

FICHE

Prise en charge de l'enfant et de l'adolescent vivant avec le VIH

Validée par le Collège le 30 mai 2024

L'essentiel

- Grâce à la prescription et l'efficacité du traitement antirétroviral, en prévention de la transmission mère-enfant du VIH, le nombre de contaminations périnatales est devenu très faible en France.
- La majorité des cas de transmission mère-enfant concernent des enfants originaires de pays de forte endémie par défaut de dépistage ou de traitement maternel.
- La transmission sexuelle représente désormais la majorité des nouveaux cas d'infection VIH en France chez l'adolescent.
- Les objectifs et principes généraux de prise en charge chez l'enfant et l'adolescent vivant avec le VIH sont les mêmes que chez l'adulte, mais avec des particularités pédiatriques d'utilisation des antirétroviraux. Le choix est limité chez l'enfant par manque de galéniques adaptées.
- La complexité des traitements et la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire pour les enfants et adolescents vivant avec le VIH, et leur faible nombre en France, imposent que leur suivi thérapeutique soit effectué dans un centre spécialisé.
- Un suivi attentif de l'efficacité du traitement antirétroviral, de sa tolérance et de l'observance sont nécessaires. Une adaptation des modalités de prise des médicaments et une simplification pourront être proposés pour faciliter la vie de l'enfant ou adolescent et ainsi favoriser l'observance.
- La période de l'adolescence est à risque d'observance. Il est donc recommandé de choisir des traitements pour lesquels le risque d'émergence de résistance est faible et en privilégiant les schémas avec une prise unique journalière.
- La mise en place d'un accompagnement psychologique et social permet de soutenir les familles, les enfants, et les adolescents.
- La transition de prise en charge des adolescents vivant avec le VIH en service d'adultes nécessite une collaboration étroite entre les structures pédiatriques et adultes.

Prophylaxie de l'infection VIH chez le nouveau-né né de mère vivant avec le VIH

Voir chapitre « Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte et prévention de la transmission mère-enfant »

Principes généraux du traitement antirétroviral chez l'enfant et l'adolescent vivant avec le VIH

- Traiter par antirétroviraux (ARV) tout enfant vivant avec le VIH-1
- Initier le traitement ARV :
 - Généralement le plus tôt possible, en particulier chez le nourrisson et/ou en cas de déficit immunitaire sévère.
 - Parfois différé de quelques semaines :
 - pour attendre des résultats du bilan initial (selon contexte),
 - dans le cas de certaines infections opportunistes,
 - si plus de temps est nécessaire pour faire l'annonce diagnostique et s'assurer de l'adhésion du patient et/ou de son entourage.
- Mettre en œuvre toutes les mesures d'accompagnement et d'aide à l'adhésion au traitement jugées nécessaires : soutien socio-administratif et psychologique de la famille, consultation d'éducation thérapeutique, infirmière à domicile voire hospitalisation de l'enfant.

Bilan pré-thérapeutique (en milieu hospitalier)

- Examen clinique à la recherche de symptômes et/ou anomalies en lien avec le VIH et de signes pouvant faire évoquer une infection opportuniste, évaluation de la croissance staturale-pondérale et de l'état nutritionnel, évaluation du développement psychomoteur.
- Bilan biologique :
 - Biologie de base pré-thérapeutique :
 - NFS-Plaquettes
 - Ionogramme sanguin, créatinine, DFG
 - ASAT, ALAT, gammaGT, phosphatases alcalines, bilirubine
 - Rapport protéinurie/créatininurie
 - Ferritine
 - Glycémie à jeun
 - Calcémie, phosphorémie, 25 OH D3
 - Bilan lipidique à jeun : cholestérol total, HDL et LDL, triglycérides
 - Typage HLA B*5701
 - Immuno-virologie :
- Charge virale ARN VIH
- Génotypage de résistance pour la transcriptase inverse, la protéase et l'intégrase et sous-type du VIH

- Populations lymphocytaires CD3/CD4/CD8
- IgG, A, M
 - Bilan des co-infections :
- VHB : Ag HBs (quel que soit l'âge), Ac anti-HBs et Ac anti-HBc (après 18 mois)
- VHC : sérologie (après 18 mois) +/- ARN (en confirmation ou d'emblée avant 18 mois)
- CMV, EBV, toxoplasmose : sérologie (après 18 mois)
- Chez l'enfant migrant, ou selon le contexte épidémiologique ou en cas de précarité sociale, on ajoutera :
 - Radiographie du thorax de face
 - IGRA, ou IDR à défaut
 - Sérologie VHA +/- sérologie VHE (après 18 mois) ; ARN VHE (en confirmation, ou d'emblée avant 18 mois, ou en cas d'immunodépression)
 - Sérologie syphilis
 - Sérologies vaccinales (diphtérie, tétanos, poliomyélite, rougeole)
 - Sérologie VZV
- En cas de contamination suspectée ou avérée par voie sexuelle, on ajoutera le bilan d'IST (Chlamydia, gonocoque, syphilis)
- En cas de déficit immunitaire sévère, on ajoutera :
 - Bilan des infections opportunistes
 - PCR CMV, EBV dans le sang
 - Ag cryptocoque dans le sang
 - PCR *Pneumocystis jirovecii* sur crachats ou prélèvement naso-pharyngé si signes respiratoires
 - +/- Fond d'œil (recherche de rétinite à CMV)
 - Imageries et autres examens biologiques orientés par l'examen clinique et/ou le type d'infection opportuniste suspectée.

Critères de choix et modalités du traitement antirétroviral initial

- Choisir le traitement ARV initial en fonction de l'âge, des formes galéniques disponibles, et des effets indésirables potentiels, ainsi que du génotype de résistance et d'une éventuelle co-infection par le VHB.
- La période de l'adolescence est à risque d'inobservance. Privilégier des molécules pour lesquelles le VIH a une barrière génétique élevée, avec prise unique journalière, tel qu'un inhibiteur d'intégrase (INI) de 2^e génération en 1^{re} intention, ou un inhibiteur de protéase (IP) boosté en alternative.

Traitement antirétroviral recommandé chez l'enfant ou l'adolescent vivant avec le VIH-1 en 1^{re} intention et alternatives en fonction de l'âge

Age		<4 semaines	1mois - 2ans	2 - 12 ans	≥ 12 ans
Traite- ment de 1 ^{re} in- tention	Association d'INTI	ZDV + 3TC	ABC* + 3TC	ABC* + 3TC TAF + FTC	ABC* + 3TC TDF ou TAF + 3TC ou FTC
	3 ^e agent	RAL ≥2kg	DTG	DTG BIC	DTG BIC
Alterna- tives	Association d'INTI	ZDV + 3TC (ou FTC) ABC* + ZDV (intérêt chez le nourrisson et/ou l'enfant dont l'observance est incertaine)			
	3 ^e agent***	LPV/r si >42 SA et >14 jours NVP** avant 14 jours ou si traitement d'un nouveau-né prématuré		ATV/r DRV/r (≥3 ans) LPV/r RAL	ATV/r DOR DRV/r EVG/c RAL RPV‡ EFV

‡ Si charge virale <5 log₁₀ copies/mL ; nécessité de prise pendant le repas

* En l'absence d'HLA B*5701 (qui doit être recherché avant toute prescription d'ABC)

** Éviter d'introduire simultanément NVP et ABC

*** Avantages et inconvénients du 3^e agent alternatif proposé : se rapporter au texte complet des recommandations

Modalités de suivi et d'accompagnement du traitement

- Réaliser un suivi initialement rapproché, notamment chez le nourrisson et l'enfant.
- Évaluer l'efficacité, la tolérance et l'observance du traitement pour adapter le traitement si nécessaire.
- Faciliter la vie de l'enfant ou adolescent avec son traitement ARV :
 - Rester attentif aux adaptations nécessaires : horaires, vacances, contraintes alimentaires en particulier chez l'adolescent,
 - Simplifier le traitement si possible :
 - Passer l'ABC et la 3TC en une prise par jour à partir de l'âge de 3 mois (si le volume de suspension buvable est acceptable pour l'enfant),
 - Diminuer le nombre de comprimés en utilisant des formes combinées notamment en 1 cp/j,

- Envisager au cas par cas les bithérapies DTG/3TC ou DTG/RPV, ou les traitements injectables d'action prolongée, dans les mêmes conditions que chez les adultes, en l'absence d'infection chronique par le VHB, et sous réserve d'une bonne observance et d'un suivi régulier, avec une vigilance particulière chez l'adolescent.

Suivi clinique et biologique des enfants et adolescents vivant avec le VIH sous traitement ARV

	Avant de débuter le traitement	J15	M1	M3	Tous les 3-4 mois#	En cas d'échec virologique***
Examen clinique	x	x	x	x	x	x
Évaluation de l'observance	x	x	x	x	x	x
CD3, CD4, CD8	x			x	x (1 fois/2)*	x
CV VIH plasmatique	x		x	x	x	x
Génotypage de résistance	x					x
NFS-Plaquettes	x		x	x	x	
Créatinine, DFG	x		x	x	x	
Bilan hépatique (ASAT, ALAT)	x		x	x	x	
Bilan lipidique et glycémie à jeun**	x				x (1 fois/an)	
Rapport protéinurie /créatininurie	x				x (1 fois/an)	
Bilan IST					x (1 fois/an)****	
Dosage ARV						x

Un bilan sanguin tous les 6 mois peut être proposé en cas de situation immuno-virologique bien contrôlée de manière prolongée et de bonne tolérance du traitement

* CD4 une fois par an si succès thérapeutique et absence de lymphopénie CD4

** Phosphorémie une fois par an si TDF

*** En cas d'immunodéficience profonde (CD4 <100/μL), surveillance de la sérologie CMV (si négative antérieurement), de la PCR CMV (si sérologie positive) et de l'antigénémie cryptocoque

**** Bilan annuel systématique des IST chez les adolescents sexuellement actifs et exposés au risque d'IST

Principes généraux de gestion de l'échec thérapeutique :

- Rechercher un problème d'observance thérapeutique et l'analyser avec le patient et son entourage.
- Être particulièrement vigilant à l'adolescence lors de la prescription d'ARV à risque d'émergence de résistance (INNTI, INI de 1^{re} génération).

- Adapter le traitement si nécessaire en prenant en compte l'historique thérapeutique, le génotype de résistance, les raisons qui auraient pu causer une inobservance (goût, nombre et/ou taille des comprimés, nombre de prises par jour, contraintes alimentaires...).
- Un recours à des médicaments ne disposant pas de l'AMM pédiatrique pour l'âge peut être nécessaire.

Modalités de prévention des infections bactériennes et opportunistes

- Chez le nourrisson vivant avec le VIH, prescrire du cotrimoxazole à partir de l'âge de 4 à 6 semaines et jusqu'à l'âge de 1 an indépendamment du taux de CD4.
- Chez l'enfant de plus de 1 an vivant avec le VIH, prescrire du cotrimoxazole en cas de déficit immunitaire défini par un taux ou un pourcentage de CD4 qui est variable selon les tranches d'âge (cf. Annexe 3 du texte de recommandations).

Stratégies de dépistage et de prévention du VHB et du VHC

- Rechercher une co-infection par le VHC et/ou le VHB lors du bilan initial :
 - Chez les nourrissons nés de mères infectées par le VHC, faire le dépistage par PCR jusqu'à l'âge de 18 mois, puis par sérologie au-delà.
 - Dépister l'infection à VHB par la recherche de l'Ag HBs (quel que soit l'âge).
- En cas d'infection maternelle par le VHB, réaliser une sérovaccination anti-VHB à la naissance, suivie des rappels vaccinaux.

Schéma vaccinal chez l'enfant et l'adolescent vivant avec le VIH

▮ Voir chapitre « Vaccination des personnes vivant avec le VIH »

Dépistage et prévention des cancers

- Les principaux cancers liés au VIH chez l'enfant sont les lymphomes (non-hodgkiniens principalement) et la maladie de Kaposi. L'examen clinique habituel suffit à dépister ces cancers.
- La mise en route précoce du traitement ARV permet de diminuer considérablement l'incidence de ces cancers.
- Dépister la survenue d'un cancer du foie par échographie hépatique en cas d'infection chronique par le VHB et/ou de cirrhose.
- Prévenir les cancers induits par les HPV survenant à l'âge adulte par la vaccination dans l'enfance, idéalement avant le début de l'activité sexuelle.
- Réaliser une consultation gynécologique chez l'adolescente vivant avec le VIH, même avant le début de l'activité sexuelle.

Particularités de la prise en charge psychologique et sociale de l'enfant et de l'adolescent vivant avec le VIH

- L'annonce du diagnostic à l'enfant est basée sur le principe d'une information progressive en fonction de son âge, de son développement et de sa maturation.

- L'adolescence est presque toujours une période difficile, pour l'appropriation du diagnostic et de ses implications et pour l'observance thérapeutique.
- La mise en place d'un accompagnement psychologique et social permet de soutenir les familles, les enfants, et les adolescents.
- Une bonne coordination est nécessaire entre les structures pédiatriques et adultes pour la transition.

Abréviations et acronymes

ABC	Abacavir
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANRS MIE	Agence nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites virales – Maladies infectieuses émergentes
ARV	Antirétroviral
ATV/r	Atazanavir/ritonavir
BIC	Bictegravir
CAB	Cabotegravir
CMV	Cytomégalovirus
CNS	Conseil national du SIDA et des hépatites virales
CV	Charge virale
DOR	Doravirine
DRV/r	Darunavir/ritonavir
DTG	Dolutegravir
EBV	Epstein-Barr virus
EFV	Efavirenz
ETR	Etravirine
EVG/c	Elvitegravir/cobicistat
FTC	Emtricitabine
HAS	Haute autorité de santé
HPV	Papillomavirus humain
IDR	Intra-dermo réaction
IGRA	<i>Interferon-gamma release assay</i>
INI	Inhibiteur de l'intégrase
INNTI	Inhibiteur non-nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI	Inhibiteur nucléos(t)idique de la transcriptase inverse
IP	Inhibiteur de protéase
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
NVP	Nevirapine
PCR	Réaction de polymérase en chaîne
RAL	Raltegravir
RPV	Rilpivirine
TAF	Tenofovir alafenamide
TDF	Tenofovir disoproxil fumarate
3TC	Lamivudine
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B

VHC	Virus de l'hépatite C
VHE	Virus de l'hépatite E
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VZV	Virus varicelle-zona
ZDV	Zidovudine

Ce document présente les points essentiels de la publication : Prise en charge de l'enfant et de l'adolescent vivant avec le VIH, mai 2024
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr