

Le patient ambulatoire présentant un stade avancé du VIH



L'ensemble de soins pour un
centre de santé primaire:

1. Statut du traitement ARV
2. Quelle est leur stabilité clinique ?

Chapitre 11. Le patient ambulatoire présentant un stade avancé du VIH

Introduction

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 traitement antirétroviral (ARV) 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 cryptococcique, 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.

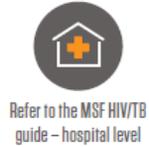
Une approche sur quatre volets est nécessaire

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 liés 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 danger. La stratégie autour de ces aspects sort du cadre de ce guide clinique.
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 votre centre de référence, développez 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.

L'ENSEMBLE DE SOINS POUR UN CENTRE DE SANTE PRIMAIRE :

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

1. Statut du traitement ARV

En raison de programmes ARV 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 standards de deux CV consécutives > 1000 cp/ml entre trois à six mois d'intervalle en présence d'une bonne observation de traitement.

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

- Le patient est-il naïf ou non-naïf ?
- Y a-t-il eu des interruptions de traitement ? (c.à.d. a-t-il 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 et le commencement des soins d'urgence ainsi que le transfert du patient présentant des signes de danger. Ceux qui ne présentent aucun signe de danger 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'observance 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 observance chez un patient qui meurt d'une infection opportuniste gravissime.



See National Guidelines

Ces diagrammes 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.



www.samumsf.org

Ces 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 Resources/HIV/Advanced disease) 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

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 danger

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 de l'état de **traitement ARV**

Si des signes de danger 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)

TOTAL TARV en cours ou interrompu	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
	TARV $>$ 6 mois en cours ou interrompu	STABLE et sous TARV depuis $>$ 6 mois en cours ou interrompu	INSTABLE et sous TARV depuis $>$ 6 mois en cours ou interrompu



Référer à l'hôpital

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

Figure 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 danger 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 de solutés 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 danger : Antécédents et examens à la recherche du statut de traitement antirétroviral, 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 danger → transfert
- **Troubles respiratoires** : si signe de danger → 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 faire sérum 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 primaire, 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 danger
- Suspicion clinique de toute nouvelle maladie de stade 4 ou de toute tuberculose (y compris TBP)
- IRIS : TB ou IRIS cryptococcique 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 co morbides 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 < 6 mois	<p>STABLE + TARV-naïf ou ART < 6 mois</p> <p>Ensemble de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestion du traitement ARV : <ul style="list-style-type: none"> - Si aucun antécédents de TARV, commencer immédiatement (voir point 5 au verso) - Si abandon de traitement, commencer une TARV de première ligne. - Vérifier la CV après 6 mois de TARV en continu. <p>Suivi médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Après 2 semaines puis mensuel • Soins possibles par une infirmière expérimentée 	<p>INSTABLE + TARV-naïf ou ART < 6 mois</p> <p>Ensemble de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensemble de soins pour patient instable. Voir schéma 11.5 • Gestion du traitement ARV : <ul style="list-style-type: none"> - Si aucun antécédents de TARV, commencer immédiatement (voir point 5 au verso) - Si abandon de traitement, commencer une TARV de première ligne. - Vérifier la CV après 6 mois de TARV en continu. <p>Suivi médical :</p> <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 > 6 mois (Traitement en cours ou interrompu)	<p>STABLE + total TARV > 6 mois</p> <p>Ensemble de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestion du traitement ARV : voir schéma 11.4 <p>Suivi médical :</p> <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 	<p>INSTABLE + total TARV > 6 mois</p> <p>Ensemble de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensemble de soins pour patient instable. Voir Schéma 11.5. • Gestion du traitement ARV: voir schéma 11.4 <p>Suivi médical :</p> <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 cryptococcique

Mesures de soutien aux patients et à la communauté

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

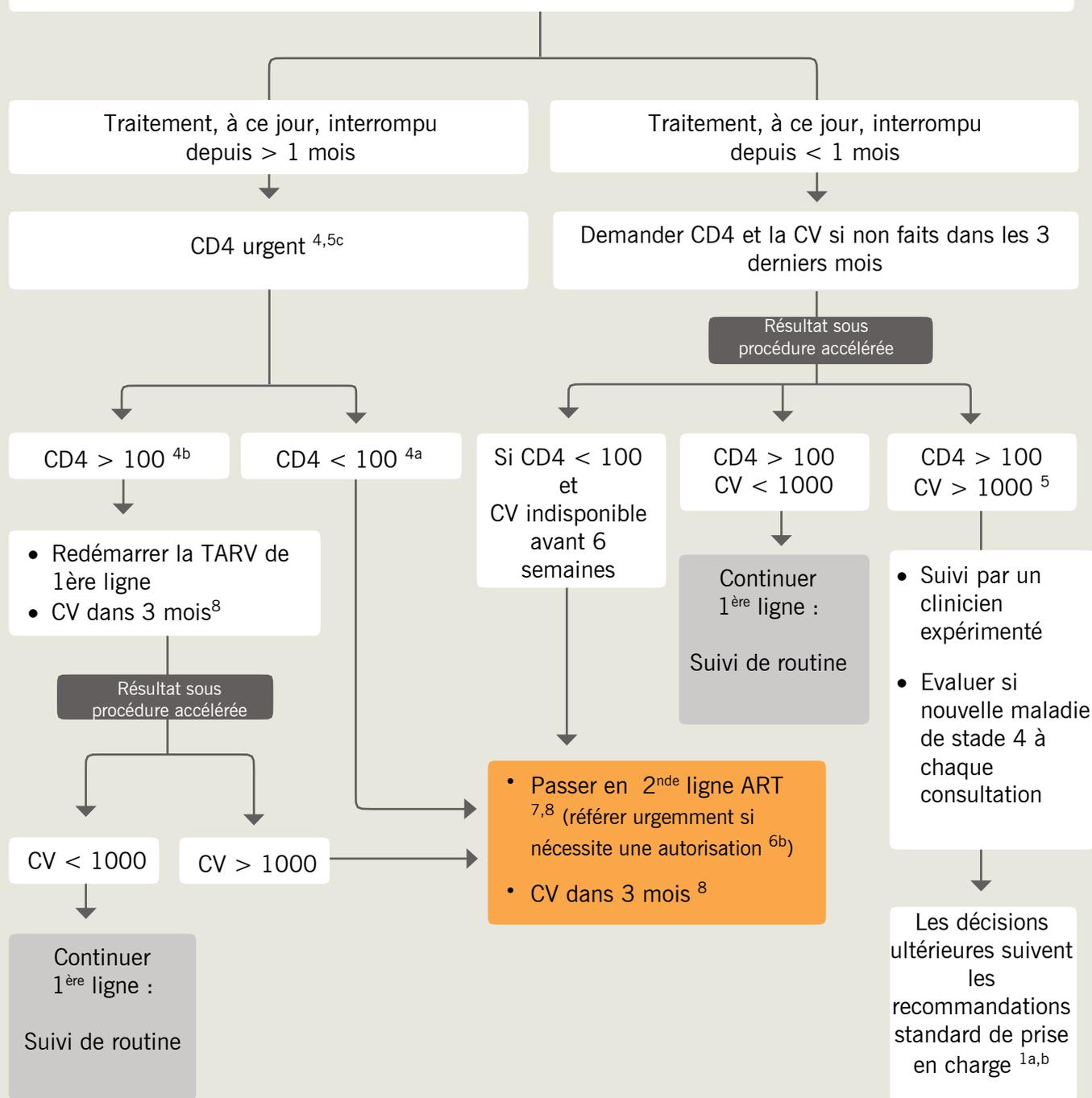
Schéma 11.4 Algorithme de gestion du traitement ARV chez les patients de stade VIH avancé

Prise en charge des patients avec 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 la TARV de 1ère ligne, ou au moment de l'interruption du traitement
(La décision de passer ou non à la deuxième ligne est basée sur les antécédents de la TARV, notamment les interruptions de traitement, les CD4 et la charge virale)^{1a, b}



Notes pour schéma 11.4

1. **Patients présentant une maladie avancée ont un risque élevé de mortalité et morbidité.**
 - a. Une décision pourrait être prise pour passer à une TARV de deuxième ligne en dehors des lignes directrices standard. Cette décision sera guidée par:
 - Si le patient est actuellement sous traitement antirétroviral ou s'il l'a interrompu (voir aussi note 3).
 - CD4 <100 indique un risque élevé de développer une IO fatale; nécessité 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, immunologiques), le traitement antirétroviral doit être immédiatement modifié. Notez 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 TARV, 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. CD4 est <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'observance et de suivis de charge virale peut s'avérer fatal. Un changement empirique rapide peut être indiqué.
 - b. 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, passez 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, considérez 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. S'il y a un délai > 6 semaines pour obtenir le résultat de la CV, prenez une décision en fonction du taux de CD4, comme indiqué ci-dessus
 - c. 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 le faire.
6. Cet algorithme utilise ces critères pour guider le clinicien.
 - 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 donc être appliqué.
 - 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 cryptococcique sont exclues, proposer l'initiation le même jour.
 - Si l'AgCr sanguin est positif mais cliniquement asymptomatique, qu'une PL est impossible ou bien faite avec recherche AgCr du LCR dont le résultat est négatif, commencer la TARV le même jour.
 - Une fois le traitement antituberculeux initié pour une TB autre que la méningite tuberculeuse, commencer la TARV dès que possible, dans un délai de 1 à 2 semaines.
 - En cas de TB neurologique ou de méningite cryptococcique, 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 un nouveau régime de traitement commencé.

Schéma 11.5 Offre essentielle de soins pour les patients instables



La TB est la cause principale de décès. Traitez 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. Convoquez 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.

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

CrAg positif

- Symptômes de méningite : Fluconazole 1200mg 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, 400mg/jour pendant 2 mois, puis 200mg/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 hydro électrolytiques. Cause majeure : infections opportunistes parasitaires, particulièrement l'isospora belli et le cryptosporidium. Voir **Chapitre 15** pour plus de détails.

Co morbidités :

- Les co morbidités nécessitant un suivi rigoureux signifient que le patient est catégorisé comme «instable».
- Les co morbidités 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 : Suspectez l'hépatite B et C et les excès d'alcool.

Rétinites à CMV :

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

Suivi

- Fixez des rendez-vous ultérieurs pour assurer la continuité des soins.
- Assurez-vous que les soins continus sont apportés par des cliniciens ayant un niveau d'expérience suffisant
- Informez et éduquez le patient sur les signes de danger et autres symptômes nécessitant une visite au centre de soins.

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

- En cas d'utilisation, documentez 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. Recherchez 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 retardez pas les
examens et la prise
en charge !**Signes de Danger :**

- Fréquence respiratoire > 30/min
- Température > 39 ° C
- Fréquence cardiaque > 120/m in
- PA systolique < 90mm Hg
- 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
FREQUENTES DE
MORTALITE**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 traitement ARV

La tuberculose disséminée est la cause la plus fréquente de mortalité

1. échec de l'ARV
2. Maladie neurologique - Big 3:
 - TB
 - Méningite cryptococcique
 - 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
MEDICAUX:**

FAITES IMMEDIATEMENT !

Ensemble de tests
au centre de soins:

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

EXAMENS COMPLEMENTAIRES : FAIRE SELON CE QUI EST**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
- Radio Thorax
- Echographie abdominale

Ponction lombaire :

- Nécessaire en cas de trouble neurologique

- Demandez : AgCr, numération cellulaire, taux de protéines, coloration de gram, GeneXpert
- Si la PL pas possible ou suppose un délai incontournable : AgCr 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, ALT
- 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 diagnostic ne peuvent exclure la TB

Gestion des urgences

Hypoglycémie : 50ml de dextrose à 50%

Déshydratation, insuffisance rénale :

(Voir chap.17)

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

Insuffisance hépatique:

(Voir chap.16)

Attention aux drogues hépatotoxiques.

Anémie sévère (Hb<5g/dl)* : transfusion, oxygène (voir schéma 18.1, chap.18)

Bactériémie* :

Si fièvre ou symptomatologie en faveur d'une infection bactérienne ou autre signes de danger : prescrire Antibiothérapie empirique IV (voir l'algorithme adéquat)

Maladie neurologique

Traiter pour une méningite cryptococcique si :

- CrAg du LCR positif
- Etat neurologique anormal et CrAg sanguin positif, PL non possible ou recherche CrAg du LCR indisponible.
- CrAg sanguin positif, PL indisponible et état neurologique normal.

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 danger 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 danger :

- Radio Thorax- traiter si besoin
- Radio Thorax 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.

Médecins Sans Frontières - Southern Africa Medical Unit (SAMU)

2018

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

Tel: +27 (0) 21 448 3101

www.samumsf.org



MEDECINS SANS FRONTIERES
DOCTORS WITHOUT BORDERS

SAMU
SOUTHERN AFRICA MEDICAL UNIT