



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST

Guide de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH

Mai 2019



TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	5
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES.....	8
PREFACE	9
REMERCIEMENTS.....	10
MODULE 1 : SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION VIH.....	12
SESSION 1 : SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH DANS LE MONDE	13
SESSION 2 : SITUATION DU VIH AU TOGO.....	13
MODULE 2 : DIAGNOSTIC DE L'INFECTION PAR LE VIH	15
SESSION 1 : CONSEIL ET DEPISTAGE DE L'INFECTION A VIH	16
SESSION 2 : DIAGNOSTIC CLINIQUE DE L'INFECTION A VIH	16
SESSION 3 : DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH.....	17
MODULE 3 : THERAPIE ANTIRETROVIRALE ET SUIVI MEDICAL	20
SESSION 1 : BILAN INITIAL	21
SESSION 2 : LES MOLECULES ARV DISPONIBLE AU TOGO ET LEURSEFFETS SECONDAIRES.....	22
SESSION 3 : PROTOCOLES ARV AU TOGO.....	26
SESSION 4 : SUIVI DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE SOUS TARV	29
MODULE 4 : PRISE EN CHARGE DES CAS PARTICULIERS.....	38
SESSION 1 : CONDUITE A TENIR DEVANT UN ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG OU AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES (AES)	39
SESSION 2 : PROPHYLAXIE PRE EXPOSITION (PrEP)	43
SESSION 3 : TOXICOMAMIE PAR INJECTION DE DROGUES I.V.	44
SESSION 4 : CONDUITE A TENIR DEVANT UN VIOL OU AUTRES ABUS SEXUELS.....	45
SESSION 5 : INFECTION PAR LE VIH 2 OU DUAL (VIH1 +VIH2) DOCUMENTE ...	45
SESSION 6 : CO – INFECTION TB / VIH.....	46
SESSION 7 : CO – INFECTION VIH / Hépatites virales	46
MODULE 5 : OFFRE DU PAQUET DE SERVICES DE QUALITES AUX POPULATIONS CLES.....	49
SESSION 1 : POPULATIONS CLES ET L'EPIDEMIE DU VIH.....	50
SESSION 2 : NORMES CLINIQUES AUPRES DES POPULATIONS CLES	51

SESSION 3 : PAIR EDUCATION	52
SESSION 4 : ACCUEIL.....	52
SESSION 5 : ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE	53
SESSION 6 : DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES IST	54
SESSION 7 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DU VIH	55
SESSION 8 : ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET JURIDIQUE	55
SESSION 9 : SOINS SPECIFIQUES AUX POPULATIONS CLES.....	56
MODULE 6 : PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH/TME	57
SESSION 1 : TRAITEMENT ARV ET PROPHYLAXIE ARV POUR LA PTME	58
SESSION 2 : LA TRITHÉRAPIE ANTIRETROVIRALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE SEROPOSITIVE AU VIH	58
SESSION 3 : SUIVI DE L'ENFANT NE DE MERE SEROPOSITIVE.....	62
SESSION 4 : DESIR DE GROSSESSE ET INFECTION A VIH.....	67
MODULE 7 : PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT INFECTÉ PAR LE VIH.....	70
SESSION 2 : PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES	71
SESSION 3 : THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE CHEZ L'ENFANT	71
SESSION 4 : AUTRES PARTICULARITES CHEZ L'ENFANT.....	73
MODULE 8 : ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ET EDUCATION THERAPEUTIQUE.....	77
SESSION 1 : ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	78
SESSION 2 : EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PVVIH.....	81
SESSION 3 : PARTICULARITES DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE CHEZ L'ENFANT.....	83
SESSION 4 : LE GENRE DANS LA PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA	85
MODULE 9 : PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS OPPORTUNISTES	88
SESSION 1 : PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES	89
SESSION 2 : PRISE EN CHARGE DES AUTRES COMORBIDITÉS	90
SESSION 3 : MANIFESTATIONS RESPIRATOIRES DE L'ADULTE ET L'ENFANT	93
SESSION 4 : CO – INFECTION TUBERCULOSE – VIH	99

SESSION 5 : FIEVRE DE L'ADULTE ET L'ENFANT	102
SESSION 6 : CANDIDOSE OROPHARYNGEE, LEUCOPLASIE ORALE CHEVELUE, DIARRHEES DE L'ADULTE ET L'ENFANT	108
SESSION 7 : MANIFESTATIONS CUTANEEES DE L'ADULTE ET L'ENFANT	118
SESSION 8 : MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT.....	130
SESSION 9 : AUTRES MALADIES ASSOCIEES AUX VIH/SIDA	136
ANNEXES.....	144
LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE REVISION DU GUIDE DE PECM DES PvVIH.....	146

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN	Acide désoxyribonucléique
Ag	Antigènes
AES	Accident d'Exposition au Sang
Ac	Anticorps
AFADS	Acceptable, Faisable, Abordable, Durable et Sûre
AFP	Abstinence, Fidélité, Préservatif
ALAT	Acide Alanine Aminotransférase
ANJE	Alimentation du Nourrisson et Jeune Enfant
ARN	Acide ribonucléique
ARV	Antirétroviraux
AZT	Zidovudine
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CD4	Classe de Différenciation 4
CDVA	Centre de Dépistage Volontaire et Anonyme
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CMV	Cytomégalovirus
CPN	Consultation prénatale
DHN	Désinfection de Haut Niveau
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DDR	Date des Dernières Règles
DR	Direction Régionale
EAWA	Ending Aids in West Africa
EFV	Efavirenz
ELISA	Enzyme-linked Immunosorbent Assay
EPOA	Enhanced Peer outreach approach
HP+	Health Policy Plus
IC	Intervalle de Confiance
IEC	Information- Education – Communication
IO	Infections Opportunistes
IMC	Indice de Masse Corporelle
INTI	Inhibiteurs de la Transcriptase Inverse
IP	Inhibiteurs de la Protéase
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LPG	Lymphadénopathie Persistante Généralisée
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MPE	Malnutrition Protéino-Energétique
MSF	Médecins sans frontières
NFS	Numération Formule Sanguine
NVP	Névirapine

OBC	Organisation à base communautaire
OEV	Orphelin et Enfant Vulnérable par l'infection à VIH
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	Organisations de la société civile
PAVIH	Personnes Affectées par le VIH/SDA
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCP	Pneumonie à Pneumocytis Carinii
PCR	Polymerase Chain Reaction ou Réaction d'amplification Génique.
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
SEPS	Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants
SIDA	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
SIG	Système d'Information et de Gestion
SMI	Santé Maternelle et Infantile
TA	Tension Artérielle
TB	Tuberculose
TARV	Traitement Antirétroviral
TME	Transmission Mère-Enfant du VIH
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZDV	Zidovudine.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Formes dosages des ARV chez l'adulte et l'adolescent.....	24
Tableau II : Effets indésirables et précaution d'emploi des ARV disponibles au Togo.....	25
Tableau III : Protocoles de première ligne chez l'adolescent et l'adulte en cas de l'infection au VIH1	26
Tableau IV : Protocoles de deuxième ligne chez l'adolescent et l'adulte en cas de l'infection au VIH1	27
Tableau V : Protocoles de première ligne chez l'enfant.....	28
Tableau VI : Protocoles de deuxième ligne chez l'enfant	28
Tableau VII : Bilan de suivi sous ARV.	30
Tableau VIII : Effets indésirables graves nécessitant une substitution de la molécule suspecte dans le traitement ARV	31
Tableau IX : Les indications de la prophylaxie ARV en fonction des pratiques et de la nature du risque.	44
Tableau X : Schéma thérapeutique en cas de viol	45
Tableau XI : Schéma thérapeutique en cas de VIH2 ou dual VIH +VIH2)	45
Tableau XII : Schéma thérapeutique de première ligne en cas de coïnfection TB/VIH	46
Tableau XIII : Schéma thérapeutique de deuxième ligne en cas de co-infection TB/VIH.....	46
Tableau XIV : Schéma thérapeutique co-infection VIH/Hépatite : ligne 1 et ligne 2.....	48
Tableau XV : Les Symptômes IST.....	54
Tableau XVI : Protocole ARV en PTME si VIH 1	58
Tableau XVII : Attitudes thérapeutiques dans un contexte de grossesse sous ARV.....	60
Tableau XVIII : Protocole de traitement pour une femme enceinte séropositive vue en début ou pendant le travail qui n'a pas reçu d'ARV pendant la grossesse, femme inobservante, femme ayant pris les ARV moins de 4 semaines avant l'accouchement.	61
Tableau XIX : Planification du suivi du nourrisson né de mère séropositive	63
Tableau XX : Posologie du Cotrimoxazole en prévention des IO chez l'enfant.....	65
Tableau XXI : Formes dosages et posologies des ARV chez l'enfant de 3 à 13,9kg	72
Tableau XXII : Formes dosages des ARV chez l'enfant de 14 à 34,9kg.....	72
Tableau XXIII : Protocole ARV en cas de VIH2 et de co-infection VIH/TB chez l'enfant	74
Tableau XXIV : formes dosages et posologies des ARV chez l'enfant de 3 à 13,9kg.....	75

Tableau XXV : formes dosages des ARV chez l'enfant de 14 à 34,9kg	76
Tableau XXVI : Chimio prophylaxie en vigueur au Togo.....	89
Tableau XXVII : <i>Evaluation de la déshydratation</i>	113
Tableau XXXIII : Place des tests homologués dans l'algorithme national de dépistage VIH	144
Tableau XXXIV : Bilan initial	145
Tableau XXXV : Bilan de suivi sous ARV	146

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Interprétation des résultats du test virologique	19
Figure 1 : Schéma de PrEP continue	44
Figure 2 : Différents groupe d'affections rénales	92

PREFACE

De grands progrès ont été réalisés dans la lutte contre le VIH/sida. Au titre de ces progrès, on peut citer le perfectionnement continu des méthodes de diagnostic, l'accès aux antirétroviraux (ARV) et le suivi biologique qui ont considérablement amélioré le confort et la survie des personnes vivant avec le VIH/sida.

Le Togo a élaboré son Plan Stratégique de lutte contre le VIH selon la stratégie Fast Tract. Ainsi, il ambitionne d'atteindre les 90X90X90 d'ici 2020. Au 31 décembre 2018, 66% des PVVIH sont inscrites dans les structures de soins et parmi eux 89% sont sous ARV.

Pour mettre en œuvre les nouvelles recommandations de l'OMS adoptées en décembre 2018 et afin d'offrir les meilleures stratégies de prise en charge des PVVIH, le Togo a procédé à la révision du Guide National de Prise en charge des PVVIH.

Ce document donne les directives sur la prescription des ARV, le suivi biologique, le dépistage et le traitement des infections opportunistes. Il prend en compte les orientations de l'OMS en matière de prise en charge notamment :

- La simplification des schémas thérapeutiques des ARV
- L'introduction du Dolutégravir comme molécule majeure dans les protocoles de première ligne
- L'accès au ARV à toutes les personnes dépistées positives dans toutes les formations sanitaires sans aucun critère de prescription

Cette révision a été possible grâce à l'appui technique et financier de nos partenaires notamment l'OMS et de l'USAID à travers le projet HP+ à qui nous témoignons toute notre reconnaissance.

Nous comptons sur toutes les parties prenantes notamment les partenaires en développement pour l'utilisation correcte de ce guide.

Professeur Anoumou DAGNRA

Coordonnateur du PNLS-IST

REMERCIEMENTS

Le Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS-IST) présente ses gratitudees :

- À l'OMS, l'USAID à travers le Projet HP+ et au CNLS pour l'appui technique et financier du processus de révision de ce guide ;
- Au Ministère de la Santé pour le soutien technique ;
- Aux acteurs nationaux comme les directeurs régionaux de santé, les directeurs de districts sanitaires et les points focaux VIH pour leur collaboration ;
- Aux OSC
- À tous ceux qui ont collaboré pour la révision de ce guide.

EQUIPE DE LA REDACTION

Professeur Anoumou DAGNRA : Coordonnateur du PNLIS-IST

Professeur Koussake KOMBATE : Dermato-Vénéréologue CHU Campus

Docteur B. T. Abass DJOBO: Responsable de l'unité PECM

Docteur M'Tatouwa TCHAMA –BOURAÏMA : Responsable de l'unité PTME

Dr K. Michel YEBOUE: Coordination inter-pays OMS, Afrique de l'Ouest

MODULE 1 : SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION VIH

PLAN DU MODULE 1

MODULE 1 : SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION VIH

Session 1 : Situation épidémiologique du VIH dans le monde

Session 2 : Situation du VIH au Togo

SESSION 1 : SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH DANS LE MONDE

L'infection par le VIH /SIDA est un problème de santé publique dans le monde compte tenu de son ampleur et de sa gravité. Les estimations faites par l'ONUSIDA en fin 2017 ont montré que :

- Le nombre de PVVIH dans le monde était de 36,9 millions ;
- La majorité de ces PVVIH résident en Afrique subsaharienne (environ 25,7 millions, soit plus des 2/3 des PVVIH du monde).
- En Afrique subsaharienne, trois nouvelles infections sur quatre touchent les filles âgées de 15 à 19 ans et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les hommes.
- Les jeunes de 15 à 24 ans comptent pour environ 33% des nouvelles infections par le VIH.
- Depuis 2010, les nouvelles infections à VIH chez les enfants ont diminué de 35 %, contre 270 000 [170 000 - 400 000] en 2010 à 180 000 [110 000 - 260 000] en 2017.

Selon ces mêmes estimations :

- Les décès liés au sida ont été réduits de plus de 51 % depuis le pic de 2004.
- En 2017, 940 000 [670 000 - 1,3 million] de personnes sont décédées de maladies liées au sida dans le monde, contre 1,9 million [1,4 million - 2,7 millions] en 2004 et 1,4 million [1 million - 2 millions] en 2010.

La mortalité mondiale due au VIH est en baisse, du fait notamment d'un accès élargi aux médicaments ARV dans les pays à ressources limitées. En effet, 21,7 millions de personnes vivant avec le VIH avaient accès au traitement anti rétroviral

SESSION 2 : SITUATION DU VIH AU TOGO

La prévalence du VIH au Togo est de 2,5% dans la population générale selon les résultats de l'étude EDST III (2013-2014) et de 2,9 % chez les femmes enceintes selon les données de la surveillance sentinelle de 2016. Les estimations Spectrum de 2017 donnent une prévalence de 2,1% avec une population vivant avec le VIH estimée à 105000. Les femmes représentent plus de 2/3 de cette population PVVIH. Le nombre d'enfants de moins de 14 ans infectés attendus (ONUSIDA 2017, Epp spectrum) est de 12000.

Selon le rapport annuel des activités du PNLS, en 2018, le nombre total de personnes sous ARV était de 604842 dont 4194 enfants de moins de 15 ans.

Au Togo, le point des 90-90- 90 se présente comme suit en 2018 :

- Trois personnes sur quatre vivant avec le VIH (66,1%) connaissaient leur statut.
- Parmi les personnes qui connaissaient leur statut, quatre sur cinq (89,1%) avaient accès au traitement.
- Parmi les personnes qui ont bénéficié de la charge virale, 79,1% ont vu leur charge virale supprimée.

2.1. Situation de la coïnfection tuberculose / VIH

En 2018, on estime à dix millions quatre cent mille le nombre de personnes ayant contracté la tuberculose et parmi ces derniers, un million six-cent soixante-dix mille décès. Le nombre de décès de personnes Co infectés TB-VIH est estimé à trois cent soixante-quatorze mille décès parmi les PVVIH soit 22% de tous les décès dus à la tuberculose.

Au Togo, En 2018 sur 72.745 PVVIH enregistrées et suivies, 66014 (90 %) ont bénéficié de la recherche active de la TB. Parmi ceux-ci, 340 étaient Co-infectées TB/VIH. Parmi les **2501** patients tuberculeux enregistrés en 2018, **2458** (98%) ont bénéficié de test de dépistage du VIH

2.2. Les populations-clés

La prévalence du VIH est relativement plus élevée chez les populations clés que dans la population générale. Les données suivantes sur les prévalences sont rapportées au Togo en 2017 pour les HSH, les PS et les UDI (Etude SSG en 2017) :

- Hommes ayant sexe avec homme (HSH) : La prévalence est de 21,98%. Travailleurs de sexe (TS) : La prévalence est de 13,2%
- Utilisateurs de drogue : 3,5%
- Utilisateurs de drogue injectable (UDI) : 3,9% chez les détenus : 4,3% en 2011

MODULE 2 : DIAGNOSTIC DE L'INFECTION PAR LE VIH

PLAN DU MODULE

MODULE 2 : DIAGNOSTIC DE L'INFECTION PAR LE VIH

Session 1 : conseil – dépistage de l'infection à VIH

Session 2 : Diagnostic clinique de l'infection à VIH

Session 3 : Diagnostic biologique de l'infection à VIH

SESSION 1 : CONSEIL ET DEPISTAGE DE L'INFECTION A VIH

1.1. Définition

Le conseil, encore appelé **counseling**, est un processus, un dialogue interactif impliquant un conseiller et un client. Le conseiller aide de façon impartiale ce dernier à trouver la solution à son problème et à prendre le maximum de responsabilité dans des décisions relatives à sa santé et à son bien-être.

1.2. Les types de conseil

- *Conseil et dépistage du VIH dans les formations sanitaires.*
- *Conseil Dépistage du VIH à l'initiative du prestataire pédiatrique (CDIPP)*
- *Conseil Dépistage du VIH à l'initiative du client ou du patient*
- *Conseil et dépistage du VIH à base communautaire : démedicalisé*
- *Auto test (Autotest du VIH avec assistance directe et sans assistance)*
- *Index Testing (L'index testing est un processus volontaire où les conseillers et / ou les professionnels de la santé demandent aux cas index (PVVIH) d'**énumérer** et de **référer** aux services de dépistage du VIH : Partenaires sexuels ; Les enfants biologiques ; Le partenaire d'injection).*
- *Enhanced Peer outreach approach (EPOA) (Approche améliorée de sensibilisation par les pairs. Cette stratégie de mobilisation en réseau utilise des incitations basées sur les performances et utilise des réseaux sociaux et sexuels pour améliorer les résultats de la recherche de cas de VIH.)*

SESSION 2 : DIAGNOSTIC CLINIQUE DE L'INFECTION A VIH

Une infection au VIH doit être suspectée devant l'existence des signes majeurs et des signes mineurs de la classification de l'OMS (voir classification OMS adulte en annexes). Cette présomption clinique doit être confirmée biologiquement par une sérologie VIH avant d'entreprendre toute action thérapeutique.

Dans un contexte de CDIP, toute visite dans une structure de soin est une occasion pour proposer un conseil-dépistage.

Les classifications cliniques de l'OMS chez l'adulte comme chez l'enfant se répartissent en 4 stades cliniques les différents états morbides des PvVIH par échelle croissante de gravité.

SESSION 3 : DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH

Le diagnostic de certitude de l'infection à VIH est basé essentiellement sur les tests biologiques. On distingue

- **Tests sérologiques (recherche des anticorps dans l'échantillon du patient) ;**
- **Tests virologiques : PCR ARN ou ADN, antigénémie P24**
- **Tests sérologiques**

Le diagnostic biologique de l'infection à VIH chez l'adulte et l'enfant âgé de 18 mois et plus est basé essentiellement sur les tests sérologiques suivant un algorithme.

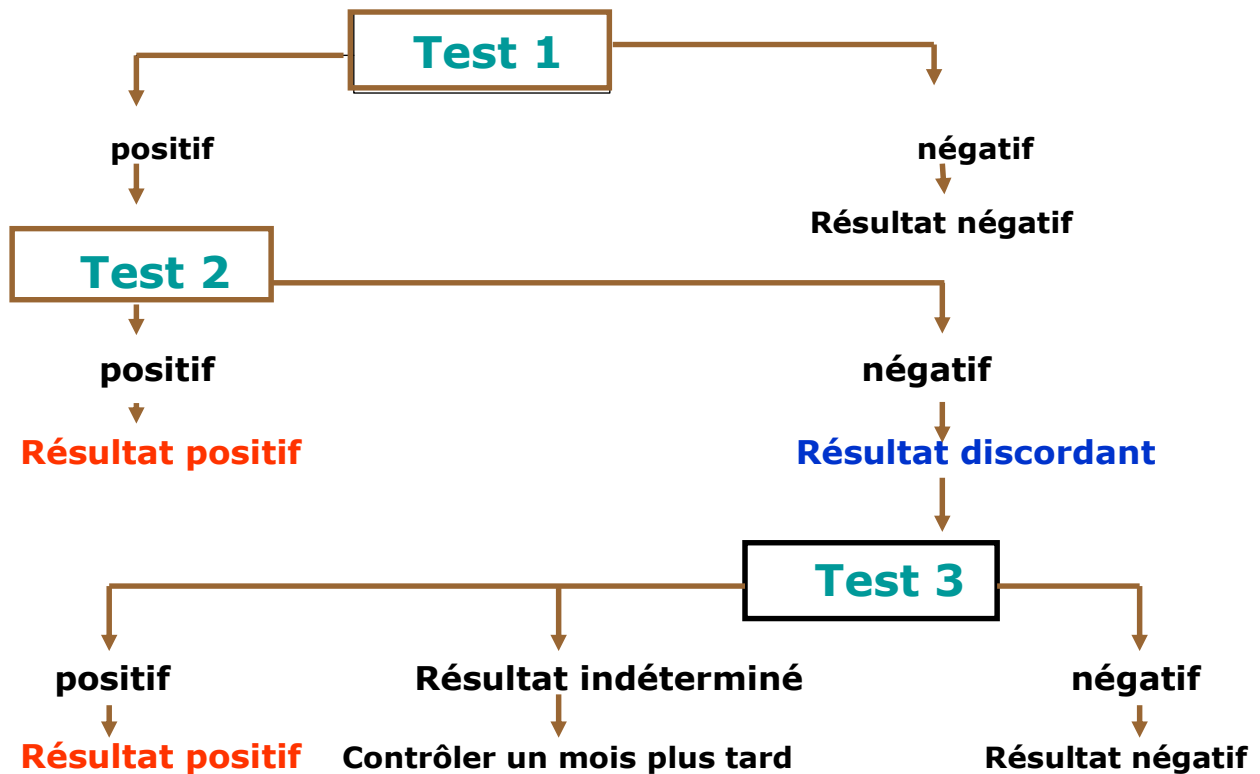
Chez tout patient séronégatif, le test sérologique est à reprendre 1 mois après.

Chez les femmes enceintes, la reprise du test est exigée en fin de grossesse afin de dépister une éventuelle séroconversion (hautement contaminant pour le fœtus).

Au Togo, pour les activités de dépistage volontaire et de PTME, la stratégie utilise les tests rapides unitaires en respectant l'algorithme national qui associe des tests très sensibles en première intention et des tests très spécifiques pour la confirmation. Chaque année le centre national de référence (CNR/VIH/PNLS) publie la liste des tests recommandés (voir la liste des tests homologués par le CNR/VIH/PNLS en 2019).

ALGORITHME 1 : Diagnostic biologique de l'infection à VIH chez l'adulte et l'enfant de 18 mois et plus

Algorithme national



Test 1 : test très sensible

Test 2 : test très spécifique

Test 3 : test de confirmation

* Les tests 1, 2 et 3 sont des tests homologués par le CNR/VIH/PNLS chaque année

NB : voir la position des tests dans l'annexe pour les tests homologués par le CNR

Interprétation des résultats de la sérologie VIH

- Un test sérologique positif traduit une infection au VIH,

Une sérologie négative signifie une absence d'anticorps anti-VIH. Le test sera repris un mois après pour contrôle.

- Les tests virologiques

Chez l'enfant de moins de 18 mois, la PCR (**Polymerase Chain Reaction**) est réservée au diagnostic précoce de l'infection à VIH.

La PCR ADN ou ARN et l'antigénémie P24 (qui peut être effectué chez le nouveau-né) sont indiqués chez le nourrisson exposé au VIH dès l'âge de 6 semaines pour le diagnostic précoce mais peuvent être réalisés à n'importe quel âge :

- **PCR 1 à 6 semaines**
- **PCR 2 à 9 mois, si sérologie VIH de l'enfant exposé est positive.**

Interprétation des résultats du test virologique

- Un test virologique positif chez un nourrisson ou un enfant traduit une infection au VIH.

Un test positif à 6 semaines reflète une transmission périnatale de l'infection au VIH.

Une sérologie peut être refaite à 18 mois

Un test virologique négatif chez un nourrisson sous lait artificiel ou dont l'exposition au lait maternel remonte à plus de 6 semaines exclue l'infection au VIH. Faire la sérologie à 18 mois pour la confirmer.

- Un test virologique négatif chez un nourrisson encore au lait maternel doit être repris plus tard, 2 mois après l'arrêt de toute exposition au lait maternel.

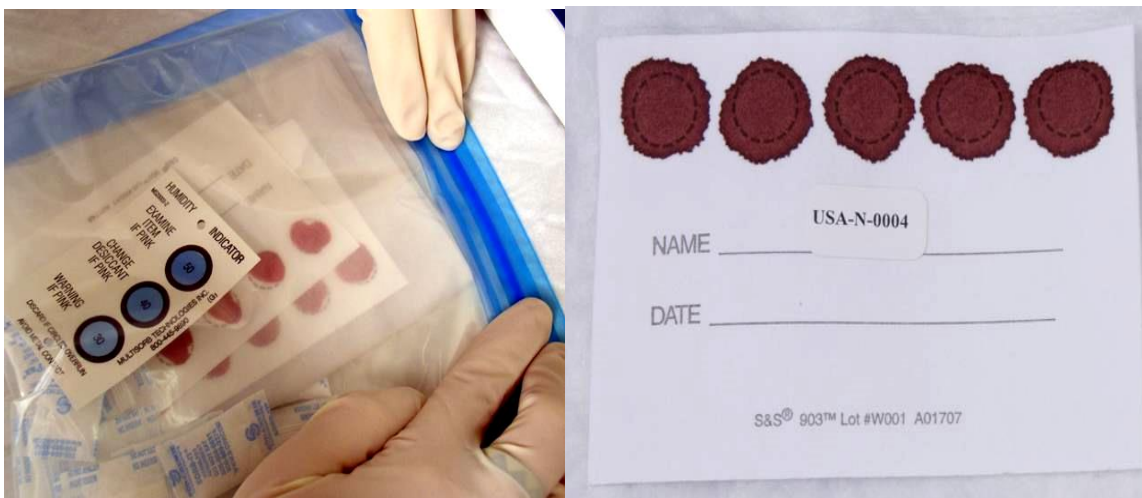


Figure 1 : Interprétation des résultats du test virologique

MODULE 3 : THERAPIE ANTIRETROVIRALE ET SUIVI MEDICAL

PLAN DU MODULE

MODULE 3 : THERAPIE ANTIRETROVIRALE ET SUIVI MEDICAL

Session 1 : Bilan initial

Session 2 : Les molécules ARV disponibles au Togo et leurs effets secondaires

Session 3 : Protocoles ARV au Togo

Session 4 : Suivi de l'adolescent et de l'adulte sous TARV

La PEC des PVVIH par les ARV nécessite la définition des critères de mise sous TARV et de changement de ces médicaments, le bilan minimal de suivi des PVVIH sous TARV, la standardisation des protocoles thérapeutiques et surtout la préparation à une bonne observance.

- **But**

Le but principal de la thérapeutique antirétrovirale est

- D'améliorer durablement la santé et la qualité de vie des patients :
 - De réduire la transmission du VIH.
-
- **Objectifs du traitement par les ARV**
 - Réduire la charge virale en arrêtant la multiplication virale,
 - Diminuer la fréquence des infections opportunistes,
 - Restaurer l'état immunitaire des PVVIH dans les limites normales,
 - Réduire la transmission du VIH pour prévenir les nouvelles infections à VIH.

SESSION 1 : BILAN INITIAL

La mise sous ARV nécessite une évaluation clinique et biologique initiale de l'état du patient. Ce bilan permettra de préciser le stade clinique OMS de la maladie et de préciser les circonstances particulières qui nécessitent une prise en charge.

4.1. Evaluation clinique

Il s'agit d'une véritable consultation médicale comprenant essentiellement :

- **L'interrogatoire**
 - Le recueil des données démographiques du patient âge, sexe, domicile téléphone, statut matrimonial, profession, région de provenance
 - Les antécédents personnels : maladie(s) connue(s), mode de vie (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie),
 - Le ou les traitements en cours ;
 - Prophylaxie primaire par le cotrimoxazole déjà en cours ou non ;
 - Prophylaxie à l'Isoniazide en cours ou non
 - DDR chez les femmes en âge de procréer, notion de grossesse ou pas, désir de grossesse ou pas,
 - Recueil d'information sur le déroulement de la grossesse

- **L'examen physique complet :**

- L'examen général : la température, la tension artérielle, la taille, le poids, ictère, déshydratation, pâleur conjonctivale
- L'évaluation de l'état nutritionnel
- L'état de la peau et des muqueuses, recherche de lésions cutanées ;
- L'Examen des fonctions cognitives et de l'état de conscience ;
- Examen des autres appareils.
- Examen obstétrical pour les femmes enceintes

- **Préparation à une bonne observance : éducation thérapeutique**

Un dialogue soignant-soigné nécessaire et orienté pour apprécier les capacités du patient pour une observance optimale au traitement

4.2. Evaluation Biologique

En dehors de la sérologie du VIH positif, aucun autre bilan biologique (Le typage lymphocytaire, les bilans hématologique et biochimique, la charge virale) ou radiologique ne conditionne la mise sous ARV.

Les examens complémentaires seront demandés en fonction de la situation clinique du patient.

Au Togo, toute personne dépistée séropositive doit être systématiquement mise sous ARV

SESSION 2 : LES MOLECULES ARV DISPONIBLE AU TOGO ET LEURSEFFETS SECONDAIRES

2.1. Classification des molécules selon leurs modes d'action

Les antirétroviraux sont des molécules virostatiques qui inhibent l'activité des enzymes indispensables à la réplication du VIH (transcriptase inverse, intégrase et la protéase), ou qui empêche la pénétration de l'ARN viral dans la cellule cible sans détruire le virus.

✓ Les inhibiteurs de la fusion

Les inhibiteurs de la fusion (IF) bloquent la fusion entre la membrane virale et la membrane de la cellule cible empêchant ainsi l'ARN viral d'entrer dans la cellule cible par inhibition du réarrangement structural de la gp-41 du VIH1 ou en bloquant le corécepteur CCR5.

✓ **Les inhibiteurs de la transcriptase inverse**

Les inhibiteurs de la reverse transcriptase agissent sur le VIH-1 et le VIH-2 en bloquant la transformation de l'ARN viral en ADN pro viral par inhibition de la reverse transcriptase. Les trois sous-groupes sont : INTI, INTTI et INNTI ;

- **INTI ou inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase Inverse**, qui, après avoir été triphosphorylés en métabolites actifs, inhibent l'enzyme par inhibition d'élongation de l'ADN en se substituant aux nucléotides normaux. Ils sont actifs sur le VIH-1 et VIH-2.
- **Les inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse**, représentés par le ténofovir (TDF). Cette molécule agit de la même façon que les INTI mais, elle a besoin d'être biphosphorylée. Elle a un profil de résistance différent et elle est active sur des couches résistantes aux INTI.
- **INNTI ou inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse** qui sont directement actifs sans transformation. Ils ne sont pas actifs sur le VIH-2 et les sous types de VIH-1 groupe O.
Leur toxicité est hépatique (NVP) et neurologique (EFV). Du fait de leur demi-vie longue, la posologie est d'une prise par jour pour EFV ou répartie en deux prises pour la NVP.

✓ **Les inhibiteurs de l'intégrase**

Les inhibiteurs de l'intégrase (II) empêchent l'intégration du génome du VIH dans le génome de la cellule hôte par inhibition de l'activité catalytique de l'intégrase.

✓ **Les inhibiteurs de la protéase**

Les inhibiteurs de la protéase (IP) agissent au stade tardif de la réplication en empêchant l'assemblage des protéines virales nouvellement synthétisées par fixation sur le site catalytique de la Protéase, bloquant ainsi son activité protéolytique.

Cela conduit à la production de virions immatures non infectieux et donc à l'interruption du cycle viral. Les IP sont directement actifs sur le VIH-1 et le VIH-2 sans recours au métabolisme cellulaire.

2.2. Principaux ARV par classe thérapeutique au Togo : formes et posologies

Tableau I : Formes dosages des ARV chez l'adulte et l'adolescent

Classe	Formes et dosages
Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse	
Zidovudine (ZDV ou AZT)	Comprimé à 100, 250, et 300 mg
Lamivudine (3TC)	Comprimé à 150 mg
Abacavir (ABC)	Comprimé à 300mg
Inhibiteur Nucléotidique de la Transcriptase Inverse	
Ténofovir (TDF)	Comprimé à 300 mg
Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse	
Efavirenz (EFV)	Comprimé à 200 et 600 mg
Inhibiteurs de la Protéase	
Lopinavir+Ritonavir (LPV/r)	Comprimé à 200 mg/50 mg
Ritonavir (RTV)	Capsule à 100 mg
Atazanavir+Ritonavir (ATV/r)	Gélule à 300 mg/100 mg
Darunavir (DRV)	Comprimés 300 mg 600 mg
Inhibiteur de l'intégrase	
Raltégravir (RAL)	Comprimés 400 mg
Dolutégravir (DTG)	Comprimés 50 mg

Il existe des formes combinées telles que :

Zidovudine (300 mg) /Lamivudine (150 mg)

Lopinavir (200 mg) / Ritonavir (50 mg) (LPV/r)

Abacavir (600 mg) /Lamivudine (300 mg)

Ténofovir (300 mg) / Lamivudine (300 mg)

Ténofovir (300 mg) / Lamivudine (300 mg) /Efavirenz (600 mg)

Ténofovir (300 mg) / Lamivudine (300 mg) /Dolutégravir 50 mg

Atazanavir (300 mg) / Ritonavir (100 mg) (ATV/r)

Ténofovir (300 mg) / Lamivudine (300 mg) /Dolutégravir 50mg

2.3. Effets indésirables des ARV

Tableau II : Effets indésirables et précaution d'emploi des ARV disponibles au Togo

ARV	Effets indésirables	Précautions d'emploi
Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse		
Zidovudine <i>AZT, ZDV ou</i>	Communs: Nausées, vomissements, fatigue, maux de tête, vertiges, faiblesse, douleurs musculaires, perte d'appétit, fièvre Rares: Neutropénie anémie lipoatrophie, acidose lactique,	CI - Hb < 7,5 g/dl ou PN < 750/mm ³
Lamivudine <i>3TC</i>	Effets indésirables de faible intensité et transitoires : Généralement bien toléré	aucune
Abacavir <i>ABC</i>	Prurit d'hypersensibilité (5 %), fièvre, malaise, mycoses pancréatite, acidose lactique.	Au repas
Inhibiteur Nucléotidique de la Transcriptase Inverse		
<i>Ténofovir</i> <i>TDF</i>	Hypophosphorémies, Syndrome de Fanconi (exceptionnel)	Ne pas donner aux moins de 10 ans
Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse		
Efavirenz <i>EFV</i>	Prurit (modéré), somnolence, rêves anormaux, insomnie, confusion, hallucinations, euphorie, amnésie, agitation, pensées anormales.	Le soir au coucher
Inhibiteurs de la Protéase		
Ritonavir En tant que booster uniquement	Diarrhée, vomissements, prurit ; augmentation des lipides, exacerbation d'affections hépatiques chroniques (rare)	Uniquement comme booster
Lopinavir / Ritonavir <i>LPV/RTV</i>	Intolérance gastro-intestinale , prurit, céphalées ; augmentation des lipides, hyperglycémie, pancréatite (rare)	
Atazanavir <i>ATV</i>	Vomissement, diarrhée, douleur abdominale, nausée, dyspepsie, jaunisse, rash, syndrome lipodystrophique, asthénie	Réservé aux plus de 5ans
Darunavir <i>DRV</i>	Vomissement, diarrhée, douleur abdominale, nausée, dyspepsie, jaunisse, rash, syndrome lipodystrophique, asthénie	
Inhibiteur de l'intégrase		
Raltégravir RAL	Maux de tête, insomnie Réaction d'hypersensibilité, éruption cutanée grave, nausées, myopathie ; troubles du sommeil, syndrome d'hypersensibilité	Enfants de moins de 6 ans, allaitement, grossesse, intolérance au galactose et déficit en lactase.
Dolutégravir	Rash cutanés, nausées, céphalées, troubles du sommeil, syndrome d'hypersensibilité (1 %), toxicité rénale (diminution du débit de filtration glomérulaire)	Femmes enceintes

2.4. Interaction pharmacodynamique

Lorsque deux ou plusieurs médicaments sont pris ensemble, ils peuvent avoir des actions qui s'additionnent (synergie) ou s'annulent (antagonisme). L'association de deux médicaments peut aussi créer une toxicité. Exemple :

- Efavirenz +IP entraîne une diminution de la concentration des IP ;
- Fluconazole, (ou kétoconazole) + IP entraîne une augmentation des concentrations des IP ;
- Rifampicine + IP (ou INNTI) entraîne une diminution importante des concentrations des IP, des INNTI.
- Rifampicine+ Dolutégravir entraîne une diminution de la concentration DTG (doubler la dose 50 mg deux fois/Jour)

SESSION 3 : PROTOCOLES ARV AU TOGO

Les schémas thérapeutiques s'insèrent dans une stratégie de première, deuxième et troisième ligne. Leur choix tient compte du coût, de la maniabilité, de la disponibilité, du nombre de prises par jour, de la tolérance des molécules et de la possibilité de traiter toutes les PVVIH).

En première ligne : 2 INTI +1 II ou 2 INTI + 1 INNTI ou 2 INTI + 1 IP

En deuxième ligne : 2 INTI + 1 IP

En troisième ligne : 2 INTI + IP + 1 II.

3.1. Protocoles de première ligne chez l'adolescent et l'adulte

Pour toutes les nouvelles inclusions

Tableau III : Protocoles de première ligne chez l'adolescent et l'adulte en cas de l'infection au VIH1

	Choix préférentiel	Alternative
Protocoles	2 INTI + 1 II TDF /3TC /DTG*	2 INTI + INNTI ou 2INTI+1 II TDF/3TC/ EFV ou ABC/3TC+DTG ou ABC/3TC+EFV

*** utiliser chez les adultes et adolescent de plus de 12 ans, les femmes sous contraceptifs**

3.2. *Protocoles de deuxième ligne chez l'adolescent et l'adulte en cas de l'infection au VIH1*

Les protocoles de deuxième ligne tiennent compte des protocoles antérieurs et des protocoles en cours.

Tableau IV : Protocoles de deuxième ligne chez l'adolescent et l'adulte en cas de l'infection au VIH1

	Protocole L1	Protocole L2
Choix préférentiel	TDF /3TC /DTG	ABC /3TC+ATV/r (ou LPV/r) AZT/3TC+ATV/r (ou LPV/r)
Choix alternatif	TDF /3TC/ EFV	ABC /3TC+ATV/r (ou LPV/r) AZT/3TC+DTG AZT/3TC+ATV/r (ou LPV/r) ABC/3TC+DTG
	ABC/3TC+DTG	TDF/3TC+ ATV/r (ou LPV/r)
	ABC/3TC+EFV	TDF/3TC+DTG

❖ *Protocoles de troisième ligne chez l'adolescent et l'adulte*

Les molécules de troisième ligne disponibles au Togo sont le Raltégravir le Darunavir et le Dolutégravir.

Exemples de protocoles de troisième ligne :

DRV + RAL + RTV + TDF/3TC

DRV + RAL + RTV + ABC/3TC

DRV+RTV+DTG+TDF/3TC

DRV+RTV+DTG +ABC/3TC

Il faudra :

- S'assurer d'une bonne observance thérapeutique
- Deux charges virales détectables trois à six mois d'intervalle ; un génotypage si possible
- Documenter l'échec thérapeutique par un taux de CD4 ;
- Faire une revue de toutes les molécules antérieurement utilisées

3.3. Protocoles ARV chez l'enfant infecté

Infection au VIH 1

❖ Protocoles de première ligne

Choix préférentiels : 2INTI + IP/r

Tableau V : Protocoles de première ligne chez l'enfant

Tranche d'Age	Choix préférentiel	Alternatif	observation
NNE de 0 à 4 semaines	AZT+3TC+RAL ¹	AZT+3TC+ LPV/r	Traitement de courte durée en attendant qu'une formulation pédiatrique du LPV/r et du DTG soit utilisable
plus de 4 semaines à moins de 6 ans	ABC + 3TC + LPV/r	AZT+3TC+ LPV/r	
6 à moins de 12 ans	ABC + 3TC + DTG	ABC+3TC+EFV	DTG à partir de 6 ans (poids ≥ 15 kg)
12 à 19 ans	TDF + 3TC + DTG	ABC + 3TC + DTG TDF /3TC/EFV ABC + 3TC + EFV	TDF à partir de 12 ans

NB : si le traitement à l'initiation est efficace et la forme galénique disponible, maintenir le protocole et adapter la posologie en fonction du poids

❖ Protocoles de deuxième ligne

Les protocoles de deuxième ligne tiennent compte des protocoles antérieurs et des protocoles en cour.

Tableau VI : Protocoles de deuxième ligne chez l'enfant

Tranche d'âge	Ligne 1	Ligne2	
NNE de 0 à 4 semaines (diagnostic présumé)	AZT+3TC+RAL AZT+3TC+ LPV/r		
plus de 4 semaines à moins de 6ans	ABC + 3TC + LPV/r AZT+3TC+ LPV/r		
6 à moins de 12 ans	ABC + 3TC + DTG ABC+3TC+EFV	TDF+ 3TC +LPV/r TDF+3TC+DTG	TDF à partir de 12 ans (Poids ≥ 30 kg)
12 à 19 ans	TDF + 3TC + DTG ABC + 3TC + DTG TDF /3TC/EFV ABC + 3TC + EFV	ABC + 3TC +LPV/r (ou ATV/r) TDF + 3TC +LPV/r (ou ATV/r) ABC + 3TC + DTG TDF + 3TC + DTG	

SESSION 4 : SUIVI DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE SOUS TARV

En pratique, le suivi associe :

- Un examen clinique complet (incluant poids, tension artérielle) et un examen systématique de la cavité buccale (recherche de candidose buccale notamment) ;
- Un bilan biologique comportant au minimum la charge virale ;
- Un conseil concernant l'hygiène de vie : alimentation suffisante mais sans excès calorique, pauvre en sucres rapides et en graisses d'origine animale, arrêt du tabac, exercice physique régulier, limitation) de l'alcool en cas de consommation excessive.

4.1 Suivi au cours du traitement

Il comprend

- Une consultation médicale comprenant :
 - Un interrogatoire pour obtenir les données démographiques et les antécédents médicaux du patient
 - Un examen physique complet pour mentionner les paramètres cliniques
 - Un dialogue soignant-soigné pour optimiser l'observance du patient
- Un bilan biologique pour la surveillance de la tolérance des médicaments

4.1.1. Consultation après un mois

- Contrôler la tolérance et l'observance du traitement (tolérance clinique et biologique).
- Discuter des difficultés et contraintes rencontrées (familiales et professionnelles),
- Aider à la gestion de la prise médicamenteuse,

Le patient sera vu mensuellement afin de contrôler les paramètres cliniques (recherche d'une IO), surveiller et prendre en charges les effets secondaires et aider à l'observance.

4.1.2. Consultation au troisième mois

- Examen clinique : contrôle de la tolérance et de l'observance du traitement ; rechercher une infection opportuniste
- Discuter des mesures de prévention : hygiène quotidienne, SR, préservatifs

4.1.3. Tous les Six mois

- Examen clinique : contrôle de la tolérance et de l'observance du traitement ; rechercher une infection opportuniste
- Examens Para cliniques : examens obligatoires : CV, CD4, créatininémie (Extraire le débit de filtration glomérulaire) Transaminases,

4.1.4. Suivi différencié : Dispensation différenciée des ARV

La dispensation des ARV se fera selon une périodicité mensuelle, trimestrielle et semestrielle en fonction de la situation clinique des patients :

Pour tout patient sous ARV de moins de trois mois, on appliquera une dispensation mensuelle avec une évaluation de la tolérance et de l'observance thérapeutique. Si le patient affiche une bonne observance au bout des trois premiers mois de traitement ARV, continuer le suivi jusqu' à 6 mois et faire une CV : si CV supprimée, envisager alors la dispensation ARV sur 3 à 6 mois.

En cas de mauvaise observance thérapeutique et/ou de non suppression de la charge virale VIH continuer le suivi mensuel jusqu'à stabilité du patient

Tableau VII : **Bilan de suivi sous ARV.**

	M6		tous les 6 mois
	Recommandé		
CD4			Oui
NFS		Oui	Oui
SGPT/ALAT		Oui	Oui
Créatinémie (Demander le débit de filtration glomérulaire)		Oui	Oui
Glycémie		Oui	Oui si IP
cholestérol		Oui	Oui si IP
Triglycérides		Oui	Oui Si IP
Charge virale	Oui		Oui*
Test urinaire de grossesse		Oui	
Antigène HBS		Oui si négatif à M0	
Sérologie Hépatite C		Oui si négatif à M0	
Rxd pulmonaire		Oui si toux	

4.2. Gestion des effets secondaires.

Les antirétroviraux entraînent des effets secondaires (ES) qui sont susceptibles, selon leur fréquence, leur intensité, leur durée et le terrain, d'amoindrir l'observance et par conséquent l'efficacité du traitement et la qualité de vie des patients.

4.2.1. Prévention des effets secondaires :

Il faut avoir recours aux combinaisons bien tolérées, éviter la co-prescription de molécules ayant le même profil de toxicité ou favorisant des interactions nocives, notamment les médicaments traditionnels, donner des informations sur les ES, prendre en compte les pathologies sous-jacentes qui risquent de majorer la toxicité des antirétroviraux (hépatites virales, anémie, antécédent de toxidermie sévère).

Avant d'arrêter ou de changer un ARV il faut évaluer la gravité de l'effet secondaire (cf. Annexe X).

4.2.2. Modalités de prise en charge selon les manifestations et le type d'ES

Si le patient présente des effets secondaires, identifier et changer uniquement le médicament responsable. Mais ce changement doit tenir compte du type de molécule et de la gravité de l'incident. En pratique seuls les effets de grade 3 et 4 justifient le changement du médicament

Tableau VIII : Effets indésirables graves nécessitant une substitution de la molécule suspecte dans le traitement ARV

ARV	Effets indésirables	Conduite à tenir
AZT	Anémie grave (<7,5 g/dl) ou Neutropénie grave (<500/mm ³)	Substituer l'AZT par le TDF
	Acidose lactique	- Arrêter complètement le traitement ARV - Reprendre après récupération clinique en substituant l'AZT par le TDF
TDF	Toxicité rénale (Créatininémie > 1,5 X la normale)	Substituer le TDF par l'AZT
EFV	Toxicité sur le système nerveux central persistant (Plus de 4 semaines) et grave	Substituer l'EFV par la NVP ou un IP
	Tératogénicité	
NVP	Hépatite (ALAT > 5 fois la normale)	Substituer la NVP par l'EFV ou un IP
	Rash modéré	Substituer la NVP par l'EFV ou un IP

	Rash grave, Syndrome de Stevens Johnson <u>ou</u> de Lyell	- Arrêter complètement le traitement ARV - Reprendre après récupération clinique en substituant la NVP par un IP Eviter EFV
DTG	Rash cutanés, nausées, céphalées, troubles du sommeil, syndrome d'hypersensibilité (1 %), toxicité rénale (diminution du débit de filtration glomérulaire)	Evaluer l'échelle de gravité Si effet secondaire mineur, traitement symptomatique Si GRADE 3 et 4 référé vers le niveau supérieur.
DRV	Vomissement, diarrhée, douleur abdominale, nausée, dyspepsie, jaunisse, rash, syndrome lipodystrophique, asthénie	
RAL	Maux de tête, insomnie Réaction d'hypersensibilité, éruption cutanée grave, nausées, myopathie ; troubles du sommeil, syndrome d'hypersensibilité	

4.2.3. Stade de gravité d'un effet secondaire selon l'OMS :

Grade 1 : Effet secondaire mineur qui ne nécessite ni mesure correctrice, ni hospitalisation ;

Grade 2 : Effet secondaire modéré, mesures correctrice, mais pas d'hospitalisation ni arrêt des ARV

Grade 3 : Effet secondaire sévère ; traitement en milieu hospitalier, arrêt des ARV ou changement

Grade 4 : Effet secondaire gravissime (pronostic vital), arrêt des ARV ou changement.

4.2.4. Effets secondaires sévères qu'il faut connaître

○ *Syndrome d'hypersensibilité* :

Il est caractérisé par une fièvre, une toux, une hépato splénomégalie, une cytolysé hépatique, parfois rash cutané.

○ *Syndrome de Stevens-Johnson/Lyell* :

C'est une réaction allergique cutanéomuqueuse, due le plus souvent aux INNRT en particulier la Névirapine. Il est caractérisé par :

- Atteinte cutanéomuqueuse (décollement cutané important),
- Fièvre,
- Altération de l'état général.

La prise en charge impose

- Un arrêt du médicament suspect (avec contre-indication absolue à la réintroduction)
- Une hospitalisation avec correction des troubles hydro-électrolytiques et une lutte contre la surinfection des lésions.
 - ***Syndrome de reconstitution immunitaire (Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome IRIS) :***

C'est une réaction paradoxale du traitement antirétroviral hautement actif, marquée par des CD4 élevés et la CV basse, ce qui permet d'écarter un échec thérapeutique et de poursuivre le traitement antirétroviral. Il se manifeste par une exacerbation et/ou une évolution atypique d'une infection opportuniste avec aggravation d'une maladie préexistante ou infra clinique.

On distingue deux profils évolutifs :

- ❖ Les formes cliniques précoces avec des manifestations survenant le plus souvent dans **les trois premiers mois qui suivent l'initiation de la trithérapie antirétrovirale**. Elles sont généralement associées à une infection active parfois infra clinique ou une infection récemment traitée. Les pathogènes les plus fréquemment rencontrés au cours de l'IRIS sont : *Mycobacterium tuberculosis* ; *Mycobacterium avium* ; *Cryptococcus neoformans* ; *Cytomegalovirus*. Certains moins fréquents sont le VZV, HSV ; HHV-8 ; VHB ; VHC ; *Microsporidium* ; *Leishmania major* ; *Parvovirus B9* ; *Histoplasma* ; *Chlamydia trachomatis*.

En Afrique la maladie la plus fréquente au cours de l'IRIS est la tuberculose.

- ❖ Les formes cliniques tardives qui peuvent survenir au-delà de 12 mois et qui sont liées à une réponse inflammatoire dirigée contre les antigènes séquestrés de pathogènes souvent non viables. *Certaines maladies auto-immunes ont été décrites dans le cadre d'un IRIS (La sarcoïdose, le lupus érythémateux systémique, la polymyosite) ;*

Le diagnostic de l'IRIS est parfois difficile et peut poser des problèmes de diagnostic différentiel avec une infection opportuniste non contrôlée du fait d'une non-observance ou d'interactions médicamenteuses.

Des critères diagnostiques de l'IRIS ont été définis :

- Patient infecté par le VIH
- Patient recevant une trithérapie antirétrovirale efficace
- Baisse de la charge virale plasmatique $\geq 1 \log_{10}$
- Augmentation des lymphocytes TCD4 circulants (qui peut néanmoins être retardée)
- Symptomatologie clinique évoquant un processus inflammatoire
- Evolution clinique inattendue d'une infection opportuniste diagnostiquée et correctement traitée (pas d'interaction médicamenteuse ni de non observance)
- Pas d'évidence de nouvelle infection opportuniste
- Absence de signe évoquant une toxicité médicamenteuse.

Certains facteurs prédisposent à la survenue d'un IRIS :

- Patient très immunodéprimé ($CD4 < 100/mm^3$)
- Charge virale plasmatique élevée
- Infection opportuniste sous-jacente
- Pathogènes : mycobactéries, CMV,
- Infection sévère et/ou disséminée
- Introduction des ARV ≤ 2 mois après une mise en route d'un traitement curatif ou d'attaque d'une infection opportuniste
- Réponse virologique rapide sous ARV (baisse rapide de la CV $< 2,5 \log$ copies)
- Conversion de l'IDR au cours les IRIS associés à la tuberculose
- Réponse immunologique rapide sous ARV

Prise en charge de l'IRIS

Les patients qui présentent des facteurs de risque d'IRIS doivent

- Faire l'objet de recherche active d'infection opportuniste infra clinique en particulier la tuberculose surtout en zone endémique
- Bénéficier d'une surveillance particulière au cours des 2 mois qui suivent la mise sous ARV

En cas d'IRIS :

- Traiter l'infection opportuniste sous-jacente
- Continuer le traitement par les ARV

- Dans les présentations cliniques sévères, une corticothérapie par voie orale est associée 1,5mg/kg/j de prednisone pendant 14jours puis 0,75mg/kg/j pendant 14 jours puis arrêt.

- **Syndrome de lipodystrophie**

Il est dû aux IP++ et rarement INTI. Deux aspects sont décrits :

- L'atrophie, (fesses, visage, cuisses, bras) et
- L'obésité tronculaire (cou, thorax, abdomen, seins).

Les facteurs favorisants sont

- La durée d'exposition,
- Le repas riche en graisses,
- L'obésité, la sédentarité.

La prise en charge repose sur

- Le régime normo calorique, pauvre en sucre, graisse et alcool,
- Les exercices physiques modérés (marche, vélo)
- Le régime sans IP.

- **Complications métaboliques :**

Elles sont dues le plus souvent aux IP, au d4T, au d4T+ddI, rarement aux INRT. Il s'agit de

- L'hyperglycémie,
- L'hyperlipidémie,
- L'hypertriglycéridémie,
- L'hypercholestérolémie).

L'essentiel de la prise en charge repose sur

- Un régime normo calorique, pauvre en sucre, en graisse sans alcool, et sans tabac, l'exercice physique modéré,
- La metformine si hyperglycémie,
- Le traitement par les hypolipémiants (les statines pouvant être utilisés avec les IP sont : la pravastine, la fluvastatine, et la rosuvastatine).

- **Complications neurologiques**

Il s'agit essentiellement des neuropathies périphériques douloureuses, observées avec les INTI et des troubles cognitifs avec les INNTI (EFV).

4.3. L'échec thérapeutique et sa gestion

L'objectif d'un traitement antirétroviral hautement efficace est d'obtenir et de maintenir une charge virale indétectable (inférieure à 50 copies par ml)

4.3.1. Critères de l'échec thérapeutique

L'échec du traitement antirétroviral repose sur trois critères : l'échec clinique, l'échec immunologique et l'échec virologique.

○ *L'échec clinique*

On parle de l'échec clinique lorsqu'il existe chez un patient sous ARV des signes significatifs de progression de la maladie, nouvelle IO ou rechute d'une IO antérieure, ou apparition d'une affection classant SIDA (stade 4 OMS), après au moins 6 mois de traitement bien conduit (observance bonne). En dehors de l'IRIS. Il est associé à un échec immunologique.

○ *L'échec immunologique*

Chez l'adulte et l'enfant de plus de 5 ans

- La baisse du nombre de CD4 devenant inférieur ou égal au taux initial après au moins 6 mois
- Ou une persistance d'un taux de CD4 inférieur à 100cell/ml après au moins 6 mois de traitement bien conduit.

Chez l'enfant de moins de 5 ans,

- C'est la persistance d'un nombre de CD4 inférieur à 200cel/ml
- Ou d'un taux de CD4 inférieur à 10%

○ *L'échec virologique*

L'échec virologique est la détection d'une charge virale supérieure à 1000copies/ml sur une base de 2 mesures réalisées à 3 mois d'intervalle avec soutien à l'observance, Ces mesures doivent être réalisées chez un patient sous TARV bien observé depuis au moins 6 mois.

4.3.2. Préalables avant le changement de ligne pour échec thérapeutique

Avant de changer le traitement il faut :

- Reconsidérer l'observance du patient,
- Analyser les traitements antérieurs et le traitement en cours du patient,
- Contrôler la CV à défaut le CD4,

- Formuler la demande du génotypage au laboratoire de virologie (si possible).
- Discuter du dossier avec le comité thérapeutique.

4.3.3. Comment changer les ARV de la première ligne en ARV de deuxième ligne

Changer toujours le traitement de première ligne par le schéma de deuxième ligne en cas d'échec avéré. Voir tableaux IV et V.

MODULE 4 : PRISE EN CHARGE DE CAS PARTICULIERS

PLAN DU MODULE

MODULE 4 : PRISE EN CHARGE DES CAS PARTICULIERS

Session 1 : Conduite à tenir devant un accident D'exposition au sang ou aux liquides biologiques (AES)

Session 2 : Prophylaxie Pré exposition (PrEP)

Session 3 : Toxicomanie par injection de drogue IV

Session 4 : Conduite à tenir devant un viol ou autres abus sexuels

Session 5 : Infection à VIH 2 ou dual VIH1 + VIH2

Session 6 : Co-infection Tuberculose/ VIH

Session 7 : Co-infection VIH/ Hépatite virale

SESSION 1 : CONDUITE A TENIR DEVANT UN ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG OU AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES (AES)

Un AES est défini comme tout accident chez un personnel lors d'un contact percutané (piqûre, coupure, plaie) ou d'une projection sur une muqueuse ou sur une peau lésée, avec du sang ou avec un produit biologique contaminé par du sang. Cet accident peut survenir soit dans le cadre professionnel de soins, soit hors champ du soin ou hors cadre professionnel.

1.1 Données épidémiologiques

❖ *Agents mis en cause*

Différents agents sont mis en cause à l'origine des AES : virus, bactéries, parasites. Ce chapitre traite uniquement des AES dû au VIH. Il cible le personnel médical, para médical, et le personnel d'appui.

❖ *Liquides biologiques humains potentiellement infectants*

- Sang
- Liquides des séreuses (plèvre, amnios, péricarde, péritoine, synoviale, méninges)
- Sécrétions diverses teintées de sang
- Sécrétions sexuelles : cervico-vaginales, séminales, sperme
- Lait maternel.

❖ *Risque de transmission pour un AES*

Parmi les liquides biologiques humains potentiellement infectants, les liquides suivants n'ont jamais été impliqués dans les contaminations professionnelles : Liquide pleural, Liquide amniotique, Sperme, Sécrétions cervico-vaginales, LCR

❖ *Liquides biologiques humains non infectants*

- Sueur, Urines, Fèces, Larmes, Salive, Vomissures

❖ *Personnel à risque*

Les personnels les plus à risque sont :

- Personnels qui prélèvent (infirmier et infirmières, techniciens de laboratoire...)

- Personnels réalisant des interventions et des soins chirurgicaux et obstétricaux
- Personnels qui apprennent des gestes à risque : étudiants-stagiaires, élèves infirmiers (ières), élèves sages-femmes ...

1.2. Circonstances de survenue

Le personnel médical et paramédical peut-être accidentellement contaminé au cours de leur activité professionnelle. La majorité des AES surviennent en fin de geste (50 à 80%). D'où l'intérêt du respect des règles de précautions universelles en matière de soins :

- Se laver les mains avant et après chaque soin
- Panser et couvrir toutes les plaies, notamment celles des mains
- Utiliser des gants (double paire au bloc, à changer toutes les deux heures)
- Utiliser : lunettes, masques, sur-blouse si risque de projections
- Ne pas recapuchonner les aiguilles usagées
- Déposer tout matériel souillé, piquant ou coupant dans des containers spéciaux pour incinération
- Transporter les prélèvements dans des récipients clos
- Ne pas pipeter à la bouche au laboratoire.

N.B. : l'employeur a un rôle et une responsabilité dans la formation du personnel et la fourniture des moyens de protection individuelle.

Pour des raisons médico-légales, il faut déterminer pour chaque catégorie professionnelle, les gestes à risque, les types d'accidents et le matériel en cause.

❖ *Gestes à risque*

- Tissus à suturer maintenus à la main
- Pose d'instruments contondants
- Confection de nœuds
- Mise en place d'aiguilles sur porte-aiguilles
- Ponctions diverses
- Prélèvements veineux
- Recapuchonnage d'aiguille ou autre instrument contondant

- Soins dentaires (fraises, aiguilles, objets coupants ...)

❖ *Types d'accidents*

- Coupures
- Piqûres
- Projections sur muqueuses ou peau lésée ou dermatoses eczématiformes.

❖ *Matériels en cause*

- Aiguilles creuses
- Aiguilles pleines
- Bris de verre
- Lames de bistouris
- Tout objet contondant

1.3 Conduite à tenir devant un AES

Devant tout AES, les mesures à prendre doivent l'être en urgence, de façon à permettre après évaluation du risque, la mise sous ARV dans les 24 à 48 heures suivant l'accident, si possible dans les quatre heures qui suivent.

❖ *Mesures immédiates*

- Interrompre le geste contaminant
- Ne pas faire saigner
- Nettoyer immédiatement la plaie : eau + savon + antiseptique
- Tremper pendant 5 minutes dans une solution désinfectante active sur le VIH (dérivé chloré type Dakin ou eau de javel à 12 degré dilué au 1/10 ou alcool à 70 % ou polyvidone iodé ou Chlorhexidine alcoolique à 0,5%) ;
- Pour les muqueuses, rincer abondamment avec du sérum physiologique ou de l'eau pendant au moins 10 minutes ;
- Consulter immédiatement le Médecin référent agréé par le PNLS

❖ *Mesures immédiates prises par le Médecin référent*

- Evaluation du risque infectieux : type d'exposition, profondeur de la blessure, type d'aiguille ou de matériel en cause, nature du liquide biologique
- Examen clinique et prélèvement du patient source afin de déterminer son statut sérologique vis à vis du VIH, VHB et VHC
- Prélèvement sanguin chez le personnel exposé à cet AES afin de déterminer son statut sérologique vis à vis du VIH, VHB et VHC au moment de l'accident.
- Proposition éventuelle d'une prophylaxie antirétrovirale : le traitement antirétroviral doit être débuté sans attendre dès que la sérologie du patient source est positive.

❖ *Prophylaxie thérapeutique (doit être administrée dans les 2 à 4 premières heures, mais toujours avant la 48ème heure)*

Les médecins référents agréés, des établissements publics ou privés de santé, ont la responsabilité suivante :

- Aider à la décision de mise en œuvre d'une chimio prophylaxie antirétrovirale en fonction du contexte après avoir évalué le risque de contamination par le VIH,
- Prescrire et contrôler l'administration adéquate du traitement (protocoles thérapeutiques, doses, délai et durée) ; ce traitement devra être maintenu pendant quatre semaines. Le protocole prescrit doit contenir un IP/r

Choix préférentiels : protocoles à base du DTG : **2 INTI + II : TDF /3TC/DTG**

En alternative : **2 INTI + IP/r**

- TDF + 3TC + ATV/r ou
- AZT + 3TC + ATV/r

SESSION 2 : PROPHYLAXIE PRE EXPOSITION (PrEP)

C'est une méthode de prévention qui propose un médicament contre l'infection à VIH à une personne non infectée

Elle s'adresse à des hommes et à des femmes exposées par leurs pratiques à haut risque de contracter le VIH

2.1. Conditions

- Etre personne à risque
- Connaitre son statut sérologique négatif
- Etre initié/préparé à la prise d'ARV

2.2. Cibles

- Populations clés (PS, HSH, UD, détenus)
- Conjointes séronégatifs dans les Couples séro-discordants

2.3. Protocole de prise en charge

- TDF+3TC : 1 CP par jour en continu selon les cas
- Un suivi régulier tous les 3 mois est indispensable
- Le traitement doit être pris sous contrôle
- Un contrôle de la clairance de la créatinine doit être fait tous les 3 mois
- Un dépistage du VIH tous les 3 mois

*PrEP continue consiste à prendre 1 comprimé par jour pendant toute la durée de l'exposition

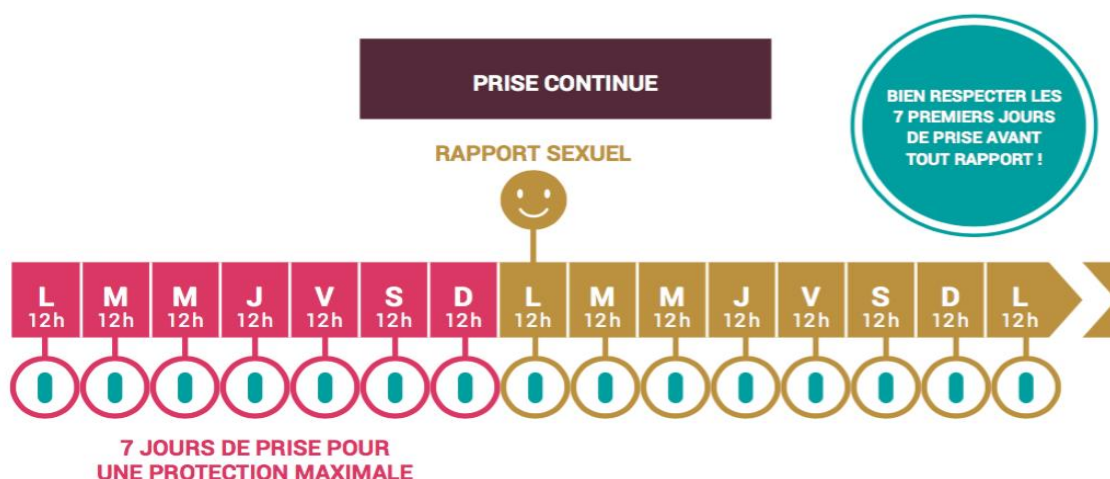


Figure 2 : Schéma de PrEP continue

SESSION 3 : TOXICOMAMIE PAR INJECTION DE DROGUES I.V.

Tableau IX : Les indications de la prophylaxie ARV en fonction des pratiques et de la nature du risque.

Pratiques	Nature du risque	Indications de la prophylaxie ARV
A risque élevé	Partage immédiat de seringues et/ou des aiguilles	Conseillée
A risque intermédiaire	Partage différé d'une seringue ou partage du produit à partir d'une même seringue	A discuter si présence de facteurs aggravants*
A risque faible	Partage du reste du matériel (récipient ou cuillère, eau de rinçage, filtre, coton)	- Conseillée si au moins un des usagers est VIH positif connu ; - Si non à discuter si présence de facteurs aggravants.

❖ *Facteurs augmentant les risques*

- Cadre collectif, ordre de prélèvement ;
- Partenaire : se faisant plus d'une injection par jour.
- Le demandeur : exclusion sociale, appartenance à un réseau social à risque, premier shoot, impossibilité de refuser le partage ;
- Non rinçage de la seringue, non nettoyage de tout le matériel ;

- Toxicomanie par voie non-intraveineuse.

SESSION 4 : CONDUITE A TENIR DEVANT UN VIOL OU AUTRES ABUS SEXUELS

Evaluer le risque dans le cadre d'une expertise médico-légale

- Analyser le contexte et les circonstances de survenue
- Etablir le statut sérologique des personnes concernées : victime et violeur(s).

Mettre en œuvre une trithérapie ARV pendant 4 semaines :

- Chez la victime d'un sujet séropositif.
- Chez la victime d'un agresseur inconnu.

Tableau X : Schéma thérapeutique en cas de viol

2 INTI + II	2 INTI + IP/r
Choix préférentiel	Alternatives
TDF /3TC/DTG	TDF/3TC+ ATV/r AZT / 3TC + ATV/r

Faire le suivi biologique de la victime à J30, J90 et J180.

SESSION 5 : INFECTION PAR LE VIH 2 OU DUAL (VIH1 +VIH2) DOCUMENTE

Infection par le VIH2 ou dual (VIH1+VIH2) documenté

Le VIH2 n'est pas sensible aux ARV de classes des INNTI

Tableau XI : Schéma thérapeutique en cas de VIH2 ou dual VIH +VIH2)

2 INTI + IP/r	
Choix préférentiel	Alternatives
TDF + 3TC + ATV/r	AZT + 3TC + ATV/r

SESSION 6 : CO – INFECTION TB / VIH

✓ Première ligne

Tableau XII : Schéma thérapeutique de première ligne en cas de coinfection TB/VIH

2 INTI + II ou 2 INTI+ INNTI	
Choix préférentiel	Alternative
TDF /3TC / DTG*	TDF /3TC /EFV

* Doubler la dose du DTG

Remarque :

Pour les PVVIH co-infectés TB /VIH présentant à la fois une insuffisance rénale et une anémie de moins de 7 g/dl utiliser un protocole contenant ABC/3TC

✓ Deuxième ligne

Tableau XIII : Schéma thérapeutique de deuxième ligne en cas de co-infection TB/VIH

Molécules de 1 ^{ère} ligne	Protocole de 2 ^{ème} ligne
Si TDF	AZT/ 3TC+ATV/r

SESSION 7 : CO – INFECTION VIH / Hépatites virales

Les VIH, le VHB et le VHC partagent des modes de transmission communs. Au Niger la séroprévalence de l'Ag Hbs chez les patients VIH+ est de 19,77% et du VHC est de 0,3%. La coinfection VIH-VHB et la coinfection VIH-VHC sont devenues des facteurs importants de comorbidité et de mortalité. **Le VHB et le VHC doivent être systématiquement recherchés chez tout patient infecté par le VIH.** L'infection par le VIH augmente le taux de passage à la chronicité des infections aiguës par le VHB, augmente et accélère l'évolution vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire chez les sujets infectés par le VHB et le VHC.

Il ne semble pas y avoir de retentissement de l'infection par le VHB et le VHC sur l'évolution de la maladie VIH.

Le VHB

Diagnostic

Le diagnostic de l'infection par le VHB doit se faire par la **recherche d'Ag HBs**. Chez tout patient porteur de l'Ag HBs, il faut faire :

1) une évaluation **du profil évolutif de l'infection** par :

- La recherche de signes cliniques d'hépatite B chronique
- La recherche de l'Ac anti-HBc
- La recherche d'AgHBe
- Le dosage répété des transaminases
- La quantification de l'ADN du VHB
- La recherche du VHD et du VHC

2) Une évaluation de **l'atteinte hépatique** dont le but est d'apprécier l'existence de complications ou les risques d'évolution vers ces complications, mais aussi d'aider à la décision thérapeutique :

- Taux de Prothrombine pour apprécier le degré d'atteinte hépatocellulaire
- Electrophorèse des protéines sériques
- Echographie abdominale
- Dosage de l'alphafoetoprotéine

Pour le diagnostic de l'Hépatite virale, privilégier la CV Hépatite ;

Compte tenu des difficultés à poser le diagnostic de certitude des hépatites virales évolutives, sera considéré comme porteur d'une hépatite :

*** Hépatite B active** tout patient qui présente :

- Un Antigène HBs positif
- Et des ALAT (SGPT) supérieurs ou égale à 4 fois la normale.

**** Hépatite C active** tout patient qui présente :

- des anticorps anti VHC positif
- et des ALAT (SGPT) supérieurs à 4 fois la normale

Tableau XIV : Schéma thérapeutique co-infection VIH/Hépatite : ligne 1 et ligne 2

2 INTI + II	3INNTI+IP/r
Molécules de 1 ^{ère} ligne	Protocole de 2 ^{ème} ligne
TDF /3TC/ DTG	TDF /3TC + AZT + ATV/r

Remarque :

Pour les PVVIH Co infecté VHB/VIH présentant à la fois une insuffisance rénale et une anémie de moins de 7g/dl utiliser un protocole contenant ABC/3TC

MODULE 5 : OFFRE DU PAQUET DE SERVICES DE QUALITÉS AUX POPULATIONS CLÉS

PLAN DE MODULE

MODULE 5 : OFFRE DU PAQUET DE SERVICES DE QUALITES AUX POPULATIONS CLES

Session 1 : Populations clés et l'épidémie du VIH

Session 2 : Normes cliniques auprès des PC

Session 3 : Paire éducation

Session 4 : Accueil

Session 5 : Accompagnement psychologique

Session 6 : Diagnostic et prise en charge des IST

Session 7 : Prévention et prise en charge du VIH

Session 8 : Accompagnement social et juridique

Session 9 : Soins spécifiques aux populations clés

SESSION 1 : POPULATIONS CLES ET L'EPIDEMIE DU VIH

Au cours des 15 dernières années : le taux annuel de nouvelles infections a baissé de 35 % depuis 2000 et 15 millions de personnes vivant avec le VIH suivent aujourd'hui un traitement antirétroviral (TARV).

Le VIH continue toutefois de toucher de manière disproportionnée les populations clés, à savoir TS, HSH, les personnes transgenres, UDI, et les détenus.

Entre 40 et 50 % des nouvelles infections par VIH enregistrées chez les adultes à travers le monde concernent ces populations et leurs partenaires sexuels.

Selon l'OMS les objectifs phares sur le plan mondial de lutte contre le VIH sont :

- Réduire le nombre de personnes infectées par le VIH à moins de 500 000 dans le monde d'ici 2020 Incidence du VIH.
- Réduire le nombre de décès dus au sida à moins de 500 000 dans le monde d'ici 2020 Mortalité due au sida.
- Éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au sida d'ici 2020 Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH
- Atteindre l'objectif de l'ONUSIDA des trois 90

Pour atteindre ces objectifs, des efforts sont nécessaires surtout à l'endroit des populations vivant avec VIH.

Les populations clés prennent une part importante dans la riposte de l'infection par le VIH à travers :

- Accessibilité aux soins
- Disponibilité des soins de qualité
- Dépistage et traitement des populations clés infectées par le VIH
- Prévention de l'infection du VIH chez les populations clés séronégatives

Pour le faire il faut être un **Mapsfriendly**.

Mapsfriendly : Les convictions personnelles des acteurs de la santé et les psychosociaux ne doivent pas interférer dans la relation soignant-soigné, au risque de compromettre la qualité des soins.

SESSION 2 : NORMES CLINIQUES AUPRES DES POPULATIONS CLES

Les 10 normes de l’OMS des soins cliniques de qualité à l’endroit des populations clés sont :

1. Création d’un environnement accueillant
2. Promotion de la santé mentale
3. Réduction des méfaits de la toxicomanie
4. Services de dépistage du VIH
5. Prévention du VIH
6. Prise en charge du VIH
7. Infections sexuellement transmissibles
8. Dépistage de la tuberculose
9. Dépistage et prévention de l’hépatite virale
10. Soins spécifiques aux populations clés

SESSION 3 : PAIR EDUCATION

Le succès des activités de prévention et prise en charge des IST/VIH/SIDA chez les populations clés est lié en grande partie au travail mené par les agents communautaires intervenant sur le terrain.

L'éducation par les pairs peut atteindre facilement les membres des différentes populations clés.

Ils sont issus d'une population clé et ou proviennent de la même communauté, ont un âge et des origines culturelles similaires à la population ciblée par le service.

Le rôle du Pair Educateur est de :

- Mener des séances de CCC de groupe ou individuel
- Donner des conseils dans la communauté, de promouvoir le conseil dépistage du VIH et consultation IST
- Elaborer le code d'identification unique et de référer les PC (munis des coupons de référence) au service adapté pour la prise en charge.

SESSION 4 : ACCUEIL

Un bon accueil anéantit le niveau de l'auto-stigmatisation des populations clés et crée ainsi un climat de confiance qui favorise une meilleure prise en charge.

Accueillir un patient dans un centre de prise en charge et notamment dans un contexte de populations clés est une étape importante qui conditionne le bon déroulement de la prise en charge.

SESSION 5 : ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Le soutien psychologique est indispensable à la prise en charge des PVVIH et de leurs familles.

L'accompagnement psychologique est un processus continu qui commencent dès l'accueil et ce conformément aux normes nationales de la prise en charge.

Il vise à aider les clients à vivre positivement

La prise en charge psychologique est un processus de dialogue pour permettre à la personne infectée par le VIH de surmonter le stress et prendre des décisions personnelles concernant le VIH/sida.

Le conseil tête à tête se déroule dans un cadre propice pour répondre aux besoins des clients avant, pendant et après le test de dépistage du VIH.

Evaluation de connaissance sur les IST-VIH par des outils adoptés par le pays.

Ils sont chargés de :

- Accueillir et de vérifier le coupon de CIU
- Ecouter le motif ; Rassurer
- Ouvrir le dossier à tous les clients et y inscrire son numéro
- Vérifier les informations et connaissances liées au VIH/Faire l'IEC
- Faire le Conseil pré test,
- Faire le Conseil post test et annonce du résultat
- Enregistrer le résultat et orienter vers le service sollicité

Rôles des conseillers et Médiateurs :

- L'offre de service de dépistage
 - Le dépistage communautaire :
 - L'autotest :
 - Le re-testage/retesting/test contrôle
- Conseils à l'observance et Education thérapeutique
- Groupe de parole
- Visite à domicile
- Visite à l'hôpital

SESSION 6 : DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES IST

La prise en charge correcte des IST chez les populations clés permet de réduire la transmission du VIH au sein de cette population. Les étapes :

- Symptômes IST : plaintes du/la patient(e) et leur durée

Tableau XV : Les Symptômes IST

Hommes	Ecoulement urétral, Tuméfaction du scrotum
Femmes	Ecoulement vaginal, Douleurs abdominales basses Dyspareunie
Hommes et femmes	Plaie génitale ou anale, Douleur anale, Ecoulement anal (sang, pus, autres), Tuméfaction inguinale, Bouton génital et/ou anal, Prurit génital ou anal, impériosité mictionnelle

SESSION 7 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DU VIH

La prise en en charge correcte de l'infection par VIH les populations clés infectées permet de prévenir les nouvelles infections.

7. 1. **Dépistage les cas positifs :**

Le dépistage de cas positifs au VIH dans les populations clés se fait par plusieurs stratégies qui sont : Index Testing, CDIP, EPOA, Autotest, Dépistage communautaire

7. 2. **Prévention et prise en charge du VIH**

La prévention du VIH dans les populations clés se fait par :

- Usage de préservatifs et gels
- Prophylaxie Pré exposition au VIH (PrEP)
- Prophylaxie Post Exposition
- Dépistage et traitement des cas positifs
- Traitement des IST
- Traitement anti-retrovirale

SESSION 8 : ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET JURIDIQUE

➤ **Prise en charge sociale** : les composantes de cette PEC comportent un soutien :

- **Social** : stigmatisation, discrimination, rejet familial...
- **Spirituel** : foi, croyances, convictions, etc.
- **Matériel et financier** : nourriture, habits, logement, argent, travail, etc

- **Accompagnement juridique** : une assistance juridique aux personnes infectées/affectées dont les droits sont bafoués au regard de la législation en vigueur.
- **Service offert en cas de** : stigmatisation et de discrimination ou de violations des droits en général (VBG, etc...)

Les étapes de prise en charge des cas de Violations Basées sur le Genre(VBG)/DH sont :

- Documentation des cas
- Vérification des faits par l'assistance juridique
- Accompagnement, juridique et judiciaire.

SESSION 9 : SOINS SPECIFIQUES AUX POPULATIONS CLES

- **Travailleurs du sexe** : Santé sexuelle et de la reproduction, dépistage du cancer cervical/anal, élimination de la transmission mère-enfant
- **Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes** : Circoncision, dépistage des IST anales et cancers de l'an us
- **Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes** : Un suivi médical approprié pour les Trans (Automédication à l'hormonothérapie)
- **Usagers de drogues** : Réduction des méfaits, notamment par la fourniture de matériel d'injection propre, des traitements reposant sur des preuves scientifiques (TSO), la distribution de naloxone, le soin et le traitement des plaies, les interactions entre médicaments

MODULE 6 : PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE – ENFANT DU VIH

PLAN DU MODULE

MODULE 6 : PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH/TME

Session 1 : Traitement ARV et prophylaxie ARV pour la PTME

**Session 2 : La trithérapie antirétrovirale chez la femme enceinte/mère
séropositive au VIH**

Session 3 : Suivi de l'enfant né de mère séropositive

Session 4 : Désir de grossesse et infection à VIH

SESSION 1 : TRAITEMENT ARV ET PROPHYLAXIE ARV POUR LA PTME

1.1. Evaluation clinique des femmes enceintes séropositives au VIH

Devant toute femme enceinte dépistée séropositive au VIH, faire :

- La classification clinique de l'OMS (voir annexe 1).
- Un examen gynéco obstétrical
- Un suivi régulier (clinique, gynéco-obstétricale et biologique) même après la grossesse.

1.2. Bilan biologique initial

Le bilan initial est identique à celui de l'adulte en général.

En plus de ce bilan biologique, les analyses de routine demandées lors des CPN sont exigées.

1.3. Critères d'éligibilité au traitement ARV

Il n'existe aucun critère pour la mise sur ARV d'une femme enceinte séropositive au VIH.

SESSION 2 : LA TRITHÉRAPIE ANTIRETROVIRALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE SEROPOSITIVE AU VIH

2.1. Infection à VIH-1

En première ligne

Tableau XVI : Protocole ARV en PTME si VIH 1

Mère	Enfant
TDF /3TC /EFV Dès le dépistage	NVP sirop : PN < 2500 g : 10mg/j, soit 1 ml /j PN > 2500 g : 15 mg/j, soit 1,5ml /j Pendant 6 semaines, quel que soit le choix d'alimentation

2.2. Si infection à VIH-2 (ou coïnfection VIH-1 et VIH-2) :

Tableau XVII : Protocole ARV en PTME si VIH 2

Mère	Enfant
TDF / 3TC +ATV/r Dès le dépistage	AZT sirop : 4mg/kg X 2/j Pendant 6 semaines, quel que soit le choix d'alimentation

2.3. Survenue d'une grossesse chez une femme sous TARV

Circonstance :

Survenue d'une grossesse chez une femme infectée par le VIH 1 sous TARV

Attitudes thérapeutiques :

➤ CAT lors de la survenue d'une grossesse chez une femme sous TARV
- Confirmer la grossesse et déterminer l'âge gestationnel - Evaluer la santé de la femme enceinte (examen clinique complet y compris examen gynéco obstétrique et bilan para clinique), - S'assurer qu'elle reçoit un traitement optimal - (Apprécier la tolérance du TARV, la toxicité des ARV pour la mère et le fœtus (hémogramme, bilan hépatique ...) - Prendre une décision thérapeutique qui tienne compte des données cliniques, de l'âge gestationnel et du schéma thérapeutique en cours - Informer la mère du risque d'embryofoetotoxicité des ARV

Vérifier l'efficacité du TARV, le continuer s'il est efficace si non le changer

➤ TARV efficace et bien toléré :

- CV indétectable après au moins 6 mois de traitement
- Absence d'infections opportunistes
- Absence d'effets secondaires majeurs

L'attitude thérapeutique à adopter est résumée dans le tableau qui suit :

Tableau XVII : Attitudes thérapeutiques dans un contexte de grossesse sous ARV

Age de la grossesse à la première visite	Schéma thérapeutique en cours	Attitudes thérapeutiques recommandées
Grossesse quel que soit le terme	TDF / 3TC / EFV	- Continuer le traitement durant toute la grossesse, lors de l'accouchement et en post natal - Planifier un suivi médical mensuel et biologique - Continuer le suivi médical mensuel et biologique dans la structure de PECM
	TDF/3TC/DTG	- Evaluer l'efficacité du TARV - Changer le TARV si âge gestationnel inférieur à 12 semaines d'aménorrhée - Continuer le traitement durant toute la grossesse si âge gestationnel supérieur à 12 semaines d'aménorrhée, s'il est efficace - Planifier un suivi médical mensuel et biologique - Continuer le suivi médical mensuel et biologique dans la structure de PECM si possible
	Si TARV de 2 ^{ème} ligne,	- Evaluer l'efficacité du TAR - Continuer le traitement durant toute la grossesse, lors de l'accouchement et en post natal - Planifier un suivi médical mensuel et biologique - NB : Si schéma avec DTG, changer d'ARV
Attention : Prévoir pour le nouveau-né une prophylaxie antirétrovirale (NVP ou AZT pendant 6 semaines)		

2.4. Situations particulières

2.4.1. Femme enceinte vivant avec le VIH et présentant une anémie

Les femmes enceintes souffrent souvent d'anémie, surtout dans les zones d'endémie palustre. Les parasitoses intestinales et la carence en fer/acide folique sont aussi des facteurs qui favorisent la survenue de cette anémie.

Conduite à tenir en cas d'anémie chez la femme enceinte séropositive

- Ne pas utiliser un schéma thérapeutique contenant de l'AZT chez une femme qui a une anémie sévère (Hb <7 g/dl). Utiliser le schéma recommandé TDF/3TC/EFV

- Traiter des parasitoses digestives
- Supplémenter en fer et acide folique
- Administrer les doses mensuelles de TPI chez la femme enceinte séropositive, qui n'est pas sous Cotrimoxazole, à partir du deuxième trimestre de grossesse, conseiller l'utilisation de MILDA.

2.4.2. Femme enceinte séropositive qui est en travail et qui n'a pas reçu d'ARV en pré-partum

Il s'agit d'une situation d'absence de traitement par les ARV au cours de la grossesse :

- Femme enceinte vivant avec le VIH qui est en travail et qui n'a pas reçu d'ARV au cours de la grossesse
- Femme dépistée en début de travail ou déjà connue séropositive sans traitement et qui se présente en travail sans CPN.
- Femme enceinte sous TARV ayant abandonné son traitement.

Dans ces cas, le protocole d'administration d'ARV sera initié en per ou postpartum.

Tableau XVIII : Protocole de traitement pour une femme enceinte séropositive vue en début ou pendant le travail qui n'a pas reçu d'ARV pendant la grossesse, femme inobservante, femme ayant pris les ARV moins de 4 semaines avant l'accouchement.

Traitement recommandé	Moment d'administration		Recommandations
	Per-partum	Post-partum	
TDF/3TC/EFV	Mère TDF/3TC/EFV	Mère TDF/3TC/EFV	Traitement à vie
		Enfant allaité ou non NVP ou AZT selon le type de VIH pendant 12 semaines	Commencer la prophylaxie immédiatement après la naissance ou au plus tard dans les 12 heures

2.4.3. En cas de séroconversion pendant la grossesse ou en post-partum

Faire un prélèvement pour la PCR à la naissance et démarrer la NVP pour 12 semaines en attendant le résultat de la PCR.

2.4.4. Femme dépistée séropositive pendant l'allaitement

- La mère débute son traitement ARV à vie
- Commencer la prophylaxie chez l'enfant immédiatement pour 12 semaines

2.4.5. Suivi médical pendant la grossesse et surveillance du TARV

Le suivi de l'infection VIH doit être rapproché du fait de la grossesse, et comporter une évaluation de la tolérance et de l'observance du traitement de même qu'un suivi obstétrical

- Evaluer l'observance et rechercher des signes évocateurs de toxicité.
- En plus des éléments habituels de suivi, faire une échographie à 32 SA (si disponible) : pour rechercher une anomalie congénitale, et une surveillance de la croissance fœtale*
- Le suivi biologique est le même que chez l'adulte. (Voir tableau VI)
- Il est nécessaire de faire la charge virale à la femme enceinte entre 32 et 35 SA (pour apprécier le risque de transmission) puis 6 mois plus tard. Si la mère n'est pas en suppression virale ou si le résultat de la mesure de la charge virale n'est pas disponible, considérer l'enfant exposé comme à haut risque. Faire un prélèvement pour la PCR à la naissance et démarrer la NVP pour 12 semaines en attendant le résultat de la PCR.

SESSION 3 : SUIVI DE L'ENFANT NE DE MERE SEROPOSITIVE

3.1. Suivi clinique

Les enfants doivent être consultés dans une formation sanitaire au cours des 2 premières années de vie pour surveiller leur croissance staturo-pondérale.

Pour toutes les consultations, l'agent de santé doit :

- Examiner méthodiquement l'enfant (à la recherche d'infections opportunistes) ;

- Prendre des mesures anthropométriques de l'enfant ;
 - Tracer les courbes de croissance de l'enfant ;
 - Vérifier l'administration de la prophylaxie ARV à l'enfant ;
 - Vérifier le statut vaccinal et faire les vaccinations qui s'imposent ;
 - Revoir avec la mère l'option d'alimentation, lui donner des conseils sur l'alimentation et la soutenir ;
 - Observer la mère qui allaite et fournir un soutien si nécessaire ;
 - Pour la mère qui n'allait pas vérifier la préparation de l'aliment de substitution ;
 - Vérifier l'observance thérapeutique de la mère sous TARV et fournir des ARV à la mère ;
 - Dépister la fratrie et le père ;
 - Conseiller l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) ;
- Vérifier la compréhension de la mère.

Tableau XIX : Planification du suivi du nourrisson né de mère séropositive

PERIODE	INTERVENTIONS DE L'AGENT DE SANTE
A la naissance	• Faire le BCG + Polio 0 • Donner la NVP ou l'AZT sirop en fonction du type de VIH • Vérifier l'observance thérapeutique de la mère sous TARV NB : En cas de séroconversion pendant la grossesse ou en post-partum Faire un prélèvement pour la PCR à la naissance et démarrer la NVP pour 12 semaines en attendant le résultat de la PCR
Semaine 6	• Examiner le nourrisson • Tracer les courbes de croissance de l'enfant • Faire la vaccination DTC 1 + Hep B 1 + HIB 1 + Polio 1 + Rothari 1 + Pneumo 1 (1^{ère} dose) • Conseil pré-test puis prélèvement pour PCR 1 • Initier la prophylaxie au Cotrimoxazole • Arrêter la prophylaxie à la NVP ou à l'AZT sirop chez l'enfant • Vérifier l'observance thérapeutique de la mère sous TARV NB : Enfant né de mère VIH+ n'ayant pas reçu d'ARV pendant la grossesse et moins de 4 semaines avant l'accouchement : Faire un prélèvement pour la PCR à la naissance et démarrer la NVP pour 12 semaines en attendant le résultat de la PCR
Semaine 10	• Faire la vaccination DTC 2 + Hep B 2 + HIB 2 + Polio 2 + Rothari 2 + Pneumo 2 (2^{ème} dose)

	NB : si PCR 1 positive, instaurer le TARV. si PCR1 négatif et enfant sous-alimentation par des substituts de lait maternel depuis la naissance, arrêter le Cotrimoxazole
Semaine 14	- Faire la vaccination DTC 3 + Hep B 3 + HIB 3 + Polio 3 + Pneumo 3 (3^{ème} dose) + VPI - Arrêter le Cotrimoxazole si PCR1 négatif et enfant sous-alimentation par des substituts de lait maternel depuis la naissance
18 Semaines (4mois et demi)	Mêmes prestations qu'à 14 semaines, mais pas de vaccination - Préparer la mère à la diversification alimentaire, comment introduire les aliments de complément - Si enfant sous TARV vérifier l'observance
6 mois,	- Mêmes prestations qu'à 18 semaines - Vérifier si la mère a bien compris comment introduire les aliments de complément et lui demandé de revenir au plus tôt si l'enfant présente des problèmes.
9 mois	- Faire les prestations comme dans les mois précédents - Faire la vaccination anti-amaril, vaccin Rougeole-Rubéole (RR1) et 1^{ère} dose vitamine A - Vérifier si la mère a bien introduit les aliments de complément et lui demander d'ajouter des aliments du repas familial - Préparer la mère à la cessation du lait maternel Faire la 1^{ère} sérologie VIH à l'enfant. Si positive, faire la PCR2.
12 mois	- Faire les prestations comme dans les mois précédents - Cessation du lait maternel à 12 mois si l'enfant est allaité - Si résultat de PCR 2 positive, mettre l'enfant sous traitement ARV
15 mois, 18 mois et 24 mois	- Vérifier l'observance thérapeutique de la mère sous TARV - Vaccin RR2 à 15 mois - Faire la 2^{ème} sérologie VIH à 18 mois : ➤ Si négative, quel que soit l'option d'alimentation ==> enfant non infecté Féliciter la mère, arrêter Cotrimoxazole. ➤ Si positive => enfant infecté instaurer : TARV à vie selon les protocoles recommandés.

3.2. Vaccination

Le calendrier de vaccination chez l'enfant exposé au VIH est identique à celui de l'enfant en général (Programme élargi de vaccination).

Néanmoins, les enfants présentant des signes de SIDA maladie ne doivent pas recevoir des vaccins vivants (BCG, polio oral, rougeole, fièvre jaune).

3.3. Prophylaxie au Cotrimoxazole

La prophylaxie au Cotrimoxazole débute chez l'enfant exposé au VIH à l'âge de 6 semaines. Continuez la prophylaxie au Cotrimoxazole jusqu'à ce qu'une infection par le VIH soit écartée.

Tableau XX : Posologie du Cotrimoxazole en prévention des IO chez l'enfant

POIDS DE L'ENFANT	CMX : comprimés de 120 mg	CMX suspension 5 ml=240 mg)	CMX comprimés 480 mg)	CMX : comprimés 960 mg)
1 à 4 kg	1 comprimé	2,5 ml	1/4 comprimé	
5 à 8 kg	2 comprimés	5 ml	1/2 comprimé	1/4 comprimé
9 à 16 kg		10 ml	1 comprimé	1/2 comprimé
17 à 50 kg			2 comprimés	1 comprimé
> 50 kg			2 comprimés	1 comprimé

3.5. Alimentation du nourrisson

Les deux options d'alimentation recommandées au Togo chez l'enfant exposé au VIH sont :

- L'allaitement maternel ou
- L'alimentation artificielle

NB : -Eviter l'allaitement mixte

-Tenir compte des avantages et inconvénients des deux modes d'alimentation

5.4.1. Conseils sur l'alimentation du nourrisson

Les conseils sur l'alimentation du nourrisson doivent commencer durant la grossesse et continuer après la naissance. À moins que l'alimentation artificielle pour

nourrissons soit accessible à 100%, faisable, d'un prix abordable, soutenable et sûr (AFASS), pendant au moins 6 mois, tous les bébés devront être nourris exclusivement au sein

Pour les mères qui allaitent :

- Dans l'heure qui suit la naissance, assurez-vous que l'enfant prend le sein correctement
- L'allaitement au sein exclusif pendant les 6 premiers mois signifie que le bébé ne boit que du lait maternel. Les médicaments prescrits au centre de santé ou dans un hôpital pour traiter les infections récurrentes sont aussi autorisés.
- Il est recommandé d'interrompre l'allaitement à l'âge de 12 mois.
- **La cessation du lait maternel doit se faire progressivement sur un mois, pas de façon brusque.**
- Si le test VIH du bébé est positif, l'allaitement au sein peut être prolongé jusqu'à l'âge de deux ans
- **Donner à l'enfant après la cessation du lait maternel**, du lait artificiel de pharmacie ou de la bouillie enrichie
- **Pour faciliter la cessation du lait maternel**, l'enfant doit diminuer le nombre de tétées qui sera remplacé par la prise à la tasse ou au gobelet du lait maternel exprimé. Ce lait exprimé doit être donné par un parent proche ou une personne autre que la mère. Cette pratique doit débuter très tôt avant l'introduction d'un aliment autre que le lait maternel.
- La mère doit vérifier régulièrement que l'enfant n'a pas de lésions dans la bouche.
- Évaluez l'état nutritionnel de la mère. Vérifiez l'indice de masse corporelle.
- Ne pas utiliser de biberons ni de tétines.

Pour les mères qui ont choisi de donner un lait artificiel :

- L'alimentation au lait artificiel signifie que le bébé ne boit que du lait en poudre (pas de lait maternel !)

- Conseillez à la maman de se bander (sangler) les seins bien serrés pour inhiber sa production de lait.
- Expliquez comment gérer des seins engorgés : pomper le lait, appliquer un linge chaud.
- A chaque visite, assurez-vous que la maman prépare correctement le lait artificiel et nettoie correctement les ustensiles.
- Donnez des conseils clairs sur la fréquence et le volume de l'alimentation à chaque âge.
- Discutez des dangers associés à l'alimentation au biberon.
- Discutez et démontrez comment donner du lait à la tasse (alternative recommandée par rapport au biberon).
- Discutez l'aide disponible à domicile pour éviter tout allaitement au sein. Et s'assurez- que la femme a une personne qui la soutient en dehors du centre de santé pour l'aider à éviter tout allaitement au sein
- A l'âge de 6 mois, les nourrissons avec ou à risque de malnutrition doivent bénéficier de surveillance nutritionnelle continue et d'un complément alimentaire.
- Supplémenter par cure de 3 mois l'enfant non allaité par du fer et de l'acide folique à partir de J21 jusqu'à 5 ans.

3.6. Dépistage de la fratrie et du père

Les frères et sœurs de l'enfant suivi, de même que son père, doivent bénéficier d'un dépistage dans le cadre du CDIPP.

SESSION 4 : DESIR DE GROSSESSE ET INFECTION A VIH

La question de la procréation doit être abordée dès les premières consultations qui suivent la découverte de l'infection à VIH : l'objectif est de rassurer sur le fait que l'infection ne contre-indique pas une grossesse et d'informer sur les moyens de

prévenir la transmission du VIH au sein du couple lors de la conception et de la mère à l'enfant une fois la grossesse amorcée.

4. 1. Si la femme est séropositive et l'homme séronégatif

- un bilan biologique et clinique chez la femme est indispensable avant toute tentative de grossesse ;
- si un traitement ARV doit être mis en place, il est préférable d'attendre de pouvoir juger de son efficacité et de sa tolérance avant d'envisager une grossesse ; pendant la période d'évaluation (6 mois en moyenne), une contraception peut être proposée en complément du préservatif (en évitant les contraceptifs oraux et le Norplant dont l'efficacité peut être diminuée par interactions médicamenteuses avec les ARV, NNRTI et IP) ;
- si un traitement ARV est déjà en place, il convient de vérifier qu'il est compatible avec une grossesse ;
- pour limiter le risque de transmission du VIH à l'homme :
 - La femme doit être sous ARV.
 - Mettre l'homme sous prophylaxie pré exposition (PrEP) continue.
 - Une méthode de procréation à moindre risque peut être conseillée : poursuite des rapports protégés avec surveillance de la période de l'ovulation ($\pm$ 2 jours par rapport à la date théorique de l'ovulation, survenant habituellement 14 jours après le premier jour des dernières règles), puis rapport protégé au moment de l'ovulation avec récupération du sperme par retournement du préservatif en vue d'une insémination intra vaginale (utiliser alors des préservatifs sans spermicide).

4. 2. Si la femme est séronégative et l'homme séropositif

Pour limiter le risque, il convient de vérifier que la charge virale de l'homme est indétectable depuis plus de 6 mois et que son observance du traitement ARV est parfaite, puis de vérifier qu'il n'existe aucune IST en cours d'évolution avant d'envisager pour la conception des rapports non protégés pendant l'ovulation. Mettre la femme sous prophylaxie pré exposition (PrEP) continue

4. 3. Si la femme et l'homme sont séropositifs

- si les deux reçoivent un traitement ARV efficace avec une charge virale indétectable, le risque de surinfection est très faible ; dans ce cas, une procréation à moindre risque peut être envisagée lors de rapports non protégés

MODULE 7 : PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT INFECTÉ PAR LE VIH

PLAN DU MODULE

MODULE 7 : PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT INFECTÉ PAR LE VIH

Session 1 : Diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant

Session 2 : Prévention des infections opportunistes

Session 3 : Thérapie antirétrovirale chez l'enfant

Session 4 : Particularités de l'éducation thérapeutique chez l'enfant

Session 5 : Autres particularités chez l'enfant

SESSION 2 : PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

En Afrique sub-saharienne il convient d'opter pour l'option universelle les enfants de moins de 5 ans (OMS 2018) : prophylaxie pour tous les nourrissons et enfants nés de mères ayant une infection ou une suspicion d'infection VIH.

Elle repose sur l'administration de cotrimoxazole, à une posologie adaptée en fonction du poids de l'enfant (Ajouter le tableau des posologies du Cotrimoxazole voir en annexe).

SESSION 3 : THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE CHEZ L'ENFANT

3.1. Critères de mise sous TARV chez l'enfant

Avant l'âge de 18 mois, le traitement ARV doit être initié chez tous les enfants pour lesquels un diagnostic de présomption clinique d'infection à VIH est porté, en l'absence de disponibilité de la PCR pour un diagnostic de certitude. L'exposition au VIH si elle est douteuse, doit être confirmée par une sérologie positive, les situations suivantes sont alors des signes de présomption d'infection sévère :

- La présence d'un des signes majeurs suivants : diarrhée chronique, amaigrissement de plus de 10% du poids corporel, fièvre prolongée. L'association d'au moins 3 signes mineurs : toux de plus d'un mois, lymphadénopathie généralisée, candidose oropharyngée, herpès cutané extensif
- Décès maternel lié à une infection à VIH dans le mois qui suit l'accouchement
- Ou infection à VIH maternelle non traitée au stade 4 de l'OMS au moment de l'accouchement.

En cas de mise sous traitement ARV avec un diagnostic de présomption, la confirmation diagnostique de l'infection à VIH devra être réalisée le plus tôt possible.

3.2. Modalités du traitement ARV

Les médicaments ARV disponibles pour l'enfant ne sont pas les mêmes que ceux utilisés chez l'adulte en raison du manque de formes galéniques adaptées.

Chez l'enfant, la forme d'administration et le goût des médicaments sont deux critères de choix importants pour favoriser l'acceptabilité du traitement. Les présentations les plus adaptées sont, lorsqu'elles existent, les suspensions ou les sirops.

Tableau XXI : Formes dosages et posologies des ARV chez l'enfant de 3 à 13,9kg

Antiretroviraux	Dosage : comprimés (mg) liquide (mg/ml)	Posologie par intervalle de poids					
		3 – 5,9kg		6 – 9,9kg		10 – 13,9kg	
		matin	soir	matin	soir	matin	Soir
Efavirenz (EFV)	Cp (200mg) Cp (600mg)	-	-	-	-		1 1/3
Lopinavir+Ritonavir (LPV/r)	Cp (200mg/50mg) (80mg/20mg)/ml	- 1ml	- 1ml	- 1,5ml	- 1,5ml	2 2ml	1 2ml
ABC/3TC	Cp 60mg/30mg	2		3		4	

Tableau XXII : Formes dosages des ARV chez l'enfant de 14 à 34,9kg

Antirétroviraux	Dosage : comprimés (mg) liquide (mg/ml)
Efavirenz (EFV)	Comprimé (200mg) Comprimé (600mg)
Lopinavir+Ritonavir (LPV/r)	Comprimé (100mg/25mg) Sirop (80mg/20mg)/ml
ABC/3TC	Comprimé 60mg/30mg Comprimé 600mg/300mg

3.3. Protocoles ARV chez l'enfant infecté

Infection au VIH 1

❖ Protocoles de première ligne

Cf protocole ARV chez l'enfant (module 3, session 3)

Tranche d'âge	Choix préférentiel	Alternatif	observation
NNE de 0 à 4 semaines (diagnostic présomptif)	AZT+3TC+RAL	AZT+3TC+ LPV/r	Traitement de courte durée en attendant qu'une formulation pédiatrique du LPV/r et du DTG soit utilisable
plus de 4 semaines à moins de 6ans	ABC + 3TC + LPV/r	AZT+3TC+ LPV/r	
6 à moins de 12 ans	ABC + 3TC + DTG	ABC+3TC+EFV	DTG à partir de 6 ans (poids $\geq$ 15 kg)
12 à 19 ans	TDF + 3TC + DTG	ABC + 3TC + DTG TDF /3TC/EFV	TDF à partir de 12 ans

NB : si le traitement à l'initiation est efficace et la forme galénique disponible, maintenir le protocole et adapter la posologie en fonction du poids

❖ Protocoles de deuxième ligne

Les protocoles de deuxième ligne tiennent compte des protocoles antérieurs et des protocoles en cours.

Choix préférentiels : 2INTI + IP/r

Cf protocole ARV chez l'enfant (module 3, session 3)

Tranche d'âge	Ligne 1	Ligne2	
NNE de 0 à 4 semaines (diagnostic présomptif)	AZT+3TC+RAL ¹ AZT+3TC+ LPV/r		
plus de 4 semaines à moins de 6ans	ABC + 3TC + LPV/r AZT+3TC+ LPV/r		
6 à moins de 12 ans	ABC + 3TC + DTG ABC+3TC+EFV	TDF+ 3TC +LPV/r TDF+3TC+DTG	TDF à partir de 12 ans (Poids $\geq$ 30 kg)
12 à 19 ans	TDF + 3TC + DTG ABC + 3TC + DTG TDF /3TC/EFV	ABC + 3TC +LPV/r (ou ATV/r) TDF + 3TC +LPV/r (ou ATV/r) ABC + 3TC + DTG TDF + 3TC + DTG	

SESSION 4 : AUTRES PARTICULARITES CHEZ L'ENFANT

4. 1. Vaccinations de l'enfant infecté par le VIH

4.1.1. Règle générale

- Chez les nourrissons infectés par le VIH, il convient en principe de procéder aux vaccinations dès que l'âge recommandé est atteint.
- La plupart d'entre eux ont une bonne réponse immunitaire pendant la première année de vie.

4.1.2. Règles particulières

- Tous les vaccins vivants sont contre-indiqués en cas de déficit immunitaire très sévère ($CD4 < 10 \%$) ; en revanche, ils peuvent et doivent être pratiqués après l'amélioration de l'état immunitaire sous traitement ARV.
- Les vaccinations contre les infections à Pneumocoque et à *Haemophilus influenzae* sont fortement recommandées.

En cas d'infection à VIH confirmée ou fortement suspectée, il est déconseillé d'administrer le BCG ; néanmoins, dans les pays où le BCG est pratiqué systématiquement après la naissance, y compris chez les enfants nés de mère VIH positive, on peut maintenir cette pratique sauf si l'enfant est symptomatique dès la naissance.

4. 2. En cas de VIH 2 et Coïnfection VIH/TB

Tableau XXIII : Protocole ARV en cas de VIH2 et de co-infection VIH/TB chez l'enfant

Catégories	Tranches d'âge	Protocoles L1	Protocoles L2
Coïnfections VIH1/TB	- Moins de 3 ans	ABC/3TC+LPV/r	AZT/3TC+LPV/r
	- 3 à 12 ans	ABC/3TC+EFV	
	- 12 à 19 ans	TDF/3TC/EFV	

VIH2 ou VIH1/VIH 2	- Moins de 3 ans - 3 à 12 ans	ABC/3TC+LPV/r	
	- 12 à 19 ans	TDF/3TC/DTG	
Coïnfections VIH2/TB	- Moins de 3 ans - 3 à 12 ans	ABC/3TC+LPV/r	
Coïnfections VIH2/VHB	- 12 à 19 ans	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC+LVP/r
Coïnfections VIH1/VHB	- Moins de 3 ans - 3 à 12 ans	ABC/3TC+LOP/r	AZT/3TC+LPV/r
	- 12 à 19 ans	TDF/3TC/EFV	TDF/3TC+LVP/r

Tableau XXIV : formes dosages et posologies des ARV chez l'enfant de 3 à 13,9kg

Antirétroviraux	Dosage : comprimés (mg) liquide (mg/ml)	Posologie par intervalle de poids					
		3 – 5,9kg		6 – 9,9kg		10 – 13,9kg	
		matin	soir	matin	soir	matin	Soir
Efavirenz (EFV)	Cp (200mg) Cp (600mg)	-	-	-	-		1 1/3
Lopinavir+Ritonavir (LPV/r)	Cp (200mg/50mg) sirop (80mg/20mg)/ml	- 1ml	- 1ml	- 1,5ml	- 1,5ml	2 2ml	1 2ml
ABC/3TC	Cp 60mg/30mg	2		3		4	

Tableau XXV : formes dosages des ARV chez l'enfant de 14 à 34,9kg

Antirétroviraux	Dosage : comprimés (mg) liquide (mg/ml)
Efavirenz (EFV)	Cp (200mg) Cp (600mg)
Névirapine (NVP)	sirop (10mg/ml)
Lopinavir+Ritonavir (LPV/r)	Comprimé (100mg/25mg) sirop (80mg/20mg)/ml
ABC/3TC	Cp 60mg/30mg Cp 600mg/300mg

MODULE 8 : ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ET EDUCATION THERAPEUTIQUE

PLAN DU MODULE

MODULE 8 : ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ET EDUCATION THERAPEUTIQUE

Session 1 : Accompagnement psychosocial et éducation thérapeutique

Session 2 : Education thérapeutique du PvVIH

Session 3 : Le genre dans la prise en charge du VIH/SIDA

L'infection à VIH/sida est une pathologie chronique médicalement complexe, ayant de nombreuses répercussions psychologiques et socio-économiques sur l'individu et sa famille. C'est pourquoi la prise en charge des personnes vivant avec le VIH doit être globale, tenant compte non seulement de la maladie mais aussi du malade, vu dans son contexte individuel et social.

Elle doit également se faire dans le cadre d'un continuum de soins permettant de s'occuper de la personne aussi bien en milieu de soins qu'en dehors.

L'accompagnement comprend différentes activités : la gestion des réactions à l'annonce de la séropositivité, le soutien psychologique, l'éducation thérapeutique, l'éducation nutritionnelle, l'aide économique, spirituelle et juridique etc. Pour être de qualité, l'accompagnement doit répondre à des conditions précises qu'il est important de bien maîtriser.

L'accompagnement devra, en outre, s'adapter à chaque personne, notamment en tenant compte des spécificités de certaines situations (couple sérodifférent/sérodiscordant, femme, gestion du désir d'enfant, détenus, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les usagers de drogue intraveineuse et les professionnels de sexe).

SESSION 1 : ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ET EDUCATION THERAPEUTIQUE

1.1. Définition de la PEC psychosociale

La prise en charge psychosociale est un processus de dialogue pour permettre à la personne infectée par le VIH de surmonter le stress et prendre des décisions personnelles concernant le VIH/sida. Elle consiste à permettre à la personne infectée ou affectée de s'exprimer, de témoigner, d'échanger et de s'engager dans sa PEC pour une meilleure qualité de vie. La prise en charge psychosociale des PVVIH peut avoir comme composantes :

- Des besoins psychologiques (émotionnels, affectifs) : amour, sécurité, motivation, estime de soi, capacité à nouer des relations, etc.

- Des besoins (sociaux) matériels : nourriture, habits, logement, argent, travail, etc.
- Des besoins intellectuels : savoirs, connaissances, etc.
- Des besoins spirituels : foi, croyances, convictions, etc.
- Des besoins juridiques : discriminations/stigmatisation, etc.

A côté de ces besoins, il faut toujours prendre en compte les valeurs, les croyances, les coutumes, les connaissances, les modes de vie, les ressources et les réseaux de soutien de la personne infectée ou affectée. Ces éléments nous renseignent sur la manière dont les personnes se représentent, ressentent, vivent et expliquent ce qui leur arrive et la manière dont elles pourraient y faire face.

Pour un bon accompagnement psychologique, certaines qualités sont requises :

1.2. Respect de la confidentialité

Le strict respect de la confidentialité sur le statut sérologique est un élément indispensable à une relation de confiance avec les patients. De manière générale, toute transmission d'informations à l'entourage doit avoir reçu l'accord de la personne concernée.

1.3. Empathie

L'empathie consiste à comprendre ce que ressent la personne sans pour autant ressentir les mêmes émotions. Elle nécessite de la part de l'accompagnant une distance lui permettant de demeurer professionnel.

Les pièges à éviter : faire interférer dans la relation ses propres références et valeurs ; passer de l'empathie à la sympathie ou à la pitié ; tomber dans une attitude charitable et compassionnelle, dans un contexte fortement marqué par des valeurs religieuses.

1.4. Maîtrise de soi

La maîtrise de soi doit permettre de comprendre les réactions des personnes vivant avec le VIH et de leurs proches, qu'elles soient négatives ou positives, tout en maîtrisant ses propres réactions. Elle est indispensable même si la personne refuse de coopérer ou manifeste de la résistance ou de l'hostilité. Elle rassure les personnes accompagnées et facilite la mise en place d'une relation de confiance.

1.5. Neutralité bienveillante et tolérance

Le prestataire doit être ouvert d'esprit, capable de surmonter ses propres préjugés et stéréotypes ; s'abstenir de juger (en positif ou en négatif) les personnes accompagnées, quels que soient leur tradition, leur religion, leurs croyances, leur style de vie ou leur orientation sexuelle ; ne pas se substituer au guide religieux. Si la personne est assurée que l'accompagnant ne porte pas de jugement sur sa vie présente et passée, elle s'exprimera plus aisément.

1.6. Capacité de mise en confiance

Pour parvenir à créer une relation de confiance, le prestataire doit s'efforcer d'instaurer un dialogue sincère et véridique ; pratiquer une écoute active pour que la personne perçoive l'attention qui lui est portée.

1.7. Clarté et précision

En tant qu'interlocuteur sur le VIH, l'accompagnant doit maîtriser parfaitement les connaissances sur le sujet ; être capable de fournir des explications simples et compréhensibles. S'il n'est pas sûr d'une information, il ne doit pas hésiter à le dire à la personne accompagnée et à l'orienter, si besoin, vers les intervenants adéquats.

1.8. Capacité de travail en équipe

Afin de répondre aux besoins des personnes séropositives et de leurs proches, l'accompagnement psychologique exige une prise en charge en réseau, dans le cadre d'un continuum de soins et de compétences.

Le travail en équipe suppose de savoir impliquer d'autres prestataires, en particulier dans un cadre interdisciplinaire, que ce soit au sein d'une organisation ou d'une institution, ou en liaison avec d'autres organisations et institutions ; d'avoir le réflexe d'orienter les personnes concernées, avec leur accord, vers d'autres personnes et structures, quand cela est nécessaire.

1.9. Engagement

Tout accompagnant impliqué auprès de personnes vivant avec le VIH doit avoir conscience de l'engagement physique, émotionnel et psychologique indispensable que nécessite son action. Son engagement doit s'inscrire dans un processus continu, inévitablement ponctué par des temps forts lors des périodes difficiles.

SESSION 2 : EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PVVIH

2.1. But de l'éducation - thérapeutique du patient

Le but principal de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est « aider le patient adulte, adolescent et son entourage à comprendre sa maladie et son traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer sa qualité de vie ».

L'éducation thérapeutique vise donc, au travers de l'acquisition par le patient de compétences d'auto-soins et d'adaptation, une forme d'autonomie. Cela ne signifie pas qu'il va s'affranchir totalement de la contrainte d'un suivi régulier et d'une relation avec des professionnels de santé, mais qu'il est en mesure de prendre des décisions dans des situations quotidiennes ou d'urgence et qu'il est capable d'agir pour lui-même dans le souci des autres.

Ainsi, l'éducation thérapeutique du patient contribue selon ses spécificités à améliorer l'observance thérapeutique en complément d'autres types d'intervention comme le soutien psychosocial et le counseling ».

2.2. Etapes de l'ETP

Il existe 4 étapes principales en éducation thérapeutique :

- Le diagnostic éducatif
- Le contrat d'éducation
- La mise en œuvre
- L'évaluation

2.2..1. *Diagnostic éducatif*

Les problèmes du patient ont une origine intrinsèque et/ou extrinsèque qu'il faut chercher et sur lesquels va se construire son programme éducatif.

Un temps de rencontre entre le soignant et le patient est nécessaire pour recueillir les informations sur le patient qui feront l'objet d'une synthèse et qui permet à l'équipe d'être au plus près des besoins du patient et d'identifier les compétences d'auto soins et d'adapter ceux qui lui seront utiles pour mieux vivre avec sa maladie.

2.2..2. *Contrat d'éducation*

Au cours de cette étape, l'éducateur s'accorde avec le patient sur les compétences et objectifs spécifiques (qui feront l'objet de l'apprentissage), sur les temps et modalités d'évaluation de ses acquis (évaluation pédagogique) ainsi que sur la fréquence des rencontres éducatives. Ces dernières coïncident le plus souvent avec les rendez-vous pour le suivi médical du patient.

2.2..3. *Mise en œuvre de l'ETP*

C'est l'apprentissage : Les activités de l'éducation proposées seront fondées sur les principes de l'apprentissage, par exemple : explorer les connaissances du patient, solliciter son expérience, partir de situations concrètes, proposer des activités permettant au patient de s'entraîner à résoudre des problèmes.

Les activités de l'apprentissage du patient et son programme d'éducation doivent porter sur :

- Les informations identifiées lors de l'entretien du diagnostic éducatif
- Les compétences d'auto soins à travailler avec le patient.

L'apprentissage est un processus individuel, constructif et actif qui se produit lorsque le patient traite lui-même l'information, met en lien les connaissances nouvelles avec ses connaissances antérieures et améliorant ainsi l'ensemble de ses connaissances.

SESSION 3 : PARTICULARITES DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE CHEZ L'ENFANT

- Elle doit débiter dès que le diagnostic d'infection à VIH est porté chez l'enfant.
- Elle repose sur des séances éducatives dont le but est d'apprendre à l'enfant et/ou au chargé de soins à connaître la maladie, à comprendre la démarche de soins et à y participer activement.

Quel que soit le traitement mis en place, les doses de médicaments sont adaptées au poids ou à la surface corporelle de l'enfant

3. 1. Importance de l'ETP avant le traitement

L'Education thérapeutique vise le plus souvent la personne de la famille en charge des soins de l'enfant, mais tout autre membre de la famille élargie pouvant jouer un rôle dans le suivi de l'enfant devrait être impliqué (frère, sœur, tante, etc.). Elle se fait en plusieurs étapes ;

- Expliquer la raison du traitement et l'action de chaque médicament ;
- Montrer les différents médicaments que l'enfant aura à prendre ;
- Aider à choisir les horaires de prise par rapport aux repas, en insistant sur la nécessité de prendre les médicaments tous les jours, au même moment de la journée ;
- Donner les informations nécessaires concernant le goût des médicaments ;
- Incrire les doses et les instructions de prise sur les boîtes de médicaments et remettre la première dotation de médicaments ;
- Déterminer le lieu et les bonnes conditions de stockage des médicaments ;
- Expliquer les effets secondaires pouvant survenir au début du traitement, la façon de les reconnaître et les situations dans lesquelles l'enfant devra être revu en consultation
- Fixer la date du premier rendez-vous de suivi, en demandant éventuellement de rapporter à cette occasion les médicaments restants, afin de pouvoir mieux évaluer l'observance.

3. 2. Importance de l'ETP au cours du suivi

Il est important

- D'évaluer régulièrement la tolérance et l'efficacité du traitement, en interrogeant le chargé de soins, en examinant l'enfant et en s'aidant si nécessaire de la biologie.
- Les séances d'éducation thérapeutique ont lieu à 7 jours et à 1 mois après le début du traitement, puis tous les mois si possibles, et de façon systématique lors de chaque renouvellement de stock de médicaments.
- Chaque séance doit aborder les questions suivantes.
 - Comment se porte l'enfant ?
 - A-t-il bien pris ses médicaments ?
 - Y-a-t-il eu des oublis ?
 - Comment le traitement a-t-il été toléré ?
 - L'enfant prend-il facilement son traitement ?
 - Quel est le stock restant (compter les comprimés et mesurer les quantités de suspension ou de sirop) ?
 - Y a-t-il des situations dans lesquelles il est difficile de respecter les consignes de prise :
- Situations liées à la préoccupation des parents ou celles de l'enfant, notamment durant la période scolaire ou chez un enfant en apprentissage ?
 - S'enquérir des autres préoccupations de l'enfant ou de l'entourage.
 - Engager toute action éducative permettant de soutenir l'observance.
 - Expliquer les risques liés à une non-prise des médicaments, en particulier l'apparition de résistances du VIH et leurs conséquences.
- Il faut, au cours de ces séances, chercher à autonomiser l'enfant par rapport à la prise de ses médicaments.

3. 3. Particularités de l'accompagnement psychologique et social

Un accompagnement psychologique et social est indispensable car, comme l'adulte, l'enfant infecté par le VIH vit des difficultés psychologiques, sociales et communautaires, de surcroît renforcées par son jeune âge et le fait d'être sous la

responsabilité des adultes. L'accompagnement est le plus souvent réalisé auprès du chargé de soin, mais doit essentiellement s'organiser au profit des bénéfices apportés à l'enfant. Il est assuré par tous les membres de l'équipe soignante, aidés si possible par des professionnels ayant des compétences spécifiques (assistant social, psychologue, etc.).

Au cours de l'accompagnement, plusieurs domaines d'intervention doivent être pris en compte :

- Nécessité d'un soutien nutritionnel ;
- Nécessité d'un soutien social ;
- Nécessité de visites à domicile ;
- Soutien psychologique des parents au moyen d'une écoute attentive de leurs plaintes, de leurs préoccupations et en cas de troubles psychologiques (anxiété, dépression...) ;
- Aspects de la vie communautaire comme la stigmatisation-discrimination, la connaissance du statut de l'enfant dans l'entourage, l'annonce à l'enfant de sa séropositivité ;
- Scolarité de l'enfant ;
- Mise en place d'activités génératrices de revenus pour les parents ;
- Nécessité d'un appui financier à l'achat des médicaments, au paiement des frais de consultations spécialisées, de réalisation des examens complémentaires et de déplacements pour les différents rendez-vous.

SESSION 4 : LE GENRE DANS LA PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA

Il s'agit de la prise en compte du genre dans l'offre de services, aussi bien dans les structures sanitaires qu'au niveau communautaire. L'on aborde également des questions liées à la mise en œuvre des stratégies d'intégration du genre dans les structures sanitaires. La prise en charge des IST/VIH au niveau des structures sanitaires s'effectue sur la base d'un paquet de services qui est offert en fonction de

la pyramide sanitaire organisée en plusieurs niveaux : hôpital, centre de santé, poste de santé.

- la spécificité genre doit être prise en compte, quelle que soit la capacité de prise en charge de la structure sanitaire et la compétence du prestataire de services ;
- les besoins spécifiques des adolescents (es), des femmes, des hommes, des personnes handicapées et des groupes hautement vulnérables (UDI, HSH, PS) doivent être pris en compte pour leur faciliter l'utilisation des services ;
- les services doivent être organisés pour une bonne prise en charge de ces groupes ;
- les structures de santé disposent de protocoles de prise en charge des IST/sida et tout le personnel doit y être formé y compris la gestion clinique des victimes de violences basées sur le genre et/ou le sexe ;
- des mesures d'accompagnement doivent être prises pour réduire l'éloignement et le coût des services et améliorer l'acceptabilité socio culturelle des structures et des services aussi bien pour les hommes que pour les femmes, les jeunes et les personnes handicapées, etc. ;
- l'approche couple dès le dépistage permet de surmonter l'obstacle du non partage du statut sérologique dans le couple, favorise l'accompagnement/le soutien mutuel et la réduction des nouvelles infections
- l'adhésion aux mutuelles de santé doit être facilitée ;
- les patients ne doivent être ni jugés, ni stigmatisés ;
- la confidentialité doit être assurée ;
- les rapports doivent être désagrégés en âge, en sexe.

MODULE 7 : POINTS CLES

- 1. Un bon accompagnement psychologique requiert le respect de la confidentialité, l'empathie et la maîtrise de soi**
- 2. L'éducation thérapeutique est un processus qui se mène avant et pendant l'initiation au TARV ; et tout au long du suivi,**
- 3. La réussite d'une ETP requiert la participation du patient**

MODULE 9 : PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS OPPORTUNISTES

PLAN DU MODULE

MODULE 9 : PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS OPPORTUNISTES

Session 1 : Prévention des infections opportunistes

Session 2 : Prise en charge des autres comorbidités

Session 3 Manifestations respiratoires de l'adulte et l'enfant

Session 4 : Co – infection tuberculose – VIH

Session 5 : Fièvre de l'adulte et l'enfant

Session 6 : Candidose or pharyngée, leucoplasie chevelue, Diarrhées de l'adulte et l'enfant,

Session 7 : Manifestations cutanées de l'adulte et l'enfant

Session 8 : Manifestations neurologiques de l'adulte et l'enfant

Session 9 : Autres maladies pathologies associées aux VIH/SIDA

Les affections opportunistes constituent la première cause de morbidité et de mortalité de l'infection à VIH des PVVIH en Afrique subsaharienne. Leur prise en charge constitue généralement une urgence. Certaines peuvent être prévenues par une chimio prophylaxie.

SESSION 1 : PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

La prophylaxie est l'ensemble des stratégies mises en œuvre pour empêcher voire réduire la survenue des IO. Elle permet d'éviter :

- L'apparition (prévention primaire)
- Ou la rechute (prévention secondaire) d'une infection opportuniste chez le patient immunodéprimé.

Elle doit être poursuivie jusqu'à restauration d'une immunité suffisante ou à vie.

Les chimioprophylaxies décrites dans le tableau suivant sont celles actuellement en vigueur au Togo.

Tableau XXVI : Chimioprophylaxie en vigueur au Togo.

Chimioprophylaxie primaire au cotrimoxazole (CTM) PO	Objectif : Prévenir l'apparition de nouvelles infections opportunistes
	Indications : Sujet symptomatique au stade II, III, IV OMS Sujet asymptomatique avec CD4 < 350 / mm ³ Femme enceinte à partir du début du 2ème trimestre
	Posologie recommandée : COTRIMOXAZOLE > 30 kg : 960 mg/jour < 30 kg : se référer à l'échelle de posologies pédiatriques (Voir annexe X)
	Pathologies prévenues : <i>Pneumocystis jiroveci</i> , <i>Toxoplasma gondi</i> , <i>Isospora belli</i> , <i>Plasmodium falciparum</i> et autres plasmodies, <i>Streptococcus pneumoniae</i> , les salmonelloses et les autres infections bactériennes sensibles (<i>Shigella</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Haemophilus influenzae</i>)
	Alternatives (contre-indication au cotrimoxazole) : Prévention de la pneumocystose (PCP) : Dapsone PO, 100 mg/j Prévention de la PCP et de la toxoplasmose : Dapsone PO, 100 mg/j + Pyriméthamine 25 mg/j + Acide Folinique 25 mg 3x/sem.

	Arrêt : jusqu'à restauration des CD4 > 350 / mm ³ à 2 reprises à 6 mois d'intervalle															
Chimioprophylaxie à l'Isoniazide (INH)	Tout PvVIH initiant le traitement ARV et qui ne présente pas les signes d'une tuberculose active doit être mise sous Isoniazide durant une période de six (6) mois <table><tr><td>Échelle de poids</td><td>Dose en mg</td><td>Nombre de comprimés (300 mg)</td></tr><tr><td>Inférieur à 10 kg :</td><td>75mg</td><td>1/4 comprimé</td></tr><tr><td>10-15 kg :</td><td>150mg</td><td>1/2 comprimé</td></tr><tr><td>16 -24 kg :</td><td>225mg</td><td>3/4 comprimé</td></tr><tr><td>25 kg/adulte</td><td>300mg</td><td>1 comprimé</td></tr></table> Durée du traitement 6 mois	Échelle de poids	Dose en mg	Nombre de comprimés (300 mg)	Inférieur à 10 kg :	75mg	1/4 comprimé	10-15 kg :	150mg	1/2 comprimé	16 -24 kg :	225mg	3/4 comprimé	25 kg/adulte	300mg	1 comprimé
Échelle de poids	Dose en mg	Nombre de comprimés (300 mg)														
Inférieur à 10 kg :	75mg	1/4 comprimé														
10-15 kg :	150mg	1/2 comprimé														
16 -24 kg :	225mg	3/4 comprimé														
25 kg/adulte	300mg	1 comprimé														
Chimioprophylaxie secondaire	Objectif : Prévenir la réapparition d'une IO antérieurement traitée et guérie Indications : Pneumocystose : Cotrimoxazole (même posologie que primaire) Toxoplasmose : Cotrimoxazole Cryptococcose : Fluconazole PO 200 mg/j Arrêt : Cotrimoxazole : jusqu'à restauration des CD4 > 350 / mm³ à 2 reprises à 6 mois d'intervalle Fluconazole : jusqu'à restauration d'une immunité >200 CD4/mm3 pendant 6 mois															

SESSION 2 : PRISE EN CHARGE DES AUTRES COMORBIDITÉS

2.1. **Syndrome métabolique chez le patient infecté par le VIH**

➤ **Définition Syndrome métabolique**

C'est l'hypertrophie du tissu adipeux viscéral se traduisant par une obésité androïde associée à une résistance à l'insuline responsable de troubles métaboliques.

Cette association d'une obésité centrale et d'anomalies métaboliques == > risque accru de maladie cardio-vasculaire et de diabète

➤ **Facteurs de risque Syndrome Métabolique**

- **Population générale**

Les facteurs de risque classiques dans la population générale sont : âge, race, IMC, sexe, alimentation ou mode de vie, manque d'exercice physique

- **Risque supplémentaire chez PVVIH**

Les facteurs de risque spécifiques à l'infection VIH sont : VIH, les ARV des classes IP et INTI, lipohypertrophie centrale

Le syndrome métabolique est associé à un sur-risque de maladie cardio- vasculaire et de diabète

➤ **Physiopathologie du syndrome métabolique**

- Trouble du métabolisme lipidique :
 - Augmentation du cholestérol total, LDL, triglycérides
 - Diminution des HDL
- Élévation de la tension artérielle : liée à l'athérosclérose
- Résistance à l'insuline : Troubles de la régulation glycémique

➤ **Diagnostic**

Selon la définition de l'OMS 2005, au moins 3 des signes suivants :

- Tour de taille > 102 cm H, 88 cm F
- TG > 1,7 mmol/l (1.5 g/l)
- HDL < 1 mmol/l H (0.4 g/l), 1,3 mmol/l F (0.5 g/l)
- TA ≥ 130/85 ou traitement
- Glycémie à jeun ≥ 5,6 mmol/l (1g/l)

➤ **Prise en charge des anomalies du métabolisme lipidique**

La prise en charge des anomalies métaboliques se fait par les mesures d'hygiène et médicales à savoir :

1- application des règles hygiéno-diététiques +++, sport, arrêt tabac, réduction consommation de graisses animales, alcool ou de produits sucrés.

2- Utiliser les ARV moins dyslipidémiants IP (ATV), INTI (TDF, 3TC)

3- Si persistance de la dyslipidémie, traitement hypolipémiant :

4 - HTA : utiliser IEC ou antagonistes du récepteur AT1 de l'angiotensine). Race noire, inhibiteur calcique et/ou diurétique en première intention.

5- Demander l'avis d'un spécialiste/ interniste / parrain

2.2. Affections rénales

5 à 15% de séropositifs souffriraient de maladie rénale chronique.

Le VIH a une toxicité directe sur les reins (détérioration des glomérules rénaux, filtres des reins). Le sang est incorrectement filtré et les molécules toxiques pour reins passent entre les mailles du filet pour entraîner une insuffisance rénale sévère.

HIVAN (Human Immunodeficiency Virus Associated Nephropathy).

Tous les ARV au long cours ont un effet néphrotoxique plus ou moins important surtout le Ténofovir (TDF +++).

Pour une surveillance rénale des patients sous ARV, le débit de filtration glomérulaire (DFG) plus indiquée. Si $DFG < 50 \text{ ml/mn}$, TDF est contre indiqué.

➤ Différents groupes d'affections rénales

Les affections rénales peuvent être classées en trois groupes comme l'indique la figure ci-dessous

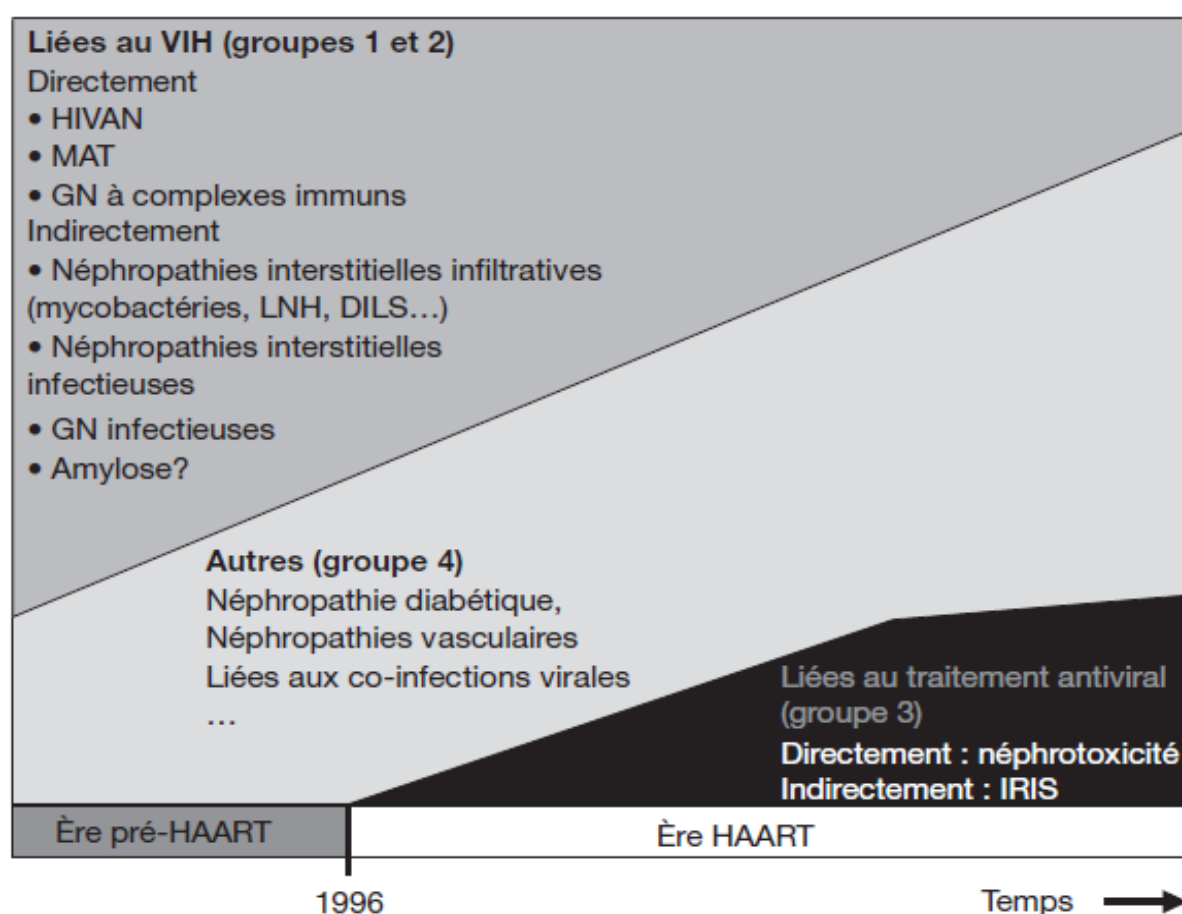


Figure 3 : Différents groupe d'affections rénales

➤ **Prise en charge**

- **HIVAN, IRIS** : Le traitement ARV prévient et guérit l'HIVAN
- **Néphrotoxicité ARV** : Changer les molécules néphrotoxiques (TDF +++)

Faire la prise en charge classique de ces pathologies

2.3. Affections cardiovasculaires

➤ **Diagnostic et prise en charge**

Diagnostic : Rechercher les facteurs de risque classiques, poids, taille, IMC, TA, glycémie, bilan lipidique

➤ **Traitement**

Il est primordial de mettre en place :

- des mesures hygiéno-diététiques : avec activité physique régulière, arrêt du tabac, réduction de la consommation de graisses animales, d'alcool ou de produits sucrés.
- adapter la prise en charge thérapeutique des anomalies, même limites.
- demander un avis spécialisé si nécessaire

SESSION 3 : MANIFESTATIONS RESPIRATOIRES DE L'ADULTE ET L'ENFANT

3. 1. Définitions

Les manifestations respiratoires se caractérisent par une persistance ou une aggravation d'une toux et/ou d'une douleur thoracique et / ou d'une dyspnée et/ou d'une hémoptysie.

Au Togo, la symptomatologie est le plus souvent due à des germes Gram positif. Ceux-ci doivent être visés en première intention lorsque les moyens diagnostiques sont limités.

3. 2. Etiologies les plus fréquentes

➤ **Infections :**

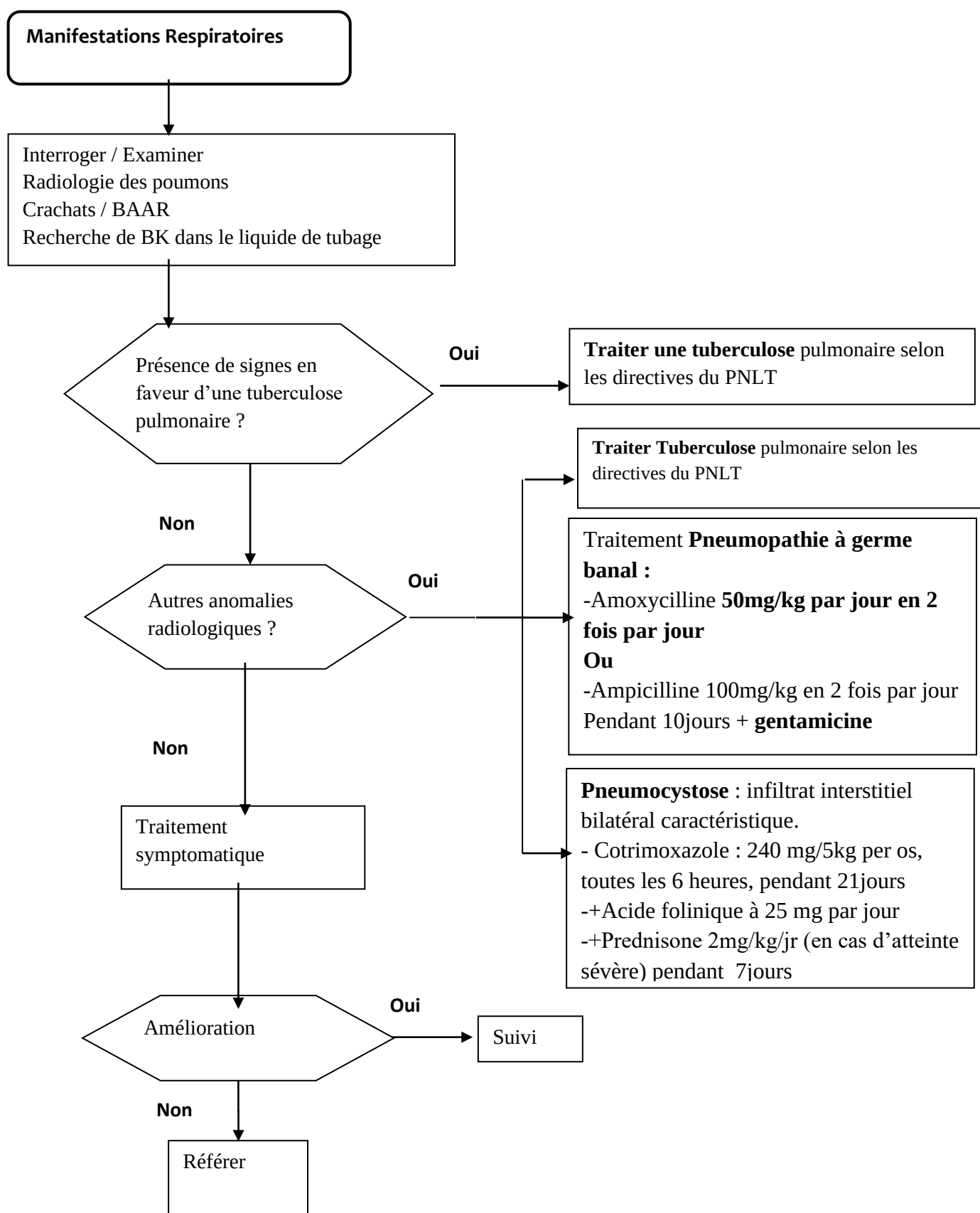
- Bactéries pyogènes, germes banals
- Pneumocystis jiroveci (pneumocystose)

- ***Mycobacterium tuberculosis* (tuberculose)**
 - Mycoses (cryptococcose, candidose, histoplasmosse)
 - Mycobactérioses atypiques (*Mycobacterium avium*)
 - Cytomégalovirose,
-
- **Néoplasies** : Sarcome de Kaposi ; lymphomes
 - **Autres** : Pneumonie interstitielle lymphoïde (Lymphoid interstitial pneumonitis : LIP).

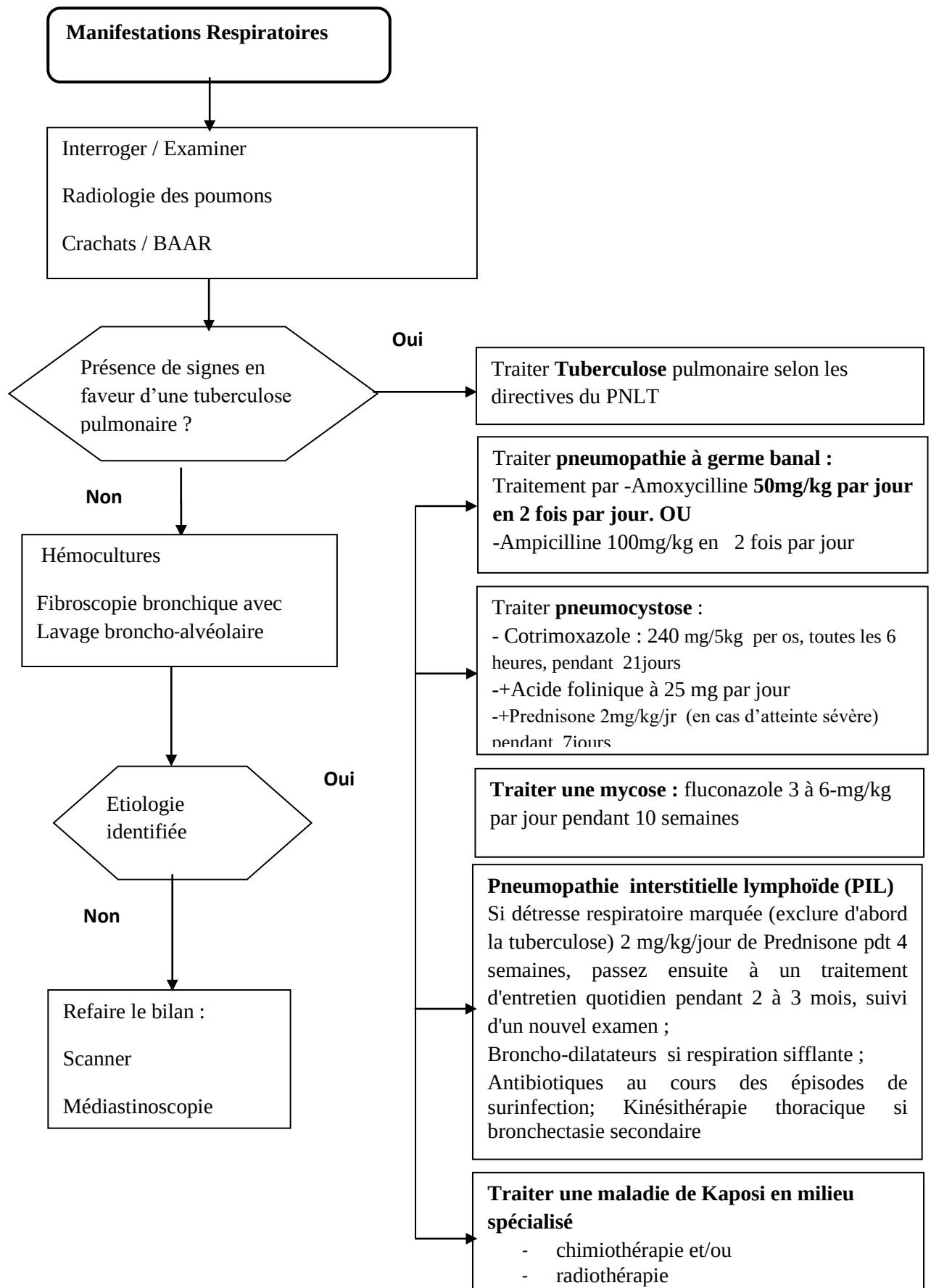
3. 3. Conduite à tenir devant les manifestations respiratoires

Voir algorithmes

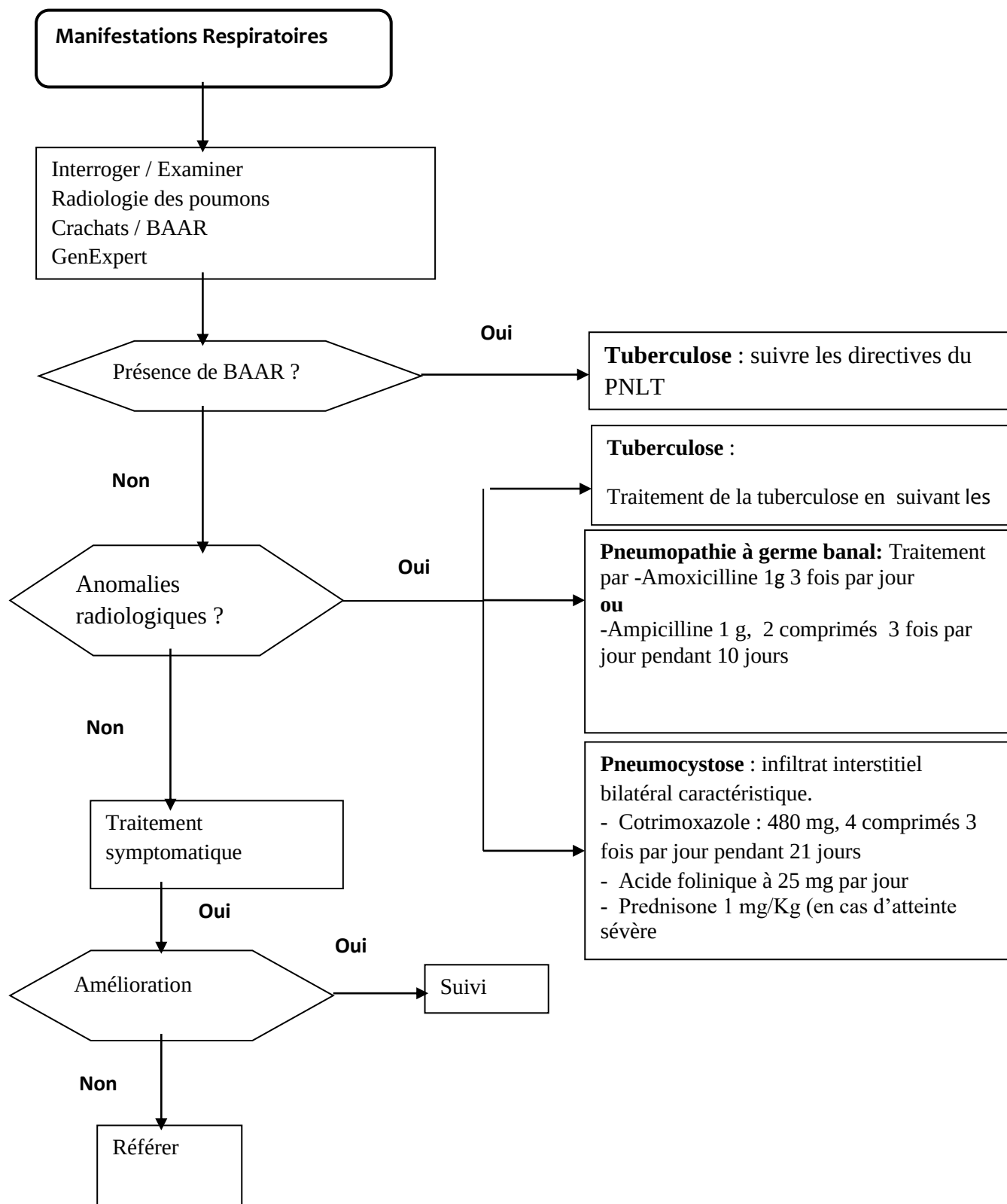
ALGORITHME 3 : Manifestations respiratoires chez l'enfant (niveau B)



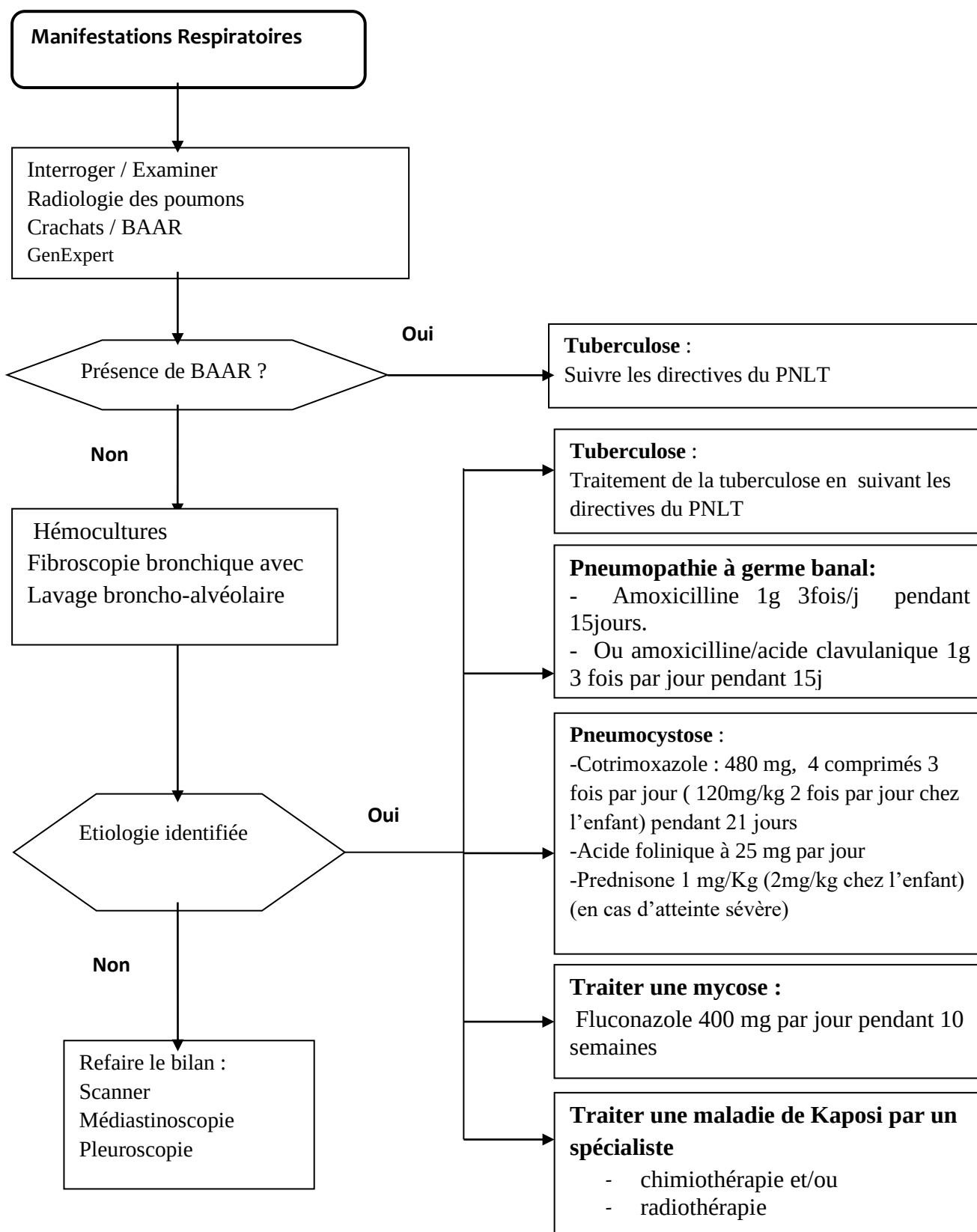
ALGORITHME 4 : Manifestations respiratoires chez l'enfant (niveau C)



ALGORITHME 5 : Manifestations respiratoires chez l'adulte (niveau B)



ALGORITHME 6 : Manifestations respiratoires chez l'adulte (niveau C)



SESSION 4 : CO – INFECTION TUBERCULOSE – VIH

En Afrique, chez les patients infectés par le VIH, la tuberculose est la plus fréquente des IO. Elle constitue également en Afrique le principal motif d'hospitalisation des PVVIH et la première cause de décès. Au Togo, le taux de séropositivité au VIH chez les patients tuberculeux est de **17,2% (Rapport PNLS 2018)**.

L'agent responsable est le bacille de Koch (BK) ou *Mycobacterium tuberculosis*. L'atteinte peut être pulmonaire ou extrapulmonaires. La transmission est le fait des patients atteints de tuberculose pulmonaire qui expectorent des BK (patients dit bacillifères). La toux joue alors un rôle très important.

Les différentes formes de tuberculose, pulmonaires et extrapulmonaires, ont en commun plusieurs symptômes :

- Fièvre modérée à prédominance nocturne,
- Sueurs (le plus souvent nocturnes)
- Anorexie,
- Asthénie
- Amaigrissement.

4. 1. Tuberculose pulmonaire

Les principaux signes d'appel sont une toux, évoluant depuis plus de 2 semaines, et/ou des crachats muco-purulents. La toux peut être productive ou sèche, en particulier chez l'enfant de moins de 15 ans.

Le diagnostic repose sur la recherche des BK par biologie moléculaire (GENEXPERT) ou par l'examen microscopique à la recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR). Deux prélèvements de crachats sont effectués le même jour et envoyé au laboratoire ;

- Si un prélèvement est positif, le diagnostic de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TMP+) est posé et le patient est déclaré bacillifère

- Si les deux prélèvements sont négatifs, l'étape suivante est la réalisation d'une radiographie pulmonaire :

En cas d'anomalie radiologique évocatrice, le diagnostic de tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM-) est posé ;

Si la radiographie n'est pas contributive, du fait d'anomalies minimales ou d'apparition retardée en raison d'une immunodépression importante, une nouvelle recherche de BAAR dans les prélèvements de crachats doit être effectuée quelques jours plus tard et la radiographie pulmonaire doit être répétée.

L'intradermoréaction à la tuberculine peut aider au diagnostic, mais elle est souvent négative du fait du déficit immunitaire.

4. 2. Tuberculose extra pulmonaire

La tuberculose extrapulmonaire est plus fréquente chez les PVVIH. Les atteintes les plus fréquentes sont :

- Les ganglions ;
- La plèvre (pleurésie) ;
- Le péritoine (péritonite) ;
- Les os (exemple – mal de Pott ou TB vertébrale)
- Les méninges (méningite à liquide clair) et ;
- Le péricarde (péricardite).

Chez un même patient, plusieurs localisations sont possibles, éventuellement associées à une atteinte pulmonaire. Les signes d'appel varient selon la localisation.

Le diagnostic fait appel à la recherche systématique de BAAR dans les crachats (même s'il n'existe pas d'atteinte pulmonaire visible) et dans tout prélèvement accessible au niveau d'un site infectieux, complétée par des examens spécifiques à la localisation.

4. 3. Traitement antituberculeux

Le protocole national de traitement antituberculeux chez les nouveaux cas au Togo est : **2 RHZE / 4 RH** (Voir annexes X protocole PNLT)

Pendant toute la durée du traitement, le contrôle de la prise effective des médicaments par un soignant est souhaitable, selon le principe DOT (*Directly Observed Treatment*). La survenue d'effets indésirables doit être étroitement surveillée (notamment hépatite, allergie ou troubles digestifs), en raison d'un risque plus élevé chez le patient immunodéprimé. Un contrôle des crachats avec recherche de BK doit être effectué à la fin des 2e, 5e et 6e mois. En cas d'échec (nouveau cas resté positif après 5 mois de traitement), de reprise de la maladie (patient ayant interrompu le traitement pendant plus de 2 mois) ou de rechute (patient déjà traité et déclaré «guéri»), il convient de se conformer aux recommandations nationales tenant compte du risque de souches de BK résistantes aux molécules antituberculeuses.

4. 4. Traitement ARV (voir aussi Module 5)

Il doit être débuté rapidement après l'initiation du traitement antituberculeux, mais jamais au même moment en raison du nombre de comprimés, de la difficulté à identifier le médicament responsable en cas d'intolérance et du risque de syndrome de restauration immunitaire (voir plus haut chapitre « Syndrome de restauration immunitaire »). Il doit être débuté le plus tôt possible après le 15^{ème} jour du traitement anti-TB et dans tous les cas, avant la fin du 2^{ème} mois du traitement anti-TB.

- En cas de tuberculose, les IP et la NVP sont contre-indiqués (interactions médicamenteuses) l'EFV est recommandé en association à 2 INTI.

Les protocoles recommandés sont : (cf module 6, session5)

Catégories	Tranches d'âge	Protocoles L1	Protocoles L2
Coïnfections VIH1/TB	- Moins de 3 ans	ABC/3TC+LPV/r	AZT/3TC+LPV/r
	- 3 à 12 ans	ABC/3TC+EFV	
	- 12 à 19 ans	TDF/3TC/EFV	
Coïnfections VIH2/TB	- Moins de 3 ans - 3 à 12 ans	ABC/3TC+LPV/r	

SESSION 5 : FIEVRE DE L'ADULTE ET L'ENFANT

5. 1. Définition

La fièvre est définie comme une température du corps supérieure ou égale à 38°C.

Chez l'adulte elle est dite prolongée ou au long cours si elle dure plus de 14 jours de façon continue ou intermittente. Elle est dite isolée si elle ne s'accompagne d'aucun autre signe.

Chez l'enfant elle est dite persistante lorsqu' elle est présente en permanence pendant plus de 7 jours. Elle est dite périodique en cas de plusieurs épisodes de température du corps supérieure ou égale à 38°C pendant plus de 7 jours.

La prise en charge de cette fièvre dépend de l'étiologie. En zone d'endémie palustre, il est recommandé de faire un TDR ou une GE à tout patient fébrile avant de donner un traitement anti palustre. D'autres investigations permettront de préciser l'étiologie de la fièvre.

5. 2. Les étiologies les plus fréquentes :

➤ Les infections

- Bactériennes à germes banals : salmonelles, pneumocoques, *staphylocoques*, *Haemophilus*,
- Mycobactériennes: *Mycobacterium tuberculosis* , *Mycobacterium avium*
- Parasitaires: *Plasmodium*, *Pneumocystis jiroveci*, *Toxoplasma gondii*.
- Fongiques : cryptocoque, *Candida albicans*
- Virales : le VIH lui-même, le cytomégalovirus, le virus d'Epstein-Barr.

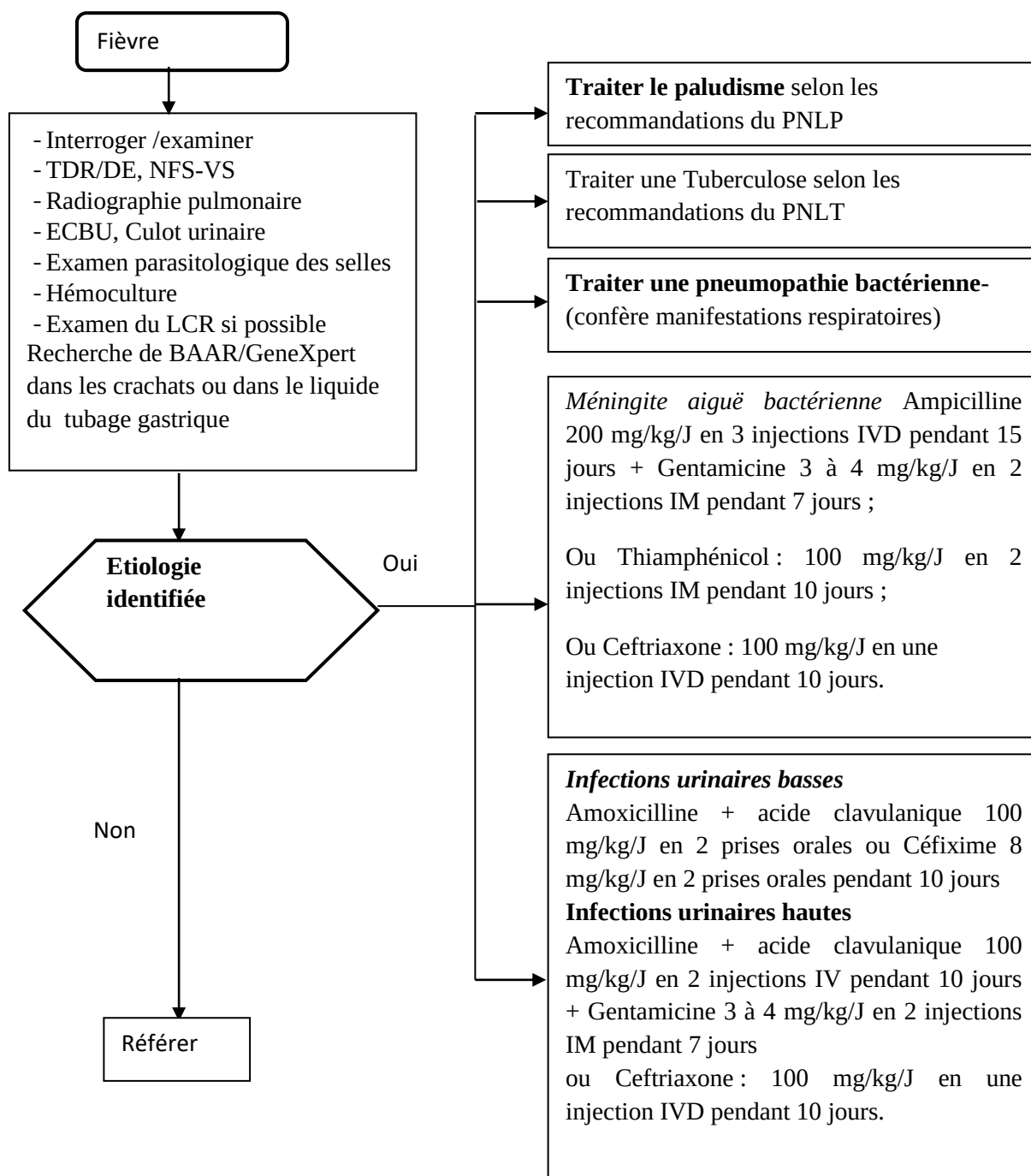
➤ Les Néoplasies

- Lymphomes
- Leucémies

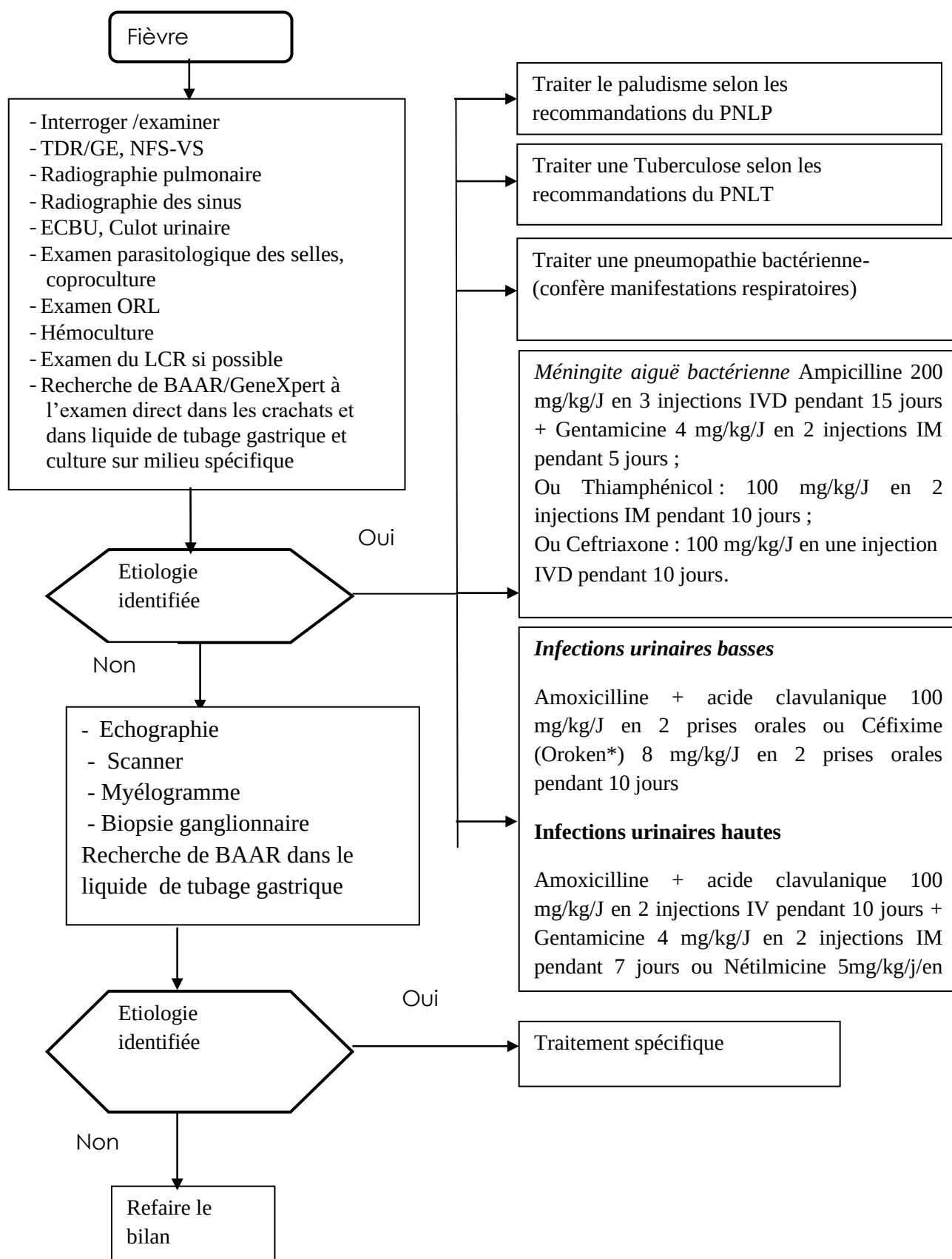
5. 3. Conduite à tenir devant la fièvre

- Rechercher d'abord des signes de gravité (ou signes généraux de danger) surtout chez l'enfant :
 - a. Incapacité de boire ou de s'alimenter,
 - b. Enfant vomit tout ce qu'il consomme (vomissements incoercibles),
 - c. Convulsions,
 - d. Léthargie ou inconscience (sommolence ou coma) et ensuite évaluer et classer la fièvre selon l'approche PCIMNE
- Faire un examen minutieux à la recherche de signes d'appel infectieux pouvant orienter vers le diagnostic étiologique : coma, signes méningés, signes de localisation, signes d'infection broncho-pulmonaire, signes d'infection cutanée, pyomyosite etc...
- Demander un bilan para clinique en fonction de l'étiologie suspectée et du plateau technique disponible.

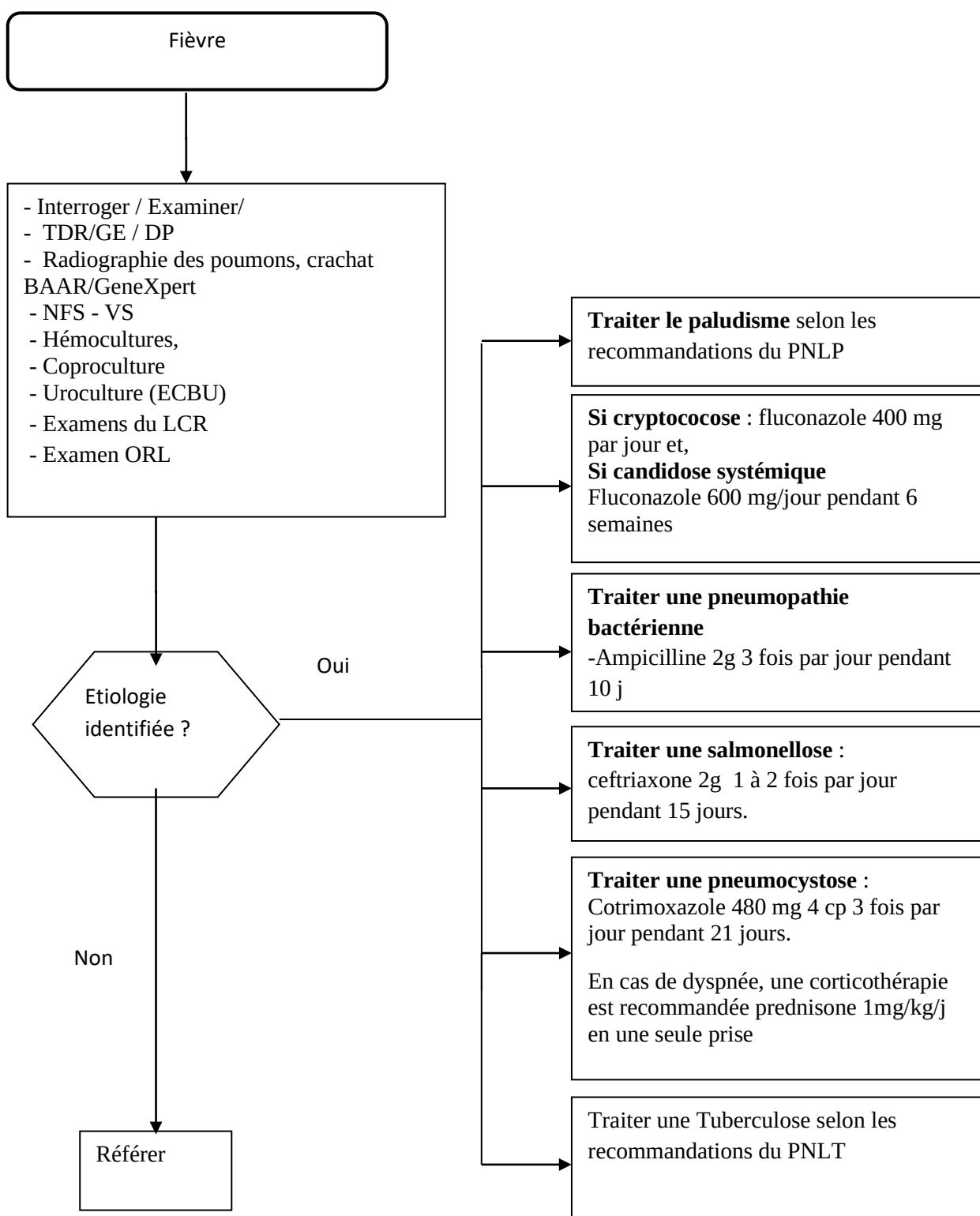
ALGORITHME 7 : fièvre chez l'enfant (niveau B)



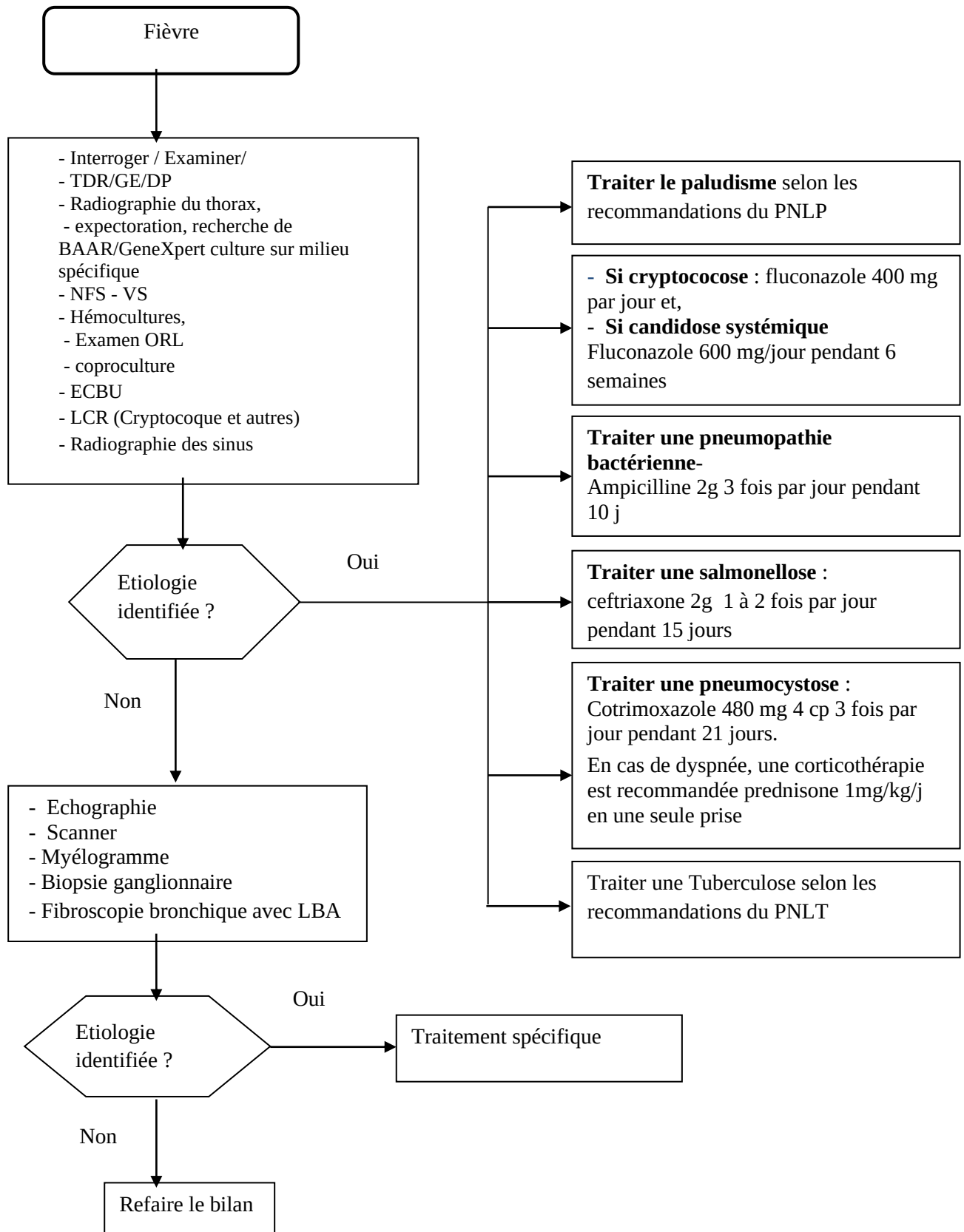
ALGORITHME 8 : fièvre chez l'enfant (niveau C)



ALGORITHME 9 : Fièvre chez l'adulte (niveau B)



ALGORITHME 10 : Fièvre chez l'adulte (niveau C)



SESSION 6 : CANDIDOSE OROPHARYNGEE, LEUCOPLASIE ORALE CHEVELUE, DIARRHEES DE L'ADULTE ET L'ENFANT

6. 1. La candidose oropharyngée

La candidose buccale ou muguet se caractérise par la présence de plaques (ou enduits) blanchâtres sur la muqueuse buccale. Les plaques peuvent se détacher difficilement en provoquant souvent un saignement superficiel. Lorsqu'il s'associe une dysphagie, il existe une atteinte pharyngée.

Chez l'enfant, la candidose oropharyngée s'accompagne souvent d'une anite.

➤ **Étiologie** : *Candida albicans*.

➤ **Traitement de la candidose buccale**

Chez l'enfant

- Bain de bouche : avec Sérum bicarbonate (14‰) + Amphotéricine B (suspension. orale) : 1 application. x3/j.
- • Nystatine :

Nourrisson : 5 à 30 ml/jour, soit 500 000 à 3 millions d'unités/jour

Enfant : 10 à 40 ml/jour, soit 1 à 4 millions d'unités/jour

- **Miconazole gel buccal** : 1 cuillère mesure x 3/j. en application locale

Durée du traitement : 14 jours

Prévention des mycoses oropharyngées : repas peu sucrés (le sucre stimule la croissance des champignons)

En cas de persistance **ou** d'intolérance du traitement local :

- **Fluconazole** : 1 ml/2kg x 3/jour, en dehors des repas (à ne pas associer avec les IP)

Chez l'adulte

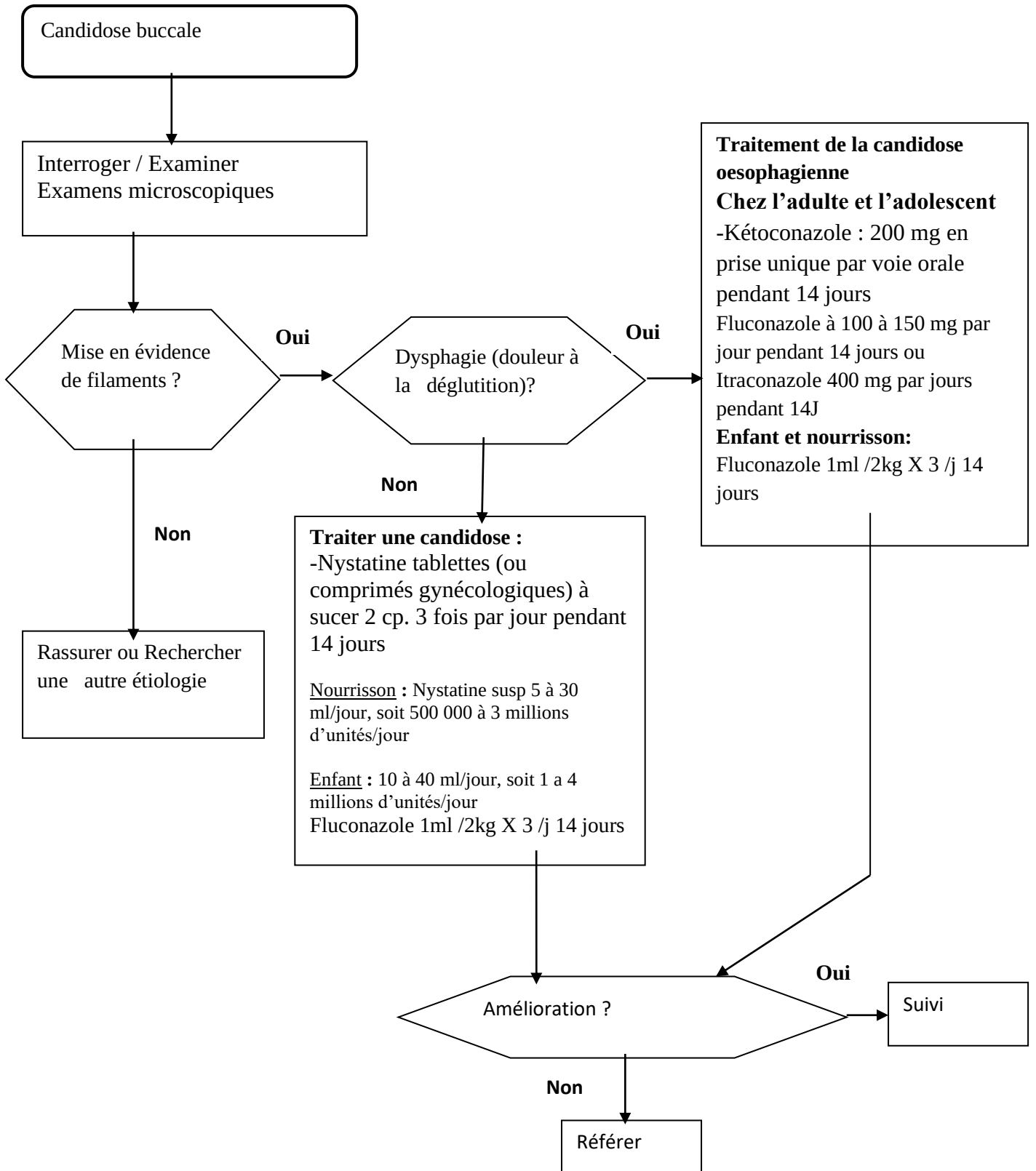
Clotrimazole pastilles : 10 mg 5 fois par jour par voie orale pendant 14 jours

Nystatine tablettes (ou comprimés gynécologiques) à sucer 2 cp. 3 fois par jour pendant 14 jours

➤ ***Traitement de la candidose pharyngée***

- Kétoconazole : 200 mg en prise unique par voie orale pendant 14 jours
- Ou Fluconazole : 100 à 150 mg en prise unique par jour pendant 14 jours
- Ou Itraconazole 400 mg par jours pendant 14 jours

ALGORITHME 11 : Candidose oropharyngée (niveau B et C)



6. 2. La leucoplasie chevelue

Peut simuler une candidose buccale. Elle est due au virus d'Epstein Barr. Sa présence est un élément de mauvais pronostic. Il n'y a pas de traitement étiologique.

6. 3. Diarrhée chronique de l'adulte, l'adolescent et l'enfant infectés par le VIH

5.3.1. Définition

C'est l'émission trop fréquente (supérieure ou égale à 03 selles par jour) ou trop abondante de selles liquides ou molles.

- **Chez l'adulte** la diarrhée est dite aiguë lorsqu'elle dure moins d'un mois ; ou chronique lorsqu'elle dure depuis un mois et plus. Lorsqu'elle est aiguë, elle se caractérise par l'émission de selles molles ou liquides fréquentes et provoque naturellement une déshydratation.
- **Chez l'enfant** Lorsqu'elle dure depuis moins d'une semaine il s'agit d'une diarrhée aiguë, si elle persiste depuis 14 jours ou plus il s'agit d'une diarrhée persistante.

Il est important de rechercher la notion de sang dans les selles.

5.3.2. Etiologies les plus fréquentes

a) Infections

✓ Bactériennes :

- salmonella
- shigella
- Campylobacter
- mycobactérium avium

✓ Parasitaires

- Giardia intestinalis
- Cryptosporidium
- isospora belli
- Entamoeba histolitica
- Strongyloïdes stercoralis
- Trichomonas
- *Trichuris trichuria*
- *Plasmodium falcifarum*

✓ Fongique

- Cryptocoque
- Candida albicans

✓ Virale

- Cytomégalovirus
- Rotavirus (RV)

b) *Néoplasies*

- sarcome de Kaposi
- Lymphome

c) *Idiopathique* (peut-être liée au VIH lui-même)

5.3.3. Conduite à tenir devant la diarrhée

Prise en charge de la diarrhée aiguë et persistante chez l'enfant

Les principes de la prise en charge d'une diarrhée aiguë chez les enfants infectés par le VIH sont les mêmes que chez les autres enfants et devraient se conformer aux directives de la PCIMNE

Lors de la prise en charge de la diarrhée aiguë, les agents de santé devraient :

- conseiller les mères de commencer à administrer à leurs enfants des liquides adaptés disponibles à la maison, dès l'apparition, d'une diarrhée chez l'enfant ;
- traiter la déshydratation avec une solution de SRO (ou une perfusion intraveineuse de solutés électrolytiques dans les cas sévères de déshydratation) ;
- rappeler que l'alimentation ou l'allaitement doivent se poursuivre pendant l'épisode de diarrhée, et qu'il faut augmenter la fréquence des repas ;
- utiliser des antibiotiques dans les cas indiqués c'est-à-dire en présence d'une diarrhée sanglante ou d'une shigellose et s'abstenir de donner des médicaments antidiarrhéiques ;
- administrer aux enfants 20 mg de zinc par jour pendant 10 à 14 jours, (10 mg /jour pour les enfants de moins de 6 mois) ;
- rappeler aux mères la nécessité de l'apport en liquide et de poursuivre l'alimentation lors d'épisode futur.

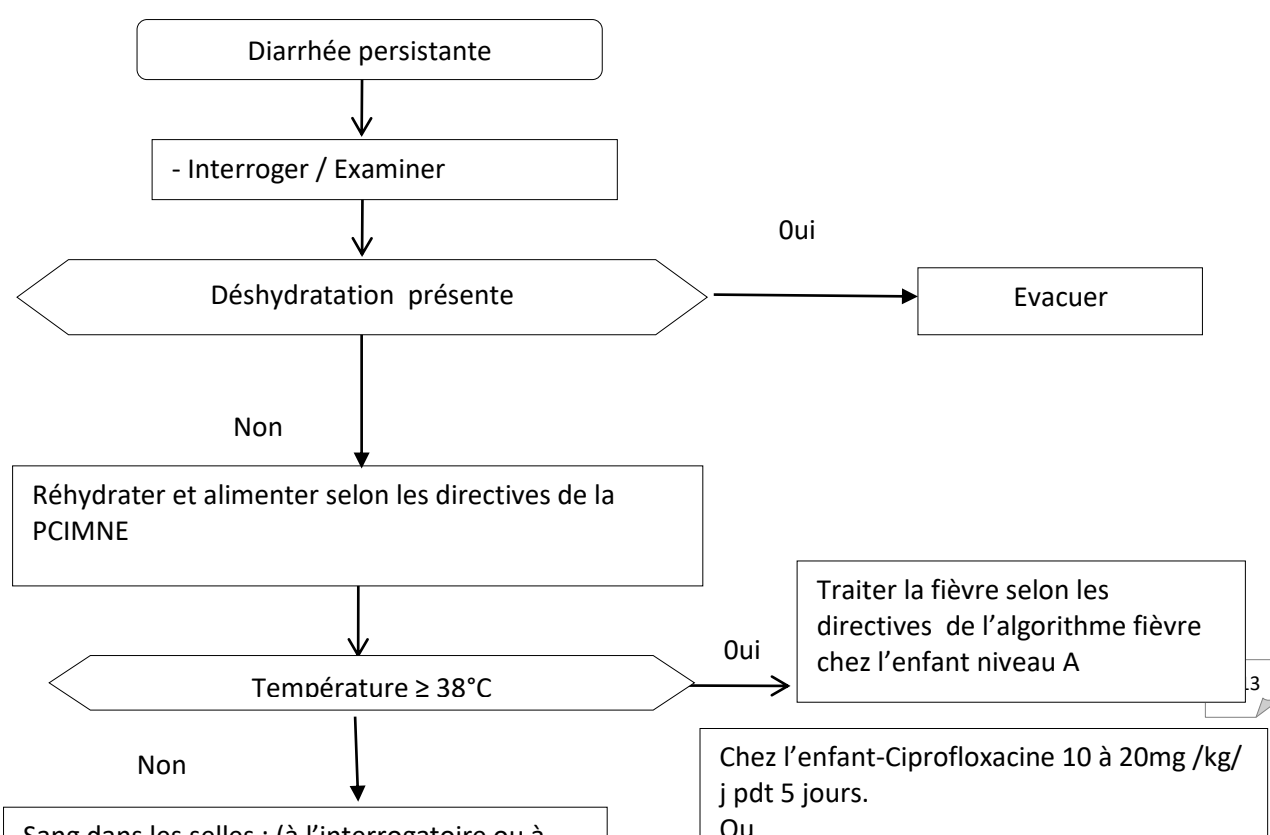
Devant toute diarrhée, il faut évaluer l'état d'hydratation

Tableau XXVII : Evaluation de la déshydratation

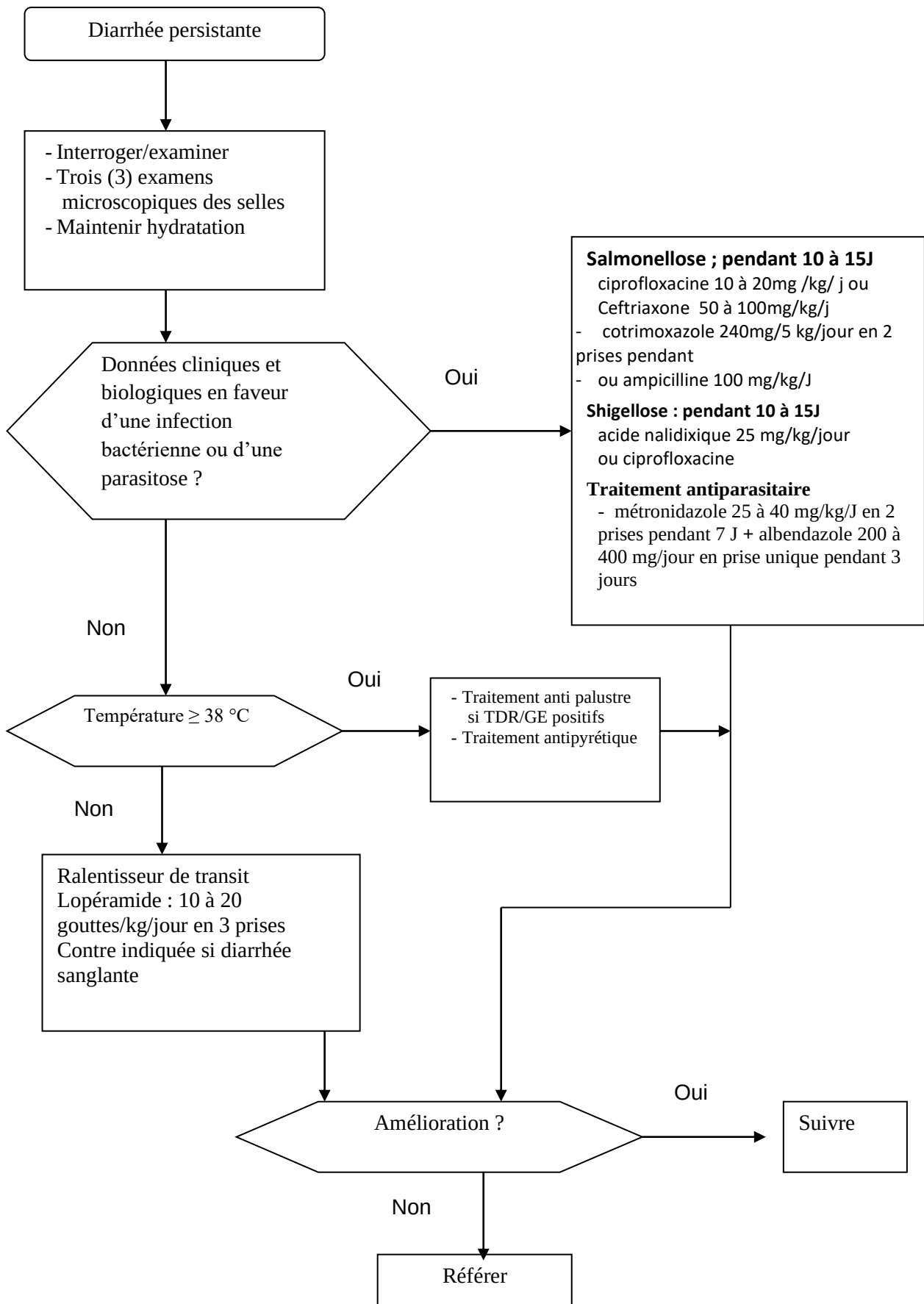
Signes	Déshydratation Modérée	Déshydratation sévère
-Aspect/Etat général	Agitation/ Irritabilité	Inconscient, léthargique,
- Pli cutané	S'efface lentement	Pli cutané s'efface très lentement (>2 secondes)
-Yeux	Enfoncés	Très enfoncés
- Soif	Assoiffé, boit avec avidité	Incapable de boire, boit difficilement

Il est urgent devant toute diarrhée de traiter la déshydratation afin de compenser les pertes hydro-électrolytiques dans les 3 heures. Les moyens utilisés sont : le SRO, le Ringer lactate®, ou le Sérum salé isotonique.

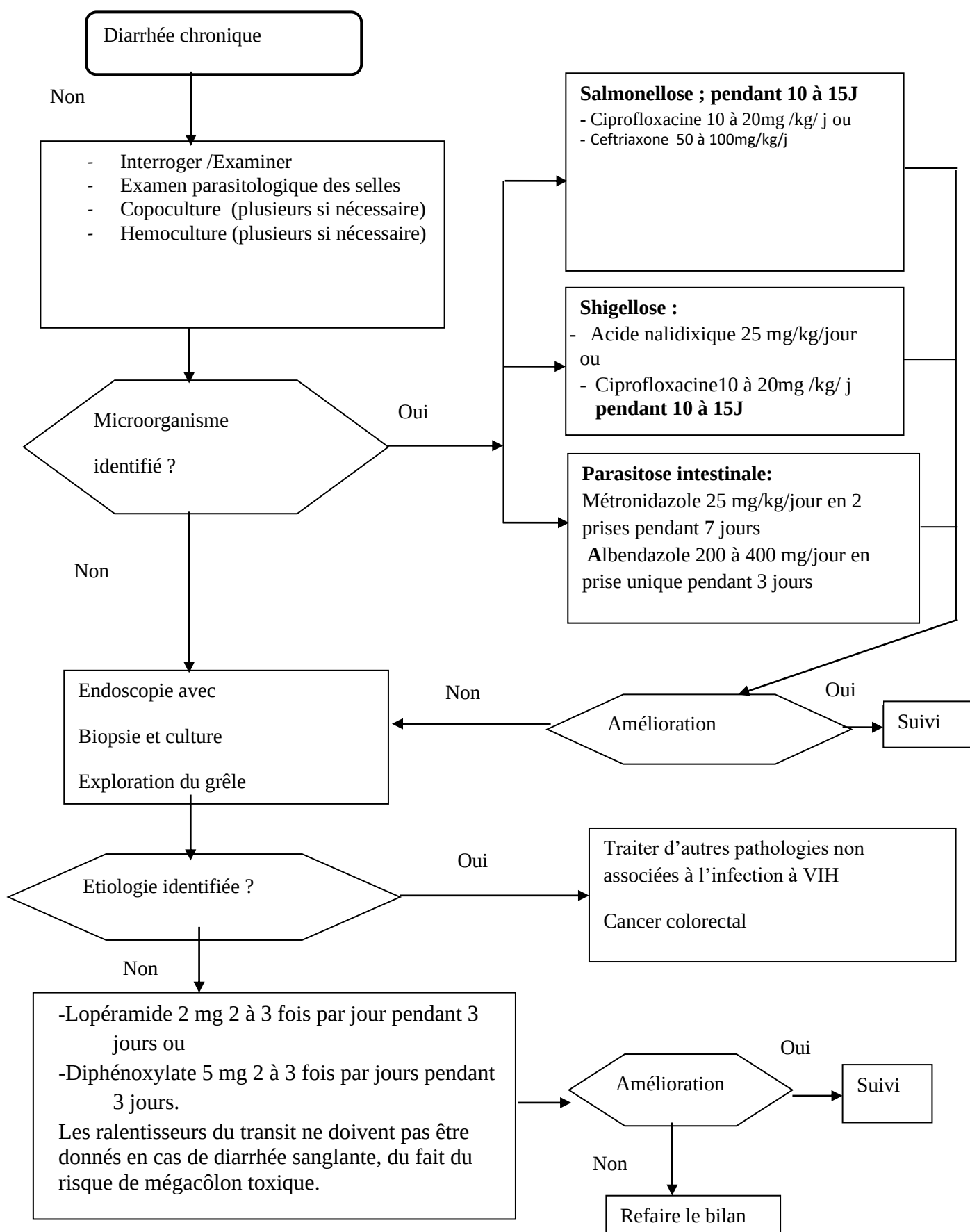
ALGORITHME 12 : Diarrhée persistante chez l'Enfant (niveau A)



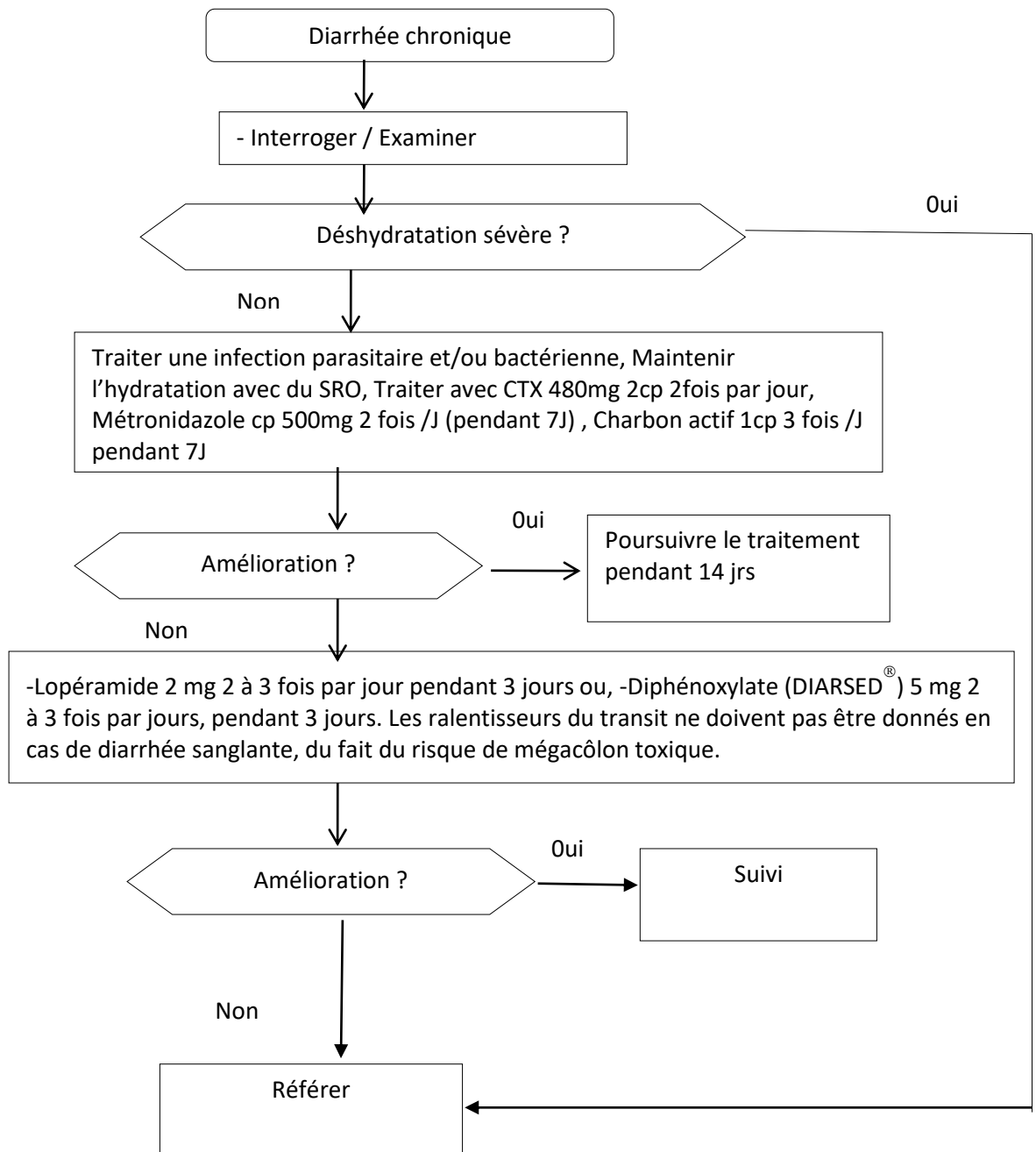
ALGORITHME 13 : diarrhée persistante chez l'enfant (niveau B)



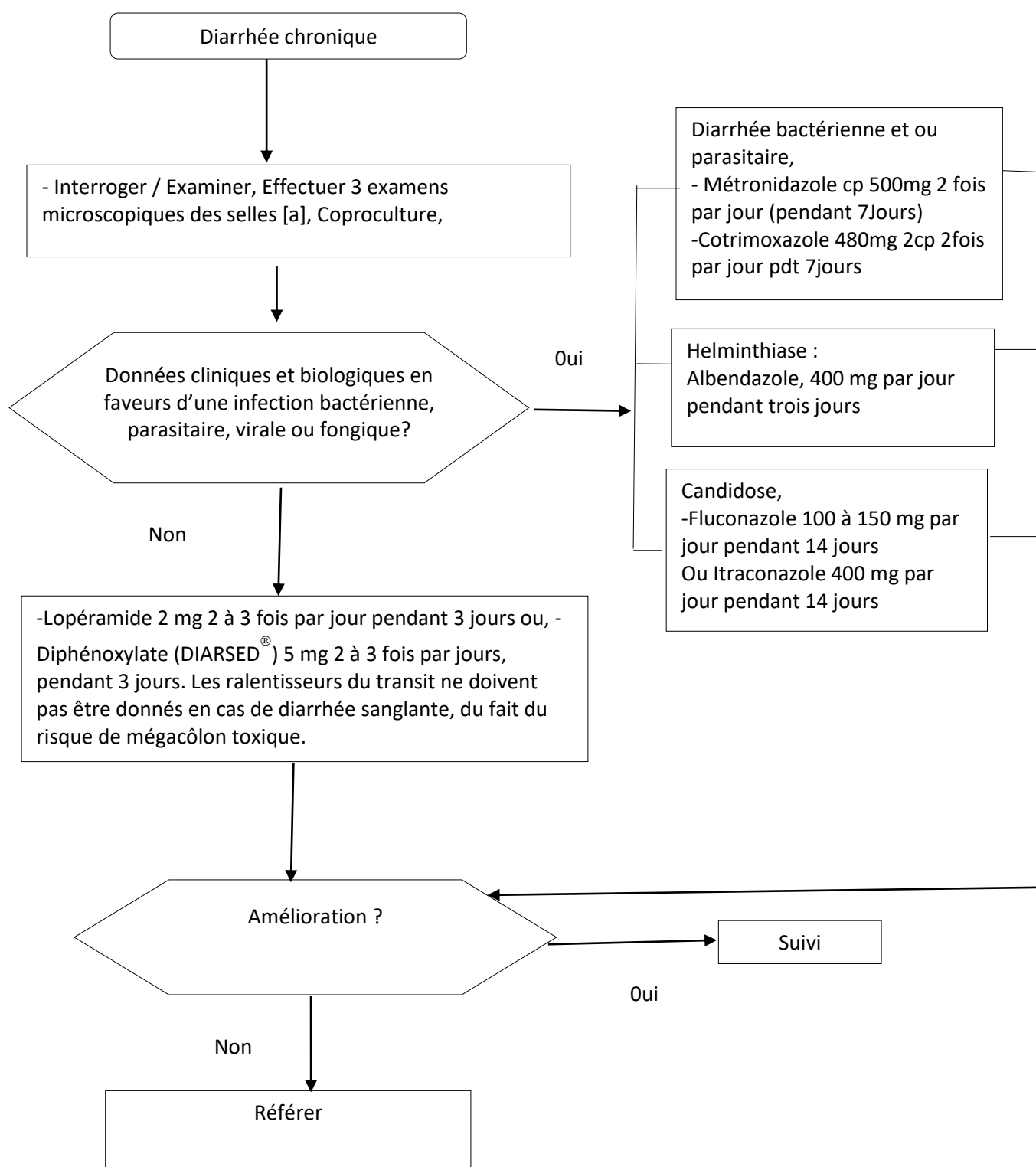
ALGORITHME 14 : Diarrhée chronique chez l'enfant (niveau C)



ALGORITHME 15 : Diarrhée chronique chez l'Adulte (niveau A)



ALGORITHME 16 : Diarrhée chronique chez l'adulte (niveau B)



SESSION 7 : MANIFESTATIONS CUTANÉES DE L'ADULTE ET L'ENFANT

Les affections cutanées fréquemment rencontrées au cours de l'infection au VIH sont :

- *Infections virales*
 - Zona, Varicelle
 - Herpès, condylomes
 - Molluscum contagiosum

- *Infections bactériennes*
 - Pyodermites et furoncles
 - Pyomyosite

- *Infections fongiques et parasitaire*
 - Dermatophytie, candidose cutanée
 - Scabiose ou gale

- *Néoplasie* : maladie de Kaposi

- *Autres affections*
 - Prurigo
 - Dermatite séborrhéique.
 - Psoriasis
 - Toxidermie

Les différentes manifestations de ces affections cutanées se caractérisent par :

- un prurit ou des lésions prurigineuses ;
- des lésions vésiculeuses ;
- des lésions suppurées ;

- des lésions tumorales.

7. 1. Le prurit ou les lésions prurigineuses

Le prurit est une sensation particulière localisée ou diffuse qui provoque le besoin de se gratter. Il peut être isolé constituant souvent la manifestation d'allergie parfois médicamenteuse ou peut accompagner les dermatoses prurigineuses dont les causes les plus fréquentes sont la gale, le prurigo et les mycoses cutanées

Le Prurigo est une dermatose papuleuse prurigineuse disséminée sur tout le corps et d'évolution chronique. Son étiologie est inconnue, son traitement est purement symptomatique.

Les mycoses cutanées sont des dermatoses dues à des champignons microscopiques pathogènes ou saprophytes devenus pathogènes dans des circonstances favorables. Ces dermatoses atteignent la peau, les ongles et les cheveux.

La gale humaine ou scabiose est une ectoparasitose très contagieuse due à sarcoptes Scabiei. Elle se caractérise par un prurit généralisé à recrudescence nocturne, une éruption de topographie très évocatrice s'accompagnant de sillon scabieux et des vésicules perlées.

7. 2. Les lésions vésiculeuses

La varicelle est la primo-infection au virus de la varicelle et du zona (VVZ). Elle est caractérisée, à la phase d'état, par des lésions vésiculeuses d'âge différent disséminées sur le corps, avec une notion de contag. Son traitement est symptomatique.

Le zona est une ganglioradiculite aigue postérieure due à une réactivation du VVZ. Il est caractérisé par des lésions vésiculeuses et douloureuses, particulières par leur topographie en dermatome unilatéral.

L'herpès se manifeste par des lésions vésiculeuses groupées en bouquet. L'herpès sur terrain d'immuno-dépression est caractérisé par sa chronicité et son caractère expansif.

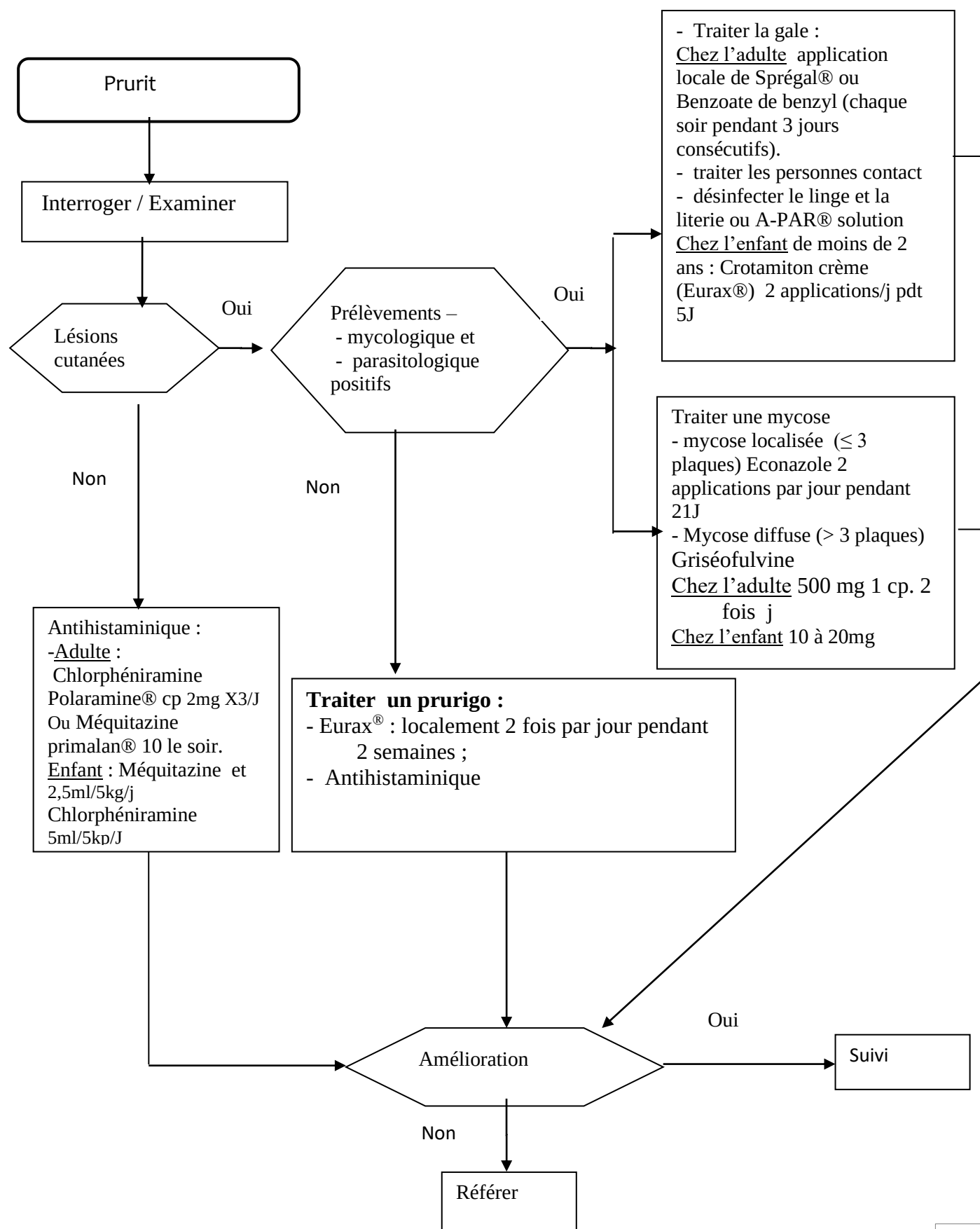
7. 3. Les lésions suppurées

Les lésions cutanées suppurées sont des lésions inflammatoires de la peau et des parties molles d'origine microbienne qui évoluent vers la suppuration (lésions pustuleuses ou lésions contenant du pus). Les plus fréquentes sont l'impétigo, les folliculites, les furoncles et les pyomyosites.

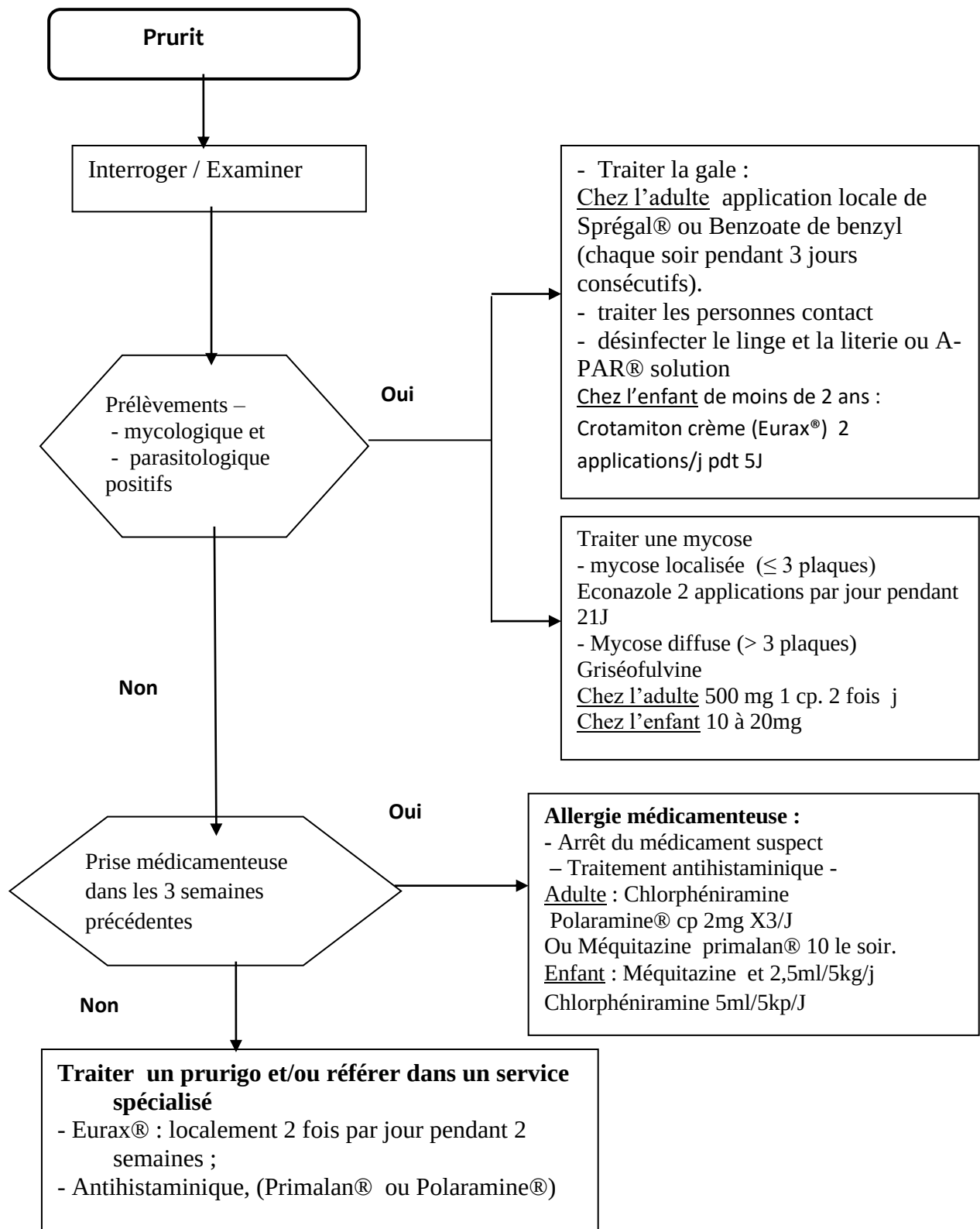
7. 4. Les lésions tumorales

Les lésions tumorales : sont des lésions cutanées en relief solide (ne contiennent pas de liquide), papulo-nodulaires et non inflammatoires (non douloureuses). Les étiologies les plus fréquentes des lésions tumorales au cours du VIH/SIDA sont les **molluscums contagiosum**, les **condylomes** et le **sarcome de Kaposi**. Un traitement ne peut se faire que dans un centre ayant des moyens chirurgicaux et médicaux adéquats.

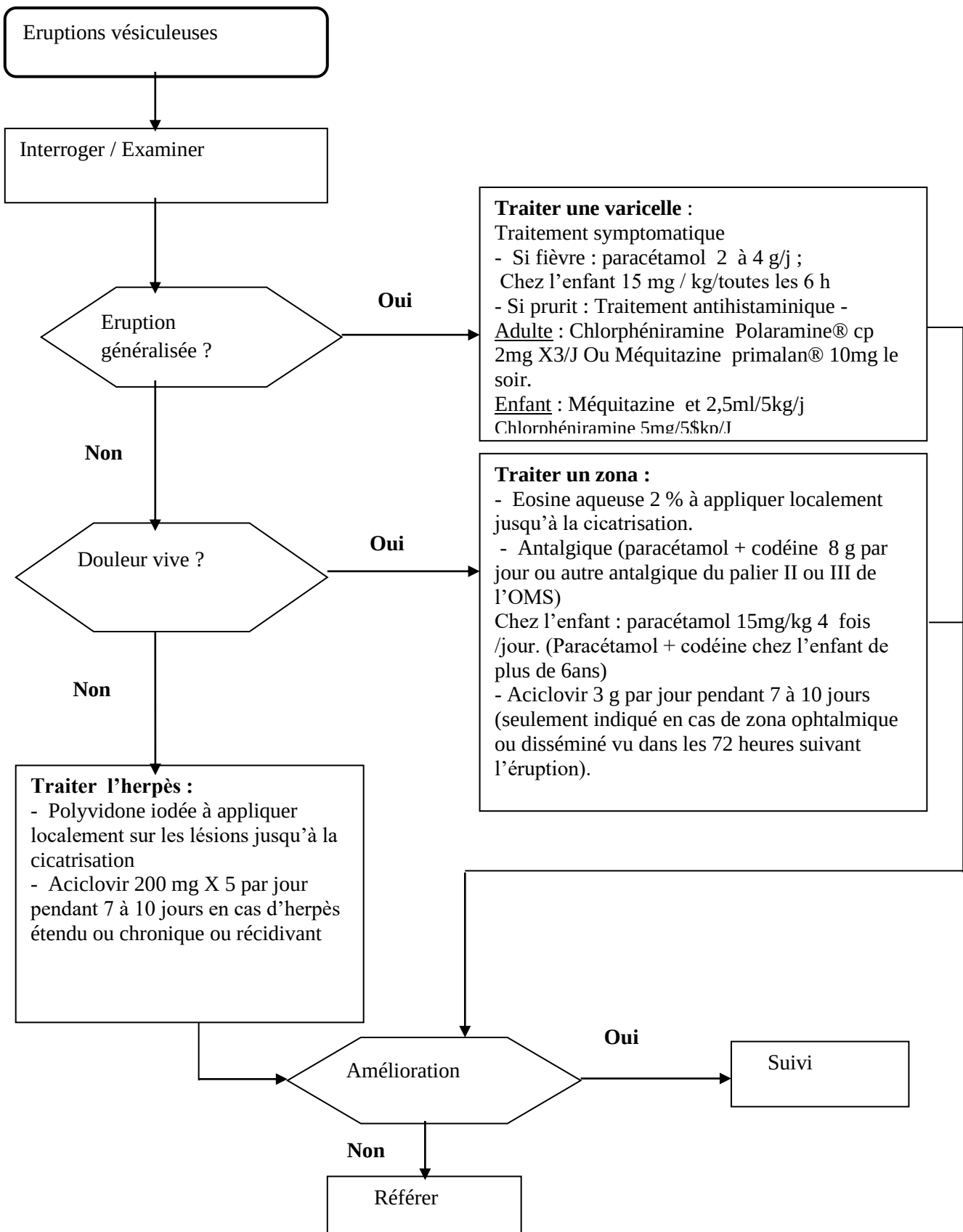
LGORITHME 18 : Prurit (niveau B)



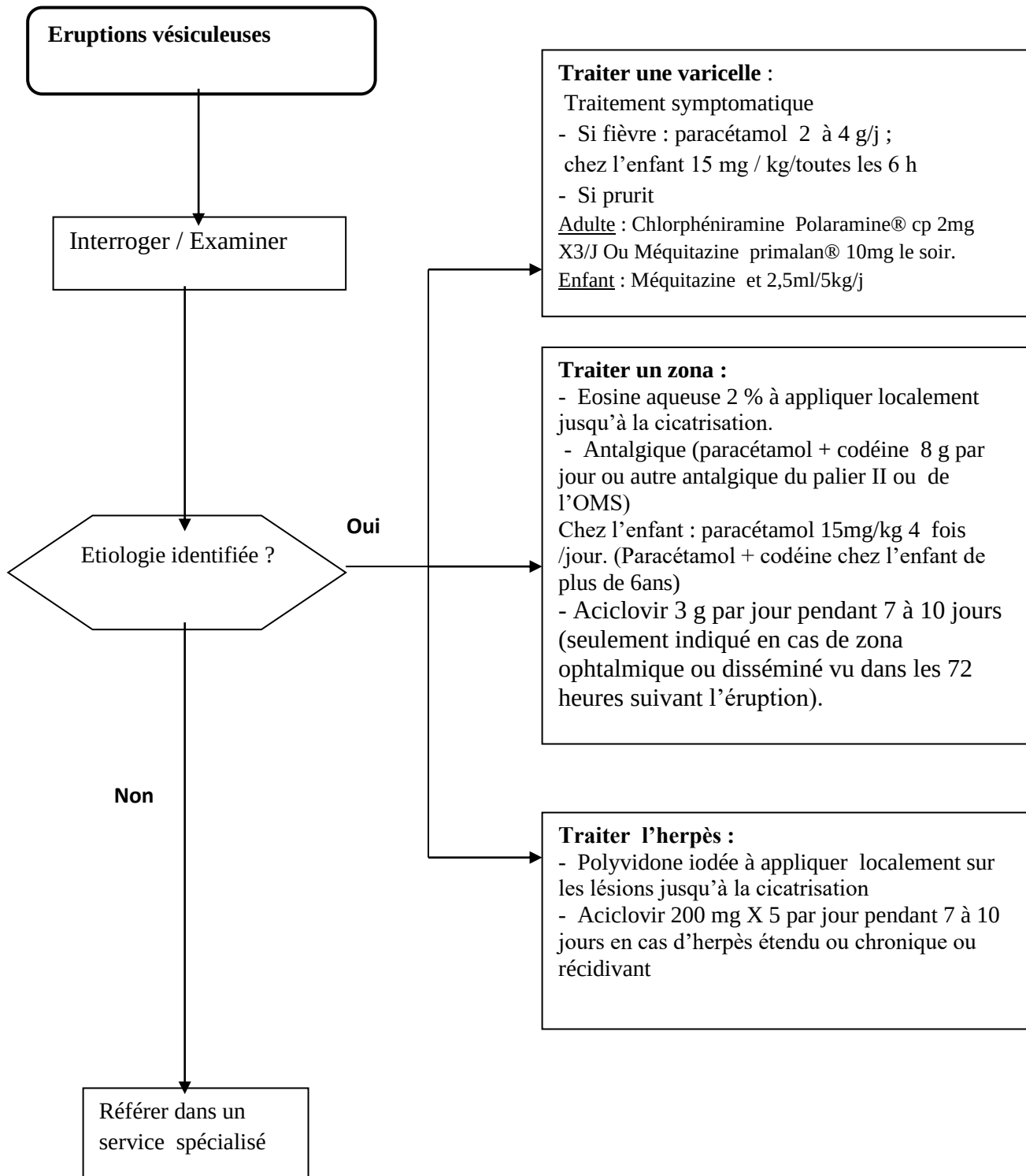
ALGORITHME 19 : Prurit (niveau C)



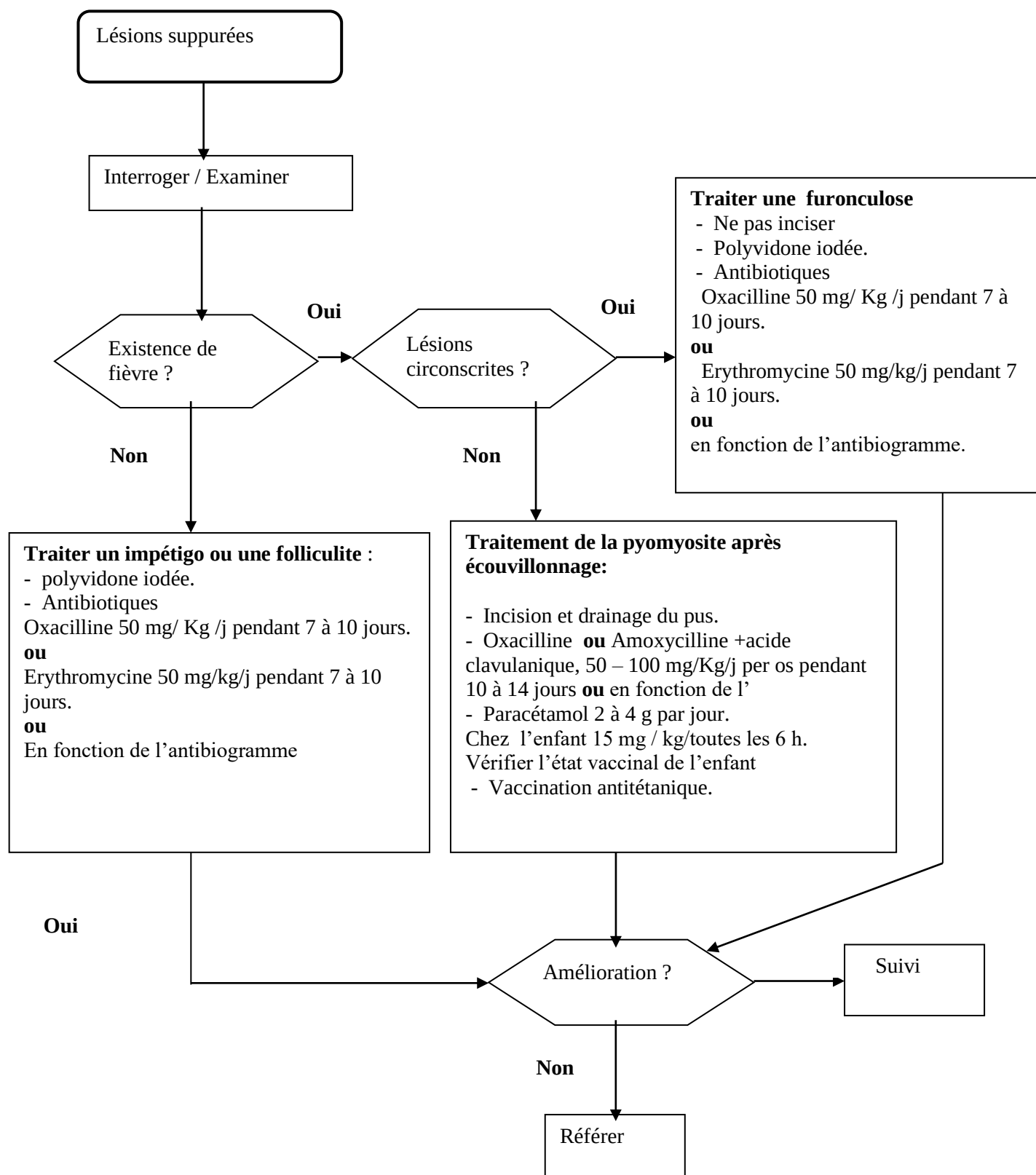
ALGORITHME 20 : Lésions vésiculeuses (niveau B)



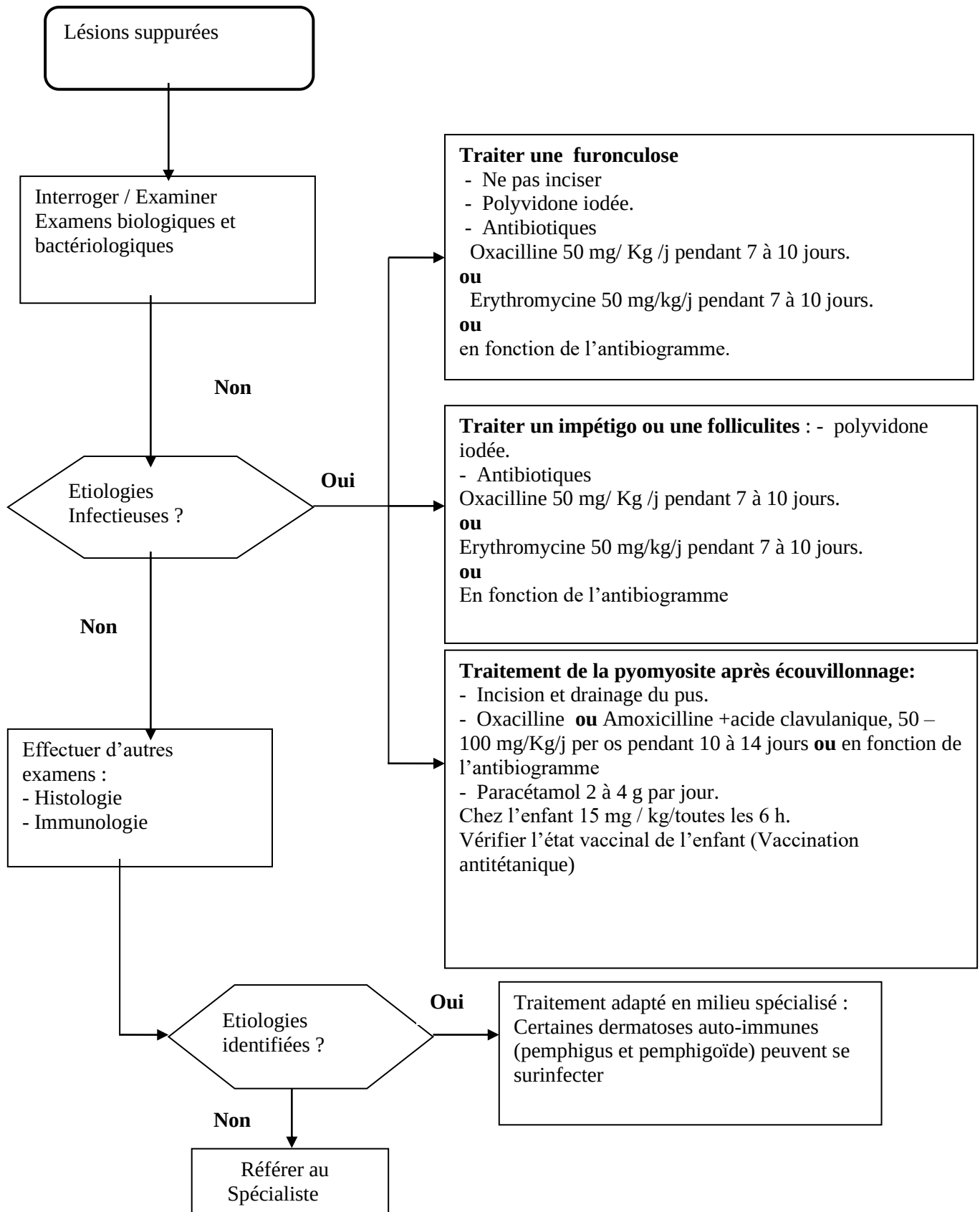
ALGORITHME 21 : Lésions vésiculeuses (niveau C)



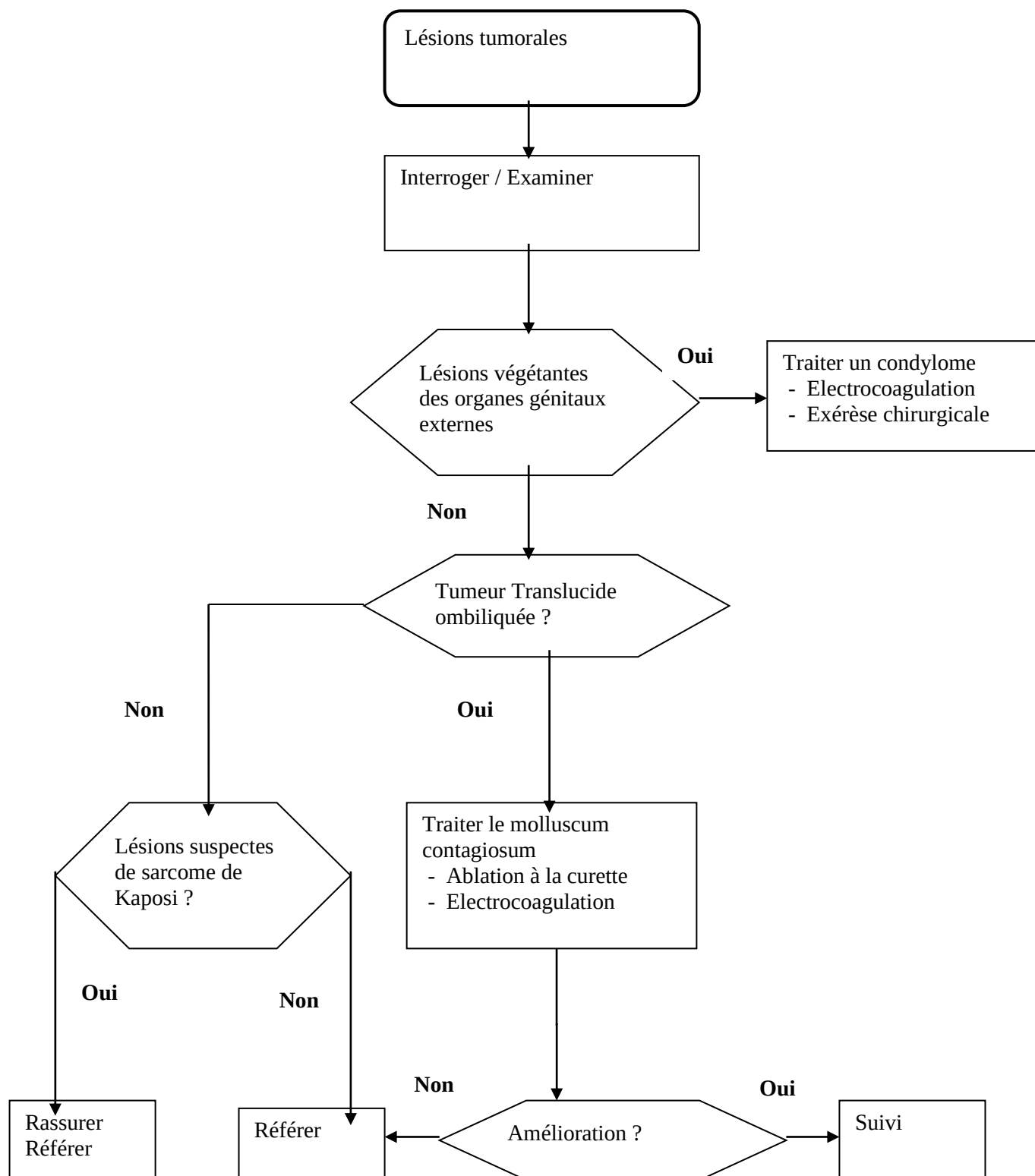
ALGORITHME 22 : Lésions suppurées (niveau B)



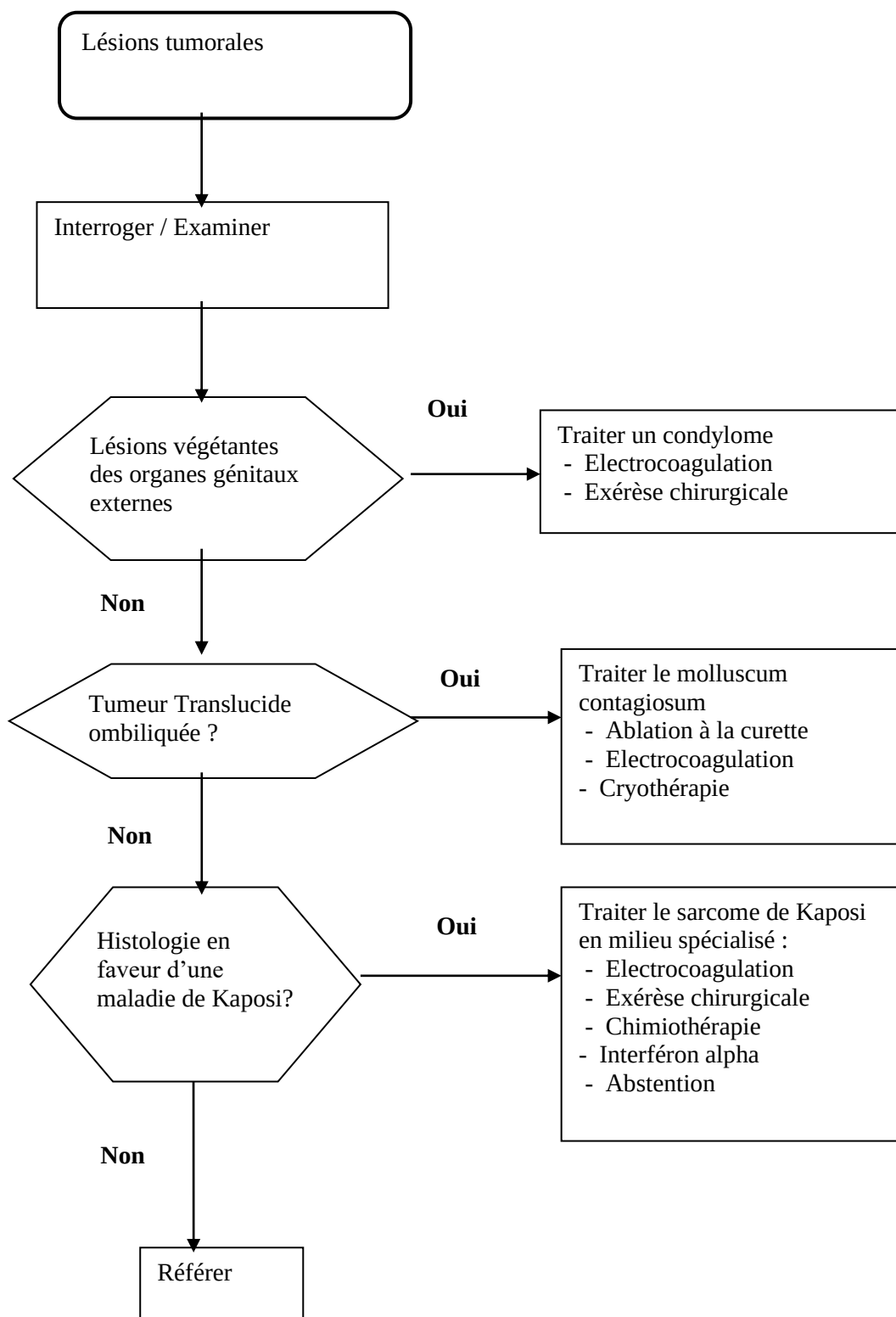
ALGORITHME 23 : Lésions suppurées (niveau C)



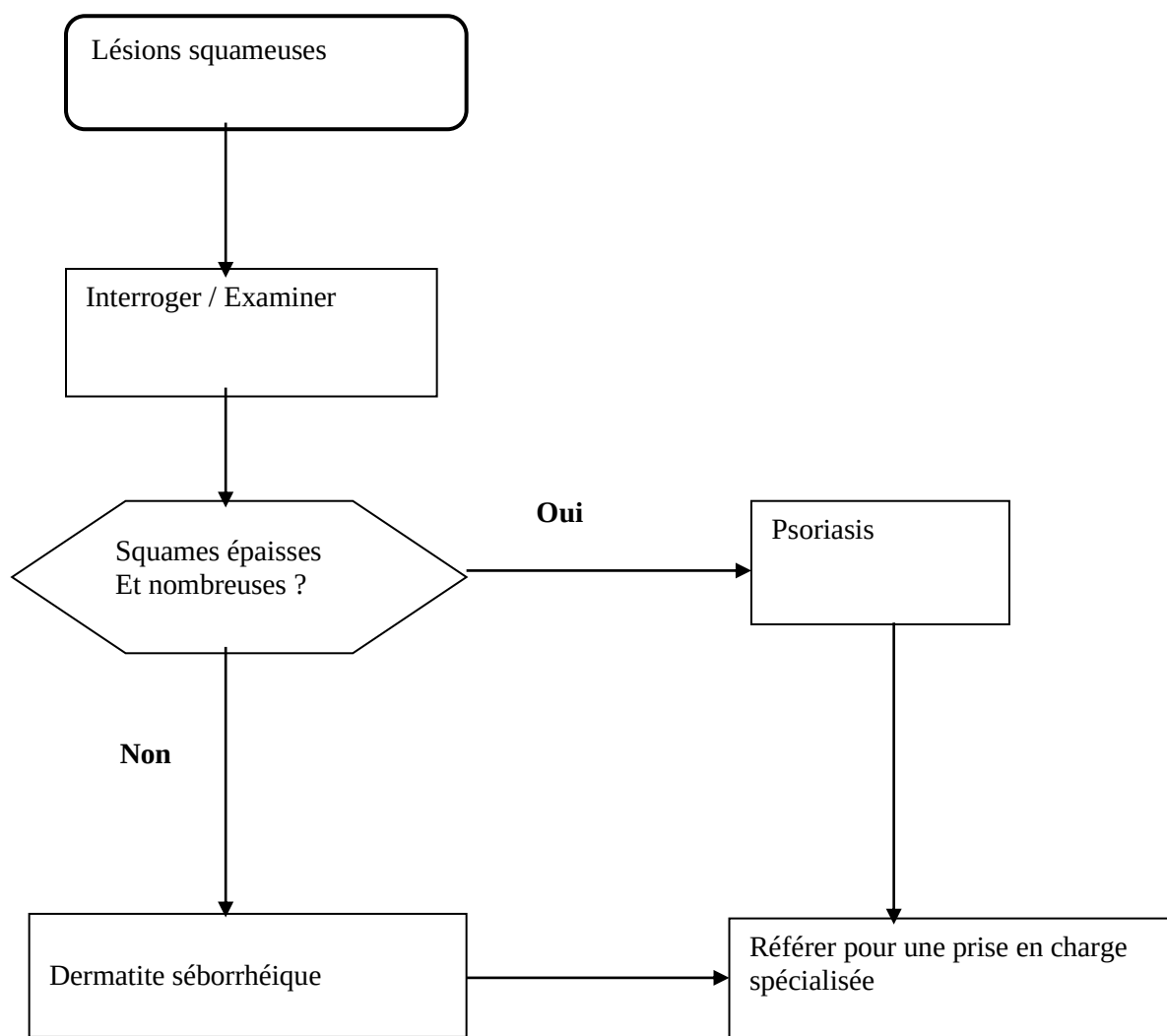
ALGORITHME 24 : Lésions tumorales (niveau B)



ALGORITHME 25 : Lésions tumorales (niveau C)



ALGORITHME 26 : Lésions squameuses (niveau A, B, C)



SESSION 8 : MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT

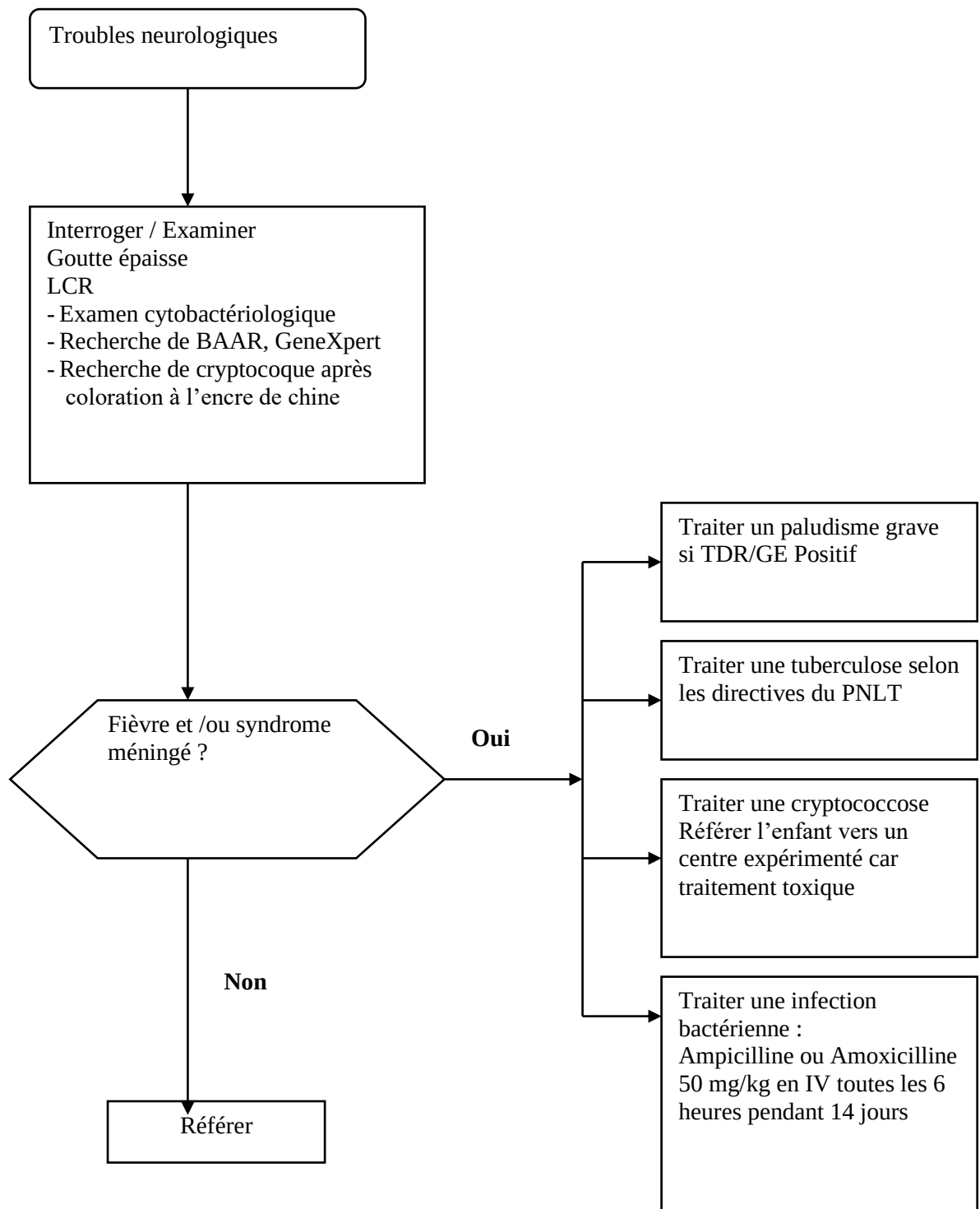
8.1 Chez l'enfant

Les manifestations neurologiques sont parmi les modes d'expression les plus communs de l'infection à VIH, mais elles sont rarement diagnostiquées chez les enfants.

Un retard dans les étapes importantes de développement psychomoteur, peut être un signe d'appel précoce de l'infection à VIH chez les enfants exposés au VIH. Toutefois, les manifestations neurologiques, particulièrement la neuropathie périphérique (et surtout chez les enfants) n'est pas généralement suspectée, peut-être du fait des difficultés diagnostiques et de prises en charge. L'encéphalopathie et le retard de développement psychomoteur sont fréquents chez les enfants séropositifs au VIH et indiquent un stade clinique avancé de la maladie.

Le traitement anti rétroviral (TARV) est probablement le seul moyen d'inverser les effets de l'infection à VIH sur le système nerveux central (SNC) et de permettre la restauration de la croissance et du développement psychomoteur. Il faut cependant signaler que le traitement ARV et les autres médications utilisées dans le traitement peuvent également avoir des effets indésirables neurologiques, la plus commune étant la neuropathie périphérique.

ALGORITHME 27 : Affections neurologiques chez l'enfant (niveau B)



ALGORITHME 28 : Affections neurologiques chez l'enfant (niveau C)

8. 2 Chez l'adulte

Définition

Les manifestations neurologiques chez l'adulte au cours du VIH/SIDA sont dominées en pratique par les céphalées.

Les céphalées se définissent comme des maux de tête récents ou persistantes d'intensité croissante ne cédant pas aux antalgiques usuels.

Les céphalées sont liées à plusieurs affections opportunistes infectieuses ou non infectieuses du système nerveux. Elles peuvent rentrer dans le cadre d'une hypertension intracrânienne et/ou s'accompagner de fièvre, de signes neurologiques de focalisations (déficits moteurs et/ou sensitifs, aphasie, mouvements anormaux), convulsions, troubles de la conscience, syndrome méningé.

L'examen d'un patient se plaignant de céphalées doit rechercher systématiquement des signes neurologiques et psychiatriques :

- Troubles de la mémoire,
- modification de la personnalité,
- confusion.
- Signes de localisation : parésie, paralysie d'un nerf crânien, mouvement anormaux, ataxie, aphasie ;
- Syndrome méningé,
- crise convulsive,
- Signes d'hypertension intracrânienne

L'examen du LCR en l'absence de signes d'hypertension intracrânienne est nécessaire pour diagnostiquer les principales causes de céphalées pouvant être traitées (méningite à germes pyogènes, tuberculose, cryptococcose).

Etiologies fréquentes

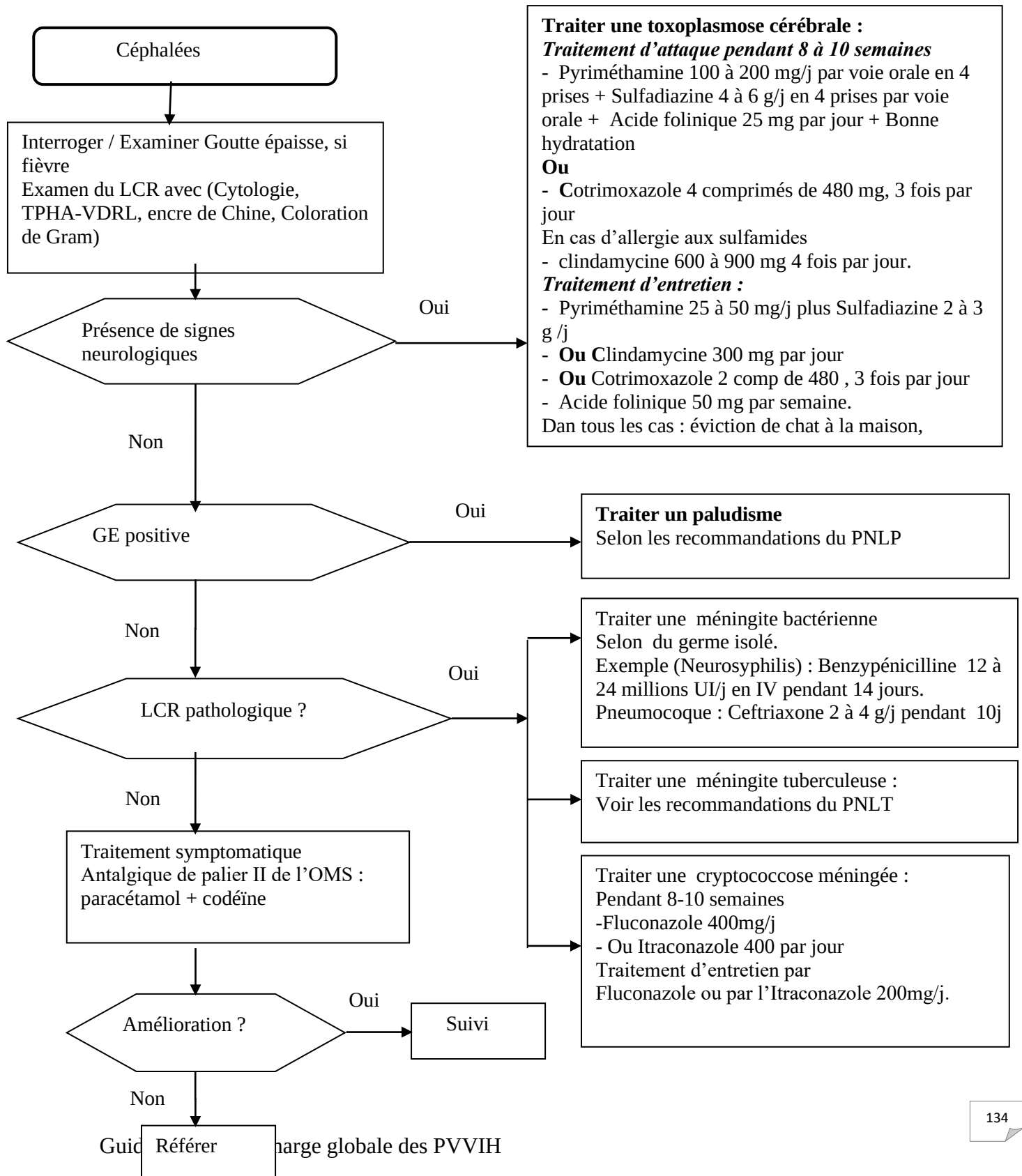
- Méningite à germes pyogènes
- Toxoplasmose cérébrale
- Cryptococcoses neuroméningée
- Tuberculose méningée
- Neurosyphilis

- Méningo-encéphalite virale (CMV, HSV, VIH, Virus JC)
- Lymphome

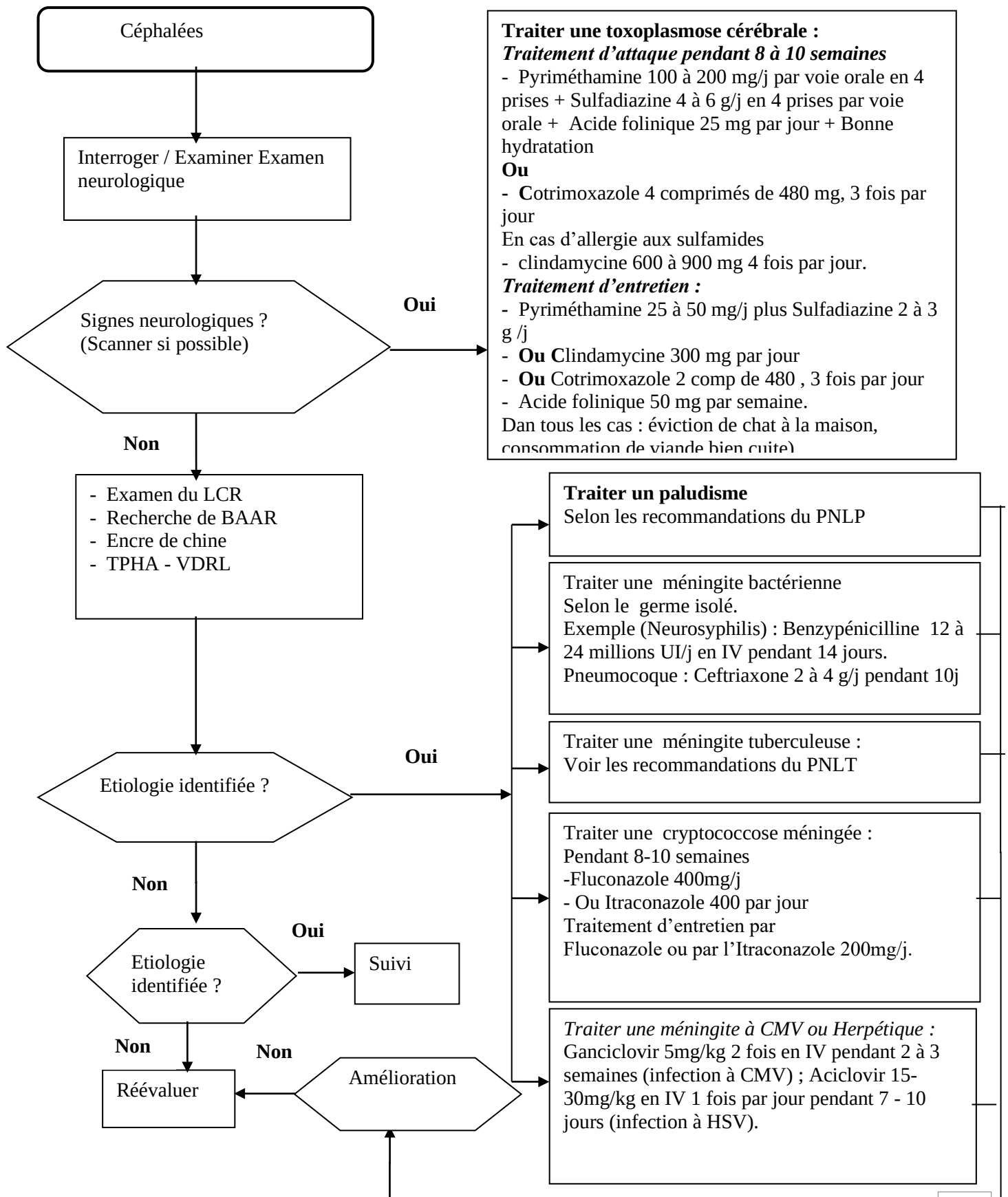
Conduite à tenir devant les céphalées

Voir algorithmes

ALGORITHME 29 : Manifestations neurologiques chez l'adulte (niveau B)



ALGORITHME 30 : Manifestations neurologiques chez l'adulte (niveau C)



SESSION 9 : AUTRES MALADIES ASSOCIEES AUX VIH/SIDA

9.1 Maladies oculaires

Toutes les parties de l'œil peuvent être atteintes au cours de l'infection par le VIH .La fréquence élevée d'atteintes rétinienne et vitréenne en cas de déficit immunitaire profond ($CD4 < 50/mm^3$) justifie un fond d'œil (FO) toutes les six semaines en cas de déficit profond.

Un œil rouge et douloureux ou une baisse brutale de l'acuité visuelle chez ce type de patient doit faire pratiquer un FO en urgence.

➤ Rétinites

Rétinite à CMV

C'est l'infection oculaire la plus fréquente et la principale cause de cécité. De découverte fortuite ou à la suite de troubles visuels allant jusqu'à la cécité, c'est une pathologie grave qui rend aveugle en moins de six mois .Elle survient à un stade avancé du sida ($CD4 < 50/mm^3$ et charge virale élevée).

Tableau clinique : l'interrogatoire est essentiel et retrouve une notion de perte de l'acuité visuelle de manière asymétrique, au cours des dernières semaines ou mois, sans douleurs ni rougeur oculaire à l'examen clinique.

Diagnostic : Le fond d'œil est typique avec une plage blanche œdémateuse, hémorragique, para vasculaire, à progression centrifuge, réalisant une image en cocarde : le centre de la lésion est cicatriciel en «boue séchée », la couronne intermédiaire est œdémateuse, et la couronne périphérique est formée de petits foyers éparpillés en rétine saine.

Traitement de référence : souvent indisponible, il est général et /ou local

- **Ganciclovir** (Cymévan) 10mg/kg/j en 2 perfusions IV de 1h pendant 3 semaines, puis à demi-dose
- ou **Foscarnet** 180 mg/kg/j en 2 perfusions IV de 2h pendant 3 semaines puis 100m/kg/j.

Prophylaxie secondaire : doit être maintenue tant que l'immunodépression persiste pour éviter les rechutes et peut être arrêté si les CD4 sont $>100/\text{mm}^3$ et la charge virale indétectable depuis au moins six mois.

Rétinite toxoplasmique

C'est une affection qui est devenue rare avec l'avènement des ARV. Elle survient chez des patients ayant un taux de $\text{CD4} < 100/\text{mm}^3$

Tableau clinique : il s'agit généralement de la première manifestation de sida chez des patients ne connaissant pas leur séropositivité et elle est associée à une toxoplasmose cérébrale dans un tiers des cas. L'atteinte ophtalmologique se manifeste par un foyer de rétinite uni ou bilatéral.

Diagnostic : au FO, le foyer de rétinite réalise une plage blanc jaunâtre, profonde, peu hémorragique, à contours flous

Traitement : identique à celui de la toxoplasmose cérébrale.

Rétinite au virus Varicelle-Zona

Elle survient chez des patients ayant moins de 50 $\text{CD4} /\text{mm}^3$.

Tableau clinique : elle entraîne en quelque jour la cécité dans un contexte de zona facial.

Diagnostic : le FO montre au début quelques petits foyers au pôle postérieur associés à de larges plages périphériques. Cette rétinite est redoutable car elle envahit toute la rétine en quelques jours, se bilatéralise fréquemment et se complique de décollement rétinien et d'atrophie optique.

Traitement : L'aciclovir n'est pas efficace. Il faut traiter par le Ganciclovir ou le Foscavir.

➤ Uvéites

L'uvéite est une inflammation de l'iris et du corps ciliaire, pouvant entraîner des complications (synéchies iridocristalliniennes, cataracte, glaucome).

Etiologies : Chez le patient infecté par le VIH, les étiologies des uvéites sont le plus souvent infectieuses. Elles peuvent être la traduction d'une syphilis, d'une tuberculose, de la maladie de Lyme, mais aussi d'une infection par le VIH.

Tableau clinique : le patient consulte pour un œil rouge, douloureux avec ou sans baisse de l'acuité visuelle.

Diagnostic : le fond d'œil retrouve une injection périkeratique, un tyndall de chambre antérieure, des précipités rétrocornéens et des synéchies iridocristalliniennes.

Il faut faire également une ponction lombaire pour éliminer certaines des étiologies, quel que soit le statut du patient.

Traitement : repose sur la corticothérapie

9.2 Maladies hématologiques

➤ Les anémies

Elles sont fréquentes au cours de l'infection à VIH.

Etiologies : principalement les carences (fer, acide folique, vitamine B12), les inflammations, les virus (VIH, CMV, parvovirus B19), les atteintes de la moelle osseuse, la toxicité médicamenteuse (AZT, mais aussi cotrimoxazole, Indinavir), tuberculose, paludisme, parasitoses intestinales...

Facteurs de risques : stade sida, CD4<200/mm³, charge virale élevée, sexe féminin, enfants.

Traitement : en cas d'urgence (Hb<5g/dl ou décompensation) : transfusion sanguine.

Sinon traitement de la carence ou de la cause. L'anémie s'améliore en général sous traitement ARV.

➤ **Les cytopénies liées au VIH**

Elles constituent les anomalies hématologiques les plus fréquentes, et sont quasi constantes à un stade évolué de l'infection à VIH.

Etiologies : elles sont soit :

- d'origine centrale, liées à un effet myélosuppresseur du VIH lui-même, à un envahissement tumoral ou infectieux, ou dues à une toxicité médicamenteuse,
- d'origine périphérique, secondaire à une destruction immunologique ou mécanique. Les thrombopénies immunologiques représentent la manifestation la plus fréquente des cytopénies d'origine périphérique. Elles sont souvent asymptomatiques.

Traitement : les cytopénies par insuffisance de production se traitent essentiellement par transfusion. Autrement, les ARV en favorisant la restauration immunitaire corrigent ces anomalies.

➤ **Lymphomes**

Les proliférations lymphoïdes agressives chez les patients infectés par le VIH sont divisées en lymphomes malins non hodgkiniens, maladie de Hodgkin et lymphomes associés au HHV-8 appelés encore maladie de Castelman.

Elles sont néanmoins dominées par les lymphomes malins non hodgkiniens comprenant le lymphome de Burkitt et le lymphome immunoblastique à grandes cellules. Les lymphomes du type Burkitt peuvent survenir avant le déclenchement de l'immunodépression avancée. Cette tumeur est associée au Virus d'Epstein Barr.

Tableau clinique : Le lymphome se manifeste par :

- l'apparition d'adénopathies non inflammatoires pouvant intéresser les territoires profonds et les territoires superficiels
- une altération de l'état général avec de la fièvre, une asthénie, un amaigrissement, des sueurs nocturnes, une anorexie
- Une hépatosplénomégalie mise en évidence à l'examen clinique

Le diagnostic différentiel se fait avec :

- La lymphadénopathie généralisée persistante de l'infection à VIH.
- La tuberculose ganglionnaire qui est plus fréquente.
- La syphilis secondaire
- Un syndrome de restauration immunitaire si les adénopathies apparaissent après l'initiation d'une trithérapie.

Diagnostic : la biopsie ganglionnaire permet un diagnostic de certitude. Il peut être évoqué par l'adénogramme en cas d'adénopathie superficielle et confirmé si possible par une biopsie ganglionnaire.

En cas d'adénopathies profondes, avec difficulté de ponction ou de biopsie, un traitement antituberculeux est proposé et ce n'est que devant la persistance des adénopathies profondes que le diagnostic de lymphome est évoqué.

Bilan d'extension : se fait en milieu spécialisé, il permet d'évaluer l'étendue de la maladie et d'opter pour le traitement le mieux adapté. Il se réalise en milieu spécialisé et comprend :

- L'évaluation clinique à la recherche des signes d'altération de l'état général et de toutes les localisations possibles
- Évaluation para clinique comprenant :
 - L'imagerie médicale (radiographie pulmonaire, échographie abdominale et éventuellement un scanner) à la recherche d'adénopathies profondes,
 - Un bilan biologique avec un bilan inflammatoire et éventuellement des biopsies notamment ostéomédullaires ou d'autres organes éventuellement atteints.

Au terme de ce bilan d'extension, le lymphome est classé. Ce classement guide la stratégie thérapeutique.

Traitement : Il comprend une chimiothérapie et des soins associés. Plusieurs protocoles de chimiothérapie sont possibles. Le régime de CHOP incluant, la vincristine, la daunorubicine, la cyclophosphamide et la prednisolone, associé à la trithérapie s'est révélé efficace. La chimiothérapie est alourdie par l'immunodépression liée au VIH, les interactions médicamenteuses et la dépression immunitaire due au traitement. C'est pourquoi la prise en charge de ce type de patient doit se faire en collaboration avec un spécialiste en cancérologie et ou en hématologie.

Pronostic : Les éléments de bon pronostic sont :

- Un taux de CD4 supérieur à 100 par mm³
- Un niveau bas de la lactico-déshydrogénase (LDH) dans le sérum
- L'absence de manifestation classant SIDA
- Un bon score de Karnofsky
- Les formes localisées

9.3. Maladies néphrologiques

L'infection à VIH est une cause importante de glomérulopathies. Les premières observations sont des cas de hyalinose segmentaire et focale qui ont amené à définir une « néphropathie associée au VIH » ou HIVAN (HIV Associated Nephropathy), mais les lésions sont en réalité très diverses.

Néphropathie liée au VIH

Le terme d'HIVAN désigne une forme particulière de hyalinose segmentaire et focale survenant essentiellement chez les sujets de race noire quel que soit le stade de l'infection à VIH

Tableau clinique : L'HIVAN se manifeste par un syndrome néphrotique impur d'installation brutale avec des œdèmes

Diagnostic : les examens biologiques montrent une protéinurie, une hypoprotidémie et une hypoalbuminémie avec une insuffisance rénale rapidement progressive qui évolue en quelques mois vers le stade terminal. Le diagnostic de certitude est posé par la ponction biopsie du rein qui montre la hyalinose segmentaire.

Traitement : Elle s'améliore sous traitement ARV.

9.4. Affections bucco-dentaires

Elles sont particulièrement fréquentes chez les malnutris infectés au VIH. L'affection buccale la plus fréquente est la candidose. Il faut exclure d'autres affections qui provoquent une déglutition douloureuse et surviennent fréquemment chez les enfants séropositifs au VIH telle qu'une infection à CMV, l'*herpès simplex* et les lymphomes.

Prévention : une bonne hygiène dentaire est importante.

❖ Parotidite

L'augmentation bilatérale du volume de la glande parotidienne est l'un des signes le plus spécifique de l'infection à VIH chez les enfants. Elle n'est pas douloureuse à la pression et est fréquente chez les enfants plus âgés qui sont des progressseurs lents ; elle peut être liée à une pneumopathie lymphoïde interstitielle. Une parotidite volumineuse peut défigurer les enfants qui risquent d'être stigmatisés.

La parotidite peut être intermittente ou devenir douloureuse à la pression par suite d'une surinfection bactérienne.

Prise en charge : En cas de douleur à la pression, administrer des antibiotiques et des analgésiques. ***L'abstention chirurgicale est de mise.***

Module 8 : Points clés

- Le Cotrimoxazole prévient les IO
- Penser à la tuberculose, pneumonie et pneumocystose devant des signes respiratoires
- Penser à la toxoplasmose cérébrale, la cryptococcose neuroméningée devant des signes neurologiques

ANNEXES

Tableau XXVIII : Place des tests homologués dans l’algorithme national de dépistage VIH

Place du test dans l’algorithme	Dénomination	Technique	Type échantillon
TEST1	Murex HIV Ag/Ab Combination	ELISA	Sérum, Plasma
	apDia HIV Ag/Ab	ELISA	Sérum, Plasma
	Alere Determine VIH1-2	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	Alere HIV Combo	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	VIKIA HIV1/2	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	WANTAI RAPID TEST HIV	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	ABON HIV 1/2/0	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	STANDARD Q HIV 1 / 2 Ab 3-Line	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	HEXAGON HIV	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	Genie Fast HIV1-2	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	SD Bioline HIV 1.2.3.0	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	First Response HIV 1-2.0	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	SD BIOLINE HIV-SyphilisDuo	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	Oraquick® HIV Self-Test	Rapide/simple	Fluide buccal
TEST2	ABON HIV 1/2/0	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	STANDARD Q HIV 1 / 2 Ab 3-Line	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	SD Bioline HIV 1.2.3.0	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	First Response HIV 1-2.0	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total
	HIV TRI-DOT	Rapide/simple	Sérum, Plasma
TEST3	INNOLIA HIV I/II score	Western Blot	Sérum, Plasma
	Geenius HIV1/2 Confirmatory Assay	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total

Tableau XXIX : Bilan initial

Recommandés (souhaitables)
- Glycémie
- CD4
- NFS
- Antigène HBs
- SGPT (ALAT)
- Créatininémie
- Sérologie hépatite C
- Radiographie pulmonaire si toux chronique
- Test de grossesse (chez les femmes en âge de procréer)

- **Typage lymphocytaire**

La détermination du taux de CD4 permet d'apprécier le niveau du déficit immunitaire, et d'évaluer l'efficacité de la réponse immunitaire de ce traitement lors du suivi.).

- **Bilans hématologique et biochimique**

Ce bilan permet d'apprécier le fonctionnement de certains organes (rein, foie) et les constantes du sang, afin d'opérer un choix rationnel des molécules antirétrovirales.

- **Charge virale**

Selon les recommandations nationales, la mesure de la charge virale plasmatique n'est pas indispensable pour initier le traitement. Cependant, elle permet d'évaluer l'efficacité du traitement antirétroviral.

Elle est très utile dans le suivi des patients et le monitoring des problèmes des résistances.

- **Bilan radiologique**

Il se limite à la radiographie pulmonaire, à la recherche d'images évocatrices de tuberculose qui peut évoluer parfois à bas bruits chez le sujet VIH positif. La tuberculose est la première cause de mortalité chez les PVVIH en Afrique subsaharienne

Tableau XXX : Bilan de suivi sous ARV

	M0 Initiation du traitement		M6		Tous les 6 mois
	Obligatoire	Recommandés	Obligatoires	Souhaitables	
CD4	Oui		Oui		Oui
NFS	Oui (Taux d'hémoglobine)			Oui	Oui
SGPT/ALAT	Oui			Oui	Oui
Créatinémie	Oui			Oui	Oui
Glycémie		oui		Oui	Oui si IP
cholestérol				Oui	Oui si IP
Triglycérides				Oui	Oui Si IP
Charge virale			oui		Oui*
Test urinaire de grossesse		Oui femme en âge de procréer		Oui	
Antigène HBS		Oui		Oui si négatif à M0	
Sérologie Hépatite C		Oui		Oui si négatif à M0	
Rx pulmonaire		Oui		Oui si toux	

***Puis une fois par an**

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE REVISION DU GUIDE DE PECM DES P_{VIH}

	Nom & Prénoms	Région	District	Institution/fonction	Contact
1.	Pr DAGNRA Anoumou	LC	D5	Coordonnateur PNLS-IST	90015656
2.	Dr DAVI Kokou	LC	D1	OMS	99132256
3.	Dr YEBOUE K. Michel	OMS	Ouaga	Coordination inter- pays de l'Afrique de l'Ouest/ OMS	+22670788879
4.	M. MOSSI YAMBA Sewede	LC	D1	Spécialiste RSS/UGP	90133904
5.	M. LIMAZIE Charles	LC		HP+	90842636
6.	Dr DAMARLY Messan	LC		EAWA	90117360
7.	Dr AHO Komivi	LC	D2	CRIPS-TOGO	90093397
8.	Dr DJOBO Abass	LC	D5	Responsable UPECM PNLS-IST	90019415
9.	Dr TCHAMA- BOURAIMA M.	LC	D5	Responsable UPTME PNLS-IST	90125393
10.	Dr RASAK Soukouratou	LC	D5	Pharmacien/CAMEG	90330419
11.	Dr APETSIANYI Yawa	LC	D1	DRS LC	90161445
12.	Dr ETOH Mawulé G.	Maritime		DRS Maritime	90047561
13.	Dr SEMA Madibawélé	LC	D5	Responsable UGIM /PNLS-IST	91474271
14.	Dr AZANMAN Emma	LC	D5	Responsable USER /PNLS-IST	90987855
15.	M. WADJA Kouyolé	LC	D5	S&E/ PNLS-IST	90239884
16.	M. AMETEPE Komivi	Plateaux	Ogou	PFR VIH	90341884
17.	M. GUEHEY Yao	Maritime	Yoto	Mentor	90194648
18.	M. DOSSOU-D Zinsou	LC	D5	Mentor	90202063
19.	M. ALI-EDJE Komlan	LC	D5	CNR/ PNLS-IST	90325424
20.	M. AGBENYEFIA Kokou	LC	D5	PNLS-IST	90254780
21.	DOKLA Augustin	LC	D5	RAS+	90172375
22.	Dr KAAGA Laconi	LC	D5	CHU Campus	90341234

23.	M. GBANDI Nadjombé	Savanes	Dapaong	PFR /VIH	
24.	Mme AKPAMOURA Constance	LC	D5	PNLS-IST	90204262
25.	M. KATIN Atomkilasso	Kara	Kozah	CTR	90162998
26.	Dr TADONA Mikénayéma	Savanes	Dapaong	CTR	90209017
27.	Pr DJADOU Koffi	Maritime	Zio	CHR Tsévié	90068167
28.	MENSAH Akovi E.	LC	D5	EVT	90016411
29.	Mme ATI-ATCHA Aïcha	Plateaux	Ogou	CHR Atakpamé	91843426
30.	Dr HILIM Peleke M.	Centrale	Sotouboua	DPS Sotouboua	91607996
31.	Dr EPHOEVI-GA Ayoko	LC	D5	Pédiatre	90139259
32.	Dr AGBEKO Foli	LC	D2	Pédiatre/ CHR LC	90028868
33.	Dr HILLAH Dédé K.	Maritime	Lacs	Pédiatre/ CHP	91724204
34.	Dr LAKTE-ADASSOU Pni-pè	LC	D4	DDS 4	90556677
35.	Mme TCHABANG'NA Nimatou	LC	D5	PNLS-IST	90905759
36.	Dr N'DJAO Akuwulu	Centrale	Tchaoudjo	DPS Tchaoudjo	90918142
37.	Dr GLAKAR Codjo	Plateaux	Kpélé	DPS Kpélé	90214590
38.	Dr AZIALEY Kwami	Maritime	Yoto	CMS Kouvé	90089455
39.	Dr ALFA Abdel Kadère	Kara	Kozah	DPS Kozah	90113760
40.	Mme DJOBO Gado	LC	D5	Agent comptable/PNLS-IST	90147422