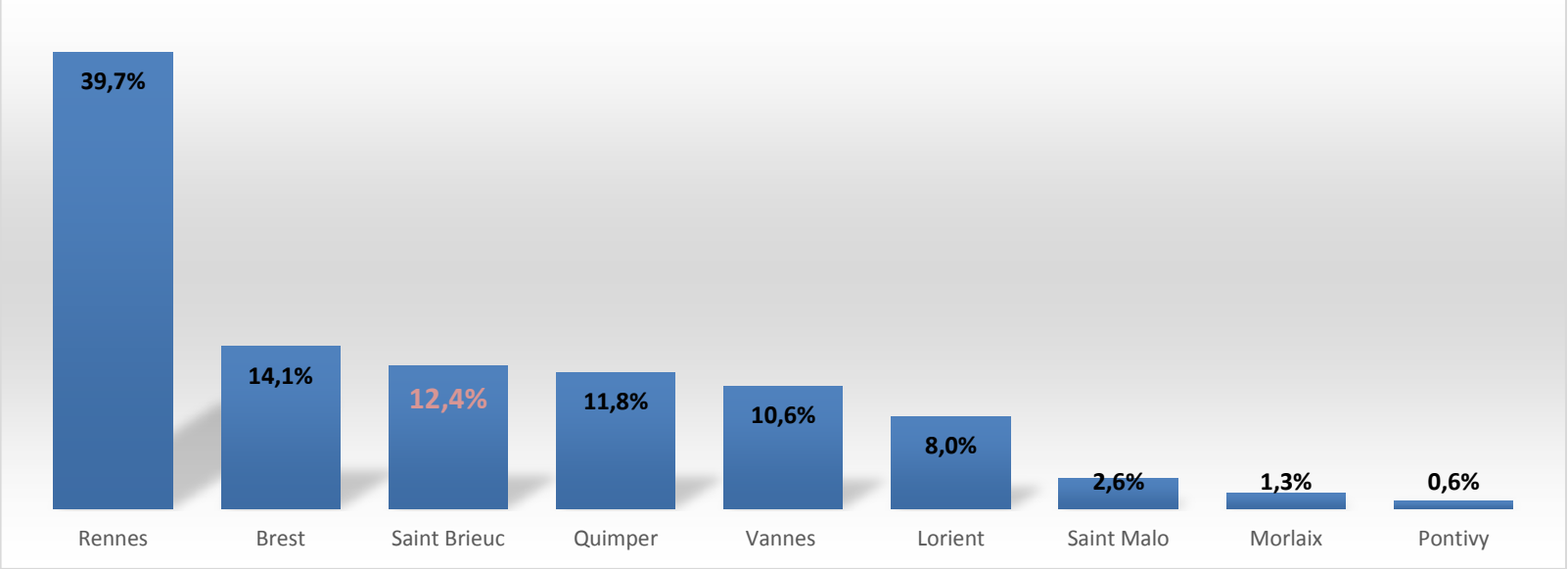
Données médico-épidémiologiques 2018

Département des Côtes d'Armor

Hôpital Yves Le Foll – Centre Hospitalier de Saint-Brieuc
Service des consultations des Maladies Infectieuses

File active du COREVIH

Département	Ville	Centre Hospitalier/service	Nombre de patients/ File active
Côtes d'Armor	**St Brieuc**	**St Brieuc – Centre Hospitalier**	**448**
Finistère	**Brest**	Brest - CHU, la Cavale Blanche/ Médecine Interne	187
		Brest - CHU, la Cavale Blanche/ Maladies infectieuses	319
	Morlaix	Morlaix - Centre hospitalier	47
	Quimper	Quimper - Centre Hospitalier	424
Ille-et-Vilaine	**Rennes**	Rennes - CHU	1432
	St Malo	St Malo - Centre Hospitalier	94
Morbihan	**Lorient**	Lorient - Centre Hospitalier	288
	Vannes	Vannes - Centre Hospitalier	382
	Pontivy	Pontivy - Centre Hospitalier	23
		Total Régional	**3594**

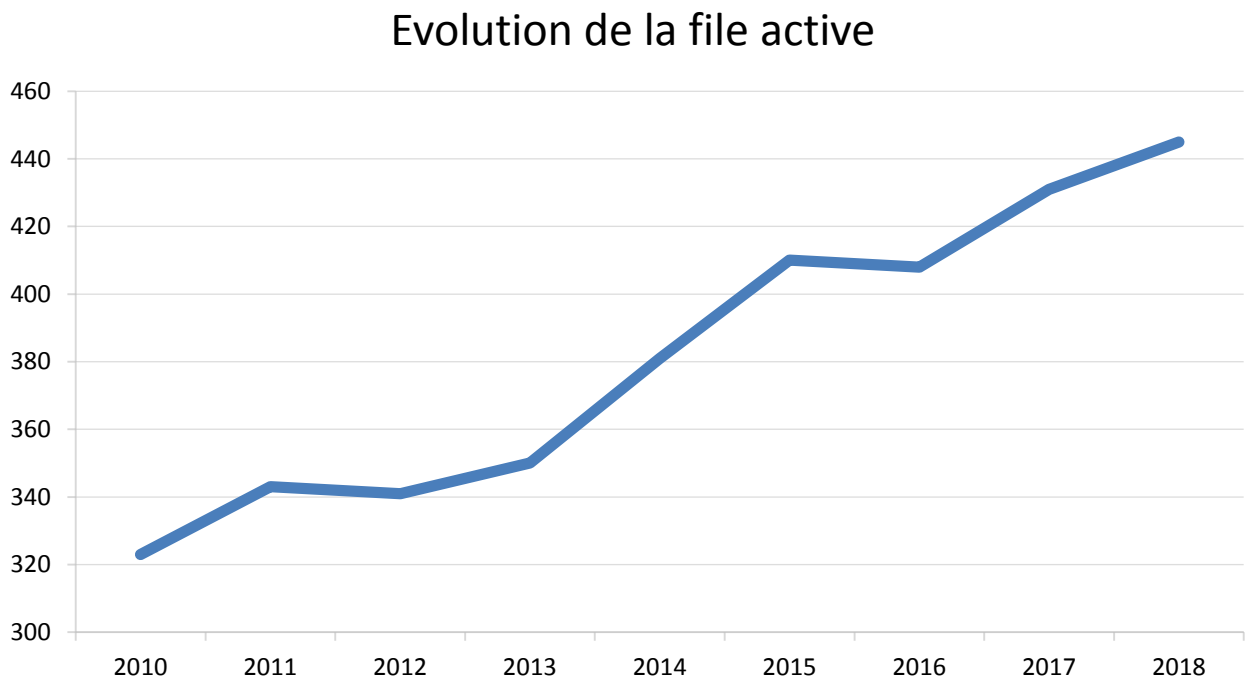


Prise en charge des patients

Activité médicale		
Consultation	**1088**	soit 2,4 CS/patient [1cs –14 cs] Médiane = 2
HDJ	**10**	
Hospitalisation	27	
Participation RCP Dossiers présentés	1 4 (0,9% FA)	

Variation de la file active Saint-Brieuc

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	**2018**
File active	323	343	341	350	381	410	408	431	**448**
Variation	/	6,20%	-0,60%	2,60%	8,80%	7,61%	-0,50%	5,64%	**3,25%**



Age des patients suivis (1)

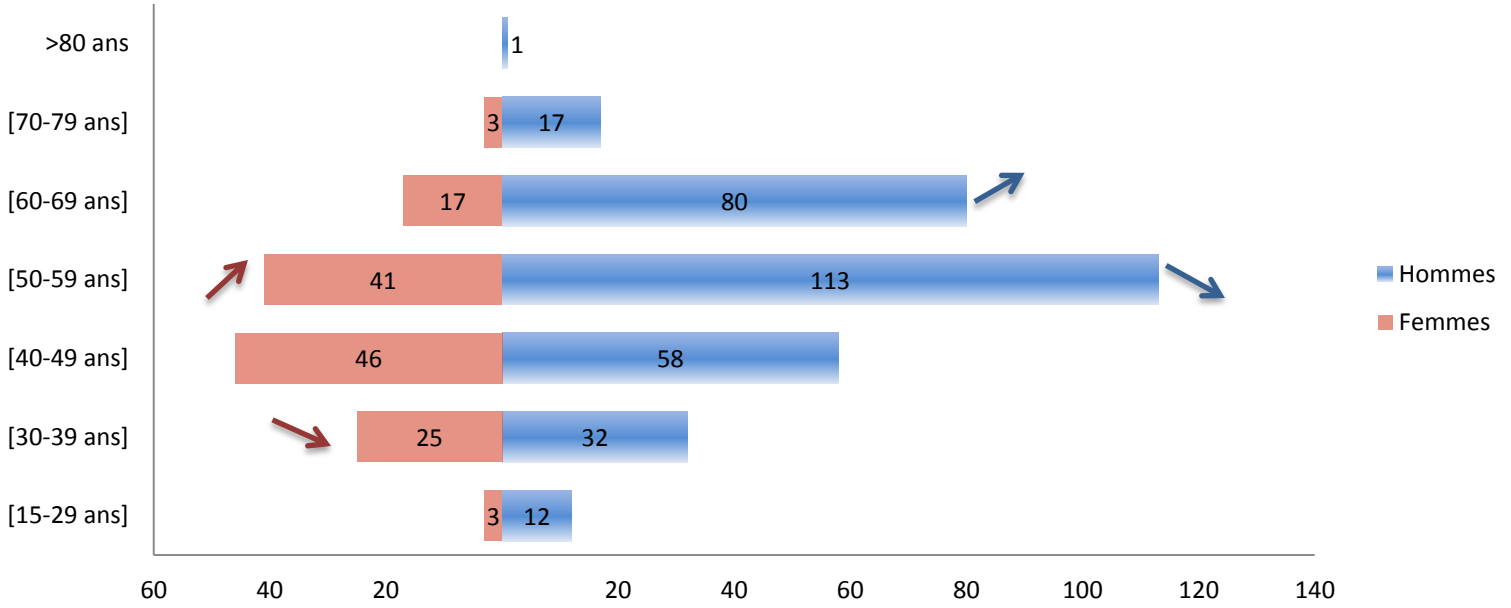
	[15-29 ans]	[30-39 ans]	[40-49 ans]	[50-59 ans]	[60-69 ans]	[70-79 ans]	>80 ans	TOTAL
Femmes	3	25	46	41	17	3	-	135 (30%)
Hommes	12	32	58	113	80	17	1	313 (70%)
Total	15	57	104	154	97	20	1	**448**

Médiane : 53 ans
Moyenne : 51,9 ans
[23 ans – 82 ans]

Médiane femme : 48 ans
Moyenne femme: 48,7 ans
[27 ans – 75 ans]

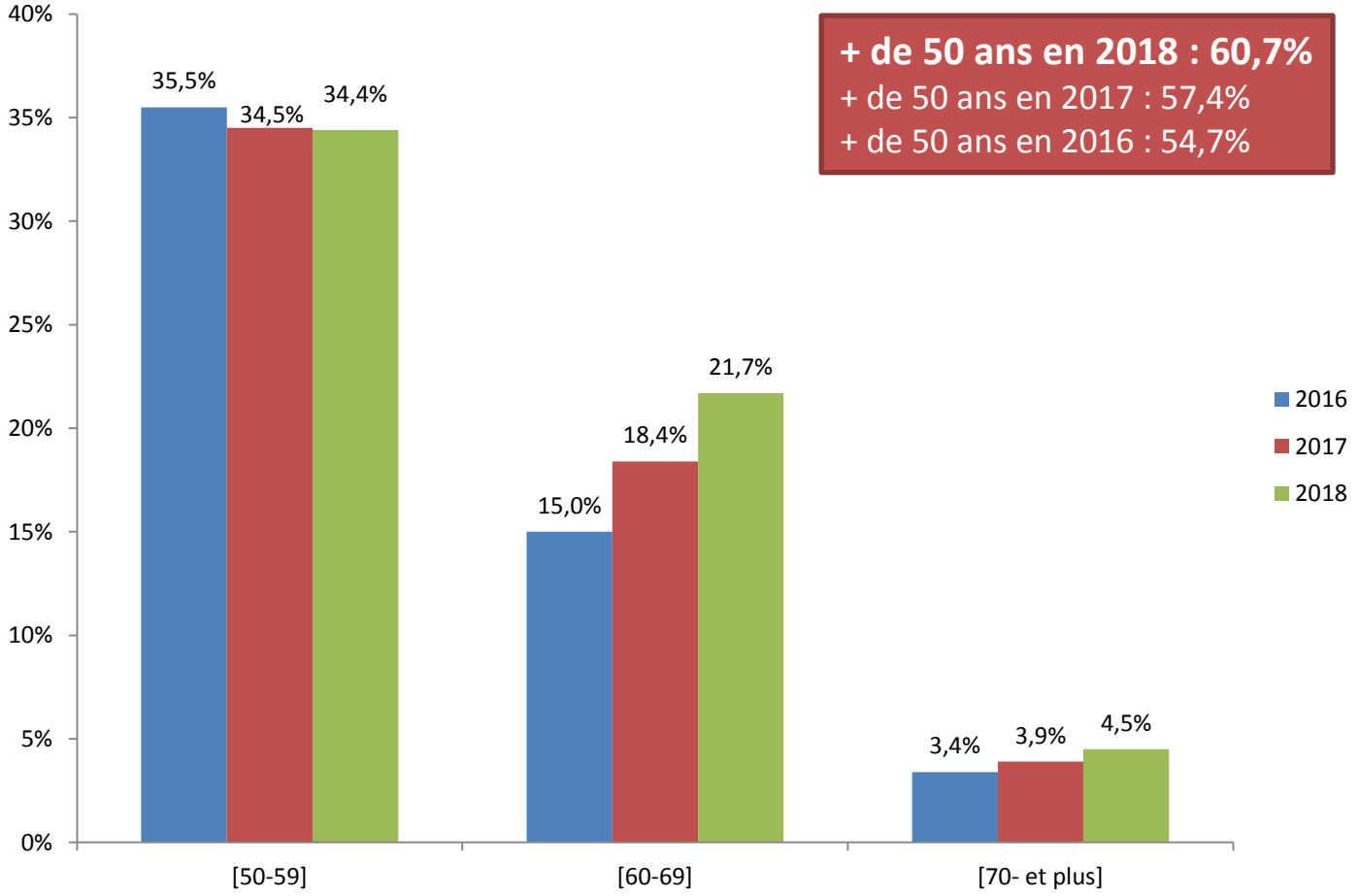
Médiane homme : 54 ans
Moyenne homme: 53,2 ans
[23 ans – 82 ans]

Pyramide des âges des patients

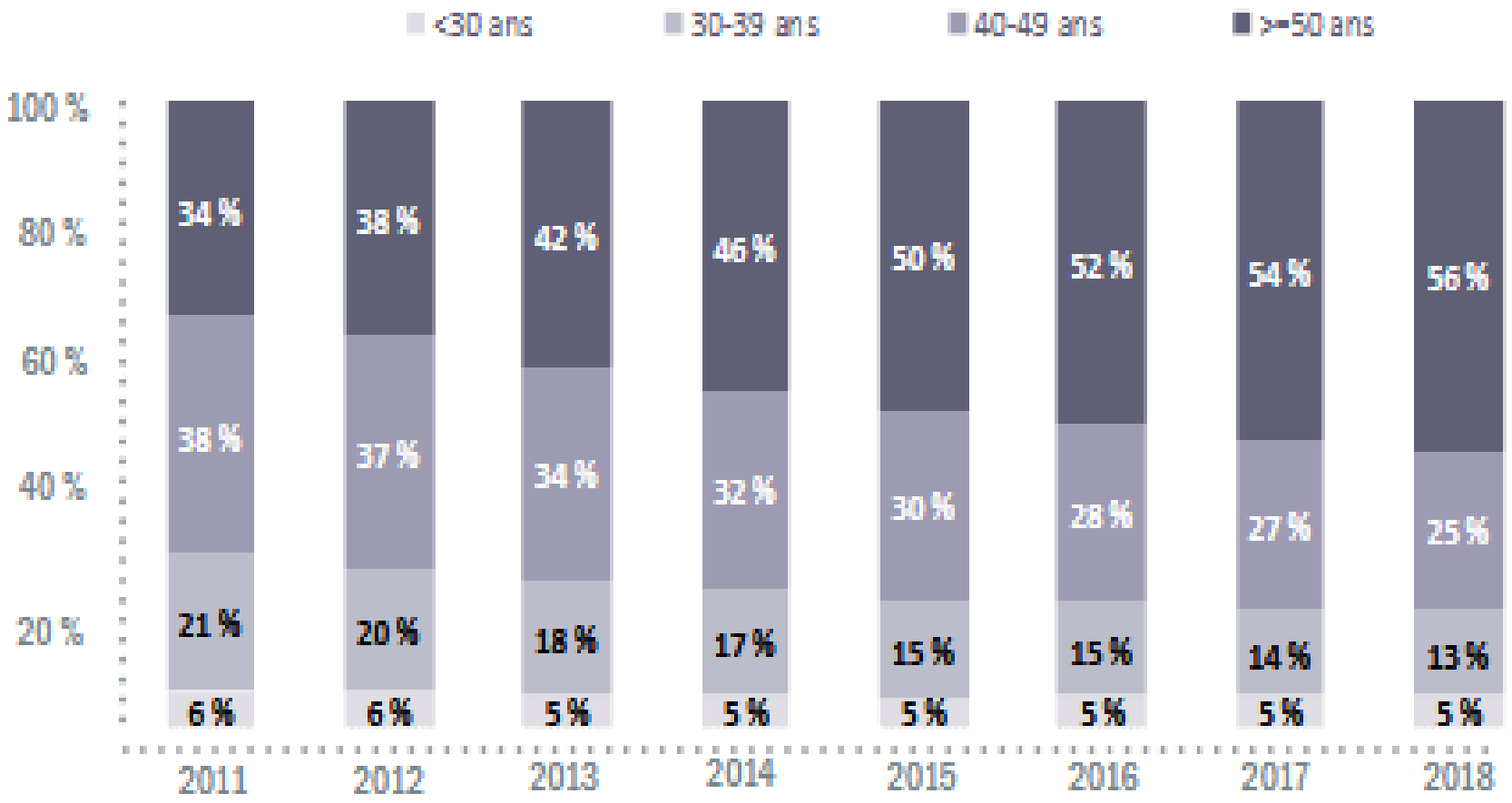


Age des patients suivis (2)

Répartition par tranche d'âge des patients âgés de 50 ans et +



Evolution de la pyramide des âges en Bretagne

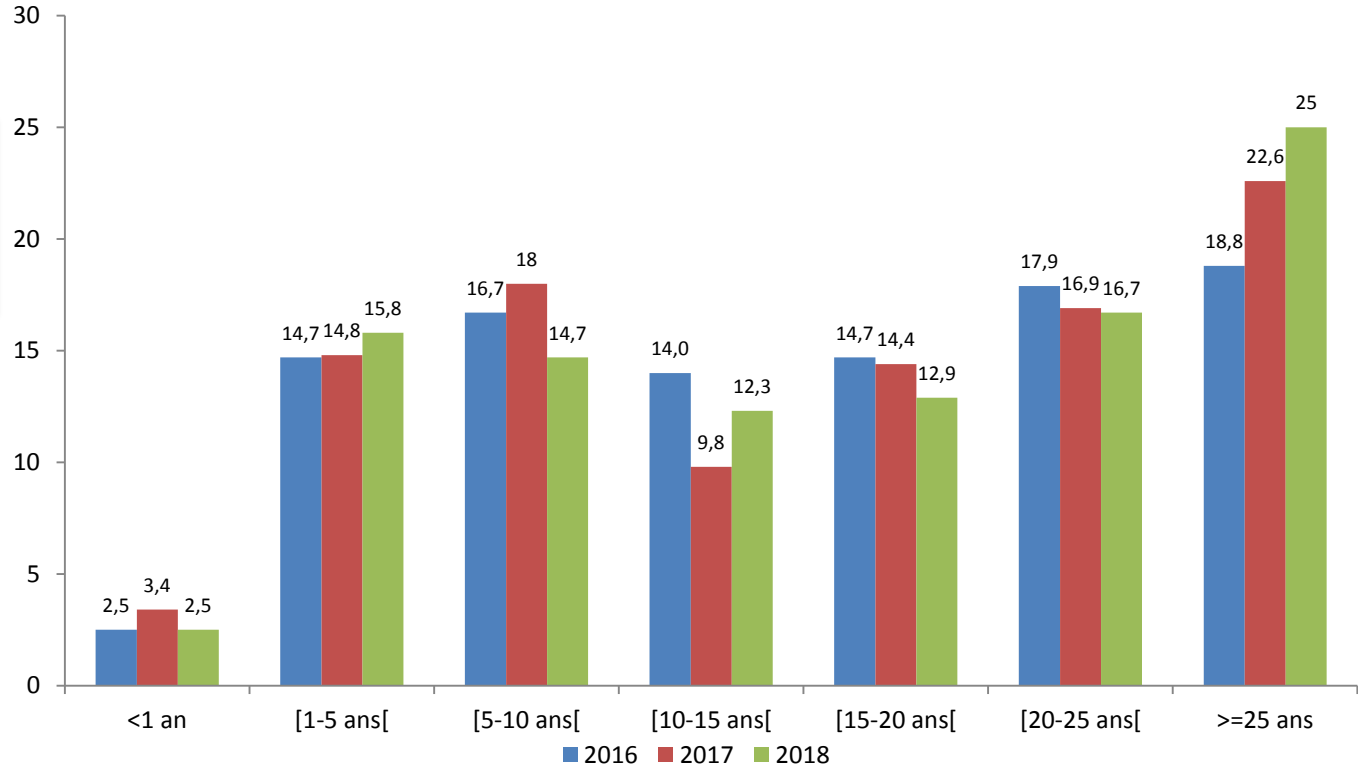


Source : COREVIH Bretagne – File active 2018, exploitation ORS Bretagne

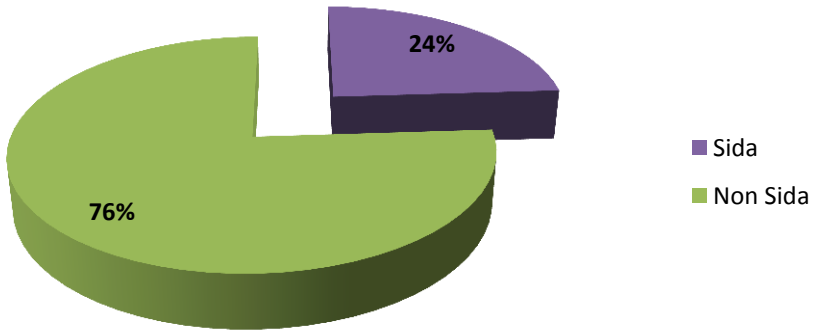
Ancienneté du diagnostic

Max : 35 ans
Médiane : 16 ans
Moyenne : 16,2 ans

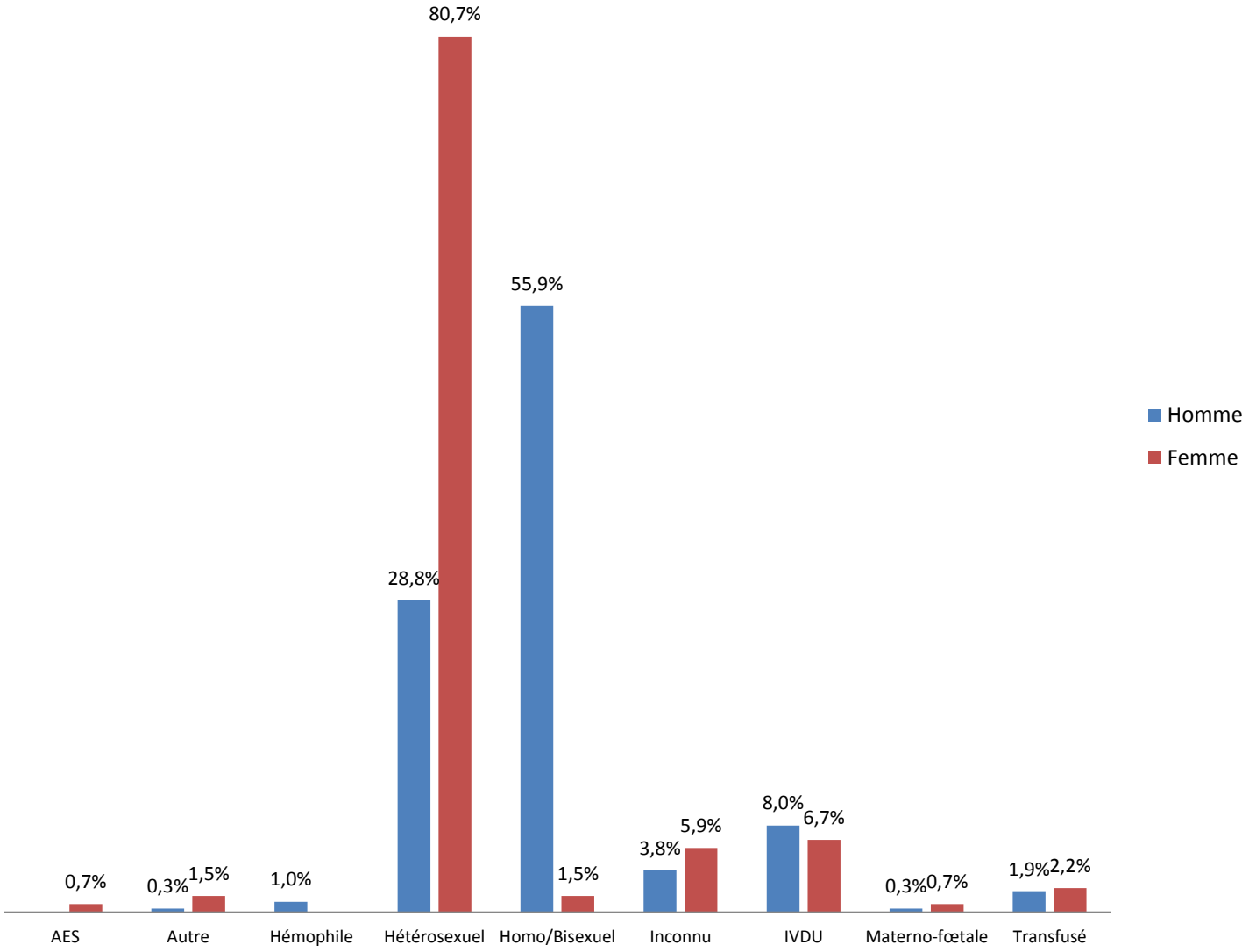
En 2017
Max : 34 ans
Médiane : 16 ans
Moyenne : 15,6 ans



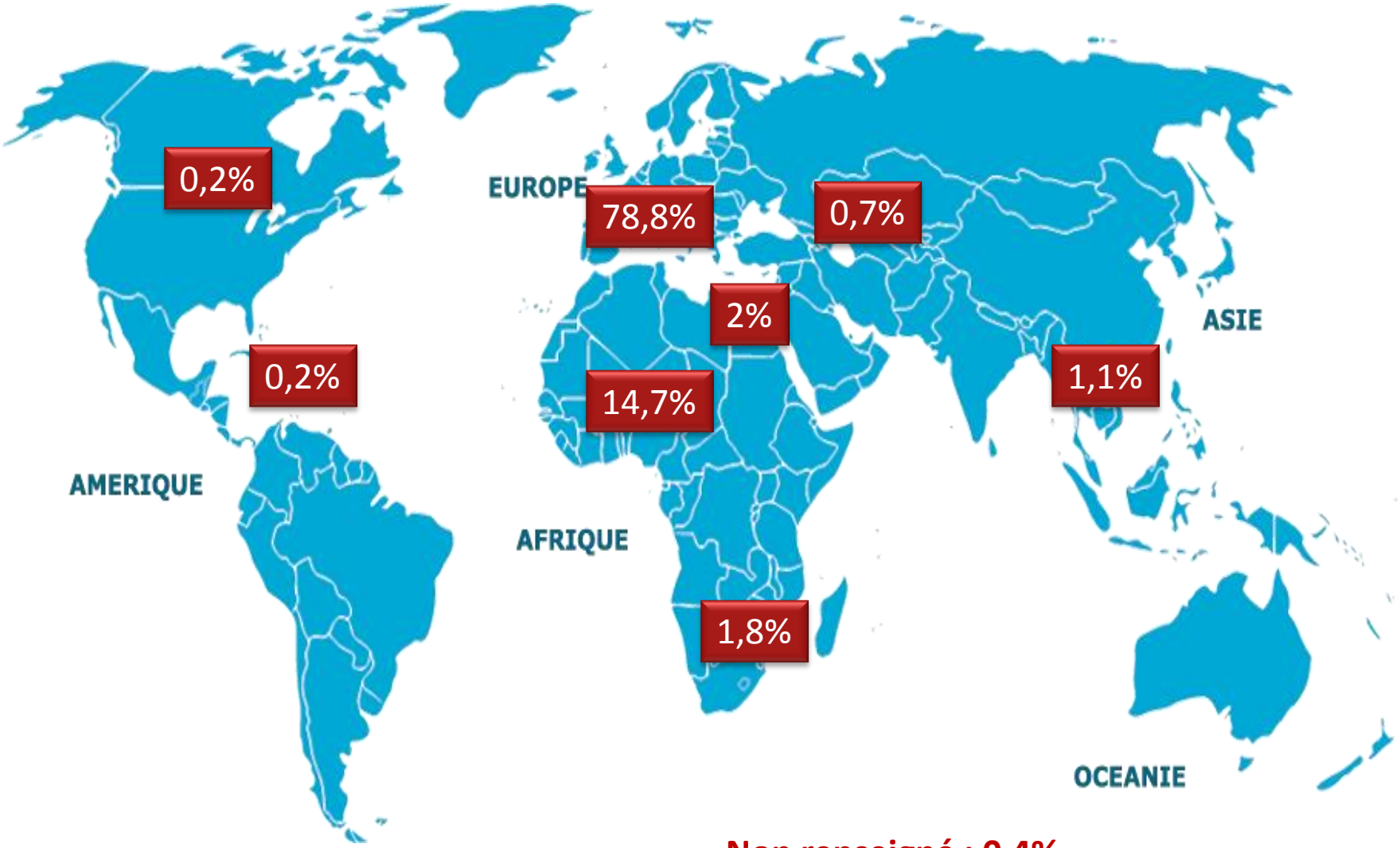
Répartition par stade de la maladie



Modes de contamination



Origine géographique



Non renseigné : 0,4%

Les infections opportunistes classant Sida

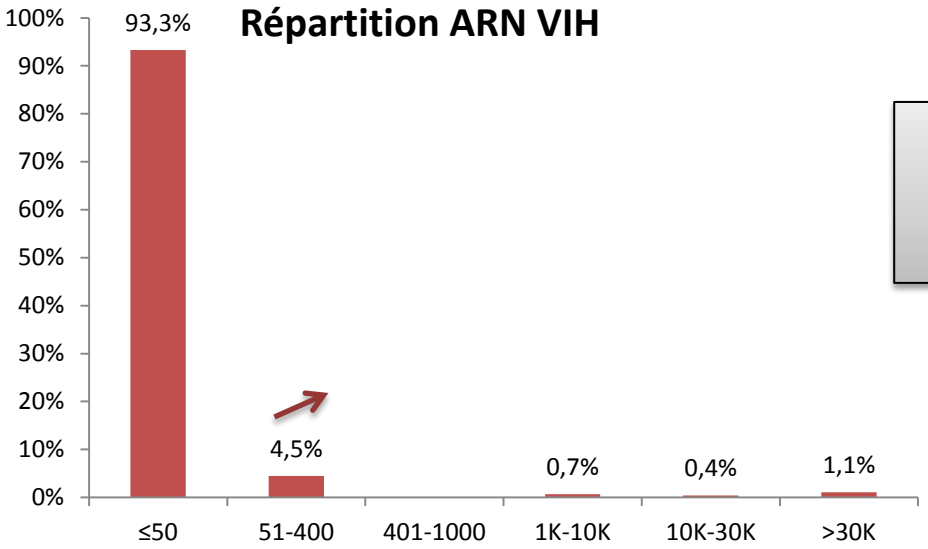
Inaugurales (4) chez 3 patients différents

- 1 lymphome plasmablastique multifocal
- 1 lymphome plasmablastique EBV+ (CD20-)
- 1 Kaposi broncho-pulmonaire
- 1 tuberculose pulmonaire confirmée

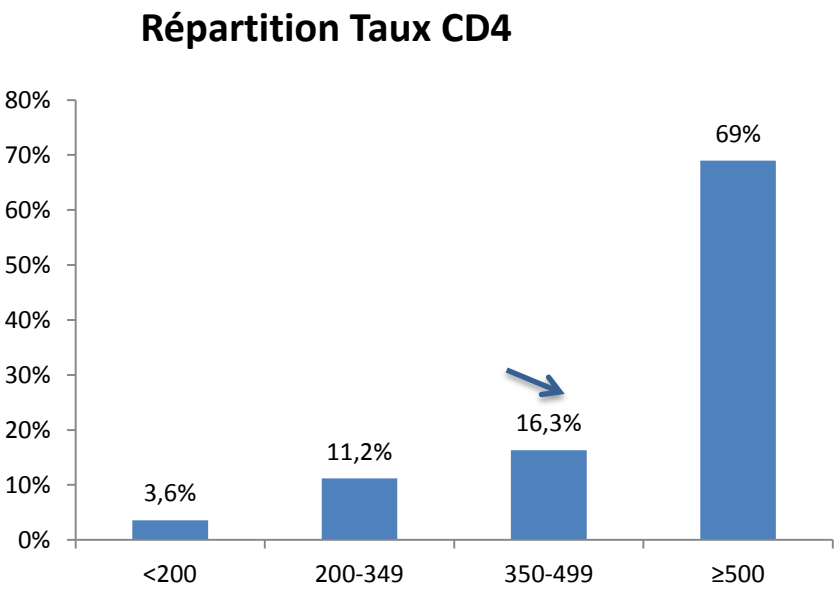
Non inaugurales (3)

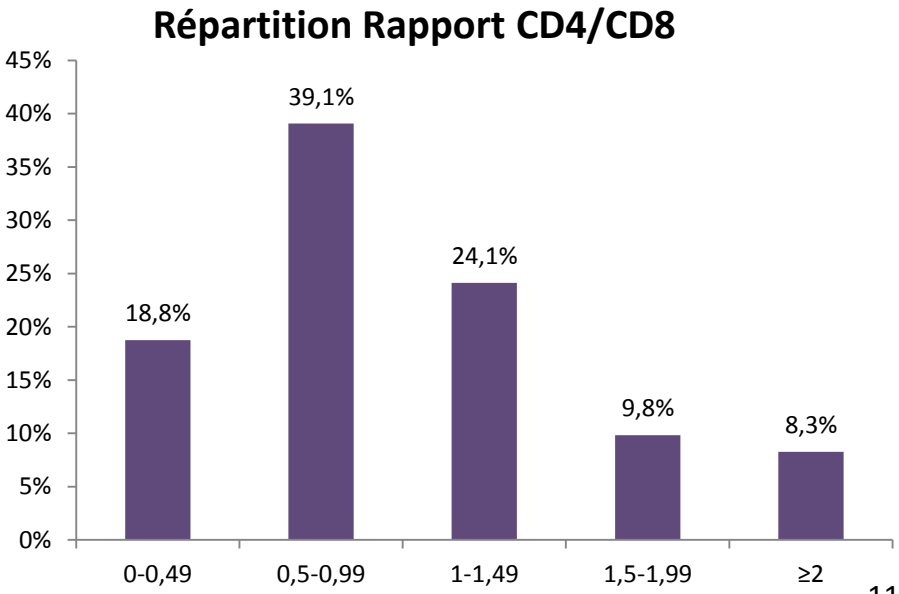
- 1 pneumonie à *Pneumocystis jirovecii*
- 1 candidose oesophagienne
- 1 lymphome à cellules B

Evolution Viro-Clinique des patients



97,8% des patients ont une CV <=1000
En 2017 96,8%



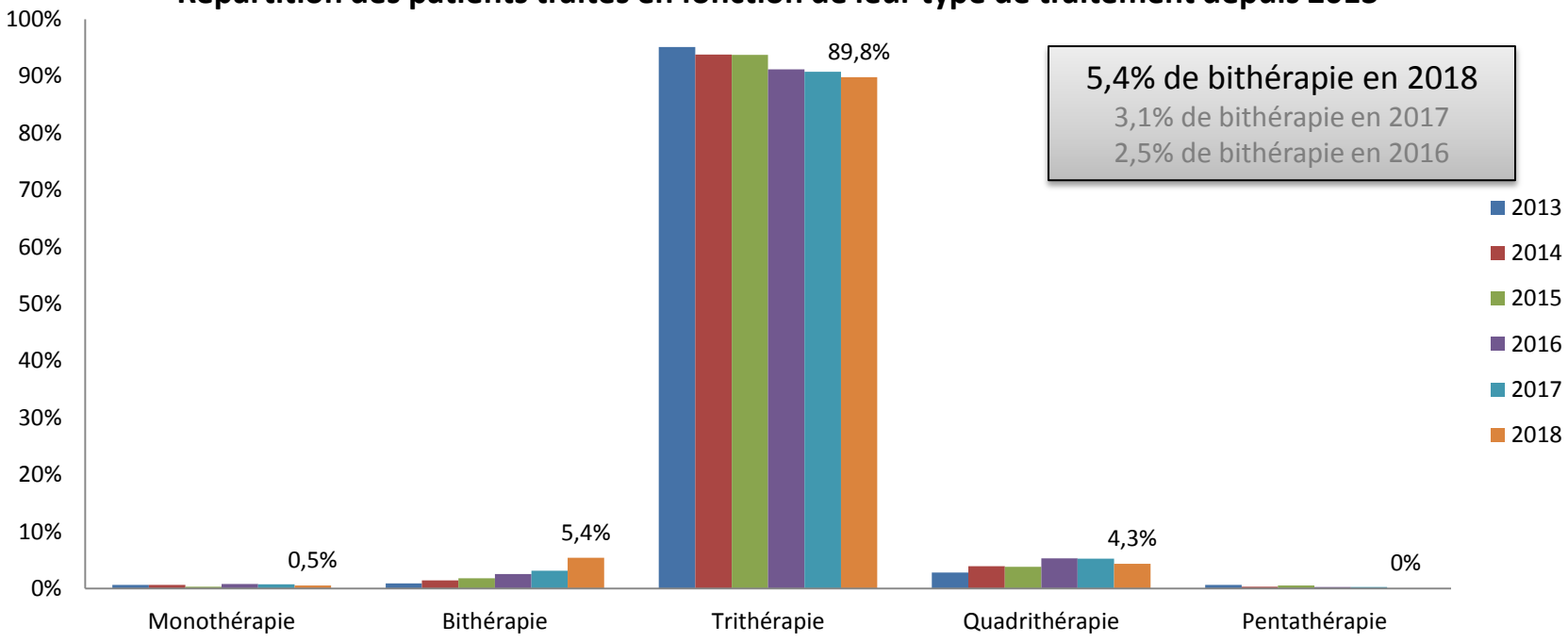


Les traitements ARV (1)

	Naïf de traitement	Non traités (hors naïf)	Traités au 31/12
2018	**3** (1 VIH2 et 2 découvertes fin 2018	**4***	**441** (98,4%)
2017	5	12 (4 décès et 7 arrêts transitoires repris en 2018)	422(96,3%)
2016	6	6	396 (97%)
2015	7	7	396 (96,6%)
2014	15	9	357 (93,7%)
2013	18	6	326 (93,4%)

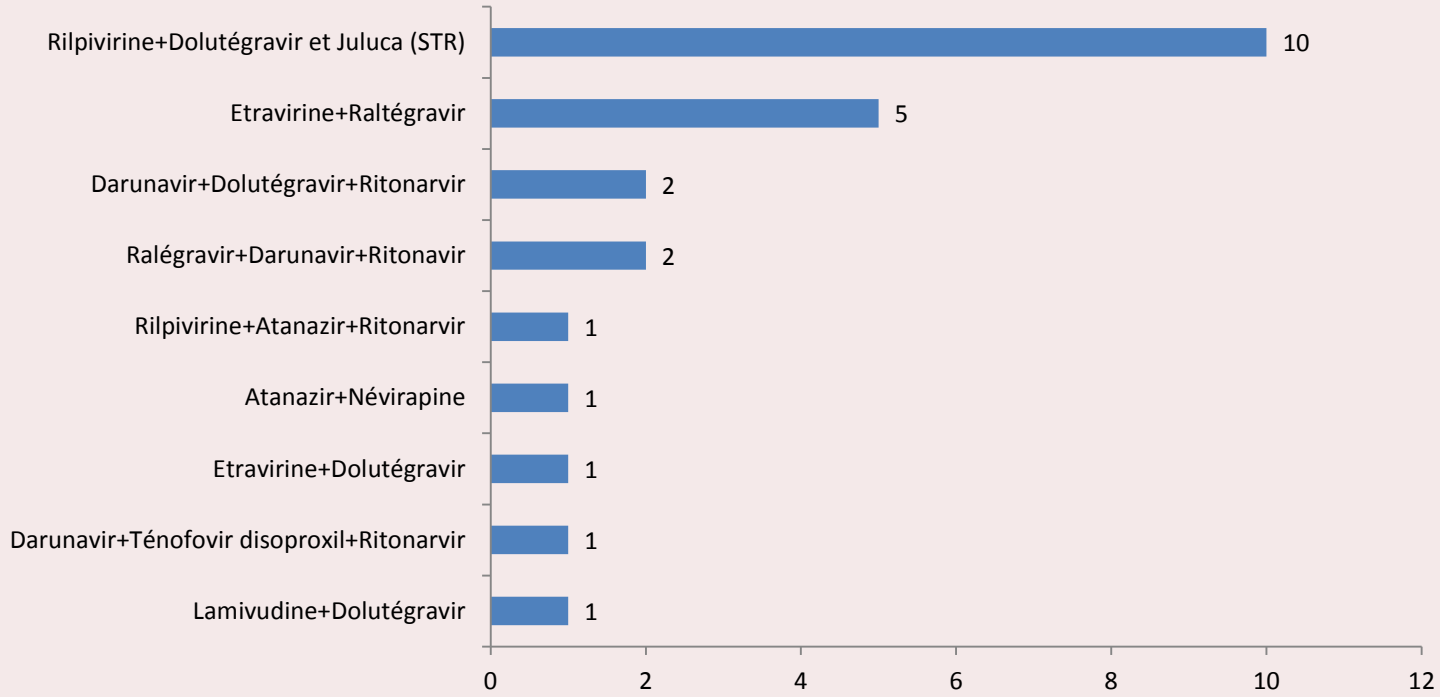
***1 patient en arrêt thérapeutique depuis 2015 et 3 décès**

Répartition des patients traités en fonction de leur type de traitement depuis 2013



Les traitements ARV (2)

Patients suivis traités	441 soit **98,4%** (96,3% en 2017)
Focus sur les monothérapies et bithérapies :	26 Patients (5,9% de la file active traitée soit +2/2017)
Monothérapies Darunavir - Ritonavir	2 (0,5%)
Bithérapies **9** lignes de traitements différentes	**24** (5,4%)

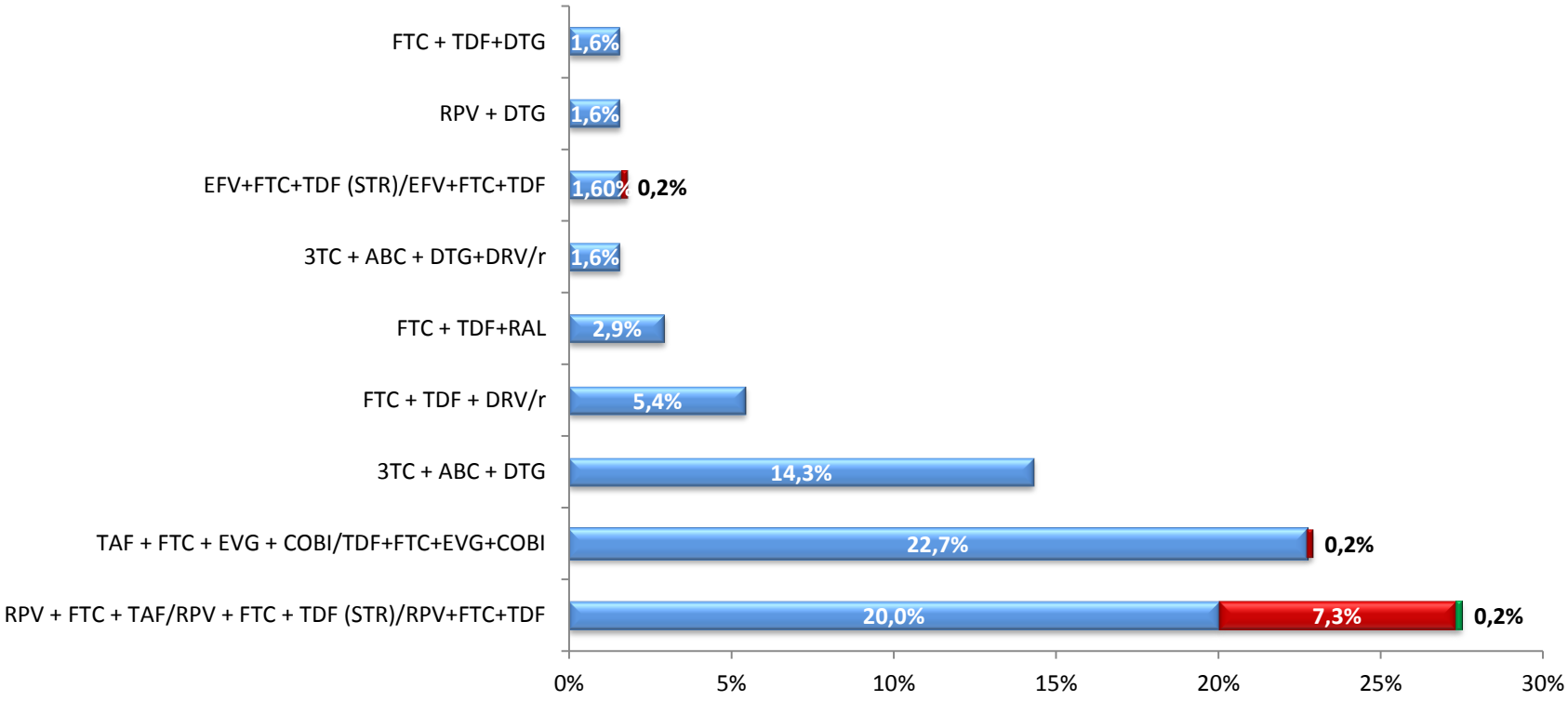


Les associations de traitements

50 lignes de traitements différentes

Les 10 associations de traitements les plus prescrites

351 patients soit 79,6**%** des patients suivis traités

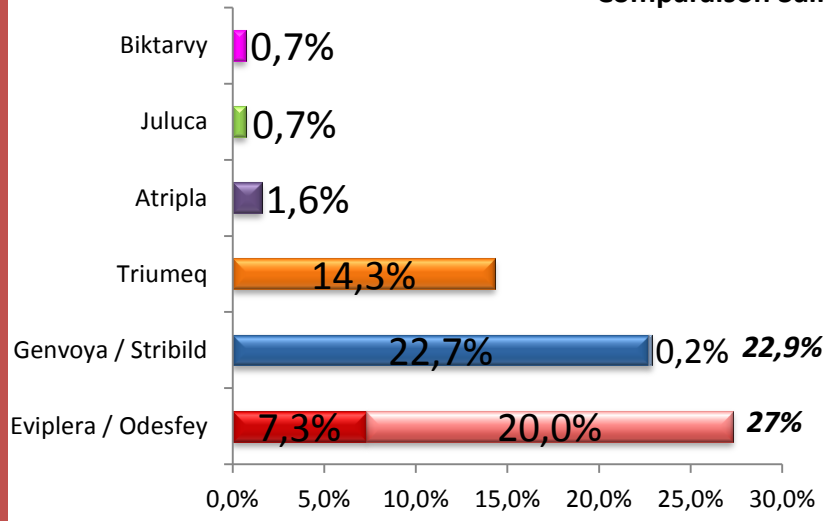


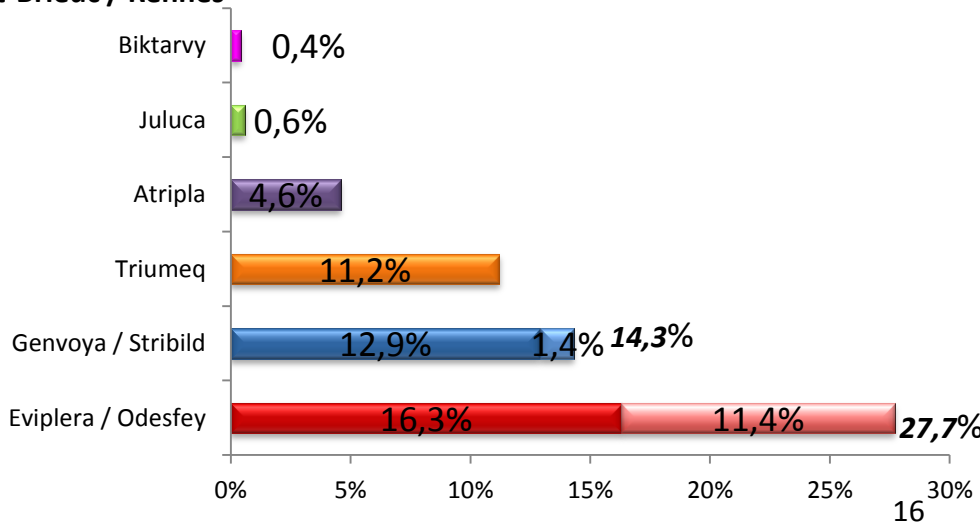
Les monocomprimés

Comparaison Saint-Brieuc / Rennes

	SAINT-BRIEUC			RENNES		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
File active traitée	396(97%)	422 (96,3%)	**441 (98,4%)**	1326(96%)	1350(97,1%)	**1389(97,4%)**
Focus sur le % des patients avec les différents « monocomprimés » parmi la totalité des patients traités :						
Monocomprimés	56%	63,5%	**67,3%**	62,6%	65,5%	**58,9%**
Eviplera	17,9%	21,6%	**7,3%**	32,9%	32,4%	**16,3%**
Triumeq	11,6%	16,4%	**14,3%**	12,1%	14,3%	**11,2%**
Genvoya	/	21,8%	**22,7%**	/	12,2%	**12,9%**
Odefsey	/	/	**20%**	/	/	**11,4%**
Stribild	20,7%	0,7%	**0,2%**	11,5%	2,3%	**1,4%**
Atripla	5,8%	2,8%	**1,6%**	5,8%	4,3%	**4,6%**
Juluca	/	/	**0,7%**	/	/	**0,6%**
Biktarvy	/	/	**0,7%**	/	/	**0,4%**

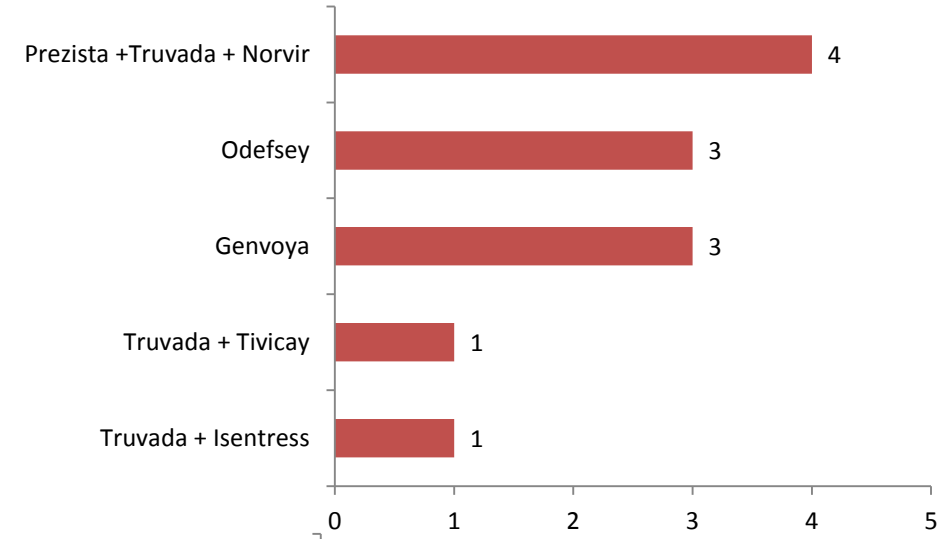
Répartition des prescriptions des « monocomprimés »
Comparaison Saint-Brieuc / Rennes





Inaugurations de traitement en 2018

Comparaison Saint-Brieuc / Rennes

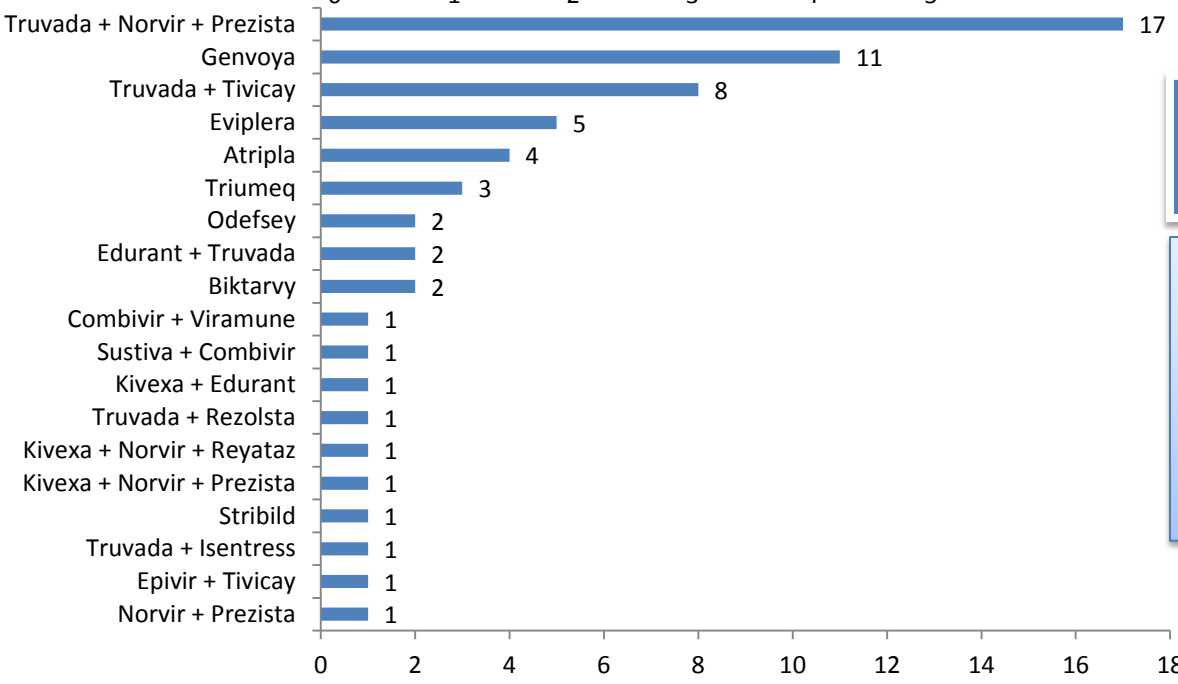


12 initiations de traitement à Saint-Brieuc
6 traitements différents
→ 3,8% de la file active

Max : 67 j
Min : 6 j
Médiane : 14 jours
Moyenne : 23 jours

Calculs faits uniquement pour 10 patients

Délai de mise sous traitement
Moins de 1 mois → 7 patients sur 12
Moins de 6 mois → 3 patients sur 12



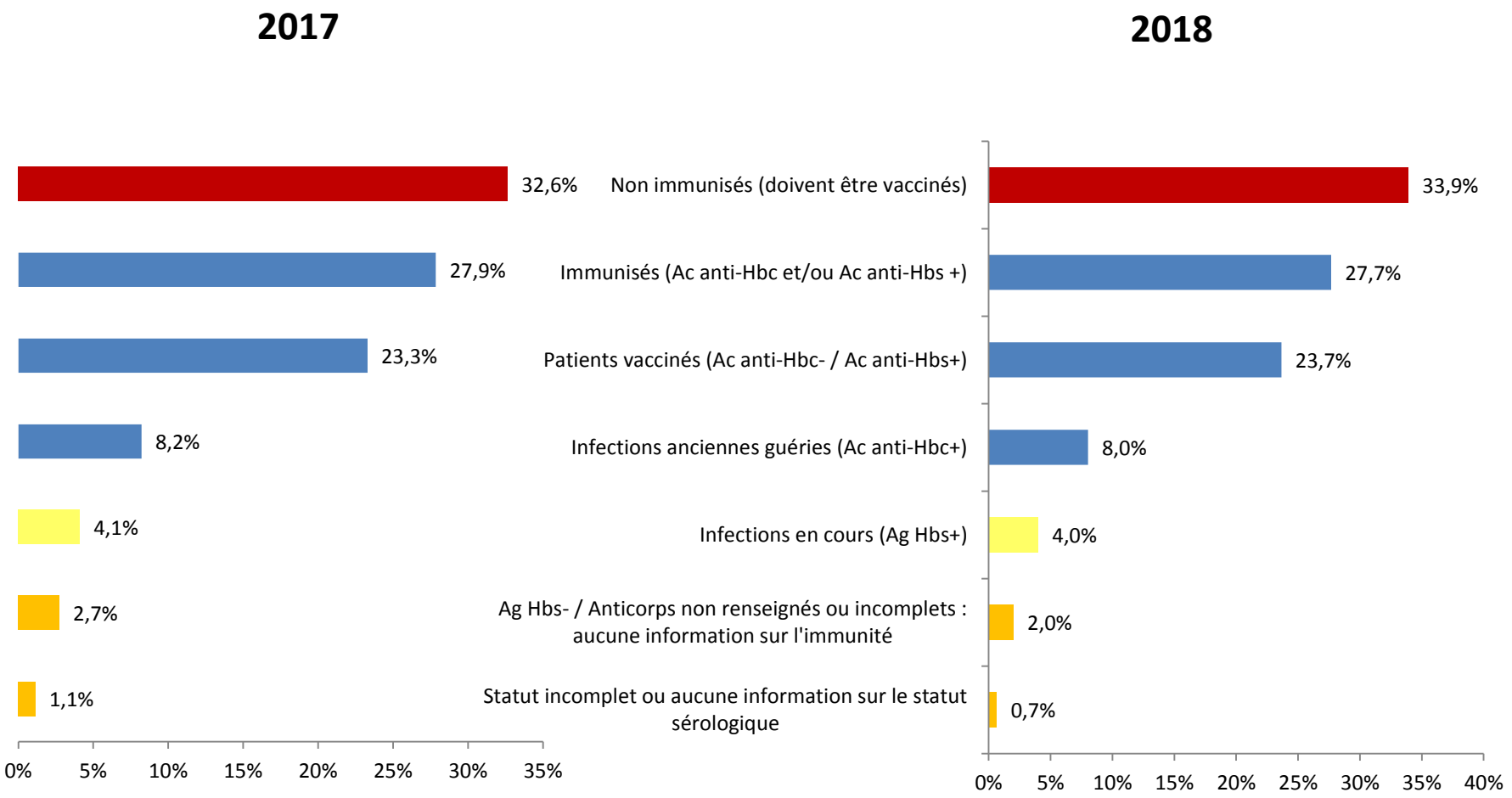
64 initiations de traitement à Rennes
19 traitements différents
→ **4,3%** de la file active

Max : 27,8 ans
Min : le jour même de la CS
Médiane : 27 jours
Moyenne : 2,1 ans

Délai de mise sous traitement

Moins de 1 mois	53%
Moins de 6 mois	75%

Les sérologies VHB



Les co-infections

Nombre de patients co-infectés	**73 (16,3% de la file active)**	
VHC **Co-infections VHC-VHB**	**52** **1**	11,6% de la file active 0,2 % de la file active
Dont nouveaux dépistés VIH	0	
Dont guérison spontanée **Réponse virologique prolongée** Réponse virologique fin de traitement Non répondeur Non traité – manque données	13 35 3 1 1	24,5 % des patients VHC+ **90% des patients traités**
Jamais traité pour le VHC (Hors guérison spontanée)	1	1,9 % des patients VHC+
Traités en 2018	**4**	10,5% des patients traités
VHB	**20**	4,5 % file active
Dont nouveaux dépistés VIH	2	
Traitement VHB		
Monothérapie	**1**	**4,8 %**
3TC	0	
FTC	0	
TDF	1	
		90,5 %
Bithérapie	**19**	
TDF+FTC	**10**	
TAF+FTC	**9**	
Donnée manquante	**1**	

La co-infection VHC

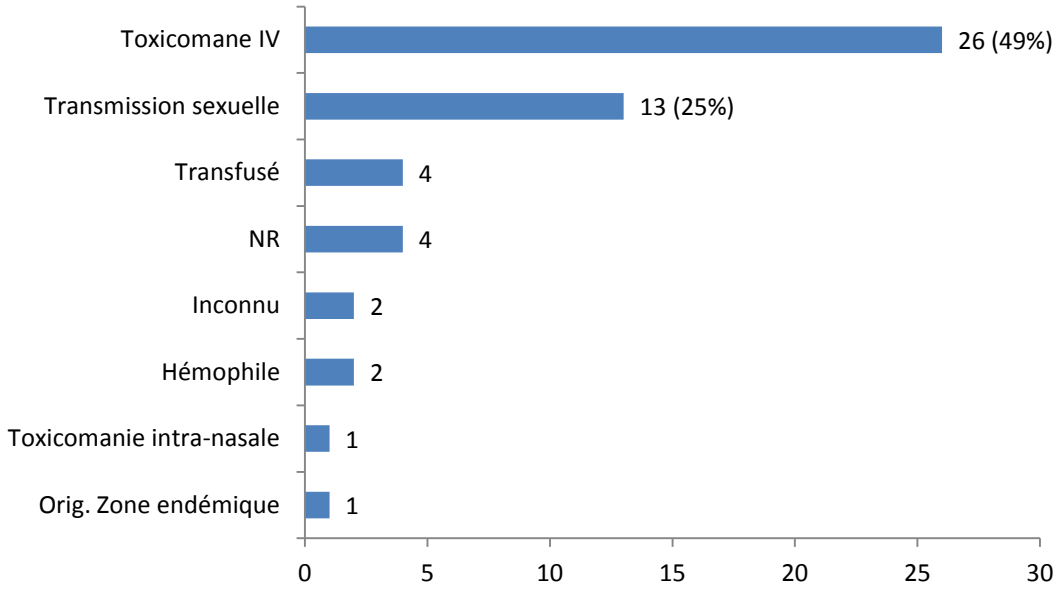
Les traitements prescrits en 2018

Traitement	Nombre de patients
MARIVET	1
EPCLUSA	3
TOTAL patients traités	**4**

3 réponses virologiques prolongées
1 réponse virologique fin de traitement

En 2018 FDR-VHC Patients traités
UDIV **2**
Transmission sexuelle **1**
Origine zone endémique **1**

Mode de contamination des patients VHC



Les nouveaux séropositifs (1)

Les caractéristiques socio-démographiques

Nouvelles découvertes	11 (15 en 2017)	2,5% (3,4% en 2017)
Hommes/Femmes	6H/5F	Sexe ratio 1,2
Age		
		En 2017
15-29 ans	-	5H/1F
30-39 ans	2H/2F	2H/2F
40-49 ans	2H/1F	2H/1F
50-59 ans	1F	1H
60-69 ans	2H/1F	1H
> = 70 ans	-	-
Origine		
Afrique occidentale et centrale	6	
France	3	
Moyen orient et Afrique du Nord	1	
Non renseigné	1	

Les nouveaux séropositifs (2)

Nouvelles découvertes	11	2,5 %
Mode de contamination		
Femmes		En 2017
Hétérosexuel	2	3
Inconnu	3	1
Hommes		
Homo/Bisexuel	2	6
Hétérosexuel	2	4
Inconnu	2	1
Stade de la découverte		
Tardive (Stade Sida ou CD4<200)	6	
Précoce (Primo ou CD4>500)	3	
Niveau immunitaire à la découverte		
<200	6	
200-349	1	
350-499	1	
>500	3	

Les e-Do

- **Déclaration électronique depuis 2017**
  - Plateforme eDO : http://e-do.santepubliquefrance.fr/teleDO/Bienvenue.do
  - Tutoriel ppt : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/e-do-declaration-obligatoire-en-ligne-de-l-infection-par-le-vih-et-du-sida-et-de-la-tuberculose/tutoriels
- **Déclaration à faire pour découverte VIH**
  - Biologiste en l'absence de sérologie antérieure positive **ET** par le clinicien
  - Déclarations (biologiste et clinicien) faite indépendamment
- **Déclaration à faire pour première manifestation SIDA**
  - **Commune si découverte séropositivité au stade SIDA**
- **Déclaration en cas de décès**
- **Objectif 2020 : toutes les déclarations soient faites en électronique**

La mortalité

Nombre de décédés	4 (0,9% de la file active)
Sexe/Age	**3H/1F (46/54/57 /71 ans)**
Motifs	
Tumeur maligne du rein Autres non notifiés	1 3
Antécédents	
Tuberculose pulmonaire et cancer larynx en traitement, hospitalisé pour dyspnée et anorexie Cancer poumon Diabète et obésité morbide	1 1 1
Dernière CV	
Indétectable	4
Habitude de vie	
Fumeur Ex Fumeur Inconnu	2 2 3
Non Buveur Inconnu	2 2
Toxicomanie ancienne Substituée	3 1

La Procréation

Nombre de grossesses au terme et en cours au 31/12/2018	**5 (3,7% des femmes de la file active)**
3 naissances	
Séropositivité connue avant la grossesse	**3**
Césarienne programmée : 3	
CV au cours grossesse - **Indétectable** - **50 – 400 cp/ml**	 **4** **1**
Traitement à l'accouchement (3 accouchements)	
1 Truvada – Prezista - Norvir (TV-DRV-TDF-FTC) **2 Truvada - Isentress (TDF-FTC-RAL)**	
CV la plus proche de l'accouchement	
Indétectables CV [50-400 copies/ml]	**2** **1**
3 Traitement par Retrovir pendant 1 mois des bébés à la naissance 3 statut négatifs	

Les études en recherche clinique en cours

4 études sur St Brieuc

Primo
Ouverture en 1996 en national
Suivi des patients infectés depuis moins de 3 mois par le VIH-1

Début inclusions en 2001
15 inclus – dernière inclusion Octobre 2019
10 patients en cours de suivi fin 2019

Enquête Périnatale Française Reprise en rétrospectif depuis 2015

Femmes VIH-1 et/ou VIH-2

- Surveillance des enfants nés de mères séropositives, l'évolution du taux de transmission et des pratiques préventives en France
- Repérer la survenue de toxicité chez les enfants exposés en période périnatale aux antirétroviraux

- À ce jour : 21 patientes éligibles (requête PMSI)
  - 11 non-oppositions recueillies par infectiologues permettant le suivi de 11 enfants*
  - 5 refus
  - 1 accouchement dans un autre établissement (patiente non comptabilisée)
  - 4 patientes pour lesquelles le recueil de non-opposition est en attente.

*Suivi des mères assuré par Dr Buzelé et suivi des enfants assuré par Dr Le Bail Dantec

Les études en recherche clinique en cours

4 études sur St Brieuc

QUATUOR

Ouverture en 2018 – Fermée aux inclusions

Essai multicentrique, randomisé en 2 groupes parallèles, évaluant la non-infériorité d'un traitement de maintenance à 4 jours consécutifs sur 7 versus la poursuite du traitement antirétroviral en continu, chez des patients en succès thérapeutique sous ARV

2 patients inclus :

passage à 4 jours/7 dès la S48

ALTAR

Centre ouvert en Décembre 2019 - engagement pour 3 patients

Essai randomisé de phase III, ouvert, comparant une stratégie de bithérapie d'analogues nucléosidiques précédée d'une phase d'induction avec une trithérapie à base d'inhibiteur d'intégrase à une stratégie de bithérapie immédiate comportant dolutegravir plus lamivudine chez des personnes vivant avec le VIH, naïves de traitement antirétroviral, ayant une charge virale < à 50 000 copies/mL et des lymphocytes CD4 > 300/mm3

COREVIH BRETAGNE

Merci de votre participation et collaboration