

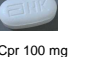
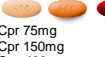

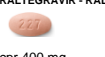
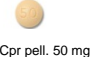









INHIBITEURS NUCLEOSIDIQUES ET NUCLEOTIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (nRTI + ntRTI)					
Spécialités & DCI	Posologie habituelle et prise	Effets indésirables fréquents	Interactions principales	Conservation et remarques	
<b>3TC®</b> LAMIVUDINE - 3TC cpr 150 mg cpr 300 mg sol buvable 10 mg/ml	Adultes et enfants > 12 ans ou > 30kg : 300 mg (1 cpr) 1x/j ou 150 mg (1 cpr) 2x/j. Enfants < 12 ans : 4 mg/kg (0.4 ml/kg) 2x/j (max 300 mg/j). Enfants > 21-30 kg : 75 mg (1/2 cpr) le matin et 150 mg (1 cpr) le soir Nouveaux-nés : 2 mg/kg (0.2 ml/kg) 2x/j  IR : Cl = 30-49 ml/min : 150 mg 1x/j, Cl = 15-29 ml/min : 100 mg 1x/j, Cl = 5-14 ml/min : 50 mg 1x/j, Cl < 5 ml/min : 25 mg 1x/j ; Pas d'influence des repas. Co-infection HBV : ne pas arrêter, risque de rebond HBV!	Globalement très bien toléré	• Rassurer le patient sur l'interaction mentionnée dans la notice d'emballage avec le Bactrim®	Cpr : conservation à T° amb. Sol : conservation 1 mois à T° amb. après ouverture. Diabétiques : 15 ml sol = 3 g sucre. Difficulté de déglutition ou administration par sonde → forme liquide.	
<b>EMTRIVA®</b> EMTRICITABINE - FTC caps 200 mg	Adultes et enfants > 33 kg : caps : 200 mg (1 caps) 1x/j. Enfants dès 2 ans et < 33 kg : 6 mg/kg 1x/j Enfants < 3 mois : 3 mg/kg 1x/j  IR : Cl = 30-49 ml/min : 1 caps q48h ; Cl = 15-29 ml/min : 1 caps q72h ; Cl < 15 ml/min : 1 caps q96h Co-infection HBV : ne pas arrêter, risque de rebond HBV!	Globalement très bien toléré,	• Prudence avec d'autres médicaments excrétés par sécrétion tubulaire active.	Caps : conservation à T° amb. Les caps. peuvent être ouvertes.	
<b>RETROVIR® AZT</b> ZIDOVUDINE - ZDV (AZT) caps 250 mg sirop 10 mg/ml ampoule 200 mg/20ml	Adultes et enfants > 30 kg : oral : 250 mg (1 caps) 2x/j ou i.v. : 1-2 mg/kg q4h (corresp. 1.5-3 mg/kg q4h per os). Enfants > 9 kg < 30 kg : oral : 9 mg/kg 2x/j. i.v. : 80-160 mg/m <sup>2</sup> q6h (120 mg/m <sup>2</sup> i.v. = 180 mg/m <sup>2</sup> per os) max Enfants < 4 kg < 9 kg : oral : 9 mg/kg 2x/j ou i.v. : 1.5 mg/kg iv q6h ; Prématurés < 34 semaines : > 28 sem. : 2 mg/kg per os (ou 1.5 mg/kg iv) q12h pdt 14 jours, puis q8h, < 28 sem. : 2 mg/kg per os (ou 1.5 mg/kg iv) q12h pdt 28 jours, puis q8h.  IR sévère : 300-400 mg/j en 2-3 prises (iv : 1 mg/kg 3-4 x/j). Dialyse : 100mg q6-8h, IH : Données insuffisantes	Nausées, céphalées 62%, macrocytose 100% < 10% : fatigue, anémie, neutropénie, lipodystrophie, pigmentation des ongles.	• Extrême prudence avec tous les médicaments myélotoxiques. • Prudence avec les médicaments modifiant le métabolisme de la zidovudine par inhibition compétitive de la glucuro-conjugaison ou par inhibition de la clairance rénale (acide acétylsalicylique, codéine, morphine, méthadone, indométacine, probénéfide, ...). • Stavudine, ribavirine = antagonisent l'activité de la zidovudine ⇒ interdiction de les associer à la zidovudine.	Conservation à T° amb.,abri de la lumière Les caps peuvent être ouvertes. Forme iv : diluer dans G5%, concentration finale de 2-4 mg/ml. A perfuser en 1h (30 min. chez nouveaux-nés). Ne pas mélanger le sirop avec de la nourriture ou d'autres médicaments. Difficulté de déglutition ou administration par sonde → sirop	
<b>VIREAD®</b> TENOFIVIR DISOPROXIL (TDF) cpr 245 mg	Adultes dès 18 ans : 245 mg (1 cpr) 1x/j. Enfants > 2ans : 6.5 mg/kg 1x/j (max 245 mg/j) Enfants < 2 ans : absence de données.  IR : Cl = 50-80 ml/min : pas d'adaptation (245 mg/24h) ; Cl = 30-49 ml/min : 245 mg/48h ; Cl = 10-29 ml/min : 245 mg/72-96h ; IH : non recommandé Co-infection HBV : ne pas arrêter, risque de rebond HBV!	Néphrotoxicité, hypophosphatémie (syndrome de Fanconi)	• Augmentation de la biodisponibilité de la didanoside (association à éviter) : risque d'effets indésirables de la ddl (pancréatite) ; administrer le tenofovir 2 heures avant ou 1 heure après la ddl. • Inducteur faible du CYP1A/CYP2B : risques faibles d'interaction. • Elimination essentiellement par voie rénale (filtration et sécrétion active) : risque d'interaction avec d'autres médicaments sécrétés.	Le cpr peuvent être délités dans 100 ml d'eau, de jus d'orange ou de jus de raisin. Contrôler les taux sériques de créatinine et phosphatase. Cpr 245 mg tenofovir disoproxil (= 136 mg tenofovir = 300 mg tenofovir disoproxil fumarate)	
<b>ZIAGEN®</b> ABACAVIR - ABC cpr 300 mg sol buv 20 mg/ml	Adultes et enfants dès 12 ans : 600 mg (2 cpr) 1x/j ou 300 mg (1 cpr) 2x/j Enfants dès 3 mois et < 12 ans : 8 mg/kg (0.4 ml/kg) 2x/j (max 300 mg 2x/j) ; Enfants < 3 mois : absence de données.  IH : IH légère (Child-pugh 5-6) : 150mg 2x/j ; IH modérée à sévère : contre-indiqué (pas de données) ;	Hypersensibilité (surtout si HLA-B5701+) : fièvre, rash cutané, vomissements, vertiges, diarrhées, dyspnée. Sinon globalement très bien toléré.	Pas d'interactions cliniquement pertinentes.	Recherche HLA-B5701 avant prescription Cpr : conservation à T° amb. Sol : conservation 2 mois à T° amb. après ouverture.	
<b>COMBIVIR®</b> LAMIVUDINE (150 mg) ZIDOVUDINE (300 mg) cpr 150/300 mg	Adultes et enfants > 30 kg : 150/300 mg (1 cpr) 2x/j. Enfants entre 14 et 30 kg : entre 21 et 30 kg : 75/150 mg (1/2 cpr) le matin et 150/300 mg (1cpr) le soir et entre 14 et 21 kg : 75/150 mg (1/2 cpr) 2x/jour (info compendium). Pratique CHUV : 360 à 480 mg/m <sup>2</sup> Enfants < 14 kg : inadapté, les comprimés ne permettant pas un ajustement posologique en fonction du poids → administrer les principes actifs non combinés.  IR (Cl < 50 ml/min) IH : administrer principes actifs non combinés	cf. 3TC® et Retrovir®	cf. 3TC® et Retrovir®	Conservation à T° amb. Cpr sécable en 2. Peut évt. être écrasé ; en cas de difficulté de déglutition ou administration par sonde, utiliser de préférence 3TC® solution buvable à 10 mg/ml + Retrovir® sirop à 10 mg/ml.	
<b>KIVEXA®</b> ABACAVIR (600 mg) LAMIVUDINE (300 mg) cpr 600/300 mg	Adultes et enfants dès 12 ans (> 40 kg) : 600/300 mg (1 cpr) 1x/j. Enfants < 12 ans : inadapté, les comprimés combinés ne permettant pas un ajustement posologique en fonction du poids → administrer les principes actifs non combinés  IR (Cl < 50 ml/min) IH : administrer principes actifs non combinés ;	cf. 3TC® et Ziagen®	cf. 3TC et Ziagen®	Conservation à T° amb. Les cpr peuvent être écrasés. Alternative : Ziagen® sol. buvable 20 mg/ml et 3TC sol. 10 mg/ml. Colorant allergisant	
<b>TRIZIVIR®</b> LAMIVUDINE (150 mg) ZIDOVUDINE (300 mg) ABACAVIR (300 mg) Cpr 150/300/300 mg	Adultes : 150/300/300 mg (1 cpr) 2x/j. Enfants : inadapté, les comprimés combinés ne permettant pas un ajustement posologique en fonction du poids administrer les principes actifs non combinés  IR (< 50 ml/min) IH : administrer principes actifs non combinés	cf. 3TC®, Retrovir® et Ziagen®	cf. 3TC®, Retrovir® et Ziagen®	Conservation à T° amb. Peut évt. être écrasé ; utiliser de préférence 3TC® solution buvable à 10 mg/ml, Retrovir® sirop à 10 mg/ml et Ziagen® solution buvable à 20 mg/ml.	
<b>TRUVADA®</b> TENOFIVIR (245 mg) EMTRICITABINE (200 mg) cpr 245/200 mg	Adultes et Enfants > 12 ans et > 35 kg : 200/245 mg (1 cpr) 1x/j Enfants < 12 ans ou < 35 kg : absence de données.  IR : Cl ≥ 50 ml/min : 1 cpr/24h, Cl ≥ 30-49 ml/min : 1 cpr/48h ; IH : pas de données Co-infection HBV : ne pas arrêter, risque de rebond HBV!	cf. Emtriva® et Viread®	cf. Emtriva® et Viread®, nausées	Conservation à T° amb. Les cpr peuvent être délités dans 100 ml d'eau, de jus d'orange ou de jus de raisin.	
INHIBITEUR NON NUCLEOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (nnRTI)					
<b>STOCRIN®</b> EFAVIRENCE - EFV cpr 50 mg cpr 200 mg cpr 600 mg sol buv 30 mg/ml	Adultes dès 17 ans : 600 mg (1 cpr) 1x/j, sol. buv. : 720 mg (24 ml) 1x/j au coucher. Enfants de 3 à 17 ans et ≥ 10 kg : 13-15 kg : cpr : 200 mg 1x/j, sol. buv. : 270 mg = 9 ml (360 mg = 12 ml si < 5 ans) 1x/j ; 15-20 kg : cpr : 250 mg 1x/j ; sol. buv. : 300 mg = 10 ml (300 mg = 13 ml si < 5 ans) 1x/j ; 20-25 kg : cpr : 300 mg 1x/j ; sol. buv. : 360 mg = 12 ml (450 mg = 15 ml si < 5 ans) 1x/j ; 25-32.5 kg : cpr : 350 mg 1x/j ; sol. buv. : 450mg = 15 ml (510 mg = 17 ml si < 5 ans) 1x/j ; 32.5-40 kg : cpr : 400 mg 1x/j ; sol. buv. : 510 mg = 17 ml 1x/j ; ≥ 40 kg : cpr : 600 mg 1x/j ; sol. buv. : 720 mg = 24 ml 1x/j ; Enfants < 3 ans : absence de données  ! Non équivalence : cpr 600 mg = sol. buv. 720 mg (et équivalences particulières pour les enfants, cf. posologies ci-dessus)  IH : IH légère à modérée ; suivi des EI dose-dépendants (SNC) ; IH sévère : contre-indiqué. Prise de préférence au coucher (solution et cpr)	Troubles du sommeil et du SNC 52%, troubles psychiatriques (amélioration après 1-4 semaines) : dépression sévère 2-4%, vertiges (transitoires, durant le 1 <sup>er</sup> mois de traitement en général), éruption cutanée, rash, (réponse aux stéroïdes topiques)	• Substrat du CYP 3A4 : surveillance étroite de l'efficacité et de la toxicité (TDM) nécessaire si associé à : - inducteurs du CYP3A4 et de la P-gp : anti-tuberculeux, antiépileptiques, millepertuis, ... - inhibiteurs du CYP3A4 et de la P-gp : imidazoles, jus de grapefruit, ... • Inducteur modéré du CYP 3A4 : augmentation de l'élimination de la méthadone → augmenter systématiquement la dose (30-100 %), contraceptifs oraux, ... • Ne pas administrer en même temps qu'acédocumarol (Sintrom®) : prédiction impossible • Inhibiteur du métabolisme (CYP3A4) de téréfanadine, cisapride, triazolam, midazolam, astémizole → ne pas administrer en même temps.	Conservation à T° amb. Une fois ouverte, la solution se conserve un mois. Grossesse : contre-indication. Tératogénicité chez les primates. Méthadone : augmentation systématique de la dose.	
<b>VIRAMUNE®</b> NEVIRAPINE - NVP cpr 200 mg cpr retard 400 mg sol buv 10 mg/ml Allemagne non LS !	Adultes dès 16 ans : 14 premiers jours : 200 mg (1 cpr) 1x/j (matin) ; ensuite : 400 mg 1x/j (cpr retard) 1x/j. Enfants > 1 mois : > 1 mois : 150 mg/m <sup>2</sup> /dose x 14 jours (dose limite 200 mg/j) puis dose maintenance : 150-200 mg/m <sup>2</sup> /dose po 2 x/j (dose limite 400 mg/j) Nouveaux-nés : prophylaxie de la transmission verticale : 150 mg/m <sup>2</sup> /dose po pdt 14 jours puis 150 mg/m <sup>2</sup> /dose q 12h x14 jours  IH : IH sévère : contre-indiqué ; Dialyse : dose suppl. de 200 mg après dialyse.	Hypersensibilité : éruption cutanée potentiellement mortelle (Stevens-Johnson, Lyell), rash 37%, hépatotoxicité, fièvre.	• Substrat du CYP 3A4 : surveillance (TDM) nécessaire si associé à : - inducteurs du CYP3A4 et de la P-gp : anti-tuberculeux, antiépileptiques, millepertuis, ... - inhibiteurs du CYP3A4 et de la P-gp : imidazoles, jus de grapefruit, ... • Inducteur modéré du CYP 3A4 : possible perte d'efficacité de méthadone, contraceptifs oraux, ...	Conservation à T° amb. Une fois ouverte, la solution se conserve 2 mois à température ambiante. Cpr retard : ne pas écraser Consultation médicale en urgence si fièvre ou éruption cutanée et arrêt des médicaments (principalement au cours des 6 premières semaines de traitement)	
<b>INTELENCE®</b> ETRAVIRINE - ETV = TMC 125 cpr 200 mg cpr 25 mg	Adultes : 400 mg 1x/j (2 cprs, non Swissmedic) ou 200 mg (1 cpr) 2x/j. Enfant de 6 à 18 ans et > 16kg : 16 à 19 kg : 100 mg 2x/j, 20 à 24 kg : 125mg 2x/j, 25 à 29 kg : 150 mg 2x/j, > 30 kg : 200mg 2x/j. Enfant < 6 ans ou < 16 kg : absence de données  IH : Child-Pugh A/B : pas d'adaptation, IH sévère : pas de données ; Prise après les repas.	Données limitées : Rash, IR, syndrome de Stevens-Johnson, hypercholestérolémie, hyperglycémie, nausées, rarement anémies.	• Substrat des CYP 3A4, 2C9, 2C19 - inducteurs des CYP3A4, 2C9, 2C19 : carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, ... - inhibiteurs des CYP 3A4, 2C9, 2C19 : imidazoles, jus de grapefruit, ... • Inhibiteur des CYP 2C9, 2C19 : toxicité possible de la fluoxétine, losartan, glimepiride, glipizide, warfarine, ... • Inducteur du CYP 3A4 : possible perte d'efficacité des BZD, anticalciques, dérivés de l'ergot, tacrolimus, venlafaxine, ...	Conservation à T° ambiante Les comprimés peuvent être dispersés dans de l'eau avant administration.	
<b>ATRIPLA®</b> EFAVIRENCE (600 mg) EMTRICITABINE (200 mg) TENOFIVIR (245 mg) Cpr 600/200/245 mg	Adultes > 18 ans : 600/200/250mg (1cpr) 1x/j Enfants < 18 ans : absence de données.  IR : administrer les principes actifs non-combinés. IH sévère : absence de données. ; Prise de préférence au coucher à jeun (2h après les repas).	cf Truvada® + Stocrin®	• Cf Truvada® + Stocrin®	Conservation à une T° < 30°C	
<b>EVIPLERA®</b> RILPVRINE - RPV (25mg) EMTRICITABINE (200mg) TENOFIVIR (245mg) Cpr 25/200/245 mg	Adultes : 25/200/245 mg (1cpr) 1x/j avec les repas. Enfant < 18 ans : non évalué.  IR légère (ClCr 50-80 ml/min) : posologie normale (pas évalué sur le long terme) IR modérée à sévère (ClCr < 50 ml/min) : non recommandé car adaptation nécessaire de l'intervalle entre les doses d'emtricitabine et de tenofovir. IH sévère : non recommandé car pas évalué C.f. Emtriva® + Viread® pour les EI et les interactions. Co-infection HBV : ne pas arrêter, risque de rebond HBV!	Rilpivirine : dépression, céphalées, insomnie éruption cutanée, douleurs abdominales. Perturbation des tests hépatiques. f. Emtriva® + Viread® pour les EI et les interactions.	Rilpivirine : • Substrat du CYP3A4 : surveillance (TDM) nécessaire si associé à : - inducteur du CYP3A4 : anti-tuberculeux, antiépileptique, millepertuis, ... (CI) - inhibiteur du CYP3A4 : imidazole, jus de grapefruit, ... • Inhibiteur de la glycoprotéine P (surveillance avec dabigatran) • Augmentation du pH gastrique = diminution des effets de la rilpivirine. IPP non recommandé, prise de anti H2 12 h avant ou 4h après et antacides 4h avant ou 2h après la prise de rilpivirine. • Risque de surdosage de la metformine (surveillance à l'initiation d'un traitement et à l'arrêt) et diminution des effets de la rilpivirine sous dexaméthasone systémique.	Conservation < 30°C Les cpr peuvent être délités dans 100 ml d'eau. La rilpivirine est cependant insoluble dans l'eau et le fabricant recommande de changer de molécule si l'administration doit se faire par sonde. Edurant® = rilpivirine cpr 25 mg : non remboursé en Suisse en 2014	

INHIBITEUR DE L'ENTREE (INH DE LA FUSION OU DU CCR5)			
<p><b>CELSENTRI®</b> MARAVIROC - MAV</p>  <p>cpr 150 mg cpr 300 mg</p>	<p>Adultes et enfant &gt; 16 ans : 300 mg (1 cpr) 2x/j. Si association avec efavirenz ou rîfampicine : 600 mg 2x/j ; si association avec PI boostés (expi TPV/RTV et FPV/RTV), efavirenz + PI, rifabutine + PI : 150 mg 2x/j + RTV 100 mg 2x/jour ou 300 mg 1x/jour + RTV 100mg 1x/jour (suivre taux résiduels) ; <b>Enfants &lt; 16 ans</b> : pas de données.  IR : adapter l'intervalle de posologie seulement si pris concomitante d'inhibiteurs puissants du CYP 3A4. Clcr &lt; 80ml/min : 1x/j ; prudence si Clcr &lt; 50ml/min et inhibiteurs puissants du CYP 3A4 ; <b>IH</b> : prudence car données limitées. <b>A n'utiliser que lorsque seul le virus VIH-1 à tropisme CCR5 est détecté.</b></p>	<p>Données limitées : Toux, éruptions cutanées, hypotension orthostatique, troubles hépatiques et insuffisance rénale.</p>	<p>• <b>Substrat du CYP 3A4</b> : ajuster la dose avec ; - <b>inhibiteurs 3A4</b> : clarithromycine, tétracycline, kétoconazole, itraconazole, voriconazole, posaconazole... - <b>inducteurs 3A4</b> • L'effet sur la glycoprotéine-P n'a pas été évalué ; on ne peut exclure un effet inhibiteur.  <b>Conservation à T° amb.</b>  Risque de réaction allergique en cas d'allergie au soja ou à l'arachide (mise en garde européenne mais pas US)</p>
INHIBITEURS DE LA PROTEASE (PI)			
<p><b>KALETRA®</b> LOPINAVIR - LPV RITONAVIR - RTV</p>  <p>cpr 200+50 mg cpr 100+25 mg sirop 80+20 mg/ml</p>	<p>Adultes : 400/100 mg (2 cprs) 2x/j ou 800/200 mg (4 cprs) 1x/jour chez les patients naïfs. En association avec un NNRTI (EFV, NVP) : 3 cprs (600/150 mg) 2x/j (posologie à adapter secondairement en fonction des taux résiduels des médicaments surtout pour la nevirapine) (non Swissmedic). <b>Enfants dès 14 jours</b> : 300/75 mg/m<sup>2</sup> (3.75 ml/m<sup>2</sup>) 2x/j  <b>IH</b> : IH légère à modérée : prudence (TDM) ; IH sévère : contre-indiqué <i>Cpr : pas d'influence des repas ; sirop : à prendre au cours des repas.</i></p>	<p>Diarrhées, lipodystrophie, ↑ cholestérol et TG, intolérance au glucose.</p>	<p>• <b>Substrat du CYP3A4 et de P-gp</b> : surveillance étroite de l'efficacité et de la toxicité (TDM) nécessaire si associé à : - <b>inducteurs du CYP3A4 et de la P-gp</b> : rifampicine, antiépileptiques, millepertuis, ... - <b>inhibiteurs du CYP3A4 et de la P-gp</b> : saquinavir, jus de grapefruit, ... • <b>Inhibiteur puissant du CYP3A4</b> : toxicité possible des antiarythmiques, anticalciques, statines, BZD, rifabutine, astémizole, ciclosporine, tacrolimus, kétoconazole, itraconazole, cisapride, dérivés de l'ergot, sildenafil, ... • <b>Inhibiteur de la P-gp</b> : les substrats de la P-gp sont globalement les mêmes que ceux du CYP3A4, plus la digoxine. • Autres interactions liées au ritonavir : cf. Norvir®. • Prendre 1 heure après ou 2 heures avant le Videx®. • En raison de l'alcool contenu dans le sirop : extrême prudence avec Antabus®, métronidazole.  <b>Conservation</b> : comprimés à T° amb, sirop au frigo (2-8°C) (stable 6 semaines à T° amb) <b>Alcool</b> : 5 ml de sirop = 1,78 g d'alcool. <b>Ne pas diluer le sirop ; incompatible avec tous les liquides (eau, jus d'orange, sirop, lait, boissons pour bébés).</b> <b>Ne pas couper ni écraser les comprimés.</b> Pour l'administration par sonde, utiliser le sirop, à administrer sans dilution (risque de précipitation) ; si nécessaire, rincer avec du lait.</p>
<p><b>NORVIR®</b> RITONAVIR - RTV</p>  <p>Cpr 100 mg sirop 80 mg/ml</p>	<p>Adultes : En association avec d'autres PI : (augmentation de leur efficacité) 100 mg (1 cpr) 1 à 2x/j ; 400 mg (4 cprs) 2x/j avec le saquinavir (non Swissmedic). <b>Comme seul PI (choleste) :</b> 600 mg (6 cprs) 2x/j. <b>Enfants dès 1 mois</b> : 350 mg/m<sup>2</sup> 2x/j (max. 600 mg 2x/j). Commencer avec 250 mg/m<sup>2</sup> 2x/j puis augmenter par paliers de 50 mg/m<sup>2</sup> 2x/j tous les 2-3 jours.  <b>IH</b> : IH sévère : contre-indiqué ; <i>A prendre au cours des repas de préférence (meilleure tolérance gastro-intestinale), pour atténuer le goût amer du sirop, on peut le mélanger à du lait chocolaté ou du Ensure®, mais pas à de l'eau.</i></p>	<p>Altérations du goût, nausées, diarrhées, vomissements, paressthésie (bouche), fatigue, dyspepsie. Lipodystrophie, ↑ cholestérol et TG, intolérance au glucose.  <b>Sirop</b> : contient des colorants azoïques ; attention si allergie à ce type de colorants ou à l'AAS.</p>	<p>• <b>Substrat du CYP3A4 et de P-gp</b> : surveillance étroite de l'efficacité et de la toxicité (TDM) nécessaire si associé à : - <b>inducteurs du CYP3A4 et de la P-gp</b> : rifampicine, antiépileptiques, millepertuis, ... - <b>inhibiteurs du CYP3A4 et de la P-gp</b> : jus de grapefruit, amprénavir, ... • <b>Inhibiteur puissant du CYP3A4</b> : toxicité possible des antiarythmiques, anticalciques, statines, BZD, rifabutine, astémizole, ciclosporine, tacrolimus, kétoconazole, itraconazole, dérivés de l'ergot, cisapride, sildenafil, saquinavir, ... • <b>Inhibiteur du CYP2D6</b> : toxicité possible de SSRI, tramadol, ADT, NL, antiarythmiques, β-bloquants. • <b>Inhibiteur modéré du CYP2C9</b> : surveillance étroite (EI, TDM) des antidiabétiques oraux, phénytoïne et anticoagulants oraux. • <b>Inducteur de la CT</b> : possible perte d'efficacité des contraceptifs oraux et des opioïdes (codéine, méthadone, morphine). • <b>Inducteur modéré du CYP1A2</b> : surveillance étroite (TDM) de la théophylline. • <b>Inhibiteur ou inducteur de la P-gp</b> : implications cliniques pas très claires, sauf avec la digoxine (diminution de l'élimination). • En raison de l'alcool contenu dans le sirop : extrême prudence avec Antabus®, métronidazole.  <b>Cpr</b> : conservation à T° amb <b>Alcool</b> : 5 ml sirop = 2,56 g alcool.  Pour l'administration par sonde, utiliser le sirop, qui peut être mélangé à du lait chocolaté ou du Ensure®, mais pas à de l'eau (risque de précipitation).  Mauvais goût du sirop</p>
<p><b>PREZISTA®</b> DARUNAVIR - DRV TMC114</p>  <p>Cpr 75mg Cpr 150mg Cpr 400mg Cpr 600mg Cpr 800 mg</p>	<p>Adultes <b>dès 18 ans</b> : Patients naïfs : 800 mg (1cpr) 1x/jour + ritonavir 100 mg (1 cpr) 1x/jour. Patients traités préalablement par un PI : 600 mg (1cpr) 2x/jour + ritonavir 100 mg (1cpr) 2x/jour. Alternative : 600 mg (1cpr) 2x/jour + ritonavir 100 mg (1cpr) 1x/jour (non Swissmedic). <b>Enfants &lt; 12 ans et adolescents (6 à 18 ans)</b> : Entre 20 kg et 30 kg : 375 mg 2x/jour + ritonavir 50 mg 2x/jour. Entre 30 kg et 40 kg : 450 mg 2x/jour + ritonavir 60 mg 2x/jour. &gt; 40 kg : 600 mg 2x/jour + ritonavir 100 mg 2x/jour. <b>Enfant &lt; 6 ans</b> : absence de données.  <b>IH</b> : IH légère : utilisation sous surveillance ; IH modérée à sévère : contre-indiqué ; <b>IR</b> : Clcr &lt; 30ml/min et néphropathie terminale : absence de données. <i>A prendre de préférence au cours des repas.</i></p>	<p>Diarrhée, exanthème</p>	<p>• <b>Inhibiteur du CYP3A4</b> : toxicité possible des antiarythmiques, anticalciques, statines, BZD, rifabutine, astémizole, ciclosporine, tacrolimus, kétoconazole, itraconazole, dérivés de l'ergot, cisapride, sildenafil, saquinavir, ... (association au ritonavir) • <b>CT Norvir®</b> • <b>Cave : Boosting par cobicistat ( inclus dans le Stribild) parfois insuffisant. vérifier taux plasmatique de darunavir et elvitegravir.</b>  <b>Conservation à T° amb.</b>  Rarement syndrome de Stevens-Johnson</p>
<p><b>REYATAZ®</b> ATAZANAVIR - ATV</p>  <p>(caps 150 mg) caps 200 mg caps 300 mg</p>	<p>Adultes <b>dès 18 ans</b> : 300 mg (1 caps) 1x/j + ritonavir 100 mg (1 cpr) 1x/j. Association avec efavirenz : 400 mg (2 caps à 200 mg) 1x/j + ritonavir 100 mg (1 cpr) 1x/j + efavirenz 600 mg (1 cpr) 1x/j. Association avec ténofovir : toujours avec du RTV (sinon les taux d'ATV baissent d'env. 25%). <b>Enfants de 6 à 18 ans et &gt; 15kg</b> : 15 à 19kg : 150mg 1x/j + ritonavir 100mg 1x/j, 20 à 39kg : 200mg 1x/j + ritonavir 100 mg 1x/j, &gt;40kg : 300mg 1x/j + ritonavir 100mg 1x/j. <b>Enfants de 3 mois à 6 ans</b> : A évaluer avec le spécialiste. <b>Enfants &lt; 3 mois</b> : Contre-indiqué à cause du risque d'ictère nucléaire.  <b>IH</b> : IH légère : surveillance des paramètres hépatiques ; IH modérée à sévère : contre-indiqué ; <i>A prendre au cours des repas.</i></p>	<p>Augmentation de la bilirubine, ictère. Lipodystrophie, éruption cutanée.</p>	<p><b>Tout anti-acide contre-indiqué</b> • <b>Substrat du CYP3A4 et de P-gp</b> : association contre-indiquée avec la rifampicine. Surveillance étroite de l'efficacité et de la toxicité (TDM) nécessaire si associé à : - <b>autres inducteurs du CYP3A4 et de la P-gp</b> : anti-épileptiques, millepertuis, ... - <b>inhibiteurs du CYP3A4 et de la P-gp</b> : jus de grapefruit, ... • <b>Inhibiteur modéré du CYP3A4</b> : toxicité possible des antiarythmiques, anticalciques, statines, BZD, rifabutine, astémizole, ciclosporine, tacrolimus, cisapride, dérivés de l'ergot, sildenafil, ADT, ... • <b>Inhibiteur modéré du CYP2C9</b> : surveillance (EI, TDM) des antidiabétiques oraux, anticoagulants oraux et de la phénytoïne. • <b>Inhibiteur faible de la P-gp</b> : les substrats de la P-gp sont globalement les mêmes que ceux du CYP3A4, plus la digoxine. • <b>Inhibiteur de la GT (UGT1A1)</b> : toxicité de l'irinotécan.  <b>Conservation à T° amb.</b>  Les capsules peuvent être ouvertes. Boosting par cobicistat équivalent au ritonavir</p>
INHIBITEUR DE L'INTEGRASE (INI)			
<p><b>ISENTRESS®</b> RALTEGRAVIR - RAL</p>  <p>cpr 400 mg cpr à mâcher 25mg cpr à mâcher 100 mg</p>	<p>Adultes <b>dès 16 ans</b> : 400 mg (1 cpr) 2x/j indépendamment des repas. Adultes <b>dès 12 ans (&gt; 40 kg)</b> : 400 mg (1 cpr) 2x/j. <b>Pour les enfants à partir de 11 ans (&gt; 25kg), correspondance entre les cpr et les cpr à mâcher est la suivante</b> : 400 mg (1cpr) 2x/j = 300 mg (3 cpr à mâcher 100mg) 2x/j. <b>Enfant entre 2 et 11 ans</b> : Entre 10 et 14 kg : 75 mg (3 cpr à mâcher 25 mg) 2x/j. Entre 14 et 20 kg : 100 mg (1 cpr à mâcher 100 mg) 2x/j. Entre 20 et 28 kg : 150 mg (1.5 cpr à mâcher 100 mg) 2x/j. Entre 28 et 40 kg : 200 mg (2 cpr à mâcher 100 mg) 2x/j. <b>Enfant &lt; 2 ans</b> : pas étudié  <b>IH</b> : légère à modérée : pas d'adaptation, sévère : pas de données ;</p>	<p>Globalement très bien toléré Constipations, céphalées</p>	<p>• <b>Substrat de l'UGT1A1</b>. Prudence lors de l'administration de : - <b>Inducteurs de l'UGT1A1</b> : rifampicine • Association avec les médicaments augmentant le pH intragastriques (IPP, anti-H2) à considérer qu'en cas de nécessité absolue car effets encore mal documentés.  <b>Conservation à T&lt; 30°C.</b>  Les cpr filmés peuvent être écrasés, pas les cpr à mâcher.</p>
<p><b>TIVICAY®</b> DOLUTÉGRAVIR - DTG</p>  <p>Cpr pell. 50 mg</p>	<p>Adulte : 50 mg (1cpr) 1x/j indépendamment des repas. En association avec inducteur enzymatique (ex : efavirenz, rifampicine) : 50 mg (1cpr) 2x/j Le dolutégravir en association avec : • Efavirenz ou Nevirapine ou Etravirine =&gt; adaptation posologique à 50 mg 2x/j • PI : posologie 50mg 1x/j (sauf avec tipranavir : posologie 50mg 2x/j)  Adolescent et enfant <b>dès 12 ans (&gt; 40 kg)</b> : 50mg (1cpr) 1x/j <b>Enfant &lt; 12 ans</b> : pas de données. <b>IH sévère</b> : non recommandé car pas étudié</p>	<p>En général bien toléré</p>	<p><b>Substrat UGT1A1</b> : surveillance lors de l'administration d'inducteur de l'UGT1A1. <b>Substrat mineur du CYP3A4</b> : surveillance avec les inducteurs du CYP3A4.  Dolutégravir en association avec les autres antiretroviraux : cf posologie  En association avec inducteur enzymatique (ex : efavirenz, rifampicine) : 50 mg (1cpr) 2x/j  Augmentation de l'effet de la metformine =&gt; à surveiller  Prise à distance (2h après ou 6h avant) du Fe, Mg, Al, Ca et mélanges de vitamines</p>
<p><b>STRIBILD®</b> ELVITEGRAVIR - EVG (150 mg) COBICISTAT (150 mg) EMTRICITABINE (200 mg) TENOFVIR (245 mg)</p>  <p>Cpr 150/150/200/245 mg</p>	<p>Adulte : 150/150/200/245 mg (1cpr) 1x/j indépendamment des repas. <b>Enfant &lt; 18 ans</b> : non évalué.  <b>IR (ClCr &lt; 70 ml/min)</b> : ne pas initier le traitement (cobicistat/elvitegravir =&gt; ok insuff rénale mais emtricitabine et tenofovir =&gt; adaptation posologique) <b>IR (ClCr &lt; 50 ml/min)</b> : arrêter le traitement car adaptation nécessaire de l'intervalle entre les doses d'emtricitabine et de tenofovir. (cf. Emtriva® et Viread®) <b>IH sévère</b> : non recommandé car pas étudié Exacerbation de l'HBV à l'arrêt de Stribild® C.f. Emtriva® + Viread® pour les EI et les interactions.</p>	<p><b>Cobicistat + Elvitegravir</b> Diminution de la clairance de la créatinine sans atteinte glomérulaire. Eff. Sec : cf tenofovir et emtricitabine</p>	<p><b>Cobicistat</b> • <b>Inhibiteur puissant du CYP3A4</b> : toxicité possible des antiarythmiques, anticalciques, statines, BZD, rifabutine, astémizole, ciclosporine, tacrolimus, kétoconazole, itraconazole, cisapride, dérivés de l'ergot, sildenafil, ... • <b>Inhibiteur de la P-gp</b> : les substrats de la P-gp sont globalement les mêmes que ceux du CYP3A4, plus la digoxine. • <b>Substrat du CYP3A4 (principal) et du CYP2D6 (mineur)</b> : Formation de complexes lors de l'administration concomitante d'antiacide contenant du magnésium ou aluminium <b>Elvitegravir</b> : <b>Substrat CYP3A4, UGT1A1/3</b> : surveillance nécessaire (TDM) si associé à un inducteur ou inhibiteur de ces enzymes.  <b>Conservation à T° amb.</b></p>
<p><b>TRIUMEQ®</b> DOLUTÉGRAVIR (50 mg) LAMIVUDINE (300 mg) ABACAVIR (600 mg)</p>  <p>Cpr 50/300/600 mg</p>	<p>Adulte : 50/300/600 mg (1cpr) 1x/j indépendamment des repas. Adolescent et enfant <b>dès 12 ans (&gt; 40 kg)</b> : 50/300/600 mg (1cpr) 1x/j <b>Enfant &lt; 12 ans</b> : pas de données.  <b>IR</b> : non recommandé en raison de l'adaptation de la lamivudine <b>IH</b> : non recommandé en raison de l'adaptation de l'abacavir</p>	<p>Hypersensibilité à l'abacavir (surtout si HLA-B5701+) : fièvre, rash cutané, vomissements, vertiges, diarrhées, dyspnée. Sinon globalement bien toléré.</p>	<p><b>Lamivudine et abacavir</b> : pas d'interactions relevantes (cf plus haut) <b>Dolutégravir</b> : cf ci-dessus  <b>Recherche HLA-B5701 avant prescription</b>  <b>Conservation à T° amb.</b>  Les cpr peuvent être écrasés</p>

N.B. : Ne sont mentionnés que les effets indésirables fréquents de chaque médicament. Les dosages mentionnés sont ceux qui sont le plus couramment prescrits. Si les adaptations posologiques en cas d'IR ou d'IH ne sont pas mentionnées, c'est qu'elles ne sont pas nécessaires. Tous les médicaments mentionnés ci-dessus sont remboursés par l'assurance de base à l'exception de Viramune solution buvable et Retrovir ampoule. Si rien n'est mentionné la prise n'est pas influencée par les repas.  
Abréviations : ↑ = augmentation ; AAS = acide acétylsalicylique (aspirine) ; ADT = antidépresseurs tricycliques ; BZD = benzodiazépines ; caps = capsule ; cpr = comprimé ; CYP3A4 = cytochrome P450 3A4 ; EI = effet indésirable ; GT = glucuronoyl transférase (glucuroconjugaison) ; IA = interactions ; IH = insuffisance hépatique ; IR = insuffisance rénale ; NL = neuroleptiques ; P-gp = P-glycoprotéine ; SNC = système nerveux central ; sol. buv. = solution buvable ; susp = suspension ; SSRI = inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine ; T° amb. = température ambiante ; TDM = dosage des taux plasmatiques ; TG = triglycérides ; P = posologie ; R = remarques.

 = Attention à la fonction hépatique.  = Attention à la fonction rénale.  = A prendre au cours des repas.  = A prendre à jeun.  = informations de la notice d'emballage susceptibles d'inquiéter le patient.

Références : disponible sur demande

Version 7 - J. Savary, P. Virol (Pharmacie - CHUV) ; Validé par M. Cavassini et L. Merz (maladies infectieuses-CHUV), J.-J. Cheseaux, S. Asser (Pédiatrie-CHUV)

Mise en garde : Les informations contenues dans le Poster sont fournies « en l'état » et « telles quelles ». L'Institution ne donne aucune garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou tacite, quant aux informations contenues dans le Poster, notamment en ce qui concerne les garanties de valeurs, la non-violation, la valeur marchande ou l'adéquation à un but particulier. Sans limitation de ce qui précède, l'Institution ne garantit pas l'exactitude, l'opportunité, l'innocuité, la fiabilité de ces informations