

**RAPPORT 2008**  
Sous la direction  
du Pr. Patrick Yeni

**PRISE EN CHARGE  
MÉDICALE DES  
PERSONNES  
INFECTÉES  
PAR LE VIH**

**Recommandations  
du groupe d'experts**



Médecine-Sciences  
Flammarion



Prof. Th. MAY  
18 octobre 2008



# Patients pris en charge en France

- Patients VIH : 113 000 à 141 000
  - Age moyen = 41 ans , hommes = 68 %
  - ↗ proportion femmes : 33%
  - Vieillesse de la population : 24 % > 50 ans
  - Patients originaires d'Afrique subsaharienne : 38%  
27% Femmes et 8% Hommes
- 6300 patients ont découvert leur séropositivité
- 36 000 non connus ou non suivis



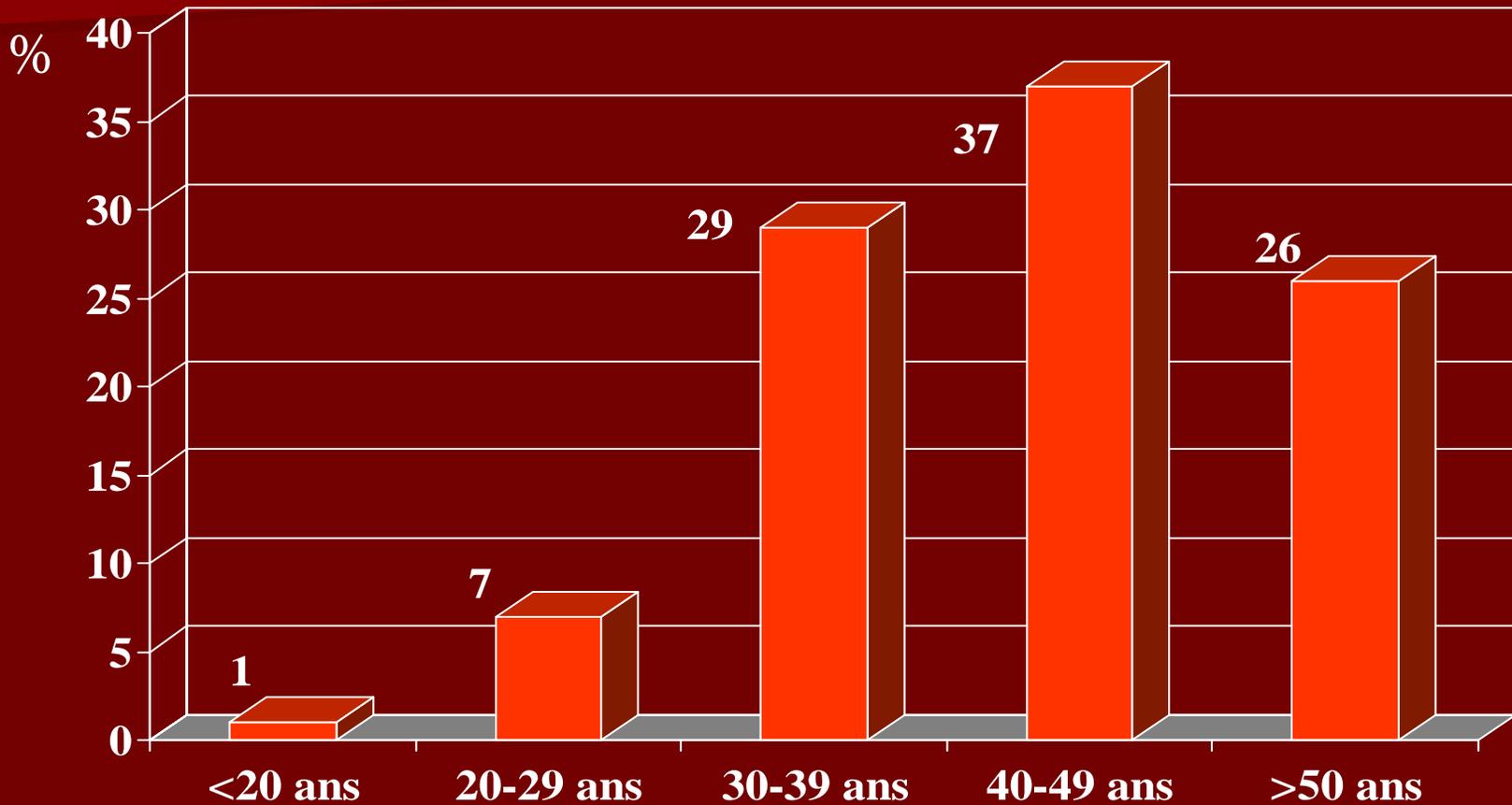
# Epidémiologie en Lorraine - 2007

- File active : environ 1900 patients
  - Hommes : 71%



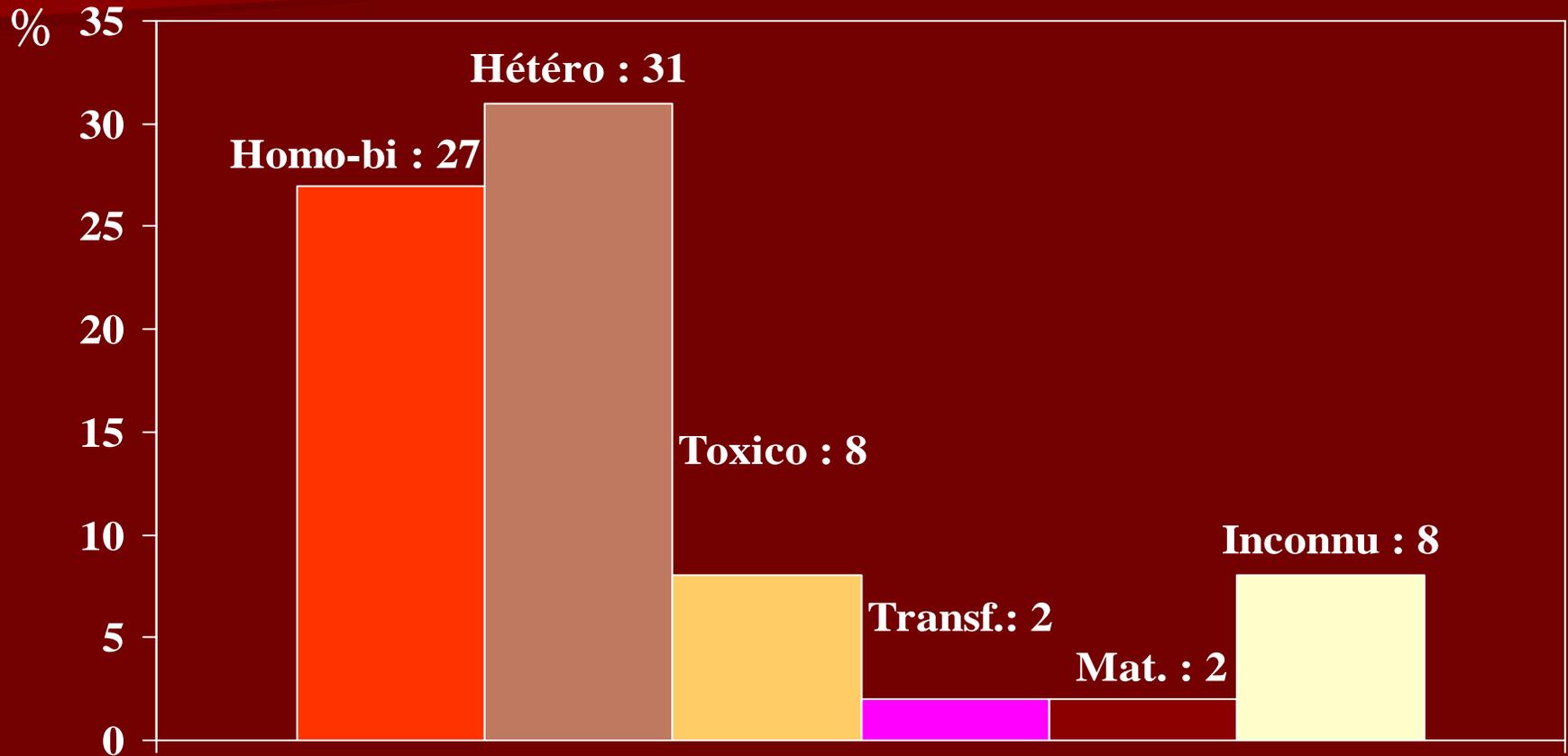
# Epidémiologie en Lorraine - 2007

## répartition par tranches d'âge



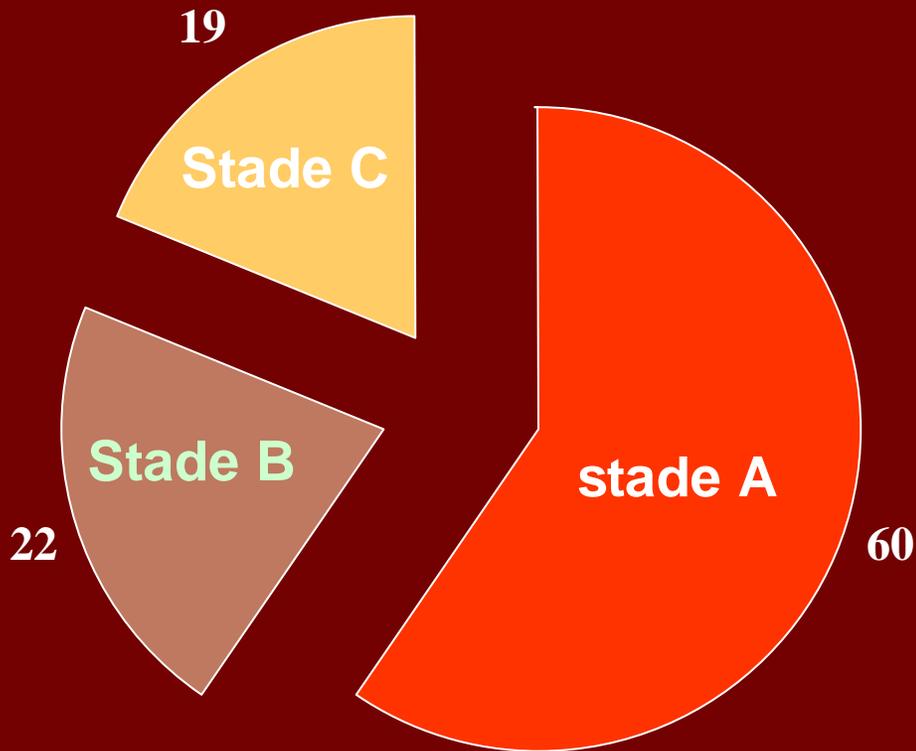
# Epidémiologie en Lorraine - 2007

## répartition par mode contamination



# Epidémiologie en Lorraine - 2007

## Stade CDC – Co-infections



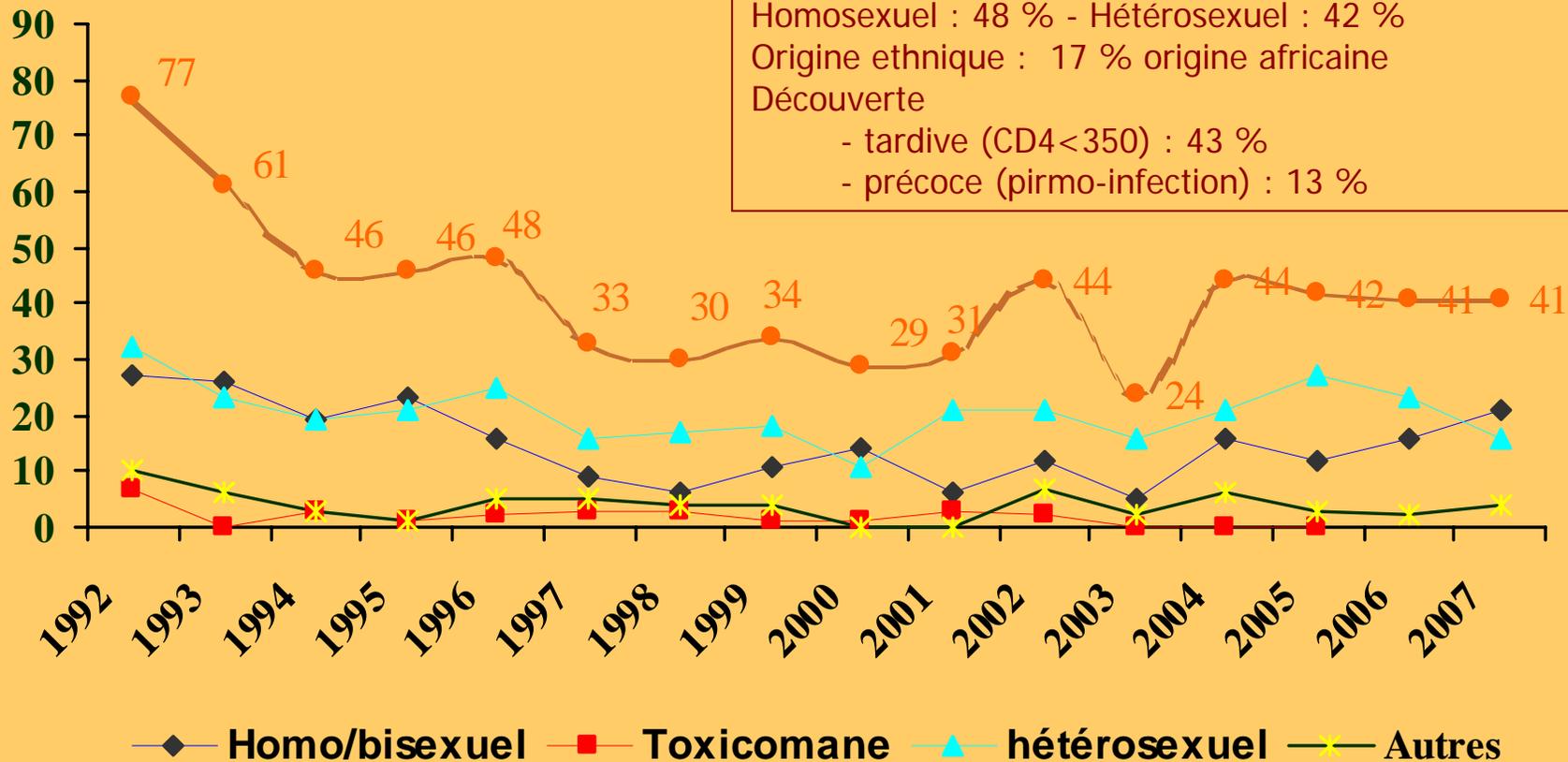
### Co-infections

VIH-VHB : 4 %

VIH- VHC : 11 %

# Maladies Infectieuses – CHU Nancy

## Nouvelles séropositivités



# Recommandations pour le dépistage

- Élargir l'offre de dépistage, la banaliser et améliorer sa pratique
  - ⇒ Accès à un traitement plus précoce
- Connaître son statut offre les plus grandes chances de modifier son comportement
  - ⇒ Accès à la prévention plus précoce

# Recommandations pour l'élargissement de la proposition de test de dépistage

- Dans les régions de forte prévalence, lors de recours aux soins pour la population sexuellement active
- Inciter fortement au dépistage :
  - Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
  - Les centre de santé, PASS, associations humanitaires, centres d'accueil pour les usagers de drogue, IVG, migrants, détenus...
- Former des médecins à la proposition de dépistage, à la réalisation du test rapide et au rendu du test
  - Accidents d'exposition sanguins et sexuels, CDAG, CIDDIST
  - Lors de l'accouchement en absence test antérieur

# Les objectifs du traitement

- Perspective long terme : espérance de vie et qualité de vie normalisées

Restaurer fonction immune	Éviter toxicité induite par ttt	Faciliter adhérence Schéma 1 ou 2 prises/j Pas ou peu d'effets II
Charge virale indétectable (< 50 cp/ml) est l'objectif minimum		

# Faut-il traiter tôt ?

## ■ POUR

- ↘ sida
- ↘ risque cancer
- ↘ complication CVasc
- Protection du SNC
- ↘ activation cytokines
- TMF = 0
- Relation sexuelle non protégée ?

## ■ CONTRE

- Toxicité immédiate
  - Immuno-allergie (HLA57-01)
  - Hépatites
  - Tubulopathies
  - Diarrhée
- Toxicité moyen terme
  - Lipodystrophie
  - Anémie
  - Mitochondriopathie
  - Atteintes osseuses
- Long terme
  - Inobservance ⇔ R

# Limites au succès thérapeutique

- Age = Facteur de risque de prise en charge tardive et de moindre réponse au traitement
- Des facteurs de risque fréquents
  - Co-infections virales fréquentes : 24 % pour le VHC, 7% pour le VHB
  - Facteurs de risque vasculaires fréquents :
    - Lipodystrophie = 38 %
    - Dyslipidémie = 54%
    - Diabète = 6%
    - Hypertension artérielle = 9%
    - Fumeurs = 45%

# Traitement : recommandations

## ■ Quand débiter ?

- CD4 < 350/mm<sup>3</sup>
- CD4 < 500 si CV élevée, sujet âgé, co-infection, facteurs risque Cvasc.

## ■ Quel traitement ?

- 2 INTI (Truvada® ou Kivexa®) + 1 INNTI (Sustiva®)  
(Combivir) (Viramune)
- 2 INTI + 1 IP (Kaletra®, Reyataz®, Telzir®)  
(Invirase)

## ■ Quels résultats ?

- 85% des patients traités < 500 copies/ml
- Risque mortalité si CD4 > 500 = population générale

# Diversification de la Morbidité

## ■ Sida

- Modif. fréquence respective des différentes pathologies au diagnostic de Sida : tuberculose ↗, PCP et candidose oesophagienne ⇔, Kaposi ↘
- ↘ de 22% du risque d'une nouvelle IO chez les patients avec CV détectable sous ttt / risque chez patients ayant interrompu le ttt
- => Bénéfice potentiel à maintenir un traitement , même incomplètement efficace virologiquement

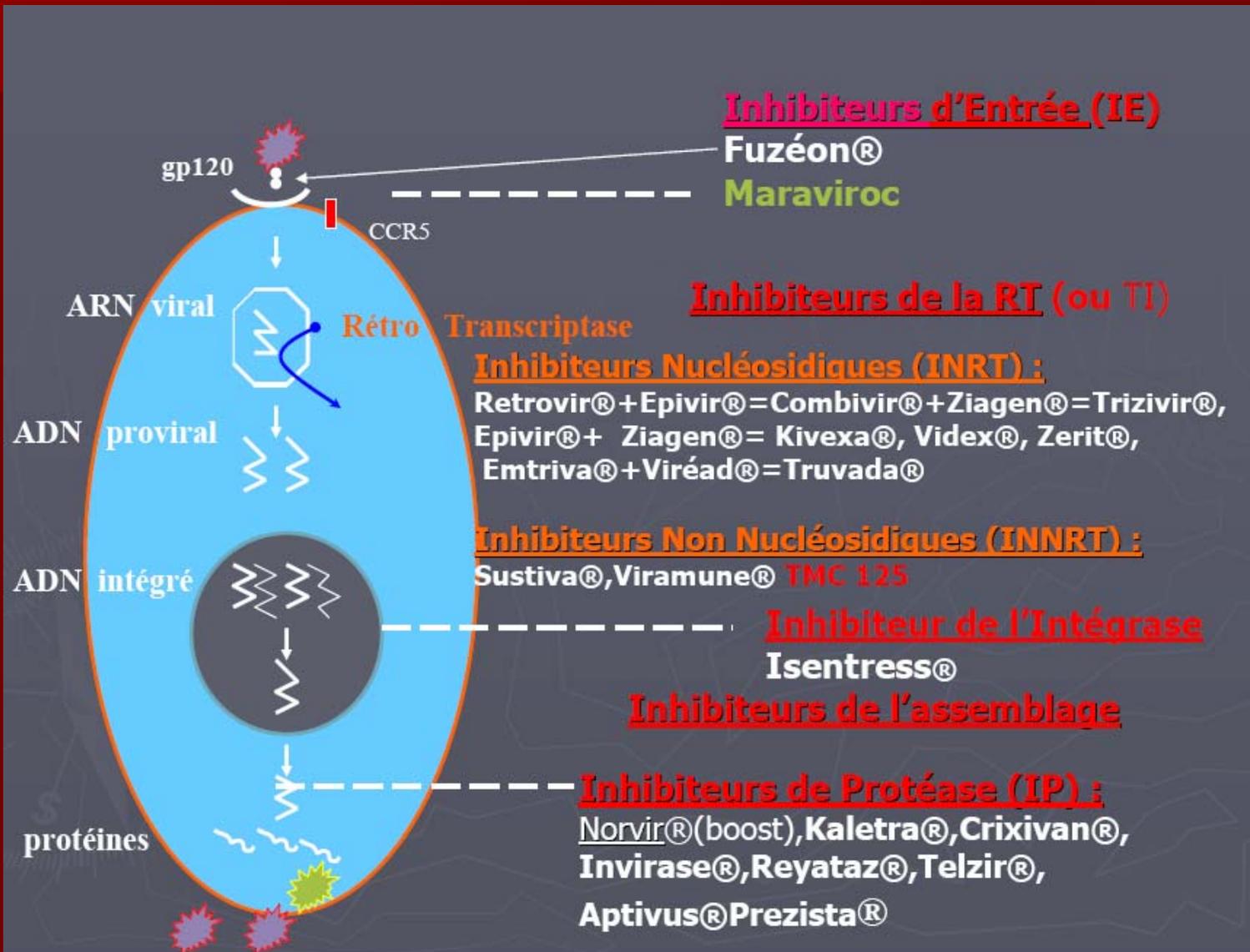
## ■ Cancers

- ↗ de 24% du risque de cancers classant Sida/an d'exposition à une CV > à 500 cp/ml et de 33%/an d'exposition à des CD4 < 200/mm<sup>3</sup>
- Cancers non classant Sida, ↗ de 18% du risque/an d'exposition à des CD4 < à 500/mm<sup>3</sup>
- => limiter la durée d'exposition à une immunodépression même modérée et donc à un taux de CD4 bas

# En cas d'échec

- Si échec virologique : Test génotypique
  - Pas de mutation = inobservance
  - Mutation : adaptation avec au moins 2 ou 3 médicaments actifs
- Nouvelles molécules en 2008
  - IP : darunavir (Prezista®)
  - Anti-intégrase : raltégravir (Isentress®)
  - NNRTI : etravirine (Intelence®)
  - Anti-CCR5 : Maraviroc (Celsentri®)

# Sites d'action des antirétroviraux



# Suivi du patient

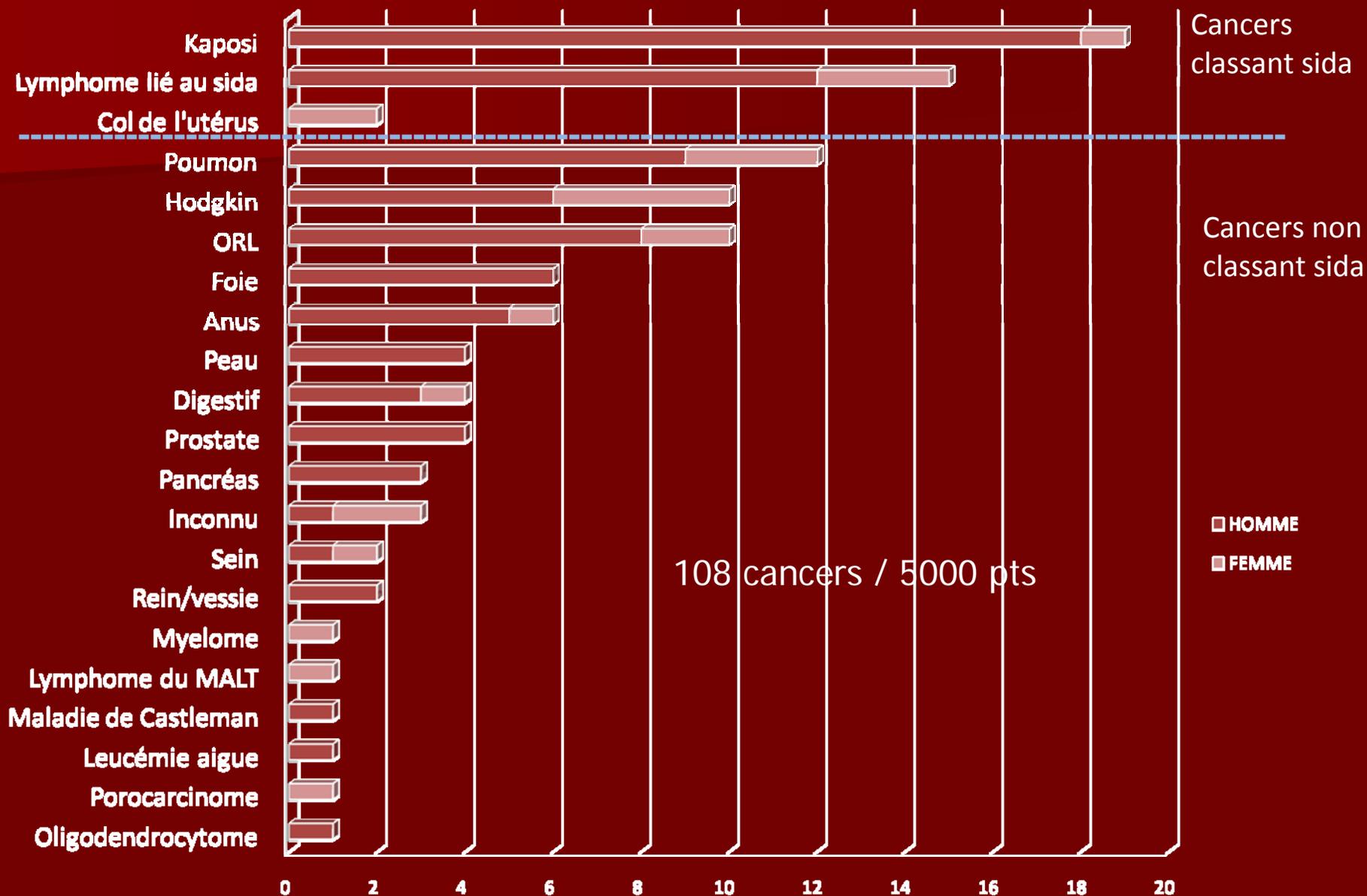
- Bilan immuno-virologique trimestriel
- Bilan métabolique et cardio-vasculaire :
  - cholestérol LDL, trigly, poids, TA...
  - mesures hygiéno-diététiques, cs cardio, hypolipémiants, produits de comblement...
- Prise en charge des co-morbidités : VHC, VHB
  - Fibrotest, fibroscan, bilan hépatite
  - VHC = IFN + RBV                      VHB = Tenofovir + FTC  
(Truvada®)



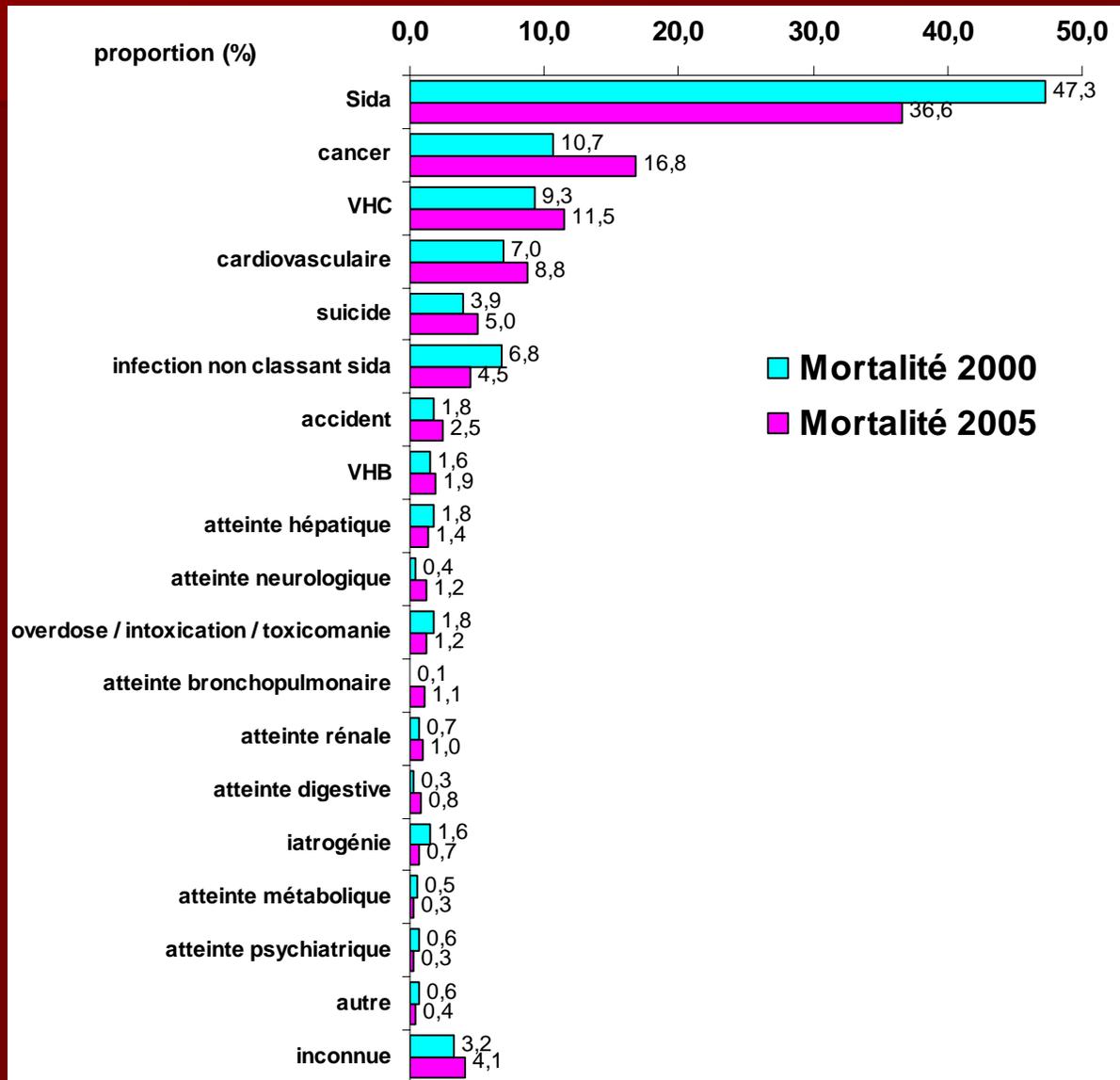
# Suivi du patient

- Bilan osseux
  - Bilan phosphocalcique, ostéodensitométrie
- Désir de grossesse, sexualité
- Dépistage des cancers
  - Tabac
  - Consultation gynécologique
  - Consultation proctologique
- Suivi vaccinal
  - Mêmes reco : dTPCa
  - Reco ++ : grippe, hépatite B, hépatite A, Pneumocoque
  - CI : BCG, ROR, fièvre jaune si CD4 < 200

# Cancers dans le Nord-Est de la France : 2006-2007



# Évolution des causes de décès en France de 2000 à 2005



# En conclusion

- 25 ans après le début de l'épidémie



- Prévention spécifique (gay) et dépistage plus précoce (place des tests rapides ?)
- Mortalité réduite, morbidité diversifiée
- Prise en charge multidisciplinaire
- Arsenal thérapeutique de + en + large
- Recherche vaccinale en panne

