

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

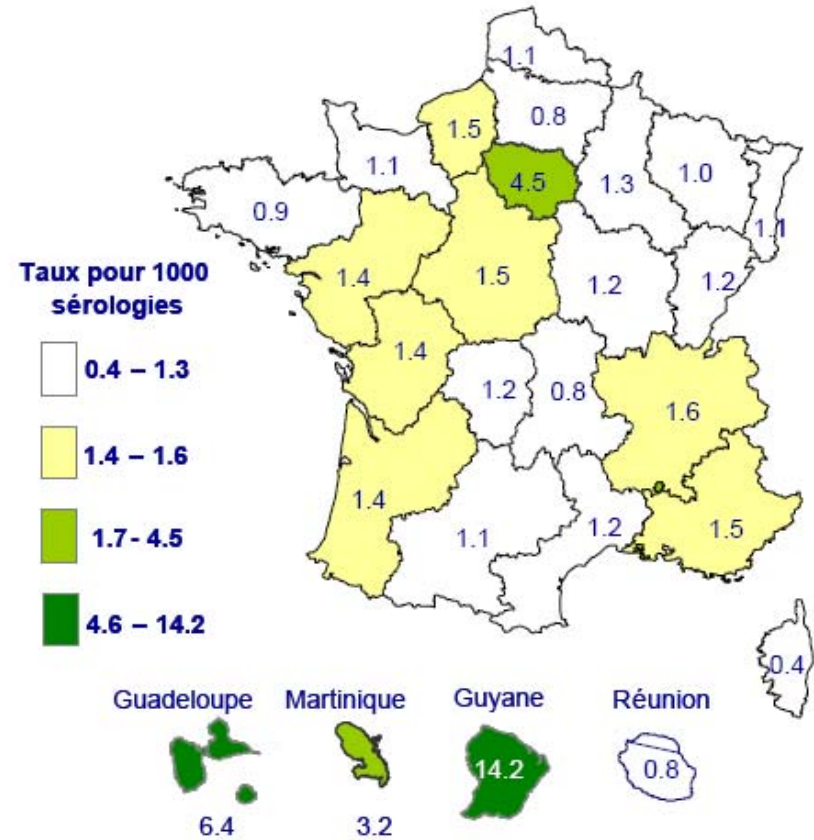
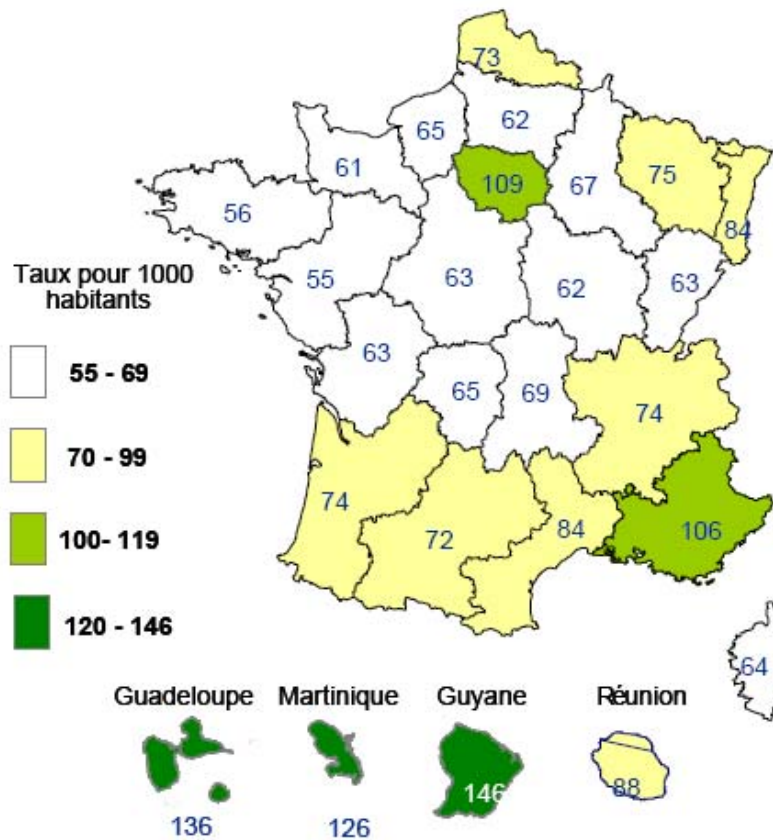


Patients pris en charge en France

- 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

Taux de sérologies par habitants

Proportion de sérologies positives



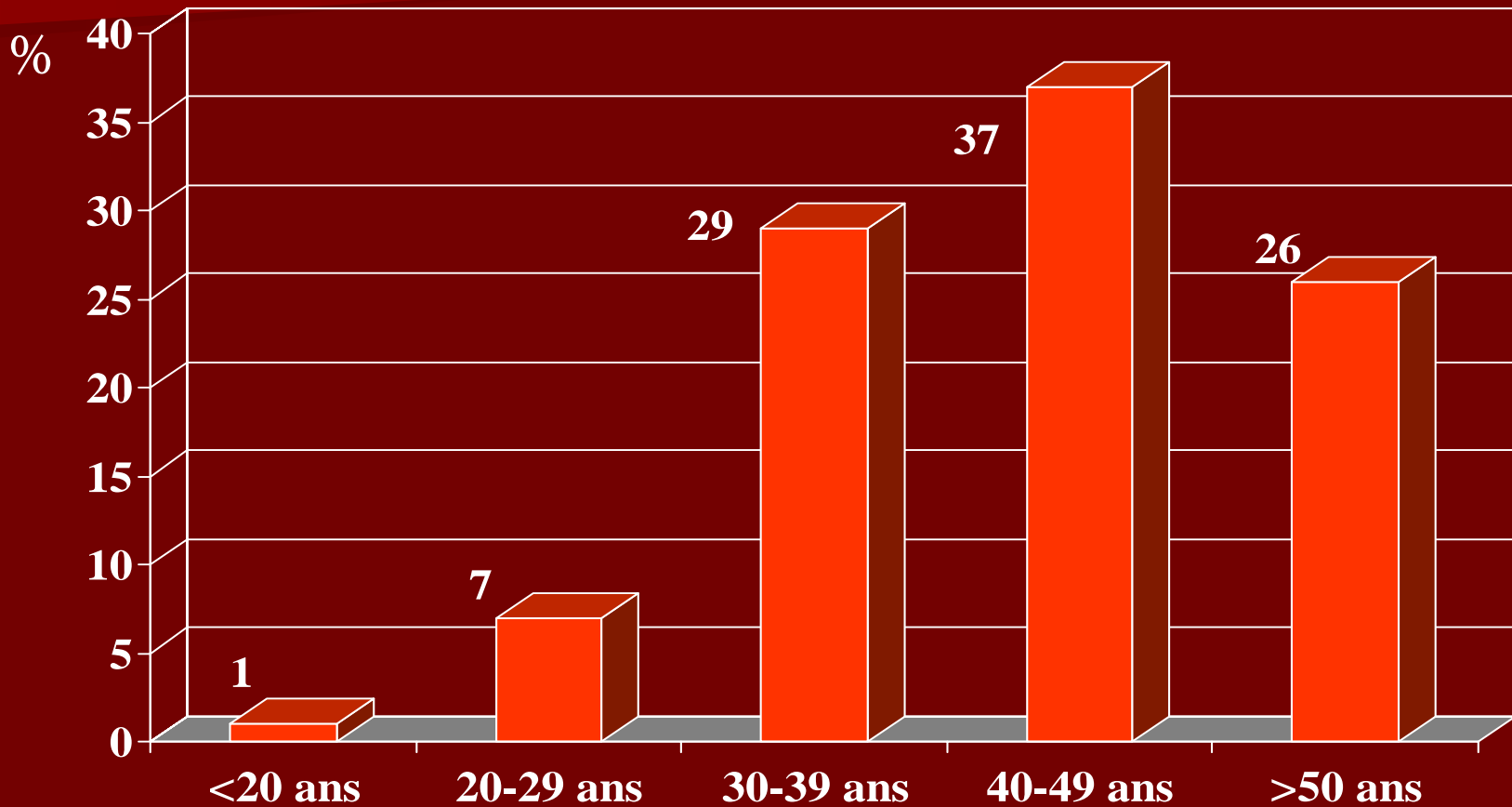
Epidémiologie en Lorraine - 2007

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



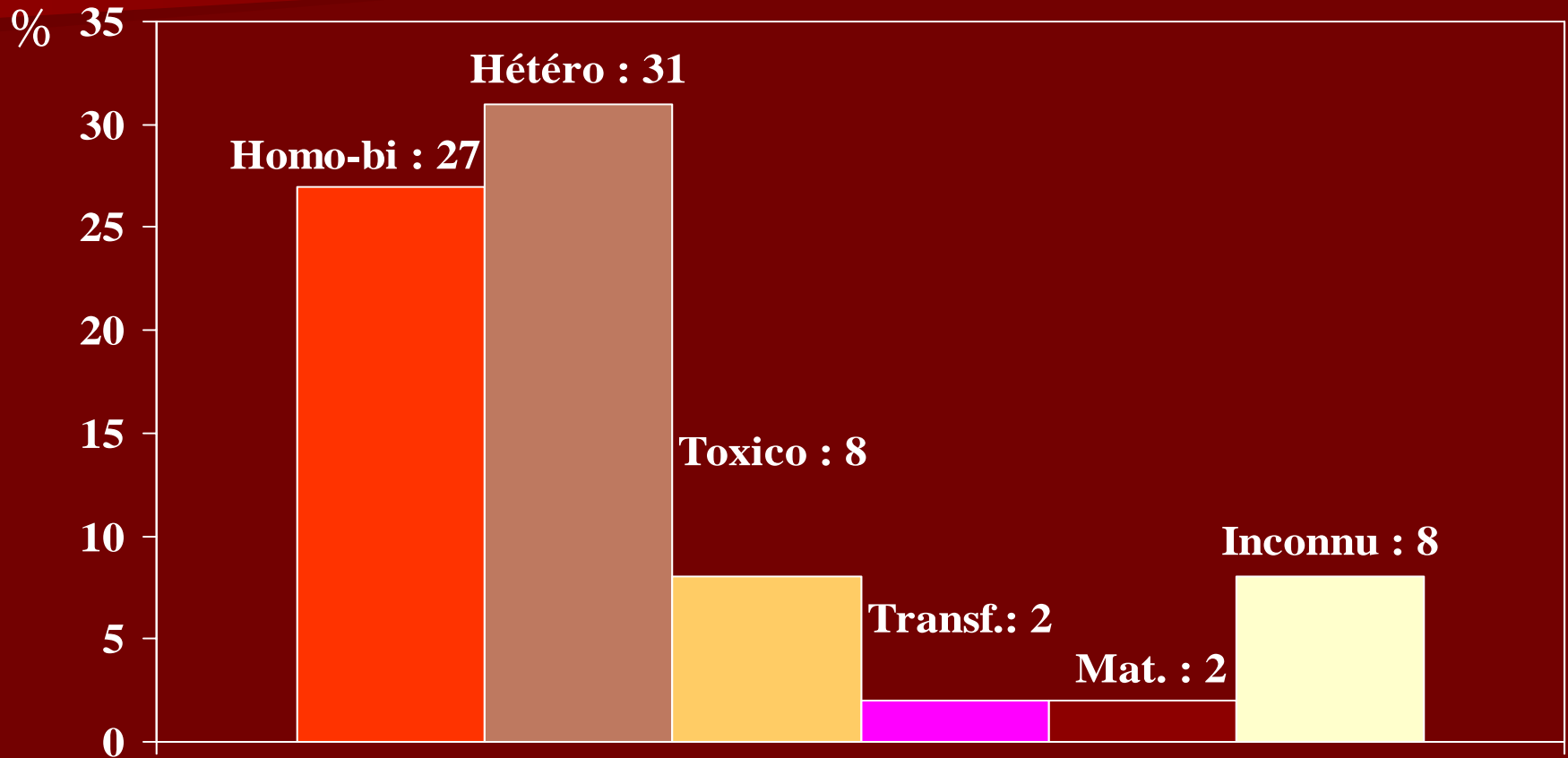
Epidémiologie en Lorraine - 2007

répartition par tranches d'âge



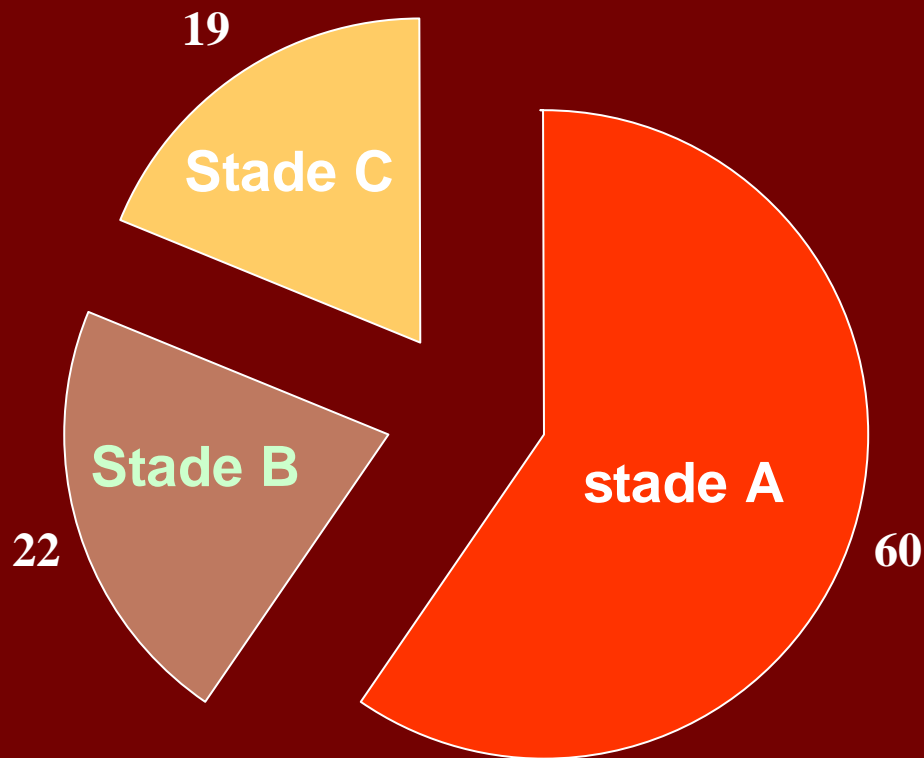
Epidémiologie en Lorraine - 2007

répartition par mode contamination



Epidémiologie en Lorraine - 2007

Stade CDC – Co-infections



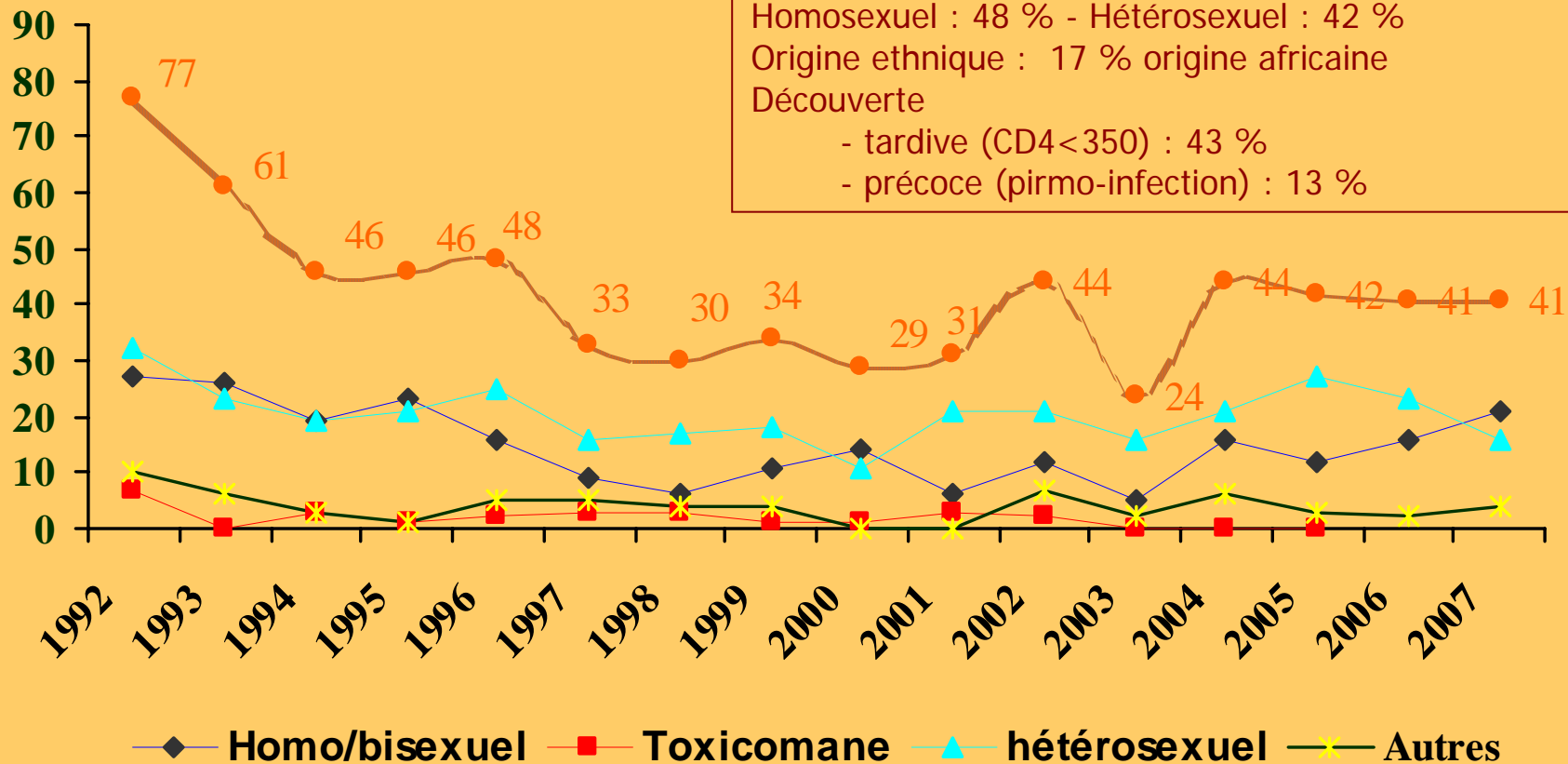
Co-infections

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/mm³
- 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

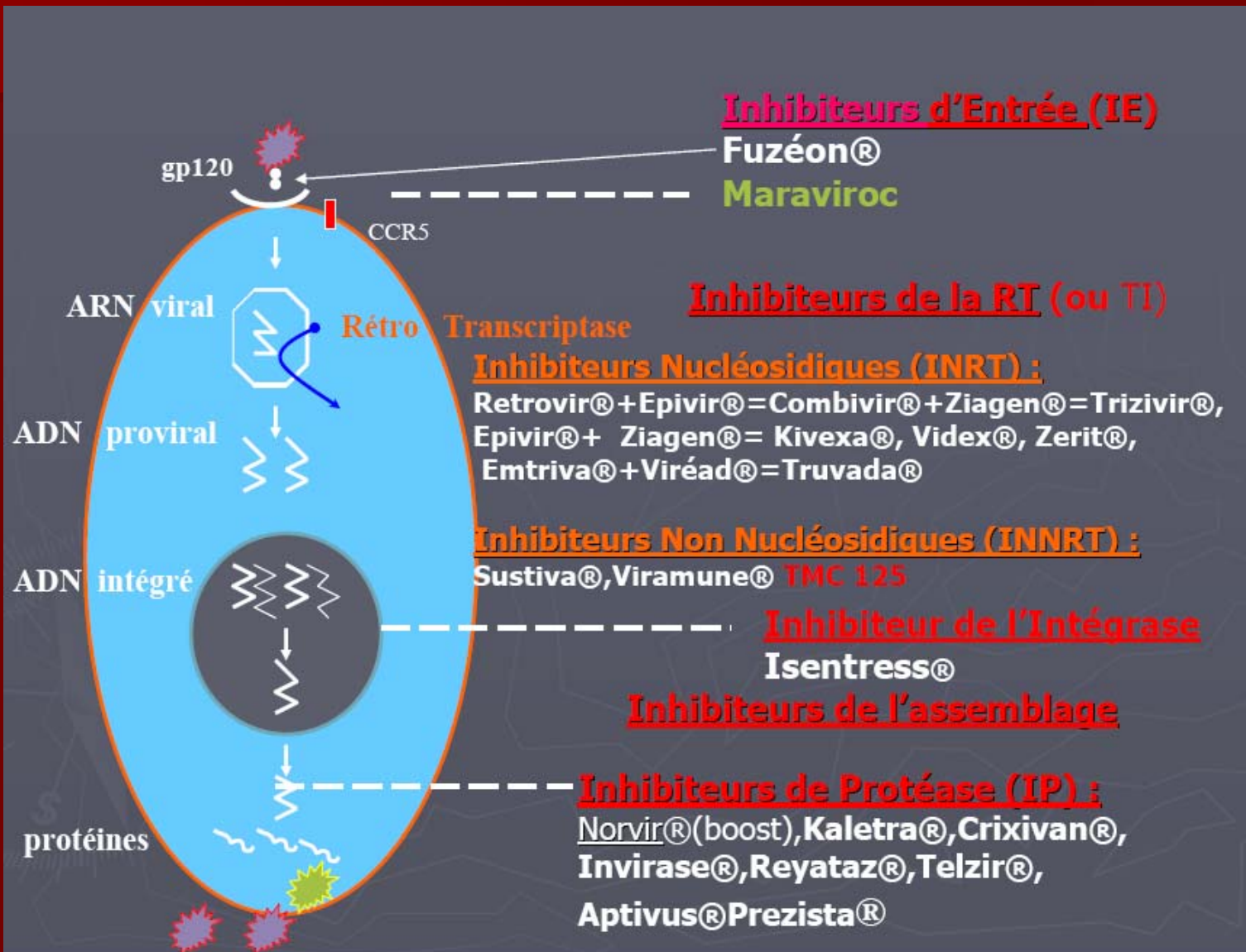
■ Cancers

- ↗ 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/mm³
- Cancers non classant Sida, ↗ de 18% du risque/an d'exposition à des CD4 < à 500/mm³
- => 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

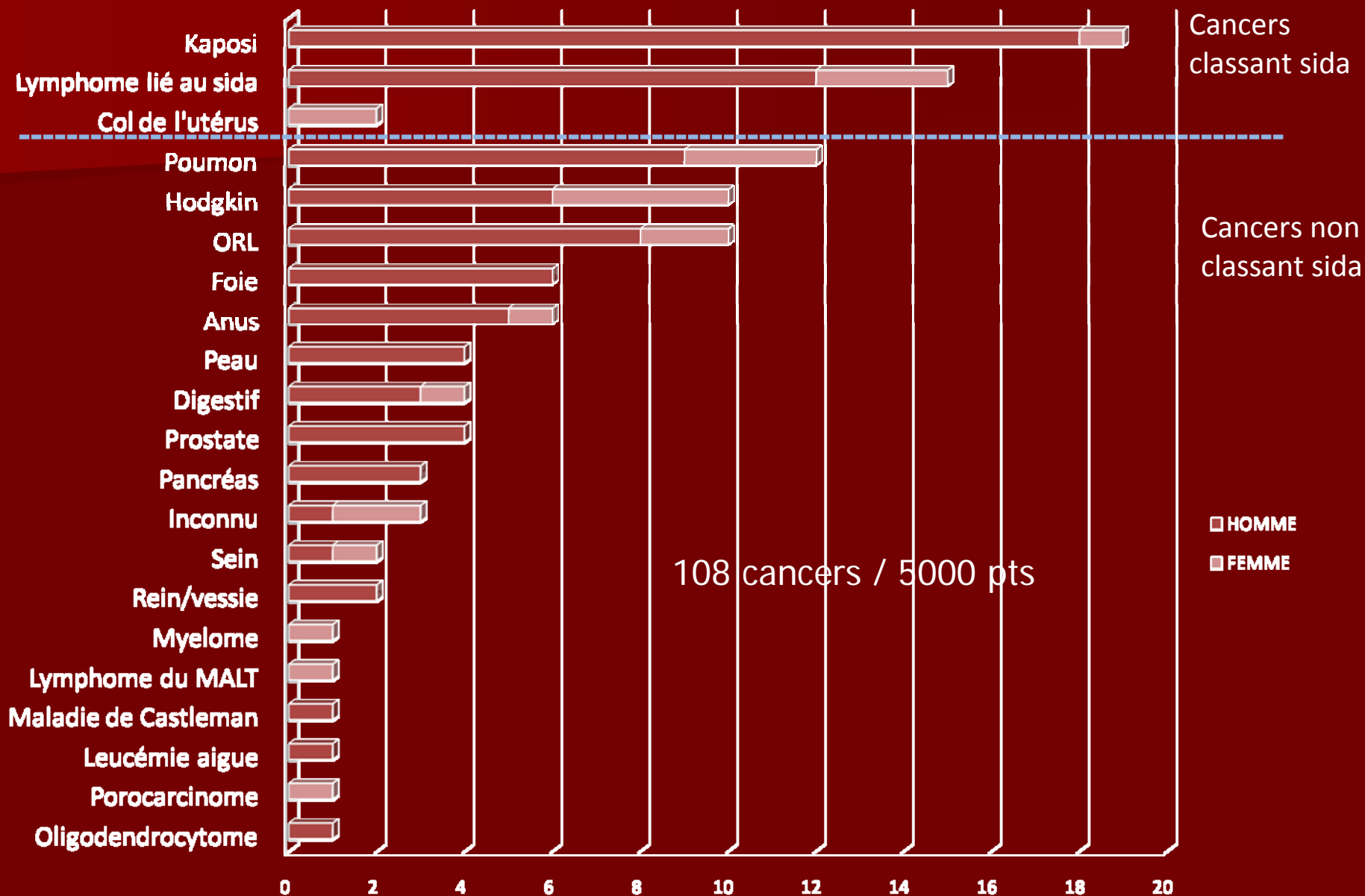
- Bilan immuno-virologique trimestriel
- Bilan métabolique et cardio-vasculaire :
 - cholestérol LDL, trigly, poids, TA...
 - mesures hygiéno-diététiques, cs cardio, hypolipémiants, produits de comblement...
- Prise en charge des co-morbidités : VHC, VHB
 - Fibrotest, fibroscan, bilan hépatite
 - VHC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



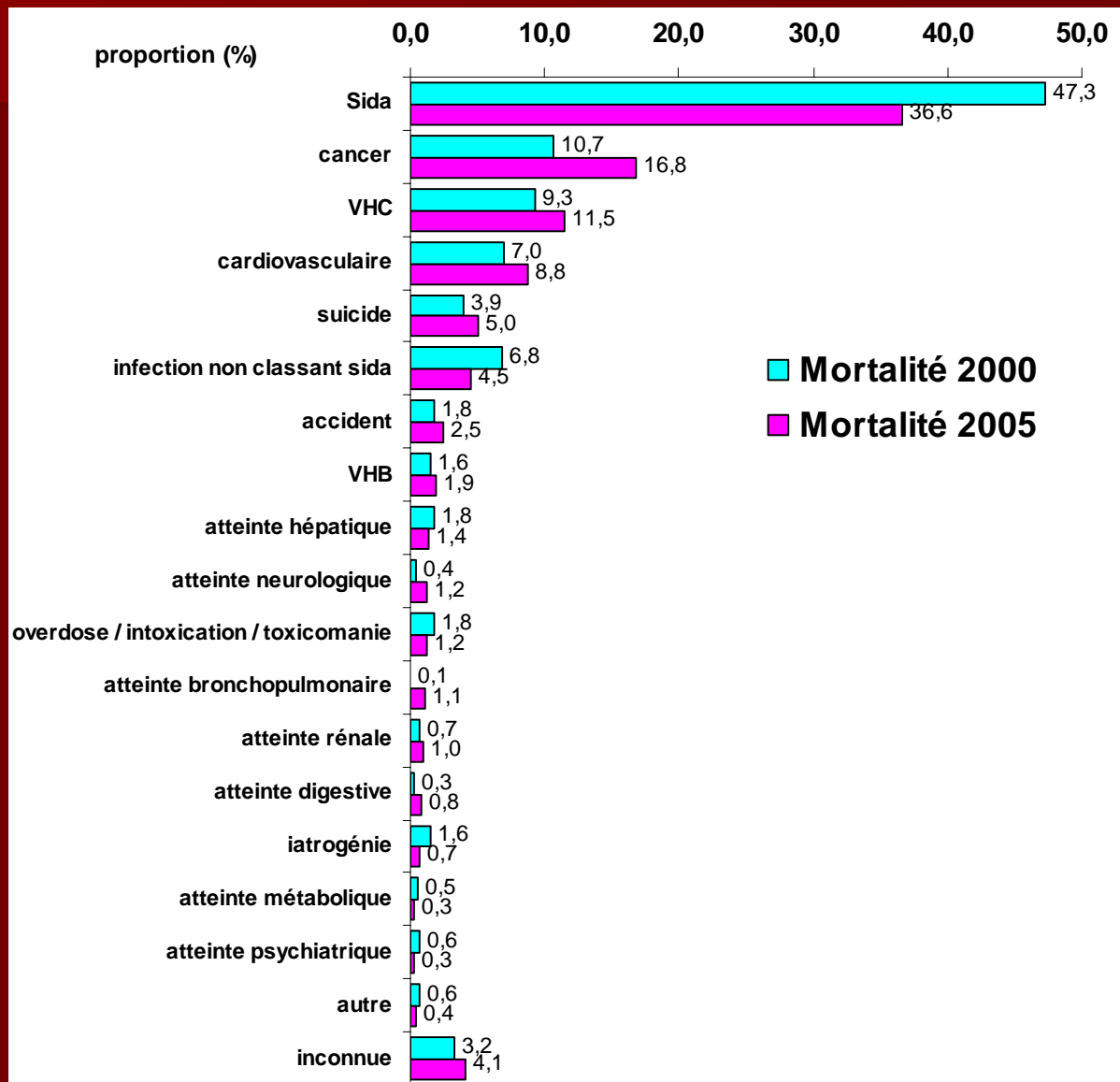
Suivi du patient

- 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

