



# Actualités dans la prise en charge de l'infection par le VIH

Pr Th. MAY

Le 08/10/16

# L'Epidémie a 35 ans

---



**1981**  
les 1<sup>er</sup> SIDA  
= les 4 H



**1984**  
découverte du LAV



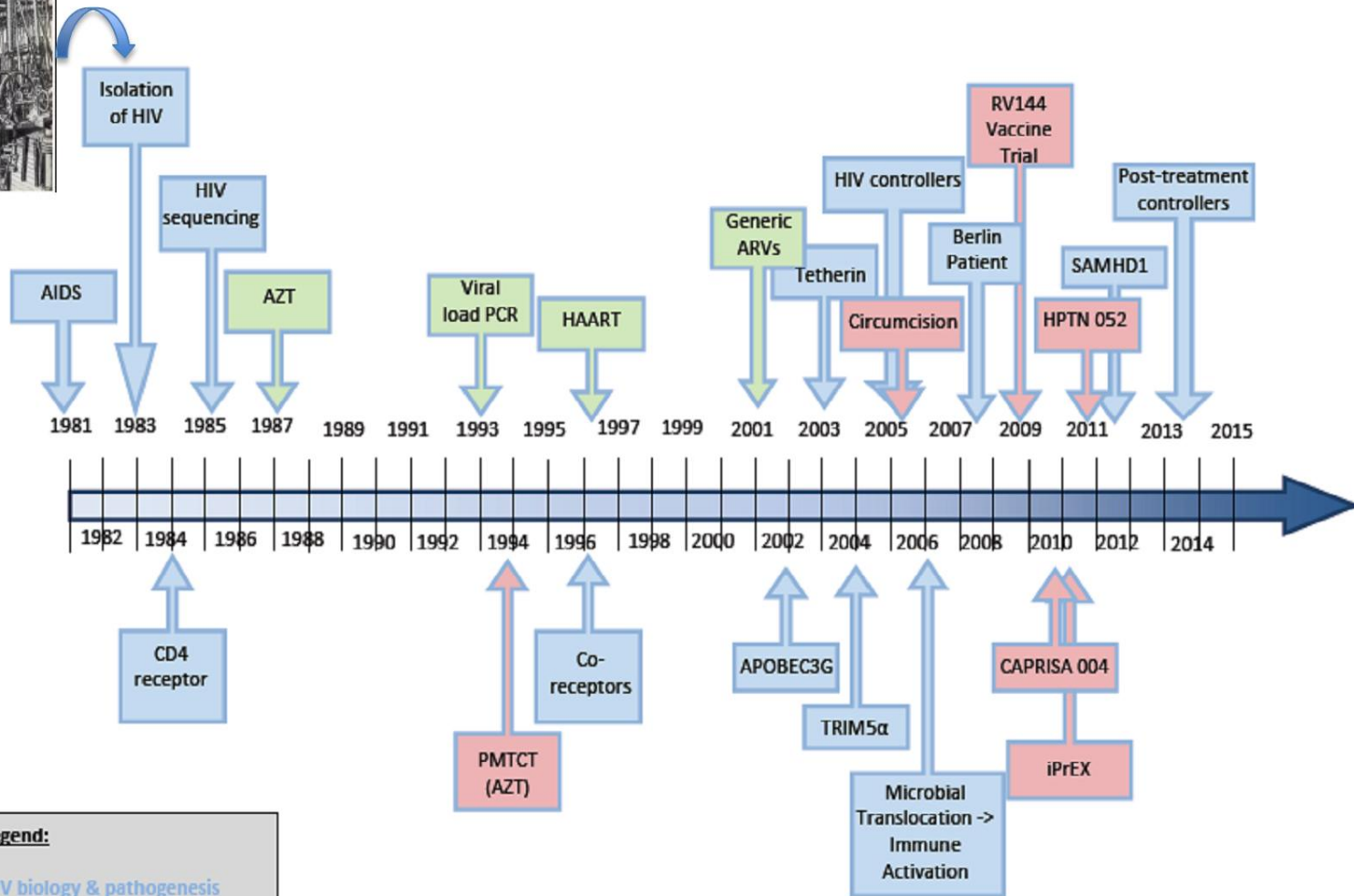
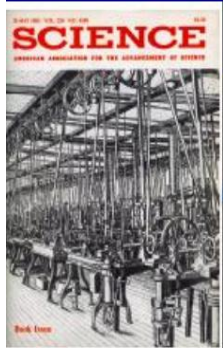
**1987**  
AZT



**1996-2016**  
trithérapie,  
infection chronique

**1981-2016 : échec du vaccin**

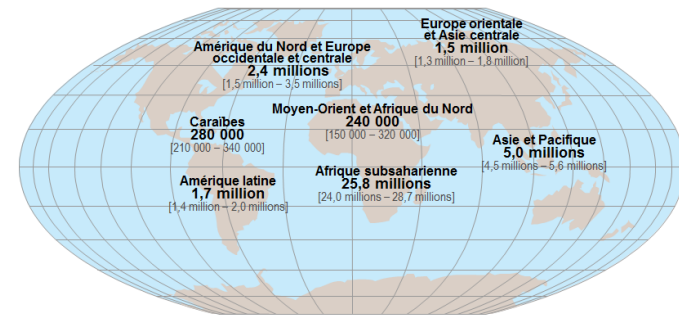
# 30 ans de recherche sur le VIH: un bel exemple de recherche translationnelle



# Epidémiologie mondiale

---

- 37 millions de PVVIH  
3/4 en Afrique sub-saharienne



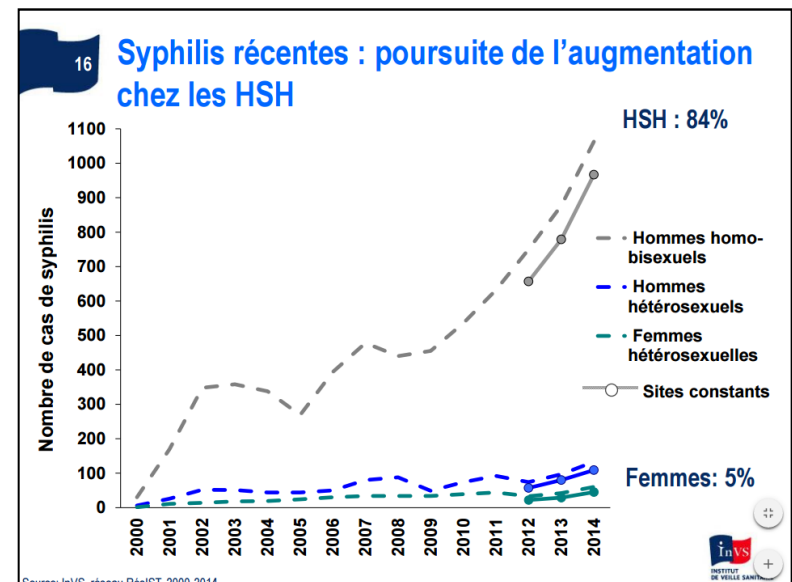
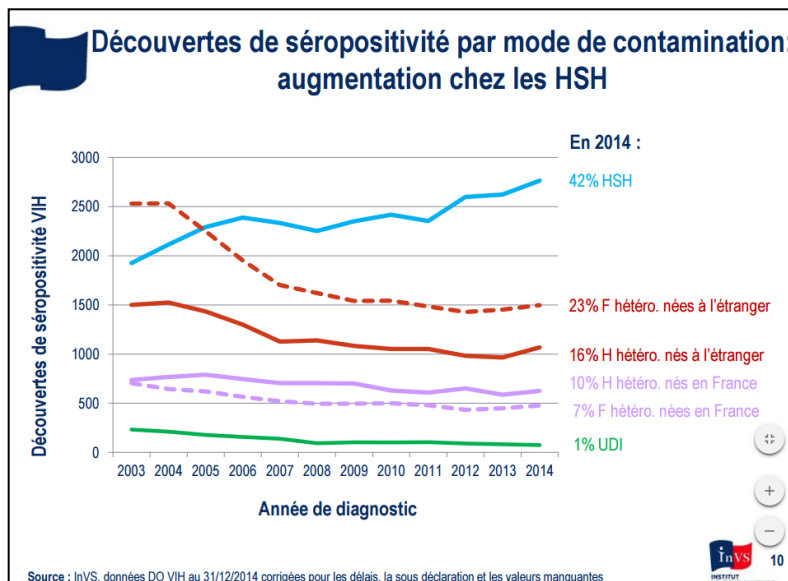
Total: 36,9 millions [34,3 millions – 41,4 millions]



- 2 millions de personnes infectées en 2015  
(35 % de moins qu'en 2000)
- 1 million de décès du Sida en 2015 (2 millions en 2005)
- 17 millions de personnes ont accès à une trithérapie  
(↗ 85 % depuis 2010)

# Epidémiologie en France

6.600 nouveaux cas/an, 50 % en IDF, PACA, Rhône-Alpes



Diagnostic tardif au stade Sida : 20 %

Epidémie cachée : 25.000 personnes ignoreraient leur séropositivité

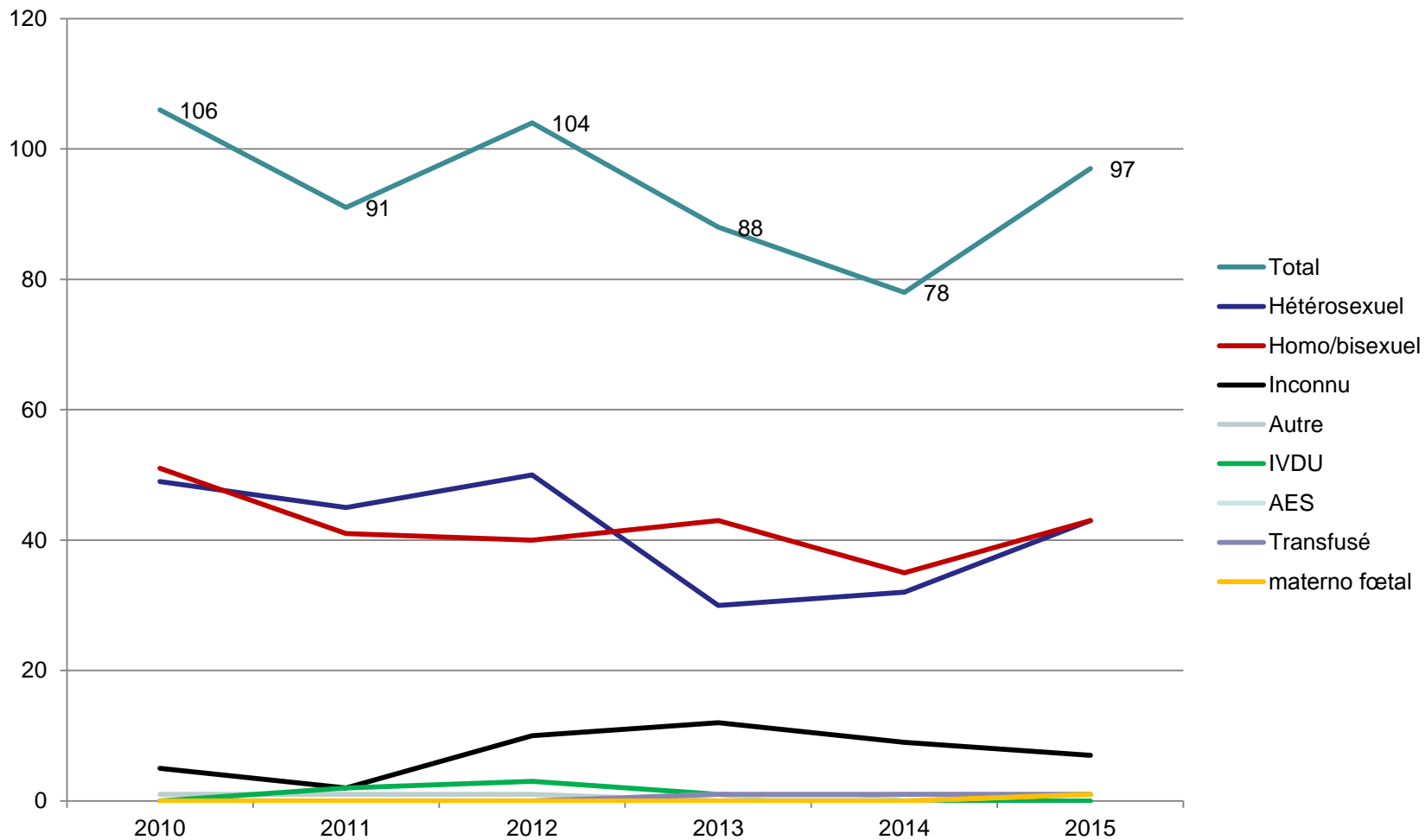
→ Réévaluer la stratégie globale du dépistage

# Prévalence des IST chez les HSH VIH+ non slameurs ou slameurs

Paramètres	HSH non slameurs		HSH slameurs		p
	n = 1126	97,1%	n = 34	2,9%	
<b>Nationalité</b>					
France	918	81,5%	28	82,4%	NS
Autre	208	18,5%	6	17,6%	
<b>Age (en années)</b>					
Moins de 30	61	5,4%	2	5,9%	NS
30 à 50	614	54,5%	24	70,6%	
sup à 50	451	40,1%	8	23,5%	
Moyenne	48,80	(42,6 - 55)	44,10	(39,23 - 49,62)	0,00346
<b>Durée de séropositivité (en années)</b>					
0 à 10	375	33,3%	14	41,2%	NS
supérieure à 10	751	66,7%	20	58,8%	
moyenne	16,5	(7 - 22,9)	13,2	(5,28 - 20,92)	NS
<b>Stade OMS</b>					
A	851	75,6%	29	85,3%	NS
B	45	4,0%	1	2,9%	
C	230	20,4%	4	11,8%	
<b>Nadir du taux de CD4</b>					
0 à 199	400	35,5%	6	17,6%	0,0211
200 à 499	547	48,6%	17	50,0%	
500 ou plus	160	14,2%	11	32,4%	
moyenne	256	(135 - 408)	340	(232,5 - 534,25)	0,0134
<b>Traitement antirétroviral</b>					
non	31	2,8%	1	2,9%	NS
oui	1095	97,2%	33	97,1%	
<b>Dernier taux de CD4</b>					
0 à 199	27	2,4%		0,0%	NS
200 à 499	284	25,2%	8	23,5%	
500 ou plus	799	71,0%	26	76,5%	
moyenne	640	(478,25 - 835)	658,5	(505,5 - 799,25)	NS
<b>Dernière charge virale VIH</b>					
indétectable	917	81,4%	28	82,4%	NS
détectable	209	18,6%	6	17,6%	
<b>Coinfection VHB (Ag HBs +)</b>					
oui	80	7,1%		0,0%	NS
<b>Coinfection VHC (ac anti VHC +)</b>					
oui	89	7,9%	17	50,0%	3,97 e-10
<b>Syphilis (TPHA positif)</b>					
oui	246	21,8%	16	47,1%	0,00497

# Epidémiologie en Lorraine Champagne Ardenne

## Nouveaux PVVIH de 2010 à 2015 par mode de contamination



# La Prévention combinée

---

## Associer :

- Méthodes de prévention comportementale
- Elargissement des indications traditionnelles du dépistage :
  - dépistage large dans la population générale
  - dépistage ciblé et répété dans les populations à risque
  - dépistage communautaire par les tests rapides
  - les autotests
- Traitement antirétroviral précoce





# Le Dépistage du VIH

---

## Pourquoi ?

- Intérêt individuel indiscutable et intérêt collectif avec impact sur la dynamique de l'épidémie

## Qui ?

- Personnes à risque d'exposition de manière régulière : HSH, POM, DFA et Caraïbes, UDVI, prostitution...

## Selon les circonstances :

- Découverte IST, VHB, VHC, tuberculose
- Projet de grossesse et 1<sup>ère</sup> consultation prénatale
- IVG, 1<sup>ère</sup> prescription de contraception, viol
- Détention ou incarcération

## Sur la base de données cliniques ou biologiques :

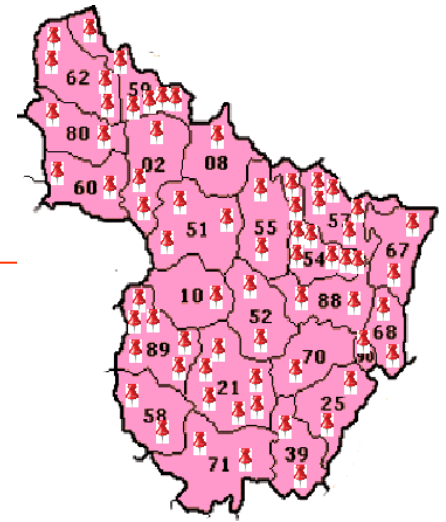
- Tableau de primo-infection
- Adénopathies, zona, herpès récidivant, candidose buccale...
- Thrombopénie, lymphopénie



# Comment dépister ?

---

- Laboratoire de ville avec une ordonnance
- Les CeGIDD : fusion CDAG – CIDDIST
- Les TROD VIH et désormais VHC par les acteurs communautaires
- Les Autotests VIH en vente en pharmacie et sur Internet



# Suivi de l'Adulte infecté par le VIH

---

- **Prise en charge initiale du PVVIH**
  - bilan médical, social, psychologique, diététique
  - bilan initial clinique et biologique : CV VIH, test génotypique de résistance, bilan hématologique et biochimique, sérologie hépatites et IST, typage lymphocytaire CD4
- **Bilan de contrôle tous les 3 à 6 mois**
  - CV VIH, typage CD4, NFS, bilan hépatique et rénal
- **Bilan annuel**
  - consultations gynécologique, proctologique
  - évaluation risque cardiovasculaire et sevrage tabagique
  - bilan cognitif, dépistage ostéoporose



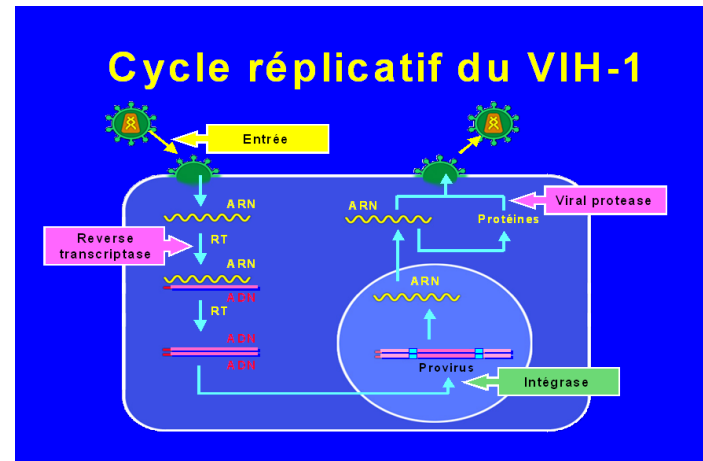
# Vaccination de l'Adulte infecté par le VIH

---

- Rappel vaccination dTP(coq) tous les 10 ans
- VHB avec schéma vaccinal renforcé : 4 doubles doses
- VHA en cas d'hépatopathie ou à risque d'exposition (HSH, UDIV)
- Pneumocoque avec vaccin conjugué 13 valences puis à 2 mois vaccin non conjugué 23 valences
- Rappel annuel de grippe saisonnière
- Contre indication des vaccins vivants si  $CD4 < 200/mm^3$


# Traitement Antirétroviral


- Depuis 2013, il est recommandé d'instaurer un tt ARV chez tout PVVIH quelque soit le taux de CD4.
- Un tt ARV efficace depuis au moins 6 mois permet de prévenir la transmission du VIH au partenaire sexuel.
- Les classes thérapeutiques
  - INRT
  - INNRT
  - IP
  - Anti-intégrases



- Favoriser le ttt en 1 prise/jour en privilégiant efficacité et tolérance
- + 85 % des patients suivis ont une CV VIH indétectable



## 2 Inhibiteurs Nucléosidiques

Abacavir + Lamivudine (Kivexa®) 




Emtricitabine + Tenofovir (Truvada®)   
(Descovy®)

+



### 1 Inhibiteur Non-Nucléosidique

Etravirine (Intelence®)   
Rilpivirine (Edurant®) 

### 1 Inhibiteur de Protéase

Atazanavir (Reyataz®)   
Darunavir (Prezista®)   
Ritonavir (Norvir®) 

### 1 Antiintégrase :

Raltégravir (Isentress®)   
Elvitégravir  
Dolutégravir (Tivicay®) 

OU

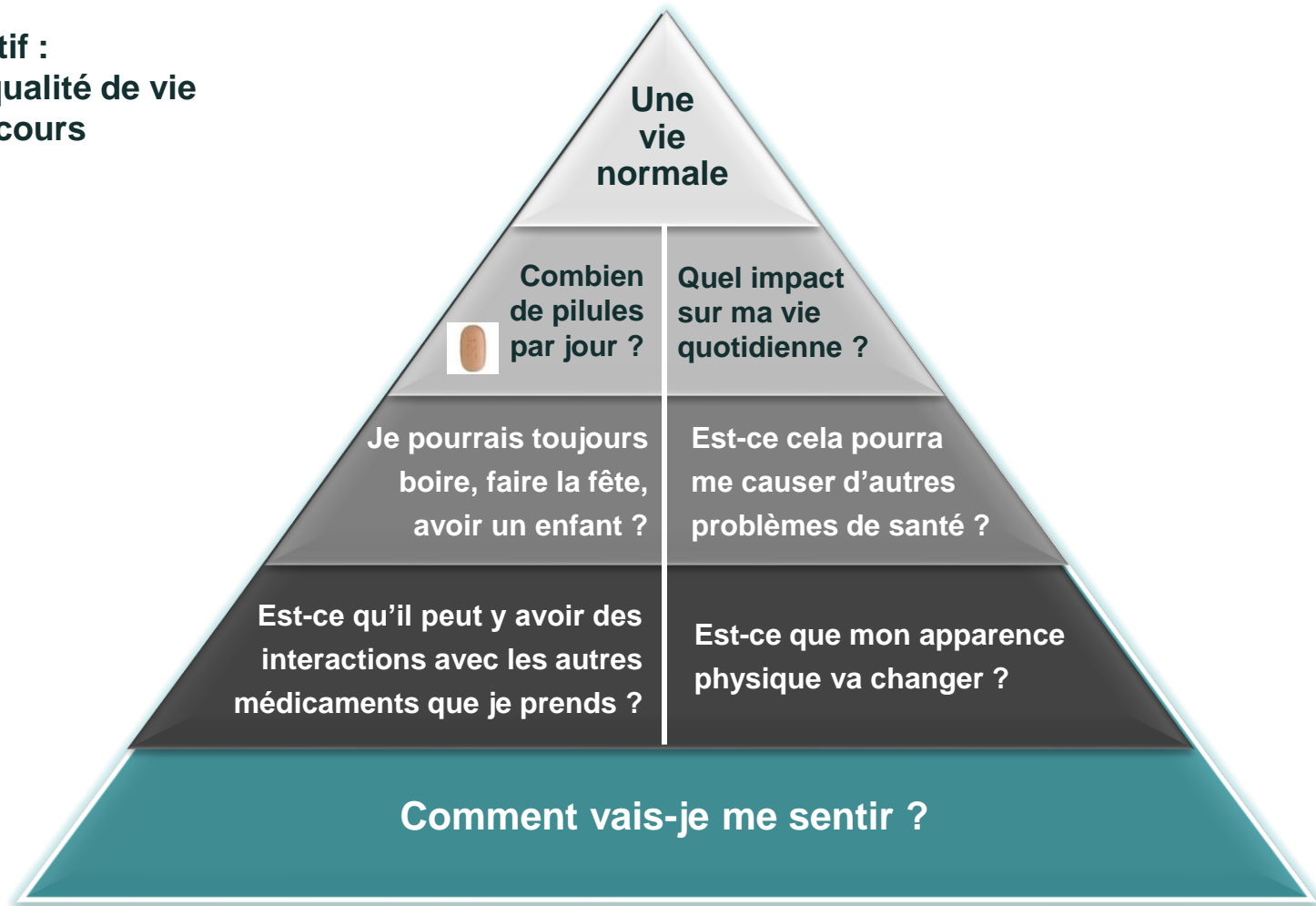
Trithérapie en 1 gélule/j

Atripla®   
Eviplera®  Odefsey®

Stribild®  Genvoya®  
Triumeq® 

# Ce que les patients attendent d'un traitement à long terme

Objectif :  
une meilleure qualité de vie  
au long cours



# Outils de réduction de la transmission

---

Circoncision masculine

Préservatifs

Test de Dépistage Rapide (TROD, Autotest)

Traitement Pré-Exposition (PrEP)

Traitement Précoce (TasP)

Traitement Post-Exposition (TPE)

Traitement des IST

Anneaux vaginaux imprégnés d'ARV

Salle de consommation supervisée





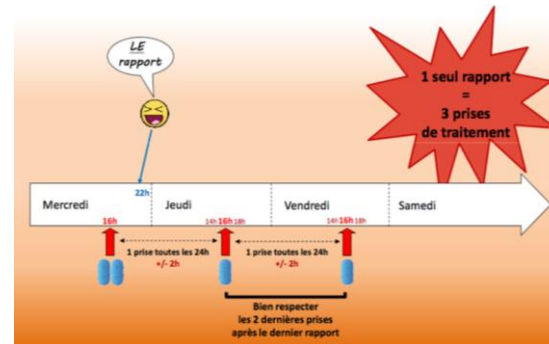
# Les applications de rencontres et sites internet

- ▶ Etre présent sur les applis de rencontre, y avoir des entretiens de RDR, informer, orienter,...
- ▶ Hornet, Grindr, Scruff, Planeroméo , Barbeback zone : HSH
- ▶ Etre aussi présent sur les sites internet de rencontres sexuelles tarifées : élargir le public cible aux seuls HSHs.



# Le Traitement Pré-Exposition : PrEP

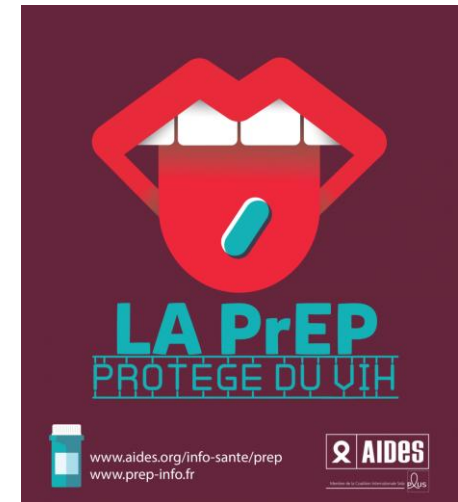
- Nouvelle stratégie de prévention visant à proposer à une personne non infectée par le VIH, n'utilisant pas systématiquement le préservatif et à haut risque de contamination
- S'adresse en particulier :
  - Gays et transsexuels ayant des relations sexuelles avec des hommes
  - Travailleur(se)s du sexe
- 2 schémas de prises du Truvada:
  - Prise continue (1 cp/j)
  - À la demande
- Efficacité démontrée par essais Ipergay et Proud
- Disponibilité dans les services hospitaliers en charge du VIH et certains CeGIDD
- Remboursé à 100 % par la Sécurité Sociale



# Consultations PrEP au CHRU



- 18 patients reçus depuis 02/16 (Dr Ma. André)
  - 13 prescriptions de Truvada : 11 HSH, 2 hétéro
  - 8 prescriptions continues, 5 séquentielles
  - moyenne d'âge 42 ans
  - 10/13 recours au TPE
  - 10/13 ATCD d'IST (syph, gono)
  - 9/13 substances psychoactives
  - 3/13 pathologie psychiatrique
- 
- Aucun arrêt pour effets secondaires
  - Aucune contamination VIH mais une syphilis



# Le Traitement Post-Exposition (TPE)

- Accident Exposition au Sang : VIH, VHC, VHB
- Relations sexuelles non protégées : VIH, VHB, autres IST
- Evaluation du risque par médecin sénior des urgences ou médecin référent

Expositions sexuelles				
Statut VIH de la personne source				
Risque et nature de l'exposition	positif		inconnu	
	CV détectable	CV indétectable*	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible
Rapport anal réceptif	TPE recommandé		TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé

- Si risque élevé, TPE est indiqué le + vite possible, avant 48h et poursuivi 4 semaines

# Les Perspectives

---

- Mieux organiser le parcours de soins des PVVIH : rôle des COREVIH
- Allègement thérapeutique
  - Bithérapie (voir Monothérapie)
  - 4 jours/7 : Essai ANRS 4D, Essai Breather
- Purger les réservoirs : cure
  - Ac Monoclonaux neutralisants
- Réactiver les réservoirs
  - Inhibiteurs d'histones ou de méthylation de l'ADN
- ARV à action prolongée (1 injection IM / 2 mois) : Cabotégravir
- Vaccin anti-VIH et vaccin thérapeutique ??
- Horizon 2020 :
  - 90 % des personnes dépistées
  - 90 % des dépistés sous ARV
  - 90 % des traités en succès virologique

