



# Infection à HIV: Actualités, rôle du médecin généraliste,

Sophie Ancellin

Hôpital Joseph Ducuing

EPU 02/03/2020



# Introduction,

- ▶ 1930, émergence du virus, premiers cas humains
- ▶ 1983 identification virus HIV
- ▶ 1986 AZT
- ▶ 1994 prévention TME par AZT
- ▶ 1996 trithérapie
- ▶ 2006 HPTN 052 et partners, prévention de la transmission  
ART réduit de 96% le risque de transmission
- ▶ 2015, traitement universel,
- ▶ 2016 PrEP
- ▶ 2020 Cabotegravir



# Dépistage

➤ Epidémie non diagnostiquée, env 25 000 personnes *Supervie Marty et al*

➤ Découvertes de séropositivités:

53% hétérosexuels, dont 58% d'origine Afrique subsaharienne

45% HSH

1% UDI

➤ 28% découvertes stade avancé, « late presenters », CD4 < 200 ou SIDA,  
**insuffisance du système à diagnostiquer les patients suffisamment tôt**

Occasions manquées de dépistage: AEG, muguet, zona, tuberculose, diarrhée

# Dépistage

## Signes cliniques en primo-infection VIH

Symptômes	Fréquence (%)
Fièvre	>90
Eruption maculo-papuleuse	55-73
Polyadénopathie	57
Pharyngite	40-77
Amaigrissement	19-50
Ulcération buccales et/ou génitales	30-40
Myalgies, arthralgies	30-60
Troubles digestifs : diarrhée, nausées	33
Céphalées	29-55
Autres signes neurologiques	13
Thrombopénie (<150 000 plaquettes)	30-74
Neutropénie, anémie	35-26
Lymphopénie (<1000)	30
Cytolyse hépatique	23-46



En analyse multivariée, les facteurs suivants sont associés au diagnostic tardif :

- Contamination par rapports hétérosexuels ou partage de matériel d'injection de drogues
- Sexe masculin
- Age : 50 ans+ > 25-49 ans >15-24 ans
- Domicile hors Ile-de-France
- Pays de naissance autre que France
- CSP Commerçants, chefs d'entreprise
- Motifs de dépistage : signes cliniques, dépistage orienté
- **Pas d'antécédent de sérologie VIH avant la découverte de séropositivité**

*Cazein F et al. Factors associated with late HIV diagnosis, based on data from 7 years of national surveillance. IAS 2017 abstract book.*

## PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Le dépistage de l'infection à VIH est un élément clé du contrôle de l'épidémie qui s'intègre dans une démarche préventive globale. Il doit être orienté vers des populations prioritaires, définies en fonction des données épidémiologiques, et s'appuyer sur les outils de prévention et de traitement efficaces, les différents types de tests de dépistage disponibles et les multiples acteurs présents sur le territoire.

### Messages clés

- La priorité doit être accordée au dépistage de l'infection à VIH au sein des populations clés. Il convient ainsi de renforcer la fréquence du dépistage dans ces populations :
  - tous les 3 mois chez les HSH ;
  - tous les ans chez les UDI ;
  - tous les ans chez les personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection à VIH, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.
- Afin de permettre le diagnostic des personnes qui ignorent leur séropositivité et de réduire l'épidémie cachée, la proposition d'un test de dépistage de l'infection à VIH au moins une fois au cours de la vie entre 15 et 70 ans doit être maintenue et représente une approche complémentaire au dépistage au sein des populations clés.
- Cette proposition de dépistage doit être principalement orientée en fonction de l'incidence de l'infection à VIH et de la prévalence de l'infection non diagnostiquée plus élevées dans certaines régions (IDF, PACA, DFA), ainsi que chez les hommes, qui ont un moindre recours au système de soins que les femmes.
- Un test de dépistage de l'infection à VIH doit par ailleurs être systématiquement proposé dans différentes circonstances : diagnostic d'une IST, d'une hépatite B ou C, diagnostic de tuberculose, grossesse ou projet de grossesse, viol, prescription d'une contraception ou IVG, incarcération.
- La démarche individuelle et volontaire de recours au dépistage de l'infection à VIH doit continuer d'être encouragée et facilitée.
- La HAS considère par ailleurs que la recherche de l'infection à VIH peut être facilitée par la proposition conjointe de tests de dépistage de l'infection à VHB et VHC en fonction des facteurs de risque, inscrivant cette démarche dans une approche plus globale de santé sexuelle.



# Traitement

L'objectif est d'obtenir une charge virale indétectable et maintenir ce statut à vie

► **Observance** cruciale,

Education, Empathie, Mettre le patient au centre de son suivi, lutter contre discrimination, évolution des prises en charge

► Simplicité des traitements, minimiser la toxicité, s'adapter aux comorbidités

Bithérapies, GEMINI

traitements intermittents, 4D

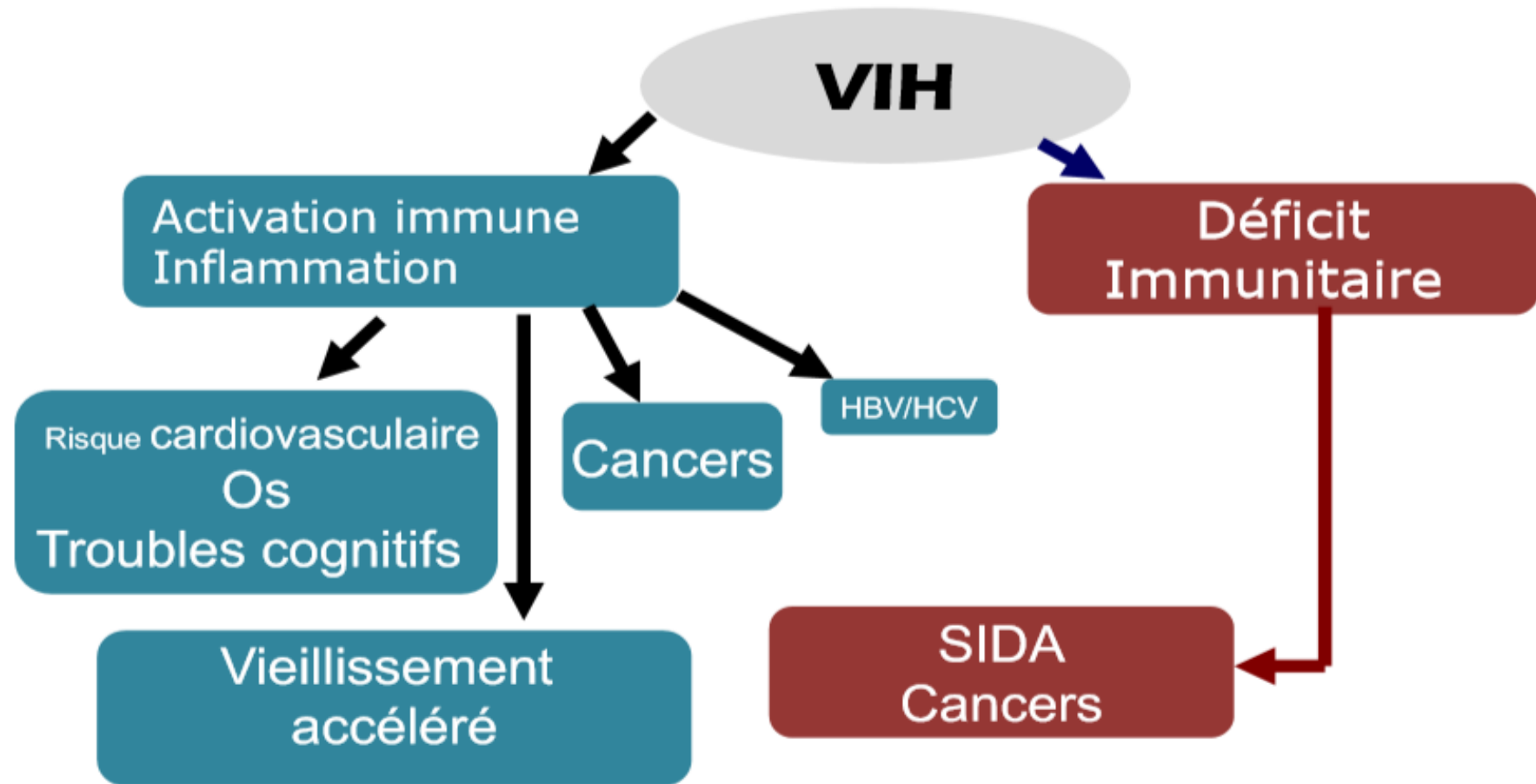
Formes retard

► **Interactions médicamenteuses**

*Dolutegravir: gaviscon, metformine*

[hiv-druginteractions.org](http://hiv-druginteractions.org)

# Pathogénèse de l'infection VIH



**Le VIH est délétère par l'immunodépression et par l'immunoactivation /inflammation**





# Prise en charge des comorbidités

- Chez les hommes de > 50 ans, infectés par le HIV, 62% ont au moins une comorbidité,

donc gestion des comorbidités et de polypharmacie

Rôle central du médecin généraliste dans cette prise en charge

- Risque cardio vasculaire
- Lipodystrophie, syndrome métabolique
- Ostéoporose
- Dysfonction rénale
- Troubles neuro cognitifs
- Syndrome dépressif



# Complications osseuses

- ▶ Ostéoporose 3 à 22%, ostéopénie 23 à 65%, plus à risque de fracture (méta analyse de Shiau)
- ▶ Étiologie multifactorielle, notamment lié au virus, effet indirect avec augmentation de ostéo résorption,
- ▶ Baisse de la DMO débute avant la mise sous ARV, accélération lors instauration ARV

(baisse de DMO de 5 à 6% de instauration persiste pendant 1ere année, plus élevée avec certains ARV, comparable à une année de péri ménopause)



# Ostéoporose

## DMO indiquée:

Facteurs de risque en population générale

**Facteurs de risque spécifiques patients HIV: Hommes > 60 ans, Hommes de < 60 ans si IMC < 20 ou nadir CD4 < 200**

(rôle du nadir de CD4, les plus immunodéprimés perdent le plus de DMO, forme d'IRIS osseux)

Si T score < -2,5, avis rhumato, apport Ca et vit D

Si -2,5 à -1, prévention et contrôle à 2 – 3 ans,

## Insuffisance en vitamine D:

54 à 95 % de PVVIH

Facteurs de risque accrus: peau noire, exposition INNTI, manque expo solaire

Supplémentation systématique 100 000 UI/mois?

# Risque cardio vasculaire

## ► Facteurs de risque CV:

- Classiques: âge, atcd familiaux, tabagisme, HTA, diabète, HDL et LDL

- **Liés à infection à HIV:**

**CV VIH non contrôlée,**

**Ou nadir CD4 < 200 ou CD8 > 800 ou exposition > 10 ans aux IP**

## ► Consultation cardiologie indiquée:

Symptômes CV,

Anomalies ECG

Personnes à haut risque CV,

>50 ans et désir de reprendre activité physique

>50 ans et > 2 FdR





# Cancers et HIV

- Plus fréquents chez les PVVIH, plus tôt,
- Méta analyse comparaison risque de cancer VIH +/- VIH-; *Grulich et al. 2007 - Courtesy of D. Costagliola*

Augmentation risque de K du canal anal, K du Poumon, Hodgkin et CHC

- Cancer de anus: HSH, atcd de condylome, atcd conisation
- Toute PVVIH doit bénéficier des dépistages standard: sein, CCR et prostate
- Attention cancers de la tête et du cou, également aux cancers de la peau (2 à 3 fois plus fréquents hors mélanome),




# Vaccination recommandées

- Hépatite B,  
schéma double dose 4 injections,

*Launay JAMA 2011*

- Grippe
- DTPCa, 10 ans
- Pneumocoque  
13 puis 23 valents
- Hépatite A
- HPV

*Recommandations HCSP*



# U=U

► Undetectable = Untransmissible

*Etude RAKAI NEJM 2000, pas de transmission si CV indétectable,*

► Sexualité couples séro discordants

Prise des ARV avec suivi régulier,

CV indétectable > 6 mois,

Pas d'autre IST,

► Libérer la personne infectée par le HIV du stress de la contagiosité, réduire la discrimination liée à la peur

► Message à diffuser



# Prévention

Rôle du médecin généraliste,

Évoquer la sexualité, les pratiques sexuelles,

Adapter les outils de prévention aux pratiques,

- ▀ Outils combinés: Préservatifs masculin et féminin, PrEP, Traitement post exposition, TasP, Circoncision....





# Conclusion

► Rôle central du médecin généraliste

Dans la prévention, aborder la sexualité en consultation

le dépistage, le plus précoce possible

le suivi sous traitement, observance et interactions médicamenteuses

La prise en charge des comorbidités, d'une population qui vieillit

Innové dans le suivi,

Suivi alterné, sortir du cadre hospitalier

