

Manuel clinique MSF VIH/TB pour les soins de santé primaires

2018



1. Présentation du VIH	1-14
2. TARV	15-24
3. Evaluation et initiation TARV	25-38
4. Effets secondaires des ARV	39-58
5. Suivi des patients sous TARV	59-74
6. Gestion d'un échec de TARV	75-96
7. Interactions médicamenteuses	97-110
8. Stratégies de prévention	111-136
9. PTME	137-154
10. VIH chez les enfants et adolescents	155-230
11. Maladie avancée	231-244
12. Tuberculose	245-288
13. Pathologies respiratoires	289-300
14. Pathologies neurologiques	301-316
15. Pathologies gastro-intestinales	317-340
16. Pathologies hépatiques	341-362
17. Maladies rénales	363-380
18. Pathologies hématologiques	381-390
19. Santé sexuelle et reproductive	391-422
20. Pathologies dermatologiques	423-456
21. Maladies non transmissibles et VIH	457-466
22. Troubles de santé mentale	467-484
23. Fièvre et antibiotiques	485-498
24. Malnutrition et perte de poids	499-530
25. Soutien au patient	531-544
26. Populations clés	545-554

Manuel clinique MSF VIH/TB pour les soins de santé primaires

2018

Remerciements

Contributeurs : Jonathan Bernheimer, Rosie Burton, Kirrily de Polnay, Lucy O'Connell, Gabriella Ferlazzo, Mariana Garcia, Helen Bygrave, Kleio Iakovidis, Isabella Panunzi, Ian Proudfoot

Equipe de révision : Marie-Claude Bottineau, Philippa Boule, Jessica Burry, Séverine Caluwaerts, Esther Casas, Tom Ellman, Cecilia Ferreyra, Eric Goemaere, Berna Gürer, Laurent Hiffler, Kiran Jobanputra, Patrick Maldague, Anita Mesic, Laura Moreto, Nathalie Severy, Charles Ssonko, Elizabeth Szumilin, Alex Telnov, Indi Trehan, Isabel Zuniga

Autres contributeurs : Bien que ce manuel ait été presque entièrement réécrit, les contributions d'anciens auteurs, à savoir Musaed Abrahams, Sean Christians, Dmytro Donchuk, Jenny Hughes, Shaheed Mathee, Graeme Meintjies, Peter Sarunchuk, Helena Rabie and Nicci Wearne sont encore vivement appréciées. D'autres collègues du SAMU, Olivier Bluteau, Sylvie Jonckheere, Alexandra Meyer, Kate Ribet et Gilles van Cutsem, qui ont aussi participé de façon significative et variée, sont également remerciés.

Nous remercions également avec gratitude les nombreux médecins de MSF sur le terrain ainsi que le Pr Rannakoe Lehloeny du département de dermatologie de l'hôpital de Groote Schuur et de l'université de médecine de Cape Town pour les photos cliniques contenues dans ce livre.

Traductrice : Christelle Bluteau

Relecteurs : Eric Goemaere, Gilles Van Cutsem, Elisabeth Szumilin, Sylvie Jonckheere, Kirrily de Polnay.

Photo de couverture : un médecin examine un patient vivant avec le VIH dans un centre de soins de santé primaires.

© Oliver Petrie/MSF

Publié par Médecins Sans Frontières

Octobre 2018

ISBN 978-0-6399625-0-4

4th Floor Deneb House, Cnr Main and Browning Roads, Observatory, Cape Town, South Africa, 7925.

Tel : +27 (0) 21 448 3101

E-mail : contentsupport@joburg.msf.org

Consulter le site web du Southern Africa Medical Unit : www.samumsf.org

Rédacteur : Ian Proudfoot

Relecture et correction de rédaction : Anglais : Liz Sparg

Français : les 5 relecteurs

Conception : Design for development, www.d4d.co.za

Indexer : XXXX

Imprimeur : RSA Litho



Ce livre est publié sous Creative Commons Attribution
NonCommercial 4.0 International.

© Copyright 2018, Médecins Sans Frontières. Toute partie de ce manuel peut être reproduite, copiée ou adaptée, à condition que les reproductions soient gratuites, que la source soit mentionnée et qu'une notification soit envoyée à Médecins Sans Frontières. Tout le matériel ne peut être utilisé qu'à des fins non lucratives.

Il s'agit de la neuvième édition du *Guide clinique sur le VIH et la tuberculose de MSF*. La première édition a été conçue pour être utilisée dans les centres de soins primaires ouverts par Médecins Sans Frontières (MSF) dans le township de Khayelitsha, Cape Town, Afrique du Sud. Il est devenu avec succès un outil de référence pratique pour les infirmières et les médecins de ces centres et, plus tard, pour les projets de MSF situés dans les zones rurales de Lusikisiki, au Cap oriental et à Morija, au Lesotho.

S'inspirant de l'expérience acquise lors de huit éditions précédentes, la neuvième édition a évolué pour offrir une approche plus complète des soins cliniques contre le VIH et la tuberculose dans le contexte des développements actuels. D'après les commentaires des cliniciens sur le terrain, le contenu a été révisé en profondeur et mis à jour à l'aide de chapitres supplémentaires afin de répondre aux nouveaux besoins identifiés. Les lignes directrices sud-africaines ont été supprimées et remplacées par celles de l'OMS pour permettre une utilisation plus large à l'échelle internationale.

L'objectif principal de ce manuel est de fournir des lignes directrices pratiques et à jour, pour les médecins qui consultent les patients atteints du VIH dans les centres de soins primaires.

- Des références à d'autres rubriques du livre et à divers sites web sont régulièrement fournies pour ceux qui souhaitent accéder à des informations plus détaillées.
- Le cours de base d'apprentissage en ligne sur le VIH est conçu pour correspondre au contenu de ce manuel, afin que le clinicien, peu familier en matière de VIH et de tuberculose, puisse bénéficier d'un processus d'apprentissage plus complet : <https://samumsf.org/en/training/hiv-tb-clinical-training/hivtb-e-learning-basic-level-online>.
- Une version pdf de ce livre peut être téléchargée sur le site du SAMU <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>.
- Avec la mise à disposition récente d'un livret distinct qui fournit des conseils sur les approches cliniques à l'égard des patients hospitalisés malades, ce manuel se concentre uniquement sur les besoins d'information d'un médecin en consultation externe. Lorsque les patients présentent des signes de gravité et qu'ils ont besoin d'être orientés vers un spécialiste, des informations sont à disposition dans le **Guide clinique MSF sur le VIH et la tuberculose : Au niveau de l'hôpital**, disponible en format pdf à l'adresse suivante : <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-hospital-2018>.

Ce livre a d'abord été écrit et publié en anglais, puis traduit en français. Des erreurs de traduction, de mise en page ou simplement des changements de protocole depuis la publication de la version anglaise sont possibles. Veuillez communiquer avec samu.elearning@joburg.msf.org si vous souhaitez signaler des erreurs ou des interrogations.

En tant que lecteur, n'oubliez pas que nos stratégies et protocoles de gestion du VIH et de la tuberculose sont constamment révisés en fonction de l'expérience et de l'émergence de nouvelles directives internationales. De plus, veuillez tenir compte de vos protocoles nationaux avant de prescrire tout médicament ou de suivre les directives recommandées dans ce livre.



Bienvenue dans la neuvième édition du Manuel clinique de MSF sur le VIH et la TB.

Cette image aujourd'hui célèbre marque une belle journée de décembre 2002, lorsque Nelson Mandela est venu visiter nos centres de soins à Khayelitsha. Il est venu offrir son soutien politique alors que nous étions confrontés à un fort déni du VIH de la part du gouvernement national. Il n'a laissé personne dans le doute quant à ses convictions personnelles lorsque, sans hésitation, il a mis le T-shirt "HIV positive", une image qui a fait la une des journaux du monde entier.

En endossant ce T-shirt, il s'identifiait à la lutte politique pour l'accès aux ARV. Faire venir le plus grand homme d'Etat du monde dans un township démuné comme Khayelitsha, qui enlève sa chemise pour revêtir un T-shirt fortement politique, symbolise d'un seul geste ce que nous avons essayé de faire pendant des années : rendre la TARV accessible aux plus pauvres et aux plus affectés, au plus près de leur lieu de résidence, dans un pays encore complètement divisé sur le plan socio-économique.

‘Après avoir gravi une grande colline, on découvre qu’il y a encore beaucoup de collines à gravir.’ **Nelson Mandela**

C’est l’objectif du *Guide clinique de MSF sur le VIH et la tuberculose pour les soins primaires* : il vise à motiver et à doter le personnel de santé en soins primaires des connaissances nécessaires pour traiter les affections liées au VIH et initier les adultes, les enfants et les femmes enceintes à la TARV, dans un centre de soins de proximité, à défaut d’accès à un centre de soins spécialisé. Il vise à soutenir la prise en charge du VIH au niveau local.

Lorsque nous avons rédigé la première édition de ce manuel en 2000, nous n’avions aucune idée sur le succès à relever un défi aussi énorme. Il s’agit de la neuvième édition et, entre-temps, des progrès importants ont été réalisés à Khayelitsha : plus de 42 000 personnes sous TARV, dont 3 500 enfants et un taux de transmission mère-enfant réduit à moins de 1%.

Sur le plan national, une tendance exponentielle similaire a eu lieu, avec un impact immédiat sur la réduction de la mortalité : par exemple, l’espérance de vie a augmenté au KwaZulu-Natal (KZN), une province en Afrique du Sud fortement touché par le VIH, passant de 49,2 ans en 2003 à 60,5 ans en 2011.

Ces chiffres sont certes impressionnants, mais il reste de nombreux défis, notamment dans l’amélioration de la qualité de certains soins mais aussi concernant des problématiques nouvellement identifiées : nous devons trouver des moyens novateurs pour maintenir en permanence les patients dans les soins malgré une charge virale indétectable et, surtout, nous devons réduire les nouvelles infections, en particulier chez les jeunes femmes, éliminer la transmission verticale (de la mère à l’enfant pendant la grossesse ou l’allaitement), sans un vaccin efficace probablement dans les dix prochaines années.

Ce guide n’est pas près de devenir obsolète, car le sida n’est malheureusement pas “ terminé “ : en dépit d’une couverture TARV impressionnante, nous voyons toujours arriver des patients avec une maladie VIH avancée et une augmentation des échecs de traitements ou du nombre de réadmissions avec des infections opportunistes. Ces patients nécessitent souvent des procédures de diagnostic et de traitement de haut niveau, et un guide complémentaire, qui vise à traiter des cas aussi complexes en milieu hospitalier est maintenant disponible : *MSF HIV/TB Clinical Guide : Au niveau de l’hôpital*.

“Le sida est une guerre contre l’humanité “, a déclaré Nelson Mandela ce jour-là en 2002. Par son geste symbolique, il a offert son propre sens de l’humanité pour mener la bataille, nous donnant le courage de combattre nos pires ennemis : la stigmatisation et l’ignorance.

Continuons ensemble sur cette voie, en nous efforçant ensemble de fournir une meilleure qualité de soins aux personnes vivant avec le VIH.

Ce manuel est dédié à la mémoire de Madiba.

Eric Goemaere, Décembre 2017

Comment utiliser ce manuel

- 1 Pour le lecteur novice en matière de VIH, nous recommandons de commencer par le chapitre 1, qui se termine en donnant un aperçu de tous les chapitres.
- 2 Un cours d'apprentissage, disponible en ligne et gratuit pour tous, est accessible via la rubrique formation du site web du SAMU <https://samumsf.org/en/training/hiv-tb-clinical-training/hivtb-e-learning-basic-level-online>. Il est spécialement conçu pour guider le lecteur de manière plus interactive à travers les chapitres 1-7, 9 et 12 de ce livre.
- 3 Plusieurs chapitres traitent des maladies liées au VIH qui affectent les différents organes. Ils sont conçus pour permettre un accès rapide et facile à l'information lors des consultations.
- 4 Afin de faciliter l'accès à toutes les informations nécessaires et de fournir une approche globale à un problème particulier (ex : la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie avancée), le manuel propose de nombreux renvois tout au long des chapitres.
- 5 Pour des informations plus détaillées, de nombreux sites web sont référencés régulièrement.
- 6 Le site Internet du SAMU est régulièrement référencé pour accéder à des articles et documents plus détaillés qui peuvent être téléchargés à partir des fichiers " ressources supplémentaires " et " mises à jour " sur le site suivant (<https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018>).
- 7 Les soins médicaux liés au VIH, comme pour la plupart des autres disciplines, ont leurs propres abréviations dont une liste explicative est fournie dans ce manuel.
- 8 Tout au long du livre, des icônes et des encadrés attirent l'attention sur des informations spécifiques. Une légende de ces icônes est présentée dans la page suivante

Si vous constatez des oublis ou des erreurs,
veuillez contacter samu.elearning@joburg.msf.org

Avertissement

Ce manuel a été élaboré en collaboration avec de nombreux experts issus à la fois des milieux universitaires et des milieux aux ressources limitées. Il s'est inspiré de directives diverses, notamment celles de l'OMS.

Les protocoles changent constamment à mesure que de nouvelles données probantes apparaissent, ce qui peut modifier dans le futur l'exactitude de certaines des recommandations. Il est donc conseillé de vérifier les directives nationales ou de l'OMS en vigueur avant toute décision diagnostique et de prise en charge.

Les dosages des médicaments ont été soigneusement vérifiés, cependant, le livre peut contenir certaines erreurs ou des protocoles qui ont été récemment mis à jour et qui n'ont pu être modifiés à temps. À moins d'indication contraire, les doses de médicament données concernent l'administration orale et les recommandations s'adressent à l'adulte, en dehors de la femme enceinte ou allaitante. Veuillez toujours consulter les protocoles nationaux ou les renseignements du fabricant du médicament avant toute prescription.

Les auteurs et les éditeurs déclinent toute responsabilité quant aux erreurs contenues dans le texte, à la mauvaise utilisation ou à la mauvaise application du contenu de cet ouvrage.

Que signifient les icônes

xxi



Attention/Danger



Information
importante



Référer le patient vers
un spécialiste ou vers
l'hôpital



Information concernant
les enfants, voir
chapitre 10



Besoin de soutien
au patient, voir
chapitre 25



Conseil pratique



Disponible dans le cours
e-learning du SAMU



Se référer au site web



Se référer au Guide MSF
VIH/TB : Niveau hôpital*



Se référer aux
lignes directrices
nationales



Se référer aux
lignes directrices
de l'OMS

* Guide clinique **MSF VIH/TB : Niveau hôpital** est disponible en document pdf à
<https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-hospital-2018>



*MSF en support pour différents
centres de santé, République
démocratique du Congo.*

© Emily Lynch/MSF

Abréviations

3TC	Lamivudine	Cr	Créatinine
AAD	Antiviraux à action directe	CrAg	Test de dépistage de l'antigène cryptocoque
ABC	Abacavir	CRP	Protéine C réactive (évaluation de l'inflammation)
ABR	Antibiorésistance	CTX	Cotrimoxazole
AcHBs	Anticorps Virus hépatite B	CV	Charge virale
ADF	Associations médicamenteuses à doses fixes	d4T	Stavudine
AES	Accident d'exposition au sang	DAPIP	Dépistage et accompagnement psychologique à l'initiative du prestataire
AFASS	Abordable, faisable, accessible, sûr et durable	DDI	Didanosine
AgHBe	Antigène hépatite E	DDR	Date des dernières règles
AgHBs	Antigène virus hépatite B	DEE	Diagnostic pour enfants exposés
AINS	Anti inflammatoire non stéroïdien	DFG	Débit de filtration glomérulaire
ARV	Antirétroviral	DILI	Insuffisance hépatique d'origine médicamenteuse (vient de l'anglais « drug-induced liver injury »)
ATV	Atazanavir	DIU	Dispositif intra utérin
AVC	Accident vasculaire cérébral	DLM	Delamanide
AZT	Zidovudine (parfois écrit ZDV)	DOT	Thérapie sous observation directe (vient de l'anglais "Directly observed therapy")
BCG	Bacillus Calmette-Guérin (vaccin TB)	DPN	Diagnostic précoce du nourrisson
BDQ	Bédaquilline	DRESS	Réaction médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques (vient de l'anglais « drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms »)
BPCO	Broncho pneumopathie obstructive chronique	DST	Test de pharmacosensibilité
CDV	Conseil et dépistage volontaire	DTG	Dolutégravir
CIN	Classification internationale utilisée pour les cancers du col de l'utérus (vient de l'anglais « Cervical intraepithelial neoplasia »)	EBV	Virus Epstein Barr
CICr	Clairance de la créatinine (évaluation de la fonction rénale)	EFV	Efavirenz
CMI	Cardiomyopathie ischémique	EID	Diagnostic précoce de l'enfant (vient de l'anglais « early infant diagnosis »)
CMMV	Circoncision masculine médicale volontaire		
CMV	Cytomégalovirus		
COC	Contraception orale combinée		
CPN	Consultation prénatale		

ELISA	Essais immuno-enzymatiques	INNTI	Inhibiteur non nucléoside de la transcriptase inverse (« non-nuke »)
EP	Embolie pulmonaire	INR	International normalized ratio (indicateur de la coagulation sanguine)
EPP	Eruption papulaire prurigineuse	INTI	Inhibiteur nucléoside de la transcriptase inverse (« nuke »)
ETP/C	Education thérapeutique du patient et séances de conseils	IO	Infection opportuniste
ETV	Etravirine	IP	Inhibiteur de la protéase
FC	Fréquence cardiaque	IRA	Insuffisance rénale aigue
FNAC	Biopsie cytologique à l'aiguille fine (vient de l'anglais « Fine Needle Aspiration Cytology »)	IRC	Insuffisance rénale chronique
FQ	Fluoroquinolone	IRIS	Syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (vient de l'anglais « immune reconstitution inflammatory syndrome »)
FR	Fréquence respiratoire	IRT	Insuffisance rénale terminale
FTC	Emtricitabine	IST	Infection sexuellement transmissible
GB	Globules blancs	IV	Intraveineux
GGT	Gamma glutamyl transférase (test sanguin hépatique)	JACCOL	Ictère, anémie, hippocratisme digital, cyanose, œdème et lymphadénopathies
H ou INH	Isoniazide	LCR	Liquide céphalorachidien
Hb	Hémoglobine	LEMP	Leuco-encéphalopathie multifocale progressive
HIVAN	Néphropathie associée au VIH	LPV	Lopinavir
HPV	Virus papilloma humain	LPV/r	LPV/RTV Lopinavir/ritonavir (Kaletra® ou Aluvia®)
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	MAC	Mycobacterium avium complex
IAS	Infections associées aux soins	MAM	Malnutrition aigue modérée
IDR	Test cutané à la tuberculine (Intra-dermo réaction)	MAS	Malnutrition aigue sévère
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion	MCV	Vaccin antirougeoleux
IHDS	Echelle internationale de l'évaluation de la démence liée au VIH (vient de l'anglais « International HIV demence scale »)	MEV	Maladies évitables par la vaccination
IM	Intramusculaire	MIP	Maladies inflammatoires pelviennes
IMC	Indice de masse corporelle (classification des adultes en surpoids ou poids insuffisant)	MNT	Maladie non transmissible
IMC	Information-Motivation-Comportement	MNT	Mycobactérie non tuberculeuse
INI	Inhibiteur de l'intégrase	MoH	Ministère de la santé (vient de l'anglais « Ministry of Health »)

MSF	Médecins sans frontières	PVC	Pression veineuse centrale
MTB	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
NFS	Numération formule sanguine	PWID	Consommateur de drogue par injection (vient de l'anglais « people who inject drugs »)
NGR	Numération globules rouges	QT	intervalle QT
NPH	Névralgie post herpétique	R ou RIF	Rifampicine
NVP	Névirapine	RAL	Raltégravir
OMS	Organisation mondiale de la santé	Rfb	Rifabutine
P/T	Indice poids /taille	RGO	Reflux gastro oesophagien
PA	Phosphatases alcalines (test sanguin hépatique)	RH	Rifampicine et isoniazide
PAL	Phosphatases alcalines	RHZE	Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et Ethambutol
PB	Périmètre brachial (MUAC en anglais)	RPR	Test pour la syphilis (vient de l'anglais « Rapid plasma reagin »)
PCP	Pneumonie à pneumocystose carinii (aussi connue sous le nom pneumocystose jiroveci)	RPV	Rilpivirine
PCR	Test de laboratoire polymérase chain reaction	RTV ou r	ritonavir (donné avec un autre IP, souvent écrit LPV/r par ex)
PEV	Programme élargi de vaccination	RXT	Radio thoracique
PF	Planning familial	SAMU	Unité médicale de l'Afrique australe (vient de l'anglais « Southern Africa Medical Unit)
PHQ-9	Questionnaire d'évaluation de troubles mentaux (vient de l'anglais « Patient health questionnaire – 9 questions »)	SARM	Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline
PIL	Pneumopathie interstitielle lymphoïde	SDV	Service de dépistage du VIH
PL	Ponction lombaire	SGOT ou ASAT	Aspartate aminotransférase (test sanguin hépatique)
PO	Per os (par voie orale)	SGPT ou ALAT	Alanine aminotransférase (test sanguin hépatique)
PoC	Tests sur le lieu de prise en charge (vient de l'anglais « Points of care tests »)	SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
POP	Pilules contraceptive de progestérone	SJS	Syndrome de Stevens-johnson
PPE	Prophylaxie post exposition	SK	Sarcome de Kaposi
PrEP	Prophylaxie pré exposition	SMI	Santé maternelle et infantile
PS	Professionnel(le) du sexe	SNC	Système nerveux central
PTME	Prévention de la transmission VIH de la mère à l'enfant	SP	Soutien au patient
PV	Perdu de vue	SRO	Solution de réhydratation orale

SSR	Santé sexuelle et reproductive	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
SSRI	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (vient de l'anglais « selective serotonin re-uptake inhibitor	VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
TARV	Thérapie antirétrovirale	VPOb	Vaccin oral de la polio bivalent
TB	Tuberculose	VS	Vitesse de sédimentation
TB LAM	Test urinaire de dépistage TB (TB lipoarabinomanan)	VZV	Virus varicella zoster
TB-RR/MR	TB résistante à la rifampicine/multirésistante (DR-TB en anglais)		
TB-UR	TB ultra résistante		
TBEP	Tuberculose extra pulmonaire		
TBM	Méningite tuberculeuse		
TBP	TB pulmonaire		
TDF	Ténofovir		
TDR	Test de diagnostic rapide		
TENS	Syndrome de nécrolyse épidermique toxique (vient de l'anglais « Toxic epidermal necrolysis syndrome)		
TFG	Taux de filtration glomérulaire		
TPC	Thérapie préventive au cotrimoxazole		
TPHA	Test syphilis (Treponema pallidum haemagglutination assay)		
TPI	Traitement préventif à l'isoniazide		
TPP	Traitement périodique présomptif		
TPV	Tripranavir		
TSH	Hormone hypophysaire de stimulation thyroïdienne		
TSO	Thérapie de substitution aux opiacés		
TVP	Thrombose veine profonde		
VDRL	Test pour la syphilis		
VHB	Virus hépatite B		
VHC	Virus hépatite C		
VHS	Virus de l'herpès simple		

Le patient ambulatoire présentant une maladie VIH à un stade avancé



L'offre de soins dans les centres de soins primaires

1. Statut TARV
2. Stabilité clinique des patients

À partir des objectifs 90:90:90 fixés par l'OMS lors de son plan pour 2020, la cible prioritaire du traitement du VIH est de réduire les infections au virus et aussi de s'assurer que toutes les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont sous thérapie antirétrovirale (TARV) et ont une charge virale (CV) indétectable. Cependant, des individus meurent encore de la maladie à un stade avancé.

En prenant en charge les patients VIH à un stade avancé au niveau des soins de santé primaires, l'objectif ici est de réduire la mortalité. Grâce à l'expansion rapide des traitements antirétroviraux à l'échelle mondiale à partir du début des années 2000, le taux de mortalité du VIH a chuté de plus de 40% au cours des dix années qui ont suivies, puis le rythme de ce déclin a commencé à ralentir.

Des études ont montré deux nouvelles tendances

- Une proportion constante de patients présente encore une immunosuppression avancée avec un taux de CD4 <200 et beaucoup <100 malgré l'expansion des ARV.
- Une proportion croissante de ces personnes a déjà suivi un traitement ARV avec un ou plusieurs épisodes d'interruption de traitement ou est actuellement sous régime antirétroviral mais en échec de traitement.

Ceci a mené à un changement de terminologie ; de sorte que le terme précédent de "présentateur tardif" est dorénavant remplacé par "les patients présentant un stade VIH avancé".

En 2017, l'OMS définit le stade avancé de la maladie chez l'adulte et l'adolescent chez tous ceux dont le taux de CD4 est inférieur à 200 ou ayant atteint un nouveau stade 3 ou 4 de la maladie.

Une évaluation plus approfondie des études menées dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne a montré que, parmi ceux qui se sont présentés à l'hôpital à un stade avancé, le taux de mortalité varie entre 25% et 50%, dont un tiers succombe dans les premières 48 heures d'hospitalisation. 20% supplémentaire meurent après leur retour dans le circuit de soins primaires et, en moyenne, 30% sont réadmis peu de temps après leur sortie de l'hôpital.

Les principales causes de décès sont la tuberculose, disséminée pour la plupart, la méningite à cryptocoque, la pneumocystose et les infections bactériennes sévères. Les autres facteurs importants de mortalité sont la toxoplasmose, le sarcome de Kaposi, la diarrhée chronique et l'insuffisance rénale.

Une approche sur quatre volets est nécessaire

Tout cela s'ajoute à un problème sérieux nécessitant une attention urgente, avec pour résultat une forte volonté internationale de définir et de mettre en œuvre des stratégies pour contrer le défi lié à la prise en charge des patients présentant un stade avancé de la maladie. Ce défi doit être abordé à quatre niveaux différents :

1. **Au niveau communautaire**, en ciblant plus particulièrement un renforcement des connaissances en matière de traitement, et plus spécifiquement l'éducation des personnes sur les signes de gravité. La stratégie autour de ces aspects sort du cadre de ce guide clinique.



Se référer aux lignes
directrices de l'OMS

2. **Dans les centres de soins de santé primaires**, grâce à l'identification précoce des signes de danger, au dépistage ciblé et à la prophylaxie, à la prise en charge précoce des ARV, au traitement précoce et efficace des infections opportunistes et à un transfert rapide en cas d'hospitalisation. Ceci est détaillé dans le reste de ce chapitre.
3. **A l'hôpital**, en assurant un examen et une prise en charge rapides (par exemple en créant une unité d'examen rapide centrée sur le VIH au sein de l'unité d'urgence d'un hôpital).

Pour le guide complet de gestion des patients en milieu hospitalier pour les cliniciens, voir le livret « **Guide VIH/TB – niveau Hôpital** »

4. **Reconnexion au système de soins de santé primaire suite au congé hospitalier** dans le cadre d'une stratégie de santé publique :

- Les patients présentant un stade avancé de la maladie doivent être vus pour des soins de santé continus prodigués par des professionnels de la santé expérimentés et spécifiquement assignés, dans le cadre d'une prestation de service différenciée. Assurez-vous que votre clinique dispose d'un plan pour ces patients. Les patients stables peuvent être suivis par une infirmière expérimentée, mais les patients instables doivent être vus par un clinicien expérimenté ou un médecin.
- Les patients à un stade VIH avancé qui ont quitté l'hôpital courent un risque élevé de mortalité. Conjointement avec le centre de référence, développer un bon système de communication dans les deux sens, entre le site de soins primaires et le centre de référence afin d'assurer une communication optimale concernant les diagnostics, la prise en charge et les dates de rendez-vous cliniques.



Se référer au Guide MSF
VIH/TB : Niveau hôpital

L'offre de soins dans les centres de soins primaires

L'évaluation du patient à un stade avancé de la maladie implique deux nouveaux concepts cliniques importants :

1. Statut de la TARV

En raison de programmes de TARV de santé publique vieillissant, une proportion croissante de patients arrête ou interrompt le traitement, ce qui entraîne le développement d'une résistance aux antirétroviraux.

Le retard inutile dans le changement vers un régime efficace entraîne une détérioration constante du statut immunitaire, le développement d'infections opportunistes graves et le décès du patient. Pour remédier à cela, ces directives recommandent un renforcement de la surveillance de la charge virale (CV) et fournissent des critères spécifiques pour un passage rapide à un régime de deuxième ligne, en supposant que l'échec de traitement est fort probable.

Le diagnostic d'échec du traitement chez les patients à un stade avancé ne suit donc pas toujours les critères standard de deux CV consécutives > 1000 cp/ml entre trois à six mois d'intervalle en présence d'une bonne adhérence au traitement.

Afin de prendre cette décision importante du changement de régime, le statut de la TARV doit être soigneusement évalué, en fonction de quatre éléments clés :

- Le patient est-il TARV naïf ou non-naïf ?
- Y a-t-il eu des interruptions de traitement (si le patient a été exposé aux ARV) ?
- En tenant compte des interruptions, la durée totale de la TARV a-t-elle été $>$ ou $<$ 6 mois ?
- Quel est le taux de CD4 ?



TARV-naïf fait référence au patient qui n'a jamais pris de TARV avant. Il est important de prendre un historique correct pour clarifier cela. Souvent, certains patients ont été sous TARV plusieurs années auparavant et ne le disent pas, à moins d'une demande explicite. Tout patient qui a eu un traitement antirétroviral, même s'il y a fort longtemps, est considéré comme un **TARV non naïf**.

2. Quelle est leur stabilité clinique ?

Les patients définis comme cliniquement instables présentent un risque plus élevé de détérioration rapide et de décès, justifiant une attention ciblée de la part d'un clinicien plus expérimenté.

La première étape est l'identification des patients présentant des signes de gravité, le démarrage des soins d'urgence et le transfert. Ceux qui ne présentent aucun signe de gravité mais qui sont cliniquement instables nécessitent une analyse des antécédents, des examens médicaux et des tests rapides ciblant les maladies spécifiques identifiées qui représentent une morbidité et une mortalité élevées à un stade avancé de l'infection (**en particulier la tuberculose pulmonaire et disséminée, les maladies neurologiques et respiratoires**)

En utilisant ces deux critères clés pour évaluer les patients atteints de la maladie à un stade avancé, nous sommes en mesure de mettre en œuvre d'autres paquets de diagnostic et de prise en charge en fonction de la catégorie du patient. Ils sont résumés schématiquement ci-dessous (11.1), en référence à l'utilisation des cinq algorithmes qui le suivent.



L'idée reçue que tous les problèmes d'adhérence au traitement doivent être résolus avant de changer de régime de traitement est fausse ! Il est préférable de passer à un schéma thérapeutique efficace, même si le traitement initial est mal suivi, plutôt que de continuer à pousser pour une meilleure adhérence chez un patient qui meurt d'une infection opportuniste gravissime.

Les schémas (11.1 à 11.6) devront être utilisés dans les contextes des **directives et contraintes locales**. Nous encourageons MSF à travailler avec les ministères de la Santé pour leur mise en œuvre. En raison des retards inutiles causés par les comités de deuxième ligne, ceux-ci devraient idéalement être abolis et remplacés par des mécanismes de prise de décisions plus efficaces.

Les schémas 11.1 à 11.6 peuvent être téléchargés à partir du site **Web du SAMU** <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018> (sous Ressources/ HIV/Maladie avancée) et imprimés en noir et blanc ou en couleur dans la taille et le format nécessaires pour une utilisation facile sur les lieux de travail des cliniciens



Se référer aux lignes
directrices nationales



[samumsf.org/en/
resources/msf-hivtb-
clinical-guide-2018](https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018)

Schéma 11.1: Aperçu de l'approche pratique du patient avec stade VIH avancé



Cet algorithme concerne les patients pour lesquels une nouvelle pathologie de stade 3 ou 4 est apparue ou dont le taux de CD4 est < à 200. L'état de nombreux patients avec un taux de CD4 <200 peut être stable, mais un système de triage dans une salle d'attente permettra d'identifier les patients les plus atteints, c'est à dire ceux porteurs de maladie de stade 3 ou 4 et accélérera le processus décrit ci-dessous

La première étape pour tous les patients atteints de maladie avancée consiste à vérifier tous signes de gravité

En cas d'absence de signes de danger, noter tous les antécédents, faire un examen clinique et des tests de diagnostic rapide (schéma 11.2)

Patient placé dans l'une des quatre catégories selon les critères de **stabilité clinique** et du **statut de la TARV** (schéma 11.3)

TARV-naïf ou TARV < 6 mois	STABLE et TARV-naïf ou sous TARV depuis < 6 mois	INSTABLE et TARV-naïf ou sous TARV depuis < 6 mois
	STABLE et sous TARV depuis > 6 mois en cours ou interrompu	INSTABLE et sous TARV depuis > 6 mois en cours ou interrompu

L'offre de soins définie par les quatre catégories ci-dessus est détaillée dans les schémas 11.3, 11.4 et 11.5

Si des signes de gravité sont présents (voir schéma 11.2), assurer une prise en charge urgente : oxygène, perfusions de solutés hydroélectrolytiques ... et référer

En attendant le transfert au site de référence, prise en charge d'urgence recommandée, faire tout ce qui est possible (Schéma 11.6)



Référer à l'hôpital

Schéma 11.2 Approche clinique des patients avec stade VIH avancé

VIH avancé : CD4 < 200 ou nouveau stade 3 ou 4 de l'OMS

Approche clinique des patients : tous les patients



Devant tout signe de gravité indiqué ci-dessous, référer à l'hôpital immédiatement :



- Fréquence respiratoire > 30
 - Fréquence cardiaque > 120
 - PA systolique < 90
 - Température > 39 ° C
 - Déshydratation modérée / sévère
 - Incapacité de marcher sans aide
 - Saturation < 90%
 - Altération de l'état mental : confusion, comportement étrange, niveau de conscience réduit
 - Tout autre problème neurologique : nouvelle apparition sévère de maux de tête, convulsions, paralysie, difficulté à parler, neuropathies des nerfs crâniens, détérioration rapide de la vision
- Pendant l'organisation du transfert :**
- Examens sur les lieux de soins
 - Soins urgents, (par exemple : perfusions IV NaCl 0,9% ou Ringer, oxygène)
 - Commencer les traitements urgents : exemple, traitement de la pneumocystose, antibiotiques, traitement antituberculeux. **En cas de retard de transfert, voir Schéma 11.6**

Si PAS de signes de gravité : Antécédents et examens à la recherche du statut de la TARV, d'IO et de comorbidités :

Évaluation de la Tuberculose

Les patients à un stade avancé du VIH présentent un risque élevé de TB. En général, la TB disséminée ne présente pas de symptômes respiratoires.

Antécédents : épisode tuberculeux antérieur ?

Situation actuelle :

Actuellement sous traitement ?
Pas d'amélioration sous traitement ?

Dépistage de symptômes

aujourd'hui : perte de poids, fièvre, sueurs nocturnes, toux ?

Examen médical : rechercher tout épanchement pleural, nodules, abdomen distendu ou sensible, ascite, hépatomégalie

Antécédents et examen médical

Historique TARV : Quels régimes thérapeutiques et quand ? Taux CD4 et CV précédents, y a-t-il suspicion d'un échec de traitement ?

Comorbidité : diabète, hypertension, épilepsie, maladies du foie ou du rein

Hospitalisation récente : Dans les trois mois ? Inclure le motif

Troubles neurologiques : tous sont des signes de gravité – transfert

Troubles respiratoires : si signe de gravité – transfert

Sarcome de Kaposi : palais, peau

Rétinite à CMV dans les zones à haut risque

Diarrhée chronique

Évaluer les signes de déshydratation

Examens pour tous les patients

Taux CD4 :

- < 200 rechercher CrAg
- < 100 faire TB LAM
- 100 - 200 TB LAM si symptômes de TB.
- Recueillir les expectorations si la toux est productive

Hémoglobine

Bandelette urinaire. Si protéinurie, réaliser une créatinémie

Charge virale de routine si elle n'a pas été effectuée dans les 6 derniers mois

Charge virale ciblée si non effectuée les 3 derniers mois, ou si pathologie de Stade 4, ou dernière CV > 1000

Test rapide du paludisme si endémique

Hépatite B si disponible et pas encore fait

La prise en charge est maintenant basée sur deux critères clés :

1. Le patient est-il cliniquement **STABLE** ou **INSTABLE** ?
2. Le patient est-il TARV-naïf (ou sous TARV depuis < 6 mois) ou sous TARV > 6 mois ?

Communication avec l'hôpital de référence :

- Des patients, à l'exception de ceux qui présentent des signes de danger, peuvent avoir besoin d'un transfert : si un examen ou une prise en charge appropriée ne sont pas disponibles au niveau des soins de santé primaires, ou si une prise de décision rapide pour un changement de traitement en cas d'échec est nécessaire et requiert des compétences médicales en milieu spécialisé.
- Établir une « assistance téléphonique » avec les cliniciens au niveau de l'hôpital pour des conseils cliniques, des discussions de cas, des transferts et des renvois- en particulier quand le transfert est difficile.



Schéma 11.3 Plans de prise en charge basés sur la stabilité clinique et le statut de la TARV

- Définition d'un patient INSTABLE :
- 1 ou plusieurs signes de gravité
 - Suspicion clinique de toute nouvelle maladie de stade 4 ou de tuberculose (y compris TBP)
 - IRIS : TB ou IRIS à cryptocoque pour l'essentiel
 - CrAg sanguin positif
 - Réaction indésirable à un médicament nécessitant une prise en charge continue

- Sortie d'hôpital au cours des 3 derniers mois
 - Enceinte
 - Problèmes de santé mentale ou de dépendance
 - Affections comorbides nécessitant un suivi fréquent (par exemple : diabète, hypertension, épilepsie, insuffisance rénale ou hépatique)

Définition d'un patient STABLE : CD4 < 200 mais bon état général par ailleurs

	STABLE	INSTABLE
TARV-naïf ou sous TARV < 6mois	<div>STABLE + TARV-naïf ou ART < 6 mois</div> <div>Ensemble de soins :</div> <ul style="list-style-type: none">• Gestion de la TARV :<ul style="list-style-type: none">• Si aucun antécédent de TARV, commencer immédiatement (voir point 7 page suivante)• Si abandon de traitement, commencer une TARV de première ligne.• Vérifier la CV après 6 mois de TARV en continu <div>Suivi médical :</div> <ul style="list-style-type: none">• Après 2 semaines puis mensuel• Soins possibles par une infirmière expérimentée	<div>INSTABLE + TARV-naïf ou ART < 6 mois</div> <div>Ensemble de soins :</div> <ul style="list-style-type: none">• Ensemble de soins pour patient instable. Voir schéma 11.5.• Gestion de la TARV :<ul style="list-style-type: none">• Si aucun antécédent de TARV, commencer immédiatement (voir point 7 page suivante)• Si abandon de traitement, commencer une TARV de première ligne.• Vérifier la CV après 6 mois de TARV en continu. <div>Suivi médical :</div> <ul style="list-style-type: none">• Après 1-2 semaines puis toutes les 2-4 semaines• Soins à prodiguer par un clinicien / médecin expérimenté
TARV > 6mois (Traitement en cours ou interrompu)	<div>STABLE + total TARV > 6mois</div> <div>Ensemble de soins :</div> <ul style="list-style-type: none">• Gestion de la TARV : voir schéma 11.4 <div>Suivi médical :</div> <ul style="list-style-type: none">• Après 2 semaines puis mensuel• Soins possibles par une infirmière expérimentée• Charge virale et gestion de la TARV en accord avec le schéma 11.4	<div>INSTABLE + total TARV > 6mois</div> <div>Ensemble de soins :</div> <ul style="list-style-type: none">• Ensemble de soins pour patient instable. Voir Schéma 11.5.• Gestion de la TARV: voir schéma 11.4 <div>Suivi médical :</div> <ul style="list-style-type: none">• Après 1-2 semaines puis toutes les 2-4 semaines• Soins à prodiguer par un clinicien / médecin expérimenté• Charge virale et gestion de la TARV en accord avec le schéma 11.4

- Tous les patients ont besoin des programmes suivants de prophylaxie et de soutien aux patients et à la communauté:
- Prophylaxie

 - Cotrimoxazole
 - Isoniazide / B6 si le patient n'est pas sous traitement antituberculeux ; si sous traitement antituberculeux, commencer après la fin du traitement. Durée: 36 mois ou plus (OMS)
 - Fluconazole si CrAg sanguin positif, si recherche CrAg indisponible et prophylaxie secondaire pour les patients atteints de méningite à cryptocoque.

Mesures de soutien aux patients et à la communauté

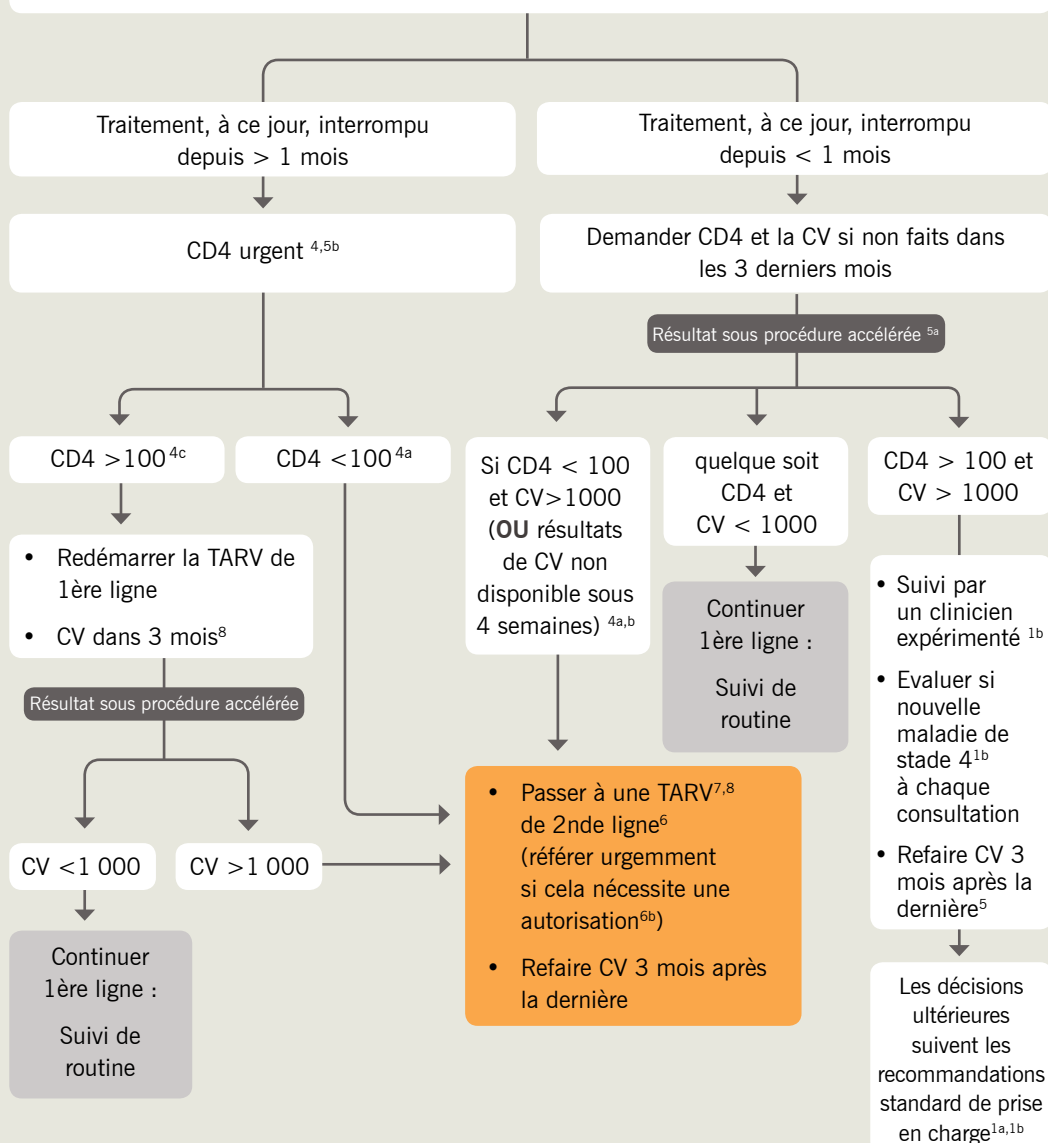
 - Soutien à l'adhérence du traitement
 - La traçabilité par le travailleur communautaire si les rendez-vous ne sont pas honorés
 - Enseigner les signes de gravité aux patients et à la famille, et quand / comment accéder aux soins de santé en cas de problème

Schéma 11.4 Algorithme de gestion du traitement ARV chez les patients de stade VIH avancé

Prise en charge des patients avec maladie VIH avancée¹, total TARV > 6 mois², PAS de nouvelle maladie de stade 4

Si présence d'un échec de traitement selon les critères de l'OMS, passer à un régime de TARV de deuxième ligne immédiatement.^{1b} (voir chapitre 6, tableau 6.1)

Toujours sous TARV de 1ère ligne, ou au moment de l'interruption du traitement (la décision de passer ou non à un nouveau régime de traitement est basée sur les antécédents de la TARV, notamment les interruptions de traitement, les CD4 et la charge virale)^{1a, 1b, 3}



Notes pour schéma 11.4

1. **Les patients présentant une maladie avancée ont un risque élevé de mortalité et morbidité.**
 - a. Une décision peut être prise pour passer à une TARV de deuxième ligne en dehors des lignes directrices standard. Cette décision sera guidée :
 - Si le patient est actuellement sous TARV ou s'il l'a interrompu (voir aussi note 3).
 - $CD4 < 100$ indique un risque élevé de développer une IO fatale ; nécessite d'une décision urgente.
 - La disponibilité d'un examen de CV pour confirmer l'échec du traitement.
 - b. S'il existe déjà une base claire pour diagnostiquer un échec thérapeutique (**chapitre 6**, rubriques 3-5) selon les critères de l'OMS (virologiques, cliniques ou immunologiques), le traitement antirétroviral doit être immédiatement modifié. Noter qu'une nouvelle maladie de stade 4 est un critère d'échec clinique.
2. Le temps total sous TARV. Plus un régime fondé sur les INNTI est long, plus les erreurs conduisant au développement d'une résistance sont grandes. Inversement, il est très improbable que la résistance se développe en moins de six mois d'exposition totale au traitement antirétroviral.
3. TARV-naïf ou TARV antérieure. Étant donné que les patients présentant une maladie avancée sont de plus en plus nombreux à avoir déjà utilisé un traitement antirétroviral, il est important de prendre consciencieusement et avec rigueur les antécédents de la TARV, en remontant à plusieurs années parfois, pour établir les critères mentionnés au point 2 ci-dessus.
4. L'urgence avec laquelle la décision de modifier le traitement doit être prise est liée au taux de CD4.
 - a. Si $CD4 < 100$: le risque de développer une IO fatale dans les prochains mois est élevé. Retarder le changement de traitement pendant trois mois pour des séances d'adhérence et de suivis de charge virale peut s'avérer fatal. Un changement empirique rapide peut être indiqué.
 - b. Si $CD4 < 100$ et qu'il y a un délai de plus de 4 semaines pour obtenir un résultat de CV (y compris ne pas avoir du tout de CV), un risque de développer une IO fatale est possible. Par conséquent, modifier le traitement de façon empirique.
 - c. Si $CD4 > 100$: on dispose de plus de temps pour mettre en place un nouveau traitement médicamenteux de première intention afin de déterminer s'il y a effectivement une résistance. Si la variation de la CV de contrôle est minime à 3 mois, passer à un nouveau régime. En cas de modification importante, différer le changement pendant un mois et répéter la CV. (Si le laboratoire donne une valeur logarithmique, considérer une baisse de $\log > 2$ comme significative)
5. Les résultats séquentiels de charge virale sont importants dans la décision concernant le passage à un nouveau régime.
 - a. Les tests de charge virale doivent donc être priorités et la délivrance des résultats accélérée.
 - b. Si le patient a actuellement interrompu le traitement pendant plus d'un mois, la charge virale sera déjà élevée, il n'est donc pas utile de la refaire.
6. Un changement rapide de régime, en dehors des lignes directrices standard, peut sauver des vies :
 - a. Dans les mains de cliniciens plus expérimentés, il s'agit simplement d'un guide pour prendre les décisions adéquates de prise en charge chez les patients présentant une maladie avancée ; le jugement clinique doit s'appliquer.
 - b. En cas d'absence d'expérience suffisante ou d'autorité habilitée à prendre ce genre de décision, l'aide d'un clinicien expérimenté doit être sollicitée ce même jour.

7. Quand commencer une TARV ou passer à une deuxième ligne de traitement :
 - Si la tuberculose et une maladie à cryptocoque sont exclues, proposer l'initiation le même jour.
 - Si le CrAg sanguin est positif + asymptomatique, + PL impossible ou faite avec CrAg du LCR négatif, commencer la TARV le même jour.
 - En l'absence de TB neurologique, une fois le traitement antituberculeux initié, débiter la TARV dès que possible dans un délai de 1 à 2 semaines.
 - En cas de TB neurologique ou de méningite à cryptocoque, retarder la TARV jusqu'à 4 semaines après le début du traitement des IO.
8. Les interventions de soutien/conseil au patient sont recommandées, à la fois pour suspicion d'échec de traitement et pour le début d'un nouveau régime de traitement.

Schéma 11.5 Offre de soins pour les patients instables



La TB est la cause principale de décès. Traiter de façon empirique en cas de forte suspicion

TB LAM :

- TB LAM positif : commencer un traitement antituberculeux
- TB LAM négatif : **La TB n'est pas exclue !** Commencer un traitement empirique en cas de forte suspicion.

Xpert MTB/RIF :

Echantillons de crachats ou non : liquide pleural, LCR centrifugé, urine centrifugée, pus. Convoquer le patient pour un rendez-vous dans la semaine pour les résultats :

- GeneXpert positif : commencer un traitement antituberculeux
- GeneXpert négatif : **La TB n'est pas exclue !** Commencer un traitement antituberculeux empirique en cas de forte suspicion- Ne pas attendre les résultats si le délai d'exécution est long.

TPI : S'il n'existe pas d'évidence clinique de TB, commencer une thérapie préventive à l'isoniazide

CrAg positif :

- Symptômes de méningite : fluconazole 1200 mg immédiatement et transfert du patient pour une ponction lombaire et un traitement continu. Si amphotéricine B est disponible, commencer le traitement conjointement à l'organisation du transfert. Voir aussi le Schéma 11.6.
- Asymptomatique : Transférer le patient pour ponction lombaire. Si l'examen n'est pas possible, commencer le fluconazole à 800/jour pendant 2 semaines, 400 mg/jour pendant 2 mois, puis 200 mg/jour pour au moins une année ou jusqu'à obtenir un taux de CD4 > 200.

Diarrhée chronique :

Affection souvent négligée jusqu'à ce que le patient soit admis à l'hôpital pour une déshydratation sévère, une insuffisance rénale et des troubles hydroélectrolytiques. Cause majeure : infections opportunistes parasitaires, particulièrement *l'isospora belli* et le *cryptosporidium*. Voir **Chapitre 15** pour plus de détails.

Comorbidités :

- Les comorbidités nécessitant un suivi rigoureux signifient que le patient est catégorisé comme «instable».
- Les comorbidités les plus fréquentes :
 - Diabète, hypertension
 - Insuffisance cardiaque, pathologies rénales chroniques : souvent de même causes que ci dessus, rechercher d'autres causes éventuellement réversibles.
 - Pathologies hépatiques chroniques : suspecter l'hépatite B et C et les excès d'alcool.

Rétinites à CMV :

Dans des contextes de haute prévalence, questionner le patient concernant une détérioration visuelle récente, et, si c'est le cas, vérifier l'acuité visuelle et transférer le patient pour un examen plus approfondi.

Suivi :

- Fixer des rendez-vous ultérieurs pour assurer la continuité des soins.
- S'assurer que les soins continus sont apportés par des cliniciens ayant un niveau d'expérience suffisant
- Informer et éduquer le patient sur les signes de gravité et autres symptômes nécessitant une visite au centre de soins.

Eviter l'abus d'antibiotiques – ne les utiliser que pour les infections bactériennes suspectées (Voir chapitre 23) :

- En cas d'utilisation, documenter les raisons d'une prescription d'antibiotiques.
- Si le patient a été sous antibiothérapie sans amélioration de son état, ne pas donner une autre antibiothérapie sans raison très précise. Rechercher d'autres causes des symptômes notamment la TB.

Schéma 11.6 Gestion si le transfert à l'hôpital est retardé

Definition « sérieusement malade » :

Un ou plusieurs signes de danger

La mortalité est élevée :

Ne retarder pas les examens et la prise en charge !



SIGNES DE GRAVITÉ :

- Fréquence respiratoire > 30/min
- Température > 39 ° C
- Fréquence cardiaque > 120/min
- PA systolique < 90 mmHg
- Déshydratation modérée / sévère
- Saturation < 90%
- Incapacité de marcher sans aide
- Altération de l'état mental : confusion, comportement étrange, niveau de conscience réduit
- Tout autre problème neurologique : nouvelle apparition sévère de maux de tête, convulsions, paralysie, difficulté à parler, problèmes de nerf crânien, détérioration rapide de la vision

Causes fréquentes de mortalité

Souvent, il y a plus d'une cause

- Prendre correctement les antécédents
- Examiner le patient
- Se concentrer sur les systèmes respiratoires et neurologiques et les antécédents de TARV

La tuberculose disséminée est la cause la plus fréquente de mortalité

1. Échec de l'ARV
2. Maladie neurologique – Big 3 :
 - TB
 - Méningite à cryptocoque
 - Toxoplasmose
3. Maladies respiratoires – Big 3 :
 - Pneumocystose
 - Tuberculose pulmonaire
 - Pneumonie bactérienne
4. Diarrhée sévère
5. Autres infections bactériennes
 - Méningite bactérienne
 - Bactériémies
 - Infection des voies urinaires
6. Autres causes non infectieuses
 - Hypoglycémie
 - Insuffisance rénale
 - Sodium anormal, potassium
 - Maladie hépatique
 - Effets secondaires des médicaments

Examens médicaux : A FAIRE IMMEDIATEMENT !

Ensemble de tests au centre de soins :

- Test VIH
- CD4
- CrAg sanguin
- TB LAM
- Test rapide de paludisme
- Glucose
- Hémoglobine
- Bandelette urinaire

Examens complémentaires : faire selon ce qui est disponible

Examens basiques TB :

- GeneXpert (crachats)

Pour TB LAM ou GeneXpert : traiter si résultats positifs, si **négatifs, cela n'exclut pas la TB.**

Autres examens TB :

- Examen microscopique des crachats
- GeneXpert sur non expectorations.
- Echantillons : urine, LCR, pus
- RXT
- Echographie abdominale

Ponction lombaire :

- Nécessaire en cas de trouble neurologique

- Demander : CrAg, numération cellulaire, taux de protéines, coloration de gram, GeneXpert

- Si la PL pas possible ou suppose un délai incontournable : CrAg sanguin, traitement empirique comme indiqué (voir prise en charge- Neurologie)

Tests sanguins :

- Créatinine, sodium, potassium
- Numération formule sanguine
- VDRL (test syphilis)
- Ictère ou hépatomégalie : bilirubinémie, GPT
- Infection bactérienne possible : mise en culture d'échantillons de sang/urine

Suite page suivante

Gestion & prise en charge**Démarrer sans délai !**

Commencer un traitement empirique pour les pathologies avec une forte suspicion clinique mais pour lesquelles un test diagnostic n'est pas disponible ou bien pour lesquelles les tests diagnostiques ne peuvent exclure ces maladies.

Gestion des urgences :**Hypoglycémie :** 50 ml de dextrose à 50%**Déshydratation, insuffisance rénale :**

(Voir chapitre 17)

- Perfusions hydroélectrolytiques
- Diarrhée aqueuse chronique : traitement empirique pour *isospora belli* (Cotrimoxazole).
- Attention aux médicaments néphrotoxiques

Insuffisance hépatique : attention aux drogues hépatotoxiques. (Voir chapitre 16)**Anémie sévère** (Hb < 5g/dl) : transfusion, oxygène (voir schéma 18.1, chapitre 18)**Bactériémie :** Si fièvre ou symptomatologie en faveur d'une infection bactérienne ou autre signes de gravité : prescrire antibiothérapie empirique IV (voir l'algorithme adéquat).**Maladie neurologique :****Traiter pour une méningite à cryptocoque si :**

- CrAg du LCR positif
- Etat neurologique anormal et CrAg sanguin positif, PL non possible (ou recherche CrAg du LCR indisponible)

Prévention au fluconazole si :

CrAg sanguin positif et CrAg du LCR négatif

Traiter pour une TB cérébrale si :

Présence de troubles neurologiques ET :

- TB avérée (LAM/GXP) ou fortement suspectée cliniquement.
- CrAg du LCR négatif

Traiter pour toxoplasmose si :

CD4 < 200 ; nouveau point neurologique ; ou une autre atteinte neurologique et pas d'autre diagnostic.

Maladie respiratoire :**Signes de gravité respiratoire :** FR > 30 et/ou saturation < 90%

- Donner de l'oxygène
- Traitement empirique pour pneumocystose et pneumonie bactérienne
- Traitement empirique pour TB si indiqué

Pas de signe de gravité :

- RXT- traiter si besoin
- RXT non disponible, considérer un traitement empirique pour pneumocystose, pneumonie bactérienne et TB.

Indications cliniques pour un traitement TB empirique immédiat :**Faire les examens médicaux disponibles tout en démarrant le traitement.**

- TB cérébrale probable.
- TB miliaire ou autre preuve radiologique de TB pulmonaire.
- Présentation clinique fortement en faveur d'une TB ; examens non disponibles ou ne permettant pas d'exclure une TB.
- Etat clinique avec risque vital, condition générale du patient qui se détériore ou qui ne s'améliore pas après 3 jours d'hospitalisation.