

# 20 outils pour prévenir, diagnostiquer et traiter le SIDA

Check-list de diagnostics et de traitements pour la prise en charge du VIH et des formes avancées du VIH en milieu ambulatoire

Plus de 770 000 personnes sont mortes du VIH/SIDA en 2018. Afin de lutter plus efficacement contre la progression de la maladie et contre les principales causes de décès (tuberculose [TB], maladie cryptococcique) chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), Médecins Sans Frontières (MSF) propose cette check-list de 20 outils diagnostiques et thérapeutiques essentiels, incluant des informations sur leurs coûts. Cet ensemble de soins\*, associé à des modèles de soins responsabilisant les PVVIH et facilitant l'observance du traitement, est nécessaire à l'échelon des soins de santé primaires afin d'aider les équipes de MSF, de la société civile et des gouvernements dans leurs efforts pour contrôler le VIH et le SIDA.

## Diagnostics

1. Test de diagnostic rapide du VIH (TDR)
2. Diagnostic précoce du nourrisson (DPN) par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN ou PCR)
3. Charge virale de routine (CV)
4. Taux de cellules CD4
5. Xpert MTB/RIF (Ultra) PCR/TAAN
6. Tests de dépistage TB lipoarabinomannane (LAM)
7. TDR de l'antigène cryptococcique (CrAg)

## Médicaments

8. Prophylaxie pré-exposition : TDF/3TC ou TDF/FTC
9. Thérapie antirétrovirale (ARV) de première ligne chez l'adulte
10. ARV pédiatriques de première ligne
11. ARV de deuxième ligne chez l'adulte
12. ARV pédiatriques de deuxième ligne
13. Médicaments antituberculeux
14. Traitement préventif de la TB (TPT) chez les adultes
15. Traitement préventif de la TB (TPT) chez les enfants
16. Cotrimoxazole
17. Fluconazole
18. Flucytosine
19. Amphotéricine B désoxycholate ou liposomale
20. Autres traitements d'infection opportuniste et de cancer (par exemple SK, CMV)

Pour plus d'informations, veuillez consulter ces rapports de MSF :

- *Pas de temps à perdre : Détecter, traiter et prévenir le SIDA.* Novembre 2019. <https://msfaccess.org/no-time-lose-detect-treat-and-prevent-aids>
- *Des lignes directrices à la réalité : Accélérer l'accès à la prévention et au traitement du VIH chez les enfants.* Décembre 2019. <https://msfaccess.org/guidelines-reality-accelerating-access-prevention-and-treatment-paediatric-hiv>
- *Mettre fin aux morts inutiles : Surmonter les obstacles à l'accès au diagnostic et aux traitements abordables et vitaux du VIH et des infections opportunistes.* Juillet 2018. <https://msfaccess.org/stopping-senseless-deaths>
- *Il est temps de passer à 5 \$ : Tests de diagnostic GeneXpert.* Décembre 2019. <https://msfaccess.org/time-for-5>

\* Des modèles de soins personnalisés et centrés sur le patient, ainsi que d'autres formes de soutien aux personnes vivant avec le VIH ou touchées par la TB, devraient également être explorés, de même que d'autres mesures habilitantes dans le cadre de la prise en charge des soins.

# DIAGNOSTIQUES

Diagnostic	Recommandation	Prévisions	Coût (tarif départ usine pour les pays à faible et moyen revenu)	Indicateur
<b>1. Test de diagnostic rapide du VIH (TDR)</b>	Point de départ du traitement et des soins	Tenir compte des besoins antérieurs, de la couverture des "premiers 90" dans les objectifs de l'ONUSIDA 90/90/90 où 90% des PVVIH connaissent leur statut Combinaison de différentes stratégies de dépistage	TDR 1 USD Auto-test VIH OraQuick (OraSure) 2 USD	% de personnes qui connaissent leur statut
<b>2. Diagnostic précoce du nourrisson (DPN) test d'amplification des acides nucléiques (TAAN ou PCR)</b>	<p><u>Les besoins</u> : DPN virologique pour les enfants de moins de 18 mois, combinaison stratégique de tests sur les lieux de soins (point-of-care : POC) et de tests centralisés. Notez que le POC présente certains avantages en ce qui concerne le délai de retour des résultats (turnaround time TAT) rapide et la liaison avec les soins, en particulier pour les groupes à haut risque. Par exemple, dans le cadre du projet POC DPN de la Fondation Elizabeth Glaser pour le SIDA pédiatrique (EGPAF), une stratégie combinant les POC a été utilisée pour accroître l'accès au dépistage, augmenter la détection des cas, diminuer le délai (TAT) des résultats et optimiser l'utilisation de la plateforme. Cette stratégie prévoyait des sites indépendants, des centres polyvalents, des réseaux en étoile ("Hub and Spoke") et des sites de dépistage spécialisés.</p> <p><u>Justification</u> : Le DPN au POC, par opposition au DPN classique, réduit considérablement le délai (TAT) entre le prélèvement de l'échantillon et la réception des résultats par les soignants (0 vs 56 jours) ; augmente le pourcentage de soignants recevant les résultats dans les 30 jours comme le recommande l'OMS (98 % vs 18 %) ; et augmente le pourcentage de nourrissons infectés par le VIH commençant une thérapie antirétrovirale (TARV) dans les 60 jours (93 % vs 43 %)¹ . Le DPN au POC s'est également avéré économiquement avantageux par rapport au DPN classique²</p>	Tenir compte des besoins antérieurs et ajouter des éléments supplémentaires selon les lignes directrices actualisées (par exemple, ajout d'un test à 9 mois).	Cartouche: 20 US D (Abbott Alere q (/m-PIMA) HIV-1/2 Detect) ou 14,90 USD (Cepheid Xpert HIV Qual) )	% d'enfants séropositifs ayant bénéficié d'un DPN Parmi ceux-ci, % qui ont bénéficié d'un DPN au POC (DPN au POC/DPN total)

Diagnostic	Recommandation	Prévisions	Coût (tarif départ usine pour les pays à faible et moyen revenu)	Indicateur
<p><b>3. Charge virale de routine (CV)</b></p>	<p><u>Les besoins</u> : Surveillance de routine de la CV à 6 et 12 mois, puis annuellement par la suite, et chez les personnes présentant des symptômes d'échec clinique ou ayant des difficultés d'observance. Notez que la CV sur le lieu des soins (POC) présente certains avantages en ce qui concerne le délai de retour des résultats (TAT) rapide et la liaison avec les soins, en particulier pour les groupes à haut risque.</p> <p><u>Justification</u> : La CV au POC a considérablement amélioré la suppression virale du VIH et le maintien dans le système de soins en Afrique du Sud en partie en assurant une obtention rapide des résultats de la CV aux PVVIH et à leurs soignants. L'amélioration de l'accès au dépistage de la CV au POC pourrait permettre d'atteindre les objectifs 90-90-90". <sup>3</sup></p>	<p>Nombre de PVVIH sous TARV (CV annuelle) Nombre de nouveaux inscrits</p> <p>10-15% de renouvellements, nombre de personnes &gt;6 mois sous TARV</p>	<p>Dépendant de la technologie : Laboratoire centralisé: 10 USD (par exemple, Roche, Abbott, Hologic) Cartouche POC : 20 USD (Abbott m-PIMA HIV-1/2 VL) ou 14,90 USD (Cepheid Xpert HIV VL)</p>	<p>% de PVVIH ayant commencé une TARV &gt;6 mois auparavant avec un résultat de CV dans la dernière année % de PVVIH ayant commencé une TARV &gt;6 mois auparavant avec une CV &lt;1000 copies/mL % de PVVIH ayant une CV &gt;1000 copies/mL à plusieurs reprises, passées à une thérapie de deuxième ligne</p>
<p><b>4. Taux de cellules CD4</b></p>	<p><u>Les besoins</u> : Base de référence pour toutes les nouvelles initiations ou pour les PVVIH qui reviennent aux services de santé ; CD4 ciblés pour les personnes qui sont malades cliniquement ou qui ont une CV détectable (&gt;1000 copies/mL). Les résultats des CD4 devraient être disponibles dans les 7 jours suivant le test.</p> <p><u>Justification</u> : Les CD4 sont essentiels pour diagnostiquer une maladie avancée du VIH (surtout asymptomatique), car, selon l'étude REALITY, le dépistage du stade clinique et des symptômes ne permet pas de détecter la moitié des personnes atteintes de maladie avancée au début de la prise en charge et à la reprise de celle-ci. <sup>4</sup></p>	<p>Le besoin annuel en CD4 est basé sur le nombre cumulé de PVVIH nouvellement inscrites, avec le nombre de personnes sous TARV contrôlées par des CD4 à 6 mois au lieu de la CV et le nombre de personnes sous TARV avec une CV non supprimée/cliniquement instables/ présentant de nouvelles pathologies opportunistes (10-15% de la CV annuelle)</p>	<p>Test CD4 : 4-8 USD (par exemple rapid POC Omega Visitect AHD, benchtop Abbott PIMA, ou benchtop BD FACSPresto plus adapté aux hôpitaux et aux laboratoires centraux)</p>	<p>% de PVVIH débutant une TARV avec un taux de CD4 de référence % de PVVIH suivies avec des CD4 tous les six mois en l'absence d'accès à la CV % de PVVIH avec une CV non supprimée ou cliniquement instables qui font un test CD4</p>

Diagnostic	Recommandation	Prévisions	Coût (tarif départ usine pour les pays à faible et moyen revenu)	Indicateur
<b>5. Xpert MTB/RIF (Ultra) TAAN/PCR</b>	<p><u>Les besoins</u> : Test initial de la TB pour tous les patients symptomatiques</p> <p><u>Justification</u> : L'OMS considère la TB non diagnostiquée comme l'une des principales causes de décès chez les PVVIH.</p>	<p>Voir l'adaptation par MSF du GLI (Initiative mondiale des laboratoires) de l'OMS pour tester les expectorations et les échantillons cliniques de TB extra-pulmonaire <sup>5</sup></p>	<p>Cartouche: 9,98 USD</p>	<p>Nombre de PVVIH présentant des symptômes de TB lors de la présentation et ayant subi un dépistage par MTB/RIF</p> <p>Nombre de PVVIH présentant des symptômes de TB</p>
<b>6. Tests de dépistage TB lipoarabinomannane (LAM)</b>	<p><u>Les besoins</u> : Selon les recommandations de l'OMS 2019, l'utilisation de TB-LAM est recommandée à tous les niveaux de soins, y compris au niveau hospitalier pour tous les patients séropositifs hospitalisés présentant des symptômes de TB ou gravement malades, quel que soit leur taux de CD4. Si le taux de CD4 est &lt;200 cellules/mm<sup>3</sup>, le TB-LAM est recommandé même en l'absence de symptômes de TB. Pour les patients en ambulatoire, ce taux doit être inférieur à 100 cellules/mm<sup>3</sup>. <sup>6</sup></p> <p><u>Justification</u> : Le test urinaire TB-LAM au POC augmente le nombre de diagnostics de TB, en particulier lorsque le taux de CD4 est faible, et raccourcit le délai avant le traitement de la TB avec une réduction ultérieure du nombre de décès.</p>	<p>60% des personnes avec un taux de CD4 &lt;100 qui seraient probablement évaluées pour la TB sur la base de signes ou symptômes ou de signes de danger, 30% des personnes avec un taux de CD4 &lt;200 <sup>7</sup></p>	<p>Abbott Determine POC TB LAM LFA: 3,50 USD/test</p>	<p>% de patients séropositifs hospitalisés testés par TB-LAM</p> <p>Nombre de PVVIH avec CD4 &lt;200 à la présentation aux soins testés avec POC TB-LAM</p>
<b>7. TDR CrAg</b>	<p><u>Les besoins</u> : Pour le diagnostic de la méningite à cryptocoque (CM) chez les patients symptomatiques (ceux qui ont des céphalées), l'OMS recommande le dépistage des CrAg chez toutes les PVVIH ayant des CD4 &lt;200 cellules/mm<sup>3</sup>.</p> <p><u>Justification</u> : La méningite à cryptocoque(CM) reste la deuxième cause de mortalité liée au SIDA, après la TB. La prévention, le diagnostic et le traitement précoces sont essentiels pour réduire la mortalité liée à la CM.</p>	<p>Nombre de PVVIH avec un taux de base de CD4 &lt;200 (30%)</p>	<p>POC CrAg LFA (IMMY= 2.00 USD, Biosynex= 2.40 USD) Coût d'une ponction lombaire</p>	<p>Nombre de PVVIH avec un taux de base de CD4 &lt;200 testées par CrAg</p>

# TRAITEMENTS

Traitement	Recommandation	Prévisions	Coût	Indicateur
<b>8. Prophylaxie pré-exposition (TDF/3TC ou TDF/FTC)</b>	Mise à disposition de prophylaxie pré-exposition (TDF/3TC ou TDF/FTC) aux populations clés et à celles à haut risque de VIH	Estimations des travailleurs du sexe, des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des consommateurs de drogue par voie intraveineuse Estimations de la population considérée comme à haut risque	41 USD par personne et par an (TDF/3TC) 55 USD par personne et par an (TDF/FTC)	
<b>9. ARV de première ligne chez l'adulte</b>	Le dolutegravir (DTG) associé au TDF et au 3TC est le traitement de première intention recommandé par l'OMS	Se reporter au plan national de transition vers le DTG, que ce soit pour toutes les nouvelles initiations ou pour le passage de toute la cohorte au DTG Outil d'estimation des besoins en ARV <sup>8</sup>	64 USD par personne et par an (TDF/3TC/DTG)	Nombre d'adultes séropositifs qui ont commencé ou sont passés au DTG
<b>10. ARV pédiatriques de première ligne (LPV/r pastilles et granules ; DTG pour &gt;20kg)</b>	<p><b>a. Régimes ARV à base de lopinavir/ritonavir (LPV/r)</b> (mise en route/changement de régime) :</p> <p><u>Les besoins</u> : Approvisionnement stable en formulations pédiatriques de LPV/r (granulés et pastilles) pour les enfants &lt;20 kg</p> <p><u>Justification</u> : Le LPV/r est recommandé dans le cadre des régimes ARV de première ligne pour les enfants séropositifs pour lesquels il n'existe pas encore de formulation de DTG appropriée approuvée.</p> <p>NOTE : L'approbation provisoire par la FDA du LPV/r/ABC/3TC 4-en-1 (40/10/30/15 mg) de Cipla/DNDi est attendue en avril 2020 ; les pays souhaitant introduire le 4-en-1 doivent faire</p>	<p><b>a. Régimes ARV à base de LPV/r</b> (début/changement de régime) :</p> <p>Tous les enfants &lt;20 kg nouvellement diagnostiqués ou suivant actuellement un régime à base d'EFV ou de NVP</p> <p>Outil d'estimation des besoins en ARV (8)</p> <p><b>b. Régimes ARV à base de DTG</b> (mise en</p>	<p><b>a. Régimes ARV à base de LPV/r</b> (début/changement de régime) :</p> <p>Granulés de LPV/r : 18,25 USD par carton de 120 sachets (Mylan)</p> <p>Sirup LPV/r 30,82 USD par paquet de 5 bouteilles de 60 ml (Abbvie)</p>	<p><b>a. Régimes ARV à base de LPV/r</b> (début/changement de régime) :</p> <p>Nombre d'enfants ayant débuté un traitement ARV à base de LPV/r ou l'ayant adopté (répartis selon la formulation)</p> <p><b>b. Régimes ARV à</b></p>

	<p>leurs plans de transition en tenant compte de ce délai concernant la nouvelle formulation.</p> <p><b>b. Régimes ARV à base de DTG</b> (mise en route/changement de régime, si &gt;20kg) :</p> <p><u>Les besoins</u> : Le DTG est recommandé comme ARV de première intention pour tous les enfants séropositifs et peut être administré sous forme de comprimés pelliculés de 50 mg (adulte) pour les enfants de 20 kg et plus.</p>	<p>route/changement de régime):</p> <p>Tous les enfants de 20 kg et plus, nouvellement diagnostiqués, ou suivant actuellement un régime à base d'EFV ou de LPV/r ou de NVP</p> <p>Outil d'estimation des besoins en ARV (8)</p>	<p>4 en 1 : Le prix prévu est de 1 USD par jour pour une combinaison à dose fixe (15 USD par bouteille de 120 capsules) Cipla/DNDi)</p> <p><b>b. Régimes ARV à base de DTG</b> (début/changement de régime) : 43 USD par personne et par an (comprimés de 50 mg de DTG)</p>	<p><b>base de DTG</b> (initiation /substitution):</p> <p>Nombre d'enfants ayant débuté ou adopté un traitement ARV à base de DTG (répartis selon la formulation)</p>
<b>11. ARV de deuxième ligne chez l'adulte</b>	Nécessaires aux personnes en échec de traitement de première ligne conformément aux directives nationales	<p>Nombre de patients avec deux CV consécutives &gt;1000 copies/mL (ou selon les directives nationales)</p> <p>Outil d'estimation des besoins en ARV (8)</p>	<p>AZT/3TC + ATV/r : 218 USD par personne et par an</p> <p>AZT/3TC + LPV/r : 279 USD par personne et par an</p>	% de patients adultes en échec première ligne qui sont passés à un traitement de deuxième ligne
<b>12. ARV pédiatriques de deuxième ligne</b>	Nécessaire aux personnes en échec de traitement de première ligne conformément aux directives nationales	<p>Nombre de patients avec deux CV consécutives &gt;1000 copies/mL (ou selon les directives nationales)</p> <p>Outil d'estimation des besoins en ARV (8)</p>	<p>OMS préféré : AZT/3TC + LPV/r : 159-513 USD par personne et par an (suivant la formulation de LPV/r)</p> <p>&gt;20 kg : AZT/3TC + DTG : 89 USD par personne et par an</p>	% de patients pédiatriques en échec de première ligne qui sont passés à un traitement de deuxième ligne

Traitement	Recommandation	Prévisions	Coût	Indicateur
<p><b>13. Médicaments antituberculeux</b></p>	<p><u>Les besoins</u> : Médicaments contre la TB pharmaco-sensible (TB-S), y compris les associations à doses fixes (ADF) pour adultes et enfants ; médicaments contre la TB pharmaco-résistante (TB-R) * pour adultes et formulations pédiatriques contre la TB-R.</p> <p><u>Justification</u> : La TB est la principale cause de décès des PVVIH. Les ADF d'antituberculeux pour la TB-S chez les adultes et les enfants sont essentiels dans les programmes de lutte contre le VIH. En ce qui concerne la TB-R, l'OMS recommande fortement les régimes entièrement oraux, comprenant un traitement d'une durée de 9 à 12 mois <sup>910</sup></p> <p><i>* Médicaments contre la TB-R : bedaquiline (BDQ), linézolide (LZD), fluoroquinolones d'ancienne génération (moxifloxacine, lévofloxacine), delamanid (DLM) et pretomanid (Pa) pour les adultes ; formulations pédiatriques de BDQ et DLM</i></p> <p><i>La BDQ peut être utilisée pour le traitement de la TB-R chez les enfants de 6 ans et plus ; le DLM pour les enfants de 3 ans et plus sans interactions médicamenteuses avec les principaux ARV</i></p>		<p>TB-S ADF adultes</p> <p>TB-S ADF enfants</p> <p>Formulations pédiatriques contre la TB-R (disponibles par l'intermédiaire du Fonds mondial pour les médicaments)</p> <p>BDQ<sup>†</sup></p> <p>DLM<sup>†</sup></p> <p>Pa (BPaL)<sup>†</sup></p> <p><sup>†</sup> Pour les prix, voir le rapport du Fond National pour les Médicaments<sup>11</sup> et de MSF "Médicaments contre la TB-R sous le microscope"<sup>12</sup>.</p>	

Traitement	Recommandation	Prévisions	Coût	Indicateur
<b>14. Traitement préventif de la TB (TPT) chez les adultes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Les besoins</u> : TPT pour toutes les PVVIH qui n'ont pas de TB active :</li> <li>• Cotrimoxazole/isoniazide/pyridoxine/vitamin B6 (CTX/INH/B6)</li> <li>• Rifapentine/isoniazide (3HP) une fois par semaine pendant 12 semaines pour toutes les PVVIH sans TB active</li> <li>• Rifapentine/isoniazid (1HP) quotidiennement pendant un mois pour les PVVIH stables sous TARV sans TB active</li> </ul> <p>NOTE : le 1HP est recommandé par l'OMS dans les nouvelles directives de prise en charge de la TB latente publiées au cours du premier trimestre 2020, et devrait donc être considéré dans les processus de planification des pays</p>	Toutes les PVVIH devraient recevoir une prophylaxie contre la TB.	5,97-11,94 USD par personne et par an pour 3-6 mois de CTX/INH/B6 (Cipla) 15 USD par personne par traitement 3HP (Sanofi) 25,50 USD par personne par traitement 1HP (Sanofi)	Toutes les PVVIH ne présentant pas de symptômes de TB qui bénéficient d'une prophylaxie contre la TB, quel que soit le résultat du test cutané de Mantoux à la tuberculine (IDR)
<b>15. Traitement préventif de la tuberculose (TPT) chez les enfants</b>	<p><u>Les besoins</u> : 3HR ou 6INH (si le 3HR n'est pas disponible)</p> <p><u>Justification</u> : Le 3HR (3 mois d'isoniazide et de rifampicine) est recommandé par l'OMS, comme option pour réduire la durée du traitement chez les enfants de moins de 15 ans dans les zones à forte prévalence de TB. L'ADF du 3HR est disponible sous forme dispersible et sous forme de comprimés.</p> <p>NOTE : le 3HP peut être proposé aux enfants de 3 ans ou plus.</p>	Tous les enfants séropositifs qui n'ont pas encore reçu de TPT et qui ne présentent pas de signes de TB active Tous les enfants de moins de 5 ans qui sont des contacts familiaux d'un cas de TB confirmé et qui ne présentent pas de signes de TB active (l'OMS recommande maintenant d'étendre le TPT à tous les contacts familiaux de TB confirmée, quel que soit leur âge, dans les zones à forte prévalence de TB).	Moyenne de 8,40 USD par enfant pour le 3HR	Nombre d'enfants qui bénéficient du 3HR



Traitement	Recommandation	Prévisions	Coût	Indicateur
<b>16. Cotrimoxazole</b>	<p><u>Les besoins</u> : Cotrimoxazole (CTX) en prophylaxie chez toutes les PVVIH lorsque les infections bactériennes graves et le paludisme sont prévalents, ou chez les PVVIH au stade OMS 3 ou 4 ou avec un taux de CD4 &lt;350 cellules/mm<sup>3</sup>. La durée de la prophylaxie CTX dépend des directives nationales et peut être poursuivie à vie ou jusqu'à la suppression virale.</p> <p><u>Justification</u> : Prévention des infections bactériennes graves, de la pneumonie à Pneumocystis (PCP) et de la toxoplasmose chez les PVVIH.</p> <p>NOTE : Selon les directives nationales, le CTX est recommandé pour toutes les personnes co-infectées par le VIH et la TB-S ou la TB-R, quel que soit le taux de CD4, pendant la durée du traitement de la TB.</p>	Selon les directives et les protocoles nationaux	<p>CTX 800/160 mg (comprimé adulte) - 40,38 USD pour 1000 comprimés/14,75 USD par personne/an</p> <p>CTX 400/80 mg (comprimé pédiatrique) - 21,72 USD pour 1000 comprimés/ 7,92 USD par personne/an</p>	Nombre de PVVIH avec un taux de CD4 <350 cellules/mm <sup>3</sup> , PVVIH au stade 3 ou 4
<b>17. Fluconazole pour le traitement et la prévention de la cryptococcose</b>	<p><u>Les besoins</u> : Fluconazole lorsque le CrAg est positif sans méningite ; comme composant de certains régimes de traitement ou après traitement de méningite afin de prévenir les récurrences. Il devrait également être disponible pour la prévention primaire dans les pays à forte prévalence pour les PVVIH ayant un taux de CD4 &lt; 100 cellules/mm<sup>3</sup>.</p> <p><u>Justification</u> : Il s'agit d'un traitement préventif de la méningite à cryptocoque (CM), prévenant ainsi le développement de la CM chez les PVVIH. De plus, le fluconazole fait partie du traitement de la CM recommandé par l'OMS. Chaque établissement traitant des PVVIH devrait avoir accès au fluconazole.</p>	Prévalence de l'antigénémie cryptococcique chez les patients ayant des taux de CD4 <200 cellules/mm <sup>3</sup> . Prévalence mondiale estimée à 6 %.	< 25 USD par an	Nombre de PVVIH avec un taux de CD4 <200 cellules/mm <sup>3</sup> et un CrAg sérique positif mis sous prophylaxie au fluconazole
<b>18. &amp; 19. Amphotéricine B (désoxycholate ou formulation liposomale) et flucytosine pour le traitement de la</b>	<p><u>Les besoins</u> Amphotéricine B désoxycholate (AmphoB) ou amphotéricine B liposomale (L-AMB), préférée par l'OMS si disponible, et flucytosine (5-FC) pour la phase d'induction, dans le cadre du schéma thérapeutique préféré de l'OMS</p> <p><u>Justification</u> : La mortalité due à la méningite à cryptocoque (CM) est réduite grâce à l'association d'amphotéricine B et de 5-FC suivie de fluconazole.</p>		<p>AmphoB : 7,62 USD par ampoule</p> <p>L-AMB : 16,25 USD par ampoule fournie par Gilead (prix pour 116 pays à faible et moyen revenu à</p>	

<p><b>méningite à cryptocoque (CM)</b></p>	<p>Les lignes directrices de l'OMS sur les maladies cryptococciques (2018)<sup>13</sup> recommandent une phase d'induction d'une semaine avec un traitement intraveineux à l'amphotéricine B (AmphoB) ou à la L-AMB associé au 5-FC par voie orale, suivie d'une semaine de fluconazole par voie orale. Le régime idéal pour la méningite à cryptocoque (CM) recommande l'utilisation de la L-AMB. Le choix de la L-AMB par rapport au désoxylate doit être fait en fonction du coût et de la disponibilité. Les schémas thérapeutiques uniquement par voie orale (5-FC plus fluconazole) peuvent être une option plus réaliste lorsque l'orientation vers des établissements de niveau supérieur n'est pas possible.</p>		<p>partir de septembre 2018). Comprimés de 5-FC à 500 mg : 110 USD par flacon de 100</p>	
--	---	--	--	--

Traitement	Recommandation	Prévisions	Coût	Indicateur
<p><b>20. Autres traitements d'infection opportuniste et de cancer (par exemple, SK, CMV) appropriés au contexte des services de santé</b></p>	<p><b>Traitement du sarcome de Kaposi (SK) :</b> Les indications quant à l'utilisation de la doxorubicine liposomale pégylée (DLP) par rapport à d'autres agents chimiothérapeutiques (paclitaxel, bléomycine, etc.) ne sont pas claires pour le moment. De plus, les problèmes de production majeurs de la DLP en limitent l'accès.</p> <p><b>Traitement contre le cytomégalovirus (CMV) :</b> Le valganciclovir peut être administré pendant 3 semaines en phase d'induction, puis pendant une phase intensive de 3 mois minimum.</p>	<p>Traitement du SK : En fonction de la prévalence locale ; l'incidence estimée en Amérique latine chez les PVVIH n'ayant jamais reçu de traitement est de 2,4%, alors que les estimations mondiales sont de 0,1% et 2% respectivement pour les PVVIH n'ayant jamais reçu de traitement et pour les PVVIH &lt;1 an sous traitement. <sup>14</sup></p> <p>Traitement du CMV : En fonction de la prévalence locale de la rétinopathie à CMV dans les programmes de dépistage ; la prévalence la plus élevée de la rétinite à CMV chez les PVVIH se trouve en Asie (14%) et semble être faible en Afrique; dans 73% des cas de rétinite à CMV dans le monde, le taux de CD4 au moment du diagnostic était &lt;50 cellules/<math>\mu</math>L <sup>15</sup></p>	<p>Traitement du SK : Ampoule de 2mg/mL (20 mg) de DLP : 140-173 USD. Ampoule de 2 mg/mL (50 mg) de DLP : 181-350 USD. Traitement du CMV : 200 USD par boîte de 60 comprimés de 450 mg ou 200 USD par mois par patient.</p>	<p>Traitement du SK : variable selon les pays Traitement du CMV : nombre de PVVIH recevant un traitement contre le CMV ; nombre de PVVIH ayant un taux de CD4 &lt; 200.</p>

---

## REFERENCES

- <sup>1</sup> Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation et Unitaid. Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons sur les lieux de soins. [En ligne]. 2017 Nov [Cité le 21 février 2019]. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.pedaids.org/wp-content/uploads/2018/07/2018\\_POCEID\\_DoingMoreFaster\\_digital.pdf](https://www.pedaids.org/wp-content/uploads/2018/07/2018_POCEID_DoingMoreFaster_digital.pdf)
- <sup>2</sup> Frank SC, Cohn J, Dunning L, Sacks E, Walensky RP, Mukherjee S, et al. L'effet clinique et le rapport coût-efficacité de l'intégration des tests sur le lieu de soins dans les programmes de diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons au Zimbabwe: une étude par modélisation. *Lancet HIV* 2019 ;6(3):E182-E190. [Cité le 22 février 2019]. Disponible à l'adresse suivante : [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30328-X](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30328-X)
- <sup>3</sup> Drain PK, Dorward J, Violette L, Quame-Amaglo J, Thomas K, Samsunder N, et al. Les tests de charge virale sur les lieux de soins améliorent la suppression virale du VIH et le maintien dans les soins. Résumé 53. Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, 2019 4-7 mars, Seattle, WA, USA. [En ligne]. 2019 Mar [Cité le 12 mars 2019]. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.croiconference.org/sessions/point-care-viral-load-testing-improves-hiv-viral-suppression-and-retention-care>
- <sup>4</sup> Hakim J, Musiime V, Szubert AJ, Mallewa J, Siika A, Agutu C, et al. Prophylaxie renforcée et TARV dans les cas de maladie avancée du VIH en Afrique. *N Engl J Med* 2017 ;377(3) :233-245. [Cité le 20 février 2019]. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1615822>
- <sup>5</sup> MSF. Outil d'évaluation des capacités de diagnostic de la TB (adapté de l'outil de l'Initiative mondiale des laboratoires de l'OMS). [En ligne] 2019 [Cité le 20 février 2019]. Disponible à l'adresse suivante : <https://docs.google.com/spreadsheets/d/17pPw5VBtf0pU1swLWdifdF06erQ53CSW4ikGuvun1f4/edit?usp=sharing>
- <sup>6</sup> OMS. Test de lipoarabinomannane urinaire à flux latéral (LF-LAM) pour le diagnostic de la TB active chez les PVVIH. Mise à jour stratégique (2019). [En ligne]. 2019. [Cité le 13 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329479/9789241550604-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>
- <sup>7</sup> Partenariat Halte à la TB. Note d'information technique : déterminer le test TB LAM AG. [En ligne]. 2018 [Cité le 20 février 2019]. Disponible à l'adresse suivante: [http://stoptb.org/assets/documents/gdf/GDF\\_Technical\\_Information\\_Note\\_DetermineTM\\_TB\\_LAM\\_Ag\\_test\\_180604-SPREADS.pdf#page=4](http://stoptb.org/assets/documents/gdf/GDF_Technical_Information_Note_DetermineTM_TB_LAM_Ag_test_180604-SPREADS.pdf#page=4)
- <sup>8</sup> MSF. Outil d'estimation des besoins en ARV. Disponible à l'adresse suivante : <https://drive.google.com/file/d/1tVEGcVFAjEsueOeXbNhABL3zw9WArMSk/view?usp=sharing>
- <sup>9</sup> OMS. Communication d'urgence : Changements clés dans le traitement de la TB résistante aux médicaments. [En ligne]. 2019 déc [Cité le 13 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.who.int/tb/publications/2019/rapid\\_communications\\_MDR/en/](https://www.who.int/tb/publications/2019/rapid_communications_MDR/en/)
- <sup>10</sup> OMS. Directives consolidées de l'OMS sur le traitement de la TB pharmaco-résistante. [En ligne]. 2019 [Cité le 13 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/tb/publications/2019/consolidated-guidelines-drug-resistant-TB-treatment/en/>
- <sup>11</sup> Partenariat Halte à la tuberculose. Fonds mondial pour les médicaments (GDF). [En ligne]. [Cité le 12 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.stoptb.org/gdf/>
- <sup>12</sup> MSF. Les médicaments contre la TB-R sous le microscope. [En ligne]. 2019 [Cité le 12 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante : <https://msfaccess.org/drtb-drugs-under-microscope>
- <sup>13</sup> OMS. Lignes directrices pour le diagnostic, la prévention et la prise en charge des maladies cryptococciques chez les adultes, les adolescents et les enfants infectés par le VIH : Supplément aux directives consolidées de 2016 sur l'utilisation des médicaments ARV pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH. [En ligne]. 2018 Mar [Cité le 12 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/cryptococcal-disease/en/>
- <sup>14</sup> Low A, Gavriilidis G, Larke N, B-Lajoie M-R, Drouin O, Stover J, et al. Incidence des infections opportunistes et impact de la thérapie antirétrovirale chez les adultes infectés par le VIH dans les pays à faibles et moyens revenus : étude systématique et méta-analyse. *Clin Infect Dis* 2016 ;62(12) :1595-1603. [Cité le 1er mars 2019]. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1093/cid/ciw125>
- <sup>15</sup> Ford N, Shubber Z, Saranchuk P, Pathai S, Durier N, O'Brien DP, et al. Charge de la rétinite à cytomégalovirus liée au VIH dans les milieux à ressources limitées: étude systématique. *Clin Infect Dis* 2013 ;57(9):1351-1361. [Cité le 22 février 2020]. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1093/cid/cit494>