



COMMENT DIMINUER LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT ?

RAPPEL PROGRAMME NATIONAL PMTCT AU RWANDA (GTT-PMTCT/TRAC)

Pour toute femme enceinte VIH+ :
Stade clinique OMS, CD4, Hb, dépistage familial HIV et TBC, référence dans un centre ARV, prévention paludisme avec moustiquaire imprégnée, Fansidar. Encourager à adhérer aux mutuelles de santé.

A- Les critères d'éligibilité aux ARV pour les femmes enceintes (ARV à vie):

- Toute patiente appartenant au stade 4 sans tenir compte du nombre de CD4.
- Toute patiente appartenant au stade 1, 2, 3 qui a un nombre de CD4 < 350/mm³.

B- Femmes non éligibles aux ARV - Suivi précoce en prénatal (CPN)

- Stade 1, 2 et 3 de l'OMS avec CD4 > 350/mm³

Schéma de prophylaxie dès la 28^{ème} semaine d'âge gestationnel :

AZT : 300 mg matin et soir si Hb > 8 gr/dl
NVP : une dose 200 mg au moment de l'accouchement +
AZT 300 mg+3TC 150mg (=Duovir) à poursuivre 2X/J pendant 7 jours après l'accouchement (Afin de réduire les résistances à la névirapine)

C- Femmes non éligibles aux ARV - Suivi tardif (> 34 semaines d'AG)

Pour les femmes non éligibles aux ARV pour des raisons de santé, il sera permis pour les centres ARV de mettre toutes les femmes enceintes positives pour le VIH sous trithérapie sans attendre les résultats des CD4 si leur suivi est tardif (après la 34^{ème} semaine d'âge gestationnel)
Trithérapie: AZT ou D4T + 3TC + NVP (Triviro le moins cher)
En attendant transfert au centre ARV, commencer AZT monothérapie d'emblée (voir Hb)
A l'accouchement : pas de monodose de NVP. Stop trithérapie après l'accouchement et commencer bithérapie AZT 300mg+3TC 150mg (Duovir) 2X/J pendant 7 jours (pour réduire la résistance à la NVP)

D- Femmes enceintes dépistées VIH+ au moment de l'accouchement (ou VIH- dont mari VIH+)

Mère: NVP 200 mg au moment de l'accouchement +
AZT 300 mg + 3TC 150mg (Duovir) 2X/J pendant 7 jours

ALLAITEMENT

Counseling anténatal afin de bien conseiller la mère pour la nutrition de son enfant. :
Lait artificiel si possible ou Allaitement exclusif pour une durée maximale de 6 mois avec un sevrage brutal si il existe un soutien nutritionnel. Les femmes sans soutien et sans moyen continuent l'allaitement.

PROPHYLAXIE SYSTEMATIQUE POUR LE BEBE

Counseling fait et médicaments fournis à la mère avant accouchement pour débiter prophylaxie endéans les 72 heures.
Une dose unique de Nevirapine = 1 ml (~ 2mg/kg) = seringue de 1ml bouchonnée préparée à l'avance + une bouteille d'AZT : 1 ml (~ 4mg/kg) 2X/J pdt 1 mois

COMMENT DIMINUER LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT ?

RAPPEL PROGRAMME NATIONAL PMTCT AU RWANDA (GTT-PMTCT/TRAC)

Pour toute femme enceinte VIH+ :
Stade clinique OMS, CD4, Hb, dépistage familial HIV et TBC, référence dans un centre ARV, prévention paludisme avec moustiquaire imprégnée, Fansidar. Encourager à adhérer aux mutuelles de santé.

A- Les critères d'éligibilité aux ARV pour les femmes enceintes:

- Toute patiente appartenant au stade 4 sans tenir compte du nombre de CD4.
- Toute patiente appartenant au stade 1, 2, 3 qui a un nombre de CD4 < 350/mm³.

B- Femmes non éligibles aux ARV - Suivi précoce en prénatal (CPN)

- Stade 1, 2 et 3 de l'OMS avec CD4 > 350/mm³

Schéma de prophylaxie dès la 28^{ème} semaine d'âge gestationnel :

AZT : 300 mg matin et soir si Hb > 8 gr/dl
NVP : une dose 200 mg au moment de l'accouchement +
AZT 300 mg+3TC 150mg (=Duovir) à poursuivre 2X/J pendant 7 jours après l'accouchement (Afin de diminuer les résistances à la névirapine)

C- Femmes non éligibles aux ARV - Suivi tardif (> 34 semaines d'AG)

Pour les femmes non éligibles aux ARV pour des raisons de santé, il sera permis pour les centres ARV de mettre toutes les femmes enceintes positives pour le VIH sous trithérapie sans attendre les résultats des CD4 si leur suivi est tardif (après la 34^{ème} semaine d'âge gestationnel)
Trithérapie: AZT ou D4T + 3TC + NVP
En attendant transfert au centre ARV, commencer AZT monothérapie d'emblée (voir Hb)
A l'accouchement : pas de monodose de NVP. Stop trithérapie après l'accouchement et commencer bithérapie AZT 300mg+ 3TC 150mg (Duovir) 2X/J pendant 7 jours (pour diminuer la résistance à la NVP)

D- Femmes enceintes dépistées VIH+ au moment de l'accouchement (Ou VIH- dont mari VIH+)

Mère: NVP 200 mg au moment de l'accouchement +
AZT 300 mg + 3TC 150mg (Duovir) 2X/J pendant 7 jours

ALLAITEMENT

Counseling anténatal afin de bien conseiller la mère pour la nutrition de son enfant. :
Lait artificiel si possible ou Allaitement exclusif pour une durée maximale de 6 mois avec un sevrage brutal si il existe un soutien nutritionnel. Les femmes sans soutien et sans moyen continuent l'allaitement.

PROPHYLAXIE SYSTEMATIQUE DU BEBE

Counseling fait et médicaments fournis à la mère avant accouchement pour débiter prophylaxie endéans les 72 heures.
Une dose unique de Nevirapine = 1 ml (~ 2mg/kg) = seringue de 1ml bouchonnée préparée à l'avance + une bouteille d'AZT : 1 ml (~ 4mg/kg) 2X/J pdt 1 mois

SUIVI DE L'ENFANT NE DE MERE VIH + A poursuivre dans le cadre du PMTCT

Tout nourrisson né de mère VIH + qui n'a pas 18 mois et dont le diagnostic n'est pas exclu formellement (sérologie - ou PCR -) doit prendre du TMP-SMX (Trimetoprim + Sulfaméthoxazole) = Cotrimoxale® = Bactrim® = Eusaprim® à la dose de 25/ 5 mg/kg 1X/J dès l'âge de six semaines de vie jusqu'à ce que l'infection par le VIH soit formellement exclue (sérologie - ou PCR -) après l'arrêt de l'allaitement exclusif

Outil pour faciliter la prescription du Bactrim

Doses recommandées quotidiennement selon le poids de l'enfant :

Poids en kg	Dose	3 kg	4 kg	5 kg	6 kg	7 kg	8 kg	9 kg	10 kg
Bactrim® sirop 200 mg/40 mg/5ml	25/5 mg/kg 1 fois par jour	2 ml	2,5 ml	3 ml	4 ml	4,5 ml	5 ml	5,5 ml	6 ml
Bactrim® co	25/5 mg/kg 1 X/jour	/	1 co 100/20	1 co 100/20	1,5 co 100/20 mg	1,5 co 100/20 mg	1/2 co 400/80 mg	1/2 co 400/80 mg	1/2 co 400/80 mg

◆ Suivi clinique

- A voir dès que possible après la naissance
- 1X/mois jusqu'à 6 mois puis, tous les 3 mois jusque l'âge de 18 mois = Suivi de la taille, du poids et périmètre crânien (courbes OMS avril 2006) et du développement neurologique
 - + Traquer la notion de TB dans la famille
 - + Vérifier vaccination selon schéma du programme national
 - + Supplémentation en Vitamine A
 - + Moustiquaire imprégnée
 - + Rôle dans l'éducation à la santé

◆ Suivi neurologique

Principales étapes du développement psychomoteur de l'enfant de 1 mois à 1 an

1 mois	2 mois	3 mois	4-5 mois	6 mois	8-9 mois	1 an
- Fixation du visage - Poursuite oculaire d'un visage - Sourire fugace	- Sourire réponse - Tient la tête quelques instants - Poursuite oculaire des objets, - Intérêt visuel	- Tient bien la tête en position assise - Redressement tête en tronc en décubitus ventral	- Préhension volontaire - Tête dans l'axe au tiré-assis - Redressement sur les membres inférieurs	- Tient assis avec appui	- Tient assis sans appui - Tient debout - Début de marche à 4 pattes ou sur le siège ("Shuffle") - Pince pouce-index - Disyllabisme	- Marche - seul (N =12 -18 mois) - Prend et lâche les objets sur demande - Dit quelques mots

◆ Suivi biologique: PCR disponible (DBS ou 2ml tube EDTA)

1) Allaitement maternel

Si nourrisson symptomatique : PCR à deux reprises dès que possible pour confirmer ou exclure le diagnostic

Si nourrisson asymptomatique : PCR à 1^{1/2} et 5 mois (soit 1 mois avant l'arrêt de l'allaitement) pour encourager l'arrêt de l'allaitement à 6 mois. Si l'enfant est infecté : continuer l'allaitement maternel

2) Allaitement artificiel: PCR à 1^{1/2} et à 2^{1/2} mois

◆ Suivi biologique: PCR non disponible

Infection possible si CD4 < 20% = < 1000/mm³, ou si signes de stade 4 (malnutrition sévère plus fréquent), ou 2 critères parmi sepsis, candidose buccale, pneumonie sévère

◆ Sérologie

A 9 mois (75% des enfants perdent leur AC entre 9 et 12 mois): Si sérologie négative: pas faire de PCR : Si sérologie négative et allaitement stoppé depuis 3 mois = Stop Bactrim et rassurer la mère. Si sérologie positive : Faire stade clinique et PCR, maintenir Bactrim. Si début ARV sans contrôle PCR→ toujours vérifier sérologie à 18 mois. Si PCR+ : Faire stade clinique et CD4 pour décider début ARV.

SUIVI DE L'ENFANT NE DE MERE VIH + A poursuivre dans le cadre du PMTCT

Tout nourrisson né de mère VIH + qui n'a pas 18 mois et dont le diagnostic n'est pas exclu formellement (sérologie - ou PCR -) doit prendre du TMP-SMX (Trimetoprim + Sulfaméthoxazole) = Cotrimoxale® = Bactrim® = Eusaprim® à la dose de 25/ 5 mg/kg 1X/J dès l'âge de six semaines de vie jusqu'à ce que l'infection par le VIH soit formellement exclue (sérologie - ou PCR -) un mois après l'arrêt de l'allaitement exclusif

Outil pour faciliter la prescription du Bactrim

Doses recommandées quotidiennement selon le poids de l'enfant :

Poids en kg	Dose	3 kg	4 kg	5 kg	6 kg	7 kg	8 kg	9 kg	10 kg
Bactrim® sirop 200 mg/40 mg/5ml	25/5 mg/kg 1 fois par jour	2 ml	2,5 ml	3 ml	4 ml	4,5 ml	5 ml	5,5 ml	6 ml
Bactrim® co	25/5 mg/kg 1 X/jour	/	1 co 100/20	1 co 100/20	1,5 co 100/20 mg	1,5 co 100/20 mg	1/2 co 400/80 mg	1/2 co 400/80 mg	1/2 co 400/80 mg

◆ Suivi clinique

- A voir dès que possible après la naissance
- 1X/mois jusqu'à 6 mois puis, tous les 3 mois jusque l'âge de 18 mois = Suivi de la taille, du poids et périmètre crânien (courbes OMS avril 2006) et du développement neurologique
 - + Traquer la notion de TB dans la famille
 - + Vérifier vaccination selon schéma du programme national
 - + Supplémentation en Vitamine A
 - + Moustiquaire imprégnée
 - + Rôle dans l'éducation à la santé

◆ Suivi neurologique

Principales étapes du développement psychomoteur de l'enfant de 1 mois à 1 an

1 mois	2 mois	3 mois	4-5 mois	6 mois	8-9 mois	1 an
- Fixation du visage - Poursuite oculaire d'un visage - Sourire fugace	- Sourire réponse - Tient la tête quelques instants - Poursuite oculaire des objets, - Intérêt visuel	- Tient bien la tête en position assise - Redressement tête en tronc en décubitus ventral	- Préhension volontaire - Tête dans l'axe au tiré-assis - Redressement sur les membres inférieurs	- Tient assis avec appui	- Tient assis sans appui - Tient debout - Début de marche à 4 pattes ou sur le siège ("Shuffle") - Pince pouce-index - Disyllabisme	- Marche - seul (N =12 -18 mois) - Prend et lâche les objets sur demande - Dit quelques mots

◆ Suivi biologique: PCR disponible (DBS ou 2ml tube EDTA)

1) Allaitement maternel

Si nourrisson symptomatique : PCR à deux reprises dès que possible pour confirmer ou exclure le diagnostic

Si nourrisson asymptomatique : PCR à 1^{1/2} et 5 mois (soit 1 mois avant l'arrêt de l'allaitement) pour encourager l'arrêt de l'allaitement à 6 mois. Si l'enfant est infecté continuer l'allaitement maternel

2) Allaitement artificiel: PCR à 1^{1/2} et à 2^{1/2} mois

◆ Suivi biologique: PCR non disponible

Infection possible si CD4 < 20% = < 1000/mm³, ou si signes de stade 4 (malnutrition sévère plus fréquent), ou 2 critères parmi sepsis, candidose buccale, pneumonie sévère

◆ Sérologie

A 9 mois (75% des enfants perdent leur AC entre 9 et 12 mois): Si sérologie négative: pas faire de PCR : Si sérologie négative et allaitement stoppé depuis 3 mois = Stop Bactrim et rassurer la mère. Si sérologie positive : Faire stade clinique et PCR, maintenir Bactrim. Si début ARV sans contrôle PCR→ toujours vérifier sérologie à 18 mois. Si PCR+ : Faire stade clinique et CD4 pour décider début ARV.