



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

Table des matières

I.	CRITERES D'ELIGIBILITE	2
1.1.	Patients adultes et patients de plus de 5 ans y compris les femmes enceintes éligibles pour débiter le traitement antirétroviral en Côte d'Ivoire	2
a)	Cas général	2
b)	Cas particuliers	2
1.2.	Chez l'enfant.....	2
II.	TRAITEMENT DE L'INFECTION A VIH CHEZ L'ADULTE ET CHEZ L'ADOLESCENT	3
2.1.	Sérotype VIH 1.....	3
a)	Traitement de première ligne	3
b)	Régimes thérapeutiques de deuxième ligne.....	5
c)	Régimes thérapeutiques de 3èmes lignes (réservé au centre de référence).....	6
2.2.	Sérotype VIH 2 ou VIH dual	6
a)	Régime thérapeutique de première ligne.....	6
b)	Régime thérapeutique de deuxième ligne :	7
III.	TRAITEMENT DE L'INFECTION A VIH CHEZ LA FEMME ENCEINTE	7
3.1.	Femme enceinte éligible, naïve.....	7
IV.	TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL EN CAS DE VIOLENCES SEXUELLES ET D'ACCIDENTS EXPOSITION AU SANG (AES) ET AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES	7
V.	TRAITEMENT DE L'INFECTION A VIH CHEZ L'ENFANT.....	7
5.1.	Sérotype VIH 1.....	7
5.2.	Sérotype VIH 2 ou VIH dual	8

I. CRITERES D'ELIGIBILITE

1.1. Patients adultes et patients de plus de 5 ans y compris les femmes enceintes éligibles pour débiter le traitement antirétroviral en Côte d'Ivoire

a) Cas général

- Patients asymptomatiques (OMS 1, CDC A) ou stades cliniques (OMS 2-3, CDC B) avec $CD4 \leq 350$ cellules/ml ;
- Stades cliniques OMS 4 ou CDC C quelque soit la valeur des CD4.

b) Cas particuliers

b.1 Tuberculose

- Débiter le traitement antirétroviral quelque soit la valeur des lymphocytes CD4,
- Si le patient est infecté par le VIH et développe une tuberculose extra pulmonaire
- Pour toute rechute de tuberculose quel que soit le nombre de CD4 en valeur absolue.
- Si le patient n'est pas sous traitement antituberculeux et si les $CD4 > 200$, le traitement ARV débutera 8 semaines après le traitement antituberculeux.
- Pour les patients ayant un taux de $CD4 < 200$ cellules/ml démarrer le traitement ARV, 2 semaines après le traitement antituberculeux

b.2 Hépatite virale B

Le dépistage de l'hépatite virale B doit être pris en compte dans le bilan initial.

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

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

1.2. Chez l'enfant

- Tout enfant de moins de 2 ans dépisté positif est systématiquement éligible au traitement ARV quel que soit le taux de CD4 et le stade clinique
- Tout enfant dont l'âge est compris entre 2 et 5 ans est éligible au traitement, si le pourcentage des CD4 est $\leq 25\%$ quelque soit le stade clinique OMS,
- Chez l'enfant de plus de 5 ans se conférer aux critères de l'adulte.

II. TRAITEMENT DE L'INFECTION A VIH CHEZ L'ADULTE ET CHEZ L'ADOLESCENT

2.1. Sérotype VIH 1

a) Traitement de première ligne

a.1 Patients sans particularités et naïfs

AZT¹ + 3TC² + NVP³

- Phase initiale (14 premiers jours)

matin	AZT300mg + 3TC150mg +NVP200mg
Soir	AZT300mg + 3TC150mg

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

- Phase d'entretien à partir de j 15

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

NB : contrôle ALAT(TGP) à M1

-Si valeur ALAT normale (VN=Valeur Normale : 10-35 UI/L) continuer la phase d'entretien

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

A partir du 11ème jour, introduire l'EFV en remplacement de la NVP.

Le régime thérapeutique est : AZT+3TC+EFV.

En cas d'intolérance ou de contre indication à la Névirapine et à l'efavirenz. Le schéma de trithérapie à base de 3 INTI est la combinaison de TDF + FTC(ou 3TC) + AZT

¹ AZT : Zidovudine

² 3TC : Lamivudine

³ NVP : Nevirapine

a.2 En cas de coïnfection avec la tuberculose

AZT + 3TC + EFV

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

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

TDF + 3TC(ou FTC) + EFV

Soir	TDF 300mg + 3TC 300mg (ou FTC200mg)+EFV600mg
------	---

a.4 En cas d'anémie*

*Il s'agit d'une anémie de grade 3 selon l'OMS : taux hémoglobine inférieur à 8g /dl (Homme et femmes)

TDF+ 3TC(ou FTC) +EFV

Soir	TDF300mg + 3TC 300mg/FTC 200mg+EFV600mg
------	--

AZT remplacé par le **TDF**⁵

Pour les patients sous TDF :

Clairance de la créatinine selon Cockcroft et Gault

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

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

Si au cours du traitement une anémie avec taux d'hémoglobine inférieur à 8g/dl survient, il faudra remplacer AZT par le TDF

Les patients présentant une anémie et des troubles de la fonction rénale seront référés aux centres de référence de prise en charge VIH.

⁴ EFV : Efavirenz se donne en une prise unique le soir au coucher

⁵ TDF : Tenofovir

b) Régimes thérapeutiques de deuxième ligne

Ce régime est préconisé en cas d'échec thérapeutique. Le moyen diagnostique retenu est l'échec virologique. (Charge virale supérieure à 1000 copies après 2 mesures à 2 mois d'intervalle avec renforcement de l'observance).

Si la combinaison **AZT+3TC** a été utilisée en première ligne en seconde ligne on va utiliser la combinaison **TDF+3TC(ou FTC) et vice versa**.

b.1 Chez les patients sans particularité

TDF + 3TC(ou FTC) +LPV-r

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

b.2 Chez les patients Co-infectés TB/VIH (réservé au centre de référence)

TDF + 3TC (ou FTC) + LPV/r (Lopinavir super boosté par le Ritonavir 200mg)

Matin	LPV (400mg)/r (200 mg)
Soir	TDF (300mg) + 3TC 300mg (ou FTC 200 mg) + LPV (400mg) /r (200mg)

b.3 Chez les patients Co-infectés avec l'hépatite virale B (réservé au centre de référence)

AZT + 3TC+ LPV/r

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

NB : Pour les patients présentant des effets indésirables graves avec le LPVr ; l'alternative sera l'ATVr

c) Régimes thérapeutiques de 3èmes lignes (réservé au centre de référence)

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

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

*Les 2 INTI seront choisis en fonction de l'histoire du malade.
Cette directive est applicable au niveau des centres de référence.

2.2. Sérotype VIH 2 ou VIH dual

a) Régime thérapeutique de première ligne

a.1 Les patients sans particularités

AZT +3TC + LPV/r

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

a.2 En cas de coïnfection avec la tuberculose (Réservé au centre de référence)

AZT +3TC + TDF

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

a.3 En cas de coïnfection avec l'hépatite virale B (réservé au centre de référence)

TDF + 3TC(ou FTC) + LPV/r

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

a.1 En cas d'anémie

TDF + 3TC + LPV/r

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

b) Régime thérapeutique de deuxième ligne :

b.1 les patients sans particularités et autres : centre de référence

III. TRAITEMENT DE L'INFECTION A VIH CHEZ LA FEMME ENCEINTE

3.1. Femme enceinte éligible, naïve

Régime de première ligne

- En cas de VIH1 : AZT + 3TC + NVP
- En cas de VIH2 ou dual : AZT + 3TC +LPV/r

3.2. Femme enceinte issue de la PTME

- AZT + 3TC +LPV/r

IV. TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL EN CAS DE VIOLENCES SEXUELLES ET D'ACCIDENTS EXPOSITION AU SANG (AES) ET AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES

- Pour les adultes : TDF +3TC + LPV/r

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

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

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

V. TRAITEMENT DE L'INFECTION A VIH CHEZ L'ENFANT

5.1. Sérotype VIH 1

a) Régime thérapeutique de 1^{ère} ligne

a.1 Enfants sans particularité

Si âge < 3 ans : AZT + 3TC+ NVP

Si âge ≥ 3ans : AZT + 3TC + EFV

a.2 En cas de tuberculose

Si âge ≥ 3 ans : AZT + 3TC + EFV

Si âge < 3 ans : AZT + 3TC + ABC

a.3 En cas d'anémie

ABC⁶ + 3TC+NVP

a.4 Enfant issue de la PTME

AZT + 3TC +LPV/r

b) Régime thérapeutique de 2ème ligne

ABC + 3TC+ LPV/r

5.2. Sérotype VIH 2 ou VIH dual

a) Régimes thérapeutiques de première ligne

a.1 Enfant sans particularité

AZT + 3TC +LPV/r

a.2 En cas d'anémie

ABC + 3TC+ LPV/r

⁶ ABC : Abacavir