



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LE SIDA



# **DIRECTIVES 2015 DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH EN CÔTE D'IVOIRE**

## SOMMAIRE

<b>CONTEXTE.....</b>	<b>2</b>
<b>1. PRISE EN CHARGE ADULTE ET ADOLESCENT.....</b>	<b>3</b>
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.....	8
1.3. Traitement de l'infection à VIH de la femme enceinte.....	10
1.4. Traitements associés.....	11
1.5. Suivi clinique.....	12
1.6. Suivi biologique.....	13
<b>2. PRISE EN CHARGE ENFANT .....</b>	<b>14</b>
2.1. Critères d'éligibilité.....	14
2.1.1. Enfants de moins de 10 ans.....	14
2.1.2. Enfants de 10 ans et plus.....	14
2.2. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH/sida chez l'enfant	
2.2.1. Sérotype VIH 1.....	14
2.2.2. Sérotype VIH 2 ou VIH-Dual.....	17
2.3. Traitements associés chez l'enfant.....	17
2.4 Suivi clinique.....	18
2.5 Suivi Biologique.....	19
<b>3. TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL DES VIOLENCES SEXUELLES, DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES) ET AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES.....</b>	<b>21</b>
3.1. Premiers soins en urgence en cas d'AES.....	21
3.2. Conduite à tenir en cas d'AES.....	21
<b>ANNEXES.....</b>	<b>22</b>

## **CONTEXTE**

La prise en charge médicale des PVVIH est une intervention majeure mise en place dans le pays. En vue de réduire la transmission du VIH, la Côte d'Ivoire a adopté la stratégie d'accès universel à la prévention aux soins et au traitement à l'aide de schémas thérapeutiques plus efficaces et plus simples .

Ces lignes directrices ont été établies sur la base des recommandations 2013 et 2014 de l'Organisation mondiale de la santé<sup>12</sup>.

### **Intérêts des nouvelles recommandations**

La mise sous traitement antirétroviral systématique sans tenir compte de la valeur des CD4 des enfants de moins de 10 ans et des femmes enceintes, des conjoints infectés dans les couples sérodifférents et des populations clés<sup>3</sup>, ainsi que la révision du seuil d'initiation du traitement ARV à moins de 500 CD4, permettront d'améliorer la survie des enfants, de garder les personnes en bonne santé plus longtemps et de réduire considérablement la transmission du virus à d'autres personnes.

L'utilisation d'une combinaison fixe d'antirétroviraux en un comprimé et une prise par jour facilite la prescription de la trithérapie et l'observance au traitement. Le choix d'un schéma unique à base de Ténofovir plus Lamivudine plus Efavirenz pour tous les patients infectés par le VIH-1 âgés de 10 ans et plus, co-infectés VIH/Hépatites ou Tuberculose, les femmes enceintes, simplifie la prescription, facilite la décentralisation des ARV et permet de mettre en œuvre la délégation des tâches aux paramédicaux. Il devient donc important d'établir des liens et des orientations efficaces entre les différents établissements de santé du pays afin de renforcer l'intégration des services.

Les priorités pour réussir cette politique d'accès universel aux traitements, sont entre autre, l'intensification du dépistage, l'approvisionnement continu en médicaments ARV et intrants de laboratoire, l'accessibilité à la charge virale et au dépistage précoce sur toute l'étendue du territoire, le respect des directives et lignes directrices de traitement par les prestataires.

---

<sup>1</sup> WHO. Consolidated guidelines. *The use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for public health approach*. June 2013

<sup>2</sup> World Health Organisation. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach. December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. 2014

<sup>3</sup> Populations clés : Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, Professionnels de Sexe, Utilisateurs de Drogues Injectables (UDIV)

# 1. Prise en charge Adulte et Adolescent

## 1.1. Critères d'éligibilité

Personne infectée par le VIH :

- Stades cliniques OMS 1 ; 2 ; 3 ou CDC A, B avec  $CD4 \leq 500$  cellules/ml
- Stades cliniques OMS 4 ou CDC C, quel que soit la valeur des CD4.
- Co-infection (TB, maladie hépatique sévère)
- Femmes enceintes quel que soit le taux de CD4
- Conjointes infectés dans les couples sérodifférents quel que soit le taux de CD4
- Populations clés (MSM, Professionnels de Sexe, Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI)) quel que soit le taux de CD4

## 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 VIH1 naïfs ; VIH1 + Tuberculose ; VIH1+ Hépatite**

- Schéma préférentiel = **TDF + 3TC + EFV** en combinaison fixe (1 comprimé/jour)

**TDF<sup>4</sup> + 3TC<sup>5</sup> + EFV<sup>6</sup>**

Soir	<b>TDF 300 mg + 3TC 300 mg + EFV 600 mg</b>
------	---

- **Remarque**

Le TDF étant contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère, il est recommandé de vérifier l'état de la fonction rénale avant l'initiation de la molécule.

La fonction rénale est estimée grâce au dosage de la créatinine plasmatique et au calcul du débit de filtration glomérulaire (DFG) par la formule de Cockcroft & Gault.

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

Si la créatininémie n'est pas disponible ou accessible, les bandelettes urinaires permettront de doser la protéinurie et la glycosurie. Ce sont d'excellentes alternatives pour évaluer la fonction rénale sous TDF. La glycosurie devra être réalisée en dehors de tout diabète et chez un patient ayant une glycémie normale.

---

<sup>4</sup> TDF : Ténofovir

<sup>5</sup> 3TC : Lamivudine

<sup>6</sup> EFV : Effavirenz

**NB :** La formule de Cockcroft intègre le poids, comme estimation de la masse musculaire, ainsi que l'âge. Elle est donc influencée chez le patient séropositif par la présence éventuelle d'anomalies des compartiments corporels.

*Une autre méthode de calcul de la clairance de la créatinine existe, selon la formule MDRD (Modification of Diet in Renal Disease), Cette formule pourra être une alternative*

**Formule MDRD :**  $186,3 \times (\text{créatininémie en } \mu\text{mol/L} \times 0,0113)^{-1,154} \times \text{âge}^{-0,203}$  ( $\times 0,742$  si femme,  $\times 1,21$  si peau noire)

Si la clairance de la créatinine  $< 50$  ml/min, le Ténofovir sera arrêté et le choix de la nouvelle molécule ou la réintroduction du TDF se fera après réévaluation de la fonction rénale et l'avis du centre de référence de la prise en charge des PVVIH.

- Ces effets indésirables graves (EIG) rénaux seront systématiquement déclarés au Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) et à la Direction de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires (DPML).
- En cas d'insuffisance rénale, de diabète non contrôlé, d'hypertension artérielle non contrôlée : Ne pas utiliser le Ténofovir (TDF).  
Le schéma utilisé dans ce cas sera : **AZT ou ABC + 3TC + EFV**

Matin	<b>AZT 300 mg + 3TC 150 mg</b>
Soir	<b>AZT 300 mg + 3TC 150 mg + EFV 600mg</b>

Si Hb  $< 7.5$  g/dl avec des troubles de la fonction rénale associés, 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 en première intention et la Didanosine (DDI) en deuxième intention (si allergie à l'Abacavir). Le schéma recommandé est : **ABC + 3TC + EFV**

- En cas d'intolérance à l'Efavirenz ou en cas de troubles neuropsychiatriques graves (hallucination et psychose) imputables à l'Efavirenz cette molécule est remplacée par la Névirapine. La combinaison recommandée est : **TDF + 3TC + NVP**
- Ne pas utiliser Efavirenz dans les conditions suivantes :
  - Transaminase  $> 3$  fois la normale
  - Insuffisance hépatique sévère, TP  $< 50\%$
  - Hypersensibilité au produit
- Si effets indésirables hépatiques graves remplacer Efavirenz par **LPV/r**
- Si EIG cutanés, Efavirenz est remplacé par une antiprotéase boostée par le Ritonavir : **ATV/r ou LPV/r**

#### **a.1.1 Pour la co-infection avec la tuberculose**

- Initier le traitement antirétroviral pendant le traitement antituberculeux pour toute forme de tuberculose quel que soit le taux de CD4
- Le traitement antirétroviral débutera 2 semaines après l'initiation du traitement antituberculeux. En cas de tuberculose neuro-méningée le

traitement antirétroviral sera initié après un mois de traitement antituberculeux correctement suivi

- En cas de contre-indication à l'Efavirenz et si le taux de CD4 > 200/mm<sup>3</sup> :

Le schéma de trithérapie à base de 3 INTI est préconisé.

La combinaison recommandée est : **AZT + 3TC + TDF**

Matin	<b>AZT 300 mg + 3TC 150 mg</b>
Soir	<b>AZT 300 mg + 3TC 150 mg + TDF 300 mg</b>

### **a.1.2 Pour la co-infection avec l'hépatite virale B**

#### **Patient VIH/VHB avec CD4 < 500**

**Si ALAT < 3N** : Schéma identique = **TDF + 3TC + EFV**

Soir	<b>TDF 300 mg + 3TC 300 mg + EFV 600 mg</b>
------	---

**Si ALAT > 3N** : 2 situations

- Si taux de **CD4 < 200/mm<sup>3</sup>** : Prescrire LPV/r à la place de l'EFV

Le schéma préconisé sera : **TDF + 3TC + LPV/r**

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

- Si taux de **CD4 ≥ 200/mm<sup>3</sup>** : Prescrire le schéma avec **TDF + 3TC + AZT**

#### **Patients co-infectés VIH/VHB avec CD4 ≥ 500/mm<sup>3</sup>**

**Ne prescrire le traitement ARV seulement que si maladie hépatique sévère (Cirrhose, ictère)**

**Si ALAT ≥ 2N** :

Faire un contrôle des ALAT à J30, et initier le traitement ARV si ALAT ≥ 2N à J30, avec une diminution de moins de 50% de la valeur des ALAT de départ

**Si l'ALAT < 2N** :

**Ou** Si on obtient une diminution des transaminases de plus de 50% de la valeur de départ à J30, il faut s'abstenir de mettre le patient sous trithérapie ARV

### ***b) Régimes thérapeutiques de deuxième ligne***

Ce régime est préconisé en cas d'échec thérapeutique. Le moyen diagnostic retenu est l'échec virologique.

Le patient est mis sous régime thérapeutique de deuxième ligne en cas d'échec thérapeutique.

On parle d'échec thérapeutique :

- lorsque la charge virale est supérieure à 1000 copies après 6 mois de traitement antirétroviral continu de première ligne et reste à cette même valeur au contrôle 3 mois après avoir renforcé l'observance au traitement\*.
- Si sous traitement antirétroviral de première ligne, la charge virale ne baisse pas de plus de 1log au contrôle virologique prévu après 3 mois de renforcement de l'observance

Le renforcement de l'observance comporte l'éducation à l'observance, le rappel de prises par SMS/appels téléphoniques, les visites à domicile, les groupes de paroles, l'implication d'un membre de l'entourage, les visites rapprochées de suivi, l'utilisation d'un pilulier. Il est recommandé d'utiliser au minimum deux méthodes combinées pour le renforcement de l'observance. Les résultats de la charge virale devront être obtenus au plus tard dans le mois suivant la fin de la période de renforcement. L'appui à l'observance sera maintenue quelle que soit la décision thérapeutique prise.

Le schéma proposé en deuxième ligne associe **AZT + 3TC + ATV/r ou LPV/r**

L'option préférentielle d'inhibiteur de protéase est l'Atazanavir boosté par le Ritonavir **ATV/r (150/50 mg (2 cp × 1/j)), ou ATV/r (300/100 mg (1 cp/j))**

NB : ATV/r ne sera pas utilisé en cas d'hyperbilirubinémie

Les schémas de 2ème ligne suivants sont proposés :

**Tableaux 1 : Schéma de deuxième ligne chez l'adulte et l'adolescent**

Schéma de première ligne	Schéma de deuxième ligne	
	INTI	IP
TDF + 3TC + EFV	AZT + 3TC	ATV/r
AZT + 3TC + EFV	TDF + 3TC	
ABC + 3TC + EFV	AZT + 3TC TDF + 3TC	
TDF + 3TC + AZT	TDF + 3TC	

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

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

En cas de schéma avec **TDF + 3TC + AZT** le traitement de la 2ème ligne maintiendra l'association TDF + 3TC avec ATV/r car il y a très peu de résistance au TDF parmi les inhibiteurs nucléosidiques.

#### ***b-1 Patients sans autres facteurs de comorbidité***

Le traitement ARV de choix est le schéma associant : **TDF +3TC + ATV/r**

Soir	<b>TDF 300 mg + 3TC 300 mg + ATV/r (300/100 mg)</b>
------	---

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

**TDF + 3TC + LPV/r** (double dose de Ritonavir)

Matin	<b>LPV/r (200/50 mg x 2) + Ritonavir 100mg</b>
Soir	<b>TDF 300 mg + 3TC 300 mg + LPV/r (200/50 mg x 2) + Ritonavir 100mg</b>

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

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

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

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

**NB :** Pour les patients présentant une intolérance ou une contre-indication au LPV l'alternative sera le SQV/r

**En cas de seconde ligne chez un patient co-infecté maintenir TDF parmi les INTI de seconde ligne.**

### *c) Régimes thérapeutiques de 3ème ligne (Réservé au centre de référence : SMIT (CHU Treichville)*

Ils sont fonction des molécules actives issues du **génotypage**. En l'absence du génotypage, le traitement proposé est:

**Darunavir (DRV)/r + Raltégravir (RAL) + 2INTI\***

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

\*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 (**Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Treichville**).

## **1.2.2. Sérotype VIH 2 ou VIH dual**

### *a) Régimes thérapeutiques de première ligne*

#### *a.1 Patient VIH2 naïf sans comorbidité*

**Si CD4  $\geq$  200 cell/mm<sup>3</sup>**

Régime recommandé = **TDF + 3TC + AZT**

Matin	<b>AZT 300 mg + 3TC 150 mg</b>
Soir	<b>AZT 300 mg + 3TC 150 mg + TDF 300mg</b>



**Si CD4 < 200 cells/mm<sup>3</sup>**

Régime recommandé : **TDF + 3TC + LPV/r**

Matin	<b>LPV/r (200/50 mg x 2) + ritonavir 100mg</b>
Soir	<b>TDF 300 mg + 3TC 300 mg + LPV/r (200/50 mg x 2) + Ritonavir 100 mg</b>

**NB:** Atazanavir n'est pas indiqué en raison d'une sensibilité faible du VIH-2

En cas de contre-indications ou d'intolérance majeure au Lopinavir, le Saquinavir sera l'alternative

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

Le traitement se fera en fonction du taux de CD4

**Si CD4 < 200/ mm<sup>3</sup> :** le régime est : **TDF + 3TC + LPV/r** avec une double dose de Ritonavir

Matin	<b>LPV/r (200/50 mg x 2) + Ritonavir 100 mg</b>
Soir	<b>TDF 300 mg + 3TC 300 mg + LPV/r (200/50 mg x 2) + Ritonavir 100 mg</b>

En cas d'intolérance ou de contre-indications au LPV/r, on utilisera le SQV/r avec une double dose de Ritonavir

**Si CD4 ≥ 200/mm<sup>3</sup> :** le régime est **AZT + 3TC + TDF**

Matin	<b>AZT 300mg + 3TC 150mg</b>
Soir	<b>AZT 300 mg + 3TC 150mg +TDF 300mg</b>

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

**Si CD4 < 200/mm<sup>3</sup>:** TDF + 3TC + LPV/r

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

**Si CD4 ≥ 200/mm<sup>3</sup> :** TDF + 3TC + LPV/r ou TDF + 3TC + AZT

Schéma préférentiel :

Matin	<b>AZT 300 mg + 3TC 150 mg</b>
Soir	<b>AZT 300 mg + 3TC 150 mg + TDF 300 mg</b>

***a-4 En cas d'anémie***

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

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

***b) Régimes thérapeutiques de deuxième ligne :***

Les patients avec ou sans facteurs de co-morbidité et autres : la conduite à tenir sera donnée par le centre de référence (Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Treichville)

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

(Cf. Directives PTME)

Le traitement antirétroviral chez la femme enceinte séropositive au VIH tient compte des situations suivantes :

#### **1.3.1. Femmes enceintes non éligibles actuellement sous prophylaxie (selon l'ancien protocole)**

Continuer la trithérapie ARV selon l'ancien protocole et les faire basculer sous le nouveau protocole (TDF/3TC/EFV), à vie, après la période de l'allaitement et/ou épuisement des anciens stocks en vérifiant au préalable la fonction rénale (la clearance rénale et/ou bandelette urinaire).

#### **1.3.2. Femme enceinte naïve**

##### **a) Régimes thérapeutiques de première ligne**

###### **- En cas de VIH 1**

- Débuter le traitement dès que le diagnostic est confirmé.

Le schéma préférentiel est le suivant: **TDF + 3TC + EFV**

En cas de problème rénal : **AZT + 3TC + EFV**

En cas de troubles neurologiques graves : **TDF + 3TC + LPV/r**

###### **- En cas de VIH 2 ou dual**

Le schéma thérapeutique est le suivant : **TDF + 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 (**SMIT Treichville**).

#### **1.3.3. Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV**

Continuer le traitement antirétroviral déjà initié s'il est efficace et bien toléré

Si schéma comprenant NVP : Poursuivre le traitement à base de NVP jusqu'à sa nouvelle grossesse ou épuisement du stock et introduire le nouveau protocole : **TDF + 3TC + EFV**

#### **1.3.4. Femme séropositive naïve dépistée pendant l'accouchement**

Faire la bandelette urinaire avant d'initier le traitement

- Si VIH 1 : **TDF + 3TC + EFV**
- Si VIH 2 ou dual : **TDF + 3TC + LPV/r**

NB : Une fois le traitement ARV initié, il est poursuivi à vie (**Option B+**)

#### **1.3.5. Chez le nouveau-né**

Les schémas suivants sont préconisés suivant le type de VIH de la mère.

##### **1.3.5.1. Mère infectée par le VIH 1 : il faut donner :**

- **Névirapine sirop**, 2 mg/kg (soit 0,6 ml) en **prise unique par jour pendant 4 semaines**, à débiter **dès la naissance et dans les 48 à 72 heures**.

### 1.3.5.2. Mère infectée par le VIH 2 ou VIH 1 et 2 : il faut donner :

- **AZT sirop**, 4 mg/kg (soit 1,2 ml) **2 fois par jour pendant 4 semaines**, à débiter **dès la naissance et dans les 48 à 72 heures**.

**NB :** Ne pas utiliser la NVP en cas de VIH-2

### 1.1.1. Alimentation du nourrisson

- Le conseil en alimentation doit se faire à tout moment (avant, pendant la grossesse et après l'accouchement).
- Le choix du mode d'alimentation doit être éclairé et se fera entre :
  - Un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois avec sevrage à 12 mois.
  - Une alimentation artificielle si les conditions suivantes sont réunies : alimentation **acceptable, faisable, abordable financièrement, durable** dans le temps et **sûre** (AFADS).

**NB :**

- L'alimentation mixte est proscrite
- L'aide à l'observance doit être renforcée chez la mère optant pour l'allaitement maternel, surtout si la charge virale est détectable.

## 1.2. Traitements associés au traitement ARV

Il s'agit essentiellement de la prévention des infections opportunistes.

La prévention des infections opportunistes est assurée par l'administration de Cotrimoxazole.

**Les modalités d'arrêt et de reprise du Cotrimoxazole sont les suivantes :**

### 1.2.1. Critères de mise sous Cotrimoxazole

Le Cotrimoxazole est préconisée de façon systématique chez tout adulte ou adolescent dépisté positif au VIH, sans préjuger de la valeur des CD4, et en l'absence de contre-indication.

### 1.2.2. Critères d'arrêt du Cotrimoxazole

Chez tout PVVIH sous TARV, régulièrement suivi depuis 3 ans, avec une bonne observance du traitement, chez qui le taux de CD4 > 500 cell/mm<sup>3</sup>, il sera possible d'arrêter l'administration du Cotrimoxazole et de continuer la surveillance.

### 1.2.3. Critères de réintroduction du cotrimoxazole

Chez les patients ayant arrêté la prophylaxie au Cotrimoxazole et dont le CD4 ≤ 500 cell/mm<sup>3</sup>, il est recommandé de réintroduire ce traitement dans la prise en charge et de rechercher activement une infection opportuniste évolutive.

**Posologie :** Cotrimoxazole [Sulfamethoxazole/Trimethoprine (800/160 mg)], **1 cp en une prise unique par jour**

**NB :** Les patients vivant avec le VIH n'étant pas éligibles au Traitement Antirétroviral ne doivent pas arrêter la prophylaxie au Cotrimoxazole.

## 1.5. Suivi clinique

**Tableaux 2 : Calendrier de suivi clinique des adultes et adolescents infectés par le VIH**

TYPE D'EXAMEN	JO	M1	M3	M6	M9	M12
Examen clinique est pratiqué afin de classer le malade selon 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 les Composantes (2+5+6) de la Santé Positive Dignité et Prévention	X	X	X	X	X	X
Examen anthropométrique pour évaluer l'état nutritionnel du malade (poids/taille/IMC)	X		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

## 1.6. Suivi biologique

**Tableau 3: Calendrier de suivi biologique des adultes et adolescents infectés par le VIH**

	Type d'examen	M0	M1	M3	M6	M12	M18	M24
<b>BILAN</b>								
<b>BILAN INITIAL:</b>	Sérologie VIH	X						
	Numération CD4	X						
	NFS	X						
	ALAT	X						
	Créatininémie	X						
	Glycémie	X						
	AgHBs *							
<b>BILAN DE SUIVI</b>	Radiographie***** pulmonaire	X						
	Bandelette urinaire**			X	X	X	X	X
	Numération 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

\* La recherche de l'Ag HbS se fera chez les patients en échec sous le schéma de première ligne recommandé par le programme national

- \*\* L'utilisation de la bandelette urinaire est recommandée pour mesurer la protéinurie chez les sujets sous Ténofovir (tous les 3 mois)
- \*\*\* Le contrôle du taux de l'Hb se fera dès M3 pour tout patient mis sous AZT
- \*\*\*\* Le contrôle de l'ALAT se fera dès M1 pour tout patient sous NVP
- \*\*\*\*\* La radiographie pulmonaire sera toujours demandée à l'initiation du traitement mais reste à la charge du patient

**La charge virale ne sera effectuée que chez les patients sous traitement ARV.**

## **2. Prise en charge Enfant**

### **2.1 Critères d'éligibilité**

#### **2.1.1 Enfant d'âge < 10 ans**

- Tout enfant de **moins de 10 ans** positif au VIH est systématiquement éligible au traitement ARV quel que soit le taux de CD4 et le stade clinique.

#### **2.1.2 Enfant d'âge ≥ 10 ans**

- Stades cliniques OMS 1-2, CDC N, A (patient asymptomatique) et  $CD4 \leq 500$  cell/mm<sup>3</sup>
- Stades cliniques OMS 3-4, CDC B, C quel que soit la valeur des CD4

### **Récapitulatif des critères d'éligibilité dans le cas général**

Age	< 10 ans	≥ 10 ans
CD4 (cell/mm <sup>3</sup> )	Tous les enfants	≤ 500

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

#### **2.2.1 Sérotype VIH 1**

#### **Régimes thérapeutiques de première ligne**

##### **a) Enfant sans facteur de comorbidité**

- Si âge < 3 ans

Que l'enfant ait été ou non exposé à la PTME

Le schéma recommandé est : **ABC<sup>7</sup> + 3TC<sup>8</sup> + LPV<sup>4</sup>/r**

- Si âge ≥ 3 ans ou poids > 10 kg et âge < 10 ans :

Le schéma recommandé est : **ABC + 3TC + EFV<sup>5</sup>**

- Si âge ≥ 10 ans : Donner **TDF\* + 3TC + EFV**

##### **\* La dose de TDF sera calculée en fonction du poids de l'enfant**

- Pour les enfants d'âge ≥ 10 ans avec un poids ≥ 17 kg et < 35 kg:  
Utiliser **TDF 204 mg comp** à la posologie de **6,5 mg/Kg** en une

fois/jour associé au **3TC+ EFV**

- Chez les enfants d'âge  $\geq 12$  ans et de poids  $\geq 35$  kg, utiliser les doses adultes

**Ne pas utiliser TDF** en cas de :

- Trouble de la fonction rénale (clearance de la créatinine  $< 50$  ml/min ou protéinurie au test de la bandelette urinaire),
- Diabète ancien
- Hypertension artérielle non contrôlée.

Le schéma utilisé dans ce cas sera : **ABC + 3TC + EFV**

L'utilisation du TDF nécessite une surveillance continue de la fonction rénale (Test à la bandelette urinaire et clearance de la créatinine)

**NB :**

- AZT sera prescrit en alternative à l'ABC et EFV sera l'INN le plus utilisé pour les trois ans et plus
- NVP sera prescrit en alternative d'EFV

#### *b) Enfant avec facteur de comorbidité*

- **Si anémie** (Hb  $< 8$ g/dl) :
  - Si âge  $< 3$  ans : utiliser le schéma suivant : **ABC + 3TC + LPV/r**
  - Si âge  $\geq 3$  ans ou poids  $> 10$  kg et âge  $< 10$  ans : le schéma préconisé est : **ABC + 3TC + EFV**
  - Si âge  $\geq 10$  ans : utiliser le schéma **TDF + 3TC + EFV**

**NB :** - NVP sera prescrit en alternative d'EFV

#### **Si co-infection VIH/Tuberculose :**

Initier le traitement ARV quel que soit le type de Tuberculose  
Démarrer le traitement ARV deux semaines après l'initiation du traitement antituberculeux.

- Si âge  $< 3$  ans : utiliser le schéma **AZT + 3TC + ABC**
- Si âge  $\geq 3$ ans ou poids  $> 10$  kg et âge  $< 10$  ans : utiliser le schéma **ABC + 3TC + EFV**
- Si âge  $\geq 10$  ans : utiliser le schéma **TDF + 3TC +EFV**

#### **Si co-infection VIH/Hépatite virale B :**

- Si transaminases  $< 3N$ 
  - Si âge  $< 3$  ans ou poids  $< 10$  kg:  
Schéma préconisé : **ABC + 3TC + LPV/r**
  - Si âge  $\geq 3$ ans ou poids  $\geq 10$  kg et âge  $< 10$  ans : utiliser le schéma **ABC + 3TC + EFV**

- Si âge  $\geq 10$  ans : utiliser le schéma **TDF +3TC+EFV**
- Si transaminases  $\geq 3$  N :  
Quel que soit l'âge : utiliser **ABC + 3TC + LPV/r**

NB : AZT sera prescrit en alternative à l'ABC

- **Si co-infection VIH/Hépatite virale C : Référer en milieu spécialisé (service de gastroentérologie du CHU de Yopougon)**

### Régimes thérapeutiques de deuxième ligne

Ce régime est préconisé en cas d'échec thérapeutique. Le moyen diagnostic retenu est l'échec virologique.

#### On parle d'échec virologique :

- Si la charge virale est supérieure à 1000 copies après 6 mois de traitement antirétroviral continu de première ligne et reste à cette même valeur au contrôle 3 mois après avoir renforcé l'observance au traitement.
- Si la charge virale ne baisse pas de plus d'1log au cours de ce contrôle prévu après 3 mois de renforcement de l'observance (Education à l'observance, comptage des comprimés...).

#### a) *Enfant sans facteur de comorbidité*

- Si âge  $< 3$  ans ou poids  $< 10$  kg:

Poursuivre avec **ABC + 3TC + LPV/r** en insistant sur l'observance du traitement

- Si âge  $\geq 3$  ans ou poids  $> 10$  kg et âge  $< 10$  ans : le schéma sera : **ABC + 3TC + LPV/r**

NB : AZT sera prescrit en alternative à l'ABC

- Si âge  $\geq 10$  ans : utiliser **TDF+3TC+LPV/r**

**Tableau 4:** Récapitulatif des options thérapeutiques de deuxième ligne en fonction des régimes de première ligne chez l'enfant

	Echec schéma de première ligne	Schéma deuxième ligne
Age $< 3$ ans ou poids $< 10$ kg *	ABC + 3TC + LPV/r	Pas de changement*
Age $\geq 3$ ans et $< 10$ ans	ABC + 3TC + EFV	ABC + 3TC + LPV/r
	AZT + 3TC + EFV	AZT + 3TC + LPV/r
Age $\geq 10$ ans	TDF + 3TC + EFV	TDF + 3TC + LPV/r

\*Pour les enfants  $< 3$  ans sous IP le changement se fait uniquement s'il existe une progression de la maladie (échec clinique) ou une inobservance liée au gout du LPV/r ; dans ces cas le LPV/r sera remplacé par NVP ou EFV si poids  $\geq 10$  kg.

#### b) *Enfant avec facteur de comorbidité*

- Si *anémie* (Hb  $< 8$ g/dl) : utiliser **ABC+ 3TC + LPV/r**

- **Si co infection VIH/TB** : réservé aux centres de référence (service de Pédiatrie du CHU de Yopougon)
- **Si co infection VIH/VHB**: réservé aux centres de référence (Service de Pédiatrie du CHU de Yopougon)
  - Si âge < 10 ans : **ABC+ 3TC + LPV/r**
  - Si âge ≥ 10 ans : **TDF + 3TC + LPV/r**
- **Si co-infection VIH/VHC** : réservé aux centres de référence (Service de Pédiatrie du CHU de Yopougon)

### 2.2.2 Sérotypage VIH 2

#### Régimes thérapeutiques de première ligne

##### a) *Enfant sans facteur de co-morbidité*

- Si âge < 3 ans ou poids < 10 kg : **ABC + 3TC + LPV/r**
- Si âge ≥ 3ans ou poids ≥ 10 kg et âge < 10 ans : **ABC + 3TC + LPV/r**
- Si âge ≥ 10 ans : **TDF\* + 3TC + LPV/r**

Nb : l'AZT sera prescrite en alternative de l'ABC

##### b) *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**

**NB** : AZT ou ABC remplacé par TDF si âge ≥ 10 ans

**Régimes thérapeutiques de deuxième ligne** : Réservé au centre de référence (SMIT CHU Treichville)

### 2.3. Traitements associés au TAR chez l'enfant

La prévention des infections opportunistes par le Cotrimoxazole est préconisée chez:

- Tout enfant né de mère séropositive, à partir de 6 semaines de vie jusqu'à infirmation de l'infection à VIH
- Tout enfant infecté par le VIH, en l'absence de contre-indication

Les doses recommandées sont de 20-30 mg/kg de (Sulfamethoxazole/Trimethoprim 100/20 mg) en une prise quotidienne.

**Tableau 5 : Posologie du Cotrimoxazole en fonction du poids de l'enfant**

Poids	Comp 100/20 mg	Comp 800/160 mg
-------	----------------	-----------------



< 5 kg	1 comp	Non adapté
5 - 10 kg	2 comp	Non adapté
10 - 20 kg	3 comp	Non adapté
20 - 35 kg	4 comp	½ comp
> 35 kg	Non adapté	1 comp

Maintenir cette prophylaxie jusqu'à l'âge de 10 ans quel que soit le stade clinique et le taux de lymphocytes T CD4.

Pour les enfants d'âge  $\geq 10$  ans, arrêter le Cotrimoxazole si le taux de CD4  $> 500 / \text{mm}^3$  et la charge virale indétectable après 3 mesures successives suivant les directives nationales.

## 2.4. 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
- Apprécier le statut vaccinal
- Apprécier le développement staturo-pondéral et psychomoteur
- Rechercher activement une tuberculose (en utilisant la fiche de screening).
- Effectuer l'éducation thérapeutique de la personne en charge de l'enfant et apporter une aide à l'observance durant le traitement.

L'accompagnement psychologique de l'adolescent est impératif pour le préparer à l'annonce de son statut VIH et à la poursuite de son traitement.

Tous les enfants enrôlés doivent bénéficier tous les mois d'un examen clinique complet pendant la première année. Au-delà, le suivi se fera tous les trois mois chez un enfant observant, en succès thérapeutique et sans autre particularité

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
- Rechercher les effets indésirables liés au traitement antirétroviral (signes neurologiques, hématologiques, cutanées...)
- 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. Il sera mensuel pour la 1<sup>ère</sup> année de Vie puis tous les 3 mois. 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 + Pneumo 13

## **2.5. Suivi biologique**

### **2.5.1. 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 :

- d'apprécier le profil hématologique, rénal et hépatique de l'enfant
- de rechercher une tuberculose active (radiographie pulmonaire)

NB : L'enfant dont l'âge est < **10 ans** est systématiquement éligible au traitement ARV, le bilan sera réalisé dans ce cas pour déterminer le traitement ARV le plus adapté. Chez les 10 ans et plus, le traitement sera fonction du nombre de CD4.

### **Examens paracliniques**

- Sérologie VIH ou PCR
- Comptage des CD4
- Hémogramme
- Transaminases ALAT
- Glycémie
- Ag HbS
- Créatinémie
- Bandelettes urinaires
- Radiographie pulmonaire\*

La radiographie pulmonaire sera toujours demandée à l'initiation du traitement mais reste à la charge du patient

### **2. 5.2. Bilan de suivi biologique**

Le bilan de suivi biologique 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*

**Tableau 6 : Bilan de suivi biologique de l'enfant infecté par le VIH 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*

**Tableau 7 : Bilan de suivi biologique de l'enfant infecté par le VIH éligible au Traitement ARV**

Examens biologiques	M0	M1	M3	M6	M12
Comptage CD4	X			X	X
Hémogramme*	X		X	X	X
Transaminases ALAT**	X	X	X	X	X
Glycémie	X			X	X
Créatinémie	X			X	X
Charge virale				X	X
Bandelette urinaire***	X		X	X	X
Radiographie pulmonaire ****	X		X	X	X
Ag HBS*****	X				

\*Enfant sous AZT

\*\*Enfant sous NVP

\*\*\*Bandelette urinaire tous les 3 mois chez les enfants sous TDF

\*\*\*\*La radiographie pulmonaire sera toujours demandée à l'initiation du traitement; à M3 et au cours des autres périodes de visites médicales, s'il y a des signes d'appel, mais reste à la charge du patient

\*\*\*\*\*Le dosage de l'Ag HBS se fera à l'initiation du traitement chez l'enfant de moins de 10 ans.

L'évaluation de la réponse immunitaire (numération des lymphocytes **T CD4**) et virologique (**charge virale**) au traitement ARV, sera effectuée **tous les six mois**.

### **3- Traitement antirétroviral des violences sexuelles, des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques (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.

#### **3.1 Premiers soins en urgence en cas d'AES**

- Nettoyer la lésion à l'eau courante et au savon, puis rincer
- Pour les muqueuses rincer à l'eau ou au sérum physiologique
- Réaliser l'antisepsie 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

##### **○ Adultes et adolescents**

- Schéma recommandé : **TDF + 3TC + LPV/r**

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

##### **○ Enfants de moins de 10 ans**

- Schéma recommandé : **AZT + 3TC + LPV/r**

La chimioprophylaxie doit débuter le plus tôt possible après l'exposition, et avant la 72<sup>ème</sup> heure, pendant une durée de 28 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.**

# ANNEXES

# Annexe 1

## Contenu des soins et soutien en Côte d'Ivoire

### ▪ Définition des soins et soutien en CI

Les soins et soutiens sont toutes les prestations (continuum de soins) qui permettent d'améliorer la qualité de vie des PVVIH et de leur famille, en dehors du traitement spécifique ARV.

**Cible :** PIAVIH, Soignants

### ▪ Contenu des soins et soutien

Le Continuum de soins comprend les soins et soutien en milieu de soins, dans la communauté et à domicile.

- Soins palliatifs
- Prévention et PEC des Ios
- Prévention du cancer du col de l'utérus
- Prévention et PEC des IST
- Santé Positive, Dignité et Prévention

**Tableau N° 1 : Soins et soutien cliniques (Adulte/Enfant)**

SOINS ET SOUTIEN CLINIQUES	
Soins palliatifs	Soins physiques (PEC de la douleur et des autres symptômes)
	Soutien psychologique (malade/famille)
	Soutien psychologique des soignants
	- Syndrome d'Epuisement Professionnel du Soignant (SEPS)
	Nutrition et VIH : Evaluation alimentaire; Evaluation et conseils nutritionnels
	Accompagnement en fin de vie- Gestion du décès et du deuil
	Gestion des PDV
Prévention et PEC des Ios	Référence et contre référence
	IOs (Cotrimoxazole, Fluconazole et autres médicaments)
	Paludisme (MILDA, SP (femme enceinte))
	Tuberculose et VIH
Prévention du cancer du col de l'utérus	- Recherche systématique de la TB chez le PVVIH à chaque visite de suivi et référence des cas suspects vers les CDT/CAT pour le diagnostic et PEC
	- Conseils pour le contrôle de l'infection TB
	Enfants
	- Chimio prophylaxie INH chez enfants de 0 à 5 ans
Prévention du cancer du col de l'utérus	Prévention primaire du cancer du col de l'utérus
	- Sensibilisation et mobilisation des femmes
	- Vaccination des jeunes filles contre le papillomavirus (0 à 8 ans)
	Prévention secondaire du cancer du col de l'utérus

Directives nationales 2015 de Prise En Charge des Personnes Vivant avec le VIH

Programme National de Lutte contre le Sida

	- Dépistage et PEC des lésions précancéreuses
<b>Santé positive, Dignité et Prévention (prestataires de soins)</b>	<b>Composante 2 : Promotion et accès à la santé</b> Conseils de prévention de la transmission du VIH chez les PVVIH: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observance aux antirétroviraux et aux autres médicaments</li> <li>- Prise en charge correcte des IST</li> <li>- Distribution de préservatifs</li> <li>- Prévention, diagnostic et traitement des autres infections et maladies des PVVIH</li> </ul>
	<b>Composante 5 : Prévention des nouvelles infections : Accès universel à la PTME</b>
	<b>Composante 6 : Droit à la santé sexuelle et reproductive</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Désir de maternité et planification familiale</li> </ul>

**Tableau N°2 : Soins et soutiens communautaires (Adulte/Enfant)**

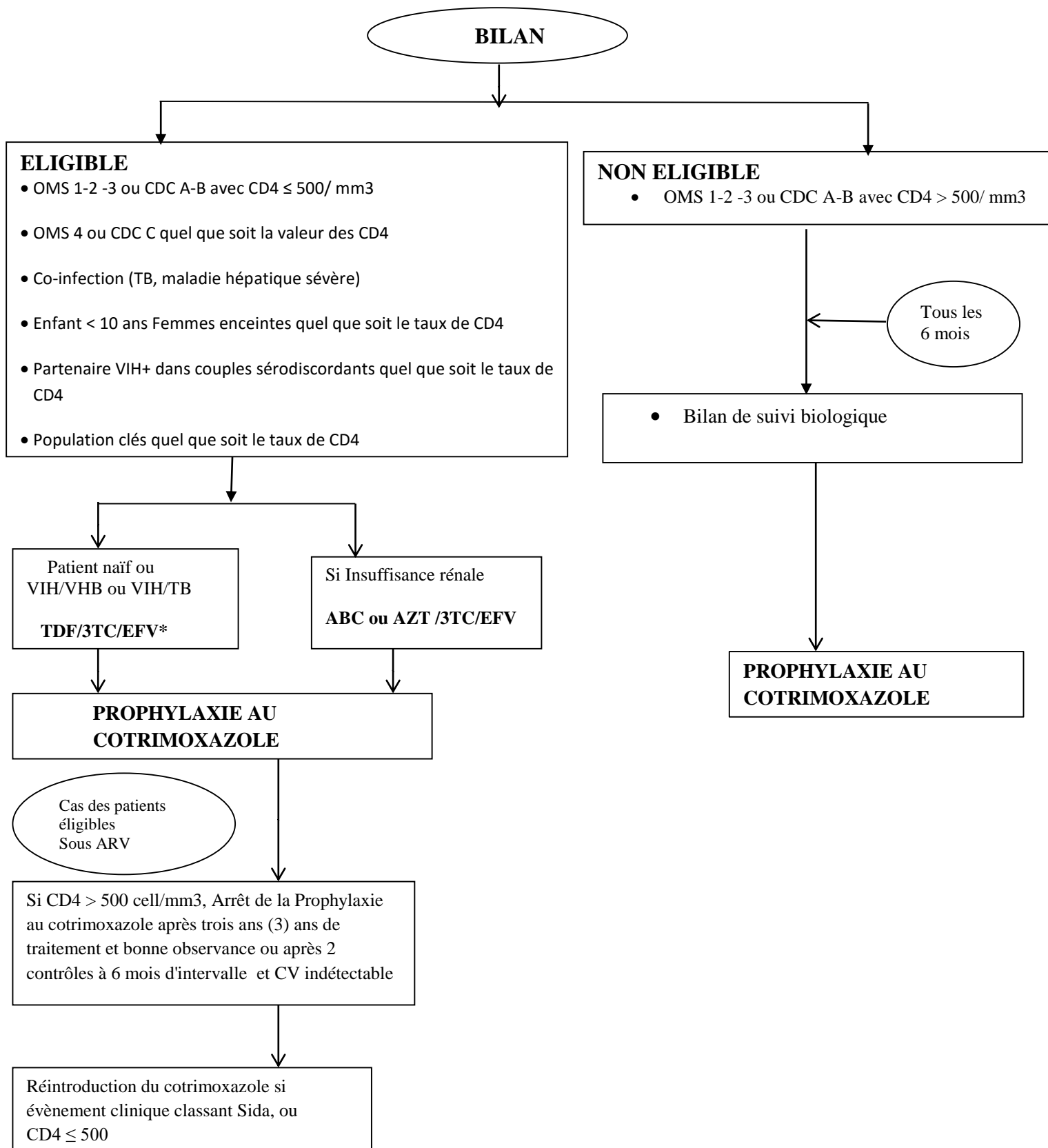
<b>Soins palliatifs</b>	<b>Soins physiques</b> (PEC de la douleur et des autres symptômes/cf. Guide de PEC communautaire)
	<b>Soutien psychologique (malade/famille)</b>
	<b>Soutien psychologique des soignants</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention et PEC du Syndrome d'Épuisement Professionnel du Soignant (SEPS)</li> </ul>
	<b>Référence et contre référence</b>
	<b>Soutien social</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hébergement des « sans abri »</li> <li>- Soutien nutritionnelle et alimentaire</li> <li>- Soutien à l'Hygiène</li> <li>- Aide financière</li> <li>- Aide juridique</li> <li>- Aide administrative</li> <li>- Aide scolaire et à la formation</li> <li>- Renforcement économique</li> <li>- Aide aux activités récréatives</li> </ul>
	<b>Soutien spirituel</b>
	<b>Accompagnement en fin de vie- Gestion du décès et du deuil</b>
	Gestion des <b>PDV</b> (Visite à domicile (VAD))
<b>Prévention et PEC des Ios</b>	<b>Ios</b> (Distribution de Cotrimoxazole)
	<b>Paludisme</b> (Distribution de MILDA)
	<b>Tuberculose et VIH</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche systématique des cas suspects de la TB dans la communauté et référence vers les CDT/CAT pour le diagnostic et PEC.</li> </ul>
<b>Prévention du cancer du col de l'utérus</b>	<b>Prévention primaire et secondaire du cancer du col de l'utérus</b> (Sensibilisation)
<b>Santé positive, Dignité et prévention (prestataires de soins)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Message de prévention et provision de condoms</li> <li>- Promotion et offre de conseil dépistage aux partenaires et famille du PVVIH</li> <li>- Promotion des services de prévention des IST (identification des signes et référence) selon les besoins</li> <li>- Evaluation et prise en compte des besoins de santé de la reproduction du client PVVIH : conseils grossesse à moindre risque- (référence pour PF...)</li> <li>- Education aux TTT : conseils pour l'observance /l'adhérence aux TTT /Effets secondaires possibles des médicaments</li> <li>- Référence pour intégration dans un groupe de soutien</li> </ul>

<b>Mise en place des réseaux de soins et soutien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place et animation de réseaux avec les autres intervenants acteurs (Cadre de collaboration formel + Tenues de réunions structurées)</li> <li>- Renforcement du Système de référence # référence des clients aux structures de soins et traitements avec documentation des outils de référence.</li> </ul>
--	--



## Annexe 2

### Algorithme de prise en charge de l'adulte infecté par le VIH

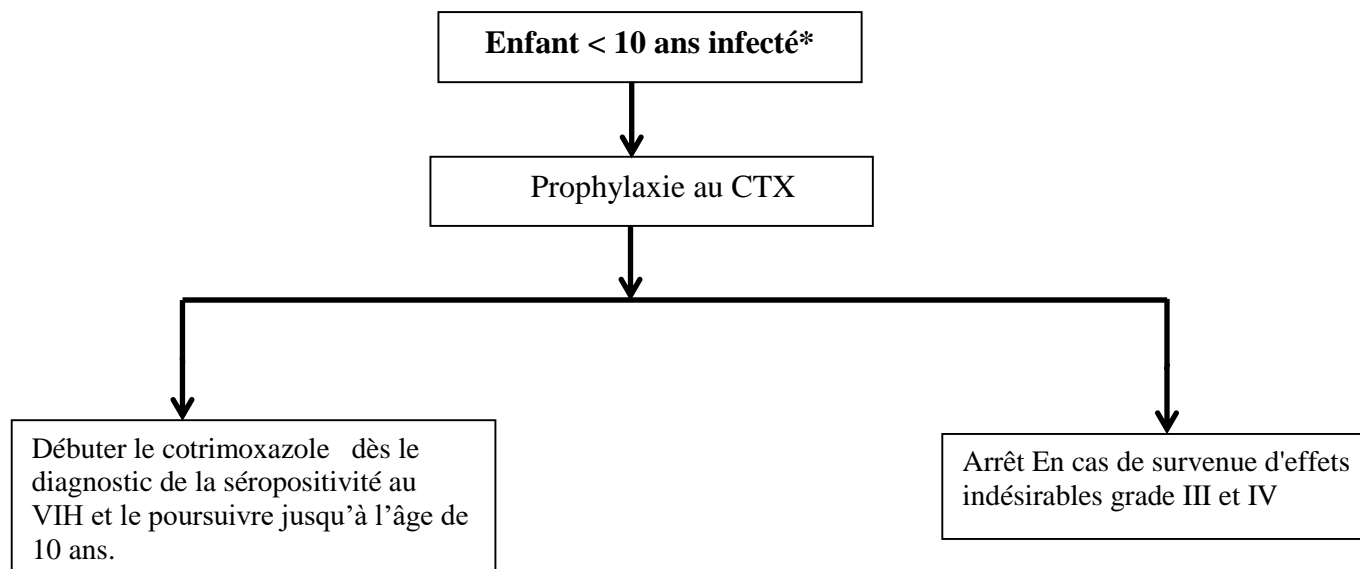


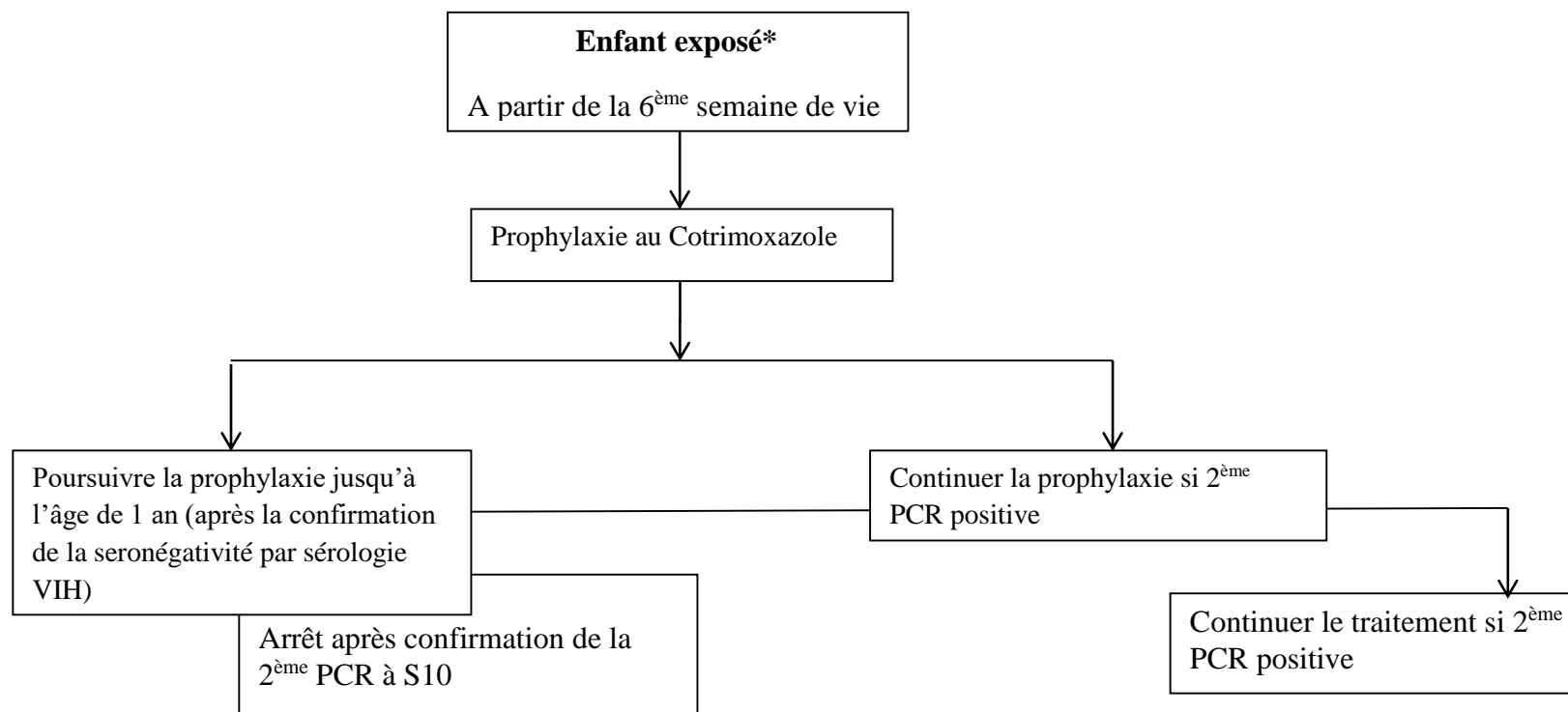
\*En cas de VIH 2 ou VIH 1 et 2, l'EFV sera remplacé par un IP (LPV) + Ritonavir double dose

\*\*Bilan clinique y compris la Prévention positive, le dépistage du cancer du col.

## Annexe 3

### ALGORITHME DE LA PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE CHEZ L'ENFANT

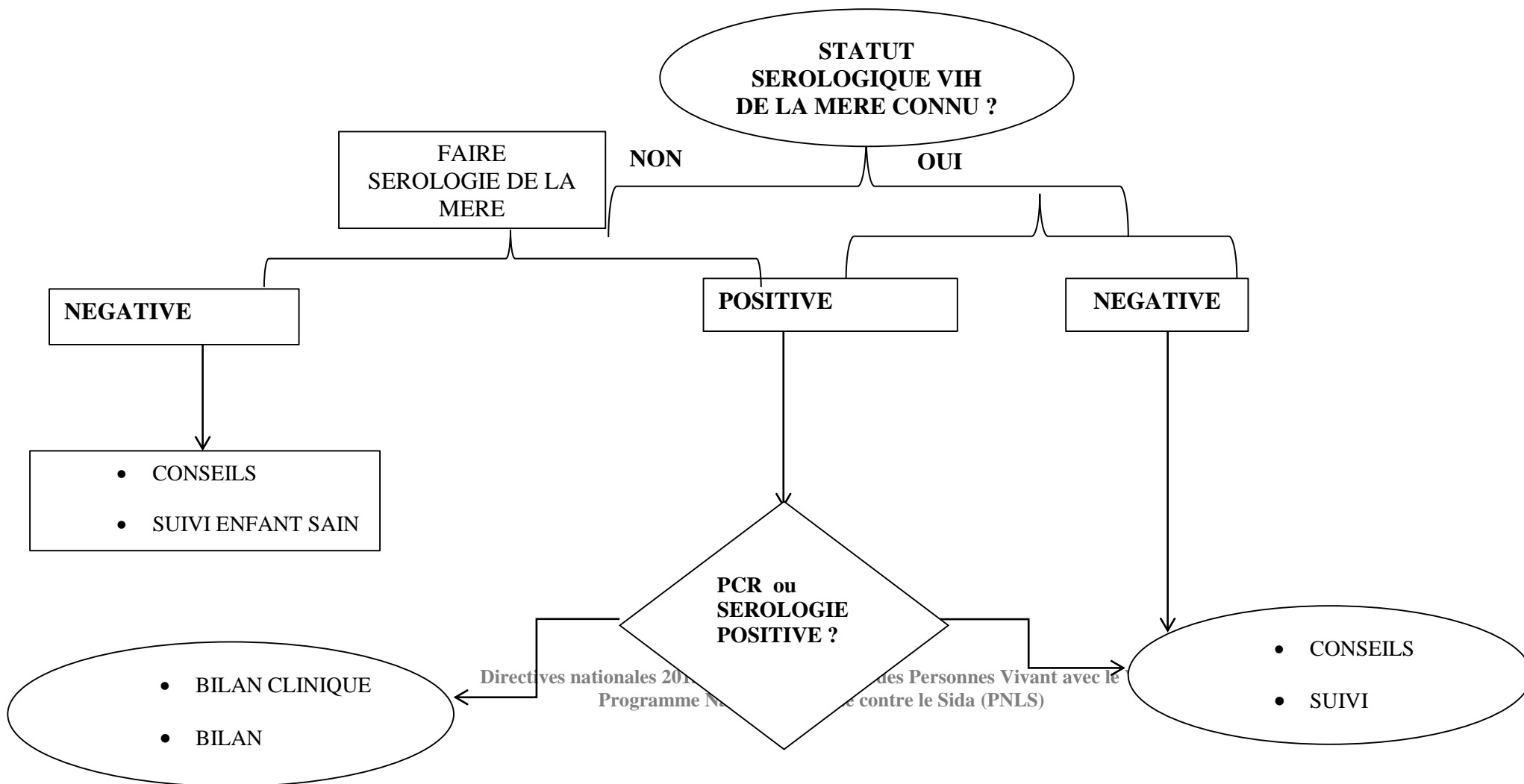


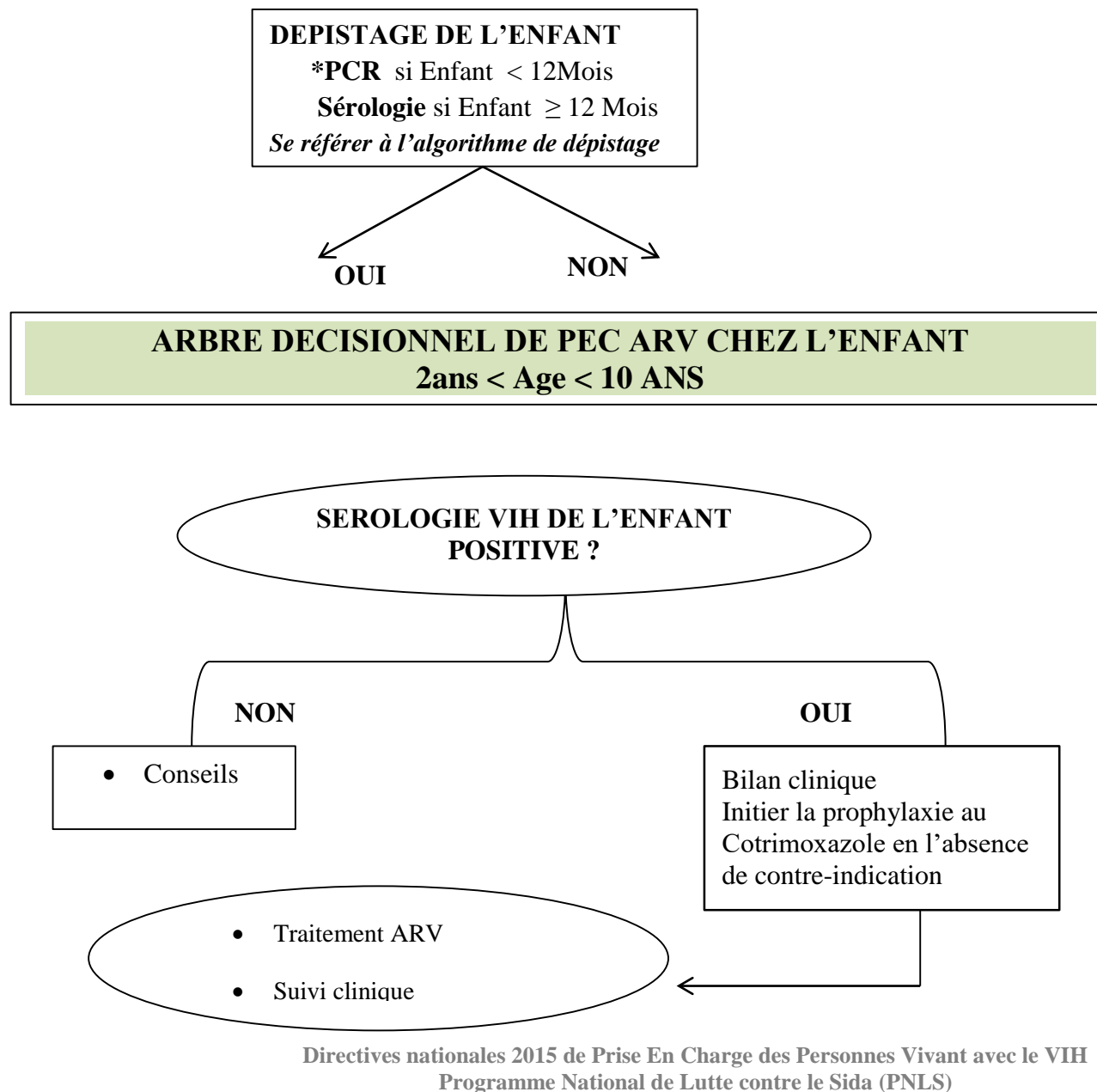


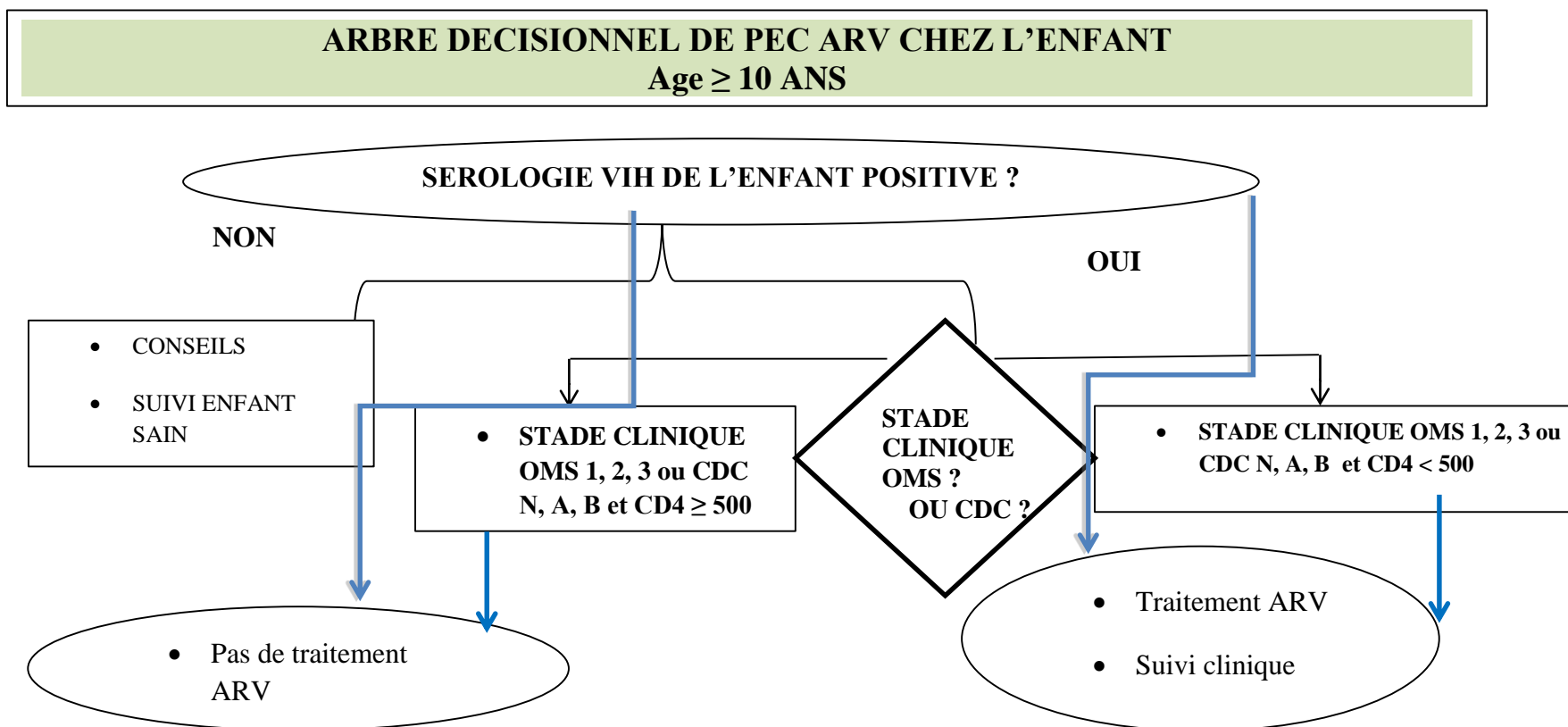
\*Enfant né d'une mère séropositive au VIH et dont le statut n'est pas encore confirmé  
NB : en absence de PCR attendre 12 mois pour réaliser la sérologie VIH

## ANNEXE 4

### DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DEVANT UN ENFANT DE STATUT VIH INCONNU Age $\leq 2$ ANS







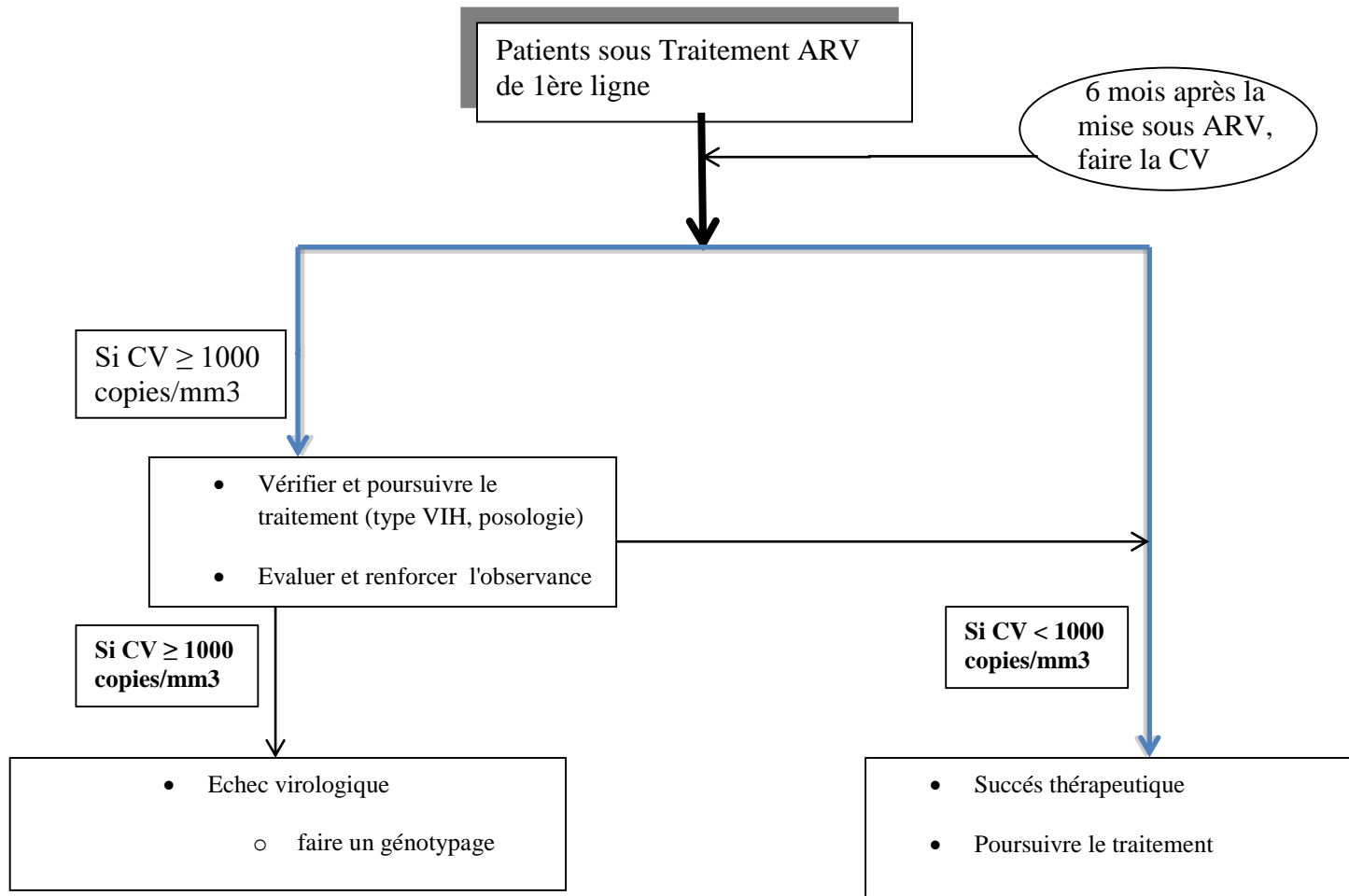
# ANNEXE 5

## Résumé des schémas thérapeutique ARV chez l'adulte

Situation clinique	Schéma de 1 <sup>ère</sup> ligne	Schéma de 2 <sup>ème</sup> ligne	Schéma de 3 <sup>ème</sup> ligne
ADULTES positifs au VIH 1			Darunavir+Raltégravir+2INTI
Sans particularité	TDF + 3TC + EFV	TDF + 3TC + ATV/r	
Anémié	TDF + 3TC + EFV	ABC + 3TC + ATV/r	
Co-infection avec hépatite virale B	TDF + 3TC + EFV	TDF + 3TC + LPV/r	
Co-infection avec la tuberculose	TDF + 3TC + EFV	TDF+3TC+LPV/r + Ritonavir double dose	
ADULTES positifs au VIH 2 ou dual			
Sans particularité	TDF+3TC+LPV/r***	Centre de référence	
Anémié	TDF + 3TC+ LPV / r	Centre de reference	
Co-infection avec hépatite virale B	TDF + 3TC + LPV / r	Centre de référence	
Co-infection avec la tuberculose	AZT + 3TC + TDF	TDF + 3TC + LPV /+ Ritonavir double dose	
PTME			
Femmes enceintes naïves	TDF + 3TC + EFV		
AES			
	VIH 1 : TDF + 3TC + ATV/r VIH 2: TDF + 3TC + LPV/r		

## ANNEXE 6

### Gestion de l'échec thérapeutique\*



\*Echec thérapeutique: ARN VIH plasmatique  $\geq 1000$  copies/ mm3, 6 mois après le démarrage du traitement chez des patients toujours sous traitement<sup>9</sup>

\*\*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 mesures de charge virale  $> 1000$  copies pose le problème de la conduite à tenir (poursuite du traitement, recyclage de molécules...)

<sup>9</sup> 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