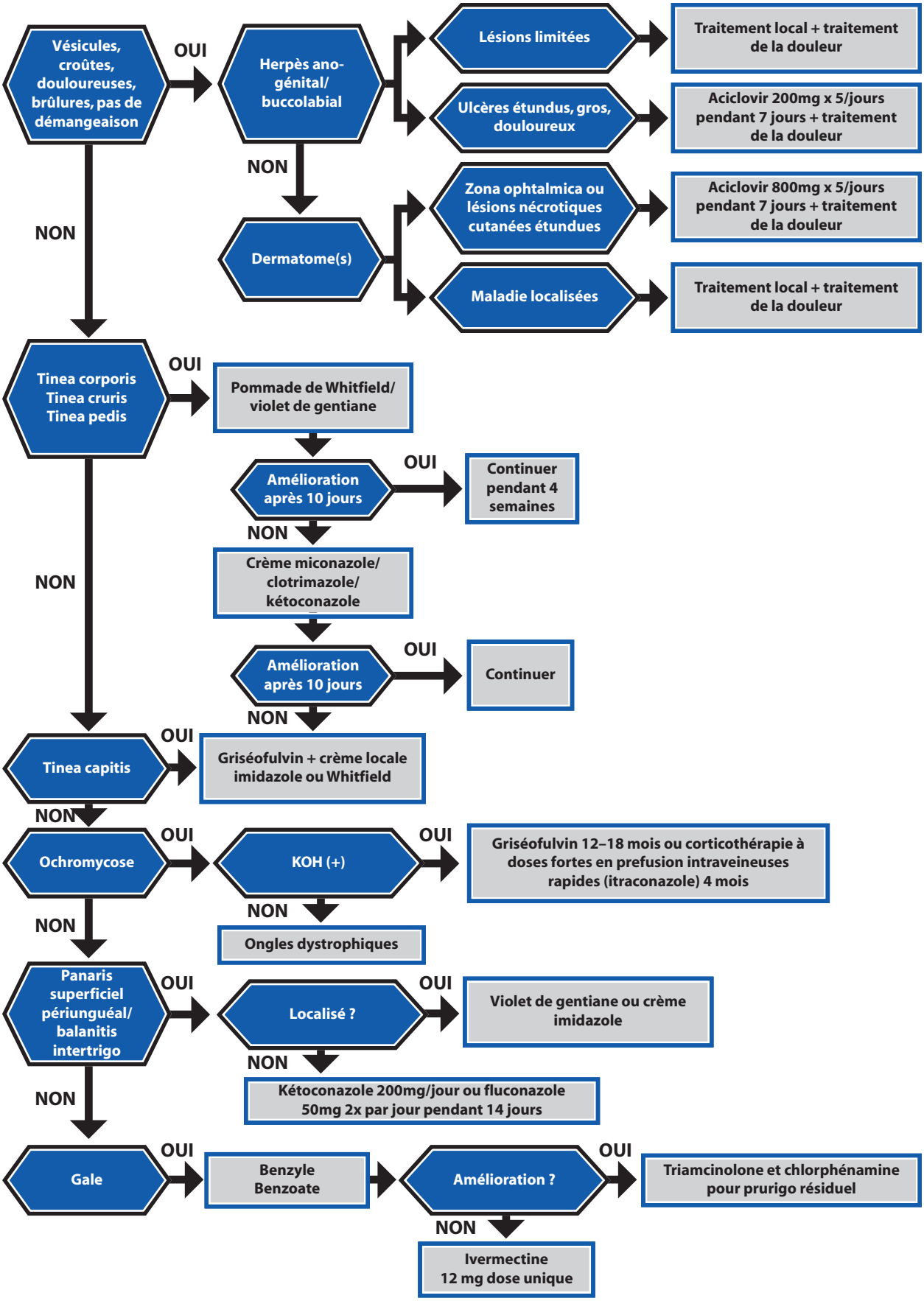
# Gestion clinique des problèmes respiratoires



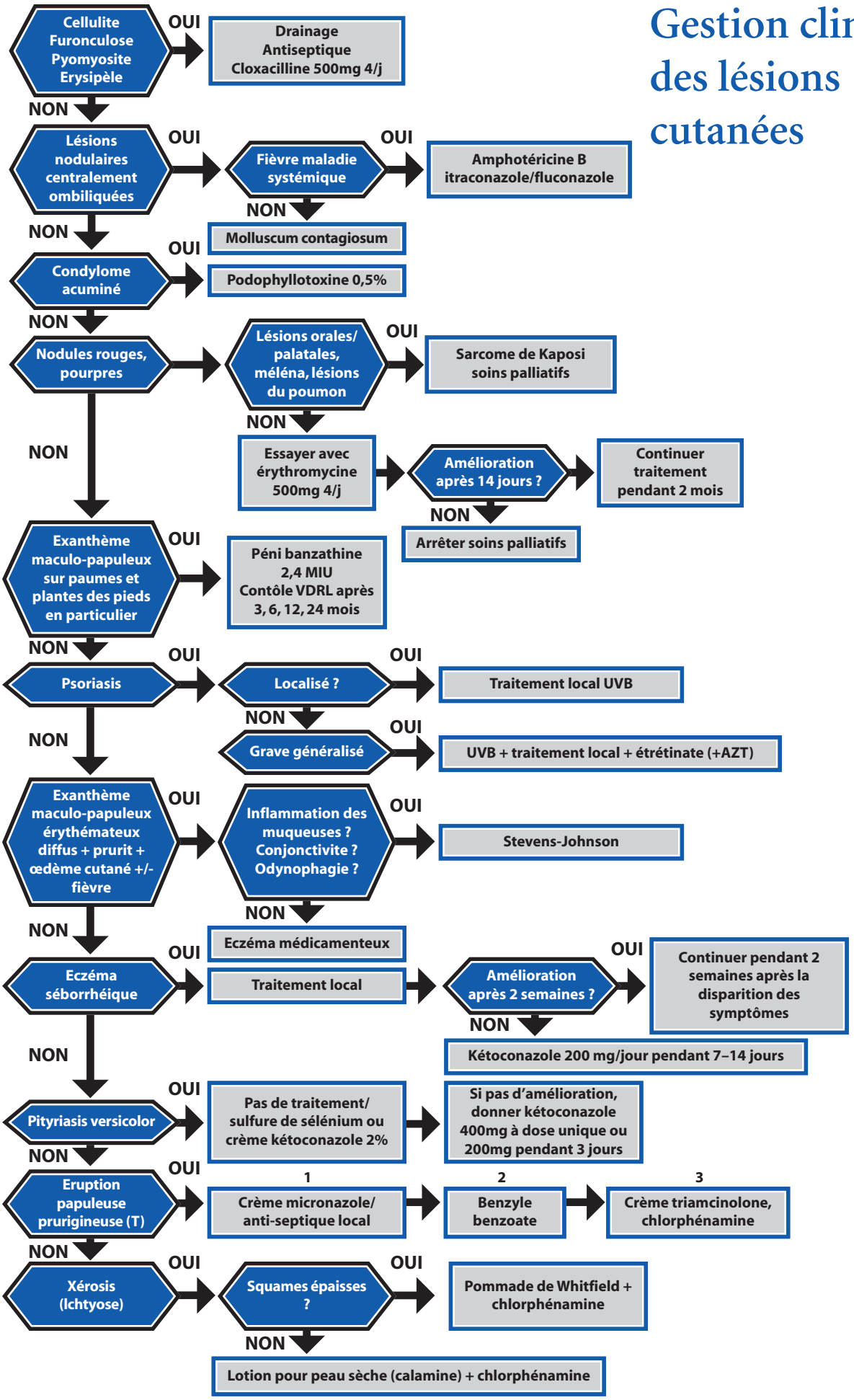
# Gestion clinique de la lymphadénopathie



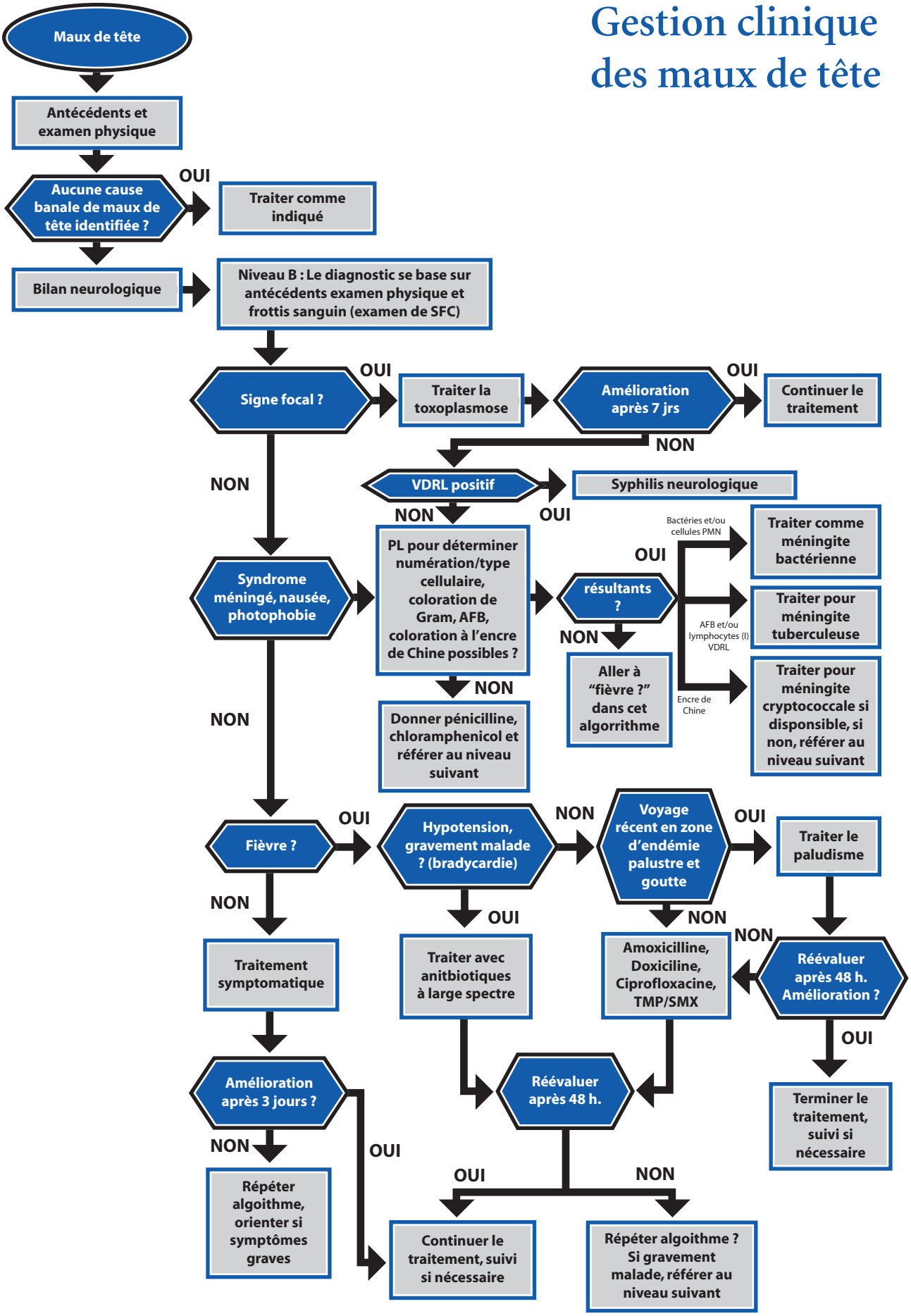
# Gestion clinique des lésions cutanées



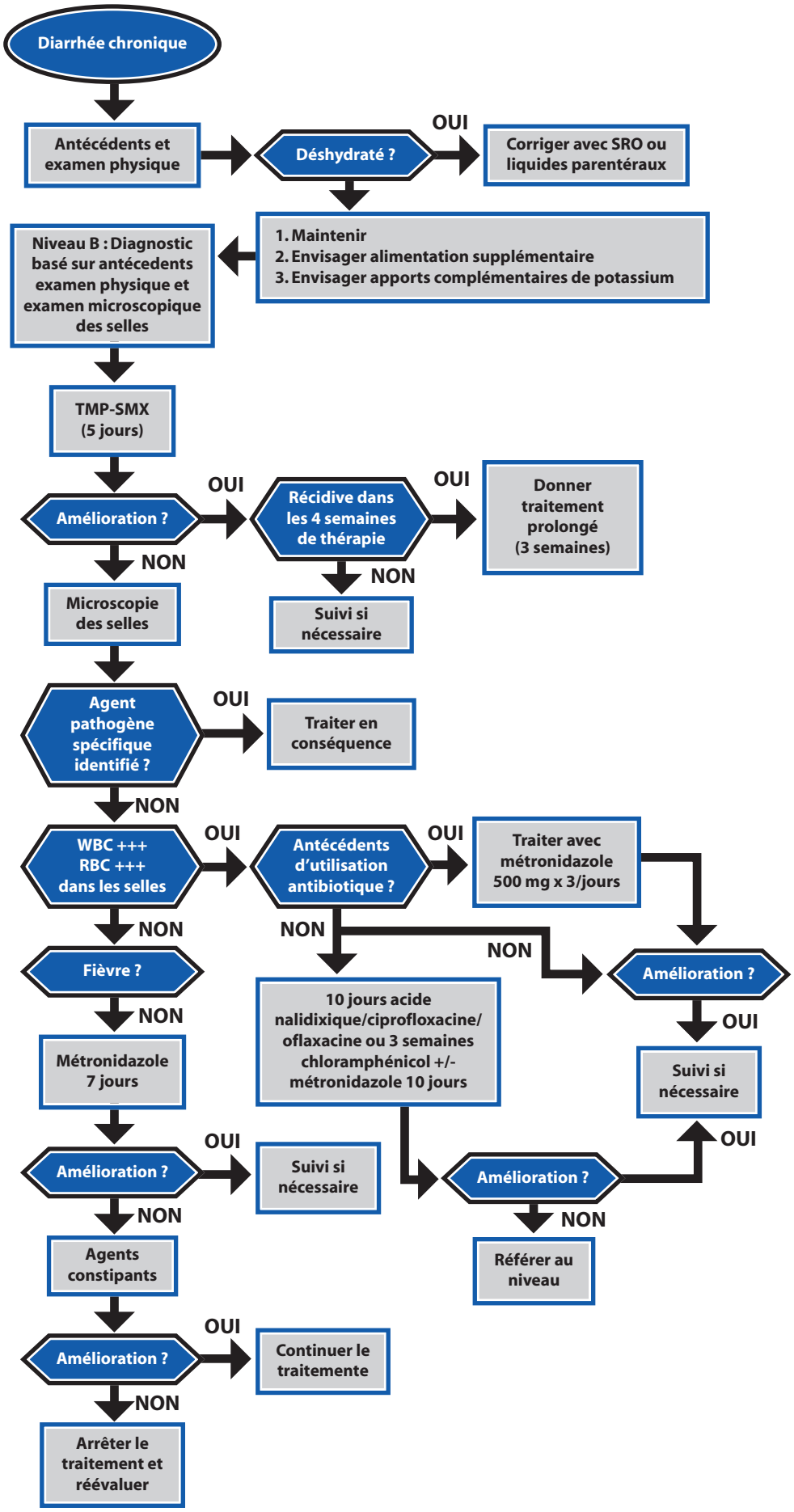
# Gestion clinique des lésions cutanées



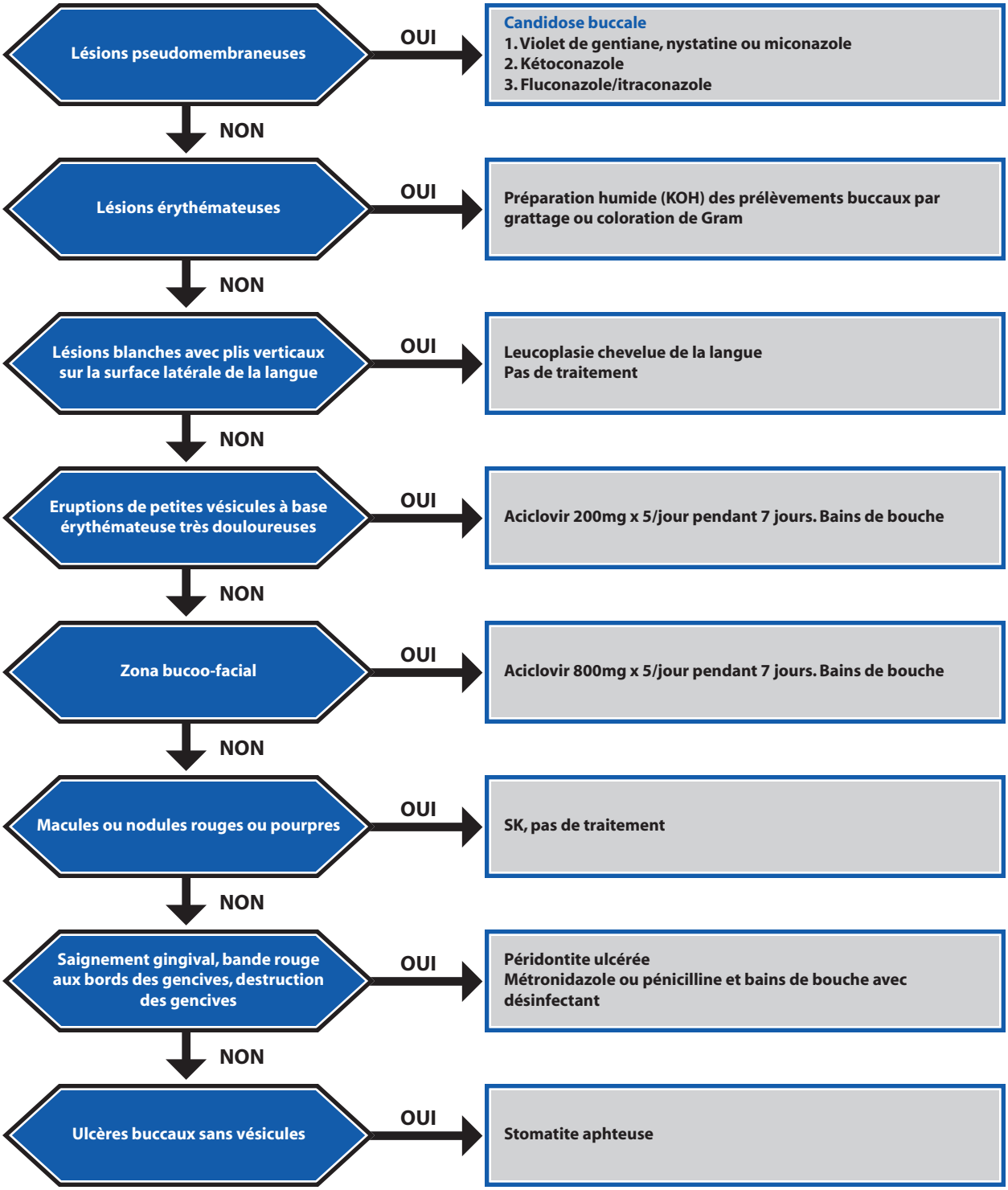
# Gestion clinique des maux de tête



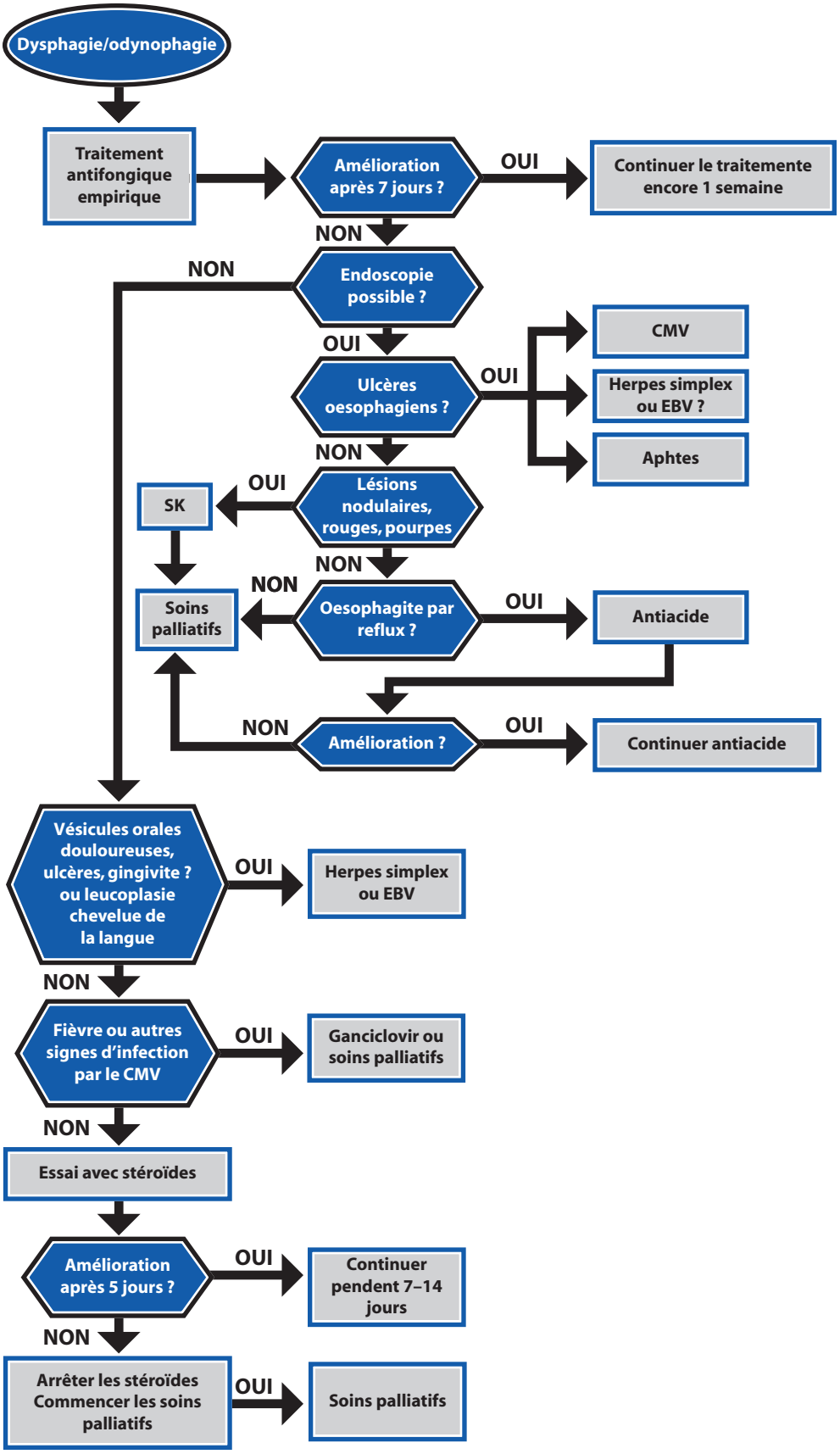
# Gestion clinique de la diarrhée



# Gestion clinique des lésions buccales



# Gestion clinique de la dysphagie/odynophagie



# Annexe B

## Ressources sur la prise en charge clinique du VIH/SIDA et le traitement antirétroviral dans les régions aux ressources limitées Juillet 2003

1. AIDSMAP website. ***HIV & AIDS Treatment in Practice.*** http://www.aidsmap.com/main/hatip.asp.
   *Traitement du VIH et du SIDA en pratique* est un bulletin électronique qui s'adresse aux médecins, infirmiers, agents de santé et aux partisans du traitement antirétroviral travaillant au niveau communautaire dans les pays aux ressources limitées.

2. AIDSmeds.com website. http://www.aidsmeds.com.
   AIDSmeds.com se consacre à fournir aux personnes vivant avec le VIH les informations dont elles ont besoin pour être maîtres de leurs décisions concernant le traitement. Le fondateur et les rédacteurs de ce site Web sont des personnes vivant toutes avec le VIH et qui connaissent, de par leur expérience directe, les défis à relever pour combattre ce virus. En offrant des informations complètes et à jour, présentées sous une forme simple, AIDSmeds.com souhaite aider les personnes qui participent depuis longtemps ou depuis peu aux efforts pour relever ces défis et continuer d'être une ressource énergique et dynamique pour les années à venir.

3. Anderson, Jean R., 2001. ***A Guide to the Clinical Care with Women with HIV/AIDS.*** Anglais, 510 pages.
   http://hab.hrsa.gov/publications/womencare.htm.
   Ce guide donne des informations aussi bien sur les affections gynécologiques associées au VIH, que sur les problèmes psychologiques, psychiatriques et pharmacologiques associés à la maladie. Il Contient également des informations concernant les adolescents et le VIH, le VIH et la reproduction, ainsi que les soins palliatifs et en phase terminale.

4. Bartlett, John G., 2002. ***The 2002 Abbreviated Guide to Medical Management of HIV Infection***. Anglais, 160 pages.
   http://hopkins-aids.edu/publications/abbrevgd/abbrevgd.html.
   Cet ouvrage est une ressource pour les médecins et autres professionnels de la santé qui fournissent soins et traitement aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ce guide abrégé a été conçu pour les décisions de prise en charge clinique au chevet du malade.

5. Bartlett, John G. et Joel E. Gallant, 2001. *2003* ***Medical Management of HIV Infection***. Anglais.
   http://hopkins-aids.edu/mmhiv2003/order.html.
   L'édition 2003 de « Medical Management of HIV infection » (Prise en charge de l'infection par le VIH) est utilisé comme norme de soins par le service du SIDA de l'hôpital Johns Hopkins. Le groupe d'assurance Medicaid du Maryland l'a accepté comme norme de soins pour l'assurance qualité. Vous pouvez commander la version entière de l'ouvrage par Internet ; disponible à la fin de l'été 2003.

6. Baylor College of Medicine, (janvier 2003). ***HIV Curriculum for the Health Professional.***
   http://bayloraids.org/africa/nursingdownload.shtml.
   La deuxième édition de « HIV curriculum for the Health professional » (Curriculum VIH pour le professionnel de la santé » a été mise au point par Baylor International Pediatric AIDS Initiative, et sponsorisée par le programme "Secure the future" de Bristol-Myers Squibb. Les directives et résultats d'études inclus dans le curriculum sont valables pour janvier 2003. le texte intégral peut être téléchargé.

7. Hoffmann, Christian et B.S. Kamps (2003). ***HIV Medicine 2003***. Anglais, 350 pages. http://www.hivmedicine.com/.
*HIV Medicine (Médecine du VIH) est un ouvrage médical qui donne un aperçu complet et à jour concernant le traitement de l'infection par le VIH. Son objet est d'être une source d'informations exhaustives et approfondies sur le VIH/SIDA. L'accès par Internet est gratuit.*

8. The FANTA Project (mars 2003). ***Handbook : Developing and Applying National Guidelines on Nutrition and HIV/AIDS.*** Anglais, 72 pages. http://www.fantaproject.org/.
Ce manuel fournit des conseils aux équipes pays et aux Programmes nationaux de lutte contre le SIDA sur l'élaboration et l'application des normes nationales concernant les soins et le soutien nutritionnel des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ce manuel donne des informations sur l'établissement d'équipes pluri-sectorielles, l'adaptation d'informations génériques spécifiques au pays concerné pour l'élaboration de directives nationales, l'intégration des soins et du soutien nutritionnel aux programmes et services de lutte contre le VIH/SIDA, ainsi que sur le suivi et l'évaluation du processus et des résultats.

9. Food and Agriculture Organization (2002). ***Living Well with HIV/AIDS : A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS.*** Anglais. http://www.fao.org/DOCREP/005/Y4168E/Y4168E00.HTM.
Ce manuel a été rédigé à la suite d'une revue exhaustive des normes existantes tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Bien qu'il soit applicable à beaucoup de situations rencontrées en pratique quotidienne, les utilisateurs se rendront compte qu'ils pourront encore améliorer son utilité s'ils adaptent les sections aux situations locales. Le manuel a été préparé par le service des Programme de nutrition de la division « Food and Nutrition » de la FAO (ESN) en collaboration avec le département « Nutrition for Health and Development » de l'OMS à Genève ; il est publié conjointement par la FAO et l'OMS.

10. Forum for Collaborative HIV Research (2002). ***Proceedings of Workshop : Transfer of Diagnostic & Monitoring Technologies into Resource-Poor Settings : Washington DC, 22 April 2002.*** Anglais, 46 pages. Résumé du rapport en anglais/français http://www.hivforum.org/publications/publications.htm.
Le forum pour la recherche collaboratrice sur le VIH a organisé une réunion avec les chercheurs clés internationaux, les représentants de l'industrie et autres chercheurs travaillant sur des méthodes de diagnostic économiques et efficaces et sur le suivi des analyses de laboratoire des personnes souffrant de l'infection au VIH. Tenue le 22 avril 2002, la réunion a révisé le statut de développement des cellules T CD4 et les analyses quantitatives sur le VIH ; elle a également envisagé de poursuivre des études supplémentaires ayant pour objectif final de transférer les technologies validées aux pays dont les ressources sont limitées.

11. International Association of Physicians in AIDS Care (2002). ***Global AIDS Learning & Evaluation Network Curriculum (GALEN). Module 8 : Introduction to Antiretroviral Therapies; Module 9 : Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings.*** Anglais. http://www.iapac.org/. E-mail : iapac@iapac.org.
Le *GALEN Curriculum* est divisée en deux composantes : Traitements de base et traitements avancés, pour faire face aux besoins particuliers des différentes situations locales et nationales. Il peut facilement être adapté pour mieux répondre aux besoins et réalités des situations locales et pour compléter les programmes d'éducation médicale là où ils existent. A chaque composante du curriculum correspond un manuel individuel étude/formation qui comprend un aperçu général du programme, des descriptions cliniques, des tableaux de référence, des études de cas et des questions d'évaluation.

12. International HIV/AIDS Alliance (novembre 2002). ***Voices from the Community : Report from a Community Consultation on Antiretroviral Treatment in Zambia.*** Email : info@alliancezambia.org.zm or mail@aidsalliance.org.
Ce rapport décrit une consultation communautaire faite en novembre 2002 par l'Alliance Internationale VIH/SIDA, le Réseau zambien de personnes vivant avec le VIH/SIDA, le Diocèse catholique de Ndola et l'Association des églises pour la santé en Zambie. La consultation avait pour objectif de développer une compréhension des perceptions communautaires, connaissances et expérience des traitements antirétroviraux, ainsi que d'encourager la participation des personnes vivant avec le VIH et les communautés à la programmation, à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes de traitement antirétroviral.

13. International HIV/AIDS Alliance (juin 2002). ***Mobilising NGOs, CBOs and PLHA Groups for Improving Access to HIV/AIDS-Related Treatment. A handbook of information, tools and other resources.*** Anglais, 135 pages. http://www.aidsalliance.org/_docs/index_eng.htm; http://www.unaids.org/publications/documents/health/access/NGOtoolkit/.
Un recueil d'informations, d'outils et autres ressources pour aider les ONG, les organisations à base communautaire (OBC) et les groupes de personnes vivant avec le VIH/SIDA à réfléchir sur les problèmes concernant l'accès aux traitements relatifs au VIH/SIDA. Ce manuel est le produit d'un projet de collaboration comprenant l'Alliance Internationale pour le VIH/SIDA, l'OMS et l'ONUSIDA. Le projet a pour objet de mettre au point un outil pratique pour les ONG, OBC et groupes de personnes vivant avec le VIH/SIDA afin de faciliter l'accès aux traitements relatifs au VIH/SIDA dans les pays en développement.

14. John Snow, Inc. (mai 2003). ***The Tool to Assess Site Programme Readiness for Initiating Antiretroviral Therapy (ART).*** 2003. Anglais. 20 pages. http://deliver.jsi.com/2002/archives/hivaids/SofR_tool/index.cfm.
Cet outil a été développé par JSI au titre du projet DELIVER financé par l'USAID. Cet outil fournit aux sites, aux gestionnaires de programmes et autres groupes participant aux évaluations quelques moyens pour apprécier les capacités des centres à fournir le traitement antirétroviral. Cet outil a été testé sur le terrain dans un certain nombre de pays et a subi plusieurs révisions basées sur les commentaires des utilisateurs. Ce manuel a pour objet de fournir une série de critères pour aider à déterminer la promptitude d'un centre à mettre en place le traitement antirétroviral et sélectionner les centres pour le traitement antirétroviral, non en fonction du type de centre, mais en fonction de la capacité, de la vision et des activités nécessaires à l'introduction du TAR et son expansion rationnelle au niveau des soins du VIH. Cet outil est également utile pour une auto-évaluation du centre, pour aider les centres et les bailleurs de fonds à identifier les domaines nécessitant une assistance technique et pour aider les programmes à identifier des centres pour l'introduction et l'expansion du traitement antirétroviral. Enfin, ce manuel permet d'identifier les domaines dans lesquels les programmes des centres peuvent servir de ressources pour d'autres programmes.

15. Katabira E., Kamya M.R., Mubiru F.X., et N.N. Bakyaita (2000). ***HIV Infection : Diagnostic and Treatment Strategies for Healthcare Workers.*** Anglais, 132 pages. Email : makprint@infocom.co.ug.
Publié par l'université de Makarere en Ouganda, cet ouvrage fournit aux travailleurs de la santé une approche simple et pratique du VIH/SIDA.

16. Médecins sans Frontières : Lut Lynen (2001). ***Clinical AIDS Care Guidelines for Resource-Poor Settings.*** Anglais. Email : zoom@brussels.msf.org or office-lu@msf.org.
Ces directives ont pour objectif d'élaborer et de décrire des stratégies pour la prise en charge des problèmes médicaux des patients atteints du SIDA à différents niveaux du système de prestation de soins et pour assurer un continuum de soins. Pour chaque niveau de soins, une stratégie est proposée, ainsi que l'équipement et les médicaments nécessaires pour répondre aux besoins médicaux des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

17. Médecins sans Frontières (avril 2003). ***Untangling the Web of Price Reductions : A Pricing Guide for the Purchase of ARVs for Developing Countries.*** Anglais, français, 31 pages. http://www.accessmed-msf.org/prod/publications.asp ?scntid=9520031050482&contenttype=PARA&.
Les données contenues dans ce guide sur le prix des ARV proposés par les compagnies pharmaceutiques de marque et les compagnies de produits génériques dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire ont pour objet de fournir à l'acheteur potentiel des informations claires et vérifiées. Ce guide a été rédigé à l'intention des organismes de passation de marchés publics et à but non lucratif, ainsi qu'à l'intention d'autres groupes d'acheteurs d'ARV, y compris les formations sanitaires et les ONG. Ce document présente les préparations adultes et pédiatriques et devrait être utilisé conjointement avec le rapport « Pilot Procurement, Quality, and Sourcing Project : Access to HIV/AIDS Drugs and Diagnostics of Acceptable Quality », projet entamé par l'OMS et développé avec la collaboration d'autres agences des Nations Unies (ONUSIDA, UNICEF, FNUAP).

18. Organisation panaméricaine de la Santé (octobre 2002). ***Building Blocks : Guidelines for Antiretroviral Treatment in Adults for Latin American and Caribbean Countries.*** Espagnol, 60 pages.
http://www.paho.org/English/HCP/HCA/arv_adultos.htm.
Ces directives, qui font partie de la série de documents pour la stratégie « Building Blocks », sont une réponse à de nombreuses requêtes par les autorités de la santé de la région des Amériques pour des informations sur la manière de garantir des soins améliorés et un plus grand accès aux traitements antirétroviraux pour les personnes atteintes du VIH/SIDA en Amérique latine et dans les Caraïbes. Ces directives reposent sur les recommandations du groupe consultatif de l'OPS (août 2001) et sur le document de l'OMS « *Expansion of Antiretroviral Treatment in Low-Resource Settings* (2002) ».

19. Organisation panaméricaine de la Santé (juin 2000). ***Building Blocks : Proceedings of the Consultations on Standards of Care for Persons Living with HIV/AIDS in the Americas.*** Anglais, 48 pages.
http://www.paho.org/English/HCP/HCA/PoceedingsBldingBlcks.pdf.
Ce document décrit le processus d'élaboration du cadre de la stratégie du « Building Blocks » Le résumé expliquant la stratégie-cadre se trouve à la section « *Comprehensive Care Guidelines for Persons Living with HIV/AIDS in the Americas* ».

20. Organisation panaméricaine de la Santé (juin 2000). ***Building Blocks : Comprehensive Care Guidelines for Persons Living with HIV/AIDS in the Americas***. Espagnol, anglais, 15 pages.
http://www.paho.org/English/HCP/HCA/BuildingBlocks.pdf
http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB_Summary_span.pdf.
Ce résumé fournit une définition opérationnelle des soins intégrés du VIH/SIDA et souligne les principales composantes. Il présente un modèle de soins, qui sert d'orientation pour l'élaboration de politiques et stratégies et favorise les discussions sur le spectre complet de soins requis pour satisfaire les besoins des PVS, de leurs familles et des prestataires de soins.

21. Organisation panaméricaine de la Santé (1999). ***Building Blocks : Women and HIV/AIDS Prevention and Care Strategies***. Anglais, espagnol, 35 pages. http://www.paho.org/English/HCP/HCA/Women_HIV.pdf.
http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/MujeryVIH.pdf.
Ce manuel, qui fait partie de la série « building Blocks » sur les soins intégrés du VIH/SIDA, a pour objet de fournir des informations qui devront être utilisées dans l'élaboration de programmes de formation et la préparation d'ateliers qui permettent aux travailleurs de la santé de répondre avec compétence et compassion aux besoins des femmes infectées par le VIH, de leurs partenaires et de leurs familles. Parmi les sujets examinés il convient de souligner : le diagnostic clinique du VIH chez les femmes, les interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, le conseil et dépistage volontaire confidentiel, la santé sexuelle couvrant le sexe sans risque, la planification familiale, le soutien émotionnel et le conseil, l'hygiène personnelle et la salubrité, les précautions universelles et la sécurité sanitaire des aliments.

22. Piwoz, E. & Preble, E. (2000). ***HIV/AIDS and nutrition : A Review of the Literature and Recommendations for Nutritional Care and Support in sub-Saharan Africa.*** Anglais, 54 pages.
http://sara.aed.org/publications/cross_cutting/hiv_nutrition/HIV%20and%20Nutrition.pdf.

23. Population Council/Horizons Program (2001). ***Access to Treatment for HIV/AIDS : Report of a Meeting of International Experts 12–13 June 2001, Washington, DC.*** Anglais, 42 pages.
http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/accesstotreatment.pdf.
Questions de recherche opérationnelle pour l'accès aux traitements du VIH/SIDA

24. Princeton, Douglas C. (2003). ***Manual of HIV/AIDS Therapy, 2003 Edition.*** Anglais, 91 pages. www.ccspublishing.com.
Cette référence essentielle contient des informations nouvelles sur le traitement de patients infectés par le VIH et souligne la prise en charge actuelle des infections opportunistes. Cette référence comprend les nouveaux régimes thérapeutiques pas encore disponibles dans d'autres ouvrages ; c'est la référence la plus à jour sur le SIDA qui soit disponible.

25. Project Inform website. http://www.projinf.org/.
*Project Inform* est une organisation à base communautaire à but non lucratif travaillant pour mettre fin à l'épidémie de SIDA. Cette organisation a pour mission de fournir des informations capitales sur le diagnostic et le traitement de la maladie du VIH, servir de plaidoyer pour l'adoption de politiques claires de réglementation, de recherche et de financement et, enfin, d'inspirer les individus à prendre des décisions informées et à opter pour l'espoir au lieu du désespoir.

26. ONUSIDA et OMS (2002). ***Improving Access to Care in Developing Countries : Lessons from Practice, Research, Resources and Partnerships.***
http://www.unaids.org/publications/documents/care/acc_access/JC809-Access-to-Care-E.pdf
Rapport de la réunion : Faire le plaidoyer pour l'accès aux soins et le partage des expériences, 29 novembre au 1er décembre 2001, Paris, France. Cette réunion s'est tenue sur invitation du ministre français des Affaires étrangères. La publication est le reflet de la mobilisation d'un groupe d'experts dans les domaines de la médecine, de la science, de l'économie, des soins et services sociaux pour le partage des expériences et le plaidoyer pour accélérer l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays en développement. Cette publication comprend des articles de 2001 rédigés par les membres de ce groupe qui compilent à la fois les enseignements tirés et les analyses des problèmes primordiaux liés à la mise en œuvre du programme de soins, ainsi que la Déclaration d'un cadre d'action adoptée à cette réunion de Paris.

27. UNICEF, ONUSIDA, OMS et MSF (juin 2003). ***Sources and Prices of Selected Medicines and Diagnostics for People Living with HIV/AIDS."*** Anglais, 92 pages. http://www.who.int/medicines/organization/par/ipc/sources-prices.pdf.
Ce rapport comprend 59 ingrédients actifs sous 100 formules de dosage. Publication annuelle ; disponible en document imprimé et sur le site Web de tous les partenaires (ONUSIDA, UNICEF, MSF). Ce projet conjoint sur les sources et prix indicatifs a débuté en 1999 et la première publication a eu lieu en 2000. Ce projet est étroitement lié aux manifestations d'intérêt exprimées dans le cadre de « Accelerated Acces » (Accès Accéléré). L'article de juin 2003 comprend les prix les plus récents des produits pharmacologiques et des tests de diagnostic. En plus des antirétroviraux, il comprend les médicaments pour le traitement de toute une variété d'infections opportunistes, le soulagement des douleurs, les soins palliatifs, le traitement des cancers liés au VIH/SIDA et la prise en charge de la dépendance médicamenteuse. Il fournit également des informations sur une variété de kits de test pour le diagnostic initial de l'infection et le suivi continu du traitement antirétroviral. Ce rapport contient aussi une section sur le statut d'enregistrement de produits inclus dans l'enquête et une publication à jour de MSF : *Untangling the web of price reductions : a pricing guide for the purchase of ARVs for developing countries.*

28. Organisation Mondiale de la Santé (2003). ***Pilot Procurement, Quality and Sourcing Project : Access to HIV/AIDS Drugs of Acceptable Quality.*** Anglais.
http://www.who.int/medicines/organization/qsm/activities/pilotproc/pilotproc.shtml.
Ce projet pilote sur Internet évalue les produits pharmaceutiques selon les recommandations de normes de qualité de l'OMS et leur conformité aux bonnes méthodes de fabrication. Il s'agit d'un processus continu qui va s'étendre à mesure que les fournisseurs sont de plus en plus nombreux à y participer. Il convient de noter que la liste des médicaments pré-qualifiés n'est pas exhaustive et que le fait qu'un médicament ne soit pas sur la liste ne signifie pas qu'il n'est pas approuvé par une ou plusieurs autorités de réglementation pharmacologique. En fait, la vente de tous les médicaments génériques inclus dans ce guide de prix est autorisée dans leur pays d'origine.

29. Organisation Mondiale de la Santé (2003). ***Adherence to Long-Term Therapies : Evidence for Action.*** Anglais, 209 pages. http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/
Ce rapport, à l'intention des décideurs, gestionnaires de santé et cliniciens, s'appuie sur une étude exhaustive de la littérature publiée sur les définitions, les mesures, l'épidémiologie, l'économie et les interventions applicables à neuf affections chroniques et facteurs de risque. Ce rapport fournit un résumé concis des conséquences de la mauvaise adhérence au traitement sur la santé et l'économie. Il examine aussi les options possibles pour améliorer l'adhérence et démontre l'impact éventuel sur les résultats souhaités en matière de santé et sur les budgets de la santé. Le chapitre XII aborde le VIH/SIDA.

30. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est (septembre 2002). ***Fact Sheets on Antiretroviral Drugs.*** Anglais, 58 pages. http://w3.whosea.org/hivaids/antiretro_content.htm.
Ces fiches documentaires et les notes à l'appui sont destinées à l'usage des médecins responsables de la prise en charge de patients infectés par le VIH à tous les niveaux pour les guider dans leurs activités quotidiennes. Ce jeu se compose de fiches documentaires sur tous les antirétroviraux couramment approuvés. La fiche documentaire de chaque médicament contient des informations sur la catégorie du produit, les présentations disponibles, la conservation, la posologie, les interactions avec d'autres médicaments connus (y compris d'autres antirétroviraux) et les principaux effets secondaires. Les information fournies sont à jour jusqu'en avril 2002.

31. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est (juillet 2002). ***The Use of Antiretroviral Therapy : A Simplified Approach for Resource-Constrained Countries.*** Anglais, 54 pages. http://w3.whosea.org/hivaids/therapry_cont.htm.
Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est de l'OMS a élaboré ces principes directeurs pratiques pour servir de modèle aux pays de la région et les aider à formuler des directives nationales sur le traitement antirétroviral compte tenu de leurs propres besoins et ressources.

32. Organisation Mondiale de la Santé (juin 2002). ***Scaling up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings : Guidelines for a Public Health Approach.*** Anglais, 97 pages. Résumé analytique disponible en anglais, français et espagnol. http://www.who.int/hiv/topics/arv/en/; http://www.who.int/docstore/hiv/scaling/.
Ces directives font partie de l'engagement de l'OMS à étendre le traitement antirétroviral à l'ensemble du monde. Les recommandations se dégagent pour l'essentiel d'un examen des preuves scientifiques et elles sont le reflet des pratiques d'excellence actuelles. Ce document sert de guide tant pour l'établissement et la mise en place de normes pour les régimes thérapeutiques que pour la définition des critères d'éligibilité et de suivi pour la prise en charge du patient.

33. Organisation Mondiale de la Santé et ONUSIDA (1998). ***Nine Guidance Modules on Antiretroviral Treatments.*** *(Note : seuls les modules 3, 7, 8 et 9 sont toujours recommandés.)* Anglais, 175 pages. http://www.paho.org/english/hcp/hca/ModulosARV.htm.
Neuf modules constituent la série complète et ils traitent ensemble des problèmes majeurs liés à l'utilisation et à la fourniture des ARV, y compris les traitements, réglementations, distribution, contrôle, problèmes ethniques, sécurité, utilisation effective et plus. Module 3—Traitements antirétroviraux : Planification et intégration dans les services de santé ; Module 7—Traitements suivant une exposition au VIH ; Module 8—Antirétroviraux : Réglementations, distribution et contrôle ; Module 9—Questions éthiques et sociales liées aux traitements antirétroviraux.

# Annexe C

**Exemples d'évaluation et de test**

## Pour la Partie A : Soins VIH/SIDA et traitement

**Tests pré-formation et post-formation et auto-évaluation des participants**

# Partie A : Soins VIH/SIDA et traitement

## Test pré-formation

Ces questions ont pour objectif de nous donner des informations sur ce que vous connaissez et savez dans les domaines qui seront couverts par l'atelier de formation.

Ce pré-test sert également de référence que nous utiliserons pour mesurer les connaissances acquises au cours de la formation et qui seront évaluées par le test post-formation.

Votre participation à ce pré-test aidera le formateur.

Veuillez répondre à chaque question selon les instructions données :

1. Les facteurs facilitant la transmission du VIH comprennent (*encerclez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
   a. Partenaires sexuels multiples
   b. Utilisation commune d'aiguilles
   c. Pauvreté
   d. Absence d'engagement religieux
   e. Éducation des femmes

2. Les caractéristiques cliniques de la séroconversion comprennent (*encerclez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
   a. La première exposition est suivie d'une période de 37 semaines d'intense réplication virale avant le début de la réponse immunitaire et des signes cliniques. La phase aiguë dure une à deux semaines et elle est présente dans 53 à 93% des cas
   b. Les manifestations cliniques disparaissent au fur et à mesure que les anticorps anti-VIH deviennent détectables dans le sérum du patient
   c. Les patients entrent alors dans une phase d'infection asymptomatique qui peut durer de quelques mois à quelques années

3. La définition du SIDA inclut une numération de CD4 inférieure à (*écrivez votre réponse dans l'espace suivant*) : _____

4. Les infections caractérisant le stade de dépression immunitaire grave comprennent (*encerclez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
   a. Pneumonie à Pneumosystis carinii (PCP)
   b. Tinea Versicolor
   c. Paralysie de Bell
   d. Rétinite à cytomégalovirus
   e. Infection à mycobacterium avium

5. *Vrai ou faux :*
   _____Lors du recueil des antécédents de la maladie, l'agent de santé doit-il commencer par des questions fermées ?

6. Quels sont les éléments importants à noter quand vous relevez les antécédents sur l'activité sexuelle de votre patient en vue de déterminer le risque d'une infection par le VIH ? (*cochez toutes les réponses qui s'appliquent*)
   a. _____ Voie de pénétration
   b. _____ Partenaire(s) sexuels : sexe, monogamie ou polygamie
   c. _____ Antécédents ou présence d'IST
   d. _____ Fréquence des orgasmes
   e. _____ Utilisation de préservatifs

7. Sur les quatre stades cliniques de l'OMS, quel est celui qui est défini comme : *au lit < 50% de la journée normale, mais plus que normalement au cours du mois précédent* ? (Écrivez votre réponse dans l'espace suivant) :
Stade_____

8. *Vrai ou faux :*
_____ Résultat négatif du test VIH : signifie que le patient n'a pas été infecté par le virus du SIDA ou que l'infection est trop récente pour que les anticorps anti-VIH soient déjà détectables dans le sang

9. *Vrai ou faux :*
_____Les séances de conseil et de dépistage volontaire (CDV) sont les plus utiles seulement avec les personnes qui sont presque sûres de ne pas être infectées par le VIH et qui ont besoin d'être rassurées

10. Dans les situations autres que le dépistage et test du VIH transmis par transfusion, chez une personne au stade clinique III ou IV et vivant dans une zone à forte prévalence du VIH, vous devez utiliser les tests (*écrivez votre réponse dans l'espace suivant*) _____ pour déterminer le statut sérologique VIH du patient

11. *Vrai ou faux :*
_____Annoncer une mauvaise nouvelle au patient est difficile. Il est préférable de faire part de tous les détails en une seule fois.

12. Les organismes mycobactériens le plus fréquemment responsables d'infections respiratoires chez les personnes infectées par le VIH comprennent (*encerclez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
    a. M. Tuberculosis
    b. M. Avium Complex
    c. Streptococcus pneumoniae
    d. Aspergillosis

13. *Vrai ou faux :*
_____La forme de tuberculose la plus fréquente est pulmonaire

14. Les facteurs qui augmentent le risque de transmission du VIH de la mère au nouveau-né comprennent tous les éléments suivants à l'exception de (*encerclez ce qui est faux*)
    a. Accouchement par voie vaginal
    b. Rupture des membranes d'une durée supérieure à quatre heures
    c. Déficience en vitamine C
    d. Charge virale maternelle élevée
    e. Procédures invasives au cours de l'accouchement

15. Le traitement à base de névirapine et d'AZT peut réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Vous devez donner la névirapine (*cochez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
    a. _____ à la mère au cours du travail
    b. _____ à la mère juste après l'accouchement
    c. _____ à la mère à partir de la 34$^{eme}$ semaine de grossesse

16. Quand vous utilisez la numération de CD4 pour surveiller la progression de la maladie et l'efficacité des médicaments chez les enfants, il est préférable d'utiliser (*cochez une seule réponse*) _____ le pourcentage des CD4 ou _____ la valeur absolue du nombre de CD4.

17. *Vrai ou faux :*
_____ Un enfant séropositif au VIH avec une fièvre de 39ºC ou plus doit être traité avec des anti-palustres dans les zones endémiques

18. *Vrai ou faux :*

_____ Si une mère séropositive au VIH choisit d'allaiter, il est préférable qu'elle nourrisse son enfant au sein exclusivement.

19. Choisissez le type de soins décrit par la phrase : *fournir soins et soutien aux patients au cours de toutes les phases de la maladie du VIH pour leur permettre de vivre aussi confortablement et entièrement que possible* (cochez une seule réponse) :

a. _____ Symptomatiques
b. _____ Curatifs
c. _____ Palliatifs
d. _____ Psychiatriques

20. *Vrai ou faux :*

_____ La dyspnée peut être cause d'insomnie

21. Une diarrhée persistante se définit comme (*cochez une seule réponse*) :

_____ Diarrhée survenant plus de 10 fois par jour pendant plus de trois jours
_____ Selles molles plus de trois fois par jour
_____ Selles liquides trois fois par jour ou plus, de façon continue ou intermittente pendant plus de deux semaines.

22. *Vrai ou faux :*

_____ Le retard de croissance chez l'enfant est défini comme une perte de poids de 5% ou plus.

# Partie A : Soins VIH/SIDA et traitement

## Auto-évaluation des participants avant l'atelier de formation

Dans le cadre de l'évaluation de l'atelier de formation, nous voudrions savoir comment les participants évaluent leurs propres connaissances avant et après leur participation à la formation. Il existe des domaines dans lesquels vous possédez déjà de l'expérience ou des compétences et où vous vous sentez plus à l'aise et il existe d'autres domaines avec lesquels vous êtes par contre moins familier ou qui sont plus difficiles et où vous vous sentez donc moins à l'aise. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce formulaire d'auto-évaluation au début et également à la fin de l'atelier de formation. Nous comparerons alors les résultats pour voir si la formation a aidé les participants à devenir plus confiants dans les différents aspects de la prise en charge des patients atteints du VIH et du SIDA.

Merci de bien vouloir remplir ce formulaire.

Veuillez encercler l'estimation qui correspond le mieux à votre niveau de confort avec le comportement ou la compétence mentionnée :

**A. Répondre aux questions d'un patient dont le test est positif au VIH à la suite d'une visite médicale (pas au cours d'un programme local de CDV)**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**B. Présenter l'épidémiologie du VIH de mon pays à un comité de district sanitaire**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**C. Énumérer les symptômes neurologiques courants rencontrés chez les personnes atteintes du VIH/SIDA**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**D. Procéder à l'interprétation des numérations de CD4 chez les enfants infectés par le VIH**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**E. Recommander des interventions de prévention TME au sein d'une communauté**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**F. Présenter le traitement de PCP**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**G. Décrire le cycle de vie du virus du VIH**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**H. Identifier les facteurs de risque biologique pour la transmission et l'acquisition du VIH**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**I. Diagnostiquer et traiter les manifestations neuropsychiatriques du VIH/SIDA**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**J. Diagnostiquer et traiter les cancers liés au VIH/SIDA**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**K. Diagnostiquer et prendre en charge les infections opportunistes affectant le système gastro-intestinal**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**L. Diagnostiquer et prendre en charge les infections opportunistes du système respiratoire**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**M. Diagnostiquer et prendre en charge un enfant souffrant d'infections opportunistes**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**N. Informer une femme enceinte et son mari que la femme est positive au VIH**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

# Partie A : Soins VIH/SIDA et traitement

## Test post-formation

Ces questions ont pour objectif de nous fournir des informations concernant ce que vous avez appris au cours des sessions de formation. Les résultats de ce test seront comparés à ceux du pré-test que vous avez pris au début de la formation pour évaluer les progrès et identifier les domaines où une étude plus approfondie serait nécessaire.

Veuillez répondre à chaque question selon les instructions données :

1. Les facteurs facilitant la transmission du VIH comprennent (*encerclez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
   a. Partenaires sexuels multiples
   b. Utilisation commune d'aiguilles
   c. Pauvreté
   d. Absence d'engagement religieux
   e. Éducation des femmes

2. Les caractéristiques cliniques de la séroconversion comprennent (*encerclez toutes les réponses qui s'appliquent*)
   a. La première exposition est suivie d'une période de 37 semaines d'intense réplication virale avant le début de la réponse immunitaire et des signes cliniques. La phase aiguë dure une à deux semaines et elle est présente dans 53 à 93% des cas
   b. Les manifestations cliniques disparaissent au fur et à mesure que les anticorps anti-VIH deviennent détectables dans le sérum du patient
   c. Les patients entrent alors dans une phase d'infection asymptomatique qui peut durer de quelques mois à quelques années

3. La définition du SIDA inclut une numération de CD4 inférieure à (*écrivez votre réponse dans l'espace suivant*) : _____

4. Les infections caractérisant le stade de dépression immunitaire grave comprennent (*encercler toutes les réponses qui s'appliquent*) :
   a. Pneumonie à Pneumosystis carinii (PCP)
   b. Tinea Versicolor
   c. Paralysie de Bell
   d. Rétinite à cytomégalovirus
   e. Infection à mycobacterium avium

5. *Vrai ou faux :*
   _____ Lors du recueil des antécédents de la maladie, l'agent de santé doit-il commencer par des questions fermées ?

6. Quels sont les éléments importants à noter quand vous relevez les antécédents de l'activité sexuelle de votre patient en vue de déterminer le risque d'une infection par le VIH ? (*cochez toutes les réponses qui s'appliquent*)
   a. _____ Voie de pénétration
   b. _____ Partenaire(s) sexuels : sexe, monogamie ou polygamie
   c. _____ Antécédents ou présence d'IST
   d. _____ Fréquence des orgasmes
   e. _____ Utilisation de préservatifs

7. Sur les quatre stades cliniques de l'OMS, quel est celui qui est défini comme : *au lit < 50% de la journée normale, mais plus que normalement au cours du mois précédent* ? (Écrivez votre réponse dans l'espace suivant) : Stade _____

8. *Vrai ou faux :*
_____ Résultat négatif du test VIH : signifie que le patient n'a pas été infecté par le virus du SIDA ou que l'infection est trop récente pour que les anticorps anti-VIH soient déjà détectables dans le sang

9. *Vrai ou faux :*
_____ Les séances de conseil et de dépistage volontaire sont les plus utiles seulement avec les personnes qui sont presque sûres de ne pas être infectées par le VIH et qui ont besoin d'être rassurées

10. Dans les situations autres que le dépistage ou test de VIH transmis par transfusion, chez une personne au stade clinique III ou IV et vivant dans une zone à forte prévalence du VHI, vous devez utiliser les tests (*écrivez votre réponse dans l'espace suivant*) _____ pour déterminer le statut sérologique VIH du patient

11. Vrai ou faux :
_____ Annoncer une mauvaise nouvelle au patient est difficile. Il est préférable de lui donner tous les détails en une seule fois.

12. les organismes mycobactériens le plus fréquemment responsables d'infections respiratoires chez les personnes infectées par le VIH comprennent (*encerclez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
    a. M. Tuberculosis
    b. M. Avium Complex
    c. Streptococcus pneumoniae
    d. Aspergillosis

13. Vrai ou faux :
_____ La forme de tuberculose la plus fréquente est pulmonaire

14. Les facteurs qui augment le risque de transmission du VIH de la mère au nouveau-né comprennent tous les éléments suivants à l'exception de (*encerclez ce qui est faux*)
    a. Accouchement par voie vaginal
    b. Rupture des membranes d'une durée supérieure à quatre heures
    c. Déficience en vitamine C
    d. Charge virale maternelle élevée
    e. Procédures invasives au cours de l'accouchement

15. Le traitement par névirapine et AZT peut réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Vous devez donner la névirapine (*cochez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
    a. _____ à la mère au cours du travail
    b. _____ à la mère juste après l'accouchement
    c. _____ à la mère à partir de la 34ème semaine de grossesse

16. Quand vous utilisez la numération de CD4 pour surveiller la progression de la maladie et l'efficacité des médicaments chez les enfants, il est préférable d'utiliser (*cocher une seule réponse*) _____ le pourcentage des CD4 ou _____ la valeur absolue du nombre de CD4

17. *Vrai ou faux :*
_____ Un enfant séropositif au VIH avec une fièvre de 39ºC ou plus doit être traité avec des anti-palustres dans les zones endémiques

18. *Vrai ou faux :*

_____ Si une mère séropositive au VIH choisit d'allaiter, il est préférable qu'elle nourrisse son enfant au sein exclusivement

19. Choisissez le type de soins décrit par la phrase : *fournir soins et soutien aux patients au cours de toutes les phases de la maladie du VIH pour leur permettre de vivre aussi confortablement et entièrement que possible* (cochez une seule réponse) :

a. _____ Symptomatiques
b. _____ Curatifs
c. _____ Palliatifs
d. _____ Psychiatriques

20. *Vrai ou faux :*

_____ La dyspnée peut être cause d'insomnie

21. Une diarrhée persistante se définit comme (*cochez une seule réponse*) :

a. _____ Diarrhée survenant plus de 10 fois par jour pendant plus de trois jours
b. _____ Selles molles plus de trois fois par jour
c. _____ Selles liquides trois fois par jour ou plus, de façon continue ou intermittente pendant plus de deux semaines

22. *Vrai ou faux :*

_____ Le retard de croissance chez l'enfant est défini comme une perte de poids de 5% ou plus

# Partie A : Soins VIH/SIDA et traitement

## Auto-évaluation des participants après l'atelier de formation

Dans le cadre de l'évaluation de l'atelier de formation, nous voudrions savoir comment les participants évaluent leurs propres connaissances avant et après leur participation à la formation. Il existe des domaines dans lesquels vous possédez déjà de l'expérience ou des compétences et où vous vous sentez plus confortable et il existe d'autres domaines avec lesquels vous êtes par contre moins familier ou que vous trouvez plus difficiles et où vous vous sentez donc moins à l'aise. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce formulaire d'auto-évaluation au début et également à la fin de l'atelier de formation. Nous comparerons alors les résultats pour voir si la formation a aidé les participants à devenir plus confiants dans les différents aspects de la prise en charge des patients souffrant du VIH et du SIDA.

Merci de bien vouloir remplir ce formulaire.

Veuillez encercler l'estimation qui correspond le mieux à votre niveau de confort concernant le comportement ou la compétence mentionnée :

**A. Répondre aux questions d'un patient dont le test est positif au VIH à la suite d'une visite médicale (pas au cours d'un programme local de CDV)**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**B. Présenter l'épidémiologie du VIH de mon pays à un comité de district sanitaire**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**C. Énumérer les symptômes neurologiques courants rencontrés chez les personnes atteintes du VIH/SIDA**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**D. Procéder à l'interprétation de la numération de CD4 chez les enfants infectés par le VIH**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**E. Recommander des interventions de prévention TME au sein d'une communauté**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**F. Présenter le traitement de PCP**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**G. Décrire le cycle de vie du virus du VIH**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**H. Identifier les facteurs de risque biologique pour la transmission et l'acquisition du VIH**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**I. Diagnostiquer et traiter les manifestations neuropsychiatriques du VIH/SIDA**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**J. Diagnostiquer et traiter les cancers liés au VIH/SIDA**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**K. Diagnostiquer et prendre en charge les infections opportunistes affectant le système gastro-intestinal**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**L. Diagnostiquer et prendre en charge les infections opportunistes du système respiratoire**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**M. Diagnostiquer et prendre en charge un enfant souffrant d'infections opportunistes**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**N. Informer une femme enceinte et son mari que la femme est positive au VIH**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

# Annexe C

**Exemples de tests et d'évaluations**

## Partie B : Traitement antirétroviral

**Exemples de tests pré-formation et post-formation et auto-évaluations**

# Partie B : Traitement antirétroviral

## Pré-test

1. L'objectif du Traitement antirétroviral (TAR) est de *(encerclez la réponse qui NE S'APPLIQUE PAS)*
   a. Prolonger et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA
   b. Réduire la charge virale autant que possible et pour aussi longtemps que possible afin d'arrêter la progression de la maladie et de prévenir ou réduire l'apparition de souches résistantes
   c. Diminuer la nécessité d'utiliser les préservatifs

2. *Vrai ou faux :*
   _____Une personne a seulement besoin de TAR quand la numération de CD4 est < 100 ou lorsque cette personne est incapable de poursuivre ses activités quotidiennes pendant au moins 10% de la journée

3. Le minimum de tests obligatoires à faire pour une évaluation clinique en vue de commencer le TAR comprend (*citez deux*) : _____ et _____

4. *Vrai ou faux :*
   _____ La numération des CD4 est préférable à celle de la charge virale quand vous voulez à la fois évaluer le besoin et la réponse du TAR

5. *Vrai ou faux :*
   _____ Quelle que soit la valeur des CD4, le stade IV de la classification de l'OMS constitue une base solide pour commencer le TAR

6. *Vrai ou faux :*
   _____ Chez un enfant, le stade III de la classification de l'OMS ou, un stade I ou II avec des CD4 < 20% constitue une base solide pour commencer le TAR

7. *Vrai ou faux :*
   _____ Une estimation de la charge virale n'est pas essentielle pour commencer le traitement antirétroviral

8. Le système de Classification clinique de l'OMS (*encerclez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
   a. Comprend un système de classification clinique et de classification de laboratoire pour catégoriser l'immunodépression chez les adultes en utilisant la numération lymphocytaire totale
   b. Est basé sur les marqueurs cliniques connus pour avoir une valeur pronostique et regroupés en quatre catégories ; il est utile d'inclure dans le système de classification une échelle de performance du patient
   c. Devrait être seulement utilisée par des prestataires de soins débutants
   d. S'est confirmé fiable pour prédire la morbidité et la mortalité chez les adultes infectés par le VIH

9. *Vrai ou faux :*
   _____ la pneumonie à Pneumocystis carinii ou p. jiroveci (PCP) est caractéristique du stade clinique IV

10. Les principaux stades du cycle de vie du VIH où les ARV agissent comprennent (*encerclez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
    a. la production d'ADN proviral
    b. la maturation du virion

11. Écrivez **INNTI** en face des caractéristiques des inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse et **INTI** en face des caractéristiques des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse.
    a. _____ Entraîne l'arrêt prématuré de la production de la chaîne de l'ADN VIH
    b. _____ Seulement actif contre le VIH-1
    c. _____ A une interaction médicamenteuse avec certains médicaments du fait qu'il induit et/ou inhibe les enzymes du cytochrome P450
    d. _____ Les principaux effets secondaires comprennent : exanthème maculo-papulaire, hépatite, maux de tête
    e. _____ Les principaux effets secondaires comprennent : nausées et vomissements, anémie, neuropathie périphérique et pancréatite
    f. _____ Actif à la fois contre le VIH-1 et le VIH-2

12. *Encerclez* les affirmations ci-dessous qui décrivent *avec exactitude* les inhibiteurs de protéase :
    a. Interfèrent avec la production des virions infectieux matures
    b. Peuvent entraîner une baisse de la charge virale à des niveaux indétectables
    c. Si utilisés seuls, des résistances se développent rapidement
    d. N'ont guère, sinon pas d'effets secondaires
    e. Inhibent les enzymes du cytochrome P450, provoquant de multiples interactions médicamenteuses

13. Écrivez le *nom* de trois inhibiteurs de protéase
    1 _____ 2 _____ 3 _____

14. Combien d'antirétroviraux doit-on utiliser en association, pendant une période suffisamment longue, pour que le traitement soit efficace pour prévenir l'apparition de résistance et un échec thérapeutique (*écrivez votre réponse dans l'espace suivant*) : _____

15. Quel est le régime thérapeutique de première intention recommandée par l'OMS pour les adultes et adolescents qui ne courent pas de risque de grossesse ?
    _____
    _____
    _____

16. Cochez les affections qui peuvent être des effets indésirables éventuels des ARV :
    _____ hypothyroïdie
    _____ lipodystrophie
    _____ diabète
    _____ hyperlipidémie
    _____ acidose lactique
    _____ ostéoporose

17. Les éléments à mesurer pour surveiller l'efficacité clinique des ARV comprennent (*cochez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
    _____ la perception du patient à l'égard de l'effet du traitement
    _____ changements de poids corporel
    _____ changements dans la fréquence et/ou gravité des symptômes associés au VIH
    _____ Signes du syndrome de reconstitution immunitaire

18. *Vrai ou faux :*
    _____ la numération de CD4 est SEULEMENT utile pour décider si le patient doit commencer un TAR

19. *Cochez tout ce qui est vrai*
Échec du traitement
a. _____ est signalé par l'apparition d'une infection opportuniste ou une tumeur maligne lorsque les médicaments ont été administrés pendant suffisamment longtemps pour avoir provoqué un niveau de protection de la reconstitution immunitaire
b. _____ une chute de la numération de CD4 supérieure à 10% de la valeur maximale
c. _____ Échec à l'obtention de niveaux de charge virale indétectables après 6 à 12 semaines de traitement

20. Comme option pour remédier à l'échec thérapeutique, changer seulement un seul médicament dans un régime à trois médicaments quand (*complétez la phrase*) :
_____

21. *Vrai ou faux :*
_____ Les personnes avec une co-infection tuberculose et VIH devront terminer leur traitement antituberculeux avant de commencer le traitement antirétroviral, sauf s'il existe un risque très élevé de progression de la maladie du VIH et de décès pendant la période du traitement antituberculeux.

22. La reconstitution immunitaire est une (*encerclez le mot correct) :*
a. Aggravation
b. Amélioration
Passagère d'une infection qui s'est produite 2 à 3 semaines après le début d'un traitement antirétroviral

23. Quels sont les autres symptômes qui peuvent apparaître dans le syndrome de reconstitution immunitaire en plus de la fièvre, de la lymphadénopathie et d'une expansion des lésions du système nerveux central (*écrivez votre réponse dans l'espace suivant*) :
_____

24. *Cochez toutes les réponses qui s'appliquent* :
Il se présente trois options principales pour les femmes sous TAR qui deviennent enceintes :
a. _____ arrêt temporaire du traitement au cours du premier trimestre de la grossesse
b. _____ poursuite du même traitement
c. _____ changer le traitement pour un régime différent
d. _____ augmenter les doses de tous les ARV pour prévenir plus efficacement la transmission du VIH à l'enfant

25. *Vrai ou faux :*
_____ Les femmes ayant besoin de TAR et qui allaitent devront continuer leur traitement antirétroviral.

26. Les niveaux d'ARN VIH chez les nourrissons infectés au cours de la période périnatale sont généralement _____ à la naissance (<10,000 copies/mml), augmentent pour atteindre des valeurs élevées à l'âge de _____, et ensuite _____ progressivement après la première année (écrivez votre réponse dans l'espace prévu).

27. Parmi les informations suivantes, lesquelles NE FONT PAS partie des étapes de l'administration de soins lors d'une exposition professionnelle à du sang contaminé par le VIH (cochez les réponses qui ne s'appliquent pas) :
_____ Lavage immédiat de la plaie avec du savon et de l'eau
_____ Rincer les membranes muqueuses à l'eau
_____ Faire une charge virale immédiatement
_____ Administrer des médicaments pour la prophylaxie des infections opportunistes
_____ Commencer la PPE aussi vite que possible
_____ Tester la source de VIH (utilisation de test rapide si disponible)

# Partie B : Traitement antirétroviral

## Pré-test : RESPONSES
## (les réponses correctes sont en caractère gras)

1. L'objectif du traitement antirétroviral (TAR) est de (*encerclez ce qui **N'EST PAS** correct*)
   a. Prolonger et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA
   b. Réduire la charge virale autant que possible, pour aussi longtemps que possible pour arrêter la progression de la maladie et prévenir ou réduire l'apparition de souches résistantes
   **c. Diminuer la nécessité d'utiliser les préservatifs**

2. *Vrai ou faux :*
   _____F_____Une personne a seulement besoin de TAR quand la numération de CD4 est < 100 ou lorsque cette personne est incapable de poursuivre ses activités quotidiennes pendant au moins 10% de la journée

3. Le minimum de tests obligatoires à faire pour une évaluation clinique en vue de commencer le TAR comprend (*citez deux*) : _____**Test du VIH**_____ et _____**Taux d'hémoglobine**_____

4. *Vrai ou faux :*
   _____V_____ La numération des CD4 est préférable à celle de la charge virale quand vous voulez à la fois évaluer le besoin et la réponse du TAR

5. *Vrai ou faux :*
   _____V_____ Quelle que soit la valeur des CD4, le stade IV de la classification de l'OMS constitue une base solide pour commencer le TAR

6. *Vrai ou faux :*
   _____V_____ Chez un enfant, le stade III de la classification de l'OMS ou, un stade I ou II avec des CD4 < 20% constitue une base solide pour commencer le TAR

7. *Vrai ou faux :*
   _____V_____ Une estimation de la charge virale n'est pas essentielle pour commencer le traitement antirétroviral

8. Le système de Classification clinique de l'OMS (*encerclez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
   **a. Comprend un système de classification clinique et de classification de laboratoire pour catégoriser l'immunodépression chez les adultes en utilisant la numération lymphocytaire totale**
   **b. Est basé sur les marqueurs cliniques connus pour avoir une valeur pronostique et regroupés en quatre catégories ; il est utile d'inclure dans le système de classification une échelle de performance du patient**
   c. Devrait être seulement utilisée par des prestataires de soins débutants
   **d. S'est confirmé fiable pour prédire la morbidité et la mortalité chez les adultes infectés par le VIH**

9. *Vrai ou faux :*
   _____V_____ la pneumonie à Pneumocystis carinii ou p. jiroveci (PCP) est caractéristique du stade clinique IV

10. Les principaux stades du cycle de vie du VIH où les ARV agissent comprennent (*encerclez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
    **a. la production de l'ADN proviral**
    **b. la maturation du virion**

11. Écrivez **INNTI** en face des caractéristiques des inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse et **INTI** en face des caractéristiques des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse.
   a. __INTI__ Entraîne l'arrêt prématuré de la production de la chaîne de l'ADN VIH
   b. __INNTI__ Seulement actif contre le VIH-1
   c. __INNTI_ A une interaction médicamenteuse avec certains médicaments du fait qu'il induit et/ou inhibe les enzymes du cytochrome P450
   d. __INNTI_ Les principaux effets secondaires comprennent : exanthème maculo-papulaire, hépatite, maux de tête
   e. __INTI__ Les principaux effets secondaires comprennent : nausées et vomissements, anémie, neuropathies périphériques et pancréatite
   f. ___INTI__ Actif à la fois contre le VIH-1 et le VIH-2

12. *Encerclez* les affirmations ci-dessous qui décrivent *avec exactitude* les inhibiteurs de protéase :
   **a. Interfèrent avec la production des virions infectieux matures**
   **b. Peuvent entraîner une baisse de la charge virale à des niveaux indétectables**
   **c. Si utilisés seuls, des résistances se développent rapidement**
   d. N'ont guère, sinon pas d'effets secondaires
   **e. Inhibent les enzymes du cytochrome P450, provoquant de multiples interactions médicamenteuses**

13. Écrivez le *nom* de trois inhibiteurs de protéase
   1 _____Indinavir_____ 2 _____Nelfinavir_____ 3 _____Ritonavir_____

14. Combien d'antirétroviraux doit-on utiliser en association, pendant une période suffisamment longue, pour que le traitement soit efficace pour prévenir l'apparition de résistance et un échec thérapeutique (*écrivez votre réponse dans l'espace suivant*) : _____3_____

15. Quel est le régime thérapeutique de première intention recommandée par l'OMS pour les adultes et adolescents qui ne courent pas de risque de grossesse ?
   _____ZDV_____
   _____3TC_____
   _____EFV_____

16. Cochez les affections qui peuvent être des effets indésirables éventuels des ARV :
   _____ hypothyroïdie
   ____X_____ lipodystrophie
   ____X_____ diabète
   ____X_____ hyperlipidémie
   ____X_____ acidose lactique
   ____X_____ ostéoporose

17. Les éléments à mesurer pour surveiller l'efficacité clinique des ARV comprennent (*cochez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
   ____X____ la perception du patient à l'égard de l'effet du traitement
   ____X____ changements dans le poids corporel
   ____X____ changements dans la fréquence et/ou gravité des symptômes associés au VIH
   ____X____ Signes du syndrome de reconstitution immunitaire

18. *Vrai ou faux :*
   _____F____ la numération de CD4 est SEULEMENT utile pour décider si le patient doit commencer un TAR

19. *Cochez tout ce qui est vrai*
Échec du traitement
a. ____X____ est signalé par l'apparition d'une infection opportuniste ou une tumeur maligne lorsque les médicaments ont été administrés pendant suffisamment longtemps pour avoir provoqué un niveau de protection de la de reconstitution immunitaire
b. _____ une chute de la numération de CD4 supérieure à 10% de la valeur maximale
c. ____X____ Échec à l'obtention d'une charge virale indétectable après 6 à 12 semaines de traitement

20. Comme option pour remédier à l'échec thérapeutique, changer seulement un seul médicament dans un régime à trois médicaments (*complétez la phrase*) :
**S'il y a clairement une toxicité spécifique causée par un médicament**

21. *Vrai ou faux :*
____V____ Les personnes avec une co-infection tuberculose et VIH devraient terminer leur traitement antituberculeux avant de commencer le traitement antirétroviral, sauf s'il y a un risque très élevé de progression de la maladie du VIH et de décès pendant la période du traitement antituberculeux.

22. La reconstitution immunitaire est une
**a. Aggravation**
b. Amélioration
Passagère d'une infection qui s'est produite 2 à 3 semaines après le début d'un traitement antirétroviral

23. Quels autres symptômes peuvent apparaître dans le syndrome de reconstitution immunitaire en plus de la fièvre, de la lymphadénopathie et d'une expansion des lésions du système nerveux central (*écrivez votre réponse dans l'espace suivant*) : **aggravation des lésions pulmonaires**

24. *Cochez toutes les réponses qui s'appliquent* :
Il y a trois options principales pour les femmes sous traitement antirétroviral qui deviennent enceintent :
e. ___X___ arrêt temporaire du traitement au cours du premier trimestre de la grossesse
f. ___X___ poursuite du même traitement
g. ___X___ changer le traitement pour un régime différent
h. _____ augmenter les doses de tous les ARV pour prévenir plus efficacement la transmission du VIH à l'enfant

25. *Vrai ou faux :*
_____V____ Les femmes ayant besoin de traitement antirétroviral et qui allaitent devraient continuer leur régime thérapeutique.
26. Les niveaux d'ARN VIH chez les nourrissons infectés au cours de la période périnatale sont généralement Bas à la naissance (<10,000 copies/mml), augment pour atteindre des valeurs élevées à l'age de Deux Mois, et ensuite Diminuent progressivement après la première année (écrivez votre réponse dans l'espace prévu).

27. Parmi les informations suivantes, lesquelles NE FONT PAS partie des étapes de l'administration de soins lors d'une exposition professionnelle à du sang contaminé par le VIH (cochez les réponses qui ne s'appliquent pas) :
___X___ Lavage immédiat de la plaie avec du savon et de l'eau
___X___ Rincer les membranes muqueuses à l'eau
_____ Faire une charge virale immédiatement
_____ Donner des médicaments pour la prophylaxie des infections opportunistes
___X___ Commencer la PPE aussi vite que possible
___X___ Tester la source du VIH (utilisation de test rapide si disponible)

# Partie B : Traitement antirétroviral

## Auto-évaluation des participants avant l'atelier de formation

Dans le cadre de l'évaluation de l'atelier de formation, nous voudrions savoir comment les participants évaluent leurs propres connaissances avant et après leur participation à la formation. Il existe des domaines dans lesquels vous possédez déjà de l'expérience ou des compétences et où vous vous sentez plus confortable et il existe d'autres domaines avec lesquels vous êtes par contre moins familier ou que vous trouvez plus difficiles et où vous vous sentez donc moins à l'aise. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce formulaire d'auto-évaluation au début et également à la fin de cet atelier de formation. Nous comparerons alors les résultats pour voir si la formation a aidé les participants à devenir plus confiants dans les différents aspects de la prise en charge des patients atteints du VIH et du SIDA.

Merci de bien vouloir remplir ce formulaire.

Veuillez encercler l'estimation qui correspond le mieux à votre niveau de confort avec le comportement ou la compétence mentionnée :

**A. Décrire les indications pour commencer le TAR chez un patient**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**B. Identifier les tests minimums, les tests de base et les tests souhaitables à réaliser pour suivre un patient sous TAR**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**C. Décrire les quatre stades cliniques de l'infection par le VIH, comme définie par l'OMS**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**D. Expliquer les modes d'action des différentes classes d'ARV**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**E. Énumérer les effets secondaires principaux de chacune des classes d'ARV**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**F. Discuter les directives nationales en matière d'ARV et les raisons de sélection des régimes thérapeutiques de première et seconde intention.**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**G. Indiquer les principales interactions médicamenteuses à surveiller lors de la prescription des ARV**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**H. Décrire les principaux effets indésirables des médicaments**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**I. Utilisation de stratégies pour promouvoir l'adhérence aux traitements**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**J. Référer les patients vers les services de soutien**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**K. Reconnaître et prendre en charge l'échec d'un traitement antirétroviral**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**L. Identifier les étapes de la prise en charge de l'exposition professionnelle au VIH**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**M. Discuter des options de traitement chez les femmes enceintes nécessitant un traitement antirétroviral**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**N. Aborder les mesures durables de réduction du risque pendant le suivi d'un patient sous TAR**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

# Partie B : Traitement antirétroviral

## Test post-évaluation

1. L'objectif du traitement antirétroviral (TAR) est de (*encerclez la réponse qui ne s'applique pas*) :
   a. Prolonger et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA
   b. Réduire la charge virale autant que possible, pour aussi longtemps que possible pour arrêter la progression de la maladie et prévenir ou réduire l'apparition de souches résistantes
   c. Diminuer la nécessité d'utiliser les préservatifs

2. *Vrai ou faux :*
   _____Une personne a seulement besoin de TAR quand la numération de CD4 est < 100 ou lorsque cette personne est incapable de poursuivre ses activités quotidiennes pendant au moins 10% de la journée

3. Le minimum de tests obligatoires à faire pour une évaluation clinique en vue de commencer le TAR comprend (*citez deux*) : _____ et _____

4. *Vrai ou faux :*
   _____ La numération de CD4 est préférable à celle de la charge virale quand vous voulez à la fois évaluer le besoin et la réponse du TAR

5. *Vrai ou faux :*
   _____ Quelle que soit la valeur des CD4, le stade IV de la classification de l'OMS constitue une base solide pour commencer le TAR

6. *Vrai ou faux :*
   _____ Chez un enfant, le stade III de la classification de l'OMS ou, un stade I ou II avec des CD4 < 20% constitue une base solide pour commencer le TAR

7. *Vrai ou faux :*
   _____ Une évaluation de la charge virale n'est pas essentielle pour commencer le traitement antirétroviral

8. Le système de Classification clinique de l'OMS (*encerclez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
   a. Comprend un système de classification clinique et de classification de laboratoire pour catégoriser l'immunodépression chez les adultes en utilisant la numération lymphocytaire totale
   b. Est basé sur les marqueurs cliniques connus pour avoir une valeur pronostique et regroupés en quatre catégories ; il est utile d'inclure dans le système de classification une échelle de performance du patient
   c. Devrait être seulement utilisée par des prestataires de soins débutants
   d. S'est confirmé fiable pour prédire la morbidité et la mortalité chez les adultes infectés par le VIH

9. *Vrai ou faux :*
   _____ la pneumonie à Pneumocystis carinii ou p. jiroveci (PCP) est caractéristique du stade clinique IV

10. Les principaux stades du cycle de vie du VIH où les ARV agissent comprennent (*encerclez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
    a. la production de l'ADN proviral
    b. la maturation du virion

11. Écrivez **INNTI** en face des caractéristiques des inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse et **INTI** en face des caractéristiques des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse.
   a. _____ Entraîne l'arrêt prématuré de la production de la chaîne de l'ADN VIH
   b. _____ Seulement actif contre le VIH-1
   c. _____ A une interaction médicamenteuse avec certains médicaments du fait qu'il induit et/ou inhibe les enzymes du cytochrome P450
   d. _____ Les principaux effets secondaires comprennent un exanthème maculo-papulaire, une hépatite, des maux de tête
   e. _____ Les principaux effets secondaires comprennent : nausées et vomissements, anémie, neuropathies périphériques et pancréatite
   f. _____ Actif à la fois contre le VIH-1 et le VIH-2

12. *Encerclez* les affirmations ci-dessous qui décrivent *exactement* les inhibiteurs de protéase :
   a. Interfèrent avec la production des virions infectieux matures
   b. Peuvent entraîner une baisse de la charge virale à des niveaux indétectables
   c. Si utilisés seuls, des résistances se développent rapidement
   d. N'ont guère, sinon pas d'effets secondaires
   e. Inhibent les enzymes du cytochrome P450, provoquant de multiples interactions médicamenteuses

13. Écrivez le *nom* de trois inhibiteurs de protéase
   1 _____ 2 _____ 3 _____

14. Combien d'antirétroviraux doit-on utiliser en association, pendant une période suffisamment longue, pour que le traitement soit efficace pour prévenir l'apparition de résistance et un échec thérapeutique (*écrivez votre réponse dans l'espace suivant*) : _____

15. Quel est le régime thérapeutique de première intention recommandée par l'OMS pour les adultes et adolescents qui ne courent pas de risque de grossesse ?
   _____
   _____
   _____

16. Cochez les affections qui peuvent être des effets indésirables des ARV :
   _____ hypothyroïdie
   _____ lipodystrophie
   _____ diabète
   _____ hyperlipidémie
   _____ acidose lactique
   _____ ostéoporose

17. Les éléments à mesurer pour surveiller l'efficacité clinique des ARV comprennent (*cochez toutes les réponses qui s'appliquent*) :
   _____ la perception du patient à l'égard de l'effet du traitement
   _____ changements dans le poids corporel
   _____ changements dans la fréquence et/ou gravité des symptômes associés au VIH
   _____ Signes du syndrome de reconstitution immunitaire

18. *Vrai ou faux :*
   _____ la numération de CD4 est SEULEMENT utile pour décider si le patient doit commencer un TAR

19. *Cocher tout ce qui est vrai*
Échec du traitement
a. _____ est signalé par l'apparition d'une infection opportuniste ou une tumeur maligne lorsque les médicaments ont été administrés pendant suffisamment longtemps pour avoir provoqué un niveau de protection de la reconstitution immunitaire
b. _____ une chute de la numération de CD4 supérieure à 10% de la valeur maximale
c. _____ Échec à l'obtention d'une charge virale indétectable après 6 à 12 semaines de traitement

20. Comme option pour remédier à l'échec thérapeutique, changer seulement un seul médicament dans un régime à trois médicaments quand (*complétez la phrase*) :
_____

21. *Vrai ou faux :*
_____ Les personnes avec une co-infection tuberculose et VIH devraient terminer leur traitement antituberculeux avant de commencer le traitement antirétroviral, sauf s'il y a un risque très élevé de progression de la maladie du VIH et de décès pendant la période du traitement antituberculeux.

22. La reconstitution immunitaire est une
a. Aggravation
b. Amélioration
Passagère d'une infection qui s'est produite 2 à 3 semaines après le début d'un traitement antirétroviral

23. Quels sont les autres symptômes qui peuvent apparaître dans le syndrome de reconstitution immunitaire en plus de la fièvre, de la lymphadénopathie et d'une expansion des lésions du système nerveux central (*écrivez votre réponse dans l'espace suivant*) :
_____

24. *Cochez toutes les réponses qui s'appliquent* :
Il y a trois options principales pour les femmes sous traitement antirétroviral qui deviennent enceintes :
a. _____ arrêt temporaire du traitement au cours du premier trimestre de la grossesse
b. _____ poursuite du même traitement
c. _____ changer le traitement pour un régime différent
d. _____ augmenter les doses de tous les ARV pour prévenir plus efficacement la transmission du VIH à l'enfant

25. *Vrai ou faux :*
_____ Les femmes ayant besoin de traitement antirétroviral et qui allaitent devraient continuer leur régime thérapeutique.

26. Les niveaux d'ARN VIH chez les nourrissons infectés au cours de la période périnatale sont généralement _____ à la naissance (<10,000 copies/mml), augmentent pour atteindre des valeurs élevées à l'âge de _____, et ensuite _____ progressivement après la première année (écrivez votre réponse dans l'espace prévu).

27. Parmi les informations suivantes, lesquelles NE FONT PAS partie des étapes de l'administration de soins lors d'une exposition professionnelle à du sang contaminé par le VIH (cochez les réponses qui ne s'appliquent pas) :
_____ Lavage immédiat de la plaie avec du savon et de l'eau
_____ Rincer les membranes muqueuses à l'eau
_____ Faire une charge virale immédiatement
_____ Donner des médicaments pour la prophylaxie des infections opportunistes
_____ Commencer la PPE aussi vite que possible
_____ Tester la source du VIH (utilisation de test rapide si disponible)

# Partie B : Traitement antirétroviral

## Auto-évaluation des participants après l'atelier de formation

Dans le cadre de l'évaluation de l'atelier de formation, nous voudrions savoir comment les participants évaluent leurs propres connaissances avant et après leur participation à la formation. Il existe des domaines dans lesquels vous possédez déjà de l'expérience ou des compétences et où vous vous sentez plus confortable et il existe d'autres domaines avec lesquels vous êtes par contre moins familier ou que vous trouvez plus difficiles et où vous vous sentez donc moins à l'aise. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce formulaire d'auto-évaluation au début et également à la fin de cet atelier de formation. Nous comparerons alors les résultats pour voir si la formation a aidé les participants à devenir plus confiants dans les différents aspects de la prise en charge des patients atteints du VIH et du SIDA.

Merci de bien vouloir remplir ce formulaire.

Veuillez encercler l'estimation qui correspond le mieux à votre niveau de confort avec le comportement ou la compétence mentionnée :

**A. Décrire les indications pour commencer le TAR chez un patient**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**B. Identifier les tests minimums, les tests de base et les tests souhaitables à réaliser pour suivre un patient sous TAR**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**C. Décrire les quatre stades cliniques de l'infection par le VIH, comme définie par l'OMS**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**D. Expliquer les modes d'action des différentes classes d'ARV**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**E. Énumérer les effets secondaires principaux de chacune des classes d'ARV**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**F. Discuter les directives nationales en matière d'ARV et les raisons de sélection des régimes thérapeutiques de première et seconde intention.**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**G. Indiquer les principales interactions médicamenteuses à surveiller lors de la prescription des ARV**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**H. Décrire les principaux effets indésirables des médicaments**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**I. Utilisation de stratégies pour promouvoir l'adhérence aux traitements**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**J. Référer les patients vers les services de soutien**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**K. Reconnaître et prendre en charge l'échec d'un traitement antirétroviral**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**L. Identifier les étapes de la prise en charge de l'exposition professionnelle au VIH**
1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**M. Discuter des options de traitement chez les femmes enceintes nécessitant un traitement antirétroviral**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

**N. Aborder les mesures durables de réduction du risque pendant le suivi d'un patient sous TAR**

1. Très confortable 2. Confortable 3. Inconfortable 4. Très inconfortable

# Annexe D

**Exemplaires de formulaire d'évaluation des sessions et de l'atelier de formation**

# Évaluation du Module : _____

## Session : _____

Veuillez remplir cette fiche d'évaluation sur cette session de l'atelier. La priorité porte sur le contenu de la session et les méthodes utilisées pour la présenter.

*Cochez une réponse. N'hésitez pas à fournir des détails à l'appui de votre réponse.*

1. Enchaînement : **La session est bien placée par rapport aux autres thèmes abordés dans la journée :**
   _____ **D'accord** _____**Pas d'accord**
   Commentaires :

2. Durée : **La durée de la session est convenable :**
   _____ **D'accord** _____**Pas d'accord**
   Commentaires :

3. Niveau : **La session a été dispensée à un niveau qui correspondait à celui des participants**
   _____ **D'accord** _____**Pas d'accord**
   Commentaires :

4. Pertinence du contenu : **Le contenu de la session est adapté à la situation locale**
   _____ **D'accord** _____**Pas d'accord**
   Commentaires :

5. Méthodologie (exercices participatifs) : **Les méthodes utilisées pour la formation ont été utiles**
   _____ **D'accord** _____**Pas d'accord**
   Commentaires :

   **Les méthodes utilisées pour la formation correspondent parfaitement au contenu**
   _____ **D'accord** _____**Pas d'accord**
   Commentaires :

6. Autres commentaires. *Veuillez nous indiquer ce qui aurait pu rendre cette formation plus utile, claire et pertinente.*

# Évaluation de l'atelier de formation

Nous vous remercions à l'avance de bien vouloir nous faire part de votre évaluation honnête et complète de cet atelier de formation. N'hésitez pas à formuler des commentaires.

Veuillez noter les affirmations ci-dessous en utilisant une échelle allant de 1 à 4
***1. Entièrement d'accord - 2. D'accord - 3. Peu d'accord - 4. Absolument pas d'accord***

1. _____ L'atelier a couvert des informations pertinentes pour ma pratique clinique
Commentaires :

2. _____ le contenu de l'atelier était bien adapté à la majorité des participants
Commentaires :

3. _____ Les formateurs ont utilisé des méthodes qui ont encouragé activement les participants à acquérir les connaissances contenues dans les documents de formation
Commentaires :

4. _____ La formation a présenté le contenu avec suffisamment de détails
Commentaires :

5. Veuillez faire part des parties sur lesquelles vous souhaiteriez avoir plus d'informations
• _____
• _____
• _____

6. _____ la formation a atteint ses objectifs :
Commentaires :

7. _____ Les formateurs ont facilité la compréhension des participants
Commentaires :

8. _____ Les études de cas ont facilité mon apprentissage pendant la formation
Commentaires :

9. _____ Les algorithmes ont facilité mon apprentissage pendant la formation
Commentaires :

10. _____ Les formateurs auraient pu faire un meilleur emploi des méthodologies suivantes :
• _____
• _____
• _____
Commentaires :

11. Si une partie devait être enlevée, je proposerais que ce soit la(es) session(s) suivante(s) : [*Veuillez donner les titres exacts des sessions en utilisant le programme de la formation. Veuillez aussi nous indiquer les raisons pour lesquelles vous élimineriez ces sessions*]

12. Les sessions qui pourraient être ajoutées sont :

Family Health International

**Institute for HIV/AIDS**
**2101 Wilson Blvd. Suite 700**
**Arlington, VA 22201 USA**
**703–516–9779 Fax: 703–516–9781**