

FICHE SYNTHÉTIQUE

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

Juin 2024

L'essentiel

- Le pronostic des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) s'est considérablement amélioré avec les traitements antirétroviraux (ARV). Mais la chronicité de l'infection nécessite un suivi régulier pour maintenir le succès thérapeutique, prévenir, dépister et prendre en charge les complications et comorbidités, ainsi que les effets secondaires éventuels des ARV, en tenant compte de situations psychosociales parfois complexes.
- Les problématiques principales actuelles sont liées à l'infection chronique, aux pathologies métaboliques et cardiovasculaires, aux troubles neurocognitifs et aux cancers, toutes pathologies dont la prévalence augmente avec le vieillissement des PVVIH.
- Après la confirmation de positivité d'un test de dépistage, le bilan initial de l'infection VIH, des affections associées et le bilan pré-thérapeutique doivent être organisés rapidement et ne pas retarder l'initiation précoce du traitement ARV (cf chapitre « Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH »).
- Le bilan initial sera adapté selon le niveau d'immunodépression et le contexte épidémiologique individuel.
- Le suivi initial après l'initiation d'un traitement ARV a pour objectif de s'assurer de l'efficacité virologique et de la tolérance du traitement, avec un suivi à 1, 3 et 6 mois.
- Après l'obtention d'une charge virale indétectable, la fréquence et le contenu des visites de suivi seront adaptés selon le niveau d'immunodépression, l'exposition aux infections sexuellement transmissibles (IST), les co-infections éventuelles par le VHB et/ou VHC, ou les autres comorbidités. Au minimum, des visites semestrielles sont recommandées pour le suivi de la charge virale, intercalées avec un bilan annuel de synthèse.

- Un dépistage des comorbidités et des cancers sera proposé selon les âges et facteurs de risque (cf. chapitres « Dépistage et prise en charge des comorbidités chez l'adulte vivant avec le VIH » et « Dépistage et prise en charge des cancers chez les PVVIH »).
- Une attention particulière sera apportée à la santé mentale et au dépistage et à la prise en charge des addictions éventuelles des PVVIH.
- Le parcours de soins sera adapté selon les situations, simples (jeunes patients sans comorbidité ou infection récente avec déficit immunitaire peu sévère), ou complexes (patient de plus de 50 ans, co-infection ou comorbidité associée, présence de vulnérabilités, etc.). Le médecin généraliste participe, en lien avec le spécialiste hospitalier, au parcours de soins du patient, et notamment au suivi alterné dans les situations simples.

Bilan initial à la découverte d'une infection par le VIH

Tableau 1. Bilan paraclinique et pré-thérapeutique initial d'un adulte VVIH

- Sérologie VIH : 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 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 histoplasme (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

Suivi sous traitement ARV

Tableau 3. Suivi virologique initial

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

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.

Suivi intermédiaire sous traitement ARV

Tableau 4. Bilan biologique intermédiaire de surveillance chez les PVVIH sous traitement ARV

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

Suivi annuel sous traitement ARV

Tableau 5. Bilan clinique annuel de surveillance chez les PVVIH sous traitement ARV

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, ce moment permet de réaliser ou de programmer :

- **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** par ostéodensitométrie [associée à un dosage de la vitamine D] chez la femme ménopausée, l'homme >60 ans ou si facteurs de risque (cf. chapitre comorbidités)
- **Dépistage des troubles cognitifs** tous les 5 ans (questionnaire de plainte cognitive et MoCA à partir de 60 ans)
- **Évaluation gériatrique** tous les 1 à 2 ans à partir de 70 ans : recherche de dénutrition (courbe de poids, albuminémie) ; évaluation des fragilités, du risque de chute, prévention de la dépendance (questionnaire HAS)
- **Dépistage des cancers** : selon le calendrier spécifique aux PVVIH [cf. tableau chapitre « Dépistage et prise en charge des cancers chez les PVVIH »]

*SCORE2-OP si âge >70 ans

Tableau 6. Bilan biologique annuel de surveillance chez les 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

Tableau 7. Bilan annuel complémentaire en fonction des populations

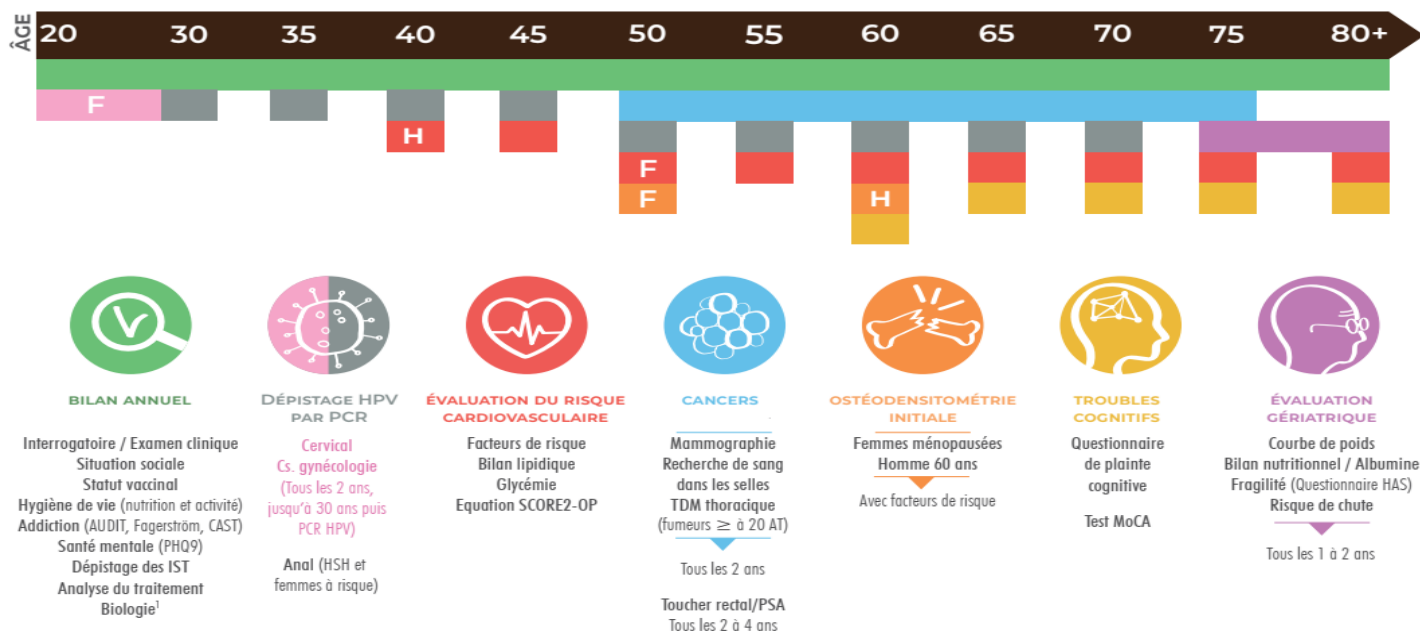
- **En cas d'exposition sexuelle à risque, ou de manifestations cliniques et/ou biologiques compatibles avec une IST (suivi à intensifier en fonction du contexte) :**
 - Dépistage des IST à chlamydia et gonocoque par PCR au niveau anal, urétral, vaginal et/ou pharyngé
 - Sérologie syphilis
 - Sérologie VHC (ou ARN VHC si sérologie antérieure positive) en cas d'exposition à risque

- **Si CD4 <200/μL**
 - Numération des sous-populations lymphocytaires T CD4 et CD8
 - Antigénurie ou antigénémie histoplasmosse (si séjour en zone d'endémie et selon disponibilité du test)
- **Si CD4 <100/μL**
 - Dosage de l'antigène cryptococcique
 - Si sérologie CMV positive => PCR CMV => si PCR positive, réalisation d'un fond d'œil
 - Si sérologie CMV précédente négative : refaire sérologie CMV
- **Si fumeur actif de plus de 40 ans**

Dépistage de la BPCO par questionnaire HAS et spirométrie le cas échéant
- **Si co-infection par les virus des hépatites :** (cf chapitres « Recommandations de prise en charge des personnes infectées chroniquement par le virus de l'hépatite B » ; « Recommandations de prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite C » et « Dépistage et prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH »)
 - Evaluation de la fibrose hépatique par élastométrie (Fibroscan®) au bilan initial en cas d'infection par le VHC ou le VHB, puis annuelle en cas d'Ag HBe+ ou tous les 3 ans si Ag Hbe- ; ou marqueurs biologiques (Fibrotest®, Fibromètre®) au bilan initial pré thérapeutique de l'hépatite C.
 - En cas de fibrose F3 ou F4 : dépistage semestriel de l'hépatocarcinome et suivi spécialisé pour dépistage des varices œsophagiennes (FOGD).

DÉPISTAGE DES COMORBIDITÉS CHEZ UNE PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH

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



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

- Conception graphique : Cécile Bertandeau - Chargée de communication COREVIH Nouvelle-Aquitaine -

Pour les comorbidités, se reporter au chapitre « Dépistage et prise en charge des comorbidités chez l'adulte VVIH »

Pour le dépistage des cancers, se reporter au chapitre « Dépistage et prise en charge des cancers chez les PVIH »

Abréviations et acronymes

ANRS MIE	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales Maladies infectieuses émergentes
ARN	Acide ribonucléique
ARV	Antirétroviraux
BPCO	Broncho-pneumopathie obstructive
CIN	Néoplasie intra-épithéliale cervicale
CMV	Cytomégalovirus
CNS	Conseil national du sida et des hépatites virales
CV	Charge virale
DFG	Débit de filtration glomérulaire
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
FOGD	Fibroscopie oeso-gastro-duodénale
GGT	Gamma-glutamyl transferase
HAS	Haute autorité de santé
HDL	Lipoprotéines de haute densité
HPV	Virus des papillomavirus humains
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes
HSIL	Lésion épidermoïde intraépithéliale de haut grade
HTA	Hypertension artérielle
IGRA	Interferon-gamma release assay
IMC	Index de masse corporelle
IST	Infection sexuellement transmissible
LDL	Lipoprotéines de faible densité
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
NFS	Numération formule sanguine
PCR	Réaction de polymérase en chaîne
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
TDF	Ténofovir disoproxil fumarate
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

L'ANRS Maladie infectieuses émergentes et le CNS, ont été missionnés par le ministre chargé de la santé pour conduire une actualisation des recommandations françaises de prise en charge du VIH, des hépatites virales, et des IST.

L'actualisation des recommandations est placée sous la responsabilité du Pr. Pierre Delobel.

Les travaux sont réalisés sous l'égide de l'ANRS | MIE et du CNS, et de la HAS pour les chapitres ayant trait aux aspects de thérapeutique anti-infectieuse, curative et préventive.

Retrouvez tous les chapitres sur
www.cns.sante.fr et www.anrs.fr
