

## Dépistage et prise en charge médicale de la maladie à VIH <sup>(1)</sup>

**En France, 50 000 personnes ignorent qu'elles sont contaminées par le VIH ou ne se font pas suivre. Elles participent à plus de 2/3 des nouvelles contaminations.**

Devant la persistance d'un retard au dépistage il est recommandé de généraliser le dépistage du VIH en population générale de 15 à 70 ans, indépendamment des facteurs de risque de contamination. En parallèle, il faut poursuivre le dépistage ciblé en direction des hommes ayant des relations homosexuelles, des personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, des usagers de drogues injectables, des prostitués, des partenaires de personnes infectées par le VIH, des personnes issues de zones de haute prévalence. Selon les circonstances, un test devra être proposé en cas d'Infection Sexuellement Transmissible (IST), d'hépatite B ou C, de suspicion de tuberculose, de projet de grossesse, au début de grossesse et au 6<sup>ème</sup> mois en cas de situation à risque de contamination, au père pour le 4<sup>ème</sup> mois de grossesse, d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), de première contraception, de viol, et au cours d'une incarcération.

### Généralisation du dépistage du VIH chez les personnes de 15 à 70 ans

#### Bilan initial d'un adulte infecté par le VIH

Hémogramme + plaquettes

Typage lymphocytaire CD4/CD8

ARN VIH (charge virale) + test génotypique de résistance VIH

Transaminases + gamma GT + phosphatases alcalines + créatinine + clearance de la créatinine

Glycémie + bilan lipidique (cholestérol total, HDL, LDL, triglycérides) à jeun

Marqueurs de l'hépatite virale B : Ag HBs, anticorps anti-HBs et anti-HBc

Sérologie de l'hépatite virale C, de l'hépatite virale A, du CMV, de la syphilis (TPHA, VDRL), de la toxoplasmose

Dosage 25 (OH) vitamine D

Recherche de l'allèle HLA B\*5701 (pour un traitement ultérieur par l'abacavir)

Recherche d'une protéinurie (bandelette urinaire)

En fonction du contexte clinique : radiographie pulmonaire, recherche d'une tuberculose, électrocardiogramme, ostéodensitométrie, frottis cervico-vaginal, frottis anal, bilan psychologique, social

**Qu'il soit traité par ARV ou non, le patient VIH + doit bénéficier d'un suivi global avec :**

- Une recherche annuelle des IST et des hépatites B et C
- Le sevrage des addictions (tabac, alcool)
- Une mise à jour de sa couverture vaccinale <sup>(2)</sup>
- Une évaluation psychologique avec notamment le dépistage de troubles cognitifs
- Un bilan social régulier
- Un point sur la vie sexuelle et les difficultés de prévention
- Le dépistage de certains cancers (gynécologiques, proctologiques...)
- Un bilan éducatif permettant au patient d'acquérir ou de maintenir des compétences dans la gestion de leur vie avec une maladie chronique.

**La mise sous traitement doit s'envisager chez les patients symptomatiques** (infection opportuniste, affection C ou B marqués ou récidivantes de la classification CDC de 1993 <sup>(3)</sup>), **ou les sujets asymptomatiques ayant des lymphocytes CD4 < 500/mm<sup>3</sup> ou < 15%.**

## Traitement des patients asymptomatiques si CD4 < 500/mm<sup>3</sup> ou < 15%

On peut être amené à proposer un traitement antirétroviral si les CD4 > 500/mm<sup>3</sup> en cas de cinétique de baisse rapide des CD4, d'ARN VIH > 100 000 copies/ml, d'une co-infection par le virus de l'hépatite B ou C, d'un âge > 50 ans, d'un besoin de réduction des risques de transmission sexuelle ou de facteurs de risques cardiovasculaires.

**L'objectif du traitement antirétroviral** est d'empêcher la progression vers le Sida en maintenant ou restaurant un nombre de **lymphocytes CD4 > 500/mm<sup>3</sup>**. Pour cela, le traitement antirétroviral doit rendre l'**ARN du VIH < 50 copies/ml**. Simultanément, il faut rechercher la meilleure tolérance possible, une qualité de vie et la réduction de la transmission du VIH.

Pour choisir une trithérapie efficace, il faut réaliser préalablement à la prescription un test génotypique de résistance. **Un premier traitement doit permettre d'obtenir une baisse de l'ARN VIH de 2 log après 1 mois de traitement antirétroviral et un ARN VIH < 50 copies/ml 6 mois après le début du traitement.** Il doit également prendre en compte la tolérance immédiate et à long terme, la simplicité de prise en fonction de la vie du patient et les conséquences d'un échec sur les options ultérieures. Le choix préférentiel est l'association de 2 Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI) associé à un Inhibiteur de Protéase (IP) boosté par le ritonavir (NORVIR®) ou un Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INNTI).

### Choix préférentiels

2 INTI	INNTI	Commentaires
Ténofovir/Emtricitabine (TRUVADA®) <sup>(1)</sup>	Efavirenz (SUSTIVA®) 600mg X 1	Faible barrière génétique de l'efavirenz
2 INTI	IP/r	
Ténofovir/Emtricitabine (TRUVADA®) <sup>(1)</sup>	Atazanavir/r (REYATAZ®/ NOVIR®) 300/100 mg X 1	
	Darunavir/r (PREZISTA®/NORVIR®) 800/100 mg X 1	
	Lopinavir/r (KALETRA®) 400/100 mg X 2	Ou Lopinavir/r (KALETRA®) 800/200 mg X 1
Abacavir/Lamivudine (KIVEXA®) <sup>(2, 3)</sup>	Atazanavir/r (REYATAZ®/NOVIR®) 300/100 mg X 1	
	Lopinavir/r (KALETRA®) 400/100 mg X 2	

(1) Précaution en cas d'insuffisance rénale (clairance de la créatinine < 80 ml/min) ou risque de survenue d'insuffisance rénale. Bilan rénal avant de traiter puis surveillance rénale en début de traitement et tout au long du suivi

(2) Uniquement si HLA B\*5701 négatif. Nécessité de surveillance d'une Hypersensibilité retardée à l'abacavir même si l'HLA B\*5701 est négatif.

(3) Uniquement si ARN VIH < 100 000 copies/ml

**D'autres choix sont possibles**, mais ils présentent une balance bénéfice/risque un peu moins favorable ou un recul plus limité.

En cas de succès virologique (ARN < 50 copies/ml), il est possible de substituer tout ou partie d'un traitement ARV pour améliorer sa tolérance ou diminuer le nombre de prise en évaluant préalablement le rapport bénéfice/risque de ce changement.

**La surveillance d'un patient traité par ARV** comporte un **volet efficacité** avec l'ARN VIH, le taux de CD4 et la mesure de l'observance et un **volet tolérance** avec un suivi des lipodystrophies, du bilan glucido-lipidique, cardiovasculaire, rénal, osseux, hépatiques, neurocognitif <sup>(4)</sup>.

Au long cours, une réascension de l'ARN du VIH confirmée sur un 2<sup>ème</sup> prélèvement doit conduire à distinguer rapidement plusieurs situations :

- une moindre observance
- un épisode infectieux intercurrent ou une vaccination récente (moins de 3 semaines)
- un problème pharmacologique (absorption, interaction médicamenteuse)

**En cas d'échec virologique, il est recommandé d'intervenir rapidement pour éviter le risque d'accumulation de mutations de résistance et de baisse des CD4.** Le choix du nouveau traitement ARV devra tenir compte de l'histoire thérapeutique et de l'ensemble des génotypes réalisés (génotype cumulé)

**Si les lymphocytes CD4 sont  $\leq$  200/mm<sup>3</sup>, il faut prescrire une prophylaxie** des maladies opportunistes.

Que le patient nécessite ou non un traitement ARV, et si l'état immuno-virologique est satisfaisant, le suivi peut être assuré en ville ou à l'hôpital avec une synthèse annuelle par un médecin spécialiste hospitalier. Cette synthèse porte sur l'infection à VIH, les facteurs de risques et les comorbidités <sup>(4)</sup>.

Bernard PROUVOST-KELLER, médecin coordinateur réseau VIH des Alpes-Maritimes. Relecture par Jacques DURANT, Praticien Hospitalier, Infectiologie, CHU de Nice. Les auteurs ont déclaré une absence de conflits d'intérêt.

- (1) YENI P. et al. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts ; Rapport 2010. La documentation Française. Septembre 2010 : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_2010\\_sur\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_medicale\\_des\\_personnes\\_infectees\\_par\\_le\\_VIH\\_sous\\_la\\_direction\\_du\\_Pr\\_Patrick\\_Yeni.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf)
- (2) PROUVOST-KELLER B. DELLAMONICA P. DUNAIS B. Principales vaccinations des personnes infectées par le VIH. Septembre 2009, mis à jour février 2011 [http://www.revihop06.org/articles/vaccinations\\_infectes\\_vih.pdf](http://www.revihop06.org/articles/vaccinations_infectes_vih.pdf)
- (3) Consultable [http://www.revihop06.org/clinique/classif\\_VIH.php#cdc](http://www.revihop06.org/clinique/classif_VIH.php#cdc)
- (4) PROUVOST-KELLER B. ROGER P.M. dépistage et prise en charge du vieillissement chez les patients VIH +. février 2011 [http://www.revihop06.org/clinique/prise\\_en\\_charge\\_vieillissement\\_vih.pdf](http://www.revihop06.org/clinique/prise_en_charge_vieillissement_vih.pdf)