

## **Remarque :**

- ☛ Respecter le protocole de la prévention du paludisme chez les femmes enceintes séropositives par le SULFADOXINE PYRIMETHAMINE (TPI) en trois doses espacées de 1 mois.

### **III.2.2 Les pratiques obstétricales non traumatisantes**

#### **III.2.2.1 Eviter :**

- Les touchers vaginaux itératifs : ne procéder à un examen cervical que lorsqu'il est absolument nécessaire et le faire avec les conditions d'hygiène requises
- Le travail prolongé : suivre l'évolution de l'accouchement par le biais du partogramme pour évaluer la nécessité d'une intervention précoce
- La rupture artificielle des membranes
- Toute manœuvre intempestive :
  - épisiotomie
  - utilisation du forceps ou des ventouses.

#### **III.2.2.2 Réduire le risque d'hémorragie post-partum :**

- Assurer la GATPA : **G**estion **A**ctive de la **T**roisième **P**hase de l'**A**ccouchement pour prévenir l'hémorragie du post partum :
  - **Tâches avant la pratique de la GATPA**
    - Se préparer
    - Préparer le matériel
    - Préparer la l'accouchée
  - **Etapas essentielles de la GATPA**
    - Vérifier l'absence d'un deuxième fœtus
    - Injecter 10 UI d'ocytocine
    - Enrouler le cordon autour de la pince
    - Attendre une contraction
    - Exercer une traction continue sur le cordon tout en refoulant l'utérus vers le haut
    - Masser l'utérus après la sortie du placenta
    - Examiner le placenta
    - Examiner la filière génitale.
  - **Incidents possibles de la GATPA**
    - Échec de la délivrance
    - Rupture du cordon
    - Inversion utérine (si l'on ne refoule pas l'utérus).

### III.2.2.3 Recourir à des pratiques sans risque en matière de transfusion

- Rationaliser la prescription de transfusion de sang
- Utiliser du sang testé négatif pour le VIH, la syphilis, le paludisme et l'hépatite B et C.

#### **Remarque :**

Si la mère observe bien son traitement antirétroviral, le renforcement de la prophylaxie par une dose unique de **Névirapine** et l'opération césarienne prophylactique n'offrent aucun bénéfice supplémentaire. Toutefois, si on doit recourir à la césarienne, elle doit être pratiquée avant le début du travail ou de la rupture des membranes pour pouvoir réduire la Transmission de la Mère à l'Enfant.

### III.2.2.4 Soins du nouveau-né dans la salle d'accouchement

- Clamper le cordon, le couvrir d'une compresse et le sectionner immédiatement
- Donner le bain dans de l'eau additionnée d'antiseptique : Exemple : Chlorhexidine à raison d'une cuillerée à soupe pour 10 l d'eau
- Désinfecter les yeux avec du collyre Bétadine : une goutte dans chaque œil (1 cc de Bétadine®dermique à diluer avec 4 cc d'eau distillée)
- Essuyer la bouche et les narines
- Sécher l'enfant, l'envelopper dans un linge chaud et sec.
- Administrer de la Vit K1 gouttes : 3mg/kg/jour = 3gouttes//kg/ j
  - pendant : **7 jours**, puis
  - **1 fois par semaine pendant 1 mois.**

## III.2.3 Alimentation sans risques du nouveau-né

### III.2.3.1 Administration d'ARV pour la mère pendant l'allaitement maternel

- **Si la mère a déjà reçu des ARV prophylactiques en trithérapie**, continuer le même régime prophylactique jusqu'au 12ème mois, fin de la période de l'allaitement maternel, suivant les recommandations de l'OMS
- **Si la séropositivité est découverte pendant la période du post partum**, administrer des ARV prophylactiques en trithérapie à la mère qui décide d'allaiter :

(AZT+3TC) + LPV/R  
(1-0-1) (2-0-2)

### III.2.3.2 Alimentation du nouveau-né

Dans la plupart des pays développés, les mères séropositives ont les moyens de donner à leurs nouveaux-nés du lait artificiel. Mais dans les pays à ressources limitées, les mères ne peuvent pas assurer la disponibilité de lait de substitut qui remplit les conditions **AFASS** : Acceptable, Faisable, financièrement Abordable, Durable, Sûre.

Ainsi, elles sont confrontées au dilemme entre les avantages de l'allaitement maternel avec risque de transmission du VIH et la décision de ne pas allaiter avec risque accru de mortalité par diarrhée et malnutrition.

Quel que soit le choix de la mère sur l'alimentation de son enfant, elle doit être soutenue et suivie médicalement et psychologiquement.

Il est recommandé de pratiquer l'AME pendant 6 mois et de continuer l'allaitement maternel jusqu'à 12 mois, **la mère étant sous ARV**. Le sevrage de l'enfant doit se faire progressivement pendant 1 mois à partir du 11<sup>ème</sup> mois. La prise d'ARV prophylactique par la mère continue pendant 1 semaine après l'arrêt complet de l'allaitement maternel.

### III.2.4 Suivi de la mère et de l'enfant

- Suivi médical et soutien psychologique de la mère quel que soit son choix sur l'alimentation de son enfant
- Suivi de la mère en tant que personne séropositive
- Suivi du nouveau-né.
  - Le BCG est contre - indiqué chez tout enfant infecté par le VIH
  - Pour les enfants nés d'une mère séropositives ne présentant pas de signes évocateurs de l'infection à VIH : respecter le calendrier vaccinal national
  - Pour les enfants symptomatiques et ou dont l'état clinique est inquiétant : reporter les vaccinations après amélioration du système immunitaire.

## IV-LES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES)

Un accident d'exposition au sang ou AES est un accident survenant par contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang, ou par piqûre avec une aiguille ou par coupure avec un objet tranchant ou par projection sur une muqueuse (yeux, bouche) ou par contact sur une peau lésée (plaie, eczéma, excoriation...).

### IV.1 Facteurs de risque de transmission du VIH

Le risque de transmission du VIH est évalué à :

- 0,3% dans les cas d'exposition percutanée (piqûre ou coupure)
- 0,03% lors d'un contact muqueux ou peau lésée.

Dans le cas d'une piqûre par aiguille ou coupure par bistouri :

- o **L'exposition est massive,**
  - si la piqûre est profonde (IM) avec aiguille creuse servie en IV
  - s'il y a exposition au VIH concentré (par exemple au laboratoire).
- o **L'exposition est intermédiaire,**
  - si la piqûre est superficielle par aiguille creuse ayant servi en IV
  - s'il y a blessure par bistouri souillé à travers les gants.
- o **L'exposition est minime:**
  - S'il y a érosion épidermique superficielle par piqûre souillée sous-cutanée.

## IV.2 Conduite à tenir en cas d'AES

### IV.2.1 Les premiers soins d'urgence

#### ➤ **Piqûres et blessures:**

- Nettoyer immédiatement la partie cutanée lésée à l'eau et au savon
- Eviter de faire saigner
- Rincer la plaie
- Désinfecter avec de l'alcool à 70° ou des dérivés chlorés (DAKIN® ou eau de Javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10) ou de polyvidone iodée (BETADINE®) pendant au moins 5 minutes.

#### ➤ **Projection sur les muqueuses et les yeux:**

- Rincer immédiatement et abondamment à l'eau ou au sérum physiologique.

#### ➤ **Contact direct du liquide biologique sur peau lésée:**

- Nettoyer la partie exposée avec de l'eau et du savon, et
- Désinfecter.

### IV.2.2 Evaluation des risques infectieux par un médecin référent :

- **Appréciation du risque** en fonction du type de l'accident, de la profondeur de la blessure, du type du matériel incriminé.

Les critères de risque les plus importants sont :

- piqûre profonde ou ayant saigné
- sang visible sur instrument blessant
- aiguille creuse ayant été utilisée en intraveineux ou en intra artériel direct
- patient en phase aiguë ou terminale
- charge virale élevée...

- **Recherche du statut VIH du patient ou du sujet source** est une priorité absolue afin de ne pas traiter inutilement les sujets non exposés tout en obtenant son accord.

### IV.2.3 Chimio prophylaxie

- A commencer dans les 48 heures après l'exposition, idéalement avant 4<sup>ème</sup> heure et consiste en la prise d'une trithérapie anti-rétrovirale durant 4 semaines
- A adapter en fonction du statut VIH du patient source:
  - **Statut patient source connu:**
    - **Statut VIH négatif :**
      - pas de traitement à moins qu'il y a risque de séroconversion ou de fenêtre sérologique

- **Statut VIH positif:**

- Faire la chimio prophylaxie par la prise de trithérapie antirétrovirale.

• **Statut patient source inconnu:**

- Entreprendre le traitement chimio-prophylactique le plus rapidement possible : 4 premières heures, et d'une durée totale de 4 semaines.

**IV.2.4 Suivi sérologique :**

- Il est systématiquement réalisé, si l'évaluation des risques infectieux a identifié une probabilité de contamination ou si ce risque est impossible à déterminer.
- Ce suivi est effectué en fonction du statut VIH du patient source:
  - **Patient source séronégatif:** en l'absence d'argument pour une séroconversion en cours, pas de sérologie, sauf si l'accidenté le souhaite.
  - **Patient source séropositif ou de statut inconnu :** demander la sérologie VIH avant le 8<sup>ème</sup> jour, puis au 3<sup>ème</sup> et au 6<sup>ème</sup> mois.
- Rappeler à la personne exposée qu'elle doit utiliser un préservatif lors de ses relations sexuelles tant qu'elle ne connaît pas son statut VIH vis-à-vis de sa contamination.
- La recherche du statut VIH du patient source est une priorité absolue afin de ne pas traiter inutilement les sujets non exposés et de disposer de la souche virale.
- Toutes les prestations de services (dépistage et mise en route du traitement ARV) doivent être pratiquées dans le respect des règles d'éthique et de déontologie. Un traitement peut être débuté et arrêté rapidement si la sérologie VIH de la personne source est négative.
- Le rôle du médecin est de :
  - évaluer le risque
  - conseiller le sujet exposé quant à l'intérêt ou non d'un traitement post-exposition, effets secondaires des ARV, incertitude sur l'efficacité de la prophylaxie.

**Remarque :**

- On commence tout de suite la chimio prophylaxie en cas de viols ou de déchirure des préservatifs chez un couple dont au moins un partenaire est séropositif au VIH.

## SESSION 7

### PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION A VIH

#### BUT :

La prise en charge médicale et la prise en charge psychosociale de l'infection à VIH doivent aller en pair pour assurer une prise en charge efficace et complète de l'infection à VIH.

Cette session permet aux participants de prendre connaissance des différentes étapes de la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH et de prendre connaissance des paquets de la prise en charge psycho-sociale des personnes vivant avec le VIH.

Elle traitera les composantes de la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH :

- Bilan initial
- Conduite proprement dite de la prise en charge :
  - ☛ Suivis clinique et biologique pour le patient ne nécessitant pas d'ARV
  - ☛ Traitement antiretroviral, suivis clinique et biologique pour les patients nécessitant des ARV
  - ☛ Prophylaxie des infections opportunistes
  - ☛ Traitement des principales infections opportunistes
  - ☛ Suivis clinique et biologique des patients sous ARV selon l'efficacité et les effets secondaires des ARV prescrits



#### OBJECTIF SPECIFIQUE :

A la fin de la session le prestataire devrait être capable de :

Expliquer la conduite de la prise en charge de l'infection à VIH



#### TECHNIQUE UTILISEE :

Mini exposé



DUREE : 80 minutes

## **I. ROLES DU MEDECIN REFERENT**

- Bilan initial
- Suivi clinique et biologique
- Prescription et changement de la ligne thérapeutique ARV
- Observance du traitement
- Prophylaxie des infections opportunistes
- Prise en charge infections opportunistes.

## **II. ROLES DU PERSONNEL DE RESEAU**

- Suivi clinique
- Observance de traitement
- Surveillance des effets secondaires
- Référence :
  - médicale
  - psychosociale vers les associations de prise en charge psychosociale.
- prophylaxie primaire des infections opportunistes chez le nouveau-né.

## **III. PRISE EN CHARGE MEDICALE DE BASE DE L'INFECTION A VIH**

### **III-1 BILAN INITIAL**

- CD4/CD8
- Hémogramme avec taux d'hémoglobine
- Ionogramme
- Transaminases
- Créatininémie
- Protéinurie
- Glycémie à jeun
- Cholestérolémie
- Triglycéridémie
- Marqueurs de l'Hépatite virale B : Ag HbS, Ac anti-HbS
- Sérologie hépatite virale C
- Sérologie de la Syphilis : RPR, TPHA
- Sérologie de la toxoplasmose
- Test de grossesse chez la femme

- Frottis vaginal pour le dépistage de HPV chez la femme
- Radiographie pulmonaire
- Tests de résistance : Test génotypique
- Des examens en fonction de l'état clinique : exemple, examen des crachats pour la recherche de BAAR à faire si le patient tousse, etc...

## III-2 CONDUITE PROPREMENT DITE DE LA PRISE EN CHARGE

### III.2.1 Patient ne nécessitant pas d'ARV : suivi clinique et biologique

#### Tous les 3 à 4 mois

- Taux des CD4
- En fonction de l'état clinique du patient :
  - Hémogramme
  - Transaminases
  - Créatininémie (clairance calculée)
  - Protéinurie
  - Frottis vaginal chez la femme
  - Radiographie pulmonaire

**Une fois par an, faire :** sérologies : hépatites, syphilis, toxoplasmose, Cyto Megalo Virus (CMV), Frottis Cervico-Vaginal (FCV) chez la femme.

### III.2.2 Patient nécessitant des ARV

#### III.2.2.1 Traitement antirétroviral

L'objectif du traitement Antirétroviral est de réduire au maximum (indétectable) et d'une façon durable, la charge virale plasmatique d'une personne infectée, afin de :

- garder le patient hors de la zone à risques d'infections opportunistes et de décès, tout en maintenant une qualité de vie optimale
- améliorer et maintenir l'immunité du patient (Taux de CD4 > 200/ mm<sup>3</sup>)
- limiter l'apparition de souches VIH résistantes.

Depuis l'ère des ARV, l'espérance de vie des patients traités se rapproche de celle des personnes non infectées par le VIH.

Le succès du traitement dépend ainsi :

- de la puissance antirétrovirale continue des molécules
- des associations de molécules ARV
- du maintien des concentrations efficaces dans les cellules cibles.

Ce succès est conditionné par la prise continue et à vie des médicaments.

La progression clinique vers le sida est corrélée à l'observance du traitement :

- Observance > 90% : progression infime
- Observance 51-89% : 8% de progression
- Observance < 50% : 50 % de progression vers SIDA.



### III.2.2.2 Les différentes familles des ARV

Les ARV sont classés selon leurs sites d'action et on distingue actuellement cinq grandes familles :

- **Les inhibiteurs de la fusion** : T2O Enfuvirtide
- **Les inhibiteurs des corécepteurs** CCR5, CXCR4 : Maraviroc
- **Les inhibiteurs de l'attachement** : BMS-378806, TNX-355
- **Les inhibiteurs de la transcriptase inverse** :
  - Analogues Nucléosidiques : AZT, ddl, d4T, 3TC, Abacavir, FTC
  - Nucléotides : Ténofovir
  - Non nucléosidiques : Nevirapine, Efavirenz, Etravirine, TMC 278.
- **Les inhibiteurs de l'intégrase** : Raltegravir, GS-9137
- **Les inhibiteurs de l'assemblage**
- **Inhibiteurs de la protéase** : Lopinavir, Ritonavir, Indinavir, Nelfinavir, Amprénavir, , Atazanavir, Tipranavir, Darunavir , Saquinavir
- **Inhibiteurs de glycosidase.**

Ils **bloquent l'action des enzymes importantes** qui interviennent dans la réplication et le fonctionnement du VIH.

**Actuellement**, les ARV couramment utilisés appartiennent à deux grandes familles thérapeutiques :

#### a. Inhibiteurs de la Transcriptase Inverse :

Les Inhibiteurs de la Transcriptase Inverse transcrit l'ARN viral en ADN proviral par l'intermédiaire de la Transcriptase inverse. Ils sont divisés **en trois groupes** :

##### ➔ **Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI)**

Ce sont des dérivés des nucléosides naturels. Ils subissent une tri phosphorylation intracellulaire pour devenir un dérivé actif qui va agir sur la transcriptase inverse de façon compétitive.

Les Premiers antirétroviraux connus (1986) ont comme :

##### ➔ **Avantages :**

- Résistance lente à apparaître
- Synergie avec les autres classes
- Tolérance bonne à court terme
- Facilité de prises.

##### ➔ **Inconvénients**

- Efficacité modérée
- Toxicité mitochondriale.