



République du Sénégal
Ministère de la Santé et de la Prévention
Programme National de Lutte contre le SIDA

**Guide du Formateur
à la prise en Charge
des Infections Opportunistes
et au Traitement Antirétroviral
chez les personnes Vivant
avec le VIH**

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutt le personnel de santé pour leur contribution à l'élaboration de ce document : Ministère de la Santé et de la Prévention, Hôpital Principal de Dakar, Faculté de Médecine de l'Université Cheikh Anta DIOP.

Comité de Rédaction

Coordination : Papa Salif SOW

Bernard Marcel DIOP

Ndella DIAKHATÉ

Ndèye Fatou Ngom GUÈYE

Ndèye Coumba Touré KANE

Safiétou THIAM

Papa Madoumbé GUÈYE

PRÉFACE

L'infection par le VIH risque de devenir un défi permanent pour le monde en général, les communautés scientifiques en particulier.

Depuis la mise en évidence du virus en 1981, les recherches continuent. Si dans le domaine virologique un grand pas a été franchi, la prise en charge des personnes vivant avec le virus pose encore des problèmes.

Cette prise en charge est multidisciplinaire et passe par plusieurs étapes parmi lesquelles :

- la prévention est la clé de voute du traitement,
- la prise en charge des infections opportunistes sur lesquelles le médecin peut agir très efficacement fait l'objet de notre tentative de mise à jour d'un document applicable dans la plupart de nos structures sanitaires surtout périphériques.
- l'utilisation des médicaments antirétroviraux est un tournant important de cette prise en charge, avec ses avantages et ses contraintes.

Ce document est le résultat d'un consensus de nombreuses réunions des acteurs engagés dans la lutte contre la pandémie du SIDA, groupés au sein du Programme National de Lutte contre le SIDA au Sénégal (PNLS).

Les objectifs sont :

- Permettre aux agents de santé de prendre en charge de façon pratique, sans ambiguïté les soins pour des infections opportunistes.
- Disposer de médicaments efficaces, de coût abordable pour combattre ces infections dont le traitement permet de prolonger la vie des patients.
- Rendre efficace l'impact de certains médicaments antirétroviraux, le traitement anti-tuberculeux contre indiquant l'utilisation de certaines drogues antirétrovirales.

Ce guide n'est pas une finalité en soi.

Il est susceptible d'aménagements qui vont tenir des suggestions de tout lecteur.

Ensemble, engageons-nous dans la lutte contre le SIDA et nous pourrons vaincre la maladie. En effet «**L'UNION FAIT LA FORCE**».

Professeur Salif BDIANE

Président du Groupe Clinique Counseling- PNLs - Sénégal

TABLE DES MATIÈRES

LES MODULES ENSEIGNÉS

MODULE 1 : Histoire naturelle de l'infection par le VIH.

MODULE 2 : La prise en charge diagnostique et thérapeutique des infections et affections opportunistes au cours de l'infection par le VIH.

MODULE 3 : Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte.

MODULE 4 : La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Exposition au sang : Évaluation du risque et chimioprophylaxie ARV.

MODULE 1 :

HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION À VIH

Méthodes Pédagogiques

- Exposé interactif, méthode participative
- Brainstorming
- Etudes de cas
- Travaux de groupe

Durée : 2 heures

Objectifs

1. Décrire les différentes phases de l'infection à VIH.
2. Identifier les signes évocateurs de l'infection à VIH à la phase de sida.
3. Utiliser la classification du CDC 1993 proposée pour la prise en charge des patients vivant avec le VIH/sida.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1. Définition

Ordre dans lequel se déroulent les manifestations cliniques, biologiques et immuno-virologiques de l'infection à VIH.

1.2. Intérêt de la question

- Dépistage et classification selon l'état clinique
- Importance prise en charge médicale et psychosociale précoce
- Amélioration qualité de vie
- Augmentation de la survie
- Impact positif du traitement sur la prévention

1.3. Physiopathologie de l'infection à VIH

- Cibles du virus : ce sont les cellules portant à leur surface la molécule CD4, récepteur de haute affinité pour la gp 120 (glycoprotéine d'enveloppe du VIH) : lymphocytes TCD4 surtout, mais aussi les monocytes-macrophages, les cellules folliculaires dendritiques, les cellules de Langerhans cutanées et les cellules microgliales cérébrales.

- Cycle de la réplication du VIH : Les différentes étapes de ce cycle sont essentielles à la compréhension de la physiopathologie de l'infection VIH et à la mise au point des thérapeutiques. Les principales étapes sont :

- 1^{ère} étape : absorption et pénétration : absorption à la surface des cellules portant le récepteur CD4 (lymphocytes). Après intervention d'autres co-récepteurs récemment identifiés en particulier, CXCR4 reconnu par les souches du VIH se répliquant dans les lignées des cellules T (virus T lymphocytropes) ou CCR5 utilisés par les souches du VIH infectant plutôt les macrophages, le virus pénètre dans la cellule.
- 2^{ème} étape : synthèse d'ADN proviral : grâce à la transcriptase inverse, puis intégration de l'ADN proviral au génome de la cellule hôte grâce à l'endonucléase virale.
- 3^{ème} étape : transcription de l'ADN proviral en ARN génomique par l'ARN polymérase de la cellule hôte ; cette synthèse est contrôlée par les gènes tat et rev ; l'ARN migre du noyau vers le cytoplasme.
- 4^{ème} étape : synthèse des protéines virales
- 5^{ème} étape : assemblage des protéines virales grâce à des protéases et encapsidation de l'ARN conduisant à la formation de nouvelles particules virales infectieuses.

Deux étapes de ce cycle sont visées actuellement par la thérapeutique antirétrovirale : l'inhibition de la transcriptase inverse et l'inhibition de la protéase.

- Conséquences de la réplication virale
 - Dès la primo-infection, le virus se réplique activement dans l'organisme. On estime la production de virus entre 1 et 10 milliards / jour.
 - Le système immunitaire " hyperactivé " par la présence du virus, compense partiellement par une production accrue de lymphocytes CD4, la destruction massive de ceux-ci par le virus.
 - La réplication virale dans la cellule hôte dépend de l'activation de cette cellule. Toute stimulation antigénique de la cellule lymphocytaire entraîne une augmentation de la réplication virale. Elle active également les cellules CD8 cytotoxiques spécifiques du VIH qui détruisent les cellules infectées mais accentuent ainsi la déplétion en lymphocytes T CD4.
 - Le risque de dégradation immunitaire et donc de progression clinique est liée au niveau de réplication virale appréciée par l'ARN VIH plasmatique (charge virale).
 - Sans traitement antirétroviral, la diminution des lymphocytes CD4 sanguins est de 50 cellules/mm³/ an en moyenne conduisant à une maladie sida en 10 ans (médiane). Il existe cependant de grandes variations individuelles : progressseurs rapides (sida en 2 à 3 ans), non progressseurs, asymptomatiques à long terme (> 10 ans).
 - La plupart des manifestations opportunistes dont la survenue caractérise le stade de sida surviennent lorsque les lymphocytes CD4 sont inférieurs à 200 /mm³.
 - La thérapeutique antirétrovirale, lorsqu'elle aboutit à la réduction massive de la réplication virale entraîne une restauration quantitative et qualitative au moins partielle des lymphocytes CD4.

Courbe de l'histoire naturelle VIH : évolution CD4 et virémie plasmatique

CHAPITRE 2 : ÉTUDE DES DIFFÉRENTS PHASES DE L'INFECTION À VIH

2.1. Primo-infection à VIH

2.1.1. Définition

2.1.2. Manifestations cliniques

2.1.3. Examens paracliniques : phase de séroconversion VIH+ : fenêtre sérologique

2.2. Phase de séropositivité asymptomatique

2.2.1. Définition

2.2.2. Caractéristiques de cette phase

- Absence de manifestations cliniques
- Longue période d'incubation mais pas de latence biologique
- Risque accru de transmission du VIH pendant cette phase
- Facteurs de progression de l'infection dépendent :
 - Age
 - Mode de transmission : notion d'inoculum infectant
 - Type de virus
 - Mode de vie
 - Qualité de la prise en charge

2.3. Phase de lymphoadénopathie généralisée et persistante

2.3.1. Définition

2.3.2. Manifestations cliniques

2.4. Phase du syndrome constitutionnel = stade pré-sida

2.4.1. Manifestations cliniques

2.4.2. Manifestations biologiques

2.5. Phase de sida = stade des infections et affections opportunistes

2.5.1. Manifestations digestives

2.5.1. Diarrhée chronique

- description clinique
- étiologies multiples : parasitaires opportunistes (*Cryptosporidium*, *Isospora belli*, *Microsporidium*), bactéries opportunistes (*Salmonella* sp, *Shigella* sp, *E.coli*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium avium intracellulare*), virus opportunistes (herpes simplex virus, cytomegalovirus, VIH) ; néoplasies digestives (sarcome de Kaposi, lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens)
- Traitements spécifiques de chaque infection digestive opportunistes

2.5.2. Manifestations pulmonaires

2.5.2.1. Tuberculose pulmonaire

- Caractéristiques cliniques
- Caractéristiques paracliniques : radiologie, IDR tuberculine, examens des expectorations à la recherche de BAAR, culture des expectorations
- Traitement

2.5.2.2. Pneumopathie bactérienne

- Manifestations cliniques
- Investigations paracliniques : cliché thoracique, hémoculture, examen bactériologique des expectorations, recherche d'antigènes bactériens dans les urines
- Traitement spécifique

2.5.2.3. Pneumocystose

- Manifestations cliniques
- Investigations paracliniques : cliché thoracique, lavage broncho-alvéolaire (examens parasitologiques, bactériologiques et anatomopathologiques).
- Traitement spécifique

2.5.2.4. Autres étiologies des pneumopathies

- Sarcome de Kaposi bronchopulmonaire
- Pneumopathie interstitielle
- Mycoses pulmonaires

2.5.3. Manifestations neuro-méningées

2.5.3.1. Méningites purulentes

- Descriptions cliniques
- Investigations paracliniques : PL (bactériologie, chimie, cytologie), hémoculture
- Traitement antibiotique

2.5.3.2. Cryptococcose neuro-méningée

- Description clinique
- Investigations paracliniques : PL : coloration encre de chine, bactériologie, chimie, cytologie, antigénémie cryptococcique – Hémocultures sur milieu de Sabouraud – Antigénémie cryptococcique dans le sang.
- Traitement curatif et prophylactique.

2.5.3.3. Toxoplasmose cérébrale

- Manifestations cliniques
- Investigations paracliniques : scanner cérébral, EEG.
- Traitement curatif et préventif

2.5.3.4. Suppurations crânio-encéphaliques (abcès du cerveau, thrombophlébite cérébrale)

- Manifestations cliniques
- Investigations paracliniques : radiographie du crâne (face et profil), EEG, hémoculture, scanner cérébral.
- Traitement spécifique

2.5.3.5. Méningite tuberculeuse

- Manifestations cliniques
- Investigations paracliniques : PL : cytologie, chimie, bactériologie, culture – IDR à la tuberculine – Cliché thoracique.
- Traitement curatif.

2.5.3.6. Les processus expansifs intracrâniens tumoraux

- Manifestations cliniques
- Investigations paracliniques : scanner cérébral, EEG, radiographie du crâne (face et profil).
- Traitement spécifique (médical et chirurgical)

2.5.3.7. Méningo-encéphalites virales

- Manifestations cliniques
- Investigations paracliniques : EEG, PL : cytologie, bactériologie, chimie, PCR.
- Traitement spécifique.

2.6. Manifestations ganglionnaires

2.6.1. Tuberculose ganglionnaire

- Manifestations cliniques
- Investigations paracliniques : IDR tuberculine, cliché thoracique, biopsie ganglionnaire pour examen anatomopathologique
- Traitement curatif

2.6.2. Autres manifestations ganglionnaires

- Kaposi ganglionnaire
- Lymphome hodgkinien
- Lymphome non hodgkinien
- Examens paracliniques : anatomopathologie
- Traitement spécifique.

2.7. Manifestations dermatologiques

2.7.1. Dermite séborrhéique

- Manifestations cliniques
- Traitement spécifique

2.7.2. Pyodermite

- Manifestations cliniques
- Traitement spécifique

2.7.3. Lésions vésiculeuses

- Manifestations cliniques
- Traitement spécifique

2.7.4. Kaposi cutané

- Manifestations cliniques
- Traitement spécifique

2.7.8. Zona

- Manifestations cutanées
- Traitement spécifique

2.7.9. Herpes cutanéomuqueux

- Manifestations cutanéomuqueuses
- Traitement spécifique

CHAPITRE 3 : CLASSIFICATION DE L'INFECTION VIH/SIDA

Classification de Bangui

Critères majeurs Score

Amaigrissement > 10 % du poids corporel	4
Fièvre > 1 mois d'évolution	3
Diarrhée pendant 1 mois	3

Critères mineurs

Asthénie prolongée	4
Candidose bucco-oesophagienne	4
Herpès cutanéomuqueux récidivant	4
Dermatose prurigineuse généralisée	4
Zona multimétamérique	2
Adénopathies généralisées	2
Signes neurologiques	2
Toux et/ou pneumopathie	2

Signes de haute valeur d'orientation diagnostique

Sarcome de Kaposi	12
Méningite à cryptococcoque	12

Le diagnostic clinique d'une infection à VIH doit être évoquée si :

- 2 signes majeurs + 1 signe mineur ou
- Score > 12

Classification de l'OMS

Stade clinique 1

- Patient asymptomatique
- Adénopathies persistantes généralisées
- Degré d'activité 1 : activité normale

Stade clinique 2

- Perte de poids < 10 % du poids corporel
- Zona (au cours des 5 dernières années)
- Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, ulcérations buccales, chéilite angulaire)
- Infections récidivantes des voies aériennes supérieures
- Degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale

Stade clinique 3

- Perte de poids > 10 % du poids corporel
- Diarrhée inexpliquée > 1 mois
- Fièvre prolongée > 1 mois
- Candidose buccale
- Leucoplasie orale chevelue
- Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente
- Infection bactérienne sévère
- Degré d'activité 3 : patient alité moins de 50 % du temps .

Stade clinique 4

- Syndrome cachectisant dû au VIH
- Pneumocystose
- Toxoplasmose cérébrale
- Cryptosporidiose avec diarrhée > 1 mois
- Cryptococcose extrapulmonaire

- Cytromégalovirose
- Herpès virose cutanéomuqueuse > 1 mois ou viscérale
- Leucoencéphalite multifocale progressive
- Mycose endémique généralisée (histoplasme, coccidioïdomycose)
- Candidose œsophagienne, trachéale, bronchique ou pulmonaire
- Mycobactériose atypique disséminée
- Septicémie à salmonelle mineure
- Tuberculose extrapulmonaire
- Lymphome malin
- Sarcome de Kaposi
- Encéphalopathie à VIH
- Degré d'activité 4 : patient alité de plus de 50 % du temps .

Classification du CDC 1993

Catégorie A

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :

- infection VIH asymptomatique
- lymphadénopathie persistante généralisée
- primo-infection symptomatique

Catégorie B

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- angiomatose bacillaire
- candidose oropharyngée
- candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement
- dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- syndrome constitutionnel : fièvre (38°5 C) ou diarrhée supérieure à 1 mois
- leucoplasie chevelue de la langue
- zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- purpura thrombocytopénique idiopathique
- listériose
- neuropathie périphérique

Catégorie C

Cette catégorie correspond à la définition de sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :

- candidose bronchique, trachéale ou extrapulmonaire
- candidose de l'œsophage
- cancer invasif du col
- coccidioïdomycose disséminée ou extrapulmonaire
- cryptococcose extrapulmonaire

- cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois
- infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions)
- rétinite à CMV
- encéphalopathie due au VIH
- infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à 1 mois ; ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne
- histoplasme disséminée ou extrapulmonaire
- isosporidiose intestinale chronique (supérieure à un mois)
- sarcome de Kaposi
- lymphome de Burkitt
- lymphome immunoblastique
- lymphome cérébral primaire
- infection à Mycobacterium avium ou kansaii, disséminée ou extrapulmonaire
- infection à Mycobacterium tuberculosis, quel que soit la localisation (pulmonaire ou extrapulmonaire)
- infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire
- pneumonie à Pneumocystis carinii
- pneumopathie bactérienne récurrente
- leuco-encéphalite multifocale progressive
- septicémie à salmonelle non typhi récurrente
- syndrome cachectique dû au VIH
- toxoplasmose cérébrale.

MODULE 2 :

LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES INFECTIONS ET AFFECTIONS AU COURS DE L'INFECTION À VIH

Méthodes Pédagogiques

- Exposé, discussions interactives, méthode participative
- Etudes de cas
- Travaux de groupe

Durée : 2 heures

Objectifs

1. Utiliser les différents algorithmes de prise en charge de l'infection par le VIH.
2. Proposer un traitement étiologique approprié devant : une diarrhée chronique, une pneumopathie, infection herpétique, un zona, un prurigo généralisé, un sarcome de Kaposi, une candidose oesophagienne, méningite à cryptocoque.
3. Connaître les recommandations nationales sur l'utilisation du cotrimoxazole pour la prévention des infections opportunistes.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

Importance de la prise en charge médicale

- plateau technique pour le diagnostic au laboratoire des infections opportunistes.
- disponibilité et accessibilité aux médicaments pour le traitement des infections opportunistes.
- formation du personnel de laboratoire et de soins sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH/sida.

Rappel de l'histoire naturelle de l'infection par le VIH (voir module 1)

CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DES INFECTIONS ET AFFECTIONS OPPORTUNISTES

Affections opportunistes

Salmonellose sp : Fluoroquinolone : 500 mg x 2 / jour pendant 15 à 21 j

Shigellose sp. : Fluoroquinolone : 500 mg x 2 / jour pendant 15 à 21 j

Campylobacter sp : Erythromycine : 1 g x 2 / jour pendant 15 jours

Clostridium difficile : Métronidazole 250 mg x 4 / jour ou Vancomycine : 500 mg x 4 / jour per os pendant 10 jours.

Giardia intestinalis : Métronidazole 500 mg x 3 / jour, pendant 14 jours

Isospora belli : Cotrimoxazole : 4 g / jour pendant 10 jours. Traitement d'entretien : Cotrimoxazole : 1g x 3 / semaine, à vie

Enterocytozoon intestinalis : Albendazole : 400 mg x 2 / jour pendant 15 jours

Cryptosporidium : Traitement symptomatique (rehydratation)

Candidose oesophagienne : Fluconazole : 100 mg / jour pendant 7 j

Cryptococcose : Amphotéricine B : 0,7 mg / kg / jour, pendant 1 mois.

Ou Fluconazole 400 mg / jour per os ou IV pendant 6 semaines. Traitement d'entretien : Fluconazole : 200 mg / jour per os, à vie.

Herpès simplex virus :

Herpès : aciclovir : 200 mg x 5 / jour pendant 5 jours.

Zona : aciclovir : 800 mg x 5 / jour, pendant 7 jours

Encephalite : aciclovir : 10 mg/kg en IV x 3 / jour pendant 10 jours.

Sarcome de Kaposi : Bléomycine 15 Unités + Vincristine 2 mg toutes les trois semaines.

Infection à Mycobacterium avium intracellulare : Clarithromycine : 500 mg x 2 / jour + Ethambutol 20 mg / kg /jour + Rifabutine 450 mg /jour, pendant 12 mois. Traitement d'entretien Azithromycine 1200 mg une fois par semaine ou Clarithromycine 500 mg deux fois par semaine à vie.

Mycobacterium tuberculosis : Rifampicine : 10 mg/kg /jour + Ethambutol : 20 mg/kg/ jour + Pyrazinamide : 25 mg/kg/jour + Isoniazide : 5 mg /kg/jour.

Quatrithérapie pendant deux mois puis Rifampicine + Isoniazide pendant quatre mois.

Infection à CMV : ganciclovir 5 mg / kg x 2 / jour pendant 15-21 jours

Toxoplasmose cérébrale : Pyriméthamine (Malocide) 50 mg/j + Sulfadiazine (Adiazine) 4 à 6 g/jour + acide folique 25 mg/jour, pendant 6 semaines.

Ou Cotrimoxazole : 2 ampoules x 2 / jour en IV pendant 14 jours puis relais per os pendant 21 jours.

Pneumocystose : Cotrimoxazole : 90 mg/kg par jour pendant 21 jours ou Clindamycine 600 mg x 4 / jour + Primaquine 15 mg / jour pendant 21 jour. Traitement d'entretien : Cotrimoxazole : 960 mg/jour ou Dapsone 100 mg / jour, à vie.

CHAPITRE 3 : UTILISATION DU COTRIMOXAZOLE POUR LA PROPHYLAXIE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

Recommandation Générale.

La prophylaxie par le cotrimoxazole fait partie des soins minimums et devrait être utilisée chez les enfants et adultes vivant avec le VIH au Sénégal.

Indications et Modalités de Prescription

Critères de sélection chez l'adulte

- La prophylaxie par le cotrimoxazole doit être proposée aux adultes (personnes de plus de 15 ans) répondant aux critères suivants :
 - toute personne dont l'infection à VIH est symptomatique (stade OMS 2, 3, 4) : zones où les CD4 ne sont pas disponibles.
 - personne asymptomatique ayant un taux de CD4 inférieur ou égal à 350 / mm³

NB. Chez la femme enceinte répondant aux critères d'inclusion, cette prophylaxie sera débutée après le premier trimestre de la grossesse.

- Posologie

La posologie suivante est recommandée :

Un comprimé à fort dosage (TMP : 160 mg + SMZ 800 mg) ou 2 comprimés à faible dose (TMP : 80 mg + SMZ : 400 mg) par jour.

Critères de sélection chez l'enfant

- * Cette prophylaxie devrait être proposée à tous les nourrissons exposés, dès l'âge de 6 semaines, selon les critères suivants :
 - enfants nés de mère VIH séropositive qu'elle ait reçu ou non un traitement antirétroviral pendant la grossesse
 - enfant dont la séropositivité a été diagnostiquée pendant la première année de vie, que ce soit par PCR ou par diagnostic clinique des symptômes liés au VIH
 - enfants âgés de plus de 15 mois ayant développé une pneumocystose, une pneumonie lymphoïde ou présentant tout autre symptôme lié à l'infection ou un taux de CD4 inférieur à 15 %.

- Posologie

La dose recommandée est de 5 mg/kg de TMP 25 mg/kg SMZ (ou 150 mg TMP / m² SMZ 750 mg /m²).

Le sirop de cotrimoxazole est administré une fois par jour. En l'absence de sirop disponible, les comprimés écrasés peuvent être utilisés.

NB. Surface corporelle (m²) = $4p + 7 / P + 90$ (P = poids de l'enfant)

Durée

La prophylaxie devrait être donnée à vie pour les adultes et les enfants de plus de 15 mois. Pour les nourrissons de moins de 15 mois, la prophylaxie devrait continuer jusqu'à ce que le diagnostic d'infection VIH soit raisonnablement écarté et que le risque d'exposition au VIH ait cessé.

Suivi sous prophylaxie par le cotrimoxazole

Pour les adultes, le suivi devrait être mensuel au début puis trimestriel si le traitement est bien toléré.

Les enfants devraient être évalués tous les mois.

La surveillance des effets secondaires, des événements cliniques et de l'observance devra être faite aussi bien chez les adultes que chez les enfants. Le bilan de suivi des adultes doit comporter au moins la mesure de l'hémoglobine, la créatininémie et les transaminases tous les 6 mois et lorsque des manifestations cliniques l'indiquent. Mettre les enfants sous supplémentation en acide folique de façon systématique.

Critères d'arrêt de la prophylaxie

Qu'il s'agisse de l'adulte ou de l'enfant, la prophylaxie devrait être arrêtée :

- en cas de réaction cutanée sévère : bulles, décollement cutané et atteinte muqueuse, insuffisance rénale et/ou hépatique et toxicité hématologique sévère.
- En cas d'élévation du taux des lymphocytes CD4 (supérieur à 350 / mm³) sous traitement antirétroviral pendant une durée minimale de 6 mois.

MODULE 3 :

TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL DE L'INFECTION À VIH/SIDA

METHODES D'ENSEIGNEMENT

- Exposé magistral
- Etudes de cas
- Travaux de groupe

DUREE : 3 heures

OBJECTIFS

1. Décrire les différentes molécules antirétrovirales utilisées dans le traitement de l'infection par le VIH : inhibiteurs de la reverse transcriptase et antiprotéases (pour chaque molécule donner son mode d'action , sa présentation, sa posologie, et sa pharmacologie).
2. Décrire les critères cliniques et immunologiques de mise sous traitement antirétroviral au Sénégal.
3. Proposer les éléments de surveillance cliniques et biologiques d'un patient mis sous traitement antirétroviral.
4. Reconnaître les principaux effets secondaires des médicaments antirétroviraux.

CHAPITRE 1 : PHYSIOPATHOLOGIE DE L'INFECTION À VIH/SIDA (voir leçon sur l'histoire naturelle de l'infection à VIH)

- Cibles du virus
- Récepteurs et corécepteurs du virus
- Replication virale
 - Rôle des enzymes : transcriptase reverse, intégrase (ou endonucléase), protéase
- Conséquences de cette replication virale
 - Destruction des lymphocytes CD4
 - Augmentation de la charge virale plasmatique
- Sites d'action des antirétroviraux

Courbe de l'histoire naturelle VIH : évolution CD4 et virémie plasmatique

CHAPITRE 2 : LES MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX : CLASSE ET PHARMACOLOGIE

2.1. Objectifs du traitement antirétroviral

- Obtenir et maintenir une charge virale plasmatique indétectable par la technique la plus sensible
- Eviter la progression clinique de l'infection
- Améliorer la qualité de vie des patients vivant avec le VIH

2.2. Les inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase (pour chaque molécule donner son mode d'action, sa présentation, sa posologie, et sa pharmacologie)

- Zidovudine (AZT, Rétrovir)
- Didanosine (ddl, Videx)
- Zalcitabine (ddc, Hivid)
- Lamivudine (3 TC, Epivir)
- Stavudine (d4T, Zérit)

- Combivir (Rétrovir + Epivir)
- Abacavir (Ziagen)
- Trizivir (Combivir + Abacavir)

2.3. Les inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase (pour chaque molécule donner son mode d'action, sa présentation, sa posologie, et sa pharmacologie)

- Névirapine (Viramune)
- Délavirdine (Rescriptor)
- Efavirenz (Stocrin ou Sustiva)

2.4. Les inhibiteurs de la protéase (les antiprotéases) (pour chaque molécule donner son mode d'action, sa présentation, sa posologie, et sa pharmacologie)

- Indinavir (Crixivan)
- Saquinavir HG (Invirase)
- Saquinavir SG (Fortovase)
- Ritonavir (Norvir)
- Nelfinavir (Viracept)
- Amprénavir (Agénérase)
- Kaletra (Lopinavir + ritonovir)

2.5. Les nouvelles molécules antirétrovirales

- Inhibiteurs de l'intégrase (par blocage de l'intégration de l'ADN viral dans le génome de la cellule hôte)
- Inhibiteurs de l'entrée du VIH dans la cellule (exemple : polypeptide T 20 actuellement en phase d'essai thérapeutique : c'est un dérivé d'une portion de la gp41 transmembranaire du VIH-1 qui agit en bloquant la fusion par inhibition compétitive).
- Nouveaux inhibiteurs non nucléosidiques (le GW 420 867X, l'AG 1549, MKC-442 : émirivine).
- Nouveaux inhibiteurs nucléosidiques (
- Nouvelles antiprotéases (AG 1776, BMS 232-632, MK944 A).

CHAPITRE 3 : LES INDICATIONS DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

3.1. Traitement antirétroviral chez l'adulte

– **Asymptomatiques** : patients ne présentant aucune manifestation clinique de l'infection VIH : le traitement ARV est indiqué si le taux de CD4 $<$ ou $=$ 200 / mm³

– **Pauci-symptomatiques** : patients de la catégorie B de la classification du CDC 1993 ; le traitement ARV est indiqué si le taux de CD4 $<$ ou $=$ 350 / mm³

Symptomatiques au stade de sida

- Catégorie C de la classification du CDC
- Score de Karnofsky $>$ 70

NB. Traiter d'abord l'infection opportuniste et améliorer l'état nutritionnel

– Les malades au stade avancé de la maladie (Score de Karnofsky $<$ 70 ne doivent pas être traités par les antirétroviraux).

3.2. Femme enceinte VIH+ : Prévention de la transmission mère-enfant (voir chapitre prévention de la transmission mère-enfant du VIH)

– 34 - 36 ème semaine de grossesse : AZT (Zidovudine) 600 mg par jour jusqu'au moment du travail

– Pendant le travail, AZT : 300 mg / heure, jusqu'à l'expulsion du nouveau-né

– 1 mois après l'accouchement, évaluer l'état clinique, immunologique et virologique de la femme.

NB. Utiliser la Névirapine pour les femmes qui sont vues tardivement c'est à dire celles qui venues pour accoucher.

3.3. Nouveau-né de mère VIH+

– AZT (Zidovudine) Sirop : 2 ml / kg toutes les 6 heures , à débiter 8 à 12 heures après la naissance pendant 6 jours.

– Après cette période, faire une évaluation médicale par un pédiatre.

3.4. Prévention de transmission du VIH par accident avec exposition au sang (voir chapitre prévention des accidents avec exposition au sang).

- Faire les soins immédiats
- Evaluer le risque de transmission : risque faible, risque intermédiaire, risque majeur
- Proposer une trithérapie antirétrovirale si risque majeur ou intermédiaire
- Faire les démarches administratives
- Assurer le suivi virologique du personnel victime de l'AES

CHAPITRE 4 : STRATÉGIES D'UTILISATION DES ANTIRÉTROVIRAUX

4.1. Quand débiter un traitement antirétroviral (voir chapitre indications du traitement antirétroviral au Sénégal)

4.2. Quel traitement proposer en première intention

Schéma proposé en fonction des résultats cliniques et biologiques du patient (taux d'hémoglobine, taux de CD4, fonction rénale, fonction hépatique).

2 NUC + 1 Antiprotéase

2 NUC + 1 Non NUC

3 NUC

4.3. Surveillance du traitement antirétroviral

- Surveillance clinique : interrogatoire, examen clinique, imagerie et exploration fonctionnelle
- Surveillance biologique : hémogramme, bilan rénal, bilan hépatique, bilan métabolique, Taux CD4, charge virale plasmatique.

4.4. Raisons de changement de schéma thérapeutique

- Echec thérapeutique (phénomène d'échappement thérapeutique) : remontée charge virale, dégradation immunitaire, progression clinique ; faire un antirétrovirogramme.
- Intolérance aux antirétroviraux : toxicité objective (digestive, hépatique, rénale) mauvaise observance.
- Optimisation thérapeutique : nouvelles stratégies, nouvelles molécules.

4.5. Traitement antirétroviral de seconde intention

- Changement complet : donner des molécules antirétrovirales ayant un profil de résistance et de toxicité différents.
- Changement complet
- Schémas thérapeutiques de seconde intention.

CHAPITRE 5 : EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX

Antirétroviraux

Ces effets secondaires sont liés aux différentes classes des antirétroviraux.

- Réactions cutanées et / ou muqueuses : rash généralisé ou localisé, stomatite
- Lipodystrophies
- Réactions neuropsychologiques : polyneuropathie périphérique, cauchemars, vertiges, difficultés d'endormissement, rêves actifs
- Réactions hématologiques : anémie, thrombopénie
- Anomalies des tests hépatiques : cytolysé hépatique
- Réactions digestives
- Toxicité mitochondriale : myopathie, polyneuropathie périphérique, pancréatite, voire défaillance multiviscérale liée à une acidose lactique.
- Autres réactions

Conduite à tenir en cas d'effets secondaires sous traitement antirétroviral.

- S'assurer qu'il n'y a pas une autre cause responsable de la survenue de cet effet secondaire
- Faire un traitement symptomatique
- Si effet secondaire de degré élevé (grave intolérance, pronostic vital en cours), arrêter les médicaments antirétroviraux

INDEX DE KARNOFSKY

- 100 % : Normal, pas de signe de maladie
- 90% : Peut mener une vie normale, symptômes ou signes mineurs de la maladie.
- 80% : Activité normale avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs de la maladie.
- 70% : Peut se prendre en charge ; incapable de mener une activité normale ou de travailler.
- 60% : Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses besoins
- 50% : Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents.
- 40% : Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
- 30% : Sévèrement handicapé, l'hospitalisation est indiquée, bien que la mort ne soit pas imminente
- 20% : Hospitalisation nécessaire, très malade, nécessite un traitement de soutien actif.
- 10% : Moribond, processus fatal progressant rapidement.

Antirétroviraux disponibles au Sénégal pour le traitement des patients adultes (2001)

Nom	Classe	Posologie	Présentation	Conditions de prise
AZT Zidovudine Rétrovir [®] (Glaxowellcome)	IN	250 mg x 2/jour si poids = 60 kg 300 mg x 2/jour si poids > = 60 kg	Gel à 250 mg cp à 300 mg	Indifférence
DDI Didanosine Videx (BMS)	IN	150 mg x 2/jour si poids = 60 kg 200 mg x 2/jour si poids > = 60 kg ou 250 mg en prise unique si < 60 kg 400 mg en prise unique si > = 60 kg	cp à 100 mg cp à 150 mg cp à 400 mg Gel à 250 mg Gél à 400 mg	À jeun 1/2 h avant le repas ou 2h après le repas avec IDV : prendre les 2 pro- duits à jeun à 1 h d'intervalle.
3TC Lamivudine Epivir [®] (Glaxowellcome)	IN	150 m x 2/jour	cp à 150 mg	Indifférente
AZT + 3TC Combivir [®] (Glaxowellcome)	IN	1 cp x 2/jour	cp à 300 mg d'AZT et 150 mg de 3TC	Indifférente
D4T Stavudine Zérit [®] (BMS)	IN	30 mg x 2/jour si poids < 60 kg 40 mg x 2/jour si poids > = 60 kg	Gel à 15 mg, 20mg, 30 mg et 40 mg	Indifférente
IDV Indinavir Crixivan (MSD)	IP	800 mg x 3/jour	Gel à 400 mg	À jeun 1h avant ou 2h après le repas boire 1,5 l d'eau/jour Avec DDI : prendre les 2 pro- duits à jeun à 1 h d'intervalle
NFV Nelfinavir Viracept [®] (Roche)	IP	750 mg x 3/jour	cp à 250 mg	Pendant les repas
NVP Névirapine Viramune [®] (Boehringer-Ingelheim)	INN	200 mg /jour jusqu'à J14 puis 400 mg /jour en 1 ou 2 prises	cp à 200 mg	Indifférente
EFZ Efavirenz Sustiva [®] (Dupont-Merk)	INN	600 mg/jour en 1 prise unique	Gel à 200 mg	Plutôt le soir au coucher

Antirétroviraux disponibles au Sénégal pour le traitement des enfants (2001)

Nom	Classe	Dose usuelle	Adaptation des doses pour le nouveau-né	Formulation disponible pour l'enfant
AZT Zidovudine Rétrovir [®]	IN	5 à 8 mg /kg x 2 / jour	2 mg / kg x 4	Gel à 100 mg cp à 300 mg FB 1 ml = 10 mg
DDI Didanosine Videx [®]	IN	300 mg/m ² en une prise quotidienne, à jeun	50 mg/m ² x 2	cp à 25, 50, 100 et 050 mg Pour optimiser l'anti-acide inclus : préférer pour la même dose en 2 cp plutôt qu'un seul (ex : 2 x 25 plutôt qu'un x 50) FB 1 ml = 10 mg
3TC Lamivudine Epivir [®]	IN	4 mg/kg x 2/jour	2 mg / kg x 2	cp à 150 mg FB 1 ml = 10 mg
D4T Stavudine Zérit [®]	IN	1 mg/kg x 2/jour	Non précisé	Gel à 15, 20 ,30 et 40 mg FB 1 ml = 10 mg
IDV Indinavir Crixivan [®]	IP	500 mlg /m ² x 3/jour à jeun Hyperhydratation	Non précisé	Gel à 400 mg Gel à 200 mg
NFV Nelfinavir Viracept [®]	IP	45 mg x kg x 2/ jour	10 mg /kg x 3/j	cp à 250 mg FB poudre 1 cm = 50 mg
NVP Névirapine Viramune [®]	INN	Enfant < 8 ans : 4 mg/kg x 1/j pdt 15 jours puis 7 mg/kg x 2/jour Enfant > 8 ans : 4 mg/kg x 1/j pdt 15 jours puis 4 mg/kg x 2/jour	Idem	cp 200 mg FB 1 ml = 10 mg
EFZ Efavirenz Sustiva [®]	INN	13-15 kg, 200 mg x 1/jour 15-20 kg, 250 mg x 1/jour 20-25 kg, 300 mg x 1/jour 25-32,5 kg, 350 mg x 1/jour 32,5-40 kg, 400 mg x 1/jour 40 kg, 600 mg x 1/jour	Non précisé	Gel 50, 100, 200 mg

Évaluation de la msurface corporelle (SC) à partir du poids (P) chez l'enfant :

$$SC = \frac{(4 \times P) + 7}{P + 9}$$

CHAPITRE 6 : CAS CLINIQUES

Cas Clinique n°1

Un homme de 40 ans est suivi depuis 3 ans au Centre Hospitalier Roi Baudoin de Guédiawaye pour une infection par le VIH-1. Il consulte ce jour pour :

- une toux chronique
- une altération de l'état général
- une fièvre vespéro-nocturne

Les constantes sont : T° = 38°5, Pouls = 100/mn, TA = 12/8, Fréquence respiratoire = 30/mn, Poids = 60 kgs et la taille = 1,80 m.

L'examen physique met en évidence un syndrome de condensation pulmonaire basale droite.

Quelle est la conduite à tenir ?

Cas Clinique n° 2.

Une Jeune femme de 25 ans consulte pour une diarrhée aiguë évoluant depuis 3 jours avec des selles incomptables liquidiennes non sanguinolentes. Dans ses antécédents, on note un amaigrissement très important non chiffré et une diarrhée par intermittence depuis environ 1 an. Son mari est décédé il y a six mois d'une maladie inconnue par la patiente.

L'examen clinique note :

- pli cutané de déshydratation à 10%
- T° = 37°3, Pouls = 120/mn, TA = 10/7, Poids = 50 kgs et la taille = 1,65 m
- Candidose buccale.

Par ailleurs, l'examen parasitologique des selles met en évidence la présence d'*Isospora belli*.

Comment organisez-vous la prise en charge de cette patiente ?

Cas clinique n°3

Une dame âgée de 36 ans, cadre dans une grande compagnie, consulte pour une dermatose vésiculeuse, douloureuse, siégeant sur la partie supérieure de l'hémithorax gauche. Elle n'a aucun antécédent particulier. A quoi pensez-vous ? Quelle CAT proposez-vous à cette patiente ? Expliquez pourquoi ?

Vous demandez la sérologie VIH qui revient positive. Quel bilan et quel traitement proposez-vous ?

Le bilan hémato-biochimique est revenu normal. Son taux de CD4 est à 450 / mm³.

Elle est très angoissée et veut tout de suite être mise sous traitement antirétroviral. Elle est prête à acheter ses médicaments antirétroviraux Elle commence à faire une dépression. Quelle décision prendre ? Donnez les raisons de cette décision. Qu'est ce que vous proposez à cette patiente ?

Cas clinique n°4

Un homme de 42 ans vient consulter pour un prurigo. Il est VIH-1 connu depuis juillet 2000. Il a des antécédents de diarrhée chronique, d'ulcération génitale. A quel stade clinique CDC le classez vous ?

Quelle prise en charge lui proposez-vous ? Doit-il être mis sous traitement antirétroviral ? Expliquez pourquoi ?

Les résultats du bilan paraclinique montrent :

- taux d'hémoglobine = 12,5 g/dl
- transaminases normales
- bilirubine normal
- CD4 = 9 / mm³
- Poids = 57 kgs

Quel schéma antirétroviral lui proposez-vous ?

Le malade est mis sous ddl + d4T + Efavirenz. Ecrivez l'ordonnance de ce patient.

Deux mois après la mise sous traitement, il se plaint de fourmillements des membres inférieurs avec engourdissements. De quoi peut-il s'agir ? Comment l'expliquez-vous ? Quelle est votre CAT devant ce problème ?

Malgré le traitement proposé, les symptômes s'aggravent. Que proposez-vous au patient ?

Cas clinique n° 5

M. M.D, âgé de 43 ans est VIH-1 connu au décours d'une hospitalisation à la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Fann de Dakar. Il a par ailleurs des antécédents de dermite séborrhéique et d'écoulement urétral traités en 1999. A quel stade CDC le classez-vous ?

Dans le cadre de son suivi bio-clinique, le bilan révèle :

- poids = 63 kgs
- taux d'hémoglobine = 8,7 g /dl
- CD4 = 167 / mm³
- Charge virale = 750.000 copies / ml
- Biochimie normale.

Doit-on le mettre sous traitement antirétroviral ? Si oui, proposez un schéma et expliquez votre choix.

Il est mis sous d4T + ddl + Indinavir. Après trois mois de traitement, il présente un herpès génital surinfecté avec une balanite.

Son bilan immunologique montre une augmentation considérable des lymphocytes CD4 : CD4 à M1 = 295 / mm³ et CD4 à M3 = 535 /mm³).

Comment expliquez-vous ce phénomène ? Quel traitement proposez-vous ?

MODULE 4 :

LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT

ETHODES D'ENSEIGNEMENT

- Exposé magistral
- Etudes de cas
- Travaux de groupe

DUREE : 2 heures

OBJECTIFS

1. Connaître les recommandations proposées par le PNLS pour le dépistage de l'infection à VIH chez la femme enceinte.
2. Proposer une conduite à tenir devant une femme enceinte VIH+ avant, au moment et après l'accouchement.
3. Connaître les modalités de prise en charge médicale des enfants nés de mère VIH+

CONTENU

Risque de transmission mère-enfant du VIH

- Transmission in utéro (20%)
- Transmission per partum
- Transmission post-partum (allaitement maternel : 14 %)

Facteurs influençant la Transmission mère-enfant

- Stade clinique avancé de la mère
- Type viral : VIH-1 versus VIH-2
- Immunodépression majeure (taux de CD4 < 200 / mm³)
- Séroconversion pendant la grossesse
- Chorioamnionite
- Travail prolongé
- Rupture des membranes
- Charge virale plasmatique élevée.

Protocoles thérapeutiques pour la prévention de la TME du VIH

– *Protocole ACTG 076*

- AZT : à partir de la 14^{ème} semaine de grossesse (500 mg / jour)
- AZT en perfusion intraveineuse pendant le travail
- AZT sirop au nouveau-né pendant 6 semaines
- Pas d'allaitement maternel
- Réduction de la TME de 67 %

– *Protocole court Thailand*

- AZT : à partir de la 36^{ème} de grossesse (300 mg x 2 / jour)
- AZT pendant le travail à raison de 300 mg / heure
- AZT sirop au nouveau-né pendant 6 semaines
- Pas d'allaitement maternel
- Réduction de la TME de 51 %

– *Protocole de l'étude PETRA (ONUSIDA)*

- AZT + 3TC à partir de la 36ème de grossesse
- AZT + 3TC pendant le travail
- AZT + 3 TC en sirop pendant 1 semaine au nouveau-né
- Allaitement maternel
- Réduction de la TME = 50 %

– *Protocole de l'étude ANRS 024 (Côte d'Ivoire et Burkina faso)*

- AZT à partir de la 36ème de grossesse (300 mg x 2 / jour)
- AZT : 600 mg au début du travail par voie orale
- AZT : au nouveau né en post-partum pendant 8 jours
- Réduction de la transmission = 37 %

– *Protocole du Programme Sénégalais de la prévention de la TME*

- Sérologie VIH proposée systématiquement aux femmes en grossesse
- Taux d'hémoglobine > 8 g/dl
- Protocole court AZT (300 mg x 2/j) : 34 –36 semaines de grossesse
- AZT 300 mg / 3 heures par voie orale ou en perfusion intraveineuse au cours du travail
- AZT sirop au nouveau-né : 2 mg / kg pendant 6 jours
- Allaitement artificiel
- Suivi biologique des enfants et traitements des enfants infectés (voir Guide Prise en charge des enfants).
- Si la femme VIH+ est vue tardivement au maneur du travail, proposer de la Névirapine 200 mg per os en dose unique (en cas d'impossibilité de la voie orale du fait de troubles digestifs, faire passer la Névirapine par voie intraveineuse). Mettre le nouveau-né sous Névirapine Sirop 2 mg/kg en dose unique dans les 72 h après l'accouchement.

MODULE 5 :

LES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG

METHODES D'ENSEIGNEMENT

- Exposé magistral
- Etudes de cas
- Travaux de groupe

DUREE : 2 heures

OBJECTIFS

1. Evaluer le risque infectieux en cas d'accident avec exposition au sang
2. Proposer une conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang.

INTRODUCTION

DÉFINITION AES

- Accident avec contact sang ou liquide biologique contenant du sang
- Effraction cutanée (piqûre, coupure)
- Projection sur muqueuse ou peau lésée
- Agents infectieux pouvant être transmis : VHB (risque 30%) , VHC (risque 3 %) , VIH-1 (risque 0,3 %)

INTÉRÊT DE LA QUESTION

- Fréquence des AES en milieu de soins
- Problème médico-légal
- Prévention :
 - Respect des règles d'hygiène élémentaires
 - Amélioration des conditions de travail
 - Meilleure prise en charge des AES

FACTEURS FAVORISANT LE RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH

- Nature du liquide infectant
- Volume sanguin inoculé
- Profondeur de la piqûre
- Absence de port de gants
- Stade clinique du patient source
- Absence de traitement antirétroviral chez le patient source.

RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH ET PERSONNEL DE SOINS

- Infirmiers et stagiaires en soins infirmiers
- Préleveurs dans les laboratoires
- Chirurgiens et spécialités chirurgicales
- Risque de transmission surtout par piqûre avec aiguille souillée
- Séroconversion 3 à 6 mois après AES

MESURES DE PREVENTION

- Tout liquide biologique peut être potentiellement infectaire.

- Se laver les mains
- Manipuler avec soins objets tranchants ou piquant
- Jeter les aiguilles utilisées
- Ne pas recapuchonner les aiguilles utilisées
- Protection : gants, masque, blouse, tablier, lunettes de protection.

RÔLES DE L'EMPLOYEUR

- Assurer la formation du personnel
 - Hygiène hospitalière
 - Précautions à prendre pour éviter les AES
 - Procédures administratives
- Fournir les moyens de protection
- Améliorer les conditions de travail
- Vaccinations contre l'hépatite B

CONDUITE A TENIR

1. Soins immédiats

- Nettoyage à l'eau et au savon
- Rinçage antiseptique avec Dakin ou à l'Eau de Javel 12° diluée au 1/10 ou Alcool 70° ou Polyvidone iodée ; laisser 5 minutes de contact au moins
- Projection sur les muqueuses : rinçage prolongé à l'eau
- Soutien psychologique

2. Evaluer le risque infectieux

- Risque élevé
 - Piqure profonde avec une aiguille creuse provenant d'une voie veineuse ou artérielle
 - Coupure avec une lame de bistouri souillée de sang
- Risque Intermédiaire
 - Erosion épidermique superficielle avec une aiguille creuse
 - Coupe avec une lame de bistouri à travers des gants
 - Projection de liquide biologique sur une muqueuse ou sur une peau lésée.

- Risque faible
 - Piqûre superficielle avec une aiguille de suture, intramusculaire, sous-cutanée
 - Projection de liquide biologique sur une muqueuse ou sur une peau saine

3. Prophylaxie antirétrovirale

A proposer le plus rapidement possible dans les 4 heures après l'accident et avant 48 heures en cas de risque d'infection élevé et de risque intermédiaire. On donnera une trithérapie pendant 30 jours :

- AZT : 300 mg x 2 / jour
- 3TC : 150 mg x 2 / jour
- Indinavir : 800 mg x 3 / jour

Ou

- AZT : 300 mg x 2 / jour
- 3TC : 150 mg x 2 / jour
- Nelfinavir : 750 mg x 2 / jour

Lorsque le risque est faible, pas de traitement antirétroviral

NB. La chimiothérapie sera arrêter si la sérologie VIH du patient est négative.

4. Conduite à tenir ultérieurement

- Déclaration de l'accident dans les 24 heures
- Bilan biologique initial à faire dans les 8 jours (chez le personnel et chez le patient source)
 - Sérologie VIH
 - Sérologie hépatite B et C
- Si 1ère sérologie VIH négative chez le soignant, il faudra faire un suivi biologique à 3 mois et à 6 mois.
- Certificat médical final à établir au 6ème mois.

NB. Suivi biologique à arrêter si la sérologie VIH du patient source est négative.

5. Dans chaque structure sanitaire, identifier des médecins référents pour la prise en charge des AES (accidents exposant au sang).