

INDICATIONS POUR LA PHARMACOMÉTRIE CLINIQUE DES ANTIRÉTROVIRAUX

	IP				INNTI						II					Autre
	ATV	ATV/ rtv	DRV/rtv ou DRV/cobi	LPV/rtv	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV (po)	RPV (IM)	BIC	CAB	DLG	EVG/ cobi	RAL	MVC
Suivi de routine – personnes n’ayant jamais eu d’échec à la thérapie ARV ou absence de mutation virale conférant de la résistance à l’ARV	C-II ^{1,2}	D-II	D-II	D-II ³	D-II	A-I ¹	D-III	DIE: A-II ^{1,4} BID: D-I	B-II ¹	D-III	D-II	D-III	D-II	D-II	D-II (B-II ^{1,5,6})	C-II ¹
Suivi de routine – personnes chez qui les virus présentent des mutations significatives qui confèrent de la résistance à l’ARV	A-II ^{1,7}	B-II ¹	B-II ¹	B-II ¹	B-III ¹	s.o. ⁸	B-II ¹	s.o. ⁸	A-II ¹	s.o. ⁸	B-III ¹	s.o. ⁸	B-II ¹	s.o. ⁸	s.o. ⁸	s.o.
Échec virologique ou faible virémie persistante ⁹	B-I	B-I	B-II	B-I	B-III	B-II	B-II	B-II	A-II	B-II	B-III	B-II	B-II	B-II	B-II ⁵	B-II
Effets indésirables ¹⁰ :																
Diarrhée	D-II	D-II	D-II	D-II	D-II		D-II				D-II		D-II	D-II	D-II	D-II
Dyslipidémie	B-II ¹¹	B-II ¹¹	D-II	C-II	D-II	B-II	D-II									
Effets dermatologiques	D-III	D-II	D-II			D-III ¹²	D-III ¹²	D-III ¹³	D-II	D-II					D-II	
Effets sur le système nerveux central ¹⁴			D-II		D-II	A-I	D-II		D-II	D-II	D-II	C-II	C-II ¹⁵	D-II	D-II	C-II
Hépatotoxicité ou ↑ isolée des enzymes hépatiques			D-II	D-II		B-II	D-II	C-II ¹⁶	D-II	D-II		C-II	D-II			
Hyperbilirubinémie	B-II	A-I							D-II	D-II			D-II		D-II	
Néphrotoxicité (néphrolithiase ou ↓ fonction rénale)	B-III	B-III							D-III ¹⁷	D-III ¹⁷	D-III ¹⁷		D-II ¹⁷	D-II ¹⁷		
Prolongation de l’intervalle QTc	D-III	D-II	D-II		D-II		D-II		B-II	B-II		D-II	D-II	D-II	D-II	D-II
Interactions médicamenteuses ¹⁸	A-II	A-II	A-II	A-II	A-II	A-II	A-II	A-II	A-II	A-II	A-II	A-II	A-II	A-II	A-II ⁵	A-II
Particularités des personnes :																
Sous dialyse ¹⁹	A-II	A-II	A-III	B-II	D-III	C-III	C-III	B-III	C-III	C-III	C-III	C-III	D-III	B-II ²⁰	D-III	D-III
Personnes de 65 ans ou plus	B-II	B-II	C-II	B-II	D-II	C-III	C-II	B-II	D-II	C-III	D-II	C-III	D-II	D-III	D-II	C-III
Grossesse en cours ^{21,22}	A-III	D-II	DIE (rtv) B-II BID (rtv) D-II (cobi) A-II ²³	DIE B-II ²⁴ BID D-II	A-III	C-II	D-II	A-II	A-II	A-III ²⁵	B-II ²⁶	A-III ²⁵	B-II	A-II ²⁷	DIE A-II ^{5,27} BID C-II ⁵	C-II
Insuffisance hépatique, de modérée (M) à sévère (S) ²⁸	(M) B-II (S) A-II ²⁹	A-III ²⁹	(M) B-II (S) A-III ³⁰	B-II	(M) D-II (S) B-III	A-II ³¹	B-III	(M) B-III (S) A-III ³¹	(M) B-II (S) A-III ³¹	(M) B-II (S) B-III	(M) D-II (S) A-III ³²	(M) D-II (S) B-III	(M) C-III (S) A-III ³²	(M) D-II (S) A-III ³²	(M) D-II (S) B-II ⁵	(M) B-III (S) A-III
Insuffisance rénale	C-II	C-III	D-II	D-II	C-II	D-III	D-III	D-II	D-III	D-III (C-III ³³)	D-II	D-III	B-II	D-II ²⁰	D-II	B-II ³⁴
Malabsorption orale ³⁵	B-II ^{36,37}	B-II ^{36,37}	B-III ³⁸	B-III ³⁶	B-III	B-III	B-III	B-III	B-III	s.o.	B-III	B-III	B-III ³⁸	B-III	B-III ^{5,36}	B-III
Faible poids ³⁹	D-III	D-II	D-II	C-III	D-II	A-II	C-III	C-III	D-II	C-III	D-II	C-II	D-II	D-II	D-II	D-II
Obésité ⁴⁰	D-II	D-II	D-II	B-II	D-II	A-II	C-II ⁴¹	D-II	C-II ⁴¹	C-II ⁴²	D-II	C-II ⁴²	D-II	D-II	C-II ⁵	D-II
Pédiatrie ⁴³	A-III	D-II	(rtv) D-II (cobi) C-III	≤ 2 ans A-II > 2 ans D-II	D-II ⁴⁴	A-II	A-II	A-II ⁴⁵	A-II	B-II ⁴⁶	≥ 2 ans D-II	B-III ⁴⁶	D-II (B-II ⁴⁷)	C-II	< 6 ans A-II ^{5,48} 6 - < 12 ans B-II ⁵ ≥ 12 ans D-II	B-II
Posologie hors monographie	A-II	A-II	A-II	A-III	A-III	A-I	A-III ⁴⁹	A-II	A-III	A-III	A-III	A-III	A-III	A-III	A-II ⁵	A-II
Non adhésion aux consignes posologiques ⁵⁰	B-II	B-II	B-II	B-II	B-III	B-II	B-II	B-II	B-II	B-III	B-III	B-III	B-III	B-II	B-III ⁵	B-III

Légende : ARV : antirétroviraux ; ATV : atazanavir ; BIC : bictégravir; BID : deux fois par jour; CAB : cabotégravir; co bi : cobicistat; DIE : une fois par jour; DLG : dolutégravir ; DOR : doravirine ; DRV : darunavir; EFV : éfavirenz; ETV : étravirine; EVG : elvitégravir; II : inhibiteurs de l’intégrase; IM : intr amusculaire; INNTI : inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse ; IP : inhibiteurs de la protéase; LPV : lopinavir; M : modéré; MVC : maraviroc; NVP : névirapine; po : per os; RAL : raltégravir; RPV : rilpivirine; rtv : ritonavir; S : sévère; s.o. : sans objet

Adapté de : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *La pharmacométrie clinique des antirétroviraux et l’individualisation de la thérapie antirétrovirale chez les adultes et les enfants vivant avec le VIH : Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, [\[En ligne\]](#), Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025, 109 p.

Code de classification des recommandations

Force de la recommandation		Fondement de la recommandation	
A	Pharmacométrie clinique fortement recommandée	I	Au moins une étude clinique prospective sur la pharmacométrie clinique des antirétroviraux dont des paramètres cliniques (morbidité, mortalité) ou virologiques servent d’assises à la recommandation
B	Pharmacométrie clinique modérément recommandée	II	Études cliniques rétrospectives ou observationnelles, ou données pharmacocinétiques servant d’assises à la recommandation
C	Pharmacométrie clinique optionnelle	III	Opinion d'experts ou un faible nombre de cas (≤ 10) servant d’assises à la recommandation
D	Pharmacométrie clinique déconseillée		

Remarques

1. Dans le cadre d’un suivi de routine, la pharmacométrie clinique devrait être effectuée quatre semaines après le début du traitement avec l’ARV, puis au besoin, selon les avis pharmacologiques.
2. La pharmacométrie clinique de routine de l’atazanavir non potentialisé par le ritonavir est optionnelle chez les personnes n’ayant jamais eu d’échec à la thérapie ARV. Toutefois, elle est déconseillée (D-III) si l’atazanavir est combiné à l’abacavir/lamivudine pour un traitement de maintenance.
3. Chez les personnes n’ayant jamais eu d’échec à la thérapie ARV et recevant du lopinavir/ritonavir en solution liquide à dose uniquequotidienne, la pharmacométrie clinique du lopinavir est modérément recommandée (B-III). Toutefois, avec la prise uniquequotidienne de lopinavir/ritonavir en comprimés, la pharmacométrie clinique du lopinavir n’est pas requise car la concentration minimale est adéquate (D-II).
4. La prise uniquequotidienne de névirapine pour cette indication de faire la pharmacométrie clinique est la prise de 400 mg (deux comprimés de 200 mg, formulation à libération immédiate) en traitement de maintien (et non la prise uniquequotidienne de 200 mg une fois par jour lors des deux premières semaines de traitement).
5. Pour le raltégravir, qui a une grande variabilité pharmacocinétique intraindividuelle, il est toujours souhaitable de faire l’analyse une deuxième fois avant d’envisager un ajustement posologique.
6. Un lien a été établi entre les concentrations plasmatiques et la réponse virologique du raltégravir chez les personnes avec des virus ayant de la résistance documentée à trois classes d’antirétroviraux (inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse et inhibiteurs de la protéase). La pharmacométrie clinique est modérément recommandée dans ce contexte (B-II). Toutefois, chez les personnes n’ayant jamais présenté d’échec virologique, la pharmacométrie clinique du raltégravir n’est pas recommandée en suivi de routine (D-II).
7. L’atazanavir non potentialisé par le ritonavir n’est pas recommandé chez les personnes expérimentées aux ARV. Toutefois, s’il est prescrit, la pharmacométrie clinique est fortement recommandée (A-II).
8. L’éfavirenz, la névirapine, la rilpivirine injectable, le cabotégravir, l’élvitégravir et le raltégravir ne sont pas recommandés quand les virus de la personne ont des mutations qui confèrent de la résistance à ces ARV.
9. Il est important de faire la pharmacométrie clinique le plus tôt possible après la constatation d’une faible virémie persistante (charges virales répétées et consécutives entre 50 et 200 copies/mL) ou d’un échec virologique (charges virales répétées et consécutives supérieures à 200 copies/mL) afin de limiter l’apparition de résistances aux ARV. Si la charge virale est plus élevée que 50 copies/mL, un génotype est recommandé.
10. Dans la section « Effets indésirables », les cases vides indiquent l’absence de données dans la littérature. Afin d’alléger la présentation du tableau des indications dans cet outil les lignes « gain de poids », « hypotension orthostatique », « lipodystrophie », « myalgies, myopathie » et « nausées, vomissements » ont été retirées. Voir le guide pour plus d’informations sur ces indications au besoin. La pharmacométrie clinique est optionnelle pour l’éfavirenz pour la lipodystrophie (C-II) et modérément recommandée pour le maraviroc pour l’hypotension orthostatique (B-II).
11. La corrélation démontrée entre les concentrations plasmatiques d’atazanavir et la dyslipidémie est spécifique aux triglycérides. Un tel lien n’a pas pu être établi pour le cholestérol-LDL.
12. Pour l’éfavirenz et l’étravirine, certaines études documentent une relation entre la concentration plasmatique et le développement d’une éruption cutanée. Toutefois, lorsqu’une éruption cutanée se produit, il n’est pas recommandé de faire la pharmacométrie clinique. S’il s’agit d’une éruption cutanée isolée se manifestant au début du traitement, il est recommandé de continuer la même dose. Un traitement symptomatique peut être offert à la personne (par exemple, de la diphénhydramine en cas de prurit). Cependant, si l’éruption cutanée s’accompagne d’autres signes et symptômes indicatifs d’une réaction d’hypersensibilité (fièvre, desquamation, angio-œdème, élévation des enzymes hépatiques, mucosite, etc.), l’antirétroviral doit être abandonné.
13. La relation entre les concentrations plasmatiques de névirapine et l’apparition d’une éruption cutanée a été établie. Toutefois, lorsqu’une éruption cutanée se produit, il n’est pas recommandé de faire la pharmacométrie clinique de la névirapine. S’il s’agit d’une éruption cutanée isolée se manifestant dans les deux premières semaines du traitement, il est recommandé de continuer la névirapine avec une dose de 200 mg une fois par jour jusqu’à la disparition complète de l’éruption cutanée. Un traitement symptomatique peut être offert à la personne (par exemple, de la diphénhydramine en cas de prurit). Lorsque l’éruption cutanée a disparu, la dose de névirapine peut être augmentée à 200 mg deux fois par jour ou à 400 mg une fois par jour. Cependant, si l’éruption cutanée s’accompagne d’autres signes et symptômes indicatifs d’une réaction d’hypersensibilité (fièvre, desquamation, angio-œdème, élévation des enzymes hépatiques, mucosite, etc.), la névirapine doit être abandonnée.
14. Pour les inhibiteurs de l’intégrase et le maraviroc, voir le guide pour plus d’informations sur les symptômes du système nerveux central étudiés pour chaque antirétroviral dans le contexte des relations entre les concentrations et les effets indésirables.
15. Une association a été observée entre les concentrations plasmatiques de dolutégravir et le risque d’hostilité et de psychotisme. Pour les autres effets du système nerveux central étudiés (étourdissement, céphalée, insomnie, anxiété et agitation), les données sont contradictoires.
16. Si l’hépatotoxicité est associée à une réaction d’hypersensibilité, voir la ligne « Effets dermatologiques » et la remarque (13).

17. Il est possible d’observer une augmentation de la créatinine avec la rilpivirine, le bictégravir, le dolutégravir et l’élvitégravir/cobicistat. Cela n’est pas causé par une atteinte de la filtration glomérulaire, mais plutôt par l’inhibition de la sécrétion de la créatinine causée par une interaction avec les transporteurs rénaux du tubule proximal. L’augmentation de la créatinine devrait se stabiliser environ un mois après avoir commencé ces ARV. Il n’est pas recommandé de faire une pharmacométrie clinique de ces médicaments pour cet effet.
18. La pharmacométrie clinique est fortement recommandée lors d’interactions médicamenteuses pouvant diminuer de façon significative les concentrations des ARV et augmenter le risque d’échec virologique et de développement de résistance, ou lors d’interactions médicamenteuses pouvant augmenter de façon significative les concentrations des ARV et augmenter le risque d’effets indésirables. Consulter les sites d’interactions médicamenteuses afin de vérifier si de telles interactions sont présentes avec les médicaments pris en concomitance avec les ARV : [Guide thérapeutique VIH/VHC](#), [Liverpool HIV Drug Interactions Checker](#), [HIV/HCV Drug Therapy Guide](#).
19. Pour les cas où la pharmacométrie clinique des ARV est recommandée pour la dialyse, il est recommandé de faire la pharmacométrie clinique de l’ARV avant et après la séance de dialyse. Le jour de la dialyse, une dose d’ARV devrait être prise après la séance.
20. Dans la combinaison de Stribild® (elvitégravir/cobicistat/emtricitabine/ténofovir disoproxil), l’elvitegravir/cobicistat est co-formulé avec l’emtricitabine et le ténofovir disoproxil à dose quotidienne fixe. La monographie de produit ne recommande pas l’utilisation lors de clairance de la créatinine < 50 mL/min. Le Genvoya® (elvitégravir/cobicistat/emtricitabine/ténofovir alafénamide) peut être prescrit lors d’hémodialyses chroniques ou chez les personnes sans dialyse avec une clairance de la créatinine \geq 30 mL/min.
21. Dans le cas de la pharmacométrie clinique des inhibiteurs de la protéase, la force de recommandation peut être plus élevée (A-II) s’il s’agit d’une personne ayant déjà eu un échec virologique aux inhibiteurs de la protéase ou chez qui les virus présentent des mutations conférant de la résistance à l’inhibiteur de la protéase analysé ou qui présente ces deux conditions à la fois.
22. Pour les cas où la pharmacométrie clinique des ARV est recommandée chez les personnes enceintes, il est recommandé de faire un dosage entre la 16^e et la 20^e semaine de gestation, au début du troisième trimestre et au besoin selon les avis pharmacologiques. Si la dose de l’ARV est augmentée pendant la grossesse à la suite de la démonstration d’une concentration sous-thérapeutique et que le seul facteur qui explique la faible concentration est la grossesse, la dose peut être remise à la dose usuelle deux semaines après l’accouchement sans répéter la pharmacométrie clinique.
23. Le darunavir/cobicistat n’est pas recommandé en grossesse en raison de faibles concentrations de darunavir. Toutefois, s’il est prescrit, la pharmacométrie clinique est fortement recommandée (A-II).
24. Le lopinavir/ritonavir en dose unique quotidienne n’est pas recommandé en grossesse. Toutefois, s’il est prescrit, la pharmacométrie clinique est modérément recommandée (B-III).
25. La rilpivirine et le cabotégravir longue action intramusculaire (Cabenuva®) ne sont pas recommandés en grossesse à moins que les bienfaits éventuels pour le parent ne l’emportent sur les risques possibles pour le fœtus.
26. Le bictégravir/emtricitabine/ténofovir alafénamide est maintenant parmi les choix préférés de thérapie antirétrovirale en grossesse selon les lignes directrices américaines. Toutefois, des études démontrent une diminution significative des concentrations lors de la grossesse. Des données avec un petit nombre de personnes (n=5) démontrent une diminution de la concentration minimale de bictégravir de 62% au troisième trimestre comparativement à la période postpartum. Une étude avec un plus grand nombre de personnes (n=33) démontre une diminution de la concentration minimale de bictégravir de 71% au troisième trimestre comparativement à 12 semaines postpartum. Les personnes dans cette étude ont maintenu une charge virale de < 50 copies/mL pendant la grossesse et aucune transmission du VIH aux nouveau-nés n’a été documentée.
27. L’élvitégravir/cobicistat et le raltégravir HD 1200 mg DIE ne sont pas recommandés en grossesse.
28. Pour l’indication « Insuffisance hépatique, de modérée à sévère », la force de recommandation A est utilisée lorsqu’un ajustement posologique est recommandé dans la monographie de produit et la force de recommandation B est utilisée lorsqu’un ajustement posologique n’est pas recommandé d’emblée, mais qu’il faut prescrire le médicament avec prudence. La détermination du niveau d’insuffisance hépatique s’effectue selon le score Child-Pugh (voir l’annexe 4, tableau 4-1, section « Remarques » du guide).
29. L’atazanavir sans ritonavir n’est pas recommandé chez les personnes avec insuffisance hépatique sévère, tandis que l’atazanavir/ritonavir n’est pas recommandé chez les personnes avec insuffisance hépatique légère à sévère. Si l’atazanavir est tout de même prescrit, la pharmacométrie clinique est fortement recommandée.
30. Le darunavir/ritonavir et le darunavir/cobicistat sont contre-indiqués en cas d’insuffisance hépatique sévère. Si ces médicaments sont tout de même prescrits, la pharmacométrie clinique est fortement recommandée.
31. La névirapine est contre-indiquée et l’éfavirenz et la rilpivirine par voie orale sont non recommandés en cas d’insuffisance hépatique sévère. De plus, l’éfavirenz est non recommandé en cas d’insuffisance hépatique modérée. Si ces médicaments sont tout de même prescrits, la pharmacométrie clinique est fortement recommandée.
32. Le bictégravir, le dolutégravir, et l’elvitegravir/cobicistat ne sont pas recommandés en cas d’insuffisance hépatique sévère par manque de donnée. Si ces médicaments sont tout de même prescrits, la pharmacométrie clinique est fortement recommandée.
33. La pharmacométrie clinique est optionnelle (C-III) pour la rilpivirine longue action intramusculaire dans le cas d’insuffisance rénale sévère.
34. Le maraviroc n’est pas recommandé chez les personnes avec une clairance de la créatinine inférieure à 30 mL/minute si les personnes prennent également un puissant inhibiteur ou inducteur du cytochrome P450 3A4. Si le maraviroc est tout de même prescrit dans ce contexte, la pharmacométrie clinique est fortement recommandée (A-III).
35. La pharmacométrie clinique des ARV est indiquée dans les cas de gastrostomie, de jéjunostomie, de résection intestinale ou de diarrhées sévères et chroniques.
36. La pharmacométrie clinique des ARV est indiquée à la suite d’une chirurgie bariatrique pour l’atazanavir (B-II), l’atazanavir/ritonavir (B-II), le lopinavir/ritonavir (B-III) et le raltégravir (B-II). Lorsque cela est indiqué, il est recommandé de faire le dosage des ARV avant la chirurgie bariatrique (contrôle) ainsi que trois et six mois après la chirurgie.
37. Le fondement de la recommandation est basé sur une étude ayant démontré une diminution des concentrations plasmatiques de l’atazanavir (avec ou sans ritonavir) en présence de diarrhées. La diarrhée était définie par trois selles molles ou plus par jour dans les 30 jours précédant le dosage de l’atazanavir.
38. La pharmacométrie clinique des ARV n’est pas recommandée à la suite d’une chirurgie bariatrique pour le dolutégravir (D-III), ni le darunavir/ritonavir chez les personnes avec virus sans mutations conférant de la résistance au darunavir car les concentrations demeurent thérapeutiques (D-II).
39. Le faible poids est défini par un indice de masse corporelle inférieur à 18,5 kg/m².
40. L’obésité est définie par un indice de masse corporelle de plus de 29,9 kg/m².

- 41. Pour l'étravirine et la rilpivirine par voie orale, une diminution de la concentration plasmatique peut être plus significative chez les personnes avec obésité morbide (indice de masse corporelle de plus de 39,9 kg/m²).
- 42. En plus de l'obésité, si la personne présente au moins un autre facteur de risque d'échec virologique (p.ex. sous-type de VIH A6, risque de résistance), la pharmacométrie clinique de la rilpivirine et du cabotégravir pris par voie intramusculaire est modérément recommandée (B-II).
- 43. Pour les cas où la pharmacométrie clinique des ARV est recommandée en pédiatrie, il est suggéré de faire un suivi tous les trois à six mois pendant l'enfance et l'adolescence (opinion d'experts). Des dosages plus rapprochés sont recommandés chez les nouveau-nés.
- 44. Selon la monographie canadienne, la doravirine est indiquée chez les personnes de 12 ans et plus et pesant 35 kg et plus. La recommandation s'applique donc à ces personnes.
- 45. La pharmacométrie clinique est fortement recommandée en pédiatrie si la névirapine est utilisée pour le traitement du VIH ou pour la prophylaxie du VIH si le médicament est donné en monothérapie lors de l'allaitement (A-II). Dans le contexte de l'allaitement, prendre un prélèvement à la semaine 4 de vie, et ensuite selon les avis pharmacologiques. La pharmacométrie clinique est optionnelle (C-III) si la névirapine est utilisée pour la prévention de la transmission verticale chez le nouveau-né en combinaison avec d'autres antirétroviraux. Plusieurs facteurs limitent l'usage de la pharmacométrie clinique dans le contexte de la prévention de la transmission verticale, dont la courte durée de traitement, la concentration minimale visée qui est incertaine, la maturation des enzymes hépatiques tôt après la naissance, l'auto-induction de la névirapine et les délais pour obtenir le résultat qui rendent l'interprétation de la concentration plasmatique difficile. Le clinicien peut choisir de seulement faire un suivi de la formule sanguine complète et des enzymes hépatiques au jour 14 de traitement pour détecter la présence d'effets indésirables. Si la pharmacométrie clinique est prescrite pour un nouveau-né dans le contexte de la prévention de la transmission verticale, prendre le prélèvement entre le jour 5 à 10 de vie, le plus près possible de la fin de l'intervalle posologique (prédose), et ensuite au besoin selon les avis pharmacologiques. Appeler un pharmacien du Programme provincial de dosage des médicaments antirétroviraux au 514 934-1934 (poste 32168/32169) afin d'informer le programme de faire l'analyse de façon urgente.
- 46. Selon la monographie canadienne de Cabenuva®, la combinaison peut être utilisée chez les personnes de 12 ans et plus et pesant 35 kg et plus. La recommandation s'applique donc à ces personnes.
- 47. La pharmacométrie clinique est modérément recommandée (B-II) pour l'indication « pédiatrie » chez les enfants prenant le dolutégravir sous la formulation de comprimés dispersibles.
- 48. La pharmacométrie clinique est fortement recommandée chez les enfants de moins de 6 mois si le raltégravir est utilisé pour le traitement du VIH, ou pour la prophylaxie du VIH chez les nouveau-nés prématurés (c.-à-d. âge gestationnel < 37 semaines) (A-II). Toutefois, la pharmacométrie clinique est optionnelle (C-III) si le raltégravir est utilisée pour la prévention de la transmission verticale chez le nouveau-né avec un âge gestationnel de 37 semaines ou plus. Plusieurs facteurs limitent l'usage de la pharmacométrie clinique dans le contexte de la prévention de la transmission verticale, dont la courte durée de traitement, la concentration minimale visée qui est incertaine, la maturation des enzymes hépatiques tôt après la naissance et les délais pour obtenir le résultat qui rendent l'interprétation de la concentration plasmatique difficile. Le clinicien peut choisir de seulement faire un suivi de la formule sanguine complète et des enzymes hépatiques au jour 14 de traitement pour détecter la présence d'effets indésirables. Si la pharmacométrie clinique est prescrite pour un nouveau-né d'âge gestationnel de ≥ 34 semaines dans le contexte de la prévention de la transmission verticale, prendre le prélèvement entre le jour 7 à 10 de vie, et ensuite selon les avis pharmacologiques. Pour les nouveau-nés avec un âge gestationnel de < 34 semaines, donner **une (1) dose** de raltégravir 1.5 mg/kg et faire la pharmacométrie clinique du raltégravir 24 **ET** 48 heures après la dose. Il est suggéré d'attendre le résultat et l'avis pharmacologique avant de donner la dose subséquente. Appeler un pharmacien du Programme provincial de dosage des médicaments antirétroviraux au 514 934-1934 (poste 32168/32169) pour confirmer à quel moment prendre les prélèvements. De plus, cet appel est nécessaire afin d'informer le programme de faire l'analyse de façon urgente.
- 49. La pharmacométrie clinique des ARV n'est pas requise pour l'étravirine à une posologie de 400 mg une fois par jour, mais elle est fortement recommandée pour toute autre posologie hors monographie.
- 50. La pharmacométrie clinique est recommandée si une personne indique ne pas suivre les consignes accompagnant la prise d'un médicament, par exemple prendre une dose trop forte ou trop faible, sauter des doses, cesser de prendre du ritonavir sans l'avis du médecin, ne pas prendre le ritonavir au même moment que l'inhibiteur de la protéase devant être potentialisé, ne pas prendre un médicament avec de la nourriture lorsque cela est requis, ou avoir des retards substantiels dans l'administration des doses (p.ex. plus de sept jours de retard pour les injections de Cabenuva®).

