



ACTUALISATION DES CONNAISSANCES SUR LE VIH

Formation continue des CPAMP HPRC et CHUK

19 et 20 août 2026

Dr Cédric Arvieux

LE PROGRAMME AUJOURD'HUI

- 14:00 → 14:45 : Pré test et pause d'accueil
- 14:45 → 15:00 : Physiopathologie du VIH (Film)
- 15:00 → 15:30 : Evolution naturelle de l'infection VIH
- 15:30 → 16:15 : Les infection opportunistes
- 16:15 → 17:15 : Les traitement antiviral et l'éducation thérapeutique
- 17:15 → 17:30 : Questions / Réponses

LE PROGRAMME DE LA 2^{NDE} SESSION EN JANVIER 2027

14:00 - 15:00	Les moyens de la prévention en 2027
15:00 - 15:30	Les moyens du dépistage, dépistage indexé
15:30 - 16:00	Pause
16:00 - 16:45	Suivi mère-enfant
16:45 - 17:30	Questions/réponses - cas cliniques

OBJECTIFS DE L'APRÈS-MIDI

- Objectif global
 - Rafrachir ses connaissances dans le domaine du VIH-SIDA afin d'améliorer la prise en soin des patients et de mieux pourvoir leur expliquer les enjeux de la vie avec le VIH.
- Objectifs spécifiques
 - Être en capacité d'expliquer ce qu'est l'infection par le VIH.
 - Savoir repérer, traiter et prévenir une infection opportuniste (IO).
 - Être en capacité de prescrire une 1^{ère} ligne de traitement antiviral, en expliquer les principes, les avantages et les inconvénients au patient.
 - Être en capacité de réaliser une session d'éducation thérapeutique efficace chez un patient sans traitement, ainsi que chez un patient sous traitement.

PRÉ TEST (AVANT LE COURS)

Utiliser la 1^{ère} colonne pour répondre

Réponse	Pré-test	Post-test
A. Les défenses immunitaires diminuent progressivement	☐	☐
B. Le virus disparaît spontanément après quelques mois	☐	☐
C. Les défenses immunitaires augmentent progressivement	☐	☐
D. L'infection reste toujours sans conséquence	☐	☐
E. Le virus cesse de se multiplier après la primo-infection	☒	☐

POST TEST (APRÈS LE COURS)

Utiliser la 2nde colonne pour répondre

Réponse	Pré-test	Post-test
A. Les défenses immunitaires diminuent progressivement	☐	☐
B. Le virus disparaît spontanément après quelques mois	☐	☐
C. Les défenses immunitaires augmentent progressivement	☐	☒
D. L'infection reste toujours sans conséquence	☐	☐
E. Le virus cesse de se multiplier après la primo-infection	☒	☐

LE VIH, COMMENT CELA FONCTIONNE ?

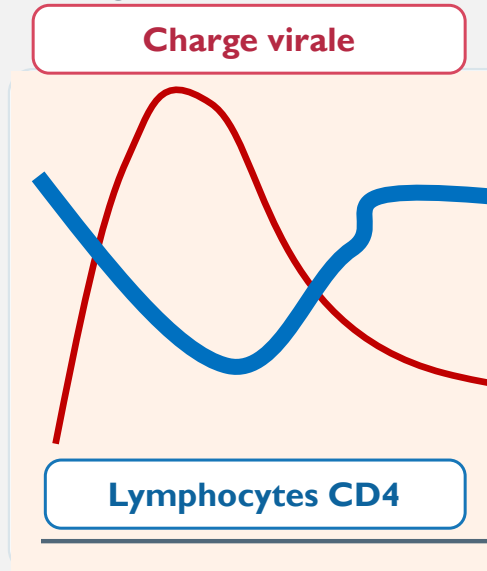
Un film de 8 minutes pour tout comprendre

FILM : CYCLE DU VIH

Pour le replay c'est ici : <https://vimeo.com/260291607>

Sans traitement, le VIH progresse en 4 étapes

La charge virale remonte à mesure que les défenses immunitaires (CD4) diminuent



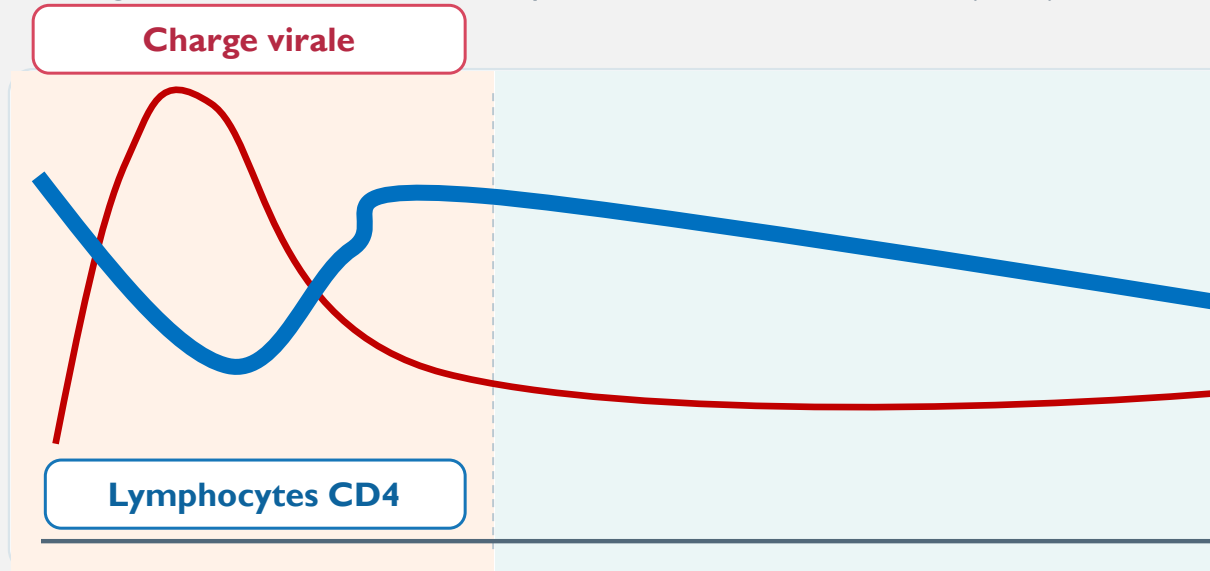
I Primo-infection

2-6 semaines

Charge virale très élevée
Syndrome grippal possible
Forte contagiosité

Sans traitement, le VIH progresse en 4 étapes

La charge virale remonte à mesure que les défenses immunitaires (CD4) diminuent



1 Primo-infection

2-6 semaines

Charge virale très élevée
Syndrome grippal possible
Forte contagiosité

2 Phase chronique

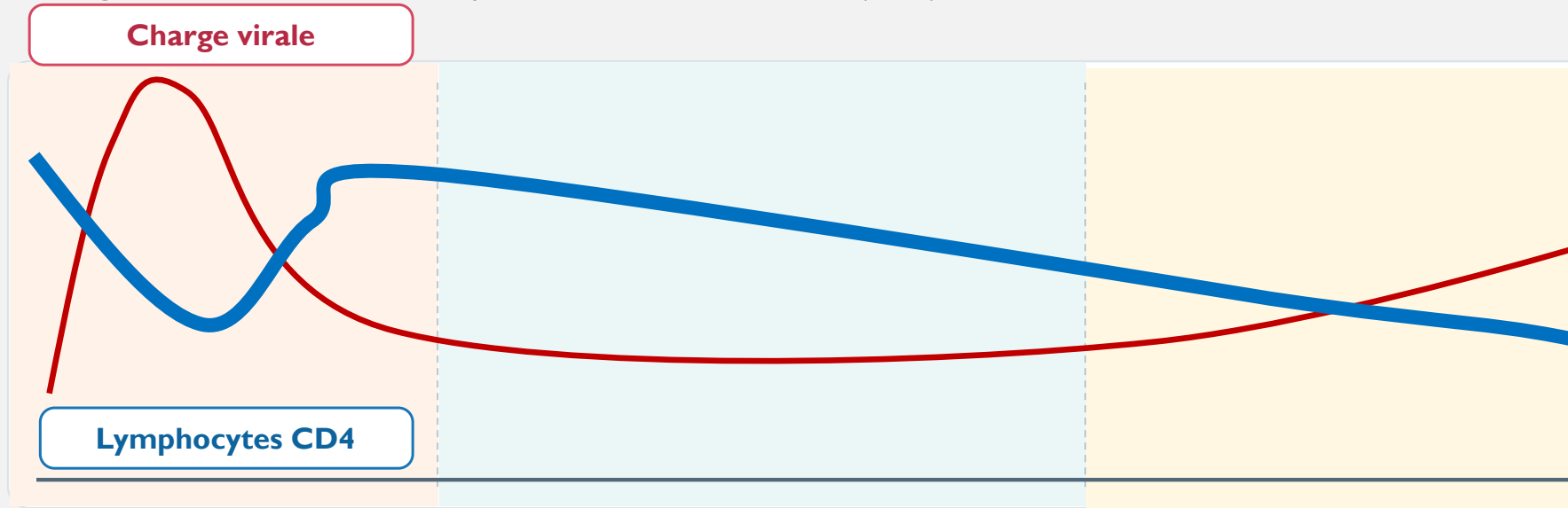
Plusieurs années

Réplication persistante
CD4 en baisse progressive
Peu ou pas de symptômes

La durée de cette phase dépend du niveau de stabilisation de la charge virale après la primo-infection.

Sans traitement, le VIH progresse en 4 étapes

La charge virale remonte à mesure que les défenses immunitaires (CD4) diminuent



1 Primo-infection

2–6 semaines

Charge virale très élevée
Syndrome grippal possible
Forte contagiosité

2 Phase chronique

Plusieurs années

Réplication persistante
CD4 en baisse progressive
Peu ou pas de symptômes

La durée de cette phase dépend du niveau de stabilisation de la charge virale après la primo-infection.

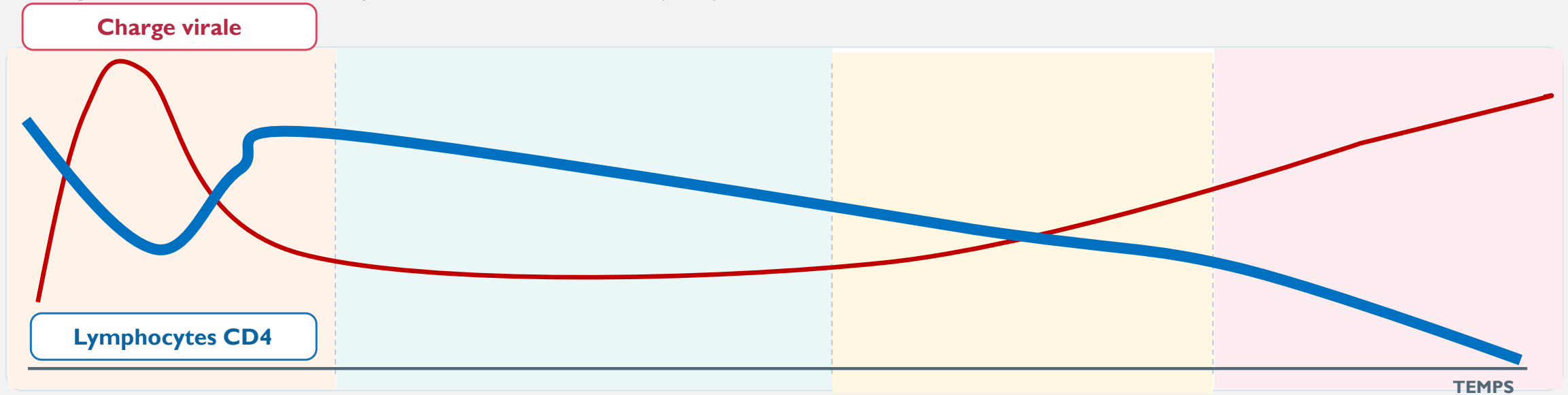
3 Immunodépression avancée

CD4 bas

Infections plus fréquentes
Symptômes généraux possibles

Sans traitement, le VIH progresse en 4 étapes

La charge virale remonte à mesure que les défenses immunitaires (CD4) diminuent



1 Primo-infection

2–6 semaines

Charge virale très élevée
Syndrome grippal possible
Forte contagiosité

2 Phase chronique

Plusieurs années

Réplication persistante
CD4 en baisse progressive
Peu ou pas de symptômes

La durée de cette phase dépend du niveau de stabilisation de la charge virale après la primo-infection.

3 Immunodépression avancée

CD4 bas

Infections plus fréquentes
Symptômes généraux possibles

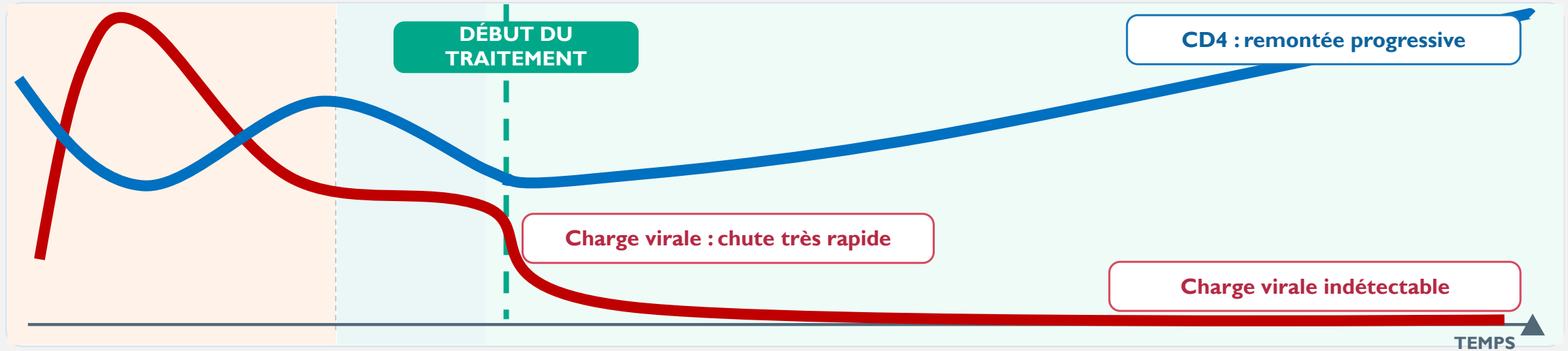
4 Stade SIDA

Critère diagnostique

CD4 < 200/mm³ et/ou
infection opportuniste ou
cancer définissant le SIDA

Le traitement inverse rapidement la dynamique du VIH

La charge virale chute vite ; les lymphocytes CD4 remontent plus progressivement



1 Primo-infection

2-6 semaines

Charge virale très élevée
Syndrome grippal possible
Forte contagiosité

2 Phase chronique

Traitement introduit

Charge virale rapidement contrôlée
CD4 en récupération progressive

Diminution rapide du risque de transmission
Restauration progressive de l'immunité

→ I = I

→ Pas de risque de complications

- ✓ Liées au VIH
- ✓ Opportunistes

LES PRINCIPALES INFECTIONS OPPORTUNISTES

Cinq affections à reconnaître

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| 1 | Tuberculose | Respiratoire / disséminée |
| 2 | Cryptococcose | Méningite subaiguë |
| 3 | Kaposi | Cutanée / orale / viscérale |
| 4 | Toxoplasmose cérébrale | Neurologique focale |
| 5 | Candidose | Buccale / œsophagienne |

Un syndrome à connaître : l'IRIS

Tuberculose : une présentation souvent atypique avec le VIH

À ÉVOQUER

- Toux, fièvre, sueurs nocturnes, amaigrissement
- Adénopathies, douleur thoracique ou essoufflement
- Formes extra-pulmonaires : plèvre, abdomen, ganglions, méninges
- Très immunodéprimé : radio parfois peu évocatrice

DIAGNOSTIC RÉALISTE

- Crachat : Examen direct et/ou test moléculaire rapide Xpert
- Radiographie thoracique si disponible
- Prélèvement du site atteint ; un test négatif n'exclut pas la TB

Urgence : détresse respiratoire, confusion, raideur méningée, état de choc.

TB : traiter, protéger l'entourage et surveiller la tolérance

DÈS LE DIAGNOSTIC PROBABLE

- TB sensible : démarrer le schéma national 2HRZE/4HR
- Introduction précoce des ARV ; vérifier les interactions avec la rifampicine et **doubler la dose de dolutégravir**
- Masque, aération et séparation des patients qui toussent
- Enquête des contacts et prévention TB après exclusion d'une TB active

À CHAQUE CONTACT

- Symptômes, prises manquées, poids ?
- Ictère / nausées sévères ; troubles visuels ; rash ; neuropathie
- Donner la pyridoxine (vitamine, si prévue par le protocole national)
- Expliquer les urines orange ; repérer aggravation, échec ou IRIS

Prévenir la tuberculose : initier tôt le traitement de la tuberculose latente

- Isoniazide (IH) : une prise/j pendant 6 mois
- Rifapentine + isoniazide (IHP ou 3HP) : une prise/j pendant 1 mois ou une prise/semaine pendant 3 mois

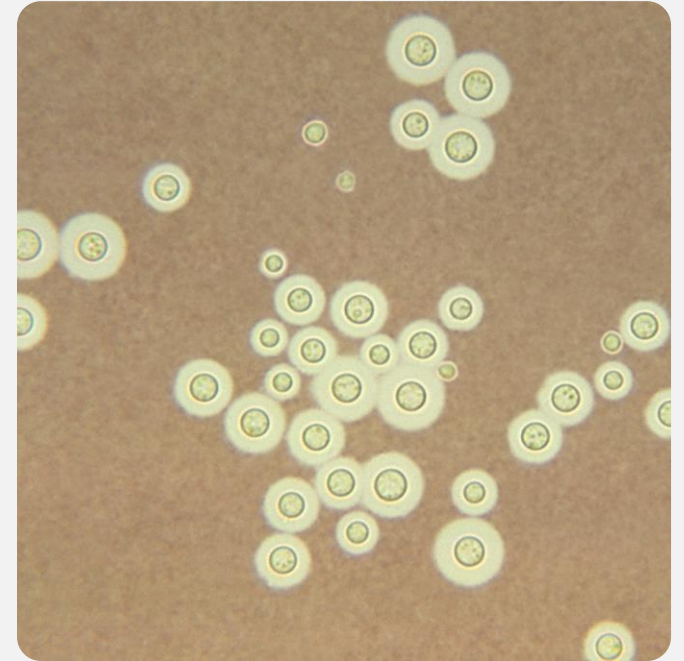
Cryptococcose : penser méningite devant une céphalée persistante

À ÉVOQUER

- Céphalées progressives
- Fièvre, vomissements, photophobie
- Confusion ou troubles visuels
- Raideur méningée parfois absente

À FAIRE

- Ag cryptocoque sanguin
- PL : **pression** + Ag Cryptocoquer
- **Encre de Chine** si disponible



Cryptococcus à l'encre de Chine : halo clair = capsule

Mesurer la pression d'ouverture et soustraire le LCR tous les jours si nécessaire : l'hypertension intracrânienne tue.

Cryptococcose : l'antifongique ne suffit pas : gestion de la pression intracrânienne

TRAITER ET CONTRÔLER LA PRESSION

- Démarrer l'induction combinée disponible : amphotéricine B + flucytosine + fluconazole.
- Poursuivre par consolidation puis entretien avec fluconazole.
- **Répéter les ponctions lombaires thérapeutiques** si pression élevée ou symptômes.
- Différer l'ART 4–6 semaines en cas de méningite cryptococcique.

SURVEILLER PENDANT L'ACTION

- Conscience et vision
- Douleur / pression après PL
- Créatinine, Hb,
- Perfusion, hydratation, fièvre
- Prises de fluconazole

Prévenir la cryptococcose, un acte essentiel

- Fluconazole à dose préventive (200 mg/j) si Ag Crypto + et/ou CD4 < 200 mm³ ou stade 4 OMS.
- Prévention secondaire ++ : dans l'attente de la restauration immune.

Kaposi : examiner la peau, la bouche, les jambes et la respiration

À ÉVOQUER

- Macules, plaques ou nodules violacés, bruns ou noirs
- Lésions buccales, surtout palais et gencives
- Œdème dur d'un membre ou du visage
- Toux, dyspnée, saignement digestif : atteinte viscérale possible

CONFIRMER / ÉTENDRE

- Examen complet : peau, bouche, ganglions, œdèmes
- Biopsie cutanée si accessible et doute
- Radio thorax si symptômes respiratoires
- Référer si maladie étendue, œdème, ulcération ou atteinte viscérale

L'examen de la peau et de la muqueuse buccale est un élément essentiel dans le suivi des PVVIH



Kaposi : place centrale du traitement antirétroviral pour l'amélioration clinique

AGIR SELON L'ÉTENDUE

- Initier ou optimiser l'ART pour tous
- Forme limitée : ART, soins locaux et suivi rapproché
- Forme étendue / symptomatique / viscérale : organiser chimiothérapie + ART
- Éviter les corticoïdes systémiques si possible : risque d'aggravation

MESURER L'ÉVOLUTION

- Cartographier lésions, douleur, œdème et retentissement fonctionnel
- Soins doux des plaies ; surveiller infection et saignement
- Mesurer le périmètre de l'œdème ; surélever le membre
- Sous chimiothérapie : fièvre, mucite, cytopénies, neuropathie

Toxoplasmose cérébrale : un déficit neurologique focal est une alerte

À ÉVOQUER

- Céphalées, fièvre, confusion
- Faiblesse d'un côté, trouble de la parole, ataxie
- Crises convulsives
- Évolution sur quelques jours à semaines ; souvent $CD4 < 100$

DIAGNOSTIC PRAGMATIQUE

- Examen neurologique répété et glycémie
- Scanner cérébral avec contraste si possible : lésions multiples en cocarde + œdème
- Sérologie IgG toxoplasmose : négative rend le diagnostic moins probable
- Réponse clinique/radiologique au traitement d'épreuve

**Le diagnostic clinique différentiel entre cryptococcose et toxoplasmose n'est pas toujours facile.
Cryptococcose : céphalées, troubles de conscience – Toxoplasmose : signes focaux, fièvre
Les différencier en cas de doute : scanner / IRM et PL**

Toxoplasmose : traiter 6 semaines, puis prévenir la rechute

DÉMARRER ET PROTÉGER

- Cotrimoxazole forte dose
- Corticoïde seulement si effet de masse / œdème menaçant
- Antiépileptique seulement après une crise
- Prévention : TMP-SMX si IgG+ et CD4 < 100 ; aliments bien cuits

RÉÉVALUER CHAQUE JOUR

- Conscience, pupilles, force, parole, marche et nouvelles crises
- NFS : cytopénies ; rash ; atteinte rénale/hépatique
- Hydratation et prise régulière de l'acide folinique
- Amélioration attendue en 10–14 jours ; sinon changer d'hypothèse / référer

Candidose : regarder la bouche et toujours demander si avaler fait mal

RECONNAÎTRE

Buccale

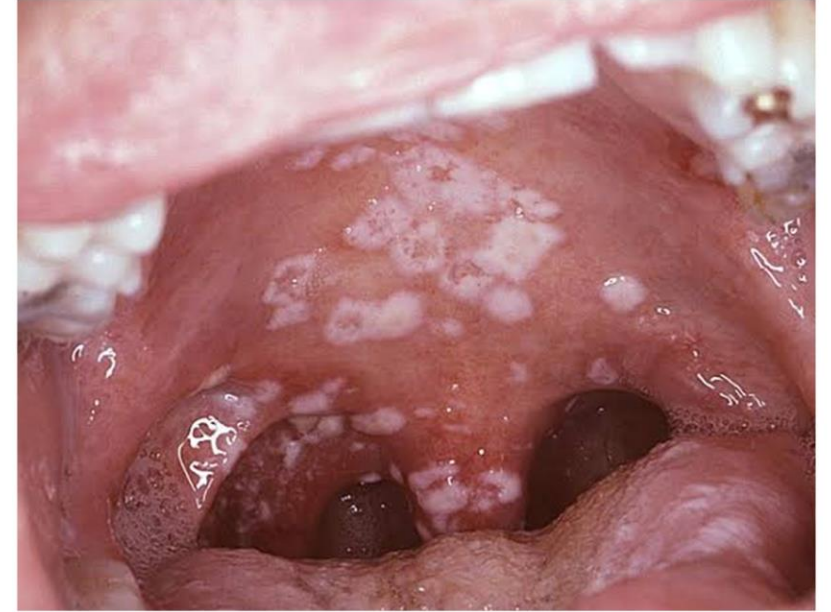
Plaques blanches détachables (muguet) ou zones rouges ; gêne ou brûlure.

Œsophagienne

Douleur ou difficulté à avaler, douleur rétrosternale ; muguet souvent présent (mais parfois absent)

Confirmer simplement

Clinique : essai de fluconazole si atteinte œsophagienne.



« Muguet » buccal

Rechercher déshydratation, perte de poids et impossibilité d'avaler les médicaments.

Candidose : soulager vite et vérifier la réponse

TRAITER SANS ATTENDRE

- Buccale : bain de bouche avec antifongique (amphotéricine, azolés) ou fluconazole oral 100 mg/ pendant 7
- Œsophagienne : fluconazole 200 mg le premier jour puis 100 mg/j pendant 14 jours

VÉRIFIER LA RÉPONSE

- Douleur, déglutition, apports, poids et hydratation
- Pas d'amélioration en 7 jours : autre diagnostic / endoscopie si possible
- Interactions des azolés et signes d'atteinte hépatique

IRIS

(Syndrome de Restauration Immune Inapproprié)

Aggravation des manifestations cliniques ou radiologiques d'une IO sous traitement efficace (après avoir éliminer d'autre étiologie)

- Principales IO concernées
 - Tuberculose ++++
 - Cryptococcose
 - Kaposi
- Mais en fait tout les pathogènes...
 - CMV (œil), JC-Virus (LEMP, cerveau), Toxoplasmose (+ rare)...

Messages clés pour la pratique de terrain

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| 1 | Reconnaître tôt | Symptômes subaigus, amaigrissement, céphalées, déficit focal, lésions cutanées ou douleur à la déglutition. |
| 2 | Chercher la gravité | Respiration, conscience, convulsions, déshydratation, choc, hypertension intracrânienne. |
| 3 | Tester simplement | Examen clinique; (TB) Xpert, LF-LAM. (Crypto) Ag crypto, ponction lombaire, (Toxo) scanner si accessible. |
| 4 | Sécuriser le traitement | Observance, interactions, toxicités, IRIS, poids, bilans et rendez-vous de contrôle. |
| 5 | Prévenir la rechute | ART efficace, prophylaxies indiquées, prévention TB et éducation du patient. |

LES GRANDS PRINCIPES DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL EN 2026

LUCIE, 31 ANS

- Consulte spontanément dans votre centre car dit avoir fait un test VIH, positif, il y a quelques semaines.

→ Que lui proposez-vous en tout 1^{er} lieu ?



CONFIRMATION D'UN DÉPISTAGE +

- Test de confirmation
- CONSEIL et ACCOMPAGNEMENT
- Bilan initial

LUCIE, 31 ANS

- Le 2nd test confirme l'infection par le VIH

→ Quelles seront les grandes lignes du counseling ?



COUNSELING

- Annonce diagnostique
- Contexte de vie
- Dépistage des partenaires (dépistage indexé), prévention de la transmission
- Indications et intérêts du TARV
- *Dans un 2nd temps*
 - *Modalités de prise du TARV : doses, horaires, effets indésirables, interactions*
 - *Modalités du suivi : clinique, biologique, psychosocial, approvisionnement*

EXPLIQUEZ À LUCIE L'INTÉRÊT
GÉNÉRAL DES TARV



INTÉRÊT DES TARV

- Individuel
 - ↗ qualité de vie / durée de vie
- Populationnel
 - Transmission sexuelle réduite à ZERO : **T**reatment **as** **P**révention (TasP)
 - Prévention de la Transmission Mère-Enfant
 - Risque Zéro si le traitement efficace est mis en place avant la grossesse

INDICATION TARV

- Recommandations 2026
- Le traitement ARV est initié **le plus tôt possible**, et de préférence le même jour, à toute personne ayant été dépistée positive **au plus tard dans les 7 jours** après le résultat positif.

BILAN INITIAL

- Poids
- Terrain : psycho social, métabolique, autres
- Pathologies associées
- Co-infections
- Recherche d'infections opportunistes (IO)

BIOLOGIE

- La base
 - Test de grossesse
 - AgHBs
- Si AZT
 - NFS
- Si disponible facilement
 - Sérologie VHC et Syphilis
 - Charge virale initiale
 - Créatininémie

MISE EN ROUTE DU TRAITEMENT DE LUCIE

- Interrogatoire : pas de signe fonctionnel ; monnaie parfois ses faveurs ...
- L'examen clinique est normal
- Le bilan montre
 - AgHBs positif
 - Créatinine 87 $\mu\text{mol/l}$ (normale)

→ Comment lui expliquez-vous les objectifs du traitement ?



QUELS SONT LES OBJECTIFS D'UN TRAITEMENT ANTI-RÉTROVIRAL ?

OBJECTIFS DU TRAITEMENT ARV



Clinique

Améliorer la qualité de vie et restaurer une espérance de vie proche de la normale



Virologique

Réduire la charge virale le plus bas et le plus longtemps possible
→ indétectabilité à 6 mois
Stopper la **progression** de la maladie
Supprimer la **transmission**



Immunologique

Restauration immunitaire

DÉLAIS

Lucie n'est pas favorable au démarrage du TARV pour le moment

- Qu'en pensez-vous ? Peut on attendre ?
- Citer 5 indications de mise en route formelle de TARV pour lesquelles il faut obtenir au plus tôt l'adhésion du patient ou de ses responsables.



MISE EN ROUTE TARV SANS ATTENDRE

1. Enfant < 5 ans
2. Grossesse / allaitement
3. Couple sérodifférents
4. Travailleuses et travailleurs du sexe
5. Co-infection VHB (notamment atteinte hépatique sévère)
6. TPE (< 72h)
7. IO après délais de traitement de l'IO, 15 jours minimum

VOUS ARRIVEZ À LA CONVAINCRE DE L'INTÉRÊT DU TARV

- Quelle est la première ligne de TARV recommandée au Burundi ?



TARV DE PREMIÈRE LIGNE

ADULTE, ADOLESCENT, ENFANT > 10 ANS (35 KG)

- Pour Lucie
 - Quel traitement choisissez-vous ?
 - Pourquoi ?
 - Rédigez vos prescriptions et expliquez-lui les modalités de mise en route

Catégorie de population	Option de 1 ^{ère} ligne recommandée	Alternatives pour la 1 ^{ère} ligne
Adultes, adolescents et femmes	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC (OU FTC)/EFV (400mg) AZT/3TC+DTG AZT/3TC+EFV (400mg)

TRAITEMENT DE PREMIÈRE LIGNE

- Conforme aux recommandations
 - Standardisé et simple
 - Efficace et peu d'effets secondaires
 - Peu coûteux
 - Préservant les traitements de 2nde ligne
- Co infection VHB = TDF obligatoire

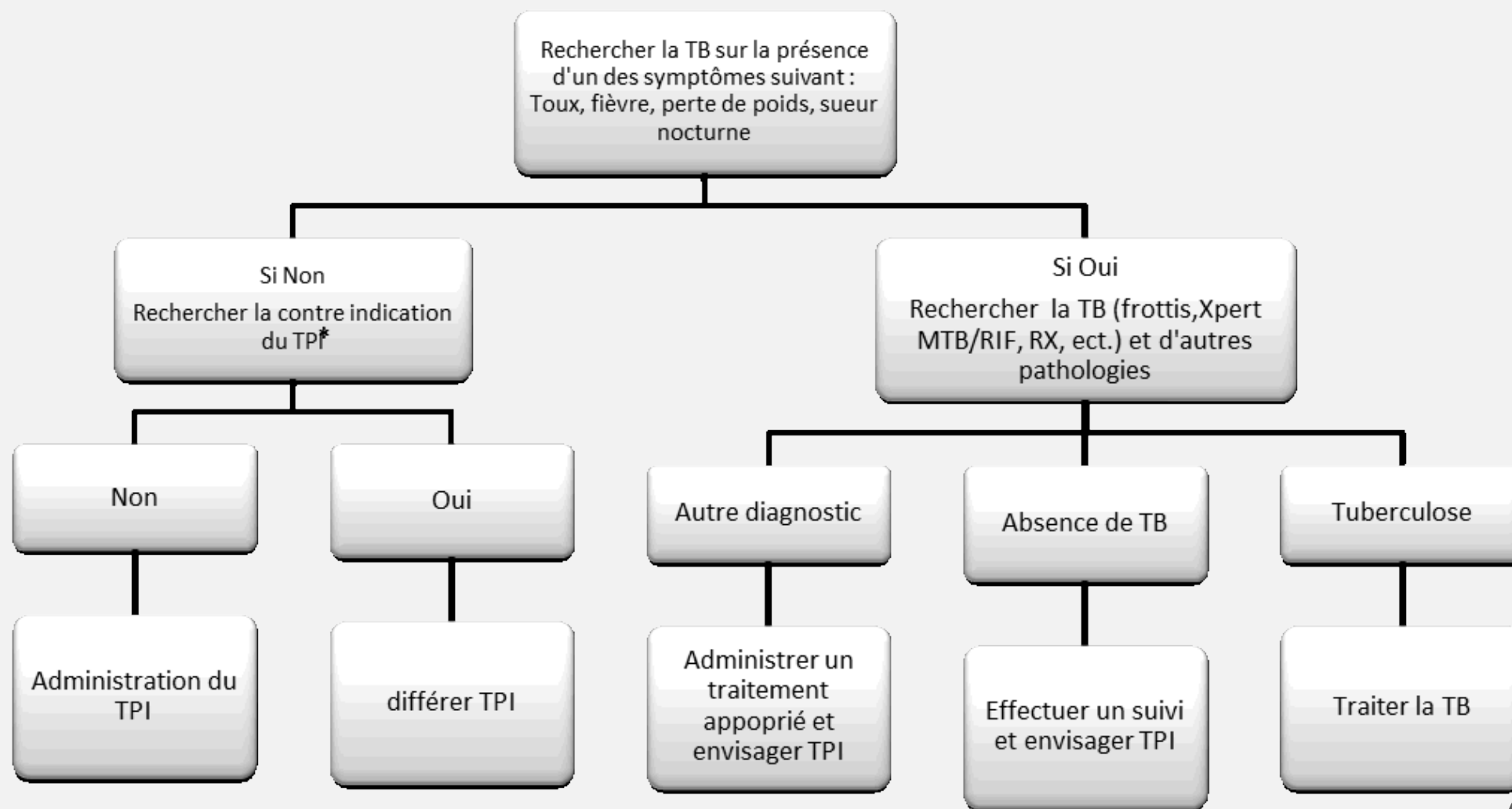
QUELS SONT LES DEUX PRÉVENTIONS QUI VONT ÊTRE
ASSOCIÉES AUX ARV ?



QUELS SONT LES DEUX PRÉVENTIONS QUI VONT ÊTRE ASSOCIÉES AUX ARV

- La prévention par Cotrimoxazole (pour tous) est efficace contre
 - Pneumocystose (100%)
 - Toxoplasmose (100%)
 - Diarrhées parasitaires (isosporose 100%)
 - Pneumonie à pneumocoques et autres infections bactériennes (⚠ le risque)
 - Paludisme (⚠ le risque)
- La prévention de la tuberculose maladie (traitement de la tuberculose latente)

ARBRE DÉCISIONNEL DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE LATENTE



PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE INITIALE

- Cotrimoxazole 800/160 mg : 1 cp par jour
- Traitement de la tuberculose latente 4 semaines
 - INH : 300 mg/j
 - Rifapentine 450 mg (<45 kg) ou 600 mg (> 45 kg)
- TLD : Ténofovir-Lamivudine-Dolutégravir
 - Un comprimé par jour

CONCLUSION GÉNÉRALE

- ARV rapidement !
 - Traitement universel
 - Quels que soient les CD4
 - Quel que soit le stade clinique
- CD4 pas nécessaires pour initier TARV
- Trithérapie : toujours la base
 - Ténofovir + lamivudine + dolutégravir (TLD)

QUESTIONS/RÉPONSES ?