



**DIRECTIVES POUR LA PRISE EN
CHARGE DES PVVIH
(*Côte D'Ivoire*)**

Sommaire

1. Prise en charge Adulte et Adolescent.....	3
1.1. Critères d'éligibilité.....	3
1.2. Traitement de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent.....	3
1.2.1. Sérotype VIH 1.....	3
1.2.2. Sérotype VIH 2 ou VIH dual.....	7
1.3. Traitement de l'infection à VIH chez la femme enceinte.....	9
1.3.1. Femme enceinte éligible, naïve.....	9
1.3.2. Femme enceinte issue de la PTME.....	9
1.4. Suivi clinique.....	9
1.5. Suivi biologique.....	10
2. Prise en charge Enfant.....	10
2.1. Critères d'éligibilité.....	10
2.1.1. Enfant de moins de 2 ans (≤ 2 ans).....	10
2.1.2. Enfant de 2 à 5 ans ($2 \text{ ans} < \text{âge} < 5 \text{ ans}$).....	10
2.1.3. Enfant de 5 ans et plus (≥ 5 ans).....	11
2.2. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH/sida chez l'enfant.....	11
2.2.1. Sérotype VIH 1.....	11
2.2.2. Sérotype VIH 2 ou VIH 1 et 2.....	14
2.3. Suivi clinique.....	15
2.4. Suivi biologique.....	15
2.4.1. Bilan initial et pré thérapeutique.....	15
2.4.2. Bilan de suivi.....	16
3. Traitement antirétroviral des violences sexuelles, des accidents d'exposition au sang (AES) et autres liquides biologiq.....	17
3.1. Premiers soins en urgence en cas d'AES.....	17
3.2. CAT en cas d'AES.....	17
ANNEXES.....	i

1. Prise en charge Adulte et Adolescent

1.1. Critères d'éligibilité

- Patients asymptomatiques (OMS 1, CDC A) ou stades cliniques (OMS 2-3, CDC B) avec $CD4 \leq 350$ cellules/ml ;
- Stades cliniques OMS 4 ou CDC C quelque soit la valeur des CD4.
- Tout patient dont le taux de CD4 $<15\%$

1.2. Traitement de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent

1.2.1. Sérotype VIH 1

a) Régimes thérapeutiques de première ligne

a-1 Patients sans autres facteurs de co-morbidité et naïfs



- Phase initiale (14 premiers jours)

Matin	AZT300mg + 3TC150mg +NVP200mg
Soir	AZT300mg + 3TC150mg

Si après cette phase initiale, il n'y a aucun signe clinique en faveur d'une intolérance de la prise de NVP (syndrome de Lyell ou de Steven Johnson, ictère), il faut passer à la phase d'entretien.

- Phase d'entretien à partir de j 15

Matin	AZT300mg + 3TC150mg +NVP200mg
Soir	AZT300mg + 3TC150mg +NVP200mg

NB : contrôle ALAT(TGP) à M1

- Si valeur VN $<ALAT < 3VN$ (la valeur normale (105 UI/L), appliquer les modalités d'arrêt de la NVP qui consistent à retirer la NVP et à poursuivre l'association AZT + 3TC pendant 10 jours.

A partir du 11ème jour, introduire l'EFV en remplacement de la NVP. Le régime thérapeutique est :

AZT + 3TC + EFV

¹ AZT : Zidovudine

² 3TC : Lamivudine

³ NVP : Névirapine

Matin	AZT300mg + 3TC150mg
Soir	AZT300mg + 3TC150mg +EFV600mg*

En cas d'intolérance à la Névirapine et à l'Efavirenz ou en cas de contre indication à la Névirapine et la non disponibilité de l'Efavirenz, le schéma de trithérapie préconisé comporte 3 INTI. La combinaison recommandée est :

TDF + 3TC + AZT

Matin	AZT300mg + 3TC150mg
Soir	AZT300mg + 3TC150mg +TDF300mg*

La NVP est aussi contre-indiquée à l'initiation du traitement ARV chez toute femme ayant un taux de CD4>250/mm³ et chez les hommes ayant un taux de CD4>400/mm³. L'Efavirenz, sera prescrit dans ce cas à la place de la Névirapine.

AZT + 3TC + EFV

Matin	AZT300mg + 3TC150mg
Soir	AZT300mg + 3TC150mg +EFV600mg*

a-2 En cas de coïnfection avec la tuberculose

- Initier le traitement antirétroviral pendant le traitement antituberculeux
Pour toute forme de tuberculose quelque soit le taux de CD4
 - Tuberculose pulmonaire
 - Tuberculose extra pulmonaire
 - Pour toute rechute de tuberculose

- Le traitement antirétroviral débutera 2 semaines après l'initiation du traitement antituberculeux

AZT + 3TC + EFV

Matin	AZT300mg + 3TC150mg
Soir	AZT300mg + 3TC150mg +EFV600mg⁴

si le patient co-infecté TB/VIH est anémié

TDF + 3TC + EFV

Soir	TDF 300mg + 3TC300mg+EFV600mg
------	--------------------------------------

Le schéma de trithérapie à base de 3 INTI est préconisé en cas de contre-indication à l'Efavirenz et si le taux de CD4>200/mm³. La combinaison recommandée est :

AZT + 3TC + TDF

Matin	AZT300mg + 3TC150mg
Soir	AZT300mg + 3TC150mg +TDF300mg

* EFV : Efavirenz se donne en une prise unique le soir au coucher

a-3 En cas de coïnfection avec l'hépatite virale B

Le dépistage de l'hépatite virale B (cf. algorithme national), doit être pris en compte dans le bilan initial.

Le traitement antirétroviral est initié chez le patient co-infecté VIH/VHB

- Pour un taux de CD4 < 500 cellules /ml quel que soit le stade clinique.

Si ALAT < 3N

TDF + 3TC + EFV

Soir	TDF 300mg + 3TC300mg+EFV600mg
------	--------------------------------------

Si ALAT > 3N

-prescrire LPV-r à la place de l'Efavirenz si le taux de CD4 < 200/mm³

TDF + 3TC + LPV/r

Matin	TDF 300mg + 3TC 300mg + LPV-r (200/50 mg x 2)
Soir	LPV-r (200/50 mg x 2)

-prescrire le schéma avec 3INTI si le taux de CD4 ≥ 200/mm³

- Pour les Patients co-infecté VIH/VHB ayant un taux de CD4 ≥ 500/mm³.

Si au bilan initial l'ALAT ≥ 2N, il faut faire un contrôle de l'ALAT à J30. Il faut initier le traitement ARV si l'ALAT ≥ 2N à J30 avec une diminution de moins de 50% de la valeur de départ.

Il faut s'abstenir de mettre le patient sous trithérapie ARV si l'ALAT < 2N ou si on obtient une diminution des transaminases de plus de 50% de la valeur de départ

a-4 En cas d'anémie

En cas anémie avec un taux d'hémoglobine (Hb) ≤ 9 g/dl (grade 3 de l'OMS) constatée à l'initiation du traitement ARV ou au cours de la trithérapie, il faut remplacer l'AZT par le **TDF**. **La névirapine** sera également remplacée par l'**Efavirenz**

Le régime thérapeutique devient :

TDF+3TC+EFV

Soir	TDF300mg + 3TC 300mg+EFV600mg
------	--------------------------------------

Pour les patients sous TDF, vérifier la Clairance de la créatinine selon Cockcroft et Gault dont la formule est :

- Chez l'**homme** = $1.25 \times \text{Poids (kg)} \times (140 - \text{âge}) / \text{créatinine } (\mu\text{mol/l})$

- Chez la **femme** = $1.04 \times \text{Poids (kg)} \times (140 - \text{âge}) / \text{créatinine } (\mu\text{mol/l})$

a-5 En cas d'insuffisance rénale

Pour les patients présentant des troubles de la fonction rénale associée à une anémie sévère, les prescriptions seront faites sur avis du centre de référence de prise en charge des PVVIH. A cet effet les molécules ARV à utiliser seront l'Abacavir (ABC) en première intention et la Didanosine (DDI) en deuxième intention (si allergie à l'Abacavir).

ABC + 3TC+ NVP

Matin	ABC600mg + 3TC 300mg + NVP200mg
Soir	NVP200mg

b) Régimes thérapeutiques de deuxième ligne

Ce régime est préconisé en cas d'échec thérapeutique. Le moyen diagnostic retenu est l'échec clinique et immunologique à confirmer avec l'échec virologique.

Le patient est mis sous régime thérapeutique de deuxième ligne :

- lorsque la charge virale est supérieure à 1000 copies après 6 mois de traitement antirétroviral continu de première ligne.
- Si sous traitement antirétroviral de première ligne, la charge virale ne baisse pas de plus d'un log au contrôle virologique prévu selon le calendrier de suivi après 3 mois de renforcement de l'observance.

Le schéma proposé en deuxième ligne associe **2INTI + LPV/r ou ATZ/r**

INTI en première ligne	Choix d'INTI de seconde ligne	Inhibiteur de protéase
AZT + 3TC	TDF + 3TC ou FTC	LPV/r ou ATZ/r
TDF + 3TC ou FTC	AZT + 3TC	LPV/r ou ATZ/r

Si la combinaison AZT+3TC a été utilisée en première ligne, la combinaison d'INTI recommandée en seconde ligne est TDF+FTC ou TDF+3TC

Si la combinaison TDF +FTC ou 3TC a été utilisée en première ligne, la combinaison d'INTI recommandée en seconde ligne est AZT + 3TC.

En cas de trithérapie à base de 3INTI en 1^{ère} ligne: TDF +3TC + AZT ou TDF + FTC + AZT, le traitement de 2^{ème} ligne associera DDI+3TC+LPV-r ou ABC+3TC+LPV-r.

b-1 Patients sans autres facteurs de co-morbidité

Le traitement ARV de choix est le schéma associant

TDF + 3TC +LPV-r

Matin	TDF 300mg +3TC 300mg +LPV-r (200/50 mg x 2)
Soir	LPV-r (200/50 mg x 2)

b-2 Patients co-infectés TB/VIH (sur avis du centre de référence)

AZT + 3TC +LPV-r (r super booster)

Matin	AZT 300mg + 3TC 150 mg + LPV-r (200/50 mg x 2) + r 100mg
Soir	AZT 300mg + 3TC 150 mg + LPV-r (200/50 mg x 2) + r 100mg

En cas d'intolérance ou de contre-indications au LPV/r, on utilisera Saquinavir/r(Ritonavir à 200 mg x 2/j)

Si le régime de première ligne était AZT+3TC+EFV, en deuxième ligne le patient recevra le régime :

TDF + 3TC+ LPV/r (Lopinavir super boosté par le Ritonavir 100mg)

Matin	LPV-r (200/50 mg x 2) + RT 100mg
Soir	TDF 300mg + 3TC 300 mg+ LPV-r (200/50 mg x 2) + RT 100mg

b-3 Patients Co-infectés avec l'hépatite virale B (sur avis du centre de référence)

AZT + 3TC+ LPV/r

Matin	AZT 300mg + 3TC 150mg + LPV-r (200/50 mg x 2)
Soir	AZT 300mg + 3TC 150mg + LPV-r (200/50 mg x 2)

NB : Pour les patients présentant une intolérance ou une contre-indication au lopinavir ; l'alternative sera l'ATZ boosté par le Ritonavir

c) Régimes thérapeutiques de 3ème ligne (Réservé au centre de référence)

Darunavir/boosté par le Ritonavir + Raltégravir + 2INTI*

Matin	DRV 600mg/r 100mg + RAL 400mg+ 2 INTI*
Soir	DRV 600mg/r 100mg + RAL 400mg+ 2 INTI*

*Les 2 INTI seront choisis en fonction de l'histoire du malade et des tests génotypiques de résistance.

La prise en charge des patients en troisième ligne ou en multi échecs se fait dans les centres de référence pour les patients adultes, adolescents et les enfants vivant avec le VIH.

1.2.2. Sérotype VIH 2 ou VIH dual

a) Régimes thérapeutiques de première ligne

a-1 Patients sans autres facteurs de co-morbidité et naïfs

AZT + 3TC + LPV/r

Matin	AZT 300mg + 3TC 150mg + LPV-r (200/50 mg x 2)
Soir	AZT 300 mg + 3TC 150mg + LPV-r (200/50 mg x 2)

NB: ATZ a une faible efficacité sur le VIH2

a-2 En cas de co-infection avec la tuberculose (sur avis du centre de référence)

Si CD4 < 200/ mm³ : **AZT + 3TC + LPV-r avec le Ritonavir 200 mg x 2/j**

Matin	AZT 300mg + 3TC 150mg + LPV-r (200/50 mg x 2) + r100mg
-------	---

Soir	AZT 300mg + 3TC 150mg + LPV-r (200/50 mg x 2) + r100mg
------	---

En cas d'intolérance ou de contre-indications au LPV-r, on utilisera le SQV/r (r super boosté à raison de 200 mg x 2/j).

Si CD4 > 200/mm3 : **AZT +3TC + TDF**

Matin	AZT 300mg + 3TC 150mg +TDF 300mg
Soir	AZT 300 mg + 3TC 150mg

a-3 En cas de coïnfection avec l'hépatite virale B (sur avis du centre de référence)

Si CD4 < 200/mm3: **TDF+ 3TC + LPV/r**

Matin	TDF 300mg + 3TC 300mg + LPV-r (200/50 mg x 2)
Soir	LPV-r (200/50 mg x 2)

Si CD4 ≥ 200/mm3 : **TDF+ 3TC + LPV/r ou TDF+ 3TC + AZT**

Matin	TDF300mg + 3TC 150mg + AZT 300mg
Soir	AZT 300mg+ 3TC 150mg

a-4 En cas d'anémie

TDF + 3TC + LPV-r

Matin	TDF 300mg + 3TC 300mg + LPV-r (200/50 mg x 2)
Soir	LPV-r (200/50 mg x 2)

b) Régimes thérapeutiques de deuxième ligne :

Les patients avec ou sans facteurs de co-morbidité et autres : (la conduite à tenir sera donné par le centre de référence)

1.3. Traitement de l'infection à VIH chez la femme enceinte

Le traitement ARV doit être débuté chez toute femme enceinte ayant des CD4 <350 /mm3 dès la 14^{ème} semaine de grossesse.

1.3.1. Femme enceinte éligible, naïve

a) Régimes thérapeutiques de première ligne

- **En cas de VIH1**

Si CD4 < 250/mm3 : AZT +3TC + NVP

Si CD4 > 250/mm3 : AZT + 3TC + EFV

- **En cas de VIH2 ou dual**

AZT + 3TC + LPV/r

b) Régimes thérapeutiques de seconde et troisième lignes

La prise en charge des femmes enceintes en deuxième ou troisième ligne se fait au centre de référence.

1.3.2. Femme enceinte issue de la PTME

AZT + 3TC + LPV/r

1.4. Suivi clinique

TYPE D'EXAMEN	JO	J15	M1	M3	M6	M12
Examen clinique est pratiqué afin de classer le malade en fonction de la classification de l'OMS ou du CDC	X					
Recherche systématique de la tuberculose sera réalisée au début et à chaque visite du patient	X	X	X	X	X	X
Examen gynécologique systématique sera réalisé pour rechercher des lésions précancéreuses avec IVA (Inspection Visuelle avec application d'acide acétique)	X					X
Recherche des 5 étapes de la prévention positive	X			X	X	X
Examen anthropométrique pour évaluer l'état nutritionnel du malade (poids/taille/IMC)	X			X	X	X
Examen clinique complet dont le but est de rechercher une infection opportuniste permettant de reclasser le malade selon la classification de l'OMS ou du CDC ou d'apprécier le retentissement de la prise médicamenteuse.		X	X	X	X	X

1.5. Suivi biologique

BILAN	Type d'examen	JO	M1	M3	M6	M12	M18	M24
BILAN INITIAL:	Sérologie VIH	X						
	Numeration CD4	X						
	NFS	X						
	ALAT	X						
	Créatininémie*	X						
	Glycémie	X						
	Ag HBS	X						
	Test de grossesse**	X						
Radiographie pulmonaire	X							
BILAN DE SUIVI: sans traitement	Numeration CD4				X	X	X	X
	NFS				X	X	X	X
	Créatininémie				X	X	X	X
	ALAT				X	X	X	X
	Glycémie				X	X	X	X
BILAN DE SUIVI: sous traitement	Numeration CD4				X	X	X	X
	NFS (AZT) ***			X*	X	X	X	X
	ALAT(NVP) ****		X**	X**	X	X	X	X
	Créatininémie				X	X	X	X
	Glycémie				X	X	X	X
	Charge Virale				X	X		X

* l'utilisation des bandelettes urinaires (si disponible) est recommandée pour mesurer la protéinurie lors des visites de suivi clinique des patients recevant du Ténofovir

**Le test de grossesse urinaire est réservé aux FAP, susceptible d'être exposée à l'EFV au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse

*** Le contrôle du taux de l'Hb se fera à M3 pour tout patient sous AZT

**** Le contrôle de l'ALAT se fera à M1 et M3 pour tout patient sous NVP

2. Prise en charge Enfant

2.1. Critères d'éligibilité

2.1.1. Enfant de moins de 2 ans (≤ 2 ans)

- Tout enfant de moins de 2 ans positif au VIH (PCR positive pour les moins de 18 mois ou sérologie positive pour les plus de 18 mois) est systématiquement éligible au traitement ARV quelque soit le taux de CD4 et le stade clinique.

2.1.2. Enfant de 2 à 5 ans ($2 \text{ ans} < \text{âge} < 5 \text{ ans}$)

- Tout enfant dont l'âge est compris entre 2 et 5 ans est éligible au traitement, si le pourcentage des CD4 est $\leq 25\%$ quelque soit le

stade clinique OMS, CDC

- Tout enfant dont l'âge est compris entre 2 et 5 ans est éligible au traitement, si stade clinique OMS 3-4 ou CDC B-C et quelque soit le pourcentage des CD4

2.1.3. Enfant de 5 ans et plus (≥ 5 ans)

- Stades cliniques OMS 1-2, CDC N, A (patient asymptomatique) et $CD4 \leq 350$ cellules/mm³
- Stades cliniques OMS 3-4, CDC B et C quelque soit les CD4

Récapitulatif des critères biologiques d'éligibilité dans le cas général

Age	≤ 2 ans	De 2 à 5 ans	≥ 5 ans
CD4 en %	Tous les enfants	<25%	N/A (non applicable)
CD4 (cell/mm ³)		<750	≤ 350

2.2. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH/sida chez l'enfant

2.1.1. Sérotype VIH 1

Enfant de moins de 5 ans (< 5 ans)

Régimes thérapeutiques de première ligne

A- Enfant sans facteur de co-morbidité et naïf

- Si âge < 3 ans : **AZT⁵ + 3TC⁶ + NVP⁷**
- Si âge ≥ 3 ans ou poids ≥ 10 Kg : **AZT + 3TC + EFV⁸ ou NVP**

B- Enfant avec facteur de co-morbidité

- **Si anémie (Hb < 8g/dl) :**
 - Si âge < 3 ans : **ABC + 3TC +NVP**
 - Si âge ≥ 3 ans ou poids ≥ 10 Kg : **ABC + 3TC + EFV ou NVP**
- **Si co-infection VIH/tuberculose (VIH/TB) :**

Chez les enfants co-infectés VIH/TB, initier le traitement ARV quelque soit le type de tuberculose

⁵ Zidovudine

⁶ Lamivudine

⁷ Névirapine

⁸ Efavirenz

Démarrer le traitement ARV deux semaines après l'initiation du traitement antituberculeux.

- Si âge < 3 ans : **AZT + 3TC + ABC⁹**
- Si âge ≥ 3ans ou poids ≥ 10 Kg: **AZT + 3TC+EFV**

▪ ***Si co-infection VIH/VHB :***

Chez les patients co-infectés VIH/VHB, initier le traitement ARV dans le cas suivant:
CD4 < 500 cellules /mm³ ou taux de CD4 < 25 % quel que soit le stade clinique.
Le dépistage de l'hépatite virale B doit être pris en compte dans le bilan initial.

- Si transaminases < 3N
 - Si âge < 3 ans : **AZT + 3TC + NVP**
 - Si âge ≥ 3ans ou poids ≥ 10 Kg : **AZT + 3TC + EFV**
 - Si transaminases > 3 N : passer au régime de 2ème ligne quel que soit l'âge : **AZT + 3TC + LPV/r¹⁰**
- ***Enfant issu de la PTME :***
- Si âge < 12 mois : **AZT + 3TC + LPV/r**
 - Si âge ≥ 12 mois : **AZT + 3TC + NVP**

Régimes thérapeutiques de deuxième ligne

A- *Enfant sans facteur de co-morbidité*

- **ABC + 3TC + LPV/r**

B- *Enfant avec facteur de co-morbidité*

- *Si anémie (Hb < 8g/dl) : ABC+ 3TC + LPV/r*
- *Si co infection VIH/TB : réservé au centre de référence*
- *Si co infection VIH/VHB : ABC+ 3TC + LPV/r*
- *Si enfant issu de la PTME : réservé au centre de référence*

Enfant de 5 ans et plus

Enfant entre 5 et 13 ans (5 ans ≤ âge ≤ 12 ans)

Régimes thérapeutiques de première ligne

A-Enfant sans facteur de co-morbidité et naïf

- **AZT + 3TC + NVP ou EFV**

B-Enfant avec facteur de co-morbidité

- *Si anémie (Hb < 8 g/dl) : ABC + 3TC + NVP*
- *Si co infection VIH/TB : AZT + 3TC + EFV*

⁹Abacavir

¹⁰Lopinavir/ Ritonavir

- *Si co infection VIH/VHB: AZT + 3TC + EFV*
- *Si transaminases < 3N : AZT+3TC + EFV*
- *Si transaminases > 3N : AZT +3TC + LPV/r*

Régimes thérapeutiques de deuxième ligne

A-Enfant sans facteur de co-morbidité

- **ABC + 3TC + LPV/r**

B-Enfant avec facteur de co-morbidité

- *Si anémie (Hb <8 g/dl) : ABC + 3TC + LPV/r*
- *Si Co-infection VIH/TB : réservé au centre de référence*
- *Si Co-infection VIH/VHB : réservé au centre de référence*

Enfant de 13 à 15 ans (13 ans < Age ≤ 15 ans)

Régimes thérapeutiques de première ligne

A-Enfant sans facteur de co-morbidité et naïf

- **AZT + 3TC + NVP**

B-Enfant avec facteur de co-morbidité

- *Si anémie (< 8 g/dl) : TDF¹¹ + 3TC + EFV*
- *Si co-infection VIH/TB : AZT + 3TC + EFV*
- *Si co-infection VIH/VHB :*
 - *Si transaminases < 3N : TDF+3TC + EFV*
 - *Si transaminases > 3N : TDF +3TC + LPV/r*

NB : Calculer la clearance de la créatinine avant de mettre un patient sous TDF
En cas de correction de l'anémie, remplacer TDF par AZT

Régimes thérapeutiques de deuxième ligne

A-Patient sans facteur de co-morbidité

- **TDF + 3TC + LPV/r**

B-Patient avec facteur de co-morbidité

- *Si anémie (Hb <8 g/dl) : TDF + 3TC + LPV/r*
- *Si Co-infection VIH/TB : réservé au centre de référence*
- *Si Co-infection VIH/VHB : réservé au centre de référence*

NB : Pour les patients présentant des effets indésirables graves avec le LPV/r ; l'alternative sera l'ATV/r¹²

¹¹Ténofovir

¹² Atazanavir/Ritonavir

2.1.2. Sérotype VIH 2 ou VIH 1 et 2

Enfant de moins de 5 ans (< 5 ans)

Régimes thérapeutiques de première ligne

A- Enfant sans facteur de co-morbidité

- AZT + 3TC + LPV/r

B- Enfant avec facteur de co-morbidité

- Si anémie (Hb < 8g/dl) : ABC+ 3TC + LPV/r
- Si co-infection VIH/TB : AZT + 3TC + ABC
- Si co-infection VIH/VHB :
 - Si transaminases < 3N : AZT + 3TC + ABC
 - Si transaminases > 3N : AZT + 3TC + LPV/r
- Si enfant issu de la PTME : AZT + 3TC + LPV/r

NB : Enfant issu de la PTME infecté par le VIH 2 : investiguer pour confirmer car la transmission mère enfant du VIH2 est très faible

Régimes thérapeutiques de deuxième ligne : Réserver au centre de référence

Enfant de 5 ans et plus

Enfant de 5 à 13 ans (5 ans ≤ âge ≤ 12 ans)

Régimes thérapeutiques de première ligne

A- Enfant sans particularité

- AZT +3TC + LPV/r

B- Enfant avec particularité

- Si anémie (Hb < 8 g/dl) : ABC + 3TC + LPV/r
- Si co-infection VIH/TB : AZT +3TC + ABC
- Si co-infection VIH/VHB : AZT + 3TC+ LPV/r

Régimes thérapeutiques de deuxième ligne

Réservé au centre de référence

Enfant de 13 à 15 ans (13 ans < Age ≤ 15 ans)

Régimes thérapeutiques de première ligne

A-Patient sans facteur de co-morbidité

- AZT +3TC + LPV/r

B-Patient avec facteur de co-morbidité

- Si anémie (Hb <8 g/dl) : TDF + 3TC + LPV/r

- *Si co-infection VIH/TB : AZT + 3TC + TDF*
- *Si co-infection VIH/VHB : TDF+ 3TC + LPV/r*

Régimes thérapeutiques de deuxième ligne

Réservé vers un centre de référence

2.3. Suivi clinique

- A l'enrôlement, un examen clinique complet sera pratiqué afin de :
 - Classer l'enfant en fonction de la classification de l'OMS ou du CDC
 - Evaluer l'état nutritionnel
 - Déterminer le statut vaccinal
 - Apprécier le développement staturo-pondéral et psychomoteur
- Rechercher activement une tuberculose (en utilisant la fiche de screening).
- Tous les enfants enrôlés doivent bénéficier tous les 3 mois d'un examen clinique complet. Le but de cet examen clinique est de :
 - Rechercher une infection opportuniste permettant de reclasser le malade selon la classification de l'OMS ou du CDC
 - Apprécier le développement staturo-pondéral et psychomoteur
 - Evaluer l'état nutritionnel
 - Apprécier l'observance au traitement et le retentissement de la prise médicamenteuse
 - Rechercher activement une tuberculose.

NB : Cas particulier de l'enfant exposé

Un plan de suivi clinique de l'enfant exposé au VIH sera négocié avec le parent de l'enfant en se basant sur le calendrier vaccinal. L'enfant exposé doit bénéficier à partir de 6 semaines d'âge :

- d'un dépistage précoce
- de l'initiation d'une prophylaxie au cotrimoxazole.
- de sa première dose de DTCOQ polio+Act Hib+Hépatite B

2.4. Suivi biologique

2.4.1. Bilan initial et pré thérapeutique

Dès l'identification de la séropositivité de l'enfant de plus de 6 semaines, le bilan initial doit être pratiqué. Il permet de

- Déterminer (avec les résultats de l'examen clinique) si l'enfant est éligible au traitement antirétroviral (ARV)
- Identifier le moment le plus propice pour commencer le traitement ARV
- Déterminer le traitement ARV le plus adapté.

NB : L'enfant dont l'âge est ≤ 2 ans est systématiquement éligible au traitement ARV, le bilan sera réalisé dans ce cas pour déterminer le traitement ARV le plus adapté.

Examens biologiques	J0
Sérologie VIH	X
Comptage CD4	X
Hémogramme	X
Transaminases ALAT	X
Glycémie	X
Créatinémie	X
Ag HBS	X
Radiographie pulmonaire	X

2.4.2. Bilan de suivi

Le bilan de suivi biologique n'est pas le même lorsque l'enfant séropositif au VIH est sous traitement antirétroviral et lorsqu'il ne l'est pas. Il doit être pratiqué tous les 6 mois avec cependant certaines particularités pour les enfants sous traitement ARV.

a) Bilan de suivi de l'enfant non éligible au traitement ARV

Examens biologiques	Tous les 6 mois
Comptage CD4	X
Hémogramme	X
Transaminases ALAT	X
Créatinémie	X
Glycémie	X

b) Bilan de suivi de l'enfant éligible au traitement ARV

Examens biologiques	M1	M3	M6	M12 puis tous le 6 mois
Comptage CD4			X	X
Hémogramme		X*	X	X
Transaminases ALAT	X**	X**	X	X
Glycémie			X	X
Créatinémie			X	X
Ag HBS				X****
Charge virale			X***	X***

* *Enfant sous AZT*

** *Enfant sous NVP*

*** *2 Charges virales la première année puis 1 par an*

**** *Dosage Ag HBS 1 fois par an*

3. Traitement antirétroviral des violences sexuelles, des accidents d'exposition au sang (AES) et autres liquides biologiques

3.1. Premiers soins en urgence en cas d'AES

La conduite à tenir après un AES doit être connue de tous et faire l'objet de procédure écrite affichée dans les locaux de soins.

Nettoyer la lésion à l'eau courante et au savon ou à l'eau, puis rincer ; pour les muqueuses rincer à l'eau ou au sérum physiologique.

Réaliser l'antiseptie avec de l'eau de javel à 12° dilué au 1/10, le temps de contact doit être au moins de 5 minutes.

3.2. Conduite à tenir en cas d'AES

- Faire le prélèvement du patient exposé
- Faire le prélèvement du sujet source
- Si le patient exposé est séronégatif pour le VIH et le sujet source est VIH+ ou de statut inconnu
- Initier la chimio prophylaxie
 - **Pour les adultes : TDF +3TC + LPV/r**

Matin	TDF 300mg + 3TC 300mg + LPV-r (200/50 mg x 2)
Soir	LPV-r (200/50 mg x 2)

- **Pour les patients de moins de 13 ans : AZT +3TC + LPV/r**

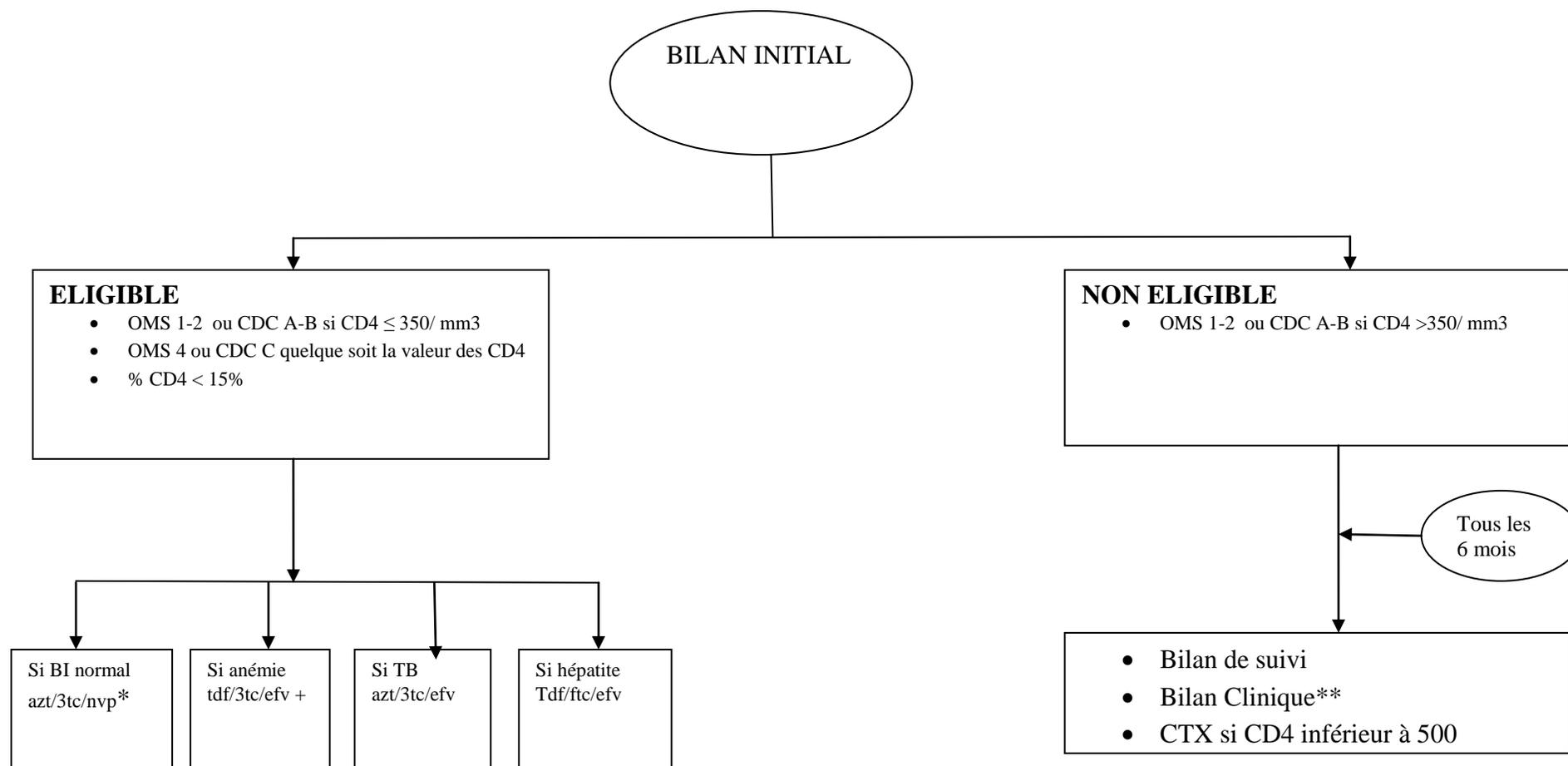
La chimio prophylaxie doit débuter avant la 48^{ème} heure après l'exposition et va durer 30 jours.

Le bilan biologique avant le début de la prophylaxie et le suivi biologique est le suivant :

- A J0 sérologie VIH, Ag HBs, sérologie VHC, NFS, transaminases et créatinine
 - A M1 sérologie VIH, Ag HBs, sérologie VHC,
 - A M4. Sérologie VIH, Ag HBs, sérologie VHC,
 - Faire la déclaration de l'AES au médecin du travail, au Surveillant d'unité de Soins
 - Faire la déclaration aux autorités judiciaires en cas de violences sexuelles
-
- Si le patient exposé est séropositif pour le VIH, l'orienter pour sa prise en charge VIH.

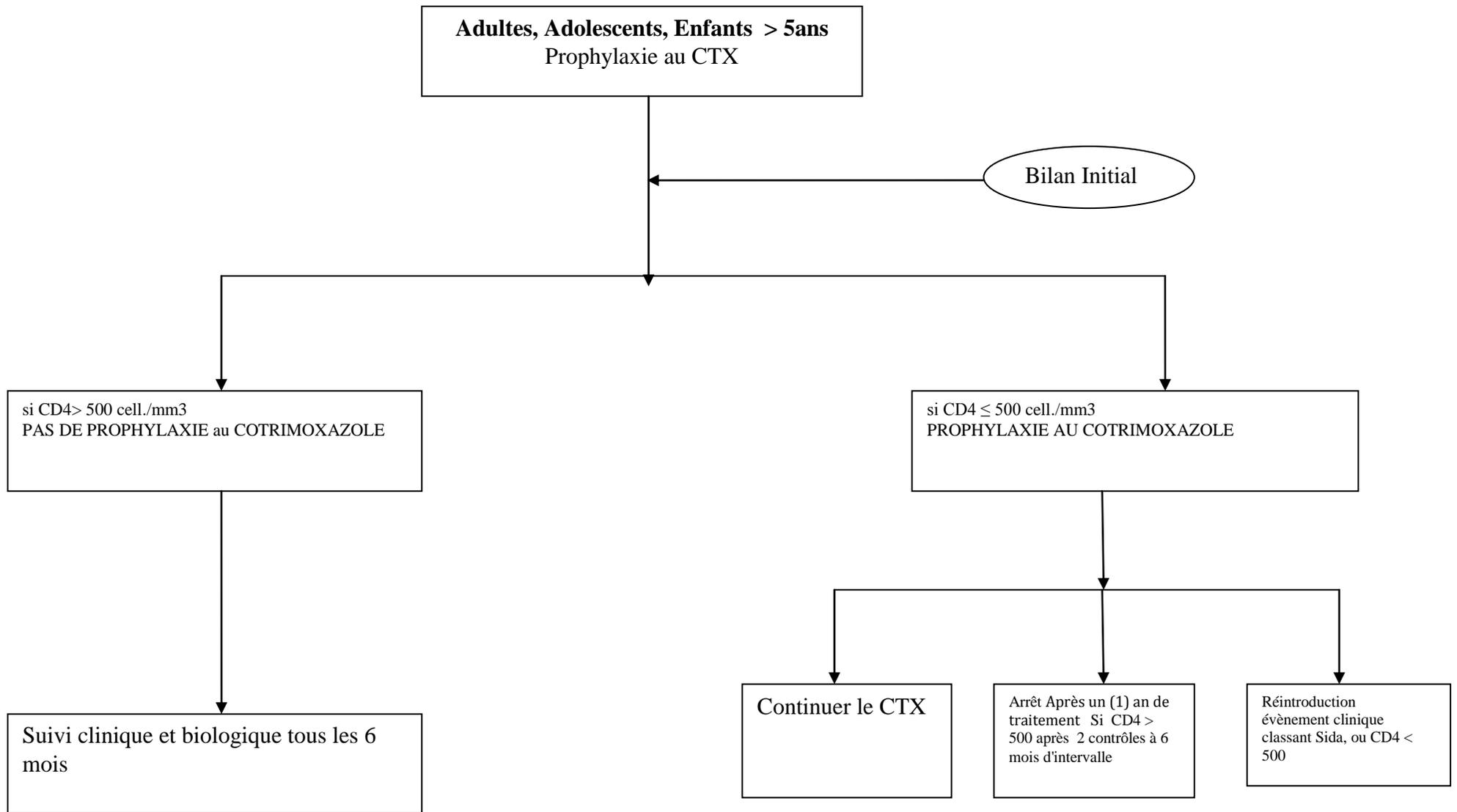
ANNEXES

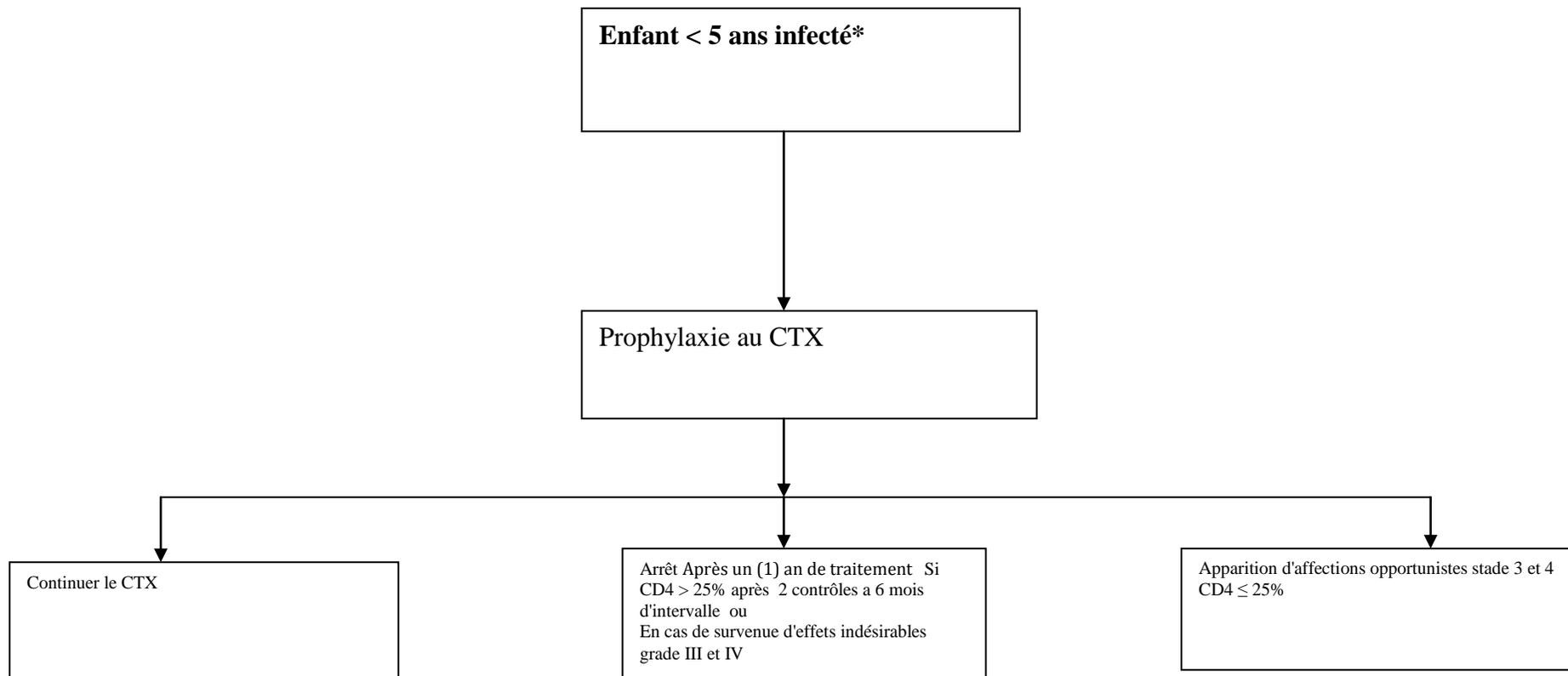
ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DE L'ADULTE INFECTÉ PAR LE VIH



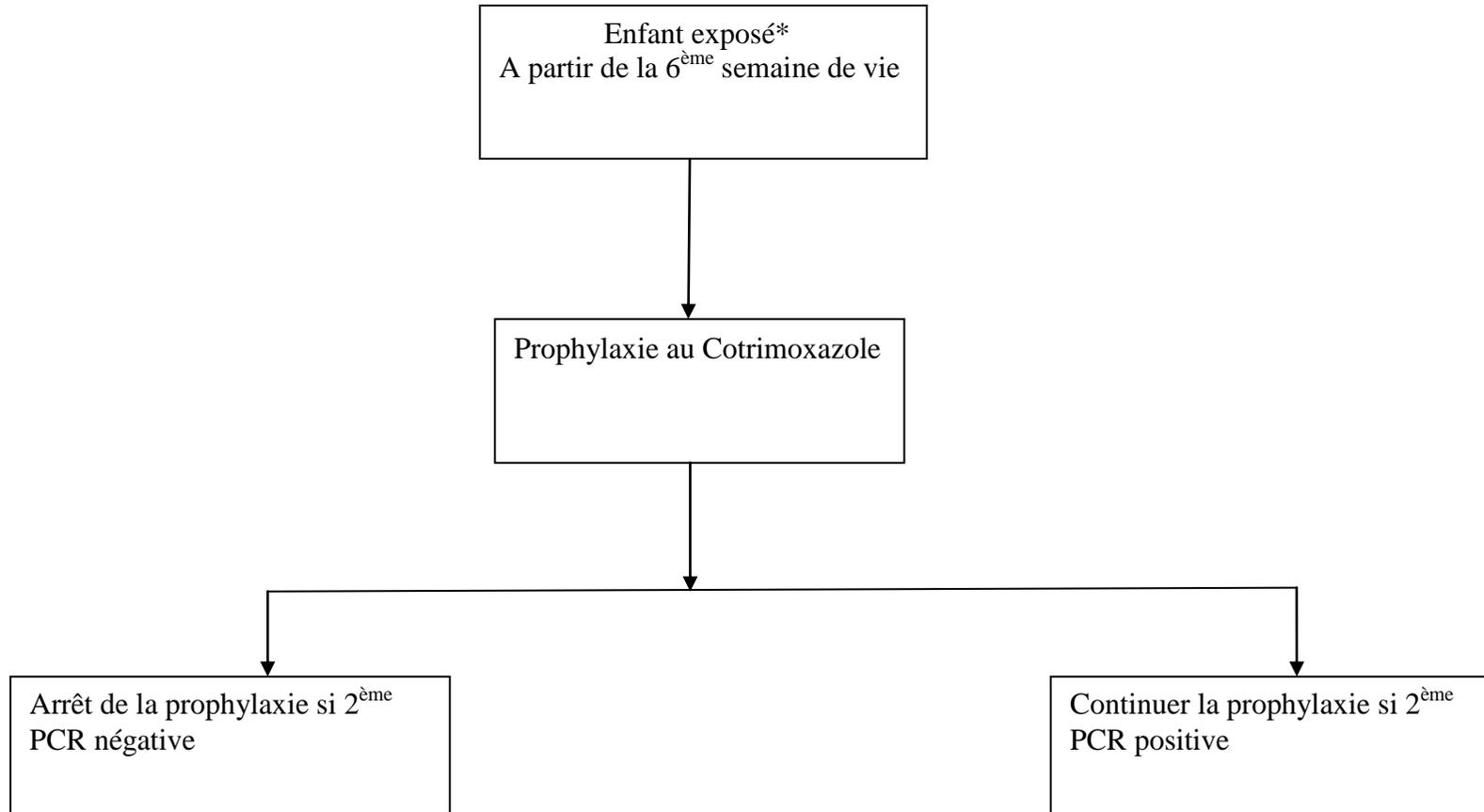
*en cas de VIH 2 ou VIH 1 et 2 la NVP ou EFV sera remplacé par un IP (LPV ou ATV) boosté par le Ritonavir

**bilan clinique y compris la Prévention positive, le dépistage du cancer du col,





*enfants de moins de 12 mois dont le diagnostic est confirmé par PCR et $CD4 \leq 25\%$, enfants entre 1 et 5ans dont le diagnostic est confirmé par tests rapides et $CD4 \leq 25\%$,



*enfant né d'une mère séropositive au VIH et dont le statut n'est pas encore confirmé
NB : en absence de PCR attendre 12 mois pour réaliser la sérologie VIH

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DEVANT UN ENFANT DE STATUT VIH INCONNU
Age ≤ 2 ANS

**STATUT
SEROLOGIQUE VIH DE
LA MERE CONNU ?**

**FAIRE
SEROLOGIE
DE LA MERE**

NON

OUI

NEGATIVE

POSITIVE

NEGATIVE

- CONSEILS
- SUIVI ENFANT SAIN

**DEPISTAGE DE
L'ENFANT**
*PCR si Enfant <12Mois
Sérologie si Enfant ≥12 Mois
Se référer à l'algorithme de
dépistage

**PCR ou
SEROLOGI
E
POSITIVE ?**

vi

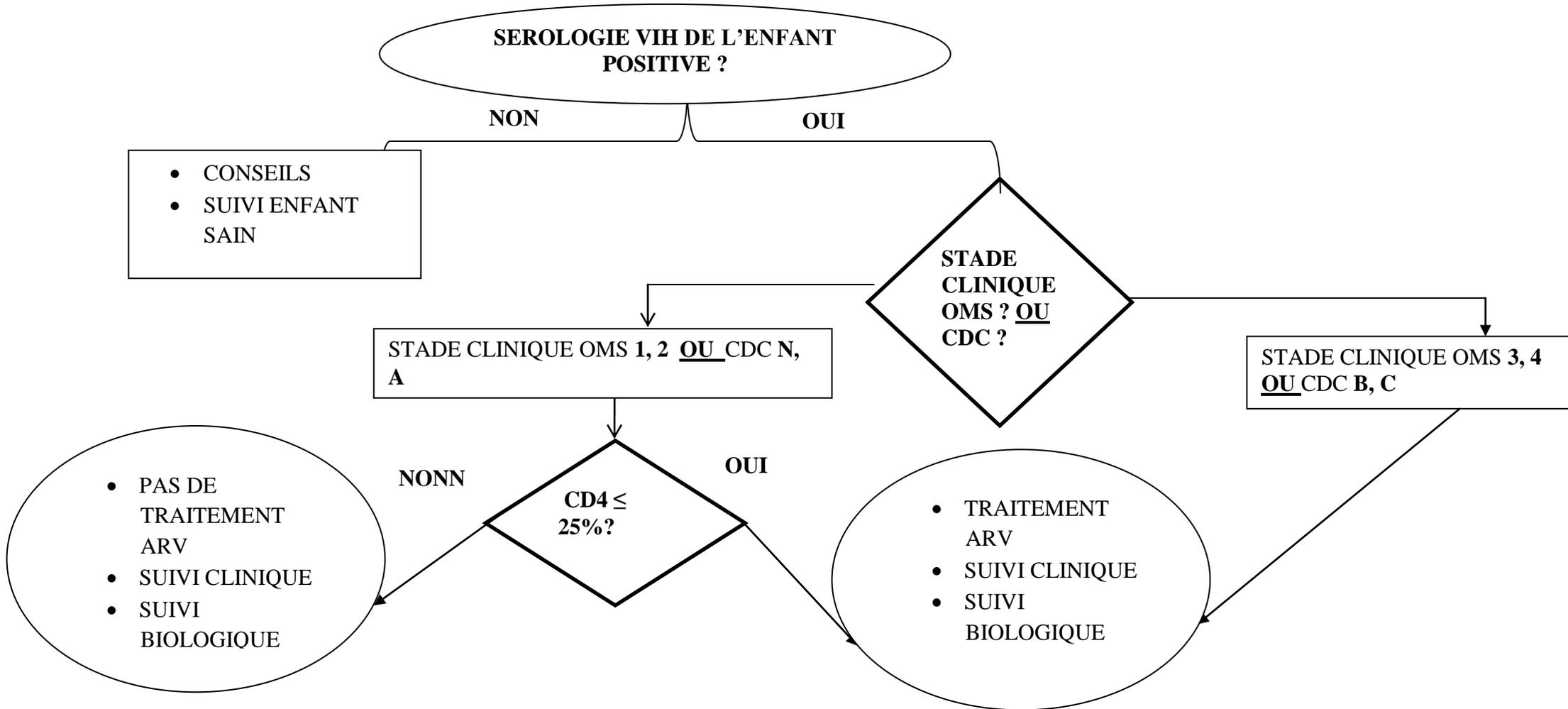
OUI

NON

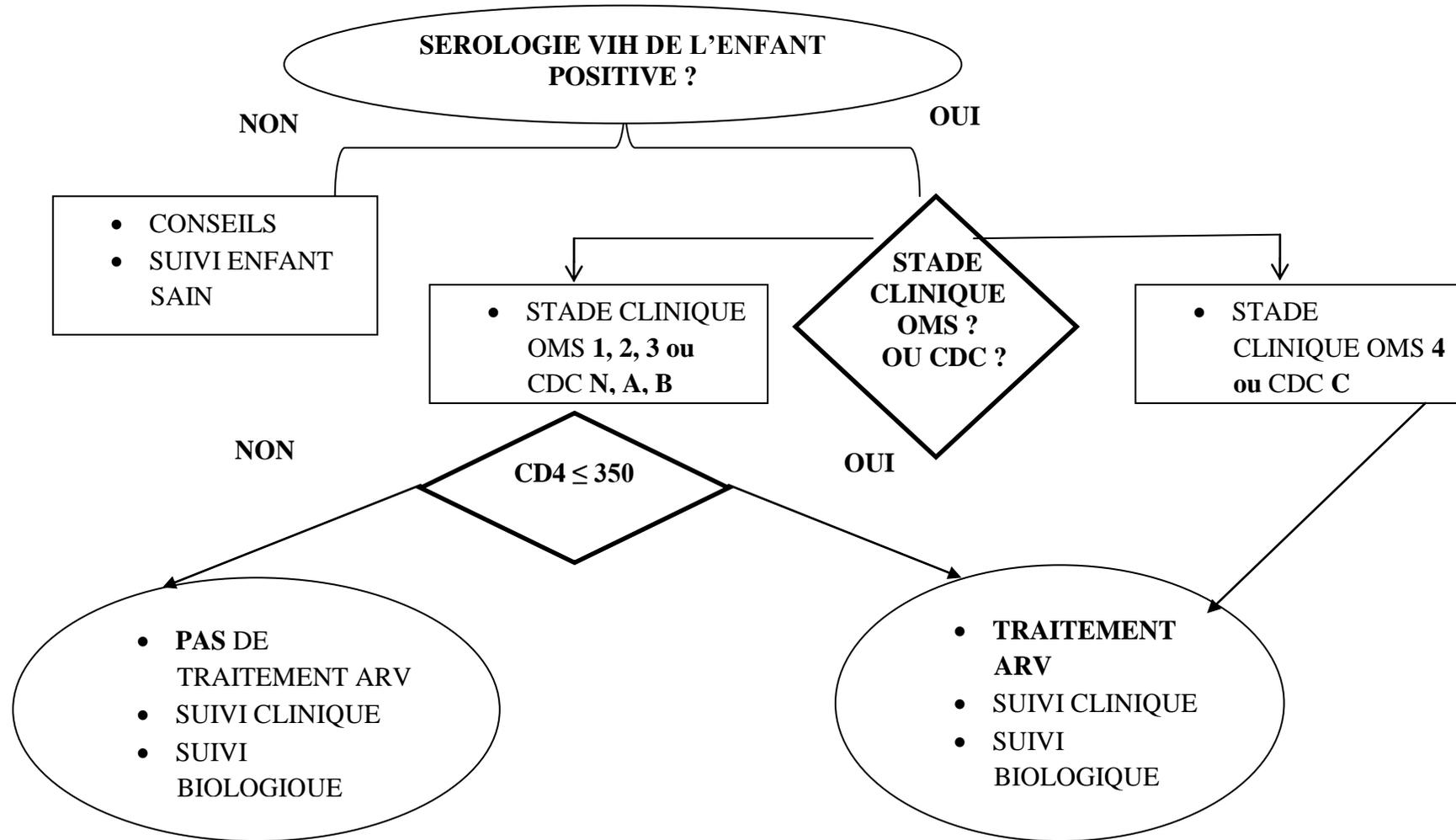
- BILAN CLINIQUE
- BILAN

- CONSEILS
- SUIVI ENFANT SAIN

ARBRE DECISIONNEL DE PEC ARV CHEZ L'ENFANT
2ans < Age < 5 ANS



ARBRE DECISIONNEL DE PEC ARV CHEZ L'ENFANT
Age ≥ 5 ANS



Situation clinique	Schéma de 1 ^{ère} ligne	Schéma de 2 ^{ème} ligne	Schéma de 3 ^{ème} ligne
ADULTES positifs au VIH 1			Darunavir+Raltégravir+2INTI
Sans particularité	AZT + 3TC + NVP	TDF + FTC + Lop/r*	
Anémié	TDF + FTC + EFV	AZT + 3TC + Lop /r	
Co-infection avec hépatite virale B	TDF + FTC + EFV	AZT + 3TC+Lop/r	
Co-infection avec la tuberculose	AZT + 3TC + EFV	TDF+FTC+Lop/r**	
ADULTES positifs au VIH 2 ou dual			
Sans particularité	AZT + 3TC +LPV/r***	Centre de référence	
Anémié	TDF + 3TC+ LPV / r	Centre de reference	
Coïnfection avec hépatite virale B	TDF + FTC + LPV / r	Centre de référence	
Coïnfection avec la tuberculose	AZT + 3TC + TDF	TDF + FTC + LPV /r +(200mg de Ritonavir)	
PTME			
Femmes enceintes non éligibles pour le traitement ARV	AZT + 3TC + EFV à partir de la 14 ^{ème} semaine		
AES			
	TDF + FTC + LPV/r		

LES NOUVELLES FORMULATIONS ANTIRETROVIRAUX PÉDIATRIQUES

Les combinaisons à dose fixe d'ARV pédiatriques ou Formes Dispersibles Combinées (FDC) sont désormais disponibles à la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP).

I- Les combinaisons à dose fixe sont-elles recommandées pour les patients déjà sous traitement antirétroviraux avec des formulations simples ?

Oui. Les FDC sont recommandées pour les patients pédiatriques déjà sous traitement. Les FDC peuvent être divisées, dispersées dans l'eau ou dans d'autres aliments, ou écrasées et mélangées dans la nourriture selon le tableau ci-dessous.

FDC DISPONIBLES EN COTE D'IVOIRE				
FDC à base d'AZT et d'ABC	Présentation	Administration Clinique	Prises par Jour	Images
AZT/3TC/NVP 60/30/50mg	Comprimé	Dispersible Sécable Écrasable	2X	
AZT/3TC 60/30mg	Comprimé	Dispersible Sécable Écrasable	2X	
ABC/3TC 60 /30mg	Comprimé	Dispersible Sécable Écrasable	2X	

II- Comment passer des anciens régimes ARV (molécules simples) aux nouveaux régimes ARV avec les Formes Dispersibles Combinées (FDC)

Les enfants qui suivent un régime d'AZT, 3TC et NVP ou d'ABC, 3TC et NVP peuvent facilement migrer sur les FDC pédiatriques à base d'AZT ou ABC, respectivement. L'induction à la NVP n'est pas nécessaire pour les patients qui ont déjà été initié à la dose complète de la NVP.

1. Tous les enfants qui ont pris un régime à base d'AZT, 3TC et de NVP doivent migrer vers la FDC triple d'AZT

AZT + 3TC + NVP → FDC_{AZT/3TC/NVP}

2. Tous les enfants qui ont pris un régime à base d'AZT, 3TC et d'EFV (ou d'une IP) peuvent être migrés ?? vers la FDC double d'AZT, FDC + EFV (ou IP) en molécule simple

AZT + 3TC + EFV → FDC_{AZT/3TC} + EFV ou IP

3. Tous les enfants qui ont pris un régime à base d'ABC, 3TC et d'EFV, de NVP ou d'une autre IP peuvent être déplacés vers ABC FDC double et continuer avec l'EFV, la NVP ou l'autre IP

ABC + 3TC + EFV ou NVP ou IP → FDC_{ABC/3TC} + EFV* ou NVP ou IP

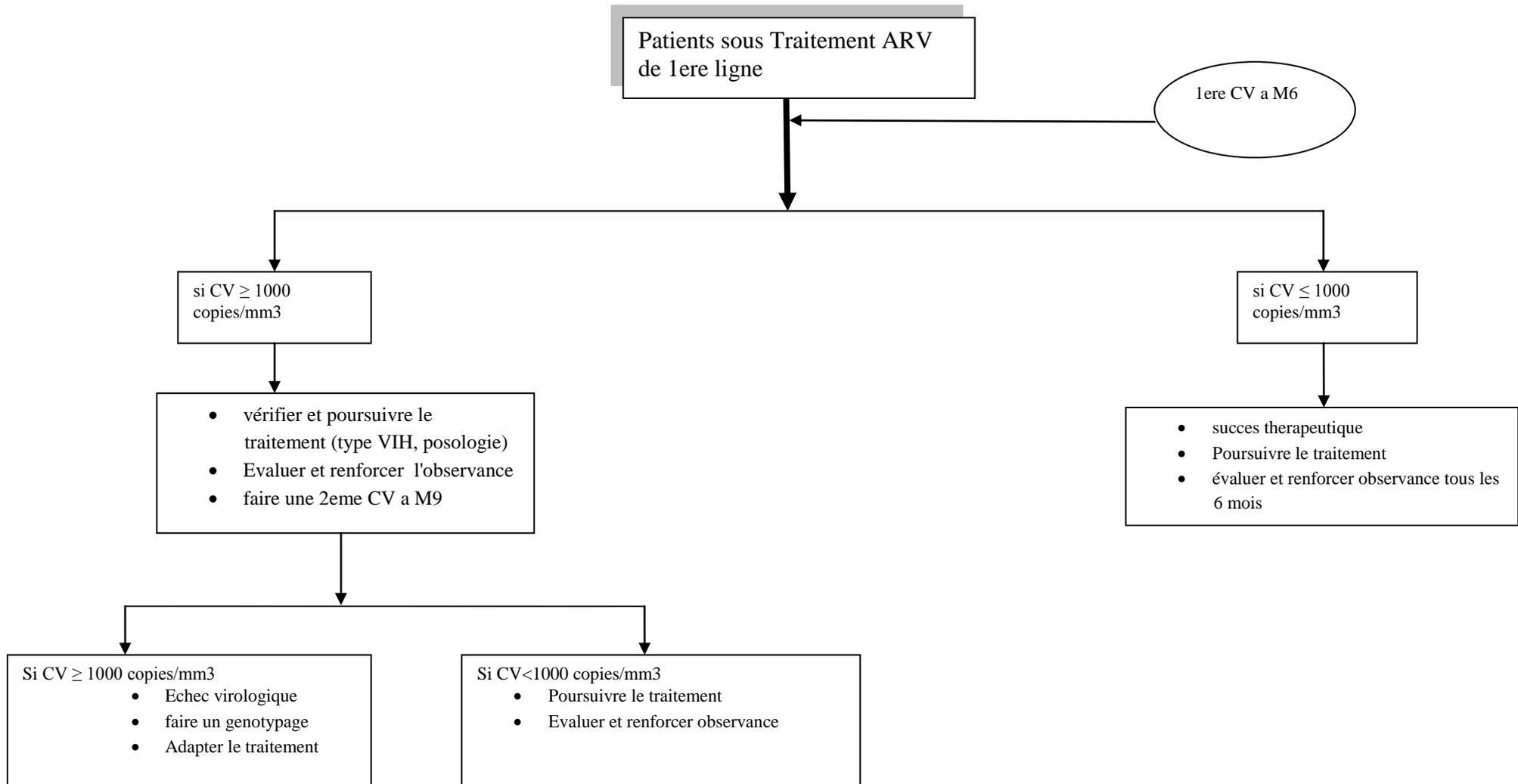
NB:

*EFV : l'EFV utilisé chez l'enfant est l'EFV 200 mg. La force par comprimé adulte en mg est : 600/ 300 soit 1/2 cp le soir chez l'enfant.

III- Considérations pour l'utilisation des combinaisons à dose fixe pour les patients pédiatriques naïfs

1. Tous les patients naïfs pédiatriques éligibles pour le traitement ARV doivent initier le traitement avec les combinaisons à dose fixes (FDC).
En cas d'échec de la PTME, tout enfant infecté par le VIH devrait prendre un FDC double avec le LPV/r sirop.
Les enfants qui ont 25 kg et plus peuvent prendre les FDC_{AZT/3TC} ou FDC_{ABC/3TC} adultes.
2. Les patients nouvellement initiés au traitement antirétroviral à base de NVP ont toujours besoin d'une induction progressive pendant les deux premières semaines: il faudra alors utiliser une FDC Triple (FDC_{AZT/3TC/NVP}) le matin et un FDC double (FDC_{AZT/3TC} ou FDC_{ABC/3TC}) le soir. Après les deux premières semaines, si le patient ne démontre aucun signe d'effets secondaires, le patient peut commencer l'utilisation d'un FDC Triple deux fois par jour.
3. Tous les FDC conformes aux posologies harmonisées sont prescrits selon un calendrier commun. Ainsi, tous les enfants de la même tranche reçoivent le même nombre de comprimés par dose, quel que soit le régime.

GESTION DE L'ECHEC THERAPEUTIQUE*



*Echec thérapeutique: ARN VIH plasmatique \geq a 1000 copies/ mm³, 6 mois après le démarrage du traitement chez des patients toujours sous traitement¹³

**Il est recommandé que la décision de changer le traitement pour une 2ème ligne soit prise dans le cadre d'un comité de prescripteurs expérimentés des antirétroviraux (centre de référence)

***Chez les malades recevant une 2ème ligne thérapeutique entièrement nouvelle (en termes de molécules et de classe), le traitement est à priori efficace et le suivi est identique à celui institué pour les patients en 1ère ligne avec un 1er contrôle à 6 mois après l'institution de la deuxième ligne. Chez ces patients, l'échec virologique attesté par 2 points de charge virale $>$ 1000 copies pose le problème de la conduite à tenir (poursuite du traitement, recyclage de molécules...)

¹³ Monitoring biologique de l'infection à VIH pour les pays à ressources limitées en 2008; Mesure du taux de lymphocytes T CD4, mesure de la charge virale, diagnostic précoce chez l'enfant né de mère infectée : Groupe de Travail BIOLOGIE - GIP ESTHER