



Pourquoi faut-il se faire dépister pour le VIH?



**Journées de Formation continue
Nouakchott, Mauritanie, 5 novembre 2013**

Dr Loïc Epelboin
Service de Maladies Infectieuses et Tropicales
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière,
Université Pierre et Marie Curie, Paris 6, France
Mail : epelboinrh@hotmail.fr

Quelques situations
cliniques qu'on ne
devrait plus voir....

Monsieur F

- Français 35 ans, pilote de ligne pour Air France
- Célibataire, relations sexuelles multiples SOUVENT protégées.
- Jamais de dépistage VIH
- Se présente dans le service pour dyspnée d'apparition progressive....



Monsieur F

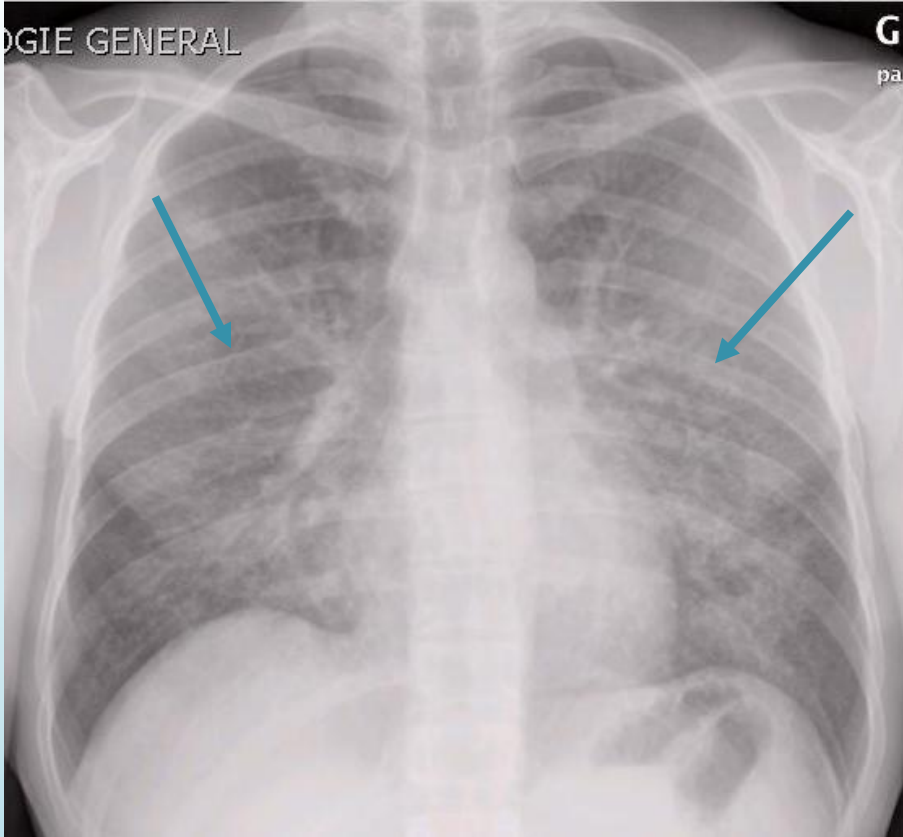
- Français 35 ans, pilote de ligne pour Air France
- Célibataire, relations sexuelles multiples SOUVENT protégées.
- Jamais de dépistage VIH
- Se présente dans le service pour dyspnée d'apparition progressive....



Imagerie thoracique



Imagerie thoracique

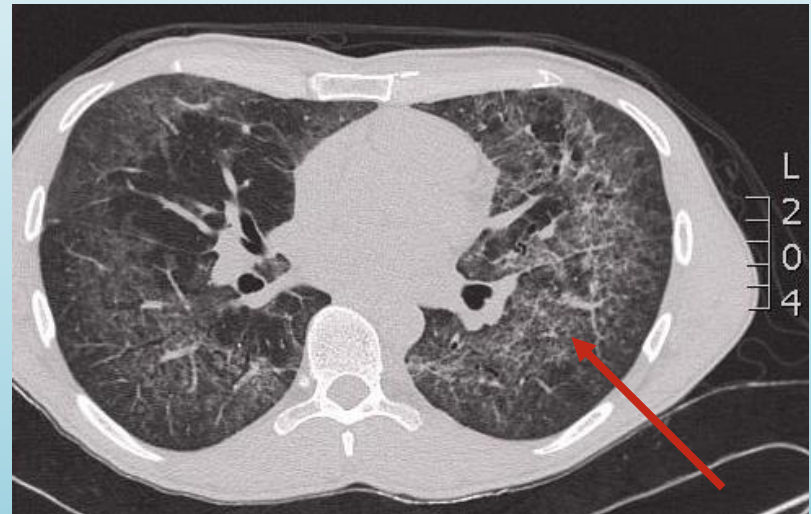
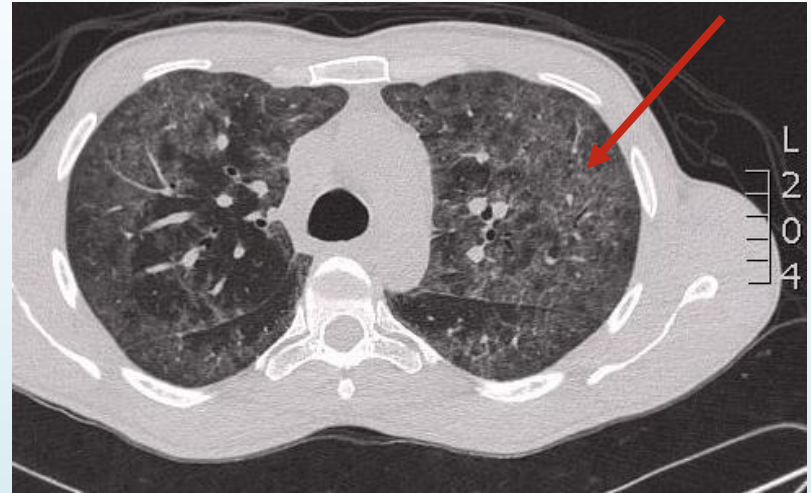


Syndrome interstitiel bilatéral

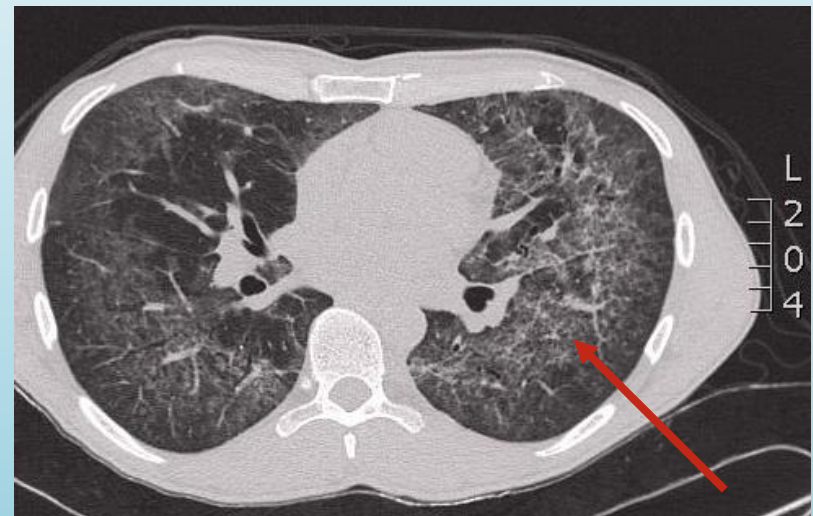
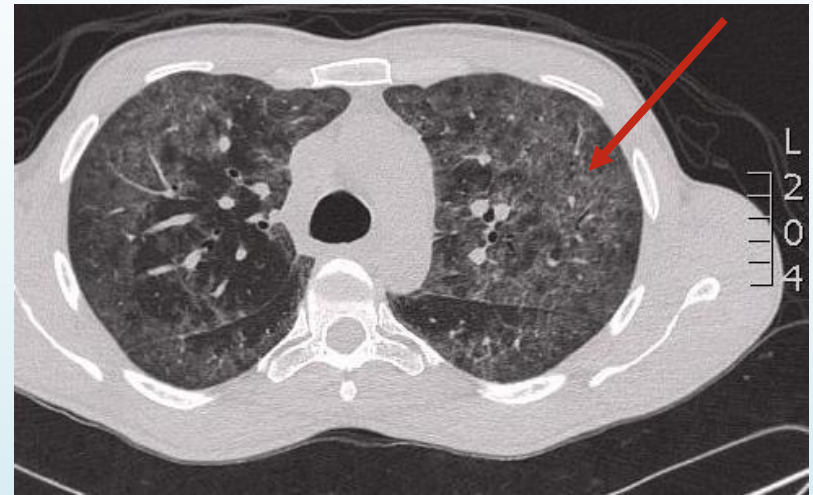
Imagerie thoracique



Plages de verre dépoli diffuses



Exploration de la dyspnée



Plages de verre dépoli diffuses

→ Pneumocystose pulmonaire
Révélant un VIH stade SIDA

Monsieur F

- Amélioration sur le plan pulmonaire sous cotrimoxazole.

Monsieur F

- Amélioration sur le plan pulmonaire.
- Multiples infections opportunistes dans les mois qui suivent malgré l'instauration du traitement ARV (cryptococcose neuroméningée, candidose disséminée, maladie CMV...)

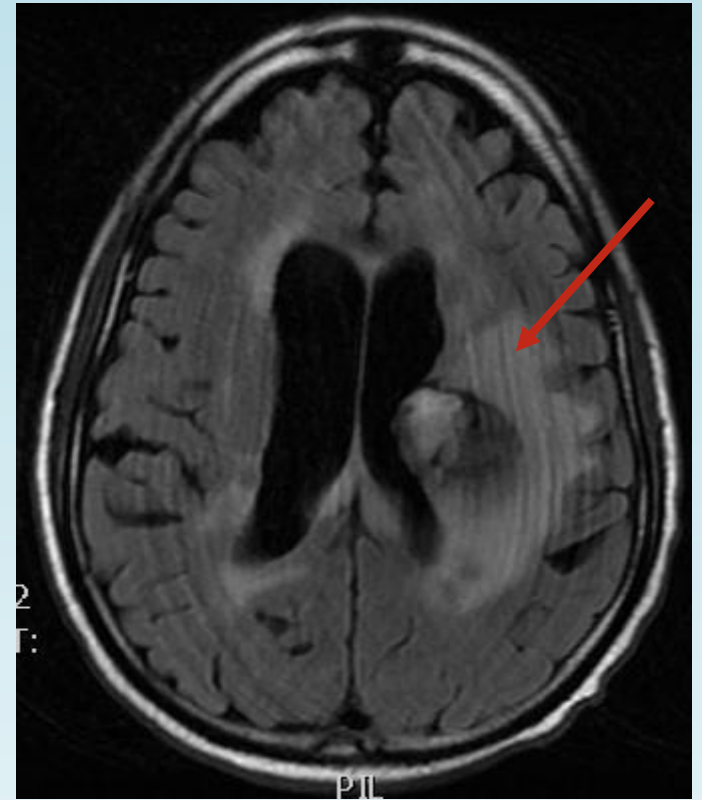
Monsieur F

- Amélioration sur le plan pulmonaire.
- Multiples infections opportunistes dans les mois qui suivent malgré l'instauration du traitement ARV (cryptococcose neuroméningée, candidose disséminée, maladie CMV...)
- Apparition de troubles neurologiques
- Diagnostic de lymphome cérébral



Monsieur F

- Amélioration sur le plan pulmonaire.
- Multiples infections opportunistes dans les mois qui suivent malgré l'instauration du traitement ARV (cryptococcose neuroméningée, candidose disséminée, maladie CMV...)
- Apparition de troubles neurologiques
- Diagnostic de lymphome cérébral
- Décès par ACR sur engagement malgré la chimiothérapie 3 mois après le diagnostic de VIH

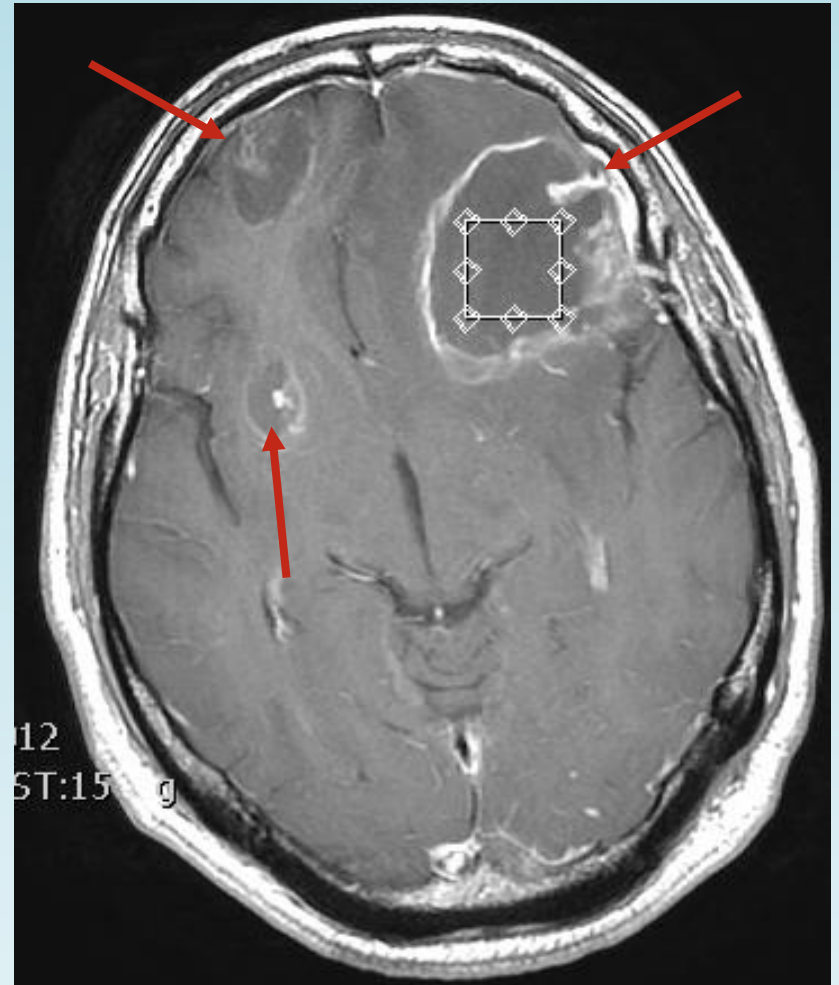


Monsieur E

- 60 ans, Marocain
- Restaurateur à Marrakech
- Marié 5 enfants
- Exploré au Maroc pour des céphalées et des troubles de mémoire + AEG

Monsieur E

- 60 ans, Marocain
- Restaurateur à Marrakech
- Marié 5 enfants
- Exploré au Maroc pour des céphalées et des troubles de mémoire + AEG
- Scanner puis IRM:
 - Images hypodenses multifocales
 - Rehaussement en cocarde.
 - Œdème périlésionnel avec effet de masse



IRM cérébrale: T1 Gado coupe axiale

Monsieur E

- Vient en France se faire soigner
- Adressé en neurochirurgie à la Pitié
- Intervention chirurgicale pour biopsie stéréotaxique
- Le chirurgien se pique
- Séro en urgence : VIH +
- Avis infectieux: toxoplasmose cérébrale révélant un VIH stade SIDA, confirmé par la biopsie.



Monsieur W

- Mauritanien, 25 ans, camionneur
- Plusieurs relations sexuelles non protégées
- Angoissé pendant plusieurs semaines
- Va voir son médecin pour demander une sérologie VIH
- Qui lui répond: tu n'es pas fatigué, tu n'as pas de problème pour le footing ou la natation?
- Tu es jeune et vigoureux, pas besoin de faire de test



Le petit Mohamed, 3 ans

- Né en Turquie, venu avec ses parents à l'âge de 2 ans
- Dyspnée fébrile progressive
- Pneumopathie interstitielle résistant aux antibiotiques
- Errance diagnostique
- Fibroscopie + lavage : **pneumocystose**



Le petit Youssef, 3 ans

- Né en Turquie, venu avec ses parents à l'âge de 2 ans
- Dyspnée fébrile progressive
- Pneumopathie interstitielle résistant aux antibiotiques
- Errance diagnostique
- Fibroscopie + lavage : pneumocystose (PCP)
- Sérologie VIH +
- Sérologie de la maman +
- Pas de sérologie faite pendant la grossesse en Turquie
- Refus du papa de faire la sérologie
- Evolution favorable après
 - traitement de la PCP
 - mise sous traitement ARV
 - À vie....



Convaincre de se dépister : c'est d'abord vaincre les préjugés



- Une vie sans espoir
- Risque de contaminer son entourage
- Pas de mariage possible
- Pas d'enfants
- Effets secondaires des ARV...
- Décès prématuré

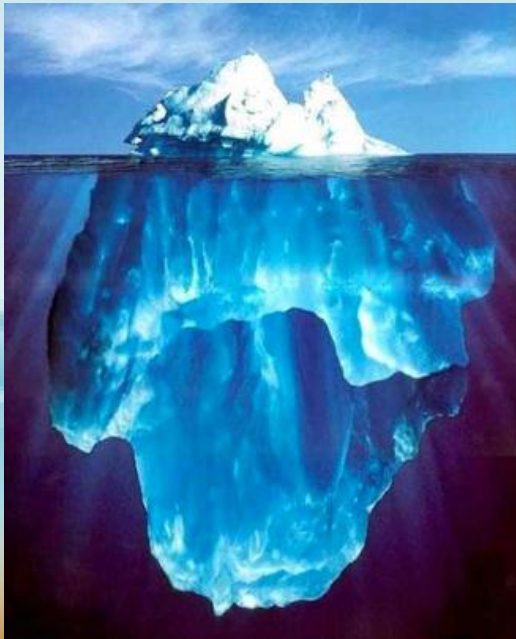


Le VIH n'existerait pas en Mauritanie?



Epidémie du VIH en France

Nb ignorant leur séropositivité	Nb diagnostiqués mais non suivis	Nb suivis	Taille totale épidémie VIH
24300 - 28800 (17-19%)	8500-10100 (6-%)	111300 (74-77%)	144100-150200 (100%)



Ndawinz, Costagliola & Supervie. New method for estimating HIV incidence and time from infection to diagnosis using HIV surveillance data: results for France. AIDS 2011

Situation de l'épidémie du VIH Mauritanie



- En 2011, population de la Mauritanie : 3,271,674 habitants
- densité de 2,8 habitants/Km² - disparités selon les régions.
- 1ers cas de SIDA en Mauritanie en 1987
- Surveillance sentinelle depuis 2001 : prévalence stable autour de 0.8% mais sous-dépistage ++



SITES	2001			2003			2005			2007			2009		
	N	Prévu. (%) VIH	I.C95%	N	Prévu. (%) VIH	I.C95%	N	Prévu. (%) VIH	I.C95%	N	Prévu (%) VIH	I.C95%	N	Prévu (%) VIH	I.C 95%
Nouadhibou	590	1.01	0.2-1.82	452	0.88	0.02-1.74	694	1,3	0,46-2,14	606	1,48	0,52 - 2,44	601	1,66	0,85 - 3,14
Nouakchott	1495	0.33	0.04-0.62	613	0.83	0.11-1.55	1880	0,95	0,51-1,03	1290	0,62	0,19 - 1,05	1887	0,48	0,235 - 0,93
TOTAL	4204	0.57	0.34 - 0.80	2394	0.83	0.47- 1.19	5126	0,8	0,56 - 1,04	5070	0,61	0,40 - 0,82	6039	0,48	0,33- 0,70

Comite national de lutte contre le sida et ONUSIDA - Rapport d'activité sur la réponse au sida en Mauritanie 2012

Séroprévalence VIH chez les consultants IST à Nouakchott et à Nouadhibou

Tableau 2 Statut sérologique selon l'âge, la situation matrimoniale et le niveau d'instruction / *HIV status by age, marital status and education level*

		Statut VIH					
		Négatif		Positif		Total	
		N	%	N	%	N	%
Selon l'âge	< 20 ans	34	97,1	1	2,9	35	100
	21-40 ans	114	89,6	15	11,6	129	100
	≥ 41 ans	43	92,3	3	6,5	46	100
	<i>Total</i>	<i>191</i>	<i>91</i>	<i>19</i>	<i>9</i>	<i>210</i>	<i>100</i>
Selon la situation matrimoniale	Célibataire	56	89,8	6	10,2	62	100
	Marié (monogame ou polygame)	135	89,8	13	10,2	148	100
	<i>Total</i>	<i>191</i>	<i>91</i>	<i>19</i>	<i>9</i>	<i>210</i>	<i>100</i>
Selon le niveau d'instruction	Aucun	48	82,8	10	17,2	58	100
	École coranique	59	95,2	3	4,8	62	100
	Primaire	48	94,1	3	5,9	51	100
	Secondaire ou plus	36	90,9	3	9,1	39	100
	<i>Total</i>	<i>191</i>	<i>91</i>	<i>19</i>	<i>9</i>	<i>210</i>	<i>100</i>

N : nombre ; % : pourcentage.

Surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes en Mauritanie entre 2001 et 2007

HIV sentinel surveillance of pregnant women in Mauritania from 2001 to 2007

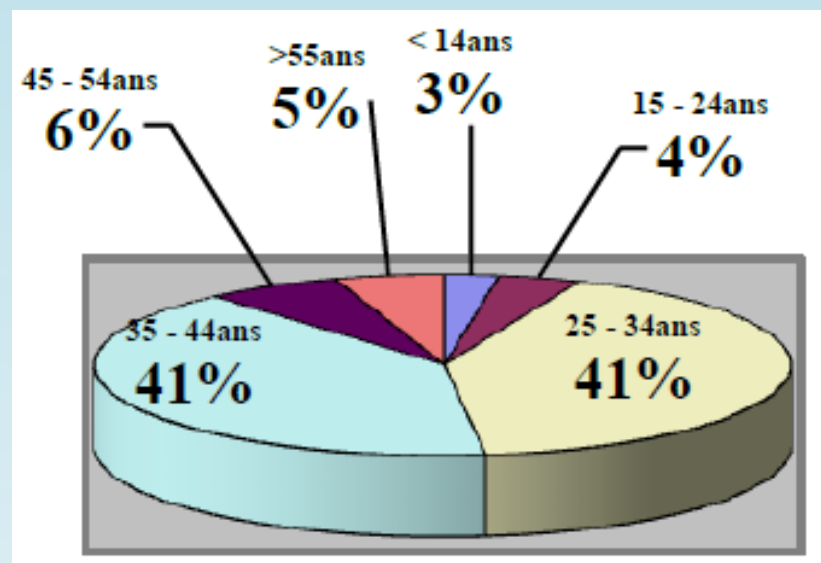
F.Z. Fall-Malick · A.O. Bara · M. Lam · M. Mint Beibacar · K. Ba · H. Ba ·
 I. Ould Ghady · A. Ould Horma · N.C. Toure-Kane · S. Mboup · B. Lo

Tableau 1 Prévalence du VIH chez les femmes en CPN au niveau des sites sentinelles entre 2001 et 2007/HIV prevalence among women attending prenatal consultation at the sentinel sites from 2001 to 2007

Site	2001			2003			2005			2007			p
	n	pos	Prévalence en % et [IC]	n	pos	Prévalence en % et [IC]	n	pos	Prévalence en % et [IC]	n	pos	Prévalence en % et [IC]	
Néma	299	3	1,00 [0–1,6]	–	–	–	533	4	0,75 [0–1,55]	139	–	–	0,99
Kiffa	391	3	0,77 [0–1,64]	308	3	0,97 [0–2,06]	801	1	0,12 [0–0,36]	605	6	0,99 [0,20–1,78]	0,15
Sélibaby	297	2	0,67 [0–1,60]	300	4	1,33 [0,03–2,63]	–	–	–	425	2	0,47 [0–1,12]	0,42
Kaédi	283	1	0,35 [0–1,04]	–	–	–	611	7	1,15 [0,30–2,00]	641	2	0,31 [0–0,74]	0,15
Rosso	296	3	1,01 [0–2,15]	295	3	1,01 [0–2,17]	607	2	0,33 [0,46–2,14]	390	2	0,51 [0–1,22]	0,50
Zouérate	271	1	0,37 [0–1,09]	–	–	–	–	–	–	445	2	0,45 [0,17–1,07]	0,66
Nouadhi-bou	590	6	1,01 [0,2–1,82]	452	4	0,88 [0,02–1,74]	694	9	1,3 [0,46–2,14]	606	9	1,48 [0,52–2,44]	0,80
Nouakchott (Sebkha)	299	1	0,33 [0,32–0,98]	300	2	0,66 [0–1,58]	765	8	1,05 [0,33–1,77]	650	7	1,07 [0,28–1,86]	0,64
Nouakchott (Polyclinique)	299	1	0,33 [0,32–0,98]	313	3	0,95 [0–2,02]	593	7	1,18 [0,31–2,05]	–	–	–	0,45
Nouakchott (Teyarett)	300	3	1,00 [0,13–2,13]	–	–	–	522	3	0,57 [0,08–1,22]	640	1	0,15 [0,15–0,45]	0,20
Total	4 204	24	0,57 [0,34–0,80]	2 393	20	0,83 [0,44–1,16]	5 126	40	0,80 [0,56–1,04]	5 070	31	0,61 [0,40–0,82]	0,40

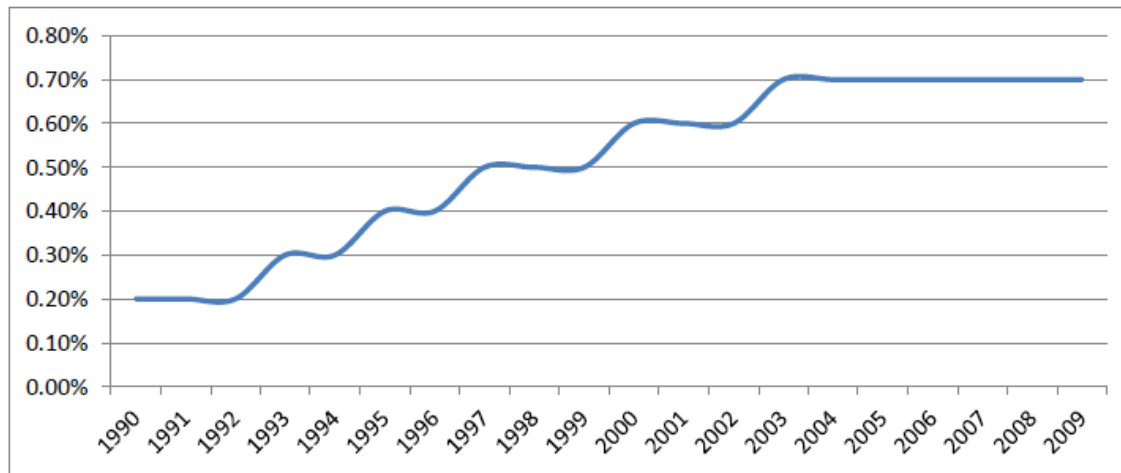
POPULATIONS A RISQUES

- Populations à haut risque :
 - Travailleuses de Sexe (7.6%) et leurs Clients
 - porteurs d'IST (9%)
 - Prisonniers (3.9%)
 - Camionneurs
 - pêcheurs- marins
 - jeunes et femmes
 - groupes prioritaires des actions du programme mauritanien.
- >80% des malades séropositifs ont entre 25 et 44 ans.
- Proportion des femmes (31%), soit sexe ratio 1 femme pour 2 hommes.

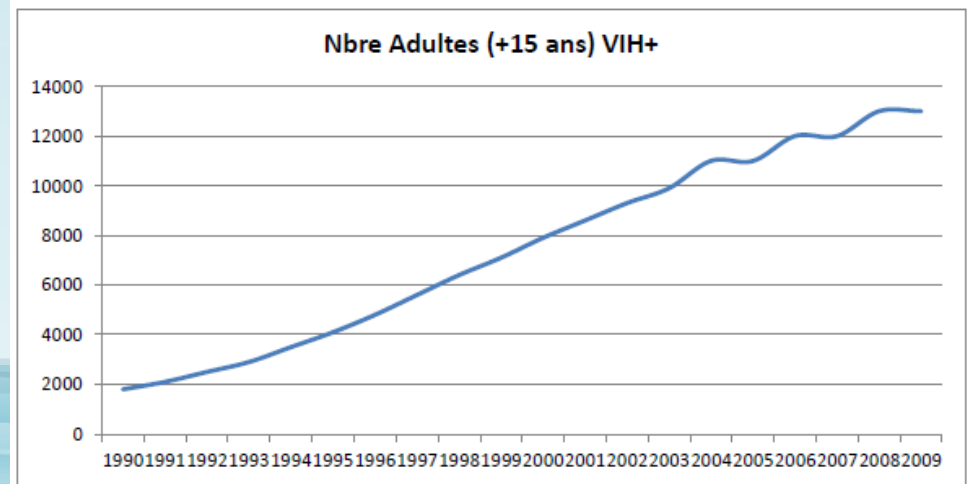


Evolution de l'épidémie en Mauritanie

Graphique 5 : Evolution de la prévalence du VIH chez les adultes de plus de 15 ans entre 1990 et 2009 en Mauritanie, Rapport ONUSIDA/OMS



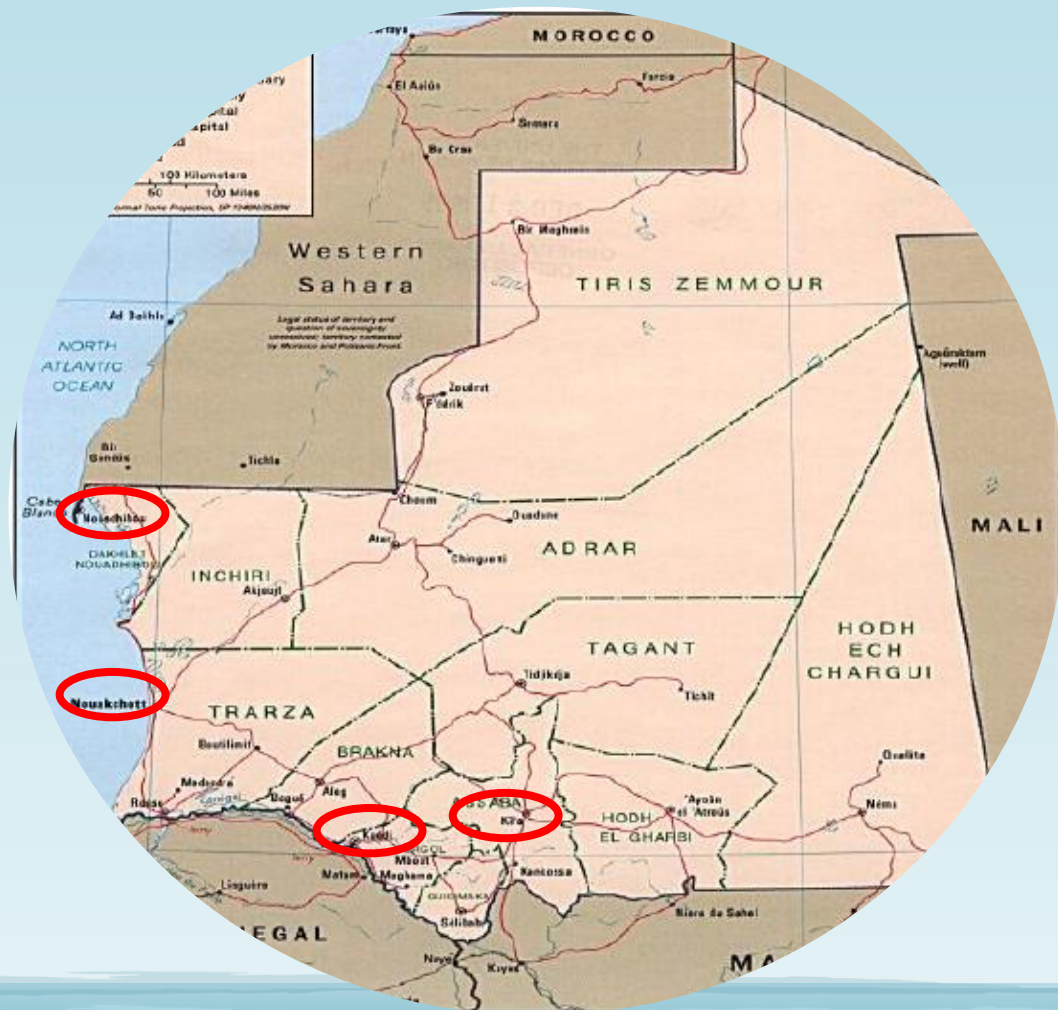
Graphique 6 : Evolution du nombre estimé de personnes VIH+ chez les adultes de plus de 15 ans entre 1990 et 2009 en Mauritanie, Rapport ONUSIDA/OMS



Comite national de lutte contre le sida et ONUSIDA - Rapport d'activité sur la réponse au sida en Mauritanie 2012

TRAITEMENT

- 3 800 personnes sont suivies
- 1643 malades sous traitement ARV
- 1^{er} Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) initialement limité à Nouakchott: traitement et autres prestations gratuits
- Extension de la prise en charge à 3 hôpitaux (Nouadhibou, Kaédi et Kiffa).



Croyances populaires erronées autour des modes de transmission du VIH

LE VIRUS SE PROPAGE TRÈS VITE



- Toilettes publiques
- Pique de moustique
- Partage d'un verre avec un séropositif
- Ne touche que les migrants noirs, les homosexuels et les prostituées
- Ne touche pas les garçons et les filles de bonne famille
- French kiss
- ...

Quel est l'intérêt de traiter l'infection par le VIH?



Objectifs du traitement antirétroviral

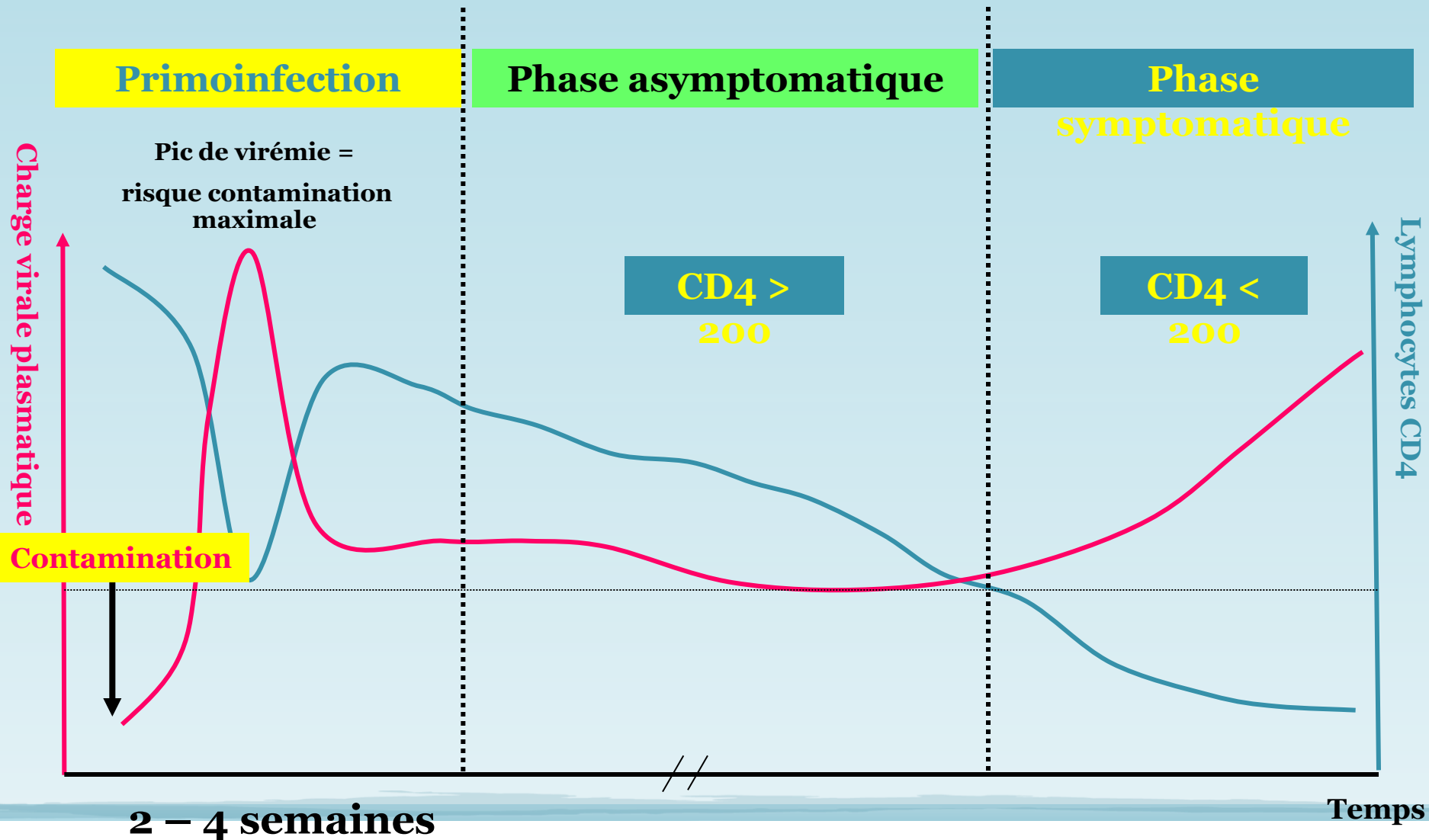
1. Atteindre et maintenir une charge virale indétectable
2. Maintenir ou restaurer une immunité correcte
3. Allonger la survie des patients en assurant une qualité de vie la meilleure possible
4. Réduire la transmission du VIH

La maladie VIH

- Commence dès la primo-infection
- Longtemps asymptomatique
- Le SIDA en est l'expression ultime.



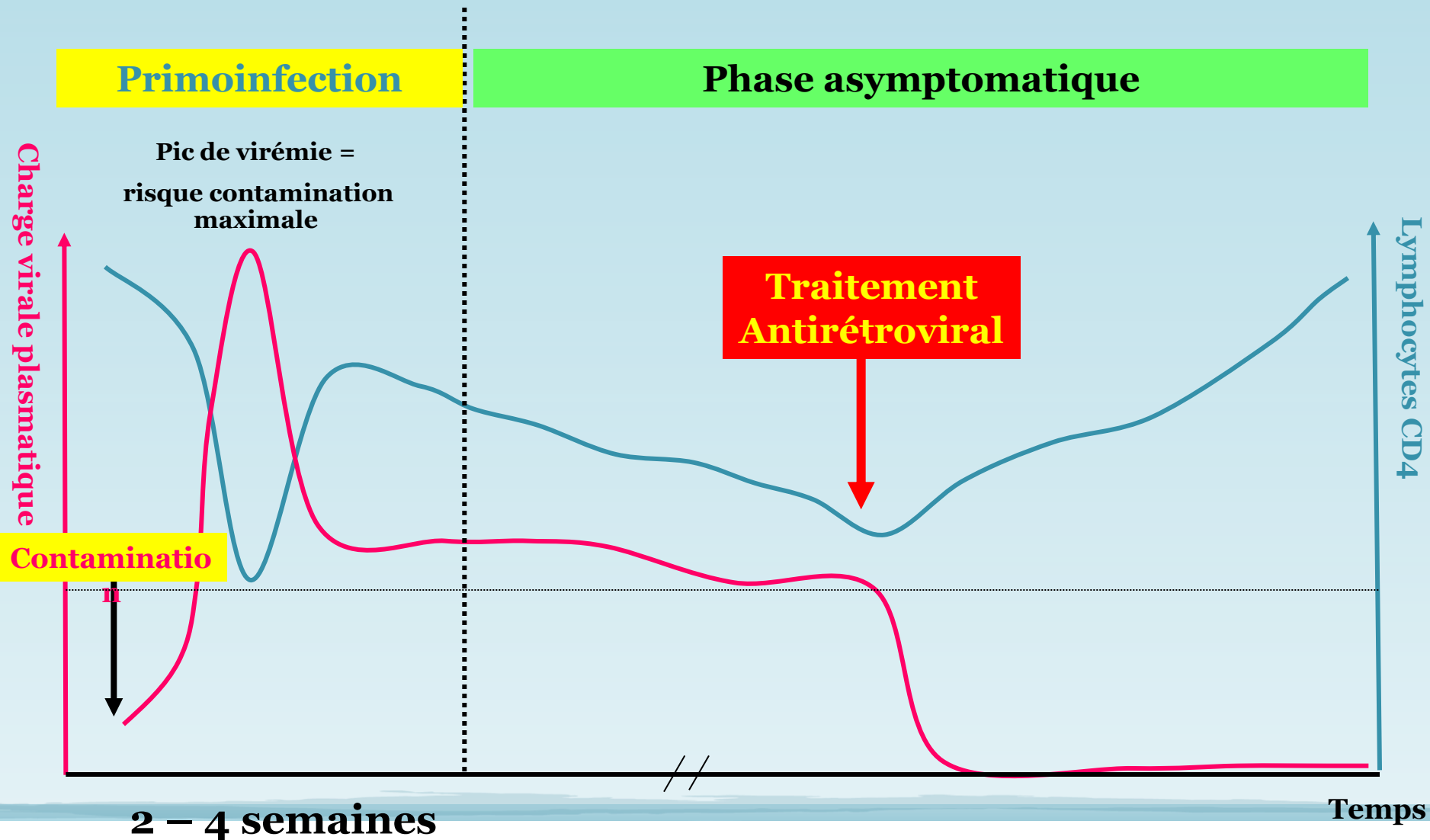
Histoire naturelle de la maladie



Infection à VIH

SIDA

But du traitement antirétroviral

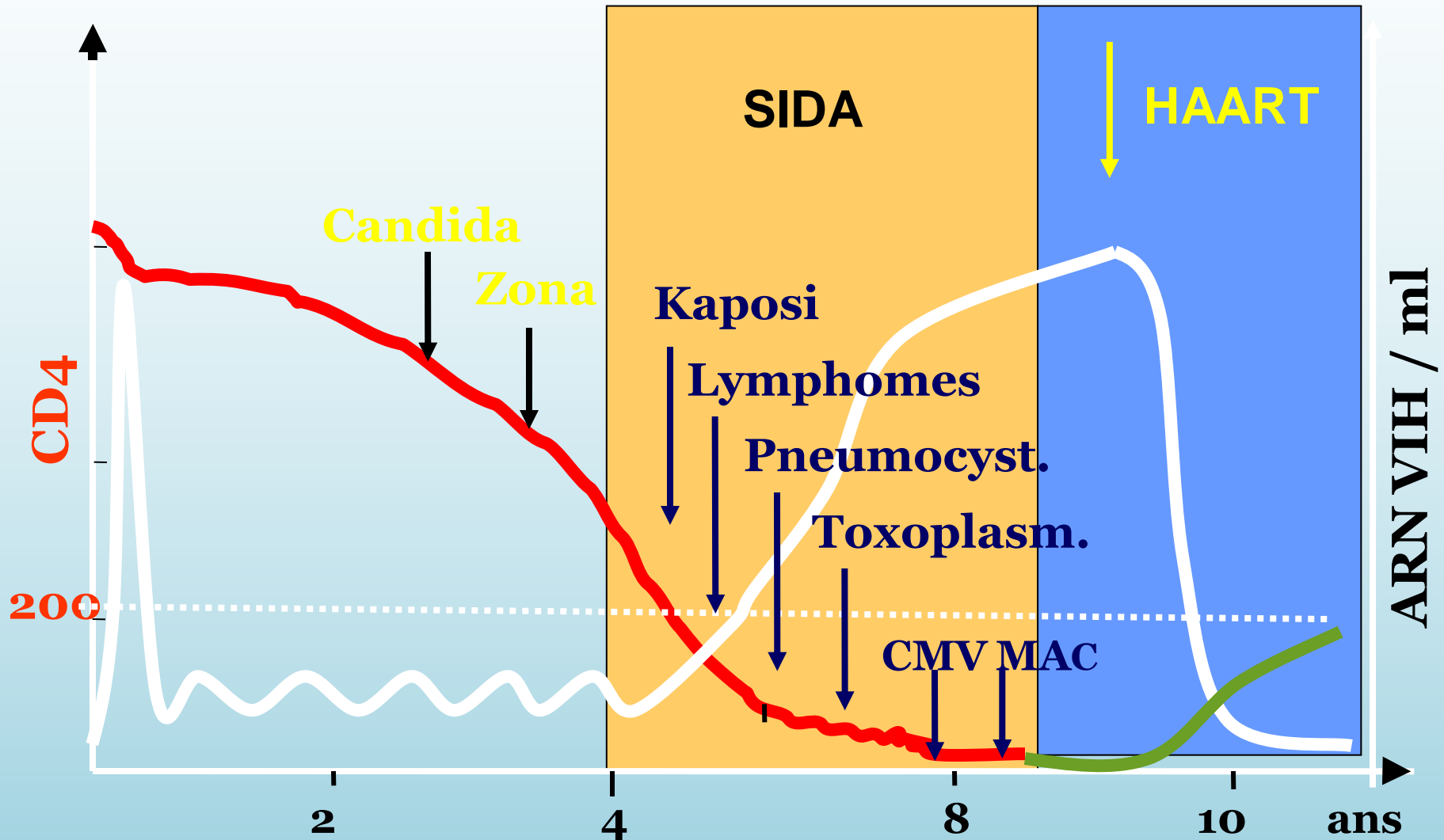


Infection à VIH

Objectifs du traitement antirétroviral

1. atteindre et maintenir une charge virale indétectable
2. maintenir ou restaurer une immunité correcte
3. allonger la survie des patients en assurant une qualité de vie la meilleure possible
4. réduire la transmission du VIH

La déplétion CD4 induite par le VIH conduit au SIDA



Sous traitement : baisse de la charge virale et restauration immunitaire

Objectif : restauration de l'immunité

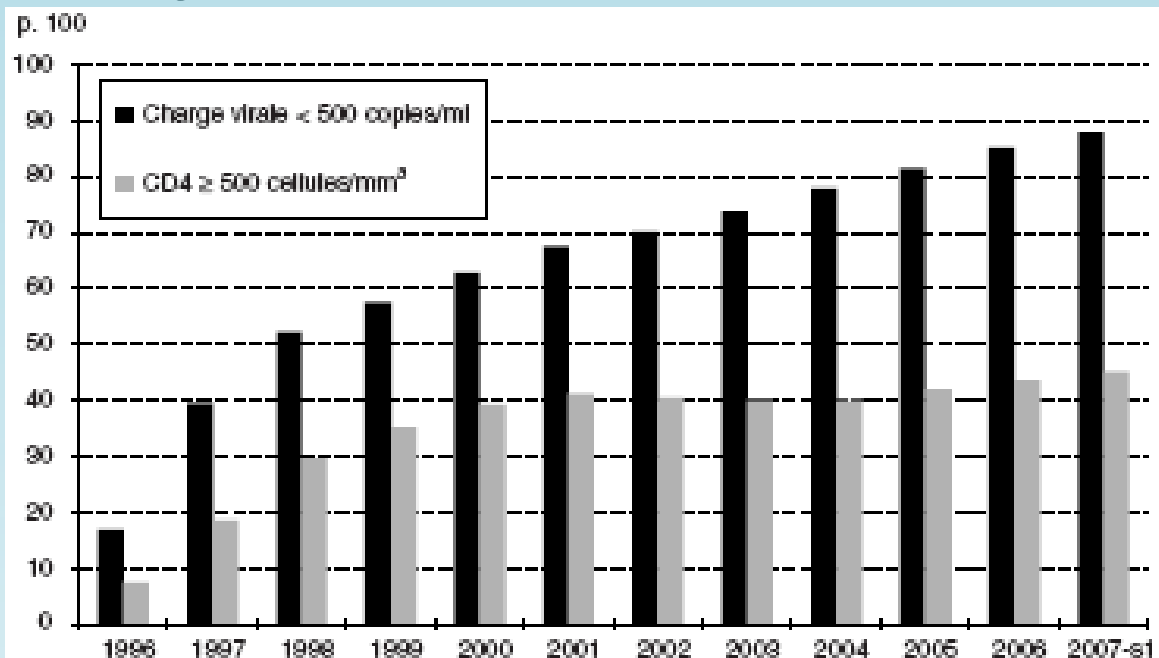


Figure 3-2 Proportion de patients traités depuis au moins 6 mois ayant une charge virale inférieure à 500 copies/ml ou ayant un taux de CD4 supérieur à 500/mm³.

CD4 > à 500/mm³ :
Mortalité comparable à celle
de la population générale
après 6 ans de suivi sous
traitement

=> Objectif pour l'ensemble des patients de restauration de l'immunité > à 500 CD4/mm³

=> Incitation à une initiation précoce du traitement antirétroviral afin de faciliter cet objectif

Objectifs du traitement antirétroviral

1. atteindre et maintenir une charge virale indétectable
2. maintenir ou restaurer une immunité correcte
3. allonger la survie des patients en assurant une qualité de vie la meilleure possible
4. réduire la transmission du VIH

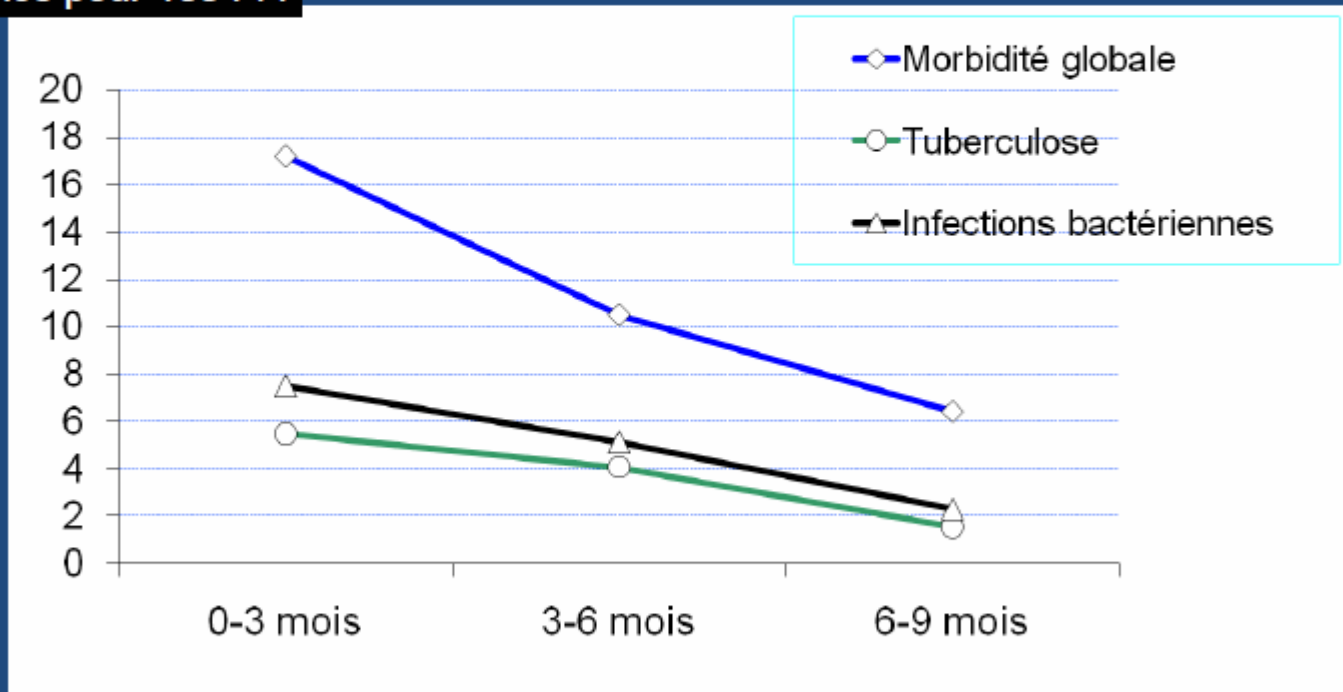
Diminuer l'incidence des IO

Evolution de la Morbidité sous ARV

Essai Trivacan ANRS 1269, Abidjan (sous antirétroviraux)

Incidence pour 100 PA

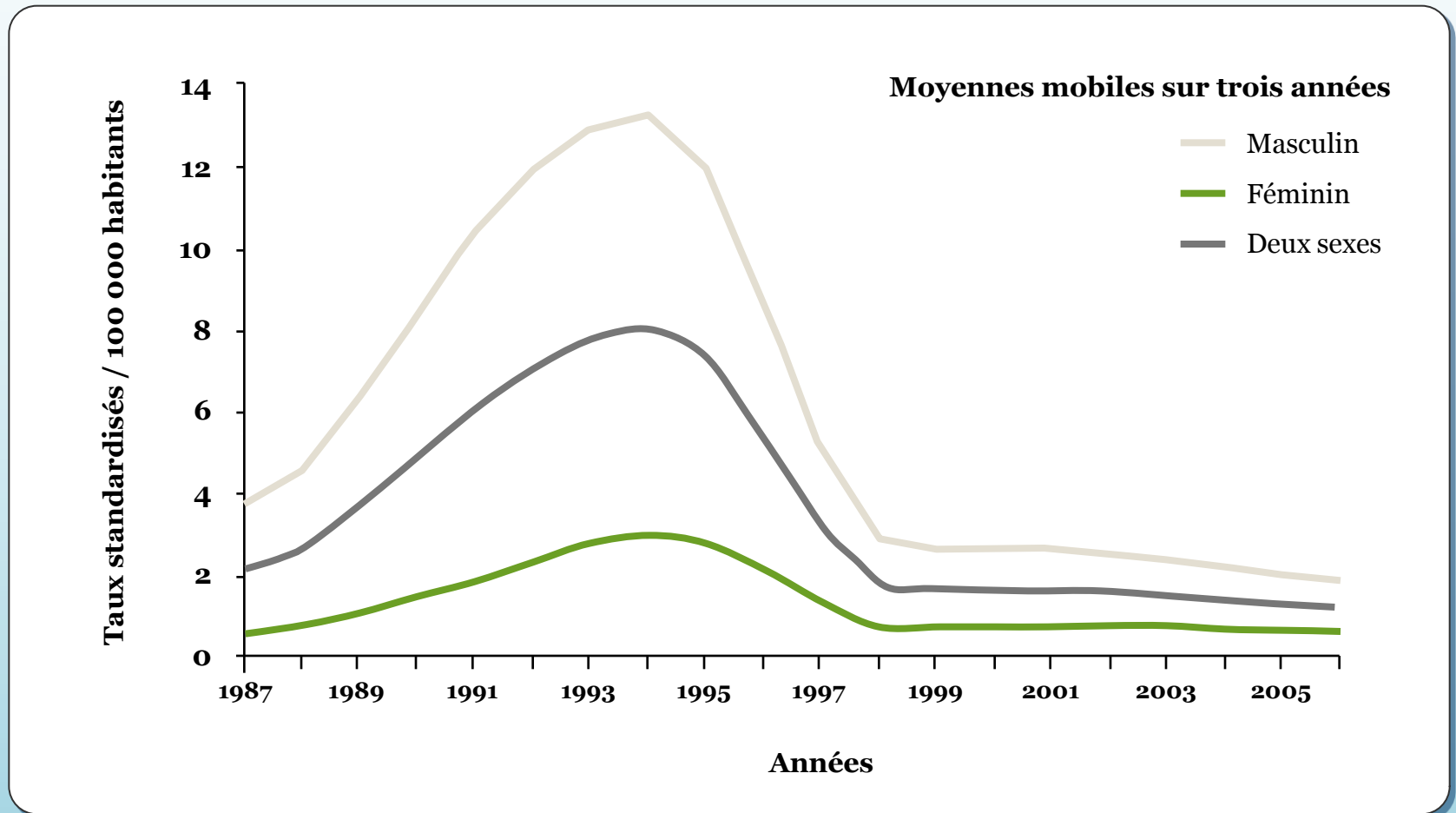
Incidence (95% CI) pour 100
personne-années



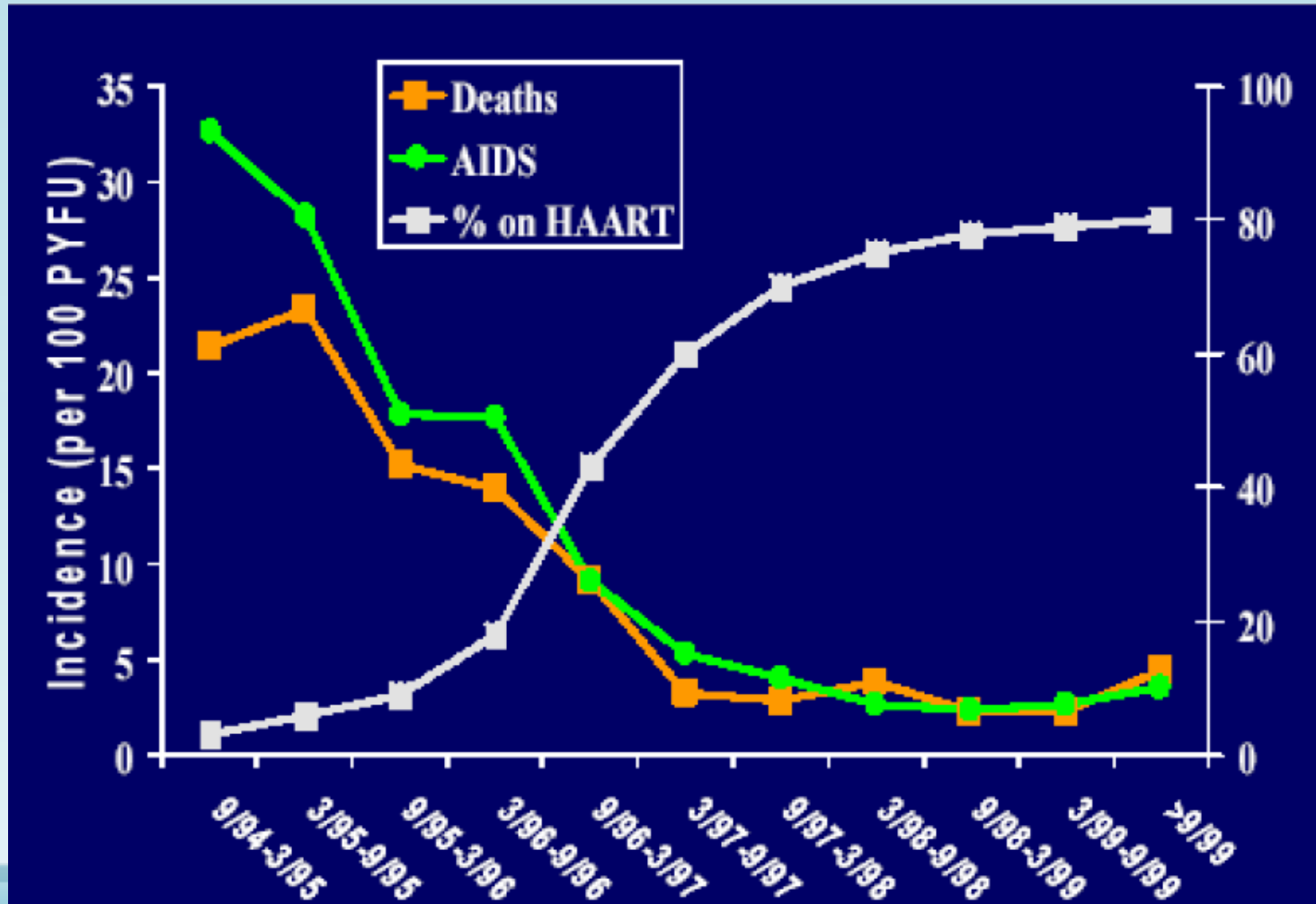
Temps depuis le début des ARV

Évolution des taux* standardisés de décès dus au VIH (cause initiale), entre 1987 et 2006, France métropolitaine

* Taux standardisés pour 100 000 habitants. Population de référence : France métropolitaine année 1990. Deux sexes.



Incidence des nouveaux cas de SIDA et décès



Traiter tôt réduit la mortalité

Taux de décès à 4 ans de la découverte du VIH

- 13.9% si découverte au stade SIDA ou $CD4 < 200/mm^3$
- 3 % si prise en charge plus précoce
- 40% des décès attribués à un diagnostic trop tardif (*Audit sur les causes de 397 décès chez les patients infectés par le VIH réalisé en 2005 par la British HIV Association*)

PRÉSERVEZ-VOUS...
LE SiD@ TUE



Objectifs du traitement antirétroviral

1. atteindre et maintenir une charge virale indétectable
2. maintenir ou restaurer une immunité correcte
3. allonger la survie des patients en assurant une qualité de vie la meilleure possible
4. réduire la transmission du VIH

Transmission du VIH au sein du couple hétérosexuel sérodifférents



- 3 381 couples séro-différents, non traités ART, 68% femmes VIH, suivi: 2 ans ; Préservatifs gratuits et counseling+ en Afrique de l'Est
- 349 initiations ART
- 151 contaminations par le VIH dont 108 (103) transmissions intra-couple

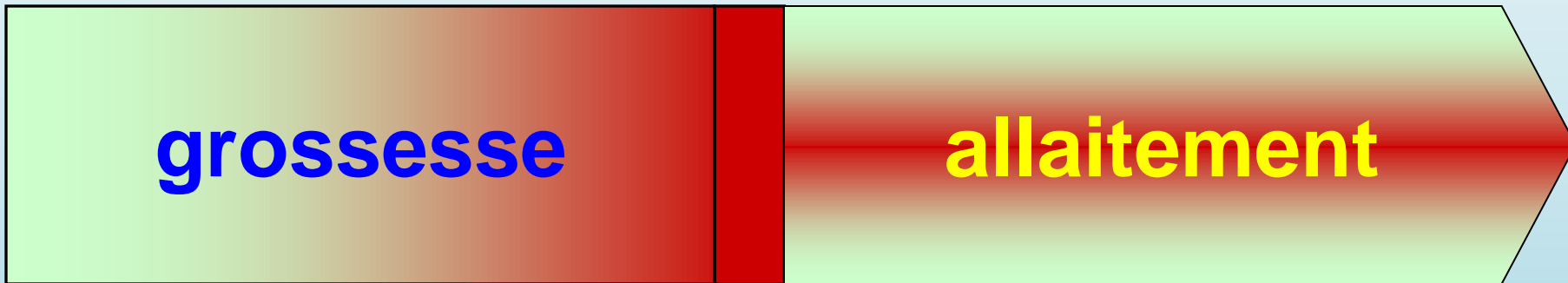
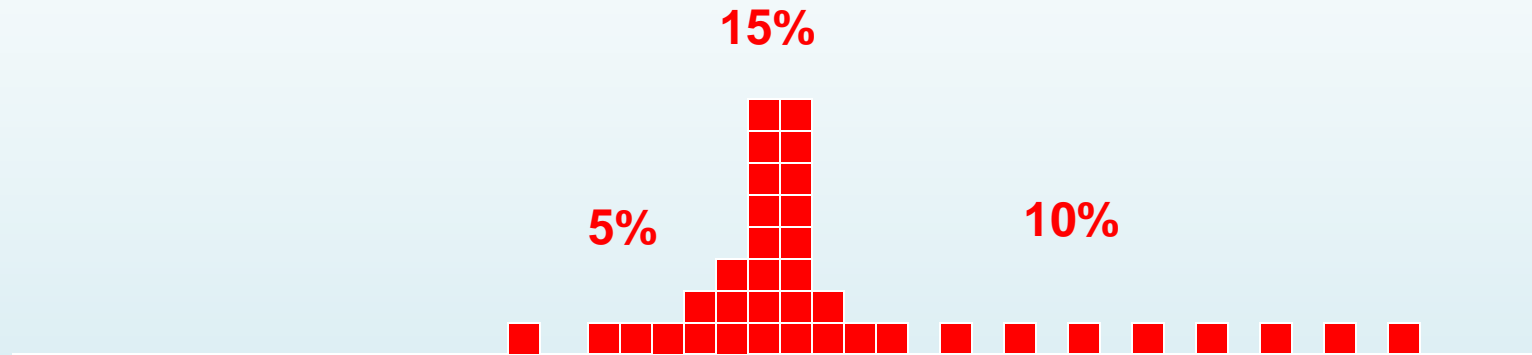
	Transmissions intra-couple	Années-patient	Taux de transmission (%)	IC 95 %
Sans ARV	102	4 558	2,24	1,84-2,72
Sous ARV	1	273	0,37	0,09-2,04

• ARV : 92% réduction du risque de transmission

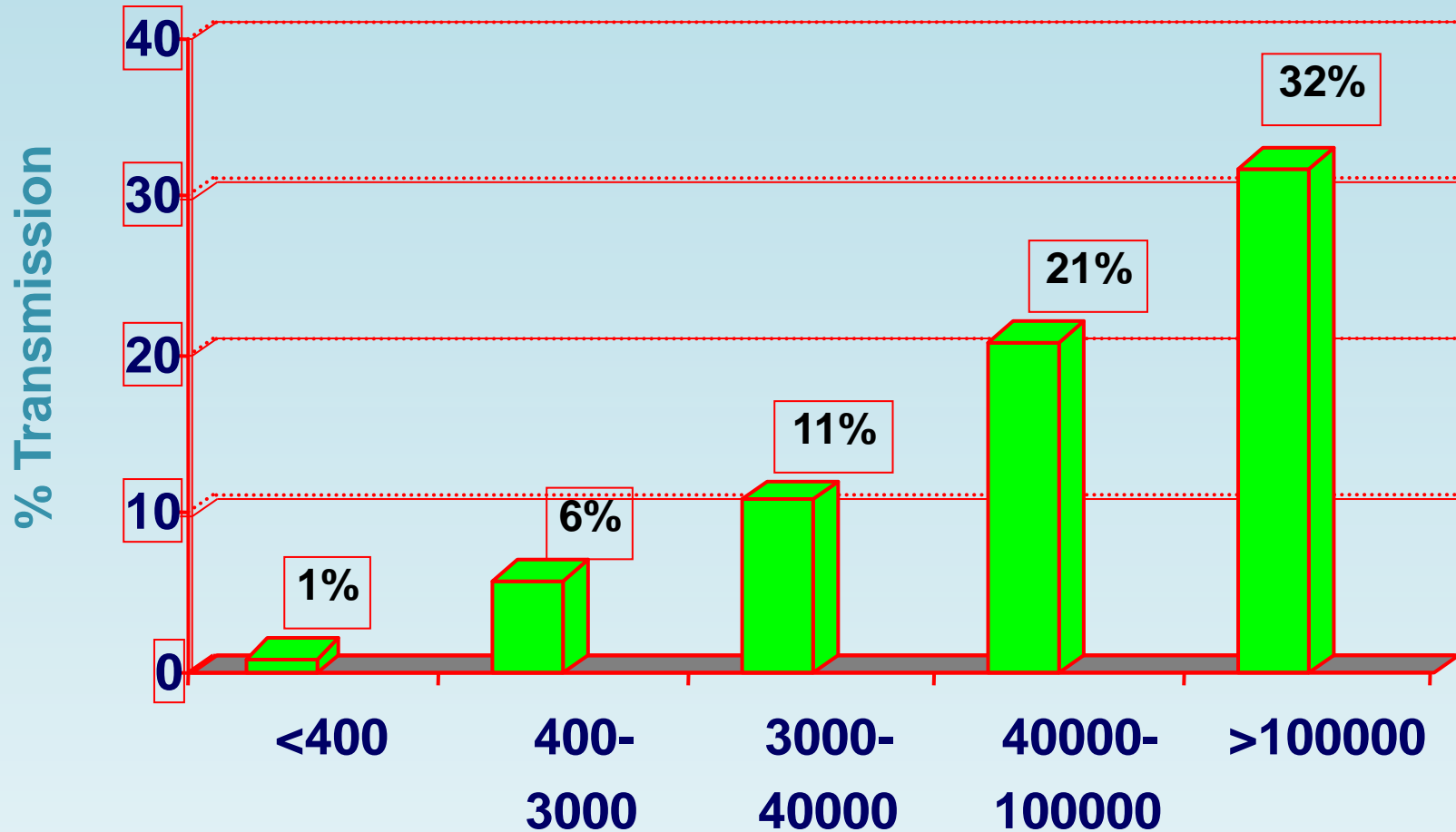
Risque relatif ARV vs non ARV :

- non ajusté = 0,17 (IC 95 % : 0,004-0,94) ; p = 0,037
- ajusté sur CD4 et temps de suivi = 0,08 (IC 95 % : 0,002-0,57) ; p = 0,004

Transmission maternofoetale du VIH



Importance de la CV plasmatique à l'accouchement sur le risque de transmission verticale du VIH



ARN VIH plasmatique à l'accouchement

Conclusion

Lutte contre la progression de l'épidémie de VIH/SIDA:

- Information/éducation des populations vulnérables: jeunes, femmes...
- Lutte contre les idées reçues
- Encourager l'usage du préservatif +++
- Dépistage :
 - Favoriser les CDAG
 - Multiplier les occasions de dépistage!!!
- Implication des autorités religieuses
- Traitement précoce (test and treat?)



Merci de votre attention!



شكراً

Dr Loïc Epelboin
Service de Maladies Infectieuses et
Tropicales
Hôpital Pitié-Salpêtrière - Paris
epelboincr@hotmail.fr