**Vice Présidence en charge du Ministère de la Santé , de la Solidarité**
Et de la Promotion du Genre

Direction Nationale de la santé

Programme National de lutte contre le SIDA

# Guide de prise en charge de l'infection à VIH

# Aux Comores

## AVANT PROPOS

L'infection à VIH apparaît désormais comme un frein au développement et remet en cause des décennies d'efforts pour améliorer les indicateurs socio-sanitaires de régions entières. Récemment encore, le scénario de l'épidémie, auxquelles succédaient les drames familiaux et la perte de forces vives inquiétait plusieurs pays.

L'avènement des traitements codifiés et des prophylaxies des infections opportunistes, la validation de protocoles de prévention de la transmission mère enfant et la modification du faciès de la maladie avec les thérapies antirétrovirales ont nourri les espoirs des communautés. Un contrôle de toute la chaîne de réponse à l'épidémie depuis la communication pour le changement de comportement jusqu'à la surveillance des traitements antirétroviraux et des résistances devenait en effet réalisable. Le principe d'équité dans l'accès aux soins et le sentiment d'urgence on conduit à la révision des prix des médicaments antirétroviraux courants.

Dans ce contexte, une approche à la fois locale multisectorielle et multilatérale globale doit permettre une réponse efficace et équitable et assurer le respect des bonnes pratiques dans tous les domaines de la prise en charge psychosociale, médicale, juridique, matérielle et spirituelle des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). Ce nouveau climat favorise une meilleure implication des personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA dans tous les secteurs du développement et éloigne le spectre de la discrimination et de la stigmatisation liés au manque d'information et de communication.

Les Comores, pays à très faible prévalence de l'infection à VIH-SIDA, se sont dotées de moyens institutionnels en vue d'une réponse coordonnée à l'épidémie. Le Programme National de Lutte contre le SIDA est l'organe de coordination des activités de surveillance épidémiologique et comportementale, de prise en charge psychosociale et clinique ainsi que du plaidoyer. Pour se faire, le programme mettra à profit les opportunités réelles qui existent dans le cadre de la dynamique communautaire interne, de la coopération régionale et internationale.

Par la mise en pratique des algorithmes de conseil, de diagnostic, de traitement et de prévention des infections opportunistes, par la codification de la prévention de la transmission mère-enfant et enfin par le rappel des bonnes pratiques d'utilisation des antirétroviraux, ce guide vient ajouter un maillon essentiel à la chaîne de réponse à la pandémie.
Il s'inscrit bien dans le cadre des initiatives mondiales et régionales pour corriger le fossé de l'accès au traitement séparant les pays du nord et du sud. Cet instrument opérationnel permettra en particulier aux Comores de participer au défi lancé par l'OMS de pouvoir traiter 3 millions de PVVIH d'ici à l'année 2005 dénommé programme 3X5.

La première édition de ce document a été conçue en 2003 et révisée et diffusée en 2005. Cette nouvelle version réactualisée par une équipe d'experts nationaux des Comores sous l'égide de la Vice-présidence chargée de la Santé avec le soutien financier et technique de l'OMS et de la COI. Elle tient compte des recommandations de l'OMS de 2006 et des protocoles en vigueur dans la sous région COI. Elle devra être diffusée largement auprès des personnels de santé, du personnel social et des responsables pour une approche en synergie de la réponse locale et régionale.

Une évaluation sur le terrain de son application, ainsi que sa réactualisation au gré des développements scientifiques et des leçons apprises, seront les meilleurs gages de sa pérennité comme outil efficace d'amélioration de la qualité des soins et services aux PVVIH et à toute la communauté.

***REMERCIEMENTS***

Nous remercions vivement tous les membres de l'équipe technique de travail et les tous les participants à l'atelier de formation et de validation du guide ci-dessous nommés qui ont bien voulu consacrer de leur temps et de leur expertise pour contribuer à l'élaboration de ce document en partenariat avec la représentation de l'OMS et le groupe thématique ONUSIDA.

***Membres de l'équipe technique de travail***

- Mr Achirafi Ahmed
- Dr Ahmed Mohamed Abdourazak
- Dr Hissani Abdou Bacar
- Dr Ahamada Said Bedja
- Mme Moinour Ahmed Said
- Dr Sanou Paul Thomas (OMS)
- Dr Catherine Gaud (COI)

***Participants à l'atelier de validation du guide***

- *Dr Ikililou Dhoinine*
- *Dr Mohamed Mourchidi*
- Dr Mamadou Ball
- Dr Ahamada Msa Mliva
- Mr Achirafi Ahmed
- Dr Sanou Paul Thomas (OMS)
- Dr Catherine Gaud (COI)
- Dr Isslame Abdallah
- Dr Ahmed Mohamed Abdourazak
- Dr Hissani Abdou Bacar
- Dr Ahamada Said Bedja
- Mme Moinour Ahmed Said
- Dr Said Ali Mbaé
- Dr Mahamoud Said
- Dr Youssouf Mohamed Djamani
- Dr Aboubacar Mze Baba
- Dr Mohamed Abdallah
- Dr Ali Ahmed Yahaya
- Dr Marie-Anne Nadhiffou
- Dr Abdou-Salame Abderemane
- Dr Mohamed Hafidhou
- Dr Saligane Mohamed
- Dr Ahamada Said Fazul
- Dr Allaouia Cheikh Soilihi
- Dr Chamssoudine Mohamed
- Dr Salim Issa Abdillah

**TABLE DES MATIERES**

I - MODULE 1 : CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE (CDV) 9
*I.1. - ELEMENTS DU CDV* ..... 9
I.1.1. - DEFINITION ..... 9
I.1.2. - APPROCHE PRATIQUE DU CDV ..... 9
*I.2. - CONSEIL PRE-TEST* ..... 10
I.2.1. - CONSIDÉRATIONS PRÉALABLES ..... 10
I.2.2. - PROCESSUS DE DÉPISTAGE ..... 11
I.2.3. - INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DES TESTS DU VIH ..... 11
*I.3. - CONSEIL POST-TEST* ..... 11
I.3.1. - OBJECTIFS ..... 11
I.3.2. - CONDUITE A TENIR EN FONCTION DES RESULTATS ..... 12
*I.4. - CONSEIL DE SUIVI* ..... 13
II - MODULE II : DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH 15
*II.1. - DEFINITION CLINIQUE DE l'INFECTION A VIH* ..... 15
*II.2. - CLASSIFICATION OMS POUR L'INFECTION A VIH DE L'ADULTE* ..... 17
*II. 3. - SUIVI CLINIQUE DES PATIENTS VIH SEROPOSITIFS* ..... 18
II.3.1. - OBJECTIFS DU SUIVI SYSTEMATIQUE ..... 18
II.3.2. - CONSULTATION ET BILAN INITIAL ..... 18
II.3.3 - DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES INFECTIONS OPPORTUNISTES . 19
II.3.4 - PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES ..... 35
III - MODULE III : SITUATIONS PARTICULIERES 36
*III.1. - ASPECTS PARTICULIERS DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT* ..... 36
III.1.1. - CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE CHEZ L'ENFANT ..... 36
III.1.2. - CLASSIFICATION OMS DE L'INFECTION A VIH CHEZ L'ENFANT .. 37
III.1.3. - DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DU VIH CHEZ L'ENFANT ..... 39
III.1.4. - ASPECTS CLINIQUES PARTICULIERS CHEZ L'ENFANT ..... 40
III.1.5 - TRAITEMENTS ET PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES CHEZ L'ENFANT ..... 41
*III.2. - PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH* ..... 42
III.2.1. - PREVENTION PRIMAIRE DU VIH AVANT LA GROSSESSE ..... 42
III.2.2. - PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH PENDANT LA GROSSESSE ..... 43
III.2.3 - PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH PENDANT L'ACCOUCHEMENT ..... 43
III.2.4 - PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH APRES L'ACCOUCHEMENT ET SUIVI PSYCHO-SOCIAL ..... 44
*III.3. - PROPHYLAXIE DE L'EXPOSITION ACCIDENTELLE AU VIH (AES)* ..... 45
III.3.1. DEFINITION ET EVALUATION DE L'AES ..... 45
III.3.2. PROCEDURE IMMEDIATE EN CAS D'AES ..... 45
III.3.3. - CONDUITE A TENIR EN FONCTION DU STATUT SEROLOGIQUE .... 46
III.3.4. - PROTOCOLES ANTIRETROVIRAUX DE PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION ..... 47
IV - MODULE IV TRAITEMENTS ANTIRETROVIRAUX ET SURVEILLANCE 48
*IV.1. - OBJECTIFS ET PRINCIPES DIRECTEURS DE LA TAR* ..... 48
IV.1.1. - OBJECTIFS DE LA THERAPIE ANTIRETROVIRALE ..... 48
IV.1.2. - PRINCIPES DIRECTEURS DE LA THERAPIE ANTIRETROVIRALE .... 48
*IV.2. - MECANISME D'ACTION ET PRESENTATION DES (ARV)* ..... 48

IV.2.1. - MECANISME D'ACTION DES ANTIRETROVIRAUX ..... 48
IV.2.2. - PRESENTATION ET EFFETS SECONDAIRES DES ARV ..... 49
*IV. 3 - INDICATIONS DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL (TAR)* ..... 50
IV.3.1 - INDICATIONS TAR : ADULTE ..... 50
IV.3.2 - CAS PARTICULIERS DE LA TAR CHEZ LES ADULTES..... 51
IV.3.3 - TAR CHEZ L'ENFANT ..... 54
*IV. 4 - SURVEILLANCE DU TRAITEMENT ARV* ..... 56
IV.4.1. - SURVEILLANCE DES EFFETS SECONDAIRES ..... 56
IV.4.2. - SURVEILLANCE DE L'EFFICACITE DE LA TAR CHEZ L'ADULTE ... 56
IV.4.3. - INDICATIONS DU CHANGEMENT DE PROTOCOLES DE TRAITEMENT CHEZ L'ADULTE ..... 57
IV.4.4. - SURVEILLANCE DE LA TAR CHEZ L'ENFANT ..... 58
ANNEXE 1 : SCHEMA DE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DU PNLLT 59
ANNEXE 2 : ICONOGRAPHIE 61
ANNEXE 3 : TRAITEMENT DES PRINCIPALES AFFECTION OPPORTUNISTES 73
ANNEXE 4 : INDEX DE KARNOFSKY 74
ANNEXE 5 : COURBE DE CROISSANCE DE L'ENFANT 76
ANNEXE 6 : PRECAUTIONS UNIVERSELLES LORS DES SOINS 77
ANNEXE 7 : LISTE DE SITES INTERNET UTILES 78

*LISTE DES ACRONYMES*

| | |
|---|---|
| PNLS | Programme National de Lutte contre les IST-VIH-SIDA |
| PNLLT | Programme National de Lutte contre la lèpre et la tuberculose |
| SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquis |
| PVVIH | Personne vivant avec le VIH |
| TAR | Thérapie antirétrovirale |
| ARV | Antirétroviral |
| CDV | Conseil dépistage volontaire |
| COI | Commission de l'Océan Indien |
| ELISA | Titrage immunoenzymatique utilisant un anticorps adsorbé, Test ELISA |
| PCR | Polymerase Chain Reaction (diagnostic virologique du VIH) |
| VIH | Virus d'immunodéficience humaine |
| PCIME | Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant |
| INNTI | Inhibiteur non-nucléosidique de la transcriptase inverse du VIH |
| INTI | Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse du VIH |
| INtTI | Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse du VIH |
| IP | Inhibiteur de la protéase du VIH |
| IO | Infection opportuniste |
| VO | Voie orale |
| PCR | Réaction de polymérisation en chaîne |
| PVVIH | Personne vivant avec le VIH |
| PTME | Prévention de la transmission mère-enfant du VIH |
| TI | Transcriptase Inverse |
| IST | Infection sexuellement transmise |
| TB | Tuberculose |
| ONUSIDA | Organisation des Nations Unies de Lutte contre le VIH/SIDA |
| CDV | Conseil et dépistage volontaire du VIH |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |

MODE D'UTILISATION

Ce guide est conçu pour présenter les principes de base de la prise en charge psychosociale et clinique des personnes vivant avec le VIH aux Comores.

Il comporte quatre modules consacrés respectivement :

- Au conseil et au dépistage de l'infection à VIH

- Au diagnostic, au traitement, et à la prévention des infections et affections opportunistes

- Aux cas spéciaux de l'enfant ; de la transmission mère-enfant et des expositions accidentelles au VIH

- Aux thérapies antirétrovirales et à leur surveillance

L'approche clinique est basée sur des arbres décisionnels et les recommandations thérapeutiques sont issues des directives régionales de l'OMS adaptées au contexte de la COI, du faciès épidémiologique du VIH et du système de santé de l'Union des Comores

Cet instrument est évolutif et devra être évalué et mis à jour régulièrement en fonction de l'état des connaissances et des leçons tirées de son application.

# I - MODULE 1 : CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE (CDV)

## *I.1. - ELEMENTS DU CDV*

### I.1.1. - DEFINITION

Il s'agit d'établir une relation et un dialogue entre une personne et le conseiller visant à prévenir la transmission de l'infection par le VIH et à fournir un soutien psychosocial aux personnes à risque et à celles déjà contaminées.

### I.1.2. - APPROCHE PRATIQUE DU CDV

Le conseiller essaie d'aider la personne concernée à prendre des décisions au sujet de son mode de vie, à la rendre plus confiante et à améliorer les rapports et la qualité de vie au sein de la famille et de la communauté. Le CDV nécessite au moins deux séances (conseil pré-test et conseil post-test).

#### I.1.2.1. - Qui peut pratiquer le conseil ?

Les conseillers en CDV peuvent être :

- Concernant le dépistage à visée diagnostique : Tous les prescripteurs ayant bénéficié d'une formation (médecins, biologistes, paramédicaux sous la supervision du chef de service)
- Concernant l'incitation au dépistage volontaire : les conseillers formés (Assistants sociaux, psychologues, les personnes vivant avec le VIH/SIDA, les membres de la communauté tels que les enseignants, les leaders d'opinion en particulier les Ulémas)
- Concernant le dépistage lors des dons de sang : les prescripteurs et biologistes formés

#### I.1.2.2. - Où peut-on tenir des séances de conseil ?

- Structures sanitaires publiques et privées
- Centre de Dépistage du Programme National de lutte contre le SIDA
- Centres de dépistage anonyme au niveau des îles
- Centres ASCOBEF
- Centres de transfusion sanguine

#### I.1.2.3. - A qui s'adresse le conseil ?

- Personnes craignant d'être contaminées par le Virus
- Personnes envisageant de se soumettre à un dépistage
- Personnes ayant subi un dépistage positif ou négatif
- Personnes référées par les agents de santé
- Les familles et proches des personnes vivant avec le VIH
- Les partenaires sexuels de la personne soumise au test de dépistage
- Les donneurs de sang

Toute personne se présentant pour bénéficier d'un test, doit être volontaire.

## *I.2. - CONSEIL PRE-TEST*

### I.2.1. - CONSIDÉRATIONS PRÉALABLES

Toute personne demandant le CDV doit avoir accès à un conseil personnalisé avant de bénéficier du test, avec la garantie de la confidentialité. Le respect strict des règles de déontologie dans l'exercice des professions de santé doit être la règle. La confidentialité peut être élargie à une personne désignée par le demandeur du test.

Le conseiller doit :

- Savoir pourquoi la personne désire se soumettre au test.
- Fournir des informations relatives au VIH/SIDA
- Corriger les mythes et la désinformation sur le VIH/SIDA
- Discuter du risque personnel de l'infection, y compris le comportement sexuel, les infections sexuellement transmissibles (IST) et les méthodes de prévention du VIH. Les éventuels comportements à risque du partenaire sexuel seront également abordés
- Montrer systématiquement comment s'utilise un préservatif

**Encadré : Conseil pré-test**

**Toute personne demandant le dépistage du VIH doit connaître (même si le test est refusé) :**

- **Les risques de la transmission et comment éviter le VIH**
- **Le test du VIH, ses avantages, ses conséquences et ses limites**
- **Le processus de dépistage**
- **La signification des résultats du test dans un langage compréhensible**
- **L'importance de l'obtention des résultats du test.**
- **Le lieu où obtenir d'autres services**

- Discuter les implications de la connaissance de son état sérologique, et les moyens de faire face à cette nouvelle situation. Après le conseil pré-test, les personnes doivent pouvoir choisir librement d'être testés.

Les informations sur le VIH et le CDV peuvent également être fournies aux groupes.

#### I.2.2. - PROCESSUS DE DÉPISTAGE

Le processus de dépistage doit être expliqué à toute personne désireuse de subir un test VIH. L'anonymat est garanti pour le test volontaire. L'explication doit couvrir la prise de sang ou la procédure de prélèvement du sang, la procédure de dépistage, les tests utilisés, comment les résultats sont interprétés et la garantie de la confidentialité. Une information suffisante doit être donnée dès le premier entretien sur les délais et la procédure de confirmation en cas de résultats douteux ou discordants des premiers tests.

#### I.2.3. - INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DES TESTS DU VIH

POSITIVITE :

**Test rapide : contrôle par un deuxième test Elisa et confirmation par Western-Blott sur un deuxième prélèvement**

**Test Elisa : contrôle par Western Blott sur un deuxième prélèvement**

**NEGATIVITE**

**Tests rapides ou Elisa négatif : rendre un résultat négatif en tenant compte de la fenêtre sérologique**

**TEST DOUTEUX (voir .chapitre 1.3.2.3)**

### *I.3. - CONSEIL POST-TEST*

#### I.3.1. - OBJECTIFS

Le principal objectif du conseil post-test est d'aider la personne à comprendre les résultats de son test et à s'adapter à son statut sérologique. Une fois que les résultats du test du VIH sont disponibles, la personne doit recevoir une explication et un conseil sur le résultat positif ou négatif. Celui qui a un test positif doit être assuré de la totale confidentialité.

## I.3.2. - CONDUITE A TENIR EN FONCTION DES RESULTATS

### I.3.2.1 - Test positif

C'est toujours le prescripteur du test qui doit annoncer le résultat. Celui ci ne doit jamais être envoyé par courrier, annoncé par téléphone ou remis à une tierce personne. Certaines personnes peuvent souhaiter avoir quelqu'un avec elles au cours de la séance de conseil et cela doit pouvoir être accepté par le conseiller. Le premier entretien doit se faire en face à face, dans un cadre garantissant son caractère confidentiel de façon à ce que la personne soit dans les meilleures conditions possibles pour un entretien de qualité. Une information objective, sans minimiser ni dramatiser et sans aucun jugement de valeur, doit porter sur :

- L'information sur le statut positif, sans qualificatif
- Les conséquences de cette séropositivité : histoire naturelle de la maladie, rôle de la prise en charge et modification du pronostic (transformation d'une maladie constamment mortelle en une affection chronique), caractère transmissible et non contagieux, situations contaminantes et situations non contaminantes, place des traitements, suivi envisagé
- Les encouragements à partager leur état sérologique avec leur partenaire sexuel, sans trop insister au premier entretien
- Les informations concernant les services de référence pouvant aider la personne à accepter son état sérologique et à adopter une perspective positive.
- Faire le lien avec le médecin référent qui devra prendre en charge la personne
- Donner les informations concernant les différentes structures de soutien : services sociaux, associations

**Tout résultat positif doit être confirmé au niveau du Laboratoire du CHN El-Maarouf. Les étapes du rendu du résultat seront bien détaillées dans le counseling.**

#### 1.3.2.2.1 - Test négatif

Les conditions de rendu du test doivent être identiques à celle décrites pour le test positif. Le conseil est également important lorsque le résultat du test est négatif. Au cours de la ''période de latence sérologique'' (environ 4 à 6 semaines après que la personne ait été infectée), des anticorps du VIH ne sont pas toujours décelables. Par conséquent le conseiller doit expliquer qu'un résultat négatif reçu au cours de cette période peut ne pas signifier que l'individu est

définitivement séronégatif, et par conséquent il doit envisager répéter le test 1 à trois mois plus tard.
Au cours de cette période « de latence sérologique », le conseiller doit insister sur l'obligation pour le patient d'avoir des rapports sexuels protégés pour éliminer tout risque de contamination.

Pour les personnes dont la séro négativité n'est pas sujette à un doute, le conseiller doit mettre l'accent sur la nécessité du changement ou du maintien de son comportement sexuel pour rester séronégatif. Le conseiller doit encourager la personne à adopter et soutenir des pratiques sexuelles plus sures et l'inciter à ce changement de comportement. Cela peut signifier référer la personne à un conseil continu ou à des groupes de soutien.

#### 1.3.2.3 . - Résultats indéterminés ou discordants

Lorsque le résultat de l'examen sérologique est douteux, le conseiller a des responsabilités particulières sur le plan de l'information. Il doit :

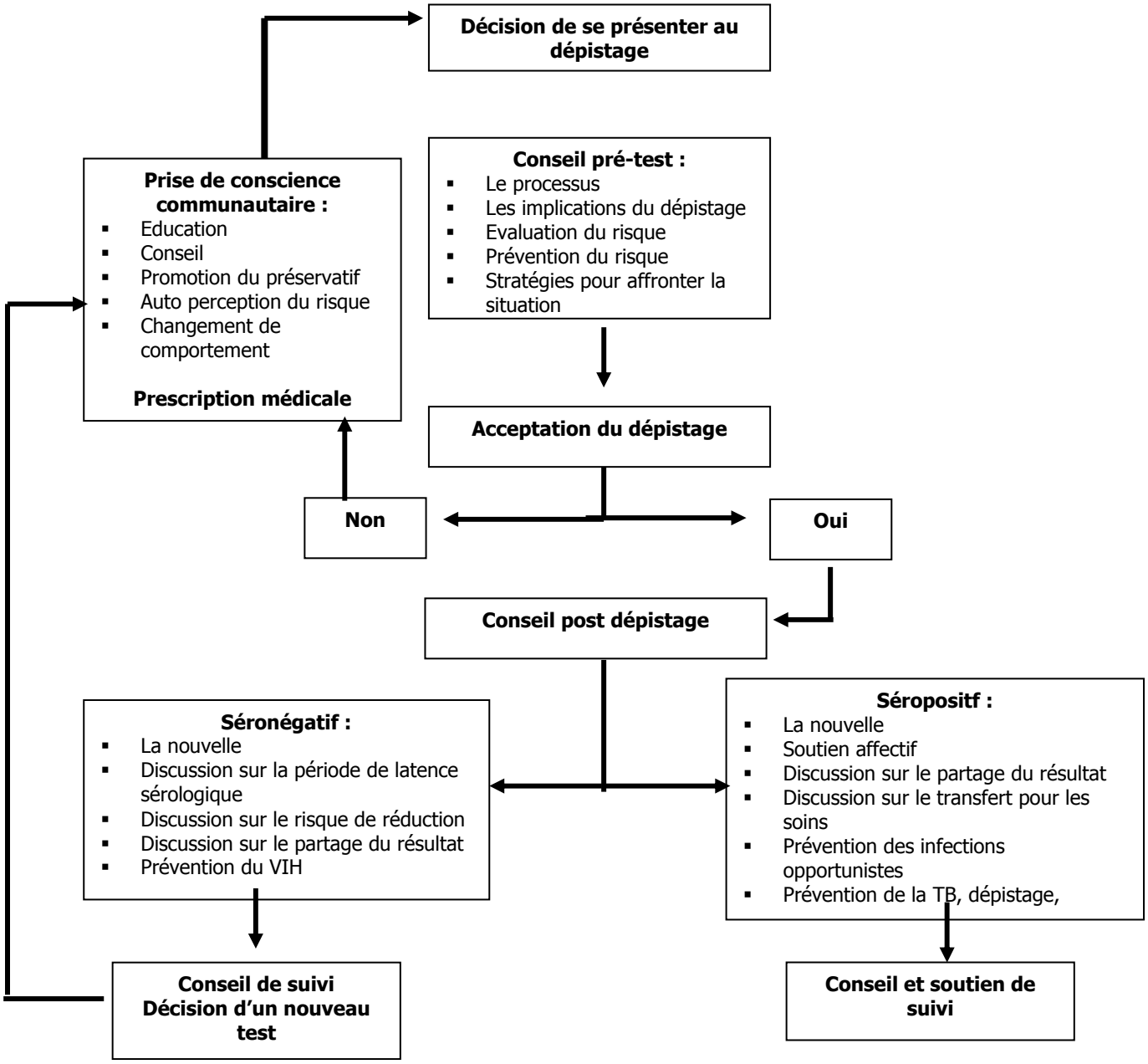
- Donner des informations claires sur la signification du résultat douteux
- Rechercher des signes cliniques de primo infection
- Proposer une deuxième prise de sang, pour un Western-Blott
- Assurer un soutien psychosocial dans l'attente d'un résultat clair. Le conseiller doit prendre en charge les problèmes psychologiques qui peuvent découler des incertitudes liées à cette période d'attente et quand c'est nécessaire et possible diriger l'intéressé vers les services compétents.
- Expliquer la nécessité d'une abstinence ou d'une sexualité protégée en attendant les résultats.
- Si le résultat est positif, on revient à la conduite à tenir dans ce cas ;
- Si le résultat est encore douteux ou négatif, il faut contrôler le Western-Blott 1 mois et promouvoir la poursuite d'une conduite sexuelle sûre

### *I.4. - CONSEIL DE SUIVI*

Les services de CDV doivent donner l'opportunité de conseil continu à chaque personne, indépendamment de son état sérologique. Le conseil, les soins et le soutien doivent également

être apportés aux personnes qui ne seraient pas infectées, mais qui sont affectées par le VIH, telles que la famille et les amis de celui/celle qui vit avec le VIH.

**Algorithme 1 : conseil et dépistage volontaire du VIH**



## II - MODULE II : DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH

### *II.1. - DEFINITION CLINIQUE DE l'INFECTION A VIH*

L'infection à VIH se manifeste par plusieurs symptômes et signes cliniques. Elle est confirmée par une sérologie VIH positive. Des symptômes et signes cliniques définis selon la définition clinique de Bangui (1985) permettent de l'évoquer.

| **CRITERES MAJEURS** | **SCORE** |
|---|---|
| Amaigrissement > 10% du poids corporel antérieur | 4 |
| Fièvre > 1 mois | 3 |
| Diarrhée > 1 mois | 3 |
| **CRITERES MINEURS** | |
| Asthénie prolongée | 4 |
| Candidose buccale ou oesophagienne | 4 |
| Herpes cutanéo-muqueux récidivant | 4 |
| Dermatose prurigineuse généralisée | 4 |
| Zona multimétamérique | 2 |
| Adénopathies généralisées | 2 |
| Signes neurologiques | 2 |
| Toux et ou pneumopathie chronique | 2 |
| **CRITERES DE HAUTE VALEUR DIAGNOSTIQUE** | |
| Maladie de Kaposi | 12 |
| Méningo-encéphalite à cryptoccoque | 12 |

■ **Le diagnostic clinique d'une infection à VIH doit être évoqué devant l'existence de :**

**2 signes majeurs + 1 signe mineur**

**ou d'un Score ≥ 12**

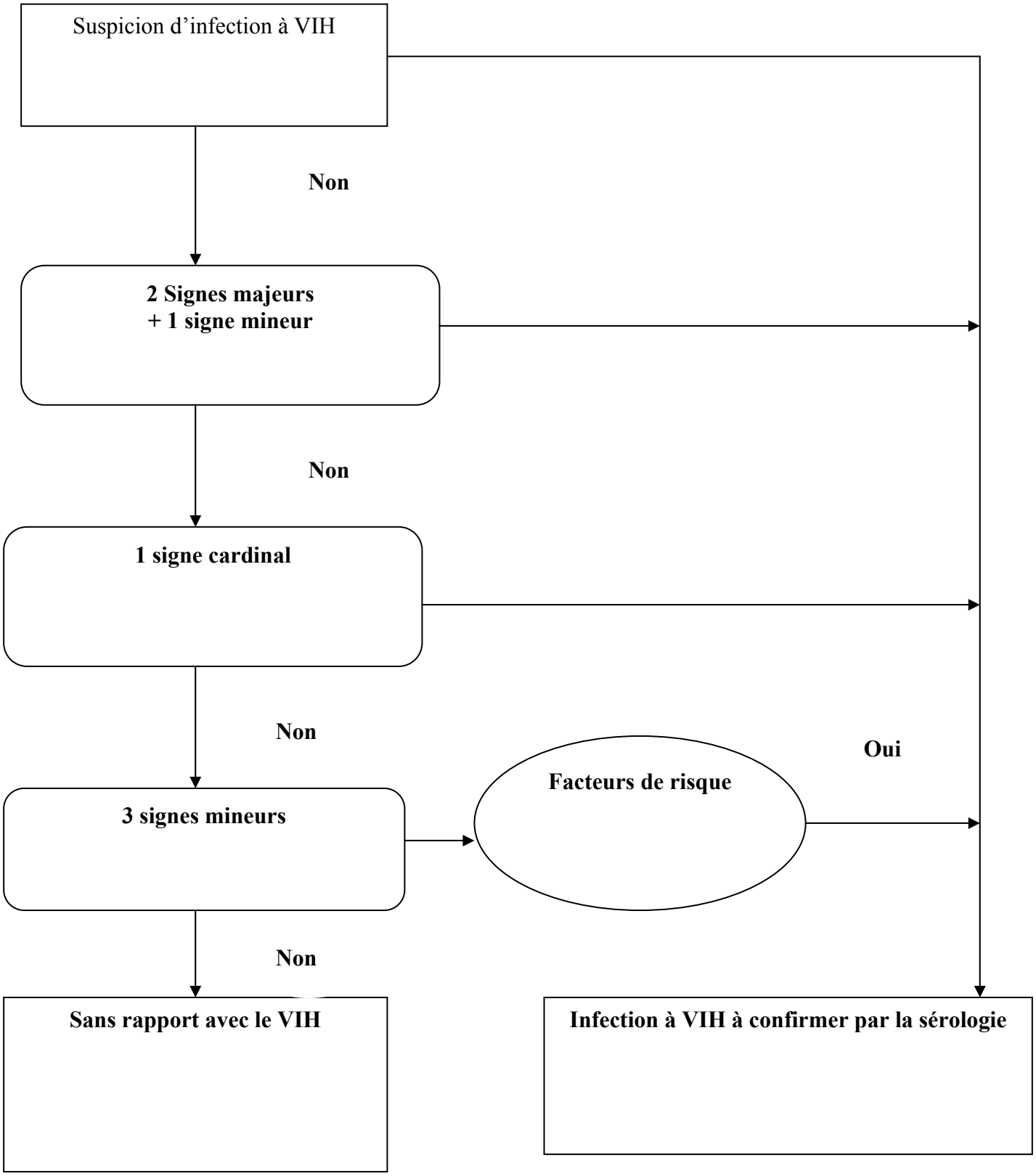
■ L'existence d'un signe cardinal (Maladie de Kaposi ou Cryptococcose méningée) permet à elle seule d'évoquer voir d'affirmer l'infection à VIH en dehors d'autres cause spécifique retrouvée

■ L'association de 3 ou 4 signes mineurs est fortement évocatrice

■ Les facteurs de risque doivent être pris en compte :
Antécédents d'IST, en particulier les ulcérations génitales, toxicomanie intraveineuse, l'homosexualité, transfusions de sang, décès d'un(e) conjoint(e) ou partenaire dans des

conditions faisant évoquer une infection à VIH, conjoint(e) ou partenaire ayant une infection à VIH confirmée, rapports sexuels non protégés par l'utilisation de préservatifs avec des partenaires occasionnels multiples

**Algorithme 2 : orientation clinique pour le diagnostic biologique**



## *II.2. - CLASSIFICATION OMS POUR L'INFECTION A VIH DE L'ADULTE*

L'infection à VIH évolue du stade de séropositivité asymptomatique vers des manifestations cliniques et une perte d'autonomie de plus en plus sévères en l'absence de traitement et de prévention des infections opportunistes et de thérapie antitrétrovirale. L'OMS a proposé en 1990 la classification suivante en stades cliniques évolutifs basée sur les manifestations cliniques et l'échelle de performance mesurée par le score de Karnofsky.

**Tableau 2 : Classification OMS des stades cliniques de l'infection à VIH**

| |
|---|
| **Stade clinique I :**<br>• Asymptomatique<br>• Lymphadénopathie généralisée persistante<br>*Echelle de performance 1 : Asymptomatique, activité normale* |
| **Stade clinique II :**<br>• Perte de poids moins de 10% du poids corporel<br>• Manifestations cutanéo-muqueuses mineures (dermatite séborrhéique, prurigo, mycoses des ongles, ulcérations buccales fréquentes, stomatite angulaire)<br>• Zona au cours des 5 dernières années<br>• Infections respiratoire fréquentes (exemple, sinusite bactérienne)<br>*Et/ou Echelle de Performance 2 : Symptomatique mais activité normale* |
| **Stade clinique III :**<br>• Perte de poids, plus de 10% du poids corporel<br>• Diarrhée chronique inexpliquée pendant plus d'un mois<br>• Fièvre prolongée inexpliquée, intermittente ou constante, pendant plus d'un mois<br>• Candidose buccale<br>• Leucoplasie buccale<br>• Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente<br>• Infections bactériennes graves telles que pneumonie, la pyomyosite<br>*Et/ou Echelle de Performance 3 : Alité pendant moins de 50% de la journée au cours du dernier mois* |
| **Stade clinique IV:**<br>• Syndrome constitutionnel- perte de poids de plus de 10%, et soit diarrhée chronique inexpliquée pendant plus d'un mois, soit une asthénie chronique ou inexpliquée ou fièvre prolongée pendant plus d'un mois<br>• Pneumonie à *Pneumocystis carinii*<br>• Toxoplasmose cérébrale<br>• Cryptosporidiose avec diarrhée pendant plus d'un mois<br>• Cryptococcose extra-pulmonaire<br>• Cytomégalovirose (CMV) d'un organe autre que le foie, la rate ou ganglions lymphatiques<br>• Herpes cutanéo-muqueux pendant plus d'un mois, ou viscéral<br>• Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LMP)<br>• Toute mycose endémique disséminée telle que l'histoplasmose, la coccidioidomycose<br>• Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons<br>• Mycobactériose atypique, disséminée<br>• Septicémie salmonelle non typhoïde<br>• Tuberculose extra-pulmonaire<br>• Lymphome<br>• Sarcome de Kaposi<br>• Encéphalopathie du VIH – dysfonctionnement cognitif et/ou moteur chronique sans autre étiologie décelable<br>*Et/ou Echelle de Performance 4 : Alité pendant plus de 50% de la journée au cours du dernier mois* |

## *II. 3. - SUIVI CLINIQUE DES PATIENTS VIH SEROPOSITIFS*

**La complexité de la prise en charge des PVVIH, et l'enjeu vital d'une bonne prise en charge, nécessite que celle-ci soit réalisée par un médecin référent formé et entraîné.**

### II.3.1. - OBJECTIFS DU SUIVI SYSTEMATIQUE

C'est un processus essentiel visant à :

- Apprécier l'évolution de l'infection à VIH
- Détecter précocement les affections (infections et tumeurs) associées
- Mettre en place la prophylaxie primaire des infections opportunistes
- Prévoir la mise en route de la thérapie antirétrovirale
- Surveiller tous les traitements prescrits
- S'assurer de l'état psychologique du patient
- Vérifier la bonne adhérence
- S'assurer de la qualité d'une prise en charge globale

### II.3.2. - CONSULTATION ET BILAN INITIAL

Elle a lieu dans les circonstances suivantes :

- Démarche volontaire du sujet pour connaître son statut sérologique
- Sérologie VIH à visée diagnostique chez des patients
- Examens de recrutement, voyages, accident d'exposition au sang, bilan prénatal, assurance, prêt bancaire…

#### II.3.2.1. - L'interrogatoire

- Précise le contexte social, habitudes de vie, exposition sexuelle ou sanguine.
- Permet de sensibiliser à un comportement à moindre risque et à l'observance de tous les traitements.

#### II.3.2.2 - L'examen physique complet

- Evalue l'état général (poids, taille, température, fréquence respiratoire, tension artérielle, déshydratation ou de dénutrition)
- Recherche des signes d'infection opportuniste
- Recherche des signes de co-morbidités

#### II.3.2.3 - Le bilan para clinique initial et de suivi

Il visera à apprécier le niveau de déficit immunitaire par la numération des lymphocytes CD4 et à rechercher des infections associées en privilégiant celles qui peuvent être traitées localement. Le bilan initial recherchera les co-infections, permettra l'estimation de l'état polyviscéral et recherchera d'éventuelles contre indications aux différents types d'ARV. Il permettra également de prodiguer des conseils d'hygiène et la nutrition. On pourra ainsi déterminer le moment pour commencer une prophylaxie primaire par le cotrimoxazole et pour instaurer un traitement antirétroviral

**Tableau 3 : Bilan biologique initial et de suivi des PVVIH**

| Examens complémentaires | Bilan initial | 3 Mois | 6 Mois | 12 Mois |
|---|---|---|---|---|
| Hémogramme complet | X | X | X | X |
| Créatinine ou urée | X | X | X | X |
| TG, Cholestérol, glycémie à jeun | X | X | | |
| Albuminurie ; glucose dans les urines | X | | | |
| Transaminases, bilirubine | X | X | X | X |
| Amylasémie ou lipasémie | X | X | X | X |
| Hépatite B et C | X | | X | X |
| VDRL /TPHA | X | | | |
| Prélèvement vaginal | X | | | |
| Sérologie de toxo | X | | | |
| Examen parasitologique des selles | X | | | |
| Comptage des lymphocytes CD4* | X | X | X | X |
| Charge virale * | | | X | X |
| Radiographie du thorax | X | | | X |
| Test de grossesse | X | | | |

* la charge virale va se faire dans le cadre de la coopération sous-régionale

### II.3.3 - DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

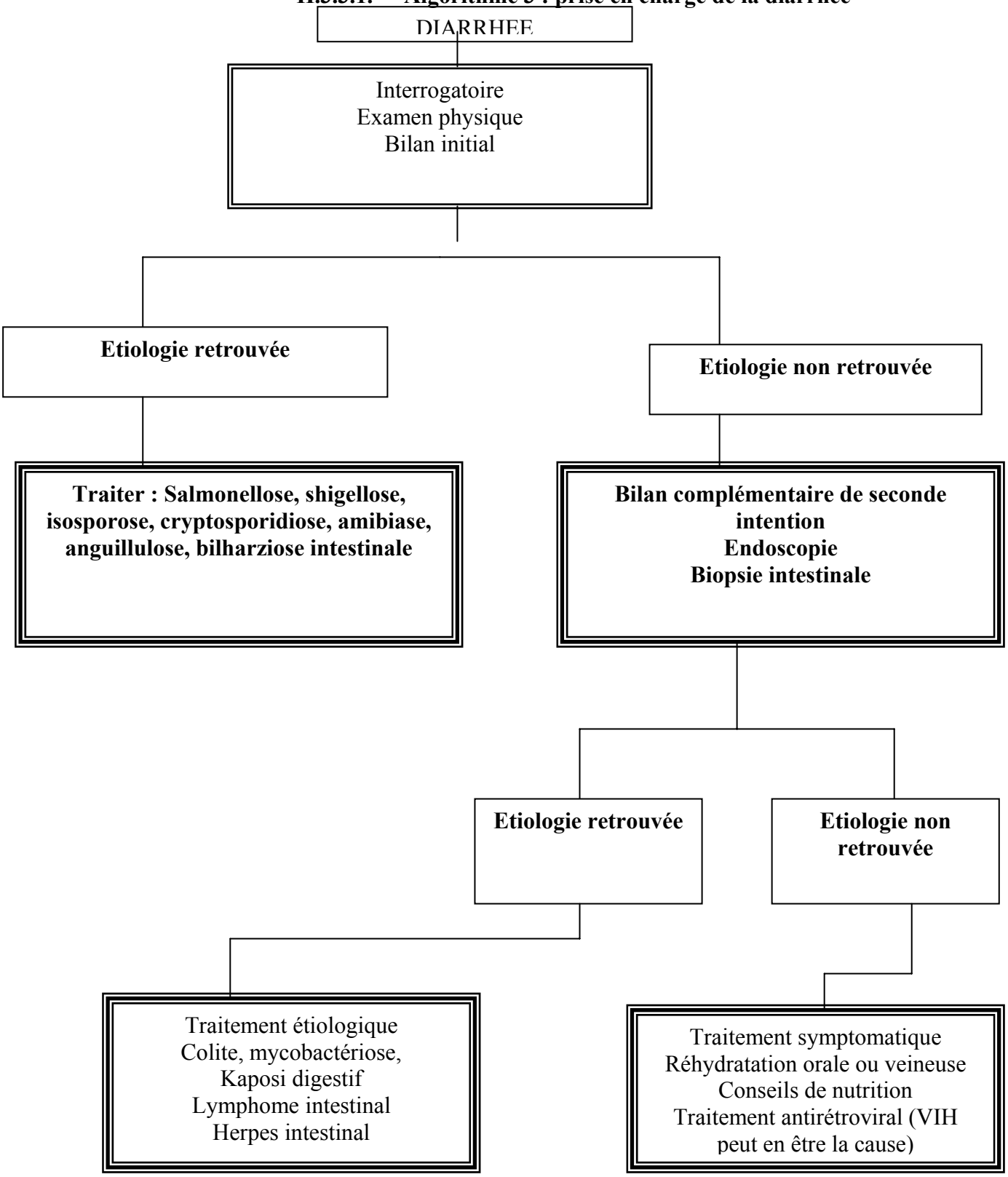
En plus des infections dites opportunistes, c'est à dire qui ne surviennent que chez les personnes immunodéprimées, d'autres infections courantes peuvent survenir plus fréquemment chez les PVVIH

**Tableau 4. - Infections et maladies associées au VIH**

| Infections bactériennes | Infections virales | Infections fongiques | Infections parasitaires | Autres maladies |
|---|---|---|---|---|
| Tuberculose | Virus herpès simplex , varicelle | Candidose | Toxoplasmose | Sarcome de Kaposi |
| Infections respiratoires bactériennes | Cytomégalovirus | Cryptococcose | Cryptosporidiose Microspoidose | Lymphome non-hodgkinien |
| Infections entériques bactériennes | Virus JC : LEMP | Histoplasmose | Pneumocystis Carinii | Cancer cervical et anal |
| Mycobactériose atypique | HHV8 | Aspergillus | Isospora belli | Encéphalopathie, myélopathie vacuolaire |
| Bartonellose | Papilloma Virus | Coccidioidomycose | Leishmaniose | Cancers du fumeur |

Les affections opportunistes (infections et tumeurs) peuvent être diagnostiquées à l'occasion des symptômes ou des signes suivants. L'utilisation d'algorithmes de diagnostic et de traitement permet la prise en charge systématique des PVVIH.

**II.3.3.1. - Algorithme 3 : prise en charge de la diarrhée**



*NOTES : PRISE EN CHARGE DIARRHEE*

■ ***Bilan de première intention et colorations spéciales***

- Examen parasitologique des selles
- Examen bactériologique des selles

■ ***Etiologies bactériennes les plus fréquentes***

- Salmonelles non typhiques
- Shigelles
- Escherichia coli

■ ***Etiologies parasitaires les plus fréquentes***

- Isospora belli
- Cryptosporidiose
- Microsporidiose
- Amibiase colique
- Anguillulose

■ ***Traitement de première intention***

- Cotrimoxazole per os : 1Cp forte ou 2 Cp simple X 2 par jour pendant 10 jours + Métronidazole 500 mg X 3 par jour pendant 10 jours
- OU
- Ciprofloxacine 500 mg X 2 par jour pendant 10 j
- PLUS Métronidazole 500 mg x 3 par jour pendant 7 jours
- Réhydratation par voie orale ou veineuse selon le degré de déshydratation.

*NB : Le traitement antibiotique et antiparasitaire sera adapté en fonction des résultats de l'antibiogramme et de l'examen parasitologique*

■ ***Examens supplémentaires***

- Endoscopie avec biopsies digestives si coprocultures et parasitologie des selles négatives. Permet de mettre en évidence les colites et les diarrhées d'origine tumorale (lymphomes, Kaposi)

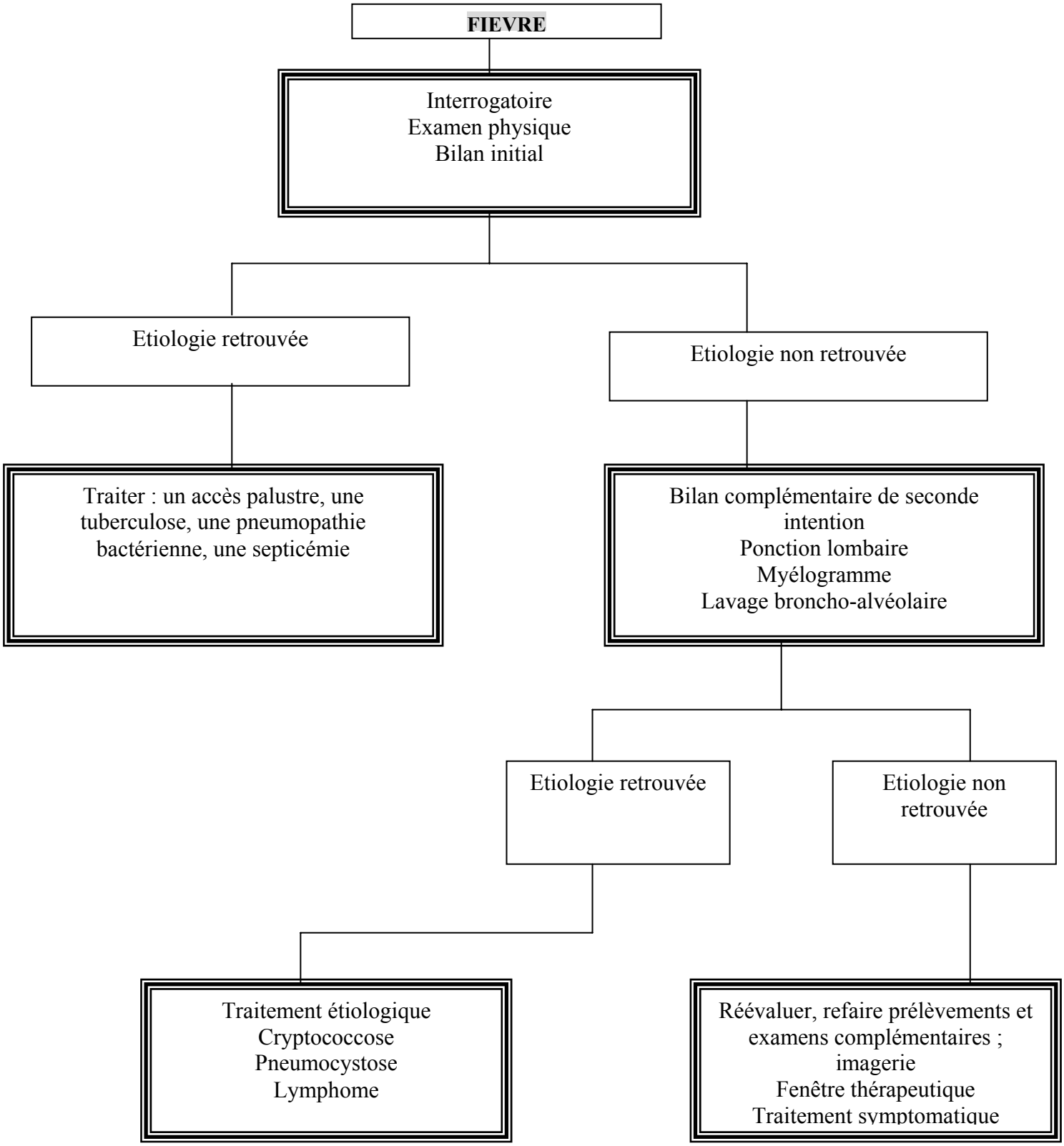
■ ***Les principes nutritionnels ci-après doivent être suivis :***

- Donner des suppléments de vitamines B et C ou de multivitamines
- Prendre des collations légères et fréquentes en cas de nausée et de vomissement
- La déshydratation doit être évitée par la prise de la quantité adéquate de liquides
- Consommer des fibres alimentaires (légumes) et réduire les matières grasses
- Encourager les patients à consommer leurs repas préférés
- Eviter le tabac et l'alcool
- S'assurer que l'intolérance des médicaments n'entraîne pas des problèmes nutritionnels
- Il faut par ailleurs assurer une hygiène rigoureuse dans la préparation et la conservation des aliments

**Encadré 2 : Messages généraux d'hygiène et de sécurité alimentaire**

- **Toujours se laver les mains avant de préparer la nourriture, avant de manger, et après les toilettes**
- **Garder propres toutes les surfaces et ustensiles de cuisine**
- **Eviter le contact entre les aliments crus et ceux préparés**
- **Bien cuire la nourriture et la servir immédiatement après préparation**
- **Laver les fruits et les végétaux avant de les consommer**
- **Utiliser de l'eau potable**
- **Protéger les aliments contre insectes, rongeurs et autres animaux**
- **Conserver les aliments non périssables dans des endroits surs**

### II.3.3.2. Algoritme de prise en charge : Fièvre



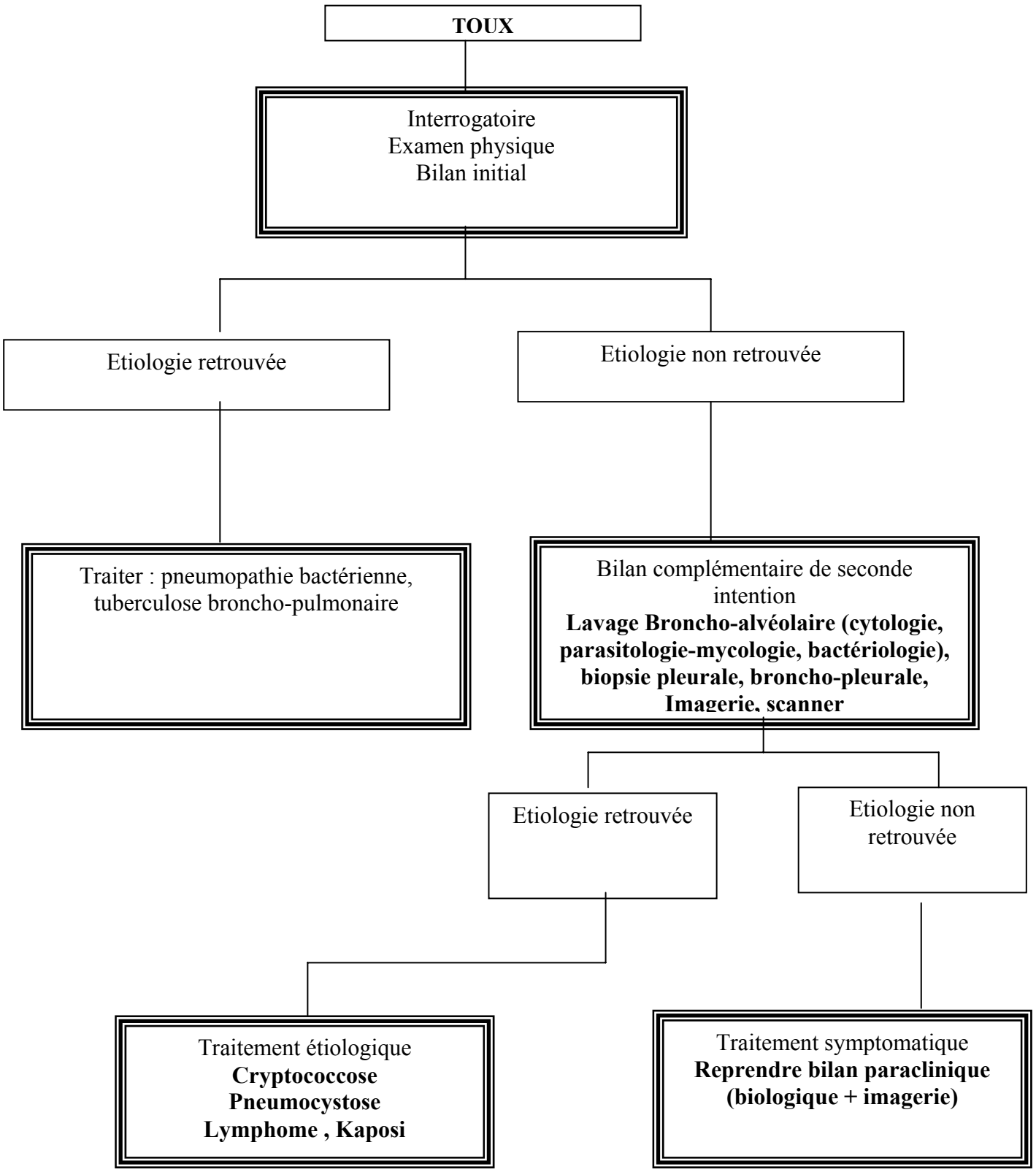
*ALGORITHME FIEVRE : NOTES*

- ***Bilan initial***
  - Goutte épaisse et frottis
  - Hémogramme
  - Radiographie des poumons
  - Créatininémie
  - Transaminases
  - Sérologie hépatite B, C
  - Sérologie syphilis TPHA VDRL

- ***Bilan de seconde intention en fonction des orientations cliniques***
  - Examen cytobactériologique des urines
  - Hémocultures et antibiogramme
  - Sérodiagnostic de Widal et Félix
  - Sérologie Amibienne, herpès, CMV
  - Radiographie des sinus
  - Echographie abdominale
  - Ponction lombaire: Cytologie, chimie, bactériologie, coloration à l'encre de Chine

- ***Bilan de troisième intention***
  - Hémocultures sur milieux spéciaux
  - Echographie cardiaque
  - Scanner cérébral et pulmonaire
  - Myélogramme

### II.3.3.3. Algorithme de prise en charge de la toux



*ALGORITHME TOUX CHRONIQUE : NOTES*

- ***Bilan initial***

  - **Cliché thoracique**
  - **Faire 3 recherches de BAAR dans les crachats en 24 a 48 heures**
  - **Examen bactériologique des expectorations (recherche de germes banals)**
  - Si épanchement pleural, faire une ponction pleurale (chimie, bactériologie, cytologie) voire une biopsie pleurale
  - Hémocultures répétées

- ***Bilan de seconde intention***

  - Fibroscopie bronchique : lavage broncho-alvéolaire et analyse du liquide d'aspiration : bactériologie, parasitologie, mycologie
  - Scanner thoracique
  - Myélogramme

- ***Etiologies à évoquer***

  - Infections pulmonaires a pyogènes
  - Tuberculose
  - Pneumocystose
  - Candidose pulmonaire
  - Mycobactérioses atypiques *(Mycobacterium avium)*
  - Néoplasies pulmonaires
    - Tumeurs pleurales
    - Lymphomes pleuro-pulmonaires
    - Tumeur de kaposi broncho-pulmonaire

### II.3.3.4. Prise en charge de la candidose

*A - Aspects cliniques*

La candidose buccale (ou muguet buccal) entraîne l'inflammation de la surface muqueuse avec langue dépapillée, framboisée ou noire, plaques blanches adhésives .Le patient peut se plaindre d'une perte de goût ou de brûlures L'infection peut s'étendre pour atteindre l'œsophage. Rarement une infection bronchique ou diffuse d'allure septicémique peut survenir.

Dans la candidose oesophagienne, les patients peuvent se plaindre de douleur rétro-sternales en avalant les aliments, de dysphagie, d'anorexie et de salivation excessive. L'examen buccal peut montrer une inflammation des muqueuses ainsi que des dépôts blanchâtres sur le palais, le pharynx, les gencives, la langue et l'intérieur des joues.

Dans la candidose génitale on observe un écoulement vaginal blanchâtre chez la femme et une inflammation du gland du pénis chez l'homme :

Dans les formes disséminées, le diagnostic est effectué par l'hémoculture sur milieux de Sabouraud et par l'examen histologique des biopsies des tissus.

### *B - Traitement*

■ Candidose buccale

Il faut associer le traitement local et le traitement par voie générale :

Nystatine : Sucer 200 000 unités 5 fois par jour pendant 14 jours et Fluconazole 100 mg en dose unique

■ Candidose oesophagienne

Fluconazole : 200 à 400 mg par jour VO pendant 14 à 21 jours

ou Ketoconazole : 200 à 400 mg par jour VO pendant 14 à 21 jours

En cas de candidose oesophagienne sévère, le patient ne peut plus avaler : Ampho B IV, 1mg/kg/j pendant au moins 7 jours, puis relais per os

*NB : Si le patient ne réagit pas au traitement, il faut envisager le diagnostic d'œsophagite à CMV ou à HSV et référer le patient pour l'endoscopie digestive.*

■ Candidose vaginale

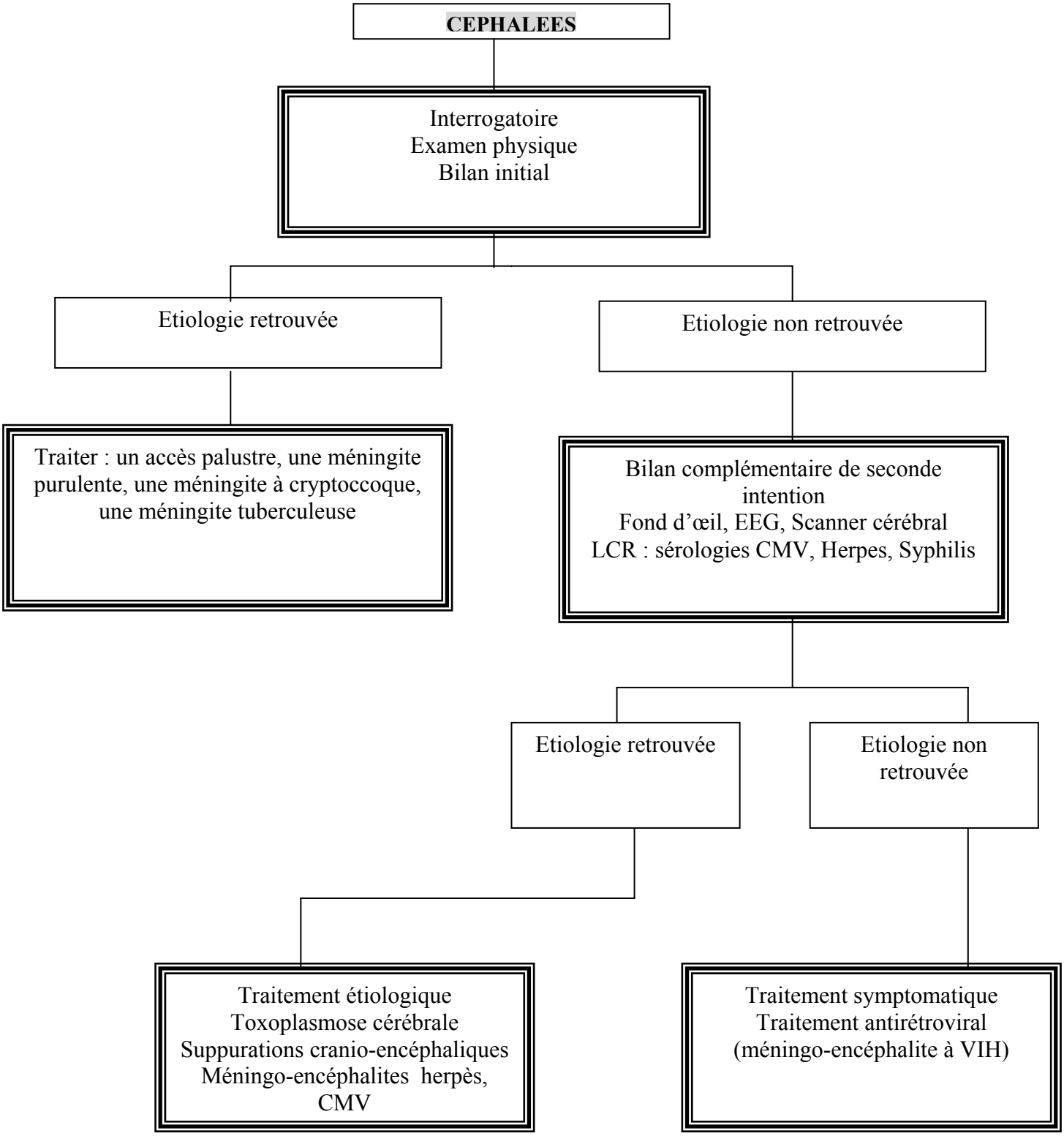
Ovules de Nystatine 100 000 U 1 ovule intravaginale X 2 par jour pendant 21 jours

Ovules de Clotrimazole 500 mg en dose unique Ou 200 mg par jour pendant 3 jours

Miconazole 200 mg par jour VO pendant 3 jours Ou Fluconazole 100 mg VO en dose unique

■ Septicémie à Candida : Amphotéricine B 0,7 à 1 mg/kg/j IV + 5-Fluorocytosine 25mg/kg 4 X /j VO

### II.3.3.5. - Algorithme de prise en charge : Céphalées



*PRISE EN CHARGE CEPHALEES : NOTES*

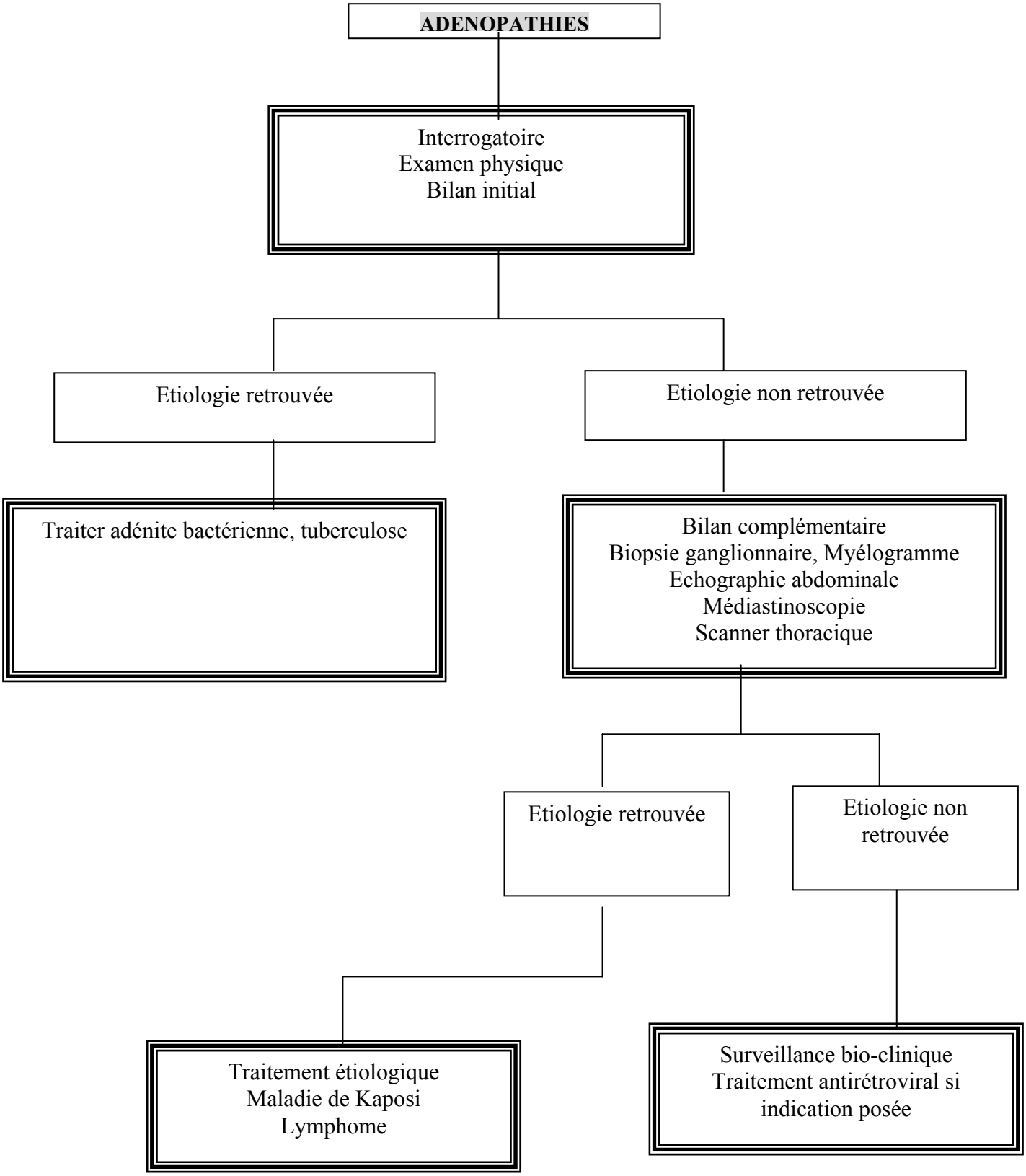
- ***Bilan initial des céphalées***
  - Goutte épaisse et frottis
  - Examen du fond d'œil (si signes de localisation neurologique)
  - Ponction lombaire (si fond d'œil normal) : examen cytologique, chimique, bactériologique et coloration a l'encre de Chine du liquide céphalo-rachidien
  - Hémocultures
  - Radiographie des poumons
- ***Bilan de seconde intention***
  - Scanner cérébral
  - Electro-encéphalogramme
  - Sérologie syphilitique, herpes virus, cytomégalovirus
- ***Etiologies***
  - Sinusite chronique
  - Toxoplasmose cérébrale
  - Suppurations intracrâniennes à germes banals
  - Cryptococcose neuro-meningée
  - Tuberculose méningée
  - Méningite purulente
  - Autres étiologies (Voir traitements en annexes)
    - . Méningo-encéphalites virales (herpes, cytomégalovirus)
    - . Leuco-encéphalite multifocale progressive
    - . Méningite chronique due au VIH
    - . Lymphomes
- ***Traitements***

Toxoplasmose cérébrale

Cryptococcose neuro-meningée

Tuberculose méningée : Appliquer le schéma du Programme National de Lutte Contre la Lèpre et la Tuberculose

### II.3.3.6. - Algorithme de prise en charge: adénopathies



*PRISE EN CHARGE ADENOPATHIES : NOTES*

- ***Bilan initial***
  - Hémogramme + vitesse de sédimentation
  - Radiographie des poumons
  - Echographie abdominale
  - Sérologie de la toxoplasmose
  - Sérologie syphilitique : TPHA et VDRL
  - Ponction lombaire (LCR : cytologie+ chimie+ bactériologie+mycologie)
  - Biopsie ganglionnaire et examen anatomo-pathologique
- ***Etiologies et traitement***
  - Tuberculose : traitement selon les recommandations du programme national de lutte contre la tuberculose pour les tuberculoses extra-pulmonaires
  - Lymphome
  - Maladie de Kaposi (chimiothérapie et radiothérapie à discuter)
- ***Examens supplémentaires***
  - Scanner
  - Laparoscopie
  - Médiastinoscopie
  - Myélogramme
- ***En l'absence d'étiologie retrouvée***
  - Surveillance bio-clinique si patient déjà sous antirétroviraux (ARV)
  - Si critères de mise sous ARV réunis, débuter ce traitement

### II.3.3.7. - Pathologies cutanées associées au VIH

*A - lésions prurigineuses*

- **Gale**

- Prurit généralise à prédominance nocturne
- Contage collectif et ou familial
- Lésions papuleuses et ou croûteuses et de grattage entre les doigts et au plis de flexion
- Traitement : Benzoate de Benzyle à 20% solution (Benzochloryl, Ascabiol) ou crème de Lindane. Après un bain soigneux avec du savon ordinaire, appliquer sur tout le corps (en insistant au niveau des plis et des espaces interdigitaux) sauf sur le visage. Laisser sécher et agir pendant 24 heures. Répéter le même traitement une semaine plus tard en cas d'échec. Expliquer au malade comment désinsectiser tout son linge, sa literie et sa couchette avec de la poudre de lindane. Traiter l'entourage avec la même rigueur

- **Réactions médicamenteuses**

Papules, vésicules, œdèmes, décollements bulleux et ou prurit généralise survenant immédiatement ou quelques jours après la dernière prise médicamenteuse. Traitement : Antihistaminiques : Prométhazine, dexchlorpheniramine ou Hydroxizine. Arrêter le traitement responsable de la réaction cutanée. Appliquer de l'éosine a l'eau si l'éruption est vésiculeuse ou bulleuse.

- **Prurigo**

Lésions papuleuses, isolées les unes des autres, hyperpigmentées, siégeant aux membres, au tronc et respectant les zones couvertes. Traitement : Antiprurigineux : Crotamiton. Eosine à l'eau pour éviter les surinfections. Antihistaminique par voie orale : Prométhazine, dexchlorphéniramine ou Hydroxizine.

*B - lésions vésiculeuses*

- **Zona**

Lésions en bande le long d'un trajet nerveux sensitif associées a des douleurs vives
Traitement : Bains de Permanganate de Potassium ou de Bétadine en solution dermique ou d'hexomédine en application 2 X par jour jusqu'à assèchement complet des lésions.
Aciclovir 800 mg : 1 gélule 3 fois par jour jusqu'à la disparition des croûtes. Antalgiques : Paracétamol+Dextropropoxyphène, Paracétamol+Codéine
*NB : En cas de Zona ophtalmique, référer le patient en milieu spécialisé*

- **Herpès cutanéo-muqueux**

Vésicules en bouquet péri-orificiels (organes génitaux, périnée)
Ulcérations polycycliques douloureuses. Récidives fréquentes précédées de picotements de brûlures. Traitement local : Solution antiseptique de Povidione iodée (Bétadine) en solution dermique ou gynécologique jusqu'à assèchement complet des lésions. Aciclovir 200 mg : 2 gélules x 3 par jour pendant 14 jours.

- **Varicelle**

Coexistence de lésions vésiculeuses d'age différent avec ombilication de certaines lésions. Lésions du cuir chevelu. Prurit et fièvre. Gravité chez l'adulte immunodéprimé. Traitement : Paracétamol 1g X 3 par jour PO ou voie parentérale. Antiprurigineux : Prométhazine,

dexchlorphéniramine ou Hydroxizine. Antiseptiques locaux : Bains de Permanganate de Potassium ou de Bétadine en solution dermique ou d'Hexomédine transcutanée en application 2 X par jour jusqu'à assèchement complet des lésions.
Acyclovir IV 800 mg X 3 par jour, jusqu'à disparition des lésions croûteuses

*C - lésions suppurées*

- **Définition**

Infections bactériennes primitives (impétigo, folliculites, furoncles) ou secondaires à une autre dermatose (surinfection de gale, prurigo, varicelle ou zona). Inflammation locale, présence de pus, de croûte, ulcérations a surface purulente

- **Conduite à tenir**

Antiseptiques locaux : bains de Permanganate de Potassium, d'éosine, de Bétadine en solution dermique ou de Chlorexidine si lésions muqueuses. Application 2 X par jour jusqu'à assèchement complet des lésions. Antibiothérapie par voie orale : Macrolides adulte(Eythromycine), pénicillines M (Oxacilline) 2g par jour pendant 10 a 14 jours : Incision d'une collection suppurée

*D - lésions squameuses : Dermatite séborhhéique*
Macules du visage (zone medio-faciale) avec accentuation de la desquamation au niveau des ailes du nez : dépôts blanchâtres, modérément prurigineux, surinfection possible
Extension possible au front et au cuir chevelu. Traitement : Antimycosique local : Econazole, amphotéricine B ou autre imidazole 2 fois par jour pendant 2 semaines puis tous les deux jours en traitement d'entretien pour éviter les rechutes. Antibiothérapie locale en cas de surinfection : Pénicilline M (oxacilline, cloxacilline…), Amoxicilline, Macrolides (Erythromycine)

*E - lésions tumorales*

Multiples, allant des causes les plus bénignes (molluscum contagiosum) aux plus sévères (maladie de Kaposi). Les principaux éléments cliniques devant faire évoquer une maladie de Kaposi sont les suivants :

- Lésions tumorales siégeant au niveau des extrémités ou disséminées sous forme de plaques, nodules, ou papules d'aspect violacé, taches violacées au niveau du palais ou des conjonctives.
- Atteintes viscérales possibles : poumons, tube digestif, ganglions.

*NB : Référer le patient au dermatologue ou en milieu spécialisé pour le diagnostic d'extension (endoscopies) et le traitement (radiothérapie, chimiothérapie antitumorale) de la maladie de Kaposi*

## II.3.4 - PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

### II.3.4.1 - Prévention primaire : chimioprophylaxie au cotrimoxazole

*A - Indications*

La chimioprophylaxie par le cotrimoxazole chez les PVVIH permet de prévenir les infections opportunistes suivantes:

- Pneumonie à *Streptococcus pneumoniae*
- Pneumonie à *Pneumocystis carinii*
- salmonelloses non-typhique (S. typhi murium )
- toxoplasmose cérébrale (Toxoplasma gondii)
- isosporose (Isospora belli)

Elle est recommandée pour tous les PVVIH symptomatiques ou ayant un nombre de lymphocytes CD4+ inférieur à 200/mm$^3$.

*B - Mode d'administration et alternative*

Le cotrimoxazole (sulphaméthoxazole 800 mg + triméthoprime 160 mg) par voie orale une fois par jour est indiqué indéfiniment ou jusqu'à ce que le nombre de lymphocyte CD4+ redevienne supérieur à 200 / mm$^3$ sur deux examens successifs à 6 mois d'intervalle Le cotrimoxazole est peu coûteux ; les effets secondaires sont rares. En cas d'allergie sévère au cotrimoxazole , la dapsone 100mg VO associée à la pyriméthamine 50mg VO une fois par semaine à long terme est efficace dans la prévention de la pneumonie à Pneumocystis carinii et de la toxoplasmose. Cette chimio-prophylaxie impose la surveillance hématologique (taux d'hémoglobine) et la supplémentation en acide folique. L'atovaquone sirop peut être utilisé avec moins d'effets secondaires

### II.3.4.2. - Prévention secondaire des infections opportunistes

*A - Après un épisode de pneumocystose et de toxoplasmose*

Cotrimoxazole ou Dapsone-pyrimethamine, à poursuivre jusqu'à un taux sup ou égal à 200 CD4 à 6 mois d'intervalle

*B - Après une candidose, une cryptococcose et autres mycoses profondes*

Fluconazole en dose unique de 200mg par jour jusqu' à un taux sup ou égal à 300 CD4 à 6 mois d'intervalle

## III - MODULE III : SITUATIONS PARTICULIERES

### *III.1. - ASPECTS PARTICULIERS DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT*

#### III.1.1. - CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE CHEZ L'ENFANT

- Séropositivité d'un parent, d'un frère ou d'une sœur
- Charge virale positive au cours de la surveillance post natale chez un BB né d'une mère séropositive connue
- Exposition accidentelle au sang et aux abus sexuels
- Symptômes et signes évocateurs :
  . Infections pulmonaires récurrentes
  . Perte de poids ou retard staturo-pondéral
  . Tuméfaction bilatérale des parotides
  . Diarrhée chronique
  . Muguet (candidose) buccal
  . Lymphadénopathie généralisée
  . Otite suppurée chronique ou récidivante

*NB : La persistance ou la récurrence des ces symptômes et signes évoquent fortement l'infection à VIH.*

## Classification OMS révisée pour les enfants et les nourrissons

Enfants de moins de 15 ans ayant une infection VIH confirmée :

- Chez les enfants > ou = 18 mois : confirmée par sérologie VIH
- Chez les enfants < 18 mois : confirmée par tests virologiques ou Ag P24

### Stade 1

- ⇨ Asymptomatique
- ⇨ Lymphadénopathie généralisée

### Stade 2

- ⇨ Hépatosplénomégalie
- ⇨ Prurigo
- ⇨ Dermatite séborrhéique
- ⇨ Infection extensive à papillomavirus humain
- ⇨ Infection extensive à molluscum contagiosum
- ⇨ Infections fongiques des ongles
- ⇨ Ulcérations orales récidivantes
- ⇨ Erythème gingival linéaire
- ⇨ Perlèche
- ⇨ Hypertrophie parotidienne
- ⇨ Zona
- ⇨ Infections chroniques ou récidivantes des voies aériennes (otite moyenne, otorrhée, sinusite)

### Stade 3

**Affections pour lesquelles le diagnostic présomptif peut être fait sur la base des signes cliniques ou d'examens simples**

- ⇨ Malnutrition modérée inexpliquée répondant mal à la prise en charge standard
- ⇨ Diarrhée persistante inexpliquée de 14 jours ou plus
- ⇨ Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) de plus de 1 mois
- ⇨ Candidose orale (en dehors de la période néonatale)
- ⇨ Leucoplasie chevelue de la langue
- ⇨ Gingivite/périodontite aiguë ulcéronécrosante
- ⇨ Tuberculose pulmonaire
- ⇨ Pneumonie bactérienne sévère récidivante

**Affections pour lesquelles le diagnostic doit être confirmé**

- ⇨ Affection pulmonaire chronique associée au VIH incluant une atteinte des petites voies aériennes à type de bronchectasie
- ⇨ Pneumonie interstitielle lymphoïde

⇨ Anémie inexpliquée (<8 g/dl) et/ou neutropénie (<1000/mm3) et/ou thrombocytopénie (<50 000 /mm3) pendant plus d'un mois

---

**Stade 4**

**Affections pour lesquelles le diagnostic présomptif peut être fait sur la base des signes cliniques ou d'examens simples**

⇨ Syndrome cachectique ou malnutrition sévère inexpliqués ne répondant pas correctement à un traitement adapté

⇨ Pneumonie à Pneumocystis

⇨ Infections bactériennes récurrentes présumées sévères (ex. empyème, pyomyosite, infection osseuse ou articulaire, méningite, à l'exclusion des pneumonies)

⇨ Herpès chronique (orolabial ou cutané d'une durée de plus de un mois)

⇨ Tuberculose extra pulmonaire

⇨ Sarcome de Kaposi

⇨ Candidose de l'œsophage

⇨ Toxoplasmose cérébrale (en dehors de la période néonatale)

⇨ Encéphalopathie à VIH

**Affections pour lesquelles le diagnostic doit être confirmé**

⇨ Infection à cytomégalovirus (rétinite ou d'un organe autre que le foie, la rate ou les ganglions ; début à un mois ou plus)

⇨ Cryptococcose extra pulmonaire y compris méningite

⇨ Mycose disséminée (ex: histoplasmose, coccidioidomycose, pénicilliose,…)

⇨ Cryptosporidiose

⇨ Isosporose

⇨ Infection disséminée à mycobactéries atypiques

⇨ Candidose de la trachée, des bronches ou des poumons

⇨ Infection herpétique viscérale

⇨ Fistule rectale acquise associée au VIH

⇨ Lymphome (cérébral ou non hodgkinien à cellule B)

⇨ Leucoencéphalopathie multifocale progressive

⇨ Cardiomyopathie ou néphropathie associée au VIH

---

## III.1.3. - DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DU VIH CHEZ L'ENFANT

### III.1.3.1. - Diagnostic virologique

Il peut être réalisé dès l'âge de deux mois une charge virale qui sera répétée à l'age de 6 mois, permettant un diagnostic beaucoup plus précoce de l'infection que le suivi de la sérologie jusqu'à 18 mois.

- Chez les enfants qui ne sont pas allaités au sein, l'infection à VIH peut être raisonnablement écartée chez ceux ayant deux tests virologiques négatifs.
- Si l'enfant est allaité au sein, un test virologique négatif à 6 mois n'exclut pas l'infection, en raison du risque de transmission continu tout au long de l'allaitement.

### III.1.3.2 - Diagnostic sérologique

- Deux sérologies VIH négatives à un âge supérieur à 6 mois avec un intervalle d'au moins un mois entre les 2 tests, permettent d'écarter l'infection à VIH chez les enfants qui ne sont pas allaités au sein.

- **L'infection à VIH peut être définitivement écartée si la sérologie VIH est négative selon les algorithmes validés à partir de l'âge de 18 mois.**

### III.1.4. - ASPECTS CLINIQUES PARTICULIERS CHEZ L'ENFANT

La malnutrition grave est un signe fréquent de l'infection à VIH chez l'enfant. Les signes et la conduite à tenir devant une malnutrition grave chez l'enfant infecté par le VIH sont présentés dans le tableau suivant.

**Tableau 6 – Aspects cliniques de la malnutrition chez l'enfant VIH séropositif**

| Etat nutritionnel | Signes et traitement | |
|---|---|---|
| **Malnutrition grave ou anémie grave** | • **Amaigrissement important**<br>• **Pâleur importante**<br>• **Oedème des pieds** | • **Donner la Vitamine A**<br>• **Référer à l'hôpital pour la prise en charge** |
| **Anémie ou très faible poids** | • **Pâleur modérée**<br>• **Retard pondéral important** | • **Evaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller la mère sur l'alimentation**<br>• **S'il y a pâleur, donner du fer, des antipaludéens oraux, du mebendazole si l'enfant a deux ans ou plus** |
| **Pas d'anémie et pas de poids très faible** | • **Pas de retard pondéral**<br>• **Pas d'autres signes de malnutrition** | • **Si l'enfant a moins de 2 ans, évaluer l'alimentation de l'enfant et donner des conseils à la mère** |

*NB : Appliquer directives nationales de la PCIME concernant la malnutrition et les autres affections de l'enfant.*

Les infections courantes en particulier la tuberculose et les tumeurs (lymphomes, ont également plus fréquentes chez l'enfant VIH séropositif symptomatique.

## III.1.5 - TRAITEMENTS ET PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES CHEZ L'ENFANT

### III.1.5.1 - Traitement des infections opportunistes

▪ Les enfants VIH séropositifs doivent être pris en charge selon les directives relatives à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Les posologies des médicaments pour le traitement des infections opportunistes devront être adaptées et les enfants devront être référés au besoin en milieu spécialisé ; en particulier pour l'indication et la conduite du traitement antirétroviral.

### III.1.5.2 - Chimioprophylaxie au cotrimoxazole

▪ Les enfants nés de mères séropositives doivent recevoir la prophylaxie au cotrimoxazole à la dose est de 15mg/kg de triméthoprime par jour, de l'âge de 4 à 6 semaines jusqu'à la connaissance de leur statut (6 mois avec CV)

▪ La prophylaxie est proposée lorsque le pourcentage de lymphocytes CD4 de l'enfant est inférieur à 15 pour cent les lymphocytes totaux.

### III.1.5.3 - Vaccinations de l'enfant infecté par le VIH

Les enfants nés de mères infectées doivent être immunisés conformément aux directives Nationales du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Le vaccin du BCG ne doit pas être administré aux patients symptomatiques du VIH/SIDA. La vaccination contre la Fièvre Jaune doit être évitée.

Le tableau ci-dessous résume les recommandations de la vaccination chez les enfants infectés par le VIH.

**Tableau 7 : Vaccinations de l'enfant VIH séropositif**

| Vaccin | Enfant asymptomatique | Enfant symptomatique |
|---|---|---|
| Bacille Calmette Guérin (BCG) | NON | Non |
| Diphtérie Coqueluche Tétanos | Oui | Oui |
| Vaccin Polio Oral | NON | NON |
| Vaccin Polio IM | Oui | Oui |
| Rougeole | Oui | Oui |
| Virus de l'Hépatite B | Oui | Oui |
| Haemophilus inflenzae B | Oui | Oui |
| Fièvre Jaune | NON | Non |
| Anti-Méningococciques | Oui | Oui |

*NB : - Tous les vaccins vivants sont contre-indiqués chez l'enfant VIH séropositif symptomatique*

*- Le traitement de l'infection à VIH chez l'enfant répond aux mêmes principes que chez l'adulte avec la nécessité d'adaptation des posologies et de respect des contre-indications particulières : L'OMS recommande la mise en œuvre des protocoles de la PCIME chez l'enfant infecté par le VIH chaque fois que cela est faisable.*

## *III.2. - PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH*

La prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH doit être complète et comprend :

### III.2.1. - PREVENTION PRIMAIRE DU VIH AVANT LA GROSSESSE

Elle repose sur la communication pour le changement de comportement et les conseils de santé sexuelle et reproductive aux jeunes et aux femmes en age de procréer. La population jeune devra être sensibilisée à la pratique du dépistage volontaire et anonyme du VIH avant le mariage. Lors de l'établissement du certificat prénuptial les prescripteurs seront sensibilisés à proposer le test de dépistage du VIH aux couples. Les résultats devront rester confidentiels et serviront à éclairer le couple sur son état de santé et non à l'exposer à la stigmatisation ou à la discrimination. La Prévention des grossesses non désirées chez les femmes, plus particulièrement celles VIH, séropositives dans le cadre des programmes nationaux de santé maternelle et infantile.

*NB : La mesure de la charge virale en fin de grossesse permet d'évaluer le risque de transmission de la mère a l'enfant et devrait être envisagée aux Comores dans le cadre du réseau régional de prise en charge.*

### III.2.2. - PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH PENDANT LA GROSSESSE

- Le conseil et le dépistage de l'infection à VIH doivent être promus dans le cadre de programmes nationaux de santé maternelle et infantile.
- Une surveillance particulière (en particulier échographique) de la grossesse sera effectuée en cas de séropositivité de femme. La grossesse devra être considérée comme une grossesse à risque et prise en charge de façon multidisciplinaire en milieu spécialisé.
- Compte tenu de la faible prévalence aux Comores, les femmes enceintes vivant avec le VIH seront référées systématiquement en milieu obstétrical après les conseils appropriés et l'obtention de leur consentement éclairé pour l'indication d'une césarienne programmée.
- Il existe des protocoles de traitements antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère enfant du VIH. Ces protocoles permettent de réduire considérablement le risque de transmission materno foetale, mais exposent la mère et le fœtus à la toxicité des ARV. En fonction de chaque situation, le bénéfice /risque doit être pesé.( cf page )

### III.2.3 - PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH PENDANT L'ACCOUCHEMENT

- La version par manœuvres externes, les forceps, l'épisiotomie ou la pose d'électrodes sur le scalp sont contre-indiquées
- En cas de rupture prématurée des membranes, l'indication de césarienne sera posée en fonction des conditions obstétricales
- Avant l'accouchement par voie basse, pratiquer une toilette vaginale à la chlorhexidine à 0,25%.
- Les règles de prévention des infections en milieu obstétrical et en néonatologie doivent être strictement appliquées.
- Un bain du nouveau-né avec une solution à base d'antiseptiques sera effectué immédiatement après l'accouchement.

### III.2.4 - PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH APRES L'ACCOUCHEMENT ET SUIVI PSYCHO-SOCIAL

Une prise en charge psychosociale spécifique doit être offerte aux mères VIH séropositives dans le cadre de la coopération entre services obstétriques et pédiatriques pour une prise en charge optimale du couple mère- l'enfant né de mère VIH séropositive.

Les équipes obstétricales et pédiatriques doivent être entraînées à la confidentialité, à la non stigmatisation et au respect des précautions universelles.

L'allaitement maternel, s'il est protecteur contre les infections et assure un apport nutritionnel et calorique suffisant et un facteur majeur de la transmission du VIH (1 % par mois d'allaitement). Les conditions existantes aux Comores nous font choisir l'allaitement artificiel encadré.

## *III.3. - PROPHYLAXIE DE L'EXPOSITION ACCIDENTELLE AU VIH (AES)*

### III.3.1. DEFINITION ET EVALUATION DE L'AES

Un accident d'exposition au sang se définit comme un contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang, lors d'une piqûre, d'une coupure avec un objet tranchant ou par contact de la peau lésée ou des muqueuses avec ces liquides biologiques. Le risque d'infection après exposition professionnelle est plus grand dans les situations suivantes :

- *Blessure par un objet tranchant sur lequel se trouve du sang*
- *Aiguille utilisée en intraveineuse*
- *Blessure intramusculaire profonde*
- *Le patient source a un SIDA avancé*

### III.3.2. PROCEDURE IMMEDIATE EN CAS D'AES

- *Interrompre le soin et ne pas exprimer le sang de la plaie s'il y a saignement*
- *Laver abondamment la partie exposée à l'eau et au savon et la tremper dans de l'eau de Javel diluée à 1/10 ou de la Bétadine pendant 5 minutes*
- *En cas de projection dans les yeux ou la bouche, rincer abondamment à l'eau courante ou au sérum physiologique*
- *Signaler la blessure à un superviseur.*
- *Se rendre au plus tôt aux urgences du CHR pour recevoir un kit d'ARV. La présentation dans les 4 premières heures est idéale, mais peut se faire au cours des 48 premières heures. Au delà, la trithérapie préventive n'amène plus de bénéfice et est donc inutile*
- *Une consultation spécialisée, doit avoir lieu, le premier jour ouvrable suivant l'accident auprès du médecin référent qui réévaluera le risque et décidera de poursuivre ou non le traitement préventif antirétroviral pour une durée totale d'1 mois. Le médecin référent effectuera la sérologie de départ de la personne exposée, afin de connaître son statut avant l'accident.*
- *Si le patient source est identifié, il faut lui demander l'autorisation d'effectuer une sérologie VIH, en expliquant la raison.*

### III.3.3. - CONDUITE A TENIR EN FONCTION DU STATUT SEROLOGIQUE DU PATIENT ET DU SOIGNANT EXPOSE

Dans tous les cas, un AES constitue une source d'angoisse et de vulnérabilité pour la personne exposée. Une prise en charge psychosociale doit être possible si elle s'avère nécessaire.

#### III.3.3.1. - Si le patient et l'agent de santé exposé sont séronégatifs

- Aucune prophylaxie post-exposition n'est nécessaire
- S'assurer cependant par précaution du statut du patient et de l'agent de santé à 3 et 6 mois

(phase de latence sérologique possible)

#### III.3.3.2. - Si l'agent de santé exposé est séropositif

- L'exposition actuelle n'est pas en cause
- Prise en charge de son infection à VIH selon le schéma de prise en charge de tout PVVIH

#### III.3.3.3. Si l'agent de santé est séronégatif et le patient séropositif

- Prophylaxie post-exposition pendant 1 mois, surveillance biologique des effets

secondaires à 15 jours et tests sérologiques à 3 puis à 6 mois.

- En cas de séroconversion à 3 ou 6 mois, conseil et prise en charge de l'infection à VIH.

#### III.3.3.4. S'il est impossible de déterminer la sérologie du patient source :

- Supposer jusqu'à preuve du contraire que le patient source est positif
- Estimer les risques de transmission de l'accident en cause (médecin référent)
- Prophylaxie post-exposition + test sérologique a 3 puis a 6 mois.
- Conseiller d'utiliser le préservatif pendant les 6 mois après la blessure.
- Si l'agent n'est pas immunisé(e) procéder à la vaccination contre l'hépatite B

### III.3.4. - PROTOCOLES ANTIRETROVIRAUX DE PROPHYLAXIE POST- EXPOSITION

**Des kits contenant 3 jours de traitements antirétroviral prophylactique devront être disponibles aux urgences des 3 hôpitaux de régions**

Les médecins des urgences devront recevoir la formation nécessaire à la dispensation des kits et à l'accueil des personnes exposées

Le traitement post exposition repose sur l'association pendant 1 mois de :

| TDF(ténofovir)+ FTC(emtricitabine) | + | LOPINAVIR /RITONAVIR |
|---|---|---|
| 1cp/j | + | 2 cp X 2 /j |

NB : TDF+FTC = TRUVADA  Lopinavir/ritonavir = KALETRA

# IV - MODULE IV TRAITEMENTS ANTIRETROVIRAUX ET SURVEILLANCE

## *IV.1. - OBJECTIFS ET PRINCIPES DIRECTEURS DE LA TAR*

### IV.1.1. - OBJECTIFS DE LA THERAPIE ANTIRETROVIRALE

- *La suppression maximale et durable de la réplication du VIH*
- *Le rétablissement et/ou la conservation de la fonction immunitaire*
- *La réduction de la morbidité et de la mortalité associées au VIH, et*
- *L'amélioration de la qualité de vie.*

### IV.1.2. - PRINCIPES DIRECTEURS DE LA THERAPIE ANTIRETROVIRALE

- *Tout protocole de traitement doit contenir au moins trois agents antirétroviraux efficaces.*
- *L'adhésion au traitement doit être rigoureusement recommandée et surveillée. Il n'est jamais urgent de débuter un traitement antirétroviral, mais il est fondamental que le patient adhère à sa prise en charge et soit prêt à prendre son traitement qu'il doit s'approprier. L'adhérence est le principal facteur de succès du traitement. L'adhérence est un phénomène fluctuant dans le temps et doit être constamment ré évaluée.*
- *La prescription des antirétroviraux aux Comores est réservée aux médecins référents seuls formés et habilités à prescrire les ARV et à effectuer la surveillance spécialisée de ces patients. Cependant l'importance d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire est à souligner (recours aux paramédicaux pour DOT, aux psychiatres et psychologues, aux spécialistes de la nutrition, au support par les associations…)*
- *La surveillance clinique et biologique des effets secondaires doit être effectuée*

## *IV.2. - MECANISME D'ACTION ET PRESENTATION DES ANTIRETROVIRAUX (ARV)*

### IV.2.1. - MECANISME D'ACTION DES ANTIRETROVIRAUX

➢ *INHIBITEURS DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (ITI)*– bloquent la transcriptase inverse du VIH

➢ *INHIBITEURS DE LA PROTEASE (IP)* – bloquent l'enzyme protéase du VIH

➢ *BLOQUEURS DE FUSION* – bloquent la fusion du VIH avec la membrane du CD4 et préviennent ainsi sa pénétration dans la cellule

## IV.2.2. - PRESENTATION ET EFFETS SECONDAIRES DES ARV

**Tableau 8: Dénominations et effets secondaires des antirétroviraux**

| Médicament | Effets secondaires |
|---|---|
| **Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI):** | |
| Zidovudine ou AZT - *Retrovir* ® | Anémie, neutropénie, infection bactérienne |
| Didanosine ou - *Videx*® | Pancréatite, Neuropathie périphérique, diarrhée, nausée, vomissement |
| Zalcitabine - *Hivid*® | Ulcération buccale, neuropathie périphérique |
| Stavudine - *Zerit*® | Neuropathie périphérique, faiblesse musculaire, hépatite, pancréatite |
| Lamivudine –*Epivir*® | Habituellement néant, céphalées, asthénie, troubles digestifs, pancréatite et neuropathie périphérique |
| Abacavir - *Ziagen*® | Réactions d'hypersensibilité graves potentiellement fatales |
| **Inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI):** | |
| Névirapine - *Viramune*® | Hépatite, **réactions d'hypersensibilité graves** |
| Efavirenz – *Sustiva*®, *Stocrin*® | Vertiges, insomnie ou somnolence, céphalées, dépression |
| Delavirdine - *Rescriptor*® | Céphalées |
| **Inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INtTR):** | |
| Tenofovir *Viread*® | Symptômes de GI, éruption |
| **inhibiteurs de la protéase (IP):** | |
| Saquinavir - *Fortovase*® | Intolérance de GI, diarrhée |
| Ritonavir - *Norvir*® | Pancréatite, hépatite, paresthésie entourant l'œil, nausée, vomissement, diarrhée |
| Indinavir - *Crixivan*® | Calculs, maux de tête, ictère, éruption, goût métallique dans la bouche |
| Nelfinavir - *Viracept*® | Diarrhée, douleur abdominale, flatulence, éruption |
| Amprenavir - *Invirase*® | Intolérance digestive, diarrhée, éruption, paresthésie entourant l'œil |
| Lopinavir/Ritonavir | Intolérance digestive, perte de poids |
| **Inhibiteurs de la fusion** | |
| Enfurtivide *Fuseon*® | |

*NB : Les appellations de spécialités ne sont pas exhaustives*

*Les antirétroviraux ont effets secondaires variées et plus ou moins sévères qui justifient la surveillance stricte du traitement et sa modification immédiate en cas d'effets secondaires sévères.*

*L'Enfurtivide est introduit récemment et réservé aux patients multirésistants. Il est administré par voie parentérale.*

## *IV. 3 - INDICATIONS DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL (TAR)*

### IV.3.1 - INDICATIONS TAR : ADULTE

L'union des Comores dispose d'un compteur CD4

- *Stade clinique IV OMS*
- *Lymphocytes CD4 < 200 par mm$^3$ quelque soit le stade clinique*
- *Lymphocytes CD4 entre 200-350 mm$^3$ en fonction des critères cliniques et biologiques*

**Tableau 9 : Protocole de TAR de première ligne chez l'adulte**

| **Protocole national de première ligne Infection à VIH symptomatique de l'adulte** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Médicaments** | **Dose** | **Fréquence** | **Voie** | **Durée** |
| (TDF) Tenofovir | 300 mg | 1 cp./Jour | VO | Long cours |
| **ET** | | | | |
| FTC ( Emtricitabine) | 200mg | 1Fois/Jour | VO | Long cours |
| **ET** | | | | |
| Efavirenz | 600mg | 1 Fois/Jour | VO | Long cours |
| | Ou | | | |
| Nevirapine | 200mg | 1CP /jour pdt 14 JOURS puis 2cp /J | VO | Long cours |

**<u>Alternative de première ligne :</u>**

Truvada 1 cp/jour et Efv , Truvada(FTC+TDF) + Kaletra

Ou

Combivir (AZT+3TC) + Efv ou Combivir + Kaletra(lopi/rito)

Selon les recommandations de l'OMS (2006), le traitement préférentiel sera Truvada+Efv mais en cas de contre indication a ces médicaments (Hépatites, antécédents psychatriaque, syndrome dépressif, insuffisance rénale, femme enceinte ou en age de procréer, une alternative sera choisie

**Tableau 10 : Protocole de TAR de deuxième ligne chez l'adulte**

| **Protocole national de deuxième ligne Infection à VIH symptomatique de l'adulte** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Médicament** | **Dose** | **Fréquence** | **Voie** | **Durée** |
| DDI | 250 ou 400mg | 1 Fois/Jour | VO | Long cours |
| Abacavir | 300mg | 2 cp/jour en une ou deux prises | VO | Long cours |
| **ET** | | | | |
| Efv | 600mg | 1 Fois/Jour | VO | Long cours |
| **OU** | | | | |
| Lopinavir/Ritonavir | 200/100 mg | 4 cp /Jour en une ou deux prises | VO | |

[b] *La dose de didanosine est de 400mg 1 Fois/Jour VO si le patient pèse plus de 60kg, et 250mg 1 Fois/Jour VO s'il pèse moins de 60kg*

*En cas de contre indication à* Efv et d'effets secondaires majeurs au Kaletra alors que l'efficacité immunologique est correcte, il est recommande de remplacer le Lopinavir par l'Atazanavir de 2 comprimes a 150 mg /jour Boostés par le Ritonavir 100 mg 1 gélule par jour

## IV.3.2 - CAS PARTICULIERS DE LA TAR CHEZ LES ADULTES

### IV.3.2.1 - Patients tuberculeux

Il est souhaitable que les personnes ayant la tuberculose et le VIH achèvent leur traitement de la tuberculose avant de commencer la TAR à moins qu'il y ait un risque élevé de progression du VIH et de décès au cours de la période du traitement de la tuberculose, c'est-à-dire le nombre de lymphocytes CD4+ < 200/mm$^3$. Les protocoles proposés sont les suivants.

**Zidovudine + Lamivudine + EFV OU Truvada + Efv**

Il est souhaitable d'augmenter si possible La posologie de Efv de 600 a 800 mg dans cette situation

En cas de contre indication a ce traitrement, ABC + DDI + Lopinavir/Ritonavir pourra être proposé en augmentant de 200 mg la dose de Ritonavir.

### IV.3.2.1 - TAR chez la femme enceinte

- *Il est préférable de commencer la TAR après le premier trimestre de grossesse afin de minimiser le risque de tératogenèse. Cependant le traitement devra être débuté en fonction des besoins maternels.*
- *Certains médicaments tels que l'Efavirenz ne doivent pas être utilisés au cours du premier trimestre de la grossesse*
- *Le INTI et les INNTI traversent le placenta et il y a un potentiel de toxicité mitochondriale chez le fœtus*

**Tableau 12 : Protocole de TAR de première ligne**

## Femme enceinte n'ayant besoin de traitement pour elle même

Aux Comores, la prévalence du VIH est basse (0,025%, 2003). Depuis 2003, le test VIH est systématiquement proposé à toute femme enceinte avec un taux d'acceptation de 95 %. Aucune femme enceinte séropositive n'a été diagnostiquée depuis cette date. (préciser nbre de femmes enceintes testées) C'est pourquoi nous prévoyons de prendre en charge un tout petit nombre de femmes enceintes séropositives (1 **à** 5 par an maximum) ce qui justifie de leur proposer un traitement optimal qui sera débuté au troisième trimestre de grossesse.

| **Protocole national de première ligne Femme enceinte** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Médicament** | **Dose** | **Fréquence** | **Voie** | **Durée** |
| Zidovudine | 300mg | 2 Fois/Jour | VO | Continu |
| **ET** | | | | |
| Lamivudine | 150mg /300mg | 1 ou2 Fois/Jour | | Continu |
| **ET** | | | | |
| Lopinavir/Ritonavir | 200/100mg | 2 cp, 2 Fois/Jour | VO | Jusqu'à l'accouchement |

En cas d'anémie lié à l'AZT, celui-ci sera remplacé par l'Abacavir

## Femme enceinte ayant besoin d'un traitement pour elle-même :

Le traitement antirétroviral sera débuté dès que possible selon le même schéma que précédemment.

**Femme enceinte déjà traitée et débutant une grossesse :**

En cas d'efficacité : poursuivre le traitement en cours, en vérifiant que le régime ne contient pas d'EFV ou l'association d4T/ DDI

En cas d'inefficacité, optimiser le régime.

Il est possible, aux Comores, d'obtenir des charges virales, réalisées à la Réunion, dans le cadre des programmes régionaux. Une charge virale sera réalisée en début de grossesse et deux autres à 6 et 8 mois de grossesse.

Une perfusion d'AZT sera posée au début du travail et retirée après l'accouchement

**Femme dont le statut est découvert au moment de l'accouchement**

Névirapine+ AZT + 3TC en monodose pendant l'accouchement, puis poursuite AZT+3TC jusqu'à récupération des CD4 qui seront effectués dans les tous premiers jours suivant l'accouchement.

- Si La femme n'a pas besoin de traitement pour elle-même : poursuivre l'AZT + 3TC pendant 7 jours post accouchement, puis arrêt.
- Si la femme a besoin d'un traitement pour elle-même, la traiter selon le protocole de prise en charge de l'adulte.

**Allaitement**

Vu le petit nombre de couples mère- enfant concernés, vu les capacités d'encadrement efficace de ces femmes par des ONG ou du personnel para-médical et leur savoir faire concernant l'allaitement artificiel dans le cadre des malnutritions, vu la disponibilité d'un fonds pour acheter le lait artificiel, vu les risques de transmission par l'allaitement maternel du VIH et les risques de l'allaitement mixte, il est décidé de recourir à l'allaitement artificiel encadré. Ces conditions permettent un allaitement artificiel faisable, durable, acceptable, abordable et sans danger.

## IV.3.3 - TAR CHEZ L'ENFANT

Les recommandations pour l'enfant doivent prendre en compte la disponibilité de formules pédiatriques de médications, la nature agréable du goût et l'effet de l'aliment sur l'absorption des médicaments.

Il est possible d'obtenir des charges virales dans la sous région.

Il est proposé d'effectuer une charge virale à 2 mois et 6 mois afin de connaître le plus rapidement possible le statut de l'enfant, d'autant que celui-ci sera durable en l'absence d'allaitement maternel

### IV.3.3.1 - Indications TAR chez l'enfant :

- *Virologie positive et stade III pédiatrique OMS*
- *Virologie positive et stade I ou II et CD4< 25% des lymphocytes totaux*

**Tableau 13 : Protocole de TAR de première ligne pour l'enfant**

| **PROTOCOLE RECOMMANDE EN PREMIERE INTENTION** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Médicament** | **Dose** | **Fréquence** | **Voie** | **Durée** |
| **Zidovudine** | | | | |
| Moins de 28 jours d'âge | 4mg/kg | 2 Fois/Jour | VO | Long terme |
| 4 semaines à 13 ans | 180mg/m$^2$ | 2 Fois/Jour | VO | Long terme |
| **ET** | | | | |
| **Lamivudine** | | | | |
| Moins de 30 jours d'âge | 2mg/kg | 2 Fois/Jour | VO | Long terme |
| Plus de 30 jours d'âge ou poids moins de 60kg | 4mg/kg | 2 Fois/Jour | VO | Long terme |
| Poids supérieur à 60kg (Dose maximum) | 150mg | 2 Fois/Jour | VO | Long terme |
| **ET** | | | | |
| **Lopinavir/Ritonavir** | | | | |
| **Age minimum : 2 ans** | | | | |
| **< 15 Kg** | 12 mg/Kg | 2 Fois/j | VO | Long terme |
| **>15 Kg** | 10 mg/Kg | 2 Fois/j | VO | Long terme |
| | | | VO | Long terme |
| **OU** | | | | |
| **Efavirenz (si âgé de plus de 3 ans)** | | | | |
| Poids inférieur à 10kg | **NE PAS UTILISER** | - | - | - |
| Poids de 10 à 15kg | 200mg | 1 Fois/Jour | VO | Long terme |
| Poids de 15 à <20kg | 250mg | 1 Fois/Jour | VO | Long terme |
| Poids de 20 à <25kg | 300mg | 1 Fois/Jour | VO | Long terme |
| Poids de 25 à <33kg | 350mg | 1 Fois/Jour | VO | Long terme |
| Poids de 33 à <40kg | 400mg | 1 Fois/Jour | VO | Long terme |
| Poids de 40kg et plus | 600mg | 1 Fois/Jour | VO | Long terme |

*NB : - L'Efavirenz doit être utilisé seulement chez l'enfant âgé de plus de 3 ans et pesant plus de 10kg*
*- La surface corporelle de l'enfant peut être évaluée à l'aide d'abaques simples*

**<u>NOTES</u> :**

1 *- La mono thérapie par un seul agent antirétroviral ne doit jamais être utilisée en dehors de la prévention de la transmission mère-enfant compte tenu du développement rapide de la résistance*
2 *la bi-thérapie ne doit jamais être utilisée en dehors de la prévention de la transmission mère-enfant et de la prophylaxie de l'exposition professionnelle compte tenu du développement rapide de la résistance.*
3 *- La zidovudine et la stavudine ne doivent pas être pris ensemble*
4 *- La didanosine doit être prise à jeun ; le patient ne doit pas manger deux heures avant et une heure après la médication*
5 *- Les patients sous indinavir doivent prendre au moins 1,5 litre d'eau par jour en vue de prévenir la formation de calcul rénal. Les patients sous indinavir ne doivent pas manger deux heures avant et une heure après la médication*
6 *- Les inhibiteurs de protéases ne doivent pas être utilisés chez les personnes sous rifampicine ou rifabutine*

**Deuxième ligne** : DDI, Abacavir, Lopinavir/ Ritonavir

En cas d'effets secondaires majeurs du Kalétra, on est autorisé à le remplacer par du Reyataz boosté par Ritonavir

## *IV. 4 - SURVEILLANCE DU TRAITEMENT ARV*

Un calendrier de suivi doit être proposé et expliqué au patient. Le patient peut identifier les proches pouvant jouer un rôle important dans le soutien à l'observance. La prise en charge au niveau des centres de santé de district, des cliniques privées, des centres socio-éducatifs devra être envisagée après la formation des médecins responsables. Cependant, la consultation de suivie régulier avec le médecin référent doit avoir lieu au minimum tous les trois mois.

### IV.4.1. - SURVEILLANCE DES EFFETS SECONDAIRES

#### IV.4.1.1. - Le syndrome de reconstitution immunitaire

Il survient au cours des premières semaines de la thérapie antirétrovirale, d'autant plus que le taux de CD4 de départ est bas et que des infections opportunistes existent (CMV, Mycobactéries…) Il peut être grave et mettre en jeu le pronostic vital, par le biais d'une réponse inflammatoire exagérée.

#### IV.4.1.2. Autres effets secondaires

Ils sont de deux types : immédiats et au long cours.

-Les effets secondaires immédiats :

Liés à la classe ou spécifiques des différentes molécules, ils sont le plus souvent modérés, surviennent au cours des 4 premières semaines d'initiation de la TAR, et disparaissent ou s'atténuent considérablement au bout de un ou deux mois de traitement. Les réactions d'intolérance et d'hypersensibilité sévères imposent l'arrêt immédiat du traitement, car mettent en jeu le pronostic vital et le remplacement définitif du médicament en cause.

- Les effets secondaires tardifs :

Ils sont liés à une toxicité cumulative des ARV qui s'aggrave avec le temps :cytopathies mitochondriales, syndromes lipodystrophiques stigmatisants, ostéoporose, troubles du métabolisme glucido lipidiques avec risque cardio-vasculaire.

### IV.4.2. - SURVEILLANCE DE L'EFFICACITE DE LA TAR CHEZ L'ADULTE

L'efficacité de la TAR doit être surveillée en évaluant l'amélioration clinique de même que la fonction immunologique (les taux de lymphocytes CD4+) et aussi la charge virale du VIH.
Les Comores dispose d'un coulter à CD4 et peuvent envoyer à la Réunion des charges virales pour les enfants nés de mère séropositives et les patients sous ARV.

### IV.4.2. 1. - Surveillance clinique

Les indices cliniques suivants suggèrent l'efficacité de la TAR :

- *Le patient se sent mieux et a plus d'énergie. Le score de Karnofsky s'améliore*
- *Le patient reprend du poids*
- *Il y a une amélioration dans les symptômes et signes présentés antérieurement*

### IV.4.2. 2. - Surveillance immunologique

*Un taux de CD4 de départ est effectué avant tout traitement. Il sera contrôlé 3 mois après l'induction puis tous les trois mois.*

### IV.4.2. 2. - Surveillance de la charge virale

La charge virale doit diminuer d'1 log à 1 mois et devenir indétectable au bout de 3 à 6 mois de TAR et le rester. En cas d'échappement virologique défini par une remontée de la charge virale contrôlée sur deux examens successifs rapprochés, il faut modifier le traitement après avoir vérifier l'adhérence.
La charge virale sera contrôlée tous les 6 mois

## IV.4.3. - INDICATIONS DU CHANGEMENT DE PROTOCOLES DE TRAITEMENT CHEZ L'ADULTE

■ **En cas d'échec du traitement :**

L'échec d'un protocole de traitement de première intention impose la mise en route d'un protocole alternatif de deuxième ligne, contenant des médicaments n'ayant pas été inclus dans le premier protocole.

■ **En cas de toxicité du médicament :**

Si le patient présente un effet secondaire sévère, le médicament incriminé peut être remplacé par un autre médicament de la même classe thérapeutique ou d'une autre classe en cas de succès virologique.

## IV.4.4. - SURVEILLANCE DE LA TAR CHEZ L'ENFANT

Les principes sur lesquels sont basés les changements de la thérapie chez l'enfant sont semblables à ceux chez l'adulte. Chez l'enfant, les signes cliniques de l'échec de la TAR comprennent :

- *Le retard de croissance sous TAR*
- *Le retard de développement psychomoteur sous TAR*
- *Le développement de l'encéphalopathie sous TAR*
- *Les infections récurrentes malgré la TAR*
- *Absence d'augmentation du nombre de lymphocytes CD4*
- *Chez l'enfant âgé de 8 ans ou plus, une baisse de 30% du nombre des lymphocytes CD4+ ou du pourcentage des lymphocytes CD4+ après 6 mois de TAR*
- ***Une charge virale élevée***

La courbe de croissance est utilisée pour la surveillance. Si la TAR doit être changée, des médicaments non utilisés dans le premier protocole doivent être prescrits.

## ANNEXE 1 : SCHEMA DE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DU PNLLT

**Régime de la catégorie 1**

**2RHZE/4RH**

**Phase initiale intensive : 2 mois**

Une prise quotidienne de 4 antituberculeux : Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol (2RHZE)

**Phase de continuation : 4 mois**

Une prise quotidienne de 2 antituberculeux : Rifampicine, Isoniazide (4RH)

**Régime de la catégorie 2**

**2SRHZE/1RHZE/5RHE**

*NB. Ce régime est d'une durée de 8 mois sous surveillance stricte du personel de santé étant donné le risque de résistance secondaire.*

**Phase initiale intensive : 2 mois**

Une prise quotidienne de 5 antituberculeux : Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol et Streptomycine (2SRHZE)

**Phase de continuation : 6 mois**

Une prise quotidienne sous supervision directe de 3 antituberculeux : Rifampicine, Isoniazide et Ethambuthol

(5RHE)

**Régime de la catégorie 3**

**Phase initiale intensive : 2 mois**

Une prise quotidienne de 3 antituberculeux : Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide (2RHZ)

**Phase de continuation : 4 mois**

Une prise quotidienne sous supervision directe de 2 antituberculeux : Rifampicine, Isoniazide (4RH)

*NB : Pour les indications détaillées se reporter au guide du programme national de lutte contre la tuberculose*

*Chez les PVVIH, le schéma recommandé est le suivant :*

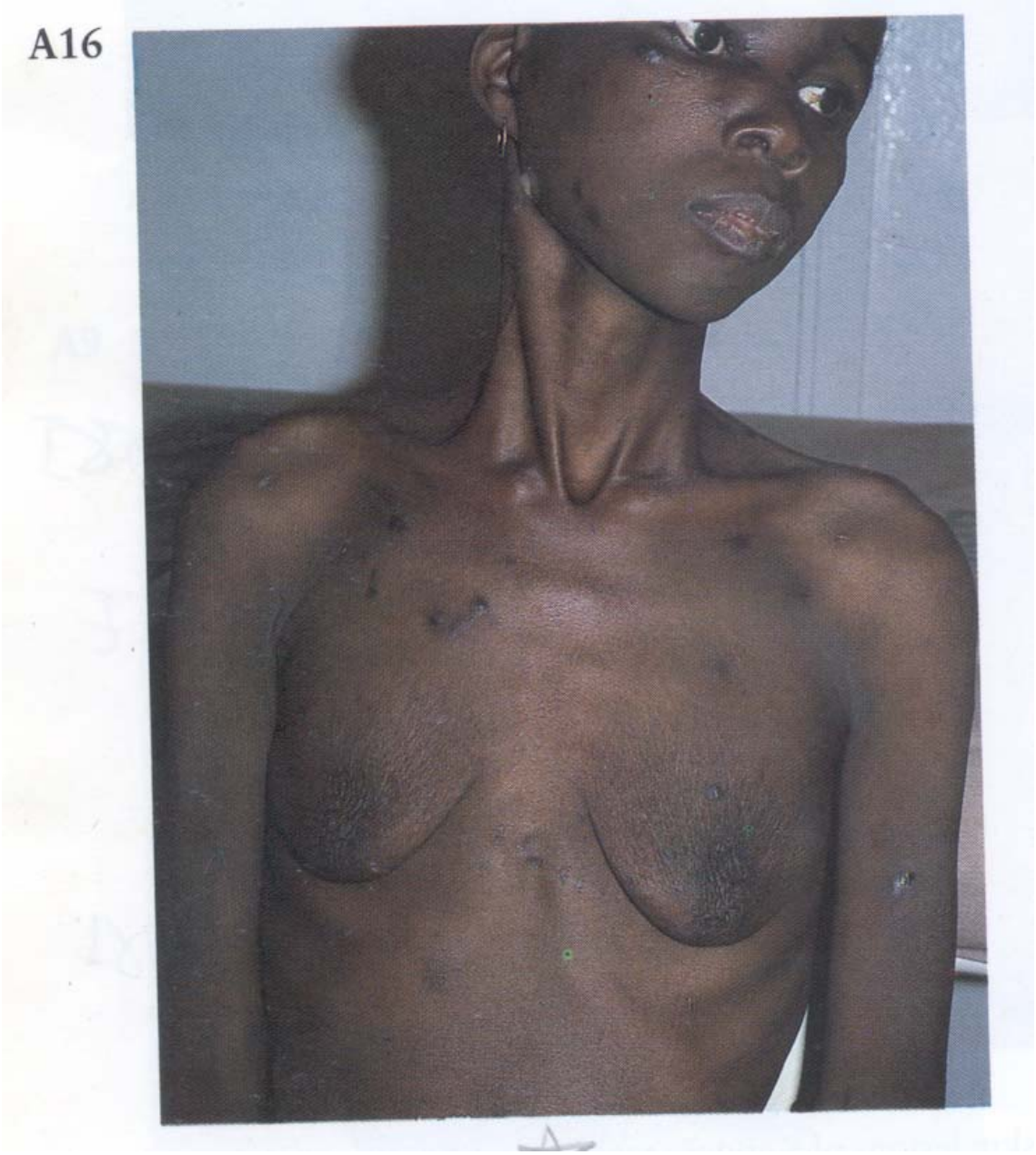
*Tuberculose pulmonaire : 2 mois de quadrithérapie et 4 à 7 mois de bithérapie*

*Tuberculose extra pulmonaire : 2 mois de traitement par quadrithérapie puis 10 mois de bithérapie*

**ANNEXE 2 : ICONOGRAPHIE**
***(Source : A color atlas of AIDS. Farthing C.F. et al.)***

## Photographie A16 : Syndrome constitutionnel du VIH

*NB : Cette patiente présente également des lésions cutanées de sarcome de Kaposi*



## Photographies 47 à 50 : Aspects de la candidose buccale

*NB : 47 et 49 = muguet buccal, 48 = forme érythémateuse, 50 = Chéilite angulaire*

47

**47 Oral thrush** in a patient with AIDS with normal underlying oral mucosa.

48

**48 Oral thrush** in a patient with AIDS with inflamed underlying oral mucosa.

49

**49 Early oral thrush** in a patient with ARC.

50

**50 Angular stomatitis** in a patient with AIDS. Very frequently this painful cracking at the corners of the mouth is associated with oral thrush. It responds well to regular application of hydrocortisone 1% cream in combination with an antifungal such as miconazole. The oral thrush should also be treated.

## Photographies 51 à 54 : Aspects de la leucoplasie chevelue de la langue

*NB : Plaques blanchâtres indolores sur le bord et la face inférieure de la langue*

51

52

51 to 54 **Hairy leukoplakia** in patients with ARC and AIDS. Note the distinctive ribbed appearance.

53

54

**Photographies 200 et 201 : Radiographie de pneumopathie à *P. carinii***

*NB : Pneumopathie interstitielle avec opacité non systématisée avec aggravation sur deux clichés successifs*

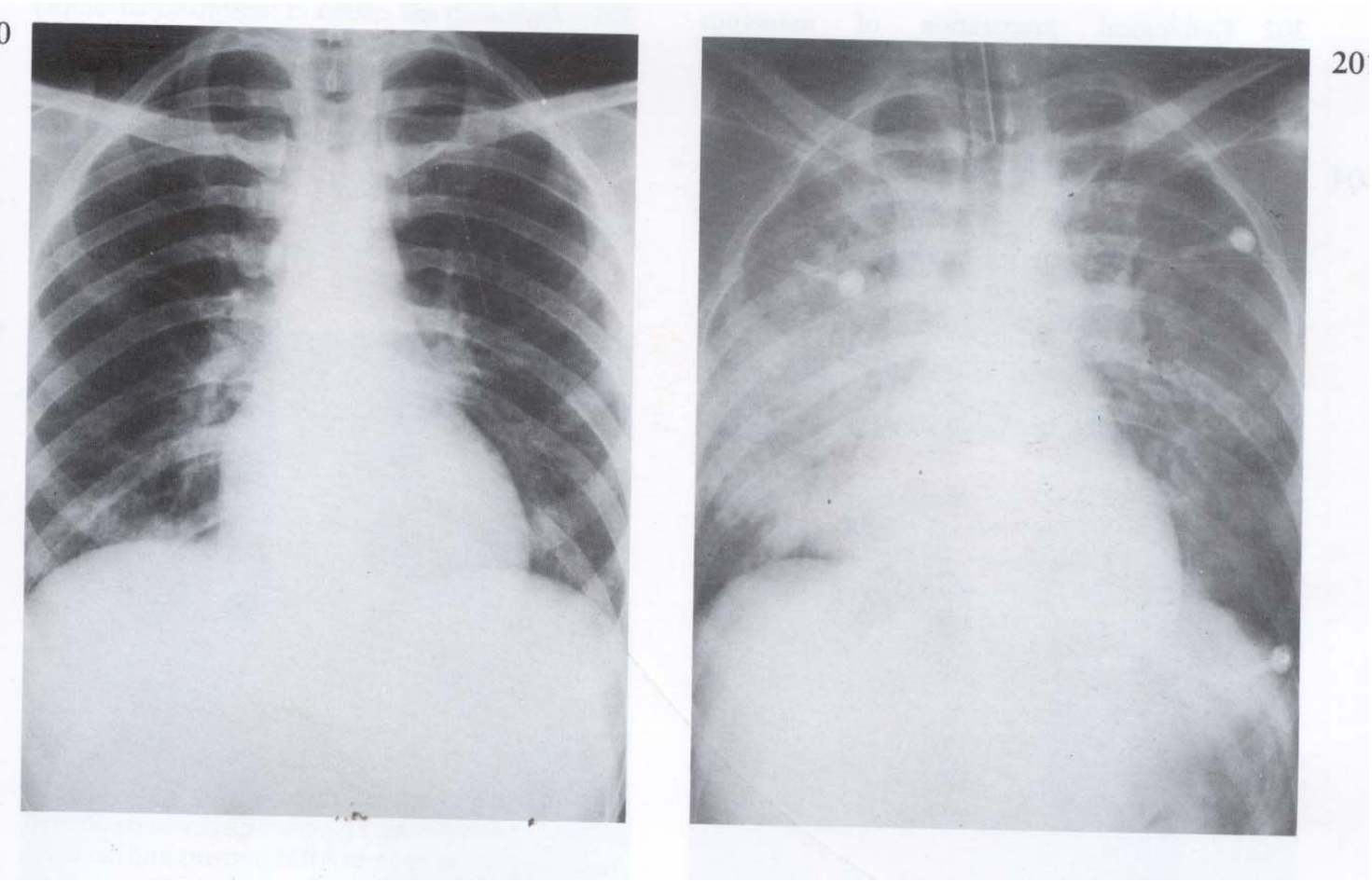
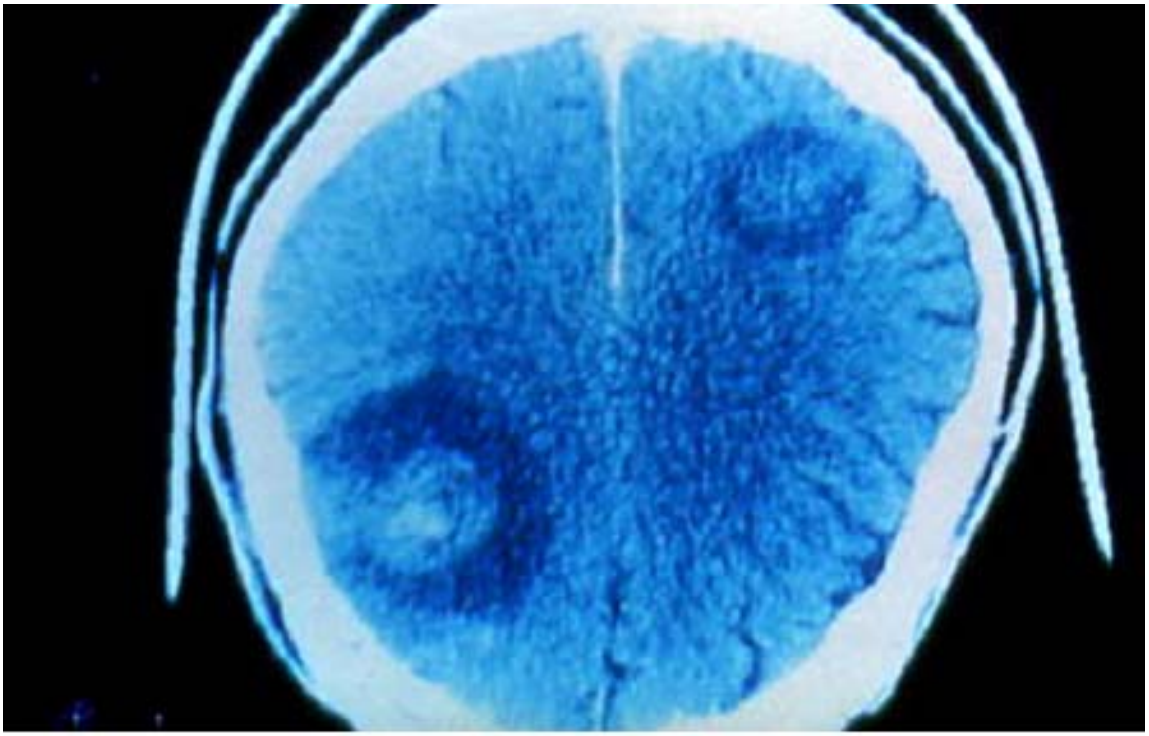


**Image de toxoplasmose cérébrale au scanner (Collection ONUSIDA)**

*NB : Double abcès à Toxoplasma gondii avec œdème péri-lésionnel (image en cocarde)*

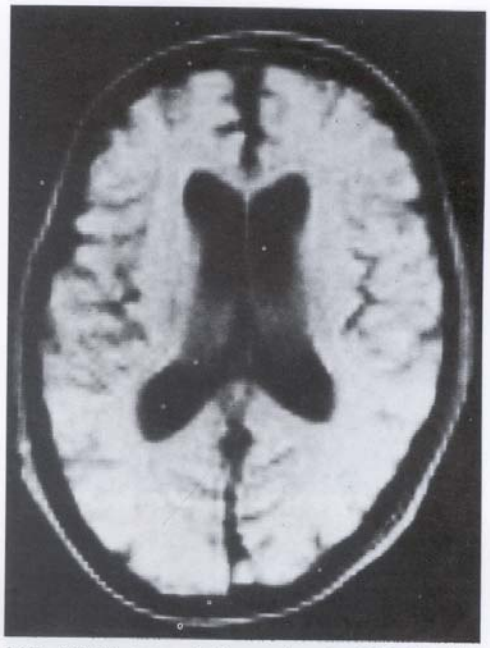


**Photographie 219 : Images d'atrophie cérébrale - démence (216 et 217), de toxoplasmose (218) et de lymphome cérébrale ( 219) au scanner et en Imagerie par résonance magnétique (217)**

216

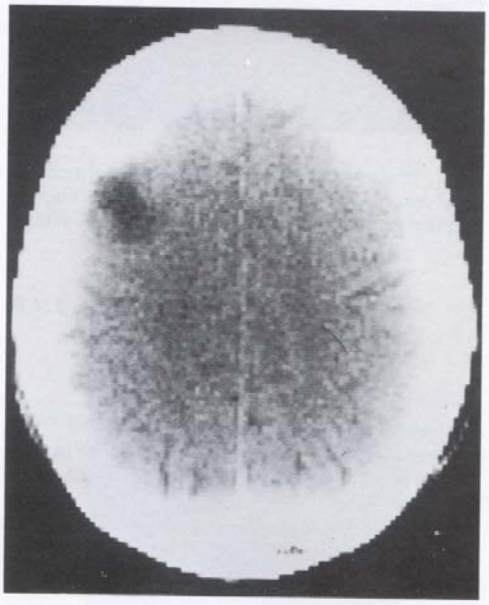
**216 Patient with AIDS dementia** showing cerebral atrophy with enlarged lateral ventricles on CT scan.

217



217 NMR scan of the patient in **216** showing shrunken cerebral hemispheres.

218



218 CT scan of a patient with toxoplasma cerebral abscess.

219

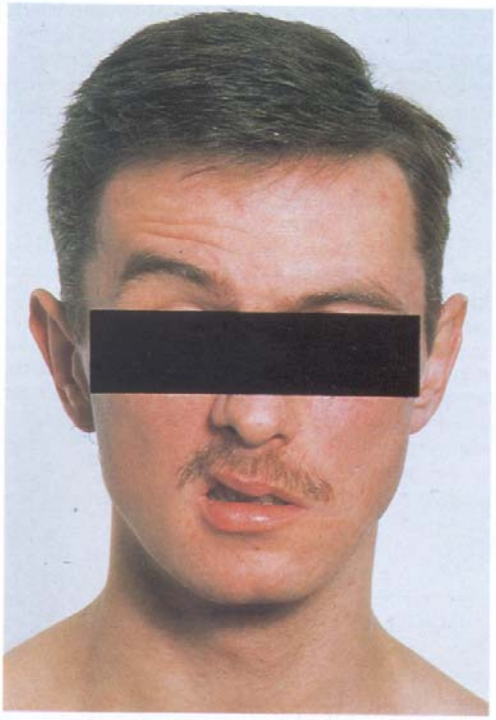
219 CT scan of the brain of a patient with AIDS showing a cerebral lymphoma in the left cerebral hemisphere with surrounding cerebral oedema.

**Photographies 225 et 226 : Images de rétinite à cytomégalovirus au fond d'œil**

**Photographies 227 paralysie faciale chez un sujet VIH séropositif**

225

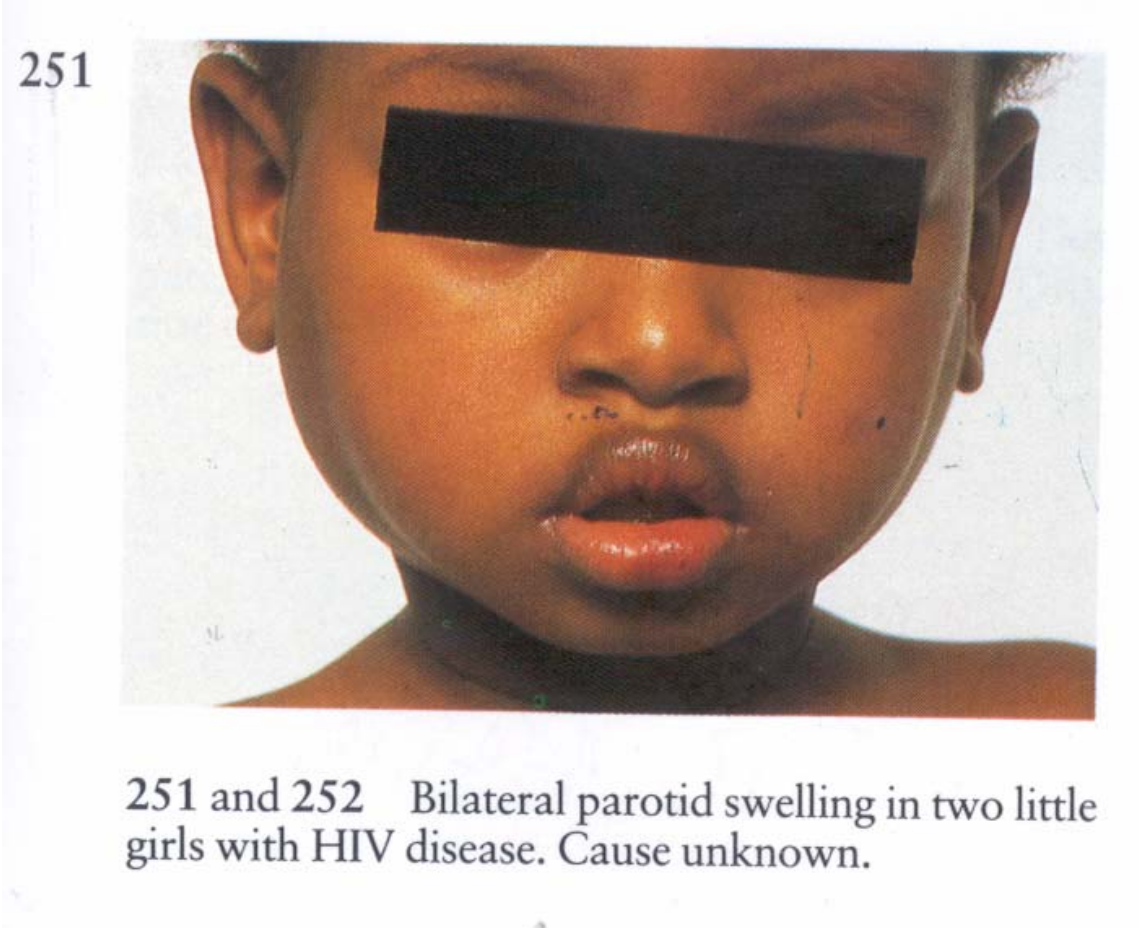
225 and 226 **CMV retinitis in patient with AIDS.** This serious opportunistic infection can rapidly progress to irreversible blindness. CMV causes a retinal vasculitis which leads to areas of infarction. Treatment is possible with ganciclovir or phosphonoformate and maintenance therapy is usually required to prevent reactivation.



227 **Left sided facial nerve palsy (Bell's palsy) in a patient with AIDS.** This occasional problem recovers spontaneously. The cause is uncertain but it may be related to shingles involving the facial nerve and should probably be treated with high dose acyclovir.

**Photographie 251 : Hypertrophie des parotides chez une fillette VIH séropositive**

*NB : L'état général de cette fillette est relativement conservé*

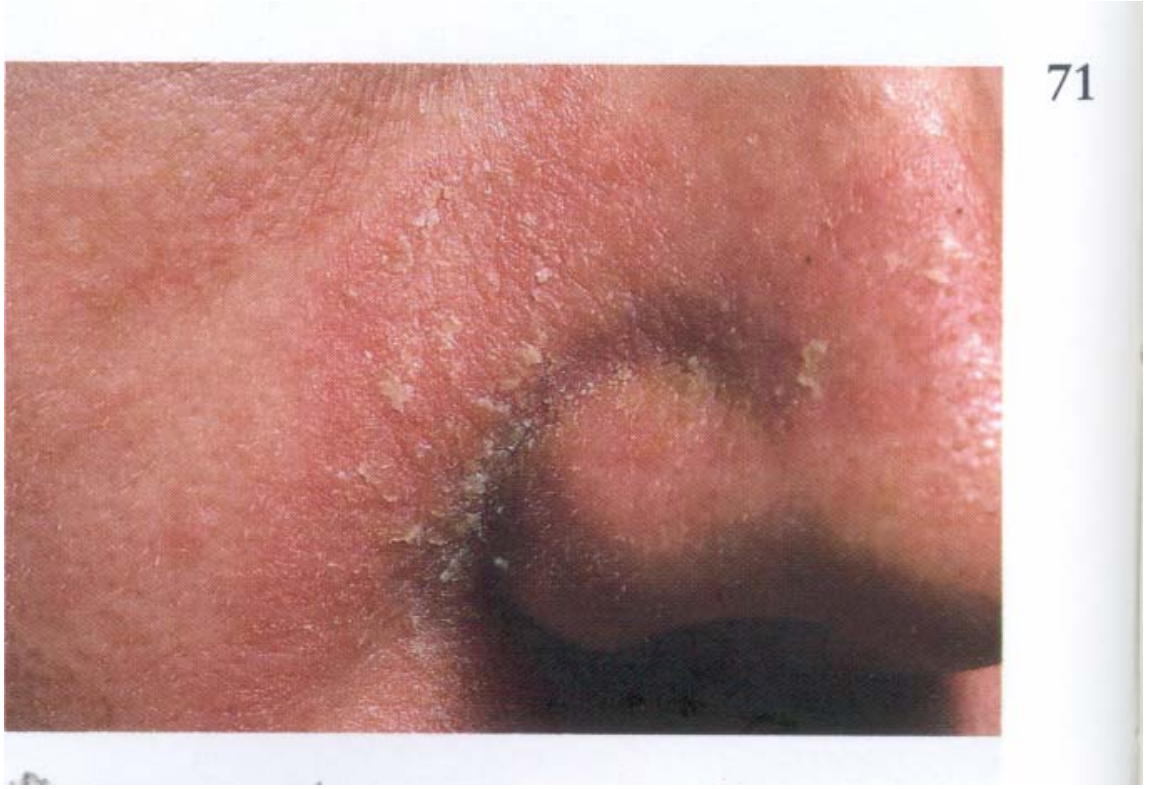



251 and 252 Bilateral parotid swelling in two little girls with HIV disease. Cause unknown.

**Photographie 66 : Ulcérations du palais**

## Photographie 71 : Dermite séborrhéique

*NB : Lésions squameuses médio-faciales sur fond érythémateux*



Photographie A1 et A2 : Zona cervical et scapulaire

*NB : Lésions vésiculeuses le long d'un trajet nerveux sensitif, très douloureuses*

A1

**A1** Extensive herpes zoster of C2-3 in an 18-year-old girl.

A2

**A2** Herpes zoster affecting C4-6 in a 20-year-old girl.

**Photographie A6 : Malnutrition sévère chez une fillette VIH séropositive âgé de 2 ans**

**Photographie A7 : Adénopathie tuberculeuse chez un garçon VIH séropositif âgé de 2 ans**

**A6** Two-year-old girl with severe marasmic-kwashiorkor. Note ankle oedema and extensive desquamating hyper-pigmented rash. Child presented initially with miliary tuberculosis. Both parents seropositive.

**A7** Tuberculous lymphadenitis in a 2-year-old boy.

LYMPHADENITE TUBERCULEUSE

## ANNEXE 3 : TRAITEMENT DES PRINCIPALES AFFECTION OPPORTUNISTES

| **TOXOPLASMOSE** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Médicament** | **Dose** | **Fréquence** | **Voie** | **Durée** |
| Pyriméthamine | 100mg | Dose unique | VO | Dose unique |
| **ENSUITE** | | | | |
| Pyriméthamine | 50-100mg | 4 Fois/Jour | VO | 6 semaines |
| **PLUS** | | | | |
| Acide folinique | 10mg | 1 Fois/Jour | VO | 14 jours |
| **PLUS** | | | | |
| Sulphadiazine | 2g | 4 Fois/Jour | VO | 6 semaines |

| **MENINGITE CRYPTOCOCOCCIQUE** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Agent antifongique** | **Dose** | **Fréquence** | **Voie** | **Durée** |
| Amphotericine B | 0.7 à 1 mg/kg/j | 1 Fois/Jour | IV | 14 jours |
| **PLUS** | | | | |
| 5-fluorocytosine | 25mg/kg | 4 Fois/Jour | VO | 14 jours |
| **ENSUITE** | | | | |
| Fluconazole | 400mg | 1 Fois/Jour | VO | 8 semaines |

| **Traitement de première intention de l'INFECTION BENIGNE DU VIRUS DE L'HERPES SIMPLEX** | | | |
|---|---|---|---|
| **Agent antiviral** | **Dose** | **Fréquence** | **Voie** |
| Aciclovir | 400mg | 3 Fois/Jour | VO |
| **OU** | | | |
| Famciclovir | 250mg | 3 Fois/Jour | VO |
| **OU** | | | |
| Valaciclovir | 1g | 2 Fois/Jour | VO |

| **Traitement de première intention du ZONA** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Agent antiviral** | **Dose** | **Fréquence** | **Voie** | **Durée** |
| Aciclovir | 800mg | 5 fois par jour | VO | 7 à 10 jours |

**Méningo encéphalite herpétique : acyclovir IV 800 mg , 5 fois par jours**

**Pneumocystose :**

**Forme non graves : Bactrim fort 100 mg/ Kg/ jour 21 jours avec folinate de calcium**

**Formes sévères dyspnéisantes : Bactrim IV 100 mg/ kg/ j avec folinate de calcium et corticothérapies 1 mg/kg 10 jours**

**Traitement alternatif en cas d'allergie au Bactrim : Atovaquone**

**Traitement de la douleur et soins palliatifs :**

**Stade I : paracétamol ou Aspirine**

**Stade II : paracétamol avec codeïne, Diantalvic, antiinflamatoires**

**Stade III : morphiniques sous forme orale ou injectable**

**Accès à un support nutritionnel :**

**L'état nutritionnel de PVVIH est un des facteurs conditionnant le pronostic et la bonne nutrition doit être envisagée comme un traitement à part entière. Il peut être évalué sur la mesure de l'indice brachial, le poids chez l'adulte, la courbe de poids chez l'enfant.**

**Les PPVIH doivent pouvoir bénéficier d'un soutien psycho socio économique pour accéder à une nutrition correcte**

## ANNEXE 4 : INDEX DE KARNOFSKY

100% : Normal, pas de signe de maladie

90% : Peut mener une vie normale, symptômes ou signes mineurs de la maladie

80% : Activité normale avec efforts, quelques symptômes ou signes mineurs de la maladie

70% : Peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale ou de travailler

60% : Nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart de ses besoins

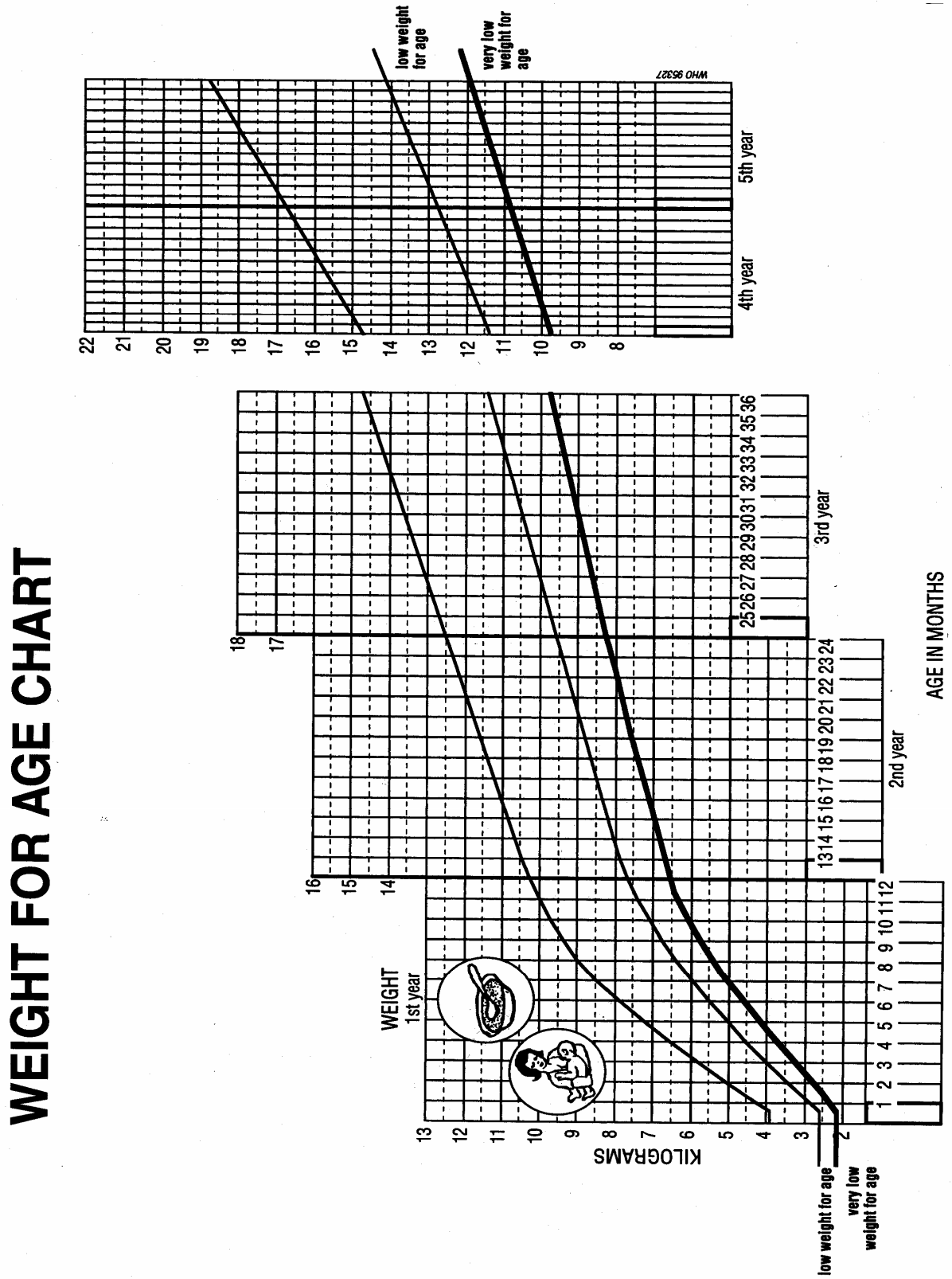
50% : nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents

40% : handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers

30% : sévèrement handicapé, l'hospitalisation est indiquée, bien que la fin de vie ne soit pas imminente

20% : Hospitalisation nécessaire, très malade, nécessite un traitement et un soutien actif

10% : Processus de fin de vie progressant rapidement, malade moribond




**ANNEXE 5 : COURBE DE CROISSANCE DE L'ENFANT**

**ANNEXE 6 : PRECAUTIONS UNIVERSELLES LORS DES SOINS**

**PORT DE GANTS**

- Lors de tout contact avec un liquide biologique
- Lors de tout contact avec des lésions cutanées ou muqueuses
- Lors de tout contact avec du matériel infecté ou potentiellement infecté

**PROTECTION DES PLAIES**

**LAVAGE DES MAINS**

- Immédiatement après un contact avec des liquides potentiellement infectieux
- Après tous les soins ou actes de soins

**PORT DE VETEMENTS PROTECTEURS (masque ; lunettes, tablier) devant un risque de projection**

- **A**spiration trachéo-bronchique
- Endoscopie
- Cathétérisme
- Chirurgie
- Accouchement

**MANIPULATION D'OBJETS POINTUS OU TRANCHANTS POTENTIELLEMENT INFECTES**

- Ne jamais plier ou replacer les aiguilles dans leur gaine d'origine
- Ne jamais séparer à la main les aiguilles des seringues ou des systèmes de prélèvement sous vide
- Jeter les aiguilles et les objets tranchants immédiatement dans un conteneur spécial, non perforable et étanche

**DESINFECTION DES SURFACES**

- Les instruments et les surfaces souillées par du sang seront désinfectés immédiatement au moyen d'une solution d'eau de javel fraîchement diluée à 1 / 10$^{ème}$ ou un autre désinfectant efficace

**ELIMINATION DU MATERIEL INFECTE**

- Le matériel infecté sera placé dans des emballages étanches marqués d'un signe distinctif, puis incinéré

**LABORATOIRES D'ANALYSES BIOLOGIQUES**

- Les précautions ci-dessus s'appliquent à tous les prélèvements ; ceux ci seront transportés dans des tubes ou des flacons hermétiques placés dans un emballage étanche ; le pipetage à la bouche est interdit

## ANNEXE 7 : LISTE DE SITES INTERNET UTILES

| SITE INTERNET | DESCRIPTION |
|---|---|
| *http: //www.who.int/HIV_AIDS/index.html* | OMS |
| *http : //www.unaids.org* | ONUSIDA |
| *http : //www. undp.org* | PNUD |
| *http : //www. undp.org/hiv/index.html* | PNUD - VIH |
| *http : //www.unicef.org/aids* | UNICEF - VIH |
| *http : //www. unfpa.org/aids/index.htm* | FNUAP - VIH |
| *http : //www.unesco.org* | UNESCO |
| *http : //www.unifem.org/hiv_aids.html* | UNIFEM - VIH |
| *http : //www.genderandaids.org* | Genre et VIH-SIDA |
| *http : //www.codesria.org/Links/Research/Sciences_Sociales_et_VIH.htm* | CODESRIA - VIH |
| *http : //www.cme.hiv.cmeonhiv.com* | FMC sur le VIH-SIDA |
| *http : //www.cdc.gov/hiv/dhap.htm* | Centers for Disease Control USA |
| *http : //www.catie.ca* | Réseau communautaire d'information |
| *http : //www.cpavih.qc.ca* | Comité des PVVIH |
| *http : //www.hopkins.aids.edu* | John Hopkins AIDS service |
| *http : //www.iapac.org* | International Association of Physicians in AIDS Care |
| *http : //www.medscap.com* | Site de FMC incluant le VIH-SIDA |
| *http : //www.infectiologie.com* | Site d'infectiologie Français |