

grandir



N° 18 Août-septembre 2008



sol en si
solidarité enfants sida



actu

ARV pédiatriques : vers des dosages plus adaptés

rubric à brq

Des films d'animation sur le VIH/sida

ZOOM

Conférence de Mexico : focus sur la pédiatrie

remue MÉNINGES

Etude de cas : Astou, 7 mois



actu ARV pédiatriques : vers des dosages plus adaptés

Rendre la prescription du traitement antirétroviral pédiatrique plus simple pour le médecin, plus pratique pour l'enfant et sa famille et plus rationnelle du point de vue de la santé publique : tels sont les objectifs du travail mené par l'OMS, depuis environ deux ans, pour définir les dosages idéaux pour les antirétroviraux pédiatriques qui seront mis sur le marché dans les années à venir. Ces dosages sont dits « idéaux » car ils permettent une prescription standardisée selon une nouvelle échelle de poids simplifiée.

Certains de ces médicaments au dosage idéal sont déjà commercialisés : la Triomune Baby de Cipla (d4T 6mg / 3TC 30mg / NVP 50mg) est de plus en plus utilisée. Le nouveau Kaletra/Aluvia pédiatrique en comprimé thermostable (Lopinavir 100mg / Ritonavir 25mg) constitue une avancée majeure pour faciliter la prescription d'inhibiteurs de protéase pour les enfants. Enfin, le programme UNITAID travaille avec un laboratoire pour développer rapidement la combinaison suivante, conformément au dosage recommandé par l'OMS : AZT 60mg / 3TC 30mg / NVP 50mg.

Mais de nombreuses autres formulations idéales restent à développer : citons par exemple l'AZT 60mg, le 3TC 30mg, l'ABC 60mg, etc. Les industriels du médicament ont maintenant en main des données consensuelles d'experts pour en développer rapidement la production.

Ces formulations au dosage idéal présentent le principal avantage de pouvoir être prescrites, d'après les nouvelles recommandations présentées par l'OMS, selon une échelle de poids extrêmement simplifiée. L'OMS retient 7 catégories de poids : 3kg-4kg / 4kg-6kg / 6kg-10kg / 10kg-14kg / 14kg-20kg / 20kg-25kg / 25kg-35kg.

A partir des recommandations de l'OMS, le programme GRANDIR a mis à jour ses propres tableaux de posologies des ARV pédiatriques :

- L'ensemble des médicaments antirétroviraux disponibles et à venir y figurent.
- Les formulations à dosage idéal ont un code couleur particulier afin de mettre en évidence le fait qu'elles doivent être utilisées en priorité.
- Quant aux formulations « alternatives », elles peuvent être utilisées lorsque les médicaments à dosage « idéal » ne sont pas encore disponibles.

Pour en savoir plus

Retrouvez les nouvelles posologies recommandées par l'OMS pour le TARV pédiatrique :

http://www.who.int/hiv/paediatric/Summary_ARV_Ped_ARV_dosing.pdf

Téléchargez les tableaux GRANDIR révisés pour la posologie du TARV pédiatrique :

<http://www.grandir.sidaction.org/2-13-48/publications-grandir/outils-pratiques.htm>

grandir

Grandir Info est une publication de Sidaction, Initiative Développement et Sol En Si.

Ont participé à ce numéro :

Julie Langlois : j.langlois@sidaction.org ;

Caroline Tran : c.tran@id-ong.org ;

Dr David Masson : docdmasson@yahoo.fr ;

Julien Potet : julien_potet@yahoo.fr

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



rubric Des films d'animation à brq sur le VIH/sida

La WEB.foundation est une organisation néerlandaise qui développe des outils pour faciliter la communication sur le VIH/sida avec les jeunes. Parmi ces outils, *L'histoire de Bobo* a particulièrement retenu notre attention. Cette histoire, déclinée en deux petits films éducatifs de 8 minutes bien conçus (*Be HIV free et Be aware, take care*), permet d'expliquer de façon ludique et pédagogique comment le VIH agit dans l'organisme, comment s'en protéger... et vise également à faciliter l'observance au traitement antirétroviral.

Ces animations sont téléchargeables sur le site de la WEB.foundation pour la version anglaise et sont disponibles en CD pour la version française (sur demande à info@lovecheck.org).

La WEB.foundation propose aussi des jeux, Love.check et Family.matters, intéressants mais d'usage plus restreint (scénarii élaborés pour correspondre aux contextes des pays : Afrique du Sud, Zambie, etc.).

Pour en savoir plus

L'histoire de Bobo

<http://www.lovecheck.org/english/animations.html>



zoom Conférence de Mexico : focus sur la pédiatrie

La XVII^e Conférence internationale sur le VIH/sida, qui s'est tenue à Mexico en août dernier, a accordé une place importante aux enfants. Retour sur plusieurs points marquants.

■ Les enfants : « pas un sujet mineur »

- Les enfants ont souvent été négligés dans la lutte contre le VIH/sida. Mais, ces dernières années, la mobilisation en faveur des enfants infectés ou affectés par le VIH s'est accentuée et a gagné en visibilité. Ainsi, en préambule de la conférence, un symposium a été dédié aux enfants. Et, pendant la conférence, une session plénière leur a été consacrée : une première.

- Reste de nombreux points à améliorer dans la prévention et la prise en charge du VIH pédiatrique. Par exemple, en 2007, moins de 8 % des nouveau-nés ont été dépistés dans les pays à faibles ressources. Moins de 4% des enfants exposés au VIH ont reçu une prophylaxie au Cotrimoxazole à 2 mois. Et si le nombre d'enfants sous TARV a globalement augmenté (de 75 000 en 2005 à près de 200 000 en 2007), cela ne représente que 10 % des enfants vivant avec le VIH.

■ Décentralisation de la PTME

La Fondation Elizabeth Glaser a présenté des programmes intéressants de décentralisation de la PTME.

- En Ouganda, la PTME est intégrée dans les centres de santé de district (services de PTME sur 350 sites dans 27 districts). Depuis 2000, cette « approche district » a permis d'augmenter nettement le nombre de femmes enceintes dépistées, ainsi que le nombre de mères et de nouveau-nés mis sous prophylaxie antirétrovirale.

- En Côte d'Ivoire, c'est une « approche familiale » de la PTME qui est favorisée, plutôt qu'individuelle, notamment pour favoriser le dépistage des conjoints des femmes enceintes séropositives et les impliquer davantage dans la prévention de la transmission du VIH à l'enfant.

■ TARV précoce

L'OMS a rappelé ses dernières recommandations, suite à l'étude CHER (voir Grandir Info n° 17) :

- Traiter systématiquement avant 12 mois les enfants infectés par le VIH dès que le diagnostic a été posé, quel que soit le stade clinique ou immunologique. En l'absence de diagnostic précoce par PCR, il est recommandé que les enfants de moins de 12 mois présentant des symptômes d'infection à VIH soient mis sous TARV.

- En cas d'exposition à la Névirapine lors de la prophylaxie de la transmission mère-enfant : le TARV de 1^{ère} ligne recommandée est alors 2 INRT + 1 IP, pour tenir compte des résistances déjà sélectionnées par la NVP périnatale.

En cas d'indisponibilité de l'IP (le seul inhibiteur de la protéase disponible depuis le retrait du Viracept étant le Kalétra sirop) : 2 INRT + 1 INNRT (NVP).

■ Annonce de sa maladie à l'enfant

Cela reste une question délicate pour les familles comme pour les soignants : les enfants ne sont pas informés de leur statut sérologique ou tardivement, alors qu'ils peuvent avoir des doutes. Et ce non-dit peut notamment entraîner une mauvaise observance du traitement antirétroviral. D'où l'importance, pour les familles et les soignants, de favoriser l'annonce et de dialoguer avec les enfants avant, pendant et après l'annonce.

Pour en savoir plus

Les enfants :
« pas un sujet mineur »

<http://www.aids2008.org/Pag/PSession.aspx?s=33>

Symposium international
« Children and HIV/Aids :
action now, action how »
(CCABA et Teresa Group)

<http://www.ccaba.org/resources.html#E>

PTME

<http://www.aids2008.org/Pag/PSession.aspx?s=412>

TARV précoce

<http://www.aids2008.org/Pag/PSession.aspx?s=446>

Annnonce de la maladie

[http://www.ccaba.org/resources/Fabienne%20Hejoaka%20%20Sharing%20Perspective%20from%20the%20Field%20%20Disclosure%20to%20Children%20\[Compatibility%20Mode\].pdf](http://www.ccaba.org/resources/Fabienne%20Hejoaka%20%20Sharing%20Perspective%20from%20the%20Field%20%20Disclosure%20to%20Children%20[Compatibility%20Mode].pdf)



remue
méninges

Etude de cas : Astou, 7 mois

Aminata, qui a appris sa séropositivité il y a deux mois, vient consulter parce que sa fille Astou, âgée de 7 mois, mange mal depuis quelques semaines et souffre de diarrhée depuis huit jours. Astou est allaitée par du lait en poudre 2^{ème} âge donné par une association. Elle pèse 5 200 g pour 64 cm. Elle pesait 5 600 g il y a un mois et 5 800 g il y a deux mois. L'examen clinique n'oriente vers aucune cause précise : l'enfant est asthénique, urine peu, a 37°9 C de fièvre et l'abdomen est sensible mais souple. Astou ne prend pas de médicament, elle a bu des tisanes sans amélioration notable.

- Quelle va être votre prise en charge immédiate (dans les premières heures) ?
- Que pensez-vous de l'évolution du poids d'Astou, et des ses indicateurs anthropométriques (Poids/Taille ; Taille/Âge) ?
- Pensez-vous demander des examens complémentaires et lesquels ?

Envoyez vos propositions
de réponse à :

grandir@sidaction.org

Sa réponse sera sélectionnée et
son auteur gagnera un livre de
référence sur le VIH.