

**ATELIER SUR L'EXPANSION DES 3Is CONTRE LE VIH/TB, LA
MISE EN ŒUVRE DES DIRECTIVES PCIME/PCIMAA/PCIGA
ET LE SUIVI ET L'ÉVALUATION POUR L'ACCELERATION DE LA
PREVENTION, SOINS ET TRAITEMENT DU VIH ET TB EN
AFRIQUE FRANCOPHONE**

25-27 janvier 2012

Lomé, Togo

Dr YEBOUE K. Michel

Equipe Inter pays de l'OMS pour l'Afrique de l'Ouest

REVISIONS DES GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE ARV

- **CONTEXTE:**

- **Pourquoi les révisions et les mises à jour?**

- Améliorer la qualité de vie et la survie des personnes vivant avec le VIH;
 - Fournir des normes internationales, principalement dirigées vers les pays à revenu faible ou intermédiaire afin d'aider à améliorer à l'échelle mondiale les interventions plus efficaces pour la prévention, le traitement et les soins
 - Basées sur le résultat de l'expérience acquise de l'évidence scientifique;
 - La révision de 2010 est la quatrième après celles de 2002, 2003 et 2006 qui ont été faites.

REVISIONS DES GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE ARV

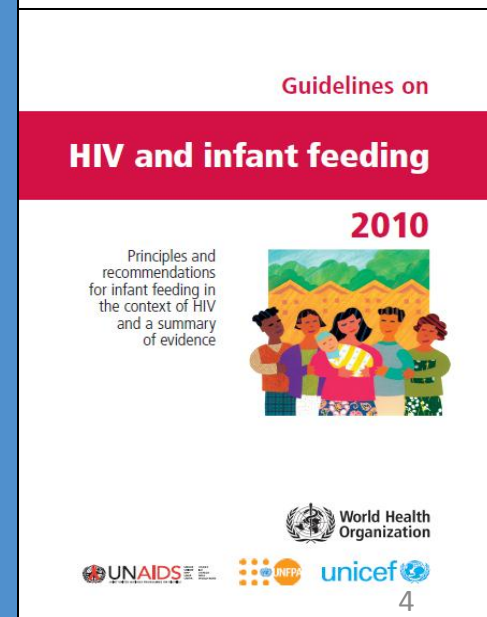
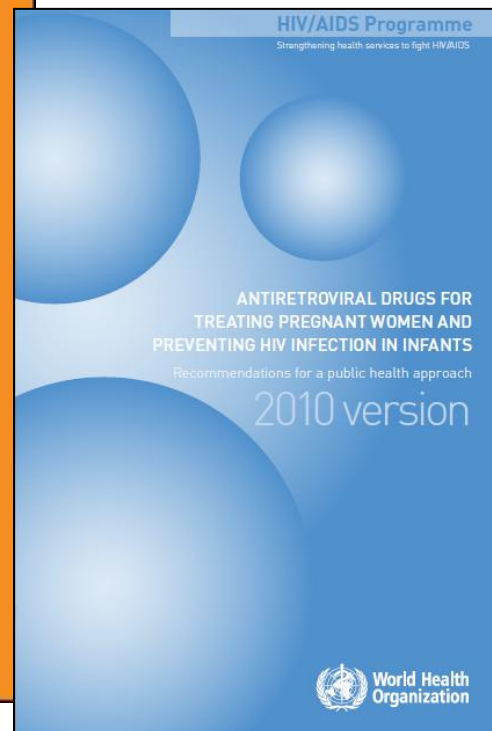
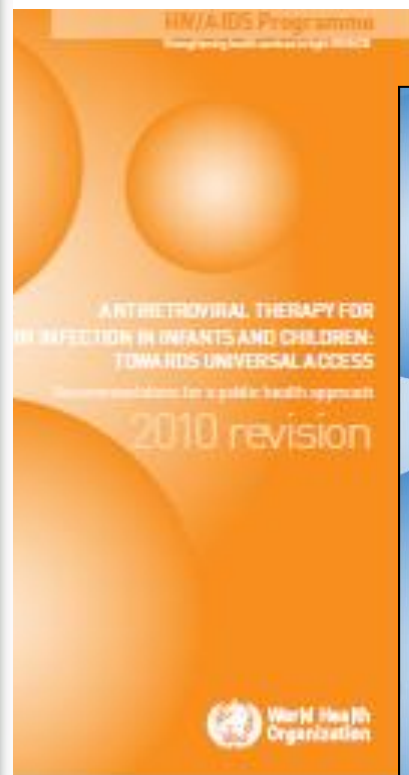
- **CONTEXTE:**

- **Les principes directeurs des révisions:**

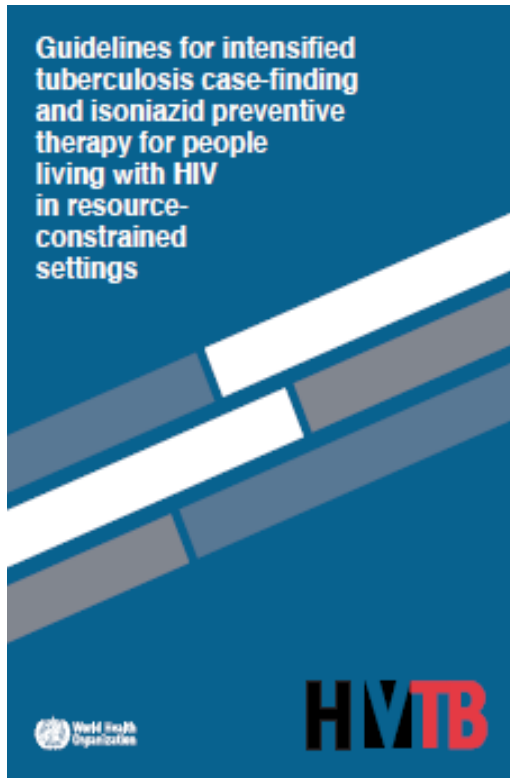
- Donner la priorité à la meilleure option et proposer des alternatives si la meilleure option n'est pas disponible ;
 - Expliquer clairement quand des données de bonne qualité plaident en faveur d'une recommandation forte ;
 - Expliquer clairement quand des données de faible qualité plaident – ou quand un équilibre incertain entre les risques et les avantages plaide – en faveur d'une recommandation soumise à conditions ;
 - Etre à la fois ambitieux et réaliste, gardant à l'esprit la possible mise en œuvre progressive de ces recommandations, qui demeureront valables jusqu'en 2012.

REVISIONS DES GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE ARV

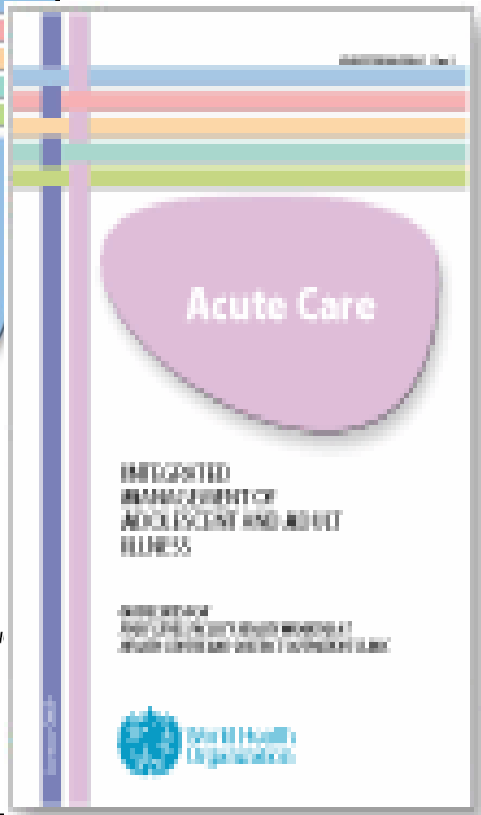
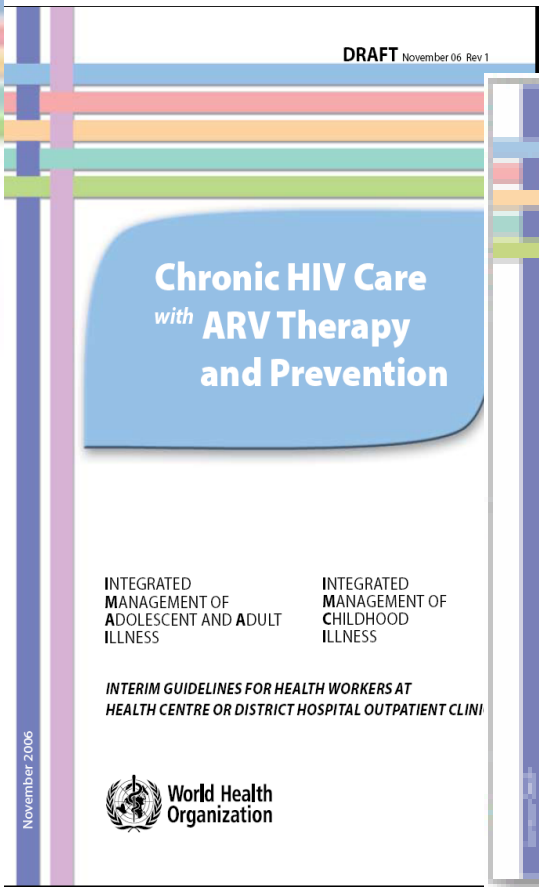
- Lignes directrices de 2010:



GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE ARV



GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE ARV



REVISIONS DES GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE ARV

Population Cible	Condition clinique	Recommandation
Patients asymptomatiques (y compris les femmes enceintes)	Stade Clinique 1 OMS	Commencer le TAR si ≤ 350
Patients symptomatiques (y compris les femmes enceintes)	Stade Clinique 2 OMS	Commencer le TAR si ≤ 350
	Stade Clinique 3 ou 4 OMS	Commencer le TAR indépendamment du nombre de cellules CD4
Co-infections TB & Hepatite B	TB active	Commencer le TAR indépendamment du nombre de cellules CD4
	Co-infection HVB nécessitant une thérapie	Commencer le TAR indépendamment du nombre de cellules CD4

REVISIONS DES GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE ARV

1 ^{ère} ligne	2 ^{ème} ligne
AZT + 3TC + EFV	TDF + 3TC or FTC + ATV/r
AZT + 3TC + NVP	TDF + 3TC or FTC + LPV/r
TDF + 3TC or FTC + EFV	AZT + 3TC + ATV/r
TDF + 3TC or FTC + NVP	AZT + 3TC + LPV/r

REVISIONS DES GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE ARV

■ Enfants:

□ Début plus précoce du TAR:

- ***Nourrissons et enfants < 2 ans*** : Commencer un TAR dès le diagnostic posé;
- ***Enfants > 2 ans et < 5 ans*** : Pourcentage de CD4 < 25 % ou nombre de CD4 < 750 cellules/mm³
- ***Enfants > 5 ans*** : Nombre de CD4 < 350 cellules/mm³

□ Par quel ARV commencer?

- ***Nourrissons et enfants < 2 ans***: exposés aux INNTI : 2 INTIs + LPV/r (NVP is better than nothing)
- ***Nourrissons et enfants < 2 ans***: sans exposition ou exposition connue aux INNTI : 2 INTIs + NVP

Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)

**Manual on
Paediatric HIV Care
and Treatment
for District Hospitals**



Departments of Child and Adolescent Health and Development (CAH) and HIV/AIDS

REVISIONS DES GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE ARV

- **Femmes enceintes remplissant les critères pour recevoir le TAR:**
 - CD4 \leq 350 cellules/mm³, quel que soit le stade clinique de l'OMS;
 - Toutes les femmes dont le stade clinique de l'OMS est 3 ou 4, quel que soit le nombre de CD4.

REVISIONS DES GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE ARV

■ Prophylaxie par les ARV:

- Dès la 14^{ième} semaine de gestation ou dès que possible par la suite chez les femmes qui se présentent tardivement au cours de la grossesse, du travail ou de l'accouchement;
- Les ARV sont pris tout au long de l'allaitement au sein.

REVISIONS DES GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE ARV

■ Prophylaxie par les ARV:

OPTION A	OPTION B
<p>Mère: Avant l'accouchement, <u>AZT tous les jours dès la 14^{ième} semaine</u> de gestation et continué pendant l'accouchement. Au début du travail, NVP-du et début de AZT+3TC deux fois par jour continué pendant 7 jours post-partum.</p>	<p>Mère: Prophylaxie par 3 ARV dès la 14^{ième} de gestation et continué jusqu'à l'accouchement, ou jusqu'à une semaine après la fin de l'exposition au lait maternel en cas d'allaitement au sein <i>Schémas recommandés:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• AZT+3TC+LPV/r ou• AZT+3TC+ABC ou• AZT+3TC+EFV ou TDF+3TC (FTC)+EFV
<p>Nourrisson allaité au sein: Administration quotidienne de <u>NVP à partir de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines</u> au minimum, ou jusqu'à une semaine après l'arrêt de toute exposition au lait maternel.</p> <p>Nourrisson recevant uniquement une alimentation de substitution: <u>NVP une fois par jour +AZT</u> deux fois par jour à partir de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines.</p>	<p>Nourrisson: <i>Quel que soit le mode d'alimentation du nourrisson</i></p> <p><u>NVP une fois par jour</u> ou <u>AZT</u> deux fois par jour à partir de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines.</p>

Intensification du dépistage/diagnostic TB et Prophylaxie à l'Isoniazide (INH)

- Dépistage de routine pour la TB dans les centres de Consultation Périnatale;
- Prophylaxie à l'INH si pas de toux, fièvre, perte de poids, ou sueur nocturne;
- Donner le traitement si TB.

REVISIONS DES GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE ARV DANS LE CONTEXTE DE LA CO-INFECTION TB/HIV

- **Recommandations de la prise en charge de la co-infection TB/VIH:**
 - Quelque soit le nombre de CD4, les patients présentant une co-infection VIH/tuberculose doivent commencer un TARV le plus tôt possible après avoir commencé le traitement antituberculeux.
- **Quand commencer un TARV:**

Lignes directrices en 2010	Lignes directrices en 2006
Présence d'une tuberculose évolutive active quel que soit le nombre de CD4	<ul style="list-style-type: none">• Présence d'une tuberculose évolutive active et $CD4 \leq 350$ cellules/mm³;• Le démarrage du TARV peut être repoussé si $CD4 \geq 200$ cellules/mm³

REVISIONS DES GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE DANS LE CONTEXTE DE LA CO-INFECTION TB/HIV

■ Par quel TARV commencer :

Lignes directrices en 2010	Lignes directrices en 2006
<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="117 739 772 782">• AZT ou TDF+3TC (ou FTC)+EFV <p data-bbox="117 861 975 1289">Il faut commencer le TARV le plus tôt possible chez tous les patients présentant une co-infection VIH/tuberculose avec une tuberculose évolutive active (<u>dans les huit semaines après le début du traitement antituberculeux</u>)+++</p>	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="1031 739 1680 782">• AZT ou TDF+3TC (ou FTC)+EFV

L'initiation précoce du TAR réduit la mortalité et la morbidité

Etude	Lieu	Critères enrôlement	Bras	CD4 médian (IQR)	Résultat mesuré	Résultats
CAMELI A	Cambodge	Frottis +, CD4 < 200	Immédiat vs. 8 sem	25 (10 - 56)	Mortalité	34% ↓ mortalité (p=0.004)
STRIDE	Multi centres	TB clinique, CD4 < 250	Immédiat vs. 8-12 sem	77 (36 - 145)	SIDA ou mortalité	42% ↓ SIDA/mortalité si <50 CD4 (p=0.02)
SAPIT	Afrique du Sud	Frottis +, CD4 < 500	Immédiat vs. 8-12 sem	150 (77 - 254)	SIDA ou mortalité	68% ↓ SIDA/mortalité si <50 CD4 (p=0.06)

REVISIONS DES GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE DANS LE CONTEXTE DE LA CO-INFECTION TB/HIV

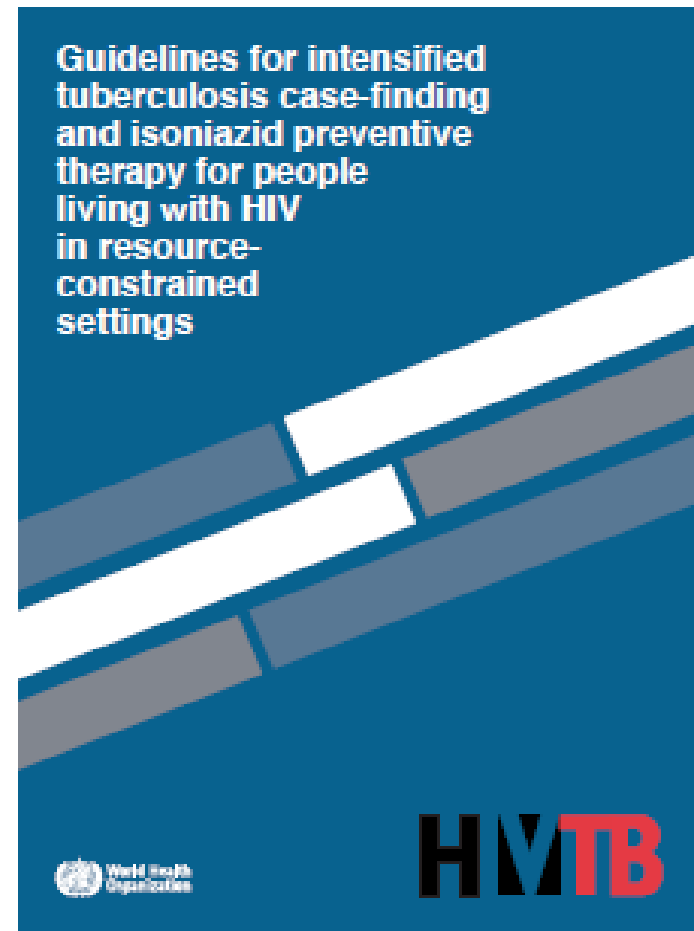
▪ TARV de deuxième intention :

Lignes directrices en 2010		Lignes directrices en 2006
<ul style="list-style-type: none"> • Si la rifabutine est disponible (150 mg trois fois par semaine) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes schémas thérapeutiques que ceux recommandés pour l'adulte 	<ul style="list-style-type: none"> • ABC+ddL ou • ABC +TDF ou • ddL +3TC ou • TDF + 3TC (± AZT) plus LPV/r ou SQV/r avec ajustement de la dose de RTV [LPV/r:400 mg/400 mg deux fois par jour ou LPV/r : 800 mg/200 mg deux fois par jour ou SQV/r: 400 mg/400 mg deux fois par jour]
<ul style="list-style-type: none"> • Si la rifabutine n'est pas disponible 	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes bases d'INTI que celles recommandées pour l'adulte plus du LPV/r ou SQV/r avec ajustement de la dose de RTV (LPV/r :400 mg/400 mg deux fois par jour ou LPV/r: 800 mg/200 mg deux fois par jour ou SQV/r: 400 mg/400 mg deux fois par jour) 	

REVISIONS DES GUIDES ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE DANS **LE CONTEXTE DE LA CO-INFECTION TB/HIV**

- **Chez le nourrisson et l'enfant âgé de moins de 3 ans** présentant une tuberculose, les schémas thérapeutiques à privilégier sont NVP + 2 INTI ou un schéma thérapeutique associant trois nucléosidiques;
- **Chez l'enfant âgé de plus de 3 ans** présentant une tuberculose, le schéma thérapeutique à privilégier est EFV + 2 INTI.

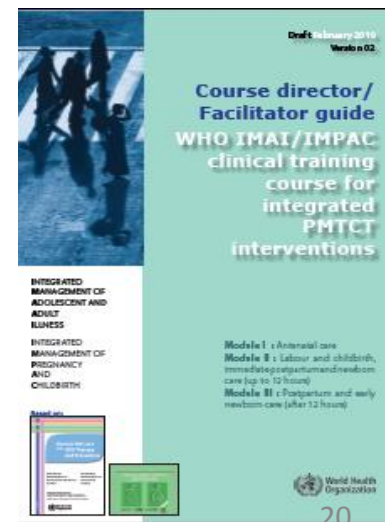
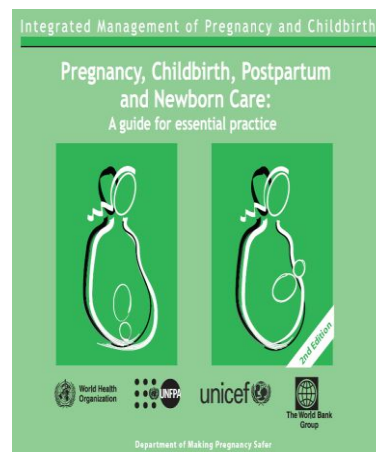
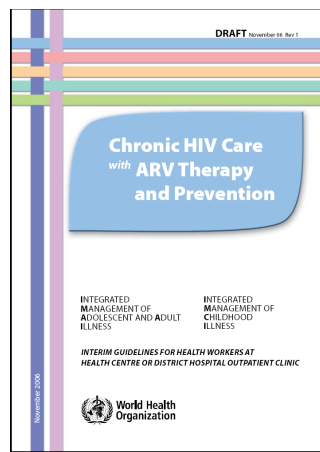
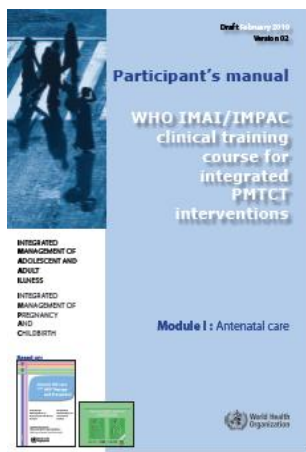
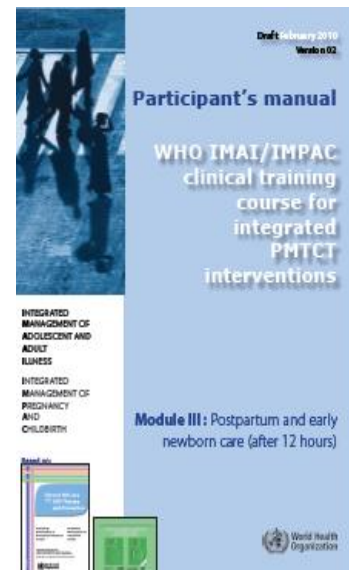
Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Adolescent et de l'Adolescent: PCIMAA TB/HIV



Intégration des services PTME PCIMAA/PCIGA

■ Modules pour les cours:

- Module I: PTME pendant la Grossesse
- Module II: PTME à la Naissance
- Module III: PTME pendant la période Post natale



JE VOUS REMERCIE