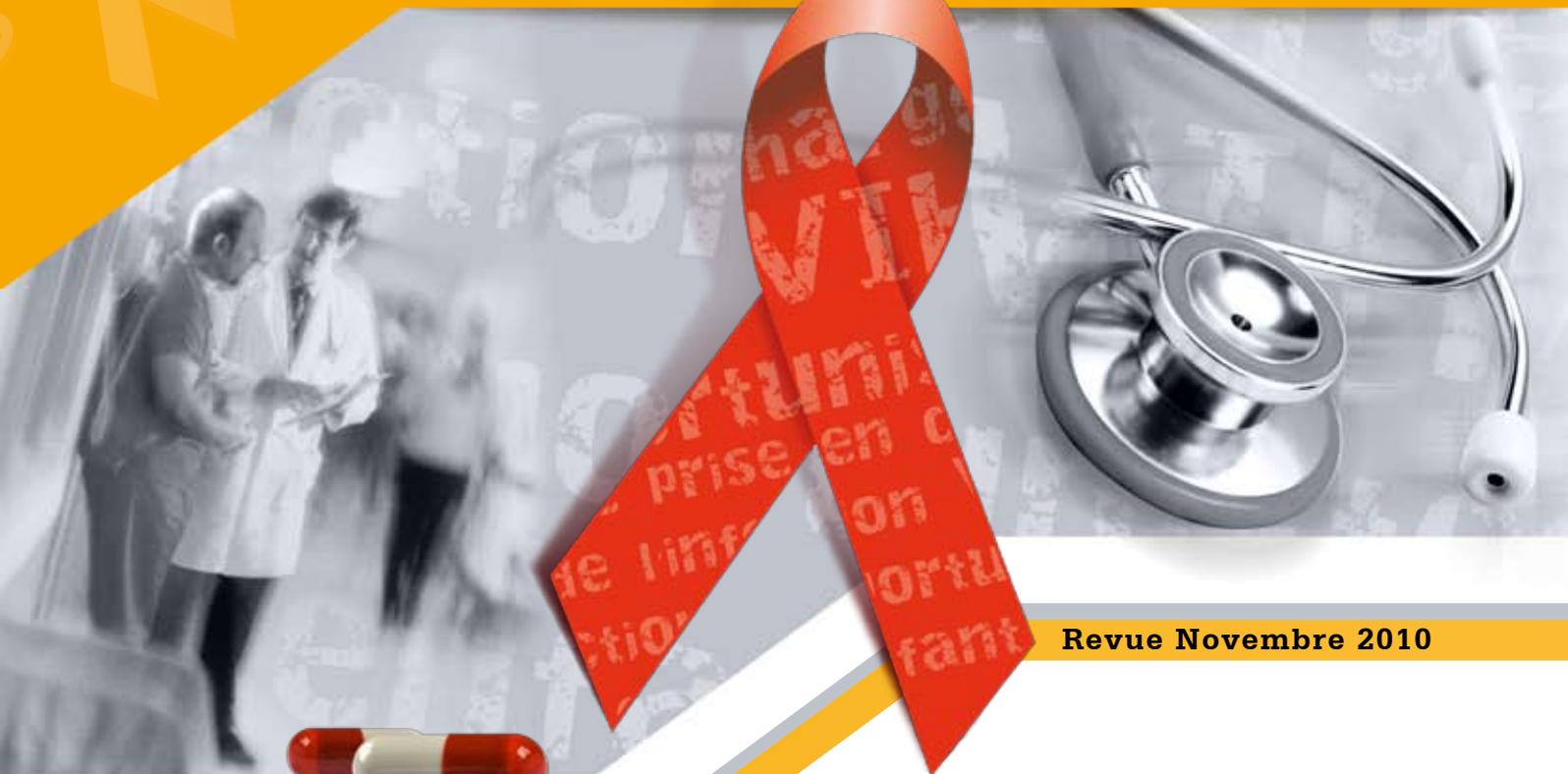


REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière



Guide national de prise en charge thérapeutique de l'infection VIH/ sida et des infections opportunistes de l'adulte et de l'enfant



Revue Novembre 2010



ONUSIDA

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/sida

HCR
UNICEF
FAM
PNUD
UNFPA
ONUDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Direction de la Prévention

Comité National de Lutte
contre les IST/VIH/sida



Guide national de prise en charge thérapeutique de l'infection VIH/sida et des infections opportunistes de l'adulte et de l'enfant

Novembre 2010



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/sida

BCR
UNICEF
FARM
FNUO
UNFPA

ONUSDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

S O M M A I R E

Liste des abréviations

Remerciements

INTRODUCTION

CHAPITRE 1 : Bases du traitement infection VIH/sida

1.1. Les médicaments antirétroviraux

- 1.1.1. Panel des ARV
- 1.1.2. Mode d'action des classes d'ARV
- 1.1.3. Objectifs et stratégies du traitement antirétroviral
- 1.1.4. Limites du traitement antirétroviral

1.2. Le traitement préventif (primaire et secondaire) et curatif des infections opportunistes (IO)

CHAPITRE 2 : Prise en charge thérapeutique

2.1. Critères retenus pour le choix des ARV

2.2. ARV retenus

2.3. Conduite du traitement antirétroviral

2.3.1. Quand débiter un traitement ARV ?

2.3.2. Quel traitement ARV proposer ?

2.3.2.1. En première ligne

2.3.2.2. En deuxième ligne

2.3.2.3. En troisième ligne

2.3.2.4. L'échec immunologique ou dissociation immuno-virologique

2.3.3. Conduite à tenir devant des situations particulières

2.3.3.1. Primo infection symptomatique

2.3.3.2. Femme enceinte

- Femme enceinte déjà sous traitement ARV
- Découverte séropositivité lors de la grossesse
- Découverte séropositivité lors de l'accouchement

2.3.3.3. Enfant et nourrisson

- Nourrisson et enfant asymptomatiques
- Enfant symptomatique
- En l'absence de PCR pour le diagnostic de l'infection VIH
- Quelles associations ARV proposer ?

2.3.3.4. Accident d'exposition à un liquide biologique

2.3.3.5. Co-infections

2.4. Traitement des infections opportunistes

2.4.1. La pneumopathie à pneumocystis jiroveci

2.4.2. Les mycobactérioses

2.4.2.1. La tuberculose

2.4.2.2. Les mycobactérioses atypiques

2.4.3. La toxoplasmose cérébrale

2.4.4. Les candidoses

2.4.5. La cryptococcose neuro-méningée

2.4.6. La leishmaniose viscérale

2.4.7. Les infections herpétiques

2.4.8. Les infections à cytomégalovirus

2.4.9. La maladie de Kaposi

2.4.10. Les diarrhées

2.5. Suivi thérapeutique

2.5.1. Bilan initial

2.5.2. Bilan de suivi

CHAPITRE 3 : Les vaccinations

Annexes

Glossaire



LISTE DES ABREVIATIONS

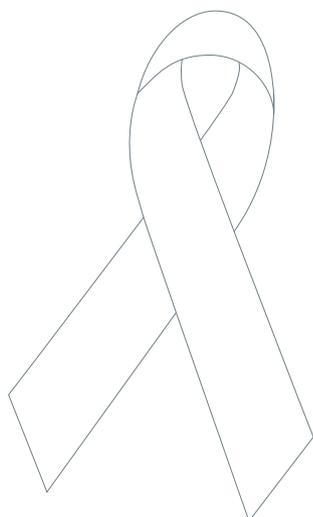
- **AES** : Accident d'Exposition au Sang
- **ARV** : Antirétroviraux
- **CDR** : Centre De Référence de prise en charge de l'infection VIH
- **CV** : Charge virale
- **IEC** : Information, Education, Communication
- **IN** : Inhibiteurs Nucléosidiques
- **INN** : Inhibiteurs Non Nucléosidiques
- **IO** : Infections Opportunistes
- **IP** : Inhibiteurs de la Protéase
- **IST** : Infections Sexuellement Transmissibles
- **LNR** : Laboratoire National de Référence du VIH
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- **ONUSIDA** : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
- **PCR** : Polymérase Chain Reaction
- **PNLS** : Programme National de Lutte contre le SIDA
- **PVVIH** : Personne vivant avec le VIH
- **SIDA** : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquis
- **UDI** : Utilisateurs de Drogues Injectables
- **VHB** : Virus de l'Hépatite B
- **VHC** : Virus de l'Hépatite C
- **VIH** : Virus d'Immunodéficience Humaine

REMERCIEMENTS

Ce document a été élaboré sous la Direction du Professeur Mesbah Smail, Directeur de la Prévention, par un comité de rédaction coordonné par le Professeur A. Amrane, Chef de service des maladies infectieuses à l'EHS Laadi Flici, composé d'experts nationaux impliqués dans la prise en charge de l'infection VIH/sida avec l'appui de ONUSIDA Bureau Algérie.

Le Professeur S. Mesbah tient à remercier les membres du comité de rédaction, pour le remarquable travail qu'ils ont effectué pour l'élaboration de ce document ainsi que l'ensemble des participants, dont la liste est jointe en annexe, pour leur précieuse collaboration à l'actualisation du consensus thérapeutique de prise en charge de l'infection VIH/Sida et des Infections opportunistes de l'adulte et de l'enfant.

Les remerciements du Directeur de la Prévention s'adressent également à ONUSIDA Bureau Algérie pour son appui à tout le processus d'actualisation du dit consensus.



Introduction

Depuis les recommandations du premier guide national de PEC thérapeutique de l'infection VIH/sida et des infections opportunistes de l'adulte et de l'enfant de février 2006, l'expérience accumulée en clinique 12 ans après l'introduction des ARV dans notre pays, la recherche de nouveaux traitements pour les PVIH en échec thérapeutique, la mise sur le marché dans le monde de nouvelles molécules ARV plus efficaces, mieux tolérées, les données récentes relatives à la coinfection hépatites B et C, la femme enceinte, le nourrisson et l'enfant ont amené la Direction de la Prévention du MSPRH à procéder à la révision du précédent consensus.

Le Comité de Rédaction mis en place par le Directeur de la Prévention a poursuivi l'adaptation de ce guide à l'évolution de la prise en charge VIH/sida. Le présent guide est comme le précédent basé sur la réalité nationale et a tenu compte du contexte épidémique, des directives nationales en

matière d'infection VIH/sida et aussi de la confirmation de certaines stratégies comme la PTME, la réduction de la transmission du VIH.

Ce guide s'est limité à l'aspect thérapeutique de la prise en charge de l'infection VIH/sida et des principales infections opportunistes chez l'adulte et l'enfant, laquelle prise en charge, pour être de qualité, ne saurait être que globale. Parce qu'il s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prestation des soins et de leur continuité, l'ensemble des chapitres a été actualisé.

Ce guide, au demeurant perfectible, qui comporte de nouvelles recommandations, se veut être un outil d'appui pratique visant à coïncider les exigences de la lutte et la réalité du terrain. Il est destiné aux personnels de santé qui quelque soit leur lieu d'exercice sont de fait largement impliqués dans la lutte contre les IST/VIH/sida.

Chapitre 1

Bases du traitement infection VIH/Sida

CHAPITRE 1

Bases du traitement infection VIH/sida

Le traitement de l'infection VIH/SIDA repose principalement sur:

1. les médicaments antirétroviraux (ARV)
2. le traitement préventif (primaire et secondaire) et curatif des infections opportunistes.

1.1. Les médicaments antirétroviraux

1.1.1. Panel des ARV

Le traitement ARV relève actuellement de 6 classes médicamenteuses (tableau 1) dont 6 associations fixes comprenant une trithérapie en un seul comprimé/jour (tableau 2) qui agissent toutes en perturbant certaines étapes de la réplication virale (figure 1).

Tableau 1 : Classes ARV

INTI	INNTI	IP	Inhibiteurs de Fusion	Inhibiteurs d'Entrée	Inhibiteurs d'Intégrase
Zidovudine* (AZT) 1987	Nevirapine* (NVP) 1996	Saquinavir (SQV) 1995	Enfuvirtide (ENF) 2003	Maraviroc (MVC) 2007	Raltégrav* (RAL) 2007
Didanosine* (ddI) 1991	Delavirdine (DLV) 1997	Ritonavir* (RTV) 1996			
Stavudine (d4T) 1994	Efavirenz* (EFV) 1998	Indinavir (IDV) 1996			
Lamivudine* (3TC) 1995	Etravirine* (ETV) 2008	Nelfinavir (NFV) 1997			
Abacavir* (ABC) 1998		Lopinavir/ ritonavir* (LPV/ rtv) 2000			
Tenofovir* (TDF) 2001		Atazanavir* (ATV) 2003			
Emtricitabine* (FTC) 2003		Fosamprenavir (FPV) 2003			
		Tipranavir (TPV) 2005			
		Darunavir* (DRV) 2006			

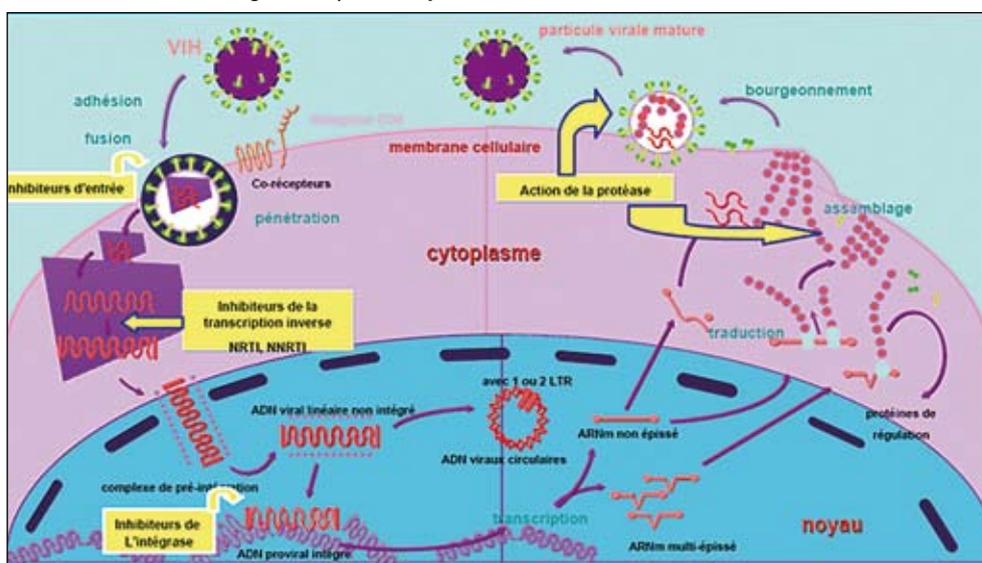
*ARV retenus

Tableau 2 : Associations fixes d'ARV

Molécules en association	Type d'association
Zidovudine/lamivudine	Association de 2 IN
Abacavir/lamivudine/zidovudine	Association de 3 INN
Abacavir/lamivudine	Association de 2 IN
Emtricitabine/tenofovir	Association de 2 IN
Efavirenz/emtricitabine/tenofovir	INNTI + Association de 2 IN
Lopinavir/ritonavir	IP boostée

1.1.2. Mode d'action des classes d'ARV

Figure 1 : Cycle de réplication du VIH et cibles des ARV



D'après Furtado M. N Engl J Med. 1999. 340(21) : 1614-22

Les ARV agissent au niveau de 5 sites :

- **Les inhibiteurs antagonistes du corécepteur CCR5** (2007) entravent la liaison de la gp 141 avec le corécepteur CCR5 et empêchent l'entrée du virus dans la cellule cible ; une molécule, le maraviroc, est approuvée. Elle ne fait pas partie du panier d'ARV retenus car son administration nécessite, au préalable, la détermination du tropisme du VIH _examen non encore disponible, cet ARV ne trouvant, en effet, son indication que chez les PVIH prétraitées infectées par le VIH1 à tropisme détecté uniquement CCR5
- **Les inhibiteurs de fusion** (2001), avec un seul représentant l'Enfuvirtide (T20), inhibiteur de la gp 41 qui s'administre par voie parentérale. Il empêche la fusion de l'enveloppe du virus avec celle de la cellule. Il ne fait pas partie du panier d'ARV retenus.
- **Les inhibiteurs de la transcriptase inverse** (1987) représentés par les inhibiteurs nucléosidiques (IN), les inhibiteurs non nucléosidiques (INN) et les inhibiteurs nucléotidiques (ITI) entravent l'action de la transcriptase inverse chargée de transcrire l'ARN viral en ADN proviral et, de ce fait empêchent l'infection de la cellule ; ils sont
- **Les inhibiteurs d'intégrase** (2007) ont pour but d'empêcher l'ADN viral de s'intercaler dans l'ADN cellulaire.
- **Les inhibiteurs de protéase** (1996) qui vont empêcher la production de virus mature.

1.1.3. Objectifs et stratégies du traitement antirétroviral

Les objectifs du traitement antirétroviral sont de :

1. atteindre et maintenir une charge virale indétectable
2. maintenir ou restaurer une immunité correcte
3. allonger la survie des patients en assurant une qualité de vie la meilleure possible
4. réduire la transmission du VIH

La stratégie du traitement antirétroviral repose sur **l'association de 3 ARV ou trithérapie antirétrovirale** qui est indispensable pour assurer l'efficacité du traitement. Les schémas thérapeutiques recommandés sont l'association

- soit **02 INTI + 01 INNTI**
- soit **02 INTI + 01 IP**

Le suivi de la thérapeutique ARV est un impératif de la prise en charge, il repose essentiellement sur :

- la mesure de la charge virale (nombre de copies d'ARN du virus circulant dans le sang par millilitre) qui permet d'évaluer l'efficacité des ARV,
- la quantification des lymphocytes CD4 par mm^3 qui permet d'évaluer la restauration immunitaire et de décider, le

cas échéant, la mise en route ou l'arrêt d'une prophylaxie primaire ou secondaire contre les IO,

- L'examen clinique régulier qui permet d'apprécier l'observance et la tolérance des ARV et de rechercher l'apparition de signes d'immunodéficience.
- La surveillance biologique des effets secondaires des ARV.

1.1.4. Limites du traitement antirétroviral

Le traitement antirétroviral actuel ne permet pas d'obtenir l'éradication du virus même s'il est prescrit au cours de la primo-infection. Il existe, en effet, des sites tissulaires (réservoirs) où persiste une réplication virale résiduelle, le virus étant à l'abri des ARV et du système immunitaire : cerveau, tissus lymphoïde...

1.2. Le traitement des infections opportunistes

La survenue des maladies opportunistes dépend du niveau d'immunodépression (figure 2). Elles apparaissent dans leur majorité lorsque le taux de CD4 chute au dessous de $200/\text{mm}^3$. Il s'agit d'infections opportunistes (IO) essentiellement, de cancers, et ou de manifestations neurologiques dues au virus lui-même

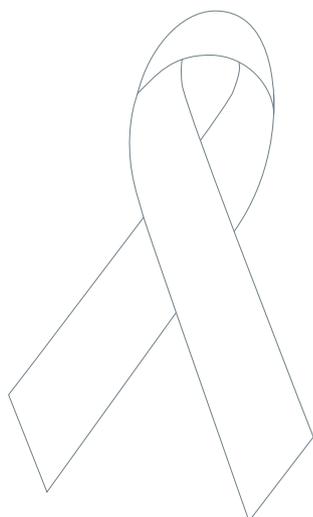
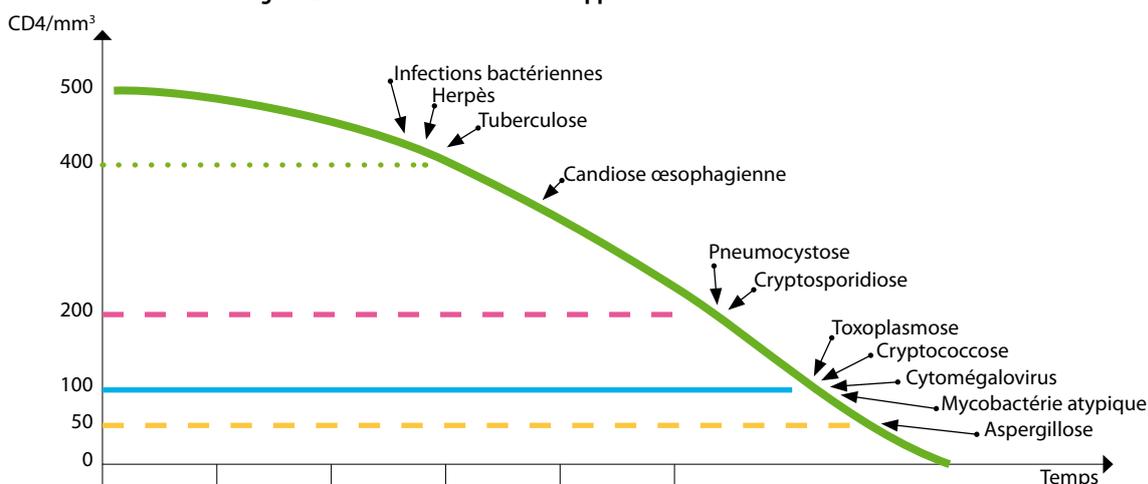


Figure 2 : Survenue des infections opportunistes en fonction du taux de CD4

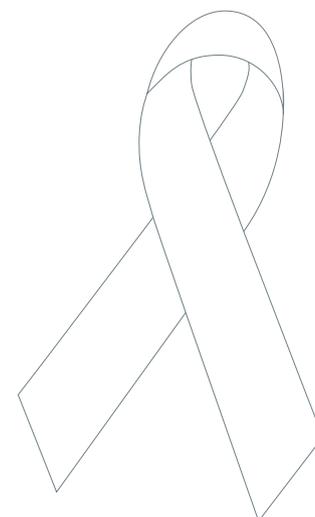


Girard PM et al. In Doin SIDA 1996

- Un taux de CD4 > 350 /mm³ correspond à un état immunitaire acceptable,
- Un taux de CD4 compris entre 350-200/mm³ à un état immunitaire instable avec survenue de signes mineurs fréquents et répétés
- Un taux < 200 CD4 /mm³ au stade de SIDA.

La prise en charge thérapeutique des IO comprend :

- un traitement préventif ou prophylaxie primaire complément indissociable du traitement antirétroviral ; il correspond à la prévention d'une infection que le patient n'a encore jamais présentée
- un traitement curatif lorsque la maladie est déclarée.
- un traitement prophylactique secondaire indiquée après la survenue d'une affection afin d'éviter sa récidence.



Chapitre 2

Prise en charge thérapeutique

CHAPITRE 2

Prise en charge thérapeutique

2.1. Critères retenus pour le choix des ARV:

Ce sont :

- la puissance antirétrovirale
- le profil de tolérance à court et long terme
- la facilité de prise "observance" et peu d'interactions
- le "terrain" : nourrisson, enfant, femme enceinte, comorbidités,...
- la barrière génétique
- l'identification d'options thérapeutiques futures en cas d'échappement virologique:
 - traitement ARV 1^{ère} ligne
 - traitement ARV 2^{ème} ligne
 - traitement ARV 3^{ème} ligne

2.2. ARV retenus

Ce sont parmi :

1. Famille : Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse [INTI]

Zidovudine [AZT]

- **Adulte :**
 - comprimés à 300mg : 01 cp x 2 /jour
- **Enfant :**
 - solution buvable à 100 mg/10ml : 180-240 mg/m² /toutes les 12 H

Poids	Posologie
03 à 5,9 kg	06 ml x 2 /jour
06 à 9,9 kg	09 ml x 2 / jour
10 à 13,9 kg	12 ml x 2 / jour

- gélules à 100mg :

Poids	Posologie
8,8 à 13,9 kg	01 gél x 2 / jour
14 à 19,9 kg	02 gél matin ; 01 gél soir
20 à 29,9 kg	02 gél x 2 / jour
30 à 34,9 kg	03 gél x 3 / jour

- comprimés à 300 mg : 01 cp x 2 / jour à partir de 25 kg

Didanosine [ddl]

- **Adulte :**
 - gélules gastro-résistantes 250mg : 01 gél x 1 /jour (< 60 kg)
 - gélules gastro-résistantes 400mg : 01 gél x 1 /jour (> 60 kg)
- **Enfant :** 90 à 120 mg/m² x 2 / jour
 - solution buvable 10 mg/ml

Poids	Posologie
05 à 05,9 kg	03 ml x 2 / jour
06 à 09,9 kg	05 ml x 2 / jour
10 à 13,9 kg	06 ml x 2 / jour

- gélules gastro-résistantes 250mg : 01 gél x 1 / jour à partir de 14 kg

Lamivudine [3TC]

- **Adulte :**
 - comprimés à 150mg : 01 cp x 2/jour
 - comprimés à 300mg : 01 cp x 1/jour
- **Enfant :**
 - solution buvable à 10 mg/ml : 5mg/ m2/2 x /j

Poids	Posologie
3 à 5,9 kg	03 ml x 2 / jour
6 à 9,9 kg	04 ml x 2 / jour
10 à 13,9 kg	06 ml x 2 / jour

- comprimés à 150 mg

Poids	Posologie
14 à 19,9 kg	½ cp x 2 /jour
20 à 24,9 kg	01 cp matin ; ½ soir
>25 kg	01 cp x 2 / jour

Abacavir [ABC]

- **Adulte :**
 - comprimés à 300 mg : 01 cp x 2/j ou 02 cp x 1 /jour
- **Enfant :**
 - solution buvable à 20 mg/ml : 8mg/ kg/2 x/j

Poids	Posologie
3 à 5,9 kg	03 ml x 2 / jour
5 à 9,9 kg	04ml x 2 / jour
10 à 13,9 kg	06 ml x 2 / jour

- comprimés à 300 mg

Poids	Posologie
14 à 19,9 kg	½ cp x 2 / jour
20 à 24,9 kg	01 cp matin ; ½ cp soir
> 25 kg	01 cp x 2 / jour

Emtricitabine [FTC]

- comprimés à 200 mg : 01 cp x 1/jour
- solution buvable à 10 mg/ml : de 0-3mois : 3mg/kg/1fois/j puis 6mg/kg/j après 3mois de vie

Ténofovir (TDF)

- comprimés à 245 mg
- **Adulte :** 01 cp x 1/jour
- **Enfant :**
 - après 12ans (30kg) : 01 cp x1/jour
 - avant 12ans : essai en cours 8mg/ kg1x/jour

Associations

- **AZT +3TC:**
- **Adulte :** AZT [300mg] +3TC [150 mg] 01 cp x 2 / jour
- **Enfant :** AZT [60mg] +3TC [30 mg]

Poids	Posologie
03 à 5,9 kg	01 dose x 2 / jour
06 à 9,9 kg	01 ½ dose x 2 / jour
10 à 13,9 kg	02 doses x 2 / jour
14 à 19,9 kg	02 ½ doses x 2 / jour
20 à 24,9 kg	03 doses x 2 / jour

- TDF [245 mg] +FTC [200 mg] :
 - Adulte de plus de 18 ans : 01 cp x 1/ jour
 - Enfant : non recommandé

2. Famille : Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse [INNTI]

Névirapine [NVP]

- **Adulte :**
 - comprimés à 200mg : 01 cp x 2 /jour ou 02 cp x 1 /jour
- **Enfant :**
 - suspension orale à 10 mg/5 ml : 160-200 mg/m2 x 2 / jour

Poids	Posologie
3 à 5,9 kg	5ml x 2 / jour
6 à 9,9 kg	8 ml x 2 / jour
10 à 13,9 kg	10 ml x 2 / jour

- comprimés à 200 mg

Poids	Posologie
14 à 24,9 kg	1 cp matin ½ cp soir
> 25 kg	01 cp x 2 / jour

Efavirenz [EFV]

- **Adulte :**
 - comprimés à 600mg : 01 cp x 1/jour
- **Enfant :**
 - comprimés à 50mg et 200 mg et solution buvable à 30 mg/ml ; 19,5 mg/kg/jour

Poids	Posologie solution buvable à 30 mg/ml	Posologie comprimés à 200 mg
Contre indiqué chez enfants de moins de 10 kg ou de moins de 03 ans		
	< 05 ans 25mg/kg/j entre 3 et 5ans	>05 ans 20mg/kg/j de 6 à 10 ans 15mg/kg/j après 12ans
10 à 13,9 kg	07 ml le soir	07 ml x 1 le soir
14 à 16,9 kg	12 ml le soir	09 ml x 1 le soir
17 à 19,9 kg	13 ml le soir	10 ml x 1 le soir
20 à 24,9 kg	15 ml le soir	12 ml x 1 le soir
25 à 29,9 kg		15 ml x 1 le soir
30 à 40 kg		17 ml x 1 le soir
> 40 kg		24 ml x 1 le soir

Etravirine (ETV)

- **Adulte :**
 - comprimés à 100 mg : 02 cp x 2 /jour
- **Enfant :**
 - non recommandé chez l'enfant

3. Famille : inhibiteurs de la protéase [IP]**Ritonavir [RTV]**

- **Adulte :**
 - capsules molles à 100mg [effet booster] 01 cap x 2 / jour
- **Enfant agee de 02 ans et plus :**
 - solution buvable à 600 mg/7,5 ml : 350 mg/m²x 2/ jour

Atazanavir[ATV]

- **Adulte :**
 - gélules à 200 mg : 01 gél x 1/jour (sans RTV)
 - gélules à 300 mg : 01 gél x 1/jour (avec RTV)

- **Enfant :** comprimés à 100mg et 150 mg :
 - non utilisé avant 6 ans
 - 6-12ans : 150/80mg 2x/jour (15-25kg)
 - 200/100mg : 1 cp x/jour (25 à 30kg)

Darunavir [DRV]

- **Adulte :**
 - comprimés à 300 mg : 02 cp x 2 /jour
 - comprimés à 600 mg : 01 cp x 2/jour
- **Enfant :**
 - non utilisé avant 3ans
 - à l'étude de 3 à 6ans
 - 6-12ans >20kg : 375mg+50mg RTV (0,6ml) 2x/jour
 - Posologies chez enfants pretraites

Poids	Posologie
Données insuffisantes pour enfants de moins de 06 ans ou de poids « 20 kg	
» 20 à 29,9 kg	375mg+50mg RTV) 2x/jour
30 à 39,9 kg	450mg+60mg RTV 2x/jour
40 kg et plus	600mg+100mg RTV 2x/jour

Lopinavir-ritonavir (LPV/rtv)

- **Adulte :**
 - comprimés à 200 mg /50 mg : 02 cp x 2 /jour
- **Enfant :**
 - solution buvable contenant 80 mg de LPV + 20 mg de rtv/ml : 16mg/4mg/kg 2x/jour avant 6 mois
 - comprimés à 100mg/25 mg : 230mg/57,5mg/m² de 6mois à 18 ans

Poids	Posologie solution buvable à 80 mg/20 mg par ml	Posologie comprimés à 100mg/25 mg	Posologie comprimés à 200mg/50 mg
03 à 03,9 kg	01 ml x 2 / jour		
04 à 09,9 kg	01,5 ml x 2 / jour		
10 à 13,9 kg	02 ml x 2 / jour		
14 à 19,9 kg	02,5 ml x 2 / jour	02 cp x 2 / jour	01 cp x 2 / jour
20 à 24,9 kg	03 ml x 2 / jour	02 cp x 2 / jour	01 cp x 2 / jour
25 à 29,9 kg	03,5 ml x 2 / jour	03 cp x 2 / jour	02 cp le matin 01 cp le soir
30 à 34,9 kg	04 ml x 2 / jour	03 cp x 2 / jour	02 cp le matin 01 cp le soir

4. Famille : inhibiteurs d'intégrase

Raltégravir (RAL)

- **Adulte** : comprimés à 400 mg :
01 cp x 2 /jour
- **Enfant** : la sécurité d'emploi et l'efficacité chez l'enfant de moins de 16 ans n'ont pas été établies

NB :

- La Stavudine (d4T) et l'Indinavir (IDV) qui figuraient dans le consensus de février 2006 n'ont pas, en raison de leur profil de tolérance, retenus.
- Les inhibiteurs de fusion et les inhibiteurs antagonistes du corécepteur CCR5 n'ont pas été retenus

2.3. Conduite du traitement antirétroviral

2.3.1. Quand débuter un traitement antirétroviral ?

- Chez les patients symptomatiques, le traitement antirétroviral est indiqué devant les situations cliniques d'immunodéficience suivantes :
 - Stade C « CDC 1993»
 - Candidose oro-pharyngée récidivante,
 - Zona multimétamérique,
 - Amaigrissement supérieur à 10 Kg,
 - Fièvre prolongée,
 - Diarrhée prolongée,
 - Episodes mineurs répétés,
 - Leishmaniose viscérale...

- Chez les patients asymptomatiques, le traitement antirétroviral est indiqué :

- si le taux des CD4 est $< 500 / \text{mm}^3$ à deux [02] examens pratiqués à au moins un [01] mois d'intervalle.

Lors de l'introduction du traitement ARV, il est nécessaire de respecter les principes suivants :

- traiter au préalable et de façon prioritaire toute IO accessible à un traitement
- débuter la trithérapie avec des molécules séparées pour pouvoir vérifier la tolérance et l'efficacité.
- envisager l'introduction des trithérapies en association fixe, en l'absence de problèmes d'intolérance après six [06] mois.

- Dans certaines situations particulières :

- Femme enceinte,
- enfant âgé de moins de 2ans,
- couples sérodiscordants,
- sujets âgés de plus de 50 ans,
- co-infection par VHB et VHC,
- atteinte rénale,
- facteurs de risque cardiovasculaire,
- primo-infection symptomatique,
- CV $> 100\ 000$ cop/ml.

2.3.2. Quel traitement antirétroviral proposer ?

La trithérapie est la règle.

2.3.2.1 En première ligne

La trithérapie repose sur l'association de 02 IN + 01 INN selon les combinaisons suivantes :

- AZT + 3TC + EFV
- ABC + 3TC + EFV en cas de problème hématologique,
- AZT + 3TC + NVP chez la femme en âge de procréer.
- NB : l'association ABC + NVP est à utiliser avec précaution.

2 INTI	1 INNTI
AZT + 3TC	EFV (barrière génétique fragile)
ABC + 3TC si problème hématologique	EFV (barrière génétique fragile)
AZT + 3TC	NVP (barrière génétique fragile)

Le changement du traitement ARV de 1^{ère} ligne peut se produire :

- En cas de toxicité du traitement ARV : Il y a lieu de remplacer la molécule incriminée par une molécule nouvelle de la même famille :
 - Toxicité hématologique : AZT par TDF ou ABC
 - Toxicité neurologique : EFV par NVP
 - Toxicité hépatique : NVP par EFV
 - Pancréatite : ABC par TDF
- Mauvaise acceptabilité du traitement ARV par le patient :
 - Simplification du traitement en introduisant des associations d'ARV à doses fixes : AZT+3TC
 - Adaptation des prises d'ARV au rythme de vie du patient, chaque fois que possible.

2.3.2.2. En deuxième ligne

Le traitement de 2^{ème} ligne est indiqué en cas d'échec thérapeutique de 1^{ère} ligne ; il consiste à changer au moins 02 molécules. L'échec thérapeutique doit faire distinguer trois éventualités : l'échec clinique, l'échec immunologique ou l'échec virologique.

1^{ère} éventualité : l'échec clinique

- L'échec clinique s'observe entre 3 et 6 mois après le début du traitement de 1^{ère} ligne.
- Il se traduit par la progression clinique de la maladie : apparition de symptômes liés au VIH, nouvelle infection opportuniste, rechute infection préexistante, survenue de tumeurs.

2^{ème} éventualité : l'échec immunologique

- l'échec immunologique s'observe entre 3 et 6 mois après le début du traitement de première ligne
- il se traduit par l'absence de remontée ou la stagnation des CD4 en dessous de 200 /mm³ et/ou < 15% après 06 mois de traitement ARV à 02 examens successifs à un [01] mois d'intervalle.

3^{ème} éventualité : l'échec virologique ; il s'agit soit :

- une non réponse au traitement définie par une réduction de la CV plasmatique, 01 mois après le début du traitement ARV < à 2 log cop/ml,
- un échec primaire : c'est la persistance d'une CV plasmatique détectable (> 50 cop/ml) 06 mois après le début du traitement ARV,
- un échec secondaire : c'est un rebond de la CV plasmatique > 50 cop/ml confirmé sur deux prélèvements consécutifs après une période de succès virologique.

Conduite à tenir

- évaluer l'observance et s'assurer qu'elle est correcte,
- procéder au changement de la combinaison thérapeutique initiale qui est 02 IN+1INN par une nouvelle combinaison 2IN + 1IP, qui consiste à changer au moins 02 molécules : par l'introduction d'une (01) IP

à la place de l'INN et le changement d'une (01) IN selon les combinaisons suivantes :

Exemple : ABC par TDF ou 3TC par TDF et l'INNT par l'IP/r

- TDF + 3TC + LPV/rtv
- TDF + FTC (association fixe) + LPV/rtv ou ATV

2.3.2.3. Traitement de 3^{ème} ligne

Le traitement de 3^{ème} ligne est indiqué en cas d'échec thérapeutique de 2^{ème} ligne ; il consiste à changer au moins 02 molécules. L'échec thérapeutique doit faire distinguer trois éventualités : l'échec clinique, l'échec immunologique ou l'échec virologique

- **Définition**
- une non réponse au traitement définie par une réduction de la CV plasmatique, 01 mois après le début du traitement ARV de 2^{ème} ligne < à 1 log cop/ml,
- un échec primaire : c'est la persistance d'une CV plasmatique > 50 cop/ml 06 mois après le début du traitement ARV,
- un échec secondaire : c'est un rebond de la CV plasmatique > 50 cop/ml confirmé sur deux examens successifs à 01 mois d'intervalle après une période de succès virologique

Conduite à tenir

- En attendant l'introduction du test génotypique de résistance
- Changer au moins 02 molécules
- Introduire au moins 02 molécules parmi les ARV suivants : DRV, ETV, RAL, ddl

2.3.2.4. L'échec immunologique ou dissociation immuno-virologique

- **Définition**
il se traduit par :
- Une charge virale indétectable
- Une stagnation des CD4 en dessous

de 200 /mm³ et/ou < 15% à 02 examens successifs à un [01] mois d'intervalle

- Malgré un traitement ARV efficace depuis au moins 6 mois

Conduite à tenir

Aucune démarche thérapeutique n'est, actuellement, validée.

2.3.3 Conduite à tenir devant de situations particulières

2.3.3.1. Primo-infection symptomatique

Le traitement antirétroviral n'est envisagé dans le cas de la primo-infection symptomatique que si le taux de CD4 est inférieur à 500/ mm³. La conduite à tenir est alors la suivante :

- Trithérapie selon les modalités du traitement de 1^{ère} ligne pendant une durée de douze [12] mois, avec
- Surveillance clinique et biologique (cf. suivi thérapeutique)

2.3.3.2. Femme enceinte

1^{ère} éventualité : Femme enceinte sous traitement par ARV

- **Si traitement ARV efficace [CD4 supérieurs à 500/mm³, et charge virale indétectable] :**

- conserver le traitement ARV en évitant EFV* (le 1^{er} trimestre), ddl
- accouchement par voie basse
- nouveau né : AZT seul pendant quatre [04] semaines et contre indication de l'allaitement maternel

- **Si traitement ARV jugé insuffisant [charge virale détectable] :**

- modifier le traitement initial : changer au moins 02 molécules en évitant EFV, ddl, avant la 26^{ème} SA

- programmer césarienne à la 38^{ième} SA, si CV reste > 400 copies/ml à la 36^{ième} SA
- nouveau né : AZT seul pendant quatre 06 semaines et contre indication de l'allaitement maternel

2^{ème} éventualité : Découverte séropositivité en cours de grossesse

- **Si pas d'indication maternelle au traitement [CV>500/mm³] :**
 - envisager trithérapie en évitant EFV, ddl à partir de la 14e SA de la grossesse dans le cadre de la PTME
- **Si indication maternelle au traitement ARV [CV<500/mm³] :**
 - Traitement ARV à débiter dès que possible même lors du premier trimestre de la grossesse en évitant EFV, ddl et NVP si CD4 > 250/mm³
 - Accouchement :
 - si charge virale détectable [> 400 cop/ml] : césarienne programmée à la 38^{ième} SA
 - si charge virale indétectable [<400 cop/ml] : accouchement par voie basse
 - Nouveau né : AZT pendant 06 semaines et contre indication de l'allaitement maternel.

3^{ème} éventualité : Découverte séropositivité au moment de l'accouchement

- Parturiente : trithérapie 2 IN + NVP ou IP/r
- Nouveau-né : AZT+3TC+LPV/RTV ou AZT+3TC+NVP pendant 15j

Cas particuliers :

- **Primo-infection au cours de la grossesse**, le risque de transmission est très élevé, nécessitant la mise en place le plus rapidement d'une trithérapie puissante.

● **Coïnfection VIH-VHC :**

- Le traitement ARV diminue la transmission mère-enfant du VHC qui est de 14%.
- Aucun moyen de prévention n'est validé, y compris la césarienne programmée.

● **Coïnfection VIH-VHB :**

- **Pour la femme :**
 - elle est sous traitement ARV avant la grossesse : poursuivre TDF et/ou 3TC ou FTC.
 - la co-infection VIH/VHB est découverte à l'occasion d'une grossesse : prescrire TDF et/ou 3TC ou FTC dans l'association antirétrovirale.
- **le nouveau né :**
 - sérovaccination à la naissance :
 - Ig anti-VHB IV : 30 UI/kg à doubler en cas de présence d'Ag HBe à J0
 - vaccination à J0, M1 et M6.

2.3.3.3. Enfant et nourrisson

Le bilan initial, le suivi [+ échocardiographie] et les principes de prescription des ARV sont identiques à ceux de l'adulte. Pratiquement, tout enfant infecté par le VIH-1 nécessite un traitement antirétroviral.

2.3.3.3.1. Nourrisson et enfant asymptomatiques

- Nourrisson de moins de 24 mois : traitement ARV recommandé quelque soit le taux de CD4 et le niveau de la CV.
- Enfant de 25 à 59mois : traitement ARV indiqué si taux de CD4 inférieur à 25%
- Enfant > 5ans : traitement ARV indiqué si taux de CD4 inférieur à 20% ou à 25% avec CV >100 000 copies /ml

2.3.3.3.2. Enfant symptomatique

- Nourrisson de moins de 24 mois : traitement ARV immédiat sans tenir compte ni du taux de CD4 ni de la CV.

- Enfant de 24 mois à 5 ans : stade B [CDC 1994] Traitement ARV indiqué, quelque soit le taux de CD4 et de CV.
- Quel que soit l'âge : stades B ou C [CDC 1994] traitement ARV.
- La prophylaxie par Cotrimoxazole n'est plus systématiquement proposée aux nourrissons traités sauf en cas de CD4 inférieurs à 20%.

2.3.3.3.3. En l'absence de PCR pour le diagnostic de l'infection VIH chez les nourrissons nés de mères séropositives pour le VIH, il faut tenir de la clinique :

Symptômes : stades A, B et C [CDC 1994]

- Traitement ARV

2.3.3.3.4. Quelles associations ARV proposer ?

La trithérapie est la règle.

- En première ligne :

La trithérapie repose chez le nourrisson sur l'association de 02 IN + 01 IP selon les combinaisons suivantes :

- AZT+3TC+IP/r
- ABC+3TC+IP/r en cas de problème hématologique,
- AZT+3TC+NVP si la mère n'en a pas reçu durant la grossesse

NB : En cas d'intolérance : même conduite que chez l'adulte.

EFV ne peut pas être utilisé avant l'âge de 3ans.

- En deuxième ligne :
 - évaluer l'observance et s'assurer qu'elle est correcte,
 - procéder au changement de la combinaison thérapeutique initiale qui est 02 IN+1IP par une nouvelle combinaison 2IN +1INNTI, qui consiste à changer au moins 02 molécules : par l'introduction

d'une (01) INNTI à la place de l'IP et le changement d'une (01) IN:

Exemple : 3TC par ABC et l'IP/r par l'INNTI

- TDF + 3TC + NVP ou EFV

2.3.3.4. Accident d'exposition a un liquide biologique

En cas d'accident d'exposition au sang (aes)

- Premières mesures :
 - Lavage local immédiat de la plaie avec de l'eau courante et du savon ; rinçage puis application d'un antiseptique : alcool à 70° pendant 03 mn, ou polyvidone iodée solution dermique pure pendant 05 mn ou de javel à 12° diluée au 1/10 pendant au moins 10 minutes. En cas de projection muqueuse : rinçage prolongé à l'eau courante pendant 10 mn puis application d'un antiseptique.
 - Prélèvement immédiat du sujet source et du sujet contaminé si statut sérologique inconnu : sérologies VIH, VHB et VHC

- *Evaluer le risque* :

- délai entre AES et consultation (< 4 h>48 h>72 h)

- *Sévérité de l'exposition* :

- risque élevé : piqûres par aiguilles creuses souillées de sang (aiguilles de prélèvement veineux et artériel) ou blessure profonde
- risque moindre : piqûres à travers un gant avec une aiguille pleine (aiguilles à suture) ou piqûres avec aiguilles S/C ou IM ne contenant pas de sang
- risque encore plus faible : par projection cutanéomuqueuse
- statut sérologique, données cliniques (stade de l'infection), biologiques (CD4) et virologiques ((CV) du patient source
- nature du liquide biologique responsable : sang ou liquide biologique contenant du sang

- **Décision thérapeutique : ARV**
 - si possible avant la quatrième heure
 - au plus tard avant la 72^{ème} heure
 - traitement proposé : AZT + 3TC co-formulés + LPV / RTV pendant 06 semaines
- **Assurer une surveillance sérologique pendant 06 mois** : sérologies VIH, VHB et VHC, 1^{er}, 3^e et 6^e mois.
- **Déclarer systématiquement l'accident du travail** dans les 48 heures.
- **Préconiser dans l'attente des résultats des relations sexuelles protégées**

En cas d'accident d'exposition sexuelle

La démarche est la même que lors de l'AES, elle consiste à :

- évaluer le risque qui est essentiellement lié au statut sérologique du sujet source,
- décider, le cas échéant, de la mise en route du traitement ARV (idem AES)
- assurer une surveillance sérologique pendant 06 mois (idem AES)

2.3.3.5. Cas des co-infections

- Cas de la Co-infection VIH / VHB
 - Envisager concomitamment le traitement de l'infection par le VIH et de l'infection par le VHB, l'infection par le VHB étant, aujourd'hui, une indication du traitement de l'infection VIH (annexe 4) même si le taux de CD4 >500/mm³. Le traitement préconisé doit comprendre 2 INTI actifs à la fois sur les 2 virus : 3 TC ou FTC + TDF +1 INNTI ou 1 IP.
- Cas de la Co-infection VIH / VHC
 - Envisager concomitamment le traitement de l'infection par le VIH et de l'infection par le VHC, l'infection par le VHC étant, aujourd'hui, une indication du traitement de l'infection VIH

(annexe 5) même si le taux de CD4 >500/mm³.

- En cas d'hépatite C aigue :
 - Indication du traitement avant la fin du 3^{ème} mois si décroissance de l'ARN VHC est faible à M1 et M2
 - Traitement :
 - Peg-IFN alpha + ribavirine (RBV).
 - Peg-IFN 2a : 180 µg une fois par semaine,
 - Peg-IFN 2b : 1.5 µg/Kg une fois par semaine.
 - RBV (800 mg minimum)
 - Durée du traitement : 48 semaines
- Hépatite C chronique :
 - Indication au traitement anti-VHC :
 - génotype 2 et 3
 - génotype 1 si la CV VHC est faible (< 800 000 UI/ml)
 - Traitement débuté 6 mois après le début du traitement ARV* :
 - Peg-IFN alpha + ribavirine (RBV)
 - Peg-IFN 2a : 180 µg une fois par semaine
 - Peg-IFN 2b : 1.5 µg/kg une fois par semaine
 - RBV : 1000 mg/j (poids < 75 kg) en 2 prises quel que soit génotype
 - 1200 mg/j (poids > 75 kg) en 2 prises quel que soit le génotype
 - Durée du traitement : 48 semaines quel que soit le génotype
 - Traitement ARV :
 - Eviter ddl
 - Utiliser avec précaution AZT, ABC

2.4. Traitement des infections opportunistes

Ne seront abordées ici que les maladies opportunistes les plus souvent rapportées dans notre pays. La prise en charge thérapeutique des IO comprend un traitement préventif ou prophylaxie primaire, un trai-

tement curatif lorsque la maladie est déclarée et un traitement prophylactique secondaire pour éviter les rechutes.

2.4.1. La pneumopathie à pneumocystis jiroveci

Traitement curatif

Cette éventualité doit être soulevée systématiquement devant toute pneumopathie interstitielle ou une image pulmonaire non systématisée fébrile ou non accompagnée d'une toux sèche et d'une dyspnée progressivement croissante chez un patient séropositif pour le VIH avec un taux de CD4 < ou égal à 200/mm³. Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence de pneumocystis jiroveci dans le liquide broncho alvéolaire ou dans l'expectoration induite chaque fois que possible.

Modalités de traitement

Le Cotrimoxazole (Triméthoprime TMP - sulfaméthoxazole SMX) est le traitement de première intention de référence : chez l'adulte TMP : 20 mg/kg/j + SMX : 100 mg/kg/j ; chez l'enfant TMP 15 à 20mg/kg/j + SMX 75 à 100mg/kg/j.

- par voie IV de préférence : soit chez l'adulte 10-12 ampoules de Cotrimoxazole / 24 heures en 4 perfusions d'une heure dans 250 cc de sérum physiologique toutes les 6 heures (1 ampoule = 400 mg SMZ + 80 mg TMP)
- la voie orale est possible : soit chez l'adulte 6-8 cp de Cotrimoxazole fort en 4 prises (O1 comp de Cotrimoxazole fort = 800 mg SMZ+ 160 mg TMP) ou Cotrimoxazole faible 12 cp en 4 prises (1 cp de Cotrimoxazole faible = 400 mg SMZ+ 80 mg TMP)
- si hypoxémie < 70 mm Hg ou polypnée supérieure à 30 /mn) administration de corticoïdes IV + transfert en milieu de réanimation

- corticothérapie prédnisonne : 40 mg × 2/j de J1 à J5, puis 40 mg/j de J6 à J10 et 20 mg/j de J11 à J14
- durée de traitement : 21 jours.

Surveillance du traitement

- surveillance clinique : allergie : Fièvre ; rash, syndrome de Stevens Johnson...
- surveillance biologique au moins une fois par semaine : NFS + plaquettes (leucopénie, thrombocytopenie), urée sanguine ; SGOT/SGPT, phosphatases alcalines

Alternatives thérapeutiques en cas d'allergie au Cotrimoxazole

- en cas d'allergie immédiate peu grave : Cotrimoxazole + corticoïdes de courte durée
- en cas d'allergie immédiate grave :
 - chez l'adulte Dapsone 100mg/j per os + Triméthoprime 20mg/kg/j per os ou Pentamidine IV 3mg/kg/j IV en perfusion de 3à4heures (à éviter chez la femme enceinte).
 - chez l'enfant Pentamidine 4mg/kg/j IV en perfusion de 3à4heures ou 8 mg/kg/j en aérosol + corticoïdes (prednisolone 2mg/kg/j pendant 05j)
 - Atovaquone (Wellvone®, 750 mg × 2/j en suspension buvable
- en cas d'allergie en cours de traitement : antihistaminique ou corticoïdes

Traitement prophylactique

- **Traitement prophylactique primaire** à administrer si taux de CD4 < 200 /mm³
 - en l'absence d'allergie = chez l'adulte Cotrimoxazole faible 1 cp /j ; chez l'enfant Cotrimoxazole à raison de SMX 5mg/kg/j + TMP 25mg/kg/j.
 - en cas d'allergie au Cotrimoxazole = désensibilisation (Annexe 6)
 - en cas d'échec de la désensibilisation: Dapsone 100mg/j+ Pyriméthamine 50mg/semaine + acide folinique 25mg/semaine

● **Traitement prophylactique secondaire** à entreprendre immédiatement après le traitement d'attaque :

- en l'absence d'allergie :
 - chez l'adulte Cotrimoxazole faible 1 cp/j tant que le taux de CD4 reste égal ou inférieur à 200/mm³. Cette prophylaxie secondaire pourra être arrêtée si le taux de lymphocytes CD4 reste supérieur à 200 /mm³ pendant 3 mois.
 - Chez l'enfant Cotrimoxazole à raison de SMX (5mg/kg/j) + TMP (25mg/kg/j).
- en cas d'allergie : Dapsone seule (100mg/j) ou Dapsone 100mg/j + Pyriméthamine (50mg/semaine) + acide folinique (25mg/semaine).
- Arrêt de la prophylaxie primaire et secondaire si CD4 > 200 / mm³ (> 15%) vérifiés

2.4.2. Les mycobacterioses

2.4.2.1. La tuberculose

Traitement curatif :

La tuberculose pulmonaire peut survenir à n'importe quel taux de lymphocytes CD4 et les manifestations cliniques et radiologiques sont influencées par le degré d'immunodépression. La tuberculose extra pulmonaire est plus fréquemment rencontrée quand le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à 200/mm³.

Parce que la tuberculose est la plus fréquente parmi les IO, il est recommandé :

- de dépister chez toute PVIH, une tuberculose
- de proposer systématiquement chez toute personne atteinte de tuberculose, une sérologie à la recherche d'une infection VIH/sida

Modalités thérapeutiques

Le traitement recommandé est celui du schéma national : isoniazide (H), rifampicine (R), pyrazinamide (Z) et éthambutol (E) mais

sa durée, en raison de l'immunodépression et, pour éviter les rechutes, peut nécessiter en cas d'immunodépression profonde (<200 CD4) 9 mois. Le traitement de 1^{ère} ligne comporte une phase initiale de 2 mois de R, H, Z et E suivie d'une phase de d'entretien de RH.

Les ARV peuvent être introduits après 2 à 4 semaines de traitement antituberculeux, compte tenu des réactions d'intolérance et des réactions paradoxales en rapport avec la restauration immunitaire (exacerbation des signes cliniques et radiologiques) et ce afin de les minimiser. Il y a lieu de tenir compte des interactions médicamenteuses entre la rifampicine et les ARV en particulier les anti-protéases et la NVP.

Surveillance du traitement

- Surveillance clinique : allergie, troubles digestifs, troubles visuels
- Surveillance biologique : bilans hépatique et rénal

Traitement prophylactique

- Traitement prophylactique primaire : pas de recommandations
- Traitement prophylactique secondaire: pas de recommandations

2.4.2.2. Les mycobacterioses atypiques

Traitement curatif

Le diagnostic est présomptif devant une fièvre prolongée chez un sujet ayant un taux de CD4 < 50/mm³. Le traitement curatif fait appel à l'association :

- Clarythromycine :
 - Adulte : 1 à 1,5g en 2 prises par jour
 - Enfant : 25 à 30mg/kg/j
 - Ethambutol : 15 à 20mg/kg/j per os en une seule prise le matin à jeun
 - Rifabutine : 300mg/j soit 2gélules per os en une seule prise le matin à jeun
- La durée du traitement est de 3 à 6 mois.

Surveillance du traitement

- Surveillance clinique : allergie, troubles digestifs, troubles visuels
- Surveillance biologique : bilans hépatique et rénal

Traitement prophylactique

- Traitement prophylactique primaire :
 - Azythromycine cp
 - Adulte : 1g/semaine
 - Enfant : 7,5 mg/kg/j
 - Clarythromycine
 - Adulte : 500mgx2/j
 - Enfant : 7 à 12mg/kg/j
- Traitement prophylactique secondaire: traitement d'attaque jusqu'à remontée des CD4 au-delà de $>100/\text{mm}^3$ pendant au moins 6 mois
- Arrêt de la prophylaxie primaire et secondaire si $\text{CD4} > 100/\text{mm}^3$, vérifiés sur deux prélèvements à 6 mois.

2.4.3. La toxoplasmose cérébrale**Traitement curatif**

Le diagnostic doit être évoqué systématiquement devant tout patient séropositif pour le VIH et le toxoplasme avec un taux de CD4 inférieur ou égal à $200/\text{mm}^3$ présentant des troubles neuropsychiques et/ou une fièvre inexpliquée et/ou des abcès cérébraux à la TDM. Le traitement doit être alors débuté immédiatement. L'épreuve thérapeutique apporte la confirmation diagnostique.

Modalités de traitement

Le traitement d'attaque de première intention de référence fait appel :

- **Chez l'adulte :**
 - (Malocide soit Pyriméthamine*) : 100 mg/j par voie orale en une prise à J1 puis 1mg/kg/j, soit 50 à 75 mg/j les jours suivants + Sulfadiazine (Adiazine*) : 4 à 6 g par jour en 3 à 4 prises per os, + Acide folinique : 25 mg/j IV ou per os + diurèse alcaline : 2 litres /jour

et selon les cas : traitement anticonvulsivant + traitement anti-oedémateux.

- soit Pyriméthamine : 100 mg/j par voie orale en une prise à J1 puis 50mg /j les jours suivants + Clindamycine 2,4 à 3,6 g/j en 4 prises per os + Acide folinique 25mg/semaine
- La durée du traitement est de 6 semaines
- **Chez l'enfant :**
 - Pyriméthamine 4mg/kg en 2 prises à J1 puis 1 à 2 mg/kg/j les jours suivants + Clindamycine 30 à 50mg/kg/j en 4 prises + Acide folinique 10 à 20 mg/j.
 - La durée du traitement est de 6 semaines.

Alternatives thérapeutiques

- **Chez l'adulte :** Cotrimoxazole (sulfaméthoxazole-triméthoprime) à raison de 10-12 ampoules /24 heures en 4 perfusions d'une heure dans 250 cc de sérum physiologique toutes les 6 heures (1 ampoule = 400 mg SMZ + 80 mg TMP).
- **Chez l'enfant :** Cotrimoxazole (SMX 75 à 100mg/kg /j + TMP 15 à 20 mg/kg/j) en perfusion lente de 1 heure toutes les 6 heures.

Surveillance du traitement

- surveillance clinique : allergie ; troubles digestifs
- surveillance biologique au moins une fois par semaine: NFS, plaquettes ; bilan hépatique et urinaire :
- examen tomodensitométrique cérébral à J10 et à J21

Traitement prophylactique

- *Le traitement prophylactique primaire* Il fait appel au Cotrimoxazole
 - **Chez l'adulte**, il s'adresse aux personnes séropositives pour le toxoplasme ayant moins de $100 \text{ CD4}/\text{mm}^3$: Cotrimoxazole forte à raison d'un comprimé/jour.
 - **Chez l'enfant**, il concerne ceux dont le taux de CD4 est inférieur à 15% :

Cotrimoxazole (SMX 15mg/kg/j et TMP 75mg/kg/j)

- Le traitement prophylactique secondaire est prescrit dans tous les cas après le traitement d'attaque :
 - Chez l'adulte, il fait appel aux mêmes médicaments à moitié dose tant que le taux de CD4 reste égal ou inférieur à 150 /mm³: Pyriméthamine : 25 mg/jour + Sulfadiazine 2g/jour + Acide folinique 50mg/semaine ou Cotrimoxazole forte à raison d'un comprimé/jour. Cette prophylaxie secondaire peut être arrêtée si le taux de lymphocytes CD4 est > à 200 /mm³ pendant plus de 3 mois.
 - Chez l'enfant : Pyriméthamine 1mg/kg/j sans dépasser 25mg/j + Clindamycine 20 à 30mg/kg/j + Acide folinique 5mg/j tous les 3 jours ou Cotrimoxazole (SMX 15mg/kg/j et TMP 75mg/kg/j.
 - Arrêt de la prophylaxie primaire et secondaire si CD4 > 200 / mm³ (> 15%) vérifiés sur deux examens à 06 mois d'intervalle.

2.4.4. Les candidoses

Candidose buccale

Traitement curatif

Le diagnostic est clinique et facile à porter devant les plaques blanchâtres sur la langue et/ou la muqueuse oro-pharyngée. L'agent le plus souvent responsable est candida albicans.

Modalités thérapeutiques

- soit traitement local : bains de bouche 2 à 3 fois/jour avec une solution orale d'Amphotéricine B - 1 ml 4 fois /jour-, ou de Nystatine ou avec le gel buccal de Fluconazole pendant 2 semaines.
- soit Fluconazole :
 - Adulte: 100 mg/ jour pendant 07 jours,
 - Enfant: 6 à 8mg/kg/j per os pendant 2 à 4 semaines.

soit Kétoconazole :

- Adulte : 200 à 400 mg/jour per os pendant 10 jours,
- Enfant : 100 mg/j per os pendant 7 à 14 jours.

Surveillance du traitement

- Surveillance clinique
- Surveillance biologique : bilan hépatique

Traitement prophylactique

- Traitement prophylactique primaire : pas de recommandations
- Traitement prophylactique secondaire : pas de recommandations

Candidose oesophagienne

Traitement curatif

Elle se rencontre chez les PVIH ayant un taux de CD4 à 100 /mm³. Le diagnostic doit être évoqué systématiquement devant une candidose oro-pharyngée avec dysphagie et/ou douleurs rétrosternales chez un sujet ayant un taux de CD4 < à 100/mm³. La confirmation pourra être apportée par l'examen endoscopique qui permettra l'identification de la levure et son fungigramme.

Modalités thérapeutiques

Le traitement fait appel en première intention au Fluconazole à raison de :

- 100 à 200 mg/jour pendant 14 à 21 jours par voie IV ou orale chez l'adulte,
- 6 à 8 mg/kg/j en IV pendant 14 jours chez l'enfant.

Alternatives thérapeutiques

- Kétoconazole per os 400 mg/j pendant 10 à 15 jours
- Itraconazole
- Voriconazole
 - IV 200 mg : 6 mg / kg toutes les 12 heures puis 4 mg/kg/deux fois/j
 - per os cp 50 mg et 200 mg : si poids > 40 kg 400 mg deux fois /j à J1 puis 200 mg deux fois /j

- Amphotéricine B en perfusion à raison de 0,5 mg/kg/jour à faire passer en 3-4 heures dans du sérum physiologique dans les mycoses graves ou résistantes au Fluconazole (adulte et enfant)

Surveillance du traitement

- surveillance clinique
- surveillance biologique : bilan hépatique

Traitement prophylactique

- Traitement prophylactique primaire: pas de recommandations
- Traitement prophylactique secondaire : non recommandé mais pourrait être discuté en cas de candidose oesophagienne multirécidivante : fluconazole (100 à 200 mg/j) ou itraconazole en solution (200 mg/j) à jeun

Candidose vaginale

Traitement curatif

Le diagnostic est clinique et doit être évoqué devant un prurit vaginal et des pertes blanchâtres

- Ovules gynécologiques 2/jour de Miconazole ou d'Econazole et/ou Fluconazole 50 à 100 mg/jour per os pendant 3 à 7 jours (candidose prolongée et/ou réfractaire).

Surveillance du traitement

- surveillance clinique
- surveillance biologique : bilan hépatique

Traitement prophylactique

- Traitement prophylactique primaire: pas de recommandations
- Traitement prophylactique secondaire : pas de recommandations

2.4.5. La cryptococcose neuro-meningée

Le traitement antirétroviral doit être différé de un à deux mois (IRIS)

Traitement curatif

C'est la plus fréquente des méningites dans

l'infection VIH/sida ; elle se rencontre généralement quand le taux de lymphocytes CD4 est $< 50 /\text{mm}^3$. Elle réalise un tableau de méningite ou de méningo-encéphalite à liquide clair, pauci-cellulaire, normo ou hypoglycorachique, et, le diagnostic repose sur la mise en évidence de *Cryptococcus* sp dans le LCR par coloration à l'encre de Chine, et/ou la détection de l'antigène spécifique dans le LCR et/ou dans le sang.

Modalités thérapeutiques

Le traitement d'attaque fait appel en première intention à :

- soit Amphotéricine B : 0,7 mg/kg/jour (adulte et enfant) à diluer dans 250 cc de sérum physiologique à faire passer en 3-4 heures, précédée d'une injection de corticoïdes + et de la prise d'un antihistaminique 30 mn auparavant (pour minorer les effets secondaires) pendant 2 semaines puis, relais par Fluconazole par voie orale 400 mg/jour chez l'adulte et 6 à 8 mg/kg/j chez l'enfant jusqu'à stérilisation du LCR (généralement en 8 semaines).
- soit Fluconazole : 400-800 mg/jour chez l'adulte ou 6 à 8 mg/kg/j chez l'enfant par voie IV ou par voie orale si l'état du patient le permet jusqu'à stérilisation du LCR

Surveillance du traitement

- surveillance clinique : anorexie, céphalées, nausées, anémie, phlébite, hypotension orthostatique si Amphotéricine B
- surveillance biologique : PL > 2 semaines de traitement, ionogramme sanguin et bilan rénal hebdomadaire si Amphotéricine B, bilan hépatique si Fluconazole

Traitement prophylactique

- Traitement prophylactique primaire : pas de recommandations
- Traitement prophylactique secondaire :
 - Fluconazole à raison de 200 mg/jour
 - Itraconazole à raison de 200 mg/jour en une prise
 - Voriconazole à raison de 200 mg/jour

- en une prise (interaction avec INNTI)
- Cette prophylaxie secondaire peut être arrêtée si le taux de lymphocytes CD4 est $>$ à $200 /\text{mm}^3$ pendant plus de 6 mois.

2.4.6. La leishmaniose viscérale

Traitement curatif

Elle se voit fréquemment lorsque les CD4 sont inférieurs à $200/\text{mm}^3$. Au plan clinique, les signes sont proches de ceux des sujets VIH négatifs. La certitude diagnostique est apportée par la mise en évidence du parasite au niveau de la ponction de moelle. A l'inverse de la forme des personnes séronégatives pour le VIH, elle pose des problèmes thérapeutiques

Modalités thérapeutiques

- Le traitement d'attaque fait appel en première intention
 - **Amphotéricine B liposomale (Ambisome*)** :
 - soit 10 administrations de 3-4 mg/kg pendant 15 jours (J1 à J5, puis J10, J17, J24, J31 et J38,
 - soit pendant 10 j de suite.
 - la dose cumulée est de 30 à 40 mg/kg).
 - **Amphotéricine B** à raison de 0,7mg/kg/jour (adulte et enfant) à diluer dans 250 cc de sérum glucosé à 5% à faire passer en 3-4 heures pendant 2 à 8 semaines.
 - **L'Antimoniote de Méglumine** en ampoules de 1,5g/5 ml à administrer par voie intramusculaire à dose progressive :
 - J1= $\frac{1}{4}$ dose ;
 - J2= $\frac{1}{2}$ dose ;
 - J3= $\frac{3}{4}$ dose ;
 - J4=dose complète.
 - Le traitement comprend 2 cures de 15 jours espacées de 4 semaines.

Traitement prophylactique

- **Traitement prophylactique primaire** : pas de recommandations

- **Traitement prophylactique secondaire**: recommandé tant que le taux de CD4 reste inférieur à $200 /\text{mm}^3$; il peut faire appel aux molécules suivantes :

- Amphotéricine B liposomiale
- Amphotéricine B
- Pentamidine (Pentacarinat*).
- L'arrêt de cette prophylaxie peut être envisagé si le taux de CD4 est supérieur à $200 /\text{mm}^3$ pendant plus de 3 mois.

2.4.7. Les infections herpétiques

Herpès cutaneo - muqueux

Traitement curatif

Le diagnostic des infections à HSV1 et à HSV2 est dans la plupart des cas clinique. Au niveau oro-facial, les lésions sont étendues et d'évolution prolongée ($>$ 1mois) et souvent récidivantes ; au niveau anogénital, les lésions sont douloureuses étendues « en carte de géographie ».

Modalités thérapeutiques

Chez l'adulte

- **Valaciclovir** : 500mg x2/j per os pendant 10 jours.
- **Acyclovir** :
 - Formes bénignes : 1000 mg répartis en 5 prises /jour pendant 5 jours
 - Formes graves : 5 à 10 mg/kg/8 heures en 1 perfusion par heure dans du sérum physiologique pendant 14 à 21 jours
- **Valaciclovir** : 500mg x2/j per os pendant 10 jours.
- le **Foscarnet** , en cas de résistance à l'Acyclovir ,est le traitement de référence, à raison de 180mg/kg/j en 2 perfusions d'au moins 1 heure pendant 14 à 21 jours.

Chez l'enfant

- **Acyclovir** 10mg/kg/ toutes les 8 heures pendant 5 jours.
- En cas de résistance à l'acyclovir : Fos-carnet 40 à 60mg toutes les 8 heures en perfusion d'au moins 1 heure.

Surveillance du traitement

- surveillance clinique : troubles digestifs
- surveillance biologique hebdomadaire: NFS + plaquettes, urée sanguine, créatinémie.

Traitement prophylactique

- **Traitement prophylactique primaire :** pas de recommandations
- Traitement prophylactique secondaire indiqué en cas de :
 - lésions herpétiques sévères (herpès génital géant invalidant chez un patient ayant des CD4 < à 100/mm³),
 - herpes chronique ou fréquentes récurrences (>6/an).
 - **Molécules préconisées :**
 - Valaciclovir : per os (1 g/j en une ou deux prises) pendant au moins 12 mois
 - Acyclovir : 400mgx2/jour pendant 6 à 12 mois.

Varicelle -zona**Traitement curatif**

Le diagnostic est clinique devant une dermatose érythémato-vésiculeuse généralisée (varicelle) ou une dermatose douloureuse et unilatérale prenant un dermatome (zona). Les récurrences de zona sont fréquentes.

Modalités thérapeutiques**Chez l'adulte**

- si zona étendu et/ou sévère ou varicelle traitement par :
 - Acyclovir IV 10 mg/kg/8 h en 1 perfusion par heure dans du sérum physiologique pendant 14-21 jours
- si zona limité :
 - Acyclovir par voie orale 800mg x 4/ j pendant 10 jours
- si zona ophtalmique :
 - Acyclovir IV 10 mg/kg/8 heures pendant 10 jours + suivi ophtalmologique.

Chez l'enfant

- Acyclovir :
 - 500 mg/m² per os en 5 prises par jour
 - ou en perfusion d'une heure toutes les 4 heures pendant 8 à 10 j.

Surveillance du traitement

- surveillance clinique : troubles digestifs
- surveillance biologique hebdomadaire: NFS + plaquettes ; urée sanguine, créatinémie

Traitement prophylactique

- Traitement prophylactique primaire : pas de recommandations
- Traitement prophylactique secondaire : pas de recommandations

2.4.8. Les infections à cytomegalovirus (CMV)**Traitement curatif**

Le cytomegalovirus est responsable d'atteintes neurologiques mais la plus fréquente d'entre elles est la rétinite qu'il faut évoquer devant des troubles visuels récents et/ou une fièvre inexplicée avec un taux de lymphocytes CD4 inférieurs à 50/mm³. Le diagnostic de la rétinite est fait par l'examen ophtalmologique. Après l'atteinte neurologique, l'atteinte digestive est la plus rencontrée.

Modalités thérapeutiques

- Le traitement d'attaque est fonction de l'atteinte et fait appel en cas de :
 - 1 - Rétinites :
 - Valganciclovir (Rovalcyte®): 900 mg per os x 2 /j x 03 semaines
 - 2 - Atteinte digestive :
 - Ganciclovir :
 - Adulte : 10 mg/kg/jour
 - Enfant : 5mg/kg/j
 - en 2 perfusions d'une heure dans du sérum salé isotonique ou glucosé à 5% pendant 3 semaines à 1 mois en fonction de la réponse et de la tolérance, ou au :

- Foscarnet : 180mg/kg/j (l'adulte et l'enfant) en 2 perfusions de 1 à 2 heures pendant 3 semaines
- Valganciclovir : 450 mg x 2/ j per os est possible si troubles digestifs minimes permettant une absorption correcte

Surveillance du traitement

- clinique : troubles digestifs, troubles neuropsychiques, ulcères génitaux
- biologique: NFS+plaquettes 1 fois/semaine
- ophtalmologique

Traitement prophylactique

- Traitement prophylactique primaire :
 - pas de recommandations
 - ARV
 - Recherche systématique d'une rétinite si $CD4 < 100/mm^3$
- Traitement prophylactique secondaire :
 - **Valganciclovir** : 450 mg x 2/ j per os
 - **Ganciclovir** : une perfusion par jour de 5 à 6 mg/kg/24 h (adulte et enfant) 5j/7 jusqu'à $CD4 > 100/mm^3$ pendant au moins 6 mois.
 - **Arrêt de la prophylaxie secondaire** quand les $CD4 > 100/mm^3$ de façon stable pendant 6 mois

2.4.9. La maladie de Kaposi

Traitement curatif

La maladie de Kaposi est due au virus herpes 8 (HHV8). Elle est caractérisée par des plaques et des nodules de couleur bleue ou brune, planes ou surélevées, indolores qui envahissent la peau, les muqueuses (buccale et génitale), les ganglions parfois la plèvre et le tube digestif entraînant alors des complications hémorragiques le plus souvent. Le diagnostic soupçonné par la clinique nécessite une confirmation anatomopathologique.

Modalités thérapeutiques : aucun traitement actif sur le HHV8 n'est disponible actuellement. Les ARV peuvent seuls entraîner une disparition des lésions mais en cas de non réponse d'autres mesures thérapeutiques sont préconisées : chimiothérapie, radiothérapie, cryothérapie en fonction de l'étendue des lésions et de leur localisation.

Traitement prophylactique

- **Traitement prophylactique secondaire** : pas de recommandations
- **Traitement prophylactique primaire** : pas de recommandations

2.4.10. Les diarrhées

Traitement curatif

La diarrhée est fréquente, volontiers chronique (> 1 mois) et à l'origine d'une déshydratation voire d'une évolution cachectisante lorsqu'elle devient cholériforme. La recherche étiologique nécessite un examen coproparasitologique des selles et quelquefois des investigations endoscopiques. De nombreux agents étiologiques infectieux, fonction du degré d'immunodépression sont responsables:

- bactéries : Salmonella, Shigella, Campylobacter, Clostridium difficile, Mycobacterium avium...,
- parasites surtout : Cryptosporidies, Isospora belli, Microsporidies Giardia intestinalis...
- virus : Cytomégalovirus, Herpès simplex virus, VIH.
- Champignons : Candida

Modalités thérapeutiques

En plus du traitement symptomatique, le traitement curatif fait appel à :

- en cas de diarrhée bactérienne : antibiothérapie adaptée

- en cas de microsporidie Septata intestinalis : Albendazole ou Métronidazole
- en cas de cryptosporidie : ARV
- en cas d'isosporidie : Cotrimoxazole
- en cas de CMV : Ganciclovir
- en cas de Candida : Fluconazole ou Amphotéricine B inj.
- Bilan cardiovasculaire (ECG, échocardiographie)
- Fond d'œil
- Examen gynécologique avec frottis

2.5.2 Bilan nouveau-né de mère séropositive pour le VIH+

Traitement prophylactique

- Traitement prophylactique primaire : pas de recommandations
- Traitement prophylactique secondaire :
 - Cotrimoxazole en cas d'isosporidiose;
 - Ganciclovir en cas de CMV.

2.5. Suivi thérapeutique

2.5.1 Bilan initial adulte (tableau)

La mise en route du traitement antirétroviral doit nécessairement et impérativement faire l'objet d'un suivi qui repose essentiellement sur un bilan initial qui comprend les examens suivants :

- Bilan biologique :
 - Numération Formule Sanguine – plaquettes
 - Bilan hépatique transaminases, bilirubinémie, phosphatases alcalines, gamma GT]
 - Glycémie,
 - Bilan rénal : urée sanguine, créatinémie, chimie des urines
 - Bilan lipidique : Cholestérolémie HDL/ LDL, triglycéridémie
 - Electrophorèse des protides
- Sérologies : VHB, VHC, Syphilis, Toxoplasmose
- Quantification et pourcentage des lymphocytes CD4
- Charge virale plasmatique
- Radiographie du thorax
- Echographie abdomino-pelvienne

Diagnostic de l'infection VIH :

- PCR ARN ou PCR ADN
- sérologie VIH

Evaluation immunologique

- Pourcentage CD4/CD8 (évaluation immunologique)

Vaccinations

- BCG contre indiqué,
- vaccin hépatite B si mère VHB

2.5.3. Un bilan de suivi (tableau3)

Le bilan de suivi repose sur :

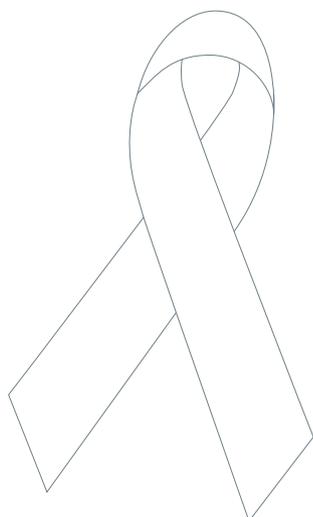
- **L'examen clinique au 15^{ème} jour, au 30^{ème} jour puis tous les trois mois** afin d'apprécier l'observance et la tolérance des antirétroviraux et de rechercher régulièrement l'apparition de signes d'immunodéficience,
- **la mesure de la charge virale à un mois puis tous les trois mois** afin d'évaluer l'efficacité des ARV,
- **la quantification et le pourcentage des lymphocytes CD4 tous les trois mois** afin d'évaluer la restauration immunitaire et de décider, le cas échéant, la mise en route ou l'arrêt d'une prophylaxie primaire contre les infections opportunistes,
- **le bilan biologique tous les trois mois** à la recherche de signes de toxicité ; ce bilan tiendra compte des ARV utilisés.



Tableau 3 : Bilan initial et de suivi d'un traitement antirétroviral

	Bilan initial	Bilan de suivi					
		J15	M1	M3	M6	M9	M12
Examen clinique		+	+	+	+	+	+
● observance		+	+	+	+	+	+
● tolérance		+	+	+	+	+	+
NFS plaquettes	+	+	+	+	+	+	+
Bilan hépatique	+		+	+	+	+	+
Glycémie	+		+	+	+	+	+
Bilan rénal	+		+	+	+	+	+
Bilan lipidique	+		+	+	+	+	+
Electrophorèse protides	+						
Sérologie HBV, HCV	+						+*
Sérologie syphilis	+						+*
Sérologie toxoplasmose	+						+*
Numération des CD4	+			+	+	+	+
Charge virale	+		+	+	+	+	+
Radiographie thorax	+		+				
Echographie abdomino-pelvienne	+		+				
ECG	+						
Fond d'œil	+						+
Frottis gynécologique	+						+

● : en cas de sérologie négative lors du bilan initial



CHAPITRE 4 Les vaccinations

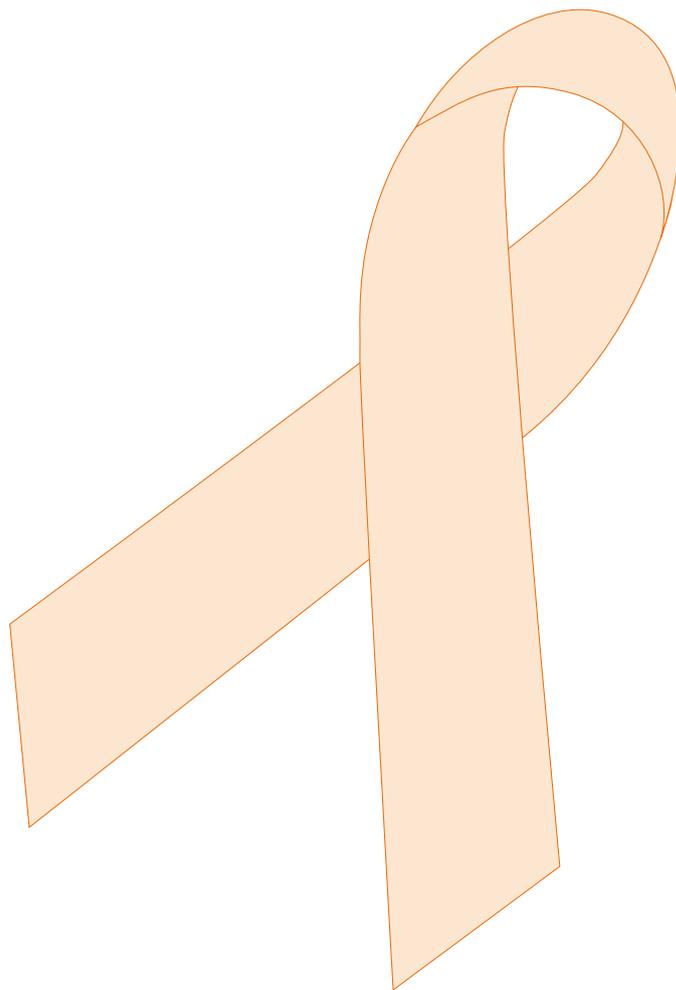
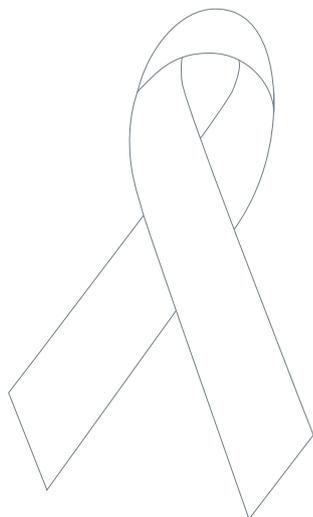
Les PVIH :

- ont une sensibilité accrue à certaines infections pour lesquelles existe une protection vaccinale (pneumococcies)
- sont à risque plus élevée d'exposition à d'autres virus (hépatites B et C).
- ont, comme les autres situations d'immunodéficience, une diminution de l'immunogénéité aux vaccins surtout si les CD4 sont inférieurs à 200/mm³.

La restauration immunitaire induite par les traitements ARV est associée à une meilleure réponse vaccinale : il est recommandé de vacciner lorsque les CD4 sont supérieurs à 350/mm³ et la CV contrôlée.

Les vaccins du calendrier vaccinal (31 octobre 2000) :

Âges de la vaccination	Vaccins PVIH CD4 > 350/mm ³ ou > 15 %	Vaccins PVIH CD4 < 200/mm ³ ou < 15 %
Naissance	BCG+VPO+HBV1	HBV1
1 mois	HBV2	HBV2
3 mois	DTC. Hib+VPO	DTC. Hib
4 mois	DTC. Hib+VPO	DTC. Hib+VPO
5 mois	DTC. Hib+VPO +HBV3	DTC. Hib+VPO +HBV3
9 mois	VAR	VAR
18 mois	DTC. Hib+VPO	DTC. Hib+VPO
6 ans	DT Enfant+VPO+VAR	DT Enfant+VPO+VAR
11-13 ans	DT Adulte+VPO	DT Adulte+VPO
16-18 ans	DT Adulte+VPO	DT Adulte+VPO
Tous les 10 ans à partir de 18 ans	DT Adulte	DT Adulte
	Vaccin antigrippal	Vaccin antigrippal



ANNEXES

Annexe 1 :

Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI)

DCI Sigle Posologie / jour	Présentation	Prise par rapport aux repas	Effets secondaires	Surveillance biologique
Zidovudine AZT A: 300 mgx2/j E:150-160mg/m2x3/j	gel 100mg cp 300mg sol buv 10mg/ml	indifférente	Effets communs aux INTI* hématotoxicité myopathie céphalées hépatotoxicité	NFS CPK bilan hépatique
Lamivudine 3TC A:300 mg x1/j E:4mg/kgx2/j	cp 150 mg, cp 300mg sol buv 10mg/ml	indifférente	effets communs aux INTI* troubles gastro-intestinaux hématotoxicité hépatotoxicité	NFS bilan hépatique
Didanosine ddl A: <60kg 250mgx1/j >60kg 400mgx1/j E:240mg/m2 x 1/j	gel 250mg gel 400mg pdr sol buv 2g/ flacon	à jeun	effets communs aux INTI* pancréatites neuropathies	amylasémie lipasémie
Emtricitabine FTC A: 200 mg x 1/j	cp 200 mg			
Abacavir ABC A:300mgx2/j E:8mg/kgx2/j	cp 300mg sol buv 20mg/ml	indifférente	effets communs aux INTI* hypersensibilité troubles digestifs pancréatites	NFS amylasémie
Abacavir+Ténofovir ABC+TDF A: (300mg+425mg) x1/j	cp300/425mg			
Zidovudine/Lamivudine AZT/ddl A:300/150 mgx2/j	cp 300mg AZT et 150 mg 3TC	indifférente	effets communs aux INTI* hématotoxicité myopathie troubles digestifs hépatotoxicité	NFS CPK bilan hépatique

*Effets communs aux INTI

- Lipodystrophie
- Toxicité mitochondriale avec risque d'acidose lactique, d'hépatomégalie et de stéatose hépatique

Annexe 2 :

inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)

DCI Sigle Posologie / jour	Présentation	Prise par rapport aux repas	Effets secondaires	Surveillance biologique
Efavirenz EFV A:600mgx1/j E:200 – 400mg x 1/j	gel 100 mg gel 200 mg cp 600mg	Indifférente, à prendre le soir au coucher	vertiges éruptions cutanées troubles neuropsychiques allergie cutanée	bilan hépatique bilan lipidique
Névirapine NVP A:200mgx1/j (14j) puis 200mgx2/j ou 400 mg x1/j E:4mg/kgx1/j (14j) puis x2/j	cp 200mg susp buv 50 mg/ml	indifférente	éruptions cutanées hépatites allergie cutanée granulocytopenie <16ans	bilan hépatique NFS
Etravirine* ETV A : 200 mg x 2/j	cp 100 mg	à la fin du repas	Eruptions (incidence majorée chez les femmes) hépatites	bilan hépatique bilan lipidique

*Etravirine : en association avec d'autres ARV l'adulte prétraité en situation d'échec virologique

Annexe 3 :

inhibiteurs de la protéase (IP)

DCI Sigle Posologie / jour	Présentation	Prise par rapport aux repas	Effets secondaires	Surveillance biologique
Lopinavir/ritonavir LPV/RTV A : 2cp x 2/j E:	cp : 200/50 solution buvable contenant 80 mg de LPV + 20 mg de rtv/ml	indifférente	effets communs aux IP** Diarrhée, Flatulence Eruption cutanée Myalgies	NFS, CPK bilan rénal, hépatique, lipidique, glycémie
Atazanavir ATZ A: 400 mg x 1/J	gél 200 mg		effets communs aux IP** : Diarrhée, Flatulence Eruption cutanée Myalgies	NFS, CPK bilan rénal, hépatique, lipidique, glycémie
Raltégravir*** RAL A: 01cp x 2/j	cp 600 mg	Indifférente mais meilleure absorption si estomac plein	Céphalées Vertiges Insomnie Nausées Diarrhée Augmentations transaminases	NFS, CPK bilan rénal, hépatique, lipidique, glycémie
Ritonavir RTV A: 100mgx2/j E:	capsule 100mg	indifférente	effets communs aux IP**	NFS, CPK Bilan rénal, hépatique, lipidique glycémie

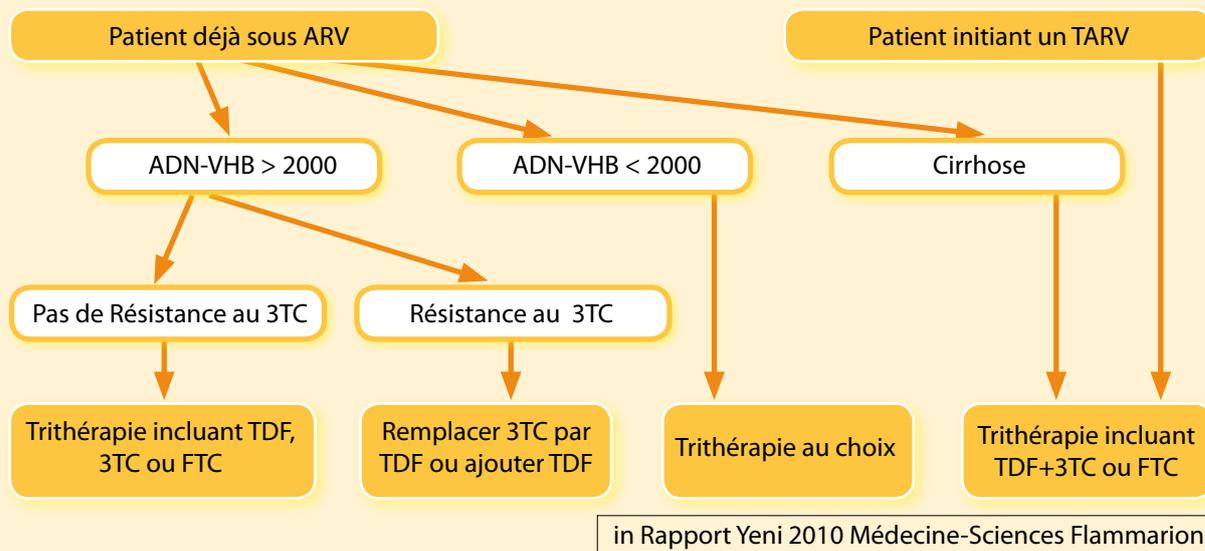
** Effets communs aux IP:

- troubles de la répartition des graisses,
- anomalies métabolisme glucido-lipidique,
- troubles musculaires

*** Indication chez un patient prétraité en échec virologique aux 3 classes (INTI, INNTI, IP) en association avec d'autres ARV

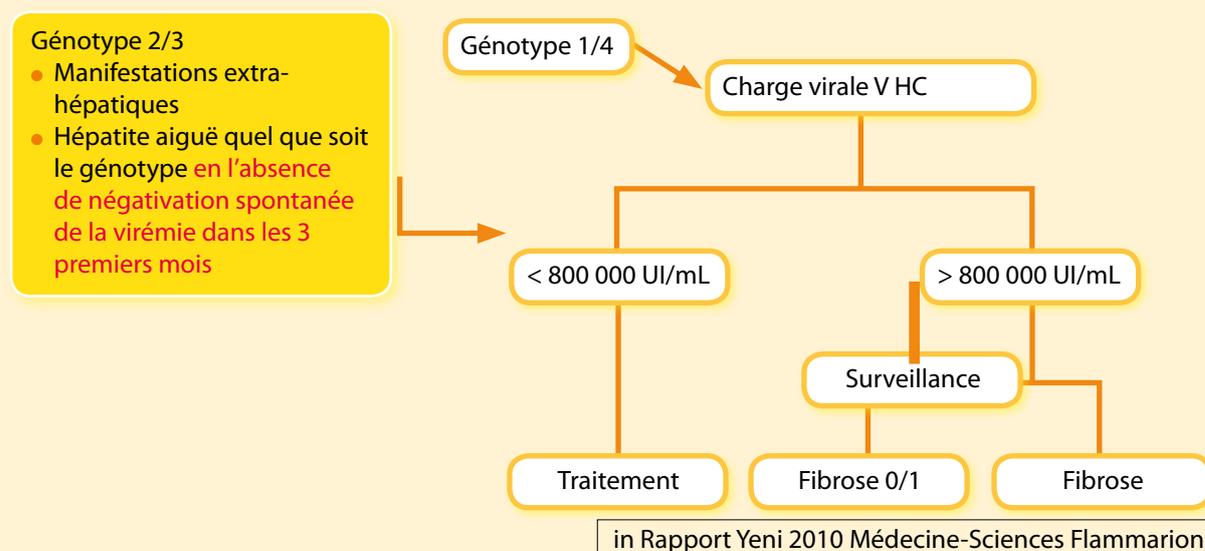
Annexe 4 :

Stratégie thérapeutique en cas de co-infection VIH-VHB



Annexe 5 :

Stratégie thérapeutique en cas de co-infection VIH-VHC



Annexe 6 :

Protocole de désensibilisation du cotrimoxazole

A débiter 06 semaines après l'allergie	
J1 :	- H0 (09h) : 0.1 ml de SMZ-TM sirop - H2 (11h) : 0.2 ml de SMZ-TM sirop - H4 (13h) : 0.5 ml de SMZ-TM sirop - H8 (17h) : 1 ml de SMZ-TM sirop
J2 :	- H24 (09h) : 2ml de SMZ-TM sirop - H30 (15h) : 4 ml de SMZ-TM sirop - H36 (21h) : 5 ml de SMZ-TM sirop
J3 :	- SMZ-TM cp : 01 comp /jour

in Rapport Yeni 2010 Médecine-Sciences Flammarion

Annexe 7 :**Liste des Participants**

Liste des participants ayant contribué à l'actualisation du consensus thérapeutique de l'infection VIH/sida et des Infections opportunistes de l'adulte et de l'enfant lors du Séminaire atelier des 29 et 30 Novembre 2010 à l'INSP :	
ABDENNOUR Djamel Eddine	Professeur en Maladies Infectieuses - CHU Constantine
AMRANE Achour	Professeur en Maladies Infectieuses - EHS Laadi Flici
AIDAOUI Mekki	Maître Assistant en Maladies infectieuses - CHU Annaba
AIT ALI SLIMANE Amar	Maître Assistant en Maladies infectieuses - EHS Laadi Flici
AIT OUBELLI Kamel	Médecin Epidémiologiste – Programme SIDA – DP/MSPRH
AKNOUCHE Kamel	Maître Assistant en Maladies infectieuses - EHS Laadi Flici
AOURANE Saliha	Maître Assistante en Maladies infectieuses - EHS Laadi Flici
BELABAS Nassima	Maître Assistante en Maladies infectieuses - EHS Laadi Flici
BENABDELLAH Anwar	Professeur en Maladies infectieuses – CHU Oran
BENHABYLES Nadjia	Médecin Epidémiologiste – INSP
BENMAKHLOUF Madjid	Médecin – Programme SIDA – DP /MSPRH
BOUZEGHOUB Salima	Maitre assistante en Microbiologie – IPA
DIF Abdelouahab	Professeur en Maladies Infectieuses - EHS Laadi Flici
DJAHMI Nassima	Maitre Assistante en Microbiologie – CHU Annaba
FILALI Aissa	Maître Assistant en Maladies infectieuses - CHU Constantine
INNAL Larbi	Chef de Bureau - DSS / MSPRH
KHALED Safia	Professeur en Microbiologie - EHS Laadi Flici
LACHEHEB Abdelmadjid	Professeur en Maladies Infectieuses - CHU Sétif
LADJALI Malika	Professeur en Epidémiologie – INSP
LAOUAR Maamar	Professeur en Maladies Infectieuses - CHU Annaba
MERZOUGUI Abdelhafid	Maître Assistant en Maladies infectieuses - HCA
MOHAMMEDI Dhakya	Maitre Assistante en Microbiologie – EHS Laadi Flici
MOUFFOK Nadjet	Professeur en Maladies infectieuses – CHU Oran
NAIM Malek	Professeur en Microbiologie – HCA
NAIR Lakhdar	Médecin Généraliste - EPH Tamanrasset
OUYAHIA Amel	Professeur en Maladies Infectieuses - CHU Sétif
SMATI Farida	Professeur en Microbiologie – CHU Constantine
ZITOUNI – BENALI Toria	Maître Assistante en Maladies infectieuses - EHS Laadi Flici

Annexe 8 :**Comité de rédaction**

Pr. ABDENNOUR Djamel Eddine
Dr AIT ALI SLIMANE Amar
Pr. AMRANE Achour
Dr AOURANE Saléha
Pr. OUYAHIA Amel
Pr. LACHEHEB Abdelmadjid
Pr. SMATI Farida

G L O S S A I R E

- AIDS** : Acquired Immuno-Deficiency Syndrome : terme anglais pour SIDA.
- Anticorps** : substances protéiques fabriquées par l'organisme pour se défendre en réaction à la présence d'agents infectieux.
- Antigène** : constituant d'un agent infectieux contre lequel l'organisme fabrique des anticorps ; le VIH est constitué de plusieurs antigènes.
- Antiprotéase** ou **inhibiteur de protéase** : médicament agissant sur le VIH en empêchant la formation de nouveaux virus par blocage d'une enzyme virale : la protéase.
- Antirétroviral** : médicament qui agit sur un virus appartenant à la famille des rétrovirus (VIH) en bloquant ou en réduisant sa multiplication.
- ARN Acide Ribonucléique** : molécule qui transmet dans la cellule l'information génétique portée par l'ADN ; le matériel génétique du VIH est constitué d'ARN.
- Asymptomatique** : absence de symptômes chez une personne atteinte d'une maladie.
- CD4** : sous population des lymphocytes T, cellules qui jouent un rôle essentiel dans la défense immunitaire et qui constituent la cible privilégiée du VIH.
- Charge virale** : appréciation quantitative du nombre de virus dans un milieu biologique donné en pratique le plasma. Elle est supposée représenter la quantité de virus actifs.
- Co-Infection** : infections qui surviennent simultanément.
- Counselling** : terme anglais qui se rapporte à une relation interpersonnelle d'aide active et soutien ayant pour but de permettre aux personnes de se sentir mieux, de se mobiliser et de développer de manière autonome des attitudes pour faire face à des situations difficiles.
- Incidence** : nombre de nouveaux cas d'une maladie ou de personnes déclarées malades, pendant une période donnée et dans une population donnée.
- PCR Polymerase Chain reaction** : technique biologique d'amplification de l'ADN, elle permet de détecter et de quantifier la présence d'un agent infectieux dans le sang ou les tissus.
- Prévention** : ensemble de mesures qui visent à éviter un événement donné (prévention primaire), à assurer un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée (prévention secondaire), et à en réduire les conséquences et les complications (prévention tertiaire).
- Prophylaxie** : mesure médicale permettant d'éviter l'apparition d'une maladie (prophylaxie primaire) ou sa reprise (prophylaxie secondaire).
- Safe sex** ou **sexe sans risque** : pratiques sexuelles qui éliminent tout risque de contamination par le VIH/sida.
- Safer sex** ou **sexe à moindre risque** : pratiques sexuelles qui limitent le risque de contamination par le VIH/sida.
- Séroconversion** : apparition des anticorps anti-VIH, le délai de séroconversion est la période qui sépare la contamination de l'apparition dans anticorps dans le sang
- Stigmatisation** : processus visant à dévaluer une personne à partir de caractéristiques ou d'attributs choisis et définis par d'autres personnes comme peu honorable ou sans valeur. La stigmatisation associée au VIH/sida part de l'idée que les personnes infectées méritent ce qui leur arrive car elles auraient fait quelque chose de mal, souvent en rapport avec la sexualité.



...it des infections
de l'adulte et de