

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT

REPUBLIQUE DU MALI

SUPÉRIEUR ET DE LA
Recherche Scientifique



Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
UNIVERSITÉ DE BAMAKO DE BAMAKO



FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO - STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2011 - 2012

N°...../M

Titre

**Prise en charge des PV VIH
aux urgences du CHU point G:
problématique et perspective**

Présentée et soutenue publiquement le/...../20

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie

THESE

Présenté et soutenu publiquement le / /2012 devant

La faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par :

M. Issa Sidi Lamine CAMARA
JURY

Président : Pr SounKalo DAO

Membre : Dr Youssouf DIALLO

Directeur : Pr Youssouf COULIBALY

Co-directeur: Dr GustavoYanes CARRAZANA

DEDICACES

Je dédie ce travail :

♥ À la mémoire de mon père **Feu Sidi Lamine CAMARA**

J'ai tant aimé vous ressembler pour votre sagesse et votre

Bonté. C'est avec les larmes aux yeux que je voudrais ce jour

Solennel te témoigner de mon amour sincère. Je n'oublierai

Jamais les conseils que tu m'as toujours prodigués.

Merci Infiniment et que la terre te soit légère.

♥ A ma mère **Mariam DIARRA, maman**, tu m'as tout donné et m'as tout appris, tu es mon berceau et mon asile le plus sûr. L'amour et l'éducation que j'ai reçus de toi m'ont inculqué les règles de la bonne conduite, le respect de l'humain et la sagesse. Je voudrais en ce jour te rassurer que tout ce que tu as attendu de moi sera accompli. Je voudrais que tu saches combien de fois je t'aime et combien de fois je ne t'oublierai jamais. Je prie Dieu le tout puissant de t'accorder une longue vie.

♥ A Tonton **Cheik Abou CAMARA**,

Tu m'as assisté depuis mon enfance, tes sages conseils ne m'a jamais manqué.

Puisse Dieu réalise tes rêves. Amen!

♥ à mes frères et sœurs **Kalilou, Chaka, Youssouf, Yaya, Fatoumata, Sira**,

Les mots me manquent pour vous témoigner de ma reconnaissance, vous m'avez donné l'affection et vous avez toujours été là quand j'ai besoin de vous.

Ce travail, sans vos soutiens moraux et financiers, n'aurait certainement pas vu le jour. Reconnaissance!

♥ A Docteur Magloire DOUMBIA

Merci pour le soutien moral, matériel et financier que tu m'as apporté au cours de ma vie scolaire. Ton sens de rigueur, d'intellectualisme, d'amour et de franchise pour l'intérêt commun fait de toi un homme de référence. Ce travail est le tien. Que le tout puissant t'accorde sa protection divine et longue vie. Nous sommes toujours à tes côtés.

♥ A Ma fiancée Aissata SANGARE

Merci d'avoir accepté de partager ma vie estudiantine dont le corollaire est sans doute la privation. Ton soutien moral et tes encouragements ont été déterminants au cours de l'élaboration de cette thèse.

Puisse Allah exhausser tes vœux les plus intimes.

♥ À toutes les personnes vivant avec le VIH **courage**

REMERCIEMENTS

Je saisis cette occasion pour adresser mes sincères remerciements :

♥ **A Dieu le Tout- Puissant** qui m'a toujours guidé et qui m'a donné la chance et le courage d'étudier et d'en arriver là

Merci pour tout, puisse Dieu nous maintenir soudés et plus forts que jamais.

♥ A l'ensemble du corps professoral, pour toutes les connaissances que vous m'avez données

♥ A Docteur **Dramane Goita.**

Ce travail est le fruit de l'éducation que vous avez donnée ; j'ai appris à affronter les difficultés. Vous m'avez cultivé l'amour du travail bien fait et l'amour du prochain. Je vous en suis reconnaissant. Que Dieu vous

garde encore longtemps près de moi pour bénéficier de vos enseignements,

♥ A Docteur Dicko Votre disponibilité et votre gentillesse ont contribué à l'accomplissement de ce travail.

♥ A **Docteur Keita**, vous n'avez ménagé aucun effort pour le succès de notre formation, vous avez fait preuve d'abnégation et d'ouverture d'esprit,

♥ A tous les CES **d anesthésie réanimation et urgences** du CHU Point G, pour toutes les connaissances acquises à vos côtés,

♥ A mes collègues internes **Savadogo, Kamissoko , Emmanuel, Hervé, Souleymane ,Natasha ,Gaël et soupé** pour toute la complicité et l'entente ayant régné parmi nous au service.

A tous mes **oncles paternels et maternels**, à toutes mes **tantes paternelles et maternelles** ;

- A tous mes **frères, cousins et cousines**

♥ A ma famille à Dialakorodji : **Traoré, Coulibaly, Niare ,Samaké et Diabaté**

♥ A ma famille à Tourela

♥ A mes amis **Tiemoko traoré , moise sagara ,Lassana Cissé, Daouda Sanogo, Abdoulaye Diarra**

Je n'ai jamais douté de votre amitié ; j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences et la galère de la vie quotidienne ; durant des années nous nous sommes côtoyés comme des frères. Je profite de cette occasion solennelle pour saluer vos efforts.

♥ A tous les personnels du service d Anesthésie Réanimation et Urgences et CSCOM de Dialakorodji. Merci pour votre collaboration et votre amitié tout au long des moments que nous avons passés ensemble

♥A mes amis de point G : **Symplice , Thieri.,Maiga , Bilaly Cissoko ,Alsina,,Assa André,.**

A notre Maître et Président du Jury :

❖ Professeur Sounkalo DAO

Professeur titulaire en Maladie infectieuse et tropicale à la FMPOS ;

Chef de DER de Médecine à la FMPOS

Président de SOMAPIT ;

Praticien hospitalier au CHU du Point-G ;

Cher Maître,

Nous ne cesserions jamais de vous témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail dès son début mais aussi pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines, votre rigueur dans la démarche scientifique et surtout votre sens élevé de la responsabilité font de vous un maître exemplaire. Nous vous prions d'accepter cher Maître, le témoignage de nos sentiments les plus distingués et les plus respectueux.

A notre Maître et Juge:

❖ Docteur Youssouf DIALLO

Chef de département Mobilisation de la réponse National ;

Secrétariat exécutif du Haut Conseil National de lutte contre le SIDA;

Cher Maître,

Votre sagesse, vos qualités humaines et votre assiduité dans le travail continueront toujours à nous impressionner et font de vous un maître admiré. Vos critiques et suggestions ont été d'un apport inestimable dans la réalisation de ce document. Veuillez recevoir cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge :

❖ **Docteur Gustavo Yanes CARRAZANA**

Spécialiste en Médecine Générale Intégral

Master en Gériatrie

Nous sommes rassurés de vous compter parmi les membres de ce jury. Nous avons été marqués par vos qualités intellectuelles et sociales, votre démarche scientifique mais aussi par votre rigueur pour le travail bien fait. Merci d'avoir accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

A notre Maître et Directeur de thèse :

❖ **Professeur Youssouf COULIBALY**

Maître de conférences Agrégé en Anesthésie-Réanimation à la FMPOS ;

Chef de département d'anesthésie-Réanimation et Urgences au CHU Point-G;

Cher maître,

Nous vous remercions pour la confiance que vous avez placée en nous durant tout le processus de réalisation de ce travail. Vos qualités scientifiques et humaines font de vous un encadreur modeste et exemplaire.

Votre dévouement pour le travail bien fait et l'esprit d'équipe qui vous anime sont des valeurs que nous avons su apprécier en vous et nous aideront à affronter la vie active.

En espérant que ce travail répondra à vos attentes, soyez rassuré cher Maître, de notre entière disponibilité et recevez l'expression de notre profonde reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

ABC: Abacavir

ATV: Azatanavir

ATU: Autorisation Temporaire D'Utilisation

ARV : Antirétroviral

AZT: Zidovudine

CHU : Centre hospitalier universitaire

Cp : Comprimé

ddi : Didanosine

d 4 t: Stavudine

EFV : Efavirenz

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

FPV : Fosamprénavir

FTC: Emtricitabine

IDV : Indinavir

IVD: Injection intraveineuse directe

3TC: Lamivudine

LPV: Lopinavir

mg : milligramme

NVP : Nevirapine

P : Probabilité

P Carinii : Pneumocystis Carinii

PO: Per Os

r: ritonavir

SQV: Saquinavir

TDF: Tenofovir

TTT : Traitement

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquise

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Sommaire

I-INTRODUCTION ET OBJECTIFS	1
II- GENERALITES	5
1. Histoire.	
2. Le Virus de l'Immunodéficience Humaine: VIH.	
3. Epidémiologie du VIH / SIDA.	
4. Mode de Transmission.	
5. Manifestations Cliniques.	
6. Diagnostic biologique.	
7. Complication.	
8. Classification des manifestations cliniques et anomalies biologiques.	
9. Problématique de la Prise en charge des patients VIH/SIDA.	
III – METHODOLOGIE.....	51
IV - RESULTATS	57
V - COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	76
VI - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	85
VII – REFERENCES.....	88
VIII – ANNEXES.....	94

INTRODUCTION

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus infectant l'homme et responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), qui est un état affaibli du système immunitaire caractérisé par la destruction des lymphocytes CD₄ de façon progressive entraînant un déficit de l'immunité à médiation cellulaire favorisant ainsi le développement d'infections opportunistes redoutables et des tumeurs [1].

La pandémie du SIDA décrite au début des années 80, frappe tous les pays du globe, mais elle revêt une gravité particulière dans les pays en développement surtout en Afrique subsaharienne.

En 2009, 2,6 millions de personnes ont été infectées par le VIH, dont 370 000 enfants [1,2]. La plupart de ces enfants sont nés de mères porteuse du VIH, contractant le virus au cours de la grossesse, du travail ou de l'accouchement, ou par le lait maternel.

La moitié des personnes qui contractent le VIH sont infectées avant l'âge de 25 ans, et le SIDA est la deuxième cause la plus fréquente de décès chez les sujets de 20-24 ans [2].

La majorité des personnes atteintes du VIH vivent dans des pays à faible et moyen revenu. L'épidémie de SIDA en Europe Orientale et Asie centrale, est en expansion et 130.000 personnes ont été infectées par le

VIH en 2009, portant le nombre total de personnes vivant avec le virus à environ 1,4 millions.

En 2009, on estime à 76 000 le nombre de personnes décédés de .maladies liées au VIH/SIDA soit quatre fois le nombre en 2001. En Asie l'estimation actuelle est d'environ 4,9 millions de séropositif.

L'Afrique sub-saharienne est la région la plus touchée par l'épidémie du VIH/SIDA. La région représente plus de 10% de la population mondiale, mais abrite 68% de toutes les personnes vivant avec le VIH [3,4].

En 2010, la prévalence du VIH/sida au Mali est de 1 % dans la population adulte, ce qui représente 7 600 personnes vivant avec le VIH/SIDA. On estime que 42 000 personnes ont besoin d'un traitement ARV. L'épidémie au Mali est surtout une épidémie de type urbain (1,6% de prévalence en milieu urbain versus 0,9% en milieu rural), avec un maximum pour la ville de Bamako (1,9 %).

L'Initiative Malienne d'Accès aux Anti- rétroviraux (IMAARV) a démarré en 2001. La gratuité des ARV, des médicaments pour les infections opportunistes et du suivi biologique de base a été décrétée au printemps 2004 [5].

Les principales infections responsables de mortalité chez les patients infectés par le VIH/SIDA en Afrique sont la tuberculose, les pneumonies, les candidoses, les diarrhées infectieuses, les septicémies, la toxoplasmose et la cryptococcose [6].

A l'heure actuelle dans les pays développés, l'avènement de nouvelles stratégies thérapeutiques a fait réduire leur fréquence, ainsi que celle

des consultations qu'elles imposaient en urgence. Par contre en Afrique les patients continuent d'être exposés à des complications graves [7]. L'éducation sanitaire en Afrique est encore insuffisante pour la prévention de VIH/SIDA malgré la sensibilisation de la population au port du préservatif.

La prise en charge des patients VIH positif dans les services des urgences des hôpitaux est difficile et dépend des complications qui sont essentiellement les infections opportunistes mais également, des effets secondaires des antirétroviraux et des complications non infectieuses (trouble psychiatrique, atteintes rénale, cardiaque et métabolique) qui peuvent inaugurer la maladie ou survenir au cours du traitement antirétroviral [8,9].

Au Mali, si les complications constituent les motifs fréquents de consultation chez les patients vivants avec le VIH aux urgences, C'est au décours de leur hospitalisation qu'on découvre la positivité de leur sérologie VIH. Aux urgences l'accessibilité des bilans pré – thérapeutiques et les ARV ne sont pas accessible de façon directe. C'est ainsi que nous avons initié cette étude prospective et descriptive afin de comprendre la problématique actuelle de la prise en charge de patients VIH positif au service des urgences de l'Hôpital du Point G.

Questions de Recherche

Quelles sont les caractéristiques clinique et para clinique des patients VIH positif dans le service des urgences du Point G.

Quels sont les facteurs de risque prédominant chez le patient VIH positif dans le service des urgences du Point G.

Objectifs

- Objectif général

Déterminer la problématique liée a la prise en charge des patients vivants avec le VIH aux urgences du Point G.

- Objectifs Spécifiques

- 1- Décrire le profil épidémio-clinique et para clinique des patients à VIH positif au service des urgences du Point G.
- 2- Déterminer les facteurs de risque prédominant des patients à VIH positif au service des urgences du Point G.
- 3- Décrire les aspects thérapeutiques du patient à VIH positif au service d'accueil des urgences du Point G.
- 4- Identifier les contraintes aux urgences du CHU Point G ?

II-GENERALITES

1. Histoire

C'est le 5 juin 1981 que les médecins de «Centers for Disease Control d'Atlanta Aux Etats-Unis» ont décrit de façon précise quelques cas d'une forme rare de pneumonie. A ce moment-là, on ne parlait pas encore de sida (Syndrome d'Immunodéficience Acquis) pour décrire ce nouveau syndrome d'immunodéficience inexpliqué. Les premières observations indiquent que ce type de pneumonie touche spécifiquement des jeunes hommes homosexuels (31 cas avait été relevé en 1980). On sait très peu de chose de la maladie qu'on dénomme, entre autre, "*gay syndrome*", *Gay Related Immune Deficiency (GRID)* car il fut initialement identifié chez eux. À la fin de cette même année, on sait que la maladie provoque une immunodéficience et qu'elle se transmet par voie sexuelle et sanguine [10 ,11]. On sait également qu'elle ne touche pas seulement les homosexuels, mais également les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et les personnes transfusées.

En 1982, plusieurs chercheurs à travers la planète commencent à se mobiliser car la maladie sort des frontières américaines. En France, la maladie est observée chez des hémophiles transfusés; ce qui laisse croire que l'agent infectieux est un virus. Le nom de AIDS (Sida en français) est utilisé pour la première fois par le scientifique Bruce Voeller. L'Institut Pasteur se lance donc dans l'aventure fin 1982. Une première réunion a lieu à l'Institut Pasteur en décembre 1982 avec, entre autres, Willy Rozenbaum et Françoise Brun-Vezinet, pour discuter des recherches à entreprendre [12].

Willy Rozenbaum, clinicien français travaillant alors à l'Hôpital Bichat, il est certain de trouver un nouveau genre de virus. En ce moment il faisait une conférence à l'Hôpital Pasteur sur ce nouveau syndrome d'immunodéficience, en pensant convaincre des virologistes de l'Institut Pasteur de s'associer à lui pour le travail de cette infection d'origine inconnue. Mais personne ne répond à son appel [13].

En janvier 1983, Willy Rozenbaum envoie la première biopsie ganglionnaire d'un patient atteint de "lymphadénopathie généralisée", c'est-à-dire au stade de "PRÉSIDA" (avant l'apparition d'une immunodéficience profonde), prélevée à l'hôpital Pitié Salpêtrière. C'était ce que l'équipe pasteurienne souhaitait car elle savait déjà que les patients qui développaient la maladie voyaient leur taux de lymphocytes CD4 tomber en flèche jusqu'à disparaître quasi complètement. L'équipe supposait donc que ces cellules CD4 étaient la cible du virus qu'elle cherchait à identifier et que, par conséquent, il fallait, pour l'isoler, qu'elles soient encore présentes dans le prélèvement ganglionnaire [13,14].

A partir de ce moment la recherche autour de ce virus nouvellement identifié s'intensifie. Commence une grande période de caractérisation du virus et de développement de tests sérologiques, parallèlement à une recherche visant à démontrer le lien entre le virus découvert et la maladie.

La caractérisation des protéines constituant le virus est également entreprise dès 1983. L'analyse des protéines du virus montrera également que le LAV était totalement différent des " candidats " américains, les virus HTLV-1 et HTLV-2. [14], Au cours de cette même année, une collaboration entreprise avec le CDC à Atlanta, permet, par des études sur des sérums provenant de patients américains et français, de renforcer l'hypothèse du lien entre le virus et la maladie SIDA, en démontrant une corrélation entre la présence d'anticorps chez les malades et celle du virus. C'est également avec le CDC que furent entrepris les premiers travaux démontrant la transmission possible du virus chez des chimpanzés.

Dans les années [1984](#), Gallo et ses collaborateurs ont publié une série de quatre articles qui a provoqué une grande discordance dans la communauté scientifique dans la revue médicale [Science](#) en faisant valoir que le [VIH](#), un rétrovirus qui avait été récemment identifié chez les malades du SIDA. Toute fois, la similitude frappante entre les deux premiers isolats du virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1), le Lai/ LAV (anciennement LAV, isolé à l'Institut Pasteur) et Lai/III B (anciennement HTLV-III B, qui aurait été isolé à partir d'un pool de culture au Laboratoire de Biologie des Cellules Tumorales (LTCB) du National Cancer Institut, a suggéré une contamination à l'intérieur du laboratoire de Gallo et provoqué une controverse à la lumière du niveau élevé de variabilité retrouvée entre les isolats ultérieurs du VIH-1 [14]. En 1984 on met en évidence les activités antirétrovirales de l'AZT. C'est à la même époque qu'on établit clairement les différents modes de transmission du virus.

En 1985, on isole un deuxième virus à partir d'un patient originaire de l'Afrique de l'Ouest, le LAV-2 (futur VIH-2); cette année allait aussi permettre la commercialisation d'un test de dépistage de la maladie du LAV-1. La même année, la première conférence internationale sur le SIDA se tient aux États-Unis. Il y a maintenant dans ce pays 23 000 personnes atteintes et 12 500 morts de la maladie. Au Canada, on rapporte que sur les 309 personnes ayant reçu un diagnostic de séropositivité, 156 sont mortes. Le Québec aurait 85 cas de SIDA et sur les 19 enfants atteints au Canada, 17 sont québécois. En 1987, le test de dépistage du VIH-2 est mis au point par "*Diagnostics Pasteur*".

Sept ans après le début de la maladie, le Président américain Ronald Reagan fait sa première déclaration publique sur le SIDA; le pays décide également de fermer ses frontières aux immigrants et touristes atteints. Au Québec, le Dr Réjean Thomas et le Dr Clément Olivier mettent sur pied la clinique "*Actuel*" spécialisée dans les soins pour les personnes atteintes [15]. Le gouvernement provincial pour sa part reconnaît la nécessité de tenir compte de la dizaine de groupes communautaires impliqués auprès des personnes atteintes.

C'est en 1988 que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) proclame le 1er décembre comme la Journée Mondiale du SIDA.

2. Le Virus de l'Immuno-déficience Humaine : VIH

Un virus est un parasite intracellulaire obligatoire ne pouvant se multiplier qu'à l'intérieur d'une cellule hôte et utilisant sa machinerie cellulaire. Il contient une organisation relativement simple avec l'information génétique (sous forme d'ADN ou d'ARN), et une structure de protection souvent protéique, compacte, pour protéger son acide nucléique qui s'appelle capsid.

On connaît environ 3 000 espèces de virus. On en trouve chez tous les êtres vivants. Les virus qui s'attaquent à l'homme sont responsables de nombreuses maladies, certaines très graves comme le SIDA.

L'infection par le VIH/SIDA dû à un virus appartenant à la famille des rétrovirus qui sont définis par un mode de réplication passant par une étape de rétro transcription de leur ARN en ADN pro viral. Cette étape est rendue possible grâce à une enzyme spécifique : la transcriptase inverse [16].

Sur la base de critères de pathogénicité on distingue trois sous familles de rétrovirus:

Les Oncovirus (ONCOVIRINAE)

Ce sont des virus transformants. Les Oncovirus à ARN sont les rétrovirus les plus répandus, on les a retrouvés chez les insectes les sangsues, les reptiles, les oiseaux et les mammifères.

Les Oncovirus peuvent induire les tumeurs les plus variées :

Ils sont associés au développement de sarcomes (tumeur du tissu conjonctif) de carcinomes (tumeurs des tissus épithéliaux), de lymphomes et de leucémies. C'est ce dernier type de tumeur qui est le plus fréquent dans la pathologie rétrovirale.

Les Spumavirus (SPUMAVIRINAE)

Ce sont des virus "non pathogènes". Ces virus ont été découverts par hasard au début des années 1950 chez plusieurs espèces animales : singes, bovins, chats, hamsters. Où ils provoquent des infections inapparentes. On les a également isolés chez l'homme (1970).

Les Lentivirus (LENTIVIRUS)

Ce sont des virus cytopathogènes. Ces virus ont d'abord été isolés chez l'animal et sont responsables de maladies à évolution lente (Lentus = Lent) : pneumonies ; désordres neurologiques. C'est à cette sous famille qu'appartiennent les virus de l'immunodéficience humaine VIH – 1 et VIH – 2.

VIH – 1 répandu sur l'ensemble des continents

VIH – 2 présents surtout en Afrique de l'Ouest.

Le VIH-1 est classé en 4 groupes :

- le groupe M subdivisé en dix sous groupes de A à J.

- le groupe O rencontré essentiellement en Afrique centrale.
- le groupe N isolé au Cameroun.
- le groupe p isolé récemment en Afrique centrale

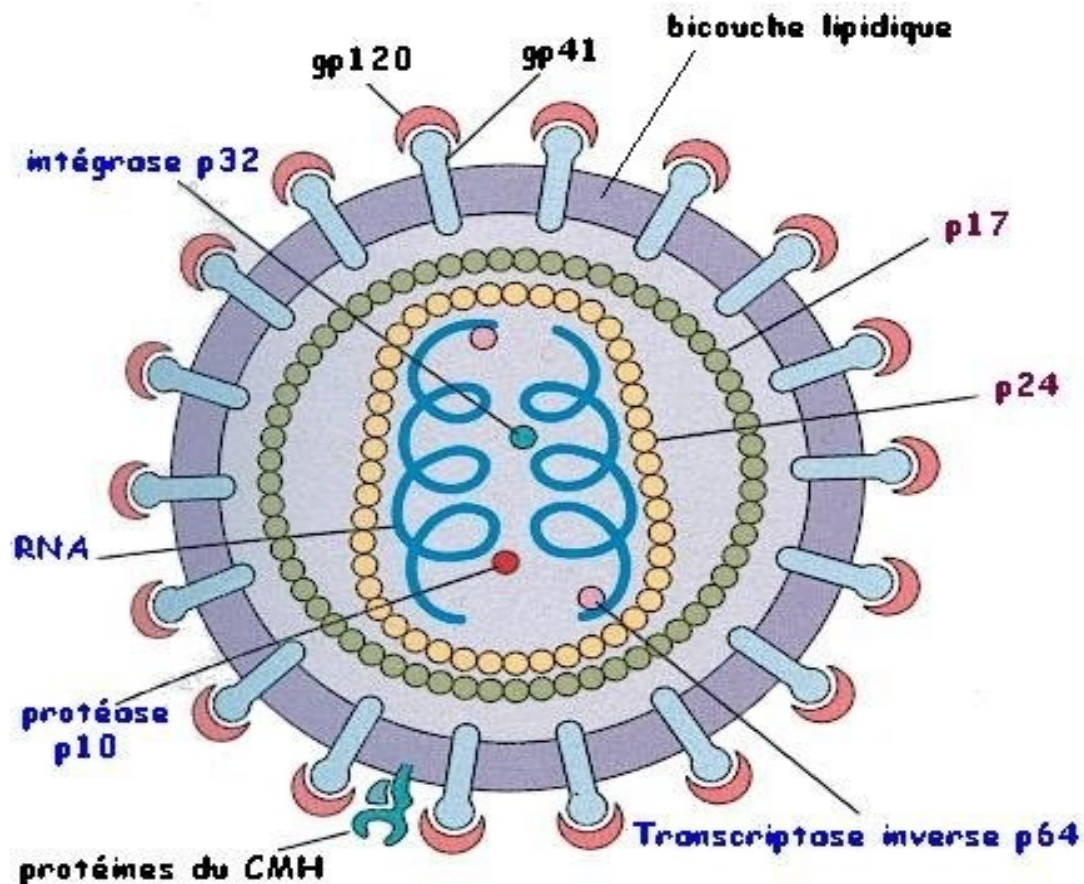
Pour le VIH-2, il a été isolé en 1986 chez les patients originaires d'Afrique de l'Ouest et on le rencontre essentiellement dans les zones urbaines de l'Afrique de l'Ouest [16, 17].

Structure du VIH :

Elle comporte :

- Une enveloppe virale constituée d'une double bicouche lipidique et de deux sortes de glycoprotéines : gp120 et gp 41. La molécule gp 41 traverse la bicouche lipidique tandis que la molécule gp120 occupe une position plus périphérique : elle joue le rôle de récepteur viral de la molécule membranaire CD4 des cellules -hôte. L'enveloppe virale dérive de la cellule hôte : il en résulte qu'elle contient quelques protéines membranaires de cette dernière, y compris des molécules du CMH.
- Un core viral ou nucléocapside, qui inclut une couche de protéine p17 et une couche plus profonde de protéine p24.
- Un génome constitué de deux copies d'ARN simples brins associés à deux molécules de transcriptase inverse (p64) et à d'autres protéines enzymatiques (Protéase p10 et intégrase p32).

Schéma du VIH/SIDA



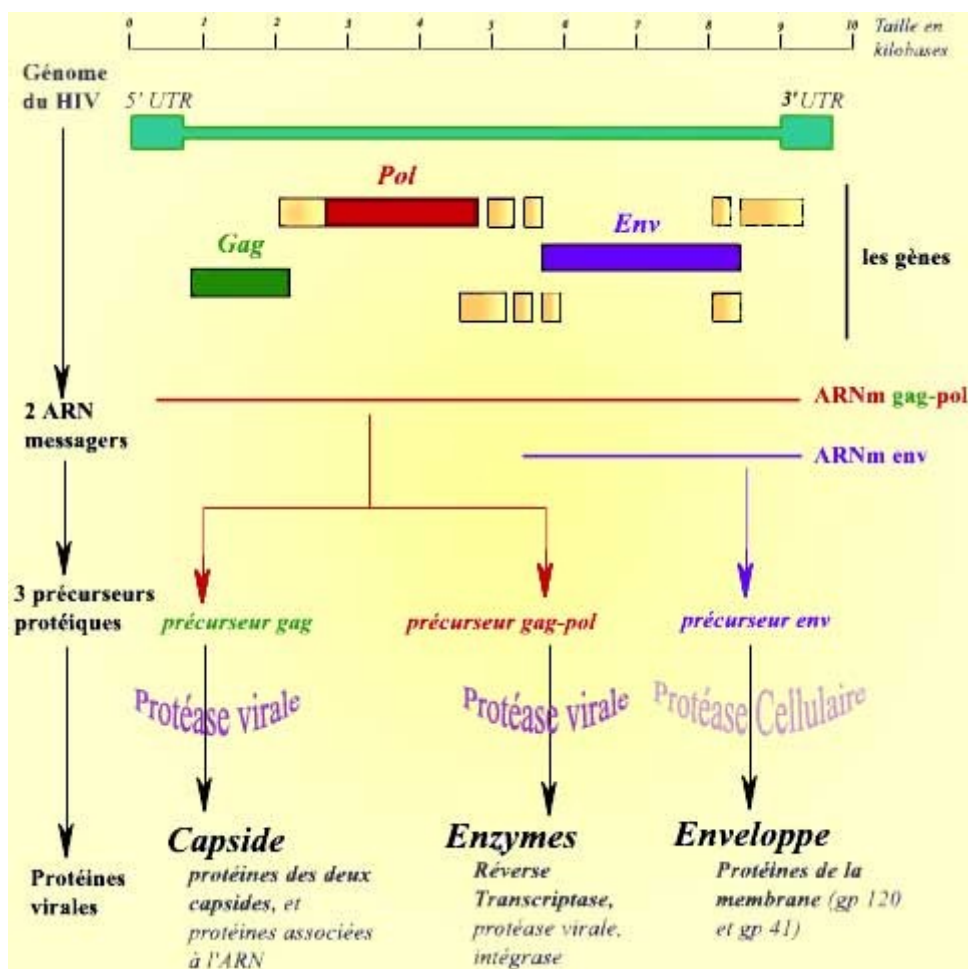
Propriété du Virus (VIH)

Le virus du SIDA se compose d'un matériel génétique (ARN) accompagné de quelques protéines, le tout contenu dans deux "coques" protéiques (les capsides), elles-mêmes entourées d'une membrane, portant des protéines spécifiques (cette membrane et ces protéines forment l'enveloppe du virus). Les rétrovirus sont des virus d'un diamètre de 110 à 125 nanomètres, très répandus dans le monde animal. Ils sont la cause de différentes formes de cancers, d'immunodéficiences, et de dégénérescences du système nerveux central.

Le génome du virus du SIDA se compose d'un ARN simple brin de 9181 nucléotides. Il comporte trois gènes principaux, ainsi que quelques

gènes de régulation, de petite taille. Il comporte plus des séquences spécifiques, situées à ses extrémités (5'UTR et 3'UTR - UTR = région non transcrite "UnTranscribed Région").

Une fois rétro transcrit sous la forme d'un ADN double brin (voir cycle), il s'exprime par le biais de deux ARN messagers, qui aboutissent à la synthèse de trois protéines. Ces protéines sont ensuite clivées par des protéases, pour aboutir aux différentes protéines virales :



Gènes de Régulation

Le pro virus des VIH – 1 et 2 possède six gènes codant de petites protéines régulatrices. Ce sont les gènes TAT, REV, NEF, VIF, VPR, VPU (VIH 1) et VPX (VIH 2).

Étapes du cycle du VIH

Les principales étapes du cycle réplcatif du VIH sont communes à tous les rétrovirus.

- L'absorption et la pénétration du virus dans la cellule
- Transcription de l'ARN en ADN simple brin, hydrolyse du brin d'ARN et réplcation de l'ADN en ADN bi caténaire
- L'Intégration de l'ADN pro viral au génome de la cellule hôte grâce à l'intégrase virale
- La transcription du pro virus en ARN génomique par l'ARN polymérase II de l'hôte.
- Transcription en ARN messagers tardifs et traduction en protéines de structure virale, transcription de l'ARN messenger viral
- L'assemblage des poly protéines virales et l'encapsulation de l'AR viral
- Bourgeonnement au niveau de la membrane cellulaire et libération des virions.

Pathogénie

- Dérégulation des cellules immunitaires de l'hôte
- Dérégulation de la production des cytokines, en particulier des interleukines

- Lymphopénie CD4 : destruction des cellules infectées, apoptose hypoplasie médullaire, formation de syncytia
- Augmentation de la sous population CD4 TH2 produisant des cytokines inhibant les TH 1 et limitant ainsi la réponse cytotoxique CD 8
- Réponse immunitaire anormale de l'hôte : destruction des cellules, auto-immunité, variation des VIH, leur permettant d'échapper aux défenses de l'hôte
- Facteur de stimulation de la virulence : confection par CMV, Herpes, mycoplasmes...

Variations Antigéniques : On distingue :

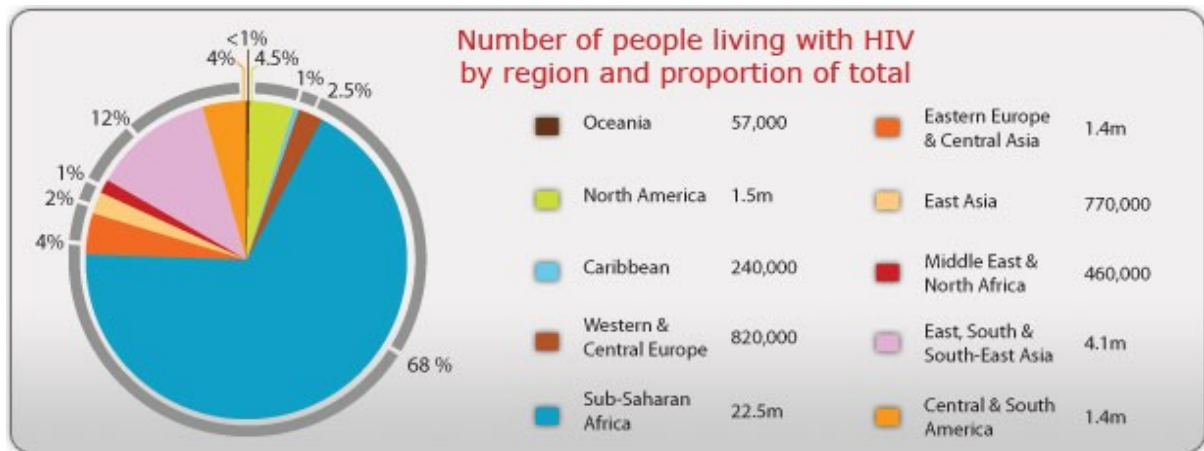
- Le groupe M (Majeur) comprenant 8 sous types de A à H (sous type A prédomine en Afrique, le B en Europe et aux USA)
- Le groupe O (Out lier) limité au Cameroun et aux pays voisins

3- Epidémiologie du VIH / SIDA

Situation Actuelle dans le Monde

L'ONUSIDA Rapport mondial 2010 sur 30,8 millions adultes et 2,5 millions d'enfants vivaient avec le VIH à la fin de 2009.

Du VIH et du SIDA dans le monde



À la fin de 2009, l'épidémie avait laissé derrière elle 16,6 millions d'orphelins du SIDA, définis comme ceux âgés de moins de 18 ans qui ont perdu un ou leurs deux parents à cause du sida. Le nombre de décès, probablement atteint un sommet vers 2004, et en raison de l'expansion de la thérapie anti-rétrovirale, a diminué de 19 pour cent entre 2004 et 2009.

Les estimations autour de l'épidémie du VIH et de son impact se sont considérablement améliorées en Afrique subsaharienne et en Asie. En effet, les données de prévalence du VIH recueillies dans des enquêtes démographiques nationales ont permis d'améliorer la fiabilité des estimations nationales du VIH. Dans presque toutes les enquêtes, les nouvelles estimations de prévalence du VIH étaient moins élevées que celles publiées précédemment [17].

Afrique sub-saharienne apporte environ de 1,8 millions d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2009 et 1,3 millions de personnes mortes de maladies liées au SIDA. Les femmes sont particulièrement

touchées par le VIH en Afrique sub-saharienne. L'Afrique du Sud représente environ 40% du total mondial des femmes vivant avec le VIH.

On pensait que l'Inde a été la maison de l'Asie à environ 5,7 millions de personnes vivant avec le VIH - plus que tout autre pays dans le monde. En Juillet 2007, cette estimation a été révisée pour s'établir entre 2 millions et 3,1 millions, basée sur de meilleures données et les résultats d'une enquête nationale des ménages. D'autres pays avec un grand nombre de personnes vivant avec le VIH incluent la Chine (740 000), la Thaïlande (530 000) et le VietNam (280 000).

Haïti est le pays le plus touché par le SIDA après l'Afrique subsaharienne. La quasi-totalité des Haïtiens (95 p. 100) descend d'esclaves noirs, le reste de la population étant constitué de mulâtres (issus d'un métissage entre Africains et Français) et de créoles [18].

En Europe orientale et Asie centrale, en 2009, une estimation 76 000 personnes sont mortes de maladies liées au SIDA, soit quatre fois le nombre en 2001. Les Pays les plus touchés sont la Fédération de Russie et l'Ukraine, mais le VIH continue à se propager en Belarus, au Kazakhstan, au Kirghizistan et en Ouzbékistan. On estime aujourd'hui que près de 980 000 personnes vivent avec le VIH en Fédération de Russie.

En Amérique du Sud et centrale on estime que 1,4 million de personnes vivaient avec le VIH à la fin de 2009. Bien que le nombre de personnes

vivant avec le VIH continue d'augmenter, le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH semble avoir légèrement diminué. Environ 92000 personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2009 ; 7000 de moins en 2001 [18]. 58000 personnes sont mortes de maladies liées au SIDA en 2009 dans la région.

En Amérique du Nord et Europe occidentale et centrale les femmes représentent moins du tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH.

Au Sud Afrique le SIDA touche 5,3 millions de personne. L'Afrique du Sud est l'un des pays qui comptent le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH. La politique gouvernementale en la matière apparaît peu cohérente et est vivement contestée [19]. A 2003, l'Onu sida estimait que la prévalence du VIH/SIDA dans la population en Ouganda était d'environ 4 p. 100 (entre 350 000 et 880 000 personnes infectées par le virus).

La lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA, qui touchait 1,2 million de personnes au Kenya en 2003, fait l'objet d'une importante politique gouvernementale ; le taux de prévalence de la maladie, qui s'élevait à 14 % à la fin des années 1990, est passé à 6,7 % en 2003 et est estimé à 5 % en 2007. Et la pandémie du SIDA — plus de deux millions de Kenyans sont séropositifs ou malades du SIDA [19, 20].

Au Mali

La prévalence du VIH au Mali a reculé de 1,7% en 2001 à 1,3% en 2006. En 2009, plus de 80% des personnes qui avaient besoin d'un traitement (environ 27000 au total), ont bénéficié d'antirétroviraux. L'ONU estime que 100 000 personnes vivent avec le VIH/SIDA au Mali actuellement, équivalent à 1,3 % dans la population adulte [20].

4- Mode de transmission.

La transmission du VIH suppose une porte d'entrée, une porte de sortie, un véhicule pour le VIH (qui est le liquide contaminant), mais également une quantité suffisamment importante de virus pour que la contamination soit possible. Il y a des liquides biologiques "accessibles" qui sont susceptibles de contenir suffisamment de virus pour permettre une transmission.

Le sang, les sécrétions sexuelles comme le sperme ; le liquide pré séminal chez l'homme et le liquide vaginal chez la femme ; le lait maternel.

S'y ajoutent le liquide céphalo-rachidien, le liquide pleural, le liquide amniotique, et l'ensemble des liquides "intracorporels" contenus à l'intérieur des feuillets des méso, mais il est évident qu'ils ne constituent un risque que pour les professionnels de santé pratiquant des actes invasifs. On connaît ainsi des cas de contamination de professionnels par piqûre accidentelle après une ponction lombaire

Concernant le sperme, la fraction liquide est produite par la prostate, les vésicules séminales, et les glandes de Cowper. Comme toute production corporelle, le sperme est d'abord un filtrat du sang. Il n'est pas censé véhiculer d'infections, mais il est riche en cellules immunocompétentes, comme les lymphocytes CD4+ [21]. Voilà pourquoi il y a du VIH dans le sperme. Plus étonnant, il semble y avoir une production "autonome" du VIH au niveau du tractus génital (qui serait selon l'expression consacrée un "sanctuaire" du virus), et il n'est pas rare que, chez des malades traités et chez qui il y a une suppression virale dans le sang (en tout cas inférieure au seuil de détection, qui est aujourd'hui extrêmement bas, entre 20 et 50 copies/ml après amplification), la charge virale dans le sperme soit nettement plus élevée d'où les contaminations à partir de personnes infectées traitées.

Cette question du liquide ne suffit pas à expliquer la contamination. Toutes les portes d'entrée ne permettent pas la pénétration du virus, même lorsqu'il est présent. La transmission est le produit du contact entre une sécrétion infectée et une muqueuse. Dans l'ordre décroissant, les muqueuses perméables sont la muqueuse rectale, la muqueuse vaginale, et la muqueuse buccale [22]. Evidemment, s'il y a des lésions, la porte d'entrée est encore plus ouverte, et c'est ce qui peut se produire lors du viol, ou d'une première expérience de sodomie. Mais c'est une question qui n'intervient qu'en second lieu.

La pénétration (soit l'entrée d'un sexe dans un orifice corporel pour être prosaïque, ce qui inclut pénétration anale, vaginale, et, à un moindre degré, buccale). Les cas de transmission par cunnilingus sont exceptionnellement rarissimes (2 cas documentés au maximum en 20 ans, ce qui fait douter de leur réalité), alors que les contaminations au cours de la fellation existent bel et bien, même si cela reste très rare. Le

risque commence au moment où commence la pénétration (la porte d'entrée est déjà là, et le liquide pré-séminal est contaminant) et reste donc indépendante de l'éjaculation (même si, bien entendu, cela augmente le risque.

Transmission Verticale

Elle dépend du nombre de virus présents dans le sang maternel : plus ce nombre est élevé plus le risque de transmission est grand. Cette transmission peut se faire IN – UTERO dans les deux derniers mois (35%) de la grossesse mais surtout au moment de l'accouchement (65%). La contamination par l'allaitement maternel est possible [22].

5- Manifestations Cliniques

Evolution

La maladie évolue en trois phases successives.

La Phase de Primo – Infection

Elle est symptomatique ou asymptomatique.

Quand la primo – infection est symptomatique, elle se manifeste par des signes généraux peu spécifiques, adénopathies cervicales, fièvre pharyngite avec dysphagie, fatigue, myalgies, courbatures, éruption maculo- papuleuse [23]. Elle risque souvent de passer inaperçue. Les premiers signes apparaissent 20 (vingt) jours après la contamination.

Elle dure 1 à 3 semaines. Cette phase correspond à une multiplication virale intense et à la dissémination du virus.

Phase Asymptomatique

Elle est asymptomatique et peut être très prolongée (10 à 15 ans). Le virus se réplique continuellement dans les gîtes lymphoïdes (Ganglion et rate) ; les lymphocytes TCD 4 vont lentement, mais inexorablement diminuer.

Phase Clinique

Elle correspond au sida proprement dit : lorsque le nombre de lymphocytes CD4 devient inférieur à 200/mm³. Les manifestations les plus fréquentes sont les infections opportunistes mais aussi le sarcome de kaposi des lymphomes.

6- DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Le Diagnostic positif de primo – Infection à VIH repose essentiellement sur la biologie. Trois types de marqueurs peuvent être utilisés, qui sont par ordre chronologique d'apparition :

- L'ARN VIH : détectable dès 10 jours après la contamination
- L'antigène P-24 : détectables environ 15 jours après la contamination
- Les anticorps anti – VIH : ils deviennent détectables par des tests ELISA en moyenne 22 à 26 jours après le contage.

k7- Complications de VIH.

Définition clinique du SIDA de l'Adulte en Afrique.

On considère qu'un Adulte ou un Adolescent est atteint de SIDA, s'il présente au moins deux signes majeurs accompagnés d'au moins un des signes mineurs dont la liste figure ci-dessous.

Signes Majeurs	Signes Mineurs
Amaigrissement > 10%	<ul style="list-style-type: none">• Toux persistante depuis plus d'un mois
Diarrhée chronique depuis plus d'un mois	<ul style="list-style-type: none">• Dermatite prurigineuse généralisée
Fièvre (continue ou intermittente) depuis plus d'un mois	<ul style="list-style-type: none">• Zona récidivant• Candidose oropharyngée• Infection à herpès chronique ou disséminée• Lymphadénopathie généralisée

Définition Clinique du SIDA Chez l'Enfant selon O.M.S.

Le SIDA est soupçonné si l'enfant présente au moins 2 des signes majeurs et 2 des signes mineurs dont la liste figure ci-dessous :

Signes Majeurs

- Perte de poids ou retard de croissance pondérale
- Diarrhée persistante (plus d'un mois)
- Fièvre prolongée (plus d'un mois)

Signes mineurs

- Adénopathies Généralisées
- Infections banales récurrentes
- Toux chronique (plus d'un mois)
- Dermatose Généralisée
- Candidoses Oropharyngées ;
- Infection à VIH confirmée chez la mère

Cancers

L'immunodépression est également responsable de l'apparition de Cancer :

- Le Sarcome de Kaposi : Un virus de la famille des herpes virus
- Des Lymphomes malins non hodgkiniens
- Des Lymphomes cérébraux

8- Classification des manifestations cliniques et anomalies biologiques.

Classification CDC de l'infection VIH pour les adultes et les adolescents (Révision 1993).

Catégories cliniques

	(A)	(B)	(C)
Nombre de lymphocytes TCD4 +	A symptomatique primo – infection lymphadénopathie généralisée persistante	Symptomatique sans critères (A) ou (C)	Sida
> 500/mm ³	A1	B1	C1
200 – 499/mm ³	A2	B2	C2
< 200/mm ³	A3	B3	C3

Classification en stades cliniques proposée par l’OMS.

Stade clinique 1 :

1. Patient asymptomatique.
2. Adénopathie persistante généralisée.

Degré d’activité 1 : patient asymptomatique, activité normale.

Stade clinique 2 :

1. Perte de poids inférieure à 10% du poids corporel.
2. Manifestations cutanéomuqueuses mineurs (dermatite séborrhéique, prurigo atteint fongique des ongles, ulcérations buccales récurrentes, chéilite angulaire).
3. Zona, au cours des 5 dernières années.

4. Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures (sinusite bactérienne par exemple).

Et / ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale.

Stade clinique 3 :

1. Perte de poids supérieur à 10% du poids corporel.
2. Diarrhée chronique inexpliquée pendant plus de 1 mois.
3. Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) pendant plus de 1 mois.
4. Candidose buccale (muguet).
5. Leucoplasie chevelue buccale.
6. Tuberculose pulmonaire, dans l'année précédente.
7. Infections bactériennes sévères (pneumopathies, pyomyosite, par exemple).

Et / ou degré d'activité 3 : patient alité moins de la moitié de la journée pendant le dernier mois

Stade clinique 4 :

1. Syndrome cachéctisant du VIH, selon la définition des CDC.
2. Pneumopathie à pneumocystis carinii.
3. Toxoplasmose cérébrale.
4. Cryptosporidiose, accompagnée de diarrhée pendant plus de 1 mois.

5. Cryptococcose extra pulmonaire.
6. Cytomégalovirus (CMV) touchant un autre organe que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques.
7. Herpès cutanéomuqueux pendant plus de 1 mois ou viscéral quelle qu'en soit la durée.
8. Leuco – encéphalopathie multifocale progressive.
9. Toute mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidioïdomycose).
10. Candidose de l'œsophage de la trachée, des bronches ou des poumons.
11. Mycobactériose atypique, généralisée.
12. Septicémie à salmonelles non typiques.
13. Tuberculoses extra pulmonaire.
14. Lymphome.
15. Sarcome de kaposi (SK).
16. Encéphalopathie à VIH selon la définition des CDC.

Et / ou degré d'activité 4 : patient alité plus de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

Nouvelle classification en stades cliniques proposée par l'OMS en 2006

Stade clinique 1

* Patient asymptomatique.

* Adénopathies persistantes généralisées.

Stade clinique 2

- * Perte de poids inférieure à 10% du poids corporel.
- * Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, ulcérations buccales récurrentes).
- * Zona au cours des 5 dernières années.
- * Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures.

Stade clinique 3

- * Perte de poids supérieure à 10% du poids corporel.
- * Diarrhée chronique inexpliquée pendant plus d'un mois.
- * Fièvre prolongée inexpliquée pendant plus d'un mois.
- * Candidose buccale (muguet).
- * Leucoplasie chevelue buccale.
- * Tuberculose pulmonaire dans l'année précédente.
- * Infections bactériennes sévères (pneumopathies par exemple).

Stade clinique 4

- * Pneumocystose.
- * Toxoplasmose| cérébrale.
- * Maladie de Kaposi.
- * Lymphome.

* Mycobactériose atypique généralisée, et plus généralement toute affection grave apparaissant chez un patient infecté par le VIH, ayant une baisse importante de son immunité (taux de CD4 inférieur à 200/mm³).

Catégories cliniques selon les nouvelles classifications et définition du SIDA 1993

Catégories A

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

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

Catégorie B

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

- Elles sont liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire
- Elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH
- Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :

- Angromatose bacillaire ;
- Candidose vaginale, persistante, fréquente
- Dysplasie du col, carcinome INSITU
- Syndrome constitutionnel : fièvre ($\geq 38^{\circ}$ SC) ou diarrhée supérieure à 1 mois.
- Leucoplasie chevelue de la langue.
- Zona.
- Purpura thrombocytopénique idiopathique.
- Neuropathie périphérique.

Catégorie C

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

- Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
- Candidose de l'œsophage ;
- Cancer invasif du col ;
- Cryptococcose extra pulmonaire ;
- Coccidioïdomycose, disséminée ou extra pulmonaire
- Cryptosporidiose intestinale supérieure à 1 mois
- Infections à CMV (autre que le foie, rate ou ganglion)
- Rétinite à VIH
- Encéphalopathie due au VIH
- Infection herpétique, ulcères chroniques supérieure à 1 mois, ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne ;
- Histoplasiose disséminée ou extra pulmonaire
- Isosporidiose intestinale chronique (supérieur à 1 mois)

- Sarcome de kaposi, lymphome de Burkitt ;
- Lymphome immunoblastique et cérébrale primaire
- Infection mycobacterium tuberculosis (pulmonaire ou extra pulmonaire)
- Pneumopathie bactérienne récurrente
- Septicémie à salmonelle non typhus récurrente
- Toxoplasmose cérébrale
- Syndrome cachectique dû au VIH

9- Problématique de la prise en charge des Patients VIH Positifs

Ceux sont les problèmes trouvés au cours de la prise en charge, les complications survenues et l'évolution de la maladie.

Ces problèmes sont essentiellement.

Infections Opportunistes

Ceux sont des infections dues à des agents microbiens qui ne rendent pas malades chez un immunocompétent ou entraînant seulement des maladies bénignes.

Mais une fois installées elles sont difficiles à traiter à cause des récives dues à l'Immunodépression.

La Pneumocystose :

Elle débute, le plus souvent, de façon lente et progressive. Le malade se plaint de toux « Sèche » sans crachat, fatigante, empêchant le sommeil. Parallèlement il apparaît un essoufflement (dyspnée) qui gêne à l'effort

puis survient pour des actes de plus en plus minimes (faire sa toilette, faire son ménage) et devient au repos.

Les symptômes respiratoires s'accompagnent de fièvres, d'une fatigue, d'anorexie et d'amaigrissement.

Son diagnostic repose sur la mise en évidence des Trophozoïtes, des Kystes de *P. Carinii* dans l'expectoration ou dans le lavage broncho – alvéolaire.

Les infections par le Cytomégalovirus :

Sont très fréquentes et polymorphes au cours de sida. Elles se manifestent par une pneumonie intestinale, une gastro – entérocolite, encéphalite, une rétinite, une éruption cutanée et purpura thrombopénique. Le diagnostic repose sur la mise en évidence des cellules à inclusion virale dans le liquide de lavage broncho – alvéolaire (LBA), sur des techniques d'immunofluorescence indirecte [26].

La Cryptococcose

Réalise des atteintes méningées, pulmonaires, cutanées, osseuses. Cependant les formes disséminées avec atteinte digestives, ganglionnaires, cardiaque et rénale sont possibles.

Le diagnostic sur l'examen microscopique direct du liquide de ponction lombaire à l'encre de chine et culture sur gélose Sabouraud.

La Toxoplasmose cérébrale

La Toxoplasmose cérébrale associe généralement des maux de tête important et persistant, résistants aux médicaments habituels (paracétamol, aspirine), une fièvre et des signes témoignant de la souffrance cérébrale (il peut s'agir de la paralysie d'un membre de troubles du langage avec manque de mots, de problèmes de vision, parfois de crises d'épilepsie) [26, 27]. Le diagnostic de certitude est anatomo – pathologique ou microscopique par isolement du parasite sur culture ou sur des arguments radiologiques présomptifs.

Les Candidoses

Elles sont très fréquentes et provoquent des lésions buccales avec muguet et une œsophagite se traduisant par la dysphagie et la douleur rétro sternale. Le diagnostic de certitude repose sur l'examen parasitologique et la fibroscopie oesogastroduodénale dans certains cas.

Les infections à herpès simplex virus

Se traduisent au cours du sida par des lésions cutanéomuqueuses, erythémato – vésiculeuses évoluant vers des ulcérations chroniques, creusant et siégeant sur les régions génitales et buccales. Le diagnostic repose sur la biopsie et l'examen histologie.

La Cryptosporidiose

Le cryptosporidium est cosmopolite et réalise au cours du sida une diarrhée aigue, profuse, incontrôlable avec souvent malabsorption conduisant à une cachexie mortelle. Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'oocystes par la technique activation.

Les Mycobactérioses

La tuberculose est une affection respiratoire bactérienne due à *Mycobacterium tuberculosis* très fréquente surtout en Afrique. La Mycobactériose atypique se traduit par une atteinte des poumons, du tube digestif de la moelle osseuse [28].

On remarque au cours de la phase tardive du sida des pneumonies bactériennes dues à plusieurs bactéries : *Streptococcus* et *Haemophilus*.

En plus des pneumonies on observe aussi des symptômes associés à certaines affections bactériennes du tube digestif dues à *Salmonella*, *Campylobacter*, *Shigella*.

Prise en charge des VIH sida aux urgences du Point G.

Prise en charge des opportunistes

Schéma Thérapeutique

Schéma I_: Pneumopathie à *Pneumocystis jirovecii* carinii [8][9]

Traitement d'attaque :

- Triméthoprine (15 – 20 mg/kg/j) + sulfaméthoxazole (75 – 100 mg/kg/j) ;

Soit 12 ampoules de Cotrimoxazole perfusion, ou 6 CP de cotrimoxazole forte par voie orale pendant 3 semaines

- Adjonction de corticothérapie à la dose de 1 mg/Kg/jour si hypoxie et d'une oxygénothérapie.
- En cas d'intolérance ou cotrimoxazole, l'alternative peut être
 - Soit la pentamidine (pendacarinat®) :
IV 3 - 4 mg /kg ou en aérosol : 300 mg/jour.
 - Soit l'atovaquone : 750 mg x 2 en suspension buvable dans les formes à gravité moyenne.

Prophylaxie Secondaire

- Cotrimoxazole forte 1 CP/j
- Ou Pentamidine : 300 mg en aérosol/mois

Prophylaxie primaire :

- **Cotrimoxazole** (480 ou 960mg/j)
- **Atovaquone (1500 mg/ jour)**

Schéma II : Toxoplasmose Cérébrale

Traitement d'attaque :

Traitement de référence

- Association pyriméthamine (Malocid®, 50 mg/j per os en 1 prise)
- Sulfadiazine (Adiazine ®, 4 à 6g/j en 4 prises) ;

Alternative 1 : en cas d'intolérance ou de contre indication aux sulfamides ;

Pyriméthamine : 1 mg/kg/j à 50 mg/j en 1 prise orale chez l'adulte

+ Clindamycine (Dal acine ® : 40 mg/kg/j (1,6 à 2,4 g/j) en prises orales

Alternative 2 : Cotrimoxazole :

- En perfusion ou IVD : 3 ampoules x 2 /jour
- Voie Orale : 2 CP fois 3/jour

Traitement Adjuvant :

- Contre l'œdème cérébral :
Glycérol : 30 à 60 ml x 3 fois/j par voie orale
- Prévention des effets hépatotoxiques :
Acide folinique (Lederfoline ®) : 5 mg/jour
- En cas de crise comitiale :

Phénobarbital

Prophylaxie secondaire[10]:

Pyriméthamine (25 mg en prise orale par jour) + Sulfadiazine (2g/j en 2 prises orale, ou Cotrimoxazole forte : 960 mg (1 comprimé) par jour

Prophylaxie Primaire [11]:

- En cas de sérologie Toxoplasmique négative : surveillance régulière et conseil des mesures prophylactique :
 - Ne manger que des viandes très cuites
 - Bien laver les crudités
 - Eviter les contacts avec les chats
- En cas de sérologie Toxoplasmique positive :
Notamment quand les lymphocytes CD4 < 200 /mm³

Cotrimoxazole forte : 960 (1 comprimé) par jour

Schéma III : Cryptosporidiose digestive chronique [12,13 ,14]

Il n'existe pas de traitement efficace, aussi le traitement reste essentiellement symptomatique

- Equilibration hydro – électrolytique
- Assistance nutritive
- Ralentisseur du transit : Loperamide (Imodium ®), jusqu'à 8 gélules/j

- La Paromomycine (Humatrin ®, gélule à 250 mg, 2g/j) en 6 prises
- Le Nitazoxanide (Cryptaz ®) : 500 mg x 2 fois/j pendant 14 jours
- Un traitement ARV efficace constitue donc aujourd'hui le principal traitement de ces infections.

Schéma IV : Microsporidiose [15,16]

Pas de traitement idéal selon l'agent pathogène :

Encephalitozoon intestinalis : ont été proposés :

Albendazole : 400 mg x 2/j pendant 3 semaines

Enterocytozoon bieneusi : Fumagiline (ATU) : 20 mg x 3/j pendant 21 jours

Prophylaxie : Intérêt non démontré.

Schéma V : Isosporose[17]:

Cotrimoxazole : 80 mg /kg /jour pendant 10 à 15 jours (2 comprimés forme forte à 960 mg x 2 /jour), avec supplémentation en acide folique

- En cas d'allergie aux sulfamides : Ciprofloxacine 500 mg x 2/jour pendant 7 jours puis 500 mg x 3 fois/semaines en entretien
- Traitement d'entretien : Cotrimoxazole : 1g x 3/semaine, est nécessaire pour prévenir les rechutes tant que persiste l'immunodépression.

Schéma VI : Candidoses [18]:

Local :

- Nystatine (Mycostatine®) : comprimé à sucer 5000 000 UI x 4 jour
ou miconazole (Daktarin ®) : 4 cuillères mesures x 3/jour

Général :

- Amphotéricine B (Fungigone ®) :
2 gélules x 2/jour ou 1 ml/2 kg/j per os pendant 15 jours
- Ketoconazole (Nizoral ®) : 200 mg x 2 : jour per os pendant 15 jours
- Fluconazole (Triflucan ®) : 50 – 100 mg/jour en 1 prise per os pendant 15 jours

Schéma VII : Cryptococcose [19, 20, 21,22]:

Traitement d'attaque :

Amphotéricine B (Fungizone ®) par voie IV à la posologie de 0,7 à 1 mg/kg/jour pendant au moins 15 jours, plus ou moins associée à la 5 – fluorocytosine.

(Ancotil ®) : 150 mg/kg/jour en perfusion IV pendant 15 jours.

En surveillance la N.F.S, l'ionogramme sanguin (hypokaliémie) et la créatininémie toutes les 48 heures et glycémie.

Relais par :

Fluconazole (Triflucan ®) : 400-800 mg/jour pendant 10 jours.

Traitement d'entretien :

- **Molécules :**

- Fluconazole : 200-400 mg/ jour.
- Amphotéricine B : ½ dose du traitement d'attaque.

A vie, pour prévenir les rechutes ;

- Sous multi thérapie ARV chez un patient ayant des CD4<200/mm³ de façon continue pendant 6 mois, on peut envisager l'arrêt de la prophylaxie secondaire.

Schéma VIII: Tuberculose [23, 24,25]

A) Conduite à suivre

- L'efficacité du régime standard, quelque soit le stade de l'infection à VIH auquel survient la tuberculose, est voisine de celle observée chez les séronégatifs.

- Pendant les **deux premiers mois**

Quadrithérapie par :

ISONIAZIDE (H) : 5 mg/kg/jour per os

RIFAMPICINE (R) : 10 mg/kg/jour per os

PYRAZINAMAMIDE : (Z) 25 mg/kg/jour per os

ETHAMBUTOL : (E) : 20 mg/kg/jour per os

- Pendant au moins 4 à 6 mois après la négativation des cultures de l'expectoration, le traitement est poursuivi par **ISONIAZIDE + RIFAMPICINE**.

B) Interactions antituberculeux – Antirétroviraux

- La rifampicine, inducteur enzymatique du cytochrome P 450, Réduit beaucoup la biodisponibilité de tous les IP et des INNRT ;
- La rifabutine est moins inducteur enzymatique, entraîne à utiliser plutôt que la rifampicine en association avec les ARV
- Indication des Antirétroviraux : selon le niveau des CD4 :
 - + < 50/mm³ : débiter les ARV à J – 15 du traitement antituberculeux ;
 - + < 50 – 200 :mm³ : débiter les ARV à la fin de la première phase du traitement antituberculeux
 - + 50 – 350 : différer les ARV à la fin du traitement antituberculeux
- Schémas ARV en cas d'association avec de la rifampicine :
- D4T + 3TC ou AZT + 3TC associées à l'un des trois suivantes :
 - + Efavirenz : 600 mg/jour
 - + Saquinavir + Ritonavir : 1000/100mg x 2/jour ou 1600/200 x 1/jour
 - + Abacavir : 300 mg x 2/jour

C) Traitement Préventif :

En cas d'hypersensibilité tuberculique (IDR > 5 mm si absence de vaccination EDR > 10 mm si patient vacciné) sans autres signes cliniques ou biologiques de tuberculose, et lorsque les lymphocytes CD4 sont < 500/mm³, une chimioprophylaxie de la tuberculose peut être proposée :

- Protocole prophylactique – TB : Rifampicine, 10 mg/kg/jour + Pyrazinamide 20 mg/kg/jour pendant 2 mois (risque d'hépatopathies sévères)
- Ou Isoniazide (5 mg/kg/j) pendant 6 – 12 mois : Recommandation OMS

Schéma IX : Infections à Mycobacterium avium [26,27]

A) Traitement d'attaque :

- Rifabutine (Ansativityne ®) : PO : 150 – 300 mg/kg/jour
- Ethambutol (Myambutol ®) : PO : 20 mg/kg/jour
- Clarithromycine (Zéclar ®) : PO : 500 mg x 2/jour
- Azithromycine (Zithromax ®) : PO : 600 mg/jour
- Ciprofloxacine (Cifloxy®) : PO : 750 mg x 2/jour
- Amikacine (Amikin ®) : IV : CO – 15 mg/kg/jour

B) Traitement Préventif :

Prévention primaire de l'infection a MAC est nécessaire chez les patients à VIH positifs très immunodéprimés (CD4 < 75 – 100/mm³) avec les macrolides (clarithromycine 500 mg x 2/jour), Azithromycine : 1200 mg/semaine) utilisés seuls ou en association avec la Rifabutine PO : 300 mg/jour

Schéma X: Salmonelloses

Traitements : Les fluoroquinolones

- Ofloxacin PO : 200 mg x 2/jour pendant 10 jours
- Pefloxacin PO : 400 mg x 2/j pendant 10 jours
- Ciprofloxacine PO : 500 mg x 2/jour pendant 10 jours

Schéma XI : Herpès Cutanéomuqueux [28]:

Local :

- Eosine aqueuse à 1% ou solution de Milans : assèchent les lésions
- Acyclovir en pommade

Général :

- Herpès récidivant ou chronique :
Aciclovir (Zovirac ®) CP 200 mg : 5 à 7 cp/jour pendant 5 jours puis
2 à 4 cp/j pendant 1 mois
- Valaciclovir (Zelitrex ®) cp 500 mg : 1 cp x 2/j pendant 5 jours

- Herpès cutané – muqueux extensif ou nécrosant :
Aciclovir IV : 15 mg/kg/j en 3 perfusions IV pendant 7 à 14 jours
Relais par voie orale : 4 cp/jour en 4 prises pendant 2 semaines
- Herpès résistant à l'aciclovir :
Foscarnet (Foscavir ®) : 30 à 40 mg/kg/8 h en perfusion

Schéma XII : Infection à cytomégalovirus [29, 30, 31,32]

- Ganciclovir (Cymévan®)
 - Attaque : IV 5 mg/kg x 2/j pendant 15 à 21 jours
 - Entretien : 5 mg/kg/jour en 1 perfusion IV ou 3 g/j per os
 - Surveillance biologique : Hémogramme et Créatinine mie
- Fos carnet (Foscavir ®)
 - Attaque : 90 mg/kg x 2/j en perfusion IV pendant 15 à 21 jours
 - Entretien : 100 à 120 mg/kg/jour en 1 perfusion
 - Surveillance biologique : Créatinine mie et Calcémie
- Cidofovir (Vistide ®)
 - Attaque : 5 mg/kg/semaine en 1 perfusion de 1heure
 - Entretien : 5 mg/kg tous les 15 jours
 - Surveillance biologique : Créatininé mie, Protéinurie, Ionogramme Sanguin.

Traitement ARV de l'adulte dans les pays en développement

Principes Actuels de la Thérapeutique ARV

Le Concept essentiel de la thérapeutique ARV est de réduire au maximum la charge virale afin d'arrêter la progression de la maladie virale, restaurer au mieux l'immunité et le contrôle de la réplication.

Ainsi la mise en route d'une thérapeutique ARV doit – elle :

- Etre longuement expliquée au patient : l'intérêt et l'inconvénient
- Etre débutée seulement après que le patient ait exprimé son acceptation et sa volonté d'être traité
- Etre adaptée autant que possible au mode et rythme de vie du patient
- Conduire à la réduction maximale de la charge virale plasmatique, meilleur garant de la durabilité de l'effet thérapeutique et l'absence de développement de résistance.

Quand débiter un traitement par ARV : recommandation pour l'adulte et l'adolescent.

Les recommandations de Dakar en 1998, actualisées en octobre 2000 [33], sont les suivantes chez l'adulte symptomatique au stade SIDA (groupe C, selon la classification du CDC en 1993) [30]. indépendamment du nombre de lymphocytes TCD4, le traitement antirétrovirale est indiqué. En cas de tuberculose chez les patients le nombre de lymphocytes TCD4 est le critère d'indication des ARV. De même pour les patients asymptomatiques du groupe A, le traitement antirétrovirale est préconisé chez ceux dont le taux de lymphocytes

TCD4, le traitement peut être envisagé sur la base d'argument clinique (signe du groupe B) immunologiques (baisse rapide de lymphocytes TCD4 justifiant un contrôle rapproché (tous les 4 mois au lieu de 6 mois). Les infections opportunistes actives doivent être traitées en priorité, le traitement antirétroviral était généralement différé jusqu'à l'amélioration de l'état du patient.

Les critères de mise sous traitement des patients par le VIH - 2 ou infectés par le VIH-1. Compte tenu du caractère évolutif plus lent de ce type d'infection, le suivi du taux des lymphocytes TCD4 peut être proposé tous les ans avant la mise sous traitement.

Les recommandations de 2002 de l'OMS [33] reposent sur les mêmes principes et l'introduisent des critères fondés sur un nombre total de lymphocytes inférieur à 1200/ mm³, si la mesure de lymphocytes TCD4 n'est pas disponible pour les patients aux stades II et III de la classification clinique de l'OMS (*tabl. 43 III et 43 IV*).

Recommandation de Dakar (octobre 2000)

- La trithérapie antirétroviral est le traitement de référence de l'infection par le VIH chez l'adulte et l'enfant.
- Les trithérapies de première infection comportant soit 2 analogues nucléosidique + 1 analogue non nucléosidique ont une efficacité comparable. Néanmoins une préférence est accordée à la combinaison 2 analogues nucléosidique + 1 analogue non nucléosidique en raison d'une meilleure tolérance et moindre coût

(les analogues non nucléosidiques non pas d'efficacité contre le VIH-2

- La trithérapie avec 3 analogues nucléosidiques est utile mais peut être moins efficace au plan virologique chez les patients au stade avancé de la maladie.
- Il serait utile de promouvoir les associations d'inhibiteurs de protéase qui permettent d'espacer les prises, de réduire les contraintes alimentaires et de diminuer le coût des traitements

Indication au traitement ARV de l'adulte de l'adolescent (OMS, 2006)

- Chez les patients symptomatiques (infection opportuniste majeure, d'autre infection de la catégorie C ou symptômes marqués ou récidivants de la catégorie B de la classification CDC 1993), il est recommandé de débiter un traitement ARV le plus rapidement possible en tenant compte du traitement de l'infection opportuniste et des interactions éventuelles [31].
- Chez les patients asymptomatiques ayant moins de 200 lymphocytes CD4/mm³, il est recommandé de débiter un traitement ARV sans délai.
- Chez les patients asymptomatiques ayant un nombre de lymphocytes CD4 supérieur à 350/mm³, l'introduction d'un traitement ARV n'est habituellement pas recommandée mais peut s'envisager dans certaines circonstances, en particulier lorsque la charge virale plasmatique est supérieure à 100000 copies ARN VIH/ml [32].

- Chez les patients asymptomatiques ayant un nombre de lymphocytes CD4 inférieur à 350/mm³, il est recommandé d'envisager de débiter un traitement ARV dès que le taux de lymphocyte CD4 devient inférieur à 350/mm³ et de ne le que s'il existe des arguments individuels pour cela, en particulier si le patient exprime qu'il n'est pas prêt.
- Dans tous les cas, l'instauration d'un traitement ARV doit être préparée, au besoin par un travail multidisciplinaire pour optimiser l'adhésion au traitement et aux soins.

Indications du traitement ARV de l'adulte et de l'adolescent (OMS, en avril 2002).

La mesure des lymphocytes CD4+ est disponible

Stade IV OMS, quel que soit le taux de CD4

Stade I, II ou III si le taux de CD4 < 200/mm³

La mesure de lymphocytes CD4+ est indisponible

Stade IV OMS, quel que soit le taux des lymphocytes totaux

Stade I, II ou III si le taux de lymphocytes totaux < 1200/mm³

Recommandations des choix de la première ligne d'ARV.

La conférence d'experts de Dakar de 2000 et les recommandations de l'OMS de 2002 soulignent la nécessité d'un traitement de première ligne

efficace de trithérapie (*Tabl. 43. IV à 43.V*). Il est admis que les traitements d'association de deux analogues nucléotidiques + 1 analogue non nucléotidique ont la même efficacité [34,35]

Les recommandations de Dakar suggèrent une meilleure tolérance et un coût moindre des associations de deux analogues nucléotidique et d'un analogue non nucléotidique, en soulignant leur inefficacité sur le VIH-2 et recommandent, en cas de prescription d'un inhibiteur de protéase, de l'associer avec des faibles doses de ritonavir afin de diminuer les coûts et d'espacer les prises.

Les associations recommandées de deux analogues nucléotidiques sont les suivantes : zidovudine (ZDV)-lamivudine (3TC), stavudine (d4T)-3TC, d4T didanosine (ddI), ZDV-ddI, DZV-zalcitabine (ddC) et ddI-3TC. L'OMS recommande AZT-3TC du fait de sa forme combinée (Combivir, ou équivalent générique), de son efficacité, de son ancienneté et de son profil de tolérance [36,37] : l'association d4T/3TC reste recommandé malgré le prix de toxicité métabolique accru (lipoatrophie) dans certaines études [38,39].

L'avantage en terme de coût de réduction du nombre de comprimés est en faveur des combinaisons avec les analogues non nucléotidiques.

Toutefois, les toxicités hépatique et dermatologique de la névirapine, parfois mortelles (rare sont soulignées d'autant que les possibilités de

prises en charge sont très limitées dans le PED en cas de survenu de ces effets secondaires [40,41].

La possibilité tératogénicide de l'efavirenz chez les femmes enceintes ou en âge de procréer n'utilisant de contraception ainsi que le risque d'émergence rapide de Mutations. Et inefficacité naturelle sur les virus VIH - 2 et VIH-1 groupe O limitent son utilisation.

Parmi les inhibiteurs de protéase seul le nelfinavir (NFV) l'indinavir (IDV) « boosté » avec le ritonavir (RTV), le lopinavir (LPV) et le saquinavir (SQV) boostés [42,43] sont recommandés. L'avantage du (NFV) est souligné du fait de son ancienneté d'utilisation de l'absence de conservation au froid à l'inverse du RTV et de sa non-toxicité chez les femmes enceintes En limite parfois l'utilisation. L'association IDV-RTV à l'avantage de sa simplicité (peu de médicaments, deux prise quotidiennes) mais nécessite parfois une adaptation posologies et peut entraîner des coliques néphrétiques chez les patients mal hydratés.

ARV inclus dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS (avril 2002)

Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse : INTI	Inhibiteurs non Nucléosidiques de la Transcription Inverse : INNTI	Inhibiteur de Protéase : IP
<p>Zidovudine : AZT (Rétrovir®)</p> <p>Poids ≥ 60kg : 1gel à 250 mg X 2/j</p> <p>Didanosine : ddi (Videx®) ≥60Kg : cp 400mg X 1/j <60Kg : cp250mg X 1/j</p> <p>Stavudine : d4t (Zérit®) Poids ≥ 60 kg : 1gel à 40 mg x 2/j</p> <p>Lamivudine : 3TC (Epivir®)</p> <p>Poids ≥ 60 kg : 1gel à 150 mg x 2/j</p> <p>Abacavir : ABC (Ziagen®) 1 cp 300 mg x 2/ j</p> <p>Emtricitabine: FTC (Emtriva®) 200mg x 1 /</p>	<p>Névirapine : NVP (Viramune®)</p> <p>poids ≥ 60 kg : 1gel 200 mg X 2/j</p> <p>Efavirenz : EFV (Sustiva®)</p> <p>Poids ≥ 60 kg : 1gel 600 mg X 3/j</p>	<p>Ritonavir : RTV (Norvir®)</p> <p>1 gels de 600 mg X 2/j</p> <p>Indinavir : IDV®</p> <p>Poids ≥ 60 kg : 2 gels à 400 mg X 3/j</p> <p>Saquinavir : SQV (Invirase®)</p> <p>Poids ≥ 60 kg : 3 gels 200 mg X 3 /j</p> <p>Nelfinavir : NFV (Viracept®)</p> <p>Poids ≥ 60 kg : 5 cp 250 mg X 2/j</p> <p>Lopinavir/ritonavir : LPV/r</p> <p>1 caps X 2/ j - 200/50mg cp thermostable:2 cpX 2 /j</p> <p>Azatanavir:ATV (Reyataz®) 300mg x1/j</p>

Tenofovir: TDF (Viread®) 1cp 245mg X 1/j		Fosaamprénavir: FPV (Telzir®) 700mg x1/j
--	--	--

MEDICAMENTS ANTIRETRVIRAUX EN ATU ET EN DEVELOPPEMENT EN 2006

Molécules disponibles dans le cadre d'une ATU

Le darunavir (TMC 114) est utilisé chez l'adulte à la posologie de 2cp à 200mg x 2/j en association avec le ritonavir (100 x 2/j).

Ce nouvel IP reste actif sur des souches virales résistantes aux molécules disponibles de la même classe.

Molécules en développement clinique

Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

L'etravirine (TMC 125) et la rilpivirine (TMC 278) ont, par rapport aux INNTI actuellement disponibles, une barrière génétique à la résistance augmentée. L'etravirine est évaluée en phase III et dans certains cas en association avec le darunavir. La rilpivirine est en phase II et susceptible d'être administrée en une prise quotidienne.

Inhibiteurs de protéase

Le brécanavir (GW 640385) est un inhibiteur de protéase actif in vitro sur des souches virales résistantes à d'autres IP. Il est développé en administration biquotidienne avec du ritonavir.

Inhibiteurs d'entrée

Inhibiteurs du CCR5

Trois molécules anti-CCR5 ont dépassé les phases cliniques précoces. Le développement de l'aplaviroc a été interrompu pour hépatotoxicité. Le développement du vicriviroc est suspendu en raison d'échecs virologiques constatés à des posologies faibles dans un essai chez les patients naïfs. Le maraviroc reste en développement en mai 2006 dans plusieurs essais de phase III.

Inhibiteurs de l'intégrase

Les deux inhibiteurs de l'intégrase les plus avancés en développement clinique sont MK-0518 et le GS-9137. Le MK-0518 subit une glucuronidation alors que le GS-9137 est métabolisé par le cytochrome P-450 et voit donc son exposition fortement augmentée par le ritonavir. Le MK-0518 est en phase III. Peu de données sont disponibles sur la résistance et la tolérance à long terme de cette nouvelle classe.

Régimes thérapeutiques

Ligne	Trithérapie avec INNTI		
	(Choisir un médicament dans chaque colonne)		
	AZT	3TC	NVP
	ABC	FTC	EFV
	d4t		
	TDF		
Première ligne	Trithérapie avec IP		
	(Choisir un médicament dans chaque colonne)		
	AZT	3TC	ATV/r
	ABC	FTC	LPV/r
	d 4 t	SQV/r	

	TDF ddi	IDV/r FPV/r
Deuxieme ligne	2INRT (choisis sur génotype) + IP/r (absence d'essais clinique) 2INRT (choisis sur génotype) + [ATV/r ou FPV/r ou LPV/r], selon génotype [61,62] 2INRT (choisis sur génotype) + INNRT (à condition que les 2 INRT choisis soient <<pleinement actifs>>)	
Troisieme ligne	n'est souvent pas discuté, en raison de l'absence de test de résistance génotypique ou d'options thérapeutiques dans les PED	

Indications au changement de traitement et deuxième ligne de traitement antirétroviral.

L'indication au changement au traitement repose sur une définition de l'échec du traitement ou de sa toxicité qui soit consensuelle ou facilement applicable [40].

. En ce qui concerne les situations d'échec virologique :

- Quelle que soit la situation d'échec (première ligne, lignes ultérieures, y compris après multi échecs), de viser l'objectif d'atteindre et de maintenir une charge virale plasmatique inférieure à 50 copies/ml.

- D'analyser l'échec virologique en évaluant la situation clinique, le niveau des lymphocytes CD4 et de la charge virale plasmatique, l'observance, la tolérance et les interactions médicamenteuses possibles ;
- De prendre en compte, pour optimiser le choix du nouveau traitement ARV, l'ensemble de l'historique thérapeutique et de réaliser un test génotypique sous traitement. Les résultats d'éventuels tests antérieurs et, lorsqu'ils sont disponibles, de dosages pharmacologiques seront également pris en compte ;
- En l'absence de mutations de résistance sous traitement, d'évaluer et optimiser en priorité l'observance, en s'aidant les dosages pharmacologiques ;
- D'associer au moins deux nouveaux médicaments actifs, dont idéalement l'un appartenant à une classe thérapeutique non encore utilisée.

Mesures biologiques de surveillance du traitement antirétroviral.

Dans les pays à ressources limitées le suivi biologique pour la mise sous traitement, évaluer l'efficacité du traitement (charge virale, mesure du taux de lymphocytes CD4) et même la tolérance au traitement pose de problème à la fois de disponibilité des techniques et de leur coût, que ne peuvent bien souvent pas supporter les personnes sous traitement ARV.

Recommandations de l'OMS pour le suivi biologique des patients sous ARV

L'OMS a défini les priorités entre les tests strictement indispensables, les tests basiques fortement recommandés, les tests souhaitables et les tests optionnels :

- Evaluation de base très fortement recommandée : NFS, ALAT ou ASAT, créatinémie ou urée sanguine, glycémie, test de grossesse (à l'initiation du traitement) ;
- Tests souhaitables : bilirubinémie, TCD4 ;
- Tests optionnels : charge virale plasmatique. Ces tests sont à réaliser à une périodicité « raisonnable », de 3-6 mois.

III- METHODOLOGIE

Définition : Le PV VIH connue ou dépisté aux urgences sont des personnes ayant une infection à VIH, qui est une maladie virale, transmissible par la voie sexuelle, sanguine et maternofoetale.

Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service d'accueil et tri des urgences du CHU du Point G de Bamako.

Type et période d'Etude :

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive non randomisée, ouverte sur une période de 9 mois du 1^{er} Août 2010 au 6 Avril 2011.

Population d'étude

Il s'agissait de l'ensemble de tous les patients admis en urgence du CHU du Point G quelque soit l'âge et le sexe pour pathologie médicale.

**** Critères d'Inclusion :** ont été inclus dans notre étude,

- tout patient, des deux sexes, admis aux urgences pour pathologie médicale associé a une sérologie VIH positive selon l'OMS, confirmé par deux sérologies VIH positives quelque soit le stade évolutif.
- consentement éclairé du patient ou de son accompagnant pour l'inclusion et la réalisation du test.

**** Critères de non inclusion :**

- Urgence médicale avec sérologie VIH négative
- Urgence chirurgicale chez les patients vivants avec le VIH /SIDA.
- Non obtention du consentement éclairé.

Méthodes :

Les patients inclus dans notre étude ont fait l'objet d'une évaluation clinique complète et para cliniques à la recherche systématique des complications.

La présomption du diagnostic clinique était basée sur des critères de l'OMS et la confirmation par deux sérologies positives (tests sérologiques rapides : Détermine, GENIE III). Une fois le diagnostic de l'infection au VIH retenu chez un patient, l'anonymat était respecté. En fonction des facteurs de risque, de l'évaluation clinique et des critères biologiques de gravité, il sera classé selon la classification de CDC Atlanta et OMS. Au terme de ce bilan les variables suivantes ont été recueillies pour analyser les problèmes observés au cours de la prise en charge de l'infection à VIH.

Variables :

Données sociodémographiques :

Ages, sexe, profession, statut matrimonial, résidence.

Facteurs de risques :

- . Notion de transfusion sanguine ;
- . Accident d'exposition au sang (AES) ;
- . Homosexualité ;
- . Toxicomanie ;
- . Professionnel du sexe ;
- . Rapport sexuel non protégés
- . Voyage à l'étranger.
- . Parents séropositifs.

- . Indéterminé

Evaluation clinique :

- . Indice de Karnofsky ; poids
- . Température, tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire, coloration des conjonctives, conscience ;
- . Toux, dyspnée, expectoration, râles crépitant ;
- . Déficit neurologique, trouble du comportement ;
- . Diarrhée, douleur abdominale, déshydratation, candidose buccale ;
- . Syndrome méningé, adénopathie, dermatoses prurigineuses ;
- . Stade clinique selon la classification de l'OMS.

Examens para cliniques :

- . La sérologie VIH, numération formule sanguine, la glycémie, la créatinémie ;
- . L'hémoculture, la sérologie de la toxoplasmose, la recherche de BAAR dans les crachats ;
- . Examen parasitologique des selles, coproculture ;
- . Radiographie pulmonaire, scanner cérébral si nécessaire.

Traitement :

On distingue 2 modalités thérapeutiques : le traitement du sida et le traitement des infections opportunistes.

Le Traitement Antiviral

Il dépend de l'évolution clinique et du taux de lymphocytes CD4

Actuellement, au Mali ce traitement est à la disposition de toutes les personnes atteintes de la maladie VIH/SIDA. Il est recommandé pour toutes les personnes symptomatiques ou ayant un taux de lymphocytes CD4 < 350 cellules/ mm³ ou un ARN VIH > 10000 copies / ml [5].

L'objectif du traitement est de réduire la charge virale plasmatique au maximum et de façon durable afin de prévenir toute évolution clinique ou altération immunologique.

Parmi les patients nous avons observé de nombreux schémas thérapeutiques comme l'association de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur de protéase , l'association de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse ,et enfin ,

l'association de trois inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse.

Les contraintes :

Le délai d'admission et de la prise en charge des patients était très longue, la majorité des malades était référé et ceux qui n'étaient pas sous traitement ARV n'ont pas bénéficié le bilan pré thérapeutique et le traitement ARV aux urgences du point G.

Evolution :

L'évolution était évaluée sur la régression des symptômes sous traitement. La survenue des complications pouvant nécessiter le transfert dans le service de soins intensif ou entraîner le décès des patients.

Les données ont été reportées sur une fiche d'enquête individuelle (voir ANNEXE), le registre d'hospitalisation.

Analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur SPSS version 17.

Les graphiques ont été faits sur Microsoft Office Excel 2007.

Aspect Ethique :

L'anonymat des patients et des données socio démographiques clinique et biologique ont été observées en attribuant un numéro à tous les patients

Il a été expliqué à tous les patients qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tous moment sans conséquences néfaste sur le traitement

La confidentialité et le secret professionnel étaient pris en compte. L'étude a permis de faire un suivi de l'évolution clinique et biologique des patients.

Aucunes compensations financières ou autre nature n'a été faite aux patients car cette étude rentrait dans le cadre d'une thèse de doctorat en médecine.

. DIAGRAMME DE GANTT

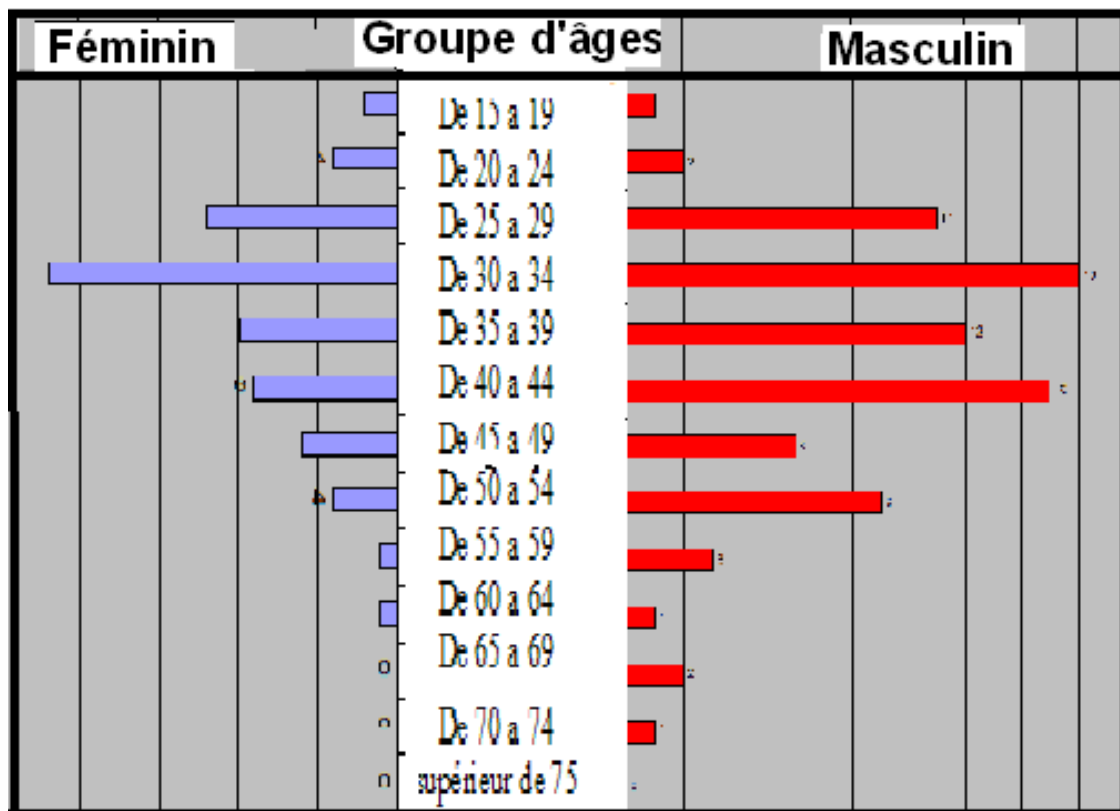
DATES	Avril –Juin 2010	Juin – Aout 2010	Aout- Octobr e 2010	Octobre Décembr e 2010	Janvier- Septemb re 2011	Septem bre- Décemb re 2011	Janvier 2012	Février 2012
ACTIVITES								
Recherches bibliographiques du protocole	√							
Elaboration du protocole et correction par le codirecteur		√						
Aux CHU et début de l'étude			√					
Collecte et analyses des données				√				
Rédaction					√			
Correction du document par le codirecteur et le directeur						√		
Correction des autres membres du jury							√	

Soutenance								✓

IV- RESULTAT

Au décours de notre étude :

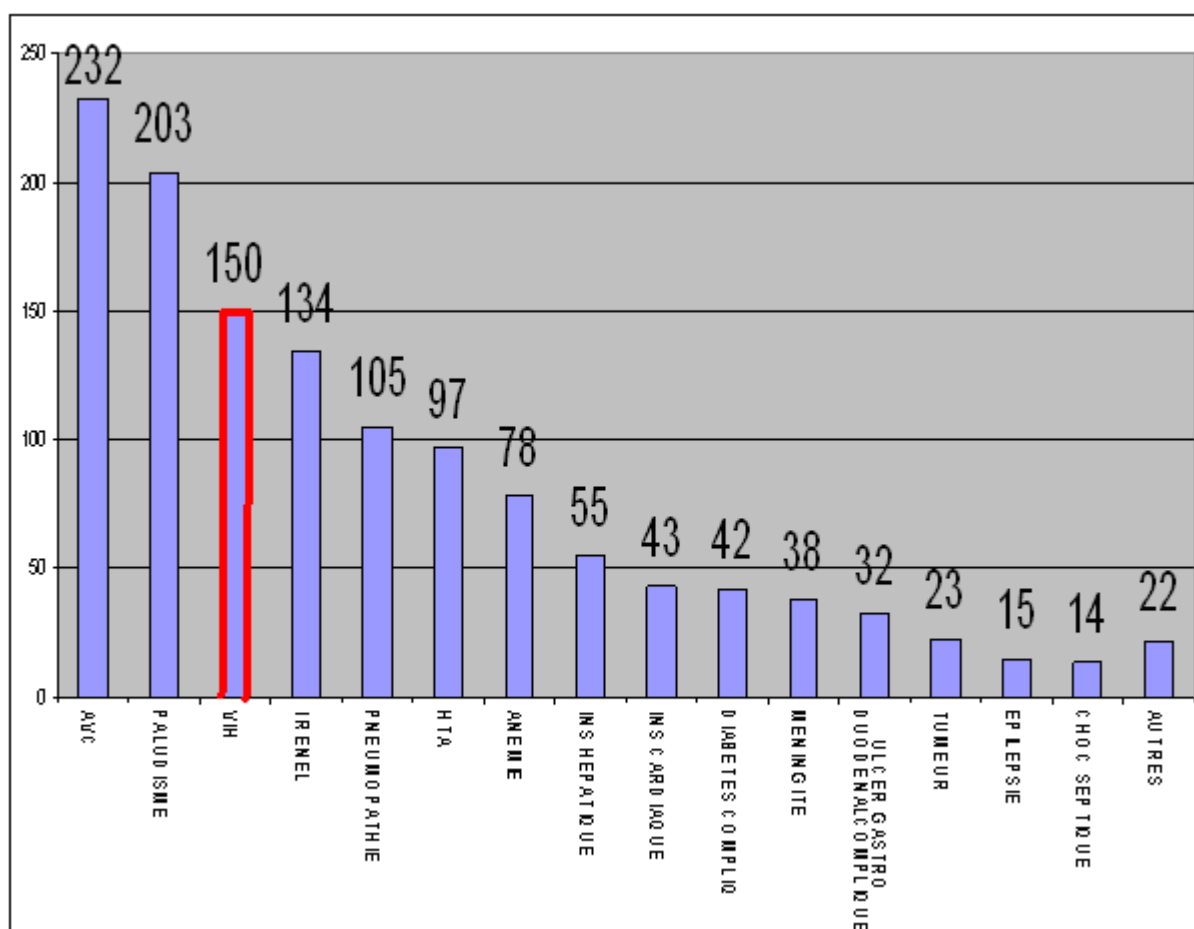
1283 patients a été hospitalises parmi les quels 150 patients inclus étaient HIV positif aux urgences du point G soit une prévalence de 11,69%.



Graphique I: Les patients VIH positif selon la tranche d'âge.

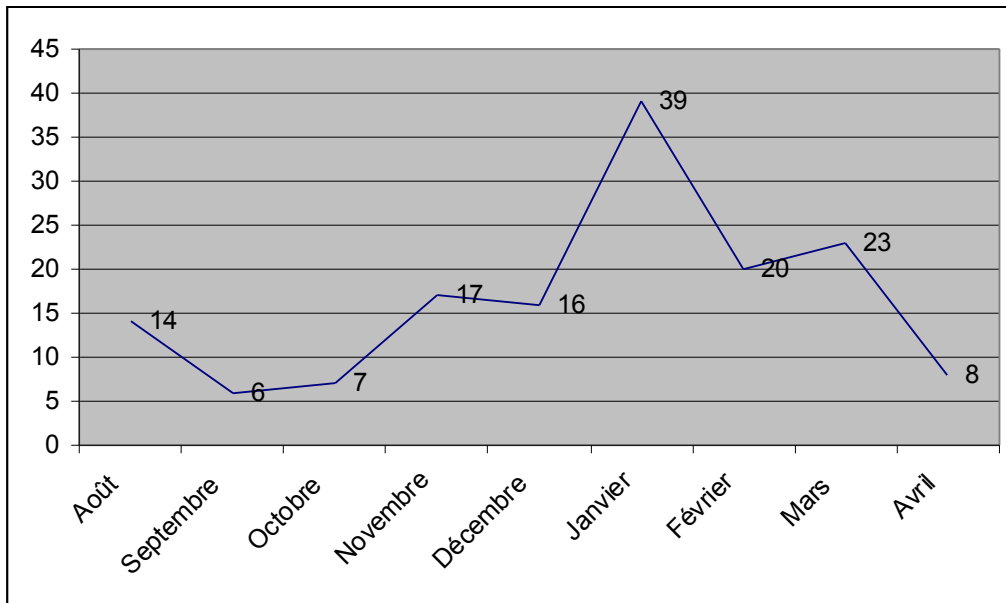
Tableau I: Les patients VIH positif selon la tranche d'âge.

Masculin	Groupe d'âge	Féminin	Total
1	15 - 19	2	3
2	20 - 24	4	6
11	25 - 29	12	23
16	30 - 34	22	38
12	35 - 39	10	22
15	40 - 44	9	24
6	45 - 49	6	12
9	50 - 54	4	13
3	55 - 59	1	4
1	60 - 64	1	2
2	65 - 69	0	2
1	70 - 74	0	1
79	Total	71	150



Graphique II : Les pathologies aux urgences du Point G.

Le VIH positif représente 11,69 %, les pathologies les plus fréquentes parmi eux étaient les pneumopathies, Anémie, le choc septique et les tumeurs.



Graphique III: Les patients VIH selon le mois d'hospitalisation.

Tableau II: La distribution des patients VIH selon les régions et le district.

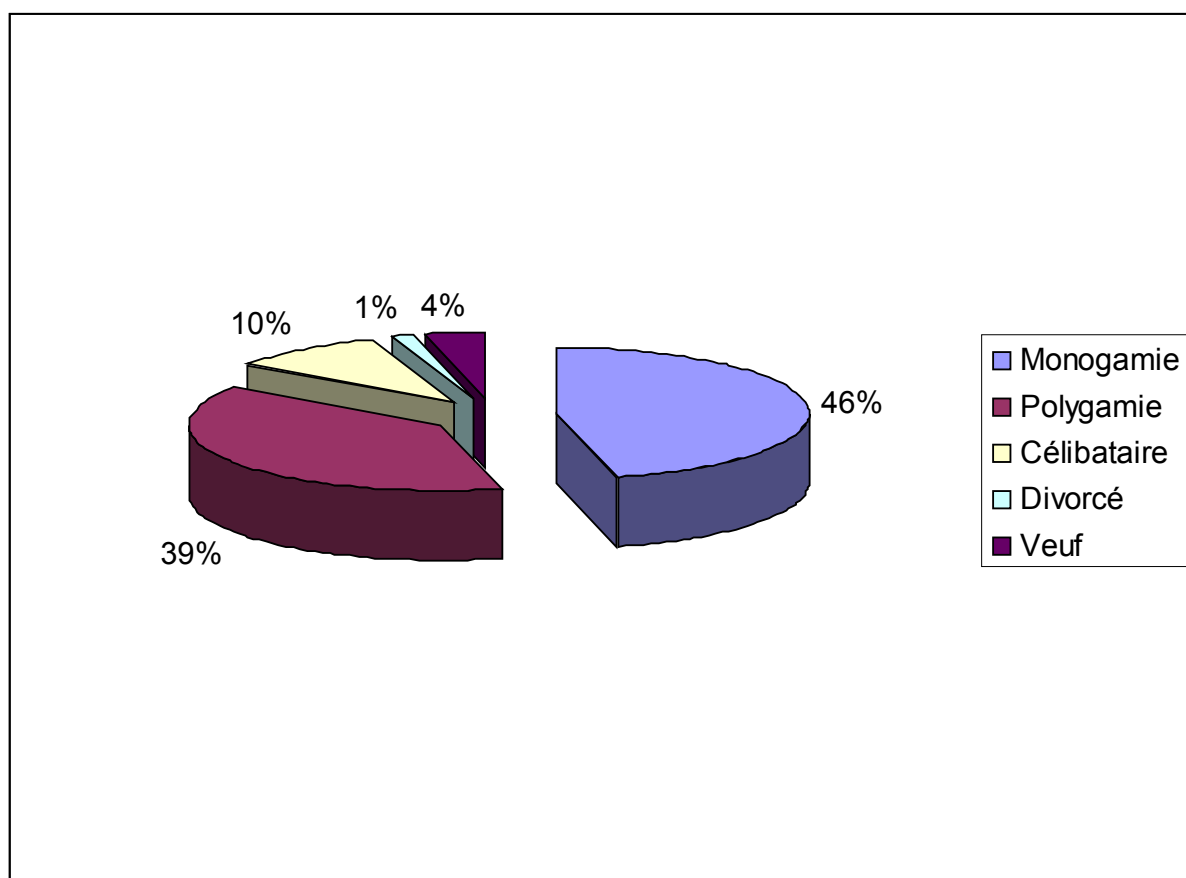
Région et District	Effectif
Kayes	10
Koulikoro	13
Sikasso	11
Ségou	4
Mopti	2
Tombouctou	3
Gao	1
Kidal	2
District Bamako Rural	73
District Bamako Urbain	28
District Bamako Suburbain	3
Total	150

Tableau III : Répartition des patients VIH selon la profession.

Profession	Effectif	%
Sans qualification	46	30,6
Commerçant	35	23,3
Paysan	17	11,3
Chauffeur	15	10
Artisan	4	2,6
Fonctionnaire	3	2
Ouvrier	2	1,3
Etudiant	2	1,3
Elève	1	0,6
Profession de sexe	2	1,3
Toxicomane, coxeuse, aide ménagère	23	15,3
Total	150	100

Tableau IV: Répartition des patients VIH selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	%
Non scolarisé	99	66
Primaire	15	10
Secondaire	11	7,3
Supérieur	8	5,3
Medersa, école coranique	17	11,3
Total	150	100



Graphique IV: Répartition des patients VIH selon le statut matrimonial

Tableau V: Distribution des patients VIH positif selon l'évolution.

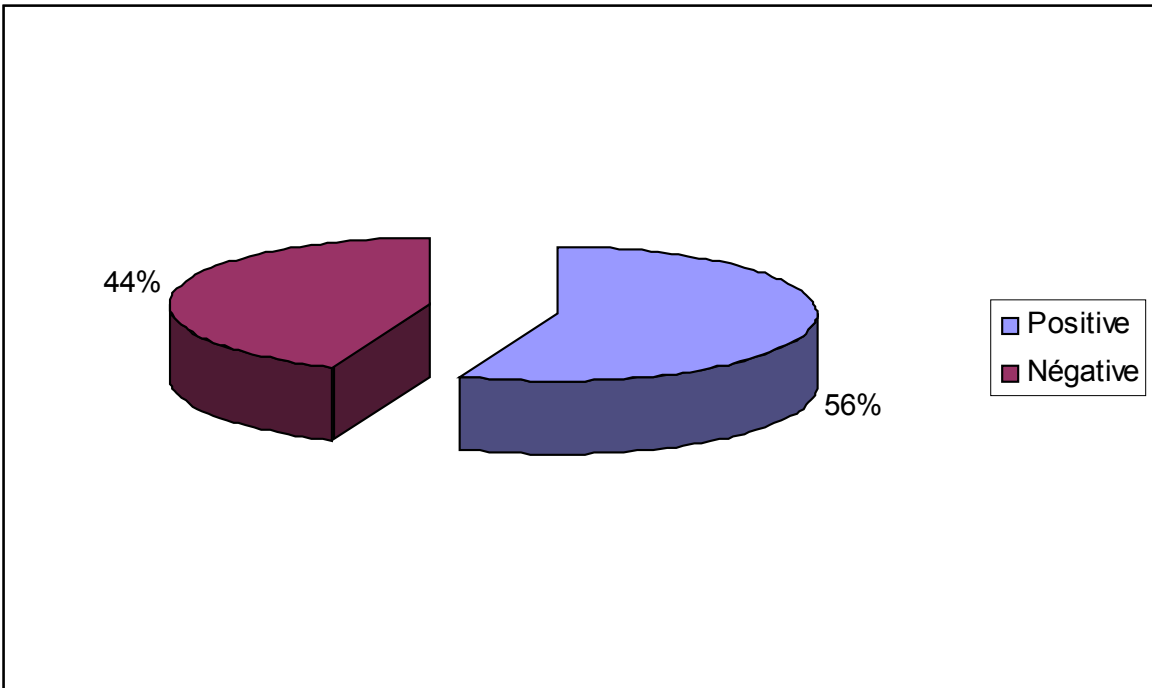
Evolution	Effectif	%
Favorable	46	30,7
Stationnaire	11	7,3
Transfert	49	32,7
Décédé	44	29,3
Total	150	100

Tableau VI: Les patients VIH positif selon la séropositivité connue.

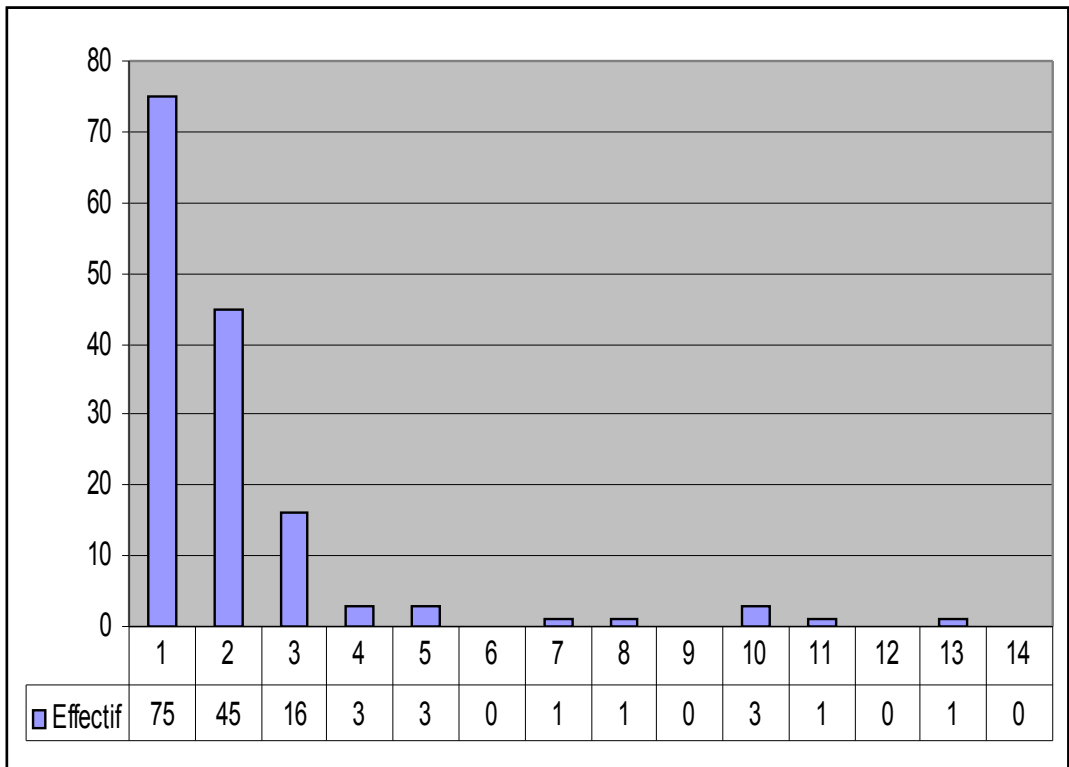
Antécédent de séropositivité	Effectif	%
Positive	84	56
Négative	66	44
Total	150	100

Tableau VII: Stade d'évolution de l'infection a VIH selon OMS.

Stade	No	%
Stade I	34	22,7
Stade II	55	36,7
Stade III	22	14,6
Stade IV	39	26
Total	150	100



Graphique V: Les patientes avec VIH selon la séropositivité connue.



Graphique VI: Répartition des patients VIH selon les jours d'hospitalisation.

Tableau VIII: Distribution des facteurs de risque

Antécédents	Oui	Non	Non détermine
Notion de transfusion	9	97	44
Partenaire sexuel antérieur avec VIH	2	10	138
Rapport non protégé	9	11	130
Professional du sexe	1	89	60
Toxicomane	7	82	61
Polygamie	49	82	19
Homosexualité	3	107	40

Tableau IX: Motifs de consultation des patients VIH aux urgences.

MOTIFS DE CONSULTATION		Oui	Non
Fièvre	132	18	
Amaigrissement	116	34	
Diarrhée	91	59	
Toux	80	70	
Vomissements	69	81	
Anémie	63	87	
Vertiges	59	91	
Dysphagie	58	92	
Dyspnée	56	94	

Tableau X: Répartition des patients selon l'examen physique.

Examen physique	Oui	%	Non	%
Altération de l'état général	139	92,7	11	7,3
Asthénie	131	87,3	19	12,7
Anorexie	125	83,3	25	16,7
Impotence fonctionnelle	37	24,7	113	75,3

Tableau XI: Répartition des patients VIH selon l'examen psychologique.

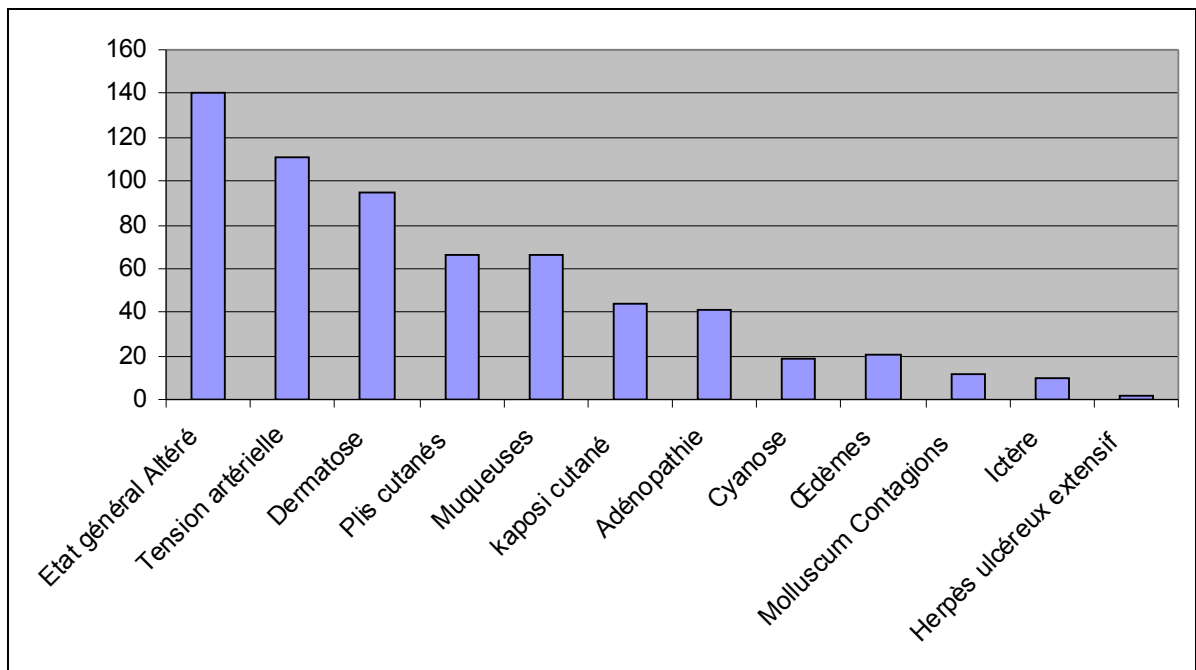
Altération de conscience	Oui	%	Non	%
Dépression	65	43,3	85	56,7
Agitation	48	32	102	68
Trouble de la conscience	32	21,3	118	78,7
Convulsions	17	11,3	133	88,7
Tentative d'autolyse	4	2,7	146	97,3

Tableau XII: Répartition des patients selon l'examen neurologique.

Déficit neurologique :	Oui	%	Non/	%
Diminution de la force musculaire	70	46,7	80	53,3
Paresthésies	35	23,3	115	76,7
Altération de la marche	26	17,3	124	82,7
Hémiplégie droite	1	0,7	149	99,3
Hémiplégie gauche	4	2,7	146	97,3
Impotence du membre supérieur	4	2,7	146	97,3
Impotence du membre inférieur	6	4	144	96

Tableau XIII: Répartition des patients VIH selon l'examen général.

EXAMEN PHYSIQUE	Normal	%	Pathologique	%
Etat général	10	6,7	140	93,3
Tension artérielle	39	26	111	74
Dermatose	55	36,7	95	63,3
Plis cutanés	84	56	66	44
Muqueuses	84	56	66	44
Kaposi cutané	106	70,7	44	29,3
Adénopathie persistante et généralisée	109	72,7	41	27,3
Cyanose	131	87,3	19	12,7
Œdèmes	129	86	21	14
Molluscum Contagiozium	138	92	12	8
Ictère	140	93,3	10	6,7
Herpès ulcéreux extensif	148	98,7	2	1,3

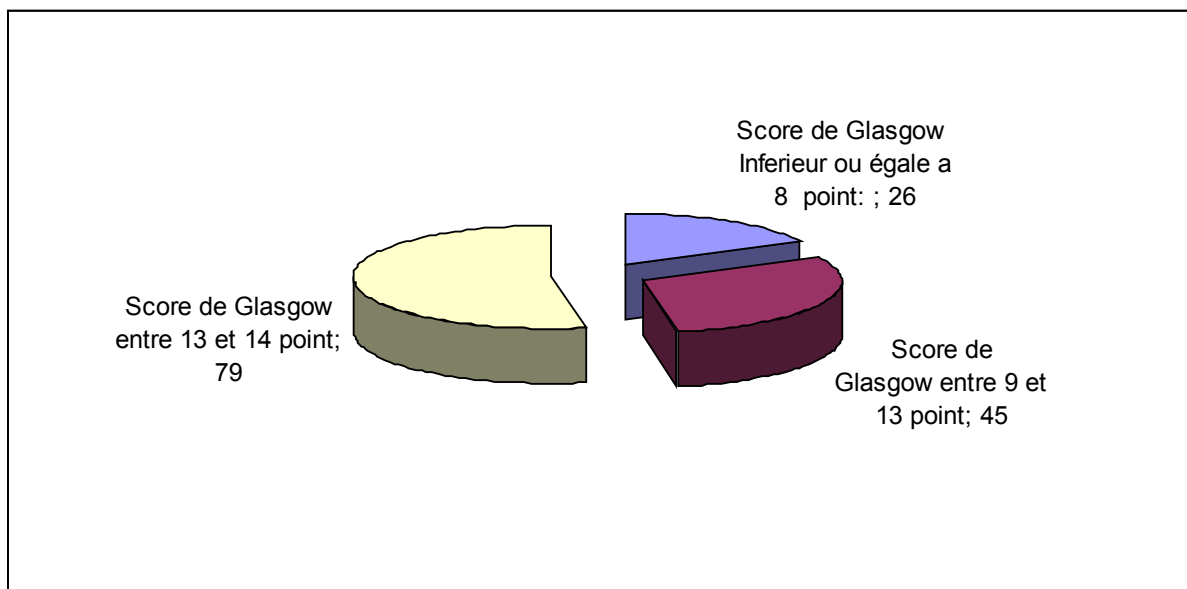


Graphique VII: Répartition des patients VIH selon l'examen général.

Tableau XIV: Répartition des patients VIH selon l'examen hépatodigestif.

EXAMEN DIGESTIF	Normal	Pathologique	Total
Candidose buccale	40	110	150
Sarcome de Kaposi	83	67	150
Hépatomégalie	103	47	150
Candidose Anale	111	39	150

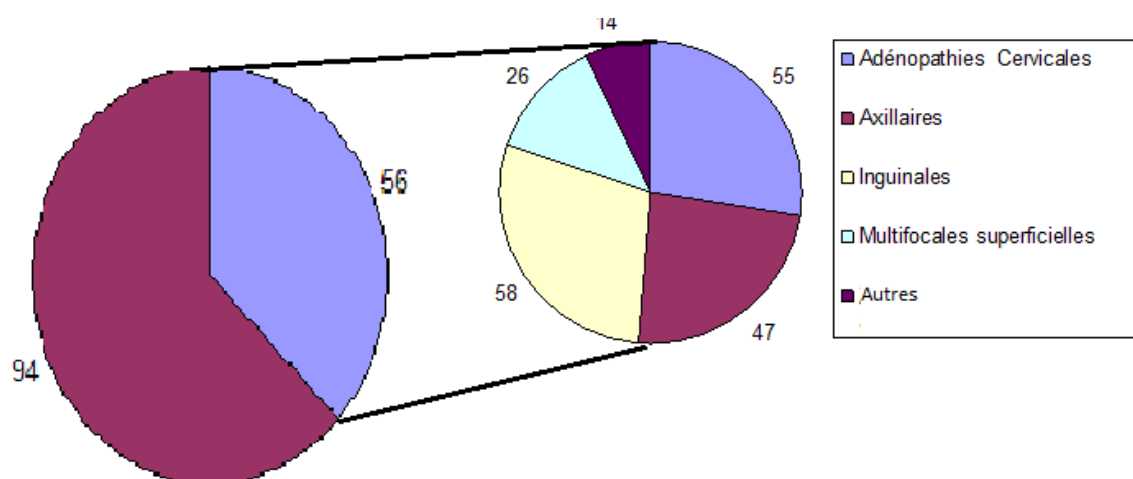
Splénomégalie palpable	134	16	150
------------------------	-----	----	-----



Graphique VIII: Répartition des patients VIH selon le Score de Glasgow.

Tableau XV : Répartition des patients VIH selon l'examen lymphoglandulaire.

Examen lymphoglandulaire	Normal	Pathologique	Total
Adénopathies	94	56	150
Adénopathies Cervicales	95	55	
Axillaires	103	47	
Inguinales	92	58	
Multifocales superficielles	124	26	
Zona au cours des 5 dernières années	136	14	



Graphique IX: Répartition des patients VIH selon l'examen lymphoglandulaire

Tableau XVI : Profil biologique des patients.

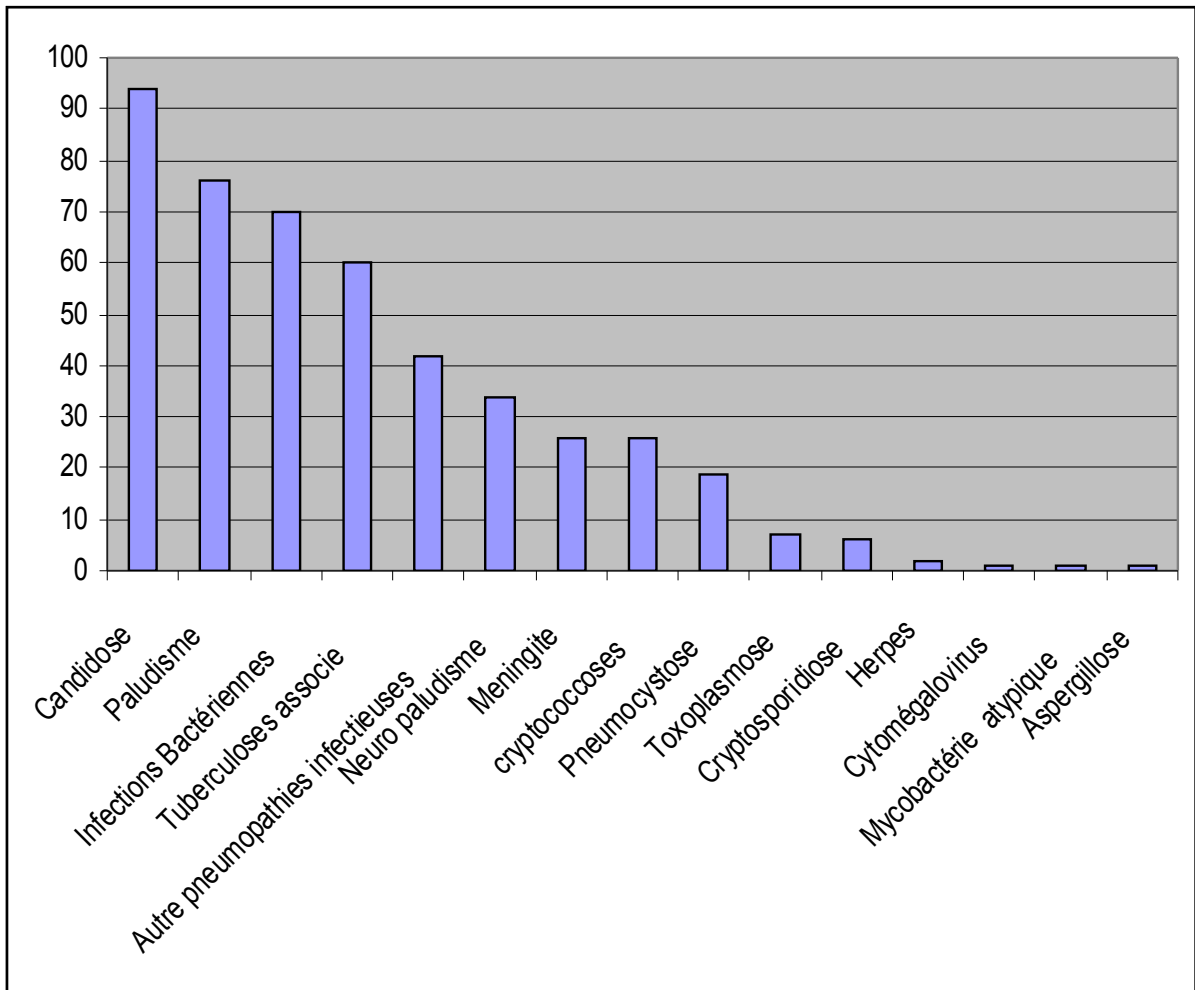
Biologie	Normal	Pathologique	Non réalisé
VIH réactive	0	150	0
Glycémie	120	30	0
Créatinine normale	99	51	0
Taux de CD4	1	25	124
Recherche de BAAR	72	29	49

Tableau XVII: Répartition des patients VIH selon le taux d'hémoglobine.

Le taux d'hémoglobine	Effectif
Hémoglobine 12 g/l au plus	47
Hémoglobine entre 12 et 7 g/l	68
Hémoglobine inférieure a 7 g/l	35
Total	150

Tableau XVIII: Répartition des patients VIH selon l'examen radiologique.

Examens radiologiques	Normal	Pathologique	Non précisé	Total
Radio pulmonaire	55	58	37	150
Echographie abdominale	57	37	56	150
Scanner cérébral	1	12	137	150



Graphique X: Population d'étude selon le diagnostic

Tableau XIX: Population d'étude selon le traitement.

Traitement	Oui	Non
Traitement ARV	39	111
Traitement des infections opportunistes	137	13
Chimio prophylaxie:	140	10

Tableau XX: Population d'étude selon l'existence du traitement ARV a l'admission

Traitement ARV	fréquence	pourcentage
Sous ARV	39	26%
Naïf	111	74%
Total	150	100%

Tableau XXI: Les effets indésirables de toxicité aux médicaments.

Effets indésirables de toxicité	Oui	Non précisé
Hépatotoxicité	4	146
Neurotoxicité	3	147
Réactions d'hypersensibilité	5	145
Troubles digestifs et divers	2	148

V- COMMENTAIRE ET DISCUSSION

Nous avons mené une étude prospective et descriptive sur une période de 9 mois allant du 1^{er} Août 2010 au 30 Avril 2011. L'étude a connu des difficultés essentiellement en rapport avec la réalisation du bilan para clinique. Ces difficultés étaient la rupture des réactifs pour le test du VIH SIDA ; La non possibilité de réaliser le taux de CD4, la charge virale, l'inaccessibilité des ARV , le bilan pré thérapeutique et l'absence des moyens financiers pour la réalisation de certains examens complémentaires dans le service des urgences du Point G.

Aspect sociodémographiques

Notre étude a concerné 150 patients sur 1283 hospitalisé aux urgences. La population d'étude était faite de patients vivants avec le VIH/SIDA. La fréquence des patients vivants avec le VIH était de 11,6% pendant la période étude. Notre population d'étude se répartit entre femmes et hommes [43]. Le sexe ratio était de 1,11 en faveur des hommes.

La tranche d'âges les plus fréquents ont été ceux compris entre 25 et 40 ans, bien que le SIDA soit une maladie observée généralement dans les âges précoces quand il existe une plus grande activité sexuelle. Le fait que les âges les plus touchés sont les groupes des jeunes qui font des relations sexuelles menacées cela coïncide avec Christine Jacomet [43]; et Funer, H, opravil, Rossi M et al. [45]. qui démontre dans son travail que le facteur de risque comme l'homosexualité et de la promiscuité est plus actif pendant cette période de la vie. Il est nécessaire d'augmenter

la promotion d'une sexualité responsable comme meilleur pour éviter le développement de la maladie.

Dans notre série le sexe masculin est le plus touché avec 52, 2%; comme décrit Tanon A, E Bissagagne, S Eholie, E Ehui et B, Mocroft A [44, 45]. Gentilini M [46], trouvent le même constat dans son travail.

Le District de Bamako est le plus représenté suivi de Koulikoro, Ségou, Kayes, avec un pourcentage respectif de 69,3 % ; 8, 6 % ; 7,3% et 6,6%, similaire à l'étude de Soumaré M, Sydi M, Ndour CT, Fall N, Dieng Y, Sow AI, Diop BM.

Le groupe le plus représenté est celui des sans qualification avec 32 pour cent. Dans la littérature les professionnels du sexe représentent le groupe le plus nombreux pour traiter de façon directe la transmission du VIH selon Furer H, Opravil M , Bernasceni E et al, spécialement de ceux qui ne disposent pas des moyens adéquats de protection mais bien qu'on a pas fait d'étude spécifique de cette manière dans notre étude.

Le niveau d'instruction est directement attaché à l'acceptation des mesures de protection contre le SIDA. La présente étude montre une haute incidence entre les patients non scolarisés et VIH positif avec 66% du total de patients. De multiples auteurs comme - Amadi B, Murwa M, Musuku J et al, donnent le problème de la non scolarisation comme l'aggravation de l'actuelle épidémie du VIH/SIDA [47]. Il est très difficile

avec un faible degré d'instruction de faire comprendre l'importance de la protection contre le virus. La fréquence du VIH diminue avec le taux élevé de la scolarisation.

On a observé que les mariés ont été plus représentés avec 82,6% selon le statut matrimonial, Ceci pourrait être expliqué par la présence de promiscuité et vu l'ignorance précise de la prévalence de la maladie qui existe dans le pays.

Contrairement aux différents travaux consultés c'est celui des monogames avec une prévalence de 53,2%. L'explication à ce phénomène est donnée par la possibilité que malgré beaucoup de personnes déclarées monogames ils maintiennent d'autres relations extra matrimoniales non déclarées, parce que le fait d'être monogames n'exclut pas la promiscuité comme facteur de risque pour contracter le VIH [48].

Parmi les 150 patients 44 sont décédés au service des urgences du point G ce qui représente 29,3%. Si nous tenons compte de la période étudiée et des maladies associées qui ont causé le décès et ainsi que les conditions d'ignorance de la maladie le moment du diagnostic et par conséquent l'absence d'un traitement antirétroviral effectif.

Plus de 50% de ces patients se trouvaient aux stades I et II de la classification établie pour VIH-SIDA selon l'OMS. Et 26 % des patients

étaient au stade IV ce qui indique que le diagnostic est déjà fait dans la phase clinique de la maladie où la présence des complications et des maladies opportunistes sont associées, ces résultats sont les mêmes que pour Mahamadou Traoré [60]. L'importance que le diagnostic soit rendu de manière précoce permet d'agir dans la mesure du possible sur la chaîne de transmission et d'essayer d'éviter à travers des actions de prévention et d'éducation sanitaire selon OMS-ONU SIDA [48], que la maladie est transmise par un plus grand nombre de personnes qui effectuent le contact sexuel avec des patients de manière menacée.

Il y avait 56% des malades connaissaient déjà leur statut sérologique, tandis que 44% restant ne connaissaient pas leur statut, à son tour la méconnaissance de son statut sérologique fait qu'il ne puisse pas être orienté dans la pratique de relations sexuelles protégées qui empêchent la propagation de cette pandémie avec l'apparition de nouvelles personnes infectées. Ceci pourrait montrer que cette maladie est une réalité actuelle, donc un problème de santé publique sans contrôle même si nous pensons qu'on peut prendre des mesures pour éviter cette problématique.

Plus de 86% ne précisaient pas qu'ils ont eu des rapports non protégés ou des partenaires sexuels antérieurs avec le VIH.

Les symptômes les plus fréquents étaient la fièvre qui représente 88% des patients, suivie de l'amaigrissement (77,3%). La dyspnée, la toux, la diarrhée, les vomissements, les vertiges et la dysphagie ont été

fréquemment présentés, compare ment a l'étude de Djeneba Oumarou Mahamane Maïga [49]. Tous ces symptômes sont renvoyés par les auteurs comme possibles formes de présentation de la maladie qui peut débuter comme un syndrome diarrhéique chronique d'après Ouedraogo SM, Ouedraogo M, Dagnan NS, Adom AH [50], peut surtout être vue accompagnée d'un état d'amaigrissement général de la personne dans des pays sous-développés, où les conditions économiques partenaire ne permettent pas une bonne alimentation aux patients Chene G, Angelini E, Cotte L et al [51].

Dans notre étude 92,7 % des patients ont présenté l'altération de l'état général, ce qui coïncide avec la littérature que l'infection par le VIH/SIDA est une maladie qui affecte non seulement le système immunologique mais a des répercussions sur le reste de l'organisme. Comme disent les auteurs une fois qu'apparaissent les premières maladies opportunistes les symptômes généraux se multiplient, l'asthénie et l'anorexie sont aussi présentes dans 87,3% et dans 83,3% des cas, ceci augmente avec la perte de poids et de la cachexie.

La dépression représente 43,3%, Fomo B [53] et Mbanya DN, Zebaze R, Minkoulou EM, Binam F, Koulla S, Obounou Akong [54], argumentent que les premières réactions une fois que le patient connaît sa maladie c'est la dépression psychologique qui requiert dans la majorité des cas un traitement spécialisé avec des psychologues.

Les candidoses buccales et anales étaient les plus représentées; suivi du sarcome de kaposi et de l' hépato splénomégalie.

Plus de la moitié des patients avaient un score de Glasgow entre 13 et 14 avec 52,66% ; 30% avaient le score de Glasgow entre 9 et 13 et 17,3% avaient un score de Glasgow inférieur a 8, les signes les plus marquants de l'examen neurologique étaient l'agitation et la convulsion. Les adénopathies étaient présentes dans 90,66% des patients et le zona dans 9,33% des patients.

Les résultats du taux de CD4 n'étaient disponibles que dans 80% des cas reçus dans le service.

Parmi tous les patients il y avait 113 qui ont fait la radiographie du thorax, dont 58 sont revenues pathologiques; 94 patients ont fait l'échographie dont 37 sont revenues pathologiques et 13 ont fait le scanner dont 12 sont revenus pathologiques.

La tuberculose est la plus représentée avec 40% des patients, 17,33% de cryptococcose; 12,66% de pneumocystose et les autres inférieur à 4%.

Le traitement le plus utilisé est la prophylaxie de l'infection, le traitement symptomatique et celui des infections opportunistes en ordre décroissant. On observe également que le schéma thérapeutique selon

la politique nationale est suivie seulement dans 26% des cas, tandis que d'autres modalités de traitement antiretroviral sont employées seulement par 23.3% des patients. Ceci se démontre par l'ignorance de la conduite à suivre ou par l'inobservance, ou par les médecins qui ne les orientent pas correctement et essaient de les faire prendre conscience dans la conduite à suivre, ou ils préfèrent le dissimuler pour ne pas comprendre leurs conséquences ou pour crainte à la répercussion sociale, ou tout autre cause [52,53,54]; ce qui est certain est que seulement un petit pourcentage de patients pratique correctement le traitement ce qui améliore le pronostic, la survie, et ainsi que la qualité de vie.

Les effets indésirables de toxicité aux médicaments comme l'hépatotoxicité; la neurotoxicité; les réactions d'hypersensibilité; et des troubles digestifs et divers n'étaient précisés que dans 91,25% de tous les patients [53].

Données cliniques :

Pendant 9 mois nous avons reçu des patients infectés par le VIH, en consultation d'urgence, ces patients sont référés; soit par des hôpitaux, des cliniques privées et soit sur initiative personnelle. Les références en provenance des centres de référence régionale étaient les moins fréquents. Les principaux motifs de consultation en urgence sont la fièvre, l'altération de l'état général; la toux et la diarrhée au service des urgences du CHU point G. En Côte d'Ivoire [46] altération de l'état général (68,7%), diarrhée (42,7%) et toux (33,4%) sont les principaux motifs de consultation [35]. Cette prédominance de l'altération de l'état général dans la série de Mamadou Traoré est une conséquence clinique

de la forte prévalence de la diarrhée par la déshydratation qu'elle peut induire. A l'admission l'examen physique a permis de déterminer une forte prévalence de l'altération de l'état général, la fièvre, la toux et la diarrhée. Toutes les études s'accordent dans la grande représentativité de l'altération de l'état général, la fièvre et de la toux dans des fréquences variables [56, 58, 59], les patients étaient surtout classés stade II ; stade III ou stade IV selon l'OMS, Ceci démontre le retard diagnostique.

Les patients ont présenté d'autres pathologies non opportunistes par rapport au VIH comme la pneumopathie bactérienne, l'infection urinaire, des septicémies, le paludisme.

Données biologiques :

Les examens biologiques au cours de notre travail ont porté sur la sérologie VIH, et des examens d'identification d'agents infectieux opportunistes (examen parasitologique des selles et la coproculture).

La détermine et le Génie III a été notre technique employé pour le diagnostic, peu de patients connaissaient leur statut sérologique du VIH à l'admission.

Données thérapeutiques :

La prise en charge des patients symptomatiques reposait sur une base de traitement de l'affection en cours, suivi de la mise place d'un traitement prophylactique secondaire et le traitement ARV [58].

Le traitement présomptif des cas de toxoplasmose cérébrale a été l'administration du Cotrimoxazole 960 mg (6 comprimé/jour). L'usage d'anti fongique (fluconazole à la dose de 400-800 mg/ jour) et les cas de cryptococcose neuro méningé a été l' amphotericine B. Le traitement des infections opportunistes digestives reposait sur cotrimoxazole 960 mg (4 comprimé /j), l'association ciprofloxacine (1 g/ j), metronidazole (1,5 g/j) et l'anti fongique (200-400 mg). Le diagnostic de la tuberculose était posé par des arguments directs ou indirects. Le traitement des cas se faisait conformément à la politique nationale de lutte contre la tuberculose (2 RHZE/ 6EH).

Evolution et pronostic :

Une amélioration du pronostic est observée pour plus de la moitié des pathologies, avec une réduction du risque de la mortalité; et l'amélioration de la qualité de vie [60].

La létalité était plus importante chez les patients classés stade IV de l'OMS. Les principales étiologies ont été la tuberculose surtout pulmonaire, la diarrhée chronique, et les infections opportunistes. Dans la série de Maïga (32), le taux de létalité était 46,3 % dont les principales pathologies létales selon cette étude, étaient la toxoplasmose cérébrale (29,8%), la diarrhée chronique (19,1%), la cryptococcose neuro-méningé (7,4%), la pneumocystose (7,4%) et la tuberculose pulmonaire (5,3%).

Ces résultats traduisent les conséquences du retard de diagnostic et l'insuffisance dans la prise charge des facteurs étiologiques.

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

Nous avons mené une étude descriptive s'étendant sur une période de 9 mois.

Nos objectifs étaient d'écrire le profil épidémioclinique des patients VIH positif dans le service des urgences du Point G.

A la fin de notre étude nous avons noté une fréquence globale de l'infection VIH à 11,6% de tous les malades hospitalisés dans le service.

La tranche d'âge 25-40 ans a été la plus touchée de (55,3%) avec une prédominance Masculine de (52,6%). La plupart de nos patients infectés étaient des mariés monogame.

La prévalence de l'infection VIH était plus élevée chez les moins instruits et cette prévalence diminue en fonction de l'augmentation du niveau d'instruction.

La candidose, le paludisme, l'infection bactérienne et la tuberculose pulmonaire associés sont prédominantes avec 95% de nos malades.

Le pronostic du traitement était favorable dans 63,4% des cas, l'évolution stationnaire dans 7,3%, avec un taux de décès a 29,3% de l'ensemble des patients à VIH positif dans le service des urgences du Point G.

Le dépistage systématique du VIH chez tous les patients présentant la symptomatologie infectieuse, candidose bucco-anale, et l'altération de l'état général.

Le traitement des patients VIH dans le service est basé sur l'affection en cours, le traitement symptomatique suivi de la mise en place d'un traitement prophylactique secondaire et le traitement ARV et anti-tuberculeux s'il était déjà suivi.

2- RECOMMANDATIONS

A la lumière des résultats enregistrés et des constats faits au cours de l'étude, nos recommandations sont les suivantes :

Aux autorités sanitaires :

- Etablir dans notre pays un programme éducatif et les campagnes d'informations dans les médias pour effectuer des enquêtes dans le but de diagnostiquer précocement la maladie, ce qui améliorerait la prévision des patients.

- Renforcement de l'approche pluridisciplinaire de la prise en charge par le service d'urgence, en raison des diversités de la morbidité et de la mortalité.

- Rendre disponible de façon régulière et ininterrompue les tests HIV et les ARV.

Aux personnels soignants :

- Faire une formation continue et permanente à la pratique du conseil et du dépistage de l'infection par le VIH.

-Faire le dépistage systématique du VIH chez tous les patients symptomatiques.

A la population :

Soutenir moralement, socialement et économiquement les patients infectés par le VIH/SIDA.

VII- REFERENCES

1- OMS/ AFRO.

Epidémiologie du VIH/ SIDA dans la région africaine : le bilan de l'OMS à la 12^e CISMA.

2- Pichard D E ; Minta D :

Epidémiologie de l'infection par le VIH.

Poly Mal Inf, 2002 ; 13 :193-194.

3- OMS-ONU SIDA.

Surveillance mondiale du SIDA.

WER/ REH, 2002.

4- Funer, H, opravil , Rossi M et al.

Discontinuation of primary prophylaxis in HIV infected patients at high risk of *Pneumocystis carinii* pneumonia: prospective multicentre study. ADS, 2001; 15: 501 – 507.

5- Lederberger B, Mocroft A, Reiss et al.

discontinuation of secondary prophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonia in viral therapy: Eight European study groups.

Nengl J Med, 2001; 344: 168-174.

6- Berthsch S, Opravil M, Tellenti AZ et al.

Discontinuation of secondary prophylaxis against disseminated toxoplasma encephalitis may be not safe despite sustained response to antiretroviral. Combination therapy.

CRO1, 2002, Washington, Abstract 633.

7-Molina Jm, Chastang C, Goguel J et al.

Albendazole for treatment and prophylaxis of microsporiosis due to *Encephalitozoon intestinalis* in patients with AIDS.

J Infect Dis ,1998;177: 1373-1377.

8- Gentilini M.

Infection par le VIH/SIDA.

Med Trop, 1993; 5:435-439.

Cacopardo B, Patamia I, Bonaccorso V et al.

Synergic effect of albendazole plus metronidazole association in the treatment of metronidazole- resistant giardiasis.

Clin Ter, 1995; 146: 761 -767.

9- Pappas, PG, Rex JH, Sobel JD et al.

Guidelines for treatment of candidiasis.

Clin Infect Dis; 2004, 38: 161-189.

10-Saaq MS, Gray bill RJ, Larsen RA et al.

practice guidelines for the management of cryptococcal disease.

Clin Infect Dis, 2000; 30: 710 -719.

11-Gordon F, Sullam P, Shafran S et al.

Randomized placebo- controlled study of rifabutin added to a regimen of clarithromycin and etambutol for treatment of disseminated infection with mycobacterium *avium* – complex (MAC).

Clin Infect Dis, 1999; 28: 1085.

12- Cohn DL, Fisher E, Peng GT.

Aprospective ranomized trial of four three- drug regimens in the treatment of disseminated. Mycobacterium avium – complex disease in AIDS patients: excess mortality associated with high dose clarithroycin. Clin Infect Dis, 1999; 29:125-133.

13- Stewart JA, Reef SE, Pellott PE et al.

Herpes virus infections in persons infected with HIV.

Clin Infect Dis, 1995; 21:114-120.

14- Dromer F, Lortholary O.

Infection a Cryptococcus neoformans.

Encycl Med Char (Paris), Maladie infectueuses ; 2004.

15- Bozzette SA, Lar Larsen R, Chiu J et al.

A controlled trial of maintenance therapy with fluconazole

Med ,1991; 324: 580-584.

16- Saag MS, cloud GC, Graybill JR et al.

Acomparaison of Itraconazol verus Fluconazole as maintenance therapy for AIDS associated Cryptococcal MENINGITIDIS.

Clin Infect Dis, 1999; 28: 291-296.

17- Furer H, Opravil M , Bernasceni E et al.

Stopping primary prophylaxis in HIV-infected patients at high risk of toxoplasma ENCEPHALITIS. Swiss HIV cohort study.

Lancet, 200; 355: 2217-2218.

18- The studies of ocular complication of AIDS research Group and the ACTG Group: the ganciclovir cidofovir cytomegalovirus retinitis trial. *Am J Ophthalmol*, 2001; 133: 456-457.

19- Carr A, Maniott D, Field A et al.

Treatment of HIV-1 associated microsporidiosis and cryptosporidiosis with combination antiretroviral therapy.

Lancet, 1998; 351: 256-260.

20- Doumbo O, Rossignol JF, Pichard E et al.

Nitazoxonide in the treatment of cryptosporidial diarrhea and other intestinal parasitic infections associated with acquired immunodeficiency. *Syndromes in tropical Africa*.

Am J Trop Med Hyg, 1997; 56: 637- 639.

21- Mbanya DN, Zebaze R, Minkoulou EM, Binam F, Koulla S, Obounou Akong.

Clinical and epidemiologic trends in HIV/AIDS patients in a hospital setting of Yaoundé. Cameroon: a 6 year perspective.

22- Studies of ocular complication of AIDS research Group.

Parenteral cidofovir for cytomegalovirus retinitis in patients with AIDS. A randomized controlled trial.

Ann Intern Med, 1997; 126:264-274.

23- Johnson JL, Okwera A, Hom DL et al.

Duration of efficacy of treatment of latent tuberculosis infection in HIV infected adults. *AIDS*, 2001; 15: 2137-2147.

24- Dreams GL, Edurads SG, Ives NJ et al.

Treatment of tuberculosis in HIV- Infected person in the era of HAART. *AIDS*, 2002; 16: 75-83.

25- Drew WL, Ives, Lalerazi J et al.

Oral ganciclovir as maintenance treatment for cytomegalovirus retinitis in patients with AIDS.

N Engl J Med ,1999 ; 340: 1063-1070.

26- Sonnenberg P, Murray J, Glynn JR et al.

HIV 1 and recurrence, relapse, and reinfection of tuberculosis after cure: a cohort study in South African mine workers.

Lancet, 2001; 358:1687-1693.

27- Lalerazi J., lindley J,Walmsley S et al .

A safety study of oral valganciclovir maintenance treatment of cytomegalovirus retinitis.

J Acquir Immun DEF synd ,2002; 30:392-400.

28- Chene G, Angelini E, Cotte L et al.

Role of long-term nucleoside analogue therapy in lipodystrophy and metabolic disorders in human immunodeficiency virus-infected patients. Clin Infect Dis, 2002; 34:649-57.

29- Maïga, Djeneba Oumarou Mahamane.

Urgence médicale chez les patients vivants avec le VIH/SIDA .

Thèse de Med Bamako, 2007 ; N°157.

30- Place of antiretroviral drugs in the treatment of HIV-infected people in Africa. International AIDS Society.

AIDS ,1999;13 (2):S1-3.

31- Carpenter CC, Cooper DA, Fischl MA et al.

Antiretroviral therapy in adult: updated recommendations of the International AIDS Society-USA Panel.

JAMA, 2000; 283:381-90.

32- USPHS/Kaiser.

Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV infected adults and adolescents, 2002

(http://www.hivatis.org/guidelines/adult/Feb04_02/AdultGdl.pdf).

33- Gulik RM, Mellors JW, Havlir D et al.

3year suppression of HIV viremia with indinavir, zidovudine, and lamivudine.

Ann Intern Med 2000; 133:35-9.

34- Kuritzkes DR, Marschner I, Johnson VA et al.

Lamivudine in combination with zidovudine, stavudine. A randomized, double-blind, placebo controlled trial. National Institute of Allergy and infectious disease AIDS Clinical Trials Group Protocol 306 Investigators. AIDS ,1999; 13: 685-94.

35- Carr A, Miller J, Law M, Cooper DA.

Contribution to protease inhibitor-related lipodystrophy syndrome.

AIDS, 2000;14: F25-32.

36- Ho TT, Wong KH, Chan KC, Lee SS.

High incidence of niverapine associated rash in HIV-infected Chinese.

AIDS, 1998; 12: 2082-3.

37- Dietrich D, Stern J, Robinson P, Hall D.

Analyses of four key clinical variables to assess the risk of hepatotoxicity with nevirapine. Buenos Aires, Argentina: 1st International.

AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis and treatment, July 2001.

38- Van Heeswijk RP, Veldkamp A, Mulder JW et al.

Combination of protease inhibitors for the treatment of HIV-1-infected patients.

Antivir Ther, 2001;6:201-29.

39- Qazi NA, Morlese JF, Pozniak AL.

Lopinavir/ritonavir (ABT-378/r).

Expert Opin Pharmacother ,2002; 3:315-27.

40- Ouedraogo M, Zoubga ZA, Badoum G, Ouedraogo SM, Ouedraogo G, Bambara M, Thiombiano PN, Koshinga BA, Drabo YJ.

Morbi-mortalité liée aux maladies respiratoires chez les malades infectés par le VIH à Ouagadougou (Burkina Faso).

Médecine D'Afrique Noire 2004; 51 (8/9): 457-58.

41- Millogo A, Ki-Zerbo G.A, Sawadogo A.B, Ouedraogo I, Yameogo A, Tamini M.M et Peghini M.

Manifestations neurologiques associées à l'infection par le VIH au centre hospitalier de Bobo- Dioulasso (Burkina Faso).

Bull soc Pathol Exot ,1999; 92 (1): 23-6.

42- Christine Jacomet, Pierre Marie Girard.

Prise en charge des urgences VIH ; édit 2001, Doin ; Chap. 24, P 245- 277.

43- Harries AD,

Management of HIV in resource poor countries, with a focus on sub-saharan Africa.

Lepr Rev, 2002;73:268-75.

44- Johnson M, Rodriguez et al.

Azatanavir plus ritonavir or saquinavir, and Lipinavir/ritonavir in patients experiencing multiple virological failures.

AIDS, 2005; 19:685-694.

45- DE Jesus, E, Lamarca et al.

The context study: efficacy and safety of GW43908/RTV in PI-experienced subjects with virological failure.

10th CROI, Boston,2003, abstract178.

46- F. Barré-Sinoussi (, J.C. Chermann et al.

Isolation of a T-Lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)

Science, 220, 868-871 (1983).

47- KAMSI:

Profil épidémiologique, clinique et économique du VIH/SIDA dans le service des maladies infectieuses.

Thèse de Med. Bamako, 2004; N°127.

48- Mahomed AG, Murray J, Klempman S et al .

Pneumocystis carinii pneumonia in HIV infected patients from South Africa.

East Afr Med J, 1999; 76:80-84.

49- Ouedraogo SM, Ouedraogo M, Dagnan NS, Adom AH.

Impact des affections opportunistes au cours du VIH/SIDA dans le service de médecine interne du CHU de Treichville à propos de 279cas.

Médecine d'Afrique Noire, 2004 ; 51 (3) :173-74.

50- Fomo B.

Profil epidemiologique et clinique des infections et affections au cours du VIH/SIDA dans les services de médecine interne et hématologie de l'hôpital national du Point "G".

Thèse de Med. Bamako, 2001; N° 5.

51- Takougang G.

Les manifestations psychiatriques chez les patients vivants avec le VIH dans les services de médecine interne et des maladies infectieuses de l'hôpital National du Point "G".

Thèse de Med. Bamako, 2003 ; N°141.

52- Bouchra Bekkali.

Infection par le VIH/SIDA; concepts fondamentaux et traitement médicamenteux.

Thèse de Phar. Rabat (Maroc), 2004 ; N° 64:

53- Marlink RG, Tlou SD.

Clinical spectrum and treatment of HIV-related diseases.

AIDS in Africa. 2d edition New York: Kluwer Academic/plenum publishers 2002; 128:297-457.

54- OMS-ONU SIDA.

Surveillance mondiale du sida.

55- Soumaré M, Sydi M, Ndour CT, Fall N, Dieng Y, Sow AI, Diop BM.

Profil épidémiologique, clinique et étiologique des affections cérébro-meningées observées à la clinique des maladies infectieuses du CHU de Fann à Dakar.

Médecine et Maladies infectieuses, 2005 : 35 383-389.

56- Abdullah K. A, Nissapoton V., Lee C., Kia Fatt Q.

AIDS-Related Opportunistic in Hospital Kuala Lumpur Jpn.

J. Infect Dis ,2003; 56:187-192.

57- Patwardhan MS, Golwilkar AS, Abayankar et al.

Haematology profile of HIV positive patients Indian.

Pathol microbiol ,2002 apr; 45 (2): 147-50.

58- Zhu T, Korber B, Hooper E, Sharp PM.

An African HIV-1 sequence from 1959 and implication for the origin of epidemic Nature, 1998; 391:594-7.

59- Mocroft A.

discontinuation of secondary prophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonia in viral therapy: Eight European study groups.

N Engl J Med, 2001; 344: 168-174.

60-Traoré M. M.

Urgences médicales chez les patients vivant avec le VIH/SIDA à l'hôpital du point G.

Thèse de Med. Bamako, 2008; N°246.

VIII – ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

FICHE D'ENQUETE No/

I- GENERAL /

1-Date d'entrée: /__ /__ /__ / 2- Date de sortie: /__ /__ /__ / 3-Nom :
4-Prénom : 5- Age :(en ans) 6-Sexe : Masculin /__ /, Féminin/__ / 7-
Résidence :8- Région: 1/__ /, 2/__ /, 3/__ /, 4/__ /, 5/__ /, 6/__ /, 7/__ /, 8/__ /,
District Bamako/__ / Rural /__ /, Urbain /__ /, suburbain /__ / 9- Ethnie : (Bambara/__ /, Malinké/__ /, Peulh/__ /,
Sarakolé /__ /, Sonhaï /__ /, Tamasheq /__ /, Bozo /__ /, Dogon /__ /, Autres/_____ /) 10-
Profession : (Fonctionnaire/__ /, Commerçant /__ /, Chauffeur /__ /, Paysan /__ / ; Artisan /__ /, Ouvrier /__ /,
Elève/__ /, Etudiant /__ /, Sans profession /__ /, Autres/_____ /) 11- (Niveau d'instruction Primaire /__ /,
Secondaire /__ /, Supérieur /__ /, Non scolarisé /__ /, Autres/_____ /) 12- Situation matrimoniale : (Marié /__ /,
Célibataire /__ /, Divorcé /__ /, veuf /__ /, Autres/_____ /) 13- Nombre d'épouse monogamie /__ /, polygamie
/__ / 14- Durée d'hospitalisation : /____ / (en jours) 15- Evolution: Favorable/__ /, Stationnaires /__ /,
Décide /__ /, transfert /__ /, 16- Complication oui /__ /, non /__ /, /__ / si oui préciser : 17-
Si décide cause direct de la mort.,
18- Classification des stades cliniques du VIH **Stade I** /__ /, **Stade II** /__ /, **Stade III** /__ /, **Stade IV** /__ /.

II- ANTECEDENTS :

19- Sérologie VIH (Positive /__ /, Négative /__ /, Non faite/__ /) 20- Notion de voyage à l'étranger lors de 10 ans:
oui /__ /, non /__ /, Non précisé /__ / si oui Afrique Occidentale sahélienne /__ /, Afrique Occidentale Côte /__ /,
Afrique Centrale/__ /, Afrique Australe /__ /, Afrique Orientale /__ /, Afrique du Nord /__ /, Autres/_____ /) 21- Notion
de transfusion de sang les 10 ans: oui /__ /, non /__ /, Non précisé /__ / 22- Partenaire sexuel antérieur
avec VIH oui /__ /, non /__ /, Non précisé /__ / 23- Rapport non protection habituel oui /__ /, non
/__ /, Non précisé /__ / 24- Professionnel du sexe oui /__ /, non /__ /, Non précisé /__ / 25- Toxicomane
oui /__ /, non /__ /, Non précisé /__ / 26- Polygamie oui /__ /, non /__ /, Non précisé /__ / 27- Homosexualité
oui /__ /, non /__ /, Non précisé /__ / 28- Diabétiques oui /__ /, non /__ /, Non précisé /__ / 29- HTA oui /__ /,
non /__ /, Non précisé /__ / 30- Autre parant avec VIH oui /__ /, non /__ /, Non précisé /__ / 31- Traitement
ARV oui /__ /, non /__ /, Non précisé /__ /

III- MOTIFS DE CONSULTATION (maladies actuel) :

32- Fièvre : Oui /__ /, Non/__ / Si Fièvre durée (en jours) : /____ / 33- Toux : Oui /__ /, Non/__ / Si Toux
durée (en jours) : /____ / 34- Difficultés respiratoires: Oui /__ /; Non/__ / Si Difficultés, durée : /____ /
35- Vomissements : Oui /__ /; Non/__ / Si combien a jour : /____ / 36- Vertiges Oui /__ /; Non/__ /) Si,
combien a jour : /____ / 37- Dysphagie Oui /__ /, Non/__ /) – Si, combien a jour : /____ / 38- Anémie
Oui /__ /, Non/__ /) Si, caractéristique : /____ / 39- Diarrhée : Oui /__ /; Non/__ /) Si, Diarrhée (en jours) :
/____ / 40- Perdus de poids: Oui /__ /; Non/__ /) –Si, combien en kg : /____ /, en pourcentage ____ %
41- Cachectique Oui /__ /; Non/__ / 42- Altération de l'état général : Oui /__ /; Non/__ / asthénie /__ /
anorexie /__ / problèmes du marche/__ /, impotence fonctionnel /__ /; 43- Céphalée Oui /__ /; Non/__ / Si,
caractéristique : /____ / 44- Altération de conscience : Oui /__ /; Non/__ / type d altération. Dépression /__ /
/ agitation /__ /; trouble de la conscience /__ / convulsions /__ /, tentative d'autolyse /__ / 45- Altération de
neurologique : (1=Oui /__ /; 2=Non/__ / Si, Altération de la marche/__ / hémiparétique droite /__ / hémiparétique
gauche /__ / impotence du membre supérieur /__ / impotence du membre inférieur /__ / diminution de la
force musculaire /__ / paresthésies /__ / d'ordre musculaire /__ / 46- Autres à préciser :

IV- EXAMEN PHYSIQUE

Examen général :

47- Etat général Altéré/___ /, Conservé/___ / 48- Pouls : /_____ / (en pulsation /min) 49- Tension artériel : /_____ / (en mm hg) 50- Œdèmes (Oui /___ /; Non/___ / 51- Muqueuses : normo coloré /___ / : hypo coloré /___ / 52- Ictère: Oui /___ /; Non/___ / 53- Plis cutanés de Oui /___ /; Non/___ / 54- Cyanose Oui /___ /; Non/___ / 55- kaposi cutané : Oui /___ /; Non/___ / siège :..... 56- Molluscum Contagions : Oui /___ /; Non/___ / 57- Herpès ulcéreux extensif : = Oui /___ /; Non/___ / 58- Dermatose Oui /___ /; Non/___ / généralisée : /___ /; localise/___ / 59- Adénopathie persistante et généralisée Oui /___ /; Non/___ / généralisée : /___ /; localise/___ / 60- Autres bruits à préciser

Cardio-pulmonaires :

61- F.R : /___ /___ /___ / (en cycles/ min) Dyspnée Oui /___ /; 2=Non/___ /) 62- MV :(/___ / Normaux ; /___ / Diminués ; /___ / Abolis) ; /___ / 63- Râles : (/___ / Ronchu ; /___ / sibilants ; /___ / Crépitant ; /___ / Sous crépitant (bulleux) 64- Souffle tubaire (/___ / Oui ; /___ / Non) 65- Siège de l'atteinte : (/___ / Poumon droit ; /___ / Poumon gauche /___ / 66- Autres bruits à préciser :

Appareil digestif :

67- Candidose bucco (/___ / Oui ; /___ / Non) 68- Candidose Anale (/___ / Oui ; /___ / Non) 69- Sarcome de kaposi bucco (/___ / Oui ; /___ / Non) 70- Hépatomégalie : (/___ / Oui ; /___ / Non)- Si 1, taille :./_____ / (en cm) 71-Splénomégalie palpable (/___ / Oui ; /___ / Non) 72- Autres à préciser :

Appareil neurologique :

73- Examen neurologique Normal ; (/___ / Oui ; /___ / Non) 74- Si Anormal) Convulsion/___ /, Agitation/___ /; Hypertonie musculaire /___ /; hypotonie /___ / Apathie, Hémiplégie, /___ /, Hémiparésie, /___ / 75- Scor de Glasgow : (Inferieur a 7/___ /, enter a 7et 10/___ /, plus du 10/___ / 76- Autres à préciser : 77- Appareil locomoteur Normal ; Oui ; /___ / Non/___ / Si Anormal Fonte musculaire importante ;

Appareil lymphoglandulaire :

78- Adénopathies (/___ / Oui ; /___ / Non) Si Adénopathies son Cervicales (/___ / Oui ; /___ / Non) ;Axillaires (/___ / Oui ; /___ / Non); Inguinales (/___ / Oui ; /___ / Non); Multifocales superficielles(/___ / Oui ; /___ / Non) ; Autres (/___ / Oui ; /___ / Non)) 79- Zona au cours des 5 dernières années oui /___ /, non /___ /, Non précisé /___ /

V- EXAMEN COMPLEMENTAR

Biologie

80-VIH réactive Oui /___ / Non /___ / 81- Techniques employé Génie II /___ /, Détermine /___ / 82- Glycémie normo glycémie /___ /, Hypoglycémie /___ /, Hyperglycémie /___ /, 83- Créatinine normal /___ /, hyper créatinémie /___ /, 84- Formule sanguine Homme Hémoglobine major du 12 g/lits /___ /, enter a 12 y 7g/lits /___ /, inferieur du 7g/lits /___ /, Femme Hémoglobine major du 10 g/lits /___ /, enter a 10 y 6g/lits /___ /, inferieur du 6g/lits /___ /, 85- Résulta de CD4 Oui; /___ / Non/___ / Patients avec CD4 > 200/mm3 /___ /. 86- Goutte épaisse Oui /___ / Non /___ / 87- Recherche de BAAR Oui /___ / Non /___ / Codification /_____ /

Examens radiologiques

88-Rx pulmonaire Normal ; Oui ; /___ / Non/___ / Si Anormal caractéristique
.....
89-Echographie abdominal Normal ; Oui ; /___ / Non/___ / Si Anormal caractéristique
.....
90-Scanner cérébral Normal ; Oui ; /___ / Non/___ / Si Anormal caractéristique
.....

VI- HYPOTHÈSE DIAGNOSTIQUE CONCLUSIVE

91-Infections Bactériennes /__ /, 92-Infection neuro -méningée oui /__ /, non /__ /, Non précisé /__ /
93-Toxoplasmose oui /__ /, non /__ /, Non précisé /__ / localise 94- Candidatais oui /__ /, non
/__ /, localise œsophagienne /__ /, outre localise 95-Paludisme oui /__ /, non /__ /, Non précisé
/__ / Neuropaludisme /__ / 96-Tuberculoses associe oui /__ /, non /__ /, Pulmonaire /__ /, extra
pulmonaire/__ /, Non précisé /__ / 97-Outre pneumopathies infectieuses oui /__ /, non /__ /, Non précisé /__ /
98-Autres Infections opportuniste: Herpes /__ /, Pneumocystose /__ /, Cryptosporidies /__ /, cryptococcoses/__ /,
Cytomégalo virus /__ /, Mycobactérie atypique Aspergillose/__ / 99-Outres _____

VII- TRAITEMENT

100-Schéma thérapeutique selon Politique nationale oui /__ /, non /__ /, 101-Surveiller la survenue d'effets
indésirables de toxicité (neurotoxicité /__ /, hépato toxicité /__ /, réactions d'hypersensibilité /__ /, troubles
digestifs et divers/__ /) 102-Autre traitement ARV, oui /__ /, non /__ /,
..... 103-Symptomatique : oui /__ /, non /__ /
..... 104-Traitement des infections opportunistes oui /__ /, non /__ /
/:..... 105-Chimio prophylaxie: oui /__ /, non /__ /

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : CAMARA

Prénoms : Issa Sidi Lamine

Titre de la thèse : Prise en charge des PV VIH aux urgences du CHU

Point G. : Problématique et perspective

Année de soutenance : 2011-2012

Ville de soutenance : Bamako/Mali

Pays d'origine : République du MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et
d'Odontostomatologie (FMPOS)

Secteur d'intérêt : Anesthésie réanimation et Urgences.

RESUME

L'objectif de notre étude était d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques des urgences médicales due a l'infection à VIH dans le service d'Accueil des urgences du CHU du point G de BAMAKO.

Il s'agissait d'une étude prospective allant d'Aout 2010 en Avril 2011. Ont été inclus tous patients adultes des deux sexes admis en urgences pour une pathologie médicale au cours du VIH quelque soit le stade évolutif. Notre étude a concerné 150 patients sur 1283 patients hospitalisé au cour de notre étude. Les patients à VIH positif ont donc représenté 11,69 %. L'âge moyen des patients était 30 a 40 ans ; le sexe masculin était prédominant et la majorité des patients était au stade III et IV. Les principales étiologies rencontrées étaient la candidose digestive (93 ,6 %), le Paludisme (75%) tuberculose pulmonaire (60%) la diarrhée chronique, la toxoplasmose cérébrale (8%), pneumocystose (18%) et la cryptococcose neuromeningé (7%). La létalité globale a été de 29,33. Le VIH pose encore des problèmes de prise en charge en raison du retard de diagnostic, du non disponibilité de certains médicaments et du faible pouvoir économique des patients

Mots clés : Prise en charge, VIH/SIDA,

Serment d' Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !