



Recommandations VIH

Clotilde Allavena
SMIT
CHU Nantes

GERICCO, Pornichet le 6 mars 2025

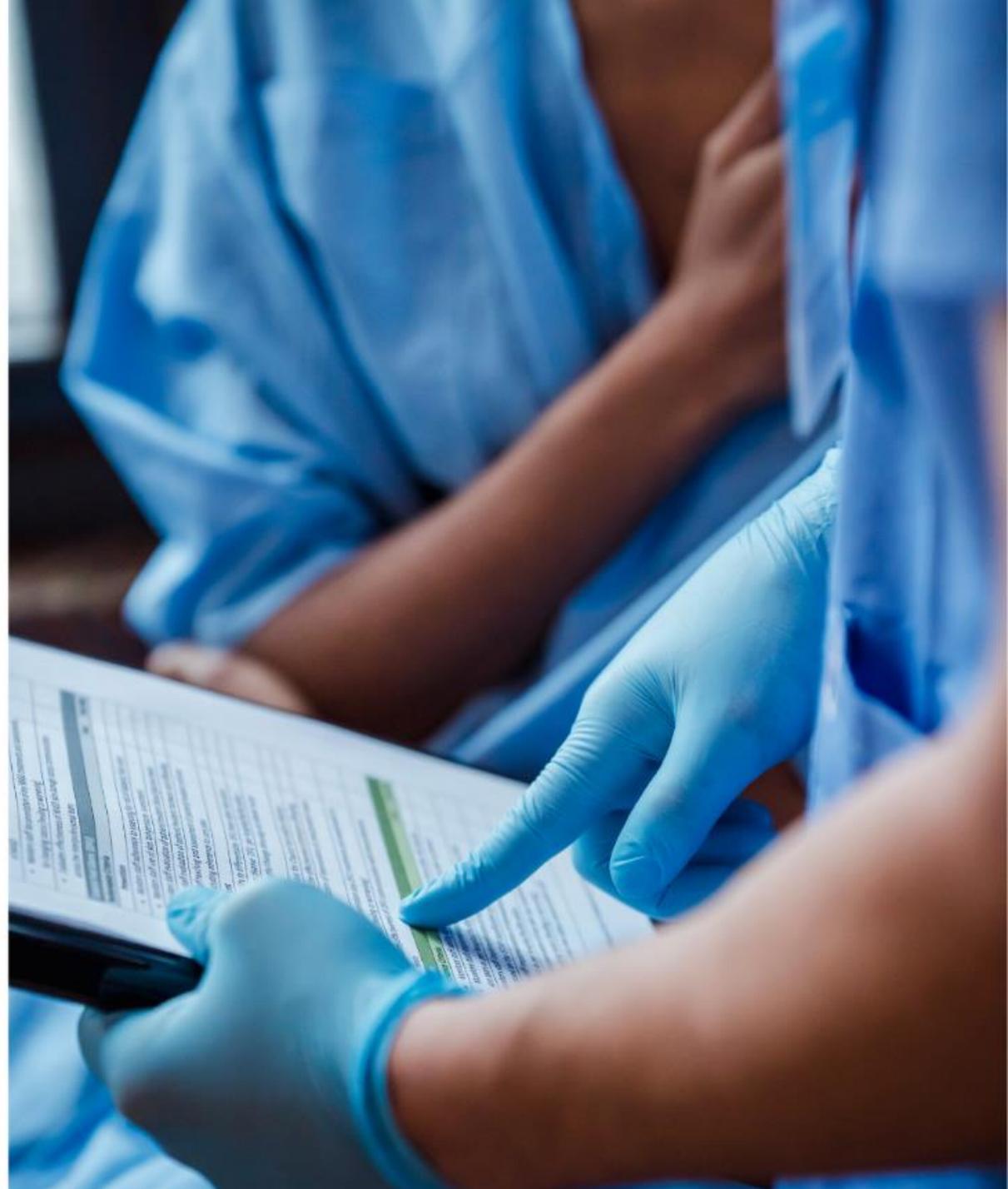
L'ANRS Maladie infectieuses émergentes, par son directeur le Pr Yazdan Yazdanpanah, et le CNS, par sa présidente Nathalie Bajos, ont été missionnés par le ministre des Solidarités et de la Santé pour conduire une actualisation des recommandations françaises de prise en charge du VIH, des hépatites virales, et des IST.

Sous la direction du Pr Pierre Delobel, ces recommandations ont été conduites sous l'égide de l'ANRS MIE et du CNS, mais aussi de la HAS pour les chapitres ayant trait aux aspects de thérapeutique anti-infectieuse, curative et préventive.

Traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH

Nouvelles recommandations de prise en charge

Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH



Quand débiter un traitement antirétroviral chez une personne vivant avec le VIH et présentant une infection chronique et asymptomatique ?

Un traitement ARV doit être débuté et maintenu chez toutes les PVVIH avec une infection chronique et asymptomatique, au mieux **dans les 14 jours** suivant l'annonce du diagnostic de l'infection.

Traitement immédiat

Le jour de la consultation spécialisée initiale

- **Primo-infection**
- **Grossesse au-delà de 24 SA**
- Pratiques à risque élevé de transmission sexuelle aux partenaires
- Demande de la PVVIH

Situation générale

Dans les 14 jours suivant l'annonce du diagnostic

- Initiation après un premier bilan clinico-biologique permettant d'éliminer un déficit immunitaire ou une infection opportuniste nécessitant un traitement différé

Traitement différé

Au-delà de 14 jours après l'annonce du diagnostic

- Évaluation du rapport bénéfice/risque nécessitant le retour de tous les résultats du bilan initial
- Charges virales faibles
- Infection par le VIH-2
- Délai pour se sentir prêt à prendre les ARV
- Besoin ressenti par la PVVIH ou le médecin

Quand débiter un traitement antirétroviral dans des situations particulières ?

- En contexte de primo-infection
 - Traitement immédiat
- En contexte de grossesse
 - Traitement immédiat si terme > 24SA
- En cas d'immunodépression ou d'infection opportuniste
 - Si asymptomatique : traitement ARV + prophylaxies après avoir recherché une infection opportuniste
 - Si infection opportuniste
 - **Début ARV dans les 14 jours** suivant le début du traitement de l'infection, **sauf**
 - Tuberculose neuroméningée : début ARV 4 semaines après le début du traitement de l'infection
 - Cryptococcose neuroméningée : début ARV 4 à 6 semaines après le début du traitement de l'infection
- En cas de co-infection par le VHB ou le VHC
 - La co-infection ne doit pas retarder l'initiation du traitement ARV
- En cas de cancer
 - Le traitement ARV doit être initié dès que possible et prendre en compte le risque d'interactions médicamenteuses.

Quel bilan initial proposer ?

- La réalisation du bilan paraclinique initial, ainsi que l'obtention de ses résultats ne doivent pas retarder l'initiation du traitement ARV en cas d'indication à un traitement immédiat.
- L'obtention du résultat d'un **test de résistance génotypique n'est pas indispensable pour initier** le traitement.
 - Dans ces cas, le taux de résistance primaire du VIH-1 aux ARV choisi doit être faible (<5%)

Intérêt et nécessité des résultats de certains examens du bilan initial pour l'initiation du traitement antirétroviral

<u>Examen biologiques</u>	Résultat avant le début du traitement antirétroviral
Diagnostic confirmé de l'infection à VIH-1	Indispensable
Charge virale plasmatique VIH-1	Recommandé. Si non disponible, choisir un traitement en considérant que la CV est potentiellement >100 000 copies/mL
Numération des lymphocytes T CD4	Recommandé. Si non disponible choisir un traitement en considérant que les lymphocytes T CD4 sont potentiellement <200/μL sauf si absence de lymphopénie sur la NFS. Résultat à obtenir rapidement pour prescrire une prophylaxie
Test de résistance génotypique	Recommandé. Si non disponible choisir un traitement dont le taux de résistance primaire du VIH-1 est faible (<5%)
Statut sérologique VHB (Ag HBs)	Recommandé. Si non disponible, choisir un traitement comportant du ténofovir
NFS, bilan rénal et hépatique	Recommandé. Résultats à obtenir rapidement si traitement débuté avant l'obtention des résultats
HLA B*5701	Recommandé si l'on envisage un traitement par abacavir

Quelle combinaison d'antirétroviraux choisir en première intention en cas d'infection chronique asymptomatique par VIH-1 ?

- Privilégier les combinaisons fixes à comprimé unique quotidien

Associations préférentielles

ABC	3TC	DTG	⚠ HLA B*5701; VHB
TAF	FTC	BIC	
	3TC	DTG	⚠ VHB, CD4 < 200 / μ L, CV > 500 000 cop/mL
TDF	3TC	DOR	⚠ CV > 500 000 cop/mL

INTI	Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse
INNTI	Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

Associations alternatives

TDF	FTC	DTG	
TDF	FTC	RAL	⚠ test génotypique indispensable
TAF	FTC	RPV	⚠ test génotypique indispensable, CD4 < 200 / μ L, CV > 100 000 cop/mL, IPP, prise pendant un repas
TDF	FTC	DRV/r	⚠ interactions médicamenteuses

INI	Inhibiteurs de l'intégrase
IPr	Inhibiteurs de la protéase potentialisés par le ritonavir

Quelles particularités en cas d'infection par VIH-2 ?

- Indication du traitement antirétroviral
 - Avis d'expert recommandé
 - Traitement ARV si :
 - Infection symptomatique
 - Déficit immunitaire
 - Grossesse
 - ARN-VIH-2 > 40 copies/mL et besoin de prévention de la transmission sexuelle
 - Possible de différer le traitement ARV si :
 - Infection asymptomatique, **et**
 - ARN-VIH-2 < 40 copies/mL, **et**
 - Lymphocytes T CD4 > 500/μL, ou diminution de moins de 30 CD4/μL/an, **et**
 - Age < 40 ans, **et**
 - Absence de comorbidité(s)

Quelles particularités en cas d'infection par VIH-2 ?

- Choix du traitement antirétroviral
 - Avis d'expert recommandé
 - Privilégier les combinaisons fixes à comprimé unique quotidien

Comprimé quotidien unique

ABC 3TC DTG

⚠ HLA B*5701; VHB

TAF FTC BIC

Plusieurs comprimés quotidiens

TDF FTC DTG

TDF FTC RAL

⚠ test génotypique indispensable

TDF FTC DRV/r

⚠ interactions médicamenteuses

INTI Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse

INI Inhibiteurs de l'intégrase

IPr Inhibiteurs de la protéase potentialisés par le ritonavir

Adaptation du traitement antirétroviral en situation de succès virologique chez l'adulte vivant avec le VIH



Quelles sont les indications à une modification du traitement ?

- Modification du traitement ARV en succès virologique
 - Améliorer et préserver la qualité de vie de la personne
 - Corriger des effets indésirables
 - Eviter des interactions médicamenteuses, notamment à l'occasion de l'introduction d'un nouveau médicament
 - Adapter le traitement à la survenue d'une grossesse ou d'un désir de grossesse
 - Réduire le coût du traitement
- La poursuite du traitement ARV doit faire l'objet d'une **réévaluation annuelle**, idéalement au cours d'une RCP.
- Les différentes stratégies de simplification et d'allègement doivent être exposées aux personnes éligibles et le choix de la stratégie se fera conjointement entre la PVVIH et son médecin.

Co-infection VIH-VHB et modification du traitement antirétroviral

- **Contrôle de la sérologie VHB**
 - Ancienneté de moins de 6 mois, sauf si vaccination efficace (Ac anti-HBs > 10 mUI/mL isolé).
- Si **infection évolutive à VHB** (Ag HBs et/ou ADN VHB positif),
 - Ne pas interrompre un traitement actif sur le VHB (TDF, TAF, 3TC ou FTC).
 - Si le ténofovir (TDF ou TAF) doit être interrompu
 - Remplacement par de l'entécavir (à double dose en cas d'antécédent de réplication du VHB sous 3TC ou FTC).
 - L'utilisation du 3TC ou du FTC comme unique molécule active contre le VHB n'est pas recommandée.
- Si **infection résolutive à VHB** (Ac anti-HBc positif)
 - Ne pas interrompre un traitement actif sur le VHB (TDF, TAF, 3TC ou FTC).
 - **Si le ténofovir (TDF ou TAF) doit être interrompu :**
 - **Risque élevé de réactivation (notamment traitement par anti-CD20, greffe de moelle osseuse) : relais par entécavir**
 - **Absence de risque élevé de réactivation (absence d'immunodépression ou chimiothérapie classique d'organe solide) : utilisation possible de la 3TC ou FTC comme seule molécule active sur le VHB**
 - Si arrêt de tous les traitements actifs contre le VHB, il est recommandé de surveiller les ALAT +/- l'ADN VHB de façon mensuelle dans les 3 mois suivant l'interruption.
- **Absence de contact antérieur avec la VHB et absence d'immunisation** contre ce virus (Ag HBs, Ac anti-HBs et Ac anti-HBc négatifs)
 - Vaccination contre le VHB.

Quelles sont les stratégies d'adaptation du traitement selon les indications de changement ?

- Simplification et/ou allègement
- Principales stratégies
 - Bithérapies orales
 - Contrôle virologique (6 mois) et absence de résistance actuelle ou antérieure aux molécules proposées
 - DTG/3TC
 - Possibilité de raccourcir le délai de 6 mois
 - Mutation M184V
 - DTG/RPV
 - Mutation E138A
 - Bithérapies injectables avec ARV-LP
 - CAB + RPV
 - Risque d'échec : mutations associées à la résistance à la RPV, le sous-type A6/A1 du VIH-1 et un IMC ≥ 30 kg/m²
 - Phase orale initiale conseillée
 - Trithérapies intermittentes (4 ou 5 jours/7)
 - 12 mois de succès virologique, avec un nadir de lymphocytes T CD4 $> 250/\mu\text{L}$, sans antécédents d'échec ni de mutations de résistance au traitement en cours
 - Suivi clinico-biologique rapproché après changement : 1 mois, 3 mois, 6 mois, 9 mois et 12 mois puis tous les 6 mois.

Quelles particularités en cas d'infection par le VIH-2 ?

- Aucune étude n'a évalué les stratégies d'allègement thérapeutique dans l'infection à VIH-2, en particulier l'association DTG/3TC.
- L'association CAB + RPV ne peut être utilisée dans l'infection VIH-2 en raison de sa résistance naturelle aux INNTI.

Adaptation du traitement antirétroviral en situation d'échec virologique chez l'adulte vivant avec le VIH



Quelles conduites à tenir proposer chez les adultes vivant avec le VIH-1 en échec virologique ?

- Echec avec réplication virale faible
 - Difficultés d'observance, interactions médicamenteuses
- Echec virologique avéré
 - Intervention rapide
 - Absence de mutation de résistance
 - Renforcement de l'observance
 - Modification du traitement pour améliorer la tolérance
 - Présence de mutations de résistance
 - Nouvelle combinaison avec au moins **deux et idéalement trois ARV actifs**, dont au moins un vis-à-vis duquel la **barrière génétique du VIH à la résistance est élevée**.
 - Combinaison d'INI de 2e génération (BIC ou DTG), DRV/r, INTI et/ou INNTI (DOR ou ETR)
 - nouvelles classes thérapeutiques (LEN, FTR, IBA) si nécessaire pour construire une combinaison active
 - La poursuite du 3TC ou du FTC au sein de la combinaison ARV peut être proposée même en cas de mutation de résistance documentée (M184V/I)

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Grossesse et VIH :
désir d'enfant, soins
de la femme
enceinte et
prévention de la
transmission mère-
enfant

Grossesse

Traitements ARV à privilégier

Choix préférentiel, une combinaison de 3 ARV aux posologies adaptées :

2 INTI :

- ABC/3TC (en l'absence d'allèle HLA B*5701 ou de co-infection VHB)
ou
- TDF ou TAF*/FTC ou TDF + 3TC (*dans la combinaison alternative TAF/FTC/RPV)

et un 3^e agent :

- un IP : DRV/r
ou
- un INI : DTG ou RAL

Choix alternatif de 3^e agent : RPV

En cas de début tardif du traitement ARV :

- Prescrire 2 INTI (TDF/FTC ou TDF + 3TC) + 1 INI (DTG ou RAL)
- En cas de traitement d'urgence débuté en cours de travail ou à membranes rompues,
→ ajouter la NVP 200 mg + une perfusion de ZDV dose de charge de 1 mg/kg sur 1 heure, puis 0,5 mg/kg/h.

ARV à éviter

- ARV pour lesquels il n'existe pas à ce jour de données de sécurité suffisantes : Bictegravir, cabotegravir, doravirine, etravirine, fostemsavir, lenacapavir, ainsi que toute molécule en attente d'AMM
- ARV pour lesquels il existe des signaux indiquant un risque de toxicité pour l'enfant : Efavirenz, zidovudine (sauf perfusion à l'accouchement)
- ARV exposant à un sous-dosage sans possibilité d'adaptation de posologie : Elvitegravir/cobicistat ou toute autre utilisation du cobicistat
- ARV injectables faute de données pharmacologiques

Adaptation de traitement chez une femme déjà traitée

- Adapter le traitement ARV en préconceptionnel de préférence
- Poursuivre le traitement, sauf s'il comporte des ARV déconseillés pendant la grossesse, auquel cas discuter l'option de modifier le traitement, sans l'interrompre
 - En cas de traitement intermittent (tel que 4 jours/7), l'intensifier en 7 jours/7
 - Une bithérapie DTG/3TC, DRV/r + 3TC, ou DTG/RPV peut être poursuivie seulement en cas de contrôle virologique soutenu préalable, aux posologies adaptées à la grossesse et en réalisant un suivi pharmacologique des concentrations au 3e trimestre

Prise en charge du nouveau-né

- Traitement prophylactique

- Une prophylaxie postnatale doit être débutée le plus tôt possible chez tous les nouveau-nés de mères VVIH-1

- Scenario optimal ou faible risque : NVP en première intention. En cas d'antécédent de mutation de résistance du virus maternel, le choix d'un traitement alternatif doit se faire en discussion multidisciplinaire
- Risque intermédiaire ou haut risque : ZDV + 3TC + NVP en première intention
- En cas de VIH-2, la prophylaxie chez le nouveau-né n'est pas systématique. La NVP ne doit pas être utilisée, la prophylaxie quand elle est indiquée repose sur une monothérapie de 3TC (ou de ZDV en 2^e intention), ou une combinaison de 3TC + ZDV + RAL en cas de risque élevé (en sachant qu'une valeur de charge virale plasmatique VIH-2 a la même signification qu'aurait 30 fois cette valeur pour VIH-1)

Conditions requises pour envisager l'allaitement au sein par une mère vivant avec le VIH

- Traitement ARV débuté avant la conception ou au 1er trimestre de grossesse
- Historique de suivi régulier, d'observance optimale au traitement ARV et aux visites
- Charge virale maternelle <50 copies/mL avec au moins 6 mois de contrôle virologique
- Engagement de suivi renforcé pendant toute la durée de l'allaitement au sein
- Capacité de l'équipe de réaliser l'accompagnement de la mère et de l'enfant.

→ **Si l'un des critères n'est pas rempli, l'allaitement au sein est formellement déconseillé.**

- **Traitement prophylactique chez le nourrisson en cas d'allaitement au sein**
 - poursuivre la prophylaxie du nourrisson pendant toute la durée de l'allaitement et jusqu'à 15 jours après son arrêt définitif
 - La NVP est à utiliser en 1re intention chez l'enfant de mère vivant avec le VIH-1.
 - Limiter la durée de l'allaitement et ne pas dépasser 6 mois

.....

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

.....

ARGUMENTAIRE

.....

**Parcours de soins
et suivi de l'adulte
vivant avec le VIH**

Bilan initial

- Sérologie VIH : un test ELISA de 4^e génération et de confirmation par Western Blot avec différenciation VIH-1/VIH-2
 - Numération des populations lymphocytaires T CD4/CD8
 - Dosage de l'ARN VIH plasmatique (charge virale VIH)
 - Test génotypique de résistance du VIH (transcriptase inverse, protéase, intégrase) et détermination du sous-type VIH-1
 - Hémogramme avec plaquettes
 - Transaminases, γ GT
 - Créatininémie et estimation du DFG par la méthode CKD-EPI
 - Glycémie à jeun
 - Bilan lipidique : cholestérol total, LDL et HDL, triglycérides
 - Recherche d'une albuminurie par le dosage du rapport albuminurie/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
 - Prélèvements PCR à la recherche d'IST (chlamydia, gonocoque) au niveau anal, urinaire, vaginal, pharyngé à adapter selon l'exposition au risque d'IST.

Tableau 2 : Bilan initial complémentaire en fonction des populations

Bilan initial complémentaire en fonction des populations

<ul style="list-style-type: none">▪ Chez les femmes : consultation gynécologique avec cytologie cervicovaginale à partir de 25 ans et test HPV-16 par PCR à partir de 30 ans
<ul style="list-style-type: none">▪ Chez les HSH de plus de 30 ans ; femmes aux antécédents de lésions précancéreuses vulvaires ou cervicales (HSIL ou CIN2), femmes transplantées depuis plus de 10 ans : PCR HPV-16 anale
<ul style="list-style-type: none">▪ Chez les patients provenant d'une zone d'endémie tuberculeuse et / ou en situation de précarité sociale :<ul style="list-style-type: none">- Radiographie thoracique- Test IGRA pour le dépistage de la tuberculose latente
<ul style="list-style-type: none">▪ Si CD4 <200/μL<ul style="list-style-type: none">- Sérologie de la toxoplasmose- Antigénurie ou antigénémie histoplasmose (si séjour en zone d'endémie et selon disponibilité du test)▪ Si CD4 <100/μL (<i>en plus du bilan ci-dessus pour les CD4<200/μL</i>)<ul style="list-style-type: none">- Dosage de l'antigène cryptococcique- Sérologie CMV et si sérologie positive : PCR CMV et réalisation d'un fond d'œil
<ul style="list-style-type: none">▪ Si traitement par abacavir envisagé : Recherche de l'allèle HLA-B*5701
<ul style="list-style-type: none">▪ Si >50 ans : cf dépistage des comorbidités dans le bilan de suivi

3. Prise en charge thérapeutique

Il est recommandé que le traitement ARV soit mis en œuvre dès que possible, au mieux dans les 14 jours suivant l'annonce du diagnostic de l'infection, en respectant le temps de réflexion du patient, ses possibilités de prendre le traitement et les caractéristiques de l'infection.

3.1. Suivi thérapeutique initial

Le premier traitement ARV doit permettre de rendre la charge virale (CV) <50 copies/mL en 6 mois ⁽²⁶⁾.

Au cours des premiers mois de traitement, il convient de réaliser une mesure de la charge virale plasmatique :

- à M1, date à laquelle la CV doit avoir baissé d'au moins 2 log₁₀ copies/mL;
- à M3, date à laquelle la CV doit être <400 copies/mL;
- à M6, date à laquelle la CV doit être <50 copies/mL.

Des contacts intermédiaires à J15 et M2 (téléphoniques ou en consultation, voire consultation infirmière) pourront être proposés selon les situations individuelles.

Des séances d'ETP(ou de consultations spécifiques d'observance) doivent être proposées dès le diagnostic d'une infection par le VIH, en particulier chez les patients en difficulté prévisionnelle ou avérée d'adhésion au suivi.

3.2. Suivi thérapeutique au long cours

Après l'obtention d'une charge virale indétectable, des visites semestrielles sont recommandées, intercalées avec le bilan annuel de synthèse.

Il est recommandé que le bilan biologique intermédiaire comporte :

Au minimum un dosage de l'ARN VIH plasmatique

Complété selon les cas particulier suivants :

- **Si traitement hépatotoxique ou exposition aux virus des hépatites** (IST/Slam) ou consommation excessive d'alcool ou surpoids ou diabète : transaminases, γ GT
- **Si traitement par TDF ou autre traitement néphrotoxique ou comorbidité** : créatininémie avec estimation du DFG par la méthode CKD-EPI
- **Si CD4 <200/ μ L :**
 - Numération des sous-populations lymphocytaires T CD4/CD8
 - Antigénurie ou antigénémie histoplasmosse (si séjour en zone d'endémie et selon disponibilité du test)
- **Si CD4 <100/ μ L :** (*en plus du bilan ci-dessus pour les CD4<200/ μ L*)
 - Dosage de l'antigène cryptococcique ;
 - Si sérologie CMV positive => PCR CMV => si PCR positive, réalisation d'un fond d'œil
- **En cas d'exposition sexuelle à risque, ou de manifestations cliniques et/ou biologiques compatibles avec une IST** (suivi à intensifier en fonction du contexte) :
 - Dépistage des IST à chlamydia et gonocoque par PCR au niveau anal, urétral, vaginal et/ou pharyngé
 - Sérologie syphilis
 - Sérologie VHC (ou ARN VHC si sérologie antérieure positive) en cas d'exposition à risque

3.3. Bilan annuel

Il est recommandé que le bilan annuel d'une PVVIH comporte :

De façon systématique

- Interrogatoire à la recherche des événements de santé de l'année, des comédications, et des risques d'exposition aux hépatites virales et IST
- Discussion sur la vie personnelle, sexuelle et affective, des difficultés éventuelles de prévention de la transmission du VIH, du désir d'enfant
- Réévaluation de la situation sociale et du statut professionnel le cas échéant
- Réévaluation du statut vaccinal
- Bilan de l'hygiène de vie : diététique et activité physique (activité soutenue 30 min par jour en continu si possible ou 1 h 3 fois par semaine)
- Repérage et prise en charge du tabagisme (test de Fagerström) le cas échéant, d'une consommation d'alcool excessive (AUDIT-C AUDIT), d'autres addictions (dont le chemsex) ou de la prise de toxiques occasionnelles
- Dépistage de la dépression, si besoin au moyen d'outils validés [questionnaire PHQ9 ou auto-questionnaire CES-D]
- Recueil des PRO* (exemple : consommation alcool, tabac, toxiques, score EPICE, effets secondaires, douleur, sommeil, santé mentale, éléments de qualité de vie)
- Examen clinique complet, incluant la courbe de poids, la cavité buccale et l'état bucco-dentaire et la recherche de lipodystrophie
- Analyse critique pour optimisation du traitement en cours : résultats [efficacité, effets indésirables] et proposition, le cas échéant, d'adaptation thérapeutique en tenant compte de la mise à disposition des génériques, des nouvelles associations, des nouvelles molécules disponibles

De façon conditionnelle en fonction de l'âge, des facteurs de risque et/ou des comorbidités

- Évaluation du **risque cardiovasculaire** selon l'algorithme SCORE2 et SCORE2-OP* tous les 5 ans (à partir de 40 ans chez les hommes, 50 ans chez les femmes)
- Dépistage de l'**ostéoporose** chez la femme ménopausée, l'homme >60 ans ou si facteurs de risque
- Dépistage des **troubles cognitifs** tous les 5 ans (questionnaire de plainte cognitive et MoCA à partir de 60 ans)
- **Evaluation gériatrique** tous les 1 à 2 ans à partir de 70 ans : recherche de dénutrition (courbe de poids, albuminémie) ; évaluation des fragilités, chute,
- Dépistage des **cancers** : selon le calendrier spécifique aux PVVIH

3.3. Bilan annuel

Bilan biologique

Tableau 6 : Bilan biologique annuel de synthèse d'une PVVIH sous traitement ARV

De façon systématique

- Dosage de l'ARN VIH plasmatique
- NFS plaquettes
- Numération des sous-populations lymphocytaires T CD4 et CD8. Cette numération peut être réalisée tous les deux ans si l'ARN VIH est <50 copies/mL sur la période et si les derniers CD4 sont >500/ μ L. Transaminases, gamma-GT
- Créatininémie avec estimation du DFG par la méthode CKD-EPI
- Rapport albuminurie/créatininurie sur échantillon
- Si prise de TDF : phosphorémie et rapport protéinurie/créatininurie sur échantillon

De façon conditionnelle, bilan métabolique à jeun :

- **Bilan lipidique** (triglycérides, cholestérol total, HDL et LDL-cholestérol) :
 - 6 mois après l'initiation ou la modification d'un traitement ARV (si normal, à renouveler tous les 5 ans lors de l'évaluation du risque cardiovasculaire par l'équation SCORE2 SCORE2-OP)
 - Si prise de poids, survenue d'une lipohypertrophie, BMI >30, apparition d'un autre facteur de risque cardiovasculaire : HTA, diabète, tabagisme, insuffisance rénale chronique modérée à sévère
 - Si survenue d'un évènement cardiovasculaire
 - Si antécédent familial de maladie cardiovasculaire précoce avant 55 ans chez un parent du premier degré de sexe masculin ou avant 65 ans chez un parent du premier degré de sexe féminin
 - Et 1 à 3 mois après une intervention thérapeutique visant à abaisser le LDLc
- **Glycémie** (à partir de 45 ans), à renouveler tous les 3 à 5 ans si initialement normal ou selon les indications du bilan lipidique ci-dessus
- **Albuminémie** (à partir de 70 ans), à renouveler tous les 2 à 5 ans lors de l'évaluation gériatrique

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

Dépistage et prise
en charge des
comorbidités chez
l'adulte vivant avec
le VIH

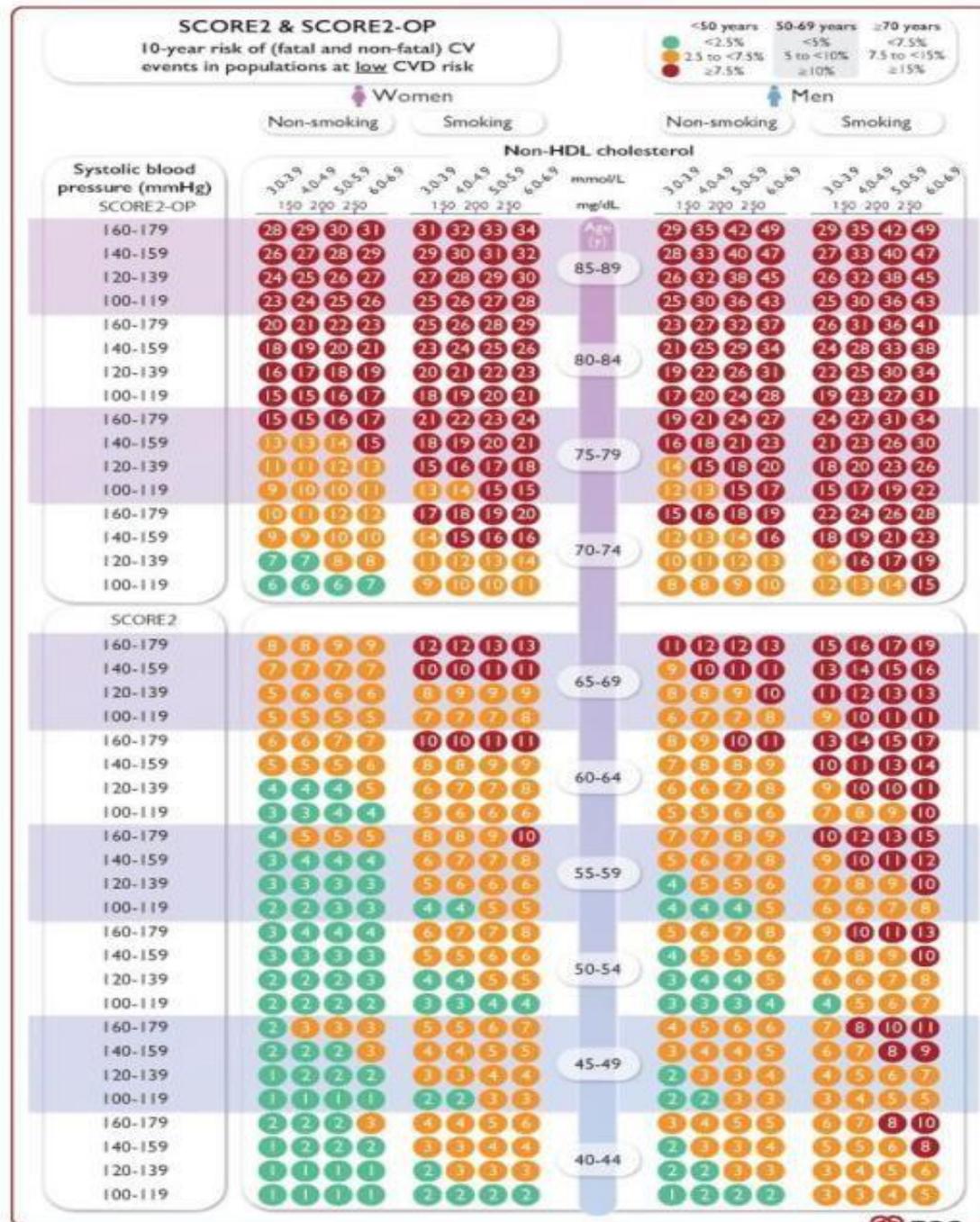
1. Prévention du risque cardiovasculaire

Score de risque d'évènement cardiovasculaire

La société Européenne de cardiologie ainsi que l'EACS recommandent l'utilisation du Systématique COronary Risk Evaluation (SCORE, récemment actualisé : SCORE2 et SCORE2-OP) [29] (lien du site <https://u-prevent.com/calculators> et QR code du site U-PREVENT pour la mesure du risque cardiovasculaire selon SCORE 2).



<https://u-prevent.com/calculators>



1. Prévention du risque cardiovasculaire

Tableau 2 : PVVIH à haut ou très haut risque cardiovasculaire (CV)

Les sujets à haut risque sont ceux avec :

- un SCORE2 entre 2,5 et 15% selon l'âge (voir figure 2)
- ou une hypercholestérolémie familiale génétique
- ou un diabète sans atteinte d'organe
- ou d'autres facteurs de risque ou facteurs aggravants

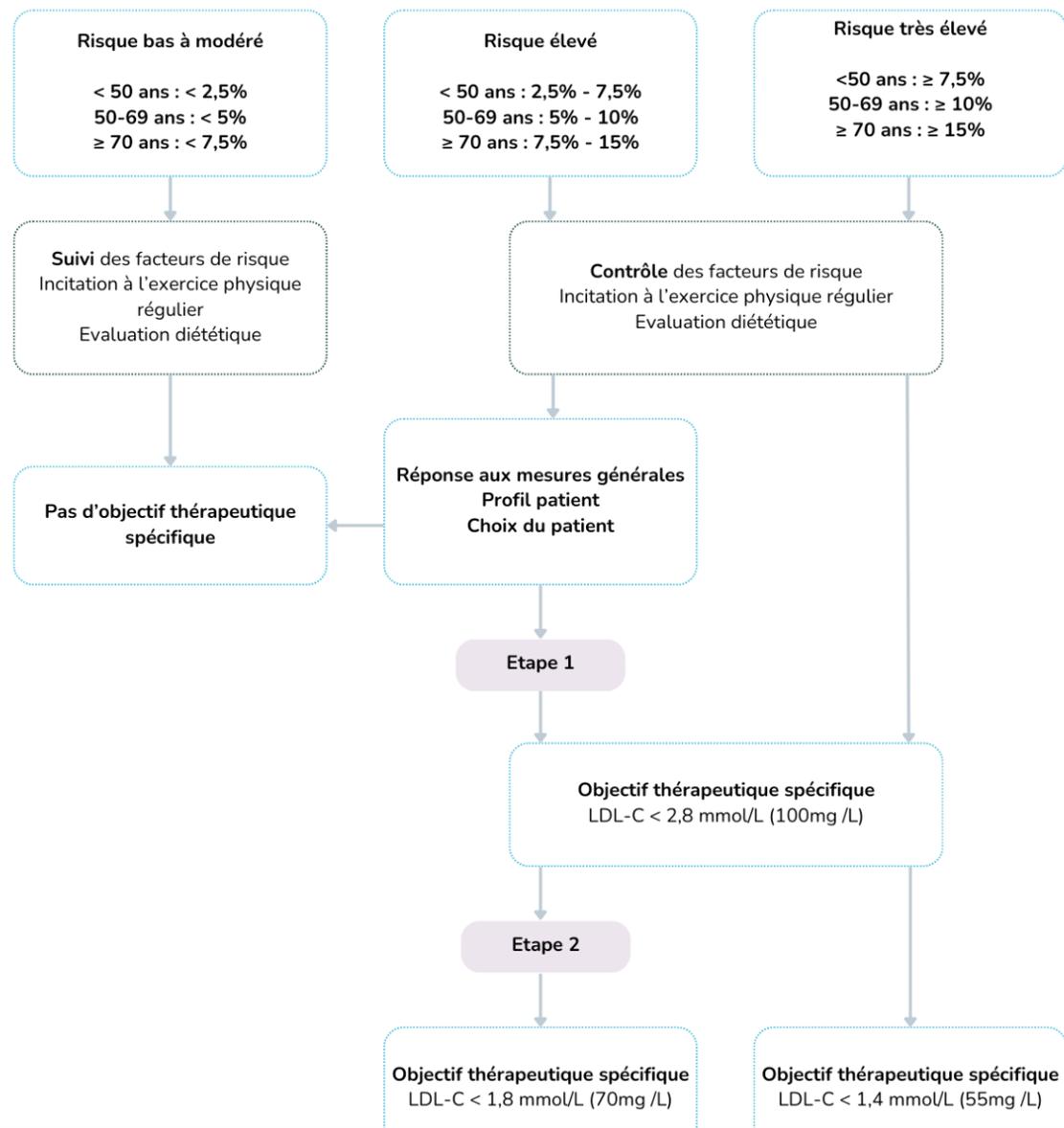
Les sujets à très haut risque sont ceux avec :

- un SCORE2 \geq 7,5, 10, ou 15% selon l'âge (voir figure 2)
- ou une insuffisance rénale chronique sévère
- ou un diabète avec atteinte d'organe (insuffisance rénale, protéinurie, atteinte microvasculaire)
- ou une maladie cardiovasculaire documentée (prévention secondaire)

Qui adresser à une consultation cardiologique ?

- Les personnes à risque d'évènement cardiovasculaire élevé ou très élevé
- Les personnes de plus de 50 ans désirant reprendre une activité physique
- Les personnes de plus de 50 ans et présentant plus de 1 facteur de risque majeur même asymptomatiques, pour des compléments d'examens le cas échéant.

Quels sont les objectifs de prise en charge du LDL-Cholestérol ?



4. Poids et infection par le VIH

4.3.1. Anti-intégrases et prise de poids

Les INI de 2^e génération que sont le DTG et le BIC ont été associés à une prise de poids, laquelle serait plus importante qu'avec les INI de première génération (6, 9, 10, 12, 29, 30), que ce soit en initiation ou en switch, en particulier dans les 6 mois à deux premières années suivant l'introduction ou le switch. Cette prise de poids semble plus importante dans les populations d'Afrique subsaharienne et dans les populations Nord-Américaines que dans les populations européennes (14).

4.3.2. TAF, TDF et prise de poids

Plusieurs études concourent en faveur d'une prise de poids après prise de TAF (1, 9, 10, 28, 32, 41, 42) que ce soit en première ligne ou dans une situation de switch.

A ce jour, la variabilité des résultats et la durée de suivi de ces différentes études est insuffisante pour pouvoir recommander une stratégie ARV pour adapter le traitement des patients ayant une prise de poids excessive sous ARV. Le changement d'ARV ne doit être envisagé que si l'imputabilité de l'ARV est forte, en prenant en compte la chronologie de la prise de poids par rapport à l'initiation du traitement, et les autres facteurs associés à la prise de poids.

Le remplacement d'un INI par un INNTI (DOR, RPV) et du TAF par du TDF, de l'ABC, du 3TC ou FTC ou une association sans INTI peuvent néanmoins être proposés, bien que l'efficacité de cette stratégie ne soit pas démontrée à ce jour.

Le seuil à partir duquel privilégier un changement de traitement ARV en raison d'une prise de poids excessive n'est également pas défini (20). Certains auteurs ont proposé, pour les essais thérapeutiques, l'atteinte d'un IMC à plus de 30 kg/m² ou, pour ceux ayant déjà un IMC supérieur à 30 kg/m² au moment de l'initiation du traitement, une prise de poids de plus de 10% (62).

9. Le déclin cognitif

Table 1. Indication de dépistage des troubles neurocognitifs chez une PVVIH

Facteurs liés à l'infection virale :

- ▶ nadir CD4 <200/ μ L
- ▶ antécédents d'infections opportunistes du SNC
- ▶ charge virale plasmatique détectable sous le traitement en cours

Facteurs liés à l'hôte :

- ▶ âge >60 ans
- ▶ co-infection par le VHC
- ▶ facteurs de risque vasculaire ou pathologie cérébrovasculaire avérée
- ▶ consommation de substances psychoactives
- ▶ troubles psychiatriques
- ▶ syndrome d'apnées du sommeil
- ▶ syndrome de fragilité
- ▶ Mauvaise observance aux thérapeutiques ARV et non ARV

Plaintes cognitives spontanées ou dépistées par un questionnaire, ou rapportées par l'entourage

Table 2. Questionnaire de plainte cognitive (17). Proposition du groupe d'experts.

Questionnaire n°1	4 niveaux de réponse :
(1) «Vous arrive-t-il de ressentir des troubles de la mémoire par exemple, oubliez-vous des rendez-vous ou des événements récents ?»	<ul style="list-style-type: none">• jamais• parfois• souvent• très souvent
(2) «Vous arrive-t-il d'avoir l'impression d'être plus lent pour raisonner, planifier des activités ou résoudre des problèmes ?»	Une réponse «très souvent» à au moins l'un de ces items témoignerait d'une plainte cognitive
(3) «Avez-vous des difficultés pour vous concentrer ou focaliser votre attention ? Par exemple, suivre une conversation, lire un livre ou regarder la télévision».	

9.5. Comment dépister ?

Pour sa simplicité et sa bonne acceptabilité, le MoCA (Montreal Cognitive Assessment, www.mocatest.org) doit être utilisée préférentiellement (18). Dans une étude concernant 200 PVVIH, cette échelle a obtenu au seuil <26 a objectivé une sensibilité de 63%, une spécificité de 71%, une valeur prédictive positive de 79% et une valeur prédictive négative de 53% (19).

Parallèlement à l'utilisation de ces échelles simplifiées de dépistage des TNC, il est indispensable d'évaluer la présence de symptômes dépressifs. Il est possible de s'aider d'échelles appropriées validées en langue française comme le questionnaire PHQ9 (www.depression-primarycare.org) ou l'auto-questionnaire CES-D puisqu'une dépression avérée peut altérer la performance cognitive. De plus, il serait utile de disposer d'une évaluation des activités de la vie quotidienne.

11. L'infection par le VIH chez le sujet âgé

Dépistage de la fragilité Questionnaire HAS

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL \geq 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

FICHE SYNTHÉTIQUE

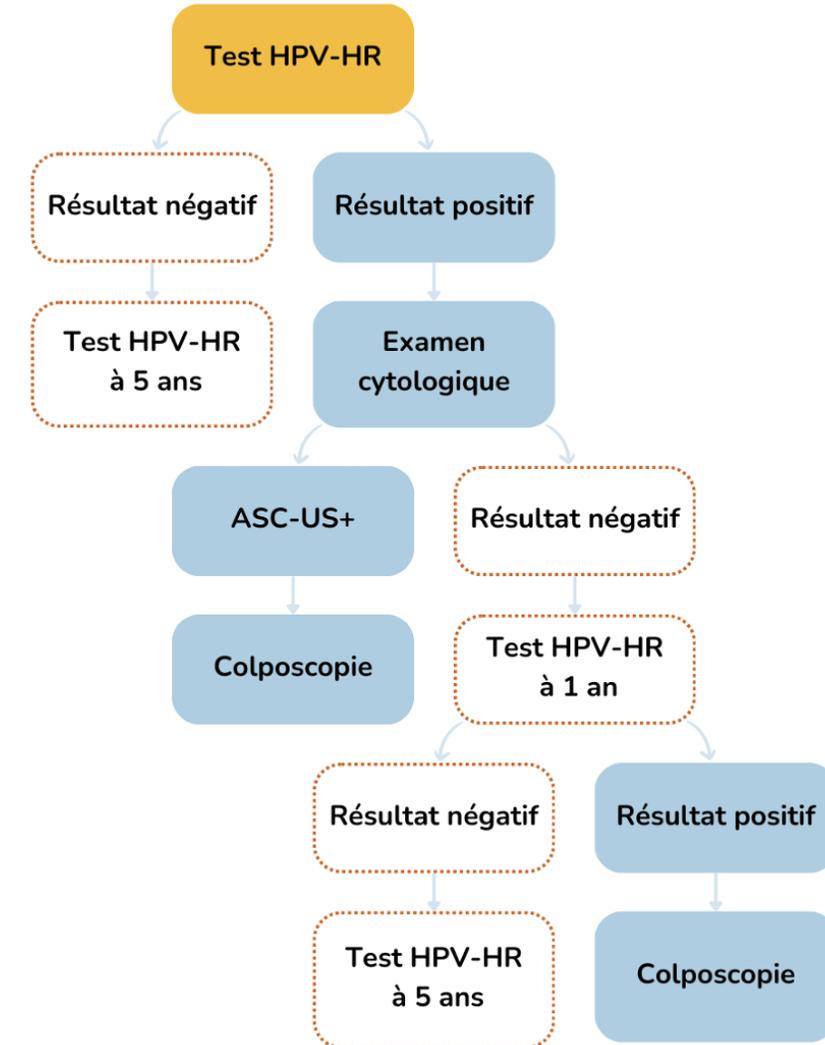


Dépistage et prise en
charge des cancers chez
les personnes vivant avec
le VIH

Mars 2024

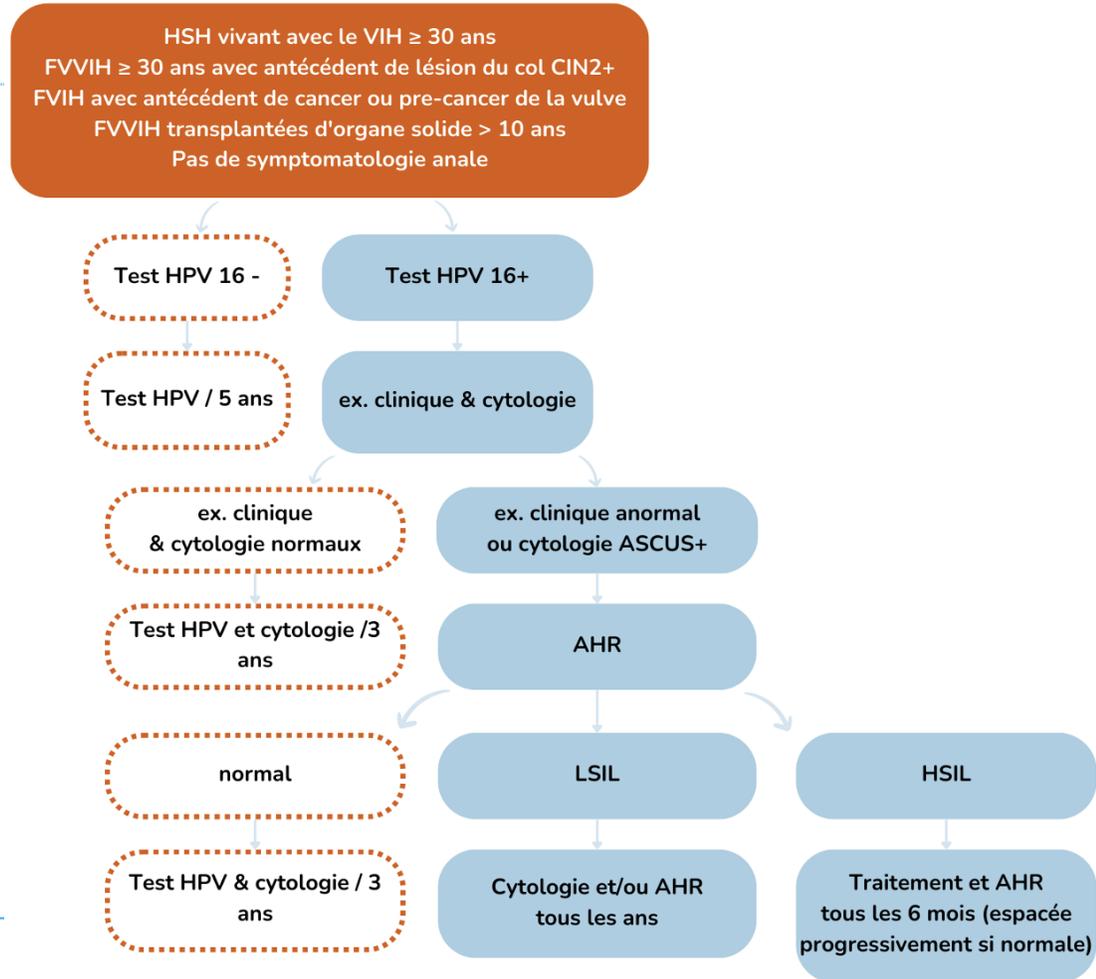
Synthèse des recommandations de dépistage des cancers chez les PVVIH

Type de cancer	Profil patient	Outil de dépistage	Périodicité
Cancer du col	FVVIH ≥ 25 ans et < 30 ans, T CD4 actuels $\geq 350/\mu\text{L}$, et nadir T CD4 $> 200/\mu\text{L}$,	Frottis avec cytologie	Annuelle deux fois, puis à 3 ans si normal (jusqu'à 30 ans)
	FVVIH ≥ 25 ans et < 30 ans, T CD4 actuels $< 350/\mu\text{L}$ ou nadir T CD4 $\leq 200/\mu\text{L}$	Frottis avec cytologie	Annuelle (jusqu'à 30 ans)
	FVVIH ≥ 30 ans, tout statut immunovirologique A prolonger au-delà de 65 ans si antécédent de lésion CIN, ou de portage prolongé d'HPV-HR (études complémentaires nécessaires)	Test HPV-HR +/- cytologie si HPV-HR +	Tous les 5 ans (cf texte long)



Synthèse des recommandations de dépistage des cancers chez les PVVIH

Type de cancer	Profil patient	Outil de dépistage	Périodicité
Cancer de l'anus	<p>HSH VVIH ≥ 30 ans</p> <p>FVVIH ≥ 30 ans avec atcd de cancer ou de lésion intra-épithéliale de haut grade du col (CIN2+)</p> <p>FVVIH avec atcd de cancer ou de pré-cancers de la vulve</p> <p>FVVIH transplantées d'organe solide depuis plus de 10 ans</p> <p>Aucune donnée ne permet de proposer un âge limite d'arrêt du dépistage</p>	<p>Dépistage HPV-16 anal (auto ou hétéro prélèvement). Si positif, examen clinique et cytologie. Si cytologie anormale, AHR recommandée. Si AHR non disponible, anoscopie standard et examen proctologique répétés.</p> <p>Si dépistage HPV-16 non disponible, examen proctologique avec anoscopie simple annuel</p>	<p>Dépistage HPV-16 : tous les 3 à 5 ans en fonction des cas (cf algorithme figure 5)</p> <p>Dépistage standard : tous les ans puis tous les 2 à 3 ans en fonction de l'avis du proctologue</p>



Synthèse des recommandations de dépistage des cancers chez les PVVIH

Type de cancer	Profil patient	Outil de dépistage	Périodicité
Cancer broncho-pulmonaire	<p>Dépistage individuel au cas par cas</p> <p>Age entre 50 et 74 ans, tabagisme >10 cigarettes/j pendant >30 ans ou >15 cigarettes/j pendant \geq25 ans, possiblement sevré \leq10 ans</p> <p>ET information éclairée ET volontaire pour une démarche au sevrage tabagique</p> <p>Arrêt du programme si sevrage tabagique \geq10 ans, âge >74 ans après 3 scanners sans suspicion de cancer, ou survenue d'un critère de non inclusion</p>	<p>TDM thoracique faible dose sans injection de produit de contraste selon les recommandations (196)</p>	<p>Attente des recommandations de l'INCa. En attendant, selon recommandations de l'IFCT (cf texte long) (196)</p>

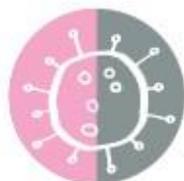
DÉPISTAGE DES COMORBIDITÉS CHEZ UNE PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH

Recommandations de prise en charge du VIH - Rapport d'experts 2024



BILAN ANNUEL

Interrogatoire / Examen clinique
Situation sociale
Statut vaccinal
Hygiène de vie (nutrition et activité)
Addiction (AUDIT, Fagerström, CAST)
Santé mentale (PHQ9)
Dépistage des IST
Analyse du traitement
Biologie¹



DÉPISTAGE HPV PAR PCR

Cervical
Cs. gynécologie
(Tous les 2 ans, jusqu'à 30 ans puis PCR HPV)
Anal (HSH et femmes à risque)



ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Facteurs de risque
Bilan lipidique
Glycémie
Equation SCORE2-OP



CANCERS

Mammographie
Recherche de sang dans les selles
TDM thoracique (fumeurs ≥ à 20 AT)
Tous les 2 ans
Toucher rectal/PSA
Tous les 2 à 4 ans



OSTÉODENSITOMÉTRIE INITIALE

Femmes ménopausées
Homme 60 ans
Avec facteurs de risque



TROUBLES COGNITIFS

Questionnaire de plainte cognitive
Test MoCA



ÉVALUATION GÉRIATRIQUE

Courbe de poids
Bilan nutritionnel / Albumine
Fragilité (Questionnaire HAS)
Risque de chute
Tous les 1 à 2 ans

¹ Biologie : ARN VIH plasmatique / Sous-populations lymphocytaires CD4 et CD8 (tous les 2 ans si CD4 > à 500/mm³ / Transaminases, gamma-GT / Créatininémie avec DFG par la méthode CKD-EPI / Albuminurie sur créatininurie sur échantillon

Traitement post-exposition : le TPE

Le TPE : comment ?



Le TPE : pour qui ?

Uniquement pour les personnes exposées !

Pas de TPE si la charge virale de la personne source est connue indétectable

➔ Le TPE n'est pas indiqué quand le partenaire vivant avec le VIH a un traitement antirétroviral depuis plus de 6 mois et une dernière charge virale indétectable (<50 copies/mL) dans les 6 derniers mois.

Tout l'enjeu est de savoir qui traiter quand la source est inconnue...

Tableau 2A : Indications au TPE après exposition sexuelle lorsque le statut VIH de la personne source ne peut pas être déterminé (classé par indication)

TPE recommandé	TPE à discuter, en fonction de la demande de la personne et/ou du fait d'un surrisque d'exposition*	TPE non recommandé
Pénétration anale ou vaginale quand le ou la partenaire est HSH, personne transgenre.	Pénétration vaginale, quand il est possible de déterminer que le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH non diagnostiqué est $\geq 1\%$.*	Pénétration vaginale, sans surrisque*
Pénétration anale réceptive, quand il est possible de déterminer que le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH non diagnostiqué est $\geq 1\%$.*	Pénétration anale réceptive, sans surrisque identifié*	Pénétration anale insertive, sans surrisque identifié*
	Activité sexuelle sous produits psychoactifs	Rapport oro-génitaux quels qu'en soient la nature
	Activité sexuelle en groupe Violences sexuelles	Projection cutanée ou muqueuse de sperme ou sécrétions génitales

* On parle de "surrisque" quand le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH¹ non diagnostiqué est $\geq 1\%$: personne originaire de zone de haute endémie (prévalence $\geq 1\%$, dont certains pays d'Afrique subsaharienne et la Guyane), usager de drogue intraveineuse ; ou lorsque le rapport survient dans des circonstances où les données de la littérature ne permettent pas d'évaluer le niveau d'exposition, mais où un risque accru du VIH est possible : activité sexuelle en groupe, sous produits psychoactifs, violences sexuelles.

Critères de choix du traitement

Efficace sur les souches virales circulantes

Bien toléré

Le moins couteux possible

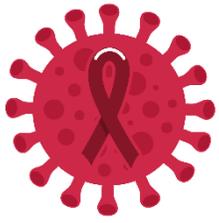
En 1ere intention → TDF/3TC/DOR

Alternative → TDF/FTC + DTG ou TDF/FTC + RAL ou TAF/FTC/BIC

- La doxycycline en prévention des IST bactériennes n'est pas recommandée après un accident d'exposition sexuelle. Un dépistage des IST sera prescrit lors du bilan de suivi.
- La surveillance biologique nécessite :
 - un bilan initial comportant des sérologies pour le VIH, le VHB, le VHC et une recherche des IST en cas d'exposition sexuelle, ainsi qu'une évaluation de la fonction rénale en cas de prescription d'un TPE. Le TPE peut être débuté avant la réalisation du bilan initial.
 - et un seul bilan de contrôle ultérieur dont la date dépends du risque (VIH et/ou hépatites).



TPE EST UNE
BONNE PORTE
D'ENTRÉE POUR
LA PREP



www.cns.sante.fr

www.anrs.fr

www.has-sante.fr