



# **DIRECTIVES NATIONALES PEC ADULTES ET ADOLESCENTS 2015**

**Département de Prise en Charge  
Programme National de Lutte contre le Sida**

# PLAN

I. CONTEXTE

I. CRITERES D'ELIGIBILITE

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

III. CALENDRIER DE SUIVI

# CONTEXTE

- Adoption par le Gouvernement ivoirien de la stratégie d'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement
- Schémas thérapeutiques plus efficaces et plus simples
- Lignes directives sur la base des recommandations OMS 2013-2014
- Intérêt des nouvelles directives :
  - Le caractère préventif du TAR par la mise sous traitement précoce
  - Mise sous TAR systématique des populations clés (HSH, PS et UDI) et des partenaires infectés dans les couples sérodifférents
  - Utilisation d'un seul comprimé d'association d'ARV à dose fixes pour tout adulte et adolescent vivant avec le VIH même en cas de co-infection

# CRITERES D'ELIGIBILITE

Patient séropositif pour le VIH

- $CD4 \leq 500$  cell/mm<sup>3</sup> quelque soit le stade clinique
- Stades cliniques OMS 4 ou CDC C quel que soit la valeur des CD4
- Co-infection ( TB, hépatites sévères)
- Femme enceinte dès le dépistage
- Partenaire VIH + dans les couples sérodifférents quel que soit le taux de CD4
- Populations clés quel que soit le taux de CD4

# TRAITEMENT ARV DE L'INFECTION A VIH CHEZ L'ADULTE ET L'ADOLESCENT

# PROTOCOLE ARV DE PATIENT INFECTÉ PAR LE VIH 1

## Schéma de première ligne

➤ Patients sans particularités :

TENEFOVIR (TDF) + LAMIVUDINE (3TC) + EFAVIRENZ (EFV)

Soir	<b>TDF 300 mg + 3TC 300 mg + EFV 600 mg</b>	1 cp le soir au coucher
Vérifier la clairance de la créatinine selon la formule de Cockcroft et Gault avant le début du traitement		

## Clairance de la créatinine selon la formule de Cockcroft et Gault

- Chez l'homme:  $1,25 \cdot \text{Poids}(\text{kg}) \cdot (140 - \text{age}) / \text{Créatinine}(\mu\text{mol/l})$
- Chez la femme:  $1,04 \cdot \text{Poids}(\text{kg}) \cdot (140 - \text{age}) / \text{Créatinine}(\mu\text{mol/l})$

# PROTOCOLE ARV DE PATIENT INFECTÉ AU VIH 1

## Selon le résultat de la clairance de la Créatinine(CC)

- Si Clairance = 30 à 49 ml/min donner 1 CP de TDF toutes les 48h
- Si Clairance = 10 à 29, ml/min donner 1 CP de TDF toutes les 72 à 96h
- Si insuffisance rénale sévère avec indication d'hémodialyse, diabète ancien ou HTA non contrôlée, ne pas prescrire le TDF mais plutôt **AZT** ou **ABC + 3TC + EFV**
- Si anémie + trouble de la fonction rénale, donner: **ABC + 3TC + EFV**

# PROTOCOLE ARV DE PATIENT INFECTÉ PAR LE VIH1

- **CAS PARTICULIER**

- Si transaminases  $> 2 N$  ou Insuffisance hépatique sévère, remplacer EFV par LPV/r
- Si troubles neuropsychiatriques remplacer EFV par NVP
- Si effets indésirables cutanés graves remplacer EFV par ATV
- Ne pas utiliser EFV si Hypersensibilité au produit



# PROTOCOLE ARV DE PATIENT INFECTÉ PAR LE VIH1

- Patients avec co-infection

- Co-infection TB/VIH

- Débuter le traitement ARV quelque soit la valeur des CD4 si:
  - Tuberculose extra pulmonaire ou pas
  - Rechute de tuberculose
- **Débuter le traitement ARV deux semaines après initiation du traitement antituberculeux quelque soit le taux de CD4**
- Schéma recommandé: **TDF + 3TC + EFV**

**NB:** Si EFV contre indiqué :

- En cas de  $CD4 > 200$  donner **AZT + 3TC + TDF**
- En cas de  $CD4 \leq 200$  donner **TDF + 3TC + LPV/r**

# PROTOCOLE ARV DE PATIENT INFECTÉ PAR LE VIH 1

- **Co infection VIH/VHB**

- Patient VIH/VHB avec  $CD4 < 500$

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

Si  $ALAT > 3N$  : 2 situations

- Si taux de  $CD4 < 200/mm^3$  : Prescrire **TDF + 3TC + LPV/r**
- Si taux de  $CD4 \geq 200/mm^3$ : Prescrire **TDF + 3TC + AZT**

- Patient VIH/VHB avec  $CD4 \geq 500$

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

- **Si  $ALAT \geq 2N$  :**

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

- **Si  $ALAT < 2N$  Ou** Si on obtient une diminution des transaminases de plus de 50% de la valeur de départ à J30,

S'abstenir de mettre le patient sous trithérapie ARV

# PROTOCOLE ARV DE PATIENT INFECTÉ PAR LE VIH 1

## Schéma de deuxième ligne

Préconisé en cas d'échec thérapeutique

- On parle d'échec si:
  - CV > 1000 copies/mm<sup>3</sup> après 6 mois de traitement ARV bien suivi et persistant 3 mois après le renforcement de l'observance
  - Si la charge virale ne baisse pas de plus d'1log 3 mois après renforcement de l'observance

# PROTOCOLE ARV DE PATIENT INFECTÉ PAR LE VIH 1

## Schéma de deuxième ligne

- Patients sans particularité:

**AZT+ 3TC + ATV/r**

- En cas de co-infection VIH/TB

**TDF + 3TC + LPV/r** (LPV super boosté), si contre indication ou intolérance a LPV, utiliser SQV/r super boosté

- En cas de co-infection VHB/VIH:

**TDF + 3TC + LPV/r** (LPV super boosté)

### **NB:**

- En cas d'intolérance à LPV, choisir DRV/r ou SQV/r
- En cas de deuxième ligne chez un patient co-infecté maintenir TDF parmi les INTI

# PROTOCOLE ARV DE PATIENT INFECTÉ PAR LE VIH 1

Tableau montrant le schéma de deuxième ligne en fonction de la première ligne utilisée

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

# PROTOCOLE ARV DE PATIENT INFECTÉ PAR LE VIH 1

## Schéma de troisième ligne

- Réservé au centre de référence
  - Darunavir DRV /r (600+100 mg) + Raltegravir RAL (400 mg) + 2 INNTI (choisis en fonction de l'histoire thérapeutique du patient)

# PROTOCOLE ARV DE PATIENT INFECTÉ PAR LE VIH 2 ou VIH 1 et 2

## Schéma de première ligne

- Patient sans particularité

	Molécules	Posologies
CD4 < 200 / mm <sup>3</sup>	TDF 300 mg	300 mg x 1 / j
	3 TC 300 mg	300 mg x 1 / j
	LPV/r 200 mg / 50 mg	(200/50 mg x 2) x 2 / j
CD4 ≥ 200 / mm <sup>3</sup>	AZT 300 mg	300 mg x 2 / j
	3TC 150 mg	150 mg x 2 / j
	TDF 300 mg	300 mg x 1 / j

# PROTOCOLE ARV DE PATIENT INFECTÉ PAR LE VIH 2 ou VIH 1 et 2

- En cas de co-infection VIH/TB

Réservé au centre de référence

- **AZT + 3TC + TDF** (Si CD4  $\geq$  200/mm<sup>3</sup>)
- **AZT + 3TC + LPV/r** superboosté (si CD4 < 200/ml)
- En cas d'intolérance au LPV , utiliser SQV super boosté



# PROTOCOLE ARV DE PATIENT INFECTÉ PAR LE VIH 2 ou VIH 1 et 2

- En cas co-infection VIH/VHB

Réservé au centre de référence

- **TDF + 3TC + LPV/r** (si  $CD4 < 200/mm^3$ )
- **TDF + 3TC + AZT** (si  $CD4 \geq 200/mm^3$ )

- En cas d'anémie

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

## Schéma de deuxième ligne

Réservée au centre de référence

# SUIVI CLINIQUE

Examen	JO	J15	M1	M3	M6	M9	M12
Clinique en vue de classer	+	+	+	+	+	+	+
Recherche active de TB	+	+	+	+	+	+	+
Dépistage du cancer du col de l'utérus	+						+
Composante (2+5+6) SPDP	+	+	+	+	+	+	+
Evaluer état nutritionnel	+			+	+		+
Recherche d'IOS	+	+	+	+	+		+

# SUIVI BIOLOGIQUE

- Bilan initial à réaliser dès la connaissance du statut séropositif
- Bilan de suivi tous les 6 mois, à partir de la date du Bilan initial
- ALAT à partir de M1 si NVP
- NFS à partir de M3 si AZT
- Surveillance de la protéinurie par BU, tous les M3
- CV à M6 , M12 puis une surveillance tous les ans

# ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG ET AUTRES PRODUITS BIOLOGIQUES

Débuter le traitement le plus tôt possible après l'exposition, et avant la 72<sup>ème</sup> heure, pendant une durée de 28 jours

- Le schéma recommandé est: **TDF + 3TC + LPV/r**
- Si enfant d'âge < 10 an: **AZT + 3TC + LPV/r**

# PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES PAR LA PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE

- **Critère de mise sous Cotrimoxazole**
  - La prévention des infections opportunistes par le Cotrimoxazole est préconisée de façon systématique chez tout adulte ou adolescent dépisté positif pour le VIH, sans préjuger de la valeur des CD4, et en l'absence de contre-indication
- **Critères d'arrêt de la prophylaxie au Cotrimoxazole**
  - Chez tout PVVIH sous TAR, régulièrement suivi depuis 3 ans, avec une bonne observance du traitement, chez qui le taux de CD4 > 500 cell/mm<sup>3</sup>, il sera possible d'arrêter l'administration du Cotrimoxazole et de continuer la surveillance
- Le schéma recommandé est: **TDF + 3TC + LPV/r**
- Si enfant d'âge < 10 an: **AZT + 3TC + LPV/r**

# PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES PAR LA PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE

- **Critères de réintroduction de la prophylaxie**
  - Chez les patients ayant arrêté la prophylaxie au Cotrimoxazole et dont le taux de CD4  $\leq$  500 cell/mm<sup>3</sup>, il est recommandé de réintroduire ce traitement dans la prise en charge et de rechercher activement une infection opportuniste évolutive.
- **Posologie :**
  - Cotrimoxazole (800/160 mg)], 1 cp en une prise unique par jour

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

**Merci de votre aimable attention**