

TRITHÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE DE L'ENFANT

3-1- Diagnostic et suivi immunovirologique de l'infection à VIH chez le nouveau-né et l'enfant

Le diagnostic de l'infection à VIH chez le nouveau-né et le nourrisson repose sur deux PCR-ARN positives consécutives. Après l'âge de 18 mois, le diagnostic est sérologique (Forte recommandation, grade A). Le suivi immuno-virologique repose sur le taux des CD4 et la CVP :

- Le pourcentage des CD4 a une valeur pronostique supérieure à celle de la CVP chez les enfants âgés de moins de 12 mois.
- Chez les enfants âgés de plus de 12 mois, les 2 paramètres sont utiles pour évaluer le pronostic.

Il faut tenir compte des particularités pédiatriques de ces deux paramètres :

- En raison de l'hyperlymphocytose physiologique jusqu'à l'âge de 5-6 ans, il faut tenir compte du pourcentage et du nombre absolu des CD4.
- La période de primo-infection est caractérisée par une CVP plus élevée ($> 7 \log_{10}$) dans les premiers mois de la vie et une décroissance plus lente sur 12 à 24 mois.

3-2- Modalités de la trithérapie antirétrovirale chez le nouveau-né et l'enfant

3-2-1-Prophylaxie post-exposition chez le nouveau-né

Les modalités de la prophylaxie post-exposition doivent être prévues avant la naissance, en concertation avec l'infectiologue et adaptées à l'évaluation du risque de transmission (Tableau XI). La prophylaxie post-exposition doit être débutée le plus tôt possible, dans les heures qui suivent la naissance. La durée recommandée de cette prophylaxie est de 6 semaines (Forte recommandation, grade A).

Tableau XI : Prophylaxie post-exposition.

Situation	Risque de transmission	Prophylaxie post-exposition	Durée
- Prophylaxie maternelle optimale avec une CVP indétectable ou faible (< 1000 copies/ml) associée à un accouchement (césarienne ou voie basse) sans complication.	Faible	Monothérapie: AZT	6 semaines
-Mère dont la CVP reste détectable (entre 1000 et 10 000 copies/ml) sous traitement au 8 ^{ème} mois et pour laquelle la césarienne n'a pas été possible.	Intermédiaire	Bithérapie : AZT+3TC	6 semaines

Situation	Risque de transmission	Prophylaxie post-exposition	Durée
- Mère n'ayant pas reçu de prévention durant la grossesse et/ou l'accouchement. - Des conditions difficiles d'accouchement (rupture prolongée de la poche des eaux, chorio-amnionite, hémorragie, blessure du nouveau-né durant l'extraction) et CVP maternelle détectable. - CVP maternelle élevée à l'accouchement (> 10 000 copies/ml) malgré un traitement antirétroviral.	Elevé	Trithérapie : AZT+3TC+IP/r	6 semaines

Remarque : grade A pour trithérapie, grade C pour le choix des molécules associées

Une surveillance attentive clinique et biologique au moins jusqu'à 18 mois est recommandée pour les enfants exposés aux ARV (Forte recommandation, grade B).

3-2-2-Trithérapie antirétrovirale de l'infection chronique

3-2-2-1- Indications

Il est recommandé de débiter le traitement antirétroviral à un stade précoce avant l'installation d'un déficit immunitaire sévère (Forte recommandation, grade A).

- Enfant de moins de 12 mois : Un traitement antirétroviral précoce systématique est proposé dès la confirmation du diagnostic d'infection chez tout nouveau-né et nourrisson asymptomatique, compte tenu de la difficulté à prévoir la survenue d'une forme précoce et sévère.
- Enfant de 12 mois à 5 ans : Le traitement antirétroviral est recommandé chez tout enfant symptomatique au stade B ou C et/ou ayant des CD4 < 25 % de 1 à 3 ans ou CD4 < 20 % au-delà de 3 ans. L'abstention thérapeutique est recommandée si l'enfant est asymptomatique ou peu symptomatique (stade A) et ayant des CD4 > 30 % de 1 à 3 ans ou des CD4 > 25 % au-delà de 3 ans et CVP < 10⁵ copies/ml.
- Enfant de plus de 5 ans : mêmes indications que chez l'adulte.

3-2-2-2- Stratégie thérapeutique

La stratégie recommandée repose sur l'utilisation d'une trithérapie comportant 2 INTI + 1 IP/r ou 1 INNTI (Forte recommandation, grade B) :

- Les INTI privilégiés sont l'ABC, la 3TC et l'AZT.

- L'IP/r pouvant être utilisé est le lopinavir/r.
- L'INNTI pouvant être utilisé est l'EFV à partir de 3 ans.

Au cours du suivi d'un enfant traité, le praticien doit accorder une attention particulière :

- à l'observance, qui nécessite une sensibilisation et une éducation des parents,
- à l'adaptation posologique : le surdosage majore le risque de toxicité, le sous dosage expose au risque de résistance. La surveillance régulière du poids est nécessaire pour l'adaptation posologique,
- à la surveillance de la toxicité surtout hématologique et métabolique.