

Manuel clinique MSF VIH/TB pour les soins de santé primaires

2018

Deuxième trimestre

2021

Mise à jour complète
à la fin de ce livre



1. Présentation du VIH	1-14
2. TARV	15-24
3. Evaluation et initiation TARV	25-38
4. Effets secondaires des ARV	39-58
5. Suivi des patients sous TARV	59-74
6. Gestion d'un échec de TARV	75-96
7. Interactions médicamenteuses	97-110
8. Stratégies de prévention	111-136
9. PTME	137-154
10. VIH chez les enfants et adolescents	155-230
11. Maladie avancée	231-244
12. Tuberculose	245-288
13. Pathologies respiratoires	289-300
14. Pathologies neurologiques	301-316
15. Pathologies gastro-intestinales	317-340
16. Pathologies hépatiques	341-362
17. Maladies rénales	363-380
18. Pathologies hématologiques	381-390
19. Santé sexuelle et reproductive	391-422
20. Pathologies dermatologiques	423-456
21. Maladies non transmissibles et VIH	457-466
22. Troubles de santé mentale	467-484
23. Fièvre et antibiotiques	485-498
24. Malnutrition et perte de poids	499-530
25. Soutien au patient	531-544
26. Populations clés	545-554

Mise à jour
disponible au
deuxième
trimestre



Un document complémentaire
sera mis en ligne chaque année
au deuxième trimestre, reprenant
les principales mises à jour
cliniques de l'année précédente.

**Vous pouvez le télécharger sur le
site du SAMU :**
samumsf.org/en/resources



Toutes les mises à jour de mars 2021 sont incluses à la fin de ce livre.

Le texte mis à jour est marqué par une icône “Mise à jour” et indiqué par un ombrage orange clair.

Cliquer sur l'icône “Mise à jour” pour passer à la mise à jour correspondante dans la section “Mise à jour”.

Manuel clinique MSF VIH/TB pour les soins de santé primaires

2018

Deuxième trimestre

2021

Mise à jour complète
à la fin de ce livre

Remerciements

Contributeurs : Jonathan Bernheimer, Rosie Burton, Kirrily de Polnay, Lucy O'Connell, Gabriella Ferlazzo, Mariana Garcia, Helen Bygrave, Kleio Iakovidis, Isabella Panunzi, Ian Proudfoot

Equipe de révision : Marie-Claude Bottineau, Philippa Boule, Jessica Burry, Séverine Caluwaerts, Esther Casas, Tom Ellman, Cecilia Ferreyra, Eric Goemaere, Berna Gürer, Laurent Hiffler, Kiran Jobanputra, Patrick Maldague, Anita Mesic, Laura Moreto, Nathalie Severy, Charles Ssonko, Elizabeth Szumilin, Alex Telnov, Indi Trehan, Isabel Zuniga

Autres contributeurs : Bien que ce manuel ait été presque entièrement réécrit, les contributions d'anciens auteurs, à savoir Musaed Abrahams, Sean Christians, Dmytro Donchuk, Jenny Hughes, Shaheed Mathee, Graeme Meintjies, Peter Sarunchuk, Helena Rabie and Nicci Wearne sont encore vivement appréciées. D'autres collègues du SAMU, Olivier Bluteau, Sylvie Jonckheere, Alexandra Meyer, Kate Ribet et Gilles van Cutsem, qui ont aussi participé de façon significative et variée, sont également remerciés.

Nous remercions également avec gratitude les nombreux médecins de MSF sur le terrain ainsi que le Pr Rannakoe Lehloeny du département de dermatologie de l'hôpital de Groote Schuur et de l'université de médecine de Cape Town pour les photos cliniques contenues dans ce livre.

Traductrice : Christelle Bluteau

Relecteurs : Eric Goemaere, Gilles Van Cutsem, Elisabeth Szumilin, Sylvie Jonckheere, Kirrily de Polnay.

Photo de couverture : un médecin examine un patient vivant avec le VIH dans un centre de soins de santé primaires.

© Oliver Petrie/MSF

Publié par Médecins Sans Frontières

Octobre 2018

ISBN 978-0-6399625-0-4

4th Floor Deneb House, Cnr Main and Browning Roads, Observatory, Cape Town, South Africa, 7925.

Tel : +27 (0) 21 448 3101

E-mail : contentsupport@joburg.msf.org

Consulter le site web du Southern Africa Medical Unit : www.samumsf.org

Rédacteur : Ian Proudfoot

Relecture et correction de rédaction : Anglais : Liz Sparg

Français : les 5 relecteurs

Conception : Design for development, www.d4d.co.za

Indexer : Louise Saint-André

Imprimeur : Hansa Print



Ce livre est publié sous Creative Commons Attribution
NonCommercial 4.0 International.

© Copyright 2018, Médecins Sans Frontières. Toute partie de ce manuel peut être reproduite, copiée ou adaptée, à condition que les reproductions soient gratuites, que la source soit mentionnée et qu'une notification soit envoyée à Médecins Sans Frontières. Tout le matériel ne peut être utilisé qu'à des fins non lucratives.

Le monde de la prise en charge du VIH est en constante et rapide évolution, il est impossible pour l'édition donnée d'un ouvrage de rester parfaitement à jour avec les dernières directives. Pour tenter d'y remédier, une compilation des mises à jour sera publiée chaque année vers le début de l'année. En ce qui concerne les autres directives mentionnées dans ce livre, le même principe général s'applique; veuillez suivre de près les directives de l'OMS et les directives locales, car elles sont susceptibles de changer et de prévaloir sur les recommandations données ici. Par ailleurs, si vous constatez des erreurs ou si vous souhaitez faire des suggestions pour les prochaines éditions, veuillez nous en faire part en envoyant un courriel à samu.elearning@joburg.msf.org.

Il s'agit de la neuvième édition du *Guide clinique sur le VIH et la tuberculose de MSF*. La première édition a été conçue pour être utilisée dans les centres de soins primaires ouverts par Médecins Sans Frontières (MSF) dans le township de Khayelitsha, Cape Town, Afrique du Sud. Il est devenu avec succès un outil de référence pratique pour les infirmières et les médecins de ces centres et, plus tard, pour les projets de MSF situés dans les zones rurales de Lusikisiki, au Cap oriental et à Morija, au Lesotho.

S'inspirant de l'expérience acquise lors de huit éditions précédentes, la neuvième édition a évolué pour offrir une approche plus complète des soins cliniques contre le VIH et la tuberculose dans le contexte des développements actuels. D'après les commentaires des cliniciens sur le terrain, le contenu a été révisé en profondeur et mis à jour à l'aide de chapitres supplémentaires afin de répondre aux nouveaux besoins identifiés. Les lignes directrices sud-africaines ont été supprimées et remplacées par celles de l'OMS pour permettre une utilisation plus large à l'échelle internationale.

L'objectif principal de ce manuel est de fournir des lignes directrices pratiques et à jour, pour les médecins qui consultent les patients atteints du VIH dans les centres de soins primaires.

- Des références à d'autres rubriques du livre et à divers sites web sont régulièrement fournies pour ceux qui souhaitent accéder à des informations plus détaillées.
- Le cours de base d'apprentissage en ligne sur le VIH est conçu pour correspondre au contenu de ce manuel, afin que le clinicien, peu familier en matière de VIH et de tuberculose, puisse bénéficier d'un processus d'apprentissage plus complet : <https://samumsf.org/en/training/hiv-tb-clinical-training/hivtb-e-learning-basic-level-online>.
- Une version pdf de ce livre peut être téléchargée sur le site du SAMU <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>.
- Avec la mise à disposition récente d'un livret distinct qui fournit des conseils sur les approches cliniques à l'égard des patients hospitalisés malades, ce manuel se concentre uniquement sur les besoins d'information d'un médecin en consultation externe. Lorsque les patients présentent des signes de gravité et qu'ils ont besoin d'être orientés vers un spécialiste, des informations sont à disposition dans le **Guide clinique MSF sur le VIH et la tuberculose : Au niveau de l'hôpital**, disponible en format pdf à l'adresse suivante : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-hospital-2018>.

Ce livre a d'abord été écrit et publié en anglais, puis traduit en français. Des erreurs de traduction, de mise en page ou simplement des changements de protocole depuis la publication de la version anglaise sont possibles. Veuillez communiquer avec samu.elearning@joburg.msf.org si vous souhaitez signaler des erreurs ou des interrogations.

En tant que lecteur, n'oubliez pas que nos stratégies et protocoles de gestion du VIH et de la tuberculose sont constamment révisés en fonction de l'expérience et de l'émergence de nouvelles directives internationales. De plus, veuillez tenir compte de vos protocoles nationaux avant de prescrire tout médicament ou de suivre les directives recommandées dans ce livre.



Bienvenue dans la neuvième édition du Manuel clinique de MSF sur le VIH et la TB.

Cette image aujourd'hui célèbre marque une belle journée de décembre 2002, lorsque Nelson Mandela est venu visiter nos centres de soins à Khayelitsha. Il est venu offrir son soutien politique alors que nous étions confrontés à un fort déni du VIH de la part du gouvernement national. Il n'a laissé personne dans le doute quant à ses convictions personnelles lorsque, sans hésitation, il a mis le T-shirt "HIV positive", une image qui a fait la une des journaux du monde entier.

En endossant ce T-shirt, il s'identifiait à la lutte politique pour l'accès aux ARV. Faire venir le plus grand homme d'Etat du monde dans un township démuné comme Khayelitsha, qui enlève sa chemise pour revêtir un T-shirt fortement politique, symbolise d'un seul geste ce que nous avons essayé de faire pendant des années : rendre la TARV accessible aux plus pauvres et aux plus affectés, au plus près de leur lieu de résidence, dans un pays encore complètement divisé sur le plan socio-économique.

‘Après avoir gravi une grande colline, on découvre qu’il y a encore beaucoup de collines à gravir.’ **Nelson Mandela**

C’est l’objectif du *Guide clinique de MSF sur le VIH et la tuberculose pour les soins primaires* : il vise à motiver et à doter le personnel de santé en soins primaires des connaissances nécessaires pour traiter les affections liées au VIH et initier les adultes, les enfants et les femmes enceintes à la TARV, dans un centre de soins de proximité, à défaut d’accès à un centre de soins spécialisé. Il vise à soutenir la prise en charge du VIH au niveau local.

Lorsque nous avons rédigé la première édition de ce manuel en 2000, nous n’avions aucune idée sur le succès à relever un défi aussi énorme. Il s’agit de la neuvième édition et, entre-temps, des progrès importants ont été réalisés à Khayelitsha : plus de 42 000 personnes sous TARV, dont 3 500 enfants et un taux de transmission mère-enfant réduit à moins de 1%.

Sur le plan national, une tendance exponentielle similaire a eu lieu, avec un impact immédiat sur la réduction de la mortalité : par exemple, l’espérance de vie a augmenté au KwaZulu-Natal (KZN), une province en Afrique du Sud fortement touché par le VIH, passant de 49,2 ans en 2003 à 60,5 ans en 2011.

Ces chiffres sont certes impressionnants, mais il reste de nombreux défis, notamment dans l’amélioration de la qualité de certains soins mais aussi concernant des problématiques nouvellement identifiées : nous devons trouver des moyens novateurs pour maintenir en permanence les patients dans les soins malgré une charge virale indétectable et, surtout, nous devons réduire les nouvelles infections, en particulier chez les jeunes femmes, éliminer la transmission verticale (de la mère à l’enfant pendant la grossesse ou l’allaitement), sans un vaccin efficace probablement dans les dix prochaines années.

Ce guide n’est pas près de devenir obsolète, car le sida n’est malheureusement pas “ terminé “ : en dépit d’une couverture TARV impressionnante, nous voyons toujours arriver des patients avec une maladie VIH avancée et une augmentation des échecs de traitements ou du nombre de réadmissions avec des infections opportunistes. Ces patients nécessitent souvent des procédures de diagnostic et de traitement de haut niveau, et un guide complémentaire, qui vise à traiter des cas aussi complexes en milieu hospitalier est maintenant disponible : *MSF HIV/TB Clinical Guide : Au niveau de l’hôpital*.

“Le sida est une guerre contre l’humanité “, a déclaré Nelson Mandela ce jour-là en 2002. Par son geste symbolique, il a offert son propre sens de l’humanité pour mener la bataille, nous donnant le courage de combattre nos pires ennemis : la stigmatisation et l’ignorance.

Continuons ensemble sur cette voie, en nous efforçant ensemble de fournir une meilleure qualité de soins aux personnes vivant avec le VIH.

Ce manuel est dédié à la mémoire de Madiba.

Eric Goemaere, Décembre 2017

Table des matières

Préambule	iv
Annexes, tableaux, schémas et algorithmes	xiv
Comment utiliser ce manuel	xx
Abréviations	xxii

1. Présentation Générale du VIH 1

Quel est le virus du VIH ?	2
Comment est-on contaminé par le VIH?	2
Que fait le VIH dans l'organisme ?	3
L'histoire naturelle du VIH	3
Statistiques mondiales sur l'épidémie de VIH	7
Résumé	8
Un large aperçu du diagnostic, de la prévention et du traitement	8
Séquences des chapitres du livre	10

2. Thérapie antirétrovirale et éligibilité 15

Thérapie antirétrovirale et objectifs du traitement	16
Éligibilité à démarrer une thérapie antirétrovirale	16
Une introduction à la thérapie antirétrovirale (TARV)	17
Classification des ARV	19
Principes généraux d'utilisation de la TARV	20
Quand les ARV sont-ils utilisés pour le traitement ?	20
Traitements et effets secondaires	21

3. Evaluation initiale et initiation de la TARV 25

Étapes à suivre lors du démarrage de la TARV	26
Évaluation initiale et initiation de la TARV – Points clés	37

4. Les effets secondaires des ARV 39

Effets secondaires de chaque médicament et les recommandations pour la surveillance, la prévention et la prise en charge de ces effets	40

5. Suivi des patients sous TARV et IRIS 59

Consultation de suivi	60
IRIS : syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire	66
Résumé : suivi des patients sous TARV	73

6. Gestion d'un possible Échec de la TARV 75

1. Comment une TARV échoue-t-elle ?	77
2. Quelle est la meilleure façon de surveiller l'efficacité de la TARV ?	79
3. Quelle est la définition d'un échec de traitement ?	80
4. Toutes les anomalies cliniques, immunologiques ou virologiques signifient-elles un échec de traitement ?	81
5. Comment interpréter et gérer un résultat de charge virale élevé ?	82
6. Pourquoi est-il important d'agir rapidement en cas d'échec de traitement ?	86
7. Qui est responsable d'une charge virale élevée pour un patient : le patient, le clinicien ou le système de santé ?	86
8. Comment passer à un régime de seconde ligne ?	88
9. Quels sont les principes de substitution d'un seul ARV ?	89
10. Quel soin particulier doit être pris avec une TARV dans la gestion d'un patient atteint d'hépatite B ?	90
11. Comment gérer un patient présentant des charges virales élevées avec un régime à base d'IP ?	91
12. Quels sont les principes d'utilisation des génotypes ?	91
13. Comment peut-on construire un régime de troisième ligne ?	92
Résumé	93

7. Interactions médicamenteuses 97

Différents types d'interactions	98
Un bref exposé du devenir des médicaments dans l'organisme (pharmacocinétique)	98
Résumé : interactions médicamenteuses dans le VIH/TB	106

8. Stratégies de prévention chez le patient séropositif 111

Introduction	112
Prophylaxie pré-exposition (PrEP)	114
Prophylaxie post-exposition (PPE)	119
Vaccins chez les enfants et adultes infectés par le VIH	125

9. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant 137

Les piliers de la programmation de la PTME	138
Prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer	138
Planning familial	139
Dépistage et intervention TARV dans la PTME	140
Soins continus pour le père et la mère séropositifs	140
La cascade de PTME	140
Plus d'information sur la PTME	152
Matière à réflexion : questions de recherche opérationnelle pour la PTME	154

10. VIH chez les enfants et les adolescents 155

1. Diagnostic VIH	157
2. Évolution de la maladie	161
3. Évaluation et suivi des enfants exposés et infectés par le VIH	162
4. Croissance et nutrition	173
5. Évaluation du développement de l'enfant	173
6. Démarrer la TARV	175
7. Les effets secondaires des ARV	184
8. Notes sur l'adhérence	186
9. Processus d'annonce	187
10. Échec de traitement	192
11. Aspects cliniques spécifiques à la pédiatrie	196
12. A retenir	212
13. Principes de prise en charge pour les adolescents	213

11. Le patient ambulatoire présentant une maladie VIH à un stade avancé 231

L'offre de soins dans les centres de soins primaires	233

12. Tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) 245

La tuberculose (TB)	246
Les types de tuberculoses actives	246
Recherches diagnostiques	249
Evaluer la TB active chez les PVVIH	252
Traitement et prise en charge de la TB	258
Traitement TB et ARV	265
Les cinq "i" pour diminuer l'impact de la tuberculose chez les PVVIH	267
La tuberculose pharmacorésistante (TB-RR/MR)	270
Aperçu épidémiologique	271
Classification de la TB-RR/MR	272
Diagnostic de la TB-RR/MR	273
Prise en charge du patient atteint de TB-RR/MR	276
Soutien au patient	283
Points clés	284

13. Pathologies respiratoires 289

Aperçu des pathologies respiratoires	290
Les points clés des maladies respiratoires les plus fréquentes	291
Les pathologies à ne pas oublier	294
Approche clinique des patients avec symptômes respiratoires dans les établissements de soins primaires	297

14. Pathologies neurologiques 301

Aperçu du chapitre	303
Continuité des soins au centre de santé primaire après une hospitalisation	311
Approche clinique d'un patient CrAg positif	312
Neuropathie périphérique (NP)	313
Résumé	316

15. Pathologies gastro-intestinales 317

Pathologies buccales	318
Diarrhées et parasitoses intestinales courantes	323
Lésions anales	334

16. Pathologies hépatiques 341

A. Comment les pathologies hépatiques se présentent-elles dans les centres de soins VIH/TB ?	342
B. Quels tests faire pour évaluer les pathologies hépatiques ?	342
C. Un aperçu des maladies les plus fréquentes, rencontrées dans les centres de soins	344
D. L'approche du patient en soins primaires possiblement atteint d'une maladie hépatique	361

17. Maladies rénales 363

Les signes et symptômes des maladies rénales	364
Qu'est ce qui est anormal ?	364
A. Aperçu des maladies rénales fréquemment rencontrées dans les centres VIH	366
B. Une approche pratique vers un diagnostic pour un patient avec une possible maladie rénale	370

18. Pathologies hématologiques 381

Anémie	382
Approche de l'anémie en soins primaires	382
Thrombocytopénie	386
Neutropénie	388
Troubles hématologiques chez les patients séropositifs : points clés	389

19. Santé sexuelle et reproductive 391

1. Prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)	392
2. Contraception et planning familial pour les femmes vivant avec le VIH	411
3. Prise en charge des grossesses non prévues	415

4. Prise en charge des violences sexuelles	417
5. Frottis cervical et cancer du col de l'utérus	421
6. Brèves recommandations programmatiques pour les services de santé sexuelle et reproductive (SSR)	422

20. Pathologies dermatologiques 423

Approche des patients séropositifs avec des plaintes cutanées	424
Anamnèse : informations clés	425
Examen clinique : informations clés	425
Cartographie des types de pathologies dermatologiques	425
Quelques principes de traitement dermatologique	454
La dermatologie dans les consultations VIH en centres de soins primaires : points clés	456

21. Maladies non transmissibles et VIH 457

Associations entre VIH et MNT	459
1. Maladies vasculaires (cœur et cerveau)	459
2. Cancers	461
3. Asthme et bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	462
4. Diabète	463
5. Epilepsie	465
6. Dépression	465
Considérations programmatiques pour les patients séropositifs et atteints d'autres comorbidités chroniques	465
Conclusions	466

22. Troubles de santé mentale 467

Comment les problèmes de santé mentale se présentent-ils ?	468
Dépression	469
Troubles d'anxiété généralisés	475
Troubles liés à une toxicomanie	477
Psychoses et delirium	479
Causes psychiatriques d'un état mental altéré ; psychoses	480
Troubles bipolaires	482
Santé mentale chez les patients séropositifs : points clés	483

23. Fièvre et prescription rationnelle d'antibiotiques 485

Fièvre chez les patients séropositifs	486
La résistance antimicrobienne est une crise globale	491
Ressources utiles	497
Fièvre chez les patients séropositifs : points clés	497

24. Malnutrition et perte de poids 499

A. Malnutrition et VIH	500
Evaluation de l'état nutritionnel et lignes directrices concernant la prise en charge spécifique aux trois groupes d'âge	506
Malnutrition et VIH : points clés	517
B. Les patients qui présentent une perte de poids persistante	518

25. Soutien aux patients 531

Pourquoi un soutien aux patients est-il nécessaire ?	532
Lignes directrices de soutien aux patients selon le contexte	533
Soutien aux patients : messages clés	544

26. Populations clés 545

Qui sont les populations clés ?	546
Lignes directrices génériques : personnes des populations clés	547
Lignes directrices pour groupes spécifiques	549
Adolescents et jeunes des populations clés : résumé	553
Résumé : prise en charge des populations clés	554

Index	555



Médecins Sans Frontières (MSF) distribuant des médicaments antirétroviraux (ARV) dans le village d'Elia, Semonkong, Lesotho.

Annexes, tableaux, schémas et algorithmes

Annexes

Annexe 1.1	Stades cliniques de l'OMS de la maladie VIH chez l'adulte et l'enfant	13
Annexe 2.1	Les classes d'ARV	22
Annexe 4.1	ARV et leurs effets secondaires	42
Annexe 4.2	Effets secondaires précoces et tardifs des ARV	49
Annexe 4.3	Classer et prendre en charge les possibles effets secondaires des ARV	51
Annexe 4.4	DDI et d4T	54
Annexe 8.1	Prophylaxie au cotrimoxazole	135
Annexe 8.2	Désensibilisation au cotrimoxazole	136
Annexe 10.1	Valeurs normales pour les enfants	221
Annexe 10.2	Lignes directrices pour le traitement de la tuberculose chez les jeunes enfants utilisant de nouvelles combinaisons à dose fixe	227
Annexe 12.1	Approche concernant la lymphadénopathie	285
Annexe 12.2	Biopsie cytologique à l'aiguille fine (FNAC)	287
Annexe 15.1	Classification des déshydratations chez l'enfant	339
Annexe 17.1	Tableau d'estimation de la clairance de la créatinine (en ml/min) pour les femmes entre 15-40 ans	377
Annexe 17.2	Tableau d'estimation de la clairance de la créatinine (en ml/min) pour les femmes entre 41-65 ans	378
Annexe 17.3	Tableau d'estimation de la clairance de la créatinine (en ml/min) pour les hommes entre 15-40 ans	379
Annexe 17.4	Tableau d'estimation de la clairance de la créatinine (en ml/min) pour les hommes entre 41-65 ans	380
Annexe 24.1	Evaluation d'un œdème bilatéral	520
Annexe 24.2	Evaluation nutritionnelle : mesures anthropométriques et limites	521
Annexe 24.3	Poids en fonction de la taille (z-score) et tableaux IMC pour les nourrissons de 1 mois à < 60 mois (< 5 ans)	522

Algorithmes

Algorithme 3.1	Choisir un régime de première ligne	35
Algorithme 4.1	Facteurs de risque et traitement de l'hyperlactatémie	58
Algorithme 6.1	CV pour les patients sous régime de première et seconde ligne de traitement	94
Algorithme 9.1	Résumé des interventions prénatales pour les femmes enceintes séropositives	146
Algorithme 9.2	Prophylaxie antirétrovirale pour enfants exposés	148
Algorithme 9.3	Algorithme du diagnostic précoce du nourrisson	153
Algorithme 10.1	Diagnostic pédiatrique : contact d'un enfant avec une personne atteinte de TB	200

Algorithme 10.2 Diagnostic pour un enfant avec des symptômes de TB	201
Algorithme 12.1 Prise en charge des PVVIH suspectés d'infection TB (sans signe de gravité)	254
Algorithme 12.2 Patients dont l'état de santé se dégrade ou ne s'améliore pas sous traitement antituberculeux	262
Algorithme 13.1 Prise en charge des problèmes respiratoires en soins primaires	299
Algorithme 14.1 Comment les maladies neurologiques se présentent-elles dans les soins primaires ?	305
Algorithme 14.2 Les pathologies neurologiques les plus fréquentes	306
Algorithme 14.3 Présentations cliniques neurologiques : gestion d'urgence et évaluation	308
Algorithme 16.1 Pathologies hépatiques chez les PVVIH	362
Algorithme 17.1 L'approche du patient vivant avec le VIH et atteint d'une possible maladie rénale	373
Algorithme 20.1 Groupe 1 : Approche d'un possible effet indésirable cutané d'origine médicamenteuse	431
Algorithme 20.2 Groupe 2 : Eruptions cutanées avec douleur ou inconfort	432
Algorithme 20.3 Groupe 3 : Eruption cutanée et pas ou peu de démangeaisons	433
Algorithme 20.4 Groupe 4 : Eruptions cutanées et démangeaisons	434
Algorithme 23.1 Fièvre chez les patients séropositifs	486
Algorithme 23.2 Algorithme de prise en charge pour des symptômes urinaires chez la femme adulte de moins de 65 ans	498

Schémas

Schéma 1.1 L'évolution naturelle du VIH non traité	3
Schéma 1.2 Détérioration liée à la perte des cellules CD4	5
Schéma 2.1 Cycle de vie du VIH	18
Schéma 3.1 Pathologies souvent oubliées dans les examens cliniques de routine	30
Schéma 3.2 Elaborer un régime de trithérapie	34
Schéma 5.1 Conséquences d'une augmentation rapide des CD4	66
Schéma 5.2 IRIS tuberculeux paradoxal	67
Schéma 5.3 IRIS tuberculeux démasquant	67
Schéma 6.1 Aperçu général des taux de CD4 et de la CV en l'absence de traitement du VIH	80
Schéma 6.2 Vue d'ensemble de la gestion d'une charge virale élevée	82
Schéma 6.3 Prendre une décision basée sur une charge virale élevée	83
Schéma 6.4 Choix des médicaments de seconde ligne	88
Schéma 7.1 Pharmacocinétique	99
Schéma 7.2 Elaborer une TARV avec trois médicaments	100
Schéma 7.3 Absorption, distribution et élimination des médicaments	101
Schéma 7.4 Médicaments éliminés par voie rénale	102
Schéma 8.1 Etapes dans l'utilisation de la prophylaxie post exposition	119
Schéma 9.1 Les piliers de la programmation de la PTME	138
Schéma 9.2 La cascade de PTME	141
Schéma 10.1 Taux de mortalité des cas VIH non-traités par âge	162
Schéma 10.2 Quatre étapes du développement neurologique	173
Schéma 10.3 Comment les résistances croisées se développent ?	194

Schéma 11.1	Aperçu de l'approche pratique du patient avec stade VIH avancé	236
Schéma 11.2	Approche clinique des patients avec stade VIH avancé	237
Schéma 11.3	Plans de prise en charge basés sur la stabilité clinique et le statut de la TARV	238
Schéma 11.4	Algorithme de gestion du traitement ARV chez les patients de stade VIH avancé	239
Schéma 11.5	Offre de soins pour les patients compliqués	242
Schéma 11.6	Gestion si le transfert à l'hôpital est retardé	243
Schéma 12.1	Signes cliniques de gravité	252
Schéma 16.1	Evolution naturelle de l'hépatite B	352
Schéma 16.2	Evolution naturelle de l'hépatite C	353
Schéma 18.1	L'approche de l'anémie en soins primaires	383
Schéma 19.1	Prise en charge de pertes urétrales chez les hommes	398
Schéma 19.2	Prise en charge des pertes vaginales	400
Schéma 19.3	Prise en charge d'ulcérations génitales	403
Schéma 19.4	Prise en charge des douleurs du bas ventre chez la femme	405
Schéma 19.5	Efficacité des méthodes de planning familial	414
Schéma 19.6	Algorithme récapitulatif pour la gestion des patients à la suite de violences sexuelles	420
Schéma 20.1	Aspects morphologiques les plus fréquents (formes)	426
Schéma 20.2	Dispositions fréquentes des lésions cutanées	427
Schéma 20.3	Quelques exemples de répartitions les plus courantes	427
Schéma 20.4	Caractéristiques cliniques de la cellulite	440
Schéma 20.5	Composition de base des préparations topiques	454
Schéma 23.1	Mon patient nécessite-t-il des antibiotiques ?	492
Schéma 24.1	Corrélation entre VIH et malnutrition	501
Schéma 24.2	Les 3 étapes dans l'évaluation de la malnutrition et sa prise en charge	502
Schéma 24.3	Exemple de calcul de la catégorie P/T	511

Tableaux

Tableau 1.1	Risques d'infections opportunistes et autres affections dues au VIH selon le taux de CD4	6
Tableau 3.1	Les tests recommandés pour le dépistage et la surveillance du VIH et les approches de dépistage des co-infections et des maladies non transmissibles	32
Tableau 3.2	Résumé des options de séquence pour les traitements de première, deuxième et troisième ligne (OMS, juillet 2018)	36
Tableau 5.1	Tests de surveillance pour les patients recevant une TARV	61
Tableau 5.2	Diagnostics différentiels pour l'IRIS tuberculeux ?	70
Tableau 6.1	Définitions de l'OMS de l'échec clinique, immunologique et virologique chez les adultes et les adolescents	81
Tableau 6.2	Responsabilité de la charge virale élevée d'un patient	87
Tableau 7.1	Interactions entre les antirétroviraux et les médicaments couramment utilisés	107
Tableau 7.2	Antituberculeux avec une TARV et autres médicaments	110
Tableau 8.1	Résumé de la surveillance de la PrEP	118

Tableau 8.2	Évaluation du risque pour la PPE	121
Tableau 8.3	Tests de base et de suivi pour la PPE	124
Tableau 8.4	Vaccins atténués ou inactifs	127
Tableau 8.5	Vaccinations pour les enfants séropositifs de 0 à 5 ans	129
Tableau 8.6	Vaccinations chez les enfants séropositifs âgés de 6 à 18 ans	131
Tableau 8.7	Vaccins recommandés pour les adultes séropositifs	132
Tableau 9.1	Dosage préventif de NVP et AZT en fonction de l'âge	150
Tableau 9.2	Doses préventives chez les enfants en fonction du poids	150
Tableau 9.3	Tableau des doses préventives du cotrimoxazole	151
Tableau 10.1	Transmission et prévention de la transmission du VIH chez l'enfant	158
Tableau 10.2	Guide de consultation pédiatrique	163
Tableau 10.3	Checklist d'examen du développement neurologique avec marqueurs normaux et signes d'alertes	174
Tableau 10.4	Résumé des régimes de TARV de 1 ^{ères} lignes pour les enfants de moins de 6 ans	176
Tableau 10.5	Résumé des régimes de TARV de 1 ^{ères} lignes pour les enfants de plus de 6 ans et < 35 kg	176
Tableau 10.6	Résumé des choix possibles pour les traitements de première, deuxième et troisième ligne (OMS, juillet 2018)	177
Tableau 10.7	Dosage simplifié de formules solides à doses fixes et adaptées aux enfants pour une administration biquotidienne chez les nourrissons et les enfants de 4 semaines et plus	179
Tableau 10.8	Dosage simplifié de formules solides et liquides à administrer une fois/jour, pour les nourrissons et enfants âgés de 4 semaines et plus	180
Tableau 10.9	Tableau simplifié des formules solides et liquides en dosage à administrer matin et soir, pour les nourrissons et enfants âgés de 4 semaines et plus	182
Tableau 10.10	Dosage de formules liquides pour une administration biquotidienne chez les nourrissons de moins de 4 semaines	183
Tableau 10.11	Les causes d'une charge virale élevée chez un patient	193
Tableau 10.12	Régimes de choix des traitements de seconde ligne pour les enfants	195
Tableau 10.13	Forte dose de cotrimoxazole pour le traitement de la PCP chez l'enfant	206
Tableau 12.1	Évaluation et diagnostic d'une TBEP	256
Tableau 12.2	Dosages des médicaments antituberculeux	258
Tableau 12.3	Les effets secondaires possibles attribués aux médicaments antituberculeux de 1 ^{ère} ligne, et leur prise en charge	264
Tableau 12.4	Temps d'initiation de la TARV chez les adultes déjà sous traitement anti TB	265
Tableau 12.5	Les changements de régime d'ARV si un traitement antituberculeux y est associé	266
Tableau 12.6	Différences entre une TB pharmacosensible (TB-PS) et une TB pharmacorésistante (TB-RR/MR)	273
Tableau 12.7	Tests pour TB-RR/MR	275
Tableau 12.8	Médicaments antituberculeux de seconde ligne	277
Tableau 12.9	Traitements TB-RR/MR, effets secondaires et surveillance	279
Tableau 12.10	Effets secondaires croisés des thérapies antituberculeuses et antirétrovirales et toxicités supplémentaires qui y sont liées	281

Tableau 13.1	Principales caractéristiques de la bronchite versus pneumonie	292
Tableau 13.2	Infections pulmonaires fréquentes associées à différents taux de CD4	298
Tableau 14.1	Echelle internationale de mesure de la démence (International HIV Dementia Scale- IHDS)	307
Tableau 15.1	Diarrhée aiguë non-inflammatoire	328
Tableau 15.2	Diarrhée aiguë inflammatoire (selles liquides peu fréquentes et de petite quantité)	329
Tableau 15.3	Diarrhée chronique non-inflammatoire (quantité importante de selles liquides)	330
Tableau 15.4	Autres causes de diarrhée chez les patients séropositifs	333
Tableau 15.5	Aide au diagnostic des lésions péri anales	337
Tableau 16.1	Tests utilisés pour évaluer la fonction hépatique	343
Tableau 16.2	Régimes antituberculeux alternatifs quand un des médicaments est retiré	349
Tableau 16.3	Hépatite B et C – épidémiologie, transmission, traitement et prévention	351
Tableau 17.1	Ajustements des doses des médicaments lors d'insuffisance rénale	375
Tableau 19.1	Présentations syndromiques des IST	396
Tableau 19.2	Dosage des médicaments pour des pertes urétrales	397
Tableau 19.3	Dosage des médicaments pour des pertes vaginales	401
Tableau 19.4	Régimes de traitement pour la syphilis	408
Tableau 19.5	Prise en charge d'une mycose vaginale	409
Tableau 19.6	Prise en charge des verrues génitales	410
Tableau 19.7	Mythes sur la contraception et idées fausses	412
Tableau 19.8	Contraception hormonale et interactions avec les ARV et antituberculeux	413
Tableau 19.9	Méthodes d'avortement sécurisées	416
Tableau 19.10	Prévention des IST liées aux violences sexuelles	418
Tableau 20.1	Traitements topiques	448
Tableau 20.2	Problèmes cutanés regroupés selon le taux de CD4	456
Tableau 22.1	Questionnaire de santé du patient (PHQ9)	470
Tableau 22.2	Guide d'utilisation des antidépresseurs	473
Tableau 22.3	GAD-7	476
Tableau 22.4	Indicateurs orientant vers le délirium ou la psychose	480
Tableau 23.1	Infections bactériennes les plus fréquentes en soins primaires	490
Tableau 24.1	Valeurs et interprétation de l'IMC pour les adultes	506
Tableau 24.2	Valeurs et interprétation du PB chez les adultes	506
Tableau 24.3	Grades d'œdème chez l'adulte selon la classification Beattie	507
Tableau 24.4	P/T et interprétation pour les enfants	511
Tableau 24.5	Valeurs et interprétation du PB pour les enfants	512
Tableau 24.6	Classification des oedèmes chez les enfants	512
Tableau 24.7	Exemples d'augmentation d'apport énergétique de 10 % à l'aide d'aliments	514
Tableau 24.8	Evaluation de la malnutrition chez les adolescents	516
Tableau 24.9	Causes possibles de perte de poids observée dans les centres de soins primaires	518
Tableau 25.1	Lignes directrices de soutien aux patients, spécifiques au contexte	534



Projet d'hospitalisation, République démocratique du Congo.

© Kris Pannecoucke/MSF

Comment utiliser ce manuel

- 1 Pour le lecteur novice en matière de VIH, nous recommandons de commencer par le chapitre 1, qui se termine en donnant un aperçu de tous les chapitres.
- 2 Un cours d'apprentissage, disponible en ligne et gratuit pour tous, est accessible via la rubrique formation du site web du SAMU <https://samumsf.org/en/training/hiv-tb-clinical-training/hivtb-e-learning-basic-level-online>. Il est spécialement conçu pour guider le lecteur de manière plus interactive à travers les chapitres 1-7, 9 et 12 de ce livre.
- 3 Plusieurs chapitres traitent des maladies liées au VIH qui affectent les différents organes. Ils sont conçus pour permettre un accès rapide et facile à l'information lors des consultations.
- 4 Afin de faciliter l'accès à toutes les informations nécessaires et de fournir une approche globale à un problème particulier (ex : la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie avancée), le manuel propose de nombreux renvois tout au long des chapitres.
- 5 Pour des informations plus détaillées, de nombreux sites web sont référencés régulièrement.
- 6 Le site Internet du SAMU est régulièrement référencé pour accéder à des articles et documents plus détaillés qui peuvent être téléchargés à partir des fichiers " ressources supplémentaires sur le site suivant (<https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>).
- 7 Les soins médicaux liés au VIH, comme pour la plupart des autres disciplines, ont leurs propres abréviations dont une liste explicative est fournie dans ce manuel.
- 8 Tout au long du livre, des icônes et des encadrés attirent l'attention sur des informations spécifiques. Une légende de ces icônes est présentée dans la page suivante.

Si vous constatez des oublis ou des erreurs,
veuillez contacter samu.elearning@joburg.msf.org

Avertissement

Ce manuel a été élaboré en collaboration avec de nombreux experts issus à la fois des milieux universitaires et des milieux aux ressources limitées. Il s'est inspiré de directives diverses, notamment celles de l'OMS.

Les protocoles changent constamment à mesure que de nouvelles données probantes apparaissent, ce qui peut modifier dans le futur l'exactitude de certaines des recommandations. Il est donc conseillé de vérifier les directives nationales ou de l'OMS en vigueur avant toute décision diagnostique et de prise en charge.

Les dosages des médicaments ont été soigneusement vérifiés, cependant, le livre peut contenir certaines erreurs ou des protocoles qui ont été récemment mis à jour et qui n'ont pu être modifiés à temps. À moins d'indication contraire, les doses de médicament données concernent l'administration orale et les recommandations s'adressent à l'adulte, en dehors de la femme enceinte ou allaitante. Veuillez toujours consulter les protocoles nationaux ou les renseignements du fabricant du médicament avant toute prescription.

Les auteurs et les éditeurs déclinent toute responsabilité quant aux erreurs contenues dans le texte, à la mauvaise utilisation ou à la mauvaise application du contenu de cet ouvrage.

Que signifient les icônes

xxi



Attention/Danger



Information
importante



Référer le patient vers
un spécialiste ou vers
l'hôpital



Information concernant
les enfants, voir
chapitre 10



Besoin de soutien
au patient, voir
chapitre 25



Conseil pratique



Disponible dans le cours
e-learning du SAMU



Se référer au site web



Se référer au Guide MSF
VIH/TB : Niveau hôpital*



Se référer aux
lignes directrices
nationales



Se référer aux
lignes directrices
de l'OMS

* Guide clinique **MSF VIH/TB : Niveau hôpital** est disponible en document pdf à
<https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-hospital-2018>



MSF en support pour différents
centres de santé, République
démocratique du Congo.

© Emily Lynch/MSF

Abréviations

3TC	Lamivudine	CMV	Cytomégalovirus
AAD	Antiviraux à action directe	COC	Contraception orale combinée
ABC	Abacavir	CPN	Consultation prénatale
ABR	Antibiorésistance	Cr	Créatinine
AcHBs	Anticorps Virus hépatite B	CrAg	Test de dépistage de l'antigène cryptocoque
ADF	Associations médicamenteuses à doses fixes	CRP	Protéine C réactive (évaluation de l'inflammation)
AES	Accident d'exposition au sang	CTX	Cotrimoxazole
AFASS	Abordable, faisable, accessible, sûr et durable	CV	Charge virale
AgHBe	Antigène hépatite E	d4T	Stavudine
AgHBs	Antigène virus hépatite B	DAPIP	Dépistage et accompagnement psychologique à l'initiative du prestataire
AINS	Anti inflammatoire non stéroïdien	DDI	Didanosine
ARV	Antirétroviral	DDR	Date des dernières règles
ASAT	Aspartate aminotransférase (test sanguin hépatique)	DEE	Diagnostic pour enfants exposés
ALAT	Alanine aminotransférase (test sanguin hépatique)	DFG	Débit de filtration glomérulaire
ATV	Atazanavir	DILI	Insuffisance hépatique d'origine médicamenteuse (vient de l'anglais « drug-induced liver injury »)
AVC	Accident vasculaire cérébral	DIU	Dispositif intra utérin
AZT	Zidovudine (parfois écrit ZDV)	DLM	Delamanide
BCG	Bacillus Calmette-Guérin (vaccin TB)	DOT	Thérapie sous observation directe (vient de l'anglais "Directly observed therapy")
BDQ	Bédaquilline	DPN	Diagnostic précoce du nourrisson
BPCO	Broncho pneumopathie obstructive chronique	DRESS	Réaction médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques (vient de l'anglais « drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms »)
CDV	Conseil et dépistage volontaire	DRV	Darunavir
CIN	Classification internationale utilisée pour les cancers du col de l'utérus (vient de l'anglais « Cervical intraepithelial neoplasia »)	DRV/r	Darunavir/ritonavir
CICr	Clairance de la créatinine (évaluation de la fonction rénale)	DST	Test de pharmacosensibilité
CMI	Cardiomyopathie ischémique	DTG	Dolutégravir
CMMV	Circoncision masculine médicale volontaire		

EBV	Virus Epstein Barr	IMC	Indice de masse corporelle (classification des adultes en surpoids ou poids insuffisant)
EFV	Efavirenz	IMC	Information-Motivation- Comportement
EID	Diagnostic précoce de l'enfant (vient de l'anglais « early infant diagnosis »)	INH	L'isoniazide
ELISA	Essais immuno-enzymatiques	INI	Inhibiteur de l'intégrase
EP	Embolie pulmonaire	INNTI	Inhibiteur non nucléoside de la transcriptase inverse (« non-nuke »)
EPP	Eruption papulaire prurigineuse	INR	International normalized ratio (indicateur de la coagulation sanguine)
ETP/C	Education thérapeutique du patient et séances de conseils	INTI	Inhibiteur nucléoside de la transcriptase inverse (« nuke »)
ETV	Etravirine	IO	Infection opportuniste
FC	Fréquence cardiaque	IP	Inhibiteur de la protéase
FNAC	Biopsie cytologique à l'aiguille fine (vient de l'anglais « Fine Needle Aspiration Cytology)	IRA	Insuffisance rénale aiguë
FQ	Fluoroquinolone	IRC	Insuffisance rénale chronique
FR	Fréquence respiratoire	IRIS	Syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (vient de l'anglais « immune reconstitution inflammatory syndrome)
FTC	Emtricitabine	IRT	Insuffisance rénale terminale
GB	Globules blancs	IST	Infection sexuellement transmissible
GGT	Gamma glutamyl transférase (test sanguin hépatique)	IV	Intraveineux
GOT	voir ASAT	JACCOL	Ictère, anémie, hippocratisme digital, cyanose, œdème et lymphadénopathies
GPT	voir ALAT	LCR	Liquide céphalorachidien
H ou INH	Isoniazide	LEMP	Leuco-encéphalopathie multifocale progressive
Hb	Hémoglobine	LPV	Lopinavir
HIVAN	Néphropathie associée au VIH	LPV/r ; LPV/RTV	Lopinavir/ritonavir (Kaletra® ou Aluvia®)
HPV	Virus papilloma humain	MAC	Mycobacterium avium complex
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	MAM	Malnutrition aiguë modérée
IAS	Infections associées aux soins	MAS	Malnutrition aiguë sévère
IDR	Test cutané à la tuberculine (Intra- dermo réaction)	MCV	Vaccin antirougeoleux
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion		
IHDS	Echelle internationale de l'évaluation de la démence liée au VIH (vient de l'anglais « International HIV dementia scale »)		
IM	Intramusculaire		

MEV	Maladies évitables par la vaccination	POP	Pilules contraceptive de progestérone
MIP	Maladies inflammatoires pelviennes	PPE	Prophylaxie post exposition
MNT	Maladie non transmissible	PrEP	Prophylaxie pré exposition
MNT	Mycobactérie non tuberculeuse	PS	Professionnel(le) du sexe
MoH	Ministère de la santé (vient de l'anglais « Ministry of Health »)	PTME	Prévention de la transmission VIH de la mère à l'enfant
MSF	Médecins sans frontières	PV	Perdu de vue
MTB	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	PVC	Pression veineuse centrale
NFS	Numération formule sanguine	PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
NGR	Numération globules rouges	PWID	Consommateur de drogue par injection (vient de l'anglais « people who inject drugs »)
NPH	Névralgie post herpétique	PZA	Pyrazinamide
NVP	Névirapine	QT	intervalle QT
OMS	Organisation mondiale de la santé	R ou RIF	Rifampicine
P/T	Indice poids /taille	RAL	Raltégravir
PA	Phosphatases alcalines (test sanguin hépatique)	Rfb	Rifabutine
PAL	Phosphatases alcalines	RGO	Reflux gastro oesophagien
PB	Périmètre brachial (MUAC en anglais)	RH	Rifampicine et isoniazide
PCP	Pneumonie à pneumocystose carinii (aussi connue sous le nom pneumocystose jiroveci)	RHZE	Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et Ethambutol
PCR	Test de laboratoire polymérase chain reaction	RPR	Test pour la syphilis (vient de l'anglais « Rapid plasma reagin »)
PEV	Programme élargi de vaccination	RPV	Rilpivirine
PF	Planning familial	RTV ou r	ritonavir (donné avec un autre IP, souvent écrit LPV/r par ex)
PHQ-9	Questionnaire d'évaluation de troubles mentaux (vient de l'anglais « Patient health questionnaire – 9 questions »)	RXT	Radio thoracique
PIL	Pneumopathie interstitielle lymphoïde	SAMU	Unité médicale de l'Afrique australe (vient de l'anglais « Southern Africa Medical Unit »)
PL	Ponction lombaire	SARM	Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline
PO	Per os (par voie orale)	SDV	Service de dépistage du VIH
PoC	Tests sur le lieu de prise en charge (vient de l'anglais « Points of care tests »)	SGOT	voir ASAT
		SGPT	voir ALAT
		SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise

SJS	Syndrome de Stevens-johnson	TFG	Taux de filtration glomérulaire
SK	Sarcome de Kaposi	TPC	Thérapie préventive au cotrimoxazole
SMI	Santé maternelle et infantile	TPHA	Test syphilis (Treponema pallidum haemagglutination assay)
SNC	Système nerveux central	TPI	Traitement préventif à l'isoniazide
SP	Soutien au patient	TPP	Traitement périodique présomptif
SRO	Solution de réhydratation orale	TPV	Tripranavir
SSR	Santé sexuelle et reproductive	TSH	Hormone hypophysaire de stimulation thyroïdienne
SSRI	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (vient de l'anglais « selective serotonin re-uptake inhibitor	TSO	Thérapie de substitution aux opiacés
TARV	Thérapie antirétrovirale	TVP	Thrombose veine profonde
TB	Tuberculose	VDRL	Test pour la syphilis
TB LAM	Test urinaire de dépistage TB (TB lipoarabinomanan)	VHB	Virus hépatite B
TB-RR/MR	TB résistante à la rifampicine/ multirésistante (DR-TB en anglais)	VHC	Virus hépatite C
TB-UR	TB ultra résistante	VHS	Virus de l'herpès simple
TBEP	Tuberculose extra pulmonaire	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
TBM	Méningite tuberculeuse	VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
TBP	TB pulmonaire	VPOb	Vaccin oral de la polio bivalent
TDF	Ténofovir	VS	Vitesse de sédimentation
TDR	Test de diagnostic rapide	VZV	Virus varicella zoster
TENS	Syndrome de nécrolyse épidermique toxique (vient de l'anglais « Toxic epidermal necrolysis syndrome)		

Présentation Générale du VIH

Quel est le virus du VIH ?

Comment est-on contaminé par le VIH ?

Que fait le VIH dans l'organisme ?

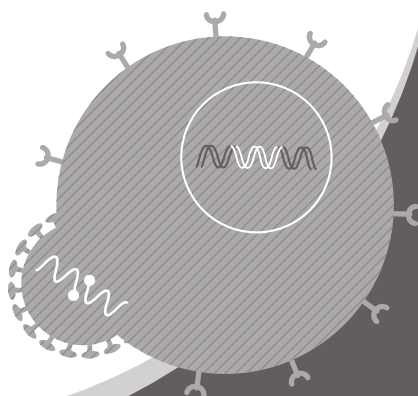
L'histoire naturelle du VIH

Statistiques mondiales sur l'épidémie de VIH

Résumé

Un large aperçu du diagnostic, de la prévention et du traitement

Séquence des chapitres du livre





Veuillez noter qu'une présentation plus complète du VIH est fournie dans l'Unité 1, modules 1 et 2 de la formation en ligne (E-Learning) VIH/TB du **SAMU (Southern Africa Medical Unit)**. Voir rubrique ' Comment utiliser ce livre ' à la page xx pour les détails.

Quel est le virus du VIH ?

Les virus agissent sur différentes parties du corps. Certains attaquent le système respiratoire, entraînant un rhume, tandis que d'autres peuvent attaquer le foie, entraînant une hépatite. Quel est leur mode de fonctionnement ? Tout est lié aux récepteurs. Les virus possèdent des récepteurs spécifiques compatibles avec les récepteurs de certaines cellules, seules alors capables de les intégrer. Si ces cellules hôtes appartiennent au système respiratoire, c'est donc à cet endroit que le virus agira.

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) se fixe uniquement aux récepteurs CD4 qui se trouvent dans des endroits très limités de l'organisme, principalement dans le sang, sur la paroi des cellules du système immunitaire. La cible principale est un sous-ensemble particulier de lymphocytes appelés cellules T CD4. Celles-ci produisent des substances chimiques qui jouent un rôle important dans la réponse immunitaire du corps à l'infection. Les virus se fixent aussi sur les récepteurs CD4 des organes génitaux des deux sexes.

Comment est-on contaminé par le VIH ?

La transmission du VIH se fait essentiellement par 3 voies :

1. Par contact sexuel (la transmission sexuelle par voie anale est plus fréquente que la transmission par voie vaginale, elle-même plus fréquente que la transmission par voie orale)
2. De la mère à l'enfant (grossesse, accouchement et allaitement maternel)
3. Contamination directe du sang (usage de drogues intraveineuses, blessures professionnelles par piqûre d'aiguille, transfusions sanguines)



Le VIH n'est pas transmissible par la salive, les larmes, le partage d'ustensiles de cuisine, des baisers ou poignées de main.

Que fait le VIH dans l'organisme ?

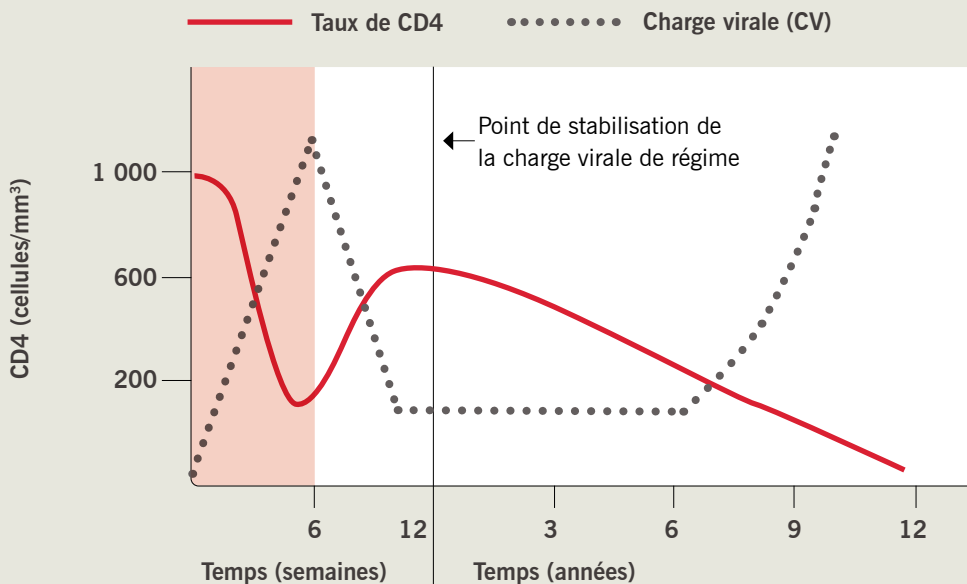
Selon les voies de contamination citées ci-dessus, le VIH se propage dans la circulation sanguine et les cellules CD4 où il envahit le noyau et reprogramme la cellule à sa propre prolifération. Pensant lutter contre l'infection, les cellules CD4 continuent leur multiplication contribuant à multiplier le virus et, surtout, arrêtent la production de substances stimulant l'immunité. Ces cellules deviennent alors une véritable usine, produisant d'innombrables copies du VIH. (Ce processus est abordé plus en détails au **chapitre 2**).

Après l'infection initiale, et au cours des années suivantes, les cellules CD4 infectées meurent progressivement tandis que le taux de VIH augmente. L'organisme perd progressivement son immunité, le rendant vulnérable aux infections de plus en plus graves qui conduisent toute personne non traitée à une mort certaine.

L'histoire naturelle du VIH

En règle générale, un patient récemment infecté présente initialement un taux élevé de CD4 et une faible charge virale. Puis, la charge virale augmente progressivement, avec une baisse constante des CD4, jusqu'à ce que le patient décède de plusieurs infections graves (dans les contextes à ressources limitées, en raison d'un taux plus élevé d'infections opportunistes (IO), le déclin terminal tend à être plus court de plusieurs années). Dans les détails, c'est un peu plus complexe.

Schéma 1.1 L'évolution naturelle du VIH non traité



Source : Modifiée à partir de Fauci AS et al. 1996.ann Intern Med. 124-654

Les premières 6 à 12 semaines

Le virus infecte les lymphocytes T porteurs de CD4 et envahit le noyau pour le «reprogrammer» à la production de nouveaux virus. La fabrication de substances chimiques stimulant la réponse immunitaire régresse. Pour combattre l'infection, l'activité des lymphocytes T augmente, permettant ainsi aux virus de se multiplier rapidement. Les lymphocytes T finissent finalement par s'épuiser et par disparaître, entraînant une chute des CD4 mesurables. Cette phase initiale d'augmentation de la charge virale et de chute de CD4 est représentée dans la zone rouge du schéma 1.1 ci-dessus. Le taux le plus bas est souvent appelé le **CD4 de base**.

Cliniquement, à ce stade, le patient peut être asymptomatique ou présenter un syndrome viral aigu similaire à la mononucléose, avec fièvre et/ou éruptions cutanées et/ou des ganglions lymphatiques hypertrophiés. C'est ce que l'on désigne comme "infection aiguë au VIH" ou "infection primaire au VIH". La charge virale étant très élevée à ce stade, le patient est particulièrement contagieux. N'étant probablement pas conscient de son état, il est moins sensible aux mesures préventives et aggrave d'autant les risques de contamination.

A ce stade précoce dit "zone rouge" (voir Schéma 1.1), le retard de production d'anticorps par d'autres lymphocytes (B) laisse le champ libre à l'activité intense des cellules T à CD4 reprogrammées par le virus. Ce retard a des conséquences diagnostiques car les tests de dépistage du VIH utilisés reposent sur la présence d'anticorps qui, dans la majorité des cas, n'apparaissent seulement qu'au bout de 6 semaines voire jusqu'à 3 mois. La période entre l'infection et la présence d'anticorps anti-VIH est communément appelée "**période fenêtre**".

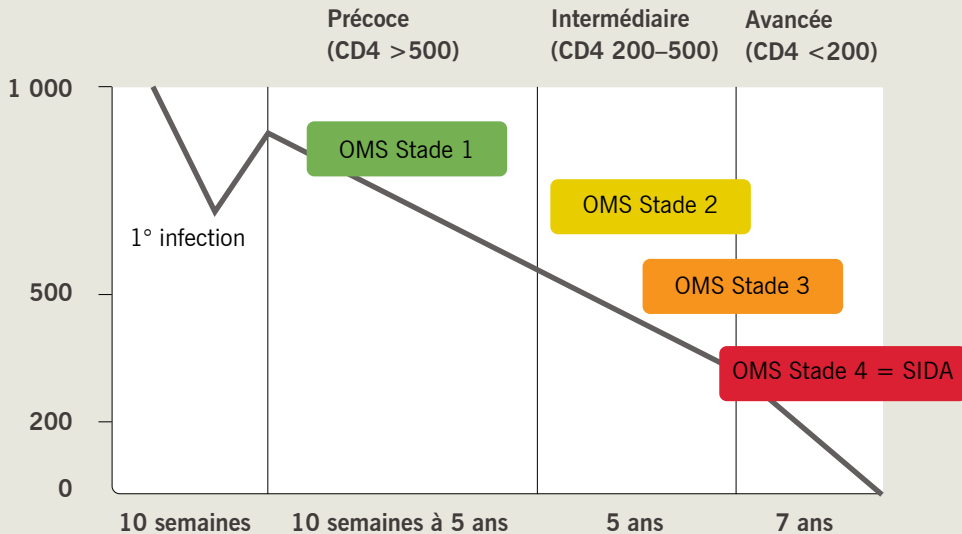
Lors des dépistages, il est important d'informer les patients que durant cette période fenêtre, leur test peut être négatif bien qu'ils puissent être infectés et même très contagieux du fait d'une charge virale élevée. Il est d'usage de recommander aux patients de renouveler le test de dépistage 4 à 6 semaines après une exposition à haut risque. Le passage d'une sérologie négative à une sérologie positive consécutive à la production d'anticorps est appelé **séroconversion**.

D'environ 3 mois à 7-10 ans

Après une élévation rapide de la charge virale et une chute des CD4, l'organisme commence à produire des anticorps. A ce stade, les courbes s'inversent légèrement, avec une charge virale qui baisse et un taux de CD4 qui augmente. Quand le processus tend à se stabiliser, on parle d'**état stationnaire ou de point viral** (documenté sur le schéma 1.1).

Le point d'équilibre de la charge virale, bien que souvent non identifié à ce moment, peut donner une idée du pronostic. Plus le point de charge virale est élevé, plus l'évolution de la maladie sera rapide.

Schéma 1.2 Détérioration liée à la perte des cellules CD4



Au cours des années suivantes, la capacité de lutte de l'organisme se détériore et conduit à une augmentation progressive de la charge virale et à une baisse des CD4. Initialement, il peut n'y avoir aucune manifestation clinique d'infection mais, au fur et à mesure que l'immunité s'effondre, des symptômes apparaissent, pour des pathologies dont la sévérité augmente au fil du temps. L'OMS a divisé cette période en 4 stades définis par les types de pathologies généralement les plus répandues.

Les stades 1 à 4 de l'OMS ne se définissent pas par les taux de CD4 mais plutôt par les signes cliniques liés à l'infection. Un patient peut avoir un taux de CD4 très bas et être toujours en stade clinique 1 (asymptomatique ou absence de tout signe clinique). A l'inverse, un patient peut avoir un taux de CD4 supérieur à 500 et souffrir d'une pathologie de stade 4 définie par certaines infections opportunistes spécifiques (comme le sarcome de Kaposi ou une néphropathie en lien avec le VIH) (voir l'annexe 1.1 en page 14 pour plus de détails).

Ceci dit, il est essentiel de mesurer le taux de CD4 chez tous les nouveaux patients, ainsi que chez ceux soupçonnés d'échec au traitement, car un faible taux de CD4 (en particulier <200) incitera le clinicien à rechercher spécifiquement les pathologies opportunistes propres au stade avancé et potentiellement mortelles (voir **Chapitre 11**, la nouvelle et importante rubrique concernant le patient avec une maladie VIH avancée).

Tableau 1.1 Risques d'infections opportunistes et autres affections dues au VIH selon le taux de CD4

Le tableau 1.1 Montre la corrélation entre le taux de CD4 et le type d'infections prédictives.

Taux de CD4*	Infections
Quel que soit le taux de CD4	Hypertrophie des parotides Zona herpétique Tuberculose pulmonaire Pneumonie bactérienne Néoplasie cervicale intra épithéliale (NCI) Thrombocytopénie liée au VIH Pneumopathie interstitielle lymphoïde (PIL) (surtout chez les enfants). Sarcome de Kaposi
<200 cellules/uL (Quand des infections opportunistes sévères commencent à apparaître)*	Candidose buccale (muguet) Candidose oesophagienne Pneumonie à pneumocystis jiroveci (PCP) Cryptosporidiose Lymphome (hors SNC) Démence associée au VIH Tuberculose disséminée Parasitose à Isospora
<100cellules/uL	Toxoplasmose cérébrale Méningite à cryptocoque Infection à CMV (cytomégalovirus) Maladie fongique disséminée (histoplasmosse, aspergillose, pénicilliose)
<50cellules/uL	Infection mycobactérienne non tuberculeuse (MNT) Lymphome cérébral Leuco encéphalopathie multifocale progressive (LEMP)

* Notes :

- Il est possible d'avoir un patient avec un taux de CD4 très bas bien qu'il soit cliniquement toujours au stade 1 c'est à dire sans aucun symptôme.
- Certaines affections cliniques de stade 4 peuvent se déclarer avec un taux de CD4 haut. (Lymphome lié au VIH, sarcome de Kaposi, cardiomyopathie et néphropathie)
- Certaines affections observées avec des taux faibles de CD4 sont rarement décrites lorsque les CD4 sont élevés. A l'inverse, il est possible que des cas cliniques constatés avec des taux élevés de CD4 soient également constatés avec des taux de CD4 très bas.

Sans traitement, l'espérance de vie entre l'infection initiale au VIH et le décès varie d'un individu à un autre. Certains patients se dégradent rapidement ("progresseurs rapides") quand d'autres peuvent mettre 15 à 20 ans avant de déclarer une infection opportuniste significative mais, pour la plupart, le délai se situe plutôt entre 7 et 10 ans. L'espérance de vie varie en fonction du point d'équilibre de la charge virale et des maladies opportunistes susceptibles de se développer, en particulier la tuberculose. Quand un patient atteint un stade entre 1 et 3, on parle de patient infecté par le VIH. On parle de patient ayant le SIDA lorsqu'il atteint le stade 4.

Qu'est ce qui détermine le rythme avec lequel un individu va progresser vers le SIDA ?

En l'absence de traitement aux ARV, toute personne infectée par le VIH développera à terme des infections sévères conduisant à son décès. Le rythme de progression de l'infection dépend de divers facteurs qui, non traités, accélère la détérioration du patient :

- Age inférieur à 5 ans
- Age supérieur à 40 ans
- Présence d'infections associées, en particulier la tuberculose
- Déficits génétiques potentiels

Il convient de noter qu'il existe deux principaux types de VIH qui infectent les humains, le VIH1 et le VIH2. Le VIH1 qui est traité dans ce manuel est le type dominant en Afrique subsaharienne. Pour ce qui est du VIH2 :

- Il est plus fréquent en Afrique de l'Ouest.
- Il est moins virulent ce qui explique pourquoi une personne séropositive au VIH2, non traitée, verra son état se dégrader plus lentement.
- Il est aussi détecté par des tests rapides, généralement conjointement avec le VIH1.
- Il ne répond pas aux régimes standard de première ligne.

Statistiques mondiales sur l'épidémie de VIH

À la lumière des informations ci-dessus, il est intéressant d'observer l'état de l'épidémie à l'échelle mondiale, en particulier en Afrique subsaharienne, où MSF a l'essentiel de ses projets VIH. Le rapport 2017 de l'ONUSIDA note les changements suivants de 2010 à 2016 :

- Les personnes séropositives sont passées de 33 à 37 millions, dont 25 millions en Afrique subsaharienne.
- Dans les 25 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, bien que la prévalence du VIH soit inférieure à 5%, 6,6 millions de personnes sont séropositives. Cela représente 17,9% des personnes séropositives dans le monde entier *.



*Le prix de l'oubli – Rapport MSF Avril 2016

- Cependant, la mortalité liée au VIH a considérablement augmenté et représente désormais 42% des décès en Afrique subsaharienne.
- Le nombre de personnes nouvellement infectées est passé de 2,2 à 2,1 millions dont 1,3 millions en Afrique subsaharienne, diminution qui semble atteindre un plateau.
- Parmi le total estimé de personnes séropositives, le nombre de celles sous ARV a augmenté significativement, passant de 7 à 19,5 millions, dont 12 millions en Afrique subsaharienne selon le rapport 2017 de l'ONUSIDA.
- La mortalité annuelle totale due au VIH est passée de 1,5 à 940 000, mais cette diminution semble aussi stagner. La plus grande partie de ces décès (800 000) provient d'Afrique subsaharienne *.

Résumé

Le VIH est un virus qui cible spécifiquement les lymphocytes T porteurs de CD4, une composante importante du mécanisme de défense immunitaire de l'organisme. Le virus se propage par trois voies principales : sexuellement, de la mère à l'enfant (pendant la grossesse ou par l'allaitement maternel) et par une entrée directe dans la circulation sanguine (transfusions sanguines, utilisation de cathéters intraveineux et blessures professionnelles par piqûre d'aiguille).

La personne infectée non traitée subira une lente détérioration de son immunité et finira par développer une infection majeure, entraînant la mort. Ce processus prend habituellement entre 7 à 10 ans. La dégradation du système immunitaire se décompose en quatre étapes différentes, déterminées par la gravité de l'infection. Le terme «SIDA» est utilisé pour décrire le stade 4, le stade final de la progression de la maladie.

Un large aperçu du diagnostic, de la prévention et du traitement

Diagnostic du VIH

Le diagnostic peut être fait en détectant des anticorps anti VIH dans le sang ou la salive, ou en détectant le virus lui-même dans le sang. Chez les adultes et les enfants de plus de 18 mois, la méthode en routine pour le diagnostic est plutôt la recherche d'anticorps. Rappelez vous que, pendant la 'période fenêtre' (jusqu'aux 3 premiers mois après l'infection initiale), la probabilité pour que les anticorps soient non détectables peut conduire à un test faussement négatif.

Chez les enfants de moins de 18 mois, une combinaison de tests d'anticorps et de tests recherchant le virus lui-même est souvent utilisée. Le nourrisson porte les anticorps de la mère jusqu'à 18 mois après la naissance, de sorte qu'un test d'anticorps positif n'est pas nécessairement synonyme d'infection chez l'enfant. Ceci est expliqué plus en détail au **chapitre 10**.

* Le prix de l'oubli – Rapport MSF Avril 2016

Stratégies de tests

Dans son plan '90:90:90' pour 2020-2030, l'OMS a fixé l'objectif à 90% le taux de personnes infectées par le VIH devant connaître leur statut, 90% de ces patients qui doivent être sous TARV et 90% de ceux qui sont sous thérapie qui doivent aboutir à une charge virale indétectable.

Afin de réaliser les premiers 90%, il y a nécessité d'avoir un échantillonnage de tests le plus large possible en utilisant tous les moyens disponibles. Cela comprend la participation de l'ensemble du personnel, qu'ils soient professionnels de santé ou non tels que les conseillers et travailleurs communautaires, pour tester dans les contextes suivants :

- Différents sites de soins ambulatoires tels ceux pour la santé maternelle et infantile, la vaccination, la tuberculose et les consultations externes en général
- Dans la communauté : des stratégies telles que le porte-à-porte, des tests mis à disposition dans des centres fixes ou cliniques itinérantes, des campagnes qui ciblent une population telle que les proches et les partenaires
- L'auto test

Une description détaillée de ces stratégies, y compris pour les patients hospitalisés, dépasse le contenu de ce livre plus axé sur l'aspect clinique, mais cela ne diminue en rien l'importance de mettre en œuvre ces stratégies autant que possible, dans le contexte élargi des soins de santé primaires y compris communautaires.



Stratégies de prévention du VIH

Cliniciens et gestionnaires de programme utilisent différentes stratégies dans la prise en charge du VIH. Celles-ci ont entre autres comme objectifs de :

- Responsabiliser les personnes séropositives à ne pas contaminer les autres.
- Responsabiliser les personnes séronégatives à prendre des mesures pour ne pas être contaminées.
- Responsabiliser le système de santé à mettre en place des actions pour lutter contre la transmission du VIH.
- Responsabiliser les personnes séropositives à prendre un traitement adapté pour diminuer le risque de développer des maladies opportunistes.

Plus de détails sont apportés au **Chapitre 8** en pointant de manière plus spécifique 3 interventions clés : Prophylaxie pré exposition (PrEP), Prophylaxie post exposition (PPE) et Vaccinations.

Traitement du VIH

La pierre angulaire dans le traitement du VIH repose sur l'utilisation des traitements anti VIH existants. Le VIH étant un virus de la famille des rétrovirus, les médicaments anti VIH sont, par conséquent, nommés antirétroviraux dont l'abréviation est ARV. Le terme le plus couramment utilisé concernant le traitement est TARV (Thérapie antirétrovirale). Ce sujet est traité de manière exhaustive dans les prochains chapitres.



Se référer aux lignes
directrices de l'OMS

En 2015, les **recommandations de l'OMS** préconisaient pour tous les patients séropositifs de tous âges confondus et quel que soit leur taux de CD4 ou leur stade clinique, l'initiation d'une TARV au plus tôt. Ceci signifie que dès la première consultation, les professionnels de santé peuvent proposer de démarrer un traitement s'il n'y a pas de contre-indication clinique et si le patient se dit prêt.

Le rôle critique du soutien aux patients (SP)



L'élément essentiel de la gestion des personnes vivant avec le VIH est de s'assurer qu'elles prennent leur traitement correctement que ce soit les ARV, les antituberculeux ou n'importe quel autre traitement susceptible d'optimiser leur santé. **L'adhérence d'un traitement à vie est sans doute le plus grand défi dans la gestion du VIH aujourd'hui.**

Toute personne, quel que soit son niveau d'éducation et son statut socio-économique, a des inquiétudes face aux maladies qu'elle peut contracter et face à un avenir qu'elle appréhende avec incertitudes. Cela s'applique d'autant plus à une maladie comme le VIH, aux conséquences dévastatrices non seulement pour la santé physique mais aussi pour son impact psychosocial. Le degré de prise en considération des soignants face aux préoccupations, perceptions et attitudes des patients est un facteur déterminant pour l'adhérence au traitement.

Le soutien à l'adhérence des patients implique des processus variés que des équipes de professionnels utilisent pour mieux cibler les préoccupations et comportements des personnes soignées, et d'y apporter d'éventuelles solutions. Le soutien apporté aux patients les aide à prendre leur responsabilité dans le succès/échec au traitement.

Cette icône rappelle le lien avec le **soutien aux patients** tout au long de cet ouvrage. Sa présence insiste sur l'importance d'un soutien supplémentaire, pour répondre aux préoccupations des patients et optimiser leur adhérence au traitement. Même si un clinicien n'assure pas directement le soutien au patient, il est primordial qu'il soit informé de ce qui est abordé dans les séances de conseils et décide si besoin d'une aide plus qualifiée.

Chapitre 25 : « Soutien aux patients » présente avec plus de détails les principes de soutien et le rôle essentiel des cliniciens en collaboration avec les conseillers.



Besoin de soutien
au patient,
voir chapitre 25

Séquences des chapitres du livre

Chapitre 2-9 identifient les connaissances nécessaires pour gérer les consultations.

Chapitre 2 : **TARV et éligibilité** donnent une introduction à la TARV et détaille les différents médicaments utilisés.

Chapitre 3 : **Première évaluation et initiation de la TARV** guide le clinicien dans la recherche de l'historique de la maladie, l'examen et les tests à réaliser dans les premières consultations et explique les principes d'élaboration d'un régime de TARV.

Chapitre 4 : **Les effets secondaires de la TARV** traite des différents effets secondaires liés à la TARV.

Chapitre 5 : **Suivi des patients sous TARV et IRIS**, écrit sur la base des chapitres précédents, il détaille comment surveiller un patient sous TARV et donne des recommandations sur le diagnostic et la gestion du Syndrome Inflammatoire de Reconstitution Immunitaire (IRIS).

Chapitre 6 : **Gestion d'un éventuel échec à la TARV** guide le clinicien à diagnostiquer et prendre en charge un patient avec une charge virale élevée.

Chapitre 7 : **Interactions médicamenteuses dans le VIH/TB** explique l'importance des interactions dans la gestion des traitements VIH et TB.

Fondés sur la base de ces connaissances, **les chapitres 8-10** traitent de l'utilisation de la TARV et de la prise en charge du VIH dans trois contextes spécifiques.

Chapitre 8 : **Stratégies de prévention** incluent les prophylaxies de pré exposition (PrEP), les prophylaxies de post exposition (PPE) et les vaccinations.

Chapitre 9 : **Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)**

Chapitre 10 : **Le VIH chez les enfants**

Le patient qui présente une maladie avancée - dans laquelle la tuberculose demeure la cause principale de mortalité - est une nouvelle orientation importante dans la prise en charge du VIH. Ces deux sujets sont traités dans les **chapitres 11-12**.

Chapitre 11 : **Le patient ambulatoire qui se présente en stade VIH avancé**

Chapitre 12 : **La tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)**



En 2016, l'OMS a publié une recommandation pour les patients atteints d'un VIH avancé, ciblant principalement «tous les adultes et adolescents ayant un taux de CD4 <200 et/ou une maladie de stade 3 ou 4, ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans infectés par le VIH». Ces patients méritent une prise en charge clinique spécifique en raison de leur risque de mortalité élevé (voir **Chapitre 11**).

Le VIH affecte tous les organes que ce soit directement ou via des maladies opportunistes. **Les chapitres 13-20** traitent de la physiopathologie spécifique des différents organes chez le patient séropositif.

Chapitre 13 : **Pathologies respiratoires**

Chapitre 14 : **Pathologies neurologiques**

Chapitre 15 : **Pathologies gastro intestinales**

Chapitre 16 : **Pathologies hépatiques**

Chapitre 17 : **Pathologies rénales**

Chapitre 18 : **Pathologies hématologiques**

Chapitre 19 : **Santé reproductive et sexuelle**

Chapitre 20 : **Pathologies dermatologiques**

Le contenu se poursuit par la physiopathologie d'autres maladies, (**Chapitres 21-22**) qui ne sont pas nécessairement en lien direct avec le virus mais qui supposent une attention particulière chez le patient séropositif.

Chapitre 21 : Pathologies non transmissibles et VIH

Chapitre 22 : Troubles de santé mentale

Les autres **chapitres de 23 à 26** traitent de sujets médicaux en lien avec des soins spécifiques pour les patients atteints du VIH.

Chapitre 23 : Fièvre et prescription rationnelle d'antibiotiques

Chapitre 24 : Malnutrition et perte de poids

Chapitre 25 : Soutien aux patients

Chapitre 26 : Populations clés

Annexe 1.1 Stades cliniques de l'OMS de la maladie VIH chez l'adulte et l'enfant

Adultes et adolescents ^a	Enfants
Stade clinique 1	
Patient asymptomatique Lymphadénopathie généralisée persistante	Patient asymptomatique Lymphadénopathie généralisée persistante
Stade clinique 2	
Perte de poids modérée inexplicée (<10% du poids estimé ou mesuré) Infections ORL récurrentes (sinusite, angine, otite moyenne, pharyngite) Zona (herpès zoster) Chéilite angulaire Ulcérations buccales récurrentes Eruptions papuleuses prurigineuses (prurigo) Onychomycoses (mycoses des ongles) Dermatite séborrhéique	Hépatosplénomégalie persistante inexplicée Infections ORL chroniques ou récurrentes (otite moyenne, otorrhée, sinusite, angine) Zona (herpès zoster) Gingivite Ulcération buccale récurrente Eruptions papuleuses prurigineuses Onychomycoses Infection disséminée au papilloma virus (verruës) Molluscum contagiosum disséminé Hypertrophie inexplicée et persistante de la parotide
Stade clinique 3	
Perte de poids sévère inexplicée (>10% du poids estimé ou mesuré) Diarrhée chronique inexplicée depuis plus d'un mois Fièvre persistante inexplicée (intermittente ou constante depuis plus d'un mois) Candidose buccale persistante Leucoplasie orale chevelue TBP Infections bactériennes sévères (telles que pneumonie, emphysème, pyomyosite, infections osseuses ou articulaires, méningite, bactériémie) Stomatite aigue ulcéro nécrotique, gingivite ou périodontite Anémie inexplicée (< 8g/dl), neutropénie (< 0.5 X 10 ⁹ /l) et/ou thrombocytopénie chronique (< 50 X 10 ⁹ /l)	Malnutrition ^b modérée inexplicée ou ne répondant pas de manière adéquat à un traitement standard Diarrhée persistante inexplicée (14 jours ou plus) Fièvre persistante inexplicée (supérieure à 37.5°C, intermittente ou constante depuis plus d'un mois) Candidose buccale persistante (après 6 semaines de vie) Leucoplasie orale chevelue TB ganglionnaire TBP Pneumonie bactérienne récurrente sévère Gingivite aigue ulcéro nécrotique ou périodontite Anémie inexplicée (< 8g/dl), neutropénie (< 0.5 X 10 ⁹ /l) ou thrombocytopénie chronique (< 50 X 10 ⁹ /l) Pneumonie interstitielle lymphoïde symptomatique Maladie pulmonaire chronique liée au VIH, incluant les bronchiectasies

(Source : adapté de l'OMS. 2007. *WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV- related disease in adults and children*. www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf)

Adultes et adolescents ^a	Enfants
Stade clinique 4 ^c	
Syndrome cachectique lié au VIH	Cachexie sévère inexpliquée, retard de croissance ou malnutrition sévère ^d ne répondant pas de façon adéquate à un traitement standard
Pneumonie à pneumocystis (jiroveci) ou pneumocystose	Pneumonie à pneumocystis (jiroveci) ou pneumocystose
Pneumonie bactérienne récurrente sévère	Infections bactériennes sévères récurrentes (telles qu'emphysème, pyomyosite, infections osseuses ou articulaires, méningite mais excluant la pneumonie)
Infection à herpès simple chronique (orolabiale, génitale ou anorectale d'une durée de plus d'un mois	Infection à herpès simple chronique (orolabiale ou cutanée d'une durée de plus d'un mois)
Candidose oesophagienne (ou candidose de la trachée, des bronches ou des poumons)	Candidose oesophagienne (ou candidose de la trachée, des bronches ou des poumons)
TBEP	TBEP
Sarcome de kaposi	Sarcome de kaposi
Infection aux cytomégalovirus (rétinite ou infections d'autres organes)	Infection aux cytomégalovirus (rétinite ou infections d'autres organes d'apparition à plus d'un mois de vie)
Toxoplasmose du SNC	Toxoplasmose du SNC (après la période néonatale)
Encéphalopathie au VIH	Encéphalopathie au VIH
Cryptococcose extra pulmonaire incluant la méningite	Cryptococcose extra pulmonaire incluant la méningite
Infection à mycobactérie non tuberculeuse disséminée	Infection à mycobactérie non tuberculeuse disséminée
Leuco-encéphalopathie multifocale progressive	Leuco-encéphalopathie multifocale progressive
Cryptosporidiose chronique	Cryptosporidiose chronique (avec diarrhée)
Isosporose chronique	Isosporose chronique
Mycose disséminée (histoplasmosse extra pulmonaire, coccidioidomycose)	Mycose endémique disséminée (histoplasmosse extra pulmonaire, coccidioidomycose, pénicilliose)
Lymphome (cérébral ou non hodgkinien à cellules B)	Lymphome cérébral ou non hodgkinien à cellules B
Néphropathies ou cardiomyopathies symptomatiques associées au VIH	Néphropathies ou cardiomyopathies symptomatiques associées au VIH
Septicémies récurrentes (incluant la salmonellose non typhique)	
Carcinome invasif du col utérin	
Leishmaniose atypique disséminée	

a Dans ce tableau, les adolescents sont définis comme étant âgés de 15 ans ou plus, les enfants étant les moins de 15 ans.

b Pour les enfants de moins de 5 ans, la malnutrition modérée est définie par un rapport poids/taille < -2 z-score ou par la circonférence médiane du bras (MUAC) ≥ 115mm et < 125mm.

c Certaines pathologies spécifiques supplémentaires peuvent être incluses dans les classifications régionales, telles que la pénicilliose en Asie, la fistule rectovaginale associée au VIH en Afrique australe et la réactivation de la trypanosomiase en Amérique latine.

d Pour les enfants de moins de 5 ans, la perte de poids sévère est définie comme étant un rapport poids/taille <-3 z-score ; le retard de croissance est défini par un rapport taille/âge <-2 z-score. La malnutrition aiguë sévère se définit soit par le rapport poids/taille <-3 z-score, soit par la circonférence médiane du bras <115 mm ou par la présence d'un œdème.

Thérapie antirétrovirale et éligibilité

Thérapie antirétrovirale et objectifs du traitement

Éligibilité à démarrer une thérapie antirétrovirale

Une introduction à la thérapie antirétrovirale (TARV)

Classification des ARV

Principes généraux d'utilisation de la TARV

Quand les ARV sont-ils utilisés pour le traitement ?

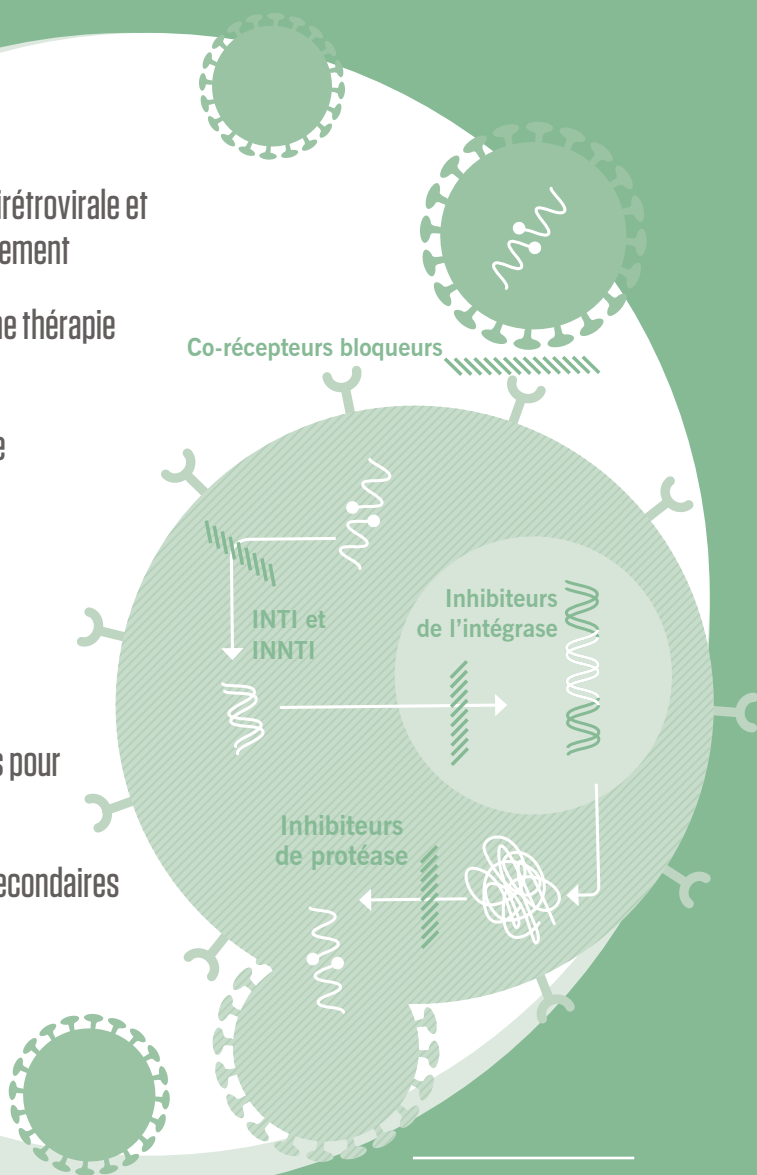
Traitements et effets secondaires

Co-récepteurs bloqueurs

INTI et INNTI

Inhibiteurs de l'intégrase

Inhibiteurs de protéase





Notez que ce sujet est traité plus en profondeur dans les **cours de formation en ligne VIH/TB sur le site SAMU de MSF**. Voir la préface pour plus de détails.

Thérapie antirétrovirale et objectifs du traitement

Les ARV sont le standard universel de traitement du VIH. Ils n'éradiquent pas le virus mais bloquent sa capacité à modifier les cellules à CD4 pour les engager dans sa prolifération et, par conséquent, maintiennent les CD4 en vie. Le système immunitaire, à nouveau capable de lutter contre les infections, devient plus performant pour combattre les infections opportunistes. Celles-ci étant moins fréquentes et moins sévères, l'état clinique du patient s'en trouve nettement amélioré.

Les principaux objectifs de la TARV sont :

- Prolonger l'espérance de vie et améliorer la qualité de vie du patient : par exemple en Afrique du Sud, l'espérance de vie est passée de 54 à 60 ans entre 2005 et 2011, en grande partie grâce à la généralisation de la TARV.
- Réduire la quantité de virus dans l'organisme (charge virale) : le but étant de bloquer la capacité du virus à se reproduire (duplication virale) et donc d'arrêter la destruction des lymphocytes à CD4.
- Améliorer le taux de CD4 : permet l'amélioration immunitaire en général et donc redonne à l'organisme sa capacité de lutte contre les infections. Cette récupération immunologique est variable d'un individu à un autre mais, dans la majorité des cas, se fait rapidement dans les 3 premiers mois, puis graduellement par la suite. Dans un faible pourcentage de cas, le taux de CD4 n'augmente pas de façon significative et la fonction immunitaire s'améliore de façon marginale.
- Réduire les maladies opportunistes et autres affections en lien avec le VIH.
- Réduire la transmission du VIH : les études ont montré que les patients séropositifs sous TARV, qui ont une charge virale indétectable (souvent mentionnée comme suppression virale) ne transmettent pas l'infection à d'autres personnes (slogan U = U en anglais signifiant Indétectable = Non Transmissible).

Eligibilité à démarrer une thérapie antirétrovirale

De récentes études ont montré une plus-value considérable à démarrer la TARV dès que possible, même avec des taux de CD4 supérieurs à 500. En 2015, l'OMS a donc recommandé que toutes les personnes séropositives (adultes, adolescents et enfants) puissent débiter une TARV, quel que soit le taux de CD4, ce qui signifie idéalement que le traitement peut démarrer sitôt le diagnostic posé.

Cela se traduira par des avantages individuels en termes de protection immunitaire (moins d'IO, moins d'hospitalisations et moins de décès) et un plus grand bénéfice en terme de santé publique, vu l'arrêt potentiel de transmission du virus par contamination.

Recommandations intégrées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH (OMS, 2016)

- La TARV doit être initiée chez tous les adultes porteurs du VIH, quel que soit leur stade clinique selon l'OMS ou leur taux de CD4 (forte recommandation, évidence modérée).
- La TARV doit être initiée en priorité chez tous les adultes atteints d'une infection sévère ou avancée (stade clinique 3 ou 4 de l'OMS) et chez les adultes ayant un taux de CD4 ≤ 200 cellules / mm³ (recommandation forte, évidence modérée).
- La TARV doit être initiée chez toutes femmes enceintes et allaitantes porteuses du VIH, quel que soit leur stade clinique OMS ou taux de CD4. Traitement à poursuivre à vie (forte recommandation, données de qualité modérée).

Les critères d'initiation de la TARV pour les enfants et les adolescents sont décrits au **Chapitre 10**.



Se référer aux lignes directrices de l'OMS



Information concernant les enfants, voir chapitre 10



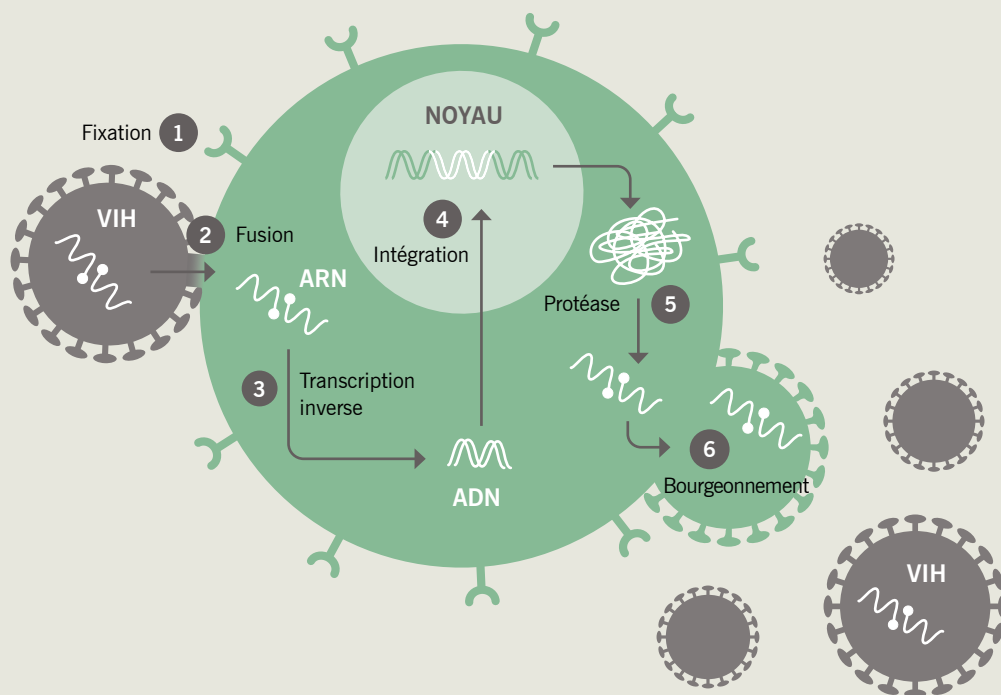
L'OMS est la source des orientations clés sur le traitement du VIH. Les directives sont mises à jour régulièrement pour inclure de nouvelles découvertes scientifiques permettant d'améliorer une approche de santé publique à l'échelle mondiale. Les informations sont transmises aux organismes de chaque pays responsables des directives nationales, qui prennent en compte les coûts et les difficultés de mise en œuvre.

Une introduction à la thérapie antirétrovirale (TARV)

Au cours des trente dernières années, de nombreuses recherches ont été effectuées pour savoir comment interrompre le cycle reproductif du VIH. Actuellement, 11 médicaments appartenant à 4 catégories différentes sont régulièrement utilisés dans les pays à ressources faibles et modérées. Pour comprendre le mode d'action de ces différents traitements, il est utile d'examiner un peu plus en détail le cycle de vie du VIH.

Les commentaires numérotés sous le schéma 2.1 décrivent les séquences du cycle de vie du VIH. Le paragraphe suivant montre dans quelles parties de ce cycle les médicaments les plus couramment utilisés agissent, y compris ceux plus récents maintenant en usage régulier.

Schéma 2.1 Cycle de vie du VIH



Notes

- 1. Fixation :** le VIH se fixe aux récepteurs de la cellule hôte.
- 2. Fusion :** le virus fusionne ensuite avec la cellule CD4 et y injecte son génome
- 3. Transcription inverse :** le génome viral (ou ARN viral) est transformé en ADN viral, compatible avec le matériel génétique de la cellule hôte, par une enzyme appelée transcriptase inverse. Cette conversion est nommée transcription inverse.
- 4. Intégration :** l'ADN viral est intégré dans le génome de la cellule CD4 au sein de son noyau par une enzyme appelé intégrase. La cellule est maintenant reprogrammée pour produire des virus plutôt que des activateurs de l'immunité.
- 5.** Le nouveau code issu du noyau cellulaire programme dès lors le matériel nécessaire à la fabrication des virus. Ce processus implique l'intervention d'une protéine appelée **protéase**.
- 6. Bourgeonnement :** lorsque la nouvelle particule virale est complètement formée, elle est expulsée dans la circulation. Cette étape est nommée bourgeonnement ou éclosion.

Ce processus se répète à l'infini, les cellules à CD4 étant complètement sous le contrôle des virus. La recherche fondamentale est axée depuis l'origine de la TARV sur le moyen d'élaborer une molécule plus performante pour interrompre ce cycle de reproduction et donner à l'organisme le temps de restaurer sa fonction immunitaire.

Classification des ARV

Les ARV sont classés selon les sites sur lesquelles ils agissent. Les numéros des sites dans le texte ci dessous se réfèrent aux numéros du schéma 2.1.

Site 3 : Des ARV bloquent l'action de l'enzyme transcriptase inverse

- Nucléoside ou Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (**INTI**), souvent appelés “**nuke**” :
 - Tenofovir (TDF)
 - Lamivudine (3TC)
 - Zidovudine (AZT)
 - Abacavir (ABC)
- Inhibiteur Non Nucléosidique de la transcriptase inverse (**INNTI**), souvent appelés “**non nuke**” :
 - Efavirenz
 - Nevirapine
 - Etravirine et rilpivirine : médicaments plus récents et moins fréquemment utilisés

Site 4 : Certains ARV bloquent l'action de l'enzyme intégrase et sont appelés **inhibiteurs de l'intégrase (INI)** :

- Raltégravir
- Dolutégravir

Site 5 : Certains ARV bloquent l'enzyme protéase et sont appelés **inhibiteurs de la protéase (IP)**. Les plus couramment utilisés sont :

- Lopinavir
- Ritonavir
- Atazanavir
- Darunavir
- Tipranavir

Les IP ne sont jamais donnés seuls mais doivent toujours être combinés avec une faible dose de Ritonavir pour les rendre plus efficaces.

Principes généraux d'utilisation de la TARV

Les ARV peuvent être donnés :

- En prévention :
 - Prophylaxie post exposition (PPE) : notamment après un viol ou un rapport sexuel à haut risque (**Chapitre 8**)
 - Prophylaxie pré exposition (PrEP) : concernent les personnes dont les rapports sexuels sont à haut risque tels que les professionnels du sexe ou les partenaires de personnes séropositives (**Chapitre 8**)
 - Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) (**Chapitre 9**)
- Pour le traitement du VIH

Quand les ARV sont-ils utilisés pour le traitement ?

Les ARV ne sont jamais prescrits seuls mais en régime constitué de 3 médicaments selon des combinaisons bien établies. Ce traitement est donc appelé trithérapie.



Afin de faciliter autant que possible la prise quotidienne de trois ARV à vie, les médicaments sont souvent combinés en un seul comprimé, que l'on appelle «coformulation» ou «FDC (de l'anglais : Fixed Drug Combination)». Patient et clinicien doivent savoir que ce comprimé contient trois médicaments, chacun ayant ses propres effets secondaires potentiels.

Les détails sur les associations d'ARV sont décrits au **Chapitre 3**. Ces combinaisons ont pour objectif principal de prévenir les résistances possibles à chaque ARV. Ce principe est similaire à celui de la prise en charge de la tuberculose où plusieurs antituberculeux sont prescrits simultanément pour traiter à la fois la maladie mais aussi prévenir toute forme de résistance aux médicaments.

Si une résistance au traitement se développe, il est très probable que ces trois ARV ne seront plus jamais efficaces pour cette personne, même s'ils sont pris ensuite régulièrement, et même plusieurs années plus tard. Pour diminuer la charge virale, un autre traitement s'impose (appelé traitement de deuxième ligne), composé de 3 nouveaux ARV. Ceci est traité en détail au **Chapitre 6**.

Traitements et effets secondaires

Chaque médicament a ses propres effets secondaires possibles, nécessitant des précautions particulières à prendre lors de leur prescription. Plus de détails sont décrits dans le **chapitre 4**. Cependant, afin de bien comprendre les particularités des premières consultations d'un patient séropositif, il est utile d'examiner brièvement dans l'annexe 2.1 ci dessous un aperçu des ARV couramment utilisés.

Il faut proposer au patient des séances d'éducation et de conseils le jour même où il lui est prescrit une TARV. Il est illusoire de penser que les patients puissent s'engager à suivre correctement un traitement s'ils ne comprennent pas pourquoi/quand/ quoi/comment ils doivent prendre des médicaments, leurs effets secondaires potentiels et comment intégrer les contraintes du traitement dans leur vie quotidienne. Se reporter au **Chapitre 25** pour plus de détails.



Besoin de soutien
au patient,
voir chapitre 25

Annexe 2.1 Les classes d'ARV

Classe	ARV	Forme galénique	Dose adulte usuelle*	Spécificités
		* Les dosages pédiatriques pour tous les ARV sont établis en fonction du poids de l'enfant (voir tableaux 10.8-10.10)		
INTI (inhibiteur nucléoside de la transcriptase inverse)	TDF (Tenofovir)	Comp 300 mg	300 mg 1x/jour	Bien toléré mais néphrotoxique chez <1% des patients Actif contre hépatite B. Faire un test de dépistage VHB avant de l'arrêter (voir page 90) CICr doit être >50 ml/min Contre indiqué chez certains enfants : <15 ans et <40 kg, voir recommandations nationales
	ABC (Abacavir)	Sirop (20 mg/ml) Comp 300 mg	300 mg 2x/jour Ou 600 mg/jour (dispo en 600 mg en combinaison avec 300 mg de 3TC)	Réaction d'hypersensibilité avec fièvre et éruption cutanée chez 3% des patients (moins fréquente chez patients africains) Pas de restriction alimentaire. Le comprimé ne doit pas être écrasé – voir autres conditionnements pour les enfants
	3TC (Lamivudine)	Sirop (10 mg/ml) Comp 150 mg (aussi en combinaison avec AZT, d4T et TDF)	150 mg 2x/jour ou 300 mg 1/jour avec TDF	Bien toléré Similaire au FTC Utilisé en régime de 1ere et 2nde ligne Actif contre VHB
	FTC (Emtricitabine)	Généralement en dose fixe combinée avec TDF	200 mg 1x/jour	Bien toléré Similaire au 3TC Peut entrainer des éruptions cutanées palmaires
	AZT (Zidovudine)	Sirop (10 mg/ml) Comp 100 mg AZT Comp 300 mg (aussi en combinaison avec 3TC)	300 mg 2x/jour	Les gélules peuvent être ouvertes (enfants) Effet secondaire fréquent : anémie, parfois sévère Nausées fréquentes
	d4T (Stavudine)	Sirop (1 mg/ml) Gélule 15 mg, 20 mg, 30 mg	30 mg 2x/jour pour tous les adultes	En cours d'élimination due à sa toxicité à long terme Utilisation possible durant 4-6 mois sans effet secondaire notable ; peut causer des toxicités sévères au-delà (voir tableau 4.4 pour détails sur toxicité de d4T)

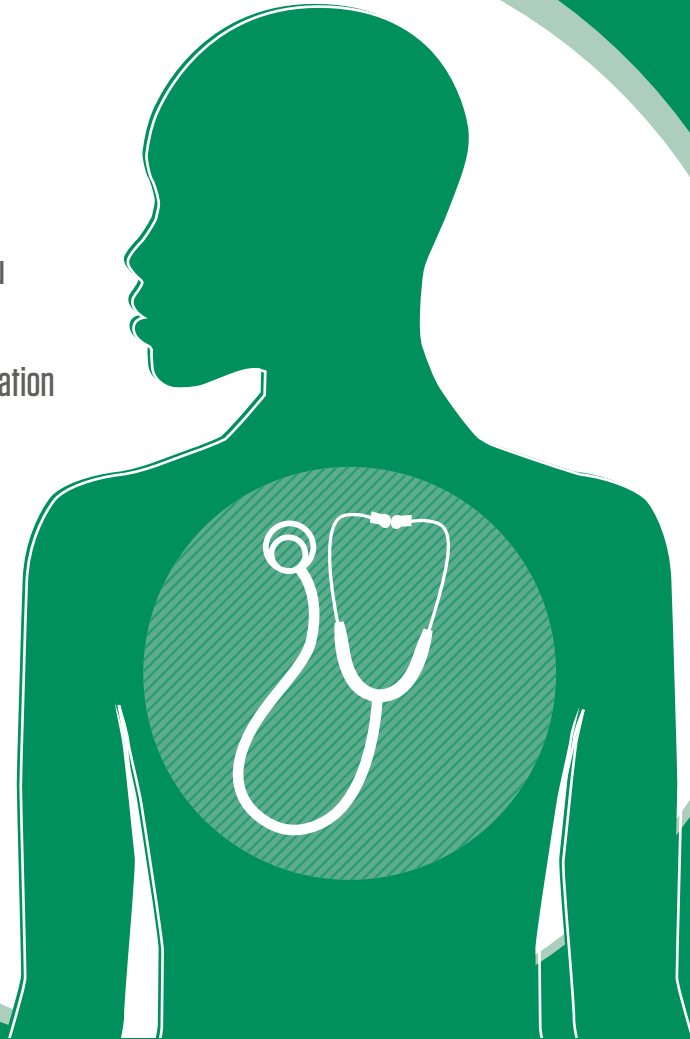
Classe	ARV	Forme galénique	Dose adulte usuelle*	Spécificités
		* Les dosages pédiatriques pour tous les ARV sont établis en fonction du poids de l'enfant (voir tableaux 10.8-10.10).		
INNTI (inhibiteur non nucléoside de la transcriptase inverse)	NVP (Nevirapine)	Sirop (10 mg/ml) Comp 200 mg	Comp 200 mg 1x/jour, pour les 2 premières semaines ; puis 200 mg 2x/jour	Les comprimés peuvent être écrasés (enfants) Contre indiqué chez femmes avec CD4 >250 et chez hommes avec CD4 >400 Peut entraîner des éruptions cutanées allant de la forme simple (type rougeole) à la forme sévère (type Syndrome Stevens-Johnson) nécessitant une hospitalisation car peut être fatale. Peut entraîner une hépatite avec taux élevé de SGPT, ce qui nécessite une prise en charge urgente Une introduction graduelle de NVP aide à réduire les risques d'éruption et d'hépatite Interactions avec Fluconazole et Rifampicine
	EFV (Efavirenz)	Comp ou gélule 50 mg, 200 mg Comp 600 mg	600 mg le soir si >40 kg 400 mg le soir si <40 kg NB : si sous rifampicine, prescrire 600 mg car la Rifampicine induit le métabolisme de l'EFV et peut le faire chuter en dessous du seuil thérapeutique	Les gélules peuvent être ouvertes (enfants) ; les comprimés ne doivent pas être croqués, écrasés ou divisés. Des effets neuropsychiatriques sont possibles ; à éviter chez les travailleurs en horaires décalés et en présence de pathologies psychiatriques existantes Préféré pour patients sous traitement antituberculeux Doit être pris le soir pour limiter les effets secondaires ; éviter avec des aliments « gras » Non contre indiqué durant le 1er trimestre de la grossesse (OMS 2012) Parfois responsable de gynécomasties
		* Les dosages pédiatriques pour tous les ARV sont établis en fonction du poids de l'enfant (voir annexe suivante)		
INI (inhibiteur de l'intégrase)	RAL (Raltegravir)	Comp 400 mg	400 mg 2x/jour	Nausées, diarrhées et maux de tête Peut entraîner une hépatite et une réaction d'hypersensibilité ; les deux sont rares
	DTG (Dolutegravir)	Comp 50 mg	50 mg 1x/jour	Insomnies et maux de tête ; aussi quelques nausées et diarrhées Peut entraîner une hépatite et une réaction d'hypersensibilité ; les deux sont rares Une prise de poids allant jusqu'à 5 kg a été constatée.

Classe	ARV	Forme galénique	Dose adulte usuelle*	Spécificités
		*Les dosages pédiatriques pour tous les ARV sont établis en fonction du poids de l'enfant (voir tableaux 10.8-10.10)		
IP (inhibiteur de la protéase)	Kaletra® (Lopinavir/ Ritonavir ou LPV/r)	Sirop (80/20 mg/ml Gélule LPV 133 mg / RTV 33 mg	400/100 mg (= 3 gélules), 2x/jour	Lopinavir est renforcé par Ritonavir Les gélules doivent être avalées entières ; ne peuvent être mâchées, ouvertes ou écrasées Sirop et gélule (sauf comprimés) doivent être pris avec de la nourriture afin d'aider à l'absorption ; conserver au froid avant utilisation.
	Aluvia® = Lopinavir / ritonavir (LPV/r), thermostable	En dose combinée LPV 200 mg/ ritonavir 50 mg LPV 100 mg/ ritonavir 25 mg	400/100 mg (= 2 comp), 2x/jour	Pas besoin d'être pris avec de la nourriture Effets secondaires courants : vomissement, nausées, diarrhées Si le patient est sous rifampicine, dose de LVP/r doit soit être doublée ou soit « super-renforcée avec du ritonavir supplémentaire
	ATV (Atazanavir) Toujours l'associer avec ritonavir (lire ci-dessous pour les doses combinées)	Comp 150 mg Comp 200 mg	300 mg (2 comp x 150 mg), 1x/jour avec 1 gélule de 100 mg de ritonavir (pour potentialiser l'ATV)	Doit être conservé <25°C (mais garder les gélules de ritonavir au réfrigérateur) Doit toujours être renforcé (habituellement avec ritonavir) ; surtout important quand associé au TDF Mal absorbé en milieu alcalin : • Ne pas prendre avec oméprazole • Prendre 2 comp plus de 2h après un anti-acide • A prendre de préférence avec des aliments (sécrétions acides). ATV peut entraîner un ictère bénin. Si SGPT normales et pas de nausée, vomissement et douleur abdominale, ATV peut être poursuivi. Ne pas donner ATV/r avec de la rifampicine. Voir chapitre 7, tableau 7.2 pour plus de détails.
	ATV/r (Atazanavir/ ritonavir) Thermostable	En dose combinée ATV 300 mg/ ritonavir 100 mg	1 Comp 1x/jour	Voir spécificités de l'ATV ci-dessus
	DRV (Darunavir)	600 mg	1 Comp DRV avec 1 gélule ritonavir 100 mg, 2x/jour	Doit toujours être renforcé par le ritonavir (100 mg 2x/jour)
	RTV (Ritonavir)	Comp 100 mg	Ritonavir n'est jamais donné seul. Il est toujours donné en combinaison pour renforcer l'efficacité d'un IP. Il est toujours notifié par un « r » (ex : LPV/r)	

Evaluation initiale et initiation de la TARV

Étapes à suivre lors du démarrage de la TARV

Evaluation initiale et initiation de la TARV – Points clés





Veuillez noter que ce sujet est couvert de manière plus approfondie dans la formation **e-learning VIH/TB de MSF SAMU**. Voir “comment utiliser ce livre” pour plus de détails.



Conseil pratique

Comme les personnes séropositives sont désormais toutes éligibles à commencer une TARV, la première consultation est non seulement une première évaluation de l'état de santé du patient, mais aussi une première étape de préparation, indispensable avant tout traitement à vie, potentiellement toxique.

Il y a plusieurs étapes importantes dans ce processus. Cependant, vu le nombre d'informations à retenir, il est utile d'avoir des mémos de rappel. Certains centres de consultations VIH ont incité à l'utilisation de listes. Ces exemplaires mis à disposition par le SAMU, peuvent être téléchargés et utilisés lors des consultations comme référence ou même comme document officiel d'enregistrement des données du patient. Pour plus d'informations, voir sur le site web de MSF SAMU : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>.

Etapes à suivre lors du démarrage de la TARV

Le reste du chapitre détaille les différentes étapes à suivre pour démarrer une TARV.

1. Répondre aux **critères d'éligibilité** (recommandations nationales)
2. Décider **quand** commencer le traitement et évaluer l'état de préparation des patients
3. **Traiter** les infections existantes, dépister et traiter celles sous cliniques.
4. Effectuer les **tests** de base nécessaires.
5. Choisir la **triple thérapie** la plus appropriée
6. Apporter des **conseils** sur l'initiation au traitement.

Etape 1. Répondre aux critères d'éligibilité

Les critères d'éligibilité ont été traités au **chapitre 2**. En résumé, l'**OMS** préconise que la TARV soit instaurée chez tous les adultes séropositifs, indépendamment de leur stade clinique (Cf OMS) et de leur taux de CD4.

Etape 2. Quand décider le démarrage de la TARV

Situations de routine

En principe, les patients doivent être sous TARV une fois les étapes préparatoires réalisées. La directive la plus récente de l'OMS recommande que cela se fasse dans l'intervalle d'une semaine.



Se référer aux lignes
directrices de l'OMS

Accélérer le processus



Quelquefois le processus doit être accéléré ! Les patients qui présentent un taux de CD4 bas ou qui sont malades ont un risque de mortalité significativement plus élevé. Ils ont besoin d'un ensemble de soins spécifiques dont une initiation rapide à la TARV. Ceci est détaillé dans le **Chapitre 11**.



En raison d'un risque de transmission au fœtus et au nourrisson, les femmes enceintes et allaitantes ont aussi besoin d'un ensemble de soins spécifiques. Ils sont détaillés dans le **Chapitre 9**.



Retarder le processus

Parfois l'initiation de la TARV doit être retardée : Il y a un syndrome bien connu chez les patients séropositifs appelé IRIS (syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire) dans lequel la restauration rapide de l'immunité entraîne une aggravation temporaire de l'état du patient au démarrage de la TARV. Cette affection est plus fréquente chez les patients ayant un taux faible de CD4 (généralement <200) et peut parfois entraîner une morbidité sévère allant jusqu'à la mort.

L'IRIS est associé plus particulièrement à certaines infections. Si des précautions particulières sont prises, les possibilités de présenter un tel syndrome sont nettement diminuées. L'IRIS est détaillé au **Chapitre 5**.

En résumé, il existe des situations où l'initiation de la TARV est volontairement retardée :

- TB non neurologique :
 - Si CD4 < 50, la TARV est retardée de 2 semaines après le début du traitement TB.
 - Si CD4 > 50, la TARV peut être retardée jusqu'à 8 semaines après le début du traitement TB. Toutefois, en pratique, la TARV est débutée dans les 4 premières semaines. Avec un taux de CD4 proche des 50, la TARV peut même débuter plus tôt.
- TB neurologique (méningite, lésions cérébro spinales) : quel que soit le taux de CD4, la TARV est retardée de 4 semaines après le début du traitement TB.
- Méningite à cryptocoque : quel que soit le taux de CD4, la TARV est retardée de 4 semaines après le début du traitement.
- La rétinite à cytomégalovirus (CMV) : retarder l'initiation aux ARV pendant 2 semaines après le début du traitement pour le CMV.

En présence des pathologies citées ci-dessus, le risque d'IRIS grave est plus élevé. Il est donc important de dépister la tuberculose chez tous les patients ainsi que les méningites à cryptocoque pour ceux dont le taux de CD4 est < à 100. De plus, dans les zones à prévalence élevée, un fond d'œil systématique s'impose afin de rechercher des signes de rétinite à CMV (voir **Chapitre 11**)

Retardé pour d'autres raisons

Certains pays n'ont pas encore mis en application les dernières directives de l'OMS qui recommandent la TARV pour tous patients séropositifs, indépendamment du taux de CD4. Dans ces conditions, les cliniciens se doivent de suivre attentivement les patients pour les initier au traitement dès qu'ils correspondent aux critères d'éligibilité.

Les recommandations spécifiques pour les consultations de suivi de ces patients non initiés à la TARV sont les suivantes :

- Programmer une consultation externe tous les 6 mois comprenant le contrôle des CD4 et la réévaluation de l'éligibilité au démarrage de la TARV.
- Fournir des conseils sur la prévention de la transmission du VIH
- Sensibiliser les patients aux symptômes des infections opportunistes courantes et leur conseiller de consulter un médecin dès que des signes apparaissent.
- S'assurer que le patient est sous cotrimoxazole (CTX) et, si le dépistage TB est négatif, prophylaxie à l'isoniazide (INH) (suivre les recommandations nationales concernant ces 2 médicaments)
- Vérifier, à chaque consultation, le poids du patient et le stade OMS
- Continuer à dépister et traiter toutes les pathologies citées dans la section suivante.
- Les patients qui ne répondent pas encore aux critères nationaux d'éligibilité pour une TARV courent un risque élevé d'être perdus de vue avant de commencer tout traitement. Conseils et informations sur leur santé sont essentiels.
- Expliquer au patient que, lors de la prochaine consultation, on l'encouragera vivement à commencer tout de suite un traitement, la décision d'accepter ou non lui appartient entièrement.
- Identifier les préoccupations du patient à propos de la TARV.
- Si le patient se sent prêt, fixer un rendez-vous pour la séance d'initiation de la TARV. S'il ne se sent pas prêt, prendre rendez-vous pour une autre séance de préparation.



Se référer aux lignes
directrices nationales

Etape 3. Traiter les affections existantes et dépister et traiter celles sous jacentes.

Un patient qui se présente pour une première consultation VIH peut présenter plusieurs maladies nécessitant un traitement. Celles-ci peuvent être :

- Liées au VIH, résultant d'une immunité réduite, comme les pathologies du tableau 1.1 à la page 6.
- Sans lien avec le VIH, par ex. hypertension, diabète, épilepsie, etc.

Au niveau des centres de soins primaires, le temps de consultation consacré à l'histoire de la maladie et à un examen clinique complet est souvent écourté et se focalise plutôt sur les problèmes que le patient décrit. Il est cependant primordial pour la première visite, de prendre le temps d'avoir une anamnèse en profondeur et un examen clinique large et approfondi.

Ce n'est pas toujours facile de se rappeler tous les éléments d'un examen complet. La plupart des cliniciens trouvent pertinent d'utiliser un aide-mémoire voire un document d'examen systématique. Ce document peut être téléchargé depuis <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>

Le schéma 3.1 montre les éléments clés à rechercher lors de l'examen clinique. La meilleure méthode consiste en une approche clinique standard d'évaluation de toutes les fonctions, avec quelques particularités comme l'examen de la bouche (recherche d'une candidose buccale ou sarcome de Kaposi). Chez le patient séropositif, beaucoup de ces maladies ont une importance particulière. En page 31, vous trouverez de courtes notes sur les pathologies clés à rechercher.

Certains centres VIH ont trouvé utile de mettre en place une salle spécifique pour les examens cliniques de base des nouveaux patients ou pour des évaluations de suivis plus particuliers. Les examens de routine effectués par un professionnel de santé sont : mesures du poids, pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, température et test urinaire par bandelette. Les résultats sont inscrits dans le dossier avant la consultation avec le clinicien, ce qui lui permet de gagner du temps en se consacrant à l'examen clinique proprement dit.



samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018



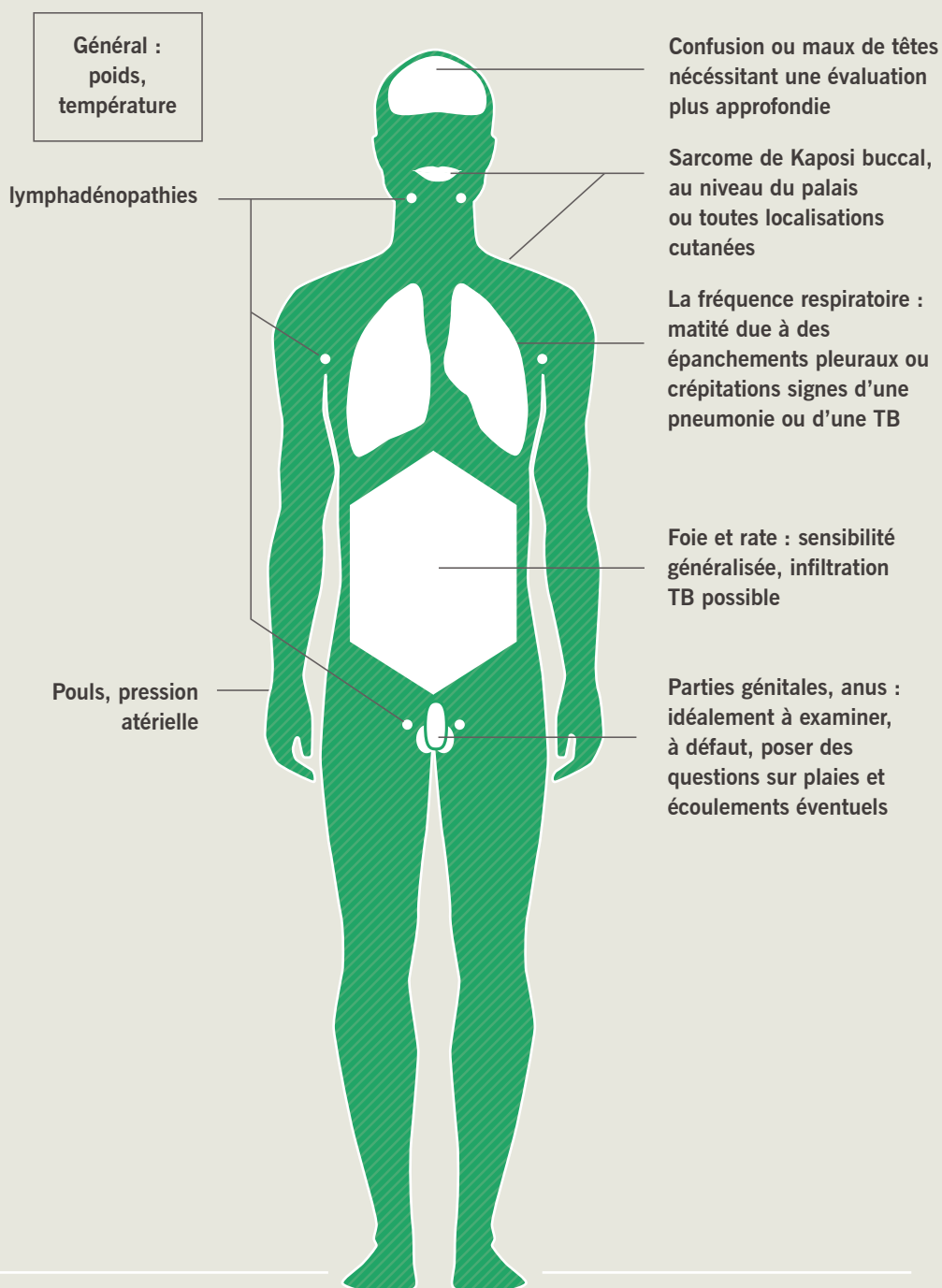
Conseil pratique

Examen de routine à la première consultation

Un examen clinique unique et complet dès la première consultation permettra de cibler de nombreuses affections nécessitant une attention particulière.

1. Général :
 - Rechercher JACCOL (ictère, anémie, hippocratisme digital, cyanose, oedème et lymphadénopathie)
 - Examen buccal et cutané pour le sarcome de kaposi
 - Examen de la peau pour les éruptions cutanées
 - Les ongles pour une éventuelle infection fongique
2. Examens de routine concernant les poumons, l'abdomen et la fonction cardio vasculaire (zones clés mises en évidence dans le schéma ci dessous)
3. Examen neurologique rapide. L'essentiel étant de diagnostiquer :
 - Des troubles du comportement : confusion, comportement anormal
 - Une raideur de nuque
 - Atteinte des nerfs crâniens (examens des mouvements oculaires et faciaux, sensibilité)
 - Des troubles moteur (force et symétrie entre membres supérieurs et inférieurs, coordination des mouvements, observation de la marche du patient)

Schéma 3.1 Pathologies souvent oubliées dans les examens cliniques de routine



Pathologies clés à rechercher

Tuberculose

On peut avoir jusqu'à 75% des patients séropositifs qui sont atteints de tuberculose dans certaines régions. La tuberculose n'est pas seulement associée à une morbidité et à une mortalité plus élevées chez les patients séropositifs, mais elle se présente souvent différemment et est plus difficile à détecter.

L'existence d'une tuberculose affecte aussi le temps d'initiation de la TARV et influence parfois le choix du traitement, en raison des interactions médicamenteuses. La recherche de la TB à chaque consultation est primordiale.

Si la recherche s'avère négative, une prophylaxie à l'INH doit être prescrite.

Santé sexuelle et reproductive

Toute femme enceinte doit commencer une TARV dès que possible. **L'interview des femmes et le dépistage d'une grossesse** sont essentiels.

En cas d'absence de grossesse, la première consultation est l'occasion de **souligner l'importance de l'utilisation du préservatif**, d'apprécier les connaissances de la patiente en matière de contraception et vérifier si adéquat, tout en apportant les compléments d'informations appropriés

Les infections sexuellement transmissibles (IST), via ulcères ou inflammations des muqueuses, augmentent la transmission du virus par la contamination des partenaires. Le dépistage systématique chez tous patients inclut dès lors un test syphilis et une évaluation des plaies et des pertes génitales.

Le carcinome du col de l'utérus est consécutif à l'infection par le papilloma virus (HPV), plus fréquent chez les femmes séropositives. La baisse de l'immunité due au VIH entraîne une augmentation de l'activité virale. En conséquence, la progression de l'infection initiale vers un cancer du col est considérablement accélérée. Il est donc important de s'assurer que toutes les femmes séropositives font l'objet d'un dépistage approprié et régulier des anomalies cervicales conformément aux recommandations nationales (frottis du col, voir **Chapitre 19**).

L'infection par le VIH, surtout si elle est associée à d'autres infections opportunistes, entraîne souvent une détérioration de l'état nutritionnel des patients. Une évaluation initiale sera utile et d'autant plus si l'accès à une supplémentation nutritionnelle est possible (voir **Chapitre 24**).

Autres pathologies

Un patient séropositif peut, comme tout autre patient séronégatif, avoir des pathologies non transmissibles similaires, dont le suivi doit s'effectuer en toute logique lors de consultations intégrées pour éviter le nombre de déplacements. La prise en charge de ces pathologies chez les patients séropositifs revêt une importance croissante à mesure que l'espérance de vie augmente, et est traitée plus en détail dans le **Chapitre 21**.

Autres pathologies liées au VIH

Un historique complet et un examen minutieux des pathologies éventuelles vues au tableau 1.1 à la page 6 complèteront le processus de dépistage et de prise en charge lors de la première consultation.



Se référer aux lignes directrices nationales

Etape 4. Effectuer les tests recommandés avant de commencer

L'OMS fait plusieurs recommandations concernant les tests avant la TARV mais qui ne sont pas toujours techniquement possibles dans des pays aux ressources limitées. L'important est de suivre les directives nationales de chaque pays.

Tableau 3.1 Les tests recommandés pour le dépistage et la surveillance du VIH et les approches de dépistage des co-infections et des maladies non transmissibles

Phase de gestion du VIH	Recommandés	Souhaitables (si faisables)
Diagnostic du VIH 	Test VIH (sérologie pour adultes et enfants de 18 mois et plus, diagnostic pour enfants exposés concerne les enfants < 8 mois), taux de CD4, recherche symptômes TB.	Sérologie ^a Hépatite B (Ag) Sérologie Hépatite C Antigène cryptocoque si les CD4 ≤100 cells/mm ^{3b} Dépistage des IST Test de grossesse pour évaluer si l'initiation de la TARV doit être priorisée pour prévenir la transmission du VIH à l'enfant Evaluation des principales maladies non-transmissibles chroniques et les comorbidités ^c
Suivi avant la TARV	Taux de CD4 (tous les 6-12 mois) si l'initiation de la TARV est retardée	
Initiation de la TARV		Test d'hémoglobine avant démarrage de l' AZT ^d Test de grossesse Mesure de la tension artérielle Créatininémie et taux de filtration glomérulaire estimée (TFG) si possible avant de démarrer TDF ^e SGPT pour NVP ^f Taux de CD4 de référence
Recevoir la TARV	CV (à 6 mois et 12 mois après l'initiation de la TARV puis tous les 12 mois) Taux de CD4 tous les 6 mois jusqu'à ce que les patients soient stables sous TARV	Créatininémie et TFG pour TDF ^c Test de grossesse, surtout chez les femmes en âge de procréer qui n'adhèrent pas à un planning familial et qui sont sous traitement avec DTG ou des doses faibles d'EFV
Echec de traitement suspecté	Créatininémie et DFG pour TDF ^c Test de grossesse, surtout chez les femmes en âge de procréer qui n'adhèrent pas à un planning familial et qui sont sous traitement avec DTG ou des doses faibles d'EFV	Sérologie ^{a,g} VHB (AgHBs) (avant de changer la TARV, si ce test n'a pas été effectué ou si le résultat était négatif au départ et que le patient n'a pas été vacciné par la suite)

Notes

- a. Si possible, un test d'AgHBs doit être effectué sur tous les patients lorsqu'il n'est pas prévu de commencer un traitement contenant du TDF, car il est une composante essentielle du traitement de l'hépatite B
- b. A envisager dans les contextes où la prévalence de l'antigène cryptocoque est élevée ($> 3\%$)
- c. Dépistage systématique d'affections chroniques susceptibles d'influencer la planification de la TARV telles que l'hypertension ou autres pathologies cardio vasculaires, les interactions diabète et TB, selon l'ensemble des actions essentielles de OMS pour la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT), le programme santé mentale ou autres protocoles standards nationaux pour maladies chroniques. La surveillance doit inclure une série de tests, notamment créatininémie et taux de filtration glomérulaire estimé (eTFG), une phosphatémie et une bandelette urinaire pour recherche de protéinurie et de glycosurie. Voir la formule de calcul du TFG estimé dans le **chapitre 17** concernant les pathologies rénales.
- d. Parmi les enfants et les adultes présentant un risque élevé d'effets secondaires dus à l'AZT (bas niveau de CD4 ou de l'indice de masse corporelle (IMC))
- e. Parmi les personnes présentant un risque élevé d'effets secondaires dus au TDF : maladie rénale sous-jacente, âge avancé, indice de masse corporelle faible, diabète, hypertension et l'utilisation concomitante d'un IP boosté ou autres médicaments néphrotoxiques potentiels.
- f. Parmi les personnes présentant un risque élevé d'effets indésirables associés à la NVP, comme les femmes nouvellement initiées à la TARV avec taux de CD4 > 250 cellules / mm^3 et une co-infection hépatite C (VHC). Cependant, les enzymes hépatiques ont une faible valeur prédictive pour la surveillance de la toxicité de la NVP.
- g. Pour les personnes co-infectées par le VIH / VHB qui utilisent déjà un schéma thérapeutique contenant du TDF et qui développent un échec de traitement, cet INTI doit être maintenu quel que soit le régime de deuxième ligne choisi.

TARV : Thérapie antirétrovirale ; AZT : zidovudine ; DTG : dolutégravir ; EFV : éfavirenz ; eTFG : taux de filtration glomérulaire estimé ; EID : diagnostic VIH exposé précoce chez le nourrisson ; VHB : virus de l'hépatite B ; AgHBs : antigène de surface de l'hépatite B ; VHC : virus de l'hépatite C ; IST : infection sexuellement transmissible ; TDF : ténofovir

Source : *Recommandations consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH* (OMS, 2016, p.128)

Commentaires

- **Le taux de CD4** : Il est important de savoir si le taux de CD4 est < 200 , car il permet de décider d'accélérer ou non l'initiation, conformément aux directives pour «le patient atteint d'une maladie avancée» (**Chapitre 11**). Si l'initiation de la TARV est retardée pour une quelconque raison, il faut continuer à évaluer les CD4 tous les 6 mois afin qu'une baisse significative de l'immunité soit détectée à temps.
- **Créatininémie et calcul de la clairance de la créatinine (CrCL)** : Voir les détails au **Chapitre 17**. L'insuffisance rénale est une complication reconnue de l'utilisation du ténofovir (TDF), sur fond de prévalence d'environ 1% selon diverses études. L'utilisation de TDF n'est pas recommandée si la CrCl est < 50 ml/min, il est donc important de la mesurer avant d'introduire ce médicament. Cependant, il ne doit pas être une contre-indication à son utilisation, selon l'OMS, si la CrCl n'est pas réalisable.

- **Névirapine (NVP)** est connue pour un niveau élevé d'hépatotoxicité donc une mesure des enzymes hépatiques (SGPT) est nécessaire pour avoir une indication sur le degré de dysfonctionnement du foie avant d'initier le traitement. En l'absence d'alternative possible, l'OMS ne contre-indique pas l'utilisation de la névirapine si ce test n'est pas disponible.
- **Zidovudine (AZT)** est connue pour détériorer la fonction hématopoïétique de la moelle osseuse chez une faible proportion de patients. Une hémoglobine de départ sera donc utile pour décider si l'utilisation de l'AZT est sûre ou non. Encore une fois, si l'hémoglobine ne peut être testée, cela ne doit pas faire obstacle à l'utilisation de l'AZT, si c'est le médicament de choix.



Il est recommandé de vérifier la créatininémie, SGPT et l'Hb avant de commencer le TDF, la NVP et l'AZT, mais si ces tests ne sont pas disponibles, cela ne doit pas être une contre-indication à leur utilisation.



Etape 5. Choisir le meilleur régime de trithérapie

Choisir les médicaments à utiliser en régime de première ligne.

Le régime d'ARV standard consiste en une combinaison de 3 médicaments dont 2 INTI puis un choix entre un INNTI, un INI ou un IP pour le troisième médicament. La meilleure façon de choisir est d'opter pour un médicament issu de chacune des 3 colonnes comme présenté sur le schéma 3.2 ci dessous.

En juillet 2018, l'OMS a publié une nouvelle recommandation pour le régime de choix de première ligne : TDF + 3TC / FTC + DTG pour toutes les personnes de plus de 6 ans, avec une précaution particulière chez les femmes en âge de procréer ou enceinte à 8 semaines d'aménorrhée. Voir la ligne directrice détaillée dans le tableau 3.2 ci-dessous.

De nouvelles données montrent une baisse progressive des anomalies congénitales associées à l'utilisation du DTG en début de grossesse. Veuillez consulter l'OMS et vos directives nationales pour les dernières mises à jour.

Schéma 3.2 élaborer un régime de trithérapie



Parfois, il peut y avoir des contre-indications à un ou plusieurs médicaments du régime de première ligne, dans ce cas, le processus de décision suit l'algorithme 3.1 ci-dessous.



Une combinaison à dose fixe de TDF, 3TC et de dolutégravir est maintenant recommandée par l'OMS comme TARV de premier choix. Les précautions à prendre pour les femmes en âge de procréer pendant la prise de DTG sont détaillées plus loin. De nouvelles données montrent une baisse progressive des anomalies congénitales associées à l'utilisation du DTG en début de grossesse. Veuillez consulter l'OMS et vos directives nationales pour les dernières mises à jour

Algorithme 3.1 Choisir un régime de première ligne

(Voir l'annexe 2.1 pour les doses)

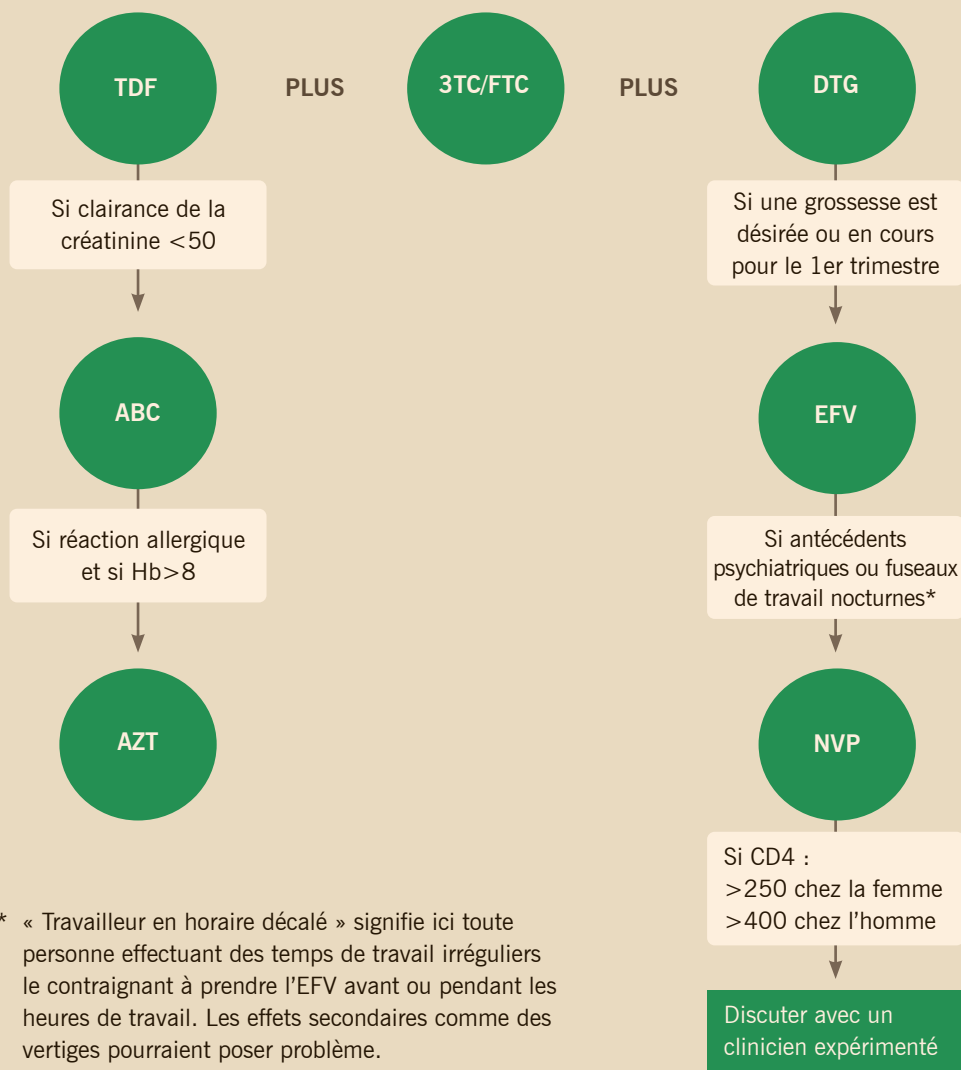


Tableau 3.2 Résumé des options de séquence pour les traitements de première, deuxième et troisième ligne (OMS, juillet 2018)

Population	Régimes de première ligne	Régimes de seconde ligne	Régimes de troisième ligne
Adultes et adolescents (y compris les femmes en âge de procréer ou enceintes)	Deux INTI + DTG ^a	Deux INTI ^c + ATV/r ou LPV/r	DRV/r ^d + DTG ^e + 1-2 INTI (si possible, envisager d'optimiser le choix en utilisant le génotypage)
	Deux INTI + EFV ^b	Deux INTI + DTG ^a	

- a. Les femmes et les adolescentes en âge de procréer qui bénéficient d'une contraception cohérente et fiable et qui sont pleinement informées des avantages et des risques, peuvent utiliser le DTG (veuillez regarder les mises à jour de l'OMS concernant le DTG).
- b. Si la résistance du prétraitement à l'EFV ou à la NVP au niveau de la population est > 10%, le choix d'options alternatives à l'EFV doit être fait en tenant compte de la disponibilité et de la toxicité du médicament. DTG (selon la note a) ou ATV / r sont les options à envisager.
- c. A la suite d'une défaillance de TDF ou d'ABC, l'AZT doit être utilisé pour optimiser les INTI et vice versa.
- d. Pour les personnes ayant expérimentées les IP, la dose recommandée de DRV/r doit être de 600mg/100mg, 2 fois/jour.
- e. Les antirétroviraux de troisième ligne à base de DTG qui suivent l'utilisation d'inhibiteurs de l'intégrase doivent être administrés avec le DTG deux fois par jour.

Etape 6. Apporter des conseils d'initiation au traitement.

Le soutien aux patients est essentiel pour les aider à prendre les ARV correctement chaque jour. La personne séropositive (ou l'adulte en charge, dans le cas d'un enfant) doit recevoir des informations sur le VIH et la TARV suffisamment complètes pour être autonome et convaincue d'un traitement à vie.

Une fois que le patient comprend la raison d'être du traitement, son intérêt et la nécessité de le suivre scrupuleusement chaque jour, le conseiller jugera si le patient se sent prêt pour commencer le traitement et qu'il y adhère en connaissance de cause. Tout en respectant sa décision, il est du devoir des professionnels de santé d'expliquer les avantages d'un traitement et les risques liés au retard de sa mise en route.

Un autre versant des séances d'initiation aux antirétroviraux comprend des discussions portant sur les bénéfices d'une TARV à vie et sur les habitudes de la vie au quotidien pour optimiser l'adhérence. Soutenu et accompagné de son conseiller, le patient peut ainsi élaborer lui-même un « plan d'adhérence » personnalisé et adapté à sa vie quotidienne.

Certaines questions à poser comprennent :

- Qui peut vous aider à prendre régulièrement votre traitement ?
- Comment allez-vous retourner à l'établissement de santé pour le renouvellement d'ARV et les bilans médicaux ?
- Quel est l'heure du jour le plus propice pour vous pour prendre les ARV ?
- Comment vous souviendrez-vous de l'heure de la prise de vos médicaments ?
- Où allez-vous stocker les médicaments ?

Le conseiller doit également renseigner le patient sur ce qu'il faut faire en cas d'effets secondaires, de voyage, d'abus d'alcool, etc.

Que les conseils d'initiation aux antirétroviraux soient fournis par un clinicien ou un non professionnel de santé, il est important de faire preuve d'empathie et de reconnaître que commencer un traitement à vie n'est jamais une tâche facile. Cependant, un patient qui ressent respect et soutien de la part des personnes en charge de son suivi est plus susceptible d'être motivé à prendre ses médicaments régulièrement et à revenir au centre de soins.

Pour plus de détails sur le soutien au patient, reportez-vous au **chapitre 25**.



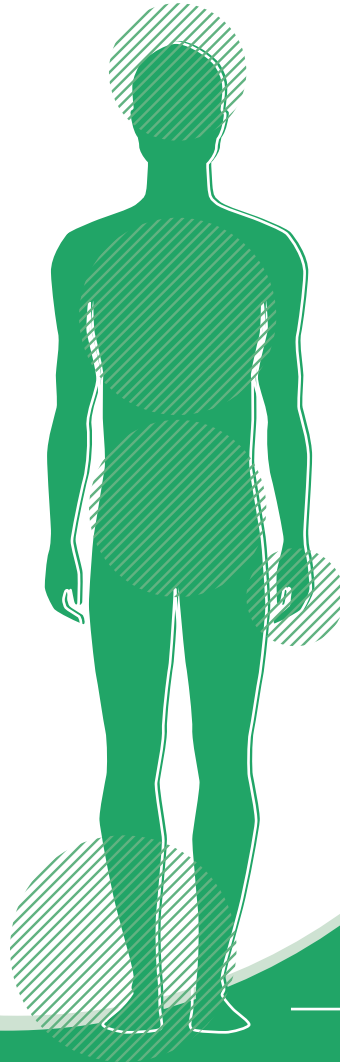
[samumfsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumfsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)

Evaluation initiale et initiation de la TARV – Points clés

- La première consultation est cruciale durant laquelle de nombreux conseils sont à faire passer et où aucun soin ne doit être négligé. Comme aide-mémoire, télécharger la fiche d'enregistrement à partir du dossier ressources supplémentaires du site : <https://samumfsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>
- Depuis 2016, TOUS les patients, de tous âges, quel que soit leur stade clinique (OMS) ou leur taux de CD4 sont éligibles pour démarrer une TARV dès confirmation du diagnostic.
- Anamnèse détaillée et un examen clinique complet à la première consultation afin de s'assurer qu'aucune affection sous-jacente importante n'a pu être oubliée.
- Bien que des tests spécifiques soient recommandés avant l'initiation de certains ARV (créatinine, SGPT et Hb), leur indisponibilité ne devrait pas empêcher le clinicien de commencer une TARV.
- Les patients doivent être initiés avec un comprimé coformulé en prise unique quotidienne composé de TDF 3TC / FTC et DTG ou TDF 3TC / FTC et EFV à moins qu'il n'y ait des contre-indications à un ou plusieurs de ces médicaments.
- Assurer la prise en charge permanente de toutes les comorbidités liées au VIH ou non (pathologies non transmissibles), idéalement au sein d'une consultation intégrée.

Les effets secondaires des ARV

Effets secondaires de
chaque médicament et les
recommandations pour la
surveillance, la prévention et la
prise en charge de ces effets





Notez que ce sujet est abordé avec plus de détails dans **le cours de formation e-learning VIH/TB de MSF SAMU**. Voir “comment utiliser ce livre” pour plus de détails.

La gestion des effets secondaires des ARV peut être un processus complexe pour les raisons suivantes :

1. Même si nous connaissons bien les effets secondaires propres à chaque ARV, une pathologie sous-jacente ou un autre médicament peuvent également être responsables de symptômes, signes ou résultats sanguins anormaux.
2. C'est pourquoi, en consultation, on ne peut affirmer avec certitude que tel ou tel symptôme est une preuve clinique de l'effet secondaire d'un médicament. C'est seulement en excluant d'autres causes possibles et en observant l'état du patient au cours des quelques semaines suivant l'arrêt du médicament suspecté que le diagnostic se précise.

Dans ce chapitre, le schéma d'apprentissage des effets secondaires des médicaments suit donc cette séquence :

1. **Connaitre** les effets secondaires de chaque médicament afin de les identifier lorsqu'ils apparaissent. Les tableaux de ce chapitre comprennent :
 - Les effets secondaires de chaque classe à laquelle appartient tel ou tel médicament
 - Des indications pour surveiller chaque médicament, de sorte que les effets secondaires soient détectés à temps
 - Des stratégies pour éviter ou prévenir les effets secondaires
 - Des lignes directrices pour la gestion des effets secondaires.



2. Développer une approche sécurisée, lors des consultations, pour le **diagnostic et la gestion** des différentes anomalies attribuées aux ARV (symptômes, signes et tests de laboratoire).

Effets secondaires de chaque médicament et les recommandations pour la surveillance, la prévention et la prise en charge de ces effets

Les ARV ont un large éventail d'effets secondaires qui se manifestent de différentes manières : symptômes, résultats d'examen ou tests de laboratoire anormaux. On ne peut cependant exclure une cause tout à fait extérieure aux ARV ou liée à l'existence d'une co-infection. Les annexes 4.1 à 4.3 permettent d'avoir une approche diagnostique aussi pertinente que possible en fonction des symptômes, signes cliniques ou marqueurs biologiques à disposition.

- L'annexe 4.1 montre un tableau des ARV (TDF, AZT, 3TC, ABC, NVP, EFV et les inhibiteurs de la protéase et de l'intégrase) et leurs effets secondaires.
- L'annexe 4.2 donne un rapide aperçu de certains des effets secondaires les plus fréquents. Cependant, comme ce tableau n'est pas exhaustif, veuillez vous reporter aux annexes 4.1, 4.3 et 4.4 pour plus de détails.
- L'annexe 4.3 donne une approche plus complète des effets secondaires potentiels. Si la recherche du diagnostic implique des investigations pour comorbidités, se référer à d'autres chapitres du livre.
- L'annexe 4.4 fournit des informations essentielles pour le diagnostic et la prise en charge des effets secondaires de la stavudine (D4T) et de la didanosine (DDI). Etant donné que ces traitements ne sont pratiquement plus utilisés, les signes et symptômes de leurs effets secondaires n'ont pas été inclus dans l'annexe 4.3. Si un patient se présente avec un traitement à base de D4T ou DDI, il est fortement recommandé de les remplacer par d'autres ARV.

Annexe 4.1 ARV et leurs effets secondaires

Classe : Inhibiteurs nucléoside/nucléotide de la transcriptase inverse (INTI) - TDF, AZT, 3TC, ABC			
Ténofovir (TDF)			
Demi vie longue donc dose unique journalière			Elimination : Rénale
Efficace contre l'hépatite B (voir chapitre 6 , paragraphe 10 concernant la prise en charge d'un patient atteint d'hépatite B)			
Effets secondaires	Surveillance	Prise en charge	Prévention
Néphrotoxicité Risque < 1% Majoration de la toxicité si insuffisance rénale, personne âgée, VIH stade avancé, associé à d'autres médicaments néphrotoxiques.	Idéalement, surveillance régulière de la créatinine (consulter les recommandations nationales) OMS : A utiliser même si la surveillance de la créatinine n'est pas possible.	Si la CICr est < 50ml/ min, rechercher les causes. Si TDF est mis en cause, l'arrêter. Voir chapitre 6 , paragraphe 9 concernant le changement le plus approprié. (Voir les recommandations nationales pour les femmes enceintes)	Ne pas prescrire en association avec un autre médicament néphrotoxique (ex : kanamycine dans la TB-MR) Précaution chez les enfants, suivre les recommandations nationales
Ostéoporose possible	Non spécifique		Précaution chez les enfants, voir chapitre 10
Zidovudine (AZT)			
Doit être pris 2 fois/ jour			Elimination : Rénale
Effets secondaires	Surveillance	Prise en charge	Prévention
Fréquents, non dangereux : Fatigue, maux de tête, nausées et diarrhées, douleurs musculaires, décoloration des ongles (teinte bleutée)	Aucune	Rassurer et envisager un changement de médicament seulement si les effets secondaires perdurent et sont intolérables	
Moins fréquents Peut donner des lipodystrophies et lactates élevés – Annexe 4.4	Clinique	Aucune	Si significatif, changer pour TDF ou ABC.
Myopathie avec LDH ou CPK augmentés	Clinique	Arrêter AZT et remplacer par TDF ou ABC. Amélioration en 2 à 4 semaines.	

Potentiellement dangereux Erythropoïèse diminuée L'Hb chute en premier, généralement dans les 2-3 mois, puis les GB jusqu'à 6 mois. Problème majoré si la capacité de régénération par la moelle osseuse est diminuée (ex : lors d'une TB disséminée)	Idéalement, surveiller les 6 premiers mois (consulter les recommandations nationales) OMS : A utiliser même si le contrôle Hb n'est pas possible.	Arrêter l'AZT si l'Hb < 6.5 ou si Hb < 25% / taux de référence	Ne pas utiliser l'AZT si Hb < 8

Lamivudine (3TC)

Une dose journalière

Importante car c'est le 2ème médicament efficace contre l'hépatite B, doit donc être prescrite en cas de séropositivité à l'hépatite B.

Voir **chapitre 6, paragraphe 10**.

Presque identique à l'emtricitabine (FTC), elle est donc utilisée de façon interchangeable

Elimination : Rénale

Effets secondaires

Effets secondaires rares donc ne requiert pas de surveillance spécifique

Abacavir (ABC)

Une dose quotidienne ou divisée en 2 prises / jour

Elimination : Hépatique

Effets secondaires	Surveillance	Prise en charge	Prévention
Réaction d'hypersensibilité. Très rare dans la population africaine. - Habituellement combinaison de fièvre, d'éruptions cutanées et de symptômes pseudo-grippaux ou des symptômes tels que la diarrhée, la nausée, des vomissements et des douleurs abdominales. - Apparaissent plutôt dans les premières semaines mais peuvent se manifester plus tard. - Généralement, les effets secondaires sont plus importants sitôt la prise du médicament. Haut risque de défaillance cardiaque Peut être à l'origine d'une DRESS (réaction médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques). Voir chapitre 20 sur les maladies cutanées	Pas de test accessible mais il est important de questionner le patient sur des éruptions cutanées éventuelles comme précisé dans la colonne ci contre.	Envisager d'autres médicaments responsables de ces effets – NVP, CTX, antituberculeux. Envisager des infections opportunistes (ex IRIS tuberculeux responsables de symptômes respiratoires) Arrêter le médicament si forte suspicion. Si diagnostiqué responsable, ne JAMAIS tenter de represcrire car des décès ont été rapportés, parfois en quelques heures.	Précautions supplémentaires à l'utiliser si le patient n'est pas africain et a un taux de CD4 élevé. (Test HLA) Informez le patient sur les effets secondaires du produit. Le risque élevé de défaillance cardiaque n'est pas une contre indication si des facteurs de risque cardiaque existent mais, si possible, plutôt choisir un INTI alternatif.

Classe : Inhibiteurs non nucléosides de la transcriptase inverse (INNTI)

Effets secondaires :

- Eruptions cutanées et hépatite
- Inhibiteur enzymatique modéré (voir **chapitre 7** sur les interactions médicamenteuses)

Névirapine (NVP)

Doit être donné 2 fois / jour (pour la PTME, voir le paragraphe pédiatrique)

Donné à raison de 200mg une fois par jour pour les 2 premières semaines puis 200mg 2 fois par jour.

Deux effets secondaires majeurs potentiels : les éruptions cutanées et l'hépatite

Ne pas utiliser pour la PrEP car les CD4 étant généralement élevés à cette période, le risque de toxicité est augmenté.

Elimination : Hépatique

Effets secondaires	Surveillance	Prise en charge	Prévention
Eruptions cutanées Vaste spectre, allant de l'éruption cutanée modérée prurigineuse ressemblant à la rougeole jusqu'au syndrome de Stevens-Johnson (SJS) Peut aussi être responsable de réaction systémique (voir chapitre 20 sur les maladies dermatologiques) Apparaissent plutôt dans les 2 à 4 premières semaines et plus chez la femme que chez l'homme.	Surveillance clinique importante et réponse rapide en cas d'éruptions.	Si les éruptions cutanées sont modérées, sans fièvre, sans œdème, sans lésions des muqueuses ni phlyctènes, utiliser des antihistaminiques (pas de valeur ajoutée à prescrire des stéroïdes) Si, par contre, l'un des signes ci dessus apparaît, envisager rapidement un DRESS ou un SJS précoce et solliciter rapidement une aide plus expérimentée.	Toujours donné NVP par étape, en commençant par 200mg par jour pendant 2 semaines puis 200mg 2 fois /jour. Essayer de ne pas commencer avec du CTX en même temps, dont les effets secondaires type éruptions sont similaires. Si les 2 sont nécessaires, commencer d'abord par la TARV. Ne pas prescrire chez les femmes dont le taux de CD4 est >250 et chez les hommes ayant des CD4 > 400 car le risque de réaction allergique est élevé.

Hépatite Apparaît chez 17% des personnes sous NVP et plus chez les femmes que chez les hommes. Apparaît pour des CD4 > 250 chez les femmes et > 400 chez les hommes. Si le patient est porteur de d'autres affections hépatiques et est consommateur de médicaments hépatotoxiques, le risque est majoré. Apparaît dans les 6 à 12 premières semaines et peut être fatale. Peut être aussi responsable d'une réaction systémique DRESS (voir chapitre 9 sur la dermatologie)	Connaître le taux de CD4 est essentiel avant de démarrer la NVP. Faire les SGPT avant de commencer (pas de contre-indication si test pas disponible –OMS) Vérifier les SGPT si des signes d'hépatotoxicité apparaissent (nausées, vomissement, douleur abdominale, ictère)	S'il n'y a pas de signes d'hépatotoxicité (nausées, vomissement, douleurs abdominales, ictère) et que les SGPT sont <200, continuer de surveiller attentivement l'apparition de nouveaux symptômes et refaire les SGPT après 1 ou 2 semaines. Si des signes apparaissent et que les SGPT sont > 120, il est préférable d'arrêter le médicament et d'évaluer de façon plus approfondie. Voir Annexe 10B. Voir chapitre 16, maladie hépatique, paragraphe sur hépatite médicamenteuse (DILI)	Précautions à prendre si présence d'autres affections hépatiques ou si SGPT élevés. Ne pas utiliser chez les femmes dont le taux de CD4 est >250 et chez les hommes ayant des CD4 > 400 car le risque de réaction inverse est élevé Ne pas utiliser pour la PrEP car les CD4 étant généralement élevés à cette période, le risque de toxicité hépatique est augmenté.

Efavirenz (EFV)			
			Elimination : Hépatique
Effets secondaires	Surveillance	Prise en charge	Prévention
Neuro psychiatriques Les symptômes sont notables à partir du premier jour et persistent pendant 2 à 4 semaines. Vertiges, somnolence, troubles cognitifs et baisse de la concentration. Insomnie, agitation, rêves étranges ou cauchemars 2% des patients peuvent avoir des effets secondaires psychiatriques : dépression, manie, psychose, hallucinations, majorés en cas de maladies psychiatriques pré-existantes ou d'utilisation de drogues psychogènes. Prolonger l'EFV peut causer une ataxie, une encéphalopathie et une perte de poids, réversibles à l'arrêt du traitement. Ne pas reprendre le même produit, permuter avec DTG si possible ou un autre médicament.	Clinique, et basée sur l'interrogatoire du patient lors des consultations.	Encourager le patient à continuer malgré les symptômes pour les 2 à 4 premières semaines au moins. Changer pour DTG ou éventuellement EFV 400 si effets secondaires plus graves.	Rassurer le patient avant de démarrer. Prendre le médicament le soir, sans repas trop gras car risque d'augmenter l'absorption et d'aggraver les effets secondaires Eviter de conduire dans les premières semaines ainsi que la prise d'alcool qui potentialise la toxicité du produit.
Eruptions cutanées Maculo papulaires Moins fréquent et moins sévère (SJS et syndrome systémique sont rares) Durée d'environ 11 jours Voir chapitre 20 sur les maladies dermatologiques	Clinique	Donner des antihistaminiques pour réduire le prurit Rarement nécessaire d'arrêter l'EFV Si les éruptions sont importantes, changer avec DTG, IP ou INI mais pas NVP	
Hépatite Généralement moins fréquente que pour NVP mais peut développer une toxicité plus sévère que EFV, 6 à 9 mois après le démarrage (voir chapitre 16, paragraphe sur hépatites médicamenteuses DILI)	Clinique et tests de la fonction hépatique seulement si symptomatologie : nausée, vomissement, douleur abdominale et ictère	Si signes d'hépatite, suivre les mêmes recommandations que pour NVP Si changement de médicament, préférer DTG, IP ou INI mais pas NVP Voir aussi annexe 4.2 et chapitre 16, maladies hépatiques, paragraphe sur DILI.	

Tératogénicité

Suite à une analyse détaillée des données, EFV n'est plus considéré comme exposant le fœtus à un risque élevé d'anomalies. Il n'est donc plus contre-indiqué au premier trimestre de la grossesse.

Gynécomastie

L'éfavirenz a tendance à provoquer le développement du tissu mammaire, alors que les IP et le d4T entraînent plutôt une augmentation de graisse dans le sein, similaire à celle observée chez les hommes en surpoids.

Si gêne cosmétique pour le patient, il faut lui proposer un autre médicament. Attention toutes les gynécomasties ne sont pas réversibles.

Inhibiteurs de la protéase (IP) – Lopinavir (LPV), Ritonavir (RTV), Atazanavir (ATV), Darunavir (DRV)**Les effets secondaires sont :**

Nausées, diarrhée, hépatite, anomalies lipidiques, altération de la tolérance au glucose

La combinaison LPV/r génère plus d'effets secondaires qu'une combinaison basée sur ATV ou DRV

La combinaison ATV/r une fois / jour (disponible en coformulation)

LPV/r – 2 comprimés 2 fois / jour. DRV est donné une fois / jour en combinaison avec ritonavir (FDC pas encore disponible)

Élimination :
Hépatique

Effets secondaires	Surveillance	Prise en charge	Prévention
Ritonavir peut provoquer des démangeaisons autour de la bouche, perte d'appétit et altération du goût	Clinique	Marge de manœuvre restreinte, RTV étant indispensable pour potentialiser l'action de tous les IP	Rassurer le patient avant de commencer le traitement
Hépatite	Clinique Tests de la fonction hépatique seulement si des symptômes apparaissent : nausées, vomissement, douleur abdominale, ictère	Voir annexe 4.2 : hépatite	Précautions si maladies hépatiques existantes et surveiller étroitement l'apparition de symptômes.
Anomalies des lipides et de la glycémie	Idéalement, rechercher le cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun avant de démarrer la TARV, puis investiguer à nouveau 3 mois plus tard.	Gérer en fonction des recommandations nationales. Changer avec ATV/r si des anomalies significatives apparaissent au démarrage des IP	
Nausées, vomissements, diarrhées	Surveillance clinique. Interroger le patient sur ces symptômes	Initialement, essayer métoclopramide et/ou lopéramide et évaluer les causes de diarrhées (voir chapitre 15) Si symptômes importants et difficiles à supporter, changer LPV/r avec ATV/r	Rassurer le patient avant de démarrer le traitement



Mise à jour

Atazanavir peut provoquer un ictère asymptomatique. Le patient se sent plutôt bien avec aucun signe particulier tels que nausée, vomissement et douleur abdominale.	Clinique Si un ictère se développe et que le patient est asymptomatique, vérifier les SGPT et, si possible, la bilirubine totale et conjuguée car ATV peut être responsable d'une hyperbilirubinémie non conjuguée	Si patient asymptomatique et que les SGPT sont normaux, pas besoin d'arrêter ATV, à moins que le patient ait du mal à le supporter. En cas d'hépatite, voir la gestion de l'hépatite en annexe 4.2	Rassurer le patient avant de démarrer le médicament.

Inhibiteurs de l'intégrase – Raltégravir (RAL), Dolutégravir (DTG)

Se référer aussi aux inhibiteurs nucléosidiques de l'intégrase (INI)



Les effets secondaires sont :

Nausée, diarrhée, maux de tête et insomnie

Plus graves encore mais rares :

- Hépatite avec un risque accru si infection VHB ou VHC
- Réaction d'hypersensibilité

DTG une dose une fois / jour vs RTG une dose 2 fois / jour

Elimination : Hépatique

Effets secondaires	Surveillance	Prise en charge	Prévention
Dolutégravir Maux de tête et insomnie ainsi que nausée et diarrhée	Clinique	Atténuer les symptômes Si réaction d'hypersensibilité, opter pour une autre classe médicamenteuse	Précaution avec des maladies hépatiques pré-existantes A éviter chez les femmes en âge de procréer, sans contraception, non enceintes mais qui l'envisagent.
Raltégravir Peut entraîner une rhabdomyolyse et une insuffisance rénale	Clinique	Comme pour DTG ci dessus	Précaution avec des maladies hépatiques pré-existantes

Annexe 4.2 Effets secondaires précoces et tardifs des ARV



Important ! Ceci est juste une référence rapide. Veuillez regarder les annexes 4.1, 4.3 et 4.4 pour les détails importants.

Effets secondaires précoces possibles dans les 3 premiers mois

Symptômes	Penser à...	Actions importantes
Eruptions cutanées	Causes liées aux médicaments (NVP, ABC, Cotrimoxazole ou antituberculeux)	Noter l'éruption Traiter selon son importance
Nausées	AZT et LPV/RTV fréquemment responsables Si douleur abdominale associée, penser à l'hépatite	Voir le cadre ci dessous.
Vomissement	Hépatite Effets secondaires des IP	Corriger toute déshydratation, vérifier les SGPT Voir annexes 4.1, 4.3 et 4.4 pour plus de détails. Métoclopramide recommandé si vomissements importants
Douleur abdominale	Hépatite	Vérifier les lipases et SGPT. Voir annexes 4.1, 4.3 et 4.4 pour plus de détails
Perte de poids	N'est pas un effet secondaire mais probablement le symptôme d'une IO non diagnostiquée (TB, diarrhée chronique)	Investiguer, notamment pour la TB Envoyer un échantillon de selles pour examen
Confusion/psychose	Éliminer toute infection ou causes diverses avant de suspecter l'éfavirenz.	Ponction lombaire Envisager le changement d'efavirenz pour un autre ARV si absence de méningite ou toutes autres causes infectieuses
Affaiblissement	Anémie (si sous AZT)	Vérifier l'hémoglobine (Hb).
Fièvre, symptômes cliniques, toux, plaies	Réactions d'hypersensibilité à abacavir (ABC) (Voir page 43).	Si confirmation, arrêter ABC immédiatement et ne jamais réintroduire. Si un doute persiste, autoriser le patient à prendre une dose de plus et surveiller étroitement dans un centre médical

Effets secondaires tardifs possibles après 3 à 6 mois sous ARV

Avec la suppression progressive de d4T dans le monde entier, la plupart des effets secondaires de survenue tardive ne sont plus identifiables. Pour ceux qui ont des patients sous d4T, toutes les informations sur d4T sont en annexe 4.3.

Symptômes	Penser à...	Actions importantes
Douleur abdominale	Hépatite, surtout due à l'EFV. Peut être grave et apparaît généralement 6 à 9 mois après l'avoir débuté	Vérifier les GPT et voir les autres annexes pour plus de détails.
Affaiblissement	Anémie (si sous AZT)	Vérifier l'hémoglobine (Hb).
Clairance de la Créatinine <50 ml/min	Toxicité du TDF	Après avoir éliminé les autres causes d'insuffisance rénale aiguë (déshydratation, septicémie, autres médicaments néphrotoxiques, etc.), changer le TDF en AZT.

Annexe 4.3 Classer et prendre en charge les possibles effets secondaires des ARV

Signes et symptômes possibles liés aux médicaments

Symptômes et diagnostics à envisager ainsi que les ARV en cause	Classer les symptômes
Douleur abdominale avec ou sans nausée	
NVP Antituberculeux Cotrimoxazole Envisager des pathologies non liées au VIH	Si une douleur existe en raison d'une hépatite (nausées / vomissement / douleur abdominale et sensibilité au toucher / ictère / augmentation des SGPT), nécessité d'un examen rapide Voir la gestion des médicaments responsables d'atteintes hépatiques (DILI) au chapitre 16
Diarrhée avec ou sans nausée / vomissement	
IP – LPV/r plus que ATV/r	Symptôme assez fréquent avec les IP, en particulier LPV/r. Si une ou deux fois par jour avec nausées modérées, garder même traitement et surveiller. Si, par contre, le problème est majeur et/ou occasionne plus de 5-6 selles par jour (absorption du médicament et hydratation perturbées), le LPV/r doit être remplacé par ATV/r si les autres causes de diarrhée ont été exclues (voir Chapitre 15)
Ictère (les yeux et la peau du patient deviennent jaunes)	
NVP, EFV IP, surtout ATV/r Aussi, Rif, INH, PZA Cotrimoxazole	Vérifier SGPT et bilirubine Si signes tels que nausées, vomissements, douleur abdominale, voir l'évaluation et la gestion de l'hépatite (chapitre 16) Si patient asymptomatique avec des SGPT normaux mais une bilirubine élevée, cela suggère un effet secondaire rare de la rifampicine ou d'ATV. Demander l'aide d'un clinicien expérimenté.

Symptômes et diagnostics à envisager ainsi que les ARV en cause	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
Nausées et vomissements	Une fois / jour et pour une durée < 3 jours	< 4 épisodes / jour et non déshydraté	Vomissements > 3 fois / jour et déshydraté	Déshydraté, trop malade pour prendre un traitement oral
Hépatite liée à la NVP (ne pas oublier les autres médicaments, à savoir, les antituberculeux et le cotrimoxazole) AZT IP, surtout LPV/r Indispensable d'envisager un large éventail de causes différentes tels que infections gastro intestinales, malaria, maladies du SNC... Si le patient vomit dans les 2h suivant la prise du médicament, répéter la dose car la quantité absorbée est incomplète	Vérifier les autres symptômes de l'hépatite. Si présents : Voir la gestion des atteintes hépatiques médicamenteuses au chapitre 16 . Si ce n'est pas le cas, rassurer le patient, et s'assurer qu'il reviendra consulter en cas d'aggravation Métoclopramide 10mg en palliatif	Donner de l'ORS. Favoriser les repas légers mais fréquents Donner du métoclopramide 10mg toutes les 12h Bilan sanguin pour SGPT avec contrôle 2 à 3 jours après	Donner de l'ORS Donner du métoclopramide 10mg toutes les 12h Diriger vers un médecin	Transfert à l'hôpital
Vertiges / psychologiques / psychiatriques	Vertiges seulement	Rêves agités	Changement d'humeur ou persistance de rêves perturbants	Psychose aigue, hallucinations, comportement confus
EFV Envisager aussi les antituberculeux- INH, cyclosérine / térizidone	Rassurer le patient, envisager alternative médicamenteuse seulement si persistance du symptôme au delà de 4 à 6 semaines. Confirmer que l'EFV est pris le soir	Rassurer le patient symptômes disparaissent généralement après plusieurs semaines S'ils persistent au delà de 6 semaines, consulter un clinicien expérimenté	Confirmer que l'EFV est pris le soir et en l'absence d'aliments trop gras. Référer vers un médecin.	Transfert à l'hôpital Besoin d'une évaluation psychiatrique et neurologique complète Reprendre les ARV quand les symptômes sont complètement disparus (utiliser NVP ou DTG à la place de EFV)

	Léger	Modéré	Sévère
Eruptions cutanées	Peut être grave. Voir le paragraphe sur les effets indésirables cutanés liés aux médicaments au chapitre 20.		
Causes	Rouges, prurigineuses Pas de fièvre et se sent bien	Eruptions maculo-papulaires ou desquamation d'une peau sèche Pas de fièvre et se sent bien	Des phlyctènes ou une perte de peau suintante. Les éruptions cutanées touchent les muqueuses ou les yeux, avec ou sans desquamation de la peau.
NVP plus fréquemment que EFV ABC Envisager aussi les antituberculeux et le cotrimoxazole	Rassurer le patient, et s'assurer qu'il reviendra consulter en cas d'aggravation Envisager la chlorphéniramine, 4mg toutes les 8h ou un autre antihistaminique disponible surtout si le prurit est important. Vérifier les SGPT car il peut y avoir une implication hépatique.	Donner une crème aqueuse avec ou sans 0.1% de bétaméthasone Envisager la chlorphéniramine, 4mg toutes les 8h Vérifier les SGPT lors de la consultation et 2 ou 3 jours après S'assurer que le patient reviendra consulter rapidement en cas d'aggravation ou de douleurs abdominales Envisager de changer le traitement pour EFV	URGENT :  Diriger le patient vers l'hôpital le jour même Donner de la chlorphéniramine 4mg toutes les 8h ou tout autre antihistaminique disponible Une fois les symptômes disparus, reprendre la TARV avec un IP MAIS ne plus jamais utiliser NVP, EFV, ABC ou cotrimoxazole. Concernant les antituberculeux, voir la rubrique sur les effets secondaires cutanés au chapitre 20.
Symptômes et diagnostics à envisager ainsi que les ARV en cause	Classer les symptômes		
Pied douloureux ou froid	Malaises allant de symptômes légers à l'inconfort de jour comme de nuit		Déficience clinique (difficulté à marcher, etc.)
VIH lui-même responsable ou INH, AZT plus rarement. Si traitement par d4T ou AZT, voir l'annexe 4.4 concernant les effets du d4T sur les neuropathies périphériques	Evaluer les causes possibles et agir en conséquence. Amitriptyline 12.5 – 25mg peut soulager les symptômes Voir plus de détails sur les maladies neurologiques dans le chapitre 14		URGENT :  Référer rapidement pour examen neurologique complet

Anomalies paracliniques possibles liées aux médicaments

Anémie (Hb basse, en mg/dl)	L'important dans le diagnostic de l'anémie liée à l'AZT, c'est de savoir si l'Hb a chuté depuis le début du traitement. Les informations ci dessous font référence à cette hypothèse. Pour plus de détails, voir le chapitre 18 sur l'hématologie.		
Causes	8–9.4	6.5–7.9	<6.5
AZT Cotrimoxazole	Historique des symptômes et examen du patient afin d'exclure un saignement ou une autre pathologie (ex TB) Si négatif, continuer les ARV Revérifier Hb après 2 semaines.	Historique des symptômes et examen du patient afin d'exclure un saignement ou une autre pathologie (ex TB) Envisager de transférer le patient pour une évaluation complète Arrêter l'AZT Si moins de six mois sous TARV, plutôt changer avec TDF et pas de vérification nécessaire de la charge virale.	Transférer le patient pour une évaluation complète. Arrêter l'AZT Si moins de six mois sous TARV, échange avec TDF, sans charge virale
Chute de la clairance de la créatinine	L'important dans le diagnostic de la néphrotoxicité liée au TDF est de savoir si la clairance de la créatinine a chuté depuis le début du traitement.		
Causes	Clairance de la créatinine >50 ml/min	Clairance de la créatinine 30–50 ml/min	Clairance de la créatinine <30 ml/min
TDF	Continuer TDF	Vérifier si infection urinaire Vérifier à nouveau ClCr après une semaine et si le résultat est le même, permuter TDF avec AZT. Vérifier sérologie VHB (voir colonne ci contre). Evaluer les causes de la pathologie rénale et ajuster les doses d'INTI (voir chapitre 7 sur les pathologies rénales)	Arrêter TDF Si sérologie VHB positive, le TDF étant un médicament essentiel dans la prise en charge de l'hépatite B, demander une aide expérimentée pour gérer le problème.

SGPT élevés		Comme les SGPT (ou ALAT) ne font pas partis des examens de routine, ce type d'anomalie est rarement identifié. Cependant, lors de suspicion de pathologies hépatiques, un résultat de SGPT est généralement demandé. Les informations ci dessous concernent les cas où un tel résultat est disponible.	
Causes	SGPT 50–120	SGPT 120–200	SGPT >200
NVP plus fréquemment que EFV Envisager aussi les antituberculeux et le cotrimoxazole ainsi qu'une atteinte hépatique d'origine alcoolique ou virale (Hép B et C)	Continuer ARV mais recontrôler les GPT un mois plus tard. Sérologie Hép B et / ou toutes autres causes d'atteinte hépatique (Hép C, alcool.)	Si nausées, vomissements, ictère ou douleur abdominale, demander une aide expérimentée ou transférer le patient. En l'absence de symptômes, continuer ARV et contrôler les GPT encore 2 semaines après.	Demander rapidement une aide expérimentée ou transférer le patient
Cholestérol, triglycérides et glycémie élevés		Dans un contexte idéal, une glycémie et lipidémie à jeun doivent être faits avant de démarrer les IP et contrôler 3 mois plus tard.	
IP	Les IP sont connus pour entrainer parfois des troubles du métabolisme des lipides et du glucose. Si les taux augmentent à des niveaux non acceptables, selon les recommandations nationales sur les maladies non transmissibles, la première étape consiste à changer LPV/r par ATV/r dont l'effet est moindre sur les lipides et le glucose. Si les taux restent élevés, suivre les recommandations nationales des MNT. Si le traitement est à base d'IP, simvastatine est contre-indiquée et peut être remplacée par la pravastatine ou atorvastatine.		

ANNEXE 4.4 DDI et d4T

Le DDI n'est plus utilisé et le d4T est progressivement éliminé des traitements. Les informations sur ces médicaments ne sont utiles que pour les cliniciens confrontés à des patients sous d4T. Dans ce cas, il est préférable de permuter avec TDF ou un autre INTI.

Général

Les 2 médicaments ont un profil d'effets secondaires similaires, caractérisé par 2 composantes :

- Ils ont relativement peu d'effets secondaires au cours des six premiers mois d'utilisation et, après 6 mois à plusieurs années de traitement, les effets secondaires importants commencent à apparaître.
- Ils sont toxiques pour les mitochondries et présentent une combinaison d'effets secondaires spécifiques.

Neurologique

Ces 2 traitements sont bien connus pour provoquer des neuropathies périphériques avec généralement des symptômes d'engourdissements, de picotements ou de sensation de froid dans les pieds. (Voir aussi la rubrique concernant la neuropathie périphérique au **Chapitre 14**)

Hépatique

La stéatose hépatique est l'affection la plus fréquente, se manifestant par diverses élévations d'enzymes hépatiques.

Pancréatite

Plus fréquemment induite par DDI, mais possible aussi avec d4T. Les signes sont ceux habituellement décrits pour la pancréatite : des douleurs abdominales sévères, des nausées et des vomissements. Potentiellement mortelle, la pancréatite est une urgence thérapeutique, les patients doivent être hospitalisés pour des tests confirmant la maladie (amylase ou lipase) et pour une prise en charge adéquat.

Lipodystrophie

Il y a deux types principaux.

1. Lipohypertrophie (accumulation de graisse dans des sites spécifiques, habituellement l'abdomen, les seins et la nuque). Bien connue avec les IP notamment.
2. Lipoatrophie :
 - La lipoatrophie est un effet secondaire bien connu du d4T et du DDI, qui commence habituellement après six mois ou plus de traitement. C'est l'une des nombreuses manifestations de la toxicité mitochondriale observée avec le DDI, le d4T et, dans une moindre mesure, l'AZT.
 - Diminution de la graisse dans les tissus du visage, des fesses et des membres.
 - Parfois mal vécu par le patient et stigmatisant, impact négatif sur l'adhérence.

- La prise en charge consiste essentiellement à remplacer le médicament incriminé par un autre moins agressif sur les graisses (TDF ou ABC). Comme toujours, la CV du patient doit être indétectable avant de changer un seul médicament. (Voir le paragraphe 9 du **chapitre 6** sur la gestion des charges virales élevées.)

Il n'y a malheureusement aucune garantie que l'atrophie s'inverse à l'arrêt du médicament. Il est donc important de la diagnostiquer et de faire un changement de médicament le plus tôt possible.

Métabolique : Hyperlactatémie

L'hyperlactatémie est potentiellement dangereuse et menace le pronostic vital. Elle commence par une élévation asymptomatique de l'acide lactique et évolue vers des signes cliniques tels que perte de poids, nausées et douleurs abdominales. L'aggravation de l'acidose peut rapidement devenir fatale.

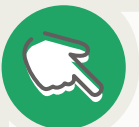
Hyperlactatémie symptomatique et acidose lactique

Cet effet secondaire est devenu moins fréquent en raison de la baisse du nombre de patients sous d4T et l'utilisation de doses plus faibles. Cependant, il faut rester vigilant pour tous ceux qui reçoivent encore du d4T et savoir qu'une hyperlactatémie, légèrement élevée est possible avec tous les autres INTI mais est généralement asymptomatique. Elle reste très rare avec ABC, TDF, 3TC et FTC. L'élévation des lactates ne permet pas de prédire le développement de l'acidose lactique, il est donc inutile de surveiller les taux chez les patients asymptomatiques.



L'élévation des lactates varie selon les INTI, du plus délétère au moins délétère :
stavudine/didanosine > zidovudine > tenofovir/emtricitabine/lamivudine/abacavir

L'acidose lactique est un effet secondaire grave, rare, potentiellement mortel des INTI, le plus souvent avec le d4T, en particulier lorsqu'il est combiné avec le DDI. L'hyperlactatémie symptomatique sans acidose est plus fréquente, mais rarement vu avec les autres INTI plus sûrs et donc recommandés. (Voir l'algorithme 4.1 à la page suivante)



L'acide lactique élevé survient également dans toute situation d'insuffisance circulatoire ou respiratoire (par exemple choc, infection sévère). Toutes ces affections doivent être détectées tôt et gérées de manière appropriée afin d'éviter une issue fatale.

Algorithme 4.1 Facteurs de risque et traitement de l'hyperlactatémie

La combinaison de d4T et de DDI est associée à un risque élevé d'hyperlactatémie symptomatique ou d'acidose lactique (en particulier pendant la grossesse). Cette combinaison devrait donc être évitée. Les symptômes sont non spécifiques et comprennent des nausées et des vomissements, des douleurs abdominales, de la dyspnée, de la fatigue et une perte de poids.

Les facteurs de risques et la gestion de l'hyperlactatémie incluent :

le sexe féminin

L'obésité

L'utilisation de INTI pour
> 6 mois

Le développement
de neuropathies
périphériques induites par
les INTI ou un foie gras.

l'augmentation des
lactates > 5 mmol/l avec
une acidose métabolique
confirme le diagnostic
d'acidose lactique.

Lactate < 5 mmol/l et
bicarbonate > 20 mmol/l
et symptômes légers.

Lactate > 5 mmol/l
et bicarbonate
> 15 mmol/l.

Lactate > 5 mmol/l
et bicarbonate
< 15 mmol/l.

Le bicarbonate sérique faible (< 20 mmol / l) est le marqueur le plus sensible de l'acidose. Les anomalies comprennent des taux élevés de GPT et GOT, de lactate déshydrogénase et de créatinine kinase. Le traitement est efficace avec de la riboflavine à haute dose (50 mg) ou de la L-carnitine. La prise en charge dépend des concentrations de lactate et de bicarbonate.

Les INTI devraient être remplacés par des agents moins favorables à l'hyperlactatémie : TDF ou ABC (ou AZT si indisponibles) plus FTC ou 3TC. Les symptômes et les taux de lactates doivent être surveillés étroitement pendant plusieurs mois. (Les niveaux de lactate diminuent lentement au cours des semaines)

Les INTI doivent être interrompus et le patient doit être hospitalisé. Si le patient suit un régime INNTI, un IP potentialisé doit être ajouté. Si le patient a déjà échoué avec un INNTI et qu'il reçoit un IP potentialisé, du RAL et / ou de l'étravirine (ETV) sont nécessaires. S'ils sont indisponibles, le patient doit poursuivre son traitement sous IP potentialisé uniquement. Une fois les lactates normalisés, le traitement sera modifié avec du TDF ou ABC avec 3TC ou FTC (voir ci-dessus).

Les INTI doivent être interrompus et le patient hospitalisé, de préférence dans une unité de soins intensifs. Si le patient suit un régime INNTI, un IP potentialisé doit être ajouté. Si le patient a déjà échoué avec un INNTI et qu'il reçoit un IP potentialisé, du RAL et / ou de l'étravirine (ETV) sont nécessaires. S'ils sont indisponibles, le patient doit poursuivre son traitement sous IP potentialisé uniquement. Un traitement à base de bicarbonate est controversé, mais la plupart des experts sont favorables à cette stratégie pour corriger partiellement l'acidose sévère. Les antibiotiques à large spectre sont aussi recommandés pour prévenir l'acidose lactique d'origine septique. Ceci peut être interrompu si la procalcitonine est normale. Une fois l'état du patient normalisé, les INTI sont à éviter dans les futurs schémas thérapeutiques (certains experts semblent favorables à l'utilisation d'INTI plus sûrs, comme indiqué ci-dessus).

* Pour plus d'informations : Southern African HIV Clinicians Society. 2006. «Lignes directrices pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge de l'hyperlactatémie symptomatique et de l'acidose lactique associées aux INTI». Journal de l'Afrique australe de la médecine du VIH 7 : 8-15.

Suivi des patients sous TARV et IRIS

Consultation de suivi

IRIS : syndrome inflammatoire de
reconstitution immunitaire

Résumé : suivi des patients
sous TARV





Veuillez noter que ce sujet est traité de manière approfondie dans la formation **e-learning VIH/TB de MSF SAMU**. Voir « comment utiliser ce livre » pour plus de détails.

Consultation de suivi

Les consultations de suivi du patient nécessitent d'aborder 6 points essentiels :

- Évaluer l'état du patient (les ARV sont-ils efficaces ?)
- Surveiller les effets secondaires des ARV
- Faire un suivi des comorbidités identifiées
- Répondre aux plaintes existantes du patient et surveiller l'apparition de nouvelles maladies
- Identifier les patients avec un stade VIH avancé
- Évaluer l'adhérence

Évaluer l'état du patient (les ARV sont ils efficaces ?)

L'essence même de la prise en charge du VIH consiste à s'assurer que le patient est sous une TARV efficace à long terme afin d'arrêter la réplication virale. Deux tests permettent de l'évaluer : le taux de CD4 et la charge virale (CV). Voir les lignes directrices nationales (ou de l'OMS) pour les recommandations sur la périodicité de ces tests et leur interprétation. En résumé :

- Les CD4 nous informent sur le niveau d'immunité.
- La charge virale nous indique le degré de réplication virale. Un niveau détectable indique que les médicaments ne sont pas pris de manière optimale ou ne sont pas efficaces (la résistance s'est développée).

Ceci est détaillé au **Chapitre 6**.

Surveillance des effets secondaires des ARV

L'OMS recommande les tests suivants pour surveiller les patients sous TARV (comme toujours, consulter le **guide national**, car cela peut différer selon les pays) :



Se référer aux lignes directrices de l'OMS



Se référer aux lignes directrices nationales

Tableau 5.1 Tests de surveillance pour les patients recevant une TARV

Test	Recommandation	Commentaires
Charge virale (CV) 	En raison de l'urgence avec laquelle une mauvaise observance et un éventuel échec doivent être détectés, l'OMS a recommandé (mise à jour 2021) que la première CV après le démarrage de la TARV soit effectuée entre 3 et 6 mois après le début de la TARV, puis à 12 mois, puis annuellement. ³	Cependant, si la CV est > 1 000, les recommandations pour le test CV changent ¹ .
Taux de CD4	Il n'est pas recommandé de renouveler les CD4 une fois que le patient est stable sous TARV ² . Mesure de départ puis éventuellement à M6 Si la recherche de CV n'est pas disponible, le taux de CD4 reste le paramètre essentiel à suivre et doit être fait tous les 6 mois.	La mesure des CD4 est beaucoup moins sensible pour détecter une mauvaise adhérence ou un échec du traitement. Elle est donc utilisée uniquement lorsque le test CV n'est pas disponible
Créatininémie	Pas de recommandation spécifique	Si le test de créatininémie est disponible, il est utile pour prévenir la toxicité rénale potentielle du TDF. Idéalement, il devrait être fait au 1er, 4ème et 12ème mois puis ensuite chaque année.
Numération formule sanguine (NFS) ou Hémoglobine (Hb)	Pas de recommandation spécifique	Si la recherche d'Hb ou de NFS est disponible, le test est intéressant pour surveiller toute dépression de la fonction hématopoïétique en cas d'utilisation d'AZT uniquement. Comme il s'agit généralement d'un effet précoce, le test devrait idéalement être fait aux 1er, 2ème, 3ème et 6ème mois seulement.
GPT	Pas de recommandation spécifique	La mesure systématique du test GPT pour la surveillance de la toxicité de la névirapine (NVP) n'est pas nécessaire. Le taux de GPT est mesuré uniquement s'il y a des signes de toxicité dus à la NVP (éruption cutanée ou hépatite)
Test de grossesse	Uniquement pour les femmes en âge de procréer, sans planning familial avec un traitement au dolutégravir ou éfavirenz à faible dose (400 mg)	Les doses d'efficacité pour l'EFV 400 n'ont pas encore été démontrées pour une utilisation pendant la grossesse. Le DTG 50 mg est efficace durant la grossesse mais potentiellement tératogène durant les premières semaines de la conception donc à n'administrer qu'aux femmes en âge de procréer sous contraception Concernant DTG, les études semblent indiquer une meilleure fiabilité.
Taux de cholestérol et triglycérides à jeun (en cas d'utilisation du Lopinavir)	Pas de recommandation spécifique mais l'idéal serait de les vérifier au troisième mois.	Lopinavir est connu pour augmenter les taux de cholestérol et de triglycérides.

Notes

1. Voir au **Chapitre 6** pour une approche complète de la gestion des patients en échec thérapeutique potentiel.
2. L'OMS définit les personnes stables sous TARV selon les critères suivants : Thérapie antirétrovirale pendant au moins un an, absence de comorbidité ou grossesse, bonne adhérence du traitement et preuves de succès (deux taux de CV consécutives inférieurs à 1 000 cp/ml).
3. La charge virale sur le lieu de soins devenant de plus en plus disponible et son délai d'exécution étant plus rapide, il convient d'en faire une priorité pour les groupes suivants : femmes enceintes et allaitantes, nourrissons, enfants et adolescents, répétition de la CV après une valeur élevée, suspicion d'échec thérapeutique, personnes malades, personnes atteintes d'une maladie à un stade avancé du VIH ou d'infections opportunistes connues et personnes réintégrant le système de soins.

Comme indiqué dans les chapitres précédents, chaque ARV est susceptible de produire des effets secondaires spécifiques. Certains tests sont recommandés dans les lignes directrices (voir le tableau 5.1) pour essayer de les détecter au plus tôt. D'autres seront identifiés seulement sur plainte du patient et/ou investigation de symptômes par le clinicien.

Le **chapitre 4** est conçu pour aider à l'approche clinique de ces effets.

Suivi des comorbidités connues

Le suivi des comorbidités fait référence à la prise en charge d'une pathologie existante liée au VIH (anémie, effet secondaire spécifique, tuberculose, etc.) ou non (pathologies non transmissibles – hypertension, diabète, etc.).

Répondre aux plaintes du patient et vérifier l'apparition de nouvelles pathologies

Lors des consultations, les plaintes exprimées par le patient ne doivent pas être sous estimées. Elles peuvent être les premiers signes d'effets secondaires du traitement ou de l'apparition d'une nouvelle pathologie, liée ou non au VIH. On évoque en particulier la tuberculose ou toute nouvelle maladie de stade 4, qui indiquerait une détérioration sérieuse de l'immunité et donc une suspicion d'échec au traitement.

Le **chapitre 6** traite des échecs de traitement avec plus de détails.

Identifier les patients atteints d'une maladie avancée

Le clinicien peut aussi identifier certains symptômes caractéristiques d'un VIH avancé. En 2017, l'OMS a défini le VIH en stade avancé chez l'adolescent ou l'adulte comme toute personne présentant un taux de CD4 < 200 ou ayant une maladie de stade 3 ou 4. Le VIH avancé est associé à un taux de mortalité élevé, les patients nécessitent donc une approche thérapeutique spécifique. Voir le **chapitre 11** pour des recommandations plus détaillées.

Évaluation de l'adhérence au traitement

Indépendamment des conseillers, le clinicien a aussi une part importante à jouer dans la surveillance et l'évaluation de l'adhérence du patient. Il doit lui poser à chaque consultation des questions relatives au suivi de son traitement et, si des doutes apparaissent, l'orienter vers un conseiller pour améliorer l'adhérence.

Voir le **chapitre 25** pour plus de détails.

Document de base ou liste de contrôle pour le suivi du patient sous TARV

Tout comme pour la première consultation, il est recommandé pour le clinicien d'utiliser une liste de contrôle des éléments à explorer ou document standardisé pour noter l'examen du patient. Ce document peut être téléchargé sur le site **Web du SAMU**, <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018> pour l'impression en A3 ou A4.

Un exemple est fourni ici en tant que modèle pour expliquer les éléments clés d'une consultation de suivi. (Note : Ce document est idéalement imprimé en format A3, mais le format A4 est aussi disponible. Il peut être téléchargé depuis le site Web du SAMU, voir ressources supplémentaires sur <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>)

Dans ce document, il y a cinq colonnes, chacune représentant une consultation. Afin d'expliquer les éléments clés d'une consultation de suivi, les rubriques du document sont proposées avec des notes explicatives :

- **Le poids** est un examen essentiel qui doit être contrôlé à chaque visite. La perte de poids ou l'incapacité à prendre du poids chez un enfant est un marqueur important de l'évolution de la maladie, en particulier de la tuberculose. Avoir cinq prises de poids consécutives notées sur le document donne une indication sur l'évolution de l'état général du patient.
- **La température**, comprise notamment entre 37 et 38 degrés, est souvent oubliée lors de l'examen.

Antécédents

- **Détails sur la TB** : Ceci inclut non seulement les antécédents mais aussi un bref récapitulatif en cas de tuberculose active. Toutes ces informations répertoriées sur le même document réduisent le nombre d'oublis. Si le patient n'est pas atteint de TB active, il devra être sous thérapie préventive à l'isoniazide (**Chapitre 12**). Le document permet d'ajouter cette précision ainsi que les informations importantes concernant l'évolution de la tuberculose pour chaque consultation.
- **Informations sur le VIH** : A chaque consultation, le clinicien doit vérifier les derniers tests de CV et de CD4 afin d'évaluer l'état immunitaire du patient et l'efficacité de la TARV et, s'il le juge nécessaire, en planifier à nouveau. Lorsqu'il décide du régime d'ARV, il doit vérifier que les tests de routine prescrits lors des consultations précédentes ont bien été faits.
- **Liste des problèmes** : C'est l'occasion de noter et de résumer à partir des consultations précédentes les comorbidités ou tout autre problème en cours, concernant notamment des maladies non transmissibles, une tuberculose, une méningite à cryptocoque récente avec traitement au fluconazole toujours en cours, un effet secondaire à surveiller, une anémie, etc. Cette liste permet de ne rien oublier.



samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018

Exemple de check-list : Partie haute du document

Numéro de dossier :		Date		
		I / M (Nom de l'infirmière ou du Médecin)		
Poids /	Temp	Poids:	Temp:	
HISTORIQUE	Détails TB	Atcd TB	Détails:	
		TB en cours	Diagnostic Date de démarrage	
		Régime	Phase PI PC	
		TPI	O N Date de démarrage	
		Dépistage TB	Toux Sueurs nocturnes Perte de poids Fièvre Ganglions	
	VIH	Temps de TARV	Mois sous TARV	Mois sous Régime
		Derniers tests	Dernier CD4: / /	Dernière CV / /
		Résultats sanguins	Resultat	Resultat
	LISTE DES PROBLEMES:		1	
	NOUVEAU		2	
ET		3		
EN COURS		4		
		5		
Préservatif PL	Préservatif	PL		

Exemple de check-list : Milieu du document

AUJOURD'HUI	Préservatif PL	Préservatif PL
	MST Frottis cervical	MST Frottis cervical
	HISTORIQUE	
	EXAMEN	
	EVALUATION	
	PLAN incluant les transferts	

Consultation du jour

Vérifications de routine

- Interroger le patient sur l'utilisation du préservatif (en fournir si nécessaire) et la planification familiale
- Faire un dépistage de routine des IST (à chaque consultation) et vérifier qu'un frottis du col utérin est programmé régulièrement pour les femmes, conformément aux directives nationales. Les résultats doivent être validés et notés dans les dossiers des patientes. (voir chapitre 19).

Exemple de check-list : Partie basse du document

PLAN	CD4	Code barre		
	Charge virale			
	ALAT			
	Hb/GB/Plaq			
	Creatinine			
TREATMENT	Autre			
	Conseil			ARV code fin
	Psychosocial			
	ARV 1			
	ARV 2			
	ARV 3			
	TB/autre			
	TB/autre			
	TB/autre			
	Autre			
	Autre			
	Cotrimoxazole			
	Prophylaxie TB			
	Fluconazole			
	Date de prochaine consultation			
	Initiales nom et prénom	Clinicien		Responsable saisie des données

Plan de traitement

Le document permet d'enregistrer les nouvelles plaintes du patient, de revoir les notes précédentes en suivant le descriptif ci-dessus, d'avoir les conclusions des examens et la stratégie de traitement envisagée.

Cette liste guide sur la suite du plan de gestion :

- Prescription de tests spécifiques au besoin
- Référence pour soutien à l'adhérence
- Prescription médicamenteuse : TARV, prophylaxie, comorbidités chroniques ou aigues.
- Planification de la visite de suivi

Evaluation de l'adhérence



Veuillez noter que tous les effets secondaires non identifiés et non corrigés sont susceptibles d'affecter l'adhérence. Voir le chapitre 25 pour des recommandations supplémentaires sur le soutien aux patients.

Exemple de feuille de consultation montrant les 2 premières colonnes relatives aux 2 premières consultations.

Numéro de dossier :		Date		Date		
		I / M (Nom de l'infirmière ou du Médecin)		I / M (Nom de l'infirmière ou du Médecin)		
Poids / Temp		Poids: Temp:		Poids: Temp:		
HISTORIQUE	Détails TB	Atcd TB	Détails:		Détails:	
		TB	Diagnostic Date de démarrage		Diagnostic Date de démarrage	
		en cours	Régime Phase PI PC		Régime Phase PI PC	
		TPI	O N Date de démarrage		O N Date de démarrage	
		Dépistage TB	Toux Sueurs nocturnes Perte de poids Fièvre Ganglions		Toux Sueurs nocturnes Perte de poids Fièvre Ganglions	
	VIH	Temps de TARV	Mois sous TARV	Mois sous Régime	Mois sous TARV	Mois sous Régime
		Derniers tests	Dernier CD4: / /		Dernier CD4: / /	
		Résultats sanguins	Resultat		Resultat	
	LISTE DES PROBLEMES: NOUVEAU ET EN COURS	1	1		1	
		2	2		2	
3		3		3		
4		4		4		
5		5		5		
AUJOURD'HUI	Préservatif PL	Préservatif PL		Préservatif PL		
	MST Frottis cervical	MST Frottis cervical		MST Frottis cervical		
	HISTORIQUE					
	EXAMEN					
	EVALUATION					
	PLAN incluant les transferts					
	PLAN	CD4	Code barre		Code barre	
		Charge virale				
		ALAT				
		Hb/GB/PlaQ				
Creatinine						
Autre						
Conseil Psychosocial			ARV code fin		ARV code fin	
ARV 1						
ARV 2						
TREATMENT		ARV 3				
	TB/autre					
	TB/autre					
	TB/autre					
	Autre					
	Autre					
	Cotrimoxazole					
	Prophylaxie TB					
	Fluconazole					
	Date de prochaine consultation					
Initiales nom et prénom	Clinicien	Responsable saisie des données	Clinicien	Responsable saisie des données		

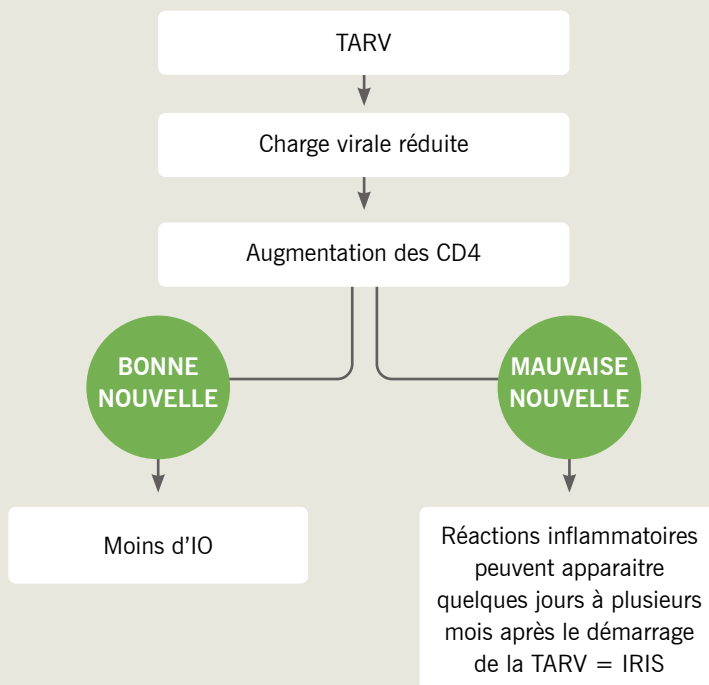
IRIS : Syndrome Inflammatoire De Reconstitution Immunitaire

Qu'est-ce que l'IRIS ?

L'IRIS est une affection liée à la TARV qui apparaît dans les premiers jours, semaines ou mois suivant l'initiation. Une attention particulière dès les premières consultations de suivi ou lors d'un changement de régime d'ARV est nécessaire pour un diagnostic précoce.

Au début de la TARV, il y a habituellement une baisse rapide de la charge virale, accompagnée d'une augmentation tout aussi rapide du taux de CD4 ayant pour conséquence une montée en puissance de la réponse immunitaire. Celle-ci s'accompagne de réactions inflammatoires symptomatiques. L'avantage non négligeable d'une hausse de l'immunité est une protection renforcée de l'organisme contre les infections opportunistes mais pour certains patients, la réaction immunitaire est puissante et conduit à une dégradation de leur état général (Voir schéma 5.1)

Schéma 5.1 Conséquences d'une augmentation rapide des CD4



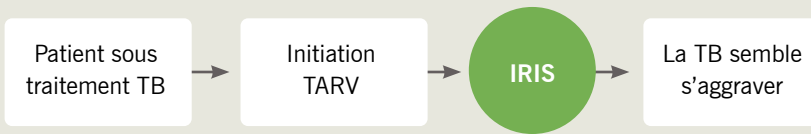
Deux principaux types d'IRIS

Les deux principaux types d'IRIS sont l'IRIS paradoxal et l'IRIS démasquant. Pour l'essentiel, ils sont une manifestation du même processus, mais sont nommés différemment en raison de leur aspect clinique.

IRIS paradoxal tuberculeux

Là où on pouvait s'attendre à une amélioration de l'état général du patient, paradoxalement, son état se dégrade.

Schéma 5.2 IRIS tuberculeux paradoxal



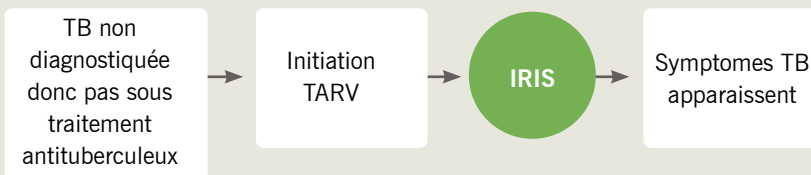
- En moyenne, il représente 15-20% des cas de tuberculose.
- Il apparaît habituellement dans les 3 premiers mois suivant le début de la TARV, et plus précisément à n'importe quel moment dès les 48 premières heures.
- Il dure habituellement 2-3 mois, bien que pour certains patients il peut se prolonger de plusieurs mois (collections de pus tuberculeux, y compris des abcès du psoas, des ganglions lymphatiques périphériques et abdominaux et des tuberculomes).
- La morbidité est fréquente mais la mortalité reste rare. Lorsque le décès survient, c'est généralement dans un contexte neurologique, tel que la cryptococcose et la méningite tuberculeuse (c'est la raison pour laquelle la TARV est retardée de 4-6 semaines, pour réduire le risque de développer un IRIS grave).
- Voir la rubrique explicative plus loin dans ce chapitre sur le moment propice pour démarrer une TARV, après le début du traitement d'infection spécifique (en page 72).



L'IRIS démasquant tuberculeux

La tuberculose n'a pas été détectée, faute de symptômes ou masquée par les signes d'une autre maladie sous-jacente. En raison d'une récupération immunologique rapide après le début de la TARV, les signes classiques de la tuberculose, jusqu'ici masqués, sont exacerbés, parfois avec virulence.

Schéma 5.3 IRIS tuberculeux démasquant



Quels sont les signes et symptômes d'un IRIS ?

L'IRIS présente généralement des symptômes et des signes d'augmentation de la réponse inflammatoire comme si la pathologie existante s'aggravait ou qu'une nouvelle maladie était en cause. Par exemple, les ganglions lymphatiques sont souvent enflés, chauds, rouges, sensibles au toucher, et diagnostiqués à tort comme des abcès tuberculeux. La fièvre et la tachycardie, fréquentes et prolongées, représentent parfois les seules caractéristiques.

Quelles pathologies sont le plus souvent responsables d'un IRIS ?

- L'IRIS est une complication plus fréquente avec la tuberculose et la cryptococcose et peut avoir des conséquences neurologiques graves (méningite tuberculeuse et à cryptocoque).
- Bien que plus rares, des affections causées par des mycobactéries, champignons et virus peuvent aussi se compliquer d'un IRIS. Il est également décrit avec des pathologies cutanées fréquentes (acné, folliculite, molluscum contagiosum et verrues) ainsi que dans le sarcome de Kaposi.

Qu'est ce qui prédispose un patient à développer un IRIS ?

Il y a 3 facteurs clé :

1. **Un faible taux de CD4.** Un taux de CD4 très bas entraîne généralement une augmentation proportionnellement plus élevée de l'immunité lorsqu'un patient commence une TARV. Par exemple, une augmentation de CD4 de 10 à 100 stimule l'immunité de manière nettement plus spectaculaire qu'une augmentation de 210 à 300.
2. **Un taux élevé d'antigènes.** Comme on pouvait s'y attendre, plus le nombre de micro-organismes infectieux est élevé, plus il y aura de réponse inflammatoire.
3. **Un court intervalle entre le début du traitement de l'infection et le début de la TARV** peut provoquer un IRIS paradoxal. C'est une combinaison logique des deux premiers points. Si la TARV est commencée quelques jours après le début du traitement anti-infectieux, le taux d'antigènes reste relativement haut et, dans le même temps, l'immunité augmente rapidement. Les conditions pour favoriser le développement d'un IRIS sont réunies.

Le **chapitre 5** est plutôt focalisé sur l'IRIS tuberculeux car il est la manifestation la plus fréquente et la plus étudiée par les scientifiques. L'IRIS à cryptocoque est traité au **chapitre 14** et, concernant les affections autres que la TB, les principes de physiopathologie, de diagnostic et de traitement de l'IRIS sont très similaires.

Comment se manifeste l'IRIS tuberculeux ?

Par une aggravation des symptômes initiaux ou l'apparition de nouveaux symptômes pour la même maladie.

- Aggravation des sueurs nocturnes, fièvre et perte de poids
- Aggravation des résultats d'examens cliniques et radiologiques : augmentation des épanchements pulmonaires et des cavitations
- L'hyperthermie et la tachycardie, signes systémiques d'inflammation, sont fréquentes. Elles peuvent être parfois les seules manifestations d'IRIS. Il est donc primordial de les surveiller chez un patient qui présente de la fièvre et qui a récemment commencé une TARV (voir **chapitre 23**).
- TB abdominale :
 - Hypertrophie des ganglions lymphatiques vus à l'échographie ou au scanner
 - Formation d'abcès - par ex. psoas
 - Aggravation de l'ascite
 - Foie – hypertrophie, sensible à la palpation et enzymes hépatiques élevées (Phosphatases alcalines et GammaGT souvent proportionnellement plus élevées que GPT et GOT) (voir détails sur l'interprétation des enzymes hépatiques au **chapitre 16**)
- L'aggravation de la TB donne des symptômes neurologiques graves signes d'atteintes du cerveau et de la moelle épinière telles que méningite tuberculeuse, tuberculomes et atteintes de la moelle épinière. Diverses études ont montré que le taux de mortalité pouvait atteindre 25%.

Comment diagnostiquer un IRIS tuberculeux ?

(Les informations suivantes orientent vers les éléments diagnostiques à connaître pour l'IRIS tuberculeux paradoxal mais les mêmes principes s'appliquent pour l'IRIS tuberculeux démasquant, ainsi que pour toutes affections autres que la tuberculose.)

L'élément de départ d'un diagnostic est d'évoquer un IRIS en premier lieu.



Considérer en priorité un IRIS chez les patients qui développent de nouveaux symptômes au cours des premiers mois de TARV.

- Il n'y a pas de test diagnostic pour l'IRIS, mais en cas de forte suspicion, il est recommandé de vérifier cette hypothèse en parcourant la liste suivante :
1. Le diagnostic de la TB était-il confirmé quand le traitement anti tuberculeux a été initié ?*
 2. Y a-t-il eu une amélioration suite à l'initiation du traitement antituberculeux avant le début de la TARV ?
 3. L'apparition de nouveaux symptômes survient-elle dans les 3 mois suivant le début de la TARV (généralement dans les 1-3 premières semaines) ?
 4. Y a-t-il une aggravation des symptômes TB ?
 5. D'autres diagnostics possibles ont ils été exclus ?
 - TB-MR *
 - Autres IO, y compris cancer *

* Dans des contextes à ressources limitées, les réponses à ces questions ne peuvent pas toujours être confirmées avec certitude. Un bon sens clinique et un certain pragmatisme doivent donc être appliqués.

Diagnostics différentiels pour manifestations variées d'un IRIS tuberculeux.

Bien que la liste ne soit pas exhaustive, il est utile de considérer et rechercher les comorbidités suivantes avant de diagnostiquer un IRIS tuberculeux (Tableau 5.2) :

Tableau 5.2 Diagnostics différentiels pour l'IRIS tuberculeux ?

Présentation	Diagnostics différentiels
Infiltrat pulmonaire ou pneumopathie interstitielle	Pneumonie bactérienne Pneumonie à pneumocystose jiroveci (PCP) Sarcome de Kaposi
Epanchement pleural	Emphysème bactérien Sarcome de Kaposi
Méningite	Bactérienne à cryptocoque
Nouvelle atteinte neurologique	Toxoplasmose Cryptococcome TB du Système nerveux central (SNC)
Fièvre accompagnée d'une dégradation de l'état général	Sepsis bactérien Mycobactérie non tuberculeuse Lymphôme ou Sarcome de Kaposi
Hypertrophie ganglions lymphatiques	Lymphôme Sarcome de kaposi Maladie de Castleman

Comment traite on l'IRIS ?

Traitement de l'IRIS tuberculeux

(Note : La prise en charge d'un IRIS à cryptocoque est plus complexe et est traitée au chapitre 14).

En considérant que la TARV est le facteur déclenchant de l'IRIS, il serait logique d'envisager son arrêt. Cela est rarement fait. La TARV est indispensable pour les patients séropositifs et son arrêt ne pourrait être que limité dans le temps d'autant plus que la reprise du traitement déclencherait à nouveau un IRIS. Dans de rares cas, en particulier pour les IRIS sévères tels les atteintes neurologiques, la TARV est arrêtée. Cette décision ne concerne que des patients avec un état général très détérioré et dans un contexte hospitalier.

Une fois que l'IRIS a été diagnostiqué, la question est de savoir s'il faut ajouter ou non des stéroïdes. Cette décision est prise en évaluant les avantages et les inconvénients dans chaque situation, sur la base des éléments suivants :

- Pour les IRIS potentiellement mortels (neurologiques, tamponnade cardiaque, insuffisance respiratoire), le consensus est de donner des stéroïdes (toutefois, cette décision ne concerne pas les patients ambulatoires).
- Pour les IRIS modérés (pas de risque mortel, mais suffisamment graves pour justifier l'hospitalisation ou des consultations fréquentes), les stéroïdes ont démontré leur efficacité dans la réduction de la durée d'hospitalisation et le nombre de consultations. Cependant, pas d'efficacité prouvée dans la baisse de la mortalité bien que celle-ci soit rare pour un IRIS tuberculeux modéré.
Chez ces patients, le traitement par stéroïdes augmente le confort en allégeant les symptômes.

Les risques potentiels des stéroïdes :

- Les stéroïdes sont fortement contre-indiqués dans le sarcome de Kaposi (KS) car ils aggravent considérablement la maladie, parfois même jusqu'au décès. Même pour un IRIS qui se développe suite à un sarcome de Kaposi la contre-indication aux stéroïdes est absolue.
- Les maladies liées au virus de l'herpès peuvent être réactivées ou s'aggraver.
- Aggravation d'une TB résistante non diagnostiquée.
- Perturbation de l'équilibre glycémique chez le diabétique.

Si des stéroïdes sont utilisés, la recommandation est : prednisone, 1,5 mg / kg / jour pendant deux semaines, suivie de 0,75 mg / kg / jour pendant deux autres semaines.

Parfois, les symptômes réapparaissent après l'arrêt des stéroïdes ou la réduction de la dose, auquel cas, les avantages d'une reprise seront réévalués. Un IRIS prolongé est plus fréquent pour un IRIS des ganglions lymphatiques avec suppuration. Le traitement consiste à aspirer les collections ganglionnaires périphériques pour diminuer la douleur ou l'inconfort, aussi souvent que nécessaire. Les abcès du psoas doivent être drainés à l'hôpital. Un traitement prolongé à base de stéroïdes jusqu'à 4 mois d'administration peut être nécessaire.

Traitement de l'IRIS démasquant

- Traiter l'infection opportuniste.
- Continuez la TARV. Ne pas l'arrêter !
- Drainer toutes les collections.
- Les stéroïdes peuvent être utilisés pour des manifestations prolongées ou sévères (neurologiques). Les décisions sont prises au cas par cas, car il n'y a pas eu d'études sérieuses randomisées pour l'IRIS démasquant.

Prévention de l'IRIS



Il existe deux types d'approche clinique fondée sur des résultats :

1. Moment propice pour débiter la TARV après le début du traitement d'infections spécifiques

Avec la méningite à cryptocoque et la tuberculose, il a été démontré que le développement d'un IRIS est lié au taux de CD4 et au temps accordé entre le début d'un traitement anti infectieux et une TARV. Les recommandations basées sur des études spécifiques sont les suivantes :

TB :

- Si $CD4 < 50$, commencer la TARV dans les 2 semaines après le début du traitement antituberculeux.
- Si $CD4 > 50$, le début de la TARV peut être retardé jusqu'à 8 semaines après le début du traitement antituberculeux. Cependant, en pratique, la TARV est débutée dans les 2 à 4 premières semaines du traitement antituberculeux. Plus on se rapproche d'un taux de CD4 à 50, plus on raccourcit le temps d'initiation de la TARV (plutôt proche des 2 semaines).
- Si méningite tuberculeuse, initier la TARV après 4 semaines, l'initier plus tôt augmente la mortalité.

Méningite à cryptocoque :

- Indépendamment du taux de CD4 (qui est généralement faible), le début de la TARV doit être retardé de 4 semaines environ après le début du traitement anti infectieux. Selon la sévérité de la maladie, la TARV peut être retardée jusqu'à 6 semaines.

2. Le rôle des stéroïdes dans la prévention de l'IRIS

Les stéroïdes peuvent être efficaces dans la prévention d'un IRIS. Une étude récente (PredTARV) a montré une réduction de l'incidence d'un IRIS chez des patients tuberculeux non hospitalisés dont le taux de CD4 était < 100 avec une dose modérée de prednisone couplée à la TARV. Dans les années à venir, confortés par de nouvelles études, il est probable que les traitements aux stéroïdes rentrent dans des protocoles standard pour des patients à haut risque.

Dans le calendrier, la période d'introduction des stéroïdes est plutôt pertinente chez les patients atteints de méningite tuberculeuse (TBM) qui n'ont pas encore commencé une TARV. La prise en charge standard de la TBM inclut la prednisone dans les 6-8 premières semaines de traitement antituberculeux. Les stéroïdes se terminent exactement à la période d'initiation de la TARV, moment où le risque de déclencher un IRIS est le plus propice. Il est donc de pratique courante de poursuivre le traitement des stéroïdes de 2 semaines supplémentaires. Cette étude renforce le bien fondé de l'utilisation prophylactique des stéroïdes.

Points clés – IRIS

- Un IRIS est toujours considéré comme l'aggravation d'une affection existante ou comme la manifestation d'une autre pathologie, dans les premiers mois suivant le début d'une TARV.
- En l'absence de test diagnostic, l'IRIS doit être suspecté lors de circonstances comme décrites ci-dessus et aussi par la mise en évidence de pathologies en lien avec les symptômes existants.
- L'approche diagnostique d'un IRIS chez un patient en consultation externe est essentiellement basée sur l'observation des symptômes et un examen clinique approfondi du patient.
- Les stéroïdes ont montré leur efficacité pour un IRIS modéré. Attention toutefois aux effets indésirables des stéroïdes à forte dose, le traitement nécessite donc un suivi clinique régulier par un professionnel averti.
- Les recommandations concernant le moment adéquat d'initiation de la TARV doivent être respectées afin de limiter la gravité d'un IRIS, dans les cas notamment de méningite à cryptocoque et de tuberculose qu'elle soit pulmonaire ou pas.



Résumé : suivi des patients sous TARV

Il y a différents points qui méritent une attention particulière dans les consultations pour suivi des patients sous TARV :

- Evaluer l'état actuel du patient séropositif (la TARV est-elle efficace ?)
- Surveiller les effets secondaires des ARV
- Faire un suivi des pathologies existantes
- Répondre aux préoccupations du patient et vérifier la présence de maladies nouvelles, en particulier un IRIS.
- Identifier et gérer de façon appropriée les patients atteints de maladie avancée
- Evaluer l'adhérence

Pour n'oublier aucun contrôle, il est recommandé d'utiliser une liste de rappels ou bien un document préalablement imprimé avec tous les points à examiner qui permettrait de notifier chaque résultat ou observation lors des consultations.

Gestion d'un possible Échec de la TARV

1. Comment une tarv échoue-t-elle ?
2. Quelle est la meilleure façon de surveiller l'efficacité de la TARV ?
3. Quelle est la définition d'un échec de traitement ?
4. Toutes les anomalies cliniques, immunologiques ou virologiques signifient-elles un échec de traitement ?
5. Comment interpréter et gérer un résultat de charge virale élevée ?
6. Pourquoi est-il important d'agir rapidement en cas d'échec de traitement ?
7. Qui est responsable d'une charge virale élevée pour un patient : le patient, le clinicien ou le système de santé ?
8. Comment passer à un régime de seconde ligne ?
9. Quels sont les principes de substitution d'un seul arv ?
10. Quel soin particulier doit être pris avec une tarv dans la gestion d'un patient atteint d'hépatite B ?
11. Comment gérer un patient présentant des charges virales élevées avec un régime à base d'IP ?
12. Quels sont les principes d'utilisation des génotypes ?
13. Comment peut-on construire un régime de troisième ligne ?





Veuillez noter que ce sujet est traité plus en détail dans le cours de formation **e-learning VIH/TB de MSF SAMU**. Voir « comment utiliser ce manuel » pour plus de détails.

La prise en charge d'un échec thérapeutique potentiel est l'un des principaux défis de la décennie 2010-2020. Ce chapitre traitera suffisamment en détails le sujet pour que le praticien en consultation externe puisse le gérer efficacement. Pour ceux qui souhaitent plus de formation dans ce domaine, des références pour informations supplémentaires sont à disposition.

Dans ce chapitre, nous répondrons à ces questions clés :

1. Comment une TARV échoue-t-elle ?
2. Quelle est la meilleure façon de surveiller l'efficacité de la TARV ?
3. Comment l'échec du traitement est-il défini ?
4. Toutes les anomalies cliniques, immunologiques ou virologiques signifient-elles un échec du traitement ?
5. Comment interpréter et gérer un résultat de charge virale élevée ?
6. Pourquoi est-il important d'agir sans plus tarder en cas d'échec avéré du traitement ?
7. Qui est responsable d'un patient présentant une charge virale élevée : le patient, le clinicien ou le système de santé ?
8. Comment passer un patient d'un régime de première ligne à un régime de seconde ligne ?
9. Quels sont les principes pour substituer un seul médicament dans la trithérapie ?
10. Quel soin particulier doit-on prendre lors d'une prescription de TARV pour un patient atteint d'hépatite B ?
11. Comment gérer un patient sous régime à base d'IP (Inhibiteur de protéase) présentant des charges virales élevées ?
12. Quels sont les principes d'utilisation des génotypes ?
13. Comment construire un régime de troisième ligne ?

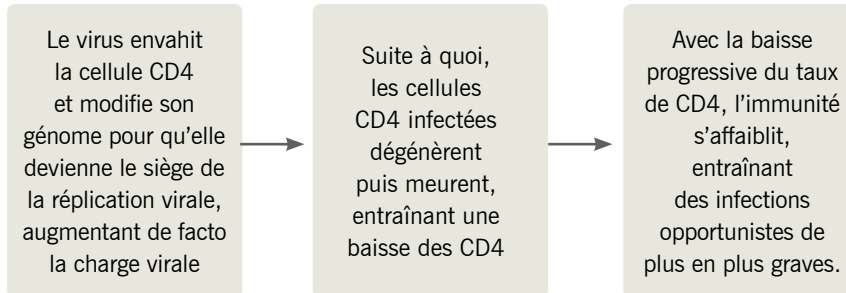


Algorithme pour la prise en charge d'une charge virale élevée

À la fin du chapitre, un algorithme guide le clinicien à travers les différentes étapes dans la gestion d'une charge virale élevée.

1. Comment une TARV échoue-t-elle ?

L'histoire naturelle du VIH dans l'organisme est brièvement la suivante :



L'initiation d'une TARV efficace inverse tout ce processus, entraînant une chute de la charge virale, suivie de l'augmentation des CD4 et, avec le temps, une réduction progressive de la gravité et de la fréquence des IO.

Si les ARV sont arrêtés, la situation s'inverse à nouveau. Le bon sens voudrait que la reprise du traitement de manière régulière et aux doses thérapeutiques correctes redonne rapidement au patient une amélioration clinique et paraclinique. On le constate parfois mais, insidieusement, avec le temps, l'administration d'ARV en dessous des concentrations sanguines efficaces est susceptible de développer des **résistances**. Même si le traitement est pris correctement, si une résistance apparaît le processus ne s'inversera pas : elle restera en mémoire.

La résistance à un ARV se développe par une accumulation de virus mutants. Si les conditions sont réunies pour qu'un virus mutant puisse se développer en nombre important, leur présence dans l'organisme est définitive (il est «**archivé**») et la résistance à cet ARV est irréversible.

Si une résistance s'est développée à partir des 3 ARV qui composent la thérapie, c'est l'ensemble du régime qui ne fonctionne plus, quel que soit l'adhérence du patient. Il n'y a pas d'autre alternative à cet **échec de traitement** (ou de régime) que de lui proposer un nouveau régime.

Ces virus mutants, souvent désignés par leurs mutations (par exemple M184V, K65R), peuvent tous être détectés par un test spécifique appelé génotype. Pour gérer efficacement les échecs thérapeutiques liés aux résistances, il n'est pas nécessaire de connaître le nom des mutations, ni même de comprendre comment le mécanisme des mutations fonctionne mais plutôt de savoir comment les détecter et les prendre en charge. C'est ce que propose le reste de ce chapitre.

Dans quelle mesure l'adhérence est essentielle pour prévenir le développement d'une résistance ?

Malheureusement, il y a très peu de marge d'erreur lors d'une TARV. L'adhérence doit être supérieure à 90%, ce qui signifie en réalité pas plus de deux erreurs par mois.

Qu'entend-on par erreur ?

- Avec la combinaison couramment utilisée de TDF + 3TC + EFV ou TDF + 3TC + DTG, une erreur est un retard de plus de 12 heures.
- Avec l'AZT et les IP, une erreur est un retard de plus de 2 heures.

La situation est dangereuse lorsque les taux sanguins d'ARV sont en dessous du seuil thérapeutique car les virus sont alors capables de se reproduire. Par conséquent :

- Si la TARV n'est prise que 50 à 90% du temps, le taux d'ARV dans le sang atteint rarement un seuil capable d'empêcher complètement toute répllication virale. Par ailleurs, si la TARV se poursuit en dose sub-optimale laissant des traces d'ARV dans le sang, les virus peuvent se répliquer tout en étant exposés à des taux sanguins d'ARV en dessous des seuils de blocage (pression sélective), favorisant l'émergence de virus mutants. C'est le pire scénario pour développer une résistance.
- Si la TARV n'est prise que 10 à 20% du temps, il y a très peu de chance qu'elle soit efficace car le taux sanguin des ARV est bien en dessous du seuil thérapeutique. Les baisses fréquentes conduiront à un taux quasi nul d'ARV dans le sang. Le virus se réplique sans contact avec des médicaments, limitant ainsi ses chances de se développer en virus mutant. La TARV est donc totalement inefficace dans ce scénario mais, à l'inverse, la possibilité de développer une résistance avec une adhérence de 10 à 20% est en fait inférieure à celle de 50-90%.
- En suivant cette logique, l'arrêt complet de tous les ARV d'un seul coup ne devrait pas conduire au développement d'une résistance. Au cours des premières années de l'utilisation des TARV, les cliniciens ont appris à "couvrir la queue de traitement des INNTI " (voir les détails à la page 428).

Connaitre les antécédents de TARV est donc toujours important lors de l'exploration d'une charge virale élevée, cela permet d'évaluer la probabilité de développement d'une résistance.

La résistance se développe à différentes périodes pour différents ARV.

Le VIH devient résistant aux différents types d'ARV selon une chronologie propre à chacun.

- Assez rapidement (quelques mois) pour des INTI spécifiques (TDF, 3TC, ABC) et les deux INTI couramment utilisés (EFV et NVP) et RAL
- Plus lentement (6 à 12 mois) pour les INTI analogues à la thymidine (médicaments se terminant par «T» - AZT et D4T).
- Beaucoup plus lentement pour les IP et le DTG, pour lesquels la résistance se développe rarement en moins de 12 mois.



Il existe de nombreuses causes de diminution des taux sanguins d'ARV

La cause la plus fréquente est une mauvaise adhérence du patient mais d'autres causes peuvent également être rapportées. Les cliniciens devront évaluer ces causes et s'abstenir de porter des jugements ou d'accuser trop rapidement le patient. La question de l'accompagnement du patient pour l'aider au mieux à respecter son traitement est abordée plus complètement dans le **chapitre 25**.

Les raisons d'échecs qui relèvent exclusivement de la responsabilité du clinicien sont :

- De ne pas administrer une double dose de LPV/r avec la rifampicine (voir le **chapitre 7**)
- De ne pas augmenter la dose chez un enfant en fonction des variations de sa courbe de poids
- De ne pas changer l'antiépileptique en cours pour du valproate (Voir **chapitre 7**)
- De ne pas investiguer plus en avant en cas de diarrhée et / ou de vomissements suffisamment importants pour expliquer une insuffisance d'absorption des ARV
- De ne pas explorer une maladie mentale ou une toxicomanie qui affectent souvent l'adhérence.



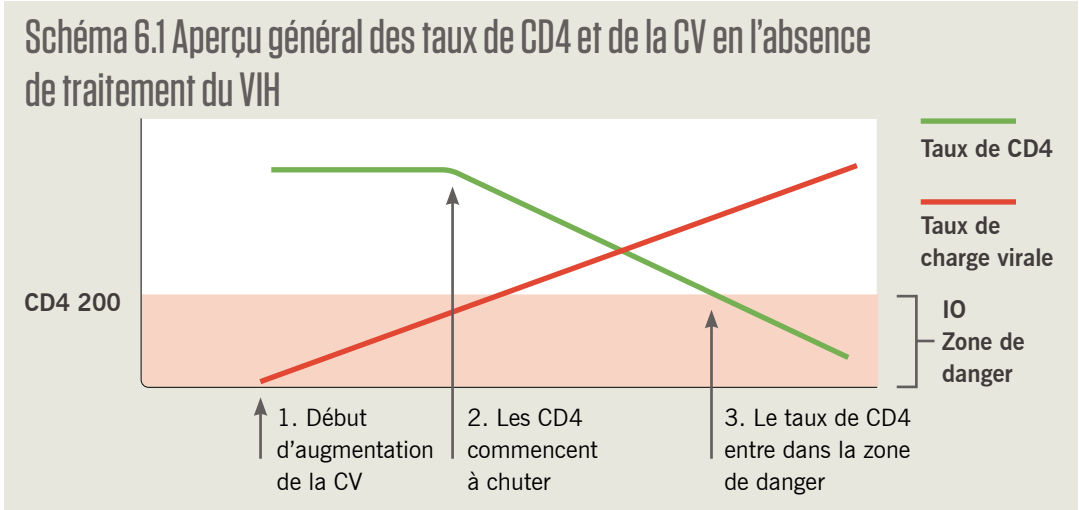
2. Quelle est la meilleure façon de surveiller l'efficacité de la TARV ?

Le virus évolue différemment selon la présence ou non d'ARV. La surveillance de l'efficacité d'une TARV implique logiquement les trois composantes ci-dessous :

- La quantité de virus dans le sang par le test de charge virale (CV)
- Le statut immunologique du patient par le taux de CD4
- L'état clinique du patient notamment sur le développement ou non de nouvelles infections.

Pour ces 3 éléments, les modifications se produisent dans un ordre particulier ce qui permet de garantir la fiabilité de leur utilisation dans la détection précoce de l'échec au traitement.

Représenté sur un graphique, cela correspond à ceci :



Notes

L'indicateur le plus précoce en faveur d'un dysfonctionnement est l'augmentation de la charge virale.

Puis une chute du taux de CD4, un ou deux mois après la modification de la charge virale.

Enfin, de nouvelles infections peuvent apparaître mais, malgré un très faible taux de CD4, ce n'est pas toujours le cas.



Se référer aux lignes directrices de l'OMS

Sur la base d'études sérieuses, l'OMS recommande maintenant que la **charge virale soit la méthode de surveillance de choix** pour diagnostiquer l'échec de la TARV. Le taux de CD4 et la surveillance clinique seront des indicateurs de deuxième choix, uniquement si la surveillance de la CV est indisponible.

Que faire si je ne dispose pas de test de charge virale de routine pour la surveillance ?

L'OMS reconnaît que tous les pays n'ont pas la capacité d'effectuer des tests de charge virale de routine pour la surveillance. Dans ce cas, elle préconise d'autres examens pour diagnostiquer des échecs de traitement tels que le taux de CD4 et la surveillance clinique.



Se référer aux lignes directrices de l'OMS

3. Quelle est la définition d'un échec de traitement ?

Le tableau 6.1 montre les définitions de l'OMS de l'échec clinique, immunologique et virologique, pour argumenter la décision de changer de régime de traitement. Veuillez consulter vos **recommandations nationales**, car elles peuvent être différentes des définitions de l'OMS ci-dessous.

Tableau 6.1 Définitions de l'OMS de l'échec clinique, immunologique et virologique chez les adultes et les adolescents

Échec	Définition	Commentaires
Échec Clinique	Événement clinique nouveau ou récurrent indiquant une immunodéficience sévère (stade clinique 4 de l'OMS) après 6 mois de traitement efficace.	La pathologie doit être différenciée d'un IRIS survenant après le début de la TARV.
Échec immunologique	Taux de CD4 inférieur ou égal à 200 cellules/ml à la suite d'un échec clinique OU Persistance des taux de CD4 en dessous de 100 cellules/ml.	La pathologie doit être sans infection concomitante ou récente pour être à l'origine d'une baisse transitoire du nombre de cellules CD4.
Échec virologique	Suite au test de CV initial, c'est une charge virale supérieure à 1 000 copies / ml, confirmée par deux mesures espacées de 3 mois, avec accompagnement et suivi dans l'adhérence au traitement.	Un patient doit prendre une TARV pendant au moins six mois avant de pouvoir affirmer que le traitement a échoué.

4. Toutes les anomalies cliniques, immunologiques ou virologiques signifient-elles un échec de traitement ?

Le tableau 6.1 expose les conditions spécifiques qui doivent être remplies pour qu'un diagnostic d'échec thérapeutique soit établi. Si c'est le cas, le traitement ARV doit être modifié car il est inefficace. On constate souvent un problème de suppression de CV sans pouvoir faire la distinction entre adhérence et résistance et acter pour un changement de régime. Toutefois la rapidité de décision sera un atout important pour empêcher le développement de résistances supplémentaires.

- Pour ceux qui n'ont pas accès aux tests de charge virale, toute chute de CD4 (généralement plus de 20%) ou toute nouvelle infection ne répondant pas aux critères d'échec au traitement ci-dessus sont plutôt des signes en faveur d'un défaut d'adhérence. Le patient a besoin d'être mieux soutenu. Pour plus de détails à ce sujet, se reporter aux recommandations nationales.
- Pour ceux qui ont accès au test de charge virale, l'interprétation des résultats est détaillée dans les paragraphes suivants.

5. Comment interpréter et gérer un résultat de charge virale élevé ?

Une charge virale élevée signifie que la TARV n'est pas suffisamment efficace pour arrêter la réplication virale. Il y a trois raisons majeures possibles :

1. Le patient ne prend pas correctement le traitement antirétroviral (mauvaise adhérence), ou bien, l'absorption médicamenteuse par l'organisme est insuffisante (sous-dosage, pertes : diarrhée, etc, comme indiqué dans le paragraphe 1 de ce chapitre).
2. Le virus est devenu résistant aux ARV.
3. Le virus avec lequel le patient a été infecté à l'origine est résistant (résistance transmise).

La difficulté réside dans le tri parmi les éléments suivants :

- Y a-t-il échec au traitement ?
- Quand les médicaments sont-ils encore efficaces ?
- Comment gérer au mieux les choses à partir de là ?

Les différents termes ne sont pas toujours utilisés à bon escient et créent des confusions. Il est important que tout le monde sache à quoi on se réfère.

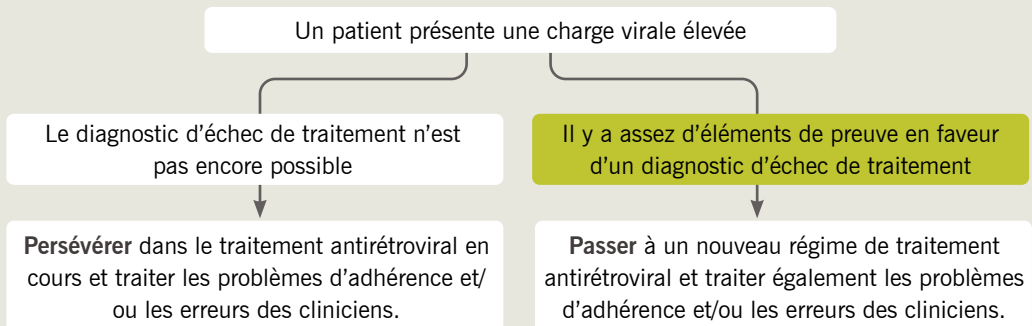
Résistance : le terme est utilisé lorsqu'une mutation résistante à un médicament particulier s'est développée. La "résistance" est également utilisée pour désigner tout un régime (c'est-à-dire pour désigner l'inefficacité thérapeutique pour tous les médicaments de ce régime).

Échec du traitement ou échec du régime : Le régime de traitement médicamenteux en cours n'est plus efficace (c'est-à-dire que le virus du patient est maintenant résistant à tous les médicaments du régime).

Echec virologique : Il se rapporte au type spécifique d'échec (voir tableau 6.1).

Pour tout patient avec une charge virale élevée, le clinicien doit établir en fin de consultation lequel des deux diagnostics s'applique et prendre sans tarder les décisions qui en découlent (schéma 6.2).

Schéma 6.2 Vue d'ensemble de la gestion d'une charge virale élevée



Chaque pays a son propre algorithme pour guider le clinicien dans la gestion du patient avec une charge virale élevée mais tous les algorithmes conduisent le clinicien à l'un de ces choix. Ce paragraphe explique les principes qui guident cet algorithme.

Envisager le scénario suivant :

Vous êtes un vendeur dans une quincaillerie et un client demande de l'aide pour une infestation domestique de fourmis. Vous lui donnez une bouteille de 100 ml de poison, une seringue de 10 ml et un flacon pulvérisateur de 500 ml et vous lui dites de mettre 10 ml de poison dans la bouteille et de la compléter avec de l'eau jusqu'à 500 ml puis de vaporiser une fois par jour dans toute la maison pendant une semaine.

Il revient une semaine plus tard, et vous dit que le poison ne fonctionne pas. Vous lui demandez d'expliquer comment il a préparé la solution et il vous informe que, parce que c'était cher, il n'a mélangé que 5 ml de poison dans l'eau. De plus, comme il est rentré tard chez lui 3 fois dans la semaine, il n'a pulvérisé que quatre fois sa maison.

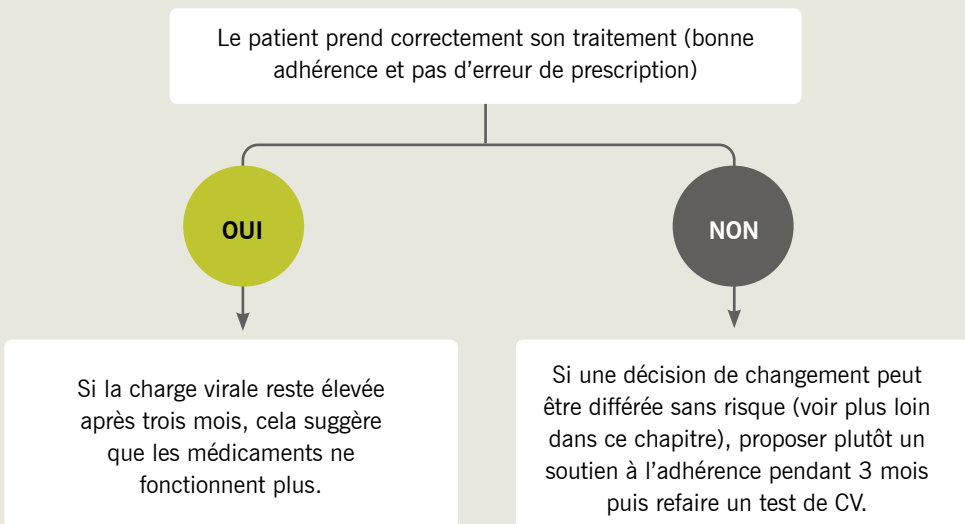
Le poison est-il inutile ou vaut-il un autre essai ?

De toute évidence, le poison n'a pas été utilisé correctement. On ne peut donc pas conclure à son inefficacité. Si le client revient une semaine plus tard, après avoir utilisé le poison exactement selon vos instructions et pour un même résultat, il sera alors possible d'affirmer que le poison est inefficace et qu'il faut en changer.



Avec le traitement du VIH, nous suivons le même principe que dans l'analogie des fourmis ci-dessus.

Schéma 6.3 : Prendre une décision basée sur une charge virale élevée



L'important est d'être pragmatique dans son approche. L'OMS définit l'échec du traitement comme : 2 tests de CV consécutifs à 3 mois d'intervalle avec des résultats supérieurs à 1 000 éléments /ml pour les 2, malgré un accompagnement et suivi de l'adhérence après le premier test.

En pratique, on peut utiliser un mémo par une règle simple : '123A (adhérence)'

1. Les tests de charges virales doivent être supérieurs à 1 000 pour les deux (une valeur qui peut être mesurée dans la plupart des contextes et qui sous-entend que les médicaments sont soit inefficaces, soit pris de façon incorrecte).
 2. Il doit y en avoir 2 (nous devons être en mesure d'avoir un résultat de référence, puis un autre plus tard après un travail de soutien à l'adhérence afin d'apprécier les résultats selon des critères fiables, selon le même principe que la désinfestation contre les fourmis).
 3. Ils doivent être à 3 mois d'intervalle (la plupart des charges virales, même pour des taux de départ très élevés deviennent indétectables après déjà deux mois donc, trois mois reste une marge sécuritaire fiable si l'adhérence est correcte et les médicaments efficaces).
- A. Il doit y avoir une bonne adhérence pendant ces trois mois (si le patient ne prend pas les médicaments de manière adéquate, l'analyse n'est pas fiable).

Si vous ne pouvez pas cocher 1, 2, 3 et A chez un patient présentant une charge virale élevée, vous ne pouvez pas conclure à un échec virologique selon les critères de l'OMS. Par conséquent, recherchez plutôt des erreurs du clinicien et des défauts d'adhérence. Veuillez noter les exceptions ci-dessous, surtout au point c.



Répondre aux problèmes d'adhérence est un de nos plus grands défis.

Un engagement empathique sans jugement avec le patient est essentiel.

Exemple (avec un ton amical) : « Je peux voir à partir de vos résultats que la charge virale est en hausse et que vous n'avez pas pris certaines doses de votre traitement. À quelle fréquence pensez-vous que cela se produit ? » *(Indiquer d'emblée, de façon objective et sans jugement, que certaines doses ne sont pas prises contourne la question de savoir si c'est vrai ou non. Le ton amical utilisé efface tout mécontentement de la part du clinicien voire invite le patient à mieux se confier pour mieux l'aider).*

Pour des recommandations plus détaillées, voir le **chapitre 25**.

Exceptions à la règle 123A

- a. **Que faire si votre labo local est en mesure de fournir des valeurs de charge virale inférieures à 1 000 et qu'un patient continue d'obtenir des taux entre 100 et 1 000 ? Est-ce un problème ?**

Ceci fait référence à une charge virale basse. Tant qu'il y a une valeur, même si elle est de 120 copies, cela signifie que le virus se reproduit et, s'il est en contact avec des ARV circulants, il y a un risque de développement de résistance. Cependant, comme les taux de CV sont bas, le processus sera beaucoup plus lent. La directive 2016 de l'OMS recommande de ne pas modifier le traitement si la charge virale reste inférieure à 1 000 éléments par ml, mais il est important de surveiller les mises à jour, car cela pourrait changer à l'avenir. Cependant, même si le schéma thérapeutique n'est pas modifié, c'est un signe avant-coureur d'une adhérence non optimale qui nécessite de prendre des mesures pour l'améliorer.

- b. **Qu'arrive-t-il s'il y a deux charges virales consécutives supérieures à 1 000, mais à plus de trois mois d'intervalle ?**

Cela ne relève pas strictement de la règle 123A (directives de l'OMS en cas d'échec thérapeutique), le diagnostic d'échec au traitement devra donc être interprété différemment. Si l'investigation montre que l'adhérence du patient a été correcte entre les 2 prises de charges virales, on optera pour l'option d'un échec de traitement. Dans le cas contraire, si l'adhérence a été faible, l'échec au traitement et une possible résistance sont remis en cause. (voir l'analogie de la fourmi à la page 83). Le changement de ligne ARV est donc remis à plus tard sauf s'il y a des signes de VIH avancé – voir (c) ci-dessous

- c. **Que faire si l'adhérence est mauvaise ou s'il y a des doutes à ce sujet ?**

Il y a une augmentation de la morbidité et de la mortalité due au retard de passage de la première à la deuxième ligne de traitement. Ce retard s'explique pour un patient dont les séances d'accompagnement et de suivi de l'adhérence ne sont pas encore terminées ou nécessitent d'être approfondies. **Il est plutôt recommandé de faire un changement de régime dès que possible en cas de doute, plutôt que de trop attendre.** On insiste fortement sur ce principe dans l'algorithme proposé à la fin de ce chapitre.

Le compte de CD4 ou l'état clinique du patient aideront également à prendre une décision. Si le taux de CD4 est faible ou si une nouvelle infection opportuniste significative apparaît, perdre du temps pour optimiser l'adhérence n'est pas une option car le patient pourrait décéder rapidement. Même si l'adhérence n'est pas idéale, la charge virale est plus susceptible de répondre à des médicaments dont l'efficacité est certaine dans un nouveau régime de deuxième ligne, qu'à ceux dont on n'est pas sûr.

S'il n'y a pas de nouvelle IO et/ou que les CD4 sont élevés, un renforcement de l'adhérence est préférable plutôt que de précipiter un changement de traitement. Il est aussi essentiel de pouvoir garder un contact régulier avec le patient afin de pouvoir l'évaluer régulièrement.





d. Il y a une différence entre les patients prenant un traitement à base d'INNTI et ceux prenant des IP.

Comme indiqué dans le paragraphe 1 de ce chapitre, la vitesse avec laquelle la résistance aux ARV se développe est différente selon les traitements. Il faut beaucoup plus de temps pour développer une résistance aux IP et au DTG que pour un régime à base d'INNTI. Si les tests des deux charges virales sont élevées et se situent dans la première année d'un traitement à base de DTG ou IP, d'autres options doivent être examinées comme l'adhérence ou les erreurs possibles du clinicien avant de conclure à un échec du traitement (voir le **paragraphe 11** de ce chapitre).

6. Pourquoi est-il important d'agir rapidement en cas d'échec du traitement ?

- Si l'échec thérapeutique est confirmé, les médicaments en cours sont donc inefficaces, ce qui revient à ne rien prendre du tout. Poursuivre le traitement ou ne pas en prendre conduit aux mêmes résultats : une baisse progressive des CD4, une aggravation de l'immunité et la mort éventuelle du patient par une IO.
- Par contre, plus le patient poursuit un traitement inefficace et plus le VIH devient résistant aux médicaments. Par exemple, si un patient sous TDF, 3TC et EFV est laissé sous ce régime alors qu'il est inefficace, le virus deviendra, au bout d'un an ou deux, résistant à l'AZT et, avec le temps, à bien d'autres médicaments ce qui limite les choix pour une 2ème ligne efficace.

C'est pour cette raison que dès que le diagnostic d'échec au traitement est posé, les médicaments doivent être modifiés. Tout retard à ce changement augmente de façon conséquente la morbidité et la mortalité.

7. Qui est responsable d'une charge virale élevée chez un patient : le patient, le clinicien ou le système de santé ?

Malheureusement, le patient est souvent la cible de critiques sévères de la part des professionnels de santé. Pourtant, si sa responsabilité est parfois engagée, dans de nombreux cas, il n'y est pour rien.

Tableau 6.2 Responsabilité de la charge virale élevée d'un patient

Personne ou entité responsable	Causes de charge virale élevée
Clinicien responsable	Ne pas avoir prescrit de double dosage LPV/r avec de la rifampicine.
	Dose non augmentée en fonction du poids de l'enfant (erreur classique chez les enfants).
	Ne pas avoir changer le traitement en faveur du valproate en cas d'épilepsie.
	Ne pas avoir suspecté et informé le patient en cas de diarrhées et / ou de vomissements importants.
	Ne pas avoir détecté de maladie mentale, une toxicomanie ou bien ne pas être disposé à aider plus en avant le patient.
Système de santé responsable (quelques exemples)	Conseils à l'adhérence insuffisants aboutissant en un accompagnement inadéquat pour commencer.
	Absence de suivi des patients perdus de vue.
	Peu d'opportunités pour le patient de poser des questions ou de faire part de ses inquiétudes.
	Rupture de stock de médicaments.
	Défaut de gestion clinique des résultats de la charge virale.
Lié au patient	Fatigue de traitement.
	Insécurité alimentaire.
	Stigmatisation.
	Alcool ou abus de substance psychotrope.

Avant de porter toute la responsabilité sur le patient, il est fortement suggéré que le clinicien passe en revue les points de contrôle ci dessus (tableau 6.2) pour identifier plus largement les causes d'une charge virale élevée.

Même si l'engagement et le sérieux du patient sont insuffisants, le culpabiliser n'aboutit à rien. Une approche basée sur l'écoute et le soutien produira plus certainement des effets positifs (voir l'exemple plus haut dans ce chapitre ainsi que le **chapitre 25** pour plus de détails sur le soutien et les conseils aux patients).

8. Comment passer un patient à un régime de seconde ligne ?

Le régime idéal de deuxième ligne serait d'élaborer un traitement pour lequel est testé le profil de résistance de chaque médicament ARV. Le coût d'une telle recherche étant élevé, les combinaisons de médicaments se font sur la base de probabilité de résistance.



Mise à jour



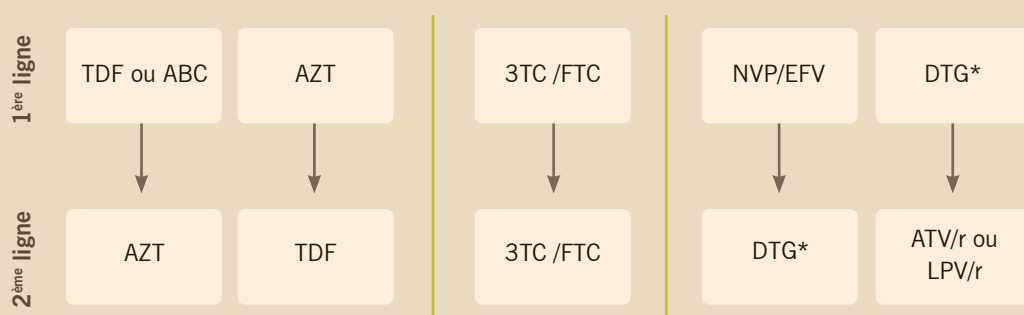
Se référer aux lignes directrices de l'OMS

Choix du régime

Dans les Directives consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH (OMS, 2016), le Tableau 4.8 recommande les régimes thérapeutiques de deuxième intention. Veuillez toutefois consulter également vos directives nationales, car elles peuvent différer.

Les principes essentiels suivants s'appliquent :

Schéma 6.4 Choix des médicaments de seconde ligne



samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018

Si le choix d'un médicament de deuxième ligne est contre-indiqué (par exemple AZT avec anémie sévère, TDF avec insuffisance rénale sévère), les autres INTI peuvent être utilisés. S'il y a encore des complications, demander de l'aide.

- * Voir le tableau 3.2 à la page 36 pour des directives plus détaillées sur le DTG. À mesure que de nouvelles données deviennent disponibles, ces directives peuvent être mises à jour. Veuillez vérifier les mises à jour sur le site **Web du SAMU** : samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018



Besoin de soutien au patient, voir chapitre 25

Soutien aux patients lors du changement de régime thérapeutique

Le soutien au patient (afin qu'il comprenne les raisons du changement de son traitement, les nouveaux effets secondaires potentiels et qu'il obtienne des réponses concernant ses interrogations) est essentiel pour accompagner ce changement (voir le chapitre 25).

9. Quels sont les principes de substitutions d'un seul ARV ?



Quand peut on faire le changement d'une seule molécule en toute sécurité ?

Le changement d'une seule molécule se fait le plus souvent lorsque des effets secondaires difficilement supportables liés à cette molécule se développent. En règle générale, l'ARV en cause est remplacé par un autre qui n'a pas le même profil d'effets secondaires. Cependant, si au moment du changement, il y a une résistance générale au traitement en cours, il y a de fortes chances pour que le médicament nouvellement prescrit devienne également résistant.

Un échec du régime en cours signifie que les 3 médicaments sont inefficaces. Si un seul médicament est changé (par exemple, TDF par l'AZT dans un régime défaillant de TDF, 3TC et EFV), on considère que toute l'efficacité du traitement repose alors sur ce nouvel ARV, pour lequel une résistance se développera à son tour en peu de temps. Il devra donc être écarté d'une nouvelle combinaison pour un régime de deuxième ligne.

Avant tout changement, il est important d'évaluer d'abord s'il y a résistance au régime en cours. Si c'est le cas, deux actions doivent suivre :

1. La décision concernant le changement de traitement doit être prise selon que le médicament incriminé est un INTI ou un INNTI.
2. Le processus habituel de gestion d'un possible échec de traitement doit être suivi comme détaillé ci-dessus.

Pour des informations plus détaillées sur les changements de molécule unique, voir les lignes directrices consolidées 2016 de l'OMS, tableau 14.13, page 137.

INTI :

- Il est acceptable d'effectuer un changement de molécule unique dans les 6 premiers mois après le début de la TARV, période où la plupart des effets secondaires se manifestent et qu'il est très improbable que la résistance ait eu le temps de se développer.
- Si le changement d'un INTI unique est nécessaire après plus de 6 mois de traitement, une évaluation doit être faite pour écarter la probabilité d'un échec du régime en cours. Si aucun test de charge virale n'a été effectué depuis plus de 3 ou 4 mois, il est impératif de le faire avant de procéder au changement. Parfois la nécessité d'une décision est assez urgente pour ne pas attendre le résultat du test. Dans ce cas, seule l'appréciation clinique permettra de choisir entre la modification d'un seul ARV ou le passage à une deuxième ligne de traitement. Il est recommandé de consulter un clinicien expérimenté avant de procéder à cette opération.

- Si un échec au traitement est écarté, les principes suivants s'appliquent lors du changement des INTI :
 - ABC se substitue généralement à TDF car il est préférable de garder AZT pour un passage possible à un traitement de deuxième ligne.
 - TDF se substitue plutôt à AZT, car ABC n'est pas aussi efficace en régime secondaire.
 - Cependant, si le médicament de substitution de choix n'est pas disponible ou contre-indiqué, n'importe quelle option INTI peut être utilisée.

INNTI :

Des substitutions entre EFV et NVP peuvent être effectuées, que le régime actuel soit défaillant ou pas. Un tel changement est parfois souhaitable, par exemple, pour un patient qui est sous NVP et qui doit commencer un traitement antituberculeux où la NVP n'est pas idéale, ou, pour un patient qui est sous EFV et qui présente des effets secondaires neuropsychiatriques significatifs. Les profils de résistance de la NVP et de l'EFV sont presque identiques donc, toute résistance à l'un entraînera une résistance avec l'autre. En changeant l'un pour l'autre, il n'y a donc pas de risque de développer de résistance supplémentaire donc autant le faire sans délais. La question de la résistance possible aux INNTI doit être traitée conformément aux principes de résistance de classe.

10. Quel soin particulier doit être pris avec une TARV dans la gestion d'un patient atteint d'hépatite B ?

Le traitement optimal de l'hépatite B consiste à utiliser deux médicaments, le 3TC et le TDF, le TDF étant le plus puissant des deux. Si le TDF est arrêté, ne laissant que 3TC comme seul médicament anti-hépatite B actif, plus de 90% des patients deviendront résistants au 3TC dans les cinq ans. Il faut donc impérativement maintenir les deux médicaments même en cas de passage à une deuxième ligne. Pour cela, procéder comme suit :

- Si une première ligne TDF/3TC/EFV échoue et que le patient est porteur de l'hépatite B, le TDF doit être maintenu dans le régime de seconde ligne, même s'il est inefficace sur le VIH. Le régime de choix comporterait donc quatre médicaments : AZT, 3TC, DTG ou IP plus TDF.
- Si ce même traitement de première ligne échoue, que le statut du patient pour l'hépatite B est inconnu, il est important de tester la présence du virus de l'hépatite avant de décider si le TDF doit être maintenu en deuxième ligne.
- Si TDF est contre-indiqué pour insuffisance rénale, demander conseil. Continuer à utiliser le TDF peut être pertinent mais à dose réduite et avec une surveillance rénale étroite. Un autre choix possible est d'introduire de l'entécavir, un traitement de l'hépatite B moins néphrotoxique.

11. Comment gérer un patient présentant des charges virales élevées avec un régime à base d'IP ?



La prise en charge est fondée sur deux principes, différents d'un régime à base d'INNTI :

1. Comme mentionné dans le paragraphe 1 de ce chapitre, il est très improbable que le virus ait le temps de développer une résistance à un IP au cours des 18-24 premiers mois, même en présence d'une adhérence médiocre. C'est généralement beaucoup plus long.
2. Une partie de la prise en charge consiste à faire un génotype : procédure coûteuse qu'il vaut mieux éviter de faire sauf si elle est indispensable. Il est préférable de la réserver pour un passage en 3ème ligne efficace.

Par conséquent, pour les patients sous traitement à base d'IP présentant tous les critères d'échec thérapeutique selon l'OMS (règle 123A), le diagnostic d'échec virologique est suspendu si le patient a été sous traitement IP pendant moins d'un an. Des études ont montré que dans la majorité des cas, l'étiologie de la résistance plaide pour une mauvaise adhérence plus qu'une résistance. Revoir l'approche clinique en paragraphe 7 de ce chapitre.

Ce n'est qu'après avoir exploré toutes les probabilités, que le diagnostic d'échec au traitement pourra être posé. A ce stade, un génotype peut se justifier pour guider le régime de 3ème ligne. Veuillez consulter votre guide national pour plus de détails.

Comme toujours, si le taux de CD4 est très faible, le risque est élevé pour le patient de développer des IO mortelles. Un changement de stratégie thérapeutique doit être envisagé au plus tôt avec demande de génotype pour guider le traitement de troisième ligne.

12. Quels sont les principes d'utilisation des génotypes ?



Le but de ce livre n'est pas de traiter de manière exhaustive les génotypes et les choix des médicaments de troisième ligne. Pour plus de détails, voir : "*Résistance médicamenteuse pour le VIH et la TB et manuel de prise en charge clinique*", qui peut être téléchargé sur le site **Web du SAMU**, <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinique-guide-2018>.

Les traitements de troisième ligne ne devraient idéalement jamais être établis sans faire un test de génotype préalable, afin de connaître le profil exact de résistance.



samumsf.org/fr/resources/msf-hivtb-clinique-guide-2018

Quelques principes importants dans l'interprétation des génotypes :

- Les critères d'échec thérapeutique pour un régime à base d'IP, tels que décrits dans le paragraphe 11 de ce chapitre, doivent être respectés, au risque de perdre du temps et de l'argent à faire un test inutile :
 - Le patient doit avoir suivi un régime à base d'IP pendant au moins un an.
 - La règle 123A pour le diagnostic de l'échec du traitement doit s'appliquer.
 - Des efforts substantiels pour résoudre les problèmes d'adhérence doivent être entrepris.
- Le patient doit avoir pris avec adhérence le régime, suspecté résistant, pendant au moins 4 semaines au moment du prélèvement pour génotype. A défaut, l'interprétation de l'examen est faussée. Si ce n'est pas le cas, reprendre ce traitement pour 4 semaines avant un nouvel examen sanguin.
- Le résultat d'un génotype ne peut être correctement interprété que si les régimes d'ARV précédents sont détaillés.

Les trois points ci-dessus sont des procédures standard à suivre en cas de demande de génotype et passage éventuel en 3ème ligne.



13. Comment peut-on construire un régime de troisième ligne ?

Pour plus de détails concernant les classes et les médicaments utilisés dans un régime de troisième ligne, veuillez consulter l'annexe 4.1.

Le régime de troisième ligne est construit comme suit :

OBR = Pilier INTI
optimisé choisi
par génotypage
(généralement deux
médicaments)

PLUS

Une combinaison de 2 de :

DRV/r = Darunavir/ritonavir

INI* = Dolutegravir (DTG)
Raltegravir (RAL)

ETV = Etravirine

* INI = Inhibiteur de l'intégrase

Les régimes habituellement utilisés au moment de l'écriture en 2018 sont :

DRV/r **PLUS**
DTG/RAL **PLUS**
2 X INI basés sur le génotype

OU

DRV/r **PLUS**
nouveau INNTI (Etravirine) **PLUS**
2X INI basés sur le génotype

Voir vos lignes directrices nationales et celle de l'OMS car des détails nouveaux vont probablement émergés dans un avenir proche.

Résumé

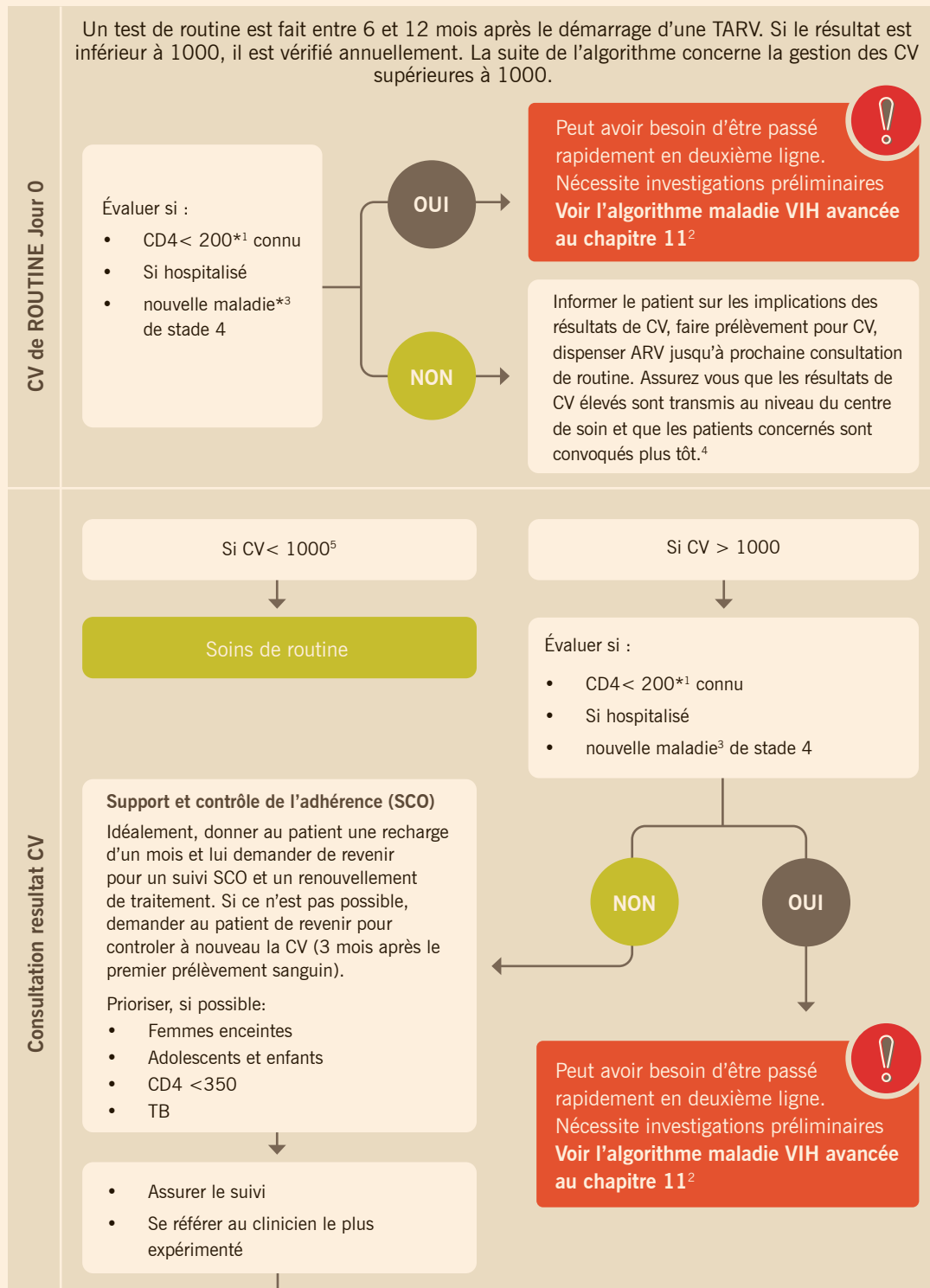
La prise en charge efficace d'un patient, présentant un échec possible à la TARV, est un défi majeur dans la prise en charge du VIH à l'échelle mondiale. Les réponses combinent bonnes connaissances cliniques, et éléments programmatiques nécessitant la participation des responsables des centres de santé. Ce chapitre rassemble les informations essentielles nécessaires à l'amélioration des compétences cliniques uniquement.

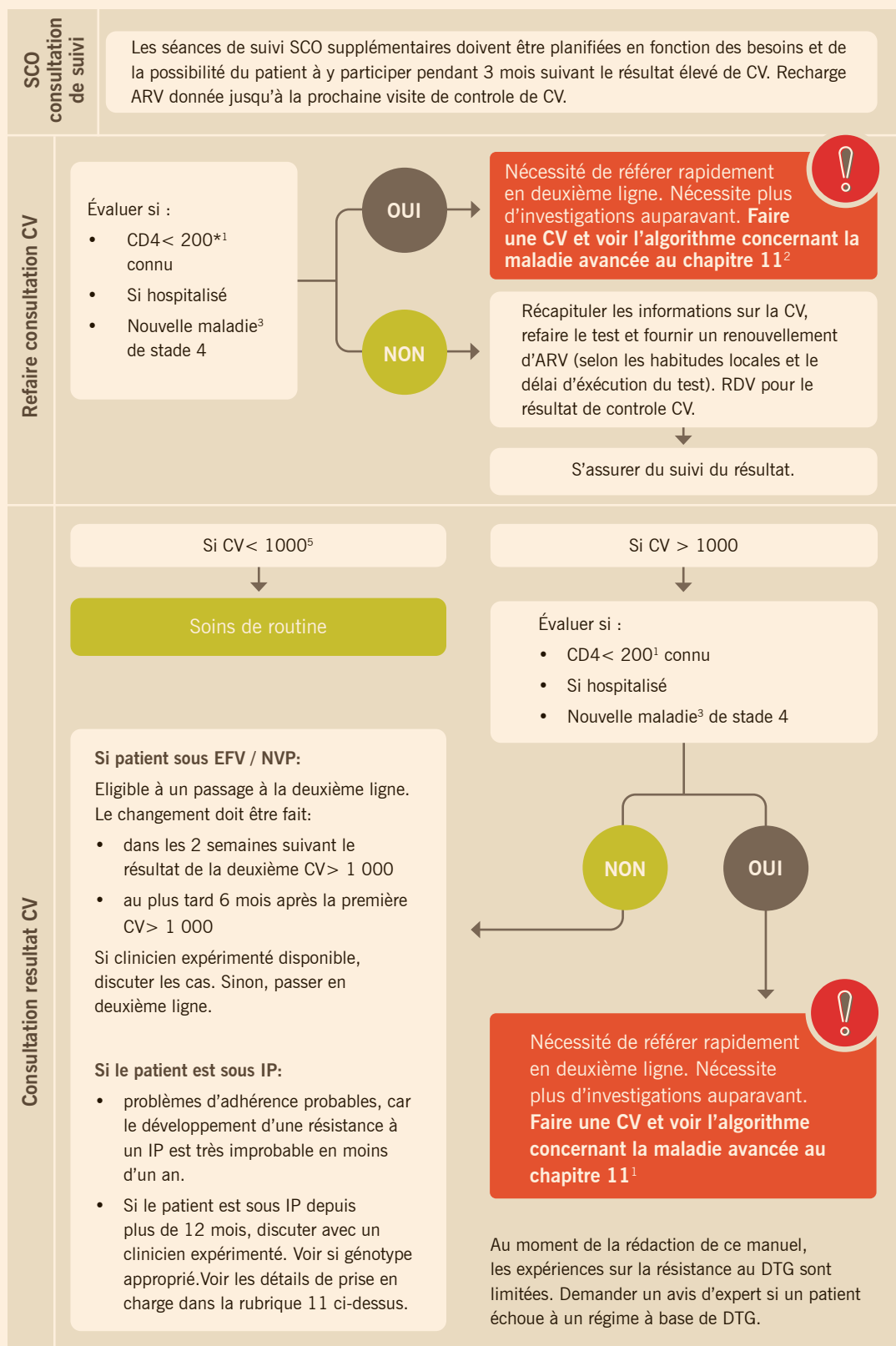


Algorithme de gestion d'une charge virale élevée

Pour une recommandation sur l'application rapide des principes cités ci-dessus, voir l'algorithme 6.1.

Algorithme 6.1 CV pour les patients sous régime de première et seconde ligne de traitement





Notes

1. Si les CD4 sont inconnus, faire une prélèvement et contrôler le résultat à la prochaine consultation.
2. Les patients décèdent faute de passage à un traitement efficace. Les encadrés rouges représentent les vérifications importantes à ne pas oublier pour les stades avancés justifiant un algorithme de passage en 2ème ligne accéléré. D'autant plus important si les délais de CV de contrôle > 3 mois.
3. L'apparition d'une comorbidité de stade 4 est pour l'OMS un indicateur clinique d'échec du traitement et une indication de passage à la deuxième ligne.
4. L'identification précoce des patients avec charge virale élevée, suivi d'une consultation urgente sont des éléments programmatiques essentiels pour réduire la morbidité et la mortalité.
5. Si un résultat de CV <1000 cp/ml est disponible, encourager les patients avec une CV entre 400 et 1000 à atteindre un résultat de "indétectable", car une faible virémie peut toujours conduire à une résistance.

Interactions médicamenteuses dans les traitements du VIH et de la tuberculose

Différents types d'interactions

Un bref exposé du devenir des
médicaments dans l'organisme
(pharmacocinétique)

Résumé : interactions
médicamenteuses dans le VIH/TB





Veuillez noter que ce sujet est plus détaillé dans la formation **e-learning VIH/TB de MSF SAMU**, et comprend des Quizz et des études de cas concrets. Voir 'Comment utiliser ce livre' pour plus de détails.

Avec des taux de co-infection VIH/TB atteignant jusqu'à 75% et des patients séropositifs dont l'espérance de vie augmente, il est courant de voir des patients prenant trois ARV, quatre médicaments antituberculeux, du cotrimoxazole, des traitements pour des pathologies chroniques et, très souvent, des remèdes traditionnels et/ou à base de plantes. Dans ce contexte il est inévitable qu'il y ait des interactions médicamenteuses problématiques. Le but de ce chapitre est de mettre en avant les éléments essentiels à connaître pour traiter ces problèmes dans les centres de santé VIH/TB.

La majeure partie du chapitre explique les mécanismes des interactions et se termine par des tableaux résumant les plus importantes avec leur prise en charge.

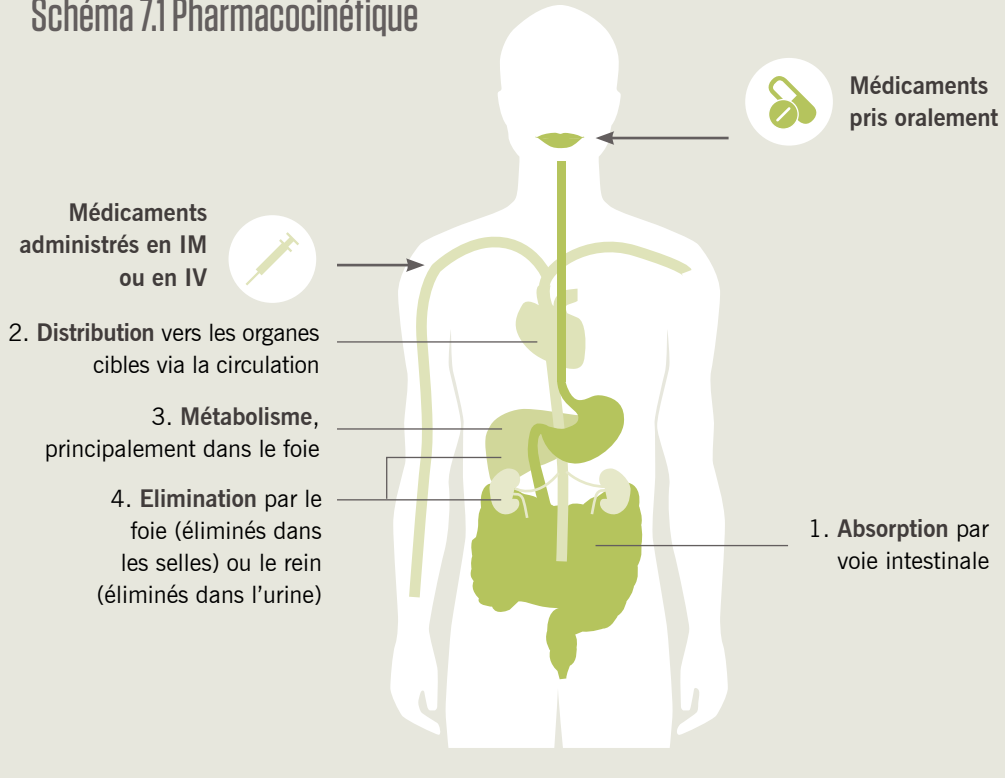
Différents types d'interactions

- Combinaisons d'ARV à proscrire car prescrits ensemble ils deviennent soit toxiques soit inefficaces
- Situations où l'absorption du médicament est affectée
- Utilisation de deux médicaments pouvant être toxiques pour le rein
- Utilisation de deux médicaments pouvant être toxiques pour le foie
- Induction et inhibition enzymatique

Un bref exposé du devenir des médicaments dans l'organisme (pharmacocinétique)

Le schéma 7.1 décrit la pharmacocinétique. Se référer également au schéma 7.3.

Schéma 7.1 Pharmacocinétique



1. **Absorption** : Le médicament passe dans la circulation sanguine par injection IM ou IV, ou via l'intestin quand il est pris oralement.
2. **Distribution** : le médicament se répartit dans le corps, vers les sites d'action et de métabolisme.
3. **Métabolisme** : Le médicament est métabolisé principalement par le foie. Les médicaments peuvent être activés ou désactivés par des processus métaboliques, ou ne pas être transformés.
4. **Élimination** : Il est ensuite éliminé principalement par le foie, les reins ou les deux.

Combinaisons d'ARV à éviter

Le chapitre 3 détaille dans un tableau divisé en 3 colonnes (chacune représentant un type d'ARV) comment réfléchir à un choix de médicaments pour constituer un régime de traitement (voir le schéma 7.2). Quasiment sans exception, des médicaments issus d'une même colonne ne sont jamais associés. Par exemple, nous ne donnons pas de TDF avec ABC ou AZT, sauf dans la situation exceptionnelle de prise en charge de l'hépatite B (**chapitre 6**, paragraphe 10).

Nous ne donnons pas de 3TC avec FTC et nous ne donnons pas non plus EFV, NVP ou DTG ensemble.

Schéma 7.2 Elaborer une TARV avec trois médicaments



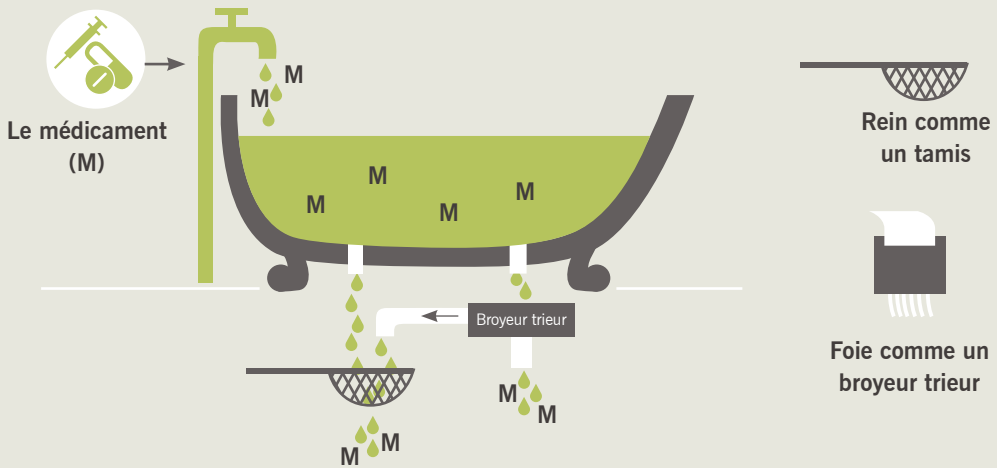
Situations où l'absorption du médicament est affectée

Dans certaines situations, l'absorption des médicaments peut être affectée :

- Si le patient souffre de diarrhées et de vomissements importants, une partie ou la totalité du traitement se retrouve alors dans les pertes ayant pour conséquence des concentrations médicamenteuses dans le sang trop basses pour être efficaces. En règle générale, si un patient vomit dans les deux heures suivant la prise orale de son traitement, il doit reprendre la même dose.
- Les IP sont mieux absorbés dans un milieu acide. Pris au cours des repas, ils seront donc mieux assimilés. L'oméprazole diminue le taux d'acide gastrique, c'est pourquoi il ne doit pas être administré avec l'atazanavir (ATV). Les autres IP sont moins affectés.
- Si l'EFV est pris avec un repas gras, son absorption est facilitée et sa forte concentration sanguine tend à occasionner plus d'effets secondaires. Il est donc préférable d'éviter les aliments gras lors de la prise d'EFV.

Ce diagramme simple (schéma 7.3) explique l'absorption, la distribution et l'élimination.

Schéma 7.3 Absorption, distribution et élimination des médicaments



Absorption : Le médicament (M) arrive dans l'organisme par voie orale, en IM ou en IV (représenté par le robinet).

Distribution : Il passe dans la circulation et atteint un taux sanguin défini (représenté par le M dans l'eau du bain).

Métabolisme et élimination : Le médicament est ensuite éliminé principalement par le rein et le foie, ou parfois d'abord métabolisé au niveau du foie puis éliminé par le rein (indiqué par la flèche).

- Le rein peut être assimilé à un tamis filtrant divers produits chimiques.
- Le foie peut être également assimilé à un "broyeur trieur". Les particules rentrent par une voie et sortent par une autre, changées ou cassées en petits morceaux. Un médicament peut donc être métabolisé en sa forme active, ou en métabolite inactif prêt à être éliminé.

Dans les deux cas, le dosage du médicament est basé sur ses propriétés pharmacocinétiques notamment sur la vitesse à laquelle il est éliminé de l'organisme si les fonctions hépatique et rénale normales sont conservées (par exemple 500 mg 3x par jour ou 200 mg une fois par jour).

Bien comprendre ces notions est une base nécessaire pour ce qui suit.

Utilisation de deux médicaments pouvant être néphrotoxiques

Dans certains cas, deux médicaments potentiellement toxiques pour le rein, peuvent être nécessaires pour traiter certaines affections. Le choix se portera donc sur des molécules dont les effets néphrotoxiques sont atténués.

Le même principe s'applique pour un patient atteint d'une pathologie rénale pour lequel on doit prescrire des médicaments dont l'élimination dépend du rein (voir le **chapitre 17** sur les maladies rénales.)

Parfois, la prescription est possible en réduisant les doses avec une surveillance stricte et régulière de la fonction rénale.

Afin de bien comprendre la pertinence des choix qui sont faits, il est important de savoir quels médicaments fréquemment utilisés pour le traitement VIH/TB sont éliminés par voie rénale (voir schéma 7.4).

Schéma 7.4 Médicaments éliminés par voie rénale

1. Tous les INTI **A** part l'**A**BC
2. Aucun médicament antituberculeux de première ligne, **E**xcepté l'**E**thambutol

Notez également que certains médicaments sont simplement éliminés par voie rénale alors que certains peuvent être aussi potentiellement néphrotoxiques



INTI :

Tenofovir*

3TC

d4T

AZT

TB médicaments :

Ethambutol

Streptomycine*

Kanamycine*

Capréomycine*

*** Aussi potentiellement néphrotoxique**

Pertinence dans l'approche clinique

Un patient qui est sous TDF a également souvent besoin d'un aminoglycoside (kanamycine ou capréomycine) ; ce qui est fréquemment le cas dans la prise en charge de la tuberculose.

La solution consiste à remplacer le TDF par de l'ABC ou de l'AZT, jusqu'à ce que l'aminoglycoside ne soit plus nécessaire.

Utilisation de deux médicaments pouvant être hépatotoxiques

Tous les INNTI et les IP sont potentiellement toxiques pour le foie, et tous les antituberculeux de première ligne, à l'exception de l'éthambutol, le sont également. Ceci est important pour les patients sous ARV et antituberculeux en même temps. La NVP est généralement évitée avec le traitement antituberculeux et, en général, lorsque les patients prennent des antituberculeux et des ARV la probabilité de développer une lésion hépatique induite par un médicament (DILI) est plus élevée (voir le **chapitre 16** sur les maladies hépatiques)..



Les médicaments suivants peuvent tous être hépatotoxiques :

Antituberculeux

- Rifampicine
- INH (Isoniazide)
- PZA
- Ethionamide
- Prothionamide
- PAS
- Bedaquiline

ARV

- NVP/EFV
- IP

Autres

- Cotrimoxazole
- Fluconazole



Induction et inhibition enzymatique

L'induction et l'inhibition enzymatiques font référence à l'altération de la vitesse à laquelle les médicaments sont métabolisés, cause d'augmentation de la concentration sanguine et de toxicité, ou de diminution à une concentration inefficace. Pour mieux comprendre, reprenons le parallèle entre l'action du foie et le broyeur de papier, qui modifie ou casse le médicament en petits morceaux pour l'éliminer (Schéma 7.4). En réalité, le broyeur est un réseau complexe d'enzymes, dont les principales, les cytochromes P450 (CYP 450) sont responsables de la production de métabolites hépatotoxiques due à leurs interactions avec certains médicaments.

Toujours dans la perspective de mieux comprendre, l'analogie avec le broyeur est intéressante. Il a la capacité de fonctionner à des vitesses différentes, allant de 1 à 5, où 3 est la vitesse normale.



Inducteurs d'enzymes

Certains médicaments accélèrent le broyeur à la vitesse 4 ou 5 mais le mécanisme d'accélération est assez lent, prenant en moyenne 2 à 4 semaines. Les enzymes sont en hyperactivité, c'est ce qu'on appelle l'induction enzymatique. En pratique, cela signifie que les médicaments sont métabolisés plus rapidement, ce qui diminue leur quantité thérapeutique disponible dans l'organisme.



Névirapine et Efavirenz

EFV et NVP sont tous les deux responsables d'une augmentation du métabolisme hépatique (analogie avec le broyeur = une vitesse à 4). D'autres médicaments présents dans l'organisme sont donc métabolisés beaucoup plus rapidement au niveau du foie.

Pertinence dans l'approche clinique

L'œstrogène et la progestérone sont tous deux affectés par ce processus, mais seule la combinaison des contraceptifs oraux ou des implants de progestérone et EFV entraîne une légère diminution de l'efficacité contraceptive. Il ne s'agit toutefois pas d'une contre-indication absolue à leur utilisation si des conseils adéquats sont donnés au patient. Il est préférable d'utiliser des contraceptifs injectables ou des DIU (dispositifs intra-utérins) à la place.

Rifampicine

C'est un puissant inducteur enzymatique (vitesse du broyeur = 5) qui accélère la dégradation des médicaments de façon significative, abaissant leur concentration sanguine, avec un risque élevé d'inefficacité.

Pertinence dans l'approche clinique quand ils sont associés avec la rifampicine

- Le lopinavir/ritonavir (LPV/r) est soumis à une dégradation rapide entraînant une concentration sanguine en dessous du seuil thérapeutique. Pour y remédier, il faut doubler les doses de LPV/r. Les processus métaboliques chez les jeunes enfants étant différents, cette approche clinique n'est pas efficace chez les moins de 5 ans. Des solutions adaptées sont traitées dans le paragraphe suivant sur l'inhibition des enzymes.
- L'atazanavir/ritonavir (ATV/r) est soumis au même processus, avec la même baisse de concentration sanguine. Cependant, comme il n'y a pas eu assez de recherche pour ajuster correctement la posologie de l'ATV/r, il est préférable de ne pas l'utiliser avec la rifampicine et de prescrire plutôt le LVP/r avec des doses doublées.
- La concentration de NVP baisse aussi mais pas assez pour la contre-indiquer. Cependant, au vu de l'hépatotoxicité conjointe de la NVP et de la rifampicine, il est préférable de remplacer la NVP par l'EFV.
- La concentration de l'EFV diminue également mais pas sous le seuil thérapeutique lorsque la dose standard de 600 mg est utilisée. Au moment où nous écrivons, il n'y a pas suffisamment d'évidence pour démontrer que la dose de 400 mg d'EFV peut être utilisée en toute sécurité avec la rifampicine.
- Le métabolisme du dolutégravir est augmenté entraînant une réduction significative de son taux sanguin. La dose de DTG doit être doublée à 50 mg deux fois par jour.



Phénobarbitone, phénytoïne et carbamazépine

Ce sont tous des inducteurs enzymatiques puissants (vitesse du broyeur = 5).

Pertinence dans l'approche clinique

Si l'EFV ou la NVP sont administrés avec l'un de ces trois médicaments, ceux-ci seront inefficaces (selon le même processus ci-dessus). Comme il n'y a pas d'ajustement posologique recommandé pour l'EFV ou la NVP, la pratique standard consiste à remplacer l'antiépileptique par le valproate de sodium. En cas d'indisponibilité du valproate, le meilleur des 3 médicaments cités est la carbamazépine, même si ce n'est pas idéal. (Voir le **chapitre 6**, paragraphe 7, qui traite des complications si le valproate n'est pas prescrit dès le début du traitement antirétroviral à la place de l'antiépileptique standard en cours.)



Inhibition enzymatique

Certains médicaments ralentissent l'action des enzymes, un processus appelé inhibition enzymatique. En pratique, cela signifie que les médicaments sont métabolisés plus lentement et vont donc s'accumuler dans l'organisme. Le processus de ralentissement ou d'inhibition se fait sur une période beaucoup plus courte que l'induction enzymatique, seulement quelques heures à quelques jours après le démarrage du médicament responsable.

Les inhibiteurs principaux fréquemment utilisés sont les IP, en particulier le ritonavir (RTV)

Pertinence Clinique

Le RTV est souvent ajouté au traitement pour ralentir le métabolisme d'autres inhibiteurs de la protéase, afin d'avoir un taux sanguin thérapeutique efficace. On retrouve cette approche dans les situations suivantes :

- Le RTV est ajouté à tous les IP pour atteindre le seuil d'efficacité thérapeutique et éviter le développement de résistances. Ce processus est appelé "boosting" (renforcement).
- Une dose de RTV supplémentaire est ajoutée au régime de traitement chez tous les enfants sous IP avec un traitement antituberculeux. Le taux sanguin de LPV/r, diminué par la rifampicine, est compensé en doublant la dose. Mais cela ne fonctionne pas chez les enfants de moins de 5 ans (voir le paragraphe ci-dessus concernant l'induction enzymatique) ; on ajoute alors une dose de RTV supplémentaire pour ralentir la dégradation du LPV/r et maintenir une concentration sanguine thérapeutique efficace. C'est un processus appelé "super-boosting" (super renforcé). Voir également le traitement de la TB chez les enfants au **chapitre 10**.

Certains médicaments pris en association avec le RTV (ex. patient sous seconde ligne de traitement) arrivent à des concentrations dangereusement toxiques parce que le métabolisme du patient a été ralenti de manière significative.

- Le taux de fluoxétine peut augmenter considérablement, jusqu'au seuil de toxicité. La solution consiste à utiliser un autre antidépresseur tel que le citalopram, ou s'il n'est pas disponible, à réduire de moitié la dose de fluoxétine initiale.

- Les taux de simvastatine peuvent également atteindre des concentrations toxiques causant des lésions rénales. Il est recommandé de prescrire plutôt de l'atorvastatine ou de réduire de moitié la dose initiale de simvastatine.
- Les taux d'amlopipine peuvent également augmenter de manière significative, provoquant de l'hypotension. La solution consiste à utiliser un médicament alternatif ou à réduire la dose initiale de moitié.

Résumé : interactions médicamenteuses dans le VIH/TB

- Tous les médicaments sont métabolisés dans les reins ou le foie de sorte que la présence d'une maladie hépatique ou rénale (fréquente dans le VIH/TB) peut affecter leur métabolisme.
- Un grand nombre de médicaments utilisés dans les traitements VIH/TB sont toxiques pour les reins et/ou le foie. Le clinicien doit prendre en compte les nombreuses interactions médicamenteuses et toxicités possibles.
- La rifampicine, l'EFV, la NVP et les médicaments antiépileptiques couramment utilisés augmentent le métabolisme hépatique et causent une baisse des taux sanguins d'autres médicaments.
- Les inhibiteurs de la protéase entraînent souvent un ralentissement du métabolisme hépatique, causant parfois des niveaux toxiques de certains médicaments co-prescrits. Le clinicien doit vérifier les interactions médicamenteuses des traitements prescrits avec une IP.



Lorsqu'un médicament est ajouté à un régime à base d'IP il est important de vérifier d'abord les interactions médicamenteuses possibles. Les tableaux suivants résument les interactions médicamenteuses les plus fréquentes.

Tableau 7.1 Interactions entre les antirétroviraux et les médicaments couramment utilisés

Médicament 1	ARV	Interaction	Gestion
Antibiotiques			
Streptomycine, Kanamycine, Capréomycine	TDF	Tous les médicaments ont une toxicité rénale potentielle.	Remplacer TDF par AZT ou ABC.
Antituberculeux	Voir section séparée		
Antifongiques			
Itraconazole (Inhibiteur)	Ritonavir (RTV) (Inhibiteur)	Les deux médicaments provoquent une augmentation du taux sanguin de l'autre.	Réduire de moitié la dose d'itraconazole et surveiller la toxicité du RTV.
Itraconazole	EFV	Peut entraîner une diminution du taux d'itraconazole.	Peut nécessiter d'augmenter la dose d'itraconazole.
Antiviraux directs pour le traitement de l'hépatite C			
Daclatasvir (DCV)	EFV/NVP	EFV/NVP diminuent le taux sanguin du DCV.	Augmenter la dose de DCV à 90 mg par jour.
Daclatasvir (DCV)	ATV/r (Inhibiteur)	L'ATV/r augmente le taux sanguin de DCV.	Diminuer la dose de DCV à 30 mg par jour.
Antihypertenseurs			
Amlodipine	EFV/NVP	L'EFV/NVP peut faire baisser le taux de l'amlodipine.	Surveiller la tension artérielle (TA). Peut nécessiter d'augmenter la dose d'amlodipine.
Amlodipine	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV augmente le taux sanguin de l'amlodipine.	Réduire de moitié la dose d'amlodipine et surveiller la TA.
Nifédipine	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV augmente modérément le taux sanguin de ces médicaments.	Surveiller les effets des médicaments cliniquement.
Vérapamil	Ritonavir (Inhibiteur)		
Propranolol	Ritonavir (Inhibiteur)		
Atenolol	Ritonavir (Inhibiteur)		
Carvedilol	Ritonavir (Inhibiteur)		
Enalapril	Tous les ARV	Aucune interaction cliniquement significative.	
Captopril	Tous les ARV	Aucune interaction cliniquement significative.	

Médicament 1	ARV	Interaction	Gestion
Antiépileptiques			
Phénobarbital, Phénytoïne, Carbamazépine (Inducteur)	EFV, NVP	Phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine diminuent significativement les taux sanguins de EFV, NVP.	Remplacer l'antiépileptique par du valproate ou de la lamotrigine.
Valproate de sodium	AZT	Peut augmenter considérablement les taux d'AZT.	Surveiller les signes de toxicité. Peut nécessiter de réduire l'AZT à 200 2x/jour.
Médicaments psychiatriques			
Fluoxétine	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV peut augmenter significativement le taux sanguin de la fluoxétine.	Diminuer la dose de fluoxétine ou remplacer par du citalopram.
Amitriptyline	Ritonavir (Inhibiteur)	Peut augmenter le taux sanguin d'amitriptyline.	Surveiller les signes de toxicité.
Halopéridol	NVP/EFV (Inducteur)	Peut diminuer le taux sanguin d'halopéridol.	Peut nécessiter d'augmenter la dose.
Halopéridol	Ritonavir (Inhibiteur)	Peut augmenter le taux d'halopéridol.	Peut nécessiter de diminuer la dose.
Hypolipémiants			
Simvastatine	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV peut augmenter significativement le taux sanguin de la simvastatine.	A éviter. Remplacer la simvastatine par la pravastatine ou l'atorvastatine. Si ces statines alternatives ne sont pas disponibles, commencer avec un quart de demi-dose de simvastatine.
Atorvastatine	EFV (Inducteur)	L'EFV fait chuter le taux sanguin de l'atorvastatine de 30 à 40%.	Peut nécessiter d'augmenter la dose d'atorvastatine.
Pravastatine	Darunavir (inhibiteur)	OK avec d'autres IP, mais DRV peut entraîner des taux augmentés de 80%.	Précautions à prendre pour cette combinaison.
Médicaments pour pathologie cardiaque ischémique			
Dérivé nitré (Isordil/ Risordan)	ARV	Interactions non significatives.	
Aspirine	TDF	Risque légèrement accru de néphrotoxicité.	Surveiller la créatinine.
Digoxine	Ritonavir (Inhibiteur)	Peut augmenter le taux de digoxine.	Surveiller les signes de toxicité.

Médicament 1	ARV	Interaction	Gestion
Antidiabétiques			
Glibenclamide	NVP/EFV (Inducteur)	Théoriquement, peut diminuer le taux de glibenclamide.	Surveiller le taux de glucose en conséquence.
Gliclazide	EFV (Inducteur)	Théoriquement, peut diminuer le taux de gliclazide.	Surveiller le taux de glucose en conséquence.
Metformine	INTI	Possible risque d'acidose lactique.	Surveiller, surtout si D4T ou DDI sont prescrits.
Médicaments divers			
IPP (ex : oméprazole)	Atazanavir (ATV)	L'ATV est moins efficace dans un milieu alcalin.	Ne pas prendre IPP avec ATV.
Lansoprazole	ATV/r	Peut diminuer considérablement le taux d'ATV/r.	Coadministration déconseillée.
Stéroïdes	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV peut augmenter considérablement le taux sanguin des stéroïdes, et peut causer un syndrome de Cushing.	Peut nécessiter de diminuer les doses de stéroïdes.
Préparations à base d'ail	EFV/IP	Peut diminuer les taux sanguins des deux médicaments.	Coadministration déconseillée.
Morphine	EFV	Peut augmenter le taux de morphine.	Surveiller l'effet du médicament et ajuster les doses en fonction.
Morphine	IP	Peut diminuer le taux de morphine.	Surveiller l'effet du médicament et ajuster les doses en fonction.
Warfarine	IP et EFV/NVP	Le taux de warfarine peut augmenter ou diminuer.	Surveiller l'INR avec attention.



Tableau 7.2 Antituberculeux avec une TARV et autres médicaments

Antituberculeux	Médicament 2	Interaction	Gestion
Rifampicine (Inducteur)	LPV/r (adultes)	La rifampicine diminue significativement le taux sanguin du LPV/r.	Doubler les doses de LPV/r chez les adultes.
	LPV/r (enfants)	La rifampicine diminue significativement le taux sanguin du LPV/r.	Ajouter RTV supplémentaire chez les enfants selon les tableaux de dosages pédiatriques.
	Atazanavir (ATV)	La rifampicine diminue significativement le taux sanguin de l'ATV.	Changer la rifampicine en rifabutine et diminuer la dose de rifabutine (voir les interactions avec la rifabutine ci-dessous) ou changer l'ATV en LPV/r ou DTG et doubler leurs doses standard.
	Itraconazole	La rifampicine diminue significativement le taux sanguin de l'itraconazole.	Ne pas co-prescrire, le taux d'itraconazole est trop faible.
	Moxifloxacine	Diminue le taux de moxifloxacine.	Utiliser une autre quinolone comme la lévofloxacine.
	Raltégravir	La rifampicine diminue significativement le taux sanguin du raltégravir.	Il n'est cependant pas nécessaire d'ajuster les dosages.
	Dolutégravir	La rifampicine réduit significativement les taux sanguins de DTG.	Augmenter la dose de DTG à 50mg 2 fois /jour.
Rifampicine, INH ou PZA	NVP	Tous hépatotoxiques.	Remplacer par EFV, ou, si ce n'est pas possible, surveiller étroitement les signes de toxicité hépatique.
Rifabutine	LPV/r (Inhibiteur)	RTV augmente le taux sanguin de la rifabutine.	Diminuer la dose de Rifabutine de 300 mg par jour à 150 mg par jour voire tous les deux jours.
Rifabutine	Dolutégravir	Pas d'interaction significative.	Pas de nécessité d'ajustement de dosage.

Sources pour les tableaux 7.1 et 7.2 : <http://hivclinic.ca/drug-information/drug-interaction-tables/>

Vous pouvez télécharger l'application de Liverpool HIV iChart. Recherchez l'icône suivante :



Stratégies de prévention chez le patient séropositif

Introduction

Prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Prophylaxie post-exposition (PPE)

Vaccins chez les enfants et adultes infectés par
le VIH



Introduction

Il existe de nombreuses stratégies différentes pour prévenir non seulement la transmission du VIH mais aussi d'autres infections associées au VIH. Ces stratégies peuvent être classées selon le schéma suivant :

Les personnes séropositives peuvent diminuer le risque de transmettre le VIH aux autres :

- En étant sous TARV et en maintenant une CV indétectable.
- En se protégeant des IST et en traitant toute IST le plus rapidement possible. La présence d'une IST augmente le risque de transmission du VIH.
- Les femmes enceintes ou allaitantes prendront toutes les mesures pour prévenir le risque de transmission du VIH à leur enfant. Ceci est détaillé au **chapitre 9** : Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)

Les personnes séronégatives peuvent prendre des précautions pour éviter d'être infectées :

- En utilisant des méthodes de contraception à action locale (préservatifs) lors d'un rapport sexuel avec un partenaire séropositif ou qui ne connaît pas son statut sérologique.
- En utilisant un lubrifiant, surtout pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), afin de diminuer le risque de micro-fissures ou déchirures anales, portes d'entrée directes du VIH dans le sang.
- En se protégeant des IST et en traitant toute IST le plus rapidement possible. La présence d'une IST augmente le risque de transmission du VIH.
- En prenant une prophylaxie avant tout risque important d'exposition au VIH (Prophylaxie préexposition – PrEP)
- En prenant une prophylaxie après tout risque élevé d'exposition au VIH (Prophylaxie post-exposition – PPE)
- En étant circoncis pour les hommes. L'intérieur du prépuce contient une quantité importante de récepteurs CD4 donc son ablation réduit l'accès du VIH à l'organisme. Des études montrent une baisse de 60% de transmission du virus après circoncision.

Les contributions du système de santé à la baisse de transmission du virus incluent :

- Un large spectre d'activités offrant des conseils et supports pour toutes les personnes vivant avec le VIH et leurs partenaires (éducation sur le VIH, les pratiques sexuelles protégées, la nutrition, les symptômes des infections opportunistes et la conduite à tenir en cas de survenue, et l'importance de poursuivre le traitement à vie).
- Un large éventail de stratégies de santé publique visant le dépistage et le traitement précoce des personnes à risque d'infection par le VIH ainsi que la rétention sous traitement avec une CV indétectable.
- Des soins gratuits incluant consultations et traitements.
- Un nombre d'activités visant à diminuer la stigmatisation dans les communautés.
- Des programmes d'échange d'aiguilles à usage unique pour les utilisateurs de drogues injectables.
- Le dépistage des donneurs de sang et de tous les produits dérivés du sang.

Traitements appropriés que les PVV peuvent prendre pour diminuer le risque de développer des infections opportunistes ou autres.

- Cotrimoxazole : diminue significativement le risque de pneumonie à pneumocystis, toxoplasmose, infections gastro-intestinales parasitaires courantes, infections bactériennes et de malaria (voir annexes 8.1 et 8.2 à la fin de ce chapitre pour plus de détails)
- Monothérapie à l'INH : traitement préventif de la TB chez les PVVIH, avec ou sans TARV (voir **chapitre 12** et consulter les recommandations nationales)
- Le fluconazole : pour les maladies cryptococciques (voir détails “ maladie avancée ” aux **chapitres 11 et 14** concernant la neurologie)
- Vaccination annuelle contre la grippe et le pneumocoque : diminuer le risque de grippe ou d'infections à pneumocoque (consulter les recommandations nationales)



Il existe une évidence claire que la vaccination réduit la morbidité et la mortalité chez les patients infectés par le VIH. Voir le paragraphe complet sur ce sujet plus loin dans ce chapitre.

Ce chapitre se concentre sur 3 interventions clés (PrEP, PPE et vaccination), toutes basées sur l'évidence solide confirmant leur efficacité, afin que les cliniciens soient suffisamment informés pour les appliquer au niveau des centres de soins primaires.

Prophylaxie pré-exposition (PrEP)



Recommandée dans les directives consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH (OMS, 2016) : la prophylaxie préexposition orale (PrEP) contenant du TDF devrait être proposée comme un choix supplémentaire de prévention pour les populations clés exposées à un risque important d'infection par le VIH, comme partie d'approches combinées de prévention du VIH.

Contexte

Au cours des dernières années, avant la publication des recommandations de l'OMS, plusieurs études ont été menées pour évaluer l'efficacité d'un seul ou plusieurs ARV dans la prévention du VIH chez les personnes séronégatives à risque élevé. Différents ARV ont été évalués en utilisant une variété de systèmes de distribution. La recommandation actuelle est d'utiliser le TDF oral (seul ou avec 3TC / FTC).

Quelles sont les populations clés et qu'est-ce qu'un risque substantiel ?

L'OMS définit les «populations clés» comme des groupes de personnes présentant un risque accru de contracter le VIH, en raison de comportements spécifiques à haut risque, quel que soit le type ou le contexte de l'épidémie. Le «risque substantiel» existe lorsque le risque de contracter le VIH est supérieur à 3 pour 100 personnes-années. Cibler des populations selon ces critères permet d'étendre la PrEP à tous les groupes à haut risque dans une communauté particulière. Ceci sera déterminé par le contexte démographique local plutôt que de cibler de manière générique des groupes spécifiques de population clés.

L'outil PrEP de l'OMS pour le dépistage des risques contient une série de questions pour aider à identifier les personnes susceptibles de bénéficier de la PrEP.

Outil PrEP OMS de dépistage de risque

- La PrEP devrait être fournie aux personnes qui souhaitent en bénéficier si les critères locaux en faveur de son utilisation sont là.
- Les prestataires de PrEP doivent être sensibles, ouverts, éviter tout jugement et soutenir les personnes qui veulent en bénéficier, plutôt que de développer un processus de dépistage qui conduirait à la décourager.
- Elaborer les questions de dépistage en fonction du comportement des personnes plutôt qu'en fonction de leur orientation sexuelle, et sur une période de temps définie.

Questions générales de dépistage :

- Dans les 6 derniers mois :
 - Avez-vous eu des relations sexuelles avec plus d'une personne ?
 - Avez-vous eu des relations sexuelles sans préservatif ?
 - Avez-vous eu des relations sexuelles avec quelqu'un dont vous ne connaissez pas le statut VIH ?
 - Avez-vous utilisé des drogues injectables et partagé du matériel d'injection ?
 - Avez-vous reçu un diagnostic nouveau d'une IST ?
 - Avez-vous utilisé ou voulu utiliser la PrEP ou PPE pour une exposition au VIH d'ordre sexuel ou dans le cadre de consommation de drogues injectables ?
- L'un de vos partenaires est-il à risque de contracter le VIH par le biais d'un comportement sexuel ou de consommation de drogues ?
- Souhaitez-vous une grossesse ?

Pour les personnes dont le partenaire vit avec le VIH, les questions suivantes aideront à vérifier si cette personne pourrait bénéficier de la PrEP :

- Votre partenaire prend-il une TARV pour le VIH ?
- Votre partenaire a-t-il été sous TARV pendant plus de 6 mois ?
- Discutez-vous au moins une fois par mois pour savoir si votre partenaire prend son traitement quotidiennement ?
- Savez-vous quand était le dernier test de CV de votre partenaire et quel était le résultat ?
- Souhaitez-vous une grossesse avec votre partenaire ?
- Utilisez-vous des préservatifs chaque fois que vous avez des relations sexuelles ?

Les questions supplémentaires suivantes permettent d'identifier une situation où la vulnérabilité au VIH est accrue et aident à identifier quelqu'un qui pourrait bénéficier de la PrEP :

Y a-t-il des aspects de votre situation qui peuvent indiquer un risque plus élevé d'infection au VIH ? Avez-vous :

- Eu des relations sexuelles avec un nouveau partenaire ?
- Terminé une relation de longue durée et êtes en recherche d'un nouveau partenaire ?
- Reçu de l'argent, un logement, de la nourriture ou des cadeaux en échange de relations sexuelles ?
- Été forcé(e) à avoir des relations sexuelles contre votre gré ?
- Été agressé(e) physiquement, y compris par un partenaire sexuel ?

- Utilisé des drogues ou hormones injectables en partageant le matériel d'injection ?
- Utilisé des drogues douces ou psychoactives ?
- Été forcé(e) à quitter votre maison, surtout si cela est dû à votre orientation sexuelle ou par violence ?
- Déménagé dans un nouvel endroit, ayant possiblement une haute prévalence d'exposition au VIH ?
- Perdu une source de revenus, de sorte que vous deviez échanger du sexe contre un toit, de la nourriture ou des revenus ?
- Quitté l'école plus tôt que prévu ?

L'évidence pour la PrEP

Douze essais sur l'efficacité de la PrEP contenant du TDF ont été effectués sur un panel de personnes considérées comme étant à haut risque d'infection par le VIH, plus précisément : couples sérodiscordants, quelques groupes ciblés d'hommes et de femmes hétérosexuels, les hommes ayant du sexe avec des hommes, les personnes utilisatrices de drogues injectables, les femmes transgenres. Quand l'adhérence au régime de traitement était bonne, il y avait une réduction globale du risque de 51%. Voici un résumé de la principale conclusion des essais :

- L'efficacité est corrélée directement avec le niveau d'adhérence.
- L'efficacité n'est pas différente selon l'âge ou le sexe des personnes, que TDF soit utilisé seul ou en combinaison avec 3TC/ FTC ou selon le mode d'infection VIH (rectale, vaginale ou par le pénis)
- Le profil d'effets secondaires n'a montré aucune différence statistique avec un placebo.
- L'impact sur l'efficacité des contraceptifs oraux n'a montré aucune différence statistique avec un placebo.
- Il n'y a aucune évidence que les personnes utilisaient moins de préservatifs ou s'exposaient eux-mêmes à plus de pratiques sexuelles à haut risque parce qu'ils se sentaient préservés sous PrEP.
- Il n'y a aucune preuve de développement de résistance au TDF parmi les groupes d'étude. Cependant, l'impact d'une vaste mise en oeuvre de la PrEP est, à ce jour, inconnu.
- Il n'y a pas de preuve d'effet délétère sur la grossesse ou sur le nourrisson.



Comment utiliser la PrEP

Évaluation de référence avant de commencer :

- Test diagnostique VIH rapide : Un test VIH rapide doit être réalisé comme test de dépistage de référence et doit être refait tous les 3 mois pour identifier une possible séroconversion. Ceci est important car, en cas de séroconversion, administrer au patient une PrEP avec deux médicaments risque d'entraîner rapidement une résistance au TDF et au 3TC / FTC. Un régime de TARV complet doit être proposé aux personnes vivant avec le VIH.
- Test diagnostique rapide antigène HBs (AgHBs) : l'hépatite B est endémique dans de nombreuses régions du monde où le VIH se transmet. La combinaison de TDF et de 3TC / FTC est le traitement recommandé pour la prise en charge d'une maladie hépatique avancée chez les personnes co-infectées par les virus de l'hépatite B/VIH. Il est donc important de vérifier le statut sérologique du patient concernant le statut AgHBs. Cela permettra, premièrement, de s'assurer que la combinaison est bien utilisée plutôt qu'une monothérapie au TDF, et deuxièmement, de promouvoir son utilisation en continue car une interruption peut être à l'origine d'une poussée d'hépatite B.

Recommandations concernant le dépistage de l'hépatite B (OMS, 2017) :
[http:// tinyurl.com/WHO-HebBguidelines](http://tinyurl.com/WHO-HebBguidelines)

- Créatinine : le taux de créatinine doit être vérifié afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'antécédent d'insuffisance rénale que le TDF pourrait aggraver.
- Des conseils initiaux complets doivent être fournis au bénéficiaire afin de garantir une compréhension et une adhérence maximales au programme.



tinyurl.com/WHO-HebBguidelines



Veuillez noter que les taux protecteurs de TDF / 3TC mettent plus de temps à atteindre leur seuil d'efficacité au niveau du vagin qu'au niveau du rectum et qu'elle chute aussi plus rapidement après l'arrêt de la PrEP. Par conséquent, l'adhérence, bien que fondamentale pour les 2 sexes, est particulièrement importante pour les femmes.

Dosage

- TDF 300 mg plus 3TC 300 mg/FTC 200mg par jour, idéalement débuté une semaine avant une relation sexuelle à haut risque et poursuivi un mois après la dernière relation.
- Les concentrations tissulaires préventives des médicaments sont atteintes dans un délai de 4 jours pour la muqueuse rectale et 7 jours pour la muqueuse du pénis et du vagin. Si le patient est exposé à un risque élevé avant d'avoir atteint ces concentrations, il est recommandé de prendre la PPE plutôt que la PrEP pendant les 28 jours suivants. (Voir les directives sur les PPE plus loin dans ce chapitre.)

Surveillance des effets secondaires de la PrEP

Le ténofovir est bien connu pour sa toxicité rénale potentielle. En outre, les nausées, les crampes et les maux de tête sont des effets secondaires connus. Ces derniers sont cependant légers et disparaissent habituellement après les premières semaines.

3TC et FTC n'ont que des effets secondaires très rares, il n'est donc pas nécessaire d'alarmer le patient, ni de surveiller quoi que ce soit de spécifique

Recommandation pour la surveillance : La créatinémie doit être vérifiée au départ, puis tous les trois mois pour la première année et tous les ans par la suite

Tableau 8.1 Résumé de la surveillance de la PrEP

Chronologie	Test/ intervention
Tests de base	Test VIH rapide
	Créatinine
	Test AgHBs diagnostique rapide
	Conseils et liens avec d'autres services de santé
Mois 3, 6, 9, et 12	Test VIH rapide
	Créatinine
	Conseils et liens avec d'autres services de santé
Tous les 3 mois aussi longtemps que la PrEP est utilisée	Test VIH rapide
	Conseils et liens avec d'autres services de santé
Annuellement	Créatinine

Mise en oeuvre

Les aspects programmatiques de la distribution de la PrEP sortent du cadre de ce manuel clinique. Cependant, il convient de noter les points suivants et de se référer aux directives OMS ou locales pour plus de détails :

- Il doit y avoir un programme complet de soutien aux patients pour assurer une bonne compréhension de tous les aspects du programme. Voir aussi le **chapitre 20**, Soutien aux patients..
- La PrEP doit être administrée avec d'autres mesures préventives comme la réduction des risques (par exemple des programmes de distribution de seringues pour les utilisateurs de drogues injectables), la distribution de préservatifs et la planification familiale.
- L'engagement des communautés dans le bon déroulement de la PrEP joue un rôle important.



Besoin de soutien
au patient,
voir chapitre 25

- Les prestataires de la PrEP doivent relier les bénéficiaires à d'autres services, tels que la vaccination contre l'hépatite B, les services de SSR (en particulier la prise en charge des IST), la santé mentale, les soins primaires généraux et les services juridiques.
- Il faut s'assurer que les prestataires de PrEP sont correctement formés afin d'être efficaces non seulement dans le traitement des groupes de population spécifiques qui ont accès à la PrEP, mais aussi pour promouvoir les différents éléments du déploiement de la PrEP mentionnés ci-dessus.



Mise à jour

Prophylaxie post-exposition (PPE)

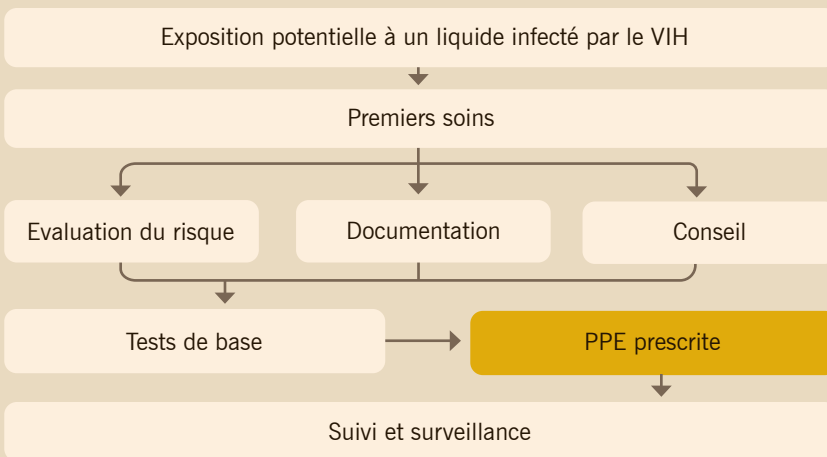


Recommandée par les directives consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH (OMS, 2016) : la prophylaxie orale post-exposition (PPE) devrait être offerte et initiée le plus tôt possible chez tous les individus ayant été exposés à une éventuelle infection VIH, de préférence dans les 72 heures.



Se référer aux lignes directrices de l'OMS

Schéma 8.1 Etapes dans l'utilisation de la prophylaxie post exposition



Il y a 3 éléments pour décider si quelqu'un a eu une exposition au VIH :

1. **Le statut VIH de la source.** En cas d'impossibilité à l'obtenir, d'autres facteurs sont à considérer comme la prévalence de base et l'épidémiologie locale. Dans les environnements à forte prévalence VIH, il faut considérer, par défaut, la source comme séropositive.

2. Les liquides biologiques de la source :

- Les liquides biologiques suivants peuvent contenir du VIH : **sang ou tous liquides contenant du sang, lait maternel et sécrétions sexuelles.**
- Les liquides biologiques suivants peuvent être contaminés par le VIH mais ils le sont généralement via un professionnel de santé : liquide amniotique, péritonéal, synovial, péricardique, pleural ou cérébrospinal.
- Les liquides biologiques suivants sont considérés comme non infectieux (si non contaminés par les liquides ci-dessus) : sueur, larmes, salive, crachats, urine et selles.

3. La nature de l'exposition au liquide biologique source :

Les expositions pouvant entraîner une transmission VIH :

- Contact d'une muqueuse (exposition sexuelle, projections dans les yeux, le nez ou la bouche)
- Contact direct avec le sang comme des blessures par piqûres d'aiguille usagées, coupures ou plaies.

Premiers soins

Pour toute exposition immédiate, les recommandations suivantes doivent être observées :

- En cas de blessure par piqûre d'aiguille ou contamination de plaie ouverte, laisser la plaie saigner (pas de garrot ni pression) puis la nettoyer ainsi que la peau adjacente avec de l'eau et du savon (sans frotter) puis rincer.
- En cas d'exposition par contact oculaire ou d'une muqueuse, rincer la zone abondamment avec une solution saline isotonique pendant au moins 10 minutes. Des gouttes oculaires antiseptiques peuvent aussi être utilisées. Si aucun de ces 2 produits n'est disponible, utiliser de l'eau propre.

Evaluation du risque

Les personnes suivantes ne sont pas considérées à risque et ne sont donc pas éligibles pour une PPE :

- La personne exposée est déjà séropositive.
- La séronégativité de la source est fiable.
- L'exposition concerne les liquides corporels ne présentant pas de risque d'exposition significatif (voir point 2 ci-dessus).

Tableau 8.2 Evaluation du risque pour la PPE

Type d'exposition	Statut VIH de la source		
	Positif	Inconnu	Négatif
Exposition percutanée à des liquides infectieux	Prophylaxie avec 3 médicaments	Prophylaxie avec 3 médicaments	Pas de PPE
Exposition de muqueuse à des liquides infectieux	Prophylaxie avec 3 médicaments	Prophylaxie avec 3 médicaments	Pas de PPE
Exposition de muqueuse à des liquides non infectieux	Pas de PPE	Pas de PPE	Pas de PPE
Exposition de peau saine et intacte à tous les fluides	Pas de PPE	Pas de PPE	Pas de PPE

Documentation

S'assurer de remplir soigneusement toute la documentation nécessaire en fonction des exigences locales. C'est important pour l'indemnisation des personnes lors d'une exposition dans le cadre du travail, aussi bien que pour des raisons médico-légales, notamment lors d'agression sexuelle.

Conseil

Les études rapportent qu'un faible pourcentage de personnes complètent la PPE, et ceci dans toutes les populations, surtout chez les adolescents et après une agression sexuelle. Les conseils doivent être individualisés et comprendre les éléments suivants :

- Gestion de l'anxiété. Ceci est toujours à considérer avec sérieux et peut nécessiter plus d'une session de conseil.
- Expliquer que le risque, même avec une exposition significative, est toujours très bas si la PPE est prise correctement et rapidement.
- Expliquer les médicaments concernés, leurs effets secondaires et le calendrier de la procédure à venir.
- Encourager le patient à revenir consulter si les effets secondaires sont difficilement contrôlables, plutôt que d'arrêter le traitement.

Tests de référence

Tests du patient source

Ils doivent être fait autant que possible dans tous les cas d'exposition potentielle en incluant les éléments suivants :

- Test VIH rapide
- Antigène HBs
- Syphilis : TPHA ou RPR
- Sérologie HépC (dépend de la prévalence régionale et du profil de la source)

Tests de la personne exposée

Idéalement, selon leur disponibilité, tous ces tests devraient être faits :

- Test VIH rapide
- Ac anti-HBs et AgHBs :
 - Le résultat AgHBs n'est pas une condition préalable pour une PPE avec du TDF et 3TC / FTC, mais si elle est disponible, elle diminuera la poussée d'hépatite post-PPE et confirmera la nécessité ou non de continuer avec TDF et 3TC / FTC après la PPE.
 - La vaccination hépatite B doit être proposée si le résultat sérologique HépB est négatif.
- Sérologie HépC (seulement si contact à haut risque, si zone de haute prévalence et/ou si la source est un utilisateur de drogues injectables)
- Dépister les IST et traiter selon les recommandations.
- Un test de grossesse doit être proposé à toutes les femmes ainsi qu'une contraception d'urgence dans les 5 jours suivant une exposition sexuelle.
- Si nécessaire, un vaccin antitétanique doit être proposé selon les recommandations standards.

Les tests d'évaluation suivants doivent être faits avant la PPE :

- Créatinine si TDF est utilisé
- Hb si AZT est utilisé

PPE prescrite

Pour les adultes, adolescents et enfants de plus de 6 ans ou de plus de 15 kg

- Le régime de choix est TDF + 3TC/FTC + DTG. RAL est recommandé si DTG n'est pas disponible.
- La première dose doit être administrée dès que possible après l'exposition, idéalement dans les 72 premières heures.
- Si le traitement de choix n'est pas disponible immédiatement, donner n'importe quel régime de 3 médicaments disponibles et passer au traitement voulu dès que possible.
- Le régime de PPE est donné pour 28 jours.
- Pour une adhérence optimale, un soutien lors de séances de conseils est nécessaire

Notes

- En raison de son faible profil d'effets secondaires et de sa barrière élevée contre la résistance, le dolutégravir (DTG) est le premier choix pour le troisième médicament du schéma PPE.
- Si TDF est contre indiqué, l'AZT est recommandé comme solution alternative.
- Un test de grossesse doit être proposé avant le traitement et pendant toute la durée du suivi à toutes les femmes, adolescentes et adultes.
- Une contraception d'urgence doit aussi être proposée aux femmes au plus tôt dans les 5 jours après un rapport sexuel à risque accompagnée d'informations sur les avantages et les risques du DTG (y compris les anomalies neurologiques fœtales). Pour celles qui ne veulent pas prendre de contraception d'urgence ou de DTG, un ARV alternatif au DTG (tel un IP renforcé) doit être fourni.
- Un 3ème médicament alternatif possible est : darunavir/ritonavir (DRV/r), ATV/r, LPV/r ou EFV.
- ATV/r et DRV/r sont les ARV utilisables avec le moins d'effets secondaires, ils sont donc la meilleure alternative si DTG n'est pas disponible.
- LPV/r a des effets secondaires gastro-intestinaux notables ; il est donc à éviter.
- L'EFV n'est pas idéal pour une PPE chez un patient déjà anxieux à propos d'une exposition au VIH au vu de ses effets secondaires neuropsychiatriques.
- NVP ne devrait pas être utilisé pour une PPE chez les personnes d'âge > à 2 ans en raison d'un risque élevé d'effets indésirables avec un taux élevé de CD4.

Pour les enfants de moins de 6 ans ou de moins de 15 kg

- AZT, 3TC et LPV/r est le régime recommandé jusqu'à 6 ans.
- Les mêmes principes décrits ci-dessus pour les adultes (1ère dose immédiatement, traitement donné pour 28 jours, aide pour une adhérence optimale) s'appliquent aussi pour les enfants.

Notes

- ABC peut être donné comme alternative à l'AZT.
- Si LPV/r ou DTG n'est pas disponible, un régime approprié à l'âge peut être choisi parmi ATV/r, RAL, DRV/r, EFV et NVP.
- NVP ne doit pas être utilisé chez les enfants >2 ans.

Suivi et surveillance

Tableau 8.3 Tests de base et de suivi pour la PPE

Test	Source	Personne exposée		
	Tests de base	Tests de base	6 semaines	3 mois
VIH	Test VIH rapide*	Test VIH rapide		Test VIH rapide
VHB	AgHBs	AgHBs et Ac anti HBs		
VHC	Ac anti-HépC	Ac anti-HépC		
Syphilis	Ac RPR/TP	RPR/ TPHA/FTA		RPR/TPHA/FTA
Tétanos		Ac antitétanique		
Grossesse		Test standard		
Créatinine		Si TDF dans le régime		
Hb		Si AZT dans le régime		
Conseil		Oui	Oui	Oui

* Notes

- Idéalement, tous les tests rapides du VIH sont accompagnés d'un test ELISA VIH de 4ème génération.
- Voir «Tests de la personne exposée» sous la rubrique «Tests de base» ci-dessus.
- Le conseil, comme toujours, est individualisé et doit inclure :
 - Rassurer le patient et l'aider par des conseils
 - Gestion de l'anxiété
 - Surveillance de la toxicité des ARV
 - Encourager l'adhérence pour la totalité des 28 jours
 - Tests VIH de suivi

Vaccins chez les enfants et adultes infectés par le VIH



[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)

Le texte le plus complet de cette section, comprenant toutes les références, peut être lu ou téléchargé sur le **site Web du SAMU** : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>.

Objectifs de cette rubrique

Il existe de l'évidence claire que la vaccination réduit la morbidité et la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. Bien que la disponibilité de vaccins et de calendriers spécifiques au VIH dans un projet donné soit généralement entre les mains des gestionnaires de programme et dépasse le cadre des activités du clinicien, il reste quand même au médecin un rôle déterminant à jouer :

- Être informé des calendriers locaux des vaccinations et s'assurer qu'ils ont bien été mis en place
- être informé du besoin d'interventions vaccinales spécifiques supplémentaires pour les personnes vivant avec le VIH et savoir ce qui est disponible localement pour répondre à ces exigences
- plaider auprès des gestionnaires de programme locaux pour ces interventions supplémentaires spécifiques si elles n'existent pas.

Les **objectifs** de cette rubrique sont donc :

- exposer les principes de vaccination chez les patients vivants avec le VIH
- Fournir les directives pour les vaccins recommandés chez les personnes vivants avec le VIH (bien que basées sur des données provenant principalement de pays à revenu élevé, elles sont adaptées aux pays à revenu faible et intermédiaire où MSF intervient).

Aperçu de la vaccination

La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces et les plus rentables et prévient 2 à 3 millions de décès par an. Le **Programme élargi de vaccination (PEV)** a été lancé en 1974 pour réduire la morbidité et la mortalité des maladies évitables par la vaccination dans le monde entier. Dans le cadre du programme, chaque pays a élaboré un calendrier national du PEV comprenant la liste des vaccins disponibles, l'âge et l'intervalle auxquels chaque antigène doit être reçu.

Malgré l'amélioration de la survie des personnes vivant avec le VIH au cours des dernières décennies, grâce à la disponibilité de nouveaux outils de diagnostic et de la TARV, les patients meurent encore de maladies qui peuvent être facilement prévenues, y compris les MEV. Cette situation est encore aggravée par de mauvaises conditions de vie et d'hygiène.

En raison des nombreux avantages en matière de santé publique d'une vaccination proactive de toutes les personnes séropositives, la vaccination gratuite de ces personnes doit être considérée comme une priorité dans tous les contextes où MSF intervient et doit être incluse dans l'ensemble des soins offerts aux patients vivant avec le VIH.

Interventions vaccinales supplémentaires nécessaires pour les personnes séropositives

Le principe d'un vaccin consiste à exposer l'organisme à un agent infectieux afin qu'il déclenche un processus de défense immunitaire à long terme. Cependant, l'agent infectieux contenu dans le vaccin doit être mort («inactivé») ou, vivant et suffisamment affaibli («vivant et atténué») de sorte qu'il ne provoque pas l'infection elle-même. Des doses et des calendriers ont été établis pour chaque maladie à la suite d'études approfondies, et doivent donc être soigneusement suivis si l'on veut obtenir le résultat souhaité.

Il y a 2 conséquences importantes chez les patients vivant avec le VIH avec une immunodépression sévère :

- L'organisme peut ne pas avoir une réponse immunitaire suffisante pour développer les anticorps nécessaires à la protection désirée.
- En cas d'utilisation de vaccin vivant atténué, il peut y avoir un risque d'infection réelle si la réponse immunitaire est trop affaiblie.



Une immunosuppression sévère est définie par :

- Enfants < 11 mois, < 25 CD4 cellules/mm³, 12–35 mois, < 20 cellules/mm³ et 36–59 mois, < 15 cellules/mm³
- Toutes les personnes âgées de > 5ans avec un taux de CD4 < 200 cellules/mm³

Des recommandations spécifiques de vaccination ont donc été faites pour les PVVIH afin de :

- Permettre des stratégies plus agressives contre les maladies évitables par la vaccination afin de s'adapter à la prévalence et la virulence plus élevées de ces maladies
- Tenir compte de réponses immunitaires potentiellement faibles chez les patients avec un taux de CD4 bas.
- Tenir compte du risque d'infection par des vaccins vivants atténués chez les patients avec un taux de CD4 bas.

Tableau 8.4 Vaccins atténués ou inactifs

Vaccins inactifs	Vaccins vivants atténués
Pneumocoque	BCG
Diphthérie	Polio, oral
Polio, injectable	Varicelle
Tétanos	Herpes Zoster
Hépatite A et B	Fièvre jaune
Meningocoque	Rotavirus
Grippe	Rougeole, oreillons, rubéole
Haemophilus B	

Principes généraux concernant les vaccinations chez les patients séropositifs

- Tous les vaccins inactivés peuvent être administrés sans danger à toutes les personnes séropositives, quel que soit le nombre de CD4. Cependant, ils peuvent ne pas être aussi efficaces si le taux de CD4 est faible (voir la troisième puce ci-dessous).
- Idéalement, les vaccins vivants atténués ne devraient pas être administrés aux patients présentant une immunosuppression sévère. Ces patients sont cependant plus à risque que ceux dont l'immunité est suffisamment forte contre les complications de la varicelle, du zona, de la fièvre jaune et de la rougeole, maladies pour lesquels seuls des vaccins vivants sont disponibles. Le bénéfice de la vaccination dans ces cas semble l'emporter sur les risques, de sorte que le statut VIH ne doit pas être considéré comme une contre-indication absolue à la vaccination.
- Des études, en relation notamment avec les taux de CV et de CD4, ont montré que les vaccins varient dans leur capacité à stimuler une réponse immunitaire. Les calendriers de vaccination ont été élaborés en tenant compte de ces situations.
- Comme pour les personnes séronégatives, si le calendrier est interrompu, il peut être repris sans répéter les doses précédentes.
- Les cliniciens doivent s'assurer que le statut vaccinal pour chaque personne vivant avec le VIH est à jour et que les informations sur la vaccination reçue ou différée sont incluses dans le dossier.
- Il n'y a pas d'interactions entre la TARV et les vaccins.

Calendrier de vaccination recommandée pour les patients séropositifs

Les vaccins sont détaillés dans le tableau ci-dessous, classés en fonction des différents groupes d'âge. Les arguments en faveur de la vaccination ont déjà été décrits mais si des données supplémentaires étayaient les bienfaits de la vaccination, elles seront fournies.



Rappelez-vous de toujours documenter les vaccinations réalisées sur la carte de vaccination. Si le patient n'en possède pas, lui en fournir une.

Enfants exposés au VIH mais non infectés

Motivation

- Dans les études menées dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les enfants exposés au VIH mais non infectés ont une mortalité précoce plus élevée (principalement à cause de pneumonies bactériennes et septicémies) que ceux nés de mères non infectées.
- Il y a de plus en plus d'évidence sur l'insuffisance de taux d'anticorps dérivés de la mère chez les nourrissons exposés mais non infectés, ce qui expose ces nourrissons à un risque accru de contracter le pneumocoque et d'autres infections évitables par la vaccination.

S'assurer que ces enfants exposés au VIH reçoivent en temps voulu les vaccins nécessaires, ce qui doit être une priorité dans tous les projets VIH.

Les enfants séropositifs jusqu'à 5 ans

Motivation

- En supplément de la TARV, la vaccination est une des actions les plus importantes pour prévenir les infections virales et bactériennes chez les enfants infectés par le VIH

Vaccinations

- Le statut vaccinal pour tous les vaccins recommandés doit être revu à chaque consultation.
- S'assurer que ces enfants soient vaccinés en temps voulu, selon le calendrier vaccinal du pays.
- Bien que l'ampleur, la qualité ou la durée de la réponse immunologique des vaccins administrés avant une TARV soient source de préoccupations, il n'y a pas de consensus sur la nécessité d'une revaccination de routine une fois la TARV efficace (à l'exception des vaccins anti rougeole, voir ci-dessous).

Tableau 8.5 Vaccinations pour les enfants séropositifs de 0 à 5 ans

Vaccins	Notes
Polio	Donner VPO/injectable selon le calendrier PEV
BCG	Il s'agit d'un vaccin vivant atténué capable de provoquer une infection active par <i>Mycobacterium bovis</i>, la souche de la tuberculose utilisée dans le vaccin. La vaccination par le BCG doit être administrée systématiquement dès que possible aux bébés exposés au VIH ; idéalement à la naissance mais au moins dans les 6 premières semaines. Le bébé doit être suivi de près pour l'identification précoce et le traitement de toute complication liée au BCG, telle qu'une lymphadénite, une ostéomyélite ou une infection tuberculeuse disséminée. Exceptions : À la naissance : Si la mère a une tuberculose pulmonaire, la vaccination par le BCG doit être retardée et un traitement prophylactique par INH sera prescrit au bébé pendant 6 mois. Le BCG est ensuite administré 2 semaines après la fin du traitement, à condition que la TB active chez l'enfant ait été exclue. Au cours des six premières semaines, si le vaccin n'a pas été administré à la naissance : - En présence de symptômes de tuberculose, le traitement antituberculeux doit être commencé. - Un enfant dont la séropositivité est avérée ne doit pas recevoir de BCG.
Hépatite B	Une dose du vaccin monovalent contre l'hépatite B administré le plus tôt possible après la naissance est efficace à plus de 90% pour prévenir la transmission périnatale du virus de l'hépatite B. Le choix des injections vaccinales contre l'hépatite B se portera soit sur un vaccin monovalent soit sur un vaccin combiné comprenant HepB3. Les nourrissons qui n'ont pas reçu de dose à la naissance doivent recevoir 3 doses d'un vaccin contenant l'hépatite B selon un calendrier adapté à leur âge.
Vaccins antirougeoleux (measles containing vaccine, MCV)	La première dose de vaccin contre la rougeole doit être administrée à l'âge de 6 mois (et non aux 9 mois habituels) à tous les nourrissons infectés ou exposés au VIH. Ils doivent recevoir ensuite, les deux doses habituelles de MCV à l'âge de 9 et 18 mois, à condition qu'ils ne présentent pas de signes d'immunosuppression sévères, cliniques ou non. Si c'est le cas, retarder la vaccination jusqu'à ce que le taux de CD4 augmente. Les recommandations actuelles portent sur la revaccination systématique avec MCV une fois que les enfants sont sous TARV. Toutes les personnes infectées par le VIH, quel que soit leur statut immunologique, doivent être vaccinées contre la rougeole en cas d'épidémie.

Anti-pneumococcus pneumoniae	Les enfants infectés par le VIH ont un risque nettement plus élevé d'infection pneumococcique que les enfants non infectés par le VIH. Administrer le vaccin conjugué contre le pneumocoque (VPC), disponible dans le calendrier du PEV. • Enfants de moins de 12 mois : 3 doses de vaccin VPC à intervalle minimum de 4 semaines • Enfants 12-23 mois : 2 doses à intervalle minimum de 8 semaines • Enfants > 23 mois : 1 dose Chez les enfants âgés de ≥ 2 ans, l'administration du vaccin antipneumococcique polysaccharidique 23-valent (VPP23) est recommandée au moins 8 semaines après la dernière dose de VPC13. Une seule dose de revaccination doit être administrée 5 ans après.
Haemophilus influenzae type b (Hib)	Les enfants infectés par le VIH présentent un risque accru d'infection par Haemophilus influenzae de type b (Hib). Trois doses de vaccin contenant Hib doivent être administrées avec un intervalle minimum de 4 semaines à tous les enfants de moins d'un an. Pour les enfants jusqu'à 5 ans, le vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et l'Haemophilus influenzae de type b (DTC / HepB / Hib *) est utilisé pour la vaccination de routine.
Rotavirus	Le rotavirus est un vaccin vivant mais considérablement atténué (affaibli). Les nourrissons exposés ou infectés par le VIH doivent recevoir un vaccin antirotavirus selon le calendrier national du PEV pour les nourrissons non infectés.
Vaccin antiméningococcique (MenACWY)	L'infection par le VIH est associée à un risque accru de maladies à méningocoque. Le vaccin peut être commandé auprès des projets MSF car il est disponible dans le catalogue MSF. Pour tous les enfants infectés par le VIH âgés de ≥ 9 mois, la posologie est de 2 doses de MenACWY espacées de 2-3 mois d'intervalle pour les enfants âgés de 9-23 mois et au moins 2 mois d'intervalle pour les enfants âgés de 2-10 ans.
Fièvre jaune	Dans les pays endémiques, une dose de vaccin contre la fièvre jaune est recommandée pour toutes les personnes infectées par le VIH et âgées de ≥ 9 mois dont l'état clinique n'est pas en faveur d'une immunodépression sévère. Une dose de rappel n'est pas nécessaire, une dose unique suffit pour une protection à vie. Toutes les personnes infectées par le VIH, quel que soit leur statut immunologique, doivent être vaccinées contre la fièvre jaune en cas d'épidémie.

Note

* Ce vaccin est souvent appelé Pentavalent car il est composé de 5 antigènes.

Les enfants séropositifs âgés de 6 à 18 ans

Tableau 8.6 Vaccinations chez les enfants séropositifs âgés de 6 à 18 ans

Vaccins	Notes
Polio	S'il n'y a pas de preuve de vaccination, une série de 4 doses de VPOb (vaccin polio oral bivalent) espacées d'un intervalle minimum de 4 semaines doit être administrée. (VPI doit être donné avec la 1ère dose de VPOb). Si la série primaire de VPOb est complète, une dose de VPI doit être donnée.
Diphtérie, tétanos, coqueluche	En dehors de la série de primovaccination, une dose unique d'un vaccin contenant l'anatoxine tétanique, l'anatoxine diphtérique réduite et la coqueluche acellulaire réduite (DTC) doit être administrée à toutes les personnes âgées de 6 ans et plus qui n'ont jamais reçu de DTC auparavant. L'administration universelle de l'anatoxine tétanique et de doses réduites d'anatoxine diphtérique (DT) tous les 10 ans est également recommandée en raison de l'affaiblissement de l'immunité contre le tétanos et la diphtérie au fil du temps *.
Hépatite B	Même recommandations que pour les adultes (voir le sous chapitre pour les adultes ci dessous)
Vaccins antirougeoleux (MCV)	Deux doses de vaccin MCV sont recommandées pour toutes les personnes infectées par le VIH qui n'ont pas d'immunité antirougeoleuse (pas d'antécédent de rougeole ou de vaccin) et/ou qui présentent des signes d'immunodépression sévère (Voir l'encadré au début de cette rubrique). Toutes les personnes infectées par le VIH, quel que soit leur statut immunologique, doivent être vaccinées contre la rougeole en cas d'épidémie.
Vaccins antipneumococciques	Un vaccin antipneumococcique conjugué à dose unique (VPC13 ou VPC10, selon le calendrier national) doit être administré systématiquement aux enfants infectés par le VIH âgés de 6 à 18 ans qui n'ont jamais reçu une dose de VPC13 avant l'âge de 6 ans. L'injection doit se faire au moins 8 semaines après la dose précédente de VPC. Chez les enfants âgés de ≥ 2 ans, l'administration du vaccin antipneumococcique polysaccharidique 23-valent (VPP23) est recommandée au moins 8 semaines après la dernière dose de VPC13. Une seule dose de revaccination doit être administrée 5 ans après.
Vaccin contre le papillomavirus humain (HPV)	Les vaccins contre l'HPV sont plus efficaces lorsqu'ils sont administrés avant une première relation sexuelle. L'âge minimum pour recevoir le vaccin est 9 ans. Pour tous les adolescents, jusqu'à l'âge de 26 ans qui sont infectés par le VIH, le vaccin doit être administré selon un calendrier à 3 doses (0,5 ml à 0, 2 et 6 mois)

Vaccins	Notes
Méningococcique (MenACWY**)	Comme pour les enfants en bonne santé, les enfants infectés par le VIH doivent systématiquement recevoir le vaccin conjugué contre le méningocoque à l'âge de 11-12 ans et de nouveau à l'âge de 16 ans.
Fièvre jaune	Dans les pays d'endémie, une dose de vaccin contre la fièvre jaune est recommandée pour toutes les personnes infectées par le VIH âgées de plus de 9 mois qui ne présentent pas d'immunodépression sévère. Une dose de rappel n'est pas nécessaire car une dose unique suffit pour une protection à vie. Toutes les personnes infectées par le VIH, quel que soit leur statut immunologique, doivent être vaccinées contre la fièvre jaune en cas d'épidémie.

Notes

- * Le vaccin contre le tétanos recommandé chez les enfants de 7 ans et plus est le TdCa (anatoxine tétanique, anatoxine diphtérique réduite et vaccin anticoquelucheux acellulaire).
- ** Vaccin conjugués quadrivalents

Vaccins recommandés pour les patients séropositifs

Bien que les adultes infectés par le VIH courent un risque accru de contracter des maladies évitables par la vaccination, la vaccination gratuite n'est pas accessible pour eux car ils ne font pas partie de la cible du PEV.

Tableau 8.7 Vaccins recommandés pour les adultes séropositifs

Vaccins	Notes
Polio	S'il n'y a pas de preuve de vaccination, une série de 4 doses avec un intervalle minimum de 4 semaines doit être fournie (VPI à administrer avec la 1ère dose de VPOb). Si la série primaire de VPOb est complète, une dose de VPI doit être donnée.
Diphtérie, tétanos, coqueluche	En dehors de la série de primovaccination, une dose unique d'un vaccin contenant l'anatoxine tétanique, l'anatoxine diphtérique réduite et la coqueluche acellulaire réduite (DTC) doit être administrée à tous les adultes infectés par le VIH qui n'ont pas reçu de DTC auparavant. Une dose de vaccin antitétanique doit être administrée aux adultes et aux adolescents qui n'ont jamais été vaccinés ou pour lesquels le statut vaccinal est incertain. Tous les adultes doivent recevoir une dose de rappel du vaccin tétanos-diphtérie (DT) tous les 10 ans. Une dose de DTC doit être administrée aux femmes lors de chaque grossesse, de préférence au plus tôt des semaines gestationnelles 27 à 36. L'administration de 2 doses de vaccin antitétanique une à 6 puis à 2 semaines avant la circoncision est recommandée.

Vaccins	Notes
Hépatite B	Tous les patients infectés par le VIH présentent un risque accru d'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) en raison de modes de transmission partagés. La co-infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est responsable d'une morbidité et d'une mortalité élevées chez les personnes séropositives, malgré l'arrivée des antirétroviraux. La vaccination est le moyen le plus efficace de prévenir l'infection par le VHB et ses conséquences. Tous les patients infectés par le VIH et susceptibles de contracter le virus de l'hépatite B doivent recevoir une vaccination anti-hépatite B. Les séries de vaccination contre le VHB doivent être lancées dès la première consultation, quel que soit le nombre de cellules CD4. Différentes autorités ont des approches variées de la vaccination : 1. Administrer le régime standard de trois doses à 0, 1 mois et 6 mois. 2. Commencer avec une double dose de vaccin (par exemple, le vaccin Engerix-B à 40 plutôt que 20 mcg/ml), puis 20 mcg/ml 1 mois après et 6 mois après la dose de départ. 3. Donner la même chose que l'option 2 mais donner une dose supplémentaire de 20 mcg/ml au deuxième mois.
Vaccins anti rougeoleux (MCV)	Deux doses de vaccin MCV sont recommandées pour toutes les personnes infectées par le VIH qui n'ont pas d'antécédent d'immunité antirougeoleuse (soit par un vaccin soit par la maladie elle-même) et/ou qui présentent des signes d'immunodépression sévère (voir l'encadré au début de cette section). Toutes les personnes infectées par le VIH, quel que soit leur statut immunologique, doivent être vaccinées contre la rougeole en cas d'épidémie.
Vaccins anti pneumococciques	<i>Streptococcus pneumoniae</i> est la principale infection bactérienne opportuniste chez les personnes infectées par le VIH et le risque de maladie invasive est encore 20 à 40 fois plus élevé que la population générale en fonction de l'âge. Dans le contexte d'une forte prévalence de la tuberculose, il est souvent difficile de faire la différence entre la tuberculose et l'infection à pneumocoque, ce qui entraîne des erreurs de diagnostic fréquentes avec parfois la prescription d'un traitement antituberculeux inappropriée. La vaccination des personnes séropositives contre le pneumocoque contribue à affiner les options diagnostiques. En plus du vaccin anti-pneumococcique conjugué, l'administration du vaccin anti-pneumococcique polysaccharidique 23-valent (VPP23) est recommandée au moins 8 semaines après la dernière dose de VPC13. Une revaccination est ensuite effectuée au moins 5 ans après la dose initiale de VPP23.
Méningococcique (MenACWY)	La recommandation actuelle est la vaccination de routine MenACWY des personnes infectées par le VIH. Ce groupe devrait recevoir une série de primovaccination de 2 doses de MenACWY administrées à 2 mois d'intervalle, suivie de doses de rappel tous les 5 ans.

Fièvre jaune	Dans les pays endémiques, une dose est recommandée pour toutes les personnes infectées par le VIH et âgées de 9 mois et plus qui ne présentent pas d'immunodépression sévère. Si c'est le cas, différer l'immunisation jusqu'à ce que le taux de CD4 ait augmenté. Une dose de rappel n'est pas nécessaire car une dose suffit pour une protection à vie. Toutes les personnes infectées par le VIH, quel que soit leur statut immunologique, doivent être vaccinées contre la fièvre jaune en cas d'épidémie.
Vaccin papillomavirus humain (HPV)	Le vaccin est plus efficace lorsqu'il est administré avant une exposition au HPV par contact sexuel. Cela dit, la vaccination est tout de même recommandée pour les personnes séropositives car les maladies liées au HPV augmentent considérablement les difficultés de la vie au quotidien de ce groupe vulnérable. L'âge minimum pour recevoir la vaccination contre le HPV est de 9 ans. Pour tous les adolescents infectés par le VIH jusqu'à l'âge de 26 ans, le vaccin doit être administré selon un schéma à 3 doses (0,5 ml à 0, 2, 6 mois).

Annexe 8.1 Prophylaxie au cotrimoxazole

(voir aussi annexe 8.2 pour le calendrier de désensibilisation)

Indications à interrompre	Indications à démarrer	Dose recommandée/ Protection contre	Si allergie ou intolérance au cotrimoxazole
Adultes infectés par le VIH Sous ARV et dont les CD4 > 200 cel/μl à 2 reprises consécutives dans les 3-6 mois. Dans les contextes de haute prévalence de malaria et/ou d'infections bactériennes sévères (la plupart des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire faible), peut se poursuivre chez les adultes infectés par le VIH, indépendamment du taux de CD4 et du stade clinique de l'OMS.	Adultes infectés par le VIH CD4 < 350 cel/μl ou stades cliniques 2, 3 ou 4.	Dose recommandée Adulte : CTX 960mg 2 fois/jour Nourrissons et enfants : Dose en fonction du poids (voir tableau 10.2 à la page 168) S'il est pris régulièrement, le CTX protège contre : • Pneumonie, surtout PCP • Infections cérébrales (toxoplasme) • Certains types de diarrhées • Autres infections bactériennes telles des infections ORL • Malaria CTX est une combinaison de 2 antibiotiques : triméthoprim (TMP) et sulfaméthoxazole (SMX) Il existe plusieurs noms commerciaux pour CTX : Bactrim®, Septrim®, etc.	Effets secondaires modérés (grades 1 et 2) • Désensibiliser les adultes (voir annexes 8.2) • Ne pas faire de désensibilisation chez les enfants Toxicité au CTX de stade 3 ou échec de la désensibilisation : • Dapsone 100mg/jour (prophylaxie contre PCP mais prophylaxie limitée pour la toxoplasme). • Donc, ajouter de la pyriméthamine 50mg + acide folinique** 25mg chaque semaine si disponible, pour une prophylaxie contre la toxoplasme. Dans le cas de réactions sévères au CTX (grade 4 cutané, toxicité hépatique rénale ou de la moelle osseuse), la dapsone ne doit pas être utilisée, au risque d'avoir une réactivité croisée. La dapsone peut être utilisée pendant la grossesse. La dapsone (2mg/kg/jour) peut être donnée aux nourrissons et enfants qui ne tolèrent pas la CTX. ** Noter que l'acide folinique est différent de l'acide folique.
Les nourrissons exposés au VIH PCR négatif ou test rapide du VIH au moins 6 semaines après l'arrêt complet de l'allaitement et absence de signes cliniques d'infection à VIH	Tous les nourrissons exposés au VIH A démarrer à l'âge de 6 semaines	Enfants infectés par le VIH • Tous les enfants < 5 ans • Si > 5 ans, suivre les mêmes recommandations que pour les adultes ; tous ceux en stade 2, 3 et 4 ou ceux dont les CD4 < 350 cel/μl Dans les contextes de haute prévalence de malaria et/ou d'infections bactériennes sévères (la plupart des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire faible), la prophylaxie au CTX doit être envisagée chez tous les adultes et adolescents infectés au VIH quel que soit leur taux de CD4 ou leur stade OMS. Se référer à vos lignes directrices nationales	
Enfants infectés par le VIH sans PCP ni toxoplasme* : • 0-5 ans : ne pas arrêter le CTX • 5 ans : sous ARV et CD4 > 350 cel/μl à 2 reprises consécutives dans les 3-6 mois. Enfants infectés par le VIH avec PCP ou toxoplasme* : • < 5 ans : ne pas arrêter le CTX • > 5 ans : sous ARV et CD4 > 350 cel/μl à 2 reprises consécutives dans les 3-6 mois. <i>* les enfants à risque de malaria doit être maintenus sous CTX jusqu'à ce que ce risque disparaisse.</i> Dans les contextes de haute prévalence de malaria et/ou d'infections bactériennes sévères (la plupart des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire faible), peut se poursuivre chez les adultes infectés par le VIH, indépendamment du taux de CD4 et du stade clinique de l'OMS.			

Annexe 8.2 Désensibilisation au cotrimoxazole

La désensibilisation peut être proposée rapidement ou sur une plus longue période.



Ne pas désensibiliser quelqu'un qui a eu une réaction anaphylactique au CTX ou une éruption cutanée sévère tel un syndrome de Stevens-Johnson.

A proscrire chez les enfants.

Une désensibilisation est généralement efficace à 60%. La désensibilisation rapide doit être effectuée dans un environnement où une réanimation d'urgence est possible et de l'adrénaline disponible. Elle consiste à faire une surveillance clinique toutes les 30min, avant l'administration de chaque dose, avec notamment une prise de la température, du pouls et de la tension artérielle.

Si des réactions modérées apparaissent, comme une légère éruption cutanée ou un prurit, administrer un antihistaminique (p.ex. chlorphéniramine ou prométhazine) et continuer. Si les effets secondaires sont plus graves tels une respiration sifflante, une hypotension importante ou une éruption cutanée majeure, cesser la désensibilisation définitivement et traiter les symptômes.

Une fois la désensibilisation au cotrimoxazole commencée, elle peut être poursuivie à long terme si aucune réaction ne se manifeste. A l'inverse, un arrêt momentané du processus suivi d'une reprise peut générer des réactions indésirables.

À l'aide d'une seringue de 1 ml, verser 0,5 ml de cotrimoxazole pédiatrique 240 mg/5 ml de sirop dans 1 000 ml de dextrose à 5%.

Donner les doses suivantes :

Minutes	Quantité de la préparation ci-dessus à donner PO (utiliser une seringue de 10ml)
0	1 ml
30	10 ml
60	100 ml

Passer ensuite au cotrimoxazole pédiatrique 240 mg/5 ml sirop aux dosages pour adulte.

Minutes	Quantité
90	0.5 ml
120	5 ml
150	480 mg comprimé
180	Commencer une prophylaxie aux doses thérapeutiques

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Les piliers de la programmation de la PTME

Prévention primaire du VIH chez les femmes en âge

de procréer

Planning familial

Dépistage et intervention TARV dans la PTME

Soins continus pour le père et la mère séropositifs

La cascade de PTME

Plus d'information sur la PTME

Matière à réflexion : questions de recherche opérationnelle pour la PTME





Veillez noter que la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) fait l'objet d'un apprentissage plus interactif dans l'édition 2015 de la formation VIH en **e-learning de MSF SAMU**. Voir "Comment utiliser ce livre" pour plus de détails.

Les piliers de la programmation de la PTME

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) ne consiste pas seulement à fournir une TARV à la mère séropositive et au nourrisson exposé. La PTME repose sur quatre piliers stratégiques de soins (Schéma 9. 1). Les services de PTME sont proposés avant la conception et tout au long de la grossesse, du travail et de l'allaitement.

Schéma 9.1 Les piliers de la programmation de la PTME

Prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer	Planning familial	Services de dépistage du VIH et interventions de TARV dans la PTME	Traitement du père et de la mère séropositifs
• Changement de comportement • Utilisation du préservatif • TARV pour le partenaire séropositif • PrEP	• Grossesses non désirées • Planifier au mieux une future grossesse pour les femmes séropositives	• Test VIH en soins pré, per et postnataux • Mise à disposition de TARV pour les femmes séropositives au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement • Prise en charge des nourrissons exposés au VIH (mise à disposition de TARV et de prophylaxie au cotrimoxazole et diagnostic précoce de l'enfant)	• Maintenir la TARV à vie

Prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer

Toutes les femmes séronégatives en âge de procréer doivent bénéficier d'une éducation à la santé pour comprendre comment rester séronégatives. Les éléments suivants issus d'un programme complet de prévention seront proposés à toutes les femmes séronégatives, y compris lors de soins pré et postnataux.

- Services de dépistage du VIH pour la femme
- Dépistage du VIH pour tous les partenaires sexuels et toxicomanes
- Référer le partenaire masculin pour une TARV s'il est séropositif

- Référer un partenaire séropositif pour une circoncision médicale volontaire (CMMV) (dans les pays où elle est une priorité). Cette intervention réduit la probabilité d'être contaminé et de contaminer ensuite sa compagne.
- Dépistage des IST et traitement
- Faire la promotion du préservatif
- Conseils sur la réduction des risques
- Proposer, démarrer ou continuer la PrEP, basée sur l'évaluation des risques individuels. La PrEP peut également être incluse dans l'ensemble des mesures proposées pour une conception plus sûre, si le partenaire séropositif a une charge virale (CV) non négligeable. Il est maintenant avéré qu'il n'y a pas de transmission du VIH par voie sexuelle si le partenaire séropositif a une CV indétectable. Dans le cas contraire, les rapports sexuels non protégés doivent être évités, bien que la PrEP permette une protection non négligeable (le **chapitre 8** détaille l'utilisation de la PrEP).

Les données de sécurité du médicament sont en faveur de l'utilisation de la PrEP chez les femmes enceintes ou allaitantes qui restent exposées à un risque non négligeable d'infection par le VIH. Un outil d'évaluation des risques devrait être utilisé pour juger des critères d'éligibilité à la PrEP. L'outil OMS de détection des risques est disponible à la page 114 du **Chapitre 8**. Pour plus d'informations sur le choix, l'administration et les modalités de surveillance des antirétroviraux, se reporter au **Chapitre 8**.

L'expérience de l'utilisation de la PrEP dans les contextes pré et post natal est limitée mais recommandée par l'OMS. Les trois scénarios pour lesquels la PrEP doit être envisagée chez les femmes enceintes et allaitantes séronégatives sont les suivants :

- Une femme sous PrEP qui devient enceinte et reste exposée à un risque non négligeable d'infection par le VIH
- Une femme séronégative, enceinte ou allaitante exposée à un risque élevé d'infection au VIH en raison d'un risque important d'exposition (travailleuse du sexe, partenaire au statut inconnu dans un contexte de haute prévalence)
- Une femme dont le partenaire est séropositif mais avec une CV détectable (voir **chapitre 8**)

Planning familial

Pour les femmes séropositives désirant une grossesse, il faut leur conseiller d'attendre que leur charge virale soit indétectable, généralement après 6 à 12 mois de TARV. En cas de maladie VIH avancée ($CD4 < 200$ cellules/mm³ et/ou une maladie de stade 3 ou 4), il est préconisé d'attendre le traitement complet des infections opportunistes et, idéalement, que le taux de CD4 soit augmenté jusqu'à > 350 cellules/mm³. Pour des informations sur le planning familial chez les femmes séropositives, voir le **chapitre 19**.

Dépistage et intervention TARV dans la PTME

Intégration de la PTME et des services de santé sexuelle et reproductive (SSR)

Des actions doivent être menées (comme indiqué dans le pilier 3 de la figure 9.1) dès qu'une femme séropositive est enceinte, et jusqu'à ce que l'enfant soit testé séronégatif 3 mois après la fin de l'allaitement. Les services de PTME doivent être intégrés dans les soins pré, péri et postnatals. Après la naissance, mamans et nourrissons doivent être vus ensemble dans le cadre d'une «approche familiale». Le but d'un service intégré est d'optimiser le suivi des femmes et de leurs enfants en leur proposant à la fois les services de SSR et les soins VIH :

- le même jour
- dans la même salle de consultation
- Par le même professionnel de santé

Soins continus pour le père et la mère séropositifs

Une fois l'épisode de grossesse et d'allaitement terminé, il est important que tous les membres séropositifs de la famille poursuivent les soins sur le long terme. L'enfant doit être pris en charge dans un centre de soins VIH, avec des consultations idéalement programmées et intégrées le même jour que celles de la mère. Les deux parents doivent être suivis, d'abord pour leur propre santé mais aussi dans le cadre de la PTME en vue de nouvelles grossesses.

La cascade de PTME

Les interventions de PTME peuvent être découpées en plusieurs étapes. Un manquement à l'une de ces étapes signifie une occasion manquée d'identification d'une séropositivité ayant pour conséquence un risque accru de transmission du VIH à l'enfant.

Présence aux soins prénatals

Les femmes doivent être encouragées à faire un test de grossesse suffisamment tôt, c'est à dire dès un retard de règles, avec des tests disponibles dans tous les centres de soin pour permettre une détection précoce. Dans la mesure du possible, l'accès aux tests de grossesse au sein de la communauté doivent aussi être encouragés (via les agents de santé communautaire)

Les femmes seront encouragées à consulter un service prénatal dès le début de leur grossesse à la fois pour bénéficier d'un suivi optimale mais aussi pour une initiation précoce à la TARV, pour celles testées séropositives. Idéalement, toutes les femmes enceintes séropositives identifiées au cours de leur grossesse, doivent recevoir une TARV pendant au moins 12 semaines avant leur accouchement. Pour celles qui reçoivent moins de 4 semaines de traitement, leur enfant sera classé comme à haut risque et nécessitera une prophylaxie renforcée.

Schéma 9.2 La cascade de PTME

Présence aux soins prénatals

- Identification précoce de la grossesse
- Consultation prénatale précoce

Test VIH et tests subséquents

- Test VIH à la première consultation prénatale
- Nouveau test des femmes séronégatives au cours du 3ème trimestre de grossesse, à l'accouchement puis au cours de l'allaitement
- Nouveau test des femmes séropositives avant toute initiation de la TARV

TARV pour les mères séropositives

- Pendant la grossesse
- Au cours de l'accouchement et de l'allaitement
- Poursuite de la TARV à vie pour la santé de la mère et pour protéger les futures grossesses
- Obtenir et maintenir une charge virale indétectable en permanence

Suivi de l'enfant exposé

- Prescrire une prophylaxie à base d'ARV
- Prescrire une prophylaxie au cotrimoxazole
- Diagnostic précoce du nourrisson
- Accès au PEV
- Surveillance des courbes de croissance

Test VIH et test subséquents

Un test de dépistage du VIH dès la première visite doit être proposé à toutes les femmes enceintes, en travail ou allaitantes, dont le statut est inconnu ou séronégatif depuis plus de 3 mois. Les conseils pré-test peuvent être réalisés en groupe lors des premières visites de consultation prénatale. Le test VIH doit être effectué en même temps que les autres tests sanguins prénatals mais si la femme refuse, elle sera à nouveau encouragée et conseillée lors des visites suivantes à accepter le test.

Pour toutes les femmes dont le test est positif, un nouveau test de dépistage du VIH devra être refait conformément à l'algorithme de dépistage du VIH, avant le début de la TARV.

Les directives concernant un nouveau test pour les femmes dont le test initial est séronégatif **varient en fonction de la prévalence du VIH du contexte et des ressources locales.**

Les directives de MSF sont :

- Si le test est négatif au cours du premier ou du deuxième trimestre, la femme doit faire un nouveau test au troisième trimestre (habituellement à 32 semaines - se reporter aux directives nationales).
- Les femmes avec un statut inconnu ou un test VIH négatif avant le troisième trimestre doivent être testées à nouveau lors de l'accouchement



Se référer aux lignes
directrices nationales

- Dans les milieux à forte prévalence, un nouveau test doit être fait au cours de l'allaitement, et à renouveler idéalement tous les six mois. Ces femmes ne viendront pas pour leur propre santé mais seront vues dans le cadre des visites du PEV pour leur enfant. Profiter des visites du PEV est une stratégie pour améliorer le dépistage des femmes précédemment séronégatives : refaire un test lors de la visite PEV à 6 semaines si la maman n'a pas été testée à l'accouchement et lors de la vaccination rougeole à 9 mois.

Les femmes doivent encourager leurs partenaires à se faire dépister lors des visites à venir pour soins prénatals ou à assister à des services de conseil et de dépistage volontaire à tout moment. Il a été démontré que l'utilisation de lettres d'invitation augmentait l'acceptation des tests par les partenaires. En cas d'échec et avec le consentement des femmes, un test de dépistage doit être proposé aux partenaires au sein de la communauté. L'utilisation d'autotests VIH que les femmes peuvent proposer à leurs partenaires est également une stratégie pour améliorer le dépistage.

TARV pour les mères séropositives

Où initier la TARV dans la PTME ?

Les services de TARV et de santé sexuelle et reproductive (SSR) doivent être intégrés et proposés dans les établissements de protection maternelle et infantile, les consultations pré et postnatales et les maternités.

Quand initier la TARV dans la PTME ?

Dans la PTME, l'objectif est d'initier la TARV le jour même du diagnostic, mais la patiente doit être cliniquement et psychologiquement prête à commencer le traitement. Si ce n'est pas envisageable, tenter de le faire au moins dans les 7 jours qui suivent.

L'initiation de la TARV doit être proposée pendant les heures d'ouverture des consultations pré et postnatales, mais devra être disponible 24 h/24 en maternité.

Qui initie la TARV dans la PTME ?

Tout travailleur en soins de santé formé, y compris les infirmières et les sages-femmes, peut initier une TARV à une femme enceinte ou allaitante.

Qui devra fournir un soutien psychosocial dans la PTME ?

Le soutien psychosocial peut être apporté par le clinicien, l'infirmière, la sage-femme ou un conseiller qui n'est pas professionnel de santé. Il a été démontré qu'une mise en relation entre une femme enceinte nouvellement diagnostiquée et une femme séropositive qui a déjà bénéficié d'une PTME, favorise l'adhérence, les conseils sur le processus d'annonce de son statut et diminue les pertes de vue (programme mères-mères).

Qu'est-ce qui se passe à l'initiation de la TARV dans la PTME ?

Toutes les femmes dont le test VIH est positif, pendant la grossesse et pendant l'allaitement doivent commencer une TARV dès que possible. Comparé à l'EFV, le dolutegravir (DTG) présente les avantages d'une baisse de CV plus rapide, avec un profil d'effets secondaires plus faible et une concentration plus élevée dans le lait maternel, caractéristiques recherchées en ce qui concerne la grossesse et l'allaitement. Toutefois, en raison de données préliminaires montrant une incidence plus élevée d'anomalies fœtales du tube neural chez les femmes qui prenaient du DTG au moment de la conception, les recommandations de l'OMS suivantes sont celles actuellement préconisées concernant la PTME :

- Avant une grossesse et dans les 8 premières semaines de gestation : TDF + 3TC/FTC + EFV (suivre les mises à jour de l'OMS à ce sujet)
- Pendant les deuxième et troisième trimestres et pendant l'allaitement : TDF + 3TC/FTC + DTG

Ajoutés aux antécédents médicaux décrits au **chapitre 3**, une anamnèse obstétricale complète et un examen clinique doivent être effectués. Les investigations biologiques seront réalisées comme indiquées au **chapitre 3**, y compris les CD4, pour déterminer s'il est nécessaire d'envisager une exploration plus complète lorsque la maladie est avancée. Cependant, s'il n'y a pas d'indication clinique à retarder le début de la TARV, le manque d'accès aux investigations initiales ou à leurs résultats ne doit pas retarder l'offre d'initiation le jour même. Si lors d'une consultation suivante, le taux de CrCl est < 50 ml/min, remplacer le TDF par de l'AZT (si HB est > 8 g/dl). Un faible taux de CrCl chez les femmes enceintes est très rare ($< 1\%$ dans la plupart des cas).

L'évaluation psychosociale de l'initiation de la TARV doit suivre les étapes décrites au **chapitre 3**. Toutefois, le but étant l'initiation le jour même, l'accent doit être mis sur l'adhérence, l'explication des effets secondaires et le soutien au processus de divulgation (voir rubrique PTME du **chapitre 25**)

Pour plus de détails sur les séances de conseil concernant la **PTME**, se référer au **guide MSF pour l'éducation thérapeutique et le counseling** et aux supports graphiques associés. (<https://samumsf.org/en/resources/hiv/pmtct>)

Suivi de la TARV pour les femmes enceintes ou allaitantes

L'intégration des services de SSR aux services VIH et à la TARV ou vice versa est un principe clé de la délivrance différenciée de la TARV pour les femmes enceintes et allaitantes. Tout au long de la grossesse et de l'allaitement, les deux services SSR et VIH doivent être fournis conjointement, dans une consultation unique (même jour, même endroit et même agent de santé).

Les femmes nouvellement initiées à la TARV doivent être vues 2 semaines après le début du traitement, si le début s'est fait le même jour que le diagnostic, après 1 mois puis, régulièrement chaque mois pendant les soins prénatals et jusqu'au 6ème mois du nourrisson. Ensuite, la mère et l'enfant exposé doivent être vus ensemble tous les 3 mois dans une approche «familiale», jusqu'à ce que l'enfant soit testé séronégatif, soit à 18 mois, soit 12 semaines après l'arrêt de l'allaitement, en choisissant la date la plus tardive. Le rythme des consultations et de l'approvisionnement en médicaments doit être adapté au calendrier du PEV et à la capacité de transport de la femme.



Besoin de soutien
au patient,
voir chapitre 25



[samumsf.org/en/
resources/hiv/pmtct](https://samumsf.org/en/resources/hiv/pmtct)



Les femmes qui suivent déjà un traitement antirétroviral, qui sont stables et qui reçoivent leur TARV à travers un modèle différencié, comme des clubs ou des groupes communautaires, peuvent choisir de continuer selon ce modèle. Elles doivent cependant assister aux consultations prénatales et postnatales, ainsi qu'aux visites spécifiques du nourrisson exposé au VIH.

Test de charge virale dans la PTME

La surveillance de la toxicité des antirétroviraux est la même que celle décrite au **chapitre 5**. La mesure de charge virale est la stratégie de choix pour observer la réponse au traitement.

- Pour les femmes nouvellement initiées à la TARV, le premier test de CV doit être réalisé après 6 mois de traitement.
- Pour les femmes déjà sous TARV, le test de CV doit être réalisé à la première consultation prénatale si le test précédent a plus de 6 mois.
- Pour les femmes qui sont sous TARV depuis plus de 6 mois, si la première CV est $> \text{à } 1000 \text{ copies/ml}$, elle doit recevoir des conseils ciblés sur l'adhérence afin de l'améliorer (voir le **chapitre 25**) et refaire une CV après trois mois. Si le résultat est toujours $> \text{à } 1000 \text{ copies/ml}$, passer immédiatement à la deuxième ligne.
- Si possible, utiliser le test semi rapide de CV sur le lieu de soins (Point-of-Care) pour les femmes enceintes ou allaitantes.
- Lorsque les ressources le permettent, envisager une surveillance de la charge virale tous les six mois pendant la grossesse et l'allaitement.



Besoin de soutien
au patient,
voir chapitre 25



Considérations spéciales pour réduire le risque de transmission du VIH pendant le travail et l'accouchement :

- limiter le nombre d'examens vaginaux
- limiter le temps entre la rupture des membranes et l'accouchement et éviter aussi la rupture artificielle des membranes
- Eviter autant que possible les manoeuvres invasives pendant l'accouchement (extraction du nouveau-né par ventouse ou forceps, épisiotomie).



Identification du VIH avancé chez les femmes enceintes et en postpartum

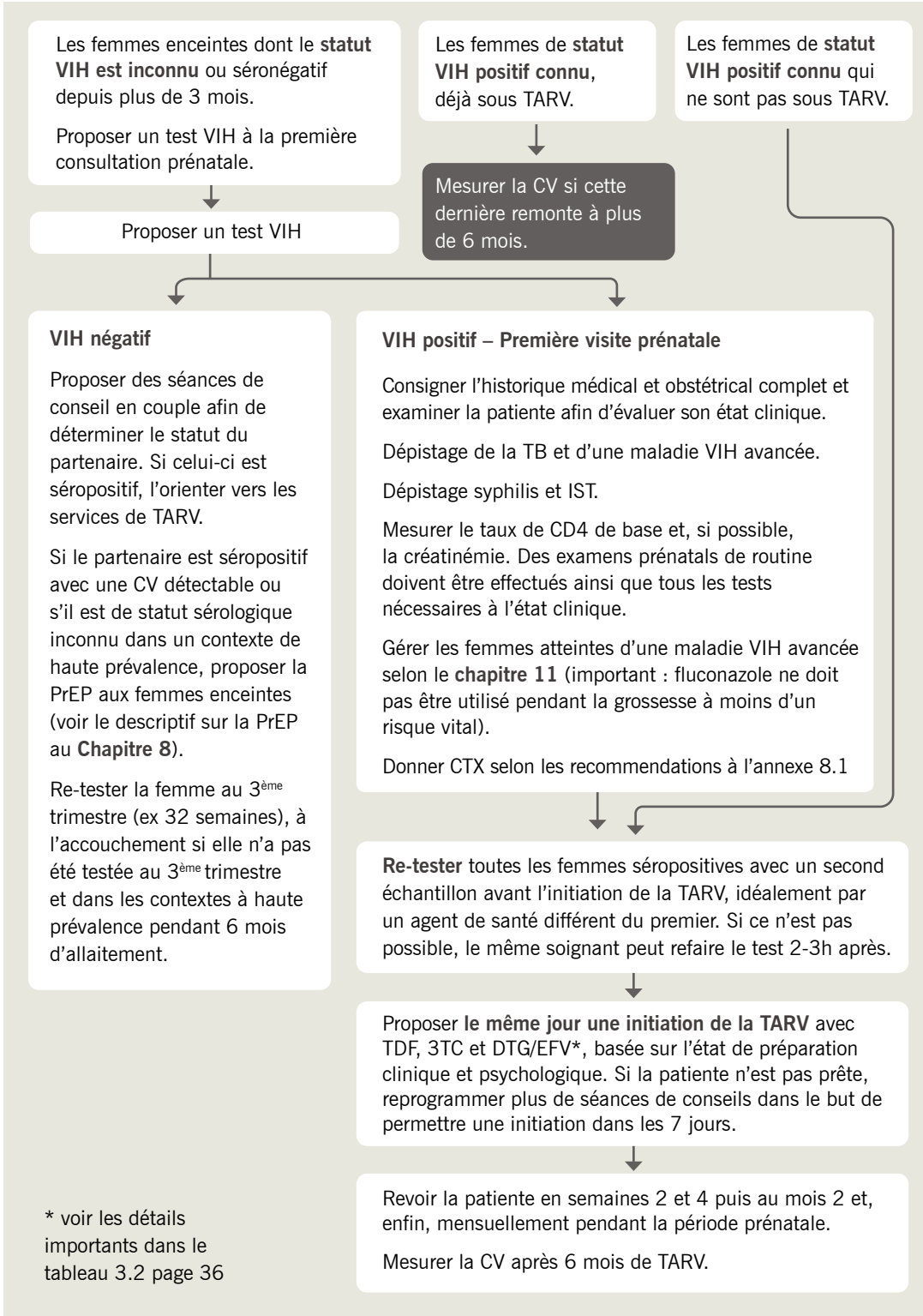
La plupart des femmes enceintes séropositives restent en bonne santé et ont des grossesses non compliquées par des infections opportunistes ou autres affections en lien avec le VIH. Cependant, le VIH reste un facteur de risque majeur en terme de mortalité maternelle. La tuberculose est la cause la plus fréquente de mortalité chez les femmes séropositives enceintes ou en postpartum. Les données disponibles montrent qu'il existe de nombreuses lacunes dans les soins, responsables de diagnostic et de traitement tardifs. Les pathologies fébriles, y compris la tuberculose, est une cause de fausse couche et d'accouchement prématuré. Les femmes enceintes atteintes d'une tuberculose qui n'a pas été diagnostiquée et d'un VIH avancé courent un risque élevé de complications liées à la grossesse car lorsqu'elles sont admises en maternité, les femmes reçoivent d'abord des soins en lien avec leur grossesse et des pathologies sous-jacentes, parfois graves, échappent au diagnostic ou ne sont pas traitées en urgence.

La délivrance différenciée des soins est essentielle pour identifier et gérer de manière optimale les femmes enceintes et en postpartum atteintes d'un VIH avancé (CD4 <200 ou maladie de stade clinique 3 ou 4 de l'OMS). Ces femmes sont classées comme "compliquées" en termes d'ensemble de soins avancés, tel que détaillé au chapitre 11 (voir schéma 11.3 page 238). L'ensemble spécifique de soins doit être mis en œuvre conjointement par les services de prise en charge du VIH et de la maternité.

Au niveau des soins primaires :

- S'assurer que les femmes enceintes ou en postpartum ayant une maladie VIH avancée soient identifiées et que les protocoles de soins spécifiques au VIH avancé soient mis en place.
- Travailler conjointement avec les services de maternité locaux et former les sage femmes, cliniciens et conseillers aux protocoles pour maladie VIH avancée.
- Éviter les lacunes dans les soins ; s'assurer que le personnel de maternité est capable de reconnaître les femmes malades que cela soit du à la tuberculose ou à toute autre infection opportuniste. S'assurer qu'un système de référence et qu'une communication privilégiée est possible quand le personnel de maternité a besoin d'une aide médicale, surtout lorsque celui-ci est confronté à des problèmes au-delà de leurs compétences.
- S'assurer que la mesure de la CV est réalisée régulièrement et qu'un système de récupération rapide des résultats est possible. Les femmes qui échouent à un traitement de première ligne doivent être identifiées rapidement et passer à une deuxième ligne sans délai.
- Avoir une approche de «Heureux de vous revoir !» pour les femmes enceintes qui retournent dans les services de soins VIH ou maternité.
- Former les personnels de maternité aux signes d'alerte en cas de gravité afin que les femmes gravement malades soient identifiées rapidement. S'assurer que les femmes enceintes ou en post-partum ainsi que leurs familles connaissent aussi ces signes.

Algorithme 9.1 Résumé des interventions prénatales pour les femmes enceintes séropositives



Suivi du nourrisson exposé

Tous les enfants exposés doivent être vus en même temps que leur mère dans le cadre d'une approche familiale, en plus des interventions spécifiques de PTME décrites ci-dessous :

- Tous les enfants exposés doivent être examinés et les contacts, symptômes et signes de tuberculose doivent être pris en compte.
- Poids, taille et idéalement le périmètre crânien seront reportés sur les tableaux standard des courbes de croissance, à chaque consultation.
- Tous les enfants exposés doivent être immunisés selon le calendrier standard du PEV. Si le test d'amplification des acides nucléiques du VIH (TAAN ou PCR) n'est pas disponible à la date prévue de la vaccination mais que ces enfants ne présentent pas de symptôme ou de signe probable d'infection au VIH, ils doivent recevoir toutes les vaccins prévus dans le calendrier, selon le protocole local.

Prophylaxie antirétrovirale pour les enfants exposés

La prophylaxie doit démarrer dès que possible après la naissance, mais aussi pendant l'allaitement pour les nourrissons exposés, identifiés seulement à ce moment-là. La prophylaxie antirétrovirale pour le nourrisson exposé est une mono ou bithérapie et dure 6 ou 12 semaines, selon que le nourrisson présente un risque de transmission faible ou élevé. Les nourrissons à risque élevé sont nés de femmes qui :

- ont été sous TARV moins de 4 semaines avant l'accouchement
- sont identifiées séropositives en postpartum
- qui ont eu une CV > 1000 copies/ml documentée au cours du dernier trimestre de la grossesse, si la CV est disponible ; OU
- qui ont contracté l'infection VIH pendant la grossesse ou l'allaitement.

L'algorithme 9.2 décrit les interventions préventives pour les nourrissons exposés, à la fois à faible et à haut risque.

Algorithme 9.2 Prophylaxie antirétrovirale pour enfants exposés

Pour tous les enfants nés de mères séropositives, poser les questions suivantes au cours de l'accouchement ou de l'allaitement :

1. La mère est-elle sous TARV depuis moins de 4 semaines ?
2. La mère a-t-elle été diagnostiquée séropositive au cours de l'allaitement ?
3. La mère a-t-elle eu une CV > 1000 copies/ml au cours de la période prénatale ?
4. La mère a-t-elle eu une séroconversion VIH positive au cours de la grossesse ou de l'allaitement ?

Non pour tous les scénarios :

risque faible pour le nourrisson exposé

Nourrisson nourri au lait maternel :

Donner 6 semaines de NVP* 1x / jour

OU

6 semaines d'AZT 2x / jour

Nourrisson nourri au lait artificiel :

Donner 6 semaines de NVP* 1x / jour

OU

6 semaines d'AZT 2x / jour

Oui à l'un de ces scénarios :

risque élevé pour le nourrisson exposé

Nourrisson nourri au sein

Donner 12 semaines de NVP 1x / jour ET AZT 2x / jour**

Si cette option est impossible :

1. Donner 6 semaines de NVP 1x / jour **ET** AZT 2x / jour suivies par 6 semaines de NVP 1x / jour **OU** AZT 2x / jour
2. Donner 12 semaines de NVP 1x / jour

Nourrisson nourri au lait artificiel :

Donner 6 semaines de NVP 1x / jour **ET** AZT 2x / jour.

* NVP est la monothérapie préventive de choix pour le VIH 1 et l'AZT pour le VIH 2.

** Lorsqu'il n'y a pas d'accès au sirop d'AZT seul et pour maintenir la faisabilité du traitement dans certains contextes, des comprimés combinés à dose fixe d'AZT/3TC ou d'AZT/3TC/NVP peuvent être utilisés (Tableaux 10.1 et 10.2). Lorsqu'aucune forme galénique d'AZT n'est disponible, utiliser 12 semaines de NVP seule.

Enfants exposés, identifiés en postpartum

Chez les nourrissons identifiés exposés en post-partum, dont la mère n'a pas été sous traitement antirétroviral, il existe un risque élevé qu'ils soient séropositifs. Ces nourrissons peuvent bénéficier d'un traitement présomptif jusqu'à preuve de leur séronégativité. Le test VIH doit être adapté à l'âge (test PCR si < 18 mois, algorithme de tests rapides si > 18 mois) et l'enfant considéré comme un «nourrisson à haut risque».

La mère doit commencer une TARV sans délai et avec un soutien psychologique.

L'enfant :

- Si le test virologique du nourrisson est disponible le jour même (test semi rapide sur le lieu de soins) :
 - Le résultat est positif, commencer la TARV sans délai, en fonction du poids, avec ABC (ou AZT) /3TC + LPV/r. Confirmer le résultat PCR (test d'amplification des acides nucléiques) avec un second échantillon.
 - Le résultat est négatif, commencer la prophylaxie renforcée, selon l'âge / poids (voir les tableaux 9.1 et 9.2).
- Si le résultat du test virologique du nourrisson est retardé (par exemple, en utilisant un test PCR sur papier buvard), commencer le traitement présomptif avec AZT (ou ABC) /3TC + LPV/r en attendant le résultat du test PCR sur papier filtre.
 - Si le résultat du test PCR est négatif, le traitement présomptif peut être arrêté et le nourrisson peut poursuivre avec une prophylaxie renforcée pendant un total de 12 semaines à partir du moment où la mère a commencé une TARV.
 - Effectuer un autre test PCR ou un test de diagnostic rapide (TDR), en fonction de l'âge à la fin de la prophylaxie.

Les tableaux 9.1 et 9.2 décrivent les options galéniques et les dosages pour une prophylaxie à base d'ARV des nourrissons en fonction de l'âge ou du poids. Les associations à dose fixe (ADF) ont également été incluses, sachant que la disponibilité et la faisabilité des sirops sont parfois un vrai défi. L'addition de 3TC n'influence pas la toxicité. Les indications pour la mono ou bithérapie et la durée de la prophylaxie sont exposées dans l'algorithme 9.2.

Prophylaxie au cotrimoxazole pour les nourrissons exposés

La prophylaxie au cotrimoxazole doit débuter à partir des 6 semaines de l'enfant et jusqu'à ce que le nourrisson soit confirmé séronégatif à 18 mois, ou 12 semaines après l'arrêt de l'allaitement. Le tableau 9.3 donne les directives concernant les doses pour la prophylaxie au cotrimoxazole.



Tableau 9.1 Dosage prophylactique de NVP et AZT en fonction de l'âge

	NVP sirop 10 mg/ml	NVP 50 mg Comprimé orodispersible	AZT sirop 10mg/ml	AZT 60 mg comprimé (comp)	AZT 60/3TC 30	AZT 60/3TC 30/NVP 50 FDC
De la naissance à 6 semaines 2 000– 2 499g*	10 mg (1 ml) 1x/ jour		10 mg (1 ml) 2x/jour		¼ comp 2x/jour	¼ comp 2x/jour
De la naissance à 6 semaines ≥2 500 g	15 mg (1.5 ml) 1x/jour		15 mg (1.5 ml) 2x/jour			
6–12 semaines	20 mg (2 ml) 1x/jour	½ comp 1x/ jour	60 mg (6 ml) 2x/jour **	1 comp 2x/jour**	1 comp 2x/jour	
3–6 mois	20 mg (2 ml) 1x/jour	½ comp 1x/ jour				
6–9 mois	30 mg (3 ml) 1x/jour	½ comp 1x/ jour				
9 mois jusqu'à la fin de l'allaitement	40 mg (4 ml) 1x/jour	1 comp 1x/ jour				

Source : Lignes directrices consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH (OMS, 2016 : 388))

* pour les enfants de poids < à 2000g et de plus de 35 semaines d'âge gestationnel, les doses suggérées sont : NVP 2 mg/kg une fois/jour et AZT 4 mg/kg 2 fois/jour

** Pas de dose établie pour la prophylaxie, une dose curative de 60 mg 2 fois/jour est utilisée.



Tableau 9.2 Doses prophylactiques chez les enfants en fonction du poids *

Poids	AZT sirop 10 mg/ml	AZT60/3TC 30 Comp dispersible
3.0–5.9 kg	6ml 2 x/jour	1 comp 2 x/jour
6–9.9 kg	9ml 2 x/jour	1.5 comp 2 x/jour
10–13.9 kg	12ml 2 x/jour	2 comp 2 x/jour
14–19.9 kg	15ml 2 x/jour	2.5 comp 2 x/jour

* A utiliser principalement pour les nourrissons exposés identifiés pendant l'allaitement

Tableau 9.3 Tableau des doses prophylactiques du cotrimoxazole

Prophylaxie simplifiée au cotrimoxazole			
Poids	Suspension orale 200/40 mg pour 5 ml une fois/jour	Comprimés dispersible 100/20 mg une fois/jour	Comprimés sécables 400/80 mg une fois/jour
3–5.9 kg	2.5 ml	1	-
6–9.9 kg	5 ml	2	½ (écrasé)
10–13.9 kg	5 ml	2	½ (écrasé)
14–19.9 kg	10 ml	4	1

L'alimentation du nourrisson

Des conseils sur l'alimentation du nourrisson doivent être mis en place pendant la période prénatale et se poursuivre après la naissance. Pour plus de détails, voir la rubrique sur la PTME au **chapitre 25** et consulter le guide en conseils disponible sur le site Web du SAMU à l'adresse http://samumsf.org/sites/default/files/2017-06/4_english_Patient_education_and_counselling_guide_for_PMTCT.pdf

À moins que le lait maternisé ne soit 100% disponible, faisable, abordable, soutenable et sûr (AFASS) pour un minimum de 6 mois, tous les nourrissons exposés au VIH doivent être exclusivement nourris au sein pendant les 6 premiers mois. Après 6 mois, des aliments complémentaires peuvent être introduits, tout en continuant l'allaitement jusqu'aux 12 mois de l'enfant. Il cessera, dès lors qu'un régime alimentaire adéquat et sans danger nutritionnel peut être fourni. Lorsque la mère est trop malade pour allaiter ou que l'enfant est orphelin, une alimentation avec du lait artificiel sera mise à disposition.

Pour les mères allaitantes :

- S'assurer d'une prise au sein correcte, idéalement dans l'heure qui suit l'accouchement, pour éviter les mamelons fissurés et douloureux.
- S'assurer que les mères vérifient la présence de plaies et de muguet dans la bouche de leur enfant et qu'elles en informent le personnel afin de débiter un traitement.
- Que leur état nutritionnel soit évalué lors de l'examen clinique.
- Aucune tétine, biberon ou sucette ne doit être utilisé



Mise à jour



Besoin de soutien
au patient,
voir chapitre 25



samumsf.org

Diagnostic précoce du nourrisson

Les nourrissons de moins de 18 mois doivent être testés selon l'algorithme de diagnostic précoce du nourrisson (Algorithme 9.2). Tout enfant présentant des symptômes ou des signes probables d'infection au VIH (voir **chapitre 10**) nécessite un test de dépistage. En dessous de 18 mois, tout test rapide positif doit être confirmé avec un test PCR, en raison de la présence d'anticorps anti-VIH maternels dans le sang du nourrisson.

L'OMS a donné une recommandation conditionnelle pour l'introduction de tests à la naissance pour les nourrissons exposés. Même si ces tests sont mis en place, un nouveau contrôle PCR est toujours exigé à 6 semaines de vie pour identifier les nourrissons infectés pendant l'intra-partum. Leur mise en œuvre est spécifique au contexte, influencée par la prévalence du VIH, la couverture du programme PTME et les ressources disponibles. Si celles-ci sont limitées et que les tests à la naissance pour tous les nourrissons ne sont pas réalisables, la priorité est de tester tous les nourrissons à 6 semaines et, si possible, d'envisager des tests à la naissance uniquement pour les nourrissons à haut risque. L'algorithme 9.3 ci-dessous présente les recommandations pour le diagnostic précoce du nourrisson.

Consulter les recommandations nationales pour le diagnostic précoce du nourrisson

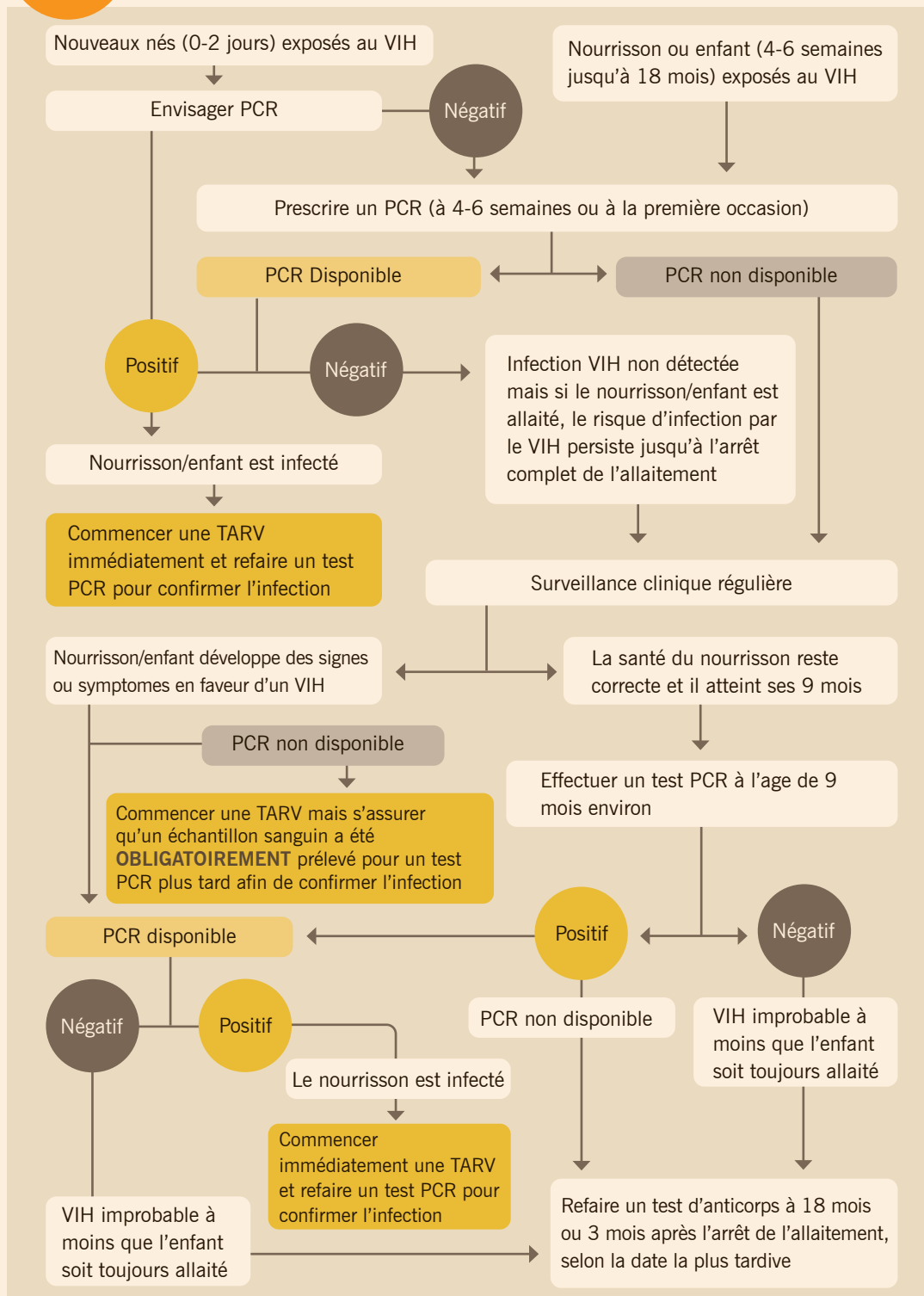


[samumsf.org/en/
resources/hiv/pmtct](https://samumsf.org/en/resources/hiv/pmtct)

Plus d'informations sur la PTME

Pour plus d'informations sur les ressources de mise en œuvre et de formation à la PTME, consulter la page des ressources sur la **PTME** à l'adresse <https://samumsf.org/en/resources/hiv/pmtct>.

Algorithme 9.3 Algorithme du diagnostic précoce du nourrisson



Matière à réflexion : questions de recherche opérationnelle pour la PTME

- Comment pouvons-nous identifier les femmes enceintes séropositives plus tôt pendant la grossesse ? (A considérer : le rôle du test de grossesse au niveau communautaire).
- Comment les conseils concernant une future grossesse sont-ils donnés dans nos programmes ? Quelle est la CV des femmes sous TARV dans nos programmes lorsqu'elles deviennent enceintes.
- L'utilisation de PrEP pendant la grossesse et l'allaitement est-elle faisable pour les femmes séronégatives dans les couples discordants ?
- Les femmes des cohortes soutenues par MSF accèdent-elles à la planification familiale ?
- Comment la planification familiale doit-elle être intégrée dans les cliniques VIH, y compris dans des modèles de soins différenciés ?
- La classification des nourrissons selon qu'ils présentent un risque élevé ou faible et la mise en œuvre d'un protocole de prophylaxie améliorée est-elle faisable partout ?
- Quels sont les résultats pour les nourrissons classés à risque élevé et qui ont reçu ou non la double prophylaxie renforcée ?
- Là où le diagnostic précoce du nourrisson à la naissance est mis en œuvre, quel est le taux de positivité ? et quel est le profil clinique des nourrissons séropositifs ?
- Quel est le rôle des plateformes PCR polyvalentes qui incluent le diagnostic précoce du nourrisson dans les contextes de prévalence élevée et faible ?



VIH chez les enfants et les adolescents

1. Diagnostic VIH

2. Évolution de la maladie

3. Évaluation et suivi des enfants exposés et infectés par le VIH

4. Croissance et nutrition

5. Évaluation du développement de l'enfant

6. Démarrer la TARV

7. Les effets secondaires des ARV

8. Notes sur l'adhérence

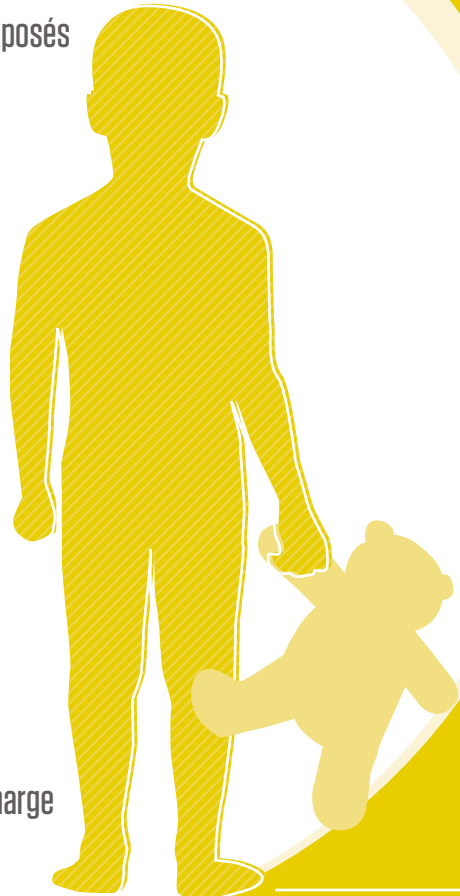
9. Processus d'annonce

10. Échec de traitement

11. Aspects cliniques spécifiques à la pédiatrie

12. A retenir

13. Principes de prise en charge pour les adolescents



De nombreux cliniciens ne sont pas toujours à l'aise lorsqu'il s'agit d'apporter des soins VIH aux enfants, l'approche pédiatrique étant plus ou moins proposée à minima dans nos formations. Ceci étant dit, malgré des différences marquées avec les adultes, la pratique montre que les soins aux enfants sont loin d'être compliqués. Voici ci-dessous quelques notions clés à garder à l'esprit au sujet des enfants :

1. Tout au long de leur croissance, les besoins émotionnels, intellectuels et sociaux changent. Par exemple, apporter des soins à un enfant d'un an est une approche très différente que pour un enfant de cinq ans ou pour un enfant de dix ans. Il est donc important d'adapter notre approche des soins à l'âge et au niveau de développement de l'enfant.
2. Le dosage des médicaments doit être constamment ajusté au poids de l'enfant.
3. Se rendre à une consultation médicale est souvent une source d'anxiété autant pour l'enfant que pour son accompagnant. Il est à ce titre important d'assurer le confort de la famille pendant la visite. Être accueillant et communiquer de la même manière que dans un environnement quelconque est indispensable. Aider l'enfant à se sentir détendu rendra les interactions plus productives et permettra d'obtenir les informations nécessaires pour une évaluation et un diagnostic de qualité. De simples règles comme appeler l'enfant par son prénom, lui demander ses activités préférées, parler de ses copains ou de sa scolarité peuvent s'avérer très utiles. Essayer de toujours l'impliquer dans les discussions.
4. Les adolescents sont dans une période difficile où ils cherchent leur chemin au milieu de pressions scolaires, de pressions de leurs pairs, et sur des sujets tels que l'identité individuelle ou la sexualité. A cela nous pouvons ajouter parfois un manque de perspicacité et un sentiment d'invincibilité. Tous ces facteurs peuvent conduire à une mauvaise adhérence et une attention particulière doit donc être donnée à ce groupe d'âge.



Principes clés d'une consultation VIH pour enfants et adolescents :

Confidentialité : L'importance de la confidentialité ne doit pas être sous-estimée. Les adolescents et leurs accompagnants doivent sentir que ce qu'ils discutent avec vous n'est pas partagé avec d'autres personnes. Étant donné les nombreux problèmes liés à la stigmatisation, la confidentialité est particulièrement cruciale.

Honnêteté : elle doit s'appliquer dans les deux sens. Il est impératif pour les cliniciens d'expliquer honnêtement et de façon précise à leurs patients leur état de santé actuel. De la même façon, le patient doit faire preuve d'honnêteté envers son clinicien. Celui-ci doit notamment être informé si l'accompagnant/parent ou le patient ne respecte pas la prise de médicaments. Il est difficile pour le médecin de prendre les bonnes décisions si celles-ci reposent sur de fausses informations.

Confiance : c'est un élément essentiel pour s'engager avec l'enfant dans toute la chaîne de soins. Gagner sa confiance nécessite une approche spécifique de la part du clinicien, fondée sur la confidentialité et l'honnêteté déjà mentionnées.

Non-Jugement : Éviter d'être dans le jugement est essentiel. Il est important de préciser ici que l'accompagnant/parent est dans une position délicate. Assurer le suivi de l'enfant et lui donner ses médicaments est un rôle difficile. Si l'accompagnant se sent jugé et/ou méprisé, il délaissera probablement ses responsabilités. Cette règle s'applique également aux adolescents.

La prise en charge du VIH en pédiatrie et chez les adolescents est un sujet qui pourrait à lui seul faire l'objet d'un guide clinique. Ce chapitre propose de couvrir les domaines nécessaires à une prise en charge globale. Les rubriques suivantes seront abordées :

1. Diagnostic VIH
2. Evolution de la maladie
3. Evaluation et suivi des enfants exposés et infectés
4. Croissance et nutrition
5. Evaluation du développement de l'enfant
6. Démarrer la trithérapie (TARV)
7. Les effets secondaires des ARV
8. Notes sur l'adhérence
9. Processus d'annonce
10. Echec de traitement
11. Aspects cliniques spécifiques à la pédiatrie
12. A retenir
13. Principes de prise en charge pour les adolescents

1. Diagnostic VIH

Comment le VIH est-il transmis aux enfants ?

Plus de 90% des infections VIH chez les enfants proviennent d'une transmission mère-enfant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et plus tard l'allaitement. Le risque de transmission peut être considérablement réduit depuis la conception jusqu'à l'allaitement, si la mère séropositive suit son traitement ARV et que sa charge virale est indétectable. Il est donc important de mettre en œuvre des stratégies efficaces de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) (voir **Chapitre 9**). Les autres modes de transmission du VIH chez l'enfant se font lors :

- de transfusions de sang contaminé
- d'abus sexuels
- de blessures provenant d'objets tranchants contaminés par le VIH tels que des lames de rasoir, des aiguilles/seringues ou d'instruments de circoncision non stériles.

Au fur et à mesure que l'enfant devient adolescent, le risque de contracter le VIH augmente. La susceptibilité à l'adolescence est due à une interaction complexe entre des facteurs structurels, économiques, socioculturels et biologiques pendant une phase de développement où les comportements associés à l'acquisition du VIH et à la recherche en matière de sexualité et de reproduction sont initiés.

Tableau 10.1 Transmission et prévention de la transmission du VIH chez l'enfant

Mode de transmission		Groupe à risque	Stratégies préventives
Mère à l'enfant Ceci constitue la majorité des enfants en Afrique (>90%) et reste largement évitable	grossesse (in utero)	Fœtus	ARV (prophylaxie ou traitement)
	Lors de l'accouchement (intrapartum)	Nouveau-né	ARV Pratiques d'accouchement sécurisées
	Allaitement (postpartum)	Nourrisson	ARV, lait maternisé/allaitement exclusif
Sexuel	Abus	TOUS	Toujours tester la mère et les frères/sœurs si l'enfant est patient index
	Relation consentie	Adolescent	Cibler les adolescents avec des stratégies de prévention telles que l'éducation aux pratiques sexuelles protégées et l'accès à la PrEP et aux préservatifs.
Sang ou autres produits sanguins contaminés		Transfusion sanguine Injections avec instruments non stériles	Dépister les donneurs, éviter les transfusions « non indispensables »
Autres		Rituels culturels tels la scarification	Promouvoir des pratiques sécurisées travailler avec les guérisseurs traditionnels



Définitions importantes

Exposé VIH : ce terme est utilisé pour les enfants nés d'une mère séropositive dont le statut sérologique n'est pas encore confirmé. Des tests complémentaires sont nécessaires pour déterminer le statut VIH.

Infecté VIH : ce terme implique qu'un test final adapté à l'âge de l'enfant a été effectué pour confirmer l'infection au VIH

- Une PCR ADN VIH (qui détecte l'ADN viral) diagnostique les nourrissons et enfants de moins de 18 mois. Il est nécessaire que tout premier test PCR positif soit confirmé une seconde fois, soit par un autre test PCR, soit par une charge virale (consulter les guides nationaux).
- Pour les enfants âgés de plus de 18 mois, deux tests VIH rapides positifs (qui détectent les anticorps) suffisent pour confirmer l'infection.

Non infecté VIH : il est confirmé que l'enfant n'a pas de trace du virus dans son sang et est par conséquent non infecté par le VIH. A noter que pour les enfants ayant été allaités, le test doit être effectué 12 semaines après la cessation de l'allaitement pour être confirmé négatif. Ainsi, une surveillance continue et la répétition des tests sont nécessaires pour les enfants qui sont toujours sous allaitement maternel.

Quels enfants tester et quand les tests doivent-ils être effectués ?

Deux stratégies différentes sont possibles pour le diagnostic :

- **Le dépistage et le conseil à l'initiative du prestataire (DCIP)**

Le prestataire (agent de santé) entame la discussion sur le dépistage et propose le test de dépistage du VIH au patient.

Le DCIP doit être mis en place au niveau des consultations externes et des hospitalisations car cette approche a montré une augmentation significative du nombre de dépistages effectués auprès des enfants et des adolescents. Cette approche est recommandée pour les enfants et figure d'ailleurs parmi les recommandations de l'OMS.

- **Conseil et dépistage volontaire (CDV)**

L'accompagnant /patient demande un test VIH à l'agent de santé.

Le tableau ci-dessous illustre les différences majeures entre CDV et DCIP :

CDV	DCIP
Volontaire	Volontaire
Séance de conseil individuelle pré-test	Séance d'information en groupe pré-test
Référence initiée par le patient à sa convenance	Référence initiée par l'agent de santé
Séance de conseil individuelle post-test	Séance de conseil individuelle post-test
Evaluation des risques effectuée après le test	Evaluation des risques effectuée après le test
La personne décide de faire le test	La personne est libre de refuser le test

Qui doit proposer le test ?

Les signes et symptômes de l'infection VIH chez les enfants et adolescents sont souvent identiques à ceux de nombreuses autres maladies. Il est donc important d'avoir un indice de suspicion élevé pour le VIH afin de poser un diagnostic en temps opportun. C'est d'autant plus important si les tests de routine ne sont pas offerts à tous."

Initier le DCIP pour les enfants suivants :

- Tous les enfants connus pour être « exposés VIH »
- Tout nourrisson suspecté d'être exposé au VIH
- Enfants diagnostiqués TB ou ayant des antécédents de TB
- Enfants orphelins ou abandonnés

- Enfants présentant des signes ou symptômes en faveur du VIH :
 - Pneumonie
 - Diarrhée persistante
 - Écoulement auriculaire (aigue ou chronique)
 - Enfant de très petit poids pour son âge et/ou diagnostiqué pour une malnutrition aigue sévère (MAS)
 - Muguet
 - Hypertrophie de la parotide
 - Lymphadénopathie généralisée
- Enfants suspectés d’avoir subi des abus sexuels
- Si antécédents familiaux ou contexte social à risque (demande des parents, père ou frère/sœur séropositifs, décès d’un parent ou lorsque le statut de la mère est inconnu)
- Toute autre raison jugée dans l’intérêt de l’enfant par le clinicien/agent de santé.

Tester également les enfants en bonne santé

Étant donné que de nombreux enfants, en particulier ceux qui sont infectés pendant la période d’allaitement, peuvent se présenter en dehors des périodes d’examens néonataux et infantiles, des tests doivent également être effectués chaque fois que l’occasion se présente. Ceci concerne également les enfants se présentant en « bonne santé » lors de consultations de routine comme par exemple pour les vaccinations (plus de détails ci-après sur les tests à utiliser et leurs interprétations).



Se référer aux lignes directrices nationales

Consultez vos **guides / protocoles nationaux** pour connaître les procédures de tests relatifs à votre pays.

Quels sont les tests VIH de laboratoire disponibles ?

Tester la réponse immunitaire au VIH	Tester directement le virus VIH
« Tests rapides »	PCR-ADN (qualitatif) • Détecte la présence de virus • Utilisé seulement pour le diagnostic
Laboratoire ELISA	PCR-ARN (quantitatif) • Détermine la quantité de virus (ou copies virales)/ml dans le sang (charge virale) • Utilisé pour la surveillance de la réponse au traitement • Peut être utilisé pour confirmer le diagnostic chez les nourrissons
Western blot test	
Auto-test rapide de salive prélevée sur l’intérieur des joues	

Quels tests de laboratoires utiliser selon les âges ?

Les anticorps de la mère passent librement dans le placenta et restent présents chez l'enfant jusqu'à 18 mois après la naissance (et même plus longtemps dans certains cas). Ceci a donc une implication sur les tests de diagnostic à utiliser avant et après 18 mois.

Moins de 18 mois :

- En se basant sur l'information ci-dessus, un test d'anticorps positif chez un enfant peut simplement refléter la présence des anticorps de sa mère. Cela ne confirme pas une infection au VIH, mais permet de considérer l'enfant comme « VIH exposé ».
- Dès lors, les guides cliniques suivent dans la plupart des cas le protocole suivant :
 - Pour les enfants <9 mois, le premier test est un PCR ADN. Pour les enfants ≥9 mois, le premier test est une recherche d'anticorps anti VIH. Si celui est négatif, l'enfant est négatif et aucun autre test n'est nécessaire. Si celui-ci est positif, les anticorps anti VIH peuvent provenir de la mère ou de l'enfant. Donc un test de confirmation par PCR ADN est nécessaire.

Enfants âgés de plus de 18 mois (et >12 semaines après l'arrêt de l'allaitement maternel)

A partir de cet âge, les tests de recherche d'anticorps anti VIH peuvent être utilisés pour diagnostiquer l'infection car les anticorps présents dans le sang sont ceux produits par l'enfant, en réponse à l'infection au VIH. Comme pour les adultes, un test d'anticorps positif doit toujours être confirmé par un autre test d'anticorps différent.

Une étude, sur des enfants exposés dont les mères étaient observantes à leur traitement de PTME, a montré que 14% d'entre eux restaient positifs au-delà de leur 18 mois (voir <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>). Un test PCR négatif ou une charge virale pré-TARV indétectable permettront d'identifier ces résultats « faux-positifs ».



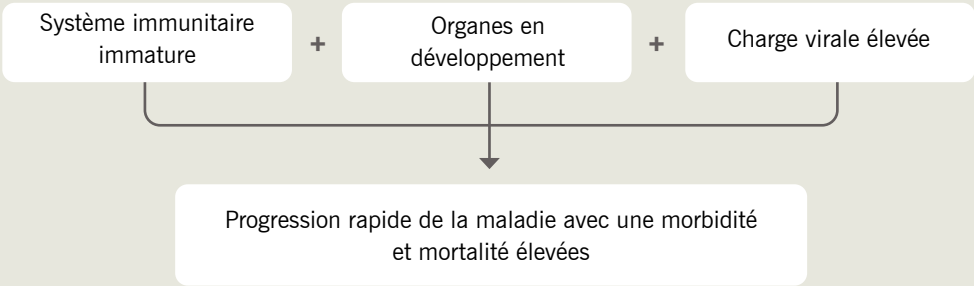
[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)

2. Évolution de la maladie

Au cours de leur croissance, le système immunitaire des enfants se développe et évolue au même titre que l'ensemble de leur organisme. Quand les nourrissons et les enfants sont infectés, leur système immunitaire, encore immature, est moins en mesure de stopper la réplication du virus, laissant la maladie progresser bien plus rapidement que pour les adultes. C'est pour cette raison que l'absence de traitement des enfants séropositifs génère une morbidité et mortalité plus précoces et plus élevées dans cette population.

Schéma 10.1 Taux de mortalité des cas VIH non-traités par âge

Age de l'enfant	Taux de mortalité
0-3mois	20-30%
< 2ans	50%
< 5ans	Approximativement 75%



Le cerveau est un organe particulièrement sensible et l'infection au VIH peut affecter sévèrement le développement neurologique. Etant donnée la progression rapide de la maladie, l'objectif pour les enfants suspectés d'être séropositifs est de les diagnostiquer et de démarrer le traitement le plus tôt possible.

3. Évaluation et suivi des enfants exposés et infectés par le VIH



Un traitement efficace repose sur un dépistage VIH précoce et le démarrage du traitement antirétroviral dès le diagnostic confirmé.

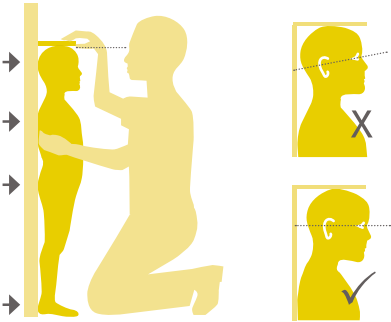
Les étapes essentielles d'une consultation pour un enfant séropositif



[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)

Comme indiqué dans les **chapitres 3 et 5**, il est recommandé d'utiliser des « checklists » ou des guides/mémos afin de rappeler aux cliniciens l'ensemble des observations et examens à faire pour une consultation pédiatrique détaillée et complète. Le tableau ci-dessous donne une explication détaillée de chaque étape d'une consultation pédiatrique. Il est suivi par une courte « checklist » sur laquelle se référer. En complément, d'autres **outils destinés aux consultations pédiatriques peuvent être téléchargés** à partir du dossier de ressources supplémentaires à l'adresse : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>

Tableau 10.2 Guide de consultation pédiatrique

Eléments de consultation	Notes
Présentez vous	Accueillir l'accompagnant et l'enfant avec gaieté. Les enfants sont souvent apeurés à l'idée de venir au centre de santé. Parler d'abord avec l'accompagnant puis vous adresser à l'enfant. Avoir des objets attrayants et adaptés (jouets, matériel de coloriage) peut être utile pour que les enfants se sentent à l'aise et en confiance.
Poids/taille/ périmètre crânien	Tracer et documenter le poids, la taille et la circonférence de la tête sur les graphiques en percentiles et noter toute diminution. (Voir schéma 10.4-10.10 à la fin de ce chapitre) La croissance de l'enfant doit être constante. Toute perte de poids ou défaut de croissance en général doit être évalué. L'état nutritionnel doit être évalué chez tous les patients (voir chapitre 24, Malnutrition et perte de poids). Notes sur les mesures du poids : A faire : - Déshabiller l'enfant (ou le laisser légèrement vêtu) - Essayer d'utiliser la même balance à chaque visite. - Calibrer et entretenir les balances de façon régulière. - Si l'enfant < 18 mois, utiliser une balance pour nourrisson. Si vous n'en disposez pas, peser la mère et l'enfant puis la mère seule. Puis retirer le poids de la mère pour obtenir celui de l'enfant. - Noter le poids de l'enfant dans son dossier à chaque visite. - Tracer le poids sur la courbe de croissance à chaque consultation. Notes sur les mesures poids/taille : A faire : - Utiliser une toise à la verticale pour les enfants de plus de 2 ans - Effectuer des mesures en décubitus sur une surface solide pour les enfants de moins de 2 ans. - S'assurer que le talon, les fesses et les omoplates touchent le mur ou la toise derrière le patient. Voir ci-dessous : Mesure de la taille en position debout  Mesure en décubitus dorsal 

	• Pour les enfants < 1an, mesurer la taille tous les mois. • Pour les enfants > 1an, mesurer la taille tous les 3 mois et établir une courbe. • Ne pas être seul pour maintenir l'enfant en position allongée, se faire aider par l'accompagnant surtout pour tenir la tête bien droite. Notes concernant les mesures du périmètre crânien : A faire : • Mesurer le périmètre crânien en prenant la ligne à mi chemin entre les sourcils et la racine des cheveux à l'avant de la tête, et la proéminence occipitale à l'arrière. • Mesurer et tracer le périmètre crânien (PC) chaque mois pour les nourrissons < 1an puis tous les 3 mois jusqu'à l'âge de 3 ans.  A ne pas faire • Supposer que le périmètre crânien de l'enfant est normal si une mesure précédente se situe dans les normes.
Evaluer le stade du processus d'annonce chez l'enfant	Connaître le statut du processus d'annonce de l'enfant est important pour deux raisons : • Il détermine le niveau d'engagement que vous pouvez avoir avec l'enfant. • Il guide le clinicien quant au discours qui peut être tenu devant lui. En cas d'annonce complète, on peut admettre que la discussion s'effectue avec l'enfant puisqu'il connaît son statut, accompagné de son parent/soignant. Impliquer l'enfant dans la consultation clinique – Discuter autant avec lui qu'avec son accompagnant de sa séropositivité et de son quotidien avec la maladie. Si l'annonce est faite partiellement ou pas du tout, passer d'abord du temps avec le soignant/parent (par exemple, discuter avec lui des résultats de la charge virale). Discuter aussi du processus d'annonce. Ensuite, consulter l'enfant. Voir la rubrique concernant l'annonce (rubrique 9 dans ce chapitre) pour plus de détails.
Les plaintes actuelles	Demander les préoccupations de l'accompagnant ce jour, concernant l'enfant. Questionner à propos des symptômes suivants : • Toux • Maux de tête • Eruptions cutanées • Diarrhées • Plaies dans la bouche • Douleur abdominale • Vomissements • Perte de poids • Fatigue • Fièvre Important : Etre précis dans vos questions concernant les plaintes et symptômes. L'accompagnant peut oublier de signaler un problème que le clinicien mettra en lumière.

Les antécédents médicaux	Questionner spécifiquement à propos de :	
	- TB - Antécédents médicaux généraux. Questionner sur les pathologies antérieures, les séjours à l'hôpital et les traitements.	
	Questions concernant la TB	
	1. l'enfant a-t-il eu la TB par le passé ?	Si oui, quel régime de traitement a été prescrit ?
	2. l'enfant a-t-il eu une prophylaxie antituberculeuse par le passé ?	Si oui, quand la prophylaxie a-t-elle été donnée et avec quel traitement ?
	3. L'enfant a-t-il actuellement des symptômes de la TB ?	Les symptômes / signes de la tuberculose comprennent la toux, les sueurs nocturnes, la fièvre, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques et l'asthénie. Les enfants symptomatiques peuvent avoir besoin d'une RXT, d'un échantillon de crachats et/ ou d'un transfert vers des soins spécialisés (voir Chapitre 12 et la rubrique 11 de ce chapitre sur les affections pédiatriques spécifiques).
	4. Est-ce qu'un membre du foyer a eu un diagnostic de tuberculose pharmacosensible ou pharmacorésistante au cours de la dernière année ?	Si quelqu'un dans le foyer a eu un diagnostic de TB pharmacorésistante, faites un test IDR (intra dermo réaction à la tuberculine), une radiographie pulmonaire et consulter un médecin ou suivre éventuellement la stratégie locale permettant de gérer les contacts avec des personnes atteintes de tuberculose pharmacorésistante.
	Questions concernant le VIH	
	1. L'enfant est-il sous TARV ?	Tous les enfants, quels que soient leur âge, leurs symptômes ou le taux de CD4, devraient commencer une TARV lorsqu'ils sont diagnostiqués séropositifs. Si l'enfant n'est pas sous TARV, demander pourquoi.
	2. Quel a été le dernier taux de CD4 ?	Le taux de CD4 est utilisé pour surveiller la réponse à la TARV. Chez les enfants < de 5 ans, utiliser le pourcentage de CD4 et chez les enfants > 5ans, utiliser le taux absolu de CD4. Un taux de CD4 inférieur à 200 ou <15%, expose l'enfant au risque de développer des IO. Parallèlement, toute baisse du nombre de CD4 est préoccupante.
	3. Quel était le taux de la dernière CV ?	La charge virale est utilisée pour surveiller la réponse à la TARV. Une CV > 1000 copies est considérée comme élevée et peut indiquer un problème d'adhérence ou le développement d'une résistance médicamenteuse.

Les antécédents médicaux	Questions concernant les antécédents médicaux :	
	1. L'enfant a-t-il été malade depuis la dernière consultation ?	Une nouvelle infection chez l'enfant peut indiquer un échec au traitement.
	2. Quels autres problèmes médicaux l'enfant a-t-il eu par le passé ?	Lister les antécédents médicaux de l'enfant et les pathologies en cours pour permettre au prochain médecin qui examinera l'enfant d'avoir les éléments nécessaires pour prendre une décision.
Antécédents concernant son alimentation	Comment est l'appétit de l'enfant ?	
	Un manque d'appétit peut être le signe d'une maladie ou d'une infection. Une candidose buccale, par exemple, est une affection douloureuse parfois responsable d'une sous alimentation. D'autres maladies, telles que la tuberculose, provoquent un manque d'appétit et certains antirétroviraux, des nausées.	
	Malnutrition aigüe sévère	
	Les enfants atteints de malnutrition aigüe sévère doivent être identifiés et pris en charge correctement, notamment en leur donnant un supplément alimentaire thérapeutique (voir chapitre 24).	
	Retard de croissance lié à la malnutrition chez l'enfant.	
Antécédents sur son développement comportemental	Le retard de croissance signifie que la taille liée à l'âge d'un enfant est < au 3ème centile. Attention, un enfant peut vous apparaître bien proportionné (poids normal pour sa taille) mais souffrir quand même d'un retard de croissance. Chez un enfant séropositif, une malnutrition chronique peut entraîner des retards de croissance.	
	Note : Voir la rubrique 2 de ce chapitre sur l'évaluation du développement, pour plus d'informations.	
	1. L'enfant continue-t-il d'apprendre des choses nouvelles ?	Le retard de développement peut être un indicateur de la progression du VIH et / ou l'échec du traitement.
	2. Y a-t-il quelque chose que l'enfant pouvait faire précédemment mais qu'il ne peut plus faire à ce jour ?	La régression dans le développement de l'enfant est également préoccupante et peut indiquer la progression du VIH et/ ou l'échec du traitement.
	3. Si l'enfant est à l'école, quel est son comportement ?	L'échec à l'école peut être lié à un échec de traitement.
	4. L'enfant joue-t-il avec ses camarades ?	L'incapacité à suivre les camarades pendant les activités peut indiquer une infection par le VIH ou un échec du traitement.

Antécédents de vaccination	Vous assurer que les vaccinations de l'enfant sont à jour. Vous référer au calendrier vaccinal local. Tous les enfants devraient être vaccinés selon le calendrier national de vaccination et selon le Programme élargi de vaccination de l'OMS (PEV). Noter qu'il existe des recommandations spécifiques pour les enfants séropositifs, en particulier lors de l'utilisation de vaccins vivants. Ces vaccins déclenchent parfois la maladie pour laquelle ils sont sensés protéger l'enfant. La vérification de la vaccination par le BCG est un élément important de la consultation VIH de routine (voir chapitre 8 tableau 8.5).	
Antécédents pharmacologiques	1. Quels médicaments (autres que ARV) l'enfant prend-il ?	Vérifier les effets secondaires des autres médicaments et les interactions possibles avec les ARV.
	2. L'enfant reçoit-il ses ARV tous les jours comme prescrits ?	Une mauvaise adhérence est la cause principale d'échec de traitement chez les enfants. Note : Pour plus d'informations, voir rubrique 8 concernant l'adhérence et la rubrique 10 sur l'échec de traitement au VIH.
	3. Qui donne à l'enfant son médicament ? Ou l'enfant prend-il les médicaments lui-même ?	Il est important qu'un soignant prenne la responsabilité de donner le médicament. Souvent, si l'enfant le prend seul, il y a un risque accru de mauvaise adhérence et donc de CV élevée.
	4. Demander à l'accompagnant de montrer comment il prépare le médicament.	Corriger avec tact toutes les erreurs.
Situation familiale et psycho sociale	1. Qui vit avec l'enfant ?	Voir la rubrique ci-dessous sur l'adhérence pour des informations complémentaires.
	2. Qui est le soignant principal ?	
	3. Le soignant principal a-t-il changé au cours de la dernière année ?	
Examen physique	Identifier les signes de progression de la maladie.	Evaluer cliniquement l'enfant et tous les problèmes existants.
Evaluation clinique	Conseils généraux concernant l'examen physique : • Créer un environnement «adapté aux enfants» dans votre salle d'examen, en utilisant des affiches et des jouets appropriés. • Vous adapter et être créatif : utiliser le jeu lorsque cela est possible pour calmer l'enfant et le distraire pendant l'examen physique • Un examen physique complet doit être fait à chaque consultation. • L'enfant doit être déshabillé, vêtu uniquement de ses sous vêtements/couche. Vous assurer que toutes les parties du corps sont examinées. • Faire l'examen physique dans le même ordre à chaque fois (souvent de la tête aux pieds) mais profiter, cependant, d'un enfant tranquille pour effectuer d'abord l'examen «d'auscultation» (examen du cœur et des poumons).	

Evaluation clinique	• Faire les examens les plus inconfortables pour l'enfant en dernier, comme la bouche et les oreilles • L'examen de l'oreille, du nez et de la gorge (ORL) est essentiel. Pour regarder dans les oreilles et la bouche, vous aurez besoin d'un otoscope et d'un abaisse-langue. • Rechercher des changements physiques indiquant la progression du VIH tels qu'un muguet, une augmentation de la taille de différents organes, une lymphadénopathie, une dermatite, etc. • Des troubles de la croissance peuvent être un indicateur important de l'infection par le VIH chez les enfants exposés et le signe d'une progression de la maladie chez les enfants séropositifs. Ne pas oublier que les enfants séropositifs développent des maladies infantiles courantes et des IO. Etre donc exhaustif dans votre évaluation et documenter les résultats cliniques en temps opportun.
Prescrire des traitements	Prescrire des ARV Vous reporter à votre tableau national de dosage des ARV et vous assurer que la dose est calculée en fonction du poids du jour.
	Prescrire pour des infections opportunistes Les infections opportunistes courantes comprennent des pathologies telles que le muguet buccal, la pneumonie à PCP, l'herpès (lésions buccales) et la tuberculose. Faites appel à un collègue expérimenté si des IO plus graves sont suspectées.
	Prescrire une prophylaxie :
	Cotrimoxazole (CTX) : S'il est pris régulièrement, le CTX est une thérapie préventive efficace contre la pneumonie, en particulier pneumocystis jjirovecii (également appelé PCP ou PJP) mais aussi la pneumonie bactérienne, la tuberculose, la toxoplasmose, le paludisme et les maladies diarrhéiques. Pour les nourrissons exposés au VIH : • Le cotrimoxazole doit être donné à tous les nourrissons exposés au VIH à partir de l'âge de 6 semaines • Le cotrimoxazole peut être arrêté après un ultime test VIH négatif réalisé au moins 12 semaines après la fin de l'allaitement. Pour les nourrissons infectés par le VIH : • Le cotrimoxazole doit être administré à tous les nourrissons séropositifs de moins d'un an jusqu'à l'âge de cinq ans • Après l'âge de 5 ans, le cotrimoxazole peut être arrêté, conformément aux recommandations pour les adultes (par exemple deux taux de CD4 consécutifs > 200 cellules/μl après un minimum de 12 mois sous traitement antirétroviral). Se référer à l'annexe 8.1 ou aux recommandations nationales.

- Le cotrimoxazole doit être administré en fonction du poids de l'enfant (voir tableau ci-dessous) :

- Suspension : 200 mg de SMX / 40 mg de TMP pour 5 ml
- Comp. orodispersible : 100 mg de SMX / 20 mg de TMP
- Comprimé en dosage unique : 400 mg SMX / 40 mg TMP

3–4.9 kg	2.5 ml ou 1 comp orodispersible 1x/jour
5–13.9 kg	5 ml 1x/jour
14–29.9 kg	10 ml ou 1 comp dosage unique 1x/jour
>30 kg	2 comp dosage unique 1x/jour ou 1 comp double dose 1x/jour

INH :

Donner INH à tous les enfants séropositifs qui ont une IDR positive ou qui ont eu un contact au sein de leur foyer avec une personne atteinte de TB pharmacosensible. Donner le traitement INH seulement si une TB active est exclue.

Dose : INH 10 mg/kg/jour (max 300 mg/jour) pendant 6 mois.

Note : Répéter également la dose pour 6 mois à chaque nouvelle exposition, et immédiatement après la fin du traitement contre la tuberculose.

Multivitamines :

Donner 2.5 ml/jour pour un enfant < 10 kg, 5ml/jour si le poids est compris entre 10-30 kg et 10 ml/jour ou 1 comp/jour si le poids est > 30 kg.

Supplémentation en vitamine A :

Les nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui n'ont pas été nourris au sein : dose de 50 000 UI à l'âge de 6 semaines.

Les nourrissons âgés de 6-11 mois : dose unique de 100 000 UI entre l'âge de 6-11 mois.

Les enfants âgés de 1 à 5 ans : dose unique de 200 000 UI à 12 mois puis tous les 6 mois jusqu'à l'âge de 5 ans.

Donner des vermifuges régulièrement :

Albendazole dose unique :

< 2 ans : 200 mg

> 2 ans et jusqu'à 5 ans : 400 mg

OU

Mebendazole :

12 à 24 mois ou < 10 kg	100 mg 2x/jour pendant 3 jours tous les 6 mois.
> 24 mois ou > 10 kg	500 mg en dose unique tous les 6 mois jusqu'à l'âge de 5 ans.

Note : Voir les directives nationales concernant le traitement par vermifuges car les recommandations peuvent changer en fonction de la prévalence des infections d'helminthes transmises par le sol de la région.

	Autres prophylaxies : Enseigner aux soignants comment utiliser la solution ORS pour la gastro-entérite. Enseigner aux soignants comment traiter la fièvre en utilisant du paracétamol ou de l'ibuprofène. Les caries dentaires et les maladies parodontales sont courantes chez les enfants infectés par le VIH, à tout âge. Conseiller et encourager une bonne hygiène buccale et référer vers un dentiste lorsque cela est indiqué. Consulter les directives nationales
Examens de laboratoire 	Surveillance de la TARV
	Taux de CD4 : Un taux de CD4 de référence : idéalement CD4 pour tous, mais ce n'est pas toujours possible. Pour tous, prochain taux de CD4 à 12 mois. Puis : Si < 5 ans, tous les 6 mois jusqu'à ce que le taux se stabilise sous TARV * Si > 5 ans et CD4 < 200, répéter l'examen tous les 6 mois jusqu'à obtenir un taux de CD4 > 200 Si CD4 > 200, on peut arrêter la surveillance régulière, à condition que l'enfant ait une CV indétectable.
	CV : CV à 6 et 12 mois puis tous les 12 mois.
	NFS : NFS de référence si démarrage de l'AZT. Si la NFS n'est pas réalisable, une Hb par prélèvement d'une goutte de sang au doigt est suffisante. Si aucun des deux n'est disponible, ce n'est pas une contre-indication au démarrage de l'AZT.
	Cholestérol et triglycérides à jeun : Examen de base, à 12 mois puis annuellement si régime avec IP.
	Créatininémie + créatinurie à la bandelette urinaire : Examen de base au départ pour tous les enfants puis commencer TDF et refaire un examen idéalement à 1 et 4 mois après le début du traitement, puis annuellement. Voir les lignes directrices nationales. Un résultat anormal est synonyme de maladie rénale et nécessite une évaluation minutieuse.
	GPT : GPT de référence si maladie hépatique connue, ictère ou traitement antituberculeux.

* Classification d'un patient stable sous traitement ARV selon les critères OMS :

- Sous TARV au moins depuis 1 an
- Pas d'effet secondaire sévère nécessitant un suivi régulier
- Pas de pathologies en cours et absence de grossesse.
- Bonne compréhension des conditions d'une adhérence à vie
- Preuves de l'efficacité du traitement : deux charges virales indétectables consécutives (ou, en l'absence de suivi de la charge virale, augmentation du taux de CD4 ou taux de CD4 >200/mm³)

Consultation pédiatrique TARV : Checklist

1. Date : _____
2. Mesurer poids, taille, et périmètre crânien : Poids : _____ Taille : _____ PC : _____
3. Annonce du statut : Totale ☐ Partielle ☐ Non ☐
4. Eventuelles plaintes ? _____
5. Questions sur la TB :
 - Antécédents TB ? Si oui, quand ? Oui ☐ Non ☐ _____
 - Antécédents prophylaxie TB ? Si oui, quand ? Oui ☐ Non ☐ _____
 - Symptômes à ce jour ? (Toux, fièvre, perte de poids, perte d'énergie) Oui ☐ Non ☐
 - Y a-t-il des personnes à la maison présentant des symptômes TB ? Oui ☐ Non ☐
6. Dernier taux de CD4 ? (valeur et date) _____
7. Dernière Charge virale ? (valeur et date) _____
8. Maladie(s) ou hospitalisations depuis la dernière visite ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, préciser la maladie et le traitement _____
9. L'enfant a-t-il de l'appétit ? _____
10. Comment l'enfant évolue-t-il à l'école ? (Arrive-t-il à apprendre des choses nouvelles ?)

11. Le calendrier vaccinal est-il à jour ? (vérifier le carnet de vaccinations) : _____
12. Evaluer l'adhérence / mode de vie :
 - L'enfant reçoit/prend-il ses ARV chaque jour selon la prescription ? Si non, pourquoi ? _____
 - Qui est l'accompagnant/tuteur de l'enfant ? _____
 - A-t-il changé d'accompagnant/tuteur lors de cette dernière année ? _____
 - Qui vit également à la maison ? _____
13. Réaliser un examen clinique.
14. Prescrire les ARV.
15. Prescrire si indiqué :
 - Cotrimoxazole
 - INH
 - Multivitamines
 - Vitamine A supplément
 - Vermifuge
16. Poser tout autre diagnostic si besoin et mettre à jour la liste des problèmes.
17. Prescrire les médicaments contre IO si besoin.
18. Effectuer les tests de laboratoire nécessaires (CV, CD4, etc.).
19. Y a-t-il des questions ? _____

Note : Ceci est une « checklist » non exhaustive. Si les réponses aux questions soulèvent d'autres inquiétudes ou possibles diagnostics différentiels, poser les questions supplémentaires qui s'imposent. Ne pas se limiter seulement à l'espace dédié aux réponses ; référer l'enfant chez un médecin si besoin

4. Croissance et nutrition

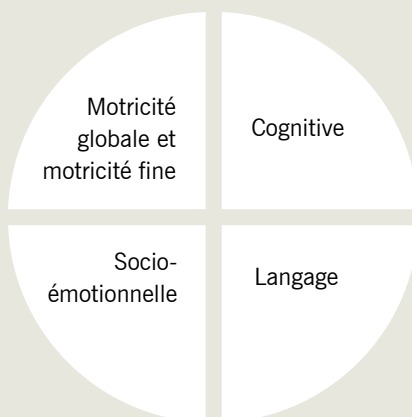
Le paragraphe précédent concernant l'examen médical et le suivi de l'enfant exposé ou infecté rappelle l'importance des mesures régulières des paramètres de croissance (poids, taille et périmètre crânien). Toute variation de l'un de ces paramètres en dehors des limites normales, ou toute évolution entre les percentiles doivent être investiguées avec attention. Ces variations peuvent alerter sur un état de malnutrition, lequel a été identifié comme un facteur de risque indépendant de morbidité / mortalité chez les enfants séropositifs. L'évaluation et la prise en charge de la malnutrition sont détaillées au **chapitre 24**.

5. Évaluation du développement de l'enfant

Le VIH traverse la barrière hémato-encéphalique, affectant directement le cerveau et entraînant des troubles du développement neurologique de l'enfant. De plus, les retards de développement neurologique sont plus difficiles à corriger à mesure que l'enfant grandit ce qui rend fondamental leur dépistage le plus tôt possible. Nombre d'idées reçues laissent penser qu'il existe peu d'action possible pour répondre aux problèmes neurocognitifs des enfants. Elles sont en réalité nombreuses, et lorsqu'elles sont menées rapidement elles conduisent à d'importants progrès et favorisent le développement de compétences.

Il est important de poser des questions d'évaluation, spécifiques à chaque étape du développement neurologique. Ceci donnera un tableau plus complet de l'état neurocognitif général de l'enfant. De nombreux outils d'évaluation du développement existe, dont la portée et la complexité varient considérablement. Pour autant, le but principal reste le même quel que soit l'outil : identifier les retards chez des enfants d'âges différents, de sorte qu'une intervention précoce puisse être entreprise.

Schéma 10.2 Quatre étapes du développement neurologique



Voici un exemple d'outil de dépistage d'un retard de développement neurologique recommandé pour les avantages particuliers qu'il offre.

- Il est formulé comme une série de questions à poser à des âges spécifiques.
- Il dépiste les anomalies au niveau des quatre étapes du neuro développement.
- Il est rapide et peut être effectué en quelques minutes

A noter que la tranche d'âge des étapes du développement neuro-moteur dite « normale » est assez large. Cependant, il y a un stade où le retard est pathologique et requiert des examens et une prise en charge approfondis. Les signes de retard à certaines étapes font partie de ce tableau.

Tableau 10.3 Checklist d'examens du développement neurologique
avec marqueurs normaux et signes d'alertes

Age	Normaux	Signes d'alertes
1 mois	Soulève la tête, Réagit aux bruits Réflexes archaïques du nouveau-né	
6 semaines		Absence de poursuite oculaire (au déplacement d'un doigt) Pas de sourire Succion faible Absence ou baisse de tonicité (mou) Ne parvient pas à soulever sa tête de façon adéquate
2 mois	Tient la tête à mi-hauteur, soulève la poitrine de la table, sourit.	
4 mois	Peut se retourner, rit	
6 mois	Tient assis Gazouille	Ne peut atteindre/prendre un objet avec ses deux mains, Pas de réaction/réponse aux sons, Faible interaction sociale avec les autres.
9 mois	Se met debout	
10 mois		Poings serrés. Persistance de réflexe archaïques.
12 mois	Marche seul, utilise des mots.	Ne peut soutenir son poids sur ses jambes
18 mois	Peut se déshabiller, gribouille, court.	Ne marche pas. N'utilise pas de mot simple avec un sens précis.



Les recommandations pour l'identification des retards dans les différentes étapes du développement neurologique varient de façon significative selon les pays. Nous encourageons les cliniciens à rechercher les protocoles disponibles dans leur pays respectifs et à mettre en place un système approprié de référence quand cela est nécessaire.



Se référer aux lignes
directrices nationales

6. Démarrer la TARV

Le **guide OMS** 2016 recommande le démarrage d'une TARV chez un enfant ou adolescent le jour même de la confirmation du diagnostic, indépendamment de l'âge, du taux de CD4 et de l'existence de symptômes. De plus, tout enfant symptomatique et par ailleurs classé « exposé VIH » doit faire l'objet d'un diagnostic VIH présomptif et être initié aux ARV sans attendre la confirmation des tests de laboratoire.



Se référer aux lignes
directrices de l'OMS

Principes généraux :

- Le choix du régime de traitement doit suivre les recommandations de l'OMS et/ou de celles de vos guides et protocoles nationaux.
- Un examen rigoureux de l'état clinique de l'enfant ou de l'adolescent doit être fait, idéalement avant de démarrer une TARV et doit être complété par tous les tests de laboratoire pré TARV recommandés.
- Une évaluation rigoureuse de la situation psychosociale de l'enfant ou de l'adolescent doit aussi être réalisée, idéalement avant de démarrer une TARV. Ceci est d'autant plus important que la faible adhérence est une cause majeure de l'échec thérapeutique chez l'enfant (Voir le paragraphe 10 dans ce chapitre pour plus d'information sur les échecs de traitement)

Les lignes directrices de l'OMS pour le démarrage de la TARV

Au moment de la rédaction du présent manuel, de nouvelles directives sont en cours d'élaboration pour l'utilisation des TARV chez les enfants. Cela est devenu nécessaire pour plusieurs raisons :

- Avec l'augmentation du dépistage du VIH chez les bébés à la naissance, il y a un besoin croissant d'initier un traitement chez les nouveau-nés. Cependant, les bébés de moins de 4 semaines métabolisent très mal le LPV/r, il faut donc trouver une autre option thérapeutique. Le médicament de choix à l'heure actuelle est le raltégravir
- Dolutégravir, avec ses avantages bien reconnus, est maintenant validé pour une utilisation chez les enfants de plus de 6 ans ou de plus de 15 kg.

Comme ces lignes directrices pourraient évoluer au cours des prochaines années, consulter les lignes directrices nationales et celles de l'OMS pour vous tenir au courant des mises à jour.



Mise à jour



Se référer aux lignes
directrices de l'OMS

Commencer une TARV chez les enfants de 0-6 ans

Tableau 10.4 Résumé des régimes de TARV de 1ères lignes pour les enfants de moins de 6 ans.

Groupe d'âge	Régimes de choix/alternatifs	Régime
De la naissance à 4 semaines	Régime de choix	AZT + 3TC/FTC + RAL ^a
	Régimes alternatifs	ABC ^b + 3TC/FTC + RAL
		ABC/AZT + 3TC/FTC + NVP ^c
4 semaines à 6 ans ^d	Régime de choix	ABC + 3TC/FTC + LPV/r
	Régimes alternatifs	AZT + 3TC/FTC + LPV/r
		ABC/AZT + 3TC/FTC + RAL

- a. En raison d'un métabolisme très perturbé du LPV/r chez les prématurés et les nouveau-nés jusqu'à l'âge de 4 semaines, il doit être évité dans ce groupe d'âge. Des restrictions s'appliquent également aux granules de LPV/r lorsque les problèmes d'administration s'étendent aux nourrissons jusqu'à l'âge de 3 mois. Le raltégravir est actuellement le médicament de choix. Voir les détails de dosage dans le tableau 10.10
- b. Selon le principe général de l'utilisation d'analogues autres que la thymidine dans les schémas de première intention et d'analogues de la thymidine dans les schémas de deuxième intention, l'ABC devrait être considérée comme l'INTI de choix dans la mesure du possible. La disponibilité et le coût doivent être soigneusement pris en compte.
- c. Lorsque le RAL n'est pas disponible, il convient d'utiliser le NVP et de le remplacer par le LPV/r dès que possible, de préférence au bout de 4 semaines.
- d. LPV/r ou RAL doit être changé en DTG dès qu'il est validé pour ce groupe d'âge.

Commencer une TARV chez les enfants de 6 ans jusqu'à 35 kg

Tableau 10.5 Résumé des régimes de TARV de 1ères lignes pour les enfants de plus de 6 ans et < 35 kg

Régime de choix	ABC + 3TC/FTC + DTG
Régimes alternatifs	AZT + 3TC/FTC + DTG
	ABC/AZT + 3TC/FTC + LPV/r

L'utilisation du dolutégravir est validée pour les enfants de plus de 6 ans, ce qui en fait le nouveau médicament de première intention. Comme le TDF ne peut actuellement pas être utilisé chez les enfants pesant moins de 35 kg, les options INTI sont limitées à ABC/AZT et 3TC/FTC.

Initiation de la TARV chez les adolescents

Tableau 10.6 Résumé des choix possibles pour les traitements de première, deuxième et troisième ligne (OMS, juillet 2018)

Population	Régimes de première ligne	Régimes de seconde ligne	Régimes de troisième ligne
Adultes et adolescents (y compris les femmes en âge de procréer ou enceintes)	2 INTI + DTG ^a	2 INTI + ATV/r ou LPV/r	DRV/r ^d + DTG ^e + 1-2 INTI (si possible, envisager d'utiliser le génotype pour optimiser le choix)
	2 INTI + EFV ^b	2 INTI + DTG ^a	

- Les femmes et les adolescentes en âge de procréer, sous contraception fiable, et qui sont pleinement informées des avantages et des risques peuvent utiliser le DTG.
- Si la résistance de la population à l'EFV ou à la NVP, avant le traitement, est supérieure à 10 %, l'alternative pour l'EFV doit tenir compte de la disponibilité du médicament et du profil de toxicité. DTG (selon la note (a) ou ATV/r sont les options de médicaments à considérer).
- Après une défaillance du TDF ou de l'ABC, l'AZT doit être utilisé pour optimiser le régime de base avec INTI et inversement.
- Pour les personnes ayant déjà reçu des IP, la dose recommandée de DRV/r doit être de 600 mg/100 mg deux fois par jour.

Les TARV de troisième ligne à base de DTG, à la suite de l'utilisation d'inhibiteurs de l'intégrase doivent être administrées avec le DTG deux fois par jour.

Pour des directives sur l'utilisation du DTG pendant la grossesse et l'allaitement, voir page 142.

Notes concernant l'administration des médicaments aux enfants

- Administrer des médicaments aux enfants peut s'avérer difficile. Malheureusement, les associations à dose fixe ne sont pas encore disponibles pour les enfants ce qui rend la prise du traitement extrêmement lourde et contraignante. Ceci est d'autant plus vrai pour les enfants qui présentent des comorbidités telle que la TB. De plus, beaucoup d'ARV ont un gout désagréable, souvent très amer, et les enfants peuvent refuser d'avalier leur médicaments, voire les vomir par la suite.
- Pour ces raisons, il est important de conseiller avec insistance les accompagnants sur l'importance de leur rôle dans l'administration des médicaments. Donner toutes les informations utiles pour chaque médicament (sur quoi être vigilant, les effets secondaires, etc) ainsi que des astuces visant à faciliter leur prise. Par exemple, manger du beurre de cacahuète ou un yaourt en même temps peut aider les enfants à avaler les ARV et contribuer ainsi à renforcer l'adhérence

Notes concernant le dosage et les prescriptions de médicaments

- Le dosage des ARV est habituellement basé sur le poids, occasionnellement sur le calcul de la surface corporelle. Il est donc essentiel que l'enfant soit systématiquement pesé, de façon précise, à chaque consultation, et que les doses soient ajustées en conséquence.
- Un dosage de médicaments **trop faible** par rapport au poids de l'enfant engendrera le développement rapide de résistances aux médicaments.
- Un dosage de médicaments **trop fort** par rapport au poids de l'enfant augmentera les risques liés aux effets secondaires.
- **Lors de la prescription des ARV, il est recommandé de demander à l'accompagnant d'administrer les médicaments à l'enfant dans le centre de soins.** Ainsi, vous vous assurerez non seulement que l'enfant reçoit le dosage adéquat, mais vous renforcez aussi la confiance de l'accompagnant dans son rôle de soutien pour l'administration des médicaments.
- **L'utilisation d'un pilulier peut s'avérer très utile. Lors de la première prescription d'ARV, demander à l'accompagnant de remplir lui-même le pilulier et corriger (avec tact) les éventuelles erreurs. Vérifier ses pratiques de la même manière lors des consultations suivantes.**
- Remplacer le sirop par les comprimés/gélules dès que possible. Ceci peut souvent être fait lorsque l'enfant atteint l'âge de 5-6 ans. Aider l'enfant à avaler ses comprimés/gélules en les associant à des bonbons « mous » (type gélatineux). Voir vidéo sur le **site web de MSF SAMU** : <https://samumsf.org/en/resources/hiv/paediatric-and-adolescent-hiv> disponible dans l'onglet « implementation resources »



[samumsf.org/en/
resources/hiv/
paediatric-and-
adolescent-hiv](https://samumsf.org/en/resources/hiv/paediatric-and-adolescent-hiv)

Tableaux de dosage

Tableau 10.7 Dosage simplifié de formules solides à doses fixes et adaptées aux enfants pour une administration biquotidienne chez les nourrissons et les enfants de 4 semaines et plus^a

Médicaments	Dosage comprimés (mg)	Nombre de comprimés, par intervalle de poids, matin et soir										Dosage comprimés adultes (mg)	Nombre de comprimés / intervalle de poids	
		3.0–5.9 kg		6.0–9.9 kg		10.0–13.9 kg		14.0–19.9 kg		20.0–24.9 kg			25.0–34.9 kg	
		matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir		matin	soir
AZT/3TC ^a	Comprimé (soluble) 60 mg / 30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300 mg/ 150 mg	1	1
AZT/3TC/ NVP ^a	Comprimé (soluble) 60 mg / 30 mg / 50 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300 mg/ 150 mg/ 200 mg	1	1
ABC/3TC	Comprimé (soluble) 60 mg / 30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	600 mg/ 300 mg	0.5	0.5
ABC/3TC	Comprimé (soluble) 120 / 60 mg	0.5	0.5	0.5	1	1	1	1	1.5	1.5	1.5	600 mg/ 300 mg	0.5	0.5

- a Pour les nourrissons < 4 semaines, voir tableau 10.10 pour des dosages moindres et plus précis compte tenu de leur capacité d'élimination et de métabolisation des médicaments plus faible. Pour les nourrissons qui ont au moins 4 semaines, mais avec un poids < 3 kg, l'immaturation d'élimination rénale et hépatique est moins préoccupante, mais des incertitudes demeurent sur les dosages appropriés d'ARV pour les prématurés et les faibles poids à la naissance.



Tableau 10.8 Dosage simplifié de formules solides et liquides à administrer une fois/jour, pour les nourrissons et enfants âgés de 4 semaines et plus ^a

Médicaments	Dosage comprimés (mg)	Nombre de comprimés ou gélules, par intervalle de poids, par jour					Dosage comprimés adultes (mg)	Nombre de comprimés ou gélules, par intervalle de poids, par jour
		3.0–5.9 kg	6.0–9.9 kg	10.0–13.9 kg	14.0–19.9 kg	20.0–24.9 kg		
EFV ^b	Comprimé sécable 200 mg	-	-	1	1.5	1.5	200 mg	2
ABC/3TC	Comprimé (soluble) 60/30 mg	2	3	4	5	6	600 mg/ 300 mg	1
ABC/3TC	Comprimé (soluble) 120/60 mg	1	1.5	2	2.5	3	600 mg/ 300 mg	1
ATV ^c	Gélules 100 mg	-	-	1	2	2	300 mg	2 (100 mg) ^d ou 1 (300 mg)
TDF ^e	Cuillérées de poudre pour suspension buvable 40 mg / cuillère	-	-	3	-	-	300 mg	1 (200 mg) ^d ou 1 (300 mg)
	Comprimé 150 mg ou 200 mg	-	-	-	1 (150 mg)	1 (200 mg)		
DTG	Comprimé 10 mg et 25 mg disponibles	-	-	-	15-20 kg	20-30 kg	Comp de 50 mg	> 30 kg
		-	-	-	- ^f	1 comp de 50 mg		50 mg/jour

- a Pour les nourrissons < 4 semaines, voir le tableau 10.10 pour des dosages moindres et plus précis compte tenu de leur capacité d'élimination et de métabolisation des médicaments plus faible. Pour les nourrissons qui ont au moins 4 semaines, mais avec un poids < 3 kg, l'immaturation d'élimination rénale et hépatique est moins préoccupante, mais des incertitudes demeurent sur les dosages appropriés d'ARV pour les prématurés et les faibles poids à la naissance.
- b EFV n'est pas recommandé pour les enfants <3 ans et dont le poids est <10 kg. « The United States Food and Drug Administration » a approuvé l'utilisation de l'EFV chez les enfants < 3 ans et dont le poids > 3,5 kg lors de la finalisation de ces recommandations (3.5–5.0 kg : 2x 50 mg gélule ; 5.0-7.5 kg : 3x 50 mg gélule ; 7.5-15.0 kg : 1x 200mg gélule), mais plus de données sont nécessaires pour étayer les recommandations d'utilisation de l'EFV dans ce groupe d'âge.

- c ATV est approuvée seulement pour les enfants âgés ≥ 3 mois. L'ATV en gélule avec dosage unique doit être administrée avec RTV 100 mg pour tous les intervalles de poids. La formule en poudre d'ATV permet d'administrer ce médicament aux nourrissons et enfants dès l'âge de 3 mois. Ceux dont le poids est compris entre 5-10 kg doivent recevoir 200 mg d'ATV poudre (4 sachets, chacun contenant 50 mg / sachet) avec 80 mg de RTV en solution buvable (5 ml)
http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2015/206352s003,021567s038lbl.pdf
- d 200 mg doivent être utilisés pour la tranche 25.0-29.9 kg et des comprimés de 300 mg pour les 30.0-34.9 kg
- e TDF est seulement approuvé pour l'utilisation chez les enfants ≥ 2 ans. La dose cible est de : 8 mg/kg ou 200 mg/m² (maximum 300 mg). Le groupe de travail sur les ARV pédiatriques a développé ces directives pour harmoniser le dosage du TDF avec les intervalles de poids de l'OMS et réduire ainsi le nombre de formulations à mettre à disposition. Le tableau générique de l'OMS s'est aligné sur la dose « cible » indiquée sur les emballages des fabricants. Conformément à l'approche standard du groupe de travail sur les antirétroviraux pédiatriques, le dosage a été conçu pour s'assurer qu'un enfant ne recevrait pas plus de 25% de la dose cible maximale ou plus de 5% de moins que la dose cible minimale.
- f Au moment de la publication, les recommandations posologiques et les formes galéniques pédiatriques approuvées pour les enfants de moins de 20 kg ne sont pas encore disponibles. Voir les mises à jour de l'OMS en 2019 et 2020 et, en attendant, utiliser des alternatives selon les directives de l'OMS de 2018.

Tableau 10.9. Tableau simplifié des formules solides et liquides en dosage à administrer matin et soir, pour les nourrissons et enfants âgés de 4 semaines et plus^a

Médicaments	Dosage comprimé (mg) ou solution buvable (mg/ml)	Nombre de comprimés ou ml par intervalle de poids, à administrer matin et soir											
		3.0–5.9 kg		6.0–9.9 kg		10.0–13.9 kg		14.0–19.9 kg		20.0–24.9 kg		25.0–34.9 kg	
		Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
Formules solides													
AZT	Comprimé (soluble) 60 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	Comp. Adulte 1 x 300 mg	Comp. Adulte 1 x 300 mg
ABC	Comprimé (soluble) 60 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	Comp. Adulte 1 x 300 mg	Comp. Adulte 1 x 300 mg
NVP ^b	Comprimé (soluble) 50 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	Comp. Adulte 1 x 200 mg	Comp. Adulte 1 x 200 mg
LPV/r ^c	Comprimé ^d 100 mg/25 mg	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	3	3
	Granules ^e 40 mg/10 mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	-	-
DRV ^f plus	Comprimé 75 mg	-	-	-	-	3	3	5	5	5	5	1 x 400 mg	1 x 400 mg
RTV	Sirop 80 mg/ml	-	-	-	-	0.5 ml	0.5 ml	1 ml ou 1 comp	1 ml ou 1 comp	-	-	-	-
	Comprimé 50mg	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
	Comprimé 100 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
RAL	Comprimé à croquer 25 mg	-	-	-	-	3	3	4	4	6	6	1 x 400 mg	1 x 400 mg
	Comprimé à croquer 100mg	-	-	-	-	-	-	1	1	1.5	1.5	1 x 400 mg	1 x 400 mg
	Granules ^g (100 mg/sachet)	0.25	0.25	0.5	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-
Formules liquides													
AZT	10 mg/ml	6 ml	6 ml	9 ml	9 ml	12 ml	12 ml	-	-	-	-	-	-
ABC	20 mg/ml	3 ml	3 ml	4 ml	4 ml	6 ml	6 ml	-	-	-	-	-	-
3TC	10 mg/ml	3 ml	3 ml	4 ml	4 ml	6 ml	6 ml	-	-	-	-	-	-
NVP ^b	10 mg/ml	5 ml	5 ml	8 ml	8 ml	10 ml	10 ml	-	-	-	-	-	-
LPV/r ^c	80/20 mg/ml	1 ml	1 ml	1.5 ml	1.5 ml	2 ml	2 ml	2.5 ml	2.5 ml	3 ml	3 ml	-	-
DRV ^f	100 mg/ml	-	-	-	-	2.5 ml	2.5 ml	3.5 ml	3.5 ml	-	-	-	-

a Pour les nourrissons < 4 semaines, voir le tableau 10.10 pour des dosages moindres et plus précis compte tenu de leur capacité d'élimination et de métabolisation des médicaments plus faible. Pour les nourrissons qui ont au moins 4 semaines, mais avec un poids < 3 kg, l'immaturation d'élimination rénale et hépatique est moins préoccupante, mais des incertitudes demeurent sur les dosages appropriés d'ARV pour les prématurés et les faibles poids à la naissance.

- b Un dosage NVP progressif, avec une ½ dose pendant 2 semaines lors de l'initiation aux ARV est recommandé afin d'éviter la toxicité du dosage initial élevé de NVP. Cependant, une seconde analyse issue de l'essai clinique CHAPAS-1 a récemment révélé un risque de toxicité plus faible chez les jeunes enfants, considérant ainsi la possibilité de commencer une TARV avec une dose entière (Fillekes Q et al. *Is nevirapine dose escalation appropriate in young African HIV+ children ?* 20th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Atlanta, GA, USA, 3-6 March 2013 (<http://retroconference.org/2013b/Abstracts/46904.htm>, accessed 15 May 2015). D'autres résultats cliniques sont attendus à partir d'essais cliniques en cours.
- c LPV/r en formule liquide nécessite une chaîne de froid pendant le transport et le stockage. La LVP/r en comprimé thermostable doit être avalé en entier et ne doit pas être coupé, croqué, dilué ou écrasé.
- d Le comprimé adulte 200/50 mg peut être utilisé pour les enfants de 14.0-24.9 kg (1 comprimé matin et soir), ainsi que les 25.0-34.9 kg (2 comprimés matin et 1 soir).
- e La LPV/r en formule granule ne peut être utilisée pour les enfants < 3 mois. Plus de détails sur l'administration des granules de LVP/r est disponible sur : <http://www.emtct-iatt.org/wp-content/uploads/2015/09/IATT-LPVr-Factsheet-Final-30-September-2015.pdf>.
- f Le DRV doit être administré avec 0,5 ml de RTV 80 mg/ml en suspension buvable si l'enfant pèse <15 kg, et avec du RTV 50 mg en formule solide pour les enfants entre 15-30 kg.
- g Le RAL en granules est autorisé pour les enfants à partir de 4 semaines, mais la faisabilité et acceptabilité de cette formule n'ont pas été investiguées de façon suffisamment large. Des préoccupations demeurent quant à ce mode d'administration dans des contextes aux ressources limitées. La bioéquivalence du RAL en comprimé à croquer mais diluée dans un liquide est actuellement à l'étude, et plus de directives seront données au fur et à mesure que les résultats seront disponibles.



Tableau 10.10 Dosage de formules liquides pour une administration biquotidienne chez les nourrissons de moins de 4 semaines

Médicament	Dosage de la solution (mg/ml)	2–3 kg		3–4 kg		4–5 kg	
AZT	10 mg/ml	1 ml		1.5 ml		2 ml	
NVP	10 mg/ml	1.5 ml		2 ml		3 ml	
3TC	10 mg/ml	0.5 ml		0.8 ml		1 ml	
LPV/r	80/20 mg/ml	0.6 ml		0.8 ml		1 ml	
RAL	10 mg/ml suspension	De la naissance à 1 semaine : dosage quotidien			1-4 semaines : dosage biquotidien		
		2–3 kg	3–4 kg	4–5 kg	2–3 kg	3–4 kg	4–5 kg
		0.4ml/jour	0.5ml/jour	0.7ml/jour	0.8 2X/jour	1ml 2X/jour	1.5ml 2X/jour

Pour plus de détails concernant le dosage des ARV dans cette catégorie d'âge et de poids, consulter les directives consolidées de TARV de 2016, tableau 4, page 394.

Veuillez également vous référer aux tableaux de dosage de vos guides nationaux. Un tableau supplémentaire est également disponible sur le site web de MSF-SAMU : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018/> « additional resources ».



Se référer aux lignes directrices nationales



7. Les effets secondaires des ARV

(Voir aussi le **chapitre 4**).

Abacavir (ABC)

En règle générale, l'abacavir est bien toléré chez les enfants. Cependant, bien que rare chez les populations africaines, une réaction d'hypersensibilité peut se développer et constituer un risque vital pour l'enfant. L'accompagnant doit être averti et sensibilisé sur la possibilité d'une réaction progressive et sévère, qui peut inclure fièvre, éruption cutanée, problèmes respiratoires ou gastro-intestinaux. Si cette réaction d'hypersensibilité apparaît, c'est généralement au cours des 6 premières semaines de la thérapie, les symptômes ont tendance à empirer dans les heures qui suivent la prise du médicament et s'aggravent au fur et à mesure des doses suivantes. Remarque importante : après un épisode de réaction d'hypersensibilité, l'enfant ou l'adolescent ne doit jamais reprendre de l'abacavir car une nouvelle réaction peut lui être fatale.



Ténofovir (TDF)

Selon les recommandations de l'OMS, le ténofovir est le régime de traitement de 1er choix pour les enfants ≥ 10 ans, ou >35 kg. Il est également considéré comme un choix « acceptable » pour les enfants âgés de 3-10 ans. Deux effets secondaires prédominants qui nécessitent une surveillance étroite peuvent se développer : altération de la fonction rénale et perte de minéralisation osseuse dont les tests de contrôle ne sont pas disponibles en examen de routine. Consulter vos guides et protocoles nationaux pour plus de détails.

Zidovudine (AZT)

L'effet secondaire majeur de l'AZT est l'anémie. De ce fait, tous les enfants et adolescents démarrant l'AZT doivent avoir un dosage d'hémoglobine avant de démarrer le traitement. Elle sera ensuite contrôlée régulièrement (voir vos guides nationaux). Il n'y a pas de restriction alimentaire et la solution orale peut être conservée à température ambiante. Les gélules peuvent être ouvertes et leur contenu dilué dans l'eau ou mélangé avec une petite quantité de nourriture (ex : yaourt) avant d'être immédiatement ingéré. Actuellement, les comprimés disponibles ne sont pas sécables. A utiliser avec précaution chez les enfants anémiés, particulièrement si l'Hb < 8 g/dl en raison de risque de myélosuppression.



Stavudine (d4T)

En raison de son profil d'effets secondaires toxiques, le d4T n'est plus prescrit dans le monde. Si des patients sont encore sous ce médicament, il doit être rapidement remplacé par un ARV plus approprié, choisi selon vos guides nationaux. Si pour une raison quelconque le patient est toujours sous d4T, se référer au **chapitre 4**, annexe 4.4 pour plus de détails sur ses effets secondaires et leur gestion.

Lopinavir/ritonavir (LPV/r)

Ce médicament a un profil plutôt bon concernant les effets secondaires. Mise à part des nausées et des perturbations gastro-intestinales qui peuvent se développer surtout dans les 3 premières semaines qui suivent le début du traitement, quelques autres effets indésirables sont observés. Le problème majeur du lopinavir/ritonavir (en sirop ou en granules) est son goût extrêmement amer ce qui entraîne automatiquement des difficultés d'adhérence. Quelques astuces peuvent améliorer sa tolérance et son goût comme l'avaler avec du beurre de cacahouète, insensibiliser les papilles gustatives avec de la glace ou manger des aliments sucrés après l'administration du médicament. La formule liquide doit être prise avec de la nourriture, ce qui améliore son absorption. Le sirop doit être idéalement réfrigéré mais peut être stocké jusqu'à 6 semaines à température ambiante. Les comprimés ne doivent pas être sucés, croqués ou écrasés, mais être avalés en entier, avec ou sans nourriture. Il existe de nombreuses interactions médicamenteuses avec le ritonavir (voir **chapitre 7**).



Efavirenz (EFV)

L'efavirenz n'est pas autorisé chez les enfants < 3 ans et/ou < 10 kg. Des effets secondaires sur le système nerveux central peuvent se développer, dont des rêves agités. La gynécomastie figure parmi les effets secondaires à long terme. Les comprimés ne doivent pas être croqués ou écrasés mais avalés entièrement avec ou sans nourriture. Les gélules peuvent être ouvertes et leur contenu peut être dilué dans l'eau ou mélangé avec une petite quantité de nourriture (ex : yaourt) afin de dissimuler leur goût poivré, avant d'être immédiatement ingéré. La nourriture, particulièrement riche en graisse, favorise son absorption. Il est préférable de l'administrer au moment du coucher pour réduire les effets sur le système nerveux central, particulièrement lors des deux 1ères semaines. Être vigilant sur les possibles interactions médicamenteuses (voir **chapitre 7**).

Névirapine (NVP)

Prescrire une seule dose quotidienne pendant les deux 1ères semaines réduit la fréquence des éruptions cutanées. Si une légère éruption cutanée apparaît lors de la période d'initiation, maintenir une seule dose quotidienne et augmenter à 2 doses par jour, uniquement lorsque l'éruption cutanée a diminué et que le dosage est bien toléré.

Dolutegravir (DTG) et Raltégravir (RAL)

Se référer aux **chapitres 2 et 4** sur les effets secondaires du dolutegravir et du raltégravir concernant l'adulte.

8. Notes sur l'adhérence

Principes généraux :

- Un taux d'adhérence à 95% et plus est idéalement nécessaire pour assurer le succès d'une TARV. Ceci signifie que l'absence de prise d'une ou deux doses par mois peut s'avérer préjudiciable pour une personne séropositive qui suit un traitement à vie. La plupart d'entre nous trouve déjà difficile de suivre un traitement antibiotique pendant 5 jours sans oublier une dose ou sans être tentés de l'arrêter dès que notre état s'améliore. La capacité des enfants et des adolescents à suivre efficacement leur traitement dépend de nombreux facteurs psychologiques, qui leur échappent. La capacité de leur accompagnant/parent à prendre en charge leurs soins de santé est particulièrement importante. **Conduire un examen psychosocial rigoureux est donc une étape cruciale et impérative lors de la prescription d'un traitement ARV chez les enfants ou les adolescents.**



Le recueil d'éléments de l'environnement psychosocial permet d'obtenir autant d'informations précieuses des accompagnants/parents et/ou des adolescents sur leur vie, en particulier sur des points précis visant à mieux comprendre les raisons des problèmes et obstacles au bon suivi du traitement.

- Une telle enquête psychosociale peut comprendre les questions suivantes :
 - Qui vit avec l'enfant ou l'adolescent ?
 - Qui sera la personne responsable de donner les médicaments et de suivre la santé de l'enfant ou de l'adolescent (l'accompagnant/parent principal) ?
 - Y-a-t-il une autre personne que l'accompagnant principal pour soutenir l'enfant/adolescent ? Cette personne peut être un autre membre de la famille, un(e) ami(e) ou un(e) voisin(e) qui peut donner les médicaments lorsque l'accompagnant/parent principal est indisponible voire même aider ce dernier dans son rôle de « tuteur ».
 - Est-ce que toutes les personnes vivant avec l'enfant/adolescent connaissent son statut sérologique ? Ne pas supposer que toutes les personnes qui vivent avec l'enfant savent que l'enfant est séropositif. L'absence d'annonce aux membres de la famille peut engendrer une faible adhérence au traitement.
 - Appréhender les composantes de la vie quotidiennes à la maison :
 - Qui va donner les médicaments le matin ? le soir ? Repérer les éventuelles barrières qui peuvent exister dans l'organisation familiale.
 - Bien que l'heure de prise des médicaments reste en théorie flexible, établir un horaire fixe peut aussi aider l'accompagnant/parent à ne pas oublier de les donner. Aider l'accompagnant/parent à mettre en place des systèmes d'alarme (téléphones), ou des outils tels que le pilulier peut également contribuer à une bonne adhérence.



Bien comprendre l'environnement et les dynamiques du quotidien de l'enfant/adolescent permet d'identifier et de travailler sur les barrières à l'adhérence.

9. Processus d'annonce

L'annonce est le processus par lequel l'enfant apprend qu'il est séropositif. Cela peut se produire à tout moment à partir du premier diagnostic aussi bien qu'après avoir été sous traitement depuis un certain temps. Cette rubrique a pour objectif d'aider les cliniciens à :

- communiquer de façon appropriée avec l'enfant ou l'adolescent séropositif et avec son accompagnant/parent
- le référer au bon moment à un conseiller, dès qu'une étape importante du processus d'annonce doit être initiée
- soutenir/accompagner ce processus d'annonce si aucun conseiller n'est disponible

Ce sujet est abordé de façon beaucoup plus complète dans « *Lignes directrices pour l'Éducation Thérapeutique et les séances de Conseils (ETP/C) pour les enfants et adolescents vivant avec le VIH* » qui peut être téléchargé depuis le site web du SAMU : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018/>



[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018/)

Pourquoi annoncer à l'enfant son statut VIH ?

Il y a plusieurs raisons importantes pour lesquelles un enfant doit être informé de son statut :

- Une relation honnête et de confiance est nécessaire entre l'enfant et son accompagnant/parent, non seulement pour la gestion et le suivi de la maladie, mais aussi pour le développement psychologique et émotionnel de l'enfant :
 - Les enfants connaissent souvent la vérité bien avant que ce que l'on pourrait penser. Éviter le sujet entraîne une perte de confiance et peut favoriser des problèmes de comportement.
 - Les enfants doivent savoir pourquoi ils se rendent au centre de santé et les raisons pour lesquelles ils ont des prises de sang régulières.
 - Les accompagnants/parents sous estiment souvent les capacités des enfants à affronter certaines vérités.
 - Connaître son statut permet une toute autre relation avec son accompagnant/parent et permet de discuter ouvertement du VIH
 - La connaissance de son statut peut donner le sentiment à l'enfant d'avoir un certain contrôle sur sa vie.

- L'honnêteté réciproque ainsi que la relation de confiance entre le personnel soignant, l'enfant et l'accompagnant/parent sont également des éléments importants, et la communication doit être ouverte et transparente.
- Le niveau de compréhension de son statut (ainsi que la manière dont il reçoit ces informations) permet à l'enfant de mieux travailler sur l'adhérence au traitement et, dans une certaine mesure, de protéger les autres de nouvelles infections.
- C'est un droit pour les enfants.

Qui est en charge du processus d'annonce ?

Idéalement, le processus d'annonce est effectué par la personne avec laquelle l'enfant se sent le plus en confiance, avec le soutien de l'agent de santé (clinicien ou conseiller). Parfois, l'accompagnant/parent peut se montrer réticent à ce processus pour les raisons suivantes :

- Sentiment que l'enfant est encore trop jeune pour savoir
- Peur que l'enfant ne préserve pas la confidentialité (secret)
- Sentiment de honte à devoir parler du mode de transmission de la maladie
- La mère/le père se sentent coupables d'avoir transmis le virus à leur enfant
- Plus important encore, beaucoup de gens craignent que l'annonce provoque une détérioration des relations parents/enfants et une diminution de l'adhérence au traitement. Les études ont montré qu'il n'en était rien. Au contraire, annoncer son statut VIH à l'enfant AUGMENTE les chances de bonne adhérence au traitement.



samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018

Il est important de prendre le temps : d'écouter et de répondre aux inquiétudes, d'expliquer le processus et encourager l'accompagnant/parent à apprécier tous les avantages de l'annonce. Si l'accompagnant/parent refuse de s'associer à ce processus, cette situation doit être traitée avec beaucoup d'attention et de prudence par les conseillers et les cliniciens (voir Soutien au patient, Education thérapeutique et séances de Conseils dans le dossier de ressources supplémentaires : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018/>)

Quand annoncer le statut

Informé l'enfant de son statut VIH doit être fait de façon adaptée à leur faculté et leur niveau de compréhension. L'annonce est donc un processus (étapes) qui s'inscrit dans le temps. Cela commence par la période où l'enfant ne sait rien de la maladie et de son statut, pour ensuite progresser vers une première étape dite **d'annonce partielle**, suivie d'une seconde appelée **annonce complète**. Les contenus des discussions sont propres à chaque étape et détaillés ci-dessous. Les étapes sont vaguement associées à des tranches d'âge, mais doivent également être guidées par le niveau de maturité et de développement de l'enfant ainsi que par son état de santé.

L'annonce peut être intégrée aux consultations, ou, si elle effectuée par les conseillers, le même jour que la consultation.

En règle générale, l'étape de l'annonce partielle commence aux environs de 5 ans. **Les cinq premières années sont donc celles où la plupart des enfants ne connaissent par leur statut VIH.** Cette période doit être reconnue comme telle par tous, pour deux raisons.

Premièrement, l'ensemble des agents de santé doit être au courant, ce qui minimise les risques d'une annonce « accidentelle ». Les informations données ci-après peuvent être utiles sur ce point. Ajoutons à cela que des actions visant à démarrer le processus d'annonce peuvent être initiées si l'enfant a atteint un âge et un stade appropriés pour commencer.

Deuxièmement, il existe des lignes directrices de base sur les principes de communication pendant cette période :

- Les conseillers/cliniciens peuvent déjà éduquer les accompagnants/parents sur le besoin de divulgation dans le futur et ainsi commencer à s'y préparer à un stade précoce.
 - Les conseillers/cliniciens ne se focalisent pas sur les aspects médicaux et les traitements avec l'enfant, mais privilégient la construction d'une relation de confiance entre l'enfant, l'accompagnant/parent et le personnel de santé du centre de soin.
- Ceci montre à l'accompagnant/parent comment poser des bases solides pour le démarrage futur du processus d'annonce, construites sur des principes d'honnêteté et de communication transparente.
 - Les interactions avec l'enfant sont plus orientées vers ses journées à l'école, ses ami(e)s, ses jeux favoris que sur les sujets médicaux.
 - Les sujets médicaux se limitent aux règles générales d'hygiène (ex : se laver les mains), à la sensibilisation aux notions de germes et au fait que les comprimés permettent de rester fort.

Comme mentionnées, il y a deux étapes clés dans le processus actif d'annonce, l'annonce partielle et l'annonce complète, lesquelles correspondent à différents groupes d'âge.

1. L'annonce partielle :

Elle se fait pour le groupe d'âge compris entre 5-7 ans, bien que cela puisse varier selon le niveau de compréhension et de communication de l'enfant. Cette étape peut être initiée lorsque l'enfant commence à s'interroger sur ses visites régulières au centre de santé et sur sa prise quotidienne de médicaments.

L'enfant devant être « protégé » de certaines informations au début, des consultations préalables doivent avoir lieu entre seulement l'accompagnant/parent et les conseillers/cliniciens, puis plus tard en présence de l'enfant.

A ce stade, l'accompagnant/parent et le personnel soignant abordent avec l'enfant ce qui se passe dans son corps, mais sans jamais nommer le virus et la maladie. Les explications doivent rester simples mais complètes. Voici quelques idées simples pouvant être abordées :

- « tu as un germe qui dort dans ton corps »
- « Les comprimés que tu prends gardent le germe endormit ce qui t'empêche de tomber malade »
- « L'infirmier(e) prend ton sang pour voir si le germe dort toujours »

Si le centre de santé s'est doté d'une équipe de conseillers, les cliniciens doivent leur adresser l'enfant au moment opportun pour gérer ce processus. Dans le cas contraire, il est primordial que le clinicien en prenne la responsabilité.

2. L'annonce complète

Elle se fait pour le groupe d'âge compris entre 8-10 ans, mais comme l'étape précédente, elle peut être initiée plus tôt ou plus tard selon les cas. Elle doit idéalement être achevée à l'âge de 10 ans, voire jusqu'à 12 ans mais pas au-delà car démarrer l'adolescence sans n'avoir jamais discuté du VIH complique sérieusement les choses (voir la rubrique consacrée aux adolescents à la fin de ce chapitre).

Le cheminement vers une annonce complète peut démarrer lorsque l'enfant commence à poser des questions sur le nom de son infection et qu'il demande plus de détails sur son traitement. Quelques consultations préalables seulement avec l'accompagnant/parent sont parfois nécessaires avant d'y inclure progressivement l'enfant.

A ce stade, l'enfant prend connaissance qu'il est infecté par le VIH et reçoit toutes les informations nécessaires pour en comprendre les enjeux. Par exemple :

- Le germe dormant devient le VIH et les médicaments les ARV.
- Guider l'enfant sur l'approche à suivre pour annoncer son statut aux autres.
- Expliquer comment le VIH est transmis et prévenu.
- Inclure l'enfant dans les discussions sur sa santé et ses résultats de tests sanguins, en expliquant que le germe dormant s'appelle le VIH et en donnant des détails sur la TARV, la transmission et la non-transmission du VIH. Le personnel soignant commence également à inclure l'enfant dans des discussions sur la santé.

Comme pour l'étape précédente, les cliniciens doivent prendre la responsabilité de ce processus d'annonce ou référer l'enfant aux conseillers de l'établissement pour le faire, au moment opportun.

3. Après l'annonce complète

Une fois l'annonce complète achevée, l'enfant est impliqué dans toutes les discussions et décisions relatives à sa santé, ses relations et sa sexualité. Des tentatives sont faites pour lutter contre la stigmatisation interne et pour répondre à toutes autres questions qui inévitablement évoluent au fur et à mesure que l'enfant grandit.



Pour tous les enfants vivant avec le VIH placés sous leur responsabilité, les cliniciens doivent connaître le niveau de connaissance des enfants sur leur maladie et un planning doit être mis en place pour s'assurer que les étapes du processus d'annonce soient suivies.

Documenter le processus d'annonce

L'état d'avancement du processus d'annonce doit être indiqué sur la première page du dossier clinique de l'enfant, en utilisant un code connu par l'ensemble de l'équipe de soins (ex : cercle vide pour annonce non initiée (NI) ; cercle à moitié plein pour l'annonce partielle (AP) ; cercle plein pour l'annonce complète (AC). Ou utiliser les initiales NI, AP et AC pour communiquer avec l'équipe sur l'étape de l'annonce. Il sera ainsi possible d'adopter une approche commune et des discussions au contenu adapté pour tous les agents de santé s'occupant de l'enfant afin d'éviter les annonces accidentelles..

Annonce involontaire

Il existe des contextes où l'enfant apprend son statut VIH sans que ce soit préalablement planifié ou sans soutien structuré. Ceci peut se produire dans des circonstances différentes et peut avoir des impacts variables chez l'enfant. Quelques exemples :

- L'annonce involontaire : un enfant découvre son statut en lisant des posters, ses boîtes de médicaments, en écoutant des conversations d'adultes sur le VIH et sur sa situation en particulier.
- L'annonce se fait au cours d'une situation de crise, comme par exemple lorsqu'un parent/accompagnant doit gérer ses frustrations ou difficultés à convaincre l'enfant de suivre son traitement.

L'inconvénient d'une annonce involontaire est non seulement pour l'enfant de ne pas avoir bénéficié des étapes du processus, mais, aussi, d'apprendre de façon brutale et traumatisante sa séropositivité.

Les conseillers et cliniciens doivent être attentifs à tout élément laissant penser que l'enfant sait quelque chose de son statut, alors que des informations capitales ne sont pas encore complètement divulguées entre l'enfant/adolescent et son accompagnant/parent.

La gestion de ce type d'annonce requiert prudence et tact. Plus d'aide et de détails se trouvent dans le guide ETP/C déjà mentionné plus haut.

Afin d'éviter une annonce involontaire et ses conséquences parfois traumatisantes, le processus d'annonce décrit dans cette rubrique ne doit pas être différé. Le clinicien joue un rôle primordial dans l'identification du niveau de connaissance et de compréhension du VIH pour chaque enfant/adolescent sous sa responsabilité. Il est aussi de sa responsabilité d'orienter l'enfant auprès des équipes de conseils dans les délais appropriés.

10. Échec de traitement

La gestion clinique des échecs de TARV est abordée de façon détaillée dans le **chapitre 6**. La plupart des concepts vus dans ce chapitre s'appliquent également aux enfants. Ils ne seront donc pas répétés ici. Les rubriques suivantes traiteront plutôt des aspects spécifiques de l'échec thérapeutique chez les enfants et les adolescents.

Les taux d'échecs de traitement chez les enfants et adolescents séropositifs sont bien plus élevés que chez les adultes

De grands pas ont été réalisés dans le domaine de la prise en charge pédiatrique du VIH depuis 15 ans. Les avancées considérables en matière de TARV ont permis à de nombreux enfants d'atteindre l'âge adulte et de se réaliser. Cependant, de nombreux problèmes subsistent avec les traitements VIH pédiatriques qui augmentent les risques d'échec chez les enfants/adolescents. Ces problèmes sont :

- Le nombre restreint d'ARV disponibles pour les enfants
- Le mauvais goût des ARV existants
- Le manque de recherche et de mise au point pour les ARV pédiatriques
- Les nombreux défis psychosociaux liés aux enjeux de la prise d'un traitement à vie et du maintien de l'adhérence à long terme.

Pour toutes ces raisons, il n'est pas surprenant de constater que le taux d'échec de traitement chez les enfants et adolescents est bien plus élevé que chez les adultes. Tandis que chez les adultes il se situe autour de 10 à 15% selon les contextes, les rapports sur les taux d'échec pour les enfants varient de 19% (après seulement 3 ans de traitement) à 57% pour les plus élevés.

Qu'est-ce qu'un échec de traitement VIH pédiatrique ?

L'échec de traitement chez les enfants séropositifs est catégorisé de la même façon que pour les adultes : virologique, immunologique, clinique ou une combinaison des trois. La définition d'un échec de traitement VIH variera selon les lignes directrices de chaque pays et des ressources qui y sont disponibles. Plus particulièrement, cette définition changera selon la disponibilité du test de charge virale :

Test de charge virale indisponible :

Dans ces contextes, l'échec de traitement est défini en utilisant les critères immunologiques ou cliniques. Concernant les enfants, rester attentif aux signes de développement neurologique puisqu'ils peuvent être un signe précoce d'échec.

Test de charge virale disponible :

Dans ces situations, les principes et conduites à suivre sont les mêmes que pour les adultes.

Quelles sont les causes des échecs de traitement VIH pédiatrique ?

Les principes qui expliquent les échecs de traitement sont détaillés dans le **chapitre 6**, rubrique 1, et restent les mêmes pour les enfants. A noter que les échecs de traitement liés aux souches virales résistantes qui auraient été transmises de la mère à l'enfant sont peu fréquents. Pour la majorité d'entre eux, la cause de l'échec secondaire aux ARV est liée à une **faible adhérence**.

De nombreuses causes de faible adhérence existent, pour des raisons identiques à celles des adultes. Voir ci-dessous le même tableau que celui du **chapitre 6**, tableau 6.2, mais avec quelques changements notables spécifiques aux enfants.

Tableau 10.11 Les causes d'une charge virale élevée chez un patient

Personne ou entité responsable	Causes de charge virale élevée
Clinicien responsable	Ne pas avoir prescrit de double dosage LPV/r avec de la rifampicine.
	Dose non réajustée en fonction du poids de l'enfant.
	Ne pas avoir changé le traitement par du valproate en cas d'épilepsie
	Ne pas avoir détecté et conseillé le patient en cas de diarrhées et/ou de vomissements importants.
	Ne pas avoir détecté de maladie mentale, une toxicomanie ou ne pas être disposé à soutenir le patient.
Système de santé responsable (quelques exemples)	Des stratégies de conseil médiocres aboutissant en un accompagnement inadéquat pour commencer.
	Mauvais mécanismes de traçabilité des perdus de vue.
	Peu d'opportunités pour le patient de poser des questions ou de faire part de ses inquiétudes
	Rupture de stock de médicaments
	Gestion par l'établissement de santé des résultats de la charge virale.
	Régime de traitement compliqué
	Mauvais goût des médicaments
Lié au patient	Fatigue du traitement
	Insécurité alimentaire
	Stigmatisation
	Alcool ou abus de substance illicite
	Pas de personne soutenant l'enfant/adolescent
	Accompagnant peu responsabilisé ou en mauvaise santé
	Problèmes liés au processus d'annonce
	Vie familiale instable

Pourquoi une charge virale élevée est très néfaste pour les enfants et adolescents séropositifs ?

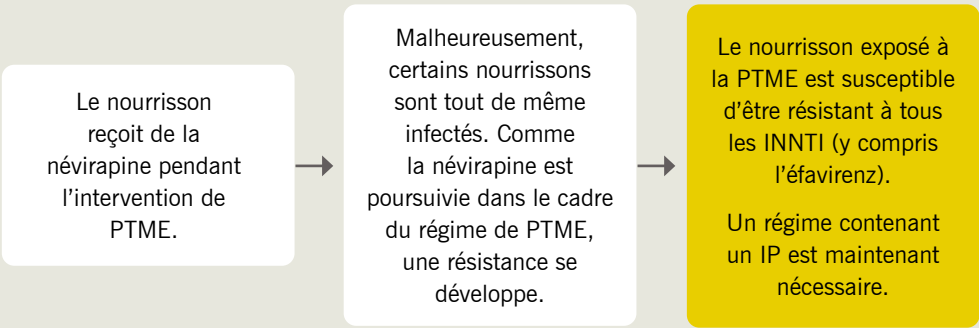
Il y a deux conséquences principales à une charge virale élevée persistante :

- Tous les organes du corps peuvent être potentiellement endommagés par le virus avec une importance particulière chez l'enfant au niveau du cerveau puisque le virus peut affecter son développement et entraîner des troubles neuro développementaux. Plus l'enfant ou l'adolescent restera avec une charge virale élevée, plus il subira les effets néfastes du VIH sur le développement de son cerveau et de son corps en général.

Les enfants et les adolescents, tout comme les adultes, sont exposés au risque de développer des **résistances** aux ARV s'ils conservent une charge virale élevée conjointement à la prise d'ARV. Ceci est également détaillé dans le **chapitre 6**, rubrique 1.

L'une des complications du développement d'une résistance qui revêt une importance particulière pour les enfants est le développement d'une résistance aux INNTI, NVP et EFV qui sont couramment utilisés. Si la résistance se développe à l'un, elle se développe automatiquement à l'autre, il se produit une «résistance croisée». L'impact observé chez un enfant infecté malgré la PTME est illustré dans le diagramme suivant.

Schéma 10.3 Comment les résistances croisées se développent ?



Une autre complication spécifique aux enfants est liée à la relative indisponibilité des médicaments pédiatriques. De ce fait, les résistances et résistances croisées peuvent potentiellement conduire à une situation où aucune option de TARV efficace ne reste possible pour l'enfant. Une telle situation a pour conséquence un taux de morbidité et de mortalité très élevé.

Pour ces raisons, une charge virale élevée chez les enfants et adolescents doit être considérée comme **une urgence** et être gérée rapidement, avant toute nouvelle IO, tout retard de développement neurologique ou tout développement de résistance.

Quand passer à la TARV de seconde et troisième ligne

Lorsque l'échec de traitement a été diagnostiqué selon les critères ci-dessus et détaillés au **chapitre 6**, cela signifie que les médicaments ne sont plus efficaces. Pour retrouver une charge virale indétectable, un passage à un régime de 2ème ligne avec de nouvelles molécules est donc nécessaire. Pendant l'enfance et l'adolescence, le développement de l'échec étant souvent lié à des situations psychosociales compliquées, la décision du passage à un régime de TARV de 2ème ligne doit s'effectuer idéalement au sein d'une équipe pluridisciplinaire, incluant un clinicien et un conseiller. Cependant, comme indiqué dans le **chapitre 6**, rubrique 5, cette concertation ne doit pas retarder le passage au nouveau régime au risque de menacer la vie de l'enfant/adolescent.

Si l'échec de traitement de l'enfant (première ou deuxième ligne) est basé sur l'IP, il faudra passer à un traitement de deuxième ou de troisième ligne contenant des médicaments plus récents, comme le dolutegravir, et des IP plus récents, comme le darunavir. Cette décision nécessitera un génotype, et par conséquent l'aide de professionnels plus expérimentés.

Choisir un régime de TARV de 2ème ligne :

Le choix du traitement de 2ème ligne va dépendre de l'âge de l'enfant et de la combinaison des médicaments dans la 1ère ligne. Le tableau OMS ci-dessous décrit les régimes de 2ème ligne recommandés pour chaque tranche d'âge. Noter que ces régimes peuvent être différents selon la disponibilité des ARV dans chaque contexte.



Tableau 10.12 Régimes de choix des traitements de seconde ligne pour les enfants

Population	Première ligne	Seconde ligne	Troisième ligne
Enfants < 6 ans	2X INTI + EFV	2X INTI ^a + LPV/r ^b	DRV/r + RAL + 1-2
	2X INTI + LPV/r	2X INTI + RAL ^c	INTI, choisis idéalement en fonction du génotype
Enfants > 6 ans (ou > 15 kg)	2X INTI + EFV	2X INTI + DTG	DRV/r + DTG ^d + 1-2
	2X INTI + LPV/r	2X INTI + DTG	INTI choisis idéalement en fonction du génotype
	2X INTI + DTG	2X INTI + ATV/r	

- Le régime de base optimisé de l'INTI doit être utilisé : L'AZT remplace les défaillances TDF ou ABC et vice versa.
- ATV/r peut être utilisé comme IP alternatif pour les enfants de plus de 3 mois.
- Le RAL demeure la deuxième ligne de traitement de choix pour les enfants pour lesquels le dosage de DTG n'est pas disponible.
- La troisième ligne à base de DTG qui suit l'utilisation d'un INTI doit être administrée avec DTG pris deux fois par jour.



samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018

Éléments programmatiques importants en cas d'échec de traitement

Les aspects programmatiques à considérer pour une prise en charge efficace des échecs de traitement chez les enfants et les adolescents n'ont pas vocation à être plus détaillés dans cet ouvrage. Néanmoins, sont décrits ici les éléments de base, lesquels sont plus détaillés sur le **site Web du SAMU** dans la rubrique « ressources additionnelles » sous : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>.

Ces composantes programmatiques dépendent des ressources disponibles selon les contextes. Idéalement, les modes de prises en charge spécifiques aux enfants/adolescents doivent être intégrés dans les services existants des établissements de soins, parmi lesquels :

- Un système de marquage des dossiers dont les charge virales sont élevées
- Des sessions de conseil répétées sont essentielles en cas d'échec de traitement. Voir le guide ETP/C sur : <https://samumsf.org/en/resources/hiv/paediatric-and-adolescent-hiv>
- Un lieu dédié aux séances de conseils pour les patients en échec de traitement est recommandé mais ne constitue pas une condition indispensable.
- «Champion» pédiatrique : la sélection d'un clinicien intéressé par la pédiatrie, qui met l'accent sur les besoins spécifiques aux enfants (garder malgré tout une certaine vigilance afin qu'il ne soit pas considéré comme le seul spécialiste dédié à la consultation des enfants). Il encouragera également la mise en place d'une équipe intéressée par les soins pédiatriques.
- Des groupes de support
- Des services spécifiques aux besoins des adolescents

11. Aspects cliniques spécifiques à la pédiatrie

Nombreuses de ces affections sont décrites dans d'autres chapitres de ce manuel. Des compléments d'information spécifiques aux enfants sont détaillés ici, tandis que des références à certains chapitres sont faites, donnant ainsi une vision plus complète de chaque pathologie chez l'adulte.

Co-infection VIH/TB

(Voir chapitre 12)

La tuberculose (TB) est une infection bactérienne causée par *mycobacterium tuberculosis*. Bien qu'elle affecte plus particulièrement les poumons, elle peut aussi toucher n'importe quel autre organe. La TB et le VIH sont fréquemment associés. En effet, être porteur du VIH augmente de façon très significative le risque de tuberculose. De plus les patients séropositifs répondent moins bien aux traitements TB que les patients séronégatifs. Il n'est donc pas surprenant de constater que la TB est la cause de mortalité la plus fréquente chez les enfants séropositifs.

Présentation clinique

Les symptômes de la tuberculose chez les enfants sont souvent “atypiques” et peuvent être aussi nombreux que variés. Ils sont peu spécifiques et se retrouvent également dans beaucoup d’autres pathologies. Il est donc nécessaire d’avoir un index de suspicion élevé pour suspecter la TB chez l’enfant. Les symptômes les plus fréquents incluent la toux, l’apathie ou ‘ne joue pas comme à son habitude’, la perte de poids et la fièvre. Des signes spécifiques peuvent également se manifester selon les organes touchés.

Diagnostic

Confirmer un diagnostic de TB chez l’enfant est particulièrement difficile pour plusieurs raisons :

1. Il est difficile pour les enfants de produire des crachats. Il est donc nécessaire d’utiliser des méthodes alternatives pour collecter les expectorations telles l’expectoration provoquée, l’aspiration nasopharyngée ou le tubage gastrique. Bien que réalisables dans de nombreux contextes, ces méthodes nécessitent des équipements et un personnel qualifié pour être correctement exécutées.
2. Contrairement aux crachats des adultes, ceux des enfants sont souvent pauvres en bacilles. Ainsi, la plupart des échantillons chez les enfants aboutissent à des résultats négatifs en microscopie.
3. Identifier un antécédent de contact chez l’enfant peut s’avérer difficile. En tant que personnel de santé, nous nous en remettons souvent à l’accompagnant/parent pour nous renseigner sur toutes les expositions possibles. La situation peut devenir compliquée lorsque plusieurs accompagnants/parents sont impliqués, soit pour des raisons de mobilité ou pour toute autre raison qui laisse à penser que les antécédents de contact décrits sont peu fiables.

En raison des difficultés à établir un diagnostic bactériologique de la TB chez l’enfant, il doit y avoir une plus grande préparation pour commencer un traitement empirique.



Des modalités multiples doivent donc être utilisées pour tenter de diagnostiquer la tuberculose, car, en dehors d’un échantillon positif (difficile à obtenir), il n’existe pas de «test unique» permettant de diagnostiquer la tuberculose de manière fiable.

Une évaluation clinique globale peut être faite en utilisant les modalités suivantes :

1. Rechercher des antécédents :

- a. Antécédents de contact TB : être précis sur les questions à poser quant aux éventuels contacts ! Demander si des membres de la famille ou des amis sont venus en visite récemment, si un voisin qui passe à la maison régulièrement a développé un épisode de toux, si l'enfant passe beaucoup de temps dans les minibus (scolaires ou autres), etc.
- b. Symptômes tuberculeux évocateurs : les débuts de la maladie peuvent être asymptomatiques. Quand la maladie avance, une toux persistante d'une durée supérieure à 2 semaines, une perte de poids, une perte d'entrain (joue moins) et une fièvre persistante sont des indicateurs à considérer. Rechercher également des signes en faveur de la TB, spécifiques aux différents organes.

2. Examen physique :

Suivi de la courbe de poids ! Vérifier les signes vitaux et procéder à un examen complet, à la fois des poumons mais aussi de tous les autres organes susceptibles d'être affectés (en particulier le cœur, l'abdomen, les os et articulations y compris la colonne vertébrale)

3. Confirmation bactériologique lorsque c'est possible :

- a. Une confirmation bactériologique doit toujours être recherchée mais n'exclut pas de démarrer le traitement si les signes cliniques sont en faveur d'une TB
- b. Une confirmation bactériologique pour un enfant est particulièrement importante en cas de (un ou plus) :
 - Suspicion de résistance aux médicaments
 - Complications ou état sévère du patient

4. Examens cliniques appropriés lors de suspicion de TB pulmonaire et extra-pulmonaire

- a. TB LAM : mêmes recommandations chez les enfants que chez les adultes :
 - pour tout patient sévèrement malade et qui nécessite une hospitalisation, quel que soit le taux de CD4
 - pour tout patient en soins ambulatoires présentant un taux de $CD4 < 100$, ainsi que des symptômes de TB.
- b. RXT : Bien qu'il n'existe pas de signes radiologiques spécifiques de TB, on trouve souvent :
 - Une augmentation de la densité au niveau des hiles et/ou dans la zone para trachéale
 - Une compression des voies respiratoires par des ganglions lymphatiques affectés, hypertrophiés
 - Une maladie pulmonaire parenchymateuse
 - Un épanchement pulmonaire unilatéral



Pour des recommandations et lignes directrices plus complètes sur la lecture et l'interprétation des radios pulmonaires en pédiatrie, consulter le site web de MSF SAMU <https://samumsf.org/en/resources/tb/paiatric-tb> dans la rubrique « implementation ressources » (**vidéos de formation**)

- c. Aspiration à l'aiguille fine : Les performances peuvent être faibles si l'échantillon n'est pas correctement prélevé
- d. Lavage gastrique :
 - Jusque 50% de rendement s'il est réalisé selon la procédure standard
 - Offre les meilleurs résultats si réalisé dès le matin, après 8 heures de jeûne et avant que l'enfant ne se lève (procédure inadéquate en consultation externe).
- e. Expectoration induite (provoquée)
 - Inhalation de 3-5% de chlorure de sodium hypertonique
 - Réalisée par un personnel qualifié et dans un endroit bien ventilé
 - Les performances d'une expectoration provoquée valent 3 fois celles d'un lavage gastrique.
- f. L'aspiration nasopharyngée est un autre moyen utile d'accéder à la preuve mycobactérienne de la TB. Pour plus de détails, consulter le site web de MSF SAMU sur <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>



[samumsf.org/
en/resources/tb/
paiatric-tb](https://samumsf.org/en/resources/tb/paiatric-tb)



[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)

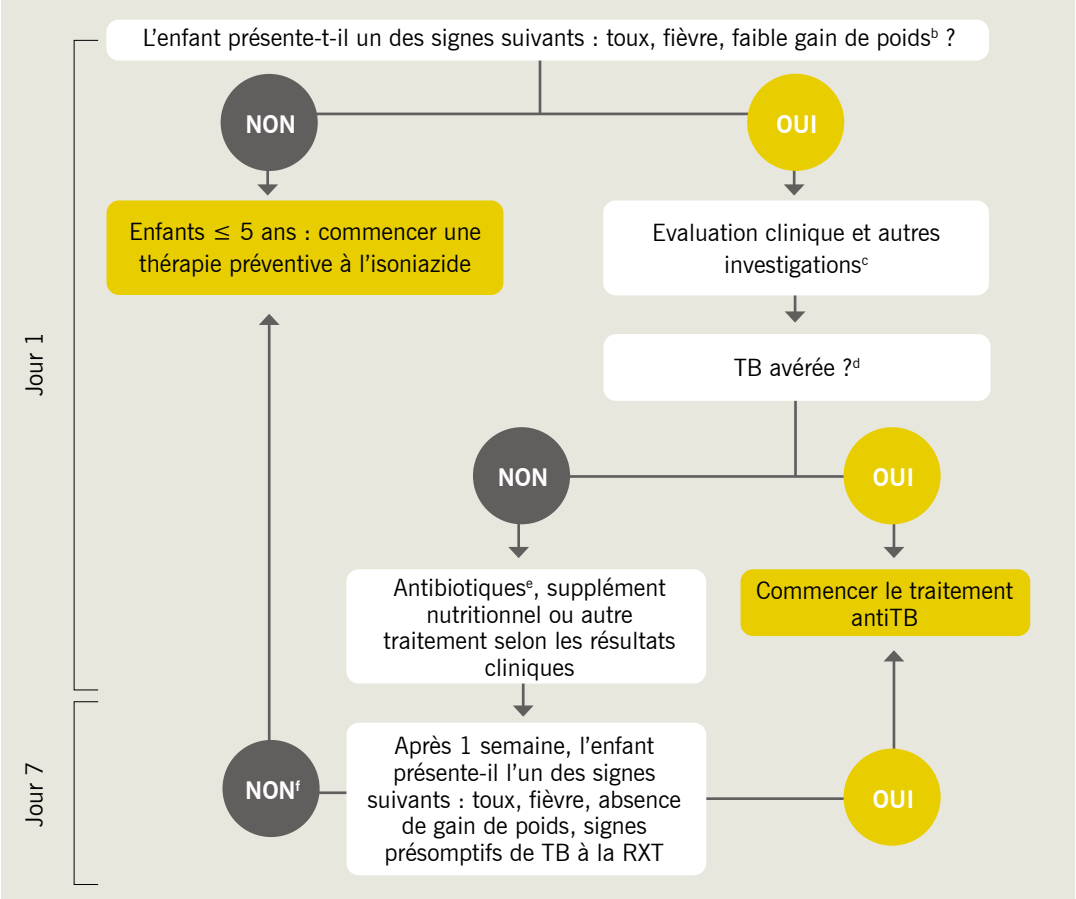
5 Test VIH :

- a. Répéter le test VIH s'il y a le moindre doute sur un diagnostic positif
- b. Demander un taux de CD4 et une charge virale si c'est possible.



Mise à jour

Algorithme 10.1 Diagnostic pédiatrique : contact d'un enfant avec une personne atteinte de TB^a

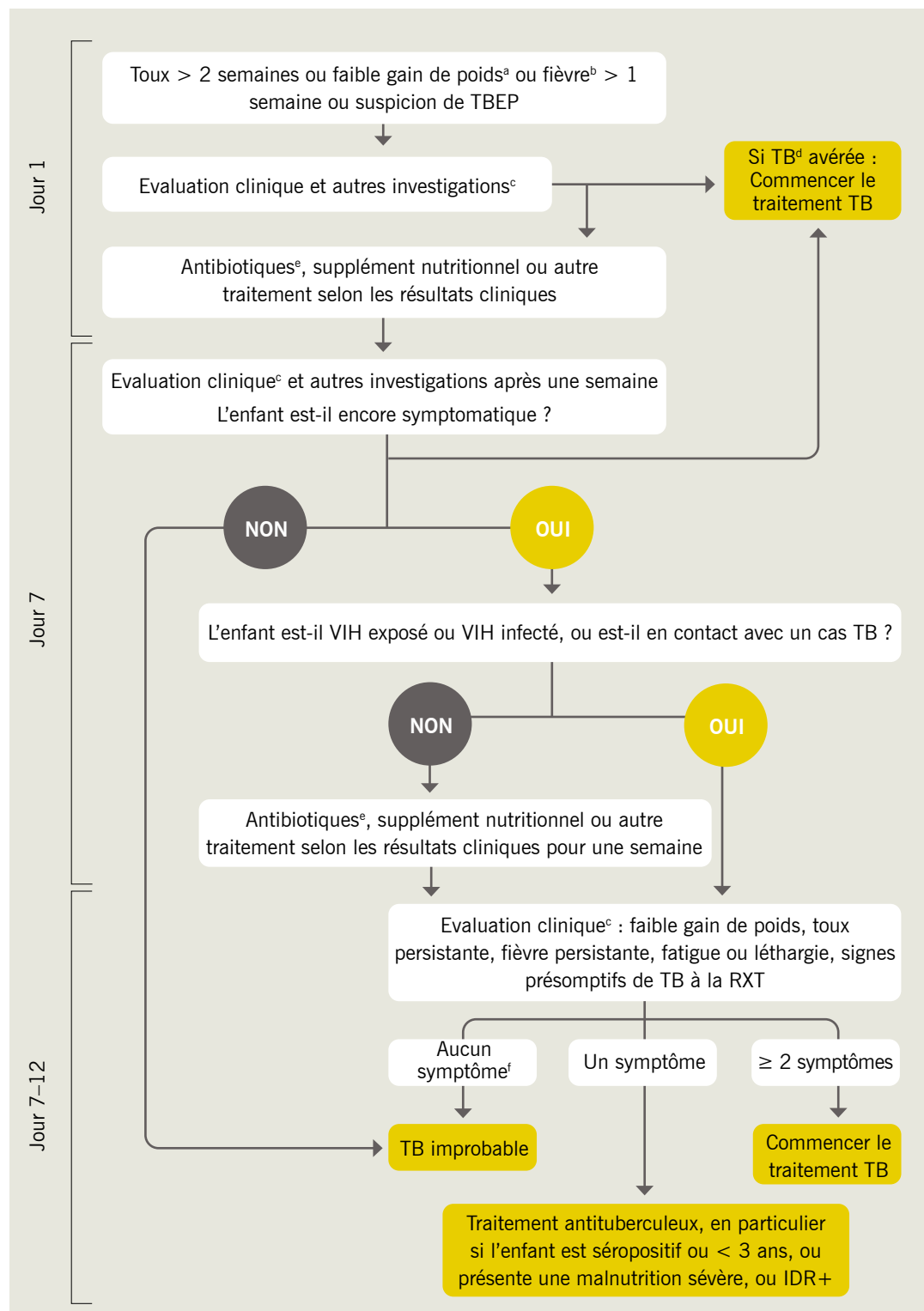


- a. Contact : enfant vivant dans le même foyer ou en contact étroit et régulier avec un cas de tuberculose avéré ou suspecté au cours des 12 derniers mois
- b. Malnutrition ou courbe de croissance aplatie



- c. Évaluation clinique (y compris évaluation de la croissance), tests bactériologiques, dépistage du VIH (dans les zones à forte prévalence du VIH), et si pertinent et disponible : radiographie (RXT), investigations pour TBEP, IDR. TB LAM est recommandé chez tous les patients gravement malades nécessitant une hospitalisation, indépendamment du taux de CD4, et chez les patients ambulatoires ayant un CD4 <100 avec signes / symptômes de TB
- d. Des exemples de TB avérées peuvent inclure des cas de maladie de Pott, de méningite tuberculeuse, de ganglions lymphatiques avec formation de fistules, de frottis ou de Xpert MTB/RIF positif ou de RXT avec haute présomption (par exemple lymphadénopathie hilaire, infiltrats du lobe supérieur, image miliaire)
- e. Antibiotiques à large spectre :
 - Si aucun signe de danger : amoxicilline PO pendant 7 jours ;
 - Si signes de danger : ATB parentérale (par exemple ceftriaxone).
- f. La réponse clinique à un antibiotique à large spectre n'exclut pas la tuberculose. Le parent doit en être informé afin de consulter si les symptômes réapparaissent.

Algorithme 10.2 Diagnostic pour un enfant avec des symptômes de TB



- a. Malnutrition ou courbe de croissance aplatie
- b. Température > 38°C.

c. Évaluation clinique (y compris évaluation de la croissance), tests bactériologiques, dépistage du VIH (dans les zones à forte prévalence du VIH), et si pertinent et disponible : radiographie (RXT), investigations pour TBEP, IDR. TB LAM est recommandé chez tous les patients gravement malades nécessitant une hospitalisation, indépendamment du taux de CD4, et chez les patients ambulatoires ayant un CD4 <100 avec signes / symptômes de TB

- d. Examen microscopique des frottis positif ou Xpert MTB / RIF positive, RXT montrant des lésions douteuses (par exemple lymphadénopathie hilaire, infiltrats du lobe supérieur, image miliaire), gibosité.
- e. Antibiotiques à large spectre :
 - Si absence de signes de sévérité :
 - première ligne : amoxicilline PO pendant 7 jours (PAS de fluoroquinolones). Conseiller à l'accompagnant de revenir avec l'enfant s'il n'y a aucune amélioration après 48 heures d'antibiotiques
 - si une deuxième cure d'antibiotiques est nécessaire : azithromycine PO pendant 5 jours
 - En cas de signes de gravité : antibiotiques parentéraux (ceftriaxone ± cloxacilline en cas de suspicion de *S. aureus*). En outre, le traitement de la PCP doit être administré de manière présomptive à tous les enfants exposés au VIH ou infectés par le VIH âgés de moins d'un an et aux enfants plus âgés présentant une immunodépression sévère et non sous prophylaxie par CTX. Pour tous les autres enfants exposés au VIH ou infectés par le VIH, il faut l'envisager en cas de réponse médiocre aux antibiotiques à large spectre après 48 heures.
- f. La réponse clinique à un antibiotique à large spectre n'exclut pas la tuberculose. Le parent doit en être informé afin de consulter si les symptômes réapparaissent.

Traitement

- Voir les lignes directrices sur les dosages pédiatriques des antituberculeux à la fin de ce chapitre.
- Pour de plus amples renseignements sur le traitement de la tuberculose, voir le **chapitre 12**.

Commentaires généraux concernant le traitement des enfants co-infectés VIH/TB :

1. L'enfant doit être traité durant 2 mois avec RHZE et 4 mois avec RH, sauf pour la méningite tuberculeuse et la tuberculose ostéo-articulaire qui nécessitent un traitement de 2 mois avec RHZE et 10 mois avec RH.
2. L'éthambutol est considéré comme sûr, quel que soit l'âge de l'enfant, notamment par rapport à la toxicité oculaire, à condition d'administrer un dosage correct de 20mg/kg/jour. Il est couramment utilisé pour traiter la tuberculose pharmacosensible chez les enfants.



3. La streptomycine doit être évitée chez les enfants car elle peut causer des dommages irréversibles sur le nerf auditif et reste douloureuse lors des injections.
4. Le traitement TB est prioritaire à la TARV.
5. Utiliser la pyridoxine en supplément pour les patients séropositifs et ceux qui sont malnutris.
6. Le cotrimoxazole doit être prescrit chez tous les enfants séropositifs sous antituberculeux.
7. Être vigilant sur les interactions médicamenteuses et ajuster le régime de TARV en conséquence.
 - a. Rifampicine – Nevirapine : changer pour l'Efavirenz
 - b. Rifampicine–lopinavir/ritonavir :
 - i. Si >5ans, doubler la dose de lopinavir/ritonavir
 - ii. Si <5 ans, la double dose de LPV/r n'est pas efficace. Soit ajouter du ritonavir aux 3/4 du volume de LPV/r (par exemple, si vous donnez 2 ml de LPV/r, ajoutez 1,5 ml de ritonavir en plus). Si le ritonavir n'est pas disponible, utiliser un triple régime d'INTI avec AZT/3TC/ABC.
8. Moment optimal pour démarrer la TARV après le début du traitement d'infections spécifiques : avec la méningite à cryptocoque et toutes les localisations de la tuberculose, il a été démontré que le développement d'un IRIS est lié à la fois au taux de CD4 et au moment d'initiation de la TARV. Des guides cliniques, développés à partir de preuves solides, préconisent les recommandations suivantes :

TB :

- Si $CD4 < 50$, commencer la TARV dans les deux semaines qui suivent le démarrage du traitement antituberculeux.
- Si $CD4 > 50$, le démarrage de la TARV peut être repoussé jusqu'à 8 semaines après celui du traitement TB, mais en pratique ce délai est ramené à 2 à 4 semaines. Plus les CD4 sont proches de 50, plus la date de mise sous TARV est proche de 2 semaines.
- Si méningite tuberculeuse, retarder la TARV de 4 semaines. Des taux de mortalité élevés ont été constatés lors d'un démarrage trop précoce.

Méningite à cryptocoque :

- Quel que soit le taux de CD4 (qui est généralement bas), le démarrage de la TARV doit être retardé de 4 semaines après le début du traitement.



Pathologies respiratoires : Pneumonie bactérienne

La pneumonie bactérienne est très répandue chez les enfants. Selon l'OMS (2016), elle représente même la plus grande cause de mortalité infantile au monde due à une cause infectieuse. Ainsi, il est important de garder un index de suspicion élevé et de commencer le traitement très tôt. La pneumonie peut être diagnostiquée si l'enfant présente soit une accélération du rythme respiratoire (tachypnée), soit un balancement thoraco abdominal avec rétraction de la cage thoracique inférieure (OMS 2016).

Présentation clinique

Pneumonie simple : l'enfant à une toux et/ou tachypnée, avec ou sans fièvre et frissons.

Pneumonie sévère : l'enfant présente une tachypnée sévère, avec tirage respiratoire au repos, ou tous autres symptômes alarmants tels que des convulsions, une altération de la conscience ou une hypothermie.



La définition de la tachypnée change selon l'âge de l'enfant

- 60 respirations/minute ou plus pour un enfant < 2 mois
- 50 respirations/minutes ou plus pour un enfant de 2 à 11 mois
- 40 respirations/minute ou plus pour un enfant de 12 mois à 5 ans

Prise en charge

La plupart des enfants avec une pneumonie simple peuvent être traités avec succès en ambulatoire avec des antibiotiques par voie orale. Les enfants atteints de pneumonie sévère nécessitent une prise en charge hospitalière. Une bonne appréciation clinique est capitale pour assurer le succès thérapeutique.

- Une pneumonie simple est généralement traitée avec de l'amoxicilline à 30mg/kg administrée 3 fois/j pendant 7 jours ; ou 50 mg/kg, en 2 fois/j pendant 7 jours
- Réexaminer le patient deux jours après le début des antibiotiques

La pneumonie sévère nécessite une hospitalisation.

- En attendant le transfert du patient à l'hôpital, débiter une oxygénothérapie au masque
- Donner à l'enfant une première dose de Ceftriaxone IV ou en IM à raison de 50-75 mg/kg
 - 3-5 kg : 250 mg (1 ml)
 - 6-9 kg : 500 mg (2 ml)

- 10-14 kg : 750 mg (3 ml)
- 15-25 kg : 1 g (2 ml dans chaque cuisse).
- Vérifiez l'hypoglycémie au glucomètre, si possible
- Pour les enfants exposés au VIH ou infectés, particulièrement ceux de moins d'un 1 an, il est important de démarrer la thérapie avec une dose de cotrimoxazole (CTX) élevée en complément du traitement décrit ci-dessus, étant donné que l'on ne peut pas exclure une pneumonie à pneumocystis Jiroveci, (pneumocystose ou PCP) qui peut être rapidement mortelle si elle est non traitée. Voir la rubrique ci-dessous sur la PCP pour plus d'informations.
- Les enfants sévèrement immunodéprimés âgés de plus d'un an, et qui n'ont pas bénéficié d'une prophylaxie au cotrimoxazole, doivent également être traités pour la PCP et la pneumonie bactérienne.
- La durée totale du traitement (IV et oral) pour une pneumonie bactérienne sévère est en général de 10 à 14 jours. Continuer le cotrimoxazole pendant 21 jours pour le traitement de la PCP.

Pathologie respiratoire : la Pneumocystose (PCP)

La PCP ou pneumocystose est une infection opportuniste des poumons causée par le germe *Pneumocystis jirovecii* (raison pour laquelle l'acronyme PJP est parfois utilisé au lieu de PCP). La PCP est très fréquente chez les enfants séropositifs âgés de moins d'un an. Chez les enfants plus âgés, on la voit principalement chez les enfants sévèrement immunodéprimés qui ne suivent pas de traitement préventif au cotrimoxazole (TPC)).

Présentation clinique

- La PCP chez les enfants se présente généralement avec :
 - Une tachypnée (voir annexe 10.1 pour les paramètres vitaux chez l'enfant)
 - Une dyspnée (difficulté majeure à la respiration)
 - Une cyanose
 - Une apparition soudaine de fièvre, même si elle reste parfois absente
- L'auscultation des poumons est moins spécifique. Les signes de détresse respiratoire sont plus importants.
- La radiologie des poumons peut montrer une infiltration interstitielle diffuse



La PCP atteint fréquemment les enfants qui ne sont pas sous prophylaxie au cotrimoxazole mais l'administration d'une prophylaxie n'exclue pas l'éventualité d'une PCP, tout particulièrement chez les enfants ayant un taux de CD4 bas.

Prise en charge

- Les enfants ayant une PCP nécessitent en premier lieu une prise en charge hospitalière.
- L'oxygénothérapie doit être immédiatement débutée dès l'admission.
- Cotrimoxazole 100 + 20 mg/kg/j, donné en plusieurs prises (ex 3 ou 4 fois/j) pendant 21 jours. Voir les dosages en fonction du poids de l'enfant dans le tableau 10.13 ci-dessous).
- La première dose de CTX doit être donnée avant l'hospitalisation. A l'hôpital, il doit être administré en IV, 4 fois/j.
- Une fois que l'état de l'enfant commence à s'améliorer, il peut être pris en charge en ambulatoire. Le CTX peut alors être administré par voie orale, 3 fois/j.
- Le traitement au CTX peut être donné en supplément du traitement habituel pour la pneumonie (ex : amoxicilline).
- Pour les cas sévères, ajouter de la prednisolone en dose de 1 mg/kg/dose, 2 fois/j, pendant 5 jours puis 1 mg/kg/dose, une fois/j pendant 5 jours, puis 0.5 mg/kg/dose une fois/j pendant 5 jours. Les stéroïdes en IV, tels que dexaméthasone, peuvent aussi être utilisés.
- Après la fin du traitement, une prophylaxie secondaire au cotrimoxazole est importante.
- Si l'enfant est allergique au cotrimoxazole, la dapsons 2mg/kg/j peut être donnée comme prophylaxie alternative.

Tableau 10.13 Forte dose de cotrimoxazole pour le traitement de la PCP chez l'enfant

Dose administrée 4 fois/jour*			Dose administrée 3 fois/jour	
Poids (kg)	Sirop/Comp. dispersible*	Comp. forme simple*	Sirop*	Comp. forme simple*
<5	2.5 ml		4 ml	
5–9.9	5 ml		7 ml	
10–14.9	7.5 ml		10 ml	1 Comp
15–21.9	10 ml	1 Comp	15 ml	1½ Comp
>22	15 ml	1½ Comp		2 Comp

* Sirop : 200 mg SMX/40mg TMP pour 5 ml
Comprimé dispersible : 100 mg SMX/20 mg TMP (1 Comp. dispersible = 5 ml de sirop)
Comprimé forme simple : 400 mg SMX/40mg TMP

Neurologie : neuropathie périphérique

(Voir également chapitre 14).

Présentation clinique

- La neuropathie périphérique est une atteinte des nerfs périphériques
- Bien qu'elle soit moins fréquente chez les enfants que chez les adultes, son diagnostic est important car la morbidité liée à cette pathologie n'est pas négligeable.
- Chez les enfants, c'est souvent un effet secondaire consécutif au traitement par l'isoniazide (INH),
- Les symptômes comprennent une faiblesse musculaire, une paresthésie ainsi que des douleurs des extrémités.

Prise en charge

- La prise en charge doit être ajustée en fonction des causes sous-jacentes. Consulter un spécialiste pour passer en revue les différentes options de prise en charge.

Prophylaxie pour la neuropathie périphérique chez l'enfant sous INH

Pyridoxine :

- <5 ans : 5-10 mg, une fois/jour
- >5 ans : 10 mg, une fois/jour

Traitement de la neuropathie périphérique chez l'enfant sous INH

Si suspicion de déficience en vitamine B6, traiter avec un dosage plus fort de pyridoxine :

- <5 ans : 25 mg/jour
- >5 ans : 50 mg/jour

Pour les cas sévères, consulter un pédiatre ou un clinicien expérimenté, et préférer plutôt l'amitriptyline pour les enfants plus âgés.

- 6-12 ans : 10 mg au coucher
- >12 ans : 25 mg, plus paracétamol 15 mg/kg si besoin, 3 à 4 fois/jour

Neurologie : méningite bactérienne

Présentation clinique

- Comme les symptômes au début de la méningite bactérienne peuvent être non spécifiques (comme la fièvre ou les vomissements), il est important d'avoir un indice élevé de suspicion de méningite au cours de votre évaluation



Référer le patient vers
un spécialiste ou vers
l'hôpital

- Les symptômes peuvent comprendre : fièvre, céphalées, état léthargique/ coma, irritabilité, cris anormaux, perte d'appétit, vomissements, raideurs de nuque et convulsions. Chez le nourrisson, la fontanelle peut être anormalement saillante (mais signe pas toujours présent).

Prise en charge

Ces patients doivent être référés pour une prise en charge hospitalière.

En attendant le transfert, administrer sans tarder les premières doses d'antibiotiques car la méningite peut causer très rapidement des dommages irréversibles du cerveau.

- Vérifier auprès de votre hôpital de référence les traitement et dosages en usage.
- En l'absence de protocole hospitalier, voici la conduite à tenir pour la prise en charge initiale :
 - Enfant <3 mois : ampicilline et ceftriaxone
 - IV ampicilline (vérifier les protocoles locaux pour le dosage) et ceftriaxone 100mg/kg en dose de charge, puis 100mg/kg/jour en une à deux prise(s).
 - Noter que l'ampicilline, contrairement au ceftriaxone, est également active contre la listeria monocytogène
 - La ceftriaxone est contre indiquée chez les nouveau-nés prématurés porteurs d'hyperbilirubinémie. Préférer alors l'utilisation de céfotaxime dont le dosage varie selon l'âge :
 - en cas de prématurité, 50 mg/kg deux fois par jour
 - dans la première semaine de vie, toutes les 8 heures
 - dans les 2 à 4 premières semaines de vie, toutes les 6 heures
 - Enfants ≥3 mois :
 - Ceftriaxone 100 mg/kg/jour donnée au choix en une seule fois ou bien en 2 fois. Maximum 2 gr par dose. Si elle est administrée deux fois par jour, le choix est possible entre la voie IV ou IM, mais s'il s'agit d'une dose quotidienne, elle doit être administrée par perfusion IV seulement. Attention cependant, le solvant qui est fourni avec la dose IM ne doit pas être utilisé par voie IV.
 - Comme ces doses peuvent parfois varier, il est important de vérifier votre protocole local pour connaître la posologie.



Si le traitement par voie IV est techniquement difficile, donner une première dose de ceftriaxone par voie IM plutôt que de laisser l'enfant sans traitement face au risque vital.

Neurologie : Méningite à cryptocoques

Présentation clinique

Comme pour la méningite bactérienne, les premiers signes et symptômes de la méningite à cryptocoque peuvent être non spécifiques et peu marqués, avec symptômes tels que céphalées, fièvre et vomissements parmi les plus fréquents. Evoquer la possibilité d'une infection à cryptocoque s'avère d'une importance capitale pour établir un diagnostic rapide et précis. La méningite à cryptocoque est plus fréquemment observée chez les enfants sévèrement immunodéprimés ayant des CD4 < 100.

Prise en charge

- **Ces patients doivent être référés pour une prise en charge hospitalière.**
- Le guide OMS 2018 pour enfants, adolescents et adultes recommande :
 - Un traitement d'induction d'une semaine avec de l'amphotéricine B deoxycholate (1.0 mg/kg/jour) et flucytosine (100 mg/kg/jour, divisée en 4 doses par jour)
 - Suivi par un traitement de consolidation au fluconazole à 12 mg/kg/jour (jusqu'à 800 mg/jour) pendant 8 semaines
 - Suivi par un traitement d'entretien au fluconazole à 6 mg/kg/jour (jusqu'à 200 mg/jour) comme prophylaxie secondaire.
- Chez les enfants âgés de 2 à 5 ans, la prophylaxie secondaire au fluconazole peut être interrompue si l'enfant est stable sous TARV et sous traitement d'entretien antifongique depuis au moins un an, avec un taux de CD4 > 25% (avec de préférence 2 mesures à 6 mois d'intervalle)
- Il n'est pas à ce jour recommandé d'interrompre la prophylaxie secondaire chez les enfants âgés de moins de 2 ans.



Référer le patient vers
un spécialiste ou vers
l'hôpital

Neurologie : Toxoplasmose

Présentation clinique

- La toxoplasmose apparaît en général chez les patients sévèrement immunodéprimés (avec un taux de CD4 < 100).
- Les symptômes comprennent des céphalées, fièvre, des signes neurologiques focaux tels qu'une faiblesse musculaire, une ataxie ou une paralysie ainsi que des symptômes d'encéphalite comme la confusion ou l'altération de la conscience.
- Un fond d'œil peut révéler des lésions de la choroïde/rétine et/ou un œdème papillaire, signe d'une augmentation de la pression intracrânienne.



Référer le patient vers
un spécialiste ou vers
l'hôpital

Prise en charge

- Ces patients doivent être référés pour une prise en charge hospitalière.
- Prescrire de fortes doses de cotrimoxazole (sulfaméthoxazole + triméthoprim). Le traitement de la toxoplasmose varie tellement que nous vous recommandons de vérifier vos protocoles nationaux pour le dosage.



Les lésions dues à la toxoplasmose disparaissent généralement après trois semaines de traitement. Si un patient séropositif avec des signes neurologiques focaux (ainsi qu'un taux bas de CD4) ne répond pas à un traitement empirique anti-toxoplasmique, il est probable que le diagnostic soit erroné et que de nouvelles investigations doivent être entreprises.

Si vous êtes dans un environnement à ressources limitées, envisager un traitement antituberculeux empirique (un traitement complet), car un tuberculome cérébral est aussi un diagnostic possible avec des symptômes similaires.

Le lymphome du système nerveux central (SNC) ne peut être définitivement confirmé qu'avec une biopsie du cerveau et n'est pas traitable.

Autres causes d'un déficit neurologique focal, généralement sans tableau d'encéphalite ni fièvre, comprennent l'ischémie, l'hémorragie, la neurosyphilis, la méningite tuberculeuse et la vasculopathie liée au VIH.

Neurologie : Encéphalopathie à VIH

L'encéphalopathie peut être la première pathologie qui indique qu'un enfant est infecté par le VIH. Il est très important de savoir la détecter chez l'enfant car un diagnostic et un traitement précoce peuvent considérablement réduire les séquelles neurologiques à long terme.

Présentation clinique :

Suspecter l'encéphalopathie si :

- Le périmètre crânien de l'enfant n'augmente pas ou que sa mesure est en dessous des courbes de croissance
- Les étapes du développement d'un enfant sont retardées ou ont régressé (par exemple, un enfant qui était capable de s'asseoir seul est maintenant incapable de le faire).



Le risque d'encéphalopathie au VIH est un risque suffisamment grave pour que le clinicien mesure et consigne le périmètre crânien à chaque consultation, et observe les étapes du développement neurologique de tous les enfants jusqu'à l'âge de 3 ans. Toujours questionner la maman ou l'accompagnant pour plus d'informations sur le développement de l'enfant.

Prise en charge :

- **Important:** l'encéphalopathie au VIH est un diagnostic d'exclusion. Par conséquent, avant de conclure à un tel diagnostic, il faut explorer toutes les autres causes possibles.
- Si l'encéphalopathie est suspectée, s'assurer que le traitement ARV est débuté.
- Pour les enfants atteints de cette maladie, une approche pluridisciplinaire est nécessaire, qui inclut la prise en charge clinique, psychosociale et la kinésithérapie quand elle est possible.

Malaria

Dans les zones où la malaria est fréquente, elle apparaît plus fréquemment et plus sévèrement chez les patients séropositifs. Les professionnels de santé doivent s'assurer que dans ces zones à forte prévalence, les enfants sont testés, rapidement traités et qu'ils dorment sous une moustiquaire

Troubles gastro-intestinaux

Le **chapitre 15** détaille les nombreux troubles de l'appareil digestif rencontrés chez les patients adultes séropositifs. La plupart de ces affections sont les mêmes pour les enfants. S'il y a des différences, l'icône pédiatrique est indiquée. La déshydratation chez l'enfant est quant à elle détaillée en annexe 15.1.

Pathologies cutanées chez les enfants séropositifs

Les affections cutanées chez les enfants séropositifs se présentent et sont prises en charge de façon quasiment identique à celles des adultes. Se référer au **chapitre 20**.

Fièvre d'origine inconnue

Après l'infection à pneumocoque, la cause la plus fréquente de bactériémie chez un enfant séropositif est la bactériémie à *Salmonella non typhi*. Une fièvre d'origine inconnue chez ces enfants doit par conséquent être prise très au sérieux et faire l'objet d'une admission à l'hôpital pour une surveillance rigoureuse. Pour plus d'informations sur la fièvre persistante et l'utilisation appropriée d'antibiotiques chez les enfants, se référer au **chapitre 23** qui concerne les adultes, mais où la plupart des pathologies se retrouvent chez l'enfant.

12. A retenir

- Les enfants ne sont pas des « petits » adultes ! Leur apporter des soins nécessite une bonne connaissance et compréhension des spécificités pédiatriques et des différences entre VIH adulte et VIH pédiatrique.
- Se comporter en « détective » lorsque vous faites la recherche des antécédents et l'examen clinique des enfants et adolescents séropositifs. Etre spécifique et précis quant aux questions posées aux accompagnants/parents et faire une recherche plus approfondie lorsque certaines réponses soulèvent des inquiétudes.
- Puisque même de petites erreurs de gestion peuvent entraîner des résultats médiocres, l'attention aux détails est une démarche essentielle. Etre rigoureux et minutieux lors de la consultation.
- S'assurer de bien connaître le profil d'effets secondaires et les dosages de chaque ARV prescrit aux enfants et adolescents ! Si votre message donné au parent/ accompagnant n'est pas clair et précis, l'enfant risque de ne pas prendre son traitement de façon adéquate.
- Il est impossible de connaître le détail des dosages de chaque tranche de poids ; il est par contre indispensable de peser l'enfant à chaque consultation et d'utiliser la table de dosages des ARV pour les prescriptions.
- Penser TB ! Penser TB ! Penser TB ! Sachant que la co-infection HIV/TB est très fréquente, être vigilant sur la possibilité d'une TB chez tout enfant/adolescent qui présente un trouble respiratoire ou tous autres symptômes caractéristiques.
- Evaluer l'état nutritionnel de chaque enfant et prévoir un programme de soutien nutritionnel approprié.
- Etre attentif à l'importance des vaccinations de routine et le besoin de stratégies supplémentaires pour les enfants séropositifs.
- Les échecs de traitement sont très fréquents chez les enfants et les adolescents ! Vérifier les résultats de charge virale de vos patients, rechercher les barrières psychosociales à l'adhérence et ne pas retarder le passage à un autre régime d'ARV lorsqu'un échec de traitement est diagnostiqué. En cas de doutes, demander l'aide de cliniciens expérimentés, sous réserve que cela ne retarde pas la prise en charge du patient.
- L'adhérence est la cause majeure d'échec de traitement chez les enfants et adolescents. Pour les professionnels de santé, apprendre à conduire un entretien psychosocial minutieux pour identifier les obstacles à la bonne prise des traitements est essentiel !
- Demander de l'aide et un soutien auprès de vos supérieurs ou des spécialistes lorsque des questions sur la prise en charge clinique subsistent.
- Militer pour les enfants et les adolescents ! Ils ont des droits et méritent des soins de qualité. En tant que cliniciens, nous avons la responsabilité de défendre les droits des enfants.
- Parallèlement, si la situation psychosociale de l'enfant est négligée, peu sûre, voire dangereuse dans les cas extrêmes, des mesures de protection doivent être appliquées, suivies par leur signalement auprès des services sociaux ou des autorités compétentes pour une évaluation plus approfondie.



13. Principes de prise en charge pour les adolescents

Il existe de nombreux défis à relever pour ce groupe d'âge qui ne cesse d'augmenter. Ces difficultés sont souvent liées à des facteurs psychosociaux et à la difficile transition du passage d'une condition d'enfant dépendant à celle d'adulte indépendant. La présence de ces défis, se concrétisant par de moins bons résultats en matière de prise en charge, a conduit l'OMS à classer les adolescents comme population clé nécessitant une attention particulière (voir **chapitre 26**).

Cette rubrique a pour objectif d'aider les cliniciens à optimiser les soins lors des consultations et à donner un aperçu rapide sur :

- Les personnes qui composent ce groupe
- Quelques données épidémiologiques mondiales pour définir les défis
- Les défis spécifiques à la prise en charge du VIH chez les adolescents
- Les recommandations majeures pour faire face à ces défis

Cet ouvrage n'a pas pour but d'offrir un niveau d'information très détaillé sur la prise en charge clinique et programmatique pour ce groupe de population. Cependant, d'autres références et plus de lecture sont disponibles sur le site Web de MSF-SAMU : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>



[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)

Qui constitue le groupe “adolescents” ?

Les adolescents sont définis par l'OMS dans le groupe d'âge compris entre 10 et 19 ans, tandis que le terme « jeune adulte » est utilisé pour le groupe d'âge des 20-24 ans. Il est également important cliniquement d'identifier si l'adolescent a fait l'objet d'une infection périnatale (également décrite comme « **infection verticale** »), ou s'il a contracté le virus selon un mode de transmission hors grossesse et allaitement maternel (également décrite comme « **infection horizontale ou comportementale** »). Il y a quelques différences entre ces deux groupes, principalement une prévalence plus importante de maladies chroniques dans les infections verticales et dans le soutien apporté qui est différent.

Données épidémiologiques des adolescents touchés par le VIH

- Les adolescents sont actuellement le groupe d'âge qui voit sa population séropositive augmenter le plus rapidement, notamment en Afrique subsaharienne qui en compte 6,2 millions, soit 63% des jeunes de 15-24 ans vivant avec le virus dans le monde.
- Les résultats en termes de réponse médicale sont particulièrement médiocres, avec une augmentation de 50% de la mortalité liée au sida entre 2005 et 2012. Le VIH est la seconde cause de mortalité au monde parmi ce groupe d'âge, la première en Afrique.

- Les adolescents sont particulièrement difficiles à soigner, avec de nombreuses évidences illustrant le faible accès aux tests et aux services de conseils, une faible adhérence et une faible rétention dans les soins. Les taux de charge virale indétectable, bien que variables restent bas dans la plupart des pays.
- Les études montrent des taux de perdus de vue (PdV) élevés, avec des risques plus importants pour les personnes ayant contractées une infection verticale.
- Les taux élevés de perdus de vue sont liés à la faible adhérence et aux problèmes de santé mentale
- Selon un rapport de l'UNICEF, publié en 2016, 32% des nouvelles infections VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans étaient recensées en dehors de l'Afrique sub-Saharienne. Ceci montre que le VIH reste un problème global et universel lorsqu'il s'agit de prévention auprès des adolescents.

Les défis spécifiques relatifs à la prise en charge des adolescents

L'adolescence est une période où la croissance est rapide tant au niveau physique que biologique, et de forts changements s'opèrent au niveau intellectuel, comportemental et émotionnel. Chacun de ces paramètres peut influencer et aggraver l'état clinique du patient. Celui-ci n'est plus un enfant et ne veut plus être considéré comme tel ; mais en même temps il n'est pas prêt à adopter la rigueur d'une vie d'adulte et les différentes contraintes qui accompagnent la prise en charge du VIH. Il y a de nombreux défis à relever pour que ce processus de transition soit géré efficacement, avec le moins d'impact possible sur les résultats. Les défis majeurs sont les suivants :

La faible connaissance du VIH

La connaissance du VIH parmi les adolescents est faible, avec seulement 26% des jeunes filles qui ont une connaissance exhaustive du VIH (d'après *Every Child, End AIDS : Seventh Stocktaking Report*, 2016, UNICEF).

Ce bas niveau de connaissance chez les adolescents rend les mesures de prévention particulièrement difficiles à mettre en œuvre. Par exemple, seulement 32% des jeunes filles ayant des partenaires multiples déclarent avoir des relations protégées.

Impact sur le 90:90:90

Dans son plan 90:90:90 pour 2020, l'OMS s'est fixé pour objectif d'avoir 90 % de toutes les personnes ayant eu un dépistage d'infection à VIH de connaître leur statut sérologique, d'avoir 90 % de ces patients qui suivent une TARV et que 90 % de ceux qui suivent cette thérapie obtiennent une suppression virale.

Cependant :

- Les adolescents sont moins susceptibles de se présenter volontairement pour effectuer un test de dépistage. Globalement, en 2015, seulement 13% des adolescentes étaient testées pour le VIH et avaient reçu leur résultat dans les 12 mois précédents.

- Le lien avec les services de santé pour débiter une TARV est également plus difficile.
- Une fois sous TARV, il y a plusieurs défis à relever pour maintenir durablement la prise de traitement :
 - Les rythmes de leur vie sociale sont souvent en décalage avec les horaires de prise de médicaments.
 - Leur résilience aux effets secondaires des traitements est plus faible.
 - Les prises par intermittence, voire l'arrêt total de prise de médicaments sont fréquents.

Soutien psychosocial

- Les besoins de soutien ne sont pas seulement plus importants, ils sont également différents de ceux pour les adultes. Ils préfèrent les groupes de soutien animés par leurs pairs et ont besoin d'un agent de santé qui a une connaissance approfondie de leurs besoins spécifiques.
- La nature de ce soutien varie également, avec une distinction importante à faire entre le groupe d'âge de 10-14 ans et celui des 15-19 ans.
- L'impact de la stigmatisation sur ces adolescents à un stade où ils sont très sensibles à l'opinion de leurs pairs est important. Il y a généralement une acceptation moindre du statut VIH positif chez un adolescent dans la communauté.
- Recevoir le soutien des parents peut souvent être source de conflits. Pour les infections dites verticales, il se complique par le fait que la mère a transmis le virus à son enfant. Concernant les infections dites horizontales, le mode de contamination peut être perçu comme la conséquence d'activités ou de pratiques sexuelles inacceptables.

Les services VIH

Il existe de nombreux défis liés à ce groupe d'âge spécifique, où l'adolescent n'est pas encore prêt à être un adulte, mais ne veut plus être un enfant. Les adolescents ont souvent :

- Une intolérance à rester dans les files d'attente lors des consultations de routine dans les centres de soin VIH
- Des réticences à rester parmi un grand nombre d'adultes
- Des expériences malheureuses avec des cliniciens qu'ils trouvent sévères/rudes et moralisateurs
- Peu d'intimité, facteur essentiel chez les adolescents
- Un accès difficile aux centres de santé, en raison des contraintes horaires (peu compatibles avec les horaires scolaires ou les activités sociales), ou de la distance entre l'établissement et la maison et de l'absence de services intégrés répondant aux besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive.

Services de santé spécifiques

- Santé sexuelle et reproductive : de même et pour de nombreuses raisons, les adolescents sont réticents à partager ces services avec ceux des adultes.

- Santé mentale : l'impact des problèmes liés à la santé mentale sur les soins VIH a été peu mesuré. Les quelques interventions dans ce domaine n'ont pas été évaluées et on constate peu d'initiative ciblant ce groupe d'âge.

Recommandations essentielles pour faire face à ces défis

En réponse à ces difficultés, les facteurs suivants ont eu une influence positive sur la prise en charge des adolescents :

Confidentialité

La confidentialité est un facteur important pour tous les adolescents mais encore plus chez ceux qui vivent avec le VIH car ils craignent d'être rejetés, stigmatisés par leur famille ou leurs groupes d'amis. Les études montrent que les adolescents ne reçoivent pas tous les soins dont ils pourraient bénéficier, réticents à l'idée que la confidentialité puisse être rompue. D'autres enquêtes mettent en avant, qu'ils ont tendance à faire plus confiance aux médecins sur ce point plutôt qu'au reste du personnel des établissements de soins.

La confidentialité doit être respectée autant que possible. Il y a cependant des étapes où des décisions doivent être prises comme celles de faire un test de dépistage, de démarrer une contraception ou toute autre procédure nécessitant un consentement du patient. Si l'adolescent n'a pas atteint l'âge légal lui permettant de décider par lui-même, l'autorisation doit être donnée par une tierce personne adulte ce qui peut contrarier son souhait de maintenir la confidentialité quant à son statut. Avant d'engager une telle démarche avec un adulte, il est indispensable d'en discuter d'abord avec l'adolescent. L'âge légal d'un adolescent étant différent selon les pays, consulter vos **guides nationaux**.



Se référer aux lignes
directrices nationales

Recommandations :

- Former et sensibiliser TOUT LE PERSONNEL sur l'importance de la confidentialité (y compris les réceptionnistes, techniciens, pharmaciens).
- Garder des sessions de conseils en tête à tête, seul avec l'adolescent, sans son accompagnant
- Fermer la porte de la salle de consultation !

Un traitement avec respect

Les adolescents sont très sensibles aux comportements grossiers et moralisateurs et aux attitudes du personnel. Ceci influe sur des résultats à la baisse en termes de rétention dans les soins et d'adhérence. Les études montrent que les sentiments d'inconfort et d'embarras qu'ils ressentent sont des sentiments qui les dissuadent à venir consulter, et que les comportements inappropriés, assimilés à des jugements sont d'importantes barrières à toute communication ouverte et honnête.

Recommandations :

- Former et sensibiliser TOUT LE PERSONNEL sur l'importance de communiquer avec les jeunes de façon respectueuse.

- Former les cliniciens à soulever et discuter des problèmes sensibles tels que la sexualité et la santé.
- Garder le temps nécessaire pour expliquer les raisons des tests, les résultats etc.



LES REGLES DU CENTRE DE SANTE

Confidentialité, Honnêteté, Absence de jugement

Des prestations complètes et intégrées

Pouvoir se rendre dans un établissement de soins qui offre des prestations complètes et intégrées est beaucoup plus bénéfique et pratique que de devoir se déplacer en différents endroits en fonction des besoins. Cela peut également aider à réduire la stigmatisation, car «personne ne sait pourquoi» l'adolescent est au centre de santé.

Recommandations :

Créer un « guichet unique » qui offre des soins de santé primaire, des soins de santé reproductive, MST/VIH, toxicomanie, et des soins de santé mentale au même endroit.

Du personnel compétent et affable

Les adolescents veulent interagir avec du personnel compétent, dans des services qui leur sont adaptés et prennent en compte leurs spécificités et les différences intergénérationnelles, voire culturelles. Les stéréotypes sont des obstacles aux soins efficaces.

Recommandations :

- Initier régulièrement des formations abordant les spécificités et les priorités des adolescents, les normes et les diversités culturelles.
- Instaurer des politiques claires et sans ambiguïté contre les discriminations de toutes sortes, et faites les connaître
- Être attentif aux diversités linguistiques

Un accès aux soins simplifié

Ceci est primordial pour les jeunes. Parmi les barrières qui empêchent l'accès aux soins on trouve les problèmes de transport, les horaires de rendez-vous peu compatibles avec les activités scolaires ou sociales, le manque de visibilité sur les prestations proposées dans l'établissement (où ?) et les difficultés à fixer et venir à temps à leur rendez-vous (ex : venir chercher les résultats de tests).

Recommandations :

- Mettre en place des horaires adaptés et flexibles pour les rendez-vous (ouverture plus tardive, les samedis)
- Améliorer les lieux où sont offertes les prestations (lieux séparés, éloignés de la consultation principale)
- Mettre en place une assistance téléphonique « hotline » pour informer les adolescents des services offerts.
- Rendre les échanges et correspondances plus faciles pour eux (SMS, texto, WhatsApp)
- Offrir des mesures incitatives telles que des bons de transport, l'accès gratuit au wifi dans l'établissement, des primes de présence, même si ces mesures restent controversées.

Planning familial /service de santé reproductive

Ces services sont importants car les taux de grossesse et cas de MST sont élevés chez les adolescent(e)s.

Recommandations :

- Former le personnel aux soins de santé reproductive.
- Intégrer ces prestations aux services généraux pour adolescents.
- Réserver des espaces adéquats pour les soins et les séances de conseil.
- Utiliser des formulaires standard pour discuter et obtenir des informations sur la sexualité
- Offrir plusieurs possibilités contraceptives (et les expliquer !)
- Rechercher les MST

Un environnement adapté et accueillant pour les jeunes

Les adolescents aiment être dans un environnement qui leur est destiné. Certaines données indiquent que les patients qui échouent au traitement peuvent bénéficier de ce type d'environnement.

Recommandations :

En portant une attention particulière sur des choses simples telles que la couleur des murs, le choix des affiches et posters ou des équipements mobiliers, on peut créer un environnement qui donne aux adolescents le sentiment d'être dans un endroit spécial pour eux, où ils se sentent accueillis.

Le soutien par les pairs

Le soutien par les pairs offre de nombreux avantages et bénéfices. En plus d'une aide psychologique, il renforce la confiance, réduit l'anxiété et contribue au sentiment d'appartenance. C'est également une source d'informations pratiques qui tend à augmenter l'adhérence à long terme.

Recommandation :

Intégrer des mécanismes de soutien par les pairs dans vos programmes

Recommandations générales

Favoriser la communication entre parents et adolescents a montré des résultats positifs sur le comportement de ces derniers. Les programmes visant à renforcer le rôle des parents et la qualité de la communication apportent une valeur ajoutée.

Il n'y a pas d'approche qui convienne à tout le monde : les adolescents constituent un groupe varié et ce qui marche pour l'un peut ne pas marcher pour un autre. Il est donc préférable d'avoir plusieurs modes d'intervention et d'offrir plusieurs choix de services. La population qui fréquente les établissements de santé n'est pas homogène ; il est donc important de prendre en compte les besoins spécifiques à chacun.

Le choix de la TARV

Quelques principes importants dans le choix du régime de TARV peuvent contribuer à améliorer l'adhérence :

- Choisir un régime efficace mais avec une toxicité minimum
- Si possible, commencer par (ou changer pour) un régime qui peut être pris une seule fois par jour
- Essayer de choisir ABC ou TDF avec du 3TC/FTC comme INTI, préservant ainsi l'AZT pour une éventuelle seconde ligne.
- Le dolutégravir, avec sa particularité de limiter les résistances et ses faibles effets secondaires, est une option préférable à l'EFV comme 3ème médicament du régime. Cela concerne uniquement les adolescents de plus de 12 ans, dont le poids est > 40kg. Rester attentifs sur ce point aux guides nationaux et au guide OMS à partir de 2018. Les adolescents devraient bénéficier grandement de l'introduction du DTG, un médicament plus efficace, plus simple d'utilisation et moins toxique.
- Essayer de choisir un régime qui sera maintenu à l'âge adulte.

L'adolescent infecté par voie verticale

Dans les pays à ressources plus limitées, de nombreux enfants contaminés par infection verticale ne survivent malheureusement pas jusqu'à l'adolescence. Dans le cas contraire, ils doivent non seulement faire face aux défis mentionnés ci-dessus, mais aussi à un éventail d'autres pathologies. Cela suppose non seulement de les détecter lors des consultations, mais aussi d'organiser leur prise en charge sur le long terme. Ces pathologies sont surtout :



samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018

- retard de croissance
- maladie cardiaque
- maladie pulmonaire chronique
- maladie neurocognitive
- maladie cutanée
- maladies rénale et osseuse
- infections
- cancers

Pour plus de références ou d'informations sur les aspects cliniques et programmatiques, consulter le site ressources supplémentaires de **MSF-SAMU** : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>

Soins VIH aux adolescents – points importants

- Le VIH est une pathologie très prévalente chez les adolescents et des millions d'entre eux sont infectés.
- Contrairement à tous les autres groupes d'âges, le taux de mortalité des adolescents a augmenté ces dernières décennies.
- Les agents de santé doivent :
 - être formés sur les soins et les services adaptés à offrir aux jeunes
 - être vigilant sur leur comportement et montrer du respect
 - garantir une confidentialité rigoureuse
 - être honnête et sans jugement à leur égard
- Il n'y a pas de modèle de soins unique et adapté à tous. Une approche de soins individuelle et spécifique est nécessaire pour les adolescents.
- Les soins aux adolescents doivent être facilement accessibles et offrir une multitude de services dans la même structure de santé.
- Le soutien par les pairs est une approche très appréciée et efficace.

Annexe 10.1 Valeurs normales pour les enfants

Normes physiologiques des battements cardiaques (FC) :

Age	Battements cardiaques
Prématuré :	120–170
0–3 mois :	100–150
3–6 mois :	90–120
6–12 mois :	80–120
1–3 ans :	70–110
3–6 ans :	65–110
6–12 ans :	60–95
> 12 ans :	55–85

Normes physiologiques de la fréquence respiratoire (FR) :

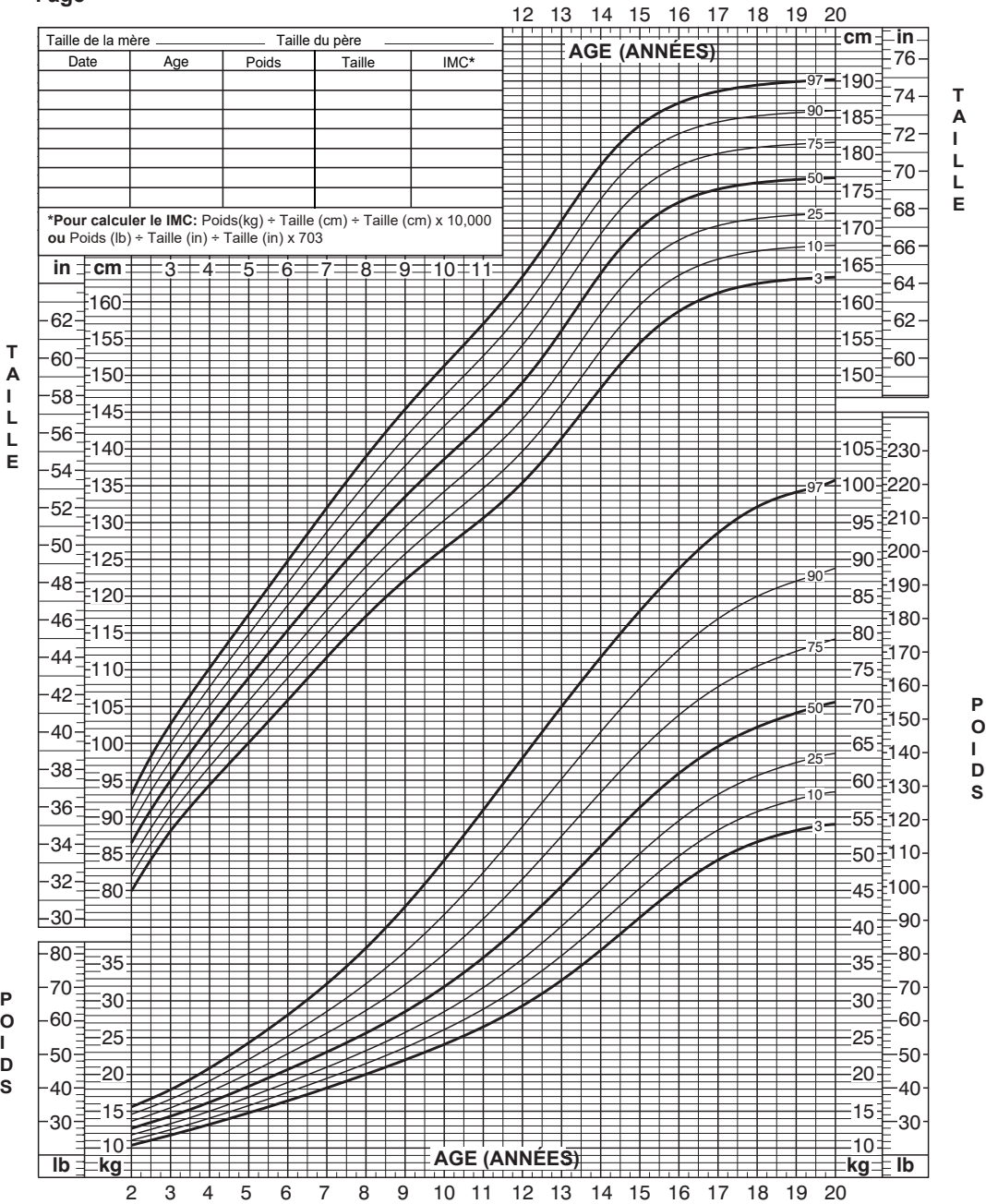
Age	Limites physiologiques
Prématuré	40–70
0–3 mois	35–55
3–6 mois	30–45
6–12 mois	25–40
1–3 ans	20–30
3–6 ans	20–25
6–12 ans	14–22
> 12 ans	12–18

Graphique du poids et de la taille : Garçons 2-20 ans

2 à 20 ans : Garçons
Percentiles de la taille et du poids en fonction de l'âge

Prénom _____

Dossier # _____



Published May 30, 2000 (modified 11/21/00).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



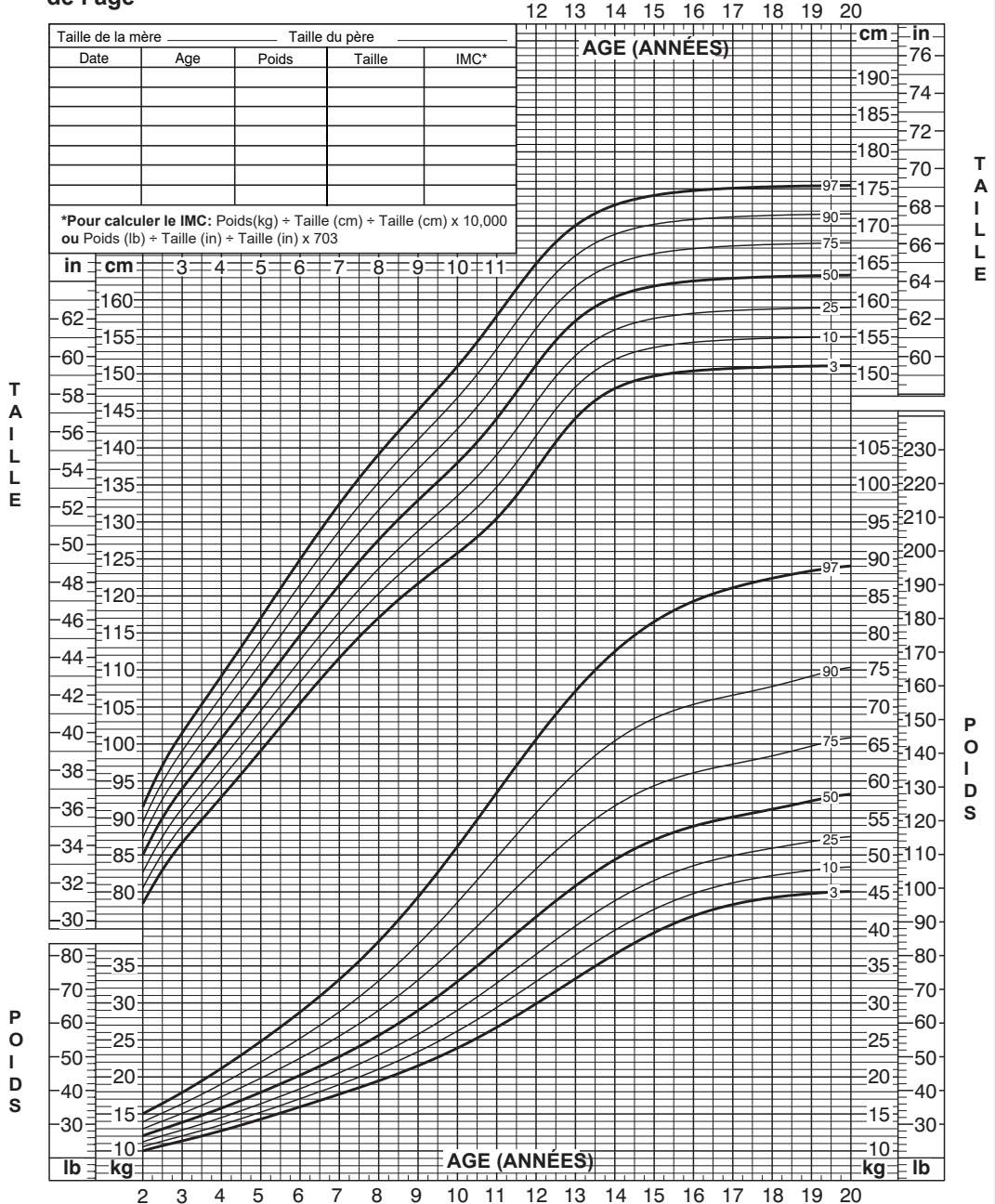
Graphique du poids et de la taille : Filles 2–20 ans

2 à 20 ans : Filles

Prénom _____

Percentiles de la taille et du poids en fonction
de l'âge

Dossier # _____



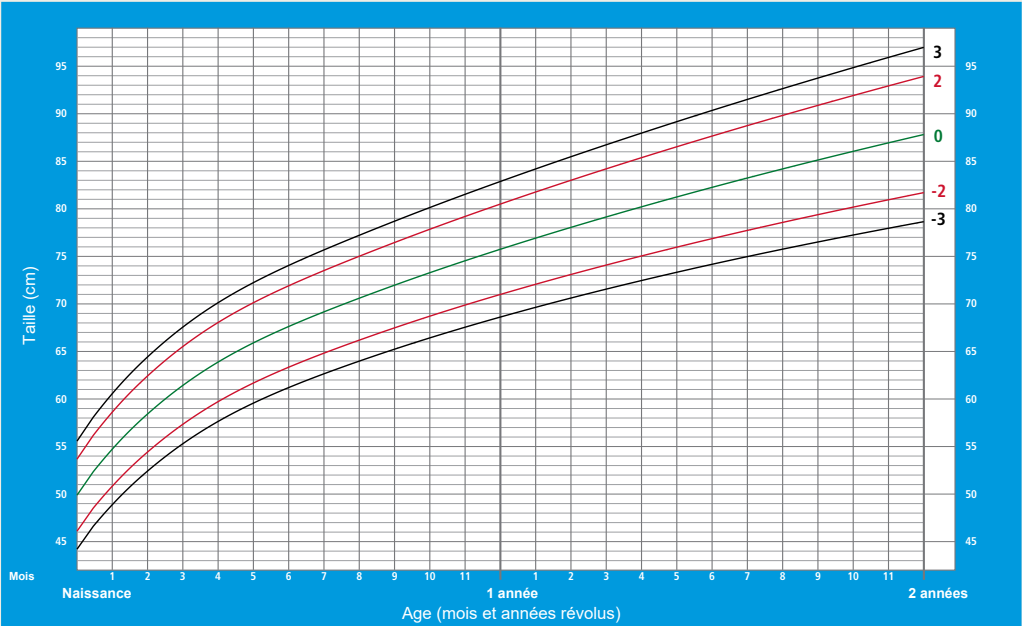
Published May 30, 2000 (modified 11/21/00).

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>

SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

La taille selon l'âge : Garçons

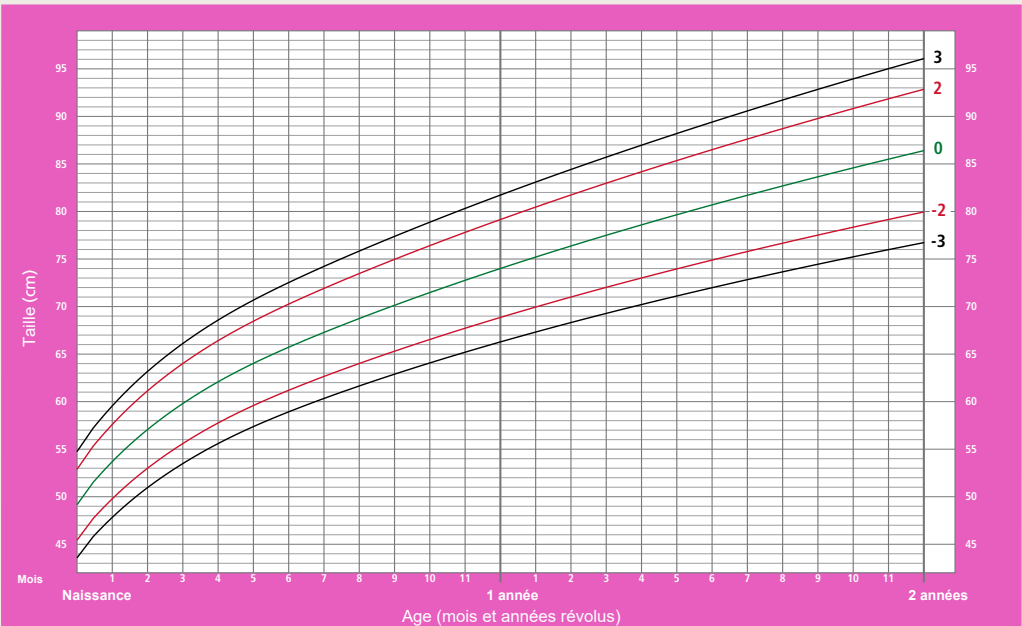
De la naissance à 2 ans (z-scores)



Normes de croissance (taille) selon l'OMS

La taille selon l'âge : Filles

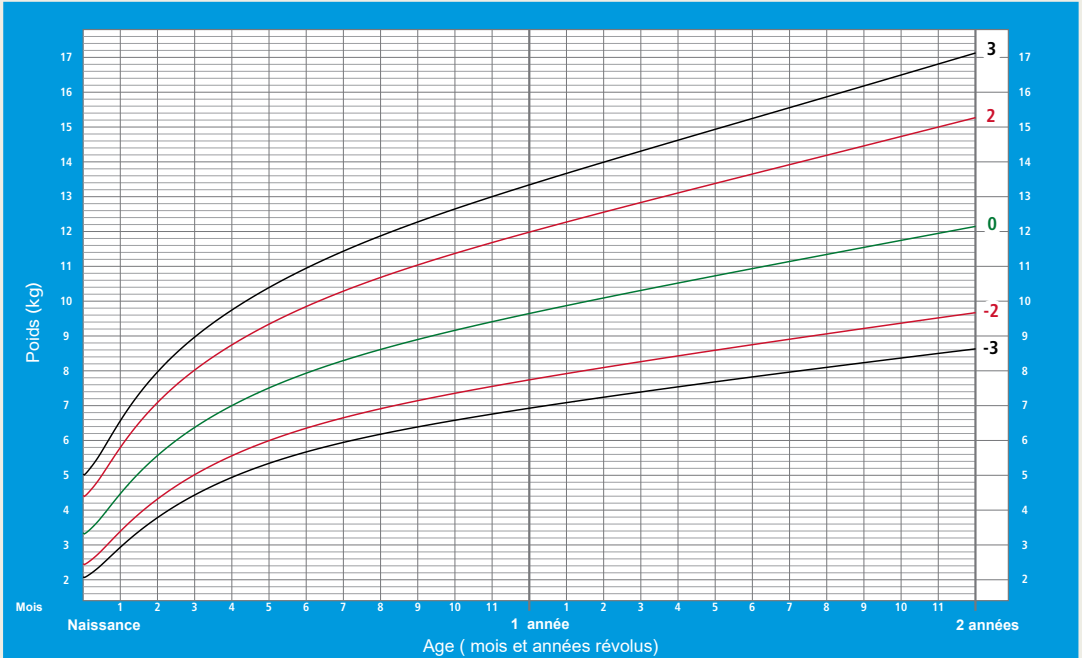
De la naissance à 2 ans (z-scores)



Normes de croissance (taille) selon l'OMS

Le poids selon l'âge: Garçons

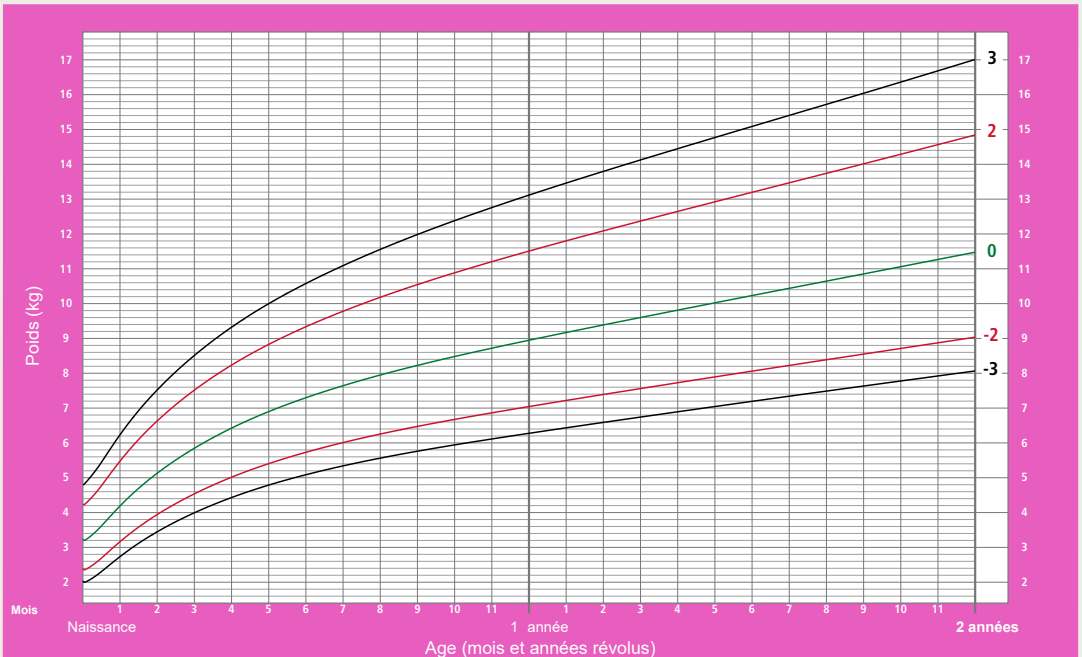
De la naissance à 2 ans (z-scores)



Normes de croissance (poids) selon l'OMS

Le poids selon l'âge: Filles

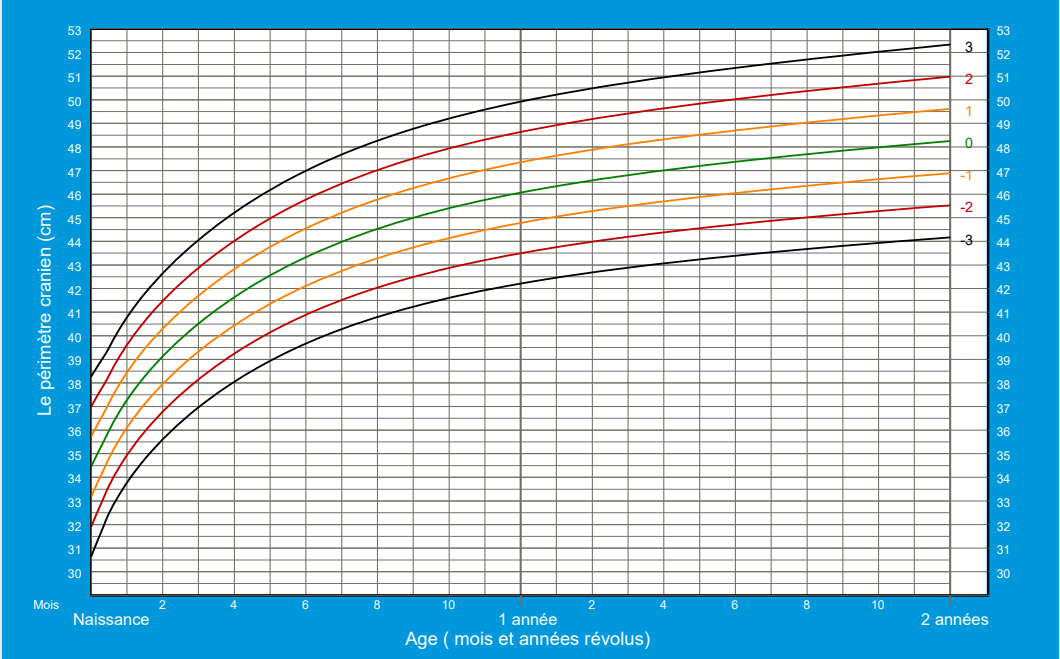
De la naissance à 2 ans (z-scores)



Normes de croissance (poids) selon l'OMS

Le périmètre crânien selon l'âge: Garçons

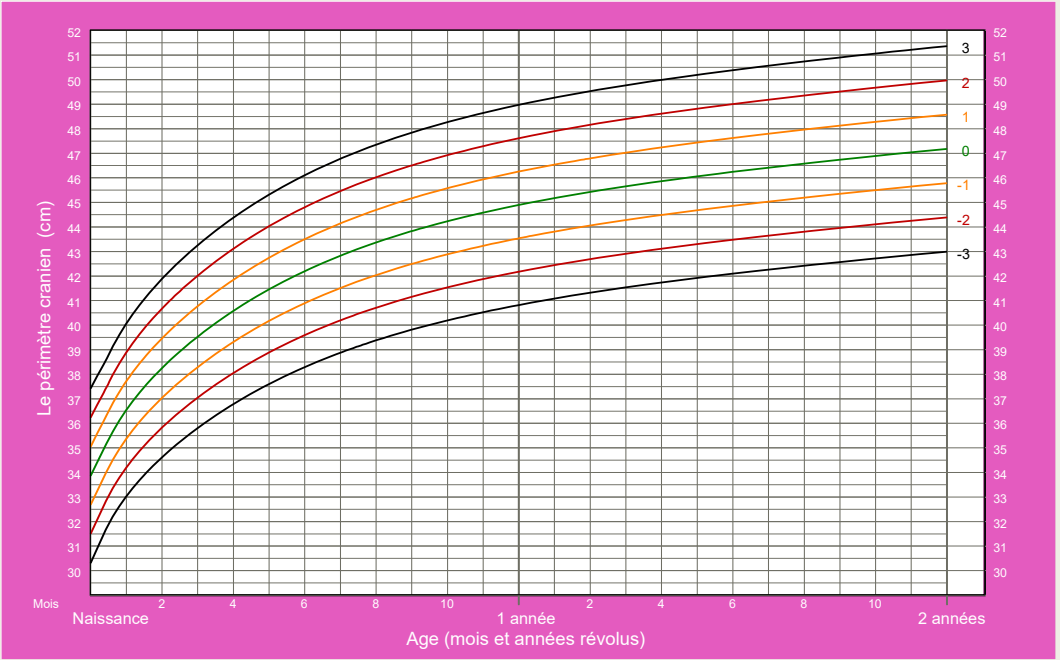
De la naissance à 2 ans (z-scores)



Normes de croissance (PC) selon l'OMS

Le périmètre crânien selon l'âge: Filles

De la naissance à 2 ans (z-scores)



Normes de croissance (PC) selon l'OMS

Annexe 10.2 Lignes directrices pour le traitement de la tuberculose chez les jeunes enfants utilisant de nouvelles combinaisons à dose fixe

Extrait d'un document de l'Organisation mondiale de la santé, Décembre 2016

Faits rapides :

- La tuberculose chez les enfants peut être traitée. La plupart des enfants tolèrent très bien le traitement.
- Le traitement préventif est très efficace chez les enfants exposés à la tuberculose.
- Formulation à dose fixe simple et adaptée aux enfants, facile à administrer et conforme aux recommandations posologiques de l'OMS pour le traitement de première ligne.

Le traitement de la tuberculose chez les enfants

Tous les enfants traités doivent être inscrits au programme national de lutte contre la tuberculose.

Les doses suivantes d'antituberculeux de première intention doivent être utilisées quotidiennement pour le traitement de la tuberculose chez les enfants :

Isoniazide (H)	10 mg/kg (dose possible entre 7-15 mg/kg)
Rifampicine (R)	15 mg/kg (dose possible entre 10-20 mg/kg)
Pyrazinamide (Z)	35 mg/kg (dose possible entre 30-40 mg/kg)
Ethambutol (E)	20 mg/kg (dose possible entre 15- 25 mg/kg)
Pour les enfants dont le poids approche les 25 kg, les dosages adultes peuvent être utilisés	

- Le traitement de première intention de la tuberculose pharmacosensible consiste en une phase intensive de deux mois avec l'isoniazide, la rifampicine, le pyrazinamide et (selon le contexte et le type de maladie) l'éthambutol, suivie d'une phase continue avec l'isoniazide et la rifampicine pendant au moins quatre mois.
- Les enfants tuberculeux infectés par le VIH ont besoin d'une thérapie antirétrovirale (TARV) et d'une thérapie préventive au cotrimoxazole en plus du traitement de la tuberculose.
- L'isoniazide à la même posologie est recommandé comme traitement préventif sur six mois pour les enfants de moins de cinq ans ainsi que pour les enfants séropositifs de tout âge.
- Le soutien de l'enfant, de ses parents et de sa famille immédiate est essentiel pour assurer l'achèvement du traitement et son succès. Il peut s'agir d'une aide nutritionnelle, financière et de conseils.

Nouvel espoir pour les enfants atteints de tuberculose

Un traitement simple et adapté aux enfants contre la TB maintenant disponible

Jusqu'à récemment, il n'existait pas de traitement de première intention contre la tuberculose, spécifique aux enfants. Cependant, après un plaidoyer soutenu et de nouveaux investissements, des formules galéniques, adaptées aux enfants, qui n'ont pas besoin d'être coupées ou broyées pour obtenir une dose appropriée sont maintenant disponibles, offrant la possibilité de simplifier et d'améliorer le traitement des enfants partout.

Les formulations ont été mises au point conformément à la posologie révisée publiée dans le Guide de l'OMS sur la tuberculose infantile de 2014 dans le cadre d'un projet mené par « l'Alliance contre la tuberculose » et l'OMS (Département des médicaments et produits de santé essentiels et Programme mondial contre la tuberculose) et financé par UNITAID et USAID.

Les combinaisons à dose fixe ne sont pas de nouveaux médicaments, mais plutôt des formulations améliorées de médicaments actuellement utilisés et recommandés pour le traitement de première intention de la tuberculose.

Elles sont recommandées pour remplacer les médicaments précédemment utilisés pour les enfants pesant moins de 25 kg.

Avantages des formules galéniques des antituberculeux adaptées aux enfants

- Les bons médicaments aux bonnes doses augmenteront l'adhérence du traitement et sauveront plus de vies. Il s'agit d'une étape importante dans l'amélioration du traitement et de la survie de l'enfant atteint de tuberculose et dans le ralentissement de la propagation de la tuberculose pharmacorésistante.
- Des médicaments antituberculeux adaptés et simplifiés pour les enfants soulagent les systèmes de soins de santé. L'utilisation de combinaisons à doses fixes pour les enfants facilite l'achat des médicaments contre la tuberculose et réduit le nombre de comprimés. Cela simplifie aussi la commande et le stockage et facilite l'expansion du traitement pédiatrique.
- Les médicaments antituberculeux adaptés aux enfants améliorent la vie quotidienne des enfants et de leurs familles. Un traitement de 6 mois est très long, mais la disponibilité de médicaments qui ont un goût agréable et qui sont simples à obtenir, soulagera les difficultés quotidiennes des enfants, des parents et des prestataires de soins.

A propos des combinaisons à doses fixes pour les enfants

Les formules galéniques maintenant disponibles sont :

Pour la phase intensive du traitement de la tuberculose :

Rifampicine 75 mg + isoniazide 50 mg + Pyrazinamide 150 mg

Pour la phase de poursuite du traitement de la tuberculose :

Rifampicine 75 mg + isoniazide 50 mg

Le tableau suivant indique le nombre de comprimés nécessaire par jour pour obtenir la posologie appropriée, en fonction du poids de l'enfant :

Intervalle de poids	Nombre de comprimés	
	Phase intensive : RHZ 75/50/150*	Phase d'entretien : RH 75/50
4-7 kg	1	1
8-11 kg	2	2
12-15 kg	3	3
16-24 kg	4	4
25+ kg	Dosages adulte recommandés	

* L'éthambutol doit être ajouté dans la phase intensive pour les enfants atteints d'une maladie avancée ou vivant dans des milieux où la prévalence du VIH ou de la résistance à l'isoniazide est élevée.

Comment les pays peuvent-ils accéder aux nouvelles formules ?

Suite à l'approbation par un groupe d'experts de l'OMS en juin 2015, les pays peuvent accéder aux nouvelles formules par l'intermédiaire du Fonds mondial pour les médicaments antituberculeux (GDF).

Les pays où la tuberculose est très présente peuvent utiliser la Procédure collaborative de l'OMS pour accélérer leur enregistrement et bénéficier d'une assistance technique pour passer des anciennes aux nouvelles formulations.

D'autres produits en cours de fabrication, mais dont l'accès peut encore être un problème.

- 100 mg de comprimés dispersibles d'éthambutol
- 100 mg de comprimés dispersibles d'isoniazide (recommandé pour le traitement préventif)

Pour avoir accès à ces produits, en discuter avec le personnel responsable de l'approvisionnement.

Références clés

- Rapport mondial sur la tuberculose 2016 Organisation mondiale de la santé, 2016
- Orientation pour les programmes nationaux de lutte contre la TB concernant sa prise en charge chez les enfants : seconde édition. Genève, OMS 2014



Pour plus d'informations :

- Programme mondial de lutte contre la tuberculose, OMS : <http://www.who.int/tb/areas-of-work/children>
- TB Alliance www.tballiance.org/children

© Organisation Mondiale de la Santé 2016

Le patient ambulatoire présentant une maladie VIH à un stade avancé



L'offre de soins dans les centres de soins primaires

1. Statut TARV
2. Sont-ils cliniquement compliqués



À partir des objectifs 90:90:90 fixés par l'OMS lors de son plan pour 2020, la cible prioritaire du traitement du VIH est de réduire les infections au virus et aussi de s'assurer que toutes les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont sous thérapie antirétrovirale (TARV) et ont une charge virale (CV) indétectable. Cependant, des individus meurent encore de la maladie à un stade avancé.

En prenant en charge les patients VIH à un stade avancé au niveau des soins de santé primaires, l'objectif ici est de réduire la mortalité. Grâce à l'expansion rapide des traitements antirétroviraux à l'échelle mondiale à partir du début des années 2000, le taux de mortalité du VIH a chuté de plus de 40% au cours des dix années qui ont suivies, puis le rythme de ce déclin a commencé à ralentir.

Des études ont montré deux nouvelles tendances

- Une proportion constante de patients présente encore une immunosuppression avancée avec un taux de CD4 <200 et beaucoup <100 malgré l'expansion des ARV.
- Une proportion croissante de ces personnes a déjà suivi un traitement ARV avec un ou plusieurs épisodes d'interruption de traitement ou est actuellement sous régime antirétroviral mais en échec de traitement. Dans la plupart des établissements où des programmes sont en place depuis plusieurs années, la majorité des patients qui se présentent sont des non-naïfs.

Ceci a mené à un changement de terminologie ; de sorte que le terme précédent de "présentateur tardif" est dorénavant remplacé par "les patients présentant un stade VIH avancé".

La définition de l'OMS du VIH à un stade avancé pour les adultes et les adolescents concerne les personnes ayant un taux de CD4 < 200 ou une nouvelle maladie de stade 3 ou 4 et, pour les enfants, tous ceux qui ont moins de 5 ans.

Une évaluation plus approfondie des études menées dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne a montré que, parmi ceux qui se sont présentés à l'hôpital à un stade avancé, le taux de mortalité varie entre 25% et 50%, dont un tiers succombe dans les premières 48 heures d'hospitalisation. 20% supplémentaire meurent après leur retour dans le circuit de soins primaires et, en moyenne, 30% sont réadmis peu de temps après leur sortie de l'hôpital.

La cause de décès de loin la plus fréquente est la TB, disséminée dans la majorité des cas. Les autres causes sont, la méningite à cryptocoque, la pneumocystose et les infections bactériennes sévères. Les autres facteurs importants de mortalité sont la toxoplasmose, le sarcome de Kaposi, la diarrhée chronique et l'insuffisance rénale, qui passent souvent inaperçues car elles se cachent derrière le diagnostic plus évident de TB.

Une approche sur quatre volets est nécessaire

Tout cela s'ajoute à un problème sérieux nécessitant une attention urgente, avec pour résultat une forte volonté internationale de définir et de mettre en œuvre des stratégies pour contrer le défi lié à la prise en charge des patients présentant un stade avancé de la maladie. Ce défi doit être abordé à quatre niveaux différents :

1. **Au niveau communautaire**, en ciblant plus particulièrement un renforcement des connaissances en matière de traitement, et plus spécifiquement l'éducation des personnes sur les signes de gravité. La stratégie autour de ces aspects sort du cadre de ce guide clinique.



Se référer aux lignes
directrices de l'OMS

2. **Dans les centres de soins de santé primaires**, grâce à l'identification précoce des signes de danger, au dépistage ciblé et à la prophylaxie, à la prise en charge précoce des ARV, au traitement précoce et efficace des infections opportunistes et à un transfert rapide en cas d'hospitalisation. Ceci est détaillé dans le reste de ce chapitre.
3. **A l'hôpital**, en assurant un examen et une prise en charge rapides (par exemple en créant une unité d'examen rapide centrée sur le VIH au sein de l'unité d'urgence d'un hôpital).

Pour le guide complet de gestion des patients en milieu hospitalier pour les cliniciens, voir le livret « **Guide VIH/TB – niveau Hôpital** »

4. **Reconnexion au système de soins de santé primaire suite au congé hospitalier** dans le cadre d'une stratégie de santé publique :

- Les patients présentant un stade avancé de la maladie doivent être vus pour des soins de santé continus prodigués par des professionnels de la santé expérimentés et spécifiquement assignés, dans le cadre d'une prestation de service différenciée. Assurez-vous que votre clinique dispose d'un plan pour ces patients. Les patients non compliqués peuvent être suivis par une infirmière expérimentée, mais les patients compliqués doivent être vus par un clinicien expérimenté ou un médecin.
- Les patients à un stade VIH avancé qui ont quitté l'hôpital courent un risque élevé de mortalité. S'assurer que le système de suivi et d'évaluation génère une liste mensuelle des patients connus pour une maladie à un stade avancé afin de la communiquer à chaque centre de santé référent et de permettre ainsi un suivi adéquat, y compris le traçage des patients défailants.



Se référer au Guide MSF
VIH/TB : Niveau hôpital

L'offre de soins dans les centres de soins primaires

L'évaluation du patient à un stade avancé de la maladie implique deux nouveaux concepts cliniques importants :

1. Statut de la TARV

En raison de programmes de TARV de santé publique vieillissant, une proportion croissante de patients arrête ou interrompt le traitement, ce qui entraîne le développement d'une résistance aux antirétroviraux.

Le retard inutile dans le changement vers un régime efficace entraîne une détérioration constante du statut immunitaire, le développement d'infections opportunistes graves et le décès du patient. Pour remédier à cela, ces directives recommandent un renforcement de la surveillance de la charge virale (CV) et fournissent des critères spécifiques pour un passage rapide à un régime de deuxième ligne, tout particulièrement maintenant que le DTG est disponible sous forme de combinaison à dose fixe, en supposant que l'échec de traitement est fort probable.

Le diagnostic d'échec du traitement chez les patients à un stade avancé ne suit donc pas toujours les critères standard de deux CV consécutives > 1000 cp/ml entre trois à six mois d'intervalle en présence d'une bonne adhérence au

traitement. C'est pourquoi de nouveaux algorithmes ont été développés pour le passage d'urgence à un traitement de 2ème ligne, sur la base des résultats du taux de CD4 (voir fig. 11.4).

Afin de prendre cette décision importante du changement de régime, le statut de la TARV doit être soigneusement évalué, en fonction de quatre éléments clés :

- Le patient est-il TARV naïf ou non-naïf ?
- Y a-t-il eu des interruptions de traitement (si le patient a été exposé aux ARV) ?
- En tenant compte des interruptions, la durée totale de la TARV a-t-elle été > ou < 6 mois ?
- Quel est le taux de CD4 ?



TARV-naïf fait référence au patient qui n'a jamais pris de TARV avant. Il est important de prendre un historique correct pour clarifier cela. Souvent, certains patients ont été sous TARV plusieurs années auparavant et ne le disent pas, à moins d'une demande explicite. Tout patient qui a eu un traitement antirétroviral, même s'il y a fort longtemps, est considéré comme un **TARV non naïf**.

2. Sont-ils cliniquement compliqués

Les patients définis comme cliniquement compliqués présentent un risque plus élevé de détérioration rapide et de décès, justifiant une attention ciblée de la part d'un clinicien plus expérimenté.

La première étape est l'identification des patients présentant des signes de gravité, le démarrage des soins d'urgence et le transfert. Ceux qui ne présentent aucun signe de gravité mais qui sont cliniquement compliqués nécessitent une analyse des antécédents, des examens médicaux et des tests rapides ciblant les maladies spécifiques identifiées qui représentent une morbidité et une mortalité élevées à un stade avancé de l'infection (**en particulier la tuberculose pulmonaire et disséminée, les maladies neurologiques et respiratoires**)

En utilisant ces deux critères clés pour évaluer les patients atteints de la maladie à un stade avancé, nous sommes en mesure de mettre en œuvre d'autres paquets de diagnostic et de prise en charge en fonction de la catégorie du patient. Ils sont résumés schématiquement ci-dessous (11.1), en référence à l'utilisation des cinq algorithmes qui le suivent.



L'idée reçue que tous les problèmes d'adhérence au traitement doivent être résolus avant de changer de régime de traitement est fausse ! Il est préférable de passer à un schéma thérapeutique efficace, même si le traitement initial est mal suivi, plutôt que de continuer à pousser pour une meilleure adhérence chez un patient qui meurt d'une infection opportuniste gravissime.

Les schémas (11.1 à 11.6) devront être utilisés dans les contextes des **directives et contraintes locales**. Nous encourageons MSF à travailler avec les ministères de la Santé pour leur mise en œuvre. En raison des retards inutiles causés par les comités de deuxième ligne, ces comités ont été, dans une large mesure, abolis et remplacés par des comités d'experts.

Les schémas 11.1 à 11.6 peuvent être téléchargés à partir du site **Web du SAMU** <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018> (sous Ressources/HIV/Maladie avancée) et imprimés pour une utilisation facile sur les lieux de travail des cliniciens



Se référer aux lignes
directrices nationales



[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)

Schéma 11.1: Aperçu de l'approche pratique du patient avec stade VIH avancé



Cet algorithme concerne les patients pour lesquels une nouvelle pathologie de stade 3 ou 4 est apparue ou dont le taux de CD4 est < 200. De nombreux patients avec un taux de CD4 < 200 peuvent être bien par ailleurs, mais un système de triage dans une salle d'attente permettra d'identifier les patients les plus atteints, c'est à dire ceux porteurs de maladie de stade 3 ou 4 et accélérera le processus décrit ci-dessous

La première étape pour tous les patients atteints de maladie avancée consiste à vérifier tous signes de gravité

En cas d'absence de signes de danger, noter tous les antécédents, faire un examen clinique et des tests de diagnostic rapide (schéma 11.2)

Patient placé dans l'une des quatre catégories selon les critères de **stabilité clinique** et du **statut de la TARV** (schéma 11.3)



Si des signes de gravité sont présents (voir schéma 11.2), assurer une prise en charge urgente : oxygène, perfusions de solutés hydroélectrolytiques ... et référer

En attendant le transfert au site de référence, prise en charge d'urgence recommandée, faire tout ce qui est possible (Schéma 11.6)

TARV-naïf ou TARV < 6 mois	NON COMPLIQUÉ et TARV-naïf ou sous TARV depuis < 6 mois	COMPLIQUÉ et TARV-naïf ou sous TARV depuis < 6 mois
	NON COMPLIQUÉ et sous TARV depuis > 6 mois en cours ou interrompu	COMPLIQUÉ et sous TARV depuis > 6 mois en cours ou interrompu



Référer à l'hôpital

L'offre de soins définie par les quatre catégories ci-dessus est détaillée dans les schémas 11.3, 11.4 et 11.5

Schéma 11.2 Approche clinique des patients avec stade VIH avancé

VIH avancé : CD4 < 200 ou nouveau stade 3 ou 4 de l'OMS

Approche clinique des patients : tous les patients



Devant tout signe de gravité indiqué ci-dessous, référer à l'hôpital immédiatement :



- Fréquence respiratoire > 30
- Fréquence cardiaque > 120
- PA systolique < 90
- Température > 39 ° C
- Déshydratation modérée / sévère
- Incapacité de marcher sans aide
- Saturation < 90%
- Altération de l'état mental : confusion, comportement étrange, niveau de conscience réduit
- Tout autre problème neurologique : nouvelle apparition sévère de maux de tête, convulsions, paralysie, difficulté à parler, neuropathies des nerfs crâniens, détérioration rapide de la vision

Pendant l'organisation du transfert :

- Examens sur les lieux de soins
- Soins urgents, (par exemple : perfusions IV NaCl 0,9% ou Ringer, oxygène)
- Commencer les traitements urgents : exemple, traitement de la pneumocystose, antibiotiques, traitement antituberculeux. **En cas de retard de transfert, voir Schéma 11.6**

Si PAS de signes de gravité : Antécédents et examens à la recherche du statut de la TARV, d'IO et de comorbidités :

Évaluation de la Tuberculose

Les patients à un stade avancé du VIH présentent un risque élevé de TB. En général, la TB disséminée ne présente pas de symptômes respiratoires.

Antécédents : épisode tuberculeux antérieur ?

Situation actuelle :

Actuellement sous traitement ?
Pas d'amélioration sous traitement ?

Dépistage de symptômes

aujourd'hui : perte de poids, fièvre, sueurs nocturnes, toux ?

Examen médical : rechercher tout épanchement pleural, nodules, abdomen distendu ou sensible, ascite, hépatomégalie

Antécédents et examen médical

Historique TARV : Quels régimes thérapeutiques et quand ? Taux CD4 et CV précédents, y a-t-il suspicion d'un échec de traitement ?

Comorbidité : diabète, hypertension, épilepsie, maladies du foie ou du rein

Hospitalisation récente : Dans les trois mois ? Inclure le motif

Troubles neurologiques : tous sont des signes de gravité – transfert

Troubles respiratoires : si signe de gravité – transfert

Sarcome de Kaposi : palais, peau

Rétinite à CMV dans les zones à haut risque

Diarrhée chronique

Évaluer les signes de déshydratation

Examens pour tous les patients

Taux CD4 :

- <200 rechercher CrAg
- <100 faire TB LAM
- 100 - 200 TB LAM si symptômes de TB.
- Recueillir les expectorations si la toux est productive

Hémoglobine

Bandelette urinaire. Si protéinurie, réaliser une créatinémie

Charge virale de routine si elle n'a pas été effectuée dans les 6 derniers mois

Charge virale ciblée si non effectuée les 3 derniers mois, ou si pathologie de Stade 4, ou dernière CV > 1000

Test rapide du paludisme si endémique

Hépatite B si disponible et pas encore fait



La prise en charge est maintenant basée sur deux critères clés :

1. Le patient est-il cliniquement **NON COMPLIQUÉ** ou **COMPLIQUÉ** ?
2. Le patient est-il TARV-naïf (ou sous TARV depuis < 6 mois) ou sous TARV > 6 mois ?

Communication avec l'hôpital de référence :

- Des patients, à l'exception de ceux qui présentent des signes de danger, peuvent avoir besoin d'un transfert : si un examen ou une prise en charge appropriée ne sont pas disponibles au niveau des soins de santé primaires, ou si une prise de décision rapide pour un changement de traitement en cas d'échec est nécessaire et requiert des compétences médicales en milieu spécialisé.
- Établir une « assistance téléphonique » avec les cliniciens au niveau de l'hôpital pour des conseils cliniques, des discussions de cas, des transferts et des renvois- en particulier quand le transfert est difficile.



Schéma 11.3 Plans de prise en charge basés sur la stabilité clinique et le statut de la TARV

Définition d'un patient COMPLIQUÉ :

- 1 ou plusieurs signes de gravité
- Suspicion clinique de toute nouvelle maladie de stade 4 ou de tuberculose (y compris TBP)
- IRIS : TB ou IRIS à cryptocoque pour l'essentiel
- CrAg sanguin positif
- Réaction indésirable à un médicament nécessitant une prise en charge continue
- Sortie d'hôpital au cours des 3 derniers mois
- Enceinte
- Problèmes de santé mentale ou de dépendance
- Affections comorbides nécessitant un suivi fréquent (par exemple : diabète, hypertension instable, épilepsie, insuffisance rénale ou hépatique)

Définition d'un patient NON COMPLIQUÉ : CD4 > 200 mais bon état général par ailleurs

	NON COMPLIQUÉ	COMPLIQUÉ
TARV-naïf ou sous TARV < 6 mois	NON COMPLIQUÉ + TARV-naïf ou ART < 6 mois Ensemble de soins : • Gestion de la TARV : • Si aucun antécédent de TARV, commencer immédiatement (voir point 7 page suivante) • Si abandon de traitement, commencer une TARV de première ligne. • Vérifier la CV après 6 mois de TARV en continu Suivi médical : • Après 2 semaines puis mensuel • Soins possibles par une infirmière expérimentée	COMPLIQUÉ + TARV-naïf ou ART < 6 mois Ensemble de soins : • Ensemble de soins pour patient compliqué. Voir schéma 11.5. • Gestion de la TARV : • Si aucun antécédent de TARV, commencer immédiatement (voir point 7 page suivante) • Si abandon de traitement, commencer une TARV de première ligne. • Vérifier la CV après 6 mois de TARV en continu. Suivi médical : • Après 1-2 semaines puis toutes les 2-4 semaines • Soins à prodiguer par un clinicien / médecin expérimenté
TARV > 6 mois (Traitement en cours ou interrompu)	NON COMPLIQUÉ + total TARV > 6 mois Ensemble de soins : • Gestion de la TARV : voir schéma 11.4 Suivi médical : • Après 2 semaines puis mensuel • Soins possibles par une infirmière expérimentée • Charge virale et gestion de la TARV en accord avec le schéma 11.4	COMPLIQUÉ + total TARV > 6 mois Ensemble de soins : • Ensemble de soins pour patient compliqué. Voir Schéma 11.5. • Gestion de la TARV: voir schéma 11.4 Suivi médical : • Après 1-2 semaines puis toutes les 2-4 semaines • Soins à prodiguer par un clinicien / médecin expérimenté • Charge virale et gestion de la TARV en accord avec le schéma 11.4

Tous les patients ont besoin des programmes suivants de prophylaxie et de soutien aux patients et à la communauté:

Prophylaxie

- Cotrimoxazole
- INH ou 3HP (voir page 268) et B6 si le patient n'est pas sous traitement antituberculeux ; si sous traitement antituberculeux, commencer après la fin du traitement. Durée: 36 mois ou plus (OMS)
- Fluconazole si CrAg sanguin positif, si recherche CrAg indisponible et prophylaxie secondaire pour les patients atteints de méningite à cryptocoque.

Mesures de soutien aux patients et à la communauté

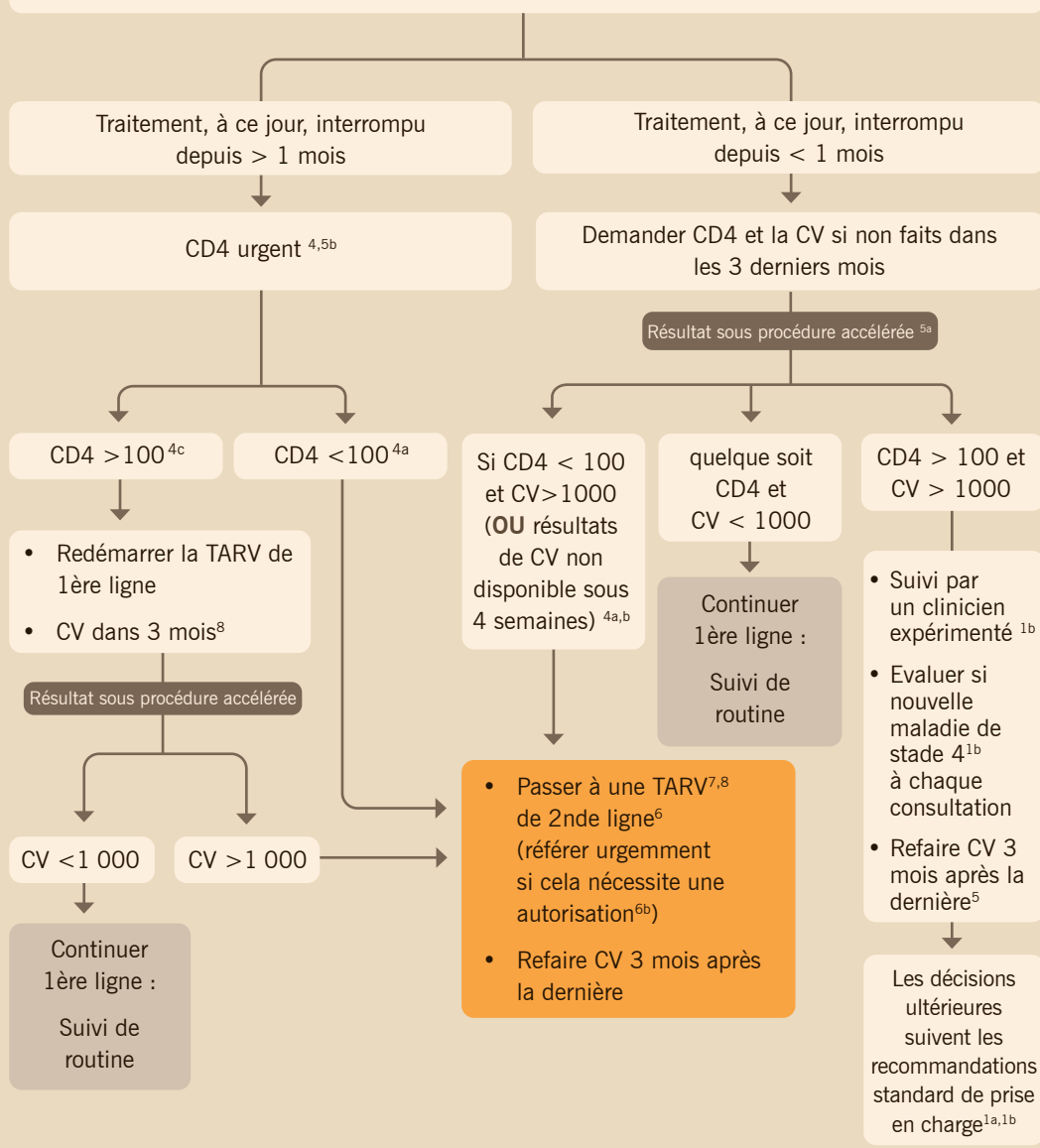
- Soutien à l'adhérence du traitement
- La traçabilité par le travailleur communautaire si les rendez-vous ne sont pas honorés
- Enseigner les signes de gravité aux patients et à la famille, et quand / comment accéder aux soins de santé en cas de problème

Schéma 11.4 Algorithme de gestion du traitement ARV chez les patients de stade VIH avancé

Prise en charge des patients avec maladie VIH avancée¹, total TARV > 6 mois², PAS de nouvelle maladie de stade 4

Si présence d'un échec de traitement selon les critères de l'OMS, passer à un régime de TARV de deuxième ligne immédiatement.^{1b} (voir chapitre 6, tableau 6.1)

Toujours sous TARV de 1ère ligne, ou au moment de l'interruption du traitement (la décision de passer ou non à un nouveau régime de traitement est basée sur les antécédents de la TARV, notamment les interruptions de traitement, les CD4 et la charge virale)^{1a, 1b, 3}



Notes pour schéma 11.4

1. **Les patients présentant une maladie avancée ont un risque élevé de mortalité et morbidité.**
 - a. Une décision peut être prise pour passer à une TARV de deuxième ligne en dehors des lignes directrices standard. Cette décision sera guidée :
 - Si le patient est actuellement sous TARV ou s'il l'a interrompu (voir aussi note 3).
 - $CD4 < 100$ indique un risque élevé de développer une IO fatale ; nécessite d'une décision urgente.
 - La disponibilité d'un examen de CV pour confirmer l'échec du traitement.
 - b. S'il existe déjà une base claire pour diagnostiquer un échec thérapeutique (**chapitre 6**, rubriques 3-5) selon les critères de l'OMS (virologiques, cliniques ou immunologiques), le traitement antirétroviral doit être immédiatement modifié. Noter qu'une nouvelle maladie de stade 4 est un critère d'échec clinique.
2. Le temps total sous TARV. Plus un régime fondé sur les INNTI est long, plus les erreurs conduisant au développement d'une résistance sont grandes. Inversement, il est très improbable que la résistance se développe en moins de six mois d'exposition totale au traitement antirétroviral.
3. TARV-naïf ou TARV antérieure. Étant donné que les patients présentant une maladie avancée sont de plus en plus nombreux à avoir déjà utilisé un traitement antirétroviral, il est important de prendre consciencieusement et avec rigueur les antécédents de la TARV, en remontant à plusieurs années parfois, pour établir les critères mentionnés au point 2 ci-dessus.
4. L'urgence avec laquelle la décision de modifier le traitement doit être prise est liée au taux de CD4.
 - a. Si $CD4 < 100$: le risque de développer une IO fatale dans les prochains mois est élevé. Retarder le changement de traitement pendant trois mois pour des séances d'adhérence et de suivis de charge virale peut s'avérer fatal. Un changement empirique rapide peut être indiqué.
 - b. Si $CD4 < 100$ et qu'il y a un délai de plus de 4 semaines pour obtenir un résultat de CV (y compris ne pas avoir du tout de CV), un risque de développer une IO fatale est possible. Par conséquent, modifier le traitement de façon empirique.
 - c. Si $CD4 > 100$: on dispose de plus de temps pour mettre en place un nouveau traitement médicamenteux de première intention afin de déterminer s'il y a effectivement une résistance. Si la variation de la CV de contrôle est minime à 3 mois, passer à un nouveau régime. En cas de modification importante, différer le changement pendant un mois et répéter la CV. (Si le laboratoire donne une valeur logarithmique, considérer une baisse de $\log > 2$ comme significative)
5. Les résultats séquentiels de charge virale sont importants dans la décision concernant le passage à un nouveau régime.
 - a. Les tests de charge virale doivent donc être priorités et la délivrance des résultats accélérée.
 - b. Si le patient a actuellement interrompu le traitement pendant plus d'un mois, la charge virale sera déjà élevée, il n'est donc pas utile de la refaire.
6. Un changement rapide de régime, en dehors des lignes directrices standard, peut sauver des vies :
 - a. Dans les mains de cliniciens plus expérimentés, il s'agit simplement d'un guide pour prendre les décisions adéquates de prise en charge chez les patients présentant une maladie avancée ; le jugement clinique doit s'appliquer.
 - b. En cas d'absence d'expérience suffisante ou d'autorité habilitée à prendre ce genre de décision, l'aide d'un clinicien expérimenté doit être sollicitée ce même jour.

7. Quand commencer une TARV ou passer à une deuxième ligne de traitement :
 - Si la tuberculose et une maladie à cryptocoque sont exclues, proposer l'initiation le même jour.
 - Si le CrAg sanguin est positif + asymptomatique, + PL impossible ou faite avec CrAg du LCR négatif, commencer la TARV le même jour.
 - En l'absence de TB neurologique, une fois le traitement antituberculeux initié, débiter la TARV dès que possible dans un délai de 1 à 2 semaines.
 - En cas de TB neurologique ou de méningite à cryptocoque, retarder la TARV jusqu'à 4 semaines après le début du traitement des IO.
8. Les interventions de soutien/conseil au patient sont recommandées, à la fois pour suspicion d'échec de traitement et pour le début d'un nouveau régime de traitement.



Schéma 11.5 Offre de soins pour les patients compliqués



La TB est la cause principale de décès. Traiter de façon empirique en cas de forte suspicion

TB LAM :

- TB LAM positif : commencer un traitement antituberculeux
- TB LAM négatif : **La TB n'est pas exclue !** Commencer un traitement empirique en cas de forte suspicion.

Xpert MTB/RIF :

Echantillons de crachats ou non : liquide pleural, LCR centrifugé, urine centrifugée, pus. Convoquer le patient pour un rendez-vous dans la semaine pour les résultats :

- GeneXpert positif : commencer un traitement antituberculeux
- GeneXpert négatif : **La TB n'est pas exclue !** Commencer un traitement antituberculeux empirique en cas de forte suspicion- Ne pas attendre les résultats si le délai d'exécution est long.

TPI : S'il n'existe pas d'évidence clinique de TB, commencer une thérapie préventive à l'isoniazide

CrAg positif :

- Symptômes de méningite : fluconazole 1200 mg immédiatement et transfert du patient pour une ponction lombaire et un traitement continu. Si amphotéricine B est disponible, commencer le traitement conjointement à l'organisation du transfert. Voir aussi le Schéma 11.6.
- Asymptomatique : Transférer le patient pour ponction lombaire. Si l'examen n'est pas possible, commencer le fluconazole à 800/jour pendant 2 semaines, 400 mg/jour pendant 2 mois, puis 200 mg/jour pour au moins une année ou jusqu'à obtenir un taux de CD4 > 200.

Diarrhée chronique :

Affection souvent négligée jusqu'à ce que le patient soit admis à l'hôpital pour une déshydratation sévère, une insuffisance rénale et des troubles hydroélectrolytiques. Cause majeure : infections opportunistes parasitaires, particulièrement *l'isospora belli* et le *cryptosporidium*. Voir **Chapitre 15** pour plus de détails.

Comorbidités :

- Les comorbidités nécessitant un suivi rigoureux signifient que le patient est catégorisé comme «compliqués».
- Les comorbidités les plus fréquentes :
 - Diabète, hypertension
 - Insuffisance cardiaque, pathologies rénales chroniques : souvent de même causes que ci dessus, rechercher d'autres causes éventuellement réversibles.
 - Pathologies hépatiques chroniques : suspecter l'hépatite B et C et les excès d'alcool.

Rétinites à CMV :

Dans des contextes de haute prévalence, questionner le patient concernant une détérioration visuelle récente, et, si c'est le cas, vérifier l'acuité visuelle et transférer le patient pour un examen plus approfondi.

Suivi :

- Fixer des rendez-vous ultérieurs pour assurer la continuité des soins.
- S'assurer que les soins continus sont apportés par des cliniciens ayant un niveau d'expérience suffisant
- Informer et éduquer le patient sur les signes de gravité et autres symptômes nécessitant une visite au centre de soins.

Eviter l'abus d'antibiotiques – ne les utiliser que pour les infections bactériennes suspectées (Voir chapitre 23) :

- En cas d'utilisation, documenter les raisons d'une prescription d'antibiotiques.
- Si le patient a été sous antibiothérapie sans amélioration de son état, ne pas donner une autre antibiothérapie sans raison très précise. Rechercher d'autres causes des symptômes notamment la TB.

Schéma 11.6 Gestion si le transfert à l'hôpital est retardé

Definition « sérieusement malade » :

Un ou plusieurs signes de danger

La mortalité est élevée :

Ne retarder pas les examens et la prise en charge !

**SIGNES DE GRAVITÉ :**

- Fréquence respiratoire > 30/min
- Température > 39 ° C
- Fréquence cardiaque > 120/min
- PA systolique < 90 mmHg
- Déshydratation modérée / sévère
- Saturation < 90%
- Incapacité de marcher sans aide
- Altération de l'état mental : confusion, comportement étrange, niveau de conscience réduit
- Tout autre problème neurologique : nouvelle apparition sévère de maux de tête, convulsions, paralysie, difficulté à parler, problèmes de nerf crânien, détérioration rapide de la vision

Causes fréquentes de mortalité

Souvent, il y a plus d'une cause

- Prendre correctement les antécédents
- Examiner le patient
- Se concentrer sur les systèmes respiratoires et neurologiques et les antécédents de TARV

La tuberculose disséminée est la cause la plus fréquente de mortalité

1. Échec de l'ARV
2. Maladie neurologique – Big 3 :
 - TB
 - Méningite à cryptocoque
 - Toxoplasmose
3. Maladies respiratoires – Big 3 :
 - Pneumocystose
 - Tuberculose pulmonaire
 - Pneumonie bactérienne
4. Diarrhée sévère
5. Autres infections bactériennes
 - Méningite bactérienne
 - Bactériémies
 - Infection des voies urinaires
6. Autres causes non infectieuses
 - Hypoglycémie
 - Insuffisance rénale
 - Sodium anormal, potassium
 - Maladie hépatique
 - Effets secondaires des médicaments

Examens médicaux : A FAIRE IMMEDIATEMENT !

Ensemble de tests au centre de soins :

- Test VIH
- CD4
- CrAg sanguin
- TB LAM
- Test rapide de paludisme
- Glucose
- Hémoglobine
- Bandelette urinaire

Examens complémentaires : faire selon ce qui est disponible

Examens basiques TB :

- GeneXpert (crachats)

Pour TB LAM ou GeneXpert : traiter si résultats positifs, si **négatifs, cela n'exclut pas la TB.**

Autres examens TB :

- Examen microscopique des crachats
- GeneXpert sur non expectorations.
- Echantillons : urine, LCR, pus
- RXT
- Echographie abdominale

Ponction lombaire :

- Nécessaire en cas de trouble neurologique

- Demander : CrAg, numération cellulaire, taux de protéines, coloration de gram, GeneXpert

- Si la PL pas possible ou suppose un délai incontournable : CrAg sanguin, traitement empirique comme indiqué (voir prise en charge- Neurologie)

Tests sanguins :

- Créatinine, sodium, potassium
- Numération formule sanguine
- VDRL (test syphilis)
- Ictère ou hépatomégalie : bilirubinémie, GPT
- Infection bactérienne possible : mise en culture d'échantillons de sang/urine

Suite page suivante

Gestion & prise en charge**Démarrer sans délai !**

Commencer un traitement empirique pour les pathologies avec une forte suspicion clinique mais pour lesquelles un test diagnostic n'est pas disponible ou bien pour lesquelles les tests diagnostiques ne peuvent exclure ces maladies.

Gestion des urgences :**Hypoglycémie :** 50 ml de dextrose à 50%**Déshydratation, insuffisance rénale :**

(Voir chapitre 17)

- Perfusions hydroélectrolytiques
- Diarrhée aqueuse chronique : traitement empirique pour *isospora belli* (Cotrimoxazole).
- Attention aux médicaments néphrotoxiques

Insuffisance hépatique : attention aux drogues hépatotoxiques. (Voir chapitre 16)**Anémie sévère** (Hb < 5g/dl) : transfusion, oxygène (voir schéma 18.1, chapitre 18)**Bactériémie :** Si fièvre ou symptomatologie en faveur d'une infection bactérienne ou autre signes de gravité : prescrire antibiothérapie empirique IV (voir l'algorithme adéquat).**Maladie neurologique :****Traiter pour une méningite à cryptocoque si :**

- CrAg du LCR positif
- Etat neurologique anormal et CrAg sanguin positif, PL non possible (ou recherche CrAg du LCR indisponible)

Prévention au fluconazole si :

CrAg sanguin positif et CrAg du LCR négatif

Traiter pour une TB cérébrale si :

Présence de troubles neurologiques ET :

- TB avérée (LAM/GXP) ou fortement suspectée cliniquement.
- CrAg du LCR négatif

Traiter pour toxoplasmose si :

CD4 < 200 ; nouveau point neurologique ; ou une autre atteinte neurologique et pas d'autre diagnostic.

Maladie respiratoire :**Signes de gravité respiratoire :** FR > 30 et/ou saturation < 90%

- Donner de l'oxygène
- Traitement empirique pour pneumocystose et pneumonie bactérienne
- Traitement empirique pour TB si indiqué

Pas de signe de gravité :

- RXT- traiter si besoin
- RXT non disponible, considérer un traitement empirique pour pneumocystose, pneumonie bactérienne et TB.

Indications cliniques pour un traitement TB empirique immédiat :**Faire les examens médicaux disponibles tout en démarrant le traitement.**

- TB cérébrale probable.
- TB miliaire ou autre preuve radiologique de TB pulmonaire.
- Présentation clinique fortement en faveur d'une TB ; examens non disponibles ou ne permettant pas d'exclure une TB.
- Etat clinique avec risque vital, condition générale du patient qui se détériore ou qui ne s'améliore pas après 3 jours d'hospitalisation.

Tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

La tuberculose (TB)

Les types de tuberculoses actives

Recherches diagnostiques

Evaluer la TB active chez les PVVIH

Traitement et prise en charge de la TB

Traitement TB et ARV

Les cinq “I” pour diminuer l’impact de la tuberculose chez les PVVIH

La tuberculose pharmacorésistante (TB-RR/MR)

Aperçu épidémiologique

Classification de la TB-RR/MR

Diagnostic de la TB-RR/MR

Prise en charge du patient atteint de TB-RR/MR

Soutien au patient

Points clés





A noter que la tuberculose est abordée de façon plus interactive dans la formation VIH/TB en ligne version 2015 de **MSF SAMU**. Voir « comment utiliser ce livre » pour plus de détails.

La tuberculose (TB)

La tuberculose est la cause la plus fréquente de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. L'organisme responsable est le *mycobacterium tuberculosis* (MTB), transmis par voie aérienne d'une personne atteinte d'une tuberculose pulmonaire active à une autre personne, principalement lors de la toux (contamination par gouttelettes respiratoires infectieuses).

Il est important de faire une distinction entre une infection et une maladie active dues au MTB. Une personne contaminée par inhalation de l'agent pathogène avec un système immunitaire sain et performant va contrôler l'infection et la maintenir à un stade latent dans la plupart des cas. Le risque de développer une tuberculose active n'est que de 10%. En revanche, ceux ayant un système immunitaire affaibli, tels que les jeunes enfants ou les PVVIH, sont plus vulnérables et donc exposés à un risque d'environ 10% chaque année que la mycobactérie se reproduise de façon incontrôlable. Ils vont développer des signes et symptômes évocateurs d'une tuberculose active.

- Lorsque la tuberculose touche les poumons (tuberculose pulmonaire ou TBP), le patient présente le plus souvent une toux et des symptômes tels que perte d'appétit, perte de poids, fièvre et sueurs nocturnes.
- La tuberculose peut également atteindre d'autres organes (TB extra pulmonaire ou TBEP) : les patients présentent alors des signes spécifiques aux organes touchés (ex : céphalées si méningite tuberculeuse, épanchements pour les articulations, etc) en plus des symptômes cliniques plus généraux décrits ci dessus.

Les types de tuberculoses actives

Il est nécessaire de penser à une tuberculose active sur base des résultats suivants :

- Tuberculose pulmonaire avec un frottis positif, la forme la plus infectieuse.
- Tuberculose pulmonaire avec un frottis négatif, plus difficile à diagnostiquer, conduisant souvent à un dangereux retard d'initiation au traitement.
- Tuberculose extra pulmonaire, également difficile à diagnostiquer et qui demande un examen clinique minutieux et approfondi.

Pour chacune des 3 présentations mentionnées ci-dessus, des souches pharmacosensibles ou pharmacorésistantes, dont les formes résistantes à la rifampicine (TB-RR) ou multirésistantes (TB-MR) sont en cause. Les formes TB-RR/MR demandent un traitement plus long, détaillé dans une rubrique séparée de ce chapitre.

Présentation clinique de la tuberculose pulmonaire chez les PVVIH



Co-infection TB et VIH = double difficulté

La présentation clinique et l'approche diagnostique sont différentes lorsqu'une personne atteinte de tuberculose active est co-infectée par le VIH. En pratique, la présentation clinique d'une tuberculose active est différente quand le système immunitaire est affaibli.

La présentation clinique d'une tuberculose pulmonaire active varie généralement selon le niveau d'immunosuppression des personnes touchées. Les patients séropositifs, dont le taux de CD4 est élevé, ont un tableau clinique similaire aux personnes séronégatives tandis que celles ayant un faible taux de CD4 ont des symptômes plus atténués. Deux raisons principales permettent de l'expliquer :

- Les signes et les symptômes de la TB reflètent la réponse immunitaire de l'organisme. Par exemple, une réponse immunitaire forte se traduit par une fièvre plus marquée et une cavitation plus importante au niveau des poumons. Le processus de formation de cavernes tuberculeuses s'explique ainsi : le nodule solide initial de l'infection dans le tissu pulmonaire est évidé au fur et à mesure de la progression de l'infection et les cavités formées se remplissent de bacilles tuberculeux. Les échantillons produits lors des expectorations en sont parsemés ce qui permet de diagnostiquer la TB.
- Une immunité plus faible entraîne non seulement une réduction de la cavitation pulmonaire locale, mais également une diminution de la capacité de l'organisme à contenir l'infection dans un foyer précis. La maladie se diffuse alors plus largement, au sein et en dehors des poumons.

Confirmer un diagnostic de tuberculose sur la seule base des signes cliniques est un exercice difficile avec un haut risque d'erreurs. Ces difficultés sont développées en détail, plus loin dans ce chapitre.



Moins de cavitation est synonyme de moins d'organismes présents dans les échantillons de crachat, ce qui rend le dépistage par la microscopie plus aléatoire.

Symptômes de la TBP chez les patients avec taux de CD4 élevé (similaires aux patients séronégatifs) :

- Toux chronique (≥ 2 semaines)
- Perte d'appétit et perte de poids inexpiquée (non intentionnelle)
- Sueurs nocturnes abondantes
- Fièvre
- Etat général faible, asthénie
- Douleur thoracique, dont la localisation (gauche ou droite) peut indiquer la présence d'une pneumonie ou d'un épanchement pleural
- Parfois une hémoptysie (sang dans les crachats lors des épisodes de toux)

Avec une immunodéficience plus avancée (faible taux de CD4), une personne séropositive atteinte d'une TB pulmonaire présentera probablement des symptômes différents :

- Malaise général et asthénie (considérés comme graves si le patient rencontre des difficultés dans ses activités quotidiennes (ex : se laver, se préparer à manger, etc))
- Signes de maladies généralisées
- Perte de poids significative ($> 10\%$ par rapport à la dernière mesure)
- Toux modérée, qui tend à rester sèche (voire absence de toux)
- Dyspnée
- Anémie



Les PVVIH atteintes d'une TB active risquent une détérioration rapide de leur état de santé. Une confirmation du diagnostic et **une mise sous traitement le plus tôt possible sont essentiels.**

Présentation clinique de la tuberculose extra-pulmonaire (TBEP)

La présentation clinique de la TBEP dépendra de l'organe touché. Ne pas oublier que chez les personnes séropositives, il existe un risque plus élevé de développer des formes de TBEP par rapport aux personnes séronégatives. Les enfants, dont l'état immunitaire est fragile, sont également particulièrement à risque de TBEP.

Les principaux signes/symptômes et localisations de la TBEP sont :

- Méningite tuberculeuse : maux de tête/confusion et fièvre, vomissements, raideur de nuque, parfois perte de conscience.
- Ganglions lymphatiques tuberculeux : hypertrophie d'un ou de plusieurs ganglions (ex : > 2 cm), souvent indolores (pas toujours) au niveau du cou ou des zones axillaires ou inguinales.

- Péricardite tuberculeuse : douleur thoracique et symptômes associés d'insuffisance cardiaque (essoufflement, œdèmes périphériques et gonflement abdominal parfois).
- Pleurésie tuberculeuse : douleur thoracique (souvent unilatérale) et essoufflement.
- TB abdominale : symptômes non spécifiques (par exemple, altération du transit intestinal) qui s'accompagnent parfois d'une douleur et d'une distension abdominale dues au liquide d'ascite.
- TB génito-urinaire : dysurie, nycturie, douleurs abdominales, hématurie.
- TB de la colonne vertébrale (aussi connue sous le nom de maladie de Pott) : douleur localisée, suivie d'une déformation.
- Arthrite tuberculeuse : principalement monoarticulaire et d'apparition insidieuse, douleurs modérées avec détérioration progressive des articulations
- TB miliaire (voir ci-dessous).



La TB miliaire, forme sévère de tuberculose, connue aussi sous le nom de TB disséminée résulte d'une propagation du bacille via la circulation sanguine vers divers organes, où la TB s'installe de façon diffuse, comme de petites « graines ». Elle se présente cliniquement par des symptômes généraux et souvent non spécifiques tels que fièvre, maux de tête et détérioration progressive de l'état général, avec ou sans toux et dyspnée. Le diagnostic (voir aussi le tableau 12.1) est habituellement confirmé par un cliché thoracique (RXT) sur laquelle apparaît de petites opacités nodulaires disséminées dans les deux poumons.

Une TB pulmonaire pouvant se développer simultanément avec une TB extra-pulmonaire, des échantillons d'expectoration (crachats) doivent être envoyés pour une recherche TB (en cas de toux sèche, l'expectoration peut être induite) avec, si possible, des prélèvements complémentaires spécifiques en fonction des symptômes, pour une recherche diagnostique de TB extra-pulmonaire. Se référer au tableau 12.1 concernant la prise en charge et le diagnostic d'un patient atteint d'une TBEP présumée.

Recherches diagnostiques

Examens de laboratoire pour la TB

(Pour plus de détails sur ces tests, consulter le guide MSF 2014 sur la TB)

- **Examen du frottis de crachat par microscopie** : examen très utile pour la détection de la TB pulmonaire, mais seulement si la concentration des mycobactéries dans l'échantillon de crachat est suffisamment élevée (>5 000 bacilles/ml de crachat). L'avantage de ce test est qu'il est peu coûteux et facile à réaliser, même dans les centres de soins périphériques (types

dispensaires de santé). Il est cependant moins sensible que les autres tests (Xpert et mise en culture), et ne distingue pas le *mycobacterium tuberculosis* des autres mycobactéries aussi appelées NTM (mycobacterium non tuberculosis) anciennement MOTT (mycobacterium autre que tuberculosis). Malheureusement, les patients séropositifs, particulièrement ceux ayant un taux de CD4 bas, ont une faible concentration bactérienne dans leurs crachats, responsable le plus souvent d'un résultat négatif de l'examen microscopique des frottis.

- **Xpert MTB/RIF** : connu également sous le nom de GeneXpert, est un examen de diagnostic moléculaire (recherche du génotype viral) permettant de détecter l'ADN du *mycobacterium tuberculosis* dans les échantillons de crachats et dans certains échantillons extra pulmonaires. Il est aussi capable de détecter une résistance à la rifampicine. Il a une sensibilité et une spécificité élevée sur échantillons de crachats comparées à la culture, capable de détecter le *mycobacterium* dans des échantillons à frottis faussement négatifs.



Xpert est le premier test recommandé pour le diagnostic de la TB chez les PVVIH

Il offre de nombreux avantages par rapport à la microscopie de frottis :

- Le test permet d'avoir des résultats dans un intervalle de deux heures, mais le délai est souvent lié aux problèmes d'accès au GeneXpert et aux modalités administratives qui l'encadrent.
- Ce délai de deux heures inclut la détection de la résistance à la rifampicine, bien plus rapidement que les tests de culture et sensibilité aux médicaments qui peuvent prendre jusqu'à 8 semaines.
- GeneXpert est une procédure entièrement automatisée et ne nécessite pas un laboratoire perfectionné. Concernant une recherche de TBEP, GeneXpert est recommandé sur échantillons suivants : LCR, prélèvements de collections des ganglions lymphatiques et biopsies de différents tissus ; autres échantillons tels que urines, selles et sang peuvent être testés avec GeneXpert bien que le niveau de sensibilité et de spécificité restent limité.



Mise à jour

- **Xpert MTB/RIF Ultra** : il s'agit d'une nouvelle cartouche avec sensibilité améliorée pour la détection de la TB et de la résistance à la rifampicine. Elle sera en priorité utilisée chez les PVVIH, susceptibles de présenter une microscopie négative à la TBP et TBEP. Dans l'avenir, ce test sera probablement le test standard, particulièrement pour le diagnostic de la TB chez les personnes séropositives et les enfants.
- **TB LAM** : est un test de dépistage sur échantillon d'urine, test non invasif capable de détecter une particule antigénique du *mycobacterium tuberculosis* excrétée dans les urines. Il présente de nombreux avantages : il peut être proposé dans n'importe quel centre de soins et ne requiert pas de collecter un

échantillon de crachat. Il est économique, rapide et facile à utiliser (peut être effectué par un non professionnel de santé)

- L'utilisation du test a montré une réduction de la mortalité des PVVIH hospitalisés.
- Consulter les algorithmes proposés plus loin dans ce chapitre pour l'utilisation du TB LAM dans le diagnostic de la TB.



Le TB LAM est actuellement recommandé uniquement pour les PVVIH qui sont au stade avancé de la maladie ; ex : patients avec une immunodépression sévère ($CD4 < 100$) ou symptomatiques indépendamment de leur taux de CD4.

- **Culture** : test de référence pour le diagnostic de la TB. Il offre la plus grande sensibilité par rapport aux autres tests et permet l'identification de toutes mycobactéries notamment le *mycobacterium tuberculosis*. Il permet aussi l'identification précoce des échecs thérapeutiques, il est aussi utile dans la surveillance et l'évaluation de la réponse au traitement antituberculeux pharmacorésistant. Il présente cependant quelques contraintes dont l'accès à un laboratoire répondant à des critères de qualité élevés et délais assez longs pour obtenir les résultats (jusqu'à 8 semaines selon les méthodes utilisées).
- **Test de pharmacosensibilité (DST)** : permet de détecter les résistances aux médicaments anti TB. Ces tests peuvent être phénotypiques (sur cultures positives) ou génotypiques (tests moléculaires, y compris -LPA (Line Probe Assay) et Xpert. Voir la rubrique suivante sur la TB pharmacorésistante pour plus de détails, ainsi que le guide MSF TB, 2014.

Radiologie

- **Radiographie pulmonaire** : utile comme complément diagnostique mais pas spécifique pour la TB. Elle permet de voir typiquement cavitations et infiltrats au niveau du lobe supérieur mais chez les PVVIH, les images classiques divergent :
 - Opacités micronodulaires diffuses ou images de miliaire (voir TB disséminée dans la rubrique 'présentation clinique de la TBEP' ci-dessus)
 - Profil cardiaque élargi ou « gros cœur » (surtout si symétrique et arrondi, suggérant un épanchement péricardique)
 - Epanchement pleural
 - Hypertrophie des ganglions lymphatiques thoraciques.
- Une radiographie d'autres organes peut s'avérer utile pour diagnostiquer une TBEP, telle une radiographie osseuse mettant en évidence des modifications de la colonne vertébrale ou des articulations en cas de tuberculose osseuse. (voir rubrique 'présentation clinique de la TBEP' ci-dessus).

Evaluer la TB active chez les PVVIH

Un algorithme pour diagnostic TB, spécifique à votre contexte épidémiologique, devrait exister. (Si ce n'est pas le cas, en créer un avec l'aide de vos collègues et référents VIH/TB).

Ce type d'algorithme vous aidera à standardiser le diagnostic de la TB, en suivant un examen clinique précis et en utilisant des examens paracliniques disponibles localement. Ils sont particulièrement utiles pour diagnostiquer une TB pulmonaire à frottis négatif, évitant ainsi des retards de prise en charge. Les algorithmes 12.1 (pour les PVVIH sans signe de gravité) et 12.2 (pour les PVVIH avec signes de gravité) donnent des exemples de conduites diagnostiques à suivre, ainsi que le tableau ci dessous concernant l'évaluation des patients suspectés de TBEP.

Pour un algorithme de diagnostic TB chez les enfants, voir le **chapitre 10**.



Référer le patient vers un spécialiste ou vers l'hôpital



Chez **TOUS** les patients, rechercher d'abord des signes de gravité et s'il en existe, transférer immédiatement le patient vers la structure hospitalière la plus proche

Schéma 12.1 Signes cliniques de gravité

Fréquence respiratoire
>30/min

Température >39°C

Fréquence cardiaque
>120/min

PA systolique <90 mmHg
Ictère

Déshydratation modérée à sévère : pli cutané persistant, veines effacées, yeux enfoncés.

Incapacité à marcher sans aide

Altération de l'état de conscience, confusion, trouble du comportement, niveau de conscience réduit.

Tous autres signes neurologiques : céphalées, convulsions, paralysie, difficulté d'élocution, paralysie des nerfs crâniens, détérioration rapide de l'acuité visuelle.

Quelques conseils pour évaluer un patient :

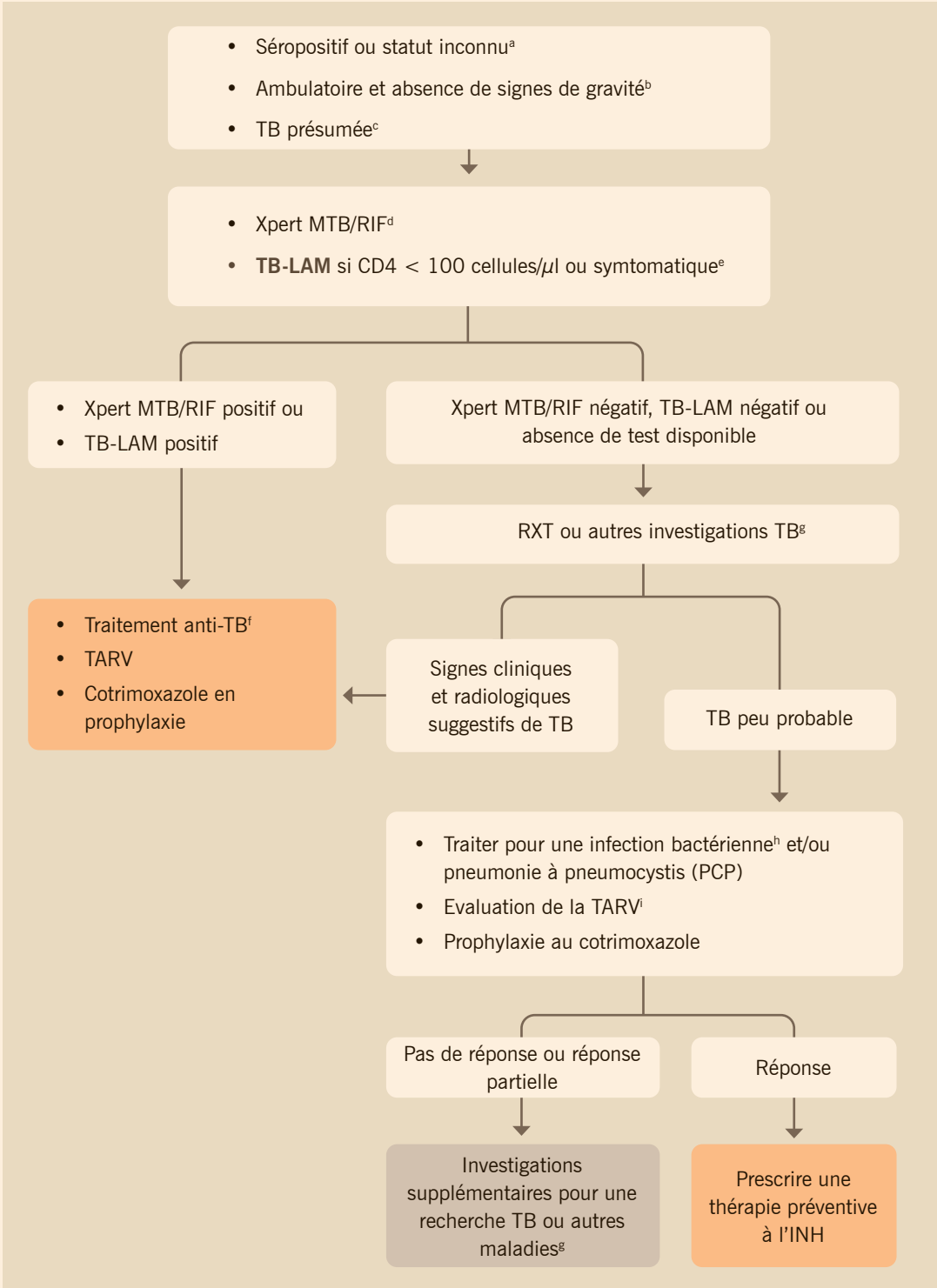
1. Toujours faire un examen clinique complet chez un adulte ou un enfant pour lequel vous suspectez une TB active, sans négliger les signes d'une TBEP.
2. Envoyer deux échantillons de crachats pour test GeneXpert (test de choix) et/ ou une microscopie des frottis. S'assurer que les crachats proviennent bien des poumons et ne sont pas simplement un échantillon de salive. Bien que traditionnellement prélevées au lever du patient, il est maintenant prouvé que des expectorations prélevées le jour même (à l'arrivée du patient) ont une sensibilité similaire.



3. Le TB LAM est recommandé comme test diagnostique TB chez tous patients au stade VIH avancé surtout ceux présentant un taux de CD4 <100 ou symptomatiques quel que soit leur taux de CD4. Le test peut être réalisé au lit du patient et convient aux adultes comme aux enfants. Le traitement sera initié rapidement si résultat positif. Si une infection bactérienne concomitante est suspectée, prescrire une antibiothérapie en attendant les résultats du test des crachats (amoxicilline en dosage usuel pour adulte, soit 1g x3 /j ou si allergie à la pénicilline, de l'érythromycine 500 mg x4/j).
4. Si GeneXpert ou le TB LAM détectent le *mycobacterium tuberculosis*, ou la présence de bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) sur microscopie des frottis, initier un traitement antituberculeux immédiatement.
5. Il est important de noter que même si les résultats de GeneXpert, TB LAM et microscopie ne détectent pas la présence de TB, on ne peut écarter **l'hypothèse d'une TB active ! Aucun test ne peut exclure la TB !** Si une forte suspicion persiste au regard de symptômes, démarrer un traitement empirique, d'autant plus si le patient présente des signes de gravité !
6. Si GeneXpert n'est pas disponible sur votre lieu de travail et que vous suspectez une TB pharmacorésistante, vous devez faire une culture et un test de pharmacosensibilité (DST). A noter qu'en fonction de l'accès, l'obtention des résultats de ces deux tests peut prendre jusqu'à 2 mois.
7. Tous patients TB doivent bénéficier d'une prophylaxie au cotrimoxazole ainsi que de pyridoxine (vitamine B6) pour réduire le risque de neuropathie périphérique causée par l'INH.
8. Etre sous un régime ARV efficace (initiation, ré-initiation ou passage en seconde ligne) est essentiel pour prévenir d'autres infections opportunistes (IO). Suivre les indications des guides cliniques concernant la TARV en relation avec le démarrage d'un traitement anti TB (voir rubrique IRIS, **chapitre 5**).



Algorithme 12.1 Prise en charge des PVVIH suspectés d'infection TB (sans signe de gravité)



Notes sur l'algorithme 12.1

- a Pour toute personne dont le statut sérologique est inconnu, un test de dépistage doit être réalisé selon le protocole national en vigueur.
- b Les signes de danger sont un ou plusieurs des éléments suivants : fréquence respiratoire $>30/\text{min}$, température $>39^{\circ}\text{C}$, fréquence cardiaque $>120/\text{min}$ et incapacité à marcher sans aide.
- c Une suspicion TB est définie par la présence d'au moins un des symptômes suivants :
 - Adultes et adolescents séropositifs : présence d'une toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes.
 - Enfants séropositifs : faible prise de poids, fièvre, présence d'une toux ou contact avec un cas de TB active.
- d Pour les personnes suspectées de TBEP, un échantillon extra-pulmonaire doit être prélevé pour un test Xpert MTB/RIF (LCR, ganglion lymphatique et autres tissus, Xpert MTB/RIF à une faible sensibilité pour le liquide pleural, et les données recueillies sont encore insuffisantes pour justifier un examen fiable sur des échantillons de selles, d'urine et de sang). Si l'Xpert MTB/RIF n'est pas disponible, faites une microscopie pour recherche de BAAR. Un résultat positif est défini par au moins un frottis positif, tandis qu'un résultat négatif se confirme par deux frottis négatifs, ou plus. Envoyer l'échantillon pour culture TB dans un laboratoire habilité à le faire.
- e Le **TB-LAM** est un examen complémentaire qui peut être utilisé dans les centres de santé périphériques chez les patients ayant des $\text{CD4} < 100$. **TB-LAM** doit être considéré comme le test initial pour tous les patients incapables de produire des crachats.
- f Si Xpert MTB/RIF révèle une résistance à la rifampicine, un traitement pour la TB multi-résistante (TB-MR) doit être initié. Si le risque de résistance à la rifampicine est jugé faible, un test Xpert MTB/RIF de confirmation sur un autre échantillon sera fait et envoyé pour une culture et un nouveau test de sensibilité (DST).
- g Des investigations supplémentaires de recherche TB comprennent une radio thoracique, un examen clinique, un second Xpert MTB/RIF sur un nouvel échantillon, ainsi qu'une culture dans un laboratoire approprié. En cas de suspicion d'une TBEP, une culture d'un prélèvement de l'organe concerné sera demandée ainsi qu'une échographie abdominale.
- h Des antibiotiques à large spectre (sauf fluoroquinolones) doivent être utilisés.
- i La TARV est recommandée pour tous les adultes, indépendamment de leur taux de CD4 ou de leur stade clinique. Chez les patients naïfs, le traitement ARV doit être démarré le plus tôt possible après celui de la TB. Pour ceux déjà sous TARV dont on soupçonne un échec thérapeutique, on évaluera la CV.



Tableau 12.1 Evaluation et diagnostic d'une TBEP

Site	Symptomes	Investigations	Autres
Méninges (cerveau et moelle épinière)	Maux de tête/confusion et fièvre, entraînant des vomissements, raideur de nuque et perte de conscience.	Ponction lombaire et investigation du liquide céphalorachidien (protéines, glucose, numération des cellules, BAAR, culture TB, GeneXpert - plus encre de Chine, CrAg, VDRL).	La méningite tuberculeuse est fréquente chez les enfants chez qui les symptômes tendent à être non spécifiques (par ex : somnolence, irritabilité)
Ganglions lymphatiques (voir annexe 12.1)	Un ou plusieurs ganglions hypertrophiés (>2 cm), sans douleur, dans le cou, les aisselles ou régions inguinales.	Aspiration à l'aiguille si le ganglion est fluctuant (facile) Cyto-ponction à l'aiguille fine si ganglion non fluctuant (plus difficile) Frottis, Xpert, culture Voir annexe 4 dans le guide MSF TB de 2014	Lymphadénopathie associée à la TB, avec localisation possible dans le thorax et la cavité abdominale
Péricarde (péricardite tuberculeuse)	Douleur thoracique et symptômes associés d'insuffisance cardiaque (essoufflement, oedème périphérique +/- distension abdominale)	RXT Echographie cardiaque	
Epanchement pleural (souvent unilatéral)	Symptômes non spécifiques (cad altération du péristaltisme intestinal) qui incluent douleur et distension abdominale dues au liquide d'ascite.	RXT Ponction pleurale pour : Liquide de ponction couleur jaune paille suggère TB contrairement à liquide purulent lors d'emphysème GeneXpert, frottis, culture	Le bacille acido résistant est rarement retrouvé dans le liquide d'épanchement pleural d'une TB. Dans des zones de haute prévalence, un épanchement pleural unilatéral chez une PVVIH associé ou non à d'autres symptômes de TB est suggestif en priorité de TB.
Abdomen	Symptômes non spécifiques (cad altération du péristaltisme intestinal) qui incluent douleur et distension abdominale dues au liquide d'ascite.	Échographie abdominale Ponction d'ascite pour GeneXpert, frottis et culture.	Un abdomen mou à la palpation, quelquefois sensible, est parfois décrit lors de suspicion de TB abdominale.

Site	Symptômes	Investigations	Autres
Colonne vertébrale (aussi connu sous le nom de maladie de Pott)	Douleur localisée souvent corrélée avec une déformation.	La radiographie peut montrer une érosion osseuse et une déformation.	Une ostéolyse de la colonne peut conduire à des signes ou symptômes neurologiques.
Articulation	Gonflement peu douloureux, généralement au niveau de la hanche, du genou et du coude.	La radiographie peut montrer une maladie osseuse érosive.	
A noter qu'une TB active peut impliquer presque tous les organes : reins, surrénales, thyroïde, seins, appareil génital, peau....			
TB miliaire (aussi connue comme TB disséminée)	Symptômes constitutionnels (fièvre, perte de poids) responsables d'une morbidité et mortalité élevées si la TB n'est pas diagnostiquée.	Dispositif urinaire TB-LAM si taux de CD4 < 100 Image miliaire sur la radiographie des poumons	TB disséminée suite à une diffusion par voie sanguine du bacille dans l'ensemble de l'organisme.



Evaluer le stade clinique des patients TB co infectés VIH (voir aussi annexe 1.1 à la fin du chapitre 1)

Stade 3 : TBP chez l'adulte ou l'enfant et ganglions lymphatiques tuberculeux.

Stade 4 : TBEP chez l'adulte ou l'enfant, à l'exception de la tuberculose ganglionnaire.

- Noter que les patients avec épanchement pleural sont classés stade 4, car l'épanchement est extra pulmonaire. Dans cette même logique, les personnes dont la radiographie thoracique montre une péricardite ou une lymphadénopathie tuberculeuse sont également stade 4.
- Les enfants et adultes dont la radiographie du thorax montre une image miliaire en faveur d'une TB disséminée (et donc d'un type de TBEP) sont considérés stade 4.

Traitement et prise en charge de la TB

Les régimes de traitements TB

La tuberculose pharmacosensible peut être soignée avec un traitement peu couteux en utilisant une combinaison de médicaments antituberculeux pendant 6 mois ou traitement de 1ère ligne.

Le traitement se divise en 2 phases :

- 1. Une phase intensive, qui comprend 4 médicaments antituberculeux (RHZE) : Rifampicine (R) Isoniazide (H), Ethambutol (E) et Pyrazinamide (Z), pendant 2 mois.
- 2. Une phase d'entretien, avec 2 antituberculeux : R et H (RH) pendant 4 mois.

Les dosages de tous les antituberculeux cités ci-dessus se définissent par rapport au poids du patient.

Tableau 12.2 Dosages des médicaments antituberculeux

Médicaments	*dose moyenne/jour	Intervalles de poids			
		<33 kg	33–50 kg	51–70 kg	>70 kg
Isoniazide (H) (100, 300 mg)	4–6 mg/kg/j	Selon le poids	300 mg	300 mg	300 mg
Rifampicine (R) (150, 300 mg)	10–20 mg/kg/j	Selon le poids	450–600 mg*	600 mg	600 mg
Ethambutol (E) (400 mg)	25 mg/kg/j	Selon le poids	800–1200 mg	1200–1600 mg	maximum de 1200 mg
Pyrazinamide (Z) (500 mg)	30–40 mg/kg/j	Selon le poids	1000–1750 mg	1750–2000 mg	2000–2500 mg

Les associations médicamenteuses à doses fixes (ADF) sont des associations généralement disponibles avec 2, 3 ou 4 médicaments coformulés dans un même comprimé. Elles ont l'avantage de limiter la quantité de médicaments à absorber et donc d'améliorer l'adhérence. Si vos directives TB nationales ne vous laissent pas ou peu d'informations, vous trouverez des tableaux indiquant la dose quotidienne des traitements antituberculeux utilisant les ADF à l'annexe 8 des lignes directrices 2014 de MSF sur la tuberculose.



* Utiliser de préférence la dose la plus élevée de 600 mg si elle est administrée sous forme de comprimés à dose unique (et non en CDF). Des données récentes suggèrent que des doses plus élevées de rifampicine ont une meilleure efficacité et en attendant de nouvelles recommandations, une dose de 20mg/kg chez les patients dans les tranches de poids inférieures est conseillée

Notes sur les traitements de la TB pharmacosensible

Les différents régimes de traitements

Selon les antécédents de traitement, les cas de TB sont définis en :

- **Nouveaux cas** : ce sont les patients qui n'ont jamais été traités pour la TB auparavant (ou traitement antituberculeux < 1 mois)
- **Les cas de retraitement** : ce sont les patients qui ont suivi un traitement antituberculeux pendant une durée de ≥ 1 mois précédemment et qui incluent :
 - Ceux qui ont pris le traitement complet pour une TB précédente et qui présentent un nouvel épisode (rechute).
 - Ceux dont le traitement a échoué (échec)
 - Ceux qui n'ont pas terminé leur traitement précédent (traitement interrompu, perdus de vue)

Notes importantes :

- Les cas de retraitement, particulièrement ceux dont le traitement a échoué, présentent un risque augmenté d'être porteur de TB pharmacorésistante (TB-RR/MR). Avant l'accès à Xpert, on prescrivait à ces patients un traitement de 8 mois à base de médicaments du groupe 2 qui inclut la streptomycine. **Le groupe 2 n'est actuellement plus recommandé** car les expériences ont montré qu'il n'apportait aucun bénéfice et pouvait même être nocif.
- Si un traitement antituberculeux pharmacosensible est prescrit pour une TB pharmacorésistante, le traitement sera non seulement inefficace mais aussi susceptible d'aggraver la résistance aux médicaments (amplification de la résistance).
- Il existe donc maintenant deux options thérapeutiques : soit un traitement de 6 mois avec un régime de 1ère ligne pour une TB pharmacosensible, soit un traitement plus long avec des médicaments de 2ème ligne pour une TB pharmacorésistante.

Tous les efforts doivent donc se concentrer sur l'exclusion d'une TB-RR/MR en privilégiant un accès systématique au DST (cad avec Xpert) pour ces patients, et la prescription d'un traitement approprié :

Interactions médicamenteuses avec la rifampicine

- La rifampicine interfère avec un certain nombre d'autres médicaments (pour plus de détails, voir **chapitre 7**). Etre particulièrement vigilant si co-administrée avec :
 - Warfarine
 - Contraceptifs
 - Fluconazole
 - Névirapine ainsi que IP
 - Névirapine et IP.

INH et neuropathie périphérique

Tous les patients sous isoniazide (abréviation INH ou H) doivent recevoir de la pyridoxine (vitamine B6). L'INH peut diminuer le taux sanguin thérapeutique de pyridoxine et entraîner une neuropathie périphérique :

- Adultes et enfants >5 ans : pyridoxine 10 et 25 mg/j sont deux dosages acceptables
- Enfants <5 ans : pyridoxine 5-10 mg 1X/jour

Surveillance de la réponse au traitement anti TB

Tous les patients sous traitement anti TB doivent être correctement suivis afin d'évaluer l'efficacité de la thérapie. Dans cette optique, les éléments importants recherchés au niveau des antécédents, de l'examen clinique et des examens de laboratoire seront les suivants :

- **Antécédents** : rechercher spécifiquement des signes d'amélioration pour :
 - Toux
 - Sueurs nocturnes
 - Appétit
 - Capacité générale à réaliser les activités de la vie quotidienne.
- **Examen clinique** : on doit observer :
 - Une prise de poids (raison supplémentaire pour prendre le poids à chaque visite)
 - Une baisse de la température
 - Moins de symptômes cliniques que ceux observés au début du traitement (moins de signes pulmonaires, diminution des épanchements...)
- **Laboratoire** :
 - Des échantillons de crachats sont collectés systématiquement à la fin du 2ème et 5ème mois, afin de vérifier par microscopie la présence de frottis BAAR (+).
 - L'efficacité de la thérapie antituberculeuse sera évaluée par des examens de microscopie des frottis (et cultures en cas de TB-RR/MR) pour ceux dont le diagnostic a été établi par GeneXpert.
 - Attention : les résultats de GeneXpert peuvent se révéler positifs en présence de bacilles morts, l'examen est donc recommandé pour établir le diagnostic mais pas pour suivre l'efficacité du traitement. Cependant, si on constate un échec de thérapie pour un patient avec une TB pharmacosensible, GeneXpert reste efficace pour détecter une résistance à la rifampicine.

Pour plus de détails sur la surveillance de la réponse au traitement par les tests de crachats et la prise en charge recommandée, se **référer au guide national de prise en charge TB** ou le **guide TB MSF, 2014**.

Patients qui ne répondent pas au traitement antituberculeux

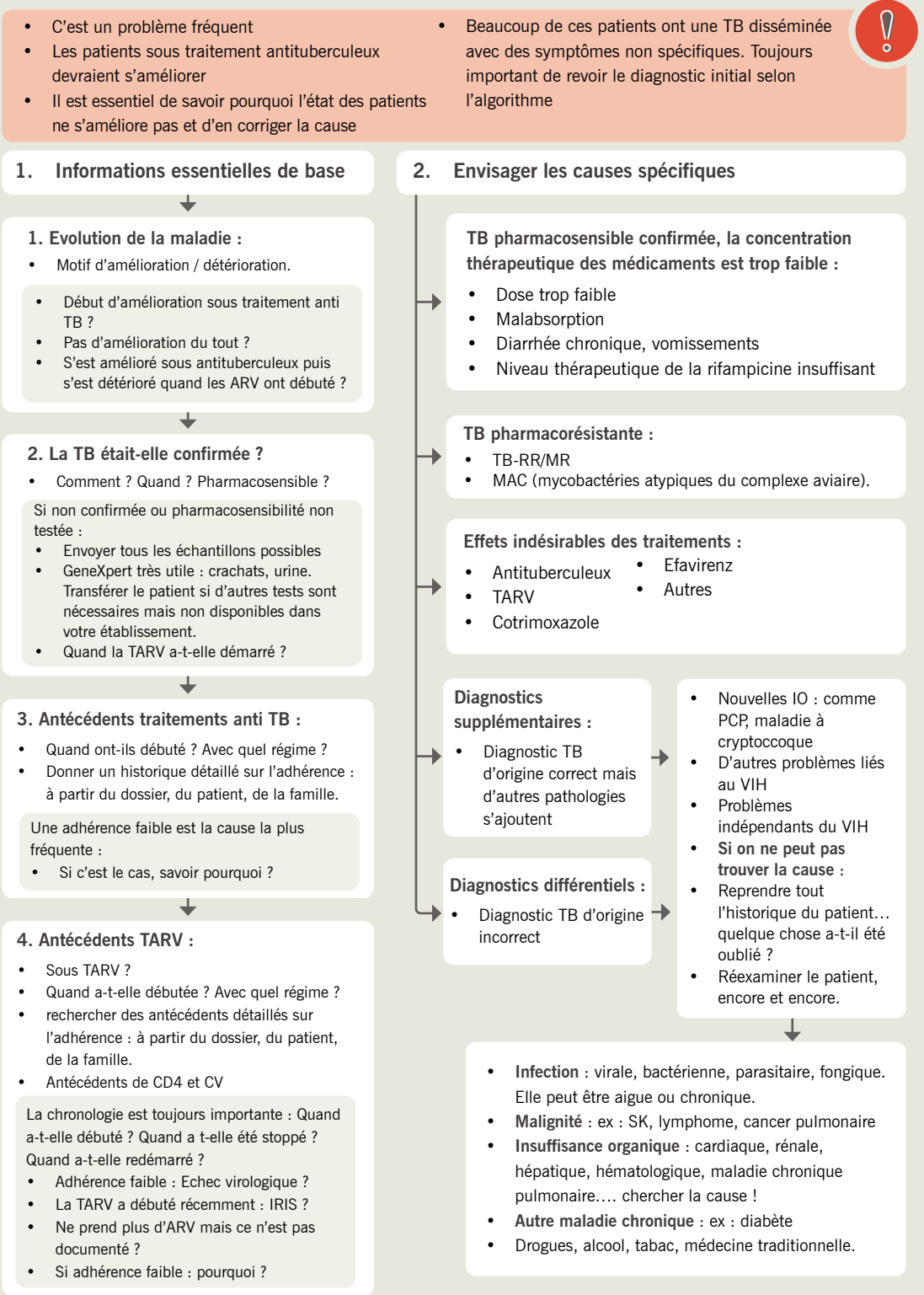
C'est un phénomène assez courant, pour lequel il existe plusieurs causes possibles. Pour les évaluer, le clinicien devra revoir les éléments du dossier, recueillir plus de détails sur les antécédents et réexaminer le patient.

L'algorithme 12.2 donne les éléments d'une approche complète à mettre en place pour les patients qui ne répondent pas au traitement antituberculeux.



Se référer aux lignes
directrices nationales

Algorithme 12.2 Patients dont l'état de santé se dégrade ou ne s'améliore pas sous traitement antituberculeux



Effets indésirables possibles des antituberculeux de 1ère intention

Les antituberculeux de 1ère ligne sont en général bien tolérés mais tous peuvent être à l'origine d'effets secondaires indésirables. Qu'ils soient mineurs (ex : nausées) ou majeurs (ex : hépatite), leur dépistage et leur prise en charge doit être précoce.

Les normes internationales de surveillance sont basées sur l'observation clinique de ces effets, sans examen de laboratoire de routine. Cependant, chez ceux qui présentent un risque élevé d'effets secondaires spécifiques, il est prudent d'effectuer des examens de laboratoire appropriés (SGPT par exemple chez une personne ayant un problème hépatique préexistant).

Concernant les antituberculeux de 1ère ligne, la plupart des effets secondaires et leur prise en charge sont décrits dans le tableau 12.3. A noter qu'il est parfois impossible d'associer avec certitude le médicament à l'origine d'effets secondaires spécifiques et qu'il est nécessaire de s'assurer que les signes décrits ne sont pas l'expression de maladies sous jacentes plutôt que des effets secondaires du traitement en cours.

Tableau 12.3 Les effets secondaires possibles attribués aux médicaments antituberculeux de 1ère ligne, et leur prise en charge

Effets secondaires	Médicaments probablement responsables	Suggestion de prise en charge (voir le guide TB 2014 de MSF pour plus de détails)	Commentaires
Nausées et vomissements	Tous	S'assurer que le patient soit correctement hydraté et lui donner des antiémétiques 30 minutes avant la prise de son traitement anti TB	Les nausées et les vomissements disparaissent généralement avec le temps. Toujours exclure d'autres causes.
Neuropathie périphérique (NP)	H E (rare)	Pyridoxine 25-50 mg par jour	La pyridoxine doit être donnée en systématique pour tous ceux qui ont été initiés au traitement antituberculeux, dans un souci de prévention des NP
Urine orange	R	Aucun	Il est important d'avertir la personne au début du traitement qu'une telle coloration est régulière
Eruptions cutanées	S, E, Z, R, H	Arrêter le traitement antituberculeux en cas de réaction d'hypersensibilité généralisée (par exemple, atteinte de la muqueuse). Voir chapitre 20 , Maladies de la peau.	Surveiller de près les autres signes (fièvre, maux de tête, vomissements, etc.), suggérant une aggravation, car il y a une mortalité associée importante, surtout si le médicament en cause n'est pas arrêté.
Toxicité rénale	S	Remplacer / interrompre le médicament probablement en cause.	La streptomycine n'est plus indiquée dans le traitement de la tuberculose pharmacosensible.
Ototoxicité	S	Arrêter/remplacer d'urgence car la perte d'audition peut être permanente.	La streptomycine ne devrait plus être utilisée dans la TB pharmacosensible.
Névrite optique	E	Interrompre l'éthambutol et ne pas le réintroduire	Le diagnostic précoce dépend du dépistage par le test d'Ishihara à chaque visite (voir l'annexe 12.1 à la fin de ce chapitre).
Hépatite	Z mais aussi H, R, E	Effet secondaire potentiellement dangereux qui nécessite certaines précautions lors du diagnostic initial, suivies d'une approche prudente et progressive lors de la prise en charge. Pour un diagnostic détaillé et des conseils sur la prise en charge, voir les chapitres 4 et 16 .	

* H = isoniazide, E = éthambutol, R = rifampicine, S = streptomycine, Z = pyrazinamide



Traitement TB et ARV

Tous les patients TB co-infectés VIH sont éligibles pour une TARV.

1. Si la tuberculose est diagnostiquée avant que la personne n'ait été initiée à la TARV, les points suivants s'appliquent :
 - Tous les adultes et enfants infectés par le VIH avec une TB active sont éligibles pour une TARV.
 - Commencer le traitement antituberculeux en premier. La TARV doit ensuite être initiée le plus tôt possible dans les 2 à 8 semaines qui suivent, comme indiqué dans le tableau 12.4 (en pratique, plus on se rapproche d'un taux de CD4 à 50 et plus tôt doit être le démarrage de la TARV)
 - Les sujets à haut risque de mortalité, en particulier les patients avec un faible taux de CD4 (<50), doivent être sous traitement antirétroviral dans les deux semaines.
 - Pour une personne cliniquement stable avec un taux de CD4 élevé, certains cliniciens préfèrent retarder la TARV afin de diminuer le nombre de comprimés à prendre, de réduire les risques d'effets secondaires supplémentaires ainsi que le risque d'IRIS (voir **chapitre 5**) sauf, si d'autres affections liées au VIH sont présentes (ex : SK). Dans tous les cas, la TARV doit être démarrée dans les 8 semaines qui suivent le début du traitement anti TB.
 - Le régime d'ARV de choix est une coformulation de TDF + 3TC/FTC + DTG avec une attention particulière pour les femmes en age de procréer ou enceinte de moins de 3 mois. (voir algorithme 3.1 en page 35 et le tableau 3.2 en page 36). Associé à un traitement de rifampicine, la dose de DTG doit être doublée à raison de 50 mg 2 x/jour
2. Si le patient (adulte ou enfant) est diagnostiqué TB et est déjà sous TARV, le régime d'ARV peut nécessiter d'être modifié en raison des interactions médicamenteuses (voir tableau 12.5 ci-dessous et **chapitre 7**).

Tableau 12.4 Temps d'initiation de la TARV chez les adultes déjà sous traitement anti TB

Situation clinique	Temps d'initiation de la TARV
Tous les cas TB avec CD4 <50	Dans les 2 semaines
Tous les cas TB avec CD4 >50	Dans les 2 à 8 semaines
Jeunes enfants (particulièrement <1 an)	Dans les 2 semaines, si possible
Tous les cas TB-RR/MR	Dans les 2 semaines si le traitement TB-RR/MR est toléré



Tableau 12.5 Les changements de régime d'ARV si un traitement antituberculeux y est associé

Le régime actuel inclut	Type de patients	Remplacer le médicament par
NVP	Tous les adultes et enfants >3 ans*	EFV
	Enfants <3 ans ou <10 kg.	Deux options : 1. Une trithérapie INTI (ABC + 3TC + AZT), puis revenir au protocole précédent une fois que le traitement anti TB est terminé*** 2. Utiliser NVP jusqu'à une dose de 200 mg/m ²
LPV/r	Adultes	Double dose LPV/r ou double dose RTV renforcée**
	Enfants < 3 ans	Deux options : 1. Une trithérapie INTI (ABC + 3TC + AZT), puis revenir au protocole précédent une fois que le traitement anti TB est terminé*** 2. Continuer LPV/r, augmenter le RTV (super-renforcé) pour atteindre un ratio de 1:1
Atazanavir/ ritonavir (ATV/r)****	Tous, étant donné que l'ATV/r ne peut pas être utilisé avec la rifampicine	Temporairement par LPV/r en double dose durant le traitement par Rifampicine
Dolutegravir (DTG)	Adultes	Doubler la dose de DTG (50 mg 2 x/j au lieu de 1 x/j)

Notes :

- * Les enfants > 3ans qui bénéficient d'un régime à base de NVP peuvent également bénéficier d'une trithérapie à base d'INTI
- ** Continuer la double dose de LPV/r (ou double dose RTV renforcée) pendant 2 semaines après avoir arrêté un traitement anti TB contenant de la rifampicine
- *** La trithérapie INTI est recommandée seulement pour la durée du traitement anti TB. Le retour à un régime à base d'IP ou d'INNTI doit être fait une fois que le traitement antituberculeux est terminé.
- **** Puisqu'elle entraîne moins d'induction enzymatique que la rifampicine, la rifabutine peut être utilisée de manière concomitante avec un IP, tels que le LPV/r et l'ATV/r. Si elle est disponible, remplacer la rifampicine par la rifabutine, (pour obtenir plus d'informations sur l'utilisation de la rifabutine, voir le **chapitre 7** et l'annexe 9 dans le Guide TB MSF, 2014)

Les cinq “i” pour diminuer l’impact de la tuberculose chez les PVVIH

Un certain nombre de stratégies peuvent être utilisées selon votre contexte de travail. Celles décrites ci-dessous sont les principales :

- 1 **I**mportance de la recherche de cas TB (recherche active) par un dépistage des symptômes à chaque visite d’un PVVIH dans un établissement de santé, tout comme la mise en place de stratégies de dépistage au sein de la communauté.
- 2 **I**soniazide en prophylaxie préventive (TPI) ou autres traitements préventifs de la TB (TPT), tels que le 3HP, le 1HP et le 3RH, pour empêcher le développement de la tuberculose active.
- 3 Mesures de contrôle de l’**i**nfection tuberculeuse pour réduire le risque de transmission.
- 4 **I**ntégration des services de lutte contre la TB et le VIH dans les zones à haute prévalence afin d’améliorer les résultats.
- 5 **I**nitiation précoce de la TARV, pour prévenir le développement de tuberculose active

Les 2ème, 3ème et 5ème “i” ont une action directe sur l’apparition de nouveaux cas de tuberculose active, tandis que les 1er et 4ème ont une action indirecte.

1. Dépistage de la TB chez les PVVIH

On améliore le dépistage précoce de la TB chez les PVVIH en intensifiant la recherche des cas.

Pour ces patients, le dépistage de symptômes TB doit être réalisé systématiquement au niveau des structures de santé et au sein de la communauté, à chaque visite d’un agent de santé.

Le dépistage standard, selon l’OMS, des symptômes cliniques comprend 4 questions :

- Pour les adultes et adolescents : toux en cours (quelque soit la durée), fièvre, perte de poids, sueurs nocturnes.
- Concernant les jeunes enfants, leurs parents/accompagnants doivent être interrogés sur : toux en cours, fièvre, faible prise de poids et antécédent de contact avec un cas de TB.

Tous les enfants et adultes qui présentent un ou plusieurs symptômes de la TB lors du dépistage doivent faire l’objet d’un examen plus poussé, en utilisant l’algorithme de diagnostic TB pour adultes (algorithme 12.1) ou pour enfants (**chapitre 10**).

Il est très peu probable que les personnes infectées par le VIH chez lesquelles on ne dépiste pas de signes de TB soient atteintes d’une tuberculose active. Ils doivent cependant pouvoir bénéficier d’une thérapie préventive à l’isoniazide (TPI), ou un autre traitement préventif.

Outre le dépistage basé sur les symptômes de l’OMS, une attention croissante est accordée aux stratégies de dépistage pour la détection active de cas de tuberculose, notamment la radiologie thoracique. Vous trouverez plus d’informations et d’autres approches sur le site **Web de MSF SAMU** : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>



[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)



2. Thérapie préventive à l'isoniazide (TPI)

La TPI implique la prescription quotidienne d'un médicament antituberculeux unique, l'isoniazide (INH), afin de prévenir le développement d'une tuberculose active. La TPI a permis de réduire l'incidence de la tuberculose et de la mortalité chez les PVVIH.



La TPI a montré qu'elle réduisait la mortalité chez les PVVIH ; il est donc essentiel de rechercher une TB active chez **tous les patients VIH** et de leur prescrire une TPI si l'examen se révèle négatif.

Les dernières recommandations préconisent un traitement d'une durée d'au moins 36 mois (plutôt qu'un traitement à vie) pour les PVVIH qui ont un test de Mantoux (IDR) positif ou inconnu. Certains guides nationaux recommandent seulement 6 mois de TPI, à renouveler tous les 3 ans. Les deux options sont envisageables, bien que celle à 36 mois ait montré des effets préventifs à plus longue durée.

Avant toute TPI, il faut impérativement exclure une éventuelle TB active chez les patients, au risque de favoriser une résistance de l'organisme à l'INH.



L'association de la rifapentine et de l'isoniazide (3HP), comme alternative à la TPI, administrée une fois par semaine pendant 12 semaines, s'est également révélée efficace dans la prévention de la tuberculose chez les patients co-infectés par le VIH et les patients séronégatifs. L'OMS recommande maintenant 3HP comme alternative à la TPI chez les PVVIH.



www.who.int/tb/publications/2015_ipt_update/en/

Recommandations de l'OMS sur le traitement préventif à l'isoniazide pendant 36 mois chez les adultes et les adolescents vivant avec le VIH dans des contextes de forte prévalence de la tuberculose et du VIH, limités en termes de ressources : mise à jour 2015 http://www.who.int/tb/publications/2015_ipt_update/en/

Voir également le **site web de MSF-SAMU** concernant les preuves scientifiques clés sur la TIP : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>

3. Contrôle de l'infection TB

Le contrôle de l'infection tuberculeuse désigne un ensemble de mesures pouvant réduire la transmission de la maladie.

1. **Les contrôles administratifs.** Ce sont les plus importants :

- L'identification rapide des cas suspects d'infection tuberculeuse (ex : triage et circuit accéléré pour les patients qui présentent une toux).
- Isolement des patients tuberculeux connus ou suspectés (ex : une personne atteinte d'une TB pulmonaire doit dormir dans une chambre séparée tant qu'elle est contagieuse).
- Le port d'un masque chirurgical pour les patients qui toussent.

- L'éducation des patients concernant l'hygiène nécessaire liée au contrôle de la toux
- Une politique de contrôle des infections et un comité en charge.
- Une évaluation des mesures de contrôle et des risques d'infection doit être conduite dans tous les établissements de soins.

2. Les contrôles environnementaux :

- Optimiser la ventilation naturelle comme ouvrir la fenêtre du cabinet de consultation
- Eviter de rester dans le flux d'air à proximité d'un patient infecté
- Optimiser la lumière naturelle de la pièce
- NB : dans les contextes à ressources limitées, la ventilation mécanique et les lampes à UV ne sont pas des priorités.

3. Protection respiratoire du personnel :

- Le personnel de santé exposé doit porter des masques respiratoires N95



Le diagnostic précoce de la TB active et une mise sous traitement rapide restent la manière la plus efficace de prévenir la transmission de la maladie ! Les patients deviennent rapidement non contagieux une fois qu'un régime de traitement efficace est initié.

4. Intégration des services TB et VIH

Les services TB et VIH doivent être intégrés, particulièrement dans les contextes où les deux maladies sont fréquentes.

Chaque année, environ 10% des personnes qui vivent avec le VIH développent une tuberculose active, et jusqu' à 70% de celles traitées pour une tuberculose sont séropositives dans les régions à forte prévalence VIH (qu'ils le sachent ou non).

L'intégration de prestations de services VIH et TB est efficace pour diminuer la morbidité et la mortalité globale. Elle réduit les délais de diagnostic de la TB chez les PVVIH et encourage les patients tuberculeux à connaître leur statut sérologique et à identifier au plus tôt les pathologies qui y sont associées.

Ajouter à cela, l'intégration favorise une gestion plus efficace des personnels de santé disponibles, en évitant de multiplier les équipes comme c'est le cas actuellement dans les programmes parallèles de lutte contre la tuberculose et le VIH.

Certains des objectifs de l'intégration TB / VIH comprennent :

- Dépistage des symptômes de la tuberculose chez tous les enfants et les adultes vivant avec le VIH à chaque visite au centre de soins (y compris les centres de dépistage VIH, les centres de soins prénatals, consultations externes, etc), suivi d'une évaluation rapide de la TB active chez tous ceux qui se présentent avec de la toux ou un autre symptôme de la TB.
- Toute personne qui reçoit le traitement anti- tuberculeux connaît son statut sérologique (le test de dépistage VIH doit être proposé à tous les patients à l'initiation de leur traitement anti-TB).
- Que toutes les personnes séropositives atteintes d'une tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire (tuberculose pharmacosensible ou pharmacorésistante) soient initiées à la TARV.



www.who.int/tb/publications/2015_ipt_update/en/

5. L'initiation précoce de la TARV

L'initiation précoce à la TARV est vitale chez les patients TB co-infectés VIH. Le risque de mortalité est beaucoup plus élevé chez ceux dont la mise sous TARV est retardée. La date de démarrage et le choix du traitement sont décrits plus haut dans ce chapitre. Consulter également le **site web de MSF-SAMU** pour les articles de recherches les plus importants sur ce sujet : http://www.who.int/tb/publications/2015_ipt_update/en/

La tuberculose pharmacorésistante (TB-RR/MR)

Le but de cette section sur la TB-RR/MR

La prise en charge de la TB résistante nécessite des approches cliniques et programmatiques spécifiques propres à chaque programme national. Ceci comprend :

- Une évaluation initiale complète du patient avec ses antécédents, un examen clinique et un ensemble d'exams para-cliniques.
- La recherche des contacts avec des personnes infectées pour la population à risque, en particulier les enfants <5 ans.
- Planification d'un régime de traitement adapté au profil de résistance et selon d'autres critères d'éligibilité spécifiques.
- Un suivi rapproché du patient sur toute la durée de son traitement.
- Un programme de soutien et de conseil intensif sur toute la durée du traitement.
- L'identification précoce des cas d'interruption de traitement.
- De nombreux éléments programmatiques
- Les différentes composantes du suivi et de l'évaluation avec toutes ses exigences administratives.

Ces sujets sont couverts par des guides nationaux et internationaux destinés aux personnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients TB-RR/MR.

Références aux lignes directrices et aux ressources de la TB-RR/MR

- Formation : <http://endtb.org/resources/elearning-modules>
- *endTB Clinical Guidelines*, Version 4. Voir le dossier ressources supplémentaires sur <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>
- Ressources OMS :
 - http://www.who.int/tb/publications/pmdt_companionhandbook/en/
 - <http://www.who.int/tb/areas-of-work/drug-resistant-tb/treatment/resources/en/>



Ressources en ligne

Cette section sur la tuberculose pharmacorésistante ne vise donc pas à fournir des directives de gestion complètes.

Le but est d'apporter un soutien aux cliniciens travaillant dans les centres de soins VIH / TB, lorsqu'ils sont confrontés dans leur quotidien à une TB-RR/MR suspectée ou diagnostiquée. L'objectif de cette rubrique est donc d'aider les cliniciens à :

- Avoir une vision et compréhension globale de la TB-RR/MR
- De savoir quand suspecter un patient de TB-RR/MR
- De savoir comment la diagnostiquer
- Avoir une compréhension globale des différents médicaments et régimes de traitement utilisés.
- Connaître les effets secondaires des médicaments et de savoir les identifier lorsqu'ils apparaissent.
- Connaître les principales activités de support et de conseil visant les patients.

Aperçu épidémiologique

La tuberculose pharmacorésistante est une menace en augmentation. Selon le rapport TB de l'OMS 2016, 3,9 % des nouveaux cas dans le monde et 21% des cas traités au préalable seraient dus à une souche TB résistante. Ajoutons qu'un peu moins de 10% des patients ayant une tuberculose multi-résistante (TB-MR) ont une TB ultra-résistante (TB-UR). Cependant, il est important de noter que les taux de TB pharmacorésistante varient considérablement selon les régions, et qu'une majorité des cas reste actuellement sous diagnostiqués (et donc non traités).

Bien que les données sur l'incidence de la TB pharmacorésistante restent très pauvres dans de nombreux pays, il est plus que probable que le taux soit en augmentation au niveau mondial.

Transmise plus qu'acquise

Nous savons que les résistances aux traitements ARV se développent largement en raison d'une faible adhérence. Concernant la tuberculose, bien qu'une mauvaise adhérence contribue au développement de souches résistantes, **la grande majorité des TB pharmacorésistantes sont transmises** d'un patient à l'autre. Cela exige donc que les programmes de lutte contre cette forme de TB accordent une attention particulière aux questions de contrôle des infections, en commençant par un diagnostic et un démarrage du traitement précoces pour réduire la transmission primaire.



Classification de la TB-RR/MR

La TB pharmacorésistante est un terme général couvrant toutes les combinaisons de médicaments auxquelles le bacille tuberculeux pourrait résister. À des fins de traitement, l'important est d'identifier la résistance à la rifampicine et aux médicaments de deuxième ligne : fluoroquinolones (FQ) - et médicaments injectables. À des fins de classification, l'important est d'identifier la résistance aux médicaments de première intention et à ceux de deuxième ligne - FQ et médicaments injectables.

Il existe deux techniques de diagnostic moléculaire rapides capables d'évaluer une résistance en quelques jours.

- Xpert MTB / rif, qui détecte uniquement la résistance à la rifampicine
- Test Hain qui détecte la résistance à la rifampicine, à l'isoniazide, aux fluoroquinolones et aux aminosides.



Se référer aux lignes directrices de l'OMS

Par conséquent, il est rare de connaître les résistances aux autres médicaments. La présente section met donc l'accent sur les **définitions suivantes de l'OMS**, qui font référence aux combinaisons de résistances éligibles pour un régime de TB-MR. Les définitions ci-dessous sont en cours de révision par l'OMS, vous pouvez donc vous attendre à des changements très prochainement.

Résistance à la rifampicine (RR) : résistance à la rifampicine détectée par phénotypage ou génotypage, avec ou sans résistance à d'autres médicaments antituberculeux. Il comprend toute résistance à la rifampicine, en mono-résistance (RR), ou associée (TB-MR ou TB-XR).

Si la RR est présente, les schémas thérapeutiques avec des médicaments de deuxième ligne mentionnés dans cette section sont nécessaires pour un traitement adéquat.

Les catégories suivantes ont toutes la RR comme caractéristique commune qui définit leur éligibilité à un régime de TB-MR avec des médicaments de seconde ligne :

- **Multi-Résistance (TB-MR) :** Résistance à la fois à l'isoniazide et la rifampicine.
- **Pré-XDR :** Résistance à la fois à la rifampicine et à l'INH, et soit à une fluoroquinolone ou à un aminoglycoside, (une sorte de marque intermédiaire entre MR et UR). La tuberculose pré-XDR, bien que cliniquement importante, n'est pas une définition officielle.
- **Ultra-résistance (TB-UR ou en anglais extensive drug-resistant (XDRTB) :** Résistance à toute fluoroquinolone (ofloxacin / lévofloxacin / moxifloxacin / gatifloxacin) et au moins à trois médicaments injectables de deuxième ligne (la capréomycine, la kanamycine et l'amikacine) associée à une TB-MR telle que définie ci-dessus.

D'autres définitions de modèles de résistance sont :

- **Mono-résistance :** Terme désignant uniquement la résistance à un médicament antituberculeux de première intention (rifampicine, INH, pyrazinamide ou éthambutol). La mono-résistance à la rifampicine est importante car elle nécessite un traitement médicamenteux de deuxième intention contre la tuberculose. La mono-résistance aux médicaments autres que la rifampicine est rarement détectée, car rarement testée. Si elle est présente, il existe des schémas thérapeutiques spécifiques qui ne nécessitent pas de régime TB-MR.

- **Poly-résistance (PR)** : résistance à plus d'un antituberculeux de première intention, autres que l'isoniazide et la rifampicine. Encore une fois, en dehors de la rifampicine, ces profils de résistance sont rarement détectés, car rarement testés. Si présente, il existe des schémas thérapeutiques spécifiques qui ne nécessitent pas de régime TB-MR (deuxième ligne).

Cette section se focalise seulement sur les médicaments et les régimes utilisés pour traiter les patients avec un profil de résistance qui inclut celle à la rifampicine. Tous les patients qui présentent ce profil nécessitent un régime TB-RR/MR avec des médicaments de seconde ligne.

Tableau 12.6 Différences entre une TB pharmacosensible (TB-PS) et une TB pharmacorésistante (TB-RR/MR)

	TB-PS	TB-RR/MR
Symptômes et signes	Pas de différence détectable	
RXT, échographie	Pas de différence détectable	
Frottis	Pas de différence détectable	
Xpert MTB/Rif	Sensibilité à la Rifampicine	Résistance à la rifampicine
Mise en culture et sensibilité	Sensibilité à tous les médicaments de première ligne	Résistance à la rifampicine, à l'isoniazide voire à d'autres médicaments antituberculeux
Durée de traitement	6 mois	9 à 20 mois, tout dépend du profil de résistance
Nombre de médicaments	4	Généralement 5 ou plus
Interactions médicamenteuses	Oui	Oui
Effets secondaires	Quelquefois	Le plus souvent
Association médicamenteuse à doses fixes	Oui	Non

Diagnostic de la TB-RR/MR

On remarquera à partir des trois premières rangées du tableau 12.6 que la TB sensible et la TB-RR/MR se présentent toutes deux de la même manière. La tuberculose pharmacorésistante ne peut donc pas être différenciée de la tuberculose pharmacosensible sur la seule base des antécédents, des examens radiologiques et de la microscopie. Bien que la TB-RR/MR puisse être suspectée dans diverses situations, elle ne peut être confirmée que par des tests de laboratoire spécifiques.

Quand considérer que le patient pourrait avoir une TB-RR/MR

Concernant la TB-RR/MR, les personnes suivantes sont considérées à risque :

- Une personne qui a été en contact étroit avec une personne atteinte de TB pharmacorésistante (surtout si cohabitation).
- Ceux qui ont déjà reçu un traitement anti TB : rechute après traitement, retour après défaut de suivi, échec du traitement (risque le plus élevé), antécédents d'utilisation de médicaments de qualité médiocre ou inconnue, antécédents de maladies ou de traitements responsables d'une malabsorption des médicaments antituberculeux.
- Professionnels de santé y compris le personnel de laboratoire et le personnel auxiliaire (agent de nettoyage hospitalier).
- Les personnes dans des lieux de confinement : mineurs, prisonniers et gardiens de prison...
- Les personnes sous traitement antituberculeux qui ne s'améliorent pas malgré une bonne adhérence.

Dans ces circonstances, un ou plusieurs échantillons sont envoyés pour la microscopie des frottis, les tests moléculaires et une culture et les tests de sensibilité aux médicaments (DST) (voir le tableau 12.7).

Tableau 12.7 Tests pour TB-RR/MR

Test	Rôle	Temps d'obtention des résultats	Autre
Xpert MTB/RIF (cad Génotypage par GeneXpert)	Peut détecter les souches MTB résistantes à la rifampicine (RIF)	< 2 heures	La résistance à la rifampicine détectée par GeneXpert peut donner des résultats faussement positifs et nécessite donc d'être confirmée par un DST (surtout vrai pour les zones de basse prévalence) ou par un second test GeneXpert.
LPA aussi connu sous le terme de test de Hain (test génotypique)	Utilisé pour détecter les souches résistantes à l'H et R (aussi sur des frottis négatifs) et à la résistance aux médicaments injectables de seconde ligne et aux fluoroquinolones	< 2 heures	Validé depuis Mai 2016 pour la seconde ligne de traitement (injectable et FQ) Les mutations spécifiques détectées par la première ligne de LPA peuvent conférer une résistance à Eto / Pto (mutation INH A) ou à une haute dose INH (mutation KAT G)
Culture / DST	Peut être utilisé pour détecter la résistance aux médicaments de première ligne (H, R, Z, E, S)	2-3 semaines pour la culture d'un échantillon liquide. > 1 mois s'il s'agit d'un solide	Les résultats de l'antibiogramme à H, R, FQ et aux médicaments injectables ont tendance à être fiables et reproductibles. Le test de sensibilité aux autres anti-tuberculeux est beaucoup moins fiable. Il existe une résistance croisée entre l'amikacine injectable (Am) et la kanamycine (Km), ainsi que la capréomycine (Cm), mais moins. Le test phénotypique est également capable d'évaluer la résistance à d'autres médicaments (Z, Cs, PAS, Eto / Pto) mais ils sont moins fiables et leur signification clinique est inconnue.
	Peut être utilisé pour détecter une résistance aux médicaments de seconde ligne (injectables, FQ, etc)	Encore plus longtemps, car le DST de la deuxième ligne est généralement effectuée de manière séquentielle au DST de la première ligne.	
Microscopie des frottis	Détermine le niveau de contagiosité chez les personnes atteintes de TBP : Celles avec un frottis positif sont plus contagieuses que celles à frottis négatif.		Noter que les patients atteints d'une TBEP ne sont pas contagieux (sauf s'ils ont une TBP coexistante) bien que ces patients, sous traitement, peuvent avoir un frottis positif (présence de bacilles morts)

Prise en charge du patient atteint de TB-RR/MR

Une fois le diagnostic de TB-RR/MR confirmé, le traitement doit démarrer dès que possible. Un transfert urgent vers la structure locale appropriée s'avère indispensable pour le patient et nécessite :

- Une anamnèse complète, y compris les antécédents de contact, notamment pour les enfants de < 5 ans.
- Un examen clinique complet
- Plusieurs tests initiaux en préparation d'un traitement prolongé avec des médicaments à haut risque toxique potentiel (en préparation de la première visite sur le site de référence, et selon les capacités de votre centre périphérique les tests suivants peuvent être effectués : Hb et numération globulaire, tests de la fonction hépatique, créatininémie, bilan hydroélectrolytique, TSH, audiogramme)
- Des séances de conseils et soutien aux patients abordant notamment le contrôle des infections, des notions sur la TB-RR/MR et une évaluation psychosociale.

Comme indiqué au début de cette section, ces informations sont décrites dans les directives nationales et internationales, y compris celles de l'OMS.



VIH et TB-RR/MR : le risque de mortalité est plus élevé pour un patient atteint de TB pharmacorésistante, co-infecté par le VIH. Faire un diagnostic précoce et commencer un traitement le plus tôt possible. Tous les patients séropositifs atteints de tuberculose pharmacorésistante sont éligibles à un traitement antirétroviral, quel que soit le nombre de CD4, et doivent commencer la thérapie dans les deux semaines suivant le début du traitement TB-RR/MR.



Mise à jour

Les différents médicaments et régimes de traitement utilisés



samumfsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018

Avec l'émergence de nouveaux médicaments pour traiter la TB-RR/MR, combinée aux résultats des essais cliniques utilisant divers schémas thérapeutiques plus courts, la prise en charge de la TB pharmacorésistante a considérablement évolué au cours des dernières années. En août 2018, l'OMS a publié une 'communication rapide' décrivant les principaux changements, qui sera suivi d'un document plus complet avant la fin de l'année (voir le dossier "mises à jour" à l'adresse <https://samumfsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>).

Ce n'est pas le but de ce manuel, ciblé sur les soins primaires, de traiter en détails la prise en charge de la TB-MR/RR. Il est plutôt recommandé de consulter les documents endTB et OMS conjointement avec vos directives nationales. Un aperçu des médicaments et les principes généraux concernant leur utilisation est présenté dans la rubrique suivante.

Bédaquilline (BDQ) et delamanide (DLM)

Deux nouveaux médicaments ont émergé au cours des 4-5 dernières années qui ont considérablement changé la façon dont nous sommes en mesure de traiter la TB-RR/MR. Ces médicaments sont très actifs contre le MTB et jouent maintenant un rôle important dans la prise en charge des patients qui en sont atteints. Malheureusement, dans de nombreux contextes, l'accès à ces médicaments reste difficile.

Leurs effets secondaires sont détaillés dans les tableaux ci-dessous, mais noter ce qui suit concernant leur utilisation avec les ARV. La BDQ peut être administrée avec NVP, contre-indiquée avec EFV. Elle peut aussi être administrée avec LPV/r, mais une surveillance plus étroite est nécessaire en raison du risque accru d'effets indésirables.

Les médicaments disponibles pour la prise en charge de la TB-RR/MR sont classés dans le tableau 12.8 selon les catégories récemment revues par l'OMS. Ce tableau donne aussi des lignes directrices pour une approche globale afin d'élaborer un régime de traitement de la TB-RR/MR

Le tableau 12.9 énumère les différents effets secondaires des médicaments et guide le clinicien quant à leur surveillance et leur gestion.

Le tableau 12.10 énumère plusieurs des toxicités qui s'ajoutent à d'autres et qui doivent être prises en compte, en particulier chez les patients sous TARV.

Tableau 12.8 Médicaments antituberculeux de seconde ligne

Ce tableau détaille les antituberculeux de seconde ligne disponibles et la façon dont ils ont été classés par l'OMS avec une approche globale pour l'élaboration d'un régime de traitement de la TB-RR/MR.

Groupe A. Inclure 3 de ces médicaments (à moins qu'ils ne puissent être utilisés)	Lévofloxacine OU	Lfx
	Moxifloxacine	Mfx
	Bédaquilline	Bda
	Linézolide	Lzd
Groupe B Ajouter 2 de ces médicaments (à moins qu'ils ne puissent être utilisés)	Clofazamine	Cfz
	Cyclosérine OU	Cs
	Térizidone	Trd
Groupe C Ajouter pour compléter le régime et quand les médicaments du groupe A et B ne peuvent être utilisés	Ethambutol	Emb
	Delaminide	Dlm
	Pyrazinamide	PZA
	Imipenem-cilastatine OU	Ipm-Cln
	Méropénème	Mpm
	Amikacine OU	Am
	Streptomycine	(S)
	Ethionamide OU	Eto
	Prothionamide	Pto
	Para-amino-salicylic acid	PAS

Régimes de traitement

Des régimes standardisés de 18 à 20 mois, passant de 9 à 12 mois, sont recommandés pour la prise en charge de toute tuberculose pharmacorésistante incluant une résistance à la rifampicine. Des études récentes sur les schémas thérapeutiques plus courts ont montré une efficacité de traitement comparable aux schémas thérapeutiques plus longs, avec un risque plus faible d'interruption de traitement. Cependant, ces mêmes schémas plus courts étaient également associés à un risque plus élevé d'échec thérapeutique et de rechute. Des nouvelles lignes directrices émergent pour aider le clinicien à décider quel traitement utiliser.

Les régimes plus courts

Ces régimes ont été recommandés en 2016 par l'OMS pour certaines catégories de patients. Les personnes dans les situations suivantes sont exclues de ce régime :

- Résistance aux FQ et aux médicaments injectables
- Exposition antérieure à des antituberculeux de deuxième intention
- TBEP
- Grossesse

Le régime standard le plus court recommandé par l'OMS est le suivant :

- Phase intensive : 4-6 mois de Am + Mfx + Cfz + Z + H^h* + E
- Phase d'entretien : 5 mois de Mfx + Cfz + Z + E

* H^h 1000 mg, 4 fois/j

Cependant, les preuves de l'efficacité de ces schémas thérapeutiques plus courts font encore défaut. Les chercheurs sont donc encouragés à mener des études pilotes dans des conditions de recherche opérationnelle en utilisant des schémas thérapeutiques plus courts, en particulier en remplaçant les injectables par des médicaments de substitution appropriés.

Effets secondaires

Si un patient atteint de TB-RR/MR est co-infecté par le VIH, il est préférable, pendant la phase intensive du traitement, d'éviter la co-administration de ténofovir (TDF) et tout traitement injectable de deuxième intention (amikacine / kanamycine, capréomycine) en raison d'un risque supplémentaire de néphrotoxicité.

Le tableau 12.9 décrit les effets secondaires des médicaments, les tests de surveillance et la prophylaxie de routine recommandée. Pour plus d'informations, consulter les deux références citées immédiatement au-dessous du titre du tableau 12.9.

Le tableau 12.10 expose les risques d'un chevauchement entre la TARV et la thérapie antituberculeuse et les toxicités qui y sont associées.

Tableau 12.9 Traitements TB-RR/MR, effets secondaires et surveillance

Notes :

- Pour des références plus détaillées, voir le Guide 2014 de l'OMS sur la TB-RR/MR (version disponible d'ici la fin 2018) et directives cliniques endTB, version 4.0. <https://samumsf.org/fr/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>
- 40% des patients porteurs d'une TB-RR/MR ont des troubles gastro-intestinaux. Des troubles psychiatriques sont aussi souvent rapportés.

Médicaments	Effets secondaires	Surveillance	Prévention	Prise en charge
Isoniazide (INH)	Neuropathie périphérique Troubles psychiatriques surtout avec des doses élevées Toxicité hépatique	Symptomatique	Pyridoxine 25 mg/jour pour prévenir la neuropathie périphérique	Voir OMS et le livre/recommandations de référence endTB
Pyrazinamide	Toxicité hépatique Arthralgie Augmentation de l'acide urique	Comme le traitement est prolongé de plus de 2 mois dans la TB-RR/MR, surveiller les SGPT mensuellement, tout au long du traitement.		Voir OMS et le livre/recommandations de référence endTB
Ethambutol	Névrite optique accompagnée d'une baisse de l'acuité visuelle ou d'un daltonisme.	Questionner le patient sur sa vision à chaque occasion.		Arrêter le médicament Voir OMS et le livre/recommandations de référence endTB
Ethionamide/ Prothionamide	Effets secondaires gastro-intestinaux fréquents (nausée, anorexie) Hypothyroïdisme Neurotoxique	Surveiller la TSH et T4 à 6 mois et aussi souvent que nécessaire	Pyridoxine 150 mg/jour	A prendre au moment du coucher avec de la nourriture Peut prendre la dose en 2x dans la journée Si la TSH > 10 mUI/L, vérifier T4 et ajouter au traitement de la thyroxine 0.05-0.1mg/jour Voir OMS et le livre/recommandations de référence endTB
Lévofloxacine	Nausée et diarrhée Maux de tête et vertiges	Aucune		
Moxyfloxacine	Nausée et diarrhée Maux de tête et vertiges Possible allongement du segment QT à l'ECG	Symptomatique.		
Cyclosérine	Psychiatrique/ Neurologique Anxiété, dépression, confusion, psychose, vertige, somnolence, trouble de la parole, paresthésie, convulsions Neuropathie périphérique	Antécédents à vérifier à chaque consultation surveiller les effets secondaires, particulièrement les tendances suicidaires	Pyridoxine 150mg/jour	Voir OMS et le livre/recommandations de référence endTB

Médicaments	Effets secondaires	Surveillance	Prévention	Prise en charge
Kanamycine/ Amikacine/ Capréomycine	Néphrotoxique Ototoxique Peut entrainer un trouble de balance des électrolytes (déficit en K, Mg, Ca) plus marqué avec la kanamycine et l'amikacine qu'avec la capréomycine.	Créatininémie mensuelle, Evaluation auditive mensuelle Kaliémie mensuelle, calcémie et magnésium si la kaliémie est basse		Voir OMS et le livre/ recommandations de référence endTB
PAS	Effets secondaires gastro intestinaux : nausée, vomissement, diarrhée Hypothyroïdisme réversible	TSH et T4 à 6 mois de traitement puis chaque fois que nécessaire.		Voir OMS et le livre/ recommandations de référence endTB
Clofazamine	Noircissement de la peau, intolérance gastro intestinale Allongement de l'intervalle QT sur l'ECG			Prise en charge des symptômes A prendre avec de la nourriture. Si allongement de QT, voir <i>endTB Clinical Guidelines</i> , version 4.0
Linézolide	Dépression médullaire Nausée, diarrhée Neuropathie optique Neuropathie périphérique Peut conduire à un syndrome sérotoninergique	NFS mensuelle, surveillance régulière de l'acuité visuelle.	Pyridoxine 150mg/jour	Si allongement de QT, voir <i>endTB Clinical Guidelines</i> , version 4.0
Bédaquilline	Nausée, maux de tête, arthralgie Allongement du segment QT sur l'ECG Le métabolisme du cytochrome P450 est responsable d'interactions médicamenteuses – ARV : pas d'EFV=> NVP ou LPV/r Prudence avec d'autres médicaments responsables d'un intervalle QT allongé - clofazimine et moxifloxacine	ECG de référence puis à 2, 12 et 24 semaines Bilan électrolytique (K, Mg, Ca) de référence et à vérifier si allongement de QT Surveiller SGPT et bilirubine		Arrêter la BDQ si l'intervalle QT> 500ms Si allongement de QT, voir <i>endTB Clinical Guidelines</i> , version 4.0 Arrêter si bilirubinémie >2x la limite normale supérieure (LNS) ou si SGPT > 8x la limite supérieure normale.
Delamanide	Nausées, maux de tête, vertiges Allongement de l'intervalle QT	ECG et bilan hydro électrolytique de référence puis surveillance régulière. Albumine de référence- doit être > à 28g/l		Veuillez vous référer au <i>endTB Clinical Guidelines</i> , Version 4.0 pour les détails importants



Tableau 12.10 Effets secondaires croisés des thérapies antituberculeuses et antirétrovirales et toxicités supplémentaires qui y sont liées

(Note : Les médicaments qui sont plus fortement associés aux effets secondaires apparaissent en gras)

Abréviations utilisées dans ce tableau :

BDQ – bédaquilline, Cm – capréomycine, Cs – cyclosérine, E – éthambutol, Eto – éthionamide, Gfx – gatifloxacin, H – INH, Km – kanamycine, LZD – linézolide, PAS – acide para-amino salicylique, Pto – prothionamide, Rfb – rifabutine, RTV – ritonavir, Z – PZA

Toxicité	ARV	Antituberculeux	Commentaires
Toxicité du système nerveux central (SNC)	EFV	Cs, H, Eto/Pto, Fluoroquinolones	Actuellement, il existe peu de données sur l'utilisation de l'EFV avec Cs ; l'utilisation simultanée est une pratique acceptée avec une surveillance fréquente de la toxicité du SNC. La psychose franche est rare avec EFV seul.
Dépression	EFV	Cs, Fluoroquinolones, H, Eto/Pto	Une dépression sévère peut apparaître chez les patients sous EFV et Cs. Si c'est le cas, remplacer ces 2 médicaments. La situation socio économique grave de nombreux patients atteints d'une maladie chronique peut également contribuer à la dépression.
Maux de tête	AZT, EFV	Cs BDQ	Éliminer les causes plus graves de maux de tête tels que la méningite bactérienne ou à cryptocoque, la toxoplasmose, etc. L'utilisation d'analgésiques (ibuprofène, paracétamol) et une bonne hydratation sont souvent suffisants. Les maux de tête secondaires à l'AZT, à l'EFV et au Cs s'arrêtent généralement spontanément. Les maux de tête ont été rapportés comme l'un des effets indésirables les plus fréquents (> 10%) dans les essais cliniques contrôlés avec BDQ.
Nausées et vomissements	RTV, D4T, NVP, et la plupart des autres	Eto/Pto, PAS, H, E, Z et autres BDQ	Les nausées et les vomissements sont des effets indésirables courants et peuvent être pris en charge selon les modalités décrites au chapitre 11 du manuel de l'OMS. Les vomissements persistants et les douleurs abdominales peuvent être le résultat d'une hépatite consécutive à des médicaments (voir chapitre 16).
Douleur abdominale	Des effets secondaires à type de douleurs abdominales sont décrites dans toutes les TARV.	Eto/Pto, PAS	La douleur abdominale est un effet indésirable fréquent et souvent bénin ; cependant, la douleur abdominale peut être un symptôme précoce d'une hépatite induite par un médicament (voir le chapitre 16).

Toxicité	ARV	Antituberculeux	Commentaires
Diarrhée	Tous les IP DDI	Eto/Pto, PAS, Fluoroquinolones	La diarrhée est aussi un effet indésirable fréquent. Considérer également des infections opportunistes comme responsables ainsi que le Clostridium difficile.
Hépatotoxicité	NVP, EFV, tous les IP (RTV plus que les autres IP), tous les INTI	H, R, E, Z, PAS, Eto/Pto, Fluoroquinolones BDQ	Suivre les recommandations de traitement d'hépatotoxicité (voir le chapitre 16), sans oublier que le cotrimoxazole peut aussi être une cause. La BDQ et d'autres médicaments utilisés pour traiter la tuberculose peuvent entraîner une toxicité hépatique. Si l'élévation des aminotransférases s'accompagne d'une élévation de la bilirubine totale 2x supérieure à la LNS, ou si l'élévation des aminotransférases est 8x supérieure à la LNS ou si l'élévation des aminotransférases persiste au-delà de 2 semaines, la BDQ doit être arrêtée.
Eruptions cutanées	ABC, NVP, EFV, D4T et autres	H,R, Z, PAS, Fluoroquinolones, et autres	Ne pas réutiliser ABC (peut entraîner une anaphylaxie potentiellement mortelle). Ne pas réutiliser non plus avec un agent potentiellement responsable d'un syndrome de Stevens-Johnson. Considérer également le cotrimoxazole comme une cause possible d'éruption cutanée si prescrit
Toxicité rénale	TDF (rare)	Aminoglycosides (Kanamicine et Amikacine), Capréomycine (Cm)	Le TDF peut être à l'origine de lésions rénales chez environ 1% des utilisateurs. Comme il existe également un risque de toxicité avec les aminoglycosides, le TDF est habituellement remplacé par l'AZT ou l'ABC lorsqu'un aminoglycoside est utilisé. N'oublier pas de prescrire les médicaments antituberculeux compatibles avec une insuffisance rénale (voir le tableau 17.1 au chapitre 17).
Myélo suppression	AZT	Lzd, R, Rfb, H	Surveiller la NFS régulièrement. Remplacer l'AZT si une suppression médullaire se développe. Envisager la suspension de Lzd. Considérer également le cotrimoxazole comme une cause possible s'il fait partie du traitement. Envisager d'ajouter des suppléments d'acide folinique, en particulier avec un traitement au cotrimoxazole.

Toxicité	ARV	Antituberculeux	Commentaires
Névrite optique	DDI	E, Eto/Pto (rare)	Supprimer et remplacer définitivement l'agent responsable de la névrite optique.
Dysglycémies (perturbation de la régulation glycémique)	Inhibiteurs de la protéase	Gfx, Eto/Pto	Les inhibiteurs de protéase ont tendance à provoquer une résistance à l'insuline et une hyperglycémie. L'Eto / Pto rendent le contrôle de l'insuline chez les diabétiques plus difficile et peuvent être responsables d'une régulation altérée du glucose (hypoglycémies entre autres). Pour cette raison, La gatifloxacine n'est plus recommandée dans le traitement de la tuberculose.

Soutien au patient

Le soutien aux patients atteints de TB pharmacorésistante est d'une importance primordiale et doit être proposé tout au long du traitement. Les difficultés d'adhérence à un régime de traitement prolongé sont nombreuses pour les raisons suivantes :

- Détresse psychologique
- Problèmes sociaux
- Ignorance et fausses convictions quant au traitement proposé
- Séparation avec la famille/amis
- Effets indésirables (dus au traitement ou pour d'autres raisons)
- Effet secondaire temporaire
- Manque de confiance dans les équipes de soins.

Les stratégies visant à soutenir les patients confrontés à ces difficultés sont nombreuses, mais un programme de soutien de base doit inclure :

- Les patients atteints de TB-RR/MR doivent recevoir une information et une éducation suffisantes au sujet de leur maladie et de leur traitement pour leur permettre d'assumer une certaine responsabilité quant à leurs propres résultats. Il est important qu'ils comprennent que l'absence d'adhérence amplifie les risques de résistance et conduit à des thérapeutiques compliquées. La souche peut aussi être transmise à leurs familles.
- Support psychologique – individuellement et/ou en groupe
- Un soutien médical important pour traiter les effets secondaires, les addictions, les autres pathologies en cours voire une maladie psychiatrique.
- Un soutien social par des subventions, de la nourriture, un hébergement, des transports ou toute aide nécessaire aux patients et à leurs familles. Il est important que ces ressources soient accessibles dans la communauté.
- Une certaine flexibilité dans l'administration du traitement pour permettre aux patients une bonne adhérence.



Besoin de soutien
au patient,
voir chapitre 25



Points clés

- La tuberculose pharmacorésistante est un problème croissant dans le monde, avec un impact énorme sur les patients et les systèmes de santé.
- Contrairement à la résistance au VIH, dont la cause est surtout liée à l'adhérence, la grande majorité des cas de tuberculoses pharmacorésistantes sont transmises d'une personne à l'autre.
- Chez le patient séropositif, il est particulièrement important de reconnaître et de diagnostiquer rapidement une TB-RR/MR et de commencer le traitement dès que possible.
- Il existe de nombreux effets secondaires potentiels sur les médicaments utilisés, ainsi que des toxicités importantes croisées entre les ARV et les médicaments antituberculeux.
- Le risque de non adhérence est élevé, il est essentiel d'accompagner le patient tout au long du traitement et de traiter les effets secondaires précocement.

Annexe 12.1 Approche concernant la lymphadénopathie

Une lymphadénopathie (hypertrophie des ganglions lymphatiques) est souvent le résultat d'une infection, mais peut aussi être la cause d'une pathologie cancéreuse (comme un lymphome ou un sarcome de Kaposi). La lymphadénopathie peut être généralisée ou localisée. A ne pas confondre avec un gonflement des glandes parotides (au niveau des joues) ou glandes salivaires (syndrome d'hyperlymphocytose).

Causes de lymphadénopathies

Causes de lymphadénopathies généralisées

- Le VIH lui-même (taille des ganglions souvent < 2cm), l'apparition d'une lymphadénopathie est plus fréquente en période de séroconversion aiguë
- Syphilis secondaire

Causes de lymphadénopathies localisées :

- Tuberculose
- Infection bactérienne
- IST (aïsne)
- Sarcome de kaposi (SK)
- Lymphome
- Carcinome du col utérin (aïsne)

Gestion des symptômes

NE PAS OUBLIER : Penser à la TB quand une personne se présente avec une hypertrophie des ganglions lymphatiques chronique.

Présentation clinique

- Ganglions lymphatiques gonflés
- Quelquefois sensibles
- Localisés au niveau du cou, des aisselles et des aïsnes.

Examen clinique

- Prendre la température corporelle
- Evaluer la perte de poids
- Mesurer et noter la taille des ganglions (une biopsie à l'aiguille fine est indiquée si la taille est > 2 cm)
- Vérifier toutes les zones où les ganglions sont facilement palpables (cou, aisselles, aïsnes)
- Vérifier la taille du foie et de la rate.

Gestion

- Une prise en charge correcte dépend du diagnostic posé, il doit donc être précis.
- Une antibiothérapie à large spectre est raisonnable pour une hypertrophie ganglionnaire localisée dans l'attente des résultats de biopsie : cloxacilline 250-500 mg quatre fois/ jour pendant 5 jours (en fonction du poids de l'adulte).
- Si le ganglion fait plus de 2 cm chez l'adulte, une aspiration à l'aiguille doit être réalisée par un clinicien formé
 - Si le ganglion est fluctuant, l'aspiration est facile et peut être réalisée par un médecin ou une infirmière sans formation spécifique. Le liquide aspiré doit être envoyé dans un récipient à crachats pour un test TB (BAAR +/- culture)
 - Si le ganglion n'est pas fluctuant, une biopsie à l'aiguille fine (FNAC) doit être réalisée par un clinicien formé qui déposera le matériel prélevé sur des lames de microscope pour une recherche infectieuse (BAAR) ou cytologique, afin d'éliminer d'autres causes possibles (lymphome, SK...)
- Le prélèvement biopsique sera envoyé pour :
 - Frottis TB (BAAR)
 - Cytologie (pour identifier un éventuel lymphome)

Annexe 12.2 Biopsie cytologique à l'aiguille fine (FNAC)

Une FNAC permet d'examiner le matériel cellulaire provenant des ganglions lymphatiques à la recherche de signes microscopiques de TB ou d'une autre pathologie (infections fongiques, lymphome, etc.).

Équipement nécessaire :

- Gants
- Solution de povidone-iodine (ou alcool)
- Gaze stérile
- Aiguille stérile (23 gauge si possible)
- Une seringue de 10ml
- Eau stérile
- 2 lames de microscope (dépolie sur une extrémité)
- Fixatif
- Crayon

Technique d'aspiration à l'aiguille fine :

- Étiquetter les 2 lames du microscope avec l'identité du patient et la date.
- Désinfecter la peau sur et autour du ganglion lymphatique avec de la bétadine (ou alcool)
- A l'aide de l'aiguille fixée à la seringue, aspirer de l'eau stérile
- Expulser immédiatement l'eau de la seringue (de sorte qu'il reste juste une fine pellicule d'eau à l'intérieur)
- Immobiliser le ganglion avec une main et y introduire l'aiguille profondément. Tirer le piston de l'aiguille (environ 2 ml) afin de créer un vide.
- Sans sortir du ganglion lymphatique, retirer et réenfoncer l'aiguille plusieurs fois dans un mouvement de va-et-vient avec des angles différents, tout en maintenant une aspiration permanente.
- Une fois que du matériel (ou du sang) apparaît à la base de l'aiguille, l'aspiration doit être arrêtée. Plus la quantité absorbée est importante et plus les échantillons seront de qualité pour établir un diagnostic.
- Relacher le piston avant de retirer l'aiguille, sinon, le matériel prélevé sera aspiré et déposé dans la seringue et la quantité d'échantillons cellulaires pour les lames de microscope sera insuffisante.
- Demander au patient d'appuyer légèrement sur le site de ponction avec de la gaze.

Préparation des lames

Il est nécessaire de préparer les lames de microscope sitôt l'aspiration, selon les recommandations ci dessous :

- Désadapter l'aiguille de la seringue
- Aspirer doucement de l'air dans la seringue
- Réadapter l'aiguille à la seringue et chasser rapidement l'air qu'elle contient en fixant le bout de l'aiguille sur un bord dépoli d'une lame afin d'y déposer le prélèvement.
- Placer délicatement la deuxième lame «propre» sur celle contenant la biopsie.
- Les faire glisser l'une sur l'autre dans des directions opposées afin d'étaler le matériel de biopsie. Éviter de presser les lames au risque d'abimer les cellules prélevées.
- Laisser une lame sécher à l'air libre
- Vaporiser sur l'autre un produit de fixation

Transport des lames

Les lames d'échantillons devront être correctement protégées pendant leur transport au laboratoire.

Pathologies respiratoires

Aperçu des pathologies
respiratoires

Les points clés des maladies
respiratoires les plus
fréquentes

Les pathologies à ne pas oublier

Approche clinique des patients
avec symptômes respiratoires
dans les établissements de
soins primaires



Les maladies respiratoires sont très fréquentes chez les patients séropositifs et malheureusement restent une cause importante de mortalité. Les erreurs les plus couramment constatées dans les centres de soins de santé primaires sont :

- L'incapacité d'identifier, de transférer ou de traiter de façon appropriée des patients malades présentant des signes de gravité.
- Des antibiotiques donnés de façon systématique quels que soient les symptômes respiratoires (beaucoup de patients souffrent d'infections ORL virales ou de TB)
- Des faiblesses dans le diagnostic de la TB

Ce chapitre donne un aperçu des particularités des maladies respiratoires les plus fréquentes et un algorithme destiné aux cliniciens lors la prise en charge des patients en soins primaires quand ils en sont atteints.

Aperçu des pathologies respiratoires

Les 3 plus importantes

- TB
- Pneumonie
- Pneumonie à pneumocystis (PCP)

A ne pas oublier !! (urgent et souvent passés à coté)

- Epanchement pleural (y compris empyème)
- Pneumothorax
- Embolie pulmonaire

Autres causes potentiellement confondues avec la TB

- Insuffisance cardiaque
- Cancer du poumon
- Sarcome de Kaposi pulmonaire et métastases pulmonaires d'autres cancers
- Maladies pulmonaires chroniques : bronchectasies post TB, silicose (mineurs)

Très fréquent



Moins fréquent

Le tableau 13.2 donne la liste des différentes infections respiratoires en lien avec le taux de CD4.

Les points clés des maladies respiratoires les plus fréquentes

Les 3 plus importantes

1. TB

Le **chapitre 12** est consacré entièrement au diagnostic et à la prise en charge de la TB. En résumé, cependant, les points suivants sont à connaître quand on établit un tel diagnostic :

- La TB est extrêmement fréquente, souvent non détectée, et reste la cause de mortalité la plus importante chez les patients séropositifs.
- Elle peut se manifester par un ensemble de symptômes typiques de la maladie - toux, fièvre, perte de poids et sueurs nocturnes abondantes - mais elle peut aussi se manifester par des signes et symptômes plus insidieux (le plus souvent avec des taux de CD4 plus faibles).
- Les manifestations cliniques sont généralement subaiguës, progressant sur une semaine ou deux mais pouvant s'aggraver rapidement chez les patients avec un taux de CD4 bas.
- L'examen clinique, est très variable, il peut mettre en évidence une maladie multi-systémique touchant les poumons, le cœur, le cerveau, l'abdomen, les os et les articulations ou bien être peu concluant. Un examen physique systématique est donc important.

2. Bronchite et pneumonie

Ces 2 pathologies sont couramment observées dans des contextes de soins ambulatoires et se manifestent généralement par un début aigu de toux, d'essoufflement et de fièvre. Le tableau ci-dessous en résume les principales caractéristiques.



Une documentation détaillée des antécédents, couplée à une auscultation rigoureuse des poumons font une vraie différence et évitent de passer à côté d'un diagnostic de pneumonie ou d'épanchement pleural.



Tableau 13.1 Principales caractéristiques de la bronchite versus pneumonie

	Bronchite	Pneumonie
Cause	> 90% virale.	Généralement bactérienne : pneumonie à streptocoque, <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella</i> ou mycoplasme
Physiopathologie	Inflammation des voies respiratoires avec production de mucus sans congestion pulmonaire	Inflammation du parenchyme pulmonaire avec encombrement alvéolaire lié à un excès de mucus.
Histoire de la maladie	Possibles douleurs diffuses au niveau du thorax. Souvent accompagnées de nez bouché et maux de gorge. Une toux productive n'est pas toujours synonyme d'infection bactérienne ou de TB.	Si une douleur dans la poitrine existe, elle est généralement localisée d'un seul coté.
Examen clinique	La fièvre n'est pas toujours présente au moment de l'examen mais peut apparaître plus tard. Respiration sifflante (sibilances) mais pas de respiration bronchique (foyer avec des bruits respiratoires plus forts) ou de diminution du bruit respiratoire normal (ou murmure vésiculaire) dans une zone particulière.	Fièvre et augmentation de la fréquence respiratoire le plus souvent. Diminution voire disparition localisée du bruit respiratoire normal, possible souffle tubaire (bruit ajouté) localisé.
Radio du Thorax (RXT)	Normale	Zones de densification localisées ou disséminées.
Traitement	Nécessite rarement une hospitalisation. La bronchite est souvent associée à un écoulement nasal et à des expectorations claires, jaunes ou même vertes. Il s'agit d'une infection virale qui ne nécessite pas d'antibiotiques.	Peut nécessiter une prise en charge hospitalière (voir ci-dessous les signes de gravité) Les antibiotiques sont choisis de façon empirique en fonction de la bactérie la plus probablement en cause. En ambulatoire, traitement à base d'amoxicilline à raison de 1g 3X/jour pendant 5 jours.

3. Pneumonie à pneumocystis (pneumocystose)

C'est une infection pulmonaire opportuniste causée par un micro-organisme appelé *Pneumocystis jirovecii* précédemment nommé *Pneumocystis carinii* dont on a conservé l'appellation de pneumonie à PC (PCP), toujours utilisée.

Penser toujours à la pneumonie à pneumocystis en cas d'essoufflement important, progressif et souvent associé à une toux sèche. Les personnes les plus à risque sont celles dont les CD4 sont ≤ 200 , en particulier celles qui n'ont pas pris de traitement préventif par cotrimoxazole.

Présentation clinique

- La dyspnée (essoufflement) causée par l'obstruction des alvéoles est le principal symptôme. **C'est la caractéristique essentielle de manifestation de la PCP.**
 - Initialement, la dyspnée apparaît uniquement lors d'un effort physique puis s'installe progressivement aussi au repos.
 - Le patient peut évoluer rapidement vers une dyspnée sévère
 - Dans un premier temps, une tachypnée (FR rapide) peut compenser l'hypoxémie et donner des résultats satisfaisants à l'oxymètre de pouls mais si le patient s'épuise, il peut vite décompenser. La surveillance de la saturation en O₂ est indispensable.
- On constate souvent une toux sèche (non productive).
- Une tachypnée sévère (FR > 30) accompagnée de battement des ailes du nez sont les signes d'une détresse respiratoire inquiétante et nécessite un transfert d'urgence du patient à l'hôpital. L'examen des poumons est souvent normal.
- La température peut être normale ou élevée, voire dépasser les 40 degrés.
- La RXT montre de façon caractéristique une apparence brumeuse ('verre dépoli'), plus prononcée dans les bases pulmonaires. La présence de ganglions lymphatiques intra-thoraciques n'est pas une caractéristique radiologique d'une pneumocystose.

Gestion

La plupart des patients atteints de PCP présentent des signes de gravité qui nécessitent une prise en charge hospitalière. En soins primaires, débiter l'oxygène, le cotrimoxazole et la prednisone, et transférer le patient dès que possible (voir les doses ci-dessous).

Pour plus de détails, **consulter le guide MSF VIH/TB « niveau hôpital »**



Se référer au Guide MSF
VIH/TB : Niveau hôpital

Y-a-t-il une possibilité de prise en charge en ambulatoire ?

C'est rare. Cependant, si les antécédents et l'examen du patient sont en faveur d'une PCP, et en l'absence de signes de gravité, on peut envisager, moyennant un soutien conséquent à domicile, un traitement en ambulatoire selon la procédure suivante :

- Une dose élevée de cotrimoxazole (CTX) :
 - 21 jours de cotrimoxazole à dose unique (480 mg), un comprimé pour 4 kg de poids, par jour, réparti en 3 prises (par exemple, une personne de 48 kg prend 4 comprimés à dose unique ou 2 comprimés à double dose, 3 fois par jour).
 - La prednisone est indiquée en cas de maladie modérée à sévère, généralement si la FR > 30 ou la saturation < 90. Si elle est nécessaire, le patient doit être hospitalisé et non pas pris en charge en ambulatoire.
 - Donner de l'acide folique à raison de 5mg par jour, dès qu'un patient est sous traitement par cotrimoxazole à forte dose.
 - Surveiller l'apparition d'éruptions cutanées fréquemment rencontrées lors d'un traitement au CTX.



- Le patient doit disposer d'un accès facile à l'établissement de santé et être correctement informé des signes de danger et des actions à entreprendre, s'ils venaient à se présenter.
- Chez les adultes allergiques au CTX :
 - Obtenir plus de détails sur la nature de l'allergie et s'il existe un risque vital
 - Transférer le patient à l'hôpital, où le traitement alternatif est la clindamycine 600 mg 4x/jour + primaquine 15-30 mg par jour pendant 14 jours.

Suivi médical

- Si les symptômes de PCP disparaissent après trois semaines de traitement au CTX à forte dose, cela n'exclut pas de continuer une thérapie à doses préventives (2 comprimés de 480 mg une fois par jour) pour éviter toute rechute.



Une pneumonie à pneumocystis est une maladie de stade 4 qui nécessite un traitement ARV le plus rapidement possible. Si le patient n'a jamais pris de TARV (naïf), il faut l'initier au plus vite, mais dans le cas contraire, il faut décider si le régime actuel doit être poursuivi ou s'il vaut mieux envisager de passer à un autre régime. Ne pas oublier de rechercher la TB.

Les pathologies à ne pas oublier

Sarcome de kaposi (SK) pulmonaire

C'est un diagnostic grave, de mauvais pronostic, même pour les patients sous TARV (voir aussi **chapitre 20** sur les maladies cutanées).

Présentation clinique

- Il faut suspecter un sarcome de Kaposi pulmonaire chaque fois qu'un patient atteint de lésions de la muqueuse buccale ou de la peau souffre également de symptômes respiratoires. A savoir aussi que le SK pulmonaire peut se manifester sans lésions cutanées associées.
- **Petit rappel : Toujours vérifier la bouche du patient.**
- Les signes peuvent être identiques entre le SK, la TB pulmonaire (TBP) ou la PCP.
- L'épanchement pleural est fréquent (avec traces de sang dans le liquide)
- La radio de thorax peut montrer des infiltrats linéaires irradiant des hiles avec quelques nodules. Ils ne sont pas spécifiques du SK, on les retrouve aussi dans d'autres maladies pulmonaires liées au VIH telles que pneumonie, TB et infections fongiques.

Diagnostic

- Il faut toujours exclure une éventuelle TB pulmonaire active même si tout porte à croire que les symptômes sont en faveur d'un SK pulmonaire.
- Afin de confirmer une TB, des échantillons de crachats seront envoyés pour des tests de dépistage (Xpert MTB/RIF, microscopie des frottis) mais s'il existe une forte suspicion, il faut commencer un traitement empirique pour minimiser le délai de démarrage du traitement.
- Auscultation des poumons : rechercher des signes d'épanchement pleural, caractérisés par une réduction du murmure vésiculaire dans les bases et par une matité à la percussion. Si les signes ne laissent place à aucun doute, il faut ponctionner l'épanchement et documenter l'aspect du liquide prélevé. Des traces de sang feront envisager un SK pulmonaire.
- Envoyer un échantillon du liquide pleural pour un dépistage de MTB, une mesure du taux de protéines et une culture suivie d'un antibiogramme. Si le test est réalisable, faire aussi une cytologie.
- Demander une radio thoracique (RXT) si c'est possible
- Tout SK pulmonaire suspecté est une urgence à très haut risque de mortalité qui nécessite le transfert du patient à l'hôpital le jour même pour chimiothérapie. Le plus efficace parmi ceux généralement disponibles est la doxorubicine liposomale pégylée en IV (DLP) qui, dans certains pays, commence à être introduite dans les protocoles nationaux. La prise en charge se fera uniquement à l'hôpital. La bronchoscopie et la biopsie ne sont pas nécessaires, même dans des milieux disposant de ressources suffisantes, car elles retardent la mise sous traitement.

Embolie pulmonaire

L'embolie pulmonaire peut se présenter de diverses façons suivant les territoires vasculaires qu'elle affecte. Les signes vont d'une dyspnée progressive, parfois accompagnée de douleurs thoraciques et d'hypoxie à une apparition brutale caractérisée par un effondrement hémodynamique massif et soudain. Elle doit être évoquée devant un tableau respiratoire dont l'origine des symptômes reste inexpliquée. Une thrombose veineuse profonde (TVP) doit être recherchée. La plupart des patients présentent des signes de gravité importants qui nécessitent leur transfert rapide dans un service de soin adéquat et une mise sous oxygène.

Pneumothorax

C'est une complication assez fréquente de la pneumocystose. Le pneumothorax se manifeste habituellement par un essoufflement soudain et une douleur thoracique. L'examen clinique montre une tachycardie chez un patient en détresse respiratoire. L'auscultation confirme l'absence de murmure vésiculaire d'un côté. La plupart des patients présentent des signes de gravité suffisamment importants pour envisager un transfert rapide dans un service de soin adéquat et une mise sous oxygène.

Empyème (Pleurésie purulente)

C'est une collection de pus dans l'espace pleural dont la cause la plus fréquente - dans le contexte du VIH - est une complication d'une pneumonie. Les symptômes sont généralement de la fièvre, de la toux, une détresse respiratoire et une douleur thoracique de type pleural. A l'examen, les caractéristiques sont les mêmes que celles d'un épanchement : diminution de la ventilation et matité à la percussion.

Le diagnostic est confirmé par la présence de pus à la ponction pleurale et aux neutrophiles que le liquide contient (test cytologique). Une coloration de Gram déterminera l'organisme en cause. Le traitement, idéalement en milieu hospitalier, consiste à poser un drain intercostal (ou des ponctions pleurales itératives) jusqu'à disparition de l'écoulement, auquel on ajoutera un traitement prolongé d'antibiotiques IV.

Maladie pulmonaire chronique

C'est un terme qui couvre plusieurs diagnostics différents. L'accent est mis ici sur :

- La bronchectasie après une tuberculose récidivante.
- La BPCO due au tabagisme (traitée plus en détail au **chapitre 21**).

Ces maladies peuvent survenir quel que soit le taux de CD4 et s'accompagnent souvent de toux, dyspnée et hypoxie chroniques.

Bronchectasie post-TB

On retrouve habituellement des antécédents d'un ou de plusieurs épisodes de TB pulmonaire ou d'exposition professionnelle à risque (comme l'exploitation minière), responsables de destructions au niveau des poumons, à type de bronchectasies. Les symptômes sont une dyspnée chronique et des épisodes récurrents de bronchite bactérienne ou de pneumonie.

Si la radiologie thoracique est disponible, elle permet de visualiser des caractéristiques de maladie pulmonaire séquellaire post-TB – fibrose, kystes. Une comparaison avec les RT précédentes montre une image similaire.

Traitement

Les épisodes d'infections bactériennes seront traités avec de l'ampicilline/amoxicilline ou Augmentin (amoxicilline + acide clavulanique) selon les protocoles locaux. Le traitement antituberculeux est souvent prescrit à tort, il faut donc éviter un traitement TB empirique sur la seule base des symptômes précédemment cités ou de la radiologie, à moins qu'il n'y ait de fortes suspicions de TB active (infiltrats non denses, ganglions intra-thoraciques et épanchements pleuraux). Le diagnostic sera confirmé par les tests Xpert, culture et examen microscopique sur des échantillons de crachats.

Approche clinique des patients avec symptômes respiratoires dans les établissements de soins primaires

Points clés

- Les affections respiratoires sont des pathologies courantes dans les établissements de soins primaires qui traitent le VIH.
- Toujours rechercher les signes de gravité respiratoire et transférer le patient le plus tôt possible si c'est nécessaire.
- Toujours envisager les 3 pathologies suivantes : TB, pneumocystose et pneumonie bactérienne.
- On rate souvent la tuberculose, ce qui contribue à une mortalité importante chez les patients séropositifs.

Les trois pages suivantes proposent une approche clinique sous forme d'algorithme.

Notes concernant l'algorithme 13.1

Les signes de gravité doivent être repérés et traités rapidement. Vous pouvez suivre l'algorithme suivant :

En cas d'absence de signe de gravité :

L'historique de la maladie et l'examen clinique, s'ils confirment la présence d'un épanchement pleural, orienteront le diagnostic vers une pneumonie, une tuberculose, un sarcome de Kaposi ou encore un empyème. En l'absence de signe respiratoire, une bronchite virale semble l'option la plus pertinente, mais il faut toujours garder à l'esprit que chez les patients séropositifs, la probabilité de TB est très élevée. L'approche clinique recommandée est donc la suivante :

- Effectuer les examens TB disponibles (examen bactériologique, GXP, LAM urinaire si le taux de $CD4 < 100$)
- Examiner à nouveau le patient quelques jours plus tard pour juger de l'amélioration clinique et revoir les résultats des examens paracliniques.
- La suite de la prise en charge dépendra des conclusions de votre consultation (les cas de SK ou d'empyème nécessiteront de transférer le patient vers un service approprié). Si les tests TB sont négatifs, il faut revoir le diagnostic et envisager un traitement à base d'azithromycine pour les pneumonies atypiques.
- En supplément :
 - Ne pas donner des antibiotiques sans avoir une indication claire et pertinente.
 - Envisager d'autres causes de maladies respiratoires



- Ne jamais mettre de côté la tuberculose, même si toutes les investigations s'avèrent négatives. Envisager un traitement empirique, surtout en cas de maladie avancée (voir le **chapitre 11**, “Le patient ambulatoire présentant une maladie VIH avancée”, et le **chapitre 12**, “La tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante chez les personnes vivant avec le VIH”).
- Connaître le statut immunitaire (faire un taux de CD4 dès que possible).

Tableau 13.2 Infections pulmonaires fréquentes associées à différents taux de CD4

Les pathologies décrites dans ce tableau, qui sont corrélées avec un taux de CD4 plus élevé, sont susceptibles d'apparaître quel que soit le taux de CD4, tandis que celles présentées avec des taux plus faibles sont rarement observées pour des CD4 élevés.

La plupart des infections pulmonaires surviennent à une fréquence croissante à mesure que les taux de CD4 baissent.

Taux de CD4 au début de l'infection	Infections pulmonaires	Affections pulmonaires non infectieuses
>500 cellules/ μ l	Pharyngite, bronchite et sinusite aiguës	Le sarcome de kaposi est souvent associé avec des CD4<100). (Voir aussi chapitre 20 , maladies cutanées) Pneumothorax spontané, souvent associé avec PCP. Maladie pulmonaire chronique Embolie pulmonaire Cancer du poulmon
	Pneumonie	
	Tuberculose pulmonaire (TBP) : apparaît quel que soit le taux de CD4 mais avec une augmentation des manifestations atypiques à mesure que les CD4 diminuent.	
200–500 cellules/ μ l	Pneumonie bactérienne récurrente	
	TBP et TB disséminée	
<200 cellules/ μ l	PCP	
	TB disséminée	
	Pneumonie fongique, cryptococcose histoplasmosé	

Algorithme 13.1 Prise en charge des problèmes respiratoires en soins primaires

Présentation clinique

- Dyspnée
- Toux productive ou sèche ?
- Fièvre

Vérifier rapidement s'il existe des signes de gravité :

- FR > 30/min
- Hypoxie : saturation en O₂ < 90%
- L'hémoptysie est une urgence médicale. Poser une perfusion, administrer un antitussif (codéine, morphine ou diazépam) et transférer à l'hôpital. La TB est la cause la plus fréquente chez les PVVIH. Ne pas demander un échantillon de crachat car cela pourrait déclencher une hémoptysie massive et un choc hémorragique.
- Confusion
- TA < 90/60 mmHg

Si absence de signe de gravité, évaluation initiale :

Les antécédents :

- Durée d'apparition des signes et autres symptômes associés

L'examen clinique, rechercher :

- Des adénopathies
- Un épanchement pleural
- Une détérioration de l'état général
- Des lésions cutanées

Les examens complémentaires :

- Tout patient est suspect de TB et bénéficie des tests de dépistage à votre disposition.
- Si présence d'un épanchement pleural, faire une ponction à visée diagnostique (et à visée thérapeutique si l'épanchement est important et responsable d'une détresse respiratoire)
- RXT pour tous les patients si possible.

Prise en charge d'urgence en présence de signes de gravité :

- Oxygène si FR > 30/min ou si hypoxie
- Démarrer immédiatement une antibiothérapie si une pneumonie bactérienne est suspectée
- Traitement empirique de la PCP si suspectée
- Transférer et consulter le guide MSF VIH/TB niveau hôpital si retard ou attente avant le transfert



Tous les patients sont suspectés de TB

Il peut y avoir plusieurs affections respiratoires : rechercher des étiologies alternatives ou supplémentaires.

*Tuberculose : Investigations TB pulmonaire :

- Tout CD4 : Expectorations – GeneXpert (microscopie si non disponible)
- CD4 <100 : TB LAM
- Autres investigations selon les cas : épanchement pleural, ponction ganglionnaire

Contrôle de l'infection :

- Zone d'isolement dédiée à la TB
- Masques pour patients qui n'ont pas besoin d'O2
- Ouvrir les fenêtres !

Maladie pulmonaire chronique :

- Tous les taux de CD4
- Dyspnée chronique, toux chronique, hypoxie chronique
- Radiographie thoracique : maladie pulmonaire destructrice post tuberculose - fibrose, cavités, bronchectasie
- La comparaison avec les RXT antérieures montre une chronicité de la maladie : traiter la tuberculose si elle est confirmée, éviter un traitement empirique sur la seule base de la RXT

Apparition soudaine : jours

*Pneumonie bactérienne

- Apparaît quel que soit le taux de CD4
- Envoyer des crachats pour des tests (GXP ou microscopie)
- Auscultation : râles bronchiques et crépitaux
- Rx thorax : infiltrat pulmonaire ou consolidation. Empyème possible (épanchement purulent, présence neutrophiles ++), nécessite un transfert à l'hôpital

Traitement

- Amoxicilline 1g, 3 fois/jour
- Suivi médical rapproché pour surveiller toute amélioration ou apparition de signes de gravité
- Durée des antibiotiques : 5-7 jours

Rechercher le sarcome de kaposi

- CD4 souvent <200, peuvent être plus élevés
- Rechercher des lésions SK (peau, palais)

Traitement

- TARV : à initier en urgence et transférer le patient pour chimiothérapie

Apparition subaiguë : jusqu'à 2 semaines

Bronchite

- Apparaît quel que soit le taux de CD4
- Auscultation : pas de souffle bronchique ou de crépitaux
- Envoyer des échantillons pour des tests TB (GXP ou microscopie)
- Rx thorax si possible mais peu susceptible de montrer des anomalies.
- C'est une affection virale qui ne nécessite pas d'ATB même si les crachats sont jaunes ou verts

Traitement :

- Convoquer à nouveau le patient 3 jours plus tard pour suivi médical et résultats des tests TB.

*Pneumocystose (PCP)

- CD4 généralement <200
- Prophylaxie préventive au CTX habituellement non utilisée
- Dyspnée progressive : souvent toux sèche
- Fréquence respiratoire très élevée (> 40) et hypoxie fréquentes
- Une détérioration soudaine due à un pneumothorax est fréquente et de risque vital
- Auscultation : crépitaux ou auscultation normale

Traitement :

- Cotrimoxazole 480 mg comprimés : 1 pour 4 kg de poids par jour, dose fractionnée en 3 ou 4 doses (ex si 48kg = 4 comprimés x3/jour) jusqu'à un maximum de 4 cp de 480mg 4 fois/jour (soit 2 cp de 960mg 4 fois /jour).
- Prednisone est indiquée pour un état plus sévère, qui dans ce cas nécessite le transfert du patient.

Ne pas administrer des doses répétées d'antibiotiques si le patient ne répond pas au traitement. Si une suspicion TB demeure malgré des résultats de tests négatifs, commencer un traitement anti-TB empirique. En cas de doute, demander conseil

***Top 3 des maladies respiratoires :**
Elles peuvent coexister donc toujours investiguer les 3

Pathologies neurologiques

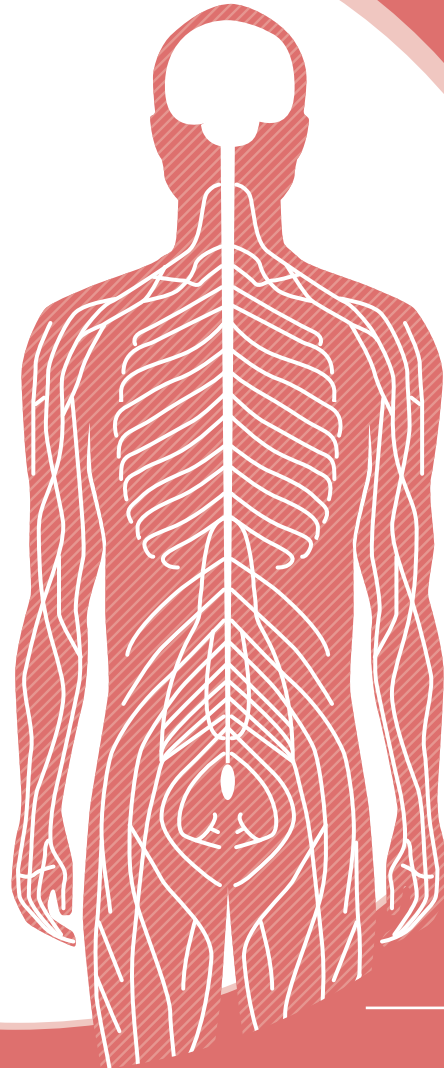
Aperçu du chapitre

Continuité des soins au centre
de santé primaire après une
hospitalisation

Approche clinique d'un patient CrAg
positif

Neuropathie périphérique (NP)

Résumé



Les établissements de soins périphériques reçoivent des patients avec des pathologies neurologiques dont les symptômes sont variés : des signes de méningite, des maux de tête aigus et sévères, une altération de la conscience, une confusion ou un comportement anormal, des symptômes neurologiques focaux et des crises convulsives.



- Toute anomalie neurologique (en dehors des neuropathies périphériques) est un signe de gravité.
- Les maladies neurologiques ont un taux de mortalité élevé.
- La plupart des patients atteints de problèmes neurologiques ont une maladie VIH avancée.
- Une prise en charge d'urgence et une initiation au traitement pour d'éventuelles maladies opportunistes doivent être débutées dès le centre de soins de santé primaire, surtout si le transfert du patient est différé



Transférer à l'hôpital

Ces patients nécessitent un **transfert urgent** pour une prise en charge en milieu hospitalier : l'admission de ces patients à l'hôpital ne peut pas être refusée.

Si vous avez la capacité de faire plus dans votre centre de soins comme cela est suggéré dans ce chapitre, veuillez vous référer au **guide MSF VIH/TB- Niveau hôpital** qui accompagne le guide des soins de santé primaires.



Se référer au guide MSF
VIH/TB- Niveau hôpital

Neurologie ambulatoire : deux tableaux cliniques, qui nécessitent rarement un transfert à l'hôpital et dont la gestion en centre de soins périphériques doit être connue des médecins, sont les neuropathies périphériques et les patients asymptomatiques avec un antigène cryptocoque de surface positif (CrAg).

Aperçu du chapitre

Ce chapitre amènera le lecteur vers :

- Un aperçu des différentes formes cliniques neurologiques et leurs possibles causes.
- Des informations de base concernant les affections neurologiques courantes, en particulier
- ‘Les 3 plus importantes’.
- La gestion d'urgence immédiate et l'évaluation initiale d'un patient avec un tableau clinique neurologique.
- La gestion d'urgence immédiate des pathologies neurologiques fréquentes en attendant le transfert vers le site de référence.
- Les recommandations concernant les soins continus au centre de soins périphérique, après la sortie de l'hôpital.
- L'approche clinique du patient porteur de CrAg positifs.
- Le diagnostic et la prise en charge des neuropathies périphériques.

Pathologies neurologiques et leurs causes

L'algorithme 14.1 présente les différentes pathologies neurologiques rencontrées dans les centres de santé périphériques et les maladies qui leur sont généralement associées.

Notes pour l'algorithme 14.1

Cet algorithme est divisé en 2 sections :

Partie 1 : Symptômes

Il y a 4 types de formes cliniques neurologiques qui peuvent apparaître seules ou combinées :

1. Symptômes de la méningite
2. Signes généraux : principalement un état mental altéré mais aussi des maux de tête
3. Atteintes neurologiques localisées
4. Convulsions

Partie 2 : Maladies en cause

La partie 2 couvre les pathologies fréquemment responsables des troubles neurologiques.

Identifiés par des cercles de couleur, les 4 types de symptômes décrits dans la partie 1 (méningisme, symptômes généraux ou localisés et crises convulsives) sont liée à ces maladies.



Les convulsions chez un patient séropositif sont toujours graves : la cause doit être recherchée et un traitement anticonvulsivant doit être initié.



Soyez attentifs à ne pas systématiquement considérer une hémiplégie comme la conséquence d'un AVC, sans investiguer d'autres causes possibles. Un AVC classique est généralement d'apparition soudaine, chez des personnes âgées diabétiques et hypertendues. Même si ces facteurs de risque existent chez les patients séropositifs, ceux-ci doivent néanmoins bénéficier d'investigations plus importantes, notamment par le dépistage d'infections opportunistes et ils doivent être transférés en milieu spécialisé.



- La toxoplasmose cérébrale et la méningite à cryptocoque apparaissent chez les patients avec un taux de CD4 < 200, plus souvent < 100.
- Une TB cérébrale est plus fréquente avec un taux de CD4 faible mais peut apparaître aussi avec un taux élevé.

Algorithme 14.1 Comment les maladies neurologiques se présentent-elles dans les soins primaires ?

Partie 1 : symptômes

Méningisme

L'un des éléments suivants :

- Rigidité de la nuque
- Photophobie
- Maux de tête.

Signes généraux

- Réduction du niveau de conscience
- Comportement étrange
- Confusion
- Maux de tête.

Signes Focaux

- Hémiplégie
- Anormalités au niveau des nerfs crâniens
- Problèmes cérébelleux.

Crises convulsives

- Périphériques
- Généralisées.

Partie 2 : Maladies en cause

L'utilisation prolongée d'EFV peut être responsable d'une ataxie, d'une encéphalopathie ou d'une perte de poids, réversible à l'arrêt du traitement. Ne pas réintroduire le médicament mais le remplacer par un autre.

Les 3 plus importantes maladies neurologiques :

- La TB
- Les maladies à cryptocoque
- La toxoplasmose.

Atteinte des vaisseaux sanguins :

- Obstruction : diabète, hypertension
- Inflammation : tuberculose, syphilis.

Maladies métaboliques :

Hypoglycémie, hypoxie, sepsis, hypo ou hypernatrémie, néphropathie, hépatopathie

Médicaments :

EFV, INH, Cyclosérine/térizidone

Autres maladies en lien avec le VIH :

- Encéphalopathie
- Encéphalite à CMV
- LEMP (leucoencéphalopathie) multifocale progressive

Autres infections courantes :

- Malaria
- Syphilis
- Méningite bactérienne



Algorithme 14.2 Les pathologies neurologiques les plus fréquentes

Les 3 plus importantes maladies opportunistes du SNC : les rechercher chez tous les patients

Méningite à cryptocoque

- Maux de tête, symptômes de méningite ou altération du niveau de conscience.
- Signes neurologiques focaux : ophtalmoplégie et troubles de la vision sont fréquents.

Investigations :

- CD4 bas (généralement < 100)
- CrAg positif (LCR)

Traitement :

- Amphotéricine B et et flucytosine (ou fluconazole si la flucytosine n'est pas disponible - voir le protocole hospitalier).
- Sont essentielles : Mesure de la pression intra crânienne et PL thérapeutique
- Protocole complet : Voir méningite à cryptocoque, page 309

Toxoplasmose

- Réactivation de la maladie latente responsable d'une lésion avec effet de masse.
- Toutes anomalies neurologiques : symptômes localisés, tous types d'altération mentale

Investigations :

- IgG de la toxoplasmose positif (si disponible)
- Ceci montre une exposition précédente mais qui ne confirme pas une réactivation.

Traitement :

- Traiter si CD4 < 200 et pour tous symptômes neurologiques
- Cotrimoxazole 400mg/80mg, 1 comprimé par 8kg de poids, donné en 2 doses pendant 1 mois.
- Donner ensuite ½ dose pendant 3 mois puis continuer avec des doses préventives normales.
- Il devrait y avoir une réponse rapide dans les 14 jours suivant le début du traitement.

Tuberculose

- Méningite
- Tuberculome : lésion avec effet de masse, responsable de symptômes d'encéphalite et de signes neurologiques focaux.

Investigations :

- LCR : prédominance de lymphocytes, taux élevé de protéines, faible taux de glucose (quelquefois les investigations au niveau du LCR sont normales)
- LCR centrifugé : Le test GeneXpert peut être positif
- Rechercher tous signes de TB : TB LAM, microscopie des crachats, RP, échographie abdominale.

Traitement :

- Traiter pour une TB cérébrale s'il existe des signes neurologiques anormaux et des signes de TB sur d'autres organes, ou si les CD4 sont < 200.
- On ne peut pas distinguer la tuberculose cérébrale de la toxoplasmose sur des symptômes cliniques. Traiter les 2 si les CD4 sont < 200
- Traitement : antituberculeux + stéroïdes : prednison 1.5 mg/kg/jour pour 6 à 12 semaines selon la réponse clinique.

Autres causes infectieuses fréquentes

Malaria

- Un test rapide malaria
- Examen de frottis sanguin en l'absence de test rapide de malaria disponible.
- La malaria peut ne pas être l'unique cause d'un état mental altéré chez un patient ayant un faible taux de CD4.

Neurosyphilis

- VDRL du LCR positif
 - Un test sanguin rapide positif avec des signes cliniques en faveur de cette pathologie
- A noter que le test rapide n'est pas validé pour le LCR

Méningite bactérienne

- Augmentation des GB du LCR avec > 80% de neutrophiles
- Les agents microbiens peuvent être vus au microscope
- Si une PL est réalisée après une antibiothérapie, les organismes sont rarement visibles et les GB peuvent être diminués.

Ne pas oublier la trypanosomiase en zones endémiques : faire microscopie du LCR pour recherche du parasite

Autres causes liées au VIH

Le VIH associé à une démence :

- Généralement CD4 < 200
- Une démence d'installation lente et progressive suite à l'infection chronique par le VIH du cerveau se présente typiquement sous 3 aspects :
 1. altération de la mémoire à court terme et ralentissement de la concentration et des facultés cognitives.
 2. Changement de comportement, apathie, mise en retrait, irritabilité et dépression

3. Altérations motrices sous formes de tremblements, fatigabilité au niveau des jambes, ataxie et symptômes type parkinson.

Un tel diagnostic se fera après exclusion des autres pathologies citées dans cet algorithme et sera étayé par un test IHDS (International HIV dementia scale) positif (tableau 14.1). Les ARV sont le traitement de choix bien que la maladie ne soit pas toujours réversible.

Les autres causes rares incluent l'encéphalopathie à CMV, la leucoencéphalopathie multifocale progressive (LMP) et le lymphome primaire du SNC.

Causes non infectieuses

- Accident vasculaire cérébral (AVC) : Se présente généralement comme un signe neurologique focal mais une baisse de l'état de conscience est un signe en faveur d'un AVC massif. Les causes les plus fréquentes des AVC sont le diabète et l'hypertension.
- Les maladies métaboliques (voir l'algorithme 14.1)

Tableau 14.1 Echelle internationale de mesure de la démence
(International HIV Dementia Scale- IHDS)

Test	Démarche à suivre	Comment évaluer ?
Test de mémoire	Donner au patient 4 mots à répéter (chien, chapeau, haricot, rouge) – prendre 1 seconde pour en prononcer un. Puis demander au patient de les répéter après vous. Répéter les mots si le patient ne s'en souvient pas immédiatement et lui dire que vous allez lui redemander ces mots un peu plus tard.	
1. Vitesse motrice	Demander au patient de tapoter avec les 2 premiers doigts de sa main non dominante aussi largement et rapidement que possible	4 = 15 en 5 secondes 3 = 11–14 en 5 secondes 2 = 7–10 en 5 secondes 1 = 3–6 en 5 secondes 0 = 0–2 en 5 secondes
2. Vitesse psychomotrice	Demander au patient de faire les mouvements suivants avec sa main non dominante, le plus vite possible : • Poser le poing sur une surface plane • Poser la main à plat sur une surface plane avec la paume vers le bas • Poser la main perpendiculairement sur la table avec la tranche de la main coté auriculaire • Montrer l'exemple puis demander au patient de le faire 2 fois.	4 = 4 séquences en 10 secondes 3 = 3 séquences en 10 secondes 2 = 2 séquences en 10 secondes 1 = 1 séquence en 10 secondes 0 = dans l'incapacité à réaliser
3. Rappel de mémoirel	Demander au patient de répéter les 4 mots. Pour ceux oubliés, lui donner un indice sémantique tel : animal (<i>chien</i>), habillement (<i>chapeau</i>), légume (<i>haricot</i>), couleur (<i>rouge</i>)	Donner 1 point pour chaque mot spontanément et correctement prononcé et 0.5 point pour ceux correctement prononcés avec aide. Maximum : 4 points
Score total de l'échelle : C'est la somme des scores des tests de 1 à 3. Le score maximum possible est de 12 points Faire une évaluation plus poussée pour explorer une éventuelle démence pour un patient dont le score ≤ 10.		



Algorithme 14.3 Présentations cliniques neurologiques : gestion d'urgence et évaluation

Gestion de première urgence :



Si signes généraux ou crises convulsives :

- Test glycémique au doigt : si hypoglycémie ($<0,8$ g/l), traiter immédiatement avec 50ml de dextrose à 50% en perfusion intraveineuse (ou tout autre soluté glucosé hypertonique à disposition) et continuer la surveillance glycémique toutes les heures jusqu'au transfert.
- Test rapide de malaria (si zone endémique ou si le patient a voyagé en zones endémiques, surtout ceux qui reviennent dans leur pays d'origine et qui ignorent qu'ils peuvent ne plus être immunisés).

Si l'état mental d'un patient avec un taux de CD4 bas est altéré, la malaria n'est pas forcément la seule cause.

- Si le patient présente des crises convulsives à l'admission :
 - Diazépam 10 mg en IV ou par voie rectale pour stopper la crise.
 - Mettre le patient en position PLS et s'assurer que les voies aériennes supérieures soient libres (canule de guédel si besoin)
 - Masque facial à oxygène si disponible

Si une méningite bactérienne n'est pas exclue et qu'une PL ne peut être réalisée dans l'immédiat, voir les recommandations en page 310

Antécédents

- Si le patient est inconscient ou qu'il ne peut pas parler, un membre de sa famille ou accompagnant peut donner des informations utiles
- Quand les problèmes ont-ils débuté ? Sont-ils apparus soudainement ou progressivement ? Y a-t-il eu une détérioration progressive ?

Répondre à ces 2 questions :

- Le patient prend-il une TARV ? Si oui, est-il probable qu'il soit en échec de traitement ?
- Le patient prend-il un traitement antituberculeux ? Si c'est le cas, son état s'est-il amélioré dès l'initiation au traitement ? L'adhérence est-elle correcte ?

Pour ces deux questions, si votre centre de santé fournit des soins antirétroviraux ou antituberculeux au patient, toutes les informations transmises à l'hôpital concernant ces traitements ainsi que les résultats de tests CD4 et CV seront une aide précieuse. Si un traitement anti TB est en cours, informer l'hôpital si le diagnostic a été confirmé ou non.

Examen de base

- Le patient est-il bien éveillé, confus ou y a-t-il une altération du niveau de conscience ?
- Examen de base des nerfs crâniens : les mouvements oculaires sont-ils normaux ? Le réflexe pupillaire à la lumière est-il présent ? Le patient voit-il ? La perte de vision est fréquente dans les méningites à cryptocoque mais beaucoup de patients ne jugent pas nécessaire de le signaler.
- Le patient bouge-t-il tous ses membres spontanément ? S'il est conscient, lui demander de lever les 2 bras au-dessus de sa tête et de les maintenir ainsi afin de détecter toute faiblesse. Lui demander aussi de lever ses jambes l'une après l'autre, de maintenir une jambe levée pendant que vous exercez une pression sur cette même jambe vers le bas.
- Le patient peut-il s'asseoir et marcher sans aide ? Si c'est le cas, sa marche est-elle normale ou une des jambes est-elle raide ? Risque-t-il de tomber sur un côté ?

Investigations

En supplément des investigations d'urgence, faire, dans la mesure du possible, les tests suivants :

- Taux de CD4
- TB LAM- indiqué pour tous les patients sérieusement malades, y compris les patients avec des troubles neurologiques, indépendamment du taux de CD4.
- Recherche CrAg
- Test rapide de syphilis
- Hémoglobine
- Test urinaire à la bandelette
- Un test de grossesse pour les femmes en âge de procréer (l'éclampsie peut entraîner des crises convulsives graves ou réduire le niveau de conscience)

Soins aux patients en attendant le transfert

Dans les centres de soins primaires, les patients ayant des signes neurologiques seront transférés en milieu hospitalier pour plus d'investigations. Pour de multiples raisons, le transfert peut être retardé d'une durée plus ou moins longue. Les principes suivants concernent la prise en charge du patient dans les centres de soins primaires en attendant son transfert en milieu spécialisé :

- S'assurer que l'état du patient est surveillé régulièrement et que les personnes accompagnantes sont sensibilisées à prévenir le personnel si toutefois des signes de détérioration venaient à se produire.
- Si le patient souffre d'hypoglycémie, après un traitement d'urgence à base de dextrose à 50%, continuer à perfuser le patient d'une solution glucosée et surveiller la glycémie toutes les heures. Le patient conscient pourra être traité en buvant de l'eau sucrée.
- Ecrire une lettre de référence détaillée, incluant :
 - Les antécédents de TARV
 - Tous les résultats de taux de CD4 et de CV documentés
 - Tous les résultats de tests que vous avez pu faire (parfois MSF a accès à des tests dans les centres de soins qui ne sont pas disponibles dans les hôpitaux de référence du ministère de la Santé)
 - Les doses et horaires des traitements donnés
- Les régimes de traitement, dans leur intégralité, concernant des pathologies variées, sont notés ci-dessous pour aider les médecins à donner les premières doses, voire plus selon les disponibilités du centre de soins, en cas de retard de transfert du patient.

Malaria

Commencer le traitement s'il est disponible en donnant une première dose d'artésunate en IV/IM à raison de 2.4 mg/kg en injection lente sur 2-3 min. Refaire ensuite la même opération avec la même dose 12h puis 24h après et enfin, une fois par jour. Passer à un traitement oral dès que le patient est capable d'avaler ses médicaments.

Méningite à cryptocoque

Induction

Une semaine d'amphotéricine B (0.7-1 mg/kg en IV, une seule fois par jour) + flucytosine (100 mg/kg/jour par voie orale, divisée en 4 doses) suivie de fluconazole 1200 mg/jour pendant 1 semaine, est le traitement de choix pour la méningite à cryptocoque chez les PVVIH.

Les régimes d'induction alternatifs sont :

- 2 semaines de fluconazole 1200 mg/jour + flucytosine (dosages ci-dessus)
- 2 semaines d'amphotéricine B (dosages ci-dessus) + fluconazole 1200mg/jour.
- Si CrAg sérique positif et anomalies neurologiques : administrer la première dose d'ampho B/flucytosine. Si seul le fluconazole est disponible, administrer 1200 mg sur le champ.

Consolidation

Après la phase d'induction, fluconazole 800 mg /jour dose adulte pendant 8 semaines.

Entretien (ou prophylaxie secondaire)

Le fluconazole à 200 mg/jour doit être administré pendant au moins dix mois supplémentaires, puis poursuivi jusqu'à ce que le taux de CD4 soit > 200 cellules/ μ L et que la suppression virale du patient soit effective.

Méningite bactérienne

Si un patient présente des symptômes de méningite, une cause bactérienne est possible. Des signes récents (douleurs depuis quelques jours) accompagnés de fièvre abondent en ce sens. Si une PL est impossible à réaliser dans l'immédiat pour confirmer le diagnostic, commencer tout de suite une antibiothérapie selon les protocoles locaux (généralement ceftriaxone 2g en IV, 2 fois/jour). Un traitement à base de stéroïdes n'est pas recommandé pour ce type de méningite.

Toxoplasmose

Comprimé de cotrimoxazole 480 mg :

- La dose quotidienne est d'un comprimé pour 8kg de poids répartie en 2 prises, pendant 4 semaines
- Puis diminuer à 2 comprimés 2 fois/jour pendant 12 semaines
- Maintenir ensuite une dose d'entretien à 2 comprimés 1 fois/jour jusqu'à ce que les CD4 soient > 200
- Ajouter 5mg d'acide folique jusqu'à la dose d'entretien (16 semaines).

Infections bactériennes suspectées

La fièvre est un signe clinique présent dans de nombreuses pathologies dont la TB, les infections bactériennes et opportunistes et la malaria (voir **chapitre 23**). Si l'origine de l'infection est identifiée (symptômes respiratoires, otite, pyélonéphrite, infections pelviennes sévères ou suspicion d'un sepsis puerpéral), commencer une antibiothérapie appropriée, selon les protocoles locaux. S'il existe une bactériémie dont l'origine est inconnue, chez un patient dont l'infection entraîne une détérioration sérieuse de son état général (hypotension, tachycardie), la conduite à tenir est la mise en place d'une antibiothérapie avec ceftriaxone 1-2g en IM ou IV.

Tuberculose

La TB est une source fréquente de complications neurologiques. C'est aussi la cause de mortalité la plus importante chez les patients séropositifs. Si le test TB LAM est positif, démarrer un traitement anti TB. Même si le TB LAM est négatif ou ne peut être fait, commencer le traitement, à moins d'un diagnostic différentiel probant : par exemple

- test CrAg positif

- test malaria positif
- tableau clinique en faveur d'une méningite bactérienne

Concernant la malaria et la méningite bactérienne, en dehors des symptômes spécifiques de ces 2 maladies, les patients sont généralement plutôt bien avec une apparition soudaine et récente des symptômes et sans signes évidents de TB (comme une détérioration de l'état général, des signes respiratoires, des lymphadénopathies).

Crises convulsives

Si le patient est connu pour des antécédents de crises convulsives, démarrer une thérapie préventive anticonvulsivante.

Pour arrêter les convulsions : si leur durée est prolongée (>3min), prescrire du diazépam 10mg, dilué dans 8 ml de glucose à 5% ou 0.9% de chlorure de sodium, en IV lente.

Pour les prévenir : idéalement valproate en commençant par 300 mg 2 fois/jour

Si le valproate n'est pas disponible, bien que relativement contre-indiqué en raison de son effet sur l'abaissement des taux d'INNTI, d'INI et d'IP, il est important de donner quelque chose pour prévenir un décès par une complication de l'épilepsie.

- Carbamazépine, à partir de 200 mg/jour PO
- Ou, Phénobarbitone, 2 mg/kg/jour à prendre le soir (ne pas dépasser 100 mg pour commencer)
- Ou Phénytoïne, à partir de 3-4 mg/kg une fois par jour.

Continuité des soins au centre de santé primaire après une hospitalisation

- **Courrier de l'hôpital** : un récapitulatif explicite sur le diagnostic et le traitement en cours est indispensable.
- **Quels sont les traitements à poursuivre ?**
 - Traitement antituberculeux
 - CTX à fortes doses pour la toxoplasmose
 - Fluconazole pour la méningite à cryptocoque : Les ruptures de stock et les interruptions de traitement sont une cause majeure de rechute. Le traitement préventif secondaire se compose de fluconazole 200 mg/jour, il durera 12 mois minimum et prendra fin seulement après 2 tests consécutifs de CD4 > 200.
- **Une TARV efficace est essentielle.** Elle consiste en une prise régulière d'ARV actifs (c'est à dire pour lesquels le virus n'est pas résistant) et à dose correcte. Où en est le patient dans son traitement ? Est-il TARV-naïf ? Doit-il recommencer son traitement ou changer de régime ? Au vu de leurs investigations, les médecins hospitaliers auront pris cette décision et communiqué cela dans la lettre de décharge de l'hôpital. Dans le cas



contraire, c'est le médecin en charge des soins primaires qui en assumera la responsabilité. Son choix sera guidé par les éléments suivants :

- Les patients transférés à l'hôpital pour raison neurologique sont presque toujours classés en maladie de stade 4. Une nouvelle infection opportuniste de ce stade chez un patient qui a été sous TARV pendant plus de 6 mois représente un échec clinique (selon la définition de l'OMS) et suppose un changement de régime.
- Dans de nombreux pays, la majorité des patients atteints d'un VIH avancé ont déjà été sous TARV à un moment donné (TARV-non-naïfs). Ils ont, par conséquent, échoué à leur première ligne et nécessitent de passer en seconde ligne de traitement.

Quand commencer une TARV efficace ? (voir L'IRIS au chapitre 5) :

- **Après une méningite à cryptocoque ou une TB cérébrale**, la TARV sera initiée dans un délai de 4 semaines après le début du traitement de ces infections en raison d'un possible IRIS neurologique, souvent fatal.
- **Après une toxoplasmose**, le délai sera de 2 semaines après le début du traitement au CTX (en l'absence de traitement antituberculeux associé). L'efficacité du CTX est rapidement observée après 10 à 14 jours de thérapie avec des lésions cérébrales qui diminuent et un risque faible d'IRIS.
- **Une contraception** pour les femmes en âge de procréer doit être discutée. Si elles manifestent un désir de grossesse, il est prudent de leur conseiller d'attendre d'avoir une CV indétectable sous TARV efficace et la fin du traitement d'une infection opportuniste autant pour leur propre santé que celle du futur enfant.

Approche clinique d'un patient CrAg positif

La méningite à cryptocoque reste la cause principale de mortalité dans la maladie VIH avancée. Beaucoup de décès pourraient être évités par l'identification précoce de la maladie à son stade préclinique et par une thérapie préventive au fluconazole pour bloquer la progression de la maladie.

Le test CrAg est simple, effectué sur une goutte de sang prélevée au doigt et réalisable par un agent communautaire en soins primaires. Si le test est positif, et en l'absence de traitement, un risque élevé existe de voir se développer une méningite à cryptocoque dans les prochaines semaines.

Un dépistage systématique de CrAg est recommandé pour tous les patients dont le taux de CD4 est < 200 (parfois < 100 dans certains contextes) et pour tous les patients ayant une maladie VIH avancée (concernant la gestion des résultats, voir toutes les informations dans le **chapitre 11**, aux pages 242 et 244 plus précisément).

Neuropathie périphérique (NP)

La neuropathie périphérique (NP) est une pathologie fréquente chez les patients séropositifs, retrouvée chez 1/3 de ceux ayant un taux de CD4 < 200 cellules/ μ l. Les causes sont multiples mais dans les centres de soins primaires, on retiendra les plus courantes.



Présentation clinique

- Sensibilité diminuée au niveau des pieds et des mains, atteintes en « chaussettes » et en « gants », même si les symptômes sont plus fréquemment observés au niveau des membres inférieurs, notamment au niveau de la plante des pieds.
- Les patients se plaignent de symptômes variés : piqures d'aiguille, sensation de brûlures, froid au niveau des pieds et des jambes, crampes des membres inférieurs.
- Rechercher ces symptômes est important car s'ils se prolongent, ils peuvent évoluer vers des handicaps moteurs dont certains peuvent être irréversibles.

Causes de NP

Les plus courantes :

- L'infection VIH elle même
- Traitement antituberculeux (INH, térazidone/cyclosérine, linézolide)

Plus rares :

- Abus d'alcool
- Causes liées à d'autres traitements (vincristine pour le SK, D4T ou DDI) et plus rarement AZT.
- Diabète

Points clés pour certaines de ces pathologies

L'infection VIH elle même

Le VIH est un virus neurotrope d'action non sélective sur le système nerveux périphérique ou central. Les atteintes neurologiques sont corrélées à l'aggravation de la maladie VIH, plus la maladie progresse et plus elles apparaissent dans le tableau clinique. Cela commence par des troubles de la sensibilité puis les symptômes s'aggravent et évoluent vers des atteintes motrices graves.

Traitement :

- Le premier à considérer, bien sur, est le traitement antirétroviral.
- En outre, si la douleur est importante, suivre les directives sur la gestion de la douleur ci-dessous (page 316)

- La pyridoxine n'est pas un traitement général pour les NP. Il s'agit simplement d'un traitement de supplémentation, lorsque la carence en vitamine B6 (pyridoxine) est responsable de NP.

Les neuropathies liées aux médicaments

- Elles apparaissent généralement après le premier mois de traitement
- La pathologie classiquement rencontrée est une carence en vitamine B6, induite par les traitements à base d'INH et cyclosérine/térizidone (Cs/Trd). Un traitement préventif à base de pyridoxine doit être administré à raison de 25 mg/jour si le patient est sous INH ou 150 mg/jour s'il s'agit de Cs/Trd.

La prise en charge doit d'abord concerner le traitement du déficit potentiel en donnant pendant 1 mois :

- Un traitement pour compenser la carence en vitamine B12 induite par l'INH à raison de 100 mg par jour
- Cette même carence sous Cs/ Trz sera compensée par 150 mg/jour.

Si aucune amélioration n'est constatée après un mois de traitement et que les manifestations cliniques sont significatives, un changement de médicament s'impose. Solliciter une aide plus expérimentée car le choix des traitements pour la TB-MR doit faire l'objet d'une attention particulière.

L'abus d'alcool

Les mauvaises habitudes alimentaires du patient alcoolique est la cause première de carences vitaminées telles que la vitamine B1 ou thiamine, la vitamine B6 ou pyridoxine et la vitamine B12.

Le traitement consiste à suppléer les carences en vitamines et proposer au patient une aide à la désintoxication alcoolique.

Diabète

Les troubles de la régulation glycémique sont responsables de lésions artériolaires. Les dommages sur le réseau microvasculaire qui irriguent les nerfs sont responsables de NP mais aussi, pour les mêmes raisons, de dommages au niveau des yeux, du cœur, des reins, du cerveau... Une caractéristique de la NP diabétique est souvent une douleur lancinante (ou « impatience ») au niveau des jambes.

Traitement :

Il consiste à traiter la pathologie sous-jacente (diabète) mais aussi à soulager le patient de ces douleurs neuropathiques avec de l'amitriptyline selon les dosages ci dessous (page 316).

L'approche des patients qui présentent des symptômes de NP



Vous avez certainement déjà expérimenté des picotements inconfortables ou une sensation de brûlure dans un membre après être resté longtemps dans la même position. Si on ne qualifie pas forcément au départ la sensation comme douloureuse, on s'accorde à dire qu'elle est plutôt désagréable. Si à la douleur s'ajoute une déficience motrice qui risque de s'aggraver progressivement jusqu'à devenir permanente en l'absence de prise en charge, il faut impérativement la traiter de manière agressive afin de soulager le patient et supprimer la cause sous jacente.

Demander au patient :

- Comment décrit-il sa neuropathie ?
 - Symétrique par une simple diminution de sensibilité au niveau des pieds et des mains. Les atteintes en « chaussettes » et en « gants » sont en faveur des étiologies précédemment décrites.
 - Des symptômes unilatéraux et /ou moteurs qui pourraient être liés à une atteinte nerveuse centrale ou périphérique justifiant de plus amples investigations.
- Rechercher les causes évoquées ci dessus : médicaments, diabète et abus d'alcool.

Examen :

Peu de chose à examiner si ce n'est quelques vérifications rapides concernant :

- La symétrie : savoir si la perte de sensibilité est identique des 2 cotés
- Y a-t-il une faiblesse musculaire ? Est-elle la même des 2 cotés ?

Tests :

Le test rapide qui peut être fait est une glycémie au doigt pour rechercher un éventuel diabète.



Si les symptômes sont atypiques (asymétrie, baisse de sensibilité non spécifique aux extrémités, présence de signes moteurs plus nombreux ou particulièrement sévères), demander une aide plus expérimentée et rechercher une cause autre qu'une neuropathie périphérique.

Traitement

- Traiter la ou les causes sous-jacentes évoquées lors du diagnostic, comme indiqué ci-dessus.
- Soulager les douleurs symptomatiques en traitant la NP en fonction de sa gravité :
 - Commencer avec la prescription d'antalgiques de base : paracétamol 500-1000 mg 4 fois/jour si besoin.
 - Si pas d'amélioration, augmenter la puissance des antalgiques avec de la codéine associée au paracétamol 1-2 comprimés 3-4 fois/jour si besoin (seulement si la NP est sévère). L'administration d'un laxatif (lactulose) est recommandée pour traiter la constipation, secondaire à l'emploi de la codéine à haute dose.
 - Dans la prise en charge des patients séropositifs, surtout ceux atteints de maladie avancée, il est préférable d'éviter l'ibuprofène ou tout autre AINS, incompatibles avec les insuffisances rénales fréquemment rencontrées.
 - L'amitriptyline peut être utile comme adjuvant thérapeutique (utilisée en supplément des analgésiques). C'est un produit hautement sédatif, à prescrire en commençant par de petites doses, 12.5 mg le soir, et à augmenter progressivement (toutes les 1 à 2 semaines) jusqu'à un maximum de 50 mg si nécessaire.
 - Si pas d'amélioration, revoir le diagnostic
 - Les anticonvulsivants standard sont souvent utiles, mais malheureusement, les trois plus couramment utilisés (carbamazépine, phénytoïne et phénobarbitone) interagissent de façon significative avec les TARV et sont donc contre-indiqués (voir **chapitre 7**).
 - Les nouveaux anticonvulsivants, à savoir la gabapentine et la lamotrigine, bien que peu disponibles, sont d'autres options qui ont démontré leur capacité à soulager la douleur dans les cas de neuropathie sensorielle liée au VIH.

Résumé

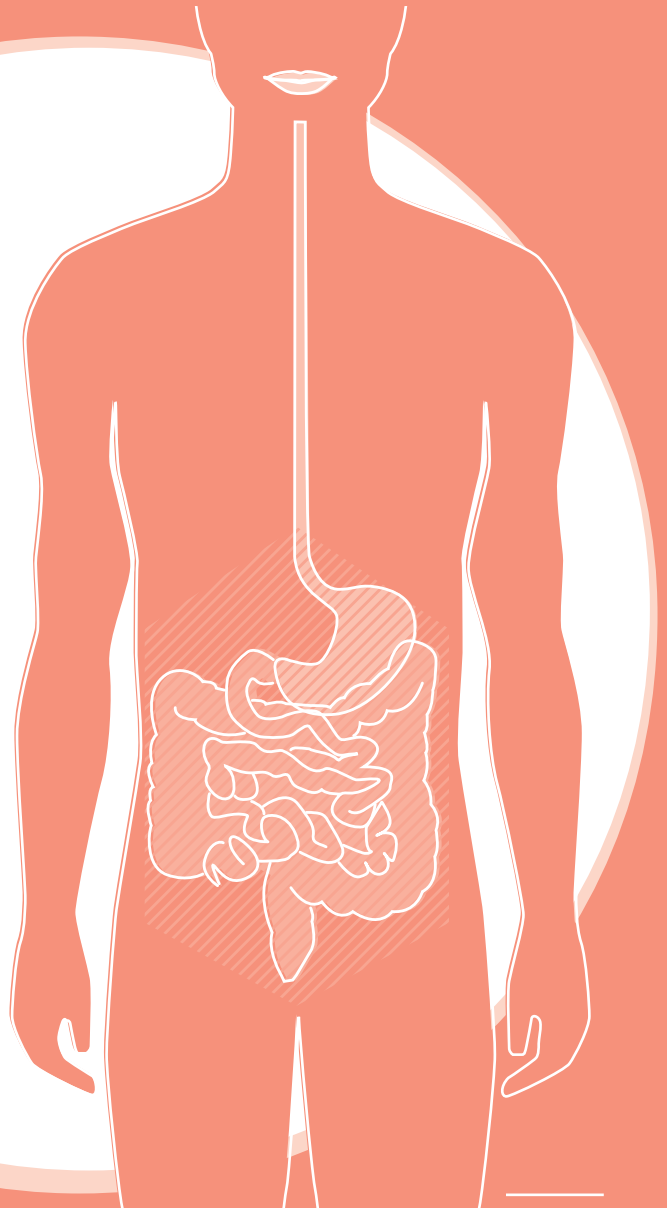
- Les pathologies neurologiques sont fréquentes dans les centres de soins primaires surtout chez les patients avec un taux de CD4 bas.
- Hormis les NP, tous les patients qui présentent un tableau clinique neurologique ont un risque de mortalité élevée et doivent être considérés comme une urgence thérapeutique nécessitant un transfert rapide dans un centre spécialisé pour une prise en charge et des investigations appropriées.
- Être toujours vigilant concernant les 3 pathologies neurologiques les plus importantes que sont la méningite tuberculeuse, la méningite à cryptocoque et la toxoplasmose cérébrale.
- S'assurer que le patient bénéficie d'une continuité des soins correcte en soins primaires, après son passage à l'hôpital.

Pathologies gastro-intestinales

Pathologies orales

Diarrhées et parasitoses
intestinales courantes

Lésions anales



On observe de nombreuses pathologies sur l'ensemble de l'appareil digestif chez le patient séropositif.

- **Les maladies buccales**, si elles ne présentent pas de risque vital, elles sont très inconfortables et peuvent être soulagées significativement par un diagnostic et une prise en charge adaptés.
- **La diarrhée** est fréquente et souvent sous-estimée comme cause de morbidité et mortalité chez le patient avec un taux de CD4 bas.
- **Les lésions anales** sont une cause fréquente d'inconfort et, au même titre que les lésions de la bouche, peuvent être facilement gérées, avec une approche assez simple et des médicaments peu coûteux.

Pathologies buccales

Dans les centres de soins VIH, un examen de la bouche doit faire partie de l'examen de routine. Très souvent, les patients ne signalent pas la présence de lésions buccales dont ils sont atteints et dont certaines pourraient être classées dans la catégorie des maladies de stade 3 ou 4 comme le sarcome de Kaposi. Dans cette rubrique, nous aborderons les pathologies suivantes :

- Candidose (muguet) : bouche et œsophage
- Stomatite angulaire (coins de la bouche)
- Ulcères buccaux
- Sarcome de Kaposi
- Gingivite nécrosante

Candidose buccale (muguet)

L'agent responsable est une levure appelée *Candida albicans*. La candidose buccale survient assez fréquemment chez les personnes séronégatives telles que les nourrissons, les personnes âgées et les diabétiques. Chez les personnes séropositives, elle démontre une immunodéficience plus avancée, avec un muguet persistant qui est un critère de maladie de stade 3.



Candidose du palais



Candidose de la langue

Présentation clinique

Elle apparaît sous forme de dépôts blanchâtres (qui peuvent être enlevés avec un abaisse-langue) entourés d'une bordure rougeâtre. Ils sont situés principalement sur la muqueuse buccale, le pharynx et l'intérieur des lèvres.

Les patients se plaignent souvent de ne plus avoir de goût.

La déglutition est généralement douloureuse au fond de la gorge mais pas au delà (voir la candidose œsophagienne ci-dessous).

Prise en charge

Suspension orale de nystatine, 1ml, en bain de bouche et gargarisme pendant quelques minutes avant de l'avaler. Un traitement 4 fois/jour pendant 5 jours est généralement suffisant pour guérir. Dans le cas contraire ou si le muguet récidive, traiter avec des comprimés de fluconazole 200 mg une fois/jour pendant une semaine.

Candidose œsophagienne

Comme l'œsophage n'est pas visible, un diagnostic de candidose œsophagienne est plus difficile à poser.

Points cliniques

- La question supplémentaire à poser au patient pour le diagnostic d'une candidose œsophagienne est de savoir si la douleur lors de la déglutition (dysphagie) se situe aussi en arrière du sternum.
- Elle est le plus souvent associée à un taux de CD4 bas surtout si un muguet buccal existe déjà. Une candidose œsophagienne est considérée comme une maladie de stade 4.
- En raison de la douleur à la déglutition, elle est généralement diagnostiquée chez des patients qui ne mangent pas et qui ont perdu du poids. Si le patient est incapable d'avaler des liquides, plus d'investigations et une hydratation par voie intraveineuse sont nécessaires et justifient un transfert dans une structure hospitalière (voir ci dessous).
- Une déglutition difficile et douloureuse peut avoir d'autres causes :
 - Un reflux gastro-oesophagien (RGO)
 - Un ulcère de l'œsophage soit d'origine idiopathique (ulcère aphteux) soit d'origine herpétique.
 - Une ulcération de l'œsophage à cytomégalo virus (CMV). A envisager si le taux de CD4 est < 50.
 - Sarcome de Kaposi (SK) (voir plus loin dans ce chapitre)



La candidose œsophagienne coexiste souvent avec d'autres maladies de stade 4, en particulier la tuberculose disséminée. Ne pas attribuer une perte de poids, une léthargie ou tous signes de gravité comme étant uniquement les conséquences d'une candidose œsophagienne. Il est nécessaire de réaliser tous les examens complémentaires nécessaires, et au moindre doute, envisager un traitement antituberculeux empirique.

Prise en charge

- Prescrire du fluconazole 200 mg/jour pour 10 à 14 jours et vérifier l'efficacité du traitement après 7 jours de traitement. Si le traitement est efficace, continuer le fluconazole pour un total de 10 jours à 2 semaines.
- Si le traitement n'est pas efficace, envisager d'autres causes possibles, mentionnées ci-dessus :
 - Débuter une thérapie à base d'acyclovir 400 mg, 3fois/jour pendant 10 jours pour un éventuel herpès.
 - La majorité des personnes atteintes d'œsophagite liée au CMV développeront également une rétinite à CMV. La détérioration de la vision peut se manifester tardivement dans la maladie mais le clinicien doit questionner le patient à ce sujet à chaque consultation. Un examen du fond d'œil est aussi recommandé. Le traitement de l'œsophagite à CMV est le ganciclovir ou le valganciclovir et le patient doit être **transféré à l'hôpital**
- S'assurer que le patient est sous une TARV efficace une fois le dépistage TB réalisé.



Transférer à l'hôpital



Si le patient n'a jamais pris d'ARV, commencer immédiatement une TARV une fois que le diagnostic TB ait été écarté mais s'il est sous thérapie depuis plus de 6 mois, l'apparition de nouvelles maladies de stade 4 doit faire évoquer un échec de traitement. Faire en urgence un test de CV et si le résultat confirme l'échec thérapeutique de première ligne, passer à un traitement de deuxième ligne.



Enfants : fluconazole à dose de charge – 6 mg/kg une fois le 1er jour puis 3 à 6 mg/kg une fois/jour pendant 4 à 21 jours (maximum : 400 mg/jour)

Stomatite angulaire

Une stomatite angulaire se présente sous forme de fissures inflammatoires et douloureuses aux coins de la bouche, généralement causée par *Candida albicans*. Une carence en fer ou une infection bactérienne sont d'autres étiologies possibles.

Prise en charge

Une crème antifongique en application locale pendant 10 jours est un traitement efficace en général. Le clotrimazole voire des gouttes de nystatine appliqués au niveau des fissures peuvent tous deux être utilisés.



Stomatite angulaire

Ulcères buccaux

Les causes possibles sont :

Ulcères aphteux (aphte buccal)

Un ou plusieurs ulcères sur la muqueuse de la bouche, l'intérieur des lèvres et parfois la langue.

- Cause inconnue, probablement virale
- Souvent persistants et très douloureux surtout chez les patients avec des CD4 bas.



Ulcères aphteux du palais

Traitement : une TARV efficace (cad assurer une CV indétectable).

Virus Herpès simplex (VHS)

- Peut se présenter sous forme d'ulcères peu profonds et/ou de vésicules douloureuses, étendues et/ou récurrentes.
- Souvent aussi au niveau des lèvres

Traitement :

- Éviter les aliments acides
- Traitement de la douleur : paracétamol avec codéine ou tramadol
- Donner de l'acyclovir 400 mg 3 fois/jour pendant 5 à 10 jours.



Herpès simplex dans la bouche



Enfants : la dose d'acyclovir (15 mg/kg, 5 fois/jour pendant 7 à 10 jours, max 200 mg par dose) peut diminuer la durée de la maladie si le traitement est commencé dans les 72h suivant le début des symptômes. L'acyclovir topique est inefficace.

Syphilis

- L'ulcère d'un chancre primaire de syphilis est d'aspect très similaire, mais la principale différence est qu'il est presque toujours indolore. Faire un test rapide de syphilis. Le traitement consiste en benzathine benzylpénicilline 2,4 MU en IM par semaine pendant 3 semaines. Ceci est traité plus en détail au **chapitre 19** : Santé sexuelle et reproductive.

Sarcome de Kaposi (SK)



La possibilité de lésions de sarcome de Kaposi au niveau du palais justifie de regarder l'état de la bouche à chaque examen de routine du patient séropositif.

Ce sujet est abordé plus en détail au **chapitre 20** : maladies cutanées chez le patient VIH.

Présentation clinique

- Gonflement (nodules) charnu pourpre sur le palais ou les gencives
- Peut souvent saigner.

Des lésions de SK dans la bouche indiquent que des atteintes pulmonaires ou gastro intestinales sont possibles, des examens complémentaires sont donc nécessaires. Rechercher des signes pulmonaires par une RXT, d'autant plus si le patient présente des symptômes respiratoires, et faire une hémoglobinémie. Si le résultat révèle une anémie, on peut soupçonner un éventuel saignement du tube digestif à bas bruit.



SK du palais

Diagnostic et prise en charge

Le diagnostic est le plus souvent fait sur l'histoire clinique, l'aspect des lésions et leurs distributions (voir chapitre 20).

Pour la prise en charge, il s'agit d'une maladie de stade 4, il est donc impératif que le patient soit sous régime ARV efficace. Si ARV naïf, commencer immédiatement. Si sous ARV > 6 mois, un nouvel épisode de stade 4 ne devrait pas apparaître et signe donc un potentiel échec thérapeutique. Prescrire une CV en urgence, en cas d'échec de la TARV de 1ère ligne, passer à la 2ème ligne. Simultanément, référer le patient en urgence pour chimiothérapie.

Gingivite nécrosante

Présentation clinique

- C'est une inflammation des gencives
- Elle peut entraîner une perte de dents, une douleur intense et une mauvaise haleine.



Gingivite nécrosante

Prise en charge

- Hygiène de la bouche
- Bains de bouches antiseptiques
- Antibiotiques : métronidazole 400 mg 3X/jour pendant 7 jours
- Prise en charge de la douleur – paracétamol ou paracétamol/codéine
- Critère d'une maladie de stade 3, il faut donc s'assurer que le patient est sous TARV efficace. Voir le premier point dans « prise en charge » sur le SK.

Diarrhées et parasitoses intestinales fréquentes

Diarrhées chez le patient séropositif (notes supplémentaires spécifiques aux enfants)

La diarrhée est fréquente et souvent chronique chez les patients séropositifs, en particulier lors de maladie avancée. Couramment sous-estimée, mal diagnostiquée et mal prise en charge, les complications graves de la diarrhée chronique entraînent une morbidité et une mortalité importantes.

La plupart des diarrhées ne nécessitent pas d'antibiotiques mais, dans les contextes où l'accès à la microscopie des selles reste limité, l'origine de la diarrhée est souvent difficilement identifiable par les seuls symptômes cliniques. Dans le doute, le recours aux antibiotiques devient plus systématique et en devient excessif. De plus, la diarrhée mène souvent à une détérioration progressive de la fonction rénale et à des anomalies hydroélectrolytiques graves liées à une mortalité élevée si elles ne sont pas traitées.

Le but de cette partie du chapitre est d'aider à l'identification de l'origine de la diarrhée chez les PVVIH en fonction des indices cliniques disponibles, afin de fournir une base rationnelle pour un traitement antibiotique empirique lorsque cela est nécessaire. De plus, elle guide le clinicien dans l'identification précoce des signes de gravité qui nécessitent un transfert.

Définition

La diarrhée se définit comme 3 ou plus épisodes de selles dans une journée avec une consistance molle (qui prend la forme du contenant). Elle peut être associée à d'autres symptômes tels que fièvre, nausées, vomissements et douleur abdominale.



Définition de la diarrhée chez l'enfant : Augmentation de la fréquence des selles à deux fois le nombre habituel par jour chez les nourrissons ou à trois selles molles ou liquides ou plus par jour chez les enfants plus âgés

Elle peut être classée en diarrhée inflammatoire ou non inflammatoire.

- La diarrhée inflammatoire se produit lorsque des agents pathogènes envahissent la paroi du gros intestin, provoquant une réponse immunitaire et un saignement des muqueuses.
- La diarrhée non-inflammatoire est la conséquence d'agents pathogènes qui envahissent superficiellement la couche épithéliale de l'intestin grêle et provoquent une sécrétion accrue d'eau et d'électrolytes.

Complications :

- Une déshydratation qui progresse généralement vers une insuffisance rénale aigue
- Des anomalies électrolytiques
- Une malnutrition
- Un sepsis généralisé d'origine bactérienne.

Toutes sont responsables d'une morbidité et mortalité significatives.

Causes de diarrhées

La diarrhée a de nombreuses causes dans tout le spectre des organismes infectieux : virus, bactéries, champignons, parasites et mycobactéries. Les hypothèses s'affinent en fonction de la durée (chronique ou aiguë), du type inflammatoire ou non et selon le taux de CD4. Il faut se souvenir aussi que certains médicaments, en particulier le lopinavir/ritonavir, peuvent provoquer une diarrhée. Ces facteurs sont tous inclus dans le paragraphe suivant.

L'approche du patient qui présente une diarrhée



Tout d'abord, vérifier s'il y a des signes de gravité ou de diarrhée sévère, et dans ce cas, transférer le patient à l'hôpital immédiatement.

Si le transfert n'est pas possible, traiter le patient selon les recommandations ci-dessous avec des consultations quotidiennes pour une réhydratation IV et orale



Transférer à l'hôpital



Signes de gravité en cas de diarrhée sévère (signes standard)

- Déshydratation modérée et sévère : persistance du pli cutané, yeux enfoncés
- FC > 120/min
- PA systolique > 90 mmHg
- Fièvre > 39°C (dès 38°, une fièvre associée à une diarrhée est un signe de gravité)
- FR > 30/min (associée à une diarrhée sévère, la polypnée peut être le signe d'une compensation de l'acidose due à une insuffisance rénale grave)
- Incapacité à marcher sans aide
- Confusion, convulsions, fatigue généralisée (sepsis, IR sévère, anomalies électrolytiques).

D'autres signes de gravité :

- Diarrhée sanglante
- Défense abdominale : en cas de perforation intestinale et péritonite. Un tel diagnostic est une urgence médicale et chirurgicale. La salmonelle en est la cause la plus fréquente.
- Une insuffisance rénale nouvelle ou aggravée (créatininémie élevée).



Signes de gravité chez les enfants en cas de diarrhée sévère

- FC et/ou FR en dehors des limites normales selon l'âge (voir annexe 10.1 : valeurs normales chez les enfants)
- Signes de déshydratation modérés ou sévères, y compris persistance du pli cutané, yeux enfoncés, fontanelle antérieure creusée, baisse du tonus musculaire ou somnolence, léthargie, irritabilité, absence de larme quand il pleure, peau sèche ou froide, confusion, convulsions, baisse de la diurèse. L'évaluation et la gestion de la déshydratation chez les enfants diffèrent quelque peu de celles des adultes. Voir l'annexe 15.1 à la fin de ce chapitre pour plus de détails.
- Diarrhée sanglante
- Douleur abdominale et/ou défense

Dans quel contexte travaille-t-on ?

- Il est important de savoir quels organismes sont endémiques dans la région. Par exemple, *Giardia lamblia* et *strongyloides stercoralis* sont fréquents dans les régions tropicales et subtropicales.
- Si votre laboratoire peut effectuer une microscopie des selles, les données collectées sur les agents pathogènes identifiés aideront à décider du traitement empirique approprié.
- Être attentif aux épidémies de choléra si la région est une zone à risque.

Faire une bonne anamnèse

Il y a **3 questions clés** qui aident à définir la cause probable de la diarrhée et qui orientent le traitement.

1. Le taux de CD4 est-il < 200 ou > 200 ?

- Pour les patients avec une maladie VIH avancée (CD4 < 200), une diarrhée parasitaire chronique est fréquente (le plus souvent *cryptosporidium* ou *isospora belli*), et responsable d'une morbidité et mortalité élevées. Ce type particulier de diarrhée est considérée comme une maladie de stade 4 selon l'OMS et est généralement associée avec un taux de CD4 bas même si quelquefois elle peut se manifester avec des CD4 > 200.
- Un faible taux de CD4 est souvent dû à un échec thérapeutique. Il est donc important de disposer d'un historique complet de la TARV ainsi que d'une évaluation de l'échec.
- Se souvenir que **lopinavir/ritonavir** est une cause fréquente de diarrhées, nausées et vomissements.

2. Quelle est la chronologie ?

- Diarrhée aiguë (< 14 jours) ou diarrhée chronique (> 14 jours) ?

3. Est-ce une diarrhée inflammatoire ou non inflammatoire ?

- **Diarrhée non inflammatoire (petit intestin)** : volume important de selles liquides, sans sang ni mucus. À moins d'une diarrhée sévère d'apparition rapide, les bactéries en sont rarement la cause. Les antibiotiques ne sont donc pas nécessaires.
- **Diarrhée inflammatoire (gros intestin)** : crampes abdominales, fièvre, sang et mucus dans les selles sont des signes fréquents.

Investigations devant un tableau de diarrhée sévère ou chronique. Faire tous les examens disponibles dans le centre (qu'elle soit sévère ou chronique, transférer le patient si le laboratoire ne permet pas de faire un dosage de créatinine et d'électrolytes ou si les résultats sont régulièrement différés) :

- Créatinine, sodium et potassium
- Hémoglobine si diarrhée sanglante
- Une numération des GB si c'est possible et si une diarrhée d'origine bactérienne est suspectée

- CD4, CV
- Microscopie des selles : nombreux sont les contextes de travail à ressources limitées qui ne disposent pas de cet examen. S'il est disponible, il doit être demandé pour tous les patients avec une diarrhée chronique ou sévère et les patients hospitalisés.

Si le traitement empirique en cours n'est pas efficace sur la diarrhée, transférer le patient pour de plus amples investigations.

Prise en charge globale :

- Pour réduire la mortalité le remplacement hydroélectrolytique est essentiel :
 - ORS si la déshydratation est modérée et que le patient peut boire.
 - Si le transfert est impossible ou retardé et le dosage des électrolytes non disponible, commencer la réhydratation en IV en utilisant de préférence des solutés tels que NaCl ou Ringer lactate (RL) ou, en dernier recours, tout autre soluté disponible.
- Utiliser un antidiarrhéique (lopéramide) uniquement si la diarrhée bactérienne peut être exclue. Ce traitement est d'usage notamment pour la diarrhée parasitaire chronique chez les patients en stade VIH avancé.
- S'assurer que le patient s'alimente correctement et, au besoin, administrer des compléments alimentaires.
- L'utilisation des antibiotiques est détaillée ci-dessous dans l'approche systématique du diagnostic et de la prise en charge de la diarrhée. Quelques principes généraux :
 - Pas de prescription d'antibiotique à moins que l'anamnèse et l'examen clinique ne donnent de bonnes raisons de penser que la cause est infectieuse et nécessite un tel traitement.
 - Quand ils sont nécessaires, baser le choix d'antibiotiques en fonction des bactéries qui sont probablement à l'origine de la diarrhée. S'assurer que la dose et la durée du traitement sont correctes.
 - En règle générale, les diarrhées aiguës non inflammatoires nécessitent des antibiotiques uniquement s'il existe des signes de gravité ou si la diarrhée est sévère. Les diarrhées inflammatoires aiguës sont quant à elles principalement causées par des bactéries et demandent un traitement antibiotique rapide, ou bien causées par des parasites et demandent alors un traitement spécifique.



Concernant les enfants, le traitement repose essentiellement sur des soins de soutien et de compensation des pertes dues aux selles fréquentes. Le lopéramide ou d'autres agents sont rarement utilisés.

Les tableaux ci-dessous reprennent les informations concernant l'anamnèse et l'examen du patient pour classer la diarrhée selon qu'elle se manifeste de façon aiguë ou chronique, inflammatoire ou non-inflammatoire. S'ajoutent à cela des éléments qui permettent d'orienter le clinicien vers l'agent pathogène probablement en cause, et le traitement qui en découle. Des informations supplémentaires sont fournies sur les infections clés dans les encadrés.

Diarrhée aiguë

- La diarrhée aiguë se définit soit comme non-inflammatoire (intestin grêle), soit comme inflammatoire (gros intestin).
- Le tableau 15.1 (diarrhée aiguë non-inflammatoire) et le tableau 15.2 (diarrhée inflammatoire aiguë) résument les causes et les prises en charge spécifiques.
- Concernant les antibiotiques : la diarrhée aiguë non-inflammatoire nécessite une antibiothérapie seulement si elle est sévère ou présente des signes de gravité tandis qu'une diarrhée aiguë inflammatoire est généralement provoquée par une infection bactérienne ou parasitaire et nécessite une antibiothérapie rapide et adaptée.

Tableau 15.1 Diarrhée aiguë non-inflammatoire

Indices diagnostiques	Agent pathogène probable	Traitement
Contact infecté au sein du foyer	Virus • Rotavirus • Entérovirus • Norovirus Bactéries sécrétant des toxines • Certains <i>E. coli</i>, nourriture contaminée par des bactéries	Les virus sont la cause la plus fréquente. Cliniquement, il n'est pas possible de distinguer une diarrhée due soit aux toxines bactériennes, soit d'origine virale mais, dans les 2 cas, elles se guérissent d'elles mêmes et ne nécessitent qu'une alimentation et une hydratation correctes pour compenser les pertes. Adultes : Les antibiotiques sont nécessaires qu'en cas de signes de gravité (ciprofloxacine 500 mg 2 fois/jour pendant 5 jours) Enfants : Traitement des organismes sécréteurs de toxines (tels que <i>E. coli</i>) : l'utilisation d'antibiotiques est controversée. Certains rapports ont montré un risque accru de syndrome hémolytique et urémique. Cependant, les enfants présentant des symptômes systémiques nécessitent une prise en charge hospitalière avec des antibiotiques IV.
Crampes et/ou nausées	<i>Giardia lamblia</i>	Adultes : Métronidazole 2 g/jour pendant 2 jours ou tinidazole 2 g en dose unique. Enfants : Métronidazole (non approuvé par la FDA quoique très efficace) 15 mg/kg/jour PO divisés en 3 prises pendant 5-10 jours. Tinidazole est aussi une option pour les enfants ≥ 3 ans : 50 mg/kg, max 2 g en dose PO unique.
Diarrhée sévère avec des selles type « eau de riz ». Contact dans le foyer ou au sein de la communauté	Envisager le choléra	La réponse efficace à l'épidémie nécessite une action immédiate : voir les directives MSF sur le choléra dans les ressources supplémentaires en https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018

Tableau 15.2 Diarrhée aiguë inflammatoire^{1,2} (selles liquides peu fréquentes et de petite quantité)

Indices diagnostiques	Agent pathogène probable	Traitement
Sang et/ou mucus et/ou crampes	<i>Shigella</i> ³ (plus fréquente) <i>Salmonella</i> <i>Campylobacter</i> Certains <i>Escherichia coli</i>	Adultes : Ciprofloxacine 500 mg 2 fois/jour pendant 5 jours. En Asie du SE, la salmonelle est de plus en plus résistante à la ciprofloxacine - reste généralement sensible à la ceftriaxone (1 g par jour pendant 3-5 jours) Enfants : Azithromycine 500 mg/ jour pendant 3 jours. Le traitement alternatif est la ceftriaxone
Diarrhée sanglante avec ou sans crampes	<i>Amibes</i>	Adultes : Métronidazole 400 mg 3 fois/jour pendant 5 jours Enfants : Métronidazole 35-50 mg/kg/jour divisé en 3 prises à 8h d'intervalle pendant 7-10 jours. Dose maximum : 750 mg/dose
Antibiothérapie récente	<i>Clostridium difficile</i> ⁴	Adultes : Métronidazole 400 mg 3 fois/jour pendant 10 jours (PO) Enfants : Métronidazole 30 mg/kg/jour divisé en 4 prises de 6h d'intervalle pendant ≥ 10 jours. Dose maximum : 2000 mg/jour

1. Gestion d'une diarrhée aiguë inflammatoire en général : si pas de signes de gravité, traiter d'abord avec ciprofloxacine. Si le traitement n'est pas efficace, ajouter du métronidazole pour couvrir les amibiases. En présence de signes de gravité, les 2 médicaments seront prescrits de façon concomitante et empirique.
2. Septicémies, infections à distance (osseuses...), perforation intestinale et mégacolon toxique font partie des complications de ce type de diarrhée, fréquentes chez les patients séropositifs.
3. La bactérie *Shigella* est hautement infectieuse, l'ingestion de 10 organismes suffit à provoquer une diarrhée grave.
4. La diarrhée causée par *Clostridium difficile* peut survenir pendant un traitement antibiotique, 5 à 10 jours, voire jusqu'à 10 semaines après la fin du traitement.

Diarrhée chronique

Elle est fréquente notamment chez les patients séropositifs. **Une diarrhée chronique doit alerter sur une possible infection parasitaire (stade 4 de l'OMS) et sur un possible échec de la TARV.**

- Le tableau 15.3 liste les causes de diarrhée chronique et de la prise en charge particulière dont elle relève. Des infections opportunistes systémiques ou des origines non-infectieuses peuvent aussi être la cause de diarrhée chronique.
- Se souvenir que le lopinavir/ritonavir est une cause fréquente.

Tableau 15.3 Diarrhée chronique non-inflammatoire
(quantité importante de selles liquides)

Indices diagnostiques	Agent pathogène probable	Traitement
Pas de sang, de mucus ou de crampes	Coccidioses intestinales : • <i>Isospora belli</i> • <i>Cryptosporidium</i> • <i>Microspora</i> • <i>Cyclosporidium</i>	• Perte de poids notable, insuffisance rénale et carence sévère en électrolytes sont fréquents • Etant donné que les colorations spéciales utilisées pour la microscopie des selles sont rarement disponibles, commencer un traitement empirique avec cotrimoxazole pour <i>Isospora belli</i> (voir ci-dessous). • Pour les autres causes, il n'y a pas de traitement spécifique disponible en dehors de la TARV. (Dans certaines régions, le <i>microsporidium</i> est sensible à l'albendazole : 400 mg 2 fois/j pendant 2 à 4 semaines) • Toutes ces infections surviennent généralement chez un patient avec une maladie VIH avancée. Une TARV efficace est donc le point central du traitement, à initier pour les patients TARV-naïfs ou à modifier si échec du régime de première ligne , en évitant le lopinavir/ritonavir. • Lopéramide peut être donné aux adultes en toute sécurité (note : à ne pas donner aux enfants !)
	<i>Giardia lamblia</i>	Métronidazole 2 g/jour pendant 3 jours ou Tinidazole 2 g en dose unique. Enfants : Métronidazole (non approuvé par la FDA quoique très efficace) 15 mg/kg/jour PO divisés en 3 prises pendant 5-10 jours. Tinidazole est aussi une option pour les enfants ≥ 3 ans : 50 mg/kg, max 2 g en dose PO unique

Indices diagnostiques	Agent pathogène probable	Traitement
Régions endémiques : Afrique subsaharienne, Asie du SE Les larves se disséminent largement ce qui favorise l'auto-infection et augmente la quantité de parasites chez les patients. Peut être asymptomatique ou responsable de douleurs gastriques, d'occlusions intestinales, de diarrhées chroniques, d'urticaire récurrent et <i>larva currens</i> (éruption prurigineuse filiforme progressant plus rapidement que la <i>larva migrans</i> cutanée)	<i>Strongyloides stercoralis</i>	• Si elle n'est pas traitée, elle peut conduire à un syndrome d'hyper infestation chez les patients à maladie VIH avancée, responsable de méningite et défaillance multi-systémique. Le syndrome d'hyper infestation peut être précipité par les stéroïdes. • Le traitement de choix est l'ivermectine, à raison de 200 µg/kg PO en une seule dose pendant 1 à 2 jours. Si l'ivermectine n'est pas disponible, traiter avec l'albendazole à 400 mg 2 fois/jour pendant 7 jours. L'ivermectine est cependant plus efficace. • Toujours traiter la parasitose si elle est suspectée ou découverte accidentellement.

Diarrhée chronique chez les enfants



Présentation clinique

La diarrhée chronique est généralement définie comme une diarrhée qui dure plus de 4 semaines et dont les causes sont variées :

- Infections (y compris les infections parasitaires dues aux protozoaires)
- Maladies inflammatoires intestinales
- Syndrome de malabsorption
- Des allergies alimentaires ou intolérances (lactose par exemple).

Prise en charge

Gérer la déshydratation comme décrit ci-dessus.

Obtenir si possible un échantillon de selles et traiter selon l'agent pathogène en cause. Si l'identification du germe n'est pas possible, administrer un traitement empirique comme suit :

- Cotrimoxazole 40+8 mg/kg 3 x/jour + métronidazole 10 mg/kg 3 x/jour pendant 5-7 jours.

Toujours rechercher la présence d'autres infections chez les enfants atteints de diarrhée aiguë ou chronique. Des maladies telles que infections urinaires, infections ORL ou pneumonie peuvent toutes coexister avec une diarrhée.

Isospora belli

Caractéristiques :

- CD4 quasiment toujours < 200.
- La contamination se fait par l'ingestion de nourriture et d'eau.
- Souvent associé à des vomissements.
- On note généralement une perte de poids significative.
- Provoque une diarrhée chronique non-inflammatoire grave avec déshydratation et perte d'électrolytes.
- Une insuffisance pré-rénale associée à la perte d'électrolytes peut conduire à une insuffisance rénale chronique qui peut se révéler fatale si elle n'est pas diagnostiquée et traitée.



Traitement :

- Cotrimoxazole : 4 comp de 480 mg 2 x/jour pendant 2 semaines.
- Puis 2 comp de 480 mg 2 x/jour pendant 3 semaines
- Enfin, continuer avec un traitement préventif, à raison de 2 comp de 480 mg/jour
- En cas d'hypersensibilité au cotrimoxazole, une désensibilisation est généralement possible (voir annexe 8.2).
- Si la désensibilisation n'est pas envisageable (hypersensibilité menaçant le pronostic vital), traiter avec la ciprofloxacine 500 mg 2 fois/jour pendant deux semaines.

Isospora belli récurrente

Certains patients sous ARV avec des CD4 bien au-delà de 200 (allant même jusqu'à 1 000) et avec une CV indétectable, ont des épisodes récurrents d'Isospora. La raison en est inconnue, mais on soupçonne une immunité intestinale affaiblie non restaurée par la TARV. Si un patient précédemment traité pour isosporose (diagnostic clinique ou par examen parasitologique des selles) présente un nouvel épisode de diarrhée aqueuse, considérer qu'il s'agit d'une récurrence de l'isosporose et débiter le traitement.

Ces patients doivent être traités à l'hôpital avec du cotrimoxazole à haute dose (intraveineux de préférence) pendant 2 semaines, avec ou sans ciprofloxacine. Le traitement se poursuit avec des doses d'entretien de cotrimoxazole plus élevées que le traitement classique à raison de 2 comprimés de 480 mg 2 fois par jour, plutôt que 2 comprimés 1 fois par jour.



Pour les enfants : TMP-SMX, 5 mg/kg/dose de triméthoprim, à donner 2 x/jour pendant 10 jours. Si les symptômes persistent ou s'aggravent, la même dose de TMP-SMX doit être donnée 3-4 fois/jour pendant 10 jours (ou jusqu'à 3-4 semaines).

Tableau 15.4 Autres causes de diarrhée chez les patients séropositifs

- Affecte soit le gros intestin soit l'intestin grêle et entraîne des diarrhées avec des selles liquides ou sanglantes. - Des symptômes digestifs associés sont fréquents comme douleur abdominale, saignement rectal.	
Causes	Diagnostic et prise en charge conseillée
Mycobactéries : <i>M. tuberculosis</i> et <i>Mycobacterium Avium Complex</i> (MAC). Pas de distinction possible entre les 2 mycobactéries sur la base des signes cliniques.	- Les 2 intestins peuvent être concernés, notamment l'iléon terminal. - Douleur et distension abdominales, saignement rectal parfois. - Les signes cliniques incluent une hépatomégalie, une défense abdominale ou de l'ascite. L'échographie abdominale peut montrer des ganglions lymphatiques et des micro-abcès spléniques. - Envisager une TB disséminée.
Virus : CMV (CD4 < 100)	- Responsable d'ulcérations au niveau des 2 intestins - Le diagnostic est généralement posé quand un patient atteint de diarrhée ou de saignement rectal présente une rétinite à CMV au fond d'œil. Certains centres sont aussi équipés pour réaliser une sigmoïdoscopie et une biopsie. Traitement : valganciclovir
Sarcome de Kaposi	- Peut toucher les 2 intestins - Environ 80% des patients atteints d'un sarcome de Kaposi présentent une atteinte du système digestif ; un SK non diagnostiqué est vu le plus souvent en post-mortem. - Généralement, pas de symptôme digestif spécifique. L'anémie est fréquente et en faveur d'une atteinte du système digestif chez tout patient affecté par un SK. Traitement : chimiothérapie urgente et TARV efficace
Lopinavir/ritonavir	- Des symptômes digestifs sont fréquents notamment des selles liquides et des douleurs abdominales - si d'autres causes sont exclues, on peut donner du lopéramide - changer pour atazanavir/ritonavir si possible et donner de la rifabutine si un traitement anti TB est associé, (rifampicine exclue). Voir Chapitre 7

Diarrhée et VIH : points essentiels

- La diarrhée est un symptôme fréquent, lié à une mortalité et morbidité significatives en raison de ses complications souvent mal identifiées.
- Evaluer toujours en premier les signes de gravité, et transférer le patient à l'hôpital si l'un des signes est présent.
- Éviter l'utilisation systématique d'antibiotiques à large spectre. Utiliser plutôt une approche qui prend en compte le nombre de CD4, la durée et le type de diarrhée afin de disposer d'éléments suffisants pour un diagnostic éclairé et un traitement adéquat.



Parasitoses intestinales courantes (vers)

Ces infestations sont relativement fréquentes dans les contextes à ressources limitées et la prévalence est élevée chez les patients séropositifs.

- L'ankylostome et l'ascaris sont les parasites les plus fréquents. Ils ne causent pas de diarrhée.
- *Strongyloides* est abordé dans les diarrhées chroniques ci-dessus.

L'ankylostome

L'ankylostome est responsable d'anémie : traiter tous les patients anémiés avec albendazole 400 mg, en dose unique.

L'ascaris

- Souvent asymptomatique, l'infestation est diagnostiquée quand le parasite est visible dans les selles ou lors de vomissements.
- Peut entraîner des complications sérieuses comme une occlusion intestinale, une occlusion des canaux biliaires (ictère) et des symptômes respiratoires lors de la phase pulmonaire du cycle parasitaire.
- Traitement : albendazole 400 mg en dose unique.

Lésions anales

C'est une cause fréquente d'inconfort et de douleur chez les patients séropositifs, sans que cela soit limité aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Les patients se plaignent souvent de douleur, de masse, de décharge ou simplement d'hémorroïdes.

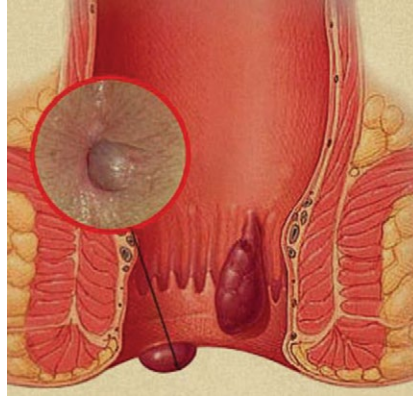
Cette rubrique donne un aperçu des différentes lésions anales possibles avec de brefs détails concernant le diagnostic et la prise en charge. Toutes ne sont pas spécifiquement liées au VIH, mais toutes sont responsables d'un inconfort important. Elles sont décrites selon leurs causes, d'origine infectieuses ou non.

Causes non infectieuses - 6 lésions principales

1. Hématome péri-anal

Anamnèse : le patient se plaint généralement d'hémorroïdes ou d'une masse douloureuse dont l'intensité s'aggrave lors du passage des selles. Une constipation est souvent associée à ces symptômes.

Examen : on retrouve une masse douloureuse (due à l'étiement des tissus) et violacée tout à fait visible au niveau de l'anus, causée par la rupture de vaisseaux sanguins sous la peau.



Traitement : attendre qu'il se résorbe spontanément. Soulager la douleur au passage des selles en amollissant les selles (laxatif). L'application régulière d'un anesthésique local tel que le gel Emla peut également aider. Les préparations commerciales pour les hémorroïdes (Anusol, Proctosedyl, Scheriproct) ne font aucune différence.

2. Fissure anale

Anamnèse : elle est identique à celle de l'hématome péri-anal

Examen : Ressemble beaucoup à un hématome péri-anal, mais en y regardant de plus près avec une luminosité correcte (vous aurez peut-être besoin d'aide), il y a une déchirure nette de la paroi anale en profondeur, susceptible de saigner à l'examen.

Traitement : Demander au pharmacien d'écraser 8 comprimés de 10 mg de TNT (Isordil ou médicaments similaires) dans 50 g de paraffine molle. Le patient applique cette préparation 2 fois/ jour pendant 10 jours. Le traitement est généralement très efficace, mais dans le cas contraire, la chirurgie est nécessaire. Les préparations commerciales pour les hémorroïdes ne font aucune différence.



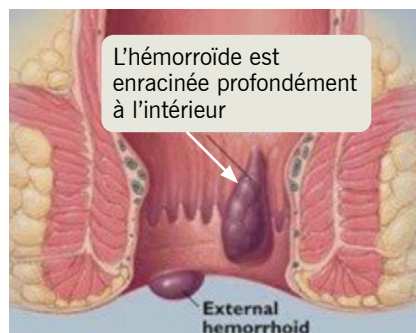
Fissure visible après un examen minutieux

3. Hémorroïdes

Anamnèse : Pas de douleur, se manifeste par du sang rouge dans les toilettes lors du passage des selles

Examen : Fixées à l'intérieur du canal anal, elles ne sont visibles qu'à l'aide d'un rectoscope.

Traitement : Les préparations commerciales pour les hémorroïdes peuvent aider, mais le traitement curatif reste la chirurgie, notamment lorsque le saignement persiste.



4. Hémorroïdes thrombosées

Anamnèse : Se manifeste par une douleur aiguë, gonflement d'une masse au niveau de l'anus, souvent accompagnée de saignements.

Examen : Gonflement rouge, souple et charnu sortant de l'anus (non relié à la peau extérieure).

Traitement : c'est une urgence chirurgicale qui demande un **transfert** immédiat.



Transférer à l'hôpital

5. Abscess péri-anal

Comme tous les abcès, il est souple au toucher, chaud et susceptible de contenir du pus.

Traitement : incision chirurgicale et drainage.



6. Fistule péri-anale

Anamnèse : Se présente comme des décharges peu douloureuses et des démangeaisons.

Examen : Au niveau de l'anus, du pus s'écoule de façon quasi constante de l'orifice distal de la plaie fistulisée.

Traitement : L'écoulement purulent chronique des sinus péri-anaux chez les patients VIH est très probablement infecté par des bacilles tuberculeux. Commencer une thérapie antituberculeuse et vous assurer que le patient bénéficie d'une TARV efficace. La chirurgie n'est pas indiquée en cas de TB, elle peut entraîner des complications.



Tableau 15.5 Aide au diagnostic des lésions péri-anales

		Hémor- roïdes	Hématome péri-anal	Fissure	Abcès péri-anal	Hémorroïdes internes thrombosées	Fistule anale
Anamnèse	Douleur	Non	Oui	Oui	Oui ++	Oui ++	Non
	Saignement	Oui	Quelquefois	Oui le plus souvent	Non	Quelquefois	Elancements, parfois présence de sang
	Masse	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Examen	Vision directe	Non	Oui	Oui- profond	Oui	Oui	Oui
	Rectoscope nécessaire	Oui	Non	Non	Non	Non	non
Traitement		Chirurgical	Anesthésie locale	Onguent à la TNT	Chirurgical	Chirurgical	Chirurgical

Causes infectieuses – 5 lésions principales

1. Herpès simplex

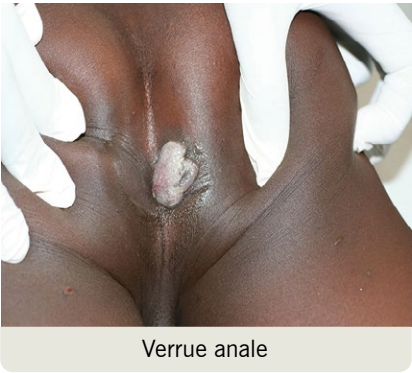
Se présente de la même façon que toutes autres lésions herpétiques partout ailleurs avec des vésicules en grappe ou un ulcère peu profond.

Le traitement est identique avec des comprimés d'acyclovir 400 mg 3 fois/jour pendant 5-7 jours.

2. Lésions dues au HPV (papillomavirus humain)

Deux manifestations différentes :

- a. Comme une verrue, condylome acuminé avec une apparence typique de chou-fleur. Traiter selon les préparations disponibles localement, généralement la podophylline.
- b. Comme un ulcère anal ou une plaie. C’est une affection pré-cancéreuse, le patient doit être transféré pour une prise en charge plus poussée.



3. Proctite (gonorrhée ou chlamydia)

Pertes/démangeaisons/douleur dans le rectum allant d'intensité modérée à sévère. Le traitement est celui du protocole standard local concernant les IST.

4. Syphilis

Se présente avec un chancre primaire, un ulcère indolore classique avec des bords surélevés, ou d'aspect verruqueux, ressemblant aux verrues HPV, mais moins protubérantes. Le traitement est celui du protocole standard local.

5. TB

Voir à nouveau les détails ci-dessus concernant la fistule péri-anale.

Annexe 15.1 Classification des déshydratations chez l'enfant

Signes	Classer comme	Identifier le traitement (le traitement d'urgence avant un transfert est inscrit en gras)
2 des signes suivants : • Léthargique ou inconscient • Yeux enfoncés • Pas capable de boire ou boit très peu • Persistance du pli cutané	Déshydratation sévère	• Transfert d'URGENCE à l'hôpital accompagné de sa mère qui lui donnera le temps du trajet, des petites gorgées d'ORS le plus souvent possible • Conseiller à la mère de continuer l'allaitement. • Prévenir et traiter les hypoglycémies. • Si l'enfant ≥ 2 ans et que du choléra est déclaré dans la zone, lui donner des antibiotiques en conséquence 
2 des signes suivants : • Agité, irritable • Yeux enfoncés • Boit avec avidité, a soif • Persistance du pli cutané	Déshydratation modérée	Si l'enfant a aussi une classification sévère : • Donner de la nourriture et de l'eau. • Conseiller à la mère de continuer l'allaitement, et lui expliquer les signes d'aggravation. • Expliquer à la mère quand elle doit revenir en urgence en consultation • Suivi dans les 2 jours si pas d'amélioration.
Signes insuffisants pour conclure à une déshydratation modérée à sévère	Pas de déshydratation	Donner de la nourriture et des solutions d'hydratation pour traiter la diarrhée à la maison. Expliquer à la mère quand elle doit revenir en urgence en consultation. Doit être revu dans les 5 jours si pas d'amélioration.

Notes sur la prise en charge

Les signes et symptômes suivants demandent une attention particulière :

- Ne semble pas en forme ou se détériore (altération de l'état général)
- Comportement altéré (irritable, léthargique)
- Yeux enfoncés
- Tachycardie
- Tachypnée
- Incapacité à avaler une quantité suffisante de liquides (manque d'apports hydriques)
- Diminution de l'élasticité cutanée

Déshydratation modérée :

- Si le patient est capable de s'alimenter et qu'il ne vomit pas, donner à boire des solutions type ORS, 40 ml/kg toutes les 4h. Augmenter la quantité selon la demande et encourager les mères à continuer l'allaitement si c'est possible.
- Donner 10 ml/kg de liquide après chaque selle :
 - < 2 ans : 50-100 ml
 - > 2 ans : 100-200 ml
 - Une supplémentation en zinc peut diminuer la durée de la diarrhée et la fréquence des selles :
 - < 6 mois : 10 mg/jour pendant 14 jours et de 6 mois à 5 ans : 20 mg/jour pendant 14 jours

Déshydratation sévère :

- Donner rapidement un bolus IV de 20 ml/kg de Ringer lactate ou de sérum physiologique et transférer le patient sans tarder.
- Traiter avec ciprofloxacine 15 mg/kg/dose 2 fois/jour pendant 3 jours, en cas de sang dans les selles.
- Si l'enfant prend une alimentation diversifiée, proposer yaourts, porridges riches en eau, ORS ou toute autre solution salée/sucrée.
- Attention à la réhydratation chez l'enfant sévèrement malnutri, demander une aide expérimentée en cas d'incertitude sur la prise en charge adéquate.

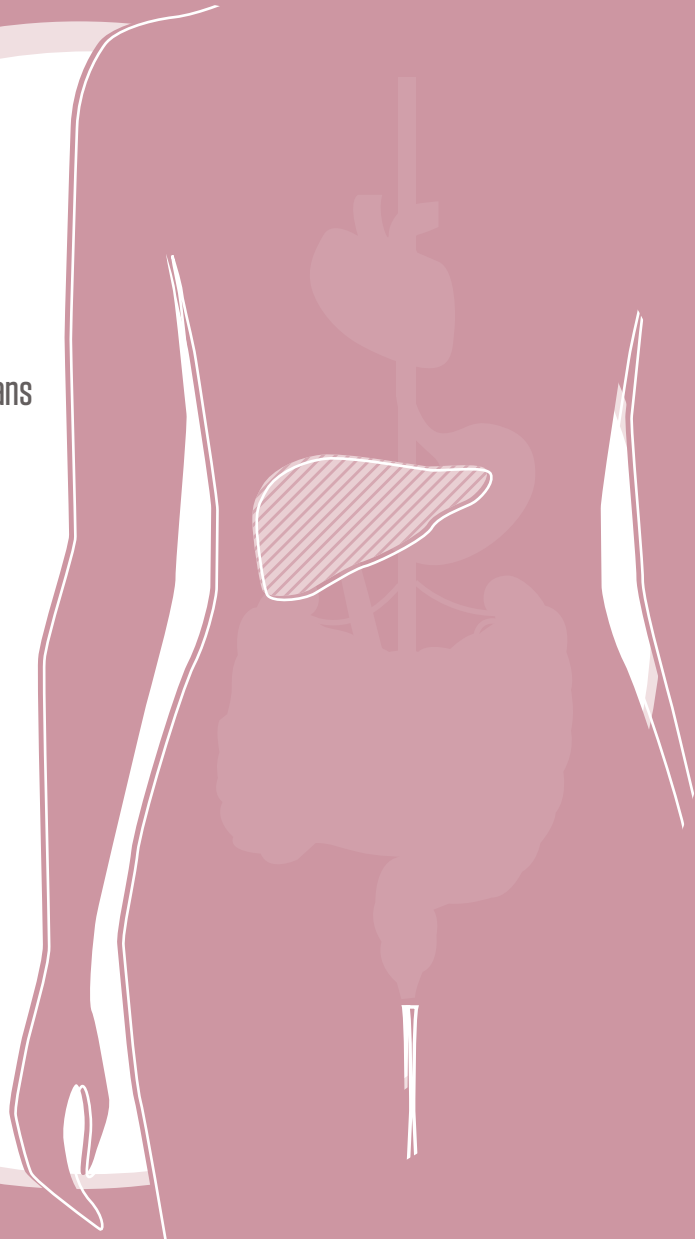
Pathologies hépatiques

A. Comment les pathologies hépatiques se présentent-elles dans les centres de soins VIH/TB ?

B. Quels tests faire pour évaluer les pathologies hépatiques ?

C. Un aperçu des maladies les plus fréquentes, rencontrées dans les centres de soins

D. L'approche du patient en soins primaires possiblement atteint d'une maladie hépatique



Les cliniciens qui consultent dans les centres VIH/TB, ont tout intérêt à bien comprendre la physiopathologie des maladies hépatiques qu'ils peuvent rencontrer. Non seulement parce qu'elles ont une part de responsabilité non négligeable dans la morbidité voire la mortalité des patients mais aussi parce que leur présence complique à bien des égards le traitement du VIH et de la TB.

Les thèmes suivants seront abordés dans ce chapitre :

- A. Comment se présentent-elles habituellement dans nos centres de soins ?
- B. Quels sont les tests utilisés pour les évaluer ?
- C. Un aperçu des pathologies fréquemment observées dans nos centres.
- D. L'approche du patient qui se présente en soins primaires avec une éventuelle maladie hépatique

A. Comment les pathologies hépatiques se présentent-elles habituellement dans nos centres de soins ?

- Par une découverte fortuite d'un taux de SGPT élevé.
- Un patient qui se présente avec un des symptômes suivants : nausées, vomissements, douleur abdominale, ictère, urine foncées et selles décolorées.
- Des signes de maladie hépatique chronique notés pendant l'examen de routine.

Les éléments suivants doivent être documentés lors d'un examen pour maladie hépatique chronique :

- Ictère
- Erythème palmaire (rougeur)
- Angiome stellaire cutané
- Ascite
- Hépatomégalie, pas forcément sensible au toucher
- Gynécomastie.

B. Quels sont les tests utilisés pour les évaluer ?

Le tableau 16.1 montre les différents tests permettant d'évaluer les pathologies du foie. Souvent, certains de ces tests ne sont pas immédiatement disponibles mais ils sont inclus par souci d'exhaustivité.

Tableau 16.1 Tests utilisés pour évaluer la fonction hépatique

Tests	Qu'est ce que les tests évaluent
Transaminases (marqueurs de l'inflammation)	
ALAT (alanine transaminase) aussi appelé SGPT (sérum glutamo pyruvate transférase)	Les 2 évaluent l'inflammation hépatique, généralement élevée lors d'hépatite et de DILI (insuffisance hépatique d'origine médicamenteuse)
ASAT (aspartate transaminase) aussi appelé SGOT (sérum glutamo oxaloacétate transférase)	
Enzymes des canaux hépatiques (marqueurs d'obstruction)	
GGT (gamma glutamyl transférase)	Ces tests donnent une indication d'obstruction au niveau des canaux biliaires.
PAL (phosphatases alcalines)	Les PAL peuvent aussi être élevées dans d'autres maladies, surtout lors de troubles osseux. Les GGT sont plus spécifiques d'une pathologie hépatique mais peuvent aussi être élevées au cours d'autres maladies.
Un marqueur indépendant d'obstruction et /ou de septicémie et /ou d'hémolyse	
Bilirubine	Elevée lors d'obstruction des canaux biliaires Souvent augmentée lors de sepsis et généralement un marqueur de mauvais pronostic. (Peut être élevée lors d'hémolyse)
Marqueurs de la fonction de synthèse hépatique, c'est-à-dire la capacité du foie à fabriquer (synthétiser) les éléments qui relèvent de sa compétence.	
INR	Le foie produit de nombreuses molécules différentes, y compris des facteurs de coagulation, de l'albumine et du glucose. En cas de maladie, sa fonction de synthèse est altérée. La diminution de la synthèse des facteurs de coagulation entraîne une élévation de l'INR. La diminution de la synthèse du glucose et de l'albumine peut entraîner une hypoglycémie et une hypoalbuminémie.
Albumine	
Glucose	
Tests sérologiques pour des maladies spécifiques	
Anticorps anti hépatite A	Ce sont les tests standard effectués lors de dépistage des hépatites. D'autres tests sérologiques plus détaillés, bien qu'utiles, en particulier pour l'hépatite B, sont si rarement disponibles dans les milieux défavorisés qu'ils ne sont pas mentionnés ici. Si un test de diagnostic rapide est disponible pour l'hépatite E, il peut également être réalisé.
Antigène de surface hépatite B	
Anticorps anti hépatite C	
Anticorps anti hépatite E	

C. Un aperçu des pathologies fréquemment observées dans nos centres

Nous examinerons les pathologies suivantes plus en détail.

- Insuffisance hépatique d'origine médicamenteuse
- Hépatite virale
- Maladie hépatique d'origine alcoolique

Insuffisance hépatique d'origine médicamenteuse (DILI)

L'insuffisance hépatique d'origine médicamenteuse se caractérise par une augmentation des marqueurs hépatiques, souvent accompagnée de signes cliniques d'hépatite aigüe.

Dans les **chapitres 4, 7 et 12**, il est décrit que plusieurs ARV et médicaments antituberculeux sont potentiellement toxiques pour le foie, tout comme des médicaments fréquemment utilisés dans le traitement du VIH et de la tuberculose, tels le cotrimoxazole. Il n'est donc pas rare, au fil des consultations, de recevoir des patients atteints d'insuffisance hépatique. C'est une cause importante de mortalité et il est important que les cliniciens connaissent les moyens diagnostiques et la prise en charge de cette pathologie.

Revoir brièvement les diagrammes du **chapitre 7**, pages 101 – 103 qui illustrent les sites de métabolisme et d'élimination des différents ARV et antituberculeux. Ceci est utile afin d'identifier les médicaments potentiellement responsables d'insuffisance hépatique dans le cadre du VIH/TB.

Diagnostic de DILI

La plupart des symptômes de DILI apparaissent dans les 10–30 jours après le début du traitement mais ce délai peut aller jusqu'à 3 mois. Un DILI est diagnostiqué si on retrouve un ou plusieurs des critères ci dessous :

- SGPT > 120 UI/l et signes digestifs tels nausées, vomissements, douleur abdominale et ictère
- SGPT > 200 UI/l et patient asymptomatique
- Bilirubinémie totale > 40 $\mu\text{mol/l}$
 - L'ictère apparaît à partir de 40 $\mu\text{mol/l}$
 - 40 $\mu\text{mol/l}$ = 2.3 mg/dl



Pendant de nombreuses années, on a pensé que l'efavirenz n'avait que des effets modérés sur la fonction hépatique qui survenaient dans les 6 premières semaines suivant le début du traitement. Récemment, des cas de DILI plus graves ont été signalés apparaissant dans les 6-9 mois après le début du traitement et plus fréquemment chez des femmes ayant des taux de CD4 élevés. Le risque d'entraîner une insuffisance hépatique doit conduire à substituer l'EFV par un IP ou par le dolutégravir (**voir ressources supplémentaires** sur <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>).



[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)

L'importance de différencier l'adaptation hépatique d'une intoxication médicamenteuse (DILI)

L'adaptation hépatique est une élévation **modérée, asymptomatique et transitoire des SGPT ou des SGOT (<200)**. Elle est fréquente lors de l'introduction de nombreux médicaments, en particulier ceux utilisés pour la tuberculose. C'est ce que l'on appelle l'adaptation hépatique, processus physiologique qui ne remet pas en cause la continuité du traitement.

Dans la majorité des cas, peu de résultats de SGPT sont documentés car le test ne fait pas partie des mesures de surveillance systématiques de la TARV. A l'occasion, une mesure est demandée qui rentre dans la définition de l'adaptation. Il est alors important de la différencier d'un DILI pour éviter que des médicaments puissent être inutilement arrêtés ou même remplacés par des plus toxiques.

Rechercher d'autres causes d'insuffisance hépatique

- Rechercher si possible les hépatites A, B et C et, dans les contextes à forte prévalence, l'hépatite E. L'hépatite n'est pas seulement une des causes possibles des symptômes, mais si elle est chronique, elle sera un facteur aggravant dans la réponse au DILI. Les patients peuvent avoir une hépatite virale B et un DILI.
- Envisager un IRIS hépatique surtout si les symptômes ont débuté dans les premiers mois qui ont suivi l'initiation de la TARV (**Chapitre 5**)
- Une septicémie, bien qu'elle ne provoque pas nécessairement une insuffisance hépatique, peut entraîner une hyperbilirubinémie.

(l'atazanavir peut déclencher un ictère important en interférant sur le mécanisme de transport de la bilirubine. Même si une hépatite n'est pas en cause et que l'ictère reste bénin, il est préférable de modifier le traitement en raison d'une apparence physique difficilement acceptée par le patient).

Conséquences d'un DILI

Le taux de mortalité est élevé. Une étude dans un hôpital de district l'estimait à 30%. La majorité des patients sont décédés d'une insuffisance hépatique ou de comorbidités liées à une septicémie ou une tuberculose disséminée.

Les patients qui ont des facteurs associés telles une malnutrition, une hépatite B ou C ou une maladie hépatique d'origine alcoolique ont généralement un moins bon pronostic.

Les patients dont les **SGPT sont élevées et qui présentent des signes hépatiques** tels des nausées, vomissements, douleur abdominale, ou un **ictère associé**, ont un plus mauvais pronostic.



Prise en charge d'un DILI



Veuillez noter que ces recommandations de prise en charge concernent la TB pharmacosensible. Si un DILI survient lors d'un traitement pour TB-MR, demander conseil à un clinicien expérimenté, car d'extrêmes précautions doivent être prises avec les schémas thérapeutiques alternatifs

Étant donné qu'un tel diagnostic est associé à un taux de mortalité élevé, des mesures urgentes doivent être prises :

- Tous les médicaments potentiellement en cause doivent être arrêtés immédiatement. En ce qui concerne l'arrêt brutal des ARV, il n'est plus nécessaire d'avoir « une queue de traitement » pour les patients prenant TDF/3TC/EFV (Voir l'encadré page 428 dans la rubrique « effets secondaires affectant la peau » du **Chapitre 20**).
- Le patient doit être **transféré en urgence à l'hôpital** le plus proche pour une surveillance étroite et la mise en place du protocole nécessaire au traitement de ce type d'affection.



Transférer à l'hôpital

Dans certaines occasions, le patient atteint d'une maladie de forme modérée peut être traité en ambulatoire. Cependant, pour se faire, les critères suivants **doivent** être remplis :

- Le clinicien doit être compétent et relativement à l'aise pour gérer un DILI.
- Le patient doit être capable de retourner au centre de soins 2 fois/semaine.
- Le centre de soins doit avoir accès aux tests sanguins nécessaires, dans un délai rapide (3 jours maximum).
- Le patient est en bonne forme (les patients symptomatiques réagissent beaucoup moins bien à la réintroduction du médicament)
- La glycémie doit être normale (une hypoglycémie reflète une fonction hépatique altérée avec de plus mauvais résultats)

Quand le diagnostic de DILI est avéré selon les critères vus précédemment, la prise en charge est la suivante :

1. Arrêter tous les médicaments potentiellement en cause. Cela comprend les trois ARV (même si les INTI ne sont pas concernés), les médicaments antituberculeux, le cotrimoxazole et tout autre médicament toxique pour le foie, tel le fluconazole.
2. Reprendre les éléments de base qui ont conduit au diagnostic de la tuberculose et si vous avez des doutes sur l'indication posée, envisager d'arrêter complètement le traitement de la tuberculose.
3. Envisager un traitement alternatif antituberculeux (régime alternatif). La décision du changement sera fonction de l'état général du patient. S'il se porte plutôt bien, une interruption de traitement pendant quelques semaines, le temps que les lésions hépatiques disparaissent, reste une option envisageable. Si, à l'inverse, le patient est très affaibli et en mauvaise condition générale (ex : méningite tuberculeuse ou disséminée), un arrêt transitoire du traitement serait trop risqué, même pour une courte période. Un régime alternatif à base de 3 médicaments, moins hépatotoxiques, sera prescrit tandis que le foie se répare. Il consiste habituellement en un aminoglycoside (kanamycine), une quinolone (lévofloxacine) et l'éthambutol.
4. S'il existe des problèmes rénaux associés, l'utilisation d'un aminoglycoside est contre indiquée et l'éthionamide peut être utilisée à la place.
5. Surveillance des symptômes et faire des tests d'évaluation de la fonction hépatique 2 fois/semaine jusqu'à stabilisation (idéalement les mêmes que ceux qui ont permis à diagnostiquer le DILI).
6. Une fois le patient stabilisé, une réintroduction du traitement peut être initiée (voir ci-dessous).

Réintroduction

Un traitement est indispensable pour les patients séropositifs et atteints de tuberculose, il faut donc réintroduire les médicaments dont ils ont besoin. Le cotrimoxazole, malgré son rôle préventif important chez les patients dont le taux de CD4 est faible, ne devrait pas être réintroduit, ni substitué par la dapsone.

La réintroduction des médicaments antituberculeux se fera en premier, suivie par les ARV.

i) Traitement TB

L'étape suivante dans la prise en charge du DILI est de tenter la reprise du traitement d'origine, en particulier la rifampicine, et les chances de succès sont heureusement assez élevées.

Le protocole de relance débutera quand les fonctions du foie seront suffisamment correctes pour le faire. Pour cela, les valeurs suivantes servent de lignes directrices :

- SGPT < 100
- Bilirubine < 30 (ou disparition de l'ictère)



Une réintroduction du traitement sera proscrite s'il y a un risque important de mortalité en cas de retour des symptômes. C'est le cas pour ceux qui ont eu une hépatite fulminante avec encéphalopathie ou coagulopathie. Cependant, il est très peu probable qu'une telle décision soit prise dans un centre de soin périphérique, les patients étant transférés rapidement à l'hôpital lorsqu'il s'agit de problèmes hépatiques.

Le protocole de réintroduction

Les antituberculeux sont réintroduits à dose normale en fonction du poids, suivant la séquence suivante (le jour exact n'est pas un point central mais il faut vérifier les SGPT 2 fois par semaine) :

Jour 1 : Rifampicine (si régime alternatif, supprimer l'aminoglycoside maintenant)

Jour 3 : Vérifier les SGPT

Jour 4 : Si les SGPT sont inchangés, ajouter l'INH (si régime alternatif, supprimer la quinolone maintenant)

Jour 7 : Vérifier les SGPT

Jour 8 : Si les SGPT sont inchangés, envisager la réintroduction du PZA chez les patients qui ne peuvent pas risquer, du fait de la sévérité de leur TB (miliaire, méningite tuberculeuse) ou d'une TB-MR, un régime de traitement TB sub-optimal (voir tableau 16.2)



Si votre centre de soins ne dispose pas de médicaments antituberculeux individuels, vous pouvez utiliser les combinaisons les plus fréquemment disponibles. Commencer d'abord par l'INH puis le changer avec l'association rifampicine / INH puis, s'il n'y a pas de contre-indication à essayer la PZA (comme noté ci-dessus), prescrire le comprimé associant les 4 médicaments du traitement complet.

Si on note une augmentation des SGPT, quelque soit l'étape de réintroduction des médicaments, c'est celui qui est le plus récemment réintroduit qui est probablement la cause des lésions hépatiques et qui doit donc être arrêté pour laisser à nouveau le foie au repos jusqu'à ce que les tests hépatiques soient à nouveau acceptables.

La plupart du temps, les patients tolèrent la reprise des 4 médicaments mais que doit-on faire s'il apparaît clairement que l'un d'eux est hépatotoxique et ne doit plus être utilisé ? Individuellement, Les médicaments ont des modes d'action différents avec une puissance variable, de sorte que le retrait de l'un d'eux modifie le reste du traitement qui demande à être réajusté. Le tableau ci-dessous présente les différentes alternatives de régimes.

**Tableau 16.2 Régimes antituberculeux alternatifs
quand un des médicaments est retiré**

Médicaments retirés	Durée totale	Phase intensive	Phase d'entretien
Rifampicine	18 mois	2 mois de : INH, moxifloxacine, éthambutol, kanamycine	16 mois de : INH, moxifloxacine, éthambutol
		Il est possible d'utiliser de nouveaux médicaments antituberculeux : demander l'aide de personnes plus expérimentées	
INH	12 mois	2 mois de : Rifampicine, moxifloxacine, éthambutol.	10 mois de : Rifampicine, moxifloxacine, éthambutol
PZA	9 mois	9 mois de : Rifampicine, INH, éthambutol	

ii) TARV

- Dès que le patient est à nouveau sous antituberculeux, la TARV peut être réintroduite. Si le DILI est apparu dans les 3 mois suivant le début des ARV, l'INNTI ou l'IP sont potentiellement responsables et un contrôle des SGPT s'impose à nouveau 3-4 jours après la reprise de la TARV. Si, par contre, le DILI a débuté avant la TARV, elle n'est pas à l'origine de l'hépatotoxicité et ne nécessite pas de contrôle particulier.
- Ne pas réintroduire la névirapine mais l'efavirenz peut être envisagé à moins que le DILI soit de forme sévère (coagulopathies ou encéphalopathie hépatique).
- Si le DILI est apparu suite à un traitement avec une double dose de lopinavir/ritonavir associée à de la rifampicine, changer l'antituberculeux par de la rifabutine et donner LVP/r à dose standard ou, une demi dose de LVP/r avec une augmentation progressive jusqu'à la dose complète sur plusieurs semaines.

Suivi ultérieur

Selon différentes études, le délai moyen de récurrence est de 2 semaines. Il est donc nécessaire de continuer à vérifier les SGPT chaque semaine au cours du mois suivant la réintroduction médicamenteuse. Il est intéressant de noter que, si pendant cet intervalle où une récurrence est possible, on constate une élévation du taux des SGPT, le médicament le plus récemment réintroduit n'est pas toujours en cause malgré ce qui a été dit précédemment.

Hépatite virale

L'hépatite A se présente généralement sous la forme d'une maladie aiguë de courte durée. Les hépatites B et C, bien qu'elles puissent se présenter initialement comme des maladies aiguës, évoluent souvent de façon chronique avec une importante morbidité et mortalité à long terme, en particulier chez les patients séropositifs. L'hépatite E, moins fréquente que la B et la C, peut également causer une maladie chronique du foie.

Hépatite A

Due au virus de l'hépatite A, la contamination se fait par voie oro-fécale c'est à dire des mains non lavées à la bouche, souvent après avoir touché des légumes et des fruits souillés.

Présentation

Un début de fièvre assez aigu (souvent $> 39^{\circ}\text{C}$), ainsi que des nausées, une perte d'appétit, des vomissements, des douleurs abdominales, des urines foncées et des selles décolorées.

Il peut y avoir d'autres personnes infectées dans la famille.

Examen clinique

On retrouve un ou plusieurs des éléments suivants: ictère, fièvre, foie souple et hypertrophique et des urines foncées avec une présence de bilirubine à la bandelette urinaire.

Examens de laboratoire :

- Numération GB élevée
- SGPT et SGOT dépassent généralement 5 fois la limite supérieure de la normale, pouvant aller jusqu'à 4 000. Le test de recherche d'anticorps IgM de l'hépatite A est positif. La recherche d'IgG, plus fréquemment disponible, indique à la fois une infection passée et présente et ne peut donc confirmer une infection aiguë.

Histoire naturelle de la maladie

La phase symptomatique dure environ 6 semaines, où le patient est assez malade pendant les 2 à 3 premières semaines, suivies d'une récupération lente pendant les 2 à 3 semaines suivantes. La grande majorité des gens se rétablissent complètement.

D'origine virale, le traitement de l'hépatite A reste symptomatique avec le repos au lit. Il est plus prudent d'éviter le paracétamol en phase aiguë car il est métabolisé dans le foie. L'alimentation est naturellement régulée par le patient qui, dans la plupart des cas, évite les aliments gras et l'alcool.

Hépatite B et C

Ce sont deux maladies distinctes causées par des virus différents, mais leur évolution clinique est similaire. Elles débutent par une infection aiguë dont la gravité peut varier considérablement suivie par une longue phase de récupération. Les patients gardent une immunité à vie, ou évoluent vers une maladie chronique avec une fibrose progressive, évoluant pour certains patients, vers une cirrhose ou un carcinome hépatocellulaire.

Ces deux maladies ont un impact significatif sur la santé publique, en particulier en Afrique subsaharienne, et des mesures drastiques doivent être prises pour gérer les épidémies grandissantes.

Le tableau 16.3 présente un résumé comparatif de l'épidémiologie, des modes de transmission, des options de traitement et des mesures préventives pour l'hépatite B et C.

Les schémas 16.1 et 16.2 montrent l'évolution des deux maladies, suivie de notes sur chacune d'elles.

Tableau 16.3 hépatite B et C – épidémiologie, transmission, traitement et prévention

	Hépatite B	Hépatite C
Epidémiologie (données de 2016)	240 millions de personnes infectées à travers le monde.	185 millions de personnes infectées à travers le monde.
	650000 décès/an	350000 décès/an
	Prévalence > 5% en Afrique subsaharienne, la plus élevée au monde.	Prévalence de 5,3% en Afrique subsaharienne
	4 millions de VIH/VHB co-infectés	4-5 millions de VIH/VHC co-infectés
Transmission	En Afrique subsaharienne, la plupart des transmissions se fait par la TME et dans la petite enfance, quand les enfants jouent entre eux.	La voie de contamination la plus importante est l'usage de drogues par voie intraveineuse. (UDVI)
	Sécrétions sexuelles et la salive	Autre transmission par voie sanguine : piercing, produits sanguins
	PWID	Le risque de transmission par voie sexuelle est beaucoup moins élevé que pour le VHB mais est plus important chez les personnes séropositives, surtout les HSH
	Risque relatif de transmission : VIH VHB VHC 0.3 3 30	
Traitement	Non curable mais peut être traitée à vie	Maladie curable actuellement
	Tous les patients séropositifs recevront TDF et 3TC. Éviter la monothérapie avec 3TC.	Nécessite une évaluation spécifique afin de choisir un régime de traitement idéal. Semble se diriger vers une combinaison universelle de deux antiviraux d'action directe.
	Tous les patients séronégatifs doivent idéalement prendre du TDF.	
Prévention	Dépister AgHBs où et quand c'est possible. Doit idéalement être couplé au dépistage du VIH.	Dépister anticorps anti-HC où et quand c'est possible. Confirmer avec un test virologique
	Vacciner en routine tous les nourrissons selon le PEV Vacciner également tous les AgHBs négatifs. (voir chapitre 8)	Dépister idéalement tous les groupes à haut risque : PWID, personnes tatouées, ceux ayant reçus des soins dentaires ou qui ont donné leur sang dans des conditions d'hygiène médiocre. Dépister aussi les populations clés
		La TME est à plus haut risque chez les mères séropositives.

Schéma 16.1 Evolution naturelle de l'hépatite B

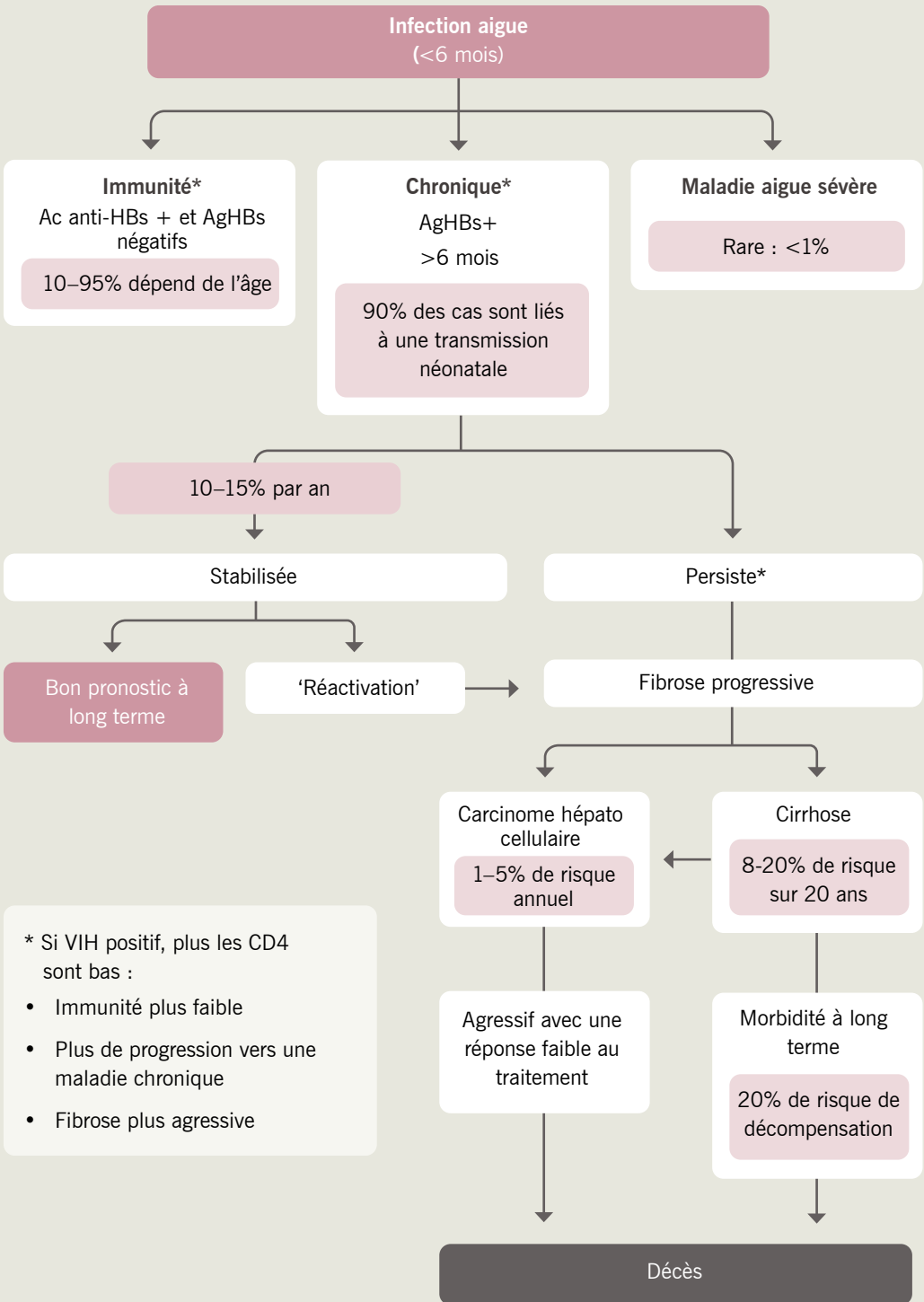
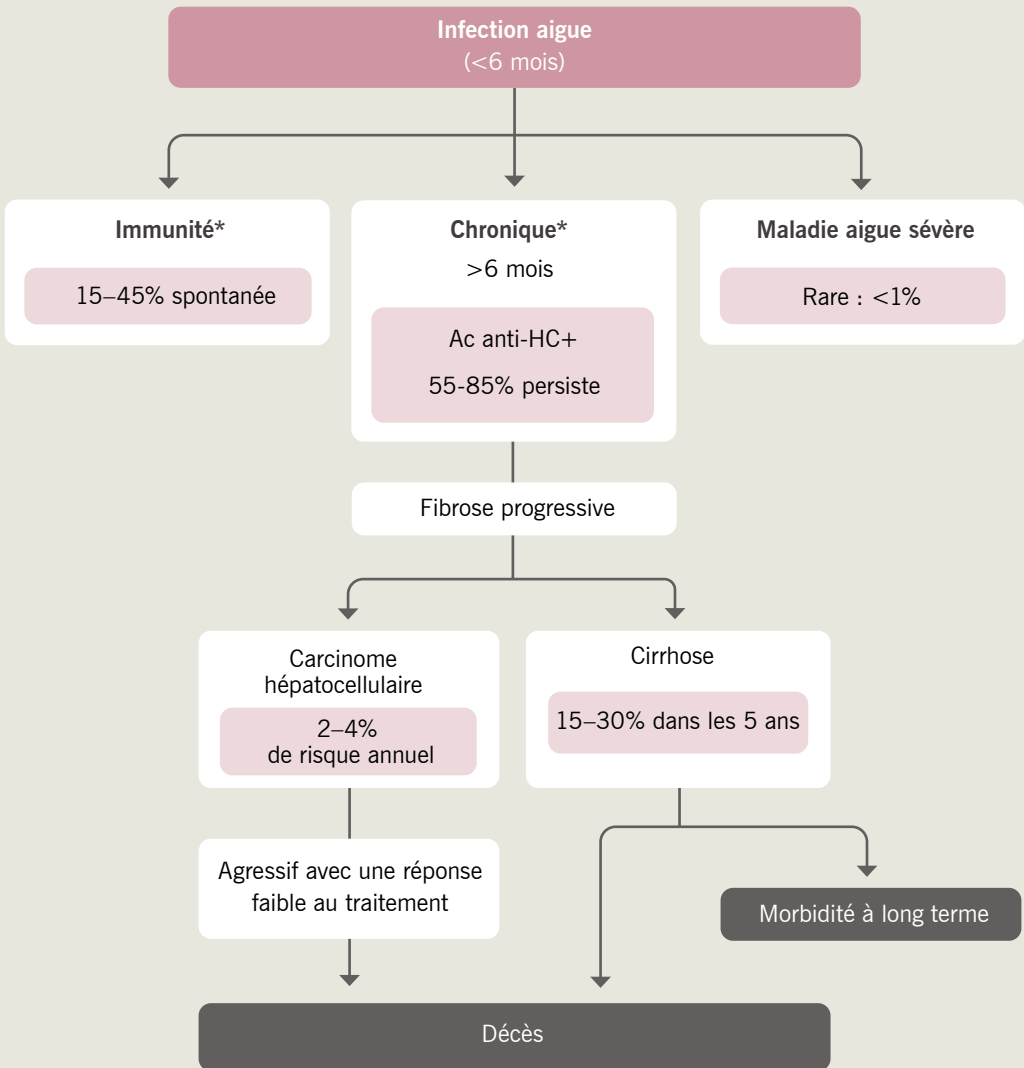


Schéma 16.2 Evolution naturelle de l'hépatite C



* Si VIH positif, plus les CD4 sont bas :

- Immunité plus faible
- Plus de progression vers une maladie chronique
- Fibrose plus agressive

i) Hépatite B

Co-infection avec l'hépatite B

Le but de ce manuel concerne le patient atteint du VIH et/ou de la TB, toute autre co-infection avec l'hépatite B ne sera donc pas traitée dans ce chapitre.

- Co-infection hépatite B et **VIH**

Les éléments suivants sont des associations connues :

- Comme le montre le schéma 16.1, les personnes qui développent une immunité spontanée sont moins nombreuses et plus de patients évoluent vers des complications graves comme la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire.
- Le taux de mortalité est plus élevé
- La réponse au traitement est moins bonne
- L'incidence des lésions hépatiques liées aux médicaments est plus élevée.

- Co-infection hépatite B avec **TB**

Les éléments suivants sont des associations connues :

- Les personnes infectées par l'hépatite B ont tendance à développer plus facilement la TB car les zones géographiques où la prévalence des deux maladies est élevée sont les mêmes.
- Les personnes sous traitement antituberculeux présentent un risque 3 à 6 fois plus élevé de développer une lésion hépatique induite par un médicament (DILI) que celles qui sont mono-infectées.

Conclusion importante suite aux données ci-dessus : les cliniciens et les établissements de santé doivent optimiser les stratégies de dépistage et de prévention pour minimiser les co-infections. Si celles-ci viennent à se développer, ils devront fournir des conseils et une surveillance appropriés.

Diagnostic

Plusieurs tests diagnostiques peuvent être faits pour l'hépatite B dont la plupart ne sont pas disponibles dans les contextes à ressources limitées en raison du coût. Les tests diagnostiques standard les plus aisément disponibles sont la recherche des antigènes de surface (AgHBs) et des anticorps de surface (Ac anti-HBs) de l'hépatite B.

Selon le schéma 16.1, un des deux événements qui se produit dans les six mois suivant l'infection initiale est le suivant :

- Le patient développe une immunité : la recherche d'AgHBs se révèle négative tandis que celle d'Ac anti-HBs se révèle positive.
- Le patient évolue vers une hépatite B chronique : l'AgHBs reste positif et l'Ac anti-HBs reste négatif.

Interprétation des tests

Si l'AgHBs est positif, techniquement, il convient de procéder à un nouveau test 6 mois plus tard, tout comme l'Ac anti-HBs.

- Si l'AgHBs reste positif et que l'Ac anti-HBs est négatif, le patient souffre d'hépatite B chronique.
- Si l'AgHBs est négatif et que l'Ac anti-HBs est positif, le patient est immunisé.

En pratique, toutefois, dans des contextes souvent limités en ressources, on considère qu'un AgHBs positif indique une hépatite B chronique, même si le patient peut encore se situer dans les 6 premiers mois après l'infection et qu'il lui est toujours possible de développer une immunité.

Dépistage

Toutes les personnes suivantes doivent être dépistées :

- Personnes du foyer et contacts sexuels des personnes VHB positives
- Personnes VIH positives
- Personnes s'injectant des drogues (PWID)
- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les personnes transgenres
- Travailleurs du sexe
- Les prisonniers
- Les femmes enceintes

Prévention

- Conseils

Chez les patients AgHBs, les précautions suivantes doivent être prises :

- Fournir des conseils standard sur l'utilisation du préservatif et sur le partage de tout ce qui pourrait transmettre le virus par le sang ou la salive (brosses à dents, rasoirs, etc.).
- Toutes les personnes du foyer et les contacts sexuels doivent être testés pour une recherche d'AgHBs et, s'ils sont négatifs, doivent être vaccinés.
- Des conseils en matière de consommation d'alcool seront donnés, car ils aggravent la progression de la maladie.
- PTME
 - Chez les mères séronégatives, il n'y a pas de recommandation à donner des antiviraux pour la PTME
 - A toutes les mères séropositives doit être donnée de façon systématique une combinaison d'ARV qui inclut TDF et 3TC.
- La vaccination doit être proposée chez les personnes suivantes (voir aussi le **chapitre 8**) :
 - Les nouveaux-nés de mères AgHBs positives doivent recevoir leur première dose à la naissance, surtout si celles-ci sont AgHBe positives (Il s'agit d'un antigène HB supplémentaire marqueur d'un niveau d'infection plus élevé. Cependant, sa mesure est rarement disponible dans les environnements à ressources limitées).



- Tous les nourrissons doivent recevoir une vaccination systématique contre le VHB conformément aux directives du PEV, à partir de 6 semaines.
- Toutes les personnes séropositives au VIH
- Tous les professionnels de santé s'ils sont négatifs pour l'AghBs. Idéalement, l'Ac anti-HBs devrait être fait en premier. On considère que le patient est immunisé pour une valeur $> 10 \text{ UI / ml}$, par conséquent, la vaccination n'est pas nécessaire. Cependant, si ce test n'est pas disponible, il est préférable de vacciner.

Prise en charge de l'hépatite B

- Chez les patients **séropositifs au VIH** :

Tous les patients séropositifs au VIH sont maintenant admissibles au traitement antirétroviral, indépendamment du nombre de CD4 et du stade VIH. Cela inclut donc tous les patients co-infectés par le VIH/VHB. La TARV doit contenir à la fois du **3TC et du TDF** qui doivent être inclus dans le schéma thérapeutique de première ligne. Si un passage en seconde ligne est nécessaire, il faut conserver le TDF en tant que troisième INTI (voir **chapitre 6**, rubrique 10 sur la prise en charge d'un patient atteint d'hépatite B). L'important est d'éviter une monothérapie avec 3TC, car 90% des patients deviendront résistants à cette molécule dans les 5 ans.

S'il existe une insuffisance rénale, une décision doit être prise (avec une aide expérimentée) afin de déterminer laquelle de la pathologie rénale ou hépatique semble la plus dangereuse à considérer au moment présent :

- Si l'insuffisance rénale est modérée, la dose de TDF peut être ajustée en fonction de la clairance de la créatinine et la fonction rénale doit être contrôlée.
- Si l'insuffisance rénale est sévère, l'important est de ne pas aggraver la fonction rénale par le TDF. Dans ce cas, le TDF devra être remplacé par l'AZT ou l'ABC. Il faudra aussi faire face à la résistance du virus de l'hépatite B au 3TC au fil du temps.
- Dans certains endroits, l'entécavir peut être utilisé comme alternative au TDF, mais un autre ARV doit être ajouté pour constituer une trithérapie complète, l'entécavir n'ayant aucune action contre le VIH.

- Chez les patients **séronégatifs au VIH** :

L'intérêt à traiter les personnes séronégatives au VIH mais séropositives au VHB repose sur la probabilité de développer des complications à long terme telles que fibrose, cirrhose ou carcinome hépatocellulaire. Ce n'est pas le but de ce guide de donner des détails sur la prise en charge en soins primaires où la gestion de ce type de pathologie n'est pas dans leur capacité.

ii) Hépatite C (VHC)

L'hépatite C peut, à présent, être soignée en utilisant une combinaison de deux médicaments de la classe des antiviraux à action directe (AAD).

L'hépatite C étant une maladie caractérisée par une morbidité et une mortalité non négligeables, même si un traitement efficace est encore trop cher, il est essentiel que les cliniciens en soins primaires la recherchent activement chez les personnes

les plus exposées. Le recueil des données fournira les arguments nécessaires pour plaider en faveur de stratégies de traitement à mettre en œuvre.

Co-infection avec l'hépatite C

La cible principale de ce manuel est le patient atteint de VIH et/ou de TB, par conséquent, toutes les autres co-infections avec l'hépatite C ne seront pas détaillées.

- Co-infection avec le VIH

Les éléments suivants sont des associations connues :

- Selon le schéma 16.2, et comme pour l'hépatite B, les personnes qui développent une immunité spontanée sont moins nombreuses et plus de patients évoluent vers des complications graves comme la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire.
- Il existe des interactions médicamenteuses connues entre les AAD et certains ARV. Veuillez consulter les recommandations détaillées concernant le traitement de ces deux infections (voir également le tableau 7.1 du chapitre 7).

- Co-infection avec la TB

Les éléments suivants sont des associations connues :

- Les groupes à risque de contracter le VHC sont aussi ceux à risque de développer une TB
- Les PWID sont plus à risque de développer une TB quel que soit leur statut VIH
- Les prisonniers à risque VHC sont aussi à haut risque de contracter la TB

Diagnostic

Il est établi à partir d'un test de recherche sérologique des anticorps anti-hépatite C. Si le test est positif, un test complémentaire recherchant l'ARN du VHC est recommandé pour confirmer le diagnostic de maladie chronique.

Dépistage

Il doit être fait dans les zones de forte prévalence, surtout pour les groupes spécifiques à risque que sont :

- PWID
- HSH
- Prisonniers
- Les personnes tatouées ou ayant des piercings
- Les femmes enceintes (surtout dans les zones à haute prévalence)

Si vous ne pouvez pas traiter l'hépatite C elle-même, il est important de rechercher et de prendre en charge efficacement les comorbidités connues, à savoir l'hépatite B, le VIH, la tuberculose et les toxicomanies.

Prévention

- **Conseils**

Chez les personnes dont les Ac anti-HC sont positifs, les précautions suivantes doivent être prises :

- Fournir des conseils de base sur l'utilisation du préservatif, en particulier chez les HSH, et sur le partage de tout ce qui pourrait transmettre le virus par voie sanguine (rasoirs, instruments de tatouage).
- Une consommation d'alcool passant d'une quantité modérée à une quantité élevée est corrélée à une progression considérable de la cirrhose. Il est donc recommandé d'évaluer la consommation d'alcool et d'accompagner la personne par des conseils et des actions visant à réduire la prise d'alcool.

- **Vaccination**

Il n'y a actuellement aucune vaccination contre l'hépatite C

Traitement de l'hépatite C

Ce n'est pas le but de ce manuel de fournir des directives détaillées pour la prise en charge de l'hépatite C. Si vous êtes impliqué dans le traitement de l'hépatite C, vous pouvez consulter les directives nationales ou celles de MSF. Les notes suivantes donnent un aperçu des principes clés utilisés dans le traitement :

- **Tous les patients séropositifs ont besoin d'une TARV.** Même si les médicaments utilisés pour traiter le VIH n'ont aucun effet sur l'hépatite C, l'amélioration de l'immunité du patient diminuera l'effet aggravant du VIH sur la progression du VHC.
- **Antiviraux à action directe (AAD)**

C'est une classe de médicaments qui ciblent spécifiquement le VHC et qui a révolutionné la prise en charge de l'hépatite C au cours des dernières années. Les AAD permettent désormais de guérir la maladie plutôt que de la contenir. Les principes du traitement impliquent une évaluation initiale du degré d'atteinte hépatique, comprenant des tests sanguins et des tests spécifiques pour évaluer la fibrose. Les AAD sont ensuite choisis en fonction de ces résultats mais restent désormais limités presque entièrement à une combinaison de médicaments. Le suivi devient de plus en plus facile. Il est souhaitable, qu'à l'avenir, le traitement de cette maladie chronique devienne facilement disponible dans les établissements de soins primaires, accompagné de recommandations et de protocoles locaux.

Maladies hépatiques d'origine alcoolique

En soins primaires, on n'envisage pas souvent une maladie hépatique liée à l'alcool ou simplement l'abus d'alcool, car les patients s'expriment rarement spontanément sur ce sujet. On le découvre généralement suite aux investigations faites pour d'autres maladies. L'hépatotoxicité d'origine alcoolique a un effet aggravant sur les pathologies en cours. Il est donc important, selon les circonstances, que cette cause soit non seulement recherchée mais aussi traitée efficacement.

Une pathologie hépatique d'origine alcoolique augmente à la fois la probabilité de développer un DILI et la morbidité qui en découle. Elle est également clairement identifiée comme facteur aggravant dans l'évolution naturelle de l'hépatite B et de l'hépatite C. L'abus d'alcool, indépendamment des effets délétères sur le foie, est largement reconnu comme un facteur de faible adhérence, que ce soit pour une TARV ou pour un traitement TB.

Qui est à risque d'une maladie hépatique liée à l'alcool ?

Une unité d'alcool est de 340 ml de bière, 150 ml de vin et 25 ml de spiritueux. La consommation de 21 unités d'alcool par semaine pour un homme et de 14 unités par semaine pour une femme les exposent au risque de voir se développer une maladie du foie.

Une malnutrition, d'autres maladies hépatiques (hépatite virale chronique) et la prise de produits toxiques (médicaments traditionnels) aggravent la maladie.

Pathologie hépatique

Il y a 3 maladies reconnues associées à l'alcool :

- Stéatose hépatique : 90% des buveurs excessifs (lors de soirées) la développent.
- Hépatite alcoolique : précurseur connu de la cirrhose
- Cirrhose : définie comme étant une maladie hépatique chronique irréversible associée à une fibrose diffuse et à une diminution des fonctions hépatiques.

Comment se présente-elle en soins primaires ?

Comme les patients ne partagent que très rarement leurs problèmes d'alcool spontanément avec leur clinicien, c'est au cours de l'anamnèse que le médecin peut suspecter un alcoolisme au vu des éléments recueillis et qu'il peut amener progressivement le patient à livrer son addiction, par une écoute attentive et dénuée de tout jugement. Les situations qui doivent susciter des inquiétudes sont :

- Le patient qui se présente avec une charge virale élevée : lors des investigations, on constate qu'une addiction à l'alcool est souvent corrélée avec une mauvaise adhérence.
- Un patient qui se présente avec un DILI et pour lequel on découvre une addiction à alcool, connue comme facteur contributif.
- Un patient peut présenter des signes et des symptômes d'une maladie hépatique chronique, comme indiqué ci-dessus.
- Cela peut être une découverte fortuite lors d'un bilan sanguin avec des SGPT et SGOT élevés

Tout repose sur la compétence du clinicien qui mènera une anamnèse précise et sans jugement afin d'établir un diagnostic, de créer un climat de confiance et d'envisager le soutien nécessaire pour une prise en charge effective.

Au niveau de l'examen, rechercher systématiquement tous les signes de maladie hépatique chronique notés ci-dessus. Les résultats des tests sanguins peuvent être les suivants :

- SGPT et SGOT normales ou élevées. Souvent, mais pas toujours, les SGOT sont plus élevées que les SGPT. Les taux ne sont généralement pas plus hauts que cinq fois la limite supérieure de la normale.
- Une hyperbilirubinémie peut survenir lors d'une poussée aigue se surajoutant à l'aspect chronique.
- Les enzymes hépatiques d'origine obstructive, GGT et phosphatases alcalines peuvent également être élevées. De même que les SGPT et SGOT, ces enzymes sont rarement augmentées à plus de 5 fois la limite supérieure de la normale.
- Il peut y avoir une anémie secondaire à une alimentation insuffisante, entraînant une carence en vitamine B12 ou en folate.
- Dans la maladie avancée, l'INR peut être élevé.

Prise en charge

Les conseils sont la base essentielle pour un certain nombre de raisons :

- Le patient doit être conscient du risque à long terme pour sa santé, en particulier si d'autres comorbidités telles que l'hépatite sont associés.
- L'addiction à l'alcool doit être résolu, car il a des répercussions multiples notamment sur l'adhérence au traitement antirétroviral.
- Voir le **chapitre 22**, Troubles de la santé mentale, pour plus de détails sur la prise en charge.

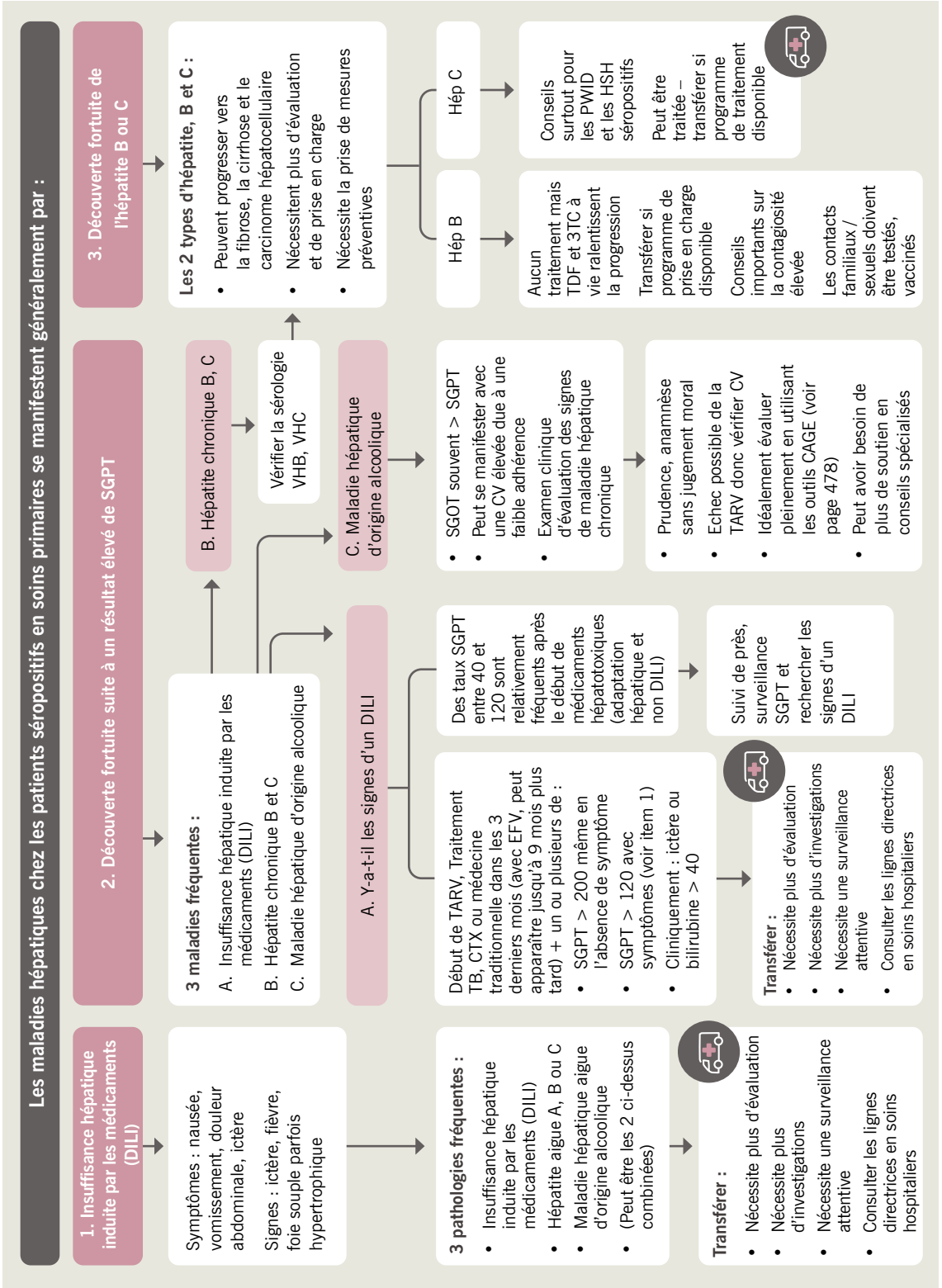
D. L'approche du patient en soins primaires possiblement atteint d'une maladie hépatique

Nous avons décrit les éléments clés de toutes les pathologies fréquemment rencontrées en soins primaires. En appui aux cliniciens, l'algorithme 16.1 ci dessous montre les étapes de prise en charge pour le diagnostic, le suivi et le traitement du patient atteint d'une maladie du foie.

Maladies hépatiques en soins primaires : points clés

- DILI, hépatites B et C et les maladies hépatiques d'origine alcoolique ne sont pas rares en soins primaires. Ils entraînent une morbidité et une mortalité significatives. Une identification précoce et une prise en charge appropriée sont des composantes essentielles dès les soins primaires.
- Un DILI est un effet secondaire assez fréquent de la TARV, des antituberculeux et du cotrimoxazole, et la mortalité qui en découle est de 25 à 30%. Le rôle du clinicien en soins primaires est essentiel, un diagnostic rapide et un transfert précoce à l'hôpital étant des facteurs déterminants quant au pronostic du patient.
- L'hépatite B et C sont des problèmes de santé publique croissants. La détection précoce et l'adoption de stratégies de prévention sont nécessaires et urgentes, parallèlement à la mise en place de protocoles de traitement pour les deux infections.
- L'abus d'alcool et les maladies hépatiques liées à l'alcool sont rarement le but premier de la demande de consultation. Cela dit, il est essentiel de cibler les personnes les plus à risque et les pathologies qui les affectent. Une prise en charge efficace de ces patients aura un impact significatif sur de nombreux aspects des soins liés au VIH.

Algorithme 16.1 Pathologies hépatiques chez les PVVIH



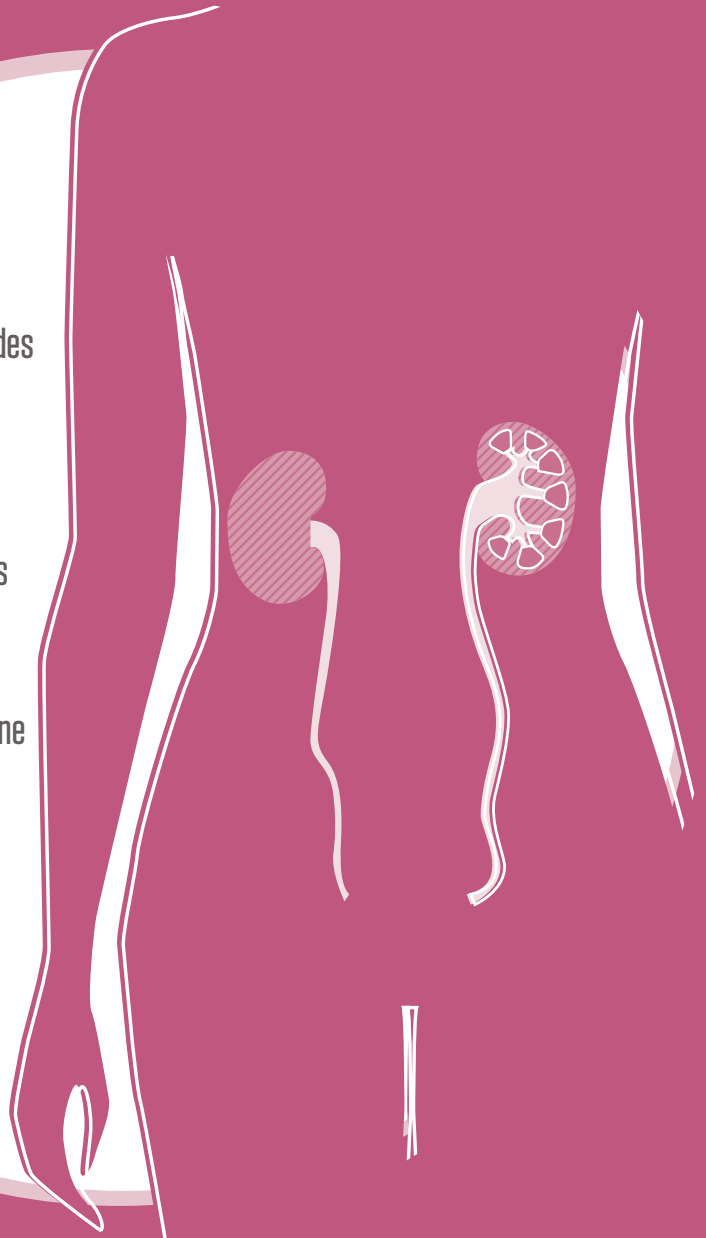
Maladies rénales

Les signes et symptômes des
maladies rénales

Qu'est ce qui est anormal ?

A. Aperçu des maladies rénales
fréquemment rencontrées dans les
centres VIH

B. Une approche pratique vers un
diagnostic pour un patient avec une
possible maladie rénale



La maladie rénale reste l'un de ces sujets redoutés qui continue de mystifier les cliniciens. Premièrement, elle ne présente pas de symptôme ou de signe évident et, deuxièmement, lorsqu'elle a été identifiée, les cliniciens sont souvent démunis concernant les actions à entreprendre. Ce chapitre souhaite non seulement faciliter le dépistage des maladies rénales, mais aussi aider les cliniciens à les prendre en charge dans le cadre de soins de santé primaires.

Les signes et symptômes de la maladie rénale

- Les symptômes de la maladie rénale sont, le cas échéant, une fatigue et des nausées mais ces symptômes sont tellement fréquents chez les patients séropositifs qu'il est peu probable qu'un diagnostic de maladie rénale puisse se faire sur cette seule base.
- Au moment où l'œdème s'installe, la maladie rénale est déjà pratiquement en phase terminale. Par conséquent, beaucoup de ces pathologies évolueront en silence si on attend qu'elles se manifestent par un œdème pour en faire le diagnostic. Les œdèmes périphériques sont également fréquents à un stade avancé du VIH chez les patients cachectiques avec un taux d'albumine très bas et ne signifient donc pas toujours qu'il y a une maladie rénale.
- Une anémie sévère est fréquente dans l'insuffisance rénale terminale, en raison de la diminution de la synthèse d'érythropoïétine produite par le rein. Les lésions rénales aiguës ne provoquent pas d'anémie, l'insuffisance rénale chronique qui n'est pas encore en phase terminale ne provoque pas non plus d'anémie.



La découverte d'une maladie rénale se fait, dans la majorité des cas, de manière tout à fait fortuite, lors des tests de routine révélant une créatininémie élevée, lorsqu'ils sont réalisés en amont ou pendant un traitement au ténofovir. Ce peut être aussi par la présence d'une protéinurie lors d'un test urinaire à la bandelette.

Qu'est ce qui est anormal ?

1. Une créatininémie élevée

La créatinine est un déchet métabolique issue de la dégradation musculaire et éliminée par voie rénale. Si la filtration du rein se détériore, son excrétion sera ralentie et augmentera la créatinine sérique. Une créatininémie élevée indique clairement l'existence d'un trouble rénal, mais la clairance de la créatinine est l'indicateur le plus précis, car elle tient compte du sexe, du poids et de l'âge de la personne, facteurs qui affectent la créatininémie.

Clairance de la créatinine

Il y a différentes méthodes pour calculer la clairance de la créatinine qui tient compte des facteurs cités ci-dessus afin de refléter le plus fidèlement possible la fonction rénale des patients. Toutefois, ces différentes méthodes présentent toutes des défauts, responsables de résultats inadéquats, en particulier lorsque la masse corporelle d'un patient est faible. Les formules telles que le débit de filtration glomérulaire estimé (DFG), souvent fourni par le laboratoire avec le résultat de la créatininémie, le MDRD (Modification

of Diet in Renal Disease) ou la valeur obtenue en appliquant la formule Cockcroft-Gault, ont toutes quelques limites. Actuellement, le consensus sur la meilleure formule consiste à utiliser l'équation de la créatinine CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). (Voir l'application ci-dessous).



Il y a une application gratuite qui peut être téléchargée et qui calcule la clairance de la créatinine. Taper CKD-EPI et choisir l'application avec l'icône de rein orange. Lors de l'ouverture de l'application, sélectionner l'option supérieure, l'équation de la créatinine CKD-EPI 2009.

Vous pouvez aussi gagner du temps en suivant ce qui suit :

Si le poids du patient est $> 50\text{kg}$, l'âge < 50 ans avec une créatinémie $< 100\ \mu\text{mol/l}$ et en l'absence de grossesse dans le cas d'une femme, il n'y a pas besoin de calculer la clairance car elle sera dans les limites normales.

Valeurs de la clairance de la créatinine

- Noter que les formules de clairance de la créatinine ne sont validées que pour les maladies rénales chroniques : et non pour les lésions rénales aiguës ou la grossesse.
- Normale si elle est $> 90\ \text{ml/min}$.
- Elle doit être surveillée plus étroitement si elle est $< 60\ \text{ml/min}$
- Poursuivre le diagnostic de maladie rénale si la clairance de la créatinine est $< 50\ \text{ml/min}$.

À la fin de ce chapitre, vous trouverez des tableaux permettant de déterminer rapidement la clairance de la créatinine, en particulier pour ceux qui ne peuvent pas utiliser l'application électronique (voir les annexes 17.1 à 17.4). Veuillez noter qu'elles ont été établies à l'aide de l'équation de Cockcroft-Gault et qu'elles ne sont donc pas toujours fiables.

2. Protéinurie

Une protéinurie est fréquemment constatée sur les tests de bandelette urinaire de routine :

- Un patient gravement malade présente souvent une protéinurie avec 1 à 3+ mais pas nécessairement corrélée avec une maladie rénale.
- Un échantillon d'urine contaminé par des pertes vaginales peut montrer une protéinurie.
- Une infection des voies urinaires présente souvent des urines troubles contenant des protéines, ainsi que d'autres éléments anormaux tels des nitrites et des leucocytes (voir l'algorithme de prise en charge 23.2 à la fin du **chapitre 23**).

Il est donc important de tester à nouveau les urines par bandelette pour les protéines après traitement des causes mentionnées ci-dessus. Si une protéinurie est toujours présente (2+ ou plus sur la bandelette urinaire), une maladie rénale doit être recherchée.



Rechercher parmi les applications :
CKD-EPI



Conseil pratique

Quoi faire devant une clairance de la créatinine anormale ou devant une protéinurie

Il y a quatre mesures à prendre :

- Eviter le ténofovir jusqu'à ce que le problème rénal soit résolu (si le patient a une hépatite B, voir **chapitre 6**, rubrique 10).
- Ajuster les doses des médicaments éliminés par voie rénale (voir tableau 17.1 à la fin de ce chapitre)
- Toujours mesurer à la fois la créatininémie et utiliser la bandelette urinaire. Sans cela, l'évaluation rénale initiale est incomplète.
- Analyser la situation clinique et faire les tests nécessaires et disponibles pour vous aider à établir un diagnostic.

Le reste de ce chapitre traite de la dernière action citée : établir un diagnostic rénal. Il sera fait en deux étapes en fournissant :

- A. Un aperçu des maladies rénales fréquemment rencontrées dans les centres de soins.
- B. Une approche pratique du patient atteint de ce type de pathologie en recueillant les informations nécessaires au diagnostic.

A. Aperçu des maladies rénales fréquemment rencontrées dans les centres VIH

La bonne nouvelle est qu'il n'y a que trois grandes catégories de maladies rénales qui représentent plus de 90% des affections courantes observées.

- 1 Une atteinte rénale aigue (IRA)
- 2 Néphropathie associée au VIH (HIVAN)
3. Insuffisance rénale chronique (IRC)

1. Insuffisance rénale aigue (IRA)

Aperçu

Une insuffisance rénale aigue est la manifestation la plus fréquente des maladies rénales que ce soit en soins primaires ou à l'hôpital. Une grande partie d'entre elles, cependant, peuvent passer inaperçues dans le cadre des soins primaires s'il y a un long délai avant que le résultat ne parvienne au patient. Mais, si elle est diagnostiquée et traitée rapidement, elle peut être réversible. A l'inverse, dépister tardivement, elle peut évoluer vers une nécrose tubulaire aiguë et une maladie rénale chronique.

Les causes les plus fréquentes d'une IRA sont une déshydratation, un sepsis et l'utilisation de certains médicaments. Si le patient présente ces facteurs de

risque, le clinicien recherchera une possible insuffisance rénale par la mesure de la créatininémie et l'utilisation d'une bandelette urinaire le plus tôt possible, ou bien transférera le patient pour de plus amples investigations.

Un sepsis ou une déshydratation diminuent la pression de perfusion rénale et perturbe le mécanisme de filtration du rein. La solution consiste à réhydrater rapidement le patient ou à traiter le sepsis de façon à restaurer une pression de perfusion correcte. Le mieux est de le faire en milieu hospitalier mais si le centre de soins peut le permettre, voici des recommandations utiles à suivre :

- Arrêter tous les médicaments néphrotoxiques potentiels comme le ténofovir, le cotrimoxazole et la rifampicine (connue pour être hépatotoxique, elle affecte le rein de manière indirecte par une sorte de réaction allergique appelée néphrite interstitielle aiguë (NIA))
- Si déshydraté (la NIA ne cause pas de déshydratation), réhydrater rapidement : 500 ml en perfusion sur 1h suivis par 3 L de sérum physiologique en 24h tout en incitant le patient à boire.
- Traiter toute diarrhée
- Traiter tout sepsis

2. Néphropathie associée au VIH (HIVAN)

Résultats caractéristiques

Les dommages directs du VIH sur le rein entraînent des résultats caractéristiques à l'examen clinique et lors des tests biologiques :

- **L'élément majeur est une protéinurie importante sans laquelle on ne peut évoquer le diagnostic d'HIVAN.** Il y a habituellement 2-4+ sur la bandelette urinaire et si le ratio protéine/créatininémie est disponible, un taux supérieur à 0.1 g/mmol évoque cette néphropathie mais généralement le ratio est beaucoup plus élevé.
- La créatinine est généralement élevée mais **ce type de pathologie peut exister avec une protéinurie seule et une créatininémie normale.**
- La néphropathie associée au VIH est souvent une maladie lentement évolutive mais qui peut entraîner une augmentation rapide de la créatininémie allant jusqu'au stade d'insuffisance rénale terminale (IRT) en quelques mois.
- Elle peut apparaître quel que soit le taux de CD4 mais est toujours classée en maladie de stade 4 nécessitant une mise sous TARV rapide.
- Responsable d'une hyponatrémie, donc, dans la HIVAN aiguë, il n'y a pas d'hypertension ni d'œdème.
- Si c'est faisable, une échographie rénale permettra de constater des reins de taille normale ou hypertrophiques.

Diagnostic

- La prévention et la détection précoce sont importantes. La créatininémie se fait presque systématiquement avant un traitement avec TDF, mais un dépistage

de routine à la bandelette urinaire est rarement effectué en soins primaires. Il serait particulièrement pertinent que tous les nouveaux patients des centres VIH fassent ponctuellement, une batterie de tests de routine (pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, température et bandelette urinaire) avant de voir le clinicien. Une grande partie des HIVAN passe inaperçue car les tests à la bandelette urinaire ne sont pas systématiquement réalisés.

- Parce qu'une biopsie est rarement disponible (seul examen qui peut confirmer à 100% le diagnostic), l'hypothèse d'une néphropathie HIVAN peut être envisagée s'il y a :
 - Protéinurie ($\geq 2+$ et/ou un ratio protéinurie/créatininémie > 0.1)
 - Pas d'hypertension ni d'œdème

Traitement

- Le meilleur bénéfice pour le patient est sans conteste de commencer les ARV le plus tôt possible. Dans une étude, il a été démontré qu'une TARV diminuait la mortalité liée à l'HIVAN de 57%.
- Eviter TDF et plutôt choisir ABC (voir **chapitre 6**, rubrique 10 pour les détails concernant le patient atteint d'hépatite B)
- Traiter la protéinurie qui affecte les reins avec un IEC (inhibiteur de l'enzyme de conversion) tel que l'énalapril. Commencer avec 2.5 mg 2 fois/jour et surveiller la pression artérielle qui peut chuter et la kaliémie qui peut augmenter (mesurer à un mois). Augmenter la dose d'énalapril selon les besoins et la tolérance, jusqu'à 10mg 2 fois/jour.
- Continuer de surveiller la créatininémie et la protéinurie.

3. Insuffisance rénale chronique (IRC)

Elle est 3 fois plus importante en Afrique que dans les pays développés. Les types de néphropathies les plus fréquentes dans les centres de soins sont les néphropathies diabétiques hypertensives. Moins fréquentes, mais aussi observées, sont les HIVAN chroniques qui n'ont pas été détectées assez tôt et aussi d'autres types de maladies rénales chroniques. Noter que la néphropathie liée au VIH (HIVAN), non détectée depuis plusieurs années, peut se présenter sous forme de maladie rénale chronique, généralement accompagnée d'une protéinurie importante sur la bandelette urinaire.

Lorsque l'hypertension ou le diabète ont conduit à une augmentation anormale de la créatininémie et de la protéinurie, cela veut dire que l'atteinte rénale est largement irréversible. **Cependant, une prise en charge prudente à partir de ce moment peut ralentir l'évolution de la maladie vers l'insuffisance rénale terminale (IRT).**

Diagnostic

- Généralement hyper-créatininémie avec protéinurie et/ou hématurie.
- Si dans le dossier du patient il est noté à plusieurs reprises une élévation similaire de la créatininémie, on peut supposer que le problème existe depuis un certain temps et que ce n'est donc pas un problème aigu.

- Le patient souffre souvent d'un diabète ou d'une hypertension insuffisamment contrôlés.
- S'il y a une insuffisance rénale terminale et que la NFS montre une anémie normochrome et normocytaire.
- Si une échographie est possible elle montre généralement des reins de petite taille (< 9cm)



Prise en charge

Bien que la maladie rénale soit en partie irréversible, des actions peuvent toujours aider le patient :

1. Les éléments suivants ont montré un ralentissement dans l'évolution de la maladie vers un stade terminal :
 - Arrêt du tabac
 - Amélioration de la prise en charge de l'hypertension
 - Amélioration de la prise en charge du diabète
 - Eviter les AINS qui participent à la détérioration des reins
 - Commencer une TARV en excluant le TDF, idéalement remplacé par ABC, ou AZT si ABC n'est pas disponible.
2. Ajuster si besoin les doses des médicaments éliminés par le rein (voir les tableaux de dosage schéma 17.1)
3. Surveiller la créatinine et les urines 6 fois par mois.
4. Envisager l'aide d'un clinicien plus expérimenté lorsque la créatininémie dépasse 250 ou que la clairance de la créatinine est inférieure à 30 ml/min.

B. Une approche pratique vers un diagnostic pour un patient avec une possible maladie rénale

Pour récapituler, vous êtes arrivés à soupçonner une maladie rénale par l'une des deux voies suivantes :

- Vous avez observé de façon fortuite que le patient avait une créatininémie anormalement élevée ou une protéinurie et /ou du sang dans les urines.
- Vous avez délibérément envisagé la présence d'une maladie rénale devant un patient souffrant d'une diarrhée importante, d'une déshydratation ou d'un sepsis.

Après avoir transféré au plus tôt le patient en raison d'une suspicion d'atteinte rénale aiguë au vu des éléments anormaux, l'étape suivante consiste à investiguer plus avant. Grâce à un interrogatoire précis, un examen clinique minutieux et des tests paracliniques disponibles sur votre lieu de travail, vous pouvez classer votre diagnostic dans une des 3 catégories décrites ci dessous, ou une combinaison de ces catégories (point 4)

1. Est-ce que cela pourrait être une insuffisance rénale aiguë (IRA) ?

Evaluer cette possibilité en premier car le traitement est urgent et les dommages éventuellement réversibles si la prise en charge se fait au plus tôt. Rechercher activement les causes les plus fréquentes :

A. La cause pourrait-elle être une basse pression de perfusion rénale ?

Habituellement associée avec une hypovolémie et une pression artérielle basse. Rechercher les signes de déshydratation, diarrhée ou sepsis. Si cette cause est retenue, le patient doit être hospitalisé et perfusé, et l'origine d'un sepsis identifiée et traitée.

B. Des médicaments néphrotoxiques pourraient-ils être en cause ?

Le **ténofovir** peut endommager les reins soit directement soit via les mitochondries.

- Les dommages peuvent apparaître des semaines voire des mois après le démarrage du traitement
- Les signes sont une augmentation de la créatinine, une glycosurie ou même des œdèmes

Le **cotrimoxazole** et la **rifampicine** peuvent endommager les reins via une forme de réaction allergique appelée néphrite interstitielle aiguë. Est-ce que l'un de ces traitements a été initié au cours des dernières semaines ? Les signes peuvent être des manifestations extra-rénales d'hypersensibilité, telles que des éruptions cutanées, de la fièvre et des douleurs articulaires.

- Peut s'apparenter à une pyélonéphrite avec fièvre et douleurs dans les flancs.
- Se reproduit lors de la réexposition au médicament.
- Le traitement consiste à arrêter le médicament en cause et, parfois, à donner des stéroïdes.

2. Est-ce que cela pourrait être une néphropathie liée au VIH (HIVAN) ?

- Protéinurie – généralement $\geq 2+$ sur la bandelette urinaire, ratio protéinurie/créatinine > 0.1 et pas d'hématurie.
- Pression artérielle normale, pas d'œdème ni d'éruption cutanée.
- CD4 pas nécessairement bas. Peuvent être > 500 .
- Echographie : taille des reins normale ou augmentée.

Aucun diagnostic définitif sans biopsie, mais un diagnostic présomptif peut être établi si les éléments des points 1 et 2 ci dessus sont présents et que les autres pathologies ont été exclues selon le processus de dépistage de la rubrique 1 ci-dessus. Si c'est le cas :

- Débuter les ARV dès que possible (maladie de stade 4)
- Commencer l'énalapril avec 2.5 mg 2 fois/jour et surveiller la pression artérielle et la kaliémie
- Continuer la surveillance de la créatinine et de la protéinurie

3. Est-ce que cela s'apparente à une insuffisance rénale chronique (IRC) ?

- Généralement, contrôle insuffisant du diabète et/ou de l'hypertension
- Autres causes connues d'insuffisance rénale chronique comme une glomérulonéphrite chronique
- Des signes de chronicité évidents (une créatininémie élevée de façon similaire sur différents contrôles espacés de quelques mois)

Si c'est le cas, il faut améliorer la prise en charge de cette maladie chronique.

Appliquer les principes suivants afin d'éviter d'autres dommages :

- Sevrage tabagique du patient si possible
- Traitement de l'hypertension : chercher à obtenir une TA à 130/80
- Traitement du diabète (se souvenir que la glycémie peut chuter quand l'IRC s'aggrave)
- Éviter TDF et le remplacer plutôt par ABC
- Éviter les AINS et autres médicaments néphrotoxiques tels que les aminosides.
- Ajuster les médicaments selon le tableau 17.1

- Le dossier du patient doit être clairement documenté pour un suivi efficace quel que soit le clinicien

Faire appel à une aide expérimentée ou transférer le patient quand la mesure de CICr/DFG chute en dessous de 30 et donner des explications au patient.

4. Est-ce que cela pourrait être une combinaison d'IRC, d'une néphropathie en lien direct avec le VIH et d'une IRA ?

- Est-ce qu'il existe à la fois les caractéristiques d'une atteinte rénale aiguë et celles d'une pathologie chronique ?
 - Le patient présente-t-il des signes d'insuffisance rénale chronique, tels un diabète ou une hypertension mal contrôlés, ou peut-être une autre maladie rénale chronique ? Ajouté à cela, existe-t-il un problème aigu de déshydratation, de septicémie ou de toxicité médicamenteuse ?
 - Y a-t-il des caractéristiques de maladie rénale chronique mais aussi une protéinurie élevée ? On peut soupçonner une néphropathie associée au VIH, non détectée et qui évolue maintenant de façon chronique.
- Si le schéma est celui de l'une de ces combinaisons, gérer d'abord la phase aiguë avant de prendre en charge l'IRC selon les recommandations décrites ci dessus.



[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)

L'approche d'un patient avec une possible maladie rénale est également présentée dans l'algorithme 17.1 ci-dessous.

En outre, une **brochure plus complète** sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie rénale dans les soins primaires peut être téléchargée à partir du dossier des ressources supplémentaires à l'adresse <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>.

Algorithme 17.1 : L'approche du patient vivant avec le VIH et atteint d'une possible maladie rénale

La maladie rénale chez le patient séropositif

Insuffisance rénale aiguë :

- *Déshydratation*
- *Sepsis*
- Médicaments néphrotoxiques : particulièrement ténofovir, cotrimoxazole et rifampicine

Néphropathie liée au VIH :

- Dépistage précoce : ce type de néphropathie est réversible
- Peut cependant évoluer vers une insuffisance rénale chronique

L'insuffisance rénale chronique :

- *Hypertension et diabète* sont les facteurs de risques majeurs pour l'IRC
- Les patient atteints d'insuffisance rénale chronique sont plus vulnérables face à une atteinte aiguë cad une insuffisance rénale aiguë sur une IRC

Présentation clinique

- La découverte d'une insuffisance rénale se fait généralement de façon tout à fait fortuite lors d'un résultat anormal de créatininémie élevée.
- Elle passe souvent inaperçue car elle est généralement asymptomatique ou présente

des signes peu spécifiques comme une fatigue ou des nausées.

- Les œdèmes sont un signe très tardif dans la maladie et n'existent pas pour la néphropathie liée au VIH donc, l'absence d'œdème n'exclut pas la présence d'une pathologie rénale.

des signes peu spécifiques comme une fatigue ou des nausées.

- L'IR est à suspecter fortement chez les patients présentant des facteurs de risques listés en italique ci-dessus.
- L'IRC peut s'accompagner d'une anémie en raison d'une diminution de la production d'érythropoïétine.

Investigations

Créatininémie

- Tous les patients nécessitant une hospitalisation doivent avoir un contrôle de la créatininémie
- les limites normales varient considérablement en fonction de l'âge, du poids et du sexe et les calculs de la clairance de la créatinine ne sont pas valides en cas d'IRA. La clairance de la créatinine est un indicateur plus précis mais plus difficile à calculer.

Conseils à suivre : si la créatininémie < 100, le poids > 50 kg et l'âge < 50 et, pour une femme, pas de grossesse en cours, la ClCr sera dans les limites de la normale donc il n'y a pas de nécessité à la calculer.

Si la ClCr est cependant nécessaire, il y a une application gratuite qui peut être téléchargée et qui calcule le CKD-EPI. Choisir l'application avec l'icone du rein orange puis sélectionner l'option du haut, "Equation créatinine CKD-EPI 2009"

Sodium Potassium

- Rechercher des troubles électrolytiques associés :
natrémie et kaliémie anormales sont fréquentes dans l'insuffisance rénale aiguë et peuvent entraîner un risque vital.
- Natrémie et kaliémie peuvent être très basses lors de diarrhées aiguës ou chroniques sévères.
- La kaliémie peut être très augmentée dans l'IRC

Microscopie des urines

GB, +/- bactériurie, montre une infection urinaire

Bandelette urinaire

- La présence de protéines et de sang peuvent indiquer une maladie rénale. Elle peut être aussi associée à une infection des voies urinaires, mais les signes incluent généralement des urines troubles avec des globules blancs et/ou des nitrites.
- L'insuffisance rénale est souvent négligée car les résultats anormaux de la bandelette urinaire sont généralement interprétés comme dus à une infection urinaire. Toujours faire un contrôle à la bandelette urinaire après le traitement afin de s'assurer du succès thérapeutique.

Echographie rénale

Décrit une anatomie générale, peut suggérer une néphropathie liée au VIH sous-jacente, (reins échogènes hypertrophiques ou normaux) ou une insuffisance rénale en phase terminale (petits reins), mais ne peut fournir plus d'informations sur les causes de maladie.

L'approche des patients avec une probable maladie rénale

- Commencer par rechercher une IRA, qui peut être réversible si traiter précocement.
- Rechercher une cause sous-jacente, les plus fréquentes étant une déshydratation, un sepsis et la prise de certains médicaments.
- Rechercher d'abord une **pathologie pré-rénale**: les plus fréquentes et réversibles si traiter tôt
- Parmi les causes les plus fréquentes, vient ensuite **la nécrose tubulaire aigue**, aussi réversible si traitement précoce.
- Toujours envisager **HIVAN** et **IRC** puis les autres causes.

Prise en charge générale :

- Correction rapide de la déshydratation-500ml en bolus sur 1h, suivis par 3l de soluté physiologique en IV sur 24h tout en favorisant la prise de liquides PO.
- Corriger les anomalies électrolytiques rapidement et les causes sous-jacentes.
- Rechercher un sepsis et traiter l'infection le cas échéant.
- Arrêter les médicaments néphrotoxiques : changer ténofovir avec un autre INTI
- Traiter les comorbidités responsables d'insuffisance rénale : diabète, hypertension.

Pré-rénal ^{IRA}

- Causes :**
- Hypoperfusion-diminution du débit sanguin rénal :
 - Hypovolémie
 - Hypotension
 - Sepsis
 - Insuffisance cardiaque
- RÉVERSIBLE SI TRAITÉ RAPIDEMENT**
- Corriger les causes sous jacentes :**
- La diarrhée sévère est la cause la plus fréquente : à traiter par des solutés hydroélectrolytiques.
- Si elle n'est pas traitée rapidement**, une nécrose tubulaire aigue peut se développer.

Les lésions rénales aigues

Nécrose tubulaire ^{IRA} aigue

- Causes :**
- Ischémie
 - insuffisance pré rénale non corrigée.
- Toxines :**
- ténofovir
 - rifampicine
 - Amphotéricine B
 - Aminoglycosides
 - AINS

Néphrite interstitielle ^{IRA} aigue

- Causes :**
- Hypersensibilité aux médicaments
- Les plus fréquents :**
- Rifampicine
 - Cotrimoxazole
- Autres :**
- Antibiotiques (ATB) : Céphalosporine
 - AINS
 - Médecine traditionnelle
- Prise en charge :**
- Atteinte réversible si les médicaments sont arrêtés précocement :**
- Arrêter tous les médicaments en cause et ne pas les réintroduire.
 - La seule exception reste la rifampicine s'il n'y a pas d'autres alternatives possibles et que le diagnostic TB ne fait aucun doute. Réintroduire la rifampicine et contrôler la créatininémie régulièrement.

IRC

- Généralement diabète ou hypertension mal contrôlés
 - Episodes de créatininémie élevée dans le passé en faveur d'une chronicité
 - Souvent protéinurie.
- Traitement :**
- Traiter les causes sous-jacentes
 - Eviter les AINS
 - Arrêt du tabac
 - Initier à la TARV.

Autre

- Causes multiples dont hépatite B, syphilis, diabète.
- Peut être IRA ou IRC
 - Se manifeste par l'un des éléments suivants : protéinurie, GR dans les urines, œdème, hypertension.
- Pyélonéphrite ^{IRA}**
- fièvre, douleurs dans les flancs
 - leucocytes et protéinurie à la bandelette urinaire
 - commencer les ATB immédiatement en IV

Post rénal (plus rare)

- Due à l'obstruction d'écoulement d'urine entraînant une élévation de la pression au niveau du rein.
- Les causes les plus fréquentes :**
- hypertrophie de la prostate chez les hommes âgés - obstruction urétrale (faire un examen rectal)
 - carcinome du col utérin- obstruction urétérale (faire un examen vaginal).

Néphropathie associée au VIH (HIVAN)

- Une protéinurie doit être retrouvée, un examen urinaire à la bandelette est essentiel.
 - Pas d'hypertension mais peut apparaître chez des patients déjà hypertendus.
 - Entraîne des pertes sodées mais pas d'œdèmes
 - Souvent CD4 bas mais peut apparaître quel que soit le taux.
- Traitement :**
- TARV
 - IEC pour réduire la protéinurie
 - Eviter les médicaments néphrotoxiques.

Tableau 17.1 Ajustements des doses des médicaments lors d'insuffisance rénale chronique

(Les calculs de la ClCr ne sont pas valables en cas d'insuffisance rénale aiguë.)

Médicament	Doses ajustées selon la ClCr ou DFG		
	Clairance >50	Clairance 10–50	Clairance <10
ARV			
Lamivudine	150 2X/jour ou 300/jour	150 mg/jour	50 mg/jour
d4T	30 mg 2X/jour	15 mg 2X/jour	15 mg/jour
Zidovudine	300 mg 2X/jour	Pas d'ajustement nécessaire	300 mg/jour
Ténofovir	300 mg le soir	EVITER	EVITER
Abacavir	Pas d'ajustement nécessaire		
Névirapine, Efavirenz	Pas d'ajustement nécessaire		
Inhibiteurs de la protéase (PIs)	Pas d'ajustement nécessaire		
Antihypertenseurs			
Enalapril	2.5-10 mg 2X/jour	75–100%	50%
Aténolol	25-50 mg/jour	50%	25%
HCTZ	12.5-25 mg/jour	100%	EVITER
Amlodipine	5-10 mg/jour	Pas d'ajustement nécessaire	Pas d'ajustement nécessaire
Doxazosine	2-4 mg/jour	Pas d'ajustement nécessaire	Pas d'ajustement nécessaire
Antidiabétiques			
Gliclazide	40-80 mg 2X/jour	EVITER	EVITER
Glibenclamide	2.5-5 mg 2X/jour	EVITER	EVITER
Metformine	500-1000 mg 2X/jour	EVITER	EVITER
Antifongiques			
Fluconazole	200-400/jour	50%	50%
Itraconazole	100-200 2X/jour	100%	50%. EVITER IV
Antiviraux			
acyclovir	200-800 mg toutes les 4-12 heures	100%	200 mg 2X/jour
Antibiotiques			
Amoxicilline	250-1000 mg 3X/jour	Toutes les 8-12heures	Toutes les 24h
Clarithromycine	250-500 mg 2X/jour	50%-100%	50%
Ciprofloxacine	250-750 mg 2X/jour	50%-75%	50%
Traitement au cotrimoxazole	2X à 4X/jour	50%	Demander conseil
Prophylaxie au cotrimoxazole	2 comprimés/jour	Pas d'ajustement nécessaire	Pas d'ajustement nécessaire
Pénicilline G	0.5-4 MU toutes les 4-6 heures	75%	25%
Azithromycine	Pas d'ajustement nécessaire		
Ceftriaxone			
Clindamycine			
Erythromycine			

Divers			
Médicament	Clairance >50	Clairance 10–50	Clairance <10
AINS	EVITER	EVITER	EVITER
Métoclopramide	10 mg 3X/jour	75%	50%
Oméprazole	20-40 mg/jour	Pas d'ajustement nécessaire	Pas d'ajustement nécessaire
Ranitidine	150-300 mg le soir	50%	25%
Antituberculeux			
Médicament	Doses ajustées selon la CICr ou DFG		
	Clairance >30	Clairance <30	
Rifampicine	600 mg/jour	Pas d'ajustement nécessaire	
Isoniazide	300 mg/jour	Pas d'ajustement nécessaire	
Pyrazinamide	30-40 mg/kg/jour	25-35 mg/kg/dose 3X/semaine	
Ethambutol	25 mg/kg/jour	15-25 mg/kg/dose 3X/semaine	
Streptomycine	15-20 mg/kg/jour	12-15 mg/kg/dose 2 ou 3X/semaine	
Kanamycine	15-20 mg/kg/jour	12-15 mg/kg/dose 2 ou 3X/semaine	
Capréomycine	15-20 mg/kg/jour	12-15 mg/kg/dose 2 ou 3X/semaine	
Moxifloxacine	400 mg/jour	Pas d'ajustement nécessaire	
Ofloxacine	15-20 mg/kg/jour	600-800 mg/dose 3X/semaine	
P-acide aminosalicylique	150 mg/kg/jour	4 g/dose. La dose max sera de 2X/jour	
Ethionamide/ prothionamide	15-20 mg/kg/jour	Pas d'ajustement nécessaire	
Térizidone/cyclosérine	15-20 mg/kg/jour	250 mg/jour ou 500 mg 3X/semaine	
Linézolide	600 mg/jour	Pas de changement nécessaire	
Delamanide	100 mg 2X/jour pendant 24 semaines	Pas de changement lors d'une pathologie à sévérité faible ou modérée. Dosage non disponible pour une insuffisance rénale sévère.	
Bédaquilline	400 mg/jour pendant 2 semaines puis 200 mg 3X/semaine pendant 22 semaines	Pas de changement lors d'une pathologie à sévérité faible ou modérée. Dosage non disponible pour une insuffisance rénale sévère.	

Annexe 17.1 Tableau d'estimation de la clairance de la créatinine (en ml/min) pour les femmes entre 15-40 ans

N.B La créatinine doit être exprimée en $\mu\text{mol/l}$ pour utiliser ce tableau. Ces tableaux sont fournis pour faciliter le calcul manuel. Idéalement, ce calcul devrait être effectué automatiquement par le laboratoire.

Cr in $\mu\text{mol/litre}$	30-35 kg	36-40 kg	41-45 kg	46-50 kg	51-55 kg	56-60 kg	61-65 kg	66-70 kg
60	52-76	62-87	71-98	80-108	88-119	97-130	106-141	114-152
70	45-65	53-74	61-84	68-93	76-102	83-111	91-121	98-130
80	39-57	47-65	53-73	60-81	66-89	73-98	79-106	86-114
90	35-51	42-58	48-65	53-72	59-79	65-87	70-94	76-101
100	31-46	37-52	43-59	48-65	53-72	58-78	63-85	69-91
110	28-41	34-47	39-53	43-59	48-65	53-71	58-77	62-83
120	26-38	31-43	36-49	40-54	44-60	49-65	53-70	57-76
130	24-35	29-40	33-45	37-50	41-55	45-60	49-65	53-70
140	22-33	27-37	31-42	34-46	38-51	42-56	45-60	49-65
290	11-16	11-18	15-20	16-22	18-25	20-27	22-29	24-31
300	10-15	16-17	14-20	16-22	18-24	19-26	21-28	23-30
350	9-13	13-15	12-17	14-19	15-20	17-22	18-24	20-26
400	8-11	12-13	11-15	12-16	13-18	15-20	16-21	17-23
450	7-10	10-12	10-13	11-14	12-16	13-17	14-19	15-20
500	6-9	9-10	9-12	10-13	11-14	12-16	13-17	14-18
550	6-8	9-9	8-11	9-12	10-13	11-14	12-15	12-17
600	5-8	8-9	7-10	8-11	9-12	10-13	11-14	11-15
650	5-7	7-8	7-9	7-10	8-11	9-12	10-13	11-14
700	7-12	10-14	9-8	7-9	8-10	8-11	9-12	10-13

Annexe 17.2 Tableau d'estimation de la clairance de la créatinine (en ml/min) pour les femmes entre 41-65 ans

Cr in μmol/litre	30-35 kg	36-40 kg	41-45 kg	46-50 kg	51-55 kg	56-60 kg	61-65 kg	66-70 kg
40	59-90	70-103	80-116	90-129	99-142	109-154	119-167	129-180
50	47-72	56-82	64-93	72-103	80-113	87-124	95-134	103-144
60	39-60	47-69	53-77	60-86	66-94	73-103	79-112	86-120
70	33-51	40-59	46-66	51-74	57-81	62-88	68-96	83-103
80	29-45	35-51	40-58	45-64	50-71	55-77	59-84	73-90
90	26-40	31-46	36-51	40-57	44-63	49-69	53-74	65-80
100	23-36	28-41	32-46	36-51	40-57	44-62	48-67	58-72
110	21-33	26-37	29-42	33-47	36-51	40-56	43-61	53-66
120	20-30	23-34	27-39	30-43	33-47	36-51	40-56	49-60
220	11-16	13-19	15-21	16-23	18-26	20-28	22-30	27-33
230	10-16	12-18	14-20	16-22	17-25	19-27	21-29	25-31
300	8-12	9-14	11-15	12-17	13-19	15-21	16-22	19-24
350	7-10	8-12	9-13	10-15	11-16	12-18	14-19	17-21
400	6-9	7-10	8-12	9-13	10-14	11-15	12-17	15-18
450	5-8	6-9	7-10	8-11	9-13	10-14	11-15	13-16
500	5-7	6-8	6-9	7-10	8-11	9-12	10-13	12-14
550	4-7	5-7	6-8	7-9	7-10	8-11	9-12	11-13
600	4-6	5-7	5-8	6-9	7-9	7-10	8-11	10-12

Appendix 17.3 Tableau d'estimation de la clairance de la créatinine (en ml/min) pour les hommes entre 15-40 ans

Cr in μmol/litre	30-35 kg	36-40 kg	41-45 kg	46-50 kg	51-55 kg	56-60 kg	61-65 kg	66-70 kg
70	53-77	63-88	72-99	81-110	90-121	98-132	107-143	116-154
80	46-67	55-77	63-86	71-96	78-106	86-115	94-125	101-135
90	41-60	49-68	56-77	63-85	70-94	77-103	83-111	90-120
100	37-54	44-62	50-69	57-77	63-85	69-92	75-100	81-108
110	34-49	40-56	46-63	51-70	57-77	63-84	68-91	74-98
120	31-45	37-51	42-58	47-64	52-70	57-77	63-83	68-90
130	28-41	34-47	39-53	44-59	48-65	53-71	58-77	62-83
140	26-38	32-44	36-49	40-55	45-60	49-66	54-71	58-77
150	25-36	30-41	34-46	38-51	42-56	46-62	50-67	54-72
160	23-34	28-38	32-43	35-48	39-53	43-58	47-62	51-67
170	22-32	26-36	30-41	33-45	37-50	41-54	44-59	48-63
350	11-15	13-18	14-20	16-22	18-24	20-26	21-29	23-31
400	9-13	11-15	13-17	14-19	16-21	17-23	19-25	20-27
450	8-12	10-14	11-15	13-17	14-19	15-21	17-22	18-24
500	7-11	9-12	10-14	11-15	13-17	14-18	15-20	16-22
550	7-10	8-11	9-13	10-14	11-15	13-17	14-18	15-20
600	6-9	7-10	8-12	9-13	10-14	11-15	13-17	14-18
650	6-8	7-9	8-11	9-12	10-13	11-14	12-15	12-17
700	5-8	6-9	7-10	8-11	9-12	10-13	11-14	12-15
750	5-7	6-8	7-9	8-10	8-11	9-12	10-13	11-14
800	5-7	6-8	6-9	7-10	8-11	9-12	9-12	10-13

Appendix 17.4 Tableau d'estimation de la clairance de la créatinine (en ml/min) pour les hommes entre 41-65 ans

Cr in μmol/litre	30-35 kg	36-40 kg	41-45 kg	46-50 kg	51-55 kg	56-60 kg	61-65 kg	66-70 kg
50	55-85	66-97	76-110	85-122	94-134	103-146	113-158	122-170
60	46-71	55-81	63-91	71-101	78-112	86-122	94-132	101-142
70	40-61	47-70	54-78	61-87	67-96	74-104	80-113	87-122
80	35-53	42-61	47-68	53-76	59-84	65-91	70-99	76-107
90	31-47	37-54	42-61	47-68	52-74	57-81	63-88	68-95
100	28-43	33-49	38-55	42-61	47-67	52-73	56-79	61-85
110	25-39	30-44	34-50	39-55	43-61	47-66	51-72	55-77
120	23-36	28-41	32-46	35-51	39-56	43-61	47-66	51-71
130	21-33	26-37	29-42	33-47	36-52	40-56	43-61	47-66
260	11-16	13-19	15-21	16-23	18-26	20-28	22-30	23-33
300	9-14	11-16	13-18	14-20	16-22	17-24	19-26	20-28
350	8-12	9-14	11-16	12-17	13-19	15-21	16-23	17-24
400	7-11	8-12	9-14	11-15	12-17	13-18	14-20	15-21
450	6-9	7-11	8-12	9-14	10-15	11-16	13-18	14-19
500	6-9	7-10	8-11	8-12	9-13	10-15	11-16	12-17
550	5-8	6-9	7-10	8-11	9-12	9-13	10-14	11-15
600	5-7	6-8	6-9	7-10	8-11	9-12	9-13	10-14

Pathologies hématologiques

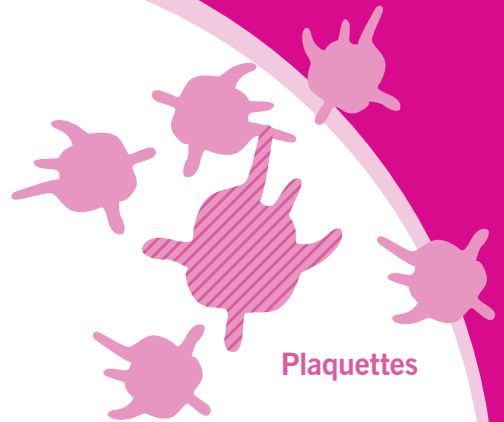
Anémie

Approche de l'anémie en soins
primaires

Thrombocytopénie

Neutropénie

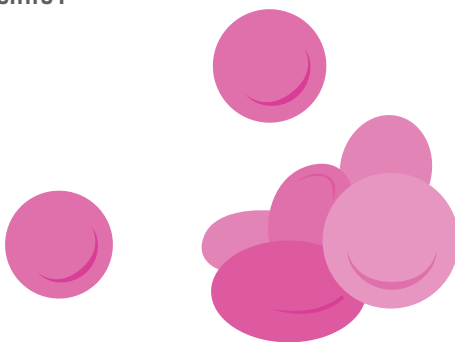
Troubles hématologiques chez les
patients séropositifs :
points clés



Plaquettes



Globule blanc



Globules rouges

L'anémie est fréquente chez les patients séropositifs ; on peut constater parfois des plaquettes basses et occasionnellement une numération basse des globules blancs (GB) ou leucocytes. Heureusement, le panel des causes possibles n'est pas très étendu et, en suivant un simple algorithme diagnostique, ces maladies peuvent être gérées avec confiance et efficacité.

Répondre à deux questions clés face à ces anomalies hématologiques aidera immédiatement à faire le bon diagnostic :

1. Quelles sont les lignées cellulaires impliquées (GR/GB/plaquettes) ? Est-ce juste une lignée, deux lignées (bicytopénie) ou les trois (pancytopénie) ?
2. Y a-t-il une maladie systémique associée ? (par exemple, l'anémie est fréquente, à la fois lors de tuberculose disséminée et de sarcome de Kaposi).

Anémie

Il faut aborder l'anémie en tenant compte des différents composants des globules rouges. Les éléments de synthèse (fer, vitamine B12, folate) sont indispensables pour que l'organe de fabrication (la moelle osseuse) produise des globules rouges. À la fin de leur cycle de vie, les hématies sont détruites et les composants réutilisés pour la production de nouvelles cellules. Cependant, la diminution des érythrocytes (ou anémie si elle est importante) peut avoir 2 causes : soit parce que les hématies sont endommagées (hémolyse) ou soit par perte de sang. Le schéma 18.1 explique comment ces différents composants peuvent être affectées.

Approche de l'anémie en soins primaires

Notes accompagnant le schéma 18.1

Les numéros ci-dessous et ceux des pages 384-385 correspondent aux références numérotées dans le schéma 18.1.

La partie inférieure du schéma

Elle montre les causes de diminution de la production de globules rouges.

La partie inférieure droite décrit ce qui contribue à l'absence des éléments constitutifs essentiels des globules rouges.

1. Il est conseillé de donner une supplémentation en fer et en folates pour tous les patients anémiés mais ces carences sont rarement la cause principale. Continuer de chercher une cause sous jacente !



Ne pas prescrire uniquement du fer et des folates pour les patients anémiés mais rechercher une autre cause, surtout la TB.

Schéma 18.1 L'approche de l'anémie en soins primaires

Les pertes sanguines peuvent passer inaperçues⁵, toujours penser à ce qui suit :

Sarcoma de Kaposi :

- Les saignements intestinaux sont fréquents et souvent chroniques, non visibles par le patient ou les équipes médicales.
- Toujours vérifier le palais et l'ensemble de la peau (sur un patient complètement déshabillé).

Ankylostome :

- Endémique dans beaucoup de pays : albendazole 400mg en dose unique. Cependant, il s'agit rarement de la cause principale chez les adultes atteints de VIH à un stade avancé : rechercher les autres causes possibles.

Causes obstétricales et gynécologiques⁶:

- GEU, fausse couche
- Cancer du col

INVESTIGUER

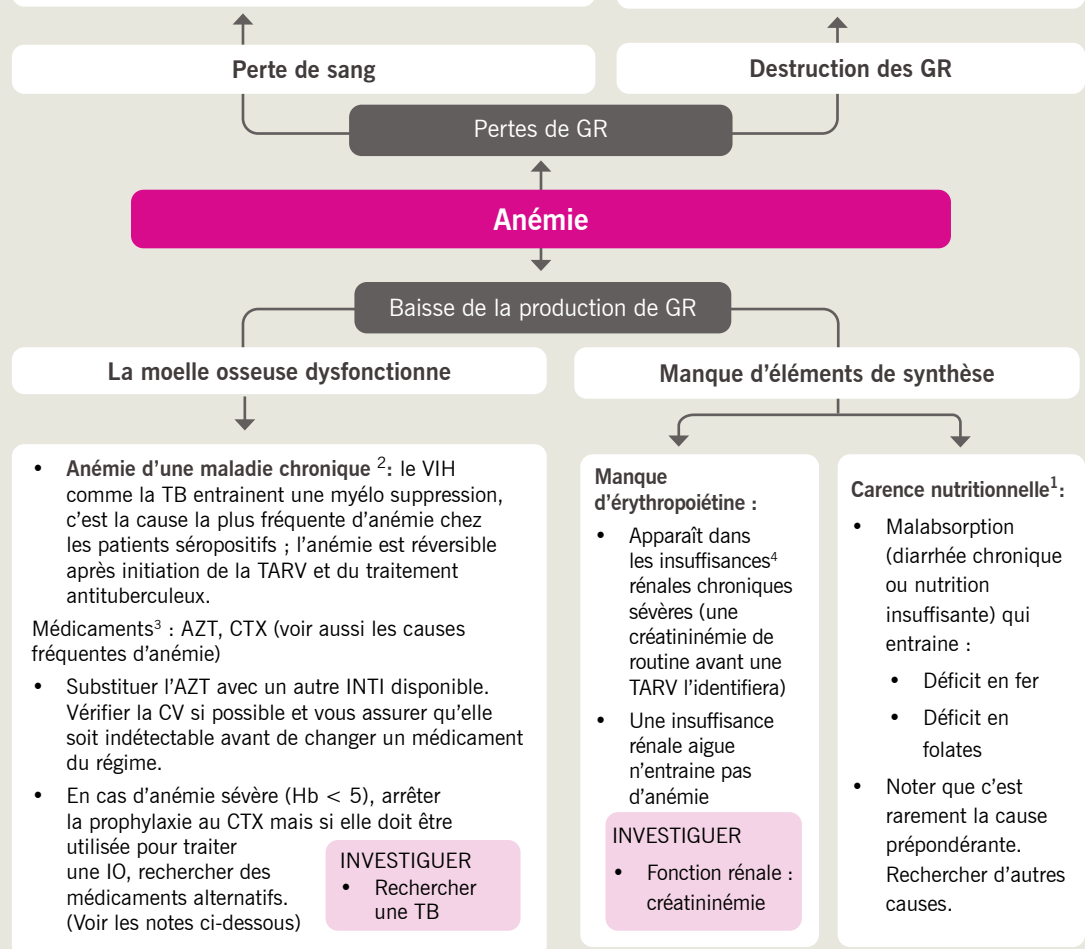
- Antécédents de saignement
- Recherchez un SK
- Test de grossesse
- Examen vaginal : rechercher un cancer du col

Causes les plus fréquentes :

- Malaria⁷
- Rifampicine⁸ : à envisager si anémie sévère apparue après le début du traitement antiTB. L'anémie est rapidement réversible après l'arrêt de la rifampicine. Si ce n'est pas le cas, la rifampicine n'est pas en cause. Les alternatives à la rifampicine étant rarement disponibles, la redémarrer avec une surveillance étroite. Si l'anémie se manifeste à nouveau, ne plus l'utiliser du tout.
- Le CTX⁹ est la plus probable de l'anémie plutôt que la rifampicine.
- Moins fréquent : la drépanocytose¹⁰ dans certaines zones d'Afrique.

INVESTIGUER

- Test rapide de malaria



La partie inférieure gauche décrit ce qui contribue aux troubles de l'érythropoïèse c'est à dire à la baisse de la production des hématies au niveau de la moelle osseuse.



Les dommages sur la moelle osseuse dus au VIH et à la TB sont les causes les plus fréquentes d'anémie chez les patients séropositifs.

2. L'anémie des troubles chroniques (l'appellation « anémie par inflammation chronique » semble d'ailleurs plus juste) est due à une activation immunitaire chronique, une infection ou un cancer. La tuberculose et le VIH sont des causes fréquentes. Le fer piégé par les macrophages ne peut être utilisé. Ajouté à cela, la moelle affaiblie par l'inflammation chronique répond insuffisamment à la demande.
3. Médicaments :
 - L'AZT est souvent responsable d'une bicytopenie (taux faible d'Hb et de GB) mais n'affecte pas le taux de plaquettes (pas de thrombocytopénie).
 - Le CTX perturbe le métabolisme des folates et peut affecter toutes les lignées sanguines. L'alternative au CTX lors de PCP est la primaquine et la clindamycine, et lors de toxoplasmose, la pyriméthamine et l'acide folique (voir les posologies page 294).

Les causes de dépression médullaire sont rares. Si l'anémie persiste (avec une Hb à 3-5mg/dL) et si toutes les autres causes d'anémie ont été traitées ou exclues, il est possible d'envisager les cas suivants :

- Parvovirus B19 : souvent associé à un faible taux de CD4, il répond généralement à une TARV efficace mais cela peut prendre plusieurs mois. C'est un diagnostic d'exclusion, dont la cause est envisagée lorsque les patients présentent une anémie réfractaire alors que la tuberculose et le VIH sont traités. Les patients peuvent avoir besoin de transfusions répétées sur plusieurs mois. Le test d'anticorps n'est pas utile étant donné que de nombreux patients sont positifs.
 - Le 3TC/FTC (noter que les 2 médicaments sont tellement similaires qu'on peut les considérer comme équivalents) peut provoquer un déficit sévère en globules rouges uniquement. C'est un diagnostic d'exclusion très rare. Si toutes les autres causes ont été recherchées et traitées, arrêter le 3TC et donner plutôt 2 INTI (par exemple le ténofovir et l'AZT) en même temps qu'un INNTI ou un IP. Faire un test de charge virale avant d'ajouter un nouvel INTI et si le résultat est en faveur d'un échec du traitement, le changer.
4. Ne pas oublier qu'une insuffisance rénale terminale sévère est responsable d'anémie en raison d'une carence en érythropoïétine, fabriquée au niveau des reins. Les taux d'Hb peuvent être très bas (4 ou 5). Une créatininémie normale exclut cette hypothèse. Les lésions rénales aiguës ou les maladies rénales chroniques qui ne sont pas sévères ne provoquent pas d'anémie grave.



La partie supérieure du schéma 18.1

La partie supérieure gauche décrit les différentes pathologies pour lesquelles des pertes sanguines à bas bruit peuvent être responsables d'anémie.

Faites une vérification rapide d'antécédents probables de pertes de sang dont on a pu sous estimer l'importance (hémoptysie / hématurie).

5. Au niveau de l'intestin en particulier, des pertes de sang à bas bruit sont possibles, induites par le Sarcome de Kaposi ou l'ankylostomiase. Dans les zones endémiques d'ankylostomiase, traiter tous les patients souffrant d'anémie par l'albendazole en dose unique de 400 mg, sans préjuger qu'elle puisse en être la cause principale. Continuer à rechercher d'autres causes plus probables.
6. Sur le plan gynécologique, rechercher :
 - Une grossesse : surtout les complications du 1er trimestre, une fausse couche, une GEU.
 - Un cancer du col de l'utérus s'il y a des antécédents de saignements irréguliers ou des saignements post-ménopausiques

La partie supérieure droite décrit les causes possibles d'hémolyse :

7. Le parasite de la malaria détruit les GR.
8. Noter l'approche du diagnostic de l'hémolyse induite par la rifampicine.
9. Noter également que le cotrimoxazole peut provoquer une anémie par hémolyse, ainsi qu'une carence en folates (voir en bas à droite du schéma).
10. Ne pas oublier la drépanocytose rencontrée dans certains pays.

Traitement de l'anémie

La plupart des traitements s'expliquent d'eux mêmes en traitant la cause du diagnostic. « L'anémie symptomatique » est un terme usuel incorrect, les symptômes étant dus le plus souvent aux causes sous jacentes, plutôt qu'à l'anémie elle-même (comme la TB chez les patients atteints d'un VIH avancé).

Quelques points clés méritent d'être mentionnés :

- Rechercher activement une TB surtout s'il existe une forte suspicion et traiter la immédiatement si le diagnostic est confirmé et si la suspicion clinique est élevée chez un patient atteint d'un VIH avancé, commencer un traitement empirique.
- Initier le patient à la TARV dès que possible en commençant par un régime de 1ère ligne ou en le réintroduisant, ou bien en passant le patient sous un régime de 2ème ligne.
- Si l'on suspecte fortement l'AZT comme responsable de l'anémie, demander le volume globulaire moyen (MCV) si cela est possible, car l'AZT provoque une macrocytose. Comme toujours, ne procéder au changement d'un médicament unique que si l'échec du régime de la TARV peut être exclu (voir pages 89 et 90).



Le rôle de la transfusion sanguine

Transfuser une personne atteinte d'anémie sans avoir diagnostiqué la cause revient à donner de l'oxygène à une personne atteinte de pneumonie sans lui donner d'antibiotiques. La cause doit être identifiée et traitée.

Quand transfuser ?

- Il n'y a pas de recommandation spécifique mais on considère qu'une transfusion est nécessaire lorsque l'Hb est $< 5,5$ et cela, selon la quantité de sang disponible localement.
- Si l'anémie s'accompagne de signes de gravité tels que des symptômes respiratoires ou une hémoptysie, la transfusion sera nécessaire pour des taux d'Hb plus élevés (8-10), moyennant des ressources en sang suffisantes.

Quelle quantité de sang donner ? Elle dépend des ressources disponibles mais, dans l'idéal :

- Le but est d'atteindre une Hb ≥ 6.5
- Si l'anémie est mal tolérée et s'accompagne de troubles respiratoires ou d'hémoptysie, le taux d'Hb à atteindre sera plutôt de 10, mais un taux à 8 reste aussi acceptable s'il est difficile de s'approvisionner en sang.

Thrombocytopénie

Un taux bas de plaquettes est souvent observé dans la pancytopenie. Les causes sont décrites dans la partie en bas à gauche de l'algorithme qui traite des dysfonctionnements de la moelle. Dans la majorité des cas, des infections en sont à l'origine, c'est le cas notamment de la TB mais ils peuvent aussi être causés par des médicaments, en particulier le CTX. Noter que l'AZT n'entraîne pas de thrombocytopénie et n'est donc pas contre indiquée quand celle-ci est présente.

De temps en temps, des taux bas isolés de plaquettes sont observés sur la numération globulaire complète. Le diagnostic et la prise en charge sont importants pour deux raisons :

1. Il y a toujours une pathologie sous jacente qu'il faut traiter.
2. La thrombocytopénie a certaines conséquences cliniques ; voir à la page suivante, " Quel niveau de thrombocytopénie importe ? "

Causes :

Quelques grandes causes sont à garder à l'esprit dans le contexte du VIH :

- **Sepsis et malaria** peuvent entraîner la destruction de plaquettes.
- **Médicaments** :
 - CTX : peut être responsable de thrombopénie par suppression médullaire. Il est donc plus fréquemment associé à une pancytopenie impliquant les trois lignées cellulaires, plutôt que les plaquettes seules.
 - Rifampicine : la thrombopénie s'explique par un processus auto immun. Elle peut aussi provoquer une anémie hémolytique.
- **Le purpura thrombopénique idiopathique** est une destruction des plaquettes par les anticorps.

Antécédents : Se produit généralement tôt dans l'infection par le VIH. Si le patient est atteint d'une maladie VIH avancée et qu'il est en mauvais état général, ce n'est pas simplement un purpura thrombopénique idiopathique.

A l'examen : Pas de splénomégalie

Examen paraclinique : des plaquettes basses mais une Hb et des GB généralement normaux. Cependant, l'Hb peut être abaissée en cas de thrombocytopénie sévère et de saignement actif (par exemple, saignement de nez important, saignement vaginal). Un frottis sanguin montre de larges plaquettes (jeunes plaquettes).

Traitement : Donner une TARV efficace et des stéroïdes qui peuvent être débutés en même temps. Prednisone 60 mg/jour pour 2 semaines puis 40 mg/jour pour 2 nouvelles semaines.

- **Le purpura thrombotique thrombocytopénique** est une maladie grave qui nécessite une prise en charge hospitalière; il peut se présenter sous la forme d'une "pentade classique" comprenant thrombocytopénie, anémie, fièvre, anomalies neurologiques et insuffisance rénale, mais en pratique, il est rare que les cinq composants soient présents. Elle peut être asymptomatique au départ. Son diagnostic repose sur la présence de thrombopénie et de fragments de globules rouges au niveau du frottis sanguin. C'est un examen clé disponible dans la plupart des établissements, même ceux dont l'équipement est basique. Il devrait donc idéalement être réalisé pour tous les cas de thrombocytopénie isolée moyennant un technicien de laboratoire expérimenté. En cas de thrombocytopénie, **transférer d'urgence le patient à l'hôpital**. Malheureusement, la plupart des hôpitaux n'ont pas l'expertise pour le faire et ne peuvent donc pas confirmer le diagnostic.



Transférer à l'hôpital

Quel niveau de thrombocytopénie importe ?

- La limite normale basse dépend de chaque laboratoire mais se situe généralement à $140 \times 10^9 / L$
- Sur le plan clinique, le taux pour lequel une thrombocytopénie devient préoccupante est beaucoup plus faible :
 - $30-50 \times 10^9 / L$: vigilance, mais si le taux de plaquettes est compris dans cet intervalle, le risque de saignement est faible (voir les notes concernant la PL ci dessous).
 - $< 30 \times 10^9 / L$, le risque de saignement spontané est élevé.
 - $< 10 \times 10^9 / L$, le risque d'un saignement spontané est grave, y compris au niveau cérébral.

Ponction lombaire (PL) et thrombocytopénie

Pratiquer une ponction lombaire avec une thrombocytopénie entraîne un risque de saignement épidural. Dans ce cas, une recherche de CrAg dans le sérum uniquement aidera au diagnostic de maladie à cryptocoque.

Recommandations :

- La PL n'est pas contre indiquée si une numération plaquettaire n'est pas possible.
- Si elle est réalisable, le taux pour lequel la PL est contre-indiquée est controversé. Un taux de plaquettes de 50 est considéré comme sûr, à moins de 50, le risque réel est inconnu, mais forcément plus élevé. La décision repose sur l'évaluation des risques par rapport aux avantages. La PL donnera t elle des informations indispensables qui prévalent par rapport au risque de saignement ?



Traitement de la thrombocytopénie ?

- Si le taux baisse de façon rapide à moins de 15 ou stagne à moins de 30 et ne répond pas aux mesures prises (traitement de la septicémie, arrêt du cotrimoxazole ou de la rifampicine), des stéroïdes peuvent être administrés pour enrayer la baisse des plaquettes et des saignements intracrâniens spontanés. Rappelez-vous cependant qu'ils sont généralement contre-indiqués dans le sarcome de Kaposi. La dose standard est de 1 mg /kg /jour pendant deux semaines, puis de 0,5 mg /kg /jour pendant deux semaines supplémentaires. La dose doit être augmentée de moitié si le patient prend de la rifampicine.
- Eviter les AINS qui tendent à aggraver la thrombocytopénie.

Neutropénie

La neutropénie est définie comme un nombre absolu de neutrophiles ($<1,5 \times 10^9/L$), mais le risque d'infection n'augmente généralement que si le nombre de neutrophiles est inférieur à $0,5 \times 10^9$.

Une neutropénie modérée est fréquente chez les patients séropositifs :

- 10% des patients au début de la maladie VIH
- 50-75% des patients pour une maladie avancée.

Causes :

Un taux bas de GB est rare de façon isolée et est plus souvent associé avec une baisse des autres lignées sanguines.

Une myélo suppression mettant davantage l'accent sur une chute des globules blancs est causée par:

- Infections virales : VIH lui même, hépatites
- Des infections bactériennes aiguës (salmonellose)

Autres pathologies pouvant conduire à une leucopénie :

- Les carences en vitamine B12 et en folates affectent d'abord l'Hb puis les plaquettes et enfin, les GB.
- Le CTX entraîne des troubles sanguins par une carence en folates (vu plus tôt dans ce chapitre).
- L'AZT a tendance à provoquer une bicytopénie avec une diminution des GB et de l'Hb (plaquettes non affectées).
- L'impact des IO et des tumeurs malignes a tendance à affecter toutes les lignées cellulaires

Prise en charge :

- Se rappeler qu'un sepsis peut entraîner une neutropénie plutôt que l'inverse. Si c'est le cas, le traiter.
- Rechercher les causes citées plus haut et les traiter en accordance.
- Lors de maladie VIH avancée, donner une TARV efficace en débutant ou réintroduisant un régime de traitement ou en le substituant par un autre.
- Devez-vous donner une antibioprophylaxie ?
 - Les patients infectés par le VIH ne sont pas autant à risque de sepsis neutropénique que ceux ayant reçus une transplantation de moelle osseuse.
 - Une antibioprophylaxie n'est pas indiquée de façon systématique.

Troubles hématologiques chez les patients séropositifs : points clés

- Dans la prise en charge de l'anémie, il faut toujours rechercher la cause et ne pas se contenter de la traiter par du fer, des folates ou une transfusion sanguine.
- La TB et le VIH lui même sont les causes les plus fréquentes d'anémie.
- On retrouve seulement quelques causes de thrombocytopénie dans la maladie VIH. Ne pas oublier de rechercher des fragments sur le frottis sanguin.
- La neutropénie est plus souvent causée par une infection (VIH ou septicémie) que l'inverse.

Santé sexuelle et reproductive

1. Prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)

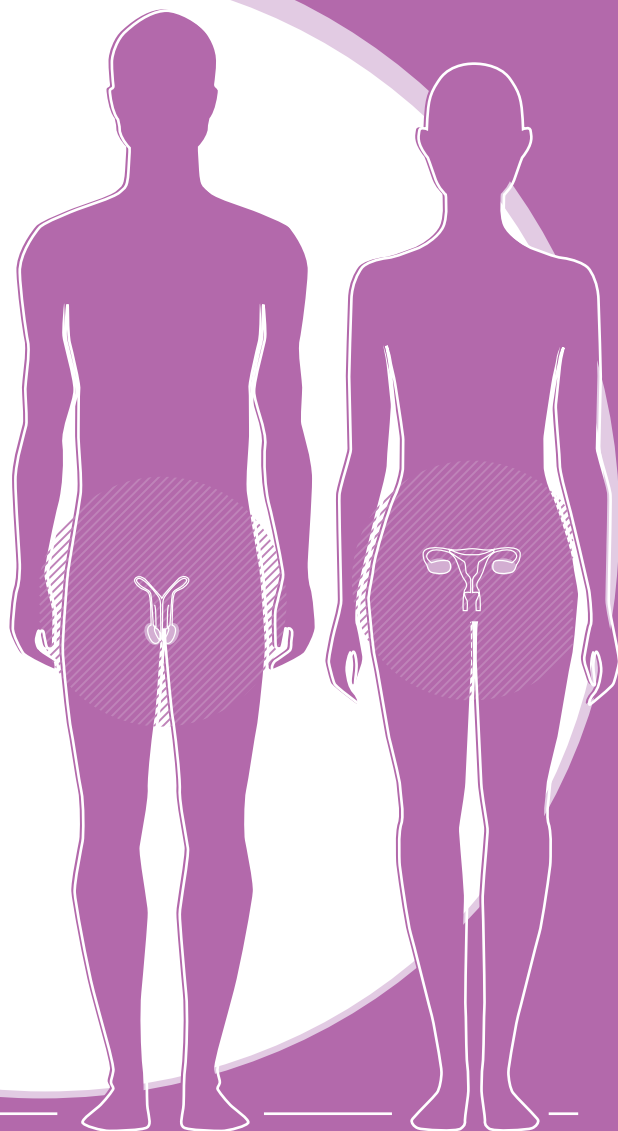
2. Contraception et planning familial pour les femmes vivant avec le VIH.

3. Prise en charge des grossesses non prévues

4. Prise en charge des violences sexuelles

5. Frottis cervical et cancer du col de l'utérus

6. Brèves recommandations programmatiques pour les services de santé sexuelle et reproductive (SSR)



Ce chapitre fournit des informations sur les prestations de soins en santé sexuelle aux **personnes vivant avec ou à haut risque VIH**, quels que soient leur âge et leur sexe. Les sujets abordés sont :

1. Prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)
2. Contraception et planning familial pour les femmes vivant avec le VIH.
3. Prise en charge des grossesses non prévues
4. Prise en charge des violences sexuelles
5. Frottis cervical et cancer du col de l'utérus
6. Brèves recommandations programmatiques pour les services de santé sexuelle et reproductive (SSR)

La communication est la pierre angulaire dans tous les domaines de pratique en santé sexuelle. Les professionnels de santé doivent être correctement formés, pour aborder ces sujets avec les patients de manière sensible et globale, sans porter de jugement. Concernant leur santé sexuelle et reproductive, les femmes doivent pouvoir faire le choix de ce qui leur convient le mieux parmi toutes les options possibles, au regard d'informations claires et exhaustives.



Les éléments suivants doivent être présents pour une consultation en SSR :

- Un environnement sûr et confidentiel
- Des compétences relationnelles et de conseil
- Une bonne connaissance de la prévention et des traitements des IST
- Un dossier documenté et précis du patient

1. Prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)

Principes généraux

Les suites indésirables les plus fréquentes liées à la sexualité sont les IST qui figurent parmi les causes les plus importantes de mauvaise santé dans le monde. Une des stratégies majeures de prévention du VIH repose sur le diagnostic et le traitement rapides des IST, car l'inflammation des muqueuses génitales et orales augmente à la fois la propagation et la réceptivité au VIH.

Le diagnostic d'une IST peut être difficile car les caractéristiques cliniques sont variables, parfois asymptomatiques et les tests de laboratoire peuvent ne pas être fiables ou disponibles. Le diagnostic se complique encore par le fait que des organismes multiples peuvent être responsables d'une même infection (infections mixtes).

Pour cette raison, sans recourir à des tests diagnostiques, le traitement est généralement administré sur la base de groupes de symptômes et de signes (syndromes), en utilisant les algorithmes standard de l'OMS pour la prise en charge des cas.

La prise en charge syndromique est rentable et permet un traitement rapide des IST. Les infections mixtes étant courantes, cette approche couvre les organismes les plus susceptibles de provoquer un symptôme spécifique. (Ceux-ci sont détaillés ci-dessous).

Evaluation des risques sexuels

L'évaluation des facteurs de risque d'IST est importante, car elle augmente non seulement le niveau de suspicion d'une IST au départ, mais incite également le clinicien à rechercher d'autres sites ou types d'infection.

Les facteurs de risque suivants entraînent une augmentation des IST :

- Patient de moins de 24 ans (plus susceptible d'être sexuellement actif avec de multiples partenaires)
- Le partenaire sexuel a des pertes génitales ou une IST
- Nouveau partenaire ou plusieurs au cours des 3 derniers mois
- Le patient a subi des violences sexuelles
- Le patient appartient à un (ou plus) groupe de populations clés (voir le chapitre 26).

5 catégories de populations clés sont reconnues par l'OMS :

- Les travailleurs du sexe
- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)
- Les prisonniers ou ceux vivant en zones confinées
- Les personnes qui s'injectent des drogues addictives (PWID)
- Les personnes transgenres

Pour tous les patients à haut risque d'IST, on doit également envisager une PPE et/ou une PrEP. (Voir le chapitre 8, Stratégies de prévention).

Les 6 C quand il s'agit d'IST :

*Prendre tout le traitement **Complet** prescrit et rechercher les **Contacts** (partenaire(s)) pour une guérison (**Cure**) complète. **Conseiller** pour un **Changement** de comportement face aux risques liés au sexe et encourager l'utilisation du préservatif (ou **Condom**).*

Une vérification rapide pour les IST doit faire partie de chaque consultation, car son traitement diminue non seulement la propagation de l'infection mais diminue également la propagation du VIH.



Conseil pratique

Prise en charge syndromique des IST

Les 4 étapes de cette prise en charge incluent :

- A. Anamnèse et examen clinique
- B. Diagnostic et traitement syndromique suivant les algorithmes
- C. Education et conseil sur le dépistage du VIH et sur des pratiques sexuelles plus sûres, incluant la promotion et la mise à disposition de préservatifs.
- D. Recherche des partenaires sexuels et leur prise en charge

A. Anamnèse et examen clinique

Questions qui influenceront la prise en charge et le suivi des partenaires

- Dernier rapport sexuel ?
- Utilisation du préservatif ? (probabilité d'IST)
- Sexe du partenaire et site d'exposition (vagin, anus, bouche)
- Détails sur le partenaire précédent
- Date des dernières règles ? (dépistage d'une grossesse si indiqué)

Questions pour résoudre d'autres problèmes en même temps

- Sujet d'inquiétude concernant tout abus ou exploitation sexuelle ? (violence sexuelle, relations sexuelles transactionnelles, maltraitance des enfants)
- Besoin de contraception ? (à la fois pour les femmes et les hommes)
- Statut de la TARV ? (pré-TARV, sous TARV, TARV interrompue, et taux de CD4 et CV actuels)

Conseil pour des questions délicates

- Poser des questions ouvertes comme : « Avez-vous des rapports sexuels avec des hommes, des femmes ou les deux ? »
- Utiliser un langage compréhensif : « Que faites-vous pour vous protéger contre le VIH ? »
- Utiliser un langage simple : « Est-ce que votre partenaire met son pénis dans votre vagin/bouche/anus ? »
- Une autre possibilité de réponse à des questions difficiles : « C'est une bonne question. Je ne suis pas sûr de la réponse et je voudrais vérifier et revenir vers vous. »

Un examen clinique (examen génital, buccal et anal, palpation bi-manuelle, pression de l'urètre pour vérifier des pertes et examen du col au spéculum) peut être effectué pour confirmer les symptômes, si les conditions de consultation le permettent.



Conseil pratique



Bien qu'il soit préférable pour de multiples raisons d'examiner le patient, la prise en charge syndromique peut se faire sans.

Chez les femmes :

- Vérifier les ulcérations : sont-elles uniques ou multiples, douloureuses ou non et y a-t-il des ganglions lymphatiques au niveau des aines ?
- Confirmer des pertes anormales en effectuant un examen clinique : inspection de la vulve et, si un spéculum est disponible, visualiser le vagin et le col de l'utérus (rechercher d'éventuelles pertes et des anomalies cervicales).
- Effectuer une palpation bi-manuelle pelvienne et abdominale pour vérifier la sensibilité au mouvement cervical (Maladie Inflammatoire Pelvienne - MIP) et une éventuelle masse (abcès et tumeurs).
- Si présence d'ulcérations ou d'une masse palpable sur le col utérin, **transférer immédiatement**.



Transférer à l'hôpital

Chez les hommes :

- Vérifier les ulcérations : sont-elles uniques ou multiples, douloureuses ou non et y a-t-il des ganglions lymphatiques au niveau des aines ?
- Confirmer des pertes urétrales en pressant sur le pénis.
- Si des douleurs ou gonflement des testicules sont observés, transférer en urgence pour exclure une torsion.

B. Diagnostic et traitement syndromique suivant les algorithmes

Sur la base de l'anamnèse et de l'examen décrit ci-dessus, le syndrome peut être identifié à l'aide du tableau suivant. Le traitement adéquat (selon l'algorithme) doit être donné lors de la même visite et un rendez-vous pour une réévaluation dans une à deux semaines sera fixé.

Bien que ce ne soit pas toujours possible, la réponse au traitement est importante à évaluer au cours de la semaine suivante. Si les symptômes persistent, envisager une réinfection éventuelle, une mauvaise adhérence au traitement ou une souche résistante des IST.

En ce qui concerne le traitement, on s'inquiète de plus en plus de la résistance aux antimicrobiens de nombreuses IST.

- Gonorrhée : la résistance à la quinolone est répandue, de sorte que la ciprofloxacine n'est plus recommandée ; la résistance aux céphalosporines augmente.
- Syphilis : la résistance à l'azithromycine et aux autres macrolides (érythromycine) est une préoccupation croissante dans le monde entier.

Les directives thérapeutiques de ce chapitre suivent les recommandations les plus récentes de l'OMS : si vous avez des directives locales récentes basées sur des données de résistance, s'assurer qu'elles soient suivies.

Tableau 19.1 Présentations syndromiques des IST

Voir page	syndrome	Symptômes et signes	Causes les plus fréquentes
396	Pertes urétrales	Pertes urétrales (si besoin, demander au patient de presser son pénis) Dysurie Mictions fréquentes	Gonorrhées Chlamydia
399	Pertes vaginales	Pertes vaginales anormales Prurit vaginal Dysurie (douleur à la miction) Dyspareunie (douleur lors des rapports sexuels)	Vaginite : Trichomonas, candidose. Cervicite : Gonorrhée, chlamydia
401	Ulcère génital	Plaie/ulcère génital Douleur et gonflement du scrotum Ganglions lymphatiques inguinaux douloureux, gonflés et parfois fluctuants. Il peut même y avoir une fistule.	Herpès simplex, syphilis, Chancre Lymphogranulome vénérien Donovanose (granulome inguinal) La TB peut causer des ganglions inguinaux, des abcès froids et des fistules
404	Douleur pelvienne chez la femme	Douleur et sensibilité pelvienne Dyspareunie Pertes vaginales Température > 38°C	Maladies : Maladies inflammatoires pelviennes ; infection urinaire, complications précoces de la grossesse, complications post partum Organismes : Gonocoques, chlamydia, anaérobies multiples.

Pertes urétrales chez les hommes

Gonorrhées et chlamydia sont à l'origine de la plupart des pertes urétrales. Les hommes peuvent aussi se plaindre de dysurie (miction douloureuse) ou de douleur testiculaire, qui, associée à un gonflement, peuvent signifier une torsion. Dans ce cas, transférer le patient pour des examens plus approfondis.

Gonocoques et Chlamydia peuvent aussi se manifester par des pertes anales et des lésions orales / anales. Le traitement reste le même.



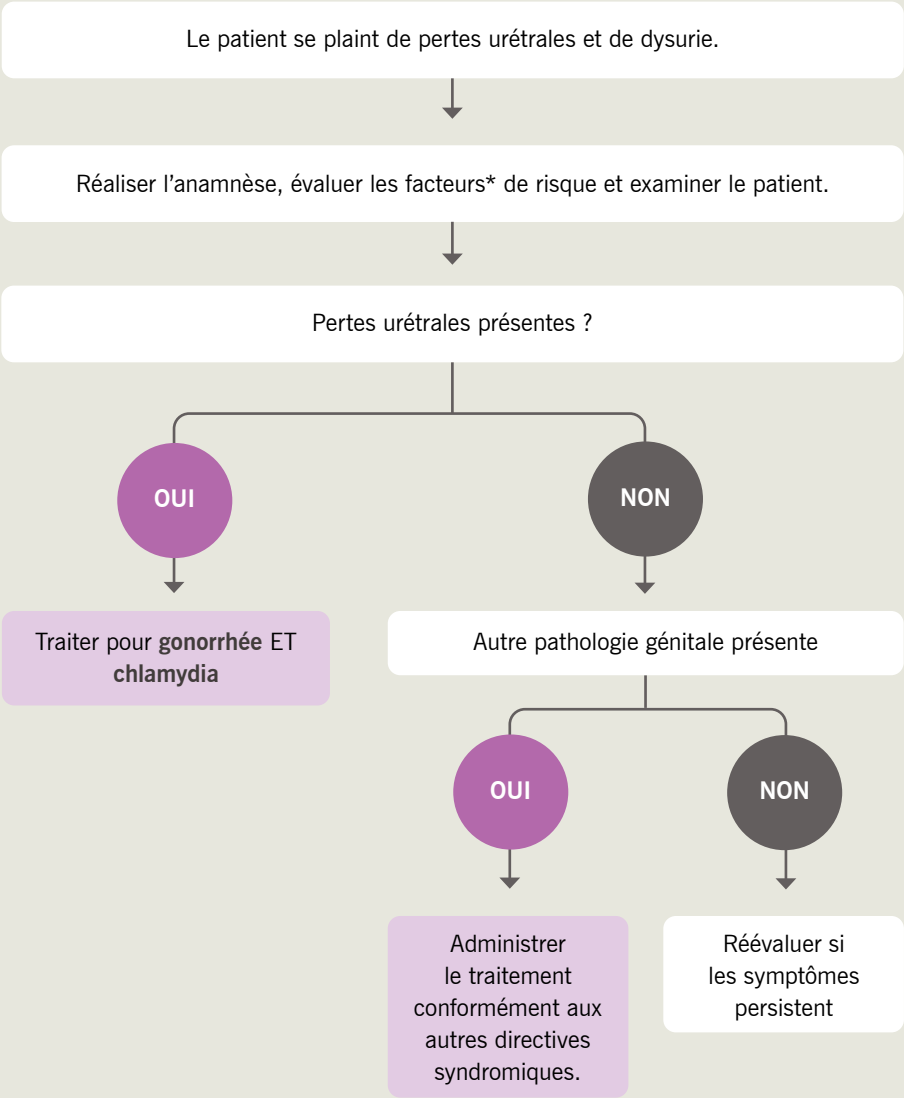
Les partenaires sexuels doivent recevoir le même traitement quels que soient les symptômes.

Tableau 19.2 Dosage des médicaments pour des pertes urétrales

Pertes urétrales : traiter pour chlamydia ET pour une gonorrhée	
Chlamydia	Gonorrhée
Un des traitements suivants : • Azithromycine 1g oralement en dose unique. • Doxycycline 100 mg PO 2x/jour pendant 7 jours (contre-indiqué chez la femme enceinte) Note : • Si les traitements ci-dessus ne sont pas disponibles ou contre-indiqués, prescrire de l'érythromycine 500 mg oralement 4x/jour pendant 7 jours. • Pour une infection anorectale, la doxycycline pendant 7 jours est préférable à l'azithromycine en dose unique.	Les 2 traitements suivants : • Ceftriaxone 250 mg en IM en dose unique ou céfixime 400 mg oralement en dose unique. Le céfixime est la deuxième option si la ceftriaxone n'est pas disponible. Et • Azithromycine 4g oralement en dose unique.

Si les symptômes persistent ou réapparaissent, cela peut être dû à une réinfection ou à une résistance : demander conseil.

Schéma 19.1 Prise en charge de pertes urétrales chez les hommes



* Facteurs de risque : voir page 393

Pertes vaginales

Elles peuvent être normales ou dues à une infection du vagin (vaginite) ou du col (cervicite).

- Un écoulement vaginal non odorant clair ou blanchâtre est normal
- La vaginite ou la cervicite se manifestent généralement par un écoulement d'une couleur, d'une consistance, d'une odeur et/ou d'une douleur différentes lors des rapports sexuels (dyspareunie).
- La vaginite peut également se manifester par des brûlures ou des démangeaisons de la vulve (prurit).

Organismes en cause :

- *Gardnerella*, trichomonas et candida sont les causes les plus probables de vaginite.
- Gonorrhée et chlamydia sont à l'origine de la majorité des cervicites.

Une **cervicite** peut être difficile à diagnostiquer. En cas de doute, administrer un traitement contre la cervicite aux femmes qui présentent des pertes vaginales anormales et l'un des facteurs de risque suivants :

- Blennorragies chez le partenaire
- Contexte de violences sexuelles ou travailleur du sexe
- Nouveau partenaire ou plusieurs partenaires dans les 3 derniers mois.

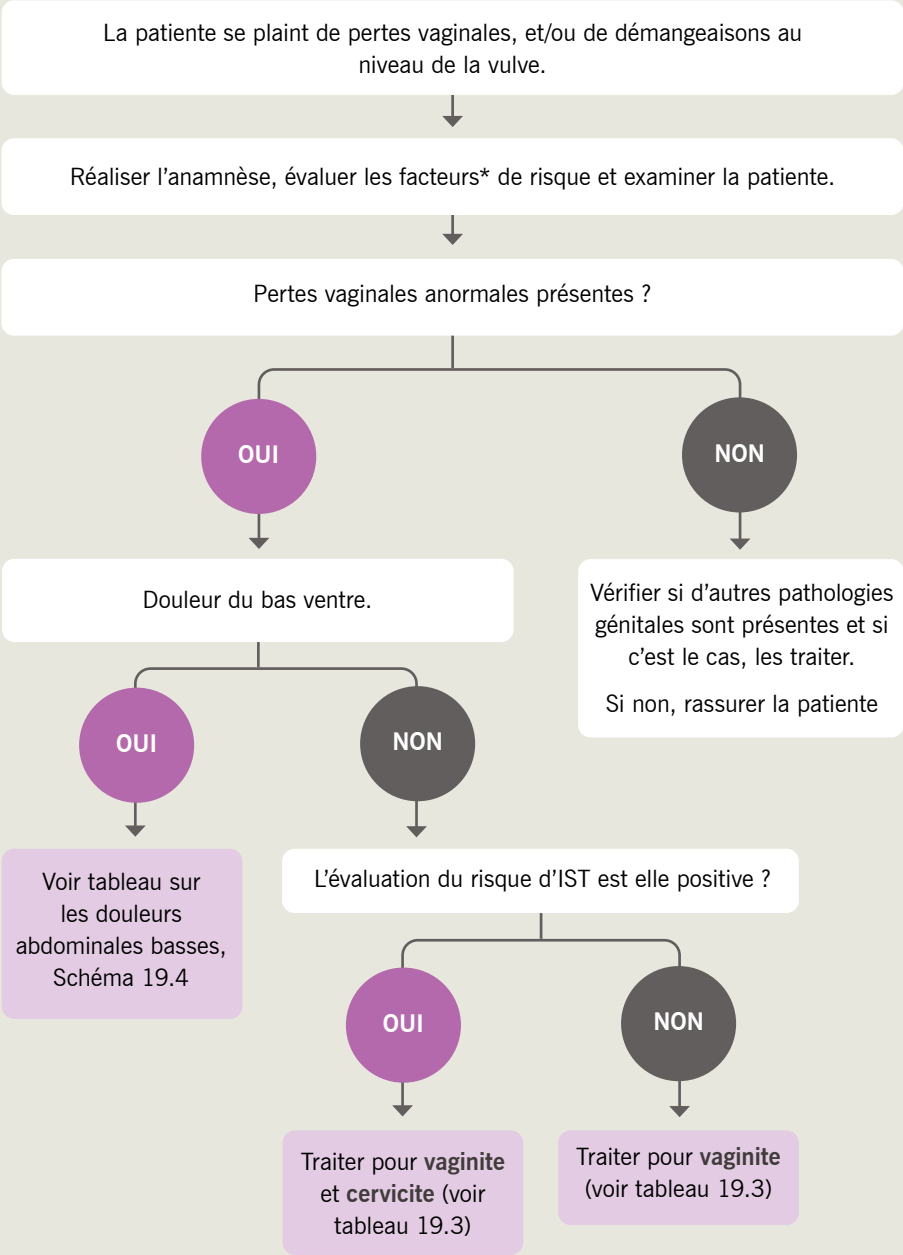
Conseils en matière d'hygiène vaginale.

- Ne pas utiliser de produits d'entretien ménager ou de lessive pour laver la vulve ou le vagin.
- Ne pas insérer de produits traditionnels pour laver ou sécher le vagin.
- Faire une toilette intime après un rapport sexuel, évacuer au mieux le sperme du vagin et rincer la vulve avec de l'eau.
- Le vagin s'auto-nettoie naturellement.
- Ne pas laisser de protections lors des règles, telles des tampons ou du coton, dans le vagin pendant plus de 8 heures.



Conseil pratique

Schéma 19.2 Prise en charge des pertes vaginales



* Facteurs de risque : voir page 393



Les partenaires sexuels doivent recevoir le même traitement quels que soient leurs symptômes.

Tableau 19.3 Dosage des médicaments pour des pertes vaginales

S'il n'y a pas de facteur de risque d'IST, traiter la vaginite uniquement	
Gardnerella et Trichomonas	Candida (muguet)
Tinidazole 2g PO en dose unique Ou Métro­nidazole 2g PO en dose unique Ne pas hésiter, en cas "d'échec" à traiter avec du tinidazole ou du métronidazole 1g/j en 2 prises fractionnées pendant 5 ou 7 jours	Clotrimazole 500 mg, comprimé vaginal en dose unique (à introduire profondément dans le vagin au moment du coucher) Et une crème à base de clotrimazole peut être utilisée en complément mais ne remplace pas le traitement ci-dessus (à appliquer sur les organes génitaux pendant 7 jours)
Si la patiente a une vaginite ET un risque d'IST positif, ajouter un traitement pour une cervicite c'est à dire qui couvre aussi les chlamydia et gonorrhée (voir tableau 19.2)	



Les femmes enceintes doivent être revues une semaine plus tard.
En l'absence d'amélioration, elles doivent voir un médecin.

Ulcérations génitales

Elles peuvent se présenter sous forme d'ulcères, de vésicules ou d'érosions unique ou multiples, avec ou sans douleur et avec ou sans adénopathie inguinale. Les causes les plus fréquentes sont décrites dans le tableau ci-dessous :

Résultats cliniques	Causes	Notes/Organismes en cause
Petits ulcères multiples et récurrents	Herpès simplex	OMS stade 4 si présent depuis plus d'un mois
Peu douloureux	Syphilis primaire Lymphogranulome vénérien (LGV) ¹ Donovanose (granulome inguinal) ²	<i>Treponema pallidum</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Klebsiella granulomatis</i>
Douloureux	Herpès simplex Chancre	<i>Haemophilus ducreyi</i>
Ulcère + lymphadénopathie	Lymphogranulome vénérien (massif, souvent unilatéral) Chancre	

1 Endémique en Afrique de l'ouest et de l'est, Inde, Asie du sud est, Amérique du sud, Caraïbes
2 Endémique au KZN (Afrique du sud), Papouasie Nouvelle Guinée, Inde, Brésil, Caraïbes et Australasie centrale

Traitement :

Les partenaires sexuels doivent recevoir le même traitement quels que soient les symptômes. Donner des antalgiques si besoin et garder la zone propre et sèche.

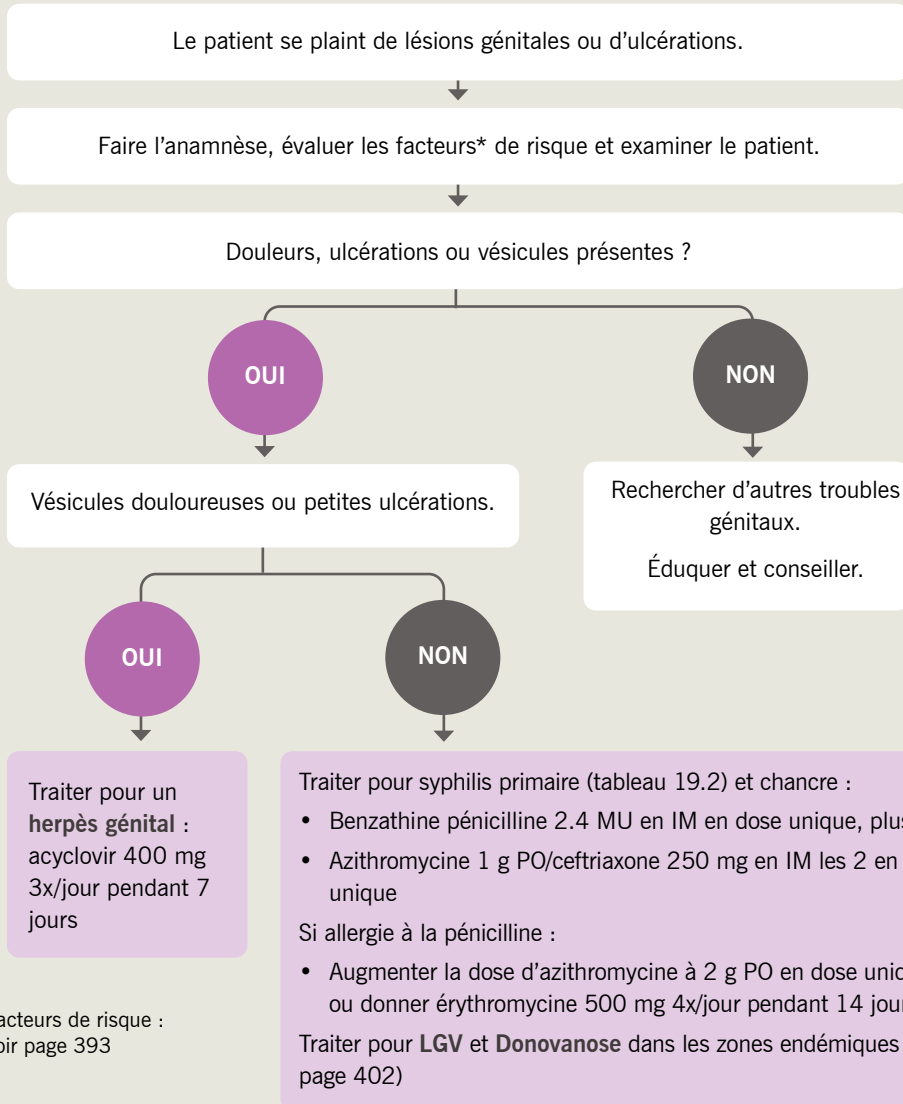
Lymphogranulome vénérien (LGV) :

- Doxycycline 100 mg oralement 2x/jour pendant 21 jours (option de choix) ; contre indiqué chez la femme enceinte.
- Traitement alternatif : azithromycine 1 g oralement 1x/ semaine pendant 3 semaines
- Si non disponible : érythromycine 500 mg oralement 4x/jour pendant 21 jours.

Donovanose :

- Azithromycine 1g oralement 1x/semaine ou 500 mg par jour pendant 21 jours minimum, jusqu'à cicatrisation complète des lésions (option de choix)
- Alternatives (pour les mêmes durées que ci-dessus) :
 - Doxycycline 100 mg oralement 2x/jour (contre indiqué chez la femme enceinte)
 - Ciprofloxacine 750 mg 2x/jour (contre indiqué chez la femme enceinte)
 - Erythromycine 500 mg 4x/jour
 - Cotrimoxazole 960 mg 2x/jour

Schéma 19.3 Prise en charge d'ulcérations génitales



* Facteurs de risque :
voir page 393



Si des ganglions fluctuants sont présents, leur contenu peut être aspiré et envoyé pour une microscopie et dépistage de la TB.

Douleurs du bas ventre (femmes)

Elles sont de causes multiples, y compris les complications de grossesse, les infections génitales et les Maladies Inflammatoires Pelviennes (MIP). Une anamnèse complète et systématique et un examen physique, associés à des tests d'urine et de grossesse sont nécessaires pour déterminer la cause.

Evaluation

- Si elles apparaissent dans les 2 à 10 jours suivant l'accouchement ou l'avortement, penser à une infection et traiter avec des antibiotiques dès que possible et référer la patiente.
- A l'anamnèse, évaluer le risque d'IST (voir page 393), éliminer une éventuelle grossesse et prendre la température de la patiente.
- Réaliser un examen clinique gynéco-pelvien afin de vérifier :
 - Défense abdominale
 - Douleur ou sensibilité à la mobilisation du col cervical
 - Sensibilité due à une masse pelvienne
 - Ecoulement urétral et vaginal.



Transférer à l'hôpital

Prise en charge

Tout signe de gravité nécessite un transfert à l'hôpital :

- Déshydratation ou état de choc
- La patiente ne peut pas marcher droit
- La température est $> 38.5^{\circ}\text{C}$
- Sensibilité (ou défense) abdominale importante ou masse pelvienne
- Saignement vaginal anormal
- Enceinte (ou tout retard ou absence de règles en l'absence de test de grossesse non disponible)
- Fausse couche, avortement ou accouchement récent
- Masse abdominale

Prise en charge immédiate en attendant le transfert vers l'hôpital :

- Donner dès que possible des antibiotiques : ceftriaxone 1 g en IM ou IV, métronidazole 400 mg PO et azithromycine 1 g en dose unique
- Si déshydratation ou état de choc, donner des solutés tels que NaCl ou Ringer lactate ou tout autre solution de cristaalloïdes isotoniques.

Si une infection urinaire est exclue (voir page 498), traiter pour une maladie inflammatoire pelvienne modérée (MIP) comme suit :

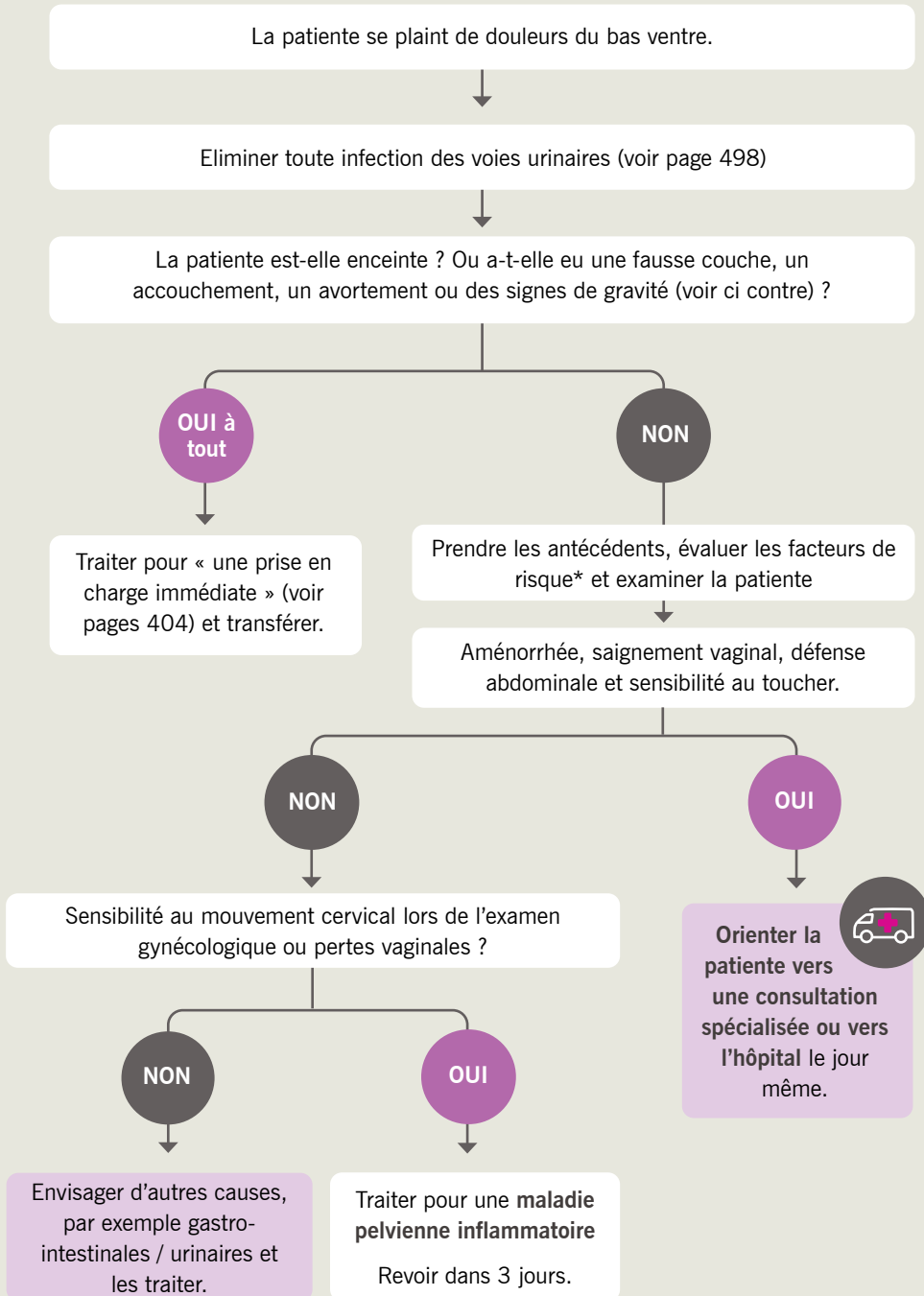
- Ceftriaxone 250 mg en IM ou céfixime 400 mg PO et
- Doxycycline 100 mg PO toutes les 12h pendant 7 jours (si enceinte, donner de l'érythromycine 500 mg toutes les 6h pendant 7 jours)
- Azithromycine 1 g en dose unique et
- Métronidazole 400 mg toutes les 8h pendant 7 jours (éviter la prise d'alcool)

Réévaluer 3 jours plus tard et transférer à l'hôpital si pas d'amélioration.



Mise à jour

Schéma 19.4 Prise en charge des douleurs du bas ventre chez la femme



* Facteurs de risque : voir page 393

Traitement présomptif périodique

Les personnes appartenant aux groupes de populations clés peuvent se voir proposer un traitement périodique présomptif (TPP) (voir également le **chapitre 26**, Populations clés). Le TPP est un traitement périodique des IST curables, indépendamment de la présence ou de l'absence de signes ou symptômes, en fonction d'un risque élevé et de la prévalence de l'infection dans certaines populations clés. Il s'agit d'une mesure efficace à court terme qui peut réduire la prévalence des IST parmi les populations à haut risque, comme les travailleurs du sexe ou les personnes soumises à des violences sexuelles répétées.

L'objectif est de traiter gonorrhée, chlamydia et IST ulcéreuses. Consulter les directives locales, car cela n'est pas encore systématiquement recommandé.

Le TPP est idéalement mis en œuvre en même temps que la consultation avec les pairs et la prise de mesures visant à accroître l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants. Consulter les directives locales MSF ou du ministère de la santé pour plus de détails sur la mise en œuvre.

Stratégies de prévention pour le VIH

Les stratégies de prévention de la transmission du VIH sont traitées de manière plus complète dans les sections PrEP et PPE du **chapitre 8**, pages 112-113.

Détail pour les infections spécifiques

Syphilis

La syphilis est due à une bactérie, *Treponema pallidum*, qui, si elle n'est pas traitée, cause une infection chronique disséminée, des problèmes neurologiques, des maladies cardiaques et une infection néonatale.

Présentation clinique

Asymptomatique : diagnostiquée par un test rapide positif ou un test de laboratoire dans le cadre des programmes de dépistage.

Syphilis primaire : ulcère indolore simple (chancre) au site de l'infection initiale. L'infection, très contagieuse, se propage immédiatement dans tout le corps. La lésion primaire peut passer inaperçue, par exemple sur le col de l'utérus ou sur le rectum. Elle guérit spontanément en 6 semaines, avec ou sans traitement, et ne laisse aucune cicatrice.

Syphilis secondaire : habituellement 6 semaines après la guérison de l'ulcère. Cela peut être asymptomatique ou causer des symptômes ou des signes disséminés, y compris des symptômes cliniques généraux (fièvre, malaise), une éruption cutanée généralisée, y compris au niveau des plantes des pieds et des paumes des mains, des ulcères à type de « traces d'escargots » dans la bouche, une lymphadénopathie généralisée, un condylome lata anal ou génital (lésions en relief, plates, humides et larges) et une atteinte des organes à type de méningite, hépatite et arthrite).

Syphilis latente : stade asymptomatique, détecté par un test positif de syphilis. La syphilis latente précoce est <2 ans après l'infection initiale. La syphilis latente tardive est de plus de 2 ans après l'infection initiale. Si le moment de l'infection est inconnu, supposer qu'il s'agit d'une phase latente tardive.

Syphilis tertiaire : 1/3 des patients progressent vers ce stade, 10 ans ou plus après l'infection initiale. Cela comprend des problèmes neurologiques (méningite, perte sensorielle, problèmes psychiatriques), des problèmes cardiaques (dissection aortique responsable de mort subite) et des gommès (lésions ulcéreuses nécrotiques) dans la peau, les os, les articulations ou les organes, comme le foie.

Quels sont les stades contagieux de la syphilis ?

Syphilis primaire, secondaire et latente précoce : la transmission sexuelle se produit à ces stades. Le chancre de la syphilis primaire et le condylomata lata sont très contagieux. La transmission à travers le placenta se produit pendant ces étapes et aussi pendant la syphilis latente tardive.

Dépistage de la syphilis

Analyses sanguines de laboratoire : Tests RPR (Rapid Plasma Reagin) et VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) : ils sont positifs dans la maladie active, et deviennent négatifs ou diminuent après traitement. Ils peuvent être utiles pour surveiller l'efficacité d'un traitement (et les réinfections). Ils peuvent également devenir négatifs en cas de syphilis latente tardive. Les faux négatifs peuvent survenir au début de la maladie (négatifs chez 30 % des personnes atteintes de chancre primaire) et les faux positifs peuvent être dus à d'autres maladies (ex. maladies virales fébriles aiguës, autres maladies auto-immunes).

Tests d'anticorps tréponémiques (ex. TPHA, Treponemal pallidum haemoagglutination assay) ; ceux-ci confirment la syphilis, mais demeurent positifs à vie. Ils ne sont donc pas un marqueur de la maladie active. Ce test est utilisé comme test de confirmation de la syphilis, si le RPR ou le VDRL sont positifs.

Tests rapides : Ils ne sont validés que pour le sang (prélèvement d'échantillon au doigt), et non pour le LCR. La plupart sont des tests de détection des anticorps tréponémiques et restent donc positifs à vie, quel que soit le traitement. Lorsque des tests rapides sont les seuls disponibles, les résultats cliniques en faveur d'une syphilis (ex. chancre primaire) ou confirmés par un test rapide positif doivent toujours être traités.

Traitement

Traiter toutes les personnes dont les résultats cliniques suggèrent une syphilis (ex. chancre primaire), ou suite à un RPR/VDRL ou un test rapide positifs.

Tableau 19.4 Régimes de traitement pour la syphilis

Qui	Traitement recommandé	Traitement alternatif (si allergie pénicilline)
Syphilis précoce : syphilis primaire, secondaire ou latente précoce (< 2 ans après l'infection initiale)		
Adultes et adolescents, femme enceinte exclue	• Pénicilline benzathine G 2.4 MU en IM et en dose unique	• Azithromycine 2 g en dose unique, oralement- si la susceptibilité locale est probable • Doxycycline 100 mg 2x/jour pendant 14 jours (à éviter en cas de grossesse) A privilégier en l'absence de grossesse. • Ceftriaxone 1 g en IM 1x/jour pendant 10-14 jours (souvent non disponible)
Femme enceinte	• Pénicilline benzathine G 2.4 MU en IM et en dose unique. Les ruptures de stock de pénicilline benzathine doivent être évitées, en particulier pour les soins prénatals.	• Une désensibilisation à la pénicilline est l'option de choix si elle est faisable • Ceftriaxone 1 g/jour en IM 1x/jour pendant 10-14 jours • Erythromycine 500 mg oralement 4x/jour pendant 14 jours • Azithromycine 2 g en dose unique PO (si aucune autre option n'est disponible) Remarque : Comme l'érythromycine et l'azithromycine ne traversent pas complètement la barrière placentaire, elles ne traitent pas le fœtus. S'il n'y a pas d'alternative, traiter le nouveau-né pour la syphilis congénitale peu après l'accouchement (voir les directives de l'OMS).
Syphilis tardive : infection de plus de 2 ans ou de durée inconnue		
Adultes et adolescents, femme enceinte exclue	• Pénicilline benzathine G 2.4 MU en IM 1x/semaine pendant 3 semaines consécutives • L'intervalle entre 2 doses consécutives ne doit pas dépasser 14 jours	• Doxycycline 100 mg 2x/jour pendant 30 jours.
Femme enceinte	• Pénicilline benzathine G 2.4 MU en IM 1x/semaine pendant 3 semaines consécutives	• Une désensibilisation à la pénicilline est l'option de choix si elle est faisable • Erythromycine 500 mg oralement 4x/jour pendant 30 jours. Remarque : Comme ci-dessus, l'érythromycine ne traite pas le fœtus. S'il n'y a pas d'alternative, traiter le nouveau-né pour la syphilis congénitale peu après l'accouchement (voir les directives de l'OMS).
Syphilis tertiaire : transférer le patient à l'hôpital si une syphilis tertiaire est suspectée		

Hépatite B et C

L'hépatite B se transmet facilement par voie sexuelle et est beaucoup plus contagieuse que le VIH. Un test de dépistage de l'hépatite B peut être inclus dans le dépistage des IST. L'hépatite C est également transmise sexuellement, mais de contagiosité moins importante. Un risque plus élevé de transmission sexuelle de l'hépatite C est généralement associé aux HSH séropositifs. Ces pathologies sont traitées de manière plus complète au **chapitre 16**, Maladie du foie. Les vaccinations sont couvertes au **chapitre 8**, Stratégies de prévention.

Candida (mycose)

La candidose vulvo-vaginale (également appelée mycose vaginale ou vaginite à levures) est causée par le champignon *Candida albicans*. Elle peut survenir chez toutes les femmes, mais elle est plus fréquente chez les personnes diabétiques, enceintes, séropositives ou sous traitement à base de stéroïdes. Ce n'est pas une IST.

Cette affection est plus fréquente chez les femmes séropositives pour 2 raisons :

- Leur système immunitaire est souvent plus faible et elles sont donc plus sujets aux infections en général.
- Elles reçoivent plus souvent des antibiotiques, ce qui perturbe l'équilibre de la flore vaginale et permet à la levure *Candida* de proliférer.

Présentation clinique

- Sensation de brûlure ou de démangeaison dans le vagin
- Pertes blanches et épaisses
- Prurit et inflammation de la vulve

Prise en charge

Des thérapies topiques peuvent être utilisées, en fonction de ce qui est disponible dans votre centre de soins (voir tableau 19.5).

Tableau 19.5 Prise en charge d'une mycose vaginale

Mycose vaginale (candidose)	Clotrimazole en comprimé vaginal de 500 mg à déposer au fond du vagin au moment du coucher.
	ET Clotrimazole en crème à appliquer 2X/jour sur la vulve pendant 7 jours
Récurrent > 3 épisodes	Traitement PO avec fluconazole 150 mg (doit être efficace)
	OU Fluconazole 50 mg/jour pendant 7-10 jours (aussi efficace mais les patients sont moins susceptibles d'adhérer)
	OU Répéter le traitement au clotrimazole comme ci-dessus

Conseils pour la prise en charge d'une mycose vaginale

- Eviter de laver le vagin et la vulve avec du savon
- Conseiller à la patiente de revenir dans les 7 jours si les symptômes persistent.
- Dépister un éventuel diabète ou une grossesse.
- En cas d'écoulement permanent mais sans mycose vaginale à l'examen, envisager un traitement pour vaginite aux pages 399.



Conseil pratique

Verrues génitales

Le papillomavirus humain (HPV) se transmet par voie sexuelle. Les types HPV 6 et 11 peuvent provoquer des **verrues génitales** chez les femmes comme chez les hommes.

Présentation clinique

- Le HPV peut se manifester en externe sous la forme de verrues génitales (également connues sous le nom de condylomes acuminés) : elles débutent par de petites papules que le patient lui-même n’a pas remarquées.
- Les verrues poussent sur les surfaces humides et les zones traumatisées lors des rapports sexuels.
Elles peuvent être :
 - Externes : pénis, vulve, périnée, zone péri-anale
 - Internes : vagin, col
- Les verrues peuvent augmenter considérablement de taille, évoquant un aspect en « chou-fleur »

Prise en charge

Faire les dépistages pour la syphilis ou toute autre IST (penser aux co-infections). Se référer au tableau 19.6 pour le traitement. Le traitement peut également être basé sur une présentation “simple” ou “compliquée”. On parle de verrue compliquée si elle présente au moins l'un des caractères suivants

- Taille > 3cm
- Lésions dans la bouche, l’anus, la vulve ou le col de l’utérus
- Femme enceinte ou allaitante-dans ce cas, la podophyllotoxine topique n’est pas appropriée

Tableau 19.6 Prise en charge des verrues génitales

Condylomes génitaux : (vérifier les critères de taille)	Grandes verrues génitales
Protéger la peau alentour avec de la vaseline Appliquer de la teinture de podophylline à 20% ou une solution topique de podophyllotoxine (5 mg/ml) quotidiennement pendant 3 jours consécutifs (peut être répété à intervalles d’une semaine si nécessaire pour un total de cinq traitements de 3 jours). Appliquer la solution de podophylline en externe uniquement.	Si elle est disponible, la cryothérapie est le traitement de choix. La coagulation à froid / le traitement au laser sont des traitements alternatifs. Si la lésion est très importante et/ou ne répond pas au traitement, le patient peut être orienté pour un acte chirurgical.



Ne pas utiliser la podophylline ou la podophyllotoxine pendant la grossesse car elles peuvent causer des anomalies fœtales.

C. Education et conseils

L'éducation et les conseils aux patients, basés sur une relation de confiance permettant d'engager une discussion ouverte sur la sexualité, peuvent aider les patients à réduire leurs comportements sexuels à risque.

Des conseils sur l'utilisation du préservatif sont essentiels, y compris l'apprentissage et la démonstration pour une utilisation correcte si besoin.

D. Suivi des personnes contacts et prise en charge des partenaires sexuels

Pour tous les syndromes d'IST, la recherche des personnes contacts et le traitement de tous les partenaires pour éviter la réinfection constituent un élément essentiel de la gestion épidémiologique. Elle débute par une conversation avec le patient, lui conseillant d'informer ses partenaires en proposant différentes options telles qu'une rencontre en tête à tête, par téléphone, par SMS, par courrier électronique ou postale, selon ce qui lui semble le plus approprié.

L'approche du clinicien avec le partenaire atteint d'une IST :

- Conseiller aux patients atteints d'une IST d'encourager ses partenaires à se faire dépister et à suivre un traitement complet, même s'ils sont asymptomatiques.
- Proposer au patient le même traitement à donner à son partenaire, car, nombre d'entre eux ne fréquentent pas les centres de soins.

2. Contraception et planning familial pour les femmes vivant avec le VIH

Principes généraux

- La contraception et la planification familiale visent à donner aux personnes la liberté de choisir si elles veulent des enfants et quand elles souhaitent les avoir.
- Cela comprend le contrôle des naissances par la planification des grossesses et des conseils et traitements contre l'infertilité. Cela englobe également le bien-être émotionnel, et a des répercussions sur la façon de disposer de sa propre sexualité. La participation des hommes est importante, mais souvent très difficile.
- Les effets secondaires des méthodes contraceptives affecteront les femmes de manière différente. La tolérance à certains effets indésirables doit être appréciée en fonction du risque de grossesse non planifiée.
- De nombreux obstacles s'opposent à une contraception efficace, notamment le manque de connaissances, certaines lois et politiques nationales, les normes sociales, les croyances religieuses, les mythes et les tabous. Voir le tableau 19.7.



Tableau 19.7 Mythes sur la contraception et idées fausses

Mythes et idées fausses	Faits
Les préservatifs bloquent le sperme et rendent les hommes malades.	Ils ne bloquent ni le sperme ni ne causent de maladie. Les préservatifs préviennent les IST et les grossesses.
Depo-Provera peut rendre infertile.	La fertilité revient en arrêtant le Depo-Provera, mais cela peut prendre jusqu'à 18 mois.
Les pilules contraceptives donnent le cancer.	Les pilules contraceptives protègent contre le cancer. Le cancer du col de l'utérus est lié à d'autres facteurs, tels les IST.
Les DIU sont douloureux pour les hommes pendant le rapport sexuel.	Un DIU correctement positionné ne devrait être ressenti ni par l'homme ni par la femme pendant les rapports sexuels.

Vivre avec le VIH ne devrait pas être un obstacle à une vie sexuelle et reproductive saine.

Les femmes et les couples à haut risque d'infection par le VIH peuvent utiliser toutes les formes de contraception. Quel que soit leur choix, un des principes clés est qu'ils puissent prendre une décision éclairée.

Il est important de fournir aux patientes des informations qui répondent à leurs besoins particuliers. Une écoute active et un langage clair leur permettent de choisir la méthode de contraception qui leur convient le mieux.

Conseils et consentement éclairé :

- Facilite la démarche d'un choix libre en toute connaissance de cause.
- Facilite l'implication du bénéficiaire à décider de son propre comportement concernant les soins de santé
- Aide dans le choix de la méthode de contraception.
- Aide à l'utilisation correcte d'une méthode de contraception
- Améliore la satisfaction de la patiente envers les services de santé.

Méthodes de contraception



www.fphandbook.org/sites/default/files/global-handbook-2018-full-web.pdf

La présente section n'a pas pour but de fournir des conseils complets sur les contraceptifs pour les PVVIH. Voir le manuel de **planification familiale de l'OMS** de 2018, <https://www.fphandbook.org/sites/default/files/global-handbook-2018-full-web.pdf>

L'objectif principal de ce chapitre est de fournir des conseils sur l'utilisation de contraceptifs hormonaux en combinaison avec des médicaments contre le VIH et/ou la tuberculose.

Notes :

- Les préservatifs sont conseillés avec toutes les méthodes de contraception hormonale pour la prévention des IST et de la transmission du VIH. Les préservatifs sont conseillés pour une efficacité contraceptive accrue avec les implants.
- Les problèmes concernant l'interaction entre les EFV et la contraception hormonale (COC, implants, patches, anneaux vaginaux et POP) sont abordées ci-dessous.
- Le DTG n'a aucune interaction médicamenteuse avec la contraception hormonale.
- Le DIU (ex : T en cuivre) n'a pas de composant qui interagit avec les médicaments contre le VIH ou la tuberculose et est donc une méthode à action prolongée fortement recommandée. Utilisation avec des préservatifs pour la prévention des IST.

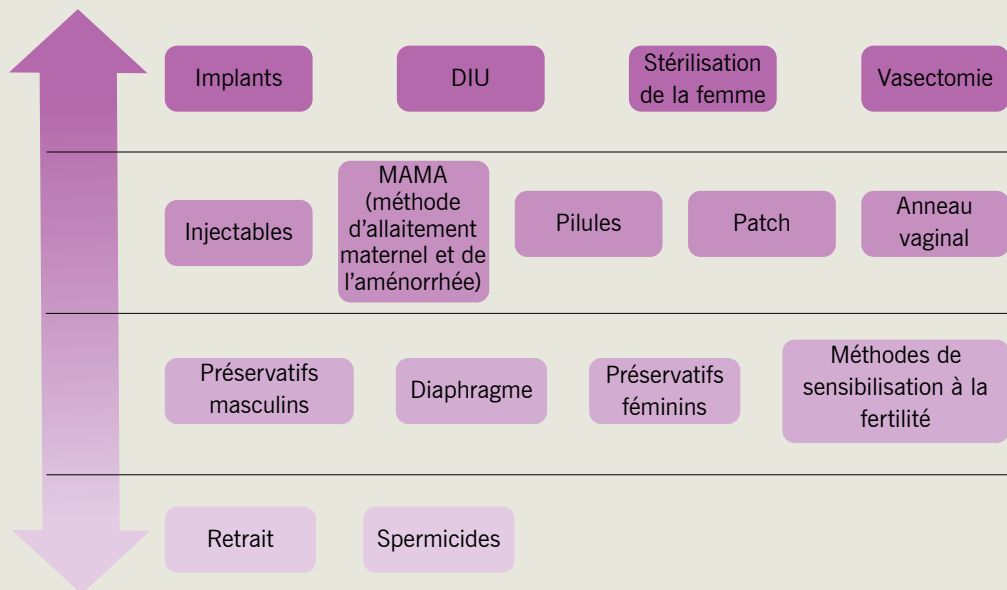


Tableau 19.8 Contraception hormonale et interactions avec les ARV et antituberculeux

Méthode	Si utilisée avec EFV	Si utilisée avec la rifampicine ou la rifabutine ou certains anticonvulsivants (phénytoïne, phénobarbitone, carbamazépine, lamotrigine)
• Contraception orale combinée (COC) • Patches • Anneaux vaginaux • POP	Toutes les méthodes : les avantages l'emportent généralement sur le risque théorique ou avéré pour une femme qui préfère cette méthode. Contraceptifs oraux combinés (COC) et pilules de progestérone seule (POP) : une stricte adhérence est essentielle.	• Déconseillé : la rifampicine et les anticonvulsivants (phénytoïne, phénobarbitone, carbamazépine) réduisent l'efficacité contraceptive. • Valproate n'affecte pas l'efficacité des contraceptifs.
Implants	EFV peut réduire l'efficacité des implants : utiliser des préservatifs pour une protection supplémentaire contre la grossesse.	• Très peu d'expérience : ce sont des inducteurs enzymatiques plus puissants que les EFV. Les directives de l'OMS donnent les mêmes conseils que pour l'EFV ; le depo-provera ou le DIU en cuivre serait une bonne alternative.
Injectables	Depo provera recommandé ; pas d'interactions médicamenteuses. Norethisterone-enanthate : comme pour COC et autres méthodes dans la première rangée du tableau. Femmes séronégatives à risque de contracter le VIH : • Certaines données suggèrent que le depo-provera pourrait augmenter le risque d'infection à VIH : utiliser des préservatifs pour la protection contre le VIH : consulter les directives de l'OMS pour d'autres mises à jour.	
DIU • DIU au levonorgestrel	Les interactions avec l'éfavirenz, la rifampicine et les anticonvulsivants n'ont pas été étudiées mais sont considérées comme très peu probables en raison de l'action locale du lévonorgestrel	

Schéma 19.5 Efficacité des méthodes de planning familial

Le plus efficace : moins d'une grossesse pour 100 femmes, par année.



Le moins efficace : environ 30 grossesses pour 100 femmes, par année

Contraception d'urgence

En cas de rapports sexuels non protégés ou d'échec de méthode contraceptive :

1. Faire un test de grossesse (TG). S'il est positif, évaluer et proposer des soins d'avortement sécurisés (SAC) ou diriger la patiente vers la consultation prénatale (voir page 415). Si le test de grossesse est refusé, une contraception hormonale d'urgence peut encore être administrée.
2. Si le test est négatif, une contraception d'urgence doit être donnée dans les 5 jours, selon les recommandations suivantes :
 - Contraception d'urgence standard : la plus efficace est l'ulipristal 30 mg, en dose unique, jusqu'à 120 heures après le contact sexuel, quel que soit le poids de la patiente. L'autre possibilité consiste à administrer 1,5 mg de lévonorgestrel sans délai, idéalement dans les 72 heures, mais jusqu'à 120 heures après le contact sexuel. Si le poids de la patiente est supérieur à 70 kg, administrer une double dose de lévonorgestrel.
 - Si la patiente est sous rifampicine, EFV, NVP, phénytoïne, phénobarbitone ou carbamazépine, doubler la dose de lévonorgestrel à 3 mg, afin de pallier à l'effet inducteur de ces traitements sur le métabolisme du lévonorgestrel (voir Chapitre 7, Interactions médicamenteuses). À ce stade, il est plus sûr d'éviter l'ulipristal en cas d'utilisation de l'un de ces médicaments.
 - Un DIU peut aussi être posé comme contraception d'urgence dans les 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé (associé à un traitement préventif contre les IST- comme pour les violences sexuelles, voir tableau 19.10, page 418).

3. De manière générale :

- Profiter de l'occasion pour donner des conseils sur le choix de la contraception et la prévention des IST
- Conseiller à la patiente de revenir pour un test de grossesse en cas de retard de règles.

Conception sans danger

Tous les couples séropositifs (discordants ou dont les deux partenaires sont séropositifs) doivent recevoir des conseils sur une conception sans danger dans le cadre des séances de conseil de routine.

Planification pour une grossesse lorsque la femme est séropositive :

- Idéalement, la femme doit être au moins pendant 6 mois sous TARV avec une CV indétectable, sans IO concomitante, et doit prendre de l'acide folique, à raison d'au moins 0,4 mg par jour depuis les trois mois précédant la grossesse.
- Si ce n'est pas le cas, on lui proposera des contraceptifs pendant 6 à 12 mois jusqu'à ce que sa CV soit indétectable.
- Si le partenaire est aussi séropositif, les recommandations des 2 points ci dessus s'appliquent
- Si le statut du partenaire est inconnu et qu'il n'a pas été testé récemment, cela doit être fait.

Planification pour une grossesse quand la femme est séronégative mais que le conjoint est séropositif :

- S'assurer que le conjoint est sous TARV avec une CV indétectable.
- Proposer une PrEP à la femme (voir **Chapitre 8**, stratégies de prévention)

3. Prise en charge des grossesses non prévues

Ce n'est pas le but de ce manuel clinique de décrire la totalité de l'évaluation et de la prise en charge de l'avortement. Pour de plus amples informations, se référer aux directives MSF 2019, guide des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels, pages 227-234.

- Les soins post-avortement désignent le moment à partir duquel une femme a entamé le processus d'avortement (naturel ou provoqué).
- Les soins sécurisés d'avortement désignent le moment à partir duquel une femme a accès à un processus d'avortement médicalisé sur demande.



Un avortement sans danger nécessite :

- Un environnement sûr et confidentiel
- Un équipement et des médicaments appropriés
- Un praticien formé et certifié.

La contraception (planning familial) peut commencer le même jour que la procédure d'avortement.

Évaluation

- En cas de doute, faire un test de grossesse. Aucun autre test de laboratoire n'est requis de manière systématique.
- Évaluer l'âge gestationnel (date des dernières règles et/ou la taille de l'utérus par palpation bi-manuelle ou abdominale) ; l'échographie de routine n'est pas recommandée.
- Rechercher d'éventuels problèmes en cours et les traiter en conséquence : infection sexuellement transmissible (par exemple, pertes vaginales anormales), signes de grossesse extra-utérine, douleurs pelviennes, fièvre, anémie sévère, etc.
- Noter les antécédents médicaux et obstétricaux : rechercher d'éventuelles contre-indications aux soins d'avortement sécurisés (SAC) et/ou aux méthodes de contraception ultérieures.
- Dans les rares cas où un dispositif intra-utérin (DIU) est en place, il doit être retiré si possible.

Choisir une méthode de soins
d'avortement sécurisés (SAC)

Avant 13 semaines depuis la DDR. Il existe deux méthodes, l'interruption de grossesse médicamenteuse et l'aspiration. Le curetage instrumental ne doit pas être utilisé.

Table 19.9 Méthodes d'avortement sécurisées

	Avortement médicamenteux	Aspiration
Avantages	• Méthode non invasive • Peut être fait à domicile • Pas de prophylaxie antibiotique nécessaire	• Résultat immédiat • Pas de contre-indications absolues • Un stérilet peut être inséré à la fin de la procédure
Inconvénients	• Pas de résultat immédiat ; peut prendre de quelques heures à quelques jours • Saignements abondants et crampes lors de l'expulsion de la grossesse • Aspiration nécessaire en cas d'échec	• Méthode invasive • Risque (faible) de perforation utérine ou de lacération cervicale • Prophylaxie antibiotique nécessaire

Le choix de la méthode dépend de la préférence de la femme et de la faisabilité dans un contexte donné. Dans la plupart des cas, l'avortement médicamenteux est préféré. L'aspiration est également une méthode valable et sûre qui doit être utilisée lorsque l'interruption de grossesse par médicaments est contre-indiquée (par exemple, en cas de troubles de la coagulation) ou a échoué ou lorsque, dans un contexte particulier, l'interruption de grossesse par médicaments n'est pas une option.

Entre 13 et 22 semaines après la DDR. Seul l'avortement médicamenteux peut être pratiqué.

4. Prise en charge des violences sexuelles

Toute violence sexuelle (VS) a des conséquences physiques, psychologiques, sociales et juridiques. La réponse médicale ne devrait pas se limiter au traitement des lésions ou des infections médicales immédiates, mais devrait inclure un soutien psychologique pour le patient.

Les déclarations pour violence sexuelle ou viol sont la plupart du temps insuffisantes. Un dialogue ouvert et sans jugement de la part du travailleur de santé est essentiel car les patients n'évoqueront leurs expériences de violence sexuelle que s'ils se sentent en confiance lors de la consultation. Soyez attentifs à avoir des attitudes qui ne le/la mettent pas mal à l'aise, comme le/la fixer du regard quand il/elle parle par exemple. Les outils de dépistage des VS peuvent être utilisés pour évaluer les risques du patient. L'outil de dépistage ASIST-GBV pour les femmes est disponible dans la section **ressources supplémentaires** du *Guide MSF VIH / TB en soins primaires*, <https://samumfsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>.

Les conséquences des violences sexuelles peuvent être atténuées par la dispensation de soins médicaux appropriés, y compris en santé mentale.

Directives de prise en charge

La gestion des agressions sexuelles comprend tout d'abord une anamnèse minutieuse et un examen clinique suivi de 5 étapes essentielles (pour des conseils complets sur la gestion des agressions sexuelles, consulter le protocole médical pour le traitement des violences sexuelles (révisé en 2020) dans la section **ressources supplémentaires** du *Guide MSF VIH / TB en soins primaires*, <https://samumfsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>).

1. Prévention VIH

- Donner une prophylaxie post exposition (PPE) si le patient se présente dans les 72h après l'événement et qu'il est séronégatif.

MSF recommande une PPE à trois médicaments, dont l'inhibiteur de l'intégrase le dolutégravir pour tous les cas de viol.

(Voir **Chapitre 8**, rubrique PPE, page 123 et consulter les directives locales relatives aux protocoles nationaux)

- TDF + 3TC (ou FTC) + dolutégravir 50 mg une fois/jour pendant 28 jours.
- L'alternative au TDF est l'AZT, et pour le dolutégravir, ce sont l'atazanavir/ritonavir (ATV/r) ou lopinavir/ritonavir (LPV/r).



[samumfsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumfsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018).



[samumfsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumfsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)



Mise à jour

2. Prévention de la grossesse

- Test de grossesse + une contraception d'urgence
- Donner lévonorgestrel 1.5 mg PO au cours des 72 à 120 premières heures ou Ulipristal 30mg en une prise PO dans les 120 heures (5 jours)
- Si un patient prend un médicament inducteur enzymatique (par exemple, la rifampicine, les INNTI, les inhibiteurs de protéase, la carbamazépine, la phénytoïne ou le phénobarbital), doubler la dose de lévonorgestrel à 3 mg.
- Si le test de grossesse est positif, évaluer et proposer un choix d'interruption de grossesse et/ou orienter la patiente vers une structure appropriée.

3. Traitement et prévention des IST

La vaccination contre l'hépatite B est indiquée pour les patients à risque d'exposition, indépendamment d'un historique complet de vaccination, car le patient peut ne pas avoir répondu à la vaccination et sa protection contre l'hépatite B n'être pas connue.

Il faut vacciner les patients contre l'hépatite B dès que possible après l'incident. La protection post-exposition assurée par la vaccination contre l'hépatite B diminue pour devenir presque nulle au bout de deux semaines. Toutefois, si le patient se présente plus de 2 semaines après les violences sexuelles, la vaccination doit quand même être proposée pour une protection en cas d'exposition future possible.

Tableau 19.10 Prévention des IST liées aux violences sexuelles ; adultes et enfants

Enfants hors grossesse <45 kg	Adultes hors grossesse et enfants >45 kg
Ceftriaxone 125mg IM ou céfixime 8 mg/kg po (dose maximale, 400mg) – les deux en dose unique	Ceftriaxone 250mg IM ou céfixime 400mg po – les deux en dose unique
PLUS	PLUS
Azithromycine 20mg/kg po (max 1g) en dose unique	Azithromycine 2g po en dose unique
PLUS	PLUS
Tinidazole 50mg/kg po (max, 2g) po en dose unique ou métronidazole (enfant ≥1 mois) 10mg/kg po (max, 1500mg/jour) 3x par jour pendant 7 jours	Tinidazole 2g po ou métronidazole 2g po – les deux en dose unique

- **Considérations particulières concernant la grossesse et l'allaitement**
 - Le céfixime, la ceftriaxone et l'azithromycine ne sont pas contre-indiqués pendant la grossesse ou l'allaitement.
 - Le métronidazole n'est pas contre-indiqué pendant la grossesse, mais il est contre-indiqué pendant l'allaitement. Le tinidazole n'est pas contre-indiqué pendant la grossesse ni l'allaitement. Il peut donc être administré comme alternative, à des doses plus faibles.

4. Vaccination antitétanique

- Administrer l'anatoxine antitétanique

5. Santé mentale

- Accorder une attention particulière au traumatisme psychologique du patient.
- Aide et conseils devant un traumatisme psychologique (stress post traumatique, anxiété, dépression, etc)

Les enfants

- Tenir compte de l'âge légal concernant le consentement au test de dépistage du VIH et à la PPE chez les enfants selon la réglementation nationale en vigueur.
- Pour les enfants/adolescents > 12 ans, voir la prise en charge ci-dessus
- Les enfants de moins de 12 ans doivent être gérés de préférence dans un site spécialisé, où il existe une expertise tant dans le traitement des enfants traumatisés que dans la prise en charge des TARV.
- Pour la prophylaxie post-exposition (PPE) chez les enfants de >15 kg et >6 ans, les régimes pour adultes peuvent être administrés. Pour les dosages de médicaments en fonction du poids, reportez-vous aux tableaux 10.8 à 10.10. Pour les enfants de <40 kg et / ou <6 ans, donner AZT ou ABC + 3TC + lopinavir/ritonavir (LPV/r).
- Prophylaxie des IST, voir Tableau 19.10.



Schéma 19.6 Algorithme récapitulatif pour la gestion des patients à la suite de violences sexuelles

- Procéder à une première évaluation
- Fournir des soins médicaux d'urgence
- Répondre aux besoins immédiats, évaluer et gérer la douleur, les plaies et les lésions

Demander le consentement du patient

Faire l'anamnèse, l'interrogatoire puis l'examen du patient

Dans les 72 heures

- Test de grossesse
- Proposer une contraception d'urgence (PCU ou DIU) et une contraception si elle n'est pas enceinte

Entre 72 heures et 120 heures

- Test de grossesse
- Proposer une contraception d'urgence (PCU ou DIU) et une contraception si elle n'est pas enceinte

Plus de 120 heures ou 5 jours

- Test de grossesse
- Proposer différentes options et du conseil en cas de grossesse et si un avortement sécurisé est requis
- Proposer une contraception si la patiente n'est pas enceinte

Proposer une prophylaxie contre les IST et la vaccination contre l'hépatite B et le tétanos

Proposer une prise en charge psychologique, un certificat médical ou un certificat de prise en charge psychologique, une évaluation des risques et un programme de protection, un suivi et une orientation vers des services de soutien.

5. Frottis cervical et cancer du col de l'utérus

Pour plus d'information, reportez-vous au document d'information de 2018 sur le cancer du col utérin dans la section **ressources supplémentaires** du Guide MSF VIH / TB pour les soins primaires, <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>.

Le cancer du col utérin est l'un des cancers les plus répandus chez les femmes en milieu défavorisé. On sait maintenant que le cancer du col utérin est dû au *Papillomavirus Humain* (HPV). Il existe environ 100 sérotypes différents de HPV, dont les types 16 et 18 sont à l'origine le plus souvent d'un carcinome. Le HPV se transmet sexuellement.



[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)



La prévention du cancer du col utérin est à la fois la vaccination contre le HPV et le dépistage par des frottis du col

Vaccination

Pour toutes les femmes séropositives âgées de > 15 ans, un calendrier vaccinal à 3 doses est recommandé. Pour les moins de 15 ans, 2 doses sont administrées. Se référer aux directives locales du programme élargi de vaccination (PEV) pour obtenir de plus amples informations sur la vaccination anti-HPV.

Dépistage

Le HPV envahit les cellules du col de l'utérus et provoque une dérégulation des systèmes de contrôle du cycle cellulaire à l'origine de proliférations appelées néoplasies intraépithéliales cervicales (CIN), qui sont classées de CIN 1 léger à CIN 3 plus grave et finalement au cancer invasif du col de l'utérus. Chez les personnes immunodéprimées, la progression à travers ces étapes est souvent plus rapide, ce qui rend plus important encore le dépistage.

Il existe plusieurs méthodes pour identifier les cellules pré-cancéreuses.

- L'observation du col lors d'un examen gynécologique : l'application d'acide acétique met en évidence les cellules anormales.
- Le frottis effectué suite à un prélèvement de cellules épithéliales cervicales, qui sont ensuite répertoriées selon la classification CIN (ceci doit être effectué tous les 12 à 36 mois chez les femmes infectées par le VIH).
- Le dépistage du HPV, par un frottis cervical, est de plus en plus intégré dans les programmes de dépistage du cancer du col utérin

Si un frottis révèle des cellules pré-cancéreuses, un traitement est possible par cryothérapie ou par chirurgie (conisation) pour des lésions plus avancées. Dans la mesure du possible, la cryothérapie doit être effectuée le jour même du diagnostic (dépistage et traitement). Pour plus de précisions, consulter les directives nationales sur le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus.

Pour les femmes séropositives suivies dans les centres de soins VIH, le dépistage du cancer du col utérin doit faire partie des examens cliniques de suivi. Si ce n'est pas réalisable dans le cadre de consultations en service intégré, il faut orienter la patiente vers une structure compétente et s'assurer que le dépistage a été effectué.

6. Brèves recommandations programmatiques pour les services de santé sexuelle et reproductive

L'intégration de ces services à ceux de prise en charge du VIH/TARV devrait être un principe clé de tous les programmes de lutte contre le VIH. Les services intégrés ne se limitent pas seulement à la dispensation de soins en SSR, mais doivent inclure:

- Diagnostic, dépistage et traitement des IST au centre de soins VIH.
- Intégration du dépistage du VIH dans les services et les centres de planification familiale
- Intégration de la contraception dans les centres VIH, y compris les programmes de sensibilisation communautaires et les autres types d'établissements de soins.
- Informer sur une planification familiale sans danger lors des séances de conseil VIH/TARV lors de l'initiation et au cours des premiers mois de traitement ARV.
- Intégration des services de dépistage et de traitement du cancer du col utérin dans le suivi du VIH/TARV.

Pathologies dermatologiques

Approche des patients séropositifs avec des plaintes cutanées

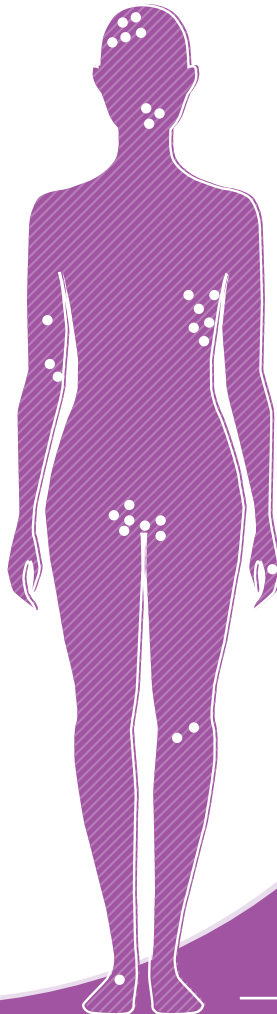
Anamnèse : informations clés

Examen clinique : informations clés

Cartographie des types de pathologies dermatologiques

Quelques principes de traitement dermatologique

La dermatologie dans les consultations VIH en centres de soins primaires : points clés



Les maladies cutanées sont très fréquentes chez les PVVIH, mais pour les cliniciens spécialistes du VIH elles restent un défi permanent en raison du nombre limité de tests diagnostiques et de médicaments.

Le diagnostic d'une affection cutanée repose sur quelques questions importantes à l'anamnèse, ainsi que sur une observation rigoureuse de la peau. Ce chapitre est donc conçu pour guider le clinicien, à l'aide d'un grand choix de photos, dans l'élaboration d'un diagnostic en fonction des résultats de l'examen clinique et de l'anamnèse.

Dans le monde de la dermatologie plus spécialisée, le diagnostic d'une maladie cutanée implique souvent des prélèvements par grattage de la peau, une microscopie, une biopsie et des tests sanguins particuliers. Ceux-ci sont rarement disponibles dans les établissements de soins primaires, elles ne sont donc pas incluses dans l'approche diagnostique ici.

Les options de traitement étant extrêmement limitées dans la plupart de nos établissements de soins de santé primaires, les recommandations se limitent aux médicaments facilement disponibles ou aux préparations cutanées relativement faciles à préparer. Sous la pression du plaidoyer, il sera peut-être un jour possible d'augmenter la gamme de traitements dermatologiques dans certains contextes.

Le chapitre est organisé comme suit :

- L'approche globale d'une personne séropositive atteinte d'une affection cutanée
- Les questions clés nécessaires à l'anamnèse
- Principales caractéristiques à rechercher à l'examen clinique
- Cartographie des types d'affections cutanées en fonction des caractéristiques cliniques.
- Détails sur les maladies cutanées importantes et leurs prises en charge.
- Principes de traitement en dermatologie

Approche des patients séropositifs avec des plaintes cutanées

Lorsqu'un patient présente un problème de peau qui n'est pas identifié immédiatement, il peut y avoir une tendance à ne pas poursuivre la recherche du diagnostic. Toutefois, si, comme c'est le cas pour l'exploration du système cardiovasculaire où sont vérifiés systématiquement certains éléments (pouls, tension artérielle, PVC, etc), on suit également une check-list standard, qui englobe les éléments importants à l'anamnèse et à l'examen clinique, un diagnostic précis peut émerger.

Dans les facultés de médecine, on enseigne aux cliniciens de commencer par l'anamnèse avant d'examiner le patient. La dermatologie est la seule exception à cette règle. Le médecin peut débiter par l'examen tout en prenant connaissance des antécédents et de l'histoire de la maladie, en sachant que toutes les informations et observations recueillies sont essentielles et de même importance.

Anamnèse : informations clés

- **Les CD4.** Connaître cette valeur limite déjà les options diagnostiques, car les CD4 sont corrélés à des pathologies spécifiques. De nombreuses affections cutanées appartiennent aux différents stades cliniques de l'OMS, en particulier aux stades 2 et 3 (voir le tableau 20.2 à la fin de ce chapitre).
- **Traitement.** Le patient a-t-il commencé à prendre de nouveaux médicaments au cours des dernières semaines ou des derniers mois ? Les ARV, les médicaments antituberculeux, le cotrimoxazole et les antiépileptiques sont des causes fréquentes de réactions indésirables aux médicaments.
- Savoir si la maladie de peau est **douloureuse ou prurigineuse** permet de mieux cerner les options de diagnostic.
- Connaître l'histoire de la maladie cutanée sera également utile : quand a-t-elle commencé ? Comment s'est-elle développée ? Est-elle associée ou non avec d'autres maladies ? etc.

Examen clinique : informations clés

Plus vous collectez d'informations, plus les options diagnostiques pourront s'affiner. Il y a trois détails qui aideront dans la démarche :

- La forme (morphologie) de la lésion (schéma 20.1)
- La disposition des lésions (schéma 20.2)
- La répartition des lésions (schéma 20.3)

Cartographie des types de pathologies dermatologiques

Une fois renseigné sur :

- La description de la peau : morphologie, disposition et répartition
- Les principaux symptômes : démangeaisons, douleur ou absence de symptôme
- L'histoire de la maladie : est-elle liée à un médicament récemment débuté ? depuis combien de temps est-elle présente ? comment s'est-elle développée ?

... Vous pourrez vous orienter vers un diagnostic en combinant les algorithmes et les informations détaillées plus loin dans le chapitre pour chacun des quatre groupes de signes et symptômes suivants :

- Groupe 1 : Effets indésirables des médicaments, y compris l'algorithme 20.1
- Groupe 2 : Eruptions cutanées douloureuses ou inconfortables, y compris l'algorithme 20.2
- Groupe 3 : Eruptions cutanées prurit minime ou sans prurit associé, y compris l'algorithme 20.3
- Groupe 4 : Eruptions cutanées et démangeaisons, y compris l'algorithme 20.4

Schéma 20.1 Aspects morphologiques les plus fréquents (formes)



Macule (plane – ne peut être distinguée au toucher)



Papule (saillante, petite)



Nodules
(saillant,
étendu)



Plaques



Vésicules



Lésion
ombiliquée



Pustules



Crôutes

Schéma 20.2 Dispositions fréquentes des lésions cutanées



a. Annulaire (en forme d'anneau)



b. Groupées (ex : lésions herpétiques en grappe)

Schéma 20.3 Quelques exemples de répartitions les plus courantes



a. Exposé au soleil



b. Dermatome

c. Zones du corps comme le torse, main/
pied...



Refer to hospital

Groupe 1 : Effets indésirables médicamenteux

Tous les médicaments peuvent provoquer des réactions cutanées, certaines bénignes et d'autres menaçant le pronostic vital. Il est important de les identifier puis de référer le patient à l'hôpital le plus tôt possible, pour une prise en charge appropriée. La rubrique suivante détaille deux pathologies cutanées graves, suivie par l'algorithme 20.1 qui donne une approche plus large de l'ensemble des effets indésirables cutanés liés aux médicaments.



Dans le passé, on s'est inquiété de l'arrêt brutal des ARV et de ne pas couvrir la queue de traitement de l'INNTI car EFV et NVP ont tous deux une demi-vie d'environ une semaine quand celle de l'AZT et 3TC ne dure environ qu'une journée. En arrêtant les trois médicaments antirétroviraux en même temps, les taux de NVP ou d'EFV restent corrects pendant près d'une semaine alors que ceux de l'AZT et de 3TC sont très faibles, ce qui est donc susceptible d'entraîner une résistance due à cette monothérapie (INNTI) de courte période. Auparavant, on compensait la «queue de traitement» en continuant l'AZT et le 3TC pendant une semaine supplémentaire. Toutefois, comme le TDF a une demi-vie similaire aux INNTI, le patient conserve des taux sanguins corrects d'au moins deux médicaments. Le risque de développer une résistance est donc beaucoup plus faible. Lorsqu'un patient est sous TDF, 3TC et EFV / NVP, compenser la baisse sérique des médicaments est moins préoccupante mais reste importante si AZT ou ABC sont utilisés à la place de TDF. Voir des informations plus détaillées dans les ressources supplémentaires pour ce manuel sur le site web du SAMU.

1. Stevens-Johnson (SJS)/ Syndrome de nécrolyse épidermique toxique (TENS)

- Une affection qui commence habituellement par une éruption cutanée morbilliforme (semblable à la rougeole) sur le tronc et les membres et qui s'étend en quelques jours sur des muqueuses spécifiques, avant de se transformer en phlyctènes diffuses sur l'ensemble de la peau.
- Le terme SJS est utilisé lorsque la surface corporelle concernée est $< 10\%$ et TENS si cette surface est $> 30\%$ et le terme SJS/TENS de 10 à 30%.
- La névirapine et le cotrimoxazole sont les causes les plus fréquentes, mais d'autres médicaments notamment des antituberculeux sont parfois également impliqués (voir l'algorithme 20.1).



SJS/TENS

- Des études en Afrique du Sud ont montré l'incidence la plus élevée chez les femmes séropositives, associée à un taux de mortalité d'environ 25%
- Le diagnostic repose sur l'histoire de la maladie et l'apparence de la peau, plutôt que sur des tests sanguins spécifiques. Voir l'algorithme 20.1 concernant l'approche diagnostique et la prise en charge de la maladie.
- Dès qu'une atteinte cutanéomuqueuse ou une apparition de phlyctènes sont constatées, un **transfert immédiat à l'hôpital est nécessaire**.
- La prise en charge hospitalière consiste à soigner la peau et les muqueuses et à prévenir les complications (essentiellement les mêmes que pour des brûlures).
- Noter que le processus de réintroduction pour des médicaments antituberculeux doit se faire plus tardivement.



Transférer à l'hôpital

2. Réaction médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques (DRESS)

Affection commençant par une éruption morbilliforme similaire, souvent associée à un œdème et de la fièvre mais qui n'entraîne pas une épidermolyse mais plutôt une inflammation de différents organes : poumons, reins, foie, méninges.

Le diagnostic repose également sur l'anamnèse et sur l'aspect de l'éruption cutanée, surtout en présence d'œdème. L'élévation des enzymes hépatiques et/ou de la créatinine mais surtout une pancytopénie et une éosinophilie peuvent appuyer le diagnostic.

La prise en charge à l'hôpital consiste à évaluer quels organes sont impliqués et à traiter (parfois avec des stéroïdes) jusqu'à ce que le processus inflammatoire / allergique soit résolu.



Transférer à l'hôpital

Éfavirenz : effets indésirables du médicament

Il provoque rarement des réactions graves telles que SJS/TENS ou DRESS, et la plupart du temps, il n'est pas nécessaire d'arrêter le médicament. Lors d'une étude, les réactions les plus fréquentes à l'EFV étaient :

- Erythème palmaire
- Eruption cutanée morbilliforme
- Erythème avec induration
- Œdème facial
- Erythème annulaire avec une distribution type « exposé au soleil »

La plupart des réactions étaient bénignes, on note quelques réactions plus sérieuses dont les plus graves étaient associées à une fièvre et une hépatite. La présence de fièvre doit donc inciter le clinicien à vérifier s'il existe une atteinte hépatique par un test de SGPT. Cliniquement, l'apparition de symptômes en faveur d'une atteinte hépatique doit être également un motif de préoccupation. Il est alors préférable d'arrêter l'EFV et de suivre les directives concernant l'insuffisance hépatique d'origine médicamenteuse (voir **Chapitre 16**).



Réaction annulaire
au niveau de
la main. Peut
également se
manifester par une
réaction cutanée
lichénoïde - macules
pourpres avec
démangeaisons, des
plaques annulaires et
certaines vésicules.

Les algorithmes 20.2 à 20.4, aux pages 432 à 434, sont suivis d'un texte plus détaillé concernant les diagnostics.

Algorithme 20.1 Groupe 1 : Approche d'un possible effet indésirable cutané d'origine médicamenteuse

Eruption cutanée possiblement liée aux médicaments.

Anamnèse et examen du patient

- Généralement de localisation symétrique sur l'ensemble du corps, y compris les paumes des mains et les plantes de pieds
- Souvent d'aspect morbilliforme (comme la rougeole)
- Relation temporelle avec un nouveau médicament «PATIENC (E)» («E» entre parenthèses, car EFV est rarement à l'origine de SJS / DRESS).
- Médicaments fréquemment responsables d'effets indésirables cutanés : Pénicillines, Abacavir, médicaments antiTuberculeux, Ibuprofène (AINS en général), médicaments antiEpileptiques*, NVP, Cotrimoxazole. (Rappelez-vous les médicaments : **PATIENC (E)** avec le "E" entre parenthèses car EFV provoque rarement SJS / DRESS.)

*Antiépileptiques :

Phénobarbitone
Phénytoïne
Carbamazépine
Valproate
Lamotrigine

Ne correspond pas à ce profil

Autres causes :

- Infectieuses : fongiques, bactériennes, virales
- Néoplasiques
- Inflammatoires
- IRIS
- Etc.

Correspond à ce profil

Rechercher « MANS »

M – muco-cutané – lèvres, yeux, zones génitales
A – tests sanguins anormaux – GPT, NFS avec éosinophiles
N – nécroses/phlyctènes de la peau
S – symptômes systémiques

Non présent

Continuer le traitement, ajouter un antihistaminique et suivi rapproché pour des signes d'aggravation ou l'apparition de nouveaux symptômes

Présent

Peut être SJS/DRESS

Arrêter les médicaments suspects – généralement les antituberculeux, les ARV et le CTX. Transférer et hospitaliser rapidement le patient.

Plus tard, une fois le problème réglé : réintroduire le médicament

Bien plus tard, une fois l'éruption résolue, ré-introduction des traitements :

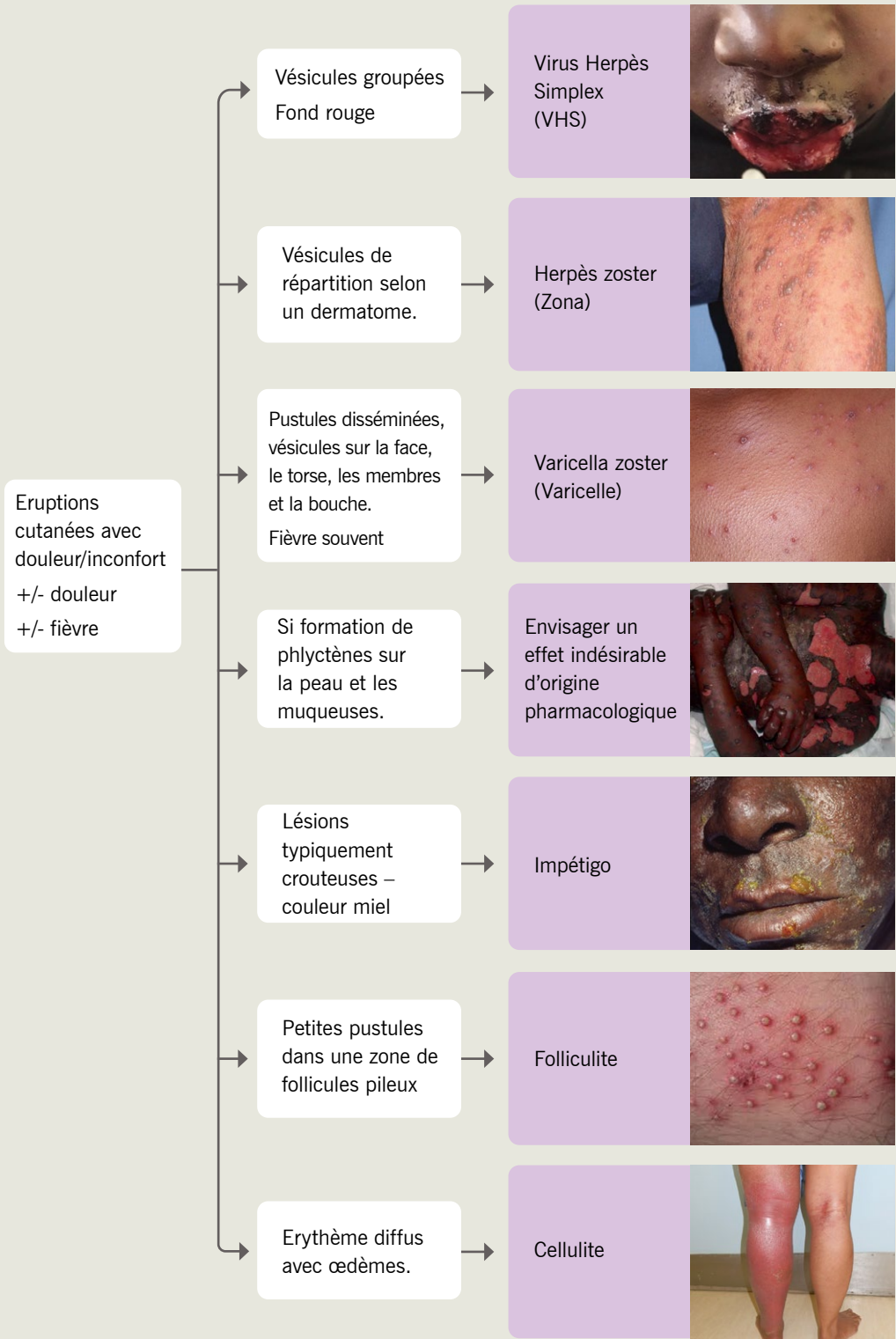
Bactrim – plus jamais, même en traitement préventif.

Névirapine – ne plus utiliser NVP, EFV ou tous autres INNTI (utiliser un IP ou DTG à la place)

Antituberculeux :

- Avant TARV car le taux de mortalité lié à la TB est élevé
- RHEZ ou HRZE. Un nouveau médicament tous les 3-5 jours
- Rechercher des signes de fièvre, démangeaisons ou d'hépatite
- TARV en dernier – INTI et IP ne sont généralement pas un problème.

Algorithme 20.2 Groupe 2 : Eruptions cutanées avec douleur ou inconfort



Algorithme 20.3 Groupe 3 : Eruption cutanée et pas ou peu de démangeaisons

Eruptions cutanées et pas ou peu de démangeaisons

Scalp :

Plaques squameuses, points noirs et perte de cheveux

Corps :
Tinea corporis



Tronc et membres :

Généralement annulaire (en forme d'anneau)

Souvent saillant, bord boursouflé avec le centre déjà en train de guérir.

Bord généralement bien défini.

Pied : Tinea pedis



Macules violacées, papules et nodules

Sarcome de kaposi



Angiomatose bacillaire au niveau du poignet



Papules, souvent au niveau des mains, des membres.

Papules en forme de chou-fleur

Verrues



Ombiliquée / acnéiforme

Maladie à cryptocoque

Molluscum contagiosum



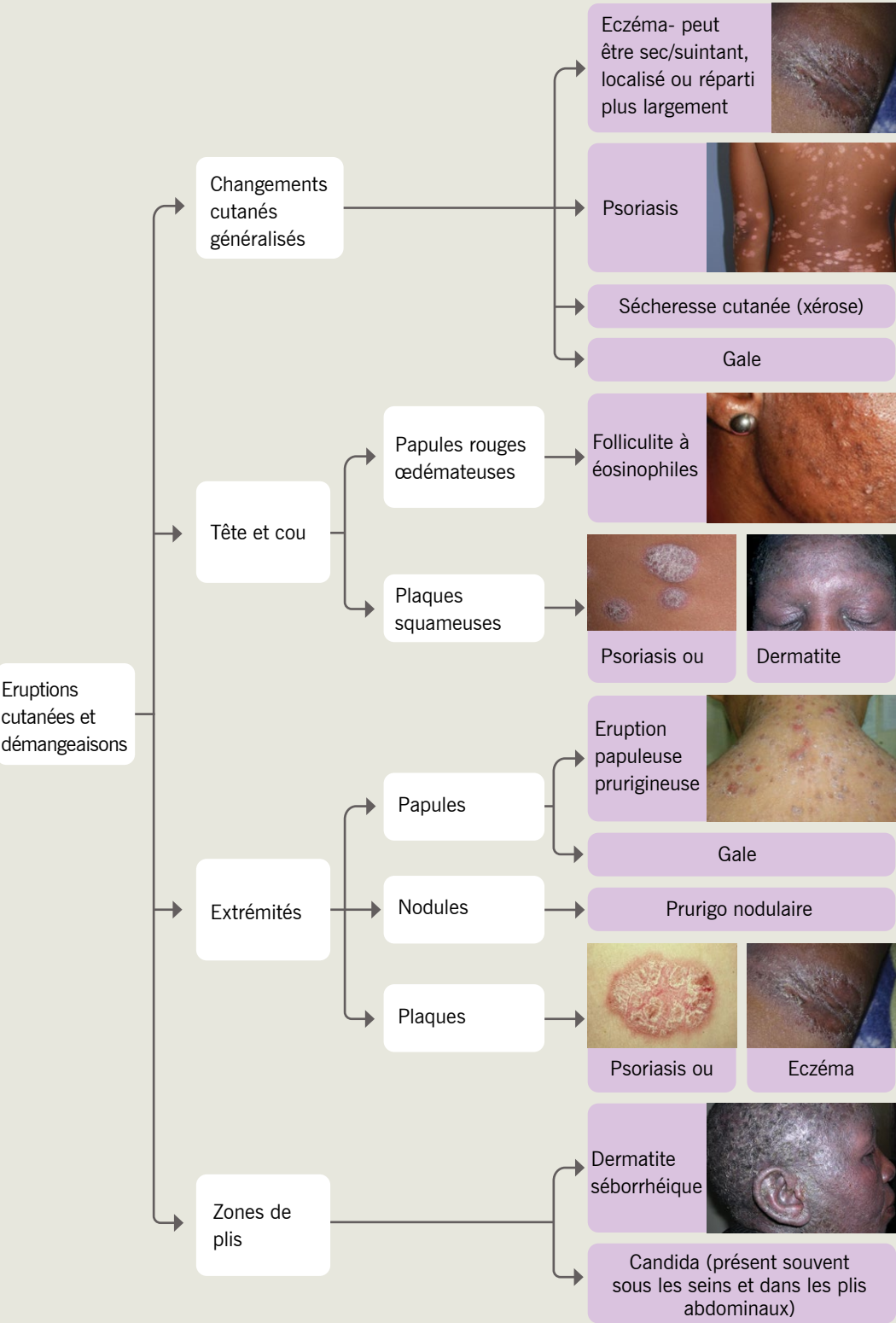
Eruptions cutanées papulo-squameuses.

Souvent réparties sur tout le corps y compris les paumes des mains et les plantes des pieds

Syphilis secondaire



Algorithme 20.4 Groupe 4 : Eruptions cutanées et démangeaisons



Plus de détails ci-dessous concernant les diagnostics décrits ci-dessus.

Groupe 2 : Eruptions cutanées douloureuses ou accompagnées d'inconfort

(Voir algorithme 20.2)

Virus Herpès simplex (HSV 1 et 2)

- Fait partie de la famille des virus herpès humains, qui comprend : VZV, EBV, CMV et HHV-8.
- Les HSV 1 et 2 se transmettent par un contact physique étroit avec un individu infecté, par l'effraction de la surface cutanéomuqueuse.
 - HSV 1 - lésions orolabiales
 - HSV 2 – lésions génitales

Principales caractéristiques

- Vésicules groupées sur un fond érythémateux pouvant évoluer vers des lésions douloureuses et des ulcérations, ± formations de croûtes secondairement.
- Peut paraître pustuleux, ± bordures boursouflées.
- Les zones touchées comprennent les lèvres, le nez, la langue, l'oropharynx, les zones buccales, gingivales et ano-génitales.
- L'apparition de la lésion peut être précédée de sensations de brûlures ou de picotements.
- La récurrence de l'infection apparaît généralement au même site, en raison de la réactivation du virus latent, qui migre via les terminaisons nerveuses vers le site de l'infection primaire.



Herpès simplex oral

Diagnostic

- Caractéristiques cliniques : toujours vérifier la présence d'éventuelles lésions génitales, fréquentes en cas de séropositivité VIH.

Prise en charge

- Prévention :
 - Éviter le contact peau à peau pendant l'infection aiguë
 - Conseiller l'utilisation des préservatifs lors d'atteinte génitale
- On peut traiter les lésions par du sulfate de zinc en solution aqueuse topique et de sulphadiazine crème pour prévenir une infection secondaire. L'acyclovir topique a une utilité limitée.

- Médicaments antiviraux oraux
 - Sont indiqués pour les lésions oculaires (NB: voir ophtalmologiste) et les lésions génitales avec récurrences fréquentes.
 - Sont idéalement commencés dans les 72 heures suivant le début des lésions
 - Ajuster la dose d'acyclovir si la clairance de la créatinine est < 50 ml/min. (Voir le tableau de dosage au **chapitre 17**, page 375).

Herpès Zoster (Zona)

- Après une infection initiale due au virus *Varicella zoster* (VZV) appelée varicelle, le virus reste de façon latente au niveau des racines nerveuses crâniennes ou spinales. Ensuite, parfois même des décennies plus tard, lors d'une immunosuppression (due au stress, à la vieillesse, à l'infection VIH...), le virus se réactive. Les symptômes sont généralement des amas localisés de vésicules de type varicelle mais limités aux terminaisons nerveuses sensorielles au niveau d'un territoire cutané innervé par une racine nerveuse (connu sous le nom de dermatome).
- En raison de la douleur intense et brûlante qu'il provoque, il est souvent décrit de manière extrême, comme « la ceinture de roses de l'enfer ».



Herpès zoster

Principales caractéristiques

- $\pm$ Prodromes de douleurs intenses, de picotements, d'hyperesthésie chez plus de 90% des patients.
- Rarement, des douleurs de forme zonale (dermatome) peuvent survenir sans éruption cutanée.
- Les amas de vésicules groupées sur fond érythémateux, sont unilatérales, le long d'un dermatome et touchent habituellement le tronc, mais peuvent affecter le visage et d'autres zones.
- Peut guérir avec des cicatrices et une névralgie post-herpétique (NPH).

Le zona facial

Le zona peut toucher toutes les racines nerveuses mais affecte relativement fréquemment le nerf trijumeau (V). Si la branche ophtalmique est concernée, la situation est préoccupante, car il existe des risques d'affecter la vision. Il faut toujours rechercher le signe de Hutchinson : une ou plusieurs vésicules sur le bout du nez (même dermatome que l'œil) signifie qu'en plus d'une atteinte de la zone cutanée au-dessus de l'œil (paupière, sourcil...), il y a aussi une atteinte de la cornée. Dans l'idéal, consulter un ophtalmologiste, mais si ce n'est pas possible, les éléments suivants sont nécessaires :

Prise en charge d'un zona ophtalmique

- Acyclovir 800 mg PO 5 fois/jour pendant 10 jours
- Pommade de Chloromycétine 4 fois/jour
- Analgésie : paracétamol et phosphate de codéine
- Amitriptyline 12.5-25 mg au moment du coucher pendant 3 mois (augmenter la dose si nécessaire)



Herpès zoster

Diagnostic

- Caractéristiques cliniques

Prise en charge du zona

- Contrôle de la douleur (paracétamol, $\pm$ codéine, ajouter amitriptyline si insuffisant)
- Phase aiguë des vésicules - lotion de calamine
- Zones d'érosion cutanée – crème à base de sulphadiazine ou crème à base de povidone-iodine
- Traiter secondairement une infection bactérienne si présente.
- Prescrire acyclovir par voie orale à raison de 800 mg 5 fois par jour pendant 10 à 14 jours, idéalement débuté dans les 72 premières heures suivant l'apparition de l'éruption cutanée (en pratique, est débuté généralement jusqu'à une semaine après l'apparition des lésions). La raison principale est une baisse du risque de névralgie post-herpétique (sensations de brûlure persistante dans la zone de l'éruption après la disparition des lésions).

Virus Varicella zoster (VZV) : Varicelle

- Varicella zoster ou varicelle est l'infection initiale causée par le VZV, qui peut réapparaître ultérieurement sous la forme d'un zona, comme décrit ci-dessus. Il est plus fréquent chez les enfants et est contagieux.
- La contamination se fait par contact direct avec les lésions ou par les gouttelettes respiratoires.

Principales caractéristiques

- Symptômes prodromiques légers avec éruptions apparaissant 2 à 3 jours plus tard. La fièvre est fréquente.
- Les lésions initiales apparaissent généralement sur la face et le cuir chevelu puis se propagent à l'ensemble du tronc et des membres. Les muqueuses peuvent être touchées.
- Les lésions papulo-vésiculaires prurigineuses (pouvant être pustuleuses) évoluent au fil des jours pour devenir des croûtes laissant ou pas des cicatrices.

- Les lésions se forment en poussées successives, de différents stades d'évolution.
- Les patients à faible taux de CD4 présentent un risque plus élevé de développer des complications, telles que pneumonie, hépatite et encéphalite.
NB : Surveiller attentivement les signes.
- Le patient est contagieux pendant environ 4 jours avant l'apparition de l'éruption, puis jusqu'à 4 jours après la formation de croûtes de l'ensemble des lésions.

Diagnostic

- Caractéristiques cliniques
- Indice – lésions sur le cuir chevelu

Prise en charge

- Isoler l'enfant ou l'adulte si possible, jusqu'à l'assèchement des lésions
- Pour les patients avec une immunité normale, on traitera les symptômes avec du paracétamol, des antihistaminiques, une lotion à la calamine et des bains d'eau tiède.
- S'il est débuté dans les 72 heures suivant l'éruption cutanée, l'acyclovir réduit la durée et la gravité de l'infection.
- Traiter toute infection bactérienne secondaire.

NB : Transférer à l'hôpital si :

- Infection disséminée suspectée (pneumonie, ictère, signes neurologiques, etc). qui nécessite un traitement par voie intraveineuse
- Patient avec nette altération de l'état général, déshydraté



Transférer à l'hôpital

Impétigo

Infection cutanée fréquente, contagieuse et superficielle, plus souvent présente chez les enfants. Elle est causée à la fois par des streptocoques B-hémolytiques et des staphylocoques. L'impétigo est plus fréquemment observé dans les zones de forte humidité et de conditions de vie précaires, et peut se développer après une piqûre d'insecte, un traumatisme mineur ou être une complication d'eczéma ou de gale.

Principales caractéristiques

Impétigo non-bulleux :

- Causé par des streptocoques et des staphylocoques.
- Croûtes jaunes- couleur miel, qui recouvrent une érosion

Impétigo bulleux :

- Vésicules flasques ou à contenu trouble, ± érythème.
- Causée par des staphylocoques produisant des toxines épidermolytiques (exfoliatines).

Prise en charge

- Ramollir et nettoyer les croûtes avec de l'eau tiède.
- Pour des lésions plus localisées, utiliser des crèmes antiseptiques comme la povidone iodée.
- Pour les lésions plus étendues, privilégier l'utilisation d'antibiotiques PO comme la flucloxacilline.
- Conseiller les patients sur le risque de contagion à l'entourage.

Folliculite

Comme son nom l'indique, il s'agit d'une infection du follicule pileux, généralement causée par un type de staphylocoque. Elle se manifeste généralement au niveau du visage dans la zone de la barbe, mais elle peut survenir dans n'importe quelle zone pileuse.

Traitement

La première étape consiste à utiliser des préparations topiques à base d'iode si elles sont disponibles, mais pour les cas plus graves, un antibiotique oral, tel que la flucloxacilline, sera nécessaire.

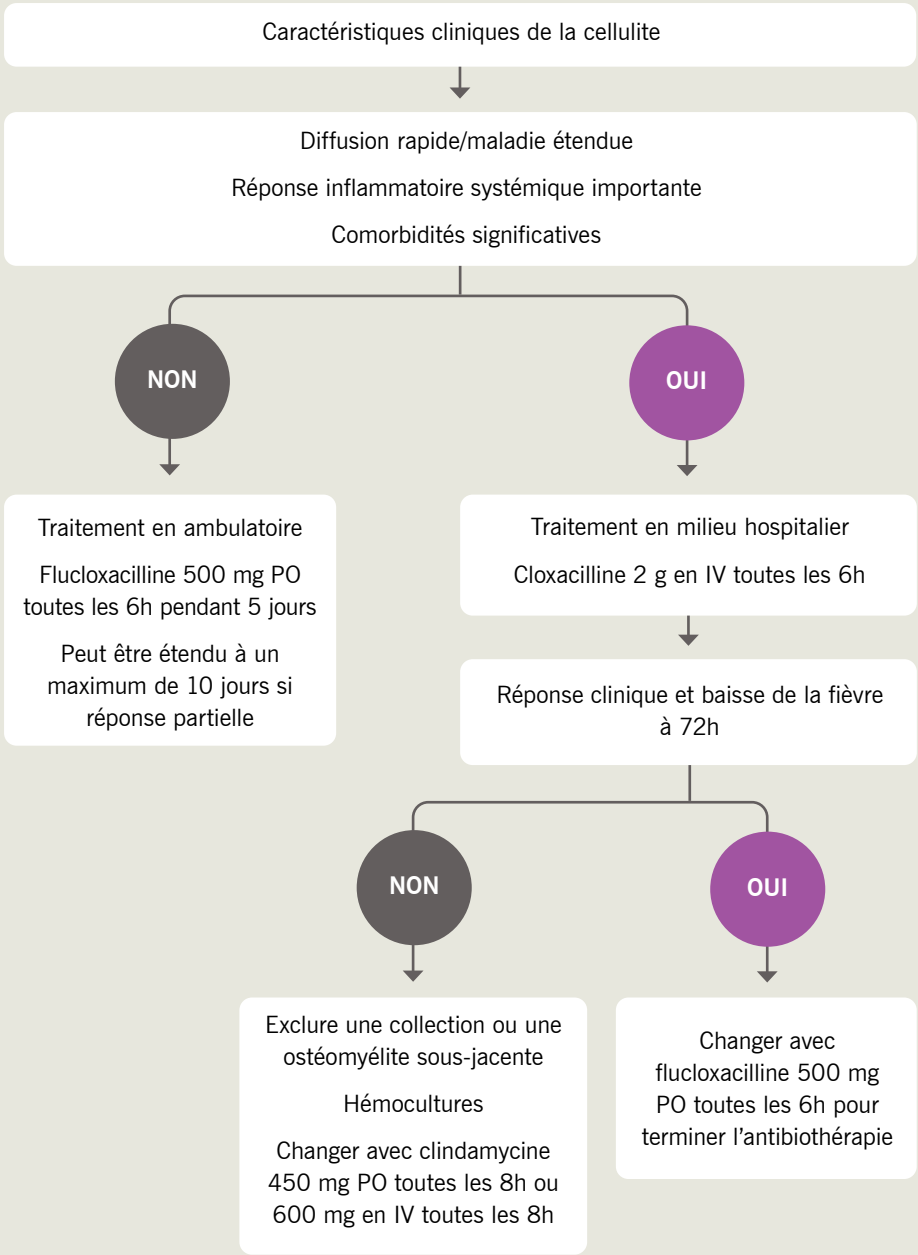


Folliculite

Cellulite

Les principaux symptômes de cette maladie sont un érythème, une douleur, un œdème et une chaleur au niveau de la zone cutanée touchée. Elle est causée généralement par des streptocoques, parfois des staphylocoques. La prise en charge peut se faire en ambulatoire, si l'état du patient le permet.

Schéma 20.4 Caractéristiques cliniques de la cellulite



Si la flucloxacilline n'est pas disponible ou si la réponse est insuffisante, changer avec clindamycine car elle sera efficace sur de nombreux SARM. Une autre alternative est le co-amoxycylav, 1 g toutes les 12 heures pendant cinq jours.



Une thrombose veineuse profonde (TVP) peut facilement être confondue avec une cellulite. Par conséquent, en cas de doute, le patient doit être admis à l'hôpital pour des examens complémentaires et un traitement anticoagulant car une TVP prédispose à l'embolie pulmonaire, une affection souvent fatale.

Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire (EP)

Le VIH et la tuberculose sont des facteurs de risque indépendants, connus pour favoriser le développement d'une TVP, susceptible de se compliquer d'une EP. La fréquence plus élevée d'hospitalisation et d'immobilité qui découlent de ces pathologies augmente d'autant ces risques.

Recommandations

- Les cliniciens doivent donc être vigilants et suspecter une TVP tout autant qu'une simple cellulite, chez un patient présentant une jambe enflée jusqu'à ce que le résultat des tests complémentaires confirme un diagnostic.
- L'embolie pulmonaire doit être évoquée plus souvent sur la liste des causes d'essoufflement aigu. (Voir aussi le chapitre 13, Maladies respiratoires).

Groupe 3 : Eruptions cutanées peu ou pas prurigineuses

(Voir algorithme 20.3)

La Teigne

C'est une infection fongique fréquente qui touche principalement le cuir chevelu, les plis de l'aîne, les pieds mais aussi d'autres parties du corps. Elle se propage par l'homme, les animaux et la terre infectés.

Principales caractéristiques

- Le tronc, le visage et les membres présentent des lésions annulaires à bords saillants rouges, squameux ou vésiculaires (appelé bords actifs) avec une cicatrisation centrale (voir photo).
- Cuir chevelu : plaques squameuses rondes avec perte partielle des cheveux, $\pm$ points noirs ou poils cassés.

Diagnostic

- Apparence clinique, rechercher les caractéristiques décrites ci-dessus.



Teigne (Tinea corporis)

Prise en charge

Les lésions cutanées localisées peuvent être traitées avec du baume de Whitfield ou de clotrimazole. Si la zone à traiter se trouve entre les orteils, faire en sorte de bien l'assécher.

Les lésions plus étendues touchant les plis de l'aîne, le cuir chevelu et les ongles nécessitent un traitement oral à base de griséofulvine 10 mg/kg/jour ou de fluconazole. La pommade de clotrimazole n'est pas efficace.

Sarcome de Kaposi (SK)

- Tumeur vasculaire due à une infection de l'endothélium vasculaire par le virus de l'herpès humain 8 (HHV-8) dans un contexte de VIH.
- Le SK peut se manifester quel que soit le taux de CD4 mais c'est une maladie de stade 4.

Principales caractéristiques

- Lésions violacées à pourpres sous forme de macules, papules, nodules ou plaques.
- Unique ou multiple avec une surface lisse ou squameuse, ulcérée ou hémorragique.
- Pas de localisation spécifique sur la peau, il peut apparaître n'importe où, souvent sur le tronc, les membres, le bout du nez et les organes génitaux. Il est important de toujours vérifier l'état de la bouche car la présence d'un SK buccal peut être le signe d'une localisation sur un autre organe (poumon, intestin...).
- Les lésions plus étendues entraînent fréquemment un lymphœdème du membre associé.



Sarcome de kaposi (SK)



Les patients atteints de SK doivent commencer immédiatement une TARV, quel que soit le taux de CD4, et être transférés pour une évaluation plus complète en vue d'une chimiothérapie.

Angiomatose bacillaire (AB)

Principales caractéristiques

- Maladie bacillaire à Gram négatif, causée par *Bartonella*. Cela peut concerner aussi bien la peau que les ganglions lymphatiques, le foie, la rate et les os.
- Les lésions cutanées et sous-cutanées peuvent être des papules et des nodules violacés unique ou multiples.
- Les lésions d'aspect vasculaire peuvent imiter le SK.

Prise en charge

Le traitement principal est l'érythromycine ou la doxycycline



Angiomatose bacillaire (poignet)

Molluscum contagiosum

- C'est une infection virale, donnant des lésions caractéristiques au niveau de la peau.
- Fréquent, en particulier chez les enfants, et constitue souvent un signe précoce d'infection par le VIH.
- Transmis par contact peau à peau, mais peut aussi se transmettre sexuellement.

Principales caractéristiques

- Des papules de la couleur de la peau, ombiliquées (avec une fossette centrale) peuvent apparaître partout sur la surface de la peau. Fréquemment observées sur le visage (voir la photo), au niveau des aisselles et autour du périnée chez l'enfant, elles ne constituent pas nécessairement une preuve d'agression sexuelle (propagation par grattage).
- Les lésions peuvent être étendues ou regroupées, persister et être résistantes au traitement.
- Doit être différencié des lésions associées à une cryptococcose disséminée (voir photo) ou d'autres maladies fongiques plus sérieuses (histoplasmosse, pénicilliose), car passer à côté de ces diagnostics pourrait être fatal pour le patient.
- Peut se manifester lors d'un IRIS, après l'initiation de la TARV.



Molluscum de la face



Maladie à cryptocoque

Diagnostic

- Caractéristiques cliniques, surtout si des lésions à type de fossettes sont visibles

Prise en charge

- Rassurer le patient (les lésions disparaissent généralement avec les ARV dans le contexte du VIH mais peuvent s'aggraver avant d'amorcer une amélioration)
- Les lésions peuvent s'améliorer spontanément mais peuvent aussi être traitées avec de la teinture pour verrues, de la cryothérapie ou de l'acide trichloroacétique.

Verrues

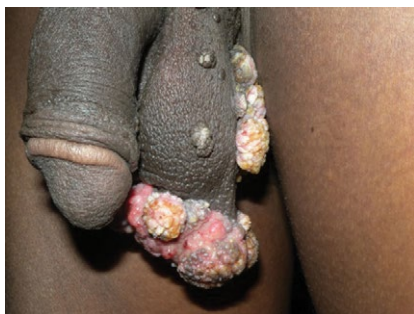
La contamination se fait par un contact direct peau à peau ou par l'inoculation du virus du papillome humain (HPV), dont certaines souches de virus sont responsables de différentes variantes de verrues, génitales ou non.

Principales caractéristiques

- Papules de couleur identique à la peau, unique ou multiples qui peuvent fusionner et former une plaque.
- Plats ou saillantes, lisses ou granuleuses.
- Localisées ou étendues
- Fréquentes sur les mains, les pieds, le visage, les organes génitaux.
- Connues sous le nom de condylomes acuminés en ce qui concerne les verrues des organes génitaux dont la présentation s'apparente à une forme de chou-fleur.
- Peut persister des mois voire des années puis régresser spontanément si l'immunité est normale.
- Si le taux de CD4 est bas, les verrues ont tendance à être plus nombreuses et à réapparaître après le traitement.
- Peut être un signe d'IRIS, en particulier après l'initiation du traitement antirétroviral.



Verrues planes de la face



Verrues génitales

Diagnostic

- Apparence clinique
- Indices de diagnostic : points noirs à la surface de la verrue, qui sont en réalité des vaisseaux sanguins thrombosés.

Prise en charge

- Verrues (hors organes génitaux) : elles disparaissent généralement spontanément ou lorsque le statut immunitaire du patient s'est amélioré. Pour les enfants et les verrues plates, cela peut prendre du temps. Parmi les différentes méthodes de traitement de ces verrues, citons :
 - Teinture pour verrue (composée d'1/5ème d'acide salicylique, 1/5ème d'acide lactique et de 3/5ème de collodion)
 - Cryothérapie
 - Acide trichloroacétique
- Verrues génitales
 - Les traitements cités ci-dessus peuvent être utilisés
 - Podophylline à 25% dans la teinture de composé benzoïque (TBCo) ; appliquer toutes les 1-2 semaines. Protéger la peau saine environnante avec de la vaseline. Fixer avec du talc et conseiller au patient de se laver 4 heures après l'application du traitement.
 - Les cas plus compliqués peuvent nécessiter d'être référés vers un spécialiste

Syphilis

La syphilis est connue pour se manifester de nombreuses manières. Il est donc important de se rappeler qu'un patient avec une éruption de syphilis secondaire peut se présenter aux centres de soins primaires. Le diagnostic et la prise en charge de la syphilis sont traités en détail au **chapitre 19**, pages 406-408.



Verrue syphilitique



Syphilis secondaire

Groupe 4 : Eruptions cutanées et prurit

Eczéma

Maladie allergique cutanée fréquente, elle commence dans l'enfance et se poursuit à l'âge adulte pour un tiers des personnes. L'eczéma est généralement associé à une allergie respiratoire telle que la rhinite allergique et l'asthme.

Principales caractéristiques

Il provoque généralement des démangeaisons et son aspect peut aller d'une peau très sèche et épaissie à une peau rouge et suintante. Il peut se manifester sur l'ensemble du corps, mais les sites de prédilection sont plutôt les plis au niveau des articulations des avant-bras et des genoux.

Il se distingue des infections fongiques par l'absence d'un bord clairement délimité.

En outre, les lésions eczémateuses ont tendance à se desquamer et à être plus sèches ou plus érythémateuses et plus suintantes en opposition avec une cicatrisation centrale, caractéristique des lésions dues à la teigne.



Pli de l'avant bras

Traitement

Comme il s'agit d'une affection principalement allergique, elle répond favorablement aux préparations topiques de cortisone. Si vous avez la possibilité de choisir entre une pommade (de type vaseline) ou une crème, utilisez plutôt la pommade si la peau est sèche et la crème si elle est rouge et suintante (voir la rubrique sur les préparations dermatologiques, page 455).

Si l'établissement de santé dispose de concentrations différentes de cortisone, utilisez plutôt de l'hydrocortisone à 1% pour les enfants et pour le visage chez les adultes. La bétaméthasone est utilisée chez l'adulte pour le reste du corps.

Xérose

Peau anormalement sèche (« xero » vient du grec qui signifie sec)

Elle est due à différents facteurs dont un climat sec, des lavages de la peau fréquents, l'utilisation de détergents, une malnutrition et un dysfonctionnement de la thyroïde.

Principales caractéristiques

- Peau terne, sèche, rugueuse et squameuse, pouvant être associée à des démangeaisons.
- Dans les cas graves, la peau peut avoir un aspect « d'écaillés de poisson » ou être très sèche à en être craquelée.
- La xérose peut être associée à un eczéma.
- C'est une affection fréquente en cas d'infection VIH

Prise en charge

- Il est nécessaire de réduire les lavages de la peau et les détergents.
- Des crèmes hydratantes sont nécessaires mais la gamme disponible est très limitée. Proposer une crème aqueuse ou de la vaseline.
- S'il existe un eczéma sous-jacent, une crème à base de cortisone est nécessaire.
- Vérifier le fonctionnement de la thyroïde par un dosage de TSH.

Psoriasis

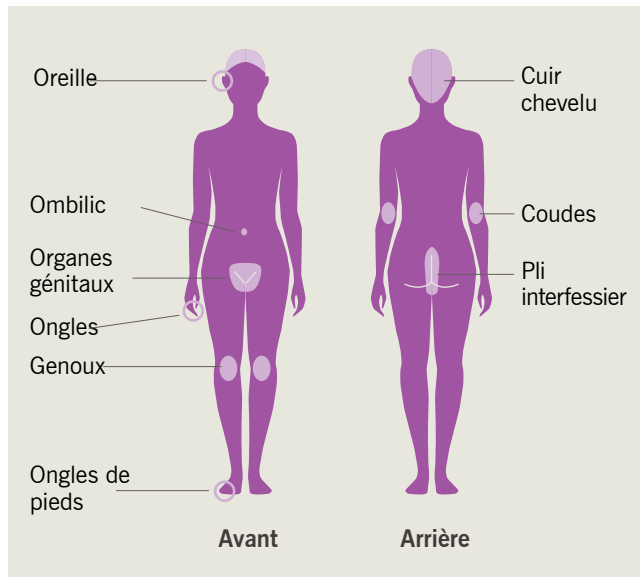
- État cutané papulo-squameux pouvant concerner l'ensemble du corps notamment le cuir chevelu, les ongles et les articulations.
- L'incidence globale chez les patients séropositifs n'est pas augmentée, mais la présentation clinique peut être plus dramatique et les patients plus résistants au traitement.
- Les patients ont une prédisposition génétique déclenchée par divers facteurs tels que des infections, des médicaments (B-bloquants, lithium), stress, etc.

Principales caractéristiques

- Papules et plaques rouges à violacées avec des squames blanchâtres
- Habituellement, peu ou pas de prurit, mais c'est variable.
- Plutôt situées sur les faces d'extension sur les bras et les jambes, mais aussi sur l'abdomen, le dos, le cuir chevelu, la paume des mains et la plante des pieds.
- Peut se manifester aussi au niveau de plis cutanés
- Une arthrite peut se développer associée aux lésions cutanées, pour laquelle un transfert pour une consultation spécialisée peut être nécessaire.



Psoriasis du dos



Diagnostic

Indices :

- Les ongles présentent des points à type de piqûres
- Test de grattage de la peau : Gratter une lésion avec un instrument un peu aiguisé. Si de fines « écailles » blanchâtres tombent, ou si sous une plaque plus importante qui se détache, des points de saignement apparaissent, le diagnostic de psoriasis est très probable.
- Cuir chevelu : squames épaisses et collées
- Phénomène de Koebner: le psoriasis se développe sur des sites de traumatismes physiques (par exemple le long d'une éraflure ou d'une cicatrice).

Prise en charge

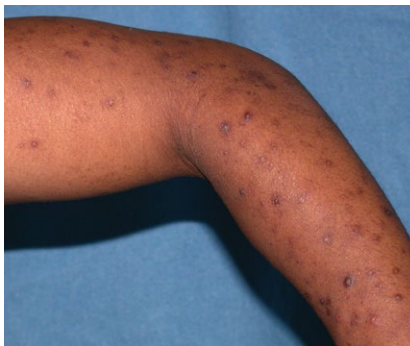
- Tous les patients doivent être sous TARV efficace (soit débutée, soit redémarrée ou modifiée pour un régime approprié)
- Des préparations topiques diverses peuvent être utilisées, mais ne sont malheureusement pas toujours disponibles dans les centres de soins primaires. Le tableau ci-dessous indique les traitements adéquats dans l'éventualité que le patient puisse en disposer.
- Les cas sévères seront transférés.

Tableau 20.1 Traitements topiques

Exemples de traitements topiques appliqués à :	
Peau du tronc et des membres	5% LPC (liquor picis carbonis) 5-10% goudron de houille brut / coaltar 5-10% acide salicylique mélangé à de la vaseline, pommade d'Adamson modifiée
Plis cutanés	Cortisone diluée, cad crème de Bétaméthasone à 10% diluée à 1/10 avec une crème aqueuse
Cuir chevelu	Shampooings au sulfure de sélénium ou au goudron, préparations à base d'acide salicylique, crème à la cortisone

Gale

L'acarien responsable de la gale est un parasite humain qui se propage par contacts peau à peau, tels que poignées de main, contact sexuel, vêtements et literie contaminés, et qui peut rester en vie plus de 48 heures en dehors du corps humain.



Gale sur le bras

Principales caractéristiques

- Les démangeaisons sont la caractéristique principale, surtout la nuit. Elle peut prendre jusqu'à un mois pour se manifester après la première exposition, mais 24 heures en cas de ré-infestation.
- Les signes cutanés vont de sillons creusés par le parasite à des papules, des nodules voire des pustules, impliquant les mains, les pieds, les aisselles, l'abdomen, les organes génitaux, le tronc ou les membres.
- Le visage est généralement épargné
- Chez les enfants, les éruptions cutanées peuvent apparaître sur la paume des mains et la plante des pieds avec ou sans pustules sur le cuir chevelu et le visage.

Diagnostic

- Les caractéristiques cliniques observées lors de l'examen et selon l'interrogatoire du patient sur l'histoire de la maladie.

Prise en charge

- Le traitement concernera le patient ainsi que toutes personnes avec lesquelles il aura des contacts physiques, qu'il y ait ou non des signes de démangeaisons.
- Lotion topique à base de benzoate de benzyle à répartir sur l'ensemble du corps à partir des épaules jusqu'aux pieds – se laver après 24 heures et répéter le traitement 7 à 10 jours plus tard.
- Chez les enfants (6 mois à 5 ans), une dilution à 50% peut être utilisée (diluer une quantité de lotion avec une même quantité d'eau).
- Pour les enfants de moins de 6 mois, utiliser de la pommade de soufre à 5% appliquée le soir pendant 3 nuits.
- Les cas graves et persistants nécessiteront de l'ivermectine par voie orale.
- Traiter les démangeaisons avec des antihistaminiques oraux, $\pm$ des préparations topiques à base de stéroïdes diluées, car l'affection est souvent accompagnée d'un eczéma.
- Laver les vêtements et les draps de lit à l'eau chaude (la température maximum permettant d'y tremper la main). Lorsque cela n'est pas possible, laisser le linge dans un sac fermé hermétiquement pendant 10 jours.
- Les démangeaisons peuvent persister encore 2 à 4 semaines après la fin du traitement.

La gale norvégienne

- La prolifération massive d'acariens entraîne le développement d'une croûte épaisse et grisâtre qui semble être liée à une réponse immunitaire inadéquate.
- Les démangeaisons sont variables, les patients peuvent ne pas se gratter.
- Vue plus souvent chez les patients immunodéprimés et ceux qui vivent ensemble dans des espaces réduits.



Gale norvégienne

Traitement

Des préparations topiques telles que le benzoate de benzyle peuvent aider, mais cette infestation plus grave nécessite généralement de l'ivermectine par voie orale.

Folliculite à éosinophiles

Une des affections cutanées les plus caractéristiques et les plus fréquentes dans un contexte d'infection à VIH.

Principales caractéristiques

- Œdème, rougeur, papules et pustules de la couleur de la peau (ressemble un peu à de l'acné)
- Prurit
- Peut concerner le visage, le cuir chevelu, le cou et le tronc
- Peut fluctuer mais s'améliore généralement à l'initiation de la TARV.



Folliculite à éosinophiles du visage

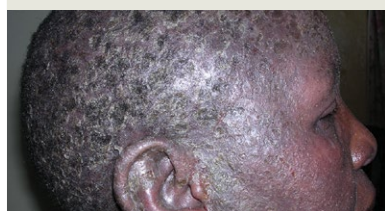
Dermatite séborrhéique

Eruption cutanée souvent desquamante, parfois suintante localisée essentiellement dans les zones riches en sébum, fréquente dans un contexte d'infection à VIH.

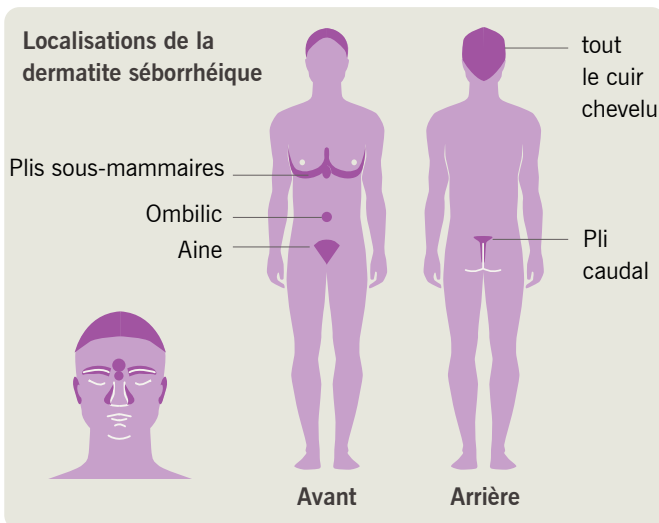
Principales caractéristiques

- Apparaît surtout sur le visage, les oreilles, le cuir chevelu, le torse et dans les plis cutanés.
- Peut s'étendre plus largement lors d'une immunosuppression avancée.
- Il existe des formes pédiatriques et adultes
- Taches nettement délimitées, roses ou rouges.

- Des squames gras jaunes à bruns, forment parfois des vésicules ou des croûtes.
- Est généralement d'évolution peu sévère et provoque peu d'inconfort.



Dermatite séborrhéique du visage



Prise en charge

On pense que cette inflammation cutanée pourrait avoir une composante d'infection fongique. Le traitement repose donc essentiellement sur des antifongiques topiques et de la cortisone.

Cuir chevelu

- Garder des cheveux courts, plus facile pour appliquer le traitement
- Crèmes à base de cortisone et de clotrimazole

Peau

- Visage : hydrocortisone crème à 1%
- Zones de flexion et reste du corps : crème à base de bétaméthasone si disponible
- Ajouter une crème antifongique telle que le clotrimazole
- Traiter les infections bactériennes secondaires avec des antibiotiques

Nourrissons

- Peau : hydrocortisone crème à 1% + clotrimazole



Eruption papulaire prurigineuse (EPP)

Eruption cutanée la plus fréquemment observée lors d'infection VIH. Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion, car il présente des signes communs à d'autres pathologies dont les piqûres d'insectes ou encore la folliculite à éosinophiles.

Principales caractéristiques

- Démangeaisons chroniques et concernant toutes les parties du corps de façon égale.
- Localisées essentiellement au niveau des faces d'extension des membres, mais aussi au niveau du tronc et du visage, tout en épargnant les paumes des mains, les plantes des pieds et les muqueuses.
- Papules rouges initialement atypiques qui développent souvent une pigmentation violacée d'aspect squameux et épais.
- Signe marquant du VIH, d'apparition plus fréquente lorsque les CD4 sont < 200 cellules/ μ l.
- Peut coexister avec une infection fongique ou la gale



EPP à l'arrière des jambes

Prise en charge

- Exclure d'autres causes telles que la gale
- Antihistaminiques oraux
- Très résistant au traitement

Prurigo nodulaire

Le prurigo nodulaire est une affection de la peau caractérisée par de gros nodules indurés et prurigineux. Il peut survenir à tout âge, mais se manifeste principalement chez les adultes âgés de 20 à 60 ans, quel que soit le sexe.

Un nodule de prurigo est de consistance ferme de 1–3 cm de diamètre, souvent saillant et verruqueux. L'affection se présente au début comme une petite bosse rouge qui démange pour évoluer vers une lésion dont la surface se desquame ou se couvre de croûtes, suite au grattage. Les lésions anciennes



Prurigo nodulaire

peuvent être plus sombres ou plus pâles que la peau environnante et la peau entre les nodules est souvent sèche. Les démangeaisons sont souvent très intenses et peuvent durer plusieurs heures, responsables de plaies de grattage qui s'infectent secondairement.

Les lésions sont généralement regroupées et nombreuses, mais leur nombre peut varier de 2 à 200. Elles sont réparties de manière symétrique sur l'ensemble du corps en commençant par le bas des bras et des jambes et leur aspect extérieur est plus marqué. Le tronc, le visage et les paumes des mains peuvent être touchés. Parfois, les nodules de prurigo sont plus flagrants sur le cou, les épaules et le haut des bras.

De nouveaux nodules apparaissent de temps en temps mais les nodules existants peuvent régresser spontanément tout en laissant des cicatrices. La guérison est souvent longue et peut entraîner un stress important voire une dépression.

La cause du prurigo nodulaire est inconnue et aucune preuve ne permet de dire si le grattage conduit à la formation de grosseur, ou l'inverse. Jusqu'à 80% des patients ont des antécédents d'allergie cutanée ou respiratoire, personnels ou familiaux.

Le traitement n'est pas facile et consiste surtout à rassurer le patient en lui disant que ce n'est pas une maladie grave et à traiter le prurit par des antihistaminiques oraux.

Candida intertrigo

L'intertrigo est une inflammation due à des frottements au niveau des plis cutanés, visible surtout sous les seins, au niveau des aisselles et des plis abdominaux chez des personnes en surpoids. La combinaison d'humidité permanente laissée par la sudation, et les irritations créées par les frottements de la peau, entraîne un type d'eczéma doublé généralement d'une infection secondaire à candida ou dermatophyte (tinea corporis : tinea intertrigo).

Traitement

Le candida se manifeste généralement par une éruption cutanée bien délimitée, de couleur rouge vif et fréquemment douloureuse. Le traitement de choix est le clotrimazole, aussi efficace sur la teigne que sur le candida. Il est aussi important de traiter les problèmes sous-jacents que sont l'humidité et les frottements en essayant de maintenir la peau aussi sèche que possible au niveau des plis avec une crème de zinc ou de la poudre de talc.

Candida buccal

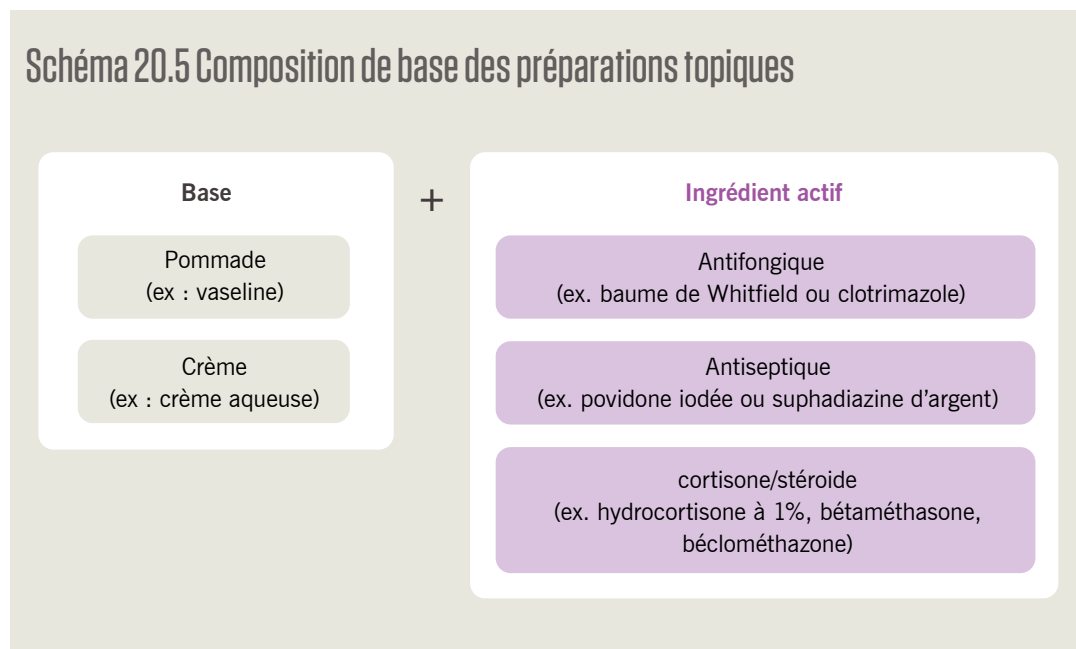
Voir **chapitre 15**, maladies gastro intestinales (lésions buccales).

Quelques principes de traitement dermatologique

Les consultations VIH en soins primaires offrent une gamme limitée de préparations pharmacologiques pour le traitement des affections cutanées. Il existe cependant quelques principes utiles qui permettront de traiter les patients quels que soient les produits à disposition.

Les préparations topiques sont faites à partir d'une base et d'un ingrédient actif (voir schéma 20.5)

Schéma 20.5 Composition de base des préparations topiques



Base

Les choix de pommade ou de crème pour la base des préparations topiques ne sont pas nombreux mais si un choix est possible, préférer une pommade pour les peaux sèches avec desquamation et une crème pour les peaux normales ou humides.

Ingrédients actifs

Les antifongiques

- Le baume de Whitfield n'existe habituellement que sous forme de pommade et constitue un traitement antifongique de faible efficacité et uniquement pour les infections à teigne. Il n'a aucun effet sur le candida.
- Le clotrimazole est largement disponible et constitue un produit antifongique de choix, à large spectre avec une efficacité à la fois sur la teigne et sur le candida.

Les antiseptiques

- La povidone iodée (Bétadine*) est un antiseptique largement disponible, utilisé dans des buts thérapeutiques divers tels que la préparation chirurgicale de la peau ou des pansements antiseptiques. Elle est généralement disponible sous forme de crème, ce qui facilite le changement des pansements des plaies humides.
- Le sulphadiazine d'argent est un autre antiseptique, couramment utilisé dans les pansements pour le traitement des brûlures, et qui est moins corrosif que les préparations à base d'iode. Il est connu pour être efficace dans la diminution de la sensation de brûlure de l'herpès zoster actif (zona).

Cortisone (stéroïdes)

- Une préparation d'hydrocortisone à 1% est généralement disponible dans les centres de santé, principalement sous forme de crème plutôt que de pommade. C'est une préparation faiblement dosée et généralement réservée au traitement chez l'enfant et/ou du visage chez l'adulte. En dehors du visage, son efficacité est limitée chez l'adulte et peut prendre plusieurs semaines avant de montrer des résultats probants.
- La bétaméthasone ou la bécloéthasone, qui sont environ cent fois plus puissantes que l'hydrocortisone à 1%, sont beaucoup plus efficaces chez l'adulte, en dehors du visage. Si pour une raison quelconque ils sont utilisés chez l'enfant ou pour le visage chez un adulte pour une période d'une semaine au moins, ils sont susceptibles d'avoir des effets secondaires à type d'amincissement et/ou de dépigmentation de la peau. C'est souvent irréversible.
- S'il est possible de faire des préparations contenant des stéroïdes, que ce soit en pommades ou en crèmes, suivre les instructions ci-dessus pour le choix de la base.
- Lors d'utilisation de bétaméthasone ou de bécloéthasone, dès que la peau commence à retrouver un aspect sain, la préparation peut être diluée progressivement sur plusieurs semaines (de la même manière que l'on diminue progressivement les dosages des stéroïdes oraux) jusqu'à une concentration la plus basse possible mais toujours efficace pour contrôler la maladie. Utiliser de la vaseline pour diluer une pommade et une crème aqueuse pour diluer une crème.

Traitements oraux

- Il n'y a pas d'indication pour les stéroïdes oraux concernant les pathologies dermatologiques pour les patients en ambulatoire.
- La griséofulvine est un traitement efficace contre les teignes graves de la peau, et est le traitement de choix pour les teignes du cuir chevelu (tinea capitis), des cheveux, des ongles et au niveau de l'aine (tinea cruris).
- Le fluconazole est très efficace contre les infections fongiques les plus fréquentes à une dose de 150 à 200 mg par semaine pendant 2 à 3 semaines et a l'avantage d'être actif tant sur la teigne que sur le candida, même s'il n'est pas toujours disponible pour cette indication.

La dermatologie dans les consultations VIH en soins primaires : points clés

- Développer une approche systématique des problèmes cutanés et les diagnostics seront plus faciles à faire.
- Recueillir d'abord les caractéristiques de la maladie à l'examen clinique et lors de l'anamnèse puis déterminer à quel groupe celle-ci appartient (démangeaisons / douleur / pas d'inconfort). Utiliser ensuite des photos caractéristiques des différentes affections cutanées pour comparer (et afin de créer une base de données personnelle permettant de reconnaître ces maladies quand elles se présentent).
- Prendre connaissance des différentes préparations pour la peau disponibles dans votre centre de soins local et se familiariser avec leurs utilisations.

Tableau 20.2 Problèmes cutanés regroupés selon le taux de CD4

Taux de CD4 (/μL)	Maladies dermatologiques
>500	Syndrome rétroviral aigu Candidose vaginale Dermatite séborrhéique Psoriasis Sarcome de Kaposi
200–500	Candidose buccale Herpès zoster (zona) Herpès simplex Psoriasis réfractaire Hypersensibilité à la névirapine Condylomes acuminés Tinea (corporis/pedi/capitis) Verruca vulgaris (verruve communes)
100–200	Herpès simplex disséminé Dermatite séborrhéique réfractaire Folliculite à éosinophiles Eruption papulaire prurigineuse Molluscum contagiosum Sarcome de Kaposi extensif
<100	Pénicilliose cutanée Angiomatose bacillaire Herpès simplex : large et qui ne guérit pas Cryptococcose cutanée Cytomégalovirus disséminés

Source: <http://www.info.gov.hk/aids/pdf/g190htm/21.htm>

Maladies non transmissibles et VIH

Associations entre VIH et MNT

1. Maladies vasculaires (cœur et cerveau)

2. Cancers

3. Asthme et bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

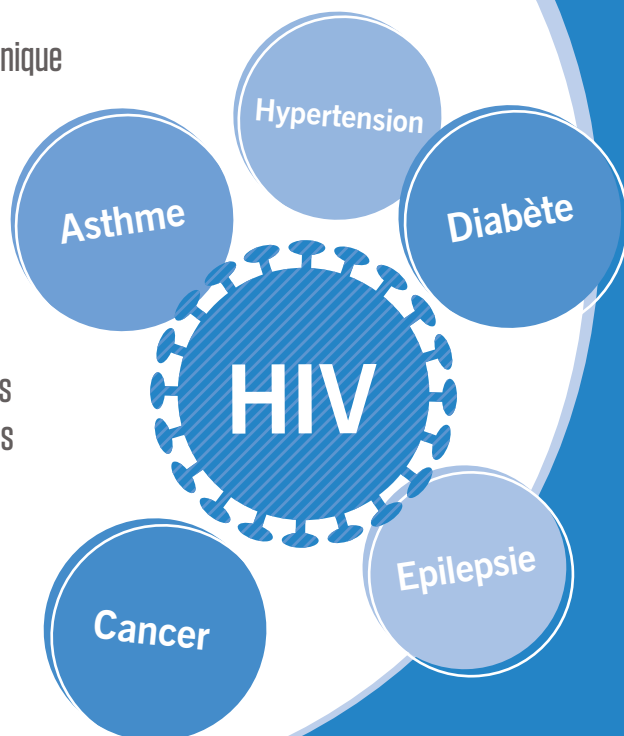
4. Diabète

5. Epilepsie

6. Dépression

Considérations programmatiques pour les patients séropositifs et atteints d'autres comorbidités chroniques

Conclusions



Le terme de maladies non transmissibles (MNT) désigne un groupe reconnu de maladies non infectieuses dont les plus fréquentes comprennent :

1. Les maladies vasculaires
 - Maladie cardiaque ischémique – angine de poitrine et crise cardiaque
 - Maladies vasculo-cérébrales – accident vasculaire cérébral (AVC)
2. Cancers
3. Maladies respiratoires chroniques – asthme et BPCO
4. Diabète
5. Epilepsie
6. Dépression



Les MNT jouent un rôle de plus en plus important dans la gestion globale des patients séropositifs pour les raisons suivantes :

- Le succès de l'accès à la TARV pour un grand nombre de patients a pour résultat une augmentation de la survie jusqu'à un âge avancé, alors même que les MNT y sont plus répandues.
- La comparaison des données de 2010 avec les projections pour 2030 a montré que :
 - Le pourcentage de personnes séropositives qui seront âgées de plus de 50 ans augmentera de 28% à 73% en 2030.
 - L'âge moyen des patients séropositifs passera de 43,9 à 65,6 ans
- Il a été démontré que le VIH lui-même et de nombreux médicaments utilisés pour le traiter augmentaient l'incidence des MNT.

Les cliniciens doivent donc connaître les moyens diagnostiques et la prise en charge des MNT chez les patients séropositifs. De la même façon, il est nécessaire que les responsables de programme VIH intègrent dans leurs plans d'action, la gestion de ces pathologies. Ce chapitre vise à fournir aux cliniciens les dernières informations sur les associations entre le VIH et les MNT.

Pour plus d'informations sur la gestion des maladies non transmissibles, contacter vos sections MSF respectives ou vous référer aux directives nationales sur les MNT.

Associations entre VIH et MNT

A l'horizon 2030, il est prédit que :

- 84% des patients séropositifs auront plus d'une MNT
- 28% en auront plus de 3
- 54% prendront des médicaments de façon chronique autres que la TARV.



Une gestion efficace des MNT fera de plus en plus partie de la prise en charge des patients séropositifs au cours des 10 à 15 prochaines années.

1. Maladies vasculaires (cœur et cerveau)

L'infection à VIH est caractérisée par une inflammation chronique (contribuant à une vasculopathie : affection des vaisseaux sanguins), une activation immunitaire permanente et une incidence accrue de comorbidités. Des études sur des cohortes importantes ont montré que le risque d'infarctus du myocarde et de maladie cérébro-vasculaire est de 40 à 70% plus élevé chez les personnes séropositives.

Certaines des associations les plus décrites concernent le patient séropositif et la plupart des facteurs de risque de cardiopathie ischémique connus que sont l'hypertension, le tabagisme, l'hypercholestérolémie et le diabète.

Hypertension

Les patients séropositifs atteints d'une hypertension non contrôlée ont un risque de maladie cardiaque ischémique plus important et présentent un risque plus élevé de progresser vers une insuffisance rénale terminale.

L'amlodipine doit être utilisée avec prudence chez les patients sous un IP, car son taux sérique peut être significativement augmenté en raison d'interactions médicamenteuses (voir le **chapitre 7**).

Tabagisme

Il existe beaucoup d'associations délétères entre le tabagisme et le VIH en particulier en ce qui concerne les comorbidités respiratoires, telles la tuberculose et la pneumocystose (voir plus loin).

Concernant le VIH et le tabagisme, les données montrent :

- Comparaisons du taux de mortalité global (pour 100 personnes/année) :
 - personnes séronégatives n'ayant jamais fumées : 1.76
 - personnes séropositives n'ayant jamais fumées : 2.45
 - **personnes séropositives fumeuses : 5.45**
- Les fumeurs ont une réponse plus faible à la TARV
- Ils ont aussi plus d'effets secondaires

Lipides

- L'infection au VIH est connue pour provoquer une élévation du cholestérol total, du LDL cholestérol et des triglycérides et une diminution du HDL cholestérol, tous identifiés comme facteurs de risque de la cardiopathie ischémique.
- Les IP et les INNTI sont connus pour contribuer à des taux plus élevés de lipides
- La simvastatine peut être utilisée avec un IP mais avec une extrême prudence, car il existe une interaction médicamenteuse entre ces deux produits qui peut conduire à des niveaux sanguins dangereusement toxiques de simvastatine (voir **chapitre 7**). L'atorvastatine aux doses de 10 à 20 mg est beaucoup moins délétère et est de plus en plus disponible dans les centres MSF.

Diabète

C'est une MNT indépendante, en plus d'être un facteur de risque important de maladie vasculaire. Voir plus de détails dans la rubrique 4 ci-dessous.

TARV et maladie vasculaire

- L'étude D:A:D (Data collection on Adverse events of anti-HIV Drugs) a montré une incidence accrue d'infarctus du myocarde (IM) corrélée à la durée d'exposition à une TARV.
- Plusieurs études ont montré une incidence accrue d'infarctus du myocarde chez les patients prenant de l'ABC. Cela doit être pris en compte dans le choix de la TARV, mais ne signifie pas que l'ABC doit être contre-indiqué chez les patients présentant un risque accru de maladie cardiovasculaire. L'utilisation de l'ABC peut être justifié devant un risque faible d'infarctus du myocarde.
- Cependant, malgré la relation délétère entre TARV et morbidité /mortalité cardiovasculaire, il a été démontré que l'effet bénéfique global de la TARV reste supérieur aux risques potentiels de maladies cardio vasculaires chez les personnes séropositives.



Mise à jour



Se référer aux lignes
directrices de l'OMS

Recommandations de prise en charge

Recommandations OMS

L'évaluation et la prise en charge du risque cardiovasculaire doivent être dispensés à toutes les personnes vivant avec le VIH, conformément aux protocoles standard recommandés pour la population générale :

- Personnes > 40 ans
- Fumeurs
- Personnes avec une hypertension connue ou un diabète sucré
- Tour de taille > 90 cm chez les femmes et 110 chez les hommes

- Ceux ayant des antécédents familiaux de diabète ou de maladies cardiovasculaires prématurées
- Ceux ayant un taux de cholestérol élevé.

Déclarations de bonnes pratiques de l'OMS

Des stratégies de prévention et de réduction des risques de maladies cardiovasculaires, en luttant contre les facteurs favorisant tels que l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'obésité, une mauvaise alimentation et le manque d'activité physique, devraient être appliquées à toutes les personnes vivant avec le VIH.

2. Cancers

Ce court chapitre n'a pas pour but de détailler les associations entre VIH et cancer. En résumé, les observations suivantes peuvent être faites :

Il existe trois cancers directement liés au sida, le sarcome de Kaposi, le lymphome non hodgkinien et le carcinome cervical invasif. Avec l'augmentation de l'accès à la TARV, l'incidence de ces 3 cancers a considérablement diminué.

Les cancers non liés directement au sida sont tous les autres cancers touchant la population générale même si les cancers de la peau et les cancers de l'anus sont plus fréquents dans la population séropositive.

En ce qui concerne le cancer du poumon, les relations suivantes avec les personnes séropositives ont été identifiées :

- Il y a une susceptibilité accrue à le développer.
- Il se présente à un plus jeune âge.
- Il est plus avancé lorsqu'il se présente.
- Le pronostic est en général moins bon

Recommandations de prise en charge

La signification à la fois clinique et programmatique de ce qui précède est qu'une vigilance plus poussée est nécessaire pour un dépistage efficace des tumeurs malignes chez le patient séropositif :

- Le dépistage du cancer du col de l'utérus doit être effectué régulièrement (voir **chapitre 19**).
- Les plaies anales persistantes, en particulier chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), doivent augmenter la suspicion d'un carcinome anal et inciter à un examen plus approfondi.
- Le sarcome de Kaposi doit être recherché chez tout nouveau patient qui se présente dans un centre de soins VIH. Il doit aussi faire partie de la liste des diagnostics différentiels pour les patients séropositifs qui sont atteints d'une nouvelle maladie et dont la recherche concernant notamment les systèmes respiratoire et gastro intestinal est particulièrement pertinente, surtout en cas de maladie avancée.

- Le lymphome non hodgkinien doit être suspecté chez les patients présentant une hypertrophie des ganglions lymphatiques périphériques ou observés sur une radiographie pulmonaire.
- Toutes les tumeurs malignes doivent être des diagnostics différentiels potentiels, au même titre que pour les patients séronégatifs, mais peut-être plus encore. Non seulement l'incidence semble plus élevée, mais la probabilité qu'un patient consulte tardivement et que cela retarde d'autant la découverte de la maladie est certainement plus importante et compliquera la prise en charge.

3. Asthme et bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Asthme

Comme l'asthme est une maladie liée au système immunitaire, il n'est pas surprenant qu'il y ait une incidence plus élevée d'asthme chez les patients séropositifs.

Concernant le traitement, on sait que la fluticasone et le budésonide en inhalation interagissent tous les deux avec les IP. Ceci est particulièrement important chez les enfants car ils peuvent absorber des quantités importantes de ces stéroïdes dont le métabolisme, ralenti par l'effet inhibiteur de l'IP, peut donner des taux sériques suffisamment élevés pour entraîner les signes d'un syndrome de cushing.

Bronchopneumopathie chronique obstructive

Comme le tabagisme est le facteur majeur qui contribue au développement de la BPCO, il est important d'observer l'impact du tabagisme sur les patients séropositifs (mentionné ci-dessus) et les maladies respiratoires qui lui sont associées. Les relations suivantes ont été établies entre BPCO et patients séropositifs :

- La fréquence et la sévérité des **pneumonies bactériennes** sont augmentées
- Il y a une plus grande prédisposition à développer la **tuberculose**, la réponse au traitement est plus faible, la durée de la contagiosité est plus longue, la probabilité de récurrence est plus élevée et la mortalité augmentée, même avec un traitement efficace.
- De plus, la tuberculose ayant des effets nocifs sur les poumons, elle est un facteur important de développement d'une BPCO.
- Le risque de développer une pneumonie à pneumocystose est plus élevé et est aggravé par un tabagisme conséquent.

Il a été démontré que le VIH est un facteur de risque indépendant de BPCO, les personnes séropositives ayant 50 à 60 % de risques en plus d'être atteintes de BPCO que les personnes séronégatives.

Recommandations de prise en charge

- Le diagnostic et le traitement de l'asthme sont les mêmes que pour les personnes séronégatives. Utiliser la fluticasone avec prudence chez les enfants, car son absorption peut entraîner un syndrome de type Cushing. Une alternative plus sûre est la bécloéthasone, accompagnée d'une surveillance étroite des signes d'hypercorticisme.
- Motiver les patients séropositifs notamment à arrêter de fumer est une priorité majeure.
- Une vigilance accrue est nécessaire, tant pour la recherche du diagnostic que pour la prise en charge des maladies respiratoires liées au VIH, en particulier celles définies comme les plus importantes (tuberculose, pneumocystose, pneumonie : voir **chapitre 13**).

4. Diabète

Les associations mutuellement aggravantes entre le VIH et la tuberculose sont bien connues mais le diabète potentialise aussi la gravité de la TB et de l'infection VIH lorsqu'il leur est associé. La réciproque est vraie aussi.

Diabète et TB

- Le risque de développer la tuberculose est trois fois plus élevé chez les diabétiques que chez les non-diabétiques. Si l'on ajoute à cela le risque déjà élevé pour une personne séropositive de développer une tuberculose, on en conclut qu'un diabétique séropositif cumule d'importants facteurs qui le prédisposent à contracter cette maladie.
- Le diabète a une incidence négative sur les résultats du traitement de la tuberculose qui se manifestent par des retards dans la conversion des cultures et par l'augmentation de la mortalité liée à la tuberculose.

Recommandations OMS

Tous les patients diagnostiqués tuberculeux doivent subir un dépistage du diabète dès le début de leur traitement et tous les patients diabétiques (notamment dans les établissements où la tuberculose est très répandue) doivent faire l'objet d'un dépistage régulier de la TB.

Diabète et VIH

Développement du diabète

- Un patient séropositif est deux fois plus susceptible de développer un diabète qu'un patient séronégatif.
- L'étude D:A:D mentionnée sous la rubrique " TARV et maladies vasculaires " (page 460) a montré que l'incidence du diabète augmente avec l'exposition cumulative aux TARV.



Se référer aux lignes directrices de l'OMS

Progression de la maladie diabétique

Chez le patient séropositif diabétique, les anomalies suivantes ont été observées :

- Le contrôle du diabète est plus difficile à obtenir
- Il y a un risque accru de développer un syndrome métabolique.
- Les complications rénales sont plus fréquentes, l'infection VIH et le diabète prédisposent à la protéinurie, aux maladies rénales chroniques et à l'insuffisance rénale.
- De façon similaire, les deux pathologies sont des facteurs favorisant les neuropathies, ce qui entraîne l'apparition plus fréquente de cette complication.
- Complexité du diagnostic : des symptômes communs peuvent compliquer certains diagnostics :
 - Les sueurs nocturnes peuvent être dues à la TB ou à l'hypoglycémie
 - Les troubles visuels peuvent être le fait du diabète, de l'hypoglycémie ou d'une rétinopathie à CMV
 - Un diabète mal équilibré ou des infections opportunistes, telles la TB, peuvent être à l'origine d'une perte de poids



Prise en charge des complications

- Metformine :
 - L'incidence des troubles gastro intestinaux, en particulier la diarrhée, est augmentée.
 - Il faut être vigilant lorsque la metformine est utilisée avec le ténofovir, car le risque d'insuffisance rénale est plus élevé. Il est recommandé de commencer la metformine à des doses plus faibles, soit 250 mg 2 fois/jour, et d'augmenter graduellement la dose.
- Les sulfamides hypoglycémisants sont moins efficaces lors d'insulino-résistance (plus élevée chez les patients séropositifs, comme nous l'avons déjà mentionné).
- On sait que les IP (moins vrai dans le cas de l'atazanavir) augmentent la résistance à l'insuline et diminuent la sécrétion d'insuline.
- La contrainte de pilules supplémentaires et de la gestion additionnelle d'une comorbidité chronique sont autant de facteurs qui peuvent compromettre l'adhérence au traitement.



Recommandations de prise en charge

Au vue des informations ci dessus, tous les patients séropositifs devraient idéalement subir un test de dépistage du diabète chaque année, par un contrôle rapide de la glycémie à jeun et d'une bandelette urinaire. Dans le cas contraire, les éléments suivants doivent être retenus pour le dépistage du diabète :

- Personnes > 40 ans
- Fumeurs

- Le tour de taille > 90cm chez les femmes et > 110 chez les hommes
- Ceux ayant des antécédents familiaux de diabète ou de maladies cardiovasculaires prématurées
- Patients sous IP

5. Epilepsie

Les convulsions sont un symptôme fréquent des maladies neurologiques chez le patient séropositif. Les nouvelles crises doivent toujours faire l'objet d'investigations plus poussées (Voir le **chapitre 14**).

Idéalement, les antiépileptiques couramment prescrits (phénobarbital, carbamazépine et phénytoïne) ne doivent pas être utilisés avec la 1ère ligne de TARV car leur puissant effet inducteur diminue significativement les concentrations sériques thérapeutiques d'efavirenz et de névirapine. (voir **chapitre 7**)

Les médicaments de choix pour l'épilepsie comprennent le valproate de sodium, le lévécitame et la lamotrigine.

Recommandations de prise en charge

- Tous les patients séropositifs atteints de convulsions doivent être transférés pour des examens complémentaires avant qu'un diagnostic d'épilepsie idiopathique ne soit posé.
- Évitez les antiépileptiques habituels chez les patients sous TARV et choisissez plutôt le valproate de sodium, le lévécitame ou la lamotrigine. Soyez vigilants lors de prescription de valproate chez les femmes en âge de procréer, car il peut provoquer des anomalies fœtales.



Transférer à l'hôpital

6. Dépression

Recommandations OMS

L'évaluation et la gestion de la dépression doivent faire partie de l'ensemble des services de prise en charge du VIH pour toutes les PVVIH.

Voir plus de détails sur le dépistage, le diagnostic et la gestion de la dépression au **chapitre 22**.



Se référer aux lignes directrices de l'OMS

Considérations programmatiques pour les patients séropositifs et atteints d'autres comorbidités chroniques

- Des conseils de prévention des MNT doivent faire partie des messages d'éducation pour la santé donnés lors des consultations et des séances de

conseil : arrêt du tabac, alimentation saine et pauvre en sodium, exercices physiques réguliers

- Idéalement, les patients séropositifs doivent recevoir des soins pour toutes les MNT dont ils sont atteints selon une approche intégrée (le même jour, le même agent de santé et la même salle de consultation).
- Les patients atteints de MNT chroniques et stables doivent se voir proposer le renouvellement de leurs médicaments selon le même modèle de soins différenciés que pour le VIH et recevoir leurs deux types de traitement pour une durée identique, si possible.

Conclusions

Grace à un accès beaucoup plus étendu des TARV dans le monde, les patients séropositifs ont une espérance de vie plus longue et vivent suffisamment longtemps pour développer une ou plusieurs MNT. Cet élément nouveau, combiné aux associations délétères entre VIH et MNT contraint les cliniciens spécialistes du VIH à devoir gérer une plus grande diversité de pathologies.

Les cliniciens doivent intégrer ces faits dans leurs pratiques et se mettre à jour dans la prise en charge des MNT. Les gestionnaires de programme doivent également adapter leurs modèles de soins afin d'intégrer ceux nécessaires au traitement des MNT selon une approche globale des patients séropositifs.

Troubles de santé mentale

Comment les problèmes de
santé mentale se présentent ils ?

Dépression

Anxiété

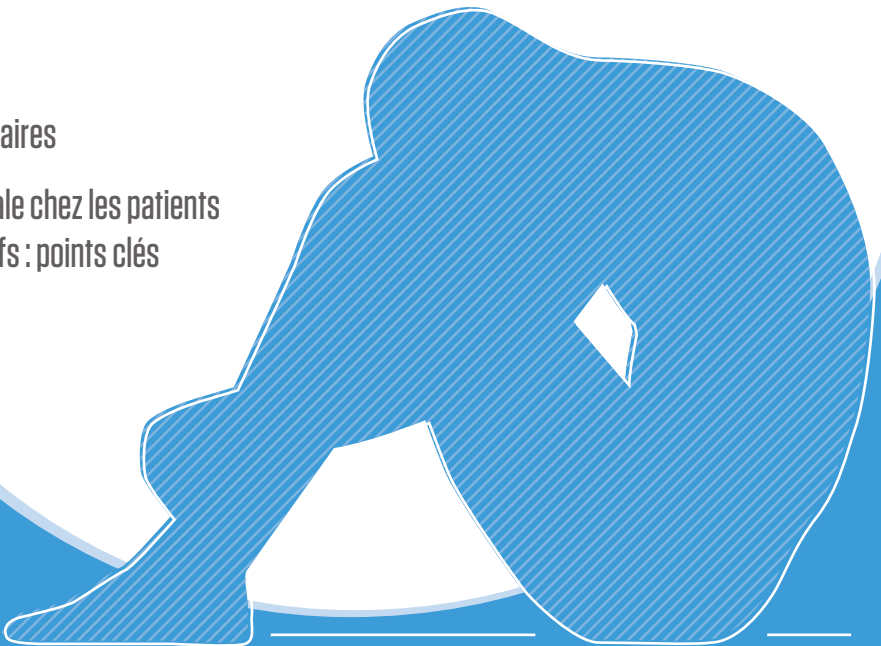
Troubles liés à une toxicomanie

Delirium

Psychoses

Troubles bipolaires

Santé mentale chez les patients
séropositifs : points clés



NOTE : Ce chapitre est une adaptation du mhGAP Intervention Guide, version 2.0 (OMS, 2016).

Les PVVIH doivent faire face tout au long de leur vie aux contraintes des maladies chroniques, non seulement physiquement mais aussi mentalement. Les troubles de santé mentale, en particulier la dépression, l'anxiété et la toxicomanie, sont fréquents chez les PVVIH, favorisés par de nombreux facteurs. Souvent, ces troubles sont présents dès la prise en charge des PVVIH, soit parce qu'ils font partie des effets secondaires possibles liés au traitement VIH, soit parce que la gestion de la vie au quotidien avec ce type d'infection est parfois très difficile. Les troubles mentaux génèrent des souffrances et des complications supplémentaires pour les patients et leur famille, mais ils contribuent aussi de manière significative à une mauvaise adhérence au traitement, à plus de comportements à risque et à une augmentation de la mortalité. Malgré cela, peu d'attention est accordée aux problèmes de santé mentale lors des consultations, ces pathologies restent bien souvent non diagnostiquées et non traitées. Pourtant, même dans les centres de soins primaires qui ne disposent pas d'un personnel spécialisé, il est possible de proposer des options de traitement.

Ce chapitre a pour but d'aider les cliniciens de soins primaires à diagnostiquer et à prendre en charge les troubles les plus fréquents de santé mentale observés en consultation, notamment la dépression, l'anxiété, la toxicomanie et la psychose, y compris le trouble bipolaire. Il guide le clinicien concernant les manifestations cliniques et le diagnostic, la prise en charge et le suivi de ces troubles. Noter qu'il y a parfois une superposition entre ces pathologies, telle un patient déprimé, qui peut aussi présenter des symptômes d'anxiété.

Pour plus d'informations sur la prise en charge des troubles de l'HM :

Voir mhGAP Intervention Guide 2.0 (OMS, 2016) http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_intervention_guide_02/en/

Guide clinique MSF 2016, chapitre 11 (Troubles en santé mentale chez l'adulte) http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf



www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_intervention_guide_02/en/

refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf

Comment les problèmes de santé mentale se présentent-ils ?

Habituellement, les gens ne viennent pas consulter pour un problème de santé mentale, c'est plutôt la perspicacité et la volonté du clinicien qui permet bien souvent d'avoir un diagnostic :

- Au moins à chaque visite, les patients devraient être interrogés sur ce qu'ils ressentent et leurs habitudes concernant l'alcool.
- Il est aussi recommandé que des groupes spécifiques de personnes fassent l'objet d'un dépistage de façon délibérée (voir la liste ci-dessous).
- Dans certains cas, des symptômes particuliers devraient soulever une forte suspicion concernant des troubles mentaux (voir la liste ci-dessous)

Un dépistage systématique est recommandé dans les cas suivants :

- Pour les patients qui débutent un traitement de TB-RR/MR
- Patients ayant un résultat de CV élevé

- Patients des populations clés (voir **chapitre 26**)
- Personnes vivant dans des zones de conflits
- Patients pour lesquels le clinicien soupçonne un trouble de santé mentale ou pour lesquels il existe des antécédents.

Symptômes en faveur d'une forte suspicion :

- Manque de sommeil
- Symptômes persistants inexpliqués tels que douleurs abdominales, maux de tête et nausées.
- Une fatigue persistante malgré des antécédents, examen clinique et examens complémentaires normaux.

A noter qu'il existe des groupes particuliers de personnes : **les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et allaitantes et les personnes âgées**, qui nécessitent une attention particulière tant au niveau de leur prise en charge qu'en ce qui concerne leur traitement et qui ne répondent pas nécessairement aux mêmes recommandations standard décrites ici.



Ne pas oublier que le VIH lui-même et les infections opportunistes qui lui sont associées, les traitements et d'autres pathologies non liées au VIH peuvent être la cause de troubles mentaux. Il est donc indispensable de les rechercher avant de confirmer un quelconque diagnostic.

Dépression

La dépression est fréquente et sous-diagnostiquée chez les PVVIH. Elle contribue à une mauvaise adhérence, à une augmentation des pertes de vue et aussi à des pertes de poids inexpliquées.

Les manifestations cliniques les plus fréquentes sont :

- Baisse de tonus, fatigue
- Troubles du sommeil
- Tristesse ou abattement persistant
- Perte d'intérêt ou de plaisir dans des activités normalement agréables

(La dépression se présente d'autres façons aussi : voir PHQ9 ci-dessous)

Diagnostic de dépression

Deux questions élémentaires mais essentielles de dépistage doivent être posées :

- Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous eu l'impression de perdre tout intérêt ou plaisir à faire les choses ?
- Vous êtes-vous senti déprimé ou impuissant ?

Si le patient répond par l'affirmative à l'une ou l'autre de ces questions, approfondir votre recherche à l'aide de l'outil de dépistage ci-dessous : tableau 22.1
Questionnaire sur la santé du patient (PHQ9).

Tableau 22.1 Questionnaire de santé du patient (PHQ9)

Prénom : _____ Date : _____

Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous été gêné par l'un des problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
Si l'un des symptômes ci-dessus est présent plus de la moitié du temps, poser les questions suivantes :				
3. Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Manque d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer (sur des sujets liés aux activités habituelles du patient)	0	1	2	3
8. Bouger ou parler assez lentement pour que d'autres personnes le remarque. Ou l'inverse : être si agité(e) que vous avez du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3
Ajouter des colonnes :				
TOTAL :				

10 Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont- ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres, difficile(s) ?

Pas difficile du tout : _____

Assez difficile(s) : _____

Très difficile(s) : _____

Extrêmement difficile(s) : _____

Si vous faites face à des difficultés, existent-elles depuis au moins 2 ans, ou plus ?

Un patient est considéré comme ayant des signes de dépression si :

Total des points du PHQ9	Diagnostic provisoire	Recommandations
5–9	Peu de Symptômes	Soutenir et informer afin que le patient contacte un service de soins si la situation s'aggrave.
10–14	Dépression modérée ou dépression chronique (symptômes permanents depuis 2 ans)	Soutien et vigilance Réévaluer dans une ou deux semaines Envisager de commencer le traitement
15–19	Dépression modérée	Consulter un professionnel de santé ou un psychologue pour une évaluation et un traitement.
>20	Dépression sévère	Atteinte grave et besoin immédiat de traitement médical et de séances de soutien et conseil

- Si le total de points à la question 9 est de 1 ou plus, le patient doit être transféré et évalué par un professionnel de santé/psychologue ou une autre personne compétente.

- Pour la dépression modérée, grave et chronique, le traitement et le suivi consistent en :

1. Suivis psychologiques réguliers et de séances de soutien

- Rassurer le patient à propos de ses symptômes et construire une relation de confiance en toute confidentialité.
- Évaluer la dépression (quand a-t-elle commencé ? facteurs favorisants, systèmes de soutien, etc).
- Évaluer une déficience fonctionnelle : poser la question 10 et vérifier que les symptômes sont présents depuis au moins deux semaines.
- Organiser des séances de psychothérapie régulières en complément du traitement médical.
- Réévaluer mensuellement l'évolution du patient avec le questionnaire de santé PHQ9

2. Si le total de points est supérieur à 15, orienter le patient vers un clinicien pour une évaluation du traitement médical.

Ne pas oublier :

- Faites les examens à votre disposition afin de vérifier les pathologies sous-jacentes susceptibles d'être à l'origine de la dépression.
 - Hypothyroïdie
 - Anémie significative
 - Démence associée au VIH
- Explorer les problèmes émotionnels et sociaux qui peuvent contribuer de manière significative à la dépression (ex : un deuil causé par la perte d'un membre de la famille proche).
- Vérifier la présence de signes psychotiques (hallucinations, par exemple) et de troubles bipolaires.
- Vérifier une éventuelle cause médicamenteuse, en particulier la cyclosérine/térizidone et l'EFV.



Evaluation du risque de suicide

Il est important d'évaluer le risque d'automutilation et de suicide des patients déprimés et de les diriger immédiatement vers la personne la plus expérimentée s'il se révèle élevé. Le patient ne doit pas être laissé seul. Il est difficile de poser les questions appropriées et pertinentes pour une telle évaluation mais aborder ce sujet ne prédispose pas plus le patient au passage à l'acte et reste une étape de soutien importante. Les différentes façons de poser les questions pourraient être :

- Y a-t-il eu des moments dans votre vie (douloureux, frustrants, difficiles, effrayants) qui vous ont amené à envisager à abandonner ? Avez-vous pensé à mettre fin à votre vie ? Envisageriez-vous de le faire ? Dans quelles circonstances avez-vous envisagé cela ?
- Avez vous eu parfois l'idée de vous blesser physiquement ?

Prise en charge de la dépression

Education et conseils :

- Informer les patients et ses parents/entourage (s'il y a lieu) au sujet de la dépression.
- Évaluer les facteurs de stress et tenter de les atténuer.
- Favoriser l'activité normale dans les occupations quotidiennes et la vie communautaire.
- Établir un plan de traitement en équipe.
- Si c'est possible et nécessaire, orienter le patient vers un conseiller, un groupe de soutien, un travailleur social ou un professionnel en santé mentale plus expérimenté pour des interventions.

Traitement

- Si la dépression est modérée (total de points PHQ9 entre 15 à 19) ou grave (total de points PHQ9 >20), des antidépresseurs peuvent être nécessaires. Dans ce cas, transférer le patient ou démarrer un traitement au cours de la même semaine.
- L'amitriptyline a moins d'interactions médicamenteuses que les autres antidépresseurs, mais a plus d'effets secondaires.
- Des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI) peuvent également être envisagés (fluoxétine, sertraline, paroxétine). La fluoxétine ne doit pas être associée avec un traitement à base d'IP (voir **chapitre 7**) car le taux de fluoxétine peut être significativement élevé.
- Informer le patient qu'il faut compter de 2 à 3 semaines avant que le médicament ne fasse effet.

Tableau 22.2 Guide d'utilisation des antidépresseurs

Médicaments	Dosage	Effets indésirables	Contre-indications/précautions
Amitriptyline (antidépresseur tricyclique / TCA)	Démarrer avec 25 mg au coucher. Augmenter de 25 à 50 mg par semaine jusqu'à 100-150 mg par jour (maximum 300 mg). Note : Minimum efficace chez l'adulte est de 75 mg. La sédation peut être observée à des doses plus faibles. Personnes âgées/malades : Commencer avec 25 mg au coucher jusqu'à 50-75 mg par jour (maximum 100 mg). Enfants/adolescents : Ne pas utiliser.	Fréquent : Sédation, hypotension orthostatique avec risque accru de chute, trouble de la vision, dysurie, nausées, gain de poids, dysfonction sexuelle. Peu fréquents mais graves : modifications de l'ECG (p. ex. prolongation de l'intervalle QT), arythmie cardiaque, risque accru de convulsions.	A éviter chez les personnes ayant une maladie cardiaque, des antécédents de convulsions, d'hyperthyroïdie, de rétention urinaire ou de glaucome à angle fermé et de trouble bipolaire (peut déclencher une manie chez les personnes atteintes de trouble bipolaire non traité). Le surdosage peut entraîner des convulsions, des arythmies cardiaques, de l'hypotension, un coma ou la mort. Les taux d'amitriptyline peuvent être augmentés par des antipaludéens, y compris la quinine.
Fluoxétine (un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine : SSRI)	Commencer avec 10 mg par jour pendant une semaine puis passer à 20 mg par jour. Si aucune réponse dans 6 semaines, augmenter à 40 mg (maximum 80 mg). Personnes âgées/malades : La fluoxétine est le médicament de choix. Commencer avec 10 mg par jour, puis augmenter à 20 mg (maximum 40 mg). Adolescents : Commencer avec 10 mg par jour. Augmenter à 20 mg si aucune réponse dans les 6 semaines (maximum 40 mg).	Fréquent : Sédation, insomnie, maux de tête, vertiges, troubles gastro-intestinaux, modification de l'appétit et dysfonction sexuelle. Graves : Anomalies à type d'hémorragies chez les personnes qui prennent de l'aspirine ou d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, hyponatrémie.	Prudence chez les personnes ayant des antécédents de convulsions. Interactions médicamenteuses : Éviter l'association avec la warfarine (peut augmenter le risque de saignement). Peut augmenter les taux de TCA, d'antipsychotiques et de bêtabloquants. Prudence en association avec le tamoxifène, la codéine et le tramadol (réduit l'effet de ces médicaments) Fluoxétine prise avec LPV/r : commencer à 5 ou 10 mg par jour sans dépasser 20 mg, car l'association peut entraîner des taux élevés de fluoxétine, responsable d'un syndrome sérotoninergique (généralement une apparition rapide d'une hyperreflexie, tremblements, myoclonie, hypersudation, confusion, agitation ou frissonnement, parfois rigidité musculaire).

Adultes avec des idées suicidaires : SSRI sont le traitement de choix :

- Un surdosage de TCA comme l'amitriptyline peut être mortelle et doit donc être évitée dans ce groupe.
- S'il existe un risque sérieux d'automutilation ou de suicide, donner une quantité d'antidépresseurs pour un temps limité (par ex. une semaine à la fois).
- Demander aux accompagnants de conserver et de veiller au traitement. Le clinicien doit suivre régulièrement le patient afin de prévenir tout risque de surdosage.
- Eviter de laisser la personne seule

Groupes spéciaux

Adolescents de 15 ans et plus

- Si les symptômes persistent ou s'aggravent malgré les interventions psychosociales, seule la fluoxétine peut être utilisée. Si elle est prescrite, demander à l'adolescent de revenir chaque semaine pendant les 4 premières semaines pour surveiller son état mental y compris ses idées suicidaires.

Les femmes enceintes ou allaitantes

- Eviter les antidépresseurs si possible
- Envisager l'administration d'antidépresseurs à la dose efficace la plus basse s'il n'y a pas de réponse aux actions psychosociales.
- En cas d'allaitement, éviter les antidépresseurs à action prolongée, comme la fluoxétine.
- En cas de grossesse, utiliser sertraline ou fluoxétine en cas de réelle nécessité.

Suivi médical

- Pour les patients qui ne prennent pas d'antidépresseur, réévaluer la gravité des symptômes chaque mois à l'aide du PHQ9. Planifier les visites de suivi sur les mêmes créneaux que les renouvellements d'ARV.
- Si un patient est sous antidépresseurs, il doit revoir son médecin chaque mois pendant les 3 premiers mois pour vérifier les effets secondaires et évaluer l'adhérence. Dès les signes d'amélioration, le renouvellement du traitement peut être couplé avec celui des ARV tous les 2-3 mois.
- Le patient doit être encouragé à poursuivre le traitement jusqu'à la disparition des symptômes pour une période d'au moins 9 à 12 mois et à ne pas l'arrêter dès qu'il ressent des signes d'amélioration.
- Si le traitement doit être arrêté, le sevrage se fera en diminuant la dose de moitié toutes les deux semaines et le patient sera étroitement surveillé. On peut considérer un sevrage satisfaisant une fois que la personne ne présente plus aucun symptôme après 4 semaines sans traitement médicamenteux.

Troubles anxieux généralisés

Des réactions d'anxiété peuvent se manifester au moment du test et du diagnostic d'infection VIH, ainsi qu'au cours de l'évolution de la maladie. Elles s'accompagnent souvent de symptômes dépressifs et sont parfois la conséquence d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou d'autres drogues.

L'élément clé est une inquiétude excessive associée à un stress accru.

Présentation clinique

- Agitation ou sensation de nervosité
- Facilement fatigable
- Difficulté à se concentrer ou sensation de « vide » dans sa tête
- Irritabilité
- Tension musculaire
- Troubles du sommeil

Diagnostic

Tout d'abord, exclure toute cause médicale, en particulier l'hyperthyroïdie et la toxicomanie.

La question majeure à poser au départ est :

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants ?

- Se sentir nerveux, anxieux, à cran ?
- Ne pas être capable de contrôler ou de stopper ses angoisses ?

Si le patient répond oui à la moindre question, faites-le répondre au questionnaire GAD-7 (Tableau 22.3)

Si le total de points est de 10 ou plus, et que les troubles durent depuis 6 mois ou plus, le diagnostic de troubles anxieux généralisés est confirmé.

Prise en charge

Donner des conseils sur l'amélioration du quotidien

- Apporter un soutien psychosocial quand c'est possible
- Recommander des activités y compris physiques pour réduire le stress
- Orienter le patient vers des séances de conseils et des groupes de soutien

Tableau 22.3 GAD-7

Au cours des <u>2 dernières semaines</u> , à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ? (utilisez ✓ pour indiquer votre réponse)	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Être incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié ou irritable	0	1	2	3
7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3
(Pour le codage : total des points T _____ = _____ + _____ + _____)				

Traitement

- Si l'anxiété est sévère ou persistante, un traitement est nécessaire.
- Le traitement repose principalement sur les SSRI, associés au début avec une benzodiazépine :
 - **SSRI** : La fluoxétine tend à augmenter l'anxiété, donc la paroxétine ou la sertraline sont préférables à des doses respectives de 10 mg et de 25 mg. Augmenter 2 semaines plus tard pour atteindre 20 mg de paroxétine ou 50 mg de sertraline. Si besoin, des doses plus importantes peuvent être utilisées : 40-60 mg de paroxétine ou 100-200 mg de sertraline. (Voir le tableau 22.2, car le profil des effets secondaires est semblable à celui de la fluoxétine).
 - **Benzodiazépines** : elles peuvent toutes entraîner une dépendance ; idéalement, elles ne devraient donc être utilisées que pendant une semaine ou deux, le temps que l'SSRI soit au pic de son effet thérapeutique. Utilisez 5 à 10 mg de diazépam par jour.
 - **Antihistaminiques** : L'hydroxyzine est utilisée pour traiter l'anxiété et l'insomnie, ainsi que le prurit. C'est une meilleure alternative pour l'anxiété que les benzodiazépines, car elle ne crée pas de dépendance. Utiliser 100-200 mg/jour en 4 doses fractionnées.

Suivi médical

- Pour les patients sous traitement, un suivi étroit est nécessaire les trois premiers mois.
- Mensuel pendant les 3 premiers mois, vérifier les effets secondaires et surveiller l'adhérence au traitement. Une fois que les symptômes s'améliorent, le renouvellement des médicaments peut être couplé avec celui des ARV.
- Le patient doit être encouragé à poursuivre le traitement jusqu'à la disparition des symptômes durant une période d'au moins 9 à 12 mois et à ne pas l'arrêter dès qu'il ressent des signes d'amélioration.

Groupes spéciaux

Adolescents de 15 ans et plus

- Si les symptômes persistent ou s'aggravent malgré les interventions psychosociales, envisager la fluoxétine, la paroxétine ou la sertraline.
- Si la fluoxétine est prescrite, demander aux adolescents de revenir chaque semaine pendant les 4 premières semaines afin d'évaluer les idées suicidaires.
- L'hydroxyzine peut être utilisée pour diminuer l'anxiété à raison de 50-100 mg/jour divisée en 4 doses.

Les femmes enceintes ou allaitantes

- Éviter les antidépresseurs si possible.
- Envisager l'administration d'antidépresseurs à la dose efficace la plus basse s'il n'y a pas de réponse aux actions psychosociales.
- En cas d'allaitement, éviter les antidépresseurs à action prolongée, comme la fluoxétine.
- Référer à un spécialiste si c'est possible.

Troubles liés à une toxicomanie

- La consommation d'alcool ou d'autres drogues (ex. cannabis) est une cause fréquente de mauvaise adhérence aux ARV.
- Due à la stigmatisation et à la peur d'être discriminés, les patients taisent généralement leurs addictions. Le clinicien doit donc les suspecter chez tous les patients présentant une charge virale élevée ou des signes d'échec thérapeutique.
- Il est important d'avoir une relation franche avec le patient, tout en étant respectueux afin de pouvoir libérer la parole. Les patients sont sensibles à la façon dont on les considère et un jugement inapproprié peut les pousser dans le déni et le rejet d'un quelconque traitement.

Présentation clinique

- Odeur d'alcool, troubles de l'élocution, sédation, comportement incohérent
- Blessures suite à des chutes
- Détérioration des fonctions sociales (difficultés au travail, se battre ou avoir des démêlés avec la justice, difficulté dans les relations)
- Demandes du patient de somnifères ou d'analgésiques
- Signes de maladie hépatique chronique
- Symptômes de sevrage, tels que tremblements, transpiration, confusion et convulsions
- Symptômes de dépression

Diagnostic

Utiliser le questionnaire suivant CAGE-AID pour dépister un alcoolisme ou une toxicomanie :

C Avez-vous déjà ressenti le besoin de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues ?

A Les gens vous ont-ils ennuyé en critiquant votre consommation d'alcool ou de drogues ?

G Vous êtes-vous déjà senti mal ou coupable concernant votre consommation d'alcool ou de drogues ?

E Avez-vous déjà bu un verre ou consommé de la drogue le matin dès votre réveil ? Pour calmer une nervosité excessive ou se débarrasser d'un état second ?

Si un abus d'alcool ou de drogues est suspecté, il faut aussi rechercher un état dépressif car les deux affections coexistent souvent.

Prise en charge et suivi

- Il peut être utile de savoir comment et quand la personne a commencé à consommer régulièrement de l'alcool et/ou des drogues et si elle a tenté d'en réduire la consommation.
- Évaluer le patient pour déceler des facteurs de stress ou de stigmatisation. Évaluer une quelconque motivation à arrêter la consommation.
- Évaluer si le patient souffre de dépression ou d'anxiété et prendre les mesures qui s'imposent, en évitant les médicaments qui entraînent une dépendance comme les benzodiazépines.
- Apporter un soutien. Si le patient est prêt à commencer un sevrage, faciliter le processus en l'orientant vers les services locaux appropriés existants. Il est nécessaire de s'assurer que le patient soit effectivement pris en charge.
- Si le patient est encore hésitant quant au sevrage, lui donner des informations ainsi qu'à son entourage, y compris son aidant, et lui proposer de revenir quand il sera prêt car une aide au sevrage sera toujours possible.
- Être vigilant à observer tout signe de détérioration de l'état de santé général et réévaluer régulièrement les risques d'automutilation et de suicide.



NOTE : Si la personne souffre d'addiction, l'arrêt brutal de la substance en cause peut provoquer des symptômes de sevrage.

Groupes spéciaux

Les femmes en âge de procréer, enceintes ou allaitantes

Discuter des effets nocifs de la consommation d'alcool et d'autres drogues sur le développement du fœtus et vous assurer que la femme peut avoir accès à une contraception efficace lorsqu'elle le peut. Conseiller aux femmes qui allaitent d'éviter complètement l'alcool ou toute toxicomanie.

Psychoses et delirium

Les **psychoses** sont caractérisées par les symptômes suivants :

- Changements de comportement notables, négligence des responsabilités habituelles au travail, à l'école, dans sa vie personnelle ou sociale.
- Agitation, comportement agressif, baisse des activités ou, au contraire, hyperactif.
- Convictions ou idées fixes non partagées par d'autres personnes appartenant à la même culture
- Entendre des voix ou avoir des hallucinations.
- Ne pas avoir conscience de ses problèmes de santé mentale.

Le **délire** est défini comme une déficience cognitive globale fluctuante associée à des anomalies de comportement. Il est habituellement causé par une pathologie médicale et se caractérise souvent par les caractéristiques suivantes :

- Altération du niveau de conscience
- Agitation ou agression inappropriée
- Perturbations cognitives ou trouble de la perception
- Les signes apparaissent en quelques heures ou en quelques jours (parfois plus) avec une intensité variable.
- Perte du rythme circadien normal.



Tous les patients atteints de psychose ou de délire ont besoin d’être transférés de façon urgente pour plus d’investigations et une prise en charge appropriée (voir page 305 pour toutes les causes médicales responsables d’altération de l’état mental – points verts – dont il faut tenir compte) :

- Une prise en charge des psychoses dès le centre de soins primaires est nécessaire, mais le patient doit être transféré pour une prise en charge plus poussée.
- Le délire est une manifestation assez fréquente chez les patients séropositifs, en particulier ceux dont le taux de CD4 est faible, et qui présentent un risque élevé de mortalité. C’est donc un marqueur de gravité qui demande plus d’investigations pour rechercher une cause sous-jacente.



Transférer à l'hôpital

Tableau 22.4 Indicateurs orientant vers le délirium ou la psychose

	Delirium	Psychoses en tant que maladies psychiatriques
Apparition	Aiguë (en quelques heures ou jours)	Plus souvent chroniques mais peuvent aussi être aiguës
Symptômes et signes	Tremblement, agitation, état mental fluctuant, hallucinations (toujours visuelles), perturbations du cycle veille-sommeil.	Tests de réalité altérés, idées délirantes, hallucinations (habituellement auditives mais parfois visuelles)
Mémoire	Pertes de mémoire à court terme	Pertes de mémoire moins problématiques
Antécédents de maladies mentales	Absents	Souvent présents



Transférer à l'hôpital

Les patients atteints de délire ont besoin idéalement d’être dirigés le jour même vers un établissement approprié pour un examen et une prise en charge plus poussés. Pour plus de détails sur les patients présentant une altération de l’état mental, voir le **chapitre 14**, algorithme 14.1 (toutes les maladies marquées d’un point vert).



Causes psychiatriques d’un état mental altéré ; psychoses

Des psychoses peuvent être diagnostiquées dans les maladies suivantes :

- Schizophrénie (psychose)
- Phase maniaque d’un trouble bipolaire (voir ci-dessous)

Voir aussi :

- *mhGAP Intervention Guide 2.0* (OMS, 2016) http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/
- *Guide clinique MSF 2016*, chapitre 11 ; troubles de santé mentale http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf

Prise en charge des psychoses

Les psychoses sont définies comme des troubles de la pensée dans lesquels il y a une perte de contact avec la réalité, associés souvent à des hallucinations ou des idées délirantes.

- Les hallucinations sont des perceptions sensorielles en l'absence de stimuli externes, le plus souvent auditifs ou visuels (entendre des voix ou voir des choses).
- Une idée délirante est une croyance personnelle fausse, qui sort du cadre de la raison ou de preuves contradictoires et qui ne s'explique pas par les concepts culturels et religieux habituels du patient.

Si une psychose est suspectée, initier un traitement à faible dose :

- Risperidone PO (2 mg divisés en 2 doses le 1er jour puis 4 mg/jour divisés en 2 doses à partir du jour 2. Si insuffisant, augmenter jusqu'à 6 mg/jour (8 mg/jour maximum)
- Halopéridol PO (5 mg/jour divisés en 2 doses, si insuffisant, 10 mg/jour divisés en 2 doses sans dépasser 20 mg/jour)

Si disponible, l'halopéridol décanoate en IM (forme à action prolongée) peut être utilisé dans le traitement à long terme des psychoses chez les patients stabilisés par un traitement oral (100 mg toutes les 4 semaines).

Les effets extra-pyramidaux, qui sont plus fréquents avec l'halopéridol qu'avec la rispéridone, peuvent être traités par l'ajout de buprénorphine en PO : 2 à 4 mg/jour en 2 doses fractionnées.

Le but du traitement est de réduire la souffrance psychologique et les symptômes invalidants, en particulier au niveau relationnel. Il offre des avantages réels, même si les symptômes chroniques persistent (tendance à l'isolement social, rechutes possibles et périodes de troubles du comportement accrus, etc).

Le traitement doit durer au moins un an, avec une réduction graduelle de la dose. Une faible dose peut être maintenue pendant de plus longues périodes, si nécessaire.

L'incertitude de revoir le patient au bout d'un an ou au-delà pour évaluer son état n'est pas une raison pour ne pas le traiter. Il est cependant préférable de ne pas commencer un traitement pharmacologique pour les patients qui n'ont pas de soutien familial/social (par exemple, les sans-abri), sauf s'ils présentent des troubles graves du comportement.



www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/

refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf

Troubles bipolaires

Présentation clinique

Le trouble bipolaire se caractérise par des périodes d'humeur excessivement élevée ou d'irritabilité, appelés manie, suivies d'épisodes de dépression grave prolongée. Les épisodes de manie peuvent être maniaques ou hypomaniaques.

Les épisodes maniaques sont caractérisés par au moins une semaine de :

- Estime de soi anormalement élevée
- Des illusions de grandeur
- Logorrhée extrême avec un discours sous pression
- Idées qui fusent, être facilement distrait
- Un besoin de sommeil réduit
- Élévation de l'humeur et/ou de l'irritabilité
- Comportements impulsifs ou insoucians, tels que des dépenses coûteuses, le fait de prendre des décisions importantes sans planification et 'aventures' sexuelles.
- Perte des inhibitions (selon les règles sociales du contexte), entraînant des comportements inappropriés
- Des pensées désorganisées et éventuellement des hallucinations auditives (caractéristiques psychotiques).

Les épisodes hypomaniaques se caractérisent par une humeur élevée excessive ou une irritabilité, d'une durée d'au moins 4 jours consécutifs. La principale différence est que les symptômes n'entraînent pas de dysfonctionnements suffisants au travail ou à la maison ni de troubles de la pensée qui pourraient nécessiter une hospitalisation.

Si vous êtes plutôt en faveur d'un diagnostic de trouble bipolaire, une question pertinente en terme de dépistage est la suivante : Avez-vous eu des périodes d'exaltation ou d'énergie suffisamment excessives pour que votre entourage vous signifie que vous parlez trop vite ou que vous êtes hyperactif ?



Mise à jour



[www.who.int/mental_](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)
[health/mhgap/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)
[mhGAP_intervention_](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)
[guide_02/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)

[refbooks.msf.org/](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)
[msf_docs/en/](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)
[clinical_guide/](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)
[cg_en.pdf](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)

Prise en charge

Si un trouble bipolaire est suspecté, les patients doivent être dirigés vers un psychiatre expérimenté pour confirmer le diagnostic. Ce manuel n'a pas pour but de traiter de la prise en charge globale du trouble bipolaire.

Voir aussi :

- *mhGAP Intervention Guide 2.0* (OMS, 2016) [http://www.who.int/mental_](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)
[health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)
- *Guide clinique MSF 2016*, chapitre 11 ; troubles mentaux [http:// refbooks.](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)
[msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)

Ces patients peuvent cependant être pris en charge par des cliniciens des centres de soins VIH, mais ils doivent l'être de préférence avec une supervision plus expérimentée.

A noter :

- Le trouble bipolaire peut entraîner de graves dysfonctionnements psychosociaux et relationnels et un soutien spécifique doit être organisé dans la communauté du patient.
- Si l'on soupçonne un trouble de l'humeur bipolaire et si le patient est en état dépressif, un traitement antidépresseur ne doit JAMAIS être prescrit sans un stabilisateur de l'humeur tel que la carbamazépine ou le valproate, au risque d'entraîner un épisode maniaque.
- Si des symptômes de manie apparaissent, le traitement antidépresseur doit être arrêté immédiatement et le patient doit être revu en consultation.
- Le traitement d'entretien doit être poursuivi pendant au moins 2 ans après le dernier épisode bipolaire.

Santé mentale chez les patients séropositifs : points clés

- Les troubles de santé mentale et/ou les problèmes psychologiques sont fréquents et contribuent de façon significative à la morbidité, non seulement en raison de la maladie mentale elle-même, mais aussi en raison des difficultés que posent les maladies mentales en terme de prise en charge en continue de l'infection au VIH.
- Les troubles dépressifs et anxieux peuvent être diagnostiqués et traités efficacement dans un contexte de soins primaires, sans qu'il soit nécessaire de les référer.
- Les altérations de l'état de conscience sont plus souvent dues à des causes physiopathologiques, infectieuses ou non, que psychiatriques.
- Tous les patients qui présentent une altération de l'état de conscience ont besoin d'un transfert d'urgence en milieu hospitalier pour plus d'investigations et une prise en charge appropriée, car bon nombre de maladies peuvent présenter un risque vital.
- La prise en charge des causes psychiatriques nécessite également le transfert du patient car leur gestion dépasse le cadre des soins de santé primaires.

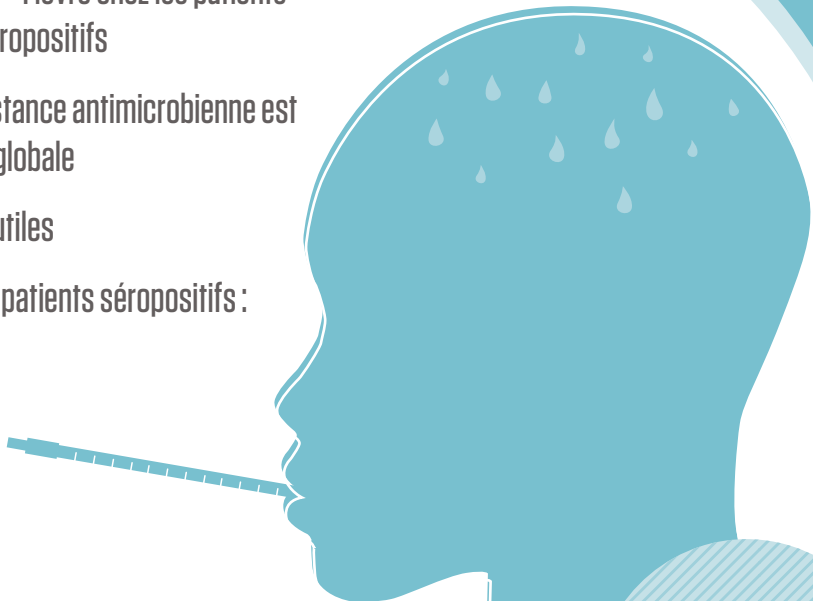
Fièvre et prescription rationnelle d'antibiotiques

Fièvre chez les patients
séropositifs

La résistance antimicrobienne est
une crise globale

Ressources utiles

Fièvre chez les patients séropositifs :
points clés



Fièvre chez les patients séropositifs

Il existe de nombreuses causes de fièvre chez les patients séropositifs en soins primaires : infections bactériennes, virales, parasitaires (dont le paludisme) et fongiques. Cependant, la fièvre n'est pas un symptôme corrélé uniquement aux infections, elle peut aussi être un signe de maladies inflammatoires ou tout autre problème médical. Les manifestations cliniques varient considérablement : les patients peuvent être gravement malades avec des signes de gravité, ou n'avoir que des symptômes mineurs et être plutôt en bonne santé par ailleurs.

L'algorithme 23.1 présente une approche clinique de la fièvre chez les patients en soins primaires et donne un aperçu des causes les plus fréquentes. Les notes ci-dessous font référence à ce document.

Algorithme 23.1 Fièvre chez les patients séropositifs

3 questions :

- 1. **Est-ce une urgence médicale ?**
 - Fièvre associée avec tout autre signe de gravité
 - Apparue de façon aiguë (quelques jours) en général
- 2. **Où est le site d'infection ?**

Méningite, infection respiratoire, urinaire, gynécologique ou suite à une blessure. Il peut n'y avoir aucun signe localisé d'infection par ex. bactériémie, TB disséminée.
- 3. **L'infection est-elle due à une bactérie et nécessite-elle une antibiothérapie ?**

Signes de gravité autres que la fièvre*:

- FR > 30/min
 - FC > 120/min
 - TA systolique < 90mmHg
 - Déshydratation sévère
 - Incapable de marcher sans aide
 - Confusion, état mental altéré
 - Paralysie, convulsions, nouveaux maux de tête sévères, problèmes des nerfs crâniens et tout autre nouveau problème neurologique
- *hypothermie (< 36°C) peut apparaître dans les sepsis bactériens.



Fièvre sans autre signe de gravité : rechercher la cause car tous les patients ne nécessitent pas d'antibiotiques !

La fièvre associée à tout autre signe de gravité constitue une urgence :

Causes fréquentes :

- Malaria
- Infection bactérienne
- Note : La tuberculose peut se manifester de façon aiguë chez les patients atteints du VIH.

Examens et prise en charge – tout en organisant le transfert :

- Prise en charge d'urgence : perfusions de solutés, oxygène
- Débuter l'artésunate en IV en cas de test malaria positif : l'alternative possible est la quinine
- Examens complémentaires au lit du patient (PoC Tests)
- Commencer tout traitement urgent avant le transfert comme par ex. celui de la pneumocystose en cas de signes de gravité respiratoires

- Commencer des antituberculeux en cas de LAM positif, signes neurologiques ou autres symptômes en faveur d'une forte suspicion de TB.
- **Commencer des antibiotiques immédiatement**, à moins qu'il y ait une autre cause identifiée ; traiter selon le site d'infection (Tableau 23.1)

PoC tests :

- Malaria
- Glycémie*
- Hémoglobine
- CrAg
- TB LAM
- * un sepsis d'origine bactérienne est une cause fréquente d'hypoglycémie

Tous les patients ayant de la fièvre ne nécessitent pas d'antibiotiques !

La décision de prescrire des antibiotiques en soins primaires est basée sur la probabilité que ce soit une infection bactérienne. Elle est influencée par la réponse à 3 questions :

1. Y a-t-il des signes de gravité ?
2. Quel est le site de l'infection ?
3. L'infection bactérienne est-elle la cause la plus probable ?

Malaria :

- Traitement oral : Co-artem

Infections bactériennes fréquentes en soins primaires (tableau 23.1) :

- Infections urinaires
- Pneumonie légère d'origine communautaire
- Diarrhées
- Infections cutanées

Autres infections opportunistes :

La plupart des infections de stade 4 provoquant de la fièvre entraînent des signes de gravité (neurologiques, respiratoires). S'ils ne sont pas présents, rechercher ce qui suit :

Infections fongiques :

- Les maladies à cryptocoque se manifestent qu'avec de la fièvre : CrAg positif.

Parasitoses :

- *Isospora belli* et autres parasites responsables de diarrhées

Virus de l'herpès :

- HSV : l'infection primaire peut provoquer de la fièvre, recherche des lésions orales ou génitales
- *Herpès zoster*

Infections respiratoires virales :

- Une cause fréquente de fièvre en soins primaires
- Elles s'autorégulent et les antibiotiques ne sont pas nécessaires
- Ne pas prescrire d'antibiotiques pour des symptômes grippaux

TB :

- Rechercher une TB : se souvenir qu'aucun test ne peut exclure une TB
- Forte suspicion de TB : commencer un traitement empirique
- La fièvre peut durer jusqu'à 14 jours après le début du traitement antituberculeux.

La tuberculose ne s'améliore pas ou s'aggrave pendant le traitement : Voir algorithme 12.3

TB IRIS

- Fièvre et tachycardie sont fréquentes et peuvent être les seuls signes. Voir **Chapitre 5**

Causes non-infectieuses :

Néoplasies, par ex. : sarcome de Kaposi, lymphome et autres

Thrombose veineuse profonde (TVP), embolie pulmonaire :

- Maladies fréquentes chez les patients séropositifs malades.
- Être vigilant pour les patients qui sortent juste de l'hôpital ou pour ceux qui sont alités au domicile.
- Mollet rouge, chaud, gonflé et sensible – penser à la TVP et pas uniquement à la cellulite.

- Transférer à l'hôpital

Médicaments :

- Hypersensibilité aux médicaments
- Ils peuvent provoquer de la fièvre sans réaction d'hypersensibilité : s'il n'y a pas de cause évidente, envisager d'arrêter tous les traitements pendant quelques jours.
- La rifampicine en particulier peut provoquer de la fièvre.

1. Y a-t-il des signes de gravité ?

Les signes de gravité le plus souvent observés en association avec de la fièvre comprennent : hypotension (choc septique, choc hypovolémique), tachycardie, tachypnée (pneumonie bactérienne ou pneumocystose) et altération de l'état de conscience (méningite, hypoglycémie due à un sepsis). Dans ce cas, le patient nécessite une prise en charge urgente (perfusion de solutés cristalloïdes, oxygène) afin d'être stabilisé en attendant le transfert.

Les causes fréquentes de fièvre et de signes de gravité associés sont :

- Les infections bactériennes sont généralement difficiles à exclure lors de l'évaluation initiale et sont hautement probables chez les patients présentant des signes de gravité. A moins d'avoir des doutes sérieux quant à une cause infectieuse, il est conseillé de démarrer une antibiothérapie le plus tôt possible pour ces patients car l'efficacité du traitement dépend du délai de mise en place. Les antibiotiques peuvent être arrêtés au cours de l'hospitalisation, si un autre diagnostic semble plus probant et ne nécessite pas un traitement antibiotique.
- Si un test rapide de malaria se révèle positif, un traitement doit être commencé immédiatement sans attendre que le patient soit transféré. Une septicémie bactérienne accompagne souvent les cas de paludisme graves : démarrer aussi des antibiotiques à large spectre tels la ceftriaxone 1-2 g tout en organisant le transfert.
- Si des signes de gravité respiratoires sont présents, le traitement d'une pneumonie à pneumocystis doit être entrepris immédiatement en soins primaires, en attendant le transfert à l'hôpital.
- La tuberculose peut également se manifester de façon aiguë chez les patients séropositifs.

Si le patient ne présente pas de signes de gravité, rechercher la cause de la fièvre, car, dans ce contexte, les antibiotiques ne doivent pas être systématiques.

Ce processus sera facilité en répondant aux deux prochaines questions :

2. Quel est le site de l'infection ?

Une anamnèse et un examen clinique minutieux permettront de localiser le site infectieux qu'il soit neurologique, respiratoire, génito-urinaire ou autre (cellulite, diarrhée).

Ces informations sont essentielles pour décider du choix des antibiotiques et de la dose à administrer. Il est conseillé de consulter les lignes directrices nationales ou locales, car il y a de grandes différences d'un pays à l'autre, dues à la disponibilité des antibiotiques et des informations sur l'antibiorésistance.

Le tableau 23.1 montre les antibiotiques les plus utilisés pour les infections bactériennes. Il faut s'assurer que la première dose d'antibiotiques soit administrée immédiatement !

Choix du type d'antibiotique, mode d'administration, dosage et temps de traitement :

- Utiliser les lignes directrices locales ou nationales en matière d'antibiotiques, si elles sont disponibles. S'il n'y en a pas, utiliser le Clinical Guidelines MSF, 2016, disponible sur http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf.
- Noter l'indication de l'antibiothérapie dans le dossier du patient.



[refbooks.msf.org/
msf_docs/en/
clinical_guide/
cg_en.pdf](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)

3. L'infection bactérienne est-elle la cause la plus probable ?

Une antibiothérapie est nécessaire pour traiter une infection uniquement si celle-ci est d'origine bactérienne. L'algorithme 23.1 montre de nombreuses causes de fièvre d'origine non bactérienne pour lesquelles les antibiotiques ne sont d'aucun bénéfice. Ils peuvent même provoquer des effets délétères (réactions d'hypersensibilité, effets indésirables, augmentation de la résistance aux antibiotiques - voir plus loin dans ce chapitre)

L'anamnèse et l'examen clinique permettent donc de déterminer si la fièvre est d'origine probablement bactérienne ou si la cause est tout autre.

- **Les infections bactériennes sont généralement aiguës (quelques jours).**
- Symptômes et signes donnent les indices suivants :
 - Si une toux survient dans un contexte de rhume et de mal de gorge, c'est probablement une infection virale basique.
 - Une toux productive accompagnée d'un essoufflement aigu est probablement une pneumonie bactérienne.
 - Une toux accompagnée d'une perte de poids et des sueurs nocturnes est probablement une TB.

Les examens qui peuvent confirmer une infection bactérienne :

- La plupart ne sont pas disponibles en soins primaires, mais s'il est possible d'obtenir une numération leucocytaire ou une radio de thorax, cela peut être utile.
- S'il y a une collection de pus, aspirer autant de liquide que possible, tant pour le diagnostic que pour une mise à plat de l'abcès. Il est bon de rappeler que toutes les collections de pus ne sont pas bactériennes. La TB (avec ou sans IRIS) provoque souvent une inflammation des ganglions lymphatiques, qui peuvent être très gros, rouges, sensibles et contenir du pus. Un écoulement purulent sinusal peut aussi être d'origine tuberculeuse. Dans la mesure du possible, envoyer un échantillon de liquide pour une numération cellulaire, une coloration de Gram et un test Xpert MTB/RIF au centre de référence.

En cas de doute et si le patient est stable, d'autres examens complémentaires (en relation avec la TB, une RXT...) et un examen clinique du patient après quelques jours sont des solutions alternatives à une antibiothérapie 'juste au cas où'.

Le schéma 23.1 présente des situations cliniques et les décisions qui en découlent fondées sur cette démarche. Rappelez-vous que le doute est permis et que c'est plutôt l'état du patient qui détermine la conduite à tenir par le démarrage immédiat d'une antibiothérapie ou plutôt en optant pour une solution d'attente et d'observation afin de chercher d'autres causes.

Tableau 23.1 Infections bactériennes les plus fréquentes en soins primaires

Infections	Notes	Antibiotiques
Pneumonie communautaire (acquise au sein de la collectivité)	Fièvre sans autres signes de gravité Dyspnée +/- toux L'auscultation peut montrer un souffle tubaire. Diagnostic différentiel : • Pneumocystose ; • Tuberculose pulmonaire ; • Pneumonie bactérienne. Ne prescrivez pas d'antibiotiques pour les infections virales des voies respiratoires supérieures	Patients ambulatoires : Amoxicilline 1 g PO, 3 fois par jour pendant 5 jours. Pneumonie grave : administrer la première dose d'antibiotiques IV/IM en attendant le transfert à l'hôpital. Les antibiotiques fréquemment utilisés sont la pénicilline IV/IM, l'ampicilline et la ceftriaxone. La ciprofloxacine doit être évitée pour les infections respiratoires, afin de conserver l'utilisation des quinolones pour TB-RR/MR. Voir le chapitre 13 : Maladies respiratoires
Méningite, fièvre, raideur de nuque, photophobie	Diagnostic différentiel : • Méningite à cryptocoque • Méningite tuberculeuse • Méningite bactérienne CrAg et TB LAM peuvent être réalisés en soins primaires en attendant le transfert.	Donner la première dose d'antibiotiques en attendant le transfert à l'hôpital. Utiliser les protocoles locaux. Le plus largement utilisé est ceftriaxone IV 1-2 g toutes les 12 heures, pendant 10-14 jours. Voir le chapitre 14 : Maladies neurologiques
Fièvre et signes de gravité : pas de signes ou symptômes localisés	Bactériémie possible avec un fort taux de mortalité.	Donner la première dose d'antibiotiques en attendant le transfert à l'hôpital. Utiliser les protocoles locaux/nationaux : 1-2 g de ceftriaxone IV par jour pendant 5-7 jours.
Infection urinaire : douleur sus-pubienne, dysurie, fréquence des mictions. (voir algorithme 23.2 à la fin de ce chapitre concernant les lignes directrices pour les infections urinaires chez les femmes).	Si le patient présente de la fièvre, des frissons et une douleur lombaire, il s'agit probablement d'une pyélonéphrite.	Ceftriaxone 1g IM/IV et transférer à l'hôpital
	Infections urinaires compliquées : femmes enceintes	Ciprofloxacine 500mg 2 fois /jour pendant 5 jours
	Infections urinaires compliquées : les hommes qui ne présentent pas de signes typiques de cystite. Rechercher une IST ou une prostatite	Prostatite : Ciprofloxacine 500mg 2 fois/jour pendant 14 jours
	Infections urinaires non compliquées : femmes, non-enceinte et sans risque de pyélonéphrite. Ne pas traiter pour une infection urinaire s'il est retrouvé des nitrites et/ou des leucocytes à la bandelette urinaire mais qu'il n'y a pas de symptômes.	Ciprofloxacine 500 mg 2 fois/jour pendant 3 jours ; Fosfomycine 3 g en dose unique.

Infections	Notes	Antibiotiques
Diarrhées	La plupart des diarrhées aiguës non-inflammatoires sont virales et ne nécessitent pas d'antibiotiques.	Voir Chapitre 15 : maladies gastro intestinales
Infections cutanées	Par ex. Cellulite	Voir Chapitre 20 : maladies dermatologiques
Infections sexuellement transmissibles 	La gonorrhée devient de plus en plus résistante aux antibiotiques : la ciprofloxacine n'est plus recommandée et la résistance aux céphalosporines augmente. Utiliser vos directives locales ; si elles ne sont pas disponibles, utiliser les directives de l'OMS : www.who.int/reproductivehealth/publications/rts/gonorrhoea-treatment-guidelines/en/	Voir Chapitre 19 : santé reproductive et sexuelle

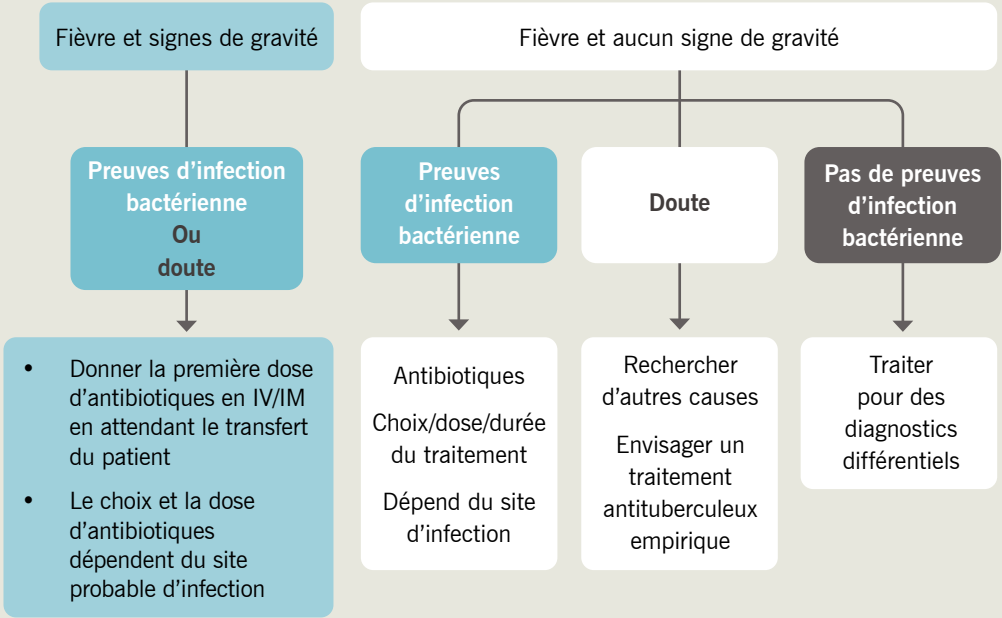
La résistance antimicrobienne est une crise globale

La première partie de ce chapitre traite des causes de fièvre et de la nécessité de ne pas utiliser les antibiotiques de façon systématique pour tous les patients atteints de fièvre. La deuxième partie de ce chapitre explique pourquoi l'utilisation inappropriée et excessive d'antibiotiques est un problème.

Le terme résistance aux antimicrobiens comprend la résistance aux antibiotiques (ABR), la tuberculose pharmacorésistante (TB-RR/MR), l'infection VIH résistante aux antirétroviraux, la résistance aux antifongiques et la résistance aux antiparasitaires (en particulier le paludisme). Cette rubrique ne traite que de la résistance aux antibiotiques (ABR) et se focalise sur la façon dont les cliniciens des services ambulatoires peuvent contribuer à réduire l'utilisation inappropriée des antibiotiques.

Schéma 23.1 Mon patient nécessite-t-il des antibiotiques ?

Y a-t-il des signes d'infection bactérienne ou une infection non-bactérienne semble-t-elle plus probable ?



Avant l'arrivée des antibiotiques, des infections courantes telles que la pneumonie, la septicémie puerpérale et les infections de plaies, étaient mortelles. En raison de l'augmentation progressive de la résistance aux antibiotiques, nous nous dirigeons vers une ère similaire, à moins que quelque chose ne soit fait pour l'arrêter. Les antibiotiques sauvent des vies, il est donc essentiel de les utiliser quand on en a besoin. Cependant, l'utilisation excessive de ces traitements entraîne une augmentation de la résistance. Des antibiotiques prescrits à bon escient, selon une évaluation clinique précise permettra de diminuer leur utilisation et de ralentir l'apparition des résistances.

C'est un sujet important aussi pour MSF, car nous utilisons fréquemment des antibiothérapies pour soigner nos patients dans le cadre de projets généraux ou liés au VIH.

Impact de la résistance aux antibiotiques dans les milieux à ressources limitées

L'agenda des discussions sur la résistance aux antibiotiques est en grande partie mené par des pays à ressources élevées, dont l'activité cible principalement les organismes très résistants et le développement de nouveaux antibiotiques pour les traiter.

Dans les régions à ressources limitées, les problèmes liés à la résistance aux antibiotiques sont moins visibles, mais l'impact est plus important :

- L'importance relative des maladies bactériennes est plus élevée.
- Les maladies infectieuses demeurent une cause fréquente de décès.
- La disponibilité limitée de laboratoires de microbiologie ne permet pas de bénéficier de renseignements sur les résistances pour adapter la prescription d'antibiotiques.

Un autre aspect de la crise au niveau mondial est le manque d'accès aux soins médicaux de base et aux antibiotiques :

- Des adultes et des enfants meurent encore aujourd'hui parce que l'accès aux antibiotiques est limité.
- La résistance aux antibiotiques les plus utilisés et les moins coûteux aura de graves répercussions sur les soins médicaux.



Au lieu d'être un traitement par défaut de nombreuses affections bénignes, en particulier la toux, les rhumes et les diarrhées non compliquées, les antibiotiques doivent être considérés comme des médicaments cruciaux à n'utiliser qu'en cas d'absolue nécessité. *The State of the world's Antibiotics*, 2015 : Centre pour la Dynamique, l'Economie et la Politique des maladies (CDDEP)

Au moins 50% des prescriptions d'antibiotiques ne sont pas nécessaires

Les antibiotiques sont facilement prescrits même lorsqu'il n'y a aucune indication qui les justifie, tant en consultation externe qu'en milieu hospitalier. Les erreurs les plus fréquentes en consultation externe sont observées lors des situations suivantes :

- La majorité des **infections des voies respiratoires supérieures** sont causées par des virus et non par des bactéries. Les rhumes et la grippe n'ont pas besoin d'antibiotiques !
- La **plupart des diarrhées** aiguës sont virales et ne nécessitent pas d'antibiotiques (voir **chapitre 15**).

- Un patient avec des nitrites ou des leucocytes positifs sur un test de routine à la bandelette urinaire mais sans symptôme en faveur d'une infection n'a pas besoin d'antibiotiques. (voir algorithme 23.2).
- Les patients séropositifs qui présentent des symptômes évidents de la tuberculose et qui ne présentent aucun signe de gravité ont besoin d'antituberculeux et non d'antibiotiques.

Que peut-on faire pour éviter l'utilisation d'antibiotiques quand ce n'est pas nécessaire ? Le rôle d'une bonne « gestion des antibiotiques »

La gestion des antibiotiques vise à modifier les comportements en matière de prescription d'antibiotiques en formant les professionnels de santé (cliniciens, infirmières et pharmaciens) et en s'assurant que la baisse des prescriptions d'antibiotiques soit une priorité pour toutes les personnes impliquées (personnels de santé mais aussi responsables de centre de santé, de district...). Il est également important de responsabiliser les patients et les communautés pour combattre les idées fausses sur le rôle des antibiotiques.

En consultation ambulatoire, qui est responsable ?

La réponse est : tout le monde est responsable ! Comme ce manuel est un guide clinique, il ne traite pas des questions programmatiques. Les ressources utiles sont citées à la fin du chapitre, et tous les centres de soins doivent s'assurer que la lutte contre la consommation excessive d'antibiotiques est une priorité.

Cela dit, chaque clinicien peut commencer à apporter des solutions dans le cadre de ses consultations et vérifier que ses propres prescriptions sont en adéquation avec les guides de bonne pratique.

Prescription rationnelle d'antibiotique

- **Utiliser des antibiotiques uniquement s'il y a des preuves que le patient a une infection bactérienne.**

En tant que clinicien en ambulatoire, vous devez prescrire des antibiotiques uniquement s'il est prouvé que votre patient a une infection bactérienne. Toutefois, dans les soins externes où les consultations sont de courte durée et où les examens complémentaires sont rares, une prise de décision peut s'avérer difficile. Une prise en charge différenciée permettant le triage et l'identification des patients les plus malades dès leur arrivée, examinés par un clinicien disponible pour un examen clinique plus approfondi et des tests complémentaires rapides (PoC), permettra de prendre le temps d'évaluer correctement les patients et d'établir un diagnostic correct.

- **Toujours vérifier l'indication des antibiotiques et la documenter dans le dossier du patient.**

Le tableau 23.1 est un guide général permettant de prescrire des antibiotiques de façon adaptée afin qu'ils ne constituent pas « l'option par défaut » pour les patients.

- **S'il n'y a pas d'amélioration, éviter la répétition automatique d'un traitement antibiotique**

Si un patient a déjà reçu un traitement antibiotique et qu'à la consultation suivante, on ne constate pas d'amélioration, il faut revoir le diagnostic plutôt que de prescrire une autre antibiothérapie.

- Envisager notamment une TB disséminée ou d'autres infections opportunistes chez tous les patients en stade avancé et dont l'état général se détériore (voir le **chapitre 11**). Si la tuberculose ne peut être exclue et que les examens sont négatifs, commencer un traitement antituberculeux empirique.
- Envisager toutes les causes non-bactériennes possiblement responsables de fièvre chez les patients séropositifs (voir l'algorithme 23.1).
- Les centres de soins doivent mettre en place une politique de soins de manière à ce que tous les patients dont l'état de santé reste insatisfaisant après une série d'antibiotiques soient examinés par un clinicien expérimenté ou transférés vers une structure appropriée.

- **Prescrire des antibiotiques correctement.**

- Prescrire le bon antibiotique
- Prescrire la bonne dose à la bonne fréquence
- Prescrire la bonne durée : les infections les plus fréquentes traitées en soins externes ont besoin de 3-5 jours d'antibiotiques, pas plus !
- Prescrire la bonne voie d'administration : utiliser les antibiotiques en intraveineux uniquement quand c'est nécessaire.

Utiliser les directives locales ou nationales pour la prescription d'antibiotiques. S'il n'y en a pas, utiliser le guide clinique 2016 de MSF (http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf) ou téléchargeable sur le site Web du SAMU à partir du dossier des ressources supplémentaires sur <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>

Avoir les lignes directrices à portée de main dans chaque clinique ou, mieux encore, avoir une affiche dans toutes vos salles de consultation avec le protocole antibiotique pour les infections les plus courantes. Le tableau 23.1 est un guide des prescriptions les plus utilisées pour les infections les plus fréquentes.

- **Gérer les attentes des patients de façon appropriée.**

Les fausses idées sur le rôle des antibiotiques sont nombreuses dans la communauté. Si un patient demande un traitement antibiotique alors qu'aucune indication ne le justifie, ne vous laissez pas influencer à lui en prescrire. Expliquez-lui plutôt pourquoi les antibiotiques ne sont pas nécessaires dans son cas et quels pourraient être les effets secondaires possibles. C'est un premier pas vers la gestion des antibiotiques au niveau communautaire.



[refbooks.msf.org/
msf_docs/en/
clinical_guide/
cg_en.pdf](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)

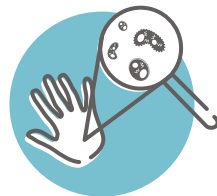
[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)

Hygiène des mains

La réduction des infections bactériennes réduira le besoin en antibiotiques. La prévention et le contrôle des infections sont importants au niveau des soins primaires, tout autant qu'en milieu hospitalier.

Veiller à une bonne hygiène des mains :

- Utiliser une solution hydro-alcoolique avant et après l'examen de chaque patient
- S'assurer qu'il est disponible dans toutes les salles de consultation ou zones d'examen clinique.
- S'assurer que des installations adéquates qui permettent de se laver les mains après être allé aux toilettes sont en place pour les patients comme pour le personnel (notamment pour ceux souffrant de diarrhée) : savon, eau et essuie-mains



Infections acquises à l'hôpital (Infections Associées aux Soins - IAS)

- Une infection nosocomiale est définie comme une nouvelle infection survenant plus de 48 heures après l'admission à l'hôpital ou dans les 3 mois suivant la sortie de l'établissement de santé (ou, de façon plus pragmatique, dans le mois qui suit). La majorité de ces infections sont d'origine bactérienne et nécessitent un examen plus approfondi.
- Si vous soupçonnez une infection bactérienne chez un patient qui est sorti récemment de l'hôpital, le patient devra y être réadmis. Les infections nosocomiales sont habituellement causées par des bactéries résistantes et ne peuvent être traitées en soins primaires.
- Jusqu'à 30 % des hospitalisations en Afrique subsaharienne entraînent des IAS, ce qui constitue un problème majeur. Les infections les plus observées comprennent les pneumonies, les infections des voies urinaires et les diarrhées (voir ci-dessous).

Diarrhées liées aux antibiotiques : *clostridium difficile*

- Les patients qui ont reçu des antibiotiques sont à risque de cette diarrhée hautement infectieuse.
- Elle est plus fréquente chez les patients qui ont été hospitalisés, mais environ un tiers des cas surviennent dans la communauté chez des patients qui ont pris des antibiotiques.
- Les symptômes peuvent apparaître au cours du traitement antibiotique ou généralement de 5 à 10 jours après. Ils peuvent cependant être observés jusqu'à 10 semaines après le traitement.
- Le traitement se fait par voie orale avec du métronidazole à 400 mg 3 fois/jour pendant 10 jours ; arrêter tout autre antibiotique, à moins que le traitement soit vital.
- Les mesures d'hygiène sont essentielles. La plupart des patients devront être hospitalisés mais si le patient est traité en consultation externe, informer le patient et sa famille sur un lavage des mains correct (eau et savon : ne pas utiliser de gel alcoolisé si *C. difficile* est suspecté), et sur une gestion des déchets adaptée.

Ressources utiles

Général :

ReAct - Action sur la résistance aux antimicrobiens (www.reactgroup.org). Le site Web dispose d'une boîte à outils complète avec de nombreuses ressources à l'intention des professionnels de santé et de la société civile.

Clinique :

Université de Stanford : To prescribe or not prescribe ? *Antibiotics and outpatient infections*. Cours de CME en ligne (gratuit). <https://med.stanford.edu/cme/courses/online/improving-antibiotics-pcs.html>

OMS 2016. *Guidelines for the treatment of Neisseria Gonorrhoeae*. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/gonorrhoea-treatment-guidelines/en/>

MSF 2019. *Clinical guidelines : Diagnosis and Treatment Manual*. Disponible à partir de : <https://medicalguidelines.msf.org/msf-books-hosting/14385582-English.pdf>

Santé publique Angleterre 2017. *Diagnosis of Urinary Tract Infections (UTIs) : Quick Reference Guide for Primary Care : For consultation and local adaptation*. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/619772/Urinary_tract_infection_UTI_guidance.pdf

Programmatique :

MSF OCB Antibiotic Stewardship Toolkit (carte). Un guide programmatique sur la gestion des antibiotiques est en cours d'élaboration. Il s'agit d'un domaine qui se développe rapidement. Nous vous invitons donc à consulter régulièrement les sites de l'OMS et de MSF pour les mises à jour des programmes.

OMS 2015. Plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens. <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/global-action-plan/en/>

Tous les pays doivent élaborer des plans d'action nationaux ; certains sont achevés, d'autres en cours. Se renseigner auprès du bureau de coordination MSF ou du ministère de la Santé sur ce qui se passe dans le pays concerné.

Fièvre chez les patients séropositifs : points clés

La fièvre est fréquente chez les patients séropositifs et peut avoir des causes infectieuses ou non.

Beaucoup de causes infectieuses ne sont pas bactériennes et ne répondent donc pas aux antibiotiques : la tuberculose en est un exemple.

La première étape dans l'approche de ces patients consiste à rechercher des signes de gravité, à donner les traitements urgents et à hospitaliser le patient.

La résistance aux antibiotiques est une crise mondiale qui exige que tous les acteurs du système de santé jouent un rôle dans la gestion des antibiotiques, y compris les cliniciens en soins ambulatoires.

La prescription rationnelle d'antibiotiques repose sur plusieurs principes majeurs, dont le plus important est d'utiliser des antibiotiques uniquement s'il y a une forte probabilité d'infection bactérienne.

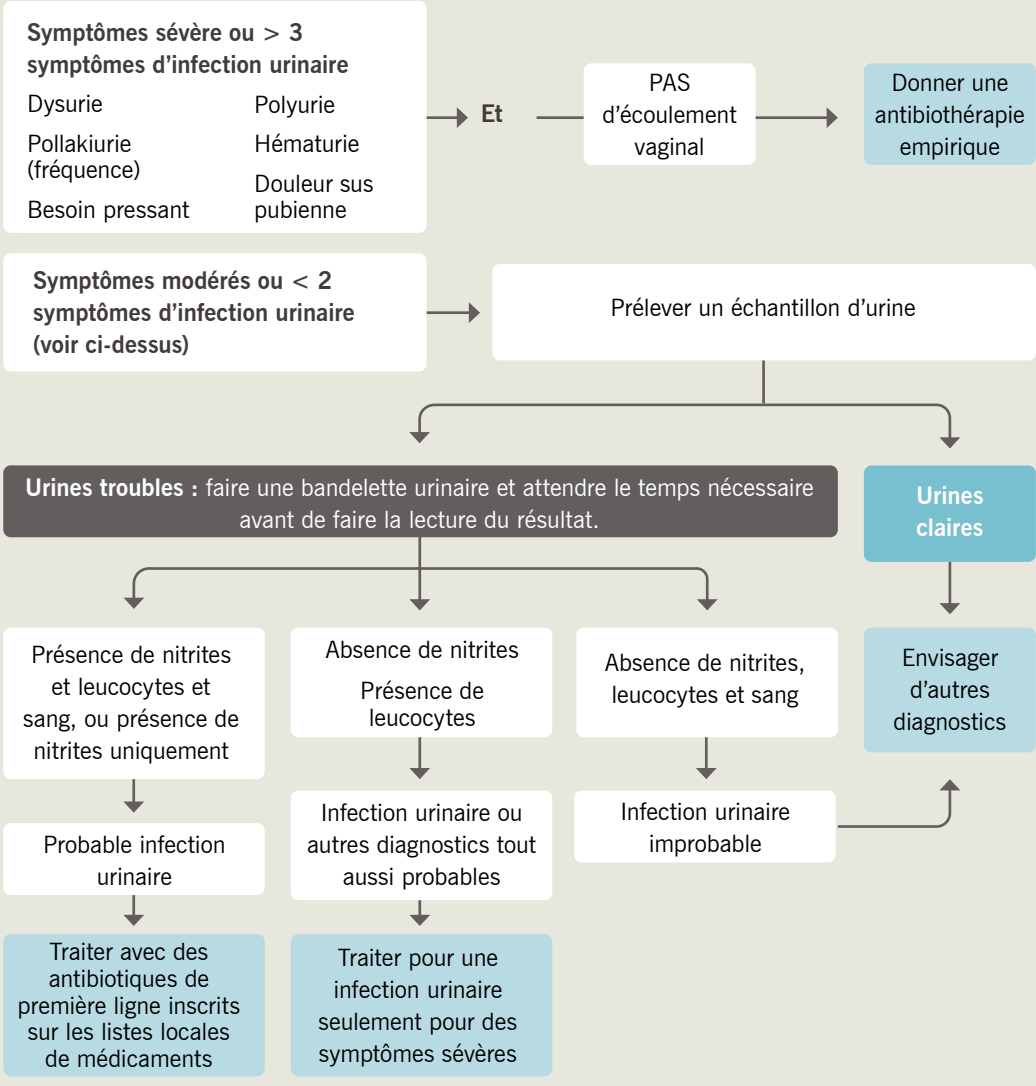


www.reactgroup.org

Algorithme 23.2 Algorithme de prise en charge pour des symptômes urinaires chez la femme adulte de moins de 65 ans

Notes

- Un résultat positif de nitrite lors d'un test urinaire est considéré comme la preuve d'une infection des voies urinaires (ce sont des bactéries qui réduisent le nitrate en nitrite). On peut cependant observer ces mêmes nitrites en cas de pertes uro-génitales colonisées / d'origine bactérienne.
- Les leucocytes sont la réponse de l'organisme aux infections, y compris bactériennes. On peut les retrouver lors de TB rénale (appelée 'pyurie stérile' car aucune bactérie standard n'est visible ou pousse à la culture).
- En cas d'anomalies du test urinaire, ne donner aucun traitement si la patiente est asymptomatique car, en l'absence de signe, une infection urinaire est très improbable. Envisager d'autres causes, notamment une atteinte rénale.
- L'algorithme 23.2 guide le clinicien pour prendre une décision concernant une antibiothérapie, basée sur une combinaison de symptômes et la présence d'urines troubles, de nitrites ou leucocytes urinaires.



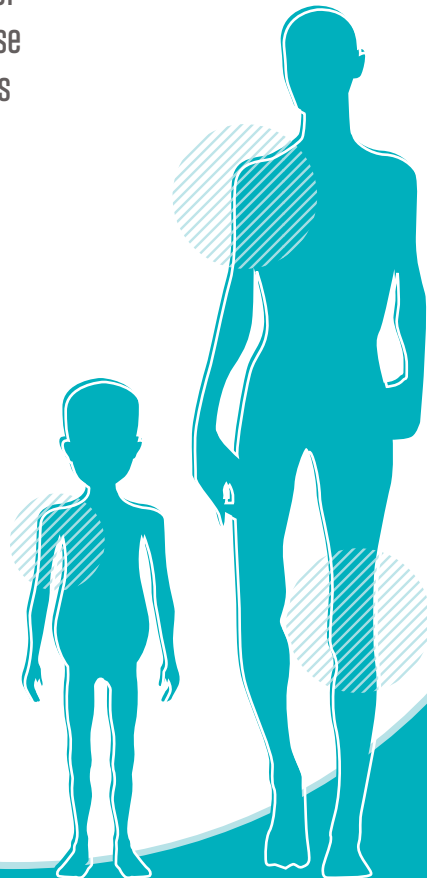
Malnutrition et perte de poids

A. Malnutrition et VIH

Evaluation de l'état nutritionnel et lignes directrices concernant la prise en charge spécifique aux trois groupes d'âge.

Malnutrition et VIH : points clés

B. Les patients qui présentent une perte de poids persistante



Le présent chapitre porte sur deux pathologies a priori similaires, mais nettement différentes :

- A. Malnutrition et VIH
- B. Les patients qui présentent une perte de poids persistante

A. Malnutrition et VIH

Un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 kg/m² est un facteur de risque reconnu de morbidité et de mortalité, indépendamment de toute autre anomalie, chez les adolescents et les adultes séropositifs, de même qu'un Z score de l'indice poids/taille (P/T) de < - 3. En effet, nombres de personnes de tous âges (mais surtout les enfants) ont été découverts infectés au VIH suite à une recherche sur l'origine de leur état de malnutrition aiguë. Une évaluation initiale de l'état nutritionnel des personnes et des soins complémentaires adéquats sont donc une composante essentielle de la prise en charge globale des patients séropositifs. L'attention portée aux soins nutritionnels des patients peut également améliorer l'adhérence de la TARV, un suivi correct des soins, voire un retour à une vie active.

Les données avérées évoluent continuellement dans le monde de la nutrition et du VIH (ex : les recommandations en matière de micronutriments) et nécessitent des mises à jour régulières des directives ci-dessous, qui seront communiquées sur le site Web du SAMU/les ressources cliniques dès qu'elles seront disponibles. L'obésité, une autre composante de la malnutrition, ne sera pas abordée dans cette édition.



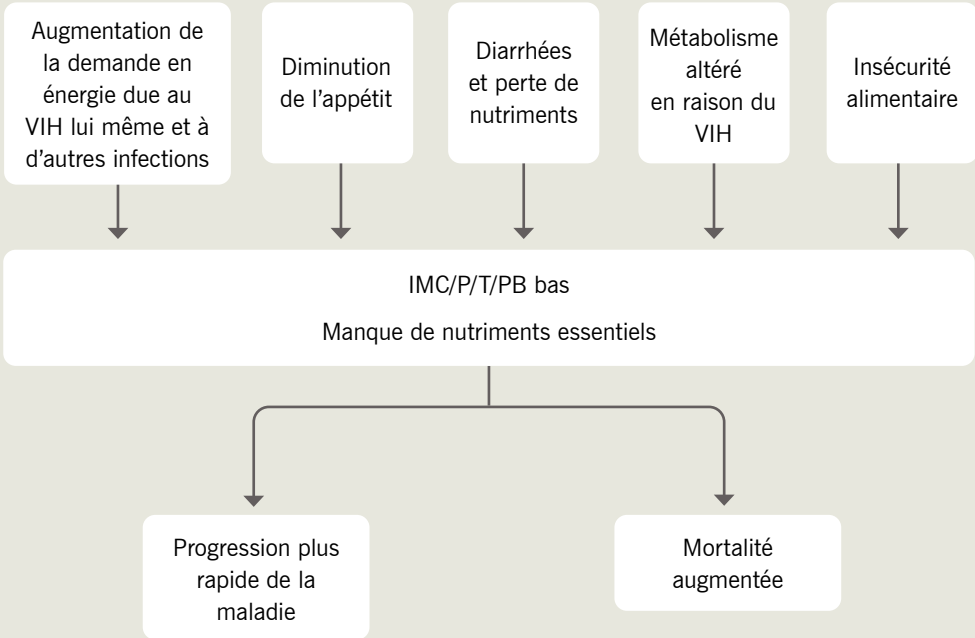
Les mesures anthropométriques telles que l'indice de masse corporelle (IMC), P/T Z-score et périmètre brachial (PB ou MUAC en anglais) sont utilisées pour évaluer la taille, la morphologie et la composition du corps humain.

- Le P/T Z score est un indice nutritionnel, qui est le résultat d'un calcul de 2 mesures (poids et taille) en une seule valeur, utilisée, entre autres, dans l'évaluation de la malnutrition.
- Le PB (périmètre brachial) est une mesure simple qui permet d'identifier les enfants et les adultes à risque de décès lié à la malnutrition.

L'infection par le VIH peut modifier considérablement l'état nutritionnel

De nombreux facteurs peuvent contribuer à un changement de l'état nutritionnel d'un patient séropositif et par conséquent, à modifier la morbidité et la mortalité qui en découlent (voir schéma 24.1).

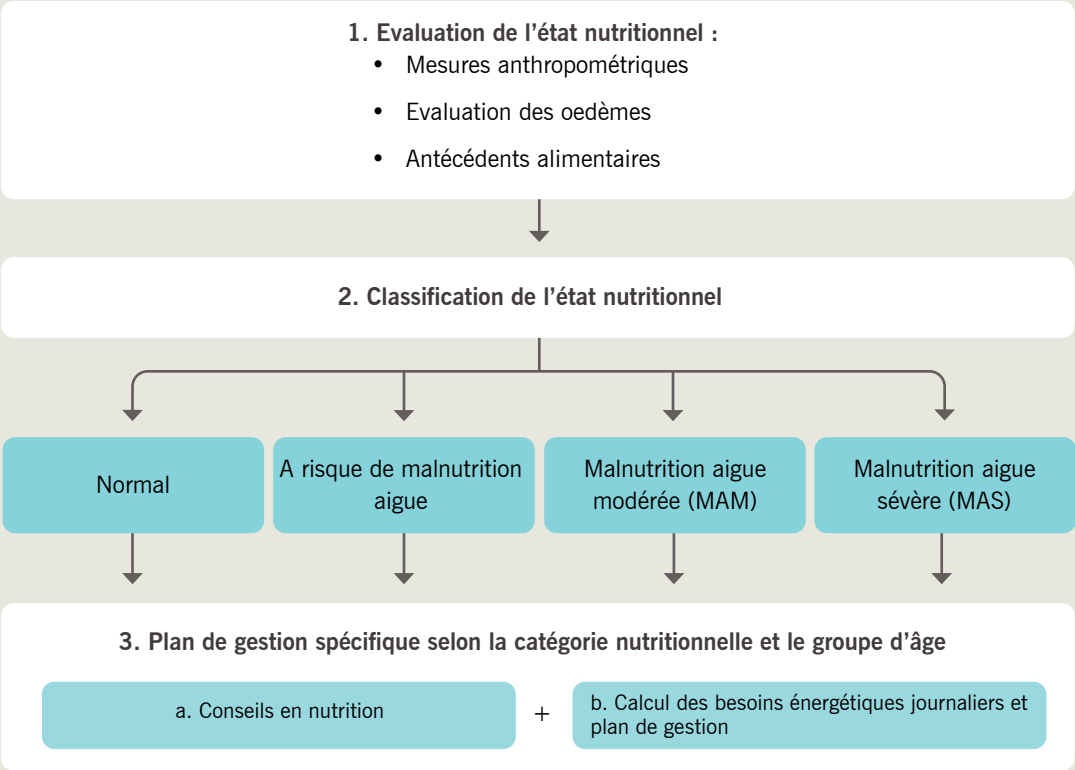
Schéma 24.1 Corrélation entre VIH et malnutrition



Evaluation de la malnutrition et aperçu de la prise en charge

Au vue des éléments décrits ci dessus, l'évaluation de l'état nutritionnel d'un patient séropositif doit être une condition essentielle de l'offre de soins dans sa globalité. L'approche clinique se compose de différentes étapes clés spécifiques, réalisées soit par le clinicien ou soit par un professionnel ayant des compétences en nutrition ou désigné pour le faire. Ces étapes sont résumées dans le schéma 24.2 et sont suivies d'une explication plus détaillée.

Schéma 24.2 Les 3 étapes dans l'évaluation de la malnutrition et sa prise en charge



L'évaluation de l'état nutritionnel varie selon le groupe d'âge. Il en est de même pour le plan de gestion spécifique auquel s'ajoute la classification de l'état nutritionnel. Après un aperçu initial, les plans d'évaluation, de classification et de gestion sont détaillés en trois sections distinctes pour répondre aux besoins des adultes, des enfants (1 mois à 10 ans) et des adolescents (10 à 19 ans).

1. Evaluation de l'état nutritionnel

Une telle évaluation est essentielle pour savoir si la qualité de l'alimentation du patient est correcte et pour planifier le soutien nutritionnel approprié.

Cette évaluation se compose de :

- 1.1 Mesures anthropométriques
- 1.2 Présence et caractéristiques d'œdème
- 1.3 Les antécédents nutritionnels et de sécurité alimentaire.

1.1 Mesures anthropométriques (IMC/PB/P/T)

Aucune mesure anthropométrique ne diagnostique une malnutrition aiguë chez l'adulte ou l'enfant. Les indices sont ceux utilisés dans de nombreuses études, quels que soient les contextes et qui permettent de définir un syndrome de malnutrition aiguë et le risque de mortalité qui en découle. Les mesures anthropométriques, variables selon les groupes d'âges, sont insuffisantes utilisées seules, elles sont indissociables d'un examen clinique pour évaluer avec rigueur l'état nutritionnel. Ceci est détaillé plus loin dans les rubriques spécifiques à l'âge.

1.2 Evaluation des oedèmes

La présence et le degré d'œdème est un indice important de malnutrition (indique toujours une malnutrition aiguë sévère) et a une incidence différente selon l'âge du patient. Il n'est pas un marqueur fiable pendant la grossesse.

1.3 Les antécédents nutritionnels et de sécurité alimentaire

Les antécédents nutritionnels et de sécurité alimentaire

Beaucoup de personnes séropositives vivent dans des régions du monde où l'insécurité alimentaire est permanente ou saisonnière. Dans ces contextes, il est donc inutile de donner des conseils nutritionnels impossibles à mettre en pratique parce que l'accès à la nourriture est tout simplement insuffisant. L'alimentation est un sujet délicat qui nécessite un climat de confiance avec le clinicien avant que le patient ne révèle ses conditions de vie. L'évaluation des habitudes alimentaires peut se faire dans le cadre d'une enquête sociale ou lors de tout autre échange approprié pour le faire. Il y a quelques questions clés à poser :

- Au cours du dernier mois, avez-vous craint que votre foyer n'ait pas assez de nourriture ?
- Au cours du dernier mois, est-ce que vous ou quelqu'un de votre foyer avez dû diminuer le nombre de repas dans une journée par manque de nourriture ?
- Au cours du dernier mois, est-ce que vous ou quelqu'un de votre foyer avez dû aller au lit sans manger par manque de nourriture ?
- Ce constat est-il récurrent pour la plupart du temps ? Est-ce pire à certaines périodes de l'année ?

Si le patient répond oui à une ou plusieurs de ces questions, il est très probable qu'il soit en situation d'insécurité alimentaire. Une supplémentation nutritionnelle paraît indispensable pour lui et, plus largement, pour son foyer, il doit donc être orienté vers un programme national/communautaire de supplémentation nutritionnel.

Il est également important de connaître les préférences et les croyances alimentaires des gens, de quoi se composent leurs repas. Tous ces éléments permettront de compléter l'enquête nutritionnelle.

Le moment clé pour offrir une supplémentation alimentaire ou un soutien pour l'accès à la nourriture est au début de la TARV, lorsque le patient peut encore se remettre d'infections opportunistes et retrouver la capacité de gagner un revenu et de reprendre une vie plus saine.

En tous cas, il doit toujours y avoir un système de référence approprié vers lequel diriger le patient pour des soins nutritionnels si ce n'est pas compatible en même temps que le suivi VIH.

2. Classification de l'état nutritionnel

L'évaluation de l'état nutritionnel ci-dessus est utilisée pour classer le patient dans l'une des quatre catégories suivantes (cette évaluation s'applique aux trois groupes d'âge) :

1. Normal
2. Risque de malnutrition aiguë (patients pour lesquels l'insécurité alimentaire est significative ou qui ont des mesures anthropométriques les plus basses dans les valeurs normales)
3. Malnutrition aiguë modérée (MAM)
4. Malnutrition aiguë sévère (MAS).

3. Prise en charge spécifique selon la catégorie nutritionnelle et du groupe d'âge.

Une prise en charge (PEC) détaillée doit être établie pour chacune des quatre catégories d'état nutritionnel selon les trois groupes d'âge. Ceci est détaillé dans le reste de cette rubrique. Voici les deux composantes de base :

a. Conseils en nutrition

Chaque patient a besoin de conseils nutritionnels, comme indiqué dans l'encadré suivant.

Conseils nutritionnels :

Il existe un certain nombre d'outils disponibles pour une **consultation nutritionnelle** complète. La liste ci-dessous couvre les sujets essentiels :

- Importance de la nutrition dans l'aide au rétablissement (voir la figure 24.1 ci-dessus)
- L'identification des sources d'aliments disponibles localement et les possibilités d'accès pour le patient (argent, transport, temps, etc.)
- Identification des IO ayant un impact sur la nutrition (douleurs buccales d'ulcères, déglutition douloureuse suite à une candidose œsophagienne)
- Besoins nutritionnels en fonction des comorbidités (hypertension, diabète, maladie rénale...)
- Planification des repas (guidée par les besoins énergétiques quotidiens)
- l'hygiène dans la préparation des aliments
- Lien avec les aides apportées par la communauté notamment une aide économique

Alimentation et nutrition dans le contexte du VIH et de la tuberculose :
<https://www.wfp.org/content/nutrition-assessment-counselling-and-support-adolescents-and-adults-living-hiv>



b. Calcul des besoins énergétiques quotidiens et PEC nutritionnelle

Ce calcul varie selon le groupe d'âge et est détaillé plus loin pour les trois différents groupes d'âge.

Principes généraux de PEC pour tous les groupes d'âge :

1. Prise en charge du patient avec un état nutritionnel normal

La PEC de base pour tous les états nutritionnels normaux, à risque, MAM et MAS est fournie plus loin en détails pour chaque groupe d'âge.

2. Prise en charge du patient à risque de malnutrition sévère

Une supplémentation dépendra de l'évaluation au cas par cas de l'état nutritionnel et de la situation sociale d'un patient dont l'IMC/PB ou P/T est proche du seuil de malnutrition aiguë ou qui semble souffrir d'une grave insécurité alimentaire.

Une première étape importante peut simplement être un suivi plus fréquent, soit par le passage d'un agent communautaire au domicile de la personne soit par la venue du patient lui même selon ses possibilités.

Pour de nombreux patients, l'initiation de la TARV est un moment de vulnérabilité, d'autant plus s'ils présentent un risque de malnutrition aiguë. Une supplémentation alimentaire et un suivi au bout de 4 à 8 semaines après le début de la TARV permettent de juger de leur état général y compris nutritionnel en faveur d'une amélioration.

3. Prise en charge d'un patient avec une malnutrition aiguë modérée (MAM)

On ne peut affirmer que toutes les MAM non traitées conduisent à une malnutrition aiguë sévère (MAS), mais il semble logique de traiter cette affection pour prévenir une telle progression à laquelle est associée une mortalité beaucoup plus élevée.

4. Prise en charge d'un patient avec une malnutrition aiguë sévère (MAS)

Les patients atteints de MAS présentent un risque important de mortalité. Des informations plus détaillées sont fournies ci-dessous selon les différents groupes d'âge.



Tous les patients séropositifs nécessitent d'être initiés à la TARV dès que possible car l'association d'un traitement médical à une nutrition améliorée a un impact considérable sur l'état du patient.

Le reste de cette rubrique sur la malnutrition détaille l'évaluation et la prise en charge de la malnutrition dans chacun des trois groupes d'âge : adultes, enfants et adolescents.

Evaluation de l'état nutritionnel et lignes directrices concernant la prise en charge spécifique aux trois groupes d'âge

Malnutrition chez les adultes séropositifs

1. Evaluation du statut nutritionnel

Mesures anthropométriques

Comme indiqué plus haut, il n'existe pas de mesures spécifiques permettant d'établir un diagnostic de malnutrition chez les adultes. Mais associés à l'évaluation clinique, les éléments suivants sont utilisés pour classer si un adulte souffre de malnutrition aiguë :

Indice de masse corporelle (IMC)

IMC = Poids (kg)/taille² (m) (voir le tableau des valeurs de l'IMC aux pages 528-529)



Tableau 24.1 Valeurs et interprétation de l'IMC pour les adultes

Classification nutritionnelle	Valeurs IMC pour les adultes (kg/m ²)
Obèse	>30
Surpoids	≥25 et <30
Normal	≥18.5 et <25
Risque de malnutrition aiguë	≥17 et <18.5
Malnutrition aiguë modérée	≥16 et <17
Malnutrition aiguë sévère	<16

Le PB (périmètre brachial)

Le PB est également une mesure pour estimer l'état nutritionnel du patient adulte et peut parfois être plus rapide et plus facile à mesurer que l'IMC, surtout si le patient est alité. Bien qu'il n'y ait pas de valeurs limites officielles du PB sur le plan international, pour les adultes, l'expérience du terrain semble justifier une certaine confiance dans les valeurs ci-dessous :



Tableau 24.2 Valeurs et interprétation du PB chez les adultes

Classification nutritionnelle	Adulte > 18 ans	Femmes enceintes ou allaitantes
Normal	≥210 mm	≥230 mm
Malnutrition aiguë modérée (MAM)	≥185 et <210 mm	≥190 et <230 mm
Malnutrition aiguë sévère (MAS)	<185 mm	<190 mm

Il est toujours possible d'adapter ces seuils selon le contexte et en fonction de l'approche thérapeutique (voir ci-dessous). Il faut en discuter avec l'équipe clinique et un référent nutrition.

Evaluation des oedèmes

L'œdème bilatéral est un signe de malnutrition sévère. Cependant, l'œdème chez un adulte peut avoir de multiples causes (pathologies rénales, cardiaques, hépatiques) qu'il convient de rechercher avant d'évoquer une malnutrition. Si l'œdème est confirmé comme étant d'origine nutritionnelle, le patient doit être évalué comme ayant une MAS, quelles que soient les valeurs de l'IMC ou du PB.

Tableau 24.3 Grades d'œdème chez l'adulte
selon la classification Beattie

Grade	Etendue de l'oedème
0	Absent
1	Œdème minime aux pieds et aux chevilles
2	Œdème avéré aux pieds et aux chevilles
3	Œdème visible jusqu'aux genoux (tibias)
4	Œdème visible jusqu'aux aines (zones inguinales)
5	Œdème généralisé (anasarque)

Les antécédents nutritionnels et de sécurité alimentaire

Voir page 503

2. Classification du statut nutritionnel



NB : Rechercher toujours des IO devant un IMC bas plutôt que d'évoquer de façon systématique une origine nutritionnelle.

Classer dans l'une de ses 4 catégories :

- Normal
- A risque de malnutrition aiguë (patients pour lesquels l'insécurité alimentaire est significative ou qui ont des mesures anthropométriques les plus basses dans les valeurs normales)
- Malnutrition aiguë modérée (MAM)
- Malnutrition aiguë sévère (MAS).

3. PEC spécifiques

Suivre les directives de PEC ci-dessous, adaptées à la classification de l'état nutritionnel.

3.1 Prise en charge d'un adulte dont l'état nutritionnel est normal

a. Conseils en nutrition

Voir page 504

Alimentation et nutrition dans le contexte du VIH et de la tuberculose : <https://www.wfp.org/content/nutrition-assessment-counselling-and-support-adolescents-and-adults-living-hiv>



www.wfp.org

b. Calcul des besoins énergétiques journaliers et PEC nutritionnelle

En moyenne, l'apport énergétique quotidien nécessaire pour couvrir les dépenses énergétiques de base des adultes est de 30 kcal/kg/jour. Le résultat est ensuite multiplié par un facteur de stress de 1,1 pour une infection VIH asymptomatique soit, pour un homme de 70kg :

$$30 \times 1,1 \times 70 = 2\,310 \text{ kcal/jour}$$

Pour un patient séropositif symptomatique, le facteur de stress augmente à 1,2-1,3, selon l'importance des symptômes.

Une fois les besoins énergétiques quotidiens évalués, aider le patient à élaborer des menus. Ils seront très spécifiques au contexte, mais des outils, tels que **NutVal 4.1**, peuvent être utilisés. Ne pas hésiter à se faire aider par un référent nutrition en cas de problème avec cet outil. Site Web de NutVal 4.1 : <http://www.nutval.net/2015/12/nutval-41-released.html>



www.nutval.net

NutVal 4.1 est accompagné d'une formation simple sur son utilisation.

L'apport en protéines doit être le même que celui des adultes non infectés, soit 10 à 12 % de l'apport énergétique total, mais généralement, lorsque les patients augmentent leur apport énergétique, la quantité totale de protéines augmente également. Les sources de protéines doivent être variées, y compris certaines à haute digestibilité comme le soja ou les aliments d'origine animale, dont les produits laitiers.

Les recommandations concernant **l'apport en matières grasses** sont également les mêmes que pour les adultes non infectés, soit 15 à 30 % de l'apport énergétique total, recommandations difficilement tenables pour beaucoup d'adultes séropositifs dans les zones à forte incidence. Il est donc conseillé d'ajouter de l'huile, du beurre ou beurre clarifié dans leurs menus. L'huile semble plus abordable à fournir, même dans les établissements de soins de santé primaires.

Les micronutriments sont importants pour le système immunitaire et autres fonctions vitales, mais les études concernant la quantité et la qualité nécessaires pour les adultes séropositifs ne donnent aucun résultat. L'OMS conseille encore actuellement 1 apport nutritionnel recommandé (ANR) par jour quand l'Académie sud-africaine des sciences recommande un apport de 1 à 2 ANR par jour en raison des besoins plus élevés pendant l'infection et de la probabilité de carences préexistantes. L'alimentation des patients est très souvent carencée et peut nécessiter un supplément quotidien en multivitamines. Attention cependant à ne pas ajouter à la liste de médicaments déjà

bien longue un comprimé de plus qui pourrait décourager le patient à avaler tout son traitement, notamment les ARV qui pourtant restent prioritaires.

3.2 Prise en charge de l'adulte à risque de malnutrition aigue

Suivre les directives concernant les conseils nutritionnels et le calcul des besoins énergétiques quotidiens comme indiqué au point 3.1 pour les adultes dont l'état nutritionnel est " normal ".

Une supplémentation dépendra de l'évaluation au cas par cas de l'état nutritionnel et de la situation sociale d'un patient dont l'IMC/PB ou P/T est proche du seuil de malnutrition aiguë ou qui semble souffrir d'une grave insécurité alimentaire

Une première étape importante peut simplement être un suivi plus fréquent, soit par le passage d'un agent communautaire au domicile de la personne soit par la venue du patient lui même selon ses possibilités.

Pour de nombreux patients, l'initiation de la TARV est un moment de vulnérabilité, d'autant plus s'ils présentent un risque de malnutrition aigue. Une supplémentation alimentaire et un suivi au bout de 4 à 8 semaines après le début de la TARV permettent de juger de leur état général y compris nutritionnel en faveur d'une amélioration.

3.3 Prise en charge de l'adulte souffrant de malnutrition aigue modérée (MAM)

Suivre les directives concernant les conseils nutritionnels et le calcul des besoins énergétiques quotidiens comme indiqué au point 3.1 pour les adultes dont l'état nutritionnel est " normal ".

On ne peut pas affirmer que toutes les MAM non traitées conduisent à une malnutrition aiguë sévère (MAS), mais il semble logique de traiter cette affection pour prévenir une telle progression à laquelle est associée une mortalité beaucoup plus élevée

Les données probantes en faveur de directives internationalement reconnues sur la prise en charge de la MAM chez les adultes séropositifs ou non infectés ne sont pas suffisantes concernant les compléments alimentaires nécessaires. L'OMS recommande surtout les conseils nutritionnels comme base de toute intervention. Le VIH augmente les besoins énergétiques et potentialise d'autant les carences pour un adulte atteint de MAM. Il est donc conseillé d'encourager la prise de certains types de compléments alimentaires soit directement soit par un programme alimentaire.

Ce sont soit des produits locaux (haricots, farine, riz, huile) soit un produit enrichi spécifique, comme la Super Céréale, qui peut être consommé quotidiennement sous forme de bouillie. Les produits locaux sont moins chers mais selon la prévalence de MAM et l'insécurité alimentaire de votre cohorte de patients, un budget dédié à l'achat de produits enrichis peut se révéler prioritaire.

Comment réaliser un porridge de Super Céréale pour un adulte :

1. Lavage des mains et des ustensiles avec un détergent et de l'eau
2. Mélanger 40g de Super céréale avec 250ml d'eau, porter à ébullition et laisser cuire 5-10min
3. Servir quand c'est tiède

1-2 cuillères à thé de sucre et/ou d'huile/beurre peuvent être ajoutées pour améliorer l'appétence.



Conseil pratique

3.4 Prise en charge de l'adulte souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS)

Suivre les directives concernant les conseils nutritionnels et le calcul des besoins énergétiques quotidiens comme indiqué au point 3.1 pour les adultes dont l'état nutritionnel est " normal ".

Les adultes atteints de MAS présentent un risque élevé de mortalité et doivent être transférés immédiatement dans un service de nutrition thérapeutique. Si vous êtes en mesure de traiter ces patients au sein de votre établissement de santé, suivez le protocole de prise en charge de la MAS de votre section MSF ou le protocole national.

Important : La plupart des protocoles existants utilisent encore des laits thérapeutiques (F75 et F100) et RUTF (Ready-to-Use Therapeutic Food : PlumpyNut, eeZee Paste, Insta Paste, Chiponde, BP100, etc). Ces produits ont d'abord été conçus pour les enfants et sont parfois moins bien acceptés par les adultes dont les goûts diffèrent. Les conseils quant à la consommation de ces produits tiendront compte de ces nuances pour proposer des préparations plus adaptées.

Il faut envisager des approvisionnements compatibles avec les moyens de transport et distance à parcourir pour des patients déjà relativement faibles, comme des distributions moins volumineuses mais plus fréquentes ou un système de livraison à domicile.



Conseil pratique



Malnutrition chez les enfants séropositifs (1 mois – 10 ans)

1. Evaluation du statut nutritionnel

Mesures anthropométriques

Le moyen le plus performant (P/T ou PB) pour évaluer la malnutrition aiguë d'un enfant fait l'objet de nombreux débats. Dans la pratique, l'un ou l'autre peut être plus adapté aux capacités de l'établissement de santé et au contexte, et l'utilisation des deux permet une certaine flexibilité. L'admission d'un enfant dans un service de nutrition suivra les critères de P/T et/ou du PB mais ces éléments indispensables à l'évaluation nutritionnelle restent indissociables d'un examen clinique.



La taille et le poids sont très souvent mesurés de façon incorrecte. Voir Chapitre 10, page 163 pour plus de détails.

Indice poids-taille (P/T)

Il est calculé suite à la prise du poids et de la taille de l'enfant, puis en utilisant les tableaux de référence de l'OMS. Voir les valeurs seuil anthropométriques et les tableaux spécifiques à l'âge à l'annexe 24.2 aux pages 521-526 pour savoir dans quelle colonne (-3, -2 ou -1) l'indice poids-taille de l'enfant se trouve.



Tableau 24.4 P/T et interprétation pour les enfants

Classification de la malnutrition	Catégories P/T (enfants de 1 mois à 10 ans)
Normal	> -2
Malnutrition aigue modérée (MAM)	≥ -3 et ≤ -2
Malnutrition aigue sévère (MAS)	< -3

Le schéma 24.3 en donne deux exemples concrets.

- Pour un garçon d'une taille de 50 cm et d'un poids de 2,5 kg, la concordance des 2 valeurs correspond à une catégorie P/T de < -3 . On en conclue qu'il souffre de MAS
- Pour une fille d'une taille de 48.5 cm et d'un poids de 2.5kg, la concordance des 2 valeurs correspond à une catégorie P/T entre -2 et -3, elle souffre donc de MAM.

Schéma 24.3 Exemple de calcul de la catégorie P/T

Nouvelles références de l'OMS 2006 du Z-score									
GARÇONS					FILLES				
- 3	- 2	- 1	Median	cm	Median	- 1	- 2	- 3	
1,9	2	2,2	2,4	45	2,5	2,3	2,1	1,9	
1,9	2,1	2,3	2,5	45,5	2,5	2,3	2,1	2	
2	2,2	2,4	2,6	46	2,6	2,4	2,2	2	
2,1	2,3	2,5	2,7	46,5	2,7	2,5	2,3	2,1	
2,1	2,3	2,5	2,8	47	2,8	2,6	2,4	2,2	
2,2	2,4	2,6	2,9	47,5	2,9	2,6	2,4	2,2	
2,3	2,5	2,7	2,9	48	3	2,7	2,5	2,3	
2,3	2,6	2,8	3	48,5	3,1	2,8	2,6	2,4	
2,4	2,6	2,9	3,1	49	3,2	2,9	2,6	2,4	
2,5	2,7	3,0	3,2	49,5	3,3	3,0	2,7	2,5	
2,6	2,8	3,0	3,3	50	3,4	3,1	2,8	2,6	
2,7	2,9	3,1	3,4	50,5	3,5	3,2	2,9	2,7	
2,7	3	3,2	3,5	51	3,6	3,3	3	2,8	



Périmètre brachial (PB)

Il y a des données significatives qui montrent que les enfants de 6 mois à 5 ans avec un PB < 115mm présente un risque accru de mortalité. Bien qu'il n'y ait pas d'accord international sur les seuils du PB pour les enfants de 5 ans et plus, il y a suffisamment de preuves pour avoir confiance dans les valeurs ci-dessous :

Tableau 24.5 Valeurs et interprétation du PB pour les enfants

Classification de la malnutrition	6-59 mois (Taille 65-110cm, si âge inconnu)	5-10 ans (Taille 110-140cm, si âge inconnu)
Normal	≥125 mm	≥140 mm
Malnutrition aigue modérée (MAM)	≥115 et <125 mm	≥ 130 et <140 mm
Malnutrition aigue sévère (MAS)	<115 mm	<130 mm

Il est toujours possible qu'en discutant avec l'équipe et un référent nutrition, ces seuils soient adaptés au contexte spécifique et à l'approche thérapeutique (voir ci-dessous).



Important : Si un enfant avec un PB <115 mm (indépendamment du P/T)est transféré par un programme de dépistage nutritionnel communautaire dans votre établissement de santé, il doit être admis dans un service de nutrition approprié, selon ses complications médicales associées et de son appétit. Dans le cas contraire, il risque de s'instaurer une certaine méfiance à l'égard des professionnels de soins.

Evaluation des oedèmes

Les enfants qui souffrent d'œdème bilatéral doivent être traités pour une MAS, indépendamment de leur P/T ou de leur PB. L'œdème nutritionnel est toujours bilatéral et commence à partir des pieds. Si l'œdème commence au niveau du visage, qu'il n'est pas bilatéral ou qu'il semble être un œdème autre que nutritionnel, s'assurer d'éliminer le syndrome néphrotique ou d'autres affections rénales, ainsi que l'anémie sévère.

Les œdèmes chez l'enfant sont classés comme suit :

Tableau 24.6 Classification des oedèmes chez les enfants

Pieds	+
Pieds et jambes	++
Pieds, jambes et autres parties du corps	+++

A noter que les nourrissons de moins d'un an peuvent avoir des pieds dodus facilement assimilables, à tort, avec un œdème. Voir l'annexe 24.1 aux pages 520 pour l'évaluation des oedèmes nutritionnels.

Les antécédents nutritionnels et de sécurité alimentaire

Pour avoir une vision précise de la sécurité alimentaire du foyer, suivre les directives de l'encadré de la page 503. Il y a aussi un certain nombre de questions spécifiques qui doivent être posées aux enfants, dont beaucoup directement. S'ils ne sont pas assez âgés, l'interlocuteur doit être la personne qui s'occupe principalement de nourrir l'enfant.

Parmi les questions à poser, les questions suivantes sont essentielles :

- L'allaitement maternel : est-ce en cours ? L'enfant a-t-il été allaité ? Et si oui, pendant combien de temps cette exclusivité ? (cad pas d'autres aliments ou boissons donnés ?
- Le sevrage : à quel âge l'enfant a-t-il été sevré et quels aliments complémentaires ont été introduits pour la première fois ?
- Qu'est-ce qu'une journée normale d'alimentation pour l'enfant (tous les repas pris pendant 24h) ?
- Routines au moment des repas : l'enfant partage-t-il son assiette avec d'autres enfants ? Avec combien d'autres enfants ? L'enfant mange-t-il seul ou sous surveillance ?
- Préférences alimentaires : qu'est-ce que l'enfant aime manger ? Qu'est-ce que l'enfant refuse de manger ?

Des ressources supplémentaires pour évaluer les pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) peuvent être trouvées dans les ressources supplémentaires à l'adresse <https://samumfsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>



[samumfsf.org/en/
resources](https://samumfsf.org/en/resources)

2. Classification du statut nutritionnel

Classer dans l'une de ses 4 catégories :

- Normal
- A risque de malnutrition aigue (patients pour lesquels l'insécurité alimentaire est significative ou qui ont des mesures anthropométriques les plus basses dans les valeurs normales)
- Malnutrition aiguë modérée (MAM)
- Malnutrition aiguë sévère (MAS).

3. PEC spécifiques

Suivre les directives de PEC ci-dessous, adaptées à la classification de l'état nutritionnel.

3.1 Prise en charge d'un enfant dont l'état nutritionnel est normal

a. Conseils en nutrition

Utiliser les conseils de base en matière d'éducation à la nutrition suivant l'encadré en page 504. L'enfant en âge de comprendre doit être invité à participer ainsi que la personne qui s'en occupe.



samumsf.org/en/
resources
www.fantaproject.org



samumsf.org/en/
resources

Des renseignements plus détaillés sur les conseils à adresser aux enfants et adolescents (ANJE) et qui peuvent être adaptés à votre contexte, se trouvent dans le dossier des ressources supplémentaires aux adresses suivantes :

<https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018> ; et <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/NACS-Module-3-Counseling-May2016.pdf>

b. Calcul des besoins énergétiques journaliers et plan de gestion nutritionnel

Les besoins énergétiques quotidiens varient considérablement avec l'âge. Bien que les facteurs qui perturbent la croissance soient multiples (IO, facteurs sociaux), la meilleure façon de savoir si leurs besoins énergétiques sont suffisamment couverts est de surveiller régulièrement leur poids, leur taille et leur périmètre crânien.

Pour les enfants de moins de 6 mois, l'allaitement maternel exclusif à la demande est le meilleur conseil à donner, en veillant à ce que les mères soient en bonne santé pour pouvoir l'assurer correctement.

Des conseils plus détaillés sur le VIH et l'alimentation du nourrisson se trouvent dans le dossier des ressources supplémentaires à l'adresse suivante : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>

Pour les enfants de plus de 6 mois, leurs parents ou soignants doivent être informés sur l'importance d'une alimentation complémentaire appropriée (voir les lignes directrices de l'ANJE ci-dessus). Le tableau suivant peut être utilisé comme guide sur les besoins énergétiques supplémentaires.

Tableau 24.7 Exemples d'augmentation d'apport énergétique de 10 % à l'aide d'aliments

Donner en **plus des repas** et des collations appropriés à l'âge de l'enfant.

Age	Kcal/jour	Adaptation locale
6-11 mois	Supplément de 60-75 kcal= total ≈ 760 kcal/jour	Variété et quantités d'aliments locaux pouvant augmenter la densité énergétique d'autres aliments (2 c. à thé de margarine ou d'huile et 1-2 c. à thé de sucre dans le porridge) ou qui peuvent être donnés en plus du régime alimentaire normal.
12-23 mois	Supplément de 80-95 kcal= total ≈ 990 kcal/jour	Variété et quantités d'aliments locaux pouvant augmenter la densité énergétique d'autres aliments (margarine /huile et sucre dans le porridge) ou qui peuvent être donnés en plus du régime alimentaire normal.
2-5 ans	Supplément de 100-140 kcal= total ≈ 1390 kcal/jour	Variété et quantités d'aliments locaux pouvant augmenter la densité énergétique d'autres aliments ou qui peuvent être donnés en plus du régime alimentaire normal (tasse de crème entière/lait fermenté).
6-9 ans	Supplément de 130-190 kcal= total ≈ 1815 kcal/jour	Variété et quantités d'aliments locaux pouvant augmenter la densité énergétique d'autres aliments ou qui peuvent être donnés en plus du régime alimentaire normal (tasse de crème entière/lait fermenté).
10-14 ans	Supplément de 170-230 kcal= total ≈ 2200 kcal/jour	Variété et quantités d'aliments locaux pouvant augmenter la densité énergétique d'autres aliments ou qui peuvent être donnés en plus du régime alimentaire normal (tasse de yaourt aux fruits ou fromage/sandwich au beurre de cacahuète).

Le document complet se trouve dans le dossier des ressources supplémentaires à l'adresse suivante : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>

3.2 Prise en charge d'un enfant à risque de malnutrition aigue

Suivre les directives concernant les conseils nutritionnels et le calcul des besoins énergétiques quotidiens comme indiqué au point 3.1 pour les enfants dont l'état nutritionnel est " normal ". L'examen clinique et le traitement des enfants à risque doivent se faire rapidement, car leur état général peut se détériorer plus rapidement qu'un adulte. En cas de doute, traiter comme une MAM (ci dessous)

Pour les enfants de 6 à 24 mois, un supplément nutritionnel à base de lipides (LNS Small Quantity) tel que Enov Nutributter ou eeZee20 peut être mélangé avec l'aliment complémentaire normal d'un enfant. L'objectif de l'utilisation de ce produit est de prévenir la malnutrition aiguë en l'utilisant pendant 4 à 6 mois.

3.3 Prise en charge d'un enfant souffrant de malnutrition aigue modérée (MAM)

Suivre les directives concernant les conseils nutritionnels et le calcul des besoins énergétiques quotidiens comme indiqué au point 3.1 pour les enfants dont l'état nutritionnel est " normal ".

Comme pour les adultes, les données probantes en faveur de directives internationalement reconnues sur la prise en charge de la MAM chez les enfants séropositifs ou non infectés ne sont pas suffisantes concernant les compléments alimentaires nécessaires. L'OMS recommande surtout les conseils nutritionnels comme base de toute intervention. Le VIH augmente les besoins énergétiques et potentialise d'autant les carences pour un enfant atteint de MAM et déjà en déficit nutritionnel. Il est donc conseillé d'encourager la prise de certains types de compléments alimentaires soit directement soit par un programme alimentaire. C'est d'autant plus important pour les enfants, car ils se détériorent plus rapidement que les adultes.

Ce sont soit des produits locaux (haricots, farine, riz, huile), cela dépend de l'âge de l'enfant, soit un produit enrichi spécifique, comme la Super Céréale Plus (indiquée spécifiquement pour les enfants de 6 mois à 5 ans), qui peut être consommé quotidiennement sous forme de bouillie. D'autres options sont des aliments complémentaires prêts à l'emploi (RUSF), également connus sous le nom de supplément nutritionnel à base de lipides (LNS) en grande quantité - tels que eeZeeBAR et PlumpySup. Il existe différents protocoles pour les quantités à utiliser, mais en général 1-2 sachets de RUSF peuvent être consommés directement à partir du paquet, accompagnés d'un menu équilibré.

Les produits locaux sont moins chers mais selon la prévalence de MAM et l'insécurité alimentaire de votre cohorte de patients, un budget dédié à l'achat de produits enrichis peut se révéler prioritaire.

Comment réaliser un porridge de Super Céréale Plus pour un enfant (entre 6 mois et 5 ans) :

1. Lavage des mains et des ustensiles avec un détergent et de l'eau
2. Mélanger 50g de Super Céréale Plus avec 250ml d'eau, porter à ébullition et laisser cuire 5-10min
3. Servir quand tiède

1-2 cuillères à thé de sucre et/ou d'huile/beurre peuvent être ajoutées pour améliorer l'appétence.



Conseil pratique



3.4 Prise en charge d'un enfant souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS)

Suivre les directives ci dessus concernant les conseils nutritionnels et le calcul des besoins énergétiques quotidiens pour les enfants dont l'état nutritionnel est normal. Les enfants atteints de MAS présentent un risque élevé de mortalité et doivent être **transférés immédiatement** dans un service de nutrition thérapeutique. Si vous êtes en mesure de traiter ces patients au sein de votre établissement de santé, suivez le protocole de prise en charge de la MAS de votre section MSF ou le protocole national qui concernent les enfants.



Important : Chez les enfants, la tuberculose se manifeste souvent de façon atypique, notamment par une perte de poids importante. Assurez-vous toujours qu'un dépistage TB a été effectué chez les enfants atteints de MAS.

Malnutrition chez les adolescents séropositifs (10- 19 ans)

1. Evaluation du statut nutritionnel

C'est un groupe particulier caractérisé par une sensibilité accrue en raison de cette phase difficile entre l'enfance et l'âge adulte qu'est l'adolescence. Pour plus d'informations sur les approches de ce groupe, voir le **chapitre 10**.

Mesures anthropométriques

Aucune mesure anthropométrique ne diagnostique une malnutrition aiguë chez les adolescents. Le choix des indices à utiliser pour ce groupe d'âge fait l'objet d'un débat, et il est probable que des avancées existeront dans un avenir proche. Voici ce qui est proposé actuellement.

Critères de malnutrition utilisant l'observation du P/T et des oedèmes chez les adolescents.

Voir le graphique des indices P/T chez les adolescents (annexe 24.2 à la fin de ce manuel), qui donne une valeur de -1 à -3 en % ou une médiane. Utiliser ce graphique et le tableau ci dessous pour évaluer le degré de malnutrition.



Tableau 24.8 Evaluation de la malnutrition chez les adolescents

% de la médiane ou œdème bilatéral	Classification de la malnutrition
> 80%	Normal
≥ 70% à < 80%	Malnutrition aigue modérée (MAM)
< 70% ou œdème bilatéral	Malnutrition aigue sévère (MAS)

Les antécédents nutritionnels et de sécurité alimentaire

Faire une enquête nutritionnelle et de sécurité alimentaire telle que décrite dans l'encadré en page 503 et identifier si l'adolescent est traité davantage comme un adulte ou comme un enfant pour ses besoins alimentaires dans son foyer.

Les besoins énergétiques quotidiens varient considérablement avec l'âge. A titre indicatif, utiliser le tableau 24.7 ci-dessus pour les adolescents de 10 à 14 ans et utiliser celui des adultes pour les adolescents de 14 à 19 ans.

2. Classification de l'état nutritionnel

Classer dans l'une de ses 4 catégories :

- Normal
- A risque de malnutrition aigue (patients pour lesquels l'insécurité alimentaire est significative ou qui ont des mesures anthropométriques les plus basses dans les valeurs normales)
- Malnutrition aiguë modérée (MAM)
- Malnutrition aiguë sévère (MAS).

3. PEC spécifiques

En ce qui concerne la prise en charge des différentes catégories de malnutrition chez l'adolescent, suivre les directives décrites pour les adultes tout en utilisant les approches adaptées aux adolescents au **chapitre 10**.

Malnutrition et VIH : points clés

- La malnutrition est un facteur de risque indépendant et reconnu de morbidité et de mortalité chez les adolescents et les adultes séropositifs.
- L'évaluation de l'état nutritionnel du patient séropositif doit faire partie à part entière de l'offre globale de soins.
- Tous les patients séropositifs ont besoin de commencer une TARV le plus tôt possible car l'association d'un traitement médical et d'une nutrition améliorée a un impact positif considérable sur leur santé.
- La PEC de la nutrition doit être adaptée spécifiquement à la classification de la malnutrition et l'âge du patient.
- Les patients de tous âges qui souffrent de malnutrition aiguë sévère ont un taux de mortalité élevé et nécessitent des soins médicaux et nutritionnels urgents.

B. Les patients qui présentent une perte de poids persistante

Le but de cette rubrique n'est pas de donner tous les diagnostics différentiels des causes de perte de poids persistante, ni de faire des recommandations concernant les examens à faire et le traitement à donner, car ces informations sont décrites dans des chapitres spécifiques ailleurs dans ce manuel.

L'intention est de renseigner une liste de pathologies fréquentes susceptibles d'être observées dans les centres de soins primaires pour le VIH, afin que les cliniciens recherchent l'origine d'une perte de poids persistante lorsque les maladies habituelles ne semblent pas en être la cause. Les informations sont énoncées dans le tableau 24.9 ci-dessous avec des conseils supplémentaires quand c'est nécessaire.



Un patient fatigué signifie simplement qu'il est mince et émacié. La fatigue n'est pas un diagnostic, la cause doit donc être activement recherchée.

Tableau 24.9 Causes possibles de perte de poids
observée dans les centres de soins primaires

Catégories	Maladies	Conseils/commentaires
Infections	TB à la fois pharmacosensible et pharmacorésistante	Aucun test ne peut exclure la tuberculose ! Si la suspicion clinique est élevée, commencer le traitement antituberculeux. Si le patient est depuis longtemps gravement malade ou qu'il se détériore rapidement – commencer un traitement empirique et effectuer en parallèle d'autres examens complémentaires et le transférer à l'hôpital. (Voir le chapitre 11 , Le patient ambulatoire présentant une infection à VIH avancée).
	Mycobactérie non tuberculeuse (MNT ou MOTT)	Plus fréquente en Asie du SE. Pas détaillé dans ce manuel. Voir les lignes directrices de MSF
	Infections fongiques disséminées	A envisager, surtout si CD4 <100. Effectuer un CrAg et, en cas de lésions cutanées, effectuer un prélèvement de peau ou une biopsie si possible (chapitres 11, 14 et 20). Les lésions cutanées, associées à une atteinte pulmonaire, suggèrent une histoplasmosse ou une pénicilliose : elles sont fréquentes dans certaines régions (Asie du Sud-Est)
IRIS	IRIS tuberculeux : le plus fréquent et peut concerner tous les organes	A envisager, surtout au cours des trois premiers mois après l'initiation d'une TARV ou le passage à un nouveau régime (chapitre 5).

Catégories	Maladies	Conseils/commentaires
Infections gastro intestinales	Diarrhées chroniques avec ou sans vomissement	Il faut questionner les patients à ce sujet, car ils peuvent omettre cette information. Un faible taux de potassium peut faire soupçonner une diarrhée chronique. Un traitement empirique de la diarrhée chronique est souvent indiqué (voir chapitre 15).
Métabolique	Diabète sucré (voir Chapitre 21 pour plus de détails)	Toujours vérifier la glycémie. Certains ARV augmentent l'incidence du diabète sucré (c'est aussi un facteur de risque indépendant de TB)
Nutrition insuffisante	Pénurie de nourriture	Tout patient ayant un IMC <18 doit faire l'objet d'une évaluation plus complète de son état nutritionnel et recevoir des compléments alimentaires (voir ce chapitre).
	Dépression	Une perte d'appétit importante accompagnée d'une dépression peut entraîner une perte de poids (chapitre 22).
Tumeurs	Sarcome de Kaposi	Effectuer un examen de la peau et une RXT pour rechercher la présence de ganglions et des signes d'infiltrats pulmonaires. Vérifier aussi l'Hb, car il peut y avoir un saignement intestinal à bas bruit (Voir chapitres 15 et 20 .)
	Lymphome	Examiner soigneusement les ganglions lymphatiques périphériques et faire une RXT pour rechercher des ganglions médiastinaux.
	Autres sites	Envisager d'autres tumeurs pas nécessairement en lien avec le VIH (poumon, colon, estomac)
Causes rares	Toxicité EFV	Peut entraîner une baisse de tonus généralisé, physique et mental qui peut être associé à une perte ou un gain de poids insuffisant (voir chapitre 4).
	Hyperthyroïdisme	Vérifier la TSH



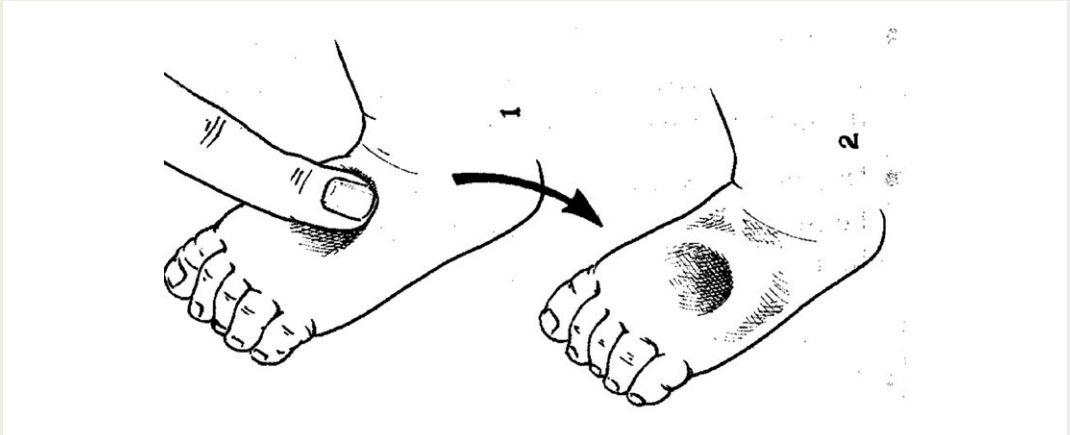
- **Le syndrome de cachexie du VIH** est un diagnostic de l'OMS de stade 4 qui repose sur l'exclusion de toutes les causes possibles. **On ne doit pas conclure à ce diagnostic dans nos contextes**, car ce genre de manifestation est beaucoup plus souvent la conséquence d'une TB ou d'autres infections opportunistes.
- La perte de poids est rarement causée par un faible taux de CD4 et/ou une charge virale élevée uniquement. Il est beaucoup plus probable qu'elle soit le résultat d'une IO.

Annexe 24.1 Evaluation d'un œdème bilatéral

Un œdème est la rétention d'eau et de sodium dans les espaces extra-cellulaires.

Les oedèmes sont évalués sur le dessus du pied ou sur la face antérieure de la jambe.

On exerce une pression moyenne de trois secondes (1) (*le temps qu'il faut pour prononcer cent vingt et un, 122, 123*) et on relâche la pression. L'enfant présente un oedème si une empreinte du pouce reste marquée sous forme de dépression. C'est le « signe du godet » (2).



Les oedèmes, pour avoir une signification nutritionnelle, doivent être **bilatéraux**, c'est-à-dire présents sur les deux jambes. Il faut donc toujours s'assurer de la **présence d'œdèmes sur la jambe opposée**, et n'enregistrer un enfant comme présentant des oedèmes que si ceux-ci sont bilatéraux. Les oedèmes nutritionnels commencent toujours aux pieds, si des oedèmes commencent au niveau du visage, ce ne sont pas des oedèmes nutritionnels.*

Codification des oedèmes bilatéraux

- + : oedèmes bilatéraux au niveau des pieds
- ++ : oedèmes bilatéraux au niveau des tibias
- +++ : oedèmes bilatéraux au niveau des membres inférieurs et de la face (généralisés)

Attention : Signification des oedèmes chez l'adulte :

Les oedèmes bilatéraux sont un signe de malnutrition sévère. Cependant, des oedèmes chez l'adulte peuvent être provoqués par d'autres pathologies (rénales, cardiaques, hépatiques, etc). **Avant de faire un diagnostic de malnutrition basé sur des oedèmes, il faut exclure les autres causes d'œdèmes.**

* En effet, un œdème unilatéral chez l'enfant peut être causé par une infection, un éléphantiasis (obstruction des voies lymphatiques par des filaires), une morsure de serpent ou une piqûre d'insecte, une phlébite ou une thrombose veineuse (provoquée par un cancer par exemple), une fracture,...

Appendix 24.2 Evaluation nutritionnelle : mesures anthropométriques et limites

Enfants 1 à < 6 mois			
	P / T z-score		Oedèmes
Normal	≥ -2		0
Modéré	≥ -3 et < -2		0
Sévère	< -3		+, ++, +++
Enfants 6 à < 60 mois (< 5 ans)			
	P / T z-score	PB	Oedèmes
Normal	≥ -2	≥ 125 mm	0
Modéré	≥ -3 and < -2	≥ 115 mm et < 125 mm	0
Sévère	< -3	< 115 mm	+, ++, +++
Enfants 5 à < 10 ans			
	P / T z-score	PB*	Oedèmes
Normal	≥ -2	≥ 140 mm	0
Modéré	≥ -3 et < -2	≥ 130 mm et < 140 mm	0
Sévère	< -3	< 130 mm	+, ++, +++
Adolescents 10 à < 20 ans			
	% de la médiane P / T*		Oedèmes
Normal	$\geq 80\%$		0
Modéré	$\geq 70\%$ et $< 80\%$		0
Sévère	$< 70\%$		+, ++, +++
Adultes 20 ans ou plus			
	IMC	PB (*)	Oedèmes
Normal	≥ 18.5 et < 25	≥ 210 mm	0
Modéré	≥ 16 et < 18.5	≥ 185 mm et < 210 mm	0
Sévère	< 16	< 185 mm	+, ++, +++
Femme enceinte et allaitante			
		PB (*)	
Normal		≥ 230 mm	
Modéré		≥ 190 mm et < 230 mm	
Sévère		< 190 mm	

* Ces limites n'ont pas le même niveau de preuve que celles des enfants de 6 à 59 mois, mais à partir d'un certain nombre d'études et d'une expérience opérationnelle, nous pouvons être certains que ces indicateurs sont un bon marqueur de mortalité. Ces limites peuvent être spécifiques au contexte et peuvent être potentiellement ajustées – En discuter toujours d'abord avec votre coordination et un référent nutrition.

Appendix 24.3 Poids en fonction de la taille (z-score) et tableaux IMC pour les nourrissons de 1 mois à < 60 mois (< 5 ans)

GARÇONS		Poids en fonction de la Taille (mesurée enfant allongé)						FILLES
- 3	- 2	- 1	Median	cm	Median	- 1	- 2	- 3
1.9	2.0	2.2	2.4	45	2.5	2.3	2.1	1.9
1.9	2.1	2.3	2.5	45.5	2.5	2.3	2.1	2.0
2.0	2.2	2.4	2.6	46	2.6	2.4	2.2	2.0
2.1	2.3	2.5	2.7	46.5	2.7	2.5	2.3	2.1
2.1	2.3	2.5	2.8	47	2.8	2.6	2.4	2.2
2.2	2.4	2.6	2.9	47.5	2.9	2.6	2.4	2.2
2.3	2.5	2.7	2.9	48	3.0	2.7	2.5	2.3
2.3	2.6	2.8	3.0	48.5	3.1	2.8	2.6	2.4
2.4	2.6	2.9	3.1	49	3.2	2.9	2.6	2.4
2.5	2.7	3.0	3.2	49.5	3.3	3.0	2.7	2.5
2.6	2.8	3.0	3.3	50	3.4	3.1	2.8	2.6
2.7	2.9	3.1	3.4	50.5	3.5	3.2	2.9	2.7
2.7	3.0	3.2	3.5	51	3.6	3.3	3.0	2.8
2.8	3.1	3.3	3.6	51.5	3.7	3.4	3.1	2.8
2.9	3.2	3.5	3.8	52	3.8	3.5	3.2	2.9
3.0	3.3	3.6	3.9	52.5	3.9	3.6	3.3	3.0
3.1	3.4	3.7	4.0	53	4.0	3.7	3.4	3.1
3.2	3.5	3.8	4.1	53.5	4.2	3.8	3.5	3.2
3.3	3.6	3.9	4.3	54	4.3	3.9	3.6	3.3
3.4	3.7	4.0	4.4	54.5	4.4	4.0	3.7	3.4
3.6	3.8	4.2	4.5	55	4.5	4.2	3.8	3.5
3.7	4.0	4.3	4.7	55.5	4.7	4.3	3.9	3.6
3.8	4.1	4.4	4.8	56	4.8	4.4	4.0	3.7
3.9	4.2	4.6	5.0	56.5	5.0	4.5	4.1	3.8
4.0	4.3	4.7	5.1	57	5.1	4.6	4.3	3.9
4.1	4.5	4.9	5.3	57.5	5.2	4.8	4.4	4.0
4.3	4.6	5.0	5.4	58	5.4	4.9	4.5	4.1
4.4	4.7	5.1	5.6	58.5	5.5	5.0	4.6	4.2
4.5	4.8	5.3	5.7	59	5.6	5.1	4.7	4.3
4.6	5.0	5.4	5.9	59.5	5.7	5.3	4.8	4.4
4.7	5.1	5.5	6.0	60	5.9	5.4	4.9	4.5
4.8	5.2	5.6	6.1	60.5	6.0	5.5	5.0	4.6
4.9	5.3	5.8	6.3	61	6.1	5.6	5.1	4.7
5.0	5.4	5.9	6.4	61.5	6.3	5.7	5.2	4.8
5.1	5.6	6.0	6.5	62	6.4	5.8	5.3	4.9
5.2	5.7	6.1	6.7	62.5	6.5	5.9	5.4	5.0
5.3	5.8	6.2	6.8	63	6.6	6.0	5.5	5.1
5.4	5.9	6.4	6.9	63.5	6.7	6.2	5.6	5.2
5.5	6.0	6.5	7.0	64	6.9	6.3	5.7	5.3
5.6	6.1	6.6	7.1	64.5	7.0	6.4	5.8	5.4
5.7	6.2	6.7	7.3	65	7.1	6.5	5.9	5.5
5.8	6.3	6.8	7.4	65.5	7.2	6.6	6.0	5.5
5.9	6.4	6.9	7.5	66	7.3	6.7	6.1	5.6
6.0	6.5	7.0	7.6	66.5	7.4	6.8	6.2	5.7
6.1	6.6	7.1	7.7	67	7.5	6.9	6.3	5.8
6.2	6.7	7.2	7.9	67.5	7.6	7.0	6.4	5.9
6.3	6.8	7.3	8.0	68	7.7	7.1	6.5	6.0
6.4	6.9	7.5	8.1	68.5	7.9	7.2	6.6	6.1
6.5	7.0	7.6	8.2	69	8.0	7.3	6.7	6.1
6.6	7.1	7.7	8.3	69.5	8.1	7.4	6.8	6.2
6.6	7.2	7.8	8.4	70	8.2	7.5	6.9	6.3
6.7	7.3	7.9	8.5	70.5	8.3	7.6	6.9	6.4
6.8	7.4	8.0	8.6	71	8.4	7.7	7.0	6.5
6.9	7.5	8.1	8.8	71.5	8.5	7.7	7.1	6.5
7.0	7.6	8.2	8.9	72	8.6	7.8	7.2	6.6
7.1	7.6	8.3	9.0	72.5	8.7	7.9	7.3	6.7
7.2	7.7	8.4	9.1	73	8.8	8.0	7.4	6.8
7.2	7.8	8.5	9.2	73.5	8.9	8.1	7.4	6.9
7.3	7.9	8.6	9.3	74	9.0	8.2	7.5	6.9
7.4	8.0	8.7	9.4	74.5	9.1	8.3	7.6	7.0

Pour plus d'informations sur la mesure précise de la hauteur ou de la longueur, reportez-vous à la page 163.

GARÇONS		Poids en fonction de la Taille (mesurée enfant allongé)					FILLES	
- 3	- 2	-1	Median	cm	Median	- 1	- 2	- 3
7.5	8.1	8.8	9.5	75	9.1	8.4	7.7	7.1
7.6	8.2	8.8	9.6	75.5	9.2	8.5	7.8	7.1
7.6	8.3	8.9	9.7	76	9.3	8.5	7.8	7.2
7.7	8.3	9.0	9.8	76.5	9.4	8.6	7.9	7.3
7.8	8.4	9.1	9.9	77	9.5	8.7	8.0	7.4
7.9	8.5	9.2	10.0	77.5	9.6	8.8	8.1	7.4
7.9	8.6	9.3	10.1	78	9.7	8.9	8.2	7.5
8.0	8.7	9.4	10.2	78.5	9.8	9.0	8.2	7.6
8.1	8.7	9.5	10.3	79	9.9	9.1	8.3	7.7
8.2	8.8	9.5	10.4	79.5	10.0	9.1	8.4	7.7
8.2	8.9	9.6	10.4	80	10.1	9.2	8.5	7.8
8.3	9.0	9.7	10.5	80.5	10.2	9.3	8.6	7.9
8.4	9.1	9.8	10.6	81	10.3	9.4	8.7	8.0
8.5	9.1	9.9	10.7	81.5	10.4	9.5	8.8	8.1
8.5	9.2	10.0	10.8	82	10.5	9.6	8.8	8.1
8.6	9.3	10.1	10.9	82.5	10.6	9.7	8.9	8.2
8.7	9.4	10.2	11.0	83	10.7	9.8	9.0	8.3
8.8	9.5	10.3	11.2	83.5	10.9	9.9	9.1	8.4
8.9	9.6	10.4	11.3	84	11.0	10.1	9.2	8.5
9.0	9.7	10.5	11.4	84.5	11.1	10.2	9.3	8.6
9.1	9.8	10.6	11.5	85	11.2	10.3	9.4	8.7
9.2	9.9	10.7	11.6	85.5	11.3	10.4	9.5	8.8
9.3	10.0	10.8	11.7	86	11.5	10.5	9.7	8.9
9.4	10.1	11.0	11.9	86.5	11.6	10.6	9.8	9.0

GARÇONS		Poids en fonction de la taille (enfant debout)					FILLES	
- 3	- 2	- 1	Median	cm	Median	- 1	- 2	- 3
9.6	10.4	11.2	12.2	87	11.9	10.9	10.0	9.2
9.7	10.5	11.3	12.3	87.5	12.0	11.0	10.1	9.3
9.8	10.6	11.5	12.4	88	12.1	11.1	10.2	9.4
9.9	10.7	11.6	12.5	88.5	12.3	11.2	10.3	9.5
10.0	10.8	11.7	12.6	89	12.4	11.4	10.4	9.6
10.1	10.9	11.8	12.8	89.5	12.5	11.5	10.5	9.7
10.2	11.0	11.9	12.9	90	12.6	11.6	10.6	9.8
10.3	11.1	12.0	13.0	90.5	12.8	11.7	10.7	9.9
10.4	11.2	12.1	13.1	91	12.9	11.8	10.9	10.0
10.5	11.3	12.2	13.2	91.5	13.0	11.9	11.0	10.1
10.6	11.4	12.3	13.4	92	13.1	12.0	11.1	10.2
10.7	11.5	12.4	13.5	92.5	13.3	12.1	11.2	10.3
10.8	11.6	12.6	13.6	93	13.4	12.3	11.3	10.4
10.9	11.7	12.7	13.7	93.5	13.5	12.4	11.4	10.5
11.0	11.8	12.8	13.8	94	13.6	12.5	11.5	10.6
11.1	11.9	12.9	13.9	94.5	13.8	12.6	11.6	10.7
11.1	12.0	13.0	14.1	95	13.9	12.7	11.7	10.8
11.2	12.1	13.1	14.2	95.5	14.0	12.8	11.8	10.8
11.3	12.2	13.2	14.3	96	14.1	12.9	11.9	10.9
11.4	12.3	13.3	14.4	96.5	14.3	13.1	12.0	11.0
11.5	12.4	13.4	14.6	97	14.4	13.2	12.1	11.1
11.6	12.5	13.6	14.7	97.5	14.5	13.3	12.2	11.2
11.7	12.6	13.7	14.8	98	14.7	13.4	12.3	11.3
11.8	12.8	13.8	14.9	98.5	14.8	13.5	12.4	11.4
11.9	12.9	13.9	15.1	99	14.9	13.7	12.5	11.5
12.0	13.0	14.0	15.2	99.5	15.1	13.8	12.7	11.6
12.1	13.1	14.2	15.4	100	15.2	13.9	12.8	11.7
12.2	13.2	14.3	15.5	100.5	15.4	14.1	12.9	11.9
12.3	13.3	14.4	15.6	101	15.5	14.2	13.0	12.0
12.4	13.4	14.5	15.8	101.5	15.7	14.3	13.1	12.1
12.5	13.6	14.7	15.9	102	15.8	14.5	13.3	12.2
12.6	13.7	14.8	16.1	102.5	16.0	14.6	13.4	12.3
12.8	13.8	14.9	16.2	103	16.1	14.7	13.5	12.4
12.9	13.9	15.1	16.4	103.5	16.3	14.9	13.6	12.5
13.0	14.0	15.2	16.5	104	16.4	15.0	13.8	12.6
13.1	14.2	15.4	16.7	104.5	16.6	15.2	13.9	12.8
13.2	14.3	15.5	16.8	105	16.8	15.3	14.0	12.9
13.3	14.4	15.6	17.0	105.5	16.9	15.5	14.2	13.0
13.4	14.5	15.8	17.2	106	17.1	15.6	14.3	13.1
13.5	14.7	15.9	17.3	106.5	17.3	15.8	14.5	13.3
13.7	14.8	16.1	17.5	107	17.5	15.9	14.6	13.4
13.8	14.9	16.2	17.7	107.5	17.7	16.1	14.7	13.5
13.9	15.1	16.4	17.8	108	17.8	16.3	14.9	13.7
14.0	15.2	16.5	18.0	108.5	18.0	16.4	15.0	13.8
14.1	15.3	16.7	18.2	109	18.2	16.6	15.2	13.9
14.3	15.5	16.8	18.3	109.5	18.4	16.8	15.4	14.1
14.4	15.6	17.0	18.5	110	18.6	17.0	15.5	14.2
14.5	15.8	17.1	18.7	110.5	18.8	17.1	15.7	14.4
14.6	15.9	17.3	18.9	111	19.0	17.3	15.8	14.5
14.8	16.0	17.5	19.1	111.5	19.2	17.5	16.0	14.7
14.9	16.2	17.6	19.2	112	19.4	17.7	16.2	14.8
15.0	16.3	17.8	19.4	112.5	19.6	17.9	16.3	15.0
15.2	16.5	18.0	19.6	113	19.8	18.0	16.5	15.1
15.3	16.6	18.1	19.8	113.5	20.0	18.2	16.7	15.3
15.4	16.8	18.3	20.0	114	20.2	18.4	16.8	15.4
15.6	16.9	18.5	20.2	114.5	20.5	18.6	17.0	15.6
15.7	17.1	18.6	20.4	115	20.7	18.8	17.2	15.7
15.8	17.2	18.8	20.6	115.5	20.9	19.0	17.3	15.9
16.0	17.4	19.0	20.8	116	21.1	19.2	17.5	16.0
16.1	17.5	19.2	21.0	116.5	21.3	19.4	17.7	16.2
16.2	17.7	19.3	21.2	117	21.5	19.6	17.8	16.3
16.4	17.9	19.5	21.4	117.5	21.7	19.8	18.0	16.5
16.5	18.0	19.7	21.6	118	22.0	19.9	18.2	16.6
16.7	18.2	19.9	21.8	118.5	22.2	20.1	18.4	16.8
16.8	18.3	20.0	22.0	119	22.4	20.3	18.5	16.9
16.9	18.5	20.2	22.2	119.5	22.6	20.5	18.7	17.1
17.1	18.6	20.4	22.4	120	22.8	20.7	18.9	17.3

Enfants de 5 à < 10 ans

GARÇONS

Poids en fonction de la taille (enfant debout)

FILLES

-3	-2	-1	Median	cm	Median	-1	-2	-3
14.4	15.6	17.0	18.5	110	18.6	17.0	15.5	14.2
14.5	15.8	17.1	18.7	110.5	18.8	17.1	15.7	14.4
14.6	15.9	17.3	18.9	111	19.0	17.3	15.8	14.5
14.8	16.0	17.5	19.1	111.5	19.2	17.5	16.0	14.7
14.9	16.2	17.6	19.2	112	19.4	17.7	16.2	14.8
15.0	16.3	17.8	19.4	112.5	19.6	17.9	16.3	15.0
15.2	16.5	18.0	19.6	113	19.8	18.0	16.5	15.1
15.3	16.6	18.1	19.8	113.5	20.0	18.2	16.7	15.3
15.4	16.8	18.3	20.0	114	20.2	18.4	16.8	15.4
15.6	16.9	18.5	20.2	114.5	20.5	18.6	17.0	15.6
15.7	17.1	18.6	20.4	115	20.7	18.8	17.2	15.7
15.8	17.2	18.8	20.6	115.5	20.9	19.0	17.3	15.9
16.0	17.4	19.0	20.8	116	21.1	19.2	17.5	16.0
16.1	17.5	19.2	21.0	116.5	21.3	19.4	17.7	16.2
16.2	17.7	19.3	21.2	117	21.5	19.6	17.8	16.3
16.4	17.9	19.5	21.4	117.5	21.7	19.8	18.0	16.5
16.5	18.0	19.7	21.6	118	22.0	19.9	18.2	16.6
16.7	18.2	19.9	21.8	118.5	22.2	20.1	18.4	16.8
16.8	18.3	20.0	22.0	119	22.4	20.3	18.5	16.9
16.9	18.5	20.2	22.2	119.5	22.6	20.5	18.7	17.1
17.1	18.6	20.4	22.4	120	22.8	20.7	18.7	17.2
17.5	19.0	20.6	22.4	120.5	22.8	20.8	18.8	17.3
17.9	19.2	20.8	22.5	121	22.9	20.9	18.9	17.3
18.0	19.3	21.0	22.9	121.5	23.0	20.9	19.0	17.4
18.3	19.6	21.1	23.1	122	23.1	21.0	19.1	17.6
18.5	19.8	21.3	23.3	122.5	23.3	21.1	19.2	17.7
18.6	20.0	21.6	23.4	123	23.4	21.2	19.4	17.9
18.8	20.1	21.8	23.8	123.5	23.6	21.4	19.5	18.0
18.9	20.3	22.0	24.0	124	23.8	21.5	19.7	18.1
19.1	20.5	22.2	24.2	124.5	24.2	21.7	19.8	18.3
19.2	20.6	22.3	24.4	125	24.4	22.0	20.0	18.4
19.4	20.8	22.5	24.6	125.5	24.6	22.2	20.3	18.7
19.7	21.1	22.7	24.9	126	24.9	22.4	20.5	18.9
19.8	21.3	23.0	25.1	126.5	25.1	22.6	20.6	19.0
20.0	21.5	23.2	25.3	127	25.3	22.7	20.8	19.2
20.2	21.6	23.4	25.7	127.5	25.5	23.1	21.0	19.3
20.3	21.8	23.6	25.9	128	25.9	23.3	21.1	19.5
20.5	22.0	23.8	26.1	128.5	26.1	23.4	21.5	19.6
20.6	22.3	24.1	26.3	129	26.3	23.6	21.6	20.0
21.0	22.5	24.3	26.7	129.5	26.7	24.0	21.8	20.1
21.1	22.6	24.5	26.9	130	26.9	24.2	22.0	20.3
21.3	22.8	24.7	27.1	130.5	27.1	24.4	22.1	20.4
21.5	23.0	24.9	27.3	131	27.5	24.5	22.5	20.6
21.6	23.2	25.2	27.7	131.5	27.7	24.9	22.7	20.9
21.8	23.5	25.4	27.9	132	28.1	25.1	22.8	21.1
22.1	23.7	25.6	28.1	132.5	28.3	25.3	23.0	21.2
22.3	23.9	25.8	28.5	133	28.5	25.6	23.3	21.4
22.5	24.1	26.2	28.7	133.5	28.9	25.8	23.5	21.6
22.6	24.2	26.4	28.9	134	29.1	26.0	23.7	21.9
22.8	24.6	26.6	29.3	134.5	29.5	26.4	23.9	22.1
23.1	24.8	27.0	29.5	135	29.7	26.6	24.2	22.2
23.3	25.0	27.2	29.9	135.5	29.9	26.8	24.4	22.4
23.5	25.2	27.4	30.1	136	30.3	27.2	24.6	22.8
23.7	25.5	27.6	30.4	136.5	30.6	27.4	25.0	22.9
23.8	25.7	28.0	30.8	137	31.0	27.6	25.2	23.1
24.2	25.9	28.2	31.0	137.5	31.2	28.0	25.3	23.3
24.4	26.3	28.6	31.4	138	31.6	28.2	25.5	23.6
24.6	26.5	28.8	31.7	138.5	31.8	28.4	25.9	23.8
24.7	26.7	29.0	32.1	139	32.3	28.8	26.1	24.0
25.1	26.9	29.2	32.3	139.5	32.5	29.0	26.3	24.1
25.3	27.2	29.6	32.5	140	32.9	29.4	26.7	24.5

Adolescents de 10 à < 20 ans

GARÇONS

Poids en fonction de la taille (enfant debout)

FILLES

70%	80%	85%	Median	cm	Median	85%	80%	70%
25,1	27,2	29,6	32,5	140	32,9	29,4	26,7	24,5
25,2	27,4	29,7	33,0	140,5	33,2	29,6	26,8	24,7
25,2	27,6	29,9	33,4	141	33,6	29,8	27,0	24,9
25,3	28,0	30,0	33,8	141,5	33,8	30,2	27,4	25,0
25,4	28,2	30,2	34,1	142	34,1	30,4	27,6	25,2
25,4	28,4	30,3	34,7	142,5	34,8	30,7	27,8	25,6
25,5	28,8	30,5	35,0	143	35,6	31,1	28,0	25,7
25,6	29,0	30,6	35,3	143,5	36,0	31,3	28,4	25,8
25,6	29,1	30,8	35,7	144	36,4	31,4	28,6	25,9
25,7	29,2	30,9	36,1	144,5	36,9	31,5	29,1	26,0
25,8	29,2	31,0	36,5	145	37,1	31,5	29,7	26,0
25,8	29,5	31,3	36,8	145,5	37,4	31,8	29,9	26,2
26,0	29,7	31,6	37,2	146	37,8	32,1	30,2	26,5
26,3	30,0	31,9	37,6	146,5	38,1	32,4	30,5	26,7
26,5	30,3	32,2	37,9	147	38,4	32,6	30,7	26,9
26,8	30,6	32,5	38,3	147,5	38,8	33,0	31,0	27,2
27,0	30,9	32,8	38,6	148	39,1	33,2	31,3	27,4
27,3	31,2	33,1	39,0	148,5	39,5	33,6	31,6	27,7
27,5	31,5	33,4	39,3	149	39,8	33,8	31,8	27,9
27,8	31,7	33,7	39,7	149,5	40,1	34,1	32,1	28,1
28,0	32,0	34,0	40,0	150	40,5	34,4	32,4	28,4
28,3	32,3	34,3	40,4	150,5	40,8	34,7	32,6	28,6
28,5	32,6	34,7	40,8	151	41,2	35,0	33,0	28,8
28,8	32,9	34,9	41,1	151,5	41,5	35,3	33,2	29,1
29,1	33,2	35,3	41,5	152	41,9	35,6	33,5	29,3
29,3	33,5	35,6	41,9	152,5	42,3	36,0	33,8	29,6
29,6	33,8	35,9	42,3	153	42,6	36,2	34,1	29,8
29,8	34,1	36,2	42,6	153,5	43,0	36,6	34,4	30,1
30,1	34,4	36,6	43,0	154	43,4	36,9	34,7	30,4
30,4	34,7	36,9	43,4	154,5	43,8	37,2	35,0	30,7
30,7	35,0	37,2	43,8	155	44,2	37,6	35,4	30,9
30,9	35,4	37,6	44,2	155,5	44,6	37,9	35,7	31,2
31,2	35,7	37,9	44,6	156	45,1	38,3	36,1	31,6
31,5	36,0	38,3	45,0	156,5	45,5	38,7	36,4	31,9
31,8	36,3	38,6	45,4	157	46,0	39,1	36,8	32,2
32,1	36,7	38,9	45,8	157,5	46,5	39,5	37,2	32,6
32,4	37,0	39,3	46,2	158	47,0	40,0	37,6	32,9
32,7	37,3	39,6	46,6	158,5	47,6	40,5	38,1	33,3
33,0	37,7	40,0	47,1	159	48,2	41,0	38,6	33,7
33,3	38,0	40,4	47,5	159,5	48,9	41,6	39,1	34,2
33,6	38,4	40,8	48,0	160	49,7	42,2	39,8	34,8
33,9	38,7	41,1	48,4	160,5	50,5	42,9	40,4	35,4
34,2	39,1	41,5	48,8	161	51,6	43,9	41,3	36,1
34,5	39,4	41,9	49,3	161,5	52,8	44,9	42,2	37,0
34,8	39,8	42,3	49,8	162	54,5	46,3	43,6	37,8
35,1	40,2	42,7	50,2	162,5	56,1	47,7	44,9	38,3
35,5	40,5	43,1	50,7	163	56,4	47,9	45,1	38,8
35,8	40,9	43,5	51,1	163,5	56,7	48,2	45,4	39,0
36,1	41,3	43,9	51,6	164	57,0	48,4	45,6	39,5
36,5	41,7	44,3	52,1	164,5	57,3	48,7	45,8	39,8
36,8	42,1	44,7	52,6	165	57,6	48,9	46,0	40,0

MSM 2015

Teenage and Adult Nutrition protocol

15

Utiliser IMC

IMC pour adultes de 20 ans ou plus

Kg cm	142	145	147	150	152	155	157	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191	193	196
118	58	56	54	53	51	49	48	46	45	43	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	32	31
116	57	55	53	51	50	48	47	45	44	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30
113	56	54	52	50	49	47	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	30
111	55	53	51	49	48	46	45	43	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	31	30	29
109	54	52	50	48	47	45	44	43	41	40	39	38	36	35	34	33	33	32	31	30	29	28
107	53	51	49	47	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28
104	52	50	48	46	45	43	42	41	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	30	29	28	27
102	50	49	47	45	44	43	41	40	39	37	36	35	34	33	32	31	31	30	29	28	27	27
100	49	48	46	44	43	42	40	39	38	37	36	34	33	32	32	31	30	29	28	27	27	26
98	48	47	45	43	42	41	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	26	25
95	47	45	44	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	27	26	26	25
93	46	44	43	41	40	39	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	26	26	25	24
91	45	43	42	40	39	38	37	35	34	33	32	31	30	30	29	28	27	26	26	25	24	24
89	44	42	41	39	38	37	36	35	33	32	31	31	30	29	28	27	26	26	25	24	24	23
86	43	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	26	25	24	24	23	23
84	41	40	39	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	23	22
82	40	39	38	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21
79	39	38	37	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21
77	38	37	36	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20
75	37	36	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20	20

Kg cm	142	145	147	150	152	155	157	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191	193	196
73	36	35	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	24	24	23	22	22	21	21	20	19	19
70	35	34	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	20	20	19	19	18
68	34	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	23	23	22	22	21	20	20	19	19	18	18
66	33	31	30	29	28	27	27	26	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19	18	18	17	17
64	31	30	29	28	27	26	26	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19	18	17	17	16	16
61	30	29	28	27	26	26	25	24	23	22	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16
59	29	28	27	26	25	25	24	23	22	22	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15
57	28	27	26	25	24	24	23	22	21	21	20	20	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15
54	27	26	25	24	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	14	14
52	26	25	24	23	22	22	21	20	20	19	19	18	17	17	16	16	16	15	14	14	14	14
50	25	24	23	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15	14	14	13	13
48	24	23	22	21	21	20	19	19	18	17	17	16	16	16	15	15	14	14	13	13	12	12
45	22	22	21	20	20	19	18	18	17	17	16	16	15	15	14	14	14	13	12	12	12	12
43	21	21	20	19	19	18	17	17	16	16	15	15	14	14	14	13	13	13	12	12	11	11
41	20	19	19	18	18	17	16	16	15	15	15	14	14	13	13	13	12	12	11	11	11	11
39	19	18	18	17	17	16	16	15	15	14	14	13	13	13	12	12	12	11	11	10	10	10
36	18	17	17	16	16	15	15	14	14	13	13	13	12	12	11	11	11	11	10	10	9	9

Indice de Masse Corporelle (IMC) = Poids (Kg) / Taille (mètres)²

- Obèse : ≥ 30
- Surpoids : ≥ 25 et < 30
- Normal : ≥ 18,5 and < 25
- Malnutrition Aigue Modérée (MAM) : ≥ 16 and < 18,5
- Malnutrition Aigue Sévère (MAS) : 16

Soutien aux patients

Pourquoi un soutien aux patients est-il nécessaire ?

Lignes directrices de soutien aux patients selon le contexte

Soutien aux patients : messages clés



Pourquoi un soutien aux patients est-il nécessaire ?

Dans les années 1980, un haut responsable des soins de santé a dit un jour : “ Les médicaments ne fonctionnent pas chez les gens qui ne les prennent pas ”.

Accompagner les patients à suivre scrupuleusement leur traitement est sans doute le plus grand défi actuellement dans la prise en charge du VIH et de la tuberculose et une de nos missions principales en tant que prestataires de soins de santé. Le soutien aux patients (SP) est donc fondamental pour un panel de soins qui nécessitent un ou plusieurs traitements de longue durée ou à vie.

Envisager les 2 scenarios suivants :

SCENARIO 1

Seriez-vous capable de suivre une cure de 5 jours d'antibiotiques, sans pratiquement aucun effet secondaire, et de poursuivre le traitement jusqu'au bout malgré une réelle amélioration après 3 jours ? Il faut mesurer combien il est difficile pour les patients séropositifs de prendre quotidiennement une quantité impressionnante de médicaments, d'en supporter les effets secondaires et de s'y tenir tout au long de leur existence sans qu'une pause voire un oubli ne soit toléré.

SCENARIO 1

Vous consultez votre médecin suite à un ensemble de symptômes qui, selon vous, peuvent représenter une maladie grave. A la fin de la consultation, vous recevez une ordonnance et quelques explications succinctes concernant le diagnostic, le traitement et le pronostic de la maladie. Quelles sont les questions que vous vous posez lorsque vous quittez le médecin ?

Vous pouvez les classer en deux grands groupes :

1. Sentiments et préoccupations au sujet de votre maladie (peur, choc, anxiété : est-ce que je vais mourir ? Est-ce que ça va faire mal ? Et si les autres l'apprennent ?)
2. Attentes du traitement (est-ce que je vais être malade ou guérir ? Comment et pour combien de temps vais-je devoir prendre des pilules ?)

Toute personne faisant face à la maladie, quel que soit son niveau d'éducation et son statut socio-économique, a des questions, des craintes, des attentes et des sentiments variés avec une façon très personnelle d'appréhender l'avenir. L'infection au VIH reste en cela une maladie bien particulière avec ses conséquences potentiellement dévastatrices - non seulement physiques, mais aussi pour son impact psychosocial. L'intérêt et la compréhension portés aux patients dans tous ces aspects de la maladie déterminent la façon et la régularité avec lesquelles ils vont s'impliquer dans les soins. Une relation de confiance entre les professionnels de santé et le patient est essentielle afin qu'il puisse exprimer tous les enjeux que cette maladie chronique représente.

Le soutien apporté aux patients pour une adhérence correcte au traitement se compose de divers processus utilisés par une équipe de personnes, principalement des cliniciens et des conseillers, avec l'objectif de comprendre et de répondre, aux préoccupations, aux comportements et aux attentes des patients par une approche individualisée.

Le soutien à l'adhérence de la TARV est souvent fondé sur un modèle de compétences en Information-Motivation- Comportement (IMC) axé sur des connaissances et éducation sur la trithérapie, sur une motivation à prendre correctement des ARV et sur des compétences pratiques en terme d'assiduité au traitement, adaptées à la vie des patients au quotidien.

Le clinicien a rarement le temps nécessaire pour aborder ces nombreuses questions, ce rôle essentiel est confié aux conseillers, professionnels ou non, parfois des pairs qui ont reçu une formation sur les aspects techniques du VIH et de la TB et sur la façon d'apporter conseil. Leur implication et le bénéfice de leur travail sont incontestables mais le soutien aux patients repose sur un travail d'équipe, une collaboration étroite entre les conseillers et les cliniciens.



Le soutien aux patients doit être un travail collaboratif entre le clinicien et le conseiller, chacune des parties étant soutenue par l'autre. La clef de voute est une communication permanente entre eux.

Lignes directrices de soutien aux patients selon le contexte

Ce chapitre couvre les principales interventions du **personnel médical en matière de SP pour les soins liés au VIH et à la tuberculose**. Dans les tableaux ci dessous et en fonction des différents soins, des actions SP clés sont proposées. Le personnel médical est fortement invité à suivre ces recommandations dans les contextes VIH et TB.

Pour de plus amples informations et des conseils détaillés en matière de santé publique, se référer aux guides de MSF intitulés *"Patient Support, Education and Counselling for adults living with HIV and/or TB"* et *"Patient Support, Education and Counselling for children living with HIV"* dans la section des ressources supplémentaires de ce chapitre du site Web du SAMU : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018/>.

D'autres ressources sur les SP se trouvent également dans la section « Patient and Community Support » du site Web du SAMU, <https://samumsf.org/en/resources>



[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018/](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018/)

Tableau 25.1 Lignes directrices de soutien aux patients, spécifiques au contexte

Étapes dans les soins VIH	Interventions clés de soutien aux patients par le personnel médical
Prévention VIH (PPE, PrEP, CMMV : circoncision masculine médicale volontaire)	Général • Effectuer une évaluation du risque d'infection VIH (ex : demander à la personne si elle connaît les modes de transmission du VIH), si elle a été exposée récemment ou si elle juge être à haut risque de contamination). Au besoin, proposer une PPE, une PrEP ou une CMMV. • Toujours recommander des pratiques sexuelles protégées et l'utilisation du préservatif. • Pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, veuillez vous référer à la section PTME. • Lorsque c'est pertinent et pour les personnes sous TARV, profiter de l'occasion pour promouvoir le message " indétectable = intransmissible " (I=I). PPE : • Rassurer et motiver les personnes qui commencent une PPE sur les bienfaits de la thérapie. • Souligner l'importance de prendre le traitement complet de 28 jours et les risques encourus si ce n'est pas le cas. • Demander à la personne si elle pense avoir des difficultés à prendre des médicaments tous les jours pendant un mois. • Informer les patients sur les effets secondaires en précisant que c'est une conséquence normale du traitement. Encourager le patient à retourner à l'établissement de santé s'il lui est difficile de supporter les effets secondaires ou pour tout motif de préoccupations. • Prévoir un rendez vous pour un nouveau test après la fin du traitement. • Etre bienveillant, surtout en cas d'agression sexuelle. • Orienter le patient vers des services de conseils, en fonction de ses besoins (soins psychologiques ou adhérence au traitement) et encourager l'utilisation de préservatifs et de pratiques sexuelles protégées PrEP : • Dans les contextes où la PrEP est disponible, elle doit être proposée pour les personnes à risque élevé de contamination. (voir chapitre 8). • Au cours des visites de suivi de la PrEP, évaluer et encourager l'adhésion à la PrEP, en complément du soutien fourni par les conseillers. • Demander au patient si certaines doses ont été oubliées depuis la dernière visite ou si le traitement lui a causé des effets désagréables. • Toujours encourager l'utilisation de contraceptifs et de préservatifs pour prévenir les IST ou les grossesses non planifiées. • Veiller à ce que le patient revienne pour un nouveau test, un suivi et renouvellement de la PrEP. • Attention à votre attitude qui doit être bienveillante et sans jugement à l'égard de la personne que ce soit pour son travail, son identité sexuelle, ses habitudes sociales, notamment pour les travailleurs du sexe, les HSH ou les consommateurs de drogues par injection. Une attitude critique pourrait les décourager à continuer la PrEP et à consulter régulièrement.

Étapes dans les soins VIH	Interventions clés de soutien aux patients par le personnel médical
	CMMV • Dans les contextes où la CMMV est disponible et recommandée, le personnel médical doit la proposer et inciter les jeunes hommes à en bénéficier. Messages clés • La CMMV réduit considérablement le risque de contracter le VIH. • Elle ne supprime pas la nécessité d'adopter des pratiques sexuelles protégées et l'utilisation du préservatif.
Services de dépistage du VIH (SDV)	Ne pas oublier de promouvoir et/ou de proposer le dépistage du VIH : • Dans les centres de soins pour TB, hépatites virales et IST. • Dans les centres de soins prénatals, SMI et les enfants de moins de 5 ans. • Suivant les contextes cliniques/ lorsque l'état du patient est en faveur d'une infection VIH. • Centres de malnutrition • Services de santé pour les populations clés Tout le personnel doit s'assurer que les recommandations sur les conseils concernant les SDV et les principes des " 5 C " (Consentement, Confidentialité, Conseil, résultats Corrects, Contact) sont respectés. Les points clés à aborder (volontaire ou DAPIP : dépistage et accompagnement psychologique à l'initiative du prestataire) : • Les bénéfices des SDV • Explications des résultats sérologiques positifs et négatifs • Prévention future • Accès à un traitement immédiat et gratuit • Support psychologique si résultat positif En supplément, en cas de résultat séropositif : • Tester à nouveau le patient pour confirmer le statut VIH • Orienter le patient pour l'initiation d'une TARV dès qu'il se sent prêt • Recommander le dépistage du cas index avec information au partenaire si possible. • Dépistage TB et IST • Prévention de la transmission et planification de la contraception En supplément, en cas de résultat séronégatif : • Réduction des risques, PPE, PrEP ou CMMV (dépend de l'exposition/risque au VIH) • Dépistage IST • Planning de contraception

Étapes dans les soins VIH	Interventions clés de soutien aux patients par le personnel médical
Services de dépistage du VIH (SDV)	Recommandations : • L'information pré-test peut être donnée en groupe, mais le résultat sera toujours divulgué lors d'une séance individuelle de conseil, afin que la confidentialité soit respectée. • Un consentement du patient (verbal ou écrit) ou du soignant (pour un enfant) pour un test VIH est obligatoire. En milieu hospitalier, les professionnels de santé peuvent expliquer que, suite au dépistage du VIH, il adapteront et optimiseront les soins et traitements en fonction du résultat et de l'état du patient. Promouvoir un autotest oral lorsqu'il est disponible. Points clés : • Si le résultat est positif, faire le lien avec les soins. • Rappeler au patient qu'un autotest positif doit être confirmé par un professionnel de santé. • Chez les patients séropositifs sous TARV, le résultat sera très probablement négatif. Il n'est donc pas nécessaire de le réaliser lorsque la séropositivité est connue.
Entrée/retour dans les soins antirétroviraux	L'accès aux soins antirétroviraux doit se faire dans une atmosphère accueillante, qu'il s'agisse d'un patient nouvellement diagnostiqué, d'un patient perdu de vue ou d'un patient avec une maladie VIH avancée qui retourne aux soins. Avoir une attention particulière à l'égard des patients qui retournent aux soins. Une attitude bienveillante et accueillante peut augmenter considérablement les possibilités de discuter des questions suivantes avec le patient : • Quelles étaient les raisons des interruptions/défaillances précédentes ? • Quand le traitement a-t-il été interrompu et pour combien de temps ? • Quels problèmes psychosociaux pourraient affecter l'adhérence du patient à partir de maintenant et que peut-on faire pour minimiser le risque d'interruption du traitement à l'avenir ?
Initiation de la TARV	Vérifier que le patient a bien compris les informations clés sur la TARV, données lors des séances de conseil et d'éducation. Points clés : • Expliquer pourquoi le traitement est nécessaire. • Insister sur l'importance de l'adhérence. • Expliquer les risques si le traitement n'est pas pris quotidiennement, à vie, ainsi que les risques liés à l'interruption du traitement. • Décrire comment prendre le traitement (quand, quoi, comment....) surtout s'il est associé à d'autres traitements (TB ou TPI) • Plutôt que d'imposer un horaire pour la prise des médicaments, convenir avec le patient du moment le plus approprié. • Préciser que les ARV peuvent être pris à jeun. • Préciser que l'alcool n'est pas recommandé avec la TARV mais que le traitement sera tout de même efficace et que le patient ne sera pas plus malade s'il devait en consommer.

Étapes dans les soins VIH	Interventions clés de soutien aux patients par le personnel médical
Initiation de la TARV	• Expliquer les effets secondaires les plus fréquents du traitement et les mesures à prendre ou à ne pas prendre, s'ils devaient se manifester. • Expliquer les signes de gravité aux patients et à leur famille, et la façon d'y répondre en consultant les services de soins de santé. Les réponses des patients vous indiqueront où renforcer les messages clés concernant la TARV.
Gérer les patients refusant l'initiation de la TARV	Si un patient refuse de commencer un traitement antirétroviral, évaluer en douceur et sans porter de jugement les raisons de ce refus : • Y a-t-il des incompréhensions au sujet des ARV (effets secondaires, TARV et nourriture/ alcool) ? • Le patient a-t-il été conseillé sur la TARV ? • Y a-t-il une crainte de discrimination ? • Y a-t-il des facteurs sociaux qui influencent l'initiation de la TARV ? Aborder les différentes questions en conséquence, en faisant appel aux conseillers au besoin.
Suivi de la TARV du 1er mois au 6ème mois (M1 à M6)	A chaque visite de suivi : • Évaluer les effets secondaires et soutenir l'adhérence. • Évaluer et discuter comment gérer les effets secondaires • Entre le premier et le troisième mois de la TARV, expliquer la CV, pourquoi ce test doit être fait, ce que les résultats signifient et pourquoi le but est qu'elle soit indétectable. Profiter également de l'occasion pour rappeler qu'indétectable = intransmissible (I=I). Lors du premier test, évaluer les connaissances du patient en matière de CV. • Pour les patients qui ne sont pas venus à un ou plusieurs rendez-vous, s'assurer qu'ils soient toujours joignables ; accueillir correctement les patients qui reviennent aux soins. Processus d'annonce pour les enfants de plus de 5 ans (chapitre 10) • Veiller à ce que l'enfant soit orienté/suivi par un conseiller pour des séances de conseils sur la divulgation complète ou partielle. • Faire participer l'enfant dans les discussions sur son traitement et ses soins, lorsque son statut est divulgué.

Etapas dans les soins VIH	Interventions clés de soutien aux patients par le personnel médical
Suivi de la TARV à partir du 6ème mois et plus 	Proposer une prestation de services différenciée (CAG/clubs, protocole de délivrance de médicaments plus rapide, avec des renouvellements pour de plus longues périodes). Evaluer et soutenir l'adhérence à chaque nouvelle visite de suivi : • Une adhérence stable à vie n'est pas garantie. • Le suivi régulier par les conseillers s'arrête au mois 6 de TARV, à moins qu'il n'y ait un problème. Diriger le patient vers un conseiller s'il existe une suspicion de problème d'adhérence. Lors de la prise de rendez-vous suivants : • Demander si le patient a des projets de voyage. • Vérifier avec lui si la prochaine date de visite lui convient. • Faire preuve de souplesse en permettant un renouvellement d'ARV plus important lorsque le patient voyage ou ne peut retourner à l'établissement de santé le jour du rendez-vous. Planifications des tests de CV : • S'assurer que la planification des tests de CV suit bien les algorithmes de CV. • Essayer d'obtenir que le patient reçoive ses résultats • Féliciter le patient quand la CV est indétectable • Assurer une prise en charge correcte, y compris des conseils approfondis en matière d'adhérence, selon l'algorithme de la CV si celle-ci est > 1 000 copies • Pour les patients qui ne sont pas venus à un ou plusieurs rendez-vous, s'assurer qu'ils soient toujours joignables ; accueillir correctement les patients qui reviennent aux soins. Processus d'annonce pour les enfants (chapitre 10 page 187 et dans les lignes directrices pour le support, l'éducation et les conseils aux patients dans les ressources supplémentaires pour ce chapitre sur le site web du SAMU : https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018/) • Veiller à ce que l'enfant soit orienté/suivi par un conseiller pour des séances de conseils sur la divulgation complète ou partielle. • Faire participer l'enfant dans les discussions sur son traitement et ses soins, lorsque son statut est divulgué.

Étapes dans les soins VIH	Interventions clés de soutien aux patients par le personnel médical
Surveillance de la CV et soins pour les patients dont la CV est élevée	Lors des visites de suivi, toujours vérifier le dossier/carte du patient pour s'assurer que tous les tests de CV ont été faits au moment opportun (routine ou rattrapage). <u>Résultat de CV élevé, s'assurer :</u> • Que le patient a eu connaissance de son résultat • Que le patient est dirigé vers des séances de conseils approfondis relatifs à l'adhérence, le jour même où il reçoit son résultat de CV (idéalement, il y a deux séances successives, mais si ce n'est pas faisable, une seule séance de qualité est souvent suffisante). <u>Dans la période entre la 1ère CV élevée et celle de contrôle :</u> • Apporter un soutien supplémentaire au patient concernant les questions d'adhérence abordées dans les séances de conseils approfondis • Planifier les rendez-vous de suivi et les renouvellements d'ARV en fonction de la disponibilité du patient. Faire preuve de souplesse, compte tenu des transports et de la quantité de médicaments déjà fournie. Idéalement, les visites doivent être mensuelles mais peuvent être modifiées moyennant que le patient ait assisté à au moins une séance de conseils approfondis et qu'il revienne pour ces tests de CV dans les temps impartis.
	• Si le test de contrôle de CV est encore élevé, suivre les recommandations locales probablement en faveur d'un passage à une nouvelle ligne de régime de traitement. • IMPORTANT : Le changement de régime doit être fait sans délai même si le patient n'a pas terminé ses deux sessions de conseils approfondis. L'indication clinique est prioritaire (voir Chapitre 6). Le conseiller peut aisément continuer les séances d'aide à l'adhérence après le changement.
	• Documenter dans le dossier patient toutes les informations concernant sa CV, y compris ses résultats de tests.

Etapas dans les soins VIH	Interventions clés de soutien aux patients par le personnel médical
Changer vers la seconde ou troisième ligne de régime de traitement	Vérifier que le patient comprend : • Les raisons pour lesquelles vous avez changé son régime (« Le traitement que vous avez suivi ne fonctionne plus pour vous »). • L'efficacité du nouveau traitement (sûr, empêche le VIH de se développer et protège de la maladie) et l'importance de l'adhérence (le traitement fonctionne s'il est pris tous les jours). • Comment prendre avec exactitude le nouveau régime (quels comprimés et quand). • Les effets secondaires possibles (conséquence normale du traitement) en citant des exemples parmi les plus fréquents. • Si des effets secondaires apparaissent, ne pas arrêter le traitement, mais retourner au centre de soins pour consulter. Si le patient refuse de commencer un nouveau régime : • Ne pas être agressif dans l'attitude envers le patient car il y a probablement de véritables raisons à son refus. • Identifier ses préoccupations • Expliquer les risques à retarder un changement de régime. (« Sans un traitement efficace, le VIH se multiplie et diminue vos capacités à combattre les infections et tôt ou tard, vous serez malade. De nouveaux médicaments sont nécessaires pour renforcer votre immunité ») • Vérifier l'absence d'idées fausses concernant les traitements de 2ème ou 3ème ligne. Un patient peut s'imaginer que c'est sa dernière option ce qui le rend vulnérable et craintif à commencer ce nouveau traitement. Encourager le patient et l'orienter vers des services de conseils et de soutien. Suivi de la CV à partir du M1 du nouveau régime : • Donner des renouvellements d'ARV chaque mois et souligner l'importance de retourner consulter pour une surveillance régulière de l'état de santé. • Décrire les situations possibles qui doivent conduire le patient à consulter plus tôt (effets secondaires difficilement supportables, voyage non planifié, nécessité de renouveler le traitement avant le prochain rendez vous). • S'assurer que le patient a bien noté la date de la prochaine CV de contrôle (habituellement 6 mois après le changement de régime) et les décisions qui seront prises d'après la CV < ou > 1 000. • Evaluer et encourager l'adhérence à chaque visite de suivi et orienter le patient vers un conseiller si un problème est identifié.

Étapes dans les soins de PTME	Messages de soutien aux patients de PTME à prendre en compte par le personnel médical
SDV	Les tests de dépistage du VIH doivent être offerts dans les centres de CPN/SMI pour toutes les femmes enceintes, en travail ou allaitantes, si leur état sérologique est inconnu ou négatif depuis plus de trois mois. Expliquer ce qui suit : • Le VIH peut aussi être transmis pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement, d'où la nécessité de le dépister à l'une ou l'autre de ces étapes. • Si le test est positif, insister sur : • Une TARV doit être débutée le plus tôt possible (idéalement le même jour) en prévention de la transmission à l'enfant. • Planifier l'accouchement dans un établissement de soins. • Le bébé doit recevoir un traitement préventif immédiatement après l'accouchement et être testé pour le VIH selon les directives nationales et les algorithmes de l'EID (diagnostic précoce de l'enfant). • Le bébé doit être exclusivement nourri au sein pendant 6 mois dès la naissance. • Recommander le dépistage du cas index avec information au partenaire ; encourager le patient (sans le forcer) à divulguer son statut VIH à son partenaire.
Initiation de la TARV et suivi en soins prénatals	S'assurer que les femmes comprennent les bénéfices de la TARV, à la fois pour leur propre santé mais aussi pour prévenir la transmission à leurs enfants. Les détails incluent ce qui suit : • Expliquer que le programme PTME doit être suivi non seulement pendant la grossesse mais aussi après l'accouchement, jusqu'à ce que le statut de l'enfant soit confirmé (à l'âge de 18 mois environ ou 3 mois après la fin de l'allaitement) • Expliquer l'importance de retourner à l'établissement de soins pour un suivi de son état de santé et celui de son futur enfant. • Motiver, évaluer et soutenir l'adhérence au traitement à chaque consultation prénatale. • Discuter les possibilités pour elle d'accoucher dans un établissement de santé. • Faire les tests de CV aux femmes qui y sont éligibles, expliquer les résultats et orienter les femmes vers des services de conseils approfondis si la CV est élevée. • Avant l'accouchement, s'assurer que la femme comprend les détails du traitement à donner au bébé immédiatement après la naissance. • Souligner l'importance de continuer à venir consulter après l'accouchement pour des tests VIH et pour continuer le traitement du nourrisson. • Recommander un allaitement exclusif pendant 6 mois. Ne pas diversifier l'alimentation du nourrisson à moins d'une indication clinique.

Étapes dans les soins de PTME	Messages de soutien aux patients de PTME à prendre en compte par le personnel médical
Diagnostic précoce du nourrisson et suivi de la TARV pendant les soins postnatals	S'assurer que la mère comprend l'importance du DPN, des procédures de dépistage du VIH pour le bébé et de leur planification au cours des 18 prochains mois. • Discuter de la signification de chaque résultat de test. • Un test positif nécessite une confirmation et exigera que le bébé prenne une TARV. • Un test négatif doit également être contrôlé et ne sera confirmé que s'il est réalisé après l'arrêt de l'allaitement. Expliquer à la maman que son enfant doit prendre quotidiennement des médicaments pour prévenir ou traiter l'infection au VIH, en fonction des résultats des tests. Expliquer les principes de l'alimentation au cours des 18 premiers mois : • Allaitement exclusif les 6 premiers mois. • Quoi et comment donner des aliments en supplément de l'allaitement après 6 mois. • Comment faire le sevrage au moment voulu. En supplément : • Surveiller étroitement l'adhérence du traitement par la mère et le bébé à chaque visite postnatale et, idéalement, dans le cadre d'un service à guichet unique. S'assurer qu'un système de traçabilité est en place pour repérer les rendez-vous manqués. • Ne pas oublier de référer les personnes admissibles au test de CV et de prendre les mesures adaptées en cas de résultats élevés. • Discuter des options de contraception avec la mère dès que possible.

Etapes dans les soins pour la tuberculose	Interventions clés de soutien aux patients tuberculeux par le personnel médical
Prévention et dépistage	Ne pas oublier le dépistage de la TB, surtout pour les patients séropositifs et proposer la TPI selon les recommandations de l'OMS Sensibiliser les patients et les familles au contrôle de la transmission des infections : • Informer les patients sur le moment et la façon d'utiliser le masque (faire une démonstration si possible). • Expliquer en détail la ventilation, l'hygiène relative à la toux et quand éviter les endroits bondés. Concernant les personnes ayant un examen des expectorations : • Expliquer aux patients comment expectorer un échantillon suffisant • Éduquer le patient sur la façon d'utiliser la carte d'expectoration. • Donner des messages clés comme illustrés dans les documents de MSF sur la TB (Voir flipchart de MSF sur la tuberculose dans la section des ressources supplémentaires pour ce chapitre sur le site Web du SAMU : https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018/).
Traitement de la tuberculose sensible aux médicaments	S'assurer que le patient comprend les notions de base sur la tuberculose, son traitement et les procédures de suivi : • Les avantages du traitement, en soulignant que la tuberculose peut être guérie • Quand et comment prendre des médicaments pendant les phases intensives et phases d'entretien. • La durée du traitement • Les effets secondaires les plus fréquents • Les tests de laboratoire Lors de chaque consultation de suivi : • Evaluer et soutenir l'adhérence au traitement pendant toute sa durée. • Expliquer les risques liés à une mauvaise adhérence et qu'une prise régulière du traitement permettra au patient de se sentir mieux rapidement. • Veiller à ce que le patient n'arrête pas ses médicaments sans avis médical. Encourager le patient à retourner consulter pour tous problèmes relatifs au traitement. • Orienter le patient vers des services de conseil et de soutien selon ses besoins. • Ne pas oublier la recherche des contacts, les visites à domicile, la traçabilité des patients et de les diriger vers des services de soutien social. En cas de co-infection VIH/tuberculose, faciliter/assurer un guichet unique de services.

Etapas dans les soins pour la tuberculose	Interventions clés de soutien aux patients tuberculeux par le personnel médical
Traitement de la tuberculose résistante aux médicaments	Le traitement de la TB-RR/MR est long, a de nombreux effets secondaires possibles et nécessite une surveillance plus étroite. L'abandon des patients est très élevé et le soutien est un élément clé de la stratégie d'un traitement complet. • En collaboration avec les conseillers, s'assurer que les patients comprennent les informations suivantes : • Les détails du traitement de la TB-RR/MR (pilules vs injections, quand les prendre, combien de temps). • Les effets secondaires possibles et comment les prendre en charge. • L'importance du suivi et des services DOT (en fonction de ce qui est mis en œuvre dans un contexte spécifique) • Les risques liés aux interruptions du traitement voire au traitement incomplet. • Connaître les raisons d'éventuelles interruptions de traitement par le passé et l'impact sur l'adhérence à ce jour. • Proposer un dépistage en santé mentale (la prévalence de la maladie mentale dans la tuberculose pharmacorésistante est élevée). Au besoin, transférer le patient vers les services compétents. • Proposer au patient (sans l'obliger) d'identifier un soignant référent pour lui, capable de le soutenir tout au long du traitement. • Veiller à ce que les mesures de prévention de la transmission soient bien comprises et mises en pratique. • Motiver le patient et soutenir l'adhérence à chaque consultation de suivi pendant toute la durée des phases intensives et d'entretien, jusqu'à la fin du traitement. • Mettre en place un système de suivi afin que les patients qui ne viennent pas à leurs rendez-vous soient identifiés.

Soutien aux patients : messages clés

- Toutes les interventions de soutien aux patients visent à promouvoir la prévention, à favoriser l'adhérence et à retenir les patients dans les soins en répondant à leurs besoins psychosociaux et en renforçant leurs compétences pour faire face aux spécificités de leur état de santé.
- Pour le clinicien déjà bien accaparé par le suivi clinique, il est nécessaire de confier une partie de cette tâche aux conseillers tout en partageant avec eux ce fardeau complexe et essentiel qu'est le soutien aux patients.

Populations clés

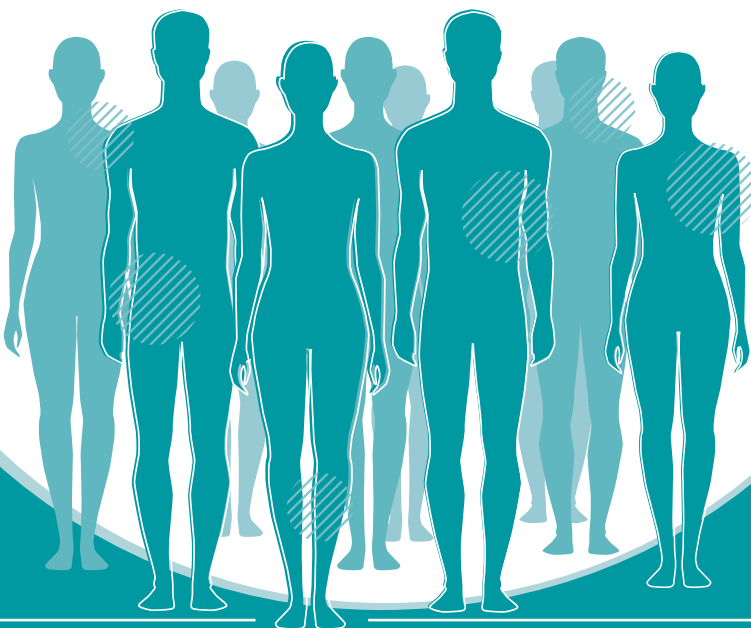
Qui sont les populations clés ?

Lignes directrices génériques : personnes des populations clés

Lignes directrices pour groupes spécifiques

Adolescents et jeunes des populations clés : résumé

Résumé : prise en charge des populations clés



Dans la plupart des pays, l'investissement dans les soins liés au VIH a eu tendance à se concentrer sur la population générale. Cependant, lors d'épidémies focalisées ou généralisées, **les populations clés représentent souvent une part importante de la prévalence du VIH**. Aussi, l'incidence, dans ces populations, a continué d'augmenter, alors même que les taux dans la population générale se sont stabilisés ou ont diminué. Ce risque élevé persistant est étroitement lié à la criminalisation de leur comportement, à leur exclusion et, de fait, à un accès aux soins de santé très limité. Dans le monde entier, on estime que 54% des nouvelles infections par le VIH chez les adultes surviennent parmi les populations clés et leurs partenaires sexuels, et, en Afrique, cette proportion varie de 10 à 40 %. Il est reconnu que bon nombre de personnes des populations clés adoptent plus d'un comportement à haut risque et ont tendance à transmettre le VIH plus facilement, ce qui potentialise d'autant l'incidence de l'infection au sein de ce groupe.

Les solutions résident dans des changements structurels et des investissements pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins pour les populations à haut risque et exclues. L'orientation clinique de ce manuel n'a pas pour but de les détailler mais plutôt de donner des directives claires sur les spécificités des soins cliniques nécessaires à ces populations clés dont l'affluence est très importante dans les centres de soins VIH et qui ne bénéficient pas de programme dédiés.

Ce chapitre traite des informations cliniques essentielles à connaître afin d'offrir en consultation un service optimal aux personnes issues des populations clés.

Qui sont les populations clés ?

5 catégories sont reconnues par l'OMS :

1. Les professionnel(le)s du sexe (PS)
2. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
3. Prisonniers et personnes en milieu fermé
4. Les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse (PWID)
5. Les personnes transgenres

Pour diverses raisons biologiques et psychosociales, **les adolescents et les jeunes** des populations clés ont toujours été plus vulnérables aux IST, au VIH et autres pathologies de santé sexuelle et reproductive que les personnes plus âgées. Un adolescent issu d'une population clé doit faire l'objet d'une attention particulière.

Directives consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés 2016 mise à jour : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/>



WHO guidelines

Ce que le clinicien doit savoir lors d'une consultation avec les personnes des populations clés :

La majeure partie des informations concerne tout le monde et sont présentées en premier, d'autres sont propres à un groupe en particulier et font l'objet de lignes directrices spécifiques.

Lignes directrices génériques : personnes des populations clés

Tous ont droit au respect dû à toutes les populations :

- Dépistage volontaire du VIH et conseil.** Toute personne a droit de décider de son propre traitement et de refuser des services. Les prestataires de soins de santé doivent expliquer toutes les procédures et respecter le choix des PS s'ils devaient refuser un examen ou un traitement.
- Ils ont droit à la même **confidentialité** que les autres pour toute information les concernant.
- Dans les contextes particuliers des travailleurs du sexe, les prestataires de soins de santé doivent être discrets et capables de répondre aux préoccupations des personnes sans jugement ni stigmatisation. Une formation spécifique (EVA : Exploring Values and Attitudes) peut être proposée aux professionnels de santé qui le souhaitent.

Les besoins fondamentaux doivent être pris en compte

Les populations clés ont un accès aux soins plus limité, même dans le cadre d'une recommandation. Il est donc préférable d'aborder toutes les questions relatives à leur santé dans un guichet unique et intégré.



1. Stratégies de prévention

Assurer une disponibilité constante de préservatifs et de lubrifiants compatibles.

Assurer la disponibilité de PPE et de PrEP et, dans certains cas, une promotion active de PrEP (voir les détails pour les groupes spécifiques).

Promouvoir la CMMV pour diminuer la contamination par le VIH

2. TARV

(Voir détails dans les **chapitres 2-7**)

Les exigences en matière de TARV sont les mêmes que pour toutes les autres personnes infectées, avec un **degré d'urgence plus élevé soit pour commencer le traitement**, soit pour détecter l'échec du traitement, afin d'obtenir très vite une CV indétectable et ainsi diminuer la contagiosité.

Le maintien dans les soins pose également des défis plus importants dû à la stigmatisation et à la discrimination ainsi que d'autres facteurs spécifiques dont souffrent ces populations (voir plus loin dans ce chapitre).

Toutes les femmes appartenant à des groupes de population clés doivent avoir le même accès à la PTME (chapitre 9) que tous les autres groupes de population et une attention particulière doit être accordée à la satisfaction des besoins en matière de VIH/TB et autres besoins de santé chez les enfants des membres de ces groupes.

Les populations clés ont un risque plus élevé de contracter le VIH. Le clinicien doit donc être correctement informé de la disponibilité des services locaux de PPE et de PrEP, mais aussi de la façon d'administrer ces traitements (voir **chapitre 8**).

3. Traitement antituberculeux

(Chapitre 12)

Les personnes séropositives ont des risques 30 fois plus élevés de contracter la tuberculose et d'aggraver leur état si elles consomment des drogues injectables ou si elles sont incarcérées. Un dépistage régulier de la TB et un TPI en cas de résultat négatif semblent essentiels et concernent l'ensemble des populations clés.

4. IST

(Chapitre 19)

Comme pour le VIH, les populations clés ont un risque supérieur de contracter une IST. Une consultation nécessite donc :

- De faire un dépistage, une anamnèse et un examen clinique (vaginal et anal), en particulier pour la syphilis, gonorrhée et chlamydia, mais aussi pour les autres IST dont la prévalence est importante localement.
- Si le test n'est pas disponible, utiliser l'approche syndromique de l'OMS, adaptée aux populations à haut risque.
- De proposer un traitement présomptif ou TPP (**traitement présomptif périodique**), indépendamment de la présence ou de l'absence de symptômes d'IST, lorsque l'accès aux soins est difficile et que le risque et la prévalence d'infections sont élevés. C'est une mesure efficace à court terme notamment parmi les PS.
- Mettre en œuvre conjointement le TPP, l'intervention des pairs et des mesures visant à accroître l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants. Consulter les directives locales de MSF ou du ministère de la Santé pour les détails de mise en œuvre. Voir également page 406 au **chapitre 19**.
- Dépister le VHB, beaucoup plus contagieux que le VIH, si les moyens le permettent, et vacciner tous les patients négatifs. S'il y a un doute sur le statut vaccinal et que le test n'est pas possible, vacciner la personne. Insister aussi sur la vaccination anti HB pour les nourrissons à la naissance.
- Dépister aussi le VHC, moins contagieux par voie sexuelle. Diriger les patients vers un protocole de traitement s'il existe localement.

5. Besoins en santé sexuelle et reproductive

(Chapitre 19)

Les populations clés ont les mêmes besoins et droits en matière de santé sexuelle et reproductive. Les cliniciens doivent s'aider des services appropriés à disposition que sont notamment :

- Planning familial et contraception.
- Planning pour une grossesse sans risque.
- Les services de soins d'avortement sans risque ("safe abortion care "SAC)

- Les services de dépistage de l'infection par HPV et des cancers de l'appareil génital (col de l'utérus et ano-rectal).
- La prise en charge de ces cancers notamment cervicaux.
- La prise en charge, y compris la PPE, pour les victimes de violences sexuelles.

6. Santé mentale et abus d'alcool et de drogues

Voir **Chapitre 22** pour plus de détails

L'environnement social, l'abus d'alcool et de drogues ont des répercussions fortes sur la santé mentale des patients. S'ajoutent à cela, la criminalisation, la marginalisation et la violence pour tous ceux issus des populations clés, les rendant particulièrement vulnérables. Une mauvaise santé mentale peut être un obstacle à la fois au dépistage, au traitement du VIH mais aussi à la poursuite des soins.

Comme pour tous les patients séropositifs, mais surtout pour ces groupes de personnes, une évaluation de l'état de santé mental et le dépistage d'addictions (alcool, drogues) doivent être effectués.

Lignes directrices pour groupe spécifique

Des lignes directrices spécifiques à un groupe de population particulier sont décrites ci dessous.

1. Les professionnel(le)s du sexe (PS)

La prévalence de l'infection au VIH parmi les PS varie considérablement d'une région à l'autre, souvent beaucoup plus que dans l'ensemble de la population. Leur risque élevé de contamination est lié à leur exposition à de multiples partenaires sexuels, à l'utilisation irrégulière du préservatif, souvent en raison d'un manque de volonté ou de la coercition des clients.

Toutes les directives génériques ci-dessus sont importantes pour les travailleurs du sexe. Vous trouverez ci-dessous des points supplémentaires spécifiques, à l'intention du clinicien :

TARV

La spécificité du travail des PS les expose à plus de violences sexuelles, sans compter les risques dus aux ruptures de préservatifs, ce qui rend la prescription de PPE et PrEP particulièrement indiquée. Les cliniciens doivent proposer la PREP de manière proactive.

Comme les politiques locales intègrent les directives de l'OMS quant à l'utilisation de la PrEP pour tous les travailleurs du sexe, les cliniciens doivent se familiariser avec son utilisation.

IST

Veuillez noter que le traitement présomptif périodique (TPP) mentionné ci-dessus



à la rubrique 4 (IST), est spécifiquement recommandé par l'OMS dans la prise en charge des travailleurs du sexe.

Soutien pour les consommateurs de drogue par injection

De nombreux travailleurs du sexe consomment souvent des drogues injectables ou autres substances. Il faut donc tenir compte des besoins spécifiques de ce groupe de population (voir plus loin).

2. Hommes ayant du sexe avec des hommes

Pour les HSH en général :

- Dans les grandes zones urbaines, la prévalence du VIH parmi les HSH est, en moyenne, 13 fois plus élevée que dans la population générale. L'une des principales raisons est que la transmission du VIH par pénétration anale sans préservatif est plus contagieuse que par pénétration vaginale sans préservatif.
- Les risques individuels de contamination par le VIH chez les HSH comprennent les rapports sexuels par voie anale non protégés, le nombre élevé de partenaires et l'usage concomitant de drogues injectables.

Défis spécifiques des soins de santé pour HSH en Afrique :

- Dans de nombreux pays, l'homosexualité est simplement considérée comme non africaine, idée reçue qui explique l'importance de la discrimination et de la stigmatisation.
- L'homosexualité étant considérée comme taboue, les lois criminalisent les HSH et enracinent davantage leur rejet dans l'ensemble de la société.
- La majorité des HSH ont également des rapports sexuels avec des femmes et s'identifient comme hétérosexuels. Cela réduit encore leur visibilité dans le système de santé et les chances que leurs besoins spécifiques soient satisfaits.

Toutes les directives génériques ci-dessus sont importantes pour les HSH. Ci-dessous se trouvent des points supplémentaires spécifiques à l'intention des cliniciens.

PrEP et PPE chez les HSH

Les rapports sexuels par voie anale non protégés présentent un risque 20 fois plus élevé de transmission du VIH que les rapports sexuels vaginaux non protégés, d'où la nécessité d'une protection supplémentaire. Les taux de ténofovir dans la muqueuse rectale sont élevés de façon notable, la PrEP est donc un traitement particulièrement efficace et doit être proposée aux HSH. Comme pour les travailleurs du sexe, la thérapie PPE doit être proposée par les cliniciens de façon proactive ce qui pourrait inciter à la PrEP, une stratégie durable à long terme.

IST chez les HSH

- **Beaucoup d'IST sont asymptomatiques** chez les hommes (la majorité des infections à gonocoque et à chlamydia) ainsi que celles fréquemment

asymptomatiques dans les 2 sexes (syphilis, hépatite, VIH) ce qui rend le risque de transmission plus important car les patients ignorent qu'ils sont infectés. Un traitement périodique présumé dans les directives doit être envisagé.

- Le risque de transmission sexuelle de l'hépatite C, connu pour être beaucoup plus faible que pour l'hépatite B, est plus élevé chez les HSH séropositifs. Le dépistage dans ce groupe clé de la population est donc une priorité.
- Préservatifs et **lubrifiant compatible** doivent être disponibles en quantité suffisante.

Santé sexuelle et reproductive chez les HSH

Le dépistage et le traitement des pathologies liées à l'infection par le HPV chez les femmes sont de plus en plus disponibles, mais une prise en charge similaire pour les HSH pour des lésions anales est beaucoup plus limitée dans les programmes nationaux. Les cliniciens doivent être vigilants et avoir un indice de suspicion élevé devant toute lésion anale chez ces patients.

3. Personnes en prison ou en milieu fermé

- Les activités sexuelles non protégées, la surpopulation, une mauvaise ventilation, la consommation de drogues injectables et le tatouage contribuent de manière significative à une prévalence très haute du VIH, des IST, des hépatites B et C et de la TB en milieu carcéral.
- Parce que le commerce du sexe, la consommation de drogues et les comportements homosexuels sont illégaux dans de nombreux pays, de nombreuses personnes appartenant à des groupes de population clés sont emprisonnées au cours de leur vie.
- Dans le monde, 30 millions de personnes oscillent entre prison et communauté, l'attention portée à ce groupe de population est essentielle non seulement pour la santé individuelle, mais aussi pour les communautés dans leur ensemble.

Toutes les lignes directrices génériques ci-dessus sont importantes pour ce groupe de population clé et, en supplément pour les cliniciens :

- Le message clé, plus programmatique que clinique est que l'accès à tous les services sera probablement plus limité, voire inexistant pour les personnes incarcérées et en milieu fermé; mais aussi que, lorsque ces services sont disponibles, la prison permet de faciliter l'accès à des services que les hommes auraient peut-être retardés autrement. Une telle opportunité est précieuse et ne doit pas être manquée.
- Face à la pénurie de ces services, les cliniciens ont souvent peu de solutions à proposer mais peuvent adapter les traitements à ces réalités.

4. Les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse (PWID)

Les données sur la consommation de drogues injectables en Afrique sont généralement insuffisantes, mais lorsqu'elles sont plus consistantes, on constate une prévalence du VIH chez ces consommateurs nettement plus élevée que dans la population générale.



[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)

Les utilisateurs de drogue par injection ont un comportement plus à risque dans leurs relations sexuelles et passent plus de temps en prison. Le partage d'aiguilles et d'accessoires d'injection augmente considérablement le risque de transmission, non seulement du VIH, mais aussi des hépatites B et C.

L'OMS a décrit une directive complète sur la réduction des risques pour les PWID dont les détails peuvent être trouvés dans le document complet (le titre abrégé est Care package for PWID) dans le dossier des ressources supplémentaires à <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>.

Les éléments suivants sont les interventions spécifiques liées à la drogue, qui contribuent à réduire les risques chez les PWID.

- Programmes de distribution d'aiguilles et de seringues pour réduire la propagation des maladies par des aiguilles non stériles.
- Thérapie de substitution aux opiacés (TSO) destinée à fournir régulièrement des opiacés moins toxiques couplés à un matériel d'injection à usage unique pour réduire les risques infectieux.
- L'attention portée sur l'addiction aux drogues injectables n'exclut pas d'envisager d'autres formes de toxicomanie comme les méthamphétamines, l'alcool et autres.

5. Personnes transgenres

La prévalence mondiale estimée du VIH chez les femmes transgenres est de 19% et elles ont environ 50 fois plus de risque de contracter le VIH que les autres adultes en âge de procréer. Les données pour les autres populations transgenres sont plus limitées.

La violence, les obstacles juridiques, la stigmatisation et la discrimination sont autant d'obstacles aux personnes transgenres d'accéder aux services de santé et VIH. Elles sont aussi fréquemment exposées à d'autres risques liés au commerce du sexe et à la consommation de drogues.

Toutes les directives génériques ci-dessus sont importantes pour les personnes transgenres. Vous trouverez ci-dessous des points supplémentaires spécifiques à l'intention du clinicien.

Thérapie préventive

Une distribution de préservatifs et de lubrifiants compatibles doit être envisagée car les rapports sexuels avec pénétration sont responsables de lésions par manque de lubrification naturelle.

Santé sexuelle et reproductive

L'hormonothérapie est utilisée à la fois pour la contraception et pour la thérapie d'acceptation de genre chez les transgenres hommes ou femmes. Le clinicien en charge doit l'utiliser avec maîtrise et connaître notamment les effets secondaires et les interactions médicamenteuses.

Santé mentale

Cette population étant très discriminée, une attention particulière à la santé mentale des patients est indispensable et dont la prise en charge demande compétence et sensibilité.

Pour des informations plus détaillées, voir un document plus complet du PNUD sur la mise en œuvre de programmes complets de lutte contre le VIH et les IST auprès des personnes transgenres dans le dossier des ressources supplémentaires sur <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>. Le document est déposé sous la dénomination “TRANSIT-1”.



[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)

Adolescents et jeunes des populations clés : résumé

Le développement physique, émotionnel et mental rapide que connaissent les jeunes en période d'adolescence les rend plus vulnérables face aux IST, au VIH et à d'autres problèmes de santé sexuelle et reproductive que les adultes plus âgés. S'ajoutent à cela les facteurs psychosociaux et économiques complexes, un accès limité aux services de soins et une restriction de leur décision propre d'un point de vue légal qui sont autant de facteurs aggravants.

Les adolescents tendent à éviter les établissements de santé et échappent aux données les concernant, faussant la réalité du terrain. Ce constat est très dommageable pour eux, tant dans la prise en charge de leur santé que dans l'élaboration de programmes spécifiques aux adolescents par les politiques nationales.

Toutes les lignes directrices génériques ci-dessus sont importantes pour ce groupe clé de la population. Ci-dessous se trouvent des points supplémentaires spécifiques à l'intention du clinicien :

Les complexités de la prise en charge générale des adolescents vivant avec le VIH sont traitées plus en détail au **chapitre 10**. Dans ce chapitre, on insiste surtout sur l'approche particulière nécessaire à l'examen clinique d'un adolescent qui fait aussi partie d'une ou de plusieurs populations clés. Les lignes directrices génériques et spécifiques s'appliquent à tout adolescent car la prévalence de la maladie est plus élevée dans ce groupe d'âge particulier.

Stratégies préventives

Tous les adolescents doivent être vaccinés contre le HPV (voir le **chapitre 8**).

Besoins en santé sexuelle et reproductive

Les adolescentes nécessitent plus de conseils détaillés sur tous les aspects de la SSR, la contraception, l'accès aux soins liés à l'avortement, l'examen du col de l'utérus et la prise en charge de l'agression sexuelle.

Résumé : prise en charge des populations clés

Quel que soit le pays, l'investissement de ressources dans la prise en charge efficace des populations clés est une sage décision. Non seulement c'est dans ces populations que la prévalence du VIH et des IST est la plus élevée, mais les comportements sexuels à haut risque constatés chez ces personnes, contribuent à des taux de propagation plus élevés. Les changements dans les politiques de santé sont attendus pour modifier à la baisse cette prévalence mais, à caractère individuel, les cliniciens qui prendront toutes les mesures cliniques appropriées pour gérer ces patients contribueront grandement à apporter les changements nécessaires.

Index

Les numéros de page en *italiques* renvoient à un algorithme, une figure ou une photographie.

- 3HP (rifapentine et isoniazide), 268
- 3TC (lamivudine)
 - adolescents, 219
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - demi-vie, 428
 - et échec de traitement, 89, 90
 - effets secondaires, 43, 57, 118, 384
 - enfants, 149, 176, 176, 179, 180, 182, 203
 - excrétion du, 102
 - interchangeable avec FTC, 22, 43, 100, 100
 - nourrissons, 148, 176, 179, 180, 182, 183
 - et PPE, 122, 123, 124, 417, 419
 - et PrEP, 116, 117, 118
 - prise en charge de l'hyperlactatémie, 58
 - prise en charge des effets indésirables médicamenteux, 428
 - prise en charge du DILI, 346
 - prise en charge d'une co-infection VIH hépatite, 351, 355, 356
 - prise en charge d'une co-infection VIH hépatite B, 43, 90, 117
 - prophylaxie pré exposition (PrEP), 114
 - régime en cas de co-infection VIH/TB, 265, 266
 - régimes de 1^{re} ligne, 22, 34, 34, 35, 35, 88
 - régimes de 2^e ligne, 22, 88
 - résistance au, 78, 79, 86, 90, 117, 356, 428
 - traitement pour enfants, 419
 - type d'INTI, 19, 22
 - usage pour la PTME, 143, 146
- 123A (adhérence), règle pour échec de la TARV, 84-86, 91
- abacavir. *Voir* ABC (abacavir)
- ABC (abacavir)
 - adolescents, 219
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - et changement d'un seul médicament, 90
 - contre-indiqué avec le TDF, 100, 100
 - et échec du traitement, 36, 177, 195
 - effets secondaires, éruptions cutanées, 43, 49, 53, 184, 282, 431
 - effets secondaires, hypersensibilité, 43, 184
 - effets secondaires, risque cardiovasculaire, 460
 - effets secondaires, troubles cardiovasculaires, 43
 - efficacité moindre en régimes de 2^e ligne, 90
 - enfants, 149, 176, 176, 179, 180, 182, 195, 203
 - et hyperlactatémie, 57, 58
 - non excrété par les reins, 102
 - nourrissons, 176, 176, 179, 180, 182
 - et PPE, 124, 419
 - prise en charge des effets indésirables médicamenteux, 428
 - prise en charge d'une co-infection VIH hépatite, 356
 - prise en charge d'une co-infection VIH/TB, 266
 - régimes de 1^{re} ligne, 34, 35, 88
 - en remplacement du TDF, 54, 102, 107, 282, 368
 - résistance à, 79
 - traitement pour enfants, 419
 - type d'INTI, 19, 22
- abcès
 - associés à l'IRIS, 69
 - manifestations de l'IRIS, 71
 - péri-anal, 336, 336, 337
 - du psoas, 67, 69, 71
 - signes d'ulcères génitaux, 396
- abdomen
 - accumulation de graisse secondaire aux ARV, 56
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 434, 449
 - examen aux consultations pour le VIH, 29
 - examen de diagnostic de la TB chez les PVVIH, 198
 - examen pour le diagnostic d'une pneumonie, 204
 - et lymphadénopathie liée à la TB, 256
 - pathologies cutanées avec démangeaisons, 447
 - symptômes de TB, 256
 - voir aussi* douleurs abdominales; examens cliniques, abdomen; tuberculose abdominale
- absorption des médicaments, 99, 99, 100, 101, 101, 185
- abus d'alcool
 - cause de neuropathie périphérique, 313
 - dépistage, 549
 - présentation clinique, 478
- abus de substances
 - et adhérence à la TARV, 79
 - besoin de services de santé intégrés, 217
 - comorbidité avec l'hépatite C, 357
 - dépistage, 549
 - effets nocifs sur le fœtus, 479
 - et effets secondaires de l'EFV, 46
 - fréquente chez les PVVIH, 468
 - populations clés, 549, 552
 - et responsabilité d'une CV élevée, 87, 193
 - troubles liés à la toxicomanie, 475, 477-479
 - et VIH avancé, 238
 - voir aussi* consommateurs de drogue par injection

- abus sexuel. *Voir* viol; violences sexuelles
- Ac anti-HBs, 122, 124, 352, 354, 356
- Ac RPR/TP, 124
- accident vasculaire cérébral (AVC)
 - cause non infectieuse de pathologie neurologique, 306
 - à distinguer d'une hémiplégie, 304
 - maladie non transmissible fréquente, 458
- accompagnement des patients. *Voir* parents et accompagnants; soutien aux patients
- accouchement et travail
 - causes de fausses couches et de naissances prématurées, 145
 - dépistage du VIH, 141, 141
 - et douleur pelvienne, 404, 405
 - et TARV, 138
 - intégration essentielle des services de santé, 140
 - et TARV, 141, 145
 - et transmission du VIH, 2, 144, 157, 158, 541
 - vaccination par le BCG, 129
- acide clavulanique, 296
- acide folinique, 135, 282
- acide folique ou folates
 - et anémie, 360, 382, 383
 - et conception sans danger 415
 - diminution secondaire au CTX, 310, 384, 385, 388
 - et neutropénie, 388
 - patients sous CTX, 293
 - rôle dans la production de globules rouges, 382
- acide lactique, 57-58
 - voir aussi* hyperlactatémie
- acide para-aminosalicylique (PAS)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 - effets secondaires, 103, 280, 282
 - résistance à, 275
 - traitement de la TB pharmacorésistante, 277
- acide salicylique, 445, 448
- acide trichloroacétique, 444
- acide urique, élévation de, 279
- acidose lactique, 109
- acidose métabolique, 58
- activité physique, 461, 466, 475
- activités et contacts sexuels
 - avantage d'une CMMV, 139
 - comportements inappropriés et troubles bipolaires, 482
 - conseils de prévention des IST, 112, 158, 190, 534
 - douleur associée (dyspareunie), 396, 399
 - non protégés, 139, 214, 414, 550, 551
 - OMS, outil de dépistage PrEP, 115-116
 - transmission de l'hépatite, 351, 408, 548, 551
 - transmission de pathologies cutanées, 443, 449
 - transmission du VIH, 2, 116, 117, 120, 139, 157, 158, 215, 392, 549, 550
 - Voir aussi* professionnel(le)s du sexe
- activités sexuelles. *Voir* activités et contacts sexuels
- acyclovir, 403
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - pour l'herpès, 320, 321, 322, 337, 435, 436, 437
 - pour la varicelle, 438
- Adamson (pommade), 448
- adaptation hépatique, 345, 362
- addiction. *Voir* abus de substances
- adénopathies. *Voir* ganglions lymphatiques
- ADN (matériel génétique), 18, 18
- voir aussi* test PCR ADN VIH
- adolescentes
 - besoins en santé sexuelle et reproductive, 553
 - faible connaissance du VIH, 214
- adolescentes séropositives au VIH
 - dépistage d'un carcinome du col utérin, 421
 - et PPE, 123
 - TARV pour les, 36, 36, 177, 177
- adolescents
 - défense des droits des, 212
 - mesures anthropométriques et limites, 521, 525
 - population clé, 213, 546, 553
 - prise en charge des violences sexuelles, 419
 - risque d'IST et de VIH, 158, 546, 553
 - traitement de problèmes de santé mentale, 473, 474, 477
 - vaccination contre le HPV, 553
- adolescents séropositifs au VIH
 - âge, définition, 14, 213
 - et CTX, 135
 - lignes directrices de MSF pour le soutien aux patients, 187
 - et malnutrition, 500, 516-517
 - OMS, définition et directives pour un VIH avancé, 11, 62, 232
 - prise en charge du VIH, principes, 213-220
 - stades cliniques du VIH selon l'OMS, 13-14
 - TARV, 36, 36, 121, 123, 177, 177, 184
 - TARV, adhérence à la, 94, 156, 186-187, 192, 212
 - TARV, résistance à la, 194
 - et TB, 212, 255, 267
 - vaccins, 131, 132, 134
 - voir aussi* parents et accompagnants
- adultes
 - et CTX, 135
 - définition de jeune adulte, 213
 - indice de masse corporelle (IMC), 528-529
 - mesures anthropométriques et IMC, 521
 - voir aussi* parents et accompagnants
- adultes séropositifs au VIH
 - et malnutrition, 500, 506-510, 520
 - OMS, recommandation pour le régime de 1^{re} ligne, 34, 36, 36, 177, 177
 - et responsabilité d'une CV élevée, 87, 87, 193
 - soutien aux patients, lignes directrices, 532-542
 - stades cliniques du VIH selon l'OMS, 13-14

- TARV, taux d'échec de la, 192
- TARV-naïfs ou non naïfs, 234, 234, 236, 237, 238, 240
- Afrique
 - défis de soins de santé pour les HSH, 550
 - données sur la consommation de drogues injectables, 551
 - prévalence des ulcères génitaux, 401
 - VIH, statistiques sur le, 7-8
 - VIH, transmission parmi les populations clés, 546
- Afrique de l'Ouest, 7
- Afrique du Centre, 7
- Afrique du Sud, 16, 429, v
- Afrique subsaharienne
 - infections nosocomiales, 496
 - prévalence de l'hépatite, 350, 351
 - Strongyloides stercoralis* endémique, 331
 - VIH, statistiques sur le, 7, 8, 213, 214, 232
 - VIH1 plus fréquent que le VIH2, 7
- âge
 - et annonce à l'enfant de son statut séropositif au VIH, 188, 189-190
 - besoins énergétiques quotidiens en fonction de, 514, 517
 - et calcul de la clairance de la créatinine, 365, 373, 377-380
 - courbes de poids et de taille, 222-223
 - définition pour adolescents et enfants, 14
 - dépistage du diabète, 464
 - facteur de progression du VIH vers le sida, 7
 - facteur de risque pour les IST, 393
 - légal du consentement, 216
 - mesure de la taille par rapport à, 166
 - et mesures anthropométriques et limites, 521-529
 - et mortalité, VIH non traité, 162
 - normes, fréquences cardiaque et respiratoire chez l'enfant, 221
 - périmètre crânien en fonction de, 226
 - poids en fonction de, garçons et filles, 225
 - prévalence des MNT, 458, 461
 - et prise en charge du risque cardiovasculaire, 460
 - tachypnée, définition en fonction de, 204
 - taille en fonction de, 224
- âge avancé. *Voir* personnes âgées
- âge gestationnel, risque d'avortement, 416, 417
- agents de santé communautaire
 - prise en charge de la malnutrition, 505, 509
 - tests de grossesse à encourager par les, 140
- AgHBs
 - diagnostic de l'hépatite B, 354-355
 - négatif dans l'évolution naturelle de l'hépatite B, 352
 - présentation clinique d'une pathologie hépatique, 362
 - test avant de commencer la PrEP, 117, 118
 - test en cas de co-infection VIH hépatite, 90
 - test en cas d'élévation du SGPT à la TARV, 55
 - test et PPE, 122, 124
- test pré TARV, 32, 33
- test sérologique standard pour le virus hépatite B, 343
- agitation, 46, 339, 470, 473, 475, 476, 479, 480
- agressions sexuelles. *Voir* violences sexuelles
- agressivité, 479
- aide-mémoires. *Voir* listes de contrôle
- aiguilles
 - aspiration à, 256, 285, 286, 287
 - blessures par piqûre, 2, 120
 - partage de, 552
 - programmes d'échange, 113, 118, 552
- ail, préparations à base de, 109
- aine
 - éruptions cutanées, peu ou pas de démangeaisons, 441, 442
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 451
 - pathologies cutanées, traitement, 455
 - présentation clinique de la lymphadénopathie, 285
- ainés. *Voir* personnes âgées
- AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 - contre-indiqués en cas de thrombocytopénie, 388
 - détérioration des reins, 316, 369, 371, 374
 - effets indésirables, 431
- aisselles
 - ganglions lymphatiques hypertrophiés, 248, 256, 285
 - et pathologies cutanées diverses, 443, 449, 453
- ALAT (alanine aminotransférase). *Voir* SGPT (sérum glutamo pyruvate transférase)
- albendazole
 - pour la diarrhée, 330, 331
 - traitement vermifuge, 169, 334, 383, 385
- albumine, 280, 343
- alcool
 - et ARV, 537
 - atteinte hépatique et élévation du SGPT, 55
 - contre-indiqué avec des ARV, 46, 536
 - contre-indiqué avec le métronidazole, 404
 - contre-indiqué en cas d'hépatite, 350
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - et progression de l'hépatite, 355, 358
 - et responsabilité d'une CV élevée, 87, 193
 - voir aussi* abus d'alcool; gels alcoolisés
- alimentation
 - des nourrissons, 148, 151
 - et perte de poids, 519
 - prise en charge de la diarrhée, 327, 328, 340
 - prise en charge et prévention des MNT, 461, 466
 - suralimentation et problèmes de santé mentale, 470
- aliments
 - allergies, 331
 - contre-indiqués, acides, 321
 - contre-indiqués, gras, 23, 46, 100, 185, 350
 - préparation et hygiène, 504
 - prise d'ARV à jeun, 536
 - et transmission de l'hépatite, 350
 - voir aussi* état nutritionnel

- allaitement
 - et abus de substances, 479
 - antécédents nutritionnels et de sécurité alimentaire, 513
 - dépistage du VIH, 141, 141
 - exclusif, avantages, 158, 514, 541, 542
 - des nourrissons exposés au VIH, 151
 - et PrEP, 139
 - et prise en charge de la diarrhée, 339, 340
 - quand démarrer la prophylaxie au CTX, 149
 - suivi de la charge virale, 144
 - et TARV, 17, 138, 141, 143, 147, 148
 - et transmission du VIH, 2, 120, 153, 157, 158, 160, 541
 - et usage d'antidépresseurs, 474, 477
- allergies
 - aux ARV, 35
 - au CTX, 135, 294
 - à la pénicilline, 253, 403, 407
 - respiratoires, 446
- allergies alimentaires, 331
- Aluvia®, 24
- aménorrhée, 34
- Amérique du sud, 401
- Amérique latine, 14
- amibes, 329
- amikacine (Am)
 - effets secondaires, 278, 280
 - résistance à, 272, 275
 - traitement de la TB pharmacorésistante, 277, 278
- aminoglycosides
 - détérioration des reins, 374
 - prise en charge de la TB, 102
 - prise en charge du DILI, 347, 348
 - résistance aux, 272
 - risque de néphrotoxicité, 282
- amitriptyline
 - contre les effets secondaires des ARV, 53
 - interaction avec les ARV, 108
 - pour la neuropathie périphérique, 207, 316
 - pour des pathologies cutanées, 437
 - pour des problèmes de santé mentale, 472, 473, 474
- amlodipine, 106, 107, 375, 459
- amoxicilline
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - pour la bronchiectasie post TB, 296
 - pour la pneumonie, 204, 206, 292, 300, 490
 - pour la TB, 200, 202, 253
- amphotéricine B, 209, 242, 306, 309, 374
- ampicilline, 208, 296, 490
- anaérobies, 396
- analyses de sang
 - diagnostic d'une pathologie cutanée, 424, 431
 - diagnostic d'une pathologie hépatique d'origine alcoolique, 359-360
 - NFS de référence si démarrage de l'AZT, 170
 - prise en charge de la TB, 250, 255, 276
 - prise en charge d'un VIH avancé, 243
- anamnèse. *Voir* antécédents médicaux
- anémie
 - AZT cause de myélosuppression, 34, 43, 49, 50, 54, 61, 88, 184, 282, 383, 384
 - cause possible de dépression, 471
 - causes, 334, 382-385, 386, 388
 - liée à un SK, 382, 383
 - liée à un SK avec pathologie GI, 322, 333
 - liée à une pathologie hépatique d'origine alcoolique, 360
 - présence d'œdème du visage, 512
 - rechercher à la première consultation pour le VIH, 29
 - stade 3 de l'OMS, 13
 - symptôme de pathologie rénale, 364, 369, 373
 - symptôme de TB, 248, 382
 - traitement, 385
 - et VIH avancé, 244
- anémie réfractaire, 384
- angine, 13, 458
- angiomatose bacillaire, 433, 443, 443, 456
- angiome stellaire cutané, 342
- ankylostome, 334, 383, 385
- anneau vaginal, 414
- annonce, processus de
 - et adhérence aux ARV, 187
 - aperçu, 187-191
 - connaissance du statut par le clinicien, 164
 - lignes directrices de soutien aux patients, 537, 538, 541
 - et responsabilité d'une CV élevée, 193
- anorexie, 279
- antécédents médicaux
 - activité sexuelle, 218
 - anamnèse et examens obstétricaux, 143, 146
 - consultations pédiatriques, 165-167
 - dépistage de pathologies neurologiques, 308, 309
 - détails sur la tuberculose, 63, 63, 198, 237, 259, 260, 262, 308
 - diagnostic des pathologies cutanées, 424, 425, 431, 456
 - diagnostic des pathologies hépatiques d'origine alcoolique, 359, 362
 - en cas de diarrhée, 326
 - évaluation psychosociale, 186-187, 212
 - insécurité alimentaire, 502
 - à la première consultation, 28, 31, 37
 - prise en charge des IST, 394-395
 - prise en charge des violences sexuelles, 417, 420
 - sécurité alimentaire et antécédents nutritionnels, 503, 513, 517
 - TARV, échec de la, 239
 - TARV, liste de contrôle pour la, 63, 63
 - TARV, résistance à la, 78, 91
 - TARV, statut de la, 233-234, 236, 237, 240
 - anti-inflammatoires non stéroïdiens. *Voir* AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens)

- antibiotiques à large spectre
 - prise en charge de la TB, 200, 202, 255
 - prise en charge de l'hyperlactatémie, 58
- antibiotiques (ATB)
 - accès limité aux, 493
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - cause de néphrite interstitielle aiguë, 374
 - cause possible de candidose vulvo-vaginale, 409
 - pour le choléra, 339
 - diarrhée, prise en charge de la, 323, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 493, 493
 - diarrhées liées aux, 496
 - pour l'empyème, 296
 - pour la gingivite nécrosante, 323
 - infections bactériennes ou virales, 487, 489, 490, 492
 - interaction avec les ARV, 107
 - lignes directrices, 489
 - pathologies respiratoires, prise en charge des, 299
 - prescription, ressources utiles, 497
 - prescription abusive, 493-494
 - prescription rationnelle, 494-495
 - pour la pyélonéphrite, 374
 - résistance aux, 491-493
 - pour des symptômes urinaires chez la femme, 498
 - usage en cas d'avortement, 416
 - usage en cas de VIH avancé, 242
 - usage non systématique en cas de neutropénie, 389
 - et VIH avancé, 244
- anticorps et diagnostic du VIH, 4, 8, 158, 161
- antidépresseurs
 - et inhibition enzymatique pendant la TARV, 105
 - prise en charge des problèmes de santé mentale, 472-474, 477
 - prise en charge des troubles bipolaires, 483
- antidépresseurs tricycliques (TCA), 473, 474
- antifongiques
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - interaction avec les ARV, 107
 - pour des pathologies cutanées, 451, 454, 454, 455
 - et prise en charge de la méningite à cryptocoques, 209
 - résistance aux, 491
- antigène cryptocoque, 32, 33
- antigène de surface hépatite B. *Voir* AgHBs
- antigènes, taux élevé de, 68
- antihistaminiques
 - pour l'anxiété et l'insomnie, 476
 - contre les effets secondaires des ARV, 44, 53
 - pour éruptions cutanées avec démangeaisons, 449, 452, 453
 - pour éruptions cutanées avec douleur ou inconfort, 438
 - pathologies cutanées liées à des effets indésirables médicamenteux, 431
 - usage pendant la désensibilisation au CTX, 136
- antihypertenseurs, interaction avec les ARV, 107
- antirétroviral/antirétroviraux (ART). *Voir sous* TARV
- antituberculeux
 - adaptation hépatique aux, 345
 - adhérence au traitement, 258, 262, 271, 274, 283, 359, 543
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 - combinaison et interactions avec la TARV, 42, 90, 102, 103-106, 110, 203, 259-260, 266, 281-283
 - et démarrage de la TARV, 253, 265, 431
 - et développement du DILI, 347-349, 354
 - effet nuisible du diabète sur les, 463
 - effets indésirables, 262, 263, 431
 - effets secondaires, 262
 - effets secondaires, 1^{re} ligne, 263-264
 - effets secondaires, 2^e ligne, 278-280
 - effets secondaires, différence entre TB pharmacosensible et pharmacorésistante, 273
 - excrétion, 102
 - gestion de la résistance aux, 20
 - souvent prescrits à tort, 296
 - voir aussi* traitement antituberculeux
- antiviraux d'action directe (AAD)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - antituberculeux, 107
 - infections nouvelles, 357
 - interaction avec les ARV, 107
 - traitement de l'hépatite, 351, 356, 358
- anus
 - cancer, 461
 - examen de, 30, 548
 - herpès, 14
 - lésions, 461, 551
 - transmission du VIH, 116, 117, 550
 - voir aussi* zone péri-anales
- Anusol, 335
- anxiété
 - avec dépression, 468, 469, 475
 - effet secondaire des antituberculeux, 279
 - enfants et consultation médicale, 156, 163
 - fréquente chez les PVVIH, 468
 - gestion de, 121, 124
 - prise en charge, 418, 478
 - soutien par les pairs pour réduire, 219
 - troubles anxieux généralisés (GAD), 475-477
- apathie, 306
- aphte buccal. *Voir* ulcères aphteux
- appétit, changement, 470, 473
 - voir aussi* perte d'appétit
- ARN, 18, 18
- artésunate, 309, 486
- arthralgie, 279, 280
- arthrite
 - et lésions associées au psoriasis, 447
 - et syphilis secondaire, 406
 - arthrite tuberculeuse, 249

- articulations
 - douleur, effet secondaire du CTX et de la RIF, 370
 - examen chez l'enfant, 198
 - infections des, 13, 14
 - et pathologies cutanées, 447
 - problèmes liés à la TB, 246, 249, 251, 257, 291
- ARV (antirétroviral/antirétroviraux). *Voir sous* TARV
- ASAT. *Voir* SGOT (sérum glutamo-oxaloacétate transférase)
- ascaris, 334
- ascite
 - aggravation avec un IRIS tuberculeux, 69
 - et diagnostic de diarrhée, 333
 - symptôme de pathologie hépatique, 342
 - en cas de VIH avancé, 237
- ascite, liquide, 249, 256
- Asie, 14, 329, 331, 401, 518
- ASIST-GBV, outil de dépistage pour les femmes, 417
- aspergillose, 6
- aspiration
 - à l'aiguille, 256, 285, 286, 287
 - naso-pharyngée, 197, 199
- aspirine, 108, 473
- asthénie. *Voir* fatigue
- asthme, 446, 458, 462
- ataxie
 - effet secondaire de l'EVF, 305
 - effet secondaire des ARV, 46
 - symptôme de démence associée au VIH, 306
 - symptôme de toxoplasmose, 209
- atazanavir. *Voir* ATV (atazanavir)
- atazanavir/ritonavir. *Voir* ATV/r (atazanavir/ritonavir)
- aténolol, 107, 375
- atorvastatine, 55, 106, 108, 460
- attitude du clinicien, 79, 114, 156, 215, 216-217, 534, 547
- ATV (atazanavir)
 - contre-indiqué avec la rifampicine, 110
 - contre-indiqué avec l'oméprazole, 100
 - effets secondaires, 24, 47, 48, 345
 - interactions avec d'autres médicaments, 109, 110, 464
 - nourrissons et enfants, 180, 181
 - type d'IP, 19, 24
 - usage en régimes de 2^e ligne, 88
- ATV/r (atazanavir/ritonavir)
 - adolescents, 177
 - contre-indiqué avec la rifampicine, 24, 104, 266, 333
 - effet moindre sur la glycémie et l'anomalie des lipides, 47, 55
 - effets secondaires, 24, 47, 51, 123
 - enfants, 124, 195, 195
 - interactions médicamenteuses, 107, 109
 - interchangeable avec le LPV/r, 51, 55, 104, 124, 333, 417
 - et PPE, 123, 124, 417
 - en remplacement de l'EFV, 177
 - type d'inhibiteur de la protéase, 24
 - usage en régime de 2^e ligne, 36, 177
 - usage possible avec la rifabutine, 266
- audiogramme, 276, 280
- audition. *Voir* audiogramme; oreilles
- Augmentin, 296
- auto-test rapide de salive, 160
- avortement, 404, 405, 415-417
- azithromycine
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - pour la diarrhée, 329
 - pour douleurs pelviennes, 404
 - pour pneumonies atypiques, 297
 - prévention des IST chez l'enfant, 419
 - prévention des IST liées aux violences sexuelles, 418
 - résistance à la, 395
 - pour la TB, 202
 - traitement des IST, 397, 402, 403, 407, 419
- AZT (zidovudine)
 - adolescents, 177, 219
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - analyses de sang, 282
 - et changement d'un seul médicament, 89, 90
 - pour co-infection VIH hépatite, 90, 100, 356
 - pour co-infection VIH/TB, 266
 - contre-indiqué avec le TDF, 100, 100
 - demi-vie, 428
 - effets indésirables médicamenteux, 428
 - effets secondaires, anémie liée à la myélosuppression, 34, 43, 49, 50, 54, 61, 88, 184, 282, 383, 384
 - effets secondaires, bicytopenie, 384, 388
 - effets secondaires, éventail des, 42
 - effets secondaires, lactates élevés, 42, 57
 - effets secondaires, neuropathie périphérique, 53, 313
 - effets secondaires, symptômes GI, 22, 42, 52
 - effets secondaires croisés et toxicité supplémentaire avec antituberculeux, 281
 - enfants, 149, 170, 176, 176, 179, 182, 195, 203, 419
 - excrétion, 102
 - interaction avec médicaments autres qu'ARV, 108
 - nourrissons, 148, 148, 150, 150, 176, 179, 182, 183
 - et PPE, 122, 123, 124, 124, 417, 419
 - prise en charge de l'hyperlactatémie, 58
 - régimes de 1^{re} ligne, 34, 35, 88, 177
 - régimes de 2^e ligne, 36, 88
 - en remplacement du 3TC, 384
 - en remplacement du TDF, 102, 107, 123, 177, 282, 369, 417
 - résistance à, 78, 79, 86, 428
 - et test d'hémoglobine, 32, 34, 49, 50, 54, 61, 122, 124, 170, 184
 - thrombocytopénie sans lien avec, 386
 - type d'INTI, 19, 22
- bactériémie, 13, 243, 244, 310, 486, 490
- Bactrim®, 135, 431

- bandelette, test urinaires par
 - bilirubine signe d'hépatite, 350
 - consultations pour le VIH, 29, 33, 170, 237, 243, 367-368
 - dépistage de pathologies neurologiques, 308
 - dépistage du diabète, 464
 - examens pour le VIH, 464
 - pour une infection des voies urinaires, 490, 494, 498
 - signes ou symptômes de pathologies rénales, 364, 365, 366, 367-368, 371, 373, 374
 - signes ou symptômes de protéinurie, 33
- BCG, vaccin, 127, 129, 167
- BDQ. *Voir* bedaquilline (BDQ)
- bébés prématurés. *Voir* prématurés
- béclométhazone, 454, 455, 463
- bedaquilline (BDQ)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 - effets secondaires et toxicité, 103, 280, 281, 282
 - traitement de la TB pharmacorésistante, 277
- benzathine benzylpénicilline, 322
- benzoate de benzoyle (lotion topique), 449
- benzodiazépine, 476, 478
- bétaméthasone, 53, 446, 448, 451, 454, 455
- biberons, 151
- bicarbonate, 58
- bicytopenie, 382, 384, 388
- bilirubine
 - diagnostic de l'hépatite, 350
 - diagnostic et prise en charge d'un DILI, 344, 347
 - élévation due à la BDQ, 282
 - élévation due à un sepsis, 343
 - élévation due à une pathologie hépatique, 360, 362
 - élévation due à une septicémie, 345
 - test de la fonction hépatique, 343
 - test en présence d'un ictère, 48, 51
 - test en présence d'un VIH avancé, 243
- biopsies
 - à l'aiguille fine pour lymphadénopathie, 286-287
 - diagnostic d'un lymphome du SNC, 210
 - diagnostic d'une HIVAN, 368, 371
 - diagnostic d'une infection fongique, 518
 - diagnostic d'une pathologie cutanée, 424
 - diagnostic d'une rétinite à CMV, 333
 - non nécessaires pour le diagnostic d'un SK, 295
- bipéridène, 481
- blennorragie. *voir* pertes urétrales
- blessures par piqûre d'aiguille, 2, 120
- bouche
 - auto-test rapide de salive, 160
 - démangeaisons liée au RTV, 47
 - examen chez l'enfant, 168
 - examen pour sarcome de Kaposi, 29, 30, 237, 294, 300, 322, 322, 383, 442
 - goût désagréable des ARV, 177, 185, 192
 - herpès, 14
 - muguet, 151
 - pathologies, 318-323, 432, 435
 - plaies et ulcères, 164, 406, 504
 - et transmission du VIH, 120
- bourgeonnement, 18, 18
- BPCO. *Voir* broncho pneumopathie obstructive chronique (BPCO)
- bras
 - pathologies cutanées avec démangeaisons, 447, 449, 452, 453
 - périmètre brachial, 500, 501, 503, 505, 506, 507, 510, 512, 521
- bronchectasie post TB, 290, 296, 300
- bronchiectasie, 13
- bronchite, 291-292, 298, 300
- bronchite bactérienne, 296
- broncho pneumopathie obstructive chronique (BPCO), 296, 458, 462-463
- bronchoscopie, 295
- brûlures (sensation de)
 - neuropathie périphérique, 313, 315
 - pathologies cutanées, 435, 436, 437, 455
 - vulve et vagin, 399, 409
- budésoude, 462
- cachexie, 14, 519
- calamine (lotion), 437
- calcium (Ca), 280
- Campylobacter*, 329
- canaux biliaires, 334
- cancer ano-rectal, 549
- cancer du col de l'utérus
 - cause de détérioration post rénale, 374
 - cause de lymphadénopathie localisée, 285
 - causé par le HPV, 31, 421
 - cause possible d'anémie, 383, 385
 - dépistage, 31, 64, 421-422, 549, 553
 - incidence réduite avec la TARV, 461
 - lié aux IST, 412
 - stade 4 de l'OMS, 14
- cancer génital, dépistage, 549
- cancer prostatique, 549
- cancers
 - adolescents infectés par voie verticale, 220
 - anus, 461
 - cause de lymphadénopathie, 285
 - cause de neutropénie, 388
 - causes possibles de fièvre, 487
 - causes possibles de perte de poids, 519
 - et diagnostic de l'IRIS tuberculeux, 70
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - liés et non liés au sida, 461
 - maladie non transmissible fréquente, 458
 - mythes sur la pilule contraceptive, 412
 - poumons, 262, 290, 298, 461
 - secondaire à l'hépatite, 362
 - vigilance nécessaire pour détecter, 462
- candida
 - baume de Whitfield inefficace, 454
 - cause de stomatite angulaire, 321
 - cause de vaginite, 399

- candida intertrigo, 453
- candidose buccale (muguet)
 - consultations pour le VIH, 29
 - corrélation avec le taux de CD4, 6, 456
 - enfants, 160, 164, 166, 168
 - nourrissons, 151, 160, 164, 168
 - présentation clinique et prise en charge, 318-319, 319
 - stade 3 de l'OMS, 13, 318
- candidose œsophagienne
 - corrélation avec le taux de CD4, 6
 - effet sur la nutrition, 504
 - présentation clinique et prise en charge, 319-320
 - stade 4 de l'OMS, 14, 319, 320
- candidose vulvo-vaginale, 396, 409, 456
- capréomycine (Cm)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 - contre-indiquée avec le TDF, 102, 107, 278
 - effets secondaires, 280
 - excrétion de la, 102
 - résistance à, 272, 275
- captopril, 107
- carbamazépine
 - combinée au lévonorgestrel, 414, 418
 - effets indésirables, 431
 - inducteur enzymatique puissant, 105
 - interaction avec les ARV, 108, 316, 465
 - prise en charge des troubles bipolaires, 483
 - réduction de l'efficacité des contraceptifs, 413
 - traitement des convulsions, 311, 316
- carcinome hépatocellulaire, 350, 354, 356, 357, 362
- cardiomyopathie, 6, 14
- cardiopathie ischémique, 458, 459, 460
- cardiovasculaire, examen de la fonction, 29
- caries dentaires, 170
- carvedilol, 107
- Castleman, maladie de, 70
- cauchemars, 46
 - voir aussi* rêves
- cavitations pulmonaires, 69, 247, 251
- CD4
 - de référence, 4, 32, 146, 170
 - et pathologies neurologiques, 304
 - récepteurs, 2, 112
- CD4, cellules
 - cible principale VIH, 2
 - et cycle de vie du VIH, 18, 18, 77
 - multiplication et mort des, 3
- CD4, taux de
 - et co-infection VIH/TB, 198, 248, 250, 291
 - corrélation avec des infections opportunistes dues au VIH, 6, 456
 - et CTX, 135, 292
 - définition de l'immunosuppression sévère, 126
 - et démence associée au VIH, 306
 - diagnostic de pathologies rénales, 374
 - et diarrhée, 326, 332, 333
 - et DILI liée à l'EFV, 345
 - et effets secondaires des ARV, 33, 43, 44, 45, 123
 - évolution naturelle du VIH, 3, 77
 - et hépatite, 352, 353
 - et infection sévère ou avancée, 17
 - et neuropathie périphérique, 313
 - et parvovirus B19, 384
 - et pathologies buccales, 319, 321
 - et pathologies cutanées, 425, 438, 444, 452, 456
 - et pathologies neurologiques, 209, 210, 306, 308, 312
 - et pathologies rénales, 367, 371
 - et pathologies respiratoires, 292, 297, 298, 300
 - patient stable, critères de l'OMS, 171
 - et perte de poids, 519
 - et prédisposition à l'IRIS, 68
 - et présentation clinique du délirium, 480
 - et risque de mortalité, 91
 - et stades du VIH selon l'OMS, 5, 5
 - suivi de l'efficacité des ARV, 32, 60, 61, 63, 80, 81-82, 165, 170
 - TARV, accélération ou retardement de la, 27, 72
 - TARV, amélioration avec la, 16, 66, 66
 - TARV, démarrage de la, 203, 265
 - TARV, échec de la, 80, 239, 326
 - et TB, 200, 247, 248
 - et vaccins, 127, 129, 133
 - et VIH avancé, 11, 33, 62, 236, 239, 240, 242, 243, 244
- CDV (conseil et dépistage volontaire), 159
- céfixime
 - et MIP, 404
 - prévention des IST chez l'enfant, 419
 - prévention des IST liées aux violences sexuelles, 418
 - traitement des IST, 397
- ceftriaxone
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - pour une bactériémie suspectée, 490
 - contre-indication pour les nouveau-nés prématurés, 208
 - pour la diarrhée, 329
 - pour des douleurs pelviennes, 404
 - pour une infection bactérienne, 488
 - pour une infection bactérienne suspectée, 310
 - pour une infection des voies urinaires, 490
 - pour la méningite, 208, 310, 490
 - pour une MIP, 404
 - pour la pneumonie, 204, 490
 - prévention des IST liées aux violences sexuelles, 418, 419
 - pour la TB, 200, 202
 - traitement des IST, 397, 403, 407
 - cellulite, 432, 439-441, 487, 488
- centres de soins. *Voir* cliniques
- centres VIH. *Voir* cliniques
- céphalées. *Voir* maux de tête
- céphalosporines, 374, 395, 491

- cerveau
 - biopsie pour diagnostiquer un lymphome du SNC, 210
 - démence associée au VIH, 6, 306, 471
 - diagnostique de la TB, 256, 291
 - lésions, 27, 312
 - lésions liées au diabète, 314
 - saignements intracrâniens, 388
 - sensible au VIH, 162, 173, 194, 313
 - voir aussi* infections cérébrales
- cervicite, 396, 399, 400, 401
- chancre, 322, 396, 403
- charge virale (CV)
 - basse, 85
 - et calendrier de vaccination, 127
 - et changement d'un seul médicament, 89
 - dépistage des problèmes de santé mentale, 468
 - diminution après le démarrage de la TARV, 16, 66, 66, 77
 - échec de la TARV, 80, 144, 145, 147, 192, 195, 196, 233, 239, 240, 320, 322, 384, 547
 - élevée, néfaste pour les enfants et les adolescents, 194
 - élevée, prise en charge, 82-86, 91, 94-95, 96
 - élevée, résistance, 359
 - élevée, responsabilité d'une, 86-87, 87, 193, 477
 - et évolution naturelle du VIH, 3, 3, 4-5, 7, 77
 - indétectable, 96
 - et intervention pour la PTME, 145, 148
 - lignes directrices de soutien aux patients, 537, 538, 539
 - mesure directe du VIH, 160
 - mesure pour la PTME, 146
 - mortalité chez l'enfant, 162
 - perte de poids, 519
 - planification familiale, 139, 415
 - prise en charge d'un VIH avancé, 237, 239, 240
 - dans la PTME, 144
 - et succès de la TARV, 170
 - TARV, suivi de l'efficacité, 32, 60, 61, 63, 80, 89, 144, 165, 170
 - test, en cas de diarrhée chronique, 327
 - et transmission du VIH, 16, 139, 157
- check-lists. *Voir* listes de contrôle
- chéilite angulaire, 13
- cheveux et poils
 - follicules, 432
 - folliculite, 439
 - traitement avec de la griséofulvine, 455
 - voir aussi* cuir chevelu
- chimiothérapie pour un sarcome de Kaposi, 295, 300, 322, 333, 442
- chlamydia
 - asymptomatique chez les hommes, 550
 - cause d'ulcération génitale, 401
 - cause fréquente de cervicite, 399
 - dépistage, 548
 - douleurs pelviennes, 396
 - pertes génitales ou urétrales, 396, 397, 398
 - présentation clinique, 338
 - traitement, 338, 397, 401
 - traitement préventif pour enfants, 419
- chloromycétine, 437
- chlorphéniramine
 - contre les effets secondaires des ARV, 35
 - usage pendant la désensibilisation au CTX, 136
- chlorure de sodium (NaCl), 311, 327, 404
- choc, état de, 404, 488
- choléra, 326, 328, 339
- cholestérolémie
 - élévation liée au VIH, 460
 - élévation possible par la TARV, 47, 55, 61, 460
 - risque cardiovasculaire, 459, 460, 461
 - suivi chez l'enfant séropositif au VIH, 170
 - Voir aussi* hypolipémiants
- ciprofloxacine
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - pour la diarrhée, 328, 329, 332, 340
 - éviter en cas d'infection respiratoire, 490
 - IST, 402
 - résistance à la, 329, 395, 491
 - usage pour des infections des voies urinaires, 490
- circoncision, 112, 132, 139, 157, 534, 535, 547
- circonférence de la tête. *Voir* périmètre crânien, mesure du
- cirrhose, 352, 353, 354, 356, 357, 358, 359, 362
- citalopram, 105, 108
- CKD-EPI, équation de la créatinine, 365, 373
- clairance de la créatinine (ClCr)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375-376
 - diagnostic des pathologies rénales, 369, 372, 373, 377-380
 - et dosage de l'acyclovir, 436
 - et usage de TDF, 22, 33, 35, 42, 50, 54, 143, 356
- clarithromycine, 375
- clindamycine
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - pour des pathologies cutanées, 440, 441
 - pour la PCP, 294, 384
 - pour la toxoplasmose, 384
- cliniciens
 - adolescents, expériences malheureuses, 215
 - confidentialité et honnêteté, 156, 216
 - diagnostic d'une pathologie cutanée, 424
 - enfants, annonce du statut séropositif au VIH, 187-191
 - enfants, connaissance du statut du processus d'annonce aux, 164
 - formation aux communications délicates, 217
 - formation aux protocoles pour le VIH avancé, 145
 - listes de vérification pour consultations pédiatriques, 162-172
 - OMS, Guide VIH/TB - niveau Hôpital, 233
 - responsabilité de la CV, 79, 87, 193
 - soutien aux patients, 62, 533

- cliniques
 - adolescents, expérience au sein des, 216-217
 - assistance téléphonique avec les cliniciens de l'hôpital, 237
 - examen des nouveaux patients, 29-31, 368
 - hygiène des mains, 495-496
 - importance de la confidentialité, 216
 - prise en charge des patients avec un VIH avancé, 233-234
 - tests en cas de VIH avancé, 243
- clofazimine (Cfz), 277, 278, 280
- Clostridium difficile*, 282, 329, 496
- clotrimazole
 - pour pathologies cutanées, 442, 451, 453, 454, 454
 - pour pertes vaginales et candidose vulvo-vaginale, 401, 409
 - pour stomatite angulaire, 321
- cloxacilline, 202, 286, 440
- CMV. *Voir* cytomégalo­virus (CMV), infection à
- coagulopathie, 348
- co-amoxycylav, 441
- Coartem*, 487
- coccidioïdomycose, 14
- Cockcroft-Gault, formule, 365
- codéine
 - contre-indications avec des antidépresseurs, 473
 - pour neuropathie périphérique, 316
 - pour pathologies buccales, 321
 - pour pathologies cutanées, 437
 - pour pathologies GI, 323
- cœur
 - examen chez l'enfant, 167, 198
 - risque de défaillance liée à l'ABC, 43
 - TB, examen de dépistage, 291
 - TB, profil élargi en présence, 251
 - voir aussi* fréquence cardiaque; insuffisance cardiaque; maladie cardiaque; médicaments pour maladies cardiaques
- co-formulation. *Voir* combinaison à dose fixe
- cognition, 173, 174
- co-infection VIH/TB, 269-270
 - compatibilité de la TARV et des antituberculeux, 34
 - et démarrage de la TARV, 31, 202, 203, 241, 253, 255, 265, 267, 270, 276, 431
 - diagnostic et traitement de la TB pharmacorésistante, 276
 - effets secondaires croisés des médicaments et toxicités supplémentaires, 281-283
 - enfants, 197-203, 227-229
 - évaluation de la TB active chez les PVVIH, 252-257
 - infections nouvelles, 102-106
 - interactions médicamenteuses, 42, 90, 110, 203, 259-260, 278
 - maladies souvent oubliées lors des examens, 291
 - présentation clinique de la TBP et de la TBEP, 247-249
 - recherches diagnostiques, 249-251
 - stratégies pour diminuer l'impact, 267-270
 - taux de, 98
 - taux et risques de morbidité et de mortalité, 31, 246, 251, 257, 265, 268, 269, 270, 276, 291, 310, 431
 - traitement, 265-266
- col de l'utérus
 - douleur à la mobilisation du, 404, 405, 416
 - examen du, 394, 395
 - verrues génitales, 410
 - voir aussi* cancer du col de l'utérus
- colonne vertébrale
 - examen chez l'enfant, 198
 - voir aussi* tuberculose de la colonne vertébrale
- coma, 208, 473
- combinaison à dose fixe, 20
 - OMS, recommandation de TDF, 3TC et DTG comme TARV de 1er choix, 35
 - pas disponible pour les enfants, 177
 - voir aussi* TARV, combinaisons à dose fixe
- communautés
 - accès aux tests de grossesse, 140, 154
 - dépistage de la TB, 267
 - engagement dans le bon déroulement de la PrEP, 118
 - idées fausses sur les antibiotiques, 494, 495
 - soutien aux patients atteints de TB pharmacorésistante, 283
 - soutien aux patients dénutris, 504, 510
 - soutien en cas de problèmes de santé mentale, 483
 - stratégies de test du VIH, 9
 - TARV reçue dans des clubs ou des groupes, 144
 - tests de dépistage du partenaire dans les, 142
 - et VIH avancé, 232, 238
- comportement
 - changement comme mesure de PTME, 138
 - changement lié à une démence associée au VIH, 306
 - et problèmes de santé mentale, 479, 481, 482, 483
- comportement étrange
 - en cas de co-infection VIH/TB, 252
 - pathologies neurologiques, 302, 305
 - et VIH avancé, 237, 243
- comprimés et gélules pour une TARV, 20, 24, 149, 178, 183, 184, 185
- condoms. *Voir* préservatifs
- condylome lata, 406
- condylomes acuminés. *Voir* verrues anales; verrues génitales (condylomes acuminés)
- confidentialité, importance de la, 156, 216, 392, 416, 535, 547
- confusion
 - effet secondaire des antidépresseurs, 473
 - effet secondaire des antituberculeux, 279
 - effet secondaire des ARV, 49, 52
 - pathologies neurologiques, 302, 305, 308
 - recherche aux consultations pour le VIH, 29, 30
 - signe de gravité dans l'approche clinique de la fièvre, 486

- signe de gravité en cas de diarrhée sévère, 325
- signe de pathologie respiratoire, 299
- symptôme de TB, 248, 252, 256
- symptôme de troubles liés à une toxicomanie, 478
- et VIH avancé, 237, 243
- connaissances sur le VIH, 214
- conscience
 - altération, signe de gravité dans l'approche clinique de la fièvre, 486, 488
 - altération, signe de malaria, 308
 - altération du niveau de, 204, 209, 252, 302, 306, 308, 479, 483
 - perte de, 248, 256, 308, 339
 - réduite, 237, 243, 252, 305, 306, 308
- conseil aux patients
 - adolescents séropositifs au VIH, 214, 216, 218
 - alimentation des nourrissons, 151
 - annonce à l'enfant de son statut séropositif au VIH, 189-191
 - contraception, méthodes et questions, 412, 416, 422
 - DCIP et CDV, 159
 - inadéquats menant à une CV élevée, 87, 193
 - lignes directrices de MSF, 187
 - mesures de PTME, 141, 142, 143, 146
 - nutrition, 504, 509, 513, 515
 - populations clés, 547
 - PPE, 121, 123, 124, 124, 534
 - PrEP, 117, 118
 - prévention, 358
 - prévention de la transmission de l'hépatite, 355
 - prévention des MNT, 465-466
 - prévention du VIH, 112-113, 139
 - prise en charge de la TB pharmacorésistante, 276
 - prise en charge de la toxicomanie, 360
 - prise en charge des problèmes de santé mentale, 471, 472
 - recommandations sur les services de dépistage du VIH, 535
 - réduction des comportements sexuels à risque, 411
 - TARV, adhérence à la, 62, 94-95, 143, 196, 533
 - TARV, avant le démarrage, 28
 - TARV, changement de régime, 195
 - TARV, démarrage de la, 36-37
 - TARV, suivi, 422, 538
 - voir aussi* soutien aux patients
- conseil et dépistage volontaire (CDV), 159
- consentement au dépistage du VIH, 419, 535, 536
- consommateurs de drogue par injection
 - attitude bienveillante à l'égard des, 534
 - hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 550
 - population clé selon l'OMS, 393, 546, 552
 - PrEP, questions de dépistage, 115-116
 - professionnel(le)s du sexe, 550
 - réduction des risques, 113, 118, 552
 - risque de TB, 357, 548
 - risque de VIH, 2, 116, 546, 547, 551-552
 - risque d'hépatite, 122, 351, 355, 362, 552
 - risque d'IST, 393, 546
- constipation, 316, 335
- consultations
 - dépistage de la TB, 31, 63, 165, 267, 269-270
 - dépistage des IST, 393
 - feuille de, 65
 - gratuité comme stratégie de prévention, 113
 - importance de la confidentialité, 156
 - nourrissons et enfants, 162-172
 - première visite, 28-31
 - principes, enfants et adolescents, 156
 - suivi du VIH, 60-62
- contacts avec des personnes infectées
 - prise en charge de la TB, 165, 198, 267, 270, 276, 543
 - prise en charge des IST, 393, 411
- contraceptifs
 - offre en milieu clinique, 218
 - populations clés, 548
- contraceptifs hormonaux, 413
- contraceptifs oraux, 104, 116, 259
- contraception
 - et abus de substances, 479
 - aperçu et méthodes, 411-415
 - et démarrage de la TARV, 312
 - discussion avec la mère pour prévenir la TME, 542
 - évaluation lors des consultations pour VIH, 64
 - importance de la confidentialité, 216
 - interactions médicamenteuses, 104
 - populations clés, 552, 553
 - et PPE, 123
 - et PrEP, 116, 118, 534
 - prévention du VIH, 112, 139, 535
 - et prise en charge des grossesses non prévues, 416
 - d'urgence, 122, 123, 414, 418, 420
 - et usage de DTG, 36, 177
- convulsions
 - effet secondaire des antidépresseurs, 473
 - effet secondaire des antituberculeux, 279
 - interactions médicamenteuses des anticonvulsivants, 316, 413
 - signe de gravité dans l'approche clinique de la fièvre, 486
 - signe de gravité dans une co-infection VIH/TB, 252
 - signe de gravité en cas de diarrhée sévère, 325
 - symptôme de méningite, 208
 - symptôme de pathologies neurologiques, 302, 304, 305, 308, 465
 - symptôme de pneumonie, 204
 - symptôme de sevrage en cas d'abus de substances, 478
 - toujours sérieuses chez un patient séropositif au VIH, 304
 - traitement, 308, 311
 - et VIH avancé, 237, 243
- coordination. *Voir* marche, difficulté de; motricité

- coqueluche, vaccin, 130, 131, 132
- coqueluche acellulaire réduite (DTC), 131, 132
- cortisone, 446, 447, 448, 451, 454, 455
- cotrimoxazole (CTX)
 - désensibilisation au, 332
 - pour la diarrhée, 330, 331, 332
 - effets secondaires, éruptions cutanées, 53
 - effets secondaires, hypersensibilité, 332
 - et retardement de la TARV, 28
 - risque diminué d'infections et de maladies, 113
- cou
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 434, 450, 453
 - ganglions lymphatiques gonflés, 285
 - voir aussi* nuque
- coudes
 - eczéma dans le pli des, 446, 446
 - gonflement lié à la TBEP, 257
 - psoriasis, 447
- couples sérodiscordants, 116, 154, 415
- coupures (blessures), et transmission du VIH, 120
- cours en ligne, xx
- crachats, échantillon pour le dépistage
 - co-infection VIH/TB, 252
 - réponse aux antituberculeux, 260
 - TB, 237
 - TB, en cas de pathologie neurologique fréquente, 306
 - TB, en présence d'un sarcome de Kaposi, 295
 - TB, lignes directrices de soutien aux patients, 543
 - TB, prise en charge des pathologies respiratoires, 300
 - TB chez l'enfant, 165, 197, 199
 - TB et VIH avancé, 242, 243
 - TB extra pulmonaire, 249-250
 - TB pulmonaire, 247, 249-250
 - voir aussi* hémoptysie (sang dans les crachats); salive
- CrAg du LCR
 - et démarrage de la TARV, 241
 - test pour pathologie neurologique, 244, 306
- CrAg (test de dépistage de l'antigène cryptocoque)
 - dépistage d'une infection fongique, 518
 - dépistage d'une pathologie neurologique, 308
 - diagnostic de la méningite, 312, 490
 - diagnostic de la TB, 256, 310
 - diagnostic de maladie à cryptocoques, 387
 - fièvre, diagnostic de la cause, 486, 487
 - VIH avancé, 237, 238, 241, 242, 243, 244, 312
- crampes
 - et diagnostic de la diarrhée, 326, 328, 329, 330
 - effets secondaires du TDF, 118
 - jambes, neuropathie périphérique, 313
- créatinine
 - diagnostic d'une DRESS, 429
 - élevé en présence de pathologie rénale, 364, 367, 368, 371, 373, 374
 - suivi pour les enfants, 170
 - test avant la TARV, 32, 33
 - test de suivi de l'efficacité de la TARV, 61
 - test en cas d'anémie, 383, 384
 - test en cas de diarrhée, 326
 - test en cas de TB pharmacorésistante, 276, 280
 - test en cas de VIH avancé, 237, 243
 - test en interventions prénatales, 146
 - test et PPE, 122
 - test et PrEP, 117, 118, 118, 124
 - voir aussi* clairance de la créatinine (ClCr)
- crème aqueuse, 53, 447, 454, 455
- croissance
 - retard chez l'adolescent, 220
 - retard chez l'enfant, 14
 - suivi de l'enfant, 141, 163, 168, 173, 198, 222-226
- cryothérapie, 410, 421, 444, 445
- cryptococcose, 70
- cryptococcose
 - corrélation avec le taux de CD4, 298, 456
 - diagnostic grâce au CrAg dans le sérum, 387, 487
 - échec du traitement antituberculeux, 262
 - éruptions cutanées, peu ou pas de démangeaisons, 433, 443, 443
 - extra pulmonaire, 14
 - et IRIS, 67, 68
 - pathologie neurologique (des 3 plus importantes), 305
 - présentation clinique de la fièvre, 487
 - traitement, 113
 - et VIH avancé, 238, 241
- cryptococcose cutanée, 456
- cryptocoques. *Voir* méningite à cryptocoque
- cryptosporidiose, 6, 14
- Cryptosporidium*, 242, 326, 330
- CTX (cotrimoxazole)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - pour co-infection VIH/TB, 227, 253, 254
 - contre-indication au remplacement par la dapsons, 135, 347
 - désensibilisation, 135, 136
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - effets secondaires, anémie, 54, 383, 384, 385, 386
 - effets secondaires, hépato-toxicité, 51, 55, 103, 135, 282, 344, 347, 361, 362
 - effets secondaires, hypersensibilité, 43, 370-371, 374
 - effets secondaires, myélosuppression, 282, 388
 - effets secondaires, néphrotoxicité, 135, 367, 370-371, 373, 374
 - effets secondaires, pathologies cutanées, 44, 49, 282, 425, 428, 431
 - effets secondaires, symptômes GI, 51, 52
 - effets secondaires, thrombocytopénie, 386, 388
 - enfants exposés au VIH, 135
 - enfants séropositifs au VIH, 135, 168-169, 202, 205, 206, 206

- femmes enceintes séropositives au VIH, 146
nourissons exposés au VIH, 138, 141, 149, 151, 168-169
nourissons séropositifs au VIH, 168-169
pour la pneumonie, 205, 206, 206, 292, 293-294, 300
présentation, 135
prévention de la pneumonie, 113, 168
pour la toxoplasmose, 135, 210, 306, 310, 311, 312
traitement préventif d'infections et de maladies, 113
ulcères génitaux, 402
pour le VIH avancé, 238, 244
- cuir chevelu
éruptions cutanées, peu ou pas de démangeaisons, 433, 441, 442
éruptions cutanées avec démangeaisons, 447, 447, 448, 449, 450, 451, 451
éruptions cutanées avec douleur ou inconfort, 437
pathologies cutanées, traitement, 455
culture, test de mise en, 250, 251, 253, 255, 256, 260, 273, 274, 275
Cushing (syndrome), 109, 462, 463
cyanose
rechercher à la première consultation pour le VIH, 29
symptôme de PCP, 205
- cycle de vie du VIH, 17-18, 18
- cyclosérine (Cs)
ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
effets secondaires et toxicité, 52, 279, 281, 313, 314, 471
pour les pathologies neurologiques, 305
traitement de la TB pharmacorésistante, 277
- Cyclosporidium*, 330
- cytomégalovirus (CMV), infection à
corrélation avec le taux de CD4, 6
encéphalite, 305
famille des virus herpès humains, 435
œsophagite, 320
stade 4 de l'OMS, 14
ulcération de l'œsophage, 319
voir aussi rétinite à CMV
- cytomégalovirus disséminé, 456
- d4T (stavudine)
ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
effets secondaires, 47, 53, 56-57, 58, 184, 281, 282, 313
en cours d'élimination, 22, 41, 50, 56, 184
excrétion, 102
interaction avec la metformine, 109
prise en charge, 56-57, 58
résistance au, 79
type d'INTI, 22
- daclatasvir (DCV), 107
- DAPIP. *Voir* dépistage et accompagnement psychologique à l'initiative du prestataire (DAPIP)
- dapsone
réactivité croisée avec le CTX, 135, 347
en remplacement du CTX, 135, 206
- darunavir. *Voir* DRV (darunavir)
- darunavir/ritonavir. *Voir* DRV/r (darunavir/ritonavir)
- DCV (daclatasvir), 107
- DDI (didanosine)
désormais non utilisée, 56
effets secondaires, 41, 56-57, 58, 282, 283, 313
interaction avec la metformine, 109
prise en charge, 56-57, 58
- débit de filtration glomérulaire estimé (DFG), 32, 33, 364, 372, 375, 376
- défense abdominale, 325, 405
- déglutition douloureuse, 319, 504
- delamanide (DLM), 277, 280, 376
- délires, 480, 481
- délirium, 479-480
- démangeaisons, 136
effet secondaire de la TARV, 47, 56
neuropathies périphériques, 56
pathologies cutanées, 435, 436
- démence associée au VIH, 6, 306, 307, 471
- dents
caries courantes chez l'enfant séropositif, 170
perte due à la gingivite, 323
- dépendances. *Voir* abus de substances
- dépistage
ASIST-GBV, outil de dépistage pour les femmes, 417
cancer du col de l'utérus, 64, 421-422, 461
cancers génitaux, 31, 549, 553
co-infections avec VIH, tests, 32-33
diabète, 28, 33, 464-465
donneurs de sang, 113, 158
épilepsie, 28
évaluation du développement de l'enfant, 173-175
hépatite, 351, 355, 357, 548, 551
IST, 31, 64, 139, 146, 218, 535, 548
nutritionnel, 512, 516
OMS, outil de dépistage PrEP, 114-116
problèmes de santé mentale, 468, 469-472, 549
syphilis, 407
TB, 31, 32, 63, 146, 165, 212, 267, 270, 535, 543, 548
- dépistage et accompagnement psychologique à l'initiative du prestataire (DAPIP), 159, 159, 535
- Depo-Provera, 412, 413
- dépression
aperçu, 469-472
avec anxiété, 468, 469, 475
cause possible de perte de poids, 519
causée par des pathologies cutanées, 453
et démence associée au VIH, 306
effet secondaire de la TARV, 281
effet secondaire des antituberculeux, 279, 281
effet secondaire des ARV, 46

- fréquente chez les PVVIH, 468
- liée à des violences sexuelles, 418
- liée à l'abus de substances, 478
- recommandations de l'OMS, 465
- et troubles bipolaires, 482, 483
- dermatite, 168, 434, 450-451
- dermatite séborrhéique, 13, 434, 450-451, 456
- dermatite séborrhéique réfractaire, 456
- dermatologie. *Voir* pathologies cutanées; peau
- désensibilisation, 332
- désensibilisation au CTX, 135, 136
- déshydratation
 - et approche clinique de la fièvre, 486
 - et co-infection VIH/TB, 252
 - diagnostic et prise en charge de pathologies rénales, 366, 367, 370, 372, 373, 374
 - et douleur pelvienne, 404
 - due à la diarrhée, 324, 325, 327, 331, 339, 340
 - due à la gastroentérite, 170
 - effet secondaire des ARV, 51, 52
 - et éruptions cutanées avec douleur ou inconfort, 438
 - et VIH avancé, 237, 242, 243, 244
- développement comportemental, évaluation du, 166
- développement neurologique, 173
 - effets néfastes du VIH, 162, 173, 194
 - évaluation, 173-175, 192, 210
- développement socio-émotionnel, 173, 174
- diabète
 - ajustement des doses d'insuline en cas d'insuffisance rénale, 375
 - et candidose buccale (muguet), 318
 - et candidose vulvo-vaginale, 409
 - cause de neuropathie périphérique, 313, 314
 - cause possible de perte de poids, 464, 519
 - comorbidité avec le VIH, 237, 238, 242, 463-465, 504
 - et conseils nutritionnels, 504
 - dépistage du, 28, 33, 464-465
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - facteur de risque de maladies vasculaires, 459, 460, 461
 - facteur de risque de TB, 463, 519
 - interaction entre antidiabétiques et la TARV, 109
 - lié aux pathologies rénales, 368, 369, 371, 372, 373, 374
 - et pathologies neurologiques, 304, 305, 306
 - risque d'effets secondaires au TDF, 33
 - risques associés aux stéroïdes, 71
- diarrhée
 - et absorption réduite des ARV, 79, 82, 87, 100, 193
 - acquise à l'hôpital (nosocomiale), 496
 - et antibiotiques, 323, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 496
 - aperçu et prise en charge, 323-334, 339-340
 - cause possible de perte de poids, 49, 519
 - contre-indications aux antibiotiques, 491, 493
 - CTX pour prévenir, 135, 168
 - diagnostic et prise en charge de pathologies rénales, 367, 370, 374
 - effet secondaire des antituberculeux, 279, 280
 - effet secondaire des ARV, 23, 24, 42, 43, 47, 48, 49, 51, 324, 326, 329, 332
 - effet secondaire des médicaments pour le diabète, 464
 - et hygiène des mains, 496
 - et malnutrition, 501
 - et présentation clinique de la fièvre, 487
 - symptôme d'une infection au VIH, 160
 - toxicité médicamenteuse des antituberculeux et de la TARV, 282
 - vérification lors d'une consultation pédiatrique, 164
- diarrhée aiguë, 326, 327, 328-329, 373, 493
- diarrhée chronique
 - aperçu et prise en charge, 329-332
 - et carence nutritionnelle, 383
 - définition, 326
 - échec du traitement antituberculeux, 262
 - et pathologie rénale, 373
 - stade 3 de l'OMS, 13
 - tests pour, 49, 326-327
 - et VIH avancé, 232, 237, 242, 244, 323, 329
- diarrhée inflammatoire, 324, 326, 327, 328, 329
- diarrhée non inflammatoire, 324, 326, 327, 328, 330-331, 332, 491
- diazépam, 308, 311, 476
- didanosine. *Voir* DDI (didanosine)
- digoxine, 108
- DILI (insuffisance hépatique d'origine médicamenteuse), 343, 344-349, 354, 359, 362
- diphthérie, vaccin, 127, 130, 131, 132, 132
- Directives consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH* (OMS, 2016), 88, 114, 119
- discrimination
 - adolescents, victimes en milieu clinique, 217
 - causant le refus de démarrer une TARV, 537
 - contre les populations clés, 547, 549, 550, 553
 - liée à l'abus de substances, 477
- dispositifs intra-utérins. *Voir* DIU (dispositifs intra-utérins)
- distribution des médicaments dans le corps, 99, 99, 101, 101
- DIU (dispositifs intra-utérins), 104, 412, 413, 414, 414
- DLM. *Voir* delamanide (DLM)
- documents de base, 29, 63-65
- documents de base, consultation pédiatrique, 162
- doigts, hippocratismes à rechercher à la première consultation pour le VIH, 29
- dolutégravir. *Voir* DTG (dolutégravir)
- donneurs de sang. *Voir* sous sang
- donovanose, 396, 402, 403
- dos
 - douleur, 490
 - pathologies cutanées, 447, 447

- doses fixes. *Voir* combinaison à dose fixe
- douleur
- bouche, 504
 - gestion pendant et après un avortement, 416
 - gingivite nécrosante, 323
 - lésions anales, 335, 336, 337, 338
 - pathologies buccales, 319, 321, 323
 - pathologies cutanées, 432, 435-441
 - et présentation clinique des IST, 396, 399, 403
 - syndrome de neuropathie périphérique, 207, 313, 314, 316
- douleur épigastrique, 331
- douleurs abdominales
- associées à la diarrhée, 324, 325, 330, 331, 333
 - effet secondaire des ARV, 43, 46, 49, 50, 51, 53, 55, 118
 - et pancréatite, 56
 - syndrome de bronchite, 292
 - syndrome de DILI, 344, 346
 - syndrome d'embolie pulmonaire, 295
 - syndrome d'empyème, 296
 - syndrome d'hépatite, 350
 - syndrome d'hyperlactatémie, 57, 58
 - syndrome de pathologie hépatique, 342, 362
 - syndrome de pneumonie, 292
 - syndrome de pneumothorax, 295
 - syndrome de problèmes de santé mentale, 469
 - syndrome de TB, 248, 249, 256
 - syndrome d'ulcères génitaux, 396
 - toxicité médicamenteuse des antituberculeux et de la TARV, 281
 - vérification lors d'une consultation pédiatrique, 164
- douleurs articulaires, 370
- douleurs dans les flancs, 371, 374
- douleurs dans les pieds, 53
- douleurs lombaires, 490
- douleurs musculaires, effet secondaire de la TARV, 42
- douleurs pelviennes
- causes multiples, 404
 - femmes, 400, 404-405
- doxazosine, 375
- doxorubicine liposomale pegylée en IV (DLP), 295
- doxycycline
- et MIP, 404
 - pour pathologies cutanées, 443
 - prévention des IST liées aux violences sexuelles, 418
 - traitement des IST, 397, 402, 407
- drépanocytose, 383, 385
- DRESS (réaction médicamenteuse avec éosinophilie et syndromes systémiques), 43, 44, 46, 429-430, 431
- drogues
- douces et psychoactives, 116
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - injectables (*Voir* consommateurs de drogue par injection)
- DRV (darunavir)
- effets secondaires, 47
 - interaction avec la pravastatine, 108
 - nourrissons et enfants, 182, 183
 - et PPE, 124
 - type d'inhibiteur de la protéase, 24
 - usage en régime de 3^e ligne, 195
- DRV/r (darunavir/ritonavir)
- effets secondaires, 47
 - et PPE, 123
 - usage en régime de 3^e ligne, 36, 36, 92, 177, 177
- DTG (dolutégravir)
- adolescents, 177, 177, 219
 - aucune interaction avec les contraceptifs hormonaux, 413
 - contre-indiqué avec l'EFV ou le NVP, 100, 100
 - effets secondaires, 23, 48, 123, 143, 219
 - enfants, 175, 176, 176, 180, 195, 195
 - femmes en âge de procréer, 32, 34, 35, 35, 36, 48, 61, 123, 143, 177, 265
 - interaction avec la rifabutine, 110
 - interaction avec la rifampicine, 104, 110, 265, 266
 - et PPE, 123
 - prise en charge de l'hépatite B, 90
 - prise en charge d'effets indésirables médicamenteux, 431
 - régime en cas de co-infection VIH/TB, 265, 266
 - régimes de 1^{re} ligne, 34, 34, 35, 35, 36, 36, 88, 175, 176, 176, 177, 177, 195
 - régimes de 2^e ligne, 36, 88, 177, 195
 - régimes de 3^e ligne, 36, 36, 92, 177, 177, 195, 195
 - en remplacement de l'EFV, 46, 52, 345
 - résistance au, 78, 79, 95, 123, 219
 - type d'INI, 19, 23
 - usage pour la PTME, 143, 146
- dysfonction sexuelle, 473
- dysglycémies, 283
- dyspareunie, 396, 399
- dysphagie. *Voir* déglutition douloureuse
- dyspnée (difficulté à respirer), 249
- présentation clinique de pathologies respiratoires, 299
 - syndrome de bronchectasie post TB, 296
 - syndrome de bronchite, 291
 - syndrome d'embolie pulmonaire, 295, 441
 - syndrome d'hyperlactatémie, 58
 - syndrome de maladie pulmonaire chronique, 296, 300
 - syndrome de pneumonie, 205, 292-293, 300, 489, 490
 - syndrome de pneumothorax, 295
 - syndrome de TB, 248, 249, 256
- dysurie
- effet secondaire des antidépresseurs, 473
 - syndrome d'infection urinaire, 490, 498
 - syndrome d'IST, 396, 398
 - syndrome de tuberculose génito-urinaire, 249

- E. coli*, 328, 329
- échec clinique de la TARV, 81, 192, 240, 312
voir aussi TARV, échec de la
- échec immunologique des ARV, 81, 192, 240
- échec virologique des ARV, 81, 84, 91, 192, 240
- échographie
- diagnostic de diarrhée, 333
 - diagnostic de la TB, 243, 255, 256, 273
 - examen pour insuffisance rénale, 367, 369, 371, 373
 - examen pour possible TB, 69, 306
 - prise en charge en cas d'avortement, 416
- éclampsie, 308
- écoulement anal. *Voir* pertes anales
- écoulement auriculaire, 160
- écoulements génitaux. *Voir* pertes génitales
- eczéma
- et développement de l'impétigo, 438
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 434, 446, 446
 - lié au candida intertrigo, 453
 - sous-jacent à une xérose, 447
- éducation. *Voir* formation; information des patients
- efavirenz. *Voir* EFV (efavirenz)
- effets secondaires gastro-intestinaux
- antidépresseurs, 473
 - antituberculeux, 279, 280, 281, 282
- effets secondaires neuro-psychiatriques
- antituberculeux, 279
 - TARV, 305
- effets secondaires psychiatriques
- antituberculeux, 279, 305
 - TARV, 281, 305
- effondrement hémodynamique, 296
- EFV (efavirenz)
- adolescents, 177, 177, 219
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - en cas d'éruptions cutanées secondaires aux ARV, 53
 - et co-infection VIH/TB, 266
 - contre-indiqué avec la BDQ, 277, 280
 - contre-indiqué avec le DTG, 100, 100
 - contre-indiqué avec le NVP, 100, 100
 - demi-vie, 428
 - et développement d'un DILI, 345, 346, 349, 362
 - et échec de la TARV, 89, 90, 95
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - effets secondaires, éruptions cutanées, 46, 53, 282, 428, 429-430, 431
 - effets secondaires, éviter les aliments gras, 23, 46, 185
 - effets secondaires, gynécomastie, 23, 47, 185
 - effets secondaires, hépato-toxicité, 46, 50, 51, 55, 103, 345, 349
 - effets secondaires, perte de poids, 46, 305, 519
 - effets secondaires, tératogénicité, 47
 - effets secondaires neuropsychiatriques, 23, 46, 49, 52, 90, 123, 185, 281, 305
 - enfants, 180, 180, 195
 - inducteur enzymatique, 104
 - interaction avec la rifampicine, 23, 104
 - interaction avec médicaments autres qu'antituberculeux et ARV, 107, 108, 109, 414, 465
 - et PPE, 123, 124
 - réduction de l'efficacité des contraceptifs, 104, 413
 - régimes de 1^{re} ligne, 34, 35, 36, 36, 88
 - résistance à, 78, 79, 86, 177, 194, 194, 428
 - substitution entre NVP et, 90, 104, 110, 203, 266
 - substitution par la NVP ou le DTG, 52
 - type d'INNTI, 19, 23
 - usage pour la PTME, 143, 146
- électrolytes, anomalies due à la diarrhée, 242, 323, 324, 325, 330, 332
- élimination des médicaments, 99, 99, 101, 101, 102, 102, 179
- ELISA VIH, test, 124, 160
- élocution. *Voir* parole, altération de la
- embolie pulmonaire, 290, 295, 298, 441, 487
- Emla (gel), 335
- empathie, 84, 114
voir aussi attitude du clinicien; jugement ou accusations
- emphysème
- et pathologies respiratoires, 256
 - stades 3 et 4 de l'OMS, 13, 14
- emphysème bactérien, 70
- empoisonnement alimentaire, 328
- empyème en cas de pathologies respiratoires, 290, 296, 297, 300
- emtricitabine. *Voir* FTC (emtricitabine)
- enalapril, 107, 368, 371, 375
- encéphalite à CMV, 305, 306
- encéphalopathie. *Voir* leuco encéphalopathie multifocale progressive (LEMP)
- encéphalopathie à VIH
- effet secondaire de l'EFV, 305, 349
 - encéphalite à CMV, 306
 - présentation clinique et prise en charge, 210-211
 - risque après une varicelle, 438
 - stade 4 de l'OMS, 14
- encéphalopathie hépatique, 348, 349
- enfants
- classification des œdèmes, 512
 - courbes de poids et de taille, 222-223
 - et CTX, 135-136
 - défense des droits des, 212
 - développement, évaluation du, 173-175
 - diagnostic d'une pneumonie, 204
 - fréquences cardiaque et respiratoire, 221
 - malnutrition, évaluation de la, 511-512
 - malnutrition, mesures de dépistage, 14, 500
 - mesures anthropométriques et limites, 521, 525
 - poids en fonction de l'âge, 225
 - et prise en charge des violences sexuelles, 419
 - taille en fonction de l'âge, 224
 - traitement de pathologies cutanées, 445, 446, 449, 455

- transmission de l'hépatite, 351
- enfants exposés au VIH
 - dépistage et diagnostic, 158, 160, 161, 542
 - morbidité, 161-162
 - TARV, 176
 - taux de mortalité, 161-162
 - vaccination, 128, 129
 - voir aussi* nourrissons exposés au VIH
- enfants séropositifs au VIH
 - affections pédiatriques, survol, 197-211
 - co-infection VIH/TB, 197-203, 227-229
 - consultation et traitement, 162-172
 - et CTX, 135, 168-169, 202, 205, 206, 206
 - défense des droits des, 212
 - diarrhée, présentation et prise en charge, 324, 325, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 339
 - difficulté à avaler les ARV, 177
 - évaluation du développement, 173-175
 - et induction ou inhibition enzymatique, 104, 105
 - infections associées au VIH, 6
 - lignes directrices de MSF pour le soutien aux patients, 187
 - et malnutrition, 166, 173, 500, 510-516, 520
 - médication orale, 178
 - morbidité et mortalité, 173, 194, 196
 - OMS, recommandations en cas de VIH avancé, 11
 - pathologies buccales, traitement, 320, 322
 - poids, marqueur important, 63
 - et PPE, 123, 124
 - processus d'annonce du statut séropositif, 164, 187-191, 193, 537, 538
 - stades cliniques du VIH selon l'OMS, 13-14
 - TARV, adhérence à la, 167, 175, 177, 185, 186-188, 192, 212
 - TARV, échec thérapeutique, 175, 192-196, 212
 - TARV, effets secondaires, 184-185
 - TARV, interaction avec des médicaments pour l'asthme, 462
 - TARV, résistance à la, 178, 194
 - TARV chez les, 34, 79, 87, 175-176, 177-186, 179-183
 - vaccination, 128, 129-132
 - VIH, diagnostic et dépistage, 8, 32, 157-161, 199, 419
 - voir aussi* parents et accompagnants
- engourdissement, 56
- entécavir, 90, 356
- entérovirus, 328
- enzymes
 - des canaux hépatiques, 343
 - et cycle de vie du VIH, 18, 18
 - induction et inhibition, 44, 103-106, 266, 418
- épanchement pleural
 - et diagnostic différentiel pour un IRIS tuberculeux, 70
 - souvent oublié lors des examens, 30, 290, 291
 - symptôme de pneumonie, 30
 - symptôme de SK pulmonaire, 294
 - symptôme de TB, 30, 248, 251, 256, 257, 297, 299
 - symptôme d'empyème, 296, 300
 - en cas de VIH avancé, 237
- épanchements pulmonaires, 69
- épaules, éruptions cutanées, 453
- épilepsie
 - comorbidité avec le VIH, 237, 238
 - dépistage de, 28
 - médicaments, effets secondaires, 425, 431
 - médicaments standards contre-indiqués avec la TARV, 79, 87, 105, 108, 193, 465
- épilepsie idiopathique, 465
- EPP. *Voir* éruption papuleuse prurigineuse (EPP)
- équation de la créatinine CKD-EPI, 365, 373
- éruption papuleuse prurigineuse (EPP), 13, 434, 452, 452, 456
- éruptions cutanées
 - effet secondaire des antituberculeux, 264, 282, 370
 - effet secondaire des ARV, 22, 23, 43, 44, 46, 49, 53, 184, 185, 282
 - effet secondaire du CTX, 135, 136, 282, 293, 370
 - maculo-papuleuses, 46, 53
 - vérification lors d'une consultation pédiatrique, 164
- éruptions cutanées avec démangeaisons, 447, 452
- érythème
 - effets secondaires de l'EFV, 429
 - éruptions cutanées avec douleur ou inconfort, 438, 439
 - symptôme de pathologie hépatique chronique, 342
- érythème palmaire, 342, 429
- érythromycine
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - pour infections bactériennes, 253
 - et MIP, 404
 - pour pathologies cutanées, 443
 - prévention des IST liées aux violences sexuelles, 418
 - résistance à la, 395
 - traitement des IST, 397, 402, 403, 407
- érythropoïétine, 373, 383, 384
- espérance de vie, 16, 31, v
- essoufflement. *Voir* dyspnée (difficulté à respirer)
- estomac, absorption des PI, 100
- état de point viral. *Voir* état stationnaire
- état mental altéré
 - symptôme de malaria, 306
 - symptôme de pathologie neurologique, 304
 - symptôme de toxoplasmose, 306
 - en cas de VIH avancé, 237, 243
- état nutritionnel
 - carences dues à une malabsorption, 383
 - classification, 502, 504, 507, 513, 517
 - détérioration en présence du VIH, 31, 500
 - évaluation, 151, 163, 212, 501-503, 506-507, 510-513, 516-517
 - plans de prise en charge, 502, 504-505, 508-510, 513-516, 517

- état stationnaire, 3, 4
- États-Unis. *Voir* Food and Drug Administration (États-Unis)
- éthambutol (Emb)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 - effets secondaires, 279, 283
 - enfants, 227, 229
 - excrétion, 102
 - non hépatotoxique, 103
 - prise en charge du DILI, 347, 349
 - résistance à, 272
 - traitement chez l'enfant, 202
 - traitement de la TB pharmacorésistante, 277, 278
- éthionamide (Eto)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 - détection de la résistance à, 275
 - effets secondaires, 103, 279, 282, 283
 - prise en charge du DILI, 347
 - traitement de la TB pharmacorésistante, 277
- étourdissements. *Voir* vertiges
- etravirine. *Voir* ETV (etravirine)
- étude D:A:D, 460, 463
- ETV (etravirine)
 - prise en charge de l'hyperlactatémie, 58
 - type d'INNTI, 19
 - usage en régimes de 3^e ligne, 92
- évaluation psychosociale, enfants, 167, 175, 186-187, 195, 212
- examen neurologique, 29, 308
- examens cliniques
 - anus, 30, 548
 - diagnostic de la TB, 291
 - diagnostic de pathologies neurologiques, 308
 - diagnostic des IST, 30, 394-395
 - diagnostic des pathologies cutanées, 424, 425
 - diagnostic des pathologies respiratoires, 291, 299
 - enfants, 167, 198, 212, 252
 - fonction cardiovasculaire, 29
 - nerfs crâniens, 308
 - neurologique, 29
 - poumons, 29
 - prise en charge des violences sexuelles, 417
 - TB, 252
 - TB, diagnostic, 198, 252, 260, 276
 - vagin, 144, 374, 383, 548
 - VIH, 29-31, 212, 368, 461
 - VIH, première consultation, 368, 461
- examens cliniques, abdomen, 29, 291, 394-395, 404, 416
 - diagnostic de la bronchite, 291
 - diagnostic de la pneumonie, 291, 293
 - diagnostic d'un sarcome de Kaposi, 295
- examens pour le VIH, 29-31, 212
- excrétion des médicaments, 99, 99, 101, 101, 102, 102, 179
- exercice physique. *Voir* activité physique
- expectoration. *Voir* crachats, échantillon pour le dépistage; salive
- faiblesse
 - effet secondaire des ARV, 49, 50
 - signe de gravité en cas de diarrhée sévère, 325
 - soutien aux patients dénutris, 510
 - symptôme de la TB pulmonaire, 248
- faiblesse musculaire
 - dépistage de pathologies neurologiques, 308
 - symptôme de démence associée au VIH, jambes, 306
 - symptôme de neuropathie périphérique, 207, 315
 - symptôme de toxoplasmose, 209
- family planning. *Voir* contraception; planification familiale
- fatigue
 - effet secondaire de la TARV, 42
 - symptôme d'hyperlactatémie, 58
 - symptôme de pathologies rénales, 364, 373
 - symptôme de problèmes de santé mentale, 469, 475
 - symptôme de TB, 165, 197, 201, 248
 - vérification lors d'une consultation pédiatrique, 164
- fausse couche, 145, 383, 385, 404, 405
- FDA. *Voir* Food and Drug Administration (États-Unis)
- FDC (fixed-dose combination). *Voir* combinaison à dose fixe
- femmes
 - à risque d'hyperlactatémie, 58
 - adhérence, 117
 - ASIST-GBV, outil de dépistage, 417
 - contre-indications du valproate, 465
 - effets nocifs de l'abus de substances, 479
 - estimation de la clairance de la créatinine, 377-378
 - hépatite, transmission de la mère à l'enfant, 351
 - pouvoir de décision quant à leur SSR, 392
 - prise en charge du risque cardiovasculaire, 460
 - symptômes urinaires, 498
 - transgenres, 116, 552
- femmes séropositives au VIH
 - candidose vulvo-vaginale commune chez les, 409
 - charge virale et planification familiale, 139, 415
 - DILI liée à l'EFV, 345
 - DTG, précautions à prendre, 32, 34, 35, 35, 36, 48, 61, 123, 143, 177, 265
 - éruptions cutanées liées à la NVP, 44
 - peau, effets indésirables médicamenteux, 429
 - prise en charge d'un carcinome du col utérin, 421-422
 - transmission de l'hépatite à l'enfant, 355
- fer, 321, 382, 383, 384
- fesses, diminution de la graisse, 56
- feuille de consultation, 65
- fibrose
 - en cas de bronchectasie post TB, 296
 - liée à la cirrhose, 359

- liée à l'hépatite, 350, 352, 353, 356, 358, 359, 362
- en cas de maladie pulmonaire destructive post TB, 300
- fièvre
 - approche clinique, 486-491
 - associée à la diarrhée, 324, 325, 326
 - associée à l'IRIS, 68, 69, 70
 - effet secondaire des antituberculeux, 264, 370, 371
 - effet secondaire des ARV, 22, 43, 49, 184
 - hypersensibilité au CTX, 370, 371
 - et infection bactérienne suspectée, 310, 489-491
 - infection primaire au VIH, 4
 - d'origine inconnue, 211
 - pathologies cutanées, 429, 431, 432, 437, 440
 - présentation clinique de pathologies respiratoires, 299
 - signe de pathologie hépatique symptomatique, 362
 - stade 3 de l'OMS, diagnostic, 13
 - symptôme de bronchite, 291, 292
 - symptôme d'empyème, 296
 - symptôme d'hépatite, 350
 - symptôme de méningite, 207, 208, 209, 248, 310
 - symptôme de pneumonie, 204, 205, 291, 292, 490
 - symptôme de pyélonéphrite, 374
 - symptôme de TB, 165, 197, 200, 201, 246, 248, 249, 255, 256, 257, 260, 267, 291
 - symptôme de toxoplasmose, 209
 - traitement de la, 170
 - et usage d'antibiotiques, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 495
 - vérification lors d'une consultation pédiatrique, 164
 - et VIH avancé, 237, 244
 - voir aussi* température
- fièvre jaune, vaccin, 127, 130, 132, 134
- filles
 - courbe de poids et de taille, 223
 - périmètre crânien en fonction de l'âge, 226
 - poids en fonction de l'âge, 225
 - rapport poids/taille, calcul du, 511
 - rapport poids/taille et IMC, 522-524
 - taille en fonction de l'âge, 224
- filtration glomérulaire, taux estimé (TFG), 32, 33, 364, 372, 375, 376
- fistules
 - péri-anales, 336, 336, 337
 - recto-vaginales associées au VIH, 14
 - signes d'ulcères génitaux, 396
- fixed-dose combination (FDC). *Voir* combinaison à dose fixe
- flancs, douleur, 370, 374
- flucloxacilline, 439, 440, 441
- fluconazole
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - pour candidose vulvo-vaginale, 409
 - contre-indiqué pendant la grossesse, 146
 - hépatotoxicité, 103, 347
 - interactions médicamenteuses, 23, 259
 - pour maladies cryptococciques, 113
 - pour méningite, 209, 238, 242, 244, 306, 309-310, 311, 312
 - pour pathologies buccales, 319, 320
 - pour pathologies cutanées, 442, 455
- flucytosine, 209, 309
- fluides, prise et classification de la déshydratation chez l'enfant, 339, 340
- fluoroquinolones (FQ)
 - contre-indications, 202, 255
 - résistance aux, 272, 275, 278
 - toxicité médicamenteuse des antituberculeux et de la TARV, 281, 282
- fluoxétine
 - pour les adolescents, 473, 477
 - contre-indications et effets secondaires, 473
 - contre-indiquée avec un régime d'IP, 105, 108, 472
 - contre-indiquée pendant la grossesse, 477
 - pour la dépression, 472, 473, 474
 - tendance à accroître l'anxiété, 476
- fluticasone, 462, 463
- foetus
 - anomalies médicamenteuses, 465
 - effets nocifs de l'abus de substances, 479
 - EFV n'est plus contre-indiqué, 47
 - risque de transmission du VIH au, 27, 158
- foie
 - adaptation hépatique aux médicaments, 345, 362
 - et angiomatose bacillaire, 443
 - examens cliniques de routine, 30
 - gras, 58
 - inflammation liée à une DRESS, 429
 - métabolisme des contraceptifs et des implants de progestérone, 104
 - métabolisme et élimination des médicaments, 99, 99, 101, 101
 - stéatose hépatique, 359
 - et symptômes d'un IRIS tuberculeux, 69
 - et symptômes d'une lymphadénopathie, 285
 - voir aussi* fonction hépatique, test; hépatite; hépatotoxicité médicamenteuse; pathologies hépatiques; stéatose hépatique
- folliculite, 68, 432, 439, 439
- folliculite à éosinophiles, 434, 450, 450, 452, 456
- fonction hépatique, tests
 - aperçu, 342-343
 - avant le traitement à la NVP, 34
 - traitement de la TB pharmacorésistante, 276
- fonction motrice. *Voir* motricité
- Food and Drug Administration (États-Unis)
 - approbation de l'EFV pour les enfants, 180
 - métronidazole non approuvé, 328, 330

formation

- sur les besoins des professionnel(le)s du sexe, 547
- cours en ligne, xx
- documentation sur la PTME, 151
- identification du VIH avancé, 145
- importance de la confidentialité et du respect, 216-217
- modèle de compétences en Information-Motivation-Comportement, 533
- des prestataires de PrEP, 119
- prévention de l'usage abusif d'antibiotiques, 494
- en soins pédiatriques, 156
- spécificités et besoins des adolescents, 217
- vidéo sur l'interprétation de RXT en pédiatrie, 199

formule Cockcroft-Gault, 365

fosfomycine, 490

fréquence cardiaque

- diagnostic d'une co-infection VIH/TB, 252
- normes chez l'enfant, 221
- signe de gravité dans l'approche clinique de la fièvre, 486
- signe de gravité dans un VIH avancé, 237, 243
- signe de gravité en cas de diarrhée sévère, 325, 340
- voir aussi* pouls, mesure du

fréquence respiratoire

- mesure à la première consultation pour le VIH, 29, 30, 368
- normes chez l'enfant, 221
- et pathologies respiratoires, 292, 293, 299, 300
- signe de gravité dans l'approche clinique de la fièvre, 486
- signe de gravité dans un VIH avancé, 237, 243, 244
- signe de gravité dans une co-infection VIH/TB, 252
- signe de gravité en cas de diarrhée sévère, 325

frissons et tremblements, 306, 473, 478, 480

frottis

- du col, 31, 64, 421
- évaluation et diagnostic d'une TBEP, 256
- microscopie des, 202, 247, 249-250, 252, 260, 273, 274, 275
- positif ou négatif, TBP, 246, 249-250, 275

FTC (emtricitabine)

- adolescents, 219
- contre-indiqué avec le 3TC, 100, 100
- effets secondaires, 22, 57, 118
- enfants, 176, 176
- interchangeable avec 3TC, 22, 43
- nourrissons, 176
- et PPE, 122, 123, 417
- et PrEP, 114, 116, 117, 118
- prise en charge de l'hyperlactatémie, 58
- prise en charge d'une pathologie hépatique, 117
- régime en cas de co-infection VIH/TB, 265
- régimes de 1^{re} ligne, 34, 34, 35, 88, 176, 176
- régimes de 2^e ligne, 88
- résistance, 117

type d'INTI, 22

usage pour la PTME, 143

gabapentine, 316

GAD. *Voir* troubles anxieux généralisés (GAD)

gain de poids

- effet secondaire des antidépresseurs, 473
- faible en cas de TB, 201, 255, 260, 267
- faible pour l'âge chez l'enfant, 160
- et toxicité EFV, 519

gale

- coexistence avec une EPP, 452
- et développement de l'impétigo, 438
- éruptions cutanées avec démangeaisons, 434, 449-450

gale norvégienne, 450, 450

gamma glutamyl transférase (GGT), 69, 343, 360

ganciclovir, 320

ganglions lymphatiques

- et angiomatose bacillaire, 443
- et causes possibles de perte de poids, 519
- et diarrhée, 333
- hypertrophie, infection aiguë au VIH, 4
- et IRIS, 67, 68, 69, 70, 71, 489
- et lymphome non hodgkinien, 462
- et pneumonie, 293
- et présentation clinique des IST, 396, 403
- et prise en charge des pathologies respiratoires, 299

ganglions lymphatiques tuberculeux, 200, 248, 256, 257

garçons

- courbe de poids et de taille, 222
- périmètre crânien en fonction de l'âge, 226
- poids en fonction de l'âge, 225
- rapport poids/taille, calcul du, 511
- rapport poids/taille et IMC, 522-524
- taille en fonction de l'âge, 224

Gardnerella, 399, 401

gastroentérite, 170

gatifloxacine (Gfx)

- effets secondaires, 283
- résistance à la, 272

gel Emla, 335

gels alcoolisés, 496

gélules. *Voir* comprimés et gélules pour une TARV

gencives

- gingivite nécrosante, 13, 323
- présentation clinique d'un SK, 322

GeneXpert (Xpert MTB/RIF)

- détection de la résistance à la rifampicine, 250, 272, 273, 275
- diagnostic de la TB, 242, 243, 250, 252, 253, 254, 255, 256, 260, 262, 300, 306
- diagnostic d'une infection bactérienne, 489
- exclusion de la TB pharmacorésistante, 259

génotypage, 36, 77, 91-92, 92, 177, 195

genoux

- eczéma dans le pli des, 446
- psoriasis, 447

- GEU. Voir grossesse extra utérine
- GGT (gamma glutamyl transférase), 69, 343, 360
- Giardia lamblia*, 326, 328, 330
- gingivite nécrosante, 13, 323, 323
- glandes salivaires, gonflement, 285
- glibenclamide, 109, 375
- gliclazide, 109, 375
- globules blancs (GB)
- et anémie, 382
 - et infection des voies urinaires, 365, 373, 490, 494, 498
 - et insuffisance rénale chronique, 374
 - et neutropénie, 388
 - normaux en cas de PTI, 387
 - numération basse liée à l'AZT, 384, 388
 - numération élevée en présence d'hépatite, 350
 - présence en cas d'infection bactérienne, 489, 498
 - test en cas de diarrhée chronique, 326
- globules rouges (GR)
- causes de diminution, 382, 383, 385
 - diagnostic de pathologies rénales, 374
 - et diagnostic de PTT, 387
- glomérulonéphrite, 371
- glycémie
- approche clinique de la fièvre, 486
 - et diabète, 314, 371
 - et pathologie rénale chronique, 371
 - et prise en charge du DILI, 346
 - TARV source d'anomalie, 47, 55
 - toxicité médicamenteuse des antituberculeux et de la TARV, 283
- glycémie, test
- pour le diabète, 315
 - évaluation de la fonction hépatique, 343
 - prise en charge de pathologies neurologiques, 308
 - en cas de VIH avancé, 243
- glycosurie, 33, 370
- gonorrhée
- cause de cervicite, 399
 - dépistage, 548
 - dosage des médicaments, 397
 - douleurs pelviennes, 396
 - infections à gonocoque asymptomatiques chez les hommes, 550
 - OMS, lignes directrices sur la *Neisseria gonorrhoeae*, 497
 - pertes urétrales, 396, 397, 398
 - pertes vaginales, 396
 - présentation clinique et traitement, 338
 - résistance aux médicaments, 395, 491
 - traitement préventif pour enfants, 419
- gorge
- examen ORL chez l'enfant, 168
 - infections associées à la diarrhée, 331
 - maux de, 292, 489
 - problèmes causés par la candidose buccale (muguet), 319
- goudron, shampoings au, 448
- goût
- altération liée au RTV, 47
 - ARV, 177, 185, 192, 193
 - disparition liée à la candidose buccale (muguet), 319
 - formes galéniques pédiatriques pour la TB, 258
- graisse. Voir aliments; matières grasses, apport
- granules de TARV, 176, 183, 185
- grippe
- contre-indication des antibiotiques, 487, 493
 - vaccin, 113, 127
- griséofulvine, 442, 455
- grossesse
- abus de substances, 479
 - calcul de la clairance de la créatinine, 365, 373
 - et causes d'anémie, 383, 385
 - dapsone sans risque, 135
 - dépistage de l'hépatite, 357
 - douleurs pelviennes, 404, 405
 - effets secondaires des médicaments, 409, 465
 - efficacité des méthodes de planification familiale, 414
 - mesures anthropométriques, 506, 521
 - non planifiées, prévention, 534
 - non planifiées, prise en charge, 415-417
 - œdème, marqueur non fiable, 503
 - planification dans les populations clés, 548
 - PPE, 122, 124
 - PPE et PrEP, 116, 123, 139, 154
 - risque d'acidose lactique, 58
 - TARV, usage du DTG, 34, 35, 35, 48, 177
 - TARV, usage sécuritaire, 47
 - traitement de la TB pharmacorésistante, 278
 - traitement des IST, 401, 402
 - transmission du VIH, 2, 157, 158, 541
 - usage d'antibiotiques, 490
 - usage d'antidépresseurs, 474, 477
 - vérification de la CV, 94
 - VIH avancé, 145, 238
 - voir aussi grossesse extra utérine (GEU)
- grossesse, dépistage
- en cas d'anémie, 383
 - démarrage et suivi de la TARV, 31, 32, 61, 142
 - mesure de PTME, 140, 141
 - et PPE, 123
 - prise en charge de pathologies neurologiques, 308
 - prise en charge d'une candidose vulvo-vaginale, 409
 - en cas de risque d'IST, 394
 - en cas de violence sexuelle, 418
- grossesse extra utérine (GEU), 383, 385, 417
- groupe de travail sur les ARV pédiatriques, 181
- guérisseurs traditionnels. Voir remèdes traditionnels
- gynécomastie
- effet secondaire de l'EFV, 23, 47, 185
 - symptôme de pathologie hépatique, 342

- Haemophilus* B, vaccin, 127, 130
- Hain, test de. *Voir* test de Hain
- haleine, mauvaise, 323
- hallucinations
- effet secondaire des ARV, 46, 52
 - en présence de maladie psychiatrique, 46
 - liées à la dépression, 471
 - et psychoses, 480
 - troubles bipolaires, 482
- halopéridol, 108, 481
- Hb. *Voir* hémoglobine (Hb), taux; hémoglobine (Hb), test
- HCTZ (hydrochlorothiazide), 375
- helminthes, 169
- hématémèse, 384
- hématome péri-anal, 335, 335, 337
- hématurie
- présentation clinique des pathologies rénales, 368, 371
 - symptôme de tuberculose génito-urinaire, 249
 - symptôme d'infection urinaire, 498
- hémiplégie, 304, 305
- hémoglobine (Hb), taux
- et anémie, 32, 34, 54, 383, 384, 386
 - normal en cas de PTI, 387
 - prise en charge de la TB pharmacorésistante, 276
 - en cas de VIH avancé, 237
- hémoglobine (Hb), test
- pour l'anémie liée à l'AZT, 49, 50, 54, 61, 122, 124, 170, 184, 282
 - pour l'anémie liée à un SK avec pathologie GI, 322
 - approche clinique de la fièvre, 486
 - pour la diarrhée chronique, 326
 - prise en charge de pathologies neurologiques, 308
 - et VIH avancé, 243
- hémolyse
- et évaluation de la fonction hépatique, 343
 - liée à la rifampicine, 385
 - liée au CTX, 385
 - perte de globules rouges, 382
- hémoptysie (sang dans les crachats), 248, 299, 384, 386
- hémorragie, 210, 473
- hémorroïdes, 335, 336, 336, 337
- hémorroïdes thrombosées, 336, 336, 337
- hépatopathies. *Voir* pathologies hépatiques
- hépatite
- asymptomatique chez l'homme et la femme, 551
 - cause de neutropénie, 388
 - diagnostic d'une pathologie hépatique, 345, 362
 - effet secondaire des antituberculeux, 263, 264, 431
 - effet secondaire des ARV, 23, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 61, 429
 - IRIS hépatique, 345
 - risque après une varicelle, 438
 - et syphilis secondaire, 406
 - voir aussi* ictère; pathologies hépatiques
- hépatite A
- et diagnostic d'un DILI, 345
 - présentation clinique et traitement, 349-350
 - test sérologique des anticorps, 343
 - vaccin, 127
- hépatite alcoolique, 359
- hépatite B (VHB)
- aggravée par une pathologie hépatique d'origine alcoolique, 359
 - ARV efficaces contre, 22, 33, 42, 43, 55, 90, 100, 117, 356
 - cause de pathologie rénale, 374
 - chercher en cas de VIH avancé, 242
 - co-infection TB, 354
 - co-infection VIH, 133, 349, 351, 352, 354, 356
 - dépistage, recommandations de l'OMS, 117
 - diagnostic et prise en charge, 354-355, 361
 - et DILI, 345, 346
 - épidémiologie, 351
 - présentation clinique, 349, 350
 - test en cas de VIH avancé, 237
 - traitement, 351
 - transmission, 129, 351, 408, 548, 551
 - vaccin, 119, 122, 127, 129, 130, 131, 133, 351, 362, 418, 420, 548
 - voir aussi* AgHB; AgHBs
- hépatite C
- aggravée par une pathologie hépatique d'origine alcoolique, 359
 - cause possible d'un SGPT élevé, 55
 - chercher en cas de VIH avancé, 242
 - co-infection avec la TB, 357
 - co-infection VIH, 33, 351, 353, 356-357
 - dépistage chez les populations clés, 548, 551
 - diagnostic et prise en charge, 357-358
 - et DILI, 345, 346
 - effet secondaire des INI, 48
 - épidémiologie, 351
 - évolution naturelle, 353
 - interaction entre antiviraux directs et la TARV, 107
 - présentation clinique, 349, 350
 - test et PPE, 122, 124
 - test sérologique standard pour l'hépatite, 343
 - traitement, 351
 - transmission, 351, 408, 548, 551
- hépatite E, 343, 345, 349
- hépatite fulminante, 348
- hépatotoxité médicamenteuse
- antituberculeux, 51, 103, 104, 110, 279, 282, 347, 349, 367
 - ATV, 24, 48
 - CTX, 51, 55, 103, 135, 344, 347, 361, 362
 - EFV, 46, 50, 51, 55, 103, 282, 345, 349
 - INTI, 282
 - IP, 47, 51, 103, 282
 - NVP, 23, 34, 45, 51, 52, 55, 61, 103, 104, 282, 349
 - PI, 349
 - RTV, 282

- hépatomégalie
 - associée à la diarrhée, 333
 - symptôme de pathologie hépatique, 342
 - et VIH avancé, 237, 243
- hépatosplénomégalie, 13
- herpès
 - infection opportuniste commune chez les enfants, 168
 - risques associés aux stéroïdes, 71
- herpès ano-rectal, 14
- herpès cutané, 14
- herpès génital, 14, 396, 403, 435
- herpès orolabial, 14, 435, 435
- herpès simplex 8 (HHV-8), 435, 442
- herpès simplex disséminé, 456
- herpès simplex (VHS), 435
 - cause d'ulcères de l'œsophage, 319
 - cause d'ulcères génitaux, 401
 - cause possible de fièvre, 487
 - corrélation avec le taux de CD4, 456
 - présentation clinique, 321, 321, 337, 396, 432, 435, 435
 - stade 4 de l'OMS, 14, 401
 - traitement, 321, 321-322, 337, 435, 436
- herpès zoster
 - cause possible de fièvre, 487
 - corrélation avec le taux de CD4, 6, 456
 - présentation clinique, 432, 436
 - stade 2 de l'OMS, diagnostic, 13
 - traitement, 437, 455
 - vaccin, 127, 127
- hippocratisme digital, 29
- histoire médicale. *Voir* antécédents médicaux
- histoplasmosse, 6, 298, 443, 518
- histoplasmosse extra pulmonaire, 14
- historique. *Voir* antécédents médicaux
- HIVAN (néphropathie liée au VIH), 5, 6, 14, 367-368, 371, 372, 373, 374
- hommes
 - circuncision, 112, 132, 139, 157, 534, 535, 547
 - estimation de la clairance de la créatinine, 379-380
 - comme partenaires, dépistage du VIH, 142
 - participation au contrôle des naissances, 411
 - tour de taille et prise en charge du risque cardiovasculaire, 460
 - traitement des infections urinaires, 490
- hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), 112
 - attitude bienveillante à l'égard des, 534
 - lésions et plaies anales, 334, 461
 - mesures de prévention du VIH, 551
 - population clé selon l'OMS, 393, 546
 - risque de VIH, 116, 546, 547, 550
 - risque d'IST, 393, 550-551
 - transmission de l'hépatite, 351, 355, 357, 358, 362, 408, 551
- hommes séropositifs au VIH
 - éruptions cutanées liées à la NVP, 44
 - orientation pour une TARV comme mesure de PTME, 138
 - et planification familiale, 415
 - et taux de CD4 pendant la TARV, 35
- homosexualité, 550
- hôpital
 - assistance téléphonique avec la clinique de soins primaires, 237
 - consentement pour le dépistage du VIH, 535, 536
 - MSF, Guide VIH/TB - niveau Hôpital, 233, 302
 - prise en charge d'un VIH avancé, 236, 237
 - voir aussi* infections nosocomiales (acquises à l'hôpital)
- hôpital, transfert à
 - déshydratation, 340
 - diarrhée, 324, 327, 328, 332, 339
 - douleurs pelviennes chez la femme, 404, 405
 - hyperlactatémie, 58
 - lésions anales, 336, 337
 - pancréatite liée au DDI ou d4T, 56
 - pathologies, 210
 - pathologies buccales, 319
 - pathologies cutanées, 429, 431, 438
 - pathologies neurologiques, 302, 309
 - pathologies pédiatriques, 208, 209, 211
 - pathologies respiratoires, 252, 293, 295, 518
 - prise en charge de la diarrhée, 496
 - prise en charge d'un DILI, 346
 - prise en charge de l'épilepsie, 465
 - prise en charge de la fièvre, 487, 488, 490
 - prise en charge d'un VIH avancé, 233
 - problèmes de santé mentale, 480, 483
 - PTT, 387
 - TARV, effets secondaires, 52, 53, 54, 55
 - ulcération ou masse sur le col utérin, 395
- hormone hypophysaire de stimulation thyroïdienne (TSH), 276, 279, 280, 447, 519
- hormonothérapie, 552
- HPV. *Voir* virus papilloma humain (HPV)
- HSH. *Voir* hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
- humeur
 - changement, effet secondaire de la TARV, 52
 - et problèmes de santé mentale, 469, 482
- hydrochlorothiazide (HCTZ), 375
- hydrocortisone, 446, 451, 454, 455
- hydroxyzine, 476, 477
- hygiène
 - de la bouche, 323
 - des mains, 189, 350, 495-496, 509, 515
 - mortalité associée, 125
 - préparation des aliments, 504
 - en cas de toux, 268-269, 543
 - et transmission de l'hépatite, 350, 351
 - vaginale, conseils, 399, 409
- hyperbilirubinémie, 48, 208
- hyperesthésie, 436
- hyperglycémie, 283
- hyperlactatémie, 42, 57-58
- hyperlymphocytose, syndrome de, 285

- hypersensibilité
 - à l'ABC, 22, 43, 49, 184
 - aux antituberculeux, 264, 370, 374
 - au CTX, 43, 332, 370, 374
 - au DTG, 23, 48
 - aux médicaments, cause possible de fièvre, 487
 - à la NVP, 43, 456
 - au RAL, 23, 48
- hypertension
 - comorbidité avec le VIH, 237, 238, 242, 459, 504
 - et conseils nutritionnels, 504
 - interaction médicamenteuse antihypertenseurs-TARV, 107
 - liée aux pathologies rénales, 367, 368, 369, 371, 372, 373, 374
 - et pathologies neurologiques, 304, 305, 306
 - et prise en charge du risque cardiovasculaire, 461
 - risque d'effets secondaires du TDF, 33
 - voir aussi* antihypertenseurs
- hyperthyroïdie, 473, 475, 519
- hypertrophie de la parotide, 6, 13, 160, 285
- hypoglycémie
 - complexité de poser un diagnostic, 464
 - effet secondaire des antituberculeux, 283
 - liée à un sepsis bactérien, 486
 - prise en charge de la pneumonie, 205
 - signe de gravité fréquent associé à la fièvre, 488
 - symptôme de pathologies neurologiques, 305, 308
 - et VIH avancé, 243, 244
- hypolipémiants
 - interaction avec la TARV, 108
 - IP, inhibiteur enzymatique, 106, 460
- hyponatrémie
 - effet secondaire des antidépresseurs, 473
 - Voir aussi* sodium
- hypotension
 - et désensibilisation au CTX, 136
 - effet secondaire des antidépresseurs, 473
 - infection bactérienne suspectée, 310
 - interactions médicamenteuses avec la TARV, 106
 - liée aux pathologies rénales, 374
 - signe de gravité associé à la fièvre, 488
- hypothermie, 204, 486
- hypothyroïdisme, 279, 280
- hypovolémie, 370, 374
- hypoxémie, 293
- hypoxie
 - signe de gravité en présence de pathologies respiratoires, 299
 - symptôme d'embolie pulmonaire, 295
 - symptôme de maladie pulmonaire chronique, 296, 300
 - symptôme de pathologies neurologiques, 305
 - symptôme de pneumonie, 300
- ibuprofène
 - contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale, 316
 - effets indésirables, 431
 - pour les maux de tête, 281
 - traitement de la fièvre, 170
- ictère
 - causée par une occlusion parasitaire, 334
 - et diagnostic d'une co-infection VIH/TB, 252
 - et DILI, 344, 346, 347
 - effet secondaire des ARV, 24, 45, 46, 47, 48, 51, 55, 345
 - rechercher à la première consultation pour le VIH, 29
 - SGPT chez l'enfant, 170
 - symptôme de pathologie hépatique, 342, 350, 362
 - et varicelle, 438
 - et VIH avancé, 243
- idées suicidaires. *Voir* suicide, idées de
- IEC. *Voir* inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)
- iléon terminal, 333
- IMC. *Voir* indice de masse corporelle (IMC)
- imipenem-cilastatine, 277
- immunisation. *Voir* vaccination
- immunodépression
 - et dermatite séborrhéique, 450
 - sévère et vaccination, 126, 127
 - et usage du TB LAM, 251
 - et vaccins, 129, 130, 131-132, 133
- impétigo, 432, 438-439
- indemnisation pour exposition au travail, 121
- indice de masse corporelle (IMC), 33, 500, 501, 503, 505, 506, 507, 519, 522-529
- infarctus, 43
- infarctus du myocarde, 459
- infection aiguë au VIH, 4
- infection au VIH
 - corrélation avec le taux de CD4, 5
 - et stades du VIH selon l'OMS, 5, 5
- infection disséminée à papilloma virus (verruës), 13
- infection horizontale au VIH, 213, 215
- infection intrapartum, 153
- infection mycobactérienne non tuberculeuse disséminée, 14
- infection mycobactérienne non tuberculeuse (MNT), 6, 70, 518
- infection périnatale, 129
- infection périnatale au VIH, 213
- infection primaire au VIH, 4
- infection vaginale (vaginite), 396, 399, 400, 401, 409
- infection verticale au VIH, v, 213, 214, 215, 219-220
- infections
 - des articulations, 13
 - bactériémie, 243, 244, 310
 - cause possible d'hyperlactatémie, 57
 - corrélation avec le taux de CD4, 6
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - des os, 13
 - rythme de progression d'un VIH non traité, 7
 - et stades cliniques du VIH selon l'OMS, 13-14
 - tests de dépistage pour les co-infections avec VIH, 32-33

- des voies respiratoires, 13
- voir aussi* cytomégalovirus (CMV), infection à
- infections ano-rectales, 397
- infections articulaires, 13
- infections aux protozoaires, 331
- infections bactériennes
 - acquises à l'hôpital (nosocomiales), 496
 - antibiotiques, usage, 113, 135, 494-495
 - et co-infection VIH/TB, 253, 254
 - et éruptions cutanées, 431
 - fréquentes en soins primaires, 487, 490
 - et pathologies cutanées, 437, 438
 - présentation clinique de la fièvre, 310, 486, 488, 489, 492
 - prévention et contrôle, 495
 - stades cliniques de l'OMS, 13, 14
 - usage d'antibiotiques, 242, 487, 488, 490, 492
 - vaccination des enfants, 128
 - et VIH avancé, 232, 242, 243, 244
- infections cérébrales et CTX, 135
- infections cervicales (cervicites), 396, 399, 400, 401
- infections des voies respiratoires, 13, 487, 490, 493
- infections des voies urinaires
 - acquises à l'hôpital (nosocomiales), 496
 - associée à la diarrhée, 331
 - Diagnosis of Urinary Tract Infections (UTIs): Quick Reference Guide for Primary Care*, 497
 - et diagnostic de douleurs pelviennes, 396, 404, 405
 - et diagnostic de pathologie rénale, 365, 373
 - et présentation clinique de la fièvre, 486, 487
 - symptômes urinaires, 365, 490, 498
 - et usage d'antibiotiques, 490, 494, 498
 - et VIH avancé, 243
- infections fongiques
 - cause possible de perte de poids, 518
 - corrélation avec le taux de CD4, 6, 298, 518
 - diagnostic d'effets indésirables médicamenteux, 431
 - diagnostic différentiel, 443
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 451
 - éruptions cutanées avec peu de démangeaisons ou sans, 441-442
 - ongles, 29, 442
 - traitement, 455
 - et usage d'antibiotiques, 487
 - usage d'une biopsie cytologique à l'aiguille fine, 287
- infections fongiques disséminées, 518
- infections gastro intestinales
 - cause possible de perte de poids, 519
 - parasitaires, CTX comme traitement préventif, 113
- infections génitales, 404
- infections nosocomiales (acquises à l'hôpital), 496
- infections nouvelles
 - OMS, définition de l'échec clinique, 80
 - suivi de l'efficacité de la TARV, 80, 81, 85, 94, 95, 166
- infections opportunistes
 - cause de perte de poids, 464, 519
 - corrélation avec le taux de CD4, 5, 6, 6, 240
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - effet sur la nutrition, 504
 - évaluation clinique des enfants séropositifs au VIH, 168
 - et évolution naturelle du VIH, 77
 - information des patients, 28
 - présentation clinique de la fièvre, 487
 - et retard de changement de régime, 233-234
 - traitement préventifs appropriés, 113
 - et usage des antibiotiques, 495
- infections osseuses. *Voir os*; pathologies osseuses
- infections pelviennes. *Voir* maladie inflammatoire pelvienne (MIP)
- infections pulmonaires, 298
- infections sexuellement transmissibles (IST)
 - adolescents, 546, 553
 - augmentation du risque de transmission du VIH, 112
 - besoin de services de santé intégrés, 217
 - cause de lymphadénopathie localisée, 285
 - dépistage, 31, 64, 139, 146, 218, 535, 548
 - diagnostic et prise en charge, 392-411
 - populations clés, 546, 548, 549, 550-551
 - PrEP et PPE, 115-116, 119, 122, 418, 420, 534
 - prise en charge syndromique, 394-411, 548
 - résistance aux antibiotiques, 395, 491
- infections virales
 - antibiotiques contre-indiqués, 292, 487, 489, 490
 - antibiotiques non nécessaires, 300
 - cause de myélosuppression, 388
 - diagnostic des effets indésirables médicamenteux, 431
 - Molluscum contagiosum*, 443
 - vaccination, 128
- infiltrat pulmonaire, 70, 300, 519
- infirmières, 142, 233, 238, 286, 494
- inflammation chronique, 384, 459
- influenza. *Voir* grippe; *Haemophilus B*, vaccin
- information des patients
 - avant le démarrage de la TARV, 28
 - sur la prévention de l'infection TB, 269, 543
 - prévention des MNT, 465-466
 - et prise en charge de l'abus de substances, 478
 - et prise en charge des problèmes de santé mentale, 472
 - réduction des comportements sexuels à risque, 411
- Information-Motivation-Comportement, modèle de compétences, 533
- inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), 109
- inhibiteurs de la protéase. *Voir* IP (inhibiteurs de la protéase)
- inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), 368, 374
- inhibiteurs de l'intégrase. *Voir* INI (inhibiteurs de l'intégrase)

- inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse. *Voir* INNTI (inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse)
- inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse. *Voir* INTI (inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse)
- inhibiteurs sélectif de la recapture de la sérotonine (SSRI), 472, 473, 474, 476
- INI (inhibiteurs de l'intégrase)
 - effets secondaires, 48
 - élaborer un régime de trithérapie, 34, 34, 100
 - type d'ARV, 19, 23
 - usage en régimes de 3^e ligne, 92
- INNTI (inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse), 89
 - combinés au lévonorgestrel, 418
 - effets indésirables médicamenteux, peau, 431
 - effets secondaires, 23, 44-47, 103, 460
 - gestion d'un échec de traitement, 89, 90
 - prise en charge de l'hyperlactatémie, 58
 - prise en charge du DILI, 349
 - queue de traitement, 78, 346, 428
 - régimes, élaborer une trithérapie, 100
 - régimes de 1^{re} ligne, 34, 34
 - régimes de 3^e ligne, 92
 - résistance aux, 86, 194, 194, 240
 - type d'ARV, 19, 23
- INR (International normalized ratio), 109, 343, 360
- insécurité alimentaire
 - cause possible de perte de poids, 519
 - corrélation entre VIH et malnutrition, 501
 - évaluation de, 503, 504, 505
 - et responsabilité d'une CV élevée, 87, 193
 - et risque de malnutrition, 507, 509, 513, 517
 - soutien nutritionnel en présence de, 515
- insomnie
 - effet secondaire des antidépresseurs, 473
 - effet secondaire des ARV, 23, 46, 48
 - symptôme de troubles anxieux généralisés, 476
- insuffisance cardiaque
 - cause d'IRA pré-rénale, 374
 - patients avec un VIH avancé, 242
- insuffisance hépatique d'origine médicamenteuse. *Voir* DILI (insuffisance hépatique d'origine médicamenteuse)
- insuffisance rénale aiguë (IRA), 324, 366-367, 370-371, 372, 373, 374, 383
- insuffisance rénale chronique (IRC)
 - diabétiques séropositifs, 464
 - diagnostic et prise en charge, 368-369, 371-372, 373, 374
- insuffisance rénale terminale (IRT), 364, 367, 368, 373, 384, 459
- intégrase (enzyme), 18, 18, 19
- International normalized ratio, 109, 343, 360
- intestins
 - et diarrhée inflammatoire ou non inflammatoire, 324, 325, 326, 328, 329, 330-331, 332, 333
 - occlusion liée à l'ascaris, 334
 - parasites, 170
 - perte de sang, 385, 519
 - et sarcome de Kaposi, 442
 - Voir aussi* maladies inflammatoires intestinales
- INTI (inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse)
 - et changement d'un seul médicament, 89-90
 - effets secondaires, 22, 42-43, 57, 58
 - enfants, 195
 - excrétion, 102
 - interaction avec médicaments autres qu'ARV, 109
 - et prise en charge du DILI, 347
 - redémarrer à la fin du traitement antituberculeux, 266
 - régimes, élaborer une trithérapie, 100
 - régimes de 1^{re} ligne, 34, 34, 36, 177, 195
 - régimes de 2^e ligne, 36, 177, 177, 195
 - régimes de 3^e ligne, 36, 92, 177, 195
 - résistance aux, 79
 - type d'ARV, 19, 22
- intolérance au lactose, 331
- IP (inhibiteurs de la protéase)
 - absorption, 100
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - effets secondaires, anomalie des lipides, 47, 55, 460
 - effets secondaires, glycémie anormale, 47, 55
 - effets secondaires, hépato-toxicité, 47, 51, 103, 283, 349
 - effets secondaires, lipohypertrophie, 56
 - effets secondaires, symptômes GI, 24, 47, 49, 51, 52, 282
 - inhibiteur enzymatique, 105-106
 - interactions avec médicaments autres qu'ARV, 24, 100, 108, 109, 259, 418, 459, 460, 462, 464, 465
 - et PPE, 417
 - prise en charge de l'hyperlactatémie, 58
 - prise en charge des effets indésirables médicamenteux, 431
 - en remplacement d'autres ARV, 53, 345
 - résistance aux, 78, 79, 86, 91, 95
 - résistance croisée aux ARV, 194
 - traitement de l'hépatite B, 90
 - type d'ARV, 19, 24
- IPP (inhibiteurs de la pompe à protons), 109
- IRA. *Voir* insuffisance rénale aiguë (IRA)
- IRC. *Voir* insuffisance rénale chronique (IRC)
- IRIS (syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire)
 - cause d'inflammation des ganglions lymphatiques, 489
 - cause possible de perte de poids, 518
 - et démarrage de la TARV, 27, 69, 71, 72, 203, 265, 312, 443, 444
 - différencier d'un échec clinique des ARV, 81
 - fièvre et tachycardie, symptômes de, 487
 - hépatique, 345
 - et pathologies cutanées, 431, 443, 444

- présentation, 66-73
- et VIH avancé, 238
- IRIS tuberculeux démasquant, 67, 67, 69, 72
- IRIS tuberculeux paradoxal, 67, 67, 68, 69
- irritabilité
 - associée à la diarrhée, 325, 339, 340
 - et démence associée au VIH, 306
 - présentation clinique de problèmes de santé mentale, 475, 476, 482
 - symptôme de méningite chez l'enfant, 208, 256
- IRT. *Voir* insuffisance rénale terminale (IRT)
- ischémie, 210, 374
- Ishihara (test), 264
- isoniazide (INH)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 - effets secondaires et toxicité, 51, 52, 53, 103, 110, 207, 279, 313
 - enfants, 129, 169, 200, 207, 227, 228, 229
 - interaction avec des ARV, 110
 - prise en charge du DILI, 348, 349
 - résistance à, 268, 272, 273
 - supplément de pyridoxine nécessaire, 207, 253, 260, 264, 279, 314
 - supplément de vitamine B12 nécessaire, 314
 - et symptômes de pathologies neurologiques, 305
 - thérapie préventive pour TB, 113, 254, 267, 268
 - traitement, TB active, 28, 31, 63
 - traitement, TB pharmacorésistante, 278
 - traitement, VIH avancé, 238, 242
- isordil, 108, 335
- Isospora belli*, 242, 244, 326, 330, 332, 487
- isospore, 14
- IST. *Voir* infections sexuellement transmissibles (IST)
- itraconazole, 107, 110, 375
- ivermectine, 331, 449
- JACCOL, 29
- jambes
 - classification des œdèmes, 512, 520
 - et diagnostic de TVP ou de cellulite, 441, 487
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 447, 452, 453
 - faiblesse et démence associée au VIH, 306
 - symptômes de neuropathie périphérique, 313, 314, 315
- jaunisse. *Voir* ictère
- jeunes adultes, définition, 213
- jugement ou accusations, 79, 84, 114, 156, 215, 216-217, 477
 - voir aussi* attitude du clinicien; empathie
- Kaletra®, 24
- kaliémie
 - et diarrhée, 519
 - et pathologies rénales, 368, 371, 373
- kanamycine (Km)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
- contre-indiquée avec le TDF, 42, 102, 107, 278
- effets secondaires, 280
- excrétion, 102
- prise en charge du DILI, 347, 349
- résistance à, 272, 275
- Khayelitsha, iii, iv, v
- Koebner (phénomène de), 448
- KwaZulu-Natal, v
- L-carnitine, 58
- lactates élevées. *Voir* hyperlactatémie
- lactose, 331
- lactulose, 316
- lait maternisé, 148, 151
- lamivudine. *Voir* 3TC (lamivudine)
- lamotrigine
 - combinaison possible avec la TARV, 108, 465
 - effets indésirables, 431
 - réduction de l'efficacité des contraceptifs, 413
 - soulagement de la douleur due à la neuropathie périphérique, 316
- langage, 173, 174
- langue
 - candidose (muguet), 318, 319
 - ulcères aphteux, 321
 - virus herpès simple, 435
- lansoprazole, 109
- larmes
 - absence, signe de déshydratation, 325
 - et transmission du VIH, 2, 120
- larva currens*, 330
- laser, traitement au, 410
- lavage gastrique, 199
- laxatifs, 316
- leishmaniose atypique disséminée, 14
- LEMP (leuco encéphalopathie multifocale progressive), 6, 14, 305, 306
- lésions
 - et approche clinique de la fièvre, 487
 - avec effet de masse, 306
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 446, 447, 448, 452-453
 - éruptions cutanées avec douleur ou inconfort, 432, 435, 436, 437, 438, 439
 - éruptions cutanées avec peu de démangeaisons ou sans, 441-442, 443, 444
 - et infections fongiques, 518
 - pathologies cutanées, diagnostic, 425, 426-427
- lésions anales, 334-338, 461, 551
- lésions cérébrales, 312
- lésions cérébro-spinales, 27
- lésions cervicales, 421
- lésions oculaires, 436
- léthargie
 - associée à la diarrhée, 340
 - signe de gravité en cas de diarrhée sévère, 325, 339
 - symptôme de méningite, 208
 - symptôme de TB, 201, 320

- leuco encéphalopathie multifocale progressive (LEMP), 6, 14, 305, 306
- leucocytes. *Voir* globules blancs (GB)
- leucopénie. *Voir* globules blancs (GB)
- leucoplasie orale chevelue, 13
- lévétiracétam, 465
- lévofloxacine (Lfx)
 - combinaison possible avec la rifampicine, 110
 - effets secondaires, 279
 - prise en charge du DILI, 347
 - résistance à la, 272
 - traitement de la TB pharmacorésistante, 277
- lévonorgestrel, 413, 414, 418
- lèvres
 - et diagnostic d'effets indésirables médicamenteux, 431
 - présentation clinique de la candidose
 - œsophagienne, 319
 - présentation clinique de l'herpès simplex, 435, 435
 - ulcères aphteux, 321
- Lfx. *Voir* lévofloxacine (Lfx)
- LGV. *Voir* lymphogranulome vénérien (LGV)
- Line Probe Assay (LPA), 251, 272, 275
- linézolide (Lzd)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 - effets secondaires et toxicité, 280, 282, 313
 - traitement de la TB pharmacorésistante, 277
- lipoatrophie, 56-57
- lipodystrophie, 42, 56-57
- lipohypertrophie, 56
- liquide céphalorachidien (LCR), 255
- liquide cérébrospinal, 120
- liquides corporels contenant le VIH, 120, 121
- liquor picis carbonis* (LPC), 448
- listeria monocytogène*, 208
- listes de contrôle, 63-64
 - développement neurologique, 174
 - diagnostic de l'IRIS tuberculeux, 70
 - pour établir la responsabilité d'une CV élevée, 87, 193
- examens et consultations, VIH, 26, 29, 170
- LNS Small Quantity, 515
- lopéramide, 47, 327, 330, 333
- lopinavir. *Voir* LPV (lopinavir)
- lopinavir/ritonavir. *Voir* LPV/r (lopinavir/ritonavir)
- LPV (lopinavir)
 - effets secondaires, 61
 - type d'inhibiteur de la protéase, 19, 24
- LPV/r (lopinavir/ritonavir)
 - combinaison possible avec la BDQ, 277, 280
 - effets secondaires, anomalies des lipides et de la glycémie, 47, 55
 - effets secondaires, diarrhée, 24, 47, 51, 326, 329, 333
 - effets secondaires, nausées et vomissements, 24, 47, 49, 51, 123, 185, 326
 - effets secondaires, symptômes GI, 52
 - enfants, 149, 176, 176, 182, 183, 195, 419
 - infections nouvelles, 105
 - interaction avec la fluoxétine, 473
 - interaction avec la rifabutine, 110, 266
 - interaction avec la rifampicine, 24, 79, 87, 104, 110, 193, 203, 266, 349
 - interchangeable avec l'ATV/r, 51, 55, 333, 417
 - nourrissons, 175, 176, 176, 182, 183, 183
 - et PPE, 123, 124, 417, 419
 - prise en charge du DILI, 349
 - régimes de 1^{re} ligne, 195
 - régimes de 2^e ligne, 36, 88, 177, 195
 - substitution avec l'ATV/r, 104, 124
 - type d'inhibiteur de la protéase, 24
- lubrifiants, utilisation de, 112, 547, 548, 551, 552
- lymphadénite, 129
- lymphadénopathie
 - associée à la TB, 13
 - causes et prise en charge, 285-286
 - enfants, 160, 168
 - liée à la tuberculose, 165, 198, 200, 248, 250, 255, 256, 257, 489
 - rechercher à la première consultation pour le VIH, 29
 - rechercher aux consultations pour le VIH, 30
 - stade 1 de l'OMS, diagnostic, 13
 - et syphilis secondaire, 406
- lymphadénopathie hilaire, 200, 202
- lymphadénopathie inguinale, 401
- lymphocytes T. *Voir* CD4, cellules
- lymphœdème, 442
- lymphogranulome vénérien (LGV), 396, 401, 402, 403
- lymphome
 - cause de lymphadénopathie, 285, 286
 - cause possible de fièvre, 70, 487
 - cause possible de perte de poids, 519
 - et diagnostic différentiel pour un IRIS tuberculeux, 70
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - hors SNC, 6
 - du SNC, 210, 306
- lymphome cérébral, 6, 14
- lymphome lié au VIH, 6
- lymphome non hodgkinien, 14, 461, 462
- Lzd. *Voir* linézolide (Lzd)
- MAC. *Voir* *Mycobacterium Avium Complex* (MAC)
- magnésium (Mg), 280
- maïns
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 447, 449, 453
 - éruptions cutanées avec peu de démangeaisons ou sans, 433, 444
 - hygiène des, 189, 350
 - ongles, décoloration bleutée, 42
 - peau, distribution des lésions, 427
 - peau, effets indésirables médicamenteux, 429, 430
 - sensibilité diminuée, 313

- et transmission de l'hépatite, 350
- et transmission du VIH, 2
- malabsorption, 262, 331, 383
- maladie
 - crainites et questions associées, 532
 - définition de « sérieusement malade » en cas de VIH avancé, 243
- maladie cardiaque
 - adolescents séropositifs au VIH à risque de, 220
 - contre-indication de l'amitriptyline, 473
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - risque cardiovasculaire, 460-461
- maladie cardiaque ischémique, 458, 459, 460
- maladie chronique pulmonaire et échec du traitement antituberculeux, 262
- maladie de Castleman, 70
- maladie de Pott, 200, 249, 257
- maladie fongique disséminée, 6
- maladie inflammatoire pelvienne (MIP), 310, 395, 396, 404, 416
- maladie mentale
 - et adhérence à la TARV, 79
 - et responsabilité d'une CV élevée, 87, 193
- maladie neurocognitive, 220
- maladie pulmonaire chronique
 - bronchectasie post TB, 290, 296, 300
 - corrélation avec le taux de CD4, 298, 300
 - liée au VIH, 13
 - liée au VIH, adolescents infectés par voie verticale, 220
- maladies buccales. *Voir* pathologies buccales
- maladies du foie. *Voir* pathologies hépatiques
- maladies hépatiques. *Voir* pathologies hépatiques
- maladies inflammatoires intestinales, 331
- maladies non transmissibles (MNT)
 - aperçu et prise en charge, 458-466
 - dépistage avant la TARV, 32, 33
 - présentation et prise en charge générales, 31
- maladies parodontales, 170
- maladies transmissibles sexuellement. *Voir* infections sexuellement transmissibles (IST)
- maladies vasculaires, 306, 458, 459-461
- malaise général, 248
- malaria
 - cause de thrombocytopénie, 386
 - enfants séropositifs au VIH, 211
 - pathologie neurologique commune, 305, 306
 - résistance aux traitements, 491
 - symptômes, 52, 306, 310, 486, 488
 - traitement, 168, 309, 473, 486, 487, 488
 - traitement préventif, 113, 135
 - en cas de VIH avancé, 237
- malaria, test
 - approche clinique de la fièvre, 486
 - diagnostic d'anémie, 383, 385
 - prise en charge de pathologies neurologiques, 308
 - en cas de VIH avancé, 243
- malnutrition
 - adolescents séropositifs au VIH, 500, 516-517
 - adultes séropositifs au VIH, 500, 506-510
 - aigüe sévère, 166
 - aperçu de l'évaluation et de la prise en charge, 501-505
 - cause de xérose, 446
 - complication de la diarrhée, 324, 340
 - corrélation avec le VIH, 501
 - dépistage du VIH nécessaire, 160
 - enfants séropositifs au VIH, 166, 173, 500, 510-516
 - facteur aggravant les pathologies hépatiques d'origine alcoolique, 359
 - liens avec le VIH, 500
 - mesures anthropométriques, 14, 500, 501, 502, 503, 504, 506-507, 510-512, 516, 521
 - et pronostic du DILI, 346
 - stades 3 et 4 de l'OMS, 13, 14
- Mandela, Nelson, iv, v
- manies
 - effet secondaire des antidépresseurs, 473
 - effet secondaire des ARV, 46
 - symptôme de troubles bipolaires, 482
- marche, difficulté de
 - dépistage de pathologies neurologiques, 308
 - et douleur pelvienne, 404
 - effets secondaires des ARV, 53
 - signe de gravité dans l'approche clinique de la fièvre, 486
 - signe de gravité dans une co-infection VIH/TB, 252, 255
 - en cas de VIH avancé, 237, 243
- matériel génétique, 18
- matières grasses, apport, 508
- maux de gorge, 292, 489
- maux de tête
 - effet secondaire, antidépresseurs, 473
 - effet secondaire, antituberculeux, 264, 279, 280, 281
 - effet secondaire, ARV, 23, 42, 48, 118
 - effet secondaire, TARV, 281
 - examens cliniques de routine, 30
 - signe de gravité dans l'approche clinique de la fièvre, 486
 - symptôme de méningite, 208, 209, 246, 248, 305, 306
 - symptôme de pathologie neurologique, 302, 305
 - symptôme de problèmes de santé mentale, 469
 - symptôme de TB, 249, 252, 256
 - symptôme de toxoplasmose, 209
 - vérification lors d'une consultation pédiatrique, 164
 - et VIH avancé, 237, 243
- mebendazole, 169
- médecine traditionnelle. *Voir* remèdes traditionnels
- médicaments
 - antécédents pharmacologiques, enfants, 167
 - causes de fièvre, 487
 - effets secondaires comme cause de décès, 243

- et pharmacocinétique, 99-102
- voir aussi* réaction médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques (DRESS); tests de pharmacosensibilité (DST)
- médicaments injectables
 - antituberculeux, 272, 275, 278
 - contraceptifs injectables, 413, 414
- médicaments pour maladies cardiaques, 108
- médicaments psychiatriques, 108
- mégacolon toxique, 329
- membres
 - diminution de la graisse, 56
 - peau, effets indésirables médicamenteux, 428
 - peau, éruptions avec démangeaisons, 448, 449, 452
 - peau, éruptions avec douleur ou inconfort, 432, 437
 - peau, éruptions avec peu de démangeaisons ou sans, 433, 441, 442
 - picotements dans les, 315
- mémoire, perte de, 306, 307, 480
- méninges, inflammation des, 429
- méningite
 - stade 3 de l'OMS, 13
 - stade 4 de l'OMS, 14
 - symptôme de pathologie neurologique, 305
 - et syphilis secondaire, 406
 - traitement de patients avec un VIH avancé, 242
- méningite à cryptocoque
 - corrélation avec le taux de CD4, 6, 304
 - et démarrage de la TARV, 27, 67, 72, 203, 241, 312
 - diagnostic différentiel, 490
 - enfants, 209
 - et IRIS, 67, 68, 70
 - symptômes, 209, 306
 - et test CrAg, 312
 - traitement, 306, 309-310, 311, 312
 - et VIH avancé, 232, 238, 241, 243, 244, 312
- méningite bactérienne
 - cause de mortalité en cas de VIH avancé, 243
 - diagnostic différentiel, 70, 490
 - enfants, 207-208
 - pathologie neurologique fréquente, 306
 - traitement, 310
- méningite tuberculeuse
 - et démarrage de la TARV, 27, 203, 241
 - diagnostic différentiel, 490
 - et DILI, 347, 348
 - et IRIS, 67, 68, 69, 72, 73
 - symptômes, 210, 246, 248, 306
 - traitement, 202, 306
- méningocoque, vaccin, 127, 130, 132, 133
- méropénème (Mpm), 277
- métabolisme
 - maladies liées au, 305
 - des médicaments, 99, 99, 101, 101, 179
- metformine, 109, 375, 464
- métoclopramide, 47, 49, 52, 376
- métronidazole
 - pour la diarrhée, 328, 329, 330, 331, 496
 - pour des douleurs pelviennes, 404
 - pour gingivite nécrosoyante, 323
 - pour une MIP, 404
 - pour les pertes vaginales, 401
 - prévention des IST liées aux violences sexuelles, 418, 419, 420
- Mfx. *Voir* moxifloxacine (Mfx)
- micro-abcès spléniques, 333
- micronutriments, 500, 508
- microscopie, 286, 287
- Microspora*, 330
- milieu carcéral. *Voir* personnes incarcérées
- mineurs, 274
- MIP. *Voir* maladie inflammatoire pelvienne (MIP)
- misoprostol, 416
- mitochondries, toxicité pour les, 56, 370
- mobilité. *Voir* marche, difficulté de
- moelle épinière et TB, 256
- moelle osseuse, 382, 384
 - voir aussi* myélosuppression
- moelle osseuse, toxicité, 135
- Molluscum contagiosum*, 13, 68, 433, 443, 443-444, 456
- mono-résistance aux antituberculeux, 272
- morbidité
 - cardiovasculaire, lien avec la TARV, 460
 - causée par la diarrhée, 318, 323, 324, 326
 - co-infection VIH/TB, 31, 246, 257, 269
 - enfants, 161, 162, 173, 194, 207
 - IRIS, 27, 67
 - liée aux problèmes de santé mentale, 483
 - malnutrition comme facteur de risque, 173, 500
 - neuropathie périphérique, 207
 - pathologies hépatiques, 133, 342, 349, 352, 353, 356, 359
 - réduite grâce à la vaccination, 113, 125
 - retard avant de changer de régime, 85, 86, 233
 - VIH avancé, 234, 240, 323, 326
- morphine, 109
- mortalité
 - adolescents séropositifs au VIH, 213
 - aggravée par une hygiène déficiente, 125
 - bactériémie, 490
 - cardiovasculaire, lien avec la TARV, 460
 - causée par la diarrhée, 318, 323, 324, 326, 327
 - co-infection diabète-TB, 463
 - co-infection VIH/TB, 31, 145, 242, 246, 251, 257, 265, 268, 269, 270, 276, 291, 297, 310, 431
 - et diabète, 463
 - DILI, 361
 - effet de la résistance aux antibiotiques, 493
 - effet indésirable des antituberculeux, 264
 - et élévation de l'acide lactique, 57
 - enfants exposés au VIH, 128
 - enfants séropositifs au VIH, 161-162, 173, 194, 196

- HIVAN, 368
 insuffisance hépatique (DILI), 344, 346, 348
 IRIS, 67, 71
 malnutrition comme facteur de risque, 173, 500, 501, 503, 505, 509, 510, 512, 516
 maternelle liée au VIH, 145
 méningite à cryptocoque, 312
 méningite tuberculeuse, 203
 pathologies cutanées causées par des effets indésirables médicamenteux, 429
 pathologies hépatiques, 133, 342, 349, 351, 352, 353, 354, 356
 pathologies neurologiques, 302
 pathologies respiratoires, 290, 295
 pneumonie bactérienne, 204
 problèmes de santé mentale, 468, 480
 réduite grâce à la TARV, v
 réduite grâce à la vaccination, 113, 125
 retard avant de changer de régime, 85, 86, 96, 233
 et symptômes neurologiques de la TB, 69, 72
 et tabagisme, 459, 462
 et taux de CD4, 27
 VIH, statistiques, 8, 213
 VIH avancé, 62, 145, 232, 233, 234, 240, 243, 323, 326
- motricité
 consultations pour le VIH, 29
 et démence associée au VIH, 306, 307
 globale et fine, 173, 174
 et neuropathie périphérique, 313, 315
voir aussi marche, difficulté de
- mouvement cervical. *Voir* col de l'utérus
- moxifloxacine (Mfx)
 ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 effets secondaires, 279
 interaction avec d'autres médicaments, 110, 280
 prise en charge du DILI, 349
 résistance à la, 272
 traitement de la TB pharmacorésistante, 277, 278
- MSF (Médecins sans frontières)
 commandes de vaccins, 130
 directives, choléra, 328
 directives, dépistage du VIH, 141-142
 directives, santé sexuelle et reproductive, 415
 directives, soutien aux patients, 187, 533
Guide clinique et thérapeutique, 497
 guide sur la TB, 249, 251, 256, 258, 261, 264, 266
Guide VIH/TB - niveau Hôpital, 233, 302
Medical guidelines - Obstetric and Newborn Care, 416
OCB Antibiotic Stewardship Toolkit, 497
- MTB. *Voir* *Mycobacterium tuberculosis* (MTB)
- muguet. *Voir* candidose buccale (muguet)
- multi-résistance (TB-MR), 272
- multivitamines, 169, 508
- muqueuses
 effets indésirables médicamenteux sur les, 428, 429, 432
 éruptions cutanées avec douleur ou inconfort, 437
 exposition aux liquides corporels, 120, 121
 pathologies buccales, 319, 321
- muscles
 dépression médullaire, 280
 douleur, effet secondaire de la TARV, 42
 faiblesse, 207, 209
- mycobactéries
 cause de diarrhée, 324, 333
 et IRIS, 68
 non tuberculeuse, 6, 14, 70, 518
Voir aussi infections fongiques
- Mycobacterium avium complex* (MAC), 333
- Mycobacterium bovis*, 129
- Mycobacterium tuberculosis* (MTB), 196, 246, 249, 333
- mycose disséminée, 14
- mycose vaginale. *Voir* candidose vulvo-vaginale
- mycoses
 non tuberculeuse, infection à, 6, 70, 518
 non tuberculeuse disséminée, infection à, 14
 ongles, 13
 stade 2 de l'OMS, 13
- myélosuppression
 AZT, anémie liée à, 34, 43, 50, 54, 61, 88, 184, 282, 383, 384
 causes rares de, 384
 liée au CTX, 386
 liée au VIH-TB, 383, 384, 385, 386
 et neutropénie, 388
- myopathie, 42
- NaCl. *Voir* chlorure de sodium (NaCl)
- naissance. *Voir* accouchement et travail
- naissance prématurée. *Voir* prématurés
- natrémie
 test pour une pathologie rénale, 373
 vérification en présence de VIH avancé, 243
voir aussi sodium
- nausées
 associée à la diarrhée, 324, 326, 328
 effet secondaire des antidépresseurs, 473
 effet secondaire des antituberculeux, 263, 264, 279, 280, 281
 effet secondaire des ARV, 22, 23, 24, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 55, 56, 57, 118, 166, 185, 326
 effet secondaire de la TARV, 281
 symptôme d'hyperlactatémie, 58
 symptôme de pathologie ou d'insuffisance hépatique, 342, 344, 346, 350, 362
 symptôme de pathologies rénales, 364, 373
 symptôme de problèmes de santé mentale, 469
- nécrolyse épidermique toxique. *Voir* syndrome de nécrolyse épidermique toxique (TENS)

- nécrose tubulaire aiguë, 366, 374
- néoplasie, 431
- néoplasie cervicale intra épithéliale (NCI), 6
- néphrite interstitielle aiguë, 367, 370, 374
- néphropathie liée au VIH (HIVAN), 5, 6, 14, 367-368, 371, 372, 373, 374
- nerfs crâniens
 - examen des, 308
 - neuropathie des, 237, 243, 252, 305, 486
- neuro-psychiatrie. *Voir* effets secondaires neuro-psychiatriques; symptômes neuro-psychiatriques
- neurologie. *Voir* pathologies neurologiques; symptômes neuro-psychiatriques
- neurologique, examen, 29
- neuropathie
 - diabétiques séropositifs, 464
 - et diagnostic d'une co-infection VIH/TB, 252
 - présentation clinique chez les enfants, 207-211
 - et VIH avancé, 237, 244
- neuropathie optique, 280
- neuropathie périphérique
 - effet secondaire du DDI et du d4T, 56, 58
 - effet secondaire possible des antituberculeux, 207, 253, 260, 264, 279, 280, 313, 314
 - présentation clinique et causes, 207, 302, 313-314
 - traitement, 207, 316
- neurosyphilis, 210, 306
- neutropénie, 13, 388-389
- névirapine. *Voir* NVP (névirapine)
- névralgie post-herpétique (NPH), 436, 437
- névrite optique, 264, 279, 283
- nez
 - examen ORL chez l'enfant, 168
 - pathologies cutanées, 435, 436, 442
 - symptômes de bronchite, 292
 - et transmission du VIH, 120
- nifédipine, 107
- nitrites, 365, 373, 490, 494, 498
- norovirus, 328
- nourrissons
 - et antibiotiques, 135, 208
 - candidose buccale (muguet) fréquente, 318
 - diagnostic erroné d'œdème, 512
 - essais sur l'efficacité de la PrEP, 116
 - fréquences cardiaque et respiratoire, 221
 - mesures anthropométriques et limites, 521
 - nourris au lait maternisé, 148, 151
 - prise en charge de pathologies cutanées, 449, 452
 - rapport poids/taille et IMC, 522-524
 - risque de transmission du VIH aux, 27
 - vaccin contre l'hépatite B, 351, 356, 548
- nourrissons exposés au VIH
 - alimentation recommandée, 151
 - CTX, 135, 138, 141, 149, 151, 168-169
 - dépistage et diagnostic, 140, 141, 152, 153, 158, 160, 161, 175, 542
 - interventions pour la PTME, 145
 - TARV, 147-148, 149, 150-151, 153, 175, 176, 176
 - vaccination, 128, 129
- nourrissons séropositifs au VIH
 - CTX, 168-169
 - dépistage et diagnostic, 8, 158, 175
 - diarrhée, présentation et prise en charge, 324
 - TARV, 153, 175, 176, 179-183
- nourriture. *Voir* alimentation; aliments
- NPH (névralgie post-herpétique), 436, 437
- nucléoside. *Voir* INTI (inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse)
- nuque
 - accumulation de grasse secondaire aux ARV, 56
 - raideur, 29, 208, 248, 256, 305, 490
 - voir aussi* cou
- nutrition. *Voir* alimentation; aliments; état nutritionnel
- NVP (névirapine)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - combinaison possible avec la BDQ, 277, 280
 - combinée au lévonorgestrel, 414
 - contre-indiqué avec le DTG, 100, 100
 - contre-indiqué avec l'EFV, 100, 100
 - demi-vie, 428
 - et échec de la TARV, 95
 - effets indésirables, 33
 - effets secondaires, éruptions cutanées, 23, 44, 49, 53, 61, 185, 282, 428, 431
 - effets secondaires, hépto-toxicité, 23, 34, 45, 51, 52, 55, 61, 103, 104, 282, 349
 - effets secondaires, hypersensibilité à, 43, 456
 - effets secondaires, symptômes GI, 51, 281
 - enfants, 123, 124, 179, 182, 183
 - inducteur enzymatique, 104
 - interaction avec des antituberculeux, 23, 90, 104, 110, 203, 259, 266
 - interaction avec des antituberculeux non ARV, 23
 - interaction avec médicaments autres qu'antituberculeux et ARV, 107, 108, 109, 465
 - nourrissons, 148, 148, 150, 150, 176, 179, 179, 182, 183, 194
 - et PPE, 123, 124
 - et prise en charge du DILI, 349
 - réduction de l'efficacité des contraceptifs, 104
 - résistance à la, 79, 90, 177, 194, 194, 428
 - substitution entre EFV et, 52, 90, 104, 110, 203, 266
 - type d'INNTI, 19, 23
 - usage en régimes de 1^{re} ligne, 34, 35, 36, 88
- nycturie, 249
- nystatine
 - pour candidose buccale (muguet), 319
 - pour stomatite angulaire, 321
- obésité, 58, 461, 506
- œdème
 - évaluation de la malnutrition, 14, 502, 503, 507, 512, 516, 520, 521
 - lié à une DRESS, 429

- rechercher à la première consultation pour le VIH, 29
- symptôme de pathologies rénales, 364, 367, 370, 371, 373, 374, 512
- symptôme de péricardite tuberculeuse, 249, 256
- œdème périphérique, 256
- œstrogène, 104
- ofloxacin, 272, 376
- ombilic, 447, 451
- oméprazole, 24, 100, 109, 376
- OMS (Organisation mondiale de la Santé)
 - 3HP en remplacement de la TPI, recommandations, 268
 - AZT, recommandations pour l'usage, 43
 - Care package for PWID*, 552
 - DCIP, recommandations, 159
 - dépistage à la naissance, recommandations, 153
 - diabète, dépistage du, 463
 - échec de traitement, définition, 80, 81, 84
 - échec de traitement, recommandations, 85
 - Guidelines for the treatment of Neisseria Gonorrhoeae*, 497
 - hépatite B, directives de dépistage, 117
 - patient stable, définition, 171
 - personne non compliqué sous TARV, définition, 61
 - plan 90:90:90 pour 2020, 9, 214-215, 232
 - Plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens*, 497
 - planification familiale, manuel de, 412
 - populations clés, catégories, 213, 393, 546
 - PrEP, outil de dépistage, 114-116, 139
 - PrEP et PPE, recommandations, 114, 119
 - prise en charge de la malnutrition, 508, 509, 515
 - prise en charge de la méningite à cryptocoques, 209
 - prise en charge des MNT, 33, 460-461, 465-466
 - prise en charge des problèmes de santé mentale, 468
 - prise en charge de la TB, 227, 267, 270, 276, 277, 278, 279
 - PTME, recommandations, 143
 - réduction des risques, directives, 552
 - source d'orientations clés sur le traitement du VIH, 17
 - stades cliniques du VIH, 5, 5, 13-14
 - stades cliniques d'une co-infection VIH/TB, 257
 - TARV, CV comme méthode de surveillance de choix, 80
 - TARV, directives pour le démarrage, 16, 26, 28, 37, 175
 - TARV, recommandations, 10
 - TARV, régimes de 1^{re} ligne, 34-36, 176-177
 - TARV, régimes de 2^e ligne, 88, 195
 - TARV, tests de suivi, 60-61
 - TB pharmacorésistante, communication rapide en cas de, 276
 - TPP, recommandations, 549-550
 - VIH avancé, définition et recommandations, 11, 17, 62, 232
 - ongles
 - décoloration, teinte bleutée, 42
 - infections fongiques, 29, 442
 - mycoses, 13
 - et pathologies cutanées, 447, 447, 448, 455
 - des pieds, 447
 - ONUSIDA, rapports de, 7, 8
 - onychomycoses, 13
 - ophtalmoplogie, 306
 - oreilles
 - audiogramme, 276, 280
 - écoulement auriculaire, 160
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 447, 450, 451
 - examen ORL chez l'enfant, 168
 - infections, 331
 - oreillons, vaccin, 127
 - organes, augmentation de la taille, 168
 - organes génitaux
 - écoulements, examen, 394, 395
 - écoulements, facteurs de risque, 393
 - écoulements, vérification aux examens cliniques de routine, 30
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 447, 449
 - éruptions cutanées avec peu de démangeaisons ou sans, 442, 444
 - herpès, 14
 - plaies, 30
 - transmission du VIH, 2
 - ulcérations, 31, 395, 396, 401-403
 - orphelins, 151, 159
 - ORS. *Voir* réhydratation orale (ORS)
 - os
 - et angiomatose bacillaire, 443
 - examen chez l'enfant, 198
 - examen de dépistage de la TB, 291
 - infection des, 13, 14, 329
 - ostéoporose, 42
 - perte de minéralisation osseuse, 184
 - voir aussi* pathologies osseuses
 - ostéomyélite, 129, 440
 - otites, 13, 310
 - otorrhée, 13
 - ouïe. *Voir* oreilles
 - P-acide aminosalicilylique. *Voir* acide para-aminosalicylique (PAS)
 - PAL (phosphatases alcalines), 343
 - palais
 - candidose (muguet), 318
 - examen pour sarcome de Kaposi, 30, 237, 300, 322, 322, 383
 - ulcères aphteux, 321
 - palpation pelvienne, 395
 - paludisme. *Voir* malaria
 - pancréatite, 56

- pancytopénie, 382, 386, 429
- PAP, test. *Voir* frottis, du col
- paracétamol
 - contre-indiqué en phase aiguë de l'hépatite, 350
 - fièvre, traitement de la, 170
 - pour maux de tête, 281
 - pour neuropathie périphérique, 207, 316
 - pour pathologies buccales, 321, 323
 - pour pathologies cutanées, 437
- paralysie, 209, 237, 243, 252, 486
- parasites
 - acarien responsable de la gale, 449
 - ankylostome, 383
 - causes de diarrhée, 242, 324, 326, 328, 329, 331, 487
 - causes de fièvre, 486
 - causes possibles de fièvre, 487
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - intestinaux (vers), 169, 334
 - résistance aux traitements, 491
 - trypanosomiase, 306
 - voir aussi* infections gastro intestinales; parasitose à Isospora
- parasitose à Isospora, 6
- parents et accompagnants
 - et adhérence au traitement, 36
 - et adhérence aux ARV, 156, 167, 177, 186-187
- asthme, 462
- et conseils nutritionnels, 514
- consentement pour le dépistage du VIH chez un enfant, 536
- et consultations médicales, 156, 163, 164
- demande de CDV, 159
- enfant tuberculeux, 197, 267
- formation aux traitements médicamenteux, 170, 178
- importance de la communication avec les adolescents séropositifs au VIH, 215, 219
- et mode de transmission du VIH aux enfants, 215
- et plaintes et symptômes des enfants, 164
- processus d'annonce à l'enfant du statut séropositif, 164, 187-188, 189-190, 191
- et responsabilité d'une CV élevée, 193
- parents séropositifs au VIH et PTME, 140
- paresthésie, 207, 279
- parole, altération de la
 - en cas de co-infection VIH/TB, 252
 - effet secondaire des antituberculeux, 279
 - logorrhée, 482
 - troubles liés à une toxicomanie, 478
 - en cas de VIH avancé, 237, 243
- parotide, hypertrophie, 6, 13, 160, 285
- paroxétine, 472, 476, 477
- parvovirus B19, 384
- PAS. *Voir* acide para-aminosalicylique (PAS)
- pathologies buccales, 318-323
- pathologies cardiaques. *Voir* maladie cardiaque
- pathologies cutanées, 68
 - adolescents infectés par voie verticale, 220
 - diagnostic, 424-427
 - effets indésirables médicamenteux, 428-431
 - éruptions avec démangeaisons, 434, 446-453
 - éruptions avec douleur ou inconfort, 432, 435-441
 - éruptions avec peu de démangeaisons ou sans, 433, 441-445
 - et présentation clinique de la fièvre, 487
 - prévalence des cancers de la peau chez les personnes séropositives, 461
 - traitement en clinique, 424, 454-456
- pathologies et antécédents psychiatriques, effets secondaires des ARV, 23, 35
- pathologies gastro-intestinales
- lésions anales, 334-338
- pathologies buccales, 318-323
- pathologies hépatiques
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - présentation clinique, 342, 359-362
 - symptôme de pathologies neurologiques, 305
 - et VIH avancé, 237, 238, 242, 243, 244
 - voir aussi* sous hépatite; ictère; stéatose hépatique
- pathologies hépatiques d'origine alcoolique
 - aperçu, 358-360
 - lien avec le DILI, 346, 359
 - présentation clinique, 362
- pathologies neurologiques
 - aperçu, 302-307
 - prise en charge et traitement, 308-312
 - et VIH avancé, 243
- pathologies non transmissibles. *Voir* maladies non transmissibles (MNT)
- pathologies osseuses
 - adolescents séropositifs, 220
 - complication de la diarrhée, 329
 - élévation des PAL, 343
 - stades 3 et 4 de l'OMS, 13, 14
- pathologies rénales chroniques, signes et symptômes, 364
- pathologies rénales et insuffisance
 - ajustement des doses de médicaments, 375-376
 - anémie secondaire à une carence en érythropoïétine, 383, 384
 - aperçu des plus fréquentes, 366-374
 - associées à la diarrhée, 323, 324, 325, 330, 332
 - chez l'adolescent infecté par voie verticale, 220
 - et clairance de la créatinine ou créatinémie, 364-365, 369, 372, 373, 374, 375-380
 - et conseils nutritionnels, 504
 - diabétiques séropositifs, 464
 - et diagnostic d'une infection des voies urinaires, 498
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - prise en charge d'une co-infection VIH hépatite, 356
 - signes et symptômes, 364, 512
 - symptôme de pathologies neurologiques, 305

- toxicité possible de la rifampicine, 367
- toxicité possible du TDF, 282, 366, 367, 368, 369, 370, 373, 374
- et usage d'AINS, 316
- et usage d'aminoglycosides, 347
- et VIH avancé, 232, 237, 238, 242, 243, 244
- voir aussi* insuffisance rénale aiguë (IRA); insuffisance rénale chronique (IRC); insuffisance rénale terminale (IRT); reins
- pathologies respiratoires
 - allergies, 446
 - aperçu et présentation clinique, 290-297
 - asthme, 446, 458
 - BPCO, 458
 - corrélation avec le taux de CD4, 298
 - et traitement de l'anémie, 386
 - et VIH avancé, 244, 461
- patients âgés. *Voir* personnes âgées
- patients perdus de vue (PV), 28, 87, 142, 193, 214, 259, 469, 544
- paumes (mains)
 - éruption cutanée, effet secondaire des ARV, 22, 429, 431
 - éruption cutanée syphilitique, 406, 433, 445
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 447, 449, 452, 453
 - érythème liée à une pathologie hépatique chronique, 342
- PCR. *Voir* test PCR
- peau
 - angiome stellaire, symptôme de pathologie hépatique, 342
 - diminution de l'élasticité, 340
 - éruption, signe possible de diarrhée, 331
 - examen à la consultation pour le VIH, 29, 168, 383
 - noircissement de la, 280
 - pli cutané persistant, 252, 325, 339
 - et risque de transmission du VIH, 121
 - sèche et froide chez les enfants, 325
 - voir aussi* éruptions cutanées; pathologies cutanées; phlyctènes
- pelvis. *Voir* douleurs pelviennes
- pénicilline
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - allergie à la, 253, 403, 407
 - effets indésirables, 431
 - pour une pneumonie grave, 490
 - pour la syphilis, 322, 407
 - pour les ulcères génitaux, 403
- pénicilline benzathine, 407
- pénicilliose, 6, 443, 518
- pénicilliose cutanée, 456
- pénis
 - transmission du VIH, 116, 117
 - verrues, 410
- Pentavalent, vaccin, 130
- perdus de vue (PV), patients, 28, 87, 142, 193, 214, 259, 469, 544
- péricardite tuberculeuse, 249, 256, 257
- périmètre brachial, 500, 501, 503, 505, 506, 507, 510, 512, 521
- périmètre crânien, mesure du, 147, 163, 164, 173, 210, 210, 226, 514
- période fenêtre pour le VIH, 4, 8
- périodontite, 13
- péristaltisme intestinal, 256
- péritonite, 325
- personnes âgées
 - candidose buccale (muguet) fréquente, 318
 - effets secondaires du TDF, 33, 42
 - prise en charge et traitement de problèmes de santé mentale, 469, 473
- personnes incarcérées, 274, 355, 357, 393, 546, 548, 551
- personnes qui consomment des drogues par injection. *Voir* consommateurs de drogue par injection
- personnes séronégatives au VIH, 138-139
 - candidose buccale (muguet) fréquente, 318
 - circoncision volontaire pour l'homme, 139
 - et dépistage du VIH (test et reprise du test), 141
 - et MNT, 462
 - mortalité, taux comparés, 459
 - planification familiale, 415
 - stratégies de prévention du VIH, 112, 154, 417
 - et TB, 268
 - traitement de l'hépatite, 351, 356
 - et tuberculose, 247
- personnes séropositives au VIH, stratégies de prévention, 146
- personnes transgenres
 - dépistage de l'hépatite, 355
 - essais sur l'efficacité de la PrEP, 116
 - lignes directrices, 552-553
 - population clé selon l'OMS, 393, 546
- perte d'appétit
 - corrélation entre VIH et malnutrition, 501
 - effet secondaire des ARV, 47
 - enfants, 166
 - symptôme d'hépatite, 350
 - symptôme de méningite chez l'enfant, 208
 - symptôme de TB, 246, 248, 260
- perte de poids
 - aperçu des causes possibles, 518-519
 - complexité du diagnostic, 464
 - dépistage d'une lymphadénopathie, 285
 - due à la diarrhée, 49, 331, 332, 519
 - due à un IRIS tuberculeux, 69, 518
 - effet secondaire des ARV, 46, 57, 305
 - liée à la candidose œsophagienne, 319, 320
 - stades 2 et 3 de l'OMS, 13
 - symptôme de dépression, 469
 - symptôme d'hyperlactatémie, 57, 58
 - symptôme de TB, 49, 197, 200, 246, 248, 255, 257, 267, 464, 489, 516, 518
 - vérification lors d'une consultation pédiatrique, 164
- perte de sang, 382, 383, 384, 385, 388, 519

- pertes anales, 336, 338, 396
- pertes génitales
 - examen des, 394, 395
 - examens cliniques de routine, 30
 - facteur de risque pour les IST, 393
- pertes urétrales, 395, 396, 396-398, 399, 404, 416
- pertes vaginales
 - causes et prise en charge, 399-401
 - diagnostic de pathologie rénale, 365
 - et douleur pelvienne, 396, 404, 405
 - examen des, 394, 395
 - présentations syndromiques des IST, 396
 - symptôme de candidose vulvo-vaginale, 409
 - et symptômes d'infection des voies urinaires, 498
 - à vérifier en cas d'avortement, 416
- pharmaciens, 216, 494
- pharmacocinétique, 98-101
- pharyngite, 13, 298
- pharynx. *Voir* gorge
- phénobarbital ou phénobarbitone
 - combiné au lévonorgestrel, 414, 418
 - effets indésirables, 431
 - inducteur enzymatique puissant, 105
 - interaction avec la TARV, 108, 316, 465
 - réduction de l'efficacité des contraceptifs, 413
 - traitement des convulsions, 311
- phénomène de Koebner, 448
- phénytoïne
 - combinée au lévonorgestrel, 414, 418
 - effets indésirables, 431
 - inducteur enzymatique puissant, 105
 - interaction avec la TARV, 108, 316, 465
 - réduction de l'efficacité des contraceptifs, 413
 - traitement des convulsions, 311
- phlyctènes, 44, 428, 431, 432
- phosphatases alcalines (PAL), 343
- phosphatémie, 33
- photophobie, 305, 490
- picotements, 313, 315
 - voir aussi* démangeaisons
- pieds
 - douloureux ou froids, liés au VIH ou à l'INH, 53
 - éruption cutanée, effet secondaire des ARV, 431
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 447, 449, 452
 - éruptions cutanées avec peu de démangeaisons ou sans, 433, 441, 444
 - éruptions cutanées syphilitiques sur la plante des, 406
 - neuropathies périphériques et froid aux, 56, 313
 - œdème, 507, 512, 520
- piluliers, 178, 186
- plaies
 - anales, 461
 - dans la bouche de l'enfant, 164
 - dans la bouche du nourrisson, 151
 - génitales, 30, 31
 - mortelles avant l'arrivée des antibiotiques, 492
 - et transmission du VIH, 120
- planification familiale, 31, 138, 139, 218, 414, 415, 416, 548
 - voir aussi* contraception
- plaquettes, taux de, 382, 384, 386-388
- pleurésie purulente. *Voir* empyème
- pleurésie tuberculeuse, 249
- pleurs et cris
 - signe de gravité en cas de diarrhée sévère, 325
 - symptômes de la méningite chez l'enfant, 208
- pneumocoque, vaccin, 113, 127, 130, 131, 133
- pneumocystose. *Voir* pneumonie à pneumocystis jirovecii (PCP)
- pneumonie, 438
 - acquise à l'hôpital (nosocomiale), 496
 - associée à la diarrhée, 331
 - corrélation avec le taux de CD4, 298
 - enfants, symptôme d'une infection au VIH, 159
 - fréquente en soins primaires, 487, 490
 - mortelle avant l'arrivée des antibiotiques, 492
 - principales caractéristiques, 292
 - stade 3 de l'OMS, 13
 - traitement, 490
- pneumonie à pneumocystis jirovecii (PCP), 14
 - corrélation avec le taux de CD4, 6, 298, 300
 - diagnostic différentiel, 70, 490
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - enfants séropositifs ou exposés au VIH, 202, 205-206
 - lien avec le tabagisme, 459, 462
 - nourrissons et enfants exposés au VIH, 168
 - pneumothorax complication de la, 295
 - présentation clinique, 205, 292-293
 - et présentation clinique de la fièvre, 486, 488
 - en cas de soupçon de co-infection VIH/TB, 254
 - stade 4 de l'OMS, 14, 294
 - traitement, 168, 202, 205-206, 293-294, 299, 384, 486, 488
 - traitement préventif, 113, 135
 - et VIH avancé, 232, 237, 243, 244
- pneumonie bactérienne
 - et BPCO, 462
 - corrélation avec le taux de CD4, 6, 298, 300
 - diagnostic, 70, 489, 490
 - nourrissons, 204-205
 - nourrissons et enfants, 128, 168
 - stades 3 et 4 de l'OMS, 13, 14
 - traitement de la, 168, 299
 - types de, 292
 - et VIH avancé, 243, 244
- pneumonie fongique, 298
- pneumonie interstitielle lymphoïde, 6, 13
- pneumothorax, 290, 295, 298, 300
- pneumothorax spontané, 298
- PoC. *Voir* tests rapides complémentaires (PoC)
- podophylline, 337, 410, 445
- podophyllotoxine, 410
- poids
 - et ajustement du dosage de la TARV, 79, 87, 156, 169, 178, 193

- et calcul de la clairance de la créatinine, 365, 373, 377-380
- consultations pour le VIH, 30
- courbes de poids et de taille, garçons et filles, 222-223
- en fonction de l'âge, garçons et filles, 225
- mesure chez les enfants, 63, 147, 163, 173, 514
- mesure lors des consultations pour VIH, 63
- rapport poids/taille, 14, 166, 500, 501, 503, 505, 510, 511, 511, 512, 516, 521, 522-526
- voir aussi* gain de poids; perte de poids
- poils. *Voir* cheveux et poils
- polio, vaccin, 127, 129, 131, 132
- poly-résistance (PR), 273
- polyurie, 498
- ponction lombaire (PL)
 - diagnostic de la TBEP, 256
 - diagnostic de thrombocytopenie, 387
 - patients avec VIH avancé, 241, 242, 243
 - suivi des effets secondaires de l'EFV, 49
 - test pour la méningite, 306, 310
- populations clés
 - adolescents, 213, 546, 553
 - catégories de l'OMS, 393, 546
 - lignes directrices générales, 547-549
 - lignes directrices pour groupes spécifiques, 549-553
 - risque de VIH, 114, 116, 546, 547, 550
 - à risque d'IST, 393, 406, 550-551
- porridge, 340, 509, 514, 515
- potassium (K)
 - et diarrhée, 326
 - et effets secondaires des antituberculeux, 280
 - vérification en présence de VIH avancé, 243
 - voir aussi* kaliémie
- Pott, maladie de, 200, 249, 257
- poudre, formulations en, 181
- pouls, mesure du, 29, 30, 136, 368
- poumons
 - auscultation pour diagnostiquer la pneumonie, 205
 - cancer, 262, 290, 298, 461
 - diagnostic de la TB, 69, 198-199, 247, 249, 251
 - embolie, 290
 - examen des, 29, 167
 - infection, 298
 - inflammation liée à une DRESS, 429
 - maladie pulmonaire chronique liée au VIH, 13
 - parasites intestinaux dans les, 334
 - symptômes d'IRIS, 69
 - voir aussi* fréquence respiratoire
- povidone-iodine (Betadine®), 287, 437, 439, 454, 455
- PPE (prophylaxie post-exposition). *Voir* prophylaxie post-exposition (PPE)
- pravastatine, 55, 108
- prednisone et prednisolone
 - pour un IRIS, 71, 72, 73
 - pour la PCP, 206, 293, 300
 - pour un PTI, 387
 - pour la TB, 306
- prématurés, 179, 208, 221
- premiers soins et PEP, 119, 120
- PrEP. *Voir* prophylaxie pré exposition (PrEP)
- préparations topiques. *Voir* traitements topiques pour pathologies cutanées
- préservatifs
 - antécédents d'IST et conseils, 411
 - comme méthode de contraception, 413, 414
 - herpès génital, 435
 - importance soulignée à la première consultation, 31
 - mesure de PTME, 138, 139
 - mythes sur l'usage de, 412
 - pour prévenir la transmission de l'hépatite, 355, 358
 - pour prévenir les IST, 393, 406
 - recommandation lors des consultations pour VIH, 64
 - réduction des risques d'IST, 548
 - transmission du VIH sans, 550
 - usage dans les populations clés, 547
 - usage dans les populations clés à risque élevé, 549, 551, 552
 - usage et PPE ou PrEP, 116, 118, 534
- préservatifs féminins, 414
- pression artérielle
 - et approche clinique de la fièvre, 486
 - et co-infection VIH/TB, 252
 - diagnostic et prise en charge des pathologies rénales, 368, 369, 370, 371
 - et diarrhée sévère, 325
 - mesure à la première consultation de routine pour le VIH, 29, 30, 32, 368
 - et pathologies respiratoires, 299
 - suivi, interaction antihypertenseurs-TARV, 107
 - suivi pendant la désensibilisation au CTX, 136
 - et VIH avancé, 237, 243
- prestation de services
 - intégration des services, 217, 267, 269-270, 422, 466
 - modèle différencié de, 233, 466, 494, 538
- prévention. *Voir sous* tuberculose; VIH, stratégies de prévention
- primaquine, 294, 384
- prisonniers, 274, 355, 357, 393, 546, 548, 551
- proctite, 338
- Proctosedyl, 335
- professionnel(le)s du sexe (PS)
 - et abus de substances, 550
 - attitude bienveillante à l'égard des, 534
 - dépistage de l'hépatite, 355
 - droit de refuser un examen ou un traitement, 547
 - incarcération, 551
 - population clé selon l'OMS, 393, 546
 - PrEP et PPE dans la prévention du VIH, 139, 393, 549
 - risque de cervicite, 399

- traitement présomptif périodique, 406, 548, 549-550
- professionnels de la santé
 - annonce à l'enfant de son statut séropositif au VIH, 187-188, 189-190
 - dépistage de la TB chez les PVVIH, 267
 - formation en santé sexuelle, 392
 - infirmières, 142, 233, 238, 286, 494
 - prise en charge des violences sexuelles, 417-420
 - risque de contracter une TB pharmacorésistante, 274
 - soins aux patients avec VIH avancé, 145, 145, 233
 - soutien pendant la PTME, 142
 - stratégies de test du VIH, 9
 - et usage abusif d'antibiotiques, 494
 - vaccination contre l'hépatite, 356
- progestérone, implants de, 104
- Programme élargi de vaccination (PEV), 125, 132, 141, 141, 142, 147, 167, 356, 421
- prométhazine, 136
- prophylaxie post-exposition (PPE)
 - enfants et adolescents, 123-124, 419
 - lignes directrices pour le soutien aux patients, 534, 535
 - personnes séronégatives au VIH, 112
 - populations clés, 393, 547, 549, 550
 - présentation, 119-123
 - prise en charge des violences sexuelles, 417-418, 419, 420
 - et taux protecteurs, 117
- prophylaxie pré exposition (PrEP)
 - lignes directrices pour le soutien aux patients, 534, 535
 - mesure de PTME, 138, 139, 146, 415
 - NVP contre-indiquée, 45
 - personnes séronégatives au VIH, 112
 - populations clés, 114, 116, 393, 534, 547, 549, 550
 - présentation, 114-119
- propranolol, 107
- prostate, hypertrophie, 374
- prostatite, 490
- protéase (enzyme), 18, 18, 19
- protéines, apport en, 508
- protéinurie
 - diagnostic d'une pathologie rénale, 365, 367, 368, 371, 372, 374
 - présentation clinique chez les diabétiques séropositifs, 464
 - suivi des MNT, 33
 - symptôme de pathologies rénales, 364
 - test en cas de VIH avancé, 237
- prothionamide (Pto)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 - effets secondaires et toxicité, 103, 279, 282, 283
 - résistance à, 275
 - traitement de la TB pharmacorésistante, 277
- protozoaires. *Voir* infections aux protozoaires
- prurigo, 13, 434, 452, 452-453
- prurigo nodulaire, 434
- prurit, 136, 399, 476
- psoas, abcès du, 67, 69, 71
- psoriasis, 434, 447, 447-448, 456
- psoriasis réfractaire, 456
- psychiatrie. *Voir* effets secondaires psychiatriques; médicaments psychiatriques; pathologies et antécédents psychiatriques; symptômes neuro-psychiatriques
- psychose, 479-481
 - voir aussi* effets secondaires psychiatriques; symptômes neuro-psychiatriques
- purpura thrombopénique idiopathique (PTI), 387
- purpura thrombopénique thrombocytopénique (PTT), 387
- pus, collection de, 489
- pus tuberculeux, collections de, 67
- PWID. *Voir* consommateurs de drogue par injection
- pyélonéphrite, 310, 371, 374, 490
- pyomyosite, 13, 14
- pyrazinamide (PZA)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 - effets secondaires, 51, 110, 279
 - enfants, 227
 - interaction avec la NVP, 110
 - prise en charge du DILI, 348, 349
 - résistance à, 272
 - TB chez l'enfant, 228
 - traitement de la TB pharmacorésistante, 277, 278
- pyridoxine. *Voir* vitamine B6 (pyridoxine)
- pyriméthamine, 135, 384
- pyurie stérile, 498
- QT, allongement du segment, 279, 280, 473
- quinine, 473, 486
- quinolones
 - lévofloxacine en remplacement de la moxifloxacine, 110
 - prise en charge du DILI, 347, 348
 - résistance à la, 395
 - traitement de TB pharmacorésistante, 490
- radiographie thoracique (RXT)
 - bronchectasie post TB, 296
 - bronchite, 292
 - infection bactérienne, diagnostic, 489
 - lignes directrices pour l'interprétation en pédiatrie, 199
 - pneumonie, 205, 292, 293, 300
 - présentation clinique des ganglions lymphatiques hypertrophiés, 462
 - sarcome de Kaposi, dépistage, 294, 295, 322
 - TB, dépistage chez l'enfant, 165, 198-199, 200, 200
 - TB, en cas de pathologie neurologique, 306
 - TB active, dépistage, 267

- TB disséminée, diagnostic, 249, 257
- TB en présence d'un VIH avancé, 243, 244
- TB soupçonnée chez une PVVIH, 254
- TBEF, diagnostic, 256, 257
- utilité diagnostique, 251
- radiologie, 251
- RAL (raltégravir)
 - effets secondaires, 23, 48
 - enfants, 123, 124, 175, 176, 176, 182, 183, 195, 195
 - interaction avec la rifampicine, 110
 - nourrissons, 176, 176, 182, 183, 183
 - et PPE, 123, 124
 - prise en charge de l'hyperlactatémie, 58
 - résistance au, 79
 - type d'INI, 19, 23
 - usage en régimes de 3^e ligne, 92, 195
- ranitidine, 376
- rapports sexuels. *Voir* activités et contacts sexuels
- rate
 - examen à la première consultation pour le VIH, 30
 - gonflement, 285
 - présentation clinique de l'angiomatose bacillaire, 443
- réaction anaphylactique, 136
- réaction médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques (DRESS), 43, 44, 46, 429-430, 431
- réalité, perte de contact avec. *Voir* délires
- récepteurs CD4, 2, 112
- recherche
 - effets indésirables des ARV, 460, 463
 - sur l'efficacité d'une PrEP contenant du TDF, 116
 - essai clinique CHAPAS-1 sur la toxicité, 183
 - manque pour les ARV pédiatriques, 192
 - sur la prise en charge de la TB
 - pharmacorésistante, 278
- Recommandations intégrées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH (OMS, 2016), 17
- rectum
 - examen, 374
 - fistule recto-vaginale associée au VIH, 14
 - herpès, 14
 - pertes et douleur, 338
 - saignement, 333
 - taux protecteurs de TDF/3TC, 117
 - transmission du VIH, 116, 117, 550
- reflux gastro-œsophagien (RGO), 319
- règle 123A (adhérence) pour échec de la TARV, 84-86
- réhydratation orale (ORS)
 - prise en charge de la diarrhée, 324, 327, 328, 339, 340
 - prise en charge de la gastroentérite, 170
 - prise en charge de l'insuffisance rénale aiguë, 367
- reins
 - inflammation liée à une DRESS, 429
- métabolisme et élimination des médicaments, 99, 99, 101, 101, 102, 102
- toxicité de médicaments, 42, 101-102, 107, 108, 135, 264, 280, 282, 316, 367, 369, 370-371, 373, 374
- toxicité potentielle du TDF, 22, 32, 33, 34, 42, 50, 54, 88, 90, 117, 118, 184, 278
- voir aussi* insuffisance rénale; pathologies rénales
- relations sexuelles. *Voir* activités et contacts sexuels
- remèdes traditionnels, 98, 158, 262, 359, 362, 374
- répartition des médicaments dans le corps. *Voir* distribution des médicaments dans le corps
- résistance antimicrobienne, 491, 497
- résistance croisée
 - entre divers antituberculeux, 275
 - entre divers ARV, 194, 194
- Résistance médicamenteuse pour le VIH et la TB et manuel de prise en charge clinique*, 91
- respiration
 - sibilance (sifflante), 136, 292
 - voir aussi* dyspnée; fréquence respiratoire; pathologies respiratoires; symptômes respiratoires
- retard de croissance
 - adolescents, 220
 - enfants, 14
- rétinite, 14
- rétinite à CMV
 - associée à la diarrhée, 333
 - et démarrage de la TARV, 27
 - liée à l'œsophagite à CMV, 320
 - en cas de VIH avancé, 237
 - et VIH avancé, 242
- rétinopathie à CMV, 464
- retrait comme méthode de contraception, 414
- retrait social, symptôme de démence associée au VIH, 306
- rétrovirus, 9
- rêves, 46, 52, 185
- RH (rifampicine et isoniazide)
 - traitement de la TB, 202, 229, 258
 - voir aussi* isoniazide (INH); rifampicine (RIF)
- rhabdomyolyse, 48
- rhinite allergique, 446
- rhume, 489, 493, 493
- RHZE (rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et ethambutol)
 - effets secondaires, 264, 281, 282
 - prise en charge des effets indésirables médicamenteux, 431
 - prise en charge du DILI, 349
 - traitement de la TB chez les enfants, 202, 229
 - traitement de la TB pharmacosensible, 258
- riboflavine, 58
- rifabutine (Rfb)
 - effets secondaires, 282
 - interaction avec le LPV/r, 110
 - interaction avec les contraceptifs hormonaux, 413
 - en remplacement de la rifampicine, 110, 266, 333, 349

- usage avec le LPV/r et l'ATV/r, 266, 349
- rifampicine (RIF)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 - contre-indiquée avec l'ATV/r, 24, 104, 110, 266, 333
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - effets secondaires, anémie, 383, 385
 - effets secondaires, coloration de l'urine, 264
 - effets secondaires, éruptions cutanées, 282
 - effets secondaires, fièvre, 487
 - effets secondaires, hépato-toxicité et diminution de la fonction hépatique, 51, 104, 347-348, 349, 367
 - effets secondaires, néphrotoxicité, 367, 370, 371, 373, 374
 - effets secondaires, thrombocytopénie, 386, 388
 - enfants, 227
 - inducteur enzymatique, 104, 266
 - interaction avec les contraceptifs hormonaux, 413
 - interaction avec le DTG, 104, 110, 265
 - interaction avec le LPV/r, 24, 79, 87, 104, 105, 110, 193, 203, 349
 - interaction avec des médicaments autres qu'ARV, 110, 259, 414, 418
 - interaction avec le NVP, 23, 104, 110, 203, 259
 - interaction avec le RAL, 110
 - interaction avec l'EFV, 23, 104
 - résistance à la, 272, 273, 278
 - résistance à la, détection, 250, 255, 260, 272, 273, 275
 - rifabutine comme solution de remplacement, 110, 266, 333, 349
 - TB chez l'enfant, 228
- rifapentine, 268
- rilpivirine (RPV), type d'INNTI, 19
- Ringer lactate, 327, 340, 404
- risordan, 108
- rispéridone, 481
- risque substantiel, définition, 114
- risques
 - évaluation des risques d'infection au VIH, 534
 - évaluation des risques sexuels, 393
 - évaluation en contexte de DCIP ou CDV, 159
 - évaluation et PPE, 119, 120-121
- ritonavir. *Voir* RTV (ritonavir)
- rotavirus, 328
- rotavirus, vaccin contre, 127, 130
- rougeole, vaccin, 127, 127, 128, 129, 131, 133
- RPR/TPHA/FTA, 124
- RPV (rilpivirine), type d'INNTI, 19
- RTV (ritonavir)
 - et co-infection VIH/TB, 266
 - effets secondaires, 47, 281, 282
 - inhibiteur enzymatique, 105
 - interaction avec médicaments autres qu'ARV, 107, 108, 109
 - nourrissons et enfants, 181, 182, 183, 203
 - à renforcer avec un autre IP, 24
 - type d'IP, 19, 24
- rubéole, vaccin, 127
- sages-femmes, 142, 145
- salive
 - et transmission de l'hépatite, 351, 355
 - et transmission du VIH, 2, 120
 - voir aussi* crachats; glandes salivaires, gonflement; hémoptysie (sang dans les crachats)
- salmonelle, pathologies causées par la
 - bactériémie et fièvre, 211
 - diarrhée, 325, 329
 - neutropénie, 388
 - septicémie, 14
- sang
 - concentration des ARV, 104, 105
 - donneurs de, 113, 158
 - dans des liquides corporels et transmission du VIH, 120
 - plaquettes, 382, 384, 386-388
 - dans les selles, 326, 329, 340
 - voir aussi* analyses de sang; transfusions sanguines
- sans-abri, 481
- santé mentale et problèmes de
 - et adhérence à la TARV, 214, 468, 469
 - aperçu, 468-483
 - besoin de services intégrés, 217
 - conseil en cas de violence sexuelle, 418
 - interventions pour adolescents, 216
 - populations clés, 549, 553
 - prévalence en cas de TB pharmacorésistante, 468, 544
 - programme, 33
 - services et PrEP, 119
 - et VIH avancé, 238
- santé sexuelle et reproductive (SSR)
 - adolescents, 215, 218
 - intégration avec les autres services, 140, 142, 143, 422
 - MSF, directives, 415
 - populations clés, 552
- santé sexuelle et reproductive (SSR), services pour les adolescents, 553
 - critères pour une consultation, 392
 - populations clés, 548-549, 551
 - et PrEP, 119
- sarcome de Kaposi
 - et anémie, 382, 383, 385
 - et approche clinique en cas de pathologies respiratoires, 297, 298, 300
 - cancer lié au sida, 461
 - cause de diarrhée, 333
 - cause de lymphadénopathie, 285
 - cause possible de fièvre, 487
 - cause possible de perte de poids, 519
 - corrélation avec le taux de CD4, 5, 6, 6, 298, 300, 456
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - éruptions cutanées, peu ou pas de démangeaisons, 433, 442, 442

- examen, bouche et peau, 29, 30, 237, 294, 300, 322, 322, 383, 442
- et IRIS, 68, 70
- et moment pour démarrer la TARV, 265
- et neuropathie périphérique liée à la vincristine, 313
- pathologies buccales, 322, 322
- et pathologies buccales, 318, 319
- poumons, 294-295
- stade 4 de l'OMS, 5, 14, 322, 442
- stéroïdes contre-indiqués, 71, 388
- et VIH avancé, 232, 237
- saturation, signe de gravité dans un VIH avancé, 237, 243, 244
- scarification, 158
- Scheriproct, 335
- schizophrénie, 480
- SCO. *Voir* support et contrôle de l'adhérence (SCO)
- sédation, 473, 478
- seins
 - accumulation de graisse secondaire aux ARV, 56
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 434, 453
 - gynécomastie, effet secondaire de l'EFV, 185
- selles
 - analyses pour diagnostiquer la TB, 250, 255
 - décolorées, symptôme de pathologie hépatique, 342, 350
 - excrétion des médicaments, 99
 - et lésions anales, 335, 336
 - microscopie des, 323, 326, 327, 330
 - test pour le diagnostic d'une perte de poids, 49
 - et transmission du VIH, 120
 - types en cas de diarrhée, 328, 329, 330-331, 340
- sepsis
 - cause de neutropénie, 389
 - cause de thrombocytopénie, 386
 - élévation de la bilirubine, 343
 - fréquent en cas de malaria, 488
 - liée à la diarrhée, 324, 325
 - mortelle avant l'arrivée des antibiotiques, 492
 - et pathologie ou insuffisance rénale, 366, 367, 370, 373, 374
 - présentation clinique de la fièvre, 310, 486
 - symptôme de pathologies neurologiques, 305
 - voir aussi* septicémie
- sepsis bactérien, 486
 - et diagnostic différentiel pour un IRIS tuberculeux, 70
- sepsis puerpéral, 310
- septicémie
 - cause de thrombocytopénie, 388
 - comorbidités, DILI, 346
 - complication de la diarrhée, 329
 - élévation de la bilirubine, 345
 - enfants exposés au VIH, 128
 - et pathologies et insuffisance rénales, 372
 - stade 4 de l'OMS, 14
 - voir aussi* sepsis
- septicémie bactérienne, 488
- septicémie puerpérale, 492
- Seprin, 135
- seringues. *Voir* aiguilles
- séroconversion, 4, 117, 285
- sérologie, 4
- sérologie Hép B. *Voir* AgHB
- sérotinine. *Voir* syndrome sérotoninergique
- sertraline, 472, 474, 476, 477
- sérum glutamo-oxaloacétate transférase. *Voir* SGOT (sérum glutamo-oxaloacétate transférase)
- sérum glutamo pyruvate transférase. *Voir* SGPT (sérum glutamo pyruvate transférase)
- services
 - intégration des, 140, 143
 - modèle différencié de prestation de, 144, 145
 - voir aussi* santé sexuelle et reproductive (SSR), services
- services de dépistage du VIH (SDV), 142
- services juridiques, 119
- sevrage, symptômes de, 478, 479
- sevrage de l'allaitement maternel, 513, 542
- sexualité. *Voir* activités et contacts sexuels; santé sexuelle et reproductive (SSR)
- SGOT (sérum glutamo-oxaloacétate transférase)
 - diagnostic d'hépatite, 350
 - diagnostic d'une pathologie hépatique d'origine alcoolique, 362
 - élévation en cas d'adaptation hépatique, 345
 - évaluation de la fonction hépatique, 343
 - et hyperlactatémie, 58
 - présentation clinique des pathologies hépatiques, 359, 360
- SGPT (sérum glutamo pyruvate transférase)
 - diagnostic d'une pathologie hépatique d'origine alcoolique, 362
 - diagnostic et prise en charge d'un DILI, 344, 345, 347, 348, 349
 - élévation en cas d'adaptation hépatique, 345
 - et hyperlactatémie, 58
 - présentation clinique des pathologies hépatiques, 342, 350, 359, 360, 429
 - et pronostic du DILI, 346
 - de référence chez l'enfant, 170
 - suivi des effets secondaires de la TARV, 32, 34, 48, 51, 55, 61, 345
 - suivi des effets secondaires des antituberculeux, 263, 279
 - test de fonction hépatique, 343
 - test en présence d'un VIH avancé, 243
- shampoings, 448
- Shigella*, 329
- sibilance. *Voir* sous respiration
- sida, progression du VIH vers le, 7
- sigmoidoscopie, 333
- simvastatine, 55, 106, 108, 460
- sinusite, 13, 298
- sirop, TARV sous forme de, 148, 149, 178, 183, 185

socio-émotionnel. *Voir* développement socio-émotionnel

sodium

chlorure de sodium, 404

hyponatrémie, 473

test pour une diarrhée chronique, 326

test pour une pathologie rénale, 373

vérification en présence de VIH avancé, 243

soignants. *Voir* parents et accompagnants;

professionnels de la santé

soins périnataux

et ART, 542

dépistage de la TB, 270

dépistage du VIH, 138, 138, 541, 542

intégration essentielle des services, 140

soins postnatals

conseils sur l'alimentation du nourrisson, 151

dépistage du VIH, 138, 138

intégration des services, 140, 142, 143

et PrEP, 139

et TARV, 142, 143, 147

soins prénatals

conseils sur l'alimentation du nourrisson, 151

démarrage et suivi de la TARV, 143, 146

dépistage du VIH, 138, 138, 141, 141, 146

intégration des services, 140, 142, 143

et PrEP, 139

solution aqueuse, 435

solutions hydro-alcooliques. *Voir* gels alcoolisés

sommeil, troubles du

insomnie secondaire à l'EFV, 46

symptôme de problèmes de santé mentale, 469,

470, 475, 476, 478, 480, 482

somnolence, 46

effet secondaire des antituberculeux, 279

signe de gravité en cas de diarrhée sévère, 325

symptôme de méningite tuberculeuse chez

l'enfant, 256

soufre (pommade), 449

soutien aux patients

et adhérence à la TARV, 10, 36, 62, 94-95, 143, 196, 532-533, 538

interventions de PTME, 149

lignes directrices de MSF, 187, 533

lignes directrices pour le VIH/TB, 534-544

et PPE, 123

et PrEP, 118

et prise en charge des violences sexuelles, 418, 420

en cas de TB multirésistante, 283

en cas de VIH avancé, 241

voir aussi conseil aux patients

soutien par les pairs, 215, 219, 548

soutien psychosocial aux patients

adolescents, 215

prise en charge de problèmes de santé mentale, 475

pour la PTME, 142

spermicides, 414

splénomégalie, 13, 387

SSRI. *Voir* inhibiteurs sélectif de la recapture de la sérotonine (SSRI)

stabilisation, point de. *Voir* état stationnaire

stade 1 (OMS), 5, 5, 6, 13

stade 2 (OMS), 5, 13, 135

stade 3 (OMS)

co-infection VIH/TB, 257

définition, 13

femmes séropositives au VIH, 139, 145

OMS, définition de VIH avancé, 11, 17, 62, 232

pathologies buccales, 318, 323

et prophylaxie au CTX, 135

et taux de CD4, 5

stade 4 (OMS)

et approche clinique de la fièvre, 487

co-infection VIH/TB, 257

définition, 14

femmes séropositives au VIH, 139, 145

IST, 401

OMS, définition de VIH avancé, 11, 17, 62, 232

OMS, définition d'échec clinique, 81, 96, 240,

312

pathologies gastro-intestinales, 318, 319, 320,

322, 326, 329

pathologies neurologiques, 312

pathologies rénales, 367, 371

PCP, 294

progression du VIH vers le sida, 7

et prophylaxie au CTX, 135

sarcome de Kaposi, 442

syndrome cachectique lié au VIH, 14, 519

et taux de CD4, 5, 5, 6

et vérification de la CV, 94, 95

staphylocoques, 438, 439

statut nutritionnel. *Voir* état nutritionnel

stavudine. *Voir* d4T (stavudine)

stéatose hépatique, 56, 359

stéréotypes, 217

stérilisation de la femme, 414

sternum, douleur en arrière du, 319

stéroïdes

cause possible de candidose vulvo-vaginale, 409

pour une insuffisance rénale aiguë, 371

interaction avec des ARV, 109, 462

pour un IRIS, 71-73

pour la méningite, 306, 310

pas d'avantage pour une éruption cutanée liée aux ARV, 44

pour des pathologies cutanées, 429, 449, 454, 455

pour la pneumonie, 206

pour la thrombocytopénie, 387, 388

Stevens-Johnson (syndrome)

et désensibilisation au CTX, 136

effet adverse des ART, 23, 44, 429, 431

effet secondaire de l'EFV, 46

effets indésirables médicamenteux de la TARV, 428-429

toxicité médicamenteuse des antituberculeux et de la TARV, 282

- stigmatisation
 - liée à la lipotrophie, 56
 - liée à l'abus de substances, 477, 478
 - liée au VIH, 87, 113, 156, 190, 193, 215, 216, 217, 547, v
 - des populations clés, 547, 550, 552
- stomatite
 - aiguë ulcéro nécrotique, 13
 - angulaire, 321, 321
- streptococcus pneumoniae, 133
- streptocoques, 438, 439
- streptomycine (S)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 - contre-indiquée chez l'enfant, 203
 - effets secondaires, 264
 - excrétion, 102
 - interaction avec le TDF, 107
 - pour la TB pharmacorésistante, 277
 - traitement de la TB pharmacorésistante, 259
- stress
 - cause de pathologies cutanées, 436, 447
 - causé par des pathologies cutanées, 453
 - gestion du, 475
 - lié à des violences sexuelles, 418
- stress post traumatique, conseil, 418
- Strongyloides stercoralis*, 326, 331
- sucettes, 151
- sueurs
 - symptôme de sevrage, 478
 - et transmission du VIH, 120
- sueurs nocturnes
 - et IRIS, 69
 - symptôme d'hypoglycémie, 464
 - symptôme de TB, 165, 237, 246, 248, 255, 260, 267, 291, 464, 489
- suicide, idées de, 279, 470, 472, 474, 477, 478
- sulfaméthoxazole (SMX), composante du CTX, 135
- sulfamides hypoglycémisants, 464
- sulfure de sélénium, 448
- sulphadiazine, 435, 437, 454, 455
- Super Céréale, 509, 515
- suppléments nutritionnels à base de lipides, 515
- suppléments vitaminés
 - enfants, 169
 - pour la malnutrition, 508
- soutien et contrôle de l'adhérence (SCO), 94-95, 538, 539
- symptôme d'infection urinaire, 498
- symptômes neuro-psychiatriques
 - effet secondaire des ARV, 46, 49, 52, 123
 - des médicaments antituberculeux, 52
- symptômes respiratoires
 - approche clinique, 297-300
 - effet secondaire des ART, 43, 184
- syndrome cachectique lié au VIH, 14, 519
- syndrome de Cushing, 109, 462, 463
- syndrome de nécrolyse épidermique toxique (TENS), 428-429, 431
- syndrome d'hyper infestation, 331
- syndrome d'hyperlymphocytose, 285
- syndrome hémolytique et urémique, 328
- syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire. Voir IRIS (syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire)
- syndrome métabolique, 464
- syndrome rétroviral aigu, 456
- syndrome sérotoninergique, 280, 473
- syndrome Stevens-Johnson. Voir Stevens-Johnson (syndrome)
- syphilis
 - asymptomatique chez l'homme et la femme, 551
 - cause de lymphadénopathie, 285
 - cause de pathologie rénale, 374
 - cause d'ulcères génitaux, 396, 401, 403
 - commune en présence de pathologies neurologiques, 305
 - dépistage, 31, 146, 548
 - dépistage de pathologies neurologiques, 308
 - neurosyphilis, 210, 306
 - présentation clinique et prise en charge, 322, 338, 406-408, 445, 445
 - résistance aux médicaments, 395
 - test et PPE, 122, 124
- syphilis secondaire, 406, 433, 445, 445
- système de santé
 - accès des populations clés au, 550, 551, 552, 553
 - contribution à la baisse de transmission du VIH, 112-113
 - intégration des services, 140, 143, 217, 267, 269-270, 422, 466
 - prestation différenciée des soins, 143, 145, 233, 466, 494, 538
 - responsabilité d'une CV élevée, 87, 193
- système immunitaire
 - et asthme, 462
 - et herpès zoster, 436
 - importance des micronutriments, 508
 - et transmission du VIH, 2, 4, 16, 161, 162
 - et transmission et présentation clinique de la TB, 246, 247
- système nerveux central (SNC)
 - effets secondaires des ARV, 185
 - infections opportunistes, 306
 - lymphome, 6, 210, 306
 - maladies du, 52
 - toxicité médicamenteuse des antituberculeux et de la TARV, 281
 - toxoplasmose, 14
 - tuberculose, 70, 244, 304, 306, 312
- TAAN (test d'amplification des acides nucléiques du VIH). Voir test PCR
- tabagisme
 - associations délétères avec le VIH, 459
 - et développement d'une BPCO, 296, 462
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - facteur de risque de maladies vasculaires, 459, 460, 461
 - message d'éducation pour la santé, 466

- et prise en charge du diabète, 464
- et prise en charge d'une pathologie rénale, 369, 371, 374
- tachycardie
 - associée à l'IRIS, 68, 69
 - infection bactérienne suspectée, 310
 - signe de gravité associé à la fièvre, 488
 - signe de gravité en cas de diarrhée sévère, 340
 - signe d'IRIS, 487
 - symptôme de pneumothorax, 295
- tachypnée (accélération du rythme respiratoire)
 - signe de gravité associé à la fièvre, 488
 - signe de gravité en cas de diarrhée sévère, 340
 - symptôme de pneumonie, 204, 204, 205, 293
- taille
 - courbes de poids et de taille, 222-223
 - en fonction de l'âge, 224
 - mesure chez les enfants, 147, 163-164, 166, 173, 514
 - périmètre brachial pour les enfants, valeurs selon la, 512
 - rapport poids/taille, 14, 166, 500, 501, 503, 505, 510, 511, 511, 512, 516, 521, 522-526
- talc, 445, 453
- tamoxifène, 473
- TARV
 - antécédents médicaux en cas de VIH avancé, 237, 240
 - antituberculeux, combinaison et interactions avec, 90, 102, 103-106, 203
 - aucune interaction avec les vaccins, 127
 - classification des, 19, 22-24
 - co-formulation, 20
 - combinaison et interactions avec des antituberculeux, 42, 259-260, 266, 281-283
 - comprimés et gélules, 20, 149, 178, 183, 184, 185
 - effets secondaires neuropsychiatriques, 90
 - formules en poudre, 181
 - goût désagréable des ARV, 177, 185, 192, 193
 - granules, 176, 183, 185
 - gratuité des soins comme stratégie de prévention, 113
 - horaire et habitudes de prise de médicaments, 186, 187
 - notes sur l'administration aux enfants, 177
 - objectifs et principes, 16, 20
 - et pharmacocinétique, 98-101
 - pièce angulaire du traitement du VIH, 9
 - principes généraux, 20
 - rupture de stock, 87, 193
 - sirop, 148, 149, 178, 183, 185
 - terminologie associée, 9
 - voir aussi combinaison à dose fixe
- TARV, adhérence à la, 94-95
 - et charge virale, 85
 - contraintes liées aux comorbidités, 464
 - critères de stabilité des patients selon l'OMS, 171
 - et diagnostic de l'échec du traitement, 82, 83, 84, 91-92
 - difficulté du traitement à vie, 37
 - effet possible des effets secondaires sur, 64
 - empathie nécessaire avec le patient, 84, 87
 - enfants et adolescents, 94, 156, 167, 175, 185, 186-187, 188, 192, 196, 212, 213, 214, 216, 219
 - faible, cause de résistance aux ARV, 271
 - faible à cause de l'abus d'alcool, 359, 360
 - faible à cause de l'abus de substances, 79
 - faible à cause de problèmes de santé mentale, 79, 214, 468, 469
 - lignes directrices de soutien aux patients, 537, 538
 - lypoatrophie et, 56
 - marge d'erreur minimale, 78
 - et PrEP, 117
 - PrEP et PPE, 116, 123, 124
 - pour la PTME, 142, 143, 542
 - règle 123A (adhérence), 84-86, 91
 - et retard de passage d'un régime d'ARV à un autre, 85, 234
 - et soins nutritionnels des patients, 500
 - soutien aux patients, 10, 36, 62, 94-95, 196, 532-533
 - traitement à vie, 10, 192, 532
 - et VIH avancé, 238, 240
- TARV, changement de régimes, 88-90
 - algorithme, test de la CV, 94-95
 - et faible adhérence, 85, 234
 - lignes directrices de soutien aux patients, 539-540
 - prise en charge des pathologies gastro-intestinales, 320, 322, 330
 - prise en charge des pathologies neurologiques, 311
 - prise en charge d'un VIH avancé, 233-234, 239, 240
 - pour la PTME, 143, 145
 - retard, 234, 539
 - et traitement de l'anémie, 385
- TARV, combinaisons à dose fixe pour une co-infection VIH/TB, 265
- TARV, comprimés combinés à dose fixe pour nourrissons exposés au VIH, 148
- TARV, concentrations sanguines, 77, 78, 79, 85
- TARV, démarrage de la
 - adolescentes, 48
 - adolescents, 36, 36, 177, 177
 - critères, 10, 16, 28
 - et développement d'un DILI, 349
 - et développement d'un IRIS, 443, 444
 - éligibilité, 26, 37, 175
 - femmes en âge de procréer, 48
 - lignes directrices de soutien aux patients, 536-537, 541
 - et manifestation d'un IRIS, 27, 69, 70, 71, 72, 265
 - mesure de PTME, 141, 142-143, 146, 153
 - nourrissons et enfants, 147-151, 176-187

- pathologies cutanées liées à des effets indésirables médicamenteux, 431
- en cas de PCP, 294
- et planification familiale, 312, 422
- populations clés, 547
- présentation générale et étapes, 26-37
- prise en charge de pathologies cutanées, 442, 448, 450
- prise en charge de pathologies hématologiques, 385, 389
- prise en charge de pathologies neurologiques, 312
- prise en charge de pathologies rénales, 367, 371, 374
- prise en charge des pathologies gastro-intestinales, 320, 322, 330
- prise en charge d'un VIH avancé, 240-241, 389
- reprise du test de dépistage chez les femmes séropositives au VIH, 141, 141, 142
- retardement en présence de méningite, 27, 67, 72, 203, 241, 312
- et risque de malnutrition, 505, 509
- et signes d'IRIS, 203, 312
- et traitement pour la TB, 31, 202, 203, 241, 253, 255, 265, 267, 270, 276
- TARV, dosage
 - ajustement avec la prise de poids chez l'enfant, 79, 87, 156, 169, 178, 193, 212
 - classes des ARV, 22-24
 - et effets secondaires des ARV, 42, 43, 44-45, 47, 48
 - prophylaxie pour nourrissons et enfants, 149, 150
 - tableaux de dosage pour nourrissons et enfants, 179-183
- TARV, échec de la
 - apparition de nouvelles pathologies, 62
 - définition, 82
 - diagnostic et prise en charge, 81-86
 - diarrhée chronique, signe de, 329
 - enfants et adolescents, 167, 175, 192-196, 212
 - intervention rapide nécessaire, 86
 - lien avec l'abus de substances, 477
 - lien avec le taux de CD4, 239, 326
 - OMS, définition de, 80-81, 81, 84
 - et pathologie hépatique d'origine alcoolique, 362
 - populations clés, 547
 - règle 123A (adhérence), 84-86, 91
 - taux chez les adultes, 192
 - tests en cas de soupçon, 32, 33
 - et VIH avancé, 232, 239, 240, 329
- TARV, effets secondaires
 - et changement d'un seul médicament, 89
 - cliniciens, solide connaissance des, 212
 - co-infection diabète-VIH, 464
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - effet possible sur l'adhérence, 64
 - enfants, 178, 184-185
 - exacerbés par le tabagisme, 459
 - faible résilience des adolescents, 215
 - lignes directrices de soutien aux patients, 537, 540
 - lignes directrices pour le soutien aux patients, 534
 - et PPE, 121
 - et PrEP, 117, 118
 - présentation et prise en charge, 22-24, 40-58
 - tests de suivi pour, 32, 33, 34, 60-62
- TARV, régimes de 1^{re} ligne, 22, 34-36, 88, 176-177, 195
- TARV, régimes de 2^e ligne, 22, 36, 88, 88, 177, 195, 195
- TARV, régimes de 3^e ligne, 36, 91, 92, 177, 195, 195
- TARV, résistance à la, 105
 - arrêt ou interruption de traitement, causes de, 233, 428
 - et changement d'un seul médicament, 89
 - et charge virale élevée, 82, 85
 - définition, 82
 - développement d'une résistance croisée, 194, 194
 - enfants et adolescents, 178, 194
 - faible adhérence, cause de, 271
 - INNTI, 86, 240
 - IP, 86
 - pour les IP, 78
 - et retard avant de changer de régime, 86
 - et temps total sous TARV, 240
 - trithérapie et, 20
 - type de résistance aux antimicrobiens, 491
 - virus mutants, causes de, 77, 78
- TARV naïf ou non-naïf, patient
 - définition, 234
 - prise en charge d'un VIH avancé, 236, 237, 238, 240
- tatouages, 351, 357, 551
- taux de CD4. *Voir* CD4, taux de
- taux de filtration glomérulaire estimé (TFG). *Voir* débit de filtration glomérulaire estimé (DFG)
- TB LAM, 198, 200, 251, 253, 254, 255
- TB-MR (tuberculose multi-résistante), 272
- et ciprofloxacine, 490
- TB-UR (tuberculose ultra-résistante), 272
- TBCo. *Voir* teinture de composé benzoïque (TBCo)
- TBEP. *Voir* tuberculose extra-pulmonaire (TBEP)
- TBP. *Voir* tuberculose pulmonaire (TBP)
- TDF (ténofovir)
 - adolescents, 219
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 375
 - cause possible d'hyperlactatémie, 57
 - et changement d'un seul médicament, 89, 90
 - contre-indiqué avec autres médicaments néphrotoxiques, 102, 107, 282
 - contre-indiqué avec l'ABC ou l'AZT, 100, 100
 - demi vie longue, 42, 428
 - et échec du traitement, 36, 78, 90, 177, 195

- effets secondaires, néphrotoxicité, 22, 32, 33, 34, 42, 50, 54, 88, 90, 117, 118, 184, 278, 282, 366, 367, 368, 369, 370, 373, 374
- effets secondaires, ostéoporose possible, 42
- effets secondaires, perte de minéralisation osseuse, 184
- excrétion, 102
- interaction avec médicaments autres qu'ARV, 108, 464
- ne pas combiner à un autre médicament néphrotoxique, 42
- nourrissons et enfants, 170, 176, 180, 181, 184
- et PPE, 122, 123, 124, 417
- et PrEP, 116-117, 550
- prise en charge de la lipodystrophie, 57
- prise en charge de l'anémie, 384
- prise en charge de l'hépatite, 33, 54, 90, 100, 117, 351, 355, 356
- prise en charge de l'hyperlactatémie, 58
- prise en charge du DILI, 346
- prophylaxie pré exposition (PrEP), 114
- régime en cas de co-infection VIH/TB, 265
- régimes de 1^{re} ligne, 34, 34, 35, 35, 88
- régimes de 2^e ligne, 88
- résistance au, 78, 79, 86, 116, 117, 428
- type d'INTI, 19, 22
- usage pour la PTME, 143, 146
- teigne, 441-442, 446, 453, 454, 455, 456
- teinture de composé benzoïque (TBCo), 445
- teinture pour verrues, 444, 445
- température
 - consultations pour le VIH, 29, 30
 - diagnostic de la lymphadénopathie, 285
 - mesure lors des consultations pour VIH, 63, 368
 - mesure pendant la désensibilisation au CTX, 136
 - présentation clinique de IST, 396
 - présentation clinique de la PCP, 293
 - et prise en charge en cas d'avortement, 416
 - signe de gravité dans la TB, 252, 255
 - signe de gravité dans un VIH avancé, 237, 243
 - signe de gravité en présence de douleur pelvienne, 404
 - TB, 202
- ténofovir. *Voir* TDF (ténofovir)
- TENS (syndrome de nécrolyse épidermique toxique), 428-429
- tension artérielle. *Voir* pression artérielle
- tératogénicité des ARV, 47
- térizidone (Trz)
 - ajustement des doses en cas d'insuffisance rénale, 376
 - effets secondaires, 52, 313, 314, 471
 - et symptôme de pathologies neurologiques, 305
 - traitement de la TB pharmacorésistante, 277
- test d'amplification des acides nucléiques du VIH (TAAN). *Voir* test PCR
- test de Hain, 251, 272, 275
- test de pharmacosensibilité (DST)
- détection de la résistance aux antituberculeux, 274, 275
- diagnostic et suivi de la TB pharmacorésistante, 253, 259, 274, 275
- test d'Ishihara, 264
- test PCR, 147, 149, 152, 153
- test PCR ADN VIH, 158, 160, 161
- testicules, examen des, 395, 396
- tests de grossesse. *Voir* grossesse, dépistage
- tests de pharmacosensibilité (DST), résistance aux antituberculeux, 250, 251
- tests rapides complémentaires (PoC), 486
- tétanos
 - PPE, test de suivi, 124
 - vaccin, 122, 127, 130, 131, 132, 132, 418
- tête. *Voir* maux de tête; périmètre crânien, mesure du
- tétines, 151
- TFG (taux de filtration glomérulaire estimé ou DFG), 32, 33, 364, 372, 375, 376
- thérapie de substitution aux opiacés (TSO), 552
- thiamine (vitamine B1), 314
- thrombocytopénie, 6, 13, 384, 386-388
- thrombose veineuse profonde (TVP), 295, 441, 487
- thyroïde
 - dysfonctionnement de la, 446, 447
 - hypothyroïdie cause de dépression, 471
 - présentation clinique de la TB active, 257
- thyroxine, 279
- Tinea corporis* ou *pedis*, 433, 456
- tinidazole
 - pour la diarrhée, 328, 330
 - pour les pertes vaginales, 401
 - traitement préventif contre le trichomonas, 419
- tipranavir (TPV), 19
- TMP-SMX, 332
- TNT (onguent), 335, 337
- torse. *Voir* tronc
- tour de taille, 460, 465
- toux
 - et approche clinique en cas de pathologies respiratoires, 299
 - contre-indication des antibiotiques, 493
 - et diagnostic d'une infection bactérienne, 489
 - et diagnostic d'une infection virale, 489
 - effet secondaire des ARV, 49
 - et prévention de la TB, 268, 543
 - symptôme de bronchite, 292
 - symptôme d'empyème, 296
 - symptôme de maladie pulmonaire chronique, 296, 300
 - symptôme de pneumonie, 204, 292, 293, 300, 489, 490
 - symptôme de TB, 165, 197, 200, 201, 237, 246, 248, 249, 255, 260, 267, 270, 489
 - vérification lors d'une consultation pédiatrique, 164
- toxicité oculaire, 202
- toxicomanie. *Voir* abus de substances; consommateurs de drogue par injection
- toxoplasmose
 - corrélation avec le taux de CD4, 244, 304, 306
 - et démarrage de la TARV, 312

- et diagnostic différentiel pour un IRIS tuberculeux, 70
- pathologie neurologique (des 3 plus importantes), 305, 306
- présentation clinique, 209, 281, 306
- taux de CD4 et, 209, 210
- traitement, 210, 306, 310, 311, 312, 384
- traitement préventif, 113, 135, 168
- et VIH avancé, 232, 243
- toxoplasmose cérébrale, corrélation avec le taux de CD4, 6
- toxoplasmose du SNC, stade clinique 4 de l'OMS, 14
- TPI (thérapie préventive à l'isoniazide). *Voir sous* isoniazide (INH)
- TPP. *Voir* traitement présomptif périodique (TPP)
- TPV (tipranavir), 19
- traitement antituberculeux, 260-261, 262
 - chez l'enfant, 129
 - et démarrage de la TARV, 27, 31, 203, 241, 255, 267, 270
 - échec, 259, 274
 - enfants, 170
 - voir aussi* antituberculeux
- traitement présomptif périodique (TPP), 406, 548, 549-550
- traitements topiques pour pathologies cutanées, 448, 449, 450, 454, 454-455
- tramadol
 - interaction avec la fluoxétine, 473
 - soulagement de la douleur liée au VHS, 321
- transcription inverse, 18, 18
- transfusions sanguines
 - traitement de l'anémie, 384, 385-386
 - et transmission de l'hépatite, 351
 - et transmission du VIH, 2, 157, 158
- transgenres. *Voir* personnes transgenres
- transit intestinal, altération du, 249
- transmission de la mère à l'enfant (TME)
 - hépatite, 351
 - syphilis, 407
 - VIH, 2, 157, 158, v
- transmission des maladies
 - hépatite, 129, 351, 408, 548, 551
 - mesures de prévention, 543
 - pathologies cutanées, 443, 449
 - tuberculose, 246, 267, 268-269, 271, 275
- transmission du VIH. *Voir* VIH, transmission du
- transmission verticale. *Voir* infection verticale au VIH
- transpiration. *Voir* sueurs; sueurs nocturnes
- travailleurs communautaires
 - soutien aux patients avec un VIH avancé, 238
 - stratégies de test du VIH, 9
- travailleurs en horaire décalé, 35
- travailleurs et travailleuses du sexe. *Voir* professionnel(le)s du sexe (PS)
- tremblements et frissons, 306, 473, 478, 480
- trichomonas, 396, 399, 401, 419
- triglycérides, 47, 55, 61, 170, 460
- triméthoprim (TMP), 135, 332
- tronc
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453
 - éruptions cutanées avec douleur ou inconfort, 436, 437
 - éruptions cutanées avec peu de démangeaisons ou sans, 433, 441, 442
 - œdème généralisé, 507, 512
 - peau, effets indésirables médicamenteux, 428, 432
- troubles anxieux généralisés (GAD), 475-477
- troubles bipolaires, 471, 473, 480, 482-483
- troubles moteurs. *Voir* marche, difficulté de; motricité
- trypanosomiase, 14, 306
- TSH (hormone hypophysaire de stimulation thyroïdienne), 276, 279, 280, 447, 519
- TSL (thérapie de substitution aux opiacés), 552
- tubage gastrique, 197
- tuberculome cérébral, 210
- tuberculose
 - abdominale, 249, 256
 - et anémie causée par la myélosuppression, 383, 384, 385, 386
 - et approche clinique de la fièvre, 487
 - arthrite tuberculeuse, 249
 - bronchectasie post, 290, 296
 - cause de lymphadénopathie, 285
 - cause de thrombocytopénie, 386
 - cause fréquente de complications neurologiques, 310
 - co-infection avec l'hépatite, 354, 357
 - de la colonne vertébrale, 249, 257
 - dépistage, 31, 32, 63, 146, 165, 212, 267, 270, 535, 543, 548
 - et diabète, 463, 519
 - examen physique, 198, 291
 - facteur de progression du VIH vers le sida, 7
 - facteur de risque pour une TVP, 441
 - ganglions lymphatiques tuberculeux, 200, 248, 256, 257
 - génito-urinaire, 249
 - groupes à risque, 357
 - lignes directrices de soutien aux patients, 543-544
 - méningite tuberculeuse, 248
 - Mycobacterium tuberculosis*, cause de diarrhée, 333
 - Mycobacterium tuberculosis*, cause de TB, 246
 - OMS, stades cliniques d'une co-infection VIH/TB, 257
 - pathologie neurologique (3 plus importantes), 305, 306
 - péricardite tuberculeuse, 249, 256, 257
 - pleurésie tuberculeuse, 249
 - et présentation clinique de la fièvre, 486, 489
 - prévalence dans les populations clés, 548, 551
 - prévention de la transmission, 543
 - recherche des contacts avec personnes infectées, 165, 197, 267, 270, 276, 543
 - stratégies de prévention, 113, 268-269

- traitement avec des antituberculeux et non des antibiotiques, 494
- et traitement de l'anémie, 385
- transmission, 246, 267, 268-269, 271, 275
- et vérification de la CV, 94
- et VIH avancé, 234, 237, 238, 241, 242, 243, 244
- voir aussi* antituberculeux; méningite tuberculeuse; traitement antituberculeux
- tuberculose, diagnostic et dépistage
 - analyses de laboratoire et radiologie, 249-251
 - difficultés de diagnostic, 246, 247
 - écoulement des sinus péri-anaux, 336
 - enfants, 197-202
 - évaluation de la TB chez les PVVIH, 252-257
 - examen d'une PVVIH, 291
 - intégration des services TB et VIH, avantages, 269-270
 - prise en charge des pathologies respiratoires en soins primaires, 300
 - TB pharmacorésistante, 273-275
- tuberculose, symptômes de
 - anémie, 248, 382
 - asthénie, 248
 - douleurs abdominales, 248, 249, 256
 - dyspnée, 249, 256
 - épanchement pleural, 30, 248, 251, 256, 257, 297, 299
 - fatigue, 165, 197, 198, 201, 248
 - fièvre, 198
 - maux de tête, 249, 256
 - œdème, 249
 - perte d'appétit, 246, 248, 260
 - perte de poids, 49, 197, 198, 200, 246, 248, 255, 257, 267, 464, 489, 516, 518
 - présentation clinique de la TBEP, 248-249, 256-257
 - somnolence, 256
 - sueurs nocturnes, 237, 246, 248, 255, 260, 267, 291, 464, 489
 - toux, 165, 197, 198, 200, 201, 237, 246, 248, 249, 255, 260, 267, 270, 489
- tuberculose, traitement
 - et démarrage de la TARV, 202, 276
 - enfants, 168, 202-203, 227-229
- tuberculose abdominale, 69, 249, 256
- tuberculose cérébrale, 70, 244, 304, 306, 312
- tuberculose chez l'enfant
 - et dépistage du VIH, 159
 - diagnostic et dépistage, 165, 197-202, 212, 255, 267
 - méningite tuberculeuse, fréquence, 256
 - présentation clinique, 197, 516
 - risque de TBEP, 248
 - surveillance des SGPT, 170
 - traitement, 129, 168, 170, 202-203, 227-229
- tuberculose de la colonne vertébrale, 249, 251, 257
- tuberculose disséminée
 - anémie comme symptôme de, 382
 - coexistence avec la candidose œsophagienne, 320
 - et complications du BCG, 129
 - corrélation avec le taux de CD4, 6, 298
 - et diarrhée, 333
 - et DILI, 346, 347, 348
 - échec des antibiotiques, 495
 - et échec du traitement antituberculeux, 262
 - et effets secondaires de la TARV, 43
 - présentation clinique de la fièvre, 486
 - présentation clinique et diagnostic de la TBEP, 249, 257
 - stade 4 de l'OMS, 257, 320
 - et VIH avancé, 232, 234, 237, 243, 244
- tuberculose extra-pulmonaire (TBEP)
 - et démarrage de la TARV, 270
 - diagnostic et dépistage, 198-199, 250, 255, 256-257
 - non contagieuse sauf en cas de TBP coexistante, 275
 - présentation clinique, 246, 248-249
 - stade 4 de l'OMS, 14, 257
 - et traitement de la TB pharmacorésistante, 278
- tuberculose ganglionnaire, 13, 257
- tuberculose génito-urinaire, 249
- tuberculose neurologique et démarrage de la TARV, 27
- tuberculose non neurologique, 27, 241
- tuberculose ostéo-articulaire, 202
- tuberculose pharmacorésistante
 - cause possible de perte de poids, 518
 - et ciprofloxacine, 490
 - et démarrage de la TARV, 270
 - dépistage chez l'enfant, 165
 - dépistage des problèmes de santé mentale, 468, 544
 - diagnostic et dépistage, 273-275
 - et échec de traitement, 259, 262
 - effets secondaires croisés des médicaments et toxicités supplémentaires, 278-283
 - et IRIS, 70, 71
 - et moment pour démarrer la TARV, 265
 - présentation et classification, 270-274
 - et prise en charge du DILI, 346
 - régimes de traitement, 277-278
 - et résistance aux antimicrobiens, 491
 - soutien aux patients, 276, 283, 544
 - suivi de l'efficacité du traitement, 260
 - voir aussi* TB-MR (tuberculose multi-résistante); TB-UR (tuberculose ultra-résistante)
- tuberculose pharmacosensible
 - cause possible de perte de poids, 518
 - et démarrage de la TARV, 270
 - dépistage chez l'enfant, 165
 - différence par rapport à la TB pharmacorésistante, 273
 - INH pour enfants séropositifs au VIH, 169
 - lignes directrices de soutien aux patients, 543
 - et prise en charge du DILI, 346
 - traitement et prise en charge, 258-263
- tuberculose pulmonaire (TBP)
 - aperçu, 247-248
 - coexistant avec une TBEP, 249, 275
 - corrélation avec le taux de CD4, 6, 298

- et démarrage de la TARV, 270
- développement d'une bronchectasie post TB, 296
- diagnostic et dépistage, 198-199, 249-250
- fréquente en soins primaires, 490
- présentation clinique, 246
- prévention, 268
- prise en charge des pathologies respiratoires en soins primaires, 300
- retardement de la vaccination du nourrisson, 129
- stade 3 de l'OMS, 13
- transmission, 246
- et VIH avancé, 234, 243
- tuberculose rénale, 498
- tumeurs malignes. *Voir* cancers
- TVP. *Voir* thrombose veineuse profonde (TVP)
- UDVI (usage de drogues par voie intraveineuse). *Voir* consommateurs de drogue par injection
- ulcérations buccales, 13, 321, 321, 504
- ulcères
 - présentation clinique de la syphilis, 338, 406
 - virus herpès simplex, 321, 321, 435
- ulcères anaux, 337
- ulcères aphteux, 319, 321, 321
- ulcères génitaux, 31, 395, 396, 401-403
- ultra-résistance (TB-UR), 272
- urètre, obstruction, 374
- urine
 - excrétion des médicaments, 99
 - foncée, symptôme de pathologie hépatique, 342, 350
 - globules rouges présents à cause d'un IRC, 374
 - obstruction d'écoulement en cas de pathologie rénale, 374
 - orangée, effet secondaire possible des antituberculeux, 264
 - réduction liée à la diarrhée, 325
 - et transmission du VIH, 120
- urine, test
 - avant la TARV, 33
 - dépistage de pathologies neurologiques, 308
 - dépistage du diabète, 464
 - diagnostic d'une douleur pelvienne, 404
 - diagnostic d'une infection des voies urinaires, 498
 - pathologies rénales, 365, 366, 367-368, 370, 371, 373, 374
 - à la première consultation pour le VIH, 29
 - présence de nitrites ou de leucocytes, 494
 - TB, 250, 254, 255, 257, 262
 - et TDF, 54, 170
 - en cas de VIH avancé, 237, 242, 243
 - voir aussi* bandelette, test urinaires par urticaire, 331
- usage de drogues par voie intraveineuse. *Voir* consommateurs de drogue par injection
- vaccination
 - adultes, 132-134
 - aucune contre l'hépatite C, 358
 - hépatite B, 122, 129, 130, 131, 420
 - HPV, 421, 553
 - nourrissons et enfants, 128-132, 147, 167, 351, 355
 - présentation, 125-128
 - Programme élargi de vaccination (PEV), 125, 132, 141, 141, 142, 147, 167, 356, 421
 - réduction de morbidité et mortalité des personnes séropositives au VIH, 113, 125
 - tétanos, 122, 130, 131, 133, 133, 418
 - virus de l'hépatite B, 119, 133, 351, 362, 418, 548
 - virus papilloma humain (HPV), 131, 134
 - voir aussi chaque maladie*
- vagin et vulve
 - anneau vaginal, 414
 - concentrations tissulaires préventives du TDF et du 3TC, 117
 - conseils d'hygiène, 399, 409
 - examen diagnostique pour anémie, 383
 - examen diagnostique pour IST, 548
 - examen diagnostique pour pathologie rénale, 374
 - examens limités pendant le travail et l'accouchement, 144
 - fistule recto-vaginale associée au VIH, 14
 - questions délicates sur les antécédents d'IST, conseils, 394
 - saignement, 404, 405
 - taux protecteurs de TDF/3TC, 117
 - transmission du VIH, 116, 117, 550
 - verrues génitales, 410, 444, 445, 456
 - voir aussi* pertes vaginales
- vaginite, 396, 399, 400, 401, 409
 - voir aussi* candidose vulvo-vaginale
- vaginite à levures. *Voir* candidose vulvo-vaginale
- vaisseaux sanguins
 - atteinte en présence de pathologies neurologiques, 305
 - et lésions anales, 335
 - et pathologies cutanées, 444
 - pathologies liée au VIH, 459
- valeur logarithmique de la CV, 240
- valganciclovir, 320, 333
- valproate
 - aucun effet sur l'efficacité des contraceptifs, 413
 - cause possible d'anomalies fœtales, 465
 - effets indésirables, 431
 - interaction avec l'AZT, 108
 - prise en charge des troubles bipolaires, 483
 - en remplacement des antiépileptiques, 87, 105, 108, 193, 465
 - traitement des convulsions, 311
- Varicella zoster (varicelle), 127, 432, 436, 437-438
- varicelle, vaccin, 127
- vasculopathie liée au VIH, 210, 459
- vasectomie, 414
- vaseline, 410, 445, 446, 447, 448, 454, 455
- VDRL (test), 243, 256, 306, 407
- veines effacées, 252
- ventilation, mesure de contrôle de la TB, 269, 543
- vérapamil, 107

- vermifuges pour enfants, 169
- Verruca vulgaris*, 456
- verrues
 - corrélation avec le taux de CD4, 456
 - éruptions cutanées avec peu de démangeaisons ou sans, 433, 444-445
 - et IRIS, 68
 - présentation clinique de la syphilis, 338, 445
- verrues anales, 337, 337
- verrues génitales (condylomes acuminés), 337, 410, 444, 444, 445, 456
- verrues (infection disséminée à papilloma virus), 13
- verrues planes, 444, 445
- vers (parasites intestinaux), 334
- vertiges, 35, 46, 52, 279, 280, 473
- VHS. Voir herpès simplex (VHS)
- VIH
 - asymptomatique chez l'homme et la femme, 551
 - augmentation des besoins énergétiques, 509, 515
 - augmentation significative du risque de TB, 196
 - cause de lymphadénopathie, 285
 - cause de myélosuppression, 383, 384
 - cause de neuropathie périphérique, 313
 - cause de problèmes de santé mentale, 469
 - co-infection hépatite B, 133, 349, 351, 352, 354, 356
 - co-infection hépatite C, 33, 351, 353, 356-357
 - définitions importantes, 158
 - démangeaisons, 6, 471
 - démence associée au, 306, 307
 - facteur de risque pour une BPCO, 462
 - facteur de risque pour une TVP, 441
 - feuille de consultation, exemple, 65, 170
 - listes de contrôle, 26, 63-64
 - et malnutrition, 13, 14, 166, 500-501
 - pieds douloureux ou froids causés par, 53
 - présentation générale, 2-10
 - et progression vers le sida, 7
 - PTI se déclarant tôt en cas de, 387
 - stades cliniques selon l'OMS, 13-14
 - stigmatisation, 87, 113, 156, 190, 193, 215, 216, 217, 547, v
 - vasculopathie liée au, 210
 - VIH1 et VIH2, 7
- VIH, avancé
 - et purpura thrombopénique idiopathique, 387
 - approche en quatre volets, 232-233
 - compliqués, 145, 234, 236, 237, 238, 242
 - dépistage, 146
 - diagnostic d'une co-infection VIH/TB, 251, 253
 - effets secondaires exacerbés du TDF, 42
 - femmes enceintes et en postpartum, 145
 - et neutropénie, 388, 389
 - non compliqués, 234, 236, 237, 238
 - OMS, définition et recommandations, 11, 62, 232
 - pathologies gastro-intestinales, 326, 327, 329, 330, 331
 - et planification familiale, 139
 - prise en charge des pathologies neurologiques, 312
 - prise en charge en milieu clinique, 233-244
 - et symptômes gastro intestinaux, 461
 - et taux de CD4, 33, 232
 - taux et risques de morbidité et de mortalité, 62, 145, 232, 233, 234, 240, 242, 243, 312, 323, 326
- VIH, connaissances sur le, 214
- VIH, cycle de vie, 17-18, 18
- VIH, diagnostic et tests de dépistage
 - adolescents, 159, 214
 - enfants, 8, 32, 157-161, 199, 419
 - intégration des services TB et VIH, 269-270
 - lignes directrices de soutien aux patients, 535-536
 - mesure de PTME, 138, 138, 141-142, 146, 149, 152, 153, 541
 - méthodes de diagnostic, 8
 - nourrissons, 8, 140, 141, 149, 152, 153, 158, 160, 161, 175, 542
 - OMS, plan 90:90:90 pour 2020, 9, 214, 232
 - OMS, recommandations avant la TARV, 32
 - période fenêtre, 4, 8
 - populations clés, 547
 - et PPE, 122, 124
 - et PrEP, 117, 118
 - problèmes de santé mentale, barrière aux, 549
 - pour la PTME, 148
 - en cas de soupçon d'une co-infection VIH/TB, 255
 - VIH avancé, 237, 243, 244
- VIH, examens pour le, 29-31, 212, 368, 461
- VIH, infection sévère ou avancée, définition et recommandations de l'OMS, 17
- VIH, prévention de la TME, 138-140, 140-141
 - lignes directrices de soutien aux patients, 541-542
 - populations clés, 547
 - questions de recherche opérationnelle, 154
 - et résistance croisée aux ARV, 194, 194
- VIH, pronostic, 4
- VIH, statistiques sur le, 7-8, 551-552
- VIH, stratégies de prévention, 112-136
 - contribution du système de santé, 112-113
 - enfants et adolescents, 158, 214
 - lignes directrices pour le soutien aux patients, 534
 - populations clés, 547
 - présentation générale, 9
 - traitement des IST, 392
- VIH, traitement du
 - conséquences de l'absence de, 7
 - droit de refus, 547
 - efficacité et succès, 171, 186
 - importance des soutiens, 186, 193
 - lignes directrices de soutien aux patients, 536-540
 - nourrissons et enfants, 162-172
 - OMS recommandations, 17

- plan et liste de vérification, 64
- présentation générale, 9
- problèmes de santé mentale, barrière aux, 549
- VIH, transmission du
 - adolescents, 213, 215, 219-220, 546, 553
 - et charge virale, 139
 - par contact sexuel, 2, 116, 117, 120, 139, 157, 158, 160, 215, 392, 549, 551
 - enfants, explication aux, 190
 - par l'exposition à des liquides corporels, 120, 121
 - aux nourrissons et enfants, modes divers, 157-158
 - aux nourrissons et enfants par TME, 2, 120, 144, 153, 157, 158, 160, 541
 - par des objets contaminés, 157, 158
 - populations clés, 114, 116, 546, 547, 549, 550, 551, 552
 - et PrEP, 119
 - réduction du risque, 16, 144, 534
 - par transfusion sanguine, 2, 157, 158
- vincristine, 313
- viol, 121, 417
- violences sexuelles
 - et diagnostic d'une cervicite, 399
 - et traitement périodique présomptif, 406
 - documentation à des fins médico-légales, 121
 - facteur de risque pour les IST, 393
 - PrEP, questions de dépistage, 115
 - prise en charge, 417-420, 534, 549
 - risque pour les professionnel(le)s du sexe, 549
 - transmission du VIH, 157
 - transmission du VIH aux enfants, 158, 160
- virus
 - présentation générale, 2
 - résistance due aux mutations, 77, 78
- virus herpès simplex. *Voir* herpès simplex (VHS)
- virus papilloma humain (HPV), 13
 - carcinome du col utérin causé par, 31
 - cause de verrues, 444
 - cause de verrues génitales, 410
 - cause du carcinome du col utérin, 421
 - dépistage, 551
 - dépistage des anomalies, 421
 - lésions, 337, 337
 - vaccin, 131, 134, 421, 553
- visage
 - diminution de la graisse du, 56
 - éruptions cutanées, traitement, 446
 - éruptions cutanées avec démangeaisons, 446, 449, 450, 450, 452, 453
 - éruptions cutanées avec douleur ou inconfort, 432, 436, 437
 - éruptions cutanées avec peu de démangeaisons ou sans, 441, 443, 443, 444
 - gonflement des glandes parotides, 285
 - pathologies cutanées, traitement, 455
 - présence d'œdème, 512, 520
- vision, problèmes de
 - causés par la méningite à cryptocoque, 306
 - causés par la rétinite à CMV, 320
 - en cas de co-infection VIH/TB, 252
 - complexité de poser un diagnostic, 464
 - effet secondaire des antidépresseurs, 473
 - effet secondaire des antituberculeux, 264, 279, 280, 283
 - en cas de VIH avancé, 237, 242, 243
- vitamine A, 169
- vitamine B1 (thiamine), 314
- vitamine B6 (pyridoxine)
 - carence due à l'abus d'alcool, 314
 - INH/B6, prophylaxie du VIH avancé, 238
 - prévention d'effets secondaires de la Cs, 279, 314
 - prévention d'effets secondaires de la Lzd, 280
 - prévention d'effets secondaires de l'Emb, 264
 - prévention d'effets secondaires de l'Eto et de la Pro, 279
 - prévention d'effets secondaires de l'INH, 207, 253, 260, 264, 279, 314
 - prévention d'effets secondaires du Trz, 314
 - supplément chez les patients séropositifs au VIH ou malnutris, 203
- vitamine B12
 - carence due à l'abus d'alcool, 314, 360
 - et causes de neutropénie, 388
 - rôle dans la production de globules rouges, 382
- vitamines, suppléments en cas de malnutrition, 508
- vitesse psychomotrice, 307
- voies respiratoires, infection des, 13, 487, 490, 493
- vomissements
 - absorption réduite des médicaments, 79, 87, 100, 193, 262
 - amertume de la TARV, 177
 - associés à la diarrhée, 324, 326, 332
 - cause possible de perte de poids, 519
 - effet secondaire des antituberculeux, 264, 280, 281
 - effet secondaire des ARV, 24, 43, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 55, 56, 326
 - effet secondaire de la TARV, 281
 - symptôme d'hépatite, 350
 - symptôme d'hyperlactatémie, 58
 - symptôme de méningite, 207, 208, 209, 248
 - symptôme de pathologie ou d'insuffisance hépatique, 342, 344, 346, 362
 - symptôme de TB, 256
 - vérification lors d'une consultation pédiatrique, 164
- vulve. *Voir* vagin et vulve
- VZV. *Voir* Varicella zoster (varicelle)
- warfarine, 109, 259, 473
- Western blot test, 160
- Whitfield (baume), 442, 454, 454
- xérose, 434, 446-447

yeux

- enfoncés, signe de gravité en cas de diarrhée, 252, 325, 339
- éruptions cutanées secondaires aux ARV, 53
- examen des mouvements, 29
- jaunes lors d'un ictère, 51
- lésions dues au diabète, 314
- mouvements oculaires, 308
- et pathologies cutanées, 431, 436-437
- et symptômes de toxoplasmose, 209
- et transmission du VIH, 120

zidovudine. *Voir* AZT (zidovudine)

zinc

- suppléments en cas de diarrhée, 340
- traitement de pathologies cutanées, 435, 453

zona herpétique. *Voir* herpès zoster

zone ano-génitale, 435

zone péri-anale, 410

Mises à jour 2021

Manuel clinique MSF VIH/TB pour les soins de santé primaires

2018



Ce document complémentaire est publié chaque année au cours du premier trimestre et fait état des principales mises à jour cliniques de l'année précédente.

Il peut être téléchargé sur le site du SAMU :
samumsf.org/en/resources

Toutes les mises à jour de ce document sont référencées dans la dernière version numérique du livre principal par une icône “mise à jour” placée à côté de la section mise à jour, indiquée par un ombrage orange clair.

Chapitre 1. Présentation du VIH

Page 7–8

Mise à jour de la
section:

Statistiques sur l'épidémie mondiale de VIH

À la lumière des informations précédentes, il est intéressant de noter l'état de l'épidémie à l'échelle mondiale, et en particulier en Afrique subsaharienne, où MSF mène l'essentiel de ses projets VIH. Le rapport 2020 de l'ONUSIDA note les données suivantes pour 2019:

- Le monde compte désormais 38 millions de personnes infectées par le VIH, dont 25,4 millions sont sous traitement.
- Il y a eu 1,7 million de nouvelles infections, dont 62% dans les populations clés.
- 690 000 décès liés au VIH.
- 1 infection au VIH sur 4 en Afrique subsaharienne concerne des adolescentes et des jeunes femmes.
- Plus de 50% des adultes ont des attitudes discriminatoires envers les PVVIH.

[← Retour au texte](#)

Page 9

Paragraphe
ajouté à la fin
de la section:

Stratégies de dépistage

...soins de santé primaires y compris communautaires.

Veuillez noter qu'il y a eu certaines mises à jour des stratégies de dépistage, dont le détail se trouve dans le document " Directives de l'OMS sur les services de dépistage du VIH (HIV Testing Services, HTS) ", publié en novembre 2019. Voici quelques points clés de ce document :

- Les stratégies de dépistage doivent se concentrer plus particulièrement sur les groupes suivants, chez qui les connaissances, la sensibilisation et la motivation à rechercher des services de dépistage du VIH sont souvent limitées : les adolescents, les hommes et les populations clés (y compris les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables) et leurs partenaires.
- Face à l'évolution de l'épidémie de VIH, l'OMS encourage les pays à s'orienter vers l'utilisation de trois différents tests positifs consécutifs, pour établir un diagnostic de séropositivité
- Toutes les femmes enceintes doivent être testées pour le VIH, la syphilis et l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) au moins une fois et le plus tôt possible.

[← Retour au texte](#)

Chapitre 3. Evaluation initiale et initiation de la TARV

Page 27

Mise à jour de la
section :

Retarder le processus

Parfois, le processus doit être retardé : il existe un syndrome bien connu chez les patients séropositifs qui commencent une TARV, appelé IRIS (Syndrome Inflammatoire de Reconstitution Immunitaire), dans lequel la restauration rapide de l'immunité entraîne une aggravation temporaire de la maladie du patient. Ce syndrome se manifeste le plus souvent chez les patients ayant un faible taux de CD4 (généralement <200) et peut parfois entraîner une morbidité considérable, et dans certains cas, le décès.

Il a été clairement démontré que l'IRIS est associé à certaines conditions et, si des précautions appropriées sont prises, le risque de développer un IRIS est considérablement réduit. L'IRIS est traité en détail au **Chapitre 5**.

En résumé, voici les situations dans lesquelles l'initiation de la TARV est délibérément retardée :

- TB neurologique (méningite, lésions cérébro-spinales) : Quel que soit le taux de CD4, la TARV est retardée de 4 à 8 semaines après le début du traitement de la TB.
- Méningite à cryptocoques : Quel que soit le taux de CD4, la TARV est retardée de 4 à 6 semaines après le début du traitement.
- Rétinopathie à cytomégalovirus (CMV) : Retarder l'initiation de la TARV de 2 semaines après le début du traitement contre le CMV.

En raison du risque plus élevé d'IRIS grave chez les patients présentant ces pathologies, il est important de dépister la TB chez tous les patients et la cryptococcose chez ceux dont le taux de CD4 est inférieur à 200. En outre, dans les zones à prévalence élevée, un fond d'œil devrait être effectué à la recherche de signes de rétinopathie à cytomégalovirus (CMV) (voir **Chapitre 11**).

[← Retour au texte](#)

Page 32

Mise à jour de la
première ligne du
tableau 3.1:

Tableau 3.1 Tests recommandés pour le dépistage et la
surveillance du VIH et approches du dépistage des co-
infections et des maladies non transmissibles

Phase de prise en charge du VIH	Recommandé	Souhaitable (si réalisable)
diagnostic du VIH	Test VIH (sérologie pour les adultes et les enfants de 18 mois ou plus ; PCR pour les enfants de moins de 18 mois) Taux de CD4 Recherche de symptômes de TB.	Sérologie Hépatite B (AgHBs) ^a Sérologie Hépatite C Antigène cryptococcique (CrAg) si les CD4 <200 Dépistage des IST Test de grossesse pour déterminer si le démarrage de la TARV doit être priorisée dans le but de prévenir la transmission du VIH à l'enfant. Évaluation des principales maladies chroniques non transmissibles et des comorbidités ^c
...		

← Retour au texte

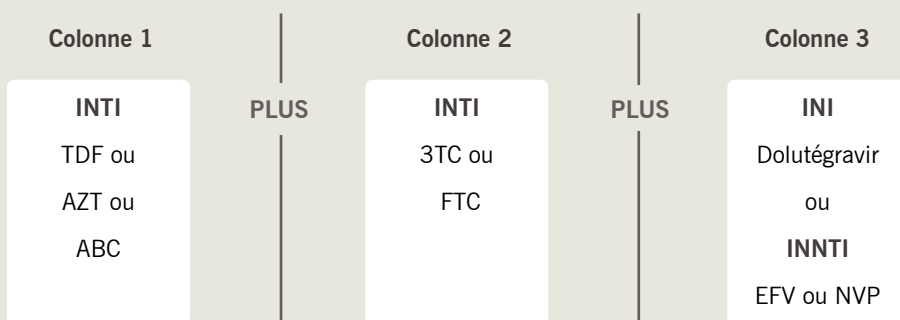
Étape 5. Choisir le meilleur régime de trithérapie

Choisir les médicaments à utiliser dans le régime de première ligne

Un traitement ARV standard se compose de trois médicaments, à savoir l'association de deux INTI puis un choix entre un INNTI, un INI ou un IP pour le troisième médicament. La meilleure façon de choisir est d'opter pour un médicament issu de chacune des 3 colonnes comme présenté sur le schéma 3.2 ci-dessous

En juillet 2018, l'OMS a publié une nouvelle recommandation pour le régime de choix de première ligne : TDF + 3TC / FTC + DTG pour toutes les personnes de plus de 6 ans, avec une précaution particulière chez les femmes en âge de procréer ou enceinte dans les premières 8 semaines d'aménorrhée. Voir la ligne directrice détaillée dans le tableau 3.2 ci-dessous.

Schéma 3.2 élaborer un régime de trithérapie



Parfois, il peut y avoir des contre-indications à un ou plusieurs médicaments du régime de première intention, dans ce cas, le processus de décision suit l'algorithme 3.1 ci-dessous.



Une combinaison à dose fixe de TDF, 3TC et de dolutégravir est maintenant recommandée par l'OMS comme TARV de premier choix. De nouvelles données montrent que le risque de malformations du tube neural lié au DTG en début de grossesse est beaucoup moins élevé qu'on ne le pensait à l'origine. Dans ce contexte, bien que l'OMS n'ait pas encore publié de déclaration claire sur la question en février 2021, la décision d'utiliser le DTG en début de grossesse doit être mûrement réfléchie car les avantages l'emportent souvent largement sur les risques. Veuillez suivre les mises à jour de l'OMS sur la TARV pour connaître les nouvelles données et directives.

Algorithme 3.1 Choisir un régime de première ligne

(Voir l'annexe 2.1 pour les dosages.)

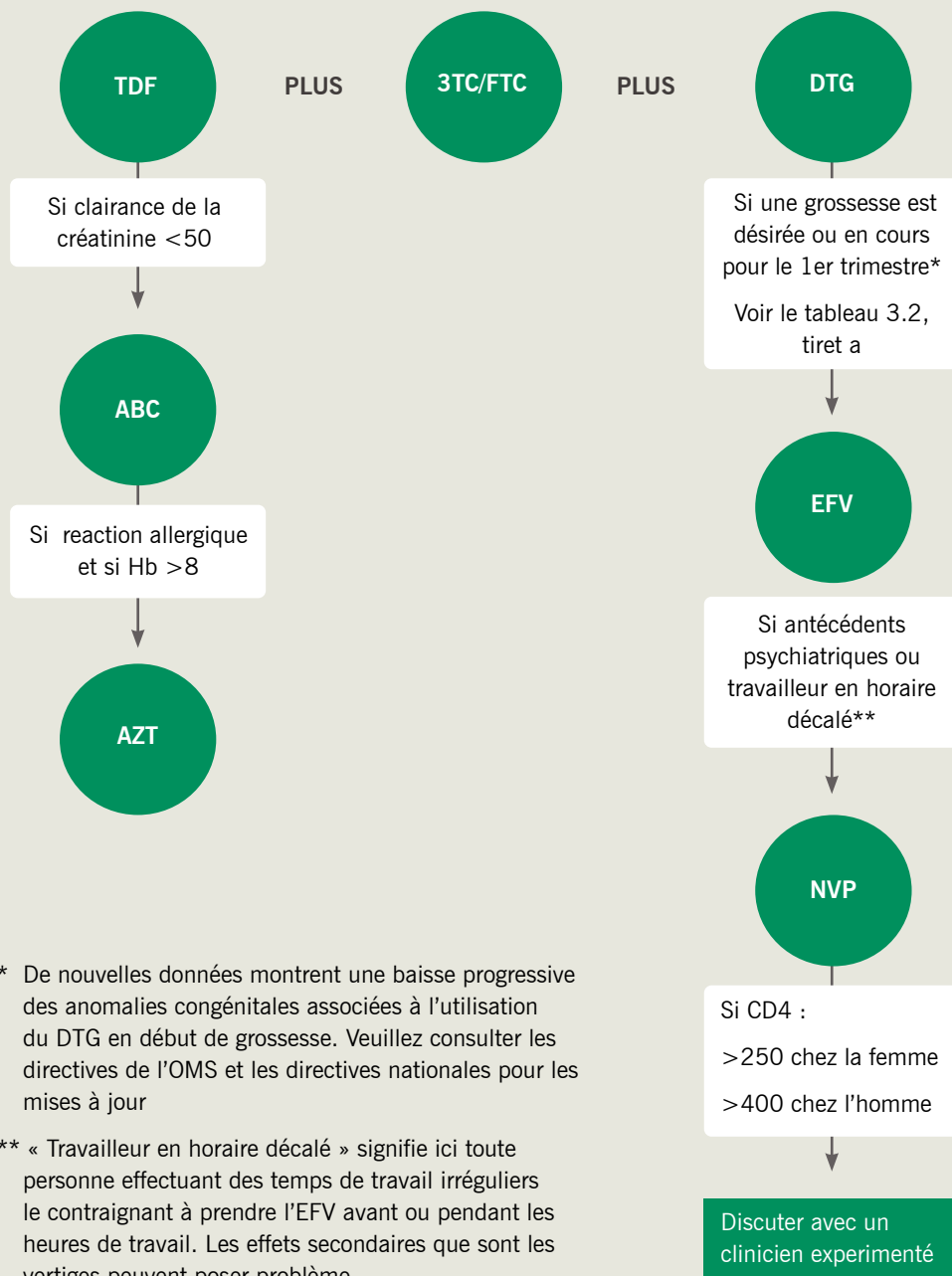


Tableau 3.2 Résumé des options de séquence pour les traitements de première, deuxième et troisième ligne (OMS, juillet 2018)

Population	Régimes de première ligne	Régimes de seconde ligne	Régimes de troisième ligne
Adultes et adolescents (y compris les femmes en âge de procréer ou enceintes)	Deux INTI + DTG ^a	Deux INTI ^c + ATV/r ou LPV/r	DRV/r ^d + DTG ^e + 1-2 INTI (si possible envisager d'optimiser le choix en utilisant le génotypage)
	Deux INTI + EFV ^b	Deux INTI + DTG ^a	

- a. De nouvelles données montrent que le risque de malformations du tube neural lié à l'utilisation du DTG en début de grossesse est beaucoup moins élevé qu'on ne le pensait à l'origine. Dans ce contexte, bien que l'OMS n'ait pas encore publié de déclaration claire sur l'innocuité du DTG en février 2021, la décision d'utiliser le DTG en début de grossesse doit être mûrement réfléchie car les avantages l'emportent souvent largement sur les risques. Veuillez suivre les mises à jour de l'OMS sur la TARV pour connaître les nouvelles données et directives
- b. Si la résistance du prétraitement à l'EFV ou à la NVP au niveau de la population est > 10%, le choix d'options alternatives à l'EFV doit être fait en tenant compte de la disponibilité et de la toxicité du médicament. DTG (selon la note a) ou ATV / r sont les options à envisager.
- c. A la suite d'une défaillance de TDF ou d'ABC, l'AZT doit être utilisé pour optimiser les INTI et vice versa.
- d. Pour les personnes ayant expérimenté les IP, la dose recommandée de DRV/r doit être de 600mg/100mg, 2 fois/jour.
- e. Les antirétroviraux de troisième ligne à base de DTG qui suivent l'utilisation d'inhibiteurs de l'intégrase doivent être administrés avec le DTG deux fois par jour.

[← Retour au texte](#)

Chapitre 4. Les effets secondaires des ARV

Page 47–48

Section sur les inhibiteurs de la protéase remplacée par :

Inhibiteurs de la protéase (IP) – Lopinavir (LPV), Ritonavir (RTV), Atazanavir (ATV), Darunavir (DRV)			
Les effets secondaires de cette classe sont : Nausées, diarrhée, hépatite, anomalies lipidiques, altération de la tolérance au glucose. La combinaison LPV/r génère plus d'effets secondaires qu'une combinaison basée sur l'ATV ou le DRV. La combinaison ATV/r une fois / jour (disponible en Association à Doses Fixes ADF). LPV/r – 2 comprimés 2 fois / jour. DRV donné une fois / jour en combinaison avec le ritonavir (ADF pas encore disponible)			
		Elimination: Hépatique	
Effets secondaires	Surveillance	Prise en charge	Prévention
Ritonavir peut provoquer : démangeaisons autour de la bouche, perte d'appétit et altération du gout.	Clinique	Marge de manœuvre restreinte, le RTV étant indispensable pour potentialiser l'action de tous les IP.	Prévenir le patient avant de commencer le traitement
Hépatite	Clinique Tests de la fonction hépatique seulement si des symptômes apparaissent : nausées,vomissement, douleur abdominale, ictère.	Voir annexe 4.2 : hépatite	Prudence en cas de maladie hépatique existante et surveillance plus étroite des symptômes.
Anomalies des lipides et de la glycémie	Idéalement, faire des analyses du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie à jeun avant de commencer la TARV, puis 3 mois plus tard.	Gérer selon les recommandations nationales Passer à l'ATV/r si des anomalies significatives apparaissent au démarrage des IP.	

Nausées, vomissements, diarrhées	Surveillance clinique. Interroger le patient sur ces symptômes si l'absorption des ARV est affectée.	Initialement, essayer le métoclopramide et/ou le lopéramide et rechercher d'autres causes de diarrhée (voir Chapitre 15). Si les symptômes sont importants et difficiles à supporter, il peut être nécessaire de passer du LPV/r à l'ATV/r.	Prévenir le patient avant de démarrer le traitement.
L'atazanavir peut provoquer un ictère asymptomatique. Le patient se sent bien et ne présente aucun symptôme - nausées, vomissements, douleurs abdominales.	Clinique Si un ictère se développe et que le patient est asymptomatique, vérifier les SGPT et, si possible, la bilirubine (totale et conjuguée) car l'ATV peut être responsable d'une hyperbilirubinémie non conjuguée	Si le patient est asymptomatique et que les SGPT sont normales, il n'est pas nécessaire d'arrêter l'ATV à moins que le patient ne puisse le tolérer. En cas d'hépatite, voir la prise en charge de l'hépatite au Chapitre 16 .	Prévenir le patient avant de commencer le traitement.

Darunavir 600 mg + Ritonavir 100 mg, à prendre toutes les 12 heures

Effets secondaires	Surveillance	Prise en charge	Prévention
Effets secondaires moins importants que ceux du LPV/r, mais les symptômes suivants peuvent tout de même se manifester : Troubles gastro-intestinaux, éruption cutanée, dyslipidémie, hépatite (rare). Contient une fraction de sulfamide, donc à utiliser avec précaution chez les patients allergiques aux sulfamides	Comme pour le LPV/r	Comme pour le LPV/r	Comme pour le LPV/r Ne pas prescrire en association avec la rifampicine. Passer plutôt au LPV/r et doubler la dose.

Page 48

Section sur les inhibiteurs de l'intégrase remplacée par :

Inhibiteurs de l'intégrase – Raltégravir (RAL), Dolutégravir (DTG).			
Également dénommés inhibiteurs nucléosidiques de l'intégrase (INI)			
Les effets secondaires de cette classe sont Nausée, diarrhée, maux de tête et insomnie. Plus graves mais rares : -Hépatite avec un risque accru si infection VHB ou VHC -Réaction allergique			
DTG une dose une fois / jour vs RAL une dose 2 fois / jour			Elimination : Hépatique
Effets secondaires	Surveillance	Prise en charge	Prévention
Dolutégravir Une prise de poids d'environ 5 kg a été notée chez des patients sous TDF + FTC + DTG. Les femmes noires, les patients à faible taux initial de CD4+ et ceux à taux initial élevé de CV semblent être les plus à risque. Chez les hommes, on a noté que la prise de poids était deux fois moins importante. L'effet à long terme n'est pas clair, mais les cliniciens doivent en être conscients et donner les conseils habituels en matière de régime et d'exercice. Il a également été démontré que le dolutégravir provoque une augmentation modérée de la créatininémie, survenant au cours des premières semaines et persistant aussi longtemps que le patient reste sous DTG. Cette augmentation est toutefois due à une interférence avec la sécrétion tubulaire, ne correspondant pas à une atteinte rénale et ne constitue donc pas une indication pour changer de molécule.	Clinique	Traitement symptomatique En cas de réaction allergique, opter pour une autre classe de médicaments.	Prudence en cas de maladie hépatique préexistante A éviter chez les femmes et les adolescentes sans contraception, qui ne sont pas enceintes mais qui envisagent une grossesse. De nouvelles données montrent une baisse progressive des anomalies congénitales associées à l'utilisation du DTG en début de grossesse. Veuillez consulter l'OMS et les recommandations nationales pour les mises à jour
Raltégravir Peut provoquer une rhabdomyolyse et une insuffisance rénale.	Clinique	Comme pour le DTG ci-dessus	Prudence en cas de maladie hépatique préexistante

Chapitre 5. Suivi des patients sous TARV et IRIS

Page 61

Mise à jour de la ligne “Charge virale” dans le tableau :

Tableau 5.1 Tests de surveillance pour les patients recevant une TARV

Test	Recommandation	Comments
Charge virale (CV)	En raison de l'urgence de la détection d'une mauvaise observance et d'un éventuel échec, l'OMS a recommandé (mise à jour 2021) que la première CV après le démarrage de la TARV soit effectuée entre 3 et 6 mois après le début du traitement.	Cependant, si la CV est > 1000, les recommandations pour le test de CV changent ¹ .
	À mesure que la CV par ADBD (Analyse De Biologie Délocalisée)(PoC) devient de plus en plus disponible, grâce à son délai d'exécution plus rapide, elle devrait être utilisée en priorité dans les groupes suivants : les femmes enceintes et celles qui allaitent, les nourrissons, les enfants et les adolescents, les personnes dont la CV élevée doit être répétée, les personnes présumées en échec thérapeutique, celles qui réintègrent le système de soins, et enfin les personnes qui se présentent malades, avec une maladie VIH avancée ou des infections opportunistes connues.	
Taux de CD4...		

← Retour au texte

Page 67

Nouveau paragraphe ajouté à la section :

IRIS paradoxal tuberculeux

- ...d'infection spécifique (en page 72)..
- Voir la mise à jour page 72 concernant le début de la TARV après avoir débuté un traitement pour des pathologies spécifiques.

← Retour au texte

Page 72

Mise à jour de la section :

1. Moment propice pour débiter la TARV après le début du traitement d'infections spécifiques

Des études ont montré que, chez les patients à faible taux de CD4, l'incidence d'IRIS peut être diminuée en retardant le début de la TARV après le début du traitement contre la TB. Cependant, il a également été démontré que si le taux de CD4 est <50, il y a une plus grande morbidité et mortalité due à d'autres infections opportunistes. Jusqu'à récemment, un seuil de CD4 <50 était utilisé comme ligne directrice pour savoir s'il fallait commencer la TARV dans les deux semaines ou la retarder de 8 semaines maximum. De plus, pour diminuer le risque de morbidité et de mortalité lié à l'IRIS neurologique, il existe des recommandations spécifiques concernant le délai d'initiation de la TARV après une méningite à cryptocoques ou tuberculeuse. Certaines de ces recommandations ont maintenant changé (OMS, 2021) et sont les suivantes :

- Effectuer un dépistage des symptômes de TB chez tous les patients avant de commencer la TARV (ou de changer pour un traitement de deuxième ligne). Pour les patients atteints d'une maladie VIH avancée, voir les directives supplémentaires de dépistage de la TB et de la cryptococcose au chapitre 11, page 237.
- Si des symptômes de TB sont présents ou si une TB est diagnostiquée :
 - Rechercher d'abord une TB neurologique (et une méningite à cryptocoques) par l'interrogatoire et par l'examen clinique (et d'autres tests si nécessaire, voir page 237). En l'absence de TB neurologique, commencer immédiatement la TARV, quel que soit le nombre de CD4 (ou entamer un nouveau régime en cas d'échec thérapeutique confirmé).
 - Faire un dépistage rapide de la TB, dans le but d'instaurer un traitement anti-TB dans la semaine qui suit, si cela est indiqué.
- En cas de méningite tuberculeuse (TBM), retarder la TARV de 4 à 8 semaines à partir du début du traitement. Veuillez noter :
 - Une étude clé a montré une diminution des effets indésirables si la TARV était retardée de 8 semaines au lieu de 2 semaines.
 - Bien qu'il n'y ait pas d'étude spécifique à l'appui, la TARV est généralement commencée entre 4 et 8 semaines, de préférence en chevauchant le début de la TARV avec les dernières semaines de stéroïdes qui sont systématiquement administrés pendant 6-8 semaines dans le traitement de la TBM. Cela pourrait offrir une certaine protection contre l'IRIS.
 - Le début de la TARV ne doit pas être retardé au-delà de 8 semaines.
- Dans les cas de méningite à cryptocoques, il faut retarder le début de la TARV jusqu'à 4 à 6 semaines après le début du traitement antifongique.

← Retour au texte

Page 73

Mise à jour du
dernier point
de la section :

← Retour au texte

Points clés IRIS

- ... par un professionnel averti
- Pour diminuer l'incidence de l'IRIS, il est important de respecter les directives relatives au timing du démarrage de la TARV après une TB neurologique et une méningite à cryptocoques.

Chapitre 6. Gestion d'un possible Échec de la Tarv

Page 79

Mise à jour du
dernier point
de la section :

La résistance se développe à des moments différents selon les ARV

- ... par «T» - AZT et D4T)
- Beaucoup plus lentement pour les IP et le DTG, pour lesquels la résistance se développe rarement en moins de deux ans, et prenant même souvent davantage de temps.

← Retour au texte

Page 79

Mise à jour du
premier point
de la section :

Il existe de nombreuses causes de diminution des taux sanguins des ARV

... Les raisons d'échecs qui relèvent exclusivement de la responsabilité du clinicien sont :

- De ne pas doubler la dose de LPV/r ou de DTG avec la rifampicine (voir chapitre 7) ;
- De ne pas augmenter la dose...

← Retour au texte

Page 85

Mise à jour du
point a. de la
section :

Exceptions à la règle '123A '

- a. Que faire si votre labo local est en mesure de fournir des valeurs de charge virale inférieures à 1 000 et qu'un patient continue d'obtenir des taux entre 100 et 1 000 ? Est-ce un problème ?

C'est ce qu'on appelle une charge virale basse. Tant que la valeur est supérieure à 50 copies, le virus se réplique et, si cela se produit en présence d'un certain niveau sanguin d'ARV, il existe un risque de développement de résistance. Des études ont montré que les patients ayant une charge virale basse progressent plus facilement vers la résistance. Il faut donc prêter attention à l'observance du traitement pour inverser ce risque.

← Retour au texte

- b. Qu'arrive-t-il s'il y a...

Page 86

Mise à jour du point d. de la section :

Exceptions à la règle '123A'

... l'évaluer régulièrement

- d. Il existe une différence entre les patients recevant un traitement à base d'INNTI et ceux recevant un traitement à base d'IP ou de DTG.

Comme indiqué dans le paragraphe 1 de ce chapitre, la résistance aux ARV se développe à des vitesses différentes. Il faut beaucoup plus de temps pour développer une résistance aux IP ou au DTG qu'à un régime à base d'INNTI. Si deux charges virales élevées consécutives surviennent au cours de la première année sous IP ou DTG, il faut rechercher des erreurs d'observance ou des erreurs possibles de la part du clinicien avant de conclure à l'échec du traitement (voir le **paragraphe 11** de ce chapitre).

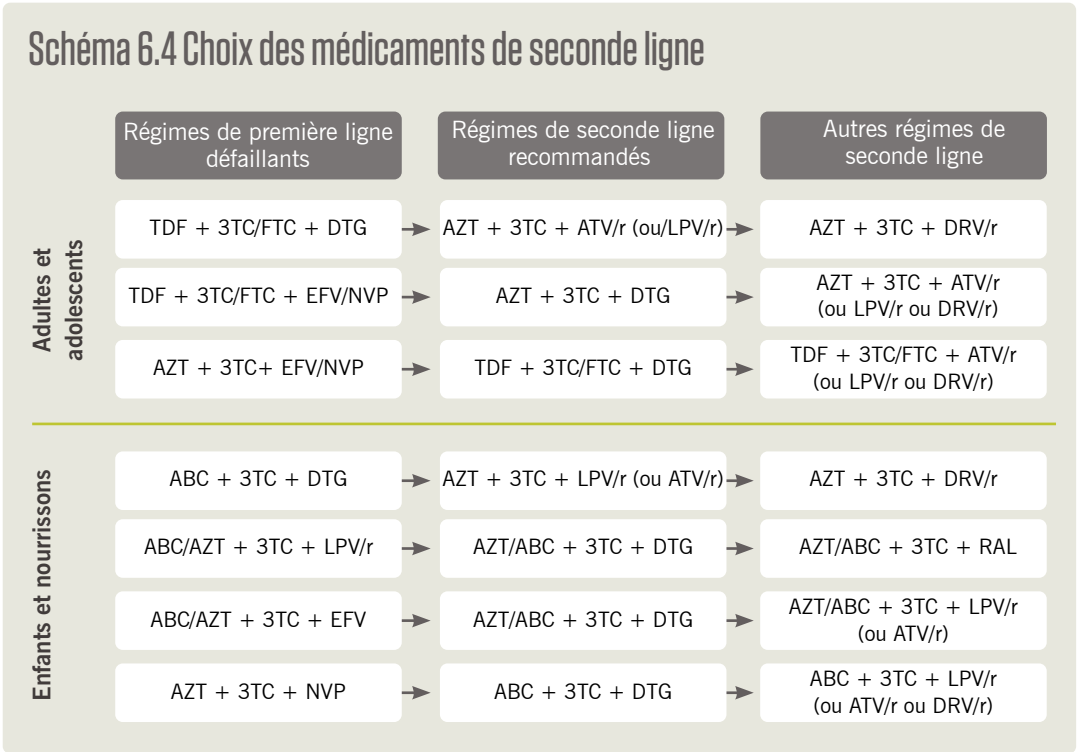
← Retour au texte

Page 88

Mise à jour de la section :

Choix du régime

Dans le document de l'OMS, *Mise à jour des recommandations sur les régimes antirétroviraux de première et de deuxième ligne* (Juillet 2019) des détails sont donnés sur ces choix. Ceux-ci sont résumés dans le schéma 6.4 ci-dessous :



Si le choix d'un médicament de seconde ligne est contre-indiqué (par exemple, AZT en cas d'anémie sévère ou TDF en cas d'insuffisance rénale), bien que cela ne soit pas idéal, un autre INTI peut être utilisé. En ce qui concerne l'utilisation du DTG chez les femmes souhaitant tomber enceintes ou au cours du premier trimestre de la grossesse, veuillez-vous reporter aux remarques à la page 36 dans la section des mises à jour.

← Retour au texte

Page 89–90
Mise à jour de la
section:

9. Quels sont les principes de la substitution d'un seul ARV, notamment de l'EFV au DTG ?

Le changement d'une seule molécule se fait le plus souvent :

- Lorsque le patient développe un effet secondaire lié au médicament (p. ex. une insuffisance rénale sous TDF)
- Lorsqu'il y a une interaction médicamenteuse anticipée en raison de l'introduction d'un nouveau médicament (p. ex. un patient sous NVP débutant un traitement antituberculeux à la rifampicine)
- Lors de la mise au point d'une TARV (p. ex. le passage de TDF/3TC/EFV à TDF/3TC/DTG)

En cas d'échec du régime, les trois médicaments sont inefficaces donc, l'introduction d'un nouveau médicament signifierait que la personne ne prend plus qu'un seul médicament efficace. Nous sommes bien conscients que la monothérapie est susceptible de déboucher sur une résistance à ce seul médicament, de sorte que ce type de changement a toujours été fortement déconseillé. Le changement d'une seule molécule dans une TARV a toujours été une préoccupation majeure. Cependant, de nouveaux développements au cours des dernières années ont entraîné un changement dans la façon dont nous abordons le changement d'une seule molécule :

- En ce qui concerne le changement de médicament pour cause d'effets secondaires, ceux-ci surviennent généralement au cours des six premiers mois du traitement ARV, alors que l'échec thérapeutique n'a encore peu de chances de s'être développé. Les préoccupations concernant le changement de médicament dans ce cas sont donc minimales.
- Quant au changement d'un médicament à un autre quand on commence à prendre de la NVP, cela est beaucoup moins fréquent de nos jours, car la NVP est en grande partie abandonnée. De plus, le passage de la NVP à l'EFV ne devrait pas poser de problème dans la mesure où, si une résistance s'est développée à la NVP, elle se sera également développée à l'EFV. De toute façon, la plupart des changements de la NVP se font maintenant directement vers le DTG (voir le point suivant).
- En ce qui concerne le changement d'un seul INTI lors d'un traitement par LPV/r ou DTG, les études montrent maintenant que, même si le TDF et le 3TC sont défaillants, les résultats ne sont pas différents que l'on reste sous TDF ou que l'on passe à l'AZT. D'un point de vue pratique, il s'agit d'un constat très important car il est beaucoup plus facile pour les patients de continuer à prendre une combinaison à dose fixe d'un comprimé quotidien de TDF, 3TC et DTG que de devoir prendre deux comprimés distincts, dont l'un deux fois par jour (AZT/3TC).

Compte tenu de ces nouveaux résultats, les directives de l'OMS sur la façon de procéder aux changements d'une seule molécule sont susceptibles de changer dans un avenir proche. Elles devraient être détaillées dans le guide complet de l'OMS sur la TARV qui devrait être publié en juillet 2021.

Page 91

Mise à jour de la section :

11. Comment prendre en charge un patient présentant une charge virale élevée avec un régime à base d'IP ou de DTG ?

La prise en charge repose sur deux principes qui diffèrent de ceux qui s'appliquent à un patient recevant un régime à base d'INNTI :

1. Comme mentionné dans la section 1 de ce chapitre, il est très peu probable que le virus ait développé une résistance à un IP ou au DTG dans les 24 premiers mois, même en cas d'adhérence par intermittence, de 50-90%. Cela prend généralement plus de temps que cela.
2. Une partie de la prise en charge consiste à réaliser un génotype. Procédure coûteuse et souvent inutile, qui ne devrait être effectuée que s'il y a de fortes chances qu'elle mette en évidence des virus résistants.

Par conséquent, pour un patient sous traitement à base d'IP ou de DTG présentant tous les critères d'échec de l'OMS (règle 123A), nous différons le diagnostic d'échec virologique si le patient est sous traitement à base d'IP ou de DTG depuis moins de deux ans, souvent plus. Des études ont montré que dans la majorité des situations, la cause en est une mauvaise adhérence plutôt qu'un virus résistant. Revoir l'approche recommandée au **paragraphe 7** de ce chapitre.

Ce n'est qu'après avoir exploré toutes ces possibilités que le diagnostic d'échec thérapeutique est envisagé et que le processus de demande de génotype et d'évaluation d'un régime entièrement nouveau est engagé. Veuillez consulter votre guide national pour plus de détails.

Comme toujours, si le taux de CD4 est très bas, le risque pour le patient de développer des IO mortelles est élevé et il peut être nécessaire d'agir plus rapidement pour entamer le processus de demande de génotype et d'évaluation d'un nouveau régime.

← Retour au texte

Page 91

Mise à jour de la section :

12. Quels sont les principes d'utilisation des génotypes ?



samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018

Le but de ce livre n'est pas de traiter de manière exhaustive des génotypes et des choix des médicaments de troisième ligne. Pour plus de détails, voir : "Résistance médicamenteuse pour le VIH et la TB et manuel de prise en charge clinique", qui peut être téléchargé sur le site **Web du SAMU**, <https://samumsf.org/en/re-sources/msf-hivtb-clinique-guide-2018>.

Une décision concernant le choix d'un nouveau régime après l'échec présumé d'un régime à base d'IP ou de DTG ne doit jamais être prise sans effectuer au préalable un test de génotype pour établir le profil de résistance exact du patient en question.

Voici quelques principes importants dans l'interprétation des génotypes :

- Les critères d'échec thérapeutique pour un régime à base d'IP, tels que décrits dans le **paragraphe 11** de ce chapitre, doivent être respectés, au risque de perdre du temps et de l'argent à faire un test inutile :
 - Le patient doit avoir suivi le traitement à base d'IP ou de DTG pendant au moins un an.
 - La règle 123A pour le diagnostic d'échec thérapeutique doit s'appliquer.
 - Des efforts substantiels doivent avoir été faits pour résoudre les problèmes d'adhérence.
- Le patient doit toujours prendre le traitement défaillant au moment de la prise de sang pour le génotype. Si ce n'est pas le cas, il doit reprendre les mêmes médicaments et les poursuivre pendant au moins 4 semaines avant la prise de sang. Si cela n'est pas fait, le génotype ne peut pas être correctement interprété.
- Le résultat d'un test de génotype ne peut être interprété correctement qu'avec l'historique détaillé du traitement ARV.

Les trois points ci-dessus sont des procédures standard à suivre en cas de demande d'examen de génotype pour un nouveau régime après l'échec présumé d'un régime à base d'IP ou de DTG.

[← Retour au texte](#)

Page 92

Mise à jour de la
section :

13. Points clés de l'initiation d'un régime de troisième ligne

Avec l'arrivée récente du DTG dans les régimes de première ligne et avec les médicaments précédemment utilisés dans les régimes de troisième ligne qui font leur apparition dans les régimes de deuxième ligne, l'approche relative à l'utilisation des régimes de troisième ligne continue d'évoluer. Veuillez consulter les mises à jour de l'OMS et les directives nationales, mais en attendant, les principes suivants s'appliquent :

- Pour les patients dont la charge virale est détectable et qui suivent un régime de deuxième ligne depuis moins de deux ans, un travail important doit être fait en matière de soutien et de conseil intensif pour l'adhésion au traitement.
- Si toutes les interventions en matière d'observance ont été optimisées et que, après deux ans de régime de deuxième ligne, deux ou trois charges virales détectables ont été constatées, un test de génotype doit être effectué.
- En cas d'échec présumé des régimes à base de DTG, la valeur seuil pour une charge virale "détectable" est désormais de 50 copies par ml. Veuillez consulter les directives de l'OMS et les directives nationales.
- Le choix du traitement de troisième ligne devrait être fait en consultation avec un expert VIH.

[← Retour au texte](#)

Page 93–96

Mise à jour de la
section :

L'algorithme 6.1
est supprimé.

Résumé

(Veuillez noter que, pour les raisons expliquées ci-dessous, l'algorithme 6.1 n'est plus pertinent et a été supprimé).

Avec le déploiement mondial du DTG comme médicament de choix dans le traitement ARV de première ligne, ainsi que le remplacement de l'EFV par le DTG chaque fois que cela est possible, la prise en charge des patients ayant une charge virale élevée évolue rapidement. Les principes suivants doivent être pris en compte, conformément aux dernières directives 2021 de l'OMS :

- La première charge virale après l'initiation de la TARV doit être effectuée à 3-6 mois, puis, si < 1000 , à 12 mois et ensuite annuellement. Le suivi de la charge virale après une charge virale élevée doit être effectué à 3 mois et s'accompagner d'interventions en matière d'observance.
- Un changement plus rapide vers un régime à base de DTG, après une seule CV élevée, pourrait bien être approprié, surtout si le patient a reçu ce traitement pendant plus d'un an et qu'il y a des preuves d'une adhérence discontinue.
- En raison du risque plus élevé de morbidité et de mortalité, la nécessité d'un changement de traitement est accrue en cas de chute du taux de CD4 ou de signes de stade avancé de la maladie à VIH. Par conséquent, tous les patients doivent à chaque visite, faire l'objet d'un dépistage de la maladie VIH à un stade avancé et, en présence d'un des critères de maladie avancée, doivent passer d'un régime à base d'EFV ou de NVP à un autre sans effectuer d'autres tests de CV (voir chapitre 11).
- Les IP et le DTG ont tous deux une barrière génétique élevée à la résistance, il est donc extrêmement improbable qu'une résistance se développe en moins de deux ans, voire plus. Même en présence d'une maladie VIH à stade avancé, une charge virale élevée sous ces traitements est beaucoup plus susceptible d'être due à des problèmes d'observance ; de sorte qu'un remplacement par un nouveau régime ou une demande de génotype est rarement indiqué. Les patients devraient plutôt bénéficier d'une prise en charge de leurs problèmes d'observance et d'un suivi étroit.
- Le seuil pour le diagnostic d'échec thérapeutique est de 1000 copies/ml mais pour la suppression virale, il doit être < 50 copies/ml. Une CV comprise entre 50 et 1000 copies/ml est appelée "virémie à bas niveau" et associée à un plus grand risque d'échec thérapeutique futur. Une attention particulière doit être portée à l'observance du traitement à chaque consultation chez tous les patients, mais surtout chez ceux dont la charge virale est supérieure à 50 copies/ml.

← Retour au texte

Chapitre 7. Interactions médicamenteuses dans les traitements du vih et de la tuberculose

Page 103
Mise à jour de
l'encadré :

Les médicaments suivants peuvent tous être hépatotoxiques :

Antituberculeux	ARV
• Rifapentine • Rifampicine • INH • PZA • Ethionamide • Prothionamide • PAS • Bédaquiline	• NVP/EFV • IP
	Autres • Cotrimoxazole • Fluconazole

Foie comme un broyeur trieur

← Retour au texte

Page 104
Mise à jour de la
section :



Rifampicine

Il s'agit d'un puissant inducteur enzymatique (vitesse du broyeur = 5) qui accélère la dégradation hépatique des médicaments de façon significative, abaissant leur concentration sanguine, avec un risque élevé d'inefficacité.

Pertinence clinique en cas d'association avec la rifampicine.

- Le lopinavir/ritonavir (LPV/r) est soumis à une dégradation hépatique rapide (broyeur à vitesse 5) entraînant une concentration sanguine en dessous du seuil thérapeutique. Pour y remédier, il faut doubler les doses de LPV/r. Les processus métaboliques chez les jeunes enfants étant différents, cette approche clinique n'est pas efficace chez les moins de 5 ans. Des solutions adaptées sont traitées dans le paragraphe suivant sur l'inhibition enzymatique.
- L'atazanavir/ritonavir (ATV/r) et le darunavir/ritonavir (DRV/r) sont soumis au même processus avec la même baisse de concentration sanguine. Cependant, comme les essais cliniques n'ont pas été suffisamment nombreux pour connaître les ajustements posologiques corrects, l'ATV/r et le DRV/r ne doivent pas être utilisés avec la rifampicine. Il est préférable de prescrire plutôt le LVP/r avec des doses doubles.
- La concentration de la NVP baisse également mais pas suffisamment pour la contre-indiquer. Cependant, au vu de l'hépatotoxicité de la NVP et de la rifampicine, il est préférable de remplacer la NVP par l'EFV.
- La concentration de l'EFV diminue également mais pas sous le seuil thérapeutique lorsque la dose standard de 600 mg est utilisée. Au moment

où nous écrivons, il n'y a pas suffisamment d'évidence pour démontrer que la dose de 400 mg d'EFV peut être utilisée en toute sécurité avec la rifampicine.

- Le métabolisme du dolutégravir est augmenté entraînant une réduction significative de son taux sanguin. La dose de DTG doit être doublée à 50 mg deux fois par jour.

[← Retour au texte](#)

Page 107–109

Mise à jour du tableau :

Tableau 7.1 Interactions entre ARV et médicaments couramment utilisés

Médicament 1	ARV	Interaction	Prise en charge
Antibiotiques			
Streptomycine, Kanamycine, Capréomycine	TDF	Tous ces médicaments ont une toxicité rénale potentielle.	Remplacer TDF par AZT ou ABC.
Antituberculeux	Voir section séparée.		
Anti-fongiques			
Itraconazole (Inhibiteur)	Ritonavir RTV (Inhibiteur)	Les deux médicaments provoquent une augmentation du taux sanguin de l'autre	Réduire de moitié la dose d'itraconazole et surveiller la toxicité du RTV.
Itraconazole	EFV	Peut entraîner une diminution des concentrations d'itraconazole.	Peut nécessiter d'augmenter la dose d'itraconazole.
Antiviraux directs pour le traitement de l'hépatite C			
Daclatasvir (DCV)	EFV/NVP	EFV/NVP diminuent le taux sanguin du DCV.	Augmenter la dose de DCV à 90 mg par jour.
Daclatasvir (DCV)	ATV/r (Inhibiteur)	L'ATV/r augmente le taux sanguin du DCV.	Diminuer la dose de DCV à 30 mg par jour.
Antihypertenseurs			
Amlodipine	EFV/NVP	EFV/NVP peut faire baisser le taux sanguin de l'amlodipine.	Surveiller la tension artérielle (TA). Peut nécessiter d'augmenter la dose d'amlodipine.
Amlodipine	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV augmente le taux sanguin d'amlodipine.	Réduire de moitié la dose d'amlodipine et surveiller la TA.

Médicament 1	ARV	Interaction	Prise en charge
Nifédipine	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV augmente modérément le taux sanguin de ces médicaments.	Surveiller les effets des médicaments cliniquement.
Vérapamil	Ritonavir (Inhibiteur)		
Propranolol	Ritonavir (Inhibiteur)		
Aténolol	Ritonavir (Inhibiteur)		
Carvédilol	Ritonavir (Inhibiteur)		
Enalapril	Tous les ARV	Aucune interaction cliniquement significative.	
Captopril	Tous les ARV	Aucune interaction cliniquement significative.	
Médicaments pour pathologies cardiaques			
Nitrates (ex Isordil)	ARV	Pas d'interactions significatives.	
Aspirine	TDF	Risque légèrement accru de néphrotoxicité.	Surveiller la créatinine.
Digoxine	Ritonavir (Inhibiteur)	Peut augmenter les taux de digoxine.	Surveiller les signes de toxicité
Dofétilide	DTG	DTG peut augmenter les taux de dofétilide	Choisir un autre antiarythmique
Médicaments hypocholestérolémiants			
Simvastatine	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV peut augmenter significativement les taux sanguins de simvastatine.	Éviter. Remplacer par la pravastatine ou l'atorvastatine. S'il n'y a pas d'autre statine à disposition, commencer par un quart de demi-dose de simvastatine.
Atorvastatine	EFV (Inducteur)	EFV fait chuter le taux sanguin de l'atorvastatine de 30 à 40%.	Peut nécessiter d'augmenter la dose d'atorvastatine.
Pravastatine	Darunavir (Inhibiteur)	OK avec d'autres IP, mais DRV peut entraîner des taux augmentés de 80%.	Prudence avec cette association.

Médicament 1	ARV	Interaction	Prise en charge
Antiépileptiques			
Carbamazépine	DTG	Carbamazépine diminue les taux de DTG.	Prendre 50 mg de DTG deux fois par jour ou utiliser un autre antiépileptique
Phénytoïne et phénobarbital	DTG	Phénytoïne et phénobarbital diminuent les taux de DTG.	Utiliser un autre antiépileptique.
Valproate de sodium	AZT	Peut augmenter considérablement les taux d'AZT.	Surveiller les signes de toxicité. Peut nécessiter de réduire l'AZT à 200 2x/jour.
Médicaments psychiatriques			
Fluoxétine	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV peut augmenter significativement le taux sanguin de la fluoxétine.	Diminuer la dose de fluoxétine ou remplacer par du citalopram.
Amitriptyline	Ritonavir (Inhibiteur)	Peut augmenter le taux sanguin d'amitriptyline.	Prudence et surveillance de signes de toxicité.
Halopéridol	NVP/EFV (Inducteur)	Peut diminuer le taux sanguin d'halopéridol.	Peut nécessiter d'augmenter la dose.
Halopéridol	Ritonavir (Inhibiteur)	Peut augmenter le taux d'halopéridol.	Peut nécessiter de diminuer la dose.
Antidiabétiques			
Glibenclamide	NVP/EFV (Inducteur)	En théorie, peut diminuer les taux de glibenclamide.	Surveiller la glycémie en conséquence.
Gliclazide	EFV (Inducteur)	En théorie, peut diminuer les taux de gliclazide.	Surveiller la glycémie en conséquence.
Metformine	DTG	DTG peut augmenter les taux de metformine et le risque de toxicité, dont l'acidose lactique.	Utiliser un autre médicament ou diminuer les doses de metformine. Limiter la dose quotidienne de metformine à 1000mg lorsqu'elle est utilisée avec le DTG et contrôler la glycémie.

Médicament 1	ARV	Interaction	Prise en charge
Médicaments divers			
IPP (ex: oméprazole)	Atazanavir (ATV)	L'ATV est moins efficace dans un milieu alcalin	Ne pas prendre IPP avec ATV.
Lansoprazole	ATV/r	Peut diminuer considérablement le taux d'ATV/r.	Coadministration déconseillée
Stéroïdes	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV peut augmenter considérablement le taux sanguin des stéroïdes, et peut causer un syndrome de Cushing.	Peut nécessiter de diminuer les doses de stéroïdes
Préparations à base d'ail	EFV, IP	L'ail peut diminuer les taux sanguins des deux médicaments.	Coadministration déconseillée.
Morphine	EFV	Peut augmenter le taux de morphine.	Surveiller l'effet du médicament et ajuster la dose en conséquence.
Morphine	IP	Peut diminuer le taux de morphine.	Surveiller l'effet du médicament et ajuster la dose en conséquence.
Warfarine	IP et EFV/ NVP	Le taux de warfarine peut augmenter ou diminuer.	Surveiller de près l'INR.
Produits contenant de l'aluminium, du calcium, du fer, du magnésium, du sélénium ou du zinc (ex. antiacides, sulfate ferreux, multivitamines et compléments alimentaires.)	DTG	Les produits contenant de l'aluminium, du calcium, du fer, du magnésium et du zinc diminuent l'absorption du DTG.	Éviter ou prendre le DTG au moins 2 heures avant ou 6 heures après des produits contenant de l'aluminium, du calcium, du fer, du magnésium et du zinc.

Tableau 7.2 Antituberculeux avec TARV et autres médicaments

Antituberculeux	Médicament 2	Interaction	Prise en charge
Rifampicine (inducteur)	LPV/RTV (adultes)	La rifampicine diminue significativement les taux sanguins de LPV/RTV.	Doubler les doses de LPV/RTV chez les adultes.
	LPV/RTV (enfants)	La rifampicine diminue significativement les taux sanguins de LPV/RTV	Ajouter RTV supplémentaire chez les enfants selon les tableaux de dosages pédiatriques.
	Atazanavir/RTV (ATV/r)	La rifampicine diminue significativement le taux sanguin de l'ATV	Remplacer la rifampicine par la rifabutine et diminuer la dose de rifabutine (voir les interactions avec la rifabutine ci-dessous) ou changer l'ATV en LPV/r ou DTG et doubler leurs doses standard.
	Itraconazole	La rifampicine diminue significativement les taux sanguins de l'itraconazole	Ne pas co-prescrire, le taux d'itraconazole est trop faible.
	Moxifloxacine	Diminue le taux de moxifloxacine.	Utiliser une autre quinolone comme la lévofloxacine
	Raltégravir	La rifampicine diminue le taux sanguin du raltégravir.	Il n'est cependant pas nécessaire d'ajuster les dosages.
	Dolutégravir	La rifampicine réduit significativement les taux sanguins de DTG.	Augmenter la dose de DTG à 50mg 2 fois /jour.
Rifampicine, INH ou PZA	NVP	Tous hépatotoxiques.	Remplacer par EFV, ou, si ce n'est pas possible, surveiller étroitement les signes de toxicité hépatique.
Rifabutine	LPV/RTV (Inhibiteur)	RTV augmente le taux sanguin de la rifabutine.	Diminuer la dose de Rifabutine de 300 mg par jour à 150 mg par jour voire tous les deux jours.
Rifabutine	Dolutégravir	Pas d'interaction significative.	Aucun ajustement posologique n'est nécessaire.

Antituberculeux	Médicament 2	Interaction	Prise en charge
Bédaquiline (BDQ)	Efavirenz (inducteur)	Réduit le taux sanguin de BDQ	Idéalement, passer au DTG. Si ce n'est pas possible, passer à la NVP.
Bédaquiline (BDQ)	LPV/ritonavir (inhibiteur)	Augmente le taux sanguin de BDQ	Idéalement, passer au DTG. Si ce n'est pas possible, surveiller de près les signes de toxicité.
Rifapentine	DTG	Diminue potentiellement les taux sanguins de DTG	Les données actuelles ne suggèrent pas de modifier la dose de DTG.

Sources pour les tableaux 7.1 and 7.2: <http://hivclinic.ca/drug-information/drug-interaction-tables/>

Vous pouvez télécharger l'application de Liverpool HIV iChart.

Recherchez l'icône suivante



[← Retour au texte](#)

Chapitre 8. Stratégies de prévention chez le patient séropositif

Page 113

Mise à jour du
2ème point de
la section :

Traitements appropriés que les PVVIH peuvent prendre pour diminuer le risque de développer des infections opportunistes ou autres :

- ... ce chapitre pour plus de détails)
- Monothérapie à l'INH ou associations rifapentine et INH : traitement préventif de la TB chez les PVVIH, qu'ils soient sous TARV ou non (voir **Chapitre 12** et consulter les directives nationales).
- Le fluconazole...

← Retour au texte

Page 116

Points
supplémentaires
dans la section :

L'évidence pour la PrEP

- ... sur la grossesse ou sur le nourrisson.
- Il n'y a pas de preuve d'effets indésirables pendant la grossesse ou chez le nourrisson.
- Une séance de conseil initiale approfondie doit être donnée au patient, afin de garantir la compréhension et une adhésion maximale au programme.
- Des études récentes menées en 2020 ont confirmé l'efficacité de la PrEP injectable avec le cabotégavir. Cela pourrait avoir une réelle valeur ajoutée compte tenu des difficultés d'adhérence au traitement.
- L'anneau vaginal à la dapivirine a également été pré-qualifié et offre une PrEP contrôlée par les femmes dont l'efficacité a été démontrée jusqu'à 70% chez celles qui adhèrent à son utilisation.

← Retour au texte

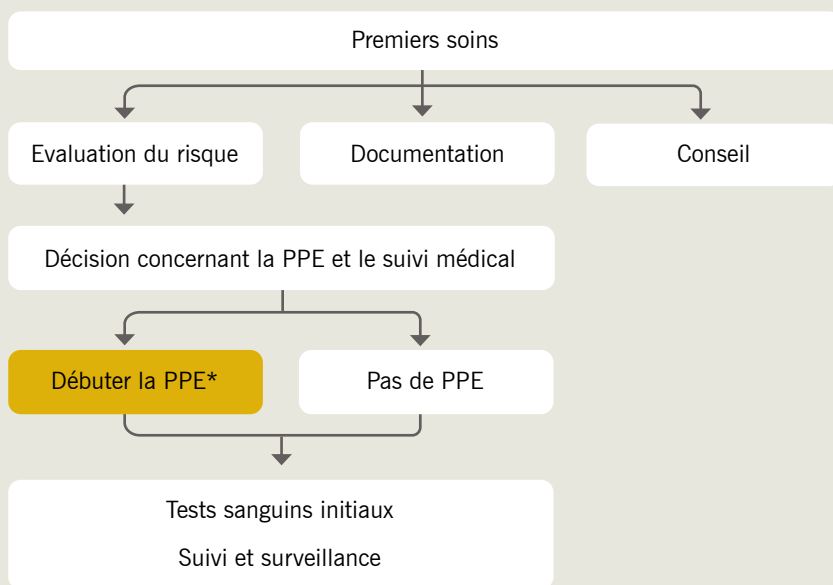
Page 119–
124Mise à jour de la
section :

Directives de l'OMS



La PPE est recommandée par les *Directives consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH* (OMS, 2016) et par les *Recommandations actualisées sur les traitements antirétroviraux de première et de deuxième ligne, la prophylaxie post-exposition et les recommandations relatives au diagnostic précoce chez le nourrisson* (OMS, 2018) Voir également sur le site web du SAMU samumsf.org/en/resources/hiv/prevention pour les directives 2020 de MSF sur la PPE. Voir aussi, au chapitre 19, les recommandations en matière de prise en charge des VSBG (Violences Sexuelles Basées sur le Genre). 'Une prophylaxie orale post-exposition (PPE) devrait être proposée et initiée le plus tôt possible chez toutes les personnes ayant été exposées à une éventuelle transmission du VIH, de préférence dans les 72 heures.'

Schéma 8.1 Procédures après une exposition au sang ou à des liquides biologiques



* Aussitôt que possible après l'accident ; et jusqu'à 72 heures plus tard. Les tests sanguins ne doivent pas retarder l'initiation de la PPE.

1. Premiers soins après une exposition accidentelle au sang ou à des liquides biologiques (AES)

Exposition percutanée

- Laisser la plaie saigner (ne pas presser ni frotter la lésion),
- Laver immédiatement la plaie et la peau environnante à l'eau et au savon puis rincer,
- Désinfecter la plaie et la peau environnante **pendant 5 minutes** avec :
 - Povidone iodée 10% (Betadine) ou
 - Solution à base de chlore à 0,05-0,1% ou
 - Alcool à 70%

La Chlorhexidine-Cétrimide est active contre le VIH, mais pas contre le VHB ; elle n'est donc pas recommandée pour les personnes qui ne sont pas vaccinées contre le VHB et ne doit donc pas être utilisée après un AES

Exposition touchant les yeux ou les muqueuses

Rincer immédiatement la partie exposée avec une solution saline isotonique pendant 10 Minutes. Si cette solution saline n'est pas disponible, maintenir l'œil sous un robinet d'eau courante.

Des collyres antiseptiques peuvent également être utilisées en cas d'exposition par contact oculaire. Si aucun de ces produits n'est disponible, utiliser de l'eau propre. Si le patient porte des lentilles de contact, les laisser en place pendant l'irrigation de l'œil, car elles forment une barrière sur l'œil et contribueront à le protéger. Une fois l'œil nettoyé, retirer les lentilles de contact et les nettoyer de la manière habituelle. Ne pas utiliser de savon ou de désinfectant pour les yeux.

Dans le cas peu probable d'une projection dans la bouche, cracher immédiatement le liquide, rincer la bouche avec de l'eau, désinfecter en rinçant avec une solution de povidone iodée à 1% ou une solution à base de chlore à 0,05% puis rincer à nouveau à l'eau.

2. Evaluation du risque de transmission

La probabilité de transmission dépend du type d'exposition, du type de liquide biologique, de la quantité transmise ainsi que de l'état de santé et de la charge virale du patient-source.

Un médecin doit évaluer le risque de transmission du VIH et des hépatites après une exposition. Cette évaluation doit être faite rapidement et de manière approfondie, afin de commencer le traitement le plus tôt possible après l'accident*. Toutes les expositions ne nécessitent pas un traitement prophylactique.

* Dès que possible après l'accident et au plus tard dans les 72 heures. Après 72 heures, la prophylaxie n'aura plus d'effet.

Type d'Exposition

Une exposition percutanée se produit lorsque la peau est lésée ; une exposition des muqueuses comprend l'exposition sexuelle, les projections dans les yeux, le nez ou la cavité buccale.

Exposition massive:

- Blessure par piqûre d'aiguille avec une aiguille à biseau court utilisée pour les accès artériels ou veineux.
- Plaie profonde causée par un objet contaminé par du sang.

Exposition modérée:

- Piqûre d'aiguille avec une aiguille à suture ou une aiguille à biseau long utilisée pour injection intramusculaire ou sous-cutanée.
- Plaie par scalpel.
- Membranes muqueuses ou peau lésée en contact avec une quantité importante de sang ou de liquide biologique.

Exposition minimale:

- Morsure, égratignure, contact avec du sang sur peau intacte, contact de gouttes de sang sur les muqueuses ou la peau, contact avec d'autres liquides biologiques ne contenant pas de sang (ex. salive, urine), blessure par piqûre d'aiguille provenant d'une seringue usagée.

Ces définitions ont pour but d'aider le médecin à évaluer la gravité de l'exposition. Toutes les possibilités ne peuvent être couvertes et il appartient au médecin de catégoriser l'exposition de manière appropriée.

Les accidents percutanés dans les situations suivantes présentent un risque de transmission plus élevé :

- Aiguille creuse > aiguille pleine (aiguille à suture).
- Dispositif intravasculaire ou aiguille > dispositif non intravasculaire.
- Plaie profonde par aiguille (hémorragique et douloureuse) > superficielle.
- Sang visible dans/sur l'objet > pas de sang visible.

N.B. Un AES avec du matériel contaminé depuis plus de 48 heures réduit considérablement le risque d'infection par le VIH, mais demeure important pour le VHB (le VHB est plus résistant que le VIH).

Le port de gants est un moyen de protection. Le port de gants doubles est recommandé dans les pays où la prévalence du VHB, du VHC et du VIH est élevée pour les interventions chirurgicales de longue durée (>30 minutes), pour les interventions impliquant un contact avec des quantités importantes de sang ou de liquides biologiques, et pour certaines interventions orthopédiques à haut risque. Brochure d'information de l'OMS sur l'utilisation des gants (Aout 2009): www.who.int/gpsc/5may/Glove_Use_Information_Leaflet.pdf.



Type de Liquide Biologique

Les liquides suivants peuvent contenir le VIH : sang ou tout liquide souillé de sang, lait maternel et sécrétions sexuelles.

Les liquides suivants peuvent être contenir le VIH mais impliquent des procédures invasives : liquide amniotique, péritonéal, synovial, péricardique ou pleural et liquide céphalo-rachidien.

Les liquides suivants sont considérés comme non infectieux (s'ils ne sont pas contaminés par les liquides ci-dessus) : Sueur, larmes, salive, expectorations, urine et selles.

Statut VIH du patient-source

Il est important **d'évaluer si le patient-source est infecté par le VIH, le VHB ou le VHC et si la personne est déjà sous traitement antirétroviral pour ces affections**. Il est essentiel d'obtenir un historique complet des traitements (quels médicaments ARV le patient a déjà reçu) et de revoir tous les génotypes précédents s'ils ont été effectués.

Le dépistage du VIH chez le patient-source est recommandé **si les conditions suivantes sont réunies** :

- Le patient a donné son consentement informé et a la possibilité de connaître les résultats ou non.
- Un conseil confidentiel est proposé.
- Une prise en charge médicale et psychosociale du VIH est possible. Un traitement ARV pourra être prescrit et le suivi assuré par le projet dans la mesure du possible. Les soins médicaux étant dispensés conformément aux directives nationales.

Lorsque le patient souhaite connaître le résultat (préférable), le premier test de dépistage doit être confirmé par 2 tests supplémentaires de types différents, conformément aux recommandations de l'OMS *.

Important : Les tests de diagnostic rapide du VIH ne permettent pas de détecter une infection récente par le VIH. Pendant la période dite " période fenêtre ", qui dure environ 3 semaines, les taux d'anticorps sont trop faibles pour être détectés - mais les personnes infectées peuvent avoir une charge virale élevée et être très contagieuses. **Un résultat négatif n'exclut pas totalement l'infection par le VIH** et il est important que le patient-source bénéficie d'un examen clinique axé sur les signes et symptômes d'une infection aiguë par le VIH.

Si le patient-source refuse d'être testé, essayer de déterminer le risque de VIH par le biais des antécédents et d'un examen clinique détaillés, ainsi que par des critères épidémiologiques. Si cela n'est pas possible, ou en cas de doute, considérer la source comme inconnue et administrer une PPE.



* <https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-guidelines-on-hiv-testing-services-for-a-changing-epidemic>

Le patient-source a un :

- **Risque élevé** d'être infecté par le VIH si :
 - Les antécédents familiaux, personnels et/ou l'examen clinique suggèrent une possible infection par le VIH.
 - Il(elle) appartient à une population à haut risque d'infection par le VIH (travailleurs du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateur de drogues injectables, prisonniers, personnes venant d'un milieu où la prévalence du VIH est élevée)
 - Il(elle) a des comportements à haut risque (partenaires sexuels multiples, pas d'utilisation de préservatifs...).
 - Vient d'une région à forte prévalence VIH (>1%)
- **Faible risque** d'être infecté par le VIH si :
 - Le patient-source vient d'une région à faible prévalence du VIH, ses antécédents médicaux n'indiquent aucun facteur de risque d'infection par le VIH et son examen clinique ne révèle aucun signe ou symptôme d'infection aiguë, de maladie liée au VIH ou de SIDA.

3. Décision de donner une prophylaxie post-exposition contre le VIH

Les personnes suivantes ne sont pas considérées à risque et ne sont donc pas éligibles pour une PPE :

- La personne exposée est déjà séropositive.
- La séronégativité de la source est fiable.
- L'exposition concerne des liquides biologiques qui ne sont pas infectieux.
 - **Liquides infectieux** : Sang ou tout autre liquide, tissu ou autre substance souillés de sang ; sécrétions vaginales ou éjaculat pénien et sperme ; liquide provenant de toute cavité corporelle tel que pleural, péricardique, amniotique, péritonéal, synovial et céphalo-rachidien ; tout autre liquide, excrétion ou sécrétion visiblement souillées de sang ; lait maternel
 - **Liquides non infectieux** : Salive, urine, selles, vomissements, larmes, crachats, sueur (non souillés de sang)

Tableau 8.2 Évaluation du risque et indications de la PPE

Type d'exposition	Statut VIH de la source			
	Positif	Inconnu*	Négatif - Haut Risque**	Négatif - Bas Risque
Exposition percutanée à des liquides infectieux	PPE	PPE	PPE	Non PPE
Exposition de muqueuse à des liquides infectieux	PPE	PPE	PPE	Non PPE
Exposition de muqueuse à des liquides non infectieux	Non PPE	Non PPE	Non PPE	Non PPE
Exposition de peau saine et intacte à tous les fluides	Non PPE	Non PPE	Non PPE	Non PPE

* Par exemple, examen clinique indéterminé ou absence de la personne source.

** La source fait partie d'un groupe à haut risque (par exemple, travailleur du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateur de drogues injectables, comportement sexuel à haut risque) ou provient d'un pays où la prévalence du VIH est >1%.

Il est essentiel que la personne exposée soit suivie médicalement, qu'elle prenne ou non la prophylaxie. En cas de doute sur la nécessité d'une PPE, la débiter et consulter un spécialiste VIH ou les responsables médicaux du personnel.

4. Documentation

S'assurer de remplir soigneusement toute la documentation nécessaire conformément aux exigences locales. C'est important pour l'indemnisation des personnes lors d'une exposition dans le cadre du travail, et pour des raisons médico- légales en cas d'agression sexuelle.

5. Conseil

Les études rapportent qu'un faible pourcentage de personnes complètent la PPE, et ceci dans toutes les populations, surtout chez les adolescents et après une agression sexuelle. Lors d'un entretien confidentiel avec la personne exposée, les points suivants doivent être abordés :

- La prise en charge de l'anxiété doit toujours être prise au sérieux et peut nécessiter plus d'une séance de conseil.
- La prescription de la PPE dépend de l'exposition et du statut VIH du patient-source.
- Expliquer que le risque, même en cas d'exposition importante, reste très faible si la PPE est prise correctement et à temps. Le risque moyen de transmission du VIH après une exposition percutanée est très faible (0,3%) et la PPE réduit

encore considérablement ce risque de transmission du VIH (réduction du risque estimée à >80%).

- La PPE est plus efficace lorsque :
 - Elle est commencée moins de 4 heures après l'AES ;
 - Aucune dose d'ARV n'est oubliée ;
 - Le traitement complet de 28 jours est terminé ;
 - La personne exposée ne se livre pas à des activités à haut risque (rapports sexuels non protégés, consommation de drogues injectables).
- Expliquer les médicaments, leurs effets secondaires et le calendrier du processus à venir. Les effets secondaires peuvent provoquer certains désagréments, mais ils sont généralement légers et transitoires et ne doivent pas conduire à l'arrêt de la PPE. Les effets secondaires graves sont très rares (hépatite, éruption cutanée grave) et peuvent être détectés par des tests de laboratoire ou un examen clinique. Encourager le patient à revenir si les effets secondaires ne sont pas supportables, plutôt que d'arrêter le médicament.
- La personne exposée doit utiliser des préservatifs pendant les 3 mois suivant la PPE afin de protéger ses partenaires d'une éventuelle infection.
- Il est fortement recommandé d'effectuer des tests sanguins dans les 8 jours suivant l'exposition pour des raisons médico-légales.
- Une fiche d'information sur la PPE et le suivi après tout AES (voir annexe 6) est remise à la personne exposée.

Conseil et dépistage doivent également être proposés au patient-source, surtout si son statut VIH, VHB ou VHC n'est pas connu.

6. Tests de référence et de suivi

Que la PPE ait été commencée ou non, il est important de mettre en place un suivi médical afin d'encourager l'observance du traitement, de surveiller les éventuels effets secondaires ou les infections liées au VIH, au VHB, au VHC. Ce suivi comprend un suivi clinique et des tests de laboratoire.

Il y a une obligation médico-légale d'effectuer des tests sanguins dans les 8 jours suivant une exposition en milieu professionnel, puis à 6 et 12 semaines, afin de confirmer qu'une éventuelle séroconversion est due à l'exposition professionnelle. Il est essentiel que le calendrier de surveillance sérologique soit respecté. Le tableau ci-dessous résume les tests de laboratoire à effectuer en situation idéale ; il doit être adapté en fonction du contexte et des directives locales.

Tests de laboratoire pour la personne exposée⁶

	PPE administrée	Pas de PPE administrée ³
Jour 1 – 7¹	• VIH² & VHC test rapide ou sérologie • VHB : Si les anti-HBs <10 IU/ml ou inconnus, tester les anti-HBs, anti-HBc et AgHBs dès que possible après l'exposition. • RPR/TPHA/FTA pour la syphilis et • Dépistage des IST en cas d'exposition sexuelle • Clairance de la créatinine⁴, test de grossesse • SGPT si sous DRV/r ou ATV/r ; • Hb si sous AZT	Test rapide ou sérologie VIH² & VHC; Dépistage des IST en cas d'exposition sexuelle
Jour 14	Clairance de la créatinine, SGPT si sous DRV/r	
Semaine 6	VIH⁵ ; RNA VHC si source RNA HCV RNA+ RPR/TPHA/FTA en cas d'exposition sexuelle SGPT si sous DRV/r ou ATV/r ; Hb si sous AZT	VIH
Mois 3	VIH² & VHC test rapide ou sérologie ; Le taux d'Anti-HBs doit être vérifié 8 semaines après la dernière dose de vaccin.	VIH² & VHC test rapide ou sérologie ;

Notes au tableau :

Anti-HBs : anticorps de surface de l'hépatite B ; anti-HBc : anticorps nucléocapsidique de l'hépatite B ; AgHBs : antigène de surface de l'hépatite B ; VHC : virus de l'hépatite C ; IST : infection sexuellement transmissible ; SGPT : Sérum Glutamo Pyruvate Transférase

1. Les tests entre J0 et J7 sont obligatoires pour que l'accident soit reconnu comme accident de travail et par les assurances. Seuls les tests figurant en caractères gras sont absolument nécessaires. Si les autres tests ne sont pas disponibles, il est acceptable de prendre en charge la PPE sans les faire.
2. Suivre les directives de MSF/OMS*. La confirmation du statut VIH+ nécessite 3 tests rapides positifs différents.
3. Le suivi sérologique pour le VHB n'est pas nécessaire si la personne est immunisée contre le VHB (Anti HBs >10 UI/ml). Le titre d'anti-HBs doit être vérifié et documenté 8 semaines après la dernière dose de vaccin.
4. Le TDF provoque rarement une insuffisance rénale. Si la créatinine n'est pas disponible, une surveillance clinique est acceptable.

* <https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-guidelines-on-hiv-testing-services-for-a-changing-epidemic>

5. Le test VIH effectué à 6 semaines - s'il est négatif - peut rassurer la personne exposée. Cependant, il ne garantit pas totalement l'absence de séroconversion future, surtout chez les personnes sous prophylaxie ARV où la réponse immunitaire peut être différée.
6. Les tests rapides pour le VIH, le VHB et le VHC doivent être disponibles dans chaque programme. Si les tests rapides ne peuvent pas être effectués localement (VIH, VHC, AgHBs), un échantillon de sang coagulé peut être envoyé à un laboratoire de référence en s'assurant que la chaîne du froid est maintenue (4-8°C). Vérifier au niveau national quels tests peuvent être effectués et où (si dans des laboratoires différents, prendre plusieurs tubes).

Tests de laboratoire pour le patient-source

Ils doivent être fait autant que possible dans tous les cas d'exposition potentielle en incluant les éléments suivants :

- Test VIH rapide
- Antigène HBs
- Syphilis: TPHA ou RPR
- Sérologie Hép C (dépend de la prévalence régionale et du profil de la source)

7. Régimes PPE contre le VIH

Commencez la PPE dans les 4 heures suivant un AES et au plus tard dans les 72 heures. Ne PAS retarder l'initiation de la PPE pour faire des tests sanguins ou parce que le laboratoire n'est pas disponible. Un traitement après 72 heures peut être envisagé en cas d'exposition massive - une situation qui nécessite l'avis d'un spécialiste VIH.

Patient-source n'a jamais été sous Thérapie Antirétrovirale (TARV)

[Ténofovir 300 mg/Lamivudine 300 mg/Dolutégravir 50 mg*] 1 cp par jour pendant 28 jours

L'association à dose fixe (ADF) de **ténofovir/lamivudine/dolutégravir (TDF/3TC/DTG ou TLD)** présente une barrière génétique élevée, un nombre minimal de comprimés (1 comprimé/jour) et une excellente tolérance et sécurité (bien meilleure que les autres options PPE).

Patient-source déjà exposé à une TARV

Si les antécédents médicaux du patient source sont disponibles, examiner avec soin tous les médicaments antirétroviraux reçus par le passé et l'efficacité de la TARV actuelle (charge virale). Examiner tous les génotypes antérieurs pour détecter une résistance à un médicament antirétroviral. Si une résistance est apparue à un moment donné, ou s'il existe des antécédents d'échec thérapeutique, le ou les médicaments ARV concernés ne doivent pas être utilisés. Les régimes ci-dessous

* Actuellement, le régime de première ligne le plus prescrit.

sont des recommandations de MSF et doivent être adaptés aux protocoles locaux selon les besoins.

- S'il n'y a pas d'antécédent d'échec thérapeutique ou de résistance génotypique au ténofovir ou au dolutégravir, ou si le patient-source a une charge virale indétectable récente (< 1 mois) sous ténofovir/lamivudine/dolutégravir, prescrire le TLD pendant 28 jours :

[TDF 300 mg + 3TC 300 mg + DTG 50 mg] ADF un cp une fois/ jour pendant 28 jours

- Si les antécédents médicaux ne sont pas clairs ou ne sont pas disponibles, si l'historique des traitements ARV est complexe, long ou impossible à obtenir, si l'adhérence au traitement est incertaine ou si la charge virale est inconnue, la PPE doit contenir au moins un médicament que le patient n'a jamais reçu. Dans ce cas, nous ajoutons le Darunavir/ritonavir (DRV/r, un ARV utilisé en 3ème ligne) au TLD:

[TDF 300 mg + 3TC 300 mg + DTG 50 mg] ADF, un cp 1 fois/jour, ET

[Darunavir 400 mg 2 cp (ou 1 cp 800 mg) + ritonavir 100 mg 1 cp] une fois / jour pendant le repas

Ce traitement pourra être simplifié en fonction de l'historique du traitement ARV du patient-source et de son efficacité lorsqu'il sera disponible. Si le Darunavir/ritonavir n'est pas disponible, les alternatives sont le lopinavir/ritonavir et l'Atazanavir/ritonavir si le patient-source n'a pas été exposé à ces ARV.

Régimes alternatifs

Si le TLD n'est pas disponible ou est contre-indiqué, les alternatives suivantes sont recommandées.

- Si le TDF n'est pas disponible ou si la fonction rénale est altérée et que l'Hb est >8 g/dl, remplacer le TLD par **[Zidovudine (AZT) 300mg + Lamivudine (3TC) 150 mg] un cp 2x/jour + DTG 50 mg un cp une fois/jour.**
- Si le DTG n'est pas disponible, le remplacer par :
 - **[Atazanavir 300 mg + ritonavir 100mg (ATV/r)] 1 cp. 1 fois/jour OU**
 - **[Lopinavir 200 mg + ritonavir 50mg (LPV/r)] 2 cp. 2x/jour OU**
 - **Darunavir 400 mg 2 cp. (ou 1 cp 800 mg) + ritonavir 100 mg 1 cp 1 fois/jour, avec de la nourriture.**

Contre-indications

La zidovudine (AZT) peut provoquer une anémie grave et ne doit pas être utilisée si l'Hb <8 mg/dL.

Le ténofovir est contre-indiqué chez les personnes souffrant d'insuffisance rénale si la clairance de la créatinine est <30 mL/min.

Il existe un risque potentiel très faible d'augmentation des anomalies du tube neural chez les embryons de moins de 8 semaines lorsque le dolutégravir est pris au moment de la conception. Vérifier qu'aucune grossesse précoce n'est en cours.

Si c'est le cas, expliquer les risques et proposer l'option d'une autre prophylaxie (par exemple [TDF/3TC + DRV/r] une fois par jour). Toutes les femmes en âge de procréer se verront proposer une contraception jusqu'à l'obtention de leur statut sérologique définitif.

Effets Secondaires et Interactions Médicamenteuses

Si des effets secondaires surviennent, ils se manifestent principalement au début du traitement et peuvent inclure fatigue, insomnie, nausées et diarrhée. La personne qui prend le traitement doit être **informée** de la possibilité de ces effets secondaires et **de l'importance de ne pas arrêter le traitement, ni même de sauter des doses**, car la plupart des effets secondaires, bien qu'ils puissent être inconfortables, sont légers et transitoires. Un bref résumé des effets secondaires est présenté ici et des informations plus détaillées peuvent être trouvées au chapitre 4.

La zidovudine (AZT) peut provoquer une anémie importante, une leucopénie et une thrombocytopénie. Surveiller le taux d'hémoglobine et contacter le spécialiste VIH en cas de chute du taux d'Hb. L'AZT peut également provoquer des nausées, des vomissements, de la fatigue, des maux de tête, etc.

Le TLD est généralement très bien toléré. Occasionnellement, des nausées, des diarrhées, de la fatigue ou des insomnies peuvent survenir.

Le DRV/r peut provoquer des nausées, des diarrhées, des maux de tête, plus rarement une éruption cutanée médicamenteuse grave ou une hépatite. Demander aux patients de contacter immédiatement le médecin prescripteur en cas d'éruption cutanée. Il convient d'être prudent pour les personnes présentant une allergie connue aux sulfamides. Surveiller les tests de la fonction hépatique, en particulier si le patient souffre déjà d'une maladie hépatique.

Des antiémétiques (ex. métoclopramide ou dimenhhydrinate) peuvent être prescrits en cas de nausées ou de vomissements.

L'efficacité de la PPE dépend essentiellement de l'achèvement des 28 jours de PPE sans oublier de doses. Recommander au patient de contacter immédiatement le médecin en cas d'effets secondaires graves ou difficiles à tolérer.

Toujours se renseigner sur la médication actuelle du patient exposé et vérifier les interactions médicamenteuses. Consulter un spécialiste VIH si le patient exposé prend des médicaments ayant des interactions significatives avec la PPE.

La rifampicine réduit significativement les niveaux de lopinavir/ritonavir (LPV/r), d'atazanavir (ATV) et de dolutégravir (DTG). Si la personne exposée est sous rifampicine, prendre les mesures suivantes :

- Si la personne est sous LPV/r ou DTG, doubler la dose de LPV/r (donner DTG 50 mg deux fois par jour.)
- Si la personne est sous ATV/r ou DRV/r, changer pour LPV/r et doubler la dose.

PPE chez les enfants

Toute exposition sexuelle chez l'enfant est une violence sexuelle. Consulter le protocole médical de MSF pour la prise en charge des violences sexuelles.

Dans les rares cas d'exposition accidentelle à du sang ou à des liquides biologiques chez les enfants (par exemple, des coupures avec des aiguilles contaminées ou du sang sur des plaies ouvertes), les mêmes principes que pour les adultes s'appliquent. Cependant, la PPE chez les enfants est compliquée car les formulations pédiatriques des ARV ne sont pas toujours disponibles. **Contactez votre conseiller VIH pour discuter des meilleures options. Les dosages en fonction du poids se trouvent dans l'annexe 1.**

AZT + 3TC + DTG est le régime préféré pour la PPE du VIH chez les enfants, avec l'ajout de DRV/r pour les mêmes indications que chez les adultes. Comme les formulations pédiatriques ne sont pas toujours disponibles, envisager les alternatives suivantes.

- ABC + 3TC ou TDF + 3TC (ou FTC) peuvent être utilisés comme alternatives à AZT + 3TC.
- ATV/r, DRV/r, LPV/r et RAL peuvent être utilisés comme alternatives au DTG.
- Le TDF et l'ATV/r sont contre-indiqués chez les enfants de moins de 30 kg.

L'ABC doit être évité si possible, car il existe un faible risque de réactions d'hypersensibilité graves. La NVP ne doit pas être utilisée chez les enfants âgés de plus de 2 ans.

8. Suivi Clinique

- **Suivi clinique de la tolérance à la PPE :**
Revoir le patient à 8 jours et à 1 mois.
- **Suivi clinique des signes de séroconversion :**
Que la PPE ait été prise ou non, dans les semaines qui suivent un AES, la personne exposée doit être surveillée pour détecter des signes et symptômes d'infection aiguë à VIH : fièvre aiguë, lymphadénopathie généralisée, éruption cutanée, pharyngite, symptômes grippaux non spécifiques et ulcères de la bouche ou de la région génitale. Ces symptômes apparaissent chez 50 à 70 % des personnes ayant une primo-infection à VIH et presque toujours dans les 3 à 6 semaines suivant l'exposition.

La personne exposée doit également être surveillée pour détecter des signes d'hépatite B (si elle n'a pas été vaccinée contre le VHB) ou d'hépatite C. Le dosage des transaminases peut être utile à cet effet.

- **Prise en charge psychologique et soutien émotionnel :**
Un AES et la prescription d'une PPE peuvent être source d'une grande anxiété pour la personne concernée. Le médecin doit assurer un soutien psychologique et émotionnel par une écoute active et des contrôles réguliers. Le rapatriement doit être proposé au personnel expatrié ayant reçu un nouveau diagnostic de VIH, VHB ou VHC.

- **Soutien à l'observance**

Il peut être difficile de compléter un cycle complet de PPE, l'encouragement et le soutien de la personne exposée doivent être assurés afin de maximiser l'observance. Il a été démontré que le TLD et le TLD+DRV/r ont les meilleurs taux d'achèvement du traitement en raison de leur bonne tolérance et de leur dose unique quotidienne.

9. Mesures Post-exposition contre l'Hépatite B et C

Hépatite B

Tout le personnel médical de MSF doit être vacciné contre le virus de l'hépatite B (VHB).

Le sang contient les concentrations de VHB les plus élevées de tous les liquides organiques et constitue le principal vecteur de transmission dans les établissements de soins. L'antigène de l'hépatite B (AgHBs) est également présent dans plusieurs autres liquides organiques (dont le lait maternel, la bile, le liquide céphalorachidien, les selles, les lavages nasopharyngés, la salive, le sperme, la sueur et le liquide synovial) qui ne sont pas des vecteurs de transmission efficaces car ils contiennent de faibles quantités de VHB infectieux, malgré la présence de l'AgHBs.

Il a été démontré que le VHB peut survivre dans du sang séché à température ambiante sur des surfaces ambiantes pendant au moins une semaine.

Bien que les blessures percutanées soient parmi les modes les plus effectifs de transmission du VHB, ces expositions ne représentent probablement qu'une minorité des infections par le VHB parmi le personnel. Dans plusieurs enquêtes sur des épidémies d'hépatite B nosocomiales, la plupart des employés infectés ne pouvaient pas se souvenir d'une blessure percutanée manifeste*.

Le risque de contracter le VHB par une exposition percutanée est d'environ 30 % si la source est atteinte d'hépatite B chronique. L'utilisation d'une prophylaxie post-exposition avec le vaccin contre l'hépatite B et/ou des immunoglobulines (HBIG) peut réduire la transmission du VHB de 70 à 90 % lorsqu'elle est administrée dans les 12 à 24 heures suivant l'exposition.

La vaccination contre l'hépatite B après exposition doit être instaurée (1ère dose) chez tous les patients à risque d'exposition, quel que soit leur historique de vaccination contre l'hépatite B, et ne doit pas être retardée en attendant les résultats de la sérologie de l'hépatite B (si elle est disponible).

Si la preuve d'un taux d'anticorps protecteur (Ac anti-HBs >10 UI/ml) n'est pas disponible, prélever un échantillon de sang pour les anticorps de surface de l'hépatite B (Ac anti-HBs), les anticorps nucléocapsidiques de l'hépatite B (Ac anti-HBc) et l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) dès que possible après l'exposition. Si les résultats de la prise de sang montrent un taux d'anticorps protecteur (Ac anti HBs >10 UI/ml), la prise en charge lors des contrôles ultérieurs peut être adaptée selon les recommandations suivantes (voir tableau ci-dessous).

* <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm>

		Statut vaccinal de la victime d'AES				
		Entièrement vaccinée (avec certificat)			Partiellement vaccinée (avec certificat)	Non vaccinée/ statut vaccinal non documenté
		Ac anti-HBs >10 UI/ml	Ac anti-HBs <10 UI/ml ^a	Ac anti-HBs inconnu		
Statut AgHBs de la source	AgHBs Négatif	Pas d'intervention	Vaccination complète ^b	1 dose de rappel*	Compléter la vaccination ^c	Vaccination complète ^b
	AgHBs Positif ou inconnu	Pas d'intervention	Vaccination accélérée* ^e Immunoglobulines ^d	Vaccination accélérée* ^e Immunoglobulines ^d	Vaccination accélérée* ^e Immunoglobuline ^d	Vaccination accélérée* ^e Immunoglobulines ^d

a. Absence de réponse au vaccin contre le VHB ;

b. Prévoir un calendrier en 3 doses : j 0, 1 mois, 6 mois ;

c. Reprendre le calendrier vaccinal afin de compléter les trois doses (jour 0, 1 mois, 6 mois).

d. Administrer une dose d'immunoglobuline contre l'hépatite B (100 UI) avec la première dose de vaccin à des points d'injection séparés ;

e. Calendrier vaccinal accéléré : Jour 0, J 7, J 21 et 12 mois.

* Si les résultats de l'échantillon sanguin, lorsqu'il est disponible, montrent un taux d'anticorps protecteur (Ac anti HBs >10 UI/ml), il n'est pas nécessaire d'administrer de doses supplémentaires de vaccin lors des visites de suivi.

Note : Dans le cas où la source est AgHBs positif ou inconnu et que la personne exposée a une documentation de vaccination à 3 doses mais un titre d'Ac anti-HBs inconnu, l'administration d'immunoglobulines peut être retardée de quelques heures si les résultats sanguins peuvent être disponibles le même jour. Malheureusement, les immunoglobulines ne sont pas disponibles dans de nombreux établissements où travaille MSF en raison de leur prix élevé, des exigences de la chaîne du froid et de la durée de conservation relativement courte.

Si la personne exposée est séropositive, la dose d'antigène du vaccin contre l'hépatite B doit être doublée (20 à 40 mcgr par dose) pour améliorer la réponse immunologique, surtout si les CD4 sont faibles.

Le personnel vacciné selon un calendrier accéléré devrait recevoir une dose à 12 mois. Sans cette 4^{ème} dose, l'immunité durable ne peut être assurée (J 0, J 7, J 21 et 1 an).

Si la vaccination ou une dose de rappel a été administrée parce que le titre d'Ac anti-HBs était inconnu, la sérologie doit être répétée au moins 8 semaines après la dernière dose du vaccin. Le suivi n'est pas nécessaire si la personne exposée est immunisée (Ac anti-HBs >10 UI/ml).

Hépatite C

Il n'y a pas de traitement prophylactique ni de vaccin mais il existe un traitement efficace de l'hépatite C. En cas de séroconversion au virus de l'hépatite C, effectuer une virémie VHC. Le traitement du VHC sera commencé si la virémie persiste plus de 3-6 mois. Un antiviral à action directe (AAD) peut être commencé sur le champ. Contacter le département médical.

← [Retour au texte](#)

Page 125–
134

Mise à jour de la
section :

Vaccins chez les enfants et adultes infectés par le VIH

Objectif de cette section

Il est clairement établi que la vaccination réduit la morbidité et la mortalité chez les personnes infectées par le VIH. Bien que la disponibilité de vaccins spécifiques ainsi que de calendriers spécifiques au VIH dans le cadre d'un projet donné, soient généralement entre les mains des responsables de programme et dépasse le champ d'activité du clinicien consultant, le médecin peut néanmoins jouer un rôle important :

- connaître les calendriers de vaccination nationaux et s'assurer qu'ils sont appliqués;
- être conscient de la nécessité de vaccins supplémentaires spécifiques pour les personnes séropositives et savoir ce qui est disponible localement pour répondre à ces besoins ; et
- plaider auprès des responsables de programmes locaux en faveur de ces vaccins supplémentaires spécifiques, s'ils ne sont pas disponibles.

Les **objectifs** de cette section sont donc les suivants :

- exposer les principes essentiels qui sous-tendent les vaccinations chez les patients séropositifs ; et
- présenter les directives relatives aux vaccins recommandés pour les personnes séropositives.

Remarque : Bien que fondées sur des données probantes provenant principalement de pays à revenu élevé, ces recommandations sont adaptées aux pays à revenu faible et moyen (PRFM), où MSF intervient.

Aperçu de la vaccination

La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces et les plus rentables, permettant de prévenir 2 à 3 millions de décès par an. Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a été lancé en 1974 pour réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination (MEV) dans le monde entier. Dans le cadre de ce programme, chaque pays a élaboré un calendrier national du PEV qui comprend la liste des vaccins fournis ainsi que l'âge spécifique et l'intervalle auquel chaque antigène doit être reçu.

Malgré l'amélioration du taux de survie des personnes vivant avec le VIH au cours des dernières décennies, les patients continuent de mourir de maladies qui peuvent être facilement évitées, notamment les MEV. Cette situation est encore aggravée par les mauvaises conditions de vie et d'hygiène.

En raison des nombreux avantages pour la santé publique d'une vaccination proactive de toutes les personnes séropositives, la vaccination gratuite des personnes séropositives doit être considérée comme une priorité dans tous les lieux où MSF intervient et doit être incluse dans l'ensemble des soins offerts aux patients séropositifs et pendant leur suivi clinique.

Interventions vaccinales supplémentaires nécessaires pour les personnes séropositives

Le principe sous-jacent de l'administration d'un vaccin est d'exposer l'organisme à une dose d'un agent infectieux modifié de manière à susciter une réponse immunitaire qui confère une immunité à long terme contre cet agent infectieux particulier sans déclencher la maladie. Les doses et les calendriers d'administration pour chaque maladie ont été élaborés à la suite d'études approfondies et doivent donc être suivis attentivement si l'on veut obtenir le résultat souhaité à savoir une immunité durable. L'agent infectieux contenu dans le vaccin doit cependant être soit mort ("inactivé"), soit vivant et considérablement affaibli ("vivant et atténué"), de sorte qu'il ne provoque pas la maladie que le vaccin tente de prévenir.

Il y a deux conséquences importantes à cela chez le patient vivant avec le VIH avec une immunosuppression sévère (voir encadré) :

- L'organisme peut ne pas avoir une réponse immunitaire suffisante pour développer les anticorps nécessaires à la protection souhaitée.
- En cas d'utilisation de vaccin vivant atténué, il peut y avoir un risque d'infection réelle si la réponse immunitaire est trop affaiblie pour l'empêcher.



Une immunosuppression sévère est définie par :

- Enfants < 11 mois, < 25 cellules CD4/mm³, 12-35 mois, < 20 cellules/mm³ et 36-59 mois, < 15 cellules/mm³
- Toutes les personnes âgées de > 5 ans avec un taux de CD4 < 200 cellules/mm³.

Des recommandations spécifiques de vaccination ont donc été faites pour les PVVIH, afin de :

- Permettre des stratégies plus agressives contre les MEV, afin de s'adapter à l'augmentation de la prévalence et de la virulence de ces dernières ;
- Tenir compte des réponses immunitaires potentiellement faibles chez les patients à faible taux de CD4 ; et
- Tenir compte du risque d'infection par des vaccins vivants atténués chez les patients ayant un faible taux de CD4.

Vaccins inactifs et atténués

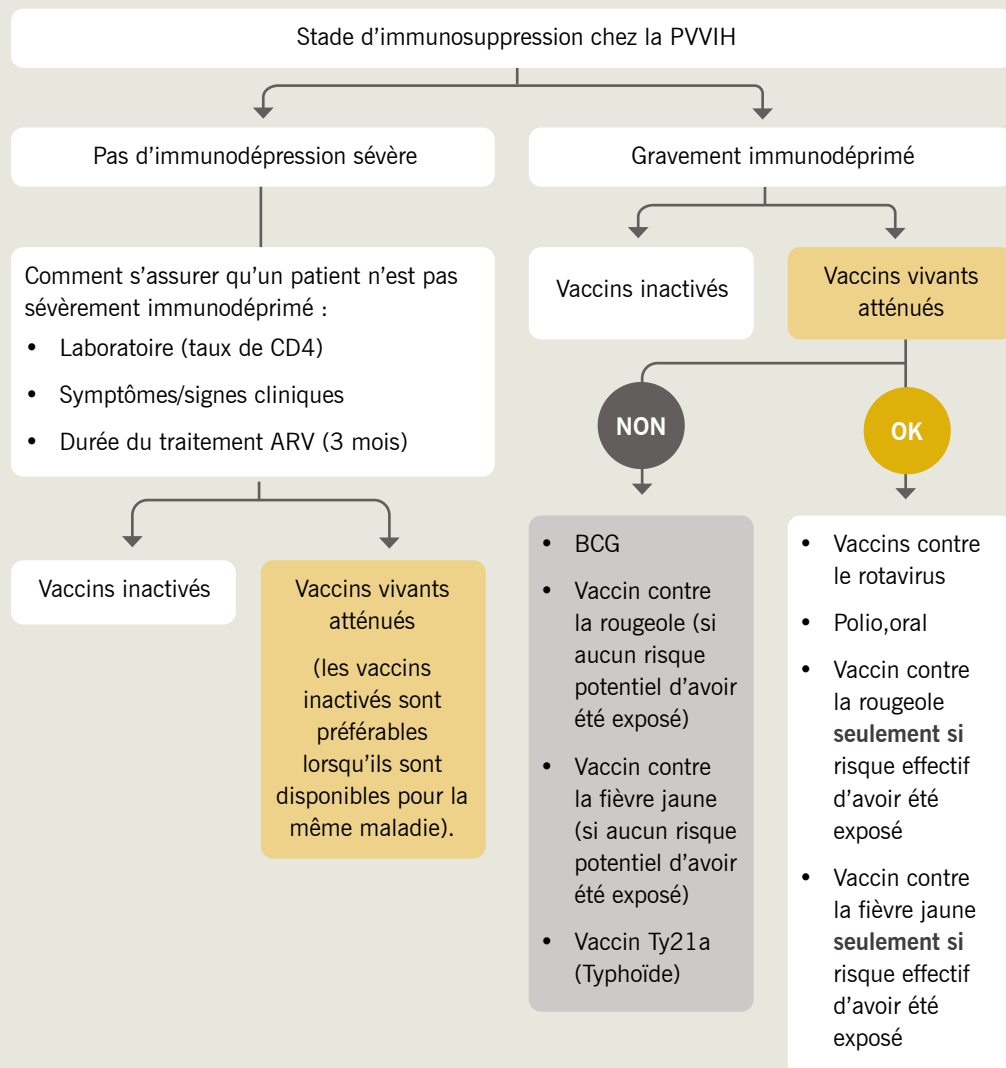
Vaccins inactifs	Vaccins vivants atténués
Pneumocoque	BCG
Diphthérie	Polio, oral
Polio, injectable	Varicelle
Tétanos	Herpes zoster
Hépatite A et B	Fièvre jaune
Vaccin antiméningococcique	Rotavirus
Grippe	Rougeole, oreillons, rubéole
Haemophilus B	Antityphoïdiques vivants atténués Ty21
Antityphoïdiques conjugués (VTC)	
Antityphoïdiques polysidiques Vi non conjugués (ViPS)	

Principes généraux concernant les vaccinations chez les patients séropositifs

- Tous les vaccins inactivés peuvent être administrés sans danger à toutes les personnes séropositives, quel que soit leur taux de CD4. Ils peuvent toutefois ne pas être aussi efficaces si le taux de CD4 est faible (voir le troisième point ci-dessous).
- Idéalement, les vaccins vivants-atténués ne devraient pas être administrés aux patients présentant une immunosuppression sévère. Ces patients sont cependant plus à risque de complications liées à la varicelle, au zona, à la fièvre jaune et à la rougeole (maladies pour lesquelles seuls des vaccins vivants sont disponibles) que les patients mieux immunisés. Les avantages de la vaccination dans ces cas semblent l'emporter sur les risques, de sorte que la séropositivité ne doit pas être considérée comme une contre-indication absolue à la vaccination par des vaccins vivants.
- Des études, en relation notamment avec les taux de CV et de CD4, ont montré que les vaccins varient dans leur capacité à stimuler une réponse immunitaire. Les calendriers de vaccination ont été élaborés en tenant compte de ces situations.

- Comme pour les personnes séronégatives, si un calendrier est interrompu, il peut être repris sans répéter les doses précédentes.
- Les cliniciens doivent s'assurer que le statut vaccinal de chaque personne infectée par le VIH est à jour et que les informations concernant les vaccinations reçues ou reportées figurent dans le dossier clinique.
- Il n'y a pas d'interactions entre la TARV et les vaccins.

Recommandations tenant compte des questions d'innocuité



Calendrier de vaccination recommandée pour les patients séropositifs

Les vaccins sont présentés ci-dessous, classés en fonction des différents groupes d'âge. Les arguments en faveur de la vaccination ont déjà été exposés ci-dessus, mais lorsque des données supplémentaires existent pour apporter des arguments complémentaires, elles seront présentées.



Ne pas oublier de toujours consigner les vaccinations effectuées sur le carnet de vaccination. Si le patient n'en possède pas, veiller à ce qu'il en obtienne un.

Nourrissons exposés au VIH mais non infectés

Motivation:

- Des études menées dans des pays à revenu faible ou moyen (PRFM) ont montré que les nourrissons exposés au VIH mais non infectés avaient une mortalité précoce plus élevée (principalement en raison de pneumonies et de septicémies bactériennes) que ceux nés de mères non infectées.
- Il existe de plus en plus de preuves de l'insuffisance des niveaux d'anticorps d'origine maternelle chez les nourrissons exposés mais non infectés, ce qui accroît pour eux le risque d'infection à pneumocoques et à d'autres infections pouvant être prévenues par un vaccin.

S'assurer que ces enfants exposés au VIH reçoivent une vaccination en temps utile devrait être une priorité de tous les projets VIH.

Enfants séropositifs jusqu'à l'âge de 5 ans

Motivation:

- En supplément de la TARV, la vaccination est une des actions les plus importantes pour prévenir les infections virales et bactériennes chez les enfants infectés par le VIH.

Vaccinations:

- Le statut vaccinal pour tous les vaccins recommandés doit être revu à chaque consultation.
- S'assurer que ces enfants soient vaccinés en temps voulu, selon le calendrier vaccinal du pays.
- Bien que l'ampleur, la qualité ou la durée de la réponse immunologique des vaccins administrés avant une TARV soient source de préoccupations, il n'y a pas de consensus sur la nécessité d'une revaccination de routine une fois sous TARV efficace (à l'exception des vaccins anti-rougeole, voir ci-dessous).

Tableau 8.5 Vaccinations pour les enfants séropositifs jusqu'à l'âge de 5 ans

Vaccins	Notes
Polio	Donner VPO/injectable selon le calendrier PEV.
BCG	Il s'agit d'un vaccin vivant atténué capable de provoquer une infection active par <i>Mycobacterium bovis</i>, la souche de la tuberculose utilisée dans le vaccin. La vaccination par le BCG doit être administrée systématiquement et le plus tôt possible aux bébés exposés au VIH, idéalement à la naissance. Le bébé doit être suivi de près afin d'identifier et de traiter rapidement toute complication liée au BCG, comme une lymphadénite, une ostéomyélite ou une infection tuberculeuse disséminée. Exceptions : À la naissance : Si la mère a une tuberculose pulmonaire, la vaccination par le BCG doit être retardée et un traitement prophylactique par INH prescrit au bébé pendant 6 mois. Le BCG est ensuite administré 2 semaines après la fin du traitement, à condition que la TB active chez l'enfant ait été exclue. Au cours des six premières semaines, si le vaccin n'a pas été administré à la naissance : • Si le bébé présente des symptômes de TB, il faut commencer un traitement antituberculeux. • Un enfant dont la séropositivité est avérée ne doit pas recevoir de BCG.
Hépatite B	Une dose du vaccin monovalent contre l'hépatite B administré le plus tôt possible après la naissance est efficace à plus de 90 % pour prévenir la transmission périnatale du virus de l'hépatite B. Le choix des injections vaccinales contre l'hépatite B se portera soit sur un vaccin monovalent soit sur un vaccin combiné comprenant celui contre l'hépatite B. Les nourrissons qui n'ont pas reçu de dose à la naissance doivent recevoir 3 doses d'un vaccin contenant celui contre l'hépatite B selon un calendrier adapté à leur âge.
Diphtérie, tétanos, coqueluche	Tous les enfants infectés par le VIH doivent être vaccinés avec un vaccin DTC (DTCaP) selon les recommandations vaccinales pour la population générale. La nécessité d'une vaccination précoce des nourrissons avec un vaccin DTC (DTCaP) vise principalement à assurer une protection rapide contre la coqueluche, car les maladies graves et les décès dus à la coqueluche sont presque entièrement limités aux premières semaines et aux premiers mois de la vie. Une série initiale de 3 doses de vaccin DTC est recommandée, la première dose étant administrée dès l'âge de 6 semaines. Les doses suivantes doivent être administrées à un intervalle d'au moins 4 semaines. La troisième dose de la série initiale doit être administrée avant l'âge de 6 mois. Si le début ou le terme de la série initiale a été retardé, les doses manquantes doivent être administrées dès que possible, avec un intervalle d'au moins 4 semaines entre les doses. Les doses de rappel du vaccin DTC (DTCaP) doivent être administrées entre 12 et 23 mois, puis entre 4 et 7 ans, et enfin entre 9 et 15 ans.

Vaccin antirougeoleux (MCV, vaccin comprenant la rougeole)	Le vaccin contre la rougeole est contre-indiqué chez les enfants séropositifs présentant une immunosuppression sévère, sauf en cas de risque d'exposition à la rougeole (voir ci-dessous). En dehors des épidémies, dans les zones où l'incidence de la rougeole et de l'infection par le VIH est élevée, une première dose de MCV peut être proposée dès l'âge de 6 mois (enregistrée comme MCV0) si l'enfant n'est pas gravement immunodéprimé selon les normes habituelles. Les deux doses habituelles de MCV (MCV1 et MCV2) doivent ensuite être administrées à ces enfants conformément au calendrier national de vaccination. En cas d'épidémie et/ou de transmission de la rougeole dans la communauté ou en milieu hospitalier, l'administration du vaccin contre la rougeole peut être envisagée sans tenir compte du niveau d'immunosuppression (analyse risque-bénéfice) et de l'état clinique (stable ou instable) chez tous les enfants séropositifs à partir de l'âge de 6 mois. Le calendrier complet de vaccination contre la rougeole pour les enfants infectés par le VIH comprend une dose entre 6 et < 9 mois (enregistrée comme dose 0), une dose à partir de 9 mois (enregistrée comme dose 1) et une dose pendant la deuxième année de vie (enregistrée comme dose 2). * Une dose supplémentaire de MCV doit être administrée aux enfants infectés par le VIH sous TARVHA (Thérapie Anti RétroVirale Hautement Active). Si le taux de lymphocytes T CD4+ est contrôlé, par exemple lorsque le taux de lymphocytes T CD4+ atteint 20-25%. Lorsque la surveillance des lymphocytes T CD4+ n'est pas possible, les enfants doivent recevoir une dose supplémentaire de MCV 6 à 12 mois après le début de la TARVHA.
Vaccin antipneumococcique	Les enfants infectés par le VIH ont un risque nettement plus élevé d'infection à pneumocoques que les enfants non infectés par le VIH. Administrer le vaccin conjugué contre le pneumocoque (VPC), disponible dans le calendrier du PEV. • Enfants de moins de 12 mois : 3 doses de vaccin VPC à intervalle minimum de 4 semaines • Les nourrissons séropositifs qui ont reçu leurs trois doses de primovaccination avant l'âge de 12 mois peuvent bénéficier d'une dose de rappel au cours de leur deuxième année de vie. • Les enfants âgés de 12 à 59 mois qui n'ont pas encore reçu de doses de VPC, doivent recevoir 2 doses à un intervalle minimum de 8 semaines. • Enfants ≥ 5 years: 1 dose Chez les enfants âgés de ≥ 2 ans, l'administration du vaccin polysaccharidique antipneumococcique 23-valent (VPP23) est recommandée au moins 8 semaines après la dernière dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque. Une seule dose de rappel doit être administrée 5 ans après.

Haemophilus influenzae type b (Hib)	Les enfants infectés par le VIH présentent un risque accru d'infection par Haemophilus influenzae de type b (Hib). Trois doses de vaccin contenant Hib doivent être administrées avec un intervalle minimum de 4 semaines à tous les enfants de moins d'un an. Une dose unique peut être administrée aux enfants âgés de 12 à 59 mois. Pour les enfants jusqu'à 5 ans, le vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et l'Haemophilus influenzae de type b (DTC/HepB/Hib**) est utilisé pour la vaccination de routine.
Rotavirus	Le rotavirus est un vaccin vivant mais considérablement atténué (affaibli) Les nourrissons exposés au VIH ou infectés par le VIH doivent recevoir le vaccin contre le rotavirus conformément au calendrier national du PEV pour les nourrissons non infectés. En raison de la répartition typique par âge des gastro-entérites à rotavirus, la vaccination contre le rotavirus des enfants âgés de plus de 24 mois n'est pas recommandée.
Vaccin antiméningococcique (MenACWY)***	L'infection par le VIH est associée à un risque accru de maladies à méningocoque. Pour tous les enfants infectés par le VIH âgés de ≥ 9 mois : • Pour les enfants âgés de 9 à 23 mois 2 doses à 2-3 mois d'intervalle • Pour les enfants âgés de 2 à 10 ans 2 doses espacées d'au moins 2 mois.
Fièvre jaune	Dans les pays endémiques, une dose de vaccin contre la fièvre jaune est recommandée pour toutes les personnes infectées par le VIH et âgées de ≥ 9 mois qui ne présentent pas de signes d'immunosuppression sévère en cours (tests de laboratoire ou aspect clinique évocateur, y compris malnutrition sévère). Une dose unique de vaccin contre la fièvre jaune est suffisante pour conférer une immunité protectrice contre la fièvre jaune à vie. Une dose de rappel n'est pas nécessaire. En cas d'épidémie, l'administration du vaccin contre la fièvre jaune peut être envisagée pour tous les enfants séropositifs dès l'âge de 6 mois, indépendamment de leur immunosuppression (analyse risque-bénéfice) et de leur état clinique (stable ou instable).

Vaccin contre la typhoïde	Les personnes séropositives devraient recevoir le vaccin contre la typhoïde. Il existe actuellement trois types de vaccins contre la typhoïde (voir ci-dessous). • Le VCT (vaccin conjugué contre la typhoïde) semble sûr chez les personnes séropositives et peut être administré en une seule dose à partir de l'âge de 6 mois et jusqu'à 45 ans. La nécessité éventuelle d'une revaccination par le VCT n'est actuellement pas claire. Le VCT est le choix privilégié chez les personnes séropositives. • Le vaccin ViPS (polysaccharide Vi non conjugué) est sûr chez les personnes séropositives, il est administré en dose unique à partir de l'âge de 2 ans et une revaccination est recommandée tous les 3 ans. • Le vaccin Ty21a (vaccin vivant atténué Ty21a) n'est pas sûr chez les personnes gravement immunodéprimées mais peut être administré aux personnes séropositives qui ne sont pas gravement immunodéprimées selon les modalités habituelles. Le vaccin Ty21a est administré en 3 doses (tous les deux jours) à partir de l'âge de 6 ans et une revaccination est recommandée tous les 3 à 7 ans.
Vaccin contre la grippe (VTI : vaccin trivalent inactivé)	Seuls les VTI sont recommandés. Administré à partir de l'âge de 6 mois. Les enfants âgés de <9 ans doivent recevoir 2 doses, administrées à au moins 4 semaines d'intervalle. Une seule dose de vaccin est appropriée pour les enfants âgés de ≥9 ans et les adultes.

Notes

- * Le MCV administré avant l'âge de 9 mois doit être considéré comme une dose supplémentaire et enregistré sur le carnet de vaccination de l'enfant sous la mention " MCV 0 ". Les enfants qui reçoivent le MCV 0 doivent également recevoir le MCV 1 et le MCV 2 aux âges recommandés, conformément au calendrier national.
- ** Ce vaccin est souvent appelé Pentavalent car 5 antigènes sont inclus dans la formulation.
- *** Le vaccin peut être commandé auprès des projets MSF, car il est disponible dans le catalogue MSF.

Tableau 8.6 Vaccinations chez les enfants séropositifs âgés de 6 à 18 ans

Vaccins	Notes
Polio	S'il n'y a pas de preuve de vaccination, une série de 4 doses de VPOb (vaccin polio oral bivalent) espacées d'un intervalle minimum de 4 semaines doit être administrée + au moins 2 doses de VPI (selon le calendrier national). Si la série initiale de VPOb a été complétée, au moins une dose de VPI doit être administrée.
Diphtérie, tétanos, coqueluche	Outre la série de primovaccination, des doses de rappel du vaccin contenant le DTC (DTCaP) doivent être administrées entre 12 et 23 mois, puis entre 4 et 7 ans, et enfin entre 9 et 15 ans. Une dose unique d'un vaccin contenant de l'anatoxine tétanique, de l'anatoxine diphtérique à dose réduite et de la coqueluche acellulaire à dose réduite (Ca) doit être administrée à tous les individus âgés de 7 ans et plus qui n'ont pas reçu de vaccin Ca auparavant. L'administration universelle de l'anatoxine tétanique et de doses réduites d'anatoxine diphtérique (DT) tous les 10 ans est également recommandée en raison de l'affaiblissement de l'immunité contre le tétanos et la diphtérie au fil du temps*.
Hépatite B	Mêmes recommandations que pour les adultes (voir la section consacrée aux adultes ci-dessous).
Vaccin antirougeoleux	Deux doses de vaccin MCV à un intervalle minimal de 4 semaines sont recommandées pour toutes les personnes infectées par le VIH qui n'ont pas de preuve d'immunité contre la rougeole (pas de vaccin antérieur, ni d'antécédents de rougeole) et qui ne présentent aucun signe d'immunosuppression sévère. (Voir l'encadré au début de cette section) En cas d'épidémie et/ou de transmission de la rougeole dans la collectivité ou en milieu hospitalier, l'administration du vaccin contre la rougeole peut être envisagée chez toutes les personnes séropositives sans tenir compte de leur niveau d'immunosuppression (analyse risque-bénéfice) et de leur état clinique (stable ou instable).
Vaccin antipneumococcique	Un vaccin antipneumococcique conjugué à dose unique (VPC13 ou VPC10, selon le calendrier national) doit être administré systématiquement aux enfants infectés par le VIH âgés de 6 à 18 ans qui n'ont jamais reçu une dose de VPC13 ou VPC10. Chez les enfants âgés de ≥ 2 ans, l'administration du vaccin antipneumococcique polysaccharidique 23-valent (VPP23) est recommandée au moins 8 semaines après la dernière dose de vaccin pneumococcique conjugué. Une seule dose de rappel doit être administrée 5 ans après.
Vaccin contre le papillomavirus humain (HPV)	Bien que les vaccins contre le HPV soient plus efficaces lorsqu'ils sont administrés avant l'exposition au HPV par contact sexuel, la vaccination contre le HPV est recommandée chez les personnes séropositives en raison de l'importance des maladies liées au HPV dans ce groupe vulnérable. L'âge minimum pour recevoir la vaccination anti-HPV est de 9 ans. Chez toutes les femmes infectées par le VIH, le vaccin doit être administré selon un calendrier à trois doses (0,5 ml à 0, 2 et 6 mois). Il n'est pas nécessaire de faire un dépistage du HPV avant l'administration du vaccin contre le HPV.

Vaccin conjugué antiméningococcique (MenACWY**)	Comme pour les enfants en bonne santé, les enfants infectés par le VIH doivent systématiquement recevoir le vaccin conjugué contre le méningocoque à l'âge de 11-12 ans et de nouveau à l'âge de 16 ans. De plus, les enfants infectés par le VIH âgés de 9 mois à 10 ans qui présentent des signes de dysfonctionnement splénique ou de déficit en complément doivent recevoir une première série de 2 doses de MenACWY administrées à 2 mois d'intervalle, suivies de doses de rappel tous les 5 ans.
Fièvre jaune	Dans les pays endémiques, une dose de vaccin contre la fièvre jaune est recommandée pour toutes les personnes infectées par le VIH âgées de ≥ 9 mois qui ne présentent pas de signes d'immunosuppression sévère (aux tests de laboratoire ou cliniquement). Une seule dose de vaccin contre la fièvre jaune est suffisante pour conférer une immunité protectrice à vie. Un rappel n'est pas nécessaire. En cas d'épidémie, l'administration du vaccin contre la fièvre jaune peut être envisagée chez toutes les personnes séropositives, quel que soit leur statut immunitaire (analyse risque-bénéfice) et leur état clinique (stable ou instable).
Vaccin contre la typhoïde	Les personnes séropositives devraient recevoir le vaccin contre la typhoïde. Il existe actuellement trois types de vaccins contre la typhoïde (voir ci-dessous). - Le VCT (vaccin conjugué contre la typhoïde) semble sûr chez les personnes séropositives et peut être administré en une seule dose à partir de l'âge de 6 mois et jusqu'à 45 ans. La nécessité éventuelle d'une revaccination par le VCT n'est actuellement pas claire. Le VCT est le choix privilégié chez les personnes séropositives. - Le vaccin ViPS (polysaccharide Vi non conjugué) est sûr chez les personnes séropositives, il est administré en dose unique à partir de l'âge de 2 ans et une revaccination est recommandée tous les 3 ans. - Le vaccin Ty21a (vaccin vivant atténué Ty21a) n'est pas sûr chez les personnes gravement immunodéprimées mais peut être administré aux personnes séropositives qui ne sont pas gravement immunodéprimées selon les modalités habituelles. Le vaccin Ty21a est administré en 3 doses (tous les deux jours) à partir de l'âge de 6 ans et une revaccination est recommandée tous les 3 à 7 ans.
Vaccin contre la grippe (VTI : vaccin trivalent inactivé)	Seuls les VTI sont recommandés. Administré à partir de l'âge de 6 mois. Les enfants âgés de moins de 9 ans qui n'ont pas été vaccinés auparavant doivent recevoir 2 injections, administrées à au moins 1 mois d'intervalle. Une seule dose du vaccin est indiquée chez les enfants âgés de ≥ 9 ans et les adultes.

Notes

* Les vaccins contenant du tétanos recommandés pour les enfants de plus de 7 ans et les adultes sont ceux dont l'anatoxine diphtérique est réduite. Ceci est indiqué par la lettre " d " dans la formulation : dTap et Td.

** Vaccins quadrivalents-conjugués

Vaccins recommandés pour les adultes séropositifs

Bien que les adultes infectés par le VIH courent un risque accru de contracter des maladies évitables par la vaccination, la vaccination gratuite n'est pas accessible pour eux car ils ne font pas partie de la cible du PEV.

Tableau 8.7 Vaccins recommandés pour les adultes séropositifs

Vaccins	Notes
Polio	S'il n'y a pas de preuve de vaccination, il faut administrer une série de 3 doses de VPOb à un intervalle minimum de 4 semaines + 1 dose de VPI (administrée avec la 1ère dose de VPOb) Si la série de primovaccination par le VPOb a été effectuée, une dose de VPI doit être administrée.
Diphtérie, tétanos, coqueluche	En plus de la série de primovaccination, une dose unique d'un vaccin contenant l'anatoxine tétanique, l'anatoxine diphtérique réduite et la coqueluche acellulaire réduite (dTca) doit être administrée à tous les adultes infectés par le VIH qui n'ont pas reçu de dTca auparavant. Une dose de vaccin antitétanique doit être administrée aux adultes et aux adolescents qui n'ont pas été vaccinés auparavant ou dont le statut vaccinal est incertain. Tous les adultes doivent recevoir une dose de rappel contenant des anatoxines tétaniques et diphtériques (Td) tous les 10 ans. Une dose de dTca doit être administrée aux femmes pendant chaque grossesse, de préférence entre les semaines 27 et 36 de la grossesse. Avant la circoncision, deux doses de vaccin antitétanique sont administrées, une 6 semaines avant et la seconde 2 semaines avant l'intervention.
Hépatite B	Tous les patients infectés par le VIH présentent un risque accru d'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) en raison de modes de transmission partagés. La co-infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est responsable d'une morbidité et d'une mortalité élevées chez les personnes séropositives, malgré le développement de la TARV. La vaccination est le moyen le plus efficace de prévenir l'infection par le VHB et ses conséquences. Tous les patients infectés par le VIH et susceptibles de contracter le VHB doivent recevoir une vaccination contre l'hépatite B. La série de vaccinations contre le VHB doit être initiée dès la première visite, quel que soit le taux de CD4. Les approches de la vaccination varient selon les autorités et il n'y a pas de consensus : 1. Administrer le schéma standard de trois doses à 0, 1 mois et 6 mois. 2. Commencer par une double dose de vaccin (par exemple, le vaccin Engerix-B à 40 plutôt qu'à 20 mcg/mL), puis 20 mcg/mL aux mois 1 et 6. 3. Procéder de la même manière que pour l'option 2, mais administrer une dose supplémentaire de 20 mcg/mL au deuxième mois.

Vaccin antirougeoleux (MCV)	Deux doses de vaccin MCV à un intervalle minimal de 4 semaines sont recommandées pour toutes les personnes infectées par le VIH qui : • n'ont pas de preuve de vaccination contre la rougeole (2 doses reçues à au moins 4 semaines d'intervalle) • ou n'ont jamais eu la rougeole • et ne présentent aucun signe d'immunodépression sévère en cours. (Voir l'encadré au début de cette section) Une dose supplémentaire de MCV doit être administrée aux personnes infectées par le VIH 6 à 12 mois après le début de la TARVHA. En cas d'épidémie et/ou de transmission de la rougeole dans la collectivité ou en milieu hospitalier, l'administration du vaccin contre la rougeole peut être envisagée chez toutes les personnes séropositives, sans tenir compte de leur niveau d'immunosuppression (analyse risque-bénéfice) et de leur état clinique (stable ou instable).
Vaccin anti pneumococcique	<i>Streptococcus pneumoniae</i> est la principale infection bactérienne opportuniste chez les personnes infectées par le VIH et le risque de maladie invasive est toujours 20 à 40 fois plus élevé que dans la population générale du même âge. Dans un contexte de prévalence élevée de la tuberculose, il est souvent difficile de faire la différence entre tuberculose et infection à pneumocoques, ce qui entraîne des erreurs de diagnostic fréquentes avec parfois la prescription d'un traitement antituberculeux inappropriée. La vaccination des personnes séropositives contre le pneumocoque contribue à affiner les options diagnostiques. Une dose unique de vaccin conjugué antipneumococcique (VPC13 ou VPC10, selon le calendrier du pays) doit être administrée systématiquement aux adultes infectés par le VIH qui n'ont pas reçu auparavant une dose de VPC10 ou VPC13. En plus du vaccin antipneumococcique conjugué, l'administration du vaccin anti-pneumococcique polysaccharidique 23-valent (VPP23) est recommandée au moins 8 semaines après la dernière dose de VPC13. Une revaccination est ensuite effectuée au moins 5 ans après la dose initiale de VPP23.
Vaccin antiméningococcique (MenACWY)	La recommandation actuelle est la vaccination de routine par MenACWY des personnes infectées par le VIH. Ce groupe devrait recevoir une série de primovaccination de 2 doses de MenACYW à 8 semaines d'intervalle, suivie de doses de rappel tous les 5 ans.
Fièvre jaune	Dans les pays endémiques, une dose est recommandée pour toutes les personnes infectées par le VIH et âgées de 9 mois et plus qui ne présentent pas d'immunodépression sévère (aux tests de laboratoire ou cliniquement). Une seule dose de vaccin contre la fièvre jaune est suffisante pour conférer une immunité protectrice à vie. Un rappel n'est pas nécessaire. En cas d'épidémie, l'administration du vaccin contre la fièvre jaune peut être envisagée chez toutes les personnes séropositives, quel que soit leur statut immunitaire (analyse risque-bénéfice) et leur état clinique (stable ou instable)

Vaccin papillomavirus humain (HPV)	Bien que les vaccins contre le HPV soient plus efficaces lorsqu'ils sont administrés avant l'exposition au HPV par contact sexuel, la vaccination contre le HPV est recommandée chez les personnes séropositives en raison de l'importance des maladies liées au HPV dans ce groupe vulnérable. L'âge minimum pour recevoir la vaccination contre le HPV est de 9 ans. Chez toutes les femmes infectées par le VIH, le vaccin doit être administré selon un calendrier à 3 doses (0,5 ml à 0, 2 et 6 mois). Il n'est pas nécessaire de faire un dépistage du HPV avant l'administration du vaccin contre le HPV.
Vaccin contre la typhoïde	Les personnes séropositives devraient recevoir le vaccin contre la typhoïde. Il existe actuellement trois types de vaccins contre la typhoïde (voir ci-dessous). • Le VCT (vaccin conjugué contre la typhoïde) semble sûr chez les personnes séropositives et peut être administré en une seule dose à partir de l'âge de 6 mois et jusqu'à 45 ans. La nécessité éventuelle d'une revaccination par le VCT n'est actuellement pas claire. Le VCT est le choix privilégié chez les personnes séropositives. • Le vaccin ViPS (polysaccharide Vi non conjugué) est sûr chez les personnes séropositives, il est administré en dose unique à partir de l'âge de 2 ans et une revaccination est recommandée tous les 3 ans. • Le vaccin Ty21a (vaccin vivant atténué Ty21a) n'est pas sûr chez les personnes gravement immunodéprimées mais peut être administré aux personnes séropositives qui ne sont pas gravement immunodéprimées selon les modalités habituelles. Le vaccin Ty21a est administré en 3 doses (tous les deux jours) à partir de l'âge de 6 ans et une revaccination est recommandée tous les 3 à 7 ans.
Vaccin contre la grippe (VTI : vaccin trivalent inactivé)	Seuls les VIT sont recommandés. Une dose unique de vaccin est appropriée pour les enfants âgés de ≥ 9 ans et les adultes.

Chapitre 9. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Page 141–
142

Mise à jour de
la section :



Se référer aux lignes
directrices nationales

Test VIH et test subséquents

Toutes les femmes enceintes, en travail ou qui allaitent, dont le statut est inconnu ou séronégatif depuis plus de trois mois, doivent se voir proposer un test de dépistage du VIH lors de la première consultation. Le conseil pré-test peut être réalisé en groupe lors des premières visites de consultation prénatale. Le test VIH doit être effectué en même temps que les autres tests sanguins prénatals. Si la femme refuse le test, elle doit bénéficier de conseil lors des visites suivantes et être à nouveau encouragée à faire le test.

Pour toutes les femmes dont le test est positif, un nouveau test de dépistage du VIH devra être refait conformément à l'algorithme de dépistage du VIH, avant le début de la TARV.

Les directives concernant la répétition du test pour les femmes dont le test initial est négatif **varient en fonction de la prévalence du VIH et des ressources locales.**

Les directives de MSF concernant la répétition du test sont les suivantes :

- Si le test est négatif au cours du premier ou du deuxième trimestre, la femme doit être testée à nouveau au cours du troisième trimestre (généralement à 32 semaines - se référer aux **directives nationales**).
- Dans les milieux à forte prévalence, les femmes dont le statut est inconnu ou dont le test VIH est négatif avant le troisième trimestre doivent subir un nouveau test à l'accouchement.
- Dans les milieux à forte prévalence, un nouveau test doit être fait au cours de l'allaitement, et renouvelé idéalement tous les six mois. Ces femmes ne se présenteront pas aux consultations pour leur propre santé mais se rendront aux visites du PEV pour leur enfant. Profiter des visites du PEV est une stratégie pour améliorer le dépistage des femmes précédemment séronégatives, par exemple refaire un test lors de la visite PEV à 6 semaines si la maman n'a pas été testée à l'accouchement et lors de la vaccination rougeole à 9 mois.
- Promouvoir l'utilisation du double test VIH/Syphilis dans les CPN.
- Après le dépistage du VIH, procéder à un dépistage clinique de la TB chez toutes les femmes enceintes dans les CPN.

Tous les partenaires doivent être encouragés à se faire tester. Les femmes doivent encourager leurs partenaires à venir se faire dépister dans l'établissement à l'occasion des visites de CPN ou bien à assister à des séances de conseil et de dépistage volontaire (CDV) à tout moment. Il a été démontré que l'utilisation de lettres d'invitation augmente le taux de participation au dépistage des partenaires. En cas d'échec, avec le consentement de la femme, il convient de proposer un test de dépistage du partenaire au sein de la communauté. L'utilisation d'autotests VIH que les femmes peuvent proposer à leur partenaire est également une stratégie pour améliorer le dépistage du partenaire.

Page 143

Mise à jour
du premier
paragraphe de la
section :

Que se passe-t-il à l'initiation de la TARV dans la PTME ?

Toutes les femmes dont le test est positif, pendant la grossesse et pendant l'allaitement doivent commencer une TARV dès que possible. Comparé à l'EFV, le dolutégravir (DTG) présente les avantages d'une baisse de CV plus rapide, avec un profil d'effets secondaires plus faible et une concentration plus élevée dans le lait maternel ; caractéristiques recherchées en ce qui concerne la grossesse et l'allaitement. Des données probantes plaident en faveur de l'utilisation du DTG comme ARV de première intention, y compris chez les femmes enceintes. Les femmes doivent être informées des avantages et des risques afin de faire un choix informé concernant l'utilisation du DTG ou d'un autre ARV. Voici les recommandations actuelles de l'OMS concernant la PTME :

← Retour au texte

- Avant une grossesse et...

Page 144

Mise à jour de la
première partie de
la section :

Le texte ci-dessous remplace le texte du manuel jusqu'au premier encadré de la page 144.

Test de charge virale dans la PTME

Si possible, recourir à des tests de CV sur le lieu de soins (PoC) pour obtenir rapidement les résultats.

Pour les femmes récemment mises sous TARV, ou sous TARV depuis <6 mois :

- un test de CV doit être effectué après 4-6 mois de TARV

Pour les femmes enceintes ou qui allaitent et qui sont déjà sous TARV depuis plus de 6 mois.

- effectuer un test de CV dès que la grossesse est confirmée, quelle que soit la date du test précédent, puis tous les 6 mois jusqu'à la fin de l'allaitement.
- Si la CV est >1000 copies/mL, les nourrissons ont un risque élevé de contracter le VIH :
 - Rechercher et prendre en charge les raisons modifiables de l'échec du traitement ;
 - Dispenser un conseil renforcé en matière d'observance (EAC)
 - Passer à une TARV de 2ème ligne* si la 1ère ligne n'est pas à base de DTG (voir encadré page suivante) ;
 - Poursuivre le conseil après le changement ;
 - Prescrire une prophylaxie renforcée pour le nourrisson ;
 - Assurer un suivi actif de la mère et du nourrisson.
- Si la CV <1000 copies/mL, continuer avec le même régime d'ARV.

* Les directives de l'OMS recommandent de changer de régime après deux charges virales >1000 copies/ml à 2 ou 3 mois d'intervalle. Cependant, l'OMS reconnaît que ces directives ne sont pas adaptées aux femmes enceintes et aux nourrissons. Certaines directives nationales ont opté pour des recommandations différentes. MSF recommande une approche qui favorise une suppression virale rapide chez le plus grand nombre de femmes enceintes afin de minimiser la TME. Cette approche peut nécessiter d'être adaptée en fonction des directives nationales et de la disponibilité des médicaments.



Note sur le passage à une TARV de 2ème ligne : le régime de 2ème ligne dépendra des directives nationales et de la disponibilité des médicaments. Le DTG permet une suppression virale plus rapide, est très robuste, a peu d'effets secondaires et existe en FDC. Le régime de 2ème ligne doit contenir du DTG s'il est disponible et si la femme ne suit pas un régime de 1ère ligne qui en contient. Les IP, en particulier le LPV/r, ont plus d'effets indésirables et nécessitent plus de comprimés. Pour les patients qui sont passés à un régime de 2ème ligne à base d'IP, en particulier LPV/r, envisager de remplacer l'IP par le DTG dès qu'il est disponible et après avoir vérifié que la CV est < 1000 copies / mL. Pour le moment, MSF ne recommande pas de passer à la 2ème ligne pour les femmes qui sont sous un régime de 1ère ligne à base de DTG. Des directives sur l'échec des traitements de 1ère ligne à base de DTG sont en cours d'élaboration.

Si le test de CV n'est pas disponible :

- Évaluer et répondre au problème d'observance du traitement ;
- Rechercher des signes cliniques et immunologiques d'échec thérapeutique (nouvelle infection opportuniste, stade 3 ou 4 après 6 mois de TARV efficace, taux de CD4 < 250 cellules/mm³ après échec clinique ou taux persistants de CD4 < 100 cellules/mm³) ;
- En cas d'échec du traitement :
 - Rechercher et prendre en charge les raisons modifiables de l'échec du traitement ;
 - Dispenser un conseil renforcé en matière d'observance (EAC) ;
 - Passer à une TARV de 2ème ligne* si la 1ère ligne n'est pas à base de DTG ;
 - Poursuivre le conseil après le passage à la 2ème ligne ;
 - Prescrire une prophylaxie renforcée pour le nourrisson ;
 - Assurer un suivi actif de la mère et du nourrisson.



Considérations spéciales pour réduire le risque de transmission du VIH pendant le travail et l'accouchement :

- ...

Algorithme 9.2 Prophylaxie antirétrovirale pour les nourrissons exposés

Pour tout nourrisson né de mère séropositive, poser les questions suivantes à l'accouchement ou pendant l'allaitement :

- 1. La mère est-elle sous TARV depuis moins de 4 semaines ?
- 2. La mère a-t-elle été diagnostiquée séropositive au cours de l'allaitement ?
- 3. La mère a-t-elle eu une CV > 1 000 copies/ml pendant la période prénatale ?
- 4. La mère a-t-elle eu une séroconversion VIH positive au cours de la grossesse ou de l'allaitement ?

Non pour TOUS les scénarios :

Risque faible pour le nourrisson exposé

Nourrisson allaité au sein :
Donner 6 semaines de NVP * 1x/jour
OU
6 semaines d'AZT 2x/jour

Nourrisson nourri au lait artificiel :
Donner 6 semaines de NVP *1x/jour
OU
6 semaines d'AZT 2x/jour

Oui à AU MOINS UN de ces scénarios :

Risque élevé pour le nourrisson exposé

Nourrisson allaité au sein : Donner 12 semaines de NVP 1x/jour et d'AZT 2x/jour Les options de rechange sont indiquées dans le tableau ci-dessous. Si l'AZT n'est pas disponible, donner 12 semaines de NVP en monothérapie.

Nourrisson nourri au lait artificiel :
Donner 6 semaines de NVP 1x/jour
ET d'AZT 2x/jour

* La NVP est la monothérapie préventive de choix.

Options de posologie et de formulation pour la prévention post-natale renforcée chez le nourrisson

Formulations disponibles	Semaines 0-6	Semaines 6-12 : 2 options :		Commentaires
		AZT+NVP ou NVP seule		
		AZT + NVP	NVP seule	
Sirops AZT 10 mg/ml NVP 10 mg/ml	Dose d'AZT 1.5ml (15mg) 2x/jour PLUS Dose de NVP 1.5 ml (15mg) 1x/jour	Dose d'AZT 6ml (60mg) 2x/jour PLUS Dose de NVP 2ml (20mg) 1x/jour	Dose de NVP 2ml (20mg) 1x/jour	• Confirmer le dosage exact en fonction du poids et de l'âge, y compris pour les nouveau-nés de faible poids de naissance • Il s'agit d'une bonne option dans les programmes où la plupart des femmes sont bien contrôlées sous TARV, mais ce n'est pas la meilleure dans un programme qui choisit de traiter tous les nourrissons comme étant à haut risque.
Sirop et comprimés à molécule unique AZT 60 mg NVP 50 mg	Dose d'AZT 1.5ml (15mg) 2x/jour PLUS Dose de NVP 1.5 ml (15mg) 1x/jour	Dose d'AZT 1 cp (60mg) 2x/jour PLUS Dose de NVP 50 ½ cp (25 mg) 1x/jour	Dose de NVP50 ½ cp (25 mg) 1x/jour	• ½ cp de NVP représente un léger, mais acceptable, surdosage de NVP (25 mg contre 20 mg).
ADF (associations à dose fixe) (Il peut s'agir du seul médicament disponible)	AZT 60/ 3TC 30/ NVP 50 ¼ cp 2x/jour (15 mg AZT, 7.5 mg 3TC, 12.5 mg NVP)	AZT 60 mg 1 cp 2x/jour PLUS NVP 50 mg ½ cp 1x/jour	NVP 50 mg ½ cp 1x/jour	• Difficile à diviser en quarts de manière précise, les soignants doivent donc utiliser le premier quart le matin et le deuxième quart le soir afin de garder la dose quotidienne exacte. • Le 3TC ne fait pas partie du régime prophylactique recommandé mais peut être administré si l'AZT n'est pas disponible en tant que médicament unique • Il n'est pas possible d'utiliser l'ADF pendant les semaines 6 à 12 sans administrer une dose toxique de NVP. Il faut donc changer pour utiliser l'AZT/3TC et un comprimé séparé de NVP.

Page 149

Mise à jour de la
section :

Nourrissons exposés identifiés en post-partum

Chez les nourrissons identifiés exposés en post-partum, dont la mère n'a pas été sous traitement antirétroviral, il existe un risque élevé qu'ils soient séropositifs. Ces nourrissons peuvent bénéficier d'un traitement présomptif jusqu'à preuve de leur séronégativité. Le nourrisson doit être testé à l'aide d'un test VIH adapté à son âge (test PCR s'il est âgé de <18 mois ; algorithme de dépistage rapide du VIH s'il est âgé de >18 mois) et considéré comme un "nourrisson à haut risque".

La mère doit commencer une TARV sans délai et avec un soutien psychologique.

Le nourrisson :

- Si le test virologique du nourrisson est disponible le jour même (test semi rapide sur le lieu de soins PoC) :
 - Le résultat est positif, commencer la TARV sans délai, en fonction du poids, avec ABC (ou AZT) /3TC + LPV/r. Confirmer le résultat PCR (test d'amplification des acides nucléiques) avec un second échantillon.
 - Le résultat est négatif, commencer la prophylaxie renforcée, selon l'âge / poids (voir les tableaux 9.1 et 9.2).
- Si le résultat du test virologique du nourrisson est retardé (par exemple, en utilisant un test PCR sur papier buvard), commencer le traitement présomptif avec AZT (ou ABC) /3TC + LPV/r en attendant le résultat du test PCR sur papier filtre.
 - Si le résultat du test PCR sur papier buvard est négatif, le traitement présomptif peut être arrêté et le nourrisson peut poursuivre avec une prophylaxie renforcée pendant un total de 12 semaines à partir du moment où la mère a commencé la TARV.
 - Effectuer un autre test PCR sur papier buvard ou un test de diagnostic rapide (TDR), en fonction de l'âge à la fin de la prophylaxie. Suivre ensuite l'algorithme de diagnostic précoce du nourrisson à partir du moment approprié.

Les tableaux 9.1 et 9.2 décrivent les options galéniques et les dosages pour une prophylaxie à base d'ARV des nourrissons en fonction de l'âge ou du poids. Les associations à dose fixe (ADF) ont également été incluses, sachant que la disponibilité et la possibilité d'administrer des sirops sont parfois un vrai défi. L'addition de 3TC n'influence pas la toxicité. Les indications pour la mono ou bithérapie et la durée de la prophylaxie sont exposées dans l'algorithme 9.2

Prophylaxie au cotrimoxazole pour les nourrissons exposés

La prophylaxie au cotrimoxazole doit débuter à partir des 6 semaines de l'enfant et jusqu'à ce que le nourrisson soit confirmé séronégatif à 18 mois, ou 12 semaines après l'arrêt de l'allaitement. Le tableau 9.3 donne les directives concernant les doses pour la prophylaxie au cotrimoxazole.

Page 150

Mise à jour du tableau 9.1 :

Tableau 9.1 Dosage du traitement prophylactique par NVP et AZT en fonction de l'âge

Pour les nourrissons ou les enfants ayant un faible poids à la naissance ou ayant débuté la PTME à un âge plus avancé (>3 mois), les doses de NVP et d’AZT du traitement prophylactique double devront être ajustées selon le tableau suivant :

	NVP sirop 10 mg/ml	NVP 50 mg Comprimé soluble	AZT sirop 10 mg/ml	AZT 60 mg comprimé	AZT 60/3TC 30/NVP 50
De la naissance à 6 semaines 2 000–2 499 g*	10 mg (1ml) 1x/jour		10 mg (1ml) 2x/jour		1/4cp 2x/jour
De la naissance à 6 semaines ≥2 500 g	Pour les posologies, voir l’algorithme 9.2, page 148				
6–12 semaines					
3–6 mois	20 mg (2ml) 1x/jour	½ cp 1x/jour			
6–9 mois	30 mg (3ml) 1x/jour	½ cp 1x/jour			
De 9 mois jusqu’à la fin de l’allaitement	40 mg (4ml) 1x/jour	1 cp 1x/jour			

Source : Lignes directives consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH (OMS, 2016 : 388)

* Pour les enfants de poids < 2000g et de plus de 35 semaines d'âge gestationnel, les doses suggérées sont : NVP 2 mg/kg une fois/jour et AZT 4 mg/kg 2 fois/jour.

Page 150

Mise à jour du Tableau 9.2 :

Tableau 9.2 Posologie du traitement prophylactique
chez les nourrissons en fonction du poids

Ce tableau donne des informations complémentaires sur la posologie du sirop d’AZT pour les nourrissons allaités au sein dont le poids est plus élevé.

Poids	AZT sirop 10 mg/ml
3.0–5.9 kg	6 ml 2x/jour
6–9.9 kg	9 ml 2x/jour
10–13.9 kg	12 ml 2x/jour
14–19.9 kg	15 ml 2x/jour

← Retour au texte

Page 151

Mise à jour des
deux premiers
paragrophes de la
section :

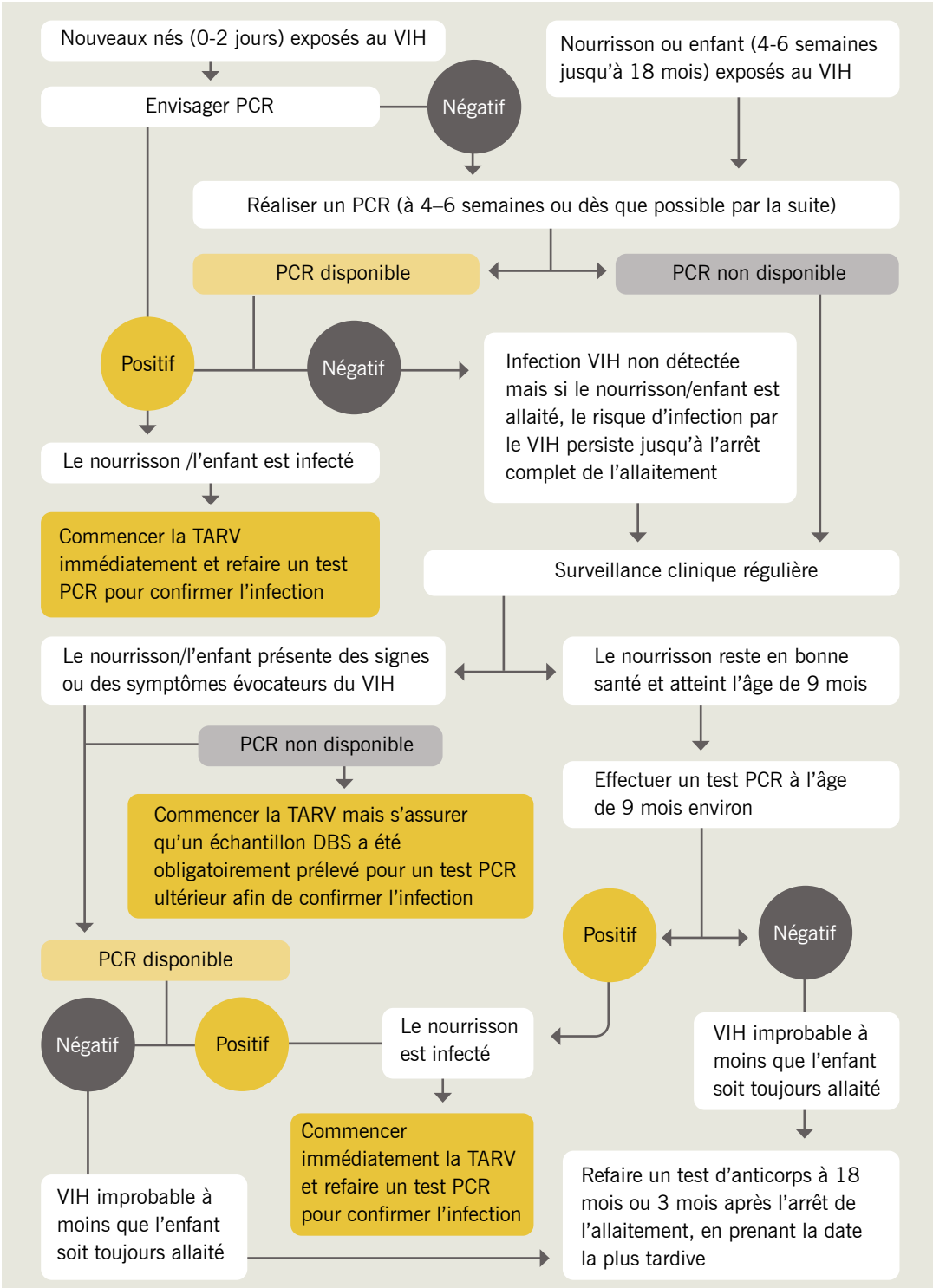
Alimentation du nourrisson

Des conseils sur l'alimentation du nourrisson doivent être mis en place pendant la période prénatale et se poursuivre après la naissance. Pour plus de détails, voir la rubrique sur la PTME au **Chapitre 25** et consulter le guide en conseils disponible sur le **site Web du SAMU** à l'adresse http://samumsf.org/sites/default/files/2017-06/4_english_Patient_education_and_counselling_guide_for_PMTCT.pdf

À moins que l'alimentation par lait maternisé ne soit 100% disponible, faisable, abordable, durable et sûre (AFASS) pendant au moins 6 mois, tous les nourrissons exposés au VIH doivent être exclusivement nourris au sein pendant les 6 premiers mois. Après 6 mois, des aliments complémentaires peuvent être introduits, tout en poursuivant l'allaitement maternel pendant les 24 premiers mois de la vie. L'allaitement doit ensuite s'arrêter, une fois qu'un régime nutritionnel adéquat et sûr sans lait maternel peut être fourni. Lorsque la mère est trop malade pour allaiter ou lorsque l'enfant est orphelin, l'alimentation au lait maternisé doit être proposée.

← Retour au texte Pour les mères allaitantes :...

Algorithme 9.3 Algorithme de diagnostic précoce du nourrisson



Chapitre 10. VIH chez les enfants et les adolescents

Page 158

Mise à jour de
la section :

Définitions importantes

Exposé VIH : Ce terme est utilisé pour les enfants nés de mères séropositives et dont le statut n'est pas encore confirmé. Des tests diagnostiques complémentaires sont nécessaires pour déterminer leur statut VIH.

Infecté VIH : Ce terme implique que des tests définitifs ont été effectués pour confirmer l'infection par le VIH.

- Un PCR ADN VIH positif (qui détecte l'ADN viral) est diagnostique chez les nourrissons et les enfants de moins de 18 mois. Il est nécessaire que tout premier test PCR positif soit immédiatement confirmé par un nouveau test de dépistage du VIH, soit par un autre test PCR, soit par une charge virale du VIH (consulter vos directives nationales).
- Pour les enfants de plus de 18 mois, trois tests VIH rapides positifs (qui détectent les anticorps) suffisent à confirmer l'infection VIH.

Non infecté VIH : Il est confirmé que l'enfant n'a pas de VIH dans son sang et n'est donc pas infecté par le VIH. Remarque : pour que les enfants ayant été allaités soient considérés comme non infectés, le test de dépistage du VIH doit être effectué à 18 mois ou 12 semaines après l'arrêt de l'allaitement, la date la plus tardive étant retenue.

← Retour au texte

Page 161

Mise à jour de la
première partie
de la section :

Quel test de laboratoire utiliser selon les âges ?

Les anticorps de la mère passent librement dans le placenta et restent présents chez l'enfant jusqu'à 18 mois après la naissance (et même plus longtemps dans certains cas). Ceci a donc une implication sur les tests de diagnostic à utiliser avant et après 18 mois.

Moins de 18 mois :

- En se basant sur l'information ci-dessus, un test d'anticorps positif chez un enfant peut simplement refléter la présence des anticorps de sa mère. Cela ne confirme pas une infection au VIH, mais permet de considérer l'enfant comme « VIH exposé ».
- Sur cette base, la ligne directrice suivante est suivie dans la plupart des contextes :
 - Chez les enfants <9 mois, le premier test est un PCR ADN. Chez les enfants >9 mois, le premier test est une recherche d'anticorps anti VIH. S'il est négatif, l'enfant est négatif et aucun autre test n'est nécessaire, sauf si l'allaitement est toujours en cours. Un test d'anticorps négatif chez les enfants de plus de 9 mois indique l'absence d'infection uniquement si l'enfant n'est PAS allaité. Si l'enfant est allaité, un nouveau test devra être effectué 3 mois après l'arrêt de l'allaitement. Si le test est positif, il peut refléter les anticorps de la mère ou du nourrisson, il faut alors effectuer un PCR ADN de confirmation.

← Retour au texte

Enfants âgés de plus de...

Page 168–169

Mise à jour d'une ligne du tableau (Cotrimoxazole) :

Prescrire des traitements	Prescrire des ARV Se référer à votre tableau national de dosage des ARV et vous assurer que la dose est calculée en fonction du poids actuel.							
	Prescrire pour des infections opportunistes (IO) Les infections opportunistes (IO) courantes comprennent des pathologies telles que le muguet buccal, la pneumonie à PCP, l'herpès (lésions buccales) et la tuberculose. Faire appel à un collègue expérimenté si des IO plus graves sont suspectées.							
	Prescrire une prophylaxie médicamenteuse:							
	Cotrimoxazole (CTX): S'il est pris régulièrement, le CTX est une thérapie préventive efficace contre la pneumonie, en particulier à pneumocystis jirovecii (également appelée PCP ou PJP), mais aussi contre la pneumonie bactérienne, la TB, la toxoplasmose, le paludisme et les maladies diarrhéiques. Pour les nourrissons exposés au VIH : - Le cotrimoxazole doit être administré à tous les nourrissons exposés au VIH à partir de l'âge de 6 semaines. - Le cotrimoxazole peut être arrêté après un ultime test VIH négatif réalisé au moins 12 semaines après l'arrêt de l'allaitement. Pour les nourrissons infectés par le VIH : - Le cotrimoxazole doit être administré à tous les nourrissons séropositifs âgés de < 1 an jusqu'à l'âge de 5 ans. - Après l'âge de 5 ans, le cotrimoxazole peut être arrêté, conformément aux recommandations pour les adultes (par exemple, deux taux de CD4 consécutifs > 200 cellules/μl après un minimum de 12 mois sous TARV). Se référer à l'annexe 8.1 ou à vos directives nationales. - Le cotrimoxazole doit être administré en fonction du poids de l'enfant (voir tableau ci-dessous) : - Suspension : 200 mg SMX/40 mg TMP pour 5 ml - Cp soluble (disp.) : 100 mg SMX/20 mg TMP - Cp unidose: 400 mg SMX/80 mg TMP. <table border="1"> <tbody> <tr> <td>3–4.9 kg</td><td>2.5 ml ou 1 cp disp. 1x/j</td></tr> <tr> <td>5–13.9 kg</td><td>5 ml 1x/j</td></tr> <tr> <td>14–29.9 kg</td><td>10 ml 1x/jour ou 1 cp unidose 1x/j</td></tr> <tr> <td>>30 kg</td><td>2 cp unidose 1x/j ou 1 cp doubledose 1x/j</td></tr> </tbody> </table>	3–4.9 kg	2.5 ml ou 1 cp disp. 1x/j	5–13.9 kg	5 ml 1x/j	14–29.9 kg	10 ml 1x/jour ou 1 cp unidose 1x/j	>30 kg
3–4.9 kg	2.5 ml ou 1 cp disp. 1x/j							
5–13.9 kg	5 ml 1x/j							
14–29.9 kg	10 ml 1x/jour ou 1 cp unidose 1x/j							
>30 kg	2 cp unidose 1x/j ou 1 cp doubledose 1x/j							
	INH:...							

Page 170–171

Mise à jour de la ligne du tableau et supplément :

Examens de laboratoire	Consulter les directives nationales			
	Suivi sous TARV			
	Taux de CD4 :			
	Taux de CD4 initial de référence : Idéalement CD4 pour tous, mais ce n'est pas toujours possible.			
	CV :			
	La CV devrait être vérifiée tous les 6 mois			
	NFS :			
	NFS initiale de référence si démarrage de l'AZT. Si la NFS n'est pas réalisable, une Hb par prélèvement d'une goutte de sang au doigt est suffisante. Si aucun des deux n'est disponible, ce n'est pas une contre-indication au démarrage de l'AZT.			
	Cholestérol et triglycérides à jeun :			
	Au départ, à 12 mois, puis annuellement, si le patient suit un régime à base d'IP			
	SGPT :			
	SGPT de référence au départ en cas de maladie hépatique connue, d'ictère ou de traitement antituberculeux.			
Éléments du programme de soins pour les enfants et les adolescents atteints d'une infection à VIH à un stade avancé relatifs au dépistage, au diagnostic et à la prévention				
	- Définition de l'infection VIH avancée : - Pour les enfants de cinq ans ou plus : Stade 3 ou 4 de l'OMS ou un taux de CD4 <200 cellules/mm³. - Tous les enfants de moins de cinq ans	<5 ans	5-9 ans	10-19 ans
Dépistage et diagnostic	Dépistage de la TB à l'aide d'un algorithme clinique, suivi par une radiographie si nécessaire et, si disponible, par un test Xpert® MTB/RIF ou Xpert® Ultra comme premier test (induit ou par expectoration) crachat, aspiration gastrique, selles ou aspiration nasopharyngée ou autres échantillons extrapulmonaires (induits ou par expectoration).	Oui	Oui	Oui
	Test LF-TB LAM	Oui	Oui	Oui
	Dépistage de l'antigène cryptococcique (CrAg) (Échantillon : sérum, plasma ou sang total). Si l'antigène cryptococcique sanguin est positif ou le patient symptomatique, ponction lombaire et CrAg dans le LCR	Non	Non	Oui
Prévention, prophylaxie et traitement préemptif	Vaccin conjugué antipneumococcique (de rappel)	Oui	Oui	Non
	Co-trimoxazole	Oui	Oui	Oui
	Traitement préventif de la TB	Oui	Oui	Oui
	Traitement préemptif au fluconazole en cas d'antigène cryptococcique positif sans preuve de méningite*	NA	NA	Oui

* Le dépistage de l'antigène cryptococcique suivi d'un traitement antifongique préventif chez les adolescents positifs à l'antigène cryptococcique afin de prévenir le développement d'une cryptococcose invasive est recommandé avant d'initier ou de réinitialiser un traitement antirétroviral chez les adolescents vivant avec le VIH dont le taux de CD4 est <100 cellules/mm³ (forte recommandation ; degré de certitude modéré) et peut être envisagé à un seuil de CD4 plus élevé de <200 cellules/mm³ (recommandation conditionnelle ; degré de certitude modéré). Lorsque le dépistage de l'antigène cryptococcique n'est pas disponible, la prophylaxie primaire par le fluconazole doit être administrée aux adolescents vivant avec le VIH dont le taux de CD4 est <100 cellules/mm³ (recommandation forte ; degré de certitude modéré) et peut être envisagée à un seuil de CD4 plus élevé <200 cellules/mm³ (recommandation sous condition ; degré de certitude modéré). Le dépistage et la prophylaxie primaire ne sont pas recommandés pour les enfants de moins de 10 ans, étant donné la faible incidence de la méningite cryptococcique dans ce groupe d'âge.

← Retour au texte

Page 175–183

Mise à jour de la section :



Lignes directives de l'OMS

Directives de l'OMS pour le démarrage de la TARV chez les enfants et les adolescents

Le DTG est désormais approuvé pour les enfants dès 4 semaines et 3 kg, avec une posologie adaptée à l'âge. Les comprimés solubles de DTG 10 mg ont été approuvés par la FDA en décembre 2020 et seront disponibles à partir de début 2021. Dans certains endroits, du DTG 5 mg sera également disponible. Le DTG 50 mg est validé pour une utilisation chez les enfants à partir de 20 kg. Le tableau ci-dessous présente les recommandations de l'OMS actualisées en 2019.

Tableau 10.4 Résumé des régimes de TARV de première ligne pour les enfants et les adolescents

Groupe d'âge	Régime de première ligne de choix	Régime alternatif de première ligne
Nouveau-nés <4 semaines ou <3 kg	AZT + 3TC + RAL ^a	ABC + 3TC + NVP
Enfants >3 kg/4 semaines et <30 kg	ABC ^b + 3TC + DTG ^c	ABC + 3TC + LPV/r ou RAL ^b TAF ^d + 3TC + DTG ^c
Enfants >30 kg et adolescents	TDF ^b + 3TC + DTG (TLD)	TDF + 3TC + EFV 400 mg

- a. Les nouveau-nés qui commencent un traitement antirétroviral avec un régime à base de RAL doivent passer à une préparation solide (granules) de LPV/r dès que possible. Le RAL ne doit être utilisé comme régime alternatif que si les préparations solides de LPV/r ne sont pas disponibles.
- b. Si <30 kg, utiliser ABC, si >30 kg, utiliser TDF
- c. Pour les groupes d'âge et de poids pour lesquels la posologie du DTG est approuvée
- d. Pour les groupes d'âge et de poids pour lesquels la posologie du TAF est approuvée

Dans des circonstances particulières (par exemple, effets secondaires ou manque de disponibilité des médicaments de premier choix, etc.), les régimes suivants peuvent également être utilisés comme régimes de première ligne acceptables pour les enfants de plus de 30 kg et les adolescents :

- TDF + 3TC (ou FTC) + EFV 600 mg
- AZT + 3TC + EFV 600 mg
- TDF + 3TC (ou FTC) + PI/r
- TDF + 3TC (ou FTC) + RAL
- TAF + 3TC (ou FTC) + DTG
- ABC + 3TC + DTG

Notes concernant l'administration des médicaments aux enfants

- Administrer des médicaments aux enfants peut s'avérer difficile. Malheureusement, les associations à dose fixe ne sont pas encore disponibles pour les enfants ce qui rend la prise du traitement extrêmement lourde et contraignante. Ceci est d'autant plus vrai pour les enfants qui présentent des comorbidités telle que la TB. De plus, beaucoup d'ARV ont un goût désagréable, souvent très amer, et les enfants peuvent refuser d'avaler leurs médicaments, voire les vomir par la suite.
- Pour ces raisons, il est important de conseiller avec insistance les accompagnants sur l'importance de leur rôle dans l'administration des médicaments. Donner toutes les informations utiles pour chaque médicament (sur quoi être vigilant, les effets secondaires, etc..) ainsi que des astuces visant à faciliter leur prise. Par exemple, manger du beurre de cacahuète ou un yaourt en même temps peut aider les enfants à avaler les ARV et contribuer ainsi à renforcer l'adhérence.

Notes concernant le dosage et les prescriptions de médicaments

- Le dosage des ARV est habituellement basé sur le poids, occasionnellement sur le calcul de la surface corporelle. Il est donc essentiel que l'enfant soit systématiquement pesé, de façon précise, à chaque consultation, et que les doses soient ajustées en conséquence.
- Un dosage de médicaments **trop faible** par rapport au poids de l'enfant engendrera le développement rapide de résistances aux médicaments.
- Un dosage de médicaments **trop élevé** par rapport au poids de l'enfant augmentera les risques liés aux effets secondaires.
- **Lors de la prescription des ARV, il est recommandé de demander à l'accompagnant d'administrer les médicaments à l'enfant dans le centre de soins.** Ainsi, vous vous assurez non seulement que l'enfant reçoit le dosage adéquat, mais vous renforcez aussi la confiance de l'accompagnant dans son rôle de soutien pour l'administration des médicaments.
- **L'utilisation d'un pilulier peut s'avérer très utile. Lors de la première prescription d'ARV, demander à l'accompagnant de remplir lui-même le**



samumsf.org/en/
resources/hiv/
paediatric-and-
adolescent-hiv

pilulier et corriger (avec tact) les éventuelles erreurs. Vérifier ses pratiques de la même manière lors des consultations suivantes.

- Remplacer le sirop par les comprimés/gélules dès que possible. Ceci peut souvent être fait lorsque l'enfant atteint l'âge de 5-6 ans. Aider l'enfant à avaler ses comprimés/gélules en les associant à des bonbons « mous » (type gélatineux). Voir vidéo sur le site web de MSF SAMU: <https://samumsf.org/en/resources/hiv/paediatric-and-adolescent-hiv> disponible dans l'onglet « implementation resources »

Tableau 10.7 Dosage optimal des ARV pédiatriques

Médicaments	3–5.9 kg		6–9.9 kg		10–14.9 kg		15–19.9 kg		20–24.9 kg		25–29.9 kg		≥30 kg	
	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
ABC/3TC 120/60 mg comprimé sécable soluble	1		1.5		2		2.5		3		1 cp adulte (600/300 mg)		1 cp adulte (600/300 mg)	
LPV/r 40/10 mg granulés (gélules)	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	—		—	
LPV/r 40/10 mg granules (sachets)	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	—		—	
LPV/r 100/25 mg comprimés	—	—	—	—	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3
4-in-1 ABC/3TC/LPV/r 30/60/40/10 mg (gélules)	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	—	—	—	—
DTG 5 mg comprimé soluble	2		3		4		5		—		—		—	
DTG 10 mg comprimé sécable soluble	1		1.5		2		2.5		—		—		—	
DTG 50 mg comprimé	—		—		—		—		1		1		1	
TDF/3TC (ou FTC)/DTG 300/300 (ou 200)/50 mg comprimé	—		—		—		—		—		—		1	

Tableau 10.8 Dosage simplifié de préparations solides et liquides
orales adaptées aux enfants pour une prise quotidienne unique chez
les nourrissons et les enfants âgés de 4 semaines et plus ^a

Médica- ments	Dosage des comprimés (mg)	Nombre de comprimés ou de gélules selon le poids en une prise par jour					Dosage des com- primés adultes (mg)	Nombre de comprimés ou de gélules selon le poids en une prise par jour
		3.0– 5.9 kg	6.0– 9.9 kg	10.0– 13.9 kg	14.0– 19.9 kg	20.0– 24.9 kg		
EFV ^b	Comprimé (sécable) 200 mg	-	-	1	1.5	1.5	200 mg	2
ABC/3TC	Comprimé (soluble) 120/60 mg	1	1.5	2	2.5	3	600 mg/ 300 mg	1
ATV ^c	Gélules 100 mg	-	-	1	2	2	300 mg	2 (100 mg) ^d or 1 (300 mg)
TDF ^e	Mesure de poudre orale 40 mg/ mesure	-	-	3	-	-	300 mg	1 (200 mg) ^d or 1 (300 mg)
	Comprimés 150 mg ou 200 mg	-	-	-	1 (150 mg)	1 (200 mg)		
DTG	Comprimés de 10 mg et 25 mg disponibles	3– 5.9 kg	6.0– 9.9 kg	10.0– 14.9 kg	15– 20 kg	20– 30 kg	Com- primé 50 mg	>20 kg
		-	-	-	Vérifier les mises à jour OMS de la posologie			50 mg par jour

- a Pour les nourrissons < 4 semaines, voir tableau 10.10 pour des dosages moindres et plus précis compte tenu de leur capacité d'élimination et de métabolisation des médicaments plus faible. Pour les nourrissons qui ont au moins 4 semaines, mais avec un poids < 3 kg, l'immaturité d'élimination rénale et hépatique est moins préoccupante, mais des incertitudes demeurent sur les dosages appropriés d'ARV pour les prématurés et les faibles poids à la naissance.
- b L'EFV n'est pas recommandé pour les enfants de moins de 3 ans et pesant moins de 10 kg. La Food and Drug Administration des Etats-Unis a approuvé l'utilisation de l'EFV chez les enfants de moins de 3 ans pesant plus de 3,5 kg pendant la finalisation de ces directives (3,5-5,0 kg : deux gélules de 50 mg ; 5,0-7,5 kg : trois gélules de 50 mg ; 7,5-15,0 kg : une gélule de 200 mg), mais il est urgent de disposer de plus de données pour étayer les recommandations d'utilisation de l'EFV dans ce groupe d'âge.

- c L'ATV n'est approuvé que pour les enfants de 3 mois et plus. Les gélules d'ATV à dose unique doivent être administrées avec le RTV 100 mg pour toutes les tranches de poids. La formulation en poudre de l'ATV permet d'administrer l'ATV aux nourrissons et aux enfants dès l'âge de 3 mois. Les nourrissons et les enfants pesant de 5 à 10 kg doivent recevoir 200 mg de poudre d'ATV (4 sachets, 50 mg par sachet) avec 80 mg de solution orale de RTV (5 ml). http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2015/206352s003,021567s038lbl.pdf
- d Les comprimés de 200 mg doivent être utilisés pour un poids de 25,0-29,9 kg et les comprimés de 300 mg pour un poids de 30,0-34,9 kg.
- e Le TDF est uniquement approuvé pour une utilisation chez les enfants de 2 ans et plus. La dose cible est de 8 mg/kg ou 200 mg/m² (maximum 300 mg). Le Groupe de Travail sur les Antirétroviraux Pédiatriques a développé ces directives pour harmoniser la posologie du TDF avec les tranches de poids de l'OMS et pour réduire le nombre de formulations mises à disposition. L'outil générique de l'OMS a été utilisé sur la base de la dose cible fournie par la notice du fabricant. Conformément à l'approche standard du Groupe de Travail sur les Antirétroviraux Pédiatriques, la posologie a été développée en veillant à ce qu'un enfant ne reçoive pas plus de 25% au-dessus de la dose cible maximale ou plus de 5% en dessous de la dose cible minimale.

Tableau 10.9 Dosage simplifié des préparations solides et liquides
orales adaptées aux enfants à administrer deux fois par jour chez
les nourrissons et les enfants âgés de 4 semaines et plus ^a

Médicaments	Dosage des comprimés (mg) ou solution buvable (mg/ml)	Nombre de comprimés ou ml par tranche de poids, à administrer matin et soir											
		3.0–5.9 kg		6.0–9.9 kg		10.0–13.9 kg		14.0–19.9 kg		20.0–24.9 kg		25.0–34.9 kg	
		Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
Préparations solides													
AZT	Comprimé (soluble) 60 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	Cp adulte 1 x 300 mg	Cp adulte 1 x 300 mg
ABC	Comprimé (soluble) 60 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	Cp adulte 1 x 300 mg	Cp adulte 1 x 300 mg
NVP ^b	Comprimé (soluble) 50 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	Cp adulte 1 x 200 mg	Cp adulte 1 x 200 mg
LPV/ ^c	Comprimé ^d 100 mg/25 mg	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	3	3
	Granules ^e 40 mg/10 mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	-	-
DRV ^f plus	Comprimé 75 mg	-	-	-	-	3	3	5	5	5	5	1 x 400 mg	1 x 400 mg
RTV	Sirop 80 mg/ml	-	-	-	-	0.5 ml	0.5 ml	1 ml ou 1 tab	1 ml ou 1 tab	-	-	-	-
	Comprimé 50 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
	Comprimé 100 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
RAL	Comprimé à croquer 25 mg	-	-	-	-	3	3	4	4	6	6	1 x 400 mg	1 x 400 mg
	Comprimé à croquer 100 mg	-	-	-	-	-	-	1	1	1.5	1.5	1 x 400 mg	1 x 400 mg
	Granules ^g (100 mg/sachet)	0.25	0.25	0.5	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-
Préparations liquides													
AZT	10 mg/ml	6 ml	6 ml	9 ml	9 ml	12 ml	12 ml	-	-	-	-	-	-
ABC	20 mg/ml	3 ml	3 ml	4 ml	4 ml	6 ml	6 ml	-	-	-	-	-	-
3TC	10 mg/ml	3 ml	3 ml	4 ml	4 ml	6 ml	6 ml	-	-	-	-	-	-
NVP ^b	10 mg/ml	5 ml	5 ml	8 ml	8 ml	10 ml	10 ml	-	-	-	-	-	-
LPV/ ^c	80/20 mg/ml	1 ml	1 ml	1.5 ml	1.5 ml	2 ml	2 ml	2.5 ml	2.5 ml	3 ml	3 ml	-	-
DRV ^f	100 mg/ml	-	-	-	-	2.5 ml	2.5 ml	3.5 ml	3.5 ml	-	-		

- a Pour les nourrissons < 4 semaines, voir le tableau 10.10 pour des dosages moindres et plus précis compte tenu de leur capacité d'élimination et de métabolisation des médicaments plus faible. Pour les nourrissons qui ont au moins 4 semaines, mais avec un poids < 3 kg, l'immaturation d'élimination rénale et hépatique est moins préoccupante, mais des incertitudes demeurent sur les dosages appropriés d'ARV pour les prématurés et les faibles poids à la naissance.
- b Une augmentation progressive de la dose de NVP, avec une 1/2 dose pendant 2 semaines lors de l'initiation de la TARV est recommandée afin d'éviter la toxicité des niveaux initiaux élevés de NVP. Cependant, une analyse secondaire de l'essai CHAPAS-1 a récemment suggéré que les jeunes enfants ont un risque de toxicité plus faible et que l'on peut envisager de commencer avec une dose complète (Fillekes Q et al. *Is nevirapine dose escalation appropriate in young African HIV+ children ?* 20e conférence annuelle sur les rétrovirus et les infections opportunistes, Atlanta, GA, USA, 3-6 mars 2013 (<http://retroconference.org/2013b/Abstracts/46904.htm>, consulté le 15 mai 2015). Des résultats plus probants sont attendus d'un essai en cours.
- c Le LPV/r en solution buvable nécessite une chaîne du froid pendant le transport et le stockage. Le comprimé thermostable de LPV/r doit être avalé entier et ne doit pas être coupé, croqué, dissous ou écrasé.
- d Le comprimé adulte 200/50 mg peut être utilisé pour les enfants de 14,0-24,9 kg (1 comprimé matin et soir) et pour les enfants de 25,0-34,9 kg (2 comprimés le matin et 1 comprimé le soir).
- e Le LPV/r sous forme de granules ne doit pas être utilisé chez les nourrissons de moins de 3 mois. Plus de détails sur l'administration des granules LPV/r sont disponibles sur <http://www.emtct-iatt.org/wp-content/uploads/2015/09/IATT-LPVr-Factsheet-Final-30-September-2015.pdf>.
- f Le DRV doit être administré avec 0,5 ml de suspension buvable de RTV 80 mg/mL si l'enfant pèse moins de 15 kg, et avec du RTV 50mg sous forme solide pour les enfants pesant de 15 à 30 kg. Le darunavir n'est pas utilisé chez les enfants de moins de 10 kg. De 35 à 40 kg, la dose idéale est de 475 mg de DRV plus 100 mg de RTV. Au-delà de 40 kg, on utilise la dose adulte de 600 mg de DRV plus 100 mg de RTV deux fois par jour.
- g Le RAL en granules est autorisé pour les enfants à partir de 4 semaines, mais la faisabilité et l'acceptabilité de cette forme galénique a été peu étudiée, et des inquiétudes ont été soulevées quant à son administration dans des contextes où les ressources sont limitées. La bioéquivalence du RAL sous forme de comprimés à croquer dissous dans un liquide est actuellement à l'étude et davantage de recommandations seront fournies dès que des preuves supplémentaires seront disponibles.

Tableau 10.10 Dosage des médicaments sous forme liquide pour une
adinsrtation biquotidienne chez les nourrissons de moins de 4 semaines

Médica- ment	Dosage de la solution buvable (mg/ml)	2–3 kg		3–4 kg		4–5 kg	
AZT	10 mg/ml	1 ml		1.5 ml		2 ml	
NVP	10 mg/ml	1.5 ml		2 ml		3 ml	
3TC	10 mg/ml	0.5 ml		0.8 ml		1 ml	
LPV/r	80/20 mg/ml	0.6 ml		0.8 ml		1 ml	
RAL	10 mg/ml suspension	De la naissance à 1 semaine : dose quotidienne			1–4 semaines : dose biquotidienne		
		2–3 kg	3–4 kg	4–5 kg	2–3 kg	3–4 kg	4–5 kg
		0.4 ml / jour	0.5 ml / jour	0.7 ml / jour	0.8 ml 2x/jour	1 ml 2x/ jour	1.5 ml 2x/jour



Ces données étant constamment mises à jour, se reporter aux tableaux de posologie de vos **directives nationales** et de celles de l’OMS.

← Retour au texte

Page 184
Mise à jour de
la section :

Abacavir (ABC)

En règle générale, l’abacavir est bien toléré chez les enfants. Cependant, bien que rare chez les populations africaines, une réaction d’hypersensibilité peut se développer et constituer un risque vital pour l’enfant. L’accompagnant doit être averti et sensibilisé sur la possibilité d’une réaction progressive et sévère, qui peut inclure fièvre, éruption cutanée, problèmes respiratoires ou gastro-intestinaux. Si cette réaction d’hypersensibilité apparaît, c’est généralement au cours des 6 premières semaines de la thérapie, les symptômes ont tendance à empirer dans les heures qui suivent la prise du médicament et s’aggravent au fur et à mesure des doses suivantes. Remarque importante : après un épisode de réaction d’hypersensibilité, l’enfant ou l’adolescent ne doit jamais reprendre de l’abacavir car une nouvelle réaction peut lui être fatale.

← Retour au texte

Page 184**Mise à jour de
la section :****Ténofovir (TDF)**

Selon l'OMS, le ténofovir fait partie du schéma thérapeutique préféré pour les enfants âgés de 10 ans ou plus, ou pesant plus de 30 kg. Il est également considéré comme un choix acceptable pour les enfants âgés de 3 à 10 ans. Un effet secondaire significatif peut se développer : une altération de la fonction rénale.

[← Retour au texte](#)**Page 184****Section
supprimée :****Stavudine (d4T)**[← Retour au texte](#)**Page 185****Mise à jour de
la section :****Lopinavir/ritonavir (LPV/r)**

Mise à part des nausées et des perturbations gastro-intestinales qui peuvent se développer surtout dans les 3 premières semaines qui suivent le début du traitement, peu d'effets secondaires sont observés. Le problème majeur du lopinavir/ritonavir (en sirop ou en granules) est son goût extrêmement amer ce qui entraîne automatiquement des difficultés d'adhérence. Quelques astuces peuvent améliorer sa tolérance et son goût comme l'avalier avec du beurre de cacahouète, insensibiliser les papilles gustatives avec de la glace ou manger des aliments sucrés après l'administration du médicament. La formule liquide doit être prise avec de la nourriture, ce qui améliore son absorption. Le sirop doit être idéalement réfrigéré mais peut être stocké jusqu'à 6 semaines à température ambiante. Les comprimés ne doivent pas être sucés, croqués ou écrasés, mais être avalés en entier, avec ou sans nourriture. Il existe de nombreuses interactions médicamenteuses avec le ritonavir (voir **Chapitre 7**).

[← Retour au texte](#)

Page 195

Mise à jour du tableau 10.12 :

Tableau 10.12 Régimes de choix et alternatives de traitement ARV de seconde ligne pour les nourrissons, les enfants et les adolescents

Population	Traitement de première ligne défaillant	Traitement de seconde ligne de choix	Autres régimes de seconde ligne
Adultes et adolescents ^a	TDF + 3TC (ou FTC) + DTG	AZT + 3TC + ATV/r (ou LPV/r)	AZT + 3TC + DRV/r
	TDF + 3TC (ou FTC) + EFV (ou NVP)	AZT + 3TC + DTG	AZT + 3TC + ATV/r (ou LPV/r ou DRV/r)
	AZT + 3TC + EFV (ou NVP)	TDF ^a + 3TC (ou FTC) + DTG	TDF ^a + 3TC (ou FTC) + ATV/r (ou LPV/r ou DRV/r)
Enfants et nourrissons	ABC + 3TC + DTG	AZT + 3TC + LPV/r (ou ATV ^c /r)	AZT + 3TC + DRV ^d /r
	ABC (ou AZT) + 3TC + LPV/r	AZT (ou ABC) + 3TC + DTG ^b	AZT (ou ABC) + 3TC + RAL
	ABC (ou AZT) + 3TC + EFV	AZT (ou ABC) + 3TC + DTG ^b	AZT (ou ABC) + 3TC + LPV/r (ou ATV ^c /r)
	AZT + 3TC + NVP	ABC + 3TC + DTG ^b	ABC + 3TC + LPV/r (ou ATV ^b /r ou DRV ^d /r)

- a. Le TDF peut être utilisé lorsque le poids est > 30 kg. Si < 30 kg, utiliser ABC
- b. Pour les groupes d'âge et de poids ayant une posologie approuvée pour le DTG
- c. L'ATV/r peut être utilisé comme alternative au LPV/r pour les enfants de plus de trois mois, mais la disponibilité limitée de préparations adaptées aux enfants de moins de six ans, l'absence d'une préparation à dose fixe et la nécessité de prendre séparément le rappel de ritonavir doivent être pris en compte lors du choix de ce régime
- d. Le DRV ne doit pas être utilisé chez les enfants de moins de trois ans et doit être associé à une posologie adéquate de ritonavir.

← Retour au texte

Page 198

Mise à jour du paragraphe no. 4, point a :

- 4. Examens appropriés en cas de suspicion de TB pulmonaire et extra-pulmonaire :
 - a. TB LAM : Mêmes recommandations chez les enfants que chez les adultes ; pour tous les patients gravement malades nécessitant une hospitalisation, quel que soit le taux de CD4 ; pour les patients en ambulatoire avec un taux de CD4 <100, présentant des signes/symptômes de TB. Et chez tous les enfants de moins de 5 ans (non stabilisés sous TARV) considérés à un stade avancé de la maladie.
 - b. RxT...

← Retour au texte

Page 199

Mise à jour du
paragraphe no. 5 :

← Retour au texte

5. Test VIH :

- a. Demander un taux de CD4 et une charge virale si c'est possible.

Page 200

Mise à jour du
point c :

← Retour au texte

- c. Évaluation clinique (y compris évaluation de la croissance), tests bactériologiques, test de dépistage du VIH (dans les zones à forte prévalence du VIH), et lorsque cela est pertinent et disponible : radiographie (RxT), investigations pour TBPE, IDR.TB LAM est recommandé chez tous les patients gravement malades nécessitant une hospitalisation, quels que soient leurs taux de CD4, chez tous les patients ambulatoires dont les taux de CD4 sont <100 (indépendamment des signes/symptômes) et chez tous les patients présentant des signes/symptômes (indépendamment de leurs taux de CD4).

Page 202

Mise à jour du
point c :

← Retour au texte

- c. Évaluation clinique (y compris évaluation de la croissance), tests bactériologiques, test de dépistage du VIH (dans les zones à forte prévalence du VIH), et lorsque cela est pertinent et disponible : radiographie (RxT), investigations pour TBPE, IDR.TB LAM est recommandé chez tous les patients gravement malades nécessitant une hospitalisation, quels que soient leurs taux de CD4, chez tous les patients ambulatoires dont les taux de CD4 sont <100 (indépendamment des signes/symptômes) et chez tous les patients présentant des signes/symptômes (indépendamment de leurs taux de CD4).

Page 203

Mise à jour des
points 7 et 8 :

7. Être vigilant quant aux interactions médicamenteuses et ajuster le régime de TARV en conséquence. Avec les fréquentes mises à jour des TARV pédiatriques au fur et à mesure que les recommandations changent et que de nouvelles formes galéniques sont disponibles, les ajustements des ARV tenant compte des interactions médicamenteuses sont de plus en plus difficiles à suivre. L'OMS publiera en juillet 2021 ses prochaines directives complètes sur les TARV, dans lesquelles figureront des tableaux utiles pour ces ajustements posologiques. En attendant, il convient de se rappeler les points clés suivants :
 - a. Rifampicine-névirapine : changer pour l'éfavirenz
 - b. Rifampicine-lopinavir/ritonavir :
 - i. Si >5ans, doubler la dose de lopinavir/ritonavir
 - ii. Si <5 ans, la double dose de LPV/r n'est pas efficace. Soit ajouter du ritonavir aux 3/4 du volume de LPV/r (par exemple, si vous donnez 2 ml de LPV/r, ajoutez 1,5 ml de ritonavir en plus). Si le ritonavir n'est pas disponible, utiliser un triple régime d'INTI avec AZT/3TC/ABC.
 - c. Rifampicine-dolutégravir : doubler la dose de dolutégravir

8. Moment optimal pour démarrer la TARV après le début du traitement d'infections spécifiques.
- Il existe peu de données probantes sur le moment optimal pour commencer la TARV, de sorte que les recommandations proviennent en grande partie d'études sur les adultes, de l'expérience sur le terrain et d'un équilibre pragmatique entre les risques et les avantages.
 - La progression du VIH chez les enfants peut être plus rapide, en particulier en présence d'autres IO. Par conséquent, étant donné que le risque d'IRIS grave en cas de TB non neurologique est très faible, les ARV devraient être commencés dès que possible, une recommandation désormais reprise dans les nouvelles lignes directrices de l'OMS (mars 2021). En pratique, pour diverses raisons (par ex, la tolérance au traitement antituberculeux, la contrainte liée au nombre de comprimés, les problèmes relatifs au conseil), le début du traitement se fait généralement dans les 7 jours.
 - Si l'on soupçonne une co-infection par la TB mais que les examens de dépistage de la TB ne sont pas encore terminés et qu'aucune décision n'a encore été prise concernant le traitement de la TB, la TARV devrait tout de même être débutée aussitôt que possible et le traitement de la TB commencé dès que la décision peut être prise à cet égard. (voir pages 72, 265).
 - Dans les cas de méningite cryptococcique et tuberculeuse, il existe peu de données probantes quant au moment où il convient de débiter la TARV. Par conséquent, la recommandation est de suivre les directives pour adultes (voir page 72) :
 - En cas de méningite tuberculeuse, retarder la TARV de 4 à 8 semaines, afin d'introduire la TARV alors que le patient prend encore les stéroïdes utilisés dans le traitement de la méningite tuberculeuse.
 - En cas de méningite cryptococcique, rares chez les enfants, il faut retarder de 4 à 6 semaines l'introduction de la TARV.

← Retour au texte

Page 212

Ajout d'un
nouveau point
dans la section :

12. A retenir

- ... pour une évaluation plus approfondie.
- Les régimes à base de DTG sont le premier choix pour les enfants de plus de 4 semaines ou de plus de 3 kg. Il a été démontré qu'une TARV avec du DTG est plus efficace et permet d'obtenir une meilleure suppression de la CV.

← Retour au texte

Chapitre 11. Le patient ambulatoire présentant une maladie vih à un stade avancé

Page 232

Mise à jour du premier paragraphe :

Dans son plan 90-90-90 pour 2020, l'OMS s'était fixé comme objectif que 90% des personnes dont l'infection par le VIH avait été diagnostiquée connaîtraient leur statut, que 90% de ces patients seraient sous thérapie antirétrovirale et que 90% des personnes sous cette thérapie parviendraient à une suppression virale. Les objectifs 90-90-90 n'ont malheureusement été que très partiellement atteints à la fin de l'année 2020, obligeant l'OMS et l'ONUSIDA à revoir leurs objectifs pour la prochaine décennie en matière de VIH. Par conséquent, l'accent a été mis principalement sur la diminution de la mortalité due au sida, tout en maintenant les objectifs de réduction du VIH grâce à de nouveaux régimes efficaces, dont le DTG.

← [Retour au texte](#) En prenant en charge les patients...

Schéma 11.2 Approche clinique des patients à un stade VIH avancé

VIH avancé : CD4 <200 ou nouveau stade 3 ou 4 de l'OMS

Approche clinique des patients : tous les patients

**Devant un des signes de gravité suivant, référer immédiatement à l'hôpital :**

- Fréquence respiratoire >30
- Fréquence cardiaque >120
- PA systolique <90
- Température >39°C
- Déshydratation modérée/sévère
- Incapacité de marcher sans aide
- Saturation <90%

- Altération de l'état mental : confusion, comportement étrange, niveau de conscience réduit
- Tout autre problème neurologique : maux de tête sévères d'apparition récente, convulsions, paralysie, difficulté à parler, pathologie des nerfs crâniens, détérioration rapide de la vision

Pendant l'organisation du transfert :

- Examens sur les lieux de soins
- Soins urgents (par exemple, perfusion IV, oxygène)
- Commencer les traitements urgents : (par ex. traitement de la pneumocystose, antibiotiques, traitement antiTB). En cas de retard dans le transfert, voir le schéma 11.6.

**Si PAS de signes de gravité : Antécédents et examens à la recherche du statut de la TARV, d'IO et de comorbidités :****Évaluation de la Tuberculose**

Les patients à un stade avancé du VIH présentent un risque élevé de TB. La TB disséminée se présente souvent sans symptômes respiratoires

Antécédents : Tuberculose antérieure ?

Histoire actuelle :
Actuellement sous traitement ?
Absence d'amélioration sous traitement ?

Symptômes présents aujourd'hui : Perte de poids, fièvre, sueurs nocturnes, toux ?

Examen clinique :
Épanchement pleural, adénopathies, abdomen distendu ou sensible, ascite, hépatomégalie ?

Antécédents et examen clinique

Historique de la TARV : Quels régimes thérapeutiques et quand ? Taux de CD4 et CV antérieurs : Suspicion d'échec thérapeutique ?

Co-morbidités : Diabète, hypertension, épilepsie, pathologie rénale ou hépatique.

Hospitalisation récente : Dans les 3 derniers mois ? Inclure le motif.

Troubles neurologiques : Tous sont des signes de gravité - transférer.

Troubles respiratoires : Si signes de gravité - transférer.

Sarcome de Kaposi : palais, peau

Rétinopathie à CMV dans les zones à haut risque

Diarrhée chronique : Évaluer les signes de déshydratation

Examens pour TOUS les patients**Taux CD4 :**

- TB LAM si CD4 <200 et quel que soit le taux de CD4 si symptômes de TB.
- CrAg si CD4 <200 ou pour tout symptôme de méningite (voir plus de détails page 242).
- Recueillir les expectorations si la toux est productive

Hémoglobine

Bandelette urinaire : Si protéinurie, doser la créatininémie.

Charge virale de routine si elle n'a pas été effectuée dans les 6 derniers mois.

Charge virale ciblée si elle n'a pas été réalisée dans les 3 derniers mois, ou si maladie au stade 4, ou dernière CV > 1 000.

Test rapide du paludisme si endémique.

Hépatite B si disponible et non encore réalisée.



La prise en charge est maintenant basée sur deux critères clés :

1. Le patient est-il cliniquement NON COMPLIQUÉ ou COMPLIQUÉ ?
2. Le patient est-il TARV-naïf (ou sous TARV depuis < 6 mois) ou sous TARV > 6 mois ?

Communication avec l'hôpital :

- Les patients, à l'exception de ceux qui présentent des signes de gravité, peuvent avoir besoin d'être transférés - si un examen ou une prise en charge appropriée ne sont pas disponibles au niveau des soins de santé primaires, ou si une prise de décision rapide pour un changement de régime en cas d'échec thérapeutique est nécessaire et requiert des compétences en milieu spécialisé.
- Établir une " assistance téléphonique " avec les cliniciens de l'hôpital pour des conseils cliniques, des discussions de cas, des transferts et des retours, en particulier lorsque le transfert est problématique.



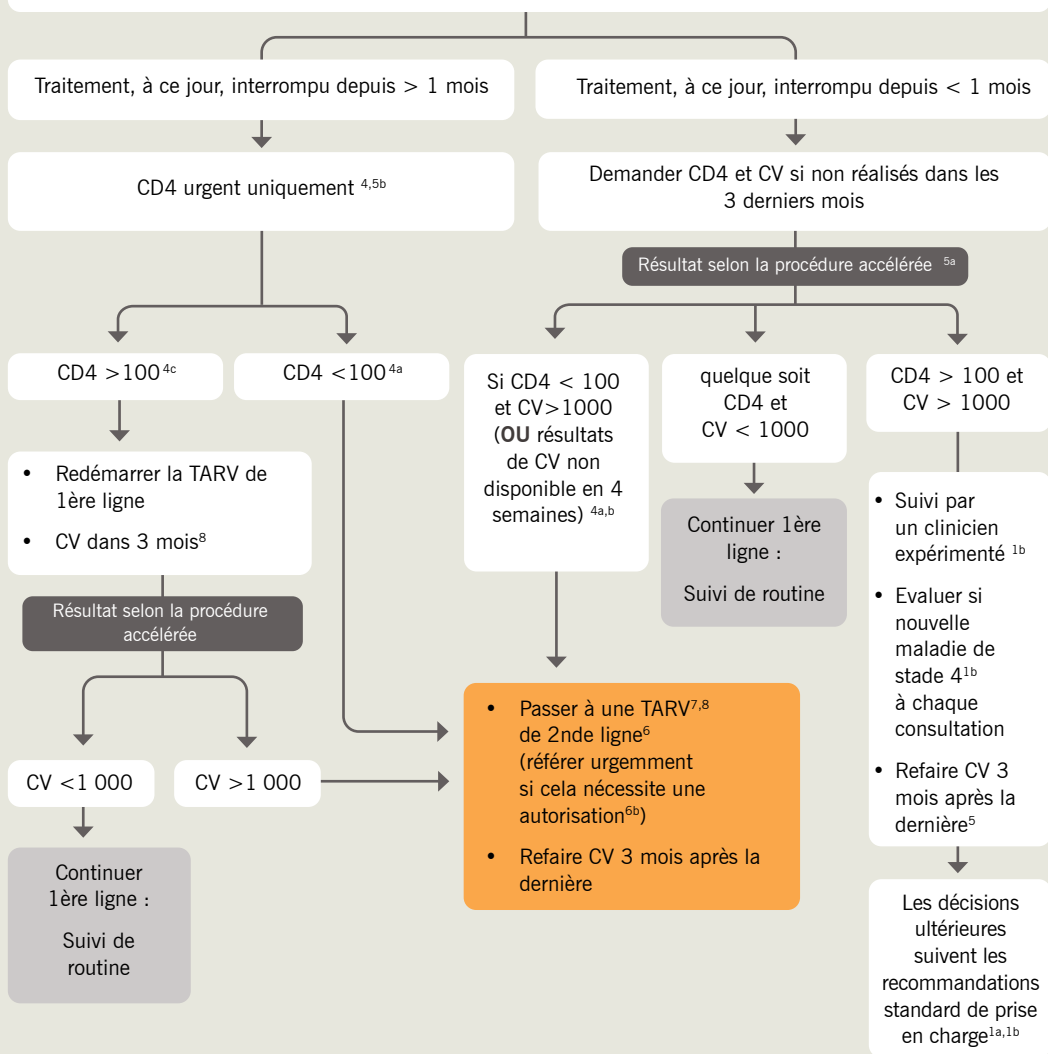
Schéma 11.4 Algorithme de gestion du traitement ARV du VIH à un stade avancé pour les régimes à base d'EFV et de NVP (Voir les notes importantes dans la case en haut de la page suivante.)

Prise en charge des patients atteints d'une maladie VIH avancée¹, total TARV >6 months², PAS de nouvelle maladie de stade 4

Cet algorithme s'applique aux régimes de première ligne à base de NVP ou d'EFV. En raison de l'augmentation des taux de résistance aux INNTI, un passage plus rapide à un régime à base de DTG ou d'IP est souvent indiqué. Cependant, si le traitement de première ligne est à base de DTG, comme ce sera de plus en plus le cas dans les années à venir, il est très peu probable que la résistance se développe en moins de 18-24 mois, voire plus. Dans ces circonstances, il ne faut pas changer de traitement, mais plutôt accorder une attention particulière aux mesures d'observance.

Si les critères de l'OMS sont déjà remplis pour un échec thérapeutique, passer immédiatement à une TARV de 2ème ligne.^{1b} (voir Chapitre 6, Tableau 6.1)

TARV de première ligne à base d'INNTI en cours, ou au moment de l'interruption du traitement.
(La décision de passer à un nouveau régime est basée sur le taux de CD4, la charge virale (CV) et l'historique de la TARV relatif aux interruptions de traitement ^{1a, 1b, 3})





Face à l'accumulation de données probantes, l'OMS envisage actuellement d'autoriser le passage de TDF, 3TC et EFV/NVP à TDF, 3TC et DTG/PI même en cas d'échec thérapeutique. Lorsque cela se produira, l'algorithme ci-dessus et les notes ci-dessous seront en grande partie obsolètes, mais, d'ici là, ils restent applicables. (voir aussi page 92)

Notes pour le schéma 11.4

1. **Les patients présentant une maladie avancée ont un risque élevé de mortalité et de morbidité.**
 - a. Il peut être nécessaire de prendre la décision de passer à une TARV de deuxième ligne en dehors des directives standard. Cette décision sera guidée par :
 - Si le patient est actuellement sous TARV ou s'il l'a interrompu (voir également la note 3) ;
 - CD4 < 100 indique un risque élevé de développer une IO mortelle ; nécessite une décision urgente ;
 - La disponibilité en temps utile d'un examen de la CV pour confirmer l'échec du traitement.
 - b. S'il existe déjà une base claire pour diagnostiquer l'échec du traitement (**Chapitre 6**, sections 3-5) selon les critères de l'OMS (virologiques, cliniques ou immunologiques), le traitement antirétroviral doit être modifié immédiatement. Noter qu'une maladie récemment diagnostiquée au stade 4 est un critère d'échec clinique.
2. Le temps total sous TARV. Plus un régime fondé sur les INNTI est long, plus les erreurs conduisant au développement d'une résistance sont grandes. Inversement, il est très improbable que la résistance se développe en moins de six mois d'exposition totale au traitement antirétroviral.
3. TARV-naïf ou TARV antérieure. Étant donné que les patients présentant une maladie avancée sont de plus en plus nombreux à avoir déjà utilisé un traitement antirétroviral, il est important de prendre consciencieusement et avec rigueur les antécédents de la TARV, en remontant à plusieurs années parfois, pour établir les critères mentionnés au point 2 ci-dessus.
4. L'urgence avec laquelle la décision de modifier le traitement doit être prise est liée au taux de CD4.
 - a. Si CD4 est < 100 : le risque de développer une IO fatale dans les prochains mois est élevé. Retarder le changement de traitement pendant trois mois pour des séances concernant l'adhérence et des suivis de charge virale peut s'avérer fatal. Un changement empirique rapide peut être indiqué.
 - b. Si CD4 < 100 et qu'il y a un délai de plus de 4 semaines pour obtenir un résultat de CV (y compris ne pas avoir du tout de CV), un risque de développer une IO fatale est possible. Par conséquent, modifier le traitement de façon empirique.
 - c. Si CD4 > 100 : on dispose de plus de temps pour mettre en place un nouveau traitement médicamenteux de première intention afin de déterminer s'il y a effectivement une résistance. Si la variation de la CV de contrôle est minime à 3 mois, passer à un nouveau régime. En cas de modification importante, différer le changement pendant un mois et répéter la CV. (Si le laboratoire donne une valeur logarithmique, considérer une baisse de log > 2 comme significative)
5. Les résultats séquentiels de charge virale sont importants dans la décision concernant le passage à un nouveau régime.
 - a. Les tests de charge virale doivent donc être priorités et la délivrance des résultats accélérée. Lorsqu'ils sont disponibles, recourir aux tests de charge virale sur le lieu de soins (PoC) afin de

faciliter l'obtention rapide des résultats.

- b. Si le patient a actuellement interrompu le traitement pendant plus d'un mois, la charge virale aura déjà augmenté, il n'est donc pas utile de la refaire.
6. Un changement rapide de régime, en dehors des lignes directrices standard, peut sauver des vies :
 - a. Dans les mains de cliniciens plus expérimentés, il s'agit simplement d'un guide pour prendre les décisions adéquates de prise en charge chez les patients présentant une maladie avancée ; le jugement clinique doit s'appliquer.
 - b. Si l'expérience ou l'autorité sont insuffisantes pour prendre cette décision, l'aide d'un clinicien expérimenté doit être sollicitée le même jour.
7. Mise à jour des lignes directrices pour l'initiation de la TARV (ou le passage à la deuxième ligne) :
 - Chez les patients avec une maladie VIH avancée, effectuer une recherche de symptômes de TB chez chacun avant de commencer la TARV, ainsi qu'un dépistage plus approfondi de la TB et de la cryptococcose comme indiqué à la page 237.
 - En cas de symptômes de TB, rechercher d'abord une TB neurologique à partir des antécédents et de l'examen clinique (et des tests complémentaires selon les besoins, comme indiqué à la page 237). S'il n'y a pas de tuberculose neurologique, commencer immédiatement la TARV (ou un nouveau régime en cas d'échec thérapeutique diagnostiqué), poursuivre sans attendre la recherche de TB et commencer un traitement antituberculeux dans la semaine qui suit, le cas échéant.
 - Si une méningite tuberculeuse ou une méningite cryptococcique est confirmée, retarder l'initiation de la TARV de 4 à 6 semaines
8. Il est recommandé de mettre en place des mesures de soutien aux patients (SP) en cas de suspicion d'échec thérapeutique et de mise en place d'un nouveau régime.
9. Le régime à base d'EFV ou de NVP peut être remplacé par un régime optimal avec du DTG si ce

[← Retour au texte](#)

Page 242

Mise à jour du schéma 11.5 :

Schéma 11.5 Offre de soins pour les patients compliqués



La TB est la cause principale de décès. Traiter de façon empirique en cas de forte suspicion

TB LAM :

- TB LAM positif : commencer un traitement antituberculeux
- TB LAM négatif : **La TB n'est pas exclue !** Commencez un traitement empirique en cas de forte suspicion de TB.

Xpert MTB/RIF :

Échantillons de crachats ou non : liquide pleural, LCR centrifugé, urine centrifugée, pus. Convoquer le patient dans un délai d'une semaine pour les résultats :

- GeneXpert positif : commencer un traitement antituberculeux
- GeneXpert négatif : **La TB n'est pas exclue !** Commencez un traitement empirique en cas de forte suspicion de TB - ne pas attendre le résultat si le délai d'exécution est long.

TPI : S'il n'y a pas d'évidence clinique de TB, commencer un traitement préventif par INH ou 3HP.

CrAg positif (prélèvement au doigt ou sérum) :

- Symptômes de méningite : Fluconazole 1 200 mg immédiatement et transfert du patient pour une ponction lombaire et un traitement continu. Si l'amphotéricine B (et la flucytosine) est disponible, commencez-la (les) tout en organisant le transfert. Voir également le schéma 11.6.
- Asymptomatique : Transférer le patient pour ponction lombaire. Si l'examen n'est pas possible, commencer le fluconazole à 800 mg/jour pendant 2 semaines, 400 mg/jour pendant 2 mois, puis 200 mg/jour pour au moins une année ou jusqu'à obtenir un taux de CD4 > 200.

Co-morbidités :

- Les comorbidités nécessitant un suivi actif signifient que le patient est classé dans la catégorie « compliqués ».
- Co-morbidités courantes :
 - Diabète, hypertension.
 - Insuffisance cardiaque, maladie rénale chronique : souvent de mêmes causes que ci-dessus, rechercher d'autres causes réversibles.
 - Pathologies hépatiques chroniques : Suspecter l'hépatite B et C et l'excès d'alcool.

Diarrhée chronique :

Affection souvent négligée jusqu'à ce que le patient soit admis à l'hôpital pour une déshydratation sévère, une insuffisance rénale et des troubles hydroélectrolytiques. Cause majeure : infections opportunistes parasitaires, particulièrement *l'isospora belli* et le *cryptosporidium*. Voir **Chapitre 15** pour plus de détails.

Rétinites à CMV :

Dans les milieux où la prévalence est élevée, il faut interroger le patient sur une détérioration visuelle récente et, si c'est le cas, vérifier l'acuité visuelle et transférer le patient pour une évaluation plus complète.

Suivi :

- Fixer des rendez-vous ultérieurs pour assurer la continuité des soins.
- S'assurer que les soins continus sont dispensés par un clinicien ayant le niveau d'expérience approprié.
- Informer et éduquer le patient sur les signes de gravité et autres symptômes nécessitant une visite au centre de soins.

Eviter l'abus d'antibiotiques – ne les utiliser que pour les infections bactériennes suspectées (Voir Chapitre 23) :

- En cas d'utilisation, documenter les raisons d'une prescription d'antibiotiques.
- Si le patient a été sous antibiothérapie sans amélioration de son état, ne pas donner une autre antibiothérapie sans raison très précise. Rechercher d'autres causes des symptômes notamment la TB.

Chapitre 12. Tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante chez les personnes vivant avec le VIH

Page 250–251

Mise à jour du troisième point sur Xpert MTB/RIF et des deux points suivants, Xpert Ultra et TB LAM :

...jusqu'à 8 semaines.

Genexpert est une procédure entièrement automatisée et ne nécessite pas un laboratoire perfectionné. Xpert dans la recherche de TBEP : chez les adultes et les enfants présentant des signes et des symptômes de TB extrapulmonaire, Xpert MTB/RIF peut être utilisé sur les échantillons suivants : prélèvements aspirés de collections de ganglions lymphatiques, biopsies de ganglions lymphatiques, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide péricardique, liquide céphalo-rachidien (LCR), liquide synovial ou urine, comme premier test diagnostique de la forme extra pulmonaire de la TB, plutôt que sur un frottis microscopique ou une culture. Xpert est maintenant également recommandé comme premier test diagnostique sur les liquides d'aspiration gastrique, les liquides d'aspiration nasopharyngée et les selles chez les enfants.

- **Xpert MTB/RIF Ultra** est une version améliorée du test original avec une sensibilité accrue pour la détection de TB et de résistance à la rifampicine. Chez les adultes présentant des signes et des symptômes de TB pulmonaire et n'ayant pas d'antécédents de TB (≤ 5 ans) ou avec des antécédents lointains de traitement antituberculeux (> 5 ans depuis la fin du traitement), Xpert Ultra devrait être utilisé comme test de diagnostic initial de la TB et pour la détection de la résistance à la rifampicine dans les échantillons de crachats.
- **TB LAM** est un test à flux latéral, qui permet de détecter les antigènes de MTB (*Mycobacterium tuberculosis*) dans l'urine. Sa valeur ajoutée réside dans le fait qu'il s'agit d'un test rapide réalisé sur place (PoC), qu'il ne nécessite pas d'échantillon de crachats, qu'il est bon marché, rapide et facile à réaliser et qu'il peut être effectué par des non-professionnels de santé.
 - C'est le seul test dont il a été démontré qu'il réduisait la mortalité chez les patients admis à l'hôpital.
 - Consulter les algorithmes proposés plus loin dans ce chapitre pour l'utilisation du TB LAM dans le diagnostic de la TB.



Le TB LAM est recommandé pour toute PVVIH ayant un taux de CD4 <200 ainsi que pour toute PVVIH présentant des signes ou des symptômes de TB, quel que soit le taux de CD4

← Retour au texte

- Culture :...

Page 253

Mise à jour du point no. 3 :

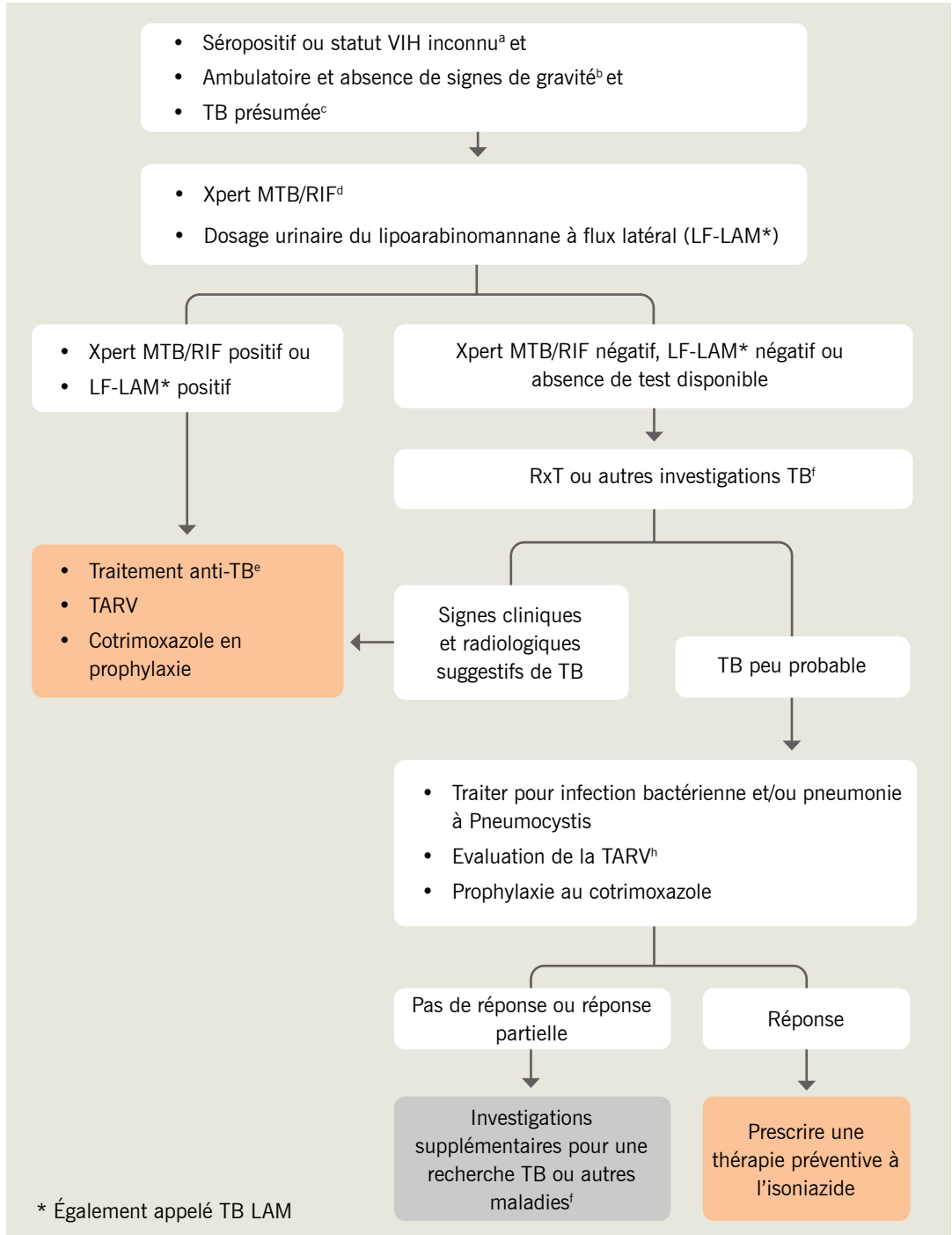
3. le TB LAM est recommandé pour toutes les PVVIH ayant un taux de CD4 <200 ainsi que pour toutes les PVVIH présentant des signes ou des symptômes de TB, quel que soit le taux de CD4.

← Retour au texte

Page 254–255

Mise à jour de l'algorithme 12.1 et des notes :

Algorithme 12.1 Prise en charge des PVVIH suspectées d'infection TB (sans signes de gravité)



Notes relatives à l'algorithme 12.1

- a Pour toute personne dont le statut sérologique est inconnu, un test de dépistage doit être réalisé selon le protocole national en vigueur.
- b Voir page 252, schéma 12.1 pour le détail des signes de gravité.
- c Une suspicion TB est définie par la présence d'au moins un des symptômes suivants :
 - Adultes et adolescents séropositifs : présence d'une toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes.
 - Enfants séropositifs : faible prise de poids, fièvre, présence d'une toux ou contact avec un cas de TB active.
- d Pour les personnes suspectées de TBEP, un échantillon extra-pulmonaire doit être prélevé pour un test Xpert MTB/RIF (LCR, ganglion lymphatique et autres tissus, Xpert MTB/RIF à une faible sensibilité pour le liquide pleural, et les données recueillies sont encore insuffisantes pour justifier un examen fiable sur des échantillons de selles, d'urine et de sang). Si l'Xpert MTB/RIF n'est pas disponible, faire une microscopie pour recherche de BAAR. Un résultat positif est défini par au moins un frottis positif, tandis qu'un résultat négatif se confirme par deux frottis négatifs, ou plus. Envoyer l'échantillon pour culture TB dans un laboratoire habilité à le faire.
- e Si Xpert MTB/RIF révèle une résistance à la rifampicine, un traitement pour la TB multi-résistante (TB-MR) doit être initié. Si le risque de résistance à la rifampicine est jugé faible, un test Xpert MTB/RIF de confirmation sur un autre échantillon sera fait et envoyé pour une culture et un nouveau test de sensibilité (DST).
- f Des investigations supplémentaires de recherche TB comprennent une radio thoracique, un examen clinique, un second Xpert MTB/RIF sur un nouvel échantillon, ainsi qu'une culture dans un laboratoire approprié. En cas de suspicion de TBEP, une culture d'un prélèvement de l'organe concerné sera demandée ainsi qu'une échographie abdominale.
- g Des antibiotiques à large spectre (sauf fluoroquinolones) doivent être utilisés.
- h La TARV est recommandée pour tous les adultes, indépendamment de leur taux de CD4 ou de leur stade clinique. Chez les patients naïfs, le traitement ARV doit être démarré le plus tôt possible après celui de la TB (voir détails page 72) Les patients déjà sous TARV doivent être évalués quant à un éventuel échec thérapeutique au moyen d'une CV.

[← Retour au texte](#)

Tableau 12.1 Evaluation et diagnostic d'une TBEP

Site	Symptomes	Investigations	Autres
Méninges (cerveau et moelle épinière)	Maux de tête/ confusion, fièvre, vomissements, raideur de nuque, perte de conscience.	Ponction lombaire et examen du LCR (protéines, glucose, numération cellulaire, BAAR, culture TB, GeneXpert - plus encre de Chine, CrAg, VDRL). TB LAM urinaire	La méningite tuberculeuse est fréquente chez les enfants, dont les symptômes ont tendance à être non spécifiques (par ex : somnolence, irritabilité)
Ganglions lymphatiques (voir annexe 12.1)	Un ou plusieurs ganglions hypertrophiés (>2 cm), indolores ou douloureux au niveau du cou, des aisselles ou des aires inguinales.	Aspiration à l'aiguille si le ganglion est fluctuant (facile) Cyto-ponction à l'aiguille fine si ganglion non fluctuant (plus difficile) Frottis, Xpert, culture Voir annexe 4 dans le guide MSF TB de 2014. TB LAM urinaire	Lymphadénopathie associée à la TB, avec localisation possible dans le thorax et la cavité abdominale
Péricarde (péricardite tuberculeuse)	Douleur thoracique et symptômes associés d'insuffisance cardiaque (essoufflement, oedème périphérique +/- distension abdominale)	RxT Echographie cardiaque TB LAM urinaire	
Epanchement pleural (souvent unilatéral)	Dyspnée (souvent), douleur thoracique (parfois) généralement unilatérale.	RXT Ponction pleurale pour : • Visuellement : liquide de couleur jaune paille suggérant une TB versus pus, suggérant un empyème. • GeneXpert, frottis, culture. • TB LAM urinaire	Le bacille acido résistant est rarement retrouvé dans le liquide d'épanchement pleural d'une TB. Dans des zones de haute prévalence, un épanchement pleural unilatéral chez une PVVIH associé ou non à d'autres symptômes de TB est suggestif en priorité de TB.

Site	Symptomes	Investigations	Autres
Abdomen	Symptômes non spécifiques incluant douleurs abdominales généralisées, distension (due à l'ascite) et altération du transit intestinal	Échographie abdominale Ponction d'ascite pour GeneXpert, frottis, culture. TB LAM urinaire	Un abdomen mou à la palpation, parfois sensible, peut être évocateur de TB abdominale.
Colonne vertébrale (aussi connu sous le nom de maladie de Pott)	Douleur localisée, souvent accompagnée d'une déformation.	La radiographie peut montrer une érosion osseuse et une déformation. TB LAM urinaire	Une ostéolyse de la colonne peut conduire à des signes ou symptômes neurologiques.
Articulation	Gonflement peu douloureux, généralement au niveau de la hanche, du genou et du coude.	La radiographie peut montrer une maladie osseuse érosive. TB LAM urinaire	
Noter qu'une tuberculose active peut toucher presque tous les organes : reins, surrénales, thyroïde, sein, organes génitaux, peau, etc.			
TB miliaire	Symptômes généraux (fièvre, perte de poids), pouvant aboutir à une morbidité et une mortalité élevées si la TB n'est pas diagnostiquée.	TB LAM urinaire Image miliaire sur la radiographie pulmonaire.	Également connue sous le nom de TB disséminée, provoquée par la propagation hématologique des bacilles dans tout l'organisme.

[← Retour au texte](#)

Page 265–
266

Mise à jour de la
section incluant
les tableaux :

Traitement de la TB et ARV

Tous les patients TB co-infectés par le VIH sont éligibles pour une TARV.

1. **Timing de l'initiation de la TARV après avoir débuté un traitement pour des infections spécifiques.**

Des études ont montré que, chez les patients ayant un taux de CD4 bas, l'incidence d'IRIS peut être diminuée en retardant le début de la TARV après le début du traitement de la TB. Cependant, il a également été démontré que si le taux de CD4 est <50, la morbidité et la mortalité dues à d'autres infections opportunistes sont plus importantes. Jusqu'à récemment, un seuil de CD4 <50 était utilisé comme critère pour déterminer s'il fallait commencer la TARV dans les deux semaines ou la retarder jusqu'à huit semaines. Par ailleurs, afin de diminuer le risque de morbidité et de mortalité lié aux IRIS neurologiques, des recommandations spécifiques ont été faites quant au délai d'initiation de la TARV après une méningite cryptococcique ou tuberculeuse. Certaines de ces directives ont été modifiées (OMS, 2021) et sont désormais les suivantes :

- Effectuer un dépistage des symptômes de TB chez tous les patients avant de commencer une TARV (ou de passer à un traitement de deuxième ligne). Pour les patients atteints d’une maladie VIH avancée, voir les directives supplémentaires de dépistage de la TB et de la cryptococcose au chapitre 11, page 237.
 - S’il y a des symptômes de TB ou si une TB est diagnostiquée :
 - Rechercher d’abord une TB neurologique (et une méningite cryptococcique) par les antécédents et l’examen clinique (et d’autres tests si nécessaire, comme indiqué page 237). En l’absence de TB neurologique, **commencer immédiatement la TARV, quel que soit le taux de CD4** (ou commencer un nouveau régime si un échec thérapeutique a été diagnostiqué).
 - Faire une recherche rapide de TB afin d’initier un traitement antituberculeux dans la semaine qui suit, si cela est indiqué.
 - En cas de méningite tuberculeuse (TBM), retarder la TARV de 4 à 8 semaines à partir du début du traitement. À noter :
 - Une étude clé montre une diminution des effets indésirables si la TARV est retardée de 8 semaines plutôt que de 2 semaines.
 - Bien qu’il n’y ait pas d’étude spécifique à l’appui, la TARV est généralement commencée entre 4 et 8 semaines, de préférence en chevauchant le début de la TARV avec les dernières semaines de stéroïdes qui sont systématiquement administrés pendant 6-8 semaines dans le traitement de la TBM. Cela pourrait bien assurer une certaine protection contre l’IRIS.
 - Le début de la TARV ne doit pas être retardé au-delà de 8 semaines.
 - Voir les détails relatifs à la méningite cryptococcique à la page 72.
2. Si un adulte ou un enfant déjà sous ARV se voit diagnostiquer une TB, le régime ARV peut devoir être modifié en raison d’interactions médicamenteuses (voir le tableau 12.5 ci-dessous et le Chapitre 7).

Tableau 12.4 Calendrier de l’initiation de la TARV dans le cadre d’un éventuel nouveau diagnostic de TB

Situation clinique	Timing de l’initiation de la TARV
Dépistage positif de la TB	Commencer immédiatement la TARV et réaliser d’autres tests diagnostiques de TB, dans le but de commencer le traitement anti-TB dans la semaine qui suit.
Tous les cas de TB non neurologique, quel que soit le taux de CD4	Commencer immédiatement la TARV
Jeunes enfants (notamment <1 an)	Avoir pour objectif de débiter la TARV dès que possible dans les 2 semaines
Tous les cas de TB-RR/MR	Commencer la TARV dès que le traitement de la TB-RR/MR est toléré, dans les deux premières semaines
Méningite tuberculeuse	Commencer la TARV dans les 4 à 8 semaines suivant le début du traitement antiTB

Tableau 12.5 Modification du régime ARV si un traitement antituberculeux est associé

Le régime actuel inclut	Type de patients	Modification de régime nécessaire ¹
DTG (Les régimes pédiatriques ne devraient plus contenir de NVP. Si c'est le cas, essayer de passer au DTG ou au LPV/r)	Tous les adultes et enfants avec une posologie DTG validée.	Doubler la dose de DTG
LPV/r	Adultes et enfants >5 years	Le premier choix est de changer pour une double dose de DTG (si la CV est supprimée et si le DTG n'a pas été utilisé auparavant dans les régimes de TARV de première ligne). Autres options : Double dose de LPV/r ou super-boosting avec du RTV supplémentaire.
	Enfants <5 years	Doubler la dose de LPV/r n'est pas efficace chez les enfants <5 ans. Il existe trois options. 1. Passer au DTG et doubler la dose 2. Super-boosting avec du ritonavir supplémentaire (voir posologie page 182). 3. Trithérapie INTI (ABC + 3TC + AZT) ²
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	Tous, étant donné que l'ATV/r ne peut pas être utilisé avec la rifampicine.	Si la charge virale est élevée, passer temporairement à une double dose de LPV/r ³ ou à une double dose de DTG si elle est stabilisée.
Darunavir/ritonavir (DRV/r)	Tous, étant donné que le DRV/r ne peut pas être utilisé avec la rifampicine	Passer à une double dose de DTG si la CV est stabilisée

Notes:

- Maintenir tous les régimes à double dose pendant 2 semaines après l'arrêt du régime antituberculeux contenant de la rifampicine, jusqu'à ce que l'effet d'induction enzymatique de la rifampicine ait disparu.
- La trithérapie d'INTI est recommandée uniquement pendant la durée du traitement antituberculeux. Le régime initial doit être repris deux semaines après l'arrêt de la rifampicine.
- Étant donné que la rifabutine provoque moins d'induction enzymatique que la rifampicine, elle peut être utilisée en association avec tous les IP, notamment LPV/r, ATV/r et DRV/r. Cela peut être nécessaire en cas d'effets secondaires importants sous LPV/r, qu'une double dose aggraverait. (Pour plus d'informations sur l'utilisation de la rifabutine, voir chapitre 7).

2. Traitement préventif de la TB (TPT) : isoniazide (TPI) et nouvelles options plus courtes (3HP,1HP et 3RH)



L'objectif du traitement préventif de la TB (TPT) est de réduire le risque de progression vers une TB active.

Il a été démontré que le TPT réduisait la morbidité et la mortalité liées à la TB chez les PVVIH ; il est donc essentiel que tous les patients séropositifs fassent l'objet d'un dépistage de TB active et reçoivent le TPT si cette dernière est exclue.

Jusqu'à il y a quelques années, la thérapie préventive à l'isoniazide (TPI) était le principal choix recommandé pour les PVVIH mais récemment, sur la base de nouvelles données, les recommandations ont changé et comprennent les options suivantes :

- Continuer à utiliser les 6 ou 9 mois de thérapie préventive à l'isoniazide (TPI) actuellement recommandés, pouvant être prolongés jusqu'à 36 mois chez les PVVIH.
- Nouveaux régimes de TPT plus courts :
 - 3HP: 3 mois (= 12 semaines) de rifapentine et d'isoniazide administrés une fois par semaine.
 - 1HP: 1 mois de rifapentine et d'isoniazide en prise quotidienne.
 - 3RH: 3 mois de rifampicine et d'isoniazide en prise quotidienne.

Avant de prescrire une thérapie préventive TP, il faut s'assurer que le patient n'est pas atteint de TB active, afin d'éviter de lui administrer un traitement inefficace et de limiter le risque de développer une résistance aux médicaments utilisés dans les régimes TP.



Il y a des avantages et des inconvénients pour chaque option !

De nombreux programmes nationaux utilisent encore le TPI mais prévoient de passer au 3HP ou au 1HP.

Des régimes plus courts peuvent avoir un bon impact sur les taux d'achèvement du traitement.



[www.who.int/
publications](http://www.who.int/publications)

Les recommandations de l'OMS en matière de prévention peuvent être consultées ici: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-consolidated-guidelines-on-tuberculosis-module-1-prevention-tuberculosis-preventive-treatment>

Des mises à jour concernant les tarifs sont disponibles dans le rapport " Under the Microscope " : <https://msfaccess.org/dr-tb-and-tb-prevention-drugs-under-microscope-7th-edition>

Page 271

Mise à jour de la première partie de la section :

Références aux lignes directrices et aux ressources sur la TB-RR/MR

- Ressources OMS:
 - http://www.who.int/tb/publications/pmdt_companionhandbook/en/
 - <http://www.who.int/tb/areas-of-work/drug-resistant-tb/treatment/resources/en/>
- *endTB Clinical Guidelines*, Version 4. Guide clinique de la tuberculose DR, version 4. Voir le dossier ressources supplémentaires sur <https://samumfsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>

Bien qu'une partie de la version 4 de endTB soit dépassée, elle est toujours d'actualité en ce qui concerne les effets indésirables. De plus, il existe une version mise à jour concernant tous les régimes courts par voie orale sur le site Web de endTB, dans la rubrique toolkit/clinical tools : <http://endtb.org/sites/default/files/2019-11/Clinical%20Tools.zip>

- Formation à la pharmacovigilance : <http://endtb.org/resources/elearning-modules>

← Retour au texte Cette section sur ...

Page 272–273

Mise à jour de la section :

Classification de la TB-RR/MR

La TB pharmacorésistante est un terme général couvrant toutes les combinaisons différentes de médicaments auxquelles le bacille tuberculeux pourrait être résistant. À des fins thérapeutiques, il est important d'identifier la résistance à la rifampicine et aux médicaments de seconde ligne, les fluoroquinolones et les médicaments injectables de seconde ligne. Ces mêmes profils de résistance sont nécessaires pour la classification des différents types de TB RR/MR.

Il existe deux techniques de diagnostic moléculaire rapide capables d'évaluer une résistance en quelques jours.

- Xpert MTB/RIF, qui détecte uniquement la résistance à la rifampicine. Il existe maintenant une nouvelle cartouche Xpert appelée "XDR" qui permet de détecter la résistance aux fluoroquinolones, aux médicaments injectables et à l'INH. À discuter avec votre conseiller du laboratoire.
- Test de Hain, qui détecte la résistance à la rifampicine et à l'isoniazide ainsi qu'aux fluoroquinolones et aux aminosides.

Par conséquent, il est rare de savoir si un patient est résistant à l'un des autres médicaments. La présente section met donc l'accent sur les définitions suivantes de l'OMS, qui font référence aux combinaisons de résistances éligibles pour un régime de TB-MR. Les définitions ci-dessous sont en cours de révision par l'OMS, il faut donc s'attendre à des changements très prochainement.

Résistance à la rifampicine (RR) : résistance à la rifampicine, détectée par phénotypage ou génotypage, avec ou sans résistance à d'autres antituberculeux. Cela inclut toute résistance à la rifampicine, sous forme de monorésistance (RR) ou de polyrésistance (TB-MR ou TB-XR).

En cas de RR, un des traitements antituberculeux de deuxième ligne mentionnés dans cette section sera nécessaire pour un traitement adéquat.

Les catégories suivantes ont toutes la RR comme caractéristique commune qui définit leur éligibilité à un régime de TB-MR avec des médicaments de seconde ligne :

- **Multirésistance (TB-MR) :** Résistance à la fois à l'isoniazide et à la rifampicine.
- **Pré-XDR :** Résistance à la fois à la rifampicine et à l'INH, ainsi qu'à une fluoroquinolone ou à un aminoglycoside (une sorte de mi-chemin entre MR et UR). La tuberculose pré-XDR, bien qu'elle soit une définition importante sur le plan clinique, n'est pas une définition officielle.
- **Ultra-résistance (TB-UR)** ou en anglais extensive drug-resistant (XDRTB): Résistance à toute fluoroquinolone (ofloxacin/lévofloxacin/moxifloxacin/gatifloxacin) et à au moins un des trois médicaments injectables de seconde ligne (capréomycine, kanamycine et amikacine) **en plus de la TB-MR telle que définie ci-dessus.**
- Pour diverses raisons importantes, la résistance aux FQ est en train de devenir une catégorie distincte de la TB-RR/MR. Il s'agit de médicaments clés dans la prise en charge de la TB-RR/MR et, comme les agents injectables sont progressivement abandonnés, la résistance aux FQ est de plus en plus déterminante. La résistance aux FQ est souvent associée à de plus mauvais pronostics. Sa détection précoce est très importante pour assurer un traitement adapté et efficace.

Voici d'autres définitions de modèles de résistance :

- **Mono-résistance :** Terme qui désigne la résistance à un seul médicament antituberculeux de première ligne (rifampicine, INH, pyrazinamide ou éthambutol). La mono-résistance à la rifampicine est importante car elle nécessite un traitement médicamenteux de deuxième ligne contre la tuberculose. La mono-résistance aux médicaments autres que la rifampicine est rarement détectée, car rarement testée. Si elle est présente, il existe des schémas thérapeutiques spécifiques qui ne nécessitent pas de régime TB-MR (voir page 349).
- **Poly-résistance (PR) :** Résistance à plus d'un médicament antituberculeux de première ligne, autre que l'association isoniazide et rifampicine. Là encore, à part la rifampicine, ces schémas de résistance sont rarement détectés, car ils sont rarement testés. S'ils sont présents, des régimes spécifiques sont utilisés mais ne nécessitent pas de régime TB-MR (de deuxième ligne).

Cette section se focalise seulement sur les médicaments et les régimes utilisés pour traiter les patients avec un profil de résistance qui inclut celle à la rifampicine. Tous les patients qui présentent ce profil nécessitent un régime TB-RR/MR avec des médicaments de seconde ligne.

Tableau 12.6 Différences entre une TB pharmacosensible (TB-PS) et une TB pharmacorésistante (TB-RR/MR)

	TB PS	TB-RR/MR
Symptômes et signes	Pas de différence détectable	
RxT, échographie	Pas de différence détectable	
Frottis	Pas de différence détectable	
Xpert MTB/Rif	Sensibilité à la rifampicine	Résistance à la rifampicine
Culture and sensibilité	Sensibilité à la rifampicine. Résistance possible à l'INH.	Résistance à la rifampicine présente et possibilité de résistance à d'autres médicaments.
Durée du traitement	6 mois	9-20 mois, selon le profil de résistance et la disponibilité des nouveaux schémas thérapeutiques plus courts.
Nombre de médicaments	4	Habituellement 5 ou plus
Interactions médicamenteuses	Oui	Oui
Effets secondaires	Quelquefois	Le plus souvent
Associations médicamenteuses à doses fixes	Oui	Non

[← Retour au texte](#)

Tableau 12.7 Tests pour TB-RR/MR

Test	Role	Temps d'obtention des résultats	Other
Xpert MTB/RiF (c.-à-d. génotypage par GeneXpert ou Xpert Ultra) (test génotypique)	Peut détecter les souches de MTB résistantes à la rifampicine (RIF). La nouvelle cartouche XDR peut également détecter la résistance aux FQ, aux injectables et à l'INH.	<2 heures	
Line Probe Assay (LPA), également connu sous le nom de test de Hain (test génotypique)	Utilisé pour détecter les souches résistantes à H et R (aussi sur des frottis négatifs) et la résistance aux médicaments injectables de seconde ligne et aux fluoroquinolone	<2 heures	Validé depuis mai 2016 pour les médicaments de seconde ligne (injectables et FQ). Les mutations des FQ ne font pas la différence entre Lfx et Mfxs. Besoin d'un DST phénotypique. Les mutations spécifiques détectées par le LPA en première ligne peuvent identifier la résistance à Eto/Pto (mutation INH A) et à l'INH à haute dose (mutation KAT G)
Culture/DST	Peut être utilisée pour détecter la résistance aux médicaments de première ligne (H, R, Z, E, S).	2-3 semaines pour la culture d'un échantillon liquide (par ex. système de culture liquide MGIT) > 1 mois s'il s'agit d'un solide (L-J)	Les résultats des DST (tests de pharmacosensibilité) à H, R, FQs, LZD, CFZ, BDQ et aux injectables ont tendance à être fiables et reproductibles. Les DST aux autres médicaments sont beaucoup moins fiables.
	Peut être utilisé pour détecter la résistance aux médicaments de seconde ligne (injectables, FQs, BDQ, LZD, CFZ, etc.).	Encore plus long, car le DST de deuxième ligne est généralement effectué à la suite du DST de première ligne.	Il existe une résistance croisée entre l'amikacine (Am) et la kanamycine (Km) injectables, ainsi que la capréomycine (Cm), mais dans une moindre mesure. Le test phénotypique est également capable d'évaluer la résistance à d'autres médicaments (Z, Cs, PAS, Eto / Pto) mais ils sont moins fiables et leur signification clinique est inconnue.

Test	Role	Temps d'obtention des résultats	Other
Microscopie des frottis	La microscopie donne une indication de la charge bacillaire et peut donner ainsi une idée du degré de contagiosité. Les patients à frottis positif sont donc généralement plus contagieux que ceux dont le frottis est négatif.	Généralement en un jour ou deux	Noter que les patients atteints de TBEP seulement ne sont pas contagieux (sauf s'ils ont une TBP co-existante). Le frottis a ses limites : • il n'est pas totalement fiable pour déterminer la contagiosité car il ne peut pas différencier les bacilles morts des bacilles vivants. Par conséquent, si le frottis est positif, il doit être suivi d'une culture • il ne peut pas faire la différence entre MTB et NTM.

← Retour au texte

Page 276–278

Mise à jour de la section :



www.who.int/publications

Les différents médicaments et régimes thérapeutiques utilisés

Avec l'émergence de nouveaux médicaments pour traiter la TB-RR/MR combinée aux résultats d'essais cliniques utilisant divers régimes thérapeutiques plus courts, la prise en charge de la TB-RR/MR a considérablement changé au cours des dernières années. En 2020, l'OMS a publié de nouvelles lignes directrices détaillées relatives au traitement de la TB-RR/MR, qui recommandent désormais uniquement des régimes par voie orale. Ces directives sont disponibles ici : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240007048>

Il n'entre pas dans le cadre de ce manuel de soins primaires de détailler la prise en charge complète d'un patient atteint de TB-RR/MR. Pour cela, Il est plutôt recommandé de consulter les documents de endTB et de l'OMS ainsi que vos directives nationales. Un aperçu des médicaments et des principes généraux de leur utilisation est présenté dans la courte section suivante.

Bédaquiline (BDQ) et delamanide (DLM)

Deux nouveaux médicaments sont apparus au cours des huit dernières années et ont considérablement modifié la façon dont nous pouvons traiter la TB-RR/MR. Ces médicaments sont très actifs contre le MTB et jouent désormais un rôle important dans la prise en charge de ces patients. Malheureusement, dans de nombreux endroits, l'accès à ces médicaments reste difficile.

Leurs effets secondaires sont détaillés dans les tableaux ci-dessous, mais il faut noter ce qui suit concernant leur utilisation avec les ARV. La BDQ peut être administrée avec la NVP, mais pas avec l'EFV. La BDQ peut également être administrée avec le LPV/r, mais une surveillance plus étroite s'impose en raison

d'un risque accru d'effets indésirables. La BDQ et le DLM peuvent tous deux être administrés avec le Dolutégravir, qui représente le premier choix chez les patients atteints de TB-RR/MR.

En ce qui concerne la gamme complète des médicaments disponibles pour la prise en charge de la TB-RR/MR, le tableau 12.8 les présente selon les catégories révisées par l'OMS en 2018 et en 2020. Ce tableau donne également des directives pour une approche globale de la conception d'un régime thérapeutique.

Le tableau 12.9 énumère les différents effets secondaires des médicaments et guide le clinicien quant à leur surveillance et leur prise en charge.

Le tableau 12.10 énumère plusieurs des toxicités qui s'ajoutent à d'autres et qui doivent être prises en compte, en particulier chez les patients sous TARV.

Régimes thérapeutiques



Depuis 2019, l'OMS recommande des régimes exclusivement par voie orale pour les patients atteints de TB-RR/MR, l'utilisation d'agents injectables n'étant envisagée que dans des cas très spécifiques chez des patients dont les options de traitement sont limitées (voir le paragraphe ci-dessous).

Il existe principalement deux types de traitement recommandés pour un usage courant chez les patients atteints de TB-RR/MR :

- Un régime personnalisé de longue durée
- Un traitement standard plus court, uniquement par voie orale.

Il existe certains critères d'éligibilité pour les régimes per os plus courts qui sont expliqués dans le paragraphe ci-dessous, mais aussi de nombreux aspects méthodologiques importants à prendre en considération lors du choix entre un régime plus court et un régime plus long.

Vous trouverez tous les détails dans les lignes directrices 2020 de l'OMS sur le traitement de la TB-RR/MR et dans le manuel d'accompagnement 2020 de l'OMS sur le traitement de la TB-RR/MR.

Nous présentons ici quelques éléments généraux relatifs à ces deux options.

Régime standard plus court, par voie orale

Le régime court exclusivement en prise orale est le premier choix chez les patients atteints de TB-RR/MR dans les situations suivantes :

- résistance aux fluoroquinolones exclue;
- pas de résistance ou de suspicion d'inefficacité d'un médicament devant être utilisé dans le régime plus court (sauf résistance à l'isoniazide);
- pas d'exposition antérieure de plus d'un mois à des médicaments de seconde ligne (sauf si la sensibilité à ces médicaments est confirmée);
- pas de maladie tuberculeuse avancée, ni de TBEP grave;

- pas chez les femme enceintes ;
- pas chez les patients en dessous de l'âge de 6 ans.

Le régime standard plus court recommandé par l'OMS est le suivant :

- Phase initiale : 4–6 mois Bdq(6 mois)-Lfx-Cfz-Z-E-Hh-Eto
- Phase d'entretien : 5 mois de Lfx-Cfz-Z-E

Le régime peut être résumé comme suit : 4–6 Bdq(6 m) -Lfx-Cfz-Z-E-Hh-Eto / 5 Lfx-Cfz- Z-E

La recherche avance rapidement, essayant de trouver de nouveaux régimes plus courts qui soient efficaces et sûrs. De nombreuses études sont en cours et nous espérons que de nouvelles solutions seront disponibles dans les années à venir. L'un des régimes récemment approuvé par l'OMS pour une utilisation exclusive dans des conditions de recherche opérationnelle chez les patients atteints de TB-RR/MR ET de résistance aux fluoroquinolones est le BPaL. Ce régime a été étudié dans le cadre de l'essai NIX-TB. De plus amples informations sont disponibles dans les directives de l'OMS. Si votre projet envisage d'utiliser le BPaL ou d'explorer l'introduction, dans le cadre de recherches opérationnelles, de nouveaux schémas thérapeutiques oraux plus courts, discuter avec votre conseiller TB des options possibles.

Régime individualisé plus long

Les patients qui ne sont pas éligibles pour le régime court tout-oral (voir paragraphe suivant) devraient recevoir un régime individualisé plus long, qui doit être conçu en fonction des particularités du patient, de la probabilité de l'efficacité des médicaments ainsi que d'autres éléments, tels que la disponibilité des médicaments, le risque de toxicité et d'interactions médicamenteuses, entre autres.

Le régime plus long doit contenir au moins 4, et dans certains cas au moins 5, des médicaments supposés efficaces. Le tableau 12.8 présente les médicaments recommandés pour construire un régime individualisé et quelques principes de base pour le choix des médicaments nécessaires à l'élaboration d'un régime efficace.

Considérer que les groupes sont basés sur les preuves d'efficacité, avec le groupe A contenant les médicaments les plus puissants et les plus efficaces, et le groupe C contenant ceux qui sont moins efficaces ou pour lesquels il y a moins de données disponibles. Par exemple, le Delamanide est dans le groupe C parce qu'il a été moins utilisé que d'autres médicaments et qu'il y a donc moins de données.

Recommandation générale : Chez les patients atteints de TB-RR/MR traités par des régimes plus longs, les trois agents du groupe A et au moins un agent du groupe B doivent être inclus pour garantir que le traitement commence avec au moins quatre agents antituberculeux susceptibles d'être efficaces. Si la bédaquiline est arrêtée (généralement à 6 mois, mais il est maintenant clairement établi que cela n'est plus nécessaire), il reste alors au moins trois agents pour la fin du traitement. Si seuls un ou deux agents du groupe A sont utilisés, les deux agents du groupe B doivent être inclus. Si le régime ne peut être composé uniquement avec des agents des groupes A et B, compléter avec des agents du groupe C.

Tableau 12.8 Classification des médicaments utilisés dans le traitement de la TB-RR/MD en régime long

Ce tableau énumère les différents antituberculeux utilisés, la façon dont l'OMS les a classés ainsi qu'une approche globale pour concevoir un schéma thérapeutique individualisé long pour le traitement de la TB-RR/MR.

Groupe A. Inclure les trois médicaments (à moins qu'ils ne puissent être utilisés)	Lévo fl oxacine OU Moxif l oxacine Béda q uiline Liné z olide	Lfx Mfx Bdq Lzd
Groupe B. Ajouter les deux médicaments (à moins qu'ils ne puissent pas être utilisés)	Clof az amine Cyclosérine OU Térizidone	Cfz Cs Trd
Groupe C. Ajouter pour compléter le régime et lorsque les médicaments des groupes A et B ne peuvent pas être utilisés	Ethambutol Delaminide Pyr az inamide Imipénème-cilastatine OU Méropénème Amikacine OU Streptomycine Ethionamide OU Prothionamide Para-amino-salicylic acid	Emb Dlm PZA Ipm-Cln Mpm Am (S) Eto Pto PAS

Mise à jour du tableau 12.9 :

Tableau 12.9 Traitements TB-RR/MR, effets secondaires et surveillance

Notes

- Pour des références plus détaillées, voir le guide 2020 de l'OMS *Companion Handbook* sur la TB-RR/MR (<https://samumsf.org/en/ressources/tb/tb>) et les directives cliniques de la version 4.0 de endTB (<https://samumsf.org/en/ressources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>)
- 40 % des patients atteints de TB-RR/MR présentent des troubles gastro-intestinaux ; les effets secondaires psychiatriques ne sont souvent pas signalés.

Médicaments	Effets secondaires	Surveillance	Prévention	Prise en charge
Isoniazide	Neuropathie périphérique ; Troubles psychiatriques, surtout à des doses élevées ; Toxicité hépatique.	Symptomatique	Pyridoxine 25 mg par jour pour prévenir la neuropathie périphérique.	Voir les ouvrages de référence/lignes directrices de l'OMS et de endTB.
Pyrazinamide	Toxicité hépatique ; Arthralgie ; Augmentation de l'acide urique.	Comme le traitement est prolongé pendant plus de 2 mois dans la TB-RR/MD, surveiller les SGPT tous les mois pendant toute la durée du traitement.		Voir les ouvrages de référence/lignes directrices de l'OMS et de endTB.
Ethambutol	Névrite optique se manifestant par une baisse de l'acuité visuelle ou un daltonisme.	Questionner le patient sur sa vision à chaque occasion.		Arrêter le médicament. Voir les ouvrages de référence/lignes directrices de l'OMS et de endTB.
Ethionamide/ Prothionamide	Effets secondaires gastro-intestinaux courants (nausées, anorexie) ; Hypothyroïdie ; Neurotoxique.	Surveiller la TSH et la T4 à 6 mois et ensuite selon les besoins		À prendre avec de la nourriture au coucher ; Dose pouvant être fractionnée et administrée deux fois par jour ; Si TSH > 10, vérifier la T4, si elle est basse, donner 0,05-0,1 mg de thyroxine par jour. Voir les ouvrages de référence/lignes directrices de l'OMS et de endTB.
Lévofloxacine	Nausées et diarrhées ; Maux de tête et vertiges.	Aucune		

Médicaments	Effets secondaires	Surveillance	Prévention	Prise en charge
Moxifloxacine	Nausées et diarrhées ; Maux de tête et vertiges ; Peut provoquer un allongement de l'intervalle QTc.	Symptomatique.		
Cyclosérine	Psychiatrique/Neurologique : Anxiété, dépression, confusion, psychose, vertiges, somnolence, troubles de la parole, paresthésies, convulsions ; Neuropathie périphérique.	Rechercher ces symptômes à chaque consultation, en particulier la dépression et les idées suicidaires.	Donner 50 mg de B6 pour chaque 250mg de Cs, jusqu'à un maximum de 150 mg par jour.	Voir les ouvrages de référence/lignes directrices de l'OMS et de endTB.
Kanamycine/ Amikacine/ Capréomycine	Néphrotoxique ; ototoxique ; Peut entraîner des déséquilibres électrolytiques avec des déficits en K, Mg et Ca, mais moins marqués avec la Kanamycine et l'Amikacine qu'avec la Capréomycine.	Créatinine mensuelle ; Audiométrie ou évaluation de l'audition mensuelle ; Kaliémie mensuelle, dosage du Ca et du Mg si la kaliémie est basse.		Voir les ouvrages de référence/lignes directrices de l'OMS et de endTB.
PAS	Effets secondaires gastro-intestinaux : nausées, vomissements, diarrhée ; Hypothyroïdie réversible.	TSH et T4 à 6 mois puis à chaque fois que nécessaire		Voir les ouvrages de référence/lignes directrices de l'OMS et de endTB.
Clofazamine	Hyperpigmentation de la peau ; intolérance gastro-intestinale ; Allongement de l'intervalle QTc à l'ECG.			Traitement symptomatique ; A prendre en mangeant. En cas d'allongement de l'intervalle QTc, voir endTB Clinical Guidelines, Version 4.0
Linéゾレ	Myélosuppression; Nausées, diarrhées; Neuropathie optique ; Neuropathie périphérique (NP) Interactions médicamenteuses avec les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine); pouvant conduire à un syndrome sérotoninergique; Acidose lactique.	NFS mensuelle ; surveiller régulièrement de l'acuité visuelle.		

Médicaments	Effets secondaires	Surveillance	Prévention	Prise en charge
Bédaquiline	Nausées, céphalées, arthralgies ; Allongement de l'intervalle QTc à l'ECG Le métabolisme par voie enzymatique CYP3A4 entraîne des interactions médicamenteuses avec les ARV ; par conséquent : • Peut être utilisé en toute sécurité avec le DTG • Ne pas utiliser avec l'EFV • Peut être utilisé avec NVP et LPV/r, mais avec prudence ; Prudence avec d'autres médicaments responsables d'allongement de l'intervalle QTc - cfz ou mfx	ECG de référence, puis à 2 semaines, puis mensuellement ; Bilan électrolytique de référence (K, Ca, Mg) à renouveler en cas d'allongement de QTc ; Surveiller SGPT et bilirubine.		Arrêter BDQ si QTc > 500 msec ; En cas d'allongement de QTc, voir <i>endTB Clinical Guidelines</i> , Version 4.0. Arrêter si bilirubinémie >2x la limite normale supérieure ou SGPT > 5 x la limite normale supérieure (voir pages 344-349)
Delamanide	Nausées, céphalées, vertiges ; Risque modéré d'allongement de l'intervalle QT.	ECG et bilan électrolytique de référence, puis surveillance régulière.		Veuillez-vous référer au <i>endTB Clinical Guidelines</i> , Version 4.0 pour les détails importants

Mise à jour du tableau 12.10:

Tableau 12.10 Effets secondaires croisés des thérapies antituberculeuses et antirétrovirales et toxicités supplémentaires qui y sont liées

(Note : les médicaments les plus fortement associés aux effets secondaires apparaissent en caractères gras).

Abréviations utilisées dans ce tableau :

BDQ – bédaquiline , Cm – capréomycine, Cs – cyclosérine, E – éthambutol, Eto – éthionamide, Gfx – gatifloxacine, H – INH, Km – kanamycine, LZD – linézolide, PAS –acide para-amino salicylique ,Pto – prothionamide, Rfb – rifabutine, RTV – ritonavir, Trd - Terizidone, Z – PZA

Toxicité	ARV	Antituberculeux	Commentaires
Toxicité du système nerveux central (SNC) - neurologique et psychiatrique.	EFV	Cs, Trd, LZD, H, Eto/Pto, Fluoroquinolones, DLM chez les enfants	Actuellement, il existe peu de données sur l'utilisation de l'EFV avec Cs ; l'utilisation simultanée est une pratique acceptée avec une surveillance fréquente de la toxicité du SNC. Les psychoses franches sont rares avec l'EFV seul.
Dépression	EFV	Cs, Trd, Fluoroquinolones, H, Eto/Pto	Une dépression sévère peut être observée chez les patients sous EFV et Cs ou Trd. Si c'est le cas, remplacer ces 2 médicaments. La situation socio-économique difficile de nombreux patients atteints de maladies chroniques peut également contribuer à la dépression.
Maux de tête	AZT, EFV, DTG, RAL	Cs BDQ	Éliminer les causes plus graves de céphalées telles que la méningite bactérienne à cryptocoques, la neurotoxoplasmose, etc. L'utilisation d'analgésiques (ibuprofène, paracétamol) et une bonne hydratation peuvent aider. Les céphalées secondaires à l'AZT, l'EFV, le RAL, le DTG et le Cs s'arrêtent généralement spontanément. Les céphalées ont été rapportées comme l'un des effets indésirables les plus fréquents (> 10%) dans les essais cliniques contrôlés avec BDQ.
Nausées et vomissements	RTV, d4T, NVP, et la plupart des autres médicaments	Eto/Pto, PAS, H, E, Z Z et autres BDQ	Les nausées et les vomissements sont des effets indésirables courants et peuvent être pris en charge selon les modalités décrites au Chapitre 11 du Manuel 2014 de l'OMS sur la TB -RR/MR. Les vomissements et les douleurs abdominales persistants peuvent être dus à une hépatite médicamenteuse (voir Chapitre 16).
Douleurs abdominales	Toutes les TARV ont été associées à des douleurs abdominales	Eto/Pto, PAS	La douleur abdominale est un effet indésirable courant et souvent bénin.Cependant, la douleur abdominale peut être un symptôme précoce d'une hépatite d'origine médicamenteuse (voir Chapitre 16).

Toxicité	ARV	Antituberculeux	Commentaires
Diarrhée	Tous les IP	Eto/Pto, PAS, Fluoroquinolones	La diarrhée est un effet indésirable fréquent. Penser également aux causes infectieuses de la diarrhée (voir Chapitre 15)
Hépatotoxicité	NVP, EFV, tous les IP (RTV >plus que les autres IP)	H, R, E, Z, PAS, Eto/ Pto, Fluoroquinolones BDQ	Suivre les recommandations relatives au traitement de l'hépatotoxicité (voir Chapitre 16), en se rappelant que le cotrimoxazole peut également en être la cause. La BDQ et d'autres médicaments utilisés pour traiter la TB peuvent entraîner une toxicité hépatique. Si les élévations des aminotransférases sont accompagnées d'une élévation de la bilirubine totale > 2 x à la LSN, ou si les élévations des aminotransférases sont > 5 x à la LSN, ou si les élévations des aminotransférases persistent au-delà de 2 semaines, la BDQ doit être arrêtée.
Éruptions cutanées	ABC, NVP, EFV et autres	H,R, Z, PAS, Fluoroquinolones, et autres	Ne pas réutiliser l'ABC (peut entraîner une anaphylaxie potentiellement mortelle). Ne pas réutiliser non plus un médicament ayant provoqué un syndrome de Stevens-Johnson. Considérer également le cotrimoxazole comme une cause possible d'éruption cutanée s'il est prescrit au patient.
Toxicité rénale	TDF (rare)	Aminoglycosides	Le TDF peut provoquer des lésions rénales chez environ 1% des utilisateurs. Comme il existe également un risque de toxicité avec les aminoglycosides, le TDF est généralement remplacé par l'AZT ou l'ABC lorsqu'un aminoglycoside est utilisé. Ne pas oublier d'adapter les médicaments antituberculeux concernés en cas d'insuffisance rénale (voir le tableau 17.1 du Chapitre 17).
Myélosuppression	AZT	LZD, R, Rfb, H	Surveiller régulièrement la NFS. Remplacer l'AZT si une myélosuppression se développe. Envisager l'arrêt du LZD. Considérer également le cotrimoxazole comme une cause possible s'il fait partie du traitement. Envisager l'ajout de suppléments d'acide folinique, en particulier si le patient reçoit du cotrimoxazole (voir également le Chapitre 18).
Névrite optique	DDI	E, Eto/Pto (rare)	Arrêter définitivement le médicament responsable de névrite optique et le remplacer par un médicament qui ne la provoque pas.
Dysglycémie (trouble de la régulation de la glycémie)	Inhibiteurs de protéase	Gfx, Eto/Pto	Les inhibiteurs de la protéase ont tendance à provoquer une résistance à l'insuline et une hyperglycémie. L'Eto / Pto rendent le contrôle de l'insuline chez les diabétiques plus difficile et peuvent être responsables d'une régulation altérée du glucose (hypoglycémies entre autres). Pour cette raison, La gatifloxacine n'est plus recommandée dans le traitement de la tuberculose.

Page 284

Mise à jour de la
section :

Points clés

- La tuberculose pharmacorésistante est un problème croissant à l'échelle mondiale, avec un impact potentiel énorme sur les patients et les systèmes de santé.
- Contrairement à la résistance au VIH, qui se développe principalement en raison d'une mauvaise observance du traitement, la grande majorité des cas de tuberculose résistante sont transmis d'une personne à l'autre.
- Chez le patient séropositif, il est particulièrement important de la reconnaître et de la diagnostiquer rapidement, puis de commencer le traitement le plus tôt possible.
- Il est maintenant recommandé que tout traitement de la TB-RR/MR se fasse uniquement par voie orale et que les agents injectables soient progressivement abandonnés. L'amikacine ne devrait être utilisée que pour les patients n'ayant pas d'autres options et si la sensibilité à cette molécule est confirmée.
- Les médicaments utilisés présentent de nombreux effets secondaires potentiels, et on observe d'importants chevauchements de toxicité entre les ARV et les médicaments antituberculeux.
- Le risque de non adhérence est élevé, il est donc important d'assurer une surveillance étroite tout au long du traitement, et de détecter et prendre en charge rapidement les effets secondaires.

← [Retour au texte](#)

Chapitre 13. Pathologies respiratoires

Page 292

Ajout d'une note
à "Pneumonie"
dans le tableau
13.1 :

Pneumonie COVID-19

- Au moment de la rédaction de ce document, l'évolution future de la pandémie de COVID-19 est inconnue, et tous les établissements de santé doivent rester vigilants, à la fois pour s'assurer que les patients reçoivent rapidement les soins appropriés et pour prévenir la transmission au personnel et aux autres patients.
- Les infections asymptomatiques sont courantes ; une minorité de patients nécessite des soins médicaux ou une hospitalisation.
- Les facteurs de risque de gravité et de mortalité de la COVID-19 sont l'âge, le diabète, l'hypertension et l'obésité. L'infection par le VIH et la TB augmentent les risques, mais dans une moindre mesure.
- Les caractéristiques cliniques de la COVID-19 sont les suivantes :
 - Infection respiratoire aiguë sévère :
 - Le plus souvent : toux, dyspnée, fièvre, perte du goût ou de l'odorat
 - À l'examen clinique : la fréquence respiratoire peut être élevée ou normale et la saturation en oxygène basse chez des patients qui ne se sentent pas essoufflés - patients "hypoxiques heureux"
 - La RxT présente des infiltrats périphériques en verre dépoli, généralement bilatéraux
 - Les embolies pulmonaires sont fréquentes
 - Le test COVID-19 doit être réalisé conformément aux protocoles locaux et dans le respect des règles de prévention des infections. À l'heure actuelle, il n'existe pas de tests rapides disponibles sur le lieu des soins (PoC), c'est donc la présomption clinique qui guide la prise en charge initiale.
 - Les patients ayant besoin d'oxygène doivent être hospitalisés en urgence. Il n'existe actuellement aucun traitement curatif ; le traitement de support comprend des corticostéroïdes pour une durée de 10 jours (dexaméthasone 6 mg par jour en IV/po ou prednisone 40 mg par jour) et une thromboprophylaxie selon les protocoles locaux. Si possible, commencer le traitement tout en organisant le transfert à l'hôpital.
 - Il n'est pas toujours facile de distinguer la PCP e de la pneumonie à COVID-19.
 - La COVID-19 est présente quel que soit le taux de CD4, mais la PCP est généralement associée à un taux de CD4 <200
 - La fréquence respiratoire est généralement élevée dans la PCP et la dyspnée fréquente : dans le cas de la COVID 19 les patients avec une hypoxie peuvent ou non avoir une fréquence respiratoire normale et ne pas présenter de dyspnée

- Les infiltrats en verre dépoli sont généralement centraux dans les cas de PCP et périphériques dans les cas de pneumonie à COVID-19, mais il n'est pas toujours facile de les distinguer
- En cas de doute chez les patients suspects d'infection à COVID-19, les traiter pour une PCP lorsque leur taux de CD4 <200
- Toujours rechercher la tuberculose : les personnes atteintes de TB non traitée peuvent également être atteintes de COVID-19, les deux maladies peuvent donc coexister
- Les antibiotiques systématiques ne sont **pas indiqués** : La COVID-19 est une infection virale et la surinfection bactérienne est rare. Ne donner des antibiotiques que s'il y a une indication spécifique à le faire.

← Retour au texte

Page 294

Mise à jour du
dernier point de la
section :

Y a-t-il une possibilité de prise en charge en ambulatoire ?

- ...actions à entreprendre, s'ils venaient à se présenter.
 - Chez les adultes allergiques au CTX :
 - Obtenir plus de détails sur la nature de l'allergie et s'il existe un risque vital.
 - Transférer le patient à l'hôpital, où le traitement par clindamycine 600 mg 4x/jour + primaquine 15-30 mg/jour pendant 21 jours peut être utilisé.
- (Rectification : Les doses de clindamycine et de primaquine sont correctes mais elles doivent être administrées pendant 21 et non 14 jours.)**

← Retour au texte

Page 297

Ajout de 2 points
dans la section :

Notes concernant l'algorithme 13.1

- ...à base d'azithromycine pour les pneumonies atypiques
- En supplément :
 - Les RxT jouent un rôle important. A faire idéalement pour:
 - Tous les patients présentant des symptômes respiratoires, particulièrement s'il y a des signes de gravité ;
 - Diagnostiquer pneumothorax et épanchement pleural souvent passés inaperçus sans RxT.
 - L'hémoptysie est une urgence médicale. Poser une perfusion, administrer un antitussif (codéine, morphine ou diazépam) et transférer le patient à l'hôpital. La TB en est la cause la plus fréquente chez les PVVIH. Ne pas demander d'échantillon de crachat car cela pourrait déclencher une hémoptysie massive et un choc hémorragique.
 - Ne pas donner des antibiotiques sans avoir une indication claire et pertinente...

← Retour au texte

Chapitre 14. Pathologies neurologiques

Page 306

Mise à jour de l'Algorithme 14.2 :

Algorithme 14.2 Pathologies neurologiques les plus fréquentes

Les "trois grandes" infections opportunistes du SNC : les rechercher chez tous les patients.

Méningite à cryptocoque

- Maux de tête, symptômes de méningite ou altération du niveau de conscience.
- Signes neurologiques focaux : ophtalmoplégie et troubles de la vision sont fréquents.

Investigations :

- CD4 bas (généralement <100)
- CrAg positif (LCR)

Traitement :

- Amphotéricine B et fluconazole (ou fluconazole si flucytosine non disponible) - voir le guide hospitalier pour le protocole ;
- Sont essentielles : Mesure de la pression intra crânienne et PL thérapeutique ;
- Protocole complet : Voir méningite à cryptocoques, page 309.

Toxoplasmose

- Réactivation de la maladie latente responsable d'une lésion avec effet de masse.
- Toutes anomalies neurologiques : symptômes localisés, tous types d'altération mentale

Investigations :

- IgG de la toxoplasmose positif (si disponible)
- Ceci montre une exposition précédente mais qui ne confirme pas une réactivation.

Traitement :

- Traiter si CD4 <200 et en cas de symptômes neurologiques ;
- Cotrimoxazole 400 mg/80 mg 1 comprimé par 8 kg de poids, donné en 2 doses séparées pendant 1 mois ;
- Donner ensuite une 1/2 dose pendant 3 mois puis continuer avec des doses préventives normales.

Il devrait y avoir une réponse rapide dans les 14 jours suivant le début du traitement.

Tuberculose

- Méningite
- Tuberculome : lésion avec effet de masse, responsable de symptômes d'encéphalite et de signes neurologiques focaux.

Investigations :

- PL - prédominance de lymphocytes, taux élevé de protéines, faible taux de glucose (cependant, la PL peut être normale) ;
- GeneXpert peut être positif sur le LCR centrifugé ;
- Rechercher des signes de TB ailleurs : TB LAM, microscopie des crachats, RxT, échographie abdominale.

Traitement :

- Traiter pour une TB cérébrale s'il existe des signes neurologiques anormaux et des signes de TB sur d'autres organes, ou si les CD4 sont <200.
- On ne peut pas distinguer la tuberculose cérébrale de la toxoplasmose cérébrale sur des symptômes cliniques. Traiter les 2 si les CD4 sont <200.
- Traitement : antituberculeux + stéroïdes : prednisone 1.5 mg/kg/jour pour 6 à 12 semaines selon la réponse clinique.

Autres causes infectieuses fréquentes

Malaria

- Test rapide de dépistage du malaria positif ;
- Frottis sanguin positif si le test rapide n'est pas disponible ;
- La malaria peut ne pas être la seule cause d'une altération de l'état mental chez un patient ayant un taux faible de CD4.

Neurosyphilis

- VDRL du LCR positif
- Un test sanguin rapide positif avec des signes cliniques en faveur de cette pathologie

A noter que le test rapide n'est pas validé pour le LCR

Méningite bactérienne

- Augmentation des GB du LCR avec > 80% de neutrophiles
- Les organismes bactériens peuvent être vus au microscope ;
- Si la PL est effectuée après antibiothérapie, les organismes bactériens sont rarement visibles et le nombre de GB peut être diminué.

Ne pas oublier la trypanosomiase en zones endémiques : faire microscopie du LCR pour recherche du parasite

Suite à la page suivante...

Suite de la page précédente...

Autres causes liées au VIH

Démence associée au VIH (DAV) :

- Généralement CD4 <200
- Démence d'installation lente et progressive suite à l'infection chronique du cerveau par le VIH, se présentant typiquement sous 3 formes :
 1. Altération de la mémoire à court terme et ralentissement de la concentration et des facultés cognitives ;
 2. Changement de comportement, apathie, repli sur soi, irritabilité et dépression ;
 3. Altérations motrices sous formes de tremblements, fatigabilité au niveau des jambes, ataxie et symptômes type parkinson.

Un tel diagnostic se fera après exclusion des autres pathologies citées dans cet algorithme et sera étayé par un **test IHDS** (International HIV dementia scale) positif (tableau 14.1). Les ARV sont le traitement de choix bien que la maladie ne soit pas toujours réversible.

Les autres causes rares incluent l'encéphalopathie à CMV, la leucoencéphalopathie multifocale progressive (LMP) et le lymphome primaire du SNC.

Causes non infectieuses

- Accident vasculaire cérébral (AVC):

Se présente généralement sous la forme d'une atteinte neurologique focale, mais un AVC important peut se manifester par une altération de l'état de conscience. Les causes les plus fréquentes sont l'hypertension et le diabète.

- Affections métaboliques - voir Algorithme 14.1.
- L'EFV peut provoquer des désordres d'ordre neurologique aussi bien au début qu'à la fin du traitement :
 - Au début : au cours des 6 premières semaines de traitement : vertiges, insomnie, cauchemars, psychose
 - Plus tard, environ 2 ans après le début du traitement : ataxie (trouble de la coordination des mouvements) et symptômes psychiatriques - pouvant s'accompagner d'une perte de poids

Cela est dû à des taux sanguins toxiques d'EFV - certaines personnes métabolisent lentement l'EFV, ce qui conduit à une accumulation toxique. Les patients ont généralement une bonne observance de leur traitement ARV à base d'EFV et ont une CV supprimée.

Diagnostic : Faire marcher les patients fait partie de l'examen neurologique de base. Tous les patients ayant des troubles de la marche doivent être hospitalisés en urgence afin d'exclure d'autres causes.

Prise en charge : Arrêter l'EFV et passer au DTG - et ne jamais reprendre l'EFV. Le rétablissement peut prendre 2 mois ou plus.

Page 308 Mise à jour de l'Algorithme 14.3 :**Algorithme 14.3 Présentations cliniques neurologiques : prise en charge et évaluation des urgences****Prise en charge des urgences – traiter en priorité :****Si signes généraux ou crises convulsives :**

- Test glycémique au doigt : si hypoglycémie (<0,8 g/l), traiter immédiatement avec 50ml de dextrose à 50% en perfusion intraveineuse (ou tout autre soluté glucosé hypertonique à disposition) et continuer la surveillance glycémique toutes les heures jusqu'au transfert.
- Test rapide de malaria (si zone endémique ou si le patient a voyagé en zones endémiques, surtout ceux qui reviennent dans leur pays d'origine et qui ignorent qu'ils peuvent ne plus être immunisés).

Si l'état mental d'un patient avec un taux de CD4 bas est altéré, le paludisme n'est pas forcément la seule cause.

- Si le patient présente des crises convulsives à l'admission :
 - Diazépam 10 mg en IV ou par voie rectale pour stopper la crise.
 - Donner une dose de charge d'anticonvulsivants par perfusion IV ; valproate de sodium ou phénytoïne IV - 15-20 mg/kg
 - Mettre le patient en position PLS et s'assurer que les voies aériennes supérieures soient libres ;
 - Masque facial à oxygène si disponible.

Si une méningite bactérienne n'est pas exclue et qu'une PL ne peut être réalisée dans l'immédiat, voir les recommandations en page 310

Antécédents

- Si le patient est inconscient ou qu'il ne peut pas parler, un membre de sa famille ou un accompagnant peut donner des informations utiles.
- Quand les problèmes ont-ils débutés ? Sont-ils apparus soudainement ou progressivement ?

Répondre à ces 2 questions clés :

- Le patient prend-il une TARV ? Si oui, est-il probable qu'il soit en échec de traitement ?
- Le patient prend-il un traitement antituberculeux ? Si c'est le cas, son état s'est-il amélioré dès l'initiation du traitement ? L'adhérence est-elle correcte ?

(Pour ces deux questions, si votre établissement assure le traitement ARV ou antituberculeux du patient, il sera d'une grande aide pour l'hôpital de lui fournir les informations sur le traitement ARV et antituberculeux du patient, le taux de CD4 et les résultats de la CV et, en cas de traitement antituberculeux, de lui préciser si le diagnostic a été confirmé.)

Examen de base

- Le patient est-il bien éveillé, confus ou y a-t-il une altération du niveau de conscience ?
- Examen de base des nerfs crâniens : les mouvements oculaires sont-ils normaux ? Le réflexe pupillaire à la lumière est-il présent ? Le patient voit-il ? La perte de vision est fréquente dans les méningites à cryptocoques mais beaucoup de patients ne jugent pas nécessaire de le signaler.
- Le patient bouge-t-il tous ses membres spontanément ? S'il est conscient, lui demander de lever les 2 bras au-dessus de la tête et de les maintenir ainsi afin de détecter toute faiblesse. Lui demander aussi de lever ses jambes l'une après l'autre, de maintenir une jambe levée pendant que vous exercez une pression sur cette même jambe vers le bas.
- Le patient peut-il s'asseoir et marcher sans aide ? Si c'est le cas, sa marche est-elle normale ou une des jambes est-elle raide ? Risque-t-il de tomber sur un côté ?

Investigations

En supplément des investigations d'urgence, faire, dans la mesure du possible, les tests suivants :

- Taux de CD4 ;
- TB LAM- indiqué pour tous les patients sérieusement malades, y compris les patients avec des troubles neurologiques, indépendamment du taux de CD4 ;
- CrAg sérique ;
- Test rapide de la syphilis ;
- Hémoglobine ;
- Test urinaire à la bandelette ;
- Un test de grossesse pour les femmes en âge de procréer si une grossesse ne peut être exclue (l'éclampsie peut entraîner des crises convulsives graves ou réduire le niveau de conscience.)

Page 312

Mise à jour du
premier point en
dessous du sous-
titre :

← Retour au texte

Quand commencer une TARV efficace ? (voir page 72 et la section IRIS du Chapitre 5)

- **Après une méningite à cryptocoques**, repousser le début de la TARV jusqu'à 4-6 semaines après le début de la thérapie antifongique.
- **Après une TB cérébrale**, repousser le début de la TARV jusqu'à 4-8 semaines après le début du traitement de la TB
- **Après une toxoplasmose...**

Page 313

Mise à jour de la
première partie
de la section -
jusqu'à la fin de
la présentation
clinique :

← Retour au texte

Neuropathie sensorielle périphérique

La neuropathie périphérique (NP) est une pathologie fréquente chez les patients séropositifs, retrouvée chez 1/3 de ceux ayant un taux de CD4 < 200 cellules/ μ l. Les causes sont multiples mais dans les centres de soins primaires, on retiendra les plus courantes.

Présentation clinique

- Une erreur fréquente consiste à qualifier toute faiblesse musculaire de la jambe inférieure de "neuropathie périphérique" et à ne pas approfondir les recherches ou à ne pas envisager des causes sous-jacentes potentiellement mortelles. La neuropathie périphérique typique liée au VIH est une neuropathie sensorielle bilatérale. Elle commence généralement au niveau des pieds et s'étend vers le haut. En cas de faiblesse des membres inférieurs (bilatérale ou unilatérale), le patient doit être hospitalisé en urgence.
- Les patients se plaignent de symptômes variés : fourmillements, sensation de brûlures, froid au niveau des pieds et des jambes, crampes des membres inférieurs.
- S'ils se prolongent, ces symptômes peuvent évoluer vers des troubles moteurs avec un handicap important, dont certains peuvent être irréversibles. Il est donc important de rechercher des signes moteurs à la présentation et, s'ils sont présents, d'orienter le patient.

Chapitre 15. Pathologies gastro-intestinales

Page 332

Mise à jour
de la section
"Traitement" :

Isospora belli

- ...diagnostiquée et traitée.

Traitement:

- En cas de déshydratation sévère ou d'incapacité à marcher sans aide, transférer à l'hôpital ;
- Cotrimoxazole : 4 comprimés de 480 mg 2x/jour pendant 2 semaines ;
- Puis 2 comprimés de 480 mg 2x/jour pendant 3 semaines, continuer à cette dose en cas de récurrence ;
- Enfin dose prophylactique normale à raison de 2 comprimés de 480 mg par jour ;
- En cas d'hypersensibilité au cotrimoxazole, une désensibilisation est généralement possible (voir Annexe 8.2).
- Si la désensibilisation n'est pas envisageable (hypersensibilité menaçant le pronostic vital), traiter avec de la ciprofloxacine 500 mg 2x/jour pendant deux semaines. A ne pas utiliser en prophylaxie continue car cela pourrait conduire à une résistance aux quinolones.

[← Retour au texte](#)

Page 333

Mise à jour du tableau 15.4:

Tableau 15.4 Autres causes de diarrhée chez les patients séropositifs

- Affecte soit le gros intestin soit l'intestin grêle et entraîne des diarrhées avec des selles liquides ou sanglantes ; - Des symptômes digestifs associés sont fréquents comme, par exemple, des douleurs abdominales ou des saignements rectaux.	
Causes	Conseils pour le diagnostic et la prise en charge
Mycobacterie: <i>M tuberculosis</i> et <i>Mycobacterium Avium Complex</i> (MAC). Pas de distinction possible entre les 2 mycobactéries sur la base de signes cliniques.	- Les 2 intestins peuvent être concernés, notamment l'iléon terminal. - Douleur et distension abdominales, saignement rectal parfois. - Les signes cliniques incluent une hépatomégalie, une défense abdominale ou de l'ascite. L'échographie abdominale peut montrer des ganglions lymphatiques et des micro-abcès spléniques. Une pancytopénie peut également être observée, fréquente dans les infections à MAC comme à MTB avec un taux de CD4 bas. - Pourrait être la manifestation d'une TB disséminée, qu'il faut rechercher. - Si un patient dont le taux de CD4 est <100 (généralement <50) présente une diarrhée chronique et n'a pas répondu au traitement contre l'Isospora, commencer un traitement pour une infection à MAC (azithromycine 500 mg par jour et éthambutol à la même dose que pour une infection à MTB, pendant 12 mois). - Noter que pour les infections à MAC -le TB LAM peut être positif mais l'Xpert MTB/RIF négatif ; toutefois, cette combinaison de résultats peut également se produire avec MTB, et ne confirme donc pas l'existence d'une infection à MAC.
Virale: CMV (CD4 <100)	- Responsable d'ulcérations de l'intestin grêle et du côlon. - Le diagnostic est généralement posé lorsqu'un patient atteint de diarrhée ou de saignement rectal présente une rétinite à CMV au fond d'œil, ou bien lorsque les centres sont en mesure de réaliser une sigmoïdoscopie et une biopsie. Traitement: valganciclovir.
Sarcome de Kaposi	- Peut toucher l'intestin grêle comme le côlon. - Environ 80% des patients atteints d'un sarcome de Kaposi présentent une atteinte du système digestif ; un SK non diagnostiqué est vu le plus souvent en post-mortem. - Généralement, il n'y a pas de symptômes spécifiques de l'atteinte digestive. Chez les patients atteints de SK et d'anémie, une atteinte du système digestif est probable. Traitement: Chimiothérapie en urgence et TARV efficace.
Lopinavir/ritonavir	- Les symptômes gastro-intestinaux sont fréquents, en particulier la diarrhée aqueuse et les douleurs abdominales. - Si d'autres causes sont exclues, il est possible d'administrer du lopéramide. - Changer pour le dolutégravir s'il est disponible ; si le patient est également sous traitement anti-TB, doubler la dose de DTG à 50 mg 2x/jour et si le patient est sous atazanavir/ritonavir, passer de la rifampicine à la rifabutine (voir Chapitre 7).

Chapitre 16. Pathologies hépatiques

Page 346–
349

La mise à
jour remplace
les sections
suivantes :

Prise en charge
d'un DILI ;

Réintroduction ;

Suivi ultérieur.

Lésion hépatique d'origine médicamenteuse (DILI)

DILI : définition - un ou plusieurs des critères suivants :

- SGPT supérieures à 3 fois la limite supérieure de la normale si le patient présente des symptômes (nausées/vomissements, douleurs abdominales)
- SGPT supérieures à 5 fois la limite supérieure de la normale si le patient est asymptomatique.
- Bilirubine supérieure à 40 $\mu\text{mol/l}$ (plus de 2,3 mg/dl).

Note : les GGT et les PAL ne font pas partie de la définition de DILI.

Si les critères de DILI sont remplis – arrêter tous les médicaments susceptibles de provoquer un DILI

- Si les SGPT et/ou la bilirubine sont élevées mais que les critères de DILI ne sont pas remplis, continuer à prendre tous les médicaments et répéter SGPT/ bilirubine après 3 jours.

Quels médicaments doivent être arrêtés ?

Les médicaments antituberculeux :

- La rifampicine, l'isoniazide et la pyrazinamide peuvent tous provoquer un DILI
- L'éthambutol ne provoque pas de DILI, mais ne peut pas être utilisé seul (voir la section "Comment réintroduire un antituberculeux" ci-dessous)

Cotrimoxazole:

- Prophylaxie:
 - Ne pas remplacer par la dapsone
- Traitement des infections opportunistes:
 - Utiliser un traitement alternatif pour la PCP, la toxoplasmose et l'isospore (voir le tableau de dosage des médicaments ci-dessous, page 108)

TARV:

- Efavirenz: le DILI survient généralement après 6 semaines ou avant 6 mois (DILI tardif)
- Lopinavir/ritonavir : survient généralement lors de l'administration d'une double dose avec la rifampicine
 - Dans les deux cas - arrêter en cas de DILI sévère : sinon, passer au DTG - ne pas oublier de changer tout le régime si l'on craint un échec virologique.

- Atazanavir/ritonavir : provoque une hyperbilirubinémie non conjuguée bénigne, il n'est pas contre-indiqué de continuer, mais la plupart des patients préfèrent passer au DTG
- DTG : continuer le traitement, inutile d'arrêter.

Fluconazole, Flucytosine :

- Ils peuvent tous deux provoquer une augmentation légère et transitoire des SGPT, et rarement un DILI. Arrêter dans les circonstances suivantes :
 - Le DILI ne s'améliore pas lorsque les autres médicaments qui peuvent provoquer un DILI sont arrêtés
 - Insuffisance hépatique sévère : hypoglycémie récurrente, INR élevé, encéphalopathie hépatique

Autres médicaments couramment utilisés dans le traitement du VIH avancé (voir www.livertox.nih.gov pour des informations sur les autres médicaments) :

- Arrêter tout autre médicament connu pour être hépato-toxique, utiliser un traitement alternatif :
 - AINS
 - Paracétamol
 - Amoxicilline-acide clavulanique
 - Anticonvulsivants : le risque de toxicité hépatique avec la carbamazépine et le valproate de sodium est plus élevé qu'avec la phénytoïne, le phénobarbital et la lamotrigine.

La réintroduction d'un antituberculeux est-elle indiquée ?

Vérifier le diagnostic de TB :

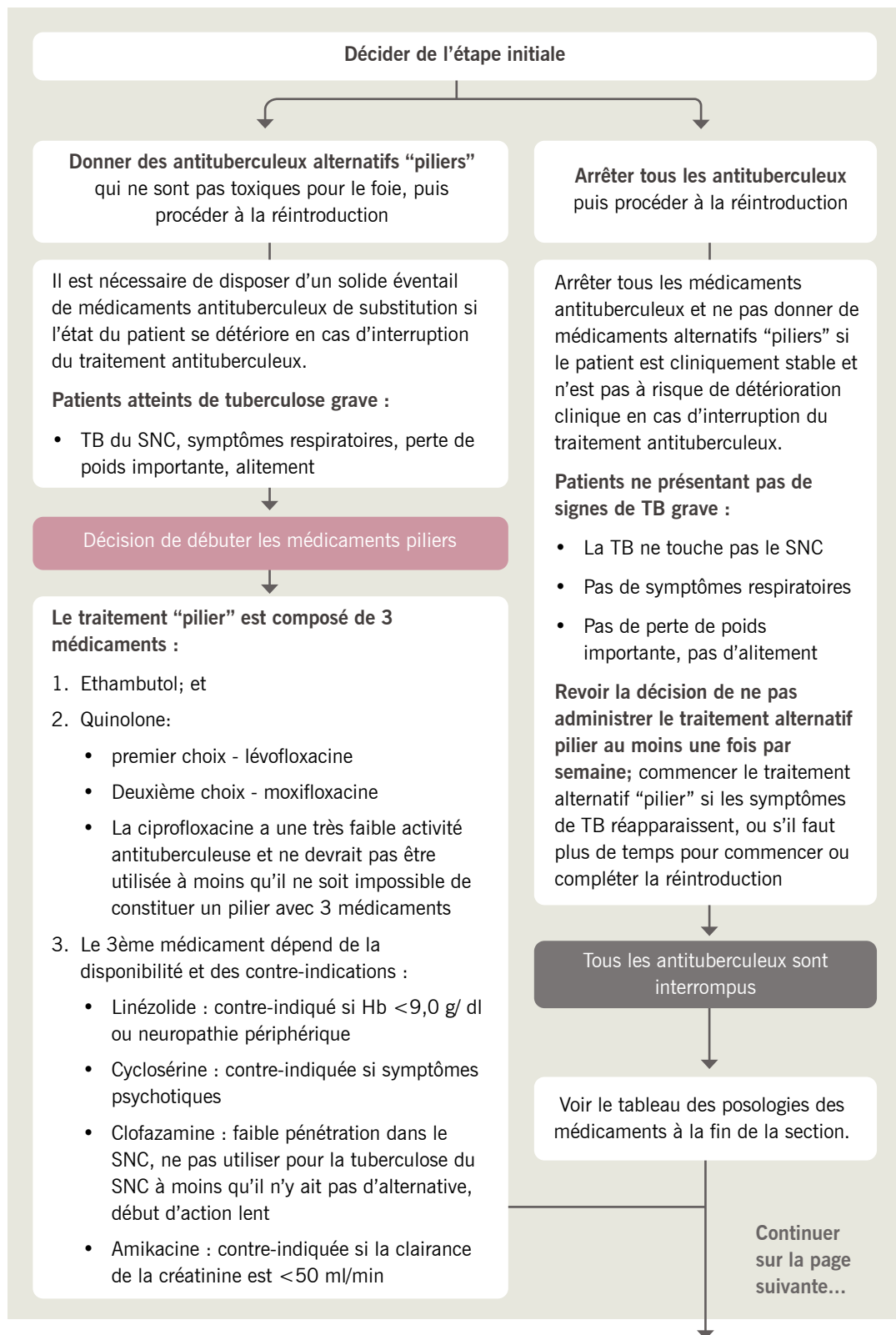
En cas de doute - refaire une recherche de TB et ne pas commencer la réintroduction

- La TB a-t-elle été prouvée par LAM/Xpert MTB/RIF/ frottis de détection des BAAR/ culture ?
- La sensibilité à la rifampicine a-t-elle été prouvée ? Si non - demander Xpert MTB/RIF - échantillons d'expectoration ou autres.
- Si la TB n'a pas été prouvée, mais qu'il y a eu une réponse clinique au traitement de la TB (prise de poids, disparition des symptômes, amélioration de l'anémie, amélioration de la RxT), on peut supposer que le diagnostic de TB est correct.

Quand y a-t-il une contre-indication à la réintroduction ?

- Lorsqu'il existe des preuves cliniques d'une insuffisance hépatique fulminante - nouvelle apparition d'un coma (Score de Glasgow (GCS) ≤ 8), hypoglycémie sévère persistante, signes cliniques évocateurs de coagulopathie (saignement des gencives et aux points de ponction).
- Toujours en discuter (contacter le SAMU si aucun conseiller du projet n'est disponible) : si la réintroduction est estimée contre-indiquée, le patient devra recevoir un traitement composé de médicaments antituberculeux RR/MR - plus long, plus cher, et dont l'approvisionnement peut être difficile.

Comment procéder à la réintroduction d'un antituberculeux



Suite de la page précédente...

* Si seules les SGPT sont élevées au départ et que la bilirubine est normale, ne prendre en compte que les SGPT

Vérifier SGPT/bilirubine tous les 3 jours* – réintroduire le traitement lorsque :

- SGPT < 100 UI/L sans symptômes de pathologie hépatique
- et la bilirubine est normale

Patient prenant des médicaments piliers

Jour 1 de la réintroduction :

- ajouter l'Isoniazide (H)
- continuer l'Ethambutol (E)
- continuer la Lévofloxacine
- arrêter le 3ème médicament

Patient sans médicaments piliers

Jour 1 de la réintroduction- commencer ces deux médicaments :

- Isoniazide
- Ethambutol

Jour 3 Contrôler SGPT/bilirubine

Jour 4 si SGPT/bilirubine inchangées

- Ajouter la Rifampicine (R)
- Continuer l'Isoniazide (H)
- Continuer l'Ethambutol (E)
- Patients prenant des médicaments piliers : arrêter la Lévofloxacine

Donner sous forme de RH (combinaison à dose fixe) plus E

Jour 7 Contrôler SGPT /bilirubine

Jour 8 si SGPT /bilirubine inchangées

- Ajouter la Pyrazinamide**
- Continuer la Rifampicine
- Continuer l'Isoniazide
- Continuer l'Ethambutol

Donner sous forme de RHZE

Augmentation des SGPT et/ou de la bilirubine, voir l'encadré à la fin de ce tableau.

**** Réintroduction de la PZA :**

- N'est pas nécessaire si le patient avait terminé la phase intensive et se trouvait déjà en phase de continuation au moment du DILI
- Si le DILI est prolongé ou très sévère ou s'il y a une nouvelle rechute, éviter la PZA
- Sans PZA, 9 mois de traitement antituberculeux sont nécessaires au lieu de 6 mois

Continuer sur la page suivante...

Suite de la page précédente...

Jour 11 Contrôler les SGPT (et la bilirubine si initialement élevée)**Jour 12** si SGPT/bilirubine inchangées

- Félicitations, tous les médicaments antituberculeux ont été réintroduits !
- Cependant, il existe toujours un risque de récurrence du DILI : contrôler les SGPT (et la bilirubine si initialement élevée) au moins une fois par semaine pendant les 4 semaines suivantes
- Réinstaurer la TARV 1-2 semaines après la fin de la réintroduction de tous les antituberculeux
- S'assurer que le patient a suivi un traitement antituberculeux d'une durée adéquate, c'est-à-dire 2 mois de RHZE et 4 mois de RH : ceci inclut la durée du traitement antituberculeux avant le DILI, mais pas le temps nécessaire à la réintroduction du traitement
- Si une durée plus longue est nécessaire (ex. TB du SNC), ajuster en conséquence

**Les SGPT
et/ou la
bilirubine ont
augmenté,
voir l'encadré
ci-dessous.**

Que faire si les SGPT ou la bilirubine augmentent pendant la réintroduction :

Quel niveau d'augmentation est préoccupant ?

- En général, si les SGPT augmentent à >120 UI/L ou si la bilirubine augmente à $>40 \mu\text{mol/l}$ ($>2.3 \text{ mg/dl}$)

Le dernier médicament ajouté est-il en cause ?

- Pas toujours, mais c'est une bonne première étape
- Arrêter le dernier médicament ajouté
- Pour les patients prenant des médicaments piliers, conserver 3 médicaments dans le régime - il peut être nécessaire de réintroduire le dernier médicament pilier qui a été arrêté
- Pour les patients qui ne prennent pas de médicaments piliers, garder au moins 2 médicaments dans le régime - arrêter tous les médicaments plutôt que de continuer avec un seul
- Répéter SGPT/bilirubine après 3 jours

Si SGPT/bilirubine diminuent à l'arrêt du dernier médicament :

- Lorsque les taux de SGPT/bilirubine sont revenus aux niveaux d'avant la réintroduction, continuer avec le médicament suivant du schéma de réintroduction
- Si les taux de SGPT/bilirubine restent inchangés après 3 jours, continuer avec la réintroduction de tous les médicaments restants

- Si les taux de SGPT/bilirubine restent inchangés après la reprise de tous les autres médicaments, essayer une nouvelle réintroduction avec le médicament qui a échoué la première fois

Si les taux de SGPT /bilirubine n'ont pas diminué :

- Répéter le dosage des SGPT/bilirubine après 3 jours supplémentaires

Si les SGPT/bilirubine augmentent encore malgré l'arrêt du dernier médicament ?

Il se peut que ce ne soit pas le dernier médicament qui soit en cause

- Arrêter le médicament qui vient juste après le dernier médicament réintroduit - et suivre les étapes ci-dessus
- Suivre les étapes 1 ou 2 ci-dessus en fonction des taux de SGPT et de bilirubine

Notes importantes :

- si, à tout moment au cours de la réintroduction, le patient présente des symptômes évocateurs de pathologies hépatiques (nausées, vomissements, douleurs du quadrant supérieur droit), arrêter tous les médicaments faisant l'objet de la réintroduction et reprendre le traitement avec les médicaments piliers ou sans.

Suite de la page précédente...

Réintroduction de médicaments spécifiques**Réintroduction du cotrimoxazole**

- Ne pas réintroduire le cotrimoxazole
- Prophylaxie : Ne pas passer à la dapsone (peut également provoquer un DILI). La prévention des infections opportunistes reposera désormais sur une TARV efficace permettant de supprimer la charge virale et d'augmenter le taux de CD4 >200
- Traitement : Utiliser un traitement de substitution pour la PCP, la toxoplasmose et *Isospora belli* (voir le tableau des posologies des médicaments page 108)

Réintroduction du fluconazole ou de la flucytosine

- Risque généralement faible de DILI : peut être repris s'il a été arrêté précédemment et si un traitement continu est nécessaire
- S'il y a une préoccupation inhabituelle que l'un ou l'autre médicament ait contribué de manière significative au DILI, en discuter avec votre référent du projet (ou SAMU)

Réintroduction de la TARV

- Ne pas réintroduire l'Efavirenz ou la Névirapine : passer au DTG

- Ne pas réintroduire le Lopinavir/ritonavir : passer au DTG ou à un autre IP (Atazanavir/ritonavir, Darunavir/ritonavir)

Autres médicaments

- Lorsque l'on suspecte que d'autres médicaments ont contribué au DILI, en éviter l'utilisation future
- De manière générale, éviter les AINS en cas de VIH avancé
- Si le recours à des anticonvulsivants est nécessaire, la lamotrigine ou le lévétiracétam sont des alternatives au valproate de sodium sans interactions médicamenteuses avec la TARV

Questions fréquentes

Faut-il toujours attendre que les SGPT soient <100 et que la bilirubine soit normale avant de réintroduire le traitement ?

- Il s'agit d'une règle générale, mais pas absolue. Par exemple, si cela prend beaucoup de temps pour que ces paramètres se stabilisent, la réintroduction peut être commencée plus tôt, avec une surveillance étroite. Demander conseil.

Que se passe-t-il si la réintroduction échoue avec un médicament particulier ? Peut-on procéder à une deuxième réintroduction ?

- Oui, une nouvelle réintroduction peut être tentée ; par exemple, si les SGPT augmentent de manière significative avec la rifampicine, et diminuent à son arrêt, et qu'une réintroduction a été réussie avec l'INH et la PZA, une deuxième réintroduction avec la rifampicine peut être tentée - sous réserve d'un suivi étroit.

Si la bilirubine seule est augmentée, faut-il arrêter tous les médicaments antituberculeux ?

- Non, la rifampicine en est la cause la plus fréquente, il faut donc l'arrêter et poursuivre avec HZE.
- La lévofloxacine doit être ajoutée si le patient présente une TB sévère ou une TB du SNC.
- Arrêter le cotrimoxazole si les GGT ou les PAL sont également augmentées, ou si elles ne peuvent être mesurées.
- Contrôler la bilirubine tous les 3 jours : reprendre la rifampicine lorsque la bilirubine est redevenue normale.

La durée du traitement antituberculeux doit-elle être prolongée ?

- Oui, la durée totale du traitement antituberculeux normal doit rester la même, mais le temps écoulé entre l'arrêt du traitement antituberculeux et la reprise du régime normal doit être ajouté à la durée totale du traitement, cela en respectant la durée normale de la phase intensive et de la phase d'entretien pour le patient (c'est-à-dire 6 mois au total et 12 mois en cas de tuberculose du SNC).

Que faire si la réintroduction d'un ou plusieurs médicaments n'a pas été un succès ?

Demander conseil en cas de doute (réfèrent du projet ou SAMU) – les indications suivantes servent de guide :

Médicament retirés	Régime
Isoniazide	6 mois de RZE plus lévofloxacine
Pyrazinamide	2 mois de RHE + 7 mois de RH
Rifampicine	Comme pour la TB résistante à la rifampicine
Réintroduction contre-indiquée : signes cliniques d'une insuffisance hépatique fulminante - nouvelle apparition d'un coma (Glasgow $\leq$ 8), hypoglycémie sévère persistante, signes cliniques de coagulopathie (saignement des gencives, aux points de ponction)	Comme pour la TB-RR/MR : exclure RHZ et utiliser au moins 4-5 des médicaments alternatifs disponibles ; la durée du traitement est identique à celle de la TB-RR/MR- en fonction des moyens disponibles de votre projet et des directives de votre pays. Les médicaments le plus souvent utilisés sont les suivants : Lévofloxacine/linézolide/cyclosérine/clofazamine/éthambutol Contactez le SAMU si l'accès aux médicaments pose problème
Pathologie hépatique chronique (par exemple, cirrhose alcoolique)	En cas de réintroduction longue et difficile - ne viser que la réintroduction de la rifampicine : Rifampicine, éthambutol, lévofloxacine ou cyclosérine pendant 12-18 mois

Guide posologique des médicaments : Posologies adultes des médicaments abordés dans la section DILI

Posologies des antituberculeux simples utilisés dans la TB pharmacosensible	
Rifampicine (R)	10 mg/kg par voie orale 1 fois/jour ; maximum 600 mg / jour
Isoniazide (H)	5 mg/kg par voie orale 1 fois/ jour ; maximum 300 mg/jour
Ethambutol (E)	15 mg/kg par voie orale 1 fois/jour
Pyrazinamide (Z)	25 mg/kg par voie orale 1 fois/jour
Posologies des antituberculeux alternatifs (piliers)	
Lévofoxacine	1000 mg par voie orale 1 fois/ jour
Moxifloxacine	400 mg 1 fois/ jour
Ciprofloxacine (seulement s'il n'y a pas d'alternative, voir le texte)	500 mg par voie orale 2 fois/jour
Linézolide	600 mg/jour par voie orale
Cyclosérine	250 mg par voie orale 2 fois/jour, si plus de 56 kg, 250 mg le matin et 500 mg le soir par voie orale
Clofazamine	200 mg/jour par voie orale ; réduire à 100 mg/jour si utilisation pendant >2 mois
Amikacine	15-20 mg/kg IM 1fois/jour, maximum 1000 mg /jour Plus de 60 ans : 10 mg/kg IM 1fois/jour, maximum 750 mg /jour
Alternatives au cotrimoxazole pour le traitement des infections opportunistes	
Pneumonie à Pneumocystis	
Primaquine	15 mg/jour par voie orale
Clindamycine	600 mg par voie orale 3 fois /jour : en cas d'effets secondaires gastro-intestinaux, réduire à 450 mg par voie orale 3 fois/jour.
Toxoplasmose	
Pyriméthamine	Pyriméthamine 200 mg per os en dose de charge, puis 50 mg per os / jour si <60 kg, ou 75 mg per os / jour si >60 kg
Acide folinique (note : ce n'est pas la même chose que l'acide folique)	15 mg /jour
Clindamycine	600 mg par voie orale 3 fois/jour : en cas d'effets secondaires gastro-intestinaux, réduire à 450 mg par voie orale 3 fois/jour.
Isospora belli	
Ciprofloxacine	500 mg par voie orale 2 fois/jour : 400 mg IV 2 fois/jour en cas de diarrhée grave ou de vomissements graves et de mauvaise absorption
Pyriméthamine plus...	75 mg/jour par voie orale
Plus acide folinique	15 mg /jour par voie orale

Note : la pyriméthamine peut provoquer un DILI lorsqu'elle est associée à la sulfadoxine, mais elle est très rarement responsable d'un DILI seule

Mise à jour du tableau 16.3 :

Tableau 16.3 Hépatites B et C - épidémiologie, transmission, traitement et prévention

	Hépatite B	Hépatite C
Épidémiologie (données de 2016)	240 millions de personnes infectées à travers le monde.	185 millions de personnes infectées à travers le monde.
	650 000 décès par an.	350 000 décès par an.
	Prévalence > 5 % en Afrique subsaharienne - la plus élevée au monde.	Prévalence de 5,3% en Afrique subsaharienne
	4 millions de personnes co-infectées par VIH/VHB	4 à 5 millions de personnes co-infectées par VIH/VHC.
Transmission	• En Afrique subsaharienne, la plupart des transmissions se font par la TME et dans la petite enfance, lorsque les enfants jouent entre eux. • Sécrétions sexuelles et salive • PWID (Consommateur de drogue par injection)	• La voie de transmission la plus importante est l'usage de drogues par voie IV (PWID). • Autres transmissions par voie sanguine : piercing, produits sanguins • Le risque de transmission par voie sexuelle est beaucoup moins élevé que pour le VHB, mais il est plus important chez les personnes séropositives, surtout les HSH.
	L'hépatite B est 10 fois plus infectieuse que l'hépatite C, qui est 10 fois plus infectieuse que le VIH.	
Traitement	Certaines personnes peuvent faire une séroconversion en phase aiguë et être effectivement guéries. En général, le traitement n'est pas disponible, bien que certaines personnes puissent être guéries grâce à l'interféron pégylé.	De nos jours, il s'agit d'une maladie curable.
	Les patients co-infectés par le VIH et l'hépatite B doivent recevoir du TDF et du 3TC. Éviter la monothérapie par 3TC sauf en cas d'insuffisance rénale grave.	Une évaluation spécifique est nécessaire pour choisir le schéma thérapeutique idéal. On s'oriente actuellement vers une combinaison universelle de deux antiviraux à action directe.

	Hépatite B	Hépatite C
Prévention	Dépistage de l'AgHBs partout et chaque fois que cela est possible. Idéalement, devrait être couplé au dépistage du VIH.	Dépistage des anticorps anti-HC lorsque cela est possible selon les directives nationales ou de MSF. Confirmer par un test PCR.
	Vacciner tous les nourrissons selon le programme PEV de routine. Vacciner également tous ceux négatifs pour l'AgHBs. (Voir Chapitre 8.)	Dépister idéalement tous les groupes à haut risque : PWID, personnes tatouées, ceux ayant reçus des soins dentaires ou qui ont donné leur sang dans des conditions d'hygiène médiocre. Dépistage également dans les populations clés.
		Le risque de TME est plus élevé chez les mères séropositives.

[← Retour au texte](#)

Page 356

Mise à jour de
la section :

Prise en charge de l'hépatite B

- Chez les patients **séropositifs au VIH** :

Tous les patients séropositifs au VIH peuvent désormais bénéficier d'un traitement antirétroviral, indépendamment du taux de CD4 et du stade VIH. Cela inclut donc tous les patients co-infectés par le VIH et le VHB. Ce qui est important pour ces patients, c'est qu'ils suivent une TARV qui contient à la fois du **3TC et du TDF**. Ceux-ci doivent donc être inclus dans le régime de première ligne et si un passage à la deuxième ligne est nécessaire, le TDF doit rester dans le régime en tant que troisième INTI (voir **Chapitre 6**, section 10 sur la prise en charge d'un patient atteint d'hépatite B). L'important est d'éviter une monothérapie avec 3TC, car 90% des patients deviendront résistants à cette molécule dans les 5 ans.

En cas d'insuffisance rénale aiguë, il est possible de passer temporairement à l'ABC, puis de revenir au TDF lorsque l'insuffisance s'est résolue. Une résistance au 3TC est peu probable en quelques mois. En cas d'insuffisance rénale chronique, il faut déterminer - parfois avec un soutien plus expérimenté- laquelle des deux affections (hépatique ou rénale) est la plus dangereuse au moment donné :
 - Si l'insuffisance rénale est modérée (à savoir une clairance de la créatinine >30), la dose de TDF peut être ajustée en fonction de la clairance de la créatinine et la fonction rénale doit être contrôlée.
 - Si l'insuffisance rénale est sévère, il serait peu judicieux d'aboutir à une détérioration complète de la fonction rénale avec le TDF tout en gardant l'hépatite B sous contrôle. Dans ce cas, le TDF doit être remplacé par de l'AZT ou de l'ABC et il faudra faire face au risque que le virus de l'hépatite B devienne résistant au 3TC à un moment donné dans le futur.
 - Dans certains endroits, l'entécavir peut être utilisé comme alternative au TDF, mais un autre ARV doit être ajouté, car l'entécavir n'a aucune action contre le VIH.

[← Retour au texte](#)

Chapitre 17. Maladies rénales

Page 369

Mise à jour de
la section :

Prise en charge

Bien que la maladie rénale soit en partie irréversible, de nombreuses mesures peuvent néanmoins être utiles au patient. Selon les ressources locales et les modalités de référence, les patients atteints de maladie rénale chronique doivent être évalués à l'hôpital en interne ou par consultation externe (p. ex. pour une échographie et pour diagnostiquer et prendre en charge toute cause réversible)

1. Il a été démontré que les mesures suivantes ralentissent la progression vers l'IRT :
 - Arrêt du tabac.
 - Amélioration de la prise en charge de l'hypertension.
 - Amélioration de la prise en charge du diabète.
 - Éviter les AINS et autres médicaments néphrotoxiques qui détériorent davantage la fonction rénale.
 - Commencer une TARV, en évitant le TDF et en le remplaçant idéalement par l'ABC ou, si ce n'est pas possible, l'AZT.
2. Ajuster si besoin les posologies des médicaments excrétés par voie rénale (voir le tableau d'ajustement des dosages, Tableau 17.1).
3. Surveiller la créatinine et les urines tous les mois au début, puis tous les six mois lorsque la situation est stabilisée
4. Envisager l'aide d'un clinicien plus expérimenté lorsque la créatininémie dépasse 250 ou que la clairance de la créatinine est inférieure à 30 ml/minute.

← Retour au texte

Chapitre 18. Pathologies hématologiques

Page 384

Mise à jour du
dernier point de
la section :

3. Médicaments :
 - ... patients sont positifs.
 - Le 3TC/FTC (noter que les 2 médicaments sont tellement similaires qu'ils peuvent être considérés comme équivalents) peut provoquer une suppression sévère de la seule lignée des globules rouges. Ceci est très rare et doit être considéré comme un diagnostic d'exclusion. Si toutes les autres causes ont été recherchées et traitées, arrêter le 3TC/FTC. En cas de traitement par TLD, continuer le TDF et le DTG, et ajouter l'AZT lorsque l'Hb est revenue à la normale. Si le patient est traité par TLE : vérifier la CV et passer au TDF/DTG si la CV est <50 ; si la CV est élevée, demander conseil.

← Retour au texte

Page 387

Mise à jour
du premier
paragraphe de
la section :

Ponction lombaire (PL) et thrombocytopénie

Pratiquer une ponction lombaire avec une thrombocytopénie entraîne un risque de saignement épidural. Dans ce cas, une recherche de CrAg dans le sérum uniquement aidera au diagnostic de maladie à cryptocoques. Si le CrAg sérique est positif et que la PL est contre-indiquée, traiter pour une méningite à cryptocoques s'il y a des symptômes/signes neurologiques.

← Retour au texte

Recommandations...

Chapitre 19. Santé sexuelle et reproductive

Page 404

Mise à jour de la
section :



Transférer à l'hôpital

Prise en charge

Tout signe de gravité nécessite un **transfert à l'hôpital** :

- Déshydratation ou état de choc ;
- La patiente ne peut pas se déplacer en position debout ;
- Température $>38.5^{\circ}\text{C}$;
- Sensibilité (ou défense) abdominale importante ou masse pelvienne ;
- Saignement vaginal anormal;
- Grossesse (ou tout retard ou absence de règles lorsque les tests de grossesse ne sont pas disponibles) ;
- Fausse couche, accouchement ou avortement récent ; ou
- Masse abdominale.

Prise en charge immédiate, en attendant le transfert à l'hôpital :

- Donner des antibiotiques dès que possible : ceftriaxone 1 g IM ou IV stat métronidazole 400 mg par voie orale stat et azithromycine 1 g en dose unique.
- En cas de déshydratation ou de choc, administrer des solutés IV (NaCl, Ringer lactate ou autre solution cristalloïde isotonique).

Après avoir exclu une infection urinaire (voir page 498), traiter comme pour une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) modérée, à savoir :

- Ceftriaxone 250 mg par IM stat ou céfixime (si la sensibilité est connue) 400 mg PO stat, et
- Doxycycline 100 mg PO toutes les 12 heures pendant 14 jours (en cas de grossesse, érythromycine 500 mg toutes les 6 heures pendant 7 jours), et
- Azithromycine 1 g en dose unique, et
- Métronidazole 400 mg toutes les 8 heures pendant 14 jours (éviter l'alcool).

← Retour au texte

Réévaluer après 3 jours et transférer à l'hôpital en cas d'absence d'amélioration.

Page 412

Mise à jour du tableau 19.7:

Tableau 19.7 Mythes et idées fausses sur la contraception

Mythes et idées fausses	Faits
Les préservatifs bloquent le sperme et rendent les hommes malades.	Ils ne bloquent ni le sperme ni ne causent de maladie. Les préservatifs préviennent les IST et les grossesses.
Le Depo-Provera peut rendre stérile.	Les femmes qui arrêtent d'utiliser le Depo-Provera attendent en moyenne 4 mois de plus pour tomber enceintes que les femmes qui ont utilisé d'autres méthodes. Cela signifie qu'elles tomberont enceintes en moyenne 10 mois après leur dernière injection.
Les pilules contraceptives donnent le cancer.	Les pilules contraceptives protègent contre le cancer des ovaires, de l'endomètre et colorectal. L'incidence du cancer du col de l'utérus est légèrement plus élevée chez les utilisatrices de contraceptifs oraux, mais elle est principalement liée à d'autres facteurs tels que les IST. L'incidence du cancer du sein est également légèrement plus élevée chez les utilisatrices de contraceptifs oraux.
Les DIU sont douloureux pour l'homme pendant les rapports sexuels.	Un DIU correctement positionné ne devrait être ressenti ni par l'homme ni par la femme pendant les rapports sexuels. La plupart des hommes ne sentent pas les fils du DIU pendant les rapports et ils peuvent être coupés plus courts s'ils gênent le partenaire

← Retour au texte

Page 413

Mise à jour du tableau 19.8 :

Tableau 19.8 Contraception hormonale et interactions avec les ARV et les antituberculeux

Méthode	Si utilisée avec l'EFV	Si utilisée avec la rifampicine ou la rifabutine ou certains anticonvulsivants (phénytoïne, phénobarbitone, carbamazépine, lamotrigine)
• Contraception orale combinée (COC) • Patchs • Anneaux vaginaux • POP	Toutes les méthodes : les avantages l'emportent généralement sur le risque théorique ou avéré pour une femme qui préfère cette méthode. Contraceptifs oraux combinés (COC) et pilules de progestérone seule (POP) : une stricte adhérence est essentielle.	• Déconseillés : la rifampicine et les anticonvulsivants (phénytoïne, phénobarbitone, carbamazépine) réduisent l'efficacité contraceptive. • Le valproate n'affecte pas l'efficacité contraceptive mais ne doit PAS être utilisé chez les femmes en âge de procréer (risque de tératogénicité 4 fois plus élevé). Le lévétiracétam est le médicament de choix.

Méthode	Si utilisée avec l'EFV	Si utilisée avec la rifampicine ou la rifabutine ou certains anticonvulsivants (phénytoïne, phénobarbitone, carbamazépine, lamotrigine)
Implants	L'EFV réduit l'efficacité des implants : utiliser des préservatifs pour une protection supplémentaire contre la grossesse.	Très peu d'expérience : ce sont des inducteurs enzymatiques plus puissants que l'EFV. Les directives de l'OMS donnent les mêmes conseils que pour l'EFV ; le depo-provera ou le DIU en cuivre seraient de bonnes alternatives.
Injectables	Depo provera recommandé ; pas d'interactions médicamenteuses. Sayana Press, un nouveau type d'injection disponible pour l'auto-administration. Elle offre 13 semaines de protection contraceptive par dose. Norethisterone-enanthate : comme pour les COC et les autres méthodes de la première ligne du tableau. Femmes séronégatives à risque de contracter le VIH : Certaines données suggèrent que le Depo-Provera pourrait augmenter le risque de contracter le VIH : utiliser des préservatifs pour la protection contre le VIH : consulter les directives de l'OMS pour de nouvelles mises à jour.	
DIU DIU au lévo-norgestrel	Les interactions avec l'éfavirenz, la rifampicine et les anticonvulsivants n'ont pas été étudiées mais sont considérées comme hautement improbables en raison de l'action locale du lévonorgestrel	

← Retour au texte

Page 417

Mise à jour
de la section
"Prévention VIH" :

1. Prévention VIH
- Administrer une prophylaxie post-exposition (PPE) si le patient se présente dans les 72 heures suivant l'événement et s'il est séronégatif.

MSF recommande une PPE à trois médicaments, dont le dolutégravir pour tous les cas de viol.

(Voir **Chapitre 8**, section PPE, page 123 et consulter les directives locales pour les protocoles nationaux.)
 - TDF + 3TC (ou FTC) + dolutégravir 50 mg une fois par jour pendant 28 jours.
 - L'alternative au TDF est l'AZT, et pour le dolutégravir, ce sont l'atazavir/ritonavir (ATV/r) ou le lopinavir/ritonavir (LPV/r) ou le DRV/r ou le RAL

← Retour au texte 2. Prévention de la grossesse...

Chapitre 21. Maladies non transmissibles et VIH

Page 458

Mise à jour de la dernière moitié de la section :

... 6. Dépression

Les MNT prennent une importance croissante dans la prise en charge globale des patients séropositifs, pour les raisons suivantes :

- Le succès de l'accès à la TARV pour un grand nombre de patients a pour résultat une augmentation de la survie jusqu'à un âge avancé, alors même que les MNT y sont plus répandues.

La comparaison des données de 2010 avec les projections pour 2030 a montré que :

- Le pourcentage de personnes séropositives qui auront >50 ans augmentera de 28% à 73% en 2030.
- L'âge moyen des patients séropositifs passera de 43,9 à 65,6 ans.
- Il a été démontré que le VIH lui-même, et de nombreux médicaments utilisés pour le traiter, augmentent l'incidence des MNT, y compris le dolutégravir.

Les cliniciens doivent donc connaître les moyens diagnostiques et la prise en charge des MNT chez les patients séropositifs. De la même façon, il est nécessaire que les responsables de programme VIH intègrent dans leurs plans d'action, la prise en charge des maladies non transmissibles, y compris dans les différents modèles de prestation de services mis en place pour les patients stables sous TARV. Comme il s'agit avant tout d'un guide clinique, l'objectif de ce chapitre est de fournir aux cliniciens les dernières informations cliniques sur les associations entre le VIH et les MNT.

Pour plus d'informations sur la prise en charge des maladies non transmissibles, contacter vos sections MSF respectives ou vous référer aux directives nationales sur les MNT.

← Retour au texte

Page 460–461

Mise à jour de la section :

Recommandations de prise en charge

Directives de l'OMS

Les protocoles PEN et Global HEARTS de l'OMS ciblent les populations suivantes pour l'évaluation et la prise en charge du risque cardiovasculaire global :

- Personnes >40 ans
- Fumeurs
- Personnes atteintes d'obésité
- Personnes avec une hypertension ou un diabète connus
- Personnes aux antécédents de MCV prématurées chez un parent du premier degré
- Personnes aux antécédents de diabète sucré ou de pathologie rénale chez un parent du premier degré



Se référer aux directives de l'OMS

← Retour au texte

Page 464

Mise à jour de la section :

Prise en charge des complications

- Metformine:
 - L'incidence des effets secondaires gastro-intestinaux, en particulier la diarrhée, est augmentée.
 - Il faut être vigilant lorsque la metformine est utilisée avec le ténofovir, car le risque d'insuffisance rénale est plus élevé. Il est recommandé de commencer la metformine à des doses plus faibles, soit 250 mg 2 fois/jour, et d'augmenter graduellement la dose.
- Les sulfamides hypoglycémisants sont moins efficaces lors d'insulino-résistance (plus élevée chez les patients séropositifs, comme nous l'avons déjà mentionné).
- On sait que les IP (moins vrai dans le cas de l'atazanavir) augmentent la résistance à l'insuline et diminuent la sécrétion d'insuline. Il existe de plus en plus de données indiquant que le dolutégravir pourrait augmenter le risque de développer un diabète.
- La contrainte de pilules supplémentaires ainsi que la responsabilité de l'autogestion d'une autre comorbidité chronique peuvent compromettre l'adhérence au traitement.

← Retour au texte

Page 464–465

Mise à jour de la section :

Recommandations de prise en charge

Au vu des informations ci-dessus, tous les patients séropositifs devraient idéalement subir un test de dépistage du diabète chaque année, par un contrôle rapide de la glycémie à jeun et d'une bandelette urinaire. Par ailleurs, les personnes suivantes devraient également faire l'objet d'un dépistage similaire :

- Les adultes présentant des symptômes évocateurs de diabète ou
- Personnes >40 ans ou
- Personnes en surpoids (IMC > 25) ou obèses (IMC > 30)
- Et selon les directives nationales

Déclaration de bonnes pratiques de l'OMS

Les stratégies de prévention et de réduction du risque de maladie cardiovasculaire visant à agir sur les facteurs modifiables, tels que l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'obésité, l'alimentation déséquilibrée et le manque d'activité physique, doivent être appliquées à toutes les personnes vivant avec le VIH.

← Retour au texte

Chapitre 22. Troubles de santé mentale

Page 473

Mise à jour du Tableau 22.2 :

Tableau 22.2 Guide d'utilisation des antidépresseurs



Interaction médicamenteuse : Les inhibiteurs de protéase, en particulier le ritonavir, inhibent le métabolisme de l'amitriptyline. Cela peut entraîner une augmentation des taux sanguins d'amitriptyline et par conséquent une toxicité (voir inhibition du métabolisme au **Chapitre 7**). Aucun ajustement des doses n'est nécessaire mais il faut être conscient du risque d'effets secondaires supplémentaires, notamment l'allongement de l'intervalle QTc. Contrôler l'ECG une fois sous traitement par ce médicament pour rechercher la modification de l'intervalle QTc. De préférence, changer d'antidépresseur si cela est possible.

Médicaments	Dosage	Effets secondaires courants	Contre-indications/ Précautions
Amitriptyline (antidépresseur tricyclique (TCA))	Commencer par 25 mg au coucher. Augmenter de 25-50 mg par semaine jusqu'à 100-150 mg par jour (maximum 300 mg). Remarque : la dose minimale efficace chez les adultes est de 75 mg. Une sédation peut être observée à des doses plus faibles. Personnes âgées/ malades : Commencer par 25 mg au coucher, puis augmenter jusqu'à 50-75 mg par jour (maximum 100 mg) Enfants/adolescents : Ne pas utiliser	Fréquents : Sédation, hypotension orthostatique avec risque accru de chute, vision floue, dysurie, nausées, gain de poids, dysfonctionnement sexuel. Peu fréquents mais graves : modifications de l'ECG (p. ex. allongement de l'intervalle QTc), arythmie cardiaque, risque accru de convulsions.	À éviter chez les personnes atteintes de maladies cardiaques, ayant des antécédents de convulsions, d'hyperthyroïdie, de rétention urinaire, de glaucome à angle fermé ou de troubles bipolaires (peut déclencher une manie chez les personnes souffrant de troubles bipolaires non traités) Le surdosage peut entraîner des convulsions, des arythmies cardiaques, une hypotension, un coma ou la mort. Les taux d'amitriptyline peuvent être augmentés par les antipaludéens, y compris la quinine. Interaction avec les IP.

Médicaments	Dosage	Effets secondaires courants	Contre-indications/ Précautions
Fluoxétine (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS))	Commencer par 10 mg par jour pendant une semaine, puis 20 mg par jour. Si aucune réponse au bout de 6 semaines, augmenter à 40 mg (maximum 80 mg). Personnes âgées/ malades : La fluoxétine est le médicament de choix. Commencer par 10 mg par jour, puis augmenter à 20 mg (maximum 40 mg). Adolescents : Commencer par 10 mg par jour. Augmenter à 20 mg par jour si aucune réponse au bout de 6 semaines (maximum 40 mg).	Fréquents : Sédation, insomnie, maux de tête, étourdissements, troubles gastro- intestinaux, modifications de l'appétit et dysfonctionnement sexuel. Graves : Anomalies à type d'hémorragie chez les personnes qui prennent de l'aspirine ou d'autres médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, hyponatrémie.	Prudence chez les personnes ayant des antécédents de convulsions. Interactions médicamenteuses : Éviter l'association avec la warfarine (peut augmenter le risque de saignement). Peut augmenter les niveaux de TCA, d'antipsychotiques et de bêtabloquants. Prudence en cas d'association avec le tamoxifène, la codéine et le tramadol (réduit l'effet de ces médicaments). Fluoxétine prise avec LPV/r : Commencer à 5 ou 10 mg par jour et ne pas donner >20 mg car l'association peut entraîner une élévation des taux de fluoxétine, responsable de syndrome sérotoninergique (typiquement, d'apparition rapide avec hyperréflexie, tremblements, myoclonie, rigidité musculaire, transpiration excessive, confusion, agitation ou frissons).

Page 480–
481Mise à jour de la
section :

[www.who.int/mental_](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)
[health/mhgap/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)
[mhGAP_intervention_](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)
[guide_02/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)

[refbooks.msf.org/](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)
[msf_docs/en/](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)
[clinical_guide/](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)
[cg_en.pdf](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)

Causes psychiatriques d'un état mental altéré ; psychoses

- Psychose (aiguë ou chronique)
- Psychose avec troubles de l'humeur (par exemple : dépression avec psychose, manie avec psychose)

Voir aussi:

- *Guide d'intervention humanitaire mhGAP 2.0* (OMS, 2016) http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/
- *Guide clinique MSF 2016*, Chapitre 11 ; troubles de la santé mentale http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf

Caractéristiques principales des psychoses

Les psychoses sont souvent associées à des hallucinations, des idées délirantes ou des troubles de la pensée.

- Les hallucinations sont des perceptions sensorielles en l'absence de stimuli externes, le plus souvent auditives ou visuelles (entendre des voix ou voir des choses).
- Une idée délirante est une croyance personnelle fausse qui ne peut être modifiée par la raison ou des preuves contradictoires et qui ne s'explique pas par les concepts culturels et religieux habituels de la personne.
- Les troubles de la pensée peuvent se manifester par un discours désorganisé ou incohérent, une élocution rapide ou une pauvreté du langage.

Si une psychose est suspectée, initier un traitement à faible dose :

- Risperidone PO (2 mg divisés en 2 doses le 1er jour, puis 4 mg/jour divisés en 2 doses à partir du 2ème jour. Si cela s'avère insuffisant, augmenter à 6 mg/jour (8 mg/jour maximum) ; ou
- Halopéridol PO (5 mg/jour divisés en 2 doses ; si insuffisant, 10 mg/jour divisés en 2 doses sans dépasser 20 mg/jour).



Interactions médicamenteuses : Les IP, en particulier le ritonavir, diminuent le métabolisme de la rispéridone, ce qui peut entraîner des taux sanguins plus élevés de rispéridone et par conséquent une toxicité. Commencer par la moitié de la dose recommandée et ajuster si nécessaire. Surveiller les signes de toxicité.

Si disponible, l'halopéridol décanoate IM (forme à action prolongée) peut être utilisé dans le traitement à long terme des psychoses chez les patients stabilisés par un traitement oral (100 mg toutes les 4 semaines).

Les effets extra-pyramidaux, plus fréquents avec l'halopéridol qu'avec la rispéridone, peuvent être traités par l'ajout de biperidène PO, 2 à 4 mg/jour en 2 doses fractionnées.

L'objectif du traitement est de réduire la souffrance psychologique et les symptômes invalidants, en particulier sur le plan relationnel. Il offre des bénéfices réels, même lorsque des symptômes chroniques persistent (tendance à l'isolement social, rechutes possibles et périodes de recrudescence des troubles du comportement, etc.).

Le traitement doit avoir une durée minimale d'un an, suivie d'une réduction graduelle de la dose. Une faible dose peut être maintenue pendant de plus longues périodes, si nécessaire. Avec l'instauration d'un antipsychotique, une surveillance médicale doit être mise en place, en commençant par la mesure du poids de départ, de la glycémie et des lipides, suivie par des mesures de contrôle (par exemple à 3 mois, 6 mois et 1 an).

L'incertitude quant à la possibilité d'un suivi à un an ou plus n'est pas une raison pour ne pas traiter le patient.

← Retour au texte

Page 482–
483

Mise à jour de
la section :



[www.who.int/mental_](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)
[health/mhgap/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)
[mhGAP_intervention_](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)
[guide_02/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)

[refbooks.msf.org/](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)
[msf_docs/en/](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)
[clinical_guide/](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)
[cg_en.pdf](http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf)

Prise en charge

Si un trouble bipolaire est suspecté, les patients doivent être orientés vers un service psychiatrique plus expérimenté pour confirmer le diagnostic. Cependant, comme ces patients sont susceptibles de rester sous la responsabilité des médecins des centres de soins VIH, il convient de les prendre en charge, mais de préférence avec une supervision plus expérimentée.

Il n'entre pas dans le cadre de cet ouvrage de traiter ici de la prise en charge complète du trouble bipolaire, **voir aussi** :

- *Guide d'intervention humanitaire mhGAP 2.0* (OMS, 2016) http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/
- *Guide clinique MSF 2016*, chapitre 11 ; troubles de la santé mentale http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf

À noter :

- Les troubles bipolaires peuvent entraîner de graves dysfonctionnements psychosociaux et relationnels, c'est pourquoi un soutien spécifique doit être organisé dans la communauté du patient.
- En cas de suspicion de troubles de l'humeur bipolaires, même si le patient est en phase dépressive, les antidépresseurs ne doivent JAMAIS être prescrits sans un stabilisateur de l'humeur, tel que la carbamazépine ou le valproate, au risque de provoquer un épisode maniaque.

Remarque : le valproate est associé à des malformations congénitales s'il est pris pendant la grossesse. Il ne doit donc pas être prescrit aux femmes en âge de procréer ou, si tel est le cas, uniquement si la femme est informée du risque, donne son consentement et reçoit une contraception si elle est nécessaire.

- Si des symptômes maniaques apparaissent, il faut arrêter immédiatement l'antidépresseur et le patient doit être revu en consultation.
- Le traitement d'entretien doit être poursuivi pendant au moins 2 ans après le dernier épisode bipolaire.

← Retour au texte

Chapitre 24. Malnutrition et perte de poids

Page 506

Mise à jour du Tableau 24.1 :

Tableau 24.1: Classification de l'état nutritionnel chez l'adulte

Classification	IMC (kg/m²)	PB (mm)
Obèse	≥30	≥290
Surpoids	≥25 – 29.9	≥280
Normal	≥20 – 24.9	251 – 279
Normal bas	18.5 – 19.9	241 – 250
Dénutrition légère	≥17 – 18.4	231 – 240
Dénutrition modérée	16 – 16.9	210 – 230
Dénutrition sévère	<16	<210
Dénutrition sévère avec + + + + oedème		

[← Retour au texte](#)

Page 506

Mise à jour du Tableau 24.2 :

Tableau 24.2 Valeurs seuils du PB - femmes enceintes et allaitantes >19 ans

Catégorie de dénutrition	Afrique et Amérique latine	Asie
Dénutrition aiguë sévère	<210 mm	<190 mm
Dénutrition aiguë modérée	210 mm – 230 mm	190 mm – 210 mm
Pas de dénutrition aiguë	>230 mm	>210 mm

[← Retour au texte](#)

Page 511

Mise à jour du Tableau 24.4 :

Tableau 24.4a Classification de la dénutrition : 0-6 mois

Classification	WHZ: Poids pour la Taille (P/T) ou WAZ: Poids pour l'Age (P/A)	Vitesse moyenne de prise de poids (gm/ jour)	PB
Normal	>-1	>15	>115
Dénutrition légère	>-2 – <-1	10 – <15	
Dénutrition modérée	>3 – <-2	5 – <10	<115 (Afrique uniquement)
Dénutrition sévère	<-3	<5	
Dénutrition sévère avec + + + + oedème			

Tableau 24.4b Classification de l'état nutritionnel : 6 mois – 5 ans

Classification	WHZ (P/T) ou IMC/ âge Z-score	PB (mm)
Obèse	> +2	
Surpoids	> +1a et < +2	
Normal	>-1 et < +1	>135
Dénutrition légère	>-2 et <-1	>125 – <135
Dénutrition modérée	>-3 et <-2	>115 – <125
Dénutrition sévère	<-3	<115
Dénutrition aiguë sévère avec + + + + oedème bilatéral prenant le godet		

← Retour au texte

Page 512

Mise à jour du
tableau 24.5 :

Pour des informations sur le PB chez les enfants de moins de 5 ans, voir le **Tableau 24.4b** (ci-dessus). Pour les enfants de plus de 5 ans et les adolescents, voir le **Tableau 24.8** (ci-dessous) qui fournit uniquement le score Z de P/T ou le score Z de l'IMC/âge car le PB dans ces groupes d'âge n'est pas fiable.

← Retour au texte

Table 24.8 Classification de l'état nutritionnel chez l'adolescent

Classification	WHZ (P/T) ou IMC/ âge Z-score
Obèse	> +2
Surpoids	> +1a et < +2
Normal	> -1 et < +1
Dénutrition légère	> -2 et < -1
Dénutrition modérée	> -3 et < -2
Dénutrition sévère	< -3
Dénutrition sévère avec +++œdème	

← Retour au texte

Chapitre 25. Soutien aux patients

Surveillance de la CV et soins pour les patients dont la CV est élevée	... <u>Dans la période entre la 1ère CV élevée et celle de contrôle :</u> • ... dans les temps impartis. • Si le test de contrôle de la CV est toujours élevé, suivre les recommandations locales, qui préconisent probablement le passage à un nouveau régime thérapeutique. IMPORTANT : Le changement de régime doit être fait sans délai même si le patient n'a pas terminé ses deux sessions de conseils approfondis. L'indication clinique est prioritaire (voir Chapitre 6). Le conseiller peut aisément poursuivre les séances de soutien à l'observance une fois le changement effectué. Veuillez suivre attentivement les directives locales ou celles de l'OMS car la prise en charge des CV élevées avec les régimes utilisant le DTG est différente de celle avec les régimes utilisant l'EFV ou la NVP. • Documenter dans le dossier patient toutes les informations concernant sa CV, y compris ses résultats de tests.

← Retour au texte

Chapitre 26. Populations clés

Page 547

Mise à jour de la section :

1. Stratégies de prévention

Assurer une bonne efficacité de la TARV et une suppression virale pour minimiser la transmission au sein des populations clés et des partenaires sérodiscordants.

Assurer la disponibilité constante de préservatifs et de lubrifiants compatibles.

Assurer la disponibilité et la promotion active de la PrEP et de la PPE (voir les détails pour les groupes spécifiques).

Promouvoir la circoncision médicale volontaire des hommes (CMMV) pour diminuer la contamination par le VIH.

← Retour au texte

Page 549

Mise à jour de la section :

TARV

La spécificité du travail des PS les expose à plus de violences sexuelles, sans compter les risques dus aux ruptures de préservatifs, ce qui rend la prescription de PPE et PrEP particulièrement indiquée. La PrEP doit être proposée de manière proactive par les cliniciens.

Au fur et à mesure que les politiques locales intégreront les directives de l'OMS pour l'utilisation de la PrEP pour tous les travailleurs du sexe, les cliniciens devront se familiariser avec son utilisation détaillée, y compris les possibilités, le cas échéant, d'accéder à la PrEP injectable et à l'anneau de dapivirine dès qu'ils seront disponibles.

← Retour au texte