

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE



UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL

GUIDE

DE PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION A VIH/SIDA DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT

NIVEAUC

2è Edition, Août 2005



PN PEC

PROGRAMME NATIONAL DE PRISE EN CHARGE MEDICALE
DES PERSONNES VIVANTS AVEC LE V.I.H / SIDA



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE



UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL

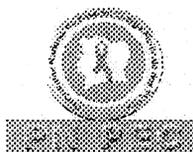
GUIDE

DE PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION A VIH/SIDA DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT

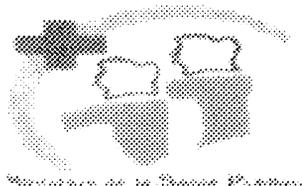
Niveau C

2^e Edition, Août 2005

PROGRAMME NATIONAL DE PRISE EN CHARGE MEDICALE
DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA



Ministère d'Etat
Ministère de la Santé et de la Population



Ministère de la Lutte contre
Le SIDA

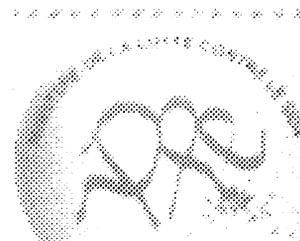


TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	2
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	3
REMERCIEMENTS.....	4
AVANT PROPOS.....	5
PREFACE.....	6
MODES D'UTILISATION DES ENCADRES.....	7
CHAPITRE I COUNSELING OU CONSEIL PRE-TEST ET POST-TEST.....	9
I _COUNSELING VIH/SIDA.....	9
II _COUNSELING AU COURS DE LA PTME.....	12
III _COUNSELING EN CAS D'ACCIDENT D'EXPOSITION AU VIH.....	14
IV _COUNSELING AU COURS DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL.....	14
CHAPITRE II DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE.....	16
CHAPITRE III SUIVI CLINIQUE DU SUJET SEROPOSITIF AU VIH.....	20
Adulte.....	21
Enfant.....	24
CHAPITRE IV PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES.....	27
Prévention.....	28
Adulte.....	30
Enfant.....	52
CHAPITRE V TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL.....	64
1. PROPHYLAXIE DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT OU PTME.....	64
2. PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION OU PPE.....	65
3. TRAITEMENT DES SUJRETS INFECTES PAR LE VIH.....	66
ANNEXES.....	72

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AES	: Accident d'exposition au sang
ARV	: Antirétroviraux
ATB	: Antibiotique
BCG	: Bacille de Calmette et Guerin
CCC	: Communication pour un changement de comportement
CDC	: Centers for Diseases Control
CPN	: Consultation Périnatale
HAART	: Traitement antirétroviral hautement actif
IM	: Intramusculaire
IV	: Intraveineuse
IVD	: intraveineuse direct
INNRT	: Inhibiteur non nucléosidique de la reverse transcriptase
INRT	: Inhibiteur nucléosidique de la reverse transcriptase
IO	: Infections opportunistes
IP	: Inhibiteur de la protéase (antiprotéase)
IST	: Infections sexuellement transmissibles
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme commun des Etats-Unis pour la lutte contre le VIH/SIDA
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PB	: Périmètre Brachial
PC	: Périmètre Crânien
PCIME	: Programme Intégré des Maladies de l'Enfant
PEC	: Prise en charge
PEV	: Programme Elargie de Vaccination
PIAVIH	: Personnes Infectées et Affectées par le VIH
PTME	: Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
PVVIH/SIDA	: Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
SRO	: Sel de réhydratation orale
TME	: Transmission de la mère à l'enfant
TTT	: Traitement
VHB	: Virus hépatite B
VHC	: Virus hépatite C
VHD	: Virus hépatite D
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine
ZDV (AZT)	: Zidovudine

REMERCIEMENTS

Le Ministre d'Etat, Ministre de la Santé et de la Population à travers le Programme National de Prise en Charge Médicale des PVVIH (PNPEC), remercie tous ceux qui ont participé à l'élaboration de ce guide.

Il réitère ses sincères remerciements au **comité de rédaction** :

Professeurs Auguste Kadio,	Service des Maladies Infectieuses
Professeur Emmanuel BISSAGNENE	Service des Maladies Infectieuses,
Professeur François AHOUSSE,	Service des Maladies Infectieuses
Professeur Rigobert AKA KACOU,	Service des Maladies Infectieuses
Professeur Serge EHOLIE,	Service des Maladies Infectieuses,
Dr Ehui EBOI,	Service des Maladies Infectieuses
Dr Anthony TANOI,	PNPEC
Dr Marie Cathérine BAROUAN,	PNPEC
Dr Nathalie KROU DANHO,	PNPEC

Et au **comité de lecture** :

Professeur Djokouéhi DJEHA,	Secrétariat Technique permanent du Plan National de Développement Sanitaire
Dr Gnagui ADJA,	PNPEC

AVANT PROPOS

La prise en charge de l'infection à VIH s'est considérablement modifiée au cours des cinq dernières années en Afrique avec l'avènement des multithérapies antirétrovirales. Cela est la preuve que, les soins médicaux constituent une composante incontournable de la lutte contre le VIH/SIDA. Aussi, dans son Plan sectoriel à moyen terme et son Plan stratégique 2002-2004, la Côte d'Ivoire a inscrit la prise en charge des PVVIH/SIDA comme une priorité nationale.

Pourquoi re-élaborer les guides de prise en charge ?

En Afrique de l'ouest, la Côte d'Ivoire est l'un des pays les plus touchés avec une séroprévalence de 10% et un taux de 60 % des lits hospitaliers occupés par des patients VIH positifs. C'est pourquoi en 1998, pour permettre d'améliorer la qualité des soins, il a été élaboré des guides avec l'appui de la Coopération Française. Malheureusement, ces guides n'ont pu être largement diffusés et sont devenus aujourd'hui inadaptés par rapport à l'évolution des connaissances sur le VIH/SIDA. En outre, le pays s'est engagé dans l'initiative d'accès aux antirétroviraux. Enfin, il est de plus en plus question de décentralisation et de généralisation à l'échelle nationale des soins aux PVVIH/SIDA. Il devient utile d'actualiser ces guides de base en fonction des 3 niveaux de la pyramide sanitaire en les adaptant aux avancées scientifiques nouvelles en matière de prise en charge et en y incorporant la prescription des antirétroviraux.

Que contiennent ces guides et à qui sont-ils destinés ?

Ces guides mettent à la disponibilité des personnels de santé de tous les niveaux des outils pratiques pour reconnaître l'infection à VIH, prévenir, diagnostiquer et traiter les infections opportunistes courantes, proposer et assurer le suivi médical du patient VIH+. Ils contiennent des chapitres relatifs au diagnostic, au counselling, au suivi des patients, aux stratégies de prévention et de prise en charge des symptômes liés au VIH/SIDA sous forme d'algorithmes.

Le présent guide du niveau C a été élaboré pour les professionnels de santé exerçant dans les centres avec médecins spécialistes avec possibilité de biologie et de radiographie.

Sa nouvelle présentation prend en compte à la fois les problèmes de l'adulte, de l'enfant et de la femme enceinte au premier niveau de la pyramide sanitaire devrait faire connaître à ce guide le succès qu'il mérite auprès des personnels de santé de Côte d'Ivoire.

Prof. Auguste KADIO
Chef de Service
Clinique des Maladies Infectieuses et Tropicales
CHU DE TREICVILLE
TÉL.: 21 25 52 49

Professeur Auguste KADIO
Chef du Service des Maladies
Infectieuses et Tropicales

PREFACE

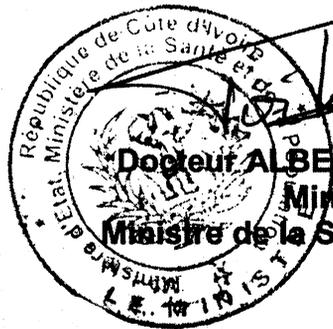
Depuis 1981, l'infection à VIH fait des ravages en touchant quotidiennement des millions d'enfants, de femmes et d'hommes parmi toutes les classes sociales. En vingt ans, cette redoutable maladie s'est imposée à l'humanité non seulement comme un problème majeur de santé publique, mais également comme une menace du développement socio-économique. L'Afrique en paie le plus lourd tribut.

Par ailleurs, de nombreuses informations très pertinentes circulent à travers le monde sur cette redoutable maladie. Malheureusement, elles ne sont pas toujours accessibles aux populations et aux professionnels de santé des pays africains. Or, tout le monde admet que l'amélioration de la prise en charge des PVVIH/SIDA passe avant tout par une optimisation des connaissances des personnels de santé et par la mise à disposition d'ouvrages scientifiques, de guides et de directives adaptés aux conditions locales de travail.

Les experts nationaux ont accepté d'actualiser les trois guides de prise en charge de l'infection à VIH. Ces guides prennent en compte les contraintes et les réalités du terrain auxquelles sont confrontés les professionnels de santé s'occupant des personnes infectées par le VIH en Côte d'Ivoire. Comme connu, tout cela montre que l'infection à VIH et les problèmes médicaux et sociaux qu'elle induit, prennent énormément du temps à ces professionnels de santé. C'est pourquoi, nous tenons avant tout, à leur adresser nos vifs remerciements et à remercier également les experts qui ont bien voulu prendre de leur temps et user de leur expérience pratique pour élaborer ces documents. Nous remercions également tous ceux qui ont procédé à la correction du manuscrit et à sa mise en forme.

C'est aussi l'occasion pour nous, de renouveler nos vifs remerciements aux partenaires pour leur appui inestimable à toutes les activités de lutte contre le VIH/SIDA dans notre pays. Nous remercions particulièrement le Projet RETRO-CI qui a contribué à la réalisation de ce guide.

Enfin, aux professionnels de santé, nous souhaitons un usage attentif de ces guides et attendons d'eux des suggestions, des remarques voire des critiques susceptibles de faire améliorer les soins aux patients infectés par le VIH.



Albert Toikeusse Mabri
Docteur ALBERT TOIKEUSSE MABRI
Ministre d'Etat,
Ministre de la Santé et de la Population

MODES D'UTILISATION DES ENCADRES

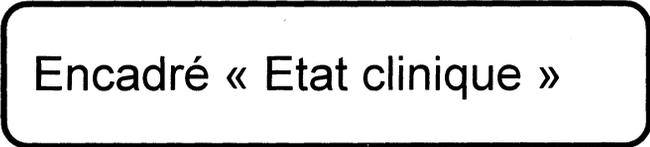
Dans ce guide, il est principalement question des symptômes que l'agent de santé exerçant au niveau A peut facilement identifier.

Les recommandations sont présentées sous forme d'algorithmes graphiques ou graphes de décision. Il convient de lire ces graphes de haut en bas et de gauche à droite.

On trouve trois sortes d'encadrés

1. Encadré « Etat clinique » pour Définition du problème

Il précise l'état clinique ou le problème à analyser. Cet encadré apparaît toujours en début d'algorithme. Il a une seule sortie avec ou sans entrée



Encadré « Etat clinique »

2. Encadré « Décision »

Cet encadré contient l'information nécessaire à une prise de décision. Il a toujours une entrée et deux sorties (non et oui)



Encadré « Décision »

3. Encadré « Action »

On trouve dans cet encadré, une action concrète au niveau du traitement ou du diagnostic/



Encadré « Action »

CHAPITRE I

COUNSELING OU CONSEIL PRE-TEST ET POST-TEST

Adulte
Femme enceinte

Le caractère chronique de l'infection à VIH et les conséquences sociales et économiques qu'elle induit, sont tellement importants tant au niveau individuel que collectif, qu'ils imposent une prise en charge psychosociale appropriée qui se fait au mieux sous forme d'une relation d'aide communément appelée counseling. Cette aide permet aux PVVIH/SIDA et leur entourage de surmonter les difficultés liées à l'infection et de mieux gérer les situations auxquelles ils sont confrontés, à savoir les difficultés financières (consultations répétées, achat des médicaments, hospitalisations), la souffrance psychique, la peur de la mort, la stigmatisation, le rejet voire l'exclusion qui perturbent leur mode de vie.

I – Counseling VIH/SIDA

1 - Définition

Le conseil (counseling) est une relation professionnelle ou un processus dynamique d'entretiens en vue de créer une relation d'aide, de soutien et d'écoute, entre un conseiller et un client. Elle constitue une étape indispensable à la bonne prise en charge des PVVIH/SIDA.

2 - Objectifs

Le counseling ou conseil vise à :

- Encourager chaque client à faire son test de dépistage
- Encourager les changements de comportement pour prévenir la transmission du VIH
- Fournir un soutien psychosocial aux PIAVIH/SIDA de telle sorte que les PVVIH/SIDA puissent :
 - vivre avec leur séropositivité (minimiser les impacts négatifs),
 - comprendre pour gérer au mieux leur nouvelle situation en toute connaissance de cause par une information claire et précise sur le VIH/SIDA
 - identifier les problèmes engendrés par l'annonce de la séropositivité,
 - contribuer à la bonne observance des traitements (cotrimoxazole, IO, ARV)
 - s'intégrer dans la communauté et au sein d'ONG contribuant aussi à la lutte contre le VIH/SIDA.

3 – Personnes cibles

Le conseil s'adresse à :

- Toute personne manifestant elle-même la volonté de connaître son statut sérologique VIH
- Toute personne présentant des signes évocateurs d'infection à VIH
- Toute personne affectée par le VIH/SIDA et PVVIH/SIDA, leurs partenaires sexuels et les membres de leurs familles
- Toute personne exposée au risque de transmission par le VIH et autres pathogènes.

4 - Rôle du conseiller

- Donner au client des informations fiables : contamination, relation IST-VIH, intérêt et procédures du dépistage, séroconversion, structures de prise en charge, confidentialité, gestion du résultat, consentement éclairé.
- Garantir la confidentialité pour permettre au client de s'exprimer pleinement
- Evaluer le risque de contamination par le VIH chez le client
- Mettre en place un plan de réduction des risques de contamination avec le client
- Préparer et accompagner psychologiquement le client
- Collaborer avec les structures de prise en charge (références, confidentialité)
- Rendre le résultat au client demandeur ayant accepté d'effectuer le test
- Gérer les émotions du client.

NB : La personne habilitée à faire le conseil doit être formée en la matière.

5 – Principes et étapes du counseling

Préalables

- Le consentement éclairé et l'acceptation du client de faire le test VIH.

Avant tout test sérologique, le conseiller doit recueillir l'accord du client. Pour obtenir ce consentement, le client doit être informé sur l'infection à VIH, le déroulement, les avantages et les inconvénients du test, les résultats possibles, les conséquences d'une éventuelle séropositivité. Le client doit recevoir de la part du conseiller des réponses aux questions qu'il se pose et aux conséquences psychologiques, sociales et juridiques qui en découlent. Le conseiller se doit de lui fournir ces informations en des termes précis qu'il comprend, afin qu'il puisse choisir librement d'effectuer ou non le test sérologique de dépistage.

- La confidentialité

C'est la garantie que les informations personnelles concernant un client (biographie, résultat du test VIH), obtenues directement ou indirectement, ne seront pas divulguées et connues d'autres personnes sans la permission du client et qu'elles resteront du domaine du privé, sauf si le client lui-même en décide autrement.

Le conseiller doit respecter la confidentialité parce qu'elle favorise la relation avec le client qui peut révéler des informations et des sentiments qu'il garderait habituellement pour lui-même du fait de leur caractère tabou. La confidentialité permet au client de garder le contrôle de la situation et de choisir de révéler son statut sérologique à des proches.

- La tenue de dossiers confidentiels et leur stockage en lieu sûr.

Seul le personnel ayant la charge directe de l'état de santé du client peut y avoir accès. Tout personnel ayant accès à ces dossiers contenant les résultats des tests sérologiques doit être formé aux procédures du respect de la confidentialité.

- Les références confidentielles du client devant être adressées à d'autres structures (diagnostic, traitement pour IO, PTME ou ARV).

Dans ce cas, le conseiller doit :

- préciser le nom du client concerné dans la lettre de référence
- expliquer au client ce qui justifie son transfert (intérêt).
- s'assurer que les structures d'accueil sont les mieux indiquées et sont à même d'observer la confidentialité par rapport au résultat du test sérologique VIH
- adresser la référence autant que possible, à un prestataire ou une équipe bien précis(e) susceptible de garantir la confidentialité et de traiter le client avec respect et considération.

Etapes

- L'accueil doit se dérouler, dans un espace confortable, approprié, avec courtoisie pour permettre au client de s'exprimer aisément. Le conseiller doit respecter la même qualité d'accueil dans toutes les séances de counselling
- Le conseil pré-test a pour objectif de préparer le client à effectuer le test. Au cours de cette étape, le conseiller doit :
 - Etablir un climat de confiance
 - Evaluer les connaissances du client sur l'infection à VIH (modes de transmission, histoire naturelle, IO, traitements, test sérologique)
 - Proposer des messages de prévention pour réduire le risque de transmission
 - Informer le client sur les possibilités de prise en charge existantes
 - Proposer le test de dépistage, discuter des implications du résultat
 - Obtenir le consentement éclairé du client
 - Aider à la recherche d'un soutien familial ou d'une autre aide.

Cette étape permet donc de préparer le client à mieux gérer son éventuelle séropositivité : le conseiller doit déceler le profil psychologique de celui-ci pour prévoir ses réactions à l'annonce de son statut sérologique.

- Le conseil post-test a pour objectif d'annoncer le résultat du test au client ; il vise à :
 - Amener le client à accepter le résultat de son test VIH, en créant un climat favorable, en mettant le client en confiance,
 - Expliquer au client la signification du résultat de son test sérologique VIH, en utilisant des termes clairs, précis et simples (anticorps)
 - Renforcer les messages de prévention pour réduire le risque de transmission
 - Renforcer les mesures d'hygiène de vie.

Cette étape d'annonce du résultat, recommande au conseiller de l'empathie mais tout en évitant les attitudes de compassion.

Ainsi, le conseiller doit :

- S'assurer avant de donner le résultat que le client est disposé et prêt à le recevoir et qu'il comprend bien la signification d'un test positif ou négatif
- Donner le résultat posément, dans un cadre propice à la confidentialité
- Donner le résultat au client aussitôt que possible.

En général, l'on a recours au conseil seul à seul ou de couple pour donner le résultat. Cependant, un client peut demander ou autoriser que son partenaire, un membre de sa famille ou toute autre personne qui peut le soutenir soit présent au moment de l'annonce du résultat : le conseiller doit toutefois s'assurer que le client est véritablement consentant.

C'est également au cours de cette étape que s'engagent l'accompagnement psychosocial et le suivi du patient

• Modalités de suivi

Après l'annonce du résultat d'un test positif, le conseiller doit mettre en place les modalités de suivi, c'est - à - dire un accompagnement visant à aider le client à :

- s'adapter à sa nouvelle situation et à la réalisation du plan de réduction du risque (gestion de la sexualité)
- garantir la confidentialité en mettant à contribution l'entourage qui peut apporter le soutien ou aider au partage de la confidentialité,
- maintenir la cohésion familiale et l'insertion sociale

- trouver les moyens pour assurer les traitements (IO, ARV)
- suivre les conseils hygiéno-diététiques (alimentation équilibrée, éviter les excès d'alcool et de tabac)
- être observant aux traitements
- adhérer aux associations de PVVIH/SIDA et d'autres groupes de soutien (auto-soutien, visite à domicile etc.)
- « vivre positivement avec le VIH ».

5 – Considérations légales

- L'âge minimum légal de consentement est de 18 ans. Par conséquent, toute personne âgée de 18 ans et plus est à même de donner elle-même un consentement éclairé.

Pour le jeune de 15 à 18 ans, le conseiller peut accepter la demande du test VIH, s'il constate que cet adolescent est suffisamment « mûr » pour comprendre les procédures et les résultats du test de dépistage.

En dessous de 14 ans, l'enfant doit recevoir des conseils s'il le demande mais il ne doit pas être soumis à un test de dépistage, sauf avec le consentement des parents ou tuteurs légaux pour raisons médicales.

- La confidentialité doit toujours être garantie. En cas de référence, les raisons doivent être expliquées au patient ; la confidentialité partagée doit être respectée dans le cadre du secret professionnel.

II – Counseling au cours de la PTME

Le counseling s'adresse avant tout aux femmes enceintes ou désirant une grossesse, qu'il s'agisse de femmes séropositives ou de femmes ignorant leur statut sérologique vis-à-vis du VIH.

Le dépistage volontaire vise dans le cas présent, à améliorer la prise en charge thérapeutique des femmes infectées par le VIH, la prévention de la TME et le traitement de l'enfant en cas de contamination.

Objectifs

Dans le cadre de la PTME, le counselling vise à :

- Donner une information précise sur le VIH/SIDA et la TME en particulier
- Sensibiliser la femme sur l'intérêt de savoir son statut sérologique VIH pour ses futures maternités
- Informer la femme sur les activités de PTME
- Permettre à la femme d'opérer un choix libre et éclairé concernant le test VIH, la prise en charge dans le cadre de la PTME
- Assurer une prise en charge psychosociale au couple mère/enfant et à la famille en cas de séropositivité de la mère
- Aider au meilleur choix du mode d'alimentation de l'enfant dans le cadre de la PTME
- Aider à la prise en charge thérapeutique de la femme, l'enfant et l'époux
- Impliquer le partenaire dans tout le processus du conseil.

Cibles du counseling de PTME

- Femmes enceintes
- Femmes en âge de procréer
- Partenaires sexuels
- Entourage familial.

Préalables au counselling

Ils concernent essentiellement le consentement éclairé et la confidentialité comme précédemment définis au paragraphe I.

Déroulement du counselling

• **Counseling prétest** : Le conseiller expliquera aux gestantes que le test de VIH est volontaire, gratuit, confidentiel et que les résultats peuvent être disponibles le même jour. Il l'amènera à comprendre l'intérêt du test de dépistage volontaire pour elle-même, son partenaire et pour le devenir de ses enfants.

Une séance de CCC de groupe (20 personnes maximum) introduira les informations concernant : l'ampleur de l'épidémie, la définition du SIDA, la notion de séropositivité, les modes de transmission et les méthodes de prévention, de prise en charge etc.

Pendant la séance individuelle le conseiller abordera les points suivants :

- Evaluation des connaissances acquises lors du conseil du groupe ;
- Clarification des points non ou mal compris (VIH/SIDA, TME, PTME, alimentation)
- Identification avec la cliente des éventuels facteurs de risque
- Discussion sur l'implication du partenaire
- Orientation de la parturiente, si elle le désire vers une structure de planning familial.

• Counseling post-test

Rendre le résultat à la gestante elle-même (éviter de le rendre par téléphone)

- Si résultat négatif : Axer le counseling sur la prévention et donc le risque de contamination de la gestante et de son fœtus. Dire à la gestante de maintenir ce résultat négatif en évitant les comportements à risque. Conseiller l'allaitement maternel.

- Si résultat positif : Etre sûr que la femme est d'accord et prête à savoir son statut sérologique avant de le lui annoncer. Aider la gestante à annoncer elle-même sa séropositivité à son partenaire et emmener celui-ci à faire le test VIH. Rappeler les informations sur la PTME (ARV, suivi pré et post-partum, alimentation du futur bébé, méthodes de contraception). Obtenir de la gestante son désir de laisser poursuivre ou non la grossesse (l'IVG dépend de sa volonté et de son partenaire, du contexte socioculturel et de la législation en vigueur). Expliquer à la femme qu'elle et son nouveau-né, bénéficieront d'un suivi avec possibilité pour elle d'accéder aux protocoles ARV si elle répond aux critères d'éligibilité.

III – Counseling en cas d'accident d'exposition au VIH

Cibles du counseling

Ce conseil est destiné aux personnes exposées à un risque de contamination par le VIH dans les cas suivants :

- AES dans le cadre professionnel
- Rupture du préservatif lors d'un rapport sexuel avec un partenaire séropositif ou présumé infecté par le VIH
- Violences sexuelles
- Viols.

Objectifs

- Evaluer les risques de l'exposition
- Sensibiliser l'accidenté à se soumettre au test VIH dans les délais requis.

Etapas

Le pré-test permettra de :

- Fournir des informations précises sur les risques de contamination par le VIH et les autres virus (VHB et VHC) ;
- Sensibiliser l'accidenté à se soumettre à une chimioprophylaxie ARV impérativement dans les 48 premières heures suivant l'accident ;
- Observer les modalités du suivi pendant la durée requise ;
- Sensibiliser sur l'intérêt d'une observance optimale du traitement ;
- Observer les règles de prévention permettant d'éviter la survenue d'autres circonstances de contamination ;

Le post-test doit permettre de:

- Annoncer le résultat du test VIH ;
- Insister sur l'observance du traitement ARV (durée, posologie) ;
- Décider de la poursuite ou de l'arrêt de la chimioprophylaxie en fonction des résultats de la sérologie VIH du patient source et de l'accidenté.

IV – Counseling au cours du traitement antirétroviral

En Côte d'Ivoire, l'initiative d'accès aux traitements a démarré en 1998. Cette initiative a été évaluée par deux institutions indépendantes (ANRS, Projet RETRO-CI).

Il ressort de cette évaluation que les problèmes rencontrés au niveau de l'initiative sont certes liés aux prix élevés des ARV, mais en réalité ceux-ci ne constituent pas le seul obstacle à l'accès aux soins. Il existe de nombreux autres obstacles, notamment l'insuffisance voire l'absence du soutien psychosocial et de l'accompagnement des patients sous traitement antirétroviral.

Or, les PVVIH ont énormément besoin du soutien psychosocial et de l'accompagnement face aux contraintes (sociales, financières, professionnelles, alimentaires, etc) aux effets secondaires et à la nécessité d'une observance optimale du traitement.

Objectifs

Par la relation d'aide qu'il constitue, le counseling vise essentiellement à :

- expliquer au client le bien fondé du traitement antirétroviral.
- créer un climat pour susciter et/ou renforcer l'adhésion et l'observance
- contribuer à la mobilisation des ressources (humaines, financières) en vue de résoudre les problèmes d'accès au traitement et aux autres besoins.
- aider à la meilleure gestion de la confidentialité

Conseiller

Compte tenu du fait que le traitement antirétroviral engendre des difficultés d'ordre social, psychologique, sexuel, économique voire émotionnel, le counseling doit faire intervenir à la fois :

- Médecin, pharmacien, infirmier, sage-femme
- Assistant social, psychologue, sociologue
- Relais social, personne vivant avec le VIH/SIDA

En dehors de la formation adéquate de counseling, le conseiller doit avoir un niveau satisfaisant de connaissances sur le traitement ARV : critères d'éligibilité, effets secondaires, prises des médicaments par rapport aux repas, coût, centres de prescription, impact du traitement.

Il est important que l'accompagnement assuré par le counseling intègre :

- le respect de la confidentialité (confidentialité partagée)
- la volonté de travailler en équipe par les réseaux de prise en charge, de soutien
- la disponibilité.

3 – Etapes

• A l'initiation du traitement

- Rappeler le respect de la confidentialité
- Reprendre clairement les informations sur la procédure d'accès aux ARV
- Insister sur la nécessité d'une observance optimale au traitement
- Evaluer les capacités (financières, psychosociales) du patient garantissant la bonne observance d'un traitement prolongé (à vie)
- Si enfant : assurer le counseling des parents (observance du traitement)
- Si couple sérodiscordant : faciliter la mise du ou de la conjoint(e) dans la relation à l'observance
- Si couple concordant : faciliter le renforcement mutuel, et l'intégration du couple dans les réseaux de PVVIH

• Au cours du traitement

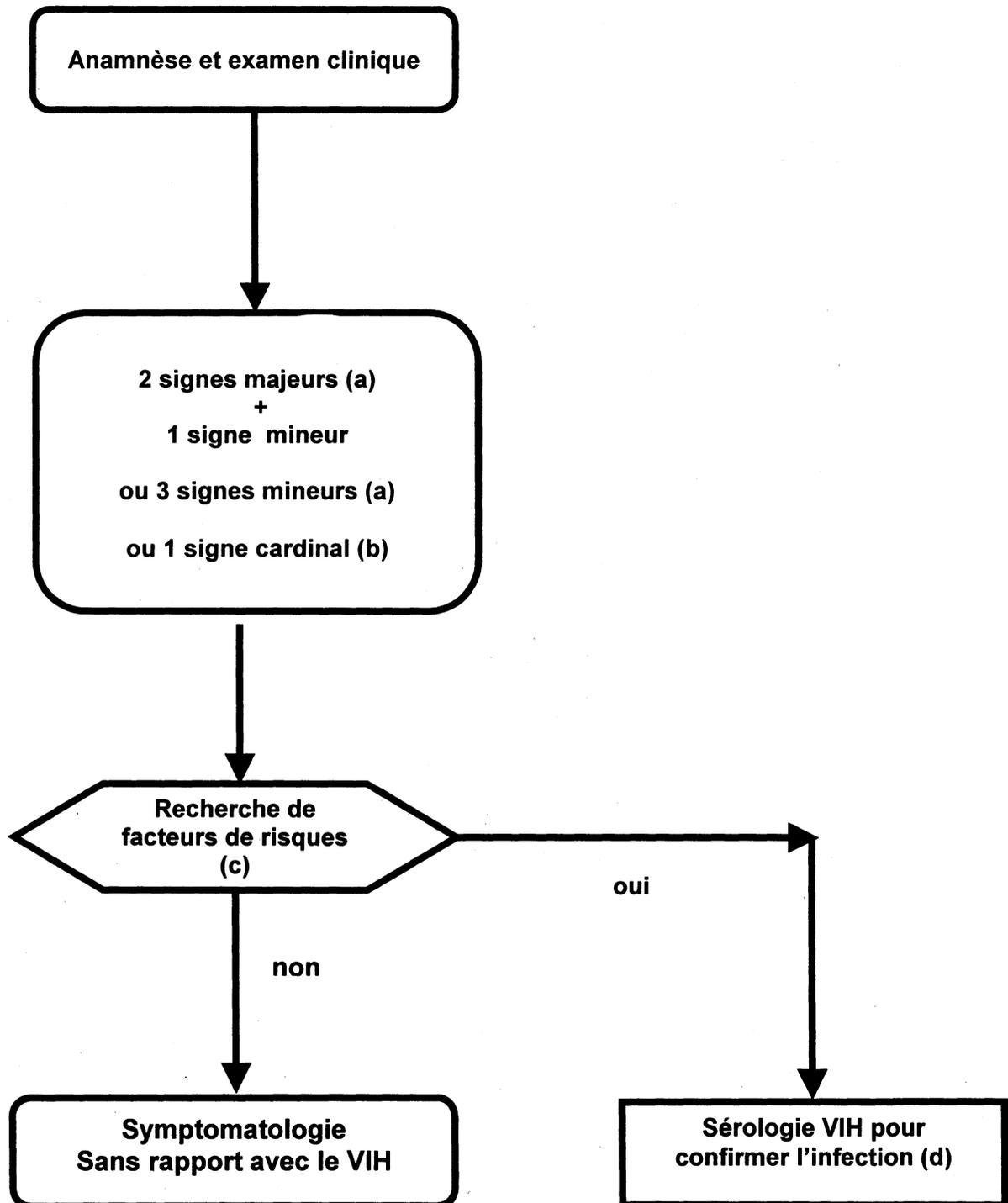
- Reprendre avec le patient la gestion de la confidentialité (partagée)
- Apprécier les changements (psychologiques, physiques, conjugaux, familiaux, professionnels, socioéconomiques) engendrés par la mise sous traitement
- Evaluer les capacités d'adaptation du patient à la mise sous traitement
- Analyser les risques ou facteurs de mauvaise observance chez le patient
- Insister de nouveau sur la nécessité d'une observance optimale.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH

SYMPTOMATIQUE

Adulte



ANNOTATIONS

a. Les signes majeurs et mineurs de la classification de Bangui sans examen de laboratoire permettent d'évoquer l'infection à VIH ; néanmoins, si on dispose de tests fiables, financièrement abordables, on doit confirmer la suspicion évoquée à l'examen clinique.

Signes majeurs

- Diarrhée prolongée > un mois
- Amaigrissement > 10% du poids corporel
- Fièvre prolongée > un mois

Signes mineurs

- Toux chronique > 1 mois
- Lymphadénopathie chronique
- Prurit – Prurigo
- Zona récidivant
- Candidose buccale
- Infection herpétique progressive chronique ou généralisée

b. Signe cardinal dont l'existence permet d'affirmer ou d'évoquer l'infection à VIH en dehors de tout autre contexte pathologique

- Sarcome de Kaposi
- Toxoplasmose cérébrale
- Cryptococcose méningée
- Pneumocystose
- Rétinite à cytomégalovirus

c. Rechercher au moins un des facteurs de risque suivants

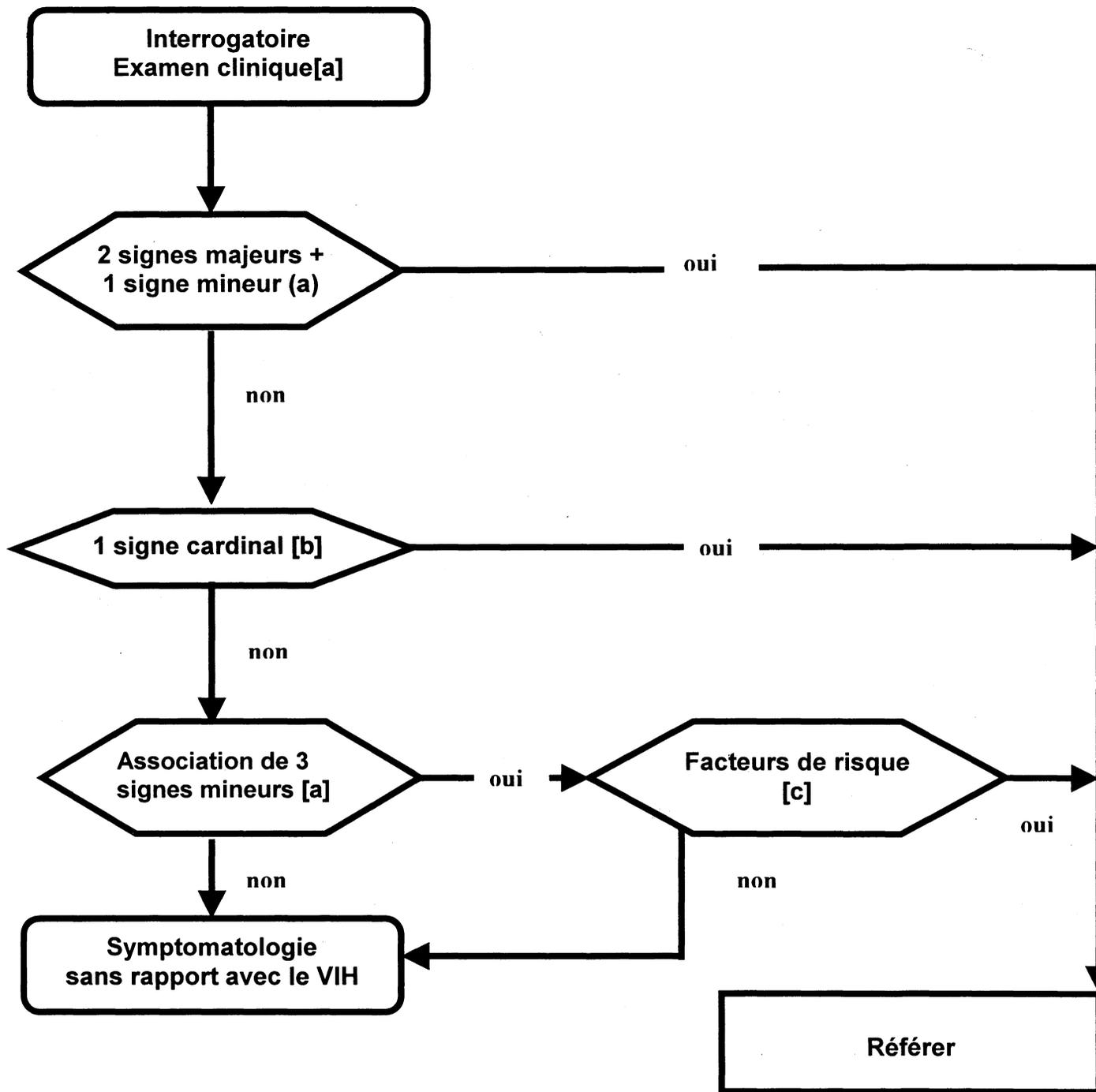
- IST
- Transfusion sanguine avec du sang non contrôlé
- Décès d'un (e) conjoint (e) ou partenaire suspect (e) ou atteint (e) de SIDA
- Rapports sexuels non protégés
- Partenaires multiples
- Accidents d'exposition au VIH (AES, toxicomanies, violences sexuelles, rupture de préservatifs ...)

d. Sérologie VIH effectuée suivant les algorithmes en vigueur en Côte d'Ivoire :

L'infection à VIH est confirmée par la positivité de 2 tests rapides en série : Détermine et Génie 2.

NB : Chez la femme enceinte les signes associés suivants sont aussi à prendre en compte :

- IST (cervicite, vaginite, vulvo-vaginite, vulvite)
- Douleur pelvienne chronique
- Lésions pré -cancéreuses
- Cancer invasif du col utérin



ANNOTATIONS

a. L'infection à VIH se caractérise par plusieurs signes cliniques comme ceux définis dans la Classification de Bangui 1985 (rapportés en dessous) ou par les signes cliniques définis dans la classification de l'OMS 1990 ou la classification du CDC 1993 [Annexe].

Signes majeurs

- Perte de poids ou retard de croissance staturo-pondérale
- Diarrhée prolongée depuis plus d'un mois
- Fièvre prolongée depuis plus d'un mois (intermittente ou constante)
- Pneumonie sévère ou récurrente

Signes mineurs

- Toux persistante existant depuis plus d'un mois
- Lymphadénopathie généralisée chronique
- Candidose oropharyngée
- Dermatite prurigineuse généralisée
- Infections courantes à répétition (otites, sinusites, pneumonies)

L'association de 3 signes + 1 signe mineur est fortement évocatrice d'infection à VIH.

b. Signes cardinaux : Certaines pathologies sont hautement évocatrices d'infection à VIH en dehors de tout autre contexte pathologique

- Pneumocystose, Toxoplasmose cérébrale
- Cryptococcose neuroméningée
- Zona
- Pneumonies récurrentes (2 épisodes ou plus)

L'association de 3 ou 4 signes mineurs est fortement évocatrice d'infection à VIH

c. Facteurs de risque

- Mère séropositive
- Transfusion sanguine
- Violences sexuelles

d. Diagnostic biologique de l'infection à VIH

Avant 18 mois :

- Sans allaitement maternel : 2 PCR à au moins 1 mois d'intervalle à partir de M1
- Avec allaitement maternel : 2 PCR à au moins 1 mois d'intervalle dont la 1ère est réalisée 3 mois après l'arrêt de l'allaitement

Après 18 mois :

Sérologie VIH réalisée suivant les algorithmes en vigueur en Côte d'Ivoire :

l'infection à VIH est confirmée par la positivité de 2 tests rapides en série : Détermine et Génie 2.

CHAPITRE III
SUIVI CLINIQUE DU SUJET SEROPOSITIF
AU VIH

a. Objectifs : apprécier l'évolution de l'infection à VIH, prévenir la survenue d'infections opportunistes par la prophylaxie au cotrimoxazole, détecter et traiter les affections opportunistes et faire le suivi du traitement antirétroviral.

b. Suivi initial

1. **Examen physique** complet du patient sans oublier le poids corporel, l'indice de Karnofsky et la recherche d'affections opportunistes
2. **Bilan paraclinique** pour apprécier le déficit immunitaire et rechercher les infections associées, notamment celles qui peuvent être traitées. En général, ce bilan doit être réalisé en fonction des signes d'appel.
3. **Visites médicales** en général planifiées en fonction de l'état clinique du patient.

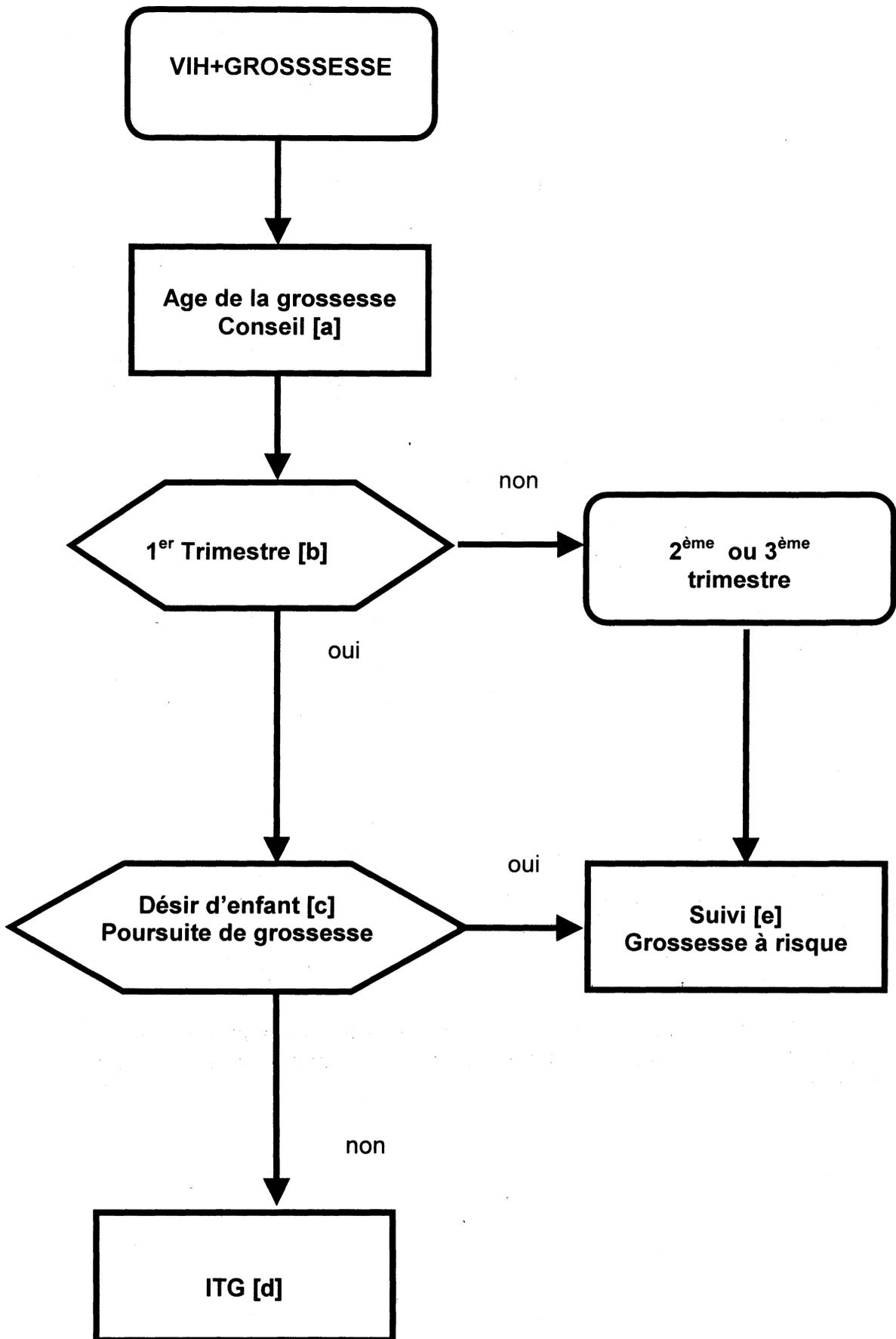
TABLEAU I : calendrier des visites médicales (Mo) et des visites ultérieures (M6) (M12)

Bilan clinique et paraclinique	M0	M6	M12
Examen physique complet	oui	oui	oui
Sérologie VIH	oui	non	non
Taux de CD4	oui	oui	oui
Hémogramme	oui	oui	oui
Glycémie, créatininémie	oui	oui	oui
Transaminases	oui	oui	oui
Parasitologie des selles	±	±	±
Radiographie du thorax	oui	oui	oui

c. Suivi ultérieur

1. Classer le patient selon la classification OMS 1990 et du CDC1993
2. Planifier les consultations ultérieures. Mais un patient VIH positif pourra consulter, s'il présente un évènement clinique lié à l'évolution de la maladie ou à la prise des médicaments.

Ne répéter le bilan paraclinique qu'en fonction des signes d'appel. Par contre, il est souhaitable de disposer de l'hémogramme et d'un cliché pulmonaire tous les 6 mois.



ANNOTATIONS

a. Des informations claires et précises seront données dès la 1ère visite prénatale sur : l'infection à VIH, le risque de TME, la prise en charge et les structures adaptées (PTME, traitement ARV, contraception) et la nécessité pour la gestante d'informer son conjoint.

b. Au cours du premier trimestre : éviter le Cotrimoxazole, le traitement ARV à base d'ABC, EFV, DDC ou de D4T+DDI.

c. Le counseling aidera la femme à prendre la décision d'avoir ou non un enfant en toute connaissance de cause. : la décision doit être clairement exprimée par la gestante mais nécessité d'associer le partenaire (respect du choix)

d. Interruption thérapeutique de grossesse (ITG) : La patiente doit être informée sur les procédures légales d'ITG et doit être mise en contact avec un centre accrédité pour la PEC de son infection à VIH.

e. Suivi avant l'accouchement

Bilan prénatal standard (Echographie, biologie)

Surveillance rapprochée comprenant un examen physique complet et un examen au spéculum

1 CPN/mois au 1er et 2ème trimestres

2 CPN/mois au 3ème trimestre

Bilan biologique : Hémogramme 1 fois/trimestre

si patiente sous Cotrimoxazole : Hémogramme, TGO, TGP, Créatininémie

Mesure du taux de LCD4 en vue de :

- Prévention des IO par Chimio prophylaxie au Cotrimoxazole
- PTME ou Traitement ARV si CD4 < 200/mm³

Pendant le travail et l'accouchement

- Respecter les règles habituelles d'asepsie.
- Respecter la poches des eaux le plus longtemps possible
- Eviter les gestes traumatiques (touchers répétés, épisiotomie)
- Eviter les extractions instrumentales si possible (forceps, ventouses)
- Déceler précocement les pathologies pouvant entraîner une hémorragie (placenta praevia, hématome retroplacentaire, rupture utérine, hémorragie de la délivrance)
- Eviter de traire le cordon ombilical dans un sens comme dans l'autre
- Administrer la NEVIRAPINE ou l'AZT à la mère et à l'enfant [cf PTME)
- L'accouchement doit se réaliser en présence d'un pédiatre

NB : la césarienne programmée ne fait pas partie des recommandations nationales

Post partum

- Confirmation du mode d'alimentation choisie par la mère et conseil

Post natal

- Consultation postnatale à la 6ème semaine pour examen gynécologique et frottis cervicovaginal
- Proposition de contraception : la méthode recommandée est l'usage du préservatif
- Mise en contact avec un centre de prescription ARV

ENFANT

1 - Enfant né de mère séropositive

- Soins au nouveau-né :

- * Précautions d'asepsie et de protection vis à vis des AES (gants, tablier, etc)
- * Bain à l'eau simple ou une solution antiseptique (chlorhexidine, proviodine, etc)
- * Eviter toute injection, lésion cutanée ou autre excoiriation
- * Pour réanimer, utiliser des sources murales d'oxygène et d'air ou de respirateur manuel muni d'une valve pour éviter la contamination en retour
- * Administrer la NVP ou la ZDV même si la mère est sous traitement ARV.
- * Etablir le diagnostic biologique de l'infection à VIH (cf Diagnostic enfant)

-**Alimentation de l'enfant**, à considérer car l'enfant protégé pendant la grossesse et l'accouchement, peut être contaminé pendant l'allaitement. En Côte d'Ivoire, la stratégie recommandée est la suivante : alimentation de remplacement ou allaitement artificiel dès la naissance si les conditions sont réunies ; sinon allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce à 6 mois.

- Mise en route du régime alimentaire choisi de façon éclairée par la mère
- L'allaitement mixte est déconseillé.
- Encadrement et soutien de la mère par le personnel de santé et la communauté
- La vaccination chez les enfants nés de mères VIH positives

Le BCG est recommandé dès la naissance, car les enfants bien que l'on ait signalé des cas de BCGites ou de tuberculose dans la littérature, la majorité des études prospectives dont celle conduite par le Projet-RETROCI n'ont pas retrouvé d'accidents particuliers.

Par contre, sont contre-indiqués chez les enfants symptomatiques :

- les vaccins à virus vivants (rubéole, rougeole oreillons)
- le BCG

2- ENFANT INFECTÉ PAR LE VIH

Suivi initial

Chaque visite comprendra un interrogatoire et un examen physique.

• Interrogatoire

- Recherche des signes et symptômes évocateurs du SIDA pédiatrique [OMS].

• Examen physique

- Mesures des mensurations : poids, taille, périmètre crânien et brachial
- Prise des constantes : température, fréquence et respiratoire, tension artérielle
- Examen complet appareil par appareil en recherchant en particulier :

- * Herpès, zona, folliculite, purigo, candidose, dermatose, molluscum, contagiosum
- * au niveau de la sphère ORL : otite, rhinopharyngite, gingivite, sinusite, parotidite
- * des adénopathies périphériques de taille > 0,5 cm
- * une infection des voies respiratoires basses telle une pneumonie
- * au niveau de l'abdomen une hépatomégalie et une splénomégalie
- * au plan neurologique, un trouble de développement psychomoteur, troubles de la motricité et/ou du tonus.

• Bilan paraclinique

- Comptage des CD4, et radiographie pulmonaire à l'inclusion et/ou mise sous traitement
- Hémogramme, glycémie, transaminase, créatinine, tous les 6 mois

Suivi ultérieur

Le bilan précédent permet d'abord de classer le patient (OMS 1990 ou CDC 1994 si taux des CD4 est disponible, puis de planifier le suivi ultérieur.

- Annoncer la séropositivité de l'enfant aux parents ou au tuteur légal
- Etablir le rythme des consultations ultérieures avec les parents et encourager les mères à consulter périodiquement et précocement. Mais, une consultation non programmée peut être acceptée si l'état de santé de l'enfant le nécessite.
- Encourager les mères à utiliser des pratiques d'alimentation de moindre risque pour leurs enfants et maintenir un bon état nutritionnel de leur enfant par une alimentation suffisante et variée, un sevrage correct, une surveillance de la croissance et du poids corporel (de préférences tous les mois)
- Encourager les mères à faire vacciner leurs enfants
 - Enfant asymptomatique : BCG à la naissance puis autres vaccins du PEV national
 - Enfant symptomatique : éviter les vaccins vivants.
- Encourager les mères à assurer correctement la prévention et le traitement des infections opportunistes, en terme de posologie, de durée et d'observance.

Tableau 2 : Planification du suivi médical de l'enfant infecté par le VIH

Bilans	M0	J15	M3	M6	M9	M12	M15	M18
Clinique - Poids, Taille, PB, PC - Tolérance, - Observance	oui							
Radio pulmonaire	oui	non	non	oui	non	oui	Non	Oui
Comptage CD4	oui	non	non	oui	non	oui	Non	Oui
Hémogramme	oui	non	non	oui	non	oui	Non	Oui
Glycémie	oui	non	non	oui	non	oui	Non	Oui
Transaminasémie	oui	non	non	oui	non	oui	Non	Oui
Créatininémie	oui	non	non	oui	non	oui	Non	Oui
Amylasémie	oui	non	non	oui	non	oui	Non	Oui
Charge virale	non	non	non	oui	non	oui	Non	Oui

- **Envisager**, avec les parents, la possibilité du traitement ARV, qui dépend :
 - non seulement de l'âge de l'enfant, du stade clinique de la maladie, des CD4
 - mais aussi des possibilités financières des parents.

Suivi ultérieur

Le bilan précédent permet d'abord de classer le patient (OMS 1990 ou CDC 1994 si taux des CD4 est disponible, puis de planifier le suivi ultérieur.

- Annoncer la séropositivité de l'enfant aux parents ou au tuteur légal
- Etablir le rythme des consultations ultérieures avec les parents et encourager les mères à consulter périodiquement et précocement. Mais, une consultation non programmée peut être acceptée si l'état de santé de l'enfant le nécessite.
- Encourager les mères à utiliser des pratiques d'alimentation de moindre risque pour leurs enfants et maintenir un bon état nutritionnel de leur enfant par une alimentation suffisante et variée, un sevrage correct, une surveillance de la croissance et du poids corporel (de préférences tous les mois)
- Encourager les mères à faire vacciner leurs enfants
 - Enfant asymptomatique : BCG à la naissance puis autres vaccins du PEV national
 - Enfant symptomatique : éviter les vaccins vivants.
- Encourager les mères à assurer correctement la prévention et le traitement des infections opportunistes, en terme de posologie, de durée et d'observance.

Tableau 2 : Planification du suivi médical de l'enfant infecté par le VIH

Bilans	M0	J15	M3	M6	M9	M12	M15	M18
Clinique - Poids, Taille, PB, PC - Tolérance, - Observance	oui							
Radio pulmonaire	oui	non	non	oui	non	oui	non	Oui
Comptage CD4	oui	non	non	oui	non	oui	non	Oui
Hémogramme	oui	non	non	oui	non	oui	non	Oui
Glycémie	oui	non	non	oui	non	oui	non	Oui
Transaminasémie	oui	non	non	oui	non	oui	non	Oui
Créatininémie	oui	non	non	oui	non	oui	non	Oui
Amylasémie	oui	non	non	oui	non	oui	non	Oui

- **Envisager**, avec les parents, la possibilité du traitement ARV, qui dépend :
 - non seulement de l'âge de l'enfant, du stade clinique de la maladie, des CD4.
 - mais aussi des possibilités financières des parents.

CHAPITRE IV
PRISE ENCHARGE DES INFECTIONS
OPPORTUNISTES

Prévention

Ensemble de mesures proposées aux PVVIH/SIDA pour empêcher la survenue des épisodes initiaux et/ou les rechutes des infections opportunistes (IO) fréquentes et graves.

1 - Chimio prophylaxie primaire

Elle vise à protéger contre les épisodes initiaux de toxoplasmose cérébrale, salmonelloses non typhiques, pneumocystose et autres infections à germes sensibles au Cotrimoxazole.

• Avant la prescription

Déterminer le stade clinique (OMS, CDC), éliminer une contre-indication du Cotrimoxazole : grossesse au 1er trimestre, allergie au cotrimoxazole, infection bactérienne évolutive, anémie avec Hb < 5 g/dl, neutropénie avec PNN < 750/mm³, cytolyse hépatique, plaquettes < 50 000/mm³, d'où :

- Bilan clinique : Interrogatoire et examen physique complet
- Hémogramme, Transaminases, Taux de CD4 (nombre absolu, pourcentage)
- Cliché pulmonaire

• Patients éligibles à la prophylaxie primaire

Adulte

- Patient symptomatique aux stades 2 ou 3 ou 4 de la classification OMS 1990 ;
- Patient asymptomatique ayant un taux de CD4 inférieur ou égal à 350/mm³
- Femme répondant aux critères ci-dessus et au 2^e ou 3^e trimestre de la grossesse

Enfant à partir de la 6^{ème} semaine de vie

- Enfant né de mère séropositive jusqu'à ce que sa séronégativité soit prouvée
- Enfant symptomatique stade II et III de l'OMS / stade B et C du CDC
- Enfant asymptomatique ayant un taux de CD4 inférieur à 20%

• Cotrimoxazole recommandé à la posologie de :

Adulte

- Cotrimoxazole forte 960 mg (SMZ 800 mg / TMP 160 mg) : 1 comprimé / jour ;
- Cotrimoxazole simple 480 mg (SMZ 400 mg / TMP 80 mg) : 2 comprimés / jour ;

Enfant

- Cotrimoxazole (SMZ 25 mg/Kg + TMP 5mg/Kg) en 1 prise/jour

• La prophylaxie doit être régulièrement suivie pour en évaluer la tolérance :

- Surveillance clinique : 1fois/mois les 3 premiers mois puis 1 fois/trimestre
- Surveillance biologique : hémogramme, TGO, TGP et Créatinine tous les 6 mois

• La prophylaxie doit être poursuivie tant que CD4 < 350/mm³ (adulte) ou 24% chez l'enfant. Cependant, elle doit être arrêtée en cas de :

- Réactions cutanées sévères : bulles, syndrome de Lyell, de Stevens-Johnson
- Taux de CD4 > 350/mm³ pendant au moins 6 mois chez le patient sous ARV

NB : Aucune prophylaxie antituberculeuse n'est recommandée pour le moment en Côte d'Ivoire.

2 - Chimio prophylaxie secondaire

Elle prévient les rechutes des IO fréquentes et graves, chez les patients ayant guéri d'un premier épisode de toxoplasmose cérébrale ou de cryptococcose ou de pneumocystose et d'autres infections à germes sensibles aux médicaments utilisés.

- Traitements prescrits à doses réduites de moitié : Cotrimoxazole ou autres médicaments ayant guéri l'épisode initial.

Toxoplasmose cérébrale

- Traitement de choix : Pyriméthamine (25 mg/j)+ Sulfadiazine (2 g)+ Ac folinique
- Alternative : Cotrimoxazole fort 1 comprimé par jour

Cryptococcose neuroméningée

- Traitement de choix : Fluconazole per os 200 mg par jour
- Alternative : Amphotéricine B en perfusion, 0.5-1 mg/kg x 2 fois/semaine

Pneumocystose

- Traitement de choix : Cotrimoxazole fort 1 comprimé par jour

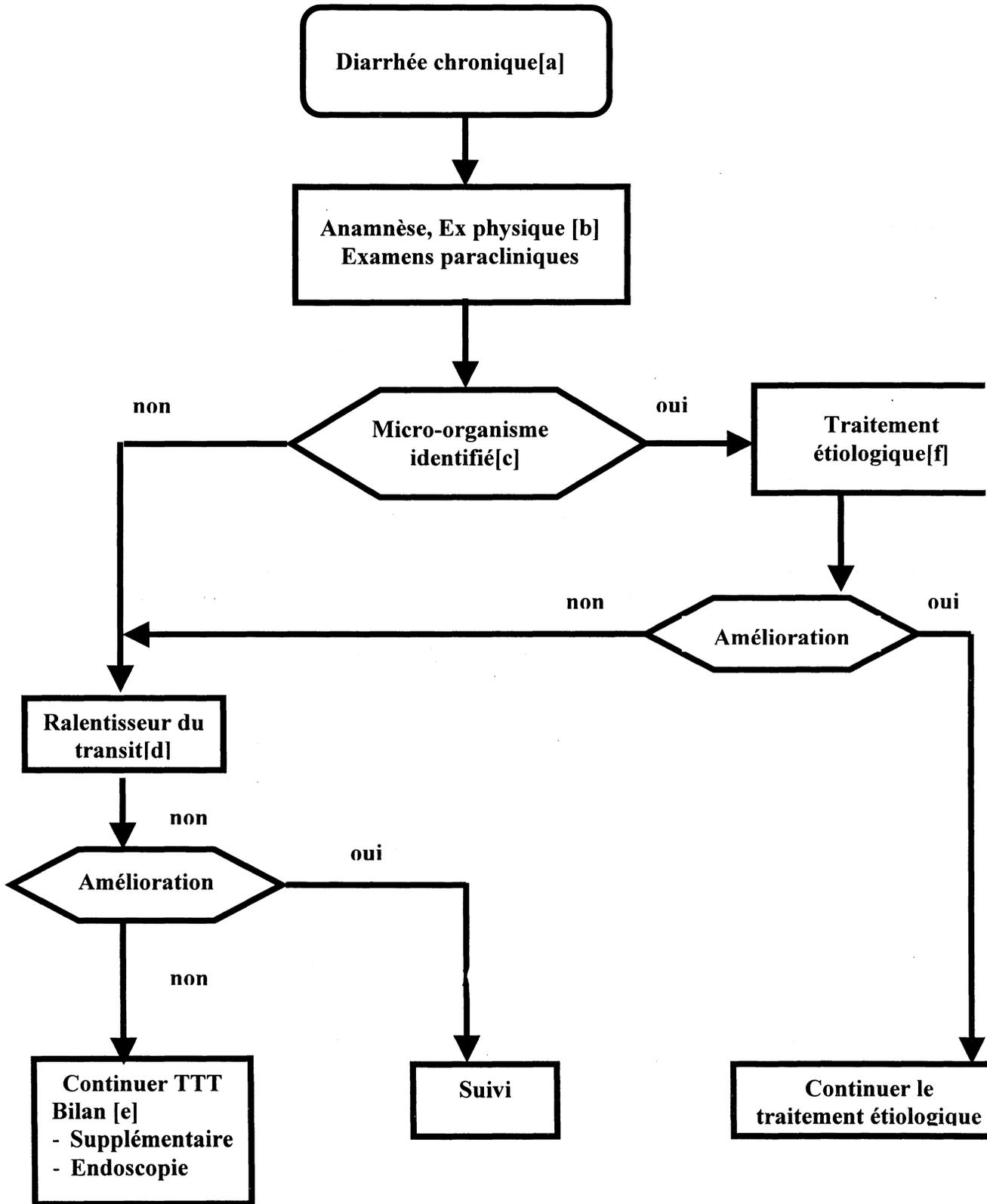
3 - Mesures générales en marge de la chimioprophylaxie

- Respect des bonnes conditions d'hygiène corporelle, alimentaire et d'assainissement.
 - Consommation d'aliments bien cuits : viandes et volailles ;
 - Consommation de l'eau potable, de fruits et légumes lavés ; lavage des mains ;
 - Pas de contacts constants avec les animaux domestiques notamment le chat,
 - Alimentation suffisante et variée sans tabac, ni café ni alcool,
 - Usage de moustiquaires pour éviter les piqûres infestantes des moustiques
- Vaccinations en évitant des vaccins à germes vivants (cf enfant).

Algorithmes de Prise en charge

Adulte

Diarrhée chronique



ANNOTATIONS

a. Définition

Emission de selles liquides (au moins 3 selles/j) depuis plus d'un mois, de façon continue, permanente ou intermittente. Elle impose l'anamnèse, l'examen physique du patient, l'examen mycologique, parasitologique, bactériologique des selles.

b. La présence de la diarrhée impose de rechercher les signes de déshydratation

- Déshydratation légère (Plan A) : déficit liquide < 5 % du poids corporel
- Déshydratation modérée (Plan B) : déficit liquide de 5–10 % du poids corporel
- Déshydratation sévère (Plan C) : déficit liquide > 10 % du poids corporel

La compensation rapide des pertes, par voie orale ou par perfusion IV,

- par voie orale : sels de réhydratation orale (SRO) en cas de déshydratation légère (Plan A) ou infraclinique ; en donner beaucoup si le patient en demande,
- par perfusion : solution de Ringer lactate ou sérum salé (2/3) + bicarbonaté (1/3) en cas de déshydratation modérée (plan C) ou sévère (Plan C).

c. La pratique à répétition des examens suivants permet de retrouver un germe et d'adapter le traitement

- Examen parasitologique standard des selles fraîchement émises.
- Examen parasitologique avec colorations spécifiques (Cryptosporidium, Microsporidium)
- Coproculture à la recherche de Salmonelles, shigelles, E. coli.
- Hémocultures en cas de fièvre pour rechercher shigelles, salmonelles et M. avium

A noter que les étiologies les plus fréquentes sont :

- Candida albicans,
- Salmonelles non typhi, Shigella, E. coli, Campylobacter, yersinia,
- Strongyloïdes stercoralis, Giardia intestinalis, Entamoeba histolytica
- Cryptosporidium, Isospora belli, Microsporidium,
- Cytomégalovirus, VIH, Rotavirus,
- Mycobactéries (BK, M. avium intracellulare), Clostridium difficile

La diarrhée peut être aussi due à une intolérance ou une anomalie anatomique

d. Ralentisseurs de transit, lorsqu'aucune étiologie n'est identifiée ou en l'absence d'amélioration malgré le traitement étiologique ou du fait du caractère fréquent, récidivant voire impérieux des selles afin d'éviter la détérioration de la qualité de vie du patient et la dénutrition

- Lopéramide : 4 à 8 gélules réparties sur la journée

Ne pas prescrire ces médicaments en cas de diarrhée sanglante du fait du risque de mégacôlon toxique.

e. Les premiers examens seront répétés. Mais des bilans supplémentaires seront prescrits :

- Echographie abdominale, Endoscopie digestive et Biopsie si nécessaire,
- Examen parasitologique de selles orienté, examen mycologique des selles

Toutefois, le VIH lui-même peut être responsable de la diarrhée chronique.

- Un traitement symptomatique sera prescrit, associé à une prise en charge totale.
- Traitement symptomatique : réhydratation, antidiarrhéiques.

f. Traitement étiologique, si un germe est isolé

- *E. histolytica* : Métronidazole, 500 mg 3 fois /jour pendant 7 jours
- *Giardia intestinalis* : Métronidazole, 500 mg 3 fois /jour pendant 7 jours
- *S. stercoralis* : Albendazole, 400 mg 2 fois /jour pendant 3 jours
- *I. belli* : Cotrimoxazole forte, 2 cp 4 fois /jour pendant 10 jours
- *Cryptosporidium* : correction des pertes uniquement (SRO),
- *Microsporidium* : Albendazole, 400 mg 2 fois /jour pendant 14 jours :
- Salmonelles, shigelles,
 - Ofloxacine : 200 mg x 2 fois par jour pendant 10 jours
 - Péfloxacine : 400 mg x 2 fois pendant 5 jours
 - Ceftriaxone : 50 mg/kg/jour en perfusion unique

Quoiqu'il en soit, après la régression de la diarrhée, du fait des rechutes fréquentes, des mesures seront envisagées avec le patient pour éviter la survenue d'infections digestives :

- Hygiène corporelle, alimentaire et alimentation suffisante, variée
- Prophylaxie primaire par le Cotrimoxazole forte, 1 comprimé par jour
- Traitement antirétroviral, qui assure la régression de certaines étiologies de la diarrhée (cryptosporidiose, microsporidiose) du fait de la restauration immunitaire.

ANNOTATIONS

a. Définition

Température supérieure à 37°5, continue ou intermittente depuis plus de 15 jours

b. **1ers examens complémentaires** permettent de retrouver une étiologie et d'adapter le traitement

- Goutte épaisse / frottis sanguin ou QBC
- Hémogramme, vitesse de sédimentation
- Hémocultures, coprocultures, ECBU
- Cliché thoracique ; recherche de BK (crachats, tubage gastrique, urines, selles)

d. Bilan supplémentaire

- Echographies, scannographie, radiographie des sinus, myélogramme
- Transaminases, sérologies spécifiques : hépatite B et C, syphilis
- Analyse du LCR à la recherche de cryptocoque, de BK, trypanosomes
- Bronchoscopie avec lavage bronchoalvéolaire, biopsie

e. Le traitement empirique ou d'épreuve est la séquence suivante :

- d'abord le traitement antipaludique [cf Directives du Programme National]. puis, si échec
- Antibiothérapie associative à visée septicémique (fluoroquinolone ou C3G + aminoside)
- Si échec, Traitement antituberculeux [cf Directives Programme National]

f. Traitements étiologiques en fonction du germe :

Les principales étiologies sont :

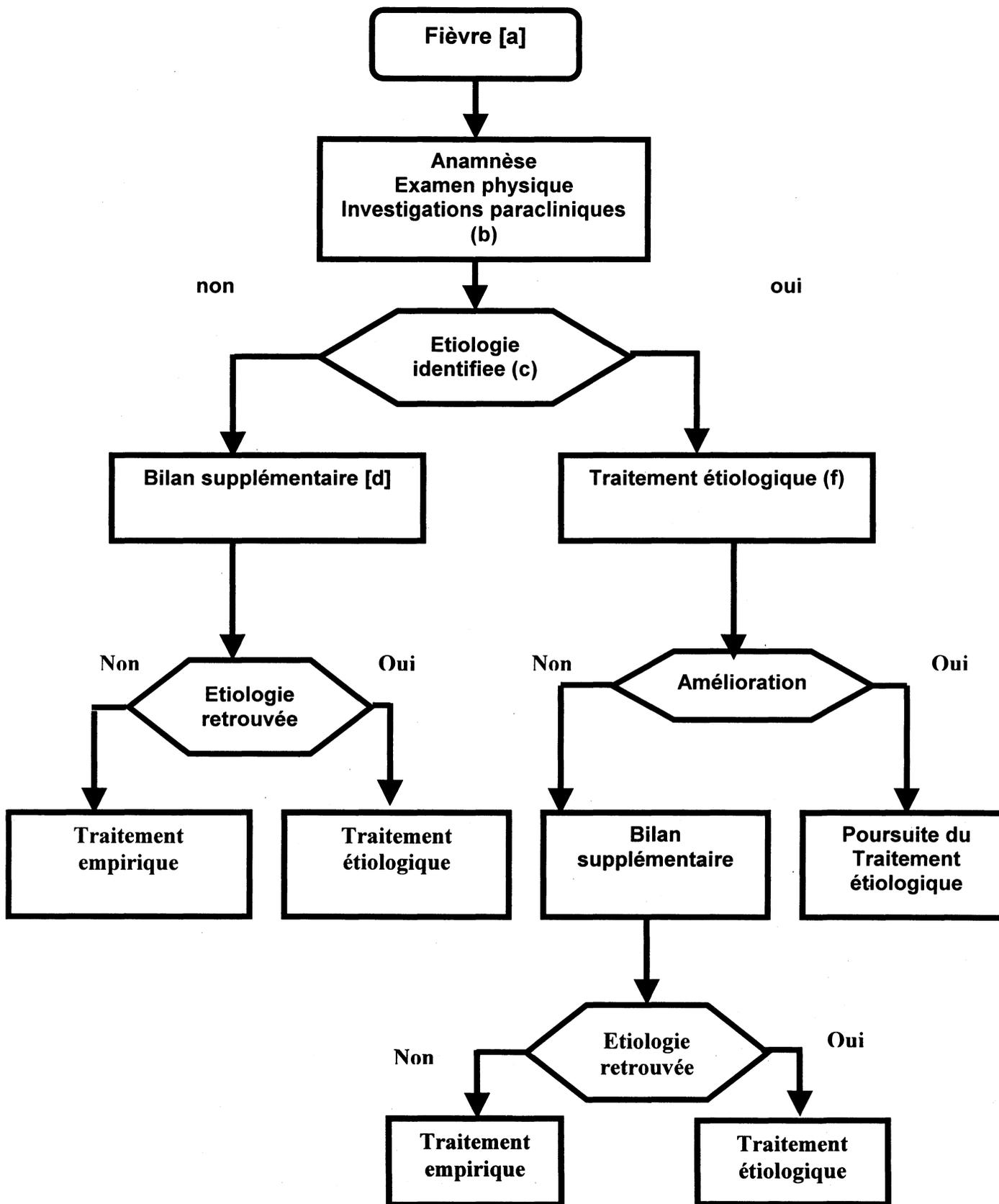
- Tuberculose, Mycobactéries atypiques disséminées (*M. avium* intracellulare),
- Bactériémies (*S. non typhi*, *S. pneumoniae*, *E. coli*, Staphylocoque, *P. aeruginosa*)
- Cryptococcose méningée, et candidémies (*C. albicans*)
- Toxoplasmose cérébrale, syphilis (neurosyphilis)
- Méningite bactérienne (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*), infection ORL (sinusite)
- Infection à cytomégalovirus, VIH lui-même,
- Autres causes : lymphomes non hodgkiniens

La fièvre peut relever d'une cause intercurrente, notamment le paludisme, une intolérance aux médicaments, une leucémie etc.. C'est pourquoi, sa présence impose d'apprécier l'état général du patient et de rechercher les signes associés : céphalées, convulsions, signes pulmonaires, syndrome méningé, éruption, coma qui peuvent orienter vers une étiologie :

Traitement antipaludique [cf Directives du Protocole National],

- Amodiaquine : 3 comprimés 1 fois par jour pendant 3 jours ou association Sulfadoxine + pyriméthamine à raison de 3 comprimés 1 fois ou 2 ampoules en IM unique
- Quinine en cas de paludisme grave : 25 mg/kg/jour en perfusion pendant 5 à 7 jours:

Fièvre



Antibiothérapie pour bactériémie (S. non typhi) pneumonie, infection urinaire

- Ofloxacine : 200 mg x 2 fois par jour pendant 15 jours
- Péfloxacinine : 400 mg x 2 fois pendant 15 jours
- Ceftriaxone : 50 mg/kg/jour en perfusion unique pendant 10 jours

Traitement antituberculeux [cf Directives Programme]

- Isoniazide (5 mg/kg/j)+ rifampicine (10 mg/kg/j)+ pyrazinamide (25 mg/kg/j)+ éthambutol (20 mg/kg/j) pendant 2 mois, puis Isoniazide + rifampicine pendant 4 mois

Antibiothérapie pour méningite bactérienne (Streptocoque, Haemophilus) ,

- Amoxicilline : 200 mg/kg/jour par voie IV pendant 10 jours
- Thiamphénicol : 50 – 60 mg/kg/jour par voie IV pendant 10 jours
- Céfotaxime, ceftriaxone : 50 – 100 mg/kg/jour par voie IV pendant 10 jours

Traitement anticryptococcique

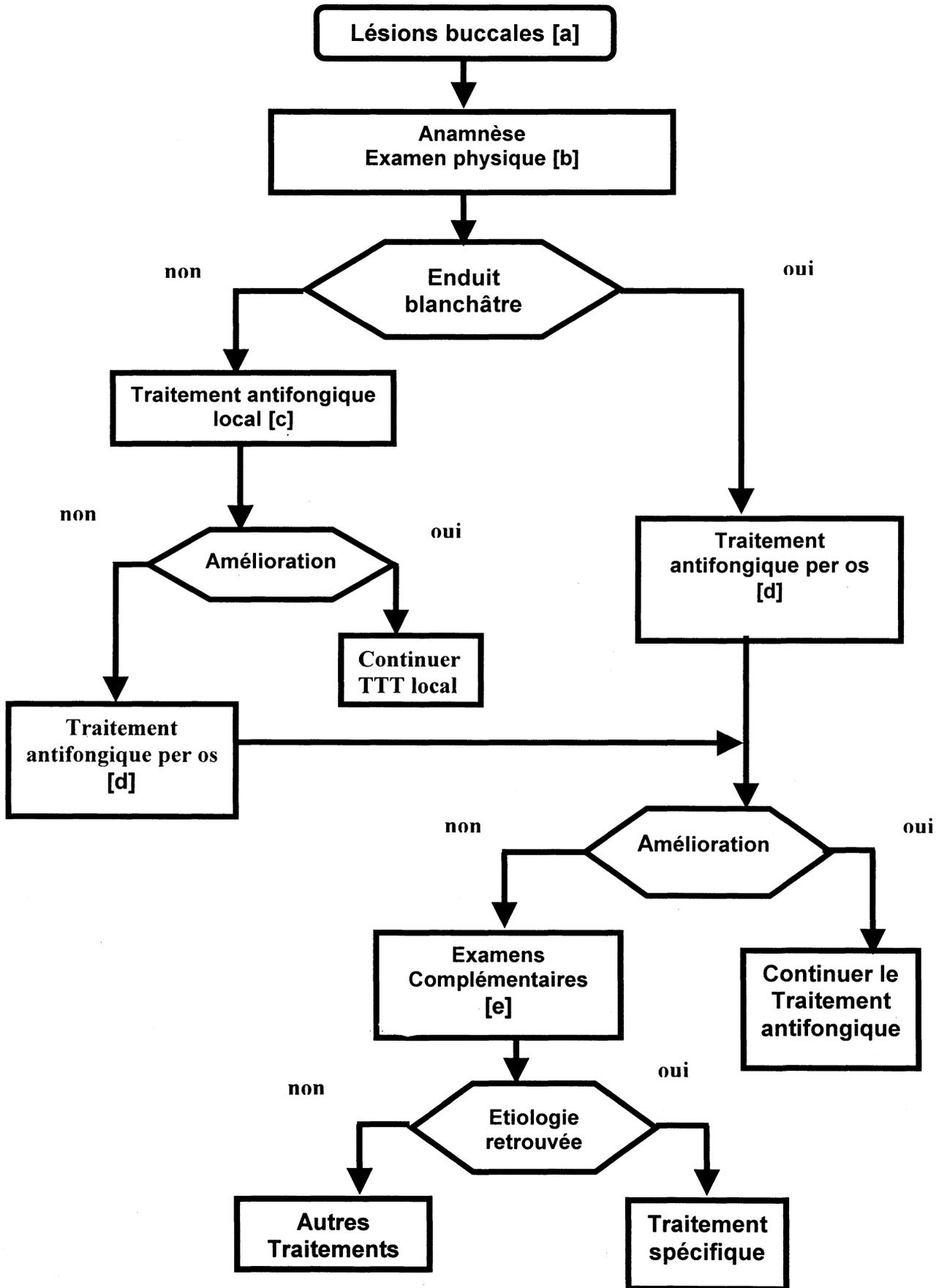
- Amphotéricine B : 0.7 – 1 mg/kg/j en perfusion lente pendant 2 mois, ou
- Amphotéricine B pendant 14 jrs, puis Fluconazole (400 mg/j) pendant une durée totale de 2 mois ou Fluconazole : 400 mg/j pendant 2 mois

Traitement de la toxoplasmose cérébrale

- Pyriméthamine (50-75 mg/j) + Sulfadiazine : 4-6 g/jour (2 cp en 3 prises) + acide folinique (25 mg/j). En cas d'allergie à la sulfadiazine, clindamycine : 2.4 g/jour
- Cotrimoxazole forte : 1 cpr x 3 par jour pendant 6 semaines puis 1 cp x 2 pendt 4 semaines

NB : L'association fièvre + déficit moteur (hémiparésie, hémiparésie) suffit pour évoquer le diagnostic de toxoplasmose cérébrale et instituer le traitement antitoxoplasmique. La régression des symptômes confirme le diagnostic
Le VIH lui-même peut être responsable de la fièvre. Un traitement symptomatique sera prescrit, associé à une prise en charge totale

Candidose buccale



ANNOTATIONS

a. Définition

La candidose buccale ou muguet se caractérise par des plaques blanchâtres plus ou moins épaisses et étendues au palais, à la langue mais pouvant couvrir toute la cavité buccale. Il s'agit parfois de fissures aux coins de la bouche (perlèche ou chéilite angulaire).

Le muguet peut s'accompagner d'une oesophagite qui se signale par la dysphagie, le pyrosis et les douleurs retrosternales gênant la déglutition, ce qui peut engendrer l'anorexie et des troubles nutritionnels.

b. Examen physique

La présence de la candidose buccale impose d'apprécier l'étendue de la lésion c'est à dire les capacités du patient à s'alimenter et l'existence d'une oesophagite dont la survenue signe la progression du déficit immunitaire

c. Le traitement local de la candidose buccale est le bain de bouche avec :

- Gargarisme par solution de bicarbonate, 4 à 8 fois par jour avec :
- Application locales : Mycostatine (Nystatine) cp à sucer (500 000 UI/6 h)
Miconazole gel (daktarin) : 4 cuillères mesures x 3 pendant 7 jours

d. Le traitement systémique (oral), en cas d'échec des soins locaux

- Fluconazole : 50 mg/jour, soit 1 gélule 2 fois par jour pendant 7 à 10 jours
- Kétoconazole : 200 mg/j, soit 1 comprimé 2 fois par jour pendant 14 jours

e. Le bilan complémentaire suivant, permet de confirmer l'étiologie et d'adapter le traitement :

- Examen mycologique d'un frottis (à l'écouvillon ou raclage d'une lésion), des selles
- Examen direct pour rechercher des filaments mycéliens
- Culture sur milieu de Sabouraud pour préciser l'espèce de candida en cause

- Endoscopie ou fibroscopie digestive haute en cas d'oesophagite
- Macroscopie : plaques blanchâtres adhérent à la muqueuse, parfois ulcérée
- Biopsies pour examen histologique, culture sur milieu de Sabouraud
- Sérologie de la syphilis

Principales étiologies

- Candida albicans est dominant (> 80 % des cas)
- Autres : C. tropicalis, C. pseudotropicalis, C. krusei, torulopsis, glabrata, etc

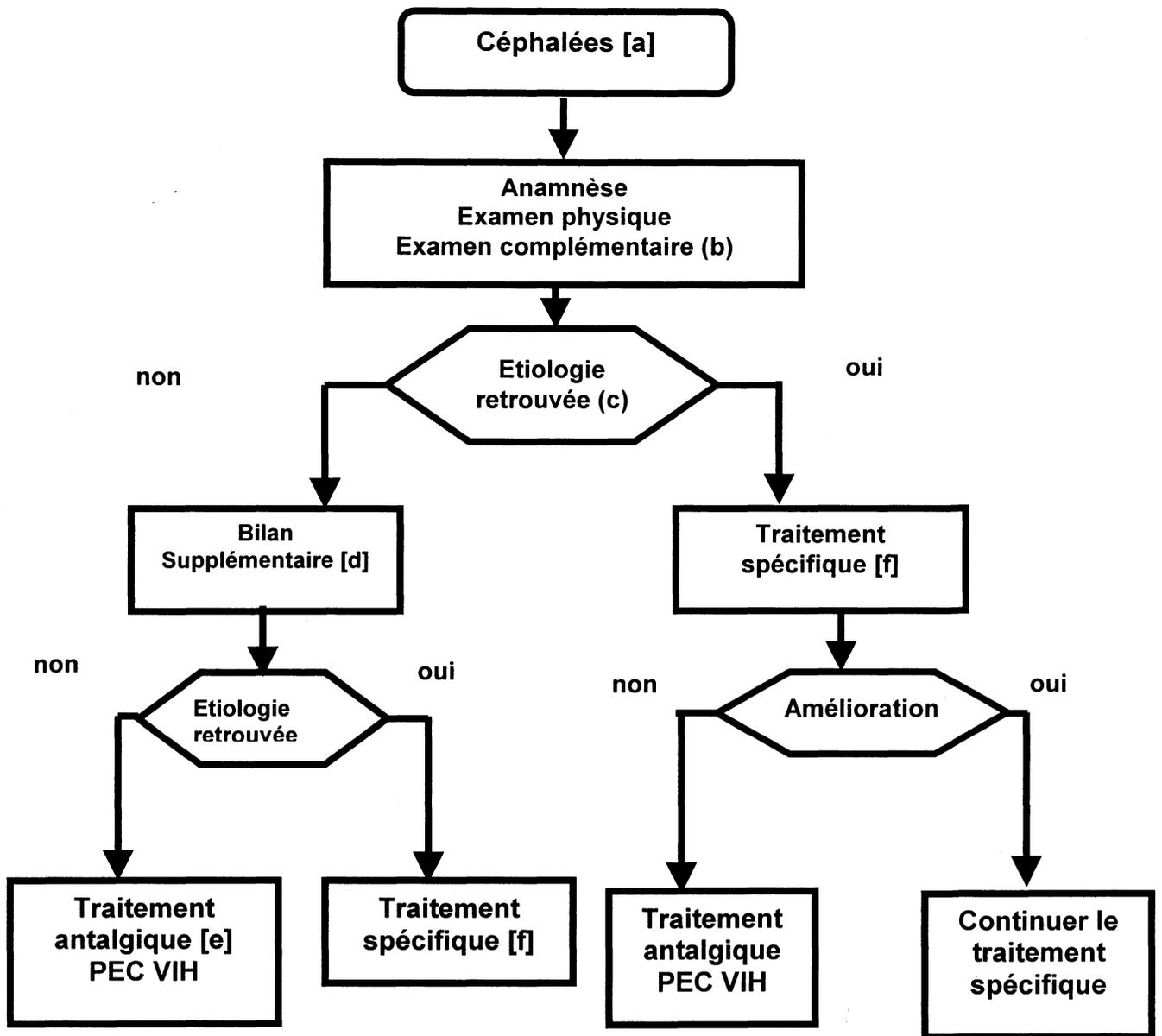
En pratique, les examens mycologiques ne sont pas faciles à réaliser. Ainsi, le diagnostic de la candidose buccale voire de l'oesophagite demeure clinique

f. En cas d'oesophagite, traiter d'abord la candidose.

- Fluconazole : 100 mg/jour, soit 1 gélule 2 fois par jour pendant 10 jours
- Kétoconazole (Nizoral) : 200 mg/jour, soit 1 comprimé 2 fois par jour pendant 15 jours

En cas d'échec : amphotéricine B : 0.5 – 0.7 mg/kg/jour par voie IV pendant 15 jours

En cas d'échec, rechercher et traiter les autres causes car l'oesophagite peut relever de :
herpès simplex virus type 1, M. avium intracellulare, cytomégalovirus, Kaposi



ANNOTATIONS

a. Définition

Maux de tête persistants, d'intensité rapidement croissante et rebelles aux traitements antalgiques usuels.

En présence des céphalées, il faut apprécier l'état général du patient et rechercher les signes associés tels que la fièvre, les convulsions, les signes pulmonaires, le syndrome méningé, les signes neurologiques de focalisation (déficit, ataxie, aphasie, mouvements anormaux), signes d'hypertension intracrânienne qui peuvent orienter vers une étiologie :

b. Un 1^{er} bilan complémentaire permet de retrouver l'étiologie et d'adapter le traitement

- Goutte épaisse / frottis sanguin, QBC
- Hémocultures (si fièvre)
- Cliché pulmonaire, radiographie des sinus

c. Principales étiologies

- Toxoplasmose cérébrale (abcès), Cryptococcose ou tuberculose neuroméningée
- Méningite bactérienne (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*), neurosyphilis
- Infection ORL (sinusite)
- Encéphalite à CMV, à VIH, lymphome

Les céphalées peuvent relever d'une cause intercurrente : paludisme, HTA, intolérance aux médicaments,

d. Bilan supplémentaire

- Examen ORL
- Examen du fond d'œil (si signes d'hypertension intracrânienne, déficit moteur)
- Analyse du LCR à la recherche de cryptocoque, de BK, de bactéries
- Scanner cérébral ou Tomodensitométrie cérébrale (images d'abcès intracrâniens)

NB : Contre-indications à la PL :

- Syndrome d'hypertension intracrânienne (HTIC) dont le diagnostic est basé sur le caractère des céphalées et leurs relations avec les vomissements :
 - Céphalées récentes ou d'aggravation récente, de moins en moins calmées par les antalgiques habituels, aggravées par les changements de position, de survenue nocturne (2^e partie de la nuit ou le matin au réveil).
 - Au paroxysme de la douleur, apparition de vomissements de type cérébral qui calment transitoirement les céphalées.
 - Troubles visuels (flou visuel).
- Existence de convulsions partielles ou de signes neurologiques focalisés (moteurs, sensitifs) d'installation progressive

L'examen du fond d'œil est pratiqué en cas d'HTIC. L'absence d'œdème papillaire ou d'hémorragie rétinienne autorise la PL et l'analyse du LCR (cryptocoque, BK, bactéries).

Cependant, ne pas retarder la PL devant :

- Absence de fond d'œil
- Présence d'un déficit neurologique d'installation brutale
- des convulsions d'emblée généralisées

e. Traitement antalgique

- Paracétamol (+ codéine) : 50 mg/kg/jour en 3 prises orales pendant 2 jours
- Acide acétyl salicylique : 50 mg/kg/jour en 3 prises orales pendant 2 jours
- Dérivé morphinique (cas rebelles)

f. Traitements spécifiques ou étiologiques

• Traitement antipaludique [cf Programme National]

- Amodiaquine : 3 comprimés 1 fois par jour pendant 3 jours ou association Sulfadoxine + pyriméthamine à raison de 3 comprimés 1 fois ou 2 ampoules en IM unique, si échec
- Artémisinine + luméfantrine

• Méningite tuberculeuse (BK+ dans LCR, Rx miliaire)

- Isoniazide (5 mg/kg/j)+ rifampicine (10 mg/kg/j)+ pyrazinamide (25 mg/kg/j) + éthambutol (20 mg/kg/j) pendant 2 mois, puis isoniazide + rifampicine pendant 4 mois
[cf Programme de Lutte contre la tuberculose]

• Méningite bactérienne (germe, Ag, LCR louche/purulent)

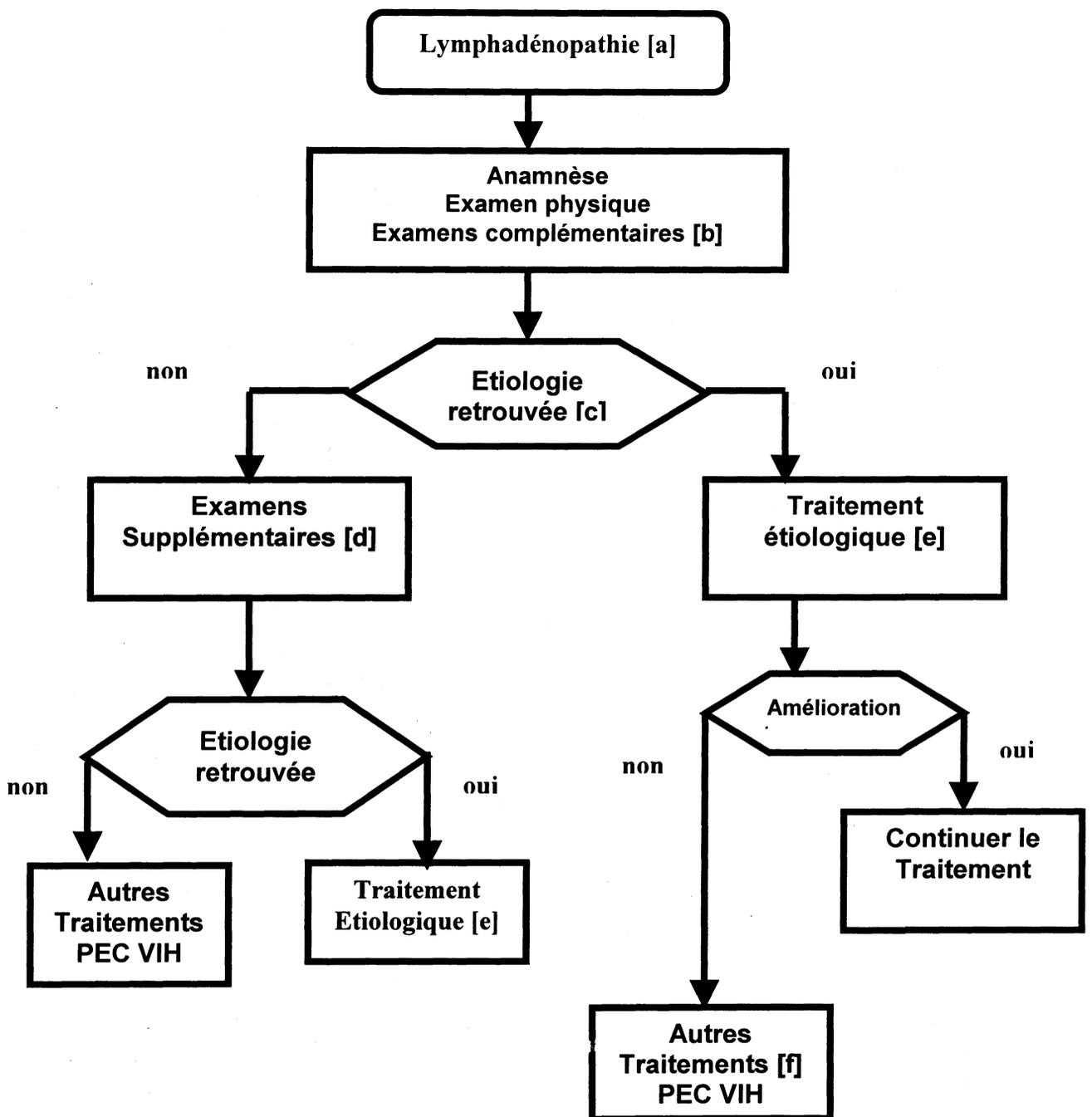
- Amoxicilline : 200 mg/kg/jour par voie IV pendant 10 jours
- Thiamphénicol : 50 – 75 mg/kg/jour par voie IV pendant 10 jours
- Ceftriaxone, céfotaxime : 50 – 100 mg/kg/jour par voie IV pendant 10 jours

- **Cryptococcose neuroméningée**

- Amphotéricine B : 0.7 – 1 mg/kg/j en perfusion lente pendant 2 mois, ou
- Amphotéricine B pendant 14 jours, puis Fluconazole (400 mg/jour) pour une durée totale de 2 mois, ou Fluconazole (400 mg/j/ pendant une durée totale de 2 mois

- **Toxoplasmose cérébrale** (déficit moteur, abcès au scanner)

- Pyriméthamine (Daraprim, Malocid) : 50 mg/j (1 cp 2 fois/j) + Sulfadiazine (adiazine) : 6 g/jour (2 cp en 3 prises) + acide folinique (25 mg/jour). En cas d'allergie à la sulfadiazine, utiliser la clindamycine (Dalacine) : 2.4 g/jour
- Cotrimoxazole fort : 1 cpr x 3 par jour pendant 6 semaines puis 1 cp x 2 pendant 4 semaines



ANNOTATIONS

a. Définition : Augmentation du volume des ganglions, de siège divers mais en général cervical ou intra-abdominal ;

b. Bilan complémentaire initial pour retrouver une étiologie et d'adapter le traitement

- Hémogramme, VS, Hémocultures (si fièvre)
- Cliché pulmonaire,
- Examen de la sérosité
- Sérologies : syphilis, toxoplasmose
- Analyse du LCR (recherche de cryptocoque, BK, VDRL)

c. Principales étiologies. Les adénopathies sont liées à plusieurs affections :

- Tuberculose, Syphilis, Infection à VIH, Sarcome de Kaposi, toxoplasmose
- Lymphome, histoplasmose, réaction médicamenteuse (sulfamides, ARV)

La cause peut être une infection sans rapport avec le VIH : leucémie, THA.

Ainsi, en présence d'une lymphadénopathie persistante, apprécier l'état général du patient et rechercher les signes associés tels que la fièvre, l'hépatosplénomégalie, les signes pulmonaires et lésions cutanées (éruption, nodules) pouvant orienter vers une étiologie.

Deux types de lésions doivent être recherchées systématiquement :

- lésions de syphilis (éruption papulosquameuse, ulcération génitale récente) ;
- lésions tuberculeuses (adénopathies fluctuantes, fièvre, perte de poids, EG altéré)

d. Bilan supplémentaire, en plus du premier bilan qu'il faut répéter,

- Fond d'oeil
- Sérologies : syphilis, toxoplasmose
- Analyse du LCR (recherche de cryptocoque, BK, VDRL)
- Echographie abdominale (ponction téléguidée), laparoscopie, myélogramme
- Scanner abdominal
- Ponction-aspiration, biopsie ganglionnaire et examen anatomopathologique

e. Traitements étiologiques des pathologies fréquentes

Syphilis (suspicion d'une syphilis secondaire)

- Benzathine benzyl pénicilline : 2.4 millions UI/dose 3 fois à 1 semaine d'intervalle
- Doxycycline : 100 mg x 2 fois par jour pendant 15 jours (moins efficace)
- Pénicilline G : 18 à 24 millions UI /j pendant 15 jours, si neurosyphilis

Tuberculose (clinique, ponction, biopsie)

- Isoniazide (5 mg/kg/j)+ rifampicine (10 mg/kg/j)+ pyrazinamide (25 mg/kg/j) + éthambutol (20 mg/kg/j) pendant 2 mois, puis Isoniazide + rifampicine / 4 mois (cf Programme de Lutte contre la tuberculose)

Toxoplasmose cérébrale (sérologie, biopsie)

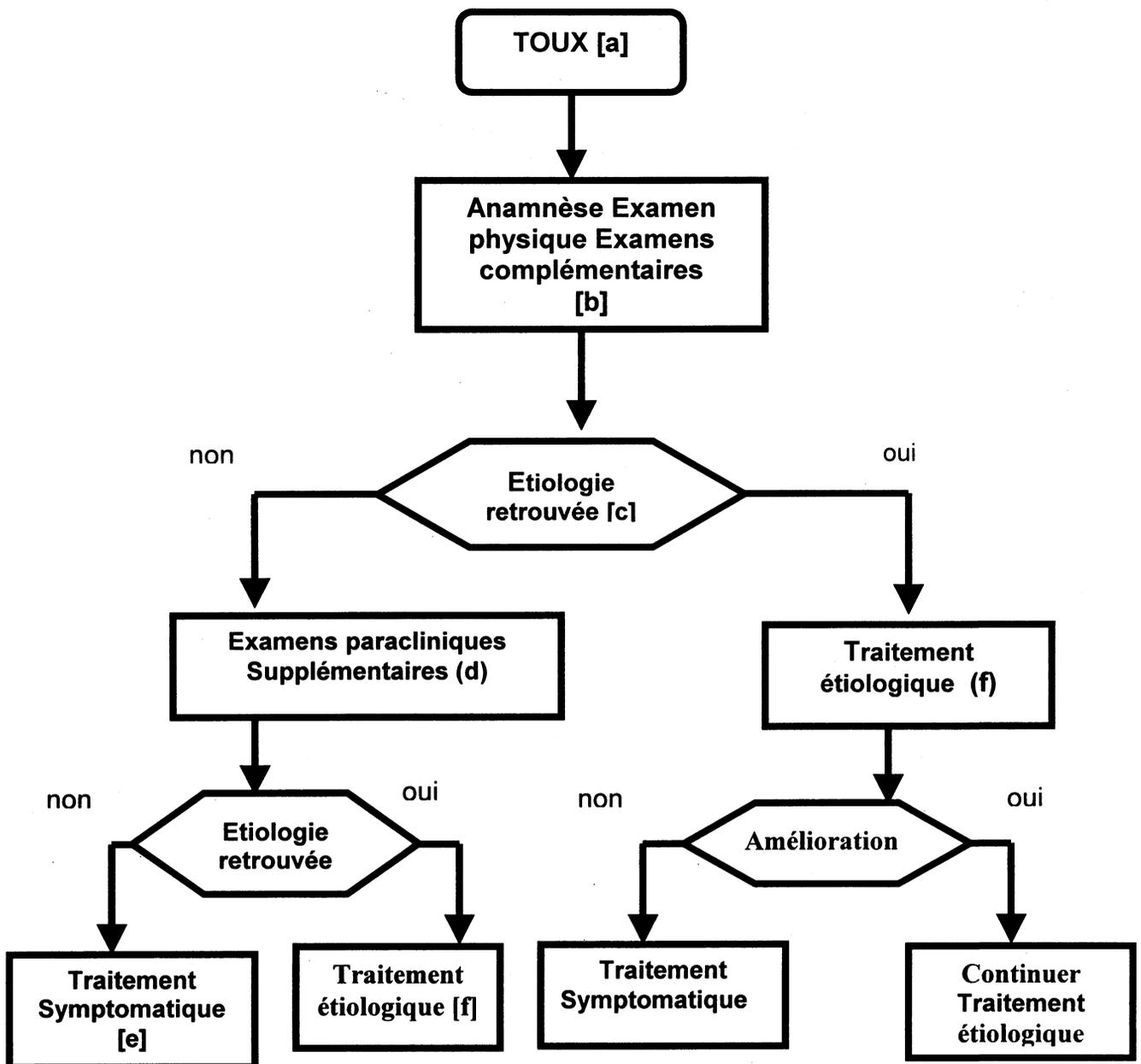
- Pyriméthamine : 50 mg/j (1 cp 2 fois/j) + Sulfadiazine : 6 g/jour (2 cp en 3 prises) + acide folinique (25 mg/jour). La durée du traitement est de 6 semaines.
- En cas d'allergie à la sulfadiazine, utiliser la clindamycine : 2.4 g/jour.

Lymphome, Sarcome de Kaposi (contact avec spécialiste)

- Polychimiothérapies seules ou avec traitements antirétroviraux

f. En l'absence d'étiologie malgré toutes les explorations, le VIH est souvent évoqué. Cependant, un traitement antituberculeux d'épreuve est proposé et donne de bons résultats.

Toux chronique



ANNOTATIONS

a. Définition

Toux persistante depuis plus de 15 jours, isolée ou associée à des douleurs thoraciques, une dyspnée, une expectoration ou une hémoptysie.

La présence d'une toux impose de rechercher : fièvre, dyspnée, détresse respiratoire (cyanose, sueurs, tachycardie, tirage intercostal et sus-sternal, battement des ailes du nez, hypoxie), expectoration, hémoptysie, dysphonie.

La correction de la détresse respiratoire est une urgence :

- Oxygénothérapie endonasale
- Ventilation assistée si possible (Unité de Soins Intensifs).

b. Le bilan complémentaire initial doit rechercher avant tout une tuberculose

- Hémogramme, VS, Hémocultures (si fièvre)
- Recherche de BAAR dans les crachats pendant 3 jours
- Examen des expectorations avec colorations (Gram, Giemsa, encre de Chine, Saboureaud) et cultures pour rechercher bactéries, levures et *Pneumocystis. carinii*
- Cliché pulmonaire, gazométrie (si troubles respiratoires majeurs)

c. Principales étiologies pouvant être identifiées

- Tuberculose, Mycobactéries atypiques
- Pneumopathie bactérienne (pneumocoque, autres), Pneumocystose
- Mycoses : aspergillose, histoplasmosse, candidose, cryptococcose
- Tumeurs pleurales, sarcome de Kaposi, lymphome
- Pneumopathie lymphoïde interstitielle, CMV, toxoplasmose, amibiase, bilharziose

d. Le bilan complémentaire supplémentaire doit rechercher aussi la tuberculose

- Ponction pleurale si pleurésie : analyse du liquide (cytochimie, bactériologie, BK)
- Biopsie pleurale si pleurésie pour examen anatomopathologique
- Scanner thoracique, Fibroscopie (prélèvements, lavage broncho-alvéolaire, biopsie)

Le bilan initial doit être répété notamment la recherche de BAAR

e. Traitement antitussif ou expectorant :

- Terpène codéine 2 cp x 3/jour pendant 7 jours.
- Conseils utiles : position demi-assise, boire du miel pour adoucir la gorge,

f. Traitements étiologiques

• Tuberculose en priorité

- Isoniazide (5 mg/kg/j)+ rifampicine (10 mg/kg/j) + pyrazinamide (25 mg/kg/j) + éthambutol (20 mg/kg/j) en 2 mois, puis Isoniazide + rifampicine pendant 4 mois [cf Programme National]

• Pneumopathie bactérienne : antibiothérapie visant le pneumocoque

- Amoxicilline : 100 mg /kg/jour pendant 10 jours
- Erythromicine : 50 mg /kg/jour en 3 prises orales pendant 10 jours
- Pénicilline G : 4 à 6 millions par jour en perfusion pendant 10 jours

• Pneumocystose (fièvre, dyspnée croissante, image Rx, échec d'antibiothérapie)

- Cotrimoxazole fort) : 3 cp x 2 ou 4 amp x 3 /jr en perfusion pendant 4 semaines, associé à la Prednisone : 80 mg/j pendant 5 jrs, 40 mg/jr /5 jrs, 20 mg/jr pendant 11 jrs si dyspnée
En cas d'intolérance au Cotrimoxazole : Isothionate de pentamidine, 3-4 mg/kg/jour en IV.

• Mycoses (histoplasmosse, candidose, aspergillose)

- Amphotéricine B : 1 mg/kg/jour en perfusion IV lente pendant 2 mois, ou
- Fluconazole : 400 mg/jour pour une durée totale de 2 mois,

• Maladie de Kaposi pulmonaire et lymphome : avis des spécialistes pour :

- Polychimiothérapies et traitement antirétroviral

PATHOLOGIES CUTANÉES ASSOCIÉES AU VIH

a. Définition

Ensemble des manifestations cutanéomuqueuses fréquentes chez une personne présentant une infection à VIH. Ces manifestations ont des étiologies multiples. Malgré les multiples étiologies, et dans un souci de diagnostic pratique, nous utiliserons une approche syndromique par les arbres décisionnels (algorithmes).

1. Lésions prurigineuses

- Prurigo
- Réactions médicamenteuses
- Dermatophytie
- Candidose

2. Eruption vésiculeuse

- Zona
- Herpès
- Varicelle

3. Lésions suppurées

- Folliculites récidivantes
- Hydrosadénite
- Pyomyosite
- Furonculose

4. Lésions squameuses

- Psoriasis généralisé
- Dermatite séborrhéique

5. Lésions tumorales

- Maladie de kaposi
- Molluscum contagiosum
- Condylomes acuminés.

N.B : Ces algorithmes s'adressent aux personnels exerçant dans les différents niveaux du système de santé.

1. Lésions prurigineuses

a. Définition

Lésions avec sensation permanente de démangeaison qui oblige au grattage chronique.

b. Principaux éléments de diagnostic et de traitement

- **Prurigo**

Lésions papulovésiculeuses, fermes, prurigineuses, isolées les unes des autres, siégeant au niveau des membres, du tronc, parfois au visage, parfois diffuses

Traitement local : Eurax crème : 1 application x 2 fois par jour ; Eosine à l'eau ;

Traitement général : antihistaminique per os ; Polaramine, Prométhazine : 1 cp x 3 fois/jour

- **Réactions médicamenteuses**

Exanthèmes maculopapuleux (plaques oedémateuses, réactions de photosensibilité, syndromes d'hypersensibilité, des toxidermies (Lyell, Steven-Johnson) ou prurit survenant au cours des traitements : sulfamides, antibiotiques, ARV, antituberculeux (thiacétazone)

Traitement : arrêt du traitement incriminé

Hospitalisation des formes graves, toxidermies graves (syndromes de Lyell, de Steven-Johnson) ; prendre en charge selon le tableau clinique.

- **Dermatophyties**

Lésions bien limitées à bordures surélevées sous forme d'onychomycose (onyxis), d'intertrigo (inguino-crural, interdigito-plantaire), voire de teigne. *Trichophyton rubrum est incriminé*

Traitement associé : local : Miconazole (Fazol crème, MycoSter crème),

Traitement général : Griséofulvine 500 mg à 1 g (adulte); 125 mg/10 kg (enfant)/ 6 semaines

Ou Terminafine (Lamisil cp) : 250 mg : 1 cp/jour

Ou Fluconazole (Diflucan) : 1 cp/semaine

- **Candidose**

Lésions érythémateuses superficielles mal limitées à type d'intertrigo, périonyxis, folliculite du cuir chevelu, siégeant souvent aux plis et aux muqueuses :

Traitement local : Miconazole (Fazol crème), MycoSter , Nystatine solution

Traitement général : Kétoconazole 200 mg/jr + Polaramine 1 cp x 3/jr

Ou Fluconazole (Diflucan cp) : 1cp /semaine pendant 4semaines

2. Lésions vésiculeuses

a - Définition

Petites élevures cutanées dont la piqûre par une aiguille ou un vaccinostyle laisse sourdre une sérosité.

b. Principaux éléments de diagnostic et de traitement

- **Zona**

- Lésions vésiculeuses siégeant en bande le long d'un trajet nerveux sensitif avec douleurs vives ; ou lésions ulcéro - nécrotiques, bilatérales ou étagées (zona intercostal = "ceinture")

Traitement :

- ACYCLOVIR 10 cp/j pendant 5 à 10 jours ou 10mg/kg toutes les 8heures en IV ou Zelitrex® 500mg 1cpx3/j pendant 8 a 10jours
- EOSINE AQUEUSE 2 % en application x 2/j
- Si surinfection : Erythromycine 50mg /kg/j pendant 10 jours ou Floxapen® ; Bristopen® 2g/j pendant 10 jours
- Si douleurs : Paracétamol
- Si algies post zostériennes : Paracétamol codéine® puis Temgesic ® ou Laroxyl® ou Tegretol® traitement graduel en fonction de la réponse.

Zona ophtalmique : consultation d'ophtalmologie, Aciclovir IV (10 mg/kg/8 h pendant 7 jrs ou valocyclovir per os 1 g x 3 fois par jour pendant 7 jours.

- **Herpès**

Eléments vésiculeux groupés en bouquet sur les organes génitaux, les fesses, les lèvres ; aboutissent à des ulcérations polycycliques ; récurrences fréquentes précédées de prurit et de brûlures.

Traitement

- local : éosine aqueuse 2 % ; Iode polyvidone (Bétadine solution dermique ou gynécologique
 - général : Acyclovir 200 mg : 2 gélules x 3 par jour pendant 14 jours ou Valacyclovir (Zelitrex) 500mg
- Erythromycine 50 mg/kg/jour si surinfection

- **Varicelle**

- Coexistence de lésions d'âge différent
- Ombilication centrale de certaines lésions
- Lésions du cuir chevelu
- Prurit et fièvre

Traitement

- Isolement du malade jusqu'à disparition des croûtes (éviction scolaire)
- Badigeonnage avec HEXOMEDINE 2 fois/j ou SOLUTION DE MILIAN OU EOSINE ACQUEUSE
- DEXCHLORPHENIRAMINE Polaramine® cp : 1 cp x 2/j

Si varicelle maligne :

ACYCLOVIR 10 – 15mg/kg en IV toutes les 8heures pendant 8 à 10jours

REA : Cardiorespiratoire, métabolique

Nursing, oxygénothérapie, alimentaire

NB : Eviter aspirine, crèmes, gel et talc

3. Lésions suppurées

1. Définition

Ce sont des infections des parties molles. Elles sont d'origine bactérienne et évoluent vers la suppuration.

2. Principaux éléments de diagnostic et de traitement

- **Furonculose**

Infection pilo-sébacée (centrée par un poil) avec évolution vers l'abcédation

Traitement

Ne pas inciser, Pansements humides de Bétadine solution dermique,
Erythromycine 50 mg/kg par jour
ou Cloxacilline 1 g x 2 fois par jour

- **Pyomyosite**

Inflammation musculaire profonde mal limitée, avec évolution vers des zones d'abcès

Traitement

Drainage chirurgical,
Ciprofloxacine 500 mg x 3 fois par jour
+ aminoside (gentamicine, 3 mg/kg/j en IM / 5 jours

ou Amoxicilline+ Acide clavulanique 100mg/kg/jour+ Aminoside

NB : Proscrire antiinflammatoire

- **Hydrosadénite**

Lésions pustuleuses douloureuses, localisées aux plis axillaires et régions inguino-pubiennes

Traitement

Pansements humides de Bétadine solution dermique, Ne pas inciser
Erythromycine ou Cloxacilline ou Ciprofloxacine

- **Folliculite**

Lésions pustuleuses douloureuses de la base des poils, de la peau glabre, du cuir chevelu

Traitement

Pansements humides de Bétadine solution dermique, Ne pas inciser
Erythromycine 50 mg/kg par jour
Cloxacilline 1 g x 2 fois par jour

4. Lésions squameuses

a - Définition

Lésions desquamatives de taille variable, d'origine non infectieuse.

2 – Principaux éléments de diagnostic et de traitement

- **Psoriasis**

Plaques bien circonscrites de nombreuses squames épaisses, localisées aux genoux, coudes, cuir chevelu, régions lombaires et aux ongles avec généralisation possible

Traitement : consultation du spécialiste

- **Dermite séborrhéique**

Macules squameuses au visage (zone médico-faciale) avec accentuation de la desquamation des ailes du nez et extension possible au front et au cuir chevelu

Traitement

Kétoconazole (Kétoderm crème ou Fazol crème, 1 application 2 fois / jr x 1 mois
Kétoderm gel moussant pour cuir chevelu pendant une semaine ;

- **Syphilis**

Macules, papules annulaires érythémato-squameuses avec adénopathies généralisées

L'analyse du LCR (VDRL) permet d'exclure l'atteinte neuroméningée ou neurosyphilis

Traitement:

Benzathine benzyl pénicilline : 2.4 millions IM unique par semaine pendant 3 semaines
ou Doxycycline : 100 mg x 2 fois /jour/ 14 à 28 jours

5. Lésions tumorales

1 - Définition

Lésions cutanées en relief et non inflammatoires.

b. Principaux éléments de diagnostic et de traitement

- **Sarcome de Kaposi**

Oedèmes des membres inférieurs, placards infiltrés grisâtres, nodules contenant du sang ou papules angiomateuses (violacées)

Traitement

Monothérapie ou polychimiothérapies par Bléomycine ou vinblastine ou Adriblastine interféron (Roferon, Introna) ;

NB : il est important d'associer un traitement antirétroviral

- **Molluscum contagiosum**

Tumeur hémisphérique translucide, exubérante ou papules bombées, blanc rosées en nombre variable, prédominant au niveau du visage ou du pubis, lésion virale contagieuse ;

Traitement local : Azote liquide ou ablation à la curette

Phénol, (solution 5%, à pénétrer après incision)

Nitrate d'argent

Une consultation des spécialistes ayant l'expérience est recommandée

- **Cryptococcose cutanée**

Papules, nodules ou lésions ulcéronécrotiques, prédominant au niveau du visage. Le diagnostic est établi par la biopsie cutanée. On recherche l'atteinte neuroméningée par l'analyse du LCR. Ces lésions simulent le molluscum contagiosum

Traitement

Amphotéricine B : 0,7 – 1 mg/kg/j en perfusion lente pendant 2 mois, ou

Amphotéricine B pendant 14 jrs, puis Fluconazole (400 mg/j) pendant une durée totale de 2 mois ou Fluconazole : 400 mg/j pendant 2 mois

- **Condylome acuminé**

Végétations vénériennes réalisant des tumeurs génitales saillantes « en crête de coq » d'aspect végétant et extensif au niveau des organes génitaux et dans la région périnéale

Traitement :

Podophylline (solution 25 %), 5-fluoro-uracile (application locale)

Cryothérapie, électrocoagulation, Chirurgie (ablation)

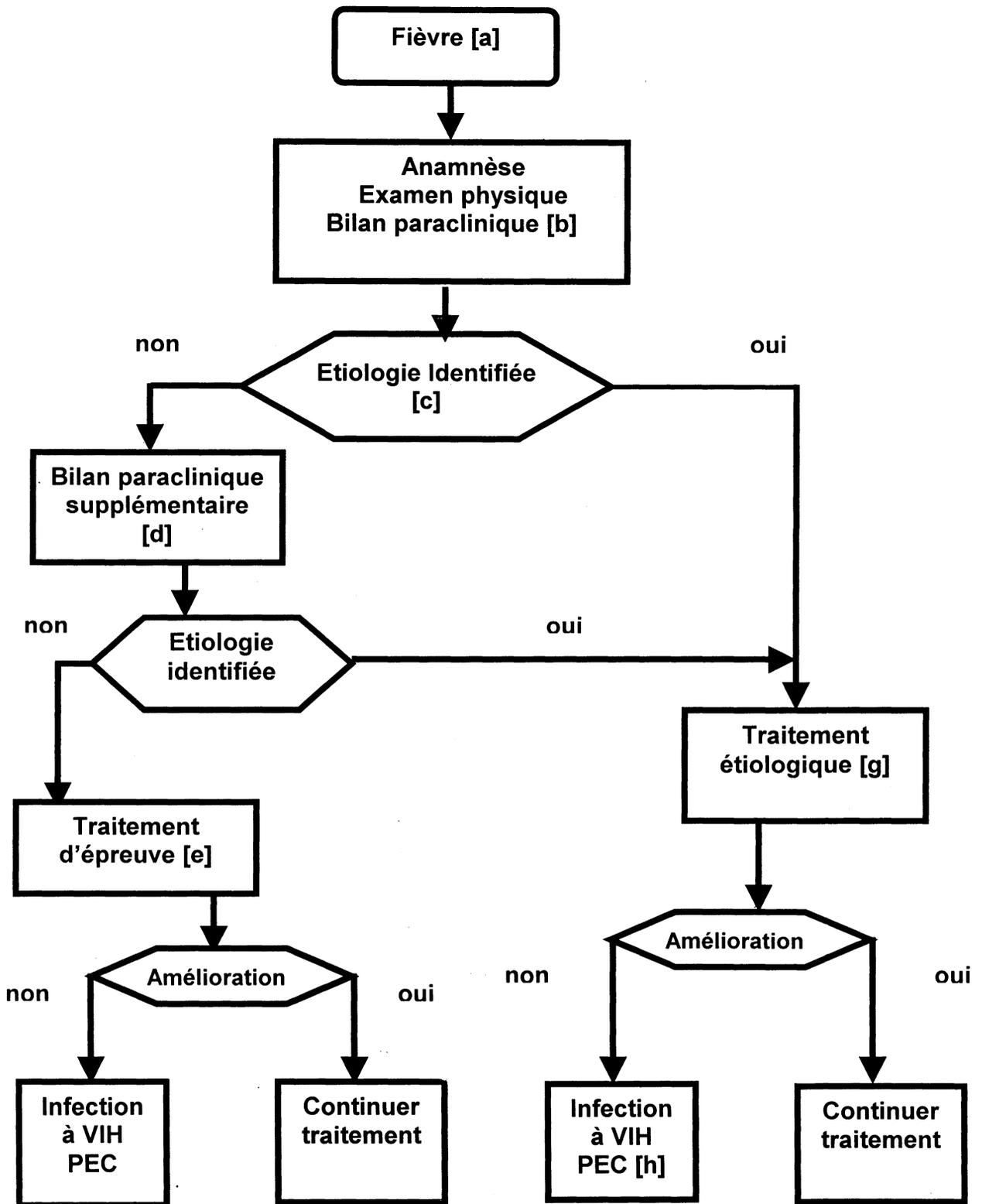
- **Angiomatose bacillaire**

Papules, plaques, nodules ressemblant au Kaposi, unique ou multiples avec parfois des localisations hépatiques, osseuses, pulmonaires. La bactérie en cause est *Bartonella henselae* (agent de la maladie des griffes du chat)

Traitement : Erythromicine : 50 mg/kg/ jr ou Doxycycline :: 100 mg x 2 /jr pendant 15 jrs

NB : Devant les lésions tumorales penser à : Histioplasmose , Leishmaniose cutanée

Fièvre



ANNOTATIONS

a. Définition : Elévation de la température corporelle au-dessus de 37°5, isolée ou associée à d'autres symptômes.

La présence de la fièvre impose d'apprécier l'état général et rechercher les signes de gravité : T° > 40°C, convulsions, coma, collapsus, anémie, malnutrition :

b . Bilan initial le plus complet possible

- Goutte épaisse /frottis sanguin, QBC, Hémogramme, examen des crachats (BK),
- Cliché thoracique, Rx des sinus, hémocultures, coprocultures, ECBU,
- CRP, Transaminases, marqueurs des hépatites (VHB, VHC, VHD),
- Fond d'œil (à la recherche de tubercule de Bouchut et des signes de HIC),
- Recherche de BK par tubage gastrique ou dans le crachat chez l'enfant plus grand.

c. Principales étiologies

La fièvre est liée aux affections opportunistes, infectieuses ou non infectieuses

- Tuberculose, Mycobactéries atypiques disséminées (M. avium intracellulare),
- Bactériémies, méningite bactérienne, infections ORL , Infection urinaire
- Infection à cytomégalovirus, VIH lui-même, autres viroses

Cause intercurrente : paludisme, intolérance aux médicaments, hépatites, etc.

d. Bilan supplémentaire

- Echographie, scannographie, bronchoscopie, biopsies (ganglions)
- Analyse du LCR à la recherche de cryptocoque, de BK,

Les résultats permettent de prescrire des traitements spécifiques

e. Traitement d'épreuve, en général basé sur l'usage empirique d'abord d'antipaludiques, puis d'antibiothérapie pour bactériémie ou infection urinaire et enfin d'antituberculeux.

f. Traitement antipyrétique

- Environnement frais, bains ou enveloppement humides
- Paracétamol : 20-30 mg/kg/dose toutes les 6 h sans dépasser 5 doses - Acide acétyl salicylique : 30 mg/kg/jour à alterner avec le paracétamol
- Maintien de l'état d'hydratation : prises répétées de jus de fruits, eau, bouillon de légumes)

g. Traitements étiologiques ou spécifiques, en fonction des germes

- **Paludisme** [cf Programme National]

- **Simple** : Amodiaquine ou Pyriméthamine-sulfadoxine
- **Grave** : Quinine IV : 25 mg/kg par jour pendant 5 - 7 jours pour paludisme grave
Mesures adjuvantes et soins de réanimation

- **Otite, pneumopathie, infection basse**

- Erythromycine : 40 à 50 mg/kg/jour per os en 3 prises pendant 7 jours
- Amoxicilline : 50-100 mg/kg/jour/ 10 jours
- Amoxicilline + Acide Clavulanique 100-200 mg/kg/j en 3 IVD pendant 8 jours

- **Tuberculose pulmonaire** [cf Programme National]

- Isoniazide (5 mg/kg/j)+ rifampicine (10 mg/kg/j)+ pyr (25 mg/kg/j)+ éthambutol (20 mg/kg/j) pendant 2 mois, puis isoniazide + rifampicine pendant 4 mois

- **Méningite bactérienne (Streptocoque, Haemophilus)**

- Amoxicilline : 200 mg/kg/jour pdt 10 jours
 - Ceftriaxone, céfotaxime : 50 – 100 mg/kg/jour par voie IV pendant 10 jours
 - Thiamphénicol : 100 mg/kg/j en IVD pour les enfants de plus de 6 ans
- Associer à l'une de ces molécules : un aminoside en 1 ou 2 IM par jour pdt 7 jours

- **Cryptococcose neuroméningée**

- Amphotéricine B : 0.7 – 1 mg/kg/j en perfusion lente pendant 2 mois,
- ou Amphotéricine B pendant 14 jrs, puis Fluconazole (400 mg/jour) pour une durée totale de 2 mois (schéma le plus utilisé),
- ou Fluconazole (200 mg/j/ 15 j, puis per os pour une durée totale de 2 mois

- **Toxoplasmose cérébrale (déficit moteur ++, image d'abcès au scanner +)**

- Pyriméthamine (Daraprim, Malocid) : 1-2 mg/kg/j) + Sulfadiazine (adiazine 100 mg/kg/j) + acide folinique à raison de 5-10 mg 3 fois par semaine. En cas d'allergie, la sulfadiazine peut être remplacée par la clindamycine (Dalacine)

Après guérison de la toxoplasmose, prophylaxie secondaire par pyriméthamine (1 mg/kg/jr) + sulfadiazine (40 mg/kg/jr) et acide folinique (5 mg tous les 3 jours)

- **Bactériémie (S. non typhi), endocardite, pneumonie grave, infection urinaire haute**

- Amoxicilline 100 mg/kg/j en 3 IVD pendant 21 jours ou
- Thiamphenicol : 75 à 100 mg/kg/j en 2 IVD chez le grand enfant ou
- Ceftriaxone, cefotaxime : 50 – 100 mg/kg/jour en IVD pendant 15 jours ou
- Amoxicilline + Acide Clavulanique 100-200 mg/kg/j en 3 IVD pendant 15 jours ou
- Céphalosporine 1^{ère} ou 2^{ème} génération : 50mg/kg/j

Associer à l'un de ces antibiotiques 1aminoside :

Gentamycine 3 à 5mg/kg/j en IM ou nétromycine 5-7 mg/kg/j en IM pendant 8-10 jours.

• **Suppurations profondes (Abscesses, myosites etc.)**

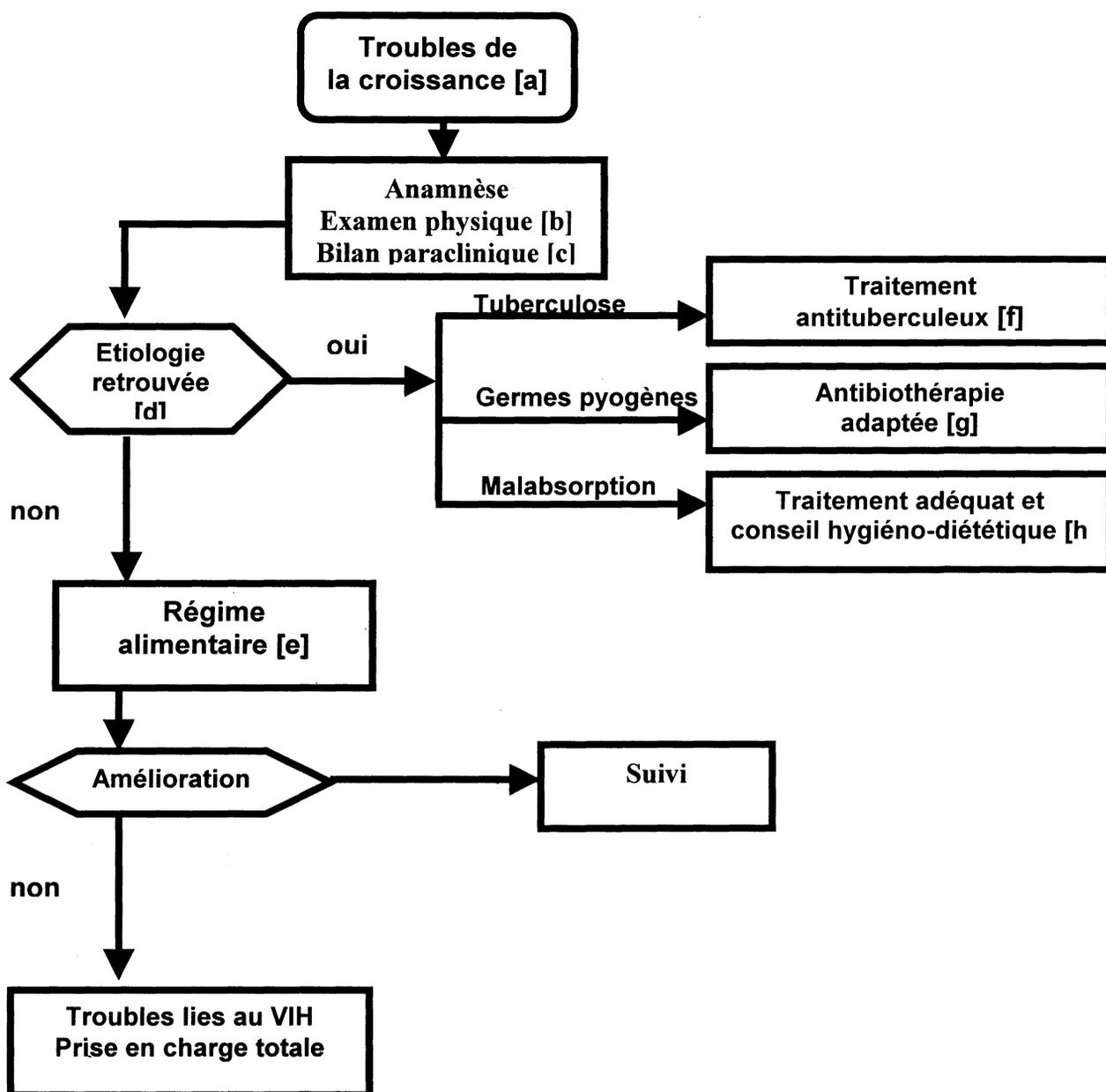
- Amoxicilline + Acide clavulanique : 100 mg/kg/j ou
- Céphalosporine 1^{ère} , 2^{ème} ou 3^{ème} génération 100 mg/kg/j pendant 15 à 21 jours.

Associer : Gentamycine 3 mg/kg/j en IM ou Nétromycine 5-7 mg/kg/j en IM pendant 8-10 jrs.
et Métronidazole injectable 20 à 30 mg/kg/j pendant 15 à 21 jours

• **Hémopathies malignes** traitées par une chimiothérapie [cf spécialiste]

h. Lorsque aucune étiologie n'est retrouvée malgré les investigations paracliniques lourdes au niveau C, la fièvre sera mise sur le compte du VIH lui-même. On fera alors une prise en charge totale (ARV, psychologique, symptomatologique, nutritionnelle etc.)

Troubles de la croissance



ANNOTATIONS

a. Définition

On parle de troubles de la croissance, lorsqu'un enfant s'écarte de sa propre courbe de croissance, sauf l'enfant atteint de troubles digestifs reconnus (vomissements persistants ou anomalies du fonctionnement du transit intestinal).

Le trouble de croissance est dit sévère lorsque :

- le poids est à égal à 60 % du poids normal par rapport à la taille
- ou le poids est compris entre 60 à 80 % du normal en présence d'oedème

b. A l'examen, on recherchera le plus souvent les manifestations suivantes :

- Diarrhée, Muguet, fièvre
- Manifestations respiratoires
- Manifestations cutanées

Ces manifestations associées doivent être immédiatement traitées dès qu'elles ont diagnostiquées [cf algorithmes de traitement]

c. Un bilan paraclinique pour rechercher avant tout la tuberculose

- Hémogramme, Ionogramme, Protidogramme,
- Coproculture, examen parasitologique des selles, hémoculture, ECBU,
- Cliché pulmonaire, fibroscopie, tubage gastrique si possible (recherche de BK),

d. Devant un tableau de malnutrition (MPE), il faut rechercher activement une

- **Tuberculose** (notion de contagé, examens ci-dessus)
- **Infections à germes pyogènes** (urinaires, digestives, cutanées, respiratoires)
- **Malabsorption**

e. Pour un régime alimentaire approprié,

- Aliments riches en vitamines : fruits, carottes, avocats, mangues, ananas, papaye, produits laitiers, viande, poissons, banane, œufs [cf Protocole National]
- Hygiène corporelle

f. Tuberculose pulmonaire [cf Programme National]

- Isoniazide (5 mg/kg/j)+ rifampicine (10 mg/kg/j)+ pyr (25 mg/kg/j) + éthambutol (20 mg/kg/j) pendant 2 mois, puis isoniazide + rifampicine pendant 4 mois

g. Les infections à germes identifiées seront traitées, notamment les infections à bacilles à Gram négatif (E. coli). Le traitement fera appel à :

- Amoxicilline-acide clavulanique : 50–100 mg/kg/jour pendant 8-10 j

h. Le traitement de la malabsorption sera fonction de la cause identifiée

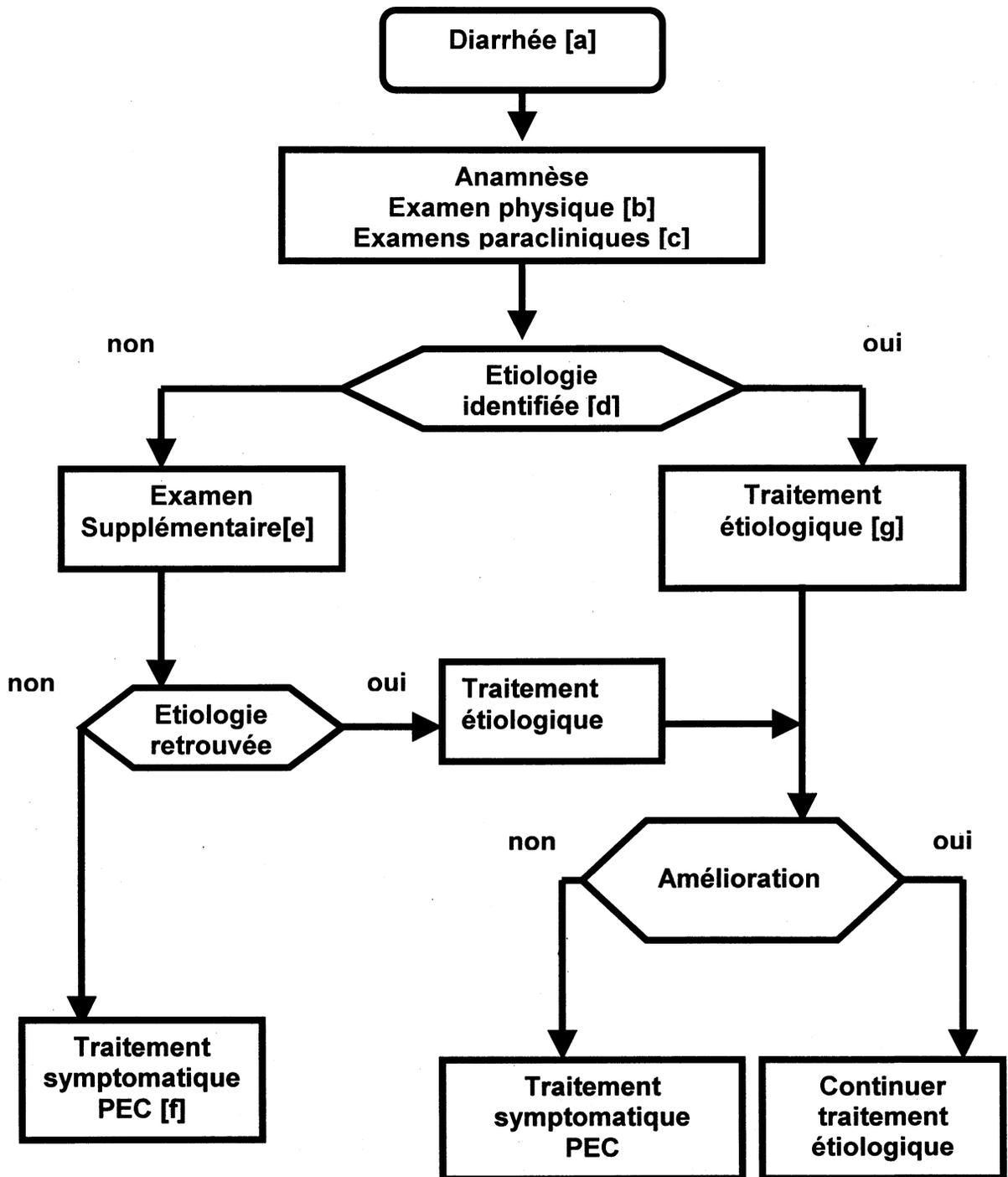
Toutefois, on conseille aux parents de donner à l'enfant des :

- aliments liquides pendant 12 à 24 heures puis des aliments solides mous
- aliments riches en vitamines : fruits, carottes, avocats, mangues, ananas, papaye, produits laitiers, viande, poissons, bananes, œufs

Une réelle assistance nutritionnelle pour assurer un apport calorique suffisant :

- alimentation entérale par sonde gastrique si la voie normale est inadéquate,
- suppléments nutritifs (Renutryl ou Nutrisson si disponibles),
- médicaments stimulant l'appétit

Diarrhée persistante



ANNOTATIONS

a. Définition

Emission persistante de selles liquides plus de 4 fois depuis plus de 14 jours, de façon continue, permanente ou intermittente chez un enfant VIH positif

b. L'examen clinique est capital pour rechercher

• **Les signes de déshydratation** dont il existe trois catégories : Absence de déshydratation (Plan A), Déshydratation modérée (Plan B), Déshydratation sévère (Plan C) :

• **La compensation rapide des pertes**, pour éviter le choc hypovolémique

Diarrhée sans signes de déshydratation (Plan A) : maintenir l'état d'hydratation avec le SRO en raison des pertes liquides qui se poursuivent. :

* Donner à boire du SRO après chaque selle :

- enfant < 1 an : 100 cc après la selle
- enfant > 1 an : 200 cc après la selle

* Maintenir une alimentation correcte

* Conseiller à la mère de revenir dès l'apparition d'un signe de gravité lié à la diarrhée (soif intense, refus de boire, fièvre, selles abondantes, refus de manger, etc)

Diarrhée avec signes évidents de déshydratation (Plan B)

* Donner à boire du SRO à raison de 75 ml/kg en 4 heures puis évaluer

* Maintenir une alimentation correcte

* Conseiller à la mère de revenir dès l'apparition d'un signe de gravité lié à la diarrhée (soif intense, refus de boire ou de manger, fièvre, selles abondantes, etc)

Diarrhée avec déshydratation sévère (Plan C) : par perfusion IV

* Solution de Ringer lactate ou SGI avec des électrolytes NaCl, Ca, KCl (si diurèse conservée)

- Enfant < 1 an : 30 cc/kg en 1 heure puis 70 cc/kg en 5 heures et évaluer
- Enfant > 1 an : 30 cc/kg en 30 mn puis 70 cc/kg en 2 h 30 et évaluer

• **Rechercher et traiter** les pathologies associées tels que le paludisme, l'otite, la pneumopathie, les vomissements, [cf algorithmes et PCIME]

c. Bilan paraclinique initial

- Examen des selles : cytologie, parasitologique, bactériologique, mycologie
- Ionogramme, protidémie
- Hémogramme, hémocultures

d. Principales étiologies

La diarrhée relève de germes dont les plus fréquents sont :

- Candida albicans, Cryptosporidium, Isospora belli,
- Salmonelles non typhiques, Shigelles, E. coli entérotoxigène (ETEC), mycobactéries, yersinia
- Campylobacter jejuni, Mycobacterium (avium complexe et tuberculosis), Yersinia
- Strongyloïdes stercoralis, Giardia intestinalis, E. histolytica, Ascaris lumbricoïdes
- Cytomégalovirus, VIH et Rotavirus,

La diarrhée peut être aussi due à une intolérance, une anomalie anatomique

e. Bilan paraclinique supplémentaire

- Endoscopie digestive + Biopsie pour examen anatomopathologique
- Côlonoscopie pour réévaluation après un traitement prolongée
- Virologie (Rotavirus)

f. Si pas de germes mais persistance de la diarrhée :

- Traitement antidiarrhéique :
- Traitement empirique par :
 - * Métronidazole, 30 mg/kg /jour + amoxicilline : 125 à 250 mg x 3 par jour
 - * Métronidazole, 30 mg/kg /j + cotrimoxazole, 2 cm/kg/jour pendant 15 jours

g. Traitements étiologiques ou spécifiques

- E. histolitica histolitica : Métronidazole, 30 mg/kg /jour pendant 10 jours
- Giardia intestinalis : Métronidazole, 30 mg/kg /jour pendant 10 jours
- Ascaris : Albendazole 400 mg en prise unique
- S. stercoralis : Albendazole, 400 mg en prise unique
- I. belli : Cotrimoxazole, 40 mg/kg/jour pendant 21 jours
- Shigelle, salmonelles : Amoxicilline : 125 à 250 mg x 3 par jour pendant 10 jours
- Tuberculose : Antituberculeux [cf Programme national]

• NB : Mesures à proposer pour éviter, du fait des rechutes fréquentes de la diarrhée, la survenue d'infections opportunistes digestives

- Hygiène corporelle, alimentaire et alimentation suffisante, variée
- Prophylaxie primaire par le Cotrimoxazole selon les recommandations nationales
- Traitement ARV, qui permet la guérison de certaines étiologies de la diarrhée (cryptosporidiose, microsporidiose) du fait de la restauration immunitaire

ANNOTATIONS

a. Définition

Existence d'une toux persistant depuis plus de 14 jours, de façon continue, permanente ou intermittente chez un enfant VIH positif. Elle est souvent symptomatique d'une infection respiratoire inférieure ou basse et s'accompagne d'une expectoration dyspnée plus ou moins importante.

b. Examen physique complet du patient à la recherche de signes de :

- **Détresse respiratoire** : dyspnée, cyanose, sueurs, pouls rapide, battement des ailes du nez, tirage intercostal et sus-sternal, somnolence, stridor, agitation

L'existence d'une détresse respiratoire impose le transfert du patient dans un centre équipé pour : désobstruction des voies respiratoires, oxygénothérapie voire ventilation assistée

c. Bilan paraclinique initial selon le plateau technique local et le contexte clinique, permet de retrouver une étiologie et d'adapter le traitement. Ce bilan doit rechercher avant tout une pneumonie bactérienne et la tuberculose

- Hémogramme et vitesse de sédimentation
- Hémocultures (si fièvre)
- Cliché pulmonaire,
- Recherche de BAAR : crachats pendant 3 jours, tubage gastrique
- Examen bactériologique des expectorations (germes pyogènes)

d. Principales étiologies

- Tuberculose, Mycobactéries atypiques
- Pneumopathie bactérienne (pneumocoque, autres)
- Pneumocystose à *P. carinii*
- Pneumopathie lymphoïde interstitielle
- Cytomégalovirus, adénovirus, virus respiratoire syncytial, VIH

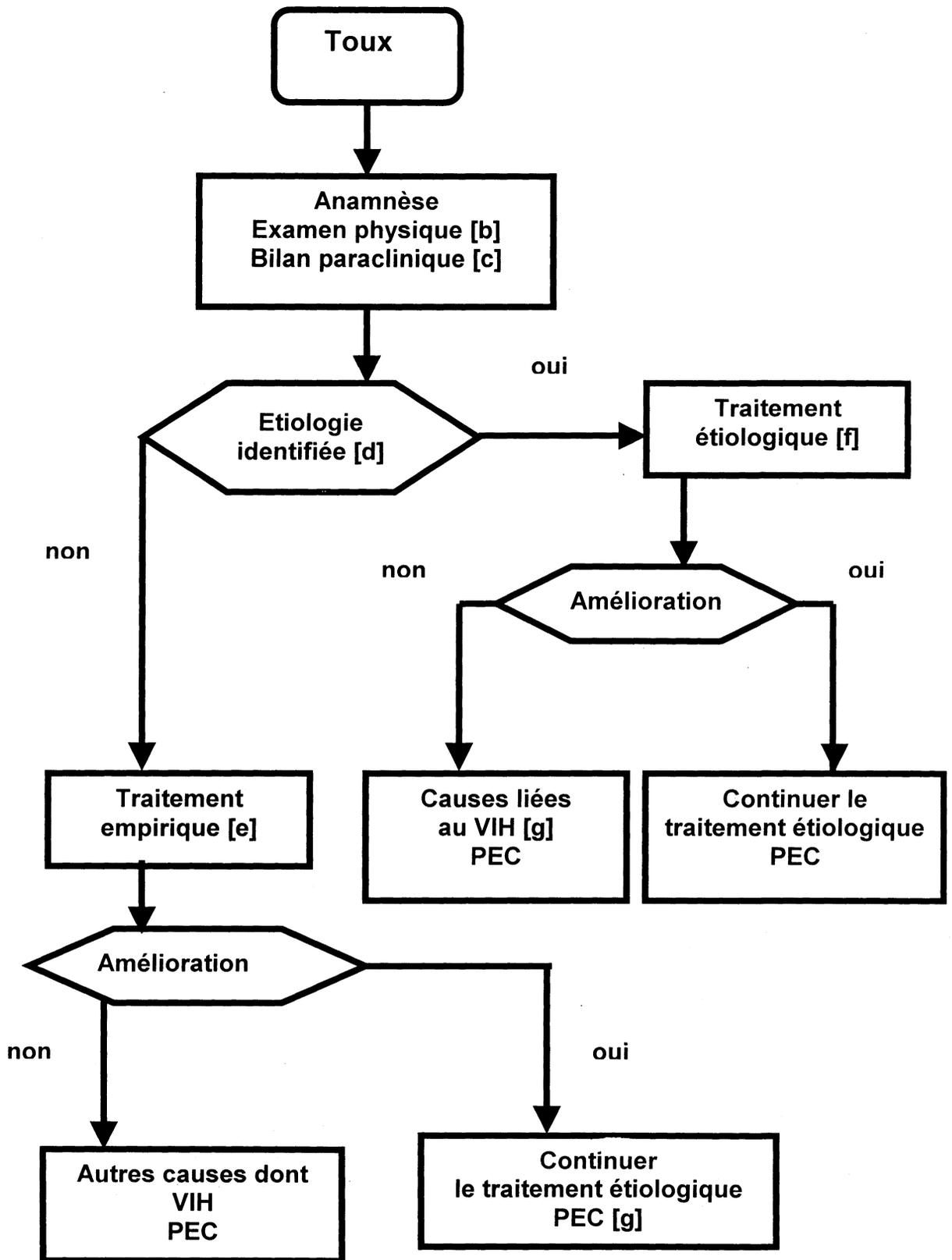
e. Le traitement empirique associé :

- un antitussif
- une antibiothérapie pour pneumopathie bactérienne
 - Amoxicilline : 50 - 100 mg /kg/j en 3 fois pendant 10 jours
 - Macrolide : 50 mg /kg/j en 3 prises orales
 - Céphalosporines orales : 50 - 100 mg/kg/jour en 3 prises pendant 10 jours
 - Phénicolés : 75 - 100 mg/kg/jour en 2 prises chez le grand enfant

Le cotrimoxazole peut être proposé si l'on évoque le diagnostic de pneumocystose 2 cp (enfant) pour 5 Kg pendant 21 jours

Avant ou pendant cet traitement empirique, il est parfois recommandé de :

- Répéter la recherche de BAAR dans les crachats (3 prélèvements pendant 2 jours)
- Effectuer un bilan supplémentaire dont les résultats peuvent être contributifs :
 - Fibroscopie : prélèvements, lavage broncho-alvéolaire pour rechercher *P. carinii*
 - Scanner thoracique, gazométrie



f. Traitements en fonction du germe isolé ou fortement suspecté

• Pneumopathie bactérienne

- Amoxicilline : 50-100 mg /kg/jour en 3 fois pendant 10 jours
- Macrolide : 50 mg /kg/jour en 3 prises orales pendant 10 jours
- Cephalosporines orales : 50 - 100 mg/kg/jour en 3 prises pendant 10 jours
- Phénicolés : 75 - 100 mg/kg/jour en 2 prises chez le grand enfant

• Tuberculose pulmonaire

- Isoniazide (5 mg/kg/j)+ rifampicine (10 mg/kg/j)+ pyrazinamide (25 mg/kg/j)
+ éthambutol (20 mg/kg/j) pendant 2 mois, puis Isoniazide+ rifampicine pendant 4 mois

• Pneumocystose (fièvre, dyspnée croissante, échec d'antibiothérapie)

- Cotrimoxazole (enfant) : 2 cp/5kg/j ou 1 cm/ 5 kg ou ½ cp adulte/5 kg/j pendant 4 semaines
- et Oxygénothérapie et corticothérapie : 30 mg/j/5j, 15 mg/j/5j, 5 mg/j/11 j si dyspnée ++

Compte tenu de la gravité potentielle de cette infection,

- Le traitement doit être débuté dès la suspicion clinique.
- Après guérison de la pneumocystose, proposer la prophylaxie secondaire en maintenant le cotrimoxazole, TMP-SMZ : 150/750 mg/m² par voie orale 2 fois par jour.

• Traitement antifongique : aspergillose, histoplasmosse (suspicion, histologie)

- Amphotéricine B : 1 mg/kg/j en perfusion lente pendant 2 mois, ou
- Fluconazole : 200 mg/jour) pour une durée totale de 2 mois,
- Itraconazole (Sporanox) : 200 mg/jour) pour une durée totale de 2 mois

[g]. Prise en charge totale y compris la possibilité du traitement antirétroviral

CHAPITRE V

TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

1. Prophylaxie de la Transmission Mère-Enfant ou PTME

La chimioprophylaxie antirétrovirale est proposée aux femmes enceintes séropositives VIH.

- **Critères d'inclusion** de la femme enceinte séropositive doivent être :
 - la séropositivité confirmée et annoncée à cette femme (rôle du counselling) ;
 - un suivi obstétrical documenté médicalement,
 - l'acceptation de la femme séropositive à pratiquer la PTME ;

- **Bilan paraclinique** avant le début du traitement prophylactique :
 - Hémogramme complet ; sérologies de syphilis, rubéole, toxoplasmose
 - Créatininémie, glycémie, transaminasémies
 - Taux de CD4

- **A l'accouchement**

L'accouchement doit se faire en présence d'un pédiatre ou de tout autre médecin s'occupant des enfants.

- Prescrire l'un des deux schémas recommandé :

Névirapine : mère : 1 comprimé (200 mg) en prise unique pendant le travail,
Nouveau-né : 2 mg/kg en une prise entre 48 et 72 h après la naissance.

Zidovudine : mère : 300 mg x 2 par jour à partir de la 36^e semaine
puis 600 mg en début du travail

- Observer rigoureusement les règles d'asepsie
- Respecter la poche des eaux le plus longtemps possible
- Déceler les pathologies pouvant entraîner une hémorragie (placenta praevia, hématome retro placentaire, rupture utérine, hémorragie de la délivrance)
- Eviter les gestes traumatiques (touchers répétés, épisiotomie)
- Eviter les extractions instrumentales si possible (forceps, ventouses,)
- Eviter de traire le cordon ombilical dans un sens ou dans l'autre
- Clamper rapidement le cordon

NB : Non recommandés par manque de consensus national sur

- l'intérêt de la césarienne programmée
- les régimes AZT puis NVP ou AZT + 3TC (combivir) puis NVP
- Soins au nouveau-né :
 - * Précautions d'asepsie et de protection vis à vis des AES (gants, tablier etc)
 - * Bain à l'eau simple ou une solution antiseptique (chlorhexidine ; trichlorarban, proviodine, etc)
 - * Eviter toute injection, lésion cutanée ou autre excoriation
 - * Pour réanimer, utiliser des sources murales d'oxygène et d'air ou de respirateur manuel muni d'une valve pour éviter la contamination en retour
 - * Administrer la NVP ou la ZDV même si la mère est sous traitement ARV.
 - * Etablir le diagnostic biologique de l'infection à VIH (cf Diagnostic enfant)

• Après l'accouchement

Mères : Evaluation clinique, gynécologique et biologique à la 6^{ème} semaine

- Consultation post natale avec examen gynécologique et frottis cervico-vaginal
- Proposition d'une contraception (méthodes de barrière conseillées)
- Mise en contact avec un centre de traitement ARV (counseling du couple ++)
pour bénéficier d'une trithérapie si possible ou pour poursuivre son traitement ARV pour celle qui a débuté son traitement au cours de la grossesse.

NB: Pas de consensus national sur le traitement ARV de la femme enceinte. Cependant, les données de la littérature sont en faveur de débuter ou de poursuivre une multithérapie chez les femmes enceintes ayant une indication du traitement ARV pour elles-mêmes ou lorsqu'elles sont vues en fin de grossesse

Ainsi, si le traitement ARV est indiqué et ne peut pas être différé (désir d'enfant, déficit en CD4 profond, grossesse survenue pendant le traitement) :

- Informer la femme du risque de toxicité pour l'enfant des antirétroviraux
- Débuter le traitement au cours du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de grossesse
- Eviter : la zalcitabine, l'efavirenz, l'abacavir et stavudine+didanosine
- Prescrire plutôt des associations incluant ZDV, 3TC , NVP ou un IP

● Nouveau-né : après les soins précédemment prescrits

- Prise en charge par le pédiatre (ou médecin référent) :

- **Alimentation de l'enfant**, l'enfant protégé pendant la grossesse et l'accouchement, peut être contaminé pendant l'allaitement. En Côte d'Ivoire, la stratégie recommandée est la suivante : alimentation de remplacement dès la naissance si les conditions sont réunies ; sinon allaitement exclusif avec sevrage précoce à 6 mois.
- Mise en route du régime alimentaire choisi de façon éclairée par la mère
- Encadrement et soutien de la mère par le personnel de santé et la communauté

NB : L'allaitement mixte est déconseillé.

2. Prophylaxie post-exposition ou PPE

En Côte d'Ivoire, 60 à 70% des prestataires de soins cliniques sont victimes d'accidents les exposant au risque de contamination par le VIH, VHB, VHC et autres germes dans les formations sanitaires.

Ainsi, tout accident exposant au risque de contamination par le VIH (AES) en milieu de soins impose une chimioprophylaxie par les antirétroviraux.

● Gestes immédiats à réaliser le même jour et au lieu du travail

- Rincer à l'eau propre pendant 5 mn en cas de projection sur les muqueuses
- Nettoyer la plaie à l'eau savonneuse, puis désinfecter pendant au moins 5 mn (Dakin ou eau de Javel diluée, ou alcool ou bétadine), puis rincer à l'eau propre

● Consultation d'un médecin référent (un médecin formé à cette tâche) qui :

- évaluera le risque pour l'accidenté d'être contaminé par le VIH,
- sensibilisera l'accidenté pour l'amener à faire le test sérologique VIH

- prescrira la chimioprophylaxie ARV si : sujet source VIH positif (ou suspect, inaccessible ou refusant le test VIH) ; accident réel au lieu du travail (piqûres, coupures, éclaboussures) et délai < 48 h entre le moment de survenue de l'AES et le moment de la consultation chez le médecin référent

• **Trithérapie recommandée : 2 INRT + 1 IP/ritonavir (préférence Kaletra) pendant 30 jours.**

NB : - Test VIH pour l'accidenté avant et pendant cette prophylaxie

- Débuter le traitement le plus tôt possible, de façon optimale dans les 4 premières heures et au plus tard dans les 48 à 72 heures suivant l'AES.
- Insister sur l'observance

• **Conduite à tenir ultérieure pour l'accidenté**

- Déclaration de l'accident par l'accidenté (Direction, Médecine de Travail)
- Prévention (Usage de préservatif) et observance optimale du traitement,
- Sérologie VIH, VHB, VHC dans les 8 jours après l'accident
- Suivi sérologique VIH de l'accidenté
Si, 1^{er} test négatif chez l'accidenté, faire un contrôle à 3 mois puis à 6 mois.

• **Certificat médical final au 6^{ème} mois par le service de médecine de travail**

NB : En cas de viol sexuel ou de rupture de préservatif lors du rapport sexuel, la même démarche doit être adoptée.

3. Traitement des sujets infectés par le VIH

Un traitement ARV chez les sujets VIH positifs doit rendre la charge virale indétectable (< 200 copies/ml en Côte d'Ivoire), ce qui entraîne la restauration immunitaire, c'est à dire l'augmentation des CD4 et la reprise de leurs fonctions.

• **Patients éligibles au traitement**

Ce sont des sujets ayant une séropositivité confirmée, qui en ont été informés (adultes) et qui ont manifesté la capacité d'être traités sur le long cours.

Adulte

- Patient symptomatique appartenant à la catégorie C (CDC 1993) ou aux stades 2, ou 3 ou 4 (OMS, 1990).
- Patient pauci symptomatique appartenant à la catégorie B (CDC 1993), ayant un nombre de CD4 < 350/mm³.
- Patient asymptomatique ayant un nombre de CD4 < 200/mm³

Enfant

Si âge < 18 mois : Stade 1 ou 2 de l'OMS/ stade A ou B du CDC) et CD4 < 20%
ou stade 3 (OMS) ou stade C (CDC) quelque soit le taux de CD4

Si âge > 18 mois : Stade 3 de l'OMS ou stade C du CDC et/ou CD4 < 15%

• **Modalités de traitement**

Bilan clinique pré thérapeutique pour

- Classer le patient
- Rechercher et traiter les infections opportunistes
- Expliquer le bien fondé du traitement, la signification des termes CD4, CV,
- Préciser les effets indésirables, les interactions médicamenteuses
- Recommander une observance optimale

Bilan paraclinique pré thérapeutique [tableau 1] Sérologie antirétrovirale

- Taux de CD4
- Hémogramme, glycémie, créatinémie, transaminasémies,
- Cliché pulmonaire

Le taux des CD4 est recommandé comme seul critère biologique de mise sous traitement ARV. Les examens hématologiques et biochimiques servent de base pour évaluer la tolérance des ARV. Par contre, la charge virale n'est pas indispensable pour initier le traitement.

Molécules disponibles en Côte d'Ivoire [Tableau 9] permettant de réaliser 4 régimes thérapeutiques :

3 INRT avec Abacavir ; 2 INRT + 1 INNRT ; 2 INRT + 1 IP ; 2 INRT + IP/RTV

Ces associations ne doivent pas contenir les combinaisons suivantes :

AZT+ D4T ; 3TC+ DDC ; D4T+ DDC et DDI + DDC.

Ces schémas proposés en Côte d'Ivoire, s'insèrent dans le cadre d'une stratégie de première, deuxième et troisième intention, prenant en compte leur coût, leur maniabilité, leur disponibilité, le nombre de prises journalières, leur tolérance, les possibilités de traiter les patients sous antituberculeux, les enfants et les sujets infectés par VIH-2. Ainsi, il est recommandé :

➤ En première ligne : 2 INRT + Efavirenz (EFV) ou Névirapine (NVP)

• Patient sous antituberculeux contenant la rifampicine :

- 2 INRT + Efavirenz (800 mg au lieu de 600 mg).
- 2 INRT + SQV/RTV
- AZT/3TC/ABC (Trizivir) si CD4 > 200, si Patient naïf

NB : le moment de mise en route de ce traitement ARV sera fonction du taux de CD4.

• En cas de grossesse, l'Efavirenz et l'Abacavir sont contre-indiqués :

- 2 INRT + 1 IP (Nelfinavir) si demande de traitement. Sinon, différer le traitement au 3^{ème} trimestre de grossesse.

• Enfant : adapter les posologies selon l'âge et la forme galénique du médicament

- Enfant < 6 ans : 2 INRT + 1 INNRT (Efavirenz)
- Enfant ≥ 6 ans : 2 INRT + 1 IP (Nelfinavir)

• Infection à VIH-2, et VIH D, l'Efavirenz et la Névirapine sont inefficaces :

- 2 INRT + 1 IP/RTV
- 2 INRT + 1 IP
- ou 3 INRT (incluant Abacavir)

➤ En deuxième ligne, en cas d'échec (événements cliniques, chute de 40% des CD4 sur 2 examens proches ou augmentation d'au moins 1 log de la CV) pour le VIH1

- ABC + DDI + 1IP/RTV ou 1IP
- TDF+ DDI + 1IP/RTV ou 1IP

NB : 1IP/RTV = LPV/RTV ou SQV/RTV ou IDV /RTV

➤ En troisième ligne, en cas d'échec du traitement de deuxième ligne, adresser le dossier au centre de référence [Service des Maladies Infectieuses et Tropicales CHU Treichville, Téléphone : 21 25 52 49].

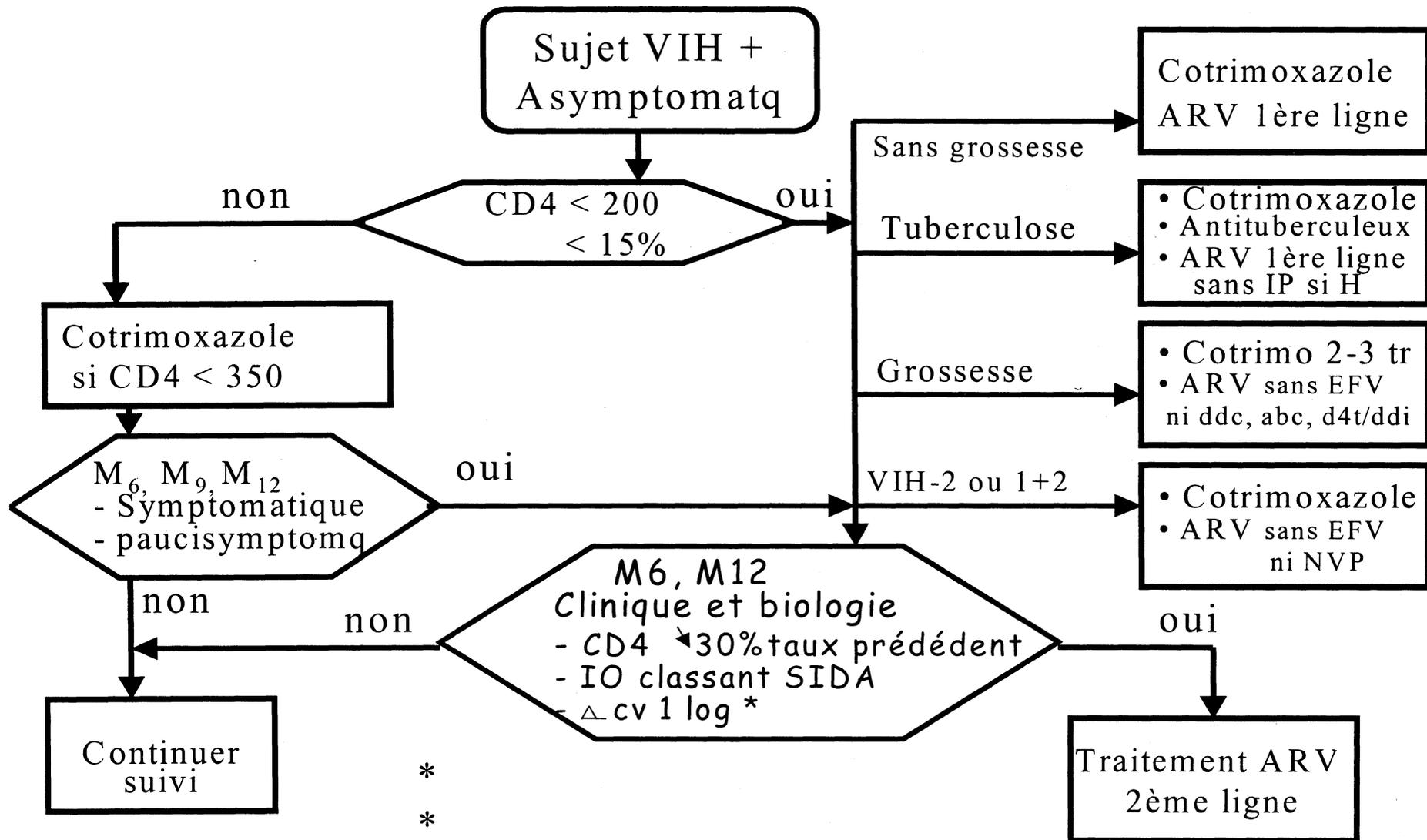
• Suivi clinique et biologique du patient sous ARV

Vu le coût très élevé des examens qui encadrent la prescription des antirétroviraux, il faut proposer aux patients, un paquet clinique et biologique minimal financièrement accessible (tableau).

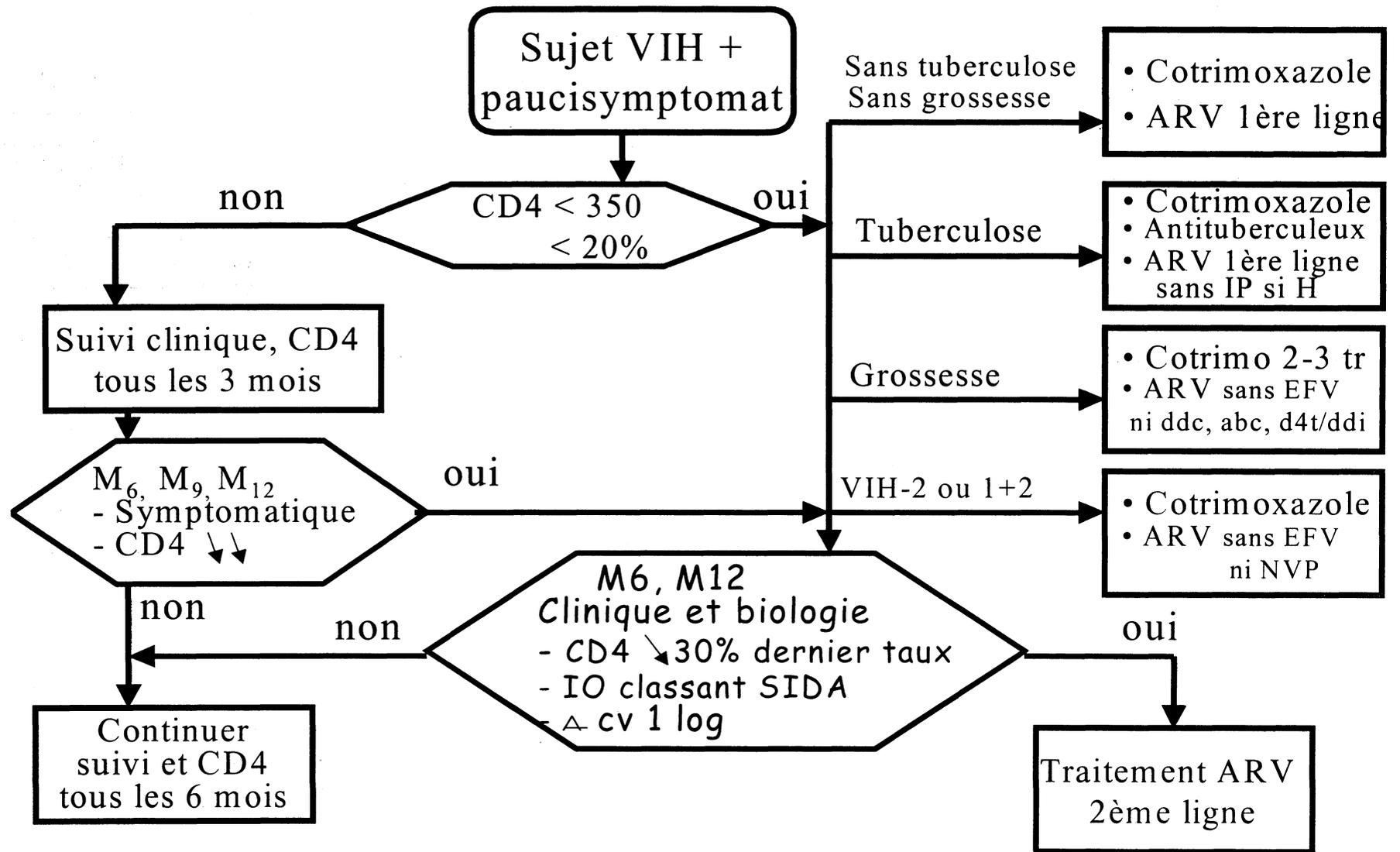
Tableau 1 : Contenu et calendrier du suivi du patient

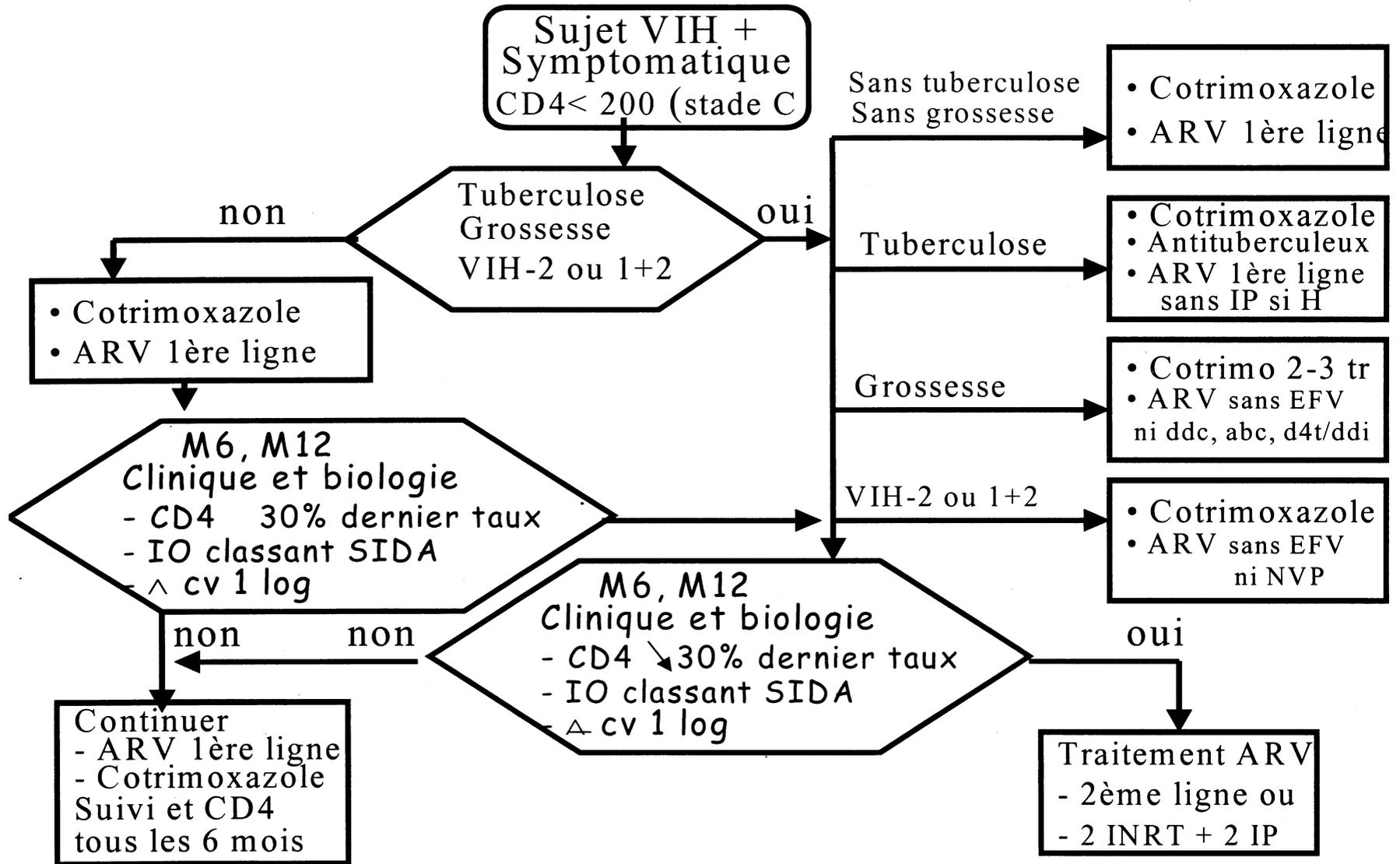
Bilans	M0	J15 M1	M6	M12	M18
Clinique					
-Poids, Karnofsky	Oui	oui	oui	oui	oui
- Tolérance, observance					
Rx pulmonaire	Oui	±	±	±	±
Comptage CD4	Oui	non	oui	oui	Oui
Hémogramme	Oui	±	oui	oui	Oui
Glycémie	Oui	non	oui	oui	Oui
Transaminasémies	Oui	±	oui	oui	Oui
Créatininémie	Oui	±	oui	oui	Oui

- A chaque visite médicale
 - Surveiller impérativement l'**observance**, garant de l'efficacité des ARV
 - Remplir avec soins les fiches de suivi.



*
*





ANNEXES

Tableau 1 : Score ou indice de Karnofsky

Score	Capacités physiques du patient
Autonome, peut travailler	
100 %	Normal ; pas de signes ni symptômes de la maladie
90 %	Activités normales, mais signes mineurs de la maladie
80 %	Activités normales mais avec efforts, signes mineurs
Autonome, ne peut pas travailler	
70 %	Capacité de se prendre en charge, mais incapacité pour un travail actif
60 %	Aide occasionnelle mais capacité de se prendre en charge
50 %	Aide, assistance importante, soins médicaux fréquents nécessaires
40 %	Handicapé, semi - autonomie ; soins particuliers, aide hospitalière nécessaire
Dépendant	
30 %	Hospitalisation nécessaire, le plus souvent
20 %	Grabataire
10 %	Moribond
0 %	Décès

Tableau 2 : Classification CDC 1993

Catégorie A	<p>Un ou plusieurs critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infection à VIH asymptomatique - Lymphadénopathie persistante généralisée - Primo-infection symptomatique
Catégorie B	<p>Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angiomatose bacillaire - Candidose oropharyngée - Candidose vaginale persistante, fréquente ou répondant mal au traitement - Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ - Syndrome constitutionnel : fièvre (38°5) ou diarrhée supérieure à 1 mois - Leucoplasie orale chevelue de la langue - Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome - Purpura thrombocytopénique idiopathique - Listériose - Neuropathie périphérique
Catégorie C	<p>Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté l'une des pathologies ci-dessous, il est classé définitivement dans la catégorie C :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Candidose trachéale, bronchique, pulmonaire, oesophagienne, extra pulmonaire - Cryptococcose extra pulmonaire - Pneumonie à <i>Peunomocystis carinii</i> - Toxoplasmose cérébrale - Infection à CMV autre que hépatique, splénique ou ganglionnaire - Rétinite à CMV - Encéphalopathie due au VIH - Infection herpétique, ulcère > 1 mois, ou bronchopulmonaire, oesophagienne - Infection à <i>Mycobacterium tuberculosis</i> pulmonaire ou extra pulmonaire - Infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extra pulmonaire - Infection à <i>mycobacterium avium</i> ou <i>kansaii</i>, disséminée ou extra pulmonaire - Pneumopathie bactérienne récurrente - Septicémie à salmonelloses non typhiques récurrente - Cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois - Isosporidiose intestinale chronique évoluant depuis plus d'un mois - Leucoencéphalopathie multifocale progressive ou LEMP - Coccidioïdomycose, disséminée ou extra pulmonaire - histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire - Sarcome de Kaposi - Lymphome de Burkitt - Lymphome immunoblastique, lymphome cérébral primaire, cancer invasif du col - Syndrome cachectique du au VIH

Tableau 3 : Classification CDC 1993 pour les adultes et adolescents

Nombre de CD4/mm ³	A :	B :	C
	<ul style="list-style-type: none"> • Asymptomatique, • Primo-infection • Lymphadénopathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptomatique • Sans critère A ou C 	<ul style="list-style-type: none"> • Sida
> 500	A1	B1	C1
200-499	A2	B2	C2
< 200	A3	B3	C3

Tableau 4 : Classification pédiatrique CDC 1994 : Evaluation immunologique

Catégories immunitaires	< 12 mois	1 – 5 ans	6 – 12 ans
Absence de déficit immunitaire	> 1 500/mm ³ > 25 %	> 1 000/mm ³ > 25 %	> 500/mm ³ > 25 %
Déficit modéré	750 – 1 499/mm ³ 15 – 24 %	500 – 1 000/mm ³ 15 - 24 %	200 - 499/mm ³ 15 - 24 %
Déficit sévère	< 750/mm ³ < 15 %	< 500/mm ³ < 15 %	< 200/mm ³ < 15 %

NOUVEAU PROTOCOLE

ALIMENTATION DES MALNUTRITIONS

MELANGE I (M1)

6 volumes de lait entier en poudre
2 volumes de sucre en poudre
1 volume d'huile

MELANGE II (M2)

5 volumes de lait entier en poudre
2 volumes de farine
2 volumes de sucre en poudre
1 volume d'huile

CONDUITE PRATIQUE DU TRAITEMENT DIETETIQUE

1^{ère} phase : Initiation à l'alimentation

6 à 8 repas par jour (M1)

Durée : 8 jours MPE sévère, 3 à 4 jours MPE moyenne et légère

2^{ème} phase : Récupération du déficit pondéral

2-1. Transition (obligatoire dans MPE sévère) 4 jours

Mélange I et II alternés 3 M1/2 M2, 2 jours puis 2M1/3 M2 2 jours

2-2. Récupération 1 à 2 semaines selon MPE

5 repas M2 + 1 fruit écrasé

2-3. Récupération

2 repas familiaux

3 bouillies au lait + huile

3 c. à soupe de lait entier en poudre

2 c. à soupe de farine

4 morceaux de sucre

1 c. à café d'huile

1 fruit

Tableau 5 : Classification en stade clinique (OMS, 1990)

Stade 1	<p>1. Patient asymptomatique 2. Adénopathie persistante généralisée</p> <p><i>Degré d'activité 1 : Patient asymptomatique, activité normale</i></p>
Stade 2	<p>3. Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel 4. Manifestations cutané - muqueuses mineures : dermatite séborrhéique, prurigo atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales récurrentes, chéilite 5. Zona au cours des 5 dernières années 6. Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures (exemple : sinusite)</p> <p><i>et/ou Degré d'activité 2 : Patient symptomatique, activité normale</i></p>
Stade 3	<p>7. Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel 8. Diarrhée chronique inexpliquée pendant plus de 1 mois 9. Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) pendant plus 1 mois 10. Candidose buccale (muguet) 11. Leucoplasie orale chevelue buccale 12. Tuberculose pulmonaire, dans l'année précédente 13. Infections bactériennes sévères (pneumopathies, pyomyosite par exemple)</p> <p><i>et/ou Degré d'activité 3 : Patient alité moins de la ½ journée pendant le dernier mois</i></p>
Stade 4	<p>14. Syndrome cachectisant du VIH des CDC 15. Pneumopathie à <i>Peunomocystis carinii</i> 16. Toxoplasmose cérébrale 17. Cryptosporidiose, accompagnée de diarrhée pendant plus d'un mois 18. Cryptococcose extra pulmonaire 19. Cytomégalovirus touchant un autre organe que le foie, la rate, les ganglions 20. Herpès cutané - muqueux pendant plus de 1 mois ou viscéral quelle qu'en soit la durée 21. Leucoencéphalopathie multifocale progressive ou LEMP 22. Toute mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidioïdomycose) 23. Candidose oesophagienne, trachéale, bronchique ou pulmonaire 24. Mycobactérie atypique généralisée 25. Septicémie à salmonelloses non typhiques 26. Tuberculose extra pulmonaire 27. Lymphome 28. Sarcome de Kaposi (SK) 29. Encéphalopathie à VIH, selon la définition des CDC</p> <p><i>et/ou Degré d'activité 4 : Patient alité plus de la ½ journée pendant le dernier mois</i></p>

SCHOEPPER Michel/Diététicien INSP

TRAITEMENT DIETETIQUE DES MALNUTRITIONS PROTEINEO-ENERGETIQUES
(Nouveau protocole)

1^{ère} phase : Initiation à la réalimentation

1- Préparation utilisée : Mélange I (ne nécessite pas de cuisson)

- . 6 volumes de lait entier en poudre
- . 2 volumes de sucre en poudre
- . 1 volume d'huile

2- Ration alimentaire : Elle est déterminée en fonction du poids de l'enfant et administrée sous forme de repas liquides et fréquents : 6 à 8 repas par jour (tableau 1).

3- Durée :

- . 8 jours pour le traitement des MPE sévères type marasme
- . Jusqu'à fonte complète des oedèmes dans le cas de malnutrition sévère avec oedèmes.
- . 3 à 4 jours pour des malnutritions moyennes et légères.

2^{ème} phase : Récupération du déficit

Premier temps : Transition

- . Obligatoire dans les cas de MPE sévères
- . Fonction de l'appétit dans les cas de MPE moyennes et légères

1- Préparations utilisées : Mélange I et Mélange II (nécessite une cuisson)

- . 5 volumes de lait entier en poudre
- . 2 volumes de farine
- . 2 volumes de sucre en poudre
- . 1 volume d'huile

2- Ration alimentaire : elle est déterminée par le poids de l'enfant et administrée sous forme de 5 repas :

- Pendant 2 jours : 3 repas avec Mélange I (tableau III)
2 repas avec Mélange II (tableau II)
- Puis 2 jours : 2 repas avec Mélange I (tableau III)
3 repas avec Mélange II (tableau II)

3- Durée : 4 jours

PHASE D'INITIATION

Type de Mélange : I

Composition : lait en poudre entier, sucre, huile

Valeur énergétique : 520 Kcal/100 g

TABLEAU I

**QUANTITE DE MELANGE A DONNER EN FONCTION DU POIDS DE L'ENFANT
POUR APPORTER ENVIRON 100 kcal/kg/J EN DEBUT DE TRAITEMENT**
(première phase de la réhabilitation nutritionnelle)

Poids de l'enfant (kg)	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	10,5	11	11,5	12
Quantité théorique totale de mélange à donner par jour (en grammes)	96	106	115	125	135	144	154	163	173	183	192	202	212	221	230
Nombre de cuillères mesures à donner par repas (1 c. mesure = 16 g)	1	1	1	1	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	2	2	2	2	2	2
Nombre de repas Par jour	6	7	7	8	6	6	6	7	7	6	6	6	7	7	7

DILUTION DU MELANGE : 3 cuillères à soupe d'eau pour 1 mesure de mélange

PHASE DE TRANSITION

Type de Mélange : I

Composition : lait en poudre entier, sucre, huile

Valeur énergétique : 520 Kcal/100 g

TABLEAU III-II**QUANTITE DE MELANGE A DONNER EN FONCTION DU POIDS DE L'ENFANT
POUR APPORTER ENVIRON 150 kcal/kg/J**

(phase de récupération nutritionnelle)

Poids de l'enfant (kg)	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	10,5	11	11,5	12
Quantité théorique totale de mélange à donner par jour (en grammes)	144	158	173	188	202	216	231	245	260	274	288	302	317	331	346
Nombre de cuillères mesures à donner par repas (1 c. mesure = 16 g)	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	5
Nombre de repas par jour	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

H

DILUTION DU MELANGE : 3 cuillères à soupe d'eau pour 1 mesure de mélange

Deuxième temps : Récupération

1. Préparation utilisée : Mélange II (nécessite une cuisson)

- . 2 volumes de lait entier en poudre
- . 2 volumes de farine
- . 2 volumes de sucre en poudre
- . 1 volume d'huile

2. Ration alimentaire : elle augmente en cours de traitement avec le poids de l'enfant et est administrée sous forme de 5 repas (tableau II).

Donner un fruit écrasé ou sous forme de jus chaque jour.

Durée : 2 semaines au minimum dans les cas de MPE sévères

1 semaine dans les cas de MPE moyennes ou légères

Troisième temps : Récupération

1. Préparations utilisées : à partir de l'alimentation familiale

2. Ration alimentaire : elle est administrée sous forme de 5 repas par jour :

- 2 repas familiaux (quantité à volonté)
- 3 bouillies au lait se composant ainsi :
 - * 3 cuillerées à soupe de lait entier en poudre
 - * 2 cuillerées à soupe de farine
 - * 4 morceaux de sucre
 - * 1 cuillerée à café d'huile

- 1 fruit

3. Durée : jusqu'à un retour à un poids normal pour l'âge

TABLEAU I : Poids par rapport à la taille (enfants des deux sexes)

Taille (cm)	Norme : Poids Médian (a) (kg)	90 : de la norme	80 : de la norme	70 : de la norme
49.0	3,2	2,9	2,6	2,2
49.5	3,3	3,0	2,6	2,3
50.0	3,4	3,1	2,7	2,4
50.5	3,5	3,2	2,8	2,5
51.0	3,5	3,2	2,8	2,5
51.5	3,5	3,2	2,8	2,5
52.0	3,7	3,3	3,0	2,6
52.5	3,8	3,4	3,0	2,7
53.0	3,9	3,5	3,1	2,7
53.5	4,0	3,6	3,2	2,8
54.0	4,1	3,7	3,3	2,9
54.5	4,2	3,8	3,4	2,9
55.0	4,3	3,9	3,4	3,0
55.5	4,4	4,0	3,5	3,1
56.0	4,6	4,1	3,7	3,2
56.5	4,7	4,2	3,8	3,3
57.0	4,8	4,3	3,8	3,4
57.5	5,0	4,5	4,0	3,5
58.0	5,1	4,6	4,1	
58.5	5,2	4,7	4,2	3,6
59.0	5,3	4,8	4,2	3,7
59.5	5,5	5,0	4,4	3,9
60.0	5,6	5,0	4,5	3,9
60.5	5,8	5,2	4,6	4,1
61.0	5,9	5,3	4,7	4,1
61.5	6,0	5,4	4,8	4,2
62.0	6,2	5,6	5,0	4,3
62.5	6,3	5,7	5,0	4,4
63.0	6,4	5,8	5,1	4,5
63.5	6,6	5,9	5,3	4,6
64.0	6,7	6,0	5,4	4,7
64.5	6,9	6,2	5,5	4,8
65.0	7,0	6,3	5,6	4,9
65.5	7,2	6,5	5,8	5,0
66.0	7,3	6,6	5,8	5,1
66.5	7,5	6,8	6,0	5,3
	Normalité	MPE mineure	MPE moyenne	MPE sévère

PHASE DE RÉCUPÉRATION PONDERALE

Type de Mélange : II

Composition : lait en poudre entier, sucre, huile

Valeur énergétique : 490 Kcal/100 g

TABLEAU II - III

**QUANTITE DE MELANGE A DONNER EN FONCTION DU POIDS DE L'ENFANT
POUR APPORTER ENVIRON 200 kcal/kg/J**
(phase de récupération nutritionnelle)

Poids de l'enfant (kg)	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	10,5	11	11,5	12
Quantité théorique totale de mélange à donner par jour (en grammes)	204	224	245	265	286	306	327	347	367	388	409	429	449	469	490
Nombre de cuillères mesures à donner par repas (1 c. mesure = 16 g)	3	3	3	3	4	4	4	5	5	5	6	6	6	6	7
Nombre de repas Par jour	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

K

DILUTION DU MELANGE : 3 cuillères à soupe d'eau pour 1 mesure de mélange

SCHEMA D'ALIMENTATION DE L'ENFANT A L'ALLAITEMENT MATERNEL

Allaitement maternel seul jusqu'à 5 mois.

Jus de fruit (très actif dans les constipations (à utiliser pour remplacer les lavements).

■ **A 5 mois** en plus du sein

1 purée de féculent + **poisson** finement écrasé (1 grande cuillerée) si la famille consomme du poisson.

ou

1 bouillie de maïs, de mil ou de riz + **lait**. Ne pas utiliser le lait sucré.

Ceci 1 ou 2 fois par jour selon l'abondance du lait maternel. Les fruits peuvent être consommés écrasés (papaye, mangue, goyave).

■ **A 6 mois**, donner en plus une bouillie de maïs, de mil ou de riz **avec pâte d'arachide**. L'enfant reçoit 2 repas par jour.

■ Vers 7 ou 8 mois, donner en plus en repas principal à base de riz, d'attiéké, d'igname, de banane, avec **poisson** ou **viande** finement pilée ou **œuf** ou **pâte d'arachide de graines de courge**

L'enfant doit recevoir chaque jour une quantité suffisante de poisson (2 grandes cuillerées ou de viande (2 grandes cuillerées) ou l'œuf (1 œuf entier), **en plus du sein**.

L'enfant reçoit 3 repas par jour.

■ A partir d'un an, l'enfant mangera progressivement comme ses parents, *en insistant sur la présence dans l'alimentation en quantité suffisante de : **lait, viande, pâte d'arachide, pâte de graines de courge, haricot niébé**

* en évitant trop de graisse, trop de piment
l'enfant peut continuer à téter jusqu'à 15, 18 mois et plus

*ne pas lui donner de café, d'alcool etc.

*l'enfant reçoit 4 repas par jour.

■ Après le sevrage définitif, l'enfant reçoit 5 repas et un fruit chaque jour.

TABLEAU I : Poids par rapport à la taille (enfants des deux sexes) suite

Taille (cm)	Norme : Poids Médian (a) (kg)	90 : de la norme	80 : de la norme	70 : de la norme
67.0	7,6	6,8	6,1	5,3
67.5	7,8	7,0	6,2	5,5
68.0	7,9	7,1	6,3	5,6
68.5	8,0	7,2	6,4	5,6
69.0	8,2	7,4	6,5	5,7
69.5	8,3	7,5	6,6	5,8
70.0	8,5	7,6	6,8	6,0
70.5	8,6	7,7	6,9	6,0
71.0	8,7	7,8	7,0	6,1
72.5	8,8	7,9	7,0	6,2
72.0	9,1	8,1	7,2	6,3
72.5	9,2	8,2	7,3	6,4
73.0	9,2	8,3	7,4	6,4
73.5	9,4	8,5	7,5	6,6
74.0	9,5	8,6	7,6	6,6
74.5	9,6	8,6	7,7	6,7
75.0	9,7	8,7	7,8	6,8
75.5	9,8	8,8	7,8	6,9
76.0	9,9	8,9	7,8	6,9
76.5	10,0	9,0	8,0	7,0
77.0	10,2	9,2	8,2	7,1
77.5	10,3	9,3	8,2	7,2
78.0	10,4	9,4	8,3	7,3
78.5	10,5	9,5	8,4	7,4
79.0	10,6	9,5	8,5	7,4
79.5	10,7	9,6	8,6	7,5
80.0	10,8	9,7	8,6	7,6
80.5	10,9	9,8	8,7	7,6
81.0	11,0	9,9	8,8	7,7
81.5	11,1	10,0	8,9	7,8
82.0	11,2	10,1	9,0	7,8
82.5	11,3	10,2	9,0	7,9
83.0	11,4	10,3	9,1	8,0
83.5	11,5	10,4	9,2	8,1
84.0	11,6	10,5	9,3	8,1
84.5	11,7	10,5	9,4	8,2
	Normalité	MPE mineure	MPE moyenne	MPE sévère

Affiche AES



MINISTÈRE D'ÉTAT
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA POPULATION



SOCIÉTÉIVOIRIENNE DE PATHOLOGIE
INFECTIEUSE ET TROPICALE

PROGRAMME NATIONAL DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH PRÉVENTION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES) EN MILIEU DE SOINS

1

MESURES DE PRECAUTIONS
UNIVERSELLES A OBSERVER

2

CONDUITE A TENIR EN CAS D'ACCIDENT
D'EXPOSITION AU SANG (AES)

I - Service de soins

- Être correctement vacciné contre l'Hépatite virale B
- Se laver les mains au savon avant et après chaque soin ou acte technique
- Ne jamais recapuchonner ou plier les aiguilles usagées
- Porter des gants pour prélever et manipuler tout produit biologique, notamment lorsqu'il contient du sang (le port de gants ne dispense pas du lavage des mains)
- Utiliser un conteneur pour jeter immédiatement les instruments piquants ou coupants (une aiguille souillée = une aiguille jetée)
- Protéger toutes plaies par un pansement
- Revêtir un masque, des lunettes ou une surblouse lorsque les soins ou les manipulations exposent à des projections.
- Décontaminer immédiatement tout instrument utilisé et toute surface souillée par du sang ou un liquide biologique, avec de l'eau de javel.

II - Laboratoire

(En plus des précautions déjà citées)

- Transporter les prélèvements dans un sac ou récipient clos. Mettre systématiquement des gants pour réceptionner les prélèvements.
- Ne jamais pipeter à la bouche

III - Bloc opératoire

(En plus des précautions déjà citées)

- Porter une double paire de gants est recommandé
- Changer les gants toutes les 2 heures ou aux différents temps opératoires.

I - Soins immédiats à effectuer par l'accidenté

(Sur le lieu de l'accident)

- En cas d'exposition percutanée (piqûre, coupure, etc.)
- Nettoyage à l'eau courante ou au savon
- Rinçage à l'eau propre
- Désinfection par l'eau de javel 12° diluée au 1/10e ou du Dakin ou de la Polyvidone iodée en solution dermique pure ou de l'alcool 70° (laisser 5 mn de contact au moins)
- * En cas de projection sur les muqueuses et les yeux
- Rinçage prolongé à l'eau propre (5 mn)

II - Contacter rapidement le médecin référent ou le médecin du travail de votre établissement

- Afin d'évaluer le risque infectieux
- Il pourra vous proposer un traitement prophylactique par trithérapie ARV dans les 48 heures suivant votre accident.

III - Conduite à tenir ultérieurement

* Déclaration de l'accident dans 24 h (médecin du travail ou chef de service)

- * Bilan biologique initial à faire dans les 8 jours chez l'accidenté et le patient source
- Sérologie VIH
- Sérologie des Hépatites B - C
- Transaminasémies
- * Certificat médical final au 6e mois délivré par médecin du travail

3

SERVICES REFERENTS

CHU DE TREICHVILLE

Service des maladies infectieuses et tropicales
Tél.: 21.25.62.49 - 21.24.91.22 poste 525

Service de médecine du personnel
Tél.: 21.24.91.22

CHU DE COCODY

Médecine du travail
Tél.: 22.44.91.00

CHU DE YOPOUGON

Médecine du travail
Tél.: 23.45.61.71

GERES-CI

Cel.: 05.99.80.95

POUR LES REGIONS

Contacter
L'HÔPITAL GÉNÉRAL



Centers for Disease Control and Prevention

ANNEXES

LISTE DES PARTICIPANTS

N°	Nom et prénoms	Institutions	Contact
1	Dr ADJOBI René	Gynécologie CHU-Treichville	07-07-52-20
2	AKO Cyriaque Yapo	RIP+	07-88-94-46
3	Dr ANYGRAH Prince Igor	UNILEVER	05-99-37-70/20-21-21-16
4	Pr AOUSSE Eba François	MEMSP	07-44-48-95/21-25-52-49
5	Dr ASSI Berthe	Neurologue	05-09-12-60
6	Dr BAROUAN Marie Cathérine	Projet RETROCI	07-88-18-45/22-42-57-21
7	Pr BISSAGNE Emmanuel	SMIT	07-73-17-23
8	Dr BROU N'dri	ADM-UNICAO	05-62-34-00
9	Dr COULIBALY Madiara	ACONDA	05-87-08-87
10	Dr COULIBALY Makan	Consultant UNICEF	05-96-10-91/20-21-22-97
11	Dr DIAKITE Nafissa	CAT Adjamé	05-78-60-71
12	Dr DIALLO Karidiatou	CHU Yopougon	05-67-48-39
13	Dr DJEDJE Angèle	Dermatologie CHU-Treichville	05-78-17-33
14	Mme DOSSOU Rose	Projet enfant	07-81-50-64/23-45-24-59
15	Mr DROH Félix	Syndicat des infirmiers	05-77-31-48
16	Dr DUNCAN Rachel	PSP	07-08-35-78
17	Dr EHUA Amangoua Evelyne	PNSI	07-01-02-60/20-22-05-33
18	Dr EHUI Damoh Célestin	MLS	05-81-64-80/20-21-80-48
19	Dr EHUI Eboï	SMIT	05-06-28-66/21-25-52-49
20	Dr ELENGA Narcisse		07-99-58-66/23-45-24-59
21	Dr ESSOMBO Joseph	Projet RETROCI	05-00-24-34
22	Dr FASSINOUC Patricia	Pédiatrie CHU Yopougon	07-07-79-24
23	Dr HAWERLANDER Denise	CIRBA	07-67-25-59
24	Dr INWOLEY André	CeDReS CHU-Treichville	05-05-85-87/21-25-84-59

ANNEXES

25	Dr KACOU Wodjé	HG Aboisso	07-75-98-82
26	Pr KADIO Auguste	SMIT	
27	Pr KADJO Kouamé Alphonse	CHU-Treichville	07-71-24-58
28	Pr KAKOU Aka	SMIT	05-77-12-34
29	KAYE KETTE Hortense	IPCI	07-09-42-24
30	Mme KONAN Sophie	INFAS	07-90-57-48
31	M KOUADIO Guillaume	COSCI	07-69-20-59
32	Dr KOUAKOU Virginie	PNSI	07-90-52-33
33	Dr LOROUGNON Marius	SSSU Abengourou	07-09-25-58/35-91-31-80
34	Dr MEMAIN Yenou A-Hélène	USAC	07-93-05-32/21-35-22-07
35	Dr MESSOU Kouassi Eugène	PACCI	07-81-25-41
36	Dr OUATTARA Issouf	CARE International	05-99-98-40/07-97-16-92
37	Mme OULIBLY Clémentine	Syndicat des sages femmes	07-01-58-46/21-25-18-11/72
38	Mme OUPOH Joséphine	AMEPOUH	05-69-75-36
39	Dr TANOAH Anthony	PNPEC	07-78-94-42
40	Dr TEHE André	Projet RETROCI	
41	Dr TOURE Karamoko	CAT Abengourou	07-98-08-32
42	Dr TOURE Pety	Ditrane Plus	05-88-06-53/23-46-61-70
43	Dr TOURE Siaka	PACCI	07-07-20-39