

FICHE

Fiche d'informations sur le traitement antirétroviral à destination des personnes adultes vivant avec le VIH

Validée par le Collège le 29 août 2024

L'essentiel

- Le VIH est un virus qui s'attaque aux défenses immunitaires et peut se transmettre uniquement par :
 - les relations sexuelles
 - par le sang
 - d'une mère à son enfant pendant la grossesse ou par l'allaitement
- En dehors de ces modes de transmission, il n'y a aucun risque dans la vie courante que ce soit le partage des repas, de la vaisselle, des sanitaires mais aussi le contact, la salive, le sport, etc
- Il existe deux types de VIH, les VIH-1 et VIH-2. En France, plus de 98% des infections sont dues au VIH-1.

Initiation d'un premier traitement antirétroviral :

- Le traitement de l'infection par le VIH par les antirétroviraux (ARV) s'est constamment amélioré depuis l'avènement des premières multithérapies puissantes en 1996. Il permet de réduire considérablement le risque de complications infectieuses et non-infectieuses, et de décès associés à l'infection à VIH.
- Les ARV ont transformé l'infection par le VIH en une maladie chronique, avec une espérance de vie proche de celle des personnes non infectées par le VIH.
- Le contrôle de la multiplication du virus par les ARV permet de prévenir la transmission du VIH. Une personne vivant avec le VIH (PVVIH) sous traitement efficace n'est plus contagieuse : la notion de virus « indétectable = intransmissible » est bien démontrée pour la transmission sexuelle, sanguine et pendant la grossesse.
- Les ARV permettent d'améliorer ou de maintenir la qualité de vie liée à la santé des PVVIH.
- Pour toutes ces raisons, et en dehors de rares exceptions, un traitement ARV doit être débuté rapidement et maintenu chez toutes les PVVIH.
- En règle générale, et en dehors de situations nécessitant un traitement immédiat ou différé, le traitement est débuté après l'obtention des premiers résultats du bilan initial, dans les 14 jours suivant l'annonce du diagnostic de l'infection à VIH.

- Le traitement ARV doit être débuté sans délai dès la première consultation spécialisée dans certaines situations : infection très récente (appelée « primo-infection ») ; découverte tardive de l'infection au 3^e trimestre d'une grossesse.
- Le traitement peut être débuté lors de la première consultation spécialisée en cas de demande de la personne concernée ou de pratiques à risque élevé de transmission à ses partenaires sexuels.
- Le choix d'un premier traitement ARV doit être individualisé et la PVVIH concernée participe à ce choix, l'objectif étant d'atteindre un niveau maximal d'observance.
- Un bilan initial doit être réalisé lors de tout nouveau diagnostic d'infection à VIH. L'obtention des résultats ne doivent pas retarder l'initiation du traitement ARV.
- Le traitement initial est une combinaison de deux ou trois ARV (bithérapie ou trithérapie) pour VIH-1, trois pour VIH-2. Le choix d'une association fixe à comprimé unique quotidien est privilégié.
- Les traitements ARV recommandés en première intention se caractérisent par une bonne tolérance globale.

Suivi de la réponse au traitement :

- Le premier traitement ARV doit permettre d'obtenir un contrôle de la multiplication du virus en 6 mois maximum (sauf en cas de charge virale initiale élevée où le délai peut être plus long).
- Un suivi clinique en consultation et un bilan biologique (prise de sang) sont proposés 1 mois, 3 mois et 6 mois après le début du traitement puis tous les 6 mois.
- L'efficacité virologique du traitement est vérifiée en mesurant la quantité de virus (ARN VIH, également appelé « charge virale ») présent par millilitre (mL) de sang.
- Le contrôle de la multiplication du virus ou contrôle virologique est défini par une charge virale ≤ 50 copies/mL dans le plasma pour le VIH-1 (≤ 40 copies/mL pour VIH-2). Le succès virologique est défini par un contrôle de la multiplication du virus (charge virale « indétectable ») maintenu depuis au moins 6 mois après le début du traitement.
- Une bonne observance du traitement ARV est indispensable pour obtenir et maintenir un succès thérapeutique. Le traitement pourra être adapté en cas d'effets indésirables ou de difficultés de prises des médicaments. Un accompagnement (appelé « éducation thérapeutique ») pourra être proposé.

Adaptation du traitement en situation de succès virologique :

- Une fois le succès virologique obtenu, une modification du traitement ARV peut s'avérer utile ou nécessaire dans des circonstances et avec des objectifs variables. D'une manière générale, il s'agit d'individualiser le traitement pour gagner en tolérance ou en simplicité d'administration tout en maintenant le contrôle virologique.
- L'adaptation du traitement ARV en succès consiste le plus souvent en une simplification (diminution du nombre de prises quotidiennes d'ARV, du nombre de comprimés par prise, ou suppression de contraintes alimentaires, administration de traitement injectable à libération prolongée tous les deux mois) ou en un allègement (diminution du nombre d'ARV actifs, diminution du nombre de prises par semaine) permettant de réduire la quantité de médicaments prise par la PVVIH.
- Le traitement ARV en cours doit faire l'objet d'une réévaluation au moins annuelle. Les différentes stratégies de simplification et d'allègement doivent être exposées aux personnes concernées et le choix de la stratégie se fera conjointement entre la PVVIH et son médecin.

- Avant de modifier un traitement ARV en succès thérapeutique, des principes et des règles doivent être respectés pour maintenir l'efficacité virologique et la tolérance du futur traitement.
- Le changement d'un médicament par un autre peut être proposé pour corriger un effet indésirable, ou lors de la disponibilité d'une nouvelle molécule présentant des caractéristiques plus avantageuses.
- Les bithérapies orales en 1 comprimé unique quotidien, les bithérapies injectables à libération prolongée (injection tous les deux mois après deux injections mensuelles initiales), et les trithérapies intermittentes 4 ou 5 jours/7 constituent les principales options d'allègement de traitement de l'infection VIH-1.

Adaptation du traitement en situation d'échec virologique :

- Les situations d'échecs virologiques sont devenues rares mais leur dépistage nécessite une surveillance virologique régulière (prise de sang pour mesure de la charge virale).
- L'échec virologique est défini comme un défaut de contrôle de la multiplication du virus sous traitement ARV, avec un ARN VIH-1 plasmatique >50 copies/mL, confirmé sur deux prélèvements consécutifs.
- L'échec virologique sous traitement ARV expose les PVVIH aux mêmes risques que si elles n'étaient pas traitées (complications infectieuses et non infectieuses de l'infection à VIH, risque de transmission du VIH), et en plus, au risque de sélection de virus résistants aux ARV.
- La sélection de virus résistants peut compromettre l'efficacité ultérieure du traitement ARV et comporte le risque qu'ils soient transmis à d'autres personnes, conduisant à un risque d'échec virologique initial.
- Les facteurs en cause dans l'échec virologique peuvent être multiples et souvent intriqués. Le plus souvent il s'agit d'un défaut d'observance du traitement ARV, à rechercher, mais parfois également des causes pharmacologiques (défaut d'absorption, interactions médicamenteuses) ou virologiques (défaut de sensibilité, accumulation de mutations de résistance).
- Les causes de l'échec virologique doivent être identifiées et corrigées précocement pour rétablir le succès virologique et prévenir l'accumulation de mutations de résistance : aide et soutien pour une prise optimale du traitement, correction d'interactions médicamenteuses, modification du traitement ARV.
- L'infection à VIH-2 peut poser des problèmes diagnostiques et thérapeutiques du fait des différences de pathogénicité avec le VIH-1, de la résistance naturelle du VIH-2 à plusieurs classes d'ARV, de la nécessité d'utiliser des techniques spécifiques pour la quantification de l'ARN VIH-2 et de critères multiples permettant de juger de l'efficacité du traitement (charge virale souvent spontanément indétectable). Un avis d'expert est recommandé en particulier pour la gestion des situations d'échec thérapeutique.