

**Guide national de prise en charge des personnes vivant avec le
VIH/SIDA – Cameroun**

Table of Contents

Guide national de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA – Cameroun	1
Remerciements.....	1
Note sur l'utilisation du guide.....	1
Liste des abbréviations.....	1
Chapitre 1: Généralités.....	3
1.1 Introduction.....	3
1.2 Le système de santé.....	4
1.3 Justification.....	4
1.4 Histoire naturelle de l'infection à VIH.....	5
1.5 Historique des ARV.....	6
Chapitre 2: Counselling.....	6
Algorithme national pour le dépistage du VIH.....	10
Chapitre 4: Evaluation du patient.....	10
4.1 Anamnèse et Examen physique.....	11
Classification OMS des stades cliniques de l'infection à VIH de l'Adulte.....	11
4.2 Bilans para-clinique proposés pour la prise en charge.....	12
Chapitre 5: Soins de suivi de la maladie aiguë.....	13
5.1 La fièvre.....	14
5.2 Lésions buccales.....	16
5.3 Toux.....	18
5.4 Perte de poids.....	20
5.5 Anémie.....	22
5.6 Diarrhée.....	24
5.7 Troubles neurologiques graves.....	26
5.8 Algorithmes de prise en charge des IST.....	28
5.9 Algorithmes des lésions cutanées.....	36
Chapitre 6: Prophylaxies des infections opportunistes.....	43
6.1 Prophylaxie.....	43
Chapitre 7: Vaccinations chez les PVVS.....	44
Chapitre 8: Thérapies antiretrovirales.....	45
8.1 Indications de la thérapie antiretrovirale chez l'adulte et l'adolescent.....	45
8.2 Protocoles de thérapie anti rétrovirale de première ligne chez l'adulte et l'adolescent.....	45
8.3 Patients tuberculeux VIH positif et thérapie antiretrovirale.....	46
8.4 Thérapie antiretrovirale et grossesse.....	46
8.5 Thérapie antiretrovirale chez l'enfant.....	46
Chapitre 9: Effets secondaires des ARV.....	47
Chapitre 10: Dispensation des médicaments.....	47
10.1 Dispensation des ARV.....	47
Chapitre 11: Suivi à domicile.....	49
11.1 Objectifs des soins à domicile.....	49
11.2 Rôle des intervenants dans la prise en charge à domicile.....	50
Chapitre 12: Accidents d'exposition au sang.....	52
Annexe.....	53
Annexe 1 – Anamnèse.....	53
Annexe 2 – Examen physique.....	55
Annexe 3 – Différentes catégories d'antiretroviraux disponibles au Cameroun.....	56
Annexe 5 – Registre de collecte des données au Cameroun.....	56
References.....	61

Guide national de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA – Cameroun

MINISTERE DE SANTE PUBLIQUE République du Cameroun

Paix – Travail – Patrie

Elaboré avec l'appui de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales

NIVEAU HOPITAL DE DISTRICT

Liste des personnes ayant participées à l'élaboration de ce guide

Dr Zoung–Kanyi Bissek Anne–Cécile

Dr Njie Kinge Thomson

Dr Abena Messomo Pascale

Dr Njamnshi Alfred

Dr Akam Wilfried

Dr Essomba Claudine

Dr Abong Thérèse

Pr Peter Ndumbe

Pr Bella Assumpta Lucienne

Remerciements

Le Ministre de la santé Publique adresse ses sincères remerciements à tous ceux qui ont apporté leur contribution à l'élaboration du **GUIDE NATIONAL DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA**

Note sur l'utilisation du guide

Ce guide technique est destiné à la prise en charge des adultes et des adolescents infectés par le VIH.

Plus spécifiquement, ce guide a été élaboré pour:

- Faire comprendre la notion de «prise en charge globale» et la nécessité d'un travail d'équipe;
- Renforcer l'esprit d'équipe et décharger le médecin dans sa tâche quotidienne;
- Permettre aux différents prestataires de faire face aux situations cliniques aiguës et chroniques auxquelles ils vont être confrontés tout au long de la prise en charge des PVVS;
- Permettre au prestataire de démarrer et suivre un traitement antirétroviral.

Liste des abréviations

ABC	Association à Base Communautaire
AES	Accident d'Exposition au Sang
ARV	Anti-rétroviraux
ASC	Agent de Santé Communautaire

ATB	Antibiotique
AZT	Zidovudine
BCG	Bacille Calmette–Guerin
Ca	Candida albicans
CAPP	Centrale d'Approvisionnement Provincial en Produits Pharmaceutiques
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDT	Centre de diagnostic et traitement de la Tuberculose
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CSA	Centre de Soins Ambulatoires
CSI	Centre de Santé Intégré
CTAff	Centre de Traitement Affilié
Ct	Chlamydia trachomatis
CTA	Centre de Traitement Agrée
Ddl	Didanosine
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DPSP	Délégation Provinciale de la Santé Publique
DS	District de Santé
D4T	Stavudine
EFV	Efavirenz
IDR	Intra–Dermo–Réaction
IEC	Information, Education et Communication
INH	Isoniazide
IM	Intra–Musculaire
IV	Intra–Veineux
FMSB	Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales
GEU	Grossesse Extra Utérine
GTC/CNLS	Groupe Technique Central du Comité National de Lutte contre le SIDA
HC	Hôpitaux Centraux
HD	Hôpital de district
HG	Hôpitaux Généraux
HP	Hôpital Provincial
IO	Infections Opportunistes
IST	Infections Sexuellement Transmissibles

M IO	Médicaments des Infections Opportunistes
MSP	Ministère de la santé Publique
Ng	Neisseria gonorrhoea
NVP	Névirapine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	Prise en Charge
PID	Pelvic Inflammatory Disease
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PO	Par voie orale
PTME	Prévention de la Transmission mère enfant
PVVS	Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
SIDA	Syndrome immunodéficient acquis
SNC	Système Nerveux Central
SRO	Sels de Réhydratation Orale
SSS	Stratégie Sectorielle de Santé
TB	Tuberculose
3TC	Lamivudine
Tv	Trichomonas vaginalis
TR	Test rapide
UPEC	Unités de Prise En Charge
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Chapitre 1: Généralités

1.1 Introduction

En 2002, la surveillance sentinelle de l'infection à VIH permettait d'estimer la séroprévalence du VIH au Cameroun à 11,8% (contre 0,5% en 1986). On considérait alors qu'environ 920 000 personnes vivaient avec le VIH/SIDA. Les groupes les plus vulnérables étaient: les jeunes de 15 à 24 ans (30% des cas déclarés) et les femmes (60% des cas). Par ailleurs, le nombre total d'adultes et enfants morts du SIDA était d'environ 53 000.

En 2003, l'Enquête Démographique de Santé (EDS III) qui prenait en compte l'ensemble de la population camerounaise, a permis d'estimer à 5,5% la séroprévalence du VIH. L'étude détaillée des résultats de l'EDS III, a fait ressortir le caractère généralisé de l'épidémie et a confirmé la vulnérabilité des groupes cités précédemment.

Face à l'ampleur de l'épidémie à VIH, le Cameroun a opté pour une approche multisectorielle de la lutte contre le VIH/SIDA dès l'an 2000. C'est ainsi que le plan national de lutte contre le SIDA a été élaboré. Plusieurs plans sectoriels s'en sont suivis. Le plan du secteur santé quant à lui a été validé en novembre 2004.

Ce plan repose sur les axes stratégiques suivants: (1) la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle, (2) la prévention de la transmission du VIH par voie sanguine (3); La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (4); la prévention et la prise en charge des IST (5); La prise en charge globale des cas de VIH/SIDA.

En ce qui concerne plus particulièrement la prise en charge globale des cas, l'objectif principal vise d'ici 2006, à réduire d'au moins 25% la morbidité et la mortalité des PVVS en assurant leur prise en charge médicale (ARV, médicaments IO et traitements palliatifs) et psychosociale.

Les stratégies pour atteindre cet objectif consistent en (1) la consolidation des CTA existants;(2) le développement de l'offre des services;(3) le développement d'une politique sociale de solidarité pour l'accès équitable aux ARV, aux médicaments des infections opportunistes et au suivi biologique notamment pour les femmes;(4) le développement des ressources humaines et infrastructures.

1.2 Le système de santé

Le Système de santé au Cameroun comporte les niveaux suivants:

Niveaux	Structures de prise en charge des PVVS	Structures de soins et leur niveau de référence
Central	CTA, CTAff	1 ^{ère} catégorie: HG ou hôpitaux de 4 ^{ème} référence; CHU 2 ^{ème} catégorie: Hôpitaux centraux ou hôpitaux de 3 ^{ème} référence
Intermédiaire	CTA, CTAff	3 ^{ème} catégorie: HP et assimilés ou hôpitaux de 2 ^{ème} référence
Périphérique	UPEC	4 ^{ème} catégorie: HD ou hopitaux de 1 ^{ère} référence 5 ^{ème} catégorie: CMA 6 ^{ème} catégorie: CSI 7 ^{ème} catégorie:Centres des soins Ambulatoires (CSA)

Source: adapté du cadre conceptuel du DS viable et organigramme MSP 2002

L'hôpital de District constitue le premier niveau de référence du système. A ce titre, il constitue la pièce maîtresse de la politique de décentralisation de la prise en charge qui a mené à la désignation d'Unités de Prise En Charge localisées dans les districts de santé.

La prise en charge des PVVS se fait désormais outre au niveau des Centres de Traitement Agréés (18 CTA) et les Centres de traitement affiliés (5 CTAff), dans les Unités de Prise En Charge (60 UPEC). Le CTA est la structure de référence du CTaff et de l'UPEC. Son comité thérapeutique a pour mission de gérer les échecs de traitements et les cas de résistances aux traitements antiretroviraux de première et deuxième ligne. Il assure par ailleurs la supervision, le tutorat et le contrôle de qualité dans les formations sanitaires qui lui sont rattachées.

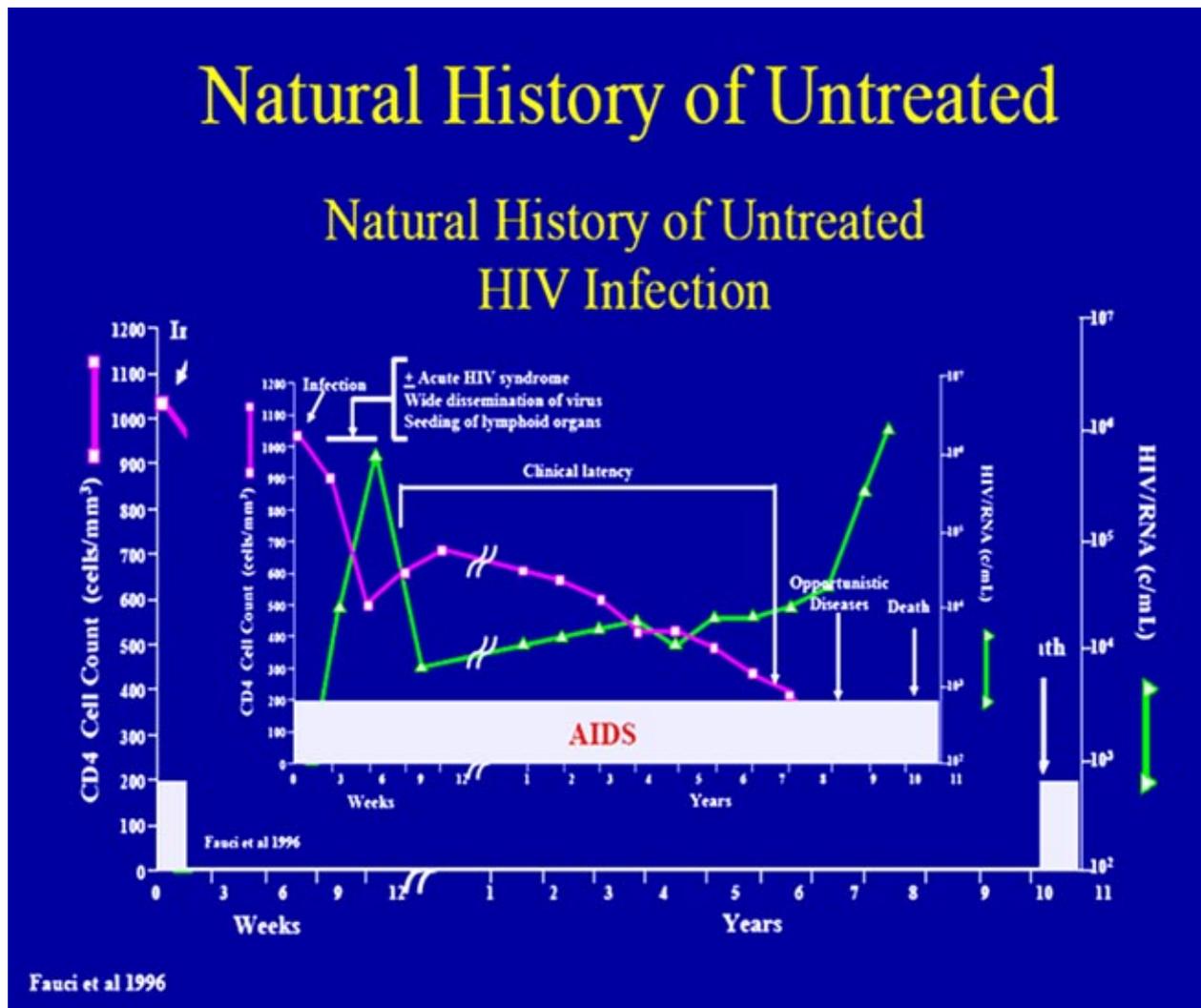
1.3 Justification

Une évaluation de la prise en charge des PVVS faite en 2002 dans les CTA et Ctaff a montré les carences du système de prise en charge globale mis en place au Cameroun depuis l'an 2000. Entre autres, l'on notait la carence qualitative et quantitative en personnel et l'absence d'harmonisation de la prise en charge sur le plan national, ceci a conduit à des disparités dans la qualité des services offerts. Ce guide constituera donc un outil de travail précieux qui facilitera le travail en équipe et permettra une harmonisation de la prise en charge.

1.4 Histoire naturelle de l'infection à VIH

Elle concerne l'évolution de l'infection à VIH en l'absence de toute intervention pouvant retarder la progression de la maladie. Dès le moment où l'infection est contractée jusqu'à ce que la maladie devienne visible, il peut se passer 5 à 10 ans chez 90% des individus. 5% des personnes infectées, vont développer la maladie au delà de 10 ans, ils sont appelés «progressseurs lents» tandis qu'une infime partie seront appelés «non progressseurs» parce qu'ils n'auront pas développé la maladie au delà de 15 ans.

Alors qu'il existe une latence clinique, il n'y a pas de latence virologique. La multiplication virale continue de se faire.



Lorsqu'un individu est infecté par le virus, son organisme répond en produisant des anticorps dirigés contre le virus. Ceci prend environ 3 à 6 semaines dans la majorité des cas. Le temps qui s'écoule entre le moment où l'individu est infecté et celui où il produit des anticorps est appelé fenêtre sérologique. Pendant cette période bien que les tests sérologiques soient négatifs, la personne infectée peut transmettre le virus.

La principale cible du virus de l'immunodéficience humaine est le système immunitaire qui est détruit progressivement au fil des ans. Les infections opportunistes vont survenir et finir par détruire la personne infectée.

Stade I : Après que le test biologique se soit positif, l'individu peut ne présenter aucun symptôme ou alors des adénopathies (Lymphadénopathie persistante généralisée). Ce stade peut durer 15 ans, sa durée est fonction d'un certain nombre de facteurs parmi lesquels l'état de santé, l'état nutritionnel, la fréquence et la sévérité de la ré-inoculation, la présence des autres infections sexuellement transmissibles, etc... A ce stade, le système immunitaire détruit de manière continue les virus pour maintenir la charge virale basse. Pendant cette période, la personne peut transmettre l'infection et ignorer son statut.

Stage II: Pendant cette période, la personne infectée commence à développer des symptômes non spécifiques qui peuvent aussi survenir chez des personnes non infectées: une perte de poids non voulue < à 10% du poids corporel, des infections cutanéomuqueuses, le zona, des infections récurrentes des voies respiratoires hautes. Ces personnes sont susceptibles de transmettre l'infection et sont le plus souvent, ignorantes de leur statut

Stage III: Au cours de cette période, la personne infectée commence à développer le syndrome clinique du SIDA qui se définit comme la présence d'une ou plusieurs affections opportunistes, les leucoplasies chevelues, une perte de poids > 10% du poids corporel et des infections plus sévères et résistantes aux traitements. Le stade III a une durée de 1 à 3 ans.

Stage IV: La durée de cette phase va de l'installation du SIDA à la mort. Elle est variable allant de quelques semaines à plusieurs années. Les ARV peuvent considérablement prolonger l'espérance de vie de 20 ans ou plus en diminuant la charge virale. La prise en charge précoce et la prévention des infections opportunistes permet aussi de prolonger la vie.

1.5 Historique des ARV

Depuis l'identification du virus de l'immunodéficience humaine en 1983, jamais dans l'histoire de la médecine, le passage à la chronicité d'une maladie n'a été aussi rapide que dans le cas du SIDA. De fait, depuis l'initiation de la mono-thérapie par AZT (Zidovudine) au milieu des années 1980, le tournant vers la chronicité de la maladie se situe en 1996 en Europe de l'Ouest, avec l'adjonction des inhibiteurs de protéase à deux analogues nucléosidiques pour faire une trithérapie antirétrovirale. Par la suite, la découverte et la facilité d'administration des analogues non nucléosidiques de la reverse transcriptase à la fin du 20^e siècle, a permis une vulgarisation encore plus large du traitement antirétroviral, notamment dans les pays en voie de développement. Ainsi, l'espérance de vie actuelle d'un patient séropositif bien suivi, au diagnostic est d'environ vingt à trente ans, superposable à celle de la population générale pour la tranche d'âge considérée. L'infection à VIH est donc bien devenue une maladie chronique, grâce à la trithérapie antirétrovirale.

Chapitre 2: Counselling

Counseling

Confidential dialogue between a client and provider to enable the client to:

- cope with stress
- make personal decisions
- establish and sustain *supportive* relationships with family and community



La prise en charge globale de la Personne Vivant avec le VIH/SIDA comprend outre la prise en charge thérapeutique, la prise en charge psychosociale qui est centrée sur le counselling. Le conseiller saisit l'occasion d'offrir à toute personne, le temps/l'attention/le respect nécessaire pour pouvoir explorer, découvrir et mettre en évidence, les moyens de profiter de ses ressources.

Le counselling permet de donner un avis dirigé qui devrait conduire à une prise de décision et à un changement de comportement. Il a pour but de fournir un soutien psychosocial aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA; prévenir la transmission du VIH en encourageant et en félicitant les bons comportements (Manuel de formation en counselling).

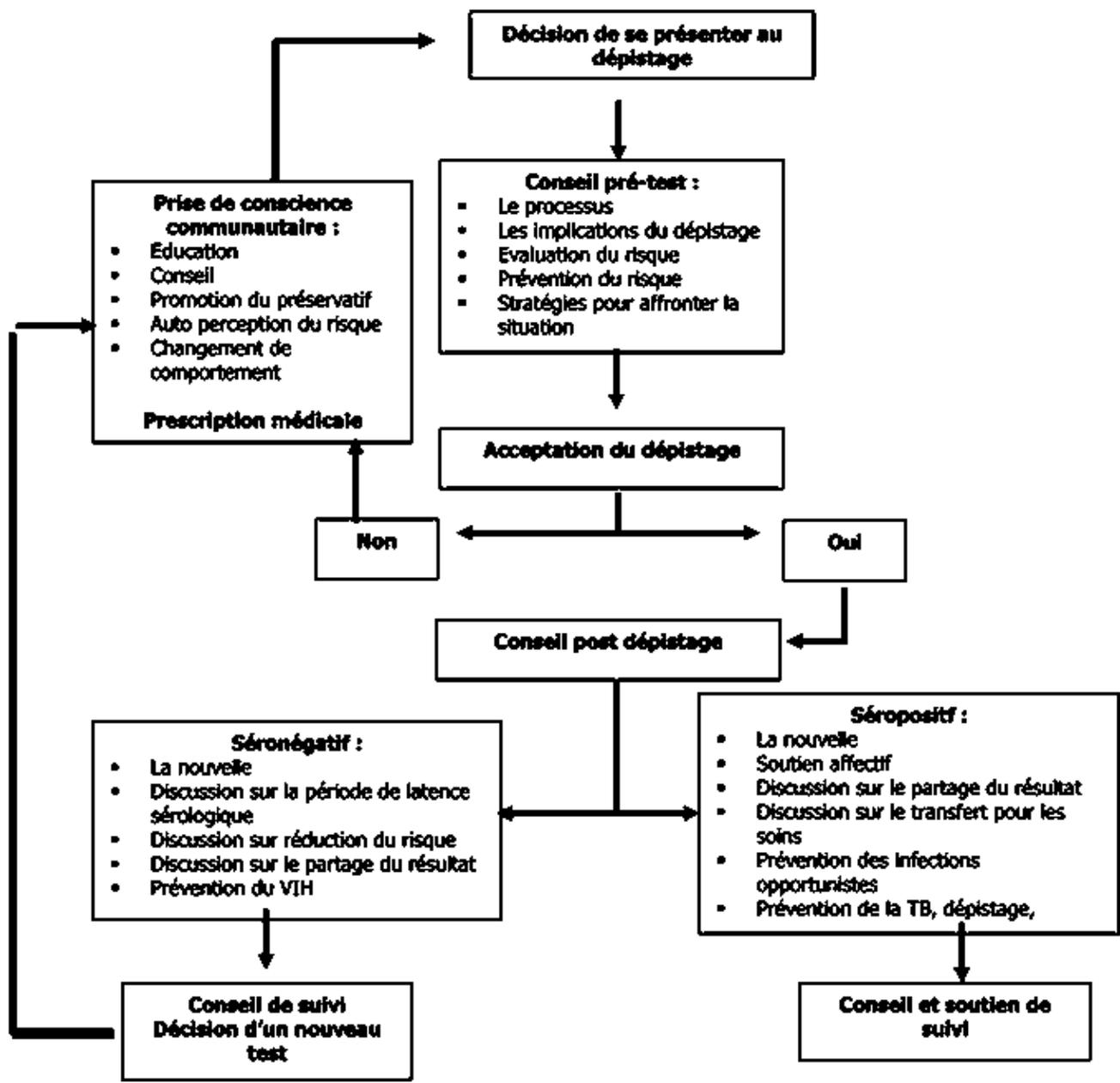
Le counseling est délivré par toute personne formée en la matière et qui est appelée conseiller. La séance de counseling peut se tenir dans le cadre d'un hôpital, à domicile ou dans tout autre lieu respectant les critères de confidentialité. Il existe différents types de counselling: Counselling en vue d'un test, counseling pré-nuptial, counselling à l'occasion d'un décès etc...

Le conseil avant le test de dépistage VIH est appelé pré-test counselling. C'est l'occasion pour le conseiller et le client de revoir les informations de base sur le VIH/SIDA, corriger les idées fausses, évaluer le risque personnel de contracter l'infection à VIH, développer un plan d'action en vue de réduire le risque, expliquer la signification du test VIH, préparer et anticiper les réactions face à un résultat positif ou négatif.

Le dépistage est volontaire et confidentiel, à cet effet, le consentement libre et éclairé du client doit être obtenu.

Le post test counseling est celui qui est délivré après le test. Il permet de rediscuter les sujets abordés pendant le pré-test notamment la signification du résultat, la différence entre la séropositivité au VIH et le SIDA. C'est l'occasion de fournir un soutien psychologique, aider le patient à comprendre les implications sociales et psychologiques du résultat positif, aider le client à trouver les stratégies pour impliquer un partenaire et/ou un membre de la famille. C'est aussi l'occasion de référer pour la suite de la prise en charge. La notion de période de séroconversion sera mentionnée en cas de résultat négatif et la nécessité d'un nouveau test 3 à 6 mois plus tard doit être expliquée en particulier pour ceux qui ont été exposés au risque de transmission au cours des 3 mois qui ont précédé le test.

Le counselling pré-thérapeutique aide la personne conseillée à adhérer au plan de soin qui lui est réservé. Il inclut l'adhérence à un certain style de vie, et pas seulement l'observance aux médicaments. L'observance est une notion très importante en matière de VIH/SIDA. C'est la garantie du succès des soins chroniques du VIH.



Algorithme: conseil et dépistage volontaire du VIH

Need for Voluntary HIV Counseling, Testing

Entry Point for HIV Prevention and Care



Source: UNAIDS, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*, July 2002.



© 2003 Population Reference Bureau

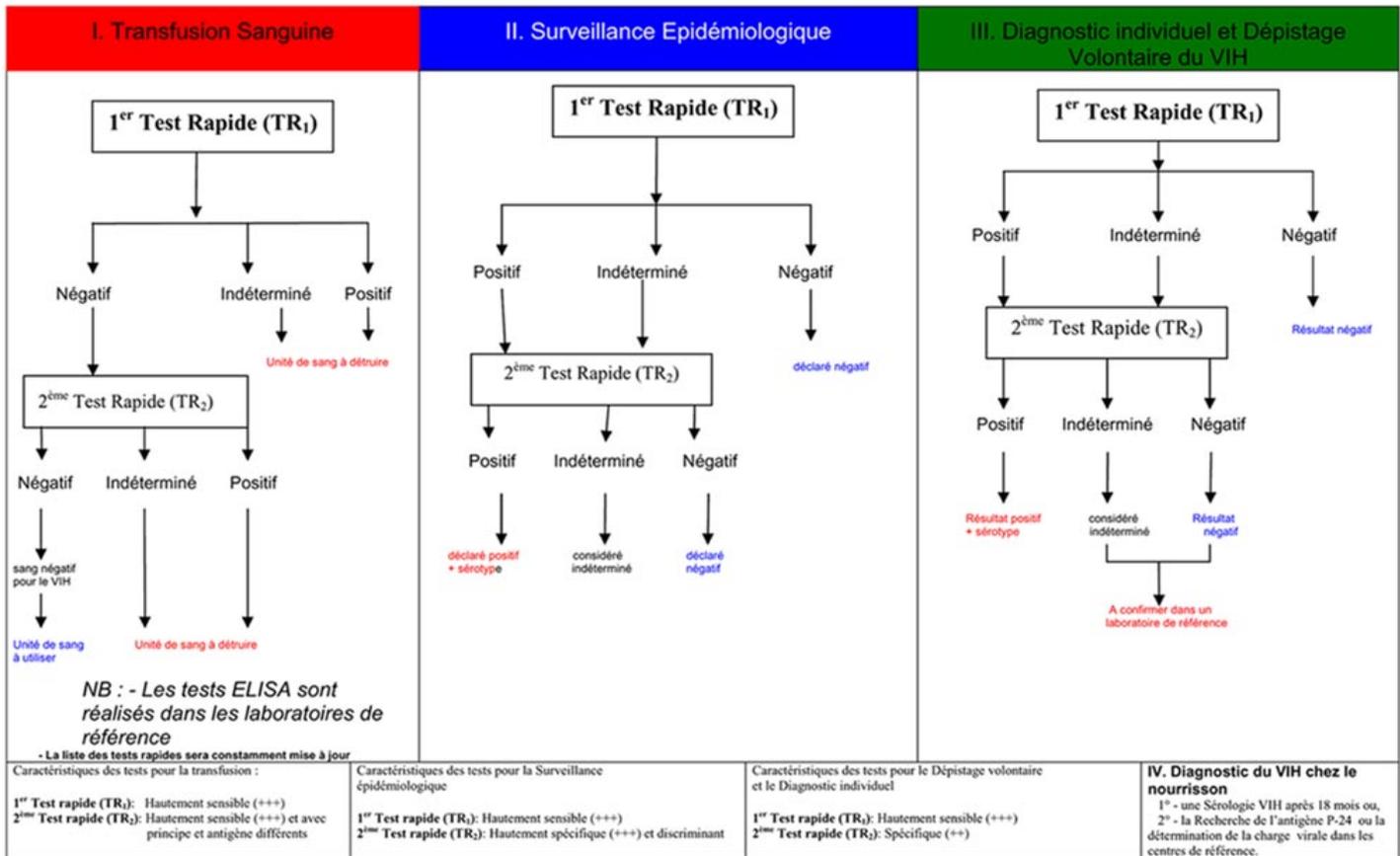


Figure N°.....(*) adoptés par consensus national le 24 Octobre 2001

ALGORITHMES POUR LE DEPISTAGE DU VIH AU CAMEROUN(*)

Algorithme national pour le dépistage du VIH

Le premier test rapide est habituellement très sensible. Lorsque ce premier test est négatif, le résultat est rendu négatif. Les personnes ayant été exposées au risque de transmission du VIH dans les 3 mois qui ont précédé l'examen doivent recevoir le conseil de le refaire 3 mois plus tard pour le cas où ils se trouveraient en période de séroconversion.

Pour tous les examens dont le résultat est positif, un deuxième test est fait, celui-ci utilisant un principe différent du premier. Si ce test s'avère lui aussi positif, alors l'individu concerné est considéré comme séropositif. Dans le cas où le premier test est positif et le deuxième négatif, le résultat est considéré comme indéterminé. Un troisième test utilisant un principe différent, sera alors utilisé pour les départager. Si celui-ci est négatif, le résultat sera rendu négatif. S'il est positif, le résultat sera rendu positif.

Chapitre 4: Evaluation du patient

Le but de l'évaluation initiale du patient, au niveau de l'hôpital de district, est:

- de rechercher les infections opportunistes
- d'établir la **stadification** de la maladie, afin de savoir secondairement si le patient présente des **indications de traitement** antiviral.

4.1 Anamnèse et Examen physique

L'évaluation consiste en un interrogatoire systémique (annexe 1), un examen physique (annexe 2), et un bilan biologique initial basique.

Une fois réalisés anamnèse et examen clinique, vous pouvez vous reporter au tableau ci-dessous de classification OMS (Tableau 2) des stades cliniques de l'infection à VIH chez l'adulte.

Classification OMS des stades cliniques de l'infection à VIH de l'Adulte

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

<p>Stade clinique I:</p> <ul style="list-style-type: none">• Asymptomatique• Lymphadénopathie généralisée persistante <p><i>Echelle de performance 1: Asymptomatique</i></p>
<p><i>activité normale</i></p>
<p>Stade clinique II:</p> <ul style="list-style-type: none">• Perte de poids moins de 10% du poids corporel• Manifestations cutané-muqueuses mineures (dermatite séborrhéique prurigo mycoses des ongles ulcérations buccales fréquentes stomatite angulaire)• Zona au cours des 5 dernières années• Infections respiratoire fréquentes (exemple sinusite bactérienne) <p><i>Et/ou Echelle de Performance 2: Symptomatique mais activité normale</i></p>
<p>Stade clinique III:</p> <ul style="list-style-type: none">• Perte de poids plus de 10% du poids corporel• Diarrhée chronique inexplicée pendant plus d'un mois• Fièvre prolongée inexplicée intermittente ou constante pendant plus d'un mois• Candidose buccale• Leucoplasie buccale• Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente• Infections bactériennes graves telles que pneumonie la pyomyosite <p><i>Et/ou Echelle de Performance 3: Alité pendant moins de 50% de la journée au cours du dernier mois</i></p>
<p>Stade clinique IV:</p> <ul style="list-style-type: none">• Syndrome constitutionnel- perte de poids de plus de 10% et soit diarrhée chronique inexplicée pendant plus d'un mois soit une asthénie chronique ou inexplicée ou fièvre prolongée pendant plus d'un mois• Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i>• Toxoplasmose cérébrale• Cryptosporidiose avec diarrhée pendant plus d'un mois

- Cryptococcose extra-pulmonaire
- Cytomégalovirose (CMV) d'un organe autre que le foie la rate ou ganglions lymphatiques
- Herpes cutanéomuqueux pendant plus d'un mois ou viscéral
- Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LMP)
- Toute mycose endémique disséminée telle que l'histoplasmosse la coccidioidomycose
- Candidose de l'œsophage de la trachée des bronches ou des poumons
- Mycobactériose atypique disséminée
- Septicémie salmonelle non typhoïde
- Tuberculose extra-pulmonaire
- Lymphome
- Sarcome de Kaposi
- Encéphalopathie du VIH – dysfonctionnement cognitif et/ou moteur chronique sans autre étiologie décelable

Et/ou Echelle de Performance 4: Alité pendant plus de 50% de la journée au cours du dernier mois

4.2 Bilans para-clinique proposés pour la prise en charge

4.1.1 Bilan initial de seropositivité

- Sérologie d'affirmation de l'infection par le VIH
- Hb ou Htc

4.1.2 Bilan d'orientation thérapeutique

En vue de poser l'indication biologique du traitement ARV:

Au niveau de l'hôpital de District

NFS complète (numération différentielle, lymphocytes totaux, numération des plaquettes)

Une valeur de **1200 lymphocytes totaux/mm³** de sang correspond à environ **200 lymphocytes CD4/mm³ de sang**.

Au niveau de l'hôpital provincial ou d'un CTA

Numération des lymphocytes CD4 et le pourcentage des lymphocytes totaux. NB:Les hôpitaux de District disposant d'équipement nécessaire peuvent réaliser ces examens sauf CD4

4.1.3 Bilan pré-thérapeutique:

Le patient ayant une indication au traitement ARV bénéficiera d'un bilan pré thérapeutique qui comporte:

- NFS complète (numération différentielle, lymphocytes totaux, numération des plaquettes)
- CD4 + pourcentage de lymphocytes totaux CD4
- Transaminases hépatiques: ASAT, ALAT,
- Créatinémie

- Amylasémie
- Glycémie à jeun
- Test de grossesse chez la femme

4.1.4 Bilan de suivi: tous les 6 mois

- NFS complète
- CD4
- ASAT, ALAT
- Numération des CD4
- Créatinémie
- Amylasémie
- Glycémie à jeun

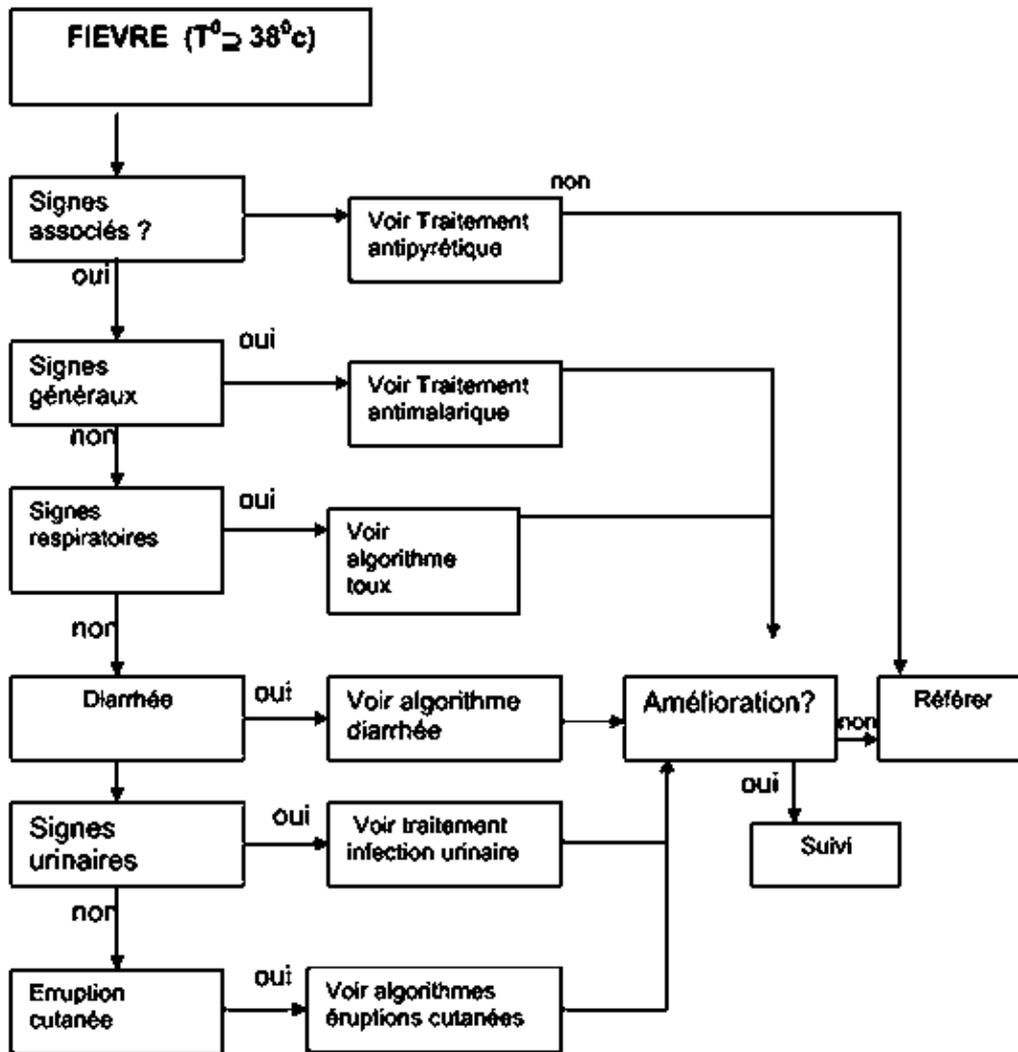
4.1.5 Bilan de suivi tous les 12 mois

- Triglycérides
- Cholestérol

Lors de l'évaluation initiale du patient, il est important de noter avec précision la date des dernières règles pour les femmes en âge de procréer. En cas de doute, ne pas hésiter à pratiquer un test de grossesse urinaire.

La réalisation systématique d'une radiographie pulmonaire et/ou de crochets BAAR, a la recherche d'une tuberculose pulmonaire, lors de l'évaluation initiale du patient n'est plus d'actualité; elle dépendra des informations recueillies lors de l'anamnèse et de l'examen clinique.

Chapitre 5: Soins de suivi de la maladie aiguë



5.1 La fièvre

Chez le patient VIH positif, la fièvre évoluant depuis moins de trois semaines peut être la conséquence de pathologies telles que: un accès palustre; une fièvre typhoïde ou une autre salmonellose, en fonction des symptômes et autres signes cliniques associés (pneumonie, pyélonéphrite, etc...). Cependant, au-delà de trois semaines, il s'agit d'une fièvre au long cours. Elle peut être soit spécifique du VIH, soit due à: une tuberculose ou autre infection à mycobactérie atypique; une néoplasie type lymphome ou maladie de Kaposi. Parfois, quelques discrets signes neurologiques avec ou sans céphalées intermittentes peuvent signer une toxoplasmose cérébrale.

Signes généraux:

Céphalées, myalgies, arthralgies, altération de l'état général.

Traitement antimalariques:

– Traitement de l'accès palustre simple

Artesunate 4mg/kg/j + **Amodiaquine** 10mg/kg/j par voie orale: 1 fois par jour pendant 3 jours

– Traitement de l'accès palustre grave

Quinine: 8mg/kg de Quinine base en perfusion à passer en 4 heures toutes les 8 heures

Ne pas dépasser 1,5g Quinine base/j

Le relais sera pris avec la Quinine orale dès que possible à la même posologie pendant 7j.

Le mode IM ne présente aucun avantage pharmacologique sur le mode oral. En revanche, le risque d'infection du site d'injection et de paralysie n'est pas négligeable avec le mode IM.

Traitement de l'infection urinaire

– Ciprofloxacin, Ofloxacin:

Les quinolones orales ont la même efficacité que les quinolones IV et coûtent 10 fois moins cher.

Ciprofloxacin: 500 à 750 mgx 2/j pendant 7 jours per os.

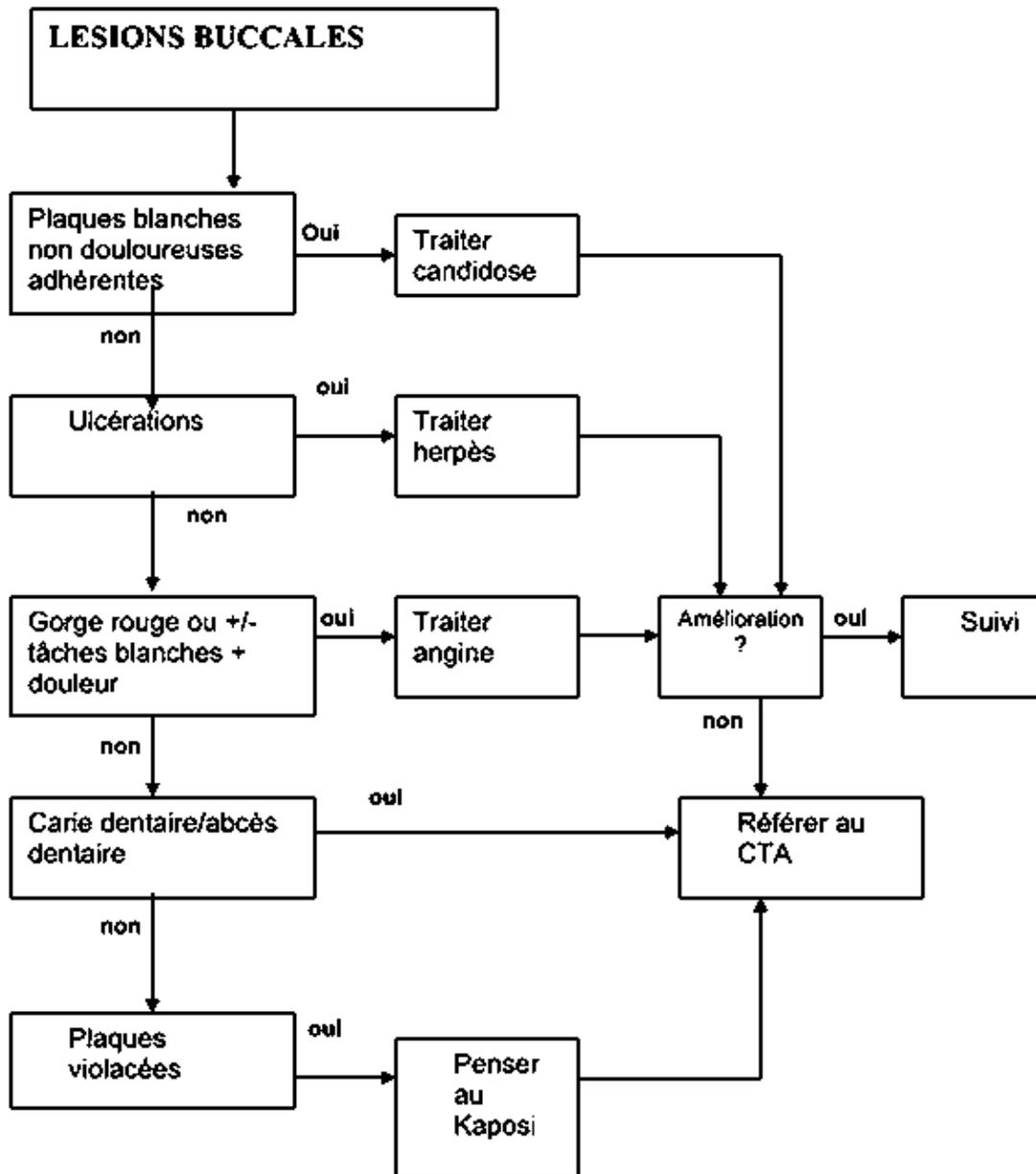
Ofloxacin 200 à 400 mg x2/j pendant 7 jours en IV.

Réserver l'administration IV pour les cas très sévères.

Traitement antipyrétique

– Paracétamol:

Donner 1 gramme x 3 ou 4/j pendant 5 à 7 jours, en attendant de pouvoir débuter le traitement antiviral si l'étiologie n'est pas retrouvée.



5.2 Lésions buccales

[a] Traitement de la Candidose

1^{ère} intention

- Nystatine cp gynéco (100 000 UI) à sucer: 1cp x 4/jour x 15 jours
- Amphotéricine B en suspension à 10 %: 1 c à soupe x 3/jour x 15 jours (à garder dans la bouche).

En cas de résistance passer au traitement de 2^{ème} intention

2^{ème} intention

- Fluconazole

200 mg/j par voie orale pendant 14 jours si douleur à la déglutition associée; pendant 7 jours si pas de douleur à la déglutition.

Il est important de bien respecter ces durées de traitement afin d'éviter l'apparition de résistances.

Si la candidose est très sévère administrer le fluconazole en IV aux mêmes doses, avec un rélai oral dès que possible.

En cas de candidose récidivante, référer le malade au CTA Tuteur en vue d'une évaluation préalable à l'instauration d'une prévention secondaire contre le candida.

[b] Traitement de l'herpès

– Acyclovir par voie orale:

En cas d'infection primaire: 400 mg x 3/j pendant 7 à 10 jours;

En cas d'infection récurrente: 400 mg x 3/j pendant 5 jours

[c] Traitement de l'angine et de l'abcès dentaire avant référence

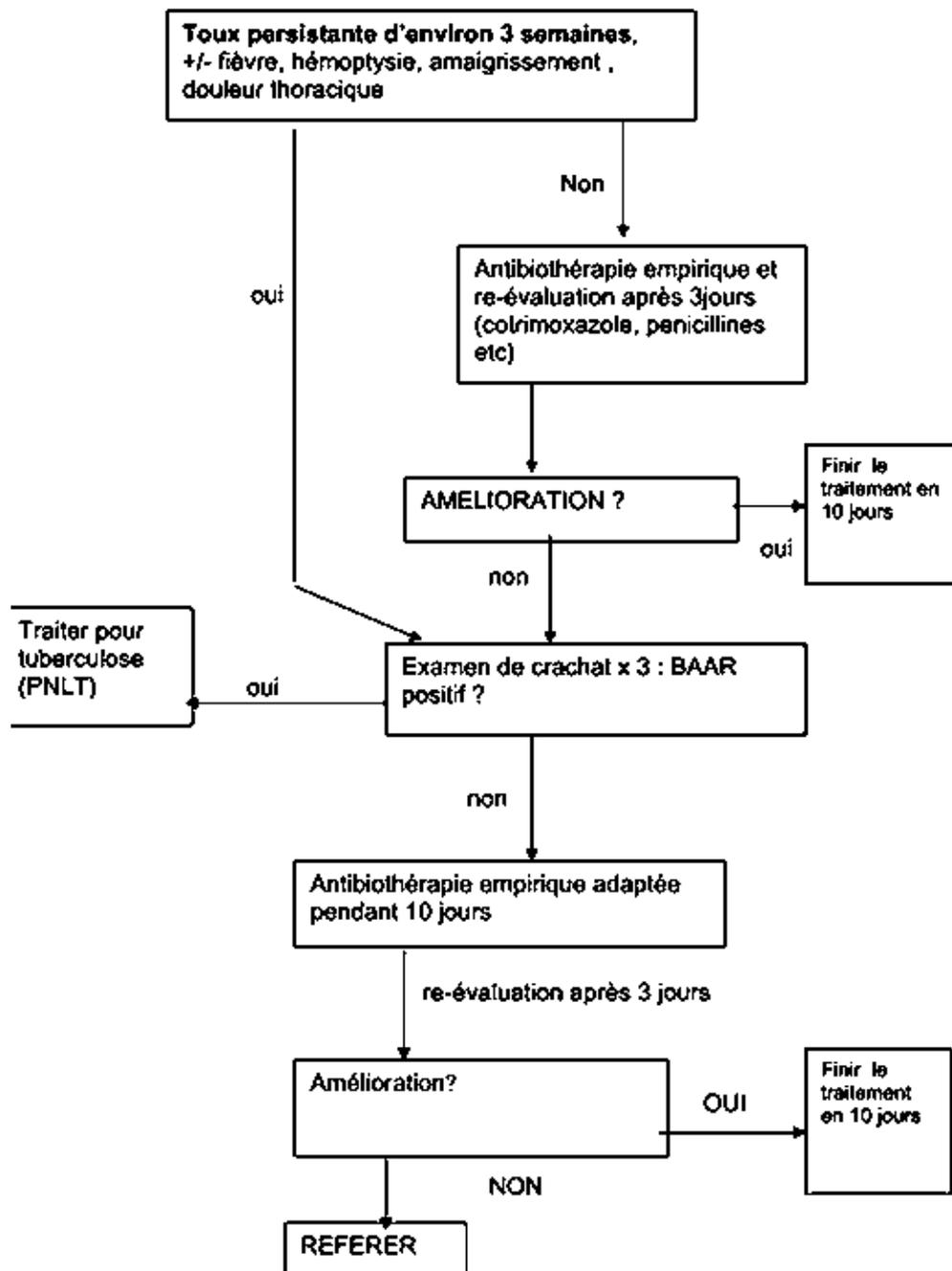
– Amoxicilline par voie orale:

2 gélules de 500 mg x 3/j pendant 7 jours.

Si nécessaire, donner Ampicilline: IV 1 à 2 grammes x 3/j.

[d] Prise en charge de la maladie de Kaposi

Référer pour un traitement carcinologique (anti mitotique, radiothérapie, chirurgical) adapté au stade évolutif de la tumeur.



5.3 Toux

La toux est un signe clinique qui caractérise les troubles respiratoires dans la population générale, de même que chez le séropositif. Cependant, au fur et à mesure que l'altération de l'immunité survient, les atteintes pulmonaires deviennent de plus en plus fréquentes touchant 60 à 80% des patients. Les causes infectieuses sont les plus fréquentes.

Chez tous les PVVS, la recherche d'une tuberculose doit être active (voir guide du PNLT). En effet, la tuberculose est la principale cause de morbi-mortalité chez les sujets VIH positif tandis que la l'infection à VIH est considérée comme étant à l'origine de la re-émergence de la tuberculose. Par conséquent, toutes les personnes VIH positives doit bénéficier d'un counselling les amenant à se faire dépister pour la tuberculose. Ceux qui sont testés positifs doivent recevoir impérativement une prophylaxie au cotrimoxazole en plus du traitement anti tuberculeux.

Causes habituelles de toux chez un séropositif

Streptococcus pneumonia, moraxella catarrhalis, staphylococcus, pneumocystis carinii, Mycobacterium tuberculosis, candida albicans etc.

On doit évoquer un tableau clinique de pneumonie à *Pneumocystis carinii* devant: une dégradation rapide de la fonction respiratoire, la brutalité et rapidité d'installation des symptômes.

Causes rares de toux: Tumeurs (lymphome, Maladie de kaposi, etc....)

ANTIBIOTHERAPIE EMPIRIQUE

Première intention

– Cotrimoxazole 480mg comprimés: 2x2/j pendant 7–10 jours

ou

– Amoxicilline comprimés/capsules 500mg: 2x2/jour pendant 7–10 jours

ou

– Ampicilline IV: 1 à 2 grammes x 3/j pendant 7–10 j

La résorption orale de l'amoxicilline est supérieure à celle de l'ampicilline. L'ampicilline en IV est mieux résorbée que l'amoxicilline pris par voie orale.

Deuxième intention

– Erythromycine comprimés 250mg: 4 cp x3/jour pendant 7–10 jours

EN CAS DE SUSPICION CLINIQUE DE PNEUMONIE A PNEUMOCYSTIS CARINII:

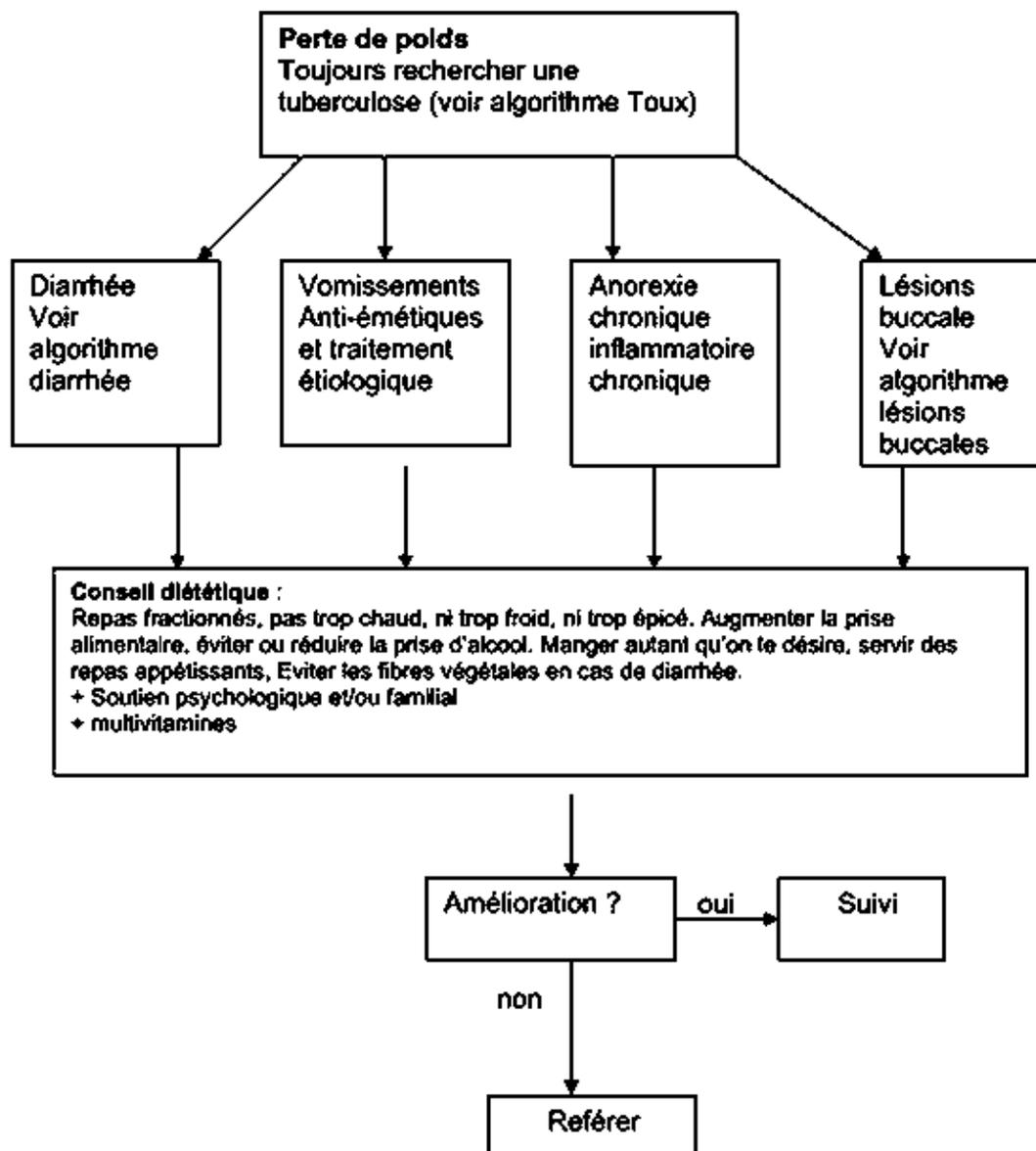
– Associer du co-trimoxazole 480 mg, 4cp x3/j pendant 3 semaines.

– Toujours associer 5 mg x 2/j d'acide folinique par voie orale.

– **Si détresse respiratoire sévère**, associer des corticoïdes IV (Dexaméthasone 4 mg x 3/j – méthylprednisolone 40 mg x3/j – Hydrocortisone 100 mg x 2/j) + protection gastrique antiacide (Cimétidine orale– 300 mg/j ou IV 50 mg x 3/j).

TRAITEMENT ADJUVANT

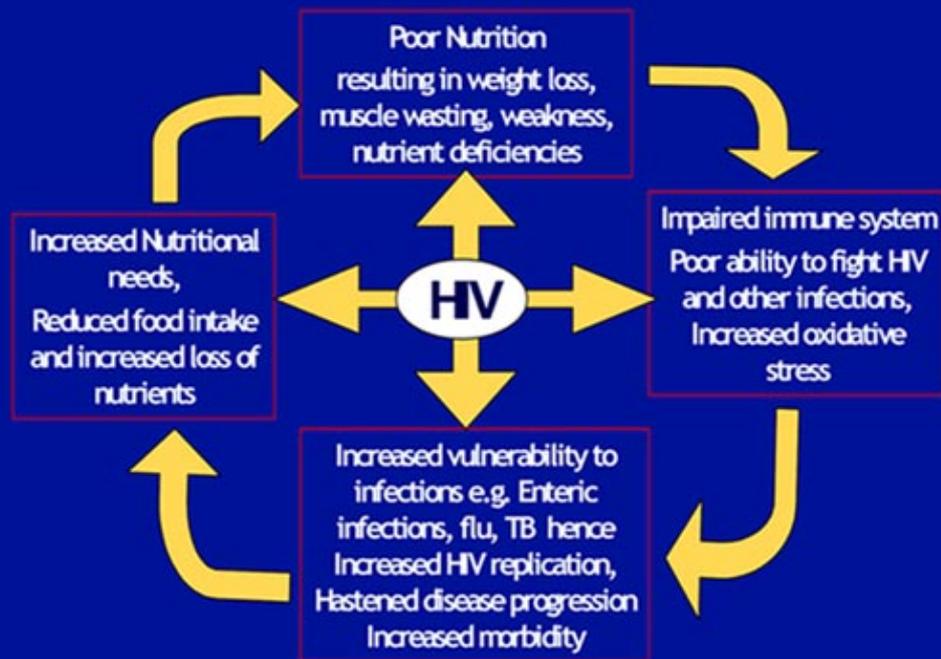
Mucolytique: carbocysteine 5 % sirop: 1 cuillère x 3/j x 6 jours



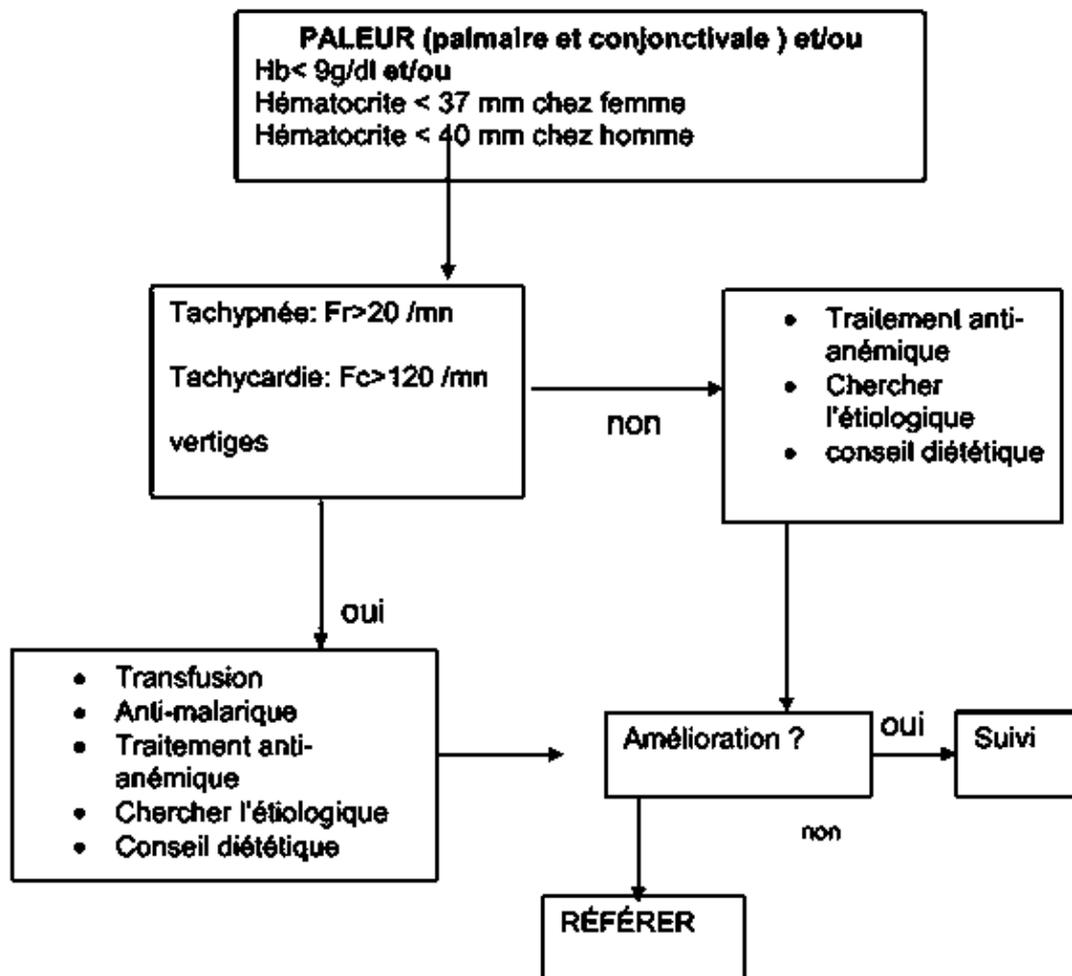
5.4 Perte de poids

La perte de poids est une manifestation fréquente au cours de l'infection à VIH qu'elle peut d'ailleurs révéler. Elle s'installe le plus souvent insidieusement et aggrave le déficit immunitaire. Sa cause est souvent multifactorielle mais elle est souvent associée à l'inflammation chronique qui accompagne l'infection à VIH. Il y a alors une augmentation du métabolisme de base, une diminution des apports (ex: l'anorexie) et une augmentation des pertes (ex: la diarrhée). La perte de poids doit être prévenue ou rapidement prise en charge. Le conseil diététique devra faire partie intégrante de la prise en charge globale du patient.

Vicious Cycle of Malnutrition and HIV



Source: Adapted from RCQHC and FANTA 2003



Fr : Fréquence respiratoire
Fc : Fréquence cardiaque

5.5 Anémie

L'anémie est fréquente au cours de l'infection à VIH. Elle se définit comme une baisse du taux d'hémoglobine ou des valeurs de l'hématocrite

Valeurs du taux d'hémoglobine normal:

Homme adulte 13–18 g/dl
 Femme adulte 11,5–16 g/dl.

Valeurs d'hématocrite normale:

Homme adulte 40–54
 Femme adulte 37–42.

Les étiologies possibles de l'anémie sont:

- l'inflammation chronique de l'infection à VIH,
- la malnutrition induite par l'infection
- Aux infections opportunistes
- Aux multiples médicaments prescrites (AZT, cotrimoxazole, ect ...)

Tous les séropositifs avec ou sans traitement antirétroviral doivent par conséquent être régulièrement suivi

cliniquement et biologiquement à l'aide d'examens simples notamment le dosage de l'hémoglobine ou la mesure de l'hématocrite.

Traitement de l'anémie

- **Acide folique/fer**: 1 comprimé x 2/j pendant au moins 60 jours.

Traitement antimalariques:

- **Traitement de l'accès palustre simple**

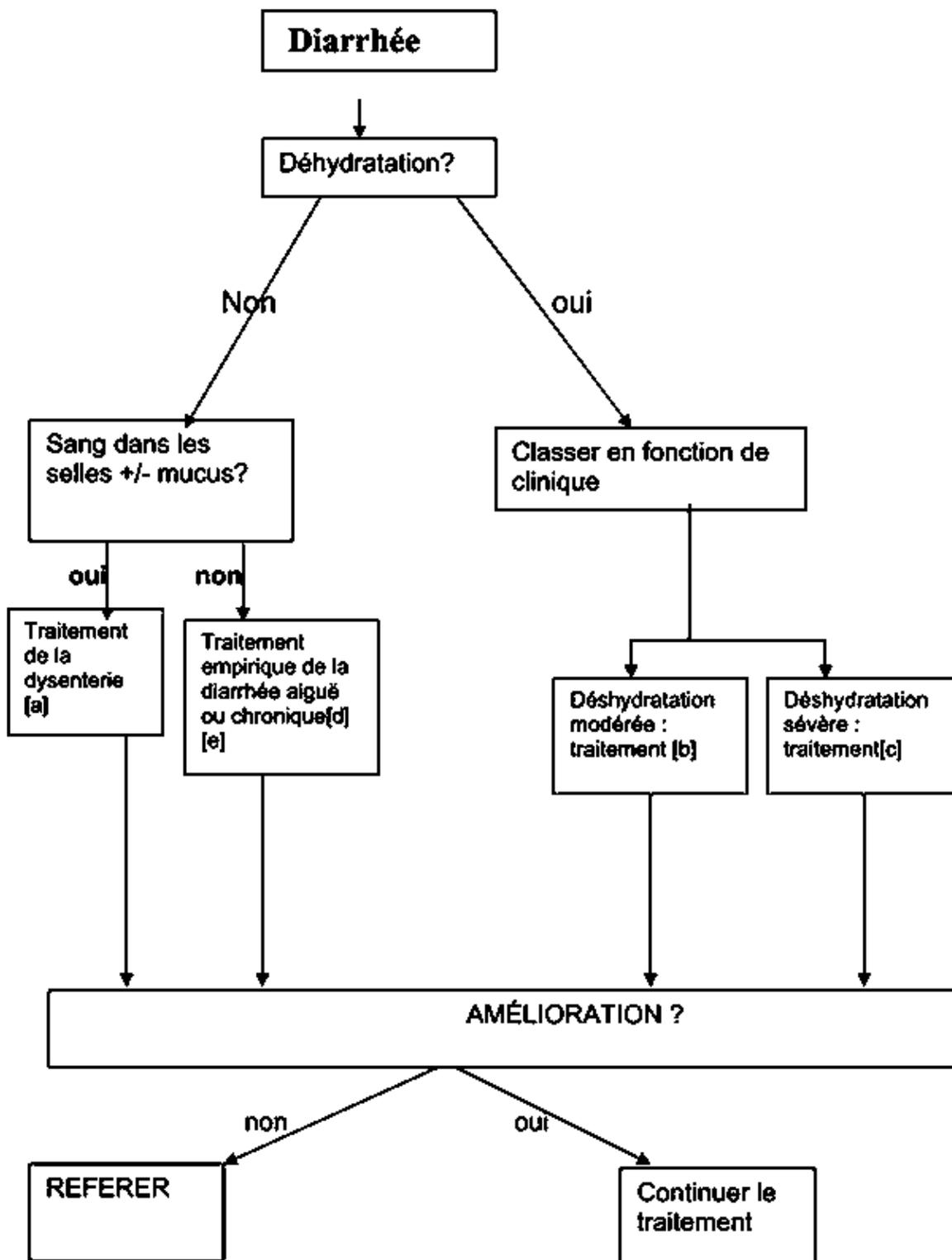
Artesunate 4mg/kg/j + **Amodiaquine** 10mg/kg/j par voie orale: 1 fois par jour pendant 3 jours

- **Traitement de l'accès palustre grave**

Quinine: 8mg/kg de Quinine base en perfusion à passer en 4 heures toutes les 8 heures

Ne pas dépasser 1,5g Quinine base/j

Le relais sera pris avec la Quinine orale dès que possible à la même posologie pendant 7j.



5.6 Diarrhée

[a] Traitement de la dysentérie

- Cotrimoxazole 80mg/400mg, 2 comp x 2 jours x 10 jours ou
- Ciprofloxacine 500mg x 2 comp/j x 10 jours **plus**
- Metronidazole 500mg x 3/j x 7 jours

CLASSIFICATION ET PRISE EN CHARGE DE LA DESHYDRATATION

[b] déshydratation modérée:(2 des signes suivants) cerne oculaire, soif, pli cutané paresseux

- 75 ml/kg de SRO en 4 heures et réévaluer après 4 heures
- Classer et traiter en fonction
- Continuer de s'alimenter
- Contrôle après 2 jours

[c] déshydratation sévère: (2 des signes suivants) léthargie et perte de la conscience, cerne oculaire, incapacité de boire, pli cutané.

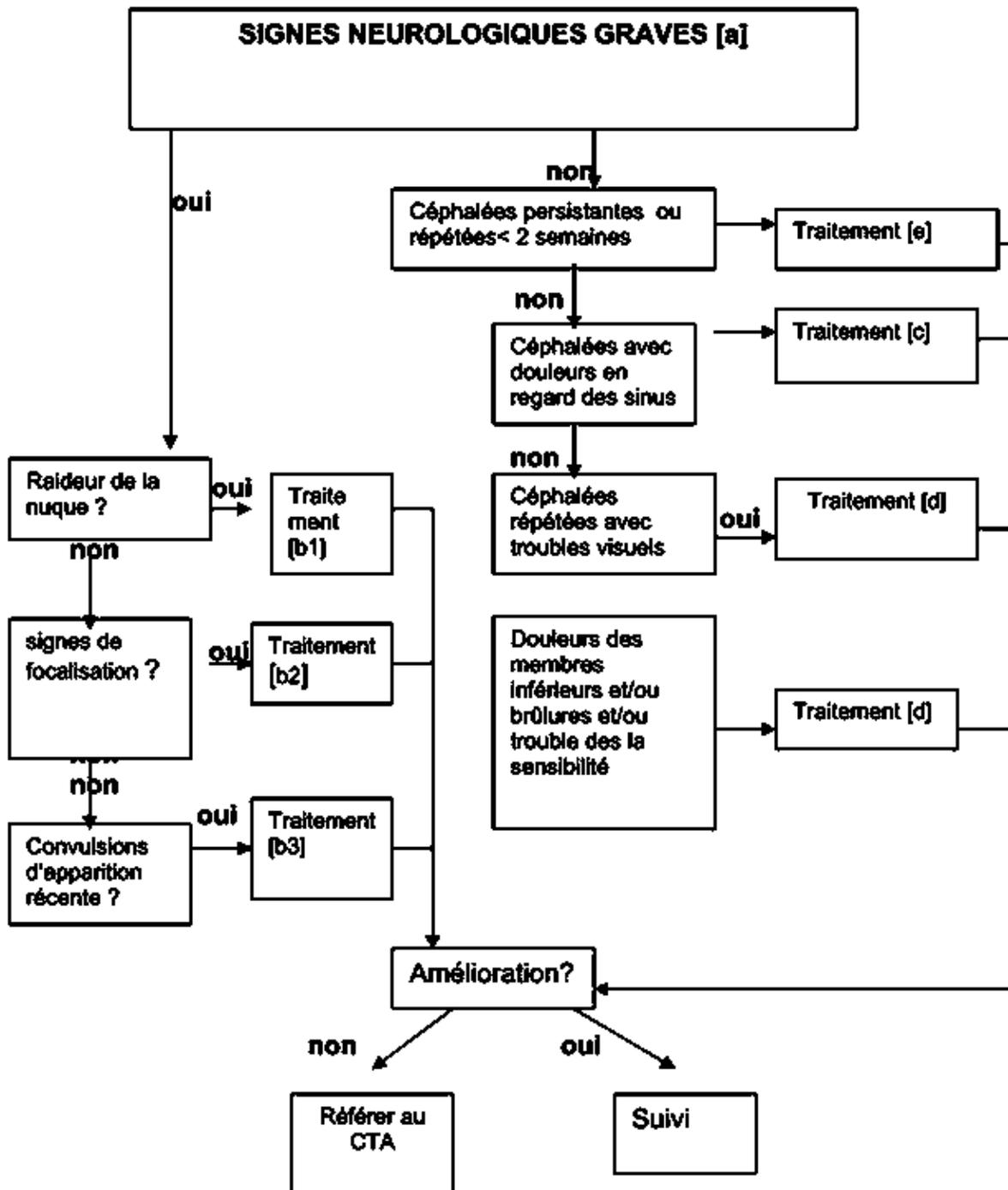
- 30ml/kg of Ringer lactate solution I.V les 30 premières minutes puis, 70ml/Kg pour le 3 heures suivantes
- Réévaluer le patient toutes les 1–2 heures
- Classer et traiter en fonction

[d] Traitement empirique de la diarrhée aigue (< à 14 jours):

- Réhydratation orale (Sels de réhydratation orale)
- Cotrimoxazole 80mg/400mg: 2 comp x 2 jours x 10 jours
- Mebendazole 100mg: 1tablet x 2/day x 3days
- Metronidazole 500mg: 1cp x 3/j x 7 jours
- Pansement intestinal: diosmectite sachet: 3g x 3/j

[e] Traitement empirique de la diarrhée chronique (Ê14 jours)

- Réhydratation orale (Sels de réhydratation orale)
- Cotrimoxazole 80mg/400mg: 2 comp x 2 jours x 10 jours
- Mebendazole 100mg: 1tablet x 2/day x 3days
- Metronidazole 500mg: 1cp x 3/j x 7 jours
- Lopéramide 2mg: 1gélulex 3/j



5.7 Troubles neurologiques graves

[a] Problèmes neurologiques graves

Il faut considérer qu'on est face à des problèmes neurologiques sérieux lorsque l'on a les signes et symptômes suivants:

Impotence fonctionnelle; Signes neurologiques focaux; Raideur de la nuque; Confusion; Traumatisme crânien récent; Convulsions d'apparition récente; Modification du comportement; Céphalées de plus de 2 semaines; Problèmes neurologiques associés à une tension artérielle diastolique >120 mm Hg; Céphalées inhabituelles d'apparition récente chez un patient VIH + connu

[b] Prise en charge des problèmes neurologiques graves

[b1] S'il y a une raideur de la nuque et/ou fièvre, débiter en IM ou IV

– **Ceftriaxone**: 2g x2/J x 10jours et traitement anti malarique.

[b2] En cas de signes de focalisation, donner

- **Sulfadiazine** 4g/j en 4 prises + **Pyriméthamine** 100mg/j le premier jour par voie orale **puis**,
- **Sulfadiazine** 2g/j + **Pyriméthamine** 50 mg/j x 6–8 semaines. **ou**
- **Cotrimoxazol** 6 g/jour x 8 semaines par voie orale **ou**
- **Sulfadoxine** + **pyriméthamine** 1amp IM/jour X 6 semaines.

Toujours associer l'acide folinique cp 10 mg cp/jour ou 50 mg/semaine IM.

Traitement d'entretien: Demi dose du traitement initial pour le reste de la vie.

[b3] En cas de convulsions d'apparition récente, administrer du

- **Diazepam** 20 mg par voie rectale **ou** 10 mg IV si persistance des convulsions après 10 minutes, administrer la moitié de la dose initiale. Pendant le transport, si nécessaire, administrer la moitié de la dose initiale toutes les heures.

[c] Traitement de la sinusite

- Donner l'**antibiothérapie empirique** la plus appropriée per os
- Donner **ibuprofen** 200 mg: 2 compx2/j

[d] Traitement de la migraine

- Donner **ibuprofen** 200 mg: 2 compx2/j
- Observer la réponse: Si pas d'amélioration, référer

[e] Traitement des céphalées simples

- Donner **paracetamol** 500mg: 2 compx2/j
- Référer à la consultation d'ophtalmologie en cas de troubles de la vue
- Conseiller la réduction des situations de stress, la consommation d'alcool et de drogues
- Referer si les céphalées durent plus de 2 semaines
- Si le patient est sous ARV il peut s'agir d'un effet secondaire.

[f] Traitement de la neuropathie des membres inférieurs

Elle se manifeste par: des douleurs, des brûlures, une insensibilité, une lourdeur, des fourmillements dans les jambes et les pieds, une impression de marcher sur du coton.

- Si le patient est sous INH, donner pyridoxine 250mg: 1 à 2 comp/j x 15jours
- Si le patient présente une diarrhée chronique, le réhydrater par voie orale
- Penser à: l'infection à HIV, la syphilis, le diabète, les effets secondaires des ARV
- Référer si la cause n'est pas retrouvée
- Traiter avec de faibles doses **d'Amitriptyline** (Laroxyl®) 25 mg le soir

Contrôler après 3 semaines

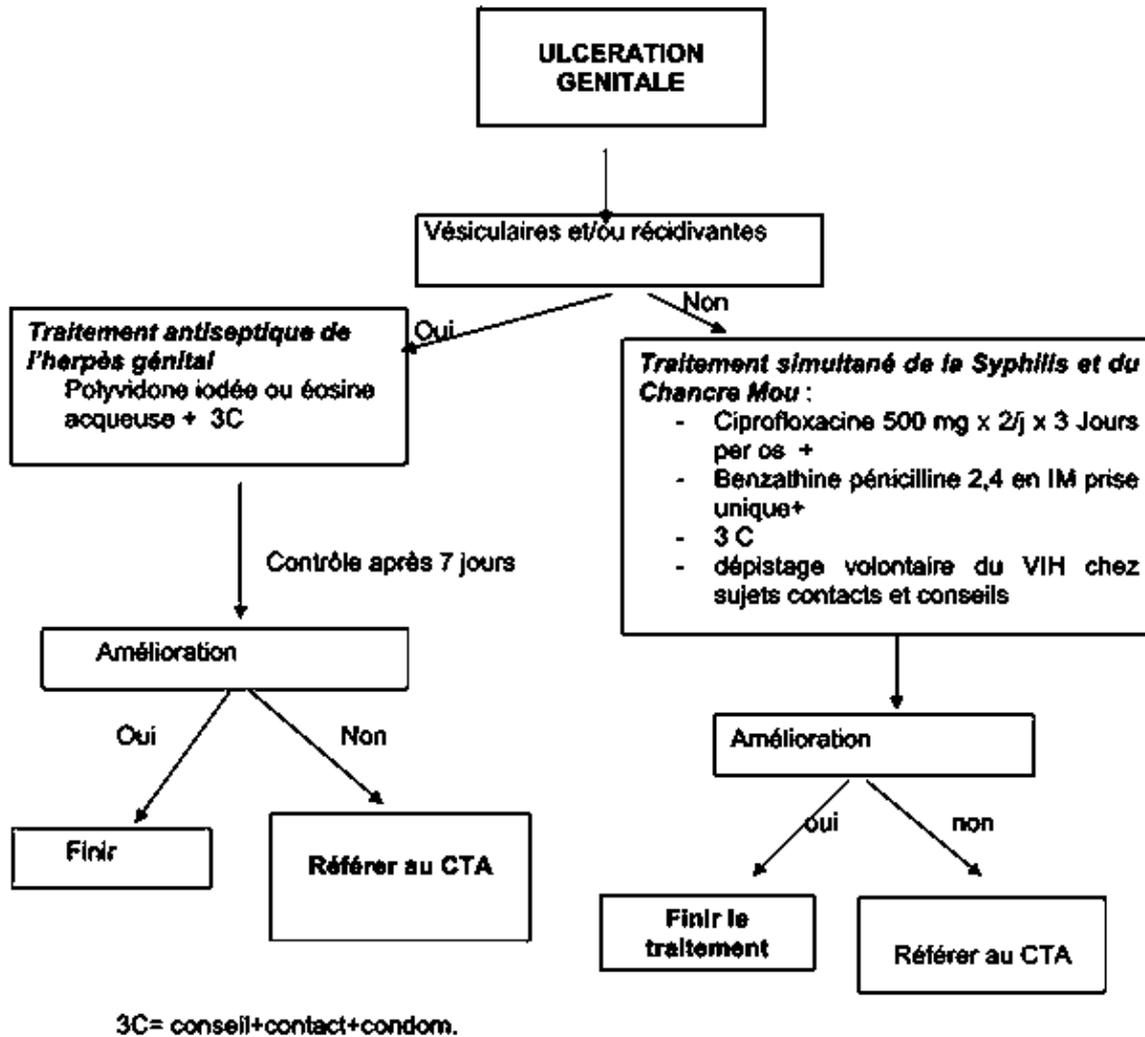
[g] Traitement de la cryptococose méningée

Elle se manifeste par des céphalées, une fièvre, une sensation de malaise. La raideur de la nuque n'est pas constante.

Le traitement comporte:

- **Fluconazol** 400 mg/j par voie orale x 6 semaines.
- **Traitement d'entretien Fluconazol** 200mg/j par voie orale pour le reste de la vie

5.8 Algorithmes de prise en charge des IST



5.8.1 ULCERATION GENITALE

Causes des ulcérations génitales

- La syphilis;
- Le Chancres mou;
- La lymphogranulomatose vénérienne;
- L'herpès génital;
- Le granulome inguinal ou Donovanose.

La stratégie recommandée pour la prise en charge syndromique des ulcérations génitales est la suivante:

- Définir le caractère récidivant ou non des ulcérations génitales;
- Les patients souffrant d'ulcération génitale non récidivante doivent être traités en même temps contre le syphilis ou le Chancres mou;
- Ceux souffrant d'ulcération génitale récidivantes sont traités contre l'herpès.

[a] Traitement de la syphilis et du Chancre mou:

- **Benzathine Pénicilline:** 2,4 millions/semaine IM pendant 03 semaines +
 - soins locaux +
 - Ciprofloxacine 500mg: 1 comp x 2/j pendant 3 jours +
 - 3 C
- ou**
- Doxycycline 100 mg: 1 comp x 2/j x 10 jours

[b] Cas particuliers:

– **[b1] Chez la femme enceinte:**

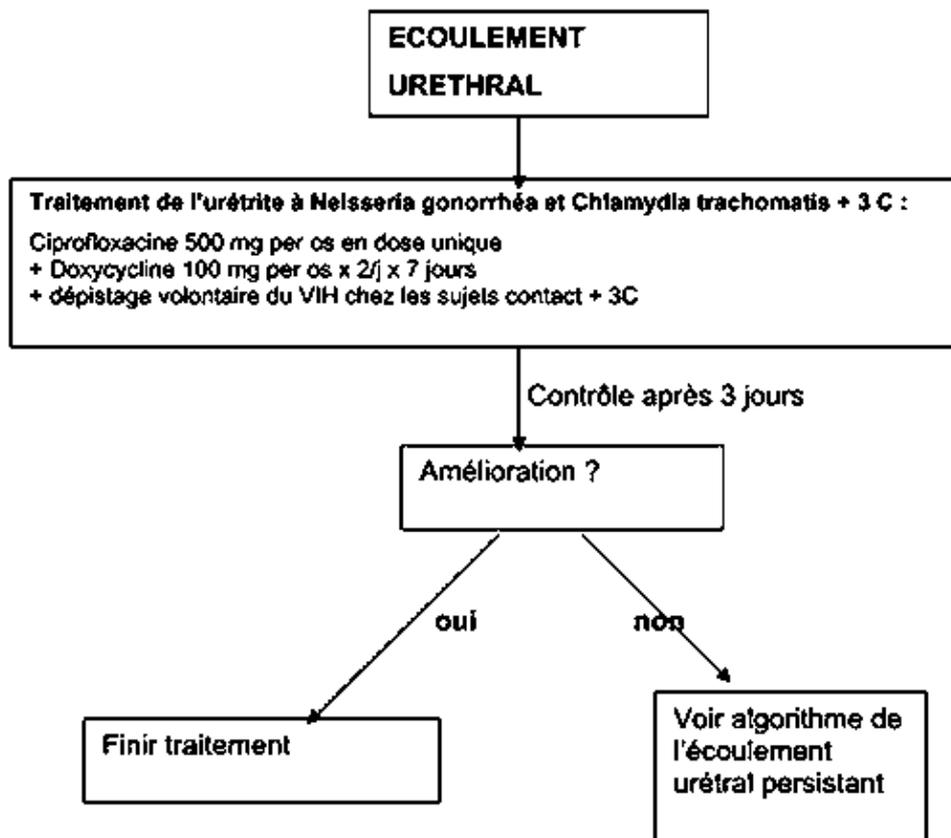
- Benzathine pénicilline 2,4 millions UI en prise unique IM +
- Erythromycine 500 mg cp: 1 g x 2/jour x 10 jours +
- Soins locaux +
- **3 C (Conseil, Condom, Contact)**

– **[b2] En cas d'allergie à la Pénicilline:**

- Erythromycine: 1 g x 2/jour x 15 jours + **3 C**

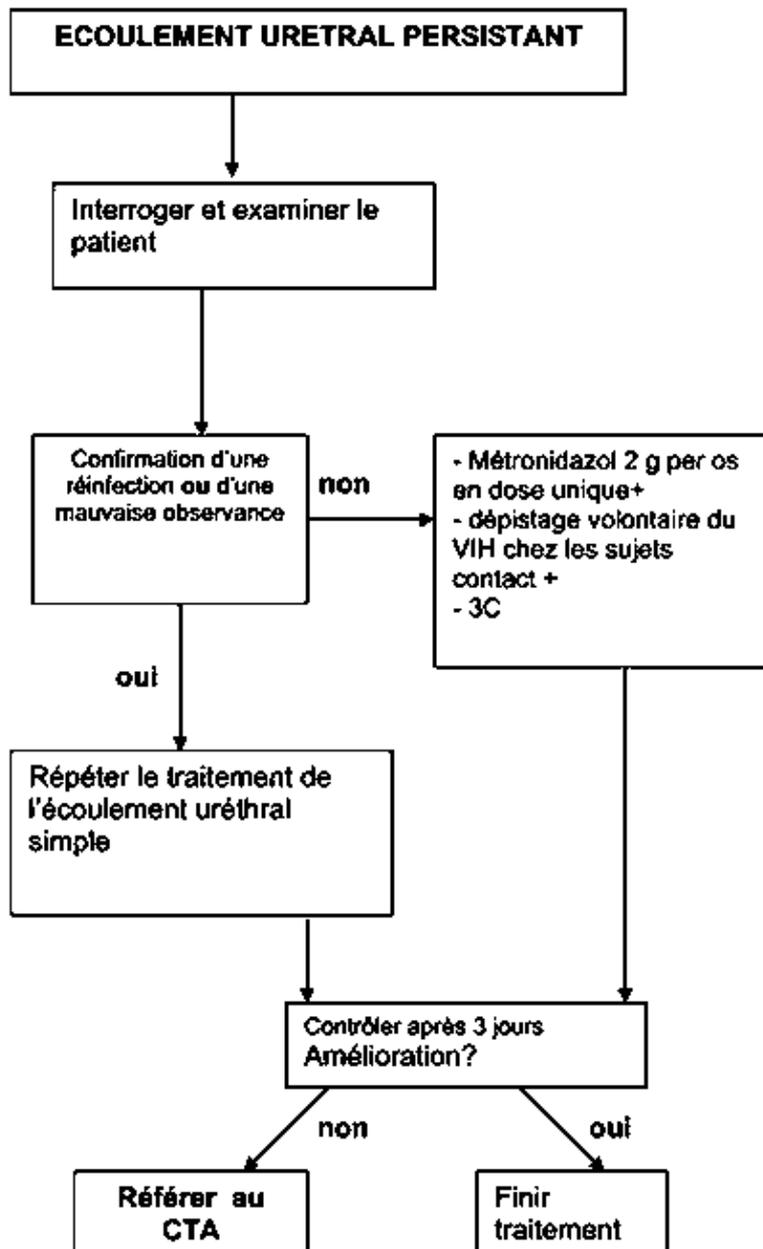
[c] Prise en charge de l'herpès

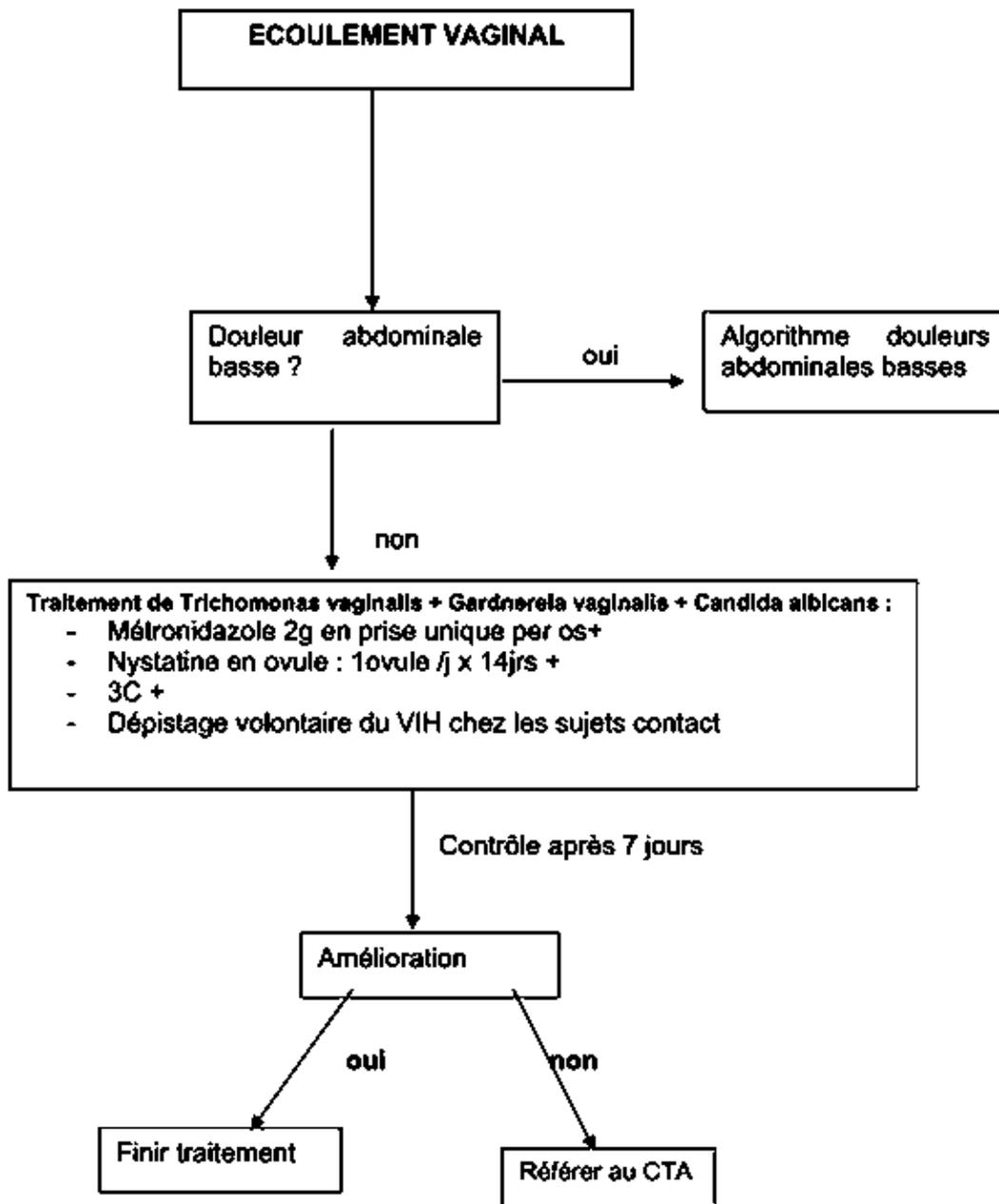
- Nettoyage local avec de la polyvidone iodée ou de l'éosine aqueuse pendant 07 jours
- **Acyclovir** par voie orale: 400 mg x 3/j pendant 5 jours (NB l'acyclovir ne figure pas encore dans les algorithmes nationaux de PEC de l'ulcération génital)+
- Référence si récurrences très fréquentes +
- **3 C.**



Traitements proposés 2^{ème} intention dans la prise en charge syndromique de l'écoulement urétral:

- Ceftriaxone 250 mg IM en dose unique
- +
- Doxycycline 100 mg per os x 2/j pendant 7 jours **non**





5.8.2 ÉCOULEMENT VAGINAL

Une modification de la quantité, de la consistance, de la couleur ou de l'odeur des pertes vaginales peut indiquer une infection.

Les troubles associés peuvent être:

- L'irritation,
- Le prurit vulvaire,
- La dyspareunie,
- La dysurie

En cas d'existence de douleur pelvienne, se référer à l'algorithme de la douleur abdominale basse.

Causes de l'écoulement vaginal:

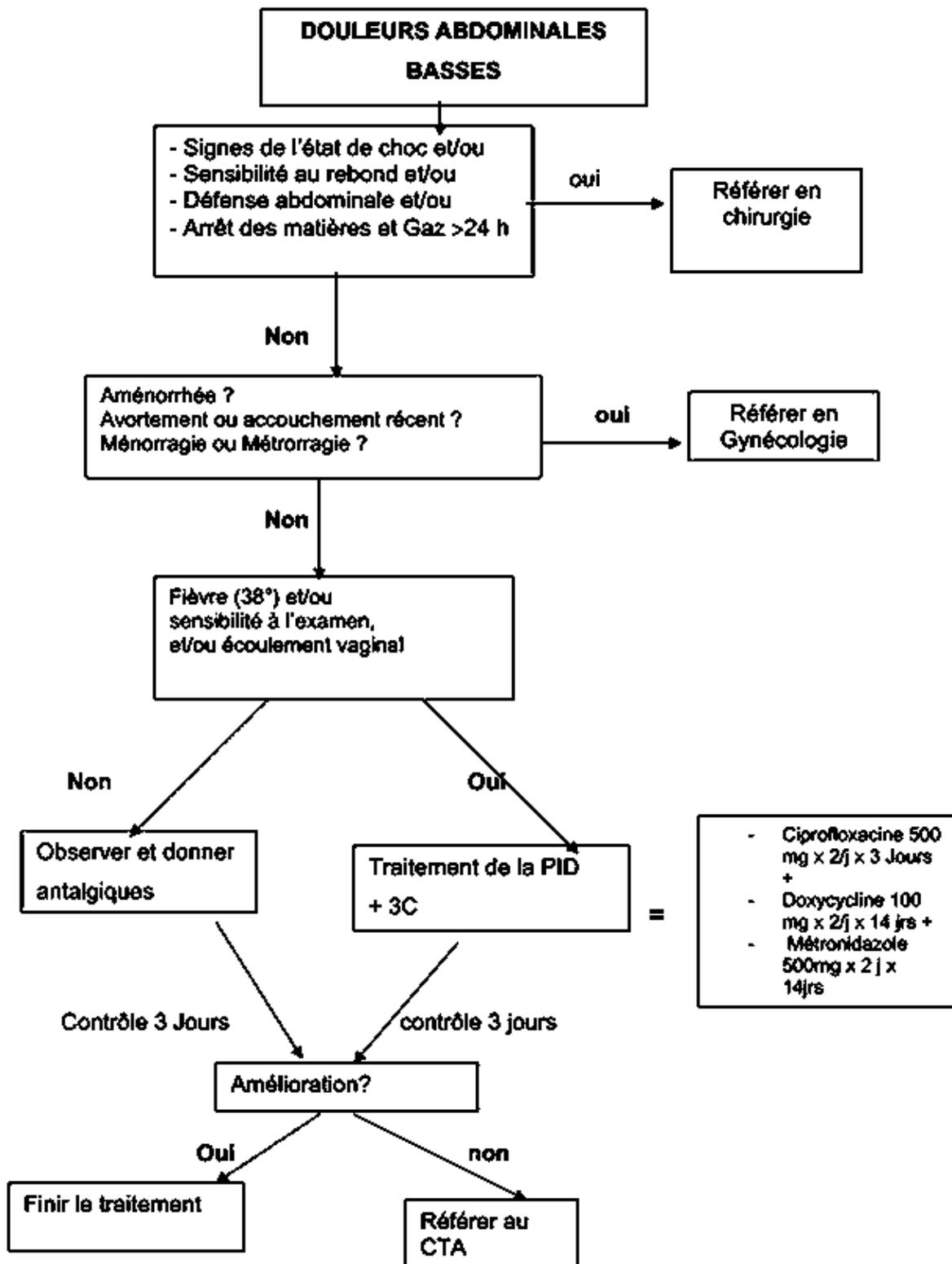
Candida albicans (Ca), Trichomonas vaginalis (Tv), Gardnerella Vaginalis (Gv).

Les traitements doivent donc cibler les vaginites et la vaginose bactérienne à Gv:

- Nystatine ovule 100.000 UI: 1 ovule le soir au coucher x 14 jours +
- Métronidazole comprimé 250 mg: 8 cp en une prise unique

Autres traitements proposés pour la Candidose:

- Clotrimazole 500 mg ovule: 1 ovule en dose unique le soir au coucher
ou
- Clotrimazole 100 mg ovule: 1 ovule/j pendant 7 jours le soir au coucher
ou
- Clotrimazole 200 mg ovule: 1 ovule/j pendant 3 jours le soir au coucher
ou
- Miconazole 200 mg ovule: 1 ovule/J x 3 jours
ou
- Fluconazole 150 mg en dose unique orale.



5.8.3 DOULEURS ABDOMINALES BASSES

Les douleurs abdominales basses sont des complications fréquentes de cervicites non traitées ou mal traitées. Elle sont responsables de la plupart des cas d'infertilité féminines au Cameroun.

Les principaux germes en cause étant le gonocoque et le chlamydiae, il est recommandé de les traiter simultanément après avoir éliminé, lors de l'anamnèse et l'examen physique, une urgence chirurgicale.

Le traitement proposé pour la prise en charge syndromique est le suivant:

- Ciprofloxacine comprimés 500 mg: 1 cp x 2/jour x 3 jours **ou** Ceftriaxone 250 mg IM en dose unique

- +
 - Métronidazole comprimé 250 mg: 2cp x 2/jour x 14 jours par voie orale
- +
 - Doxycycline comprimé 100 mg: 1 cp x 2/jour x 14 jours par voie orale
- +
 - Indométacine 25 mg comprimé: 1 cp. x 3/jour x 5 jours par voie orale
- +
 - Repos au lit.

Nota Bene.:

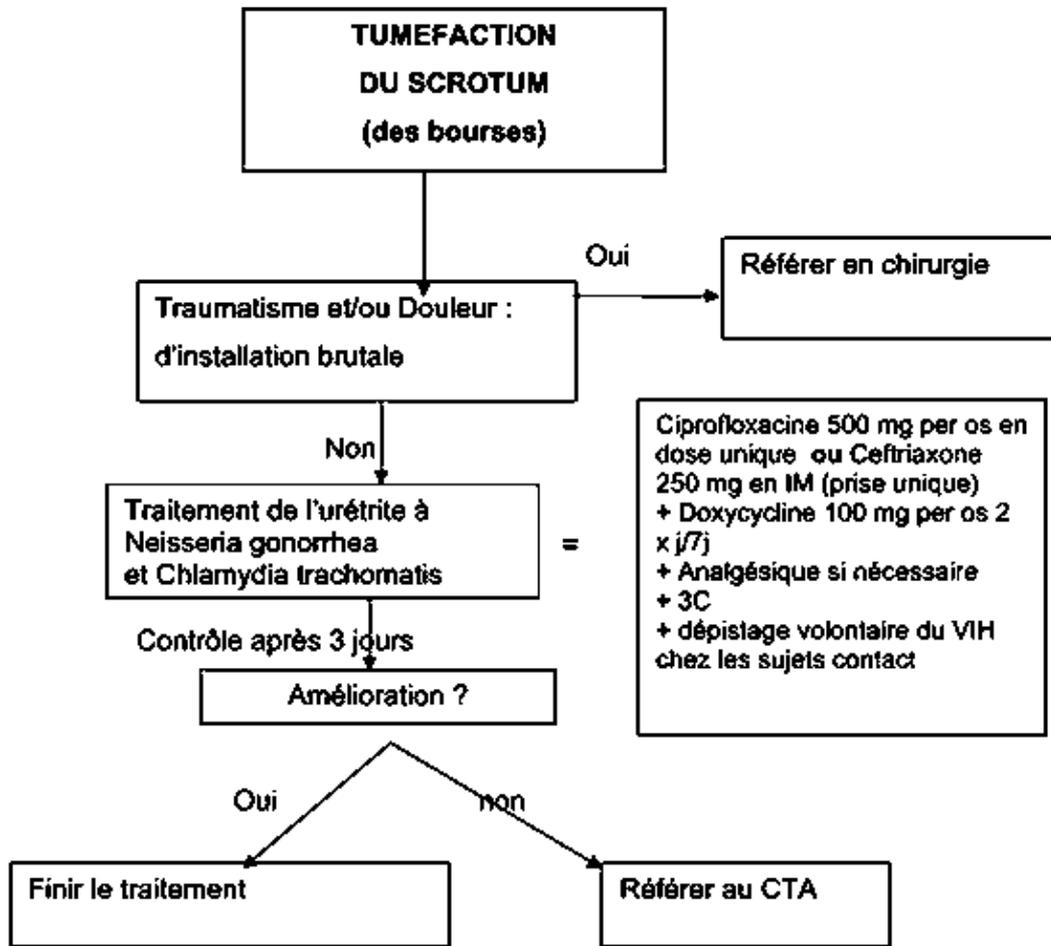
Faire un contrôle à 3 jours.

- *S'il y a amélioration,*
 - *continuer la Ciprofloxacine pendant 2 jours*
 - *Les autres traitements seront continués pendant 14 jours.*

- *S'il n'y a pas d'amélioration, référer au CTA tuteur*

L'hospitalisation est fortement recommandée lorsque:

- Le diagnostic est incertain
- Une urgence chirurgicale ne peut être exclue (appendicite, GEU)
- Il y a suspicion d'abcès pelvien
- La femme est enceinte
- La patiente est incapable de suivre un traitement ambulatoire
- La patiente ne répond pas au traitement bien conduit après 03 jours



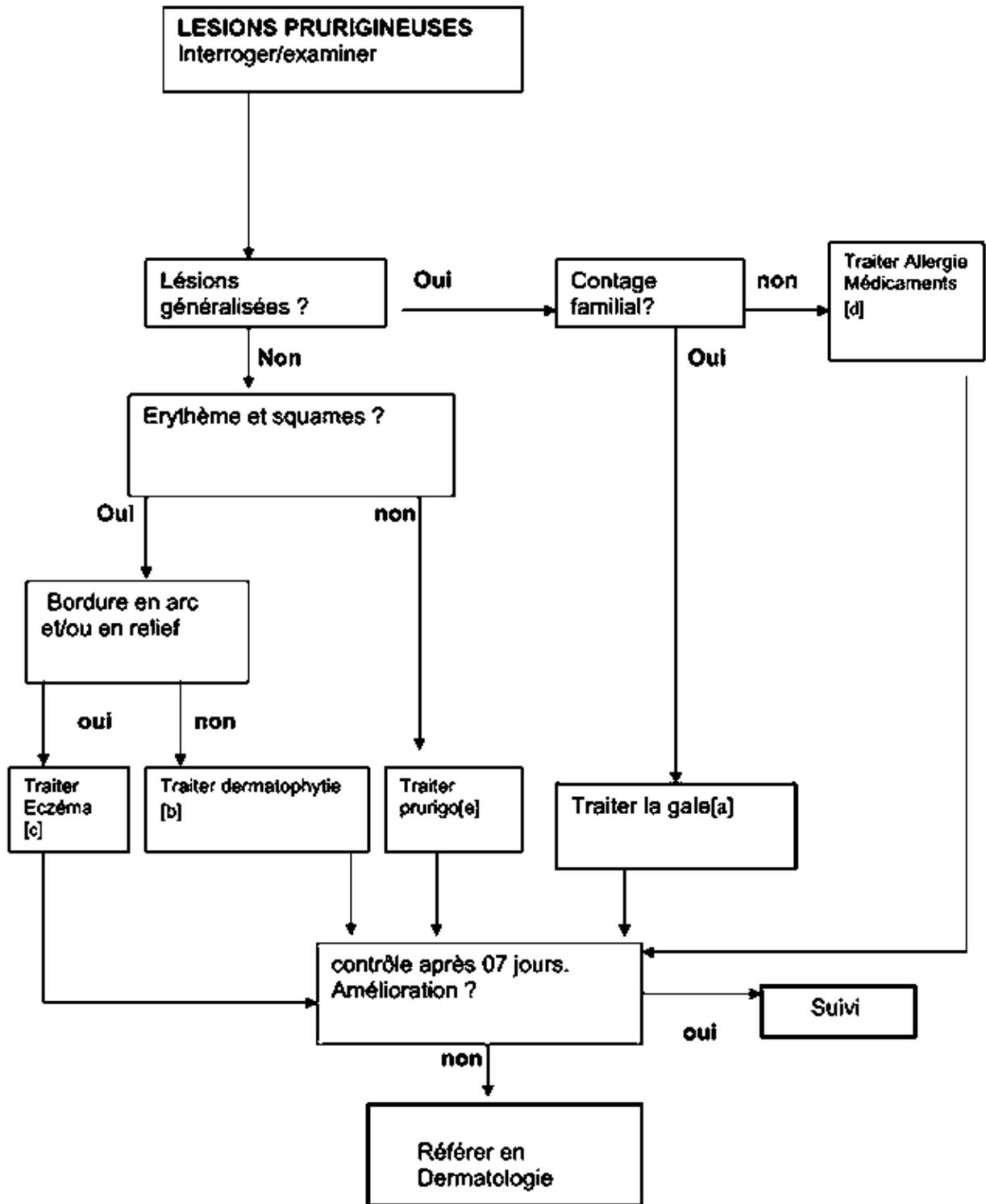
5.8.4 TUMEFACTION DU SCROTUM

Elle résulte d'une prise en charge incorrecte de l'écoulement urétral. Les germes en cause sont le gonocoque et le chlamydia. Il est recommandé de les traiter simultanément, après avoir écarté lors de l'anamnèse et l'examen physique, une urgence chirurgicale.

Traitement:

- Traitement de l'écoulement urétral à gonocoque et chlamydia
- Analgésique si nécessaire +
- 3C (Conseil, Condom, Contact).

5.9 Algorithmes des lésions cutanées



5.9.1 LESIONS PRURIGINEUSES

Les dermatoses prurigineuses se caractérisent par le maître symptôme qui est le prurit (démangeaisons) obligeant au grattage chronique et répété. Il peut être localisé ou diffus. Les causes fréquentes sont la gale, le prurigo, les mycoses cutanées,

L'eczéma, la sécheresse cutanée (xérose cutanée), l'allergie médicamenteuse (toxidermie).

La gale est due à *Sarcoptes scabiei*. Le prurit est à prédominance nocturne avec notion de contagio collectif, présence de papulovésicules localisées préférentiellement entre les doigts, au niveau des poignets, des coudes, des aisselles, de l'ombilic, des cuisses, des fesses, des seins, des mamelons, des organes génitaux externes chez l'homme.

La Dermatophytie se présente sous forme d'une Lésion érythémato–squameuse circulaire à bordure surélevée recouverte de vésiculo–pustules, ayant tendance à une croissance centrifuge et à la guérison centrale. Les lésions sont souvent récidivantes chez les sujets immunodéprimés.

Les Réactions cutanées médicamenteuses peuvent se présenter sous plusieurs formes: Rash érythémateux ou papuleux – lésions d'urticaire – érythème pigmenté fixe (macule ronde hyper pigmentée). Souvent dû aux sulfamides.

Survenue immédiate ou dans les 24 à 72 heures suivant la prise médicamenteuse.

Le Prurigo est caractérisé par des papules volumineuses hyper pigmentées isolées les unes des autres, recouvertes d'une croûte noirâtre ou parfois centrée par une macule dé pigmentée. Origine multifactorielle (médicaments, parasites).

[a]: Traitement de la gale

- Adulte: application locale de Benzoate de benzyl (chaque soir pendant 3 jours consécutif)

Il faut traiter les personnes en contact dans la famille: laver et repasser le linge.

[b]: Traitement de la mycose:

- Miconazole à 1 %: 1 application 2 fois/j pendant 21 jours.

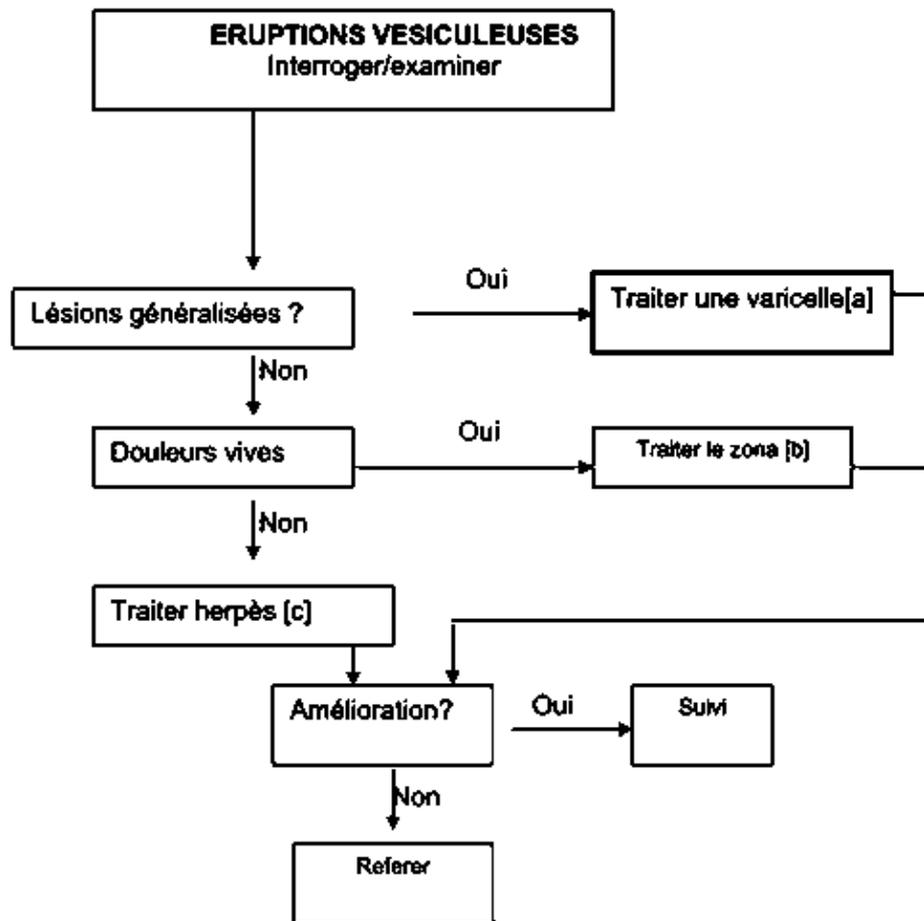
[c]: Traitement de l'eczéma

- Imbiber les lésions d'eau propre pour décoller les croûtes
- Sécher la peau en tamponnant
- Appliquer une crème à l'hydrocortisone à 1%; 1 application x 2/j x 3–10 jours. Arrêt à dose dégressive.
- Donner de la chlorphéniramine comprimé 2mg: 1cp x 3/jour pendant 10 jours pour le prurit

[d] Prise en charge de l'allergie médicamenteuse mineure et si le médicament suspect est un produit indispensable au traitement, il ne faut pas l'arrêter. Le traitement peut être poursuivi avec une couverture antihistaminique. Donner de la chlorphéniramine comprimé 2mg: 1cp x 3: jour pendant 10 jours.

[e] Traitement du prurigo: Son traitement est purement symptomatique.

- **Crotamiton:** localement 2 fois par jour pendant 2 semaines.
- **Chlorphéniramine** comprimé 2mg: 1cp x 3/j pendant 10 jours.



5.9.2 LESIONS VESICULEUSES

La vésicule est un soulèvement circonscrit de l'épiderme contenant une sérosité transparente.

Varicelle: Des lésions de différents âges co-existent: vésicules ombiliquées, pustules, croûtes, tâches dé pigmentées cicatricielles. Lésions débutant au cuir chevelu et au tronc puis extension. Fièvre et prurit sont constants.

Zona: Il s'agit d'une éruption unilatérale en bande qui correspond en général à une réactivation localisée au niveau d'une racine nerveuse du virus zona-varicelle. Le zona est précédé et accompagné de douleurs vives qui peuvent persister pendant plusieurs mois après la guérison

Herpès: Il se présente sous forme de vésicules disposées en bouquet au niveau des fesses, des organes génitaux, des lèvres. Les vésicules évoluent vers des ulcérations tendant à confluer. Les poussées sont précédées de prurit ou brûlures. Les récurrences se localisent souvent dans la même zone et sont de courte durée. L'herpès de l'immunodéprimé est très récidivant, et d'évolution prolongée.

[a]:**Traitement de la varicelle:** Traitement symptomatique.

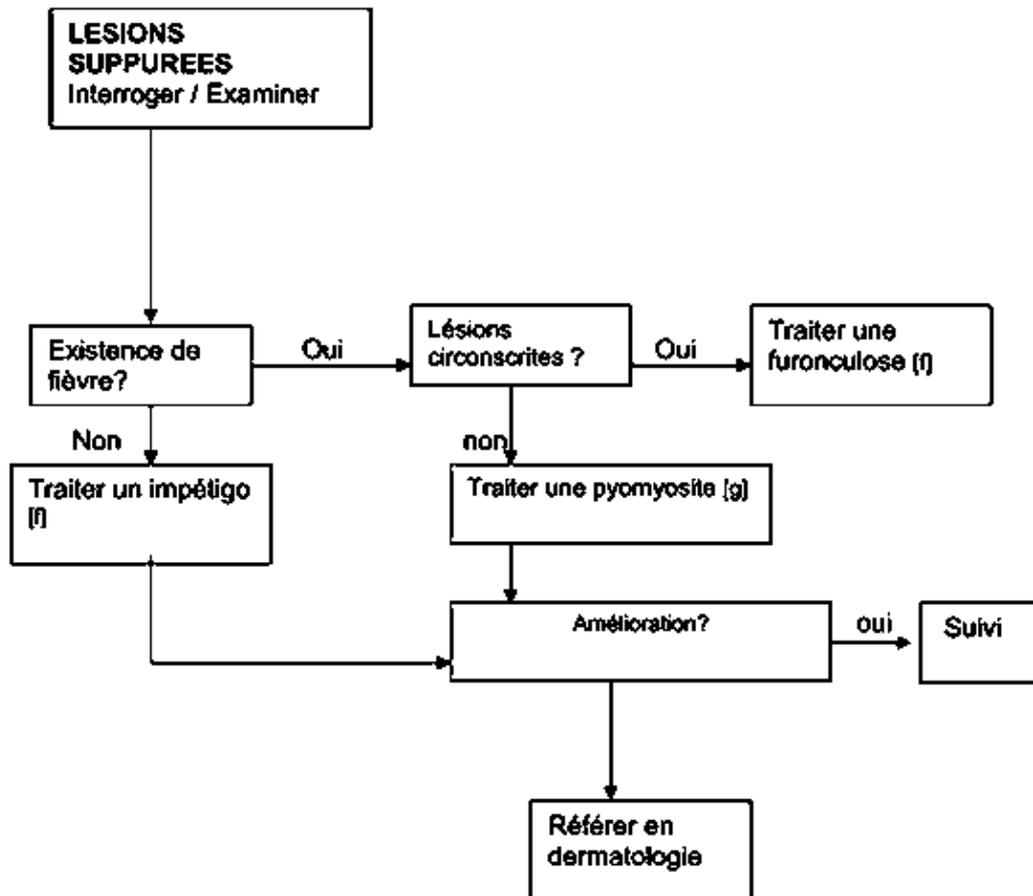
- Si fièvre: **Paracétamol** 500 mg: 2 à 4 g/j;
- Si prurit: **Chlorphéniramine** 2mg cp: 2cp x 3: jour x 10 jours par jour;

[b]:**Traitement du Zona:**

- **Eosine aqueuse 2 %:** localement jusqu'à la cicatrisation.
- **Antalgique** (paracétamol, antalgique du palier II).
- **Acyclovir** 3 g par jour pendant 7 à 10 jours (seulement indiqué en cas de zona ophtalmique ou disséminé vu dans les 72 heures suivant l'éruption).

[c]:**Traitement de l'herpès:**

- **Polyvidone iodée**, localement sur les lésions ulcérées 2 fois par jour.
- **Acyclovir** 1 g par jour pendant 7 à 10 jours.



5.9.3 LESIONS SUPPUREES

[a] Lésions cutanées suppurées: ce sont des lésions inflammatoires de la peau et des parties molles d'origine microbienne qui évoluent vers la suppuration (production du pus).

[b] Folliculite: C'est une inflammation aiguë superficielle du follicule pilo sébacé.

Staphylocoque aureus est très souvent impliqué. Les lésions se présentent sous la forme d'une papule inflammatoire surmontée d'une pustule et centrée par un poil.

[c] Furoncle: Le furoncle peut faire suite à une folliculite, peut compliquer une dermatose préexistante ou apparaître de Novo.

C'est une atteinte folliculaire profonde qui commence par une induration chaude et douloureuse, aboutissant en quelques jours à une suppuration qui évacue le follicule nécrosé.

[d] Impétigo: C'est une lésion suppurative de la peau très superficielle.

Au départ vésiculo-pustule suivi d'une croûte couleur miel. Le staphylocoque aureus ou le streptocoque bêta hémolytique sont le plus souvent impliqués

[e] Pyomyosite tropicale:

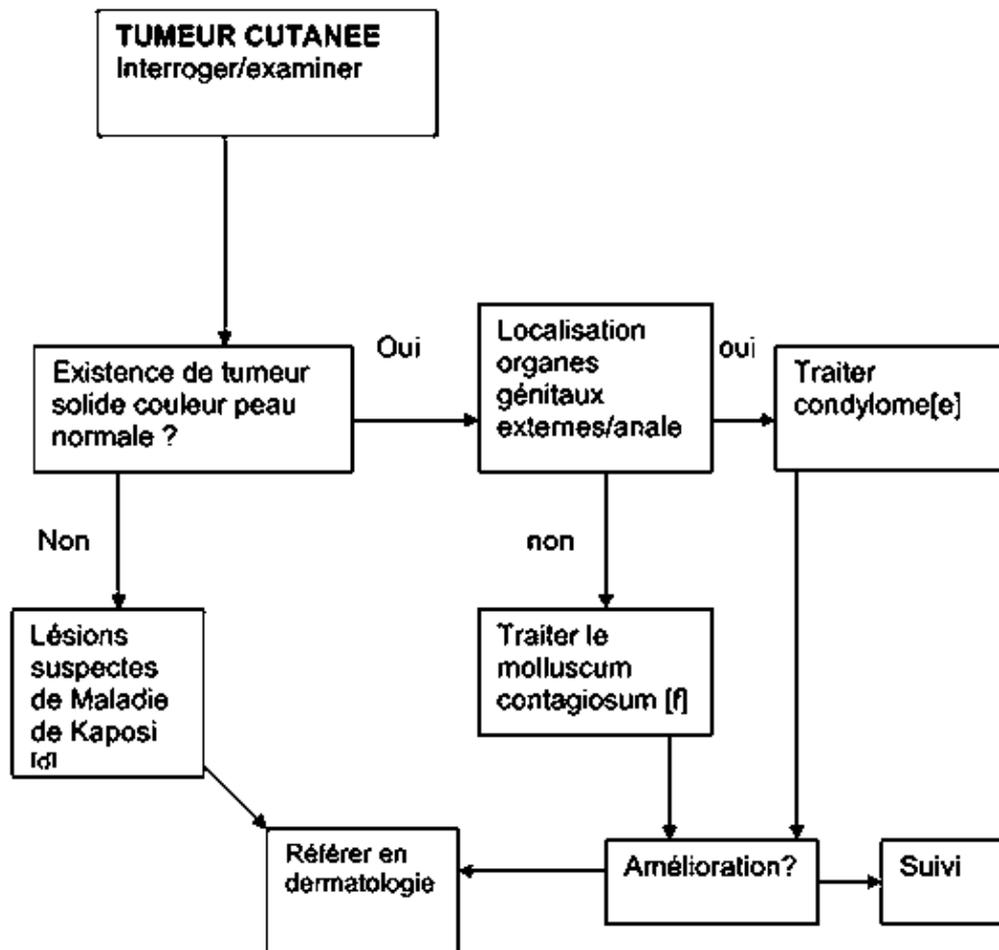
Elle est caractérisée par la formation d'abcès musculaires apparaissant au cours d'une variété de septicémie au cours de laquelle les microbes se localisent secondairement en certains points de l'organisme, où ils produisent des foyers purulents

[f] Traitement de la furonculose, de l'impétigo et de la folliculite:

- Ne pas inciser
- Traitement local par la solution polyvidone iodée
- Antibiotiques anti staphylococciques:
 - Cloxacilline 2g/j pendant 7 à 10 jours.
 - Erythromycine 2g/j pendant 7 à 10 jours.

[g] Traitement de la pyomyosite:

- Incision et drainage du pus.
- Cloxacilline, 2 à 4 g/j pers os pendant 10 à 14 jours
- ou**
- Amoxicilline 2 à 4 g/j + Métronidazole 2cp x 3/j pendant 10 jours



5.9.4 LESIONS TUMORALES

La papule: est une élevation saillante, circonscrite, solide, ne contenant pas de liquide.

[a]: Les lésions tumorales: Ce sont des lésions cutanées en relief solides (ne contiennent pas de liquide) papuleuses ou nodulaires et non inflammatoires (non douloureuses). Les étiologies les plus fréquentes des lésions tumorales au cours du VIH/SIDA sont les molluscum contagiosum, les condylomes et le sarcome de Kaposi. La prise en charge ne peut se faire que dans un centre ayant des moyens chirurgicaux et médicaux adéquats.

[b] Les condylomes sont dus à un, Human papilloma virus (HPV). La transmission se fait le plus souvent par voie sexuelle. Les lésions sont localisées aux organes génitaux externes (OGE) et à la région anale. Elles revêtent un aspect de «crête de coq». Les condylomes plan du col utérin peuvent évoluer vers le cancer du col utérin.

[c] Les **molluscum contagiosum** sont des tumeurs virales contagieuses. Elles sont dues à un poxvirus. Elles se présentent sous forme de papules perlées, ombiliquées au centre, disposées en semis.

[d] La **Maladie de Kaposi** est une néoplasie d'origine vasculaire, dont le rôle de HHV8 (human herpes virus 8) est actuellement démontré. Elle peut survenir à n'importe quel stade de l'infection à VIH (en moyenne, 100 à 200 CD4/mm³). Les lésions sont à localisations cutanéomuqueuses, viscérales, ganglionnaires. L'aspect des lésions est celui de placards maculeux voire papuleux violacés ou hyperpigmentés ou de nodules violacés voire hyperpigmentés parfois ulcérés voire surinfectés.

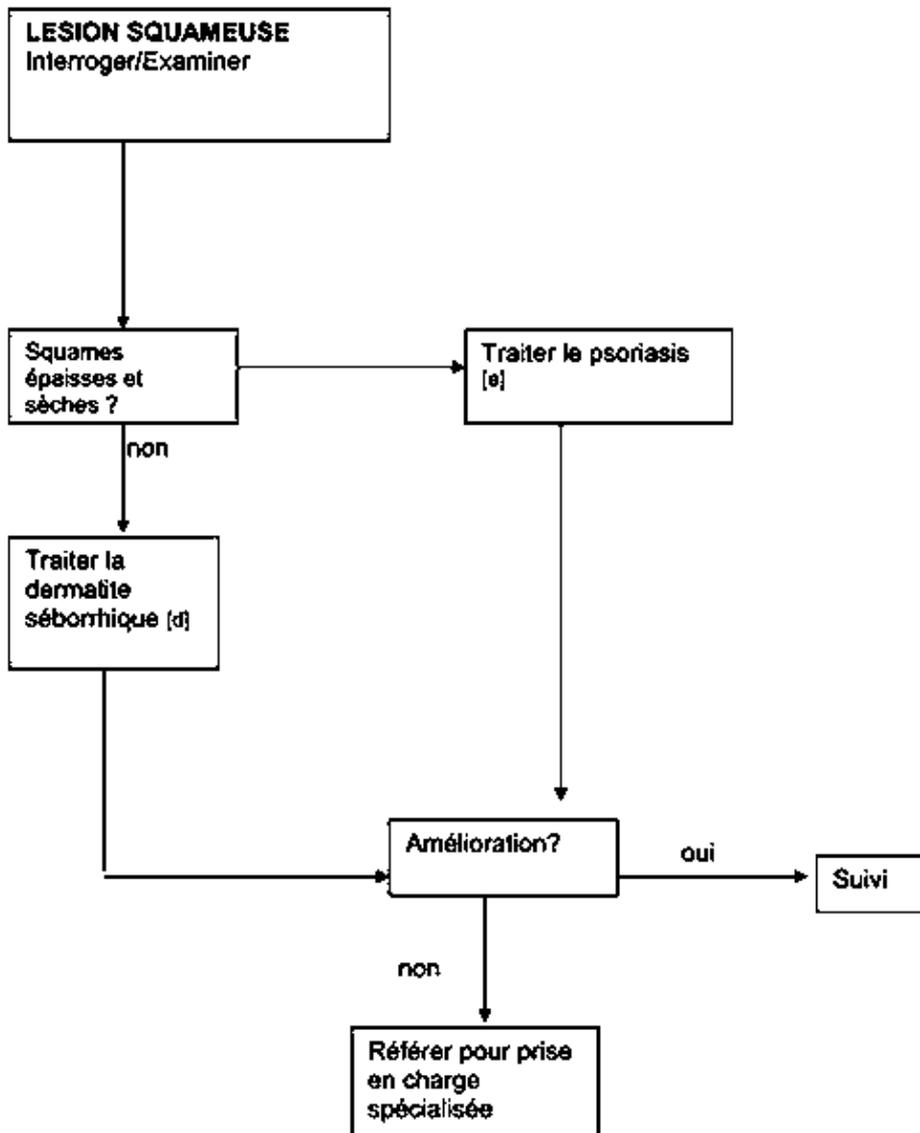
[e] **Traitement des condylomes:**

- Electrocoagulation
- Exérèse chirurgicale

[f] **Traitement du molluscum contagiosum**

- Ablation à la curette
- Electrocoagulation

[g] **Prise en charge de la maladie de Kaposi:** Référer pour un traitement carcinologique (anti mitotique, radiothérapie, chirurgical) adapté au stade évolutif de la tumeur. non oui non



5.9.5 LESIONS SQUAMEUSES

Les squames sont des lamelles d'épiderme qui se détachent de la surface de la peau.

[a] Les principales étiologies de lésions squameuses rencontrées au cours du VIH/SIDA sont:

- Dermate séborrhéique
- Psoriasis

[b] Dermite séborrhéique: Il s'agit d'une dermatose fréquente de l'adulte localisée dans les régions séborrhéiques (riche en glandes sébacées) de la tête et du tronc.

L'aspect des lésions est celui de pellicules sèches/grasses du cuir chevelu ou de plaques érythémateuses recouvertes de squames.

La localisations des lésions se situe au cuir chevelu,, dans la zone médio–faciale, au niveau des sourcils, dans la zone médio–thoracique

[c] Psoriasis

Il s'agit d'une dermatose résultant d'un trouble de la kératinisation, caractérisée par des lésions arrondies bien limitées, érythémateuses, recouvertes de squames sèches,.

La localisation des lésions est caractéristique: coudes, genoux, cuir chevelu, région lombo–sacrée.

En cas d'immunodépression, le psoriasis peut être inaugural ou exacerbé.

[d] La prise en charge Dermite séborrhéique consiste en traitement local:

- Kétoconazole1 application x 2/jour x8jours.

[e] La prise en charge Psoriasis consiste en un traitement local:

- Décapage des plaques avec Vaseline salicylée à 10–20% 1 application x2/jour jusqu'à disparition.

Chapitre 6: Prophylaxies des infections opportunistes

6.1 Prophylaxie

La survenue de toute infection opportuniste au cours de l'infection à VIH augmente la morbidité et la mortalité de la maladie. D'où la nécessité de la prophylaxie. Il est évident que le mieux est de prévenir l'exposition à des agents infectieux éventuels et d'éviter que le taux de CD4 diminue jusqu'à atteindre le niveau de vulnérabilité audits agents infectieux.

La prophylaxie est habituellement débutée à un niveau donné du taux de CD4. Elle est continue tant que la fonction immunitaire n'est pas restaurée de manière durable (environ 6 mois). Toute maladie active doit avoir été éliminée avant que la prophylaxie soit instituée.

Au cours de la prophylaxie on surveiller la tolérance du médicament ou tout autre événement intercurrent.

TABLEAU N° 3: Médicaments les plus souvent prescrits en prophylaxie

INFECTION	médicament	indications	dose	Quand arrêter?	Effets secondaires	observations
TB	INH & B6					

		– individu exposé sans maladie apparente – nouveau né/enfant ? 5 ans	5 mg/kg/J pendant 6 mois + Pyridoxine	Après 6 mois	Nausées, vomissements, ictère, éruption cutanée neuropathie périphérique	Référer en cas d'effets indésirables
		Nouveau né de mère avec bascilloscopie positive				
		Enfant?5 ans avec cicatrice de BCG et IDR >15				
		Enfant?5 ans sans cicatrice BCG avec IDR >10				
		Sujet VIH positif avec IDR >5				
		Sujet VIH positif avec IDR <5 et CD4 <200				
Infections bactériennes & Parasitaires (Toxoplasmose, pneumocystose etc)	Co-trimoxazole	CD4 <200	Adulte 960 mg par jour	Quand CD4> 200 après au moins 6 mois de traitement	Eruption cutanée, anémie, ictère, nausées	
Cryptococcose méningée	fluconazole	CD4 < 100	200mg/J	CD4> 100 après au moins 6 mois de Traitement		

Chapitre 7: Vaccinations chez les PVVS

Les vaccins suivants pourront être proposés contre:

- l'hépatite B,
- le tétanos,
- le pneumocoque,
- la fièvre jaune,
- la grippe
- la diphtérie,
- coqueluche,
- la poliomyélite (forme injectable)
- la rougeole

Eviter tout vaccin vivant tel que le BCG!!!

Chapitre 8: Therapies antiretrovirales

4 protocoles de première ligne comprenant 2 INTI+1INNTI sont fortement recommandés.

NB: La prescription des inhibiteurs de protéase est réservée aux CTA tuteurs.

8.1 Indications de la thérapie antiretrovirale chez l'adulte et l'adolescent

(se référer au chapitre sur l'évaluation du patient) n Stade clinique IV OMS

<ul style="list-style-type: none"> • Stade clinique IV OMS • Stade clinique OMS II et III + lymphocytes totaux < 1200 par mm³ • Lymphocytes CD4 < 200 par mm³ quel que soit le stade clinique
--

8.2 Protocoles de thérapie anti retrovirale de première ligne chez l'adulte et l'adolescent

Tableau N° 4: Première ligne de traitement antirétroviral

PREMIERE LIGNE DE TRAITEMENT: 2 INRT + INNRT		
N°	Dénomination Commune Internationale(DCI)	posologie
1	Zidovudine 300 mg/lamivudine 150 mg cp + Efavirenz 200mg capsule ou Efavirenz 600 mg comp	1 cp x 2 par jour(toutes les 12H) + 3capsules de 200mg ou 1 comp de 600 mg le soir au coucher à 22 H
2	Zidovudine 300 mg/Lamivudine 150 mg cp + Névirapine 200 mg comp	1 comp x 2 par jour + 1 comp/j x 14 j puis 1 cp x 2 par jour
3	Lamivudine 150 mg/Stavudine 30/40 mg Névirapine 200 mg (composition à dose fixe) <i>La dose de stavudine est de 40mg x2/Jour si patient >60kg, et 30mg x2/J si <60kg</i> et Lamivudine 150 mg/stavudine 30/40 mg	1 comp le matin x pendant les 14 premiers jours puis 1 cp x 2 par jour et 1 comp/j le soir pendant les 14 premiers jours
4	Lamivudine 150 mg/Stavudine 30/40mg <i>(composition à dose fixe)</i> <i>La dose de stavudine est de 40mg x2/Jour si patient >60kg, et 30mg x2/J si <60kg</i> + Efavirenz (200 mg ou 600 mg)	1 comp x 2 par jour + 3 comp de 200 mg ou 1 comp de 600 mg le soir au coucher à 22H

Lamivudine 150 mg/Stavudine 30/40 mg Névirapine 200 mg = (Triomun)
 L'efavirenz peut remplacer la Névirapine dans les protocoles ci-dessus
 AZT: Zidovudine; 3TC: Lamivudine; d4T: Stavudine; NVP: Névirapine; EFV: Efavirenz

8.3 Patients tuberculeux VIH positif et thérapie antiretrovirale

Deux éventualités sont à considérer:

1° Tuberculose pulmonaire ou extra pulmonaire avec lymphocytes totaux >1200/mm³:

Traiter d'abord la tuberculose avant de débiter la trithérapie

2° Tuberculose avec lymphocytes < 1200mm³:

Traiter la tuberculose pendant 2 mois, puis introduire une trithérapie:

- AZT + 3TC + EFV
- 3TC + D4T + EFV

NB: Penser à augmenter les doses d' EFAVIRENZ à 800 mg/jour en cas de traitement anti tuberculeux associé.

Tableau N° 5: Interactions des antirétroviraux avec la Rifampicine

Médicaments antirétroviraux	Interactions
Efavirenz	Réduction modérée des taux sanguins de l'Efavirenz Augmenter la dose à 800 mg
Nevirapine	Réduction modérée des taux sanguins de la Nevirapine: Eviter l'association.
Inhibiteurs des protéases	Reduction importante des taux sanguins des Inhibiteurs de protéase: Eviter l'association

8.4 Thérapie antiretrovirale et grossesse:

Les indications et les combinaisons thérapeutiques ne diffèrent pas de la population générale à condition d'éviter les molécules embryotoxiques comme l'Efavirenz (malformation du système nerveux central).

- Si le traitement a débuté avant la grossesse, poursuivre le traitement mais tenir compte des contre indications (EFV)
- Si traitement débute en cours de grossesse, le débiter après le premier trimestre de grossesse: AZT+3TC+NVP ou d4T+3TC+NVP
- **Eviter EFV** et toujours inclure de l'AZT
- Les protocoles comprenant l'AZT doivent être privilégiés.

8.5 Thérapie antiretrovirale chez l'enfant:

- Si l'âge est inférieur à 3 ans ou si le poids est inférieur a 10kg:

o AZT+3TC+NVP (sauf prise néonatale de NVP dans les 6 mois précédent dans le cadre de la PTME)

• Pour les enfants ayant reçu de la NVP dans le cadre de la PTME

o AZT+3TC+EFV

• Si l'âge est supérieur ou égal à 3 ans et le poids compris entre 10kg et 35 kg:

o AZT+3TC+EFV **ou** AZT+3TC+NVP

• Si le poids est supérieur à 35 kg:

o d4T+3TC+NVP **ou** AZT+3TC+EFV

Chapitre 9: Effets secondaires des ARV

Tableau N° 6: Effets secondaires a rechercher au cours de la surveillance de la thérapie antirétrovirale

SHEMA THERAPEUTIQUE	EFFETS SECONDAIRES
d4T/3TC/NVP	Neuropathie ou pancréatite liée à la stavudine Lipoatrophie liée à la stavudine Hépatotoxicité liée à la NVP Eruptions cutanées graves liées à la NVP (mais non mortelle) Eruptions cutanés graves liées à la NVP (syndrome de Stevens–Johnson)
AZT/3TC/NVP	Intolérance gastro–intestinale persistante associée à la zidovudine Toxicité hématologique grave associée à la zidovudine Hépatotoxicité liée à la NVP Eruptions cutanées graves liées à la NVP (mais non mortelle) Eruptions cutanés graves liées à la NVP (syndrome de Stevens–Johnson)
d4T/3TC/EFZ	Neuropathie ou pancréatite liée à la stavudine Lipoatrophie liée à la stavudine Toxicité SNC persistante liée à l'EFZ
AZT/3TC/EFZ	Intolérance gastro–intestinale persistante associée à la zidovudine Toxicité hématologique grave associée à la zidovudine Toxicité SNC persistante liée à l'EFZ

En cas d'intolérance au traitement, référer au CTA tuteur

Chapitre 10: Dispensation des médicaments

10.1 Dispensation des ARV

10.1.1 Outils:

- Registre de dispensation
- Dossier pharmaceutique ou une fiche de suivi pour chaque patient
- Carnets de reçus
- Fiche d'inventaire
- Fiche de demande de ravitaillement

- Fiches des stocks

10.1.2 Procédures de dispensation:

- Disposer de la prescription
 - Ordonnance à 2 volets
 - Ordonnance à un volet en cas de renouvellement
- Vérifier la conformité de l'ordonnance
 - Identification du prescripteur
 - Identification de la formation sanitaire (UPEC, CTA ou Prescripteur affilié)
 - Identification du patient:code, sexe, âge, poids
- Validité qui doit être inférieure ou égale à 3 mois (le patient devra se présenter au plus tôt sept jours avant que le traitement en cours soit épuisé)
- Sortir le dossier pharmaceutique ou la fiche de suivi du patient s'il est ancien. S'il s'agit d'un nouveau patient en créer un.
- Déterminer le coût de l'ordonnance et le communiquer au patient
- Percevoir l'argent
- Remplir l'emplacement réservé à la pharmacie sur l'ordonnance
- Etablir un reçu daté et signé
- Sortir les médicaments
- Remettre au patient les médicaments en expliquant si c'est une initiation les posologies et modalités de prise. S'il s'agit d'un renouvellement, vérifier par une simple question que les médicaments sont pris rationnellement. S'assurer de l'absence ou de la tolérance des effets indésirables
- Remettre au patient: les médicaments, l'ordonnance, le reçu
- Ranger le reçu et/ou le volet de l'ordonnance destiné à la pharmacie
- Remplir le dossier ou la feuille de suivi en n'omettant pas les observations (schéma posologique, effets indésirables, difficultés...)
- En fin de journée ou chaque fois que cela est possible:
 - Transcrire les ordonnances
 - Ranger les dossiers sortis
- Procéder en fin ou en début de journée à un inventaire et à l'expression des besoins sur une fiche de ravitaillement

10.1.3 Organisation et gestion du stock de médicaments:

Organisation: Il est nécessaire d'aménager un espace pour le rangement et la conservation des médicaments dans les conditions prescrites.

Gestion: Les étapes suivantes sont nécessaires pour une bonne gestion du stock

- Passation de commandes: Il est nécessaire de connaître le moment propice et la quantité de médicament à commander. Celles-ci se feront sur bon de commande.
- Réception des commandes
- Tenue des fiches de stock
- Inventaires

Chapitre 11: Suivi a domicile

La prise en charge à domicile existe dans notre milieu et est pratiquée sous diverses formes, elle est plus ou moins coordonnée dans le cadre de nos confessions religieuses. La prise en charge des PVVS doit être faite de manière globale. Elle prend en compte les souffrances physiques et psychiques du patient. Elle intègre aussi bien le suivi en milieu hospitalier par une équipe de soins que le suivi à domicile. La prise en charge à domicile est donc le prolongement des soins hospitaliers. Elle ne les remplace pas mais plutôt les complète, dans les domaines suivants: médical (soins palliatifs), psychologique, social et nutritionnel.

Le patient est pris en charge dans son environnement et ce dispositif requiert des moyens aussi bien humains que financiers.

11.1 Objectifs des soins a domicile

11.1.1 Objectif général: améliorer la prise en charge globale du patient

11.1.2 Objectifs spécifiques:

- **Accompagner les patients sous traitement anti – rétroviral**
 - Promouvoir la réinsertion du PVVS et son acceptation dans son milieu d'accueil
 - Veiller à la stabilité psychologique du PVVS
 - Encourager le patient si possible à mener une vie associative (ex: milieu religieux)
- **Surveiller l'adhésion des patients à ce traitement (trithérapie, hygiène de vie, diététique)**
- **Retrouver les patients sous ARV perdus de vue**
 - Vérifier que l'absence du PVVs de son aire géographique d'habitation est effective
 - Rechercher les perdus de vue grâce à leurs coordonnées personnelles (famille, amis, associations) ou par les médias.
- **Assurer le soutien psychosocial des personnes infectées ou affectées par le VIH**
 - Aider les PVVs à élaborer un plan d'activité génératrices de revenus dans le souci de mieux gérer sa vie
 - Permettre au PVVs de formuler des questions pratiques relatives à son statut social et sérologique
 - Aider le PVVs à identifier ses différents supports dans la société
 - Favoriser la prise en charge psychosociale immédiate du PVVS après l'obtention du résultat

– **Promouvoir une alimentation saine et une bonne hygiène de vie**

- Encourager le PVVS à observer les conseils diététiques; l'hygiène de vie.

– **Prodiguer au patient des soins palliatifs et apprendre à la famille comment les prodiguer**

– **Travailler en collaboration étroite avec l'équipe médicale**

- Consulter les spécialistes pour toute nouvelle initiative
- Savoir reconnaître ses limites
- Orienter selon le cas les PVVS auprès des services compétents

– **Renforcer les soins de santé au niveau familial et communautaire**

– **Encourager le dépistage volontaire**

– **Mobiliser la communauté**

– **Eduquer et sensibiliser la communauté pour le changement de comportement et la prévention des IST/VIH/SIDA**

- Eliminer les comportements à risque (rapports sexuels non protégés; toxicomanies; excès, exposition aux infections)
- Encourager les comportements à moindre risque (usage systématique du préservatif; usage de la moustiquaire imprégnée....)

– **Pratiquer l'éducation thérapeutique dans tout autre domaine de Santé Publique**

11.2 Role des intervenants dans la prise en charge a domicile

11.2.1 Types d'intervenants et profil [qualités requises]

Sont impliqués dans la prise en charge à domicile:

- Le patient lui même
- Certains membres de l'équipe médicale: Pharmaciens, Infirmiers, psychologues, assistants sociaux,etc.
- Certains membres de la famille
- PVVS
- Les agents [ou accompagnateurs ou aides] communautaires

Qualités requises:

- Etre formé et informé sur les médicaments anti-rétroviraux, les modalités de prise, les effets secondaires éventuels, les interactions médicamenteuses..
- Etre capable de faire du counselling pré et post test
- Etre habilité à l'écoute

- L'agent communautaire qui sert dans une communauté donnée doit appartenir à celle-ci, comprenant et parlant la langue du terroir, et jouir d'un certain respect.

11.2.2 Activités des intervenants dans l'Aide A Domicile

Le patient:

S'auto-administre le traitement anti-rétroviral
Surveille les effets secondaires éventuels

Les pharmaciens, infirmiers, assistants sociaux, psychologues, PVVS, agents communautaires:

Ces intervenants

- Offrent d'autres services que la prise en charge des PVVS (pour éviter la stigmatisation)
- Expliquent aux patients comment prendre leur traitement ARV et éventuellement d'autres traitements (antituberculeux, antipalustres, ...etc.)
- Eduquent les patients sur les éventuels effets secondaires, sur les infections opportunistes
- Identifient un ou plusieurs membres de la famille qui peuvent apporter un soutien pour favoriser une bonne observance au traitement
- Encouragent le patient en cas de lassitude
- Orientent les patients vers le CTA ou l'UPEC en cas de problème
- Encouragent le dépistage volontaire
- Mènent des activités d'IEC en matière d'IST, VIH/SIDA, de PTME
- Assurent le lien entre les patients et la formation sanitaire de prise en charge
- Apportent un appui aux programmes d'éducatifs: prévention d'autres maladies telles que le paludisme (utilisation des moustiquaires imprégnées, assainissement de l'environnement...etc.) et la tuberculose, conseils en matière de vaccination
- Animent des projets communautaires tels que l'adduction d'eau potable
- Administrent des soins de première nécessité
- Donnent des conseils en matière de nutrition
- Apportent un appui au soutien psychosocial
- Rendent compte de leurs activités au CTA ou à l'UPEC
- Recherchent les perdus de vue

Organisation du travail (rayon d'action)

Supervision: par le CTA ou l'UPEC le plus proche de la communauté dont est issu le patient

Rayon d'action: district de santé de l'UPEC et aire de santé de l'agent communautaire.

Lieu des soins: Domicile du patient, maison communautaire, centre de santé, officine de pharmacie

Modalités pratiques: Des rendez-vous sont souvent nécessaires pour avoir le plus de chance d'atteindre le client. Les intervenants travailleront avec les familles pour les planifier.

Un système d'adresse est à la base du dispositif, à ce titre les adresses doivent être mises régulièrement à jour. Les numéros de téléphones quand ils sont accessibles constituent un outil supplémentaire.

Les agents communautaires ont besoin d'une formation basique, et peuvent s'affilier à un réseau pour échanger les expériences. Ils peuvent travailler dans un cadre hospitalier et alterner avec la prise en charge à domicile.

Chapitre 12: Accidents d'exposition au sang

L'accident d'exposition au sang (AES) se définit comme toute blessure percutanée (piqûre d'aiguille, coupure avec objet tranchant) ou tout contact d'une muqueuse, d'une peau non intact avec des liquides biologiques (sang, liquide céphalorachidien, liquide pleural ou péricardique...) ou tissu susceptibles d'être infectés.

Le risque de transmission après un AES est de 30% pour le virus de l'hépatite B, 3% pour le virus de l'hépatite C et 0,3% pour le VIH.

Le risque de transmission du VIH au cours d'un AES dépend de:

- La nature du fluide biologique (sang > aux autres fluides)
- Le type d'aiguille (plus large est le calibre plus importante est la quantité de sang q'elle contient)
- L'absence de port des gants
- Le stade clinique du patient source et l'absence de traitement antirétroviral (phase terminale, séroconversion, pas de thérapie antirétrovirale, échec thérapeutique...)
- La profondeur de la plaie
- Le fait qu'il y ait du sang visible sur le matériel
- L'aiguille placée directement dans une veine ou une artère
- De la porte d'entrée: percutané > muqueuse

12.1 Les sécrétions réputées non infectieuses s'il n'y a pas de trace visible de sang:

Larmes; salive; urines, selles, sueur, vomissements

12.2 Etapes urgentes de la prise en charge d'AES

- Arrêter l'activité
- Nettoyer la zone exposée immédiatement
- La plaie cutanée doit être lavée avec de l'eau et du savon
- Il n'y a pas de preuve que les savons antiseptiques soient meilleurs que les simples savons. De plus les agents caustiques peuvent faire plus de mal que de bien.
- Les muqueuses doivent être nettoyées à grande eau
- Les yeux doivent être irrigués avec du sérum salé

12.3 Recommandations post exposition

Le patient source peut être positif, indéterminé ou négative.

L'exposition doit correspondre à un niveau de risque infectieux

Si le risque infectieux implique le démarrage d'une trithérapie, ce traitement doit être administré dans les 2–8 heures après l'exposition. Afin d'avoir le maximum d'efficacité de la prophylaxie. Dans tous les cas ce traitement ne devra pas être donné au-delà de 72 heures.

La victime d'AES même sous traitement, doit continuer de recevoir des conseils, et adopter des pratiques sexuelles à moindre risque (abstinence, port du condom...)

12.4 TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE APRES UN AES

Protocole 1

Zidovudine 300 mg par voie orale, deux fois par jour + **Lamivudine** 150 mg par voie orale, deux fois par jour + **Indinavir** 800 mg par voie orale trois fois par jour **OU**, le **nelfinavir** 1250 mg par voie orale toutes les 12 heures pendant 4 semaines

Protocole 2

Stavudine 40 mg par voie orale 2 fois par jour (poids supérieur à 60 kg), ou 30mg deux fois par jour (poids inférieur à 60 kg) + **Didanosine** 400 mg par voie orale, une fois par jour (poids supérieur à 60 kg), ou 250 mg par voie orale, une fois par jour (poids inférieur à 60 kg)

+ **Nelfinavir** 1250 mg par voie orale, toutes les 12 heures ou **Indinavir** 800mg par voie orale trois fois par jour pendant 4 semaines.

Contrôler les anticorps a 3, 6 mois, 3mois et a 6 mois

12.5 Conclusions (pour prévenir l'infection à VIH dans les formations sanitaires)

- Les précautions universelles doivent s'appliquer à toutes les procédures.
- Assurer la sécurité des personnels de santé dans les formations sanitaires
- Encourager et faire la promotion l'utilisation d'équipement et des procédures de prise en charge des patients sans risque et procédures
- Promouvoir l'utilisation d'équipement permettant de stocker les aiguilles usagées et autres déchets
- **Procurer le traitement dans les délais**

12.6 ACCIDENT D'EXPOSITION SEXUELLE:

L'accident d'exposition sexuelle est une situation imprévue, de viol ou de rupture de préservatif. Selon le degré de risque de contagiosité, initier une bithérapie ou une trithérapie antirétrovirale dans les 48 heures suivant l'accident. Ne pas hésiter à prendre avis dans un CTA de référence pour vous aider à évaluer le risque et choisir la combinaison antirétrovirale. Faire un test de dépistage sérologique du VIH avant tout traitement. **Le caractère urgent de la situation ne doit pas faire oublier de réaliser un counselling pré-test!**

Annexe

Annexe 1 – Anamnèse:

Les questions ci-après devront systématiquement être posées à tout patient lors de son évaluation initiale et lors des évaluations ultérieures:

1. Avez-vous de la fièvre à domicile? O N

2. Si oui, depuis quand? J S M

3. Avez – vous maigri? O N

4. Si oui, de kgs en J, S, M

5. Avez – vous des démangeaisons? O N

6. Si oui, depuis quand? j, s, m;

Localisation: -----

7. Avez –vous de la toux? O N

8. Si oui, sèche grasse sanglante

9. Si oui, depuis quand? J S M

10. Transpirez– vous beaucoup la nuit? O N

11. Votre appétit est –il conservé? O N

12. Avez– vous mal en avalant? O N

13. Avez –vous des nausées? O N

14. Vomissez– vous? O N

15. Avez–vous mal au ventre? O N

16. Si oui, Localisation:

épigastrique, périombilicale, hypochondre, fosse iliaque, hypogastre

17. Avez – vous des selles liquides ou molles? O N

18. Si oui, /j sang: O N glaires O N

19. Si oui, depuis quand? J S M

20. Avez –vous mal lors de la miction? O N

21. Les urines sont–elles plus fréquentes? O N

22. Avez–vous des pertes/douleurs vaginales? O N

23. Si oui, couleur: -----

24. Si oui, malodorantes? O N

25. Si oui, prurigineuses? O N

26. Etes – vous anormalement fatigué? O N

27. Echelle de performance: 1 2 3

28. Avez–vous déjà eu une des maladies suivantes:

Zona TBC Abscess cérébraux

Candidose buccale

Pneumonie répétée Sinusite répétée
Diabète HTA

29. Avez-vous des céphalées? O N

30. Avez – vous des troubles visuels? O N

31. Avez – vous des fourmillements ou douleurs
dans les jambes/pieds? O N

32. Avez – vous de nouvelles lésions sur la peau?
 O N

Annexe 2 – Examen physique

a) Paramètres vitaux:

Poids |kgs Temp. |°C TA ||mmHg

FC |/min FR |/min

b) Examen physique:

Pâleur des conjonctives

Bouche: Tâches blanches |O |N Ulcérations |O |N

Plaques rouges |O |N

Peau: Prurigo |O |N Dermite séborrhéique
|O |N

Kaposi |O |N Zona actif |O |N

Zona cicatrice |O |N Mycoses

Ongles: Coloration anormale |O |N Mycose |O
|N

Ganglions hypertrophiés: |O |N

Localisation: Cervicale Axillaire Inguinale

Si oui, Droite ou Gauche

Ulcération
Prurit
Tuméfaction
Ecoulement

Examen neurologique: Examen des organes génitaux:

Glasgow |/15 Raideur de nuque |O |N

Hémiplégie |O |N Hémiparésie |O |N Si oui, Droite ou Gauche

Paraplégie |O |N

Paralysie faciale |O |N si oui, Droite ou Gauche

Examen cardio–pulmonaire et abdominal: Sera réservé au médecin.

Annexe 3 – Différentes catégories d'antiretroviraux disponibles au Cameroun

Inhibiteurs de la transcriptase inverse (INTI)

– Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)

- Zidovudine (AZT)
- Didanosine (ddI)
- Lamivudine(3TC)
- Stavudine (d4T)

– Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)

- Névirapine (NVP)
- Efavirenz (EFV)

Inhibiteurs de protéase

- Indinavir (IDV)
- Nelfinavir (NFV)

Combinaisons à dose fixe:

- AZT +3TC
- D4T+3TC
- D4T+3TC+ NVP
- AZT+3TC+NVP

Annexe 5 – Registre de collecte des données au Cameroun

Registres disponibles dans les comités thérapeutiques et les pharmacies des CTA, CT affiliés, UPEC

REGISTRE DES MALADES SOUS PROTOCOLE ARV DE PREMIERE LIGNE

Date	N° d'ordre	Identification (code)	A	N	Age	Sexe	Poids	Résidence/Contact Adresse	Protocole ARV (Désignation)	Coût	Observation

REGISTRE DES MALADES SOUS PROTOCOLE ARV DE DEUXIEME LIGNE

Date	N° d'ordre	Identification (code)	A	N	Age	Sexe	Poids	Résidence/Contact Adresse	Protocole ARV (Désignation)	Coût	Observation

REGISTRE DE MALADES SOUS COTRIMOXAZOL

Date	N° d'ordre	Identification (code)	A	N	Age	Sexe	Poids	Adresse/Contact	Forme/quantité/cotrimoxazole prescrite	Emargen CNI

REGISTRE DES MALADES TRAITES POUR LA CRYPTOCOQUE (DIFLUCAN) ET LA TOXOPLA MOSE CEREBRALE (SULFADIAZINE/CLINDAMYCINE/PYRIMETHAMINE)

Date	N° d'ordre	Identification (code)	A	N	Age	Sexe	Poids	Adresse/Contact	Traitement Toxo/désignation/Quantité	Trai Cry

REGISTRE DES ENFANTS SOUS TRAITEMENT ARV (0-15 ans)

Date	N° d'ordre	Identification (code)	A	N	Age	Sexe	Poids	Adresse/Contact	Protocole ARV			En N°
									Désignation	Forme	Quantité	

REGISTRE DES MALADES INDIGENTS

Date	N° d'ordre	Identification (code)	A	N	Age	Sexe	Poids	Adresse/Contact	Catégorie d'indigence	Indication de la prescription	Protocole ARV (Désig)

b- Registres à utiliser dans les laboratoires des CTA, CT affiliés, UPEC

Date	N° d'ordre	Identification (code)	A	N	Age	Sexe	Poids	Adresse/Contact	Date du bilan initial	Bilan biologique de suivi (CD4/NFS/Glycémie/ALA)

NOTES EXPLICATIVES SUR L'UTILISATION DES REGISTRES:

Six (6) registres devront être disponibles en deux exemplaires chacun dans chaque formation sanitaire.

Un exemplaire de chaque registre sera utilisé par le comité thérapeutique et/ou le médecin prescripteur et l'autre exemplaire sera exploité à la pharmacie de la formation sanitaire.

A= Anciens patients.

N= Nouveau patients.

Dans la colonne «observation», relever systématiquement des informations telles que:

- les décès,
- les modifications de traitement;
- les perdus de vue;
- le service ayant référé le malade

Les patients devront être pesés à la pharmacie avant chaque délivrance de traitement.

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE REPUBLIQUE DU CAMEROUN
FICHE DE SYNTHESE MENSUELLE DES DONNEES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES CAS DE VIH/SIDA AU NIVEAU PROVINCIAL

PROVINCE **MOIS:.....**

DONNEES	Nombre total des nouveaux PVVS	Nombre total des nouveaux éligibles	Nombre total des anciennes PVVS	Nombre total des anciennes PVVS	Nombre de nouvelles PVVS	Nombre de nouvelles PVVS	Nombre total de PVVS inéligible	Nombre de protocoles de première

	recevant des soins	pour la TAR dans le mois	adultes sous ARV	enfants (<15 ans) sous ARV	adultes mises sous ARV	enfants (âge <15 ans) mises sous ARV	sous ARV	ligne prescrits	ligne prescrits
FORMATION SANITAIRE (CTA, CTAaff, UPEC)									
	Homme								
	Femme								
	Total								
	Homme								
	Femme								
	Total								
	Homme								
	Femme								
	Total								
TOTAL	Homme								
	Femme								
	TOTAL GENERAL Homme et Femme								

Date Nom et Signature Responsable

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE REPUBLIQUE DU CAMEROUN

FICHE DE SYNTHESE MENSUELLE DES DONNEES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES CAS DE VIH/SIDA AU NIVEAU DU SERVICE DE SANTE DE DISTRICT

PROVINCE DISTRICT DE SANTE..... MOIS:.....

DONNEES	Nombre total des nouveaux PVVS recevant des soins	Nombre total des nouveaux éligibles pour la TAR dans le mois	Nombre total des anciennes PVVS adultes sous ARV	Nombre total des anciennes PVVS enfants (<15 ans) sous ARV	Nombre de nouvelles PVVS adultes mises sous ARV	Nombre de nouvelles PVVS enfants (âge <15 ans) mises sous ARV	Nombre total de PVVS indigent sous ARV	Nombre de protocoles de première ligne prescrits	Nombre de protocoles de deuxième ligne prescrits
FORMATION SANITAIRE (CTA, CTAaff, UPEC)									
	Homme								

	Femme								
	Total								
	Homme								
	Femme								
	Total								
	Homme								
	Femme								
	Total								
TOTAL	Homme								
	Femme								
	TOTAL GENERAL Homme et Femme								

Date Nom et Signature Responsable

LISTE DES DONNEES A COLLECTER dans le cadre du PNLs Prise en Charge par les ARV- Suivi Biologique – Prise en Charge des Infections Opportunistes

N° d'ordre	Données	Source des données
1.	Nombre total des nouveaux PVVS recevant des soins	Registre CTA/CETAff/UPEC Registre CTA/CETAff/UPEC
2.	Nombre total des nouveaux PVVS éligibles pour la TAR dans le mois	Pharmacie
3.	Nombre total des anciennes PVVS adultes sous ARV	Pharmacie
4.	Nombre total des anciennes PVVS enfants (<15 ans) sous ARV	Pharmacie
5.	Nombre total de nouvelles PVVS adultes mises sous ARV	Pharmacie
6.	Nombre total de nouvelles PVVS enfants (âge <15 ans) mis sous ARV	Pharmacie
7.	Nombre total de PVVS (anciennes et nouvelles, adultes et enfants) mis sous ARV	Pharmacie
8.	Nombre total des indigents PVVS mis sous ARV	Pharmacie
9.	Nombre total de protocoles de première ligne prescrits	Pharmacie
10.	Nombre total de protocoles de deuxième ligne prescrits	Pharmacie
11.	Nombre total de PVVS adultes sous prophylaxie gratuite au Cotrimoxazole	Pharmacie
12.	Nombre total de PVVS enfants (âge < 15 ans) sous prophylaxie gratuite au Cotrimoxazole	Pharmacie
13.	Nombre total de cas de Toxoplasmose cérébrale chez PVVS traités gratuitement	Pharmacie

14.	Nombre total de cas de cryptococcose cérébrale chez PVVS traités gratuitement	Pharmacie
15.	Nombre total de cas de candidose oro-pharyngo-oesophagienne chez PVVS traités gratuitement au Diflucan	Pharmacie
16.	Nombre total de PVVS ayant effectué un examen de comptage CD4/CD8 subventionné	Laboratoire
17.	Nombre de PVVS dépistés Tuberculeux dans la structure de prise en charge	Registre du comité thérapeutique
18.	Nombre de tuberculeux VIH+ référés par le CDT	Registre du comité thérapeutique
19.	Nombre des femmes enceintes séropositives sous traitement ARV référés par un site PTME	Registre du comité thérapeutique

FICHE DE COLLECTE MENSUELLE DES DONNEES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES CAS DE VIH/SIDA

PROVINCE: _____ District de santé: _____ Formation sanitaire(FS): _____

Type de FS(public/privé/ONG: _____ Année: _____

Mois: _____

Données	Valeurs		Total
	Hommes	Femmes	
Nombre total des nouveaux PVVS recevant des soins			
Nombre total des nouveaux PVVS éligibles pour la TAR dans le mois			
Nombre total des anciennes PVVS adultes sous ARV			
Nombre total des anciennes PVVS enfants (<15 ans) sous ARV			
Nombre de nouvelles PVVS adultes mises sous ARV			
Nombre de nouvelles PVVS enfants (âge <15 ans) mises sous ARV			
Nombre total de PVVS indigent sous ARV			%
Nombre de protocoles de première ligne prescrits			
Nombre de protocoles de deuxième ligne prescrits			
Nombre de PVVS sous ARV venus chercher le traitement dans le mois			
Nombre de PVVS adultes sous prophylaxie gratuite au Cotrimoxazole			
Nombre de PVVS enfants (âge < 15 ans) sous prophylaxie gratuite au Cotrimoxazole			
Nombre de cas de Toxoplasmose cérébrale chez PVVS traités gratuitement			
Nombre de cas de cryptococcose cérébrale chez PVVS traités gratuitement			
Nombre de cas de candidose oro-pharyngo-oesophagienne chez PVVS traités gratuitement au Diflucan			
Nombre de PVVS ayant effectué un examen de comptage CD4/CD8 subventionné			

Nombre des femmes enceintes séropositives sous traitement ARV référés par un site PTME			
Nombre de PVVS dépistés Tuberculeux dans la structure de prise en charge par les ARV			
Nombre de tuberculeux VIH+ référés dans la structure de prise en charge par les ARV par les CDT			

Date **Nom et Signature du Responsable**

References

- P.–M. Girard, Ch. Katlama, G. Pialoux VIH édition 2004 doin
- Modules PCIMAA Soins chroniques du VIH par TAR, OMS
- Modules PCIMAA Soins aigus, OMS
- Modules PCIMAA Soins palliatifs: gestion des symptômes et soins de fin de vie, OMS
- Directives sur l'utilisation de la thérapie antiretrovirale chez les femmes enceintes et pour la prévention de l'infection à VIH chez les enfants au Cameroun
- Circulaire D 36–37/MSP/CAB du 18 août 2003 prescrivant la standardisation des protocoles de prise en charge par les ARV des Personnes vivant avec le VIH/SIDA
- Décisions N° O455/MSP/CAB du 22 septembre 2004. Portant désignation de 60 Unités de Prise en charge (UPEC) des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) par les antirétroviraux (ARV) au Cameroun.
- Décisions N° O455/MSP/CAB du 22 septembre 2004. Portant création et organisation des UPEC des PVVS par les ARV au Cameroun.
- Décisions N° O468/MSP/CAB du 24 septembre 2004. Fixant tarification des protocoles de première ligne de prise en charge des PVVS par les médicaments ARV au Cameroun.
- Décisions N° O468 bis/MSP/CAB du 24 septembre 2004. Fixant la nouvelle tarification des protocoles de première ligne de prise en charge des PVVS par les ARV, les médicaments des IO et examens de suivi biologique au Cameroun.
- Décisions N° 0009/MSP/CAB du 14 Janvier 2005. complétant les dispositions de la décision N° 468 bis/MSP/CAB du 24 septembre 2004 fixant la tarification des protocoles de première ligne de prise en charge des PVVS par les ARV et des examens de suivi biologique au Cameroun.
- Décisions N° 0008/MSP/CAB du 14 Janvier 2005. Fixant le paquet subventionné des examens biologiques de suivi des PVVS sous ARV au Cameroun.
- Plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA/IST du secteur santé au Cameroun
- Guide de prise en charge clinique des complications de l'infection à VIH janvier 2004
- Politique normes et algorithmes de Prise En Charge syndromique des IST au Cameroun 2003

