

REPUBLIQUE GABONAISE

UNION - TRAVAIL - JUSTICE

MINISTRE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES IST ET LE VIH/SIDA



GUIDE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LE SIDA AU GABON

Edition 2014



croix-rouge française



GUIDE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LE SIDA AU GABON

© 2014 - Programme National de Lutte contre les IST et le VIH/SIDA

Le Gouvernement gabonais a retenu la lutte contre le VIH/SIDA parmi les priorités dans sa politique nationale de santé. Dans le combat contre ce fléau, l'engagement politique se situe au plus haut niveau de l'État. En effet, les plus hautes autorités de la République s'y impliquent personnellement, aussi bien au niveau international (en souscrivant à toutes les Déclarations adoptées par la Communauté Internationale) qu'au niveau national par la mise en place de stratégies efficaces pour répondre au problème du VIH/SIDA.

Des plans stratégiques nationaux quinquennaux de lutte contre le VIH et le SIDA sont élaborés et mis en œuvre depuis 2001. Le financement de la lutte est assuré à 86% par l'État. Ce qui permet la réalisation de nombreuses activités dans le cadre de la prévention, la prise en charge médicale, l'accompagnement et le soutien de toutes les personnes nécessiteuses. Ainsi, un fonds de solidarité thérapeutique a été créé depuis 2001 pour permettre à toutes les personnes infectées éligibles de bénéficier d'un traitement antirétroviral approprié. Des résultats encourageants sont déjà obtenus. Il en est ainsi de l'accroissement du nombre de personnes sous traitement antirétroviral. Il en est de même du nombre de mères séropositives qui reçoivent des médicaments antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du virus à leur enfant. Ces résultats sont aussi dus à l'appui multiforme que les partenaires au développement apportent au Gabon dans ce domaine.

Cependant, le Gouvernement est conscient que beaucoup d'efforts restent encore à fournir pour atteindre les objectifs et les cibles fixés, tel que parvenir à un accès universel à la prévention, au traitement et à l'appui en matière de VIH/SIDA. Cela exige que les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge globale de qualité dans toutes les structures sanitaires.

A cet effet, le Gabon s'est résolument engagé à adopter les dernières directives de l'OMS 2013 qui visent à continuer à élargir l'accès aux médicaments antirétroviraux. Ce traitement est très avantageux pour les individus et la population, car lorsqu'il est administré précocement, il aide les personnes porteuses du VIH à vivre plus longtemps en meilleure santé. En outre, il réduit substantiellement le risque de transmission de ce virus à d'autres personnes.

Aussi, le Ministère de la Santé, qui a le souci d'assurer une prise en charge de qualité aux personnes vivant avec le VIH, met-il à la disposition des prestataires de soins un outil actualisé sur les directives techniques et les bonnes pratiques.

Cette deuxième édition du Guide de prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH au Gabon a été élaborée de manière participative par les principaux acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA au Gabon. Le guide sera diffusé et rendu disponible dans tous les sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans notre pays.

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont travaillé à la conception de ce précieux outil, et plus particulièrement à l'Organisation Mondiale de la Santé qui, une fois de plus, nous a apporté son expertise.

J'invite tous les professionnels concernés par la prise en charge du VIH/SIDA à travers tout le pays à s'approprier le contenu de ce Guide qui doit leur servir de bréviaire dans leur pratique quotidienne.


Pr Fidèle MENGUE ME ENGOUANG
Ministre de la Santé

REMERCIEMENTS

Le Ministre de la Santé, exprime sa profonde reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce guide. Il s'agit de :

Dr DZEING ELLA Arnaud

Faculté de Médecine, USS de Libreville

Dr MISTOUL Irène

Chef du Service d'Infectiologie du CHUL

Feue Dr ZAMBA Chantal

Ancien Chef du Centre de Traitement Ambulatoire du CHUL

Dr NSI Alexandrine

Chef du Centre de Traitement Ambulatoire du CHUL

Dr EDOU Priscille

Chef adjoint du Centre de traitement Ambulatoire du CHUL

Dr MENGUET ABESSOLO Mireille

Chef du Centre de Traitement Ambulatoire de Nkembo

Dr OMVA BEYEME Justin

Service de Médecine de l'Hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné

Dr ROSSATANGA Elie Gide

Chef du Centre de Traitement Ambulatoire de Lambaréné

Dr MBETY André

Chef du Centre de Traitement Ambulatoire de Port Gentil

Dr KINGA Armel

Ancien Chef du Centre de Traitement Ambulatoire de Tchibanga

Dr ELLANG Martin Luther

Ancien Chef Adjoint du Centre de Traitement Ambulatoire de Franceville

Dr ZAMBOU Victor

Ancien Chef du Centre de Traitement Ambulatoire de Makokou

Dr MOMBO Arnaud Delis

Chef du Centre de Traitement Ambulatoire de Koulamoutou

Dr BIRINDA Sylvain Didier

Chef du Centre de Traitement Ambulatoire de d'Oyem

Dr ONDOUNDA Magloire

Service de Médecine interne, HIAOBO

Dr MBONGO Alain

Programme National de Lutte contre le Paludisme

Dr BIYOGUE BI NGUEMA

Centre Hospitalo-Universitaire d'Angondjé

Dr KIKI Francisca

Caisse Nationale de Sécurité Sociale

Dr MINTSA NDONG Armel

Directeur Adjoint du Laboratoire National de Santé Publique

Dr OKOUYI Raïssa

Directeur du Programme National de Lutte contre les IST et le SIDA

Dr ANTIMI Solange

Directeur de la Direction Nationale de la Santé Maternelle et Infantile

Dr SAFIOU ABDOU Razack

Directeur du Programme National de Lutte contre le Paludisme

Dr BIBA Olivia

Directeur Général Adjoint de la Prévention du Sida

Dr OBIANG NDONG Guy Patrick

Président de la Croix Rouge Gabonaise

Pr NDJOYI Angélique

Laboratoire de Virologie, Faculté de Médecine de Libreville, USS

Pr OKOME NKOUMOU Madeleine

Chef du Département des Maladies Infectieuses, USS

Mme BONGO ONDIMBA Amissa Briana

Directeur Général de la Prévention du Sida

Mr MABIKA KOMBILA Roger

Psychologue, PNLIST/SIDA

Mme AVOMO OBAME Noelle

Chef du Service PTME, PNLIST/SIDA

Mme KOGOU Agathe

Service PTME, PNLIST/SIDA

Pasteur OBIANG Gaspard

Président du Réseau Gabonais des Organisations de lutte contre le sida

Dr NZE EYO'O Rodrigue

Conseiller Information stratégique, ONUSIDA

Dr INOUA Aboubacar

Point focal Système de Santé, OMS/Gabon

Dr NKONE ASSEKO Ghislaine

*Point focal VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme,
Bureau de l'OMS/Gabon*

Dr El Khalef Ishag

Point focal vaccination, OMS/Gabon

Dr HAMA MODIBO Balkissa

*Chargée de la surveillance de la poliomyélite, OMS/
IST/AC*

Dr CONOMBO Ghislaine

Point focal Santé de la mère et de l'enfant, OMS/IST/AC

Dr DIAWARA Aichatou

Ancien Point focal Nutrition, OMS/IST/AC

Pr COURPOTIN Christian

Consultant Croix Rouge Française

Ce guide a été élaboré et reproduit avec l'appui technique et financier de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Agence Française de Développement.

Sincères remerciements au **Docteur Boureima Hama SAMBO**, Représentant de l'OMS au Gabon.

EQUIPE DE RÉDACTION

Dr EDOU Priscille

*Centre de Traitement Ambulatoire du Centre Hospitalo-Universitaire
de Libreville, Ministère de la Santé*

Dr OBIANG Guy Patrick

Président de la Croix Rouge Gabonaise

Dr OKOUYI Raïssa

Directeur du Programme National de Lutte contre les IST et le SIDA

Dr NKONE ASSEKO Ghislaine

*Chargée des Programmes VIH/sida, Tuberculose et Paludisme,
Bureau de l'OMS au Gabon*

Mr AMALET Brice

*Informaticien, Service des Technologies de l'Information et de la
communication, OMS/Gabon.*

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

Médicaments et familles d'antirétroviraux :

ZDV	Zidovudine (AZT)
DDI (ddI)	Didanosine
3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
TDF	Ténofovir
ZDV/3TC	Zidovudine/lamivudine
ZDV/3TC/ABC	Zidovudine/lamivudine/abacavir
EFV	Efavirenz
NVP	Névirapine
DLV	Délavirdine
IDV	Indinavir
NFV	Nelfinavir
RTV	Ritonavir
SQV	Saquinavir
LPV/RTV	Lopinavir/ritonavir
DRV	Darunavir
ATV	Atazanavir
APV	Amprénavir
RLG	Raltégravir
T20	Enfuvirtide
INNTI	Inhibiteurs non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
INTI	Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
INtRT	Inhibiteurs nucléotidiques de la reverse transcriptase
IP	Inhibiteurs de la protéase ou anti protéases
IP/r	Inhibiteur de protéase associé au ritonavir
IF	Inhibiteurs de fusion
ITBI	Inhibiteurs de transfert de brin médié par l'intégrase (Inhibiteur d'intégrase)

Autres termes :

AES	Accident d'exposition au sang
ARV	Antirétroviral
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement de la tuberculose
CHUL	Centre Hospitalo-Universitaire de Libreville
CNTS	Centre National de Transfusion sanguine
CPK	Créatinine Phospho-Kinase
CT	Centre de Traitement de la tuberculose
CTL	Lymphocytes T cytotoxiques (Cytotoxic T Lymphocytes)
CTX	Cotrimoxazole

DBS	Dried Blood Spot
CV	Charge Virale
ELISA	Titration avec un Immunoabsorbant lié à une enzyme
HIAOBO	Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba
IAS	International AIDS Society
IDR	Intradermoréaction
INH	Isoniaside
IO	Infection opportuniste
IPT	Prophylaxie à l'isoniazide
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PCR	Polymérase Chain Réaction (Réaction de la polymérisation en chaîne)
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SA	Semaines d'Aménorrhée
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéfiance Acquise
SRI	Syndrome de Restauration Immunitaire
TEP	Tuberculose Extra Pulmonaire
TME	Transmission Mère Enfant
TMP	Triméthoprim
TPI	Traitement Préventif à l'Isoniaside
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéfiance Humaine

TABLE DES MATIÈRES

Préface	iii
Remerciements	iv
Equipe de Rédaction	vi
Abréviations et Acronymes	vii
Introduction	xiv
Chapitre 1. Généralités sur le VIH et le SIDA	15
1. 1 Définition et modes de transmission.....	17
1. 2 Diagnostic biologique du VIH.....	19
Chapitre 2. Organisation de la prise en charge des PVIH	21
2. 1 Définition et principes de la prise en charge globale.....	23
2. 2 Organisation de la prise en charge des PVIH au Gabon.....	30
Chapitre 3. Prise en charge psychologique et sociale	33
3. 1 Pourquoi la prise en charge psychologique et sociale dans la prise en charge globale des PVIH ?.....	35
3. 2 Quelles sont les principales activités de la prise en charge psychologique et sociale ?.....	35
3. 3 Prise en charge de l'équipe multidisciplinaire.....	43
Chapitre 4. Prise en charge des infections opportunistes du VIH	45
4. 1 Prévention des infections opportunistes.....	47
4. 2 Prise en charge médicale des infections opportunistes.....	52
Chapitre 5. Traitement antirétroviral de l'adulte et de l'adolescent	59
5. 1 Principes du traitement antirétroviral.....	61
5. 2 Critères d'éligibilité au traitement antirétroviral.....	61
5. 3 Protocoles thérapeutiques.....	63
5. 4 Gestion de l'échec thérapeutique.....	65
5. 5 TAR de troisième intention.....	67
Chapitre 6. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	69
6. 1 Prise en charge de la femme enceinte.....	71
6. 2 Prise en charge de l'enfant né de mère VIH positive.....	84
Chapitre 7. Prise en charge thérapeutique des enfants infectés par le VIH	89
7. 1 Critères d'éligibilité au TAR chez un enfant infecté par le VIH.....	91
7. 2 Protocoles thérapeutiques chez l'enfant infecté par le VIH 1.....	92
7. 3 Protocoles thérapeutiques chez l'enfant infecté par le VIH 2.....	96

Chapitre 8. Effets secondaires des médicaments antirétroviraux	97
8. 1 Toxicité mitochondriale	99
8. 2 Pancréatite	99
8. 3 Cytopénies	100
8. 4 Atteintes néphro-urologiques	100
8. 5 Anomalies des tests hépatiques	101
8. 6 Réactions cutanées	103
8. 7 Troubles du métabolisme des lipides	104
8. 8 Anomalies de répartition des graisses	105
8. 9 Troubles du métabolisme glucidique	106
8. 10 Acidose lactique	107
8. 11 Troubles neurologiques et musculaires	108
8. 12 Syndrome de reconstitution immunitaire	108
Chapitre 9. Prise en charge des co-infections	111
9. 1 VIH et tuberculose	113
9. 2 VIH et Paludisme	119
9. 3 VIH et hépatites B	121
Chapitre 10. Prise en charge des accidents d'exposition au VIH	123
10. 1 Définition de l'Accident d'Exposition au VIH	125
10. 2 Principaux agents et risque de transmission lors d'un accident d'exposition au VIH	126
10. 3 Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au VIH	127
10. 4 Rappel des mesures de Précautions Universelles	129
Chapitre 11. Suivi d'une personne infectée par le VIH	131
11. 1 Bilan clinique initial	133
11. 2 Bilan biologique initial	134
11. 3 Bilan de suivi	134
11. 4 Saisie des données et archivage	135
Chapitre 12. Prise en charge nutritionnelle de la PVIH	137
12. 1 Dépistage des problèmes nutritionnels	139
12. 2 Enquêtes alimentaires individuelles	139
12. 3 Éducation nutritionnelle	140
Chapitre 13. Vaccination des personnes infectées par le VIH	145
ANNEXES	149
ANNEXE 1. Classification OMS de l'infection à VIH	149
ANNEXE 1a. Classification OMS de l'Infection à VIH/SIDA chez l'adulte et l'adolescent, Révision 2006	149
ANNEXE 1b. Classification OMS de l'Infection à VIH chez l'enfant	150
ANNEXE 2a. Classification en catégories cliniques du CDC 1993	151
ANNEXE 2b. Classification CDC 1993 pour les adultes et les adolescents	151

ANNEXE 3. Critères pour initier, suivre et interrompre la Chimio prophylaxie au Cotrimoxazole.....	152
ANNEXE 4. Résumé des recommandations sur les critères d'éligibilité au TAR chez les adultes, les adolescents, les femmes enceintes et allaitantes et les enfants VIH+	153
ANNEXE 5. Arbre décisionnel pour l'initiation du traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent.....	154
ANNEXE 6. Résumé de la prophylaxie ARV chez la mère et le nourrisson en de fonction de différents scénarios cliniques.....	155
ANNEXE 7. Pharmacocinétique des antirétroviraux.....	156
ANNEXE 8. ARV recommandés chez l'adulte et l'adolescent et disponibles au Gabon.....	157
ANNEXE 9. Posologie simplifiée des formulations solides pédiatriques sous forme d'associations d'ARV en doses fixes.....	158
ANNEXE 10. Posologies simplifiées des formulations pédiatriques solides et liquides.....	159
ANNEXE 11. Posologies provisoires des médicaments Antituberculeux chez les enfants.....	160
ANNEXE 12. Formulaire de consentement au traitement médical/Liste de contrôle concernant la PPE.....	161
ANNEXE 13. Liste des structures de prise en charge des PWIH au Gabon et personnes ressources.....	162
ANNEXE 14. Liste des structures de prise en charge des PWIH au Gabon et personnes ressources.....	163
ANNEXE 14. Liste des ouvrages consultés et adresses des sites utiles.....	165

Liste des Tableaux

Tableau I. Méthodes d'évaluation de l'observance.....	26
Tableau II. Raisons justifiant la prise en charge psychologique et sociale des PWIH.....	35
Tableau III. Sujets à aborder dans les séances d'éducation et d'initiation aux ARV.....	39
Tableau IV. But du counselling individuel de suivi.....	40
Tableau V. Counselling de groupe ou groupe de parole/thérapie de groupe.....	42
Tableau VI a. Protocole de désensibilisation au Cotrimoxazole.....	47
Tableau VI b. Graduation de la toxicité au Cotrimoxazole.....	48
Tableau VII. Initiation à la prophylaxie au Cotrimoxazole chez les enfants exposés et infectés par le VIH.....	48
Tableau VIII. Traitement prophylactique au Cotrimoxazole chez les enfants exposés ou infectés par le VIH- Posologie journalière recommandée en fonction du poids.....	48
Tableau IX. Critères d'éligibilité au traitement antirétroviral.....	62
Tableau X. Protocoles thérapeutiques ARV de 1ère ligne actuellement recommandés, OMS 2013 (incluant femmes enceintes, allaitantes, co-infection avec TB et co-infection avec HBV).....	63
Tableau XI. Protocoles ARV recommandés en 1 ^{ère} ligne en cas d'infection par le VIH 2 ou de co-infection VIH1 + VIH2 chez les adultes et les enfants.....	64
Tableau XII. Protocoles thérapeutiques ARV de 2 ^{ème} ligne actuellement recommandés en options privilégiées chez l'adulte et l'adolescent.....	65
Tableau XIII. Options du programme pour le TAR dans le cadre de la PTME.....	79
Tableau XIV. TAR de 1ère ligne recommandé chez la femme enceinte ou allaitante VIH+.....	80
Tableau XV. Protocoles thérapeutiques ARV de 2ème ligne actuellement recommandés chez la femme enceinte ou allaitante VIH+.....	81
Tableau XVI. Récapitulatif du suivi biologique de la femme enceinte VIH+.....	82
Tableau XVII. Recommandation simplifiée sur la posologie de la prophylaxie par NVP chez le nourrisson.....	84
Tableau XVIII. Recommandation simplifiée sur la posologie de la prophylaxie par AZT chez le nourrisson.....	84

Tableau XIX. Surveillance biologique des enfants.....	86
Tableau XX. Résumé des recommandations sur les critères d'éligibilité au TAR chez les adolescents et les enfants VIH+.....	91
Tableau XXI. Résumé des schémas de TAR de 1ère ligne chez les enfants âgés de moins de trois ans.....	92
Tableau XXII. Résumé des schémas de TAR de 1ère ligne recommandés chez les enfants et les adolescents.....	93
Tableau XXIII. Résumé des schémas de TAR recommandés chez les enfants qui ont besoin d'un traitement antituberculeux.....	94
Tableau XXIV. Résumé des schémas de TAR de première et deuxième ligne recommandés chez les enfants (y compris les adolescents).....	96
Tableau XXV. Posologie des antirétroviraux à élimination rénale en fonction de la clairance de la créatinine.....	101
Tableau XXVI. Classification de la graduation des anomalies hépatiques (élévation des transaminases).....	101
Tableau XXVII. Les 12 activités de collaboration TB/VIH recommandées par l'OMS.....	113
Tableau XXVIII. Variations de la tuberculose pulmonaire en fonction du stade précoce ou tardif de l'infection par le VIH.....	114
Tableau XXIX. Posologie recommandée des médicaments antituberculeux essentiels de première intention.....	115
Tableau XXX. Associations à doses fixes de la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS.....	116
Tableau XXXI. Régime thérapeutique A = 2 RHZE / 4 RH.....	117
Tableau XXXII. Régime thérapeutique de retraitement (CAT. II) = 2 SRHZE / 1 RHZE / 5 RHE.....	118
Tableau XXXIII. Options thérapeutiques privilégiées en cas de co-infection VIH/TB.....	119
Tableau XXXIV. Risque de transmission en cas d'accident d'exposition au VIH.....	126
Tableau XXXV. Résumé des schémas de TAR de 1ère intention en cas d'accident d'exposition au VIH.....	129
Tableau XXXVI. Indications de la prophylaxie post-exposition (PPE) vis-à-vis du VIH chez l'adulte.....	130
Tableau XXXVII. Suivi biologique de la personne exposée aux VIH, VHB, VHC.....	130
Tableau XXXVIII. Calendrier de suivi des patients sous traitement ARV.....	135
Tableau XXXIX. Exemples d'aliments à consommer par repas et leur intérêt.....	141
Tableau XL. Stratégies alimentaires suggérées en fonction des symptômes vécus.....	143
Tableau XLI. Récapitulatif des recommandations vaccinales pour PWIH.....	147

Liste des Figures

Figure 1. Schéma du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).....	17
Figure 2. Réplication du VIH dans les cellules immunitaires lymphocytes CD4.....	17
Figure 3. Évolution de l'infection à VIH vers le SIDA.....	18
Figure 4. Séquence des soins et circuit du malade après dépistage VIH positif.....	29
Figure 5. Organigramme du Programme de prise en charge des PWIH au Gabon.....	31
Figure 6. Répartition géographique des CTA sur le territoire national.....	31
Figure 7. Algorithme clinique pour le dépistage de la tuberculose et la mise sous TPI chez l'adulte et l'adolescent vivant avec le VIH.....	50
Figure 8. Algorithme clinique pour le dépistage de la tuberculose et la mise sous TPI chez l'enfant vivant avec le VIH.....	51

Figure 9.	Stratégies de mesure de la charge virale pour détecter ou confirmer un échec thérapeutique et changer de schéma d'ARV chez les adultes, les adolescents et les enfants.....	67
Figure 10.	TAR de la femme enceinte ou allaitante VIH + et prise en charge du nouveau-né et du nourrisson exposé (OMS 2013).....	86
Figure 11.	Algorithme national du dépistage précoce de l'infection à VIH.....	87
Figure 12.	Algorithme de prise en charge du nourrisson et de l'enfant infectés par le VIH (Recommandations OMS, 2013)	95

INTRODUCTION

L'Afrique demeure la région la plus touchée par l'épidémie de VIH/sida. Les estimations de 2013 publiées en 2014 ont montré que sur les 35 million d'adultes et d'enfants infectés par le VIH ou atteints du sida dans le monde, 24,7 million résident en Afrique Sub-saharienne, dont environ 1.5 million de nouvelles infections sur les 2.1 million estimées au niveau mondial. Il en va de même pour les décès liés au sida pour lesquels l'Afrique Sub-saharienne paie aussi le plus lourd tribut (1.1 million sur 1.5 million au niveau mondial).

Le rapport de situation 2013 OMS/ONUSIDA sur l'extension des interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé pour l'accès universel à la prévention, aux traitements et aux soins, montre que des efforts significatifs ont été réalisés dans la majorité des pays à revenu faible ou intermédiaire. Malgré ces progrès sensibles, la plupart de ces pays sont encore loin d'atteindre les objectifs de l'accès universel. Beaucoup d'efforts restent à fournir dans tous les domaines de la lutte notamment en matière de renforcement des systèmes de santé.

Le Gabon, avec une prévalence estimée à 4.1% en 2012 (EDS II), est toujours situé parmi les pays à prévalence élevée pour l'infection à VIH, ce qui demeure un vrai problème de santé publique. Les données les plus récentes sur la situation de l'épidémie indiquent que 40 616 personnes (adultes et enfants) vivent avec le VIH au Gabon et 35805 sont éligibles au traitement dont 19 955 sont effectivement sous TAR.

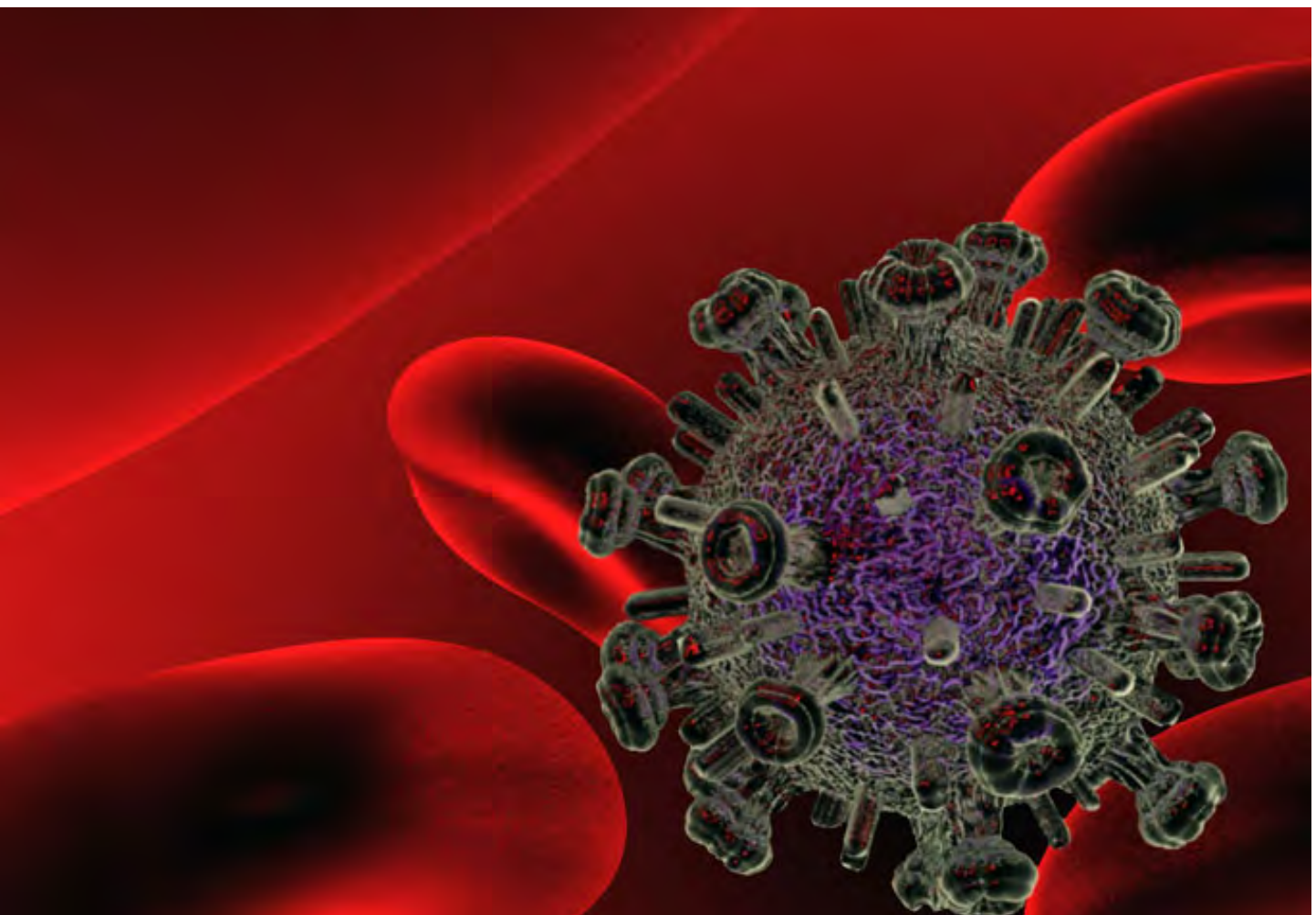
La prise en charge des PVVIH se fait essentiellement et presque exclusivement dans les Centres de Traitement Ambulatoire (CTA) et dans certains services de médecine des hôpitaux.

Pour atteindre les objectifs de l'accès universel en matière de traitement et de soins, il est nécessaire d'actualiser et d'harmoniser les protocoles nationaux en matière de prise en charge thérapeutique des PVVIH (adultes, enfants, femmes enceintes et nouveau-nés), conformément aux avancées scientifiques et aux dernières recommandations de l'OMS.

Le présent guide intitulé « Guide de prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le sida au Gabon » est la 2ème édition, la première ayant été éditée en 2005. Il est conçu pour être un outil d'accompagnement et de formation continue pour tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge thérapeutique des PVVIH. Il a été élaboré par les principaux acteurs nationaux de la lutte contre le VIH et le sida du pays, avec l'appui de l'OMS et de la Coopération Française. Il comprend 11 chapitres qui ont trait aux généralités sur le VIH et le sida, à l'organisation de la prise en charge des PVVIH, à la prise en charge thérapeutique de l'adulte et de l'adolescent, aux effets secondaires des antirétroviraux, à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, à la prise en charge pédiatrique, aux co-infections, aux accidents d'exposition au VIH, au suivi des patients infectés par le VIH et à la vaccination du sujet infecté par le VIH.

Chapitre 1.

GÉNÉRALITÉS SUR LE VIH ET LE SIDA



Crédit photo : CSIC

Virus



1.1 DÉFINITION ET MODES DE TRANSMISSION

Le **Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis (SIDA)** est la maladie infectieuse qui est provoquée par le Virus de l'ImmunoDéficiency Humaine (VIH) (Figure 1).

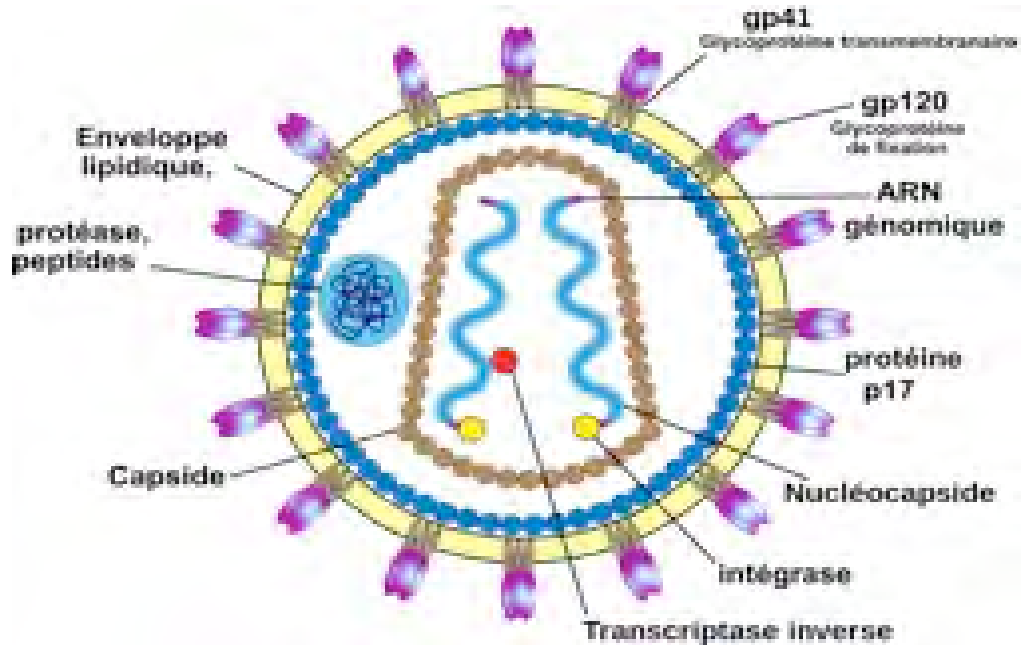


Figure 1. Schéma du virus de l'immunoDéficiency humaine (VIH).

Le VIH est un rétrovirus à ARN dont la durée de vie est extrêmement courte (demi-vie dans le plasma = 6 heures) ; il est formé d'un noyau ARN entouré d'une coque constituée de protéines hérissées de spicules (pointes) formées de glycoprotéines par lesquelles il s'accroche sur les lymphocytes T4 encore appelés CD4 pour les pénétrer et s'y multiplier. Cette multiplication du VIH dans les CD4 nécessite une série de transformations qui sont catalysées par des enzymes comme le montre le schéma ci dessous (Figure 2) :

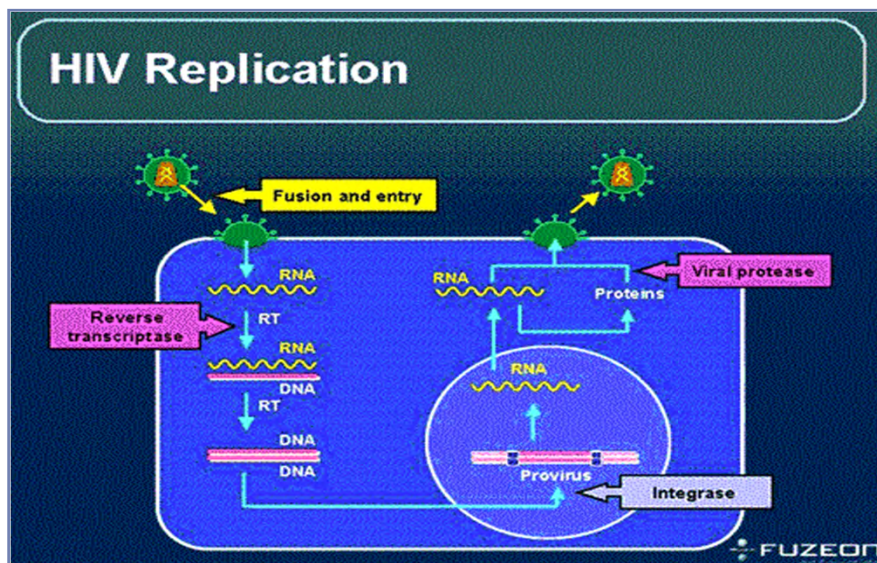


Figure 2. Réplication du VIH dans les cellules immunitaires lymphocytes CD4.

Ces cellules CD4 sont des cellules de base du système immunitaire. Elles interviennent aussi bien dans l'immunité cellulaire que dans l'immunité humorale : on dit qu'elles sont « le chef d'orchestre de l'immunité ». La demi-vie des CD4 sains est de plusieurs mois, celle des CD4 infectés répliquant

le virus est de 1,6 jours. Ce raccourcissement de la durée de vie des CD4 infectés est accompagné d'une mort cellulaire programmée, précoce des CD4 sains appelée apoptose (moyenne 2,6 jours) et l'ensemble de ces anomalies aboutit à la baisse progressive des cellules CD4, responsable du sida.

Dès sa pénétration dans l'organisme, le virus se réplique de façon massive : 1 à 10 milliards de particules virales sont produites par jour. Sa présence provoque une destruction progressive des lymphocytes CD4. Ainsi, l'infection à VIH conduit-elle pratiquement toujours à la destruction du système immunitaire. La mesure de la charge virale dans le plasma exprime la quantité de virus libres, proportionnelle à l'intensité de la réplication virale. Le taux de lymphocytes CD4/ mm³ renseigne sur l'état du déficit immunitaire provoqué.

Les médicaments antirétroviraux ont principalement pour rôle de bloquer l'action des enzymes. Ils peuvent aussi empêcher l'entrée du VIH dans les cellules CD4.

L'évolution de l'infection à VIH vers le SIDA se réfère au délai qui sépare le moment où le sujet est contaminé par le VIH, du moment où il développe le sida. Cette évolution dépend des caractéristiques de l'individu et de son environnement. Elle n'est jamais identique d'une personne à l'autre. L'évolution de l'infection à VIH vers le SIDA comprend six phases principales (Figure 3) :

1. L'infection par le VIH ;
2. Une période de latence ;
3. La séroconversion ;
4. Le stade asymptomatique ;
5. La maladie liée au VIH ;
6. Le sida.

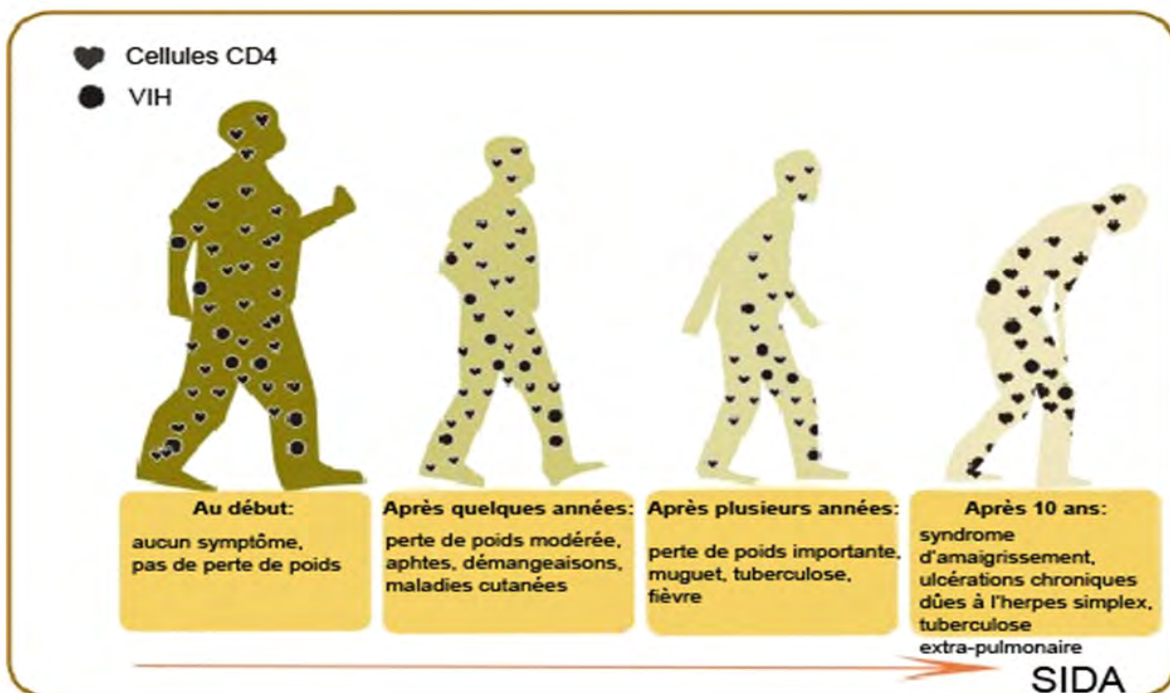


Figure 3. Évolution de l'infection à VIH vers le SIDA.

Les modes de transmission du VIH sont essentiellement de trois types :

1. **La transmission par voie sexuelle, lors de contacts sexuels non protégés** : c'est le mode de transmission du VIH le plus fréquent. Le VIH peut être transmis au cours d'un rapport sexuel non protégé (vaginal, oral ou anal) ou par contact avec le sang, le sperme ou les sécrétions cervicales ou vaginales du sujet contaminé. La présence d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) accroît le risque de contracter ou de transmettre le VIH.
2. **La transmission par voie sanguine**, par pénétration du sang contaminé par le VIH dans l'organisme, à l'occasion d'une transfusion sanguine, lors du partage d'aiguilles, de seringues, de rasoirs ou d'autres objets coupants contaminés ou par une plaie ouverte.
3. **La transmission de la mère à l'enfant**, par passage du VIH de la mère vers son bébé au cours de la grossesse, pendant l'accouchement ou après la naissance, lors de l'allaitement.

1.2 DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DU VIH

La mise en évidence de l'infection peut se faire soit de manière directe par la mise en évidence du virus ou de l'un de ses constituants, soit de manière indirecte par la présence des anticorps. Le tableau ci-dessous définit les concepts déterminants dans le diagnostic biologique du VIH.

Marqueurs biologiques au cours de l'histoire naturelle de la maladie	<p>On appelle antigènes viraux les substances de nature protéique produites durant la réplication virale et qui sont libérées dans l'organisme par les cellules infectées par le VIH (exemple : antigène P24). Les anticorps sont des protéines et des glycoprotéines fabriquées par certaines cellules de l'organisme (lymphocytes B) pour neutraliser l'effet des antigènes (exemple : anticorps anti P24).</p> <p>Les antigènes et anticorps apparaissent dans l'organisme d'un sujet infecté à différentes périodes. Certains anticorps (ceux qui sont dirigés contre les antigènes de la membrane) ont une durée de vie plus prolongée que d'autres (comme les anticorps dirigés contre les antigènes du noyau).</p>
Primo infection (1 mois)	<p>Après l'entrée du virus dans l'organisme on assiste à :</p> <ul style="list-style-type: none">● Une élévation importante du nombre de virus dans l'organisme qui se traduit par une antigénémie P24 fortement positive,● L'apparition secondaire (au bout de 14 à 21 jours) des différents anticorps. <p>La période qui sépare l'entrée du virus dont témoigne l'élévation de la P24 de celle de l'apparition des anticorps est appelée « période fenêtre » durant laquelle le virus est présent, mais la sérologie est négative.</p>
Phase de latence clinique (3 mois-12 ans)	<p>Passée la primo-infection, les anticorps sont et restent élevés et permettent le diagnostic de la maladie. La quantité de virus dans l'organisme diminue et se fixe en plateau.</p>
Stade de sida	<p>Progressivement, le taux des anticorps diminue, alors que celui de l'antigène P24 augmente parallèlement à la quantité du virus.</p>

→ DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DIRECT DE L'INFECTION À VIH

Des circonstances particulières (primo-infection récente, enfant né de mère VIH positive de moins de 18 mois) nécessitent le recours à des méthodes diagnostiques directes, mais celles-ci sont encore peu réalisées en pratique courante. Deux procédés sont utilisés pour le diagnostic direct : la détection de l'antigène P24 et la détection du matériel génétique viral (Polymerase Chain Reaction ou PCR). Ce diagnostic peut être difficile pour le VIH 2 du fait de l'absence de PCR à ce type de virus en pratique courante.

→ **DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE INDIRECT**

Généralement dans les pays à ressources limitées, le diagnostic biologique de l'infection à VIH repose essentiellement sur le test sérologique qui est un diagnostic indirect mettant en évidence des anticorps anti-VIH dans le sérum des patients. Les méthodes de visualisation de la réaction antigène-anticorps sont des méthodes immunologiques de type ELISA ou des tests «rapides» qui font appel à une agglutination/absorption du complexe sur une membrane, puis une coloration visible à l'œil nu.

Chapitre 2.

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH



CTA du Centre Hospitalo-Universitaire de Libreville



2.1 DÉFINITION ET PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE

2.1.1 Définition et principes

La prise en charge globale est une prise en charge médicale, psychologique, sociale et nutritionnelle qui prend en compte l'ensemble des problèmes du patient afin de pouvoir le ramener vers une vie familiale, sociale et professionnelle normale.

Elle vise à:

- ⊙ Assurer à l'ensemble des patients concernés une prise en charge adéquate ;
- ⊙ Réduire la mortalité et la morbidité due au VIH/sida ;
- ⊙ Améliorer la qualité de vie des patients concernés ;
- ⊙ Promouvoir la prévention tant chez les personnes non infectées que chez les personnes vivant avec le VIH.

La PEC globale résulte du travail en équipe multidisciplinaire d'un ensemble de professionnels qui doivent agir d'une façon complémentaire et synergique pour couvrir les différents besoins du patient. L'organisation des soins dépend de la complémentarité des différents intervenants. Elle nécessite la mise en place de structures capables de couvrir chaque domaine d'intervention (médical, psychologique social et nutritionnel) et d'équiper chaque secteur d'activité d'un personnel en nombre suffisant et bien formé. A l'intérieur d'un même service, il convient de constituer l'équipe de prise en charge avec les membres du personnel soignant renforcés par la présence d'intervenants issus de la communauté ou des associations. Il s'agit d'une approche globale dans laquelle sont systématiquement intégrées les activités de prévention, de soins, de traitement, de soutien psychosocial, de lutte contre l'opprobre et la discrimination. Il faut donc une équipe constituée par les médecins, les psychologues/conseillers, les infirmiers, les pharmaciens, les nutritionnistes, les travailleurs sociaux ainsi que les médiateurs associatifs. L'ensemble du travail des intervenants devant se faire dans le plus grand respect de la confidentialité, seule capable de créer et de maintenir la confiance du patient sans laquelle il n'y aura pas de prise en charge efficace.

Le bon fonctionnement de la PEC nécessite la mise en place d'un cadre de fonctionnement qui permet de favoriser les échanges entre les différents intervenants: rencontres programmées, réunions de service.

La PEC doit assurer la continuité des soins à l'intérieur et en dehors de la formation sanitaire. Cette continuité nécessite la participation des secteurs associatifs, communautaires et privés à la PEC.

2.1.2 Prise en charge médicale

→ PRÉALABLES À UNE BONNE PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Une bonne prise en charge médicale nécessite :

- ⊙ Des locaux adaptés dans lesquels la confidentialité des patients peut être assurée, équipés du plateau technique nécessaire à la pratique des examens complémentaires de base définis dans le programme national.
- ⊙ Une équipe multidisciplinaire disponible, en nombre suffisant et formée à la prise en charge de la pathologie VIH, ainsi qu'à la gestion des patients souffrant de cette pathologie.
- ⊙ Un plateau technique performant et décentralisé au mieux possible.
- ⊙ La présence des médicaments nécessaires avec l'organisation d'un circuit d'approvisionnement et de distribution capable d'assurer sans rupture les traitements des patients.

→ QUI DOIT PROCÉDER À LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE ?

Elle doit être multidisciplinaire, capable d'assurer la couverture des différents problèmes du patient. A l'intérieur d'un même service, il convient de constituer l'équipe de prise en charge avec les membres du personnel soignant, renforcés par la présence d'intervenants issus de la communauté ou des associations (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, biologistes, nutritionnistes, travailleurs sociaux, médiateurs associatifs et réseaux de PVVIH).

En fonction de la pathologie présentée, des soins peuvent être prodigués par des services de spécialités différentes qui doivent travailler en complémentarité avec l'équipe de base et participer aux réunions destinées à faire le point sur les patients.

L'ensemble de ces structures doit être complété par un dispositif visant à assurer la continuité des soins en travaillant sur l'interface entre la structure de soins et « l'extérieur », avec le consentement éclairé du patient.

Il faut enfin envisager le développement de structures capables d'assurer une prise en charge globale à domicile. Celles-ci doivent travailler sous le contrôle de l'équipe de base avec qui elles doivent élaborer les programmes de prise en charge. Ceux-ci impliquent des visites planifiées régulièrement avec le personnel clinique et de soutien, sur la base d'un calendrier fixé à l'avance. Elles doivent tenir compte des informations relatives aux patients données par le service de base.

La prise en charge à domicile demande aussi la participation du secteur communautaire et associatif qui doit, quand cela est nécessaire, être formé à la pratique de certains soins.

→ RÉALISATION PRATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Il convient d'organiser le travail de l'équipe au sein de la structure de soins conformément à la séquence des soins comme présenté sur la figure 3 :

- **Définition des objectifs du travail** : mise en commun des informations qui permettent d'améliorer la prise en charge du patient en l'envisageant dans sa globalité d'individu chargé de responsabilités dans sa famille, la société...
- **Organisation des séances de mise en commun** : créer les occasions de rencontres et de mise en commun entre les différents soignants intervenant dans la prise en charge, à savoir :
 - ⊙ Des staffs cliniques hebdomadaires : échanges entre cliniciens, biologistes et pharmaciens..., pour résoudre en priorité les problèmes urgents ou émergents :
 - ⊙ Le Comité de suivi et de sélection qui est un cadre idéal de communication, d'échange d'informations, de développement et de suivi d'un programme. Il est important, à la fois pour les cliniciens (médecins, infirmiers et autres personnels de santé ou social) et pour les non cliniciens (animateurs, conseillers et éducateurs), de venir à ces réunions. Ces groupes sont plus efficaces lorsqu'un chef d'équipe, souvent un infirmier, un conseiller ou un travailleur social, fait la liste des patients et prépare l'agenda de la réunion, de façon hebdomadaire et la distribue à l'avance à l'équipe.
- Définition des règles qui régissent l'équipe de prise en charge, à savoir :
 - ⊙ La confiance ;
 - ⊙ Le respect de la confidentialité ;
 - ⊙ Le secret partagé ;
 - ⊙ La non stigmatisation.

→ SUIVI À DOMICILE

Les soins des patients séropositifs doivent se poursuivre jusqu'à la maison. L'organisation des visites à domicile se révèle très efficace pour le suivi de l'observance et le support psychologique et social. La visite à domicile est nécessaire lorsque l'évaluation psychosociale montre que le patient aura

des difficultés d'adhésion au traitement. Les visites à domicile sont aussi nécessaires pour pouvoir répertorier les cas d'abandon au traitement et des pertues de vues.

Le suivi à domicile contribue également à la réintégration sociale des personnes infectées.

→ **OBSERVANCE DU TRAITEMENT ARV**

L'observance se définit comme étant le degré de concordance entre le comportement d'un individu (en termes de prise médicamenteuse, de suivi du régime thérapeutique ou de changement de style de vie) et les recommandations médicales.

Le seuil de bonne observance concernant les antirétroviraux se situe au-dessus de 90%, voire de 95%.

Cette observance dépend de l'adhésion (ensemble des conditions : motivation, acceptation, information) et de la participation du patient.

→ **DIFFÉRENTS MODES DE NON-OBSERVANCE :**

Les différents modes de non observance suivants ont été identifiés :

- Absence de prise médicamenteuse
- Prise injustifiée
- Erreur de dose
- Erreur dans l'horaire de la prise
- Prise de médicaments non prescrits par le médecin
- Partage des médicaments
- Diminution volontaire du nombre de prises ou de comprimés
- Prise de médicaments par excès.

→ **COMMENT MESURER L'OBSERVANCE ?**

Le problème du choix de la méthode de mesure est récurrent. Il n'existe aucune mesure de référence (« Gold Standard »). Aussi serait-il souhaitable d'utiliser un outil de mesure peu coûteux, reproductible, objectif, non intrusif, facile à utiliser et à analyser.

La combinaison de deux méthodes telles que l'entretien ou l'autoquestionnaire et la ponctualité des rendez-vous est recommandée (Tableau I).

→ **CONSÉQUENCES DE LA NON-OBSERVANCE DU TARV**

Les principales conséquences de la non observance du traitement antirétroviral sont :

- L'échec du traitement antirétroviral ;
- L'aggravation de la maladie ;
- La réapparition des infections opportunistes ;
- La dégradation de la relation soignant-soigné ;
- Les résistances virales.

Tableau I. Méthodes d'évaluation de l'observance

Outils	Avantages	Inconvénients
Autoquestionnaire et entretien	Facile à utiliser et peu coûteux	Subjectif. Dépend des informations données par le malade et de l'habileté de l'enquêteur. Surestimation. Nécessite un niveau d'instruction minimum du patient ou le recours à un intermédiaire (confidentialité +++)
Carnet	Informations fournies par le malade sur le rythme des prises	Surestimation. Nécessite l'implication effective du patient pour remplir son carnet. Nécessite un niveau d'instruction minimum du patient ou le recours à un intermédiaire (confidentialité)
Dénombrement des comprimés	Facile à utiliser, peu coûteux	Surestimation. Absence de données sur le rythme réel des prises. Le patient peut réduire le nombre de comprimés restant
Taux de renouvellement des ordonnances	Non intrusif	Sous-estimation. Subjectif, limité par les possibilités locales : ressources humaines insuffisantes, moyens logistiques limités (ordonnances informatisées, logiciel)
Dosages biologiques	Objectif	Invasif. Modification par l'absorption des médicaments ou les interactions médicamenteuses. Sous ou surestimation
Observation directe du traitement (DOT)	Vérification de l'utilisation récente	Difficile en ambulatoire, limité dans le temps (traitement à vie), risque de stigmatisation, impact sur l'intimité des patients, rupture de la confidentialité

Tableau adapté de Farmer CK: *Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. (Clinical therapeutics; 1999; 21:1074-90).*

→ **DÉTERMINANTS DE L'OBSERVANCE**

Différents types de facteurs participent de la qualité de l'observance du malade au TARV : les facteurs liés au malade, au traitement, à l'entourage du malade et aux acteurs du système de santé.

<p><input checked="" type="checkbox"/> Facteurs liés au malade :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Accessibilité financière des médicaments ■ Accessibilité géographique des traitements ■ Analphabétisme ■ Précarité (type de logement, situation professionnelle) ■ Promiscuité (repas, endroit pour garder les médicaments) ■ Représentation sociale, culturelle et religieuse de la maladie ■ Recours aux tradipraticiens. <p><input checked="" type="checkbox"/> Facteurs liés au traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Complexité du traitement (nombre de comprimés et nombre de prises par jour) ■ Obligations alimentaires (horaires de prises par rapport aux repas) ■ Effets secondaires 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Traitements associés (exemple : antituberculeux). <p><input checked="" type="checkbox"/> Facteurs liés à l'entourage du malade :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Confidentialité (respectée ou pas) ■ Stigmatisation, discrimination, rejet ■ Soutien et réseau de solidarité. <p><input checked="" type="checkbox"/> Facteurs liés aux acteurs de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Niveau de connaissances sur le VIH, le SIDA et les ARV ■ Informations insuffisantes, inadaptées ou contradictoires ■ Absence de conviction et d'implication ■ Charge de travail, indisponibilité, manque de motivation ■ Relation soignant-soigné ■ Gestion de la confidentialité.
--	--

→ GESTION DE L'OBSERVANCE

Des mesures préventives doivent être entreprises pour éviter la non observance du traitement.

<p>☑ Prévention :</p> <p>Elle passe par la mise en place des conditions de l'observance en amont de la décision thérapeutique. Pour ce faire, il faut évaluer :</p> <ul style="list-style-type: none">■ Le niveau de connaissances du patient,■ Son acceptation de l'infection à VIH et du traitement ARV,■ Ses conditions de vie,■ Son entourage familial et professionnel,■ Son contexte socioculturel et l'existence d'une éventuelle barrière linguistique.	<p>☑ Au moment de la prescription, le praticien doit :</p> <ul style="list-style-type: none">■ Exposer correctement les objectifs du traitement,■ Indiquer les effets indésirables possibles,■ Adapter le traitement au patient et non l'inverse,■ Développer une collaboration multidisciplinaire impliquant le médecin, le pharmacien, l'infirmière, l'assistante sociale, le psychologue et les médiateurs communautaires.
--	---

i **NB:** la prise en charge médicale est détaillée dans les chapitres qui suivent.

2.1.3 Prise en charge psychosociale

Elle est facilitée par des équipes chargées du conseil, de l'accompagnement, du suivi et de l'observance, aussi bien au sein des structures de prise en charge que dans les communautés.

L'implication des familles et des PVVIH est un élément essentiel pour la prise en charge psychosociale.

Le VIH/SIDA est une maladie qui attaque différents aspects de la vie humaine. L'annonce du diagnostic de VIH/SIDA est suivie par des bouleversements sur le plan psychique et social. Ceci demande un soutien psychosocial tenant compte des besoins et des problèmes des personnes infectées par le VIH/sida à différents stades de la maladie.

La prise en charge et le soutien psychosocial signifient la continuité du soutien pour résoudre les problèmes psychologiques, sociaux et spirituels des personnes infectées par le VIH/sida, leurs partenaires, leurs familles et leurs soignants. Cette prise en charge va au-delà des besoins physiques. Elle met l'accent sur les besoins émotionnels des personnes infectées et/ou affectées par le VIH et leurs besoins d'interaction et d'intégration sociale.

La prise en charge psychosociale pourrait être vue comme une association d'un savoir psychologique, d'une action sociale dans un contexte communautaire/anthropologique. Il y a donc pour une personne (ou un groupe de personnes) trois actions à mener en interaction.

i **NB:** la prise en charge psychologique et sociale est détaillée au chapitre III.

2.1.4 Prise en charge nutritionnelle

La dénutrition est l'une des complications les plus fréquemment rencontrées chez les PVVIH. La prise en charge nutritionnelle a donc pour but d'éviter une dénutrition précoce et rapide chez ces patients. Elle nécessite la prise en compte des éléments suivants :

- Le dépistage des problèmes nutritionnels : il consiste à rechercher tout problème pouvant entraîner des difficultés à s'alimenter (anorexie, douleurs à la déglutition, lésions buccales,

diarrhées). Ces problèmes nutritionnels peuvent être dus aux effets secondaires liés au traitement ARV, à la maladie elle-même ou aux infections opportunistes ;

- La réalisation d'enquêtes alimentaires individuelles qui permet de vérifier si l'alimentation du sujet est équilibrée variée et saine ;
- La réalisation d'une éducation nutritionnelle appropriée, c'est-à-dire qui prend en compte les problèmes nutritionnels et les mauvaises habitudes alimentaires.

La prise en charge nutritionnelle doit se faire aussi bien dans les structures de prise en charge que dans la communauté.

i **NB:** *Devant toute perte de poids chez une PVVIH :*

- *l'orienter vers une structure de prise en charge ;*
- *lui demander d'ouvrir un « carnet d'alimentation » dans lequel il note tout problème nutritionnel rencontré. Le malade doit se munir de ce carnet à chaque consultation. Si nécessaire, ce carnet peut être tenu par un agent communautaire ;*
- *se référer à la prise en charge nutritionnelle détaillée au chapitre XII.*

La prise en charge nutritionnelle est détaillée au chapitre XII.

La figure 4 ci-contre décrit la séquence des soins, ainsi que le circuit que doit suivre le malade après avoir été dépisté VIH positif.

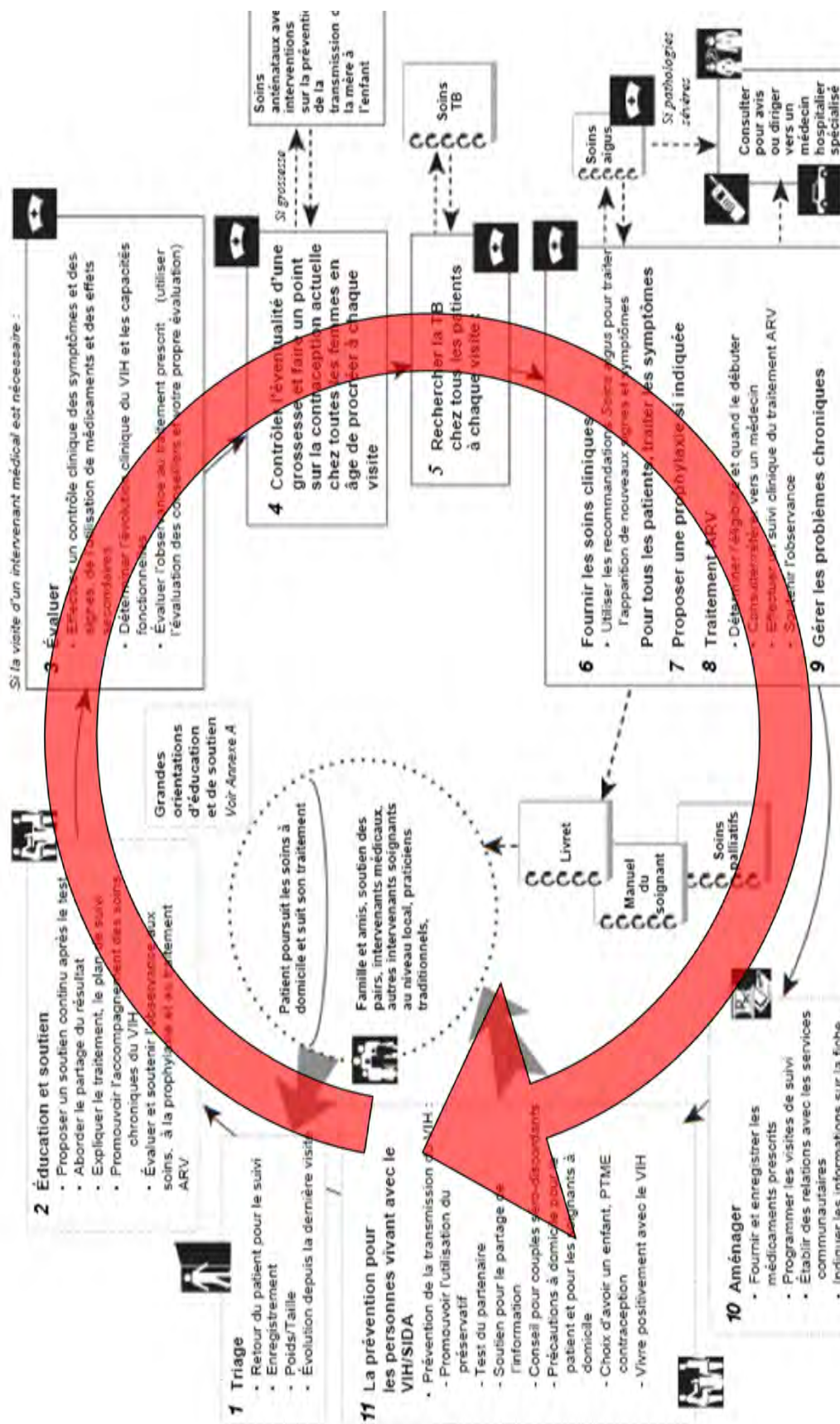


Figure 4. Séquence des soins et circuit du malade après dépistage VIH positif

2.2 ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH AU GABON

Dès la déclaration du premier cas de sida au Gabon en 1986, le Gabon s'est engagé à faire de la lutte contre le Sida une des priorités de son action gouvernementale. Cet engagement s'est traduit, entre autres par :

- La mise en place d'un Programme national de lutte contre le sida en 1989, rebaptisé Programme national de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le SIDA (PNLIST/SIDA) depuis 2006 ;
- La création en 2001 d'un important Fonds National de Solidarité Thérapeutique pour favoriser l'accès des personnes infectées par le VIH au TARV et réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ce fonds se traduit par la mise en œuvre du projet ACCESS (Accélérer l'Accès à la Prise en Charge des PVVIH au Gabon) ;
- La création en 2006 d'un Fonds de Soutien à la lutte contre le Sida pour les activités de prévention ;
- L'existence de 2006 à 2008 d'un Ministère consacré à la lutte contre le VIH/sida dont les structures sont aujourd'hui rattachées au Ministère de la Santé à travers la Direction Générale de la Prévention du Sida (DGPS) ;
- La décentralisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH à travers la construction de 10 Centres de Traitement Ambulatoire (CTA) dans les chefs-lieux des neufs provinces du pays, puis dans des services de médecine de certains hôpitaux.

L'organisation de la prise en charge globale des PVVIH au Gabon comprend : la coordination nationale de la prise en charge et les centres/services de prise en charge.

2.2.1 La coordination nationale de la prise en charge des PVVIH

Elle est assurée par le Programme national de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le SIDA (PNLIST/SIDA). Ce programme est rattaché à la Direction Générale de la Santé et est coordonné par un directeur, assisté par des chefs de services thématiques (Cf. Figure 5).

Le PNLIST/SIDA a pour rôles de :

- Définir la politique et les directives nationales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- Définir les objectifs nationaux pour la prise en charge globale des PVVIH et planifier les étapes opérationnelles pour sa mise en œuvre ;
- Coordonner les activités de prise en charge globale des PVVIH avec celles d'autres services et programmes du Ministère de la Santé (Direction Générale de la Prévention du SIDA, Office pharmaceutique national, Laboratoire national de santé publique, Programme national de lutte contre la tuberculose, Direction nationale de la santé maternelle et infantile, etc.), d'autres Ministères (Défense Nationale, Enseignement supérieur et Éducation Nationale, Éducation Populaire, Intérieur, etc.), d'ONG/Associations impliquées dans la prise en charge des PVVIH et des Organismes de Coopération (OMS, UNICEF, ONUSIDA, CROIX ROUGE, FONDS MONDIAL, AFD, FNUAP, Coopération japonaise, PNUD, etc.) ;
- Acquérir et distribuer les ressources nécessaires à la prise en charge des PVVIH, en particulier les médicaments, le matériel et l'équipement de laboratoire, le matériel nécessaire pour l'appui nutritionnel, les divers outils de gestion, etc ;
- Former et superviser le personnel impliqué dans la prise en charge des PVVIH ;
- Former et superviser les relais communautaires impliqués dans la prise en charge des PVVIH ;
- Mobiliser les ressources en faveur de la prise en charge des PVVIH ;
- Évaluer le programme de prise en charge globale des PVVIH.

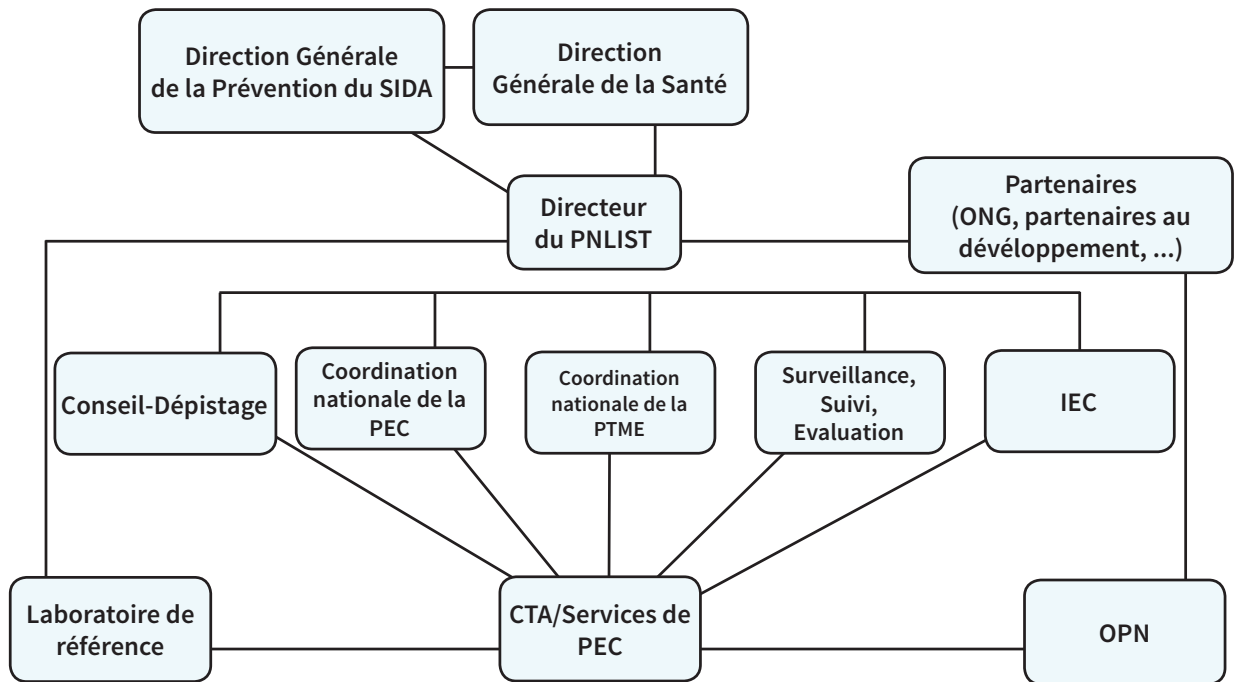


Figure 5. Organigramme du Programme de prise en charge des PVVIH au Gabon.

2.2.2 Les Centres/Services de prise en charge des PVVIH

La prise en charge des PVVIH se fait presque exclusivement dans les Centres de Traitement Ambulatoire (CTA) et dans des services de médecine de certains hôpitaux. Le pays dispose actuellement de 10 CTA (2 à Libreville la capitale administrative et 1 dans chacun des 8 chefs-lieux de province) et de 7 services de médecine de référence pour les PVVIH et le service de pédiatrie du CHUL, soit au total 18 structures de prise en charge (Figure 6).

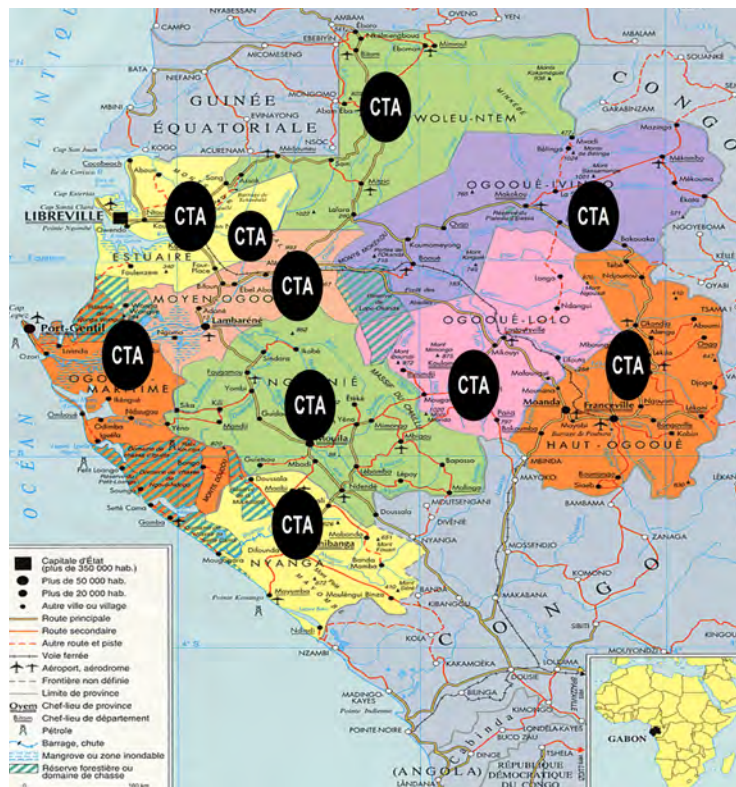


Figure 6. Répartition géographique des CTA sur le territoire national.

Ces structures sont situées à deux niveaux de la pyramide sanitaire, à savoir : le niveau central (Libreville) et le niveau intermédiaire (régional). Les niveaux périphériques (départemental et communautaire), ainsi que le secteur privé sont encore peu couverts pour la prise en charge des PVVIH selon les directives du PNLIST/SIDA. Un programme d'intégration de la prise en charge à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est en cours de réalisation.

Les CTA sont des structures pavillonnaires composées de plusieurs unités :

- ⊙ Administration (accueil, secrétariat, gestionnaire, archives, main d'œuvre non permanente comprenant des chauffeurs, techniciens de surface et gardiens) ;
- ⊙ Consultations médicales ;
- ⊙ Consultations psychosociales (groupes de parole et/ou repas communautaire) ;
- ⊙ Hospitalisation de jour ;
- ⊙ Soins et prélèvements ;
- ⊙ Laboratoire (hématologie, biochimie, CD4, parfois charge virale) ;
- ⊙ Pharmacie + dispensation des médicaments.

L'offre de soins dans ces structures de prise en charge des PVVIH consiste à faire du counselling, du dépistage, du suivi médical, de la dispensation des antirétroviraux, de l'appui psychosocial, nutritionnel, du suivi biologique et de l'accompagnement communautaire.

Les structures de prise en charge des PVVIH sont dirigées par un médecin, appuyé par une équipe pluridisciplinaire composée d'autres médecins (dans quelques centres), d'un psychologue, d'un assistant social, de techniciens de laboratoires, d'infirmiers, d'adjoint technique de pharmacie, d'un gestionnaire, d'une secrétaire, d'un chauffeur, d'un gardien, de techniciens de surface et d'agents communautaires (médiateurs, volontaires, etc.). La Croix Rouge Française s'est longtemps impliquée dans l'activité des CTA. D'autres partenaires au développement appuient certains CTA dans leur fonctionnement (Coopération Japonaise). Les ressources humaines et matérielles sont encore inégalement réparties entre les différents centres/services de prise en charge.

Concernant le dépistage, plus de 100 structures (publiques, privées, communautaires) offrent des services de conseil et dépistage (anonyme ou initié par le prestataire) à travers le pays. L'accès au dépistage est gratuit pour tous (Conseil des Ministres du 01 juin 2011 délocalisé à Koulamoutou). L'algorithme de dépistage recommandé par le programme est la réalisation de deux tests rapides : le Determine (test plus sensible) en première intention, suivi du Bispot (test plus spécifique) pour la confirmation du diagnostic et la discrimination (Cf. Guide du conseil et dépistage au Gabon). Les tests de dépistage plus élaborés (Elisa, Westernblot), de dépistage précoce par PCR et de contrôle qualité sont assurés par des laboratoires plus équipés, publiques (Laboratoire national de santé publique, Centre National de Transfusion Sanguine et Laboratoire de Microbiologie de la Faculté de Médecine) et privés (Unité de Recherche médicale de l'Hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné, Centre International de la Recherche Médicale de Franceville).

Chapitre 3.

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE



CTA de Franceville



3.1 POURQUOI LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PVVIH ?

Trois raisons justifient la nécessité de la prise en charge psychologique et sociale des personnes vivant avec le VIH (Tableau II), à savoir :

- La VIH/sida affecte les différentes dimensions de la vie de la personne atteinte ;
- La personne vivant avec le VIH doit faire face aux problèmes de stigmatisation et de discrimination liés à sa maladie ;
- Il faut assurer une bonne adhésion au traitement antirétroviral et à d'autres traitements.

Tableau II. Raisons justifiant la prise en charge psychologique et sociale des PVVIH.

Le VIH /sida affecte les différentes dimensions de la vie de la personne	<ul style="list-style-type: none">■ Physique■ Psychologique/Mentale■ Sociale■ Spirituelle
Faire face aux problèmes de stigmatisation et de discrimination liés au VIH/sida	Le counselling et le soutien social contribuent énormément à la réduction du stigma et de la discrimination qui peuvent être infligées à des personnes vivant avec le VIH/sida. Ceci contribue entre autres, au changement de la perception du VIH/sida par la communauté et à la réduction de l'auto stigmatisation qui peut être vécue par les personnes atteintes par la maladie.
Assurer une bonne adhésion au traitement antirétroviral et à d'autres traitements	<ul style="list-style-type: none">■ Le succès du traitement antirétroviral est le résultat d'une bonne adhésion au traitement. L'appui psychosocial est un grand pilier pour l'adhésion puisqu'il consiste à éliminer les facteurs négatifs à l'adhésion au traitement antirétroviral et à d'autres traitements médicamenteux.■ Le counselling et le soutien social aident le patient et ses soignants à faire face aux différents problèmes liés au VIH/sida selon les différents stades de l'infection et ainsi améliorer la qualité de la vie des personnes infectées et/ou affectées.

→ COMMENT ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE ?

- En formant des soignants à la prise en charge psychosociale des PVVIH ;
- En formant des bénévoles et agents communautaires ;
- En élaborant des stratégies de mise en place des services de soutien psychosocial pour les groupes spécifiques (enfants, adolescents, parents, usagers de drogues, soignants etc.) ;
- En formant des soignants au counselling, à la psychologie et à la psychiatrie.

3.2 QUELLES SONT LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE ?

3.2.1 Consultations psychologiques et sociales

Les consultations psychologiques et sociales sont organisées sous forme de séances d'entretien entre le patient et le conseiller pour discuter de l'un ou l'autre sujet suivant les différentes étapes du processus de prise en charge ou d'un problème évoqué qui nécessite une demande bien spécifique.

→ COUNSELLING (OU COUNSELING) INDIVIDUEL PRÉPARATOIRE

La toute première entrée dans le programme de prise en charge nécessite une certaine préparation. Une séance d'entretien avec un conseiller est d'une grande importance.

Après l'annonce du résultat VIH positif, les pensées de la personne sont dominées par d'innombrables questions qui nécessitent des réponses rassurantes et réconfortantes par un personnel expert et compétent en matière de counselling. Dans la plupart des cas, les patients viennent avec un état émotionnel qui n'est pas encore stable. Ils se posent plusieurs questions concernant le traitement antirétroviral, ses principes et son efficacité dans le maintien de leur état de santé. Ils viennent aussi avec de fausses informations sur le traitement antirétroviral et tout cela nécessite une intervention raffinée qui répond aux différentes préoccupations du patient.

Le counselling préparatoire vise également à faire une évaluation psychologique et sociale ayant pour but d'anticiper les facteurs de l'adhésion au traitement. A ce niveau, le rôle du conseiller consiste à aider le patient à minimiser le plus possible les facteurs pouvant entraver la bonne adhésion au traitement.

Les objectifs de cette séance sont, entre autres de :

- Apporter un soutien émotionnel ;
- Évaluer tous les facteurs pouvant entraver l'adhésion au traitement antirétroviral ;
- Fournir des informations nécessaires concernant le programme du traitement antirétroviral et du suivi ;
- Corriger les conceptions et croyances erronées vis-à-vis du traitement antirétroviral, de l'infection et de la maladie ;
- Encourager les comportements positifs du patient.

→ ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE

L'évaluation psychologique et sociale des personnes atteintes par le VIH exige une évaluation de l'individu et si possible de son foyer et du reste de la famille, de ses ressources et de ses besoins. Afin de répondre à ces attentes, on doit procéder aussi à une évaluation de la communauté religieuse ou spirituelle, des services sociaux et des ressources légales.

→ Évaluation de l'état psychologique du patient :

Après l'annonce du résultat positif, la personne passe par différentes étapes avant d'accepter et intégrer ce nouveau statut. La situation la plus fréquente est **la persistance dans le déni** et ceci a un grand impact sur l'adhésion du patient au traitement. La crainte d'être connu séropositif et d'être stigmatisé par les personnes de son entourage caractérise la majorité des patients qui viennent d'apprendre leur statut sérologique. Ainsi, le conseiller doit évaluer lors de la première rencontre avec le patient, le vécu de la séropositivité. Les patients qui éprouvent de telles difficultés peuvent être présumés mauvais adhérents, car ils ne se sentent pas à l'aise avec les rendez-vous et tout le processus de suivi.

L'autre catégorie de patients qui sont susceptibles d'avoir une mauvaise adhésion au traitement est celle des personnes qui affichent des symptômes neuropsychiatriques liés à certains facteurs comme :

- Les facteurs de stress psychosociaux,
- Les facteurs liés aux syndromes psychiatriques,
- Les facteurs liés aux maladies secondaires au VIH,
- Les facteurs liés au traitement du VIH/SIDA lui-même.

Le counselling préparatoire doit pour ce faire, comprendre une évaluation visant à anticiper les facteurs psychologiques et sociaux de l'adhésion au traitement.

Dans la plupart des cas, le travailleur social ou le psychologue est responsable de l'évaluation psychologique et sociale. Il est indispensable que tous les membres de l'équipe multidisciplinaire collaborent pour cette évaluation. Cependant, il revient au psychologue ou psychiatre d'évaluer les symptômes psychologiques et psychiatriques pour les cas plus compliqués.

→ Évaluation sociale :

Cette évaluation doit tenir compte des éléments importants qui ont une certaine incidence sur l'adhésion du patient et/ou qui visent son intégration dans la vie sociale. Ainsi, il faut :

- ⊙ Évaluer les ressources et les besoins du patient ;
- ⊙ Évaluer sa capacité et son désir de divulguer son statut VIH aux personnes compétentes du réseau d'aide sociale ;
- ⊙ Identifier les services communautaires et les services sociaux locaux ;
- ⊙ Développer un réseau de services sociaux ;
- ⊙ Évaluer les soutiens sociaux et les personnes ou structures relais actives auprès du patient, tels que la famille, les amis intimes, la communauté, ceux en relation avec sa foi (église), associations et autres, ainsi que les agences de services sociaux ;
- ⊙ Se renseigner sur les croyances religieuses et spirituelles pour explorer la place de la religion et de la spiritualité dans le vécu de la personne ;
- ⊙ Évaluer l'utilisation des systèmes de santé traditionnels et complémentaires et les envisager comme source de soutien possible ;
- ⊙ Sonder les inquiétudes que peuvent causer le stigma et l'isolement. En effet, la discrimination des malades du sida peut compromettre l'accès aux soins, la sécurité de leur emploi, ainsi que leur situation au foyer. Il faut donc leur permettre de parler de leurs peurs, autant que de raconter une expérience actuelle de discrimination ;
- ⊙ Permettre aux patients d'identifier les soutiens les plus sûrs dans leur famille et leur communauté.

Les prestataires doivent aussi examiner leurs propres idées et leurs propres peurs qui peuvent contribuer aux stigmates qu'éprouve le patient. Ils doivent évaluer la portée qu'aurait la divulgation de son statut par le patient. Dans cette optique, ils doivent :

- ⊙ Demander aux patients s'ils ont révélé leur diagnostic à quelqu'un ;
- ⊙ Prendre connaissance des réactions de leur système de soutien ;
- ⊙ Examiner les inquiétudes provoquées par la révélation de leur état sérologique : au conjoint, aux enfants, aux membres de la famille et aux amis ;
- ⊙ Élaborer les stratégies qui permettent de divulguer son statut sérologique, conformément au degré de préparation du patient ;
- ⊙ Estimer les appuis sociaux et les besoins, noter tout changement au niveau des activités sociales depuis le diagnostic et les inquiétudes que pourraient provoquer l'auto stigmatisation ;
- ⊙ Référer aux groupes de soutien selon les cas.

→ Comportements positifs :

Lorsque le patient se présente pour la première fois dans un service de prise en charge, le conseiller qui l'accueille dans le service psychosocial doit avoir en tête l'idée que celui-ci peut ne pas maîtriser et/ou peut éprouver des difficultés à changer et maintenir les comportements positifs. Le conseiller doit donc s'assurer que le patient est sur le bon chemin pour l'adoption des comportements positifs vis-à-vis de sa santé et de celle des autres. C'est un bon moment pour discuter de la réduction des risques. Ceci est nécessaire surtout pour les couples. Il faut voir avec le (la) patient (e) si son (sa) conjoint (e) et les enfants sont déjà testés.

Les comportements positifs à adopter sont, entre autres :

- ⊙ Éviter de se réinfecter et d'infecter les autres ;
- ⊙ Réduire le nombre de partenaires sexuels ;

- ⊙ Utiliser correctement et systématiquement le préservatif ;
- ⊙ Discuter avec son conjoint sur la planification familiale ;
- ⊙ Éviter la consommation d'alcool et de drogues ;
- ⊙ Adopter des mesures d'hygiène corporelle et alimentaire.

Toutes les données recueillies auprès du patient au cours de cette séance d'entretien doivent être notées dans la partie psychosociale de son dossier.

A la fin de l'entretien le conseiller doit faire des conclusions en rapport avec ce qu'il a entendu et observé. Ces conclusions sont essentiellement en rapport avec :

- ⊙ Le vécu psychologique du patient vis-à-vis de l'infection, de la maladie et du traitement ;
- ⊙ Les obstacles à l'adhésion anticipés par le conseiller ;
- ⊙ Les problèmes spécifiques à suivre avec le patient ;
- ⊙ Les orientations faites après la séance.

REMARQUES

En cas de difficultés d'adhésion anticipées par le conseiller, ce dernier doit envisager un suivi particulier ayant pour objet d'aider le patient à éliminer tous les facteurs négatifs (liés à l'individu et/ou à son entourage) qui interfèrent, afin de lui permettre de commencer le traitement antirétroviral dans les meilleures délais.

Il faut noter que la mise sous traitement antirétroviral n'est jamais une urgence, surtout lorsqu'il y a des facteurs qui peuvent entraver l'adhésion du patient, sachant que le traitement est à vie.

3.2.2 Séances d'éducation et d'initiation au traitement

La mise en route du traitement antirétroviral nécessite une certaine éducation des patients. L'acquisition des connaissances de base sur le traitement antirétroviral est un préalable avant de commencer le traitement. Une session de plus ou moins trois jours est donc nécessaire pour discuter des sujets en rapport avec le traitement et les comportements qui sous-tendent l'adhésion au traitement antirétroviral. L'animation des séances doit pour ce faire, être appuyée par un matériel didactique approprié pour faciliter la communication et la compréhension.

Les sujets à aborder dans les séances d'éducation et d'initiation aux ARV sont décrits ci-dessous.

Tableau III. Sujets à aborder dans les séances d'éducation et d'initiation aux ARV.

Modes de transmission du VIH	<ul style="list-style-type: none"> ■ Transmission sexuelle ■ Transmission sanguine ■ Transmission de la mère à l'enfant
Différence entre VIH et Sida	<p>Séropositif : est porteur du VIH. Il peut porter le virus sans être malade : on dit qu'il est asymptomatique ou a peu de symptômes</p> <p>SIDA : stade ultime. C'est quand le sujet présente déjà des manifestations cliniques plus ou moins sévères</p>
Modes de prévention du VIH	<ul style="list-style-type: none"> ■ Abstinence ■ Utilisation correcte et régulière du préservatif (démonstration avec des préservatifs masculin et féminin) ■ Avantages de l'utilisation du préservatif pour les personnes sous traitement antirétroviral ■ Prise en charge du couple sérodiscordant
Traitement antirétroviral	<ul style="list-style-type: none"> ■ Principes d'action ■ Importance du traitement antirétroviral ■ Modes de prise des médicaments (horaire fixe, outils d'aide à une bonne observance) ■ Effets secondaires ■ Obstacles à la bonne action du traitement ■ Suivi des patients sous traitement antirétroviral ■ Prise en charge du couple sérodiscordant ■ Indicateurs d'une bonne évolution pour un patient sous traitement antirétroviral
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ■ Repas équilibrés ■ Hygiène alimentaire
Comportements positifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Éviter les grossesses non planifiées ■ Éviter les boissons alcoolisées ■ Éviter le tabac et les drogues ■ Éviter les comportements sexuels à risque (contamination volontaire...) ■ Avoir une hygiène corporelle et vestimentaire ■ Se reposer suffisamment

→ DÉFINITION

Entretien/conversation entre le patient et le prestataire de soins ayant pour but d'aider la personne à surmonter le stress et à adopter des comportements qui lui permettent de bien vivre avec le VIH/SIDA. Le counselling peut être individuel ou de groupe selon la forme d'intervention choisie.

→ COUNSELLING INDIVIDUEL DE SUIVI (Tableau IV)

Les séances de counselling individuel sont très importantes dans le programme de prise en charge des PVVIH.

Au fur et à mesure que le patient suit le traitement antirétroviral, le personnel soignant doit envisager un système de suivi qui assure non seulement une bonne adhésion au traitement, mais aussi qui garantit le maintien de l'équilibre psychologique et social du patient. Ce suivi doit être organisé sous forme de séances d'entretien ayant des buts bien spécifiques, tel que décrit dans le tableau qui suit.

Tableau IV. But du counselling individuel de suivi.

<p>Apporter un soutien psychologique</p> <p>(a) Attaque de la cohésion du moi corporel</p>	<p>Le soutien psychologique aux personnes atteintes par le VIH de la part du de son personnel soignant et de son entourage est très nécessaire pour diverses raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L'infection à VIH attaque d'emblée la cohésion du moi corporel de par ses symptômes comme l'apparition de lésions, la perte de poids, la chute de lymphocytes, la survenue chronique d'infection. Ceci est à l'origine d'une fragmentation du corps et d'un obstacle dans la relation que le « soi » peut construire avec la maladie. ■ Des symptômes comme l'amaigrissement, l'apparition des lésions cutanées, les troubles de la vue, constituent une attaque directe de l'image et des fonctions vitales du corps. Les troubles de la vision, voire la perte de la vue, pour une personne séropositive, constituent une épreuve désorganisatrice et déstabilisante.
<p>(b) Attaque de l'estime de soi</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'infection à VIH compromet l'estime de soi au sens où elle met en question l'intégrité structurale du corps, ses capacités d'attraction physique et sexuelle. L'attaque de l'estime de soi peut avoir des effets néfastes sur l'intégration sociale et l'aménagement des relations interpersonnelles de la personne atteinte. Ceci contribue au changement dans les relations intimes et conjugales.
<p>(c) Effet de la chronicité de l'infection</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La chronicité de l'infection à VIH perturbe le sens de la continuité temporelle par l'alternance d'attaques et de rémissions successives, obligeant la personne séropositive ou malade à des ajustements psychologiques permanents, ce qui endommage les relations au monde extérieur, voire même est à l'origine du syndrome de «deuil anticipé de soi ». Celui-ci est attisé par la succession des pertes concrètes et abstraites occasionnées par l'évolution de l'état de santé vers l'état de la maladie de la personne : perte de travail, perte de salaire, perte du pouvoir d'attraction, perte de la sécurité de base, de l'espoir, de l'ambition, des capacités de contrôle, des idéaux. Souvent, ces pertes sont enchevêtrées, redoublées par la confrontation avec des pertes d'amis parmi ses proches, voire la perte du partenaire aimé.
<p>Prévenir l'infection parmi les personnes atteintes du VIH/SIDA</p>	<p>La prévention de l'infection à VIH chez les personnes séropositives communément appelée prévention secondaire reste délicate. Le counselling de prévention secondaire doit aborder les deux problématiques que sont les conséquences du phénomène de ré-infection chez la personne infectée et la prévention de la transmission du virus des parents à l'enfant.</p>
<p>S'assurer du suivi de toute la famille / Approche familiale</p>	<p>Le caractère du mode de transmission du VIH fait qu'il est une épidémie qui menace les familles et concerne dans la plupart des cas plus d'un membre de la famille. Les séances de counselling de suivi de la personne enrôlée dans un programme de prise en charge thérapeutique doit tenir compte de cette dimension.</p> <p>Le conseiller doit dans un tout premier temps, au cours de l'évaluation psychosociale, s'assurer que tous les membres de la famille (enfants et conjoint) ont été testés. Il est donc indispensable de savoir si le conjoint connaît le statut de son partenaire. C'est surtout le cas des familles ayant des enfants de moins de quinze ans. Ici, le conseiller doit avoir en tête la structure familiale (Génogramme au besoin) de la personne et savoir le statut sérologique de toutes les personnes qui la composent.</p> <p>Remarque : <i>Les parents ont souvent peur de faire tester leurs enfants, il revient donc au conseiller d'offrir aux parents un soutien psychologique approprié pour pouvoir surmonter la crainte due au test des enfants.</i></p>
<p>Rappeler les modalités de prise des examens de suivi médical et biologique</p>	<p>On ne peut envisager un counselling de suivi qui n'aborde pas le suivi médical et biologique. Le counselling de suivi permet au conseiller de vérifier si le patient est bien suivi, si les examens et les pesées ont été faits au moment voulu. Le suivi est nécessaire pour les patients qui sont sous traitement et ceux qui ne l'ont pas encore commencé. Le suivi des personnes qui sont sous traitement doit se faire au moins chaque mois et tous les trois mois pour ceux qui n'ont pas encore commencé le traitement. Pour les patients qui ne sont pas encore sous traitement antirétroviral, les séances de suivi permettent de vérifier si les examens sont faits au moment opportun pour savoir quand il sera nécessaire de commencer le traitement antirétroviral.</p>
<p>Répondre aux questions du patient</p>	<p>Au fur et à mesure que le patient suit le programme de prise en charge, il commence à comprendre certaines notions importantes sur le traitement et la maladie, il est donc impérieux de bien répondre à toutes ses questions afin d'éviter les informations fausses et/ou déformées qu'il peut acquérir ailleurs.</p>
<p>Aider le patient dans son intégration sociale</p>	<p>L'un des objectifs de la prise en charge globale est l'intégration sociale des personnes infectées par le VIH/Sida. Cette maladie souvent vécue comme étant un facteur invalidant au niveau physique et social. Le conseiller, au fur et à mesure qu'il chemine ensemble avec le patient, doit travailler sur sa réintégration sociale et professionnelle. Il doit l'encourager à maintenir ou regagner son travail quotidien et éviter tout sentiment d'impuissance et d'inutilité.</p>

Ainsi, la mise en route d'une thérapeutique antirétrovirale doit-elle :

- ⊙ Être longuement et clairement expliquée au patient : avantages, inconvénients (effets secondaires), conséquences possibles, etc. ;
- ⊙ Être débutée seulement après que le patient ait donné son accord, prouver sa bonne compréhension du traitement et sa capacité à le suivre ;
- ⊙ Être adaptée autant que possible au mode et au rythme de vie du patient : s'efforcer d'individualiser la thérapeutique est une condition importante pour une bonne observance ;
- ⊙ Obtenir une charge virale plasmatique indétectable. C'est le meilleur garant de la durabilité de l'effet thérapeutique et de l'absence de développement des résistances.

→ **COUNSELLING DE GROUPE (Tableau V)**

Tableau V. **Counselling de groupe ou groupe de parole/thérapie de groupe.**

Demande

- Souvent difficile pour le patient de le demander explicitement.
- Le conseiller le prescrit après l'avoir jugé utile pour le patient et choisit la forme d'intervention en accord avec le patient.

Importance du counselling de groupe

Groupe: lieu privilégié pour l'exploration et la découverte de soi.

- Il facilite des relations interpersonnelles.
- Il permet de devenir plus vivant, plus expressif, d'apprendre à se connaître et s'affirmer (estime de soi).
- Il permet de partager l'expérience de chacun du point de vue :
 - Vécu psychologique de la séropositivité
 - Adhérence au traitement (prise des médicaments) et effets secondaires
 - Importance des médicaments
 - Adoption des comportements positifs
 - Soutien mutuel des patients

Deux moments du counselling de groupe

Avant le début du traitement

Buts:

- Partager le vécu psychologique de la maladie et du traitement antirétroviral
- Évaluer les atteintes des patients vis-à-vis du traitement
- Fournir des informations exactes sur le traitement
- Corriger les préjugés et croyances erronées sur le traitement antirétroviral.

Tout au long du traitement

Buts:

- Renforcer l'adhésion à partir des bonnes expériences partagées
- Acquérir plus d'informations sur le traitement
- Éviter le sentiment d'isolement (soutien mutuel des patients)

Organisation du counselling de groupe

Éléments à considérer:

- S'assurer du consentement de chaque participant
- Constituer des groupes: regrouper les patients ayant les problèmes similaires et de même catégorie d'âge
- Respecter le rythme, le choix et la personnalité de chacun
- Établir les règles du groupe (confidentialité, respect mutuel etc.)

Rôle du conseiller :

- Guider
- Faciliter
- Supporter
- Stimuler

Étapes du counselling de groupe

- Cibler les participants
- Après avoir jugé utile de faire participer un patient dans une séance de counselling de groupe :
 - Éliminer tous les facteurs qui peuvent gêner l'expression spontanée des participants : différence d'âge, niveau de compréhension des participants etc.
- Fixer un rendez-vous (invitation) :
 - Après avoir ciblé les participants à la séance de counselling de groupe, il faut s'assurer que tous les concernés sont au courant et leur fixer un rendez-vous approprié

Choix des thèmes :

- Les thèmes sur lesquels on doit échanger peuvent, dans un premier temps être proposés par le conseiller en accord avec les participants. Il est souhaitable, pour la suite, que le thème soit proposé par les participants. Le conseiller reste toujours le facilitateur de la séance
- Clôture de la séance :
 - Faire une récapitulation de la séance.
 - L'intervenant doit se rassurer de l'atteinte des objectifs assignés à la séance.
 - Communiquer si nécessaire le rendez-vous pour la séance suivante.

REMARQUE

Le conseiller doit se garder d'intégrer dans les séances suivantes, d'autres participants qui n'ont pas cheminé avec le groupe depuis le départ.

3.3 PRISE EN CHARGE DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

→ ÉQUIPE SOIGNANTE

Les soignants sont également confrontés à l'impact psychique de l'épidémie qui diffère de l'impact des autres pathologies, non seulement parce qu'elle mobilise les défenses des soignants contre la mort, mais aussi parce que son mode de transmission sexuelle, en associant la sexualité à la mort, les expose à une vulnérabilité psychique encore plus grande et entame souvent leurs certitudes affectives personnelles concernant les valeurs comme l'amour, la vie, la mort, la sexualité. L'exposition répétée des soignants à la mort de leurs patients a une influence dévitalisante sur eux. La prise en charge des soignants doit être organisée sous différentes formes : réunions de l'équipe psychosociale, séances de supervision, séances de thérapies brèves pour éviter le burn out, etc.

→ PERSONNES PROCHES/ENTOURAGE

Le VIH/SIDA a des effets psychologiques et sociaux sur les personnes de l'entourage du patient. Celles-ci sont confrontées au choc, au désespoir et aux problèmes de stigma.

Une question importante ne peut être évitée : comment survivre à un phénomène qui détruit des milliers des personnes ? Vivant dans un espace communautaire où environ la moitié des personnes sont séropositives ou malades, les personnes séronégatives sont confrontées à une forme de stress post traumatique qui perturbe leur vie affective, leur vie sociale et leur mode d'attachement. Confrontées à de multiples deuils, elles finissent par vivre dans un état psychique de « deuil anticipé » et éprouvent un sentiment de perte à l'idée de toute rencontre possible avec un nouveau partenaire. Les processus de deuil sont inhibés et empêchés par les deuils multiples et cela a souvent pour conséquence une immense culpabilité face à tout nouvel attachement et une activation de l'angoisse de perte : « A quoi bon m'attacher à quelqu'un que je risque de perdre ? » Comment puis-je m'attacher, alors que je ne me suis pas encore séparé psychiquement de mon ami disparu ? Comment éviter une nouvelle perte ? Comment ne pas être envahi par le souvenir de tous ces morts quand je tombe amoureux ? La prise en charge des personnes proches des personnes infectées est donc une composante importante de la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

→ PERSONNES VOLONTAIRES DANS LES ASSOCIATIONS

Les personnes volontaires dans les associations sont confrontées aux mêmes difficultés d'autant plus que quelques fois, elles entreprennent un travail militant à l'issue d'un deuil et sont de ce fait exposées à des phénomènes proches du deuil multiple. Par ailleurs, la logique de proximité des structures associatives, essentielle à la qualité de leurs services a des effets d'épuisement psychique à long terme sur les personnes qui y travaillent. Les volontaires ont donc besoin d'un soutien spécifique pour pouvoir à la fois occuper leurs fonctions essentielles dans la lutte contre l'épidémie et en même temps poursuivre leur développement personnel.

Chapitre 4.

PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES DU VIH



CTA de Lambaréné



INTRODUCTION

Plusieurs manifestations cliniques peuvent survenir au cours de l'infection à VIH et en être parfois les signes révélateurs, qui vont permettre de suspecter l'existence sous-jacente de cette infection. Elles peuvent siéger au niveau de tous les organes du corps humain. Cependant seules la prise en charge des plus fréquentes d'entre-elles est traitée dans ce chapitre. Parmi les organes les plus atteints, on peut citer :

- ⊙ Le cerveau sous forme de toxoplasmose, lymphome, cryptococcose, etc. ;
- ⊙ Les poumons, avec la pneumocystose, la tuberculose ;
- ⊙ La peau, avec le sarcome de Kaposi et l'herpès ;
- ⊙ Le tube digestif, sous forme de candidose buccale, cryptosporidiose.

L'idéal est de prévenir l'apparition de ces manifestations opportunistes au moyen d'un traitement prophylactique qui doit être systématiquement envisagé en cas de dépistage précoce de l'infection à VIH.

4.1 PRÉVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

4.1.1 Chimio prophylaxie au Cotrimoxazole (ou Sulfaméthoxazole/TMP)

→ INDICATION DE MISE SOUS PROPHYLAXIE

La chimio prophylaxie au Cotrimoxazole cible les infections opportunistes parasitaires et bactériennes, ainsi que le paludisme. Elle est recommandée dans les cas suivants :

- ⊙ Chez tous les patients quel que soit le stade clinique avec un taux de $CD4 \leq 500/mm^3$;
- ⊙ En absence de CD4, chez tous les patients symptomatiques aux stades 2, 3 ou 4 de l'OMS ;
- ⊙ Quel que soit le taux de CD4, chez les patients aux stades 3 ou 4 de l'OMS.

→ INDICATION DE L'ARRÊT SECONDAIRE DE LA PROPHYLAXIE

Si le taux de CD4 est disponible, arrêter la prophylaxie si ce taux est $>350/mm^3$ après plus de 6 mois de traitement ARV.

→ EN CAS D'INTOLÉRANCE AU COTRIMOXAZOLE

Pour la prophylaxie contre la pneumocystose et la toxoplasmose, utiliser Dapsone 100 mg/j + Pyriméthamine 50 mg/semaine + Acide folinique 25 mg/semaine.

→ PROTOCOLE DE DÉSENSIBILISATION AU COTRIMOXAZOLE

Indication : Ce protocole est administré deux semaines après un épisode de toxicité grade 3 ou moins (Tableaux VIa et VIb).

Tableau VI a. Protocole de désensibilisation au Cotrimoxazole

Jours	Cotrimoxazole (Sulfaméthoxazole/TMP)	Formulation
1	80 mg/16mg	2 ml suspension orale
2	160/32 mg	4 ml suspension orale
3	240/48 mg	6 ml suspension orale
4	320/64 mg	8 ml suspension orale
5	400/80 mg	1 comprimé simple
6	800/160 mg	1 comprimé fort

Tableau VI b. Graduation de la toxicité au Cotrimoxazole.

Toxicité	Description clinique	Recommandations
Grade 1	Erythème	Maintenir le CTM sous surveillance
Grade 2	Desquamation sèche, vésicules, prurit	Maintenir le CTM sous surveillance
Grade 3	Desquamation humide, ulcération muqueuse	Arrêt du CTM jusqu'à arrêt complet des manifestations puis réintroduction ou désensibilisation
Grade 4	Nécrose, Syndrome de Lyell, Stevens-Johnson	Arrêt définitif du CTM. Le mentionner dans le dossier et le carnet de santé

→ CHIMIOPROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE CHEZ L'ENFANT :

Le tableau ci-dessous indique les modalités du traitement prophylactique au Cotrimoxazole chez l'enfant exposé et infecté par le VIH.

Tableau VII. Initiation à la prophylaxie au Cotrimoxazole chez les enfants exposés et infectés par le VIH.

Enfants exposés par le VIH	Situation		
La prophylaxie au cotrimoxazole est indiquée à partir de la 6ème semaine après la naissance et maintenue jusqu'à ce que le risque d'une infection à VIH soit exclu	Enfants infectés par le VIH		
	< 1 an	1-4 ans	≥ 5ans
	La prophylaxie au cotrimoxazole est recommandée quel que soit le pourcentage des CD4 ou le stade clinique	La prophylaxie au cotrimoxazole est recommandée au stade clinique OMS 2, 3 et 4 quel que soit le pourcentage des CD4 ou lorsque CD4<25% quel que soit le stade OMS	Voir les recommandations chez l'adulte

La posologie de Cotrimoxazole recommandée est de **20-30 mg/kg** en une prise quotidienne.

Tableau VIII. Traitement prophylactique au Cotrimoxazole chez les enfants exposés ou infectés par le VIH- Posologie journalière recommandée en fonction du poids.

Poids	Suspension 240mg (40 mg TMP + 200mg SMX / 5ml)	Comprimé 480 mg (80 mg TMP + 400mg SMX)	Comprimé 960 mg (160mg TMP + 800mg SMX)
< 5 kg	2.5 ml	1/4 comprimé	-
5-15 kg	5 ml	1/2 comprimé	-
15-25kg	10 ml	1 comprimé	1/2 comprimé
>25kg	-	2 comprimés	1 comprimé

→ CONTRE- INDICATIONS À LA PRESCRIPTION DU COTRIMOXAZOLE :

- ⊙ Anémie macrocytaire (Hb < 6,5g/dl) ;
- ⊙ Insuffisance rénale ;
- ⊙ Neutropénie sévère (<750 polynucléaires neutrophiles/100ml) ;
- ⊙ Antécédents d'allergie aux sulfamides ;
- ⊙ Cytolyse hépatique (transaminases > 3 fois la normale) ;
- ⊙ Allaitement ;
- ⊙ Prématuré, nouveau-né de moins de 6 semaines de vie.

4.1.2 Chimio prophylaxie à l'Isoniazide

Le traitement préventif à l'Isoniazide pour prévenir un premier épisode de tuberculose chez les PVVIH exige une exclusion de la tuberculose active, sinon il y a un risque de faire de la monothérapie. **Ce traitement doit être l'apanage des médecins possédant tous les moyens d'exclure la TB active.** Au Gabon, le PNLT recommande la recherche régulière de la tuberculose et la mise sous traitement antituberculeux en cas de tuberculose active.

→ **QUI DOIT RECEVOIR UN TPI ?**

- ⊙ Les adultes et adolescents vivant avec le VIH doivent être dépistés en utilisant un algorithme clinique. Ceux n'ayant ni toux, ni fièvre, ni perte de poids, ni sueurs nocturnes n'ont probablement pas de TB pulmonaire active et doivent recevoir un traitement préventif à l'isoniazide.
- ⊙ Le test de Mantoux (IDR) n'est pas obligatoire pour initier un traitement préventif à l'INH chez les PVVIH. Lorsqu'il est disponible, il peut être utilisé.

→ **QUELLE EST LA DURÉE DU TPI ?**

- ⊙ Les adultes et adolescents vivant avec le VIH qui ont un test de Mantoux (IDR) positif ou inconnu et qui n'ont probablement pas de TB active doivent recevoir au moins 6 mois de traitement préventif à l'INH. Ce TPI doit être administré quel que soit le taux de CD4, indépendamment de la prise d'ARV, de la grossesse ou d'un précédent traitement pour la TB.

→ **QUELLE EST LA DOSE DU TPI ?**

Le TPI est administré à la dose de 10 mg/kg/jour pendant au moins 6 mois.

→ **QUELLES SONT LES CONTRE-INDICATIONS AU TPI ?**

Les contre-indications au TPI sont les suivantes : hépatite active (aiguë ou chronique), consommation régulière et importante d'alcool et symptômes de neuropathie périphérique.

Les antécédents de tuberculose et une grossesse en cours ne doivent pas être une contre-indication à la mise en route du TPI.

REMARQUES

- L'administration du traitement préventif à l'INH n'augmente pas le risque de développer une TB résistante à l'INH. Les préoccupations quant au développement de résistances ne doivent pas être une barrière à la mise sous traitement préventif à l'INH.
- Les adultes et adolescents vivant avec le VIH dépistés via l'algorithme clinique et présentant au moins un des symptômes suivants : toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes ont probablement une TB active et doivent être évalués pour la TB et d'autres maladies.
- Les enfants vivant avec le VIH sans fièvre, ni perte de poids, ni toux actuelle n'ont probablement pas de TB active et doivent recevoir un traitement préventif à l'INH.
- Les enfants > 12 mois qui vivent avec le VIH et qui n'ont probablement pas de TB active doivent recevoir 6 mois de traitement préventif à l'INH (10 mg/kg) comme paquet minimum de soins.
- Les enfants vivant avec le VIH avec fièvre, faible prise de poids ou toux actuelle ont probablement une TB active et doivent être évalués pour la TB et d'autres maladies. La perte de poids étant définie comme une perte de poids rapportée ou un très petit poids pour l'âge (moins de - 3 z-score) ou une perte de poids >5% depuis la dernière visite ou une courbe de croissance plate.
- Tous les enfants >12 mois vivant avec le VIH qui ont terminé leur traitement pour TB active avec succès doivent recevoir 6 mois additionnels d'INH.
- Tous les enfants avec une histoire de contact TB doivent recevoir 6 mois de traitement préventif à l'INH quel que soit leur âge.

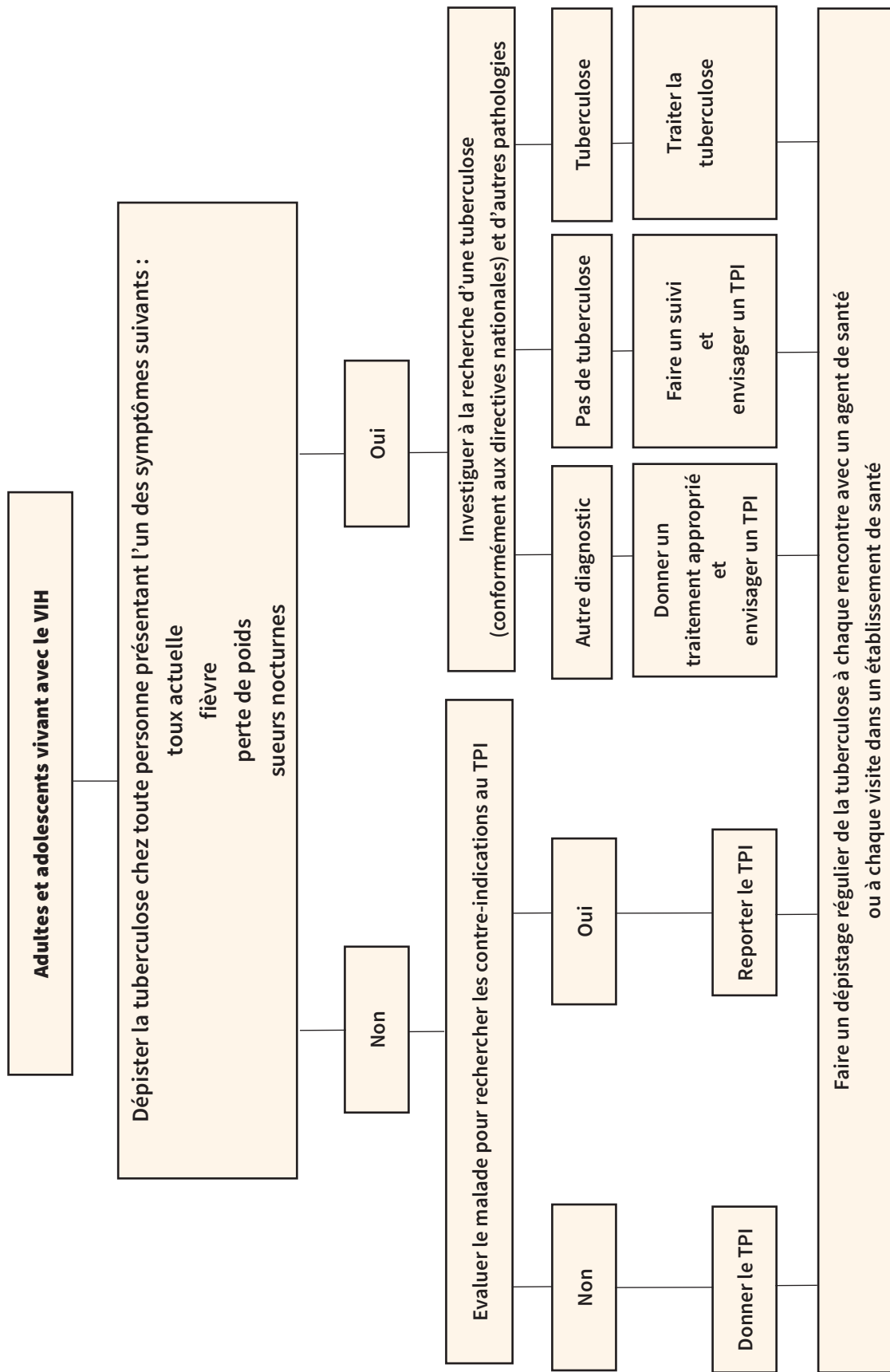


Figure 7. Algorithme clinique pour le dépistage de la tuberculose et la mise sous TPI chez l'adulte et l'adolescent vivant avec le VIH.

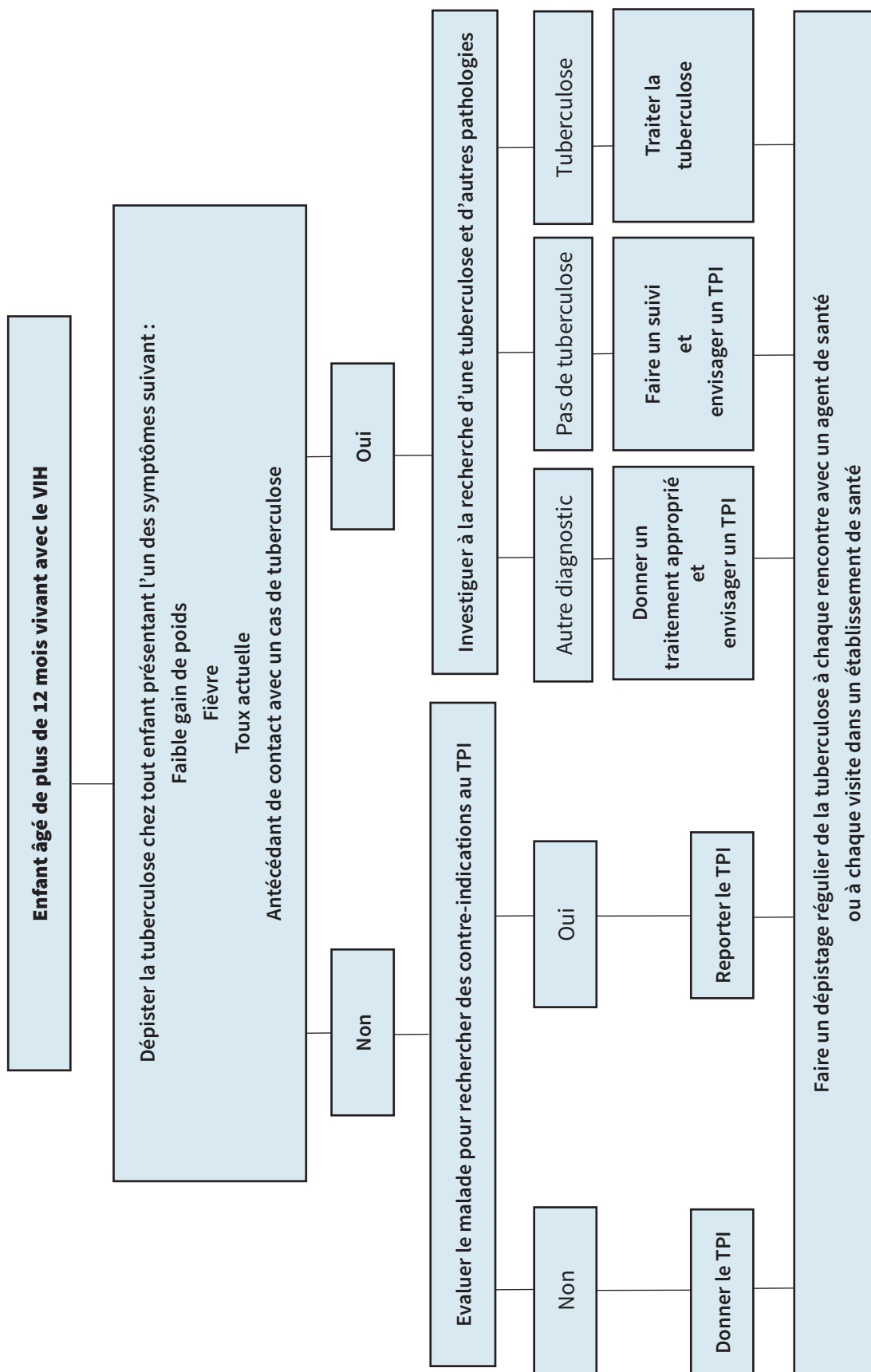


Figure 8. Algorithme clinique pour le dépistage de la tuberculose et la mise sous TPI chez l'enfant vivant avec le VIH.

i NB :

Un faible gain de poids est défini par : le signalement d'une perte de poids ou un poids très faible (poids pour âge au-dessous du seuil Z=-3) ; une insuffisance pondérale (poids pour âge au-dessous du seuil Z=-2) ; une perte de poids confirmée (> 5%) depuis la dernière visite ; ou un aplatissement de la courbe de croissance.

Les contre-indications au TPI sont les suivantes : hépatite active (aiguë ou chronique) et symptômes de neuropathie périphérique.

Les antécédents de tuberculose ne doivent pas être une contre-indication à la mise en route du TPI.

4. 2 PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

4.2.1 Manifestations bactériennes

→ SALMONELLOSES (NON TYPHI)

→ Symptômes :

- Diarrhées aiguës ou glairo-sanglantes
- Douleurs abdominales
- Fièvre

→ Diagnostic :

- Coproculture
- Hémoculture

→ Traitement :

- ⊙ Fluoroquinolone : Ciprofloxacine 500 mg x2/j per os pendant 10j ou 200 mg x 2/j en IV puis relais per os dès que possible pdt 10 j Ou Ofloxacine 200 mg X 2 /j pendant 10 j
- ⊙ Amoxicilline + Acide clavulanique 50 à 100 mg / kg/j pdt 10 j, per os ou IV
- ⊙ Ceftriaxone 50mg/Kg/j en IVD pendant 5 à 10 j.

→ MYCOBACTÉRIES ATYPIQUES

La plus fréquente est due à *Mycobacterium avium intracellulaire* (MAI).

→ Symptômes

Ils sont non spécifiques :

- ⊙ Fièvre, altération de l'état général, sueurs. L'aggravation d'une anémie dans un contexte d'immunodépression sévère, avec fièvre, est un signe évocateur de MAI.

→ Diagnostic :

- ⊙ Hémoculture pour isolement de MAI ;
- ⊙ Prélèvement de liquide biologique ou de biopsie (ganglion, moelle osseuse).

→ Traitement :

- ⊙ Clarithromycine (1 à 1,5 g/j) + Ethambutol (15mg/kg/j) + Rifabutine (300 mg/j) pendant 3 à 6 mois ; puis relais par traitement d'entretien Clarithromycine ou Azithromycine (600 mg/j) + Ethambutol pendant au moins 12 mois.

→ Prophylaxie :

La prophylaxie est nécessaire si le taux de CD4 est inférieur à 50/ml. Elle se fait avec l'Azithromycine à 1200 mg par semaine, efficace sur *Mycobacterium avium*.

4.2.2 Manifestations mycosiques

→ CANDIDOSES

→ Symptômes :

La candidose est l'une des infections les plus fréquentes, volontiers récidivante. Les principaux symptômes sont :

- Le muguet,
- La perlèche,
- La glossite érythémateuse,
- L'œsophagite,
- L'anite.

→ Traitement :

Il peut être local et/ou systémique.

Traitement local : pour les formes buccales

- ⊙ Gargarisme par solution de bicarbonate à 14%, 4 à 8 fois /j ;
- ⊙ Nystatine (Mycostatine®) comprimés à sucer 500 000 UI × 4/j pendant 7 à 10 j ;
- ⊙ Miconazole (Daktarin®) gel buccal : 4 cuillères-mesures x3/j pendant 7 à 10 j.

Traitement systémique :

- ⊙ Amphotéricine B (Fungizone®) 2 gél x2/j ou 1 ml/2 kg/j, per os pendant 15 j ;
- ⊙ Kétoconazole (Nizoral®) : 200 mg x 2/j per os pdt 15 jours ;
- ⊙ Fluconazole (Triflucan®) : en 2ème intention dans les formes buccales, à raison de 50-100 mg/j en une prise per os pendant 7 à 10 j.

En cas de **candidose œsophagienne** : Fluconazole 200 mg à J1, puis 100 mg/j pendant 15 à 21 j.

→ CRYPTOCOCCOSE NEUROMÉNINGÉE

→ Symptômes :

- Fièvre modérée
- Céphalées persistantes ;
- Parfois troubles psychiques ;
- Vomissements modérés ;
- Raideur de la nuque souvent fruste et dissociée.

→ Diagnostic :

L'examen du LCR à l'encre de chine peut montrer :

- ⊙ Une cellularité faible (10-500 éléments blancs/mm³) ;
- ⊙ Une hyperprotéinorachie modérée ;
- ⊙ Une hypoglycorachie modérée.

La mise en évidence du cryptocoque à l'examen direct, après coloration à l'encre de chine ou en culture sur milieu de Sabouraud et la présence d'antigène cryptococcique dans le sang ou le LCR sont les éléments déterminants du diagnostic.

→ Traitement d'attaque :

- ⊙ Ponction lombaire soustractive de décharge
- ⊙ Amphotéricine B : 0,7-1 mg/kg/j ou tous les 2 j en perfusion IV, seule ou avec la 5-fluorocytosine (150 mg/kg/j en IV ou per os) pendant 15 jours, puis relais par le Fluconazole per os (400-800 mg/j) pendant 6 semaines.

En cas d'absence d'Amphotéricine B ou d'intolérance à ce médicament, on utilise le

- ⊙ Fluconazole : 400 mg en IV/j et 800 mg/j dans les formes sévères, pendant 7 à 10 jours, puis relais avec 400 mg/j per os pendant le reste du traitement d'attaque.

→ **Traitement d'entretien :**

- ⊙ Fluconazole oral (200 mg/j).

→ **DERMATOPHYTIES**

- ⊙ **Peau glabre et plis :** Griséofulvine (Griséofuline®) 0,5 à 1g/j ou terbinafine (Lamisil®) 200 mg/j.
- ⊙ **Onyxis :** vernis antifongique MycoSter® 1 application/j.

4.2.3 Manifestations parasitaires

→ **TOXOPLASMOSE CÉRÉBRALE**

→ **Symptômes :**

- Céphalées ;
- Fièvre ;
- Somnolence ;
- Désorientation temporo-spatiale ;
- Crises comitiales ;
- Déficit moteur en fonction de la localisation du ou des abcès.

→ **Diagnostic :**

L'imagerie cérébrale montre la présence d'un abcès ou d'abcès cérébraux multiples dans 80% des cas (très évocateurs de toxoplasmose), avec un aspect typique en cocarde entouré d'un halo hypodense d'œdème accentué par l'injection du produit de contraste.

Cependant, dans un premier temps, le diagnostic repose principalement sur une amélioration clinique ou radiologique sous traitement d'épreuve.

La sérologie toxoplasmique est informative uniquement si elle est négative.

→ **Traitement d'attaque :**

Il dure 8 à 10 semaines.

- ⊙ En 1^{ère} intention : Pyriméthamine (Malocide®) 100 mg à J1, puis 50 mg/j et Sulfadiazine (Adiazine®) 4 à 6 g/j, pour une durée de 6 semaines, associés à l'acide folinique (Folinoral®) 5 mg/j.
- ⊙ En 2^{ème} intention : il est possible d'utiliser la Pyriméthamine (à 50 mg/j) associée à la clindamycine 40 mg/kg/j (1,6 à 2,4 g/j) en cas d'anémie liée à la sulfadiazine.

→ **Traitement d'entretien :**

- ⊙ Pyriméthamine (Malocide® 25 mg/j) et sulfadiazine (Adiazine® 2 g/j) + Acide folinique.
- ⊙ Cotrimoxazole 960 mg/j

La prophylaxie primaire est indiquée si les CD4 < 200/mm³. Elle se fait avec le Cotrimoxazole Forte (Bactrim® Forte): 960 mg/j.

→ **PNEUMOCYTOSE**

→ **Clinique :**

- ⊙ Tableau de toux sèche peu ou pas productive, associée à une dyspnée d'aggravation progressive, dans un contexte de fièvre à 38-38,5°C.
- ⊙ Auscultation pulmonaire normale, avec parfois des râles sous-crépitaux.
- ⊙ Parfois tableau d'emblée sévère avec insuffisance respiratoire et cyanose.

→ **Diagnostic :**

- ⊙ Radiographie du thorax : forme typique caractérisée par un infiltrat interstitiel, hétérogène, bilatéral à prédominance hilairale ou cliché normal.
- ⊙ Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence de *Pneumocystis carinii* dans les crachats induits, dans le lavage broncho alvéolaire (LBA).

→ **Traitement :**

- ⊙ Cotrimoxazole 100 mg/kg/j en IV (12 ampoules/j, à raison de 4 ampoules toutes les 8h) ou per os (Cotrimoxazole Forte, 960 mg: 6 cp/j) pendant 3 semaines.
- ⊙ Si hypoxémie inférieure à 75 mmHg : association d'une corticothérapie + oxygénothérapie
- ⊙ En cas d'intolérance au Cotrimoxazole, on utilise Atovaquone 750 mg x2/j en suspension buvable ou Iséthionate de pentamidine IV 3-4 mg/kg. NB :
- ⊙ La prophylaxie secondaire est pratiquée avec le Cotrimoxazole Forte 1 cp/j ou la Pentamidine 300 mg en aérosol/mois.

→ **CRYPTOSPORIDIOSE, MICROSPORIDIOSE, ISOSPOROSE, CYCLOSPOROSE**

→ **Clinique :**

Ces protozooses sont responsables de diarrhées d'importance variable, avec souvent des nausées, une anorexie et une importante perte de poids.

→ **Diagnostic :**

Ces parasites peuvent être identifiés dans les selles, bien que leur présence n'ait pas systématiquement de valeur pathologique.

→ **Traitement :**

- ⊙ **Cryptosporidiose** : Nitazoxanide (Cryptaz®) 500 mg x2/j pendant 14 j ; Paromomycine (Humatin®) 2g/j en 3 prises pendant 4 semaines ;
- ⊙ **Microsporidiose** : Albendazole 400 mg x2/j pendant 3 semaines ; Métronidazole 1.5g/j pendant 10 jours ; Fumagilline 20 mg x3/j pendant 14 j ;
- ⊙ **Isosporose** : Cotrimoxazole (Bactrim Forte) 960 mg x2/j pendant 10-15 j ; puis ½ dose en traitement d'entretien ;
- ⊙ **Cyclosporse** : Cotrimoxazole (Bactrim Forte) 960 mg x2/j pendant 10-15 j ; puis ½ dose en traitement d'entretien.

4.2.4 Manifestations virales

→ **ZONA**

→ **Symptômes :**

- ⊙ Eruption unilatérale faite de macules, puis de vésicules arrondies groupées en bouquet, puis en bulles polycycliques confluentes ;
- ⊙ Parfois lésions ulcéro-nécrotiques étendues pouvant entraîner la perte de vue dans le zona ophtalmique.

→ **Traitement général :**

- ⊙ Commencer le traitement avant la 72^{ème} heure suivant l'éruption ;
- ⊙ Zona simple : Aciclovir (Zovirax®) oral 800 mg x5/j ou valaciclovir (Zélitrex®) oral (1 g x3/j) pendant 7 à 10 j.
- ⊙ Zona compliqué avec atteinte oculaire, complications neurologiques, nécrotiques, disséminées :

- ▷ Aciclovir : 10 mg/kg x3 en perfusions IV pendant 10 jours, puis traitement per os jusqu'à cicatrisation ;
- ▷ Valaciclovir : 1 g x 3/j pendant 7 jours.

Traitement symptomatique de la douleur en phase aiguë : antalgique : paracétamol codéine ou paracétamol-dextropropoxyfène, avec examen ophtalmologique systématique en cas de zona ophtalmique.

→ Traitement local :

- ⊙ Bain quotidien à l'eau tiède avec un antiseptique
- ⊙ Eosine aqueuse à 1%.
- ⊙ Antibiothérapie si surinfection.
- ⊙ En cas d'algies post-zostériennes :
 - ▷ Antalgiques usuels ;
 - ▷ Antidépresseurs : amitriptyline (Laroxyl*) ou carbamazépine (TégrétoI*), ou clomipramine (Anafranil*).

→ CYTOMÉGALOVIRUS

→ Clinique :

L'infection à CMV, très fréquente au cours du sida, se manifeste dans 80 % des cas sous forme de rétinite.

L'examen au fond d'œil associé à l'angiographie met en évidence une nécrose hémorragique débutant à la périphérie de la rétine et évoluant de façon centripète.

D'autres formes sont possibles, avec atteintes digestives (œsophagite, gastroduodénite, colite), neurologiques (encéphalite, ventriculite, myéloradiculite, névrite), hépatiques, spléniques, pancréatiques ou surrénaliennes.

→ Traitement :

Le traitement d'attaque repose sur l'une des molécules suivantes, par voie intraveineuse :

- ⊙ Ganciclovir : 5 mg/kg x2/j pendant 3 semaines en perfusion IV d'1 heure;
- ⊙ Foscarnet : 90 mg/kg x2/j pendant 3 semaines en perfusion IV de 2 heures;
- ⊙ Cidofovir : 5 mg/kg par semaine en une perfusion IV d'1 heure.

Suivi d'un **traitement d'entretien** théoriquement à vie, avec :

- ⊙ Soit par voie intraveineuse Foscarnet (100 à 120 mg/kg /j en perfusion IV de 2 heures toutes les 2 semaines), ou Ganciclovir (5 mg/kg/j en une perfusion IV d'1 heure) ou Cidofovir (5 mg/kg/ x2/semaine)
- ⊙ Soit par voie orale Ganciclovir (3 g/j en 6 prises) moins efficace, mais plus pratique.

4.2.5 Manifestations tumorales

→ MALADIE DE KAPOSI

→ Symptômes :

- ⊙ Atteintes cutanéomuqueuses :
 - ▷ Macule+++ , papule, nodule, plaque, tumeur bourgeonnante, ulcérovégétante sessile ou pédiculée ;
 - ▷ Lésion angiomateuse, érythémateuse, violacée, hyperpigmentée indolore, non prurigineuse ;
 - ▷ Lésions généralisées ou localisées ;

- ▷ Peuvent s'accompagner d'un œdème lymphatique réalisant un éléphantiasis kaposien.
- ⊙ Atteintes viscérales :
 - ▷ Les localisations peuvent être digestives, pleuro-pulmonaires ;
 - ▷ Autres viscères : os, ganglions lymphatiques.

→ **Diagnostic :**

- ⊙ Le diagnostic de certitude est histologique ;
- ⊙ La biopsie cutanée montre une double prolifération vasculaire, endothéliale et des cellules fusiformes siégeant dans le derme superficiel et moyen ;
- ⊙ Diagnostic plus difficile dans les formes viscérales car infiltration généralement sous-muqueuse.

→ **Traitement :**

Etiologique : ARV systématiques

Symptomatique : selon l'importance du retentissement

- ⊙ Retentissement minime ou nul : pas de traitement symptomatique
- ⊙ Retentissement esthétique ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital : Bléomycine 15 mg en IM toutes les 2 semaines pendant 6 mois et/ou traitement local (chirurgie, cryothérapie) ;
- ⊙ Retentissement sévère (atteinte viscérale grave) ou échec de la Bléomycine : polychimiothérapie (Adriamycine/Vincristine/Néomycine) ou taxanes ;
- ⊙ En présence d'un syndrome de reconstitution immunitaire, une polychimiothérapie est souvent indiquée ; une corticothérapie générale transitoire peut y être associée, notamment en cas d'atteinte pulmonaire.

Mesures complémentaires : traitement d'une surinfection éventuelle ou traitement symptomatique de la douleur.

→ **LYMPHOMES**

- ⊙ Lymphome de Burkitt :
- ⊙ Survient à un stade précoce de l'infection au VIH (CD4>200/mm³) ;
- ⊙ Est principalement ganglionnaire.

Lymphome malin non hodgkinien :

- ⊙ Survient à un stade très évolué (CD4<100/mm³)
- ⊙ Est surtout extraganglionnaire, au niveau du tube digestif et du cerveau ;
- ⊙ Tableau clinique :
 - ▷ fièvre non expliquée malgré un bilan infectieux complet ;
 - ▷ baisse de l'état général ;
 - ▷ adénopathies ;
 - ▷ élévation des LDH et de la β 2-microglobuline.

4.2.6 Prurigo du VIH

→ **Clinique :**

C'est une spécificité tropicale très fréquente. La lésion élémentaire est une papule. Une dyschromie en petits anneaux, particulièrement évocatrice et très fréquente. Les lésions sont multiples. Le prurit est en général intense, pouvant retentir grandement sur la vie courante.

La topographie est particulière par l'atteinte prépondérante des membres, plus rarement du tronc ou du visage, les fesses et les régions génitales étant habituellement, mais pas systématiquement épargnées. Une surinfection bactérienne est fréquente.

→ **Traitement :**

Traitement symptomatique : associe un traitement oral (antihistaminiques) et un traitement local: Crotamiton (2-4 fois/j) ou un dermocorticoïde de niveau II (1 fois/j) en l'absence de surinfection et sur des zones localisées.

Traitement étiologique : selon la Classification de l'OMS, un prurigo définit un stade 2 de la maladie. A ce stade, les directives nationales recommandent la prescription d'ARV lorsque les CD4 sont inférieurs à 500/mm³ (Voir tableau sur les critères d'éligibilité au traitement antirétroviral).

→ **Mesures complémentaires :**

- ⊙ Antisepsie préventive (au choix polyvidone iodée-chlorhexidine) ;
- ⊙ Traitement d'une surinfection éventuelle.

Chapitre 5.

TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL DE L'ADULTE ET DE L'ADOLESCENT



CTA de Koulamoutou



5.1 PRINCIPES DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

Le traitement antirétroviral (TAR) a pour objectif essentiel de réduire au maximum la répllication du VIH afin de rendre indétectable la charge virale plasmatique (à la limite du seuil de la technique utilisée). Ceci ayant pour but d'arrêter la progression de la maladie et de restaurer l'immunité (c'est-à-dire un nombre de lymphocytes CD4 > 500/mm³). Seule l'absence complète de multiplication du virus permet d'éviter l'apparition des résistances, facteur essentiel de durabilité de l'effet antiviral.

Le traitement antirétroviral doit être maintenu à vie tant que l'éradication du VIH n'est pas possible.

Actuellement, le moyen le plus sûr de rendre indétectable la charge virale est de débiter le traitement par une association de trois antirétroviraux (trithérapie). Le choix de ces ARV doit être fait conformément aux recommandations nationales. Depuis 2006, l'OMS a recommandé l'association de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (**INTI**) et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (**INNTI**), dénommée **HAART** (Highly Active Antiretroviral Therapy) et qui peut se traduire par « multithérapie efficace ».

Il faut éviter l'introduction progressive des ARV, si celle-ci n'est pas justifiée pour des raisons de tolérance ou de pharmacologie (du fait d'une pathologie associée, comme par exemple une insuffisance rénale).

Si l'interruption d'un ARV s'avère nécessaire ou souhaitable, il vaut mieux interrompre toute la thérapie antirétrovirale, afin d'éviter le développement de résistances vis-à-vis des ARV qu'on aurait maintenu. Ces interruptions doivent tenir compte des caractéristiques pharmacologiques de chaque antirétroviral. C'est le cas pour celles qui concernent les trithérapies avec les INNTI (comme l'Efavirenz par exemple).

La progression de la maladie étant variable d'un individu à un autre, la décision de mise sous traitement antirétroviral et le choix de ce traitement doivent être adaptés à chaque patient. La volonté du patient d'être traité, sa compréhension du traitement, sa capacité à le mettre en pratique, la bonne tolérance du traitement choisi et la simplicité du régime thérapeutique sont les points clés de l'adhésion du patient au traitement, facteur majeur de sa réussite. L'observance du traitement est donc une nécessité.

Les facteurs prédictifs d'une réponse biologique durable après l'instauration d'un premier traitement antirétroviral sont : la charge virale et le taux de lymphocytes CD4 à l'initiation du traitement, l'observance du traitement et la vitesse de réduction de la charge virale après l'instauration.

ⓘ NB : Une charge virale plasmatique indétectable ne signifie pas que le virus a disparu de l'organisme, ni que le malade est guéri, car la présence du virus persiste au niveau des cellules réservoir qui restent inaccessibles au traitement.

5.2 CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

Toutes les PVVIH ne remplissent pas les critères pour recevoir un TAR. L'entrée dans la filière de soins permet de réaliser un suivi clinique et biologique rapproché, de faire une évaluation précoce afin de déterminer si les critères d'éligibilité sont remplis et d'initier un TAR en temps opportun (Voir tableau IX).

Parmi les personnes qui remplissent les critères d'éligibilité au TAR, toutes ne seront pas en mesure d'avoir un accès immédiat à ce traitement. Certaines peuvent aussi choisir de reporter à plus tard la mise en route du TAR.

Le nombre de lymphocytes CD4/mm³ et la charge virale sont utiles pour l'instauration et la surveillance du traitement antirétroviral. La mise sous traitement peut aussi se faire à partir de

l'évaluation clinique du patient. Grâce à une anamnèse précise et un examen complet du patient, le clinicien classe le patient en se basant sur la classification de l'OMS (Annexe 1).

➤ REMARQUES

Pour les patients séropositifs ne répondant pas aux critères d'éligibilité au TAR, il est conseillé de consulter tous les 3 mois (suivi clinique) et d'évaluer les CD4 tous les 6 mois.

Tableau IX. Critères d'éligibilité au traitement antirétroviral (*Recommandations OMS 2013*).

Population cible (Naïve aux ARV)	Quand débiter le TAR?
Patients VIH+ asymptomatiques (Stades cliniques OMS 1 et 2)	Taux de CD4 \leq 500cellules/mm ³
Patients VIH+ symptomatiques (Stades cliniques OMS 3 et 4)	Traitement quel que soit le taux de CD4
Femmes enceintes et allaitantes VIH+	Traitement quel que soit le taux de CD4
Co-infection VIH/TB	TB active, traitement quel que soit le taux de CD4
Co-infection VIH/VHB	Hépatite B chronique sévère, traitement quel que soit le taux de CD4
Partenaires VIH+ des couples sérodiscordants	Traitement quel que soit le taux de CD4 et le stade clinique OMS

➤ REMARQUES

- Les preuves scientifiques sont insuffisantes et/ou l'évaluation du risque-bénéfice n'est pas suffisamment avantageuse pour appuyer l'initiation au TAR à un taux de CD4 > 500 /mm³ ou quel que soit le taux de CD4 ou le stade clinique OMS, dans les situations suivantes :
 - PWIH âgées de plus de 50 ans,
 - Personnes infectées par le VIH-1 ou co-infectées par les VIH-1 et VIH-2,
 - Personnes co-infectées par le VIH-1 et le virus de l'hépatite C (HCV)
 - Populations clés infectées par le VIH avec un grand risque de transmission (tels que les utilisateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les relations transgénérationnelles et les travailleurs du sexe). L'initiation du TAR chez ces populations devrait par conséquent suivre les mêmes principes et recommandations que chez les autres adultes infectés par le VIH.
- La preuve scientifique est insuffisante et/ou l'évaluation du risque-bénéfice n'est pas suffisamment favorable pour étayer l'initiation au TAR chez toute personne co-infectée par le VIH et le virus de l'hépatite B (HBV) avec un taux de CD4 > 500/mm³ ou quel que soit le taux de CD4 ou le stade clinique OMS. L'initiation du TAR quel que soit le taux des CD4 est par conséquent recommandée chez les personnes qui présentent la preuve du portage d'une infection chronique sévère, qui sont à grand risque de progression de la maladie et de mortalité. Pour les personnes sans preuve du portage d'une infection chronique sévère, l'initiation du TAR devrait suivre les mêmes principes et recommandations que chez les autres adultes.

5.3 PROTOCOLES THÉRAPEUTIQUES

5.3.1 Traitement de 1ère ligne chez l'adulte et l'adolescent

5.3.1.1 Traitement de première ligne des adultes et adolescents infectés par le VIH 1

Les protocoles de 1ère ligne qui sont préférentiellement recommandés par le programme en charge de la lutte contre le sida conformément aux dernières directives de l'OMS sont décrits dans le tableau VIII.

→ COMMENT TRAITER ?

- Le TAR de 1ère ligne doit préférentiellement comprendre deux Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI) et un Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse (INNTI)
- ⊙ TDF + 3TC (ou FTC) + EFV est la combinaison à dose fixe recommandée comme option préférée pour initier le TAR.
- ⊙ Si TDF + 3TC (FTC) + EFV est contre indiqué ou non disponible, une des options suivantes est recommandée :
 - ▷ AZT + 3TC + EFV
 - ▷ AZT + 3TC + NVP
 - ▷ TDF + 3TC (ou FTC) + NVP
- L'usage de régimes simplifiés, moins toxiques et plus pratiques à base de combinaisons thérapeutiques à doses fixes, est recommandé dans les TAR de 1ère ligne. Des protocoles à prise unique journalière comprenant un nucléosidique de la reverse transcriptase non thymidinique (TDF + FTC ou TDF + 3TC) et un Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse (NVP, EFV) sont considérés comme des options préférentielles chez les adultes, les adolescents et les enfants âgés de plus de trois ans.
- Pour les enfants de moins de trois ans, les régimes à base d'IP sont préférés.

Tableau X. Protocoles thérapeutiques ARV de 1ère ligne actuellement recommandés, OMS 2013 (incluant femmes enceintes, allaitantes, co-infection avec TB et co-infection avec HBV).

Régimes privilégiés	TDF + 3TC + EFV
	TDF + FTC + EFV
Régimes alternatifs	AZT + 3TC + EFV
	AZT + 3TC + NVP ^a
	TDF + 3TC + NVP
	TDF + FTC + NVP
Cas particuliers^b	Régimes contenant ABC + IP boostés

^a Pour toute prescription de Névirapine chez des patients naïfs, il convient de :

- ne pas l'utiliser si le nombre de lymphocytes CD4 est supérieur à 400/mm³ chez les hommes et 250/mm³ chez les femmes ;
- commencer par une dose réduite de moitié (200 mg) pendant les 2 premières semaines ;
- surveiller les transaminases toutes les 2 semaines pendant les 16 premières semaines de traitement ;
- éviter l'association Abacavir+Névirapine, à cause du risque élevé de réactions cutanées.

^b Des circonstances particulières doivent inclure les situations où les régimes privilégiés ou alternatifs ne sont pas disponibles ou appropriés à cause de toxicités importantes, d'interactions médicamenteuses prévues, de la difficulté dans la gestion des achats et des approvisionnements en médicaments ARV ou pour d'autres raisons.

5.3.1.2 Traitement de première ligne des adultes et adolescents infectés par le VIH 2 ou co-infectés VIH1+VIH2 (Tableau XI) :

Le VIH2 étant naturellement résistant aux INNTI, le traitement des personnes co-infectées VIH1+VIH2 naïves aux ARV doit se faire avec un régime comprenant 3 INTI (TDF + 3TC ou FTC + AZT ou AZT+ 3TC + ABC) ou un IP boosté avec du ritonavir et deux INTI.

DRV/r est l'IP boosté à utiliser en option alternative, mais il n'est pas encore disponible sous forme d'association à doses fixes thermo-stables.

Tableau XI. Protocoles ARV recommandés en 1^{ère} ligne en cas d'infection par le VIH 2 ou de co- infection VIH1 + VIH2 chez les adultes et les enfants.

Associations recommandées si infection par le VIH 2 ou co-infection VIH1 + VIH2	
3 INTI	2 INTI + 1 IP boosté*
AZT + 3TC + TDF	AZT + 3TC + LPV/r
AZT + 3TC + ABC	AZT + FTC + LPV/r
AZT + FTC + TDF	TDF + 3TC + LPV/r
	TDF +FTC + LPV/r
AZT + FTC+ ABC	ABC + 3TC +LPV/r
	ABC + FTC + LPV/r

* Si on utilise un schéma à base d'IP, l'option préférentielle en 1^{ère} ligne, est le LPV/r, en sachant que dans les pays à faible revenu, il est souvent utilisé en traitement de 2^{ème} ligne chez les adultes et en 1^{ère} ligne chez les enfants.

5.3.2 Traitement de deuxième ligne chez l'adulte et l'adolescent

Le traitement de deuxième ligne est indiqué en cas d'échec thérapeutique. La combinaison thérapeutique recommandée par le programme inclut un inhibiteur de la protéase boosté par le Ritonavir (Atazanavir/Ritonavir, Lopinavir/Ritonavir, Indinavir/Ritonavir). (Tableau XII)

→ COMMENT TRAITER?

L'utilisation d'une association comprenant un IP boosté + une combinaison de deux INTI est recommandée comme stratégie privilégiée pour le TAR de 2^{ème} ligne chez les adultes, les adolescents et aussi pour les enfants quand les régimes contenant des INNTI ont été utilisés en TAR de première ligne.

Le TAR de 2^{ème} ligne pour adultes doit contenir deux INTI + un IP boosté par du ritonavir.

Les options de INTI recommandées sont les suivantes :

- ⊙ En cas d'échec avec un régime de 1^{ère} ligne basé sur TDF + 3TC (ou FTC), on utilise AZT + 3TC comme INTI majeur en régime de 2^{ème} ligne.
- ⊙ En cas d'échec avec un régime de 1^{ère} ligne basé sur AZT + 3TC, on utilise TDF + 3TC (ou FTC) comme INTI majeur en régime de seconde ligne.
- ⊙ L'utilisation d'INTI sous forme de combinaisons à doses fixes est l'approche préférentiellement recommandée.
- ⊙ Les combinaisons à doses fixes thermo stables d'ATV/r et de LPV/r sont les options d'IP boostés préférées en TAR de seconde ligne.

Si un INTI analogue de la thymidine (AZT) a été utilisé dans le schéma thérapeutique de première ligne et qu'il y a eu échec thérapeutique, TDF doit être utilisé dans le schéma thérapeutique de

deuxième ligne. Si un INTI analogue non thymidinique (TDF) était utilisé en TAR de première ligne, AZT doit être utilisé dans le TAR de deuxième ligne. Dans certaines situations particulières, d'autres INTI tels que ABC et ddl peuvent être utilisés comme options potentielles de réserve, mais ne sont pas recommandés comme alternatives privilégiées, car ils n'ont pas d'avantage spécifique et augmentent la complexité et le coût.

Pour les personnes co-infectées par le VIH et le VHB dont les régimes de première ligne contenaient TDF + 3TC (ou FTC), ces INTI doivent être poursuivis dans le régime de 2^{ème} ligne en raison de leur activité anti-VHB et pour réduire le risque de survenue de flambées de cytolysse hépatique. Ce principe est valable quelque soit le régime de deuxième ligne choisi, qui doit être composé de AZT + TDF + 3TC (ou FTC) + un IP boosté.

Pour les personnes présentant une tuberculose active sous rifampicine, tous les IP boostés à doses standards sont contre-indiqués à cause des interactions médicamenteuses et d'une réduction importante de leur concentration plasmatique. Dans ce cas, LPV/r et SQV/r peuvent être utilisés avec une dose ajustée de RTV permettant une potentialisation supplémentaire (LPV/r 400 mg/400 mg deux fois par jour ou SQV/r 400 mg/400 mg deux fois par jour) ou en doublant la dose journalière de LPV/r (LPV/r 800 mg/200 mg deux fois par jour), mais cette option est associée à un niveau élevé de toxicité et requiert un suivi clinique et biologique rapprochés. La recommandation à utiliser LPV/r 800 mg/200 mg deux fois par jour est basée sur une preuve classée comme de faible qualité et est associée à un niveau similaire de toxicité à celui observé lors de l'utilisation de LPV/r 400 mg/400 mg deux fois par jour. L'utilisation de LPV/r 800 mg/200 mg deux fois par jour peut cependant être moins complexe et plus réaliste, d'autant que LPV/r est largement disponible en formulation unique, ce qui n'est pas le cas de RTV. Toutefois, lorsque la rifabutine est utilisée à la place de la rifampicine, tous les IP boostés peuvent être administrés concomitamment aux doses habituelles.

Tableau XII. Protocoles thérapeutiques ARV de 2^{ème} ligne actuellement recommandés en options privilégiées chez l'adulte et l'adolescent (OMS 2013).

Population cible	Régimes de deuxième ligne privilégiés		
Adultes et adolescents (≥10 years)	Si AZT était utilisé en TAR de première ligne	<ul style="list-style-type: none"> ■ TDF + 3TC + ATV/r ■ TDF + FTC + ATV/r 	<ul style="list-style-type: none"> ■ TDF + 3TC + LPV/r ■ TDF + FTC + LPV/r
	Si TDF était utilisé en TAR de première ligne	<ul style="list-style-type: none"> ■ AZT + 3TC + ATV/r ■ AZT + 3TC + LPV/r 	
Co-infection VIH et TB	Si rifabutine est disponible	■ Régimes standards à base d'IP identiques à ceux recommandés chez les adultes et les adolescents	
	Si rifabutine n'est pas disponible	■ Mêmes INTI majeurs tels que recommandés pour les adultes et les adolescents plus une double dose de LPV/r (soit, LPV/r 800 mg/200 mg deux fois par jour) ou une dose standard de LPV avec une dose ajustée de RTV (soit, LPV/r 400 mg/400 mg deux fois)	
Co-infection VIH et VHB*	<ul style="list-style-type: none"> ■ AZT + TDF + 3TC + ATV/r ■ AZT + TDF + 3TC + LPV/r 	<ul style="list-style-type: none"> ■ AZT + TDF + FTC + ATV/r ■ AZT + TDF + FTC + LPV/r 	

* Chez les personnes présentant une co-infection par le VIH et le VHB ayant reçu un schéma thérapeutique de 1^{ère} ligne contenant TDF + 3TC (ou FTC), ces mêmes INTI doivent être poursuivis dans le schéma thérapeutique de 2^{ème} ligne en raison de leur activité anti-VHB et pour réduire le risque de survenue de poussées de cytolysse hépatique. Ce principe est valide quel que soit le schéma thérapeutique de 2^{ème} ligne choisi, qui doit être composé de AZT + TDF + 3TC (ou FTC) et un IP boosté.

5. 4 GESTION DE L'ÉCHEC THÉRAPEUTIQUE

5.4.1 Types d'échec thérapeutique

L'échec du traitement antirétroviral revêt trois formes : l'échec clinique, l'échec immunologique et l'échec virologique.

→ ÉCHEC CLINIQUE :

Il se caractérise par la survenue d'événements cliniques des stades OMS 3 (tuberculose pulmonaire et infections bactériennes sévères) ou 4, après 6 mois de traitement efficace, témoins de la progression de la maladie (symptômes liés au VIH, nouvelle infection opportuniste ou rechute d'une infection préexistante, survenue de tumeurs). Habituellement, ce stade d'échec clinique s'accompagne d'un échec biologique avec des lymphocytes T CD4 effondrés et une charge virale élevée.

La pathologie doit être différenciée d'un IRIS (Syndrome Inflammatoire de Reconstitution Immunitaire) survenant après la mise en route du TAR.

→ ÉCHEC IMMUNOLOGIQUE :

Il est défini par l'absence d'ascension des lymphocytes T CD4 malgré un traitement antirétroviral efficace depuis au moins 6 mois. Ceci se voit plus volontiers chez les patients ayant initialement un taux de lymphocytes T CD4 bas. Cet échec peut s'accompagner d'un succès virologique (charge virale indétectable) ou d'un échec virologique. C'est la situation où les lymphocytes T CD4 restent inférieurs à 100 cellules/mm³.

→ ÉCHEC VIROLOGIQUE :

C'est la situation où la charge virale plasmatique est supérieure à 1000 copies/ml sur la base de deux mesures réalisées à trois mois d'intervalle, avec soutien à l'observance. Une personne doit recevoir un TAR depuis au moins 6 mois avant de pouvoir déterminer s'il y a échec thérapeutique.

Le seuil optimal pour définir un échec virologique et la nécessité de changer de schéma d'ARV n'ont pas été déterminés. Cependant, il faut noter que le risque de transmission du VIH et de progression de l'infection est très faible lorsque la charge virale est inférieure à 1000 copies.

Les mécanismes qui conduisent à l'échec virologique sont le plus souvent évolutifs dans le temps. Chez les patients débutant un premier traitement antirétroviral, la persistance d'une charge virale détectable au-delà de 3 à 6 mois ou le rebond de celle-ci après une période d'indétectabilité, ne sont pratiquement jamais liés à une résistance primaire du virus, mais résultent d'une concentration inefficace des drogues. À l'opposé, chez les patients qui ont déjà été traités plusieurs fois pour lesquels la succession de traitements n'a pas été efficace ou seulement très partiellement, les mutations de résistance du virus aux molécules antirétrovirales accumulées au cours du temps jouent un rôle prépondérant dans l'échec thérapeutique.

i NB :

- Un "Blip" se définit comme un rebond isolé de la charge virale sans baisse du taux de CD4 et sans manifestation clinique. Dans ce cas, il faut redemander une charge virale deux semaines plus tard.
- En cas d'utilisation de technologies s'appuyant sur le Dried Blood Spot (DBS, goutte de sang séchée) pour évaluer la charge virale, il peut être envisageable de fixer un seuil viral plus élevé (3000 à 5000 copies /ml) pour définir l'échec virologique, jusqu'à ce qu'une sensibilité suffisante soit obtenue avec des seuils moins élevés.

5.4.2 Conduite à tenir en cas d'échec thérapeutique (Figure 9)

La mesure de la charge virale est la méthode de suivi privilégiée pour faire le diagnostic de l'échec du traitement antirétroviral et pour confirmer ce type d'échec. Elle fournit une indication précoce et plus précise d'échec thérapeutique et donc la nécessité de changer pour des ARV de deuxième intention. Elle contribue ainsi à réduire l'accumulation de mutations de résistance aux ARV et à améliorer les résultats cliniques. La mesure de la charge virale peut aussi aider à faire une distinction entre un échec thérapeutique et une non observance, et peut servir de mesure de contrôle du risque de transmission au niveau de la population.

Si la mesure de la charge virale n'est pas disponible en routine, le diagnostic de l'échec thérapeutique doit être fait par un suivi du nombre de CD4 et un suivi clinique.

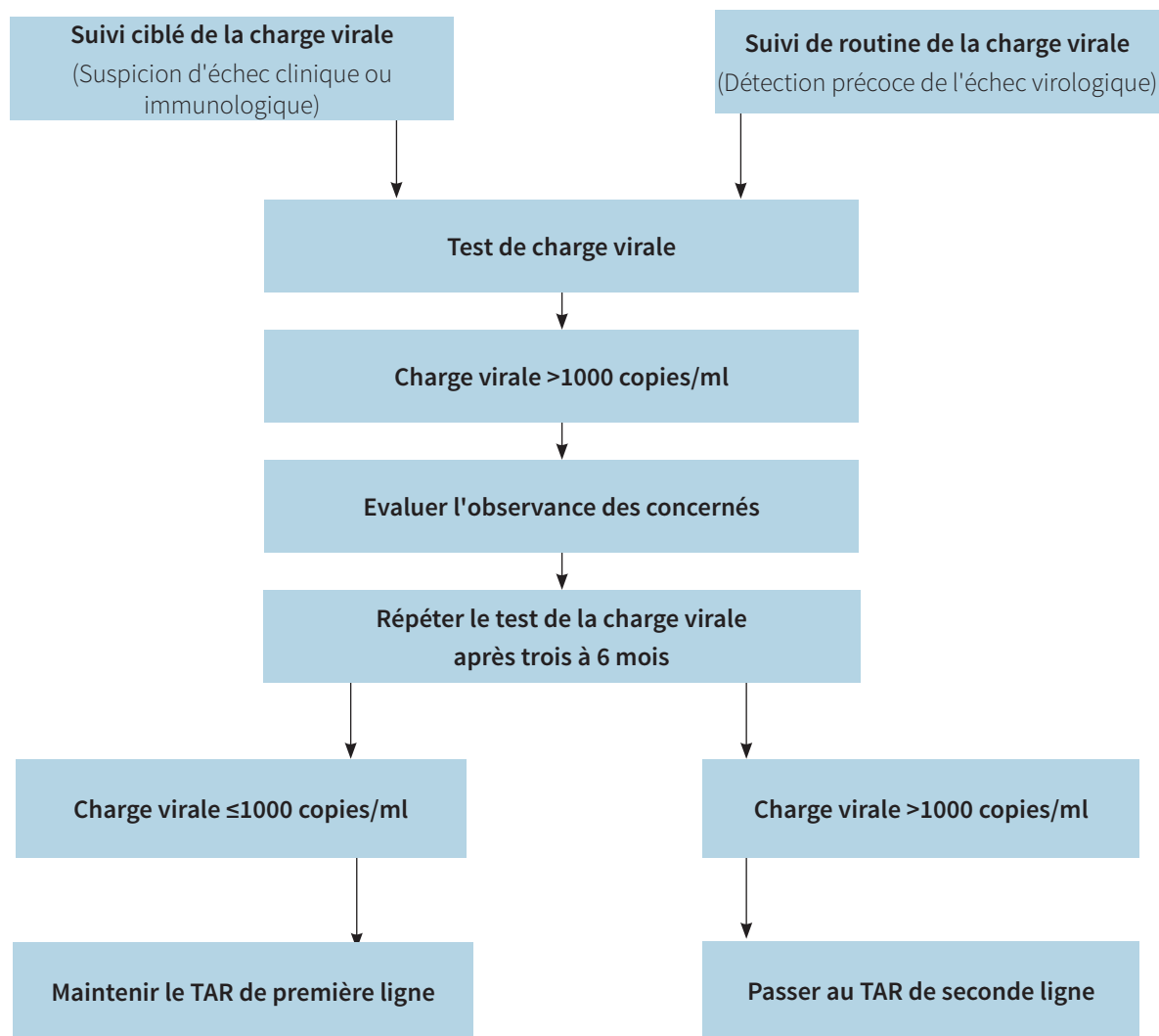


Figure 9. Stratégies de mesure de la charge virale pour détecter ou confirmer un échec thérapeutique et changer de schéma d'ARV chez les adultes, les adolescents et les enfants.

5.5 TAR DE TROISIÈME INTENTION

Les schémas thérapeutiques de 3^{ème} intention doivent comprendre de nouveaux médicaments qui présentent le minimum de risques de résistance croisée avec les schémas thérapeutiques utilisés précédemment, tels que les inhibiteurs de l'intégrase (Raltégravir), ainsi que les INNTI et les IP de 2^{ème} génération (Darunavir).

Un patient en échec thérapeutique de 2^{ème} intention doit être référé dans un centre de prise en charge agréé. En l'absence d'une autre option d'ARV, il doit continuer à recevoir un schéma thérapeutique bien toléré.

Chapitre 6.

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT



INTRODUCTION

La grossesse, l'accouchement et l'allaitement chez les femmes infectées par le VIH sont à haut risque de transmission du virus de la mère vers l'enfant. Le Gabon étant un pays d'épidémie à VIH généralisée, le PNLIST/VIH-SIDA recommande que toutes les femmes enceintes et allaitantes dépistées VIH positives soient mises sous TAR immédiatement et à vie. La mise en route plus précoce de traitements plus simples permet d'améliorer la santé des femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH et de prévenir l'infection à VIH chez leurs enfants et leurs partenaires.

En l'absence de toute intervention préventive, on estime que le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est situé entre 15 et 45% (grossesse, travail / accouchement et allaitement).

L'objectif principal du traitement antirétroviral est d'obtenir une charge virale plasmatique maternelle indétectable au 3^{ème} trimestre de la grossesse. Le risque de transmission mère-enfant (TME) du VIH est inférieur à 1% lorsque la charge virale maternelle à l'accouchement est indétectable (<50 copies/ml).

Chez les femmes traitées pendant la grossesse, les principales causes d'échec de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sont : une charge virale maternelle élevée au dernier trimestre et à l'accouchement, ainsi qu'une durée brève du traitement, généralement liés à des défauts de suivi et d'observance. En général, l'observance est bonne chez les femmes enceintes.

6.1 PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE

6.1.1 Conseil et dépistage

Au Gabon, la sérologie VIH fait partie du bilan prénatal systématique, c'est-à-dire qu'elle est proposée au même titre que les autres sérologies. La stratégie recommandée est celle du conseil et dépistage à l'initiative du prestataire de soins, c'est-à-dire que la femme enceinte doit bénéficier de la part de tout prestataire de soins qui la reçoit, d'un conseil pré test et d'un dépistage. Le programme recommande que la sérologie soit également proposée au partenaire.

6.1.1.1 Conseil et dépistage du VIH pendant les soins prénatals

Le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP) pendant les CPN est un bon moyen d'atteindre les femmes et leurs partenaires, en vue de leur fournir des informations et des services relatifs au VIH. Dans les contextes où l'épidémie du VIH est généralisée, les agents de santé doivent proposer le dépistage du VIH à **toutes** les femmes enceintes et à leurs partenaires. La recommandation du test VIH aux femmes enceintes et à leurs partenaires est un « passeport » pour les aider à accéder aux services relatifs à la prévention, au traitement et aux soins du VIH.

Il faut proposer le test VIH avec le conseil dès la première visite prénatale, afin de s'assurer qu'autant de femmes que possible reçoivent les informations et services relatifs au VIH. **Il est important que la femme reçoive le résultat du test le même jour** pour augmenter le pourcentage de femmes qui reçoivent les résultats de leurs tests VIH. Cela permet de réduire au minimum le retard de la mise sous ARV en cas de positivité du test.

Lors du CDIP, il est important de respecter les trois principes essentiels, c'est-à-dire les 3 C : **Confidentialité, Consentement éclairé et Conseil.**

Confidentialité : la protection de la confidentialité de la femme enceinte qui reçoit la proposition du test VIH est très importante. Le maintien de la confidentialité exige que les agents de santé soient bien formés, sensibles et vigilants.

Quelques conseils pratiques pour protéger la confidentialité des femmes :

- Discuter du test VIH quand la femme est seule et se sent sécurisée pour répondre honnêtement. Son conjoint ou partenaire et d'autres membres de la famille peuvent ne pas être au courant de l'histoire de sa vie sexuelle ou de son test VIH et cette information ne doit pas être révélée à ces personnes sans son consentement ;
- La confidentialité doit être maintenue lorsqu'on donne les résultats. Seule la/les personne/s que la femme a indiquée/s doit/doivent être présente(s) quand le résultat du test ou tous les autres résultats de laboratoire relatifs au VIH lui sont fournis. Il faut demander à la femme, la personne dont elle souhaite la présence quand ces résultats lui sont rendus ;
- Assurer la confidentialité lors de la discussion sur tout soin et traitement relatifs au VIH/SIDA et à la référence (lors de la référence de la femme ou de l'acheminement des échantillons au laboratoire) ;
- Rédiger et mettre en œuvre les procédures pour assurer la confidentialité, la façon dont les résultats concernant le test VIH sont reçus, enregistrés et gardés à la consultation prénatale et pour assurer la confidentialité lors du transfert des informations à ceux qui fournissent les soins liés au travail et à l'accouchement, au post-partum et au nouveau-né. Ceci exige un système d'enregistrement organisé, une sensibilisation et une sensibilité de la part des prestataires de soins. Le système doit maintenir la confidentialité et s'assurer que les résultats sont communiqués rapidement au personnel de santé responsable de fournir les soins aux patients. Il faut expliquer à la femme les informations relatives au VIH qui sont enregistrées dans son carnet de santé. Ceci est particulièrement important si la femme est analphabète ;
- S'assurer, si nécessaire, de la présence d'un interprète dans l'équipe de soins, plutôt que des membres de la famille, pour garder la confidentialité des femmes qui ne parlent pas la même langue que le prestataire des soins.

Consentement éclairé : ce principe exige que la femme reçoive des informations claires et exactes concernant les procédures de dépistage du VIH, le partage de la confidentialité, les services de soins et de traitement disponibles. Les agents de santé doivent respecter le droit de la femme de refuser le test et l'informer que les services qui ne nécessitent pas la connaissance de son statut sérologique lui seront fournis.

Conseil (post-test) : le conseil (post-test) est indispensable parce que la femme aura besoin d'être soutenue et encouragée quand elle découvrira le résultat.

Si le résultat est positif, elle doit recevoir les soins relatifs au VIH comprenant des interventions intégrées de PTME. Après l'accouchement, elle doit être mise en contact avec les services chargés des soins et du traitement continus pour elle-même et pour son bébé.

Si le résultat est négatif, elle doit être conseillée sur la façon de rester négative.

Dans les deux cas, on doit conseiller la femme sur la façon de protéger sa santé, celle de son bébé et de son partenaire. Il faut également lui donner des conseils et la soutenir afin qu'elle puisse révéler sa séropositivité et encourager son partenaire à se faire aussi tester pour le VIH.

→ Fournir les informations relatives au pré-test :

Les informations relatives au pré test peuvent être fournies à un groupe, un couple ou un individu. Une séance de groupe est le modèle recommandé pour fournir ces informations aux clients des CPN, en particulier là où le ratio clients/prestataires de services est élevé, c'est-à-dire qu'il n'y a pas assez de personnels de santé, alors qu'il y a beaucoup de clients. Les séances d'information en groupe sont efficaces, car elles optimisent les ressources humaines et permettent l'interaction dans le groupe.

La séance de pré-test doit, au minimum, contenir :

- ⊙ Les raisons pour lesquelles on recommande le dépistage du VIH pour toutes les femmes enceintes ;

- ⊙ Les avantages préventifs et cliniques du test VIH ;
- ⊙ Les services disponibles pour la femme, son bébé et son partenaire, si leurs résultats du test VIH sont positifs ou négatifs ;
- ⊙ L'assurance que toute information sera traitée confidentiellement et ne sera pas partagée avec des personnes autres que les agents de santé directement impliqués dans la prestation des soins pour elle et son bébé (confidentialité partagée) ;
- ⊙ Le droit de la femme de refuser le test et l'assurance que son refus du test n'affectera pas son accès à tout autre service qui n'exige pas qu'elle soit au courant de sa sérologie VIH ;
- ⊙ L'information et le soutien (savoir comment le faire) si la femme choisit de révéler le résultat de son test VIH à son partenaire et comment encourager ce dernier à se faire dépister pour le VIH.

L'agent de santé doit également donner l'occasion à la femme de poser des questions ou exprimer ses préoccupations. Il est important de discuter des soucis de la femme, y compris ceux liés à l'annonce de sa séropositivité et au test de son partenaire.

→ **Donner le conseil post-test :**

Le conseil post-test est une partie importante du test VIH. **Il doit être individualisé en fonction des résultats du test, des besoins et des possibles comportements à risque.**

Il peut être donné à la femme seule ou au couple et doit consister à :

- Expliquer le résultat du test VIH, incluant des explications sur la fenêtre sérologique en cas de résultat négatif (fenêtre sérologique : période pendant laquelle le test ne peut pas encore détecter la présence du VIH dans le sang) ;
- Évaluer le risque individuel et expliquer comment prévenir la transmission du VIH à son enfant et à son partenaire ;
- Discuter des options liées aux pratiques sexuelles à moindre risque ;
- Fournir des préservatifs ou des informations sur la façon de les obtenir et de les utiliser ;
- Encourager et soutenir la révélation de la séropositivité de la femme et la réalisation du test VIH par le partenaire ;
- Établir un contact avec le service de prévention, de soins et de traitement du VIH.

Une femme enceinte séropositive a souvent besoin de conseils et de soutien post-test supplémentaires (en plus des informations fournies aux PVVIH non enceintes). Il s'agit de lui dire que :

- L'initiation et la préparation à l'observance du TAR doivent être rapides pour assurer un maximum d'avantages pour la prévention de la TME du VIH. La femme a besoin de conseils pour comprendre les avantages de prendre les ARV ;
- Elle peut être soutenue pour révéler sa sérologie VIH à son partenaire et encourager celui-ci à se faire tester pour le VIH. Dans la plupart des cas, la participation du partenaire à la PTME est importante pour maximiser les avantages liés au service.

Pour les femmes enceintes séronégatives au VIH, le conseil post-test doit fournir des informations sur la façon de prévenir l'infection à VIH pendant la période de grossesse et d'allaitement.

→ **Tester à nouveau les femmes enceintes pour le VIH :**

En raison du risque élevé de contamination par le VIH au cours de la grossesse, l'agent de santé doit encore recommander le conseil dépistage du VIH au cours du troisième trimestre ou au cours du travail ou peu de temps après, si beaucoup de temps a passé depuis le dernier test.

→ **PRENDRE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES QUI REFUSENT DE FAIRE LE TEST DU VIH :**

Si une femme refuse de faire le test du VIH, l'agent de santé doit passer un temps supplémentaire avec elle pour en connaître la raison et voir si elle a besoin de soutien :

- ⊙ Certaines femmes ont peur de se faire tester pour le VIH parce qu'elles ne veulent pas connaître leur statut sérologique et/ou ne veulent pas discuter des résultats avec leur partenaire ou toute autre personne et/ou ne veulent pas imaginer que leur futur bébé soit en danger ;
- ⊙ D'autres femmes peuvent ne pas réaliser qu'elles présentent un risque et que la grossesse est le résultat d'un rapport sexuel non protégé susceptible de transmettre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH ;
- ⊙ La stigmatisation et la discrimination à l'égard des femmes enceintes ou allaitantes ou des femmes qui décident de ne pas allaiter et que l'on sait infectées par le VIH constituent un problème dans beaucoup de communautés. Le fait de conseiller les femmes enceintes et leurs partenaires sur les avantages de connaître la sérologie VIH pour elles-mêmes et leurs bébés peut habituellement les aider à surmonter la peur d'être stigmatisées, discriminées et d'autres barrières ;
- ⊙ Le fait de permettre aux femmes enceintes d'exprimer leurs inquiétudes est très important. La crainte basée sur de mauvaises réactions suivant l'annonce de la séropositivité du VIH est fréquente. Elle pourrait être aggravée par une situation socio-économique faible ressentie par les femmes dans beaucoup de communautés. La plupart des femmes qui révèlent leur séropositivité font également état des réactions positives, du soutien et de la compréhension dont elles bénéficient. Pendant les séances de conseil, il est important d'aider des femmes à évaluer les possibilités d'effets négatifs et les aider à élaborer un plan pour les minimiser. Il faut leur proposer également de parler à d'autres membres de la famille si la femme décide de les amener avec elle.

Si une femme refuse le test VIH à sa première visite, il faut lui demander à chaque visite ultérieure si elle est prête à être testée. À chaque visite prénatale, il faut passer en revue brièvement les avantages de connaître sa sérologie du VIH et les soins qui sont disponibles pour les femmes enceintes séropositives et leurs bébés.

→ **Conseil et dépistage VIH du partenaire :**

Il est primordial que le conseil et le test VIH soient normalement proposés au partenaire de la femme enceinte, quel que soit le résultat du test de celle-ci. Il faut informer et encourager la femme au sujet de la révélation de la séropositivité, de l'avantage de son partenaire de se faire tester pour le VIH et discuter de tous les soucis y relatifs qu'elle peut avoir. Si la femme est séropositive, cela ne signifie pas que son partenaire vit également avec le VIH. Plusieurs couples sont séro-discordants. L'inverse est vrai si la femme est séronégative, son partenaire pourrait être séropositif et elle pourrait être à risque d'infection à VIH.

→ **Combiner le test VIH avec d'autres tests faits pendant la grossesse**

Dans le contexte d'épidémie généralisée, la recommandation du conseil et dépistage du VIH aux femmes enceintes doit faire partie des soins essentiels pendant la grossesse. Il faut, autant que possible, combiner le test VIH avec d'autres tests faits pendant la grossesse (par exemple, le test pour la syphilis). Cela peut permettre à la femme d'accéder plus rapidement aux soins et minimiser les prélèvements répétés.

6.1.1.2 Conseil et dépistage du VIH pendant le travail

→ **VÉRIFIER LA SÉROLOGIE VIH**

Lorsque la femme arrive en travail, il faut d'abord vérifier son dossier pour voir si elle a déjà fait le dépistage du VIH et si le résultat du test est enregistré dans ce dossier ou alors il lui faut demander si elle a déjà fait ce test et si oui, quand et quel en était le résultat ?

→ Si elle a fait le dépistage du VIH et qu'elle est **séropositive**:

1. Vérifier son dossier ou lui demander si elle prend des médicaments ARV:

Si elle est sous TAR, lui demander quel type de médicaments ARV elle prend et quand elle a commencé à les prendre.

2. Dire à la femme que son bébé recevra des médicaments ARV aussitôt que possible après la naissance.

→ Si elle a fait le dépistage et que le résultat est **négatif**:

1. Vérifier la date du dépistage VIH et discuter des risques d'exposition au VIH depuis ce dernier dépistage.
2. Demander si elle est sûre qu'elle n'a pas été exposée au VIH durant les 6 semaines précédant et suivant le dépistage. Si oui, alors lui proposer un autre test de dépistage VIH.

→ Si elle n'a pas fait de dépistage :

Il faut recommander le conseil et dépistage du VIH, selon la situation de la femme.

Les principes directeurs du conseil et dépistage du VIH à l'initiative du prestataire des soins **pendant le travail**, à savoir - confidentialité, consentement éclairé, appui et services post-test - sont conçus en fonction des besoins spéciaux d'une femme en travail. Ils respectent toujours les principes des 3 C tels que décrits pendant les soins prénataux, auxquels s'ajoute un **C additionnel** très important puisque la femme est en travail : c'est le **Confort** de la femme.

Confort :

L'agent de santé doit évaluer le stade du travail de la femme, le niveau de confort et le besoin en analgésiques (médicaments contre la douleur). Il doit montrer une empathie lors de la fourniture des informations sur le dépistage du VIH: le contenu doit être court, pertinent et expliqué, en se basant sur le niveau de confort de la femme, par exemple, en lui parlant **entre les contractions**. Il faut demander à la femme de signaler quand une contraction commence pour faire une pause et toujours prendre en considération la langue et la culture de la femme et si nécessaire, il faut s'adapter à son langage.

L'agent de santé doit s'assurer que la femme qui est en train d'être conseillée comprend bien ce dont on lui parle en vérifiant après chaque remarque faite et avant de commencer le point suivant.

→ **LA SÉANCE PRÉ-TEST PENDANT LE TRAVAIL :**

Elle comprend les points suivants :

1. Demander à la femme si elle sait ce qu'est le VIH. Si non, lui donner des informations sur le VIH et lui dire que beaucoup de personnes vivant avec le VIH transmettent le virus à leur partenaire et au bébé sans le savoir ;
2. Expliquer à la femme que, si elle est séropositive, le virus peut se transmettre à son bébé pendant le travail, l'accouchement et l'allaitement. C'est pourquoi il est recommandé à toutes les femmes enceintes de connaître leur statut sérologique du VIH afin de leur fournir des services de prévention de la TME du VIH ;
3. Si le test du VIH est positif, expliquer à la femme qu'elle recevra des médicaments antirétroviraux immédiatement pour réduire les risques de transmettre le virus à son bébé. Le bébé recevra également la prophylaxie ARV dès que possible après la naissance. Après l'accouchement, on donnera à la femme ou elle sera transférée à l'endroit où elle peut obtenir des soins et des services de traitement pour elle-même, son bébé et la famille ;

4. Informer sur la façon dont le test de dépistage du VIH sera fait (il faut expliquer la méthode qui est utilisée dans votre hôpital) : en prélevant le sang **ou** par une simple piqûre au doigt **ou** par prélèvement dans la bouche ;
5. Informer la femme de ce que le dépistage du VIH est personnel et confidentiel. Lui expliquer la confidentialité partagée : c'est-à-dire que seuls les agents de santé qui prennent soin d'elle seront informés de son résultat du test VIH. Personne d'autre ne le saura sans son consentement ;
6. Informer la femme sur son droit de refuser le dépistage du VIH, même s'il est fortement recommandé qu'elle le fasse. L'informer également que son refus du test du VIH n'affectera pas son accès aux services des soins et au traitement qui ne dépendent pas de la connaissance de sa sérologie VIH ;
7. Demander à la femme si elle a d'autres questions ou si elle voudrait discuter de toute autre préoccupation ;
8. Enfin, informer la femme qu'elle sera testée directement, sauf si elle refuse et aussi que son enfant et elle recevront les meilleurs soins basés sur les résultats de son test.

→ **CONSEIL POST-TEST EN CAS DE RÉSULTAT DU TEST VIH NÉGATIF:**

- ⊙ Selon le niveau de confort de la femme, il faut lui donner des conseils post-test après la naissance ;
- ⊙ Expliquer le résultat négatif du test VIH, y compris la période de fenêtre sérologique ;
- ⊙ Expliquer l'importance de la prévention du VIH et des mesures de réduction des risques ;
- ⊙ Discuter de l'importance de l'annonce du résultat au partenaire, du dépistage du partenaire et de la possibilité de discordance dans la sérologie d'un couple ;
- ⊙ Encourager les visites de routine et veiller à promouvoir l'allaitement au sein exclusif.

→ **CONSEILS POST-TEST EN CAS DE RÉSULTAT DU TEST VIH POSITIF :**

Selon le niveau de confort de la femme, il faut lui donner des conseils complets post-test après la naissance :

- ⊙ Expliquer le résultat positif et apporter le soutien nécessaire ;
- ⊙ Discuter des services de PTME disponibles, du TAR pour elle et de la prophylaxie ARV pour son bébé : donner des informations sur le lien avec le traitement, les soins, la nutrition, la planification familiale et les services de soutien ;
- ⊙ Donner des conseils sur l'alimentation du nourrisson à moindre risque, avant ou après la naissance ;
- ⊙ Discuter de l'importance du dépistage du VIH du partenaire, de la possibilité de discordance des résultats du test avec lui et de la prévention de la transmission du VIH plus tard ;
- ⊙ Encourager les visites de soins de santé de routine, y compris les soins continus du VIH ;
- ⊙ Donner des informations pour soutenir et établir le lien pour la prise en charge des nourrissons exposés au VIH.

→ **CAS OÙ LA FEMME REFUSE DE FAIRE LE TEST DE DÉPISTAGE DU VIH :**

Si la femme refuse de faire le test de dépistage du VIH, il faut :

- ⊙ Discuter des obstacles qui empêchent d'accepter ce dépistage du VIH ;
- ⊙ Revoir les plans de réduction des risques de transmission du VIH ;

- ⊙ Expliquer les avantages de l'allaitement exclusif au sein, revoir les soins postnatals et encourager le dépistage ;
- ⊙ Encourager les visites pour les soins de santé de routine.

6.1.1.3 Conseil et dépistage dans le post-partum

Les principes du conseil et dépistage du VIH chez les femmes en post-partum sont identiques à ceux observés pour le dépistage du VIH chez les autres adultes. Pour le test VIH, il faut toujours respecter les principes des 3 C: Confidentialité, Consentement éclairé et Conseil.

→ SÉANCE DE PRÉ-TEST :

Lors du conseil avant le test, l'agent de santé doit :

1. Demander à la femme si elle sait ce qu'est le VIH. Si elle ne le sait pas, l'informer que le VIH est un virus qui peut causer une maladie grave appelée SIDA. Ce ne sont pas toutes les personnes qui vivent avec le VIH qui paraissent ou se sentent malades. Beaucoup de personnes vivant avec le VIH transmettent le virus à leur partenaire et bébé à leur insu ;
2. Donner l'information que si une mère est séropositive, le virus peut être transmis à son bébé pendant l'allaitement. C'est pourquoi il est recommandé que toutes les femmes enceintes et en postpartum connaissent leur statut sérologique VIH ;
3. Donner l'information que si le test montre que la femme est séropositive, elle recevra des services et des informations pour rester en bonne santé et réduire le risque de transmission du VIH à son bébé. Son bébé pourra également recevoir des services aussitôt que possible,
4. Informer la femme que le test VIH est privé et confidentiel. Cela signifie que seul l'agent de santé s'occupant d'elle et de son bébé sera au courant de son résultat. Personne d'autre ne connaîtra son résultat sans son consentement ;
5. Informer la femme qu'elle a le droit de refuser le test VIH et que ce refus n'affectera pas son accès aux services qui ne sont pas conditionnés par la connaissance de son statut sérologique VIH ;
6. Demander à la femme si elle a des questions ou des préoccupations dont elle voudrait discuter ;
7. Informer la femme que - sauf en cas de refus- elle sera testée immédiatement et qu'elle et son bébé recevront les meilleurs soins basés sur les résultats du test VIH ;
8. Donner l'information sur la façon dont le test sera fait (expliquez seulement la méthode qui est employée dans votre centre de santé ou service) : par une prise de sang ou par une piqûre simple au doigt ou par prélèvement au niveau de la bouche.

→ SÉANCE DE POST-TEST POUR LES FEMMES SÉRONÉGATIVES :

Dans ce cas, il faut :

- ⊙ Expliquer les résultats négatifs du test VIH, y compris « la fenêtre sérologique » ;
- ⊙ Discuter de l'importance du partage des résultats du test VIH avec le partenaire, du dépistage du partenaire et la possibilité de la discordance des résultats du test entre les deux partenaires. L'agent de santé doit encourager et soutenir le conseil et le test chez le partenaire ;
- ⊙ Évaluer les risques de transmission sexuelle et soutenir l'adoption de comportements responsables pour la réduction des risques de transmission du virus. Il faut expliquer l'importance de la prévention du VIH et les étapes de la réduction des risques et aussi souligner les risques majeurs de la TME du VIH si une nouvelle infection se produit pendant l'allaitement ;

- ⊙ Donner l'information sur la disponibilité des moyens de prévention du VIH, des services de soins maternels, de nutrition, de planification familiale et de soutien ;
- ⊙ Encourager la fréquentation régulière du centre de santé, recommander et soutenir l'allaitement maternel exclusif.

→ **SÉANCES DE POST-TEST POUR LES FEMMES SÉROPOSITIVES EN POST-PARTUM :**

Dans ce cas, l'agent de santé doit :

- ⊙ Expliquer le résultat du test positif pour le VIH et apporter le soutien nécessaire ;
- ⊙ Discuter de la disponibilité des services de prévention, de soins, de traitement et d'appui pour la femme et son bébé ;
- ⊙ Donner l'information sur les services disponibles pour le VIH, les soins maternels, la nutrition, la planification familiale et le soutien, encourager les visites pour les soins de santé et les visites de suivi et assurer le lien avec les services dont la mère et le bébé ont besoin ;
- ⊙ Recommander le partage des résultats du test avec le partenaire, ainsi que le conseil et dépistage VIH de celui-ci ;
- ⊙ Informer sur la possibilité de discordance des résultats dans le couple et expliquer l'importance de la prévention contre la transmission sexuelle du VIH dans ce contexte particulier ;
- ⊙ Informer sur le dépistage du VIH, les soins et le traitement pour le bébé et recommander le test spécifique du VIH selon l'âge du bébé et pour tous les autres enfants le cas échéant ;
- ⊙ Évaluer la pratique de l'alimentation en cours pour le nourrisson et donner des conseils sur les options d'alimentation à moindre risque.

→ **En cas de refus du test du VIH :**

Dans ce cas, l'agent de santé doit :

- ⊙ Identifier, discuter et aborder avec la femme les problèmes pouvant entraver le dépistage du VIH et lui recommander le conseil et dépistage du VIH pendant les visites ultérieures ;
- ⊙ Évaluer les risques et examiner le plan de réduction de ces risques de transmission du VIH ;
- ⊙ Évaluer la pratique de l'alimentation en cours pour le nourrisson et donner aussi des conseils sur les options d'alimentation à moindre risque. L'agent de santé doit aussi recommander et encourager l'allaitement exclusif ;
- ⊙ Informer sur les services disponibles pour le VIH, les soins maternels, la nutrition, la planification familiale et le soutien, encourager les visites pour les soins de santé et les visites de suivi et assurer le lien avec les services dont la mère et le bébé ont besoin.

6.1.2 Indications du TAR chez la femme enceinte ou allaitante VIH+

Au Gabon, la grossesse et l'allaitement sont désormais des critères d'éligibilité au TAR. Le traitement est indiqué à vie chez toute femme enceinte et allaitante ayant un statut sérologique VIH positif, quel que soit le stade clinique OMS et le taux de CD4.

En situation d'épidémie généralisée, lorsque l'accès au test de comptage des CD4 est limité, le dépistage chez le partenaire peu fréquent, l'allaitement au sein prolongé ou le taux de fécondité élevé, un TAR à vie chez toute femme vivant avec le VIH enceinte ou allaitante présente clairement des avantages. Il permet d'assurer une couverture maximale pour les femmes qui ont besoin d'un traitement pour leur propre santé, d'éviter la mise en route puis l'arrêt des ARV en cas de grossesses répétées, d'offrir une protection précoce contre la TME au cours des grossesses ultérieures, de réduire le risque de transmission du VIH aux partenaires sérodiscordants et d'améliorer la santé maternelle.

Toutes les femmes enceintes et allaitantes VIH positives doivent débuter un TAR avec une association de 3 ARV.

Ce TAR doit être poursuivi à vie.

6.1.2.1 Quand débuter le traitement chez la femme enceinte ou allaitante VIH+?

On doit débuter le TAR quel que soit l'âge gestationnel et le poursuivre tout au long de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement et à vie.

Tableau XIII. Options du programme pour le TAR dans le cadre de la PTME.

Option du programme	Femme enceinte ou allaitante VIH +	Nourrisson exposé au VIH	
TAR à vie pour toutes les femmes enceintes et allaitantes ("Option B+")	Quel que soit le stade Clinique OMS ou le taux de CD4	Allaitement	Alimentation de substitution
	Initier le TAR et le maintenir après l'accouchement et la fin de l'allaitement	Prophylaxie pour le nourrisson avec NVP une fois par jour pendant 6 semaines	Prophylaxie pour le nourrisson avec NVP une fois par jour (ou AZT deux fois par jour) pendant 4 à 6 semaines

→ AVANTAGES D'UN TAR STANDARDISÉ CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES VIH POSITIVES :

- **Facilité de mise en œuvre** : le même schéma de TAR simplifié est administré à toutes les femmes enceintes (sans tenir compte de l'éligibilité au traitement) et il est poursuivi durant la grossesse, le travail et le postpartum.
- **Schémas thérapeutiques harmonisés** : un schéma de première ligne optimisé à base d'une association d'ARV à dose fixe peut être harmonisé avec les directives de TAR chez les autres adultes.
- **Augmentation de la couverture du TAR** : cela permet de s'assurer que les femmes immunodéprimées qui ne peuvent pas avoir accès au dosage des CD4 reçoivent un TAR approprié sans délai.
 - ▷ **Bénéfice par rapport à la transmission verticale du VIH** : en permettant une couverture du TAR pour maximiser la prévention de l'infection chez l'enfant.
 - ▷ **Bénéfice pour la santé maternelle** : le TAR va retarder la progression de la maladie.
- **Bénéfice pour la prévention sexuelle du VIH** : le TAR permet de réduire la transmission sexuelle du VIH aux partenaires sexuels.
- **Acceptabilité** : des revues conduites ont généralement indiqué une forte préférence et acceptabilité de la communauté pour cette approche.

→ MÉDICAMENTS ARV ET DURÉE DE L'ALLAITEMENT :

Les principes et recommandations clés établis en 2010 restent de vigueur, notamment :

- Les autorités sanitaires nationales doivent décider si les services de santé vont principalement fournir un conseil aux mères dont l'infection à VIH est connue et les appuyer afin qu'elles allaitent en recevant des interventions par ARV ou afin qu'elles évitent tout allaitement, en fonction de leur contexte spécifique ;
- Dans le cas où les autorités nationales ont décidé que les services de SMI vont principalement promouvoir/encourager et appuyer l'allaitement et les interventions comme stratégie permettant de donner la meilleure chance de survie sans VIH aux nourrissons nés d'une mère dont l'infection à VIH est connue.

6.1.2.2 TAR de première ligne chez la femme enceinte et allaitante VIH positive

Le traitement de première ligne est administré selon les recommandations nationales, à savoir : 2 INTI + 1 INNTI. Les schémas de TAR sont les mêmes que ceux recommandés chez les adultes et les adolescents.

Une prise unique journalière d'une association à dose fixe de TDF + 3TC + EFV ou TDF + FTC + EFV est recommandée comme TAR de première ligne chez la femme enceinte et allaitante, incluant les femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse et les femmes en âge de procréer.

Tableau XIV. TAR de 1ère ligne recommandé chez la femme enceinte ou allaitante VIH+ (OMS 2013).

Régimes privilégiés	TDF + 3TC +EFV
	TDF +FTC +EFV
Régimes alternatifs	AZT + 3TC +EFV
	AZT +3TC+NVP ^a
	TDF + 3TC + NVP
	TDF +FTC +NVP
Cas particuliers^b	Régimes contenant ABC + IP boostés

^a Pour toute prescription de Névirapine chez des patients naïfs, il convient de :

- ne pas l'utiliser si le nombre de lymphocytes CD4 est supérieur à 250/mm³ ;
- commencer par une dose réduite de moitié (200 mg) pendant les 2 premières semaines ;
- surveiller les transaminases toutes les 2 semaines pendant les 16 premières semaines de traitement ;
- éviter l'association Abacavir+Névirapine, à cause du risque élevé de réactions cutanées ;
- l'efficacité virologique et la barrière génétique de l'efavirenz ont un profil supérieur à celui de la névirapine.

^b Des circonstances particulières doivent inclure les situations où les régimes privilégiés ou alternatifs ne sont pas disponibles ou appropriés à cause de toxicités importantes, d'interactions médicamenteuses prévues, de la difficulté dans la gestion des achats et des approvisionnements en médicaments ARV ou pour d'autres raisons.

Dans tous les cas :

- Un bilan pré thérapeutique comportant au moins le dosage de l'hémoglobine et des transaminases est fait, ainsi qu'une éducation thérapeutique qui ne doit en aucun cas retarder la mise sous traitement ;
- La prophylaxie contre la pneumocystose et la toxoplasmose par le cotrimoxazole est instituée selon les recommandations (Cf. chapitre IV). Elle est débutée dès la fin du premier trimestre de la grossesse. Dans ce cas, il ne faut pas administrer une prophylaxie antipalustre par Sulfadoxine-Pyriméthamine.
- Toute femme enceinte ne recevant pas le Cotrimoxazole doit être mise sous prophylaxie antipalustre par la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP), à partir du 2^{ème} trimestre (16^{ème} semaine d'aménorrhée ou dès la perception des mouvements actifs du fœtus par la mère.) à raison de 3 doses thérapeutiques au minimum, séparées d'au moins un mois d'intervalle au cours de la grossesse. Cette prise doit se faire sous observation directe par un prestataire de soins.

i NB : Il est possible d'administrer la SP chaque mois jusqu'à l'accouchement !

→ CAS PARTICULIERS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES VIH+

→ Femme enceinte VIH + déjà sous traitement antirétroviral :

La première démarche à effectuer est de vérifier l'efficacité du traitement en cours et l'absence de toxicité des molécules utilisées pour la mère et l'enfant. L'efficacité du traitement est évaluée sur la base de la clinique et du taux des CD4, ainsi que sur la charge virale si elle est disponible.

→ **Femme enceinte VIH+ vue tardivement :**

Quel que soit le moment auquel une femme est vue, une sérologie doit lui être systématiquement proposée. La démarche est la même que pour la femme vue précocement. Il faudra envisager immédiatement une mise sous TAR. Dans ce cas particulier, il est essentiel d'essayer d'obtenir une mesure de la charge virale vers 33 semaines pour contrôler l'efficacité du traitement. Une charge virale détectable pose l'indication d'une césarienne prophylactique.

→ **Femme enceinte VIH+ vue en début de travail :**

Le test de dépistage doit être proposé même en salle de travail, car le TAR peut être administré en cas de séropositivité.

→ **Femme enceinte positive au VIH2 :**

Les modalités de prise en charge sont identiques. La différence se situe au niveau des médicaments utilisés pour le traitement. Etant donné l'inefficacité des INNTI sur le VIH2, la trithérapie est composée de 2INTI + 1IP/r. L'IP conseillé est le LPV/r.

6.1.2.3 TAR de 2ème ligne chez les femmes enceintes et allaitantes VIH +

Les protocoles thérapeutiques ARV de 2ème ligne qui sont actuellement recommandés chez la femme enceinte et/ou allaitante VIH positive sont les mêmes que ceux utilisés chez les autres adultes et les adolescents.

Tableau XV. Protocoles thérapeutiques ARV de 2ème ligne actuellement recommandés chez la femme enceinte ou allaitante VIH + (OMS 2013).

	Régimes privilégiés	Régimes alternatifs
TAR de seconde ligne chez les femmes enceintes et allaitantes VIH + <i>(Idem que chez adultes et adolescents ≥10 ans)</i>	<ul style="list-style-type: none">■ AZT + 3TC + ATV/r^a■ AZT + 3TC + LPV/r^a	<ul style="list-style-type: none">■ TDF + 3TC + ATV/r■ TDF + FTC + ATV/r■ TDF + 3TC + LPV/r■ TDF + FTC + LP/r

^a DRV/r peut-être utilisé comme IP en option alternative dans des situations spéciales; mais il n'est pas actuellement disponible sous forme d'association à dose fixe thermo-stable. Cependant, DRV + RTV en association à dose fixe thermo stable est en cours de mise au point.

6.1.3 Calendrier de suivi biologique des femmes enceintes

Le risque de transmission du VIH étant élevé au cours du travail et de l'accouchement, il est recommandé de renforcer les CPN. En particulier, les parturientes à haut risque doivent être prises en charge à la fin du 3ème trimestre.

Dès la première consultation prénatale (CPN1), il faut proposer à la femme une sérologie VIH. Si celle-ci est positive, il faut évaluer l'état immunitaire par le comptage des CD4, mais également le dosage de l'hémoglobine et la vérification des fonctions rénales et hépatiques avant la mise sous traitement. La mise sous TAR ne doit pas dépendre de l'évaluation de l'état immunitaire par le comptage des CD4.

Tableau XVI. Récapitulatif du suivi biologique de la femme enceinte VIH+.

Période	Sérologie VIH	CD4	Hémoglobine	Transaminases	Créatinine	Charge virale
CPN 1*	+	+	+	+	+	
CPN 2**		+	+	+	+	
33 semaines***	+					+++

* Dès le début de la grossesse

** Au cours du 2ème trimestre de la grossesse

*** En zone d'épidémie généralisée tel que le Gabon, en raison du risque élevé de contamination par le VIH au cours de la grossesse, il est recommandé de refaire un dépistage au cours du 3ème trimestre ou du travail ou peu de temps après l'accouchement.

Il est également recommandé de faire la charge virale à la 33^{ème} semaine afin de déterminer le mode d'accouchement.

6.1.4 Mode d'accouchement

Le risque de transmission du VIH pendant l'accouchement peut être réduit en suivant un certain nombre de principes et de pratiques essentielles citées ci-dessous.

6.1.4.1 Accouchement par voie basse

Chez une femme enceinte VIH +, l'accouchement se fait par voie basse lorsqu'il y a eu une prise en charge de qualité en pré-partum et que la charge virale plasmatique de la parturiente est indétectable à la 33^{ème} semaine d'aménorrhée.

Lors de l'accouchement, il est indispensable d'appliquer les pratiques saines telles que :

- Accouchement dans un établissement de santé en présence d'un accoucheur qualifié;
- Désinfection du vagin avec un produit contenant des dérivés chlorés (cytéal, chlorexidine...);
- Réduction du délai entre la rupture des membranes et l'accouchement ;
- Utilisation du partogramme pour surveiller le travail afin d'identifier à temps une dystocie et prendre les mesures adéquates ;
- Limitation des gestes invasifs : expression abdominale, touchers vaginaux intempestifs, application du forceps ou de la ventouse, épisiotomie, traction du cordon ombilical, version par manœuvre (externe ou interne);
- Proscription de l'utilisation de l'ocytocine (syntocinon) avant l'expulsion du fœtus;
- Lavage du nouveau-né avec une solution antiseptique (bain de chlorexidine) ;
- Nettoyage des yeux du nouveau-né avec du sérum physiologique avant d'instiller le collyre antibiotique (cébémyxine) ;
- Nettoyage du sang avec lequel le nouveau-né peut se trouver en contact ;
- Désobstruction très prudente et douce des narines et de l'arrière gorge.

6.1.4.2 Accouchement par césarienne

Une césarienne prophylactique, c'est-à-dire une césarienne programmée avant tout début de travail sur des membranes intactes, se pratique à partir de la 36^{ème} SA chez une femme enceinte VIH+ ayant une charge virale plasmatique détectable à 33 SA. En absence de charge virale, elle peut se discuter chez les femmes ayant moins d'un mois de traitement (prise en charge tardive).

La pratique de la césarienne chez la femme enceinte VIH positive n'est pas systématiquement recommandée.

Cependant la césarienne peut être pratiquée à titre non prophylactique en cas d'infection à VIH pour des indications obstétricales et/ou médicales.

6.1.5 Choix de l'allaitement

On estime actuellement qu'en Afrique subsaharienne au moins 1/3 cas de transmission du VIH de la mère à l'enfant sont en rapport avec l'allaitement maternel. Dans la perspective de réduire ce risque, deux modes d'alimentation peuvent être proposés : l'alimentation artificielle exclusive ou l'allaitement maternel exclusif protégé par les ARV.

6.1.5.1 Alimentation artificielle exclusive

C'est le seul mode d'alimentation qui ne comporte aucun risque de transmission du VIH pour le nourrisson. Cependant, il existe des complications qui lui sont propres, en particulier infectieuses et nutritionnelles, qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital de l'enfant. Cette alimentation ne doit être proposée que si les critères AFASS rapportés par l'OMS sont présents. AFASS est l'acronyme de : « Acceptable -Faisable -Afordable -Sustainable and Safe » c'est-à-dire : « **Acceptable -Faisable -Accessible -Financièrement pérenne et Sûr** ». L'allaitement mixte est le plus à risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

«Il est important de bien informer la mère qu'en aucun cas et sous aucun prétexte, elle ne doit donner le sein à son enfant s'il reçoit du lait artificiel.»

6.1.5.2 Allaitement maternel exclusif et protégé par les ARV

Le risque de transmission du VIH est estimé entre 0,8 et 1,2% par enfant et par mois. Ce risque est majeur durant le premier mois et tend à diminuer avec le temps. L'objectif principal des recommandations de l'OMS concernant l'infection à VIH et l'alimentation du nourrisson est d'améliorer la survie sans VIH des nourrissons exposés à ce virus.

On entend par allaitement maternel protégé un allaitement maternel exclusif sous couvert d'une thérapie antirétrovirale de protection. (Cf. *Tableau XIV*). Il s'agit de réduire le risque de transmission du VIH par le lait maternel, principalement en administrant systématiquement les ARV à la mère, tout en évitant chez les nourrissons et les enfants, la survenue d'une malnutrition et le risque accru d'infection grave résultant de pratiques d'alimentation dangereuses.

Au Gabon, la durée proposée de l'allaitement est de 6 mois incluant un sevrage de 15 jours environ. Il est important que le sevrage ne soit pas prolongé au-delà de ce temps car cette période d'allaitement mixte constitue un risque élevé pour l'enfant. A l'inverse, un sevrage trop rapide est souvent une cause de troubles digestifs importants.

Les mères dont l'infection à VIH est connue (et dont les nourrissons ne sont pas infectés par le VIH ou dont le statut VIH n'est pas connu) doivent alimenter leurs nourrissons exclusivement au sein pendant **les six premiers mois**.

Les compléments alimentaires appropriés peuvent être introduits par la suite et en poursuivant l'allaitement au sein pendant les 12 premiers mois de vie.

L'allaitement ne doit être arrêté que lorsqu'il est possible de fournir une alimentation ne contenant pas de lait maternel, adéquate sur le plan nutritionnel et sans danger.

6. 2 PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT NÉ DE MÈRE VIH POSITIVE

La prophylaxie du nourrisson doit débuter dès la naissance ou dans le postpartum dans les 72 heures après l'accouchement, lorsque l'exposition au VIH est connue/découverte.

6.2.1 Prophylaxie ARV du nourrisson né de mère VIH + (Cf. Annexe 6)

Il y a deux possibilités :

→ **Enfant Allaité :**

- ⊙ Les nourrissons nés de mères sous TAR et qui sont allaités doivent recevoir une dose unique de NVP chaque jour dès la naissance et ce, pendant six (6) semaines.
- ⊙ Si la NVP pédiatrique provoque des signes de toxicité ou n'est pas disponible, on peut la remplacer par 3TC.
- ⊙ Si on sait que la mère a débuté le TAR moins de 4 semaines avant l'accouchement, il faut envisager la prolongation de la NVP jusqu'à 12 semaines chez les nourrissons qui sont allaités.

→ **Enfant non allaité :**

- ⊙ Si le nourrisson reçoit une alimentation de substitution, la prophylaxie consiste en une prise quotidienne de NVP ou d'AZT deux fois par jour pendant quatre à six semaines.
- ⊙ Si la mère utilise l'alimentation de substitution, AZT pédiatrique peut-être remplacé par NVP pédiatrique.

Tableau XVII. Recommandation simplifiée sur la posologie de la prophylaxie par NVP chez le nourrisson.

Age du nourrisson	Dose journalière
De la naissance ^a à 6 semaines :	
Poids de naissance : 2000–2499 g	■ 10 mg en prise unique journalière
Poids de naissance ≥2500 g	■ 15 mg en prise unique journalière

^a Chez les nourrissons pesant <2000g, la posologie de NVP doit être donnée en mg/kg; la dose d'initiation suggérée est de 2 mg/kg en prise unique quotidienne.

La durée d'administration recommandée est de 6 semaines, mais 4 semaines peuvent être envisagées dans les situations où l'enfant reçoit une alimentation de substitution.

Dans certaines situations particulières, il faut envisager de prolonger l'administration de NVP au-delà de 6 semaines jusqu'à l'âge de 12 semaines. Ces situations comprennent :

- Les cas où la mère a reçu le TAR pendant un temps limité et n'a probablement pas eu de suppression virale ;
- Le cas où le nourrisson est découvert comme exposé au VIH après la naissance et est allaité. Ceci est basé sur la posologie requise pour maintenir l'exposition du nourrisson à une dose supérieure à 100 mg/ml, en changeant la posologie le moins souvent possible.

Tableau XVIII. Recommandation simplifiée sur la posologie de la prophylaxie par AZT chez le nourrisson.

Age et poids du nourrisson	Dose journalière
De la naissance à 6 semaines :	
Poids de naissance : 2000–2499 g	■ 10 mg deux fois par jour
Poids de naissance ≥2500 g	■ 15 mg deux fois par jour

^a Chez les nourrissons pesant <2000g, la posologie d'AZT doit être donnée en mg/kg; la dose d'initiation suggérée est de 2 mg/kg deux fois par jour.

i **NB:** la prophylaxie avec l'AZT est seulement recommandée dans les situations où l'alimentation de substitution est utilisée, c'est-à-dire que l'enfant n'est pas allaité.

6.2.2 Prophylaxie au Cotrimoxazole chez l'enfant exposé

Tout enfant né de mère séropositive au VIH doit être mis sous cotrimoxazole dès l'âge de 6 semaines. Le cotrimoxazole est maintenu jusqu'à ce que le diagnostic d'une infection à VIH soit exclu. En cas d'infection par le VIH, cette prophylaxie est poursuivie. La posologie de Cotrimoxazole recommandée est de 20-30 mg/kg en une prise quotidienne. (cf. Tableau 8)

6.2.3 Diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant né de mère séropositive

Un dépistage doit être réalisé dans les 4 à 6 semaines suivant la naissance, de même que chez le nourrisson et le jeune enfant âgés de moins de 18 mois exposés au VIH, pour que ceux qui sont déjà infectés par le VIH puissent débiter un TAR. En absence de traitement, la mortalité chez le nourrisson infecté est très élevée au cours de la première année de vie. La priorité consiste donc à réaliser le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson, d'obtenir rapidement un résultat et d'initier aussitôt un TAR.

Du fait de la persistance chez l'enfant des anticorps maternels transmis passivement à travers le placenta pendant une période de 12 à 18 mois, le diagnostic néonatal ne peut pas être posé par sérologie. Ce diagnostic repose sur la mise en évidence du virus lui-même, soit sous sa forme libre plasmatique (PCR-ARN), soit sous sa forme intracellulaire (PCR-ADN). Actuellement, ces tests virologiques sont souvent effectués sur des échantillons de goutte de sang séché (DBS). Le diagnostic virologique peut aussi être fait par la mise en évidence de l'un des constituants du virus (Ag p24).

6.2.3.1 Diagnostic précoce (< 18 mois)

Chez un enfant né de mère séropositive, **le diagnostic précoce se fait par les tests virologiques à partir de 6 semaines de vie.** Le diagnostic de l'infection à VIH est posé sur la base de deux tests positifs. Si le test est négatif, la non contamination ne peut être affirmée qu'en cas d'absence certaine d'allaitement maternel. Dans les autres cas, une seconde PCR doit être faite 2 mois après l'arrêt de l'allaitement maternel.

Si la première PCR est positive, une seconde PCR peut être demandée pour confirmer le diagnostic. Cette seconde PCR ne doit en aucun cas retarder la mise de l'enfant sous traitement. Quand elle est faite, l'enfant est prélevé en même temps qu'il est mis sous traitement, sans attendre le résultat de cette seconde PCR.

Dans le cas où la PCR ne peut être réalisée dans le délai voulu, le diagnostic peut être posé sur l'existence des signes cliniques d'infection ou sur le pourcentage de CD4.

Les signes cliniques et/ou biologiques présomptifs d'une infection à VIH sévère nécessitant une mise immédiate sous traitement ARV sont caractérisés par :

- Soit un signe clinique du stade 4 de l'OMS ;
- Deux des trois signes suivants : candidose, pneumopathie sévère, infection sévère ;
- Arguments d'anamnèse en faveur de l'infection : mère au stade 4 sans traitement au moment de l'accouchement ou mère décédée du sida dans le mois suivant l'accouchement
- Un pourcentage des CD4 < 20%.

6.2.3.2 Diagnostic tardif (> 18 mois)

Le diagnostic du VIH chez les enfants âgés de plus de 18 mois se fait avec les mêmes tests sérologiques que ceux qui sont utilisés en routine pour le dépistage du VIH chez l'adulte au Gabon.

6.2.4 Surveillance biologique des enfants exposés au VIH

Le Programme National de Lutte contre les IST et le VIH/SIDA recommande que la périodicité de la surveillance biologique des enfants exposés au VIH se face selon les modalités résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau XIX. Surveillance biologique des enfants.

Examens du suivi	J0	J2	6 semaines	8 mois si allaitement	18 mois
PCR ou Ag P24		+	+	+	
NFS			+		
Transaminases			+		
Sérologie VIH					+

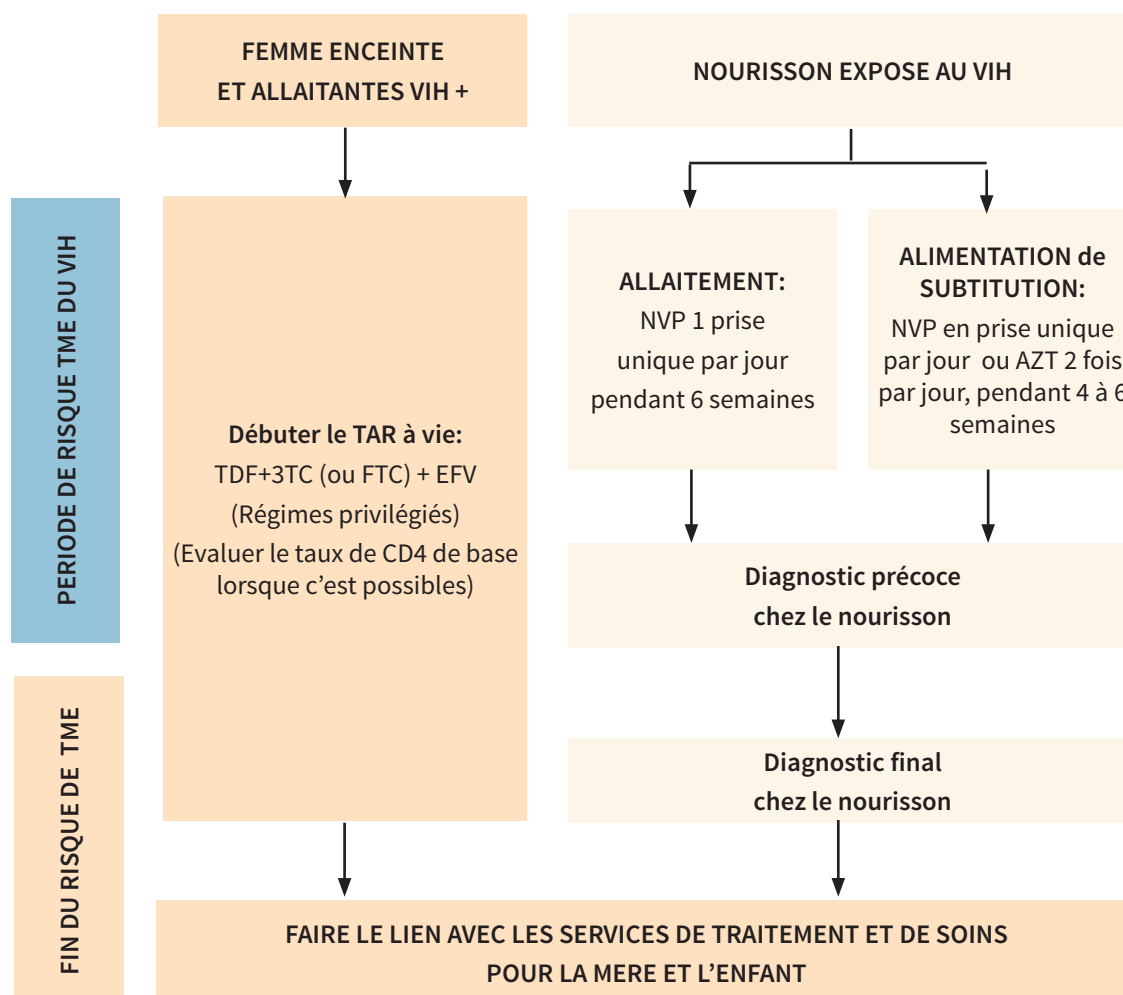
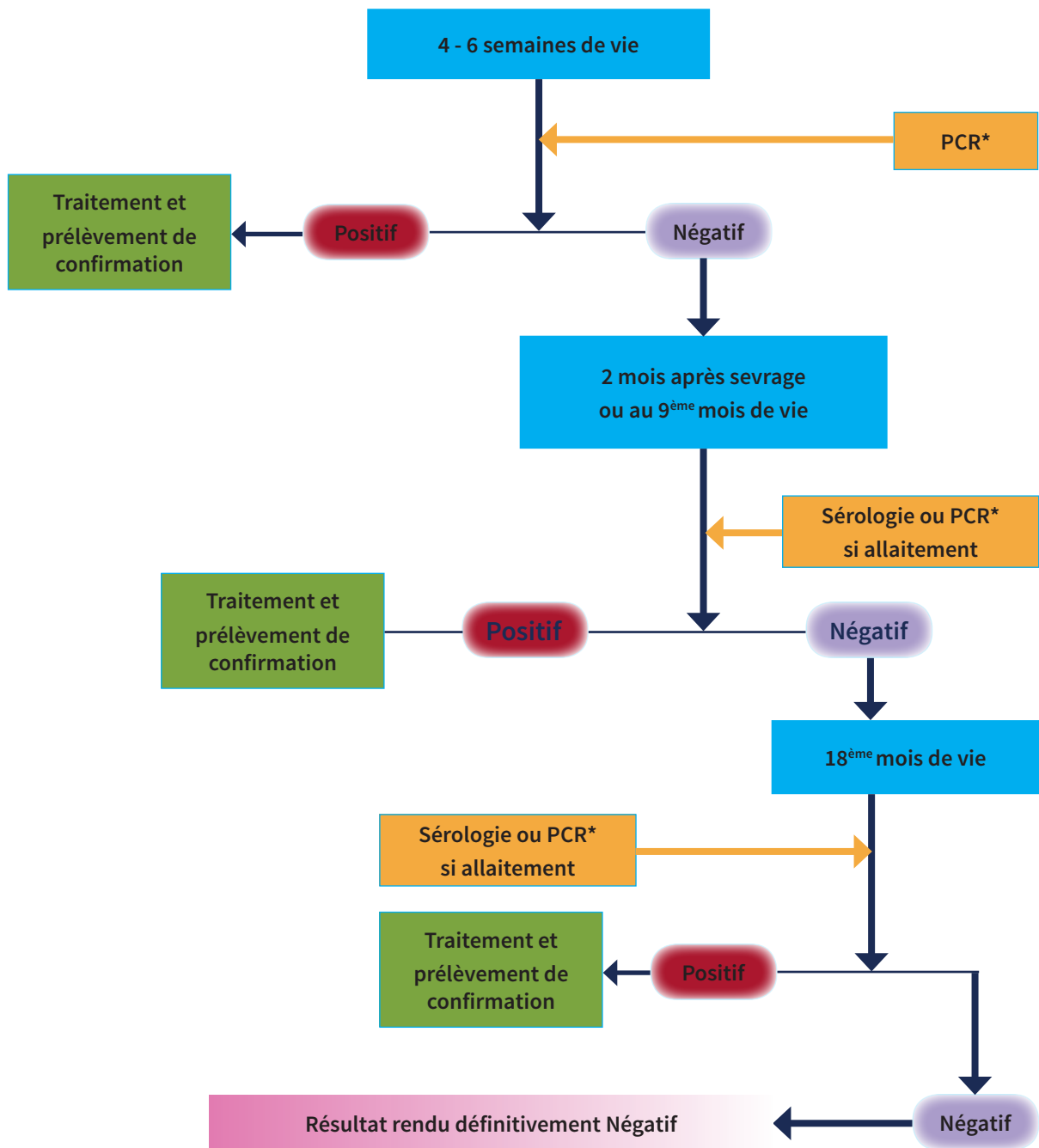


Figure 10. TAR de la femme enceinte ou allaitante VIH + et prise en charge du nouveau-né et du nourrisson exposé (OMS 2013)



* PCR ADN ou RT PCR

Si pas d'allaitement, ne faire la PCR qu'en cas de sérologie positive à M9 ou M18

Figure 11. Algorithme national du dépistage précoce de l'infection à VIH.

Chapitre 7.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES ENFANTS INFECTÉS PAR LE VIH



CTA de Tchibanga



7.1 CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ AU TAR CHEZ UN ENFANT INFECTÉ PAR LE VIH

Le risque d'une évolution défavorable de l'infection à VIH est très élevé chez le nourrisson et le jeune enfant. En l'absence de toute intervention, jusqu'à 52% des enfants meurent avant d'atteindre l'âge de deux ans. A partir de l'âge de cinq ans, le risque de mortalité élevée et de progression de l'infection en l'absence de traitement diminue pour atteindre des taux similaires à ceux observés chez l'adulte.

Quand débiter le TAR chez l'enfant infecté par le VIH?

- Un TAR doit être mis en route chez tout enfant âgé de moins de cinq ans infecté par le VIH, quel que soit le nombre de CD4 ou le stade clinique de l'OMS :
 - ▷ Nourrissons chez qui le diagnostic est posé au cours de la première année de vie ;
 - ▷ Enfants âgés d'un an à moins de cinq ans infectés par le VIH^a.
- Un TAR doit être mis en route chez tout enfant âgé de cinq ans et plus dont le nombre de CD4 est $\leq 500 / \text{mm}^3$, quel que soit le stade clinique OMS.
- Un TAR doit être mis en route chez tout enfant infecté par le VIH présentant une infection à VIH symptomatique sévère ou à un stade avancé (stade clinique 3 ou 4 de l'OMS) quel que soit l'âge ou le nombre de CD4 de l'enfant.
- Un TAR doit être mis en route chez tout enfant âgé de moins de 18 mois chez qui un diagnostic clinique présomptif d'infection à VIH a été posé.

^b Cette recommandation est soumise à conditions à cause du manque de données pour étayer une initiation précoce du TAR dans cette tranche d'âge, mais cette approche devrait fournir des avantages programmatiques significatifs dans les situations où le dépistage par test immunologique est peu accessible, avec une charge élevée de l'infection à VIH et une faible couverture du TAR chez les enfants. Des critères d'éligibilité simplifiés pour débiter le TAR devraient augmenter la couverture du TAR chez les enfants infectés par le VIH et améliorer leurs résultats sanitaires.

En priorité, l'initiation du TAR doit se faire chez les enfants âgés de moins de deux ans quel que soit le stade clinique de l'OMS ou le nombre de CD4, à cause de risque élevé de mortalité et chez les enfants dont l'âge est situé entre deux et cinq ans présentant l'infection à VIH à un stade avancé (stade clinique de l'OMS 3 ou 4) ou un taux de $\text{CD4} \leq 750 / \text{mm}^3$ ou $< 25\%$, quel que soit le stade clinique OMS.

Tableau XX. Résumé des recommandations sur les critères d'éligibilité au TAR chez les adolescents et les enfants VIH+.

Populations	Recommandations
Adolescents (≥ 10 ans)	Initier le TAR si le taux de $\text{CD4} \leq 500 / \text{mm}^3$ Initier le TAR quel que soit le stade clinique OMS et le taux de CD4 en cas de : <ul style="list-style-type: none"> ■ TB active ■ Co-infection par le virus de l'hépatite B avec pathologie hépatique chronique sévère
Enfants ≥ 5 ans	Initier le TAR si le taux de $\text{CD4} \leq 500 / \text{mm}^3$ Initier le TAR quel que soit le taux de CD4 en cas de : <ul style="list-style-type: none"> ■ Stade clinique OMS 3 ou 4 ■ TB active
Enfants de 1-5 ans ^a	Initier le TAR quel que soit le stade clinique OMS et le taux de CD4 <ul style="list-style-type: none"> ■ Prioritairement, débiter le TAR chez les enfants VIH+ âgés de 1 à 2 ans ou avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade clinique OMS 3 ou 4) ou avec un taux de $\text{CD4} \leq 750 / \text{mm}^3$ ou $< 25\%$, en fonction de la méthode utilisée
Nourrissons < 1 an ^a	Initier le TAR quel que soit le stade clinique OMS ou le taux de CD4

^a Initier le TAR chez tout enfant âgé de moins de 18 mois chez qui un diagnostic clinique présomptif d'infection à VIH a été posé.

7.2 PROCOLES THÉRAPEUTIQUES CHEZ L'ENFANT INFECTÉ PAR LE VIH 1

7.2.1 Traitement de 1^{ère} ligne

7.2.1.1 TAR de 1^{ère} ligne chez les enfants âgés de moins de 3 ans

Il est crucial d'optimiser le TAR de première ligne chez l'enfant âgé de moins de 3 ans afin de parvenir à contrôler de manière efficace et rapide la réplication virale dans un contexte où la charge virale est élevée et la croissance du nourrisson rapide.

- Un schéma thérapeutique à base de LPV/r doit être utilisé comme TAR de 1^{ère} ligne chez tout enfant infecté par le VIH âgé de moins de 3 ans (36 mois), qu'il ait ou non été exposé à un INNTI. Si le LPV/r ne peut être utilisé, le traitement doit être mis en route en utilisant un schéma thérapeutique à base de NVP.
- Lorsque le suivi de la charge virale est disponible, une fois obtenue une suppression virale prolongée, on peut envisager de remplacer le LPV/r par un INNTI.
- Chez le nourrisson et l'enfant âgé de moins de trois ans infectés par le VIH qui développent une tuberculose alors qu'ils reçoivent un schéma de TAR contenant de la NVP ou du LPV/r, il est recommandé d'utiliser comme option, l'association ABC +3TC + AZT. Une fois le traitement antituberculeux terminé, il faut arrêter ce schéma thérapeutique et reprendre le schéma thérapeutique initial.
- Chez le nourrisson et l'enfant âgé de moins de trois ans infectés par le VIH, la base d'INTI à utiliser (INTI majeurs) pour le TAR doit être composée du schéma ABC + 3TC ou AZT + 3TC.

Tableau XXI. Résumé des schémas de TAR de 1^{ère} ligne chez les enfants âgés de moins de trois ans.

Schémas privilégiés	Schémas alternatifs
ABC ^a + 3TC + LPV/r ^b	ABC ^a + 3TC + NVP ^c
AZT + 3TC + LPV/r ^b	AZT + 3TC + NVP ^c

- ^a Basé sur le principe général de l'utilisation des analogues non thymidiniques dans les schémas de 1^{ère} ligne et des analogues thymidiniques dans les TAR de 2^{ème} ligne, ABC doit être considéré comme l'INTI privilégié chaque fois que possible, en tenant soigneusement compte de la disponibilité et du coût.
- ^b Selon les recommandations de l'Agence américaine Food and Drug Administration (FDA), chargée des aliments et des médicaments, l'utilisation de la forme orale liquide de LPV/r doit être évitée chez les bébés prématurés (nés un mois ou plus avant la date prévue de l'accouchement) jusqu'à 14 jours après la date prévue d'accouchement et chez les bébés nés à terme âgés de moins de 14 jours. Chez les nouveau-nés de moins de six semaines, la posologie doit être calculée en fonction de leur surface corporelle (Annexe 10).
- ^c L'Agence américaine FDA vient d'approuver l'utilisation de l'EFV chez les enfants âgés de trois mois à trois ans, pesant plus de 3.5 kg. Suite à l'insuffisance de données pour informer sur un meilleur usage de ce médicament dans ce groupe d'âge, le Groupe d'élaboration des directives de l'OMS a préféré maintenir la NVP comme INNTI chez les enfants âgés de moins de trois ans. L'OMS va fournir des directives supplémentaires sur le sujet aussitôt que des données supplémentaires seront disponibles.

NB: Dans le cas de la co-infection VIH + TB, il faut préférer l'Abacavir, du fait des interactions de la Névirapine avec la Rifampicine.

7.2.1.2 TAR de première ligne chez les enfants âgés de trois ans et plus (y compris les adolescents) infectés par le VIH

- Chez les enfants âgés de trois ans et plus (y compris les adolescents), l'EFV est l'INNTI privilégié pour le TAR de première intention, la NVP étant l'option de remplacement.

- Chez les enfants âgés de trois ans jusqu'à moins de dix ans (ou les adolescents pesant moins de 35 kg), les INTI majeurs pour les régimes de TAR doivent être (par ordre de préférence), les suivants :

- | | |
|-------------|-------------|
| ▷ ABC + 3TC | ▷ TDF + 3TC |
| ▷ AZT + 3TC | ▷ TDF + FTC |

NB:

- Il faut tenir compte des avantages relatifs d'ABC versus TDF versus AZT pour cette population. Il n'existe pas de données permettant de trancher et de faire une recommandation privilégiée. Chaque option présente ses risques et bénéfices respectifs.
- ABC peut être pris une fois par jour, il est disponible sous forme d'association à dose fixe avec 3TC pour toutes les tranches d'âge et il a les mêmes caractéristiques que le TDF en ce qui concerne le risque d'apparition de résistances.
- AZT a été largement utilisé et est disponible sous forme d'association à dose fixe double ou triple avec NVP, mais doit être pris deux fois par jour et peut entraîner une anémie sévère.
- TDF a été récemment approuvé pour une utilisation chez les enfants et a entre autres avantages une prise unique journalière. Cependant, les formes pédiatriques du TDF sont rarement disponibles. L'expérience de l'utilisation du TDF chez les enfants est limitée et les effets à long terme de sa toxicité osseuse sont préoccupants. Les éléments à prendre en considération qui appuient l'adoption du TDF dans les directives nationales comprennent : l'utilisation du TDF par le programme national chez l'adulte et la femme enceinte et la disponibilité de TDF sous forme d'association à dose adaptée pour les enfants. Au Gabon, le TDF en association à dose adaptée pour les enfants n'est pas encore disponible.

- Chez les adolescents infectés par le VIH (âgés de 10 à 19 ans) pesant 35 kg et plus, la base d'INTI du schéma de TAR doit être harmonisée avec celle utilisée chez l'adulte et être constituée par ordre de préférence, de :

- | | |
|-------------|-------------|
| ▷ TDF + 3TC | ▷ AZT + 3TC |
| ▷ TDF + FTC | ▷ ABC + 3TC |

NB: Les associations d'ARV à dose fixe contenant du TDF ne sont actuellement disponibles que sous la forme de comprimés non sécables pour adulte à prendre en une prise quotidienne.

A partir de 35 kg et plus, la dose de TDF contenue dans les associations de deux ou trois ARV à dose fixe et la dose d'EFV sous forme d'association de trois ARV à dose fixe permettent leur utilisation chez les adolescents.

L'ABC ou les IP boostés peuvent être utilisés dans des circonstances particulières.

Tableau XXII. Résumé des schémas de TAR de 1ère ligne recommandés chez les enfants et les adolescents (OMS 2013).

Régimes de TAR de 1ère ligne chez les enfants âgés de trois ans et plus		
Schémas	Enfants âgés de trois ans à moins de 10 ans et adolescents <35 kg	Adolescents (10 à 19 ans) ≥35 kg
Schémas privilégiés	ABC ^a + 3TC + EFV	- TDF + 3TC + EFV ^a - TDF + FTC + EFV
Schémas alternatifs	- ABC + 3TC + NVP - AZT + 3TC + EFV - AZT + 3TC + NVP - TDF + 3TC + EFV	- TDF + FTC + EFV - TDF + 3TC + NVP - TDF + FTC + NVP - AZT + 3TC + EFV - AZT + 3TC + NVP - TDF + 3TC + NVP - TDF + FTC + NVP
Circonstances particulières ^b		- ABC + 3TC + EFV - ABC + 3TC + NVP

^a Ces recommandations s'appliquent aux enfants et aux adolescents qui débutent un TAR de première ligne. Chez les enfants et adolescents qui sont déjà sous régimes contenant ABC, on peut remplacer en toute sécurité ABC par TDF, si cela est nécessaire pour des raisons programmatiques.

Chez les enfants et adolescents qui sont sous régimes contenant d4T sans preuve de l'échec du traitement, on peut remplacer en toute sécurité d4T par ABC ou TDF. Malgré l'absence de preuve directe, on peut également envisager de substituer AZT par ABC ou TDF dans le but de simplifier et d'harmoniser les régimes thérapeutiques dans tous les groupes d'âge.

L'utilisation du TDF, y compris dans les schémas thérapeutiques initiaux pour les enfants co-infectés par le VIH et le VHB, offre l'avantage potentielle de réduire la sélection d'une résistance du VIH au 3TC qui peut compromettre les options futures pour le traitement de l'hépatite B.

- ^b Les circonstances particulières peuvent inclure des situations où les régimes privilégiés ou de substitution peuvent ne pas être disponibles ou adaptés en raison d'une toxicité importante, d'interactions médicamenteuses, de problèmes de gestion des approvisionnements et d'achats des médicaments ou pour d'autres raisons.

Tableau XXIII. Résumé des schémas de TAR recommandés chez les enfants qui ont besoin d'un traitement antituberculeux.

Schémas thérapeutiques recommandés chez l'enfant et l'adolescent qui débute un TAR alors qu'ils sont sous traitement antituberculeux ^{a,b}		
Enfants < 3 ans	Deux INTI + NVP, en s'assurant que la dose est de 200 mg/m ² ou Trois INTI (AZT + 3TC + ABC) ^c	
Enfants âgés de 3 ans et plus	Deux INTI + EFV ou Trois INTI (AZT + 3TC + ABC) ^c	
Schémas recommandés chez l'enfant et le nourrisson qui débute un traitement antituberculeux pendant qu'ils sont sous TAR ^a		
Enfant sous schéma thérapeutique standard à base d'un INNTI (Deux INTI + EFV ou NVP)	Agés de moins de 3 ans	Poursuivre NVP, en s'assurant que la dose est de 200 mg/m ² ou Trois INTI (AZT + 3TC + ABC) ^c
	Agés de 3 ans et plus	Si l'enfant reçoit EFV, poursuivre le même schéma Si l'enfant reçoit NVP, remplacer par EFV ou Trois INTI (AZT + 3TC + ABC) ^c
Schémas recommandés chez l'enfant et le nourrisson qui débute un traitement antituberculeux pendant qu'ils reçoivent le TAR ^a		
Enfants sous schéma thérapeutique standard à base d'IP (Deux INTI+LPV/r)	Agés de moins de 3 ans	Poursuivre avec LPV/r ^d ; envisager de rajouter du RTV pour atteindre la dose thérapeutique complète.
	Agés de 3 ans et plus	<p>Si l'enfant n'a pas d'antécédents d'échec thérapeutique sous schémas d'ARV basé sur un INNTI :</p> <p>Remplacer par de l'EFV^e ou Trois INTI (AZT+3TC+ABC)^c ou Poursuivre le LPV/r ; envisager de rajouter du RTV pour atteindre la dose thérapeutique complète^d.</p> <p>Si l'enfant a des antécédents d'échec thérapeutique sous schémas d'ARV basé sur un INNTI :</p> <p>Trois INTI (AZT+3TC+ABC)^c ou Poursuivre LPV/r; envisager de rajouter RTV pour terminer la dose complète</p> <p>Envisager une consultation avec des spécialistes pour construire un schéma thérapeutique de deuxième intention</p>

^a Assurer une posologie optimale de la rifampicine sur la base des nouvelles lignes directrices.

^b Remplacer les ARV sur la base d'un schéma de TAR adapté à l'âge et harmonisé avec le TAR de première intention recommandé au niveau national.

^c L'utilisation d'un schéma thérapeutique associant trois INTI n'est recommandée que pendant la durée du traitement antituberculeux ; un schéma à base d'IP ou de INNTI adapté à l'âge devant être repris à la fin du traitement à base de rifampicine. Les résultats de l'étude clinique de ARROW ont montré que ce schéma thérapeutique doit être considéré comme l'option privilégiée chez les enfants âgés de moins de trois ans recevant un traitement à base de LPV/r au début du traitement antituberculeux.

L'Agence américaine FDA a approuvé l'utilisation de l'EFV chez les enfants âgés de 3 mois à trois ans pesant plus de 3.5 kg, ce qui offre une alternative potentielle à l'approche qui préconise un schéma thérapeutique associant trois INTI.

L'utilisation d'un schéma thérapeutique à base d'EFV n'est toujours pas recommandée chez les enfants de moins de 3 ans, car il manque des données pharmacocinétiques pour s'assurer que la co-administration de rifampicine ne va pas diminuer le niveau d'efficacité de l'EFV.

L'utilisation d'un schéma thérapeutique associant trois INTI doit aussi être envisagée comme schéma privilégié chez les enfants âgés de plus de trois ans ayant des antécédents d'échec avec un schéma à base d'INNTI.

- d Augmenter la dose de RTV jusqu'à ce qu'elle atteigne la même dose que LPV en mg, avec un ratio de 1/1.
- e La substitution avec EFV doit être envisagée comme option privilégiée et EFV doit être maintenu après la fin du traitement antituberculeux pour permettre la simplification et l'harmonisation avec les schémas ARV utilisés chez les enfants plus âgés.

Algorithme de prise en charge du nourrisson et de l'enfant infectés par le VIH (Recommandations OMS 2013)

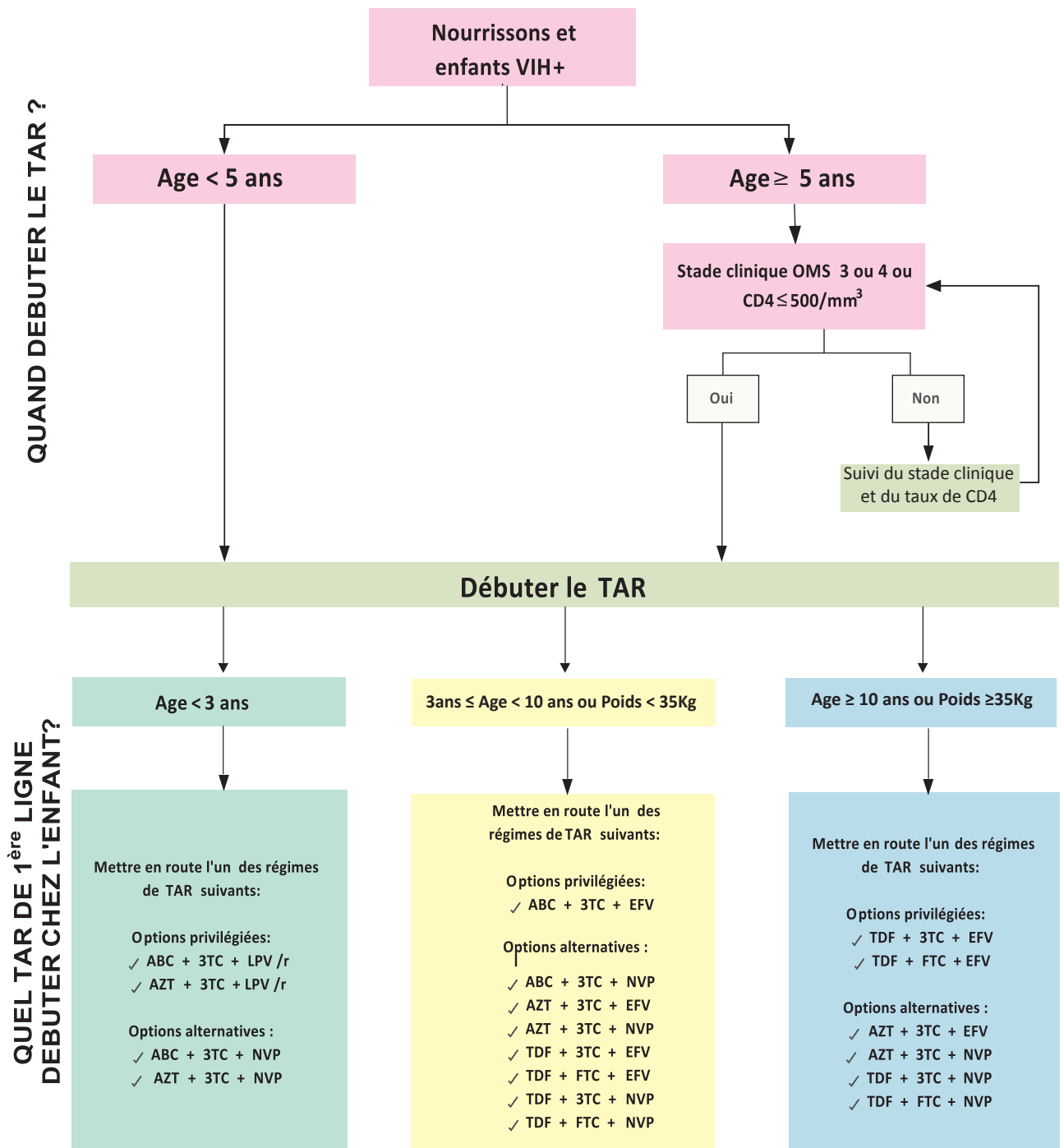


Figure 12. Algorithme de prise en charge du nourrisson et de l'enfant infectés par le VIH (Recommandations OMS, 2013)

7.2.2 Traitement de 2^{ème} ligne

Il est particulièrement difficile de recommander des schémas thérapeutiques de deuxième ligne puissants et efficaces pour le nourrisson et pour l'enfant. Cela est dû au manque actuel de données dans les pays à ressources limitées et au nombre limité de formulations pédiatriques disponibles à ce jour. D'où l'importance de choisir des schémas thérapeutiques de première ligne puissants et efficaces et d'assurer leur durabilité et leur efficacité réelle en garantissant la meilleure observance possible.

- Après échec d'un traitement à base d'INNTI de première ligne, un IP boosté plus deux INTI sont recommandés pour le traitement de deuxième ligne; LPV/r est l'IP boosté privilégié.
- Après échec d'un régime à base de LPV/r en première ligne, les enfants de moins de trois ans doivent être maintenus sous leur schéma thérapeutique de première ligne et des mesures doivent être prises pour améliorer l'observance.
- Après échec d'un régime à base de LPV/r en première ligne, les enfants âgés de trois ans ou plus doivent passer à un traitement de deuxième ligne contenant un INNTI et deux INTI ; EFV étant l'INNTI privilégié.
- Après échec d'un régime de première ligne à base d'ABC ou TDF + 3TC (ou FTC), l'option d'INTI préférée en deuxième ligne est l'AZT + 3TC.
- Après échec d'un TAR de première ligne contenant AZT + 3TC (ou FTC), l'option d'INTI préférée pour le TAR de deuxième ligne est ABC ou TDF + 3TC (ou FTC).

7.2.2.1 TAR de seconde ligne chez les enfants

Tableau XXIV. Résumé des schémas de TAR de première et deuxième ligne recommandés chez les enfants

TAR de seconde ligne		Régimes Privilégiés	Régimes alternatifs
Enfants	Si un régime de première ligne basée sur un INNTI était utilisé	ABC + 3TC + LPV/r ^a	- ABC + 3TC + LPV/r ^a - TDF ^c + 3TC + LPV/r ^a - TDF ^c + FTC + LPV/r ^a
	Si un régime à base d'IP était utilisé en première ligne	< 3 ans	Pas de changement dans le schéma de 1 ^{ère} ligne utilisée ^b
		De 3 ans jusqu'à moins de 10 ans	- AZT + 3TC + EFV - ABC + 3TC + EFV

^a ATV/r peut être utilisé comme alternative à LPV/r chez les enfants âgés de plus de 6 ans.

^b Sauf si l'échec thérapeutique est la conséquence d'une observance insuffisante elle-même causée par le mauvais goût de LPV/r.

^c TDF doit être administré seulement aux enfants âgés de plus de 2 ans.

7.3 PROTOCOLES THÉRAPEUTIQUES CHEZ L'ENFANT INFECTÉ PAR LE VIH 2

Dans ce cas, les protocoles recommandés sont basés sur l'utilisation d'associations d'ARV composés de 2 INTI + 1 IP/r ou de 3 INTI.

Chapitre 8.

EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX



CTA de Port-Gentil



INTRODUCTION

Les effets indésirables les plus fréquents des ARV sont bien décrits, même si dans la plupart des cas leur mécanisme est mal connu et leur spécificité non expliquée. Le terrain (insuffisance rénale ou hépatique), les antécédents (pancréatiques, psychiatriques etc.) et les intoxications en cours (éthanol, tabac, anabolisants, etc.) peuvent aggraver ou faciliter l'apparition des effets indésirables. Une pathologie intercurrente (opportuniste, hépatite A, etc.) ou l'évolution de l'infection à VIH elle-même (démence, neuropathie périphérique, etc.) rendent également le diagnostic différentiel plus difficile. La complexité du traitement ARV et son association à d'autres médicaments compliquent la recherche d'une imputabilité. La pharmacovigilance doit rester une priorité.

8.1 TOXICITÉ MITOCHONDRIALE

La toxicité mitochondriale est liée en particulier aux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et peut se présenter comme une toxicité d'organe et/ou une toxicité générale dont la forme ultime est l'acidose lactique. Cette toxicité est dose-dépendante et est au centre des problèmes de lipodystrophie, des conséquences métaboliques et probablement aussi du vieillissement accéléré. L'âge étant un facteur aggravant l'intolérance clinique.

→ ECHELLE DÉCROISSANTE DE TOXICITÉ DES ARV :

La toxicité de Didanosine est supérieure à celle de Zidovudine qui est supérieure à celles de Ténofovir, Lamivudine, Emtracitabine et Abacavir. Certaines associations majorent la toxicité : [ribavirine+didanosine], [ténofovir+didanosine].

- Les formes cliniques de toxicité mitochondriale sont :
- Myopathie
- Neuropathie périphérique,
- Tubulopathie rénale,
- Lipoatrophie,
- Stéatose hépatique,
- Atteinte diffuse (perte de poids, fatigabilité à l'effort) jusqu'à l'acidose lactique.

→ MODIFICATION DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL EN CAS DE TOXICITÉ MITOCHONDRIALE :

Dans ce cas, il faut arrêter:

- Ddl, si neuropathie périphérique
- AZT, si myopathie
- Ténofovir, si toxicité tubulaire rénale.

D'une façon générale, si l'on soupçonne une toxicité mitochondriale ou devant une toxicité plus générale, il faut éviter l'utilisation de l' AZT et ddl. Dans ce cas, il faut préconiser le traitement avec des INTI moins toxiques, tels que FTC, 3TC, ABC, TDF.

8.2 PANCRÉATITE

Le médicament ARV actuellement le plus incriminé en cas de pancréatite est la Didanosine. La surveillance se fera par l'interrogatoire du patient et le dosage de l'amylasémie ou de préférence la lipasémie tous les 3 à 4 mois. En cas de survenue d'une pancréatite clinique ou d'une élévation franche de la lipasémie, il faut arrêter les INTI.

i **NB:** Des hyperamylasémies modérées d'origine extra-pancréatique sont fréquentes au cours de l'infection à VIH.

8.3 CYTOPÉNIES

8.3.1 Anémies liées aux antirétroviraux

→ **ZIDOVUDINE :**

- ⊙ Type : anémie centrale, macrocytaire ;
- ⊙ Prévention : si Hb < 7,5 g/dl, la zidovudine est contre-indiquée ;
- ⊙ Surveillance : NFS après un mois, puis tous les 3 à 4 mois ;
- ⊙ Si survenue : remplacer la zidovudine par un autre INTI, transfuser avec des culots globulaires si nécessaire.

→ **INDINAVIR:**

- ⊙ Type : anémie hémolytique aigue
- ⊙ Si survenue : arrêter définitivement l'indinavir.

8.3.2 Neutropénies liées aux antirétroviraux

→ **ZIDOVUDINE :**

- ⊙ Type : centrale
- ⊙ Prévention : si polynucléaires (PN) < 750/mm³, la zidovudine est contre indiquée
- ⊙ Surveillance : NFS après un mois, puis tous les 3 à 4 mois
- ⊙ Si survenue : en cas de PN < 750/mm³, remplacer la zidovudine par un autre INTI.

8.4 ATTEINTES NÉPHRO-UROLOGIQUES

8.4.1 Lithiase urinaire

→ **INDINAVIR :**

- ⊙ Une leucocyturie asymptomatique est fréquente ;
- ⊙ Type de lithiase : cristallisation du métabolite de l'Indinavir dans les urines alcalines ;
- ⊙ Prévention : quelle que soit la posologie, avec ou sans ritonavir, il faut boire 1,5 à 2 litres d'eau non alcaline par jour ;
- ⊙ En cas des douleurs lombaires ± hématurie, chez un patient VIH+ sous Indinavir, augmenter les boissons, acidifier temporairement les urines avec de l'acide ascorbique, le chlorure d'ammonium, des sodas à base de cola et envisager d'interrompre l'Indinavir pendant 1 à 3 jours ;
- ⊙ Si récurrence malgré une bonne diurèse, remplacer l'Indinavir par un autre antirétroviral.

8.4.2 Insuffisance rénale

→ **INDINAVIR :**

- ⊙ Surveillance : créatinémie tous les 3 à 4 mois,
- ⊙ Si la créatinémie > 150 µmol/l interrompre, l'Indinavir et le remplacer par un autre antirétroviral.

→ **TÉNOFOVIR :**

- ⊙ Surveillance : créatinémie et phosphates sériques toutes les 4 semaines,
- ⊙ Si la clairance de la créatinémie < 50 ml/min et la phosphate sérique (à jeun) < 1,0 mg/dl (0,32 mmol/l), envisager une interruption du Ténofovir.

→ **NÉVIRAPINE, EFAVIRENZ :**

Ces INNTI ont une élimination urinaire des métabolites conjugués, ce qui nécessite une prudence en cas d'insuffisance rénale sévère.

8.4.3 Médicaments à élimination rénale

Leurs posologies doivent être adaptées à la clairance de la créatinine et au poids du patient.

Tableau XXV. Posologie des antirétroviraux à élimination rénale en fonction de la clairance de la créatinine.

Médicament		ClCr > 50	ClCr 26 - 49	ClCr 10 - 25	ClCr < 10	Hémodialyse
AZT		300 mg/12h	300 mg/12h	150 mg/12h	150 mg/12h	150 mg/12h
ddl	≥ 60kg	400 mg/24h	200 mg/24h	100 mg/24h	100 mg/24h	100 mg/24h
	≤ 60kg	250 mg/24h	125 mg/24h	50 mg/24h	50 mg/24h	50 mg/24h
FTC		200 mg/24h	200 mg/2 jours	200 mg/3 jours	200 mg / 4 jours	200 mg après dialyse
TDF		300 mg/24h	300 mg/48h	300 mg x 2 / semaine	300 mg 1 fois/semaine	
3TC		300 mg/24h	150 mg/24h	150 mg une fois puis 25 à 50 mg/24h		

ClCr : Clairance de la créatinine

8.5 ANOMALIES DES TESTS HÉPATIQUES

La cytolysé hépatique est fréquente chez les patients infectés par le VIH, en particulier sous traitement ARV. Le grade (élévation des transaminases) est défini différemment de la classification OMS pour les ARV.

Tableau XXVI. Classification de la graduation des anomalies hépatiques (élévation des transaminases)

Grade	1	2	3	4
Limite inférieure	1 ULN*	2,5 ULN	5 ULN	10 ULN
Limite supérieure	2,4 ULN	4,9 ULN	9 ULN	-

ULN= limite supérieure à la normale des ASAT/ALAT.

8.5.1 Anomalies biologiques

→ **ELÉVATION DES TRANSAMINASES :**

L'imputabilité (mise en cause) d'un ARV est souvent assez difficile à établir, surtout en cas d'associations d'ARV ou avec de l'alcool ou d'autres médicaments tels que le paracétamol, le fluconazole, l'isoniazide ou certains traitements traditionnels.

Les molécules fréquemment associées à une toxicité hépatique sont : didanosine, névirapine, efavirenz, tipranavir, indinavir, atazanavir.

→ **ÉLÉVATION DES PHOSPHATASES ALCALINES:**

Elle peut également refléter une toxicité médicamenteuse hépatique.

→ **ÉLÉVATION ISOLÉE DE LA BILIRUBINE LIBRE :**

Parfois importante, elle peut survenir chez des patients traités avec l'Indinavir et surtout l'Atazanavir. Elle est due à un trouble de conjugaison de la bilirubine. L'hyperbilirubinémie peut être associée à un ictère, mais ne s'accompagne pas de lésions hépatiques et peut être acceptable.

8.5.2 Conduite à tenir en cas de toxicité hépatique selon les antirétroviraux

→ **ABACA VIR :**

- ⊙ Si insuffisance hépatique préexistante sévère ou modérée :
 - ▷ Éviter la prescription d'Abacavir ;
- ⊙ Si hépatite ou tout facteur d'atteinte hépatique : user de prudence ;
- ⊙ En cas d'élévation rapide des transaminases ou d'hépatomégalie progressive : arrêter l'Abacavir.

→ **NÉVIRAPINE :**

- ⊙ Des hépatites fulminantes ont été rapportées chez des patients traités avec la Névirapine. Il est important de faire régulièrement un bilan hépatique pendant les 6 premiers mois de traitement :
 - ▷ Tous les 15 jours durant les deux premiers mois de traitement ;
 - ▷ Tous les 25 jours en cas de survenue de signes d'hypersensibilité ou d'atteinte hépatique.
- ⊙ En cas d'élévation des transaminases :
 - ▷ Supérieure à 5 fois la normale (> 5 N) : arrêter immédiatement la névirapine ;
 - ▷ Supérieure à 2 fois la normale (> 2 N) et isolée : faire un suivi rapproché du malade pour détecter une aggravation ;
 - ▷ Supérieure à 2 fois la normale (> 2 N) et associée à une asthénie, une anorexie, des nausées, des vomissements, un ictère ou des signes d'hypersensibilité : arrêter immédiatement et définitivement la NVP.

Les signes d'hypersensibilité peuvent être associés ou non à une éruption cutanée ou à une élévation des transaminases. Il s'agit de :

- Fièvre, malaise, hypotension artérielle ;
- Phlyctènes, lésions muqueuses (buccales),
- Conjonctivite, œdèmes (surtout de la face) ;
- Arthralgies, myalgies ; paresthésies, céphalées ;
- Atteinte hépatique ou rénale ;
- Troubles digestifs : vomissements, diarrhée, douleurs abdominales ;
- Troubles respiratoires : dyspnée, laryngite, toux ;
- Eosinophilie, granulocytopénie.

→ **EFAVIRENZ :**

- ⊙ Si insuffisance hépatique préexistante sévère :
 - ▷ L'Efavirenz est contre indiqué ;
- ⊙ Si insuffisance hépatique préexistante légère à modérée :
 - ▷ Agir avec prudence ;
- ⊙ Si antécédent d'hépatite B ou C :

- ▷ Agir avec prudence ;
- ⊙ Surveiller les transaminases hépatiques tous les 15 jours durant les deux premiers mois de traitement.

→ **INDINAVIR :**

- ⊙ Si insuffisance hépatique préexistante sévère (TP < 50%) :
 - ▷ L'Indinavir est contre-indiqué ;
- ⊙ Si insuffisance hépatique préexistante légère à modérée, liée à une cirrhose :
 - ▷ Diminuer la posologie, si l'Indinavir est utilisé seul (600 mg x3 / j) ;
- ⊙ L'hyperbilirubinémie mixte modérée est très fréquente et est sans gravité ;
- ⊙ En cas d'anémie hémolytique :
 - ▷ Arrêter immédiatement l'Indinavir.

→ **LOPINAVIR :**

- ⊙ Si insuffisance hépatique sévère :
 - ▷ Le Lopinavir est contre-indiqué ;
- ⊙ Si troubles préexistants de la fonction hépatique :
 - ▷ Surveiller ASAT/ALAT ; de façon rapprochée (tous les 15 jours) ;
- ⊙ Si aggravation confirmée de l'atteinte hépatique :
 - ▷ Envisager une interruption ou l'arrêt du Lopinavir.
- ⊙ Saquinavir ou Nelfinavir :
 - ▷ Si insuffisance hépatique préexistante : agir avec prudence,
 - ▷ En cas d'anomalies des tests hépatiques : surveiller ASAT/ALAT

Ces molécules ne sont presque plus utilisées au Gabon.

8.6 RÉACTIONS CUTANÉES

→ **ABACAVIR :**

- ⊙ Prévention des troubles graves :
 - ▷ Consultation tous les 15 jours durant les deux premiers mois ;
- ⊙ En cas d'éruption isolée :
 - ▷ Surveillance rapprochée pour détecter les signes d'hypersensibilité ;
- ⊙ En cas d'éruption associée aux autres signes d'hypersensibilité :
 - ▷ Arrêter immédiatement et définitivement l'Abacavir.

→ **EFAVIRENZ :**

Aucune mesure prophylactique ou curative n'est recommandée.

- ⊙ Les éruptions cutanées bénignes ou modérées cèdent généralement à la poursuite du traitement. Cependant, il faut surveiller ;
- ⊙ Si éruption cutanée sévère, avec phlyctènes, desquamation, ulcération, lésions muqueuses, fièvre : arrêter EFV.

→ **NÉVIRAPINE :**

Des cas de syndrome de Lyell ont été décrits. Comme mesure de prudence, il faut :

- ⊙ Prescrire 1 seul comprimé par jour durant les 14 premiers jours
- ⊙ Faire un bilan clinique et hépatique tous les 15 jours durant les 2 premiers mois.

En cas de:

- ⊙ Atteinte cutanée isolée durant les 14 premiers jours :
 - ▷ Nne pas augmenter la dose tant que l'éruption persiste,
 - ▷ Surveiller étroitement ;
- ⊙ Atteinte cutanée isolée à pleine dose :
 - ▷ Faire un suivi rapproché pour détecter une aggravation ;
- ⊙ Éruption érythémateuse ou maculo-papuleuse étendue ou desquamation avec suintement, angioedème, dermatite exfoliative, nécrolyse :
 - ▷ Arrêter définitivement la névirapine ;
- ⊙ Éruption associée aux autres signes d'hypersensibilité :
 - ▷ Arrêter immédiatement et définitivement la névirapine.

→ **INDINAVIR :**

Les réactions cutanées sont peu fréquentes et non sévères. Sécheresse cutanée (fréquente), lèvres gercées, dépilation, ongles incarnés : procéder à des traitements locaux ;

→ **NELFINAVIR :**

Rash cutanés : nécessitent rarement l'interruption du traitement.

→ **RITONAVIR, LOPINAVIR :**

Des érythèmes avec ou sans prurit et une sécheresse cutanée ont été rapportés.

8.7 TROUBLES DU MÉTABOLISME DES LIPIDES

Tous les ARV peuvent être responsables des troubles lipidiques. C'est pourquoi, il est utile de réaliser un bilan lipidique avant l'initiation du traitement ARV, puis régulièrement sous traitement (au moins 1 fois par an). Le prélèvement se fait après un jeûne de 12 heures.

L'exploration d'une anomalie lipidique comporte le dosage du cholestérol total, du cholestérol HDL et des triglycérides, ainsi que le calcul du cholestérol LDL.

Si les triglycérides sont > 4g/l, il faut envisager le dosage direct du cholestérol LDL ou de l'apoprotéine B (Apo B).

Il faut prévenir l'apparition des troubles lipidiques en mettant les malades sous un régime alimentaire pauvre en alcool, en glucides d'absorption rapide et en lipides animaux (sauf poissons).

Pour tous les troubles lipidiques, il faut :

- Faire le bilan du risque cardiovasculaire dès l'initiation du traitement,
- Contrôler le surpoids, traiter une HTA, favoriser l'exercice physique,
- Arrêter le tabagisme (qui augmente 7 fois plus le risque cardiovasculaire que l'hypercholestérolémie),
- Modifier le traitement ARV en remplaçant un IP/r par Atazanavir ou Névirapine ou Efavirenz par Névirapine ou AZT par Ténofovir.

8.7.1 Hypertriglycémie :

La conduite à tenir est fonction des valeurs des triglycérides :

- ⊙ < 2 g/l : pas de traitement
- ⊙ 2 à 4 g/l : mesures diététiques

- ⊙ > 4 g/l : référer dans un service spécialisé. Le traitement comprend l'administration de fibrates à savoir :
 - ▷ gemfibrozil (Lipur®) : 600 mg x 2/j
 - ▷ ou fénofibrate micronisé (Lipanthyl micronisé®) : 200 mg x 1/j
 - ▷ ne pas associer les fibrates aux statines (majoration du risque de rhabdomyolyse)
 - ▷ surveiller le bilan hépatique et les enzymes musculaires
- ⊙ > 15-20 g/l : risque de pancréatite à court terme, ce qui nécessite une prise en charge spécialisée.

8.7.2 Hypercholestérolémie:

→ INTERVENTION DIÉTÉTIQUE

Elle est de règle dès que le taux de LDL-cholestérol est supérieur à 1,6 g/l (4,1 mmol/l) et à 1,30 g/l (3,4 mmol/l) s'il existe plus de deux facteurs de risque (FDR) cardiovasculaires ou une maladie coronaire.

→ INTERVENTION MÉDICAMENTEUSE

Elle est fonction du taux de LDL-cholestérol :

⊙ En prévention primaire

- ▷ Sans autre FDR : taux LDL-cholestérol > 2,2 g/l (5,7 mmol/l)
- ▷ Avec 1 autre FDR : taux LDL-cholestérol > 1,9 g/l (4,9 mmol/l)
- ▷ Avec deux autres FDR : taux LDL-cholestérol > 1,6 g/l (4,1 mmol/l)
- ▷ Avec > deux autres FDR : taux LDL-cholestérol > 1,3 g/l (3,4 mmol/l)

FDR = hyperglycémie, hypertension artérielle, inactivité physique, hypercholestérolémie, obésité, tabagisme, diabète, etc.

⊙ **En prévention secondaire** : en cas de maladie coronarienne, taux LDL-cholestérol > 1,0 g/l (2,6 mmol/l).

⊙ Statines :

- ▷ Pravastatine : Elisor, Vasten® : 20 mg/jour
- ▷ Fluvastatine : Fractal, Lescol® : 10 mg/jour
- ▷ Ne pas utiliser les autres statines (atorvastatine, lovastatine, simvastatine)
- ▷ Ne pas associer les statines aux fibrates (majoration du risque de rhabdomyolyse).

→ HYPERLIPIDÉMIES MIXTES

L'objectif est avant tout d'abaisser le taux du cholestérol LDL. Cependant, en cas de persistance du dosage des triglycérides au-dessus de 4 g/l sous traitement par statine, une association statine-fibrate doit être discutée par un spécialiste.

8.8 ANOMALIES DE RÉPARTITION DES GRAISSES

8.8.1 Lipoatrophie

La lipoatrophie est une fonte grasseuse du visage, des fesses, des membres (veines saillantes). La surveillance est clinique.

En cas de survenue d'une lipoatrophie : remplacer AZT par ténofovir ou abacavir.

8.8.2 Adiposité tronculaire

Elle se manifeste par un dépôt de graisse intra-abdominale (périviscérale), au niveau des seins, du cou ou du dos (bosse de bison). La surveillance est clinique (poids, tour de taille, de hanches et de poitrine). En cas de survenue d'une adiposité tronculaire :

- Mettre le malade sous régime alimentaire normo-calorique, pauvre en sucres rapides et en graisses animales et recommander l'exercice physique ;
- Remplacer un IP par un INNT ou par un IP moins délétère sur le plan métabolique ;
- Conseiller une chirurgie réparatrice : bosse de bison, plastie mammaire, lipoaspiration sous-cutanée (et non intra-abdominale) ;
- Aucun traitement médicamenteux n'est recommandé.

8.9 TROUBLES DU MÉTABOLISME GLUCIDIQUE

Le diagnostic se fait par la mesure de la glycémie à jeun. Si elle est supérieure à 6,1 mmol/l sans diabète, ni de syndrome métabolique (obésité tronculaire + HTA + hypertriglycéridémie + baisse du cholestérol HDL), même si la glycémie est normale, il faut doser l'insulinémie à jeun et faire un test de charge en glucose (75 g per os, puis mesure de la glycémie à T0 et à T120 minutes).

8.9.1 Anomalies glucidiques

L'insulinorésistance se définit par une insulinémie à jeun ≥ 15 mU/l et un indice de HOMA supérieur à 3. Elle est induite par les IP, surtout l'indinavir et certains analogues nucléosidiques tel que le ddl. L'évolution se fait vers une intolérance au glucose, puis un diabète, selon la vitesse de progression liée au patient et au traitement.

Glycémie à jeun X Insulinémie à jeun

$$\text{Indice de HOMA} = \frac{\text{Insulinémie à jeun (mU/l)} \times \text{Glycémie à jeun (mmol/l)}}{22,5}$$

- ⊙ **L'hyperglycémie à jeun** est caractérisée par :
 - ▷ Une glycémie à jeun entre 6,1 et 7 mmol/l depuis 12 heures
 - ▷ Une glycémie à jeun entre 6,1 et 7,8 mmol/l, 2 heures après ingestion de 75 g de glucose.
- ⊙ **L'intolérance au glucose** est suspectée devant :
 - ▷ Une glycémie à jeun entre 5,5 et 7 mmol/l depuis 12 heures
 - ▷ glycémie à jeun entre 7,8 et 11,1 mmol/l, 2 heures après ingestion de 75 g de glucose.
- ⊙ **Le diabète de type II** est suspecté devant :
 - ▷ Une glycémie à jeun > 7 mmol/l depuis 12 heures
 - ▷ Une glycémie à jeun $> 11,1$ mmol/l 2 heures après ingestion de 75 g de glucose.

8.9.2 Prise en charge diététique

- **L'enquête diététique** relève souvent un excès de consommation de glucides (boissons sucrées), de graisses saturées et d'alcool.
- **La restriction des apports sucrés et alcoolisés** permet de diminuer, non seulement la glycémie, mais aussi la triglycéridémie.
- **Un régime alimentaire normo-calorique** privilégiant les glucides d'absorption lente et les lipides insaturés est indispensable.

- Il faut faire appel si besoin aux spécialistes (diététiciens ou nutritionnistes).

8.9.3 Exercice physique

L'exercice physique favorise l'utilisation tissulaire du glucose. Les activités d'endurance sont recommandées : pratiquer chaque jour au moins 30 minutes de marche, vélo de rue ou d'appartement, natation, jogging,

8.9.4 Adaptation du traitement antirétroviral

- Le fait de remplacer un IP (surtout Indinavir ou Nelfinavir) par Abacavir, Efavirenz ou Névirapine améliore le profil glucidique, mais avec une diminution non significative de l'index d'insulino-résistance.
- L'Atazanavir est l'IP qui a le meilleur profil de tolérance glucidique.

8.9.5 Traitement de l'insulino-résistance

La prise en charge doit être multidisciplinaire en collaboration avec le service de médecine interne.

- ⊙ Metformine (Glunican[®], Glucophage[®], Metfirex[®], Stagid[®], génériques) :
 - ▷ En monothérapie chez des patients avec insulino-résistance + obésité viscérale : amélioration de l'insulino-résistance et diminution (modeste) de la graisse intraviscérale
 - ▷ Posologie : 1 comprimé à 500 mg ou 700 mg ou 850 mg matin et soir, au cours ou à la fin des repas
 - ▷ Risque d'acidose lactique (majoré par les nucléosides).
- ⊙ Rosiglitazone (Avandia[®]) et Pioglitazone (Actos[®])
 - ▷ Semblent plutôt indiquées si insulino-résistance+ lipoatrophie.
 - ▷ Contre-indications : transaminases > 2,5 N ; insuffisance cardiaque stade 2.

8.9.6 Traitement du diabète sucré

i *NB : La prise en charge doit être pluridisciplinaire en collaboration avec le service de médecine interne*

Le traitement est identique à celui du diabète sans VIH associé, en commençant par un ou plusieurs insulino-sensibilisateurs (metformine, glitazones), avant les stimulateurs de l'insulino-sécrétion (glinides ou sulfamides).

- Il faut rechercher les autres facteurs de risques cardiovasculaires et les complications dégénératives du diabète.

8.10 ACIDOSE LACTIQUE.

Tous les analogues nucléosidiques peuvent entraîner une acidose lactique. Elle se manifeste par des vomissements, douleurs abdominales, faiblesses et crampes musculaires, asthénie, dyspnée, tachycardie, défaillance multiviscérale, coma, hypothermie ; lactatémie > 5 mmol/l, pH < 7,35.

La conduite à tenir est :

- ⊙ L'arrêt des ARV et l'hospitalisation en urgence
- ⊙ La perfusion de solutés salés isotoniques (pas de glucosé !)

8. 11 TROUBLES NEUROLOGIQUES ET MUSCULAIRES

8.11.1 Neuropathie périphérique

Le médicament ARV le plus incriminé est la ddl. En cas de survenue, arrêter rapidement ces nucléosides et donner un traitement symptomatique en fonction de l'intensité des plaintes fonctionnelles évoquées par le patient :

- ⊙ Vitaminothérapie : complexe vitaminique B1, B6, B9
- ⊙ Antalgiques :
 - ▷ Outre la codéine ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS);
 - ▷ Molécules contre les douleurs de désafférentation : amitriptyline (Laroxyl), clomipramine (Anafranil) et dans les formes hyperalgiques carbamazépine (Tégretol), phénitoïne (Dihydant)
- ⊙ Les traitements locaux et massages cutanés avec une crème à base de Xylocaine ou prilocaine sont parfois bénéfiques.

Au besoin faire un traitement étiologique.

8.11.2 Atteintes neurologiques centrales

Elles ont été décrites chez des patients sous Efavirenz.

- Prévention :
 - ⊙ Recommander au malade de prendre l'Efavirenz au coucher
 - ⊙ Informer le malade de la survenue de ces troubles dès la première prise et de leur caractère résolutif.
- Survenue :
 - ⊙ Si sensation vertigineuse, insomnie, somnolence, troubles de la concentration, cauchemars : poursuivre Efavirenz et donner un traitement symptomatique éventuel des troubles du sommeil ;
 - ⊙ Si réactions psychotiques, dépression aiguë sévère : arrêter l'Efavirenz.

8.11.3 Atteintes musculaires

Les atteintes musculaires ont été décrites chez des patients sous zidovudine. En cas de myalgies avec ou sans élévation nette des Créatines phosphokinases (CPK), remplacer la zidovudine par un autre nucléoside.

8. 12 SYNDROME DE RECONSTITUTION IMMUNITAIRE

Suite à l'utilisation de traitements antirétroviraux hautement actifs, une série de symptômes attribués à la réapparition d'une réaction inflammatoire autour d'une infection sous-jacente ont été décrits.

- Symptomatologie selon le germe :
 - ▷ Mycobactérie atypiques : adénopathies, nodules cutanés, nécrose graisseuse
 - ▷ M. tuberculosis : adénopathies, pleurésie, fièvre
 - ▷ M. kansasii : arthrite, ostéomyélite
 - ▷ CMV : uvéite, œdème maculaire, réactivation d'une rétinite

- ▷ VZV : zona
- ▷ HBV et HCV : réactivation d'une hépatite
- ▷ HSV: myélite, encéphalite.

→ **Diagnostic :**

La difficulté est de distinguer une réactivation immunitaire d'une infection opportuniste par échec du traitement antirétroviral

- ⊙ Le délai d'apparition se situe dans les 6 premiers mois (le plus souvent dans les 2 à 8 semaines) après l'instauration d'un traitement ARV puissant.
- ⊙ Parallèlement, l'ARN viral plasmatique du VIH baisse, les CD4 augmentent, d'autres pathologies opportunistes régressent sans traitement spécifique
- ⊙ Microbiologie : les prélèvements et les cultures sont souvent négatifs.

→ **Traitement:**

- ⊙ Antirétroviral : doit être poursuivi s'il est efficace sur l'ARN et toléré.
- ⊙ Anti-infectieux spécifique : peut être nécessaire, notamment en cas de doute diagnostique (rétinite à CMV)
- ⊙ Anti-inflammatoire : des corticoïdes ont été utilisés.

Chapitre 9.

PRISE EN CHARGE DES CO-INFECTIONS



Hôpital d'Instruction des Armées Omar BONGO ONDIMBA



9.1 VIH ET TUBERCULOSE

(Voir aussi le Guide Technique national de prise en charge de la tuberculose du PNLT)

9.1.1 Généralités


La tuberculose est l'une des causes de morbidité les plus courantes et l'une des principales causes de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA, y compris chez l'enfant. Les deux pathologies s'influencent mutuellement. En Afrique en général, la tuberculose est la première infection opportuniste du sida et la première cause de décès chez les PVVIH. En Afrique subsaharienne en particulier en 2012, 65 à 70 % des patients VIH/Sida étaient co-infectés par la tuberculose.

Au Gabon, la fréquence de la co-infection VIH/TB a été estimée entre 40 et 50% en 2012. Le VIH est actuellement le facteur le plus puissant d'augmentation du risque de tuberculose. Les personnes infectées par le VIH ont 50% de risque de développer une tuberculose maladie au cours de leur vie, contre 5-10% pour les personnes non infectées par le VIH. La tuberculose peut survenir à n'importe quel stade de l'évolution de l'infection à VIH, mais le risque s'accroît fortement avec la dégradation des défenses immunitaires. Dans les pays à forte prévalence de VIH/sida comme le Gabon, la TB est souvent une manifestation révélatrice de l'infection à VIH.

Cependant, il faut bien comprendre que le malade atteint du SIDA n'a pas nécessairement la tuberculose, de même qu'un malade tuberculeux n'a pas forcément le SIDA.

La recherche et la prise en charge de la tuberculose chez les PVVIH doivent être partie intégrante de la politique de lutte contre le VIH/sida. De même que la prise en charge des deux maladies devient une priorité pour les deux programmes qui doivent collaborer à travers un système de référence et de contre référence.

Tableau XXVII. Les 12 activités de collaboration TB/VIH recommandées par l'OMS.

<p>A. Mettre en place les mécanismes de collaboration</p> <ol style="list-style-type: none">1. Créer un organe de coordination des activités de collaboration TB/VIH opérant à tous les niveaux2. Surveiller la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux3. Planifier conjointement les activités antituberculeuses et anti-VIH4. Assurer le suivi et l'évaluation	
<p>B. Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les PVVIH (les 3Is)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Intensifier le dépistage des cas de tuberculose2. Mettre en place le traitement préventif à l'isoniazide3. Maîtriser l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs	
<p>C. Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients TB</p> <ol style="list-style-type: none">1. Assurer le conseil et le dépistage du VIH2. Appliquer les méthodes de prévention du VIH3. Mettre en place le traitement préventif au cotrimoxazole4. Dispenser des soins et assurer un accompagnement aux PVVIH5. Mettre en place le traitement antirétroviral	

9.1.2 Dépistage et diagnostic de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH

La forme prédominante de la maladie TB chez le séropositif est la tuberculose pulmonaire. Comme pour les autres infections opportunistes, la tuberculose pulmonaire doit être recherchée systématiquement chez tout patient vivant avec le VIH.

La présentation clinique varie selon le degré d'immunité, tant chez les adultes que chez les enfants. Chez une personne infectée par le VIH, au stade précoce qui fait une tuberculose, il s'agit le plus souvent d'une tuberculose pulmonaire commune à microscopie positive. Au stade avancé de la maladie, la microscopie est souvent négative et les formes extra pulmonaires sont plus fréquentes. Le diagnostic devient alors difficile et la radiographie encore moins spécifique. Il faut toujours penser à une tuberculose devant une fièvre au long cours et un amaigrissement progressif.

Il n'existe pas de test servant de référence absolue pour le diagnostic de la TB à frottis négatif, aussi est-il souvent difficile de distinguer ces cas d'autres affections pulmonaires liées au VIH/SIDA.

Les méthodes de diagnostic et les schémas de traitement sont les mêmes chez les sujets VIH positifs et VIH négatifs.

Tableau XXVIII. Variations de la tuberculose pulmonaire en fonction du stade précoce ou tardif de l'infection par le VIH.

Clinique de la tuberculose pulmonaire (TP)	Stade de l'infection par le VIH	
	Précoce	Tardif
Aspect clinique	Ressemble à une TP commune	Ressemble souvent à une TP primaire
Résultats du frottis d'expectoration	Souvent positif	Souvent négatif
Radiographie thoracique	Souvent des cavités	Souvent des infiltrations sans cavités

C'est l'examen microscopique des expectorations (trois examens des crachats en deux jours) qui permet de poser le diagnostic des cas de tuberculose pulmonaire, que les malades soient ou non infectés par le VIH/SIDA. Cependant, à un stade avancé ou très avancé de la maladie à VIH, l'examen microscopique peut-être négatif.

Lorsque l'immunité diminue, les formes négatives et extra pulmonaires ont tendance à augmenter, ce qui pose un réel problème de diagnostic. L'utilisation de la radiologie sera introduite comme appui au diagnostic bactériologique de la tuberculose chez les patients co-infectés. Cependant, la radiographie a une valeur limitée liée aux risques d'erreur diagnostique.

Lorsque cela est possible, un dépistage à l'aide de la technologie Xpert MTB/RIF (GeneXpert/RIF) doit être réalisé en cas de TB résistante aux antituberculeux chez les PVVIH. Ce test présente une bonne sensibilité pour détecter une TB chez les PVVIH, et aussi rapidement une résistance à la rifampicine, ce qui permet de diminuer considérablement le temps pris pour diagnostiquer et traiter une TB résistante. La TB multirésistante est celle qui résiste au moins à la Rifampicine et à l'Isoniazide.

9.1.3 Traitement antituberculeux

En traitant à temps la tuberculose chez les PVVIH, on diminue le risque de décès lié à la TB. Chez les sujets infectés par le VIH, les principes et les résultats du traitement sont les mêmes que chez les autres tuberculeux qui sont VIH négatifs. Cependant, ces malades ont plus de risque de mourir au cours du traitement, habituellement d'une maladie autre que la tuberculose.

Le traitement antituberculeux est instauré chez tout patient VIH positif **ayant au moins une bacilloscopie positive.**

D'une manière générale, le patient est orienté vers les centres antituberculeux (CDT ou CT). Il peut aussi recevoir son traitement au niveau du centre ou service de prise en charge du VIH/SIDA si le personnel est formé à la prise en charge de la tuberculose.

Le seul traitement efficace contre la tuberculose est la polychimiothérapie. Elle permet de stériliser la source d'infection, donc d'arrêter la transmission de la tuberculose dans la communauté et de guérir le malade, même en cas de co-infection par le VIH.

Après deux semaines de traitement antituberculeux, le danger de contamination pour les personnes vivant dans le même foyer que le malade est fortement diminué. Ceci est la conséquence de la haute efficacité des antituberculeux qui entraînent une réduction très rapide du nombre de bacilles vivants, ainsi qu'une diminution notable de la toux du malade. La meilleure façon d'éviter la contamination de l'entourage est donc de s'assurer que le tuberculeux prend correctement et régulièrement tout son traitement.

→ PRINCIPES DU TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX

Les principes de la chimiothérapie sont les suivants :

- Les antituberculeux sont toujours prescrits en association : un antituberculeux n'est jamais prescrit seul (monothérapie), car il risquerait de favoriser l'apparition d'une résistance par la sélection des mutants résistants.
- Les régimes sont standardisés, c'est à dire que les associations d'antituberculeux employées sont toujours les mêmes. Cette standardisation du traitement facilite aussi la gestion des médicaments et leur prescription. Cependant, les types de régime sont susceptibles d'évoluer.
- Les régimes comportent toujours deux phases : une phase intensive (ou initiale) de 2 ou 3 mois avec 4 ou au minimum 3 antituberculeux et une phase de continuation (ou d'entretien) de 4 à 6 mois où le malade reçoit en général 2 antituberculeux.
- Pendant les phases initiales et d'entretien, la prise des médicaments doit être supervisée par le personnel soignant ou un tuteur communautaire : traitement sous supervision directe (TDO).
- Les médicaments antituberculeux sont toujours pris le matin à jeun.
- Le traitement doit être pris correctement et de façon régulière jusqu'à son terme, aussi est-il important de soutenir le malade dans l'observance de son traitement jusqu'à la guérison.

→ MÉDICAMENTS ANTITUBERCULEUX RECOMMANDÉS PAR LE PNLT

Le PNLT utilise 5 principes actifs : la rifampicine, l'isoniazide, le pyrazinamide, l'étambutol et la streptomycine.

Tableau XXIX. Posologie recommandée des médicaments antituberculeux essentiels de première intention.

Médicament (Abréviation)	Mode d'action	Fourchette de dose recommandée (en mg/kg de poids corporel)	
		Recommandations antérieures	Recommandations actuelles
Une prise quotidienne			
Rifampicine (R)	Bactéricide	10 (8 à 12)	15 (10 à 20)
Isoniazide (H)	Bactéricide	5 (4 à 6)	10 (10 à 15)
Pyrazinamide (Z)	Bactéricide	25 (20 à 30)	35 (30 à 40)
Ethambutol (E)	Bactériostatique	15 (15 à 20)	20 (15 à 25)

Streptomycine (S)	Bactéricide	15 (12 à 18)	15 (12 à 18)
-------------------	-------------	--------------	--------------

Ces antituberculeux sont utilisés pour certains d'entre eux en associations fixes (formes combinées).

Il s'agit des spécialités suivantes :

- RH : association de Rifampicine et d'Isoniazide
- RHZ : association de Rifampicine, d'Isoniazide et de Pyrazinamide
- RHE : association de Rifampicine, d'Isoniazide et d'Ethambutol
- RHZE : association de Rifampicine, d'Isoniazide, de Pyrazinamide et d'Ethambutol.

Tableau XXX. Associations à doses fixes de la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS (Revue 2010)

Médicament	Présentation	Concentration pour Utilisation Quotidienne
Rifampicine + Isoniazide [RH]	Comprimés	150 mg + 75 mg 300 mg + 150 mg
	Comprimés dispersibles (pédiatrique)	60 mg + 30 mg
Isoniazide + Ethambutol [HE]	Comprimés	400 mg + 150 mg
Rifampicine + Isoniazide + Pyrazinamide [RHZ]	Comprimés	150 mg + 75 mg + 400 mg
	Comprimés dispersibles (pédiatrique)	60 mg + 30 mg + 150 mg
Rifampicine + Isoniazide + Ethambutol [RHE]	Comprimés	150 mg + 75 mg + 275 mg
Rifampicine + Isoniazide + Pyrazinamide + Ethambutol [RHZE]	Comprimés	150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg
Streptomycine S	Flacons injectables IM	1g

i NB: Deux autres associations fixes sont disponibles : Rifampicine (60mg) + Isoniazide (60mg), forme dispersible et Rifampicine (150mg) + Isoniazide (150mg).

→ CATÉGORIES DE PATIENTS À TRAITER

Les cas à traiter sont classés en 4 catégories en fonction de la localisation, des antécédents et des lésions associées. Il s'agit de :

- **Catégorie I :** les nouveaux cas de tuberculose à frottis positif (TPM+), les nouveaux cas graves à frottis négatifs (TPM-), les lésions parenchymateuses étendues, les cas de TP avec infection concomitante à VIH/SIDA et les formes sévères de TEP. Il s'agit de patients qui n'ont jamais été traités ou qui ont été traités pendant moins d'un mois.
- **Catégorie II :** il s'agit des cas de TPM+ précédemment traités (rechute, traitement après interruption et échec de traitement de la catégorie I).
- **Catégorie III :** nouveaux cas de TPM - et de TEP (autres que ceux de la catégorie I)
- **Catégorie IV :** cas chroniques et cas de tuberculose multi résistante (TB-MR).

i NB: Les formes graves de tuberculose sont : les miliaires aiguës, les méningites tuberculeuses, les formes pulmonaires interstitielles étendues, les pleurésies tuberculeuses massives ou bilatérales, les péricardites tuberculeuses, la tuberculose vertébrale avec troubles neurologiques, les tuberculoses digestives et les tuberculoses urogénitales.

→ DIFFÉRENTS RÉGIMES THÉRAPEUTIQUES ANTITUBERCULEUX

Le PNLT utilise trois types de régimes thérapeutiques :

- Régime A : c'est le régime pour les adultes de la catégorie I et de la catégorie III, ainsi que pour les enfants souffrant des formes graves de la tuberculose.
- Régime B : c'est le régime pour les patients déjà traités ou régime de retraitement (échecs, rechutes, reprises) : catégorie II.
- Régime C : c'est le régime appliqué aux enfants pour les formes non graves de la tuberculose.

→ REGIME A

Ce régime comprend 2 phases de traitement : la phase initiale ou phase intensive et la phase de continuation ou phase d'entretien.

La phase initiale intensive associe 4 antituberculeux : Ethambutol, Isoniazide, Rifampicine et Pyrazinamide.

A la fin du deuxième mois, un premier contrôle bacilloscopique est pratiqué. S'il est négatif, la phase d'entretien est mise en route, associant Isoniazide et Rifampicine (RH) pendant 4 mois quotidiennement.

Si à la fin du deuxième mois, le contrôle bacilloscopique est positif, la phase initiale intensive est poursuivie jusqu'au troisième mois.

La phase intensive de la chimiothérapie ne sera pas prolongée au-delà du troisième mois ; il faut passer à la phase d'entretien.

Tableau XXXI. Régime thérapeutique A = 2 RHZE / 4 RH

Poids corporel du patient (kg)	Phase initiale	Phase d'entretien (continuation)
	2 mois	4 mois
Prise quotidienne	Prise quotidienne	
RHZE 150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg	RH 150 mg + 75 mg	
30 - 39	2	2
40 - 54	3	3
55 - 70	4	4
71 et plus	5	5

i NB : les combinaisons RHZE et RHZ sont prescrites à la posologie de 1 comprimé pour 10 à 12 kg de poids.

→ REGIME B (RETRAITEMENT OU CAT. II)

Ces différents types de patients doivent être suspectés d'expectorer des bacilles tuberculeux résistants.

Ce régime comprend aussi deux phases :

- La phase initiale ou phase intensive comprend la prescription quotidienne de cinq antituberculeux pendant les deux premiers mois (Streptomycine, Ethambutol, Rifampicine, Isoniazide et Pyrazinamide), puis quatre médicaments pendant 1 mois (Ethambutol, Rifampicine, Isoniazide et Pyrazinamide) ;
- La phase d'entretien ou phase de continuation, du 4^{ème} au 8^{ème} mois, pendant laquelle le patient prend chaque jour de l'Isoniazide, de la Rifampicine et de l'Ethambutol.

Tableau XXXII. Régime thérapeutique de retraitement (CAT. II) = 2 SRHZE /1 RHZE / 5 RHE

Poids corporel du patient (kg)	Phase initiale			Phase d'entretien (continuation)	
	2 mois		1 mois	5 mois	
	Prise quotidienne sous observation directe		Prise quotidienne	Prise quotidienne	
	RHZE 150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg	S 1 g	RHZE 150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg	RH 150 mg + 75 mg	E 400 mg
30 – 39	2	0,50	2	2	1
40 – 54	3	0,75	3	3	2
55 - 70	4	1	4	4	3
71 et plus	5	1	5	5	4

→ REGIME C (ENFANTS)

A titre provisoire, afin d'utiliser les produits disponibles de manière appropriée pour obtenir les doses souhaitables de médicaments chez l'enfant, des tableaux de dosage ont été produits à partir des principes ci-après (Annexe 6):

- Les comprimés dispersibles dont la qualité est assurée, doivent être utilisés chaque fois que possible, en particulier chez les enfants qui ne peuvent pas avaler des comprimés solides.
- Les schémas sont basés sur des associations fixes, mais dans certains cas, peuvent nécessiter l'administration de produits uniques.
- Ces doses sont applicables à des schémas d'administration en une prise par jour, mais n'exigent pas en général que l'on coupe les comprimés.
- Les doses recommandées sont en général inférieures à la limite supérieure des éventails précisés ci-dessus, afin de réduire au minimum le risque de toxicité.

i NB :

- Tous les enfants traités contre la tuberculose doivent être pesés au moins une fois par mois pour pouvoir ajuster les doses administrés le cas échéant.
- Les doses thérapeutiques doivent être ajustées dès que l'enfant change de catégorie de poids.
- Il faut vérifier soigneusement le dosage des comprimés, en particulier de ceux contenant 60 mg de Rifampicine + 30 mg d'Isoniazide et 60 mg de Rifampicine + 60 mg d'Isoniazide, afin d'éviter toute toxicité.
- Les enfants qui pèsent plus de 30 kg doivent être traités conformément aux directives actuelles relatives au traitement chez l'adulte.

9.1.4 Protocoles thérapeutiques ARV en cas de co-infection VIH/TB

Le traitement antirétroviral réduit le risque entre 54% et 92% de développer une TB. Cette réduction est de plus de 90% au niveau individuel et approximativement à 60% au niveau de la population ; le risque de récurrence de la TB étant de 50%.

Les recommandations actuelles de l'OMS révisées pour le TAR en cas de co-infection VIH/TB sont les suivantes (Voir chapitres V) :

1. Débuter un TAR chez toutes les personnes infectées par le VIH et présentant une tuberculose active y compris en cas de TB résistante aux antituberculeux, quel que soit le nombre de CD4.
2. Commencer par le traitement de la tuberculose, puis débuter le TAR dès que possible, c'est-à-dire avant la fin des 8 premières semaines (après avoir commencé le traitement de la tuberculose).

3. Les malades souffrant de déficit immunitaire profond (par exemple, nombre de CD4<50) doivent être mis sous TAR dans les plus brefs délais, à savoir dans les deux premières semaines qui suivent le début du traitement antituberculeux.
4. Un traitement doit être mis en route chez tout enfant débutant une TB active dès que possible et dans les huit semaines suivant le début du traitement antituberculeux, quel que soit le nombre de CD4 ou le stade clinique. Il est capital de choisir des schémas thérapeutiques compatibles avec le traitement antituberculeux (Voir chapitre VII).
5. Chez les patients débutant une TAR alors qu'ils reçoivent un traitement antituberculeux, l'inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) à privilégier est l'Efavirenz (EFV), il car a peu d'interactions avec la Rifampicine comparé à la NVP.
6. Pour les patients co-infectés TB/VIH qui ne tolèrent pas EFV, on peut leur proposer des régimes à 3 INTI en options alternatives.

i NB (Tableau XXXIII) :

- La Rifabutine qui a très peu d'interactions avec les Inhibiteurs de la Protéase (IP) par rapport à la Rifampicine, sera privilégiée dans le cadre de la prise en charge du malade co-infecté.
- Pour les personnes présentant une tuberculose active sous rifampicine, tous les IP boostés à doses standards sont contre-indiqués à cause des interactions médicamenteuses et d'une réduction importante de leur concentration plasmatique.
- Dans ce cas, LPV/r et SQV/r peuvent être utilisés avec une dose ajustée de RTV permettant une potentialisation supplémentaire (LPV/r 400 mg/400 mg deux fois par jour ou SQV/r 400 mg/400 mg deux fois par jour) ou en doublant la dose journalière de LPV/r (LPV/r 800 mg/200 mg deux fois par jour), mais cette option est associée à risque élevé de toxicité et requiert un suivi clinique et biologique rapprochés.
- La recommandation à utiliser LPV/r 800 mg/200 mg deux fois par jour est basée sur une preuve classée comme de faible qualité et est associée à un niveau similaire de toxicité à celui observé lors de l'utilisation de LPV/r 400 mg/400 mg deux fois par jour.
- L'utilisation de LPV/r 800 mg/200 mg deux fois par jour peut cependant être moins complexe et plus réaliste, d'autant que LPV/r est largement disponible en formulation unique, ce qui n'est pas le cas de RTV.
- Toutefois, lorsque la rifabutine est utilisée à la place de la rifampicine, tous les IP boostés peuvent être administrés concomitamment aux doses habituelles.

Tableau XXXIII. Options thérapeutiques privilégiées en cas de co-infection VIH/TB

Options préférées en 2ème ligne (co-infection VIH/TB)		
	Régimes	Commentaires
Si Rifabutine disponible (150 mg 3 x/ semaine)	Les mêmes régimes sont recommandés pour les adultes et les adolescents	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il n'y a pas de différence d'efficacité entre rifabutine (RFB) et rifampicine. ▪ RFB provoque significativement moins d'interactions médicamenteuses avec les IP, ce qui permet le maintien de doses habituelles d'ARV
Si Rifabutine non disponible	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les mêmes INTI sont recommandés pour adultes et adolescents plus LPV/r ou SQV/r avec des doses ajustées de RTV, soit : <ul style="list-style-type: none"> ▪ LPV 400 mg/RTV 400 mg, 2 x/jour ▪ Ou LPV 800mg/RTV 200 mg, 2x/jour ▪ Ou SQV 400 mg/RTV 400 mg, 2x/jour 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rifampicine réduit significativement le niveau des IP, limitant les options effectives. ▪ Utilisation de doses extra de ritonavir avec sélection IP (LPV et SQV) peut combattre ces effets, mais avec un risque élevé de toxicité

9. 2 VIH ET PALUDISME

Le VIH et le Paludisme sont les deux infections les plus fréquentes en Afrique subsaharienne, responsables d'une morbi-mortalité considérable. L'infection à VIH se caractérise par une atteinte progressive des défenses immunitaires à médiation cellulaire. Or dans le paludisme,

même si l'immunité humorale joue un rôle central, c'est l'immunité cellulaire qui joue un rôle décisif, notamment à travers les lymphocytes CD4 et CD8. C'est pour cette raison que les PVVIH et immunodéprimées ont un risque élevé de complication du paludisme en zone d'endémie palustre telle que le Gabon. Les interventions clés de lutte contre le paludisme comprennent : un traitement rapide et efficace des cas par des associations de médicaments antipaludéens à base d'artémisinine, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MIILD), la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations pour lutter contre les moustiques vecteurs et le traitement préventif intermittent (TPI) pendant la grossesse.

9.2.1 Impact de l'immuno-dépression à VIH sur le paludisme

En zone de transmission stable du paludisme comme au Gabon, la parasitémie est élevée et les accès palustres sont fréquents. L'impact de l'infection par le VIH sur l'infection palustre est modulé par le degré d'immunodépression des patients et par le degré d'immunité vis-à-vis du plasmodium, parasite responsable du paludisme. L'infection à VIH augmente l'incidence des accès palustres d'autant plus que l'immunodépression est sévère.

9.2.2 Impact du paludisme sur le VIH

Tout accès palustre entraîne une augmentation de la charge virale VIH (jusqu'à un facteur 7) de façon transitoire et régressant sous traitement antipaludique. L'impact du paludisme sur l'évolution clinique de l'infection à VIH n'est pas encore connu. La présence sérique d'anticorps antipalustres peut entraîner une fausse positivité des tests ELISA de dépistage du VIH.

9.2.3 Paludisme et infection à VIH chez les femmes enceintes

Chez les mères VIH positives par rapport aux mères VIH négatives :

- ⊙ La parasitémie est plus souvent positive, à des niveaux plus élevés;
- ⊙ Il y a moins de formes asymptomatiques et plus de formes sévères;
- ⊙ Le risque de paludisme ne semble plus dégressif avec la parité;
- ⊙ L'anémie gravidique est plus fréquente;
- ⊙ La charge virale VIH est augmentée dans le sang (jusqu'à 7 mois en post partum);
- ⊙ On recommande désormais au moins 3 cures de TPI pendant la grossesse à débiter à partir du 2^{ème} trimestre (16 semaines d'aménorrhée), avec un intervalle de 1 mois entre les cures et ce, jusqu'à l'accouchement. Chez l'enfant, du fait de la co-infection, le retard de croissance intra-utérin, le petits poids de naissance, la prématurité et la mortalité post-natale sont plus fréquents.

9.2.4 Aspects thérapeutiques de la co-infection VIH/paludisme

La réponse au traitement antipalustre est aussi bonne chez le patient séropositif que chez le séronégatif. Si le traitement ne marche pas chez le séropositif, il faut revoir le schéma thérapeutique. Cependant, il peut exister des interactions médicamenteuses et des effets croisés entre les deux types de traitement. Une confirmation parasitologique à l'aide d'un examen microscopique (goutte épaisse ou frottis sanguin) ou d'un test de diagnostic rapide (TDR) doit être obtenue pour chaque cas de paludisme.

→ INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Des interactions entre antipaludiques et antirétroviraux sont potentiellement possibles du fait de voies de métabolisation communes au niveau du cytochrome P450. En pratique, on prescrit les antirétroviraux et les antipaludiques aux doses habituelles.

Toutefois, il est souhaitable d'être prudent en cas de co-prescription de médicaments ayant des toxicités comparables, en particulier l'artémisinine, la luméfantine, les INNTI et les IP, Abacavir ou Névirapine et Pyriméthamine + Sulfadoxine. De plus, les traitements en association à base d'artémisinine contenant l'Amodiaquine doivent si possible, être évités chez les PVIH recevant de l'AZT ou l'EFV en raison du risque élevé de neutropénie associée à l'utilisation de l'AZT et de toxicité hépatique associée à l'utilisation de l'EFV.

→ **EFFETS CROISÉS**

Un traitement ou un traitement préventif intermittent contenant de la sulfadoxine-pyriméthamine ne doit pas être administré aux PVIH qui reçoivent une prophylaxie par le cotrimoxazole.

9.3 VIH ET HÉPATITES B

9.3.1 Diagnostic et bilan de l'infection par le VHB

L'infection par le VIH modifie l'histoire naturelle de l'infection par le VHB et aggrave globalement le pronostic de l'hépatite chronique B. La vitesse de progression de la fibrose vers la cirrhose est par ailleurs augmentée et le risque d'apparition d'un carcinome hépatocellulaire est majoré.

Il ne semble globalement pas y avoir de retentissement du VHB sur l'évolution immuno-virologique de l'infection par le VIH. Cependant l'essai SMART a montré que lors des phases d'interruption du TAR, il existe une diminution des CD4 et une augmentation de la charge virale, plus importantes chez les patients co-infectés VIH/VHB que chez les patients mono infectés par le VIH.

La recherche des marqueurs de l'infection par le VHB (antigène Hbs, anticorps anti-Hbe) doit être systématique, de même que la recherche d'une immunisation contre le VHB (anticorps anti-Hbs). L'hépatite B est dite chronique lorsque le portage de l'antigène Hbs est supérieur à 6 mois. En fonction des marqueurs viraux, on distingue plusieurs types de portage du VHB.

→ **PORTAGE CHRONIQUE INACTIF (ANCIENNEMENT DIT « PORTEUR SAIN »)**

Dans ce type de portage, les transaminases, les gamma globulines et l'échographie hépatique sont normales. Il convient de surveiller semestriellement les transaminases et lorsque les conditions le permettent, d'effectuer une mesure annuelle de la charge virale VHB.

Antigène Hbs	Antigène Hbe	Anticorps anti-Hbe	Charge virale B
+	-	+	<5 log (100 000)

→ **Portage chronique actif :**

Dans ce type de portage, les transaminases sont souvent élevées (3 à 5 fois supérieures à la valeur normale) ; cependant, elles peuvent être normales.

Antigène Hbs	Antigène Hbe	Anticorps anti-Hbe	Charge virale B
+	+	-	>5 log (100 000)

→ **Hépatites chroniques à virus mutants :**

Il s'agit d'une persistance de la réplication virale malgré la négativité de l'antigène HBe. Une anomalie génétique sur le gène codant pour l'antigène HBe empêche la synthèse de cet antigène.

Antigène Hbs	Antigène Hbe	Anticorps anti-Hbe	Charge virale B
+	-	+	> 100

→ Hépatites B occultes :

Dans ce cas, les anticorps anti-Hbc sont positifs et on note la présence isolée d'ADN VHB dont le titre est faible.

Antigène Hbs	Antigène Hbe	Anticorps anti-Hbe	Charge virale B
-	-	-	>100

→ ÉVALUATION DE L'ATTEINTE HÉPATIQUE

Devant une élévation des transaminases et en présence d'une charge virale détectable du VHB (>2 000 UI/ml), une évaluation de l'atteinte hépatique doit être réalisée pour déterminer à la fois le stade de la maladie et le risque de progression vers la cirrhose et ses complications, et ainsi aider à la décision thérapeutique. Cette évaluation, de l'activité nécrotico-inflammatoire et de la fibrose, repose sur :

- Une échographie abdominale et un dosage de l' α -foetoprotéine permettant de rechercher, d'une part, des signes directes ou indirectes de cirrhose et d'autre part, un carcinome hépatocellulaire qui peut survenir à n'importe quel stade de l'infection par le VHB.
- L'étude histologique du foie par la Ponction Biopsie Hépatique (PBH) ou des tests non invasifs tels que les marqueurs sériques de fibrose (Fibroscann, Fibrotest[®], Fibromètre, Hépascore)

9.3.2 Stratégies thérapeutiques (Cf. Chapitre V)

Du fait de l'évolution plus rapide de la fibrose en cas de co-infection VIH/VHB chronique, le TAR est débuté en cas d'hépatite B chronique active, quel que soit le taux de CD4.

Pour les personnes co-infectées par le VIH et le VHB dont les régimes de première ligne contenaient TDF + 3TC (ou FTC), ces INTI doivent être poursuivis dans le régime de 2^{ème} ligne en raison de leur activité anti-VHB et pour réduire le risque de survenue de flambées de cytolyse hépatique. Ce principe est valable quel que soit le régime de deuxième ligne choisi, qui doit être composé de AZT + TDF + 3TC (ou FTC) + un IP boosté.

i NB :

- *Test Ag HbS est recommandé pour tous les patients HIV+ avant de débiter le TAR.*
- *En cas d'échec du TAR, TDF+ (3TC ou FTC) peuvent être maintenus pour l'activité anti-HBV et le régime de 2^{ème} ligne devrait inclure d'autres médicaments avec une activité anti-HIV.*

9.3.3 Prévention

- Vaccination anti-VHB chez le sujet infecté par le VIH et séronégatif pour le VHB (Ag HBs négatif et/ ou Ac anti-HBs négatif) si CD4 >200/mm³.
- Transmission mère-enfant du VHB : Immuno-prophylaxie par injection d'immunoglobuline anti-VHB au nouveau-né de mère co-infectée VIH-VHB.

Chapitre 10.

PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU VIH



CTA de Mouila



10.1 DÉFINITION DE L'ACCIDENT D'EXPOSITION AU VIH

Il s'agit d'accidents qui exposent à un risque de transmission du VIH, mais aussi des virus des hépatites B, C et à d'autres IST (syphilis, infections à gonocoques, chlamydia trachomatis, etc.).

Les accidents d'exposition au VIH sont de plusieurs types. On distingue :

- Les accidents d'exposition au sang (AES), à un liquide biologique (liquide céphalorachidien, sécrétions inflammatoires...) ou contaminé par du sang, survenant le plus souvent au cours d'un exercice professionnel de santé ou non, lors d'une piqûre avec une aiguille, d'une coupure avec un objet tranchant ou par un contact sur une plaie, une peau non intacte ou une muqueuse (bouche, œil,...) ;
- Les accidents d'exposition sexuelle et les agressions sexuelles ;
- Les accidents d'exposition survenant chez les usagers de drogues, par partage de matériel d'injection.

Leur prise en charge et l'accès à la prophylaxie post exposition (PPE) restent à ce jour exclusivement hospitalier.

Les accidents d'exposition mettent en présence deux personnes :

- **La personne exposée**, c'est à dire celle qui a été potentiellement à risque d'être infectée par le VIH via une exposition au sang ou à des liquides organiques, dans le cadre de son travail ou ailleurs.
- **Et la personne source** qui est la personne (identifiée ou non) qui peut être à l'origine de la contamination par du sang ou par des liquides organiques potentiellement infectés. Si elle est identifiée et que son statut sérologique n'est pas connu, il peut lui être demandé de donner son consentement éclairé pour effectuer un test VIH. La personne source peut être un patient quand un agent de santé est exposé, ou encore l'auteur d'une agression sexuelle.

10.1.1 Accidents exposant au VIH chez les professionnels de santé

Une *exposition professionnelle* s'entend comme l'exposition subie en cours de travail. Cependant, l'ampleur des risques professionnels dans les services de santé n'est pas bien connue, en partie à cause de la tendance à stigmatiser les lésions dues à des objets tranchants et du manque de dispositions prophylactiques post exposition. Les employeurs doivent veiller à ce que les travailleurs de la santé et ceux qui administrent des soins à tous les niveaux soient sensibilisés au risque que représente le VIH/SIDA sur le lieu de travail.

Toutefois, l'expression *prophylaxie post-exposition professionnelle* ne doit pas être entendue comme étant relative aux seuls travailleurs médicaux : elle s'applique aussi aux autres travailleurs, tels que les équipes de secours d'urgence, les éboueurs, les personnes chargées de faire appliquer la loi, les pompiers, ceux qui peuvent, dans le cadre de leurs activités, être exposés au sang, tissus ou à des liquides organiques potentiellement infectés.

10.1.2 Accidents d'exposition sexuelle

Il existe une graduation dans le risque de transmission du VIH en fonction de la pratique sexuelle, allant d'un faible risque en cas de fellation à un risque maximum en cas de rapport anal réceptif. L'éjaculation du partenaire infecté représente un facteur de risque supplémentaire de contamination. Mais d'autres facteurs sont à prendre en compte (rapport sexuel violent, notamment lors d'une agression sexuelle, ulcération génitale, présence de sang dans le tractus génital après le rapport,...).

10. 2 PRINCIPAUX AGENTS ET RISQUE DE TRANSMISSION LORS D'UN ACCIDENT D'EXPOSITION AU VIH

10.2.1 Taux moyen de transmission après piqûre

Le taux moyen de transmission après piqûre est de :

- ▷ 2 à 40% pour le virus de l'hépatite B
- ▷ 0,3 à 3% pour le virus de l'hépatite C
- ▷ 0,32% pour le VIH.

Le risque de transmission sexuelle du VIH varie selon les pratiques. Le risque moyen de contracter une infection à VIH à la suite d'un seul rapport sexuel non protégé est le suivant : pour un rapport réceptif anal, le risque est compris entre 1 % et 5 % (autrement dit entre 1 et 5 sur 100) et pour un rapport vaginal réceptif, il est compris entre 0,1 % (1 sur 1000) à moins de 1% (1 sur 100). Les risques sont souvent plus élevés dans un contexte de traumatisme.

Le risque de sexe oral réceptif avec éjaculation est encore inférieur bien que la transmission puisse se produire de cette manière.

Les rapports sexuels peuvent être classés par niveau de risque décroissant : acte anal réceptif avec éjaculation > acte vaginal réceptif avec éjaculation > acte anal insertif > fellation réceptive > pratique de fellation. Le risque de contamination par le VIH est estimé 40 fois plus élevé pour un rapport anal réceptif que pour une fellation réceptive en présence de sperme.

Le risque de transmission sexuelle du VHB est estimé entre 30 et 40%, tandis que celui du VHC est rare au sein des couples hétérosexuels stables.

Tableau XXXIV. Risque de transmission en cas d'accident d'exposition au VIH.

Virus	VIH	VHC	VHB
Évolution chronique	100%	60- 80%	10%
Risque après accident percutané	0.32%	1,8%	30%
ARN viral plasmatique (copies/ ml)	10- 10 000	10 000 -1 000 000	1 000 000 - 1 000 000 000
Prophylaxie	Oui	Non	Oui

10.2.2 Liquides potentiellement contaminants

- Sang;
- Liquide céphalorachidien, pleural, péricardique, ascitique, synovial, péritonéal, amniotique;
- Sperme;
- Sécrétions génitales.

10.2.3 Liquides non contaminants

- Larmes;
- Salive;
- Sueur;
- Sécrétions nasales;
- Urine;
- Selles.

10.2.4 Gestes à risques d'AES

- Prélèvements veineux (hémocultures...);
- Pose de cathéters;
- Injections sous-cutanées;
- Actes invasifs chirurgicaux.

10.2.5 Types d'exposition qui définissent les critères pour traiter :

Exposition massive : piqûre profonde, par dispositif intravasculaire ou aiguille creuse IV ou intra-artérielle.

Exposition modérée : coupure avec bistouri à travers gants, piqûre superficielle avec aiguille creuse IV ou intra-artérielle.

Exposition minimale : érosion superficielle, avec une aiguille pleine (suture) ou creuse de petit calibre (IM ou SC) ; contact cutané-muqueux ; piqûre avec une seringue abandonnée.

10.3 CONDUITE À TENIR EN CAS D'ACCIDENT D'EXPOSITION AU VIH

Dans cette situation, il s'agira de faire une **prophylaxie post-exposition (PPE)**, c'est-à-dire d'impliquer l'ensemble des services nécessaires pour protéger l'individu exposé d'une infection à VIH.

10.3.1 Qu'est-ce que la Prophylaxie Post Exposition (PPE)?

La prophylaxie post-exposition est une intervention médicale (relevant de la responsabilité d'un médecin) d'urgence visant à empêcher la transmission de pathogènes véhiculés par le sang suite à une éventuelle exposition. Dans le contexte du VIH, la prophylaxie post-exposition désigne l'ensemble des services fournis pour prendre en charge les aspects spécifiques de l'exposition au VIH et pour protéger un individu exposé à une infection à VIH. Ces services consistent en premiers soins, à des conseils relatifs à la PPE avec évaluation du risque, tests de dépistage du VIH (avec consentement éclairé et conseil) et selon les résultats de l'évaluation concernant l'exposition, une prescription de médicaments antirétroviraux (ARV) accompagnée du soutien et du suivi appropriés. Lorsque cela semble indiqué, d'autres traitements peuvent être prescrits pour empêcher les maladies transmissibles sexuellement ou transmissibles par le sang (par ex. l'hépatite B) et la grossesse non désirée.

La PPE doit être instaurée dès que possible après l'exposition, de préférence dans les quelques heures et au plus tard 72 heures après celle-ci.

10.3.2 Conditions requises pour initier une PPE

Les conditions requises pour envisager la PPE –VIH sont les suivantes :

1. Moins de 72 heures se sont écoulées depuis l'exposition ; et
2. La personne éventuellement exposée n'est pas connue pour être séropositive au VIH et
3. Il y a eu exposition significative de muqueuses ou de peau lésée à un liquide biologique éventuellement infectieux ; et
4. La source d'exposition est séropositive au VIH ou son état sérologique est inconnu.

Avant de recueillir un consentement éclairé pour la PPE (voir Annexe 12), les personnes qui ont été exposées au VIH doivent être informées de tous les points suivants :

- Du risque d'être infecté par le VIH suite à l'exposition en question ;
- De ce qu'on sait et ne sait pas sur l'efficacité de la PPE ;
- De l'importance d'effectuer un test VIH et de recevoir un conseil approprié après le test (même s'il s'avère nécessaire de différer le test) ;

- De la nécessité d'évaluer préalablement la possibilité que ces personnes puissent être déjà infectées par le VIH si elles n'ont pas effectué un test récent;
- Que les médicaments de PPE seront interrompus si le premier test VIH est positif : ce traitement prophylactique ne constitue pas un traitement pour les personnes vivant avec le VIH chez qui il peut augmenter le risque de résistances médicamenteuses ;
- Que les personnes vivant déjà avec le VIH doivent être orientées vers une structure de soins locale pour y recevoir un traitement pour cette infection ; si elles ont commencé une PPE, avant de recevoir les résultats positifs du test au VIH, elles devront l'arrêter une fois le diagnostic confirmé ;
- Que pour les personnes dont le résultat du test rapide est discordant, la PPE sera fournie dans l'attente d'un test de confirmation ;
- De l'importance de l'observance du traitement ;
- De la durée du traitement (4 semaines) ;
- Des effets secondaires courants pouvant survenir lors de la prise de médicaments donnés dans le cadre de la PPE ;
- Que ces personnes peuvent arrêter de prendre les médicaments de PPE à tout moment du traitement si elles le souhaitent, mais qu'elles ne bénéficieront alors pas de tous les avantages de la PPE si la source à laquelle elles ont été exposées était séropositive au VIH ;
- Que les médicaments de PPE peuvent être pris pendant la grossesse et peuvent protéger la mère qui a été exposée de développer l'infection à VIH ;
- Que l'allaitement peut être continué sans danger tout en suivant une PPE, mais que, si la femme est infectée par le VIH alors qu'elle allaite, le risque de transmettre le VIH par l'allaitement est plus élevé en début d'infection; un conseil approprié doit aborder la possibilité d'utiliser les alternatives à l'allaitement si celles-ci sont acceptables, réalisables, abordables, durables et sûres; sinon
- Que l'allaitement maternel exclusif est fortement recommandé quand ces alternatives ne sont pas possibles.

→ **CONDUITE IMMÉDIATE :**

- ⊙ Si piquûre ou blessure cutanée : nettoyer immédiatement la lésion à l'eau courante et au savon, rincer puis utiliser un antiseptique : soluté de Dakin ou eau de Javel à 12°chlorométrique fraîchement et correctement diluée à 1/10, ou à défaut : alcool à 70°, ou polyvidone iodée dermique. Temps de contact d'au moins 5 minutes.
- ⊙ Si projection sur les muqueuses : rincer abondamment, de préférence avec du sérum physiologique ou à l'eau au moins 5 minutes.
- ⊙ Ne pas faire saigner la plaie.
- ⊙ Si agression sexuelle : ne pas nettoyer les lésions ; établir un certificat médical initial

→ **CONDUITE ULTÉRIEURE :**

→ **Sur le plan médical :**

Dans les heures qui suivent l'AES, et au plus tard 48 heures après, consulter rapidement un médecin référent (médecin d'un Centre de prise en charge des PVVIH) pour :

→ **L'évaluation du risque :**

- ⊙ La décision de mise sous traitement antirétroviral qui doit intervenir dans les 48 heures qui suivent l'exposition (idéalement dans les 4 heures). En cas de patient source de statut inconnu, une sérologie VIH est pratiquée en urgence avec son accord.
- ⊙ Le traitement antirétroviral prophylactique recommandé est : 2 INNTI + 1 IP/r pendant 4 semaines.

- ⊙ En cas d'agression sexuelle chez une femme en âge de procréer, proposer un test de grossesse
- ⊙ Dans tous les cas, proposer une prise en charge psychologique à toute personne victime d'un AES !

i **NB:** les associations les plus conseillées sont :

- TDF + 3TC + Lopinavir/Ritonavir ou TDF + FTC + Lopinavir/Ritonavir.

Tableau XXXV. Résumé des schémas de TAR de 1^{ère} intention en cas d'accident d'exposition au VIH.

Schémas de TAR de 1 ^{ère} ligne en cas d'AES	
Schémas privilégiés	Schémas alternatifs
TDF + 3TC + LPV/r	TDF + 3TC + ATV/r
TDF + FTC + LPV/r	TDF + FTC + ATV/r

En cas d'intolérance digestive au Lopinavir/ritonavir, l'Atazanavir/ritonavir est une alternative; de même que le Darunavir/ritonavir dans une moindre mesure.

Une sérologie VIH doit être pratiquée chez le soignant accidenté avant le 8^{ème} jour. Si elle se révèle négative, un suivi sérologique est effectué, en particulier au 3^{ème} mois et au 6^{ème} mois.

10.3.3 Sur le plan administratif

L'accident doit être déclaré dans les 48 heures comme accident de travail et doit être notifié au service de médecine du travail.

Dès le premier contact, le test VIH est proposé et réalisé après consentement éclairé de l'accidenté. En cas de refus de faire le test, l'accidenté doit signer une décharge.

Dans tous les cas, l'accidenté bénéficie d'une chimioprophylaxie ARV.

Ce traitement prophylactique est interrompu dès la preuve d'une sérologie VIH positive chez l'accidenté qui doit alors intégrer le circuit de la prise en charge de la PVIH.

10. 4 RAPPEL DES MESURES DE PRÉCAUTIONS UNIVERSELLES

Ces mesures doivent être prises par tous les soignants et pour tous les patients.

- ⊙ **Porter les gants** pour tout risque de contact avec :
 - ▷ Un liquide biologique contenant du sang
 - ▷ Une lésion cutanée,
 - ▷ Un matériel souillé.
- ⊙ **Pansement** : protéger une plaie par un pansement.
- ⊙ **Se laver les mains** systématiquement avec du savon ou un liquide antiseptique après tout soin.
- ⊙ **Porter un masque, des lunettes de protection, une sur blouse** lorsqu'il y a des risques de projection.
- ⊙ **Faire attention** lors de toute manipulation d'instruments pointus ou tranchants, potentiellement contaminés.
- ⊙ **Ne jamais plier ou recapuchonner les aiguilles** : ne pas dégager les aiguilles des seringues ou des systèmes de prélèvement sous vide à la main.

- ⊙ **Utiliser un conteneur conçu pour cet usage** : jeter immédiatement tous les instruments piquants ou coupants dans un conteneur spécial.
- ⊙ **Décontaminer immédiatement** les instruments utilisés et les surfaces souillées par du sang ou liquide biologique avec de l'eau de javel.
- ⊙ **Au laboratoire** : les prélèvements doivent être transportés dans un haricot, un plateau ou dans une boîte à prélèvement.

Tableau XXXVI. Indications de la prophylaxie post-exposition (PPE) vis-à-vis du VIH chez l'adulte.

ACCIDENTS D'EXPOSITION AU VIH		
Risque et nature de l'exposition	Patient source	
	Infecté par le VIH	De sérologie VIH inconnue
Important Piqûre profonde, aiguille creuse, dispositif intravasculaire (artériel ou veineux)	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée*
Intermédiaire Coupure avec bistouri Piqûre avec aiguille IM ou SC Piqûre avec aiguille pleine Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact supérieur à 15 minutes	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée*
Minime Piqûres avec seringues abandonnées Crachats, morsures ou griffures	Prophylaxie Non systématique : évaluer la lésion	Prophylaxie Non systématique : évaluer la lésion

*Arrêter le traitement si la sérologie du patient source est négative.

i NB : Pour les autres accidents d'exposition au VIH, la conduite à tenir reste la même après évaluation du risque de contamination par le VIH.

Tableau XXXVII. Suivi biologique de la personne exposée aux VIH, VHB, VHC.

Examens	J0	J15	J30	M2	M3	M4
AES non traité :						
■ Sérologie VIH	+	-	+	-	+	-
■ Ag HBs, Sérologie VHC	+	-	+	-	+	-
AES traité :						
■ Sérologie VIH	+	-	+	+	-	+
■ Ag HBs, sérologie VHC	+	-	+	+	-	+
■ Test de grossesse	+	-	-	-	-	-
■ NFS, Transaminases	+	+	-	-	-	-
■ Créatinine (*si tenofovir)	+	+	-	-	-	-

Chapitre 11.

SUIVI D'UNE PERSONNE INFECTÉE PAR LE VIH



CTA de Makokou



INTRODUCTION

La prise en charge initiale d'une PVVIH doit être globale, avec les objectifs suivants :

- Établir avec le patient et son entourage, une relation de confiance qui va faciliter le suivi ultérieur et l'adhésion aux propositions thérapeutiques ;
- Prendre en compte les problèmes d'insertion, de couverture sociale et les problèmes psychologiques ;
- Apprécier le statut immuno-virologique de l'infection par le dosage des CD4 et la mesure de la charge virale plasmatique, qui sont des éléments essentiels du pronostic et du suivi ;
- Rechercher les co-morbidités infectieuses et tumorales et mettre en place un traitement si besoin ;
- Débuter si nécessaire, un traitement préventif des infections opportunistes et un traitement antirétroviral.

11. 1 BILAN CLINIQUE INITIAL

Le bilan clinique initial comprend les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

11.1.1 Interrogatoire

L'interrogatoire doit permettre de :

- ⊙ Préciser les paramètres socio-démographiques : noms, prénoms, âge, sexe, statut matrimonial, activité professionnelle, lieu de résidence, conditions de ressources et de logement, couverture sociale, statut virologique du partenaire ;
- ⊙ Rechercher les facteurs de risque cardiovasculaires personnels et familiaux : tabagisme (à quantifier), diabète, dyslipidémie, antécédents coronariens ;
- ⊙ Rechercher les facteurs de risque de transmission du VIH : transfusion sanguine, rapports sexuels non protégés, multipartenariat, homosexualité, utilisation des drogues injectables ;
- ⊙ Évaluer la consommation d'alcool, de substances illicites, de traitements réguliers prescrits ou non ;
- ⊙ Retrouver dans les antécédents médicaux :
 - ▷ Des événements potentiellement liés au VIH (voir classification OMS ou CDC) ;
 - ▷ Des infections sexuellement transmissibles ou une hépatite virale ;
 - ▷ Les vaccinations réalisées, notamment celle contre l'hépatite B.
 - ▷ Une allergie médicamenteuse.

11.1.2 Examen clinique initial

L'examen clinique complet doit être fait appareil par appareil et doit comporter en particulier :

- La prise de la température, du poids, de la tension artérielle, la mesure de la taille, du tour de hanche, du périmètre brachial et du périmètre thoracique ;
- L'examen neurologique à la recherche des troubles de la conscience ou d'un déficit moteur ou sensitif ;
- La recherche des signes de déshydratation, d'ictère et de pâleur conjonctivale ;
- La recherche des adénopathies, d'une hépatomégalie, d'une splénomégalie ;
- L'examen de la peau, de l'œil, de la cavité buccale et des phanères ;

- L'examen des organes génitaux et de l'anus ;
- L'examen des autres organes (poumons, cœur...).

11. 2 BILAN BIOLOGIQUE INITIAL

→ BILANS BIOLOGIQUES INDISPENSABLES POUR LA MISE SOUS TAR

Les examens recommandés pour le bilan biologique initial des patients VIH+ sont les suivants : Taux de CD4, NFS, glycémie, créatinine, transaminases (ALAT), examen des crachats.

→ BILANS BIOLOGIQUES NON INDISPENSABLES POUR LA MISE SOUS TAR

Il s'agit de :

- ⊙ Gamma GT, phosphatases alcalines
- ⊙ Bilan lipidique : cholestérol total, HDL, LDL, triglycérides
- ⊙ Marqueurs de l'hépatite B : Ag HBs, Ac anti-HBe et anti-HBc
- ⊙ Sérologies de l'hépatite virale C, de la syphilis, de la toxoplasmose, de la CMV
- ⊙ Charge virale.

→ BILAN MORPHOLOGIQUE

Ce bilan est demandé en fonction des signes d'appel et comprend la **radiographie thoracique** en cas de signes d'appel pulmonaire ou d'antécédents respiratoires.

11. 3 BILAN DE SUIVI

11.3.1 Bilan de suivi chez un patient infecté sans traitement ARV

Il s'agit généralement des personnes VIH+ qui ne sont pas encore éligibles au TAR. Les examens biologiques sont réalisés tous les 6 mois chez des patients ayant un taux de CD4 supérieur à 500/mm³ ou tous les 3 mois en fonction du contexte clinique.

Les examens recommandés sont les suivants :

- ⊙ Taux de lymphocytes CD4/CD8 (rapport CD4/CD8 si possible);
- ⊙ Numération Formule Sanguine;
- ⊙ Transaminases, glycémie à jeun, créatininémie.

11.3.2 Bilan de suivi chez un patient infecté sous traitement ARV

La mise en place d'un premier traitement antirétroviral nécessite une préparation et un bilan préthérapeutique. Une fois le traitement débuté, la surveillance permet de s'assurer de son efficacité immuno-virologique, de détecter et de prendre en charge des effets indésirables du traitement et d'apporter un soutien à l'observance.

Quatre visites médicales sont recommandées dans l'année avec un bilan biologique et radiologique (si nécessaire) dans l'année, y compris la visite d'initiation au traitement. Elles peuvent être plus fréquentes si le patient est traité tardivement (CD4<200/mm³), s'il existe une infection opportuniste récente, un risque de syndrome de reconstitution immunitaire, une mauvaise acceptabilité du traitement (effets indésirables, observance) et des risques spécifiques à certaines molécules ou des co-morbidités (cytolyse liée aux INNTI, hépatopathie).

11.3.2.1 Suivi clinique

Chez les patients symptomatiques, l'efficacité du traitement se traduit par une amélioration de l'état général avec reprise de poids et la disparition des maladies opportunistes.

Le suivi clinique comprendra:

- La prise du poids, de la tension artérielle, la recherche des signes de lipoatrophie et/ou de lipohypertrophie ;
- La recherche d'une pâleur conjonctivale (Zidovudine) ;
- La recherche de signes précoces de neuropathie périphérique (troubles sensitifs des membres inférieurs en cas de traitement par la Didanosine, de myopathie (zidovudine) ;
- La recherche de troubles digestifs (nausées, vomissements, ballonnements, diarrhée) surtout avec les IP boostés par du ritonavir. En cas de signes généraux associés (malaise, fatigue, amaigrissement) ou d'hépatomégalie, il faut rechercher une hyperlactatémie. Des douleurs abdominales doivent faire évoquer une pancréatite ou une hyperlactatémie.

11.3.2.2 Suivi biologique

Pour le suivi biologique des PVIH, les paramètres concernés, cités dans l'encadré ci-dessous, sont surveillés conformément au tableau XXXVIII.

D'autres examens peuvent être demandés en fonction des molécules ARV utilisées :

- Cholestérol total, HDL et LDL, triglycérides et glycémie à jeun si le malade est sous IP ;
- Amylasémie ou lipasémie (Lopinavir/r, Didanosine) et en cas de signes évocateurs de pancréatite ;
- Gamma GT ;
- Dosage des lactates (recommandé uniquement en cas de symptômes cliniques ou d'anomalies biologiques évocateurs d'une toxicité mitochondriale).

Tableau XXXVIII. Calendrier de suivi des patients sous traitement ARV.

Dates	Clinique	Observance	CD4*	CV	NFS	Biochimie	Crachats**
J0	+		+		+	+	+
J15	+	+			Si nécessaire		
M1	+	+			+	+	
M3	+	+	+		+	+	
M6	+	+	+	+	+	+	
M9*	+	+	+		+	+	
M12	+	+	+	+	+	+	

* Le rythme du dosage des CD4 est fonction de leur augmentation à partir de la deuxième année.

** A partir de J15, les examens des crachats seront demandés si nécessaire en fonction du contexte clinique.

11. 4 SAISIE DES DONNÉES ET ARCHIVAGE

L'archivage et la saisie des données doivent bien être organisés de façon à assurer la confidentialité des patients. Tous les membres de l'équipe doivent être conscients de l'importance de la confidentialité de ces informations.

→ QUESTIONS IMPORTANTES :

- ⊙ Où est conservée la documentation concernant les patients ?

- ⊙ Qui a accès aux documents ?
- ⊙ L'armoire ou la salle d'archivage est-elle fermée pour éviter l'accès par des personnes non autorisées ?
- ⊙ Qui a accès à la base de données des patients ?

Un bon archivage des données permettra une transmission facile et fiable des données pour alimenter le système d'information sanitaire.

Chapitre 12.

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DE LA PVVIH



CTA d'Oyem



INTRODUCTION

Une alimentation saine et équilibrée est importante pour tous et plus particulièrement pour les PVVIH. Les signes cliniques du sida vont influencer sur l'état nutritionnel du sujet avec pour conséquence une dénutrition progressive de la personne atteinte. Une PVVIH sans signe de maladie doit s'alimenter comme tout le monde. Une fois la maladie déclarée, ses besoins en énergie et nutriments sont augmentés et augmenteront plus avec l'évolution de celle-ci. Il lui faudra donc manger davantage.

Une prise en charge nutritionnelle précoce et appropriée associée au traitement médicamenteux et à une bonne hygiène de vie, vont permettre à la PVVIH de :

- ⊙ Maintenir son poids et sa force physique ;
- ⊙ Renforcer ou améliorer sa capacité à se défendre contre les infections ;
- ⊙ Améliorer sa réaction au traitement médicamenteux ;
- ⊙ Retarder l'apparition du stade de sida ;
- ⊙ Rester active et productive, avec une amélioration de son mental.

La prise en charge nutritionnelle comprend :

- ⊙ Le dépistage des problèmes nutritionnels ;
- ⊙ L'enquête alimentaire ;
- ⊙ L'éducation nutritionnelle.

12. 1 DÉPISTAGE DES PROBLÈMES NUTRITIONNELS

Pour ce faire, il faut interroger le malade.

A-t-il des difficultés pour s'alimenter ?

- Dégoût alimentaire dû à la fatigue et aux effets secondaires des médicaments ;
- Handicap physique (l'empêchant de porter la nourriture à la bouche) ;
- Manque d'appétit ou refus de se nourrir ;
- Fatigue ;
- Manque de motivation ;
- Difficultés économiques et/ou professionnelles.

A-t-il des difficultés pour se nourrir ?

- Problèmes dentaires (absence de dents, mauvais état dentaire, appareil dentaire mal adapté) ;
- Allergies alimentaires ;
- Lésions buccales ;
- Nausées, vomissements ;
- Diarrhée ;
- Refroidissement, toux ou rhume.
- Fièvre.

12. 2 ENQUÊTES ALIMENTAIRES INDIVIDUELLES

Dans ce cas, il faut évaluer la prise alimentaire, le poids et les conditions d'hygiène.

→ EVALUATION DE LA PRISE ALIMENTAIRE

Elle consiste à :

- Demander à la PVVIH de dire tout ce qu'elle a mangé la veille et noter le nombre de repas pris dans la journée, ainsi que leur composition (viande, riz, légumes, lait, fruit,...) ;

- Vérifier le nombre de repas pris dans la semaine, la consommation des mêmes aliments, la variation de l'alimentation et la manière de la varier (poisson 3x/semaine; riz 7j/7, 1 fruit/jour,...) ;
- Identifier si le patient a des préférences ou des dégoûts pour certains aliments. Au besoin, il faut se faire aider par l'entourage si le patient ne peut pas répondre lui-même.

Si le prestataire de soins est présent au moment du repas du patient, il doit noter : s'il mange de lui-même ou non, avec appétit ou non, si on l'encourage à manger, ce qu'on lui donne comme repas ainsi que les quantités, l'aspect appétissant ou non du repas et s'il termine son assiette.

→ EVALUATION DU POIDS

Il faut vérifier si le patient connaît son poids actuel ; si c'est son poids habituel, c'est-à-dire s'il a pris ou a perdu du poids. Au besoin, il faut se faire aider par l'entourage si le patient ne peut répondre lui-même.

→ EVALUATION DES CONDITIONS D'HYGIÈNE

Il faut vérifier la propreté de la PVIH (habits, ongles, cheveux), de sa maison, des toilettes, de la cuisine, des lieux de conservation des aliments (réfrigérateur, congélateur, réserve ou placard), des ustensiles. Il faut aussi s'intéresser à la tenue de la poubelle (assez loin du lieu de préparation des repas, avec couvercle), à l'accès à l'eau potable et à l'hygiène des mains et de l'alimentation (fruits, légumes...).

12.3 ÉDUCATION NUTRITIONNELLE

C'est une étape très importante de la prise en charge nutritionnelle. Elle doit être appropriée, personnalisée et tenir compte des problèmes nutritionnels, des habitudes alimentaires (bonnes ou mauvaises) relevés lors de l'entretien.

En règle générale, il faut donner des conseils nutritionnels généraux en les adaptant à l'âge du sujet, à son état de santé, à ses goûts, c'est-à-dire prendre un nombre de repas suffisant, consommer assez de fruits, pas de nourriture trop grasse, consommer assez de protéines (poisson, viande, œufs,...).

Qu'est-ce qu'une alimentation équilibrée ?

C'est une alimentation qui contient les 3 principaux groupes d'aliments et dans les proportions requises. Il est conseillé de prendre trois repas par jour (matin, midi et soir).

Exemple de repas équilibré :

- Un aliment énergétique riche en sucre d'absorption lente (ex : manioc, pain);
- Un aliment énergétique riche en graisses (ex : huile de palme, beurre);
- Un aliment de croissance et d'entretien (ex : viande, lait, poisson, arachide);
- Un aliment de protection (ex : tomate, épinard, folong, orange, papaye).

Qu'est-ce qu'une alimentation variée ?

C'est le fait de ne pas manger les mêmes aliments tous les jours. Dans chaque groupe alimentaire, il faut changer régulièrement d'aliment.

Qu'est-ce qu'une alimentation saine ?

C'est une alimentation préparée dans de bonnes conditions d'hygiène.

L'hygiène alimentaire a pour but de prévenir la contamination des lieux où l'on prépare les aliments, ainsi que la multiplication et la prolifération des microbes dans les aliments.

Tableau XXXIX. Exemples d'aliments à consommer par repas et leur intérêt.

Groupes alimentaires	Quand?	Intérêt
Aliments énergétiques <ul style="list-style-type: none"> ■ Céréales (riz, maïs, mil, pâtes, pain, couscous) ■ Tubercules (taro, igname, manioc, patate douce, pomme de terre) ■ Banane plantain, fruit à pain ■ Produits sucrés (sucre de table, miel, confiseries, confitures, glace, etc.) ■ Graisses (beurre, margarine) ■ Huile (arachide, palme, maïs, tournesol) ■ Noix de palme, arachides, amande du manguier sauvage (chocolat indigène) 	A chaque repas	Apports glucidiques
	A consommer avec modération	
	Tous les jours Mais en quantité limitée	Apports lipidiques
Aliments de protection <ul style="list-style-type: none"> ■ Fruits et légumes, surtout à feuilles vertes (épinard, folong, poivron, ...); couleur jaune, rouge, orangé (tomate, papaye, mangue, orange, citron, pamplemousse etc.) 	Tous les jours	Apports vitaminiques et sels minéraux pour renforcer le système immunitaire
Aliments de croissance et d'entretien <ul style="list-style-type: none"> ■ Viande, poisson, œufs, chenilles, vers de palmier, insectes (grillons, criquets etc.) ■ Légumineuses (haricots blancs et rouges, pois chiche, lentilles, arachides) ■ Graines de courge, amandes (noisettes, badames, etc.), amande du manguier sauvage (chocolat indigène) ■ Lait, produits laitiers (yaourt, lait caillé) 	1-2x/jour	Apports protéiniques de bonne qualité Renforcent les muscles et l'immunité
		Source de calcium

Conseils généraux d'hygiène alimentaire :

→ **Dans la cuisine, il faut garder :**

- ⊙ Les zones de préparation et de conservation des aliments propres ;
- ⊙ La vaisselle et les ustensiles de cuisine propres pour conserver, préparer et servir les aliments ;
- ⊙ Les poubelles fermées, vidées et nettoyées régulièrement.

→ **Conservation et cuisson des aliments :**

- ⊙ Couvrir les aliments pour les protéger (mouches, poussière) ;
- ⊙ Bien cuire les aliments (viandes, œufs) ;
- ⊙ Cuire les légumes dans peu d'eau et consommer cette eau de cuisson riche en vitamines et sels minéraux ;
- ⊙ Conserver le reste des aliments dans un réfrigérateur ou un congélateur ;
- ⊙ Bien réchauffer le reste des aliments avant de les consommer ;
- ⊙ Ne pas garder ou mélanger les aliments crus et les aliments cuits.

→ **Boisson :**

- ⊙ Boire de l'eau potable (eau minérale ou eau chauffée et refroidie).

→ **Hygiène des mains :**

- ⊙ Se laver les mains avant chaque repas et après être allé aux toilettes.

i NB :

- *Tout aliment contaminé par des microbes et consommé provoque des maladies ;*
- *La PVVIH étant plus vulnérable aux microbes, elle doit donc faire attention à ne pas consommer des aliments souillés.*

→ **RÈGLES SPÉCIFIQUES AUX PVVIH :**

La maladie, les effets secondaires des médicaments et le mauvais état mental affectent souvent la qualité de leur alimentation. Les conseils nutritionnels se rapporteront aux symptômes suivants :

- Les diarrhées chroniques ;
- Les lésions dans la bouche ;
- La fièvre, avec frissons ;
- La toux chronique ;
- L'amaigrissement ;
- Les nausées et/ou les vomissements.

Il faut également prêter attention aux conséquences nutritionnelles de certains médicaments que prennent ces malades.

Il faut donc leur conseiller :

- Pour prendre du poids :
 - ⊙ De manger plus (glucides, lipides, vitamines et sels minéraux), en ajoutant des collations (bouillies de céréales enrichies au lait ou à la pâte d'arachide), en augmentant le nombre de repas journalier ;
 - ⊙ De faire de l'exercice physique pour « se faire » du muscle ;
 - ⊙ D'éviter l'alcool, le tabac, les drogues, les médications non prescrites ;
- Pour prévenir la perte de poids:
 - ⊙ Traiter tous les problèmes nutritionnels rencontrés (lésions buccales, problèmes dentaires, diarrhée, anorexie,...) et toute infection déclarée de manière précoce.
 - ⊙ Manger des repas riches en énergie.

→ **RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE NUTRITION POUR LES PVVIH**

Les recommandations varient en fonction **du stade d'évolution de la maladie** (phase asymptomatique, perte de poids, maladie) :

Au stade asymptomatique : maintenir la santé et constituer des réserves de nutriments. Une bonne nutrition et une bonne hygiène de vie peuvent aider à prolonger la période entre l'infection au VIH et le début des infections opportunistes (prendre en compte les disponibilités alimentaires locales).

Au stade de la perte de poids: l'accent est mis sur la prise en charge des problèmes liés à l'anorexie, aux infections et à la malabsorption (graisses, nutriments complexes). Une bonne nutrition et un style de vie sain peuvent aider à préserver la santé, à améliorer la qualité de vie et à prolonger l'indépendance aux autres, ainsi que la durée de vie.

Au stade « Maladie »: l'accent est mis sur les infections chroniques (diarrhées). Il faut prêter attention aux conséquences nutritionnelles de certains médicaments que prennent ces malades.

- **Suggestions pratiques pour maximiser les apports alimentaires pendant et après des infections courantes liées au VIH/sida (Tableau XXXX).**

Tableau XL. Stratégies alimentaires suggérées en fonction des symptômes vécus.

SYMPTÔME	STRATÉGIE SUGGÉRÉE
Fièvre et perte d'appétit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Boire des liquides riches en énergie et en protéines (bouillons, jus de fruits, ...) ■ Manger de petites portions d'aliments mous et préférés ■ Boire souvent de l'eau et des tisanes ■ Prendre des bouillies de céréales enrichies au lait ou à la pâte d'arachide
Mal de bouche et de gorge	<ul style="list-style-type: none"> ■ Éviter les agrumes, les tomates et les aliments épicés ■ Éviter les aliments très sucrés ■ Boire des liquides riches en énergie et en protéines avec une paille ■ Manger des aliments à température ambiante ou plus frais ■ Manger des aliments consistants tels que la bouillie de céréales ou de tubercules enrichies, la purée de pomme de terre
Nausées et vomissements	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consommer de la purée de carottes ou d'autres légumes et des fruits non acides ■ Manger des biscuits secs et d'autres aliments secs ■ Éviter la nourriture avec un arôme fort ■ Boire des jus de fruits dilués ■ Boire de la soupe ■ Manger des aliments tels que la bouillie, les pommes de terre, les haricots ■ Fractionner les repas
Diarrhée légère	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consommer des fruits en purées, du riz, de la bouillie ■ Faire de petits repas plus souvent ■ Éliminer les produits laitiers pour voir s'ils sont la cause du problème ■ Diminuer les aliments riches en graisses ■ Ne pas manger d'aliments avec des fibres insolubles (ex : pomme sans la peau) ■ Boire souvent des liquides
Malabsorption des graisses	<ul style="list-style-type: none"> ■ Éliminer huile, beurre, margarine et aliments qui contiennent ces ingrédients ou qui ont été préparés avec ceux-ci ■ Ne manger que de la viande maigre ■ Manger des fruits et des légumes et d'autres aliments pauvres en matières grasses ■ Bien mastiquer les aliments
Diarrhée aiguë	<ul style="list-style-type: none"> ■ Boire des liquides fréquemment ■ Boire une solution de réhydratation orale ■ Boire des jus de fruits dilués ■ Manger des bananes, des fruits en purées, du riz très cuit, de la bouillie
Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demander à quelqu'un d'aider à faire la cuisine pour éviter de perdre de l'énergie et de passer du temps à la préparation (faire attention pour réchauffer) ■ Manger des fruits frais tout au long de la journée ■ Boire des liquides riches en énergie et en protéines ■ Réserver du temps chaque jour pour manger

Chapitre 13.

VACCINATION DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH



Service de Médecine de l'Hôpital Albert Schweitzer de
Lambaréné



INTRODUCTION

Les PVVIH présentent une sensibilité accrue à certaines infections qui peuvent faire l'objet d'une protection vaccinale (pneumocoque, grippe notamment). Ces personnes sont également à risque plus élevé d'exposition à d'autres virus (hépatite A et hépatite B en particulier). Pour la majorité des autres maladies à protection vaccinale, les données actuellement disponibles ne permettent pas de mettre en évidence un risque accru par rapport à la population générale.

Comme dans d'autres situations d'immunodépression, il existe une diminution de l'immunogénicité des vaccins, en particulier lorsque la réplication virale n'est pas contrôlée par le traitement et/ou lorsque le taux de CD4 est inférieur à 500/mm³ et à fortiori inférieur à 200/mm³. La protection obtenue, de plus courte durée, peut nécessiter des rappels plus fréquents que chez la personne immunocompétente.

La stimulation des lymphocytes T par la vaccination peut induire une augmentation transitoire de la charge virale, en particulier chez les patients non traités mais semble-t-il, sans conséquence clinique péjorative.

Chez les enfants pris en charge pour une infection par le VIH, le schéma de vaccination est celui de la population générale à l'exception du BCG qui peut être différé chez un nouveau-né de mère VIH positive, en mauvais état général à la naissance.

Chez les personnes vivant avec le VIH, une évaluation doit être faite à tous les stades des soins afin de déterminer si elles remplissent les critères pour recevoir des vaccinations. Les nourrissons exposés au VIH ainsi que les enfants et les jeunes adultes vivant avec le VIH doivent recevoir l'ensemble des vaccinations faisant partie des vaccinations systématiques recommandées dans les calendriers nationaux.

Le risque de complications associées aux vaccins vivants peut être plus élevé chez les patients qui présentent une immunodépression sévère. Les vaccins inactivés sont plus efficaces chez les personnes recevant un TAR et chez celles qui ne présentent pas d'immunodépression, mais ils sont sans danger et peuvent être

Utilisés dans tous les groupes avec une certaine efficacité.

Tableau XLI. Récapitulatif des recommandations vaccinales pour PVVIH.

Types de vaccins	Recommandations en cas d'infection par le VIH
1- Vaccins inertes	
Choléra oral	Absence de données - 1 administration orale chez les sujets asymptomatiques
Diphtérie-tétanos-poliomyélite	Recommandé - Rappel tous les 10 ans
Grippe	Recommandé - 1 injection annuelle
Hépatite A	Recommandé Si co-infection VHB et/ou VHC, toxicomanie IV, homosexuels masculins, voyages en zones endémiques 1 dose suivie d'un rappel entre 6 et 12 mois
Hépatite B	Recommandé pour tous les patients (enfants et adultes) n'ayant aucun marqueur sérologique du VHB Contrôle du taux d'anticorps anti-Hbs après vaccination et une fois par an : injection de rappels si anticorps anti-Hbs < 10 mUI/ml. Schéma pour l'enfant 2 injections à dose normale espacées d'un mois, rappel 6-12 mois plus tard. Schéma pour l'adulte 3 injections doubles doses espacées d'un mois et 4 ^e double dose 6 mois plus tard.

Types de vaccins	Recommandations en cas d'infection par le VIH
Méningocoque A et C ACYW135	Recommandé 1 injection 10-15 jours avant le départ dans une région à risque
Leptospiroses	Recommandé Chez les égoutiers, employés de voirie, gardes-pêche, travailleurs agricoles, en particulier des rizières, personnels de traitement des eaux usées Posologie ?
Pneumocoque (vaccin polysaccharidique 23 valences)	Recommandé - 1 injection tous les 5ans
Rage	Recommandé Chez des personnes exposées au virus de la rage des chauves-souris, séjour prolongé ou aventureux et en situation d'isolement dans un pays à haut risque. 3 injections à J0, J7, J21-28, rappel à 1 an
Typhoïde	Recommandé En cas de séjour prolongé ou dans de mauvaises conditions dans des pays où l'hygiène est précaire. 1 injection 15 jours avant le départ

2- Vaccins vivants atténués

BCG	Contre-indiqué en cas de déficit immunitaire sévère
Fièvre jaune	Contre-indiqué si CD4 inférieurs aux seuils précisés par le ROR (en cas de déficit immunitaire sévère) Schéma : 1 injection
Polio Oral	Contre indiqué en cas de déficit immunitaire sévère (chez les sujets symptomatiques)
Rougeole-Oreillons-Rubéole	<p>Contre-indiquée</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ CD4 <25%(nourrissons âgés de moins de 12 mois) ■ CD4 <20%(nourrissons et enfants entre 12 et 35 mois) ■ CD4<15%(enfants et 59 mois) ■ CD4<200mm³(enfants âgés de plus de 5 ans et adultes) ■ Chez l'enfant âgé de moins de 2 ans ■ Entre 12 et 24 mois : 1 dose du vaccin ROR à 12 mois et une 2^e dose entre 16 et 18 mois. <p>Chez l'adulte et l'enfant âgé de plus de 2 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sérologie de la rougeole systématique et vaccination des patients non immuns par 2 doses de vaccin ROR à au moins 1 mois d'intervalle ■ en cas de déficit immunitaire sévère ■ Première dose à 9 mois et deuxième dose à plus de 9 mois

ANNEXE 1. CLASSIFICATION OMS DE L'INFECTION A VIH

ANNEXE 1A. CLASSIFICATION OMS DE L'INFECTION À VIH/SIDA CHEZ L'ADULTE ET L'ADOLESCENT^a, RÉVISION 2006

Stade clinique 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Patient asymptomatique ■ Lymphadénopathies généralisées persistantes
Stade clinique 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Perte de poids modérée inexpliquée (inférieure à 10 % du poids corporel estimé ou mesuré) ■ Manifestations cutané-muqueuses mineures : dermatite séborrhéique, prurigo, atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales récurrentes, perlèche ■ Eruption papulaire prurigineuse ■ Zona ■ Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures (sinusite, amygdalite, otite moyenne, pharyngite) ■ Chéilite angulaire
Stade clinique 3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Perte de poids sévère inexpliquée (supérieure à 10 % du poids corporel estimé ou mesuré) ■ Diarrhée chronique inexpliquée depuis plus d'1 mois ■ Fièvre prolongé/persistante inexpliquée (intermittente ou constante) depuis plus d'1 mois ■ Candidose buccale persistante (muguet) ■ Leucoplasie chevelue de la cavité buccale ■ Tuberculose pulmonaire ■ Infections bactériennes sévères (pneumonie, empyème, pyomyosite, infection osseuse ou articulaire, méningite, bactériémie) ■ Stomatite, gingivite ou parodontite aigue nécrosante ■ Anémie (<8 g/dl), neutropénie (<0,5 x 10⁹/l) et/ou thrombocytopénie chronique (<50 x 10⁹/l), inexpliquées
Stade clinique 4^b	<ul style="list-style-type: none"> ■ Syndrome cachectique lié au VIH (définition CDC) ■ Pneumonie à pneumocystis (jirovecii) ■ Toxoplasmose cérébrale ■ Cryptosporidiose chronique ou isosporose chronique ■ Cryptococcose extrapulmonaire, y compris la méningite ■ Infection à Cytomégalovirus (rétinite ou touchant d'autres organes) ■ Infection chronique à herpès simplex (bucco-labiale, génitale ou ano-rectale d'une durée supérieure à 1 mois, ou viscérale quelle que soit la localisation) ■ Leuco-encéphalopathie multifocale progressive (LEMP)
Stade clinique 4^b (suite)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Toutes mycoses endémiques disséminées (histoplasmosse, coccidioïdomycose) ■ Candidose œsophagienne ou trachéale ou bronchique ou pulmonaire ■ Mycobactérie atypique non tuberculeuse disséminée ■ Septicémie récurrente (y compris à salmonella non typhiques/typhoïdique) ■ Tuberculose extrapulmonaire ■ Lymphome (cérébral ou non hodgkinien à cellules B) ■ Sarcome de Kaposi (SK) ■ Encéphalopathie à VIH ■ Pneumonies bactériennes sévères récidivante/récurrentes ■ Néphropathie ou mycardiopathie symptomatiques associées au VIH ■ Carcinome invasif du col de l'utérus ■ Leishmaniose atypique disséminée

^a Dans ce tableau, un adolescent est défini comme une personne âgée de 15 ans ou plus. Pour toute personne âgée de moins de 15 ans, la classification doit se faire en utilisant les stades cliniques chez l'enfant.

^b Certaines pathologies particulières supplémentaires peuvent être ajoutées aux classifications selon les régions, comme la pénicillinose en Asie, la fistule recto-vaginale associée au VIH en Afrique australe et la réactivation d'une trypanosomiase en Amérique latine.

ANNEXE 1B. CLASSIFICATION OMS DE L'INFECTION À VIH CHEZ L'ENFANT

Stade clinique 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Asymptomatique ■ Lymphadénopathie généralisée persistante 	
Stade clinique 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hépatosplénomégalie persistante inexpliquée ■ Infections récurrentes ou chroniques des voies respiratoires supérieures (otite moyenne, otorrhée, sinusite, amygdalite) ■ Zona ■ Erythème gingival linéaire ■ Ulcérations buccales récurrentes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eruption papulaire prurigineuse ■ Infections fongiques de l'ongle ■ Infection verruqueuse extensive d'origine virale ■ Molluscum contagiosum extensif ■ Augmentation du volume des parotides persistante et inexpliquée
Stade clinique 3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Malnutrition modérée inexpliquée^a ne répondant pas de façon satisfaisante au traitement standard ■ Diarrhée persistante inexpliquée (14 jours ou plus) ■ Fièvre persistante inexpliquée (supérieure à 37,5°C, intermittente ou constante, depuis plus d'un mois) ■ Candidose buccale persistante (après les six premières semaines de vie) ■ Leucoplasie chevelue de la cavité buccale ■ Tuberculose ganglionnaire 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tuberculose pulmonaire ■ Pneumonies bactériennes sévères récurrentes ■ Gingivite ou parodontite aiguë nécrosante ulcéralive ■ Anémie (<8g/dl), neutropénie (<0,5 x 10⁹/l) et/ou thrombocytopénie chronique (<50 x 10⁹/l) inexpliquées ■ Pneumonie interstitielle lymphocytaire symptomatique ■ Pathologie pulmonaire chronique associée au VIH, notamment la bronchiectasie
Stade clinique 4	<ul style="list-style-type: none"> ■ Émaciation sévère inexpliquée, retard de croissance sévère inexpliqué ou malnutrition^b sévère inexpliquée ne répondant pas de façon satisfaisante au traitement standard ■ Pneumonie à pneumocystis (jirovecii) ■ Infections bactériennes sévères récurrentes (par exemple : empyème, pyomyosite, infection osseuse ou articulaire, méningite, mais ne comprenant pas la pneumonie) ■ Infection chronique à herpès simplex (bucco-labiale ou cutanée d'une durée supérieure à 1 mois, ou viscérale quelle que soit la localisation) ■ Candidose œsophagienne ou trachéale ou bronchique ou pulmonaire ■ Tuberculose extrapulmonaire ■ Néphropathie ou myocardiopathie associée au VIH ■ Sarcome de Kaposi 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infection à Cytomégalovirus (rétinite ou infection d'autres organes, débutant après l'âge d'un mois) ■ Toxoplasmose du système nerveux central (après la période néonatale) ■ Encéphalopathie à VIH ■ Cryptococcose extrapulmonaire, y compris la méningite ■ Infection mycobactérienne non tuberculeuse disséminée ■ Leucoencéphalopathie multifocale progressive ■ Cryptosporidiose chronique (avec diarrhée) ■ Isosporose chronique ■ Mycose endémique disséminée (histoplasmosse extrapulmonaire, coccidioidomycose, pénicillinose) ■ Lymphome (cérébral ou non hodgkinien à cellules B)

Chez l'enfant âgé de moins de 5 ans : une malnutrition modérée est définie comme un rapport poids/taille avec une valeur du Z inférieure à -2 ou un périmètre brachial à mi-hauteur \geq à 115 mm et < à 125 mm.

Chez l'enfant âgé de moins de 5 ans : une émaciation sévère est définie par un rapport poids/taille avec une valeur du Z inférieure à -3 ; un retard de croissance est défini par un rapport longueur/âge ou taille/âge avec une valeur du Z inférieure à -2 et une malnutrition aiguë sévère est définie soit par un rapport poids /taille avec une valeur du Z inférieure à -3, soit par un périmètre brachial à mi-hauteur inférieur à 115 mm, soit par la présence d'œdèmes.

ANNEXE 2A. CLASSIFICATION EN CATÉGORIES CLINIQUES DU CDC 1993

Catégorie A	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un ou plusieurs critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C <ul style="list-style-type: none"> ■ Infection à VIH asymptomatique ■ Lymphadénopathie persistante généralisée ■ Primo-infection symptomatique 		
Catégorie B	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ■ Angiomatose bacillaire ■ Candidose oropharyngée ■ Candidose vaginale persistante, fréquente ou répondant mal au traitement ■ Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ ■ Syndrome constitutionnel : fièvre (38°5) ou diarrhée supérieure à 1 mois </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ■ Leucoplasie orale chevelue ■ Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome ■ Purpura thrombocytopenique idiopathique ■ Listériose ■ Neuropathie périphérique </td> </tr> </table> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Angiomatose bacillaire ■ Candidose oropharyngée ■ Candidose vaginale persistante, fréquente ou répondant mal au traitement ■ Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ ■ Syndrome constitutionnel : fièvre (38°5) ou diarrhée supérieure à 1 mois 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leucoplasie orale chevelue ■ Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome ■ Purpura thrombocytopenique idiopathique ■ Listériose ■ Neuropathie périphérique
<ul style="list-style-type: none"> ■ Angiomatose bacillaire ■ Candidose oropharyngée ■ Candidose vaginale persistante, fréquente ou répondant mal au traitement ■ Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ ■ Syndrome constitutionnel : fièvre (38°5) ou diarrhée supérieure à 1 mois 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leucoplasie orale chevelue ■ Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome ■ Purpura thrombocytopenique idiopathique ■ Listériose ■ Neuropathie périphérique 		
Catégorie C	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté l'une des pathologies ci-dessous, il est classé définitivement dans la catégorie C : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ■ Candidose trachéale, bronchique, pulmonaire, oesophagienne ■ Cryptococcose extrapulmonaire ■ Pneumonie à <i>Peumocystis carinii</i> ■ Toxoplasmose cérébrale ■ Infection à CMV autre que hépatique, splénique ou ganglionnaire ■ Rétinite à CMV ■ Encéphalopathie due au VIH ■ Infection herpétique, ulcère > 1 mois ou bronchopulmonaire, oesophagienne ■ Infection à <i>Mycobacterium tuberculosis</i> pulmonaire ou extrapulmonaire ■ Infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire ■ Infection à <i>Mycobacterium avium</i> ou <i>kançaii</i>, disséminée ou extrapulmonaire ■ Cancer invasif du col </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ■ Microsporidiose intestinale ou extra intestinale ■ Pneumopathie bactérienne récurrente ■ Septicémie à salmonelles non typhi récurrente ■ Cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois ■ Isosporidiose intestinale chronique évoluant depuis plus d'un mois ■ Leucoencéphalopathie multifocale progressive ou LEMP ■ Coccidioïdomycose, disséminée ou extrapulmonaire ■ Histoplasmose disséminée ou extrapulmonaire ■ Sarcome de Kaposi ■ Lymphome de Burkitt ■ Lymphome immunoblastique, lymphome cérébral primaire, cancer invasif du col ■ Syndrome cachectique dû au VIH </td> </tr> </table> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Candidose trachéale, bronchique, pulmonaire, oesophagienne ■ Cryptococcose extrapulmonaire ■ Pneumonie à <i>Peumocystis carinii</i> ■ Toxoplasmose cérébrale ■ Infection à CMV autre que hépatique, splénique ou ganglionnaire ■ Rétinite à CMV ■ Encéphalopathie due au VIH ■ Infection herpétique, ulcère > 1 mois ou bronchopulmonaire, oesophagienne ■ Infection à <i>Mycobacterium tuberculosis</i> pulmonaire ou extrapulmonaire ■ Infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire ■ Infection à <i>Mycobacterium avium</i> ou <i>kançaii</i>, disséminée ou extrapulmonaire ■ Cancer invasif du col 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Microsporidiose intestinale ou extra intestinale ■ Pneumopathie bactérienne récurrente ■ Septicémie à salmonelles non typhi récurrente ■ Cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois ■ Isosporidiose intestinale chronique évoluant depuis plus d'un mois ■ Leucoencéphalopathie multifocale progressive ou LEMP ■ Coccidioïdomycose, disséminée ou extrapulmonaire ■ Histoplasmose disséminée ou extrapulmonaire ■ Sarcome de Kaposi ■ Lymphome de Burkitt ■ Lymphome immunoblastique, lymphome cérébral primaire, cancer invasif du col ■ Syndrome cachectique dû au VIH
<ul style="list-style-type: none"> ■ Candidose trachéale, bronchique, pulmonaire, oesophagienne ■ Cryptococcose extrapulmonaire ■ Pneumonie à <i>Peumocystis carinii</i> ■ Toxoplasmose cérébrale ■ Infection à CMV autre que hépatique, splénique ou ganglionnaire ■ Rétinite à CMV ■ Encéphalopathie due au VIH ■ Infection herpétique, ulcère > 1 mois ou bronchopulmonaire, oesophagienne ■ Infection à <i>Mycobacterium tuberculosis</i> pulmonaire ou extrapulmonaire ■ Infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire ■ Infection à <i>Mycobacterium avium</i> ou <i>kançaii</i>, disséminée ou extrapulmonaire ■ Cancer invasif du col 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Microsporidiose intestinale ou extra intestinale ■ Pneumopathie bactérienne récurrente ■ Septicémie à salmonelles non typhi récurrente ■ Cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois ■ Isosporidiose intestinale chronique évoluant depuis plus d'un mois ■ Leucoencéphalopathie multifocale progressive ou LEMP ■ Coccidioïdomycose, disséminée ou extrapulmonaire ■ Histoplasmose disséminée ou extrapulmonaire ■ Sarcome de Kaposi ■ Lymphome de Burkitt ■ Lymphome immunoblastique, lymphome cérébral primaire, cancer invasif du col ■ Syndrome cachectique dû au VIH 		

ANNEXE 2B. CLASSIFICATION CDC 1993 POUR LES ADULTES ET LES ADOLESCENTS

Nombre de CD4/mm ³ Catégories	A Asymptomatique, ou Primo-infection aiguë Lymphadénopathie	B Symptomatique, mais sans critères A ou C	C Sida
> 500/mm ³ > 29%	A1	B1	C1
200 – 499/mm ³ 15 – 28%	A2	B2	C2
< 200/mm ³ < 15%	A3	B3	C3

NB : Tous les patients en catégories A3, B3 et C1-C2-C3 sont au stade de sida.

ANNEXE 3. CRITÈRES POUR INITIER, SUIVRE ET INTERROMPRE LA CHIMIOPROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE (OMS 2006)

Age	Critères pour la mise en route	Critères pour arrêter ^a	Dose de Cotrimoxazole	Approche pour le suivi
Nourrissons exposés au VIH	Chez tous à partir de 6 semaines après la naissance	Jusqu'à ce que le risque de transmission du VIH disparaisse Ou exclusion d'une infection à VIH	Voir tableau VIII	Suivi clinique tous les 3 mois
< 1 an	Chez tous ^b	Jusqu'à l'âge de 5 ans quel que soit le % de CD4 ou les signes cliniques Ou ne jamais interrompre		
1 à 5 ans	Stades cliniques OMS 2, 3 et 4 quel que soit le % de CD4 Ou quel que soit le stade clinique OMS avec un taux de CD4 < 25% Ou chez tous ces enfants ^b	Ne jamais interrompre		
> 5 ans, incluant les adultes	Quel que soit le stade OMS avec un taux de CD4 < 350/mm ^{3d} Ou stade OMS 3 ou 4 Quel que soit le taux de CD4 Ou chez tous ^b	Ne jamais interrompre Ou quand le taux de CD4 > 500/mm ³ après 6 mois de TAR ^e		

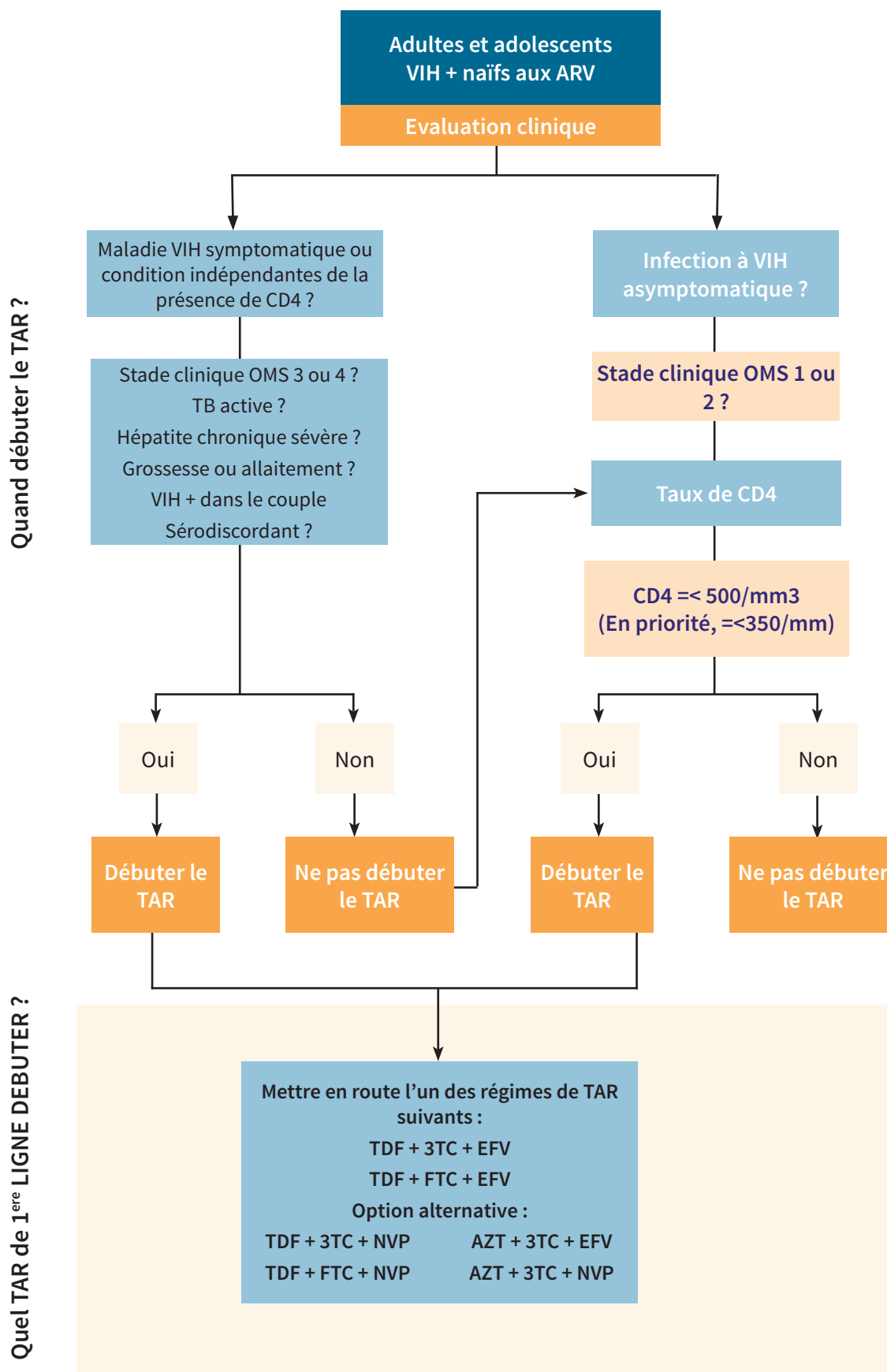
- ^a Arrêter aussi si la personne présentant le Syndrome de Stevens-Johnson est porteuse d'une maladie hépatique sévère, d'une anémie sévère, d'une pancytopénie sévère ou si la personne a un statut sérologique VIH négatif.
- ^b Contre-indications au cotrimoxazole : allergie sévère aux sulfamides; portage d'une maladie sévère, maladie rénale sévère et déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD).
- ^c Dans tous les cas, quel que soit le pourcentage de CD4 ou le stade clinique dans les contextes de prévalence élevée du VIH, de mortalité infantile élevée, causée par des maladies infectieuses et une infrastructure sanitaire insuffisante.
- ^d Si le traitement préventif est initié en priorité pour la prophylaxie de la pneumonie à pneumocystis ou de la toxoplasmose.
- ^e Dans les contextes où les prévalences des infections bactériennes ou du paludisme sont élevées.

ANNEXE 4. RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS SUR LES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ AU TAR CHEZ LES ADULTES, LES ADOLESCENTS, LES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES ET LES ENFANTS VIH+

Population	Recommandations
Adultes et adolescents (≥10 ans)	Débuter le TAR si le taux de CD4 ≤500/mm ³
	Débuter le TAR quel que soit le stade clinique OMS et le taux de CD4 TB active Co-infection HBV chronique sévère Femme enceinte et/ou allaitante VIH+ Partenaire VIH positif dans le couple sérodiscordant (pour réduire le risque de transmission du VIH)
Enfants ≥5 ans	Débuter le TAR si le taux de CD4 ≤500/mm ³ Prioritairement, débiter le TAR chez tous les enfants avec une infection VIH sévère/avancée (stade clinique OMS 3 ou 4)
	Débuter le TAR quel que soit le taux de CD4 Au stade clinique OMS 3 ou 4 En cas de TB active
Enfants de 1-5 ans ^a	Débuter le TAR quel que soit le stade clinique OMS et le taux de CD4 Prioritairement, débiter le TAR chez les enfants VIH+ âgés de 1-2 ans ou avec une infection VIH sévère/avancée (stade clinique OMS 3 ou 4) ou avec un taux de CD4 ≤750/mm ³ ou <25%, en fonction de la méthode utilisée
Nourrissons <1 an ^a	Initier le TAR quel que soit le stade clinique OMS et le taux de CD4

^a Débiter le TAR chez tout enfant âgé de moins de 18 mois chez qui un diagnostic clinique présomptif d'infection à VIH a été posé.

ANNEXE 5. ARBRE DÉCISIONNEL POUR L'INITIATION DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL CHEZ L'ADULTE ET L'ADOLESCENT



ANNEXE 6. RÉSUMÉ DE LA PROPHYLAXIE ARV CHEZ LA MÈRE ET LE NOURRISSON EN DE FONCTION DE DIFFÉRENTS SCÉNARIOS CLINIQUES

Scénario	Prophylaxie ARV chez la mère ^a	Prophylaxie ARV chez le nourrisson ^b	Durée de la prophylaxie ARV chez le nourrisson
Mère dépistée VIH + au cours de la grossesse ^{c, d}	Débuter le TAR chez la mère	NVPc	6 semaines ^c
Mère dépistée VIH + au cours du travail ou dans le postpartum immédiat et qui envisage allaiter son bébé	Débuter le TAR chez la mère	NVP	6 semaines; envisager de prolonger jusqu'à 12 semaines
Mère dépistée VIH + au cours du travail ou dans le postpartum immédiat et qui envisage utiliser une alimentation de substitution pour nourrir son bébé	Référer la mère pour soins du VIH et évaluation en vue du TAR	NVPc	6 semaines ^c
Nourrisson identifié comme exposé au VIH après la naissance (par un test de dépistage d'anticorps anti VIH chez la mère ou chez le nourrisson) et qui est allaité	Débuter le TAR chez la mère	NVP	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faire un test de diagnostic précoce par PCR chez le nourrisson ■ Puis débuter immédiatement la prophylaxie par NVP pendant 6 semaines ■ Envisager fortement la prolongation de la prophylaxie jusqu'à 12 semaines
Nourrisson identifié comme exposé au VIH après la naissance (par un test de dépistage d'anticorps anti VIH chez la mère ou chez le nourrisson) et qui n'est pas allaité	Référer la mère pour soins du VIH et évaluation en vue du TAR	Pas d'ARV	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faire le test VIH par PCR conformément aux recommandations nationales sur le diagnostic précoce chez le nourrisson. ■ Pas de prophylaxie ARV chez l'enfant. ■ Débuter le TAR si l'enfant est infecté
Mère recevant le TAR, mais l'ayant interrompu pendant la période de l'allaitement (en cas de toxicité, rupture de stock ou refus de poursuivre)	Prescrire un schéma de TAR alternatif ou une solution de remplacement. Conseiller pour un TAR sans interruption	NVP	Jusqu'à 6 semaines après la reprise du TAR chez la mère ou jusqu'à une semaine après la fin de l'allaitement

^a Idéalement, il faut obtenir le taux de CD4 de la mère au moment de l'initiation ou aussitôt après l'initiation du TAR, lequel est poursuivi à vie.

^b Si la NVP pédiatrique provoque des signes de toxicité ou n'est pas disponible, on peut la remplacer par 3TC.

^c Si la mère utilise l'alimentation de substitution, AZT pédiatrique peut-être remplacé par NVP pédiatrique. Si la suppression virale est documentée chez la mère sous TAR à l'approche de l'accouchement et qui compte utiliser l'alimentation de substitution, il faut envisager 4 semaines de prophylaxie ARV chez le nourrisson.

^d Si on sait que la mère a débuté le TAR moins de 4 semaines avant l'accouchement, il faut envisager la prolongation de la NVP jusqu'à 12 semaines chez les nourrissons qui sont allaités.

ANNEXE 7. PHARMACOCINÉTIQUE DES ANTIRÉTROVIRAUX

Antirétroviraux	Biodisponibilité	Demi-vie sérique intracellulaire		Métabolisme	Élimination
Zidovudine	63%	1.1 h	3-5 h	Non hépatique	Rénale à 90%
Didanosine	43%	1.6 h	4-8 h	Non hépatique	Rénale à 50%
Lamivudine	86%	3-6 h	12 h	Non hépatique	Rénale à 50%
Abacavir	78%	1.2 h	3.3 h	Non hépatique	Rénale
Zidovudine/lamivudine	63-86%	1.1-6 h	3-12 h	Non hépatique	Rénale à 80%
AZT/ABC	63-86%	1.1-6 h	3-12 h	Non hépatique	Rénale à 80%
Ténofovir	25-40%	10 h	50 h	Non hépatique	Rénale
Efavirenz	42%	40-55 h	40-55 h	Hépatique avec CytP450	Biliaire
Névirapine	95%	25-30 h	25-30 h	Hépatique avec CytP450	Biliaire
Saquinavir	4 – 12 %	1-2 h	3 h	Hépatique avec CytP450	Biliaire
Indinavir	65%	1.5-2 h	2.8 h	Hépatique avec CytP450	Biliaire
Ritonavir	80%	3-5 h	3-5 h	Hépatique avec CytP450	Biliaire
Nelfinavir	78%	3.5-5 h	2-4 h	Hépatique avec CytP450	Biliaire
Lopinavir/ritonavir	70%		5-6 h	Hépatique avec CytP450	Biliaire

ANNEXE 8. ARV RECOMMANDÉS CHEZ L'ADULTE ET L'ADOLESCENT ET DISPONIBLES AU GABON

Dénomination Commune Internationale (DCI)	Présentation	Posologie
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)		
Abacavir (ABC)	300 mg, 600 mg comprimés	300 mg deux fois par jour ou 600 mg une fois par jour
Didanosine (ddl)	250 mg, 400 mg comprimés	400 mg une fois par jour (>60 kg) ; 250 mg une fois par jour (<60kg)
Emtricitabine (FTC)	200 mg comprimés, sous forme combinée avec Ténofovir	200 mg une fois par jour
Lamivudine (3TC)	150 mg, 300 mg comprimés	150 mg deux fois par jour ou 300 mg une fois par jour
Zidovudine (AZT)	300 mg comprimés	250-300 mg deux fois par jour
Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse (INTI)		
Ténofovir (TDF)	300mg comprimés	300 mg une fois par jour
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)		
Efavirenz (EFV)	200 mg, 600 mg	600 mg une fois par jour
Névirapine (NVP)	200 mg comprimés	200 mg une fois par jour pendant 14 jours, puis 200 mg deux fois par jour
Inhibiteurs de la protéase (IP)		
Atazanavir + ritonavir (ATV/r)	ATV : 300 mg gélules ; r = Ritonavir : 100 mg comprimés	300 mg + 100 mg une fois par jour
Darunavir + ritonavir (DRV/r)	DRV : 300 mg, 800 mg comprimés	800 mg + 100 mg une fois par jour ou 600 mg + 100 mg deux fois par jour
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	200/50 mg comprimés	<ul style="list-style-type: none"> ■ 400/100 mg deux fois par jour ■ Éléments à prendre en considération pour les personnes recevant un traitement antituberculeux : ■ En présence de rifabutine, il n'est pas nécessaire de faire un ajustement des doses. ■ En présence de rifampicine, il faut ajuster la dose de LPV/r (LPV 800mg + RTV 200mg deux fois par jour ou LPV 400mg + RTV 400mg deux fois par jour), en assurant un suivi rapproché
Indinavir (IDV)	400 mg gélules	800 mg deux fois par jour
Saquinavir (SQV)*	200,400 mg comprimés	1000 mg deux fois par jour
Nelfinavir (NFV)*	200 mg comprimés	750 mg trois fois par jour
Inhibiteur de transfert de brin médié par l'intégrase (ITBI)		
Raltégravir (RAL)	400 mg comprimés	400 mg deux fois par jour

ANNEXE 9. POSOLOGIE SIMPLIFIÉE DES FORMULATIONS SOLIDES PÉDIATRIQUES SOUS FORME D'ASSOCIATIONS D'ARV EN DOSES FIXES

Anti-rétroviraux	Dosage des comprimés (mg)	Nombre de comprimés en fonction du poids, le matin et le soir												Dosage des comprimés pour adultes (mg)	Nombre de comprimés en fonction du poids		
		3-5,9kg		6-9,9kg		10-13,9kg		14-14,9kg		20-20,9kg		matin	soir		matin	soir	
		matin	Soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir						
AZT/3TC	Comprimés (dispersibles) 60mg/30mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	2,5	2,5	3	3	300/150	1	1	25-34,9kg
AZT/3TC/ NVP	Comprimés (dispersibles) 60mg/30mg/50mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	2,5	2,5	3	3	300/150/200	1	1	
ABC/ AZT/3TC	Comprimés (dispersibles) 60mg/60mg/30mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	2,5	2,5	3	3	300/300/150	1	1	
ABC/3TC	Comprimés (dispersibles) 60mg/30mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	2,5	2,5	3	3	600/300	1	1	

Nombre de comprimés ou de gélules en fonction du poids une fois par jour

Anti-rétroviraux	Dosage des comprimés	3-5,9kg	6-9,9kg	10-13,9kg	14-19,9kg	20-24,9kg	Nbre de comprimés ou gélules en fonction du poids une fois/jour
Anti-rétroviraux	Dosage des comprimés	3-5,9kg	6-9,9kg	10-13,9kg	14-19,9kg	20-24,9kg	
EFVa	Comprimés (sécables) ^b 200mg	-	-	1	1,5	1,5	2
	Comprimés (sécables de 2 manières) ^c 600 mg	-	-	Un tiers	Une moitié	Deux tiers	2/3
ABC/3TC	Comprimés dispersibles	2	3	4	5	6	600+300

^a L'utilisation de l'EFV n'est pas recommandée chez les enfants de moins de 3 ans et pesant moins de 10 kg. Alors que ces lignes directrices étaient en cours de finalisation, l'administration/agence chargée des aliments et des médicaments basée aux Etats unis a approuvé l'utilisation de l'EFV chez l'enfant de 3 mois à 3 ans pesant plus de 3,5kg. Il est cependant nécessaire d'obtenir des données supplémentaires pour guider l'élaboration de recommandations pour l'utilisation de l'EFV dans cette tranche d'âge.

^b EFV 200mg sous forme de comprimés sécables n'est pas encore disponible au Gabon, seule la forme 200 mg gélules est disponible. La forme suspension est également utilisable chez les enfants en fonction du poids.

c EFV 600mg sécable n'est pas encore disponible au Gabon; seule la forme 600mg non sécable est disponible.

ANNEXE 10. POSOLOGIES SIMPLIFIÉES DES FORMULATIONS PÉDIATRIQUES SOLIDES ET LIQUIDES

Antirétroviraux	Dosage des comprimés (mg) ou des liquides per os (mg/ml)	Nombre de comprimés en fonction du poids le matin et le soir								
		3-5,9kg		6-9,9kg		10-13,9kg		14-19,9kg		20-24,9kg
		matin	soir	matin	soir	Matin	soir	matin	soir	matin

Formulations solides

3TC	Comprimés (dispersibles) 30 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3
AZT	Comprimés (dispersibles) 60mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3
ABC	Comprimés (dispersibles) 60mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3
NVPa	Comprimés (dispersibles) 50mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3
LPV/r	Comprimés (thermostables) 100mg/25mg	-	-	-	-	2	1	2	2	2

Formulations liquides

AZT	10 mg/ml	6ml	6ml	9ml	9ml	12ml	12ml	-	-	-
ABC	20 mg/ml	3ml	3ml	4ml	4ml	6ml	6ml	-	-	-
3TC	10 mg/ml	3ml	3ml	4ml	4ml	6ml	6ml	-	-	-
NVPa	10 mg/ml	5ml	5ml	8ml	8ml	10ml	10ml	-	-	-
LPV/rb	80/20 mg/ml	1ml	1ml	1,5ml	1,5ml	2ml	2ml	2,5ml	2,5ml	3ml

- ^a Lors de la mise en route du TAR, il est toujours recommandé d'augmenter la dose de NVP en commençant avec une demi-dose pendant deux semaines, ce qui permet d'éviter les problèmes de toxicité avec un taux de NVP initial.
- ^b Le LPV/r sous forme liquide nécessite le respect de la chaîne du froid pendant le transport et le stockage. Les comprimés thermostables de LPV/r doivent être avalés entiers et ne doivent pas être partagés ou écrasés..

ANNEXE 11. POSOLOGIES PROVISOIRES DES MÉDICAMENTS ANTITUBERCULEUX CHEZ LES ENFANTS

		Nombre de comprimés en fonction du poids		CAS DONT LE POIDS SE SITUE ENTRE 5 KG ET 20 KG :			
4,9kg soir	Dosage des comprimés pour adult (mg)	Poids (kg)	Phase intensive (2 mois)			Phase de stabilisation (4 mois)	
			Rifampicine + Isoniazide + Pyrazinamide* (60 mg + 30 mg + 150 mg)	Rifampicine + Isoniazide* (60 mg + 60 mg)	Rifampicine + Isoniazide* (60 mg + 30 mg)	Rifampicine + Isoniazide* (60 mg + 60 mg)	
3	150	5 à 7	1	1	1	1	
3	300	8 à 14	2	1	2	1	
3	300	15 à 20	3	2	3	2	

3	300	1	1				
3	200	1	1	→ 2. ENFANTS NOUVEAUX CAS DONT LE POIDS SE SITUE ENTRE 21 KG ET 30 KG : → Sans Ethambutol			

		Poids (kg)	Phase intensive (2 mois)			Phase de stabilisation (4 mois)	
			Rifampicine + Isoniazide (150 mg + 75 mg)	Rifampicine + Isoniazide* (60 mg + 60 mg)	Pyrazinamide (400 mg)	Rifampicine + Isoniazide (150 mg + 75 mg)	Rifampicine + Isoniazide* (60 mg + 60 mg)
-	-	21 à 30	2	2	2	2	2

-	-	-	-	→ 3. ENFANTS SOUMIS À UN RETRAITEMENT DONT LE POIDS SE SITUE ENTRE 5 KG ET 20 KG			
---	---	---	---	--	--	--	--

		Poids (kg)	Phase intensive (3 mois)			Phase de stabilisation (5 mois)		
			Rifampicine + Isoniazide + Pyrazinamide* (60 mg + 30 mg + 150 mg)	Rifampicine + Isoniazide* (60 mg + 60 mg)	Ethambutol (100 mg) Non recommandé par le PNLT	Rifampicine + Isoniazide* (60 mg + 30 mg)	Rifampicine + Isoniazide* (60 mg + 60 mg)	Ethambutol (100 mg)
3ml	-	4 à 6	1	1	1	1	1	1
		7 à 10	2	1	2	2	1	2
		11 à 14	3	2	2	3	2	3
		15 à 19	4		3	4		
		20 à 24	5	2	4	5	2	

→ 4. ENFANTS SOUMIS À UN RETRAITEMENT DONT LE POIDS SE SITUE ENTRE 21 KG ET 30 KG

		Poids (kg)	Phase intensive (3 mois)			Phase de stabilisation (5 mois)	
			Rifampicine + Isoniazide + Pyrazinamide + Ethambutol (150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg)	Rifampicine + Isoniazide* (60 mg + 60 mg)	Rifampicine + Isoniazide (150 mg + 75 mg)	Rifampicine + Isoniazide* (60 mg + 60 mg)	Ethambutol (400 mg)
		21 à 30	2	2	2	2	1

ANNEXE 12. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU TRAITEMENT MÉDICAL/LISTE DE CONTRÔLE CONCERNANT LA PPE

Nom: _____ Numéro du dossier: _____

Je comprends que j'ai été exposé(e) à un risque éventuel de transmission du VIH.

J'ai reçu les renseignements suivants concernant l'utilisation de la prophylaxie post-exposition (PPE) :

- Le risque de transmission du VIH avec et sans PPE.
- Les avantages et les risques que comporte la prise de PPE.
- L'utilisation de la PPE pendant la grossesse.
- Les risques que comporte la prise de PPE si je suis déjà porteur de VIH (avant cette exposition).
- L'importance de prendre sans interruption pendant 4 semaines les doses indiquées de médicaments.
- La PPE n'est pas une garantie absolue de protection contre la transmission du VIH.
- Les effets secondaires possibles des médicaments de la PPE.
- Les avantages de se soumettre à des tests de dépistage du VIH (immédiatement et à nouveau à 3 et 6 mois).
- Autres tests de dépistage recommandés.
- La durée habituelle de la PPE est de 4 semaines : si les circonstances le justifient, je peux arrêter; mais cela en diminuera/annulera l'efficacité.
- L'importance de prendre des précautions pour empêcher la transmission du VIH (par ex. utiliser des condoms, ne pas partager d'aiguilles et ne pas allaiter) pendant les 6 prochains mois.
- Ne pas donner de sang, de sperme ou de tissus au cours des 6 prochains mois.
- [Pour les prestataires de soins] Les méthodes de sécurité professionnelle nécessaires pour les 6 prochains mois.

Je comprends ces informations. J'ai eu la possibilité de poser des questions auxquelles il a été répondu de manière satisfaisante.

J'accepte de mon plein gré de suivre la prophylaxie post-exposition (PPE)

Je refuse la prophylaxie post-exposition (PPE)

Nom _____

Signature _____

Date _____

Je confirme que j'ai fourni les renseignements indiqués ci-dessus concernant la PPE.

Nom _____

Signature _____

Fonction _____

Date _____

**ANNEXE 13. LISTE DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH AU GABON ET
PERSONNES RESSOURCES**

<p>Détails codés concernant le patient</p> <p>N° Carte d'identité/du patient :</p>	<p>Âge: Sexe: <input type="checkbox"/>F <input type="checkbox"/>M</p>
<p>Date de la première visite: [____/____/_____]] Date d'exposition : [____/____/_____]] Heure de l'exposition (fourchette): [][]-[][] - [][]-[][]] Nombre d'heures écoulées entre l'exposition et la PPE : [_____]] Type d'exposition: <input type="checkbox"/> Professionnelle <input type="checkbox"/> Non-professionnelle <input type="checkbox"/> Réceptive vaginale <input type="checkbox"/> Réceptive anale <input type="checkbox"/> Réceptive orale avec éjaculation <input type="checkbox"/> Blessure par instrument tranchant (Nom de l'instrument): _____ <input type="checkbox"/> Blessure par piqûre d'aiguille <input type="checkbox"/> Dispositif intraveineux <input type="checkbox"/> Autre dispositif <input type="checkbox"/> Autre (par ex. projection sur muqueuse) État sérologique de la source : <input type="checkbox"/> Connu positif <input type="checkbox"/> Inconnu Traitement antirétroviral de la source : <input type="checkbox"/> Aucun ou inconnu <input type="checkbox"/> Oui (décrire)</p>	<p>Si séropositif : Symptômes de primo-infection éventuelle à VIH (indiquer la durée):</p> <p>Évalué(e) ou orienté(e) pour évaluation du risque : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Évaluation physique : Muguet : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Adénopathie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre :</p> <p>Résultat du test de grossesse : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Sans objet</p>
<p>Date du dernier test VIH : [____/____/_____]] Résultat du dernier test VIH : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Autres expositions au cours des 6 derniers mois (nombre et type): Antécédents médicaux Antécédents médicaux pertinents :..... Consommation d'alcool: Allergies médicamenteuses : <input type="checkbox"/> Aucune connue <input type="checkbox"/> Oui Si oui, préciser</p>	<p>Évaluation et plan de soins Possible exposition au VIH nécessitant une PPE ARV pour la PPE : <input type="checkbox"/> TDF + 3TC/FTC + LPV/r <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Points examinés avec le patient : information concernant les médicaments, réactions adverses, numéros de téléphone d'urgence, observance du traitement, consommation d'alcool. <input type="checkbox"/> Rendez-vous de suivi pris Examens de laboratoire prescrits : <input type="checkbox"/> Test VIH <input type="checkbox"/> Test de grossesse <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/> Orientation:</p>
<p>Médicaments pris actuellement:</p>	<p>Remarques:</p> <p>Signature du médecin ou du dispensateur agréé:</p> <p>Date:</p>

ANNEXE 14. LISTE DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH AU GABON ET PERSONNES RESSOURCES

STRUCTURES	PERSONNES RESSOURCES	PRESENTATION
Direction Générale de la Prévention du sida	Mme. Bongo Ondimba Amissa Briana	
Programme de lutte contre les IST et le sida	Dr Okouyi Raissa Inès	
CTA du CHUL	Dr Nsi Alexandrine Dr Edou Priscille	Inauguré le 02 Avril 2001 - Situé au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville - Plus grand centre du pays
CTA de Nkembo	Dr Menguet Abessolo Mireille	-Situé dans l'enceinte de l'Hôpital spécialisé de Nkembo, à proximité du Centre antituberculeux - Début des activités en novembre 2008 - S'occupe essentiellement des malades co-infectés TB/VIH
Service d'Infectiologie du CHUL	Dr Mistoul Irène Dr Mambari Emilienne	-Service du CHUL, actuellement délocalisé dans l'enceinte de l'Hôpital spécialisé de Nkembo - Opérationnel depuis 2005 - Principal service de prise en charge intégrée du pays
Clinique des Maladies Infectieuses	Pr Okome Nkoumou Madeleine	
Service de Médecine interne de l'HIAOBO	Dr Magloire Ondounda	- Situé au PK10 de la Commune de Libreville - Service de l'hôpital de référence du Ministère de la Défense nationale - Début des activités de prise en charge des PVVIH depuis avril 2009
Service de Médecine de la Polyclinique El Rapha	Mme Moubembe Gisèle	
Laboratoire National de Santé publique	Dr Mints Armel	-Laboratoire de référence du Ministère de la Santé - Activités : <ul style="list-style-type: none"> ■ Sérologie rétrovirale ■ Diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les nouveaux nés de mères séropositives par PCR ■ Charge virale ■ Formation et supervision des techniciens des autres laboratoires du pays ■ Coordination et recherche sur le VIH/SIDA.

STRUCTURES	PERSONNES RESSOURCES	PRESENTATION
Laboratoire de Virologie de la Faculté de Médecine	Pr Ndjoyi Angélique	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratoire National de référence pour les IST/SIDA depuis 2002 - Missions : <ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluation des kits de diagnostic sérologique de l'infection à VIH ■ Diagnostic sérologique de l'infection à VIH ■ Confirmation des résultats indéterminés ■ Comptage des CD4 ■ Diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les nouveaux nés de mères séropositives ■ Charge virale ■ Coordination et recherche sur le VIH/SIDA ■ Formation et supervision des techniciens des autres laboratoires du pays ■ Tests effectués: sérologies HIV (incluant le Western Blot), HCV, HBV, CMV, syphilis ; charge virale HIV, HCV, HBV; génotypage HCV, HIV
CTA de Franceville	Dr Sicka Jeanne	<ul style="list-style-type: none"> - Début des activités : 03 mai 2004 - Situation géographique : Quartier Ngougoulou, en face de l'ancien hôpital régional, à 9 km du Centre Hospitalier Régional Amissa Bongo de Franceville
CTA de Lambaréné	Dr Rossatanga Elie Gide	<ul style="list-style-type: none"> -Début des activités : juillet 2005 - Situé dans l'enceinte du Centre de Santé Urbain, devant l'antenne provinciale de l'Office Pharmaceutique National
Service de Médecine de l'Hôpital Albert Schweitzer	Dr Omva Beyeme Justin	<ul style="list-style-type: none"> - Démarrage des activités intégrées de prise en charge des PWIH : juin 2006
CTA de Mouila	Dr Mavougou Colombe	<ul style="list-style-type: none"> - Situé dans l'enceinte du Centre de santé urbain de Mouila, en face de la SEEG - Début des activités : juillet 2007
Service de Médecine de l'Hôpital Evangélique de Bongolo	Dr Rénée Valach	
CTA de Tchibanga	Dr Bourobou Juste	<ul style="list-style-type: none"> - Situé à 4 km du centre-ville à 30 mètres du centre Hospitalier Benjamin Ngoubou - Début des activités : août 2008
CTA de Makokou	Dr Biteghe Luc	<ul style="list-style-type: none"> - Inauguré le 23 Novembre 2006 - Situé à 5 kilomètres du centre-ville, dans l'enceinte du Centre Hospitalier régional de Makokou
CTA de koulamoutou	Dr Mongo Arnaud	<ul style="list-style-type: none"> - Situé à 300 mètres du Centre Hospitalier régional de Koulamoutou. - Début des activités : septembre 2005.
CTA de Port-Gentil	Dr Mbety André Dr Konate	<ul style="list-style-type: none"> - Début des activités : 1er Juillet 2004 - Inauguration : le 16/08/2005 - Situé à 4 km environ du Centre-ville - Situé en face du Centre Hospitalier Régional de Port-Gentil
CTA d'Oyem	Dr Birinda Sylvain Didier	<ul style="list-style-type: none"> Situé dans l'enceinte du Centre Hospitalier régional d'Oyem Début des activités en août 2007

STRUCTURES	PERSONNES RESSOURCES	PRESENTATION
Clinique Chambrier		
Clinique Biyoghe		
Clinique S.O.S Medecin		

ANNEXE 14. LISTE DES OUVRAGES CONSULTÉS ET ADRESSES DES SITES UTILES

1. Bissagnégné E., Dariosecq JM., Inwoley A., Sow PS., Taburet AM., Traoré HA. *Mémento thérapeutique du VIH/SIDA en Afrique* 2009. DOIN, 2009, (2) : 335.
2. Hoslette C., Chilvers E.R., Boon N.A., Colledge N.R., Hunter J.A.A. *Médecine interne. Principes et pratiques* Davidson. Maloine, 19e Edition : 1237.
3. Mahé A., Coniquet S., Caumes E. *Manuel de prise en charge des maladies de peau chez les personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne*. Croix-Rouge Française : 96.
4. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Conseil national du Sida, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales. *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts*. Rapport 2013. La documentation française, 2013 : 476.
5. Ministère des Affaires sociales, de la Solidarité, de la Protection de la Veuve et de l'Orphelin et de la lutte contre le sida. *Plan stratégique national de lutte contre le sida 2008-2012* : 79.
6. Ministère de l'Economie, de l'Emploi et du Développement Durable; Ministère de la Santé. Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2012. Direction Générale de la Statistique : Libreville, ICF, International, Calverton, Maryland; Avril 2013 : 477.
7. Ministère de la Santé. *Guide de prise en charge thérapeutique des PVVIH au Gabon* ; Edition de 2005.
8. Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Famille. *Programme National de Lutte contre la tuberculose. Guide Technique national. 4ème édition* – Décembre 2010 : 113.
9. Organisation Mondiale de la Santé. Département du VIH/SIDA. *Nouvelles recommandations de l'OMS 2009 : Traitement antirétroviral de l'adulte et de l'adolescent*.
10. Organisation Mondiale de la Santé. Département du VIH/SIDA. *Nouvelles recommandations de l'OMS 2009 : Prévenir la transmission mère-enfant*.
11. Organisation mondiale de la Santé. *Prophylaxie Post-Exposition pour prévenir l'infection à VIH. Recommandations conjointes OMS/OIT sur la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir l'infection à VIH*, 2008 : 104.
12. ONUSIDA. Epidémie Mondiale de SIDA. Principaux Faits et Chiffres de 2013. Fiche d'Information 2014.
13. Pilly E. *Maladies infectieuses et tropicales*. Ouvrage du Collège des Universitaires de Maladies infectieuses et tropicales. 22ème édition, 2010 : 580.
14. World Health Organization. HIV/AIDS Programme. *Antiretroviral therapy for HIV infections in adults and adolescents* : Recommendations for a public health approach. 2009 revision.

15. World Health Organization. HIV/AIDS Programme. *A guide for adaptation and implementation. Revised principles and recommendations. Antiretroviral therapy for HIV infections in adults and adolescents: Recommendations for a public health approach.* May 2010 revision.
16. World Health Organization. HIV/AIDS Programme. *Guidelines on co-trimoxazole prophylaxis for HIV-Related infections among children, adolescents and adults. Recommendations for a public health approach.*
17. World Health Organization. *Antiretroviral therapy of HIV infections in infants and children in resources-limited settings : towards universal access. Recommendations for a public health approach,* 2006.
18. Organisation mondiale de la Santé. *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Recommandations pour une approche de santé publique,* juin 2013 : 272 p.
19. SIDA UN GLOSSAIRE. Act Up-Paris, 2005: 144.

www.who.int

www.unaids.org

www.unicef.org

