

INFECTION VIH : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES RECENTS



Jean-Gabriel Fuzibet, Eric Cua,
Médecin Interne
L'Archet 1, Nice

L'épidémie de SIDA a aujourd'hui 20 ans (description en juin 1981 de 5 cas de pneumocystoses pulmonaires survenant chez des homosexuels). Les antirétroviraux sont disponibles depuis 1987 (mise à disposition de la ZIDOVUDINE ou AZT) mais le cours de la maladie a véritablement été extraordinairement amélioré depuis 1996 et la mise à disposition des traitements hautement actifs par trithérapie antirétrovirale.

Nous passerons en revue les nouvelles tendances épidémiologiques depuis 1996 en relatant les bons indicateurs, les problèmes restants et le cas des pays pauvres.

Les bons indicateurs

Les chiffres sont ceux disponibles pour la France, tirés du « Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire » (BEH) à partir des déclarations obligatoires des cas de SIDA maladie (1) et pour les cas de séropositifs des données des Départements d'Informatique Médicale de 24 CHU français (DMI2) correspondant à plus de 13000 patients suivis (2).

Nous signalerons d'emblée que les tendances sont les mêmes

pour la France, les autres pays d'Europe de l'Ouest et les USA. Données du BEH (1) : le nombre de nouveaux cas de SIDA (1700 cas annuels) est stabilisé depuis 1999 et divisé par 3 par rapport à 1994 ; le nombre de décès est de 600/an contre 4200 en 1994. Ces complications surviennent actuellement chez des patients qui méconnaissent leur séropositivité au moment de la déclaration du SIDA (47%), soit se savent séropositifs mais n'ont pas reçu de traitement avant le SIDA (28%). Un quart des cas de SIDA (24%) ont été diagnostiqués chez des personnes qui avaient été traitées par antirétroviraux (le plus souvent de façon tardive et non optimale) avant le SIDA. Globalement, le mode d'entrée dans le SIDA ne diffère pas actuellement par rapport aux années antérieures (prépondérance de la pneumocystose, des candidoses et de la toxoplasmose) ; cependant chez les sujets prétraités par antirétroviraux, on note une prépondérance des candidoses et une augmentation de l'incidence des lymphomes. Données du DMI2 (2) : le nombre de patients séropositifs suivis augmente (+ 43% par rapport à 1995), essentiellement du fait du caractère reconnu de l'efficacité de la trithérapie. Ces malades sont le plus souvent suivis dans le cadre de la consultation. Les hospitalisations sont de moins en moins souvent nécessaires (- 50% par rapport à 1995) du fait de la diminution du nombre des complications. Le nombre moyen de lymphocytes CD4 chez les patients au stade SIDA a augmenté en 3 ans (1997 - 2000), passant de 190 à 340. Le pourcentage des malades ayant une charge virale négative est multiplié par 2 depuis 1997 atteignant 56 % des malades au stade SIDA et 60 % des asymptomatiques en 2000.

Pour les patients suivis, 87% sont traités contre 59% en 1997. 70% des malades reçoivent une trithérapie et 18% au moins 4 médicaments.

Ces données sont celles des CHU et surestiment probablement la gravité des patients (les malades les plus graves sont ceux qui sont le plus suivis en Centres ultraspécialisés) et le nombre de patients traités (les patients non traités peuvent être suivis en médecine de ville).

Les problèmes restants

On estime en France à 15 à 20 000 (3,4) le nombre de non dépistés (tableau 1), en majorité chez les hétérosexuels. L'impact est important à la fois en terme de propagation de l'infection mais aussi en termes individuels de diagnostic tardif souvent au moment des complications (20% des séropositivités sont découvertes en même temps que le SIDA) (4) à un moment où l'efficacité des traitements risque d'être moins importante surtout pour ce qui concerne la reconstitution immunitaire.

Il existe une nouvelle répartition des groupes à risque (1) (tableau II) ; ainsi, en France, en 2000, 44% des cas de SIDA ont été contaminés par voie hétérosexuelle (14% avant 1992), 28% par voie homosexuelle (52% avant 1992), 15% par usage de drogues injectables (23% avant 1992). Il est probable que le pourcentage de sujets contaminés par voie hétérosexuelle serait majoré si l'on s'adressait à une cohorte de sujets asymptomatiques. Les études des comportements montrent un relâchement net des pré-

cautions en particulier sexuelles depuis quelques années (3,4). Les malades étant nettement améliorés par la trithérapie, ils meurent moins des complications de leur séropositivité mais meurent souvent (50% dans une série italienne avec prédominance de toxicomanes) (5) de cirrhose essentiellement post-hépatite C. La survenue de décès de plus en plus nombreux de causes cardiovasculaires peut être en rapport avec le vieillissement de la population séropositive ou à des facteurs de risque associés (tabac...) mais pose la question d'une athéromatose précoce induite par les médicaments (tableau III).

Dans l'état actuel des choses, en dehors du cas particulier de la grossesse, les antirétroviraux, lorsqu'ils sont débutés doivent être continués la vie tout entière. La nécessité de prendre 3 médicaments (trithérapie) rend compte de difficultés. Cependant, l'apparition de nouvelles classes thérapeutiques (analogues non nucléosidiques) possédant moins d'effets secondaires et plus faciles à prendre et la possibilité dans certains cas de disposer dans la même gelule de 2 ou 3 médicaments permet d'améliorer les choses.

En effet, le problème de l'observance est fondamental car des prises non régulières favorisent l'apparition de mutations du virus, responsables à terme d'une inefficacité (résistances) du traitement. La réalisation d'un génotypage du virus permet en partie de contourner ces résistances.

Les lipodystrophies se traduisent cliniquement par des troubles de la répartition des graisses et biologiquement par l'apparition d'une dyslipidémie (élévation du cholestérol et des triglycérides). Ces anomalies lipidiques sont les mêmes que celles qui dans la population générale peuvent favoriser les complications vasculaires (infarctus du myocarde, artérite...). Ces hyperlipidémies doivent être dépistées et si possibles traitées. Elles sont inconsistantes mais peuvent être observées avec tous les antirétroviraux.

Les pays pauvres

0,5 millions de sujets sont porteurs du virus en Europe, 6 millions en Asie et 25 millions en Afrique noire. Il existe 3,8 millions de nouvelles infections annuelles en Afrique témoignant du caractère non efficace isolément des mesures de prévention (6) Les expériences de traitement ont donné de bons résultats pendant la grossesse ou dans la prise en charge de petites cohortes sélectionnées. Outre le coût des médicaments (5000 Francs/mois en France, mais fabrication de génériques dans certains pays), le traitement à plus large échelle se heurte à la nécessité de mettre en place des médecins formés et les examens biologiques de surveillance. Ces notions rendent compte du caractère indispensable d'une aide internationale.

Grâce aux trithérapies d'antirétroviraux, l'infection VIH est actuellement devenue une maladie chronique nécessitant un traitement prolongé qui permet d'éviter les complications.

Cette transformation de la vie des malades ne doit pas faire oublier que l'infection VIH reste une maladie sexuellement transmissible et transmissible par le sang et que le problème des pays pauvres reste entier.

Références

- 1 - Institut de Veille Sanitaire, Surveillance du SIDA en France, BEH, 2001, 111-117
- 2 - Le point sur les prescriptions d'antirétroviraux, la mesure de la charge virale chez les personnes atteintes d'infection à VIH, le niveau immunitaire des patients au stade SIDA et l'activité hospitalière. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.
Lettre du 02/07/2001
- 3 J.F. Delfraissy - Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Rapport 1999
Flammarion Editeur, Paris, 1999
- 4 - J.F. Delfraissy - Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Rapport 2000
Flammarion Editeur, Paris, 2000
- 5 - BICA I, Increasing mortality due to end stage liver disease in patients with HIV infection, CID, 2001, 32, 192-7
- 6 - OMS, Surveillance Mondiale du SIDA
Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2000, 379-383

TABLEAU I REPARTITION DES CAS DE SIDA FRANCE - BEH - JUIN 2001 (Réf . 1)		
	1995	2000
MECONNAISSANCE SEROPOSITIVITE VIH	20 %	47 %
CONNAISSANCE SEROPOSITIVITE VIH	-	-
Mais non prise d'antirétroviraux pré SIDA	29 %	28 %
Prise d'antirétroviraux pré SIDA	49 %	24 %

TABLEAU II CAS DE SIDA SELON MODE DE CONTAMINATION - FRANCE - BEH - JUIN 2001 (Réf . 1)			
	Avant 1992	1995	2000
RAPPORTS HOMOSEXUELS	52 %	39 %	28 %
USAGE DROGUES INJECTABLES	23 %	25 %	15 %
RAPPORTS HETEROSEXUELS	14 %	24 %	44 %

TABLEAU III CAUSES DE DECES AU COURS INFECTION VIH (Réf . 5)				
	1991		1999	
INFECTION OPPORTUNISTE	58 %	} 77%	58 %	} 27%
Cancer lié au Sida	19 %		19 %	
AUTRE (dont cardiovasculaires)	12 %		22 %	
CIRRHOSE	11 %		50 %	