

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Congrès de l'AFRAVIH - 7 avril 2018
Philippe Morlat pour le groupe d'experts



GRUPE D'EXPERTS VIH 2017

Arnaud BLANC
Fabrice BONNET
Françoise BRUN-VEZINET
Dominique COSTAGLIOLA
François DABIS
Pierre DELOBEL
Albert FAYE
Hugues FISCHER
Cécile GOUJARD
Marlène GUILLON
Bruno HOEN
Marianne l'HENAFF

Olivier LORTHOLARY
Laurent MANDELBROT
Sophie MATHERON
Philippe MORLAT
Lionel PIROTH
Isabelle POIZOT-MARTIN
David REY
Christine ROUZIOUX
Anne SIMON
Anne-Marie TABURET
Pierre TATTEVIN

Déclarations publiques d'intérêts sur cns.sante.fr

Avantages en nature sur transparence.sante.gouv.fr

Congrès de l'AFRAVIH - 7 avril 2018
Philippe Morlat pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Recommandations 2017 / 2018 : une mise en ligne progressive

2017

Traitement antirétroviral de l'adulte (initiation / optimisation / échec)

Primo infection à VIH

Résistance du VIH-1 aux ARV

VIH-2 et diversité des VIH-1

Co-infections par les virus des hépatites virales

Epidémiologie

AES

Accès aux soins et qualité de vie

Cancers

Désir d'enfant et grossesse

Congrès de l'AFRAVIH - 7 avril 2018
Philippe Morlat pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Recommandations 2017 / 2018 : une mise en ligne progressive

2018

Prise en charge des enfants et adolescents infectés par le VIH

Annexe pharmacologique

En processus de mise en ligne

Dépistage et prévention

Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins

En finalisation

Infections chez l'adulte : prophylaxies et traitements curatifs

Comorbidités chez les PVVIH

Congrès de l'AFRAVIH - 7 avril 2018
Philippe Morlat pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Epidémiologie

Commission coordonnée par D. Costagliola

Congrès de l'AFRAVIH - 7 avril 2018
Philippe Morlat pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Figure 1 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, lieu de naissance et année de diagnostic (Données au 31/12/2015 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes)

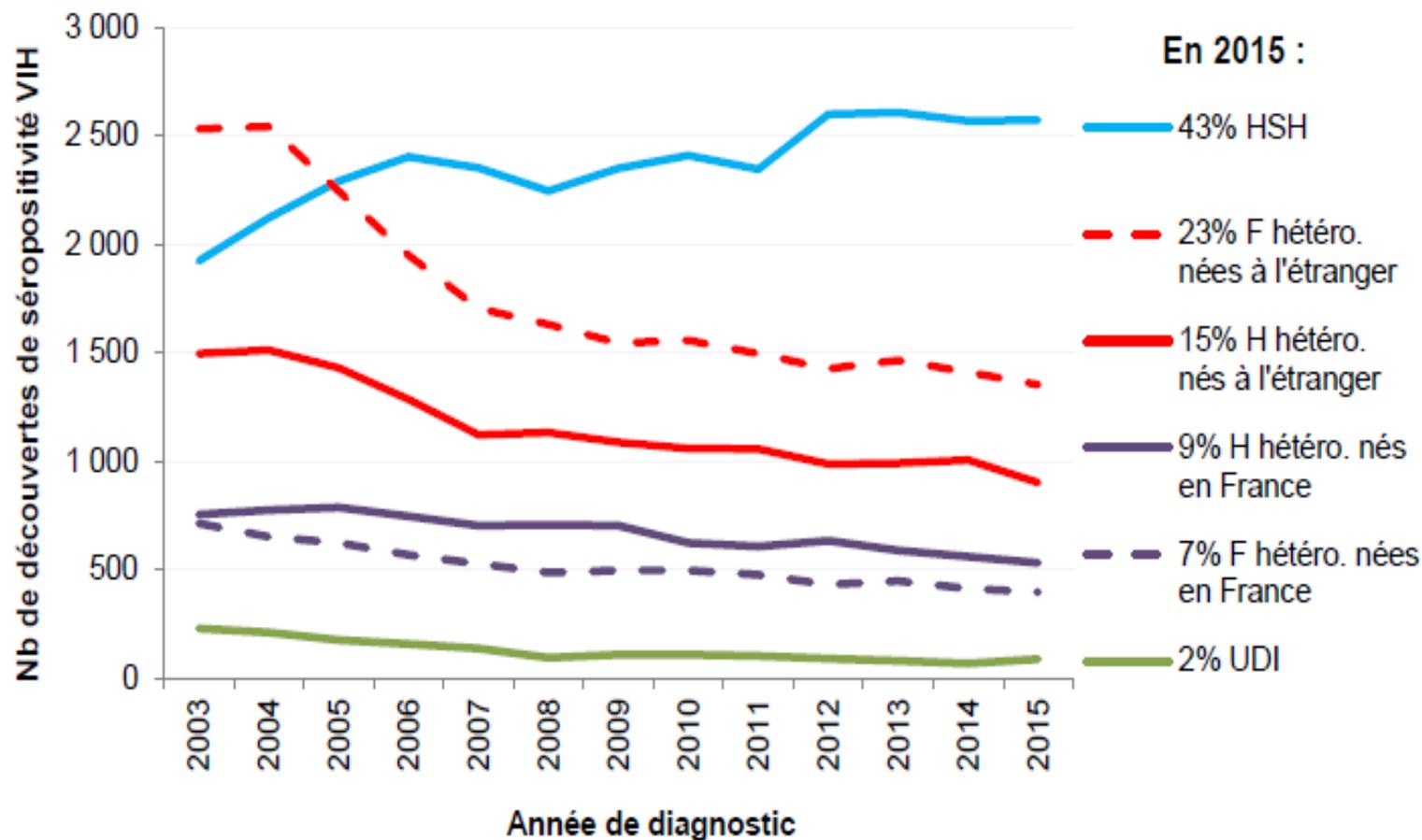
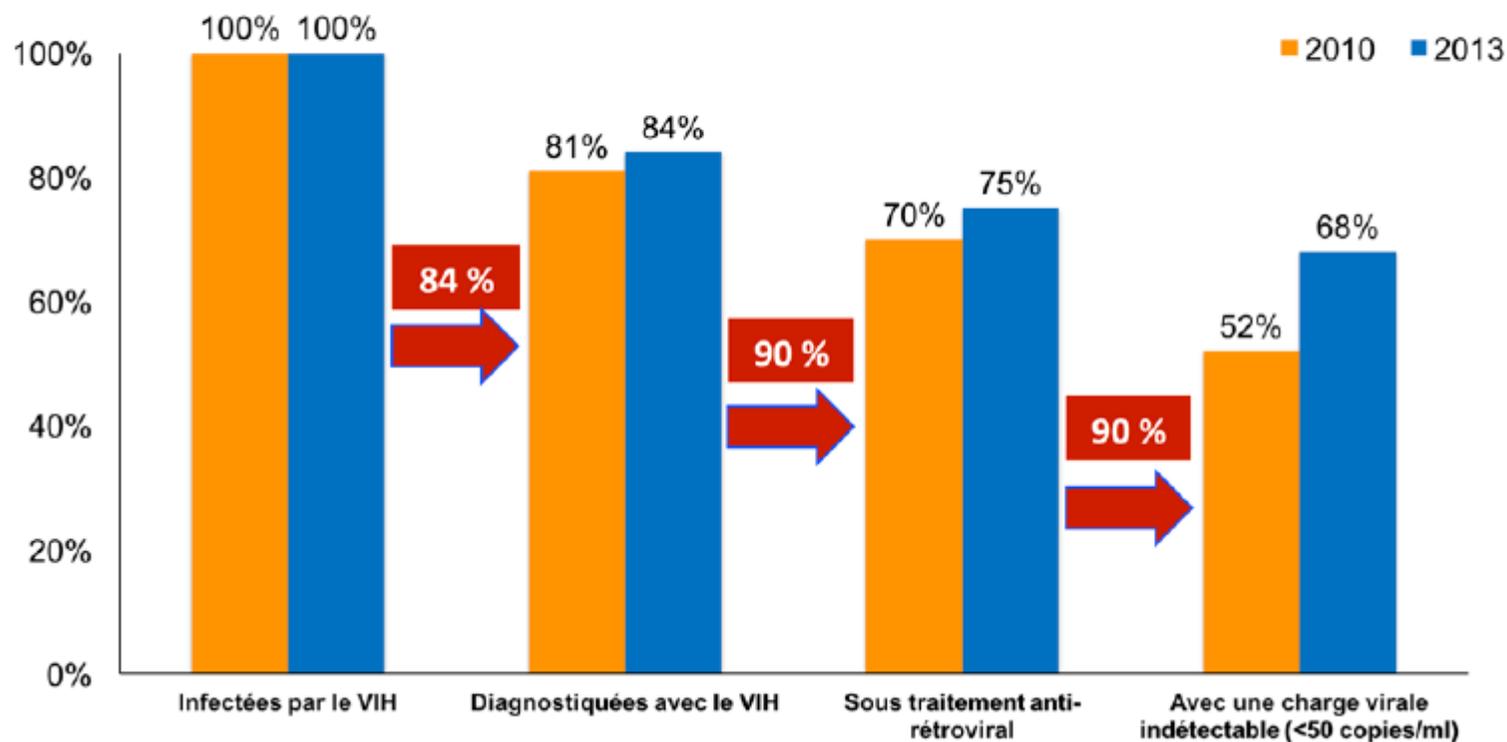
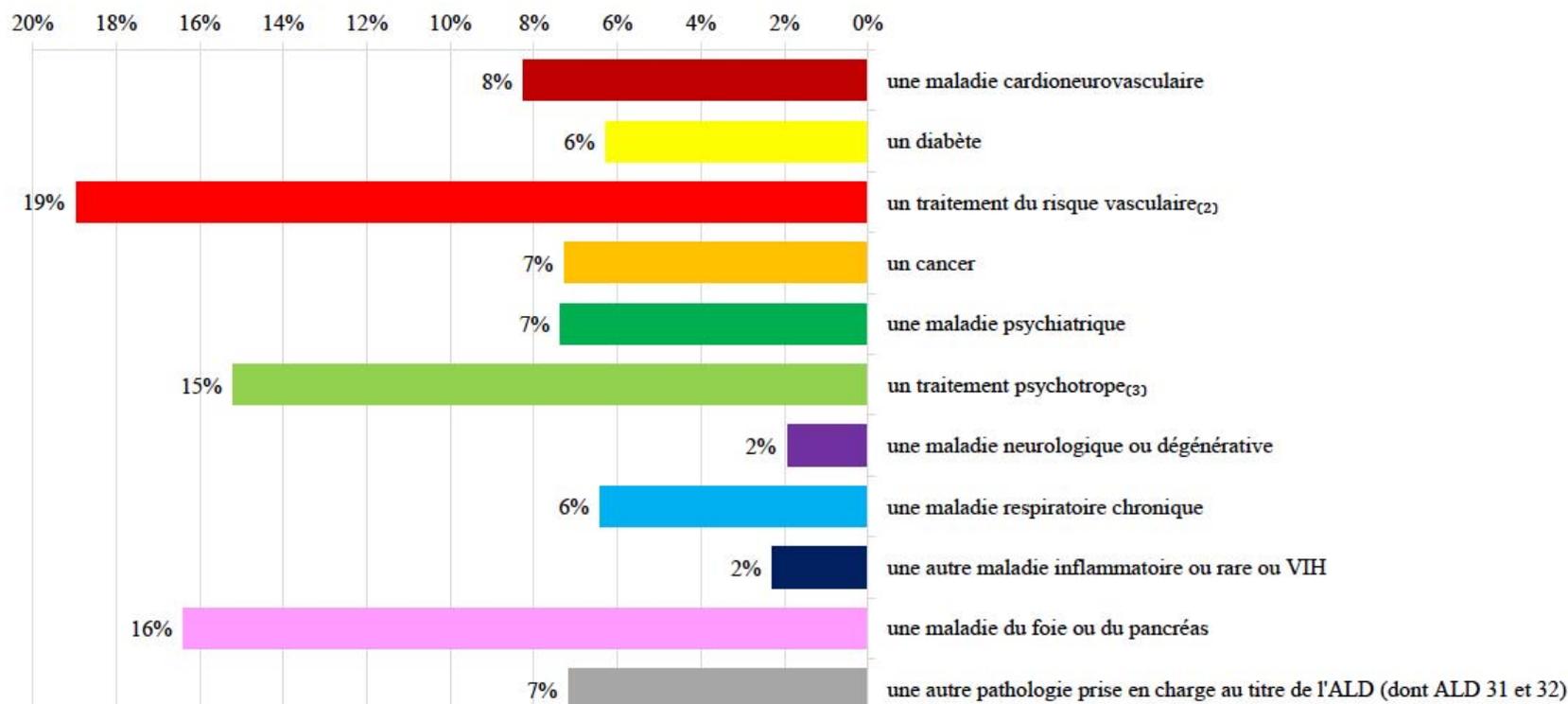


Figure 3 : Cascade de la prise en charge en France en 2010 et 2013.



Nombre estimé de PVVIH = **153 000 en 2013**

Pourcentage de PVVIH avec au moins une des pathologies listées (SNIIRAM 2014)



Source : SNIIRAM / Régime Général + Sections Locales Mutualistes

Note : une personne peut être atteinte par plusieurs pathologies (prévalences non sommables)

⁽²⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie coronaire ou accident vasculaire cérébral - ni aigus ni chroniques -, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou diabète

⁽³⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie psychiatrique

Facteurs de risques et morbidités chez les PVVIH suivies en France

- **Données combinées 2015 de la Cohorte Aquitaine (ANRS CO3) et de la FHDH (ANRS CO4)** [n = 44 781 ; âge médian = 50 ans]
 - Tabagisme actif 43,2 %
 - Surpoids ($25 < \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) 25,4 % ; obésité ($\text{IMC} \geq 30$) 7,8 %.
- **Données 2014 de la Cohorte Aquitaine** [n = 4 066 ; âge médian = 53 ans]
 - HTA : 47,9 % ;
 - diabète 14,2 % ;
 - LDL-cholestérol $> 1,6 \text{ g/L}$ 20,2 %
 - probabilité $> 10 \%$ de survenue d'un évènement cardiovasculaire dans les 5 ans : 15,5 %
 - Insuffisance rénale chronique ($\text{DFG} < 60 \text{ ml/mn}$) : 14,3 %

Dépistage et Prévention

Commission coordonnée par F. Dabis

Congrès de l'AFRAVIH - 7 avril 2018
Philippe Morlat pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Recommandations relatives au dépistage VIH (1)

- **Populations clés** (HSH, UDI et personnes originaires d'une zone géographique à forte prévalence d'infection VIH) :
 - **Toute opportunité de dépistage** devra être encouragée
 - **Dépistage annuel**
 - **Dépistage tous les 3 mois** si HSH à haut risque d'exposition, particulièrement chez ceux séjournant en Île-de-France, PACA, Rhône Alpes et TFA
- **Population générale** :
 - **Au moins une fois dans la vie** entre 15 et 70 ans (dès qu'une opportunité se présente chez les hommes et dans les régions à plus forte prévalence)

Recommandations relatives au dépistage VIH (2)

- Les **trois modalités de dépistage** (par un professionnel de santé, une association ou à l'initiative de l'individu lui-même) **doivent toutes être encouragées**
- **La pluralité des lieux de dépistage est un atout** : structure associative, CeGIDD, médecins libéraux, séjours hospitaliers (tests en « opt-out ») urgences hospitalières, médecine du travail, médecine universitaire, laboratoires d'analyse biologiques, lieux de privation de liberté, pharmacies
- Le **dépistage à l'initiative de l'individu**, une pierre angulaire de la stratégie
- Dans tous les cas, **le dépistage du partenaire** sera un objectif
- **Dépistage conjoint VIH, VHB et VHC**

Recommandations relatives au dépistage des infections par les virus des hépatites B et C

- **Dépistage ciblé chez les personnes présentant un ou plusieurs facteurs de risque de contamination** (sauf pour l'hépatite B en cas de connaissance d'un statut sérologique anti-HBs positif synonyme de protection) : HSH, UDI, milieu carcéral, personnes migrantes et étrangères nées dans des pays de forte endémie
- **Dépistage en population générale au moins une fois dans la vie** à tous les adultes des deux sexes qui n'ont jamais été dépistés
- **Dépistage associé de l'infection VIH**

Dépistage intégré des infections sexuellement transmissibles (IST) (1)

Population générale

- Sérologies VIH-VHB-VHC au moins une fois au cours de la vie
- Sérologie VIH à chaque changement de vie sexuelle et lors de tout recours aux soins (en l'absence de dépistage antérieur)
- PCR *Chlamydia* / *Gonocoque* chez les femmes de 15 à 25 ans et chez les hommes de 15 à 30 ans, renouvelé tous les ans en cas de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire
- Frottis cervical : lésions HPV-induites (si deux frottis normaux à un an d'intervalle, réalisation tous les trois ans entre 25 et 65 ans)

Personnes migrantes

- Idem population générale
- Dépistage coordonné une fois par an en cas de prise de risque

Dépistage intégré des infections sexuellement transmissibles (IST) (2)

HSH et personnes transgenres à risque élevé d'acquisition d'IST

- Sérologies VIH et VHC au minimum tous les trois mois
- Sérologies VHB et VHA (vaccination)
- Sérologie syphilis au moins une fois par an
- PCR gonocoques / *Chlamydia* tous les trois mois

Utilisateurs de drogues intraveineuses

- Dépistage annuel VIH et VHC tous les ans
- Dépistage VHB (vaccination)

Travailleurs/ses du sexe

- Sérologies annuelles VIH, syphilis et VHB (en l'absence de vaccination)

Recommandations relatives à la prévention (1)

- La prévention de la transmission du VIH, des virus des hépatites virales et des IST repose sur un socle d'outils, de stratégies et de ressources **diversifiées** dont les piliers sont les **dépistages**, l'utilisation des **préservatifs** et la **prévention biomédicale** (vaccinations, TPE, PrEP, TasP)
- La **combinaison** de ces interventions ainsi que **l'augmentation de leur couverture au sein des populations clés** sont essentielles pour infléchir la dynamique des contaminations
- Leur déploiement à l'échelle ne pourra probablement pas se faire sans **moyens supplémentaires**

Recommandations relatives à la prévention (2)

Traitement antirétroviral comme outil de prévention (TASP)

Lorsque le partenaire séropositif est sous traitement antirétroviral depuis plus de six mois, a une charge virale indétectable et bénéficie d'un suivi clinique régulier et global (soutien à l'observance, détection et traitement des IST), le **risque de transmission du VIH sous traitement est négligeable** entre partenaires hétérosexuels (0 à 1 pour 38 500 relations non protégées*) ou homosexuels masculins (0 à 1 pour 7 600 relations non protégées*).

* *Supervie V, Brebant R (UMR S1136, INSERM et Université Pierre et Marie Curie, Paris), communication personnelle*

Recommandations relatives à la prévention (3)

La **prophylaxie pré exposition** (tenofovirDC/emtricitabine) peut être proposée :

- ✓ A toute personne HSH ou transgenre non infectée par le VIH et à risque d'acquisition du VIH
- ✓ Devant des situations individuelles: UDIV avec partage de seringues, prostitué(e) ou personne en situation de vulnérabilité exposé(e) à des relations non protégées, au partenaire VIH négatif au sein d'un couple sérodifférent en l'absence de traitement ARV efficace chez le partenaire VIH+
- ✓ Les adolescents à risque élevé d'acquisition du VIH par voie sexuelle doivent avoir accès à la PrEP

Accidents d'exposition sexuelle et au sang

Commission coordonnée par D. Rey

Congrès de l'AFRAVIH - 7 avril 2018
Philippe Morlat pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Indication de TPE après exposition sexuelle

| | Statut VIH de la personne source | | | |
|---|----------------------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| | positif | | inconnu | |
| Risque et nature de l'exposition | Cv détectable | Cv < 50 copies/ml * | Groupe à prévalence élevée ** | Groupe à prévalence faible ou inconnue |
| Rapport anal réceptif | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Rapport anal insertif | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Rapport vaginal réceptif | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Rapport vaginal insertif | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Fellation réceptive avec éjaculation | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive | TPE non recommandé | TPE non recommandé | TPE non recommandé | TPE non recommandé |

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

** Groupe à prévalence élevée : HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, ou personne originaire de région à prévalence du VIH >1 % (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), ou usager de drogue injectable.

Personnes ignorant leur séropositivité en 2013

24 800 PVVIH non diagnostiquées :

- 70 % des hommes
- 40 % HSH**
- 40 % hétérosexuel(le)s d'origine étrangère***
- 20 % hétérosexuel(le)s français
- <2 % UDI

** 20 % des HSH d'origine étrangère (29,2 % AME_HAITI; 27,8 % EUROPE; 27 % AUTRES; 15,9 % AFSS)

*** Femme : 80,5 % AFSS; 12,9 % AME_HAITI
Homme : 71,5 % AFSS; 13,4 % AME_HAITI

| | Taux de prévalence du VIH non diagnostiqué pour 10 000* |
|-----------------------------------|---|
| HSH | 304 (256-352) |
| UDI | 49 (25-86) |
| Femmes hétérosexuelles étrangères | 40 (31-50) |
| Hommes hétérosexuels étrangers | 38 (29-53) |
| Femmes hétérosexuelles françaises | 1 (1-1) |
| Hommes hétérosexuels français | 2 (1-2) |
| Total Hommes | 9 |
| Total Femmes | 3 |
| Total | 6 (5-6) |

Traitement post-exposition au VIH

Durée totale du traitement : **28 jours** (*infection de la plupart des macaques après un TPE de 10 j*)

Choix préférentiel :

- **ténofovir DF + emtricitabine + rilpivirine** (bonne tolérance, simplicité de prise (monoprise en 1cp ou 2cps [si TDF/FTC générique], faible risque d'interaction médicamenteuse, moindre coût)
- La probabilité d'exposition à un virus porteur de résistances aux INNTI est extrêmement faible dans la situation d'un AES où l'on ignore le statut sérologique du sujet source. **La rilpivirine doit néanmoins être évitée lorsque** le sujet source est connu comme PVVIH porteur d'un virus à risque de résistance à cette molécule (polymorphisme 138, génotype cumulé, histoire thérapeutique)
- Il faut informer le patient de la nécessité de prendre la rilpivirine avec des **aliments**, et prendre en compte le risque d'**interaction** avec les inhibiteurs de la pompe à protons et anti-H2

Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins

Commission coordonnée par F. Bonnet et A. Simon

Congrès de l'AFRAVIH - 7 avril 2018
Philippe Morlat pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Recommandations relatives au suivi des PVVIH

- Elargir le périmètre de l'ETP à des **composantes de santé mentale et sexuelle** et à la **prévention des principales morbidités**
- Rechercher systématiquement tout au long du suivi les **addictions** et proposer une prise en charge
- Réaliser le **suivi en coordination avec le médecin traitant**, en maintenant une **synthèse annuelle hospitalière***

** gestion de l'infection par le VIH et du traitement, information sur les moyens de prévention de la transmission du VIH et des autres IST, dépistage des hépatites virales, de la syphilis et des autres IST, bilan gynécologique, prise en charge proctologique en cas d'antécédent de lésion HPV et chez tous les HSH, dépistage des cancers et autres comorbidités*

Bilan biologique annuel: une approche individuelle simplifiée

De façon systématique :

- **NFS plaquettes**
- **CD4 et CD8 (tous les deux ans si l'ARN VIH est < 50 /mL sur la période et si les derniers CD4 sont > 500/mm³)**
- **ARN VIH plasmatique**
- **Transaminases, gamma-GT, phosphatases alcalines**
- **Créatininémie** avec estimation du DFG par la méthode de MDRD ou CKD-EPI
- Phosphorémie si prise de ténofovir DF
- **Protéinurie et albuminurie/créatininurie** sur échantillon

De façon conditionnelle, bilan métabolique à jeun :

- Glycémie (à partir de 45 ans), à renouveler tous les 3 ans si initialement normal
- Bilan lipidique (initial , 6 mois après initiation ou modification d'un traitement ARV), si normal, à renouveler tous les 5 ans si initialement normal (et en l'absence de changement thérapeutique et d'autres indications spécifiques du dosage)

Bilan biologique annuel complémentaire selon les populations

Chez les sujets exposés au risque d'IST

- Sérologie syphilis
- Sérologie VHC, VHB
- PCR (chlamydiae, gonocoque) au niveau anal, urétral et/ou pharyngé selon circonstances
- Consultation proctologique

Si CD4 < 100 / mm³

- Sérologie CMV, si sérologie initiale négative
- Si sérologie CMV positive : PCR CMV et réalisation d'un fond d'œil tous les 1 à 3 mois
- Dosage de l'antigène cryptococcique

Bilan biologique intermédiaire : la CV peut suffire

- Dosage de **l'ARN VIH plasmatique**

Optionnel :

- Numération CD4+ : si < 500/mm³ à la numération antérieure
- Transaminases, γ GT : si traitement hépatotoxique ou exposition à haut risque sexuel)
- Créatininémie avec estimation du DFG (MDRD ou CKD-EPI) : si traitement par ténofovir ou autre traitement néphrotoxique
- Antigène cryptococcique ; si sérologie CMV positive: PCR CMV et FO tous les 1 à 3 mois : si CD4+ < 100/mm³
- PCR *chlamydia* / gonocoque au niveau anal, urétral et/ou pharyngé / sérologies hépatites virales B* et C et syphilis : en cas d'exposition à haut risque ou de manifestations cliniques et/ou biologiques compatibles avec une IST

Co-infections par les virus des hépatites

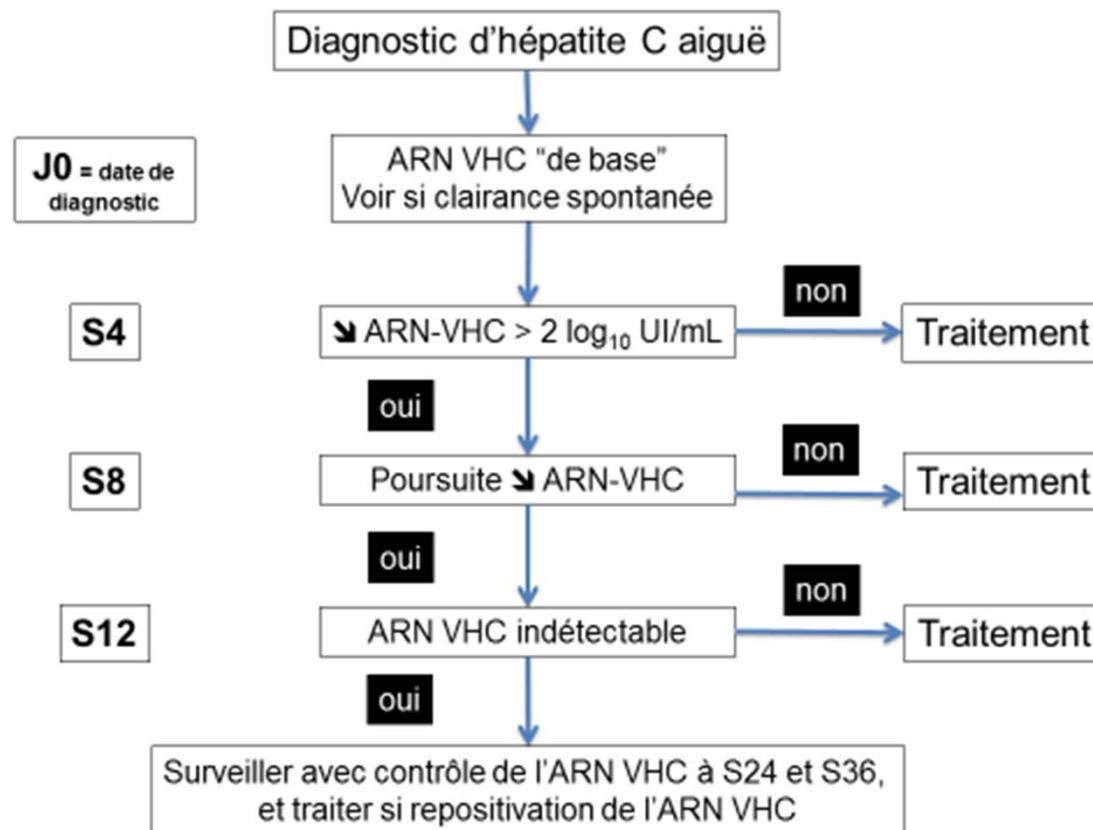
Commission coordonnée par L. Piroth

Congrès de l'AFRAVIH - 7 avril 2018
Philippe Morlat pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Hépatite C aiguë : algorithme de prise en charge

- Traitement dès qu'éradication spontanée apparaît improbable
- Modalités de traitement identiques à celle de l'hépatite C chronique
- Prévention de la recontamination



Cancers

Commission coordonnée par I. Poizot-Martin

Congrès de l'AFRAVIH - 7 avril 2018
Philippe Morlat pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Immunothérapie

Bilan Pré-thérapeutique

Interrogatoire et examen clinique :

- Recherche d'un ATCD récent d'infection ou de fièvre (à explorer de façon appropriée), d'une symptomatologie digestive (nausées, troubles du transit), pulmonaire (toux, dyspnée), neurologique (céphalées, neuropathie périphérique), cutanée (éruption), rhumatologique (arthralgie).
- Evaluation du performans status et des constantes (poids, taille, IMC, pouls, TA, température)
- Récupération de l'ensemble des traitements en cours

Examens de laboratoire :

- Sanguins : hémogramme, plaquettes, glycémie, ionogramme, réserve alcaline, calcium, phosphore, acide urique, urée, créatininémie, clairance de la créatinine, bilirubine totale, ASAT, ALAT, GGT, phosphatase alcaline, albumine, CRP, anticorps antinucléaires, anti-TPO, anti-thyroglobuline, TSH, T4, Cortisol et ACTH mesurés à 8 heures, LH, FSH, oestradiol, testostérone ; Charge virale EBV, HHV8, PCR CMV si sérologie CMV positive, IGRA-tuberculose, sérologie VHB (et ADN VHB si AgHBs+ ou Ac HBc isolé), VHC si non disponible (et ARN VHC si sérologie positive)
- Urinaires : Protéinurie sur échantillon (urines du matin, à jeun (g/l) combinée à un dosage de la créatininurie (mmol/l) et analyse du sédiment urinaire

Imagerie : radio du thorax de référence ou scanner thoracique avec coupes sériées fines, clichés avec et sans injection

Bilan pré-thérapeutique : Avant chaque cure d'immunothérapie (à jeun)

- Sanguin : Hémogramme, plaquettes, albumine, ionogramme, calcium, magnésium, phosphore, ASAT, ALAT, bilirubine totale, phosphatases alcalines, GGT, glycémie, LDH, CRP, TP, créatininémie, clairance de la créatinine, typage lymphocytaire, charge virale VIH
 - Urinaire : protéinurie, glycosurie sur les urines du matin
-

Bilan pré-thérapeutique : tous les 3 cycles d'immunothérapie

- TSH (T3, T4 si TSH anormale),
 - anticorps antinucléaires, anti-TPO
 - Patient coinfecté VHB (AgHBs+ ou AC HBc isolé) : ADN VHB
 - Patient coinfecté VHC : ARN VHC
-

Calendrier de dépistage carcinologique chez une PVVIH

| | Profil patient | Périodicité |
|--|--|--|
| Échographie hépatique associée à un dosage de l'alpha-fœtoprotéine | Cirrhose, quelle que soit la cause | Tous les 3 à 6 mois |
| | Coinfection VHB et ADN VHB >2000 UI/mL Coinfection VHB et sujet âgé de plus de 50 ans Coinfection VHB et sujet originaire d'Asie ou Afrique subsaharienne quel que soit l'âge ATCD familial de cancer hépatocellulaire | Tous les 6 mois |
| Examen proctologique (+/- cytologie anale et anoscopie haute résolution)* | HSH rapports anaux ATCD de condylomes ATCD de conisation ATCD de lésions du col | Bilan initial systématique ; périodicité du suivi individualisée |
| Cytologie cervico-utérine : Examen annuel durant les trois premières années de suivi | Si CD4 > 500/mm ³ et charge virale VIH indétectable et absence d'anomalie sur les 3 cytologies consécutives | Tous les 3 ans |
| | Si ATCD de cytologie anormale (quel que soit le grade) Si ATCD de conisation | Une fois par an |
| Colposcopie | Si cytologie anormale gradée LSIL ou HSIL Si HPV + au niveau du col | À la demande |
| | Si ATCD de conisation ou si CD4 <200/mm ³ | Une fois par an |

| | Profil patient | Périodicité |
|--|--|---|
| Recherche d'une infection à HPV au niveau du col | Si ASC-US à la cytologie cervicale et CD4 >500 et CV VIH indétectable et plusieurs cytologies antérieures consécutives normales | À la demande |
| Examen de la peau et de la muqueuse buccale | Tous les patients | Une fois par an |
| Recherche de mélanome | Sujets à risque (www.e-cancer.fr) | Tous les 6 mois |
| Palpation des seins et mammographie | Femmes âgées de 50 à 74 ans (dès 40 ans en cas d'ATCD familial) | Tous les deux ans |
| Recherche de sang dans les selles (Test Immunologique) | Hommes et femmes âgés de 50 ans à 74 ans | Tous les 2 ans |
| Toucher rectal | Hommes âgés de 50 à 75 ans | Une fois par an |
| Cytologie urinaire** | Hommes et femmes Exposition professionnelle pendant un an et plus à des carcinogènes chimiques (anyline, cyclophamide) | Tous les 6 mois à partir de la 20ème année qui suit la période d'exposition |

* Pour le dépistage des lésions de haut grade précancéreuses.

*** : Vigilance en cas d'ATCD de radiothérapie pelvienne

Dépistage du cancer broncho-pulmonaire

- Le groupe d'experts **recommande de rechercher par TDM un CBP** chez les PVVIH **devant toute symptomatologie thoracique suspecte** (toux persistante, hémoptysie, douleur...) ou **altération de l'état général** (notamment un amaigrissement)
- Le dépistage par TDM faible dose du CBP chez les PVVIH fumeurs asymptomatiques ne peut à ce jour faire l'objet d'une recommandation de bonne pratique, compte tenu du positionnement de l'HAS en population générale. Le groupe d'experts est favorable à la mise en place d'une expérimentation à l'instar de l'expérimentation de dépistage du CBP chez les sujets ayant été exposés professionnellement à des agents cancérogènes en population générale.
- **La lutte contre le tabagisme et la consommation de cannabis chez les PVVIH doit être renforcée** et un rapprochement vers les centres d'addictologie ou antitabac est fortement encouragé.

Désir d'enfant et grossesse

Commission coordonnée par L. Mandelbrot

Congrès de l'AFRAVIH - 7 avril 2018
Philippe Morlat pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Désir d'enfant chez les PVVIH (1)

Il est recommandé :

- de proposer aux PVVIH qui ont un projet de procréation une **prise en charge pré-conceptionnelle** (modalités de conception, fertilité et histoire VIH)
- d'évaluer les **conditions d'une procréation naturelle selon 3 volets** :
 - . virologique : traitement antirétroviral au long cours avec bonne observance et **charge virale plasmatique <50 copies/ml depuis au moins 6 mois** ;
 - . génital : **absence d'infection, d'inflammation ou de lésion génitale chez l'homme et la femme** ;
 - . **fertilité** de l'homme et de la femme (explorations à envisager en cas d'âge de la femme > 35 ans et/ou antécédents à risque d'infertilité).
- de **débuter un traitement ARV** selon les recommandations hors cette situation de projet d'enfant

Désir d'enfant chez les PVVIH (2)

Il est recommandé :

- de **ne pas proposer de PrEP** (prophylaxie pré-exposition) dans le seul objectif d'une procréation naturelle dans un couple séro-différent **si une charge virale plasmatique < 50 copies/mL du partenaire vivant avec le VIH est atteinte et maintenue**
- **d'orienter vers l'AMP** les couples en cas d'infertilité
- **de traiter la co-infection par le virus de l'hépatite C chez les femmes avant de débuter une grossesse** afin de ne pas exposer le fœtus au traitement
- **de contrôler la sérologie VIH du ou de la partenaire non-infecté(e)** tous les 6 mois

Il est recommandé de proposer un test de dépistage du VIH

1. **en début de grossesse**, puis un contrôle de la sérologie à la consultation du **6e mois**, voire à l'**accouchement**, aux femmes séronégatives qui sont exposées à un risque particulier de transmission (partenaire séropositif, ou de statut sérologique inconnu, multipartenariat)
2. **à l'arrivée en travail** (test rapide de dépistage)
 - à toute **femme dont le statut VIH n'est pas connu**
 - chez une **femme ayant un partenaire séropositif**
3. **aux futurs pères** et aux **partenaires sexuels des femmes enceintes**
4. chez toute femme consultant pour **IVG**

Traitement ARV en cours de grossesse:

- Il est recommandé d'utiliser une **trithérapie associant deux INTI et un IP/r** :
 - ✓ **chez une femme ne prenant pas encore un traitement ARV**, de le débiter le plus précocement possible après le diagnostic, quel que soit le terme de la grossesse
 - ✓ **chez une femme prenant un traitement avant d'être enceinte**, de privilégier les ARV recommandés ci-dessous (l'efavirenz ne doit pas être prescrit avant 12 semaines d'aménorrhée)
 - ✓ **chez une femme débutant tardivement le traitement** (au 3^e trimestre de grossesse), **d'envisager un renforcement** par l'ajout de raltégravir ou à défaut d'enfuvirtide
- **ARV recommandés** : abacavir + lamivudine en l'absence d'allèle HLA B5701, ou ténofovir DC + emtricitabine ou zidovudine + lamivudine ; IP/r à base de darunavir, voire atazanavir ou lopinavir)
- Les ARV les plus récents (rilpivirine, etravirine, elvitégravir/cobicistat, dolutégravir), ne sont pas recommandés chez la femme enceinte (tolérance ?)

Recommandations en cours de grossesse :

- réaliser un **suivi multidisciplinaire de « grossesse à risque »** (dépistage du risque d'accouchement prématuré, **évaluation mensuelle** comportant examen clinique, charge virale et bilan biologique de tolérance)
- prévoir le mode d'accouchement en fonction de la CV autour de 36 SA :
 - ✓ **voie basse lorsqu'elle est < 50 copies/ml**
 - ✓ **césarienne programmée à 38-39 SA lorsqu'elle est > 400 copies/ml**
 - ✓ **décision au cas par cas lorsqu'elle est entre 50 et 400 copies/ml.**(une co-infection par le VHC ou le VHB n'est pas une indication de césarienne)
- **ne pas prescrire de perfusion de zidovudine pendant le travail si la charge virale maternelle est < 50 copies/ml de façon stable et à 36 SA**
- **prescrire une perfusion de zidovudine si la dernière CV est > 50 copies/ml ou en cas de complication obstétricale** (accouchement prématuré, hémorragie ou chorio-amnionite pendant le travail) et alors utiliser la posologie de 1 mg/kg en dose de charge, puis de **0,5 mg/kg/h en dose d'entretien**

Enfant né d'une mère infectée par le VIH

Il est recommandé de :

- proposer un **traitement postnatal prophylactique** par la névirapine pendant 2 semaines (sauf en cas de résistance présumée ou documentée du virus maternel aux INNTI) ou par la zidovudine pendant 4 semaines
- **renforcer le traitement postnatal** (zidovudine + lamivudine pendant 4 semaines en combinaison avec la névirapine pendant 2 semaines) dans les cas suivants :
 - . mère n'ayant pas reçu de traitement ARV durant la grossesse ;
 - . charge virale maternelle ≥ 400 copies/ml à l'accouchement ;
 - . si contrôle insuffisant de la CV en fin de grossesse (prise en charge tardive).
- **de maintenir la contre-indication de l'allaitement maternel en France**

Prise en charge des enfants et adolescents infectés par le VIH

Commission coordonnée par A. Faye

Congrès de l'AFRAVIH - 7 avril 2018
Philippe Morlat pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Indications thérapeutiques

- Tout enfant infecté par le VIH-1 doit recevoir un traitement antirétroviral **au plus tard dans le mois suivant le diagnostic**
 - **Dans certaines situations ce traitement est à initier dans les 2 semaines suivant le diagnostic**
 - chez tous les enfants de moins de 24 mois afin d'éviter le développement d'une forme évolutive précoce et sévère avec encéphalopathie ;
 - chez les enfants symptomatiques (CDC B ou C) ;
 - chez les enfants asymptomatiques ou peu symptomatiques (CDC N ou A) :
 - * ayant des CD4 $< 750/\text{mm}^3$ (20%) entre 2 et 3 ans et $< 500/\text{mm}^3$ (20%) entre 3 et 5 ans) ;
 - * ou $< 200/\text{mm}^3$ (15%) après 5 ans.
- (délai d'initiation porté à un minimum de 4 semaines en cas d'infection neuro-méningée à cryptocoque ou à *Mycobacterium tuberculosis*)
- Toutes les **mesures d'accompagnement et d'aide à l'adhésion au traitement** jugées nécessaires doivent être immédiatement mises en œuvre pour la réussite du traitement

Modalités du traitement antirétroviral initial

| Age | | <3 ans | 3-6 ans | 6-12 ans | ≥ 12 ans |
|-------------------------|--|---|---------|------------------------|--|
| Traitement préférentiel | Association d'INTI | ABC + 3TC (ou FTC) | | | ABC*+3TC ou FTC+TAF (≥35 kg) ‡ |
| | 3 ^{ème} agent | LPV/r | DRV/r | DRV/r ou ATV/r ou DTG | DTG ou EVG/cobi (≥35 kg) ou RPV‡* (≥35 kg) ou DRV/r ou ATV/r |
| Alternatives | Association d'INTI | 3TC (ou FTC) + ZDV ABC* + ZDV (intérêt chez le nourrisson et/ou l'enfant dont l'observance est incertaine) | | | |
| | 3 ^{ème} agent (par ordre de préférence) | NVP** ou RAL*** | LPV/r | EFV ou NVP** ou RAL*** | RAL*** EFV ou LPV/r |

ZDV = zidovudine; ABC = abacavir; 3TC = lamivudine; FTC = emtricitabine; LPV/r = lopinavir/ritonavir; ATV = atazanavir/ritonavir; DRV = darunavir/ritonavir; TAF : tenofovir Alafenamide; NVP = nevirapine; RAL = raltegravir; EFV = efavirenz; DTG = dolutegravir; EVG = elvitegravir; cobi = cobicistat; ATV = atazanavir. RPV=rilpivirine

*en l'absence d'HLA B57*01 (qui doit être recherché avant toute prescription d'ABC) ;

**éviter l'association NVP avec ABC

***à discuter en première ligne dans certaines situations exceptionnelles (voir texte)

‡ sous forme combinée avec elvitegravir/cobicistat ou rilpivirine

‡*si CV < 5 log10 copies/ml

Accès aux soins et qualité de vie

Commission coordonnée par M. L'Hénaff

Congrès de l'AFRAVIH - 7 avril 2018
Philippe Morlat pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Le groupe d'experts recommande:

- de mettre en place un **dispositif public d'interprétariat médico-social professionnel pour les publics non francophones**, accessible à tous les acteurs médico-sociaux, avec un financement pérenne
- de développer des **programmes de prévention primaire de l'infection par le VIH, notamment pour les migrants d'Afrique subsaharienne** dont une large part se contamine en France
- de préparer le plus tôt possible le **calcul des droits aux différents régimes de retraite** avec l'aide d'un conseiller retraite
- d'intégrer dans le suivi social des PVVIH l'information sur les **dispositifs de ressources et d'hébergement** ou de maintien à domicile afin de préserver des conditions de vie dignes aux **PVVIH vieillissantes**
- de **former les personnels des maisons de retraite et des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** sur l'accueil des PVVIH en institution
- que le financement des médicaments coûteux, dont les ARV, soit assuré dans les EHPAD afin de ne plus être un frein à l'admission des PVVIH



Prise en charge du VIH – Recommandations du groupe d'experts

30 mars 2018

Le CNS et l'ANRS ont confié au Pr Philippe Morlat la responsabilité de l'actualisation de ces recommandations. Vous trouverez ici les différents chapitres des recommandations dans leur version la plus récente. La présentation séparée des différents chapitres est accompagnée de l'introduction au sein des textes de liens permettant de passer d'un chapitre à un autre ou d'un chapitre vers une annexe.

Recommandations

- [Introduction et méthodologie](#)
- [Epidémiologie](#) (juillet 2017)
- [Initiation d'un premier traitement antirétroviral](#) (octobre 2017)
- [Optimisation d'un traitement antirétroviral en situation de succès virologique](#) (juillet 2017)
- [Prise en charge des situations d'échec virologique chez l'adulte](#) (novembre 2016)
- [Résistance du VIH-1 aux antirétroviraux](#) (octobre 2016)
- [Primo-infection à VIH](#) (décembre 2016)
- [Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang \(AES\) chez l'adulte et l'enfant](#) (septembre 2017)
- [Infection VIH-2 : Diversité des VIH-1](#) (septembre 2016)
- [Co-infections par les virus des hépatites](#) (mai 2017)
- [Cancers](#) (août 2017)
- [Désir d'enfant et grossesse](#) (octobre 2017)
- [Prise en charge des enfants et adolescents infectés par le VIH](#) (février 2018)
- [Accès aux soins et qualité de vie](#) (juillet 2017)



RECHERCHER

Recherche par catégories

Veillez saisir un mot-clé

OK



SOMMAIRE

- 1 Recommandations
- 2 Déclarations publiques d'intérêt



ACTUALITÉS

Prise en charge du VIH –
Recommandations du groupe d'experts
30 mars 2018

Notification formalisée aux partenaires :
nouvel Avis du CNS
23 mars 2018



Merci

- à tous les membres du groupe et des commissions

- au CNS (Patrick Yeni, Julien Bressy, Alexandra Moussou)

- à l'ANRS (Jean-François Delfraissy, François Dabis)

et pour votre attention