

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

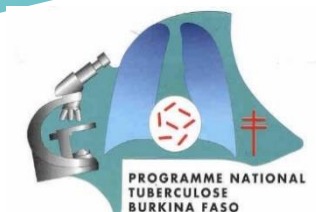
DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION DE LA PROTECTION
DE LA SANTE DE LA POPULATION

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LA TUBERCULOSE



BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice



GUIDE DE PRISE EN CHARGE DE LA CO-INFECTION TUBERCULOSE/VIH

6^{ème} édition

Juillet 2024

PRÉFACE

La problématique de la co-infection tuberculose/VIH requiert le renforcement de la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH afin d'offrir une gamme complète de soins de qualité aux personnes atteintes de tuberculose et vivant avec le VIH. C'est pourquoi, un guide de prise en charge de cette comorbidité est régulièrement édité.

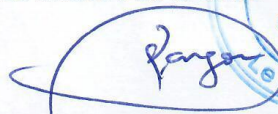
La présente édition dudit guide (6^{ème} du genre) a pris en compte les récentes recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé en matière de diagnostic et de traitement de la co-infection tuberculose/VIH. Il intègre également les directives nationales en la matière y compris l'innovation qu'est le guichet unique de prise en charge de la co-infection TB/VIH.

Ce guide est un référentiel pour tous les acteurs assurant la prise en charge de la tuberculose et de l'infection à VIH au niveau de toutes les structures publiques, privées et associatives. Il sert également aux acteurs des universités et écoles de formation en santé.

J'adresse mes félicitations à l'ensemble des acteurs du système qui se sont investis dans son élaboration et remercie les partenaires qui ont contribué à l'élaboration de ce référentiel.

J'exhorte tous les acteurs à s'en approprier et à s'investir davantage dans la lutte contre la tuberculose et le VIH dans la perspective de l'agenda d'élimination de ces maladies d'ici à 2030 conformément aux Objectifs de développement durable.

Le Ministre de la santé



Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU
Officier de l'Ordre de l'Étalon



Table des matières

Table des matières	3
Liste des sigles et abréviations	5
Liste des tableaux	6
Liste des figures	7
Introduction	8
CHAPITRE I : GENERALITES SUR LA CO-INFECTION TB/VIH.....	9
1.2. Impact du VIH sur la tuberculose	10
1.3. Impact de la tuberculose sur le VIH.....	10
1.4. Situation de la co-infection TB/VIH	10
CHAPITRE II : POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA CO-INFECTION TB/VIH AU BURKINA FASO	11
2.1. Axes stratégiques de collaboration dans la lutte contre la TB/VIH	12
2.1.1. Mettre en place et renforcer les mécanismes de collaboration pour la prestation intégrée de soins de santé TB et VIH.....	12
2.1.2. Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les PVVIH	13
2.1.3. Réduire la charge de morbidité due à l'infection au VIH chez les patients tuberculeux et ceux présumés tuberculeux	13
2.2. Organisation de la prise en charge des patients co-infectés TB/VIH.....	14
2.2.1. Principes directeurs	14
2.2.2. Prise en charge thérapeutique	14
2.2.3. Guichet unique de prise en charge de la co-infection TB/VIH	16
2.2.6. Au niveau communautaire.....	18
CHAPITRE III : DIAGNOSTIC DE LA CO-INFECTION TB/VIH.....	19
3.1. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez les PVVIH	20
3.1.1. Diagnostic clinique.....	20
3.1.2. Diagnostic paraclinique	21
3.1.3. Diagnostic différentiel	27
3.1.4. Tuberculose miliaire ou disséminée.....	27
3.2. Diagnostic de la tuberculose extra pulmonaire chez les PVVIH	27
3.2.1. Tuberculose ganglionnaire	28
3.2.2. Tuberculose pleurale	28
3.2.3. Péricardite tuberculeuse	29

3.2.4. Tuberculose abdominale	29
3.2.5. Méningite tuberculeuse	29
3.2.6. Tuberculose osseuse	29
3.3. Diagnostic de la tuberculose chez l'enfant VIH+	30
3.4. Dépistage du VIH chez les tuberculeux	31
CHAPITRE IV : PREVENTION	32
4.1. Prevention de la TB chez les PVVIH	33
4.1.1. Protection des PVVIH contre l'exposition à la tuberculose en milieu de soins	33
4.1.2. Education du malade et des accompagnants	34
4.1.3. Vaccination	34
4.1.4. Traitement préventif de la tuberculose	34
4.2. Prevention du VIH chez les patients tuberculeux	37
4.3. Chimio prophylaxie au cotrimoxazole chez les patients TB/VIH	37
4.3.1. Chez l'adulte et l'adolescent	37
4.3.2. Chez l'enfant	38
CHAPITRE V : TRAITEMENT	39
5.1. Principes du traitement de la co-infection TB/VIH	40
5.2. Régimes de traitement TB/VIH	40
5.2.1. Traitement des patients co-infectés TB/VIH pharmaco-sensible	40
5.2.2. Traitement des patients TB-R/VIH	41
5.3. Suivi des malades	41
5.3.1. Surveillance de l'observance	41
5.3.2. Surveillance de l'efficacité du traitement antituberculeux et ARV	42
5.3.3. Surveillance de la tolérance aux médicaments	43
CHAPITRE VI : GESTION DES DONNEES TB/VIH ET DE L'INFORMATION	45
6.1. Indicateurs de la co-infection TB/VIH au Burkina Faso	46
6.2. Production et collecte des données	46
6.3. Utilisation de l'information	47
6.4. Principaux supports d'information utilisés	47
Annexe : liste des participants à la révision du guide TB/VIH, 6ème édition, 2024	49

Liste des sigles et abréviations

ADS	Approches différenciées de services VIH
BAAR	Bacille acido-alcool résistant
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
ASAT	Aspartate aminotransférase
ALAT	Alanine aminotransférase
NFS	Numération formule sanguine
CISSE	Centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique
SPIH	Service de la planification et de l'information hospitalière
DGESS	Direction générale des études et statistiques sectorielles
BK	Bacille de Koch
CCSC	Communication pour le changement social et comportemental
CHR	Centre hospitalier régional
CM	Centre médical
CSPS/CSI	Centre de santé et de promotion sociale/cabinets de soins infirmiers
CTX	Cotrimoxazole
HD	Hôpital de district
IDR	Intra-dermo réaction
IPC/BF	Initiative Privée et Communautaire pour la Santé et la riposte au VIH/SIDA au Burkina Faso
GU TB/VIH	Guichet unique de prise en charge des malades co-infectés TB/VIH
LCS	Liquide céphalo-spinal
<i>M. tuberculosis</i>	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé
P/CB	Tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement
PDI	Personnes déplacées internes
PNT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PSSLS-IST/HV	Programme sectoriel santé de Lutte contre le Sida, les infections sexuellement transmissibles et les hépatites virales
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SDV	Service de dépistage du VIH
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SP/CNLS-IST	Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le sida et les IST
TB	Tuberculose
TB/VIH	Co-infection tuberculose/VIH
TDO	Traitement directement observé
TEP	Tuberculose extra-pulmonaire
TP	Tuberculose pulmonaire
TPT	Traitement préventif de la tuberculose
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau I : Aspects radiographiques de la TP en fonction de l'immunité.	26
Tableau II : Classification des TEP selon leur gravité	28
Tableau III : Posologie du 3HP	35
Tableau IV : Posologie du 1HP	35
Tableau V : Posologie du 6H	35
Tableau VI : Indications et contre-indications de la prophylaxie au CTX chez l'adolescent et l'enfant	38
Tableau VII : Posologie journalière de CTX en fonction du poids et de l'âge (en une prise ...	38
Tableau VIII : Régimes de traitement des cas de TB/VIH pharmacosensibles	40
Tableau IX : Régimes de traitement des cas de TB-R/VIH	41
Tableau X : Effets indésirables combinés des antituberculeux et des ARV	43
Tableau XI : Effets indésirables du CTX et conduite à tenir	43
Tableau XII : Echelle de toxicité du CTX chez l'adulte et chez l'adolescent.....	44
Tableau XIII : Principaux indicateurs de la co-infection TB/VIH.....	46

Liste des figures

Figure 1: Corrélation entre l'ampleur de l'immunodépression due au VIH et les manifestations de la TB	20
Figure 2: Algorithme de dépistage de la TB à l'aide du test Xpert/MTB Rif Ultra chez les PVVIH et chez tout présumé TB.....	22
Figure 3 : Algorithme de diagnostic de la TB au niveau des laboratoires réalisant le test TrueNat TB	23
Figure 4 : Algorithme du diagnostic de la TB par le test TB-LAM.....	24
Figure 5 : Algorithme de diagnostic de la tuberculose au niveau des sites qui ne disposent que de la microscopie.....	25
Figure 6: Algorithme pour la conduite à tenir devant un sujet VIH+ présumé TB chez qui la recherche bactériologique de TB s'est révélée négative.....	26
Figure 7 : Algorithme de dépistage du VIH.....	31
Figure 8: Algorithme de screening de la TB chez les PVVIH	36

Introduction

La lutte contre la co-infection tuberculose/VIH (TB/VIH) est une composante essentielle de la stratégie « **Mettre fin à la tuberculose** » recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Aussi, au Burkina Faso, elle est coordonnée par le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) et le Programme sectoriel santé de lutte contre le Sida, les infections sexuellement transmissibles et les hépatites virales (PSSLS-IST/HV). Cette lutte a connu des évolutions significatives depuis ces trois dernières années dans un contexte marqué par le défi sécuritaire, sanitaire et humanitaire.

Face à la problématique de la co-infection TB/VIH, l'OMS a recommandé depuis 2004, des directives de lutte conjointe TB/VIH. Ces directives préconisent une plus grande collaboration entre les programmes de lutte contre la TB et le VIH afin d'offrir au niveau de la prestation de services une gamme complète de soins de qualité aux personnes atteintes de TB ou à risque de TB et aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

La mise en œuvre de ces directives contribue à améliorer la prise en charge des patients co-infectés TB/VIH. Cependant, le défi de dépistage et la problématique de la mortalité chez ces patients persistent.

Face à ces défis, la présente édition, 6^{ème} du genre, énonce les directives de la prise en charge de la co-infection TB/VIH au Burkina Faso s'inspirant des recommandations récentes de l'OMS.

CHAPITRE I : GENERALITES SUR LA CO-INFECTION TB/VIH

1.1. Définition de la co-infection TB/VIH

C'est l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques liées à l'association *Mycobacterium tuberculosis* et VIH.

1.2. Impact du VIH sur la tuberculose

Le VIH entraîne une destruction progressive des lymphocytes T CD4 qui assurent la défense de l'organisme contre les agents infectieux, tel que *M. tuberculosis*. L'immunodéficience des personnes infectées par le VIH augmente leur susceptibilité à la TB maladie. Pour cette raison, la TB est l'infection opportuniste la plus fréquente chez les personnes infectées par le VIH. L'infection à VIH entraîne une augmentation du nombre de cas de TB et de décès chez les personnes co-infectées TB/VIH.

La baisse de l'immunité favorise l'apparition des cas de tuberculose extra-pulmonaire (TEP) et des formes sévères.

Au stade tardif de l'infection à VIH (stade Sida), le diagnostic de la TB nécessite l'utilisation du test Xpert MTB/RIF Ultra comme test initial pour le diagnostic de la TB chez les PVVIH.

Sur le plan du contrôle de l'infection nosocomiale, l'épidémie à VIH nécessite le renforcement des mesures visant à contrôler la transmission de la TB dans les établissements de santé.

Compte tenu des impacts ci-dessus décrits, le VIH entraîne une augmentation des besoins des programmes en ressources humaines et financières.

1.3. Impact de la tuberculose sur le VIH

Si une personne est co-infectée, cela va entraîner une aggravation de son immunodéficience et la survenue d'autres infections opportunistes, une évolution plus rapide vers le stade avancé de l'infection à VIH et donc vers le décès. La tuberculose est la première cause de mortalité chez les PVVIH.

1.4. Situation de la co-infection TB/VIH

En 2022, sur les 10,6 millions de cas incidents de tuberculose dans le monde, 6,3% étaient des PVVIH. La co-infection TB/VIH est plus élevée dans la Région Afrique de l'OMS, dépassant 50% dans certaines parties de l'Afrique Australe¹.

Au Burkina Faso, selon le même rapport, l'incidence de la tuberculose chez les PVVIH était de 2,4 cas pour 100 000 habitants. Sur les 8 613 nouveaux cas et rechutes déclarés, 97,7% avaient un statut VIH connu et 6,5% étaient TB/VIH ce, malgré la prévalence relativement basse du VIH dans la population générale (0,6%)². Parmi ces patients, 92,7% et 93,4% ont été respectivement mis sous cotrimoxazole (CTX) et antirétroviraux (ARV). Le taux de décès chez les patients coinfectés TB/VIH des cohortes des trois dernières années quoiqu'en baisse est resté très élevé (19,2% en 2020, 13,9% en 2021 et 10,7% en 2022).

¹ Rapport OMS 2023

² Rapport annuel 2023 du PNT Burkina Faso

CHAPITRE II : POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA CO- INFECTION TB/VIH AU BURKINA FASO

2.1. Axes stratégiques de collaboration dans la lutte contre la TB/VIH

Face à la problématique de la co-infection TB/VIH, l'OMS a défini les activités conjointes aux deux programmes TB et VIH. Ces activités doivent être mises en œuvre dans le cadre de la réponse du secteur de la santé à la lutte contre la co-infection TB/VIH sous la coordination du PNT et du PSSLS-IST/HV.

Ces activités conjointes sont contenues dans les trois axes stratégiques.

2.1.1. Mettre en place et renforcer les mécanismes de collaboration pour la prestation intégrée de soins de santé TB et VIH

❖ Créer et renforcer un organe de coordination des activités de collaboration opérant à tous les niveaux.

Dans ce cadre, depuis 2008 les deux programmes ont mis en place une cellule conjointe chargée du suivi de la prise en charge de la co-infection TB/VIH. Ce groupe de travail national TB/VIH est composé du PNT, du PSSLS-IST/HV, du Secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le sida et les IST (SP/CNLS-IST), de l'Initiative Privée et Communautaire pour la Santé et la riposte au VIH/SIDA au Burkina Faso (IPC/BF), des acteurs de sites de prise en charge de la TB et du VIH, de l'OMS et d'autres partenaires techniques et financiers.

❖ Surveiller la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux et la prévalence de la TB parmi les personnes vivant avec le VIH

Dans les prestations de routine, le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux et la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH sont des directives des deux programmes. La surveillance épidémiologique constitue un élément essentiel pour orienter la planification des deux programmes, leur mise en œuvre, leur évaluation et le plaidoyer.

❖ Planifier conjointement la prestation intégrée des soins TB et VIH

Afin que le PNT et le PSSLS-IST/HV puissent collaborer de façon efficace et systématique, une planification conjointe s'avère nécessaire. Les activités conjointes TB/VIH sont incluses dans les plans stratégiques et opérationnels des deux programmes.

❖ Promouvoir le guichet unique

Le guichet unique TB/VIH est une nouvelle approche axée sur le patient et qui vise à simplifier et à adapter la cascade des services liés à la tuberculose et au VIH. Le Burkina Faso a adopté le modèle où le patient co-infecté TB/VIH est pris en charge intégralement au CDT étant donné que son principal avantage est la réduction de la transmission de la TB chez les PVVIH.

❖ **Assurer le suivi et l'évaluation des activités de collaboration TB/VIH**

Les outils primaires et secondaires des deux programmes prennent en compte la co-infection TB/VIH. Ils permettent de renseigner les indicateurs essentiels en la matière. Les deux programmes mènent la supervision conjointe des agents en charge des prestations liées à la TB et au VIH. Les évaluations internes et externes des deux programmes couvrent le domaine de la co-infection TB/VIH.

2.1.2. Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les PVVIH

❖ **Intensifier le dépistage de la TB et garantir un traitement antituberculeux de qualité**

La recherche active des cas de tuberculose chez les PVVIH est une directive des deux programmes. Elle est mise en œuvre à travers le screening systématique et la réalisation du test Xpert MTB/RIF Ultra, du test LF-LAM chez les présumés TB. Cela permet d'assurer un dépistage et une prise en charge précoces des patients co-infectés TB/VIH.

❖ **Prévenir la TB par le traitement préventif**

Les PVVIH sont plus susceptibles de contracter une tuberculose maladie. Afin de réduire les cas de TB chez ces personnes, conformément aux directives de l'OMS, un traitement préventif est prescrit chez toute PVVIH chez qui la recherche active de la TB est négative.

❖ **Introduire les mesures contre la transmission de la TB dans les services de santé et les établissements collectifs**

Dans les formations sanitaires et les établissements collectifs (prisons, camps militaires, camps de réfugiés, camps de personnes déplacées internes, ...) le risque d'infection à la TB et au VIH peut être élevé. Aussi, il est nécessaire de disposer de mesures de contrôle individuelles, administratives et environnementales pour réduire la transmission de l'infection. Les deux programmes disposent de référentiels en la matière.

2.1.3. Réduire la charge de morbidité due à l'infection au VIH chez les patients tuberculeux et ceux présumés tuberculeux

❖ **Assurer le conseil et dépistage du VIH chez les patients tuberculeux et ceux présumés tuberculeux**

Le counseling et le testing pour les malades tuberculeux constituent le point d'entrée pour un continuum de prévention, de soins, d'accompagnement et de traitement du VIH/SIDA. La directive nationale de réalisation du test VIH est systématique chaque fois qu'une personne présente des signes ou des symptômes correspondants aux infections opportunistes y compris la tuberculose.

❖ **Garantir les méthodes de prévention du VIH chez les patients tuberculeux et ceux présumés tuberculeux**

Les structures de santé qui assurent le dépistage et/ou le traitement de la tuberculose doivent appliquer les mesures préventives du VIH pour tous les malades tuberculeux.

❖ **Dispenser le cotrimoxazole à titre préventif aux patients co-infectés TB/VIH**

Les malades tuberculeux infectés par le VIH sont éligibles au traitement avec le cotrimoxazole afin de prévenir les infections opportunistes parasitaires et bactériennes.

❖ **Garantir les méthodes de prévention, de soins et de traitement des patients tuberculeux vivant avec le VIH**

Les malades tuberculeux vivant avec le VIH sous traitement ou qui ont terminé leur traitement de tuberculose doivent recevoir un paquet complet de soins (suivi clinique, soins infirmiers, soins palliatifs, soins à domicile) et de soutien (psychosocial, alimentaire...).

❖ **Dispenser les traitements antirétroviraux aux patients co-infectés TB/VIH**

Conformément au modèle retenu pour le guichet unique tous les malades co-infectés TB/VIH doivent recevoir leur ARV au CDT.

2.2. Organisation de la prise en charge des patients co-infectés TB/VIH

2.2.1. Principes directeurs

Les principes directeurs dans la prise en charge des patients TB/VIH sont les suivants :

- Intégration des activités TB/VIH dans le paquet des activités des structures de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Travail en équipe dans les structures de prise en charge ;
- Confidentialité partagée au sein de l'équipe ;
- Continuité, globalité et décentralisation des soins ;
- Accès aux soins (attention accordée aux groupes vulnérables : tuberculeux, PVVIH, femmes enceintes, enfants, prisonniers, orpailleurs, professionnels de sexe, personnes déplacées internes (PDI), etc.) ;
- Approches différenciées de services VIH (ADS).

Les malades co-infectés TB/VIH ont besoin d'une prise en charge globale. Cette prise en charge comprend les volets thérapeutique, nutritionnel et psycho-social. Elle s'organise par niveau avec l'implication des familles et de la communauté.

2.2.2. Prise en charge thérapeutique

Elle s'effectue selon l'organisation pyramidale du système de santé.

❖ **1^{er} Niveau : district sanitaire**

➤ **1^{er} échelon (CSPS/CSI)**

- Promouvoir les mesures de prévention de la transmission du VIH et de la TB ;
- Promouvoir les services de dépistage du VIH ;
- Rechercher activement les cas présumés de TB chez les PVVIH ;
- Prescrire l'examen des crachats chez tout présumé de TB ;
- Assurer la collecte et l'acheminement des crachats ou référer les cas présumés de TB au laboratoire du district pour le test Xpert MTB/RIF Ultra ;
- Déterminer le stade clinique de l'infection à VIH et référer si indication (stade 3 ou 4) à un niveau supérieur ;
- Assurer la prophylaxie au cotrimoxazole et le traitement de certaines affections et infections opportunistes ;
- Assurer l'initiation du traitement ARV après avis d'un médecin ;
- Assurer le traitement de la TB en collaboration avec le CDT de référence ;
- Assurer le réapprovisionnement en médicaments antituberculeux et en ARV ;
- Assurer le suivi clinique et biologique notamment la charge virale et la gestion des effets indésirables liés aux médicaments antituberculeux et aux ARV ;
- Assurer l'aide à l'observance du traitement ;
- Suivre les patients sous traitement préventif de la tuberculose (TPT) ;
- Apporter le soutien nécessaire aux acteurs communautaires pour les visites à domicile (VAD), les groupes de parole ou d'auto-soutien et la recherche des absents au traitement ;
- Mettre en œuvre l'index testing.

➤ **2^{ème} échelon : CM/HD/Clinique**

- Promouvoir les mesures de prévention de la transmission de la TB et du VIH ;
- Initier le TPT chez les PVVIH éligibles ;
- Diagnostiquer la TB (bactériologiquement confirmée ou cliniquement diagnostiquée) ;
- Rechercher activement la TB chez les PVVIH ;
- Assurer le traitement de la TB ;
- Dépister l'infection à VIH chez les malades de la TB et ceux présumés TB ;
- Initier le traitement ARV chez les patients tuberculeux dépistés positifs au VIH ;
- Référer les patients sous ARV dépistés positifs à la tuberculose au CDT ;
- Evaluer l'efficacité du traitement combiné chez tout patient PVVIH sous traitement ARV qui développe une TB ;
- Prendre en charge les infections opportunistes ;
- Assurer le suivi (clinique et biologique) des patients ;
- Assurer les soins palliatifs ;
- Assurer la prophylaxie post Accident d'Exposition aux Liquides Biologiques (AELB) et la notification des cas ;
- Assurer la référence pour la prise en charge spécialisée en cas de co-pathologies ;
- Mettre en œuvre l'index testing ;
- Superviser les équipes du 1^{er} échelon ;

- Enregistrer les malades sur les registres TB et file active VIH ;
- Notifier les cas ;
- Assurer l'appui à l'observance du traitement ARV ;
- Assurer la gestion et la notification des effets indésirables liés aux médicaments antituberculeux et ARV ;
- Assurer un soutien nutritionnel ;
- Apporter le soutien nécessaire aux acteurs communautaires pour les visites à domicile (VAD), les groupes de parole ou d'auto-soutien et la recherche des absents au traitement.

❖ 2^{ème} niveau (CHR/Polyclinique)

- Assurer le paquet minimum d'activités dévolu au niveau CM/HD/Clinique ;
- Prendre en charge les cas graves de TEP et TP ;
- Prendre en charge les cas de TB pharmacorésistante ;
- Initier ou réadapter le traitement ARV chez les patients avec complications ;
- Former et superviser les équipes du CM/HD/Clinique ;
- Référer au CHU les cas sévères et les cas de PVVIH sous ARV de troisième ligne.

❖ 3^{ème} niveau (CHU/CHUR)

- Assurer le paquet minimum d'activités dévolu au 2^{ème} niveau ;
- Prendre en charge tous les cas référés ;
- Former et superviser les acteurs du deuxième niveau ;
- Collaborer avec les structures techniques à l'élaboration des manuels, guides et modules de formation ;
- Assurer la recherche clinique et opérationnelle.

2.2.3. Guichet unique de prise en charge de la co-infection TB/VIH

Dans le cadre du guichet unique TB/VIH (GU TB/VIH), le traitement et la prise en charge des patients co-infectés TB/VIH doivent être dispensés de façon intégrée dans le CDT pour les deux maladies. Ceci a l'avantage de :

- réduire le nombre de rendez-vous des patients ;
- réduire le risque d'exposition à la TB dans les services VIH ;
- améliorer la qualité des soins puisque les patients sont vus par le même prestataire pour la TB et le VIH dans un seul service.

2.2.3.1. Tâches du CDT

Les tâches dédiées au CDT dans le cadre du GU TB/VIH sont :

- réalisation de l'examen médical et évaluation de l'état clinique du malade ;
- administration du traitement antituberculeux ;
- réalisation du counseling et du dépistage du VIH par l'infirmier CDT ;
- inscription dans le registre de la file active VIH ;
- prescription du cotrimoxazole pour les cas TB/VIH éligibles et de la pyridoxine (complexe B) pour tous ;

- prélèvement de sang, acheminement des échantillons pour la réalisation des examens biologiques (CD4, créatinémie, NFS, ASAT/ALAT et la charge virale 6 et 12 mois après l'initiation du TARV) ;
- initiation du traitement de la TB en premier, suivi au plus vite par le TARV et cela dans les 2 semaines du traitement de la TB (sauf s'il existe des signes méningés, dans ce cas le TARV débutera entre 4-8 semaines après le début du traitement antiTB) ;
- réapprovisionnement des PVVIH co-infectés en ARV ;
- soutien psycho-social économique et juridique : psychologue, association des malades et des usagers du système de santé, service social, activités génératrices de revenus, appui juridique ;
- orienter le patient TB/VIH vers des structures ou des professionnels adaptés à une situation problématique diagnostiquée : professionnels non médicaux (nutritionniste/diététicien, kinésithérapeute) ou médicaux ;
- mise en œuvre des appuis divers (soutien nutritionnel, frais de transport, kits d'hygiène) ;
- recherche des effets indésirables majeurs ;
- recherche des autres infections opportunistes ;
- réalisation du dépistage des contacts autour du cas index ;
- éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
- remplissage des outils de suivi (registre TB, carte de traitement, fiche de traitement, tracker TB).

A la fin du traitement TB, référer le patient avec son dossier VIH et l'accompagner à la file active VIH pour le suivi ultérieur.

2.2.3.2. Tâches au niveau de la file active VIH

Les tâches au niveau de la file active VIH dans le cadre du GU TB/VIH sont :

- recherche systématique de la TB chez les PVVIH ;
- réalisation des examens de dépistage de la TB (GeneXpert, LF LAM, radio pulmonaire) ;
- initiation de la prophylaxie TPT au patient éligible ;
- mise à disposition de crachoirs et bulletins à la file active VIH ;
- réalisation du dépistage des cas contacts autour des cas de tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement (P/CB) ;
- réalisation du transfert du patient VIH dépisté positif pour la TB au CDT avec son dossier médical
- réalisation du soutien psycho-social économique et juridique : psychologue, association des malades et des usagers du système de santé, service social, activités génératrices de revenus, appui juridique ;
- orientation du patient TB/VIH vers des structures ou des professionnels adaptés à la situation problématique diagnostiquée : professionnels non médicaux (nutritionniste/diététicien, kinésithérapeute) ou médicaux.

2.2.6. Au niveau communautaire

Les tâches dédiées aux acteurs communautaires sont :

- assurer la communication pour le changement de comportement social et communautaire (CCSC) au sein de la communauté ;
- inclure la thématique de la tuberculose et VIH lors des rencontres des groupes d'auto-supports (groupes de parole) ;
- identifier les cas présumés de tuberculose dans la communauté et les référer aux centres de santé ;
- élaborer des rapports d'activités et les transmettre au district sanitaire ;
- saisir les données communautaires sur Endos/BF (OBC) ;
- soutenir l'observance thérapeutique (éducation des patients, visite à domicile, soutien de l'entourage, suivi individuel, recherche active des patients irréguliers...) ;
- lutter contre la stigmatisation et la discrimination ;
- améliorer l'accès aux services de diagnostic (prélèvement et transport des échantillons d'expectorations) ;
- mettre en œuvre l'index testing.

CHAPITRE III : DIAGNOSTIC DE LA CO-INFECTION TB/VIH

La priorité du PNT est de diagnostiquer et de guérir les cas de tuberculose. Le diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH est plus complexe que chez les sujets VIH négatif.

Vu l'importance de la co-infection TB/VIH, tout tuberculeux doit bénéficier des services de dépistage du VIH (SDV). De même, toute PVVIH doit bénéficier d'une recherche active de la tuberculose.

3.1. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez les PVVIH

Il existe une corrélation entre l'ampleur de l'immunodépression et la survenue des formes de tuberculose comme le montre la figure 1.

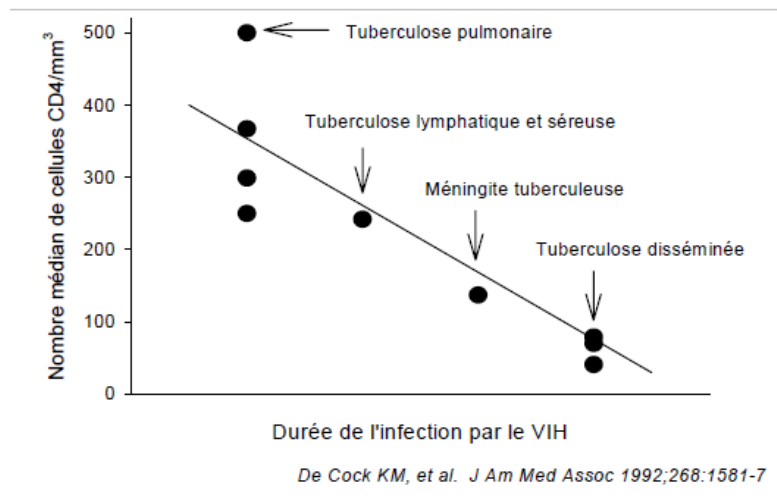


Figure 1: Corrélation entre l'ampleur de l'immunodépression due au VIH et les manifestations de la TB

À chaque contact (visite clinique, visite à domicile...) avec le sujet VIH positif il faut faire le screening de la TB (confère algorithme de screening de la TB chez les PVVIH).

Les cas présumés de TB devront bénéficier des différents moyens diagnostiques en fonction des différentes indications.

NB : En milieu ambulatoire, l'OMS suggère d'utiliser le test LF-LAM pour faciliter le diagnostic de la tuberculose active chez les adultes, les adolescents et les enfants séropositifs présentant des signes et des symptômes de tuberculose ou gravement malades ou sans signes ni symptômes de tuberculose avec un taux de CD4 inférieur à 100 cellules/mm³.

3.1.1. Diagnostic clinique

La tuberculose pulmonaire (TP) doit être suspectée en cas de toux, douleurs thoraciques, dyspnée et des signes d'imprégnation tuberculeuse (fièvre vespérale, sueurs nocturnes, anorexie, asthénie, amaigrissement, anémie, aménorrhée non gravidique chez la femme en âge de procréer).

³World Health Organization. Lateral flow urine lipoarabinomannan assay (LF-LAM) for the diagnosis of active tuberculosis in people living with HIV: policy update 2019 [En ligne]. Geneva : World Health Organization; 2019

Des caractéristiques atypiques se retrouvent généralement chez les personnes infectées par le VIH qui souffrent d'immunodépression grave. Lors de toute consultation chez les PVVIH, une recherche active de la tuberculose (screening) doit être réalisée à partir des quatre questions clés que sont : existence de la toux, perte de poids, fièvre et sueurs nocturnes.

Si l'un de ces signes est retrouvé, le patient devient présumé TB et des examens complémentaires doivent être réalisés pour confirmer le diagnostic.

La perte de poids et la fièvre sont plus courantes chez les PVVIH atteintes de TP que chez les autres.

Les signes physiques chez les sujets atteints de TP ne sont pas spécifiques et n'aident pas à distinguer cette maladie d'autres affections pulmonaires.

La recherche active de la tuberculose doit être faite à chaque visite de suivi à travers l'administration du questionnaire et l'examen médical complet.

3.1.2. Diagnostic paraclinique

3.1.2.1. Test rapide de biologie moléculaire

- **Xpert MTB/RIF Ultra**

Ce test de biologie moléculaire est le test initial pour rechercher la TB chez tout patient VIH+ au Burkina Faso. Cette méthode permet de détecter simultanément le complexe *M. tuberculosis* et sa résistance à la rifampicine. La réalisation du test Xpert MTB/RIF Ultra se fait selon le schéma suivant :

Le test Xpert MTB/RIF Ultra est le test initial pour le diagnostic de la TB chez les PVVIH.

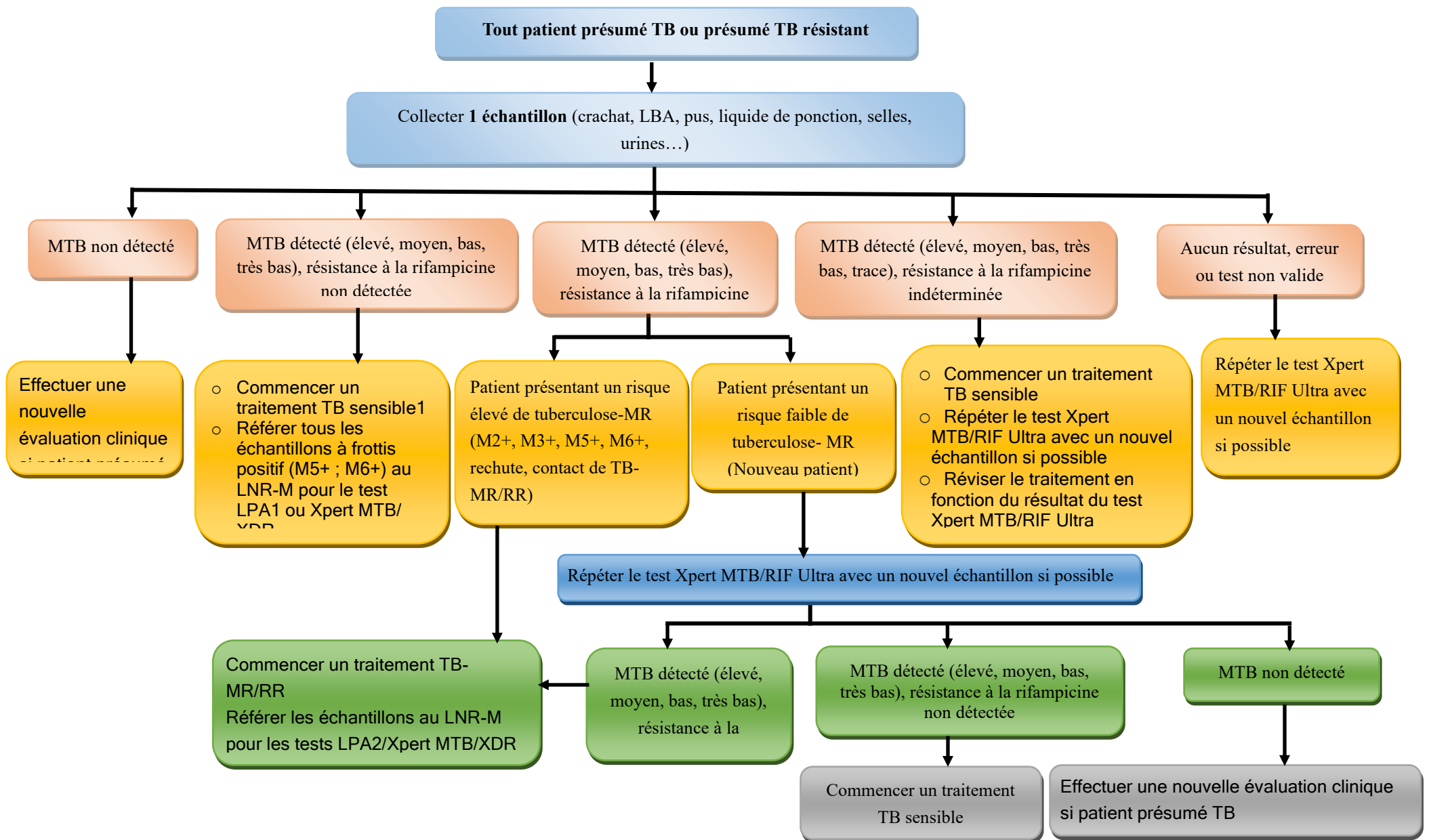


Figure 2: Algorithme de dépistage de la TB à l'aide du test Xpert/MTB Rif Ultra chez les PVVIH et chez tout présumé TB.

On peut utiliser les selles pour le test Xpert MTB/RIF Ultra chez les enfants (0-14 ans).

- **TrueLab**

Ce test de biologie moléculaire est également un test initial pour rechercher la TB chez les patients VIH+ et non VIH. Cette méthode permet de détecter simultanément le complexe *M. tuberculosis* et sa résistance à la rifampicine. Son utilisation est plus simple que celle du GeneXpert.

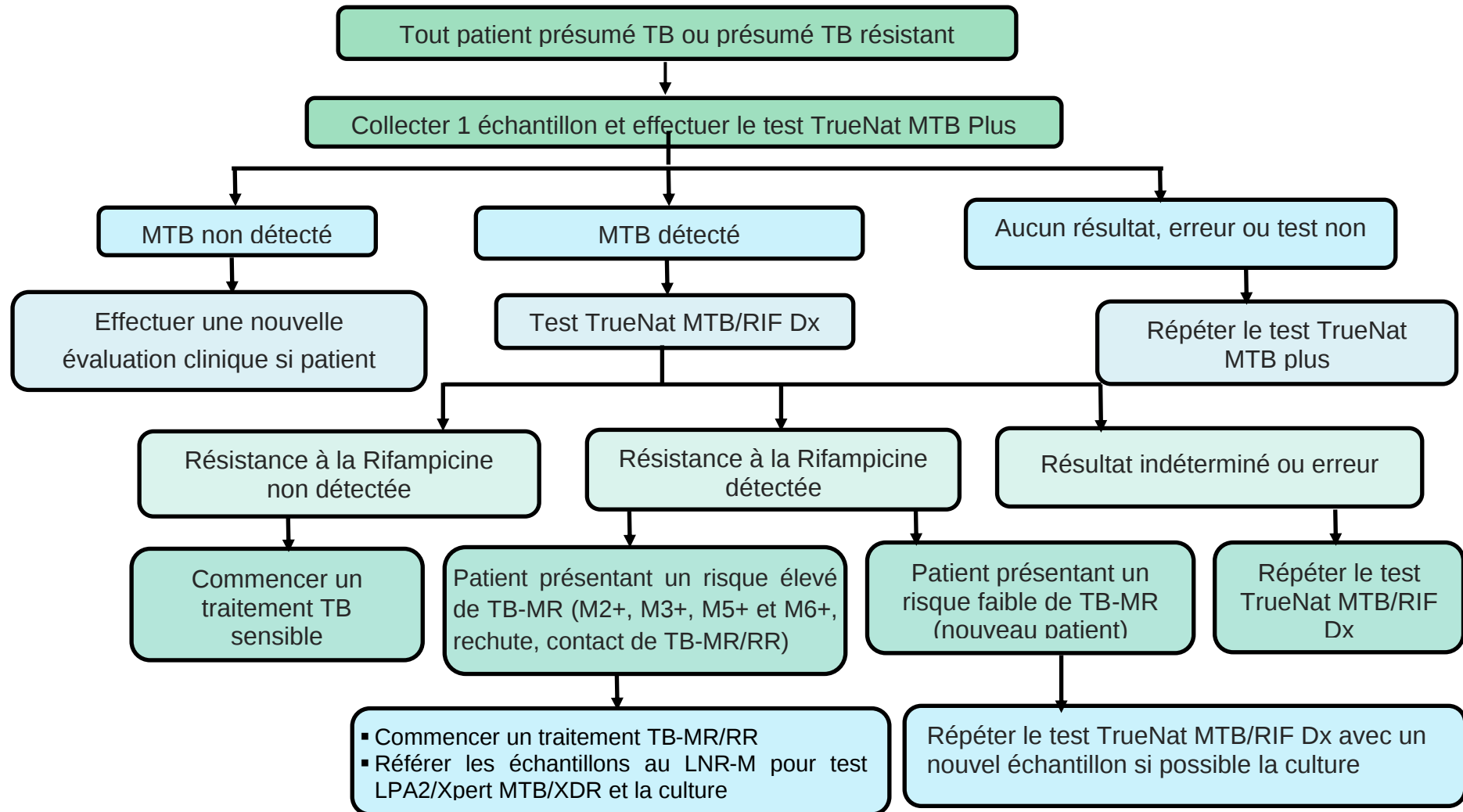


Figure 3 : Algorithme de diagnostic de la TB au niveau des laboratoires réalisant le test TrueNat TB

Les laboratoires ne disposant pas de GeneXpert MTB/RIF Ultra ni de TrueLab devront utiliser l'examen microscopique pour le dépistage de la TB chez les patients VIH+ et envoyer leur échantillon au site GeneXpert.

3.1.2.2. LF-LAM

Le test LF-LAM est basé sur la détection de l'antigène lipoarabinomanane dans les urines. C'est un Ag lipopolysaccaridique contenu dans la paroi des mycobactéries. Cet Ag est libéré dans les urines au cours de l'infection à TB.

Le test LF LAM est un test de dépistage sur un échantillon d'urine. Il est non invasif, capable de détecter une particule antigénique du complexe *M.tuberculosis* excrétée dans les urines. Il présente de nombreux avantages : il peut être proposé dans n'importe quel centre de soins. Il est cependant moins sensible que les autres tests (Xpert MTB/RIF Ultra et culture). Il est économique, rapide et facile à utiliser.

Le LF LAM est actuellement recommandé uniquement pour les PVVIH qui sont à un stade avancé de la maladie (stades 2, 3 et 4).

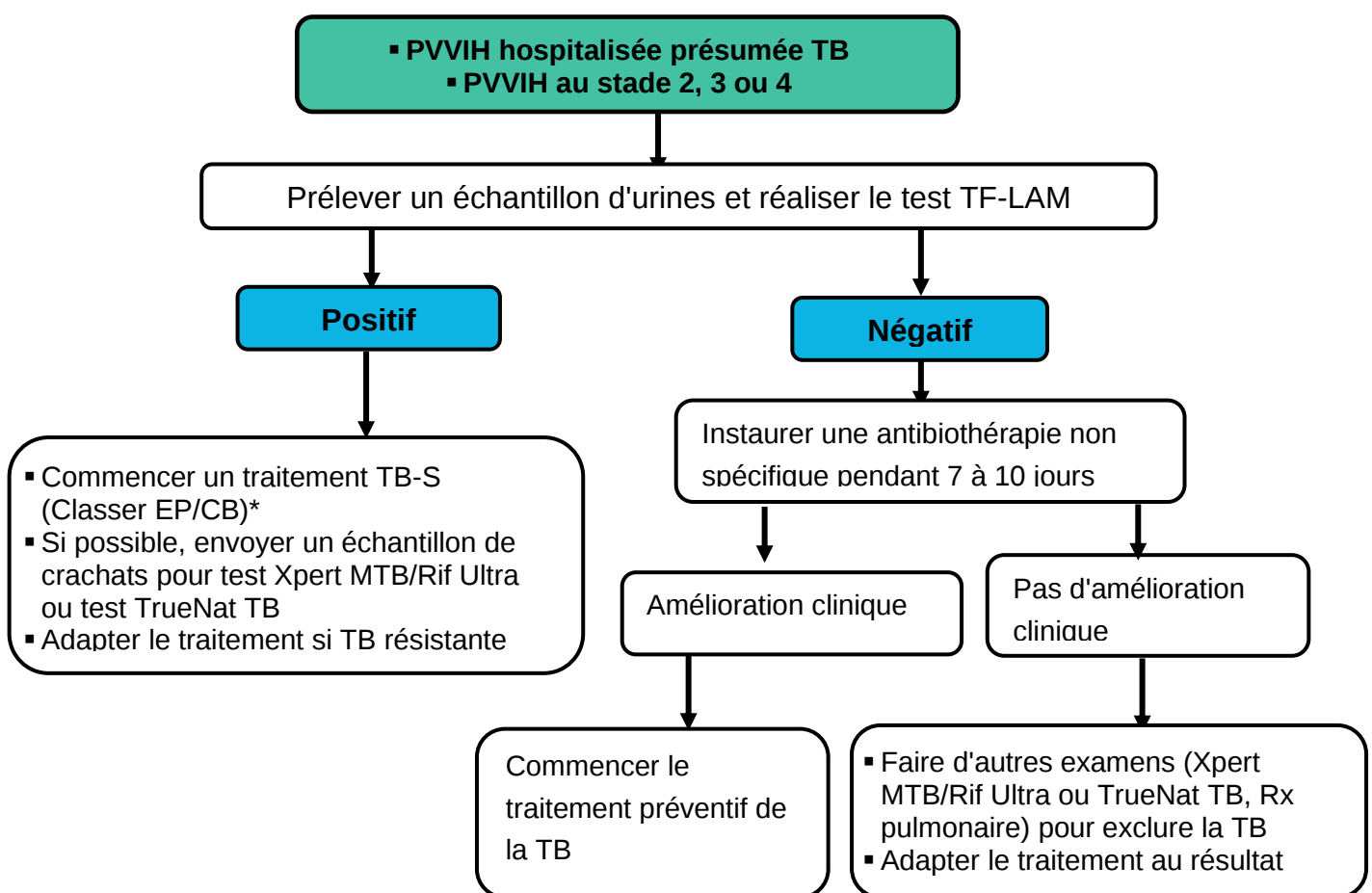


Figure 4 : Algorithme du diagnostic de la TB par le test TF-LAM

3.1.2.3. Examen microscopique

L'examen microscopique d'un frottis d'expectoration (bacilloscopie), est le test le plus accessible et facilement réalisable en périphérie. Dans la situation où ni le GeneXpert, ni le TrueLab n'est disponible sur place, en plus de la microscopie toutes les PVVIH présumées TB doivent bénéficier du test Xpert MTB/RIF Ultra (**envoyer le même échantillon ou à défaut un 2^{ème} au laboratoire site GeneXpert**).

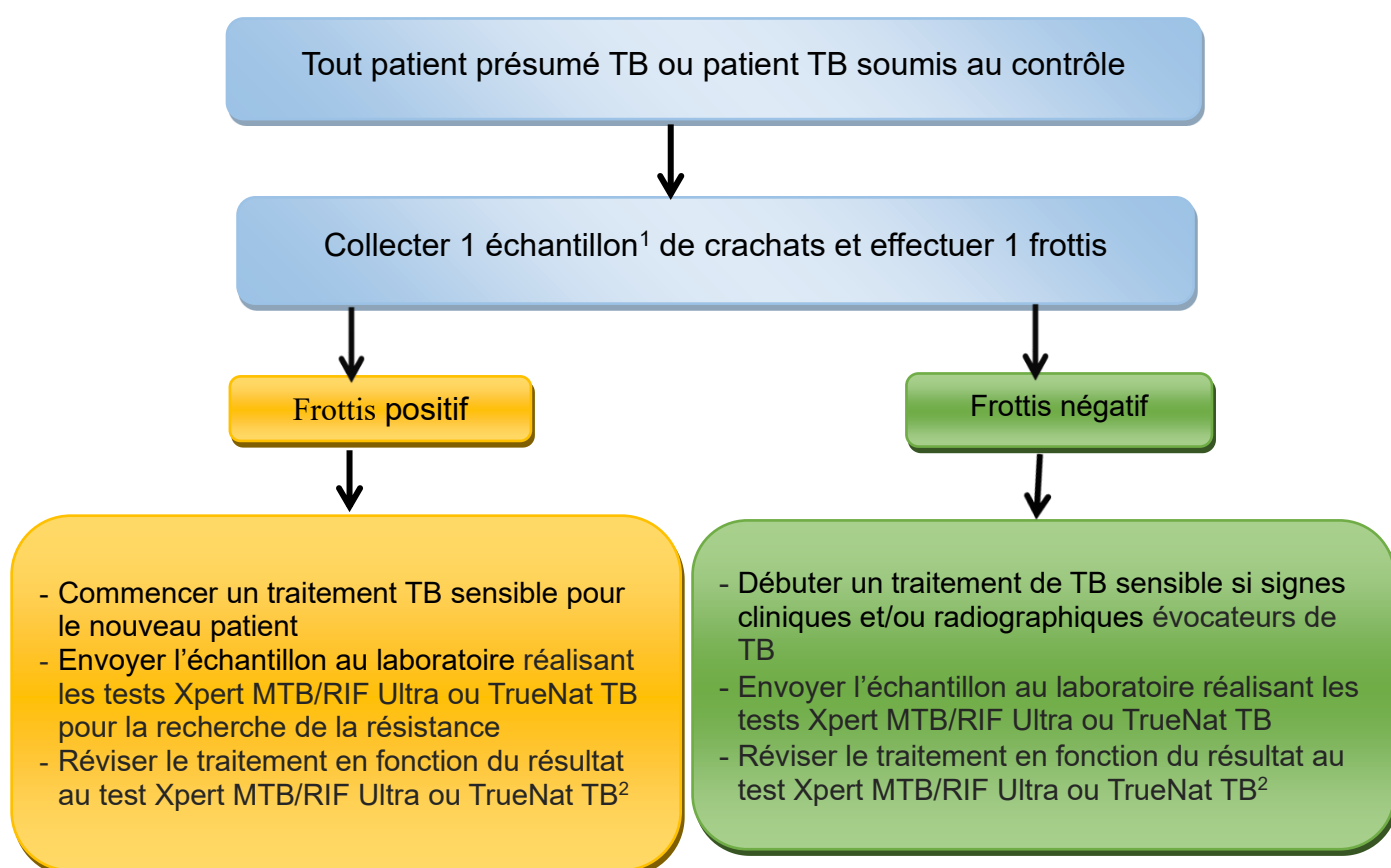


Figure 5 : Algorithme de diagnostic de la tuberculose au niveau des sites qui ne disposent que de la microscopie

Les PVVIH présumées TB sont cibles des tests moléculaires rapides car leurs échantillons de crachats sont souvent paucibacillaires (diminution de l'inflammation pulmonaire) et la probabilité d'y voir des BAAR par la microscopie est diminuée.

Chez les PVVIH incapables d'expectorer (enfant de moins de 7 ans, malade grabataire, etc.), on peut recourir à un tubage gastrique (liquide gastrique) ou à la fibroscopie bronchique (liquide de lavage broncho-avéolaire et aspiration bronchique) pour le recueil des échantillons.

3.1.2.4. Radiographie thoracique

La radiographie pulmonaire concourt au diagnostic des cas de TB diagnostiqués cliniquement dont la proportion devient de plus en plus importante chez les patients co-infectés TB/VIH. Cependant, le diagnostic radiologique de la TB n'est pas spécifique. En effet, chez les PVVIH, les aspects radiologiques sont moins typiques, surtout chez les patients avec une immunodépression profonde. La priorité reste la demande de l'examen bactériologique des expectorations des malades présumés de TP.

Tableau I : Aspects radiographiques de la TP en fonction de l'immunité.

Aspects classiques VIH négatif ou stade précoce de l'infection VIH	Aspects atypiques Stade tardif de l'infection VIH
- Infiltrats dans les lobes supérieures - Cavités surtout apicales - Atélectasie - Micronodules	- Infiltrats bilatéraux dans les zones inférieures des poumons) - Adénopathies médiastinales - Absence de cavités - Aucune anomalie

La conduite à tenir devant une PVVIH présumée TB chez qui l'examen bactériologique est négatif est résumée dans l'algorithme ci-après.

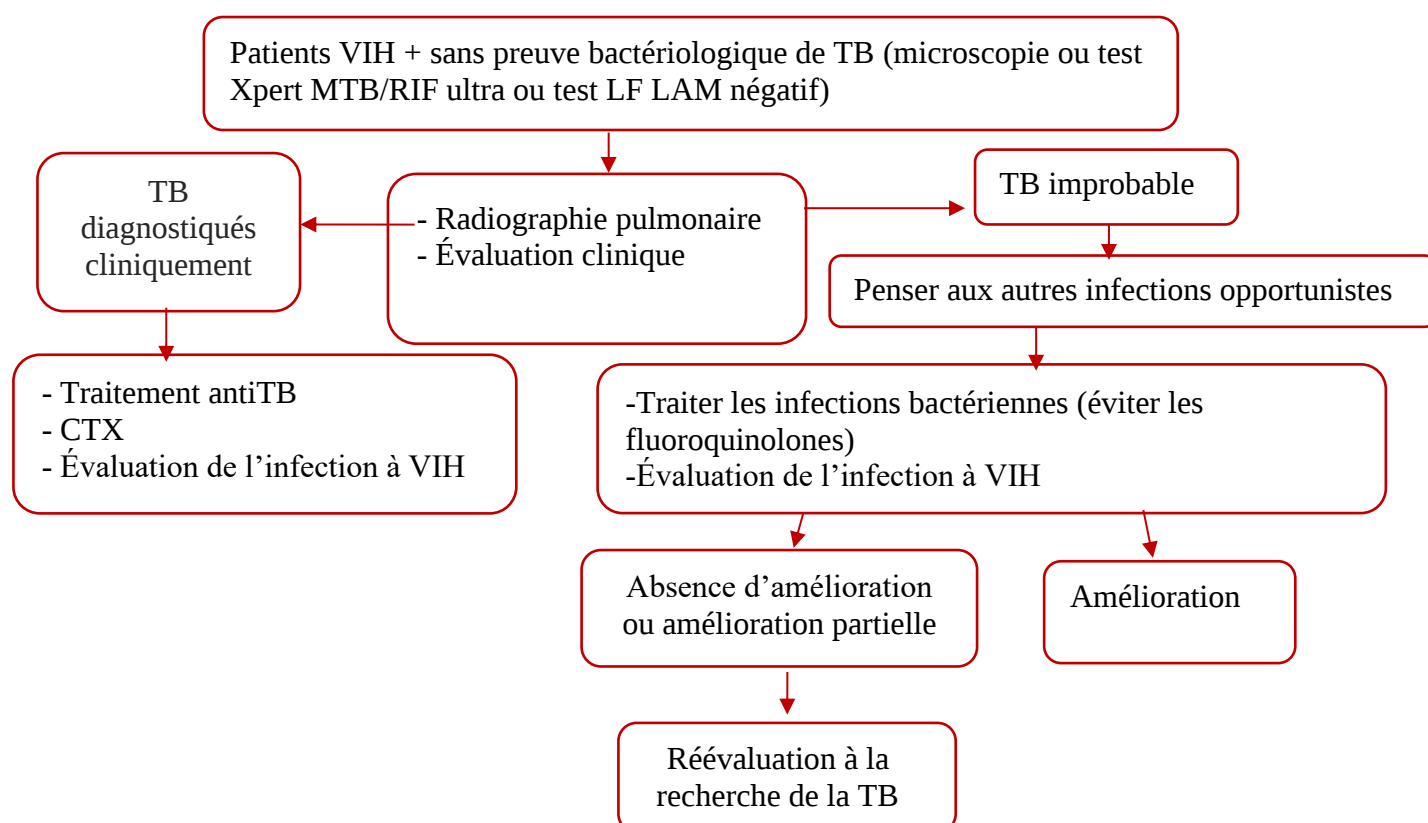


Figure 6: Algorithme pour la conduite à tenir devant un sujet VIH+ présumé TB chez qui la recherche bactériologique de TB s'est révélée négative

Une recherche bactériologique négative chez la PVVIH présumée TB (test Xpert MTB/RIF Ultra, test LF LAM, bacilloscopie, TrueNat) n'élimine pas une TB évolutive. La décision de mise sous traitement antituberculeux pour une tuberculose cliniquement diagnostiquée incombe au médecin.

3.1.3. Diagnostic différentiel

Plusieurs maladies respiratoires affectant les sujets VIH+ ont des tableaux cliniques similaires à la TB. Les principales pathologies devant être distinguées de la TB sont : pneumopathie à germe banal, pneumonie à COVID-19, pneumonie à pneumocystis jiroveci, abcès pulmonaire, mycobactérioses atypiques, cancer primitif du poumon, maladie de Kaposi.

En l'absence de confirmation bactériologique de la TB et devant une symptomatologie évocatrice, il est important d'éliminer d'autres pathologies infectieuses. Cependant la tuberculose peut être associée à d'autres comorbidités. L'association d'une pneumopathie à germe banal et d'une tuberculose est possible.

3.1.4. Tuberculose miliaire ou disséminée

La TB miliaire ou disséminée est une urgence thérapeutique. C'est une forme grave et potentiellement mortelle. C'est une infection généralisée (poumons, foie, rate, méninges, etc.) faite de multiples granulomes de la taille d'un grain de mil (miliaire), due à la dissémination sanguine d'un grand nombre de BK.

Le diagnostic de miliaire tuberculeuse doit être évoqué devant une fièvre associée à une image radiographique de miliaire et un traitement de TB diagnostiquée cliniquement doit être débuté immédiatement.

Le diagnostic différentiel se fait avec les affections suivantes : syndrome cachectique, septicémie (y compris les fièvres typhoïdes), cancer généralisé, infection disséminée avec une mycobactérie atypique, maladies du tissu conjonctif.

3.2. Diagnostic de la tuberculose extra pulmonaire chez les PVVIH

Devant une fièvre associée à une miliaire radiologique du sujet VIH positif, il est fondamental de considérer et de traiter en urgence une TB disséminée cliniquement diagnostiquée.

On entend par TEP toute autre localisation de la TB en dehors du parenchyme pulmonaire. La TEP est plus courante chez les patients VIH positif que chez les patients VIH négatif. La TEP peut se manifester uniquement par des symptômes de perte de poids et de fièvre.

Les formes les plus courantes sont les suivantes : la TB pleurale ; la TB ganglionnaire ; la TB osseuse ou ostéo-articulaire ; la TB péritonéale ; la TB péricardique et la méningite tuberculeuse.

Dans les cas de TEP, il faut systématiquement rechercher une TP associée.

Tableau II : Classification des TEP selon leur gravité

TB extra pulmonaire grave	TB extra pulmonaire moins grave
- TB méningée - Péricardite tuberculeuse - TB Péritonéale - TB avec épanchement pleural bilatéral ou de grande abondance - TB rachidienne - TB intestinale - TB uro-génitale	- TB ganglionnaire - TB avec épanchement pleural (unilatéral) - TB osseuse (à l'exclusion du rachis) - Articulations périphériques - Atteinte des surrénales - TB cutanée

3.2.1. Tuberculose ganglionnaire

Les ganglions cervicaux sont le plus fréquemment atteints. L'augmentation de volume des ganglions est lente et indolore mais lors d'une déficience immunitaire grave, la TB ganglionnaire peut être aiguë et ressembler à une adénopathie pyogène aiguë. Son diagnostic est fait par la mise en évidence des BAAR dans le produit de ponction avec une sensibilité de 70% ou la mise en évidence de granulome épithelio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse centrale.

Diagnostic différentiel : adénopathie généralisée persistante (AGP), lymphome, sarcome de Kaposi, métastases cancéreuses, sarcoïdose, réactions médicamenteuses.

3.2.2. Tuberculose pleurale

Les manifestations cliniques typiques d'un épanchement pleural sont :

- douleurs thoraciques ;
- toux positionnelle ;
- dyspnée d'effort d'aggravation croissante ; diminution de l'augmentation thoracique ;

Il faut toujours faire une ponction pleurale exploratrice devant une pleurésie. Le liquide de ponction est exsudatif avec une prédominance de lymphocytes au stade précoce de l'immunodépression.

L'examen bactériologique des prélèvements de ponction d'un épanchement séreux tuberculeux met rarement en évidence le BK. Le diagnostic est le plus souvent présomptif (c'est-à-dire sans confirmation microbiologique ou histologique). Il est important d'éliminer les autres causes de pleurésie.

Le diagnostic différentiel d'une tuberculose pleurale comprend les affections cancéreuses, l'épanchement post-pneumonique, l'embolie pulmonaire et l'abcès amibien du foie (en cas d'épanchement sur la droite) et un abcès pulmonaire.

Toute pleurésie exsudative à prédominance lymphocytaire doit être considérée comme tuberculeuse et traitée comme telle jusqu'à preuve du contraire.

3.2.3. Péricardite tuberculeuse

La péricardite tuberculeuse se caractérise par une inflammation de la séreuse péricardique avec ou sans un épanchement liquidien dont l'origine est le BK.

Au stade précoce de l'infection à VIH, 65% des péricardites sont liés au VIH et 25% au BK.

Au stade avancé de l'infection à VIH, la TB est presque l'unique cause (70 à 90%).

Le diagnostic repose habituellement sur des manifestations générales et cardiovasculaires évocatrices et certains examens complémentaires (électrocardiogramme, radiographie thoracique et échocardiographie). L'association à l'atteinte d'une autre séreuse dans près de la moitié des cas facilite le diagnostic par ponction de plèvre ou de péritoine. C'est une urgence médicale dont la prise en charge nécessite un avis d'un cardiologue. Le BK est rarement retrouvé dans le liquide de ponction péricardique. La péricardite tuberculeuse est curable.

3.2.4. Tuberculose abdominale

Il faut penser à une tuberculose abdominale ou péritonéale chez tout malade VIH+ qui perd du poids, a de la fièvre et des douleurs abdominales, ce d'autant plus que le patient présente une masse abdominale ou un épanchement (ascite) abdominal.

Le diagnostic est fait habituellement sur la base des éléments cliniques. La ponction de l'ascite s'impose toujours. Le liquide aspiré est un exsudat à prédominance lymphocytaire. L'échographie abdominale, lorsqu'elle est réalisable, peut montrer des images en rapport avec une TB, en particulier une hypertrophie des ganglions mésentériques ou rétropéritonéaux. Le diagnostic différentiel de l'ascite comprend les affections suivantes : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, syndrome néphrotique, cirrhose hépatique, schistosomiase hépatosplénique, hypoprotéïnémie (transsudats) ; tumeurs malignes, autres infections pouvant provoquer une ascite (exsudats).

3.2.5. Méningite tuberculeuse

Le malade peut présenter des signes généraux et des signes méningés. Dans la méningite tuberculeuse, les céphalées et les troubles de la conscience s'installent progressivement. C'est une urgence thérapeutique.

Chez les PVVIH, les principales pathologies à ne pas confondre sont : la méningite virale, la méningite à cryptocoques et les autres méningites bactériennes. La notion de contagé ou la découverte d'une tuberculose dans une autre localisation de l'organisme rendent la méningite tuberculeuse plus vraisemblable. Le diagnostic repose en général sur l'examen clinique et sur celui du Liquide céphalo-spinal (LCS).

Dans le cas d'une méningite tuberculeuse, l'examen du LCS retrouve le BK dans une minorité de cas.

3.2.6. Tuberculose osseuse

Le rachis est le plus fréquemment touché. Les signes radiologiques fréquemment retrouvés sont : images d'ostéocondensation avec lyse, pincement de l'interligne intervertébral et abcès paravertébraux.

3.3. Diagnostic de la tuberculose chez l'enfant VIH+

L'infection à VIH rend plus difficile le diagnostic et la prise en charge (PEC) de la TB chez l'enfant. La TB peut apparaître à n'importe quel stade de l'infection à VIH. Le diagnostic de la TB chez l'enfant infecté par le VIH repose sur des arguments cliniques et paracliniques.

❖ Données cliniques

L'interrogatoire doit rechercher trois indices fondamentaux, à savoir :

- la notion de contact avec un adulte ou un enfant ayant une TB confirmée bactériologiquement ;
- une croissance insuffisante ou une perte de poids (c'est un bon indicateur d'une maladie chronique) ;
- des symptômes respiratoires (toux persistante de plus de deux semaines).

❖ Données paracliniques

Elles sont essentielles pour la confirmation du diagnostic. Il s'agit :

- du test Xpert MTB/RIF Ultra (systématique chez l'enfant) ,du test TrueNat et/ou le test LF-LAM de la bacilloscopie des liquides pathologiques (expectoration, liquide de tubage gastrique, liquide pleural, LCS,...).
- de l'intra-dermo réaction (IDR) qui est parfois négative, mais n'élimine pas forcément une TB évolutive.
- de la radiographie pulmonaire (face/profil) qui met en évidence des images fortement suspectes de TB. Ces anomalies radiographiques dans la TP chez l'enfant infecté par le VIH sont similaires à celles retrouvées chez l'enfant non infecté par le VIH.

Selon la classification OMS de l'infection à VIH, un enfant VIH+ avec une TP ou une TB ganglionnaire est au stade 3. Un enfant VIH+ avec une TEP (TEP autre que ganglionnaire) est au stade 4.

3.4. Dépistage du VIH chez les tuberculeux

Le dépistage de l'infection à VIH chez les sujets atteints de la TB répond principalement à la nécessité de prendre en charge les patients co-infectés. Il est donc impératif de leur proposer les services de dépistage volontaires (SDV). Le dépistage se fait selon l'algorithme XX.

La proposition de SDV doit être systématique pour tout patient TB et présumé TB.

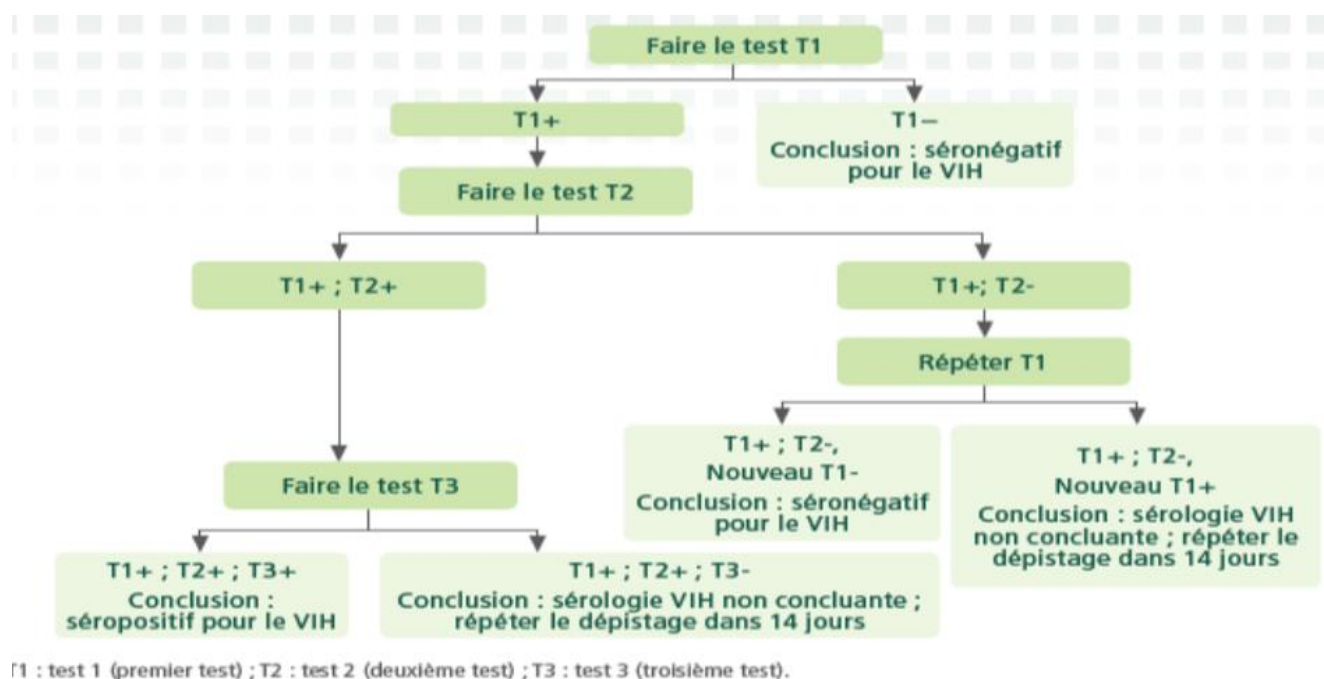


Figure 7 : Algorithme de dépistage du VIH

CHAPITRE IV : PREVENTION

4.1.1. Prévention de la TB chez les PVVIH

En matière de prévention, la priorité est de diagnostiquer les malades contagieux et de s'assurer qu'ils vont jusqu'au bout du traitement. En interrompant la chaîne de transmission, le traitement des cas contagieux de tuberculose constitue la meilleure prévention de cette maladie, en sachant que la chimiothérapie diminue la contagiosité après 14 jours.

Le couple dépistage-traitement est le meilleur moyen de prévention de la TB

4.1.1.1. Protection des PVVIH contre l'exposition à la tuberculose en milieu de soins

Les personnes infectées par le VIH sont particulièrement sensibles à la contamination par le complexe *M. tuberculosis* et plus susceptibles de développer la maladie. Le risque est maximal dans les services de soins réservés aux adultes ou dans les services de prise en charge de la tuberculose⁴.

Les mesures de contrôles de la tuberculose en milieu de soins sont d'ordre administratif et de gestion, environnemental et individuel.

4.1.1.1.1. Mesures d'ordre administratif et de gestion

C'est l'ensemble des mesures à prendre par les responsables administratifs afin de réduire l'exposition du personnel, des patients et des accompagnants. Ce sont notamment :

- l'identification d'un responsable pour la lutte anti-infectieuse au niveau du service ;
- tout personnel de santé doit être encouragé à réaliser son test de dépistage du VIH ;
- l'élaboration d'un plan de réduction de la transmission et notamment le tri des patients pour identifier ceux qui ont des symptômes évocateurs de tuberculose et les séparer des autres ;
- la prise de mesures limitant la propagation du BK (règles d'hygiène de la toux) ;
- l'élaboration d'un programme de formation de l'ensemble du personnel aux politiques et aux procédures de lutte anti infectieuse ;
- le respect des normes requises en matière de contrôle de l'infection tuberculeuse lors de la construction d'infrastructures et les équipements destinés aux structures de soins.

4.1.1.1.2. Mesures d'ordre environnemental

Le but du contrôle environnemental est de réduire le risque provenant des gouttelettes de Pflügge et de l'expectoration des malades contagieux.

Une bonne aération contribue à réduire le risque de transmission de la tuberculose à l'intérieur des locaux. Les rayons ultraviolets de la lumière solaire détruisant les bacilles tuberculeux,

⁴ Joshi R, Reingold AL, Menzies D, Pai M [2006]. Tuberculosis among health-care workers in low- and middle-income countries: a systematic review. PLoS Med 3(12): e494.

Menzies D, Joshi R, Pai M [2007]. Risk of tuberculosis infection and disease associated with work in health care settings. Int J Tuberc Lung Dis 11(6): 593-605.

l'idéal est d'avoir des locaux pourvus de grandes fenêtres. La ventilation naturelle et/ou des ventilateurs de plafond fonctionnant à faible vitesse assurent un bon mélange de l'air des locaux, ce qui permet de décontaminer l'air de la zone de respiration.

4.1.1.3. Mesures d'ordre individuel

Les mesures d'ordre individuel doivent être mises en place concomitamment aux mesures administratives et de gestion et celles environnementales.

Tout patient doit être encouragé à connaître son propre statut VIH. Les PVVIH doivent éviter autant que possible le contact avec des patients tuberculeux contagieux. Par ailleurs, il est recommandé le port systématique de masque (FFP2, N95) en cas de contact avec les services de soins.

Quant aux masques chirurgicaux (bavettes), ils sont indiqués pour les touseurs surtout.

Dans les structures sanitaires, il est recommandé que les cas présumés de TB et les patients TB soient séparés des autres malades (y compris dans les salles d'attente).

4.1.2. Education du malade et des accompagnants

Les mesures simples pour diminuer le risque de transmission sont expliquées aux malades tuberculeux et aux accompagnants pendant le suivi : ne pas cracher à terre ; tourner la tête et couvrir la bouche avec le pli du coude ou avec des mouchoirs pendant l'accès de toux ; utiliser des récipients avec un couvercle contenant du sable ou de la terre, pour le recueil des expectorations et le contenu de ces récipients doit être enterré ; ne pas tousser ou éternuer sur autrui et utiliser des masques ou des bavettes.

4.1.3. Vaccination

Le Bacille de Calmette et Guérin (BCG) protège contre les formes graves et/ou disséminées de tuberculose (méningée et miliaire) qui surviennent chez les enfants, particulièrement les moins de 5 ans.

La vaccination au BCG est une directive nationale du Programme élargi de vaccination (PEV) et est obligatoire pour :

- tout nouveau-né de poids supérieur ou égale à 2500 grammes à la naissance ;
- tout nouveau-né et nourrisson exposé ou infecté au VIH qui est asymptomatique.

Il est recommandé de suivre de près les nourrissons nés de mères infectées par le VIH qui ont reçu le BCG à la naissance afin de permettre une identification et un traitement précoces de toute complication liée au BCG.

4.1.4. Traitement préventif de la tuberculose

Le traitement préventif de la tuberculose (TPT) est institué chez toute PVVIH après exclusion d'une tuberculose active et en dehors de toute contre-indication.

Les contre-indications du TPT sont :

- présomption de tuberculose ;
- hépatite active (aiguë ou chronique) ;
- utilisation concomitante de médicaments hépatotoxiques ;

- consommation régulière et importante d'alcool ;
- symptômes de neuropathie périphérique ;
- antécédents d'hypersensibilité à l'INH, rifampicine ou rifapentine.

En fonction des molécules utilisées, la durée du TPT variera. Les options thérapeutiques suivantes sont recommandées par l'OMS pour le TPT⁵ chez les PVVIH :

- 3 mois de rifapentine plus isoniazide 3(HP) et 3HP ;
- 1 mois de rifapentine plus isoniazide (1HP) ;
- 6 mois d'isoniazide (6H).

Pour le HP, il existe des molécules isolées (300 mg de H et 150 mg de R) et associées (HP, 300mg/300mg).

❖ 3 mois de prise hebdomadaire de Rifapentine et Isoniazide (12 doses) (3HP)

Tableau III : Posologie du 3HP

Age 2-14 ans	10-15 Kg	16-23 Kg	24-30 Kg	>31 Kg
Isoniazide 300 mg	1	1,5	2	2,5
Rifapentine 150mg	2	3	4	5
Age>14 ans	30-35 Kg	36-45 Kg	46-55 Kg	>56 Kg
Isoniazide 300 mg	3	3	3	3
Rifapentine 150mg	6	6	6	6

❖ 1 mois de prise journalière de Rifapentine et Isoniazide (28 doses) (1HP)

Tableau IV : Posologie du 1HP

Age>13 ans quel que soit le poids
Isoniazide 300 mg/j soit 1 comprimé/j
Rifapentine 600mg/j soit 4 comprimés/j

NB : pour les enfants de moins de 4 kg (0 à 3 mois), il faut requérir l'avis d'un médecin (de préférence un pédiatre ou un pneumologue) pour les posologies à administrer.

❖ 6 mois de prise journalière d'Isoniazide (6H)

Tableau V : Posologie du 6H

Posologie selon le poids
10mg/Kg/j sans dépasser 300 mg/j quel que soit le poids

⁵ Directives pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente, OMS 2019

La démarche du diagnostic se fait selon la figure 8.

Dépister systématiquement la TB chez toute PVVIH lors du diagnostic et à chaque visite de suivi

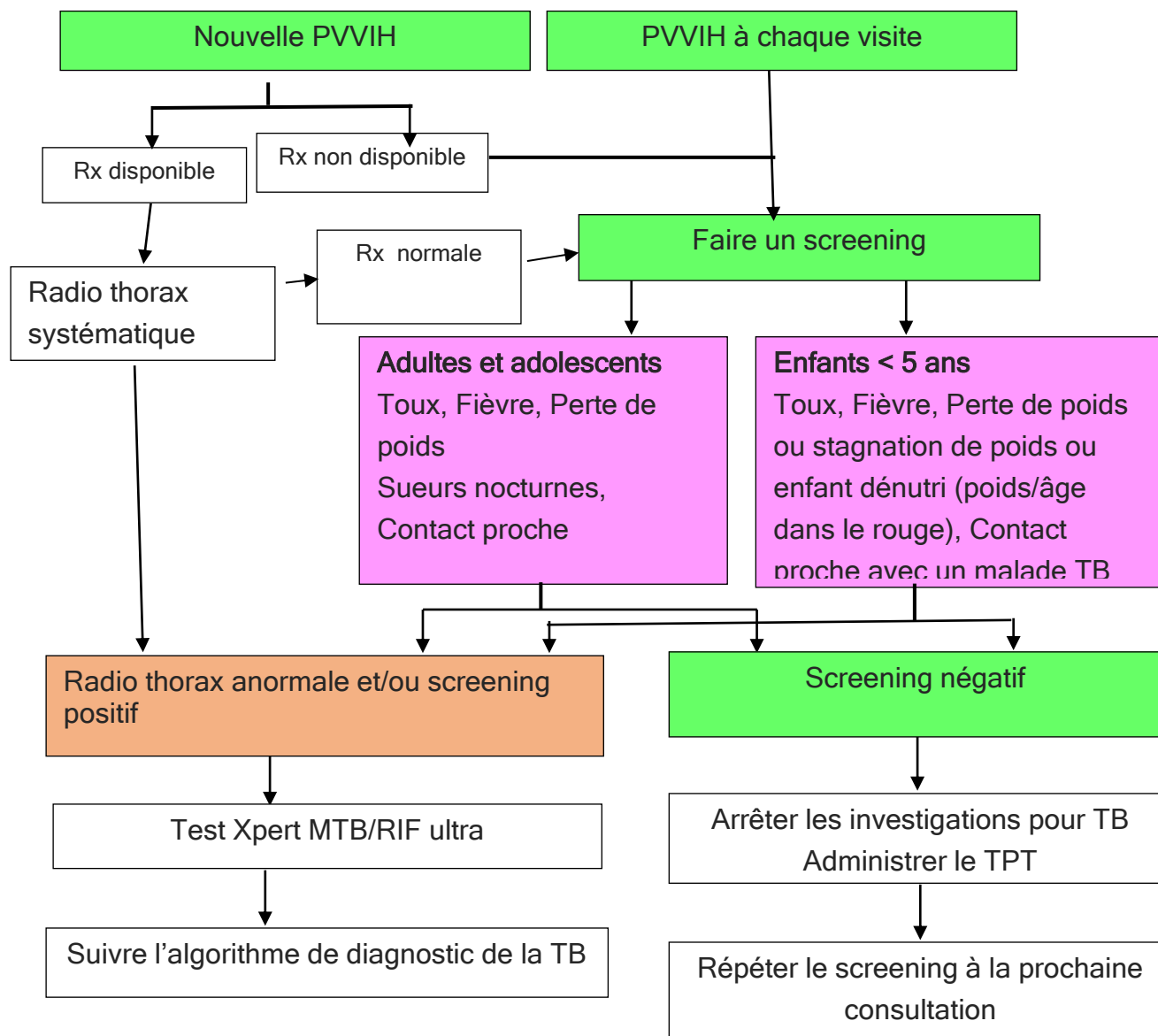


Figure 8: Algorithme de screening de la TB chez la PVVIH

NB : Les enfants sous traitement préventif à l'isoniazide seront évalués chaque mois par l'agent de l'unité de traitement du CDT. Il faut arrêter l'administration d'isoniazide s'il y a apparition de démangeaisons ou éruptions cutanées, étourdissements, ictère, vomissements, confusion et de convulsions.

Il faut exclure une tuberculose active chez toute PVVIH avant d'instituer le TPT
Le schéma préférentiel est 3HP adulte et enfant de plus de 2 ans

- * Toute personne séropositive au VIH doit éviter autant que possible le contact avec des patients tuberculeux contagieux.
- * Le BCG est recommandé pour tous les enfants, sauf pour ceux qui présentent des symptômes de VIH à un stade avancé
- * Toute PVVIH éligible doit bénéficier d'un TPT.
- * Tout enfant de moins de 5 ans contact TB, éligible, doit bénéficier d'un TPT

4.2. Prévention du VIH chez les patients tuberculeux

Les mesures de prévention du VIH chez les tuberculeux sont les mêmes que celles appliquées aux autres sujets. L'épidémie actuelle du VIH est en grande partie le fait de comportements individuels à risque.

Aussi, la prévention du VIH repose essentiellement sur la promotion de comportements à moindre risque (abstinence ; bonne fidélité, usage du préservatif) et la mise sous traitement ARV systématique du partenaire infecté selon les normes et directives en vigueur.

4.3. Chimio prophylaxie au cotrimoxazole chez les patients TB/VIH

Le cotrimoxazole (CTX) peut prévenir plusieurs surinfections bactériennes (*Streptococcus pneumoniae*, *Salmonella typhimurium*), parasitaires (*Toxoplasma gondii*, *Isospora belli*, *Plasmodium*) et fongiques (*Pneumocystis jiroveci*).

Toutes les personnes vivant avec le VIH qui sont atteintes de TB active doivent bénéficier d'un traitement préventif au CTX quels que soient la valeur du taux de CD4 et le stade clinique de l'OMS.

4.3.1. Chez l'adulte et l'adolescent

Avant de commencer la prophylaxie, il faut rechercher une notion d'allergie aux sulfamides et informer le patient sur les bénéfices de la prophylaxie au CTX.

Posologie adulte et adolescent : un comprimé de CTX forte (960 mg) par jour ou deux comprimés de CTX simple (480 mg) par jour en prise unique.

A la fin du traitement antituberculeux, le patient doit rejoindre sa file active pour la poursuite de sa prise en charge de l'infection à VIH.

Lors des contrôles :

- rechercher les effets indésirables du CTX ;
- évaluer l'observance au traitement ;
- noter les informations dans le dossier.

Contre-indication : antécédents allergiques aux sulfamides.

NB : Tout cas d'effet indésirable identifié doit être notifié.

❖ **Prophylaxie au CTX chez la femme enceinte**

- Si l'indication d'une prophylaxie par le CTX est posée pendant la grossesse, elle doit être mise en route **quel que soit le stade de la grossesse.**
- **La femme qui allaite** doit continuer la prophylaxie par le CTX.

4.3.2. Chez l'enfant

Les indications et les contre-indications de la prophylaxie par CTX chez l'enfant sont dans le tableau VI.

Tableau VI : Indications et contre-indications de la prophylaxie au CTX chez l'enfant

Indications chez les enfants	Contre-indications
• Tout nouveau-né, né de mère VIH+, dès l'âge de 6 semaines ; • Tout enfant < 1an dont l'infection à VIH est prouvée sans considérer le stade clinique ni le pourcentage des CD4 ; • Chez les enfants de 1- 5 ans, classés en stade clinique II, III ou IV de l'OMS sans tenir compte du pourcentage des CD4 ; • Chez les enfants de 1- 5 ans lorsque le pourcentage des cellules CD4 < 25% sans tenir compte du stade clinique OMS ; • Chez les enfants de plus de 5 ans, les recommandations sont les mêmes que pour l'adulte.	• Anémie macrocytaire (avec Hb < 6,5 g/dl) • Cytolyse hépatique (transaminases > 3 fois la normale) ; • Insuffisance rénale ; • Allergie aux sulfamides ; • Prématuré, nouveau-né de moins de 6 semaines d'âge.

La posologie du CTX est dépendante du poids et de l'âge. Le tableau VII donne les doses en fonction du poids et de l'âge.

Tableau VII : Posologie journalière de CTX en fonction du poids et de l'âge (en une prise)

Poids ou âge	Suspension 240 mg	Suspension 480 mg	Comprimé 960 mg
< 5 kg <u>ou</u> < 6 mois	2,5 ml	¼ comprimé	-
5-15 kg <u>ou</u> 6 mois - 5 ans	5 ml	½ comprimé	-
15-30 kg <u>ou</u> 6-14 ans	10 ml	1 comprimé	1/2 comprimé
>30 kg <u>ou</u> >14 ans	-	2 comprimés	1 comprimé

Toute PVVIH qui est atteinte d'une tuberculose active doit bénéficier d'un traitement préventif au cotrimoxazole.

CHAPITRE V : TRAITEMENT

Le traitement de la TB est identique chez tout patient qu'il soit VIH positif ou non. La prise en charge de la tuberculose et du VIH est intégrée. Le traitement de la TB est prioritaire dès que le diagnostic de TB est établi. La prise des médicaments doit être supervisée. Le traitement antirétroviral (TARV) doit être instauré chez tout patient co-infecté TB/VIH dès que possible.

5.1. Principes du traitement de la co-infection TB/VIH

Le traitement repose sur les principes ci-dessous :

- posologie correcte en fonction du poids ;
- prise régulière des médicaments (antituberculeux et ARV) ;
- durée suffisante du traitement pour la TB et à vie pour le VIH ;
- éducation thérapeutique du patient.

5.2. Régimes de traitement TB/VIH

Le régime thérapeutique antituberculeux comporte une phase intensive et une phase d'entretien (continuation). La contagiosité est réduite 14 jours après le début du traitement bien conduit et l'état clinique du malade s'améliore avec la régression des symptômes. Le TARV est à vie et entraîne une charge virale indétectable au bout de 6 mois.

5.2.1. Traitement des patients co-infectés TB/VIH pharmaco-sensible

5.2.1.1. Patient co-infecté TB/VIH nouvellement dépisté

Le protocole pour la prise en charge d'un patient co-infecté TB/VIH, naïf aux ARV et dépisté TB est décrit dans le tableau VIII.

Tableau VIII : Régimes de traitement des cas de TB/VIH pharmacosensibles

Localisation de la tuberculose	Régime antituberculeux		Traitement ARV (VIH1, VIH2, VIH1+2)	
	Adulte et enfant de 25 kg et plus	Enfant de moins de 25 kg	Adulte et enfant de 25 kg et plus	Enfant de moins de 25 kg
TB pulmonaire	2(RHZE) /4(RH)	2(RHZ)E /4(RH)	TDF/3TC/DTG(1cp) +DTG(1cp)	ABC/3TC+DTG +DTG NB : adapter la dose en fonction du poids de l'enfant
TB pleurale	2(RHZE) /4(RH)	2(RHZ)E /4(RH)		
TB ganglionnaire	2(RHZE) /4(RH)	2(RHZ)E /4(RH)		
Mal de Pott et autres formes osseuses	2(RHZE) /10(RH)	2(RHZ)E /10(RH)		
Méningite tuberculeuse	2(RHZE)/10(RH)	2(RHZ)E /10(RH)		
TB péricardique	2(RHZE) /4(RH)	2(RHZ)E /4(RH)		
TB abdominale	2(RHZE) /4(RH)	2(RHZ)E /4(RH)		

5.2.1.2. Patient PVVIH sous ARV dépisté TB

Le traitement de la TB demeure le même par contre le protocole ARV sera réévalué.

5.2.2. Traitement des patients TB-R/VIH

La prise en charge de la TB pharmaco résistante se fait dans les centres disposant de compétences requises (conformément aux directives de la prise en charge de la TB-R).

La démarche de traitement se fait selon les cas de figure du tableau IX.

Tableau IX : Régimes de traitement des cas de TB-R/VIH

Situation de découverte	Traitement antituberculeux	Traitement ARV (VIH1, VIH2, VIH1+2)
Découverte d'une co-infection TB-R et VIH au même moment	Adulte et enfant de 30 kg et plus 4-6 Bdq[6]-Mfx-Pto-Cfz-E-Z-Hhd / 5 Mfx-Cfz-E-Z	Adulte et enfant de 25 kg et plus TDF/3TC/DTG(1cp) +DTG(1cp)
Découverte d'une infection à VIH chez un patient TB-R en cours de traitement	Enfant de moins 30 kg 4-6 Bdq[6]-Lfx-Pto-Cfz-E-Z-Hhd / 5 Lfx-Cfz-E-Z	Enfant de moins de 25 kg ABC/3TC+DTG +DTG NB : adapter la dose en fonction du poids de l'enfant
Découverte d'une TB-R chez un patient VIH+ sous TARV (une résistance aux antirétroviraux est à évoquer entre autres)		

NB :

- En perspective le programme envisage introduire le régime MBPaL en remplacement du régime court du traitement TB-R.
- Initier les ARV dès que possible au plus tard 8 semaines suivant le début des antituberculeux.
- Les patients séropositifs au VIH présentant une TEP recevront un traitement long.
- Pour les malades recevant du Linézolide, la Zidovudine sera évitée en raison d'un risque accru d'aplasie médullaire.

Les patients TB-R infectés par le VIH suivent le même régime de traitement que ceux VIH négatif. Le suivi des examens de crachats et les définitions des résultats de traitement sont les mêmes que pour les autres patients.

5.3. Suivi des malades

5.3.1. Surveillance de l'observance

La régularité de la prise des médicaments antituberculeux, le respect des autres principes du traitement et les mesures hygiéno-diététiques sont fondamentaux pour garantir la guérison des malades. La prise des médicaments doit être supervisée pendant toute la durée du traitement (TDO).

La phase intensive ou première phase

Les patients devront chaque matin avaler leurs médicaments devant l'agent de santé ou toute autre personne identifiée et formée à cet effet.

La phase d'entretien (continuation) ou deuxième phase

Durant cette phase, le malade doit continuer à prendre chaque jour ses médicaments. La prise de médicaments doit également être directement observée. L'observation de la prise peut être assurée par un agent communautaire, un membre de la famille ou un membre d'association formé et supervisé par l'agent de santé. Pendant cette phase, l'appui de la famille pour motiver régulièrement le patient à avaler ses médicaments est d'un grand intérêt.

Actions à mettre en œuvre pour éviter un abandon du traitement :

- maintenir une communication continue entre patient et soignant ;
 - être aimable, cordial et patient ;
 - expliquer la maladie au malade en faisant attention aux croyances locales à propos de la tuberculose et du VIH ;
 - expliquer l'importance d'un traitement concomitant complet et adapté ;
 - expliquer au malade la possibilité de survenue d'effets indésirables liés aux médicaments antituberculeux, antirétroviraux et la conduite à tenir ;
 - expliquer au malade la nécessité de bien s'alimenter (régime hyperprotidique et/ou hypercalorique);
 - s'enquérir de ses problèmes personnels et lui donner des conseils aimables ;
 - expliquer au malade la nécessité de la supervision de son traitement antituberculeux.
- L'agent de santé doit également s'assurer que le patient prend correctement son traitement antirétroviral et antituberculeux.

5.3.2. Surveillance de l'efficacité du traitement antituberculeux et ARV

5.3.2.1. Patient TB/VIH avec TB confirmée bactériologiquement

La surveillance est fondamentale pour le suivi de tout cas de tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement. Ce sont essentiellement des contrôles de microscopie. Un échantillon de crachats doit être soumis à chaque examen de contrôle. Le rythme de surveillance reste le même que chez le patient VIH négatif.

La prise régulière du poids des malades est nécessaire pour réajuster la posologie des médicaments.

Le meilleur élément de suivi de l'efficacité du TARV reste la mesure de la charge virale à M6. L'échec du traitement peut être évalué sur le plan virologique, immunologique et clinique.

La surveillance clinique est une possibilité permettant de voir si l'objectif du traitement est atteint lorsque la numération des CD4 est non disponible.

5.3.2.2. Patient TB/VIH avec TB diagnostiquée cliniquement

Pour tout cas de tuberculose diagnostiquée cliniquement, la surveillance est clinique, biologique et radiologique. Elle est en règle générale assurée par le médecin.

Le contrôle bacilloscopique à la fin du deuxième mois est recommandé.

Le meilleur élément de suivi de l'efficacité du TARV reste la mesure de la charge virale à M6.

L'échec du traitement peut être évalué sur le plan virologique, immunologique et clinique.

La surveillance clinique est une possibilité permettant de voir si l'objectif du traitement est atteint lorsque la numération des CD4 est non disponible.

5.3.3. Surveillance de la tolérance aux médicaments

Les effets indésirables sont plus fréquents chez les patients co-infectés TB/VIH que chez les patients tuberculeux VIH négatif.

Le risque augmente en fonction de l'immunodéficience. La plupart des effets indésirables se produisent au cours des deux premiers mois de traitement. Lorsqu'une PVVIH présente des effets indésirables mineurs, il faut lui expliquer la situation, lui proposer un traitement symptomatique et l'encourager à poursuivre le traitement antituberculeux.

Tableau X : Effets indésirables combinés des antituberculeux et des ARV

Symptômes	ARV impliqués	Médicaments Anti-TB	CAT
Eruption / rash	EFV	Isoniazide Rifampicine Ethambutol	Si rash grave (grade III ou IV OMS) arrêter tous les médicaments et référer.
Toxicité hépatique	EFV IP DTG	Pyrazinamide Isoniazide Rifampicine	Si ictère et élévation des transaminases > 5 fois la VN avec symptômes d'hépatite, arrêter tous les médicaments et référer.
Nausée, vomissement	AZT IP DTG	Rifampicine Pyrazinamide	Antiémétiques, si persistance référer Bilan : transaminases
Neuropathie périphérique		Isoniazide	Supplémentation avec vitamine B6

Tableau XI : Effets indésirables du CTX et conduite à tenir

Symptômes	Actions à entreprendre
Nausées/vomissements	Poursuivre la médication et prendre les comprimés pendant les repas ou fractionner la dose en deux prises. Si les nausées ou les vomissements persistent ou sont sévères, consulter le médecin ou référer le patient.
Eruption	Si érythème pigmenté fixe ou éruption généralisée ou desquamation ou atteinte oculaire, buccale ou génito-anale, arrêter le traitement et référer d'urgence à l'hôpital.
Pâleur et/ou anémie sévère (taux d'Hb <7,5) ou hémorragies gingivales	Arrêter le traitement. Demander conseil ou référer le patient.
Ictère (apparition de coloration jaune des conjonctives).	Arrêter le traitement. Demander conseil ou référer le patient.

Il existe une échelle de toxicité au CTX de l'adulte et de l'adolescent qui permet d'apprécier la sévérité de celle-ci et de prendre des mesures.

Tableau XII : Echelle de toxicité du CTX chez l'adulte et chez l'adolescent

Toxicité	Description clinique	Recommandation
Grade 1	Erythème	Poursuivre la prophylaxie par le CTX sous observation attentive et répétée. Donner si possible un traitement symptomatique, par exemple des antihistaminiques
Grade 2	Eruption maculo-papuleuse diffuse, desquamation sèche	Poursuivre la prophylaxie par le CTX sous observation attentive et répétée. Donner si possible un traitement symptomatique, par exemple des antihistaminiques
Grade 3	Vésiculation ; ulcération des muqueuses	Le CTX doit être arrêté jusqu'à disparition complète de l'effet indésirable (habituellement au bout de deux semaines), puis on pourra envisager une reprise du traitement ou une désensibilisation
Grade 4	Nécrolyse épidermique toxique, syndrome de Stevens-Johnson ou érythème polymorphe, desquamation humide	Le CTX doit être définitivement arrêté

5.3.3.1. Chez l'enfant

Les indications et les contre-indications de la prophylaxie par le CTX chez l'enfant sont (confère chapitre prévention).

5.3.3.2. Syndrome de restauration immunitaire

Le Syndrome de restauration immunitaire (SRI) se présente sous la forme d'aggravation des signes cliniques de la TB ou d'autres infections dans les premières semaines de traitement (fièvre, adénopathie, dyspnée...). Il s'observe plus fréquemment lorsque l'initiation du traitement TB ou ARV intervient avec un taux de CD4 bas (<50 cellules/ mm^3). Il n'est pas exclu que d'autres pathologies soient associées.

Les symptômes peuvent régresser spontanément en 10 à 40 jours sans modification du traitement.

Pour les réactions graves ou modérées, le médecin pourra débuter un traitement avec prednisolone 0,5 mg/Kg pendant 5-10 jours.

Les traitements antituberculeux et ARV ne doivent être ni suspendus ni arrêtés.

CHAPITRE VI : GESTION DES DONNEES TB/VIH ET DE L'INFORMATION

L'objectif de la gestion de l'information dans le cadre de la co-infection TB/VIH est de collecter, analyser et produire les informations utiles à une meilleure action. Cette gestion se fait au sein du système national d'information sanitaire.

Pour procéder à une évaluation continue des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH, il est indispensable de disposer d'un recueil d'informations exactes sur chaque malade au niveau des structures de prise en charge concernées et de fournir des rapports périodiques au niveau district. Les données enregistrées régulièrement sont transformées en informations utiles à l'amélioration de la qualité des soins, à la gestion des programmes TB et VIH et au contrôle des deux maladies.

6.1. Indicateurs de la co-infection TB/VIH au Burkina Faso

Le tableau XIII montre les principaux indicateurs de la co-infection TB/VIH au plan national.

Tableau XIII : Principaux indicateurs de la co-infection TB/VIH

Indicateurs	Périodicité	Cible	Responsable
Proportion de PVVIH ayant été nouvellement initiées au TARV chez qui la recherche active (screening TB) de la TB a été réalisée	Trimestriel	100%	PSSLS-IST/HV
Proportion de patients co-infectés TB/VIH recevant un traitement antirétroviral	Trimestriel	100%	PSSLS-IST/HV
Pourcentage de patients tuberculeux dont le statut VIH est documenté (testé ou statut déjà connu)	Trimestriel	100%	PNT
Proportion de patients tuberculeux testés positifs au VIH	Trimestriel		PNT
Taux de succès au traitement TB des patients co-infectés par le VIH	Trimestriel	Au moins 90%	PNT
Taux de décès chez les patients co-infectés TB/VIH	Trimestriel	<5%	PNT
Taux de perdus de vue chez les patients co-infectés TB/VIH	Trimestriel	<5%	PNT
Proportion de patients VIH+ éligibles ayant débuté le TPT	Trimestriel	Au moins 90%	PSSLS-IST/HV
Proportion de patients VIH+ ayant terminé le TPT	Trimestriel	Au moins 90%	PSSLS-IST/HV
Proportion de patients co-infectés TB/VIH sous CTX	Trimestriel	100%	PNT

6.2. Production et collecte des données

Les données statistiques sur la co-infection TB/VIH sont produites par les structures suivantes :

- **CDT** : les informations sur l'infection à VIH chez les patients tuberculeux sont

produites à ce niveau. Ce sont notamment des données de dépistage de VIH chez les patients TB, de la prophylaxie au cotrimoxazole, du traitement par les ARV et des résultats du traitement antituberculeux chez les co-infectés.

- **structures de prise en charge de l'infection à VIH (File active)** : les informations sur la tuberculose chez les PVVIH y sont produites. Ces structures recueillent des informations sur la recherche active de la tuberculose, sur sa présomption, son diagnostic chez les PVVIH et sur le TPT.
- **structures communautaires** : les informations sur la co-infection TB/VIH y sont recueillies par les acteurs communautaires.

Acheminement des données

Les rapports trimestriels des CDT et des sites de prise en charge VIH validés sont transmis au CISSE/SPIH du district sanitaire/hôpital qui les enregistrent dans Endos-BF. Les OBC saisissent également les données directement dans Endos-BF. Les données saisies dans Endos-BF sont accessibles aux acteurs du niveau régional et central. A ces différents niveaux, ils assurent la vérification de la qualité des données.

6.3. Utilisation de l'information

- **Au niveau périphérique et intermédiaire**

Les données sur la co-infection provenant des centres sont compilées et utilisées par les responsables pour l'analyse de la situation et la prise de décision. Les différents cadres de concertation (analyse situationnelle sur la tuberculose, bilans des activités, conseils de direction, CTRS, ...) sont des occasions pour le niveau intermédiaire de faire partager les informations collectées dans le cadre de la co-infection.

- **Au niveau central**

Le niveau central (PNT, PSSLS-IST/HV et DGESS) compile et analyse les données sur la co-infection TB/VIH afin d'affiner la prise de décision et orienter les actions. De même, ces données participent à produire des rapports nationaux et internationaux sur la co-infection. Le contenu de ces rapports fait l'objet d'une attention particulière pour les partenaires techniques et financiers qui accompagnent le PNT et le PSSLS-IST/HV.

6.4. Principaux supports d'information utilisés

Les principaux supports utilisés par les différents acteurs sont :

Au niveau du PNT

- Bulletin de demande de Microscopie/test Xpert MTB/RIF Ultra ;
- Registre de traitement pour la tuberculose ;
- Fiche de traitement antituberculeux ;
- Fiche de référence ;
- Fiche de transfert ;
- Bon de commande des médicaments ;
- Carte de traitement antituberculeux ;

- Registre de laboratoire microscopie/test Xpert MTB/RIF Ultra ;
- Formulaire du rapport trimestriel de dépistage de cas ;
- Formulaire de rapport trimestriel des résultats de traitement ;
- Registre de traitement préventif de la tuberculose chez les enfants de 0-5 ans ;
- Cahier de collecte des crachats ;
- TB Tracker (outil électronique de surveillance de TB).

Au niveau du PSSLS-IST/HV

- Registre de la file active ;
- Registre de consultation journalière ;
- Dossier médical (adulte, enfant et adolescent) ;
- Rapport trimestriel ;
- Fiche de référence et de contre référence d'une personne nouvellement dépistée VIH ;
- Tracker VIH (outil électronique de suivi des patients) ;
- Registre de dépistage des cas index ;
- Registre de dispensation niveau CSPA ;
- Bulletin de demande de charge virale (CV) ;
- Fichier de dispensation VIH.

Au niveau de la société civile

- Fiches d'animation ;
- Fiches de réalisation des activités communautaires (VAD, VAH, causerie éducative, animation...) ;
- Rapports mensuels d'activités.

Les données produites par un centre de santé (CDT et structure de PEC des PVVIH) et la société civile doivent être enregistrées dans Endos-BF

Annexe : liste des participants à la révision du guide TB/VIH, 6ème édition, 2024

N°	Nom et prénom	Structure	Qualification/Fonction
1	Moyenga Isidore	DGSHP	Médecin épidémiologiste
2	Sanou Arouna	DGSHP	Médecin épidémiologiste
3	Kafando Lassané	DPSP	Médecin épidémiologiste
4	Kiéma Z Eric	DRS Centre nord	Médecin
5	Moyenga Laurent	OMS, Bureau Pays	Chargé TB/VIH/palu/hépatites virales
6	Manzengo Casimir	OMS, Multi-Country Assignment Team	Chargé TB/VIH/IST/palu/hépatites virales
7	Combary Adjima	PNT	Coordonnateur
8	Traoré Ardiata	PNT	Médecin de santé publique, Responsable formation et TB/VIH
9	Ouédraogo Salifou	PNT	Attaché de santé en épidémiologie, Responsable planification
10	Panadtigri Harouna	PNT	Conseiller en santé
11	Saouadogo Tandaogo	PNT	PEP, Responsable TB-R et supervision
12	Ouédraogo Yaya	PNT	Logisticien de santé, Chargé GAS
13	Kologo Madi	PNT	Attaché de santé en épidémiologie
14	Diallo Adama	PNT	Médecin épidémiologiste, Responsable suivi-évaluation
15	Ouédraogo Laéticia	PNT	Attachée de santé en épidémiologie, Gestionnaire de données
16	Sawadogo Léon	LNR-M	Biologiste, Responsable LNR-M
17	Moufou Adama	LNR-M	Technologiste biomédical
18	Ouédraogo W. Francis	LNR-M	Technologiste biomédical
19	Bakyono K. Emmanuel	DSS/SPCNLS-IST	Médecin
20	Bandé Inoussa	PSSLS-IST/HV	Attaché de santé en épidémiologie, Responsable suivi-évaluation
21	Traoré Mamady	PSSLS-IST/HV	Médecin, Responsable PEC VIH
22	Guiré Abdoulaye	PSSLS-IST/HV	Coordonnateur
23	Moyenga/Salo Sonia	PSSLS-IST/HV	Médecin légiste
24	Kaboré/Traoré Evelyne	PSSLS-IST/HV	Attachée de santé
25	Traoré Clotilde	IPC/BF	Médecin de santé publique, Chargée programme TB et VIH
26	Guigma/Zida W Prisca	CHUP-CDG	Attaché de santé en pédiatrie
27	Ramdé Richards	Hôpital du jour/CHUSS	Médecin généraliste
28	Nana Roger	Hôpital du jour/CHUSS	Médecin généraliste
29	Zoungrana Jacques	CHUSS	Médecin infectiologue
30	Sourabié Adama	CHUSS	Médecin pneumologue
31	Ouedraogo Abdoul Gafourou Arsène	CHU-YO	Médecin infectiologue
32	Damoué Sandrine N	CHU Bogodogo	Médecin pneumologue
33	Yaogho Idrissa	CHUR Ouahigouya	Médecin pneumologue
34	Sawadogo Abdoulaye	CHUR Ouahigouya	Médecin infectiologue

35	Ouédraogo Ismaël	CHUR Ouahigouya	Infirmier
36	Ouédraogo Guy Alain	CHUR Ouahigouya	Médecin pneumologue
37	Ouattara Bamory	CHUR Ouahigouya	Médecin généraliste
38	Coulibaly Ali	CHR Koudougou	Médecin pneumologue
39	Zida Seidou	HD Boulmiougou	Médecin interniste
40	Ouédraogo Job	CRLAT/Bobo	Médecin généraliste
41	Ilboudo Saidou	CNLAT	Infirmier PEC TB/VIH
42	Kagoné Mariam	CNLAT	Infirmière Major
43	Zangré N Edmond	CDT Dano	Infirmier
44	Konaté/Nikiéma Alizéta	CDT Bogodogo	Infirmière
45	Kebré Koudaogo	CM Koudougou	Médecin
46	Kinda Alain Parfait	CDT Boussé	Infirmier