

PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT
COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LE VIH/SIDA

MODULE 2.
ÉVALUER, CLASSER ET PRENDRE EN
CHARGE L'ENFANT POUR LE VIH/SIDA

Organisation mondiale de la Santé et UNICEF
2008

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : cours complémentaire sur le VIH/sida.

8 v.

Contenu: Guide de l'animateur -- Introduction -- Module 1. Rappel de la PCIME et mises à jour techniques -- Module 2. Évaluer, classer et prendre en charge l'enfant pour le VIH/sida -- Module 3. Conseil à la mère VIH positive -- Module 4. Suivi et soins chroniques des enfants exposés au VIH ou infectés par le VIH -- Livret de tableaux. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans les régions à forte prévalence du VIH -- Recueil de photographies.

1.Infection à VIH - diagnostic. 2.Infection à VIH - thérapeutique. 3.SIDA - diagnostic. 4.SIDA - thérapeutique. 5.Nourrisson. 6.Enfant. 7.Gestion maladie. 8.Matériel enseignement. I.Organisation mondiale de la Santé. II.UNICEF III.Titre : Cours complémentaire sur la PCIME dans le VIH/sida. IV.Titre : Cours complémentaire sur le VIH/sida

ISBN 978 92 4 259437 9

(classification NLM: WC 503.2)

© **Organisation mondiale de la Santé 2008**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant – Cours complémentaire sur le VIH/sida a été préparé par le département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent de l'Organisation mondiale de la Santé.

TABLE DES MATIÈRES

1.0 INTRODUCTION.....	4
2.0 OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	5
3.0 INFORMATION DE BASE SUR LE VIH.....	5
3.1 LE VIH ET LE CORPS HUMAIN	5
EXERCICE DE GROUPE A	13
3.2 INFECTION DE L'ENFANT PAR LE VIH	13
EXERCICE DE GROUPE B	13
4.0 ÉVALUER ET CLASSER LE VIH CHEZ L'ENFANT.....	15
4.1 DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH.....	15
EXERCICE À RÉPONSES COURTES A : DÉPISTAGE DU VIH.....	18
EXERCICE DE GROUPE C	19
4.2 ÉVALUER ET CLASSER LE VIH CHEZ L'ENFANT ÂGÉ DE 2 MOIS À 5 ANS .	19
EXERCICE VIDÉO A	22
EXERCICE À RÉPONSES COURTES B.....	23
EXERCICE À RÉPONSES COURTES C :	24
EXERCICE ÉCRIT A.....	25
4.3 ÉVALUER ET CLASSER LE VIH CHEZ LE JEUNE NOURRISSON MALADE... 26	
EXERCICE ÉCRIT B :	27
5.0 DÉTERMINER LE TRAITEMENT DU JEUNE NOURRISSON ET DE L'ENFANT	
CLASSÉS AU REGARD DU VIH.....	28
5.1 TRAITEMENT DE L'ENFANT ÂGÉ DE 2 MOIS À 5 ANS	28
5.2 TRAITEMENT DU JEUNE NOURRISSON MALADE.....	30
EXERCICE RAPIDE D :	31
6.0 ÉVALUER, CLASSER ET TRAITER LES AFFECTIONS COURANTES AIGUËS ...	32
7.0 ÉVALUER, CLASSER ET TRAITER LES INFECTIONS OPPORTUNISTES.....	34
7.1 ÉVALUER, CLASSER ET TRAITER LES AFFECTIONS CUTANÉES.....	34
7.1.1 Déterminer l'affection cutanée en cas de démangeaison cutanée	35
7.1.2 Déterminer l'affection cutanée en cas de vésicules, lésions ou pustules	37
7.1.3.Éruptions cutanées liées aux médicaments	38
7.1.4 Déterminer une affection cutanée si l'enfant présente un	
exanthème avec peu ou pas de symptômes	39
7.2 ÉVALUER, CLASSER ET TRAITER LES AFFECTIONS BUCCALES.....	40
7.2.1 Le muguet.....	40
7.2.2 Ulcérations buccales ou affections gingivales	41
EXERCICE RAPIDE E	42
8.0 LA PRÉVENTION DES MALADIES	44
8.1 DONNER UNE PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE	44
8.1.1 QUELS SONT LES ENFANTS QUI DEVRAIENT RECEVOIR UNE	
PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE ?	45
8.1.2 QUAND FAUT-IL ARRÊTER UNE	
PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE ?	45
8.1.4 QUELLES DOSES DE COTRIMOXAZOLE DOIT-ON UTILISER EN	
PROPHYLAXIE ?	46
8.2 LA VACCINATION.....	47
8.3 LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A	47
EXERCICE ÉCRIT C	48
9.0 RÉSUMÉ DU MODULE ET CLÔTURE	48

1.0 INTRODUCTION

Les enfants atteints d'infection à VIH possible ou confirmée ont des besoins particuliers, et doivent donc être soignés de façon différente des enfants non infectés.

Afin de renforcer votre connaissance des questions relatives à la prise en charge des enfants atteints d'une infection à VIH possible ou confirmée, ce module fournit d'abord des informations de base sur le VIH et les risques de transmission mère-enfant du VIH. Il décrit ensuite comment évaluer, classer et prendre en charge les affections aiguës chez le jeune nourrisson et l'enfant atteint d'une infection à VIH possible ou confirmée. Il explique en outre comment prévenir les maladies chez ces enfants.

Lorsqu'une mère se présente en consultation avec son jeune nourrisson ou son enfant, vous devez accomplir les tâches suivantes :

- **ÉVALUER** et **CLASSER TOUS** les principaux symptômes que présente l'enfant au regard de la PCIME ainsi que les signes qui nécessiteraient un transfert URGENT ou NON-URGENT à l'hôpital;
- **ÉVALUER** et **CLASSER** le statut VIH de l'enfant;
- **DÉTERMINER LE TRAITEMENT** et **TRAITER** l'enfant, notamment la prévention des infections;
- **CONSEILLER** la mère quant au traitement fourni, à l'alimentation de l'enfant et à ses soins personnels;
- **SUIVRE** la mère et l'enfant.

Si vous n'évaluez l'enfant qu'à l'égard du trouble ou du symptôme particulier pour lequel il se présente, vous risquez de négliger d'autres signes de maladie, et d'oublier en outre des signes ou caractéristiques de l'infection à VIH ou de l'infection symptomatique à VIH. L'enfant pourrait voir son état s'aggraver ou pourrait présenter des maladies plus fréquentes nécessitant une hospitalisation ou un traitement à l'hôpital.

2.0 OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

À la fin de ce module, vous devriez être en mesure :

- d'expliquer brièvement, en termes simples, ce qu'est le VIH et comment il se transmet aux nourrissons et aux enfants;
- de décrire comment évaluer et classer le VIH/sida chez l'enfant;
- de décrire comment évaluer, classer et traiter les maladies fréquentes chez le jeune nourrisson et l'enfant classés comme porteur du VIH/sida;
- de décrire comment évaluer, classer et traiter les infections opportunistes courantes chez le nourrisson et le jeune enfant classés comme porteur du VIH/sida, en mettant l'accent sur les affections cutanées et buccales;
- de décrire comment prévenir les affections courantes chez le nourrisson et le jeune enfant classé comme porteur du VIH/sida, par les moyens suivants :
 - prophylaxie par le cotrimoxazole;
 - vaccination;
 - suppléments de micronutriments et de vitamine A.

Dans ce module, vous aurez besoin de conserver votre livret des tableaux de PCIME à portée de main. Tout en lisant le module, ouvrez votre livret des tableaux à la page concernée et consultez le tableau correspondant. Il est préférable de travailler en petits groupes au long de ce module, et de consulter ensemble le livret des tableaux de PCIME.

3.0 INFORMATION DE BASE SUR LE VIH

3.1 LE VIH ET LE CORPS HUMAIN

- Toute personne en bonne santé possède un puissant système de défense du corps contre les maladies. Ce système de défense est appelé système immunitaire. Les globules blancs du sang en constituent un élément important : ils protègent le corps contre toutes sortes d'agressions, et on peut les comparer à des "soldats" du corps.
- Les **lymphocytes** sont un des types de globules blancs présents dans le corps; certains d'entre eux, qui possèdent à leur surface un marqueur dénommé CD4, sont dénommés **lymphocytes CD4**. Ces lymphocytes CD4 ont pour fonction de prévenir le système immunitaire d'une tentative d'invasion du corps par des agents pathogènes extérieurs.
- Le **VIH** (virus de l'immunodéficience humaine) est un virus qui infecte certaines cellules du système immunitaire et s'en empare. Le VIH infecte divers types de cellules, mais les CD4 sont sa cible favorite.
- Le corps humain se compose de millions de cellules différentes. Chacune d'entre elles est en mesure de fabriquer de nouveaux éléments cellulaires, afin de demeurer en vie et de se reproduire. Les virus tirent parti de cette capacité en dissimulant leur propre

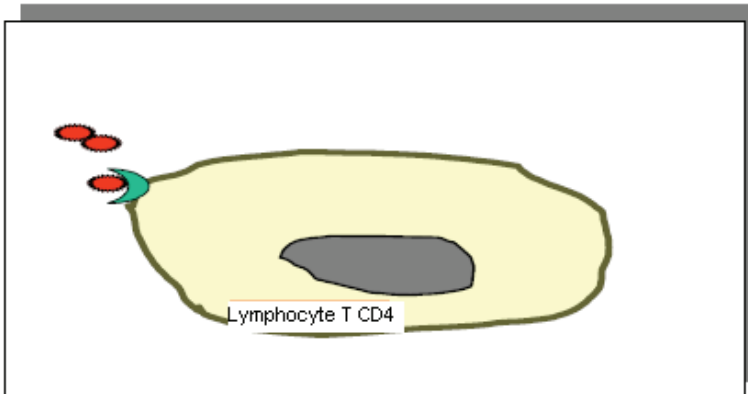
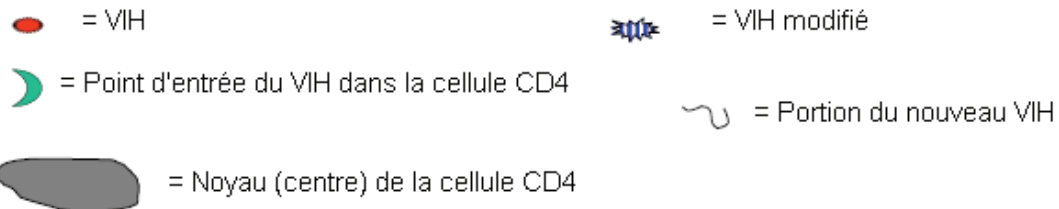
matériel génétique dans le noyau (le centre) de la cellule corporelle, de sorte que lorsque la cellule fabrique des copies de ses propres fragments, elle reproduit également le virus.

- Après avoir infecté les lymphocytes CD4, le VIH les utilise pour se recopier lui-même et aller infecter d'autres cellules.
- Les cellules CD4 infectées par le VIH ne sont plus en mesure de fonctionner correctement et meurent tôt. La perte de ces cellules CD4 affaiblit le système immunitaire et rend l'enfant (ou l'adulte) beaucoup plus susceptible d'être infecté par des types de germes qui, en temps normal, n'auraient pas provoqué de maladie, ou de se trouver plus affecté par des germes courants. Ces infections sont appelées opportunistes, car elles saisissent pour s'installer le caractère opportun qu'offre l'affaiblissement des défenses corporelles.

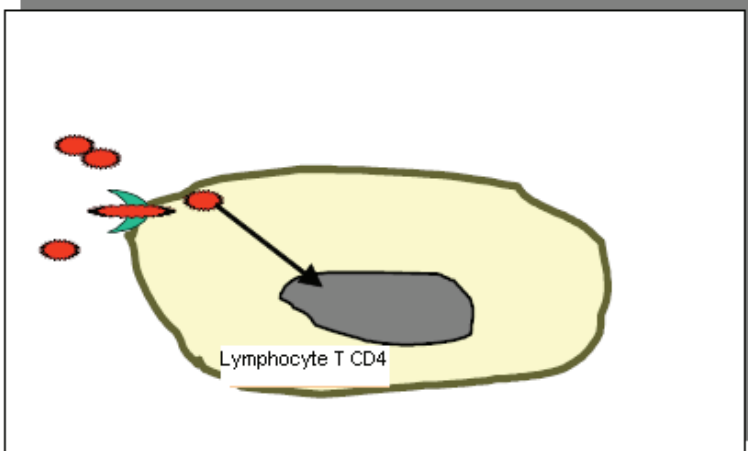
La Figure 2.1 schématise la progression du VIH après son contact avec la cellule humaine.

FIGURE 2.1 : PRODUCTION DE NOUVELLES COPIES DU VIH

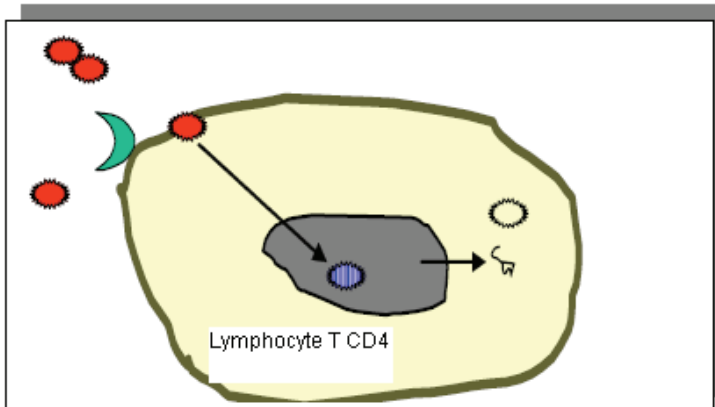
Une fois que le VIH s'est lié à une cellule, il y dissimule le matériel génétique du VIH, ce qui transforme la cellule en une sorte d'usine à VIH.



Le VIH pénètre dans la cellule CD4

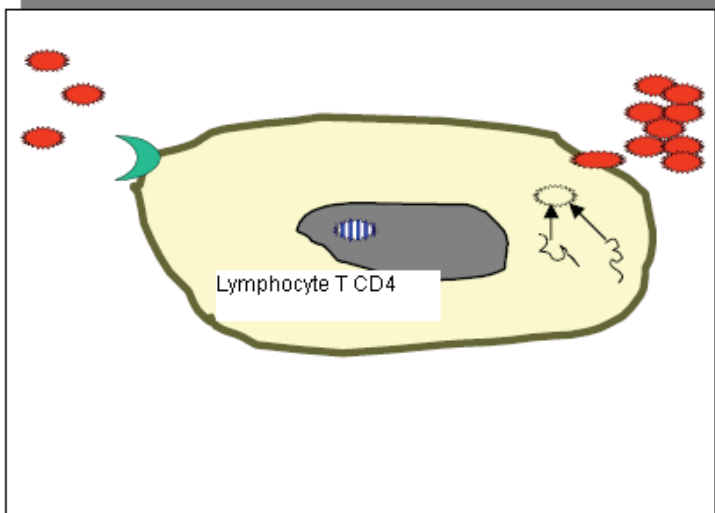


Le VIH s'efforce ensuite de pénétrer dans le noyau de la cellule. Pour cela, il doit modifier son apparence, et se recopier sous une forme qui lui permette de prendre le contrôle du noyau. La substance particulière dont le VIH a besoin pour cette transformation est la transcriptase inverse.



Le VIH, sous une forme différente, a pénétré le noyau de la cellule.

Il commence alors à reproduire de nouveaux fragments de VIH au lieu de laisser la cellule fabriquer de nouveaux éléments de défense corporelle.



Avant de quitter la cellule, les divers fragments du VIH doivent s'assembler, tout comme les pièces détachées d'une voiture à l'usine, avant de quitter le lieu d'assemblage pour le lieu de vente.

Le VIH contient une substance particulière (la protéase) qui contribue à l'assemblage des différents fragments du nouveau VIH avant que ce dernier ne quitte la cellule.

Le VIH s'attaque à de nombreuses cellules CD4. La cellule CD4 infectée produira de nombreuses copies du virus, avant de mourir. Ces nouvelles copies vont ensuite attaquer d'autres cellules CD4, qui produiront à leur tour de nouvelles copies du VIH avant de mourir. Le processus se poursuivra sans discontinuer : les cellules CD4 seront toujours plus nombreuses à mourir, et les copies du VIH toujours multipliées.

Lorsqu'une personne est infectée par le VIH, le virus s'attaquera à son système immunitaire. Puisqu'il attaque de préférence les cellules CD4, le comptage de ces cellules dans le sang des enfants atteints par le VIH est un bon moyen de connaître le fonctionnement actuel de leur système de défense.

Chez l'adulte, au cours des premières années qui suivent la primo-infection, le système immunitaire, bien qu'endommagé par le VIH, fonctionnera encore de façon suffisante. L'adulte infecté ne présentera pas de symptômes, ou des symptômes mineurs comme un gonflement des ganglions lymphatiques ou des affections cutanées légères. À ce stade, la plupart des adultes ne savent même pas qu'ils sont infectés par le VIH. Le plus souvent, au terme de plusieurs années, le système immunitaire de l'adulte se trouve de plus en plus endommagé et affaibli, et la personne infectée devient vulnérable aux agents pathogènes et affections qu'il aurait normalement éliminés. Ces infections sont dites "opportunistes" parce qu'elles profitent de la faiblesse du système immunitaire pour provoquer la maladie. Il faut habituellement de 7 à 10 ans à l'individu pour tomber malade après sa primo-infection par le VIH et contracter une maladie grave liée au VIH.

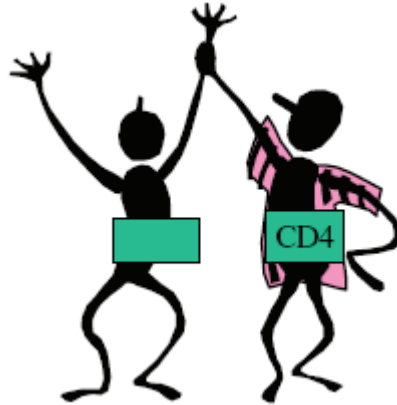
Chez l'enfant infecté par le VIH, l'évolution de l'infection est différente, car le système immunitaire de l'enfant n'est pas encore bien développé. Le VIH semble endommager plus facilement le système immunitaire, en particulier si l'infection est contractée alors que le bébé est encore dans l'utérus de sa mère ou lors de la naissance. Chez les enfants infectés par le VIH, il faut généralement bien moins longtemps pour que le système immunitaire s'affaiblisse ou soit détruit, et ces enfants sont plus susceptibles de contracter des infections courantes ou des infections opportunistes inhabituelles et ils évoluent plus vite vers le sida.

De la même façon que chez l'adulte, lorsque le système immunitaire de l'enfant est endommagé, il s'affaiblit, et l'enfant risque de tomber malade en raison d'agents pathogènes qui normalement ne causeraient pas de troubles majeurs. C'est ainsi qu'un enfant pourra héberger de façon normale un *Candida* dans sa bouche. Mais si son système immunitaire est endommagé, le *candida* provoquera des ulcérations buccales ou une candidose. À mesure que l'état du système immunitaire se dégrade, la maladie à VIH "progressive", les CD4 régressent tant en proportion qu'en nombre absolu, et l'enfant devient extrêmement vulnérable à certaines maladies qui caractérisent le sida et mettent sa vie en danger, comme la pneumonie à PCP, certains cancers rares (lymphome), des infections bactériennes récurrentes et les encéphalopathies dues au VIH (troubles du cerveau).

La figure 2.2 illustre la façon dont le VIH s'attaque à la santé.

Figure 2.2 : COMMENT LE VIH ATTAQUE LA SANTÉ

1. La cellule CD4 est un type de globule blanc du sang. Elle est l'amie du corps humain.



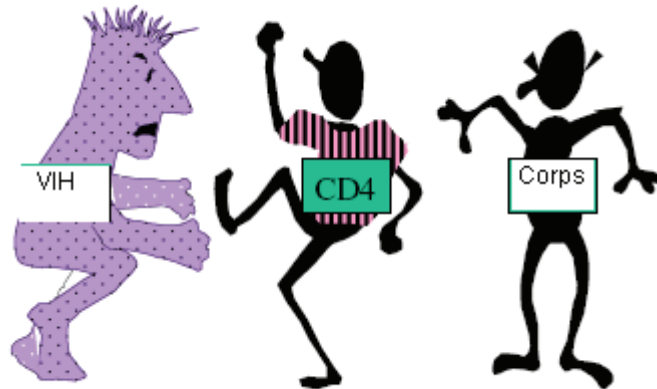
2. Certains troubles, comme la les infections respiratoires, peuvent s'attaquer au corps, mais les CD4 les combattent pour défendre leur ami le corps.



3. Certains autres troubles, comme la diarrhée, peuvent s'attaquer au corps, mais les CD4 combattent pour défendre le corps.



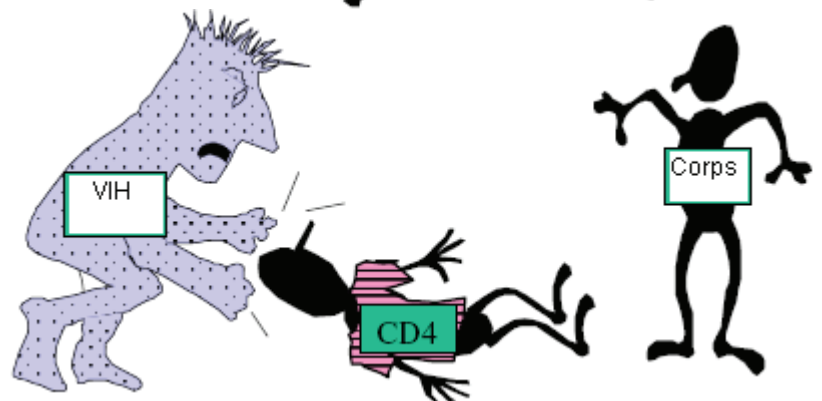
4. Mais le VIH pénètre, et commence à attaquer les CD4.



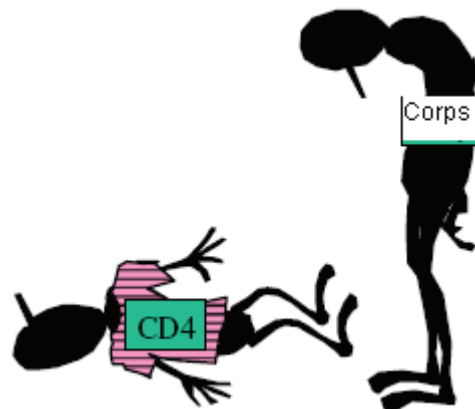
5. La CD4 voit bien qu'elle ne peut se défendre contre le VIH !



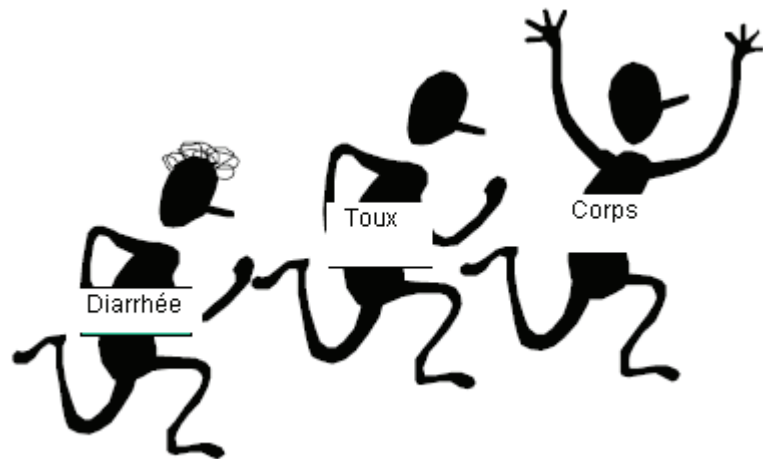
6. Bientôt, elle perdra ses forces dans ce combat.



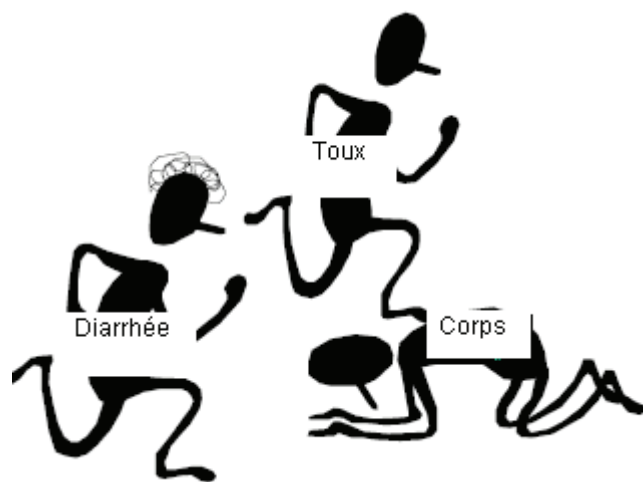
7. Les CD4 vont succomber. Le corps reste sans défense.



8. Le corps est désormais seul et sans défense. Des troubles de toutes sortes, comme la toux ou la diarrhée, en profitent pour commencer à l'attaquer.



9. Au terme du processus, le corps est si affaibli que toutes les maladies peuvent l'attaquer sans difficulté.



EXERCICE DE GROUPE A

Prenez quelques minutes pour définir les termes suivants : système immunitaire, cellules CD4, infections opportunistes. Réfléchissez à ces définitions et énoncez-les à voix haute afin d'échanger vos définitions avec celles des autres participants. L'animateur inscrira ensuite au tableau la définition la mieux adaptée.

3.2 INFECTION DE L'ENFANT PAR LE VIH

La **principale voie d'infection** de l'enfant par le VIH est celle de la transmission verticale, de la mère à l'enfant (TME). Les autres voies d'infection de l'enfant par le VIH sont les suivantes :

- Abus sexuel;
- Injections non sécuritaires;
- Transfusion sanguine de produits sanguins infectés par le VIH.

Ce manuel emploie le terme de transmission mère-enfant parce que la mère est la source de l'infection de l'enfant par le VIH. Ce terme n'entraîne aucune connotation de culpabilité, que la femme soit ou non consciente de son statut sérologique. La femme peut contracter le VIH par des rapports sexuels non protégés avec un partenaire infecté, en recevant du sang contaminé ou par l'intermédiaire d'instruments non stériles (p. ex., dans le cas des utilisateurs de drogues injectables) ou d'interventions médicales.

Le VIH peut se transmettre de la mère à l'enfant en différentes circonstances et par différents moyens, notamment :

- lors de la grossesse;
- au cours du travail et de l'accouchement;
- par l'allaitement maternel.

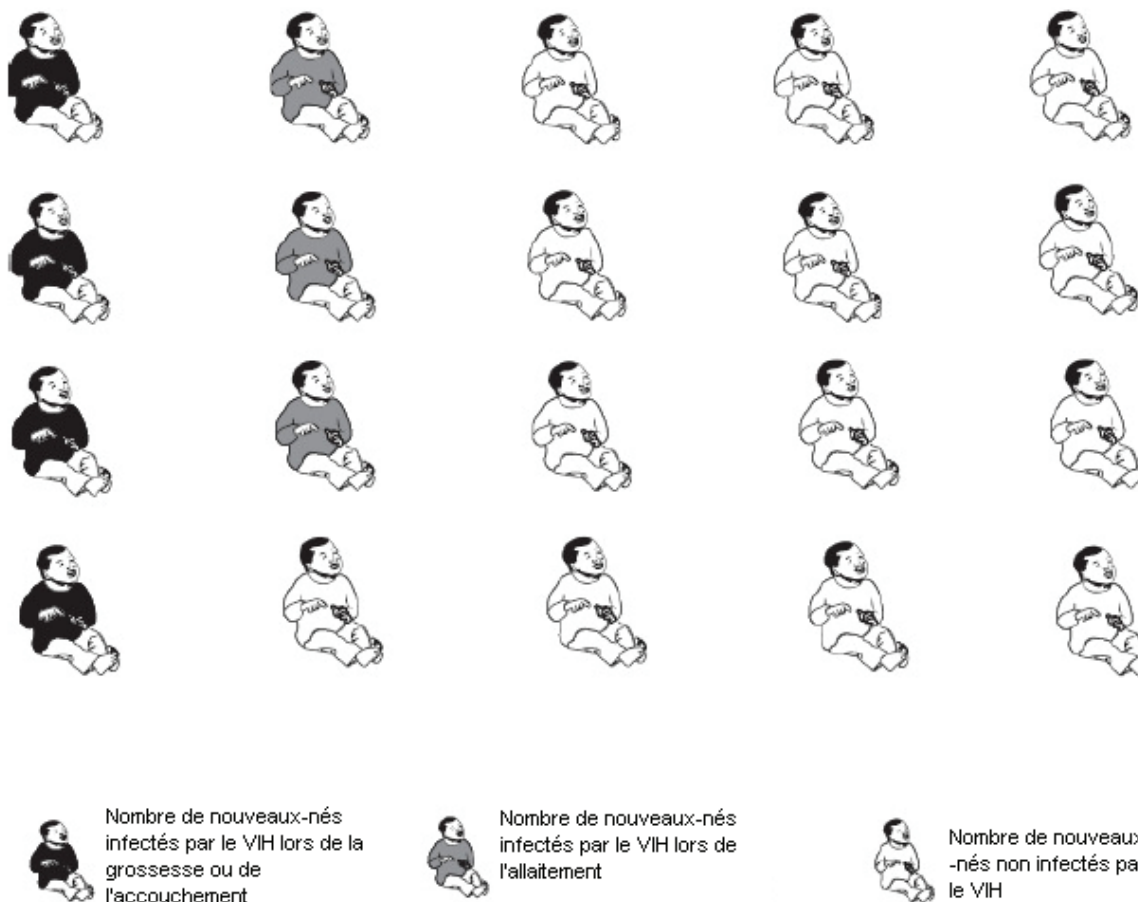
EXERCICE DE GROUPE B

Discutez en petits groupes, pendant 1 à 2 minutes, de ce que vous pensez du risque de transmission du VIH en cours de grossesse, de travail et d'accouchement, et dans la période postnatale.

Toutes les mères VIH-positives qui allaitent transmettent-elles le VIH à leurs enfants par l'allaitement maternel? Après 1 à 2 minutes, l'animateur expliquera plus en détail les risques de la transmission mère-enfant à différents moments de la vie.

Par transmission mère-enfant (TME), on entend la transmission du VIH par une mère infectée à son enfant. Cette transmission peut intervenir au cours de la grossesse, du travail ou de l'accouchement, ou pendant l'allaitement. Il est toutefois à souligner que toutes les femmes infectées par le VIH ne transmettront pas automatiquement le virus à leur enfant.

Si l'on prend pour illustration le dessin ci-dessous, on constate que sur 20 enfants nés de mères VIH-positives (sans aucune intervention pour prévenir la transmission du virus), environ 7 mères parmi les 20 transmettront le VIH au nouveau-né au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement, ou pendant l'allaitement. Le risque de TME est donc globalement de 7 sur 20, soit 35% (un tiers).



Ce risque global de 35% (un tiers) peut se décomposer comme suit : le risque estimé d'infection en cours de grossesse, de travail ou d'accouchement est d'environ 20%, et le risque postnatal (après l'accouchement), par l'allaitement, d'environ 15%. Pour revenir au dessin, on voit que sur 20 enfants nés d'une mère VIH-positive, environ 4 (20%) seront infectés pendant la grossesse ou l'accouchement, et 3 (15%) après la naissance.

Le risque de transmission en cours de grossesse est faible, car le fœtus est protégé par le placenta. Au cours du travail et de l'accouchement, le risque s'élève du fait de l'ingestion, de l'absorption ou de l'aspiration de sang ou de liquide utérin. Ce risque peut être accru par l'emploi de pratiques obstétriques peu sûres, telles que l'épisiotomie de routine, la rupture prématurée des membranes, l'évacuation du placenta, etc. La césarienne élective est de nature à réduire ces risques.

Deux études ont montré que comparativement à l'alimentation exclusive, l'alimentation mixte pouvait accroître les risques de transmission du VIH en raison des dommages que peuvent causer au niveau des membranes de l'intestin du nourrisson, des particules alimentaires ou l'introduction d'allergènes ou de bactéries provoquant une inflammation. Il existe alors un risque accru de transmission du VIH présent dans le lait maternel vers le sang du nourrisson.

C'est pourquoi l'OMS recommande une alimentation maternelle exclusive jusqu'à l'âge de 6 mois, jusqu'à ce que la mère puisse utiliser en toute sûreté une alimentation de substitution, puis arrêter complètement l'alimentation au sein et l'alimentation de substitution.

Le module 3 vous fournira de plus amples détails concernant la transmission du VIH par l'allaitement maternel, ainsi que les conseils à apporter aux mères dans le domaine des options alimentaires.

4.0 ÉVALUER ET CLASSER LE VIH CHEZ L'ENFANT

4.1 DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH

Il existe différents tests destinés à dépister l'infection à VIH. Avant d'entreprendre d'évaluer et de classer l'enfant selon son statut virologique, il sera utile de comprendre les différents examens qui permettent de détecter soit les anticorps, soit le virus lui-même, et de savoir en interpréter les résultats. Ces informations sont résumées dans le tableau suivant.

Recherche des anticorps, tests virologiques

Recherche des anticorps, tests rapides inclus	Tests virologiques par PCR ARN ou ADN
<p>Ces tests mettent en évidence les anticorps produits par les cellules immunitaires en réaction au virus. Ils ne détectent pas le virus lui-même.</p> <p>Ces anticorps se transmettent de la mère à l'enfant, et la plupart auront disparu avant l'âge de 12 mois, mais il arrive qu'on les retrouve jusqu'à l'âge de 18 mois.</p> <p>Par conséquent, la découverte d'anticorps chez un enfant de moins de 18 mois n'est pas un moyen fiable de vérifier la présence de l'infection chez l'enfant.</p>	<p>Ces analyses permettent de détecter la présence du VIH ou des produits du virus dans le sang.</p> <p>Un résultat positif est donc fiable pour attester de l'infection à VIH quel que soit l'âge, y compris avant les 18 mois de l'enfant.</p> <p>Si le résultat est négatif alors que l'enfant est nourri au sein, il ne signifie pas que l'enfant ne soit pas infecté, puisque l'infection peut être très récente. On estime que pour certifier l'absence d'infection, le prélèvement doit être effectué au moins six semaines après l'arrêt total de l'allaitement maternel.</p>

Le lait de la mère VIH-positive est susceptible de communiquer l'infection. Vous l'avez vu à la section 3.1, et en saurez davantage au module 3. Le point essentiel à garder en mémoire est celui-ci : si le résultat d'un test VIROLOGIQUE est positif, quel que soit l'âge, l'enfant EST VIH-positif; si le résultat d'une recherche des ANTICORPS est positif à partir de l'âge de 18 mois, l'enfant EST VIH-positif.

Le tableau suivant décrit comment interpréter les tests d'anticorps rapides et les tests virologiques, chez le jeune nourrisson et l'enfant. Il prend aussi en compte le mode d'alimentation de l'enfant.

DÉPISTAGE DU VIH CHEZ L'ENFANT EXPOSÉ À CE VIRUS

Il y a lieu d'encourager le dépistage du VIH dans les situations suivantes :

- Chez tous les enfants nés d'une mère VIH-positive
- Chez tous les enfants malades chez lesquels on soupçonne une infection à VIH symptomatique

Chez les enfants exposés au VIH **de plus de 18 mois**, un résultat positif à un test de recherche des anticorps du VIH signifie que l'enfant est infecté.

Chez les enfants exposés au VIH **de plus de 18 mois** :

- Si un test PCR ou un autre test virologique est disponible, tester entre 4 et 6 semaines.
 - Un résultat positif signifie que l'enfant est infecté.

Un résultat négatif signifie que l'enfant n'est pas infecté, mais qu'il pourrait l'être s'il continue d'être allaité au sein.

- **S'il n'est pas possible d'effectuer un test PCR ou un autre test virologique, utiliser un test de recherche des anticorps du VIH.**
 - Un résultat positif confirme le fait que l'enfant a été exposé au VIH, mais il n'indique pas si l'enfant est effectivement infecté par le VIH. Tous les nourrissons exposés au VIH doivent subir un test PCR ou un autre test virologique.
 - Un test négatif signifie généralement que l'enfant n'est pas infecté.
 - Si l'enfant devient malade, recommander un test de recherche des anticorps du VIH.
 - Si l'enfant reste en bonne santé, recommander un test de recherche des anticorps du VIH à 9 à 12 mois.
 - Si un enfant de plus de 12 mois n'a pas encore subi de test, recommander un test de recherche des anticorps du VIH.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DU TEST DE DÉPISTAGE DU VIH CHEZ UN ENFANT DE MOINS DE 18 MOIS		
Résultat du test	Test de recherche des anticorps du VIH positif	Test de recherche des anticorps du VIH négatif
Enfant jamais nourri au sein ou pas nourri au sein depuis au moins 6 semaines	Enfant exposé au VIH ou infecté par le VIH Prendre en charge comme s'il était infecté Répéter le test à 18 mois	VIH-négatif L'enfant n'est pas infecté par le VIH
Enfant allaité	Enfant exposé au VIH ou infecté par le VIH Prendre en charge comme s'il était infecté Répéter le test à 18 mois ou 6 semaines après interruption complète de l'allaitement	L'enfant pourrait être infecté par l'allaitement. Répéter le test 6 semaines après interruption complète de l'allaitement.



EXERCICE À RÉPONSES COURTES

**EXERCICE À RÉPONSES COURTES A :
DÉPISTAGE DU VIH**

Répondez aux questions suivantes :

1. Un nourrisson de 20 mois présente un test virologique positif. Est-il infecté par le VIH?
2. Un nourrisson âgé de 2 mois présente un test virologique positif. Est-il infecté par le VIH?
3. Un nourrisson âgé de 2 mois, nourri au sein, présente un test virologique positif. Est-il infecté par le VIH?
4. Un nourrisson âgé de 2 mois, nourri au sein, présente un test des anticorps positif. Est-il infecté par le VIH?
5. Un enfant nourri au sein et âgé de 18 mois a obtenu un résultat positif au test rapide des anticorps. Est-il infecté par le VIH?
6. Ce nourrisson de 9 mois, nourri au sein, présente un test virologique négatif. Est-il infecté par le VIH?
7. Cet autre nourrisson de 9 mois, qui n'est pas nourri au sein, présente un test virologique négatif. Son plus récent allaitement remonte à 3 mois. Est-il infecté par le VIH?
8. Un enfant de 18 mois présente une recherche d'anticorps négative. Il a été allaité il y a une semaine. Cet enfant est-il confirmé comme exempt du VIH?

EXERCICE DE GROUPE C

En petits groupes, discutez pendant 1 à 2 minutes des avantages d'un dépistage précoce des jeunes nourrissons et des enfants nés de mères VIH-positives.

Au terme de ce délai, l'animateur lancera une discussion collective.

Les avantages d'un dépistage précoce du VIH chez le nourrisson sont nombreux. Il permet notamment :

- d'orienter les choix d'alimentation pour le couple mère-enfant;
- de distinguer le VIH ou le sida symptomatique des maladies et affections (tuberculose, malnutrition, infections bactériennes récurrentes et autres) qui touchent également les nourrissons exempts du VIH;
- de guider les décisions concernant le début et l'interruption de la prophylaxie ordinaire par le cotrimoxazole ou du traitement antirétroviral;
- de soulager l'angoisse de l'inconnu, car la famille sera en mesure d'affronter le statut sérologique au lieu de s'interroger sur sa nature.

Bien souvent, l'enfant sera le premier membre de la famille dont le statut sera déterminé, et il sera donc le "point d'entrée" pour le diagnostic du VIH au sein de la famille. Le diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant peut donc être l'occasion d'un accès aux soins du VIH pour les mères, les pères et les autres personnes qui en ont la charge.

4.2 ÉVALUER ET CLASSER LE VIH CHEZ L'ENFANT ÂGÉ DE 2 MOIS À 5 ANS

Ouvrez votre livret des tableaux à la page : "ENSUITE ÉVALUEZ L'INFECTION À VIH"

Vous devrez rechercher une infection symptomatique à VIH possible ou une exposition au VIH si l'on sait que la mère est VIH-positive ou si l'enfant présente l'un des signes suivants d'après votre précédente classification :

- Pneumonie
- Diarrhée persistante
- Écoulement à l'oreille
- Poids très faible pour l'âge

Vous devrez noter ou DEMANDER :

- L'enfant a-t-il une PNEUMONIE?
- L'enfant a-t-il une DIARRHÉE PERSISTANTE?
- L'enfant a-t-il un ÉCOULEMENT À L'OREILLE (aigu ou chronique)?
- L'enfant a-t-il un POIDS TRÈS FAIBLE pour son âge?

Remarque : Si l'enfant a la classification PNEUMONIE SÉVÈRE OU MALADIE TRÈS GRAVE, ou DIARRHÉE PERSISTANTE ou DIARRHÉE PERSISTANTE SÉVÈRE, ou

MALNUTRITION SÉVÈRE, on recherchera également l'INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE.

EXAMINEZ ET PALPEZ :

- Y a-t-il une candidose buccale?
- La parotide est-elle gonflée?
- Y a-t-il un gonflement des ganglions lymphatiques à deux des emplacements suivants ou plus : cou, aisselles ou aine (lymphadénopathie persistante généralisée ?)

Remarque : les résultats du dépistage du VIH chez la mère et l'enfant sont repris dans le processus de classification résumé par la figure de la page suivante.

ENSUITE RECHERCHEZ L'INFECTION À VIH**

La mère ou l'enfant ont-ils subi un dépistage du VIH?

OU

L'enfant a-t-il eu une ou plusieurs des maladies suivantes?

Pneumonie**

Diarrhée persistante**

Écoulement de l'oreille (aigu ou chronique)

Poids très faible par rapport à l'âge*

Si la réponse à une des deux questions précédentes est oui, consultez le tableau ci-dessous et recherchez les maladies indicatives d'une infection à VIH :

NOTEZ OU DEMANDEZ si l'enfant a :

- PNEUMONIE?
- DIARRHÉE PERSISTANTE?
- ÉCOULEMENT DE L'OREILLE?
- TRÈS FAIBLE POIDS?

EXAMINEZ ET PALPEZ :

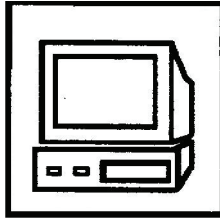
- Candidose buccale
- Gonflement de la parotide
- lymphadénopathie persistante généralisée

Classez comme une infection à VIH

SIGNES	CLASSER
<ul style="list-style-type: none"> • Test de recherche des anticorps du VIH positif chez l'enfant de 18 mois ou davantage OU <ul style="list-style-type: none"> • Test virologique du VIH positif 	INFECTION À VIH SYMPTOMATIQUE CONFIRMÉE
Au moins un des deux points suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Mère VIH-positif et pas de résultat du test chez l'enfant OU <ul style="list-style-type: none"> • Enfant de moins de 18 mois avec test des anticorps positif 	VIH POSSIBLE/ EXPOSITION AU VIH
<ul style="list-style-type: none"> • 2 maladies ou davantage ET <ul style="list-style-type: none"> • Pas de résultats de test chez l'enfant, ou test des anticorps positif chez l'enfant <18 mois 	INFECTION À VIH SYMPTOMATIQUE SUSPECTÉE
<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 2 maladies ET <ul style="list-style-type: none"> • Pas de résultat des tests ni chez la mère ni chez l'enfant 	INFECTION À VIH SYMPTOMATIQUE IMPROBABLE
<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage du VIH négatif chez la mère ou l'enfant ET signes insuffisants pour classer comme Infection à VIH symptomatique suspectée 	INFECTION À VIH IMPROBABLE

*L'enfant qui reçoit déjà un traitement antirétroviral n'a pas besoin d'être soumis à cette procédure.

**Comprend les formes graves telles que la pneumonie sévère. Dans de tels cas, évaluez rapidement l'enfant et transférez-le en URGENCE à l'hôpital.



EXERCICE VIDÉO A

Vous allez maintenant VISIONNER un document vidéo de formation à la PCIME concernant les manifestations du VIH/sida courantes chez l'enfant, qui montre comment classer une infection symptomatique à VIH possible. En l'absence de vidéo, cette session peut être remplacée par des séances cliniques dans une clinique pédiatrique traitant le VIH.



EXERCICE À RÉPONSES COURTES B

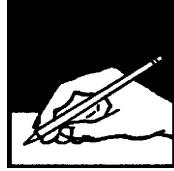
1. Quels sont les enfants âgés de 2 mois à 5 ans chez lesquels on doit rechercher l'infection à VIH symptomatique?
2. Quelle est la différence entre un test PCR et une recherche d'anticorps?
3. Quel test (PCR ou anticorps) utiliseriez-vous pour confirmer l'infection à VIH chez un enfant de moins de 18 mois?
4. Que recouvre le terme de "lymphadénopathie persistante généralisée" dans le contexte du VIH?
5. Que recouvre le terme "hypertrophie de la parotide" dans le contexte du VIH?

EXERCICE À RÉPONSES COURTES

**EXERCICE À RÉPONSES COURTES C :
ÉVALUATION ET CLASSIFICATION DU VIH**

Notez V pour Vrai, F pour Faux, concernant chacune des affirmations suivantes :

	Vrai ou faux (V/F)	
A		Chez un enfant atteint de PNEUMONIE, on doit rechercher l'infection à VIH.
B		Un enfant âgé de 9 semaines né d'une mère VIH-positive doit être classé comme "INFECTION À VIH POSSIBLE ou EXPOSITION AU VIH".
C		Un enfant de 19 mois qui présente une recherche d'anticorps négative et une candidose buccale, une pneumonie et un écoulement à l'oreille doit être classé comme "INFECTION À VIH POSSIBLE ou EXPOSITION AU VIH".
D		Un enfant de 5 mois sans test du VIH, qui présente une pneumonie, une lymphadénopathie et un poids très faible doit être classé comme INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE.
E		Un enfant en bonne santé âgé de 4 mois, qui ne présente ni maladie, ni candidose, ni hypertrophie des ganglions lymphatiques ou de la parotide, mais né d'une mère VIH-positive, est à classer comme "INFECTION À VIH POSSIBLE ou EXPOSITION AU VIH".
F		Un enfant en bonne santé âgé de 8 mois, né d'une mère VIH-positive, toujours allaité au sein, dont la recherche d'anticorps est négative, et qui ne présente aucune caractéristique de l'infection à VIH, peut être considéré comme exempt du VIH.
G		Un enfant de 36 mois dont le dépistage du VIH est positif et qui ne présente aucune autre caractéristique (pas de pneumonie, pas de malnutrition, pas d'écoulement à l'oreille, pas de candidose, pas d'hypertrophie des ganglions lymphatiques ni de la parotide) peut être classé comme INFECTION À VIH CONFIRMÉE.



EXERCICE ÉCRIT A

Classer les enfants suivants :

1. Âgé de 3 mois avec PNEUMONIE, écoulement de l'oreille et ganglions lymphatiques enflés. La mère est VIH-positive.
2. Âgé de 5 mois, avec DIARRHÉE PERSISTANTE, POIDS TRÈS FAIBLE et candidose buccale. Statut VIH de la mère inconnu.
3. Âgé de 7 mois avec PNEUMONIE, ÉCOULEMENT À L'OREILLE et GONFLEMENT DE LA PAROTIDE. Dépistage positif au VIH par test virologique.
4. Âgé de 14 mois avec PNEUMONIE, ÉCOULEMENT À L'OREILLE et GONFLEMENT DE LA PAROTIDE. Dépistage positif au VIH par recherche d'anticorps.
5. Âgé de 12 mois avec PNEUMONIE, ÉCOULEMENT À L'OREILLE et GONFLEMENT DE LA PAROTIDE. Enfant nourri au sein.
6. Âgé de 21 mois avec PNEUMONIE, GONFLEMENT DE LA PAROTIDE et recherche des anticorps du VIH positive.

4.3 ÉVALUER ET CLASSER LE VIH CHEZ LE JEUNE NOURRISSON MALADE

La classification du VIH chez le jeune nourrisson diffère de la classification chez l'enfant plus âgé. Il n'est pas possible de classer le jeune nourrisson en matière d'infection à VIH symptomatique, car il n'existe pas à l'heure actuelle d'algorithme fiable et validé pour ce faire. La classification du VIH chez le jeune nourrisson malade ne peut donc être qu'une des suivantes :

- INFECTION À VIH CONFIRMÉE
- INFECTION À VIH POSSIBLE / EXPOSITION AU VIH
- INFECTION À VIH PEU PROBABLE

et elle se fondera sur les résultats du dépistage du VIH chez la mère ou le nourrisson.


Prenez la figure à la page 32 du livret des tableaux : ÉVALUER ET CLASSER L'INFECTION À VIH CHEZ LE JEUNE NOURRISSON MALADE.

DEMANDEZ :

La mère ou l'enfant présentent-ils un résultat positif au dépistage du VIH ?

Si l'enfant a été dépisté, établir s'il s'agissait d'une recherche d'anticorps du VIH ou d'un test virologique.

CLASSEZ le jeune nourrisson au regard de l'infection à VIH en fonction des résultats du test :

<p>Demandez :</p> <p>La mère ou le nourrisson ont-ils subi un dépistage du VIH?</p> <p>Quel en a été le résultat?</p>	<p>Classer l'infection à VIH</p> 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SIGNES</th> <th>CLASSER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• L'enfant est positif au test virologique</td> <td>INFECTION À VIH CONFIRMÉE</td> </tr> <tr> <td>Une des situations suivantes, ou les deux : • Mère VIH-positive • Résultat positif à la recherche d'anticorps chez l'enfant (séropositif)</td> <td>INFECTION À VIH POSSIBLE OU EXPOSITION AU VIH</td> </tr> <tr> <td>Dépistage du VIH négatif chez la mère ou l'enfant</td> <td>INFECTION À VIH IMPROBABLE</td> </tr> </tbody> </table>	SIGNES	CLASSER	• L'enfant est positif au test virologique	INFECTION À VIH CONFIRMÉE	Une des situations suivantes, ou les deux : • Mère VIH-positive • Résultat positif à la recherche d'anticorps chez l'enfant (séropositif)	INFECTION À VIH POSSIBLE OU EXPOSITION AU VIH	Dépistage du VIH négatif chez la mère ou l'enfant	INFECTION À VIH IMPROBABLE
SIGNES	CLASSER									
• L'enfant est positif au test virologique	INFECTION À VIH CONFIRMÉE									
Une des situations suivantes, ou les deux : • Mère VIH-positive • Résultat positif à la recherche d'anticorps chez l'enfant (séropositif)	INFECTION À VIH POSSIBLE OU EXPOSITION AU VIH									
Dépistage du VIH négatif chez la mère ou l'enfant	INFECTION À VIH IMPROBABLE									

Vous apprendrez les modalités du traitement, du conseil et du suivi en matière de VIH en avançant dans ce cours complémentaire de PCIME concernant le VIH.



EXERCICE ÉCRIT B : ÉVALUER ET CLASSER LE VIH CHEZ CHAQUE ENFANT

Dans l'exercice écrit A, vous avez fait la connaissance de 4 enfants (Mishu, Dan, Ebaï et Henri).

Reprenez les formulaires d'enregistrement que vous avez utilisés dans l'exercice A. Revoyez les classifications que vous avez établies pour chacun des enfants dans cet exercice.

Classez le VIH chez chacun de ces enfants, sur la base des classifications issues de l'exercice A et des informations supplémentaires figurant ci-dessous. Utilisez le même formulaire d'enregistrement que pour l'exercice A, pour ne pas avoir à reporter les classifications précédentes. Conservez ces formulaires, car ils vous serviront à nouveau pour le module 3.

Mishu

La mère de Mishu a subi un dépistage du VIH; elle est VIH-positive. Cependant, Mishu n'a subi aucun test de dépistage (ni test virologique ni recherche d'anticorps). Il est toujours nourri au sein.

Dan

Ni Dan ni sa mère n'ont jamais bénéficié d'un dépistage du VIH. Outre les classifications auxquelles vous avez déjà procédé, Dan présente un gonflement de la parotide, mais n'a pas de candidose buccale ni de lymphadénopathie.

Ebaï

La mère d'Ebaï a été dépistée et est VIH-positive.

Henri

La mère d'Henri a été dépistée et est VIH-positive. Henri a subi une recherche d'anticorps avec un résultat positif.

5.0 DÉTERMINER LE TRAITEMENT DU JEUNE NOURRISSON ET DE L'ENFANT CLASSÉS AU REGARD DU VIH

Vous avez vu à la section 4.0 comment évaluer et classer le VIH chez l'enfant.

Certains enfants, classés dans les catégories INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE, INFECTION À VIH CONFIRMÉE ou INFECTION À VIH POSSIBLE / EXPOSITION AU VIH, devront être transférés pour confirmer l'infection à VIH et établir si l'enfant a besoin d'un traitement antirétroviral (TARV). Vous en saurez davantage à ce sujet au Module 4, consacré principalement aux soins chroniques et au suivi des enfants atteints du VIH.

Avant d'entamer un traitement antirétroviral, l'enfant doit d'abord être stabilisé. Cela implique de traiter toute maladie courante aiguë ou infection opportuniste, afin que l'état général de l'enfant s'améliore.

5.1 TRAITEMENT DE L'ENFANT ÂGÉ DE 2 MOIS À 5 ANS

Prenez l'algorithme du VIH dans votre livret des tableaux et lisez comment traiter l'enfant classé au regard de l'infection à VIH.

Le tableau suivant reprend les directives de *TRAITEMENT* de l'algorithme de PCIME.

INFECTION À VIH CONFIRMÉE	<p>Traitement, conseil et suivi des infections courantes Donner une prophylaxie au cotrimoxazole Donner des suppléments de vitamine A tous les 6 mois à partir de l'âge de 6 mois Évaluer l'alimentation de l'enfant et donner les conseils appropriés à la mère* Transférer pour complément d'évaluation et TARV** Revoir après 14 jours, puis tous les mois pendant 3 mois, puis tous les trimestres ou selon le calendrier de vaccination**</p>
INFECTION À VIH POSSIBLE / EXPOSITION AU VIH	<p>Traitement, conseil et suivi des infections courantes Donner une prophylaxie au cotrimoxazole Donner des suppléments de vitamine A tous les 6 mois à partir de l'âge de 6 mois Évaluer l'alimentation de l'enfant et donner les conseils appropriés à la mère* Confirmer dès que possible le statut sérologique de l'enfant, à l'aide du meilleur test disponible Revoir après 14 jours, puis tous les mois pendant 3 mois, puis tous les trimestres ou selon le calendrier de vaccination Cotrimoxazole</p>
INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE	<p>Traitement, conseil et suivi des infections courantes Donner une prophylaxie au cotrimoxazole Donner des suppléments de vitamine A tous les 6 mois à partir de l'âge de 6 mois Évaluer l'alimentation de l'enfant et donner les conseils appropriés à la mère Dépister pour confirmer l'infection à VIH Transférer pour complément d'évaluation et TARV Revoir après 14 jours, puis tous les mois pendant 3 mois, puis tous les trimestres ou selon le calendrier de vaccination Cotrimoxazole</p>
INFECTION À VIH SYMPTOMATIQUE IMPROBABLE	<p>Traitement, conseil et suivi des infections présentes Conseiller la mère à propos de l'alimentation et de sa propre santé Inciter au dépistage du VIH</p>
INFECTION À VIH IMPROBABLE	<p>Traitement, conseil et suivi des infections présentes Conseiller la mère à propos de l'alimentation et de sa propre santé</p>

* On trouvera au module 3 des informations détaillées concernant l'évaluation de l'alimentation et les conseils à la mère, dans ce domaine et dans celui de sa propre santé.

** On trouvera au module 4 des informations plus détaillées concernant les soins chroniques, notamment le TARV et le suivi des jeunes nourrissons et des enfants infectés par le VIH.

5.2 TRAITEMENT DU JEUNE NOURRISSON MALADE

Prenez l’algorithme du VIH dans votre livret des tableaux et lisez comment traiter le jeune nourrisson qui a été classé au regard de l’infection à VIH.

Le tableau suivant reprend les directives de **TRAITEMENT** de l’algorithme de PCIME.

CLASSEMENT	DÉTERMINATION DU TRAITEMENT
INFECTION À VIH CONFIRMÉE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner une prophylaxie au cotrimoxazole à partir de l’âge de 4-6 semaines ➤ Évaluer l’alimentation de l’enfant et donner les conseils appropriés en la matière ➤ Transférer pour évaluation du TARV ➤ Conseiller la mère pour les soins à domicile ➤ Revoir après 14 jours
INFECTION À VIH POSSIBLE OU EXPOSITION AU VIH	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donnez une prophylaxie au cotrimoxazole à partir de l’âge de 4-6 semaines ➤ Évaluez l’alimentation de l’enfant et donnez les conseils appropriés en la matière ➤ Transférez ou effectuez un test PCR pour confirmer le statut sérologique du nourrisson au moins six semaines après l’arrêt de l’allaitement maternel ➤ Envisagez la survenue d’une maladie sévère présomptive du VIH comme précédemment définie ➤ Revoir dans un mois
INFECTION À VIH IMPROBABLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traitement, conseil et suivi des infections présentes ➤ Conseiller la mère à propos de l’alimentation et de sa propre santé



EXERCICE À RÉPONSES COURTES

**EXERCICE RAPIDE D :
DÉTERMINATION ET CONDUITE DU TRAITEMENT**

1. Comment traiteriez-vous un enfant classé : INFECTION À VIH POSSIBLE et PNEUMONIE (sans sifflement audible)?

2. Comment traiteriez-vous un enfant classé : INFECTION À VIH POSSIBLE et PNEUMONIE SÉVÈRE (avec sifflement audible)?

3. Quand devriez-vous revoir un enfant classé : DIARRHÉE PERSISTANTE et INFECTION À VIH POSSIBLE?

4. Comment traiteriez-vous un enfant classé : PNEUMONIE (avec sifflement audible) et INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE?

5. Comment traiteriez-vous un enfant classé : DIARRHÉE PERSISTANTE et INFECTION À VIH CONFIRMÉE?

6. Comment traiteriez-vous un enfant classé : PNEUMONIE (pas de sifflement audible), DIARRHÉE PERSISTANTE, DYSENTERIE, INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE, POIDS TRÈS FAIBLE et INFECTION À VIH CONFIRMÉE?

Vous avez vu à la section 4 comment évaluer et classer le VIH chez le jeune nourrisson et l'enfant, et à la section 5 comment déterminer le traitement du jeune nourrisson et de l'enfant classés au regard du VIH. Les trois sections qui suivent vous indiqueront comment évaluer, classer et traiter les jeunes nourrissons et les enfants classés comme ayant une infection à VIH possible ou confirmée :

- affections courantes aiguës (section 6.0)
- infections opportunistes (section 7.0), notamment :
 - affections cutanées
 - affections de la bouche
 - autres infections opportunistes

Vous apprendrez aussi comment prévenir les infections opportunistes et d'autres maladies courantes (section 8.0) :

- prophylaxie au cotrimoxazole
- suppléments en vitamine A

6.0 ÉVALUER, CLASSER ET TRAITER LES AFFECTIONS COURANTES AIGUËS

Recherchez chez TOUS les jeunes nourrissons malades et TOUS les enfants de 2 mois à 5 ans les signes généraux de danger. Consultez dans votre livret des tableaux de PCIME la liste de ces signes généraux de danger.

L'encadré ci-dessous indique quels enfants doivent être hospitalisés d'urgence, et ceux qui doivent être hospitalisés de façon moins urgente :

<i>SIGNES IMPLIQUANT</i>	<i>SIGNES OU AFFECTIONS IMPLIQUANT</i>
<p>HOSPITALISATION D'URGENCE</p> <p>Jeune nourrisson âgé d'une semaine à 2 mois : Nourrisson à classification SÉVÈRE (rose/rouge)</p> <p>Enfant âgé de 2 mois à 5 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • présentant un signe général de danger <i>ou</i> • une classification SÉVÈRE (rose / rouge) 	<p>HOSPITALISATION NON URGENTE</p> <p>Jeune nourrisson âgé d'une semaine à 2 mois : Si le jeune nourrisson est classé INFECTION À VIH POSSIBLE/EXPOSITION AU VIH, l'hospitaliser pour un test virologique si disponible.</p> <p>Enfant âgé de 2 mois à 5 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour un dépistage de confirmation du VIH s'il n'est pas disponible sur place • L'état de l'enfant malade ne s'est pas amélioré lors du suivi • Toux depuis plus de 30 jours

Il importe de noter que, dans la plupart des cas, les affections courantes aiguës du jeune nourrisson et de l'enfant chez qui une infection à VIH est possible ou confirmée peuvent être

prises en charge conformément aux directives de PCIME, par exemple le paludisme, la diarrhée, la pneumonie et l'infection de l'oreille.

Dans le cas de la MALNUTRITION, il faut tenir compte des considérations particulières suivantes :

- Les jeunes nourrissons et les enfants chez qui une infection à VIH est possible ou confirmée sont prédisposés à toutes les formes de MALNUTRITION. Par conséquent, lors de chaque visite de suivi, vous devrez évaluer et classer la malnutrition chez l'enfant à l'aide des tableaux de PCIME concernant la malnutrition et l'anémie (page 6 du livret des tableaux de PCIME). Vous devrez reporter le poids de l'enfant sur une courbe de poids afin de repérer tout ralentissement de la croissance et de permettre une prompt intervention nutritionnelle avant que l'enfant ne souffre de malnutrition.
- Vous devrez également repérer les problèmes d'alimentation à la racine et conseiller la mère en conséquence, avant qu'ils ne mènent à la malnutrition (livret des tableaux, page 26).
- Suivez les directives du livret des tableaux de PCIME pour prendre en charge un enfant souffrant de MALNUTRITION SÉVÈRE, de POIDS TRÈS FAIBLE, ou n'ayant PAS DE POIDS TRÈS FAIBLE.

MALNUTRITION, POIDS TRÈS FAIBLE OU POIDS FAIBLE

Vous aurez en outre à assurer les soins spéciaux suivants :

- Si l'enfant ne parvient pas à gagner du poids ou en perd entre deux pesées mensuelles, recueillez auprès de la mère une anamnèse détaillée de la santé et de l'alimentation de l'enfant. Si cette anamnèse ne conduit à aucune explication manifeste du POIDS TRÈS FAIBLE, en dépit du traitement fourni, hospitalisez l'enfant pour des recherches complémentaires.
- Certains enfants présenteront une malnutrition sévère (émaciation sévère ou œdème généralisé) qui n'est due ni au VIH ni à d'autres infections, mais à une nutrition inadéquate. Vous conseillerez la mère selon les directives alimentaires de la PCIME. Le module 3 donne davantage d'informations à ce sujet.

Dans le cas de la PNEUMONIE chez l'enfant infecté par le VIH (âgé de 2 mois à 5 ans), la prise en charge comporte des éléments supplémentaires :

CLASSIFICATION	ÉLÉMENTS DE PRISE EN CHARGE SUPPLÉMENTAIRES
PNEUMONIE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si l'enfant reçoit une prophylaxie par le cotrimoxazole, employez de l'amoxicilline comme traitement de première intention de la PNEUMONIE; ➤ S'il ne reçoit pas de prophylaxie par le cotrimoxazole, vous pourrez traiter la pneumonie au cotrimoxazole, mais prenez soin d'entamer la prophylaxie; ➤ Si, lors du suivi après 2 jours, l'état de l'enfant est stationnaire, transférez-le à l'hôpital.

7.0 ÉVALUER, CLASSER ET TRAITER LES INFECTIONS OPPORTUNISTES

Le système immunitaire des enfants infectés par le VIH est affaibli, et ils contractent donc plus facilement des infections opportunistes. Certaines de ces infections opportunistes prennent la forme sévère des pneumonies, diarrhées et maladies fébriles, et vous devrez donc hospitaliser ces enfants. D'autres infections opportunistes pourront être prises en charge à votre niveau, comme les affections de la bouche ou les affections cutanées.

En évaluant les autres affections, n'omettez pas de vous enquérir des affections cutanées et des affections de la bouche chez les enfants classés INFECTION À VIH POSSIBLE ou EXPOSITION AU VIH, ou INFECTION À VIH CONFIRMÉE, ou INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE.

Si vous éprouvez des doutes quant à une affection particulière de la peau ou de la bouche, transférez l'enfant au deuxième niveau pour évaluation et traitement.

7.1 ÉVALUER, CLASSER ET TRAITER LES AFFECTIONS CUTANÉES

Les enfants classés comme INFECTION À VIH CONFIRMÉE ou INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE, ou INFECTION À VIH POSSIBLE / EXPOSITION AU VIH risquent de présenter des affections cutanées.

Prenez dans votre livret des tableaux ceux consacrés aux affections cutanées, et lisez la section consacrée aux moyens de discerner ces affections. *Remarque* : les enfants peuvent présenter plus d'une affection cutanée; les tableaux concernant ces affections ne suivent donc pas les principes habituels de la classification de PCIME¹.

¹ Principes de la classification de PCIME : une classification en rose dénote une maladie grave qui implique l'hospitalisation; le jaune suppose un traitement approprié de l'enfant, le vert signifie que l'enfant n'a pas besoin de soins médicaux particuliers, mais que seul s'impose un conseil à la mère.

7.1.1 Déterminer l'affection cutanée en cas de démangeaison cutanée

Voir le livret de photos, section 1, et le livret des tableaux, page 50.

SIGNES	CLASSIFICATION	TRAITEMENT	Caractères VIH
Éruption irritante avec petites papules et marques de grattage. Taches sombres avec centre pâle.	ÉRUPTION PAPULAIRE IRRITANTE (PRURIGO)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter la démangeaison ➤ Peut être un signe précoce de VIH et implique une évaluation du VIH 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maladie du stade clinique 2
Lésion circulaire irritante relevée sur les bords avec fine zone centrale écaillée, et perte de pilosité. Peut se trouver aussi sur le corps ou la plante des pieds.	TEIGNE (TINEA)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Onguent de Whitfield ou autre crème antifongique si les plaques sont peu nombreuses ➤ Si plus importantes, transférer pour traitement au kétoconazole ou à la griséofulvine ➤ Si sur le cuir chevelu, raser les cheveux ➤ Traiter la démangeaison 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'infection fongique des ongles est une maladie du stade clinique 2
Éruptions et excoriations du torse; crevasses dans l'espace plantaire et aux poignets. Visage épargné.	GALE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre en charge par un produit contre la gale ➤ Traiter la démangeaison 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Peut se manifester sous forme de gale croûteuse chez l'enfant infecté par le VIH

Traitement des démangeaisons

- Lotion calamine *ou*
- Antihistaminique oral
- En l'absence d'amélioration, envisager des stéroïdes topiques

Traitement de la teigne :

Dosages recommandés pour le kétoconazole :

Âge de l'enfant		Dose, fréquence et durée
De 2 mois à 12 mois	(3-<6kg)	20 mg une fois par jour
	(6-<10kg)	40 mg une fois par jour
De 12 mois à 5 ans	(10-19kg)	60 mg une fois par jour

Dosages recommandés pour la griséofulvine

Âge de l'enfant		Dose, fréquence et durée
De 2 mois à 12 mois	(3-<6kg)	10 mg/kg/jour : <i>p. ex.</i> , pour un enfant de 3 kg : 30 mg une fois par jour; pour un enfant de 6 kg : 60 mg une fois par jour
	(6-<10kg)	10 mg/kg/jour
De 12 mois à 5 ans	(10-19kg)	10 mg/kg/jour

Traitement de la gale

Traiter avec un des produits suivants	Période de traitement	Précautions :
		Dans tous les traitements, la démangeaison augmentera dans un premier temps (les parasites meurent et provoquent des réactions inflammatoires), puis les démangeaisons disparaissent
Lindane à 1 % (gamma hexachlorure de benzène) en crème ou lotion	application unique – rincer après 24 heures (après 12 heures chez l'enfant)	potentiellement toxique en cas d'utilisation excessive; à éviter pendant la grossesse et chez le jeune enfant
Émulsion de benzoate de benzyle à 25% Dilution 1:1 chez l'enfant Dilution 1:3 chez le nourrisson	appliquer le soir, rincer le matin renouveler x 3 ? (recommandations variables)	tendance à irriter la peau
Permethrine crème à 5%		Cher, absorption systémique et toxicité très faibles

7.1.2 Déterminer l'affection cutanée en cas de vésicules, lésions ou pustules

Voir le livret de photos, section 2, et le livret des tableaux, page 51.

SIGNES	CLASSIFICATION	TRAITEMENT	CARACTÈRES VIH
Vésicules sur tout le corps, les muqueuses étant parfois atteintes. Les vésicules apparaissent progressivement en quelques jours, et forment des croûtes après rupture	VARICELLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter la démangeaison ➤ Transférer D'URGENCE en cas de pneumonie ou de jaunisse 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plus sévère et plus étendue chez l'enfant immunodéprimé
Vésicules sur une zone d'un côté du corps avec douleur intense ou cicatrices et douleurs lancinantes	ZONA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maintenir les lésions propres et sèches. Donner un antiseptique local ➤ Si les yeux sont atteints donner acyclovir ➤ Soulager la douleur ➤ Revoir dans 7 jours si les lésions ne sont pas entièrement guéries 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les vésicules deviennent hémorragiques ➤ Maladie au stade 2
Lésion vésiculaire ou plaies, atteignant notamment les lèvres et/ou la bouche	HERPÈS SIMPLEX	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si l'enfant est incapable de s'alimenter, transférer ➤ Si premier épisode ou ulcération sévère, donner acyclovir 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Peut s'étendre avec ulcérations graves de la bouche ➤ Si > 1 mois, maladie au stade 4
Croûtes ou petites lésions rouges, molles et chaudes	IMPÉTIGO OU FOLLICULITE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nettoyer les lésions avec un antiseptique ➤ Drainer le pus en cas d'abcès ➤ Donner cloxacilline si taille >4cm ou bandes rouges ou nodules mous ou abcès multiples pendant 5 jours ➤ Revoir dans 2 jours ➤ Transférer D'URGENCE si l'enfant a la fièvre et/ou si l'infection s'étend au muscle 	

Dosages recommandés pour cloxacilline/flucloxacilline :

Poids de l'enfant	Forme	Dose, toutes les 6 heures pendant 5 jours
3-<6 kg	Capsule 250 mg	½ comprimé
6-<10 kg		1 comprimé
10-<15 kg		1 comprimé
15-<20 kg		2 comprimés

7.1.3. Éruptions cutanées liées aux médicaments

Voir le livret de photos, section 5, et le livret des tableaux, page 54.

Les éruptions cutanées liées aux médicaments sont fréquentes chez l'enfant atteint d'une infection à VIH. Étudiez les **photographies du livret de photos** afin de déterminer les éruptions cutanées courantes liées aux médicaments, notamment l'érythème pigmenté fixe, l'eczéma le syndrome de Stevens-Johnson qui, avec des lésions en cocarde bulleuses et érosives, touche des muqueuses superficielles, notamment la bouche et les yeux. Cette affection étant potentiellement létale, le patient doit être transféré d'urgence.

Vous aborderez la prise en charge de ces éventuelles réactions aux médicaments antirétroviraux au Module 4.

SIGNES	CLASSIFICATION	TRAITEMENT	CARACTÈRES VIH
Rougeurs généralisées, étendues, avec petites bosses ou cloques; ou une ou plusieurs plaques sombres sur la peau (réaction médicamenteuse fixe)	ERYTHÈME PIGMENTÉ FIXE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arrêter la prise de médicaments ➤ Donner un antihistaminique oral ➤ En présence de desquamation, transférer d'urgence 	Peut être un signe de réaction aux médicaments ARV
Lésions humides, suintantes, ou plaques épaisses excoriées	ECZÉMA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Humecter les lésions à l'eau propre (pas de savon) pour éliminer les croûtes ➤ Assécher doucement la peau ➤ Court terme : crème stéroïde topique (pas sur le visage) ➤ Traiter la démangeaison 	
Réaction sévère touchant la peau, les yeux ou la bouche. Peut entraîner des difficultés respiratoires	SYNDROME DE STEVENS-JOHNSON	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arrêter la prise de médicaments ➤ Transférer D'URGENCE à l'hôpital 	Peut être observé lors de l'administration de cotrimoxazole ou de névirapine

7.1.4 Déterminer une affection cutanée si l'enfant présente un exanthème avec peu ou pas de symptômes

Voir le livret de photos, section 3, et le livret des tableaux, page 52.

SIGNES	CLASSIFICATION	TRAITEMENT	CARACTÈRES VIH
Papules blanches de couleur perle avec ombilication centrale. Fréquemment observé sur le visage et le thorax de l'enfant	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	Peut être traité de différentes façons : - Ne pas traiter en l'absence de surinfection - Recours au phénol - Électrodessiccation - Application de nitrogène liquide - Curetage	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incidence accrue ➤ On peut observer des molluscums géants ➤ Plus de 100 lésions peuvent être observées ➤ Lésions souvent chroniques et difficiles à éradiquer ➤ Le molluscum étendu est une maladie de stade 2
Verrues prenant la forme de papules ou de nodules avec une surface rugueuse (verruqueuse)	VERRUES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Préparations d'acide salicylique topique ➤ Cryothérapie par le nitrogène liquide ➤ Electrocautérisation 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lésions plus nombreuses et ne répondant pas au traitement ➤ Des verrues virales extensives caractérisent une maladie de stade 2
Écailles grasses et rougeurs au centre du visage, sur le crâne, dans les plis corporels	SÉBORRHÉE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Shampoing au kétoconazole ➤ Stéroïdes topiques en cas de séborrhée grave <p>Pour la dermatite séborrhéique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter avec une crème d'hydrocortisone à 1 % deux fois par jour ou avec une crème aqueuse ➤ En cas de dermatite séborrhéique sévère, transférer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La dermatite séborrhéique peut être sévère dans le VIH ➤ Infection secondaire pouvant être fréquente

7.2 ÉVALUER, CLASSER ET TRAITER LES AFFECTIONS BUCCALES

7.2.1 La candidose buccale

Ouvrez le livret de photos à la section 4; étudiez les photographies de la candidose buccale et œsophagienne. Voyez aussi le livret des tableaux aux pages 46-47.

La candidose buccale (muguet) est fréquente chez les personnes atteintes du VIH. Vous observerez de légères plaques blanches sur la muqueuse buccale, ou une infection étendue du pharynx et de l'œsophage. Si on les gratte, ces plaques ont une base rougeâtre. Les enfants qui souffrent d'un muguet sévère ont des difficultés pour avaler.

SIGNES	CLASSIFICATION	TRAITEMENTS
Incapable d'avaler	CANDIDOSE ŒSOPHAGIENNE SÉVÈRE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Transférer D'URGENCE à l'hôpital ➤ Si le transfert est impossible, donner du fluconazole ➤ Si la mère allaite, rechercher et traiter la candidose mammaire chez la mère
		Maladie de stade 4
Douleur ou difficulté à avaler	CANDIDOSE ŒSOPHAGIENNE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner du fluconazole ➤ Donner des soins buccaux au jeune nourrisson ou à l'enfant ➤ Si la mère allaite, rechercher et traiter la candidose mammaire chez la mère ➤ Revoir dans 2 jours ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement ➤ Après stabilisation, transférer pour entamer un TARV
		Maladie de stade 4
Plaques blanches dans la bouche qui s'éliminent au grattage	CANDIDOSE BUCCALE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter le muguet et les problèmes d'alimentation associés conformément à la PCIME (livret des tableaux, p. 10) ➤ Conseiller la mère sur les soins à domicile de la candidose buccale. Elle devra : <ul style="list-style-type: none"> ○ se laver les mains ○ nettoyer la bouche du jeune nourrisson / de l'enfant avec un linge propre et doux enroulé autour du doigt et humidifié d'eau salée ○ instiller 1 ml de nystatine quatre fois par jour ou badigeonner la bouche avec du violet de gentiane dilué de moitié pendant 7 jours ○ éviter d'alimenter l'enfant dans les 20 minutes qui suivent le traitement ➤ En cas d'allaitement au sein, rechercher la candidose mammaire. Si elle est présente (écailles sèches et luisantes sur le mamelon et l'aréole), traiter à la nystatine ou au violet de gentiane ➤ Conseiller à la mère de se laver les seins après la tétée. Si l'enfant est nourri au biberon, conseiller de passer à la tasse et à la cuillère ➤ En cas de candidose sévère, récurrente ou pharyngée, envisager un VIH symptomatique ➤ Donner le cas échéant du paracétamol contre la douleur
		Maladie de stade 3
Lésions blanches sur les bords de la langue	LEUCOPLASIE ORALE CHEVELUE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ne se traite pas de façon indépendante, mais se résout avec le TARV et l'acyclovir
		Maladie de stade 2

7.2.2 Ulcérations buccales ou affections gingivales

SIGNES	CLASSIFICATION	TRAITEMENT
<ul style="list-style-type: none"> •Ulcérations profondes ou étendues de la bouche ou des gencives <p><i>ou</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Incapable de s'alimenter 	INFECTION SÉVÈRE DE LA BOUCHE OU DES GENCIVES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Transférer D'URGENCE à l'hôpital ➤ Si possible, donner une première dose d'acyclovir avant le transfert ➤ Si le transfert n'est pas possible, donner du métronidazole ➤ Si l'enfant suit un traitement antirétroviral, il peut s'agir d'une réaction aux médicaments; transférer alors pour évaluation au deuxième niveau
<ul style="list-style-type: none"> •Ulcérations de la bouche ou des gencives 	ULCÉRATIONS DES GENCIVES OU DE LA BOUCHE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Montrer à la mère comment nettoyer les ulcérations avec une solution saline, ou de l'eau oxygénée, ou du bicarbonate de sodium ➤ Si les lèvres ou les gencives antérieures sont atteintes, donner si possible de l'acyclovir. Sinon, transférer. ➤ Si l'enfant a pris au cours du mois écoulé du cotrimoxazole, des médicaments ARV, ou une prophylaxie à l'isoniazide (contre la tuberculose), il peut s'agir d'une réaction aux médicaments, notamment si l'enfant présente également un exanthème, et il faut donc transférer ➤ Soulager la douleur ➤ Revoir dans 7 jours

Dosages recommandés pour l'acyclovir :

Âge de l'enfant	Dose, fréquence et durée
<2 ans	200 mg toutes les 8 heures pendant 5 jours
>2 ans	400 mg toutes les 8 heures pendant 5 jours

Dosage recommandé pour le fluconazole (pour la candidose buccale sévère) et la nystatine (pour la candidose buccale) :

Dosage du fluconazole

Poids de l'enfant	Suspension orale à 50 mg/5ml	Capsule 50 mg	Suspension orale à 100 000 unités/ml
3-<6kg	-	-	1-2ml quatre fois par jour pour tous les groupes d'âge
6-<10kg	-	-	
10-<15kg	5ml une fois par jour	1	
15-<20kg	7,5ml une fois par jour	1-2	
20-29kg	12,5ml une fois par jour	2-3	



EXERCICE RAPIDE E

Répondez individuellement à chacune de ces questions, puis discutez-en avec l'ensemble du groupe et l'animateur :

1. Comment traiteriez-vous un enfant classé comme suit : INFECTION À VIH POSSIBLE, POIDS TRÈS FAIBLE et ULCÈRES GINGIVAUX/BUCCAUX ?

2. Comment traite-t-on un enfant classé comme suit : IMPÉTIGO, PAS DE POIDS TRÈS FAIBLE, et INFECTION À VIH POSSIBLE ?

3. Comment traiteriez-vous un enfant souffrant de CANDIDOSE BUCCALE ?

4. Comment traite-t-on un enfant classé comme HERPÈS ZOSTER (ZONA) ?

L'animateur vous interrogera ensuite sur l'évaluation et le traitement des infections cutanées et buccales :

Interrogation orale : évaluation et traitement des infections cutanées et buccales

QUESTIONS	RÉPONSES
Quelles sont les éruptions liées à la prise de médicaments qui doivent conduire à un transfert à l'hôpital?	
Quels sont les signes de l'Herpès Simplex?	
Quels sont les signes de l'Herpès zoster (zona)?	
Comment reconnaît-on une éruption d'origine médicamenteuse?	
Comment reconnaît-on le molluscum contagiosum?	
Comment traite-t-on le molluscum contagiosum?	
Comment reconnaît-on la séborrhée?	
Comment traite-t-on les verrues?	
Comment reconnaît-on la candidose œsophagienne?	

8.0 LA PRÉVENTION DES MALADIES

8.1 DONNER UNE PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE

Les enfants présentant une infection à VIH possible ou confirmée risquent de contracter des pneumonies sévères et autres infections graves dès le plus jeune âge, et souvent avant que leur statut sérologique n'ait été confirmé.

Il existe une forme grave et potentiellement létale de pneumonie, appelée pneumocystose (en anglais, PCP) et provoquée par un micro-organisme, le *Pneumocystis jirovecii* (autrefois "carinii").

Une prophylaxie régulière au triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMP/SMX, également connu sous le nom de cotrimoxazole) constitue une stratégie simple, peu coûteuse et efficace pour prévenir ces maladies. La prophylaxie au cotrimoxazole, dans certaines catégories d'enfants atteints d'infection à VIH possible ou confirmée, réduira la morbidité et la mortalité provoquées par la pneumocystose, par d'autres infections bactériennes courantes, et par le paludisme.

La prophylaxie au cotrimoxazole reste très importante, même avec un meilleur accès au TARV, et elle améliore la survie même lorsque le TARV n'est pas employé, en réduisant de jusqu'à 40% la mortalité des enfants atteints du VIH.

La prophylaxie au cotrimoxazole fait partie des traitements que l'enfant exposé au VIH ou confirmé comme porteur devra prendre pendant une longue période. Pour assurer que la personne qui a la charge de l'enfant et/ou l'enfant lui-même seront en mesure d'observer le traitement, ils auront besoin de conseil et d'appui. Plusieurs séances de conseil seront nécessaires afin de discuter de cette prophylaxie avec la personne chargée de l'enfant, et d'assurer qu'elle le comprend entièrement et accepte de l'observer. Vous en apprendrez davantage sur les soins à long terme au Module 4 de ce cours et dans le cours de base PCIMAA sur le VIH.

Les détails de la prophylaxie au cotrimoxazole chez l'enfant exposé au VIH ou infecté par le VIH sont résumés ci-dessous².

² Revised WHO guidelines for cotrimoxazole prophylaxis in HIV-exposed and HIV-infected children in resource-limited countries, Genève, 10-12 mai 2005.

8.1.1 QUELS SONT LES ENFANTS QUI DEVRAIENT RECEVOIR UNE PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE ?

<ul style="list-style-type: none">• Tous les jeunes nourrissons classés comme INFECTION À VIH POSSIBLE / EXPOSITION AU VIH;• Tous les enfants classés comme INFECTION À VIH CONFIRMÉE et âgés de moins de 12 mois;• Tous les enfants âgés de 12 mois à 5 ans atteints d'une infection à VIH confirmée et aux stades OMS 2, 3, 4, ou avec CD4<25% (que l'enfant suive un TARV ou non);• Tous les enfants âgés de 12 mois à 5 ans classés comme INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE (tant que l'on s'efforce de confirmer l'infection à VIH).	<ul style="list-style-type: none">• De 4 à 6 semaines• Dès que possible• Dès que possible• Dès que possible
--	--

- *Le Module 4 fournit davantage de détails sur le TARV et la classification de l'OMS.*

REMARQUE :

- Les enfants âgés de 6 ans ou davantage suivent les recommandations pour les adultes.
- Si l'enfant est admissible à la fois à la prophylaxie au cotrimoxazole et au TARV, démarrer d'abord la prophylaxie au cotrimoxazole

8.1.2 QUAND FAUT-IL ARRÊTER UNE PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE ?

<ol style="list-style-type: none">1) Chez l'enfant classé comme INFECTION À VIH POSSIBLE / EXPOSITION AU VIH ou INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH POSSIBLE, n'arrêter le cotrimoxazole que lorsque l'infection à VIH a été définitivement exclue ET que la mère ne l'allait plus.2) Toxicités sévères telles que syndrome de Stevens-Johnson, dermatite exfoliative ou pâleur sévère. L'enfant devra être transféré au deuxième niveau pour évaluation et prescription d'un médicament de substitution. Si vous hésitez à arrêter le cotrimoxazole, transférez l'enfant au deuxième niveau pour évaluation et avis.
--

Veillez noter que dans les situations où les ressources sont limitées, un nourrisson dont l'infection par le VIH est confirmée doit continuer à prendre le cotrimoxazole indéfiniment.

8.1.4 QUELLES DOSES DE COTRIMOXAZOLE DOIT-ON UTILISER EN PROPHYLAXIE ?

Médicament : Cotrimoxazole (triméthoprimé-sulfaméthoxazole ou TMP/SMX)

Disponible dans les formulations suivantes :

- Sirop : 40mg TMP/200mg SMX par 5 ml
- Comprimé adulte : simple concentration 80 mg TMP/400 mg SMX
- Comprimé pédiatrique : simple concentration 20 mg TMP/100 mg SMX

Dosage du cotrimoxazole – dose unique quotidienne			
Âge	Sirop 40 mg/200 mg par 5ml	Comprimé adulte simple concentration 80 mg/ 400mg	Comprimé pédiatrique simple concentration 20mg/100mg
Moins de 6 mois	2,5 ml		1 comprimé
6 mois – moins de 5 ans	5 ml	½ comprimé	2 comprimés
5 – 14 ans	10 ml	1 comprimé	4 comprimés
> 15 ans	NON	2 comprimés	–

L'animateur vous interrogera ensuite sur le cotrimoxazole :

Interrogation orale sur le cotrimoxazole

QUESTIONS	RÉPONSES
1. À quels enfants faut-il administrer une prophylaxie au cotrimoxazole?	
2. À quel âge peut-on entamer une prophylaxie au cotrimoxazole?	
3. Quels sont les effets indésirables graves de la prophylaxie au cotrimoxazole?	

Interrogation orale sur le dosage du cotrimoxazole

Indiquez les doses à administrer aux enfants suivants :

Âge de l'enfant	Dose quotidienne
1. 6 semaines	
2. 4 ans	
3. 6 mois	
4. 12 mois	
5. 15 mois	
6. 5 ans	

8.2 LA VACCINATION

Les participants doivent suivre les lignes directrices nationales en matière de vaccination, toutefois la section suivante explique les recommandations globales et les différences importantes pour les nourrissons infectés par le VIH,

- Les enfants exposés au VIH devraient recevoir tous les vaccins, notamment le vaccin anti-Hib, aussi jeunes que possible, conformément aux recommandations des programmes nationaux.
- Comme tout enfant qui souffre d'une maladie sévère à la date de la vaccination, les enfants infectés par le VIH qui sont sévèrement malades à la date de la vaccination NE DOIVENT PAS être vaccinés.
- Les enfants atteints d'une infection à VIH possible ou confirmée devraient être vaccinés contre la rougeole à l'âge de 6 mois, une deuxième dose étant administrée aussi rapidement que possible après l'âge de 9 mois.
- Dans les pays à forte prévalence de tuberculose, la vaccination contre le bacille de Calmette-Guérin (BCG) est recommandée à la naissance ou dès que possible après la naissance (conformément aux politiques normales). Dans les pays à faible prévalence de la tuberculose, le BCG ne devrait pas être administré aux enfants qui vivent avec le VIH/sida (enfants infectés par le VIH). Si la vaccination précoce a été omise, alors il ne faudra pas vacciner contre le BCG les enfants atteints d'une infection à VIH symptomatique. Chez les enfants non symptomatiques, la décision d'administrer un BCG tardif se fondera sur le risque local de tuberculose.
- Les nourrissons atteints d'une infection à VIH symptomatique NE DOIVENT PAS être vaccinés contre la fièvre jaune.

8.3 LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A

Le jeune nourrisson et l'enfant infectés par le VIH suivront le même protocole de supplémentation en vitamine A que les jeunes nourrissons et enfants non infectés. Il est préférable de synchroniser l'administration des suppléments avec les visites ou campagnes de vaccination, lorsque de tels programmes sont appliqués.

Il n'est pas indiqué d'administrer une dose trop rapidement après un précédent supplément de vitamine A : l'intervalle minimum recommandé entre deux doses pour la prévention de la carence en vitamine A est d'un mois (cet intervalle pourra être réduit pour traiter la carence clinique en vitamine A et les cas de rougeole). Toutefois, l'intervalle optimal entre deux doses est de quatre à six mois.



EXERCICE ÉCRIT C

Reprenez les formulaires d'enregistrement que vous avez utilisés pour les exercices A (module 1) et B (module 2). Notez-y les autres traitements nécessaires à Mishu, Dan, Ebaï et Henri, en fonction des classifications du VIH qui leur ont été attribuées à l'exercice B du Module 2.

9.0 RÉSUMÉ DU MODULE ET CLÔTURE

L'animateur vous demandera maintenant de résumer brièvement les sujets couverts dans le module 2. Vous indiquerez ce que le module vous aura enseigné, et l'animateur en fera la liste au tableau.

Reprenez les objectifs d'apprentissage du module et indiquez dans quelle mesure, selon vous, ces objectifs ont été atteints.

Vous ferez part de toute difficulté rencontrée, des éclaircissements nécessaires, et de vos dernières questions.

Vous avez maintenant achevé le Module 2, et êtes prêts à passer au Module 3 qui donne un aperçu des conseils à prodiguer à la mère VIH-positif.