

Fiche technique N°3

Utilisation des antirétroviraux

1. Préalables indispensables à la prescription d'antirétroviraux (ARV)

Il est indispensable de s'assurer de :

- la confirmation du diagnostic de l'infection à VIH (fiche technique N°2)
- et du respect des recommandations de la fiche technique N°1

Afin de renforcer les capacités d'observance, il est nécessaire d'offrir des séances d'éducation thérapeutique au patient ou, s'il s'agit d'un enfant, aux personnes qui s'en occupent.

Il faut également tout mettre en œuvre pour obtenir une surveillance biologique, de la tolérance du traitement et de son efficacité (fiche technique N°4).

2. Qui traiter ?

2.1. Pour l'adulte et l'adolescent, le traitement par les ARV est recommandé :

- Indépendamment des CD4 pour :
 - les patients symptomatiques ayant une affection classant au stade sida (voir classification en annexe);
 - les personnes coïnfectées par le VIH/HVB (Hépatite Virale B chronique active) ;
 - les patients ayant une néphropathie liée à l'infection par le VIH ;
 - les patients infectés par le VIH ayant une thrombopénie sévère d'origine immunologique ;
- toute personne infectée par le VIH ayant moins de 350 T CD4 par mm³.

2.2. Pour l'enfant de plus de 24 mois chez qui l'infection par le VIH est confirmée, Le traitement par les ARV est recommandé si :

- Enfant est symptomatique (stades 3 ou 4 de l'OMS)
- **et/ou** CD4 inférieurs à :
 - 25p. 100 (ou <750 cellules/mm³) pour l'enfant de 24 à 59 mois ;
 - 350 cellules/mm³ au-delà de 5 ans.

2.3. Pour le nourrisson de moins de 24 mois

Le traitement par les ARV est recommandé

- sans considération des CD4 et de la charge virale plasmatique du VIH-1, si l'infection par le VIH est confirmée ;

- pour le nourrisson de moins de 18 mois devant des critères de présomption d'infection VIH sévère en attendant la confirmation par PCR.

3. Comment traiter ?

Le traitement sera démarré par une trithérapie.

3-1- Quels sont les antirétroviraux (ARV) pouvant être prescrits

- **ARV à prescrire en première et deuxième ligne :**
- Les inhibiteurs de la transcriptase inverse :
 - Les inhibiteurs nucléosidiques (INTI)
 - Les inhibiteurs non nucléosidiques (INNTI)
- Les inhibiteurs de la protéase (IP)
- **Nouvelles classes d'ARV pouvant être prescrits en troisième ligne :**
- Les inhibiteurs d'entrée (inhibiteurs de fusion et du CCR5)
- Les inhibiteurs de l'intégrase

Des associations d'ARV à doses fixes sont actuellement disponibles et doivent être utilisées préférentiellement.

Les listes des ARV présentés en annexes de cette fiche technique ne sont pas exhaustives, elles seront mises à jour régulièrement. Ces molécules ne sont pas toutes disponibles au Maroc; il sera nécessaire de s'assurer de la disponibilité auprès du service MST/sida de la DELM ou auprès des CRU. Du fait de l'arrivée des génériques, un ARV peut être mis sur le marché sous des noms de spécialité et des présentations différents.

3-2- Quel schéma de trithérapie?

3-2-1- Principes du traitement antirétroviral :

- Un schéma de trithérapie peut être constitué par l'association :

- Soit 2 INTI + 1 INNTI
- Soit 2 INTI + 1 IP¹

L'association de 3 INTI doit être évitée du fait d'une efficacité réduite par rapport aux schémas avec 1 IP ou 1 INNTI.

- Les associations suivantes sont à éviter pour des raisons d'antagonisme ou de potentialisation des effets indésirables : d4T/ddI ; d4T/ZDV ; 3TC/FTC et EFV/NVP.

¹ Il est recommandé d'associer l'IP avec le ritonavir. Cette pratique permet d'améliorer la biodisponibilité de l'IP (IP boosté). Les posologies de l'IP boosté par le ritonavir sont différentes de celles de l'IP non boosté.

3-2-2- Schémas thérapeutiques :

Pour des raisons de simplification de la gestion des stocks et du processus d'achat des ARV, les prescriptions doivent être homogénéisées et simplifiées. Pour cela, il est recommandé d'adopter une stratégie thérapeutique comportant des schémas de première et deuxième ligne bien identifiés.

Le choix de l'association se fera selon plusieurs critères :

- Utilisation antérieure d'ARV
- Terrain (grossesse, hépatopathie, insuffisance rénale, neuropathie...)
- Capacité d'observance
- Interactions médicamenteuses potentielles

- Schémas de première ligne :

Chez l'adulte, les schémas recommandés sont :

- En première intention² :
 - Soit ZDV + 3TC + EFV
 - Soit TDF + FTC + EFV
- En alternative :
 - Soit ZDV + 3TC + NVP
 - Soit TDF + FTC + NVP

Pour raison d'effets indésirables fréquents et pouvant être sévères, la prescription de d4T doit être abandonnée. En cas d'anémie contre indiquant la ZDV, c'est le TDF qui est recommandé.

En cas de coïnfection par le virus de l'hépatite B (HVB), il est recommandé de prescrire un schéma comprenant deux molécules actives également sur le HVB : TDF+3TC ou TDF+FTC.

Si le médecin prescripteur juge que l'état du patient nécessite un IP d'emblée, la décision sera tributaire de la quantité d'ARV prévue à cet effet dans la commande de l'année en cours. Cependant, dès que cela est jugé possible (charge virale indétectable), le changement de l'IP par un INNTI doit être envisagé.

S'il s'agit d'une infection à VIH-2, situation rare au Maroc, l'INNIT sera remplacé par un IP³ du fait de la résistance naturelle du VIH-2 aux INNTI.

² *Les proportions relatives des schémas de première intention dépendent des commandes à venir. En 2011, il est prévu que la moitié des nouvelles prescriptions se fasse selon le schéma TDF+FTC+EFV en utilisant la combinaison à doses fixes prescrite à raison d'un comprimé unique par jour.*

³ *Il est recommandé d'associer l'IP avec le ritonavir. Cette pratique permet d'améliorer la biodisponibilité de l'IP (IP boosté). Les posologies de l'IP boosté par le ritonavir sont différentes de celles de l'IP non boosté.*

Pour l'enfant, deux situations sont à considérer :

1. Pour les nourrissons de moins de 12 mois infectés non exposés aux INNTI (prescrits chez la mère ou l'enfant dans le cadre de la pTME) ou ceux dont l'exposition aux INNTI est non connue, un schéma constitué de 2INTI+1INNTI est recommandé :

- Si l'enfant a moins de 3 ans et/ou moins de 10 kg :
(ZDV ou D4T ou ABC) + (3TC ou FTC) + (NVP)
- Si l'enfant a plus de 3 ans et/ou plus de 10 kg :
(ZDV ou D4T ou ABC) + (3TC ou FTC) + (EFV)

Les posologies pédiatriques des ARV peuvent être précisées en fonction du poids ou de la surface corporelle. Cependant, en vue de simplifier la prescription, l'OMS a publié des tables de posologies pédiatriques simplifiées disponibles en annexe 2.

La prescription de D4T n'est autorisée qu'en cas d'anémie contre indiquant la ZDV et, s'il est prescrit, il faut revenir à la ZDV dès que l'anémie est corrigée. L'ABC constitue une bonne alternative en cas d'anémie.

2- Pour les enfants infectés exposés aux INNTI (prescrits chez la mère ou l'enfant dans le cadre de la pTME), il est recommandé un schéma constitué de : 2INTI + 1IP (au mieux, l'IP boosté lopinavir/ritonavir)

- Schémas de deuxième ligne :

Au Maroc, la charge virale (CV) étant disponible en routine, elle constitue le critère principal définissant l'efficacité ou l'échec d'un traitement: une CV indétectable témoigne du succès du traitement, indépendamment des CD4. L'échec thérapeutique correspond à la situation d'une CV supérieure à 5.000 copies/ml, avec un recul d'au moins 6 mois après le début du traitement.

Il est impératif de procéder à l'analyse de l'échec: évaluer l'adhérence au traitement et le respect des précautions d'emploi des différents médicaments et rechercher d'éventuelles interactions médicamenteuses. Le dosage plasmatique des concentrations résiduelles peut aider à comprendre l'échec.

Avant tout changement de traitement, il est nécessaire de réaliser une deuxième CV. Si des facteurs de mauvaise réponse thérapeutique ont été identifiés, la deuxième CV sera faite 3 à 6 mois après correction de ces facteurs. Le constat d'une efficacité permet de maintenir le même schéma thérapeutique. Si la CV est toujours supérieure à 5 000 copies/ml, le passage à un schéma de deuxième ligne est indiqué.

Chez l'adulte

Il est recommandé d'avoir recours à un schéma comportant un IP boosté. Les schémas de deuxième ligne dépendent des molécules utilisées en première ligne et sont précisés sur le tableau suivant :

Schémas Première Ligne	Schémas Deuxième Ligne
ZDV + 3TC + EFV	TDF + (3TC ou FTC) + (ATV/r ou LPV/r)
ZDV + 3TC + NVP	
TDF + (3TC ou FTC) + EFV	AZT + 3TC + (ATV/r ou LPV/r)
TDF + (3TC ou FTC) + NVP	

Chez l'enfant, il est recommandé de réaliser auparavant un génotype de résistance vu le capital thérapeutique réduit et la plus grande durée prévisible d'exposition aux ARV.

Si le génotypage n'est pas disponible, suivre les recommandations selon le tableau schéma de 2^{ème} ligne chez l'enfant.

Situation	Schéma de 1 ^{ère} ligne de Première intention	Schéma de 2 ^{ème} ligne
<12 mois		
Nourrisson non exposé aux ARV	NVP + 2 NRTI	LPV/r + 2 NRTI
Nourrisson exposé aux ARV	LPV/r + 2NRTI	NNRTI + 2NRTI
Nourrisson don't exposition aux ARV est inconnue	NVP + 2 NRTI	LPV/r + 2 NRTI
enfant		
> 12 mois	NNRTI + 2NRTI	IP boosté + 2 NRTI
Situations concomittantes		
Enfant ou adolescent avec anémie sévère	NVP + 2NRTI sans AZT	IP boosté + 2 NRTI
Enfant ou adolescent avec TB	EFV + 2NRTI ou 3NRTI	IP boosté + 2 NRTI

- Schémas de troisième ligne :

Un échec thérapeutique survenant après utilisation d'un schéma de deuxième ligne va nécessiter d'associer plusieurs ARV en fonction de l'historique thérapeutique antérieur. Dans cette situation, l'obtention d'un génotype de résistance peut faciliter l'identification des molécules potentiellement actives. Le génotype de résistance est réalisé par l'Institut National d'Hygiène à Rabat et nécessite l'utilisation du formulaire de demande de génotype de résistance (voir annexe).

Annexe 1 : Classification de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent. (CDC 1993)

Catégorie A :

- Pas de critère B ou C
- **Infection à VIH asymptomatique**
- **Syndrome de lymphadénopathie chronique**
- **Primo-infection symptomatique**

Catégorie B :

- Pas de critère C
- Manifestations cliniques:
 - liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire
 - D'évolution clinique ou de prise en charge compliquée par l'infection VIH
- **Angiomatose bacillaire**
- **Candidose oro-pharyngée**
- **Candidose vaginale persistante, fréquente ou répondant mal au traitement**
- **Dysplasie du col modérée ou grave, carcinome in situ**
- **Syndrome constitutionnel**
- **Leucoplasie chevelue langue**
- **Zona récurrent ou plus d'un dermatome**
- **Purpura Thrombopénique Immunologique**
- **Salpingite, abcès tubo-ovariens**
- **Neuropathie périphérique**

Catégorie C (définissant le sida)

- **Infections Opportunistes**
 - *Candidose bronchique, trachéale, pulmonaire ou oesophagienne*
 - *Coccidioïdomycose disséminée ou extrapulmonaire*
 - *Cryptococcose extrapulmonaire*
 - *histoplasmose disséminée ou extrapulmonaire*
 - *rétinite à cytomegalovirus(CMV)*
 - *Infection à CMV (autre que foie rate et ganglions)*
 - *Infection herpétique : ulcérations chronique > 1 mois ou bronchique, pulmonaire, oesophagienne*
 - *Leuco-encéphalite multifocale progressive (LEMP)*
 - *Infection à Mycobacterium avium ou kansasii, disséminée ou extrapulmonaire*
 - *Infection à Mycobacterium tuberculosis, quel que soit le site*
 - *Infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire*
 - *Pneumopathie bactérienne récurrente*
 - *Septicémie à Salmonella non typhi récurrente*
- **Cancers**
 - *Maladie de Kaposi*
 - *Lymphomes malins non hodgkiniens (Burkitt, immunoblastique, SNC)*
 - *Cancer du col utérin*
- **Autres**
 - *Syndrome cachectique lié au VIH*
 - *Encéphalopathie due au VIH*

ANNEXE 2 : Antirétroviraux commercialisés dans le monde

INHIBITEURS NUCLEOSIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE		
DCI/SIGLE	FORMES	POSOLOGIES
Zidovudine (ZDV)	- Sol buv 10mg/ml - Gél 100mg ,250mg - Cp 300mg - Flacon à 10mg/ml pour perfusion IV	- Nné/Nour : 2 mg/Kg/6H - Enf : 360-480 mg/m ² /j en 2 prises - Ad : 500-600 mg/J en 2 prises
Lamivudine (3TC)	- Sol buv 10mg/ml - Cp 150mg, 300mg	- Nné/Nour : 2 mg/Kg/12H - Enf : 8 mg/Kg /j en 2 prises - Ad : 300 mg/j en 1 ou 2 prises
Didanosine (ddl)	- Sol buv 10mg/ml - Cp 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg - Cp GR 125mg, 200mg, 250mg, 400mg	- Nné/Nour : 50 mg/m ² /12H - Enf : 180-300 mg/m ² /J en 2 prises - Ad : . P<60 kg : 250 mg/J . P>60 kg : 400 mg/J (en 1 prise si Cp GR, en 2 prises si Cp)
Stavudine (D4T)	- Sol buv 1mg/ml - Gél 15mg, 20mg, 30mg , 40mg (la forme 40 mg n'est plus recommandée)	- Nné <14J : 1mg/Kg/J en 2 prises - Enf : 2mg/Kg/J en 2 prises (≤ 30Kg) - Ad : 60 mg/ J en 2 prises
Abacavir (ABC)	- Sol buv 20 mg/ml - Gél 300mg	- Enf : 8 mg/kg/H12 - Ad : 600 mg/J en 2 prises
Emtricitabine (FTC)	Gél 200mg	- Ad : 200 mg/J
Ténofovir (TDF)	Cp 300mg	- Ad : 300 mg/J

INHIBITEURS NON NUCLEOSIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE		
DCI/SIGLE	FORMES	POSOLOGIES
Efavirenz (EFV)	- Sol buv 30mg/ml - Gél 50mg, 100mg, 200 mg - Cp 600 mg	- Enf > 3 ans : 15 mg/Kg/J en 1 prise si Gél 19,5 mg/Kg/J en 1 prise si Sol buv - Ad : 600 mg /J au coucher 800 mg /J avec la rifampicine
Névirapine (NVP)	- Sol Buv 10mg/ml - Cp 200 mg	- Nné : 2 mg/Kg en 1 prise unique (PTME) - Enf : 160-200 mg/m ² /j pendant 14J puis 160-200 mg/m ² /12H - Ad : 200 mg /j x 14J puis 400 mg /J en 2 prises
Delavirdine (DLV)	Cp 100mg, 200mg	- Ad : 1200 mg /J en 3 prises
Etravirine (TMC125)	Cp 100mg	- Ad : 200 mg x 2/J

INHIBITEURS DE LA PROTEASE		
DCI/SIGLE	FORMES	POSOLOGIES
Indinavir (IDV)	Gél 100 mg, 200 mg, 400mg	- Enf > 4 ans : 500 mg/m ² / 8 H - Ad : . 800 mg /8 heures . Si boosté par ritonavir : 400mg, 600 mg ou 800 mg 2 fois par jour
Nelfinavir (NFV)	- Sol buv 50mg/1,25ml - Cp 250mg, 625mg	- Enf : 60 mg/kg/H12 - Ad : 750mg x3 /j ou 1250mg x 2/j
Ritonavir (RTV)	- Gél 100mg	- 1200 mg/j en 2 prises - Pour booster les IP : 100mg, 200mg ou 400mg 2x/J
Saquinavir (SQV)	Gélule 200 mg (capsule rigide et capsule molle)	Les capsules rigides doivent être boostées par ritonavir :1000/100mg ou 400/400mg 2 fois /J - Enf : 50 mg x 3/J - Ad : capsule molle : 1200 mg x3/j ou 1600 mg x2/J
Lopinavir /ritonavir (LPV/r)	- Sol buv 80mg lopinavir/ 20mg ritonavir - Cp 100/25mg - Gél 133,3/33,3mg - Cp 200/50mg	- Nné : 230 mg/m ² /H12 - Enf : 300 mg/m ² /H12 - Ad : . gélules : 6 gélules /j en 2 prises . comprimés : 2 cp 2 fois/J (4 cp en 1 prise si patient naïf)
Amprénavir (APV)	- Sol buv 15mg/ml - Gél 50mg, 150mg	P< 50 kg : 40 mg /Kg /J (Age > 4 ans) P> 50 kg : . 2400 mg /J en 2 prises . Si boosté, 600/100mg x2/J ou 1200/200mg en 1 prise par jour
Atazanavir (ATV)	Gél 100mg, 150mg, 200mg	- Ad : . 400 mg /J en 1 prise . Si boosté, 300/100mg en 1 prise par jour
Fosamprenavir (f-APV)	Cp 700mg	- Ad : . 2800 mg /j en 2 prises . Si boosté, 700/100mg 2 fois/J ou 1400/200mg en 1 prise /J (patients naïfs pour IP)
Tipranavir (TPV)	Gél 250 mg	- Ad : 500 mg x2/J (doit être associé au ritonavir 200mg x2/J)
Darunavir (DRV)	Cp 300 mg	- Ad : 600 mg 2 fois/J (doit être associé au ritonavir 100mg x2/J)

INHIBITEURS D'ENTREE (Inhibiteurs de fixation et du CCR5)		
DCI/SIGLE	FORMES	POSOLOGIES
Enfuvirtide (T20)	Flacon de 90mg pour injection	- Enf > 6 ans : 2 mg/Kg 2 fois /J en S/C - Ad : 90 mg x2/J en S/C
Maraviroc	Cp 150mg, 300mg	- Ad : 150 à 600 mg 2 fois par jour selon les ARV associés

INHIBITEUR DE L'INTEGRASE		
DCI/SIGLE	FORMES	POSOLOGIES
Raltegravir	Cp 400mg	- Ad : 400 mg x2/J

COMBINAISONS D'ARV A DOSES FIXES		
DCI/SIGLE	FORMES	POSOLOGIES
Zidovudine+Lamivudine (ZDV + 3TC)	Comprimé 300/150mg	2 comprimés / Jour en 2 prises
Stavudine+Lamivudine (D4T + 3TC)	- Comprimé 6/30mg - Comprimé 12/60mg - Comprimé 5/20mg - Comprimé 10/40mg - Comprimé 30/150mg - Comprimé 40/150mg (la forme 40/150mg n'est plus recommandée)	2 comprimés / Jour en 2 prises
Abacavir+Lamivudine (ABC + 3TC)	Comprimé 600/300mg	1 comprimé / Jour
Ténofovir+Emtricitabine (TDF + FTC)	Comprimé 300/200mg	1 comprimé / Jour
Zidovudine+Lamivudine+Névirapine (ZDV + 3TC + NVP)	Comprimé 300/150/200mg	2 comprimés / Jour en 2 prises
Zidovudine+Lamivudine+Abacavir (ZDV + 3TC + ABC)	Comprimé 300/150/300mg	2 comprimés / Jour en 2 prises
Stavudine+Lamivudine+Névirapine (D4T + 3TC + NVP)	- Comprimé 6/30/50mg - Comprimé 12/60/100mg - Comprimé 5/20/35mg - Comprimé 10/40/70mg - Comprimé 30/150/200mg - Comprimé 40/150/200mg (la forme 40/150/200mg n'est plus recommandée)	2 comprimés / Jour en 2 prises
Ténofovir+Emtricitabine+Efavirenz (TDF + FTC + EFV)	Comprimé 300/200/600mg	1 comprimé / Jour

Quand débiter le traitement ARV chez enfant vivant avec le VIH ?

< 24 mois <u>HIV Confirmé</u>	< 18 mois <u>Infection HIV</u> <u>présumée sévère*</u>	24-59 mois	≥ 5ans
Tous sans considération de la clinique ni des CD4	Tous sans considération de la clinique ni des CD4	Critères cliniques et/ ou immunologiques <u>CD4 <25%</u> ou <u>≤750/uL</u>	Critères cliniques et/ou immunologiques <u>CD4 <350/uL</u>

ANNEXE 2 : Posologies Pédiatriques Simplifiées (Selon les recommandations de l'OMS 2006 et 2008)

Médicament	AZT (Zidovudine)						ABC (Abacavir)									
	Optimal-idéal OMS 2008						Alternative OMS 2006		Optimal-idéal OMS 2008						Alternative OMS 2006	
	60mg		10mg/ml		300mg		100mg		60mg		20mg/ml		300mg		300mg	
Niveau de recommandation Dosage du cp/gél (mg) ou de la solution buvable (mg/ml)	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir
3-3,9 kg	1	1	6 ml	6 ml					1	1	3 ml	3 ml				
4-4,9 kg	1	1	6 ml	6 ml					1	1	3 ml	3 ml				
5-5,9 kg	1	1	6 ml	6 ml					1	1	3 ml	3 ml				
6-6,9 kg	1,5*	1,5*	9 ml	9 ml					1,5*	1,5*	4 ml	4 ml				
7-7,9 kg	1,5*	1,5*	9 ml	9 ml					1,5*	1,5*	4 ml	4 ml				
8-8,9 kg	1,5*	1,5*	9 ml	9 ml			1	1	1,5*	1,5*	4 ml	4 ml				
9-9,9 kg	1,5*	1,5*	9 ml	9 ml			1	1	1,5*	1,5*	4 ml	4 ml				
10-10,9 kg	2	2	12 ml	12 ml			1	1	2	2	6 ml	6 ml				
11-11,9 kg	2	2	12 ml	12 ml			1	1	2	2	6 ml	6 ml			0,5	0,5
12-13,9 kg	2	2	12 ml	12 ml			1	1	2	2	6 ml	6 ml			0,5	0,5
14-16,9 kg	2,5**	2,5**			0,5	0,5			2,5**	2,5**			0,5	0,5		
17-19,9 kg	2,5**	2,5**			0,5	0,5			2,5**	2,5**			0,5	0,5		
20-24,9 kg	3	3			1	0,5			3	3			1	0,5		
25-29,9 kg					1	1							1	1		
30-34,9 kg					1	1							1	1		
>35 kg					1	1							1	1		
Niveau de recommandation Commentaire	Alternative OMS 2006 : à utiliser au cas où AZT 10mg/ml & AZT 60mg non disponible						Alternative OMS 2006 : à utiliser au cas où ABC 20mg/ml & ABC 60mg non disponible									

* 1,5 le matin & 1,5 le soir peut être remplacé par 2 le matin & 1 le soir si le comprimé n'est pas sécable

** 2,5 le matin & 2,5 le soir peut être remplacé par 3 le matin & 2 le soir si le comprimé n'est pas sécable

Médicament	3TC (Lamivudine)						ddl (Didanosine)									
	Optimal-idéal OMS 2008						Alternative OMS 2006		Alternative OMS 2006							
	30mg		10mg/ml		150mg		150mg		10mg/ml		25mg***		125mg	200mg	250mg	400mg
Niveau de recommandation Dosage du cp/gél (mg) ou de la solution buvable (mg/ml)	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	une fois par jour	une fois par jour	une fois par jour	une fois par jour
3-3,9 kg	1	1	3 ml	3 ml												
4-4,9 kg	1	1	3 ml	3 ml												
5-5,9 kg	1	1	3 ml	3 ml					4 ml	4 ml	2	2				
6-6,9 kg	1,5*	1,5*	4 ml	4 ml					5 ml	5 ml	2	2				
7-7,9 kg	1,5*	1,5*	4 ml	4 ml					6 ml	6 ml	2	2				
8-8,9 kg	1,5*	1,5*	4 ml	4 ml					6 ml	6 ml	2	2				
9-9,9 kg	1,5*	1,5*	4 ml	4 ml					6 ml	6 ml	2	2				
10-10,9 kg	2	2	6 ml	6 ml					6 ml	6 ml	3	2	1			
11-11,9 kg	2	2	6 ml	6 ml					7 ml	7 ml	3	3	1			
12-13,9 kg	2	2	6 ml	6 ml			0,5	0,5	7 ml	7 ml	3	3	1			
14-16,9 kg	2,5**	2,5**			0,5	0,5			8 ml	8 ml	4	3		1		
17-19,9 kg	2,5**	2,5**			0,5	0,5			9 ml	9 ml	4	4		1		
20-24,9 kg	3	3			1	0,5					5	5			1	
25-29,9 kg					1	1					5	5			1	
30-34,9 kg					1	1					5	5			1	
35-59,9 kg					1	1									1	
>60 kg					1	1										1
Niveau de recommandation Commentaire	Alternative OMS 2006 : à utiliser au cas où 3TC 10mg/ml & 3TC 30mg non disponible						Alternative OMS 2006 : pas de nouvelles recommandations pour ddl dans le tableau de posologies simplifiées 2008 de l'OMS									

* 1,5 le matin & 1,5 le soir peut être remplacé par 2 le matin & 1 le soir si le comprimé n'est pas sécable

** 2,5 le matin & 2,5 le soir peut être remplacé par 3 le matin & 2 le soir si le comprimé n'est pas sécable

*** les cp à mâcher de 25mg peuvent être remplacés par des cp à mâcher d'autres dosages pour obtenir la même dose mais chaque dose du matin et du soir doit toujours être constituée de 2 cp

Médicament	d4T (Stavudine)											
	Optimal-idéal OMS 2008										Alternative OMS 2006	
Niveau de recommandation Dosage du cp/gél (mg) ou de la solution buvable (mg/ml)	6mg		1mg/ml		15mg		20mg		30mg		20mg	
	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir
3-3,9 kg	1	1	6 ml	6 ml								
4-4,9 kg	1	1	6 ml	6 ml								
5-5,9 kg	1	1	6 ml	6 ml								
6-6,9 kg	1,5*	1,5*	9 ml	9 ml							0,5***	0,5***
7-7,9 kg	1,5*	1,5*	9 ml	9 ml							0,5***	0,5***
8-8,9 kg	1,5*	1,5*	9 ml	9 ml							0,5***	0,5***
9-9,9 kg	1,5*	1,5*	9 ml	9 ml							0,5***	0,5***
10-10,9 kg	2	2			1	1						
11-11,9 kg	2	2			1	1						
12-13,9 kg	2	2			1	1						
14-16,9 kg	2,5**	2,5**					1	1				
17-19,9 kg	2,5**	2,5**					1	1				
20-24,9 kg	3	3					1	1				
25-29,9 kg									1	1		
30-34,9 kg									1	1		
>35 kg									1	1		
Niveau de recommandation Commentaire	Alternative OMS 2006 : à utiliser au cas où d4T 6mg & d4T 1mg/ml non disponible											

* 1,5 le matin & 1,5 le soir peut être remplacé par 2 le matin & 1 le soir si le comprimé n'est pas sécable

** 2,5 le matin & 2,5 le soir peut être remplacé par 3 le matin & 2 le soir si le comprimé n'est pas sécable

*** les gélules de 20mg de d4T peuvent être dissoutes dans une petite quantité d'eau et la moitié de cette quantité d'eau est administrée pour obtenir la dose requise

Médicament	NVP*** (Nevirapine)						EFV**** (Efavirenz)			
	Optimal-idéal OMS 2008				Alternative OMS 2006		Alternative OMS 2006			
Niveau de recommandation Dosage du cp/gél (mg) ou de la solution buvable (mg/ml)	50mg		10mg/ml		200mg		200mg		50mg ; 100mg ; 200mg ; 600mg	
	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	une fois par jour	
3-3,9 kg	1	1	5 ml	5 ml						
4-4,9 kg	1	1	5 ml	5 ml						
5-5,9 kg	1	1	5 ml	5 ml						
6-6,9 kg	1,5*	1,5*	8 ml	8 ml						
7-7,9 kg	1,5*	1,5*	8 ml	8 ml						
8-8,9 kg	1,5*	1,5*	8 ml	8 ml						
9-9,9 kg	1,5*	1,5*	8 ml	8 ml			0,5	0,5		
10-10,9 kg	2	2	10 ml	10 ml			0,5	0,5	200 mg	
11-11,9 kg	2	2	10 ml	10 ml			0,5	0,5	200 mg	
12-13,9 kg	2	2	10 ml	10 ml			0,5	0,5	200 mg	
14-16,9 kg	2,5**	2,5**			1	0,5			250 mg	
17-19,9 kg	2,5**	2,5**			1	0,5			250 mg	
20-24,9 kg	3	3			1	0,5			300 mg	
25-29,9 kg					1	1			350 mg	
30-34,9 kg					1	1			400 mg	
35-39,9 kg					1	1			400 mg	
>40 kg					1	1			600 mg	
Niveau de recommandation Commentaire	Alternative OMS 2006 : à utiliser au cas où NVP 10mg/ml & NVP 50mg non disponible						Alternative OMS 2006 : pas de nouvelles recommandations pour EFV dans le tableau de posologies simplifiées 2008 de l'OMS			

* 1,5 le matin & 1,5 le soir peut être remplacé par 2 le matin & 1 le soir si le comprimé n'est pas sécable

** 2,5 le matin & 2,5 le soir peut être remplacé par 3 le matin & 2 le soir si le comprimé n'est pas sécable

*** Rappel : la dose de NVP doit être ajustée durant la phase d'initiation d'un TARV à base de NVP (J1 à J14)

**** EFV n'est pas recommandée chez les enfants de moins de 3 ans

Médicament	Lop/rit* (Lopinavir / Ritonavir)						NFV (Nelfinavir)			
	Optimal-idéal OMS 2008						Alternative OMS 2006		Alternative OMS 2006	
Dosage du cp/gél (mg) ou de la solution buvable (mg/ml)	100mg/25mg		80mg/20mg/ ml		200mg/50mg		200mg/50mg		250mg	
	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir
3-3,9 kg			1 ml	1 ml						
4-4,9 kg			1,5 ml	1,5 ml						
5-5,9 kg			1,5 ml	1,5 ml					2	2
6-6,9 kg			1,5 ml	1,5 ml					2	2
7-7,9 kg			1,5 ml	1,5 ml					3	2
8-8,9 kg			1,5 ml	1,5 ml					3	3
9-9,9 kg			1,5 ml	1,5 ml					3	3
10-10,9 kg	2	1	2 ml	2 ml					3	3
11-11,9 kg	2	1	2 ml	2 ml					3	3
12-13,9 kg	2	1	2 ml	2 ml					4	4
14-16,9 kg	2	2	2,5 ml	2,5 ml			1	1	4	4
17-19,9 kg	2	2	2,5 ml	2,5 ml			1	1	5	5
20-24,9 kg	3	2	3 ml	3 ml			1	1	5	5
25-29,9 kg	3	3	3,5 ml	3,5 ml	2	1			5	5
30-34,9 kg	3	3	4 ml	4 ml	2	1			5	5
>35 kg	4	4	5 ml	5 ml	2	2			5	5
Niveau de recommandation Commentaire	Alternative OMS 2006 : à utiliser au cas où Lop/rit 80mg/20mg/ml & Lop/rit 100mg/25mg non disponible						Alternative OMS 2006 : pas de nouvelles recommandations pour NFV dans le tableau de posologies simplifiées 2008 de l'OMS			

* Une dose supérieure de Lop/rit est nécessaire en cas de co-administration avec des médicaments tels que NVP, EFV, fosamprenavir, rifampicine

Médicament	AZT/3TC (Zidovudine / Lamivudine)						ABC/3TC (Abacavir / Lamivudine)						d4T/3TC*** (Stavudine / Lamivudine)					
	Optimal-idéal OMS 2008				Alternative OMS 2006		Optimal-idéal OMS 2008				Optimal-idéal OMS 2008				Alternative OMS 2006			
	60mg/30mg		300mg/ 150mg		300mg/ 150mg		60mg/30mg		300mg/ 150mg		6mg/30mg		30mg/150mg		30mg/150mg			
Dosage du cp/gél (mg) ou de la solution buvable (mg/ml)	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir		
3-3,9 kg	1	1					1	1			1	1						
4-4,9 kg	1	1					1	1			1	1						
5-5,9 kg	1	1					1	1			1	1						
6-6,9 kg	1,5*	1,5*					1,5*	1,5*			1,5*	1,5*						
7-7,9 kg	1,5*	1,5*					1,5*	1,5*			1,5*	1,5*						
8-8,9 kg	1,5*	1,5*					1,5*	1,5*			1,5*	1,5*						
9-9,9 kg	1,5*	1,5*					1,5*	1,5*			1,5*	1,5*						
10-10,9 kg	2	2					2	2			2	2			0,5	0,5		
11-11,9 kg	2	2					2	2			2	2			0,5	0,5		
12-13,9 kg	2	2					2	2			2	2			0,5	0,5		
14-16,9 kg	2,5**	2,5**			0,5	0,5	2,5**	2,5**			2,5**	2,5**			1	0,5		
17-19,9 kg	2,5**	2,5**			0,5	0,5	2,5**	2,5**			2,5**	2,5**			1	0,5		
20-24,9 kg	3	3			1	0,5	3	3			3	3			1	0,5		
25-29,9 kg			1	1					1	1			1	1				
30-34,9 kg			1	1					1	1			1	1				
>35 kg			1	1					1	1			1	1				
Niveau de recommandation	Alternative OMS 2006 : à utiliser au cas où AZT/3TC												Alternative OMS 2006 : à utiliser au cas où d4T/3TC					
Commentaire	60mg/30mg non disponible												6mg/30mg non disponible					

* 1,5 le matin & 1,5 le soir peut être remplacé par 2 le matin & 1 le soir si le comprimé n'est pas sécable

** 2,5 le matin & 2,5 le soir peut être remplacé par 3 le matin & 2 le soir si le comprimé n'est pas sécable

*** d4T/3TC est également disponible sous les dosages suivants : 5mg/20mg & 10mg/40mg. L'OMS n'a pas publié de recommandation de posologie spécifique pour ces combinaisons à dose fixe. Si vous devez utiliser d4T/3TC 5mg/20mg ou d4T/3TC 10mg/40mg, se référer à la notice du médicament.

Médicament	AZT/3TC/NVP*** (Zidovudine / Lamivudine / Nevirapine)				ABC/3TC/NVP (Abacavir / Lamivudine / Nevirapine)				ABC/AZT/3TC (Abacavir / Zidovudine / Lamivudine)					
	Optimal-idéal OMS 2008				Optimal-idéal OMS 2008				Optimal-idéal OMS 2008				<i>Alternative OMS 2006</i>	
Dosage du cp/gél (mg) ou de la solution buvable (mg/ml)	60mg/30mg/ 50mg		300mg/ 150mg/ 200mg		60mg/30mg/ 50mg		300mg/ 150mg/ 200mg		60mg/60mg/ 30mg		300mg/ 300mg/ 150mg		<i>300mg/ 300mg/ 150mg</i>	
	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	<i>matin</i>	<i>soir</i>
3-3,9 kg	1	1			1	1			1	1				
4-4,9 kg	1	1			1	1			1	1				
5-5,9 kg	1	1			1	1			1	1				
6-6,9 kg	1,5*	1,5*			1,5*	1,5*			1,5*	1,5*				
7-7,9 kg	1,5*	1,5*			1,5*	1,5*			1,5*	1,5*				
8-8,9 kg	1,5*	1,5*			1,5*	1,5*			1,5*	1,5*				
9-9,9 kg	1,5*	1,5*			1,5*	1,5*			1,5*	1,5*				
10-10,9 kg	2	2			2	2			2	2				
11-11,9 kg	2	2			2	2			2	2				
12-13,9 kg	2	2			2	2			2	2				
14-16,9 kg	2,5**	2,5**			2,5**	2,5**			2,5**	2,5**			0,5	0,5
17-19,9 kg	2,5**	2,5**			2,5**	2,5**			2,5**	2,5**			0,5	0,5
20-24,9 kg	3	3			3	3			3	3			1	0,5
25-29,9 kg			1	1			1	1			1	1		
30-34,9 kg			1	1			1	1			1	1		
>35 kg			1	1			1	1			1	1		
Niveau de recommandation Commentaire									<i>Alternative OMS 2006 : à utiliser au cas où ABC/AZT/3TC 60mg/60mg/30mg non disponible</i>					

* 1,5 le matin & 1,5 le soir peut être remplacé par 2 le matin & 1 le soir si le comprimé n'est pas sécable

** 2,5 le matin & 2,5 le soir peut être remplacé par 3 le matin & 2 le soir si le comprimé n'est pas sécable

*** AZT/3TC/NVP est également disponible sous le dosage suivant : 60mg/30mg/60mg. L'OMS n'a pas publié de recommandation de posologie spécifique pour cette combinaison à dose fixe. Si vous devez utiliser AZT/3TC/NVP 60mg/30mg/60mg, se référer à la notice du médicament.

Médicament	d4T/3TC/NVP*** (Stavudine / Lamivudine / Nevirapine)							
	Niveau de recommandation Dosage du cp/gél (mg) ou de la solution buvable (mg/ml)	Optimal-idéal OMS 2008						Alternative OMS 2006
		6mg/30mg/ 50mg		12mg/60mg/ 100mg		30mg/150mg/ 200mg		30mg/ 150mg/ 200mg
	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir
3-3,9 kg	1	1	0,5	0,5				
4-4,9 kg	1	1	0,5	0,5				
5-5,9 kg	1	1	0,5	0,5				
6-6,9 kg	1,5*	1,5*	1	0,5				
7-7,9 kg	1,5*	1,5*	1	0,5				
8-8,9 kg	1,5*	1,5*	1	0,5				
9-9,9 kg	1,5*	1,5*	1	0,5				
10-10,9 kg	2	2	1	1			0,5	0,5
11-11,9 kg	2	2	1	1			0,5	0,5
12-13,9 kg	2	2	1	1			0,5	0,5
14-16,9 kg	2,5**	2,5**	1,5	1			1	0,5
17-19,9 kg	2,5**	2,5**	1,5	1			1	0,5
20-24,9 kg	3	3	1,5*	1,5*			1	0,5
25-29,9 kg					1	1		
30-34,9 kg					1	1		
>35 kg					1	1		
Niveau de recommandation Commentaire	Alternative OMS 2006 : à utiliser au cas où d4T/3TC/NVP 6mg/30mg/50mg non disponible							

* 1,5 le matin & 1,5 le soir peut être remplacé par 2 le matin & 1 le soir si le comprimé n'est pas sécable

** 2,5 le matin & 2,5 le soir peut être remplacé par 3 le matin & 2 le soir si le comprimé n'est pas sécable

*** d4T/3TC/NVP est également disponible sous les dosages suivants : 5mg/20mg/35mg & 10mg/40mg/70mg. L'OMS n'a pas publié de recommandation de posologie spécifique pour ces combinaisons à dose fixe. Si vous devez utiliser d4T/3TC/NVP 5mg/20mg/35mg ou d4T/3TC/NVP 10mg/40mg/70mg, se référer à la notice du médicament.