

## 12.1 INTRODUCTION

Qu'ils aient accès à la thérapie antirétrovirale ou non, les patients atteints de TB-VIH peuvent souffrir également d'autres affections liées au VIH. Ce chapitre constitue un guide abrégé pour leur prise en charge au niveau de l'hôpital de district. Nous donnons à la fin de celui-ci un guide pour la prévention de ces pathologies. Les traitements en **gras** sont disponibles dans la plupart des hôpitaux de district. Pour plus de détails, le lecteur se reportera aux publications de l'OMS *Guide pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH* chez l'adulte et chez l'enfant et *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Le médecin devrait toujours vérifier les posologies.

## 12.2 MALADIES LIÉES AU VIH

Certains agents pathogènes sont très actifs, d'autres peu. Ils sont très actifs lorsqu'ils sont pathogènes chez le sujet sain ayant une immunité normale. En revanche, les agents peu actifs ne deviennent en général pathogènes que chez le sujet immunodéficient. L'évolution de l'infection à VIH, avec le degré d'immunodéficience qui va de pair, détermine les agents pathogènes et les pathologies cliniques que l'on observe. Les agents très actifs (pneumocoques, salmonelles non typhiques ou *M. tuberculosis* par ex.) entraînent une pathologie quel que soit le stade de l'infection à VIH. Les agents moins actifs (candida, *Cryptococcus neoformans*, les toxoplasmes, le cytomégalovirus, *Pneumocystis carinii* ou les mycobactéries atypiques par ex.) sont pathologiques à un stade plus avancé. On observe de plus en plus couramment des infections disséminées aux stades avancés, lorsque l'immunodéficience devient sévère. La classification de l'OMS en stades cliniques de l'infection à VIH reprend ses caractéristiques. Les maladies dues à des agents pathogènes peu actifs et les infections disséminées caractérisent le stade 4 chez l'adulte et l'adolescent, et le stade 3 chez l'enfant. Les infections dues à des agents très actifs tendent à être plus faciles à diagnostiquer et à traiter que les autres.

L'ensemble des maladies pouvant apparaître en cas de séropositivité pour le VIH varie d'une région à l'autre. En Afrique subsaharienne, ce sont des agents pathogènes très actifs (bactériens et mycobactériens) qui prédominent, notamment les pneumocoques, les salmonelles non



typhiques et le bacille tuberculeux. Le lien est très étroit avec la pauvreté et la transmission est intense dans un milieu de promiscuité et de mauvaise hygiène. La tuberculose est ainsi devenue la principale cause de décès pour les sujets infectés par le VIH et elle est responsable d'un tiers des morts dues au SIDA dans le monde. On a aussi établi récemment le lien entre l'infection à VIH et une fréquence croissante du paludisme clinique. Dans cette région, certains agents pathogènes peu actifs sont importants (notamment cryptococcus et les toxoplasmes), mais ceux qui sont les plus importants dans les pays industrialisés, *Pneumocystis carinii* ou les mycobactéries atypiques par exemple, sont relativement rares. Bien que le tableau des maladies chez le sujet séropositif soit moins bien connu dans les autres régions, il est probable qu'il soit, dans les grands traits, similaire dans tous les pays en développement.

Près de 90% des séropositifs pour le VIH vivent dans les pays en développement de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est. La majeure partie de la charge de morbidité dans la population infectée par le VIH est donc provoquée par un nombre limité d'agents infectieux, c'est-à-dire le bacille tuberculeux, les pneumocoques et les salmonelles non typhiques. Les centres de santé et les hôpitaux des districts ont habituellement les moyens de diagnostiquer ces infections que l'on peut traiter en général avec des antimicrobiens efficaces et à un prix abordable. C'est ainsi que dans certains pays, le traitement antituberculeux peut revenir à seulement US\$ 10 (mais il est plus cher en Afrique subsaharienne). Le diagnostic et le traitement des infections courantes liées au VIH et dues à des agents pathogènes très actifs sont donc faisables sans demander d'énormes moyens. Il faut développer les capacités des prestataires de soins de santé généralistes pour le diagnostic et le traitement de ces maladies. On pourra ainsi réduire significativement leur part dans la morbidité et la mortalité liées au VIH. L'OMS a établi à cet effet une liste de médicaments essentiels. Dans de nombreuses régions du monde, les traitements pour un grand nombre de ces infections (dont le virus de l'herpès, le cytomégalovirus et les mycobactéries atypiques) et de cancers (dont le sarcome de Kaposi et les lymphomes non hodgkiniens) sont plus onéreux et pas encore couramment accessibles.



### 12.3 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Toute personne ayant des rapports sexuels non protégés court le risque de contracter plusieurs infections sexuellement transmissibles (IST). Tout sujet présentant une IST a donc un risque accru d'en avoir une autre. Le VIH se transmet habituellement par voie sexuelle. Les IST autres que le VIH sont courantes chez les sujets atteints de TB-VIH. Le



lecteur trouvera dans cette section un bref compte-rendu du traitement médicamenteux des IST. Lorsqu'on soigne ce type de patients, il ne faut pas oublier d'informer, de conseiller, de donner des préservatifs et de prendre en charge le ou la partenaire.

### 12.3.1 Prise en charge des syndromes

Il est rare de pouvoir faire le diagnostic exact d'une IST. L'OMS a donc mis au point une approche syndromique de la prise en charge basée sur la reconnaissance de groupes cohérents de signes et de symptômes (syndromes). Le traitement recommandé pour chaque syndrome guérit la majorité des infections qui peuvent en être à l'origine. Le tableau suivant expose les plans de traitement recommandés pour les syndromes courants associés aux IST lorsqu'il n'est pas possible de demander des examens de laboratoire.

Syndrome	Plan de traitement
<b>Hommes</b>	
écoulement urétral	traiter la gonorrhée et la chlamydie
<b>Femmes</b>	
inflammation du col	traiter la gonorrhée simple et la chlamydie
écoulement vaginal	traiter la candidose et le <i>Trichomonas vaginalis</i> /vaginite bactérienne traiter l'inflammation du col - cervicite (dans les zones de forte prévalence des gonorrhées et des chlamydioses)
<b>Hommes et femmes</b>	
ulcérations génitales	traiter la syphilis et le chancre mou (et l'herpès dans les zones de forte prévalence du HSV-2)
bubon inguinal	
- avec ulcérations	traiter la syphilis et le chancre mou
- sans ulcérations	traiter le lymphogranulome vénérien (maladie de Nicolas-Favre)



### 12.3.2 Schémas thérapeutiques pour les IST courantes

Le tableau ci-dessous expose les schémas thérapeutiques pour les IST courantes.

N'utiliser ni la ciprofloxacine ni les tétracyclines en cas de grossesse.  
Éviter les tétracyclines chez l'enfant.



**IST**

gonorrhée (simple)

**Schéma thérapeutique**ciprofloxacine, voie orale: dose unique de 500 mg  
OU

ceftriaxone, IM: dose unique de 250 mg OU

céfixime, voie orale: dose unique de 400 mg OU

spectinomycine, IM: dose unique de 2 g OU

**triméthoprime (80 mg)/sulfaméthoxazole (400 mg) (TMP-SMX)**, voie orale: dose unique de 10 comprimés OU**gentamycine**, IM: dose unique de **240 mg**

chlamydie

**gentamycine**, IM: dose unique de **240 mg****doxycycline**, voie orale: 100 mg 2 fois par jour pendant 7 jours OU**tétracycline**, voie orale: 500 mg 4 fois par jour pendant 7 jours OU**érythromycine**, voie orale: 500 mg 4 fois par jour pendant 7 jourssyphilis primaire  
(chancres)**benzathine pénicilline G**, IM: 2,4 millions UI en une séance (la dose est souvent injectée par moitié en deux endroits) OU**pénicilline G procaine**, IM: 1,2 million UI par jour pendant 10 jours consécutifs

OU (en cas d'allergie aux pénicillines)

**tétracycline**, voie orale: 500 mg 4 fois par jour pendant 15 jours OU**doxycycline**, voie orale: 100 mg 2 fois par jour pendant 15 jours OU**érythromycine**, voie orale: 500 mg 4 fois par jour pendant 15 jours

chancres mou

**érythromycine**, voie orale: 500 mg 3 fois par jour pendant 7 jours OU

ciprofloxacine, voie orale: 500 mg 2 fois par jour pendant 3 jours OU

ceftriaxone, IM: dose unique de 250 mg OU

azithromycine, voie orale: dose unique de 1 g  
OU**TMP-SMX**, voie orale: 2 comprimés 2 fois par jour pendant 7 jourslymphogranulome  
vénérien**doxycycline**, voie orale: 100 mg 2 fois par jour pendant 14 jours OU**tétracycline**, voie orale: 500 mg 4 fois par jour pendant 14 jours OU**érythromycine**, voie orale: 500 mg par jour pendant 14 jours OU**sulfadiazine**, voie orale: 1 g 4 fois par jour pendant 14 jours

candidose	<b>nystatine</b> , 100 000 UI par voie vaginale 1 fois par jour pendant 14 jours OU <b>miconazole</b> ou <b>clotrimazole</b> , 200 mg dans le vagin 1 fois par jour pendant 3 jours OU <b>clotrimazole</b> , dose unique de 500 mg dans le vagin
<i>Trichomonas vaginalis</i>	<b>métronidazole</b> , voie orale: dose unique de 2 g OU <b>métronidazole</b> , voie orale: 400 à 500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours
vaginite bactérienne	<b>métronidazole</b> , voie orale: dose unique de 2 g OU <b>métronidazole</b> , voie orale: 400 à 500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours

## 12.4 PROBLÈMES CUTANÉS ET BUCCAUX

Le diagnostic des problèmes cutanés et buccaux associés au VIH repose habituellement sur des manifestations cliniques caractéristiques. Le tableau suivant expose les diagnostics et les traitements.

### Problèmes cutanés

- Infections virales



Infection	Traitement local	Traitement médicamenteux	
		Adultes	Enfants
Herpes simplex (oral ou génital)	<b>Traitement local des lésions</b> (c'est-à-dire nettoyer régulièrement et éviter les surinfections bactériennes)	Acyclovir par voie orale 5 fois/jour jusqu'à la guérison 200 mg	<2 ans 100 mg > 2 ans 200 mg
Zona	<b>Traitement local des lésions</b> (c'est-à-dire nettoyer régulièrement et éviter les surinfections bactériennes)	Analgésie Acyclovir	
		800 mg par voie oral 5 fois/jour pendant 7 jours au moins	20 mg/kg (max. 800 mg) 4 fois/jour, 5 jours
Condylomes ano-génitaux (paillomavirus humain)	<b>Podophylline à 20% par voie locale 1 à 2 fois par semaine jusqu'à disparition</b> Acide trichloracétique, Cryothérapie		



Molluscum contagiosum	<p><b>Ne pas toucher aux lésions OU percer chacune d'entre elles avec une aiguille ou un bâtonnet en bois d'oranger bien pointu et tamponner avec du phénol.</b> Acide trichloracétique, Cryothérapie</p>	
-----------------------	---	--

◦ Mycoses

Infection	Traitement local	Traitement médicamenteux	
		Adultes	Enfants
Teignes (cheveux, corps, eczéma marginé de Hebra)	<p><b>Pommade de Whitfield ou teinture de Castellani</b> Antimycosiques locaux: clotrimazole à 1% miconazole à 2%</p>	<p>En cas de résistance, griséfulvine</p>	
		500 mg par voie orale 2 fois/jour	10 mg/kg par voie orale en plusieurs doses ou en dose unique
Candisoses	<p><b>Application locale de violet de gentiane en solution aqueuse à 1% ou de pommade à la nystatine 2 fois par jour jusqu'à disparition des lésions</b> Antimycosiques locaux</p>		
Cryptococcose cutanée/ histoplasmose		Traitement antimycosique systémique	



Infection	Traitement local	Traitement médicamenteux	
		Adultes	Enfants
Impétigo, furonculose		Pénicilline V par voie orale 4 fois/jour pendant 1 à 2 semaines	
		500 mg	≤ 1 an 62,5 mg 1–5 ans 125 mg 6–12 ans 250 mg
		OU flucloxacilline par voie orale 4 fois/jour pendant 1 à 2 semaines	
		500 mg	< 2 ans, 1/4 dose adulte 2–10 ans 1/2 dose adulte
Pyomyosite	Drainage chirurgical	Plus antibiotiques (comme pour l'impétigo)	
Angiomatose bacillaire (due à <i>Bartonella henselae</i> ) (lésions pouvant évoquer le sarcome de Kaposi – diagnostic définitif par biopsie)		Erythromycine par voie orale 4 fois/jour pendant 8 semaines	
		500 mg	< 2 ans 125 mg 2–8 ans 250 mg > 8 ans 250–500 mg
		Doxycycline par voie orale 2 fois/jour pendant 8 semaines	
		100 mg (contre-indiquée en cas de grossesse et d'allaitement)	Contre-indiquée chez l'enfant < 12 ans



◦ Autres

Pathologie	Traitement local	Traitement médicamenteux	
		Adultes	Enfants
Prurit sans lésions cutanées	<b>Lotion à la calamine</b> <b>Antihistaminiques</b>		
Folliculite papulaire (dermatite papulaire prurigineuse; folliculite à éosinophiles)	<b>Lotion à la calamine</b> Antifongiques locaux associés à de l'hydrocortisone à 1% Corticoïdes locaux puissants	<b>Antihistaminiques</b> <b>Métronidazole 2 fois/jour pendant 7 à 14 jours</b>	
		<b>250 mg</b>	<b>7,5 mg/kg toutes les 8 heures</b>
Dermatose séborrhéique	<b>Shampoings antifongiques OU Antifongiques locaux renfermant des corticoïdes OU hydrocortisone locale à 1%</b> Corticoïdes locaux puissants	En cas d'atteinte sévère, kétoconazole par voie orale	
		200 mg 2 fois/jour	3 mg/kg par jour
Ichtyose: peau sèche, desquamations	<b>Produits émollients (crème hydratée par exemple)</b>		
Psoriasis	<b>Traitement classique du psoriasis, comme la pommade salicylée au coaltar 2 fois par jour</b>		
Gale	<b>Benzoate de benzyle à 25% en application locale</b> Application locale d'une lotion à base de lindane	Ivermectine: 200 µg/kg en dose unique avec des médicaments locaux	
Sarcome de Kaposi	<b>Traitement local des lésions</b> Radiothérapie	Chimiothérapie	



Pathologie	Traitement local	Traitement médicamenteux	
		Adultes	Enfants
Candidose orale	<b>Antifongiques en application locale, comme l'amphotéricine en pastilles, la nystatine en pastilles ou comprimés gynécologiques: suspension de nystatine, 100 000 UI 3 fois par jour OU un comprimé gynécologique de nystatine toutes les 4 heures OU comprimés de nystatine, 500 000 UI 4 fois par jour.</b> Si l'on ne dispose pas de nystatine, utiliser le violet de gentiane à 0,25–0,5%. Dans tous les cas, traiter pendant 7 à 14 jours. Les récurrences sont courantes en l'absence de prophylaxie.	En cas de résistance, kétoconazole par voie orale pendant 14 jours	
		200 mg 2 fois/jour	3 mg/kg par jour
		Autre possibilité en cas de résistance (sauf pour les enfants de moins de 1 an) fluconazole pendant 14 jours	100 mg/jour
Leucoplasie chevelue	<b>Pas de traitement</b>		
Cheilite angulaire	Antifongiques locaux, Clotrimazole à 1% par exemple		
Gingivite/abcès dentaire		<b>Métronidazole par voie orale pendant 7 jours</b>	
		400 mg 3 fois/jour	7,5 mg/kg toutes les 8 heures
		<b>ET/OU pénicilline V pendant 7 jours</b>	
	500 mg 4 fois/jour	Jusqu'à 1 an 62,5 mg 1–5 ans 125 mg 6–12 ans 250 mg	
Aphtes	<b>Rincer la bouche avec des corticoïdes et de la tétracycline</b> Corticoïdes en application locale	<b>Prednisolone par voie orale</b> Acyclovir par voie orale (Thalidomide thalidomide par voie orale, 200 mg/jour pour les cas réfractaires).	



## 12.5.1 Chez l'adulte

Il arrive que, durant le traitement antituberculeux, l'état de certains patients souffrant de TB-VIH ne s'améliore pas ou même se dégrade. Leurs problèmes respiratoires continuent ou de nouveaux apparaissent, comme la toux, l'essoufflement, les douleurs thoraciques. Il faut alors contrôler tout d'abord que le malade a bien pris ses antituberculeux, puis envisager les possibilités suivantes:

**Diagnostic au départ Possibilités**

TBP à frottis négatif	erreur de diagnostic, par ex. autre agent pathogène, insuffisance cardiaque, affection chronique et obstructive des voies respiratoires.
TBP à frottis positif	le sujet ne respecte pas son traitement antituberculeux; TB à bacilles résistants aux médicaments; surinfection avec d'autres agents pathogènes.

Le schéma suivant montre comment prendre en charge les malades TB-VIH qui ne réagissent pas aux antituberculeux ou dont l'état se dégrade en cours de traitement.



une solution saline à 3-5% est parfois utile pour faire expectorer

sujet ne répondant aux antituberculeux ou dont l'état se dégrade

demander l'analyse des expectorations et un examen radiologique

examen des expectorations

résultats de la radiographie thoracique

frottis (BAAR)

mise en culture

coloration de Gram et recherche d'autres bactéries pathogènes

opacité interstitielle diffuse (recherche des BAAR négative)

nouvelles cavités (recherche des BAAR négative)

résultat positif après 5 mois

échec thérapeutique

pharmacorésistance

pneumonie bactérienne

pneumonie à *Pneumocystis carinii*

suspicion de *Nocardia*

schéma de retraitement

adresser à un centre spécialisé

antibiotiques (voir ci-dessous)

**TMP-SMX, 4 comprimés 4 fois par jour pendant 3 semaines, puis 2 comp. par jour en prophylaxie**

Le tableau suivant montre les principales bactéries responsables de surinfections pulmonaires chez les malades atteints de TBP à frottis positif et le traitement.

Agent pathogène	Traitement
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<b>pénicilline ou TMP-SMX</b>
<i>Haemophilus influenzae</i>	<b>amoxicilline ou TMP-SMX</b>
<i>Staphylococcus aureus</i>	<b>flucloxacilline ou chloramphénicol</b>
bacilles Gram-négatifs	<b>chloramphénicol (et gentamycine si nécessaire)</b>

## 12.5.2 Chez l'enfant

Les enfants tuberculeux infectés par le VIH sont également plus sensibles à d'autres maladies respiratoires et risquent davantage de mourir malgré le traitement antituberculeux. Le fait que l'enfant peut, en réalité, ne pas avoir de TBP constitue l'une des raisons importantes de son absence de réaction au traitement. Elle est en effet très difficile à diagnostiquer chez l'enfant et peut être confondue avec d'autres pathologies pulmonaires liées au VIH (voir à ce sujet le chapitre Chapitre 4). La plupart des enfants sous traitement antituberculeux sont des cas à frottis négatif. En l'absence d'amélioration avec le traitement, il convient d'envisager d'autres diagnostics comme la pneumonie interstitielle lymphoïde ou une cardiopathie. Dans tous les cas, la mauvaise observance du traitement peut aussi être à l'origine du problème.

Les infections respiratoires multiples sont une caractéristique particulière de l'enfant infecté par le VIH. Lorsqu'ils ont la TB, les pneumonies bactériennes sont des complications courantes. On retrouve alors le plus souvent les bactéries énumérées ci-dessus. Le traitement doit suivre les directives de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). En cas de pneumonie sévère, il faut hospitaliser l'enfant et lui administrer 25 mg/kg de chloramphénicol par voie intramusculaire ou intraveineuse trois fois par jour (et de l'oxygène le cas échéant). S'il n'y a pas d'amélioration dans les 48 heures, il faudra passer à la gentamycine, 7,5 mg/kg en IM une fois par jour, et à la cloxacilline, 50 mg/kg en IM ou en IV toutes les 6 heures.

En cas de présomption de TB chez l'enfant infecté par le VIH, la pneumonie interstitielle lymphoïde (PIL) peut être soit l'autre diagnostic possible, soit une surinfection parfois. La PIL elle-même se complique souvent de pneumonies bactériennes aiguës. Le tableau clinique évocateur de la PIL comprend l'adénopathie symétrique généralisée, l'hypertrophie non douloureuse des parotides et l'hippocratisme digital. Une image bilatérale interstitielle réticulo-nodulaire et une adénopathie apparaissent à la radiologie. En cas de détresse respiratoire persistante, on administre à l'enfant atteint de PIL 1 à 2 mg/kg de prednisolone par jour pendant 2 à 4 semaines, puis on diminue progressivement la posologie sur deux semaines.

## 12.6 PROBLÈMES DIGESTIFS

### 12.6.1 Dysphagies

Divers problèmes liés au VIH peuvent provoquer une inflammation de

l'œsophage. La déglutition douloureuse en est la manifestation commune. La candidose œsophagienne est le plus souvent à l'origine des dysphagies liées au VIH. Pour diagnostiquer les autres causes, il faut avoir recours à l'endoscopie, à la biopsie et aux services d'un bon laboratoire.

Face à une dysphagie chez un malade dont on connaît la séropositivité, la conduite à tenir, si l'on ne dispose pas des moyens d'investigation nécessaires, consiste à le traiter empiriquement avec un antimycosique par voie orale. Lorsqu'il est possible de faire cet examen, la déglutition barytée révèle de fines ulcérations caractéristiques des muqueuses. L'endoscopie œsophagienne montre des plaques blanches et la biopsie apporte la confirmation.

Le tableau suivant expose les traitements des problèmes de dysphagie.

Cause de la dysphagie	Traitement	
	Adultes	Enfants
Candidose œsophagienne	<b>Nystatine, 4 fois/jour, de 1 à 14 jours</b>	
	<b>500 000 UI</b> (OU comprimés gynécologiques à <b>100 000 UI toutes les 4 heures</b> )	<b>100 000 UI</b>
	Kétoconazole de 7 à 14 jours	
	200 mg 2 fois/jour	3 mg/kg par jour
	OU fluconazole de 7 à 14 jours	
	100 mg 1 fois/jour	Contre-indiqué chez les enfant de moins de 1 an 1 – 2 mg/kg par jour
Prophylaxie avec les <b>pastilles de nystatine</b> OU fluconazole à vie		
Herpès simplex	Acyclovir	
	800 mg par voie orale 5 fois/jour pendant 7 à 10 jours	20 mg/kg (sans dépasser 800 mg) 4 fois/jour pendant 5 jours
Cytomégalovirus	En général, le traitement n'est pas possible en raison de son coût (ganciclovir ou foscarnet en IV)	
Ulcérations d'origine inconnue	<b>Prednisolone pendant 2 semaines, diminuer ensuite lentement la posologie jusqu'à l'arrêt complet</b>	
	<b>40 mg/jour</b>	

## 12.6.2 Diarrhées de l'adulte

### Introduction

Les diarrhées aiguës, récidivantes ou chroniques sont très courantes et touchent jusqu'à 60% des personnes VIH-positives à un moment où à un autre de leur maladie. Elles s'accompagnent fréquemment de nausées, de vomissements, de crampes abdominales, de flatulence, d'une perte de poids et de déshydratation.

### Réhydratation

Il faut toujours évaluer le taux d'hydratation d'un patient qui présente une diarrhée. La plupart des sujets souffrant de déshydratation bénigne à modérée seront réhydratés à l'aide de solutions par voie orale. Ceux qui, en petit nombre, présentent une déshydratation grave, seront perfusés.

### Investigation

Là où les structures le permettent, il faut demander l'analyse microscopique et bactériologique de plusieurs échantillons de selles. Avec les colorants appropriés, la microscopie permet de retrouver les agents pathogènes suivants: *Cryptosporidium*, *Isospora belli*, *Microsporidia*. La mise en culture permet d'identifier *Salmonella*, *Shigella*, *Clostridium difficile*.

### Traitement

Dans la plupart des cas, la cause est inconnue et il faut alors avoir recours au traitement empirique. Certains cas (sans doute dus à *Isospora belli*) réagissent à une cure de triméthoprim-sulfaméthoxazole (TMP-SMX). D'autres (probablement dus à *Microsporidia*) réagissent au métronidazole ou à l'albendazole.

Il arrive parfois de découvrir la cause spécifique d'une diarrhée. De nombreux agents pathogènes responsables sont courants lorsque les conditions d'hygiène sont mauvaises. Le tableau suivant énumère les causes et donne les traitements.

### Diagnostic

### Traitement

#### Infections bactériennes

*Salmonella*

**triméthoprim 80 mg/sulfaméthoxazole 400 mg (TMP-SMX): 2 comprimés 2 fois par jour pendant 7 jours** OU  
**chloramphénicol, 500 mg 4 fois par jour pendant 7 jours**  
 ciprofloxacine 500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours

*Shigella*

triméthoprim 80 mg/sulfaméthoxazole  
400 mg (TMP-SMX): 2 comprimés 2 fois  
par jour pendant 7 jours OU  
acide nalidixique: 1 g 4 fois par jour  
pendant 5 jours

*Campylobacter jejuni*

ciprofloxacine 500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours  
érythromycine: 500 mg 4 fois par jour  
pendant 7 jours

*Clostridium difficile*

ciprofloxacine 500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours  
métronidazole: 400 mg 3 fois par jour  
pendant 7 à 14 jours  
vancomycine: 250 mg 2 fois par jour pendant 7 à  
14 jours

### **Infektions par des protozoaires**

*Cryptosporidium*

Traitement symptomatique uniquement  
paramomycine (efficacité marginale)

*Isospora belli*

triméthoprim 80 mg/sulfaméthoxazole  
400 mg (TMP-SMX): 2 comprimés 2  
fois/jour pendant 7 à 14 jours

*Microsporidia*

métronidazole: 400 mg 3 fois par jour  
pendant 7 jours

(*Enterocytozoan  
bieneusi* ou *Septata  
intestinalis*)

albendazole: 800 mg 2 fois par jour  
pendant 4 semaines

*Entamoeba histolica*

métronidazole: 2 g par jour pendant 3 jours  
tinidazole 2 g en dose unique

*Giarida lamblia*

métronidazole: 800 mg 3 fois par jour  
pendant 7 jours  
puis furoate de diloxanide: 500 mg 3 fois/j  
pendant 10 jours OU  
tétracycline: 500 mg 4 fois par jour  
pendant 10 jours

*Cyclospora cayetanensis*

triméthoprim 80 mg/sulfaméthoxazole  
400 mg (TMP-SMX): 2 comprimés 2  
fois/jour pendant 3 à 7 jours

12



### **Diarrhées persistantes**

Donner un traitement symptomatique si la diarrhée persiste, si la cause en est inconnue et si le sujet ne réagit ni au TMP-SMX d'abord, ni au métronidazole puis à l'albendazole ensuite. La codéine et le lopéramide font partie des anti-diarrhéiques utilisés dans le traitement symptomatique mais il faut éviter ces principes actifs chez l'enfant.



### 12.6.3 Diarrhées de l'enfant

#### Diarrhées aiguës

La prise en charge de la diarrhée liquide aiguë est la même, que l'enfant soit infecté par le VIH ou non, tout en mettant l'accent sur la prévention de la déshydratation ou la réhydratation si l'enfant est déjà déshydraté. L'état de déshydratation est plus difficile à évaluer si l'enfant est gravement dénutri et il faudra être plus prudent pour le réhydrater.

Il ne faut pas réduire les apports alimentaires mais plutôt conseiller de petits repas fréquents composés d'aliments nutritifs. En cas d'allaitement, celui-ci doit se poursuivre. La diminution des apports alimentaires augmente le risque d'apparition d'une diarrhée persistante.

#### Syndrome dysentérique

Si un enfant présente ce syndrome, c'est-à-dire une diarrhée sanglante aiguë s'accompagnant habituellement de fièvre et de douleurs abdominales, on administre un antibiotique pendant 5 jours. Le choix de celui-ci dépendra du profil local de sensibilité de la shigellose. Ce pourra être TMP 4 mg/SMX 20 mg 2 fois par jour, l'acide nalidixique à 15 mg/kg 4 fois par jour ou la ciprofloxacine à 10–15 mg/kg 2 fois par jour.

#### Diarrhées persistantes

Il s'agit d'une diarrhée qui se prolonge pendant au moins deux semaines. Elle est parfois due à des parasites intestinaux comme *Entamoeba histolytica* ou *Giardia lamblia*. Dans ce cas, on administre par voie orale du métronidazole à 10 mg/kg 3 fois par jour pendant 5 jours. L'aspect le plus important (et aussi le plus négligé) de la prise en charge est la récupération nutritionnelle. Certains micronutriments comme le zinc, la vitamine A et l'acide folique, ont une grande importance et doivent être administrés. Il faut augmenter la fréquence des repas et leur donner un contenu suffisant en calories et en protéines. Les régimes à base de lait ou d'œufs sont utiles, de même que les yaourts.



## 12.7 PROBLÈMES NEUROLOGIQUES DE L'ADULTE

Les malades atteints de TB-VIH peuvent présenter une grande variété de problèmes neurologiques, parmi lesquels on observe couramment:

- 1) des états confusionnels aigus
- 2) des modifications chroniques du comportement
- 3) des céphalées persistantes
- 4) des difficultés de locomotion
- 5) une altération de la vision
- 6) des sensations de brûlure dans les pieds



Les problèmes neurologiques ont la réputation d'être difficiles à diagnostiquer. En fait, la difficulté n'est pas plus grande que pour d'autres pathologies, à **condition de prendre son temps et d'y apporter le soin nécessaire**. Le temps et la minutie sont en effet indispensables pour obtenir une anamnèse détaillée et faire un examen neurologique correct. Il faut en général faire appel à la famille ou aux amis du malade pour connaître certaines parties de son histoire, voire la totalité de celle-ci. Des analyses simples du sang et du liquide céphalo-rachidien (LCR), réalisables dans les laboratoires de district, sont souvent utiles.

### 12.7.1 Etats confusionnels aigus

Diagnostic différentiel lorsqu'un malade TB-VIH présente un état confusionnel aigu:

- a) surinfection aiguë, comme une septicémie, une méningite, le paludisme;
- b) hypoxémie, par exemple en cas de pneumothorax, de pneumonie, d'insuffisance cardiaque, d'anémie;
- c) troubles métaboliques, à la suite de diarrhées par ex. ou d'insuffisance surrénalienne;
- d) effets indésirables de médicaments: les états confusionnels aigus peuvent être par exemple le premier signe d'une insuffisance hépatique aiguë d'origine médicamenteuse (lorsqu'il est possible de le demander, le temps de prothrombine est un test utile).



On recherchera toujours le paludisme dans le frottis sanguin. En cas de signes méningés, la ponction lombaire s'impose si elle peut être faite sans danger pour le sujet. Les autres analyses dépendront des équipements du laboratoire qui analysera les échantillons et des indices cliniques.

### 12.7.2 Modifications chroniques du comportement

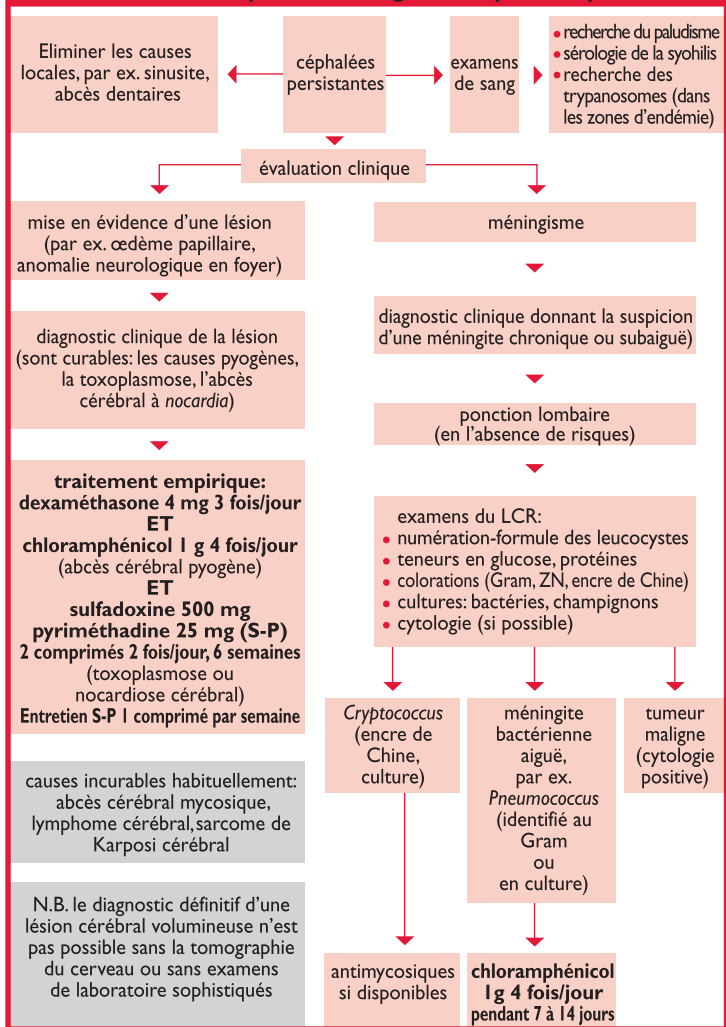
Les modifications chroniques du comportement, c'est-à-dire sur une période de plusieurs mois, sont en général provoquées par la démence induite par le SIDA ou la leuco-encéphalopathie multifocale progressive, qui sont incurables, à moins d'avoir accès à la thérapie antirétrovirale. Le diagnostic étant posé sur des critères cliniques, il faut d'abord éliminer les autres possibilités que l'on peut soigner. Il convient de demander la sérologie de la syphilis (dans les régions où elle est endémique) et la recherche des trypanosomes au microscope. Si la ponction lombaire est sans danger, on enverra au laboratoire un prélèvement de LCR pour éliminer la méningite chronique (cryptococcique ou tuberculeuse par exemple).



### 12.7.3 Céphalées persistantes

Le schéma suivant expose la méthode de prise en charge des céphalées chez un malade TB-VIH. Elles peuvent s'accompagner des manifestations suivantes: altération de la conscience, états confusionnels, convulsions.

**Schéma montrant la prise en charge des céphalées persistantes**



Il arrive, rarement, que la méningite tuberculeuse se développe après que le sujet a commencé le traitement antituberculeux. Un tuberculome cérébral peut par exemple se rompre dans l'espace sous-arachnoïdien et libérer alors des bacilles tuberculeux non encore détruits par les médicaments. Le schéma thérapeutique couramment recommandé pour la méningite tuberculeuse est le suivant: 2 SHRZ/7 HR.

Il est improbable, mais possible, qu'un patient déjà sous traitement antituberculeux développe une méningite bactérienne aiguë. Le diagnostic repose sur l'examen du LCR.

### **Méningite cryptococcique**

Sans traitement, l'issue est fatale mais le pronostic reste souvent très sombre quand on la traite. Dans de nombreux pays, les médicaments nécessaires ont un coût prohibitif et, fréquemment, ils ne sont pas disponibles en routine. Pour la plupart des patients le traitement est donc symptomatique et se limite aux médicaments analgésiques et sédatifs. Les sujets ayant les moyens d'un traitement antimycosique spécifique doivent prendre en cure initiale 400 mg par jour de fluconazole pendant 10 semaines. Les autres alternatives sont: i) l'amphotéricine B par voie intraveineuse (0,5 mg/kg/jour) pendant 14 jours, puis le fluconazole à 400 mg/jour pendant 8 semaines; ii) l'amphotéricine B par voie intraveineuse (0,5 mg/kg/jour) pendant 14 jours, puis l'intraconazole à 400 mg/jour pendant 8 semaines. Pour éviter les rechutes, un traitement d'entretien à vie s'impose à la dose de 200 mg de fluconazole par jour.

### **12.7.4 Troubles de la locomotion**

La tuberculose rachidienne peut entraîner des troubles de la locomotion. Il convient donc de s'assurer en premier lieu (par l'examen clinique et la radiographie de la colonne vertébrale) que le sujet ne souffre pas de cette forme de tuberculose.

Chez les malades TB-VIH, si le VIH peut être effectivement à l'origine des troubles de la locomotion (myélopathie touchant la moelle épinière et parfois neuropathie périphérique), il y a aussi d'autres causes possibles. En cas de troubles de la locomotion et de myélopathie associée au VIH, le sujet présente habituellement une paraparésie spastique. On ne peut poser ce diagnostic qu'en éliminant les causes pouvant entraîner des troubles médullaires sans rapport avec le VIH. Le tableau suivant expose les principales causes de ces troubles et les tests pour le diagnostic. Dans la neuropathie périphérique liée au VIH, les troubles sensoriels tendent à prendre le pas sur la faiblesse motrice.

## Causes de troubles médullaires

## Diagnostic spondylarthrose

Spondylarthrose cervicale	radiographie de la colonne cervicale, myélographie
Hernie discale	myélographie
Abcès épidual	myélographie
Tumeurs curables (neurofibrome, méningiome)	myélographie
Schistosomiase	identification des œufs dans les selles, l'urine ou les biopsies rectales myélographie
Syphilis nerveuse	sérologie de la syphilis, examen du LCR
Dégénération combinée subaiguë de la moelle	anémie avec augmentation du VGM, faible niveau sérique de vitamine B12

La schistosomiase médullaire est difficile à diagnostiquer, mais facile à traiter. Lorsqu'un patient se présente avec un problème de la moelle épinière et vit dans une zone d'endémie de la schistosomiase, on commence par lui administrer empiriquement une dose de praziquantel (40 mg/kg) avant de poursuivre la prise en charge.

### 12.7.5 Altérations de la vision



#### EN PRATIQUE

**Si un sujet prenant de l'éthambutol commence à avoir des difficultés à voir clair ou à percevoir les couleurs, arrêter ce médicament.**

La rétinite à cytomégalovirus risque d'entraîner une altération de la vision, mais elle est rare chez le patient africain atteint de SIDA. Le diagnostic repose sur l'aspect caractéristique du fond d'œil montrant une rétinite nécrosante avec des hémorragies périvasculaires et des exsudats. Dans bien des pays, le coût du traitement au gancyclovir et au foscarnet est prohibitif.

### 12.7.6 Sensations de brûlures dans les pieds

Le VIH risque d'entraîner une neuropathie périphérique, empirant souvent lorsque le patient commence l'isoniazide. La sensation douloureuse de brûlures dans les pieds en est le principal symptôme. Une faiblesse distale et une atrophie avec absence du réflexe achilléen font aussi partie des signes.



### **Prophylaxie**

Si les ressources le permettent, tous les malades tuberculeux doivent prendre en prophylaxie 10 mg par jour de pyridoxine pour éviter la neuropathie liée à l'isoniazide. Dans le cas contraire, on réservera cette prophylaxie aux cas de TB-VIH et aux sujets consommant de l'alcool.

### **Traitement**

Donner aux malades souffrant de neuropathie associée à l'isoniazide 50 à 75 mg par jour de pyridoxine. L'amitryptiline (25 à 75 mg le soir), la phénytoïne (100 à 300 mg le soir) ou la carbamazépine (100 à 200 mg 2 fois par jour) peuvent soulager les symptômes de la neuropathie liée au VIH.

## **12.8 PROBLÈMES NEUROLOGIQUES COURANTS CHEZ L'ENFANT**

Les problèmes neurologiques les plus courants sont un retard du développement, voire la régression. Les retards de développement sont fréquents chez tout enfant atteint d'une maladie chronique et dénutri, états courant chez l'enfant co-infecté par le VIH et la TB. Le VIH peut aussi infecter le cerveau et entraîner divers problèmes neurologiques, parmi lesquels la régression mentale, des modifications du comportement, des états confusionnels et des convulsions.

Une grande partie de ce qui a été décrit pour l'adulte (voir ci-dessus) s'applique aussi à l'enfant. Il est important d'envisager d'autres diagnostics, paludisme cérébral ou méningite par exemple. Il arrive que les enfants infectés par le VIH présentent des méningites à cryptocoque mais les méningites bactériennes sont plus fréquentes. Lorsqu'ils sont très amaigris, des réactions psychotiques aiguës peuvent survenir avec des états confusionnels, des comportements agressifs et des hallucinations une à deux semaines après avoir commencé le traitement antituberculeux. Il est probable que l'isoniazide en soit à l'origine et le traitement consiste à arrêter ce médicament et à administrer de la pyridoxine. Cette pathologie disparaît en général en une semaine et l'on peut ensuite réintroduire l'isoniazide.

## **12.9 FIÈVRE**

### **12.9.1 Méthode de prise en charge**

La fièvre disparaît normalement 2 à 3 semaines après avoir commencé le traitement antituberculeux. Sa persistance peut signaler une réaction médicamenteuse ou une dissémination de l'infection. Le tableau suivant expose la prise en charge des fièvres persistantes.

**Manifestations accompagnant la fièvre**

**Cause probable**

**Action**

éruption cutanée	réaction médicamenteuse	arrêt des antituberculeux
perte de poids anémie progressive ou pancytopénie	infection disséminée	examen du malade recherches: ◦ paludisme dans le frottis sanguin ◦ trypanosomes dans le frottis sanguin ◦ mise en culture du sang ◦ envisager une ponction lombaire envisager le traitement empirique du paludisme – en l’absence de réaction, entreprendre une antibiothérapie contre une éventuelle septicémie

**12.9.2 Infections généralisées**

Elles entraînent une forte mortalité. Le tableau suivant montre la grande diversité des agents pathogènes qui peuvent en être à l’origine chez les malades TB-VIH.



**Agents pathogènes provoquant des infections généralisées chez les malades TB/VIH**

Bactéries	Mycobactéries	Virus	Autres
Salmonelles non typhiques	<i>M. tuberculosis</i>	Cytomegalovirus	Cryptococcus
<i>Streptococcus pneumonia</i>	Complexe <i>M. avium</i> (MAC)		<i>Histoplasma</i>
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>			<i>Leishmania</i>
<i>Staphylococcus aureus</i>			<i>Penicillium marneffe</i>
Autres bactéries Gram négatif			



### **Septicémie bactérienne**

Les salmonelles non typhiques, comme *S. typhimurium*, *S. enteritidis*, et les pneumocoques sont les germes les plus fréquemment identifiés chez les patients VIH-positifs atteints de septicémie en Afrique subsaharienne. De nombreuses souches de *S. typhimurium* sont résistantes à plusieurs antibiotiques. En cas de suspicion de septicémie, administrer du chloramphénicol ou de l'ampicilline et de la gentamycine.

### **Complexe *M. avium intracellulaire* (MAC) disséminé**

On l'observe moins fréquemment chez les sidéens en Afrique subsaharienne qu'ailleurs. Les hôpitaux de district et bien souvent les établissements centraux ne disposent pas des équipements qui permettraient le diagnostic et le traitement (par ex. clarithromycine + éthambutol + rifabutine).

## **12.10 Autres problèmes liés au VIH**

### **Tumeurs**

#### ***Sarcome de Kaposi* (SK)**

Si le SK peut avoir de nombreuses localisations dans l'organisme, il touche habituellement la peau et la bouche, parfois les poumons et la plèvre, le tube digestif et le péricarde. Le tableau clinique est en général spécifique. On observe souvent un œdème du visage et des jambes. On peut le confondre avec les chéloïdes, la lèpre, la sarcoïdose, le mélanome ou l'angiomatose bacillaire due à *Bartonella henselae*. La biopsie confirme le diagnostic en cas de doute, notamment s'il s'agit d'une angiomatose bacillaire que l'on peut traiter avec l'érythromycine ou la doxycycline (voir le paragraphe 12.4 sur les problèmes cutanés). L'histologie montre des proliférations typiques de cellules fusiformes et de petits vaisseaux sanguins.

Dans le cas d'un patient atteint de TB-VIH et de SK, le développement d'un épanchement pleural ou d'infiltrations progressives des poumons pendant le traitement antituberculeux est probablement dû au SK.

Les ressources pour traiter le SK sont limitées dans de nombreux pays. Souvent le traitement n'est pas satisfaisant. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent soulager la douleur. Certains hôpitaux centraux proposent une chimiothérapie cytotoxique (vincristine par exemple) et la radiothérapie mais les résultats thérapeutiques ne sont guère satisfaisants.



**Lymphome**

Les malades sidéens courent un risque accru de développer des lymphomes atypiques et agressifs, de sombre pronostic même en disposant de la chimiothérapie cytotoxique.

**Anémie**

L'anémie chez un malade TB-VIH peut avoir pour causes: la tuberculose, une insuffisance médullaire liée au VIH, des infections concomitantes, les effets secondaires des médicaments. Elle demande un traitement d'appoint: fer, acide folique; transfusion sanguine si celle-ci s'avère indispensable. Dans les régions d'endémie palustre, on procèdera à un examen du frottis sanguin.

**Thrombopénie**

Elle est provoquée soit par une réaction auto-immune induite par le VIH soit par des réactions secondaires aux médicaments. Les corticoïdes à haute dose peuvent avoir une certaine utilité en cas d'hémorragies et de numération plaquettaire basse (moins de  $20 \times 10^9 / l$ ).

**Pathologies rénales**

La néphropathie liée au VIH provoque un syndrome néphrotique et une altération progressive des reins. Il n'y a pas de traitement spécifique. On traite les infections des voies urinaires comme d'habitude.

**Cardiomyopathie congestive**

On envisagera cette pathologie en association avec le VIH pour le diagnostic différentiel de l'insuffisance cardiaque. Traiter l'insuffisance cardiaque comme d'habitude.

**Arthropathie**

Le pyrazinamide provoque souvent des arthralgies mais rarement de l'arthrite. L'arthropathie associée au VIH touche en général les petites articulations. Les AINS peuvent soulager la douleur.

**Insuffisance surrénalienne**

Le cytomégalovirus peut provoquer une inflammation nécrosante des surrénales, difficile à distinguer de l'atteinte tuberculeuse de ces glandes ou d'une pseudo-insuffisance (due à la rifampicine). Traiter par la corticothérapie.

**Infections des tissus mous, pyomyosites et sinusites par exemple**

Elles sont fréquentes chez le patient séropositif. Le diagnostic et le traitement se font comme d'habitude.



**12.11.1 Mesures générales**

Certaines mesures d'ordre général contribuent à réduire l'exposition à certains agents pathogènes chez le patient VIH-positif.

<b>Agent pathogène</b>	<b>Intervention proposée</b>
<i>Pneumocystis carinii</i>	Eviter tout contact rapproché avec des patients souffrant d'une pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i>
<i>Toxoplasma gondii</i>	Eviter de manger de la viande rouge pas assez cuite. Eviter les chats
Cryptosporidium	Eviter de boire les eaux de surface (ce qui est difficile dans les petites localités rurales) Eviter les jeunes animaux de compagnie
<i>Histoplasma capsulatum</i>	Dans les zones d'endémie éviter d'aller dans des grottes ou cavernes (pour les chauves-souris) et de nettoyer les poulaillers



**12.11.2 Vaccinations**

Les vaccins tués ou inactivés sont sans danger pour le sujet immunodéprimé.

**Adultes**

En général, il ne faut administrer à l'adulte VIH-positif **aucun** vaccin bactérien ou viral vivant (par exemple le vaccin antipoliomyélitique oral, les vaccins contre la rougeole, la varicelle, les oreillons ou la fièvre jaune). On recommande souvent d'administrer à ces sujets les vaccins contre les pneumocoques, l'hépatite B et la grippe, mais c'est rarement le cas dans le secteur de la santé publique des pays pauvres à cause du coût élevé. Une étude en Ouganda n'a par ailleurs pas apporté la preuve que l'administration d'un vaccin polysidique antipneumococcique 23-valent soit utile chez l'adulte infecté par le VIH-1.

**Enfants**

Tous les vaccins du PEV doivent être administrés même si l'on connaît ou suspecte l'existence d'une infection asymptomatique par le VIH (voir la section 14.4).



### 12.11.3 Chimio prophylaxie primaire chez l'adulte

#### Pays industrialisés

Le tableau ci-dessous présente les infections opportunistes, les indications et les schémas thérapeutiques recommandés couramment en prophylaxie primaire dans les pays industrialisés. Par prophylaxie primaire, on entend la prévention du premier épisode d'une maladie chez un sujet VIH-positif. On ne la recommande pas en routine contre les virus de type herpétique (herpes simplex, varicella zoster, cytomégalovirus) ni contre les mycoses.

#### Prophylaxie primaire recommandée dans les pays industrialisés

Agent pathogène	Indications	Schéma thérapeutique (de première intention)
<i>Pneumocystis carinii</i>	Numération des CD4+ < 200/mm <sup>3</sup> Antécédents de candidose buccale Perte de poids inexpliquée Événement définissant le SIDA (par ex. la TB) Fièvre d'origine inconnue	triméthoprime 80 mg/ sulfaméthoxazole 400 mg <b>(TMP-SMX) 2 cp/jour</b>
<i>Toxoplasma gondii</i>	Numération des CD4+ < 100/mm <sup>3</sup>	triméthoprime 80 mg/ sulfaméthoxazole 400 mg <b>(TMP-SMX) 2 cp/jour</b>
Complexe <i>M. avium</i> (MAC)	Numération des CD4+ < 50/mm <sup>3</sup>	azithromycine 1 200 mg une fois par semaine OU clarithromycine 500 mg deux fois par jour

#### Afrique subsaharienne

Dans cette région, la plupart des hôpitaux n'ont pas actuellement le matériel pour faire des numérations des lymphocytes CD4+. L'infection par le MAC est rare. Selon les recommandations provisoires de l'ONUSIDA, il faut administrer à l'adulte et à l'enfant vivant avec le VIH/SIDA en Afrique le TMP-SMX dans le cadre d'un programme minimal de soins à assurer. Pour faire ces recommandations, l'ONUSIDA s'est fondée sur les données recueillies dans les pays industrialisés et les études réalisées en Côte d'Ivoire, à la fois sur les patients tuberculeux

VIH-positifs et les sujets séropositifs symptomatiques sans TB. Le TMP-SMX pourrait prévenir plusieurs surinfections bactériennes (*S. pneumoniae*, *S. typhimurium*), parasitaires (*Toxoplasma gondii*, *Isospora belli*, le paludisme) et fongiques (*Pneumocystis carinii*).

Il convient d'administrer le TMP-SMX à la posologie de deux comprimés par jour aux adultes VIH-positifs suivants:

- toutes les personnes présentant une infection au VIH symptomatique;
- toutes les personnes sans symptômes mais ayant une numération des lymphocytes CD4+ < 500/mm<sup>3</sup>;
- les femmes enceintes après le premier trimestre de la grossesse.

#### **12.11.4 Chimio prophylaxie primaire chez l'enfant**

Il faudrait administrer, à partir de l'âge de six semaines, le TMP-SMX à tous les nourrissons exposés au VIH en se basant sur les critères suivants:

- tout enfant né d'une mère infectée par le VIH, qu'elle ait ou non reçu une thérapie antirétrovirale au cours de la grossesse;
- tout enfant reconnu comme étant infecté au cours de la première année de vie au moyen de la PCR (amplification génique), de la sérologie du VIH ou par un diagnostic clinique de l'infection (selon les lignes directrices de l'OMS ou du pays);
- les enfants de plus de 15 mois ayant présenté un épisode d'infection à *Pneumocystis carinii*, ayant une infection au VIH symptomatique, une pathologie définissant le SIDA ou un pourcentage de lymphocyte CD4+ inférieur à 15%.

La posologie doit être de 150 mg de TMP et 750 mg de SMX par m<sup>2</sup> trois fois par semaine. Il arrive que le cotrimoxazole ne soit pas disponible en sirop: on donnera alors à un enfant de six semaines un demi- comprimé (triméthoprime 80 mg, sulfaméthoxazole 400 mg) le lundi, le mercredi et le vendredi.

Il s'agit là de recommandations préliminaires dans l'attente de recherches complémentaires pour déterminer le rapport coût-efficacité de cette mesure dans différentes situations, le moment optimal pour commencer le traitement, la durée de la prophylaxie et des solutions de remplacement abordables.

#### **12.11.5 Chimio prophylaxie secondaire chez l'adulte**

Après le succès des traitements initiaux de plusieurs infections opportunistes graves, pouvant menacer la vie du sujet atteint, on

observe des taux de rechute élevés. On recommande en général une prophylaxie secondaire à vie. Le tableau suivant expose les schémas thérapeutiques recommandés en prophylaxie secondaire chez l'adulte.

<b>Agent pathogène</b>	<b>Schéma thérapeutique (de première intention)</b>
<i>Pneumocystis carinii</i>	<b>triméthoprime 80 mg/sulfaméthoxazole 400 mg (TMP-SMX) 2 cp par jour</b>
<i>Toxoplasma gondii</i>	sulfadiazine 500 mg 4 fois par jour + pyriméthamine 25 mg par jour OU <b>triméthoprime 80 mg/sulfaméthoxazole 400 mg (TMP-SMX) 2 cp par jour</b>
Complexe <i>M. avium</i>	Clarithromycine 500 mg deux fois par jour + éthambutol 15 mg/kg une fois par jour OU azithromycine 500 mg une fois par jour + éthambutol 15 mg/kg une fois par jour
<i>Cryptococcus neoformans</i>	fluconazole 200 mg une fois par jour
<i>Histoplasma capsulatum</i>	itraconazole 200 mg deux fois par jour
Cytomégalovirus	ganciclovir
Salmonelles (à l'exclusion de <i>S. typhi</i> ) bactériémie	ciprofloxacine 500 mg deux fois par jour pendant 6 à 8 mois



Bartlett JG, Gallant JE. *Medical management of HIV infection*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Johns Hopkins University School of Medicine, 2000–2001.

French N, Nakiyingi J, Carpenter LM, et al. 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine in HIV-1 infected Ugandan adults: double-blind, randomised and placebo controlled trial. *Lancet*, 2000, 355: 2106–2111.

Organisation mondiale de la Santé. *Improving child health. IMCI: the integrated approach*. Genève, 1997 (WHO/CHD/97.12 Rev.,2) ([www.who.int/child-adolescent-health](http://www.who.int/child-adolescent-health)).

Kovacs JA, Masur H. Prophylaxis against opportunistic infections in patients with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 2000, 342: 1416–1429.

Organisation mondiale de la Santé. *Prise en charge de l'enfant atteint d'infection grave ou de malnutrition sévère. Directives de soins pour les centres de transfert de premier niveau dans les pays en développement*. Genève, 2000 (WHO/FCH/CAH/00.1).

Organisation mondiale de la Santé. Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). *Provisional WHO/UNAIDS secretariat recommendations on the use of cotrimoxazole prophylaxis in adults and children living with HIV/AIDS in Africa*. Genève, 2000, OMS/ONUSIDA.

Wiktor SZ, Sassan-Morokro M, Grant AD, et al. Efficacy of trimethoprim-sulphamethoxazole prophylaxis to decrease morbidity and mortality in HIV-1-infected patients with tuberculosis in Abidjan, Cote Côte d'Ivoire: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 353: 1469–1475.

Organisation mondiale de la Santé. *Guide pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'adulte*. Décembre 1991. Genève, 1991 (WHO/GPA/IDS/HCS/91.6).

Organisation mondiale de la Santé. *Guide pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'enfant*. Novembre 1993. Genève, 1993 (WHO/GPA/IDS/HCS/93.3).

Organisation mondiale de la Santé. *Le SIDA en Afrique. Manuel du praticien*. Genève, 1992.

Organisation mondiale de la Santé. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Genève, 2003, version révisée.

Organisation mondiale de la Santé. *Improving Child Health. IMCI: the integrated approach*. Genève, 1997 (WHO/CHD/97.12 Rev.2).

