



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION



UNITÉ DE CONTRÔLE ET DE COORDINATION
DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA (UCC)

DIRECTIVES NATIONALES

POUR LES SOINS ET LE TRAITEMENT DES
NOURRISSONS, DES ENFANTS ET
DES ADOLESCENTS EXPOSÉS AU VIH
OU PORTEURS DU VIRUS



DÉCEMBRE 2006

Citation suggérée: *Ministère de la Santé publique et de la Population de la République d'Haïti, Unité de Contrôle et de Coordination du Programme National de Lutte Contre le VIH/SIDA (UCC), Directives nationales pour les soins et le traitement des nourrissons, des enfants et des adolescents exposés au VIH et porteurs du virus*. Centre François-Xavier Bagnoud, UMDNJ.Newark: NJ, États-Unis. 2006.

Cette publication a été réalisée grâce à une subvention de la Health Resources and Services Administration (HRSA) U91HA06801, ainsi qu'avec le soutien de l'initiative du President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) et la population américaine. Son contenu, approuvé par le MSPP, est la responsabilité unique des auteurs et ne représente pas nécessairement la position officielle de la HRSA ou du PEPFAR.

Imprimé en 2006. *Ministère de la Santé publique et de la Population de la République d'Haïti, Unité de Contrôle et de Coordination du Programme National de Lutte Contre le VIH/SIDA (UCC), Directives nationales pour les soins et le traitement des nourrissons, des enfants et des adolescents exposés au VIH et porteurs du virus*. Centre François-Xavier Bagnoud, UMDNJ.Newark: NJ, États-Unis.



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION



UNITÉ DE CONTRÔLE ET DE COORDINATION
DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA (UCC)

DIRECTIVES NATIONALES

POUR LES SOINS ET LE TRAITEMENT DES NOURRISONS, DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS EXPOSÉS AU VIH OU PORTEURS DU VIRUS

Avec l'aide technique de l'International Training
and Education Center on HIV (I-TECH) et du
Centre François-Xavier Bagnoud, et le soutien
financier de l'initiative du President's Emergency
Plan for AIDS Relief et la population américaine.

COLLABORATEURS

Grace Children's Hospital

Marie Jocelyne Arnoux, Infirmière
Margareth Jasmin Guillaume, MD
Ginette Sanon, Infirmière
Frédéric Vilmé, MD

Hôpital St-Damien

Geneviève Arty, MD

Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH)

Paulone Demesmin, Infirmière
Ronald Éveillard, MD

International Training and Education Center on HIV/AIDS (I-TECH)

Jean Gabriel Balan, MD, I-TECH

Groupe haïtien d'études du sarcome de Kaposi et des infections opportunistes (GHESKIO)

Louise Estavien, MD
Éric George, MD
Francine Noël, MD

Catholic Medical Mission Board

Dianne Jean-François, MD, MPH

Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Jean Claude Mubalama, MD

United States Agency for International Development (USAID)

Olbeg Y. Desinor, MD

Organisation mondiale de la Santé (OMS)- Organisation panaméricaine de la santé (OPS)

Jean-Philippe Breux, MD

United States Centers for Disease Control- Programme mondial de lutte contre le SIDA

Consultant

Carmel Hippas, RN, MS, Jacobi Hospital, Albert Einstein College of Medicine

Centre François-Xavier Bagnoud

Karen A. Forgash, BA
Nancy Lerner-Weiss, MSW
Gisèle Pemberton, MPH, CHES

Comité de rédaction

Monica G. Reiss, DrPH, Centre François-Xavier Bagnoud, UMDNJ

Arry Dieudonné, MD, Associate Professor of Pediatrics, New Jersey Medical School,
University of Medicine & Dentistry of New Jersey (UMDNJ)

Yves-Carmelle Jeannot Amisial, MD

Paul Carrenard, MD, Co-président ; Institut Haïtien de Santé Communautaire (INHSAC)

Jessy Colimon-Adrien, MD, Co-président ; Directeur, Service de Pédiatrie, HUEH

Jacqueline Gautier, MD, Hôpital St-Damien

Gabriel Thimothé, MD, Directeur Général, Ministère de la Santé Publique et de la Population

TABLE DES MATIERES

Collaborateurs.....	4
Table des matières	6
Préface	8
Acronymes	9
Introduction	10
Historique	12
Histoire naturelle de l'infection au VIH chez les enfants	13
Prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH	14
Prophylaxie au cotrimoxazole (CTX) chez les nourrissons et les enfants	19
Interruption de la prophylaxie au cotrimoxazole chez nourrissons et les enfants	25
Diagnostic	26
Diagnostic de l'infection au VIH chez le nourrisson et le jeune enfant exposés au VIH	26
Mère sous traitement antirétroviral	30
Confidentialité	38
Traitement	39
Initiation du traitement antirétroviral	39
Traitement antirétroviral	42
La prise en charge des effets secondaires	49
Changement de traitement antirétroviral chez les nourrissons et les enfants : échec thérapeutique.....	50
Traitements de deuxième ligne en cas d'échec thérapeutique	56
Traitements de sauvetage.....	58
Tuberculose et infection au VIH chez les enfants	58
Considérations spéciales relatives aux enfants sous traitement antirétroviral de première ligne et chez qui la tuberculose a été diagnostiquée	61
Considérations spéciales relatives aux enfants sous traitement antirétroviral de deuxième ligne et chez qui la tuberculose a été diagnostiquée	61
Problèmes d'adhérence au traitement chez les enfants	64
Problèmes psychosociaux et socioéconomiques	66
Collaboration entre l'équipe médicale et les parents ou substituts parentaux	66
VIH et scolarité.....	68
Divulgence	69
Problèmes socioéconomiques	69
Sujets associés	70
Adolescents infectés par le VIH	70

Infections sexuellement transmissibles et le risque de transmission du VIH.....	72
Prophylaxie contre le VIH pour les enfants et les adolescents victimes d'agressions sexuelles	72
Évaluation et assistance nutritionnelles.....	72
Contrôle clinique et de laboratoire	74
Calendrier d'immunisation recommandé pour enfants infectés par le VIH.....	76
Soulagement de la douleur	78
Les précautions standards	81
Prophylaxie post-exposition	82
Conclusion	83
Bibliographie	84
Autres ressources.....	87
Annexes	89
Annexe A: Classification clinique du VIH/SIDA de l'OMS révisée pour les enfants infectés par le VIH	89
Annexe B: Echelle de maturité sexuelle (classification de Tanner) chez les adolescents	90
Annexe C: Nomogram®.....	94
Annexe D: Formules et dosages antirétroviraux.....	95
Annexe E: Classification suivant leur sévérité des toxicités biologiques et cliniques sélectives couramment observées chez les enfants sous traitement antirétroviral.....	106
Annexe F: Toxicités spécifiques et graves chez les nourrissons et les enfants associées aux antirétroviraux de première ligne: substitutions possibles de médicaments de première ligne	109
Annexe G: Administration des médicaments (ARV) aux nourrissons et aux enfants : suggestions pratiques pour la prise en charge	110
Annexe H: Toxicités aiguës et chroniques des ARV, nécessitant éventuellement un changement de traitement : présentation clinique, anomalies biologiques	111
Annexe J: Recommandations nationales pour la prophylaxie post-exposition chez les adolescents en cas d'agression sexuelle.....	115
Annexe L: Aide aux parents en matière de divulgation du statut sérologique	117
Annexe M: Évaluation de la douleur à partir d'expressions faciales (Wong-Baker)	118
Annexe N: Échelle de soulagement de la douleur de l'OMS.....	119

PREFACE

L'infection par le VIH est l'une des affections les plus complexes qu'un professionnel de la santé doit prendre en charge globalement, particulièrement chez les enfants.

Après la rédaction du manuel national sur la PTME et au moment où les anti-rétroviraux connaissent une expansion en Haïti grâce au Programme PEPFAR et l'action de multiples partenaires, un groupe de travail constitué essentiellement de pédiatres représentant des institutions tant publiques que privées s'est réuni sous le leadership du Centre François-Xavier BAGNOUD CENTER, centre d'excellence dans la prise en charge intégrée du sida pédiatrique, pour la préparation du guide national de prise en charge du sida chez l'enfant en Haïti.

L'objectif de ce guide national pédiatrique est de standardiser les normes de prise en charge pédiatrique pour les enfants exposés, infectés et les familles affectées par le VIH.

Espérant que chacun des centres devant prendre en charge les enfants infectés continuera d'améliorer son infrastructure en vue d'augmenter la qualité des services offerts dans le domaine du sida afin de diminuer le taux de mortalité infantile causé par le VIH.

Ce guide n'a pas la prétention de tout couvrir et devra certainement être actualisé par le groupe technique au fur et à mesure de la disponibilité de nouvelles technologies et de nouvelles molécules adaptées aux enfants.

Espérant que ce manuel sera un outil valable dans la prise en charge du sida pédiatrique en HAÏTI, le MSPP remercie ce groupe de travail pour tous les efforts déployés à la rédaction de ce protocole thérapeutique.

Nous dédions ce manuel thérapeutique aux enfants haïtiens infectés qui peuvent être assurés du concours précieux du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et de ses partenaires dans la lutte contre ce fléau.

Dr. Robert Auguste
Ministre de la Santé Publique et
de la Population

ACRONYMES

CDC	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis
CHART	Caribbean HIV/AIDS Regional Training
HRSA	Health Resources and Services Administration
MSP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNICEF	Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	U.S. Agency for International Development
OMS	Organisation mondiale de la Santé

INTRODUCTION

Au cours des dix dernières années, les cliniciens ont fait d'énormes progrès dans le domaine de la prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans le monde. Le diagnostic et le traitement de l'infection au VIH chez les nourrissons et les enfants exposés au VIH ou porteurs du virus restent cependant un problème majeur dans les pays aux ressources limitées. Certaines femmes enceintes n'ont pas eu la chance de participer à un programme PTME et leurs nourrissons sont infectés par le VIH. Il est donc essentiel d'établir des directives pour le diagnostic, le suivi et la prise en charge des nourrissons et des enfants exposés au VIH ou porteurs du virus, et d'assurer les soins et le traitement de ceux infectés par le virus et atteints du syndrome d'immunodéficience humaine acquise (SIDA). La réaction par polymérisation en chaîne de l'acide désoxyribonucléique (PCR de l'ADN) est la méthode de choix pour le diagnostic précoce de l'infection au VIH chez les nourrissons de moins de 12 mois. Cette technique peut déterminer si l'enfant est infecté ou non au VIH en mesurant l'ADN proviral, c'est-à-dire, l'ADN créé lorsque le virus entre dans une cellule. En outre, des données récentes corroborent l'utilisation de la PCR quantitative de l'acide ribonucléique (ARN) pour le diagnostic des nourrissons infectés par le VIH¹. Certains pays utilisent cette méthode dans ce groupe d'âge car elle permet de mesurer quantitativement la charge virale, qui est élevée chez les nourrissons infectés au VIH. (La PCR de l'ARN est aussi utilisée pour mesurer la progression de la maladie et l'efficacité du traitement antirétroviral.)

La PCR de l'ADN et de l'ARN n'est pas encore disponible à grande échelle dans les pays aux ressources limitées. Au cours de la première année de vie, il est donc difficile de déterminer de façon précise si un nourrisson est infecté ou non au VIH. Un suivi attentif et une connaissance des signes et symptômes des infections opportunistes causées par l'infection au VIH permettront cependant aux cliniciens d'établir un diagnostic provisoire et d'instaurer la prophylaxie des infections opportunistes (IO) et un traitement antirétroviral, au besoin.

Chez les nourrissons et les enfants de moins de 18 mois, la méthode de PCR de l'ADN à partir d'une goutte de sang séché s'est révélée sûre et fiable², et cette technique est en train d'être considérée comme un moyen de diagnostic. Cet examen peut être effectué à partir d'un prélèvement au bout du doigt ou au talon. La mesure d'antigènes ultrasensibles p24 (Ag p24) est aussi une solution prometteuse dans les pays aux ressources limitées. La PCR de l'ARN et de l'ADN sur du sang séché devrait être plus largement utilisée pour améliorer l'accès aux tests virologiques à grande échelle dans les pays aux ressources limitées. Indépendamment de l'introduction de la technique à grande échelle, la fiabilité des laboratoires doit être assurée en permanence par des méthodes standard d'évaluation de la qualité.

Les progrès thérapeutiques introduisent de nouveaux antirétroviraux qui sont plus efficaces en multi-thérapie qu'en monothérapie. Dans les pays développés, ces traitements combinés ont transformé l'épidémiologie de l'infection au VIH chez les enfants d'une maladie mortelle en pathologie chronique. Dans les pays aux ressources limitées, cependant, le choix d'agents antirétroviraux pour le traitement des nourrissons et des jeunes enfants reste limité en raison de leurs coûts élevés, de l'absence de préparations liquides et du manque de moyens de réfrigération.

L'objectif de ces directives est d'aider le médecin traitant à :

- Prendre en charge les nourrissons exposés au VIH tout en initiant la prophylaxie pour les infections opportunistes;
- identifier les nourrissons et les enfants à risque d'être infectés par le VIH et confirmer leur diagnostic ;
- assurer les soins, le traitement et le soutien des nourrissons, des enfants et des adolescents infectés par le VIH et de leur famille

C'est dans cette optique que le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a créé un groupe de travail pour établir ces directives et mieux servir au besoin des médecins traitants. Basées sur des preuves scientifiques actuelles et pertinentes applicables dans des centres aux ressources limitées, les directives pédiatriques nationales reflètent les dernières recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2006) sur

- l'utilisation du Cotrimoxazole chez les enfants pour la prophylaxie contre les infections opportunistes
- le diagnostic provisoire et définitif de l'infection au VIH
- un système de classification clinique
- les traitements antirétroviraux (première et deuxième ligne)
- la prise en charge complète des nourrissons, enfants et adolescents atteints du SIDA

Ces directives constituent un document évolutif qui sera mis à jour au moins une fois par an pour y inclure les données scientifiques les plus récentes et les informations sur les nouvelles ressources disponibles.

Il est recommandé que chaque médecin traitant, à tous les niveaux du système sanitaire haïtien, suive ce guide national lors de la prise en charge des patients pédiatriques exposés au VIH ou porteurs du virus. Pour toute question, il est conseillé de consulter un médecin traitant pratiquant dans un établissement hospitalier de niveau III et possédant l'expérience nécessaire pour prendre en charge les infections au VIH chez les enfants.

Ces recommandations sont rédigées pour servir de guide. Elles ne sont pas destinées à empêcher les médecins d'utiliser leur bon jugement clinique ou de s'occuper de leurs patients pendant des visites non périodiques. Dans certains cas, le médecin traitant doit considérer le transfert d'un patient compliqué à un centre de niveau III où il pourrait bénéficier des services d'un médecin spécialisé dans la prise en charge des enfants infectés par le VIH.

HISTORIQUE

Épidémiologie du VIH dans le monde chez les enfants

Environ 2,2 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans vivaient avec le VIH en 2004⁴ à travers le monde. On estimait que 460 000 d'entre eux étaient de nouveaux cas diagnostiqués au cours de la même année. Environ un demi-million d'enfants (510 000 plus exactement) sont décédés suite aux complications du SIDA au cours de l'année 2004 dans le monde.

Épidémiologie du VIH en Haïti

Haïti affiche la plus forte prévalence d'infection au VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes⁴. Actuellement, 86 % des enfants de la région des Caraïbes qui vivent avec le SIDA sont en Haïti. Des données recueillies par l'UNICEF révèlent que 19 000 enfants haïtiens âgés de 0 à 14 ans vivaient avec le VIH en 2004⁴. Les enfants les plus susceptibles de devenir infectés en Haïti sont ceux qui sont nés de mères infectées par le VIH, ainsi que les orphelins, les enfants de rue, les enfants vivants en domesticité (les *restavèks*), les enfants exploités sexuellement et les travailleurs adolescents de l'industrie du sexe.

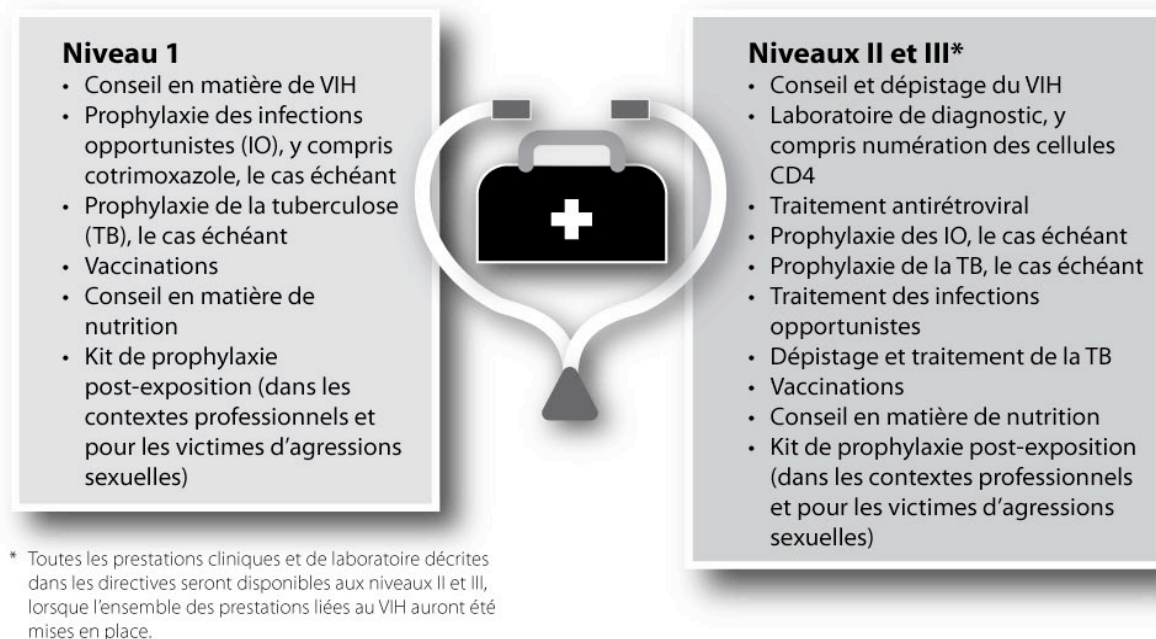
Les données les plus récentes indiquent que 11 300 femmes enceintes étaient infectées par le VIH et que la transmission mère-à-enfant s'est produite chez environ 27 à 30 % des nourrissons. Une réduction substantielle dans la transmission du virus chez les enfants a été notée durant les 3 dernières années due à l'expansion des centres PTME. Près de 50 % des enfants infectés par le VIH en Haïti sont aussi atteints de tuberculose active (TB)⁴. En raison de leur situation socio-économique et du fait que la tuberculose soit endémique en Haïti, les enfants infectés par le VIH sont ceux qui sont le plus susceptibles de contracter la tuberculose.

Organisation du système sanitaire en Haïti: prestation de services pour lutter contre le VIH

Le Ministère de la Santé et de la Population (MSPP) a défini trois niveaux différents de soins de santé (**figure 1**). Pour le nourrisson ou l'enfant exposé au VIH ou porteur du virus, des services spéciaux sont disponibles à chacun de ces niveaux. ***Les nourrissons et les enfants chez qui on a décelé une infection au VIH dans un établissement sanitaire de niveau I doivent être référés vers un établissement de niveau II ou III pour un diagnostic précis et la prise en charge.***

Dans les établissements hospitaliers de niveau II qui ne disposent pas toujours de médecin-pédiatre, un système de référence doit être mis en place pour mettre ces établissements en relation avec un hôpital de niveau III. Ce système augmentera les chances pour que le nourrisson ou l'enfant exposé au VIH ou porteur du virus reçoive les soins et le traitement appropriés.

Figure 1 Organisation du système sanitaire en Haïti : prestations liées au VIH offertes à chaque niveau



HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION AU VIH CHEZ LES ENFANTS

Transmission du VIH

La transmission mère-à-enfant est la source principale d'infection au VIH chez les nourrissons et les enfants. Le nourrisson risque de devenir infecté in utero, durant le travail, à l'accouchement, et au cours de l'allaitement maternel.

- Des données récentes suggèrent que le risque de transmission est beaucoup plus élevé au cours du travail et l'accouchement puisque, lorsque l'enfant passe à travers les voies génitales, sa peau et ses muqueuses sont exposées au sang et aux sécrétions de la mère.
- Le risque de transmission du VIH au cours de l'allaitement est de 10 à 20 % et il augmente proportionnellement avec la durée de l'allaitement maternel⁵.
- Lorsqu'il est comparé à l'allaitement maternel exclusif, l'allaitement mixte multiplie les risques de transmission mère-à-enfant du VIH par quatre⁶, pratiquement, au bout de six mois, et est associé à un risque trois fois plus élevé de décès à l'âge de six mois⁷.
- Les agressions sexuelles et l'infection au VIH issue d'un comportement à risque doivent être considérées comme des modes de transmission, notamment chez les jeunes enfants qui sont grandement exposés au risque d'abus, et chez les adolescents.

Fonction immunitaire

Le lymphocyte CD4 (un type de globule blanc) est la cellule cible de l'infection au VIH. Le VIH détruit les cellules CD4, affaiblissant l'ensemble du système immunitaire et rendant le nourrisson ou l'enfant vulnérable aux infections opportunistes, y compris les maladies

bactériennes, les mycoses et les maladies virales courantes. Une réduction du nombre des cellules CD4 est l'un des indicateurs de la gravité de l'infection au VIH.

Progression de la maladie

La réaction immunitaire aux pathogènes bactériens, fongiques et viraux courants sera plus faible chez les enfants infectés par le VIH que chez les adultes souffrant de la même affection. Chez certains nourrissons et enfants, les symptômes se manifesteront très tôt et la maladie progressera rapidement, tandis que chez d'autres, les premiers signes et symptômes de l'infection au VIH ne seront apparents qu'au cours de l'adolescence.

PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-A-ENFANT DU VIH

Le ministère de la Santé et de la Population a établi des directives pour la prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH, qui doivent être appliquées à tous les niveaux de soins (tableaux 1 à 4).

Que la mère ait participé ou non à un programme de PTME, le MSSP recommande que tous les nourrissons exposés au VIH reçoivent une prophylaxie antirétrovirale conforme aux scénarios décrits dans les tableaux suivants.

Tableau 1. Protocole pour la Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH

Scénario I: Gestante asymptomatique avec $CD4 > 250 \text{ c/mm}^3$ ou inconnu

<i>Présentation maternelle</i>	<i>Ante-partum</i>	<i>Intra-partum</i>	<i>Post-partum</i>	<i>Enfant Naissance <72h</i>
28-<36 semaines	AZT 300mg bid à 28 semaines.	AZT 600mg q 12h	Discontinuer AZT	AZT 2mg/kg/qid/1 sem + NVP 2mg/kg dose unique
≥ 36 semaines	AZT 300 mg + 3TC 150mg bid dans le meilleur délai	AZT 600mg+ 3TC 150mg q 12h.	AZT 300mg+ 3TC 150mg x 1 sem	

Scénario II: Gestante symptomatique et /ou avec $CD4 < 250 \text{ c/mm}^3$

<i>Présentation maternelle</i>	<i>Ante-partum</i>	<i>Intra-partum</i>	<i>Post-partum</i>	<i>Enfant Naissance <72h</i>
Ante-partum	Trithérapie à partir du 2 ^{ème} trimestre Si trithérapie non disponible: référer à un centre ARV	Trithérapie + AZT 600mg	Continuer la trithérapie	AZT x 1 semaine

Adapté du *Guide pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Haïti (PTME)* publié par le ministère de la Santé publique et de la Population de la République d'Haïti (MSPP), 2^e révision Haïti 2006.

Tableau 2. Protocole pour la Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH**Scénario III : Gestante sous trithérapie antérieurement à la grossesse**

Présentation maternelle	Ante-partum	Intra-partum	Post-partum	Enfant Naissance <72h
	Continuer avec la trithérapie au premier trimestre de la grossesse.	AZT 600mg q12 hrs et continuer les doses usuelles des autres molécules	Continuer avec la trithérapie	AZT 2mg/kg/qid/1 sem.

Scénario IV : Gestante avec TB active et CD4 <350 c/mm³

Présentation maternelle	Ante-partum	Intra-partum	Post-partum	Enfant Naissance <72h
<32 semaines	RHEZ + trithérapie 4 à 8 semaines après	Trithérapie + AZT 600mg q 12h.	Rx TB + Trithérapie	AZT qid x 1 semaine
≥ 32 semaines	RHEZ + AZT 300mg et ajouter 3TC 150mg bic à 36 semaines	AZT 600mg + 3TC 150mg q 12h	Rx TB + AZT 300mg + 3TC 150mg/bid/1 sem	AZT+3TC qid x 1 sem

Adapté du *Guide pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Haïti (PTME)* publié par le ministère de la Santé publique et de la Population de la République d'Haïti (MSPP), 2^e révision Haïti 2006.

Tableau 3. Protocole pour la Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH**Scénario V : Gestante VIH + sans suivi prénatal qui se présente en travail**

Présentation maternelle	Ante-partum	Intra-partum	Post-partum	Enfant Naissance <72h
		1) AZT 600 mg + 3TC 150 mg q/12h ou	1) AZT 300 mg + 3TC 150 mg bid x 1 semaine	1) AZT (2mg/kg) qid x 6 sem + 3TC x 1 sem
		2) AZT 600 mg q 12h ou	2) Discontinuer AZT	2) AZT x 6 semaines
		3) NVP 200 mg dose unique	3) Discontinuer NVP	3) NVP dose unique

Adapté du *Guide pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Haïti (PTME)* publié par le ministère de la Santé publique et de la Population de la République d'Haïti (MSPP), 2^e révision Haïti 2006.

Tableau 4. Protocole pour la Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH**Scénario VI: Mère séropositive au VIH se présentant en post-partum (< 72h) avec son nouveau-né**

<i>Présentation maternelle</i>	<i>Ante-partum</i>	<i>Intra-partum</i>	<i>Post-partum</i>	<i>Enfant Naissance <72h</i>
			Suivi VIH	AZT qid x 6 semaines + NVP (2mg/kg) dose unique

***Dose d'AZT pour prématuré : 1,5 mg/kg/dose qid**

Adapté du *Guide pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Haïti (PTME)* publié par le ministère de la Santé publique et de la Population de la République d'Haïti (MSPP), 2^e révision Haïti 2006.

Alimentation des nourrissons

Le Ministère de la Santé recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les 4 à 6 premiers mois pour tous les nourrissons exposés au VIH dont la mère choisit de nourrir au sein.

Les directives actuelles de l'OMS/ONUSIDA/UNICEF sur l'alimentation des nourrissons recommandent que toute mère infectée au VIH soit informée sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation des nourrissons, et reçoive des conseils précis quant au choix de l'option la mieux adaptée à sa situation. Ces informations doivent être fournies pendant les soins prénataux ou immédiatement après la naissance. Le médecin traitant doit procéder à une évaluation des ressources dont dispose la mère et l'aider à choisir la méthode d'alimentation du nourrisson la mieux adaptée à sa situation⁸.

Tableau 5. Évaluation de la méthode d'alimentation du nourrisson en fonction de la situation de la mère

Méthode d'alimentation la mieux adaptée			
	Allaitement maternel/ nourrice	Incertain	Alimentation de remplacement ou lait maternel exprimé et traité à la chaleur
Où vous approvisionnez-vous en eau potable ?	Rivière, ruisseau, étang ou puits	Canalisations publiques	Eau bouillie à la maison ou moyen financier pour l'achat d'eau en bouteille
Quel type de latrines/toilettes utilisez-vous ?	Aucune ou latrines à fosse	Latrines améliorées à fosse autoventilée	Tout-à-l'égout ou toilettes à chasse d'eau
Combien d'argent pourriez-vous dépenser par mois pour l'achat de lait artificiel ?	Moins de _____ pour l'achat de lait artificiel par mois	_____ pour l'achat de lait artificiel par mois, dans la plupart des cas	_____ pour l'achat de lait artificiel par mois
Avez-vous de quoi payer les frais de transport lorsque vous devez vous réapprovisionner en lait artificiel ?	Non	Oui, en général	Toujours (à moins qu'il s'agisse de lait maternel exprimé et traité à la chaleur)
Avez-vous un réfrigérateur ?	Non	Oui, mais pas à la maison	Oui
Est-ce que vous disposez d'une alimentation électrique permanente et fiable ?	Alimentation électrique irrégulière	Oui, mais pas à la maison	Oui
Est-ce que vous pouvez préparer chaque biberon en utilisant de l'eau bouillie et des ustensiles propres ?	Non	Oui, mais avec des difficultés	Oui
Comment vous organisez-vous pour l'allaitement au cours de la nuit ?	Allaitement au cours de la nuit difficile	Allaitement au cours de la nuit possible avec un peu d'effort	Allaitement au cours de la nuit possible
Est-ce que votre famille sait que vous êtes séropositive ?	Non	Certains membres de la famille le savent	Oui
Est-ce que votre famille est favorable à une alimentation artificielle pour votre bébé et est-elle disposée à vous aider ?	Famille non favorable et non disposée à aider, ou ne sait pas, ne peut pas en parler	Famille favorable mais non disposée à aider	Famille favorable et disposée à aider

Adapté de Rollins, N.C. et Bland R., Africa Centre for Health and Population Studies, Afrique du Sud.
 UNICEF/OMS/USAID. HIV and Infant Feeding Counselling Tools: Reference Guide 2005. Disponible à :
http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_CT/ISBN_92_4_159301_6.pdf
 Consulté: 12 janvier 2006.

Les choix pour l'alimentation des enfants exposés au VIH

Alimentation artificielle

Certaines mères peuvent choisir l'alimentation artificielle. Pendant les 2 premières années de la vie de l'enfant, au moins, toutes les mères qui choisissent d'utiliser le lait artificiel doivent être conseillées et aidées pour assurer une alimentation de remplacement adéquate⁸.

Allaitement maternel exclusif interrompu précocement

Les mères qui choisissent d'allaiter au sein doivent le faire exclusivement pendant les 4 à 6 premiers mois.

S'il s'avère plus tard que le nourrisson est infecté par le VIH, les avantages bien documentés de l'allaitement maternel deviennent particulièrement importants.

Alimentation mixte

L'alimentation mixte (lait artificiel et lait maternel, de façon interchangeable) doit être évitée dans tous les cas ; il a été établi qu'elle augmentait le risque de transmission d'environ trois fois. Les mères doivent aussi éviter de nourrir leurs enfants avec des liquides non lactés (eau, jus de fruit) qui sont susceptibles d'augmenter le risque de transmission du VIH s'ils sont administrés de façon interchangeable avec du lait maternel.

Les membres de l'équipe médicale, au cours de leurs visites à domicile, doivent évaluer les pratiques d'alimentation et de nutrition des nourrissons et renforcer les connaissances des mères dans ces domaines.

PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE (CTX) CHEZ LES NOURRISSONS ET LES ENFANTS

La pneumonie à *Pneumocystis jiroveci* (PCP) est la cause première des décès chez les nourrissons infectés par le VIH^{9,10}. Comme cette pathologie atteint une incidence record pendant les 6 premiers mois de la vie, le nourrisson exposé au VIH peut contracter cette pneumonie avant même que l'infection soit confirmée.

Des données issues d'essais cliniques randomisés et d'études d'observation ont montré que le Cotrimoxazole (CTX) est efficace dans la prévention de la pneumonie causée par Pneumocystis jiroveci et dans la réduction de la morbidité et de la mortalité chez les nourrissons et les enfants exposés au VIH ou porteurs du virus¹¹.

Par conséquent, l'utilisation prophylactique du CTX est donc particulièrement importante dans les contextes où l'infection ne peut pas être confirmée avant l'âge de 18 mois¹².

Le CTX est un antibiotique à large spectre qui cible toute une gamme d'organismes, Gram-positifs et Gram-négatifs, de champignons et de protozoaires. De plus, la prophylaxie par le CTX a été utilisée chez les personnes infectées par le VIH pour prévenir les infections bactériennes causées par le pneumocoque et les salmonelles non typhiques; maladies diarrhéiques causées par *Isospora*, *Cyclospora* ; le paludisme (*Plasmodium falciparum*) et la toxoplasmose (*T. gondii*).

Le médecin traitant doit éduquer les parents et les substituts parentaux sur les avantages du Cotrimoxazole dans la prévention de la pneumonie à P. jiroveci et des autres co-infections, qui peuvent affecter les nourrissons et les enfants vivant dans des

régions aux ressources limitées.

Dans le passé, on craignait que l'utilisation élargie et prolongée du CTX en prophylaxie pourrait être associée à l'apparition d'une résistance multi-médicamenteuse aux pathogènes courants. Le lien entre le CTX et l'évolution de la résistance médicamenteuse n'a pas été prouvé. Jusqu'à date, l'efficacité de la prophylaxie par le CTX n'a pas été affectée par la prévalence de base de la résistance au CTX.

Contre-indications

- ***Le Cotrimoxazole (CTX) ne doit pas être administré aux enfants qui ont des antécédents de réactions secondaires et sévères causées par les sulfamides.*** Le Dapsone administré à raison de 2 mg/kg, une fois par jour, est un substitut adéquat, au besoin. Ce médicament est cependant moins efficace que le Cotrimoxazole pour prévenir la pneumonie à *P. jiroveci* et n'offre pas un spectre d'activité antimicrobienne aussi étendu.

Recommandations pour l'utilisation du CTX en prophylaxie***Nourrissons et enfants exposés au VIH***

L'utilisation du CTX est une intervention qui peut éventuellement sauver la vie des nourrissons à peu de frais. Il est fermement recommandé que le Cotrimoxazole soit administré à tous les nourrissons exposés au VIH à partir de 4 à 6 semaines après la naissance ou dès la première visite à la clinique si l'âge est approprié, et la prophylaxie doit être poursuivie jusqu'à ce que l'infection au VIH soit exclue¹¹.

Le Cotrimoxazole est aussi recommandé chez les nourrissons de tous âges nourris au sein, et son administration doit être prolongée jusqu'à ce que l'infection au VIH soit exclue par dépistage des anticorps anti-VIH au moins 6 semaines après la cessation complète de l'allaitement.¹¹

Nourrissons et enfants avec une infection au VIH documentée

Les médecins traitants doivent administrer le Cotrimoxazole (CTX) à tous les enfants chez qui l'infection au VIH a été documentée, pendant les 12 premiers mois de vie, indépendamment du pourcentage de CD4¹³. Le **tableau 6** explique en détail l'initiation de la prophylaxie au Cotrimoxazole chez les nourrissons et les enfants exposés au VIH ou porteurs du virus. Le **tableau 7** adresse l'initiation de la prophylaxie par le Cotrimoxazole chez les adolescents infectés par le VIH.

Tableau 6. Initiation de la prophylaxie au CTX chez les nourrissons et les enfants exposés au VIH ou porteurs du virus*

Nourrissons et enfants exposés au VIH ¹	Nourrissons et enfants avec une infection au VIH documentée ²		
	< 1 an ²	1–4 ans ²	≥ 5 ans
La prophylaxie par le CTX est indiquée universellement, à partir de quatre à six semaines après la naissance, jusqu'à ce que le risque de transmission du VIH ait disparu et que l'hypothèse d'une infection au VIH ait été exclue.	La prophylaxie par le CTX est indiquée quelle que soit la numération de CD4 ou le stade clinique ³ .	Stades OMS 2, 3 et 4 quelle que soit la numération de CD4 OU Tout stade OMS et numération CD4 < 25 %	Suivre les recommandations pour adultes ⁴
La prophylaxie universelle est recommandée pour tous les nourrissons et les enfants nés de mères dont la séropositivité a été confirmée ou est présumée. Cette stratégie peut être considérée dans des contextes où la prévalence du VIH est élevée et l'infrastructure sanitaire limitée.			

***Les programmes doivent se concentrer sur l'utilisation prophylactique du CTX au cours des 6 premiers mois de la vie, lorsque le risque de PCP est le plus élevé.**

1. Définis comme des nourrissons ou des enfants nés d'une mère séropositive ou des nourrissons ou des enfants allaités par une mère séropositive. La prophylaxie au Cotrimoxazole doit être poursuivie jusqu'à la fin de l'exposition au VIH (6 semaines après la cessation complète de l'allaitement maternel) et l'exclusion définitive de l'hypothèse d'une telle infection.
2. Chez les enfants de moins de 18 mois, l'infection au VIH ne peut être confirmée que par dépistage virologique.
3. Une fois sous CTX, ils doivent continuer ce traitement jusqu'à l'âge de 5 ans, quels que soient les symptômes cliniques.
4. S'il y a une indication chez les enfants infectés pour l'initiation de la prophylaxie au CTX, cette dernière doit être poursuivie jusqu'à l'âge de 5 ans.

Adapté du manuel de l'OMS Guidelines for Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections in Children, Adults, and Adolescents in Resource Limited Settings: recommendations for a Public Health Approach (2006).

Dans les pays aux ressources limitées, où le bilan de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies infectieuses est lourd, le médecin traitant doit administrer le Cotrimoxazole aux enfants infectés par le VIH à tous les stades cliniques de l'infection, indépendamment de la numération des cellules CD4, y compris à ceux qui sont asymptomatiques¹¹.

Tableau 7. Initiation de la prophylaxie au CTX chez les adolescents

À partir des critères de classification clinique de l'OMS seuls (annexe A); numération CD4 non disponible	À partir des critères de classification clinique de l'OMS et de la numération CD4*
Stade clinique 2, 3 ou 4 de l'OMS	Tout stade clinique de l'OMS et CD4 < 200/mm ³ OU Stade clinique OMS 3 ou 4 et toute numération CD4

* L'accès plus répandu à la numération CD4 est encouragé pour aider à déterminer l'initiation du traitement antirétroviral et pour suivre sa progression. Adapté du manuel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Guidelines for Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related Infections in Children, Adults and Adolescents in Resource Limited Settings: recommendations for a Public Health Approach (2006).*

Nourrissons et enfants avec un diagnostic de présomption (provisoire) du SIDA

Pour ces nourrissons et ces enfants, le médecin traitant doit commencer le traitement au Cotrimoxazole indépendamment de l'âge et aussitôt que possible, et continuer la prophylaxie jusqu'à ce que le statut sérologique/virologique soit confirmé.

Dosage du Cotrimoxazole pour la prophylaxie

Le dosage de CTX approprié peut être déterminé en fonction de l'âge ou du poids chez les enfants de moins de 15 kg (**tableaux 8 et 9**). La formule en sirop est recommandée chez les très jeunes enfants pesant jusqu'à 12–14,9 kg.

Tableau 8. Préparations du CTX et posologie en fonction de l'âge des nourrissons, des enfants et des adolescents exposés au VIH ou porteurs du virus¹¹

Posologie quotidienne recommandée	Suspension (sirop 5 ml 200 mg /40 mg)	Comprimé pour enfants (100 mg/20 mg)	Comprimé de concentration normale pour adultes ¹) (400 mg/80 mg)	Comprimé de concentration double pour adultes ¹ (800 mg/160 mg)
< 6 mois 100 mg SMX/ 20 mg TMP	2,5 ml	Un comprimé	Un quart de comprimé, mélangé si possible avec le lait ¹	
6 mois –5 ans 200 mg SMX/ 40 mg TMP	5 ml	Deux comprimés	Un demi-comprimé	
> 6–14 ans² 400 mg SMX/ 80 mg TMP	10 ml ²	Quatre comprimés	Un comprimé	Un demi-comprimé
> 14 ans 800 mg SMX/ 160 mg TMP			Deux comprimés	Un comprimé
Fréquence : une fois par jour				

1. Il n'est pas conseillé de sectionner les comprimés en quarts. L'utilisation de comprimés sécables est recommandée. Les comprimés peuvent être utilisés de cette manière uniquement dans les situations où les préparations en suspension ne sont pas disponibles.
2. Les enfants de cet âge peuvent être en mesure d'avaler les comprimés écrasés. Si les comprimés sont dissous, s'assurer que l'ensemble du comprimé est ingéré.

Adapté du manuel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Guidelines for Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related Infections in Children, Adults and Adolescents in Resource Limited Settings: recommendations for a Public Health Approach* (2006).

Tableau 9. Posologie du Cotrimoxazole en fonction du poids des nourrissons et des enfants exposés au VIH ou porteurs du virus

Poids du nourrisson ou de l'enfant en kilogramme (kg)	Quantité de suspension 8 mg (CTX)/ml
3–4,9 kg	2 ml par jour
5–6,9 kg	3 ml par jour
7–9,9 kg	4 ml par jour
10–11,9 kg	5 ml par jour
12–14,9 kg	7 ml par jour
15 kg et plus	Posologie pour adulte

Suivi en laboratoire

Aucun suivi en laboratoire particulier n'est nécessaire pour les nourrissons et les enfants recevant une prophylaxie au CTX.

Prophylaxie secondaire au CTX chez les nourrissons et les enfants

Les nourrissons et les enfants ayant des antécédents de pneumonie à *P. jiroveci* doivent recevoir une prophylaxie secondaire. Suivre le même schéma posologique de CTX recommandé pour la prophylaxie primaire (**tableaux 8 et 9**).

Traitement des infections bactériennes et opportunistes chez les patients recevant une prophylaxie au CTX

En dépit du manque de données, il est recommandé d'utiliser un autre antibiotique, le cas échéant, pour traiter les infections bactériennes aiguës chez les nourrissons, les enfants et chez les adolescents infectés par le VIH recevant une prophylaxie au CTX. Le CTX ne doit pas être interrompu. En cas de toxoplasmose et de pneumonie à *P. jiroveci*, la prophylaxie doit être interrompue et un traitement actif complet initié, conformément aux directives nationales.

Traitement du paludisme chez les enfants et les adolescents recevant une prophylaxie au CTX

Chez les enfants et les adolescents recevant une prophylaxie au CTX, les crises aiguës de paludisme doivent être traitées, si possible, par des antipaludiques, tout en évitant les médicaments à base de sulfamides.

INTERRUPTION DE LA PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE CHEZ LES NOURRISSONS ET LES ENFANTS

La prophylaxie au CTX doit être poursuivie dans la majorité des cas en raison de son efficacité supérieure par rapport aux autres médicaments disponibles.

- **Les enfants de moins de 5 ans** qui ont commencé une prophylaxie au Cotrimoxazole en bas âge doivent poursuivre la prophylaxie, qu'ils reçoivent ou non un traitement antirétroviral.
- **Les enfants de 5 ans ou plus** qui ont commencé une prophylaxie au Cotrimoxazole après la petite enfance doivent suivre les recommandations pour adultes.

Dans certains cas, le médecin traitant peut envisager d'interrompre la prophylaxie au Cotrimoxazole :

1. Effets secondaires

La prophylaxie au Cotrimoxazole peut être interrompue en présence d'une réaction au médicament. Il est cependant rare que le Cotrimoxazole provoque des effets indésirables graves chez les enfants.

Lors de l'initiation de la prophylaxie au CTX, le médecin traitant doit informer les parents et les substituts parentaux, verbalement et par écrit, des effets secondaires potentiels associés au Cotrimoxazole, et il doit leur conseiller d'interrompre l'administration du médicament et de se rendre à la clinique la plus proche s'ils soupçonnent que le Cotrimoxazole a un effet indésirable.

2. Nourrissons et enfants exposés au VIH

Chez ces enfants, la prophylaxie au CTX peut être interrompue lorsque :

- Le diagnostic d'une infection au HIV est définitivement exclu par un dépistage virologique négatif dont le résultat a été confirmé au moins six semaines après l'arrêt complet de l'allaitement maternel chez un nourrisson de moins de 18 mois, **ou** ;
- Le diagnostic d'une infection au HIV est définitivement exclu par un test immunologique négatif dont le résultat a été confirmé six semaines après l'arrêt complet de l'allaitement maternel chez un nourrisson de plus de 18 mois.

3. Nourrissons et enfants avec une infection au VIH documentée

Malgré l'absence de données, et compte tenu que les enfants infectés par le VIH sont susceptibles d'acquérir des infections bactériennes, ***il est généralement recommandé de continuer indéfiniment la prophylaxie au CTX chez les nourrissons et les enfants vivant dans des régions aux ressources limitées et chez qui l'infection au VIH a été confirmée.***

L'interruption de la prophylaxie par le CTX peut être aussi envisagée chez les enfants infectés par le VIH dans les cas suivants :

- enfant stable sous traitement antirétroviral pendant plus de 12 mois dont le niveau constant de CD4 est supérieur à celui utilisé pour justifier l'initiation de la prophylaxie au Cotrimoxazole, qui

- a démontré une bonne adhérence au traitement et qui peut s'approvisionner aisément en antirétroviraux ;
- enfant stable sous traitement antirétroviral pendant plus de 12 mois, sans pathologie de stades OMS 2, 3 ou 4, qui a démontré une bonne adhérence au traitement et qui peut s'approvisionner aisément en antirétroviraux¹¹.

La prophylaxie au CTX doit cependant être réintroduite si la numération des cellules CD4 tombe en dessous du seuil initial ou si des pathologies nouvelles ou récurrentes de stades OMS 2, 3 ou 4 se manifestent.

4. Nourrissons et enfants recevant une prophylaxie secondaire au CTX

L'innocuité de l'interruption de la prophylaxie secondaire chez les enfants infectés par le VIH n'a pas fait l'objet d'études approfondies¹⁴.

- La prophylaxie secondaire doit être administrée à vie¹⁵.
- Il existe des données bien établies qui prouvent que l'interruption de la prophylaxie secondaire au CTX est sans danger chez les adultes qui ont atteint un bon rétablissement immunitaire (élévation du nombre de CD4) sous traitement antirétroviral. Par conséquent, il est recommandé d'interrompre la prophylaxie secondaire au CTX chez les enfants dont le système immunitaire a été restauré grâce au traitement antirétroviral, selon les mêmes critères (élévation du taux CD4) ayant justifié l'arrêt de la prophylaxie primaire.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC DE L'INFECTION AU VIH CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT EXPOSES AU VIH

Une mère infectée par le VIH transmet passivement ses anticorps anti-VIH à son enfant in utero, et ces anticorps sont présents dans le sang du nourrisson jusqu'à l'âge de 18 mois. ***Il faut considérer que chaque enfant né d'une mère infectée par le VIH court lui-même le risque d'être infecté par le virus.*** La mère infectée par le VIH transmet aussi passivement ses anticorps anti-VIH pendant l'allaitement maternel qui, chez les nourrissons et les jeunes enfants, complique encore davantage le diagnostic.

Enfants de moins de 18 mois recevant l'allaitement artificiel

Tous les nourrissons et enfants de moins de 18 mois exposés au VIH, de façon réelle ou potentielle, doivent être suivis de près et bénéficieront d'interventions précoces telles que la prophylaxie au Cotrimoxazole pour la pneumonie à *P. jiroveci* et autres infections bactériennes.

S'il est déterminé qu'un enfant est infecté par le VIH, ses frères et sœurs, ainsi que le partenaire de sa mère, peuvent également être infectés. C'est pourquoi le médecin traitant doit demander à la mère de faire tester ses autres enfants et d'aviser son partenaire de se faire également tester.

Le diagnostic définitif et précoce de l'infection au VIH chez les jeunes enfants de moins de 18 mois ne peut être confirmé que par un test virologique. Puisque ce type de test n'est pas disponible à grande échelle en Haïti et dans de nombreux pays aux ressources limitées, il est

difficile d'émettre un diagnostic définitif de l'infection au VIH dans ce groupe d'âge. (Cf. *section ci-dessous, « Enfants de moins de 18 mois : diagnostic clinique provisoire de l'infection au VIH ».*)

Lorsque le diagnostic virologique est possible, le premier test doit être réalisé vers l'âge de 4 semaines, car la sensibilité d'un test virologique est alors environ 98 % à partir de cet âge¹⁶.

Un seul résultat virologique positif (quel que soit l'âge) est suffisant pour établir le diagnostic du SIDA. Dans ce cas, la fiabilité du laboratoire (déterminée par une évaluation standard de qualité) est essentielle pour garantir l'exactitude des résultats du test¹⁶. L'OMS recommande qu'un test immunologique soit fait après l'âge de 18 mois pour confirmer le diagnostic chez les enfants où le diagnostic du SIDA a été établi à la suite d'un seul examen virologique¹⁵.

Diagnostic du VIH chez les nourrissons recevant l'allaitement maternel

Au cours de l'allaitement maternel, un nourrisson ou un enfant né d'une mère infectée par le VIH reste exposé au risque d'infection. Par conséquent, chez un nourrisson qui est allaité par sa mère, un test virologique négatif n'exclut pas l'hypothèse d'une infection au VIH.

S'appuyant sur l'opinion de plusieurs experts, l'OMS recommande d'effectuer des essais virologiques de détection du VIH 6 semaines ou plus après l'arrêt complet de l'allaitement maternel¹⁵.

Si le résultat du test immunologique est négatif, l'enfant n'est pas infecté par le VIH. Seuls les nourrissons qui possèdent encore des anticorps anti-VIH (c.-à-d., ceux qui ont contracté l'infection au VIH ou chez qui des anticorps maternels persistants sont toujours présents) sont susceptibles d'être infectés par le VIH et devront donc subir un test virologique pour confirmer le diagnostic définitif de l'infection au VIH. Si ce type de test n'est pas disponible, l'enfant doit être testé à 18 mois ou plus tard. Dans l'intervalle, les signes cliniques et les symptômes de l'infection au VIH doivent être surveillés de manière périodique.

Nourrissons et enfants symptomatiques exposés au VIH

Si le test virologique n'est pas systématiquement disponible, tout enfant de moins de 12 mois dont l'exposition au VIH est connue et qui présente des symptômes d'infection au VIH doit être référé à un établissement hospitalier de niveau III. Là, un médecin possédant l'expérience nécessaire pour prendre en charge les enfants infectés au VIH peut faire un diagnostic clinique provisoire sur la base des critères établis par l'OMS (**encart 1**). (Cf. *section ci-dessous, « Enfants de moins de 18 mois : diagnostic clinique provisoire de l'infection au VIH ».*)

En fonction du diagnostic provisoire, la prophylaxie et une prise en charge appropriées doivent être mises en place. (Cf. *section ci-dessus, « Prophylaxie par le Cotrimoxazole (CTX) chez les nourrissons et les enfants ».*)

Si le test virologique est possible, un résultat positif indique une infection au VIH chez un nourrisson ou un enfant symptomatique.

Encart 1. Critères cliniques relatifs au diagnostic provisoire d'une infection au VIH grave chez les nourrissons et les enfants de moins de 18 mois lorsqu'un test virologique n'est pas disponible

Un diagnostic provisoire d'infection au VIH grave doit être prononcé si :

- le statut sérologique positif du nourrisson a été confirmé ;
ET
- le médecin traitant peut établir le diagnostic d'une pathologie quelconque indicatrice du SIDA^a ;
OU
- le nourrisson présente au moins deux des pathologies suivantes :
 - muguet buccal^b ou candidose orale
 - pneumonie grave^b
 - septicémie^b
- Autres facteurs soutenant le diagnostic d'infection au VIH grave chez un nourrisson séropositif :
décès récent de la mère lié au VIH ou infection au VIH avancée chez la mère
- CD4 < 20 %^c

Confirmer le diagnostic du VIH dès que possible.

a) Les pathologies indicatrices du SIDA comprennent seulement certaines pathologies du VIH de stade clinique 4, dont la pneumonie à *Pneumocystis*, la candidose œsophagienne, la méningite à *Cryptococcus*, la toxoplasmose cérébrale, la cachexie du SIDA, le sarcome de Kaposi.

b) Selon la définition de la GIMI:

– Muguet buccal: petites plaques molles d'aspect blanc crémeux sur muqueuse rouge ou de couleur normale, qui peuvent souvent être détachées (fausse membrane), ou taches rouges sur la langue, le palais ou la muqueuse buccale, généralement douloureuses ou sensibles.

– Pneumonie grave : toux ou respiration difficile chez un enfant avec tirage costal, stridor ou tout signe général de danger répertorié par la GIMI, p. ex., enfant léthargique ou sans connaissance, incapable de boire ou d'allaiter, vomissement, et apparition ou antécédent de convulsions pendant la maladie en cours; amélioration clinique après antibiothérapie.

– Septicémie: fièvre ou température corporelle faible chez un jeune enfant avec tout signe grave, p. ex., respiration rapide, tirage costal, bombement de la fontanelle, léthargie, mobilité réduite, refus de s'alimenter ou de téter, convulsions.

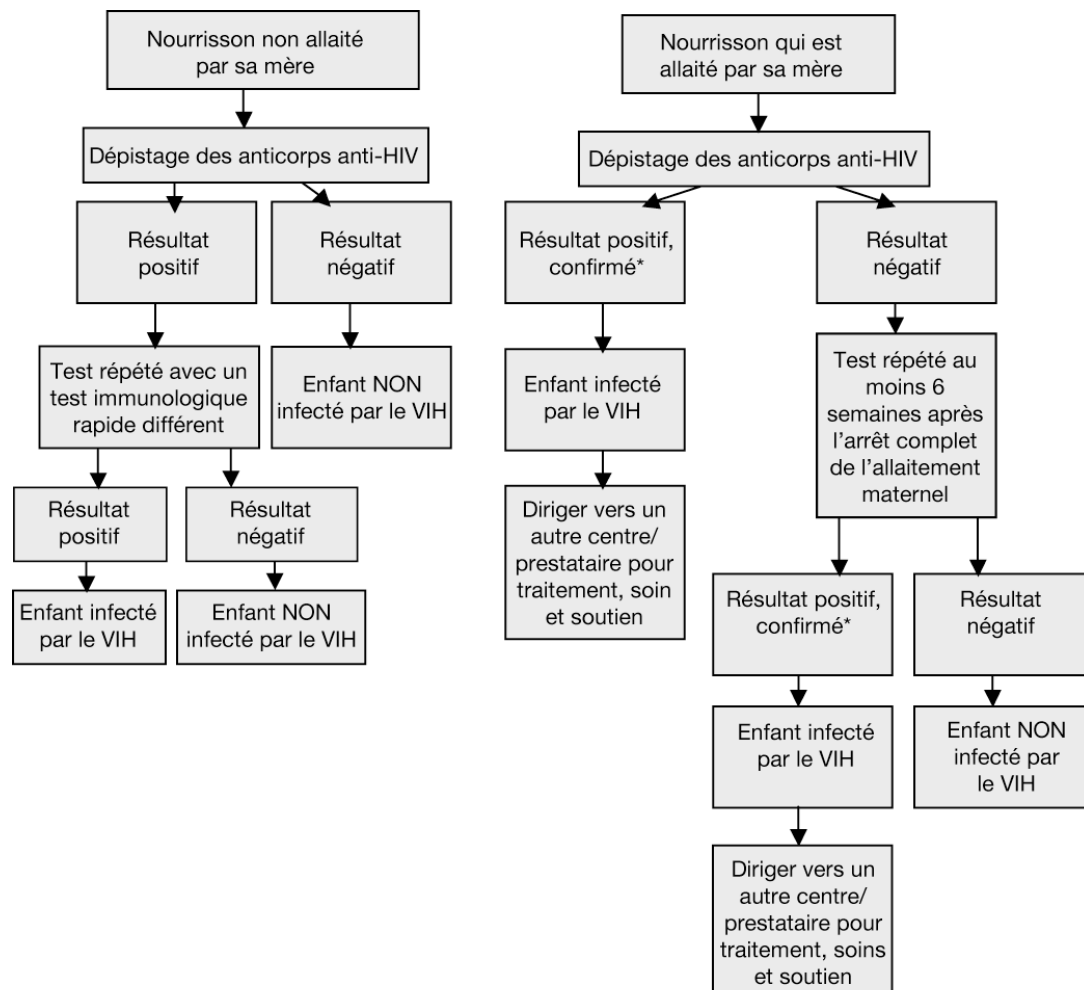
c) La fréquence de réduction du nombre de CD4 dans ces pathologies n'a pas été déterminée chez les enfants qui ne sont pas infectés par le VIH.

Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). *WHO Case Definitions of HIV for Surveillance, and Revised Clinical Staging and Immunological Classification of HIV Related Disease in Adults and Children, August 2006.*

Nourrissons et enfants asymptomatiques exposés au VIH

À partir de 18 mois, la plupart des enfants exposés au VIH qui ne sont pas infectés par le virus ne possèdent plus d'anticorps maternels. Un résultat positif à un test immunologique à l'âge de 18 mois ou plus peut donc être considéré comme indicateur de l'infection au VIH. Les médecins traitants doivent confirmer le diagnostic en répétant les tests immunologiques au moyen d'un test de dépistage du VIH différent (**figure 2**). Si le résultat du deuxième test est négatif, un test de confirmation est nécessaire. Si le résultat de ce test est positif, l'enfant est considéré infecté par le VIH. Si le résultat est négatif, l'enfant n'est pas considéré infecté par le VIH.

Figure 2. Diagnostic de l'infection au VIH chez les nourrissons et les enfants de 18 mois ou plus



* Test immunologique positif, confirmé, indique que l'enfant est déterminé séropositif par 2 tests de dépistage du VIH différents. Si le résultat du deuxième test de dépistage du VIH est négatif, un test de confirmation est nécessaire.

Adapté du manuel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. August 2006.

La mère ou le nourrisson a reçu une prophylaxie antirétrovirale dans un programme de PTME

Si la mère ou le nourrisson exposé au VIH a reçu des antirétroviraux, les résultats du test virologique ne devraient pas être affectés lorsque des études de détection de l'ADN par PCR sont utilisées. L'ADN du VIH reste détectable dans les cellules mononucléaires périphériques des nourrissons exposés au VIH. La sensibilité des tests de détection de l'ADN ou des antigènes ultrasensibles (p24) soulève des doutes théoriques dans ce contexte. En fonction des données dont ils disposent actuellement, les experts estiment cependant que ces tests peuvent être utilisés à tout moment chez les nourrissons et les enfants de plus de 6 semaines¹⁵.

MERE SOUS TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

La détection de l'ADN chez l'enfant exposé n'est pas affectée par le traitement antirétroviral reçu par la mère, indépendamment de la concentration sanguine relativement élevée rencontrée des antirétroviraux chez les nouveaux-nés nourris au sein.¹⁷

Enfants de moins de 18 mois : diagnostic clinique provisoire de l'infection au VIH

Les tests virologiques ne sont pas disponibles dans tous les centres à grande échelle. Dans certaines circonstances, en présence d'un scénario clinique suggérant une infection au VIH chez les enfants de moins de 18 mois, le médecin traitant peut se voir obligé de faire un diagnostic provisoire du SIDA. Ainsi, il pourra initier la prophylaxie au CTX ou un traitement antirétroviral (**tableau 10**).

Un diagnostic clinique provisoire doit être effectué par un médecin traitant qui possède l'expérience nécessaire pour la prise en charge des enfants infectés par le VIH. Il est recommandé de référer le patient vers un établissement hospitalier de niveau III.

L'OMS, guidée par l'opinion d'experts, a établi des critères permettant de dresser un diagnostic provisoire du SIDA chez les jeunes enfants de moins de 18 mois (**encart 1**). Cependant, en présence d'un tel scénario, tous les moyens disponibles doivent être mis en branle, par la suite, pour confirmer le diagnostic aussitôt que possible.

Même si un diagnostic provisoire peut être établi, il doit être souligné que la classification clinique des maladies, révisée et publiée par l'OMS (2006), ne peut être utilisée que lorsque le diagnostic du VIH a été confirmé.

Enfants de 18 mois et plus: test immunologique

Le diagnostic définitif des enfants âgés de 18 mois ou plus, dont l'exposition au VIH a été confirmée ou non, peut être établi par des tests immunologiques (les tests de détection rapides d'anticorps y inclus) utilisant l'algorithme de dépistage standard (**figure 2**). Un test immunologique rapide permet d'avoir un diagnostic au cours de la même visite.

Tableau 10. Critères provisoires et définitifs de reconnaissance des manifestations cliniques liées au VIH chez les enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH et dont l'infection a été confirmée

Manifestation clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic définitif
Stade clinique 1		
Asymptomatique	Aucun symptôme lié au VIH rapporté et aucun signe clinique lors de l'examen.	Aucun
Syndrome de lymphadénopathie généralisée (SLG)	Œdème ou élargissement persistants des ganglions lymphatiques de plus de 1 cm dans deux sites non contigus ou plus (extra inguinaux), d'étiologie indéterminée.	Diagnostic clinique
Stade clinique 2		
Hépatosplénomégalie persistante inexpliquée	Hépatomégalie et splénomégalie d'étiologie indéterminée.	Diagnostic clinique
Éruptions papulaires prurigineuses	Lésions vésiculaires prurigineuses papulaires.	Diagnostic clinique
Infection disséminée secondaire au virus de la verrue humaine	Lésions cutanées verruqueuses caractéristiques ; petites élevures cutanées charnues et granuleuses, souvent rugueuses, plates sous la plante du pied (verruques plantaires) ; faciales , recouvrant plus de 5 % du corps ou défigurantes.	Diagnostic clinique
Infection étendue à <i>Molluscum Contagiosum</i>	Lésions cutanées caractéristiques : petites croissances de couleur chair, nacré ou rose, arrondies ou ombiliquées, pouvant être enflammées ou rouges ; faciales, recouvrant plus de 5 % du corps ou défigurantes. Le <i>Molluscum</i> géant peut indiquer une immunodéficience plus avancée.	Diagnostic clinique
Mycoses des ongles	Paronychie d'origine fongique (lit unguéal douloureux, rouge et œdémateux) ou onycholyse (séparation indolore de l'ongle du lit unguéal). Onychomycose sous-unguéale blanche proximale rare sans immunodéficience.	Diagnostic clinique

Manifestation clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic définitif
Aphtes buccaux récidivants	Manifestation actuelle avec au moins un épisode antérieur au cours des 6 derniers mois. Ulcération aphteuse, généralement entourée d'une auréole enflammée et d'une fausse membrane gris jaunâtre.	Diagnostic clinique
Gonflement parotidien persistant inexpliqué	Gonflement bilatéral asymptomatique qui peut se résorber et réapparaître spontanément, en l'absence d'autre cause connue, généralement indolore.	Diagnostic clinique
Érythème gingival linéaire	Bande érythémateuse au long du sillon gingival ; peut être associé à des hémorragies spontanées.	Diagnostic clinique
Zona	Érythème douloureux avec vésicules remplies de liquide, à distribution par dermatome, peuvent être hémorragiques sur fond érythémateux, et peuvent s'élargir et confluer. Ne traverse pas le plan sagittal médian.	Diagnostic clinique
Infection des voies respiratoires supérieures	Manifestation actuelle avec au moins un épisode au cours des 6 derniers mois (IVRS) récidivante. Symptôme complexe ; fièvre avec douleur faciale unilatérale et sécrétions nasales (sinusite) ou gonflement douloureux des tympans (otite moyenne), maux de gorge avec toux productive (bronchite), maux de gorge (pharyngite) et toux aboyante laryngée (tuberculose latente). Otorrhée persistante ou récidivante.	Diagnostic clinique

Manifestation clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic définitif
Stade clinique 3		
Malnutrition modérée inexpliquée	Perte de poids : poids faible par rapport à l'âge, jusqu'à -2 écarts types (ET), ne s'explique pas par une alimentation médiocre ou insuffisante et/ou d'autres infections, et ne répond pas correctement à un traitement standard.	Perte de poids corporel documentée de -2ET, échec de prise de poids sous un traitement standard et aucune autre cause identifiée au cours de l'investigation clinique.
Diarrhée chronique inexpliquée	Diarrhée chronique inexpliquée (14 jours ou plus) (selles molles ou liquides, trois fois par jour ou plus), réfractaire au traitement standard.	Selles observées et documentées comme non moulées. Les cultures et les examens microscopiques ne révèlent pas de pathogènes.
Fièvre chronique inexpliquée (température > 37,5 °C intermittente ou constante, pendant plus d'un mois)	Fièvre ou sueurs nocturnes constatées depuis plus d'un mois, soit intermittente, soit constante, réfractaire aux antibiotiques ou aux antipaludiques. Aucun autre foyer apparent de maladie constaté ou diagnostiqué au cours de l'examen. Le paludisme doit être exclu dans les régions endémiques.	Fièvre documentée de plus de 37,5 °C avec hémoculture négative, test du paludisme négatif, radiographie pulmonaire normale ou inchangée, et aucun autre foyer apparent de maladie.
Candidose buccale (après les 6 à 8 premières semaines de vie)	Petites plaques molles chroniques ou récidivantes, de couleur blanche crémeuse à jaune pâle, qui peuvent être détachées (fausse membrane), ou taches rouges sur la langue, le palais ou la muqueuse buccale, généralement douloureuses ou sensibles (forme érythémateuse).	Microscopie ou culture.
Leucoplasie chevelue de la cavité buccale	Petites plaques linéaires fines sur les bords latéraux de la langue, généralement de part et d'autre, qui ne se détachent pas.	Diagnostic clinique
Gingivite ou stomatite ulcéreuse nécrosante aiguë, ou parodontite ulcéreuse nécrosante aiguë	Douleur aiguë, papilles gingivales ulcérées, déchaussement des dents, hémorragie spontanée, mauvaise haleine et perte osseuse et/ou tissulaire rapide.	Diagnostic clinique
Tuberculose ganglionnaire	Élargissement « bénin », indolore et non aigu des ganglions lymphatiques périphériques, localisé dans une région. Répondant au traitement antituberculeux standard en un mois.	Histologie ou aspiration à l'aiguille fine positive pour coloration de Ziehl-Neelsen ou culture.

Manifestation clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic définitif
Tuberculose pulmonaire	Symptômes spécifiques, p. ex., toux chronique, fièvre, sueurs nocturnes, anorexie et perte de poids. Chez l'enfant plus âgé, aussi toux productive et hémoptysie. Antécédent de contact avec un adulte atteint de TB pulmonaire dont le frottis est positif. Aucune réponse au traitement standard par antibiotique à large spectre.	Un ou plusieurs frottis de crachat positif pour BAAR, et/ou anomalies radiographiques typiques d'une tuberculose active, et/ou culture positive pour <i>Mycobacterium</i>
Pneumonie bactérienne chronique grave	Toux accompagnée d'une respiration rapide, tirage costal, battement des ailes du nez, respiration sifflante et geignement. Râles crépitants ou condensation pulmonaire à l'auscultation. Réponse à une cure d'antibiotiques. Épisode actuel avec au moins un épisode au cours des 6 derniers mois.	Isolation des bactéries à partir d'échantillons cliniques appropriés (expectorations induites, lavage broncho-alvéolaire (LBA), sécrétions recueillies par aspiration bronchique).
Pneumonie interstitielle lymphoïde (PIL) symptomatique	Pas de diagnostic clinique provisoire	Radiographie pulmonaire: Présence d'infiltrats pulmonaires interstitiels réticulonodulaires bilatéraux pendant plus de deux mois sans réponse au traitement antibiotique et sans pathogène identifié. Saturation en oxygène constamment < 90 %. Cœur pulmonaire et fatigue d'effort accrue. Histologie caractéristique.
Maladie pulmonaire chronique associée au VIH (y compris bronchectasie)	Antécédent de toux productive chronique et expectorations purulentes abondantes associées au VIH, avec ou sans hippocratisme digital, halitose, et râles crépitants et/ou sifflements à l'auscultation	La radiographie pulmonaire peut indiquer un aspect en nid d'abeille (petits kystes) et/ou des zones persistantes d'opacification et/ou une détérioration étendue des poumons, avec fibrose et perte de volume.

Manifestation clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic définitif
Anémie inexpliquée (< 8 g/dl), neutropénie (<500cells/mm ³), ou thrombopénie* chronique (< 50,000cells/mm ³)	Pas de diagnostic clinique provisoire.	Résultats de laboratoire, non expliqués par d'autres pathologies autres que le SIDA, ne répondant pas au traitement standard à base d'antianémiques, antipaludiques ou anthelminthiques, comme indiqué dans la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)
Stade clinique 4		
Amaigrissement, arrêt de croissance prématuré ou malnutrition grave inexpliqués ne répondant pas correctement au traitement standard	Perte de poids continue qui ne s'explique pas par une alimentation médiocre ou insuffisante et d'autres infections, et qui ne répond pas correctement au traitement standard dans les deux premières semaines. Atrophie musculaire grave visible, avec ou sans œdème des deux pieds, et/ou rapport poids-taille de – 3 ET, selon les directives GIMI de l'OMS.	Perte de poids documentée > -3 ET +/- œdème
Pneumonie à <i>Pneumocystis</i>	Toux sèche, difficulté croissante à respirer, cyanose, tachypnée et fièvre ; tirage costal ou stridor. (Pneumonie grave ou très grave, selon la GIMI). Evolution rapide chez les nourrissons de moins de six mois. Réponse à une forte dose de Cotrimoxazole +/- prednisolone. Radiographie pulmonaire révèle infiltrats diffus périhilaires bilatéraux typiques.	Cytologie ou microscopie immunofluorescente d'expectorations induites ou lavage broncho-alvéolaire (LBA), ou biopsie pulmonaire.
Infection bactérienne grave récidivante, p. ex., empyème, pyomyosite, infection osseuse ou articulaire, méningite mais sans pneumonie	Fièvre accompagnée de symptômes ou signes spécifiques qui localisent l'infection. Bonne réponse aux antibiotiques. Épisode actuel avec au moins un épisode au cours des 6 derniers mois.	Culture de spécimens cliniques appropriés.
Infection herpétique chronique; (orolabiale ou cutanée pendant plus d'un mois, ou viscérale sur un site quelconque)	Lésions orolabiales, génitales ou anorectales douloureuses graves et évolutives causées par l'infection herpes simplex virus (HSV), présentes pendant plus d'un mois.	Culture et/ou histologie
Candidose œsophagienne (ou candidose trachéale, bronchique ou pulmonaire).	Difficulté à déglutir, ou douleur à la déglutition (aliments et liquides). À suspecter particulièrement chez les jeunes enfants si une candidose buccale est observée et s'ils refusent de s'alimenter et/ou ont des difficultés ou pleurent lorsqu'ils s'alimentent.	Aspect macroscopique à l'endoscopie, microscopie de spécimen obtenu par biopsie ou aspect macroscopique à la bronchoscopie ou l'histologie

Manifestation clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic définitif
Tuberculose extrapulmonaire/disséminée	Maladie systémique accompagnée généralement de fièvre prolongée, sueurs nocturnes, perte de poids. Manifestations cliniques des organes affectés, p. ex., stérile pyurie, péricardite, ascite, épanchement pleural, méningite, arthrite, orchite.	Microscopie positive indiquant la présence de BAAR ou hemo-culture positive ou culture positive de tout autre spécimen pertinent, à l'exception des crachats ou spécimen obtenu par LBA ou biopsie pulmonaire.
Sarcome de Kaposi	Apparition typique sur la peau ou l'arrière-gorge de plaques persistantes, initialement plates, de couleur rose ou bleuâtre ; lésions cutanées qui évoluent généralement vers une transformation en nodules.	Non requis mais peut être confirmé par : – lésions rouge-pourpres types mises en évidence par bronchoscopie ou endoscopie ; – masses denses ganglionnaires ou présentes dans les viscères ou les poumons, mises en évidence par palpation ou radiographie ; – histologie
Rétinite causée par le cytomégalovirus (CMV) ou infection à CMV affectant un autre organe, apparaissant après l'âge d'un mois.	Rétinite seulement. La rétinite causée par le CMV peut être diagnostiquée par des médecin traitants expérimentés : lésions oculaires spécifiques révélées par examen du fond d'œil ; petites plaques blanches aux contours distincts sur la rétine, à diffusion centrifuge, souvent le long des vaisseaux sanguins, associées à une vascularisation rétinale, hémorragie ou nécrose.	Diagnostic définitif nécessaire pour les autres sites. Histologie. Réaction du LCR par polymérisation en chaîne (PCR)
Toxoplasmose du SNC installée après l'âge d'un mois	Fièvre, maux de tête, signes neurologiques focaux, convulsions. Répond en général au traitement spécifique dans les 10 jours.	CAT scan (ou autre neuroimagerie), révélant des lésions simples/multiples plus prononcées si l'étude est réalisée au contraste
Cryptococcose extrapulmonaire (y compris méningite)	Méningite : fièvre généralement subaiguë, avec maux de tête grandissants et graves, méningisme, confusion, changements de comportement qui répondent au traitement des infections à cryptocoques.	Microscopie du LCR (encre de Chine), présence de l'antigène cryptocoque dans le serum ou LCR, ou hémoculture/ou culture du LCR.

Manifestation clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic définitif
Encéphalopathie à VIH	<p>Au moins une des pathologies suivantes, évoluant sur au moins deux mois, en l'absence de toute autre maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • absence ou régression du développement psychomoteur, perte des facultés intellectuelles ; OU • altération progressive de la croissance cérébrale démontrée par le ralentissement de croissance du périmètre crânien ; OU • déficit moteur symétrique acquis accompagnés par au moins deux des pathologies suivantes : parésie, reflexes pathologiques, ataxie, troubles de la marche. 	Neuroimagerie révélant une atrophie et calcification des noyaux gris centraux, excluant toute autre cause.
Mycose disséminée (coccidioïdomycose, histoplasmosse, pénicilliose)	Pas de diagnostic clinique provisoire.	<p>Histologie : en général, formation de granulome.</p> <p>Isolation : détection d'antigène dans le tissu affecté ; culture ou microscopie d'échantillons cliniques ou hémoculture.</p>
Mycobactériose disséminée, non tuberculeuse (atypique)	Pas de diagnostic clinique provisoire.	Symptômes cliniques non spécifiques dont perte de poids graduelle, fièvre, anémie, sueurs nocturnes, fatigue ou diarrhée ; culture positive pour mycobactéries atypiques de selles, sang, liquides organiques ou autres tissus corporels, sauf poumons.
Cryptosporidiose chronique	Pas de diagnostic clinique provisoire.	Kystes identifiés par examen microscopique (coloration de Ziehl- Neilsen modifiée) de selles non moulées, biopsie intestinale.

Manifestation clinique	Diagnostic clinique	Diagnostic définitif
Isosporidiose chronique	Pas de diagnostic clinique provisoire.	Identification de l' <i>Isospora</i> (microscopie)
Lymphome cérébral ou lymphome à cellules B non hodgkinien	Pas de diagnostic clinique provisoire.	Diagnostiqué par neuroimagerie du SNC ; examen de spécimen obtenu par biopsie.
Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LMP)	Pas de diagnostic clinique provisoire.	Troubles neurolo-giques progressifs (dysfonction cognitive, trouble de la démarche/parole, perte d'acuité visuelle, affaiblissement des membres et paralysie des nerfs crâniens), accompagnés de lésions hypodenses de la matière blanche sur neuroimagerie ou JCV PCR positive pour polyomavirus sur LCR.
Cardiomyopathie symptomatique associée au VIH	Pas de diagnostic clinique provisoire	Cardiomégalie et preuve d'altération de la fonction ventriculaire gauche confirmées par échocardiographie.
Néphropathie symptomatique associée au VIH	Pas de diagnostic clinique provisoire	Biopsie rénale.

Quand un diagnostic provisoire du SIDA est établi suivant les critères sus-cités (tableau 10), le médecin traitant doit prendre en charge d'abord la ou les pathologies présentes. La classification clinique ne peut cependant pas être appliquée sans la confirmation du diagnostic du VIH. Il est du devoir du médecin traitant de mettre en branle toutes les ressources nécessaires aussitôt que possible en utilisant le meilleur test disponible en fonction du groupe d'âge pour confirmer le diagnostic.

CONFIDENTIALITE

Les informations partagées entre l'équipe médicale et les parents ou substituts parentaux ne doivent pas être rendues publiques. Cette obligation consiste à « maintenir la confidentialité », ce qui est la responsabilité essentielle de tous les professionnels de la santé.

La confidentialité est fondamentale dans l'établissement et le maintien d'un climat de confiance entre le parent ou gardien et l'équipe médicale.

Les résultats des tests de dépistage du VIH, et toutes les autres informations personnelles

et médicales, doivent être divulgués exclusivement aux prestataires de soins qui participent directement aux soins médicaux de l'enfant. Ils ne doivent avoir accès aux dossiers médicaux que si leur demande est « justifiée », c'est-à-dire lorsque les informations recherchées sont nécessaires à la prestation des soins.

Les personnes ne contribuant pas directement aux soins de l'enfant, le service d'accueil de la clinique, par exemple, ne doivent pas avoir accès aux dossiers médicaux ; les employés occupant un poste similaire n'ont pas besoin de connaître le statut sérologique d'un enfant pour exécuter leurs fonctions.

Tous les dossiers et registres médicaux, qu'ils contiennent ou non des informations liées au statut sérologique, doivent rester confidentiels et être conservés en lieu sûr et sous clef.

Si la confidentialité n'est pas maintenue, les prestataires de soins prennent un risque important. Le parent ou gardien peut décider de ne pas ramener l'enfant pour les visites de suivi, ce qui compromettra la santé de ce dernier.

TRAITEMENT

INITIATION DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

Les bienfaits cliniques du traitement antirétroviral chez les enfants souffrant d'une infection au VIH avancée ont été largement prouvés. Le traitement initial est particulièrement important pour les nourrissons de moins de 12 mois chez qui la mortalité est élevée; des études ont révélé des taux de mortalité de plus de 40 % dans ce groupe d'âge¹⁸.

Le but du traitement antirétroviral chez les nourrissons et les enfants est:

- de réduire la morbidité et la mortalité associées au VIH ;
- de contenir la charge au niveau le plus bas que possible et de manière durable;
- de rétablir et préserver la fonction immunologique ;
- d'améliorer la qualité de vie des nourrissons, enfants et adolescents infectés par le VIH

Évaluation indispensable avant l'initiation du traitement antirétroviral

Avant d'initier le traitement, le médecin traitant doit procéder à une évaluation complète des conditions justifiant l'initiation du traitement en se concentrant sur les point-clés suivants :

- **Est-ce qu'un traitement antirétroviral est indiqué pour l'enfant ?**
 - Chaque nourrisson ou enfant infecté par le VIH doit être évalué conformément aux recommandations contenues dans ce manuel, qui sont elles-mêmes basées sur les Recommandations de l'OMS (2006) applicables dans les pays aux ressources limitées.
- **Existe-t-il une contre-indication ou une raison médicale qui retarderait l'initiation du traitement, par exemple...**
 - Pathologies coexistantes prévalentes, p. ex., co-infection, malnutrition, syphilis congénitale, paludisme, tuberculose, hépatite B ou C et/ou infections opportunistes ?
 - Insuffisance rénale ?
 - Insuffisance hépatique ?

- Anémie grave ?
- Neutropénie grave ?
- Maladie mentale ?
- **Existe-t-il en ce moment une contre-indication non médicale au traitement antirétroviral?**
 - Contestation ou déni du diagnostic du SIDA
 - Situation sociale instable
 - Antécédent récent de non adhérence à un traitement médical
 - Utilisation actuelle de remèdes galéniques et traditionnels

L'initiation du traitement antirétroviral ne doit pas constituer une urgence. Avant de procéder, le médecin traitant doit discuter du diagnostic et de la nécessité du traitement antirétroviral avec le ou les parents ou substituts parentaux concernés, répondre à toutes les questions et préoccupations exprimées, et recueillir autant de renseignements que possible à partir des questions suivantes :

- La mère recevait-elle un traitement antirétroviral ou un régime prophylactique pendant la grossesse? A-t-elle reçu des antirétroviraux au cours du travail (pendant l'accouchement)?
- Est-ce que le nourrisson a reçu une prophylaxie antirétrovirale à la naissance et quel a été le régime?
- Qui va être responsable de l'administration des médicaments à l'enfant ?
- Y a-t-il quelqu'un d'autre qui est au courant du diagnostic et est disposé à aider si le parent ou le gardien en charge n'est pas disponible?
- Existe-t-il un obstacle de nature quelconque qui peut nuire à l'adhérence et au contrôle clinique?

Avant de commencer le traitement antirétroviral, le diagnostic du SIDA chez les nourrissons, enfants et adolescents infectés par le VIH doit être confirmé par un test immunologique ou virologique. Une fois que l'infection au VIH a été confirmée, le médecin traitant doit recourir à la classification clinique de l'OMS et aux marqueurs immunologiques pour pouvoir déterminer les critères d'éligibilité au traitement antirétroviral (tableau 11).

Le **tableau 12** décrit les critères de numération des cellules CD4 en cas d'immunodéficience par groupe d'âge. Le **tableau 13** définit les critères de numération lymphocytaire totale (NLT) associés à l'initiation d'un traitement antirétroviral lorsque la numération des cellules CD4 n'est pas disponible.

Il est recommandé de confirmer une NLT ou numération des cellules CD4 anormale en procédant à un second test avant de prendre une décision thérapeutique, même s'il s'avère que cela ne soit pas toujours possible.

Cette décision ne doit être entreprise que par les médecins traitants qui possèdent l'expérience nécessaire pour prendre en charge les enfants infectés au VIH.

Tableau 11. Recommandations pour l'initiation du traitement antirétroviral chez les nourrissons et les enfants infectés par le VIH suivant la classification clinique de l'OMS et des marqueurs immunologiques disponibles

Stade clinique OMS	Disponibilité de la numération des cellules CD4	Recommandations de traitement en fonction de l'âge	
		< 11 mois	≥ 12 mois
4 ^a	CD4	Le traitement antirétroviral est indiqué pour tous les enfants	
	Pas de CD4 ^b		
3 ^a	CD4	Le traitement antirétroviral est indiqué pour tous les enfants	Traiter tous les enfants, guidé par CD4. Chez les enfants souffrant de TB ^c , PIL, LOC, thrombocytopénie, le traitement antirétroviral est recommandé.
	Pas de CD4 ^b		
2	CD4	Guidé par CD4 ^d	
	Pas de CD4 ^b	Guidé par NLT ^d	
1	CD4	Guidé par CD4 ^d	
	Pas de CD4 ^b	Pas d'indication pour l'initiation du traitement antirétroviral	
PIL = pneumonie interstitielle lymphocytaire LOC = leucoplasie orale chevelue TB = tuberculose			
a) Stabiliser toute infection opportuniste avant d'instaurer un traitement antirétroviral. b) Une numération CD4 de référence est utile pour contrôler le traitement antirétroviral même s'il n'est pas nécessaire d'instaurer un tel traitement. c) Chez les enfants souffrant de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire, la numération CD4 et l'état clinique doivent être utilisés pour déterminer la nécessité et l'opportunité de l'initiation d'un traitement antirétroviral dans le contexte du traitement antituberculeux. d) Se reporter aux tableaux 12 et 13 pour les valeurs CD4 et NLT, respectivement.			

Tableau 12. Recommandations pour l'initiation d'un traitement antirétroviral chez les nourrissons et les enfants infectés par le VIH en fonction des marqueurs immunologiques et du groupe d'âge

Marqueur immunologique ^a	Recommandation concernant l'initiation du traitement antirétroviral en fonction de l'âge			
	≤ 11 mois	12–35 mois	36–59 mois	≥ 5 ans
%CD4	<25%	<20%	<15%	<15%
Numération CD4(/mm ³) ^b	1500 cellules/mm ³	< 750 cellules/mm ³	< 350 cellules/mm ³	< 200 cellules/mm ³
<p>a) Les marqueurs immunologiques supplémentent l'évaluation clinique et doivent donc être utilisés conjointement avec la classification clinique. Il est recommandé de faire la numération des cellules CD4 après avoir stabilisé les pathologies aiguës présentes.</p> <p>b) Le traitement antirétroviral doit être initié à l'atteinte de ces niveaux limites, quel que soit le stade clinique (classifications de l'OMS 2006): une chute du nombre de cellules CD4 en dessous de ces niveaux augmente considérablement la morbidité et la mortalité de la maladie.</p>				

Adapté de: Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings, towards universal access: Recommendations for a public health approach 2006*.

Tableau 13. Critères de numération lymphocytaire totale (NLT) en cas d'immunodéficience grave : nourrissons et enfants au stade clinique OMS 2 de la maladie et pour qui la numération CD4 n'est pas disponible

Marqueur immunologique ^a	Recommandation concernant l'initiation du traitement antirétroviral en fonction de l'âge ^b			
	≤ 11 mois	12-35 mois	36-59 mois	5–8 ans
NLT	≤ 4000 cellules/mm ³	≤ 3000 cellules/mm ³	≤ 2500 cellules/mm ³	≤ 2000 cellules/mm ^{3c}

a) Les marqueurs immunologiques complètent l'évaluation clinique et doivent donc être utilisés conjointement avec la classification clinique.

b) Une chute du nombre de cellules CD4 en dessous de ces niveaux augmente considérablement le risque d'évolution de la maladie ou de mortalité.

c) **Il existe peu de données qui permettent de formuler des recommandations quant à l'utilisation de la NLT dans la prise de décisions thérapeutiques chez les enfants de plus de 8 ans.**

Adapté de: Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings, towards universal access: Recommendations for a public health approach 2006.*

Mesure de la charge virale

Une évaluation de la charge virale (PCR quantitative de l'ARN) n'est pas considérée nécessaire avant d'instaurer le traitement antirétroviral. Dans les pays où les ressources sont limitées, elle n'est pas couramment recommandée de façon systématique pour décider si un traitement doit être instauré. Quand la charge virale devient disponible à grande échelle, elle pourra être utilisée dans l'évaluation du traitement en cours.

TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

Prise en charge des enfants infectés au VIH: principes généraux

Il existe une différence substantielle en pharmacocinétique entre les médicaments chez les adultes et les enfants. Elle inclut la composition du corps, l'excrétion rénale, le métabolisme hépatique et la fonction gastro-intestinale. Ces différences se reflètent par des variations potentielles au niveau de la distribution, du métabolisme et de la clearance.

Autres considérations importantes à prendre en compte lors de la prescription de médicaments aux enfants:

- Les traitements, bien qu'ils soient basés sur des principes virologiques et pharmacologiques fondés, doivent être convenables au patient, suivant l'âge, et au parent ou gardien.
- La disponibilité, le coût, l'efficacité thérapeutique et les effets secondaires associés aux médicaments doivent être également pris en compte, tout comme la posologie quotidienne, les interactions médicamenteuses, la disponibilité des mesures de suivi en laboratoire, la connaissance des options de traitements futurs en cas d'échec, les infections et pathologies coexistantes et la capacité du système d'approvisionnement.
- Chez les nourrissons, les enfants et les adolescents, il est recommandé de prescrire les

antirétroviraux *en fonction du poids ou de la surface corporelle* et de la *classification de Tanner (annexe B)*.

- Au cours de la croissance, une adaptation de la posologie est nécessaire pour éviter les sous-dosages, qui peuvent entraîner une résistance médicamenteuse. De nombreux experts recommandent une adaptation de la posologie pour toute augmentation de poids supérieure ou égale à 10 % du poids de référence.

Pour des renseignements détaillés sur la préparation et la posologie des antirétroviraux, se reporter à l'annexe D.

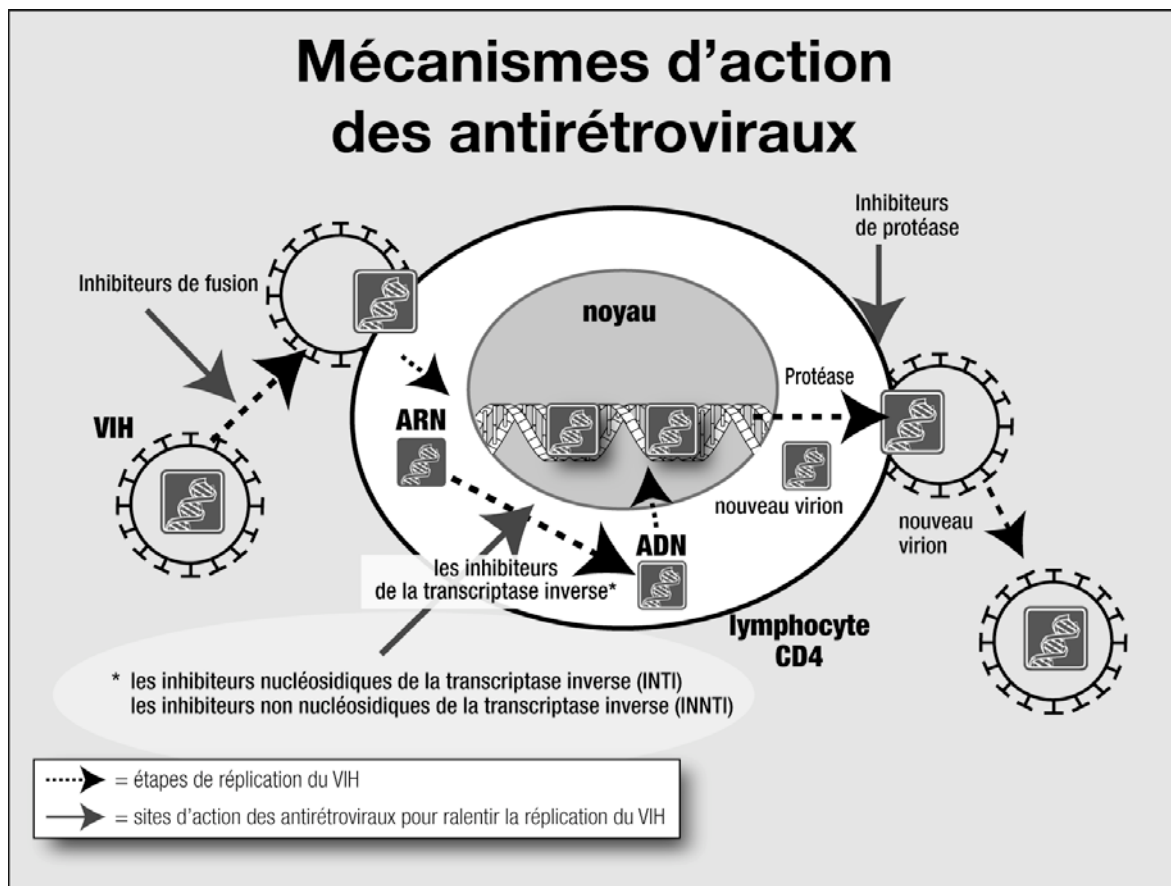
La Tri-thérapie

Pour contenir de façon efficace la réplication virale et stopper l'évolution de l'infection au VIH, la trithérapie est le traitement de choix actuel contre l'infection au VIH (encart 2)¹⁵.

En outre, des données publiées suggèrent qu'un traitement combiné associant au moins trois médicaments de deux classes différentes peut prévenir, retarder ou contrecarrer la résistance¹⁹.

Quatre (4) classes d'antirétroviraux (les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI), les inhibiteurs de protéase (IP) et les inhibiteurs de fusion) sont utilisés pour traiter le SIDA. Chaque classe d'antirétroviraux possède un mécanisme d'action différent (**figure 3**). Ces médicaments ne sont cependant pas tous disponibles dans les pays aux ressources limitées (**tableau 14**).

Figure 3. Mécanismes d'action des antirétroviraux



Adapté de *About HIV: A Teaching Guide for Families*. Centre François-Xavier Bagnoud, UMDNJ. 2006.

Tableau 14. Antirétroviraux

Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)	Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)	Inhibiteurs de protéase (IP)	Inhibiteurs de fusion (IF)
Abacavir (ABC) Didanosine (ddI) Emtricitabine (FTC) Lamivudine (3TC) Stavudine (d4T) Ténofovir (TFV) Zidovudine (ZDV ou AZT)	Efavirenz (EFV) Névirapine (NVP)	Amprénavir (APV) Atazanavir (ATZ) Darunavir Indinavir (IDV) Lopinavir/r (LPV/r) Nelfinavir (NFV) Ritonavir (r) Saquinavir/r (SQV/r) Tipranavir (TPV)	Enfuvirtide (T-20)

Lors de la sélection d'un traitement de première ligne pour les enfants il est recommandé d'utiliser deux (2) inhibiteurs nucléosides de la transcriptase inverse (INTI) (la structure de base du régime) associés à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI).

Encart 2.**Tri-thérapie initiale**

Traitement de choix : 2 INTI (traitement de base) plus 1 INNTI (NVP or EFV) :

AZT ou d4T^a ou ABC + 3TC^b + NVP^c ou EFV^d

Zidovudine + lamivudine + [névirapine ou efavirenz] AZT + 3TC + [NVP ou EFV]
OU

Stavudine + lamivudine + [névirapine ou efavirenz] d4T + 3TC + [NVP ou EFV]
OU

Abacavir + lamivudine + [névirapine ou efavirenz] ABC + 3TC + [NVP ou EFV]

***La stavudine (d4T) en préparation liquide doit être réfrigérée.**

- a) **Ne pas administrer d'AZT en combinaison avec de la d4T.** (Cf. encart 3 ci-dessous.)
- b) Le cas échéant, le FTC peut être utilisé en remplacement de la 3TC chez les enfants de plus de 3 mois.
- c) La névirapine doit être évitée chez les adolescentes postpubères (considérées adultes pour des fins thérapeutiques) dont la numération absolue de cellules CD4 de référence est supérieure à 250/mm³.
- d) L'efavirenz n'est pas recommandé actuellement chez les enfants de moins de 3 ans ou pesant moins de 10 kg et doit être évité chez les adolescentes postpubères au cours du premier trimestre de la grossesse, si elles sont enceintes, ou chez celles qui sont sexuellement actives et n'utilisent aucune méthode contraceptive efficace. Adapté de du manuel de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). *Antiretroviral drugs for the treatment of HIV infection in infants and children in resource-limited settings. Recommendations for a public health approach 2006.*

Encart 3.

COMBINAISONS D'INTI A EVITER^a	
d4T+AZT	Les deux antirétroviraux partagent une voie métabolique commune et n'offrent donc aucun bienfait supplémentaire.
d4T+ddl ^b	Ces antirétroviraux ont des toxicités chevauchantes
a) À partir d'études effectuées chez des adultes. b) La didanosine (ddl) est un INTI analogue de l'adénosine, qui est en général réservée aux traitements de deuxième ligne.	

Adapté du manuel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intitulé *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach 2006*. P. 32. August 2006.

Étant donné que les antirétroviraux (ARVs) ne sont pas tous disponibles dans les pays aux ressources limitées et que les préparations liquides n'existent pas pour tous les médicaments, les comprimés et les gélules doivent être utilisés chez les enfants qui peuvent les avaler

(tableau 15).

L'utilisation de comprimés devant être sectionnés ou écrasés, notamment les comprimés non sécables, peut entraîner des sous-dosages ou des surdosages chez les enfants, et un risque accru de résistance et/ou de toxicité. Il est difficile avec les comprimés de faire des ajustements de la posologie quand les enfants gagnent du poids.

Tableau 15. Préparations des antirétroviraux

Nom du médicament	Préparation			
	Suspension ou solution	Poudre	Sirop	Comprimé ou gélule
Abacavir (ABC)	X			X
Didanosine (ddI)		X		X
Efavirenz (EFV)			X	X
Emtricitabine (FTC)				X
Lamivudine (3TC)	X			X
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	X			X
Nelfinavir (NFV)		X		X
Névirapine (NVP)	X			X
Ritonavir (r)	X			X
Saquinavir (SQV/r)				
Stavudine (d4T)	X	X		X
Zidovudine (AZT)			X	X

Dosage

La dose pédiatrique de la plupart des antirétroviraux approuvés pour les enfants est calculée à partir du poids de l'enfant ; les doses de zidovudine (AZT) et de didanosine (ddI) sont cependant calculées à partir de la surface corporelle (SC) :

$$SC = \frac{\sqrt{\text{Taille (en cm)} \times \text{Poids (en kg)}}}{3600}$$

$$SC = \frac{4 \times \text{Poids (kg)} + 7}{\text{Poids (kg)} + 90}$$

Un Nomogram[®] peut aussi être utilisé pour faciliter ce calcul (**annexe C**).

Le dosage doit être recalculé à chaque visite, en tenant compte du poids et de la taille de l'enfant.

Les doses de tous les antirétroviraux doivent être ajustées quand le gain de poids est supérieur à 10 %.

supérieur à 10 %.

Trithérapie chez les adolescents âgés de plus de 15 ans

Les adolescents des stades IV ou V dans la classification de Tanner sont considérés comme adultes et les mêmes recommandations et dispositions spéciales s'appliquent, y compris l'utilisation de la classification clinique de l'OMS et des marqueurs immunologiques pour les adultes. **Le médecin traitant est prié de se référer aux recommandations nationales pour les adultes infectés au VIH.**

Effets secondaires

Il incombe au médecin traitant de surveiller les effets secondaires relatifs au traitement administré. Les parents ou les substituts parentaux peuvent signaler certains signes ou symptômes et d'autres effets secondaires peuvent être détectés par des examens de laboratoire. Certains symptômes sont légers et/ou passagers, d'autres peuvent nécessiter un traitement de soutien (p. ex., des antiémétiques) ou une surveillance clinique plus fréquente et, dans certains cas, un changement du traitement en cours.

Un système d'évaluation a été établi pour aider le médecin traitant à classifier la gravité des effets secondaires (**annexe E**). Celui-ci déterminera en dernier recours la gravité de l'effet secondaire et la nécessité éventuelle de modifier le régime en cours.

Si l'effet secondaire peut être lié à un médicament utilisé dans le régime en cours il est recommandé de remplacer cet antirétroviral par un autre médicament qui n'a pas les effets toxiques similaires et n'a aucune interaction avec les autres médicaments du régime (**encart 4**) (**annexe F**).

Encart 4.

Traitement de première ligne optionnel, utilisant 3 INTI (tri-thérapie INTI)	
AZT ou d4T ^a + 3TC ^b + ABC	
a) Ne pas administrer AZT en combinaison avec d4T b) Le cas échéant, le FTC peut être utilisé en remplacement de la 3TC.	

Adapté du manuel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intitulé *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. P 30. August 2006.

Autres considérations à prendre en compte lors de la sélection d'un traitement de première ligne

1. Traitement antirétroviral chez les nourrissons exposés aux antirétroviraux par PTME ou allaitement maternel

Il est possible qu'un nourrisson allaité au sein dont la mère a reçu des antirétroviraux par l'intermédiaire d'un programme de PTME devienne infecté par un virus résistant à ces médicaments. Il peut aussi développer sa propre résistance s'il a reçu une prophylaxie antirétrovirale après la naissance. Ce problème se pose notamment avec la NVP et la 3TC, si elles sont utilisées seules ou dans le cadre d'une bi-thérapie.

En attendant les résultats d'études en cours, les nourrissons qui ont été exposés aux antirétroviraux au cours d'un programme de PTME, soit par leur mère, soit directement, doivent pouvoir bénéficier du traitement de première ligne 2 INTI + 1 INNTI, comme indiqué précédemment. La même recommandation s'applique aux nourrissons allaités au sein dont les mères sont sous traitement antirétroviral.

2. Inclusion d'IP dans le traitement initial

Il est recommandé de réserver cette classe (IP) pour le traitement de deuxième ligne car leur utilisation en première intention compromettrait tout traitement ultérieur, en cas d'échec thérapeutique. Espérant la publication des données récentes, cette opinion s'applique aussi dans les cas où une dose unique de NVP a été utilisée pour la PTME.

L'**annexe G** contient des conseils pratiques sur l'administration de médicaments aux nourrissons et aux enfants, et sur leur stockage.

LA PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES

La prise en charge des effets secondaires fait partie intégrante du traitement antirétroviral (**encart 5**). Si les effets secondaires sont graves ou perturbants, ils compromettront l'adhérence au traitement antirétroviral. Le médecin traitant doit expliquer au parent ou gardien, en termes simples, les principaux effets secondaires associés à chaque médicament utilisé dans le régime, et souligner que ces effets secondaires doivent lui être signalés dès leur manifestation (**annexe H**).

Dans de nombreux cas, malheureusement, il est difficile de faire la distinction entre les complications propres à l'infection au VIH, une maladie infantile concomitante et les effets secondaires des antirétroviraux.

Évaluation des effets secondaires : principes généraux

- Faire le suivi et évaluer les nourrissons et les enfants à chaque visite pour pouvoir détecter les effets secondaires éventuels.
- Essayer de déterminer si les signes et les symptômes détectés sont liés aux antirétroviraux ou à d'autres médicaments, à des maladies infantiles concomitantes ou à la progression de l'infection au VIH.
- Si les effets secondaires sont attribuables à un médicament en particulier : le remplacer par un autre médicament qui ne provoque pas cet effet secondaire et ne présente aucune interaction avec les autres composants du traitement ou avec le remède administré pour la maladie concomitante (**annexe F**).
- Le nombre d'antirétroviraux disponibles est limité, particulièrement pour les enfants vivant dans les pays aux ressources limitées. En règle générale, il est recommandé que le médecin traitant essaie de continuer le traitement antirétroviral à des doses efficaces et limite la substitution uniquement dans les cas où les toxicités sont graves ou menacent le pronostic vital ou constituent un obstacle majeur à l'adhérence au traitement.

Encart 5.**Prise en charge de la toxicité des antirétroviraux : principes de base**

1. Prise en charge des effets secondaires en fonction de leur gravité.
 - **Réactions graves qui mettent en danger la vie du malade (annexe E) :** interrompre immédiatement tous les antirétroviraux, traiter la condition médicale (p. ex., thérapie symptomatique et de soutien) et réintroduire des antirétroviraux en modifiant le régime (p. ex., en substituant le médicament en cause par un autre antirétroviral) lorsque le patient est stable.
 - **Réactions graves :** substituer le médicament en cause sans arrêter le traitement antirétroviral.
 - **Réactions modérées :** envisager de poursuivre le traitement antirétroviral aussi longtemps que possible. Si l'état du patient ne s'améliore pas sous la thérapie symptomatique, envisager la substitution du médicament en cause.
 - Les **réactions légères** sont gênantes mais ne nécessitent pas la modification de la thérapie.
2. Pour les **réactions légères et modérées**, veiller à ce que l'adhérence au traitement soit maintenue malgré la toxicité.

Adapté du manuel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intitulé *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. P 39. August 2006.

CHANGEMENT DE TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CHEZ LES NOURRISSONS ET LES ENFANTS : ECHEC THERAPEUTIQUE

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de l'échec d'un traitement : utilisation d'un régime peu efficace, adhérence imparfaite au traitement, posologie insuffisante, et/ou différences génétiques affectant le métabolisme des médicaments.

L'adhérence imparfaite au traitement antirétroviral est la cause première de l'échec du traitement. Il est donc nécessaire de s'assurer que l'adhérence au traitement a été évaluée et jugée satisfaisante avant d'envisager de passer à un traitement de deuxième ligne.

- Il incombe au médecin traitant, à partir d'évaluations cliniques et d'exams de laboratoire, de déterminer qu'un régime a échoué.
- L'échec d'un traitement ne peut être déterminé qu'après une période d'essai suffisamment longue du traitement antirétroviral (au moins 24 semaines) et lorsque la raison de l'échec a été identifiée.
- Bien qu'il existe des définitions d'échec de traitement bien établies (cf. ci-dessous), le moment où le traitement est considéré comme étant un échec varie d'un patient à l'autre.

Définition clinique d'un échec thérapeutique

Il est recommandé que le médecin traitant utilise le système de classification des stades cliniques (OMS 2006) comme un outil de base pour évaluer l'évolution de la maladie et déterminer en cas de suspicion d'échec thérapeutique s'il doit utiliser un traitement de deuxième ligne (**tableau 16**).

Il est raisonnable de considérer que le traitement a échoué lorsqu'un enfant recevant un traitement antirétroviral développe une pathologie clinique de stade OMS 3 ou 4 plus grave, nouvelle ou récidivante, 24 semaines au moins après le début du traitement de première ligne.

Tableau 16. Définition de l'échec clinique chez les enfants, basée sur la classification (OMS 2006) des stades cliniques avant un traitement de deuxième ligne

Événements nouveaux ou récidivants sous traitement antirétroviral ^a	Options durant la prise en charge ^{b, c, d}
Événements de stade 2	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter l'événement clinique en cause. • Ne pas introduire un nouveau traitement. • Évaluer l'adhérence au traitement et offrir son soutien. • Évaluer l'état nutritionnel et offrir son soutien. • Arranger une visite plus tôt pour une évaluation clinique et envisager la numération CD4.
Événements de stade 3	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter l'événement clinique en cause et surveiller la réponse^e : • Vérifier si l'enfant est sous traitement depuis au moins 24 semaines. • Évaluer l'adhérence au traitement et offrir son soutien. • Évaluer l'état nutritionnel et offrir son soutien. • Vérifier la numération CD4^f, si possible. • Envisager de changer de traitement. • Instaurer un suivi plus fréquent.
Événements de stade 4	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter l'événement en cause. • Vérifier si l'enfant est sous traitement depuis au moins 24 semaines. • Évaluer l'adhérence au traitement et offrir son soutien. • Évaluer l'état nutritionnel et offrir son soutien. • Vérifier la numération CD4^g, le cas échéant. • Changer le régime antirétroviral.

- a) Un événement clinique correspond à une pathologie nouvelle ou récidivante selon la classification (OMS 2006) des stades cliniques au moment de l'évaluation du nourrisson ou de l'enfant sous traitement antirétroviral. Le tableau 8 offre plus de détails sur les événements cliniques.
- b) Il faut s'assurer que l'enfant a suivi au moins 24 semaines de traitement d'essai et que l'adhérence au traitement a été évaluée et a été jugée satisfaisante avant d'envisager de passer à un traitement de deuxième ligne.
- c) Il est important de différencier les infections opportunistes du syndrome de reconstitution immunitaire.
- d) Si un changement de traitement est envisagé en raison d'un défaut de croissance, il faut s'assurer qu'une mauvaise nutrition n'est pas à l'origine de l'échec de croissance et que toute infection intercurrente a pu être traitée et résolue.
- e) La tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire, qui est une pathologie de stade clinique 3, peut ne pas constituer une manifestation d'échec thérapeutique et peut donc ne pas nécessiter l'envisagement d'un traitement de deuxième ligne. La réponse à la thérapie anti-tuberculeuse doit être utilisée pour évaluer s'il est nécessaire de changer de traitement.
- f) La numération CD4 est préférable une fois que la phase aiguë de la maladie en cause est résolue.
- g) La réponse clinique au traitement de la pathologie de stade 4 doit être considérée pour certaines conditions, notamment la malnutrition, l'amaigrissement, la pneumonie récidivante, la candidose œsophagienne et l'herpès cutanéomuqueux chronique.

Adapté du manuel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intitulé *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. P44. August 2006.

Principaux signes cliniques d'échec thérapeutique chez les enfants recevant un traitement antirétroviral :

- Taux de croissance nul ou en baisse chez les enfants qui, initialement, répondaient favorablement au traitement (**annexe I**)
- Malnutrition modérée ou grave, inexpliquée, ne répondant pas de façon satisfaisante au traitement standard, malgré un soutien nutritionnel adéquat et en l'absence de toute autre maladie concomitante qui pourrait expliquer la perte de poids
- Régression du développement psychomoteur, apparition d'une encéphalopathie ou d'une encéphalopathie progressive (indicatrice d'un stade clinique OMS 4 chez les enfants)
- Infections opportunistes nouvelles et/ou tumeurs malignes (stade clinique OMS 3 ou 4 chez les enfants) ou récurrence d'infections telles que candidose buccale ou œsophagienne réfractaires au traitement¹⁶.

Il est important de noter que, bien qu'étant une pathologie de stade 3, la tuberculose pulmonaire n'est pas en soi un signe d'échec thérapeutique et que la nécessité d'un traitement de deuxième ligne n'est peut-être pas à envisager. Il convient plutôt d'utiliser la réponse à la thérapie anti-tuberculeuse pour évaluer s'il est nécessaire de changer de traitement : si la thérapie anti-tuberculeuse n'a aucun effet au bout d'un à deux mois, considérer qu'il peut s'agir d'un échec du traitement antirétroviral¹⁶ à ce moment.

Différentiation de l'échec clinique et du syndrome de reconstitution immunitaire

L'échec clinique doit être différencié du syndrome de reconstitution immunitaire (SRI) qui est rare mais peut survenir dans les 3 premiers mois suivant l'initiation du traitement antirétroviral. Le SRI a été observé chez les adultes et moins fréquemment chez les enfants en début de traitement antirétroviral, notamment chez ceux qui ont une numération CD4 très basse.

Les symptômes du SRI sont similaires à ceux des infections opportunistes et sont accompagnés d'une élévation rapide des valeurs de CD4²⁰.

Avec le SRI, les signes et symptômes d'une IO (y compris la TB) peuvent apparaître quelques semaines après le début du traitement antirétroviral chez un patient dont le système immunitaire est gravement compromis. Le SRI est une réponse inflammatoire paradoxale à une infection subclinique antérieure qui a été réactivée; le SRI n'indique pas un échec thérapeutique. L'IO doit être traitée comme il se doit et le traitement antirétroviral doit être poursuivi selon le même schéma posologique.

Si le médecin traitant peut s'assurer que le traitement a été suivi correctement, le syndrome de reconstitution immunitaire peut alors être envisagé. Dans ce cas, il est recommandé de référer le patient à un établissement hospitalier de niveau III pour qu'il y reçoive les soins spécialisés nécessaires.

Définition immunologique d'un échec thérapeutique

La définition d'un échec thérapeutique du point de vue immunologique repose sur les numérations antérieures de CD4. Il convient d'envisager de changer de traitement si les valeurs CD4 sont inférieures à 15 % (12–35 mois), inférieures à 10 % (36–59 mois), ou inférieures à 100 cellules/mm³ (≥ 5 ans)¹⁶. Si on peut s'assurer d'une bonne adhérence au traitement pendant suffisamment de temps, utiliser la définition de l'échec immunologique présentée à l'**encart 6**

avant de passer à un traitement de deuxième ligne.

Constatations cliniques et immunologiques à la base des décisions concernant le changement de traitement antirétroviral

Lorsque le changement de traitement est envisagé, les valeurs CD4 doivent être utilisées à l'appui des constatations cliniques. Le **tableau 17** contient des suggestions utilisant de scénarios différents basés sur la disponibilité d'une numération de CD4. Par exemple, les enfants présentant des pathologies de stade clinique 4, nouvelles ou récidivantes, doivent être considérés comme candidats à un changement de traitement quelle que soit la numération CD4. Ces valeurs, cependant, seront utiles pour déterminer si les enfants qui présentent des pathologies de stade clinique 3 doivent être placés sous un traitement de deuxième ligne.

Encart 6.

Définition immunologique d'un échec thérapeutique chez les enfants : basée sur la numération des CD4 avant l'adoption d'un traitement de deuxième ligne^{a,b}

- Développement d'une immunodéficience grave liée au groupe d'âge après un rétablissement immunitaire initial^c.
- Développement d'une immunodéficience grave, nouvelle et progressive, liée au groupe d'âge, confirmée par au moins une numération CD4 ultérieure^c.
- Taux de déclin rapide atteignant ou dépassant le seuil de l'immunodéficience grave liée au groupe d'âge^c.

a) Il faut s'assurer que l'enfant a suivi au moins 24 semaines de traitement d'essai et que l'adhérence au traitement a été évaluée et a été jugée satisfaisante avant d'envisager de passer à un traitement de deuxième ligne.

b) De préférence au moins deux numérations CD4 doivent être disponibles.

c) Les valeurs d'immunodéficience grave liée au groupe d'âge sont définies au tableau 12 ; le changement de traitement doit notamment être envisagé si les valeurs sont < 15 % (12 – 35 mois), < 10 % (36 – 59 mois), < 100 cellules/mm³ (≥ 5 ans) ; il est préférable d'utiliser le % de CD4 chez les enfants de moins de 5 ans et les valeurs de CD4 absolues au-delà ; si les valeurs séquentielles de CD4 sont disponibles, le taux de déclin doit être pris en compte.

Adapté du manuel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intitulé *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. P 45. August 2006.

Tableau 17. Recours à un traitement de deuxième ligne en cas d'échec thérapeutique suivant la numération des cellules CD4^a

Stade clinique OMS chez les enfants ^b	Disponibilité de la numération CD4 ^c	Options de prise en charge du traitement
	Pas de CD4	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas changer de traitement
Événements de stade 1 et de stade 2 ^d	CD4	<ul style="list-style-type: none"> • Considérer le changement de traitement seulement si deux valeurs ou plus en dessous du seuil d'immunodéficience grave^e sont disponibles. • Diminuer l'intervalle de suivis cliniques et répéter la numération des CD4.
Événements de stade 3	Pas de CD4	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager de changer de traitement^f.
	CD4	<ul style="list-style-type: none"> • Le changement de traitement est recommandé si les valeurs de CD4 sont égales ou inférieures au seuil d'immunodéficience grave liée au groupe d'âge et particulièrement si l'enfant répondait initialement de manière favorable au traitement antirétroviral. • Diminuer l'intervalle de suivis cliniques et répéter la numération des CD4.
Événements de stade 4	Pas de CD4	<ul style="list-style-type: none"> • Changement de traitement recommandé
	CD4	<ul style="list-style-type: none"> • Le changement est généralement recommandé mais il peut ne pas être nécessaire si les valeurs de CD4 sont supérieures au seuil d'immunodéficience grave lié à l'âge.

- a) Toute infection intercurrente doit être traitée selon les directives thérapeutiques nationales et il est nécessaire, avant d'envisager de passer à un traitement de deuxième ligne, de s'assurer que l'enfant a suivi au moins 24 semaines de traitement antirétroviral et que l'adhérence au traitement a été évaluée et jugée suffisante. En outre, si le changement de traitement est attribuable à un défaut de croissance, il faut s'assurer que l'enfant est nourri correctement.
- b) Les stades cliniques correspondent aux stades nouveaux ou récidivants lorsque l'enfant est sous traitement antirétroviral.
- c) Si la numération CD4 est disponible, il est utile de pouvoir se référer aux valeurs de CD4 mesurées antérieurement.
- d) Ne pas recommander un changement de traitement si les valeurs de CD4 sont supérieures au seuil d'immunodéficience grave lié au groupe d'âge.
- e) Les valeurs d'immunodéficience grave liée à l'âge sont définies au tableau 6 ; le changement de traitement doit notamment être envisagé si les valeurs sont < 15 % (12 -15 mois), < 10 % (36 -59 mois), < 100 cellules/mm³ (≥ 5 ans) ; il est préférable d'utiliser le % de CD4 chez les enfants de moins de 5 ans et les valeurs de CD4 absolues au-delà ; si les valeurs séquentielles de CD4 sont disponibles, le taux de déclin doit être pris en compte.
- f) Certaines affections de type T3 (p. ex., tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire et pneumonie bactérienne présumée récidivante grave) n'indiquent pas toujours la nécessité d'un changement du régime antirétroviral.

Adapté du manuel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intitulé *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. P 47. August 2006.

Autres paramètres de laboratoire à considérer avant d'utiliser un régime de deuxième ligne

L'échec virologique est censé se produire lorsque la charge virale diminue de moins de 1 log après l'introduction d'un régime de première ligne, ou lorsque la charge virale n'est pas réduite à des niveaux indétectables après l'introduction d'un régime de première ligne. *Pour interpréter les résultats des tests de charge virale, voir le tableau de l'annexe K.*

- Dans les pays à ressources limitées la charge virale n'est pas couramment utilisée pour déterminer un échec thérapeutique.
- Même si la NLT a été utilisée en absence de numération CD4 pour décider de l'initiation d'un traitement antirétroviral, elle ne doit **pas** être employée pour évaluer la réponse à ce traitement car les variations de la NLT ne permettent pas de prédire le succès d'un traitement²⁵.
- La détection de la résistance médicamenteuse n'est pas disponible dans les contextes où les ressources sont limitées et elle n'est pas couramment utilisée dans le changement de traitement antirétroviral.

TRAITEMENTS DE DEUXIEME LIGNE EN CAS D'ECHEC THERAPEUTIQUE

Lorsque l'échec du traitement est confirmé, il est nécessaire de passer à un traitement antirétroviral de deuxième ligne. Il est recommandé de changer le régime dans sa totalité et de remplacer la thérapie de première ligne par une combinaison d'antirétroviraux de deuxième ligne. Cependant, dans les pays à ressources limitées, il est particulièrement difficile d'instaurer un traitement de deuxième ligne efficace en raison de la disponibilité limitée des antirétroviraux et du dépistage de la résistance aux antirétroviraux.

Ces constatations soulignent l'importance du choix d'un traitement de première ligne efficace et la nécessité de renforcer l'adhérence à la thérapie pour réduire la probabilité d'échec thérapeutique.

En cas d'échec thérapeutique, le choix du traitement de deuxième ligne doit prendre en considération des médicaments inclus dans le premier régime.

1. Si le traitement de première ligne choisi consiste en deux INTI et un INNTI (traitement de premier choix) :

Il est recommandé, si possible, d'utiliser un IP « boosté » au ritonavir, combiné à 2 nouveaux INTI (utilisant didanosine [ddl]) pour ce traitement de deuxième ligne. Si le traitement de première ligne contient de l'AZT, ddl et Abacavir (ABC) sont alors recommandés pour constituer l'élément nucléosidique de base du traitement de deuxième ligne (**tableau 18**).

Tableau 18. Traitements de deuxième ligne recommandés pour les nourrissons et les enfants: un composant IP « boosté » + deux composants ITI (INTI/INNTI)

Traitement de première ligne en échec	Traitement de deuxième ligne préféré		
	Composants ITI (INTI/INNTI) ^a		Composant IP ^b
2 INTI + 1 INNTI contenant AZT ou d4T	ddl ^c + ABC	PLUS	LPV/r ^e ou SQV/r ^f
contenant ABC	ddl ^c + AZT		ou NFV ^g
Trois INTI	ddl ^c + EFV ^d ou NVP		

- a) La poursuite du traitement avec le 3TC dans le régime de deuxième ligne peut être envisagée.
b) Les IP sont classés en fonction de leur activité thérapeutique et de leur tolérance.
c) Chez les enfants, la ddl ne doit pas nécessairement être prise à jeun.
d) L'efavirenz n'est pas recommandé actuellement chez les enfants de moins de 3 ans ou pesant moins de 10 kg et doit être évité chez les adolescentes postpubères au cours du premier trimestre de la grossesse, ou chez celles qui sont sexuellement actives et n'utilisent aucune méthode contraceptive efficace.
e) Le LPV/r se présente sous forme de comprimé ou de préparation liquide.
f) Le SQV/r ne doit pas être utilisé chez les enfants ou les adolescents pesant moins de 25 kg.
g) Le NFV non « boosté » peut être utilisé en remplacement du LPV/r liquide ou du SQV/r liquide si aucune chaîne frigorifique n'est en place; le NFV doit être administré avec un repas pour améliorer son absorption.

Adapté du manuel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intitulé *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. P. 54. August 2006.

2. Traitement de première ligne associant trois INTI

L'échec thérapeutique d'un traitement de première ligne utilisant trois INTI peut être pallié par un choix beaucoup plus grand de médicaments puisque deux classes d'antirétroviraux importantes (les INNTI et les IP) n'ont pas été utilisées. L'IP (inhibiteur de protéase) reste essentiel lors de l'initiation d'un traitement de deuxième ligne (**tableau 19**). Le traitement sera basé sur la disponibilité des médicaments.

3. Traitement de première ligne associant des IP

L'OMS ne recommande pas l'utilisation d'IP en traitement de première ligne. Un tel inhibiteur peut cependant être utilisé en première ligne s'il remplace un INNTI à l'origine d'une toxicité marquée ou s'il est impossible de recourir à une association de trois INTI. Si ce traitement de première ligne a échoué, il n'est pas recommandé de re-introduire un INNTI.

Il est recommandé de référer l'enfant à un centre hospitalier de niveau III où le traitement est conduit par un médecin spécialisé ou bien entraîné dans la prise en charge des enfants infectés par le VIH.

TRAITEMENTS DE SAUVETAGE

Bien d'autres approches thérapeutiques ont été suggérées, surtout chez les adolescents de plus de 15 ans et chez les adultes, dans les centres qui peuvent se permettre le luxe de la charge virale et le génotype/phénotype du VIH. Ces approches comprennent l'addition ou la substitution de nouveaux ARV, par exemple, l'enfuvirtide (T-20), l'utilisation de régime à cinq médicaments ou plus, y compris deux IP, le recyclage stratégique des médicaments, et le maintien du régime en cours jusqu'à ce que d'autres ARV soient disponibles.

Dans ces cas, la prise en charge est difficile et requiert les services d'un médecin traitant d'un centre hospitalier de niveau III et qui possède une expérience suffisante dans le traitement d'enfants infectés par le VIH.

TUBERCULOSE ET INFECTION AU VIH CHEZ LES ENFANTS

La tuberculose est considérée comme l'infection opportuniste la plus courante et la cause première de décès chez les personnes infectées par le VIH dans les pays aux ressources limitées²¹. ***En Haïti, environ 50 % des enfants infectés par le VIH souffrent de tuberculose active (TB)***⁴. La fréquence accrue de cette co-infection (TB/SIDA) a été rapportée chez les enfants dans d'autres pays aux ressources limitées qui connaissent une double épidémie^{22, 23}.

Comparé à une personne non infectée par le VIH, un patient souffrant du SIDA est dix fois plus susceptible de développer la TB²⁴.

Leur système immunitaire étant gravement compromis, les enfants infectés par le VIH sont particulièrement susceptibles de contracter la tuberculose ; des taux de morbidité et de mortalité élevés sont courants. La prévalence du VIH chez les enfants infectés par la tuberculose varie de 10 à 60 %²³. Au cours des stades tardifs de l'infection au VIH, les enfants sont plus susceptibles que les adultes de contracter la tuberculose miliaire et d'autres complications graves, y compris la méningite tuberculeuse et/ou la tuberculose ganglionnaire²⁵.

Pour prévenir la propagation de la tuberculose chez les enfants, la stratégie la plus efficace consiste à entreprendre une recherche active des contacts.

Il est essentiel que les médecins traitants, à cause de la prévalence de la tuberculose dans la communauté, soient extrêmement vigilants en présence de tout soupçon de co-infection (TB/SIDA) chez les enfants, établissent le diagnostic définitif sans retard et dispensent un traitement rapide et approprié.

Le diagnostic de la tuberculose chez les enfants peut être difficile en raison d'une gamme beaucoup plus large de manifestations pulmonaires et non pulmonaires. Dans de nombreux cas, c'est un diagnostic de présomption qui repose sur une multitude de faits, signes et symptômes, tels que la cohabitation entre le patient et un membre de sa famille atteint de tuberculose et la réponse de l'enfant à la thérapie anti-tuberculeuse empirique.

Choix d'un traitement antirétroviral

La prise en charge simultanée de la tuberculose et du SIDA, notamment le traitement de l'infection au VIH, est compliquée à cause des problèmes suivants:

- les multiples interactions médicamenteuses potentielles (rifampicine administrée avec INNTI et IP);
- les toxicités chevauchantes;
- les options limitées des antirétroviraux à la disposition des enfants;
- les informations limitées sur la posologie.

Ces complications potentielles susmentionnés peuvent entraîner une interruption ou un changement de traitement antirétroviral ou anti-tuberculeux, et l'éventualité d'un échec thérapeutique (TB ou SIDA).

A cause de l'interaction entre les INNTI et la rifampicine, une tri-thérapie à base de INTI est recommandée.

Le traitement de première ligne préféré est d4T ou AZT + 3TC + ABC.

- ***Chez les enfants de plus de 3 ans, un traitement de première ligne standard contenant deux INTI + EFV est proposé comme une alternative.***
- ***Chez les enfants de moins de 3 ans, un traitement contenant deux INTI + NVP ne doit être considéré que si aucune autre option n'est disponible et lorsqu'un suivi clinique appuyé par des examens de laboratoire peut être assuré (tableau 21).***

Introduction des antirétroviraux après l'initiation d'un traitement anti-tuberculeux contenant de la rifampicine

Chez les enfants infectés par le VIH souffrant d'une tuberculose confirmée ou présumée, l'initiation du traitement anti-tuberculeux est prioritaire.

Le traitement antirétroviral est indiqué chez les enfants atteints d'une infection de stades cliniques 3 (tuberculose pulmonaire) et 4 (tuberculose extrapulmonaire). Cependant, le meilleur moment pour introduire le traitement antirétroviral durant le traitement anti-tuberculeux n'a pas été établi avec précision.

Selon les directives actuelles, le traitement antirétroviral devrait être introduit entre la deuxième et la huitième semaines suivant l'initiation du traitement anti-tuberculeux, lorsque l'état clinique de l'enfant s'est stabilisé sous ce traitement.

La décision d'introduire la thérapie antirétrovirale au cours du traitement antituberculeux doit prendre en considération l'âge de l'enfant, les contraintes associées au nombre de médicaments à prendre, les interactions médicamenteuses potentielles, les toxicités chevauchantes, sans oublier le risque d'une manifestation éventuelle du syndrome de reconstitution immunitaire ou l'aggravation de la déficience immunitaire.

Chez les enfants atteints d'une infection au VIH de stade clinique 3, dont l'immunodéficiência a été classifiée insignifiante ou légère, la réponse clinique à la thérapie anti-tuberculeuse peut servir de guide au médecin traitant dans sa décision d'introduire immédiatement ou d'ajourner la thérapie antirétrovirale.

Dans le cas où la numération CD4 ne peut pas être obtenue, les enfants infectés par le VIH au stade clinique 3 doivent commencer à recevoir des antirétroviraux aussi précocement que ceux qui sont affectés au stade clinique 4, sauf s'ils sont aussi atteints de tuberculose ganglionnaire¹⁵ (**tableau 19**).

Tableau 19. Recommandations pour l'introduction de la thérapie antirétrovirale dans les cas de co-infection SIDA-TB après l'initiation de traitement antituberculeux à base de rifampicine

Stade clinique de l'enfant tuberculeux	Moment à choisir pour introduire le traitement antirétroviral à la suite de l'initiation d'un traitement antituberculeux (à base de rifampicine) ^a	Traitement antirétroviral recommandé
Stade clinique OMS 4 ^b	a) Commencer le traitement antirétroviral après le traitement anti-tuberculeux (entre 2 et 8 semaines après le début du traitement anti-TB).	Enfants < 3 ans : Préféré : trithérapie de première ligne INTI (AZT ou d4T + 3TC + ABC) • Alternatif : traitement de première ligne standard de deux INTI + NVP ^d
Stade clinique OMS 3 ^c	Prise en charge clinique seule : b) Commencer le traitement antirétroviral aussitôt après le traitement anti-tuberculeux (entre 2 et 8 semaines après le début du traitement anti-TB). c) Si la réponse au traitement anti-TB au cours des 2 à 8 premières semaines du traitement anti-TB est excellente et que l'enfant est stable et sous thérapie préventive au Cotrimoxazole, il peut être conseillé de retarder l'introduction du traitement antirétroviral.	Enfants > 3 ans^e: • Préféré : trithérapie de première ligne INTI (AZT ou d4T + 3TC + ABC) • Alternatif : traitement de première ligne standard de deux INTI + EFV ^f Une fois le traitement anti-TB terminé, il est préférable de poursuivre le traitement antirétroviral comme souligné ci-dessus.
	Numération CD4 disponible : d) Évaluer la possibilité de retarder l'introduction du traitement antirétroviral en fonction de l'évaluation de l'état clinique, de la numération CD4 et de la réponse clinique et immunologique au traitement anti-TB : – Immunodéficience grave et avancée^g : commencer le traitement antirétroviral aussitôt après le traitement anti-tuberculeux (entre 2 et 8 semaines après le début du traitement anti-TB). – Immunodéficience légère ou inexistante^h : l'introduction du traitement antirétroviral peut être différée jusqu'à la fin du traitement anti-TB ; surveiller de près la réponse à la thérapie anti-TB et réévaluer l'état clinique après l'arrêt du traitement anti-TB ; si aucune amélioration ne s'est produite, envisager de commencer le traitement antirétroviral. Numération CD4 non disponible : Les enfants au stade clinique 3 doivent commencer à recevoir des antirétroviraux aussi précocement que ceux qui sont affectés au stade 4, sauf s'ils sont aussi atteints de tuberculose ganglionnaire.	• Traitements selon les recommandations ci-dessus • Lorsque le traitement antirétroviral peut être différé jusqu'à la fin du traitement anti-TB, l'initiation d'un traitement de première ligne standard composé de 2 INTI et d'1 INNTI est recommandée.

- a) L'administration d'une thérapie préventive reposant sur le Cotrimoxazole est importante chez les enfants co-infectés par la TB et le VIH.
- b) Tous les enfants au stade clinique 4 doivent commencer un traitement antirétroviral, quelle que soit leur numération CD4.
- c) Sauf pour la tuberculose ganglionnaire.
- d) Une surveillance clinique attentive, appuyée par des tests biologiques, le cas échéant, est

- recommandée lorsque la NVP est administrée conjointement à la rifampicine.
- e) En raison du manque de données, la classification des traitements antirétroviraux préférés ou alternatifs ne constitue pas une recommandation générale.
 - f) L'efavirenz n'est pas recommandé actuellement chez les enfants de moins de 3 ans ou pesant moins de 10 kg et doit être évité chez les adolescentes postpubères au cours du premier trimestre de la grossesse, ou chez celles qui sont sexuellement actives et n'utilisent aucune méthode contraceptive efficace.
 - g) L'immunodéficience grave est définie au tableau 13 ; l'immunodéficience avancée correspondrait à une numération CD4 jusqu'à 5 % supérieure au seuil en fonction de l'âge de l'immunodéficience grave ou à une numération CD4 inférieure à 200-349 cellules/mm³ chez les enfants de 5 ans ou moins (annexe C).
 - h) L'immunodéficience légère ou insignifiante correspondrait à des niveaux de CD4 supérieurs à ceux définissant l'immunodéficience avancée (cf. ci-dessus et tableau 13).

Adapté du manuel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intitulé *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. P. 60. August 2006.

CONSIDERATIONS SPECIALES RELATIVES AUX ENFANTS SOUS TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL DE PREMIERE LIGNE ET CHEZ QUI LA TUBERCULOSE A ETE DIAGNOSTIQUEE

*Se reporter au **tableau 20** pour les recommandations de l'OMS.*

- Poursuivre le traitement antirétroviral.
- Administrer soigneusement le traitement optimal rétroviral et antituberculeux tout en réduisant les risques de toxicité et d'interactions médicamenteuses.

Scénario 1 Enfants sous 2 INTI + 1 INNTI : envisager de passer à une trithérapie INTI ou maintenir le traitement standard, qui est optimal pour les enfants sous traitement à base d'EFV.

Scénario 2 Enfants sous un traitement à base de NVP : poursuivre le traitement standard ; la surveillance biologique est cependant recommandée pour éviter les toxicités chevauchantes et les interactions médicamenteuses, s'ils reçoivent également de la NVP et de la rifampicine simultanément.

Scénario 3 Le traitement anti-tuberculeux est considéré comme un échec thérapeutique du traitement de première ligne ou le traitement anti-tuberculeux n'a apporté aucune amélioration clinique: passer à un traitement de deuxième ligne. Les inhibiteurs de protéase (IP) ne sont pas recommandés en raison de leur interaction avec la rifampicine.

Pour l'élaboration d'un traitement de deuxième ligne, le patient doit être référé à un médecin traitant qui possède l'expérience nécessaire pour traiter les co-infections TB-VIH dans un établissement hospitalier de niveau III (tableau 20).

CONSIDERATIONS SPECIALES RELATIVES AUX ENFANTS SOUS TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL DE DEUXIEME LIGNE ET CHEZ QUI LA TUBERCULOSE A ETE DIAGNOSTIQUEE

*Se reporter au **tableau 20** pour les recommandations de l'OMS. La prise en charge des enfants atteints de co-infections TB-SIDA est difficile et requiert les services d'un médecin traitant d'un centre hospitalier de niveau III et qui possède une expérience suffisante dans le traitement des enfants infectés par le VIH.*

Tableau 20. Recommandations pour le traitement simultané de la tuberculose et du SIDA chez les nourrissons et les enfants sous traitement antirétroviral de première ou de deuxième ligne, chez qui la tuberculose a été diagnostiquée

Diagnostic de la TB au cours du traitement antirétroviral	Cause sous-jacente de la TB	Dispositions particulières concernant le traitement antirétroviral à la suite de l'initiation d'un traitement anti tuberculose (à base de rifampicine) ^a	Traitement antirétroviral
Enfant sous traitement de première ligne standard contenant 2 INTI + 1 INNTI, chez qui la TB a été diagnostiquée	La TB est attribuable à une infection primaire (à envisager à tout moment au cours du traitement antirétroviral, suivant l'exposition à la TB)	Poursuivre le traitement antirétroviral mais évaluer la nécessité de modifier le traitement ; utiliser la réponse au traitement anti-TB comme guide avant de faire un changement quelconque.	Remplacer l'INNTI par un traitement de première ligne à trois INTI. ou Poursuivre le traitement de première ligne standard (2 INTI + 1 INNTI) ; si sous NVP ^b , le remplacer par de l'EFV ^c si l'enfant a plus de 3 ans
	La TB est une manifestation du syndrome de reconstitution immunitaire (à envisager au cours des trois premiers mois du traitement antirétroviral)		
	La TB est un signe d'échec du traitement de première ligne (à n'envisager qu'après au moins 24 semaines de traitement antirétroviral).		Envisager de consulter des spécialistes pour établir un traitement de deuxième ligne ^d
Enfant sous traitement de deuxième ligne standard (INTI + IP boosté), chez qui la TB a été diagnostiquée	La TB est attribuable à une infection primaire (à envisager à tout moment au cours du traitement antirétroviral, suivant l'exposition à la TB)	Évaluer la nécessité de modifier ou d'arrêter le traitement antirétroviral ; utiliser la réponse au traitement anti-TB comme guide avant de changer ou de discontinuer le traitement.	- Poursuivre le même traitement, envisager d'ajouter RTV jusqu'à une dose thérapeutique optimale (augmenter le RTV jusqu'à la même dose de LPV en mg) - Envisager de consulter des spécialistes pour établir des traitements de sauvetage ^d .
	La TB est un signe d'échec traitement de deuxième ligne		- Arrêter le traitement antirétroviral, achever le traitement anti-TB. - Envisager de consulter des spécialistes pour établir un traitement de sauvetage ^d .

a) L'administration d'une thérapie préventive reposant sur le Cotrimoxazole (TPC) est importante chez les enfants co-infectés par la TB et le VIH.

b) Une surveillance clinique et biologique minutieuse doit être assurée lorsque de la NVP est administrée en traitement concomitant à la rifampicine.

c) L'efavirenz n'est pas recommandé actuellement chez les enfants de moins de 3 ans ou pesant moins de 10 kg et doit être évité chez les adolescentes postpubères au cours du premier trimestre de la grossesse, si elles sont enceintes, ou chez celles qui sont sexuellement actives et n'utilisent aucune méthode contraceptive efficace.

d) Les données permettant d'élaborer des recommandations quant au traitement antirétroviral sont rares ; les besoins de recherche dans ce domaine sont urgents.

Adapté du manuel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intitulé *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. P. 61. August 2006.

Syndrome de reconstitution immunitaire (SRI) dans le contexte de la co-thérapie TB-VIH

Dans le contexte de la co-thérapie TB-SIDA, le SRI a été principalement constaté chez les adultes au cours des trois premiers mois du traitement antirétroviral mais peut également se manifester chez les enfants. Il se caractérise par une aggravation de la maladie à la suite du traitement clinique initial et l'apparition de nouveaux symptômes systémiques, tels que la fièvre, une aggravation des infiltrats pulmonaires, le développement d'adénopathies périphériques et médiastinales, et l'expansion des lésions SNC, notamment chez les patients présentant des tuberculomes. Ces réactions sont autolimitées, bien que certaines puissent être graves et nécessiter une cure de stéroïdes de brève durée²².

En cas de suspicion de SRI, il est recommandé au médecin traitant de consulter un clinicien qui possède l'expérience nécessaire dans la prise en charge des nourrissons, des enfants et des adolescents infectés par le VIH dans un établissement de niveau III.

Dispositions particulières concernant les nourrissons exposés au VIH nés de mères atteintes d'une tuberculose active.

Aucun nourrisson exposé au VIH, né de mère qui contracte la tuberculose ou est atteinte de tuberculose active peu de temps avant ou après l'accouchement, n'est protégé suffisamment rapidement par le vaccin BCG.

Par conséquent, tous les nourrissons exposés au VIH doivent donc recevoir une dose quotidienne d'isoniazide (INH) (5 mg/kg) pendant six mois, dans le cadre d'une chimiothérapie prophylactique.

Le BCG, qui est inactivé par la chimiothérapie, peut être administré une fois que la prophylaxie à l'INH est terminée²⁶. Le BCG n'a aucun effet préventif sur la tuberculose mais il empêche les manifestations graves de la maladie (tuberculose miliaire et méningite tuberculeuse).

- ***Le BCG n'a une durée de protection que de cinq ans.***
- ***Le BCG ne doit pas être administré aux enfants atteints d'une infection symptomatique au VIH (stades cliniques OMS 3 et 4).***
- ***Des cas de tuberculose disséminée ou localisée ont été signalés chez les enfants infectés par le VIH qui ont été vaccinés par le BCG²⁷. Pour tout autre conseil à ce sujet, se reporter aux directives nationales sur le traitement des coinfections TB-VIH.***

PROBLEMES D'ADHERENCE AU TRAITEMENT CHEZ LES ENFANTS

L'adhérence est définie comme la participation engagée et active d'un patient ou d'une famille informés à un régime thérapeutique.

Le succès du traitement d'un enfant infecté par le VIH dépend de l'attention portée par les parents ou les substituts parentaux. Avant de commencer le traitement antirétroviral chez un enfant, le médecin traitant doit impérativement leur expliquer comment administrer les antirétroviraux.

Ils doivent s'engager à suivre le traitement à la lettre : administrer les doses prescrites, au moment précis désigné et avec la fréquence recommandée.

Jusqu'à ce qu'il y ait dans le futur une nouvelle définition de la prise en charge et de l'adhérence appuyée par des données scientifiques, il conviendra de suivre les recommandations suivantes : chaque dose, chaque jour et pour la vie.

Il est essentiel d'insister sur une adhérence stricte au traitement pour maximiser l'efficacité du traitement antirétroviral et éviter la résistance médicamenteuse. Plusieurs facteurs font cependant obstacles à ce principe :

- préparations non adaptées aux enfants ;
- goût des antirétroviraux ;
- posologie contraignante ;
- fréquence des prises ;
- le soignant est un tuteur, ou l'enfant vit dans un orphelinat ou un autre type d'institution.

En outre, le développement psychomoteur de l'enfant et la gravité de la maladie affectent la capacité de l'enfant à prendre ses médicaments et la capacité du parent ou gardien à les lui administrer.

Conseil en matière d'adhérence au traitement

Avant d'initier le traitement antirétroviral, le médecin traitant doit :

- avoir un entretien avec le parent ou gardien et lui expliquer qu'il lui incombe de s'assurer que l'enfant reçoit son traitement antirétroviral tout au long de la journée et de façon quotidienne ;
- établir un climat de confiance entre le parent ou gardien et l'enfant et l'équipe médicale ;
- souligner l'importance de désigner un deuxième parent ou gardien en cas d'indisponibilité du premier ;
- éduquer le parent ou gardien et la famille sur l'importance d'une adhérence stricte au traitement et les implications en cas de négligence à cet égard ;
- expliquer le régime thérapeutique et le traitement antirétroviral ;
- sélectionner les médicaments ARV en fonction de l'âge de l'enfant, tout en minimisant le volume de la préparation liquide ou le nombre de comprimés, limitant leur fréquence (deux fois par jour par rapport à trois fois par jour par rapport à quatre fois par jour), et en tenant compte du goût des antirétroviraux administrés ;
- identifier les obstacles à une bonne adhérence (p. ex., situation sociale instable) ;
- organiser une visite au domicile du patient par l'équipe mobile, au besoin, pour confirmer l'adresse de la famille ; une deuxième adresse et un autre contact doivent être fournis.

Stratégie de suivi

- L'adhérence au traitement au cours des premiers jours et des premières semaines est essentielle ; c'est pourquoi il est recommandé que tous les programmes disposent d'un système de soutien avant l'initiation du traitement antirétroviral.
- Pour garantir l'efficacité du traitement, il est important d'évaluer l'adhérence une fois par semaine, au cours des deux premières semaines, puis une fois par mois par la suite.
- Le soutien et les conseils proposés aux familles dont les enfants reçoivent un traitement antirétroviral doivent être une initiative multidisciplinaire incluant le médecin traitant, l'infirmière, le travailleur social et les membres de l'équipe mobile.
- Lors de chaque visite à la clinique, l'adhérence au traitement doit être évaluée par un membre au moins de l'équipe médicale. Si l'adhérence ne semble pas conforme, demander à l'équipe mobile d'organiser des visites à domicile au besoin avec l'accord du parent ou du gardien. En cas de problèmes, il faut fournir le support nécessaire.

Optimisation de l'adhérence au traitement

La non adhérence au traitement antirétroviral est la cause première de l'échec thérapeutique. Les parents ou substituts parentaux jouent un rôle essentiel à cet égard.

- Avant d'instaurer la thérapie, se rendre, le cas échéant, au domicile du patient pour évaluer si la famille est prête et si un soutien suffisant sera fourni afin de maximiser l'adhérence.
- La formation et le sens de la responsabilité, y compris sa participation à des groupes de soutien pour les proches des enfants infectés par le VIH, peuvent l'aider à s'adapter à la thérapie permanente et à optimiser l'adhérence au traitement antirétroviral.
- Dans tous les cas où l'adhérence au traitement pose des problèmes qui ne sont pas immédiatement résolus, l'initiation du traitement antirétroviral doit être différée jusqu'à l'assurance d'un climat favorable.
- La réticence des familles à révéler la séropositivité de leurs enfants peut compromettre l'adhérence au traitement durant les heures de garderie ou d'école.
- En cas d'échec thérapeutique, envisager une période d'hospitalisation pour évaluer l'adhérence au traitement et insister sur son rôle fondamental dans le succès du traitement antirétroviral.
- Si l'adhérence au traitement pose un problème, il est recommandé dans certains cas d'interrompre la thérapie afin d'éviter le développement d'une résistance médicamenteuse, notamment dans les contextes où la disponibilité des antirétroviraux est limitée

PROBLEMES PSYCHOSOCIAUX ET SOCIOECONOMIQUES

COLLABORATION ENTRE L'EQUIPE MEDICALE ET LES PARENTS OU SUBSTITUTS PARENTAUX

Le diagnostic des nourrissons et enfants exposés au VIH ou porteurs du virus et les soins à leur prodiguer sont le fruit d'une collaboration entre le médecin traitant, l'enfant et le soignant. Il est impératif de reconnaître l'importance de cette alliance et d'établir un climat de confiance entre toutes les personnes participant aux soins de l'enfant, afin de lui fournir un traitement à long terme optimal dans le cas d'une infection au VIH. La première étape de ce processus consiste à discuter du diagnostic de l'enfant avec la ou les personnes en charge.

Annonce d'un diagnostic pédiatrique aux parents ou substituts parentaux

Il est bien normal que les parents et les personnes s'occupant de nourrissons exposés au VIH se montrent inquiets au sujet de la santé de ces derniers. La plupart redoutent que leur enfant ne soit infecté par le virus. Étant donné la complexité du sujet, il peut s'avérer très difficile d'expliquer les problèmes attenants au diagnostic d'un nourrisson à ses parents ou aux personnes responsables de sa santé. Néanmoins, un certain nombre de mesures peuvent être prises pour les aider à mieux appréhender la situation.

1. Les mères ayant participé à un programme de prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) bénéficient déjà d'une éducation en matière de transmission du VIH.
2. Pour celles n'ayant pas suivi de programme PTME, il est conseillé de commencer à parler du diagnostic chez l'enfant aussi tôt que possible, de préférence lors du premier rendez-vous à la clinique.

3. Puisque les examens permettant de faire un diagnostic précoce ne sont pas disponibles à grande échelle, il convient d'informer les parents ou substituts parentaux que de longs mois (parfois 18 mois) peuvent s'écouler avant de savoir si le nourrisson est infecté ou non par le VIH.
4. Si des tests de diagnostic précoce sont disponibles, il faut expliquer aux parents ou substituts parentaux que l'enfant va être testé pendant les premiers mois de sa vie (entre 6 et 12 semaines) afin de savoir s'il est infecté ou non.
5. Si le nourrisson ou l'enfant remplit les critères nécessaires pour l'initiation d'un traitement antirétroviral, il faut rassurer la famille en indiquant que, même si aucun remède n'est disponible à l'heure actuelle pour éradiquer complètement le virus, il existe des traitements de nos jours qui permettent de prolonger la vie des enfants infectés par le VIH et d'améliorer leur qualité de vie.
6. Il peut s'avérer très profitable de parler ouvertement aux parents à chaque visite. Des explications claires et des réponses à leurs questions et à leurs inquiétudes contribuent à réduire l'anxiété qu'ils éprouvent. Il peut aussi être rassurant de mentionner les progrès du nourrisson ou de l'enfant et d'insister sur les points positifs (bonne croissance, examen normal, etc.).
7. Il faut rassurer les personnes s'occupant de l'enfant en leur expliquant que le VIH ne peut pas se transmettre au cours de simples contacts, comme pendant les jeux entre enfants. Cependant, les brosses à dents ne doivent pas être prêtées et les précautions universelles doivent s'appliquer en cas d'exposition au sang, tissus ou autres liquides corporels contenant du sang visible (**veuillez consulter le protocole de PPE national, annexe J**).

Il est important de toujours se montrer ouvert et honnête au sujet de la santé de l'enfant, d'utiliser des mots simples et d'inclure les personnes s'occupant de l'enfant dans le processus de prise de décision du traitement, à chaque stade de l'infection au VIH.

Il faut s'attendre que les responsables aient peur de s'occuper d'un enfant infecté et qu'ils s'inquiètent du pronostic à long terme. Il convient de prendre le temps de discuter de leurs inquiétudes à chaque visite pour établir un climat de confiance, encourager l'adhérence et augmenter ainsi les chances de réussite du traitement.

Parler des problèmes psychosociaux de manière directe, sensible et opportune aidera la famille à obtenir les meilleurs soins possibles pour l'enfant ou le nourrisson. Pour améliorer l'adhérence, il est impératif de fournir l'assistance qui permettra à la personne s'occupant de l'enfant de revenir à la clinique avec lui pour les visites de suivi.

La famille doit être orientée vers des organisations basées dans la communauté afin de bénéficier de leur soutien et d'être éduquée au sujet de la maladie.

La collaboration médecin traitant- famille

Le VIH a un effet disproportionné chez les pauvres qui sont traditionnellement beaucoup plus défavorisés et moins considérés par le système de soins de santé et en sont parfois arrivés à se méfier des médecins. L'une des premières relations de confiance entre une personne s'occupant d'un enfant s'établit souvent avec le médecin traitant ou un membre de l'équipe médicale. Il est donc recommandé à toute cette équipe de renforcer cette confiance lorsqu'ils travaillent en collaboration avec la famille. La participation d'une assistante sociale ou d'une équipe mobile dans le cadre des soins cliniques peut être utile pour contrôler l'adhérence au traitement et évaluer la qualité des soins dispensés à la maison.

Diagnostic de VIH multi générationnel

Quand le diagnostic du SIDA est confirmé chez un enfant, il peut constituer la première indication de l'infection chez l'un des parents ou des deux. Des sentiments de colère ou de culpabilité peuvent faire surface chez les parents et accroître les problèmes au sein de la cellule familiale. À ce stade, de l'aide et un soutien psychosocial peuvent permettre aux parents ou aux responsables de l'enfant d'accepter plus facilement le diagnostic du VIH et le suivi nécessaire de l'enfant infecté.

VIH ET SCOLARITE

L'école constitue une partie importante de la vie d'un enfant et doit fournir un cadre sécurisant, propice à l'épanouissement. Les enfants infectés par le VIH et leurs frères et sœurs ont les mêmes droits que leurs camarades de classe et doivent pouvoir bénéficier au même titre qu'eux d'un environnement scolaire exempt de stigmates et de discrimination.

Confidentialité et divulgation

Il n'existe actuellement aucune loi nationale sur les droits des enfants affectés et infectés par le VIH. Il est donc impératif que les enseignants, les administrateurs et les médecins traitants assurent à tout moment la confidentialité des informations qu'ils détiennent.

Les parents ou les tuteurs légaux peuvent, s'ils le souhaitent, révéler au personnel de l'école que l'enfant est affecté ou infecté par le VIH. S'ils décident de révéler ces informations, ils doivent se limiter aux personnes directement impliquées dans l'éducation de l'enfant. Les parents ou les tuteurs légaux doivent demander à ce que ces informations restent strictement confidentielles. Une fois le personnel mis au courant, il peut rechercher le soutien supplémentaire nécessaire à l'enfant et à la famille pendant les horaires scolaires.

Administration des médicaments contre le VIH

La plupart des écoles ne disposent pas de membres du corps médical dans leur personnel. Pour éviter toute divulgation des informations confidentielles, il est fermement recommandé de prescrire à l'enfant un traitement n'exigeant la prise de médicaments ARV qu'une ou deux fois par jour. Ils peuvent alors être pris à la maison, matin et soir, et non pas pendant les heures de classe.

Formation

Il est d'une importance capitale d'offrir une formation à tous les niveaux du système scolaire sur les mesures de prévention contre le VIH, les moyens de transmission de la maladie et les problèmes éthiques qu'elle soulève, y compris les aspects relatifs à la divulgation et à la confidentialité. Qu'une école compte ou non des élèves atteints par le VIH, ses enseignants, ses administrateurs, ses concierges et autres employés doivent être formés aux précautions universelles afin d'éviter la transmission de toute infection, y compris le SIDA. Il convient de discuter de la prise en charge des soins en cas de blessures, de morsures ou d'hémorragies

nasales, ainsi que de la mise au rebut des serviettes hygiéniques. Il est impératif d'appliquer les protocoles de soins appropriés si le risque d'exposition au VIH est considéré comme élevé.

DIVULGATION

Le médecin traitant doit être formé quant à la manière de révéler le diagnostic du SIDA. L'annonce de cette nouvelle peut être faite par le médecin traitant, la personne s'occupant de l'enfant ou un membre de la famille dans le cadre clinique. Dans certains cas, la personne s'occupant de l'enfant ou le membre de la famille préférera que la divulgation se fasse dans un environnement familial. En présence de telles situations, une discussion sur le sujet doit avoir lieu lors de la visite suivante à la clinique afin de s'assurer que des informations correctes ont été fournies à l'enfant ou à l'adolescent, et de répondre aux questions et aux doutes.

Les personnes s'occupant des enfants peuvent aussi choisir de révéler la nouvelle en cas de nécessité aux frères et sœurs de l'enfant infecté, à d'autres membres de la famille, à des amis, aux infirmières de l'école, aux enseignants et aux administrateurs. Si elles décident de révéler le diagnostic de séropositivité au VIH, un soutien psychosocial doit être fourni selon les besoins. Elles auront souvent besoin d'aide pour annoncer le diagnostic à l'enfant et à ses frères et sœurs afin de tenir un discours adapté à leur âge (**cf. annexe L**). Il est important que le médecin traitant explique aux responsables de l'enfant que la situation sera certainement moins stressante pour celui-ci et ses frères et sœurs s'ils connaissent le diagnostic plutôt que de savoir qu'il s'agit d'une maladie grave mais dont personne n'ose prononcer le nom.

PROBLEMES SOCIOECONOMIQUES

L'épidémie du SIDA continue de créer une population infantile vulnérable : les orphelins dont les parents sont décédés du SIDA, ainsi que les enfants porteurs du VIH, ceux qui s'occupent de parents ou de frères et sœurs malades ou qui vivent dans des familles s'occupant d'orphelins. Presque tous ces enfants vivent dans la pauvreté.

Les effets de la pauvreté, y compris logement insalubre, nourriture insuffisante et manque d'accès aux soins de santé, rendent la tâche très difficile lorsqu'il s'agit de faire soigner un enfant exposé au VIH ou porteur du virus. Même quand il est soigné, la pauvreté compromet grandement l'adhérence au traitement antirétroviral et la régularité des visites de suivi.

Il existe actuellement à Haïti des initiatives visant à renforcer la capacité des familles à rechercher et à fournir des soins aux enfants exposés au VIH ou porteurs du virus. Pour répondre à leurs besoins pressants, un réseau d'organisations gouvernementales, non gouvernementales et religieuses est en train de mettre en place à Haïti un mécanisme de coordination de distribution alimentaire, d'éducation, d'aide financière, d'activités génératrices de revenus pour les familles et d'accès à d'autres services. Ces organisations travaillent en collaboration avec les hôpitaux où les familles concernées par le VIH reçoivent des soins et des traitements. Les familles doivent être orientées vers les organisations les mieux équipées pour répondre à leurs besoins.

SUJETS ASSOCIES

ADOLESCENTS INFECTES PAR LE VIH

Stades de développement

L'OMS considère que l'adolescence inclut les jeunes de 10 à 19 ans. Pendant cette période, chaque adolescent passe par divers stades de développement obligatoires (physique, psychologique et sexuel), qui ont certains effets sur l'administration des soins et des traitements appropriés.

La transition d'un environnement de soins pédiatriques à un centre clinique pour adultes accompagne également ces diverses étapes et s'avère complexe et intimidant pour tous les adolescents, pas seulement ceux victimes d'une infection périnatale au VIH. À cet égard, il est recommandé aux médecins traitants qui s'occupent d'adolescents :

- de les informer de leur stade d'infection par le VIH ;
- de les renseigner sur leur maladie et sur les traitements ;
- d'insister sur l'importance de l'adhérence au traitement ;
- de les informer ou éduquer sur les changements de comportement à adopter
- de les assister s'ils souhaitent divulguer leur statut aux personnes choisies ;
- de les aider à identifier et à établir un système de soutien afin de savoir à qui s'adresser lorsqu'ils ont besoin d'aide ou de conseils.

Sélection d'un traitement ARV

Il est conseillé de se baser sur la classification de Tanner afin de choisir un traitement et des dosages adaptés aux adolescents. Ceux qui commencent le traitement avec une posologie pédiatrique doivent être étroitement surveillés car ils peuvent subir une poussée de croissance exigeant alors une modification du dosage des antirétroviraux, éventuellement la transition à un régime pour adultes. Les adolescents du stade 4 ou 5 de Tanner doivent commencer le traitement selon le schéma posologique recommandé par l'OMS pour les adultes et les adolescents.

Afin d'éviter tout surdosage, il est important de se baser sur la classification de Tanner pour passer d'un traitement pédiatrique à un traitement d'adulte (cf. annexe B).

Un retard de croissance, un arrêt de croissance prématuré et la malnutrition peuvent aussi influencer le type de traitement antirétroviral à adopter pour l'adolescent (posologie pour enfant, adulte ou adolescent).

Adolescents infectés par le VIH issu d'un comportement à risque

Les adolescents peuvent contracter le VIH lors des rapports sexuels non protégés, d'abus sexuels ou en travaillant dans l'industrie du sexe. Ils forment un groupe différent dont les besoins et les ramifications sociales ne ressemblent en rien à ceux des enfants infectés au stade périnatal.

La plupart du temps, les adolescents ne veulent pas qu'un parent ou un substitut parental soit au courant de leur test de dépistage du VIH, et ils ne veulent pas non plus qu'ils en apprennent les résultats. Les adolescents haïtiens vivent en général avec leurs parents, et un parent ou un substitut parental les accompagne souvent à la clinique pour les visites. Ceci peut fortement dissuader les adolescents d'avoir recours aux services de conseils et aux tests de dépistage du VIH.

Lorsqu'un médecin traitant sait ou soupçonne qu'un adolescent est sexuellement actif, qu'il a subi une agression sexuelle ou qu'il est porteur d'une infection sexuellement transmissible, il doit absolument offrir un test de dépistage du VIH confidentiel après avoir prodigué des conseils.

Certains médecins traitants qui s'occupent de patients pédiatriques ne sont pas forcément à l'aise face à des adolescents porteurs du VIH issu d'un comportement à risque. Dans ce cas, il convient de diriger le patient vers un collègue qui soigne les adultes et a l'expérience nécessaire pour prendre en charge ce type de maladie.

Adolescents et problèmes d'adhérence au traitement

La prise en charge des adolescents victimes de toute maladie chronique doit prendre en compte les problèmes d'adhérence au traitement directement liés à ce groupe d'âge: besoin d'autonomie par rapport aux parents ou substituts parentaux, et recherche de l'approbation des pairs. Se confier à un parent ou un substitut parental qui devra certainement leur rappeler de prendre leurs médicaments va à l'encontre des besoins d'indépendance des adolescents ; la prise quotidienne de médicaments leur rappelle aussi qu'ils sont différents des autres.

Avant de commencer le traitement, il est conseillé au médecin traitant de procéder à une évaluation complète des facteurs influençant l'adhérence au traitement. Pour la plupart des adolescents, ces facteurs incluent : déni de la réalité, mésinformation, croyances culturelles et religieuses, méfiance face aux médecins traitants, soupçons quant à l'efficacité des antirétroviraux, faible estime de soi, modes de vie chaotiques et absence de structures, manque de famille et de soutien social.

Le médecin traitant doit aussi prescrire un traitement efficace et puissant tout en restant sensible aux contraintes de la situation réelle. Par exemple, l'adolescent bénéficie-t-il d'un système de soutien qui facilitera l'adhérence ?¹⁹ Si possible, le médecin traitant doit sélectionner un traitement avec le moins possible de comprimés à prendre, surtout lorsque divers médicaments peuvent être combinés sous la forme d'un seul. Cette stratégie peut permettre de maximiser l'adhérence au traitement.

Prévention contre la transmission sexuelle du VIH

Les adolescents qui sont porteurs du VIH doivent être encouragés à utiliser des préservatifs et à signaler leur maladie à leurs partenaires afin d'éviter la transmission et la réinfection.

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) ET LE RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH

Environ 70 % des infections sexuellement transmissibles se produisent chez des individus entre 15 et 24 ans. Les adolescents actifs sexuellement et célibataires sont des sujets à haut risque pour les IST. Le risque de transmission du VIH augmente considérablement si l'un des partenaires est porteur d'une IST.²⁸ Comme le taux d'IST est élevé chez les adolescents, ils sont également plus menacés par le VIH.²⁹ Le pus ou le mucus provenant d'une infection gonorrhéique ou d'une chlamydiose, par exemple, augmentent de trois à cinq fois le risque de transmission du VIH, tandis que les ulcères provoqués par la syphilis ou l'herpès génital l'augmentent de neuf fois³³. Les quatre infections sexuellement transmissibles les plus répandues au monde sont la trichomonase, les chlamydioses, la gonorrhée et la syphilis.³⁰ L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé la prise en charge syndromique des IST dans les pays aux ressources limitées, là où le diagnostic et la présence de spécialistes en maladies infectieuses ne sont pas monnaie courante.

PROPHYLAXIE CONTRE LE VIH POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS VICTIMES D'AGRESSIONS SEXUELLES

Les enfants pauvres parfois vivent en domesticité (*restavèks*) ou se prostituent pour subvenir à leurs besoins quotidiens en matière d'abri et de nourriture. Ces enfants, tout comme les enfants des rues, sont particulièrement exposés aux agressions sexuelles. ***Veillez consulter l'annexe J pour le protocole PPE national concernant les enfants victimes d'agressions sexuelles.***

EVALUATION ET ASSISTANCE NUTRITIONNELLES

L'évaluation nutritionnelle consiste à analyser systématiquement le régime alimentaire et l'état nutritionnel actuel de la personne. Chez les nourrissons et les enfants porteurs du VIH, la malnutrition réduit davantage la fonction immunitaire. C'est pour cette raison qu'il est impératif de procéder à une évaluation nutritionnelle précoce dans le cadre des soins à ces patients.

Une évaluation nutritionnelle permet d'intervenir de façon opportune et d'éviter les retards et les défauts de croissance tout en maximisant la croissance et le développement du nourrisson ou de l'enfant.

Un suivi clinique rapproché est indispensable pour les nourrissons exposés au VIH ou porteurs du virus. Des évaluations nutritionnelles, de croissance et de développement doivent avoir lieu à chaque visite.

Si le statut virologique du nourrisson ou de l'enfant est encore indéterminé, une évaluation nutritionnelle peut permettre d'établir un diagnostic provisoire.

- Chez les enfants et les nourrissons infectés par le VIH et subissant un défaut de croissance, le métabolisme nutritionnel subit une augmentation de 50 à 100 %.¹⁵
- Il est conseillé d'augmenter l'apport calorique des nourrissons et enfants infectés par le VIH de 150 % par rapport aux besoins alimentaires quotidiens, en utilisant des aliments abordables et disponibles localement.
- Les suppléments alimentaires oraux constituent une partie intégrante du traitement.
- Les médicaments ARV peuvent provoquer des effets indésirables qui affectent la prise des aliments et la nutrition. Les médecins traitants doivent connaître les principaux effets indésirables des ARV, et les considérer comme cause potentielle des problèmes nutritionnels et être prêts à intervenir le cas échéant s'ils constituent un obstacle à l'adhérence au traitement en affectant la prise de nourriture.

Vu la prévalence élevée de malnutrition infantile, l'équipe médicale des nourrissons et des enfants exposés au VIH ou porteurs du virus doit aider les parents à sélectionner les aliments les plus nourrissants disponibles localement.

Traitement ARV chez les nourrissons et enfants en état de malnutrition avancé

Des amaigrissements graves sont souvent observés chez les enfants infectés par le VIH. Tous les enfants dans un état de malnutrition avancé sont en danger de mort et doivent être traités de manière urgente. Il n'est pas bien défini à quelle phase de la malnutrition le traitement antirétroviral doit être introduit.

Les experts suggèrent aux médecins traitants de stabiliser les enfants infectés par le VIH qui souffrent de marasme avant de prendre une décision sur le moment opportun pour commencer le traitement antirétroviral. Le traitement initial d'une malnutrition grave doit être poursuivi jusqu'à la stabilisation de l'enfant et le retour de son appétit. Chez les enfants mal nourris et infectés par le VIH, la réponse au traitement initial d'une malnutrition avancée peut être tardive.

Une fois la malnutrition et toute autre infection sous-jacente soient traitées, le médecin traitant doit réévaluer l'état clinique de l'enfant et considérer l'initiation du traitement antirétroviral basée sur les critères de la section « Initiation du traitement antirétroviral ».

Il est important de souligner que l'initiation du traitement ARV est indiquée chez les nourrissons et les enfants infectés par le VIH et atteints de malnutrition grave inexpliquée qui n'est pas causée par une infection opportuniste (IO) non traitée et qui ne répond pas au traitement nutritionnel standard (un critère de classification de l'OMS de stade clinique 4).

Chez les enfants qui gagnent rapidement du poids en raison d'une alimentation correcte et du traitement ARV, les médecins traitants doivent revoir fréquemment les dosages d'ARV.

En cas de recrudescence de malnutrition grave qui ne proviendrait pas d'un manque de nourriture chez les enfants sous traitement antirétroviral, l'échec du traitement est une possibilité et une modification du traitement antirétroviral peut s'avérer nécessaire.

Il est important de demander à l'équipe mobile qu'elle évalue pendant leurs visites à domicile les pratiques d'alimentation et renforce l'éducation des parents ou substituts parentaux en ce domaine. Ils doivent par exemple observer si les nourrissons sont nourris exclusivement par allaitement maternel ou reçoivent une alimentation mixte.

CONTROLE CLINIQUE ET DE LABORATOIRE

Évaluation de base

L'évaluation de base doit permettre de conseiller et d'aider les enfants et/ou les personnes s'occupant d'eux en matière de prévention secondaire et de divulgation du diagnostic du SIDA à autrui, ainsi que d'identifier les besoins particuliers. Elle doit constituer la première étape de la surveillance clinique. Les informations à obtenir pendant les évaluations de base et de suivi sont détaillées dans le **tableau 22**.

Suite à la confirmation de l'infection par le VIH, l'évaluation clinique de base des nourrissons et des enfants doit inclure :

- le stade clinique de l'infection au VIH (**tableau 7**) ;
- l'identification des conditions médicales concomitantes, ex. TB, grossesse chez les adolescentes ;
- le détail des traitements médicamenteux concomitants, y compris Cotrimoxazole et thérapies traditionnelles ou à base de plantes ;
- poids, taille, périmètre crânien et autres mesures de croissance ;
- état du développement ;
- état nutritionnel, y compris évaluation de la quantité et de la qualité de l'alimentation ;
- évaluation de la préparation des enfants et des personnes s'en occupant à accepter un traitement ARV, si les critères d'éligibilité sont remplis.

Surveillance clinique

L'évaluation clinique des nourrissons et des enfants qui ne sont pas encore éligibles pour un traitement ARV doit avoir lieu tous les trois à six mois, et doit reposer sur les mêmes critères que ceux de l'évaluation de base. Ces visites de suivi doivent permettre de déterminer et de mettre à jour la classification de l'OMS et l'éligibilité pour le traitement envisagé. Néanmoins, en cas de progression rapide de la maladie, une surveillance clinique et de laboratoire plus rapprochée peut s'avérer nécessaire.

Lorsqu'un enfant est sous traitement antirétroviral, l'évaluation clinique doit tenir compte de la compréhension du traitement par l'enfant si possible, et le parent ou gardien, ainsi que du soutien anticipé et de l'adhérence au traitement. L'observation des réponses de l'enfant au traitement doit également inclure les symptômes dus à la toxicité potentielle des médicaments ou à l'échec du traitement (**annexe E**).

Les signes et symptômes importants indiquant la réponse au traitement ARV incluent les aspects suivants :

- amélioration de la croissance, surtout chez les enfants en état de malnutrition grave et diagnostiqués avec un problème de croissance;
- amélioration des stades de développement chez les enfants présentant un retard de développement neurologique ;
- absence d'infection.

La fréquence des contrôles cliniques dépend de la réponse au traitement antirétroviral mais doit correspondre aux recommandations du **tableau 22**. Cependant, les médecins traitants doivent utiliser leur propre jugement pour décider de la fréquence des suivis en fonction de l'évaluation clinique ainsi que de l'adhérence au traitement et aux visites à la clinique.

Contrôle laboratoire

Les infrastructures de laboratoire médical sont limitées en matière de surveillance de routine dans les centres aux ressources limitées et peuvent varier d'un centre à l'autre. Les analyses en laboratoire de base recommandées pour la surveillance des nourrissons et des enfants sont décrites dans le **tableau 22** ci-dessous. La fréquence des analyses laboratoire et les types de tests demandés dépendent de l'évaluation clinique lors de chaque visite, de la disponibilité des tests spécifiés et du besoin de contrôle des effets indésirables associés aux médicaments.

Tableau 22. Évènements pour enfants et adolescents (suivi ARV-FG)

Évaluation	Bilan initial	Période d'initiation					Période d'entretien Q trois mois			
	J-0 à J-7	J-8	J15	J30	M2	M3	M-6	M-9	M-12	
Visite médicale										
Documentation VIH	X									
Dépistage IO	X									
Prévention IO	X									
Traitement IO	X									
Critères d'inclusion	X									
Signature d'accord avec les parents ou substituts parentaux	X									
Examen clinique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Évaluation de la vaccination	X					X			X	
Évaluation de l'observance		X	X	X	X	X	X	X	X	
Biologie										
NFS	X						X		X	
Fonction hépatique	X						X		X	
Chimie sanguine	X						X		X	
CD4*	X						X		X	
Charge virale (moyenne de 2 charges virales pour nourrissons)	X								X	
Radiographie du thorax	X									
RPR [†]	X									
PPD (test cutané à la tuberculine) ^{††}	X									

*La numération lymphocytaire totale ne peut être utilisée que lors de l'évaluation de base pour traitement ARV dans les centres aux ressources limitées où la numération CD4 n'est pas disponible.

[†] Le RPR est recommandé chez les nourrissons et chez les adolescents sexuellement actifs infectés par le VIH.

^{††} Le PPD est pour le dépistage de la tuberculose.

Adapté avec la permission de GHESKIO 2006

CALENDRIER D'IMMUNISATION RECOMMANDE POUR ENFANTS INFECTES PAR LE VIH

Des recommandations spéciales doivent être suivies en matière d'utilisation de vaccins vivants sur des nourrissons et des enfants infectés par le VIH (**tableau 23**).

Tableau 23. Calendrier d'immunisation des nourrissons et enfants exposés au VIH ou porteurs du virus à Haïti

Vaccin	Nombre de doses	Âge d'administration	Intervalle entre les doses	Dose	Voie d'administration	Rappel
Anti-tuberculose BCG	Dose unique	Dès la naissance		0,05 ml de 0 à 11 mois	Intradermique haut du bras gauche	
				0,1 ml à partir de 1 an		
Polio	Dose 0	Dès la naissance jusqu'à 15 jours	1 mois	2 gouttes	Orale	Rappel : 1 an après la 3 ^e dose
	Dose 1	1 mois et demi ou 6 semaines				
	Dose 2	2 mois et demi				
	Dose 3	3 mois et demi				
DI TE PER DTP	Dose 1	1 mois et demi	1 mois	0,5 ml	Intramusculaire	Rappel : 1 an après la 3 ^e dose
	Dose 2	2 mois et demi				
	Dose 3	3 mois et demi				
Rougeole	Dose unique	6, 9, 12 mois		0,5 ml	Sous-cutanée haut du bras gauche	
MMR	Dose unique	12 mois		0,5 ml	Sous-cutanée haut du bras gauche	
Tétanos TT ou dT (femmes en âge de procréer)	Dose 1	Femmes 15- 49	1 mois	0,5 ml	Intramusculaire haut du bras gauche	3 rappels à 1 an d'intervalle jusqu'à l'équivalent de 5 doses
	Dose 2					

Modifié à partir du Calendrier national d'immunisation (MSPP-Haïti). D'autres vaccins, tels que hépatite B, HIB, pneumocoque peuvent être administrés s'ils sont disponibles.

Considérations spéciales relatives à l'immunisation

- Le vaccin contre la rougeole doit être administré à 6, 9 et 12 mois, conformément aux directives d'immunisation nationales. Il ne doit cependant pas être administré à des enfants souffrant d'une déficience immunitaire grave (stade clinique 4 de l'OMS).
- Le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) est recommandé et préféré pour les nourrissons exposés au VIH et porteurs du virus vivant avec des parents ou des substituts parentaux immunodéprimés. Chez les enfants infectés par le VIH qui ont reçu un vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), le risque de poliomyélite paralytique associé au vaccin semble être faible, même si les données soutenant cette théorie sont insuffisantes en raison d'un manque de suivi à long terme. Néanmoins, dans les pays où le VIH est endémique et

- les risques d'infection par le virus naturel de la poliomyélite sont élevés, les avantages de l'immunisation surpassent le risque apparemment faible de paralysie provenant d'une vaccination par VPO.^{31,32}
- En raison de la carence dans les centres ou pays à ressources limitées, l'OMS a recommandé l'utilisation des VPO chez les nourrissons et les enfants exposés au VIH ou porteurs du virus et dont l'état immunitaire ou clinique est stable.

SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

Il est indispensable d'identifier et de traiter la douleur chez les nourrissons et les enfants atteints par le VIH, mais cet aspect des soins est souvent négligé. Ces patients souffrent de deux sortes de douleurs : la douleur associée aux maladies aiguës et chroniques accompagnant le VIH, et celle associée aux diverses procédures diagnostiques et thérapeutiques. Comme chez les adultes, l'utilisation proactive de médicaments adaptés contre la douleur (aspirine, paracétamol, codéine, ibuprofène, morphine et méthadone) à des doses ajustées à leur poids est indispensable pour optimiser la qualité de vie.

Obstacles à un soulagement de la douleur efficace

Parmi les obstacles au soulagement efficace de la douleur chez les enfants, on trouve :

- La difficulté à évaluer la douleur chez les jeunes enfants et chez ceux souffrant de déficiences neurologiques;
- Le déni par les parents de la maladie de l'enfant;
- La réticence des médecins traitants à utiliser des narcotiques;
- Le refus des médecins traitants de soulager la douleur chez l'enfant en raison des mythes suivants :
 - « les enfants ne sentent pas la douleur » ;
 - « les enfants mentent et disent qu'ils ont mal pour qu'on s'occupe d'eux » ;
 - « si les enfants ne se plaignent pas ou disent qu'ils n'ont pas mal, c'est qu'ils ne ressentent pas de douleur » ;
 - « si un enfant peut s'endormir ou jouer, c'est qu'il n'a pas mal ».

Procédures douloureuses

Il est recommandé à l'équipe médicale de dire la vérité au sujet d'une procédure douloureuse. La crème EMLA en tant qu'anesthésique local peut soulager la douleur et la gêne associées aux procédures invasives comme les ponctions veineuses, les ponctions lombaires, les tests cutanés à la tuberculine, les biopsies cutanées et les ponctions de moelle osseuse.

- La crème EMLA est une émulsion aqueuse à base de prilocaïne (2,5 %) et lidocaïne (2,5 %), que l'on applique au moins 20 minutes avant la procédure.
 - L'effet anesthésique dure de 90 à 120 minutes.
 - Une couche épaisse (2,5 g) doit être appliquée sur au moins deux sites de ponction veineuse possibles et recouverte d'un pansement occlusif.
 - La crème EMLA ne doit pas être utilisée chez les nourrissons de moins de 1 mois, ni chez les nourrissons de moins de 12 mois qui reçoivent un traitement comportant des agents inducteurs de méthémoglobine.

Évaluation de la douleur

Les enfants ont besoin que les adultes reconnaissent leur douleur et y répondent. Il est donc important d'évaluer la douleur à chaque visite clinique. Discuter de la douleur avec le parent, la personne s'occupant de l'enfant ou, si l'âge le permet, avec l'enfant lui-même. Lorsque les enfants ne parlent pas ou souffrent de troubles neurologiques, l'évaluation de la douleur peut représenter un problème compliqué. Les enfants plus âgés peuvent indiquer l'intensité de la douleur avec leurs doigts (0 doigt = pas de douleur, 5 doigts = douleur extrême) ou en pointant leur doigt vers un visage (sourire = pas de douleur, visage en pleurs = douleur extrême) (**annexe M**).

En plus des cris et des expressions faciales provoqués par la douleur, l'enfant peut manifester sa douleur à travers son comportement :

- irritabilité;
- agitation;
- manque de mouvement ou changement des mouvements;
- manque d'intérêt;
- repli sur lui-même, dépression ou anorexie;
- capacité de concentration réduite;
- troubles de sommeil;
- fréquence respiratoire ou cardiaque rapide.

Prise en charge de la douleur chez l'enfant

S'il y a de bonnes raisons de penser que l'enfant ressent des douleurs mais qu'il est incapable de communiquer à cause de son âge ou de son état, il convient de le mettre sous traitement anti-douleur à l'essai. La douleur doit être traitée même quand son étiologie est en cours de détermination. La réticence et le refus de soulager un enfant souffrant de douleur aiguë par peur de « masquer les symptômes » ne sont ni éthiquement acceptables ni médicalement indiqués. Même si un diagnostic spécifique de la douleur est impossible à établir, ce qui n'est pas rare chez les enfants infectés par le VIH, il est impératif de soulager la douleur.

Un traitement contre la douleur efficace repose sur l'usage approprié d'analgésiques selon l'échelle de la douleur³³. L'échelle de la douleur de l'OMS fournit un cadre utile pour déterminer le type d'analgésique à prescrire (**annexe N**).

Les recommandations suivantes sont basées sur les directives les plus récentes de l'Organisation mondiale de la Santé.

1. Douleur faible: acétaminophène ou anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS comme l'ibuprofène ou le naproxène).
2. Douleur modérée: poursuite des AINS ou de l'acétaminophène avec un léger opioïde tel que la codéine.
3. Douleur forte: poursuite des AINS ou de l'acétaminophène avec un opioïde puissant tel que la morphine, l'oxycodone ou le fentanyl.

Lorsque l'utilisation des opioïdes est indiquée en cas de forte douleur, la dose initiale qui produit un répit résulte d'un jugement approximatif. Le dosage de l'opiacé prescrit doit être poursuivi jusqu'à l'obtention d'un soulagement satisfaisant de la douleur ou l'apparition d'effets indésirables intolérables, impossibles à contrôler autrement. L'objectif est d'atteindre un

équilibre favorable entre les analgésiques et les effets indésirables par le biais d'un ajustement progressif de la dose³⁸. Le dosage peut être très élevé. Les opiacés à effet prolongé comme la préparation liquide de la méthadone, la morphine peuvent être utilisés une fois que la dose stabilisante a été déterminée à la suite d'utilisation d'opiacés à effet rapide et bref. Lorsqu'un agent à effet prolongé est administré, il faut prescrire au patient un opiacé en même temps à action brève pour les douleurs subites. Quand la tolérance se développe, le médecin traitant doit déterminer la dose requise sur 24 heures pour l'opiacé à action brève et en même temps augmenter la dose de l'opiacé à effet prolongé.

Certains médicaments adjuvants tels que les anticonvulsifs ou les antidépresseurs se sont avérés utiles pour les douleurs neurologiques. L'hydroxyzine, qui peut soulager les nausées, a également un effet analgésique et permet de réduire la dose de l'opiacé requise. Les effets indésirables des opiacés, comme les nausées, la constipation, les démangeaisons et la somnolence, doivent être anticipés et traités agressivement.

Il convient d'éduquer les familles au sujet des différences entre la dépendance physique et la toxicomanie. Le médecin traitant doit discuter avec le patient et la famille pour déterminer ce que représente pour eux la douleur, leur expérience personnelle en cas de douleur et avec les analgésiques. Si l'utilisation des substances illégales est un problème existant dans certaines familles, il doit être affronté et il faut qu'il y ait une compréhension et un accord mutuel quant à la prescription d'opiacés dans cet environnement.

Un traitement antidouleur adéquat a pour objectif d'anticiper et de prévenir la douleur plutôt que de soulager une douleur existante. Un traitement continu plutôt que PRN (au besoin) maintient un niveau d'analgésie constant. L'objectif est d'obtenir un soulagement maximum avec le minimum d'effets indésirables. Une fois le soulagement atteint, il est impératif de poursuivre le traitement et non pas de le réduire du fait que l'enfant n'en souffre plus.

Lorsqu'une douleur est prévue ou présente au cours d'une procédure, des approches non pharmacologiques, y compris des distractions appropriées à l'âge du patient peuvent s'avérer bien utiles :

- pour les enfants les plus jeunes, emmailloter, porter, tenir chaud, bercer, caresser, donner le sein ou de la nourriture ;
- pour les enfants plus âgés, un jeu, une conversation ou une histoire ;
- pour tous les âges, de la musique ou un massage ;
- d'autres méthodes non basées sur des médicaments, telles que la relaxation ;
- éviter des injections intramusculaires pour soulager la douleur.

Soins palliatifs

L'OMS définit les soins palliatifs comme « une approche visant à améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie mortelle et de leur famille en évitant, évaluant et traitant la douleur et autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels ».

- Les prestataires de soins peuvent jouer un rôle considérable dans la communauté.
- Les experts recommandent vivement d'établir des liens entre les divers services qui fournissent des soins aux enfants atteints du VIH et à leur famille.
- Le soutien psychosocial et la prise en charge de la douleur à domicile peuvent permettre de fournir des soins palliatifs supérieurs à ceux fournis dans les hôpitaux.

- Offrir aux patients et aux membres de la famille un soutien émotionnel et des conseils issus d'une écoute active.
- Le soutien spirituel est très important.
 - Soyez prêt à parler de sujets spirituels si les questions de la famille sont basées sur des croyances spirituelles.
 - Écoutez avec empathie
 - Comprenez leurs réactions face aux pertes qu'ils ont vécues.
 - Soyez prêt à « absorber » certaines réactions, telles que la colère à l'encontre de l'équipe médicale et le système de soins sanitaires en place
 - Établissez une relation avec un conseiller spirituel ou un service pastoral en fonction des demandes et de la religion du patient et de sa famille.
 - N'imposez pas vos opinions. Si vous partagez des croyances, il est possible de prier ensemble.
 - Pour certains patients, il vaut mieux parler du sens de la vie en général plutôt que directement de spiritualité ou de religion.

LES PRECAUTIONS STANDARD

Les précautions standard constituent un ensemble simple de pratiques efficaces conçues afin de protéger les médecins traitants des infections provoquées par divers agents pathogènes, y compris les virus à diffusion hématogène tels que le VIH. Ces pratiques s'emploient lors des soins apportés à tous les patients, quel que soit le diagnostic. Dans le cadre clinique, les précautions standard incluent les aspects suivants:

- se laver les mains avant et après un contact direct avec les patients;
- désinfecter et stériliser tous les instruments et le matériel utilisés pour des procédures invasives;
- éviter de ré-encapuchonner les aiguilles, surtout à deux mains;
- utiliser les aiguilles ou lames de scalpel sur un seul patient;
- mettre correctement au rebut les aiguilles (hypodermiques et de suture) et le matériel tranchant (lames de scalpel, lancettes, rasoirs et ciseaux) dans des boîtes dures à l'épreuve des fuites et des percements;
- utiliser des gants lors des contacts avec des liquides corporels, une peau lésée ou des muqueuses;
- utiliser un masque, une protection oculaire, une blouse ou un tablier en cas de risque d'éclaboussure de sang ou d'autres liquides corporels;
- appliquer des pansements étanches sur toutes les coupures et abrasions cutanées;
- nettoyer rapidement et avec précaution tout renversement comportant du sang ou autres liquides corporels;
- utiliser des systèmes sûrs pour le recueil et la mise au rebut des déchets;
- former l'équipe médicale aux principes des précautions standard et à l'utilisation du matériel nécessaire et mis à disposition.

PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION

Exposition professionnelle

Dans le cadre d'une exposition au sang, aux tissus ou à d'autres liquides corporels contenant du sang visible, le médecin traitant est à risque pour une infection au VIH dans les cas suivants:

- blessure percutanée (ex. piqûre d'aiguille ou coupure avec un objet tranchant) ;
- contact avec des muqueuses ou de la peau lésée (ex. peau fissurée, égratignée ou affectée par une dermatite).

Dans le cadre des soins de santé, le risque de contracter une infection au VIH par piqûre d'aiguille accidentelle est de 0,3 %.

Après toute exposition professionnelle, il convient de prendre les mesures suivantes :

- le médecin traitant doit immédiatement signaler toute exposition professionnelle au VIH à son supérieur hiérarchique ;
- un traitement antirétroviral à court terme connu sous le nom de prophylaxie post-exposition (PPE) est recommandé afin de réduire les risques d'infection ;
- si la séropositivité du patient source est confirmée, la PPE doit commencer dans les deux heures suivant l'exposition ;
- si le statut sérologique du patient source est inconnu, un test rapide précoce peut permettre de déterminer si une PPE est nécessaire et éviter, selon le cas, l'administration de médicaments ARV susceptibles d'avoir des effets indésirables.

Veillez vous reporter aux directives nationales pour la prophylaxie post-exposition.

Agression sexuelle

Il convient également d'offrir une PPE aux personnes qui ont été violées ou sodomisées. Le risque d'infection suite à une seule exposition sexuelle est faible, mais ce type d'exposition implique souvent des actes violents et un traumatisme des voies génitales, ce qui augmente donc le risque d'infection au VIH et d'autres IST.

Une consultation à visée éducative doit avoir lieu avant tout dépistage des IST ou de l'infection au VIH. En cas d'agression sexuelle, le VIH ne constitue pas le seul problème. Le risque de contracter d'autres IST peut, en fait, être bien supérieur. En plus du test de dépistage du VIH et du traitement PPE, il est également recommandé de faire un test de dépistage et un traitement PPE pour d'autres IST.

Veillez vous reporter aux directives nationales pour la prophylaxie post-exposition (annexe J).

Le traitement doit commencer dans les 72 heures suivant l'agression présumée.

- Proposez une PPE à tous les survivants ayant subi un viol ou une pénétration dans les dernières 72 heures. Demandez à chaque survivant de faire un test de dépistage du VIH.

- Si les résultats sont positifs, arrêtez la PPE et fournissez les conseils appropriés suite au test. Le patient doit être référé à un centre adéquat pour la prise en charge.
- Si le résultat du test est négatif, il convient de prescrire à la personne un mois de PPE et de proposer un test de suivi (comme dans le cas des piqûres d'aiguilles accidentelles ci-dessus) suivant les directives nationales publiées.

Il est recommandé d'éduquer les forces de police au sujet de la PPE. Afin de ne pas retarder la PPE, les agents de police doivent emmener tout survivant de viol au centre hospitalier le plus propre en urgence avant de lancer de longues procédures légales. A ce moment, l'équipe médicale doit décider si la PPE est indiquée en se basant sur une histoire d'agression sexuelle accompagnée de traumatisme génital ou non et sa propre évaluation de la victime, elle ne doit se laisser influencer par l'avis de quiconque sur le viol présumé.

Les professionnels de la santé ne doivent jamais retarder la PPE en attendant un rapport de police.

CONCLUSION

À travers le monde, et particulièrement dans les pays en voie de développement, l'accès des enfants aux soins adéquats et aux ARV est encore limité. Des progrès ont permis la mise à disposition de quelques médicaments sous forme liquide, mieux adaptés à leurs besoins. D'autres défis demeurent : le diagnostic confirmant l'infection au VIH chez les nourrissons de moins de 18 mois, la grande vulnérabilité économique des familles, la formation des pédiatres et autres prestataires de soins s'occupant d'enfants malades.

Ce guide constitue un outil indispensable à cette formation. L'expansion du programme de prise en charge du SIDA pédiatrique en sera facilitée. Un plus grand nombre d'enfants pourront bénéficier de services complets dans ce domaine et ainsi recommencer à jouer et à aller à l'école. La lutte globale contre l'épidémie du VIH/SIDA sera renforcée, en encourageant les parents infectés dont les enfants meurent souvent faute de soins.

Ces critères seront réexaminés chaque année afin d'intégrer les modifications liées à l'évolution des connaissances scientifiques, aux politiques nationales, à la disponibilité de médicaments, aux capacités locales et aux pratiques cliniques. De plus, il sera important d'inclure dans l'équipe de travail chargée de la rédaction des directives pédiatriques, les partis intéressés d'autres établissements cliniques qui appliqueront ces directives.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nesheim S, Palumbo P, Sullivan K, Lee F, Vink P, Abrams E, *et al.* Quantitative RNA testing for diagnosis of HIV-infected infants. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2003 ; 32:192–195.
2. Sherman GG, Stevens G, Jones SA, Horsfield P, Stevens WS. Dried blood spots improve access to HIV diagnosis and care for infants in low-resource settings. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005 ; 38:615–617.
3. Patton JC, Sherman GG, Coovadia AH, Stevens WS, Meyers TM. The Ultrasensitive HIV-1 p24 antigen assay modified for use in dried whole blood spots as a reliable, affordable test for infant diagnosis. *Clin Diag Lab Immunol.* 2006 ; en cours d'impression.
4. ONUSIDA / OMS SIDA. *Epidemic Update December 2005 Caribbean.* Disponible à l'adresse suivante : http://www.unaids.org/epi2005/doc/EPIupdate2005_html_en/epi05_08_en.htm. Date de l'accès : 21 décembre 2005.
5. Dunn DT, Newell ML, Ades AE, *et al.* Risk of HIV type-1 transmission through breast feeding. *Lancet* 1992 ; 340:585–588.
6. Humphrey J *et al.* Safer breastfeeding for babies born to HIV-positive mothers: part of the answer to a dilemma. Twelfth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, Abstract 106, 2005.
7. Iliff PJ, Piwoz EG, Tavengwa NV, Zunguza CD, Marinda ET, Nathoo KJ, *et al.* Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival. *AIDS* ; 2005 : 699-708.
8. UNICEF / OMS / ONUSIDA. HIV and Infant Feeding Counselling Tools: Reference Guide 2005. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_CT/ISBN_92_4_159301_6.pdf. Date de l'accès : 12 janvier 2006.
9. Graham SM *et al.* Clinical presentation and outcome of *Pneumocystis carinii* pneumonia in Malawian children. *Lancet*, 2000, 355:369–373.
10. Chintu C *et al.* Lung disease at necropsy in African children dying from respiratory illnesses: a descriptive necropsy study. *Lancet*, 2002, 360:985–990.
11. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Guidelines for Cotrimoxazole Prophylaxis for HIV-Related Infections in Children, Adults and Adolescents in Resource Limited Settings: Recommendations for a Public Health Approach (2006).* Date de l'accès : 1^{er} mai 2006. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/WHO%20CTX.pdf>
12. *Joint WHO/UNAIDS/UNICEF Statement on Use of Cotrimoxazole as Prophylaxis in HIV exposed and HIV infected Children.* 2004. Date de l'accès : 12 janvier 2006. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/3by5/mediacentre/en/Cotrimstatement.pdf>.

13. Chintu C, Ghat GJ, Walker AS, Mulenga V, Sinyinza F, Lishimpi K, *et al.* Cotrimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections as HIV-infected Zambian children (CHAP): a double-blind randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 2004, 364:1865–1871.
14. Zachariah R, Spielmann MP, Chinji C, Gomani P, Arendt V, Hargreaves NJ, Salaniponi FM, *et al.* Voluntary counselling, HIV testing, and adjunctive Cotrimoxazole reduces mortality in tuberculosis patients in Thyolo, Malawi. *AIDS*. 2003; 17:1053–1061
15. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Antiretroviral drugs for the therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings. Recommendations for a public health approach* 2006. Organisation mondiale de la Santé : Genève, mai 2006. Date de l'accès : 5 juin 2006. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/art/en/index.html>
16. Sherman GG, Cooper PA, Coovadia AH, Puren AJ, Jones SA, Mokhachane M *et al.* Polymerase chain reaction for diagnosis of human immunodeficiency virus infection in low resource settings. *Pediatr Infect Dis J*. 2005; 24:993–997.
17. Shapiro RL, Holland DT, Capparelli E, Lockman S, Thior I, Wester C, *et al.* Antiretroviral concentrations in breast-feeding infants of women in Botswana receiving antiretroviral treatment. *J Infect Dis*. 2005; 192:720–727.
18. Newell ML, Coovadia H, Cortina-Borja M, Rollins N, Gaillard P, Dabis F. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet* 2004; 364:1236–1243.
19. Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children convened by the National Resource Center at the François-Xavier Bagnoud Center, UMDNJ, the Health Resources and Services Administration (HRSA); and the National Institutes of Health (NIH). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection*. Révisé le 3 novembre 2005. Disponible à l'adresse suivante : <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PediatricGuidelines.pdf>. Date de l'accès : 3 janvier 2006.
20. Puthanakit T, Oberdorfer P, Akarathum N, Wannarit P, Sirisanthana T, Sirisanthana V. Immune reconstitution syndrome after highly active antiretroviral therapy in human immunodeficiency virus-infected Thai children. *Pediatr Infect Dis J*. 2006. 25:53–58.
21. Florence E, Dreezen C, Schrooten W, Van Esbroeck M, Kestens L, Franssen K, *et al.* The role of non-viral load surrogate markers in HIV-positive patient monitoring during antiviral treatment. *Int J STD AIDS*. 2004; 15:538–542.
22. Chintu C, Mwaba P. Tuberculosis in children with human immunodeficiency virus infection. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005; 9:477–484.
23. Tindyebwa D, Kayita J, Musoke P, Eley B, Nduati R, Coovadia H, *et al.* *African Network for the Care of Children Affected by AIDS. Handbook on Paediatric AIDS in Africa*. Kampala, Ouganda 2004.
24. Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2004. Stop TB Partnership. Disponible à l'adresse suivante : http://www.stoptb.org/documents/Final_report%2021-11-05.pdf. Date de l'accès: 9 janvier 2006.

25. Harries A, Maher D, Graham S. *TB/HIV: a Clinical Manual, 2nd ed.* World Health Organization. Genève : Suisse, 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546344.pdf>. Date de l'accès : 12 janvier 2006
26. World Health Organization (WHO) Immunizations, Vaccines, and Biologicals 2002. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/vaccines/en/tuberculosis2.shtml>. Date de l'accès : 9 janvier 2006.
27. Hesselning AC, Rabie H, Marais BJ, Manders M, Lips M, Schaaf HS, *et al.* Bacille Calmette-Guerin vaccine-induced disease in HIV-infected and HIV-uninfected children. *Clin Infect Dis.* 2006 ; 42:548–558.
28. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. National Institutes of Health. US Department of Health and Human Services. HIV infection in adolescents and young adults in the U.S. Juillet 2005. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.niaid.nih.gov/factsheets/hivadolescent.htm>. Date de l'accès : 11 avril 2006.
29. Grosskurth H, Mosha F, Todd J, *et al.* Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV Infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet.* 1995 ; 346:530–536.
30. Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2005. WHO discussion paper on adolescence. Sexually transmitted infections among adolescents: Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/reproductive-health/publications/stis_among_adolescents/discussion_paper.html. Date de l'accès : 11 avril 2006.
31. Chitsike I, van Furth R. Paralytic poliomyelitis associated with live oral poliomyelitis vaccine in child with HIV infection in Zimbabwe: case report. *Br Med J.* 1999 ; 318:841–843.
32. Moss WM, Leder H. Immunization of the immunocompromised host. *Clinical Focus on Primary Immune Deficiencies.* 1998 ; 1:1–8.
33. O'Hara MJ and Czarniecki L. Pain management in children with HIV/AIDS. The Body: the Complete HIV/AIDS resource. Gay Men's Health Crisis. 1997 ; Disponible à l'adresse suivante : <http://www.thebody.com/gmhc/issues/julaug97/kidpain.html>. Date de l'accès : 20 décembre 2005.
34. National Cancer Institute. Pain. *MedNews.* Disponible à l'adresse suivante : <http://www.meb.uni-bonn.de/Cancernet/304470.html>. Date de l'accès : 14 février 2006.

AUTRES RESSOURCES

Caribbean HIV/AIDS Regional Training (CHART) Network. *Caribbean Guidelines for the Care and Treatment of Persons with HIV Infection 2004*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.chartcaribbean.org/careofplwa/tableofcontents.htm>. Date de l'accès : 4 janvier 2006.

Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Mise à jour 2004 disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/EFS2004/EFS_PDFs/EFS2004_HT.pdf. Date de l'accès : 12 janvier 2006.

Joint ILO/WHO Guidelines on health services and HIV/AIDS. Fact Sheet 10 *Fact Sheet No. 10—Summary outline for the management of occupational exposure to blood-borne pathogens*. pp 54–55. Genève, 2005. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/who_ilo_guidelines.pdf. Date de l'accès : 5 janvier 2006.

Moss WJ, Clements CJ, Halsey NA. Immunization of children at risk of infection with human immunodeficiency virus. *Bull World Health Organ*, 2003; 81:61–70. Disponible à l'adresse suivante : http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862003000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Date de l'accès : 19 décembre 2005.

Mwaungulu FB, Floyd S, Crampin AC, Kasimba S, Malema S, Kanyongoloka H, Harries AD, Glynn JR, Fine PE. Cotrimoxazole prophylaxis reduces mortality in human immunodeficiency virus-positive tuberculosis patients in Karonga District, Malawi. *Bull World Health Organ*. 2004. May ; 82(5):354–63.

Partners in Health. *The PIH Guide to Community-Based Treatment of HIV in Resource-Poor Settings. Bangkok edition: 2004*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.pih.org/library/aids/index.html>. Date de l'accès : 12 janvier 2006.

Rabkin M, el-Sadr W, Abrams E. *Care and Treatment of HIV/AIDS in Resource-Limited Settings: the Columbia Clinical Manual*. New York: The Trustees of Columbia University in the City of New York. 2005. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.womenchildrenhiv.org/wchiv?page=pi-72-00>. Date de l'accès : 12 janvier 2006.

United States Public Health Service (USPHS) and Infectious Diseases Society of America (IDSA) Prevention of Opportunistic Infections Working Group, *USPHS/IDSA Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus* 2001.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Palliative care: symptom management and end-of-life care. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/genericpalliativecare082004.pdf>. Date de l'accès : 19 décembre 2005.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Revised WHO clinical staging and immunological classification of HIV/AIDS and case definitions of HIV and related conditions. Version préliminaire de février 2006 disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/hiv/art/HIVStaging_reviewonly_notforuse.pdf. Date de l'accès : 24 mars 2006.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2004. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach, révision de 2003. Disponible à l'adresse suivante :

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2005. *Summary of country profile for HIV/AIDS treatment scale-up*. Juin 2005. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.int/3by5/countryprofiles/en/indiv.html>. Date de l'accès : 27 septembre 2005.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Management of a child with a serious infection or malnutrition: guidelines for the care at the first-referral level in developing countries*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 2000.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Department of Child and Adolescent Health and Development. *HIV and Infant Feeding Counselling: from Research to Practice*. 2004. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_FCH_CAH_05.10.pdf. Date de l'accès : 25 mai 2006.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Fact Sheets on HIV/AIDS for Nurses and Midwives. Fact Sheet 13 Tuberculosis*. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/health-services-delivery/hiv_aids/English/fact-sheet-13/index.html. Date de l'accès : 3 janvier 2006.

OMS / ONUSIDA / UNICEF. Infant feeding guidelines 2005. Disponible à l'adresse suivante : http://www.unicef.org/nutrition/index_24811.html. Date de l'accès : 13 janvier 2006.

ANNEXES

ANNEXE A: CLASSIFICATION CLINIQUE DU VIH/SIDA DE L'OMS REVISEE POUR LES ENFANTS INFECTES PAR LE VIH

Stade clinique 1

Asymptomatique

Syndrome de lymphadénopathie généralisée

Stade clinique 2

Hépatosplénomégalie persistante non expliquée

Éruptions papulaires prurigineuses

Infection virale étendue de verrues

Molluscum contagiosum extensive

Infection unguéale fongique

Aphtes buccaux récurrents

Grossissement persistant et inexpliqué de la parotide

Érythème gingival linéaire

Zona

Infections chroniques ou récurrentes des voies respiratoires supérieures (otite moyenne, otorrhée, sinusite, amygdalite)

Stade clinique 3

Malnutrition modérée inexpliquée ne répondant pas correctement à un traitement standard Diarrhée chronique inexpliquée (14 jours ou plus)

Fièvre chronique inexpliquée (au-dessus de 37,5 °C, constante ou intermittente, pendant plus d'un mois)

Candidose buccale persistante (après les 6 à 8 premières semaines de vie)

Leucoplasie chevelue de la cavité buccale

Gingivite / Parodontite ulcéreuse nécrosante aiguë

Tuberculose ganglionnaire

Tuberculose pulmonaire

Pneumonie bactérienne grave récidivante

Pneumopathie lymphoïde interstitielle symptomatique

Maladie pulmonaire chronique associée au VIH, y compris bronchiectasie

Anémie inexpliquée ($< 8 \text{ g/dl}$), neutropénie ($< 0,5 \times 10^9/\text{l}^3$) ou thrombocytopénie chronique ($< 50 \times 10^9/\text{l}^3$)

Stade clinique 4

Amaigrissement, arrêt de croissance prématuré ou malnutrition grave inexpliqués ne répondant pas au traitement standard

Pneumonie à *Pneumocystis*

Infections bactériennes graves récidivantes (p. ex. empyème, pyomyosite, infections osseuses ou articulaires, méningite, sauf pneumonie)

Infection d'herpès chronique (bucco-labiale ou cutanée de plus d'un mois, ou viscérale quel que soit le site)

Tuberculose extrapulmonaire

Sarcome de Kaposi

Candidose œsophagienne (ou candidose trachéale, bronchique ou pulmonaire)

Toxoplasmose du système nerveux central (à plus d'un mois)

Encéphalopathie à VIH

Infection à cytomégalovirus : rétinite ou infection à CMV affectant un autre organe, avec installation après l'âge d'un mois

Cryptococcose extrapulmonaire (y compris méningite)

Mycose endémique disséminée (histoplasmosse extrapulmonaire, coccidioïdomycose) Cryptosporidiose chronique

Isosporose chronique
Infection mycobactérienne non tuberculeuse disséminée
Lymphome cérébral ou lymphome B non hodgkinien
Leucoencéphalopathie multifocale progressive
Néphropathie symptomatique ou cardiomyopathie associées au VIH

Organisation mondiale de la Santé (OMS) *WHO Case Definitions of HIV for Surveillance, and Revised Clinical Staging and Immunological Classification of HIV Related Disease in Adults and Children, auguste 2006.*

ANNEXE B: ECHELLE DE MATURITE SEXUELLE (CLASSIFICATION DE TANNER) CHEZ LES ADOLESCENTS

Stade	FILLES				GARÇONS				
	Âge (années)	Développement des seins	Développement de la pilosité pubienne	Autres transformations	Âge (années)	Développement des testicules	Développement du pénis	Développement de la pilosité pubienne	Autres transformations
I	0–15	Prépubère	Aucun	Prépubère	0–15	Testicules prépubères ($\leq 2,5$ cm)	Prépubère	Aucun	Prépubère
II	8–15	Apparition du bourgeon mammaire ; le mamelon et l'aréole augmentent de diamètre et sont légèrement bombés.	Quelques poils longs et fins, apparaissent sur le pourtour des lèvres, souvent en même temps que le bourgeon mammaire, parfois plusieurs semaines ou mois plus tard.	La plus grande rapidité de croissance se produit souvent peu après le stade II.	10–15	Croissance des testicules et pigmentation du scrotum.	Minime ou néant	Quelques poils longs et fins apparaissant souvent plusieurs mois après le développement des testicules ; pubescences de formes variables.	Non applicable
III	10–15	Les bourgeons mammaires et l'aréole continuent de s'élargir sans séparation de leurs contours.	Augmentation de la quantité et de la pigmentation des poils pubiens	Première apparition des règles chez 2 % des filles en fin du stade III	10.5–16.5	Augmentation de la croissance	Croissance considérable surtout en diamètre	Augmentation des poils pubiens qui commencent à friser	Non applicable
IV	10–17	Séparation des contours ; l'aréole et le mamelon forment une seconde protubérance sur le sein.	Poils adultes de par leur nature mais non de par leur répartition	Première apparition des règles chez la plupart des filles au stade IV, 1 à 3 ans après l'apparition des bourgeons mammaires.	Variable : 12–17	Augmentation de la croissance	Augmentation de la croissance, surtout en diamètre	Poils adultes de par leur nature mais non de par leur répartition	Développement de la pilosité axillaire et faciale (moindre)

Annexe B: Echelle de maturité sexuelle (classification de Tanner) chez les adolescents (suite)

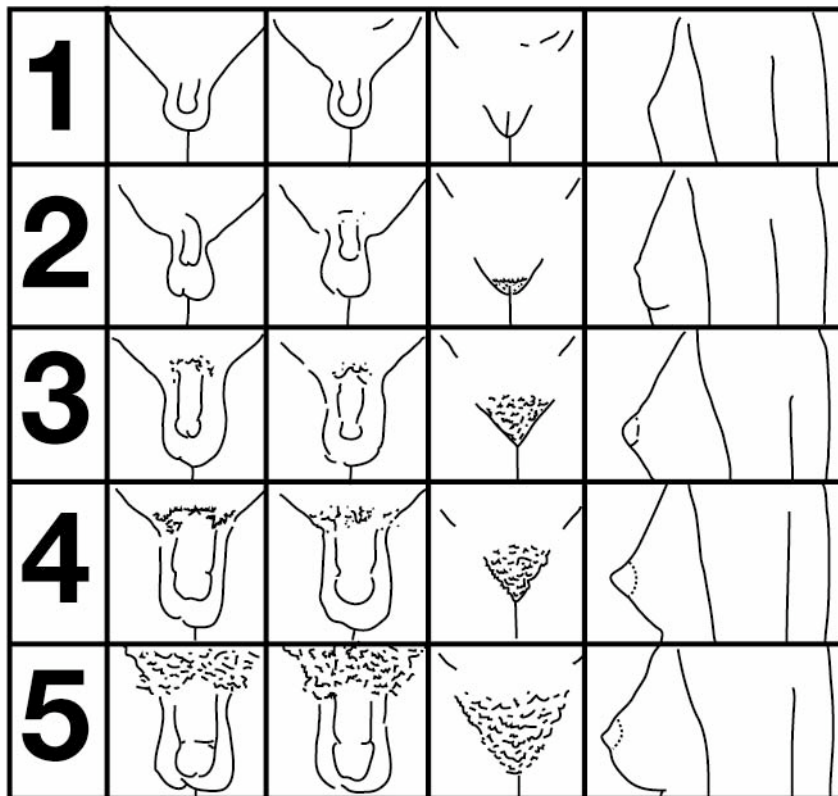
Stade	FILLES				GARÇONS				
	Âge (années)	Développement des seins	Développement de la pilosité pubienne	Autres transformations	Âge (années)	Développement des testicules	Développement du pénis	Développement de la pilosité pubienne	Autres transformations
V	12.5–18	Sein de type adulte avec contour unique	Répartition adulte	Première apparition des règles chez 10 % des filles au stade V	13–18	Taille adulte	Taille adulte	Répartition adulte (surface interne des cuisses ; ligne blanche)	Croissance du système pileux entier et augmentation de la taille des muscles pendant plusieurs mois ou années ; 20 % des garçons atteignent leur vitesse de croissance maximale pendant cette période.

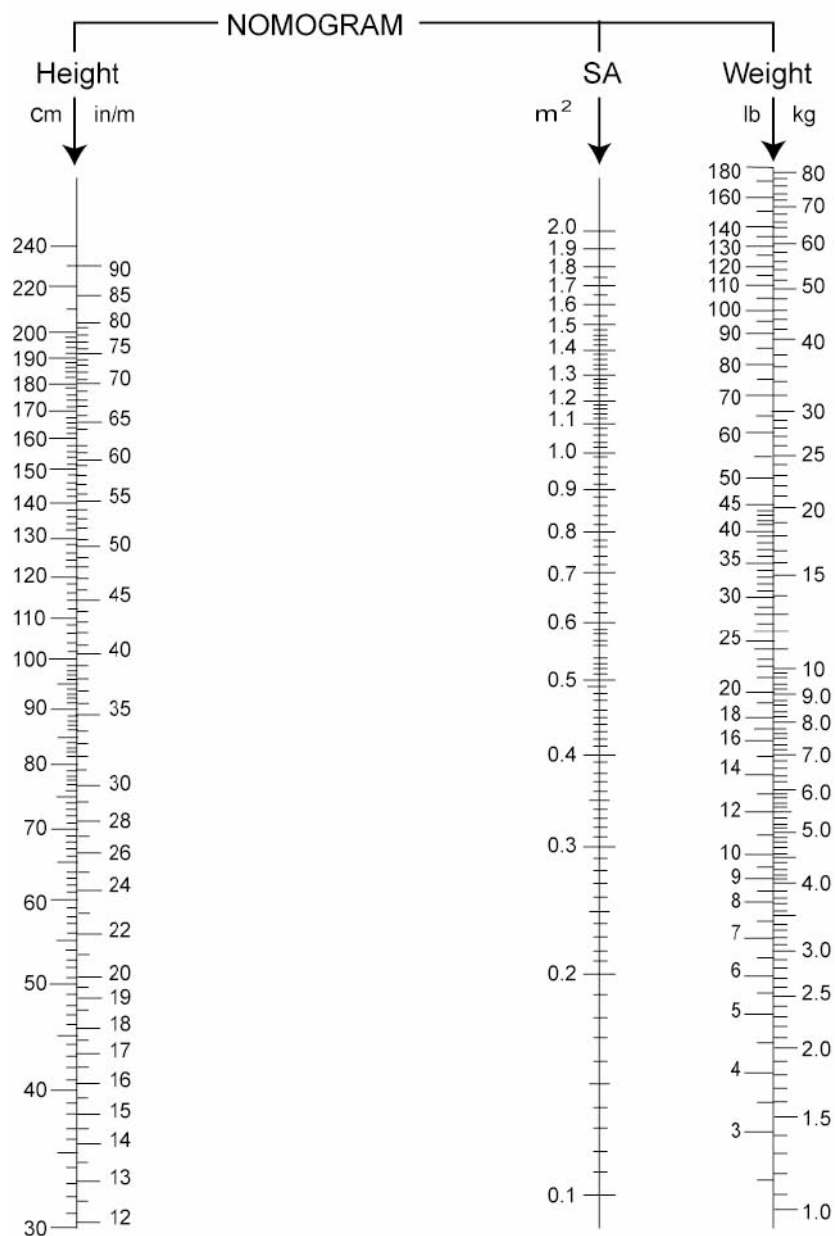
Tanner staging system

Male genitalia

Pubic hair

Female breast



ANNEXE C: NOMOGRAM°

Réimpression à partir de Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds). Nomogramme modifié à partir des données de E. Boyd dans: *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16th ed. Copyright 2000, avec l'autorisation de Elsevier.

ANNEXE D: FORMULES ET DOSAGES ANTIRETROVIRAUX**Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)**

LAMIVUDINE (3TC)
Préparations
Solution buvable: 10 mg/ml Comprimés: 150 mg (300 mg pas encore disponible partout)
Âge (poids), dosage et fréquence
Dose cible: 4 mg/kg deux fois par jour, avec un maximum de 150 mg deux fois par jour
Dosage à < 30 jours: 2 mg/kg/dose deux fois par jour
Dosage à ≥ 30 jours: 4 mg/kg/dose deux fois par jour
Dosage à > 50 kg: 150 mg deux fois par jour
Remarque: L'utilisation d'une dose unique par jour chez les enfants n'est pas encore approuvée mais des données pharmacocinétiques encourageantes sont désormais disponibles (151).
Autres commentaires
<p>Généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bien toléré • Pas de restriction alimentaire • Également actif contre l'hépatite B <p>Solution buvable :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stocker la solution à température ambiante (c'est-à-dire 25 °C ; l'utiliser tout au plus 30 jours après l'ouverture <p>Comprimés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stocker les comprimés à 25 °C (plage des températures tolérées : 15° à 30 °C) • Ils peuvent être écrasés et mélangés avec un peu d'eau ou de nourriture et avalés immédiatement. <p>Données pharmacocinétiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibles pour tous les âges

Annexe D: Formules et dosages antirétroviraux (suite)

STAVUDINE (d4T)
Formules
Solution buvable: 1 mg/ml Gélules: 15, 20, 30, 40 mg
Âge (poids), dosage et fréquence
Dosage cible: 1 mg/kg Dosage à < 30 kg: 1 mg/kg/dose deux fois par jour Dosage pour 30 à 60 kg: 30 mg/dose deux fois par jour Dosage maximum pour ≥ 60 kg: 40 mg/dose deux fois par jour
Autres commentaires
Généraux: <ul style="list-style-type: none"> • Bien toléré • À ne pas utiliser avec l'AZT (effet antagoniste prouvé <i>in vitro</i> et <i>in vivo</i>) Solution buvable : <ul style="list-style-type: none"> • Goût agréable et bien toléré (mais doit être réfrigérée après reconstitution) • La poudre pour solution buvable doit être protégée de l'humidité excessive et stockée dans des boîtes bien fermées à 25°C (plage des températures tolérées: 15° à 30°C). • Doit être réfrigérée et stockée dans son conteneur d'origine après reconstitution ; toute quantité non utilisée doit être jetée après 30 jours. • Doit être bien agitée avant chaque prise. Gélules: <ul style="list-style-type: none"> • Peuvent être ouvertes et mélangées avec un peu d'eau ou de nourriture (stables en solution pendant 24 heures si réfrigérées). Données pharmacocinétiques: <ul style="list-style-type: none"> • Disponibles pour tous les âges

Annexe D: Formules et dosages antirétroviraux (suite)

ZIDOVUDINE (AZT [ou ZDV])	
Formules	
Sirop: 10 mg/ml Gélules: 100 et 250 mg Comprimés: 300 mg	
Âge (poids), dosage et fréquence	
Dosage cible pour les nourrissons de plus de 6 semaines : voie buccale, 180–240 mg/m ² par dose, deux fois par jour (dose quotidienne totale entre 360 et 480 mg/m ²)	
Dose maximale de 300 mg, deux fois par jour	
Remarque : <ul style="list-style-type: none"> En cas de suspicion d'encéphalopathie chez les enfants, une dose de 240 mg/m² deux fois par jour peut s'avérer plus bénéfique. 	
Autres commentaires	
Généraux : <ul style="list-style-type: none"> À ne pas utiliser avec la stavudine car ces deux médicaments ont des effets antagonistes <i>in vitro</i> et <i>in vivo</i>. Pas de restriction alimentaire À utiliser avec précaution chez les enfants anémiques en raison de suppression de la moelle osseuse possible. 	
Sirop (solution buvable) : <ul style="list-style-type: none"> Conseillé chez les enfants de moins de 8 kg car le dosage précis est difficile avec des gélules chez les enfants plus petits. Stable à température ambiante mais doit être stocké dans un pot en verre et est sensible à la lumière. 	
Gélules : <ul style="list-style-type: none"> Peuvent être ouvertes et saupoudrées dans l'eau ou sur un peu de nourriture avant d'être immédiatement avalées. Stocker entre 15° et 25 °C. 	
Comprimés : <ul style="list-style-type: none"> Stocker entre 15° et 25 °C. Les comprimés de 300 mg sont rarement sécables, mais peuvent être coupés en deux avec un outil disponible à cet effet en pharmacie. Les comprimés peuvent être écrasés et mélangés avec un peu d'eau ou de nourriture avant d'être immédiatement avalés. 	
Données pharmacocinétiques : <ul style="list-style-type: none"> Disponibles pour tous les âges 	

Annexe D: Formules et dosages antirétroviraux (suite)

ABACAVIR (ABC)	
Formules	
Solution buvable: 20 mg/ml Comprimés: 300 mg	
Âge (poids), dosage et fréquence	
Dose cible < 16 ans ou < 37,5 kg: 8 mg/kg/dose deux fois par jour Dose maximum ≥ 16 ans ou ≥ 37,5 kg: 300 mg/dose deux fois par jour Remarque : Les doses en une prise par jour ne sont pas encore approuvées pour les enfants mais des données pharmacocinétiques encourageantes sont désormais disponibles (158).	
Autres commentaires	
Généraux: <ul style="list-style-type: none"> • Les parents doivent être prévenus des réactions d'hypersensibilité potentielles : • L'ABC doit être arrêté de manière permanente en cas d'apparition de réaction d'hypersensibilité. • Pas de restriction alimentaire Comprimés: <ul style="list-style-type: none"> • Ils peuvent être écrasés et mélangés avec un peu d'eau ou de nourriture et avalés immédiatement. • Stockage à température ambiante entre 20° et 25°C Solution buvable: <ul style="list-style-type: none"> • Stockage à température ambiante entre 20° et 25°C; peut être réfrigérée Données pharmacocinétiques: <ul style="list-style-type: none"> • Disponibles pour les enfants âgés de plus de 3 mois (cf. commentaire ci-dessus) 	

Annexe D: Formules et dosages antirétroviraux (suite)

DIDANOSINE (ddl [didéoxynosine])
Formules
<p>Solution buvable eau/poudre pédiatrique : 10 mg/ml (dans de nombreux pays, doit être préparée avec un supplément d'antiacide)</p> <p>Comprimés à mâcher: 25, 50, 100, 150, 200 mg</p> <p>Gélules de granules entéro-solubles: 125, 200, 250, 400 mg (conseillées mais pas encore disponibles à grande échelle)</p>
Âge (poids), dosage et fréquence
<p>Dose à moins de 3 mois : 50 mg/m²/dose deux fois par jour</p> <p>Dose entre 3 mois et 13 ans : 90-120 mg/m²/dose deux fois par jour</p> <p>Dose maximum à partir de 13 ans ou pour plus de 60 kg: 200 mg/dose deux fois par jour ou 400 mg en une prise par jour</p>
Autres commentaires
<p>Généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La ddl se dégrade rapidement sauf si elle est administrée en formule entéro-soluble ou combinée à des tampons ou des antiacides. • Chez les enfants, cet effet peut être moins marqué et la ddl ne doit pas forcément toujours être administrée à jeun. <p>Suspension buvable :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas facile à utiliser et doit être évitée si possible. • Doit être conservée au réfrigérateur ; stable pendant 30 jours ; doit être bien agitée. <p>Comprimés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au moins deux comprimés à dosage identique doivent être administrés en même temps pour un effet tampon adéquat (p. ex. si la dose convenant à l'enfant est de 50 mg, il doit prendre deux comprimés de 25 mg au lieu d'un de 50 mg). • Les comprimés de ddl doivent être mâchés, écrasés ou fondus dans de l'eau ou du jus de pomme clair avant d'être avalés. • Ils ne doivent pas être avalés entiers. <p>Gélules de granules entéro-solubles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peuvent être ouvertes et saupoudrées sur un peu de nourriture. <p>Données pharmacocinétiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibles pour tous les âges

Annexe D: Formules et dosages antirétroviraux (suite)

EFAVIRENZ (EFV)	
Formules	
Sirop:	30 mg/ml (Remarque : comme le sirop a une biodisponibilité plus faible, il est conseillé de multiplier la formulation solide par 1,3 pour obtenir une dose équivalente)
Gélules:	50, 100, 200 mg
Comprimés:	600 mg
Âge (poids), dosage et fréquence	
Dosage cible:	19,5 mg/kg/jour (sirop) ou 15 mg/kg/jour (gélules/comprimés) Pour les poids supérieurs à 40 kg, 600 mg en une seule prise quotidienne
Autres commentaires	
Généraux: <ul style="list-style-type: none"> • Stockage à 25 °C (plage des températures tolérées : 15° à 30°C) • L'EFV peut être administré avec de la nourriture, mais dans ce cas, surtout avec des repas contenant beaucoup de graisses, le taux d'absorption augmente en moyenne de 50 %. • Il est conseillé de donner l'EFV le soir avant le coucher afin de réduire les effets secondaires sur le SNC, surtout pendant les deux premières semaines. Gélules: <ul style="list-style-type: none"> • Peuvent être ouvertes et ajoutées à une petite quantité de liquide ou de nourriture ; pour masquer leur goût très poivré, elles peuvent être mélangées à des aliments sucrés. Données pharmacocinétiques: <ul style="list-style-type: none"> • Disponibles pour les enfants de plus de 3 ans ou pesant plus de 10 kg. 	

Annexe D: Formules et dosages antirétroviraux (suite)

NÉVIRAPINE (NVP)	
Formules	
Suspension buvable : 10 mg/ml Comprimés : 200 mg	
Âge (poids), dosage et fréquence	
<p>Dosage cible d'entretien : 160–200 mg/m² de surface corporelle jusqu'à un maximum de 200 mg deux fois par jour.</p> <p>Si le poids du nourrisson n'est pas disponible, administrer 0,6 ml en suspension buvable.</p> <p>Considérations spéciales relatives au dosage :</p> <p>a) Dose inductrice : une prise par jour pendant les 14 premiers jours ; il s'agit généralement de la moitié de la dose quotidienne d'entretien donnée en une prise par jour, sauf lorsque la dose d'entretien est divisée inégalement entre le matin et le soir.</p> <p>b) Dose d'entretien : la dose cible est 160–200 mg/m², deux fois par jour.</p> <p>c) Pour les enfants pesant entre 14 et 24,9 kg, la dose conseillée est de 1 comprimé le matin et ½ comprimé le soir. En raison de la période de demi-vie prolongée de la névirapine, la fluctuation de l'exposition médicamenteuse associée à cette posologie est acceptable.</p> <p>d) En cas d'apparition d'une légère éruption cutanée pendant les 14 premiers jours du dosage inducteur, poursuivre la prise en une fois par jour et n'augmenter qu'une fois que l'éruption a disparu et que la dose est bien tolérée. En cas d'éruption cutanée importante (surtout si elle est accompagnée de fièvre, de cloques ou d'ulcération des muqueuses), interrompre définitivement l'usage de ce médicament.</p>	
Autres commentaires	
<p>Généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les parents doivent être prévenus de la possibilité d'éruption cutanée grave, voire mortelle, pendant les 14 premiers jours. La dose inductrice quotidienne unique est employée pour réduire l'apparition des éruptions cutanées chez les adultes. • Interactions médicamenteuses : éviter la névirapine en cas d'administration concomitante de rifampicine (<i>cf.</i> section XVII). • Peut être administrée sans se soucier des repas. • Stockage à 25°C (plage des températures tolérées de 15° à 30°C) <p>Suspension buvable :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doit être bien agitée. <p>Comprimés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sont sécables et peuvent être divisés en deux parties égales pour obtenir une dose de 100 mg ; peuvent être écrasés et mélangés à une petite quantité d'eau ou de nourriture avant d'être immédiatement administrés. <p>Données pharmacocinétiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibles pour tous les âges 	

Annexe D: Formules et dosages antirétroviraux (suite)

SAQUINAVIR (SQV)	
Formules	
Gélules:	Capsules de gélatine dures: 200 mg Capsules gélatineuses molles: supprimées
Comprimés:	500 mg
Âge (poids), dosage et fréquence	
Non agréé pour les enfants de moins de 16 ans ou pesant moins de 25 kg Les études sur les capsules de gélatine dures indiquent une posologie de 33 mg/kg trois fois par jour. Capsules gélatineuses molles: 1,2 g, trois fois par jour, avec du ritonavir chez les patients de plus de 16 ans	
Autres commentaires	
Généraux : <ul style="list-style-type: none"> • Ne doit pas être administré en tant qu'unique inhibiteur de protéase. • Doit être pris avec de la nourriture afin d'améliorer son absorption ; il est conseillé de prendre ce médicament dans les deux heures suivant un repas. Stockage : <ul style="list-style-type: none"> • Les capsules de gélatine dures n'ont pas besoin d'être réfrigérées. • Les capsules gélatineuses molles doivent être conservées au réfrigérateur Données pharmacocinétiques: <ul style="list-style-type: none"> • Les données d'innocuité et d'efficacité n'ont pas encore été clairement établies chez les jeunes enfants. 	

Annexe D: Formules et dosages antirétroviraux (suite)

NELFINAVIR (NFV)
Formules
Poudre pour suspension buvable: 50 mg par cuiller de 1,25 ml (200 mg par cuillère rase de 5 ml)
Comprimés : 250, 625 mg
Âge (poids), dosage et fréquence
<p><10 kg: la dose indiquée vise à fournir une dose de ~75 mg/kg/dose deux fois par jour (ou 150 mg/kg par jour en deux prises) comme celle utilisée par certains médecin traitants pour les enfants de moins d'un an.</p> <p>≥ 10 à 19,9 kg : la dose indiquée vise à fournir une dose de ~60 mg/kg/dose deux fois par jour.</p> <p>≥ 20 kg: dose maximale recommandée de 1250 mg, deux fois par jour</p>
Autres commentaires
<p>Généraux:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les doses pour les enfants de moins de 2 ans ne sont pas établies avec précision. • La poudre et les comprimés peuvent être conservés à température ambiante. • À prendre avec de la nourriture pour améliorer l'absorption. • Interactions médicamenteuses (beaucoup moins que les inhibiteurs de protéase contenant du ritonavir) <p>Poudre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sucrée, légèrement amère mais granuleuse et difficile à dissoudre • Possibilité de la mélanger dans de l'eau, du lait, du lait maternisé, du pudding, etc. et stable pendant 6 heures au maximum. • Ne pas utiliser de jus ou de nourritures acides (qui augmenteraient le goût amer). • Technique d'administration compliquée, pas toujours pratique dans les environnements à ressources limitées. • En raison des difficultés associées à la poudre, il est préférable d'utiliser des comprimés écrasés (même pour les nourrissons) si la dose correcte peut être administrée. <p>Comprimés:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peuvent être coupés en deux ou écrasés et mélangés à de l'eau ou un peu de nourriture avant d'être immédiatement ingérés. <p>Données pharmacocinétiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibles pour tous les âges • Néanmoins, la variabilité pharmacocinétique est importante chez les nourrissons, et de très fortes doses sont exigées de moins d'un an.

Annexe D: Formules et dosages antirétroviraux (suite)

LOPINAVIR/RITONAVIR (LPV/r) (co formulation)	
Formules	
Solution buvable : 80 mg/ml de lopinavir plus 20 mg/ml de ritonavir Comprimés: 200 mg de lopinavir + 50 mg de ritonavir Dose maximale: 400 mg de lopinavir + 100 mg de ritonavir	
Âge (poids), dosage et fréquence	
Doses cibles de lopinavir : 5-7,9 kg : 16 mg/kg 8-9,9 kg : 14 mg/kg 10-13,9 kg : 12 mg/kg 14-39,9 kg : 10 mg/kg Doses cibles de ritonavir : 7-15 kg : 3 mg/kg 15-40 kg : 2,5 mg/kg	
Autres commentaires	
Généraux: <ul style="list-style-type: none"> • Doit être pris avec de la nourriture. • La solution buvable et les gélules doivent être de préférence réfrigérées ; elles peuvent cependant être conservées à température ambiante jusqu'à 25°C pendant deux mois ; à plus de 25°C, le médicament se dégrade plus rapidement. • De nombreuses interactions entre médicaments car le RTV inhibe le cytochrome P450. Solutions buvables : <ul style="list-style-type: none"> • Volume minime faible mais goût amer Gélules : <ul style="list-style-type: none"> • Grosses • Ne doivent pas être écrasées ni ouvertes. Comprimés : <ul style="list-style-type: none"> • Pas de restriction alimentaire même si la biodisponibilité est augmentée lors de l'administration concomitante avec de la nourriture. • Non sécables Données pharmacocinétiques : <ul style="list-style-type: none"> • Disponibles chez les enfants de 6 mois ou plus 	

Annexe D: Formules et dosages antirétroviraux (suite)

RITONAVIR (RTV)
Formules
Capsules gélatineuses molles: 100 mg Liquide: 600 mg de ritonavir pour 7,5 ml (80 mg/ml)
Âge (poids), dosage et fréquence
<p>< 2 ans: non établi</p> <p>≥ 2 à 16 ans: 400 mg/m² de surface corporelle deux fois par jour par voie buccale, avec un maximum de 600 mg deux fois par jour</p> <ul style="list-style-type: none"> • Commencer à 250 mg/m² et augmenter à intervalles de 2 à 3 jours par incréments de 50 mg/m² deux fois par jour pour réduire les effets indésirables. • Le plus haut dosage toléré peut être utilisé en traitement d'entretien en combinaison avec d'autres IP.
Autres commentaires
<p>Généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne doit pas être pris comme inhibiteur de protéase unique et doit être utilisé en combinaison avec d'autres agents antirétroviraux. • Profil d'effets indésirables observés pendant les essais cliniques et durant son utilisation sous prescription identique à celui des adultes. • Évaluation en cours via essais cliniques chez les enfants. • Le liquide doit être conservé entre 20 et 25°C dans son flacon d'origine. • Le liquide a un mauvais goût et l'excipient est à base d'alcool. • Doit être pris avec de la nourriture. • Le liquide peut être avalé seul ou mélangé à du lait ou de la nourriture mais ne doit pas être mélangé avec d'autres liquides. • De nombreuses interactions avec d'autres médicaments car le RTV inhibe le cytochrome P450. <p>Données pharmacocinétiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'innocuité, l'efficacité et le dosage en pédiatrie ne sont pas encore bien établis.

ANNEXE E: CLASSIFICATION SUIVANT LEUR SEVERITE DES TOXICITES BIOLOGIQUES ET CLINIQUES SELECTIVES COURAMMENT OBSERVEES CHEZ LES ENFANTS SOUS TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

Paramètre	Léger	Modéré	Grave	Grave, voire mortel
Conseils d'ordre général sur l'évaluation du degré de gravité				
Caractérisation des symptômes et conseils généraux au sujet de leur approche.	Symptômes n'interférant nullement ou interférant très peu avec les activités sociales et fonctionnelles habituelles ^a : aucun traitement requis ; à surveiller.	Symptômes interférant quelque peu avec les activités sociales et fonctionnelles habituelles ^a : surveillance et intervention minimale possible.	Symptômes incompatibles avec les activités sociales et fonctionnelles habituelles : traitement médical exigé et éventuellement hospitalisation.	Symptômes empêchant de s'occuper de soi-même ^c : intervention médicale ou opératoire exigée afin d'éviter des handicaps permanents, des déficiences persistantes ou la mort.
Plaquettes	<100 000– 125 000/ mm ³ 10 x 10 ⁵ –<12,5 x 10 ⁴ /l	<50 000- 100 000/ mm ³ 50x10 ³ – <100x10 ³ /l	<25 000-50 000/mm ³ <25 x 10 ³ –<50 x 10 ³ /l	<25 000/ mm ³ <25 x 10 ³ /l ou hémorragie
Effets gastro-intestinaux (cliniques)				
Diarrhée				
≥1 an d'âge	Épisodes passagers ou intermittents de selles mal formées OU augmentation de ≤3 fois des selles par jour par rapport à la normale.	Épisodes persistants de selles mal formées à aqueuses OU augmentation de 4 à 6 fois des selles par jour par rapport à la normale.	Diarrhée hémorragique OU augmentation de ≥7 fois des selles par jour OU remplacement liquidien intraveineux indiqué.	Conséquences mortelles (p. ex. choc hypovolemique).
<1 an d'âge	Selles liquides (plus uniformes que d'habitude) mais quantité habituelle.	Selles liquides en quantité supérieure OU légère déshydratation.	Selles liquides avec déshydratation modérée.	Selles liquides provoquant une grave déshydratation avec indication de réhydratation agressive OU choc hypovolemique.
Nausées	Nausées passagères (<24 heures) ou intermittentes n'interférant aucunement ou interférant très peu avec l'absorption orale.	Nausée persistante provoquant une réduction de l'absorption orale pendant 24 à 48 heures.	Nausée persistante provoquant une absorption orale minimale pendant plus de 48 heures OU indication de réhydratation agressive (p. ex. liquides intraveineux).	Nausée avec une absorption orale nulle ou minimale et déshydratation avec indication de réhydratation agressive.
Pancréatite	Non applicable	Symptomatique ET hospitalisation non indiquée (autre que pour traitement d'urgence).	Symptomatique ET hospitalisation non indiquée (autre que pour traitement d'urgence).	Conséquences mortelles (p.ex. défaillance circulatoire, hémorragie, septicémie).
Vomissements	Vomissements passagers ou intermittents n'interférant aucunement ou interférant très peu avec l'absorption orale.	Épisodes fréquents de vomissements sans déshydratation ou avec faible déshydratation.	Vomissements persistants provoquant une hypotension orthostatique OU réhydratation agressive indiquée (p. ex. liquides intraveineux).	Conséquences mortelles (p. ex. choc hypovolemique).

Annexe E: Classification suivant leur sévérité des toxicités biologiques et cliniques sélectives couramment observées chez les enfants sous traitement antirétroviral (suite)

Paramètre	Léger	Modéré	Grave	Grave, voire mortel
Effets allergiques et dermatologiques				
Réaction allergique systémique aiguë	Urticaire localisée (papules) durant quelques heures	Urticaire localisé avec indication d'intervention médicale OU œdème de Quincke léger.	Urticaire généralisé OU œdème de Quincke avec indication d'intervention médicale OU légers bronchospasmes symptomatiques.	Anaphylaxie aiguë OU bronchospasmes ou œdème de la glotte mortels.
Réaction cutanée, irritation	eruption maculaire localisée	eruption maculaire, maculopapulaire ou morbilliforme diffuse OU lésions cibles.	eruption maculaire, maculopapulaire ou morbilliforme diffuse avec vésicules ou une quantité limitée de phlyctènes OU ulcérations superficielles de muqueuses limitées à un seul site.	Lésions bulleuses étendues ou généralisées OU syndrome de Stevens-Johnson OU ulcération de muqueuses au niveau d'au moins deux sites distincts OU nécrolyse épidermique toxique (syndrome de Lyell).
Effets neurologiques				
Modification de la personnalité, du comportement ou de l'humeur ^b	Modifications n'interférant nullement ou interférant très peu avec les activités sociales et fonctionnelles habituelles ^a .	Modifications interférant quelque peu avec les activités sociales et fonctionnelles habituelles ^a .	Modifications entraînant l'incapacité de poursuivre les activités sociales et fonctionnelles habituelles ^a ET indication d'intervention.	Comportement potentiellement dangereux pour soi ou autrui OU conséquences mortelles.
Altération de l'état mental	Altérations n'interférant nullement ou interférant très peu avec les activités sociales et fonctionnelles habituelles ^a .	Légère léthargie ou somnolence interférant quelque peu avec les activités sociales et fonctionnelles habituelles ^a .	Apparition de confusion, de troubles de la mémoire, de léthargie ou de somnolence entraînant l'incapacité de poursuivre les activités sociales et fonctionnelles habituelles ^b .	Apparition de délire, d'obnubilation ou de coma.
Faiblesse neuromusculaire (y compris myopathie et neuropathie)	Asymptomatique avec baisse de la force à l'examen OU faiblesse musculaire minimale n'interférant nullement ou interférant très peu avec les activités sociales et fonctionnelles habituelles ^b .	Faiblesse musculaire interférant quelque peu avec les activités sociales et fonctionnelles habituelles ^b .	Faiblesse musculaire entraînant l'incapacité de poursuivre les activités sociales et fonctionnelles habituelles ^b .	Faiblesse musculaire handicapante entraînant l'incapacité de s'occuper de soi-même OU faiblesse musculaire respiratoire gênant la respiration.

Annexe E: Classification suivant leur sévérité des toxicités biologiques et cliniques sélectives couramment observées chez les enfants sous traitement antirétroviral (suite)

Paramètre	Léger	Modéré	Grave	Grave, voire mortel
Effets neurologiques				
Altération neurosensorielle (y compris neuropathie douloureuse)	Asymptomatique avec altération sensorielle à l'examen OU parasthésie minimale n'interférant nullement ou interférant très peu avec les activités sociales et fonctionnelles habituelles.	Altération sensorielle ou parasthésie interférant quelque peu avec les activités sociales et fonctionnelles habituelles.	Altération sensorielle ou parasthésie entraînant une incapacité de poursuivre les activités sociales et fonctionnelles habituelles.	Altération sensorielle ou parasthésie handicapantes entraînant l'incapacité de s'occuper de soi-même ^c .
Lactate	<2,0 x normale supérieure de l'institution sans acidose	≥2,0 x normale supérieure de l'institution sans acidose	Lactate accru avec pH <7,3 sans conséquences mortelles ou problème connexe.	Lactate accru avec pH <7,3 avec conséquences mortelles (p. ex. problèmes neurologiques, coma) ou problème connexe.
Triglycérides (à jeun)	Non applicable	500 – <751 mg/dl 5,65 – <8,49 mmol/l	751 – 1200 mg/dl 8,49 – 13,56 mmol/l	>1200 mg/dl >13,56 mmol/l
Source : Adapté de <i>Division of AIDS, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Table for grading the severity of adult and paediatric adverse events</i> , Bethesda, Maryland, USA ; décembre 2004. a. Ces valeurs sont fournies pour les enfants en général, sauf pour les groupes d'âges éventuellement spécifiés. b. Les activités sociales et fonctionnelles habituelles des jeunes enfants incluent celles normales pour leur âge et leur culture (p. ex. interactions sociales, activités ludiques, apprentissage). c. Activités appropriées pour l'âge et la culture (p. ex. se nourrir avec le type de couvert utilisé par sa culture, marcher ou se servir de ses mains).				

Adapté du manuel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. Pages 68–72. August 2006.

ANNEXE F : TOXICITES SPECIFIQUES ET GRAVES CHEZ LES NOURRISSONS ET LES ENFANTS ASSOCIEES AUX ANTIRETROVIRAUX DE PREMIERE LIGNE : SUBSTITUTIONS POSSIBLES DE MEDICAMENTS DE PREMIERE LIGNE

Médicament ARV de première ligne ^a	Toxicité considérable la plus fréquente du médicament ARV	Substitution suggérée pour le médicament ARV de première ligne
ABC	Réaction d'hypersensibilité	AZT
AZT	Anémie ou neutropénie ^b graves	d4T ou ABC
	Acidose lactique	ABC
	Intolérance gastro-intestinale grave ^c	d4T ou ABC
d4T	Acidose lactique	ABC ^d
	Neuropathie périphérique Pancréatite Syndrome métabolique/Lipoatrophie ^e	AZT ou ABC ^f
EFV	Neurotoxicité grave et persistante ^g Tératogénicité potentielle (adolescentes en premier trimestre de grossesse ou en âge de procréer et sans moyen de contraception adéquat)	NVP
NVP	Hépatite symptomatique aiguë ^h	EFV ⁱ
	Réaction d'hypersensibilité Irritation grave ou mortelle (syndrome de Stevens-Johnson) ^j	Substitution conseillée de la NVP par : • un troisième INTI (inconvenient : risque d'être moins puissant) ou • IP (inconvenient : début de classe prématuré souvent réservé aux traitements de seconde ligne) ^k

Adapté du manuel de l'OMS *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. p. 41. Mai 2006.

Remarque: la pancréatite associée au 3TC/FTC a été signalée chez les adultes mais est considérée comme très rare chez les enfants.

a) Éliminez la possibilité de la malaria dans les zones endémiques.

b) Définie comme anomalie hématologique grave qui peut être mortelle et qui est réfractaire à la thérapie standard.

c) Définie comme intolérance gastro-intestinale réfractaire grave qui empêche l'inprise en charge du traitement aux médicaments ARV (p. ex. nausées et vomissements persistants).

d) L'ABC est conseillé dans ce cas ; mais s'il n'est pas disponible, l'AZT peut être utilisé.

e) La substitution de la d4T n'inverse normalement pas la lipoatrophie.

f) Chez les enfants, l'ABC ou l'AZT peuvent être considérés comme une autre possibilité.

g) Définie comme toxicité grave pour le système nerveux central, p. ex. hallucinations ou psychose persistantes.

h) P. ex. l'hépatotoxicité symptomatique associée à la NVP est très rare chez les enfants infectés par le VIH avant l'adolescence.

i) L'EFV n'est pas actuellement recommandé pour les enfants de moins de 3 ans ou pesant moins de 10 kg, et ne doit pas être prescrit aux adolescentes post pubères pendant le premier trimestre de grossesse ou qui sont actives sur le plan sexuel et n'utilisent pas de moyen de contraception adéquat.

j) L'irritation grave est définie par une irritation étendue avec desquamation, œdème de Quincke ou une réaction ressemblant à la maladie du sérum; ou par une irritation avec problèmes constitutionnels tels que de la fièvre, des aphtes buccaux, des cloques, un œdème facial, de la conjonctivite ; le syndrome de Stevens-Johnson peut être mortel. En cas d'irritation mortelle, la plupart des médecins traitants ne substituent pas par l'EFV en raison du risque de toxicité spécifique de la classe INNTI.

k) L'introduction prématurée de la classe IP de médicaments dans les traitements de première ligne entraîne une limitation du choix des médicaments en cas d'échec du traitement.

ANNEXE G : ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS (ARV) AUX NOURRISSONS ET AUX ENFANTS : SUGGESTIONS PRATIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE

Préparation des médicaments quotidiens

- Montrer au parent ou au gardien, parfois même à l'enfant suivant l'âge, comment préparer les doses; il s'agit d'un aspect principal des soins pédiatriques.
 - Mettre l'accent sur l'importance de prévoir assez de temps pour préparer les doses, surtout pendant les premières semaines du traitement.
 - Expliquer qu'il est plus facile de donner les médicaments *tous les jours à la même heure*.

Conservation des médicaments

- Recommander de placer les médicaments dans un endroit frais et à l'abri de la lumière directe du soleil.
- Insister sur le fait qu'ils doivent être placés hors de portée des enfants.
- Dire au parent ou gardien de ne jamais parler d'un médicament comme s'il s'agit d'un bonbon!

Amélioration du goût des médicaments

- Tous les médicaments n'ont pas forcément mauvais goût, mais si c'est le cas, il est extrêmement difficile de les faire accepter aux enfants.
- Assurer à l'enfant et au parent ou gardien que le goût peut être partiellement ou complètement masqué.
- Recommander le mélange des médicaments avec de petites quantités de jus de fruits ou de lait, si disponibles, ou en donnant quelques gorgées à boire avant et après le médicament.

Réduction ou élimination des nausées

- Il est important de demander si les médicaments donnent la nausée car cela risque de représenter un obstacle important à l'adhérence au traitement.
- Si les médicaments donnent la nausée à l'enfant, les interventions suivantes peuvent s'avérer utiles.
- Offrir à l'enfant un petit repas à base d'aliments neutres (céréales, biscuits, pain). Administrer le médicament peu après.
- Administrer les gélules et les comprimés avec juste assez d'eau ou de boisson pour les avaler. (Les enfants ont tendance à boire beaucoup plus d'eau qu'il n'est nécessaire ce qui entraîne souvent des vomissements.)

Rassurer le parent ou gardien en lui expliquant que la nausée est souvent temporaire et disparaît lorsque l'enfant « s'habitue » au médicament.

**ANNEXE H: TOXICITES AIGUËS ET CHRONIQUES DES ARV, NECESSITANT
EVENTUELLEMENT UN CHANGEMENT DE TRAITEMENT : PRESENTATION CLINIQUE,
ANOMALIES BIOLOGIQUES***

Manifestations cliniques possibles (médicament[s] ARV le[s] plus courant[s] associé[s] à la toxicité)	Anomalies biologiques possibles ^a	Implications pour le traitement antirétroviral
Effets indésirables aigus graves		
Hépatite symptomatique aiguë (classe des INNTI: surtout la NVP, plus rarement l'EFV; classe des INTI ou des IP)		
<ul style="list-style-type: none"> Jaunisse Hépatomégale Symptômes gastrointestinaux Fatigue, anorexie Manifestations d'hypersensibilité possibles (irritation, fièvre, symptômes systémiques), surtout dans les 6 à 8 semaines Possibilité d'acidose lactique associée (<i>cf.</i> ci-dessous) secondaire au médicament INTI 	<ul style="list-style-type: none"> Transaminases élevées Bilirubine élevée 	<ul style="list-style-type: none"> Arrêter tous les ARV jusqu'à la disparition des symptômes. Si possible, surveillez les transaminases et la bilirubine. En cas d'utilisation de NVP, elle ne doit PAS être réadministrée au patient ultérieurement. Une fois les symptômes résolus : <ul style="list-style-type: none"> – Réintroduire le traitement ARV en remplaçant par un autre ARV (obligatoire en cas de traitement à base de NVP); OU – Réintroduire le traitement ARV en observant les doses; si les symptômes apparaissent à nouveau, remplacer par un autre ARV^b.
Pancréatite aiguë (classe des INTI, surtout la d4T et la ddl, et plus rarement la 3TC)		
<ul style="list-style-type: none"> Nausées et vomissements graves Douleurs abdominales graves Possibilité d'acidose lactique associée (<i>cf.</i> ci-dessous) 	<ul style="list-style-type: none"> Amylase pancréatique élevée Lipase élevée 	<ul style="list-style-type: none"> Arrêter tous les ARV jusqu'à la disparition des symptômes. Si possible, surveiller le taux sanguin de lipase et l'amylase pancréatiques. Lorsque les symptômes ont disparu, réinstaurer le traitement ARV avec un autre INTI, de préférence sans toxicité pancréatique^b.
Réaction hypersensible (ABC ou NVP)		
<ul style="list-style-type: none"> ABC : Combinaison d'apparition aiguë de symptômes respiratoires et gastro-intestinaux après le début de l'ABC, y compris fièvre, fatigue, myalgie, nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, pharyngite, toux, dyspnée ; pas forcément d'éruptions cutanées (souvent légères) ; augmentation progressive des symptômes peu après l'administration de la dose d'ABC ; se produit souvent dans les 6 à 8 premières semaines. NVP: Symptômes systémiques de fièvre, de myalgie, d'arthralgie, d'hépatite, avec ou sans éruption cutanée. 	<ul style="list-style-type: none"> Transaminases élevées Taux de polynucléaires éosinophiles élevé 	<ul style="list-style-type: none"> Arrêter immédiatement tous les ARV jusqu'à la disparition des symptômes. La NVP et l'ABC ne doivent PAS être réadministrés au patient ultérieurement. Lorsque les symptômes ont disparu, recommencer le traitement ARV avec un autre ARV à la place de l'ABC ou de la NVP^b.

* D'autres raisons pour expliquer la toxicité doivent être exclues avant de conclure que les effets proviennent du médicament ARV. Ce tableau aborde la prise en charge du traitement ARV mais n'indique pas comment gérer en détail la toxicité clinique.

Annexe H: Toxicités aiguës et chroniques des ARV, nécessitant éventuellement un changement de traitement: présentation clinique, anomalies biologiques (suite)

Manifestations cliniques possibles (médicament[s] ARV le[s] plus courant[s] associé[s] à la toxicité)	Anomalies biologiques possibles ^a	Implications pour le traitement antirétroviral
Acidose lactique (classe INTI, surtout la d4T)		
<ul style="list-style-type: none"> État de fatigue et de faiblesse généralisé Problèmes gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, hépatomégalie, anorexie, faible prise de poids et/ou perte de poids soudaine inexpliquée) Possibilité d'une hépatite ou d'une pancréatite (cf. ci-dessus) Problèmes respiratoires (tachypnée et dyspnée) Symptômes neurologiques (y compris troubles moteurs) 	<ul style="list-style-type: none"> Trou anionique accru Acidose lactique Aminotransférase élevée CPK élevée LDH élevée 	<ul style="list-style-type: none"> Arrêtez les ARV jusqu'à la disparition des symptômes. Les symptômes associés à l'acidose lactique peuvent se poursuivre ou empirer malgré l'arrêt du traitement ARV. Lorsque les symptômes ont disparu, réintroduire le traitement ARV avec un autre INTI dont le risque de toxicité mitochondriale est moins élevé (p. ex. ABC ou AZT)^b.
Éruption cutanée importante / Syndrome de Stevens-Johnson (classe des INNTI, surtout la NVP, moins courant avec l'EFV)		
<ul style="list-style-type: none"> Éruption cutanée se produisant souvent pendant les 6 à 8 premières semaines de traitement <i>Éruption légère à modérée</i> : érythémateuse, maculopapulaire, confluente, le plus souvent sur le corps et les bras, sans symptômes systémiques. <i>Éruption cutanée importante</i> : Éruption étendue avec œdème de Quincke et desquamation humide, ou réaction de type du sérum, ou éruption cutanée avec problèmes constitutionnels comme fièvre, lésions buccales, cloques, œdème facial, conjonctivite Syndrome de Stevens-Johnson ou nécrolyse épidermique toxique mortels 	<ul style="list-style-type: none"> Aminotransférase élevée 	<ul style="list-style-type: none"> En cas d'éruption légère ou modérée, le traitement ARV peut continuer sans interruption mais sous étroite surveillance, en conservant la dose d'induction jusqu'à la disparition du problème, puis en l'augmentant afin d'obtenir la dose d'entretien uniquement une fois le médicament toléré. En cas d'éruption grave, voire mortelle, arrêter tous les ARV jusqu'à disparition des symptômes. La NVP ne doit PAS être réadministrée au patient ultérieurement. Lorsque les symptômes ont disparu, recommencer le traitement ARV avec un autre ARV à la place de la NVP (remarque : la plupart des experts ne passeraient pas à un autre médicament INNTI en cas de syndrome de Stevens-Johnson grave ou mortel avec la NVP)^b
Anémie grave et mortelle (AZT)		
<ul style="list-style-type: none"> Tachycardie, pâleur extrême Fatigue importante Insuffisance cardiaque globale 	<ul style="list-style-type: none"> Faible taux d'hémoglobine 	<ul style="list-style-type: none"> En cas d'impossibilité de traitement symptomatique (p. ex. transfusion), arrêter uniquement l'AZT et la remplacer par un autre INTI^b.

Annexe H: Toxicités aiguës et chroniques des ARV, nécessitant éventuellement un changement de traitement : présentation clinique, anomalies biologiques (suite)

Neutropénie grave (AZT)		
<ul style="list-style-type: none"> Septicémie / Infection (rare chez les enfants porteurs du VIH) 	<ul style="list-style-type: none"> Numération des neutrophiles très basse 	<ul style="list-style-type: none"> Arrêter uniquement l'administration de l'AZT et remplacer par un autre INTI (d4T)^b si la numération des neutrophiles est < 500 cellules/mm³
Manifestations cliniques possibles (médicament[s] ARV le[s] plus courant[s] associé[s] à la toxicité)	Anomalies biologiques possibles^a	Implications pour le traitement antirétroviral
Réaction indésirable chronique grave et tardive		
Syndrome métabolique / Lipodystrophie (d4T ; IP)		
<ul style="list-style-type: none"> Accumulation et/ou perte de graisse dans différentes parties du corps : – augmentation des graisses autour de l'abdomen, bosse de bison, hypertrophie des seins – perte de graisse variable au niveau des membres, des fesses et du visage Résistance à l'insuline, y compris diabète mellitus Risque potentiel de maladie coronarienne ultérieure 	<ul style="list-style-type: none"> Hypertriglycémie Hypercholestérolémie Taux de lipoprotéine de haute densité (LHD) bas Hyperglycémie 	<ul style="list-style-type: none"> La substitution de la d4T par de l'ABC ou de l'AZT peut empêcher la progression de la lipoatrophie. La substitution d'un IP par un INNTI peut réduire les anomalies des lipides sanguines.
Neuropathie périphérique grave (d4T, ddl ; plus rarement 3TC)		
<ul style="list-style-type: none"> Douleurs, fourmillements, engourdissements au niveau des mains ou des pieds ; refus de marcher Pertes sensorielles distales Légère faiblesse musculaire et aréflexie possibles 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune 	<ul style="list-style-type: none"> Arrêter uniquement l'INTI suspect et le remplacer par un INTI différent non associé à la neurotoxicité . Les symptômes peuvent prendre plusieurs semaines avant de disparaître.

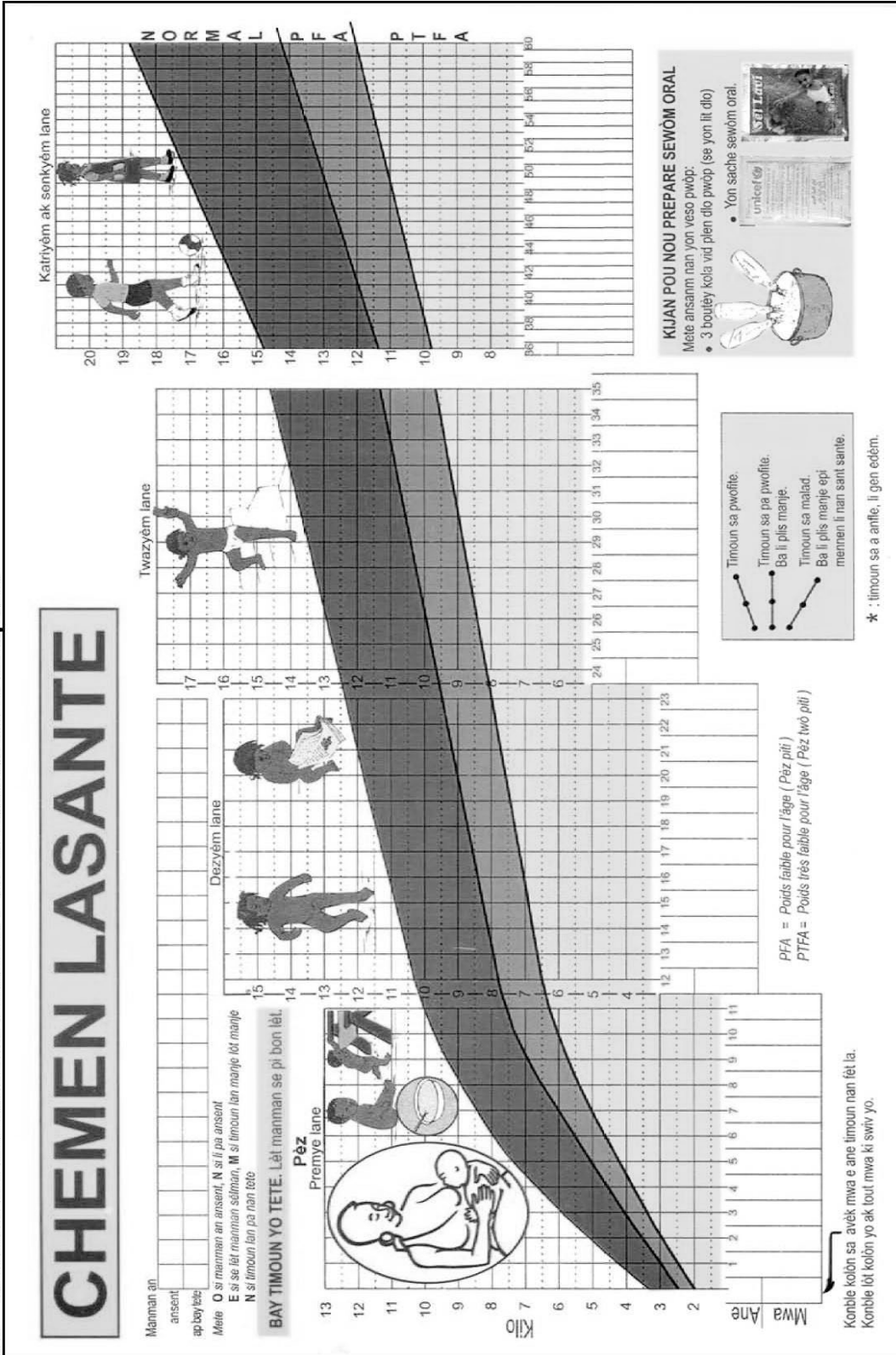
Adapté du manuel de l'OMS *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach.*

Pages 65 - 67. Mai 2006.

^a

Toutes les anomalies biologiques ne sont pas forcément observées.

Annexe I – Courbe de croissance infantile : de la naissance à cinq ans*



*pour une version de cette courbe en pleine couleur voir verso de la couverture

République d'Haïti, Ministère de la Santé publique et de la population. Carte « Chemen Lasante ».

ANNEXE J: RECOMMANDATIONS NATIONALES POUR LA PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION CHEZ LES ADOLESCENTS EN CAS D'AGRESSION SEXUELLE

Scénario I Pour victimes à partir de 14 ans	
Comprimés d'AZT de 300 mg	1 comprimé deux fois par jour
PLUS	
Comprimés de 3TC de 150 mg	1 comprimé deux fois par jour
Durée : 28 jours	
Scénario II Pour victimes de viols collectifs de tous âges	
Comprimés d'AZT de 300 mg	1 comprimé deux fois par jour
PLUS	
Comprimés de 3TC de 150 mg	1 comprimé deux fois par jour
PLUS	
Comprimés d'EFV de 600 mg	1 comprimé une fois par jour
Durée : 28 jours	
Scénario III Pour victimes de moins de 14 ans	
AZT 240 mg/m ² /dose deux fois par jour	Ne pas dépasser 300 mg deux fois par jour
PLUS	
3TC 4 mg/kg/dose deux fois par jour	Ne pas dépasser 150 mg deux fois par jour
Durée : 28 jours	

- Le traitement doit commencer dans les 72 heures suivant l'agression présumée.
- Si la victime a des antécédents d'anémie avec un niveau d'hémoglobine de 7,5 g/dL ou moins, il est recommandé de remplacer l'AZT par du d4T.

Dosage de d4T pour adultes :

- Poids inférieur à 60kg: 30 mg deux fois par jour
- Poids supérieur à 60kg: 40 mg deux fois par jour

Dosage de d4T pour enfants :

- 1 mg/kg/dose deux fois par jour (ne pas dépasser les recommandations de dose pour adultes spécifiées ci-dessus)

Adapté de *Post-exposure prophylaxis recommendations*: Haiti Ministry of Health (MSPP)

Annexe K – Calculs de charge virale et définition d'échec virologique

Copies virales/mL		Modification par rapport à ligne de base hypothétique		
Log10		Log	Pourcentage	Facteur
6	1 000 000	+2	+9 900 %	100
5,7	500 000	+1,7	+4 900 %	50
5,5	300 000	+1,5	+2 900 %	30
5,3	200 000	+1,3	+1 900 %	20
5	100 000	+1	+900 %	10
4,7	50 000	+0,7	+400 %	5
4,5	30 000	+0,5	+200 %	3
4,3	20 000	+0,3	+100 %	2
4	10 000	—	Ligne de base	—
3,7	5 000	-0,3	-50 %	2
3,5	3 000	-0,5	-70 %	3,33
3,3	2 000	-0,7	-80 %	5
3	1 000	-1	-90 %	10
2,7	500	-1,3	-90 %	20
2,5	300	-1,5	-97 %	33,33
2,3	200	-1,7	-98 %	50
2	100	-2	-99 %	100
1	10			
0	0			

↑
AUGMENTATION

↓
RÉDUCTION
NON DÉCELABLE†

Échec virologique : une augmentation considérable et répétée de la charge virale après une réponse substantielle de 0,7 log chez les nourrissons de moins de 2 ans ou < 0,5 log chez les enfants de 2 ans ou plus.

* 10 000 copies/ml est présenté comme la charge virale de base hypothétique pour faciliter la comparaison des augmentations et des diminutions de la charge virale.

ANNEXE L: AIDE AUX PARENTS EN MATIERE DE DIVULGATION DU STATUT SÉROLOGIQUE

« Si j'apprends à mon enfant qu'il est infecté par le VIH, sera-t-il déprimé et perdra-t-il le goût de vivre ? » « Mon enfant m'en voudra-t-il de lui avoir transmis la maladie ? » Les parents ou les personnes s'occupant des enfants peuvent également avoir peur de la discrimination à l'école, ou des questions des enfants au sujet de la mort, la leur ou celle de leurs parents.

Les parents ou substituts parentaux ont souvent de nombreux doutes sur le bien fondé de la révélation à l'enfant de sa séropositivité, et ces hésitations sont bien naturelles. Vous trouverez ci-dessous des réponses aux questions les plus fréquentes sur la divulgation du statut sérologique.

Pourquoi dire à l'enfant qu'il vit avec le VIH ?

Pour aider l'enfant à ne pas se faire d'idées fausses sur sa maladie, pour lui montrer votre confiance et pour l'encourager à partager ses sentiments. Si l'enfant apprend le diagnostic par accident, la personne s'en occupant doit se montrer honnête et lui expliquer le diagnostic. Si elle a besoin d'aide pour l'explication, le médecin traitant doit offrir son assistance.

Qui ?

Il est impératif que les parents de l'enfant et/ou les personnes qui s'occupent de lui participent activement à la révélation du diagnostic. Le médecin traitant doit conseiller les parents avant et les aider à surpasser leurs hésitations. Pour aider à rassurer l'enfant et lui faire comprendre qu'il pourra être soigné, le médecin traitant doit participer activement aux discussions concernant son statut sérologique.

Quand ?

Pendant que l'enfant est jeune, surtout s'il pose des questions sur la maladie. Les parents doivent entamer un dialogue qui sera continu. Il est important de faire comprendre clairement le diagnostic du VIH/sida à un certain point, mais avec un jeune enfant il vaut mieux attendre qu'il comprenne complètement sa signification.

Chez un patient diagnostiqué pendant l'adolescence, il est recommandé au médecin traitant de parler du diagnostic le plus tôt possible. Les adolescents infectés par le VIH et sexuellement actifs doivent être encouragés à utiliser des pratiques sexuelles sans risque, et des préservatifs doivent être offerts et disponibles à la clinique.

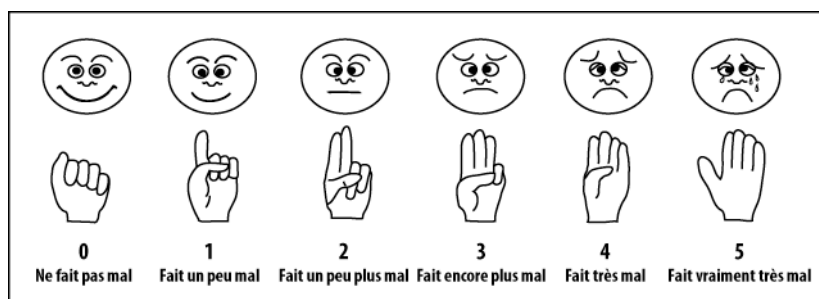
Comment parler du VIH ?

Ou plutôt comment aider l'enfant à en parler ? Après avoir révélé le diagnostic à l'enfant, commencer par *écouter* sa réaction. Lorsque vous répondez à des questions ou expliquez un concept, il convient d'utiliser un langage approprié au niveau de compréhension de l'enfant. Le cas échéant, il est recommandé d'utiliser des outils adaptés à l'âge. Pour vous aider à commencer ce dialogue essentiel sur le VIH, vous pouvez aussi demander aux jeunes enfants de faire des dessins de leurs médicaments ou de leurs visites à la clinique.

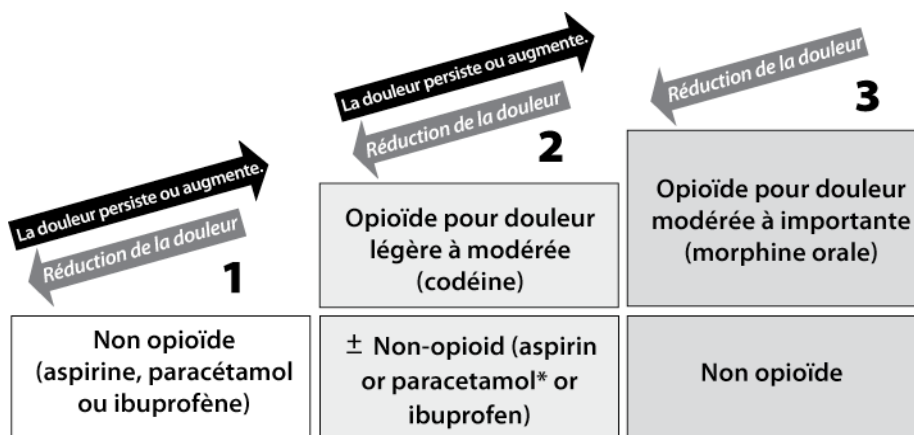
Adaptation de: Lewis S. Commentary on the AAP disclosure of illness status to children with HIV. *APA Public Interest*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.apa.org/pi/aids/lewis.html> Date de l'accès : 31 mars 2006.

Adaptation de: Gerbaud C, Hiffler L, Potet J, Langlois J. Telling a child he or she is HIV+: helping parents to overcome their qualms about disclosure. *Growing Up Info*. Numéro 4, mars 2006. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.sidaction.org/nl/growingupinfo4/Page.htm> Date de l'accès : 31 mars 2006.

ANNEXE M: EVALUATION DE LA DOULEUR A PARTIR D'EXPRESSIONS FACIALES (WONG-BAKER)



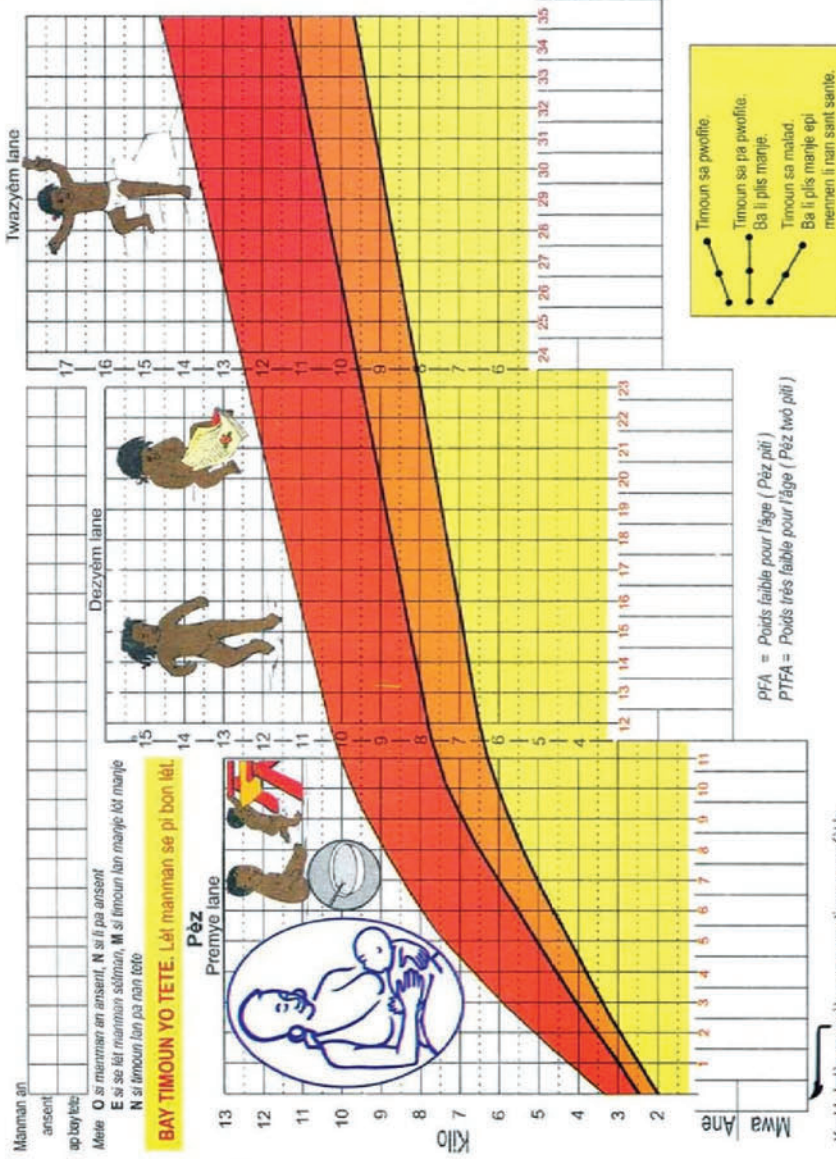
Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., Ahmann, E., DiVito-Thomas, P.A.: Whaley and Wong's Nursing Care of Infants and Children, ed. 6, St. Louis, 1999, p. 2040.

ANNEXE N: ECHELLE DE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR DE L'OMS

Adaptation de : <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>. Date de l'accès : 3 janvier 2006.

Annexe I – Courbe de croissance infantile : de la naissance à cinq ans

CHEMEN LASANTE





RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION



UNITÉ DE CONTRÔLE ET DE COORDINATION
DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA (UCC)



DÉCEMBRE 2006