

# Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH

Rapport 2006

1

## Méthodologie du rapport

- **Spécificité du rapport** : publié tous les deux ans, à la demande du ministre, pour prendre en compte l'évolution rapide des connaissances et des traitements dans le domaine du VIH.
- **Diversité de l'expertise**
  - 1 groupe de 24 experts a défini les thèmes de travail et s'est réuni 9 fois à partir du 18 janvier 2006
  - 14 groupes de travail ont été chargés d'élaborer des recommandations dans chaque thème, discutées avec le groupe d'experts
  - A côté des différentes spécialités médicales, présence des associations de patients dans le groupe d'experts et dans les groupes de travail
- **Lisibilité des recommandations** Une gradation de la force des recommandations et des niveaux de preuve scientifique est fournie dans chaque chapitre

2

## Liste des membres du groupe d'experts

Coordinateur : Patrick Yeni

<b>Elvire ARONICA</b> , Paris	<b>Marianne L'HENAFF</b> , Paris ;
<b>Stéphane BLANCHE</b> , Paris ;	<b>Sophie MATHERON</b> , Paris ;
<b>François BOURDILLON</b> , Paris ;	<b>Jean-Michel MOLINA</b> , Paris ;
<b>Marc BOURLIERE</b> , Marseille ;	<b>Nathalie MORGENSZTEIN</b> , Paris ;
<b>Françoise BRUN-VEZINET</b> , Paris ;	<b>Philippe MORLAT</b> , Bordeaux ;
<b>Khadoudja CHEMLAL</b> , Paris ;	<b>François RAFFI</b> , Nantes ;
<b>Geneviève CHENE</b> , Bordeaux ;	<b>Jacques REYNES</b> , Montpellier ;
<b>Dominique COSTAGLIOLA</b> , Paris ;	<b>Christine ROUZIOUX</b> , Paris ;
<b>Hugues FISCHER</b> , Paris ;	<b>Willy ROZENBAUM</b> , Paris ;
<b>Cécile GOUJARD</b> , Kremlin Bicêtre ;	<b>Pierre THIBAUT</b> , Bordeaux ;
<b>Bruno HOEN</b> , Besançon ;	<b>Yazdan YAZDANPANA</b> H, Tourcoing.
<b>Christine KATLAMA</b> , Paris ;	

3

## Liste des thèmes retenus

- Epidémiologie
- Traitement
- Suivi
- Procréation
- Pédiatrie
- Primo-infection
- Résistance virale
- Pharmacologie des antirétroviraux
- Co-infections VHB/C
- Complications des traitements
- Infections et cancers
- Infections non dues à VIH-1 sous-type B
- Immunothérapie
- Accidents d'exposition
- Organisation des soins

4

## Epidémiologie

- 105000 à 135000 personnes sont infectées par le VIH
- 7000 nouveaux diagnostics ont été réalisés en 2004
- Plus de 50% ont été infectés après des rapports hétérosexuels (dont plus de la moitié de migrants d'Afrique subsaharienne)
- 25% après des rapports homosexuels (% en augmentation)
- Le traitement est efficace dans 66% des cas, et l'espérance de vie est comparable à celle de la population générale si les lymphocytes CD4 sont maintenus au dessus de 500/mm<sup>3</sup>
- Les traitements sont débutés tardivement dans 50% des cas (notamment chez les migrants)
- La morbidité et la mortalité des patients infectés par le VIH se diversifient (vieillesse, co-infections, effets indésirables)
- La France dispose d'un outil épidémiologique VIH unique au monde. L'exhaustivité des déclarations obligatoires devrait être améliorée

5

## Traitement antirétroviral

- L'objectif du traitement est d'obtenir, et de maintenir, une charge virale indétectable et des lymphocytes T CD4 au dessus de 500/mm<sup>3</sup>.
- De nouveaux médicaments sont disponibles depuis 2003 qui améliorent la commodité et la tolérance des traitements, ainsi que leur activité (en particulier chez les patients en multi-échec).
- Les risques d'échec sont liés, en particulier, à une adhésion insuffisante au traitement et/ou à des virus devenus résistants.

6

## Traitement antirétroviral (2)

- Envisager la mise au traitement dès que la valeur plancher de 350 CD4/mm<sup>3</sup> est atteinte, en utilisant une trithérapie associant 2 analogues nucléos(t)idiques<sup>1</sup> et un inhibiteur de protéase<sup>2</sup> ou l'Efavirenz.
- Recourir à une équipe spécialisée pluridisciplinaire pour analyser les mécanismes des échecs : observance du patient, résistance du virus, concentration plasmatique des médicaments.

<sup>1</sup> (abacavir ou tenofovir ou zidovudine) + (lamivudine ou emtricitabine)

7 <sup>2</sup> fosamprenavir/r ou lopinavir/r ou saquinavir/r

## Résistance du VIH-1 aux antirétroviraux

- La résistance du VIH concerne toutes les classes d'antirétroviraux, y compris les plus récentes.
- 88% des patients en échec du traitement en cours (charge virale détectable) ont un virus résistant à un antirétroviral ou plus, justifiant une adaptation de leur traitement
- 12% des primo-infections VIH sont dues à un virus résistant à un antiviral ou plus, et la transmission de virus résistant VIH-1 non B augmente.
- Un test de résistance devrait être réalisé, non seulement en cas d'échec thérapeutique, mais dès le diagnostic d'infection par le VIH, y compris chez l'enfant

## Organisation des soins (2) : les COREVIH

- La coordination régionale de lutte contre le VIH est dorénavant assurée par les **COREVIH**, qui se substituent aux CISIH pour tenir compte de l'évolution de la maladie et sa prise en charge. Ceci répond à une demande exprimée dans le rapport 2002.
- Les COREVIH devront
  - améliorer le lien entre prévention, dépistage et soin
  - favoriser la prise en charge globale du patient dans une approche pluridisciplinaire et interprofessionnelle, intégrant les associations de patients
  - faciliter la continuité des soins Hôpital/Ville, et contribuer à la formation des praticiens libéraux
  - contribuer, au niveau régional, à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de lutte contre le VIH (en interaction avec ARH, DDASS, DRASS)

9

## Prise en charge des situations d'exposition au risque viral

- L'efficacité préventive du TPE au VIH est conditionnée par sa précocité et l'adaptation du traitement au profil de résistance du virus du patient source.
- Le dispositif de prise en charge des accidents d'exposition est insuffisamment connu des patients infectés et de leurs partenaires.
- La prescription d'ARV est limitée aux situations avec risque patent. On associe 2 INTI et l'IP/r pendant 28 jours. Un test de résistance est réalisée d'emblée en urgence si le patient source est en échec thérapeutique.
- Le suivi VIH est prolongé 4 mois en cas de traitement, 3 mois en l'absence de traitement.
- Les COREVIH devront organiser la mise en place et l'évaluation du dispositif de prévention et de prise en charge des accidents d'exposition.

10

## Organisation de la prise en charge

- Lien urgences – consultation – médecine du travail
- Tests rapides = intérêt majeur
- Patient source = obtenir la sérologie
- Logiciel unique pour saisir les données concernant la prise en charge
- Hépatites = ne pas oublier le dépistage et la prise en charge

11

## Quel traitement ?

- Si patient source inconnu = 2 IN + 1 IP /r soit combivir kaletra soit truvada kaletra .
- Risque d'anémie et mauvaise tolérance avec combivir (AZT)
- Pas de nelfinavir
- Attention au Fosamprenavir (Telzir )
- Bonne indication du kaletra car expérience, spectre, tolérance , nouvelle formulation .
- Génotype patient source

12

## Les indications

- Risque identifié
- Patient source
- Traitement d'urgence = traitement du patient source à adapter au cas par cas