

→ **Inhibiteurs Nucléotidiques**

Ils agissent de façon compétitive avec le nucléoside déoxyadénosine 5 triphosphate en se transformant en Ténofovir Diphosphate par phosphorylation intracellulaire.

→ **Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INNTI)**

Cette famille agit de façon non compétitive avec les nucléosides naturels en se fixant directement sur la transcriptase inverse, et comme :

→ **Avantages**

- Inhibiteurs puissants de la transcriptase inverse
- Pas de métabolisme intracellulaire
- Facilité de prises.

→ **Inconvénients**

- Résistance rapide à haut niveau après 1 mutation
- Résistance croisée de classe
- Hépatotoxicité notamment en cas d'atteinte hépatique préalable
- Inactifs sur le VIH 2.

b. Inhibiteurs de la protéase (IP)

Ils sont utilisés à partir de 1996. Ils agissent au niveau du processus d'assemblage **des protéines virales** nouvellement synthétisées en inhibant l'action de la protéase et ont comme :

→ **Avantages**

- Antirétroviraux les plus actifs sur le VIH 1 et le VIH 2
- Synergie avec les nucléosides
- Pas de métabolisme intracellulaire
- Résistance lente à apparaître.

→ **Inconvénients**

- Résistance croisée de classe
- Tolérance médiocre
- Effets secondaires préoccupants
- Interactions médicamenteuses (induction CYT+++P450).
- Nombre de gélules à prendre.

III.2.2.3 Initiation du traitement ARV

a. Le traitement ARV est à débiter :

- Chez l'adulte : $CD4 < 350 / mm^3$
- Chez l'enfant : $CD4 < 25\%$ des lymphocytes totaux
- Chez l'adulte et chez l'enfant, quel que soit le taux du CD4, avec Stades III et IV de l'OMS.

b. Le Protocole national (référence : Protocole National de prise en charge médicale de l'infection à VIH, édition 2009)

Chez l'adulte :

1 ^{ère} ligne (2INTI + INNTI)	2 ^{ème} ligne (2INTI + IP) 2 INTI différents 1ère ligne
<p><u>1^{er} choix :</u> (AZT + 3TC) + NVP (1 - 0 - 1) (1-0-1)</p>	<p>ABC + TDF + LPV/R (2-0-0) (1-0-0) (2-0-2)</p> <p><u>ou</u> ABC + DDI + LPV/R (2-0-0) (1-0-0) (2-0-2)</p>
<p><u>2^{ème} choix :</u> (TDF + FTC) + EFV (0 - 0 - 1) (0-0-1)</p>	<p>ABC + DDI + LPV/R (2-0-0) (1-0-0) (2-0-2)</p>

Chez l'enfant :

1 ^{ère} ligne (2INTI + INNTI/IP)	2 ^{ème} ligne (2INTI + IP)
<p><u>1^{er} choix :</u> <i>pas de NVP pour la mère pendant la grossesse ET/OU pour l'enfant à la naissance :</i> AZT + 3TC + NVP</p>	<p>ABC + DDI + LPV/R</p> <p><u>Ou</u></p> <p>ABC + 3TC + LP</p>
<p><u>2^{ème} choix :</u> <i>prise de NVP par la mère pendant la grossesse ET/OU par l'enfant à la naissance :</i> AZT + 3TC + LPV/R</p>	

c. Les effets secondaires des ARV utilisés dans le protocole national

MOLECULES	PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES
INHIBITEURS NUCLEOSIDIQUES	
Zidovudine (AZT)	Anémie, Neutropénie, Myopathie
Lamivudine (3TC)	Hépatite, Pancréatite mais bien toléré en général
Abacavir (ABC)	Hypersensibilité
Emtricitabine (FTC)	Néphrotoxicité
Didanosine (DDI)	Pancréatite (clinique ou biologique seulement) Neuropathie périphérique, Altération de la fonction hépatique, Acidose lactique avec hépatomégalie
INHIBITEURS NUCLEOTIDIQUES	
Ténofovir (TDF)	Néphrotoxicité
INHIBITEURS NON NUCLEOSIDIQUES	
Névirapine (NVP)	Hépatotoxicité
Efavirenz (EFV)	Vertiges, Dépression
INHIBITEURS PROTEASES	
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	Troubles digestifs : Diarrhées, Nausées, Vomissement

III.2.3 Prophylaxie des infections opportunistes

La prophylaxie dans le cadre de l'infection à VIH consiste à éviter l'apparition des infections opportunistes et à renforcer le traitement curatif en vue de la restauration immunitaire.

III.2.3.1 Les prophylaxies primaires au cours de l'infection à VIH

Chez l'adulte

Taux de CD4	Prophylaxie	Molécules et posologie	Durée
> 200/ mm ³	pas de prophylaxie		
≤ 200/ mm ³	Pneumocystose	Cotrimoxazole 400/80 mg (1cp/j)	jusqu'à CD4 stable à 200 / mm ³ pendant au moins 3 mois
		Alternative moins efficace : Aérosol mensuel de Pentamidine 300 mg, Dapsone, Atovaquone	
< 100/ mm ³	Toxoplasmose	Cotrimoxazole 400/80 mg (1cp/ j)	jusqu'à CD4 stable à 100 / mm ³ pendant au moins 3 mois
		Alternative moins efficace : Dapsone 50 mg/ j et Pyriméthamine 50mg/ sem /j	
<75/mm ³	Infection à mycobactéries atypiques	Azithromycine 1200 mg/j une fois/ sem	jusqu'à CD4 stable à 100 / mm ³ pendant au moins 3 mois
		Alternative : Rifabutine	

- Pour une PVVIH avec un taux de CD4 ≤ 200 / mm³ : débiter la prophylaxie de la **pneumocystose**
- Pour une PVVIH avec un taux de CD4 ≤ 100 / mm³ : débiter la prophylaxie de la **pneumocystose et de la toxoplasmose**
- Pour une PVVIH avec un taux de CD4 ≤ 75 / mm³ : débiter la prophylaxie de la **pneumocystose, de la toxoplasmose et de l'infection à mycobactéries atypiques**
- La reprise des prophylaxies est **indiquée en cas de chute des CD4 même sous ARV.**

Chez l'enfant :

La prophylaxie par Cotrimoxazole est initiée à partir d'un taux de CD4 < 15 %.

Chez le nouveau né exposé au VIH :

Débuter la prophylaxie par Cotrimoxazole à la dose de **30mg/kg/j** à partir de la 6^e semaine jusqu'à l'âge de 12 mois.

III.2.3.2 La prophylaxie secondaire

Certaines maladies comme la toxoplasmose, le CMV, la cryptococcose nécessitent une **prophylaxie secondaire après le traitement curatif**.

En général, la prophylaxie secondaire consiste en la prise des **mêmes médicaments au cours du traitement mais à demi-dose**.

L'arrêt de la prophylaxie secondaire peut se faire quand le taux de **CD4 est stable à 100 / mm³** pendant **6 mois successifs**.

III.2.3.3 Le traitement des principales infections opportunistes

La plupart des infections opportunistes répondent au traitement classique de ces infections, mais quelques unes se traitent seulement par les ARV.

❖ LA TUBERCULOSE

- Même schéma thérapeutique que chez les patients non infectés par le VIH
- Initier le traitement anti tuberculeux puis débiter le traitement ARV au bout du 15^{ème} jour
- Tenir compte des interactions médicamenteuses
(exemple : l'association Rifampicine et Inhibiteur de la Protéase est contre-indiquée).

❖ TOXOPLASMOSE CEREBRALE

- Traitement :

Traitement curatif de référence	Traitement curatif alternatif	Traitements associés
<p>- PYRIMETHAMINE (Malocide®) 50 mg/j</p> <p>- SULFADIAZINE (Adiazine®) : 100 mg /kg/j en 4 prises (soit 4-6g/j)</p> <p>- ACIDE FOLINIQUE 25 mg/j</p> <p>6sem</p> <p>→En cas d'intolérance à la Sulfadiazine, remplacer par :</p> <p>CLINDAMYCINE (DALACINE®) 1,6 à 2,4g/j</p>	<p>COTRIMOXAZOLE 75mg/kg/j voie parentérale : J₁-J₁₀ puis per os → J₁₁-J₂₁</p> <p>→Si allergie ou intolérance aux sulfamides :</p> <p>ATOVAQUONE 1500 mg X 2/j → 3 sem</p>	<p>- Anti-oedémateux cérébral : METHYL PREDNISOLONE : 40 mg en IV x 4 / j</p> <p>-Anti-convulsivant : *Si crise : CLONAZEPAM (Rivotril®) : 1A à 1mg en IVL</p> <p>*Alternative : DIAZEPAM 10 mg en IVL</p> <p>*Traitement de fond : VALPROATE DE SODIUM : 25-30 mg/kg/j</p>

○ **Prévention :**

Prévention primaire	Prévention secondaire
<p>Indication : $CD4 < 200 / mm^3$</p> <p>COTRIMOXAZOLE FORTE (800/160) 1cp/ j</p>	<p>Poursuite du traitement à demi-dose</p> <ul style="list-style-type: none"> - SULFADIAZINE (Adiazine ®) 2g/j - PYRIMETHAMINE (Malocide®) 25 mg/j <li style="text-align: center;">+ - ACIDE FOLINIQUE 50 mg / semaine en une prise

N B : La prévention sera arrêtée si $CD4$ est $> 200 / mm^3$ pendant une période plus de 6 mois.

❖ **PNEUMOCYTOSE**

○ **Traitement :**

Traitement curatif	Traitement alternatif
<p>COTRIMOXAZOLE 75 mg/kg/j* } → 21j</p> <p>ACIDE FOLINIQUE 50 mg/jour</p>	<p>ATOVAQUONE 750 mg x2/j → 21j</p>
<p><i>Si $PaO_2 < 70\%$ ou $FR > 30/mn$ ou devant un tableau de détresse respiratoire : Ajouter Methyl prednisolone en IV : 1 mg/kg/j pendant 5-10 jours puis diminution progressive.</i></p>	

*sans dépasser 12 comprimés à 480 mg, ou 6 comprimés à 960 mg ou 12 ampoules par jour.

○ **Prévention :**

Prévention primaire	Prévention secondaire
<p><u>Indication</u> : $CD4 < 200 / mm^3$</p> <p>COTRIMOXAZOLE FORTE (800/160) 1cp/ j</p> <p style="text-align: center;"><u>ou</u></p> <p>ATOVAQUONE 750 mg /j</p>	<p>COTRIMOXAZOLE FORTE (800/160) 1cp/ j</p> <p style="text-align: center;"><u>ou</u></p> <p>DAPSONE (Disulone ®) 100 mg/j</p> <p style="text-align: center;"><u>ou</u></p> <p>ATOVAQUONE 750 mg /j</p>

N.B La prévention sera arrêtée si $CD4$ est $> 200/mm^3$ pendant plus de 6 mois.

❖ HERPES ET ZONA

Maladie	Traitement	Remarques
HERPES	VALACICLOVIR (Zelitrex®) 500 mg x 2/j pendant 5j	

❖ CYTOMEGALOVIRUS (CMV)

Traitement curatif	Traitement d'entretien
Pour toutes atteintes neurologiques, rétinites, digestives, pulmonaires : GANCICLOVIR 5 mg/kg x 2/j en IV → 15-21 j suivi d'un traitement d'entretien	VALGANCICLOVIR 900 mg/j par voie orale

Le traitement d'entretien sera arrêté si CD4 est $> 100/ \text{mm}^3$ pendant plus de 6 mois.

❖ CANDIDOSE

Maladie	Traitement
CANDIDOSE ORO-PHARYNGEE	<i>Traitement curatif :</i> FLUCONAZOLE 50 mg à 100mg per os → 7 à 10 j

La prophylaxie secondaire sera arrêtée si taux de CD4 $> 200 / \text{mm}^3$ depuis plus de 6 mois sous traitement antirétroviral efficace.

IV- SUIVIS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE DES PATIENTS SOUS ARV SELON L'EFFICACITE ET LES EFFETS SECONDAIRES DES ARV PRESCRITS

Faire :

- Le Dosage taux des CD4 :
 - o 1 mois après instauration du traitement *puis*
 - o tous les 3 mois.
- Les autres examens nécessaires en fonction de l'état clinique du patient et les ARV prescrits
- La charge virale :
 - o six mois après le début du traitement puis tous les ans afin de suivre l'efficacité du traitement.
- Le suivi des effets secondaires du traitement.

Tous les 3 ou 4 mois en fonction des ARV prescrits, faire :

- Taux de CD4
- Hémogramme
- Transaminases
- Gamma GT
- Glycémie
- Amylasémie
- Lipasémie
- Créatininémie (clairance calculée)
- Bilan lipidique : Triglycéride, cholestérol total, LDL cholestérol, HDL cholestérol
- Phosphatase alcaline
- Protéinurie
- Calcémie
- Phosphorémie si TDF

Toutefois,

- pour la recherche d'une résistance éventuelle aux ARV, faire le test génotypique et
- pour les patients très immuno déprimés ($CD4 < 100/mm^3$), prescrire :
 - Frottis cervico-vaginal chez la femme : 2 fois par an
 - Fond d'œil : tous les 6 mois
 - Recherche de Mycobactérie atypique s'il y a fièvre inexplicée.

IV.1. CONTEXTE

En matière de prise en charge, les besoins des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ne se limitent pas à l'accès aux médicaments et aux soins médicaux. En outre, ils ont besoin entre autre d'un soutien psychologique, social et spirituel. En effet, ce soutien peut atténuer la perception de la relation de causalité inéluctable entre l'infection par le VIH et le décès et favoriser ainsi une meilleure intégration dans la société.

Ceci permet l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA et les changements de comportement et la prévention de la transmission du VIH, grâce à une information ciblée et une communication de proximité. Il reflète les interventions sociales réalisées pour la PVVIH et son entourage. Plusieurs acteurs sont impliqués dans la prise en charge psychosociale. La durée de relation d'aide ne peut être définie et pose le problème de durabilité de l'action et la capacité du système.

IV.2. DEFINITION

Le principe de prise en charge psychosociale est un processus par lequel on amène le PVVIH, l'Orphelin Enfant Vulnérable, la famille et ou le tuteur et l'entourage à faire de nouveaux apprentissages, à poser de nouveaux gestes pour arriver à satisfaire ses besoins ou à résoudre ses difficultés face à sa situation.

IV.3. PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

L'intervenant social aide la personne à reformuler sa situation autrement et à restaurer une image positive de soi dans la personne à accompagner. Les modes de comportements et la situation de vulnérabilités. Les interventions sociales doivent arriver aux résultats suivants :

- Surmonter les traumatismes
- Vaincre la stigmatisation et la discrimination
- Développer des aptitudes pour prendre des décisions, fixer des objectifs, résoudre des problèmes, négocier et communiquer
- Mouvoir un sentiment de responsabilité par rapport à leur vie, ainsi qu'un sentiment d'espoir face à l'avenir
- Rétablir leur confiance et leur estime de soi. Pour cela, le programme de prise en charge psychosociale doit savoir déterminer au début les problèmes spécifiques à chaque personne sa famille ou son entourage. La personne doit assumer sa maladie, gérer sa maladie liés.

IV.4. LES QUATRE PHASES DE PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

IV.4.1 Engagement

(SE/CNLS, Manuel de l'intervenant social, prise en charge psychosociale, septembre 2008)

C'est l'acceptation de la personne à s'engager dans une prise en charge psychosociale. La confiance entre elle et l'intervenant social est établie à ce moment.

IV.4.2 Phase d'exploration

C'est la phase dans laquelle le malade exprime ses sentiments et la façon dont elle vit sa situation.

IV.4.3 Phase de Compréhension

C'est le moment où la confiance est établie entre l'intervenant social et le patient. Le patient peut alors raconter tout son problème sans avoir peur.

IV.4.4 Phase de la construction du projet

Quand la confiance est établie, la personne accompagnée se sent stable et peut alors envisager un projet de vie à court ou à long terme.

IV.5. LES DIFFERENTES COMPOSANTES DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

IV.5.1 Le soutien social ou socio-économique

Le sida est une maladie qui appauvrit. Il compromet la stabilité financière et affecte l'équilibre familial. Certains malades sont également contraints de quitter leur emploi en raison de la stigmatisation. Les familles pauvres sont encore plus vulnérables. Des réinsertions sociales sous forme de vivre, nourriture, vêtements, médicaments, logis, sont alors nécessaires. Certaines associations leur procurent des aides en collaborant avec le gouvernement ou les partenaires au développement.

IV.5.2 Le soutien psychologique

Dans cette optique, il existe le soutien à domicile. Elle permet d'alléger le paquet de service. Néanmoins il faut un consentement au préalable. A part l'appui psychologique offert pendant la conversation, l'intervenant peut aider la personne à avoir une propreté de soi et de sa chambre. On peut faire également le suivi des paramètres médicaux : température, poids, pouls, et demander les symptômes éventuelles. Mais il existe aussi, les groupes de paroles où toutes les personnes présentes sont des personnes infectées et où chacun peut s'exprimer librement sur leurs difficultés, leur soucis, leurs espoirs. Ces groupes de paroles sont dirigés par des gens spécialisés dans le domaine. Le témoignage est aussi une autre forme de soutien. Elle se fait surtout par la suite d'un résultat positif. Le patient nouvellement détecté pourrait avoir besoin d'un témoignage qui lui dit qu'il n'est pas seul.