

grandir



info

N°12-Mars-Avril 2007



ZOOM
CDF
pédiatriques :
où en est-on ?



remue
MÉNINGES
Réponse à
l'exercice du
dernier numéro
Etude de cas :
Trésor14 ans



rubric
à bras
Un premier lot
de fiches
pratiques Grandir
à votre
disposition !



zoom CDF pédiatriques : où en est-on ?

Les combinaisons à dose fixe (CDF) simplifient l'observance au traitement antirétroviral au quotidien car plusieurs molécules sont regroupées en un seul comprimé. Il y a plus d'un an, Grandir Info, annonçait l'arrivée des CDF pédiatriques. Où en est-on aujourd'hui ?

La CDF de première ligne la plus courante (**d4T+3TC+NVP**) est désormais proposée en formulation pédiatrique par deux laboratoires indiens.

Les dosages de ces combinaisons diffèrent légèrement suivant le fabricant :

- Cipla fabrique la **Triomune-Baby** (d4T 6mg + 3TC 30mg + NVP 50mg) et la **Triomune-Junior** (d4T 12mg + 3TC 60mg + NVP 100mg) ;
- Ranbaxy fabrique le **Triviro-LNS-Kid** (d4T 5mg + 3TC 20mg + NVP 35mg) et le **Triviro-LNS-Kid-DS** (d4T 10mg + 3TC 40mg + NVP 70mg).

Ces deux médicaments sont en cours de pré-qualification par l'OMS.

Ces médicaments se présentent sous la forme de comprimés sécables dispersibles dans l'eau. Une attention particulière a été portée sur leur goût. Le programme UNITAID et la Fondation Clinton ont négocié leur mise à disposition au prix de 60 US\$ par an dans 34 pays à ressources limitées. UNITAID et la Fondation Clinton ont également défini, avec le soutien de l'OMS, une posologie simplifiée et standardisée selon une échelle de poids de 3kg à 35kg (cf table de dosage). La Triomune-Baby de Cipla peut être utilisée dès 3kg, mais le Triviro-Kid de Ranbaxy n'est recommandé qu'à partir de 7kg. Notons enfin que Cipla a déjà développé une version de sa combinaison sans NVP et que Ranbaxy la développera sous peu. Cette combinaison pédiatrique de d4T+3TC sera très utile durant les 14 jours de la phase d'initiation du traitement antirétroviral, lorsque la dose de NVP est réduite pour éviter les réactions allergiques (rash cutané) et s'assurer de la tolérance hépatique.

Ces deux CDF pédiatriques représentent une avancée importante. Mais selon l'OMS, les ratios entre les composants proposés par Cipla et Ranbaxy ne sont pas complètement optimaux : la combinaison "idéale" serait : d4T 7mg + 3TC 30mg + NVP 55mg. **En attendant que cette combinaison idéale soit effectivement développée, le recours à Triomune-Baby et à Triviro-Kid est tout à fait recommandé.**

Enfin, n'oublions pas que l'OMS, en 2006, a validé l'utilisation en pédiatrie des CDF adultes, dont la combinaison d4T 30mg + 3TC 150mg + NVP 200mg (Triomune-30 de Cipla / Triviro-LNS-30 de Ranbaxy) pour le traitement des enfants de plus de 10kg. On privilégiera alors des comprimés présentés sous forme sécable pour faciliter la prise de 1/2 comprimés.

Triomune-Baby et Triviro-Kid constituent sans aucun doute un plus. Il faudra veiller à ce que ces nouveaux produits soient rapidement accessibles sur le terrain. Les acteurs impliqués dans la prise en charge pédiatrique devraient encourager leur centrale d'achat de produits pharmaceutiques à les obtenir dès que possible, même dans les pays qui ne sont pas concernés par l'initiative d'UNITAID.

En termes de recherche, **il demeure cependant urgent de développer davantage de CDF pédiatriques incluant d'autres molécules.** Une liste prioritaire vient d'être établie par l'OMS.

Pour en savoir plus

Une présentation diapo de la Fondation Clinton sur les CDF pédiatriques

(fév-2007, en anglais uniquement)

[http://www.nchads.org/Conference/CP1/FD/Tract%20B\(3\)%20FDC.pdf](http://www.nchads.org/Conference/CP1/FD/Tract%20B(3)%20FDC.pdf)

Table complète de dosages pour l'utilisation de Triomune Baby et de Triviro Kid

<http://www.grandir.sidaction.org/2-13-30/publications-grandir/outils-pratiques.htm>

Les actions financées par le programme UNITAID

<http://www.unitaid.eu/Valeur-ajoutee-Unitaid-FIAM.html>

Le rapport du groupe d'experts de l'OMS sur le développement de nouvelles formulations pédiatriques

(oct-nov-2006, en anglais uniquement).

<http://www.who.int/hiv/mediacentre/news63/en/index.html>



Grandir Info est une publication de Sidaction et Initiative Développement.

Ont participé à ce numéro :

Dr Laurent Hiffler :
l.hiffler@id-ong.org ;

Julien Potet :
j.potet@sidaction.org ;

Caroline Gerbaud :
c.gerbaud@id-ong.org ;

Merci aux membres du comité technique Grandir pour leurs conseils et leurs relectures attentives.



remue

MÈNINGES Réponse à l'exercice du dernier numéro

C'est **Yassinmé Elysée Somasse**, en charge du programme de Médecins du Monde au Bénin, qui nous a proposé la réponse la plus complète au cas d'étude présenté dans le [numéro 11 de Grandir Info](#). Voici sa réponse :

1) Edouard (4 mois) doit être considéré comme infecté par le VIH car il s'agit d'un enfant exposé au VIH (mère infectée par le VIH) et ses signes cliniques sont évocateurs d'une infection par le VIH de stade 3 OMS. De plus il a un déficit immunitaire sévère : $CD4 < 20\%$. Le protocole à base de dose unique de névirapine qu'il a reçu n'exclut pas la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En l'absence de preuve virologique, tous ces éléments devraient suffire à établir l'infection par le VIH, jusqu'à preuve du contraire.

2) Il faut envisager un traitement antirétroviral pour Edouard car à cet âge (avant deux ans) la mortalité liée au VIH est très importante. En plus cet enfant développe la forme sévère de l'infection (contamination in utero probable).

3) Edouard étant considéré comme infecté par le VIH, on va conseiller à sa mère de poursuivre l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de 1 an et au-delà si nécessaire. Cela n'exclut pas une diversification alimentaire à partir du 6ème mois. Le cotrimoxazole doit être poursuivi. Enfin, il est important d'établir un calendrier de suivi pour Edouard et sa maman."

Bravo cher Yassinmé Elysée Somassé ! Il nous semble en effet qu'il existe suffisamment d'arguments pour considérer Edouard comme infecté par le VIH. Son immunodépression incite à débiter le traitement antirétroviral, même en l'absence de preuve virologique. Mais on confirmera ce diagnostic dès que possible avec le laboratoire (PCR dès que possible ou sérologie à 18 mois). Par ailleurs, il faut rechercher également à exclure une tuberculose (notamment en vérifiant s'il n'y a pas un cas de tuberculose active dans la famille proche).

L'allaitement maternel devra être poursuivi: en effet, une étude en Zambie a montré que le taux de survie des enfants VIH+ qui continuent l'allaitement maternel au-delà de 4 mois est supérieur à celui des enfants VIH+ qui sont sevrés à 4 mois et ont recours à une alimentation de remplacement. D'autres données issues de cohortes vont dans le même sens. L'allaitement exclusif devra être maintenu jusqu'à 6 mois conformément aux recommandations actuelles de l'OMS, puis une diversification sera débutée à partir de 6 mois.

Etude de cas : Trésor, 14 ans

Trésor est un adolescent séropositif âgé de 14 ans. Depuis le décès de ses parents, survenu il y a deux ans, il habite chez sa tante maternelle. Mais il y a quelques mois, sa tante a informé ses enfants et ceux du voisinage que Trésor était infecté par le VIH.

Depuis lors Trésor est victime de rejet de la part de ses cousins, ainsi que des voisins qui craignent d'être contaminés en s'approchant de lui. Trésor est très abattu par cette situation et il a décidé de ne plus habiter chez sa tante. Il a arrêté à sa propre initiative le traitement antirétroviral qu'il avait commencé il y a 3 ans. N'ayant, selon lui, pas d'autres alternatives, il est déterminé à se suicider.

Au détour d'un entretien avec l'assistante sociale, Trésor se confie à elle et lui explique ce qu'il vit et les décisions qu'il a prises. Que peut faire l'assistante sociale pour aider Trésor ?

Pour en savoir plus

Les nouvelles recommandations OMS sur la poursuite de l'allaitement maternel chez les enfants infectés par le VIH (en anglais uniquement)

<http://www.who.int/hiv/mediacentre/Infantfeedingconsensusstatement.pdf>

envoyez vos réponses à grandir@sidaction.org et gagnez un ouvrage de référence sur le VIH !

Ce cas d'étude nous a été proposé par Julien Makaya, secrétaire général de l'ONG Serment Merveil (Brazzaville, Congo)

<http://www.serment-merveil.org>



rubric
à bras

Un premier lot de fiches pratiques Grandir à votre disposition !

Pour en savoir plus

Fiches Grandir à télécharger

<http://www.grandir.sidaction.org/2-10/publications/grandir/fiches-pratiques.htm>

Vous êtes nombreux dans votre pratique quotidienne à vous poser des questions sur différents aspects de la prévention et de la prise en charge du VIH chez l'enfant. Et il n'est pas toujours aisé de trouver dans la littérature existante **des réponses claires et concrètes aux problèmes qui se posent à vous**. C'est pourquoi nous avons souhaité développer des **fiches pratiques** pour vous aider à **faire facilement et rapidement le point** sur des sujets relevant de différentes thématiques : diagnostic et dépistage, prise en charge médicale, conseil et soutien psychosocial, traitement ARV, nutrition, transmission mère-enfant. Chaque fiche débute par un **cas d'étude**, réel ou fictif, en rapport avec la thématique traitée. Une réponse à ce cas est proposée en fin de fiche.

Nous vous invitons à découvrir les premières fiches mises en ligne sur le nouveau site de Grandir :

- 1 : Le guide des fiches pratiques : présentation, objectifs, public
- 2a : L'annonce de diagnostic d'infection à VIH à l'enfant : pourquoi est-ce important ?
- 2b : L'annonce de diagnostic d'infection à VIH à l'enfant : qui, quand, comment ?
- 3 : La prophylaxie au cotrimoxazole : pour tous les enfants nés de mère infectée par le VIH ?

Nous en publierons régulièrement de nouvelles. Rédigées pour l'instant en français, elles seront bientôt aussi disponibles en version anglaise.

