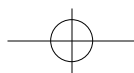


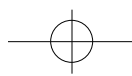
République du Sénégal
Ministère de la Santé et de la Prévention
Programme National de Lutte contre le SIDA

**GUIDE POUR LA PRISE
EN CHARGE CLINIQUE
ET THÉRAPEUTIQUE
DE L'INFECTION À VIH
CHEZ L'ADULTE**

NIVEAU III : HOPITAL RÉGIONAL ET CHU

Édition 2001





REMERCIEMENTS

Nous remercions toutt le personnel de santé pour leur contribution à l'élaboration de ce document : Ministère de la Santé et de la Prévention, Hôpital Principal de Dakar, Faculté de Médecine de l'Université Cheikh Anta DIOP.

Comité de Rédaction

Coordination : Papa Salif SOW

Bernard Marcel DIOP

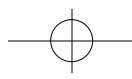
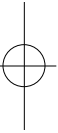
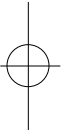
Ndella DIAKHATÉ

Ndèye Fatou Ngom GUÈYE

Ndèye Coumba Touré KANE

Safiétou THIAM

Papa Madoumbé GUÈYE



PRÉFACE

L'infection par le VIH est un défi permanent pour le monde en général, les communautés scientifiques en particulier.

Depuis la mise en évidence du virus en 1981, les recherches continuent. Si dans le domaine virologique un grand pas a été franchi, la prise en charge des personnes vivant avec le virus pose encore des problèmes.

Cette prise en charge est multidisciplinaire et passe par plusieurs étapes parmi lesquelles :

- la prévention est la clé de voute du traitement,
- la prise en charge des infections opportunistes sur lesquelles le médecin peut agir très efficacement fait l'objet de notre tentative de mise à jour d'un document applicable dans la plupart de nos structures sanitaires surtout périphériques.
- l'utilisation des médicaments antirétroviraux est un tournant important de cette prise en charge, avec ses avantages et ses contraintes.

Ce document est le résultat d'un consensus de nombreuses réunions des acteurs engagés dans la lutte contre la pandémie du SIDA, groupés au sein du Programme National de Lutte contre le SIDA au Sénégal (PNLS).

Les objectifs sont :

- Permettre aux agents de santé de prendre en charge de façon pratique, sans ambiguïté les soins pour des infections opportunistes.
- Disposer de médicaments efficaces, de coût abordable pour combattre ces infections dont le traitement permet de prolonger la vie des patients.
- Rendre efficace l'impact de certains médicaments antirétroviraux, le traitement anti-tuberculeux contre indiquant l'utilisation de certaines drogues antirétrovirales.

Ce guide n'est pas une finalité en soi.

Il est susceptible d'aménagements qui vont tenir des suggestions de tout lecteur.

Ensemble, engageons-nous dans la lutte contre le SIDA et nous pourrons vaincre la maladie. En effet «**L'UNION FAIT LA FORCE**».

Professeur Salif BDIANE

Président du Groupe Clinique Counseling- PNLs - Sénégal

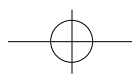
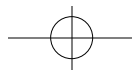
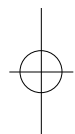
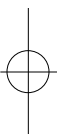


TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
MODE D'UTILISATION	5
Algorithmes de prise en charge	7
1. Diarrhée chronique	8
2. Fièvre	10
3. Candidose digestive	13
4. Céphalées	14
5. Lymphadénopathie	16
6. Toux chronique	18
7. Manifestations dermatologiques	20
Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA	25
Recommandations pour la prophylaxie des infections opportunistes par le Cotrimoxazole	29
Indications du traitement antirétroviral et schémas thérapeutiques au Sénégal.	33
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	37
Conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang pour le personnel de soins et de laboratoire	41
Traitement des infections et affections opportunistes	45
Classification dans le cadre de l'infection à VIHs	49
Tableau des antirétroviraux	56-57



MODE D'UTILISATION

Ce guide a été conçu pour aider le personnel de santé :

- au diagnostic de l'infection à VIH et des infections opportunistes,,*
- à une meilleure prise en charge clinique, thérapeutique et psychosociale des personnes vivant avec le VIH et les malades du SIDA,*
- à la mise à niveau de leurs connaissances en matière de VIH/SIDA*
- au counseling de leurs clients*

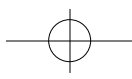
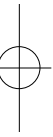
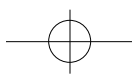
Dans ce guide, il est principalement question des symptômes et des maladies qu'il est cliniquement facile d'identifier.

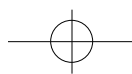
Ce guide est structuré de sorte qu'il est possible de tirer parti des trois niveaux de soins du système national de santé, en fonction des moyens diagnostics disponibles. Il est destiné aux médecins exerçant dans les hôpitaux de référence : Hôpital Régional et CHU.

Niveau I : *Il représente le poste de santé dirigé par un infirmier. Il n'y a pas de laboratoire ou pas de matériel de radiographie ; le diagnostic est basé sur les données de l'interrogatoire et de l'examen physique*

Niveau II : *Petit laboratoire disponible, possibilité de radiographie pulmonaire et d'examens microscopiques : présence d'un médecin généraliste(Centre de Santé).*

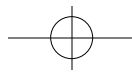
Niveau III : *Laboratoire d'analyses, Radiographie et tomodensitométrie et autres moyens diagnostics dont peut disposer un grand hôpital avec la présence de médecins généralistes et de spécialités (le plateau technique varie selon le niveau de la référence du niveau III : Hôpital Régional et CHU).*

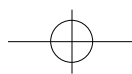




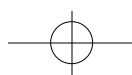
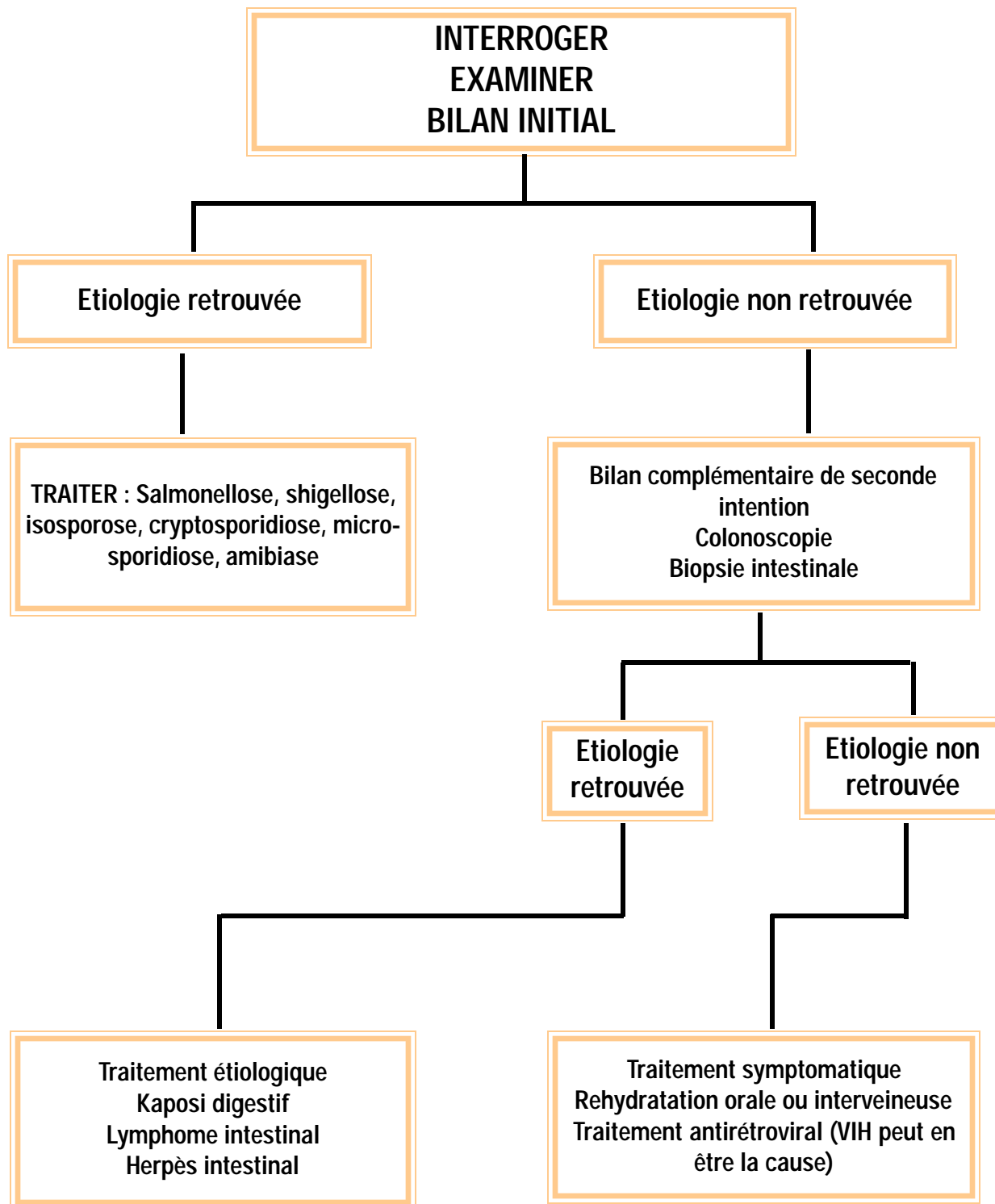
ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

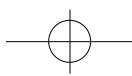
NIVEAU III : *Hôpitaux de référence*





Niveau III Hôpital de référence : DIARRHÉE CHRONIQUE



**a. Le bilan de première intention avec colorations spéciales :**

- Examen parasitologie des selles (recherche de parasites opportunistes)
- Coprocultures et Antibiogramme (recherche de bactéries opportunistes)
- Hémocultures

b. Les étiologies les plus fréquemment rencontrées bactériennes sont :

Shigella, Salmonella non typhi et E.coli:

c. Les étiologies parasitaires les plus fréquemment retrouvées sont :

- Isosporose
- Une amibiase colique
- Une microsporidiose
- Une cryptosporidiose

Le traitement de première intention fait appel :

- Ciprofloxacine per os : 1 g / jour pendant 10 jours
ou Chloramphénicol : 50 mg / kg / jour par voie orale pendant 10 jours.
- Donner aussi du Métonidazole : 500 mg x 3 / jour par voie orale pendant 7 jours.

NB : Adaptation du traitement antibiotique en fonction des résultats de l'antibiogramme. Le traitement étiologique antiparasitaire spécifique sera aussi adapté en fonction des résultats parasitologique des selles.

d. Examens supplémentaires :

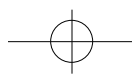
- Rectosigmoidoscopie et/ou fibroscopie oesophago-gastroduodénale avec biopsie digestive, si copro-culture et examen parasitologique des selles sont négatives.

e. Ce bilan supplémentaire permet de diagnostiquer :

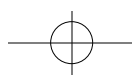
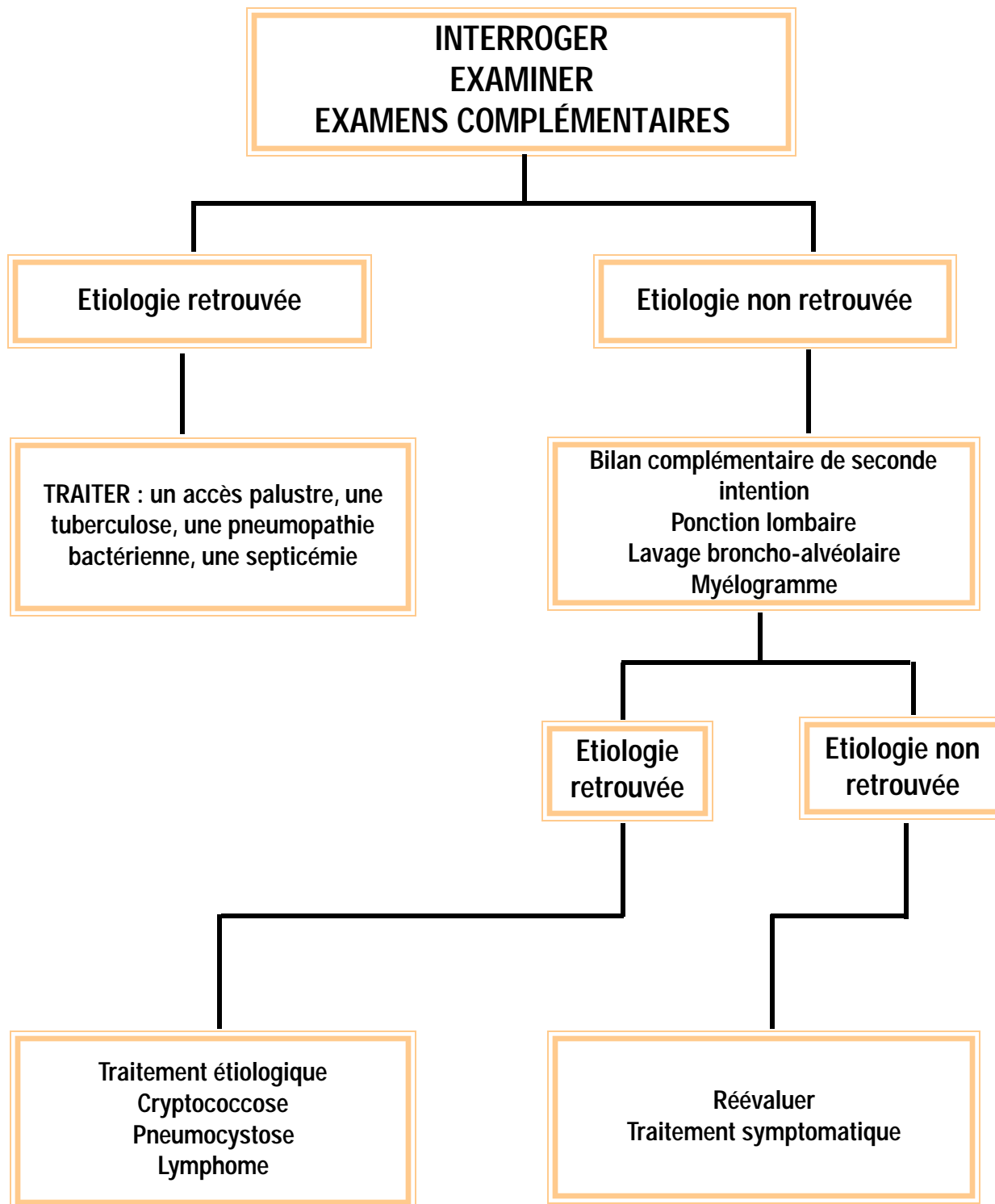
- Autres étiologies de diarrhée infectieuse : Campylobacterioses, Colite pseudomembraneuse à *Clostridium difficile*, Mycobactériose à *M. avium intracellulare*.
- Diarrhée d'origine tumorale : Lymphomes non hodgkiniens, Maladie de Kaposi
- Diarrhées d'origines médicamenteuses des combinaisons antirétrovirales (ARV). Les médicaments les plus mis en cause sont les inhibiteurs de protéase. La diarrhée due à la didanosine s'est améliorée avec la prise unique de cette molécule. Il est important de l'expliquer au malade pour améliorer sa compliance thérapeutique.

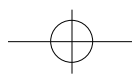
f. Le VIH lui-même peut être responsable de la diarrhée chronique. Un traitement symptomatique sera prescrit, associé à une prise en charge totale.





Niveau III Hôpital de référence : FIÈVRE





a. Bilan initial

- Goutte épaisse + frottis
- Hémogramme
- Radiographie des poumons
- Créatininémie
- Transaminases

b. Bilan de seconde intention en fonctions des orientations cliniques

- ECBU
- Hémocultures et antibiogramme
- Coprocultures et antibiogramme
- Ponction lombaire : cytologie – chimie – bactériologie – coloration encre chine
- Sérodiagnostic de Widal et Félix
- Sérologie CMV
- Echographie abdominale

c. Bilan de troisième intention

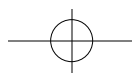
- Scanner cérébral et pulmonaire
- Myélogramme

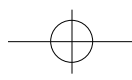
d. Traitement spécifique de :

- **Tuberculose** : Rifampicine (10 mg / kg/j) + Isoniazide (5 mg/kg/j) + Ethambutol (20 mg /kg/j) + Pyrazinamide (25 mg /kg/ j) pendant deux mois puis Rifampicine + Isoniazide pendant quatre mois.

NB. Ne pas utiliser le Thiacétazone chez les patients vivant avec le VIH/SIDA.

- **Cryptococcose** : Traitement par voie intraveineuse en première intention avec : Amphotéricine B (0,7 à 1 mg /kg/j) + Fluorocytosine (100 mg/kg/j) pendant 14 jours puis relais avec du Fluconazole 400 mg par jour pendant deux mois.



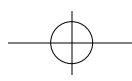


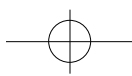
Si Amphotéricine non disponible, commencer le traitement avec du fluconazole en perfusion Intraveineuse : 400 mg / jour pendant deux semaines, puis relais per os pour une durée totale de deux mois. Prophylaxie secondaire avec du Fluconazole en gélules : 200 mg/jour durant toute la durée de l'immunodépression (taux de CD4 < 200/mm³).

- **Septicémie**

- Bacilles Gram négatif : En première intention : Ampicilline 200 mg / kg / jour en perfusion intraveineuse + gentamicine en IM. En seconde intention : Céphalosporines 3 G ou Fluoroquinolones (en perfusion intraveineuse) + Gentamicine en IM.
- Staphylocoque : Antistaphyloccocique + Aminocide
- Pneumocoque : en première intention : Pénicilline G : 100.000 UI/kg/jour en perfusion intraveineuse dans du sérum glucosé isotonique ou en seconde intention : C3G (Ceftriaxone ou Cefotaxime).
- Toxoplasmose cérébrale
- VIH
- Paludisme
- Leucémies, Lymphomes
- Syphilis secondaire

(voir le traitement étiologique de ces pathologies en annexe).





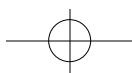
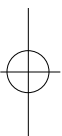
CANDIDOSE DIGESTIVE

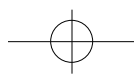
ANNOTATIONS

a. Chez les patients VIH+ atteints de muguet, la candidose peut s'étendre à l'œsophage et provoquer lors de la déglutition une dysphagie. Les autres micro-organismes vivants causes d'œsophagite à évoquer sont : Herpes simplex virus (HSV), Cytomégalovirus (CMV).

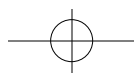
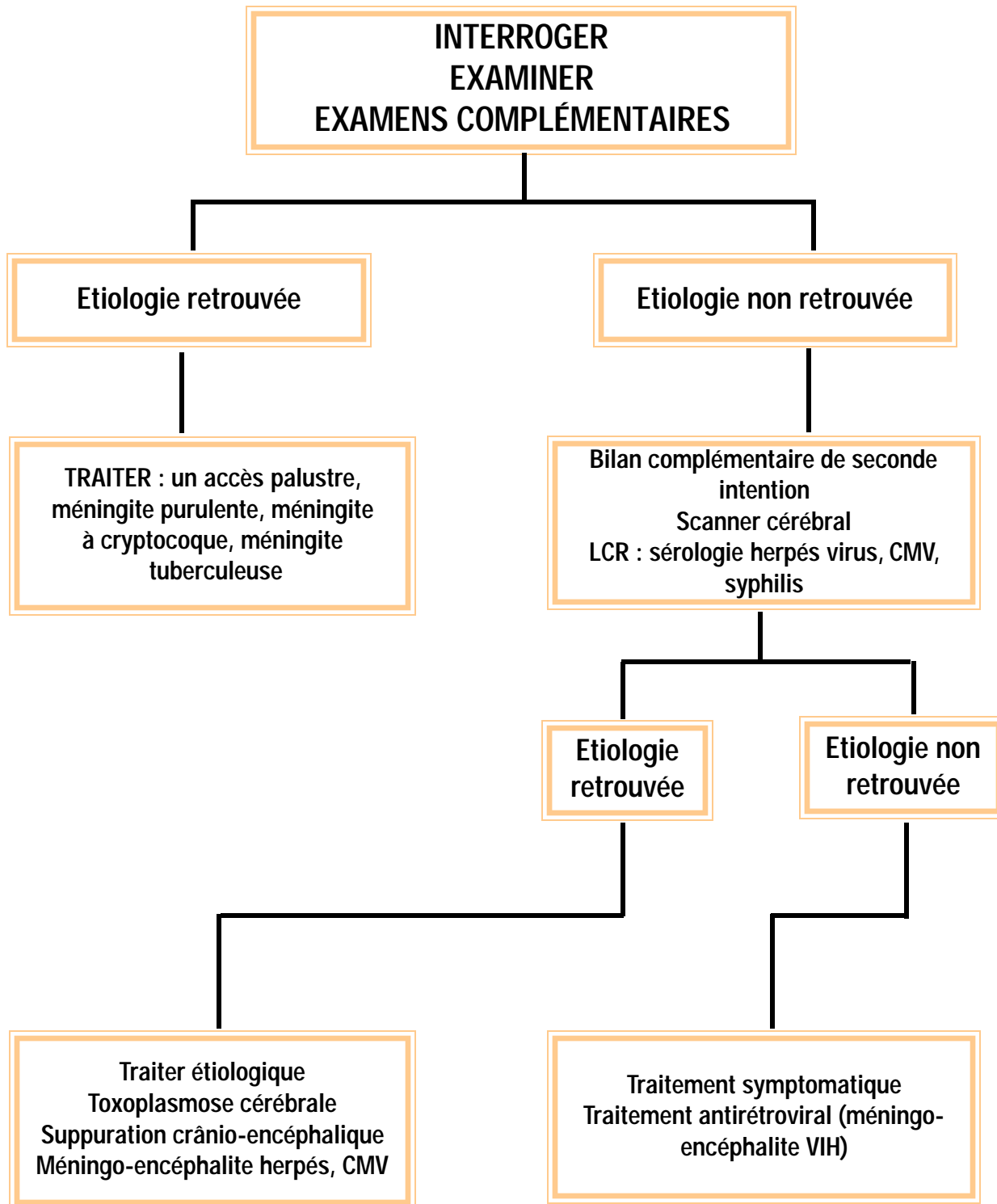
b. Traitement

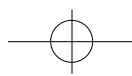
- Bains de bouche avec une solution de bicarbonate.
- Xylocaïne gel buccal
- Fluconazole (Triflucan) : 1 gélule de 100 mg /jour pendant 7 jours .
- Si œsophagite herpétique : donner de l'aciclovir 200 mg : 4 cp en 4 prises pendant 2 semaines.





Niveau III Hôpital de référence : CÉPHALÉES





ANNOTATIONS

a. Bilan initial

- Goutte épaisse + frottis
- Examen au fond d'œil (s'il existe des signes de localisations neurologiques).
- Ponction Lombar (si Fond Œil normal) : cytologie, chimie, bactériologie, coloration à l'encre de chine du LCR
- Hémocultures
- Radiographie des poumons

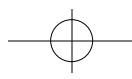
B. Bilan de seconde intention

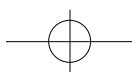
- Scanner cérébral
- EEG
- Sérologies syphilitique, herpès virus et cytomégalovirus

C. Etiologies

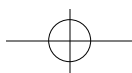
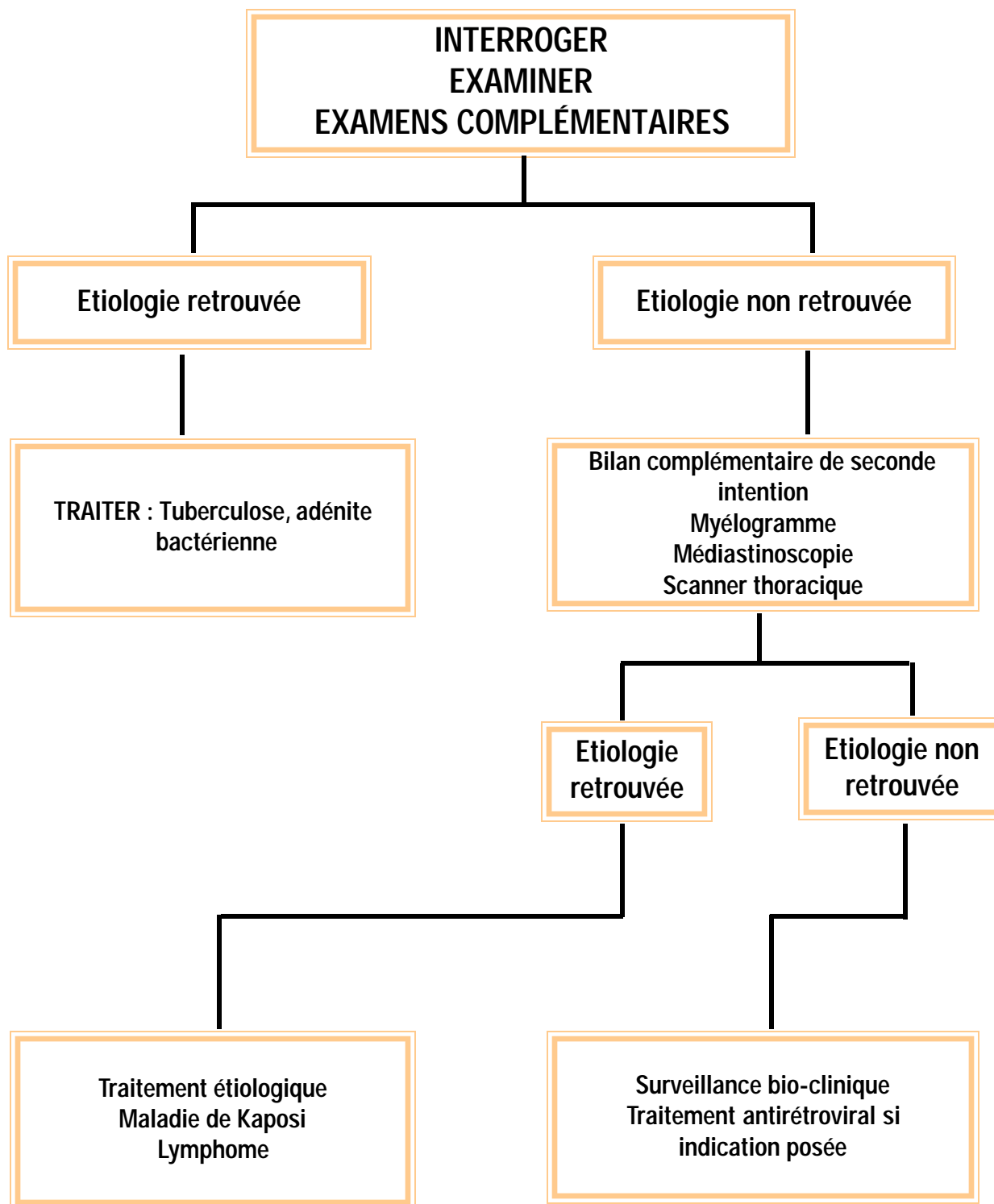
- Toxoplasmose cérébrale
- Cryptococcose neuro-méningée
- Tuberculose méningée
- Méningite purulente
- Sinusite chronique
- Autres étiologies :
 - Méningo-encéphalite virale (HSV ou à CMV)
 - Leuco-encéphalite multifocale progressive (LEMP)
 - Méningite chronique à VIH
 - Lymphomes

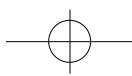
(voir le traitement étiologique de ces pathologies en annexe).





Niveau III Hôpital de référence : LYMPHADÉNOPATHIES





ANNOTATIONS

a. Bilan initial

- Hémogramme + Vitesse de sédimentation
- IDR à la tuberculine
- Radiographie des poumons
- Echographie abdominale
- Sérologie de la Toxoplasmose
- Sérologie syphilitique : TPHA et VDRL
- PL (LCR : Cytologie + Bactériologie + Mycologie)
- Biopsie ganglionnaire et examen anatomopathologique

b. Etiologies et traitement

- Tuberculose : traitement selon les recommandations du programme national de lutte contre la tuberculose.
- Lymphome
- Maladie de Kaposi

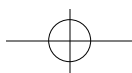
(Chimiothérapie et radiothérapie à discuter)

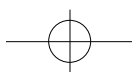
c. Examens supplémentaires

- Scanner
- Laparoscopie
- Médiastinoscopie
- Myélogramme

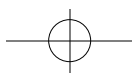
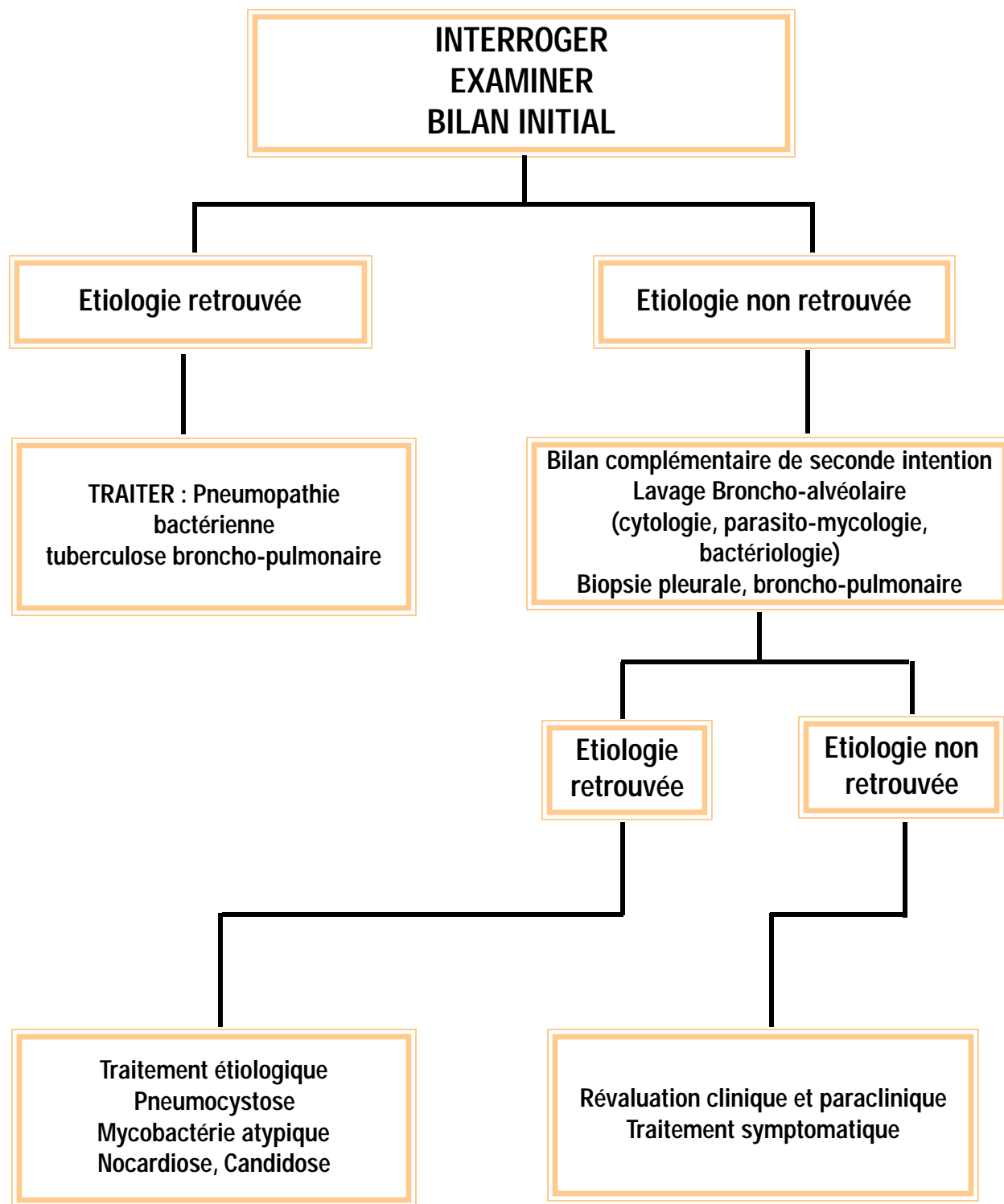
d. En l'absence d'étiologie retrouvée :

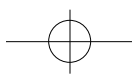
- surveillance bio-clinique si patient VIH+ sous ARV.
- si critères d'inclusion de mise sous ARV : débuter le traitement.





Niveau III Hôpital de référence : TOUX CHRONIQUE





ANNOTATIONS

a. Bilan initial

- Cliché thoracique
- Faire 3 recherches successives de BAAR dans les crachats pendant 3 jours
- IDR à la tuberculine
- Examen bactériologique des expectorations (recherche de germes banals)
- Hémogramme +Vitesse de Sédimentation
- Si épanchement pleural faire une ponction pleurale (chimie, bactériologie, cytologie) – Biopsie pleurale.
- Hémocultures répétées.

b. Bilan de seconde intention

- Fibroscopie bronchique : lavage broncho-alvéolaire et analyse du liquide d' aspiration : bactériologie, parasitologie, mycologie.
- Scanner thoracique
- Myélogramme

c. Etiologies à évoquer :

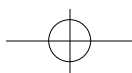
Infections

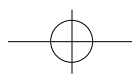
- Tuberculose
- Infections pulmonaires à Pyogènes
- Pneumocystose
- Nocardiose
- Candidose pulmonaire
- Mycobactérioses atypiques

Néoplasies

- Tumeurs pleurales
- Lymphomes pleuro-pulmonaires
- Maladie de Kaposi broncho-pulmonaire

(voir le traitement étiologique de ces pathologies en annexe).





PATHOLOGIES CUTANÉES ASSOCIÉES AU VIH

LES LÉSIONS PRURIGINEUSES

Annotations

a. Définition

Le prurit est la sensation permanente de démangeaisons qui oblige au grattage chronique et répété.

b. Gale

- Prurit généralisé à prédominance nocturne
- Notion de contagio collectif et/ou familial
- Présence de lésions croûteuses et/ou papuleuses excoriées entre les doigts, sur les fesses, sur les organes génitaux externes.

Traitement local : Benzoate de Benzyle à 20 % solution (Ascabiol®) ou crème de lindane (Elénol“, Scabacid“), esdépalléthrine (Sprégal“) un pyréthriinoïde de synthèse.

- Appliquer sur tout le corps (en insistant au niveau des plis du corps et des espaces interdigitaux) sauf au visage, après un bain soigneux avec du savon ordinaire. Laisser sécher et agir pendant 24 heures.
- Répéter le même traitement, 1 semaine plus tard en cas d'échec.

Mesures d'hygiène

- Dire au malade de désinsectiser avec de la poudre de lindane tout son linge, sa literie (drap, couverture) et son matelas, en la laissant agir pendant 24 heures, puis laver tout son linge, sa literie (drap, couverture)
- Traiter l'entourage avec la même rigueur.

c. Réactions médicamenteuses

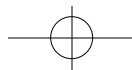
Plaques et papules érythémateuses, vésiculeuses et œdémateuses et/ou prurit généralisé, bulles, décollements bulleux survenant immédiatement ou 24 heures à 48 heures après la dernière prise médicamenteuse (en moyenne entre le 5^{ème} et le 15^{ème} jour).

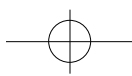
Traitement général

- Antihistaminiques : Prométhazine (Phénergan“), dexchlorphéniramine (Polaramine“) ou Hydroxizine (Atarax“)

Arrêter le traitement responsable de la réaction cutanée (moderne ou traditionnel).

- Appliquer du violet de gentiane ou de l'Eosine à l'eau, si l'éruption est vésiculeuse ou bulleuse.





d. Prurigo

– Lésions papuleuses fermes prurigineuses, isolées les unes des autres, hyperpigmentées siégeant au niveau des membres, du tronc, parfois le visage, respectant les zones couvertes.

– Conduite à tenir :

Traitement local

- Antiprurigineux : crotamiton (Eurax[®])
- Eosine à l'eau ou violet de gentiane

Traitement antihistaminique par voie orale

- Prométhazine (Phénergan[®]) , dexchlorphéniramine (Polaramine) ou Hydroxizine (Atarax[®]).

LES ÉRUPTIONS VÉSICULEUSES

a. Zona

- Lésions siégeant en bande le long d'un trajet nerveux sensitif ;
- Vives douleurs localisées au niveau des lésions.

Traitement local

• Violet de gentiane 1 % en application x 2/j jusqu'à assèchement complet des lésions ou bain de Permanganate ou Bétadine solution dermique.

• Aciclovir 800 mg : 2 gélules x 5 par jour pendant 7 jours pour les formes sévères, disséminées, ou localisées au niveau ophtalmique.

• Les douleurs

• Prescription d'antalgiques : Paracétamol dextropropoxyphène (Di Antalvic[®]) , paracétamol codéine(Codoliprane[®], Claradol codéine[®]).

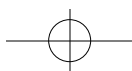
NB. Si Zona ophtalmique, référer le patient en milieu spécialisé.

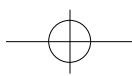
b. Herpès chronique

- Vésicules en bouquet sur les fesses, les organes génitaux externes ;
- Aboutit à des ulcérations polycycliques douloureuses
- Récidives fréquentes précédées de prurit ou de brûlures

Traitement local : solution antiseptique

• Povidone iodée (Bétadine[®]) solution dermique ou gynécologique ou Violet de gentiane 1 % en application x 2/j jusqu'à assèchement complet des lésions - Aciclovir 200 mg : 2 gélules x 3 par jour pendant 14 jours.





c. Varicelle

- Coexistence de lésions d'âge différent
 - Omphalite centrale de certaines lésions
 - Lésions du cuir chevelu
 - Notion de prurit et de fièvre
- La varicelle est grave chez l'adulte, surtout l'immunodéprimé en raison de la virémie qu'elle entraîne :

* Fièvre : *paracétamol*

- Antiprurigineux : Prométhazine (Phénergan[®]) , dexchlorphéniramine (Polaramine[®]) ou Hydroxyzine (Atarax[®])
- Antiseptiques locaux

LÉSIONS SUPPURÉES DE PYODERMITE

a. Définition

Il s'agit d'infections bactériennes cutanées superficielles, fréquentes chez le patient vivant avec le VIH. Elles peuvent être primitives (impétigo, folliculites, furoncles) ou secondaires à une autre dermatose (surinfection d'une gale, d'un prurigo, ou d'un zona).

Il existe un ou plusieurs des signes suivants, isolés ou surajoutés à ceux d'une autre affection cutanée : croûtes d'aspect jaunâtre, signes locaux ou régionaux d'inflammation (douleur, chaleur, œdème, adénopathie douloureuse), présence de pus, plaies d'allure " sales ".

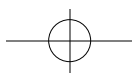
b. Conduite à tenir

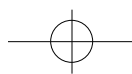
- Antiseptiques locaux (violet de gentiane à 1 %, povidone iodée)
- Antibiothérapie générale par voie orale pendant 10 à 14 jours : Première intention : Macrolides
- Deuxième intention : Pénicilline M (oxacilline, Cloxacilline) ou Amoxicilline
- Si collection suppurée : inciser

LÉSIONS SQUAMEUSES

Dermatite séborrhéique

- Macules squameuses au visage (zone médio-faciale) avec accentuation de la desquamation des ailes du nez : dépôts blanchâtres secs, modérément prurigineux, parfois surinfectés.
- Extension possible au front et au cuir chevelu





- *Traitement* : Antimycosique local : éconazole, amphotéricine B ou autre imidazolé : de façon quotidienne pendant 2 semaines, puis trois fois par semaine en entretien pour prévenir les rechutes.
- *Antibiothérapie locale en cas de surinfection* : Pénicilline M (oxacilline, cloxacilline...), Amoxicilline, Erythromycine (macrolides)

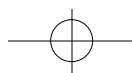
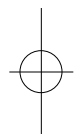
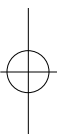
LÉSIONS TUMORALES

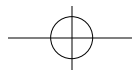
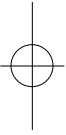
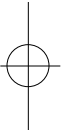
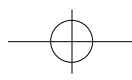
a. Définition

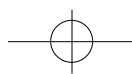
Leurs étiologies sont multiples, allant des causes les plus bénignes (molluscum contagiosum) aux plus sévères (Maladie de Kaposi). Les principaux éléments cliniques devant faire évoquer le diagnostic de maladie de Kaposi sont les suivants :

- Lésion tumorale siégeant au niveau des extrémités ou disséminée sous forme de plaques, nodules ou papules d'aspect violacé, taches violacées au niveau du palais ou des conjonctives.
- Atteinte viscérale possible : poumons, tube digestif ...

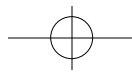
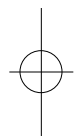
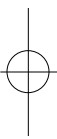
Référer le patient au dermatologue en milieu spécialisé pour confirmer le diagnostic et poser les indications thérapeutiques.

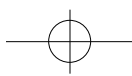






LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH





1. DEPISTAGE

- Tout test dépistage VIH doit être précédé d'un conseil pré-test et avec le consentement libre et éclairé de la personne
- Fournir des informations sur l'infection à VIH et les possibilités de prise en charge en cas de test VIH positif
- Préparation psychologique du patient avant le test

2. ANNONCE ET SUIVI (CONSEILLER)

- Expliquer la nature de l'infection VIH
- Comprendre les inquiétudes du patient
- Renseigner (répondre aux questions) et accompagner psychologiquement
- Aider la personne à améliorer sa qualité de vie.
- Dépistage du (ou des) partenaire (s) et des enfants.

3. SUIVI BIOMEDICAL

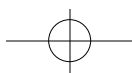
3.1. Anamnèse et examen clinique tous les 06 mois

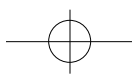
Rechercher une éventuelle infection opportuniste évolutive et classer le patient selon la classification du CDC 1993 :

- VIH séropositif asymptomatique
- VIH séropositif paucisymptomatique
- VIH séropositif au stade d'infection opportuniste

3.2. Bilan initial

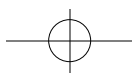
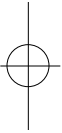
- Cliché thoracique
- Transaminases
- Hémogramme complet
- Glycémie
- Créatininémie
- IDR à la tuberculine
- Taux de CD4

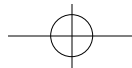
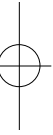
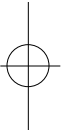
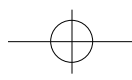


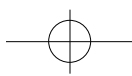


3.3. Les propositions thérapeutiques

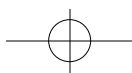
- Prophylaxie par le cotrimoxazole (voir indications au Sénégal)
- Dépistage des dysplasies cervicales chez les femmes vivant avec le VIH et orienter en milieu spécialisé pour un traitement adapté.
- Traitement antirétroviral (voir indications du traitement antirétroviral au Sénégal)

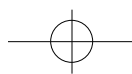






RECOMMANDATIONS POUR LA PROPHYLAXIE PAR LE COTRIMOXAZOLE DES ENFANTS ET DES ADULTES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA AU SÉNÉGAL





RECOMMANDATION GÉNÉRALE

La prophylaxie par le cotrimoxazole fait partie des soins minimums et devrait être utilisée chez les enfants et adultes vivant avec le VIH au Sénégal dès qu'elle est indiquée.

INDICATIONS ET MODALITES DE PRESCRIPTION

Critères de sélection chez l'adulte

• La prophylaxie par le cotrimoxazole doit être proposée aux adultes (personnes de plus de 15 ans) répondant aux critères suivants :

- Toute personne dont l'infection à VIH est symptomatique (stade OMS 2, 3, 4) : zones où les CD4 ne sont pas disponibles.
- Personne asymptomatique ayant un taux de CD4 inférieur ou égal à 350 / mm³.

NB. Chez la femme enceinte répondant aux critères d'inclusion, cette prophylaxie ne sera débutée qu'après le premier trimestre de la grossesse.

• Posologie recommandée : Un comprimé de Cotrimoxazole Adulte Fort (TMP : 160 mg + SMZ 800 mg) ou 2 comprimés Adultes simples (TMP : 80 mg + SMZ : 400 mg) par jour.

CRITERES DE SELECTION CHEZ L'ENFANT

• Cette prophylaxie devrait être proposée à tous les nourrissons exposés, dès l'âge de 6 semaines, selon les critères suivants :

- enfants nés de mère VIH séropositive qu'elle ait reçu ou non un traitement antirétroviral pendant la grossesse
- enfant dont la séroposativité a été diagnostiquée pendant la première année de vie, que ce soit par PCR ou par signes cliniques très suggestifs d'une infection à VIH
- enfants âgés de plus de 15 mois ayant développé une pneumocystose, une pneumonie lymphoïde ou présentant tout autre symptôme lié à l'infection ou un taux de CD4 inférieur à 15 %.

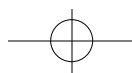
• Posologie recommandée :

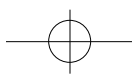
5 mg/kg de TMP et 25 mg/kg SMZ ou 150 mg TMP / m² et SMZ 750 mg /m².

Le sirop de cotrimoxazole est administré une fois par jour. En l'absence de sirop disponible, les comprimés écrasés peuvent être utilisés.

NB. Formule pour calculer la surface corporelle chez l'enfant (M²) : Surface : $\frac{4 P + 7}{P + 90}$

P = POIDS DE L'ENFANT





DUREE DE LA PROPHYLAXIE

La prophylaxie devrait être donnée à vie pour les adultes et les enfants de plus de 15 mois. Pour les nourrissons de moins de 15 mois, la prophylaxie devrait continuer jusqu'à ce que le diagnostic d'infection VIH soit raisonnablement écarté et que le risque d'exposition au VIH ait cessé.

SUIVI DE CETTE PROPHYLAXIE PAR LE COTRIMOXAZOLE

Pour les adultes, le suivi devrait être mensuel au début puis trimestriel si le traitement est bien toléré.

Les enfants devraient être évalués tous les mois.

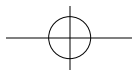
La surveillance des effets secondaires, des événements cliniques et de l'observance devra être faite aussi bien chez les adultes que chez les enfants. Le bilan de suivi des adultes doit comporter au moins la mesure de l'hémoglobine, la créatininémie et les transaminases tous les 6 mois et lorsque des manifestations cliniques l'indiquent.

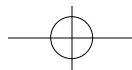
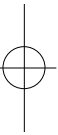
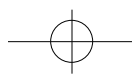
Supplémenter les enfants en acide folique (Spéciaflodine[®]) de façon systématique (1 comprimé de 5 mg pendant 3 mois.)

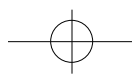
CRITERES D'ARRET DE LA PROPHYLAXIE

Qu'il s'agisse de l'adulte ou de l'enfant, la prophylaxie devrait être arrêtée, dans le cas :

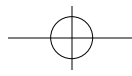
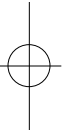
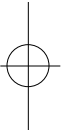
- de réaction cutanée sévère : bulles, décollement cutané et atteinte muqueuse , insuffisance rénale et/ou hépatique et toxicité hématologique sévère.
- d'élévation du taux des lymphocytes CD4 (supérieur à 350 / mm³) chez les sujets sous traitement antirétroviral pendant une durée minimale de 6 mois.

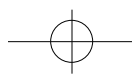






**INITIATIVE SÉNÉGALAISE
AUX ANTIRÉTROVIRAUX :**
**Indications du traitement antirétroviral
et schémas thérapeutiques au Sénégal**





Le traitement antirétroviral sera proposé aux patients VIH positifs répondant aux critères cliniques et immunologiques suivants :

1. **Patient symptomatique au stade SIDA** quelque soit le taux de CD4 (en l'absence de tuberculose).
NB. score de Karnofsky > 70
2. **Patient pauci-symptomatique avec un taux de CD4 350 / mm³.**
3. **Patient asymptomatique avec un taux de CD4 200 / mm³.**

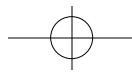
Un bilan paraclinique préthérapeutique est à faire : hémogramme, transaminases, créatininémie, glycémie, cliché thoracique, taux de CD4.

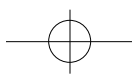
NB. Pour tous les patients devant être traités par les ARV, une évaluation de la charge virale plasmatique sera faite à J0 puis tous les 6 mois.

Faire une évaluation de la charge virale plasmatique en cas de survenue d'événements cliniques (infections opportunistes) sous traitement antirétroviral.

Concernant les patients VIH tuberculeux, il faudra différer de deux mois le traitement ARV, après le début du traitement antituberculeux. En cas d'utilisation de la rifampicine et de l'Efavirenz, la posologie de cette dernière sera fixée à 800 mg par jour. Toutefois, il faudra évaluer le taux des CD4 avant de débiter le traitement antirétroviral chez ces patients tuberculeux. Seuls ceux qui ont un taux de CD4 350 / mm³ seront traités.

Concernant les patients infectés par le VIH-2, les critères de mise sous traitement seront les mêmes que pour ceux infectés par le VIH-1. Dans ce cas, toutes les molécules antirétrovirales peuvent être utilisées à l'exception des NNRTI (inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase (Névirapine, Efavirenz, Délavirdine). Les patients ayant une sérologie doublement réactive (VIH-1+2), seront traités comme des patients VIH-1 séropositifs.



**SCHEMAS THERAPEUTIQUES : 2 NUC + 1 IP ou 2 NUC + 1 Non NUC ou 3 NUC**

AZT + 3 TC

AZT + ddl + Indinavir

d4T + 3 TC Nelfinavir

d4T + ddl Saquinavir

OU

AZT + 3 TC

AZT + ddl + Névirapine

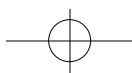
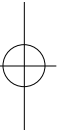
d4T + 3 TC Efavirenz

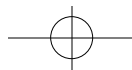
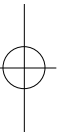
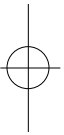
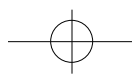
d4T + ddl

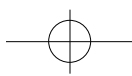
OU

AZT + 3TC + ddl ou d4T + 3 TC + ddl

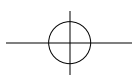
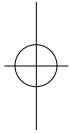
- NUC = Inhibiteur nucléosidique de la reverse transcriptase
- NON NUC : Inhibiteur non nucléosidique de la reverse transcriptase
- IP : Inhibiteur de la protéase

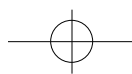






**INDICATIONS DU TRAITEMENT
ANTIRÉTROVIRAL CHEZ LES FEMMES
ENCEINTES VIH+ POUR LA PRÉVENTION
DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT
DU VIH AU SÉNÉGAL**





1. Critère d'inclusion femme enceinte : sérologie VIH positive confirmée.

2. Bilan paraclinique

- Hémogramme complet + taux de plaquettes
- Créatininémie
- Glycémie
- Transaminases
- Sérologies : hépatite B et syphilis en première intention ; sérologie toxoplasmose et rubéole si possible.

3. Protocole d'intervention avant l'accouchement

A partir de la 34^e – 36^e semaine de grossesse, donner 300 mg de Zidovudine per os, 2 fois par jour (matin et soir) jusqu'au début du travail.

Evaluer les critères cliniques et immunologiques de mise sous traitement antirétroviral chez la femme enceinte. Le traitement antirétroviral de la mère doit correspondre aux indications thérapeutiques de l'adulte dans le cadre de l'ISAARV. Il convient de retenir que l'Efavirenz et le Hivid sont contre-indiquées au cours de la grossesse du fait de leur foeto-toxicité documentée. Par ailleurs, étant donné le manque de recul par rapport à la toxicité des autres molécules antirétrovirales durant le premier trimestre de grossesse, il est conseillé de différer autant que possible le traitement antirétroviral jusqu'au deuxième trimestre de grossesse. Cependant, si l'indication thérapeutique ne peut être différée (du fait d'une immunodépression avancée chez la mère), il est indispensable alors de s'occuper en priorité de la santé de la mère en la mettant sous traitement antirétroviral (sans Efavirenz ni Hivid). Dans ce cas, il faudra préférer les schémas thérapeutiques comprenant la Névirapine ou l'AZT, molécules les mieux documentées dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Il faudra éviter l'utilisation concomitante des deux molécules afin de garder en réserve un médicament efficace pour la prévention de la TME.

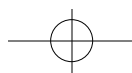
4. Au moment de l'accouchement

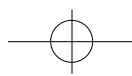
Zidovudine 300 mg per os toutes les 3 heures sous la supervision directe du gynécologue accoucheur jusqu'au clampage du cordon ombilical.

En cas d'impossibilité de la voie orale (vomissements, césarienne), la Zidovudine sera prescrite en perfusion.

Avant l'accouchement faire une toilette vaginale à la chlorhexidine (concentration à 0,25 %).

Pour les femmes vues tardivement au moment du travail, donner de la Névirapine 200 mg per os en dose unique (en cas d'impossibilité de la voie orale du fait de troubles digestifs, faire passer la Névirapine par voie intraveineuse).



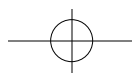
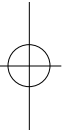
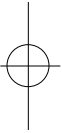


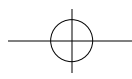
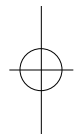
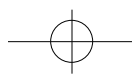
5. Après l'accouchement

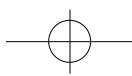
Au bout d'un mois, les femmes VIH+ feront l'objet d'un suivi clinique et biologique (CD4, hémogramme, créatininémie, transaminases, glycémie). Celles qui répondront aux critères d'inclusion définis par l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux (ISAARV) bénéficieront d'une trithérapie.

6. Prise en charge médicale des nouveau-nés

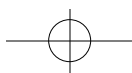
Tous les nouveau-nés bénéficieront à la naissance d'un bain à la chlorhexidine. Par ailleurs, l'allaitement artificiel sera recommandé en priorité et devra être soutenu. Ils recevront dès la naissance, 2 mg/kg de Zidovudine en sirop toutes les 6 heures et ce pendant 6 jours ou par voie intraveineuse AZT 1,5 mg /kg en cas d'impossibilité de la voie orale. L'on peut aussi donner à défaut de Zidovudine de la Névirapine suspension 2 mg / kg en dose unique dans les 72 premières heures (passer par voie intraveineuse si impossibilité de la voie orale). Une évaluation clinique et biologique sera faite ultérieurement par un pédiatre (PCR, sérologie VIH).

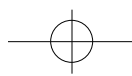






**CONDUITE À TENIR EN CAS D'ACCIDENT
AVEC EXPOSITION AU SANG
POUR LE PERSONNEL DE SOINS
ET DE LABORATOIRE**





Définition : Un accident avec exposition au sang (AES) est défini par un contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang, lors d'une piqûre avec une aiguille, une coupure avec un objet tranchant ou par contact avec du sang ou du liquide contaminé sur une plaie, une peau lésée ou une muqueuse.

1. Soins immédiats

Exposition percutanée

- Nettoyer la plaie à l'eau et au savon
- Rincer avec un anti-septique (Dakin ou Eau de Javel 12° diluée au 1/10 ou alcool 70° ou polyvidone iodée (laisser 5 minutes de contact au moins).

Projection sur des muqueuses

- Rincer de façon prolongée la zone contaminée à l'eau.

Soutien psychologique

2. Evaluer le risque infectieux

Risque élevé

- Piqûre profonde avec une aiguille creuse provenant d'une voie veineuse ou artérielle
- Coupure avec une lame de bistouri souillée de sang

Risque intermédiaire

- Erosion épidermique superficielle avec une aiguille creuse
- Coupure avec une lame de bistouri à travers des gants
- Projection de liquide biologique sur une muqueuse ou sur une peau lésée

Risque faible

- Piqûre superficielle avec une aiguille de suture, intramusculaire, sous-cutanée
- Projection liquide biologique sur une muqueuse ou sur une peau saine.

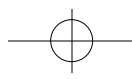
3. Prophylaxie antirétrovirale

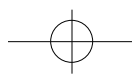
À proposer le plus rapidement possible dans les 4 heures après l'accident et avant 48 heures en cas de risque d'infection élevé et de risque intermédiaire.

- 2 NUC + 1 IP (AZT + 3 TC + IDV ou AZT + 3 TC + NFV)

La durée de la prophylaxie antirétrovirale est de 30 jours.

NB. Chimio prophylaxie à arrêter si la sérologie VIH du patient source est négative.





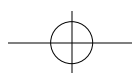
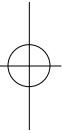
4. Conduite à tenir ultérieurement

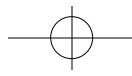
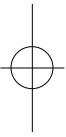
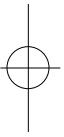
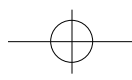
- Déclaration de l'accident dans les 24 heures (médecine du travail)
- Bilan biologique initial à faire dans les 8 jours (chez le personnel victime de l'accident et chez le patient source) : sérologie VIH et sérologies hépatite B et C.
- Si 1^{ère} sérologie VIH négative chez le soignant, faire un suivi biologique à 3 mois et au 6^{ème} mois.
- Certificat médical final au 6^e mois

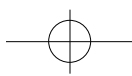
NB. Suivi biologique à arrêter si la sérologie VIH du patient source est négative.

5. Services référents

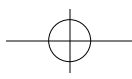
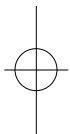
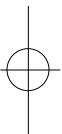
- CHU Le Dantec : Service de Médecine Interne, le Médecin du personnel
- CHU de Fann : Service des Maladies Infectieuses, le Centre de Traitement ambulatoire, le Médecin du personnel
- Hôpital Principal de Dakar
- Hôpital de Grand Yoff : Service de Médecine Interne, le Médecin du personnel
- Dans les régions : contacter le service des Maladies Infectieuses ou de la Médecine Interne de l'Hôpital Régional.

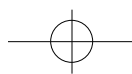






TRAITEMENT DES INFECTIONS ET AFFECTIONS OPPORTUNISTES





Salmonelloses : Fluoroquinolone : 500 mg x 2 / jour pendant 15 à 21 j

Shigelloses : Fluoroquinolone : 500 mg x 2 / jour pendant 15 à 21 jours

Campylobacterioses : Erythromycine : 1 g x 2 / jour pendant 15 jours

Colite à Clostridium difficile : Métronidazole 250 mG x 4 / jour ou Vancomycine : 500 mg x 4 / jour per os pendant 10 jours.

Giardiases : Métronidazole 500 mg x 3 / jour, pendant 14 jours

Isosporose : Cotrimoxazole : 4 g / jour pendant 10 jours. Traitement d'entretien : Cotrimoxazole : 1g x 3 / semaine, à vie.

Entérocologie à Enterocytozoon intestinalis : Albendazole : 400 mg x 2 / jour pendant 15 jours

Cryptosporidoses : Traitement symptomatique (rehydratation)

Candidose oesophagienne : Fluconazole : 100 mg / jour pendant 7 jours

Cryptococcose : Amphotéricine B : 0,7 mg / kg / jour, pendant 1 mois.

Ou Fluconazole 400 mg / jour per os ou IV pendant 6 semaines. Traitement d'entretien : Fluconazole : 200 mg / jour per os, à vie.

Infection à Herpes simplex virus :

Herpès : aciclovir : 200 mg x 5 / jour pendant 5 jours.

Zona : aciclovir : 800 mg x 5/ jour, pendant 7 jours

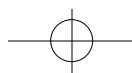
Encephalite : aciclovir : 10 mg/kg en IV x 3 / jour pendant 10 jours.

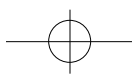
Maladie de Kaposi : Bléomycine 15 Unités + Vincristine 2 mg toutes les trois semaines.

Infection à Mycobacterium avium intracellulare : Clarithromycine : 500 mg x 2 / jour + Ethambutol 20 mg / kg /jour + Rifabutine 450 mg /jour, pendant 12 mois. Traitement d'entretien Azithromycine 1200 mg une fois par semaine ou Clarithromycine 500 mg deux fois par semaine à vie.

Tuberculose: Rifampicine : 10 mg/kg /jour + Ethambutol : 20 mg/kg/ jour + Pyrazinamide : 25 mg/kg/jour + Isoniazide : 5 mg /kg/jour.

Quatrithérapie pendant deux mois puis Rifampicine + Isoniazide pendant quatre mois.



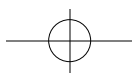
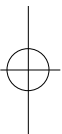


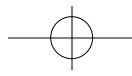
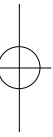
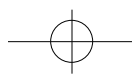
Infection à CMV : ganciclovir 5 mg / kg x 2 / jour pendant 15-21 jours

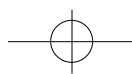
Toxoplasmose cérébrale : Pyriméthamine (Malocide) 50 mg/j + Sulfadiazine (Adiazine) 4 à 6 g/jour + acide folique 25 mg/jour, pendant 6 semaines.

Ou Cotrimoxazole : 2 ampoules x 2 / jour en IV pendant 14 jours puis relais per os pendant 21 jours.

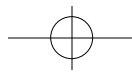
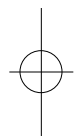
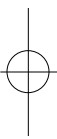
Pneumocystose : Cotrimoxazole : 90 mg/kg par jour pendant 21 jours ou Clindamycine 600 mg x 4 / jour + Primaquine 15 mg / jour pendant 21 jour. Traitement d'entretien : Cotrimoxazole : 960 mg/jour ou Dapsone 100 mg / jour, à vie.

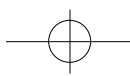






CLASSIFICATIONS UTILISÉES DANS LE CADRE DE L'INFECTION À VIH





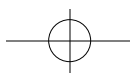
Classification de Bangui

Critères majeurs	Score
Amaigrissement > 10 % du poids corporel	4
Fièvre > 1 mois d'évolution	3
Diarrhée pendant 1 mois	3
Critères mineurs	
Asthénie prolongée	4
Candidose bucco-oesophagienne	4
Herpès cutanéomuqueux récidivant	4
Dermatose prurigineuse généralisée	4
Zona multimétamérique	2
Adénopathies généralisées	2
Signes neurologiques	2
Toux et/ou pneumopathie	2
Signes de haute valeur d'orientation diagnostique	
Maladie de Kaposi	12
Cryptococcose neuro-méningée	12

Le diagnostic clinique d'une infection à VIH doit être évoqué si :

2 signes majeurs + 1 signe mineur ou

Score > 12



Classification de l'OMS

Stade clinique 1

- Patient asymptomatique
- Adénopathies persistantes généralisées
- Degré d'activité 1 : activité normale

Stade clinique 2

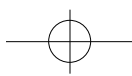
- Perte de poids < 10 % du poids corporel
- Zona (au cours des 5 dernières années)
- Manifestations cutané-muqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, ulcérations buccales, chéilite angulaire)
- Infections récidivantes des voies aériennes supérieures
- Degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale

Stade clinique 3

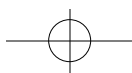
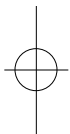
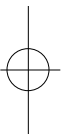
- Perte de poids > 10 % du poids corporel
- Diarrhée inexplicée > 1 mois
- Fièvre prolongée > 1 mois
- Candidose buccale
- Leucoplasie orale chevelue
- Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente
- Infection bactérienne sévère
- Degré d'activité 3 : patient alité moins de 50 % du temps .

Stade clinique 4

- Syndrome cachectisant dû au VIH
- Pneumocystose
- Toxoplasmose cérébrale
- Cryptosporidiose avec diarrhée > 1 mois
- Cryptococcose extrapulmonaire
- Cytromégalovirose



- Herpès virose cutanéomuqueuse > 1 mois ou viscérale
- Leucoencéphalite multifocale progressive
- Mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidioïdomycose)
- Candidose oesophagienne, trachéale, bronchique ou pulmonaire
- Mycobactériose atypique disséminée
- Septicémie à salmonelle mineure
- Tuberculose extrapulmonaire
- Lymphome malin
- Sarcome de Kaposi
- Encéphalopathie à VIH
- Degré d'activité 4 : patient alité de plus de 50 % du temps .



Classification du CDC 1993

Catégorie A

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :

- infection VIH asymptomatique
- lymphadénopathie persistante généralisée
- primo-infection symptomatique

Catégorie B

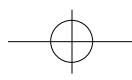
Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- angiomatose bacillaire
- candidose oropharyngée
- candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement
- dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- syndrome constitutionnel : fièvre (38°5 C) ou diarrhée supérieure à 1 mois
- leucoplasie chevelue de la langue
- zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- purpura thrombocytopénique idiopathique
- listériose
- neuropathie périphérique

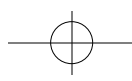
Catégorie C

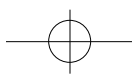
Cette catégorie correspond à la définition de sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :

- candidose bronchique, trachéale ou extrapulmonaire
- candidose de l'œsophage
- cancer invasif du col
- coccidioïdomycose disséminée ou extrapulmonaire
- cryptococcose extrapulmonaire
- cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois

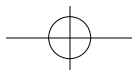
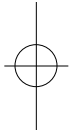
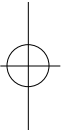


- infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions)
- rétinite à CMV
- encéphalopathie due au VIH
- infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à 1 mois ; ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne
- histoplasmosse disséminée ou extrapulmonaire
- isosporidiose intestinale chronique (supérieure à un mois)
- sarcome de Kaposi
- lymphome de Burkitt
- lymphome immunoblastique
- lymphome cérébral primaire
- infection à Mycobacterium avium ou kansaii, disséminée ou extrapulmonaire
- infection à Mycobacterium tuberculosis, quel que soit la localisation (pulmonaire ou extrapulmonaire)
- infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire
- pneumonie à Pneumocystis carinii
- pneumopathie bactérienne récurrente
- leuco-encéphalite multifocale progressive
- septicémie à salmonelle non typhi récurrente
- syndrome cachectique dû au VIH
- toxoplasmose cérébrale.





ANTIRÉTROVIRAUX DISPONIBLES AU SÉNÉGAL (2001)



ANTIRÉTROVIRAUX DISPONIBLES AU SÉNÉGAL POUR LE TRAITEMENT DES PATIENTS ADULTES

Nom	Classe	Posologie	Présentation	Conditions de prise
AZT Zidovudine Rétrovir [®] (Glaxowellcome)	IN	250 mg x 2/jour si poids = 60 kg 300 mg x 2/jour si poids > = 60 kg	Gel à 250 mg cp à 300 mg	Indifférence
DDI Didanosine Videx (BMS)	IN	150 mg x 2/jour si poids = 60 kg 200 mg x 2/jour si poids > = 60 kg ou 250 mg en prise unique si < 60 kg 400 mg en prise unique si > = 60 kg	cp à 100 mg cp à 150 mg cp à 400 mg Gel à 250 mg Gél à 400 mg	À jeun 1/2 h avant le repas ou 2h après le repas avec IDV : prendre les 2 pro- duits à jeun à 1 h d'intervalle.
3TC Lamivudine Epivir [®] (Glaxowellcome)	IN	150 m x 2/jour	cp à 150 mg	Indifférente
AZT + 3TC Combivir [®] (Glaxowellcome)	IN	1 cp x 2/jour	cp à 300 mg d'AZT et 150 mg de 3TC	Indifférente
D4T Stavudine Zérit [®] (BMS)	IN	30 mg x 2/jour si poids < 60 kg 40 mg x 2/jour si poids > = 60 kg	Gel à 15 mg, 20mg,30 mg et 40 mg	Indifférente
IDV Indinavir Crixivan (MSD)	IP	800 mg x 3/jour	Gel à 400 mg	À jeun 1h avant ou 2h après le repas boire 1,5 l d'eau/jour Avec DDI :prendre les 2 pro- duits à jeun à 1 h d'intervalle
NFV Nelfinavir Viracept [®] (Roche)	IP	750 mg x 3/jour	cp à 250 mg	Pendant les repas
NVP Névirapine Viramune [®] (Boehringer-Ingelheim)	INN	200 mg /jour jusqu'à J14 puis 400 mg /jour en 1 ou 2 prises	cp à 200 mg	Indifférente
EFZ Efavirenz Sustiva [®] (Dupont-Merk)	INN	600 mg/jour en 1 prise unique	Gel à 200 mg	Plutôt le soir au coucher

ANTIRÉTROVIRAUX DISPONIBLES AU SÉNÉGAL POUR LE TRAITEMENT DES ENFANTS

Nom	Classe	Dose usuelle	Adaptation des doses pour le nouveau-né	Formulation disponible pour l'enfant
AZT Zidovudine Rétrovir [®]	IN	5 à 8 mg /kg x 2 / jour	2 mg / kg x 4	Gel à 100 mg cp à 300 mg FB 1 ml = 10 mg
DDI Didanosine Videx [®]	IN	300 mg/m ² en une prise quotidienne, à jeun	50 mg/m ² x 2	cp à 25, 50, 100 et 050 mg Pour optimiser l'anti-acide inclus : préférer pour la même dose en 2 cp plutôt qu'un seul (ex : 2 x 25 plutôt qu'un x 50) FB 1 ml = 10 mg
3TC Lamivudine Epiriv [®]	IN	4 mg/kg x 2/jour	2 mg / kg x 2	cp à 150 mg FB 1 ml = 10 mg
D4T Stavudine Zérit [®]	IN	1 mg/kg x 2/jour	Non précisé	Gel à 15, 20 ,30 et 40 mg FB 1 ml = 10 mg
IDV Indinavir Crixivan [®]	IP	500 mlg /m ² x 3/jour à jeun Hyperhydratation	Non précisé	Gel à 400 mg Gel à 200 mg
NFV Nelfinavir Viracept [®]	IP	45 mg x kg x 2/ jour	10 mg /kg x 3/j	cp à 250 mg FB poudre 1 cm = 50 mg
NVP Névirapine Viramune [®]	INN	Enfant < 8 ans : 4 mg/kg x 1/j pdt 15 jours puis 7 mg/kg x 2/jour Enfant > 8 ans : 4 mg/kg x 1/j pdt 15 jours puis 4 mg/kg x 2/jour	Idem	cp 200 mg FB 1 ml = 10 mg
EFZ Efavirenz Sustiva [®]	INN	13-15 kg, 200 mg x 1/jour 15-20 kg, 250 mg x 1/jour 20-25 kg, 300 mg x 1/jour 25-32,5 kg, 350 mg x 1/jour 32,5-40 kg, 400 mg x 1/jour 40 kg, 600 mg x 1/jour	Non précisé	Gel 50, 100, 200 mg

Évaluation de la surface corporelle (SC) à partir du poids (P) chez l'enfant :

$$SC (M^2) = \frac{(4 \times P) + 7}{P + 9}$$