

Evolution des recommandations entre 2010 et 2013

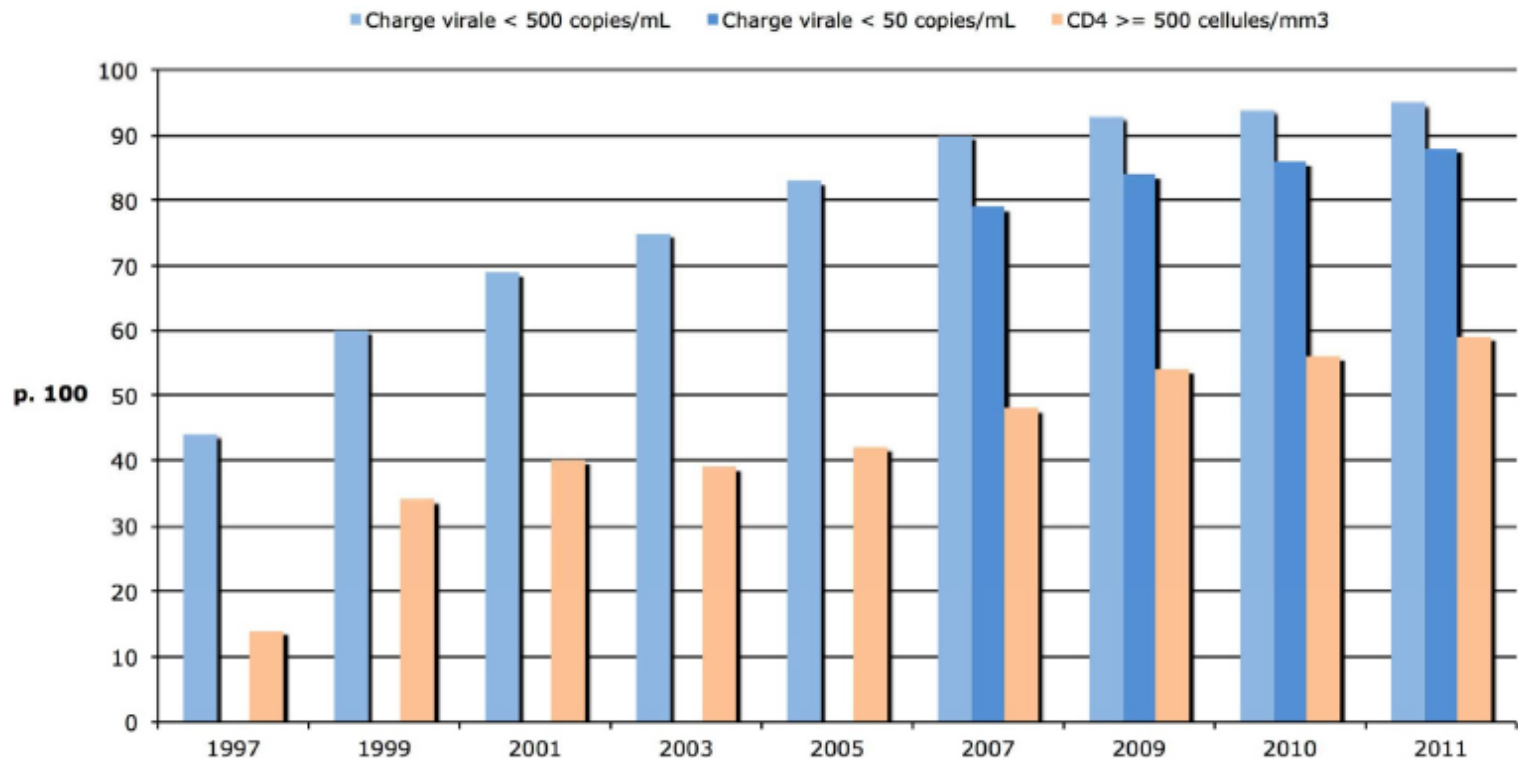
Bilans biologiques, rythmes de suivi

Pr Pierre TATTEVIN, PU-PH Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale – CHU Rennes
Pascal LOTTON, Technicien d'Etudes Cliniques COREVIH Bretagne

Contexte

- i) 90% des patients avec CV < 50 copies/mL
- ii) 60% avec CD4 > 500
- iii) Traitements mieux tolérés

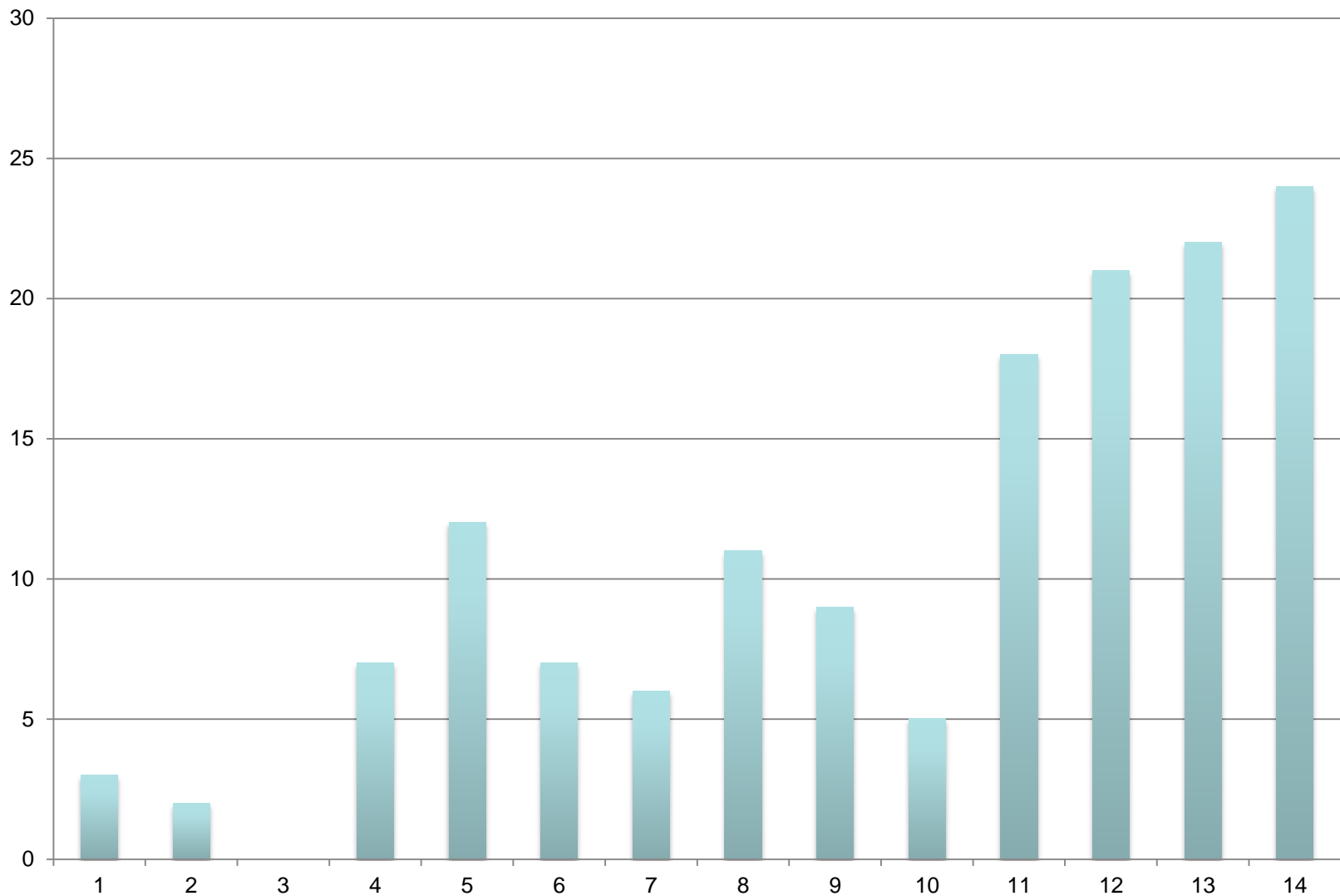
Proportion de patients traités depuis au moins six mois ayant une charge virale inférieure à 500 copies/ml ou à 50 copies/mL ou ayant un taux de CD4 supérieur à 500/mm³



Principes

- Suivi spécialisé simplifié
- Articulation suivi VIH / médecin traitant
- Tenir compte des files actives croissantes
- Rationalisation des pratiques
 - Basées sur des évidences
 - Prise en compte des rapports coût-efficacité
- Mieux prendre en compte les risques 'annexes'
 - Cancers (notamment poumon, canal anal)
 - IST (syphilis)

Diagnostics de syphilis chez les patients VIH suivis à Rennes (2001-2014)



Rythme de suivi

- Introduction combinaison ARV pour tous
 - Suivi trimestriel la 1^{ère} année
- Puis, si CD4 > 500/mm³ et CV indétectable
 - Suivi semestriel
 - Possiblement alterné médecin hospitalier/médecin traitant
- Si CD4 < 200/mm³ et CV indétectable
 - Suivi trimestriel & hospitalier
- Si CD4 entre 200 et 500/mm³ et CV indétectable
 - Selon les contextes (comorbidités, pente CD4, etc.)

Bilan paraclinique initial préthérapeutique d'un adulte infecté par le VIH (1)

- **Sérologie VIH** : deux tests ELISA sur deux prélèvements différents avec un test de confirmation par méthode de Western blot
- VIH1 (VIH2 si contexte épidémiologique évocateur)
- Numération des populations lymphocytaires **T CD4/CD8**
- Dosage de l'**ARN VIH** plasmatique (charge virale)
- **Test génotypique de résistance** du VIH (transcriptase inverse, protéase) et détermination du sous-type VIH-1 (la recherche de mutations de résistance à l'intégrase et le test de tropisme ne sont pas recommandés à ce stade)
- Recherche de l'allèle **HLA-B*5701**
- **Hémogramme avec plaquettes**
- **Transaminases, γ GT, phosphatases alcalines, bilirubine totale et conjuguée**
- **Créatininémie et estimation du DFG** par la méthode de MDRD ou CKD-EPI si technique enzymatique de mesure de la créatinine
- **Glycémie à jeun**
- **Phosphorémie**
- **Bilan lipidique à jeun** : cholestérol total, triglycérides, LDL et HDL

Bilan paraclinique initial préthérapeutique d'un adulte infecté par le VIH (2)

- Recherche d'une **protéinurie** (bandelette urinaire) ou dosage du rapport **protéinurie/créatininurie**
- Marqueurs de l'**hépatite virale B** : Ag HBs, anticorps anti-HBs et anti-HBc
- Sérologie de l'**hépatite virale C**
- Sérologie de l'**hépatite virale A** (IgG)
- Sérologie de la **syphilis** (TPHA, VDRL)
- Sérologie de la **toxoplasmose**
- Sérologie **CMV**
- **Test IGRA** (Quantiféron ou T-spot TB) pour le dépistage de la tuberculose latente
- Si $CD4 < 200 / mm^3$ ou personne provenant d'une zone d'endémie tuberculeuse : radiographie thoracique.
- Si $CD4 < 100 / mm^3$: dosage de l'antigène cryptocoque, de la PCR CMV et réalisation d'un fond d'oeil (si sérologie CMV positive).
- Chez les femmes n'ayant pas eu de bilan dans l'année, une consultation gynécologique avec réalisation d'un **frottis cervicovaginal** est recommandée.
- Chez les HSH et les PVVIH ayant des antécédents de lésions à HPV, une **consultation proctologique** sera proposée pour le dépistage des lésions précancéreuses de l'an.

Personne vivant avec le VIH traitée par ARV

Bilan intermédiaire

Tableau 3 : Bilan biologique intermédiaire de surveillance chez les patients sous traitement antirétroviral

Dosage de l'ARN VIH plasmatique

NFS

Typage des populations lymphocytaires CD4 et CD8 (optionnel si $CD4 > 500/mm^3$ depuis au moins trois ans [2])

Transaminases, γ GT

Créatininémie avec estimation du DFG par la méthode de MDRD ou CKDEPI si technique de mesure enzymatique de la créatinine

Phosphorémie, glycosurie et protéinurie-albuminurie/créatininurie si traitement par ténofovir

Si $CD4 < 100/mm^3$, dosage de l'antigène cryptocoque, PCR CMV (si sérologie CMV positive) tous les 1 à 3 mois et réalisation d'un fond d'œil si $CD4 < 50$ ou PCR CMV > 1000 copies/mL (taux significatif variable selon laboratoire)

Contrôle des sérologies hépatites virales B* et C et syphilis en cas de situation récente d'exposition, de manifestations cliniques et/ou biologiques compatibles avec une infection

Personne vivant avec le VIH traitée par ARV

Bilan annuel clinique de synthèse

Tableau 4 : Bilan clinique annuel de synthèse d'une PVVIH

- Analyse critique du traitement en cours, de ses résultats (efficacité, effets indésirables) et proposition, le cas échéant, d'adaptation thérapeutique en tenant compte des nouvelles associations et des nouvelles molécules disponibles
- Interrogatoire et examen clinique à la recherche d'une exposition aux hépatites virales et IST
- Bilan gynécologique chez la femme
- Consultation proctologique chez les HSH et si antécédents de lésions dues au HPV
- Recherche d'un syndrome métabolique et d'une lipodystrophie
- Réévaluation du statut vaccinal
- Sevrage tabagique le cas échéant
- Discussion à propos de la vie sexuelle, des difficultés éventuelles de prévention de la transmission du VIH, du désir d'enfant ou des questions du couple, de l'assistance médicale à la procréation
- Bilan social et du statut professionnel des patients (changement dans le temps), en n'hésitant pas à mobiliser l'assistante sociale du service
- Bilan éducatif faisant le bilan de la vie avec la maladie, l'observance, les prises de risque
- Bilan diététique
- Dépistage de la dépression, si besoin au moyen d'outils validés (Questionnaire PHQ9 ou autoquestionnaire CES-D)
- Dépistage de la BPCO chez les fumeurs symptomatiques

Personne vivant avec le VIH

Bilan annuel biologique de synthèse

Tableau 5 : Bilan biologique annuel de synthèse d'une PVVIH sous traitement ARV

- Hémogramme, plaquettes
 - Numération des sous-populations lymphocytaires CD4 et CD8
 - Dosage de l'ARN VIH plasmatique
 - Dosage des triglycérides, du cholestérol total, du HDL et du LDL-cholestérol
 - Glycémie à jeun
 - Transaminases, gamma-GT, phosphatases alcalines, bilirubine
 - Créatininémie avec estimation du DFG par la méthode de MDRD ou CKDEPI si technique de mesure enzymatique de la créatinine
 - Phosphorémie si prise de ténofovir
 - Protéinurie et albuminurie/créatininurie sur échantillon
 - Glycosurie si prise de ténofovir
 - Sérologie TPHA-VDRL
- Sérologie VHC (si négativité antérieure) et sérologie VHB incluant le dosage des anticorps anti-HbS*
- Sérologie CMV si sérologie antérieure négative
 - Sérologie toxoplasmose si sérologie antérieure négative
- Si CD4 <100/mm³, dosage de l'antigène cryptococcique, de la PCR CMV et réalisation d'un fond d'œil (si sérologie CMV positive)

Bilan annuel de synthèse

Dépistage des complications et comorbidités

Tableau 6 : Dépistage des complications et comorbidités

- Evaluation du risque de néoplasie ;
 - Consultation gynécologique (dépistage du cancer du col chez la femme) et proctologique chez les HSH et les PVVIH aux antécédents de lésions dues au HPV (cancer anal)
 - examen de la cavité buccale (maladie de Kaposi, cancers ORL..) et de la peau (maladie de Kaposi, carcinome baso et spinocellulaire, mélanome)
 - TDM thoracique devant toute symptomatologie thoracique persistante chez un fumeur ou résistante au traitement de première ligne
 - Si coinfection par VHB ou VHC : évaluation de la fibrose hépatique
 - Si cirrhose : FOGD (périodicité selon bilan initial), échographie et dosage de l'antigène carcino embryonnaire en dépistage du carcinome hépatocellulaire.
 - pour les autres cancers, le clinicien se référera aux recommandations appliquées à la population générale notamment pour le cancer du sein (examen clinique et mammographie à partir de 50 ans, 40 ans en cas d'ATCD familial), de la prostate (50 ans, toucher rectal) du colon (50 ans, hémocult)
- Dépistage des troubles cognitifs par autoquestionnaire (associé au dépistage de la dépression)
- Evaluation du risque cardio-vasculaire (calcul du score de Framingham modifié) et un ECG
- Dépistage de l'ostéoporose par ostéodensitométrie (associée à un dosage de la vitamine D) chez la femme ménopausée, l'homme > 60 ans ou si facteurs de risque (voir chapitre spécifique).

Complications et comorbidités – Le risque osseux et la vitamine D

■ Dosage de la vitamine D

- L'insuffisance en vitamine D est très fréquente dans la population générale
- Des études épidémiologiques ont montré une association avec de nombreuses morbidités.
- Toutefois, on ne peut affirmer qu'il s'agit d'un lien causal et il n'existe pas pas d'études d'intervention montrant que la correction du déficit réduit la survenue de ces pathologies.

Un dépistage d'un déficit en vitamine D n'est donc recommandé que chez les sujets ayant des facteurs de risque d'ostéoporose et pour lesquels une supplémentation a démontré son efficacité dans la diminution du risque fracturaire (BII). Dans ces conditions, les objectifs du traitement seront de retrouver un taux plasmatique d'au moins 20 à 25 ng/mL, en particulier avant tout traitement par biphosphonates.

■ Modalités de correction d'une carence en Vitamine D

- 100 000 unités une fois par mois pendant 6 mois puis rythme d'administration à adapter au taux plasmatique

Complications et comorbidités – Le risque osseux et la vitamine D

- Prévalence élevée de l'ostéoporose.

Tableau 16 : Les facteurs de risque de l'ostéoporose [5] (AFSSAPS 2005)

- âge
- BMI actuel ou passé < 18 kg/m²
- corticothérapie actuelle ou ancienne
- tabagisme, alcoolisme
- antécédents de fracture de l'extrémité du fémur chez les parents du 1er degré
- antécédents personnels de fracture
- pathologie neuro-musculaire
- ménopause, carence en testostérone
- faible activité physique
- faible consommation alimentaire de calcium
- carence en vitamine D

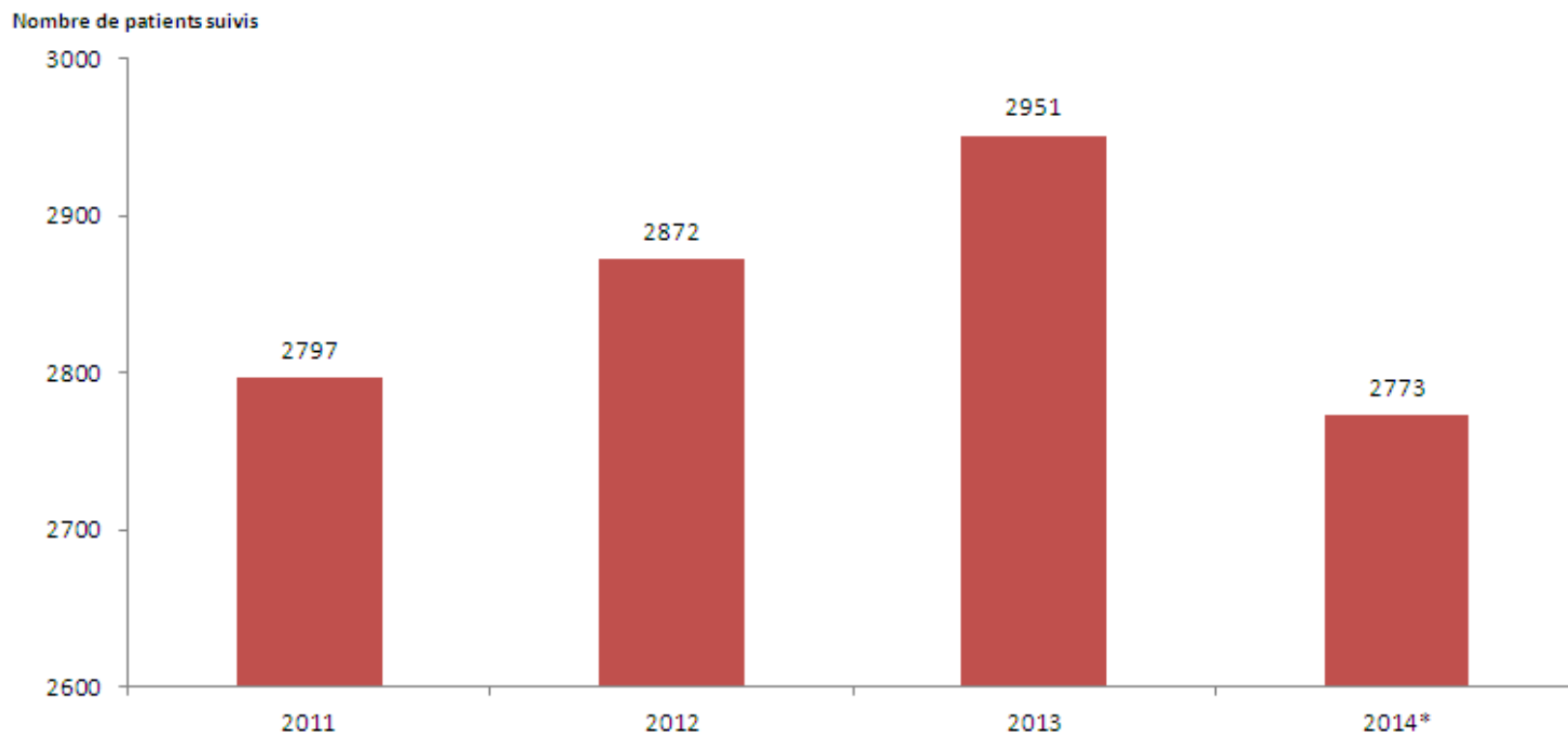
Facteurs spécifiques chez les PVVIH

- nadir CD4 < 200/mm³ ou stade Sida
- co-infection par le VHC
- traitement par inhibiteurs de protéase ou ténofovir

Le niveau de prévalence de l'ostéoporose ne justifie pas un dépistage systématique généralisé. Cependant, un dépistage ciblé par ostéodensitométrie doit être proposé aux patients selon les facteurs de risque classiques (Ala) et les conditions de remboursement actuelles, après l'avis rendu par la HAS et qui sont précisées dans le tableau 16. Il n'y a pas d'examen biologique utile pour dépister une ostéopénie ou une ostéoporose chez les PVVIH. Il est utile de mesurer la taille : une perte de taille peut traduire des tassements vertébraux asymptomatiques.

File active du COREVIH

Evolution de la file active du COREVIH Bretagne entre 2011 et 2014



*données du 1er janvier au 31 août 2014

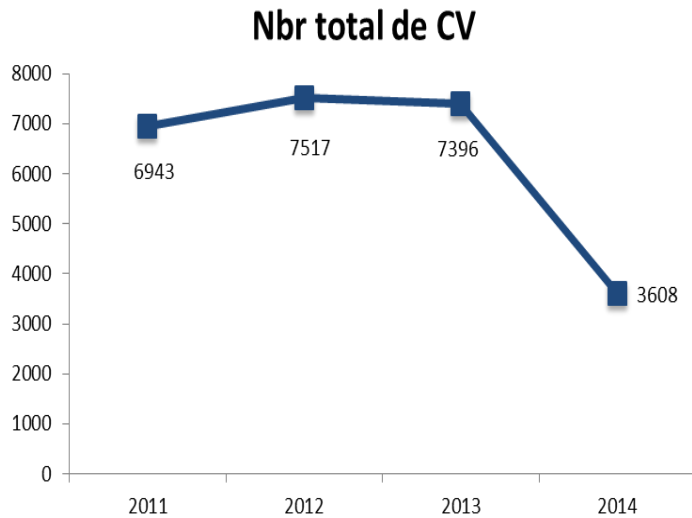
Ne sont pris en compte que les centres ayant plus de 60 patients suivis chaque année :
CHU Rennes / CHU Brest / CH Quimper / CH St Brieuc / CH Vannes / CH Lorient

SUIVI CLINIQUE

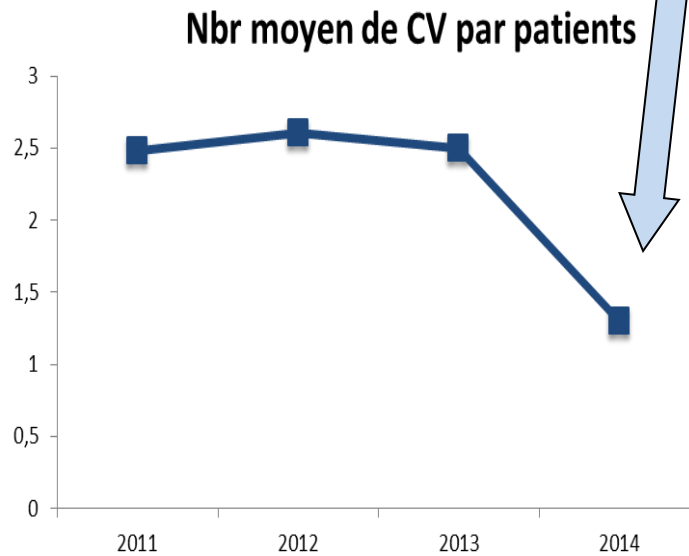


Charge Virale

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----|------|------|------|------|
| FA | 2797 | 2872 | 2951 | 2733 |

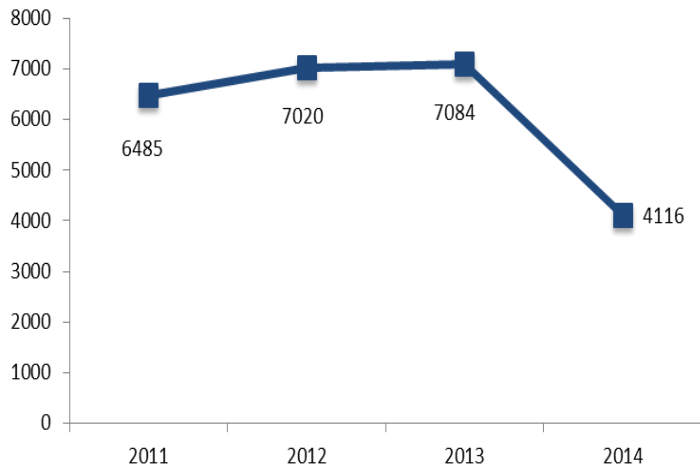


Données jusqu'au 31/8/2014



CD4

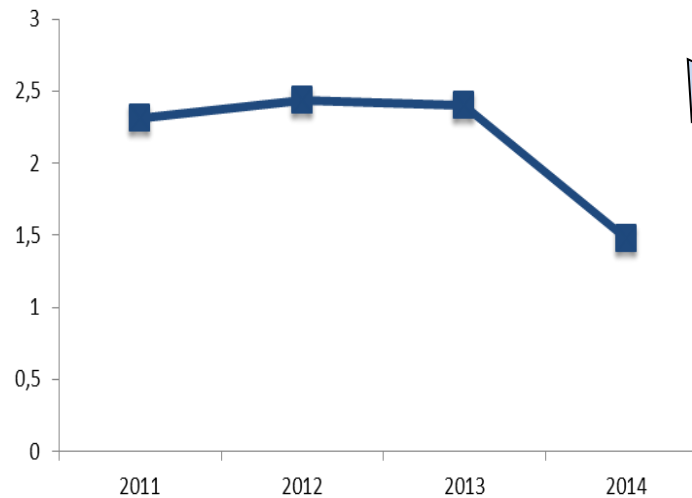
Nbr total de CD4



| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----|------|------|------|------|
| FA | 2797 | 2872 | 2951 | 2733 |

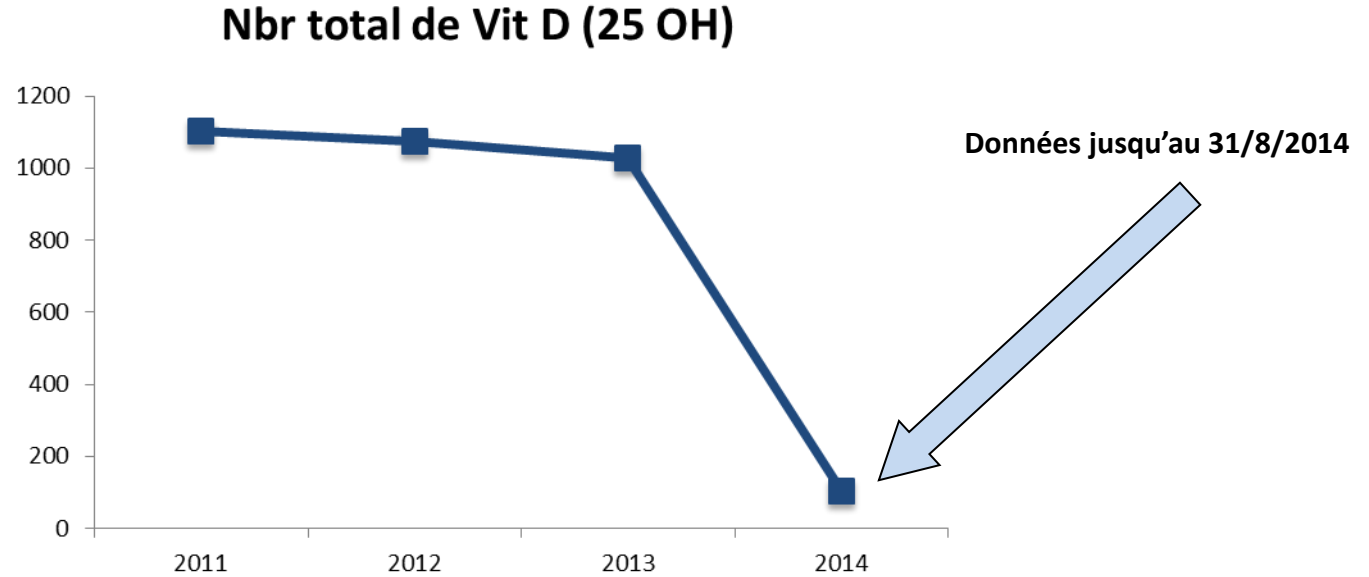
Données jusqu'au 31/8/2014

Nbre moyen de CD4 par patients



Vitamine D

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----|------|------|------|------|
| FA | 2797 | 2872 | 2951 | 2733 |

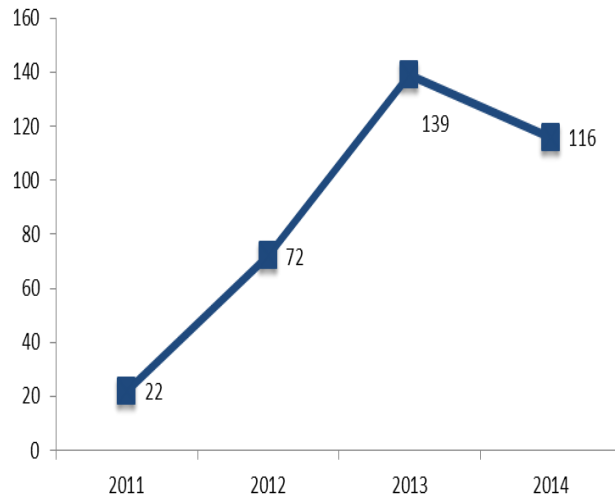


PRESCRIPTION D' EXAMENS



Proctologie

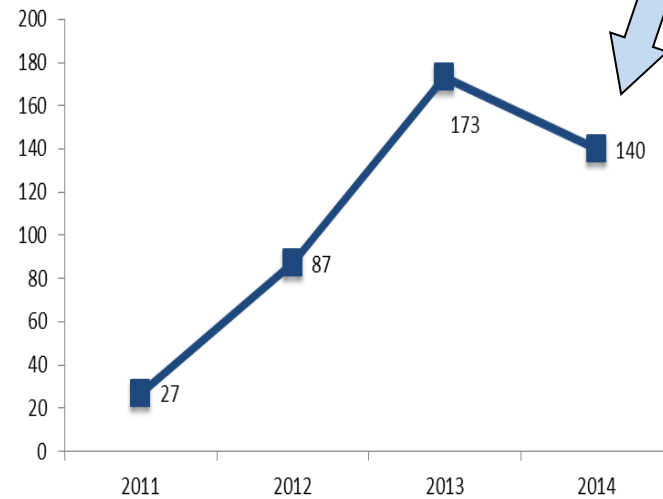
Nbr de patients vus



| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----|------|------|------|------|
| FA | 2797 | 2872 | 2951 | 2733 |

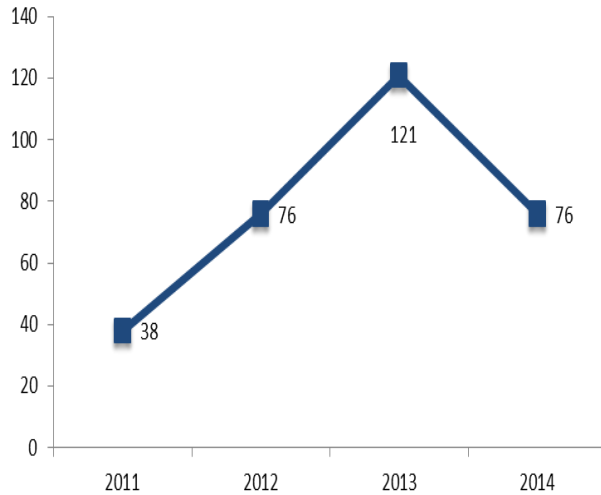
Données jusqu'au 31/8/2014

Nbr total d'examens



Cardiologie

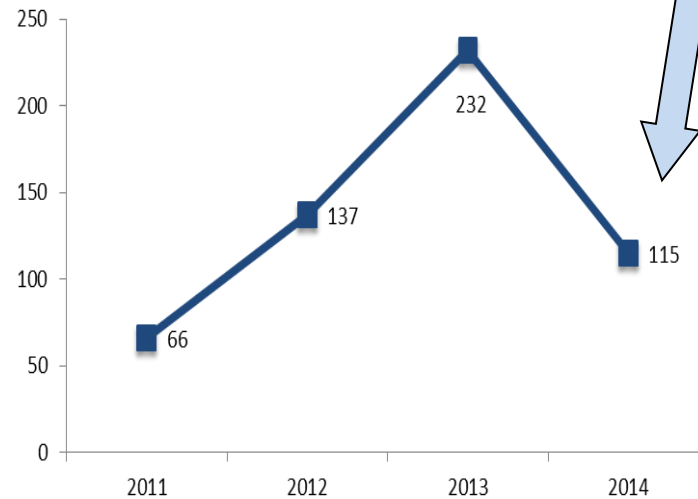
Nbr de patients vus



| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----|------|------|------|------|
| FA | 2797 | 2872 | 2951 | 2733 |

Données jusqu'au 31/8/2014

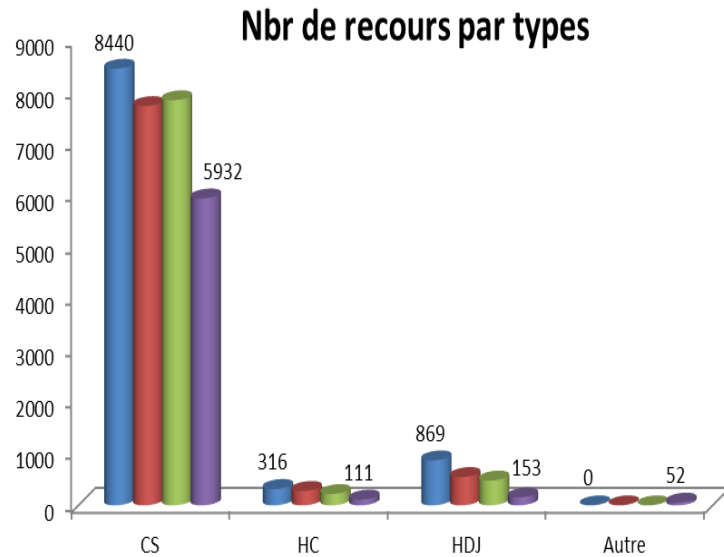
Nbr total d'examens



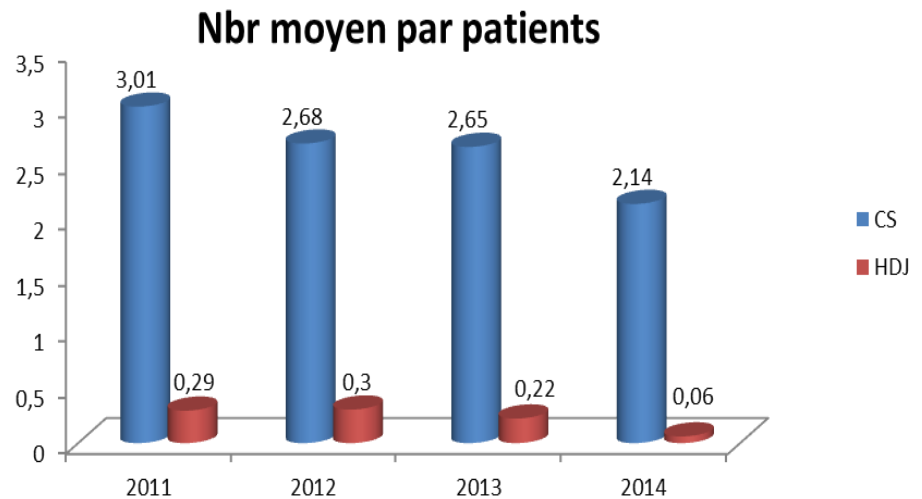
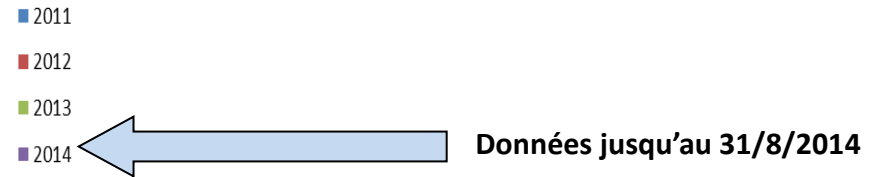
PRATIQUES DE SUIVI (1)



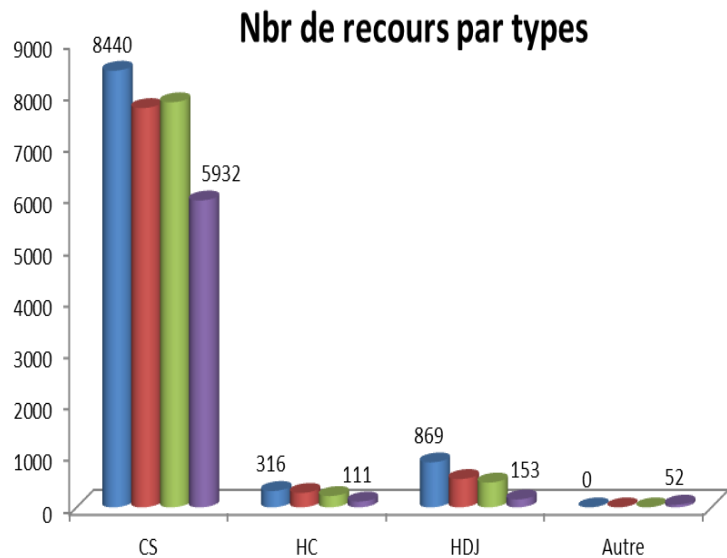
Recours



| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----|------|------|------|------|
| FA | 2797 | 2872 | 2951 | 2733 |



HDJ

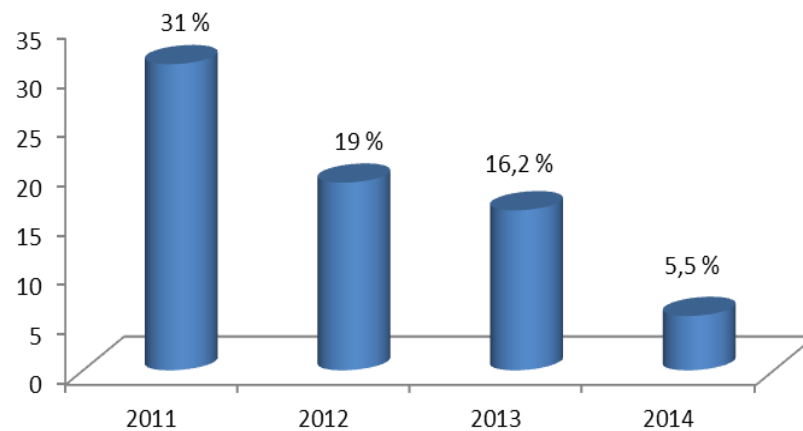


| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----|------|------|------|------|
| FA | 2797 | 2872 | 2951 | 2733 |

- 2011
- 2012
- 2013
- 2014

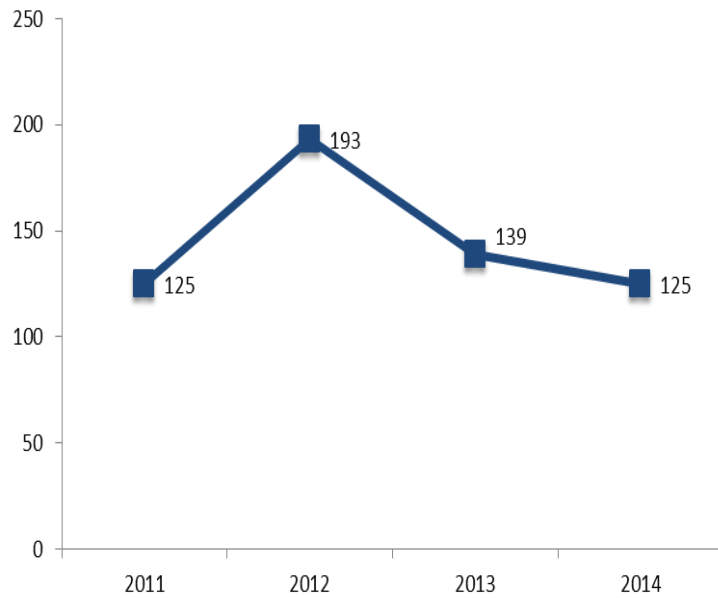
← Données jusqu'au 31/8/2014

% HDJ par la FA



HC

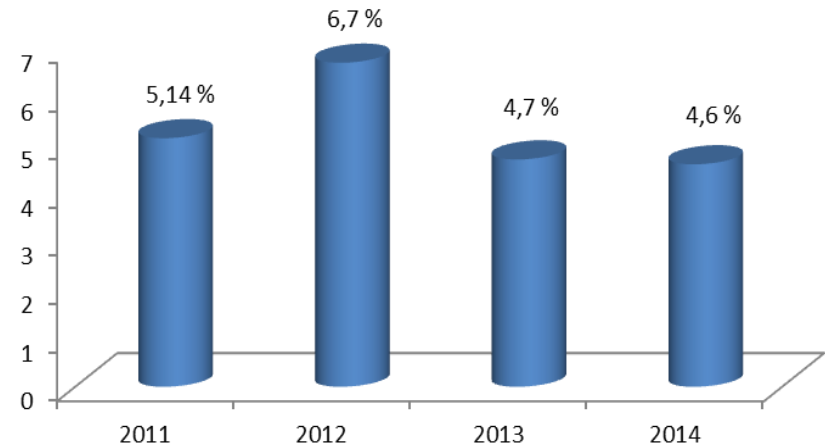
Ndr de patients hospitalisés



| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----|------|------|------|------|
| FA | 2797 | 2872 | 2951 | 2733 |

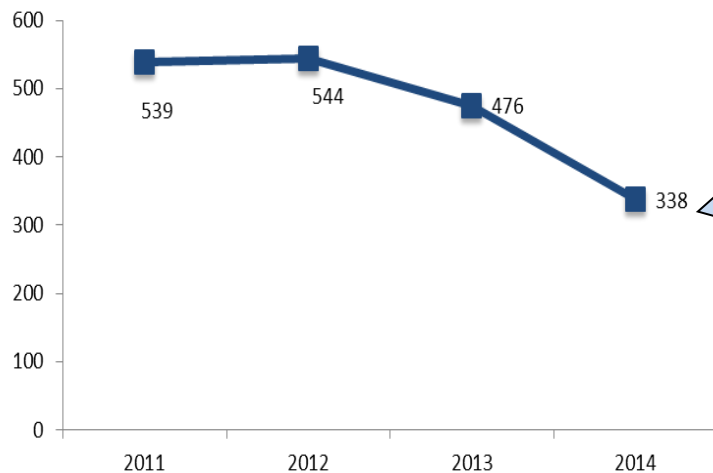
Données jusqu'au 31/8/2014

Pourcentage de patients hospitalisés



ETP

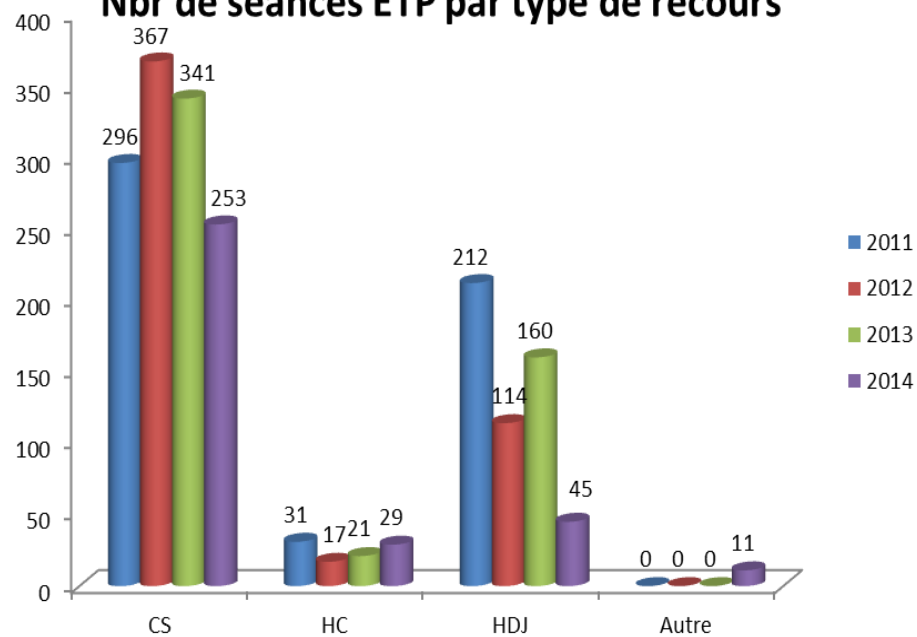
Nbr de séances d'ETP



| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----|------|------|------|------|
| FA | 2797 | 2872 | 2951 | 2733 |

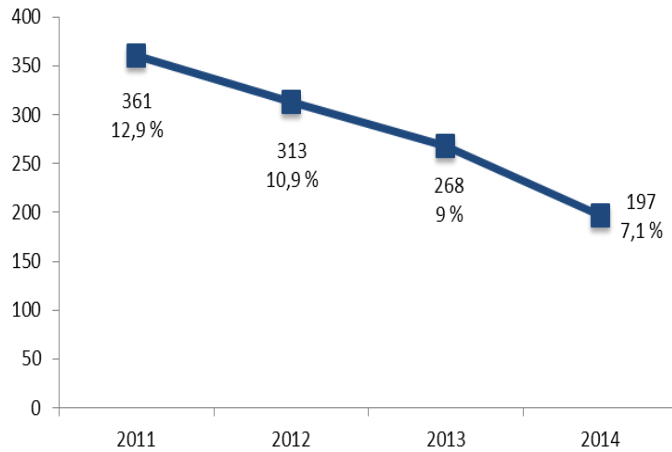
Données jusqu'au 31/8/2014

Nbr de séances ETP par type de recours



ETP

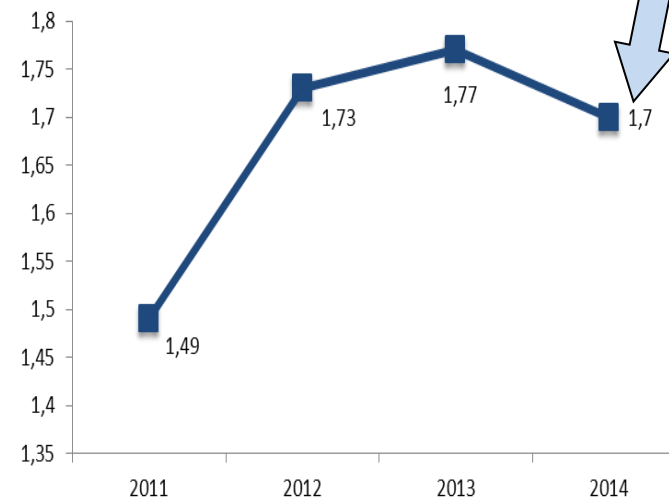
Nbr de patients vus



| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----|------|------|------|------|
| FA | 2797 | 2872 | 2951 | 2733 |

Données jusqu'au 31/8/2014

Nbr de séances par patients



PRATIQUES DE SUIVI (2)

Assistant Social et Psychologue

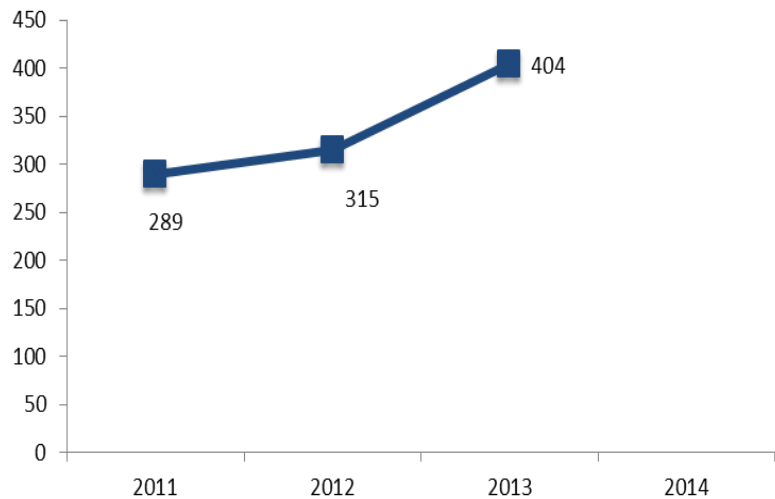
*Super
Assistant social*



k16126432 www.fotosearch.fr

Assitant social

Nombre de patients



| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----|------|------|------|------|
| FA | 2797 | 2872 | 2951 | 2733 |

Psychologue

Nombre de patients

